

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Διερεύνηση του επαγγελματικού άγχους ως παράγοντας επιβάρυνσης  
της ψυχοσωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας**

**Μαρία Σταθάκη**

**Επιβλέπων Καθηγητής  
Ανδρέας Παυλάκης**

**Δεκέμβριος, 2013**

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	6
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ .....	6
1.1. Εισαγωγή .....	6
2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	8
2.1. Άγχος – Στρες .....	8
2.2. Είδη Στρες .....	11
2.3. Εργασιακό Στρες .....	12
2.4. Τύποι προσωπικότητας και άγχος .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	18
1. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ .....	18
1.1. Στρεσογόνοι παράγοντες στη νοσηλευτική .....	18
1.2. Ατομικοί παράγοντες .....	19
1.3. Κοινωνικο-δημογραφικοί και εργασιακοί παράγοντες .....	20
1.4. Παράγοντες από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας .....	22
1.5. Επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή – επαφή με τον πόνο και το θάνατο .....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	27
1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	27
1.1. Επιπτώσεις στη σωματική υγεία .....	27
1.2. Επιπτώσεις στην ψυχική ευεξία .....	31
1.3. Επιπτώσεις στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους .....	33
2. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ - Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ .....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	38
1. ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....	38
1.1. Επιπτώσεις του στρες στην Εργασιακή Συμπεριφορά των νοσηλευτών .....	39
2. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	39
1.1. Ο ρόλος του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή στο μεταβαλλόμενο περιβάλλον .....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	43

1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ .....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....	45
1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	45
1.1. Σκοπός και στόχοι.....	45
1.2. Υλικό και μέθοδος .....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 .....	50
1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	50
1.1. Κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά δείγματος .....	50
1.2. Κλίμακα Μέτρησης του Στρες στους Νοσηλευτές Expanded Nursing Stress Scale	54
1.3. Μέτρηση της σωματικής υγείας .....	73
1.4. Ερωτηματολόγιο RAND 36-item Health Survey - Ψυχική ευεξία.....	80
1.5. Διμεταβλητή ανάλυση.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 .....	130
1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	130
1.1. Περιορισμοί της έρευνας .....	140
2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	141
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 .....	143
1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	143
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	148
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' .....	179
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' .....	194
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ' .....	195
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ' .....	198

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Εργασιακό άγχος χαρακτηρίζεται η συσσώρευση αγχογόνων καταστάσεων που σχετίζονται με την οργάνωση και τη διαχείριση της εργασίας σε συνδυασμό με τις σχέσεις του εργαζόμενου με το ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, το εργασιακό άγχος αποτελεί μία από τις σημαντικότερες πηγές χρόνιου στρες, καθώς και ένα από τα κυριότερα σχετιζόμενα με την εργασία προβλήματα υγείας.

Είναι γνωστό ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι εξαιρετικά στρεσογόνο. Η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί μέρος της καθημερινότητας των νοσηλευτών. Ιδιαίτερα δε, σε χώρους ψυχικής υγείας, όπου η απρόβλεπτη και η επιθετική συμπεριφορά των ασθενών ορισμένες φορές αποτελεί χαρακτηριστικό του εργασιακού περιβάλλοντος.

**Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τους στρεσογόνους παράγοντες του εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας και τις επιπτώσεις του στην ψυχο-σωματική υγεία των νοσηλευτών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 386 Νοσηλευτές και Βοηθοί νοσηλευτών, που εργάζονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και τις αντίστοιχες δομές του. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σε αδιαφανή φάκελο. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων των Νοσηλευτών και χαρακτηριστικών της εργασίας τους. 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 ερωτήσεις 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. Το στρες των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα κυμάνθηκε σε μεσαία επίπεδα (με μέσο όρο του δείγματος να είναι 124,20. Το συνολικό στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι υψηλότερο στους νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο ( $\mu=134,78$ ), ακολουθούν οι νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινότητα ( $\mu=120,33$ ) και τέλος οι νοσηλευτές στις εξαρτήσεις ( $\mu=110,47$ ) με  $p\text{-value}=0,001$ .

Ο πρώτος σε σειρά στρεσογόνος παράγοντας είναι το «Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», ακολουθούν το «στρες λόγω φόρτου εργασίας», το «στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους», το «στρες λόγω της επαφής με το θάνατο». και ο λιγότερο στρεσογόνος παράγοντας είναι το «στρες λόγω διακρίσεων». Σχετικά με την σωματική υγεία των νοσηλευτών, το κυριότερο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές του δείγματος είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις με ποσοστό 6,5%. Όσον αφορά τα σωματικά συμπτώματα, φαίνεται ότι το 34,5% του δείγματος εμφάνισε συχνά σωματική εξάντληση και κούραση, το 32,4% αντιμετώπισε συχνά πόνους στη ράχη, ή στον αυχένα και το 19,4% αντιμετώπισε οσφυαλγία. Όσον αφορά στην σχέση εργασιακού στρες και ψυχικής ευεξίας αναδείχθηκε μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Τέλος, σχετικά με τους παράγοντες που αφορούν την συμπεριφορά υγείας των νοσηλευτών (συνήθειες διατροφής, κάπνισμα, χρήση αλκοόλ κ.α.), βρέθηκε ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού στρες και της ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων.

**Συμπεράσματα:** Η παραδοχή ότι το εργασιακό περιβάλλον είναι υπεύθυνο για το μεγαλύτερο μέρος του στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές, οδηγεί στην αναγνώριση του τελευταίου ως ενός κατ' εξοχή οργανωτικού προβλήματος, επιφορτίζοντας έτσι τη διοίκηση του νοσοκομείου, ή μιας μονάδας υγείας με την ανάγκη πολυεπίπεδων προληπτικών παρεμβάσεων σε οργανωτικό - διοικητικό επίπεδο, με σκοπό την άμεση και έγκυρη αντιμετώπισή του.

**Λέξεις κλειδιά:** Εργασιακό στρες, Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας, Νοσηλευτικό προσωπικό, Ποιότητα ζωής και υγεία.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

### 1.1.Εισαγωγή

Το εργασιακό άγχος στο χώρο της εργασίας είναι αναπόφευκτο και πολλές φορές δημιουργικό, ωθώντας τον εργαζόμενο να βελτιώσει τη δημιουργικότητα και την αποδοτικότητά του. Σε περιπτώσεις όμως που το άγχος είναι έντονο, παρατεταμένο, φέρει αντίθετα αποτελέσματα, βλάπτοντας ακόμα και την υγεία του εργαζόμενου σε όλα της τα επίπεδα.

Το εργασιακό άγχος, δηλαδή το άγχος το οποίο δημιουργείται από την εργασία ή σχετίζεται με την οργάνωση και τη διαχείριση της εργασίας, καθώς και με τις σχέσεις του εργαζόμενου με το ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον, αποτελεί σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία μία από τις σημαντικότερες πηγές χρόνιου στρες (Αντωνίου, 2007) καθώς και ένα από τα κυριότερα σχετιζόμενα με την εργασία προβλήματα υγείας (Gray, 2000).

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, το εργασιακό άγχος συγκαταλέγεται στις συχνότερα αναφερόμενες αιτίες ασθένειας των εργαζομένων, επηρεάζοντας πάνω από 40 εκατομμύρια άτομα σε όλη την Ευρώπη (Επιτροπή Ανωτέρων Επιθεωρητών Εργασίας (SLIC), 2012). Η Ευρωπαϊκή Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2007) κατέδειξε ότι το 2005, από το σύνολο των εργαζομένων που δήλωσαν ότι η εργασία τους επηρεάζει την υγεία τους, ποσοστό 20% των εργαζομένων από την ΕΕ των 15 και 30% από τα 10 νέα κράτη πίστευαν ότι η υγεία τους διατρέχει κίνδυνο λόγω του εργασιακού άγχους. Το συγκεκριμένο ζήτημα αποτελεί αντικείμενο εκτεταμένης επιστημονικής έρευνας, καθώς το 2002, το ετήσιο οικονομικό κόστος του άγχους που οφείλεται στην εργασία στην ΕΕ των 15 υπολογίστηκε στα 20.000 εκατομμύρια ευρώ (Επιτροπή Ανωτέρων Επιθεωρητών Εργασίας (SLIC), 2012). Παράλληλα, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο των υπουργών στις 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 (Μουστάκα, 2010). Τις τελευταίες δεκαετίες στη διεθνή βιβλιογραφία απαντάται ένας ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός μελετών που αφορούν στη διερεύνηση των στρεσογόνων παραγόντων και στις επιπτώσεις του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών (Gray-Toft et al., 1981, Farrington, 1995). Οι νοσηλευτές αποτελούν μία από τις πλέον ευάλωτες στο εργασιακό στρες επαγγελματικές ομάδες καθώς το αντικείμενο της εργασίας τους συνεπάγεται σχέσεις με ανθρώπους, απαιτεί ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων και οι αποφάσεις που

λαμβάνονται ενδέχεται να έχουν σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες (Cooper., 1998).

Οι νοσηλευτές αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα αρκετά επιρρεπή στην εμφάνιση του εργασιακού στρες λόγω των καταστάσεων που καθημερινά βιώνουν. Οι καταστάσεις αυτές, όπως είναι φυσικό «πιέζουν» τους νοσηλευτές προκαλώντας μοιραία δυσμενείς για την υγεία τους επιπτώσεις, όχι μόνο σε οργανικό αλλά και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο ενώ συγχρόνως μειώνουν την απόδοσή τους στην εργασία, με αρνητικές συνέπειες για τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους και για το σύστημα υγείας γενικότερα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές υφίστανται το μεγαλύτερο στρες από όλους τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας (Αδαλή και συν., 2000, Rees & Cooper 1992).

Οι αρνητικές επιπτώσεις του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών, δεν περιορίζονται μόνο στην υποβάθμιση της εργασιακής τους συμπεριφοράς, κυρίως λόγω μειωμένης ικανότητας εκτέλεσης των εργασιακών τους καθηκόντων και συχνών αδικαιολόγητων λαθών (Jones et al., 2003) με πιθανή την εκδήλωση φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach & Schaufeli, 1993), αλλά επεκτείνονται στον τρόπο ζωής τους και στη γενικότερη συμπεριφορά υγείας που επιδεικνύουν, όπως η μη σωστή διατροφή, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ και ηρεμιστικών χαπιών, με όλες τις συνακόλουθες αρνητικές συνέπειες (Burke, 2000).

Οι δυσμενείς επιπτώσεις του εργασιακού άγχους έχουν άμεσες αλλά και μακροχρόνιες συνέπειες στη σωματική υγεία του νοσηλευτή. Οι κυριότερες άμεσες επιπτώσεις είναι ο πόνος στην πλάτη, οι μυϊκοί σπασμοί, ο πονοκέφαλος και η γενικευμένη μυϊκή ένταση που συνδέεται με την ψυχοκινητική ανησυχία και την κόπωση (Μπουσινάκης & Χάλκος, 2006, Wilson, 2001, Τούντας, 1999.). Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις, αφορούν στη εμφάνιση διαταραχών από το μυοσκελετικό (Ευρωπαϊκή Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2000) το καρδιαγγειακό (Αντωνίου, 2003), το πεπτικό (Mikes et al., 2001, Michel & Blanc, 1993), το ανοσοποιητικό (Bierman, 1983) και το ενδοκρινικό (Chandola et al., 2006) σύστημα. Το εργασιακό άγχος έχει επίσης βρεθεί να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα ψυχικών νοσημάτων και ψυχιατρικών διαταραχών (Wong, et al, 2001, Benson, 2000). Από τα προαναφερθέντα καθίσταται σαφές ότι το επαγγελματικό άγχος / εξουθένωση, υποβαθμίζοντας τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία του νοσηλευτικού προσωπικού, επηρεάζει αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του (Τούκας & Τούκα, 2011). Συμπέρασμα για το οποίο άλλωστε υπάρχει και ουσιώδης βιβλιογραφική απόδειξη (Kasl & Cooper, 1987).

Το εργασιακό άγχος έχει σοβαρές επιπτώσεις και στην ασφάλεια των νοσηλευτών (Gray, 2000) αφού οδηγεί τους εργαζόμενους σε ευερεθιστότητα, ελάττωση των προφυλάξεων, υποβάθμιση του κινδύνου και ροπή προς τα ατυχήματα (Ρώτας, 1997, Καντάς, 1995). Το σχετιζόμενο με την εργασία στρες των νοσηλευτών επιδρά επίσης

και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, επιβαρύνοντάς το οικονομικά (Maslach et al., 2001, αλλά και υποβαθμίζοντάς το ποιοτικά, λόγος για τον οποίο έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το εργασιακό στρες τα τελευταία χρόνια (Μουστάκα και συν., 2010).

Τις τελευταίες δεκαετίες το εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας έχει συσχετισθεί με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και πτωχή ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας και απόδοσης στην εργασία (Visser et al., 2003) Ειδικότερα για τους νοσηλευτές, το εργασιακό στρες έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών (Tarnow-Mordi et al., 2000), γεγονός που αποτυπώνεται και στο χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα (Leiter et al., 1998, Vahey et al., 2004). Η νοσηλευτική φροντίδα είναι μία διαδραστική και διαντικειμενική διαδικασία που λαμβάνει χώρα μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή και εκφράζεται μέσα από δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις (Brilowski et al., 2005, Fosbinder, 1994). Η διερεύνηση και συσχέτιση των αντιλήψεων νοσηλευτών και ασθενών όσον αφορά τόσο στην έννοια της σχέσης φροντίδας όσο και στις πράξεις και στις συμπεριφορές φροντίδας, αποτελεί υψηλή προτεραιότητα στον τομέα της νοσηλευτικής έρευνας σε παγκόσμιο επίπεδο (Scott, 2003).

Στόχος, λοιπόν της παρούσας μελέτης, είναι η διερεύνηση του επαγγελματικού άγχους ως παράγοντας επιβάρυνσης της ψυχο-σωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.

## **2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **2.1. Άγχος – Στρες**

#### *Άγχος*

Αν και σε πολλές μελέτες οι λέξεις άγχος και stress αναφέρονται ως συνώνυμες (Καντάς, 1995), οι έννοιες που δηλώνουν δεν είναι ταυτόσημες αλλά ανήκουν σε σημασιολογικά ομόκεντρους κύκλους (Αργυροπούλου, 1998).

Η λέξη άγχος ως «ψυχικό σφίξιμο, ψυχική πνιγμονή, αγωνία» είναι νεολογισμός της Νέας Ελληνικής και αποδίδει ξένους όρους π.χ. αγγλικά anxiety (Μπαμπινιώτης, 2012). Η λέξη *άγχος*, προέρχεται από την αρχαία λέξη «*άγχω*» που σήμαινε «σφίγγω – πνίγω».

Το άγχος ορίζεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση του προσώπου που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα επικείμενου κινδύνου, έντασης και ανησυχίας (Ollendick, 1998), η ένταση του οποίου εξαρτάται τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα όσο και από ενδογενείς παράγοντες όπως η προσωπικότητα, μια προηγούμενη αγχωτική εμπειρία, η αντίληψη του εξωτερικού ερεθίσματος, του τρόπου



αντιμετώπισής του (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999). Το άγχος προκύπτει ως αντίδραση του ατόμου σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες (Καραδήμας, 1999), αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ανώτερου ζώντος οργανισμού και οριοθετείται ως μια ειδική ανταλλαγή ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος, άτομο-κοινωνία, και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος (Αργυροπούλου, 1998).

*Άγχος είναι ένα ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή, η οποία μη έχουσα συγκεκριμένο αντικείμενο δεν μπορεί να αποφευχθεί από το άτομο το οποίο εξουθενώνεται* (Οικονόμου, 1994:86). Το άγχος είναι ένα ασαφές συναίσθημα που διακρίνεται σε φυσιολογικό και παθολογικό. (Στεφανίδου και συν., 2010). Το κριτήριο εδώ δεν είναι ποιοτικό αλλά ποσοτικό, όπως άλλωστε συμβαίνει με όλα τα συναισθήματα. Το φυσιολογικό άγχος είναι ένας μηχανισμός επιβίωσης, με βάση τον οποίο μια μέτρια δόση άγχους επισημαίνει ποιος είναι ο κίνδυνος και με ποιο τρόπο θα τον αντιμετωπίσουμε, γεγονός που κινητοποιεί το άτομο και αυξάνει την επιτευγματικότητά του. Στο παθολογικό όμως άγχος τα συστήματα συναγερμού εντόπισης και αντιμετώπισης της απειλής δυσλειτουργούν, καθώς τίθενται σε λειτουργία πολύ συχνά, ακατάλληλα, υπέρμετρα και παρατεταμένα, με αποτέλεσμα σημαντικού κλινικού βαθμού δυσλειτουργία και δυσφορία του ατόμου (Παπακώστας, 2012).

### **Στρες**

Το στρες ή αλλιώς ψυχολογική ένταση ορίζεται ως *«μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον η οποία εκφράζεται με την εκτίμηση του ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματα του κι έτσι θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία»* (Βασιλάκη και συν., 2001).

Δεδομένου ότι το στρες σχετίζεται με στρεσογόνους παράγοντες που συναντώνται στην καθημερινότητα, κάθε άνθρωπος μπορεί να το βιώσει ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, μόρφωσης ή κοινωνικής τάξης λόγω του ότι αποτελεί την απάντησή του σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα. Πάρα ταύτα, πιστεύεται, ότι υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις κατά την αντίδραση έναντι του στρες, γι' αυτό διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες, αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο (Αντωνίου, 2006). Το στρες είναι μια απόλυτα φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού (Ασημακοπούλου, 2004). Χρησιμοποιώντας όρους νευροφυσιολογίας ως στρες ορίζεται το σύνολο των αλλαγών που συμβαίνουν στον οργανισμό όταν απειλείται ή κινδυνεύει από κάποιο ερέθισμα ή κατάσταση που αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα (Χρηστίδης, 2001).

Η διέγερση του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος η οποία προκαλείται από νευροφυσιολογικά ερεθίσματα, προκαλεί την έκκριση επινεφρίνης και νορ-επινεφρίνης από την μυελώδη μούρα των επινεφριδίων. Οι πεπτιδικές αυτές ορμόνες

διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στην προσαρμογή του οργανισμού σε οξείες καταστάσεις στρες, αφού οι συνέπειες της έκκρισής τους αφορούν στην άμεση ενεργοποίηση όλου του οργανισμού: Οι αισθήσεις γίνονται οξύτερες, οι μύες συσπώνται, η συχνότητα του καρδιακού και του αναπνευστικού ρυθμού γίνεται ταχύτερη, η αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα αυξάνονται. Με τον τρόπο αυτό ο οργανισμός έρχεται σε κατάσταση αυξημένης ετοιμότητας προκειμένου να «απαντήσει» στις εκάστοτε ανάγκες.

Υπάρχουν δύο θεωρίες σχετικά με την προέλευση της λέξης «στρες». Σύμφωνα με την πρώτη, η λέξη stress προέρχεται από την λατινική λέξη strictus (παθητική μετοχή stringere) που σημαίνει σφικτός ή στενός (Hinkle, 1973). Σύμφωνα με τη δεύτερη και πιο διαδεδομένη θεωρία, η λέξη προήλθε από την αρχαία γαλλική λέξη destresse που σημαίνει βρίσκομαι σε στενότητα, σε καταπίεση (Fontana, 1996). Τη λέξη αργότερα τη δανείστηκε η αγγλική γλώσσα (distress) η οποία πλέον τη χρησιμοποιεί στην απλουστευμένη μορφή stress, απ' όπου και δανείστηκαν οι έλληνες τη λέξη «στρες».

Ο πρώτος που εισήγαγε τον όρο «στρες» ήταν ο H. Selye (1936) με το πρωτοποριακό του άρθρο «A Syntrom Produced by Diverse Nocuous Agents» στο The Journal of Neyropsychiatry and Clinical Neurosciences) ορίζοντάς το ως μη ειδική απόκριση του σώματος έναντι κάποιας πραγματικής ή φανταστικής «απειλής». Ο R. Hooke στα τέλη του 1600 βασιζόμενος στις αρχές της μηχανικής όρισε το στρες βάση της έννοιας του φορτίου, της πίεσης και της καταπόνησης. Επεκτείνοντας την έννοια του στρες στο χώρο της Βιολογίας, της Ιατρικής και της Ψυχολογίας το στρες αναφέρεται τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχολογική καταπόνηση (Hinkle, 1973, DiMatteo & Martin, 2010).

Ο W. Cannon στις αρχές του 1900 ονόμασε κρίσιμο στρες την αντίδραση σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα, εισάγοντας την διάσημη αντίδραση «φόβου, μάχης ή φυγής» (fright, fight or flight response) σύμφωνα με την οποία, ο ανθρώπινος οργανισμός τίθεται σε συναγερμό και προετοιμάζεται έτσι ώστε να δώσει μάχη ή να τραπεί σε φυγή όταν βρίσκεται σε κίνδυνο (Cannon, 1932).

Ο πλέον ευρέως αποδεκτός ορισμός για το στρες είναι αυτός που έδωσαν οι Lazarus και Folkman (1984) σύμφωνα με τον οποίο το στρες περιγράφεται ως η σχέση ανθρώπου – περιβάλλοντος η οποία αποτιμάται (appraised) από το άτομο ότι υπερβαίνει ή θέτει σε δοκιμασία τους διαθέσιμους πόρους του και βάζει σε κίνδυνο την υγεία του (Lazarus & Folkman, 1984). Η αντίληψη του ατόμου για το στρες βασίζεται σε μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης κατά την οποία το άτομο προβαίνει σε εκτίμηση της σημασίας των γεγονότων και των αποθεμάτων που έχει στη διάθεσή του για να τα αντιμετωπίσει (Cohen & Lazarus, 1979, Lazarus, 1999). Το άτομο βιώνει στρες όταν αντιληφθεί μια ασυμφωνία ή αντίφαση (πραγματική ή φανταστική) ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μια κατάσταση και στα

βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά αποθέματα που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999).

Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), η διαδικασία αποτίμησης ενός δυνητικά στρεσογόνου ερεθίσματος πραγματοποιείται σε δύο γνωστικά στάδια: α) στο πρωταρχικό (primary appraisal) στο οποίο το άτομο εκτιμά εάν και κατά πόσο τα ερεθίσματα αποτελούν απειλή και β) στο δευτερεύον (secondary appraisal) στο οποίο το άτομο εφόσον αντιλαμβάνεται απειλή προβαίνει σε ανασκόπηση των ικανοτήτων και των αποθεμάτων του με σκοπό την εκτίμηση της επάρκειάς του να αντιμετωπίσει το στρεσογόνο ερέθισμα. Η γνωστική εκτίμηση διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο ανάμεσα στο στρεσογόνο γεγονός και την αντίδραση του προσώπου, αφού οι επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων τροποποιούνται από τον τρόπο που το άτομο ερμηνεύει και βιώνει τους παράγοντες αυτούς (Τούντας, 1999). Ο τρόπος αυτός διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο - τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ευαισθησία που επιδεικνύουν απέναντι στα στρεσογόνα ερεθίσματα, την ερμηνεία που δίνουν σε αυτά καθώς και τις αντίστοιχες αντιδράσεις που εμφανίζουν - αλλά και στο ίδιο άτομο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές όταν το περιβάλλον μέσα στο οποίο υφίσταται το ερέθισμα είναι διαφορετικό (Ασημακοπούλου, 2004).

## 2.2.Είδη Στρες

Ο Η. Selye ήταν ο πρώτος ο οποίος το 1974 διέκρινε τα εξής δύο είδη στρες: το καλό (eustress) και το κακό (distress). Στην εργασία του αυτή υποστηρίζεται ότι το επίμονο στρες το οποίο δεν έχει διευθετηθεί μέσω αντιμετώπισης ή προσαρμογής ονομάζεται distress και μπορεί να οδηγήσει σε άγχος, απόσυρση και καταθλιπτική συμπεριφορά. Αντιθέτως αν το άγχος βελτιώνει την λειτουργικότητα του ατόμου μπορεί να θεωρηθεί ως eustress (Selye & Hans, 1974).

Ο όρος eustress αναφέρεται στην υγιή θετική γνωστική ανταπόκριση στο stress (θετικό στρες) η οποία προσφέρει μια αίσθηση εκπλήρωσης ή άλλα θετικά συναισθήματα (Nelson & Simmons, 2004, Lazarus, 1966). Η εν λόγω ανταπόκριση η οποία δεν καθορίζεται από το είδος του στρεσογόνου παράγοντα αλλά από τον τρόπο που το πρόσωπο τον αντιλαμβάνεται (αρνητική απειλή ή θετική πρόκληση) γεγονός το οποίο με τη σειρά του εξαρτάται από παράγοντες που αφορούν τόσο στο πρόσωπο όσο και στο στρεσογόνο παράγοντα (Fevre et al., 2006). Το θετικό στρες είναι ευεργετικό για τον άνθρωπο αφού συμβάλλει στη θετική βίωση των εκάστοτε προκλήσεων, μεγιστοποιεί την απόδοσή του (Cooper et al, 1988) βελτιώνει την ευημερία και σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση από την ζωή του (O' Sullivan, 2010).

Ο όρος distress αναφέρεται στην αρνητική έκφανση του στρες (αρνητικό στρες) κατά την οποία το έμβιο όν αδυνατεί να προσαρμοστεί πλήρως στους στρεσογόνους παράγοντες με αποτέλεσμα να υιοθετεί δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές (Institute

for Laboratory Animal Research, 1992). Το αρνητικό στρες μπλοκάρει και απειλεί την ομοιόσταση του οργανισμού δηλαδή την κατάσταση ισορροπίας και αρμονίας σώματος και πνεύματος (Fontana, 1993) και συνεπώς αποβαίνει επιβλαβές για το άτομο (Cooper et al., 1988), αφού τα προκαλούμενα αρνητικά συναισθήματα (απογοήτευσης, θυμού, ανεπάρκειας κ.τ.λ.) εμποδίζουν το άτομο να συνεχίσει τη δράση του (McKenna, 1994). Άτομα υπό διαρκές αρνητικό στρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ψυχικές και σωματικές ασθένειες ενώ ταυτόχρονα υπάρχει σαφής δόσοεξαρτώμενη συσχέτιση ανάμεσα στο ψυχολογικό αρνητικό στρες και τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας (Russ et al., 2012).

Οι Lazarus και Folkman (1984) ισχυρίζονται ότι συγκεκριμένες παράμετροι της πρωτογενούς και της δευτερογενούς αποτίμησης ενός δυνητικά στρεσογόνου ερεθίσματος οδηγούν σε διαφορετικά είδη στρες: το επιβλαβές (harmful) που αναφέρεται στην ζημιά (ψυχολογική) ή στην απώλεια που ήδη συνέβηκε, στο απειλητικό (threatening) το οποίο αναφέρεται στην πρόβλεψη του αναμενόμενου επιβλαβούς και στο στρες της πρόκλησης (challenging) το οποίο αφορά στις απαιτήσεις ενός έργου όταν το άτομο νιώθει αυτοπεποίθηση να το χειριστεί. Τα παραπάνω τρία είδη ψυχολογικού στρες ενσωματώνουν και συγκεκριμένα είδη συναισθηματικών αντιδράσεων.

### **2.3.Εργασιακό Στρες**

#### ***Ορισμοί***

Το στρες που δημιουργείται από την εργασία ή σχετίζεται με αυτή είναι γνωστό ως εργασιακό στρες (occupational stress) ή ως βιομηχανικό στρες (industrial stress). Ο όρος βιομηχανικό στρες αναφέρεται στο στρες του ρόλου όπου ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει διαφορούμενες ή συγκρουόμενες απαιτήσεις από τους άλλους ή σε υπερφόρτιση του ρόλου του όταν η εργασία είναι υπερβολικά δύσκολη ή πάρα πολύ σε ποσότητα σχετικά με την ικανότητα που πιστεύει ότι αυτός έχει (Παπά, 2006). Τα διεθνή εγχειρίδια οργανωτικής και εργασιακής ψυχολογίας χρησιμοποιούν τον όρο “stress” με τρεις διαφορετικούς τρόπους, δηλαδή ως αιτία, συνέπεια, αποτέλεσμα και διαδικασία (Στεφανίδου και συν., 2010).

Αν και δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός για το εργασιακό στρες, υπάρχει ευρεία αποδοχή ως προς τους παράγοντες που το προκαλούν και τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2007a). Στη βιβλιογραφία απαντώνται πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί του εργασιακού άγχους με κοινό παρονομαστή τη συσχέτισή του με την οργάνωση και τη διαχείριση της εργασίας καθώς και με τις σχέσεις του εργαζόμενου με το ευρύτερο περιβάλλον εργασίας. Συνεπώς, το επαγγελματικό άγχος μπορεί να περιγραφεί ως η συσσώρευση αγχογόνων καταστάσεων που σχετίζονται με την εργασία ή το στρες που προκύπτει από μια συγκεκριμένη εργασιακή κατάσταση (π.χ. νέα εργασιακή θέση) (Ross & Altmaier, 1994). Αξίζει να υπογραμμιστεί το

υποκειμενικό της εκτίμησης των εργασιακών παραγόντων ως στρεσογόνων καθώς οι ίδιες ή παρόμοιες συνθήκες για κάποιους αποτελούν πηγή στρες ενώ για άλλους όχι (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε, 2007b) και γι' αυτό και η επίπτωση του επαγγελματικού στρες εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου, καθώς και από τον συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (Cooper & Marshall, 1976), συμπεριλαμβανομένης και της οικονομικής δυσχέρειας (Τερζίδης & Τζωρτζάκης, 2004). Πιο ειδικά, ως εργασιακό χαρακτηρίζεται το άγχος το οποίο εκδηλώνεται όταν οι οφειλόμενες σε παράγοντες της εργασίας απαιτήσεις ξεπερνούν τις ικανότητες και τις γνώσεις του εργαζομένου για αντιμετώπιση (ή έλεγχο) της κατάστασης (Leka et al., 2004, Trade Union Representatives, 2009). Εξειδικεύοντας τον ορισμό της Aldwin (1994) για το στρες, η έννοια του εργασιακού άγχους αναφέρεται στην εμπειρία που δημιουργείται ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ατόμου και περιβάλλοντος εργασίας γεγονός που οδηγεί σε ψυχολογική και σωματική ένταση. Το εργασιακό άγχος συνεπώς, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000), ορίζεται ως μια κατάσταση και όχι ως μια ασθένεια. Ενδεχομένως όμως το ίδιο το άγχος να έχει μια πλειάδα σημαντικών αρνητικών επιπτώσεων (Doherty & Tyson, 1998).

### ***Θεωρητικά μοντέλα για το εργασιακό στρες***

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν προταθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα τα οποία έχουν ως άμεσο στόχο να περιγράψουν, να εξηγήσουν και να προβλέψουν τους παράγοντες που προκαλούν στρες στον εργασιακό χώρο και ως απώτερο σκοπό να αποτελέσουν το θεωρητικό υπόβαθρο βάση του οποίου θα καταρτιστούν προγράμματα **αποτελεσματικής** παρέμβασης για την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων του εργασιακού στρες.

Τα θεωρητικά αυτά μοντέλα μπορούν να χωριστούν σε δύο βασικές κατηγορίες:

- α) Τα μοντέλα τα οποία εστιάζουν στις επαγγελματικές συνθήκες όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τον ίδιο τον εργαζόμενο και στις επιπτώσεις που αυτές έχουν στην υγεία των εργαζομένων, και
- β) τα μοντέλα τα οποία εξετάζουν σε πιο βαθμό ο εργαζόμενος εκπληρώνει τις προσδοκίες και καλύπτει τις ανάγκες του μέσα από την εργασία του καθώς και κατά πόσο άτομο και εργασία συμβαδίζουν ως προς τις βασικές τους αρχές.

Οι βασικές αρχές των σημαντικότερων θεωρητικών μοντέλων εργασιακού άγχους είναι οι εξής:

1. Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων / ελέγχου / κοινωνικής στήριξης (job demands – control model). Εισήχθη από τον Karasek (1979) και έκτοτε έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί σε μελέτες και έρευνες για το εργασιακό άγχος. Κεντρικός πυρήνας του είναι η υπόθεση ότι οι βασικοί παράγοντες που

επηρεάζουν ουσιαστικά τον εργαζόμενο είναι: οι ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας, ο βαθμός ελέγχου που έχει ο ίδιος πάνω σε αυτή - δηλαδή η ανεξαρτησία προκειμένου να ορίσει τις παραμέτρους της εργασίας του αλλά και το δικαίωμά του να παίρνει πρωτοβουλίες – καθώς και οι κοινωνικές σχέσεις με προϊσταμένους, συναδέλφους και υφισταμένους. Οι τρεις αυτοί παράγοντες επηρεάζουν καθοριστικά την εκδήλωση και τα επίπεδα εργασιακού άγχους. Το μοντέλο προβλέπει την αύξηση των σχετιζόμενων με το εργασιακό άγχος ασθενειών καθώς αυξάνονται οι επαγγελματικές απαιτήσεις και ο εργασιακός έλεγχος από την προϊστάμενη αρχή ενώ μειώνεται η κοινωνική υποστήριξη (Αντωνίου, 2006).

2. Το μοντέλο της εναρμόνισης ατόμου– περιβάλλοντος) (person – environment fit model) (Baker, 1985). Το συγκεκριμένο μοντέλο αναφέρεται συχνά και ως Οργανωτικό μοντέλο του Michigan γιατί έχει μελετηθεί εκτενώς από ερευνητές του Ινστιτούτου Κοινωνικής Έρευνας του Πανεπιστημίου του Michigan. Η κεντρική του υπόθεση αφορά τη σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Συγκεκριμένα, η εργασία μπορεί να αποτελέσει στρεσογόνο συνθήκη για τον εργαζόμενο όταν υπάρχει χάσμα ανάμεσα στα κίνητρα και τις επιδιώξεις του, αφενός, και σε αυτά που το περιβάλλον του προσφέρει αφετέρου, καθώς και ανάμεσα στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και στην ικανότητα του εργαζόμενου να ανταποκριθεί σε αυτές (Baker, 1985). Το συγκεκριμένο μοντέλο λαμβάνει υπόψη το ίδιο το άτομο και τον τρόπο με τον οποίο αυτό επεξεργάζεται το περιβάλλον του συγκρίνοντας τις προσωπικές του απαιτήσεις με τις παροχές που προέρχονται από αυτό, στοιχείο το οποίο συχνά αγνοείται από άλλα μοντέλα (Edwards, 1996).
3. Το μοντέλο των χαρακτηριστικών της εργασίας ή μοντέλο των βιταμινών (vitamin model). Το μοντέλο εισήχθη από τον Watt, ο οποίος σε ένα βασικό του άρθρο (Watt, 1990) παραλληλίζει την επίδραση των ποικίλων παραμέτρων του εργασιακού περιβάλλοντος στην ψυχική υγεία του εργαζόμενου, με αυτή των βιταμινών στην ψυχική ευεξία. Σύμφωνα με τον ίδιο υπάρχουν εννέα συγκεκριμένες κατηγορίες εργασιακών παραγόντων που μπορεί να επιβαρύνουν την υγεία των εργαζομένων π.χ. δυνατότητα λήψης αποφάσεων, δυνατότητα αξιοποίησης γνώσεων και ικανοτήτων, ικανοποιητική αμοιβή και υλικοτεχνική υποστήριξη, οι οποίοι όμως δεν συνδέονται γραμμικά με τις επιπτώσεις τους στην ψυχική υγεία των εργαζομένων – όπως αντιθέτως ισχυρίζεται ο Karasek. Με άλλα λόγια όσο στρεσογόνο είναι να έχει ο εργαζόμενος περιορισμένη δυνατότητα λήψης αποφάσεων για παράδειγμα, τόσο στρεσογόνο είναι να έχει υπερβολικά μεγάλα περιθώρια πρωτοβουλιών.

4. Το μοντέλο της ανισορροπίας προσπάθειας – ανταπόδοσης (effort – reward imbalance model) (Siegrist, 1996). Το 1990 ο Siegrist δημοσίευσε ένα άρθρο που αφορούσε στη σχέση εργασιακών συνθηκών και ισχαιμικής καρδιακής νόσου των εργατών, προτείνοντας ένα νέο μοντέλο για τη σχέση εργασιακών συνθηκών και υγείας των εργαζομένων. (Siegrist et al., 1990). Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην υπόθεση ότι απαιτείται ισορροπία ανάμεσα στην προσπάθεια του εργαζομένου και των όσων λαμβάνει ως ανταπόδοση από την εργασία του, προκειμένου να νοιώθει ήρεμος και ευχαριστημένος ώστε να μην επιβαρυνθεί μακροπρόθεσμα η κατάσταση της υγείας του. Ο όρος προσπάθεια αναφέρεται τόσο στην εξωγενή προσπάθεια (τις απαιτήσεις της δουλειάς κατά Karasek), όσο και στην ενδογενή προσπάθεια δηλαδή στα εσωτερικά κίνητρα του εργαζόμενου που τον ωθούν να αποδώσει στον εργασιακό του χώρο. Τέτοια κίνητρα είναι η ανάγκη του για λήψη πρωτοβουλιών, και κοινωνική αναγνώριση, η ανταγωνιστικότητά του, ο βαθμός ευερεθιστότητάς του και η ικανότητά του να αποσυνδέει την επαγγελματική από την προσωπική του ζωή. Ως ανταπόδοση από την εργασία του ο εργαζόμενος λαμβάνει κοινωνική αναγνώριση, χρηματική αμοιβή, τη δυνατότητα διατήρησης της εργασιακής του θέσης καθώς και επαγγελματική / οικονομική ασφάλεια. Νεότερη μελέτη από τον Siegrist επιβεβαιώνει τις υποθέσεις του ότι η ανισορροπία προσπάθειας – ανταπόδοσης, συνδέεται συχνά με υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων. Το μοντέλο ανισορροπίας προσπάθειας – ανταπόδοσης χρήζει περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να διαπιστωθεί η ορθότητα των υποθέσεών του και να οριοθετηθούν οι εφαρμογές του.
5. Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων – εργασιακών πόρων (The job demands – resources model). Πυρήνας του μοντέλου που εισήχθη από την Demerouti και τους συνεργάτες της (Demerouti et al., 2000, Demerouti et al., 2001) είναι η υπόθεση ότι κάθε επάγγελμα έχει συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος και οι οποίοι μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο γενικές κατηγορίες, τις εργασιακές απαιτήσεις και τους εργασιακούς πόρους. Οι εργασιακές απαιτήσεις σε διανοητικό, συναισθηματικό, σωματικό κ.τ.λ. επίπεδο, χωρίς να είναι εξ' ορισμού αρνητικές, μπορεί να εξελιχθούν σε πηγή άγχους όταν η αντιμετώπισή τους απαιτεί ιδιαίτερη προσπάθεια την οποία ο εργαζόμενος δεν δύναται να καταβάλλει. Η διατήρηση των υπαρχόντων καθώς και η ανάπτυξη περισσότερων εργασιακών πόρων (υποστήριξη, αυτονομία, ανατροφοδότηση, σημασία του καθήκοντος κ.τ.λ.) μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερη διαχείριση των εργασιακών απαιτήσεων. Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο κομβικό σημείο για την αποφυγή του εργασιακού άγχους είναι η απόκτηση και η διατήρηση εκ μέρους του εργαζόμενου όσο το δυνατόν περισσότερων εργασιακών πόρων (Demerouti et al., 2001, Bakker et al., 2004).

#### 2.4. Τύποι προσωπικότητας και άγχος.

Η προσωπικότητα διακρίνεται στον τύπο προσωπικότητας Α, Β και C. Ο τύπος προσωπικότητας Α έχει βιαστικό και κοφτό λόγο, κάνει γρήγορες κινήσεις, μασάει γρήγορα την τροφή του, σκέφτεται και κάνει πολλά πράγματα μαζί, είναι ανυπόμονος και έχει αδυναμία να ανεχθεί ρυθμούς πιο αργούς από τους δικούς του. Ακόμη, προσπαθεί να επιβάλλει τις απόψεις του, αισθάνεται ενοχές, όταν δεν ασχολείται με κάτι και κάνει νευρικές χειρονομίες - τικ.

Επίσης, διακατέχεται από έντονη συγκέντρωση και επαγρύπνηση, ισχυρή έλξη προς ανταγωνισμό, τελειομανία, παρουσιάζει υψηλά επίπεδα διαπροσωπικών συγκρούσεων και τυγχάνει περιορισμένης ή μηδενικής κοινωνικής υποστήριξης. Αυτός ο τύπος είναι σε συνεχή πίεση για να επιτύχει κάτι. Μελέτες έχουν δείξει ότι, οι άντρες που έχουν προσωπικότητα τύπου Α πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Επιπροσθέτως, η συνήθης εχθρική συμπεριφορά, που τους χαρακτηρίζει, επιβαρύνει την κατάσταση (Αντωνίου, 2006).

Ο τύπος προσωπικότητας Β φαίνεται χαλαρός, χωρίς βιασύνη. Έχει απόλυτη ελευθερία από τις τάσεις του τύπου Α, ο τόνος της φωνής του είναι χαμηλός και κάνει ήρεμες κινήσεις. Διακατέχεται από αισιοδοξία και δεν αντιλαμβάνεται την πίεση του χρόνου, δεν αισθάνεται την ανάγκη επίδειξης των επιτευγμάτων του, έχει την ικανότητα να χαλαρώνει χωρίς αισθήματα ενοχής και να εργάζεται χωρίς πίεση. Δεν προσπαθεί να εντυπωσιάσει τους άλλους και ξέρει να απολαμβάνει τη ζωή και τις χαρές της. Ένας τρίτος τύπος προσωπικότητας C είναι ο τύπος προσωπικότητας που είναι κράμα των Α και Β. Θα μπορούσε, να υποστηριχθεί, ότι η ύπαρξη προσωπικότητας αυτού του τύπου, είναι άτομο με προσωπικότητα με τάση για καρκίνο (Αντωνίου, 2006).

Η ανθεκτικότητα και η ευαλωτότητα στους ψυχοπαιστικούς παράγοντες καθώς και η ένταση της αντίδρασης στρες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία, το φύλο, τη νοημοσύνη και πολυάριθμα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η αντοχή, η έδρα του ελέγχου, η αυτοεπάρκεια, η αυτοεκτίμηση, η αισιοδοξία, η εχθρικότητα. Μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας, για την οποία πρόσφατα διατυπώθηκε η άποψη ότι έχει σχέση με την αντιμετώπιση του άγχους, είναι αυτή που η Kobasa απεκάλεσε «σκληρότητα» ή «ανθεκτικότητα». Πρόκειται για τη δυνατότητα που έχουν ορισμένοι άνθρωποι να μένουν ανεπηρέαστοι από την επίδραση των αγχογόνων παραγόντων. Αυτό το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας εμπεριέχει τρία επιμέρους συνθετικά στοιχεία: την αφοσίωση, τον έλεγχο και την πρόκληση. Η αφοσίωση αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο πιστεύει, 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 στο άγχος είναι τα άτομα που έχουν σε υψηλό βαθμό συμπεριφορά τύπου A και σε χαμηλό βαθμό «σκληρότητα» ή «ανθεκτικότητα».

Για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ προσωπικότητας και στρες, είναι ουσιώδες να αναγνωρισθεί η σημασία ατομικών διαφορών στα ακόλουθα 4 πεδία:

- (1) Επιλογή ή αποφυγή περιβαλλόντων που σχετίζονται με ιδιαίτερους ψυχοπαιστικούς παράγοντες, προκλήσεις ή οφέλη,
- (2) Τρόπος ερμηνείας μιας ψυχοπαιστικής συνθήκης και εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου για ενεργό δράση ώστε να την αντιμετωπίσει ή να την αποφύγει,
- (3) Ένταση της απάντησης σε έναν ψυχοπαιστικό παράγοντα, και
- (4) Στρατηγικές που χρησιμοποιεί το άτομο για την αντιμετώπιση μιας ψυχοπαιστικής συνθήκης.

Χαρακτηριστικά μιας ανθεκτικής προσωπικότητας είναι: Η ικανότητα αντιμετώπισης ψυχοπαιστικών συνθηκών, η συνέχιση της εμπλοκής σε δραστηριότητες, η ευελιξία σε απρόσμενες μεταβολές στη ζωή, η ικανότητα αναζήτησης κοινωνικής στήριξης, η θεώρηση του στρες ως πρόκλησης-ευκαιρίας για ανάπτυξη παρά ως απειλής στη ζωή, η αυτοφροντίδα, η εναρμόνιση με τη φύση, η αισιοδοξία και η αίσθηση του χιούμορ, η εργασία και η αγάπη, η ανάπτυξη πνευματικότητας και η αναζήτηση αληθινού νοήματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 1. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Οι νοσηλευτές αποτελούν μία από τις πλέον ευάλωτες στο εργασιακό στρες επαγγελματικές ομάδες αφού το επάγγελμά του νοσηλευτή ανήκει στα πλέον στρεσογόνα επαγγέλματα δηλαδή σε εκείνα που συνεπάγονται σχέσεις με ανθρώπους, απαιτούν ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων ή οι αποφάσεις που λαμβάνονται ενδέχεται να έχουν σοβαρές οικονομικές κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες (Cooper et al., 1998). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ακόμη και κατά την κλινική άσκηση των φοιτητών της νοσηλευτικής δημιουργούνται στρεσογόνες καταστάσεις οι οποίες και τους επηρεάζουν (Dunn & Hansford, 1997). Έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές υφίστανται μεγαλύτερο στρες από όλους τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας (Rees & Cooper (1992). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με ευρήματα άλλων ερευνών που κατατάσσουν το επάγγελμα του νοσηλευτή ως το πλέον στρεσογόνο συγκριτικά με άλλα επαγγέλματα υγείας (Αδαλή και συν., 2000, Ceslowitz, 1989).

Εννοιολογικά, υπάρχουν τρεις βασικές εκφάνσεις του στρες των νοσηλευτών: το εργασιακό άγχος, ο ηθικός κίνδυνος και το μετατραυματικό στρες (McGibbon et al., 2010). Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται ένα διαρκώς αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με τα αίτια και τις συνέπειες του εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές (Gray-Toft et al., 1981, Farrington, 1995, Butterworth, 1999).

#### 1.1. Στρεσογόνοι παράγοντες στη νοσηλευτική

Στη διεθνή βιβλιογραφία απαντάται ένας ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός μελετών που αφορούν στη διερεύνηση των στρεσογόνων παραγόντων στο νοσηλευτικό επάγγελμα, ιδιαίτερα κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες (Gray-Toft et al., 1981, Morris, 1995, Numerof et al., 1984, Farrington, 1995, Moustaka et al., 2009, Μουστακα και συν., 2010, Antoniadou et al., 2010).

Ο Menzies (1960) ήταν ο πρώτος ο οποίος προσδιόρισε τέσσερις πηγές άγχους στους νοσηλευτές: Η φροντίδα του ασθενούς, η λήψη αποφάσεων, η ανάληψη ευθυνών και οι συνεχείς εναλλαγές. Μεταγενέστερα, οι Gray και Aderson (1981) υπέδειξαν επτά κύριες πηγές άγχους στη νοσηλευτική: Την επαφή με το θάνατο, τις διαμάχες με τους γιατρούς, την έλλειψη υποστήριξης, την ανεπαρκή προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών, οι διαμάχες με τους συναδέλφους, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία του ασθενούς. Ο Mc Vicar (2003) αναγνωρίζει ως κύριους παράγοντες πρόκλησης στρες στους νοσηλευτές το φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, τη συναισθηματική φόρτιση από τη νοσηλεία, τις αμοιβές και την εργασία σε βάρδιες.

Όσον αφορά στα σύγχρονα ελληνικά δεδομένα, οι κυριότεροι παράγοντες που προκαλούν στρες στους νοσηλευτές είναι οι συχνές βάρδιες, η εναλλαγή των βαρδιών, οι κακές συνθήκες εργασίας η σύγκρουση των ρόλων, η συνεχής επικοινωνία με ποικιλία ατόμων, ο φόρτος εργασίας και η βαρύτητα των περιστατικών, η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου και ο ρόλος του ατόμου στο εργασιακό περιβάλλον (ασάφεια ρόλων- έλλειψη καθηκοντολογίου) (Παπαμιχαήλ, 2005, Malliarou et al., 2013).

Σύμφωνα με την Αντωνίου (Αντωνίου, 2006) οι παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση του στρες μπορεί να προέρχονται από τον ίδιο τον εργαζόμενο (ατομικοί παράγοντες) από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας ή από την επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή (επαφή με τον πόνο και το θάνατο).

## **1.2. Ατομικοί παράγοντες**

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, το εργασιακό στρες προέρχεται από την αλληλεπίδραση οργανωτικών παραγόντων της εργασίας και ατομικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων (Mäkinen et al., 2003) Συνεπώς, το εργασιακό άγχος στη νοσηλευτική, καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τον βαθμό επιτυχίας του κάθε νοσηλευτή να αντιμετωπίζει τους σχετιζόμενους με την εργασία του στρεσογόνους παράγοντες (Sveinsdottir et al., 2006).

### ***α. Ιδιοσυγκρασία – διάσταση προσωπικότητας***

Σημαντικό ρόλο τόσο σε σχέση με την στρατηγική που θα υιοθετήσει το άτομο όσο και για την έκταση, την ένταση και την επιμονή της προσπάθειάς του για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων διαδραματίζει η ιδιοσυγκρασία του (Πούρκος, 2001) δηλαδή, ο ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο συνδυάζονται σε κάθε άτομο, οι βιολογικοί με τους ψυχολογικούς παράγοντες και καθορίζουν τη συμπεριφορά του.

Μία διάσταση της προσωπικότητας που έχει σχέση με την αντιμετώπιση του στρες είναι ο βαθμός των θετικών αισθημάτων (βαθμός αισιοδοξίας) με τα οποία το άτομο προσεγγίζει τις στρεσογόνες καταστάσεις. Άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό αισιοδοξίας, αναφέρουν μικρότερο αριθμό καθημερινών δυσκολιών, όχι επειδή ήταν πραγματικά 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 σχετίζεται με το πώς αντιδρούν οι άνθρωποι στις στρεσογόνες καταστάσεις είναι αυτή που η Kobasa (1979) ονόμασε σκληρότητα ή ανθεκτικότητα. Αυτή ορίζεται ως η δομή της προσωπικότητας η οποία περιλαμβάνει τρία επιμέρους στοιχεία την αφοσίωση, τον έλεγχο και την πρόκληση, και λειτουργεί ως πηγή αντίστασης απέναντι σε στρεσογόνα ερεθίσματα. 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. Άτομα με χαμηλό βαθμό σκληρότητας ή ανθεκτικότητας είναι πιο ευάλωτα στο στρες, ενώ αντιθέτως ο συνδυασμός των τριών συστατικών στοιχείων της ανθεκτικότητας παρέχει στο άτομο το θάρρος και τα κίνητρα που απαιτούνται ώστε να μετατρέψει τις στρεσογόνες συνθήκες από δυνητικές καταστροφές σε ευκαιρίες προσωπικής ανάπτυξης (Maddi, 2006).

Μια ακόμη διάσταση της προσωπικότητας που αφορά στον τρόπο αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων είναι αυτή που ονομάζεται «Έδρα ελέγχου» (Roter, 1966, Folkman, 1984). Η έννοια της έδρας του ελέγχου προσδιορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το άτομο νιώθει ότι έχει τον έλεγχο των πραγμάτων, των καταστάσεων που του συμβαίνουν ή με άλλα λόγια της ίδιας της μοίρας του (Judge & Bono (2001). Ο Williams (1994) περιγράφει την εσωτερική έδρα ελέγχου όταν το άτομο πιστεύει ότι αυτό κινεί τα νήματα δηλαδή επηρεάζει τις εξελίξεις, και εξωτερική όταν το άτομο πιστεύει ότι όλα όσα συμβαίνουν είναι θέμα της μοίρας και συνεπώς δεν μπορεί να επηρεάσει τις εξελίξεις. Η συσχέτιση της έδρας ελέγχου με το στρες βασίζεται στο γεγονός ότι τα άτομα με εσωτερική έδρα ελέγχου επειδή πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο αυτών που τους συμβαίνουν και ότι αυτά είναι αποτέλεσμα των δικών τους αποφάσεων και ενεργειών τείνουν να παρουσιάζουν μικρότερα επίπεδα άγχους. Αντίθετα, τα άτομα με εξωτερική έδρα ελέγχου, επειδή είναι πεπεισμένοι ότι η αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων είναι πέρα από τις δυνατότητές τους δεν θα αντιδράσουν σε αυτές αλλά θα υπομείνουν παθητικά τις συνέπειές τους (Robin & Leslie, 2006, Βακόλα & Νικολάου, 2012).

### **1.3. Κοινωνικο-δημογραφικοί και εργασιακοί παράγοντες**

Οι Sutherland και Cooper (1988) υποστηρίζουν ότι στην αλληλεπίδραση ατόμου περιβάλλοντος υπάρχουν και άλλοι παράμετροι που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ή μη του άγχους μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται ο τύπος προσωπικότητας A ή B, η αυτοεκτίμηση, οι ανάγκες και οι επιθυμίες, η ηλικία και η φυσική κατάσταση, η εθνικότητα, οι ικανότητες, η εμπειρία και η προϋπηρεσία. Για παράδειγμα οι Lee & Wang (2002) διαπίστωσαν ότι υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες συσχετιζόνταν με νεαρότερη ηλικία, μεγαλύτερη συνολικά εργασιακή εμπειρία αλλά με μικρότερο χρόνο υπηρεσίας στην παρούσα θέση, υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης και μικρότερη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών.

Όσον αφορά στην ηλικία, οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση είναι συχνότερα στις νεότερες ηλικίες όχι μόνο για τους νοσηλευτές (Bartz & Maloney, 1986, Chiriboga & Bailey, 1986, Τσάκωνας, 2006, Malliarou et al., 2009, Μαλλιάρου και συν., 2011) αλλά και γενικότερα για

τους επαγγελματίες υγείας (Aslan et al., 1998, Ramirez et al., 1995). Αυτό ενδεχομένως θα μπορούσε να αποδοθεί στο ότι εν αντιθέσει με τους νεότερους συναδέλφους τους, οι μεγαλύτεροι ηλικιακά νοσηλευτές λόγω εμπειριών ζωής, αλλά και λόγω προφανώς μεγαλύτερης νοσηλευτικής εμπειρίας, μπορούν να χειριστούν καλύτερα του εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες έχοντας ενδεχομένως αναπτύξει και αντίστοιχες στρατηγικές αντιμετώπισης και προσαρμογής στο στρες της εργασίας (Μαλλιάρου, 2012). Οι νέοι νοσηλευτές λόγω μικρότερης εμπειρίας είναι λογικό να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη δυσκολία τις απαιτήσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Σταθοπούλου, 2006).

Όσον αφορά στο φύλο, τα αποτελέσματα είναι αλληλοσυγκρουόμενα, με τις περισσότερες έρευνες να δίνουν προβάδισμα στο γυναικείο φύλο. Οι άντρες λόγω χαρακτηριστικών του φύλου τους είναι πιο ανθεκτικοί σε συγκεκριμένους στρεσογόνους παράγοντες από ότι οι γυναίκες, όπως την επαφή με το θάνατο. Επίσης οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακού άγχους, ενδεχομένως λόγω αυξημένων οικογενειακών υποχρεώσεων και επιπλέον εργασίας στο σπίτι, σε σχέση με τους άνδρες νοσηλευτές. Ενδεικτικά έρευνα σε δείγμα 213 ατόμων που διεξήχθη από τη Σταθοπούλου και συν. (2006) κατά την οποία διερευνήθηκε το άγχος σε νοσηλευτικό προσωπικό από το τμήμα έκτακτων περιστατικών οκτώ νοσοκομείων, οι γυναίκες και το νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους.

Οι έγγαμοι νοσηλευτές με παιδιά, αναλαμβάνουν εκτός από τον επαγγελματικό και άλλους ρόλους όπως εκείνους του συζύγου και γονέα. Αυτή η διασύνδεση οικογένειας-εργασίας αποτελεί δυνητική πηγή σχετιζόμενου με το νοσηλευτικό επάγγελμα, στρες (Marshall, 1980). Η πολλαπλότητα των ρόλων που αναλαμβάνουν οι έγγαμοι νοσηλευτές, συμβάλλει στην αύξηση της έντασης του εργασιακού στρες που βιώνουν (Killien, 2004), ενώ αντίστοιχα, το εργασιακό στρες που βιώνουν επηρεάζει δυσμενώς την προσωπική και οικογενειακή τους ζωή (Μαρβάκη και συν, 2007). Ερευνητικά έχει υποστηριχθεί και η αντίθετη άποψη. Αναφέρεται ότι οι έγγαμοι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικής ευεξίας και ότι ο γάμος λειτουργεί προστατευτικά όσον αφορά το εργασιακό στρες, καθώς οι έγγαμοι νοσηλευτές αφοσιώνονται λιγότερο στη δουλειά τους και επωφελούνται περισσότερο από την οικογενειακή στήριξη (Magalhães et al., 2006).

Η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο, καθώς έρευνα που διεξήχθη από τους Sarason et al. (1987) επισήμανε ότι τα κοινωνικά δίκτυα φίλων, συντρόφων κ.τ.λ., έχουν θετική επίδραση στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών.

Νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης καθώς και εκείνοι με χαμηλότερο επίπεδο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης βίωναν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους (Lee & Wang, 2002). Υπάρχει και έρευνα που δεν

εντόπισε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης όσον αφορά στο εργασιακό άγχος ( Lu et al., 2007).

Ο χρόνος υπηρεσίας στην παρούσα θέση αλλά και ο συνολικός χρόνος νοσηλευτικής προϋπηρεσίας, φαίνεται να σχετίζεται με το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών. Ενδεικτικά, υπάρχει έρευνα σύμφωνα με την οποία οι νεότεροι νοσηλευτές, εκείνοι που είχαν μικρότερη εμπειρία στην παρούσα θέση, αλλά και εκείνοι που είχαν συνολικά μεγαλύτερη κλινική εμπειρία, βίωναν εντονότερο εργασιακό στρες (Lee, Wang, 2002).

Η ικανοποίηση από την εργασία σχετίζεται επίσης με το εργασιακό στρες των νοσηλευτών (Malliarou et al., 2010). Σε μία σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Coomber & Barriball, 2006), το εργασιακό στρες σχετίζεται με τη μη ικανοποίηση και την επιθυμία απομάκρυνσης από την παρούσα θέση εργασίας. Σύμφωνα με εργασία που διεξήχθη από τους Μαρνέρας και συν. (2010) η οποία αφορούσε στην ικανοποίηση από την εργασία, νοσηλευτών που εργάζονταν σε νεφρολογικά κέντρα, βρέθηκε ότι οι μη ικανοποιημένοι από το αντικείμενο ή τη θέση εργασίας τους νοσηλευτές, παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό παροδικού στρες.

#### **1.4. Παράγοντες από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας**

##### ***α. Φυσικοί παράγοντες***

Σύμφωνα με τον Cox και συν., (2000) μια σειρά από προβλήματα που σχετίζονται με την αξιοπιστία, τη διαθεσιμότητα, την καταλληλότητα, και τη συντήρηση ή επισκευή του εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων του χώρου εργασίας, μπορεί να αποτελέσουν πηγή εργασιακού άγχους. Συνθήκες εργασίας όπως ο ανεπαρκής αερισμός, ο μη κατάλληλος φωτισμός, η ακατάλληλη θερμοκρασία, οι δονήσεις/ηχητικά κύματα, τα υψηλά επίπεδα θορύβου, οι τοξικές ουσίες και η ακτινοβολία, ανήκουν στους σχετιζόμενους με την εργασία στρεσογόνους παράγοντες (European Organization for Safety and Health at Work, 2002). Ενδεικτικά σε έρευνες που διεξήχθησαν σε νοσηλευτές που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ότι το εργασιακό περιβάλλον των ΜΕΘ αποτελεί παράγοντα που οδηγεί στο στρες με τους ήχους (κουδουνίσματα) των monitors να θεωρούνται οι πλέον στρεσογόνοι ήχοι που συμβάλλουν στη δημιουργία έντασης (Κορομπέλη, 2004) στην οποία συνεισφέρουν και άλλες πηγές θορύβου όπως οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον ασθενή, π.χ. ενδοτραχειακή αναρρόφηση (Adali & Priami (2002).

### ***β. Διαπροσωπικές σχέσεις***

Οι Blair και Littlewood (1995) τόνισαν ότι οι εργασιακές σχέσεις αποτελούν πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον έχουν προσδιοριστεί διάφοροι τύποι διαπροσωπικών σχέσεων, όπως οι σχέσεις με προϊσταμένους, συναδέλφους, άλλους επαγγελματίες υγείας κ.τ.λ.). Έχει διαπιστωθεί ότι τα επίπεδα διαπροσωπικών σχέσεων του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές ομάδες (Αντωνίου, 2006). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους καθώς και η έλλειψη κατανόησης από την διοίκηση, σχετίζονται θετικά με την εμφάνιση εργασιακού άγχους (Sveinsdottir et al., 2006, Health and Safety Executive, 2000) .

### ***γ. Η φύση της νοσηλευτικής***

Η ίδια η φύση της νοσηλευτικής καθώς και η απόσταση ανάμεσα στις προσδοκίες του νοσηλευτή και στην πραγματικότητα του επαγγέλματος του (Sky Hudgins, 2008) σχετίζονται με το στρες των νοσηλευτών. Ένας πολύ σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας ο οποίος αφορά στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας είναι ο κίνδυνος μετάδοσης λοιμογόνων παραγόντων, καθώς τόσο με την απλή δερματική επαφή όσο και με τη χρήση βελόνων και άλλων αιχμηρών εργαλείων έρχονται συχνά σε επαφή με το αίμα και άλλα βιο βικά υγρά μοσμένων από μων (Bouvet, 2007). Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές εκτίθενται σε επικίνδυνες για την υγεία τους χημικές αλλά και φαρμακευτικές ουσίες όπως είναι τα χημειοθεραπευτικά (Ruegger et al., 2007). Στην Ελλάδα μάλιστα, σε μια πρόσφατη έρευνα, η ύπαρξη εργατικού ατυχήματος νοσηλευτικού προσωπικού συσχετίστηκε με την κλίμακα του εργασιακού στρες. (Μουστάκα και συν., 2010b).

### ***δ. Οργανωσιακοί παράγοντες***

Σύμφωνα με μελέτες, τόσο οργανωτικά όσο και διοικητικά χαρακτηριστικά της εργασίας συμβάλλουν στο εργασιακό στρες των νοσηλευτών (Santose et al., 2003), επιφέροντας δυσάρεστες επιδράσεις στην υγεία και εργασία των επαγγελματιών υγείας (Κανδρή, 2004).

Η χρήση μηχανημάτων εξελιγμένης τεχνολογίας, ο ανταγωνισμός ανάμεσα στα νοσοκομεία, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη αυτονομίας και ανατροφοδότησης όπως και οι περιορισμένες ευκαιρίες εξέλιξης αποτελούν σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες συναισθηματικής εξάντλησης (Janssen et al., 1999, Bierman, 1983). Οι νοσηλευτές ανάλογα με το νοσηλευτικό ίδρυμα και το τμήμα στο οποίο υπηρετούν είναι επιφορτισμένοι με διαφορετικά καθήκοντα, διαφορετικό ωράριο εργασίας και πιθανώς εκτιθέμενοι σε

διαφορετικούς στρεσογόνους παράγοντες (Cooper, 1998, Malliarou et al., 2010). Τα αποτελέσματα των μελετών είναι αντικρουόμενα όσον αφορά στην ένταση και στο είδος του στρες μεταξύ των διαφόρων εργασιακών χώρων του νοσοκομείου (Chandrinou et al., 2013), με άλλες έρευνες να διαπιστώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και συναισθηματικής εξάντλησης στους εργαζόμενους στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Yang et al., 2002, Αδαλή, 1999) και στις μονάδες στεφανιαίας νόσου ή στις ΜΕΘ (Vreeland & Ellis, 1969, Hay & Oken, 1972), ενώ κάποιες άλλες έρευνες δεν ανέδειξαν διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών στους διάφορους εργασιακούς χώρους των νοσοκομείων (Johnson, 1979, Nichols et al., 1981, Keane et al., 1985, Hipwell, et al., 1989).

Λίγες σχετικά έρευνες έχουν ασχοληθεί με τη σύγκριση του στρες των νοσηλευτών των δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων. Έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, με σκοπό τη σύγκριση του στρες των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομείο της περιφέρειας και των συναδέλφων τους που υπηρετούν σε νοσοκομείο της πρωτεύουσας και η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ένταση του στρες κυμάνθηκε στα ίδια σχεδόν επίπεδα, ενώ διέφεραν οι παράγοντες που σχετίζονταν με το στρες (Μουστάκα και συν, 2008). Σε ανάλογο συμπέρασμα ότι δηλαδή η ένταση του στρες κυμάνθηκε στα ίδια σχεδόν επίπεδα τόσο για τους εργαζόμενους του δημόσιου όσο και για εκείνους του ιδιωτικού φορέα κατέληξε και έρευνα των Tyler et al. (1991). Αντίθετα, παλαιότερα ευρήματα (Clay, 1989) αλλά και πιο πρόσφατες έρευνες (Tyson & Pongruengphant, 2004, Sveinóttir et al., 2006, Stathopoulou, 2011) βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία ανέφεραν γενικά περισσότερο άγχος από ότι οι συνάδελφοί τους που υπηρετούσαν σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

Το κυλιόμενο πρόγραμμα εργασίας των νοσηλευτών και τα υψηλά επίπεδα υπνηλίας που εμφανίζουν αποτελούν πηγή ανησυχίας (Manser et al., 2002, Kushida et al., 2006) και διαταραχές στη διάθεση, με το εργασιακό στρες μάλιστα, να παρουσιάζεται εντονότερα σε άτομα που εργάζονται μονίμως σε νυκτερινές βάρδιες (Κορομπέλη, 2004, Malliarou et al., 2013)

#### ***ε. Χαρακτηριστικά του ρόλου***

Η καθημερινή εργασιακή πραγματικότητα, στερεί από τους νοσηλευτές τη δυνατότητα να εξασκήσουν τον επαγγελματικό τους ρόλο, γεγονός που αναπόφευκτα συντελεί στην εμφάνιση εργασιακού άγχους (Kahn et al., 1964, Sveinsdottir et al., 2006, Aiken, et al., 2001, Malliarou et al., 2009). Η έλλειψη καθηκοντολογίων στερεί από τους νοσηλευτές τη σαφήνεια όσον αφορά τους στόχους και τα καθήκοντα τους, ενώ ταυτόχρονα τους καθιστά ευάλωτους όσον αφορά στη σύγκρουση του ρόλου τους με τους ρόλους άλλων επαγγελματιών υγείας. Τόσο η ασάφεια ρόλων όσο και η



σύγκρουση επαγγελματικών ρόλων έχουν αναγνωριστεί ως στρεσογόνα χαρακτηριστικά του εργασιακού ρόλου (Kahn et al., 1964, Bass, 1990).

Η μη εμφανείς εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες καθώς και η αδυναμία λήψης αποφάσεων είναι στοιχεία της νοσηλευτικής πρακτικής, εξαιτίας των οποίων η νοσηλευτική στερείται ευρείας αποδοχής και αναγνώρισης (Brodie et al., 2004). Άλλωστε και στην Ελλάδα, το επάγγελμα του νοσηλευτή δυστυχώς στερείται του σεβασμού της κοινωνίας, αφού στο σύνολό τους οι νοσηλευτές βίωναν την αρνητική προκατάληψη λόγω της επαγγελματικής τους ιδιότητας (Δημητριάδου, 2008, Μουστάκα και συν., 2010c). Η χαμηλή αναγνώριση του επαγγελματικού ρόλου του νοσηλευτή φαίνεται να επιδρά θετικά στην εκδήλωση του εργασιακού άγχους. Η επίδραση της χαμηλής κοινωνικής στήριξης στην ενεργοποίηση του εργασιακού άγχους σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις της στην υγεία έχει ήδη αποδειχθεί σε μελέτη που έγινε σε νοσοκόμους ενός νοσοκομείου της νότιας Βραζιλίας, υποδεικνύοντας την σημασία ενός αρμονικού εργασιακού περιβάλλοντος όσον αφορά την πρόληψη του εργασιακού στρες. Πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χαμηλή κοινωνική αναγνώριση του νοσηλευτικού επαγγέλματος αποτελεί έναν στρεσογόνο παράγοντα του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας μας που συμβάλλει την μείωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία του (Μουστάκα και συν., 2010c).

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Υγείας και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου, η έλλειψη επίγνωσης εκ μέρους των ασθενών των προσπαθειών που καταβάλλει ο νοσηλευτής προκειμένου να τους βοηθήσει, μπορεί να αποτελέσει έναν επιπλέον στρεσογόνο παράγοντα κατά την επιτέλεση του νοσηλευτικού έργου (Health and safety executive, 2000). Παράλληλα, ο φόβος για τις επιπτώσεις σε περίπτωση λάθους και την υποβολή μήνυσης εκ μέρους του ασθενούς ή των οικείων του αυξάνει επιπλέον τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας (Hasselhorn et al., 1999).

Επιπλέον, η διασύνδεση οικογενειακής ζωής – εργασίας αποτελεί έναν ακόμη δυνητικό παράγοντα πρόκλησης εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές (Marshall, 1980), καθώς πρέπει να επιτευχθεί ισορροπία ανάμεσα στις εργασιακές και οικογενειακές υποχρεώσεις. Μια πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σύγκρουση επαγγελματικού και οικογενειακού ρόλου συμβάλλει στη ύπαρξη του εργασιακού στρες (Μουστάκα και συν, 2011) ενώ υπάρχουν και έρευνες όπου η σύγκρουση μεταξύ οικογένειας και εργασίας σημείωσε μικρή βαθμολογία στην κλίμακα του στρες.

### **1.5. Επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή – επαφή με τον πόνο και το θάνατο**

Οι νοσηλευτές αποτελούν τον κύριο δέκτη των παραπόνων πόνου, η αντιμετώπιση του οποίου μέσω της ενσυναίσθησης και του παρηγορητικού λόγου εκπληρώνει τον ανθρωπιστικό χαρακτήρα του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Φιλιππάτος, 2012).

Η αντιμετώπιση του συμπτώματος του πόνου-σωματικού και ψυχικού των ασθενών, αποτελεί ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα για τους νοσηλευτές ειδικά αφού η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εργασιακής τους πραγματικότητας (Παπαγεωργίου και συν., 2007). Επιπλέον, η έλλειψη προετοιμασίας των νοσηλευτών για τον χειρισμό των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών συνδέεται θετικά με την εκδήλωση εργασιακού άγχους (Sveinsdottir et al., 2006).

Η επαφή με το θάνατο στην κλίνη του αρρώστου, αποτελεί ένα γεγονός το οποίο ακόμη και έμπειροι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να διαχειριστούν (Benner, 1984, Malliarou et al., 2011 Zyga et al., 2011). Ωστόσο, η άσκηση του νοσηλευτικού έργου αναπόδραστα εμπεριέχει και την εμπλοκή του νοσηλευτή με το θάνατο και τους ετοιμοθάνατους ασθενείς (Marshall, 1980). Ο θάνατος διεγείρει αισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας λόγω της δυσκολίας των νοσηλευτών να συμβάλλουν αποφασιστικά στη μείωση του σωματικού και του συναισθηματικού πόνου του ασθενούς και των συγγενών ή να αναστρέψουν την αναπόφευκτη πορεία προς τον θάνατο (Malliarou et al, 2011, Μαλλιαρού, 2012). Η φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενή, έρχεται σε αντίθεση με την ιατρική επιταγή για αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, φέρνει τον νοσηλευτή αντιμέτωπο με ηθικές προκλήσεις (Meliones, 2000) και προκαλεί σε αυτόν μια σειρά από αρνητικά συναισθήματα μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και το άγχος (Λαζαράτου, 1990, Sherr, 1989, Epstein, 1975). Μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση νιώθουν οι νοσηλευτές όταν έχουν γνωρίσει καλά τον ασθενή και την οικογένειά του ή όταν ο θάνατος επέλθει αιφνίδια (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009, Malliarou et al., 2011, Zyga et al., 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι νοσηλευτές οι οποίοι τελούν υπό συνθήκες συνεχούς εργασιακού στρες είναι πιο πιθανό να μην τρέφονται σωστά, να καπνίζουν και να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ηρεμιστικών φαρμάκων, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην υγεία και στην ευημερία τους (Burke, 2000). Αν και η σχέση του στρες με παράγοντες που αφορούν στη συμπεριφορά υγείας των νοσηλευτών όπως συνήθειες άθλησης, καπνιστική συνήθεια και χρήση αλκοόλ δεν τεκμηριώθηκε σε πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα (Μουστάκα και συν., 2010a), υπάρχει στη διεθνή βιβλιογραφία πλειάδα ερευνών σύμφωνα με τις οποίες άτομα - εξαιτίας του έντονου στρες που βίωναν - παρουσίασαν ανάλογες συμπεριφορικές αλλαγές όπως μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, καπνού, καφέ και έτοιμου φαγητού, ενώ επίσης ασκούσαν λιγότερο (Melamed et al., 1997, Ogden & Mitandabari, 1997, Steptoe et al., 1998).

Ενδεικτικά όσον αφορά στο κάπνισμα, 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 & Vaughn, 1982) το ποσοστό καπνιστών στις νοσηλεύτριες είναι υψηλότερο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό (Eyres, 1973), ενώ σύμφωνα με άλλη έρευνα οι νοσηλευτές παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος από όλους τους εργαζόμενους στο χώρο του νοσοκομείου. (Sanz Cuesta et al., 1989).

#### 1.1. Επιπτώσεις στη σωματική υγεία

Στη βιβλιογραφία έχουν προταθεί διάφοροι μηχανισμοί μέσω των οποίων το εργασιακό άγχος ασκεί αρνητική επίδραση στη σωματική υγεία των εργαζομένων. Συχνότερα αναφέρονται η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού (Jemmott & Locke, 1984), η αύξηση των ορμονών του στρες (Burnes, 1999), αλλά και η προς το χειρότερο αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας των εργαζομένων (Olszewski & Levine, 2007).

Οι επιπτώσεις του στρες στη σωματική υγεία διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες. Στις άμεσες επιπτώσεις περιλαμβάνονται προβλήματα όπως ο πόνος στην πλάτη, οι μυϊκοί σπασμοί, οι ταχυπαλμίες, ο πονοκέφαλος, τα δερματικά εξανθήματα, η αύξηση των διαταραχών του ύπνου, η δύσπνοια, οι εφιδρώσεις, μια γενικευμένη μυϊκή ένταση που συνδέεται με την ψυχοκινητική ανησυχία και ανικανότητα χαλάρωσης, σεξουαλική ψυχρότητα ή ανικανότητα και η κόπωση (Τούντας, 1999, Μπουσινάκης & Χάλκος, 2006, Malliarou et al., 2009). Οι ίδιοι επιστήμονες θεωρούν ως τις κυριότερες άμεσες επιπτώσεις του στρες τον πόνο στην πλάτη, τους μυϊκούς

σπασμούς, τον πονοκέφαλο, τη γενικευμένη μυϊκή ένταση που συνδέεται με την ψυχοκινητική ανησυχία, και την κόπωση. Επιπλέον, υπάρχουν έρευνες οι οποίες συνδέουν άμεσα το εργασιακό στρες των νοσηλευτών με την εμφάνιση ενοχλημάτων από το μυοσκελετικό σύστημα (Wilson, 2001). Είναι γνωστό ότι το στρες αυξάνει την μυϊκή τάση αφού συχνά οδηγεί σε παρατεταμένη ενεργοποίηση των μικρών νεύρων χαμηλού κατωφλίου μαζί με τον αντίστοιχο κινητικό μυ στις περιοχές του ώμου και του λαιμού, γεγονός που συχνά προκαλεί πόνο σε αυτές τις περιοχές του σώματος (Νυφούδη, 2012).

Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις του στρες εμφανίζεται όταν το άτομο υφίσταται έντονο συνεχές στρες και μπορεί να αφορούν διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού όπως το καρδιαγγειακό, το γαστρεντερικό, το μυοσκελετικό, το ανοσοποιητικό και το ενδοκρινικό σύστημα.

#### ***α) Επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα.***

Το παρατεταμένο στρες συνιστά σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το καρδιαγγειακό σύστημα (Bosma et al., 1997), προδιαθέτοντας στην εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος του μυοκαρδίου και υψηλής αρτηριακής πίεσης (Αντωνίου, 2003). Σύμφωνα με τον Αντωνίου (Αντωνίου, 2002) το 16% των ανδρών και το 22% των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν βιώσει έντονες καταστάσεις εργασιακού στρες, ενώ από ανάλυση στοιχείων της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το 20–30% του κινδύνου για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να αποδοθεί στο ψυχοκοινωνικό στρες και στην περίπτωση του εργασιακού stress ο κίνδυνος μπορεί να αυξηθεί περισσότερο του 50%, κίνδυνος που είναι ακόμη μεγαλύτερος για τις γυναίκες (Στεφανίδου και συν., 2010). Η σχέση του εργασιακού στρες με τα στεφανιαία νοσήματα έχει επισημανθεί τόσο σε αναδρομικές όσο και σε προοπτικές μελέτες (Rosengren et al., 2004, Marmot et al, 1997).

#### ***β) Επιπτώσεις στο γαστρεντερικό σύστημα***

Σε επίπεδο παθοφυσιολογίας το στρες επηρεάζει την πέψη των τροφών αλλά και την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών από το έντερο. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα του στρες αποτελούν οι εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διάρροιας, ενώ το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου ανήκει στα ψυχοσωματικά νοσήματα (Michel & Blanc, 1993, Mönnikes et al., 2001) Οι εξοντωτικοί ρυθμοί της εργασίας σε συνδυασμό με το stress διαδραματίζουν σημαντικό παθογενετικό ρόλο και στην εμφάνιση πεπτικού έλκους και ιδιαίτερα του ιδιοπαθούς, αν και μέχρι στιγμής δεν υπάρχει στη διεθνή βιβλιογραφία μελέτη που να συσχετίζει αιτιολογικά το στρες με το έλκος (Στεφανίδου και συν., 2010).

### **γ) Επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα**

Παρά τη μακροχρόνια σχετική έρευνα (Seegerstrom & Miller, 2004), οι ακριβείς μηχανισμοί του τρόπου με τον οποίο το στρες επιδρά στο ανοσοποιητικό σύστημα δεν έχουν διαλευκανθεί πλήρως. Το ψυχολογικό stress συνδέεται με την αύξηση της ευαισθησίας σε ιογενείς λοιμώξεις σε σχέση με την εκδήλωση, τη βαρύτητα αλλά και τη διάρκεια των συμπτωμάτων (Bierman, 1983).

Όσον αφορά στις αυτοάνοσες θυρεοειδοπάθειες, στοιχεία δείχνουν ότι οι ορμόνες του στρες επιδρώντας στα αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα ενδέχεται να επηρεάσουν την διαφοροποίηση των διδυναμικών T-βοηθητικών (Th) λεμφοκυττάρων προς τον Th2 έναντι του Th1 φαινοτύπου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καταστολή της κυτταρικής και η ισχυροποίηση της χυμικής ανοσίας με αποτέλεσμα την αυτοανοσία του θυρεοειδούς η οποία κλινικά εκφράζεται ως θυρεοειδίτιδα Hashimoto και παραλλαγές αυτής (σποραδική ή μετά τον τοκετό θυρεοειδίτιδα), ή ως νόσος του Grave (Tsatsoulis, 2006).

Η επίμονη ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων στο χρόνιο στρες πιθανώς μειώνει την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού και συμβάλλει στην ανάπτυξη και την εξέλιξη ορισμένων μορφών καρκίνου. Ωστόσο, σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των Ηνωμένων Πολιτειών δεν υπάρχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία ότι το στρες μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.

### **δ) Επιπτώσεις στο ενδοκρινικό σύστημα**

Σύμφωνα με τα ευρήματα έρευνας Βρετανών επιστημόνων η οποία διεξήχθη σε τέσσερις φάσεις μεταξύ 1985-1999, η έκθεση σε εργασιακό stress για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να επηρεάσει το αυτόνομο νευρικό σύστημα και να προκαλέσει διαταραχές νευροενδοκρινικού τύπου, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη του μεταβολικού συνδρόμου. Συγκεκριμένα, ανιχνεύτηκε μια δόσοεξαρτώμενη σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες για περισσότερο από 14 χρόνια και τον κίνδυνο εμφάνισης του μεταβολικού συνδρόμου, ανεξάρτητα από άλλους σχετικούς παράγοντες κινδύνου (Chandola et al., 2006). Το μεταβολικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία, αυξημένη περίμετρο κοιλιάς, υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, υψηλή κακής ποιότητας χοληστερόλη (LDL), αντίσταση στην ινσουλίνη και αυξημένα επίπεδα γλυκόζης αίματος νηστείας. Το μεταβολικό σύνδρομο αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακή νόσο και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II). Επιπλέον, σε μια πιο πρόσφατη έρευνα αποδείχθηκε ότι εργαζόμενοι άνδρες οι οποίοι λάμβαναν υψηλά επίπεδα εργασιακής δικαιοσύνης διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου σε σχέση με εκείνους που βίωναν συνθήκες χαμηλότερης δικαιοσύνης στην εργασία

τους (Gimeno et al., 2010).

### *ε) Επιπτώσεις στο μυοσκελετικό σύστημα*

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, ο όρος σχετιζόμενες με την εργασία μυοσκελετικές παθήσεις, αναφέρεται σε 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 72, 2007).

Οι μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν μία από τις συχνότερες σχετιζόμενες με την εργασία ασθένειες, αφού σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, το 25% των εργαζομένων στην Ευρώπη δηλώνει ότι υποφέρει από πόνους στην ράχη και την οσφυϊκή χώρα και σχεδόν το ίδιο ποσοστό ότι πάσχει 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). Επιπλέον, σύμφωνα με την υπηρεσία επισήμων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων πολλοί εργαζόμενοι, αναπτύσσουν σχετιζόμενες με την εργασία μυοσκελετικές παθήσεις των άνω άκρων και του αυχένα οι οποίες μάλιστα αντιπροσωπεύοντας πάνω από το 45% του συνόλου των επαγγελματικών ασθενειών αποτελούν τη συνηθέστερη μορφή επαγγελματικής ασθένειας στην Ευρώπη (Υπηρεσία επισήμων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, έρευνες έχουν δείξει, ότι η συχνότητα εμφάνισης μυοσκελετικών παθήσεων και ιδιαίτερα της οσφυαλγίας είναι πολύ μεγαλύτερη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Fragala, 1999, Yassi et al., 2002, Wasiak et al., 2004). Μάλιστα, σύμφωνα με το Γραφείο Στατιστικών Ερευνών των ΗΠΑ, το νοσηλευτικό επάγγελμα ανήκει σε ένα από τα 10 πιο επικίνδυνα επαγγέλματα για μυοσκελετικές ασθένειες (Bureau of Labor Statistics, 2001). Πρόσφατη μελέτη σε περισσότερους από 30.000 νοσηλευτές 10 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης εμφανίζει ποσοστό άνω του 25% των εργαζομένων να διαθέτει μια διάγνωση μυοσκελετικής διαταραχής (Simon et al., 2008).

Στον Ελλαδικό χώρο παρά το σχετικά μικρό αριθμό των αντίστοιχων ερευνών έχει καταστεί σαφής ο υψηλός επιπολασμός των σχετιζόμενων με την εργασία μυοσκελετικών παθήσεων των νοσηλευτών με προέχοντα τα ενοχλήματα από την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (Vasiliadou et al., 1995, Καγιαλάρης και συν., 2004, Alexopoulos et al., 2006). Σε πρόσφατη ερευνητική μελέτη που εκπονήθηκε από το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της

Εργασίας, έδειξε ότι στους εργαζόμενους, η συχνότητα εμφάνισης ενοχλημάτων από τη μέση ήταν 52,8%, από τον αυχένα 48,6% και από την ωμοπλάτη 43,1% (Αντωνίου & Βασιλοπούλου, 2009).

Οι παράγοντες κινδύνου πρόκλησης μυοσκελετικών προβλημάτων στους νοσηλευτές δεν περιορίζονται μόνο σε εκείνους που αφορούν στη φύση του επαγγέλματος αλλά περιλαμβάνουν επιπλέον ψυχολογικούς και οργανωσιακούς παράγοντες της εργασίας (Σαράφης και συν., 2008). Ο μη εργονομικός σχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος του νοσηλευτικού προσωπικού, συντελεί επίσης στην εμφάνιση αλλά και στην επιδείνωση των μυοσκελετικών παθήσεων.

Με βάση ερευνητικά δεδομένα, υπάρχει συσχέτιση των ψυχολογικών – οργανωτικών παραγόντων της εργασίας με πόνους του αυχένα, της μέσης και των άνω άκρων, συσχέτιση η οποία γίνεται πιο ισχυρή όταν οι ψυχολογικοί και οργανωσιακοί παράγοντες δρουν παράλληλα με εργονομικούς (Edvin et al., 1996). Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία αναγνωρίζει ότι στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συμβάλουν στην εκδήλωση μυοσκελετικών παθήσεων συγκαταλλέγονται: Η απαιτητική εργασία, η έλλειψη ελέγχου επί των εκτελούμενων καθηκόντων, ο χαμηλός βαθμός αυτονομίας, ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης από την εργασία, η έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους, προϊστάμενους και διευθυντές καθώς και ο έντονος ρυθμός εργασίας και η πίεση χρόνου (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, FACTS 72, 2007). Σύμφωνα με την διαθέσιμη βιβλιογραφία, οι παραπάνω ψυχοκοινωνικοί παράγοντες της εργασίας σχετίζονται με το εργασιακό άγχος και συνεπώς το εργασιακό άγχος έμμεσα τουλάχιστον, συνδέεται και με την εμφάνιση μυοσκελετικών παθήσεων (Ευρωπαϊκή Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2000).

## **1.2. Επιπτώσεις στην ψυχική ευεξία**

Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Επαγγελματική Ασφάλεια και την Υγεία των ΗΠΑ, κατατάσσει τις ψυχολογικές διαταραχές ανάμεσα στις δέκα κορυφαίες επαγγελματικές ασθένειες ή τραυματισμούς, ενώ ταυτόχρονα έχει αναφερθεί στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ότι σχεδόν το 75% των ατόμων που αναζητούν ψυχιατρική υποστήριξη, είναι άτομα με μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και έντονο εργασιακό στρες (Levi, 1990).

Η σχέση μεταξύ των στρεσογόνων παραγόντων της εργασίας και των προβλημάτων της ψυχικής υγείας έχει διερευνηθεί από 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). Το εργασιακό στρες έχει αποδειχθεί προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων (Reidan Tyssen, et al, 2001). Σύμφωνα άλλωστε και με πιο πρόσφατες μελέτες, οι εργασιακές συνθήκες θεωρείται ότι μπορούν άμεσα να οδηγήσουν σε ψυχιατρικές διαταραχές (Larosa et al., 2003, Collins & Long, 2003)

Στους επιβαρυντικούς παράγοντες για κακή ψυχική υγεία, 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). Σύμφωνα μάλιστα με σχετικά πρόσφατη έρευνα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ εργαζομένων σε διαφορετικά επαγγέλματα (Yu et al, 2006). Σύμφωνα με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, οι εργαζόμενοι σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα (κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί, επαγγελματίες υγείας) παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών (Edwards et al., 2000, Tennant, 2001, Wieclaw et al., 2006). Το εύρημα αυτό σύμφωνα με τους ερευνητές οφείλεται στους ιδιαίτερους εργασιακούς παράγοντες στους οποίους εκτίθενται όπως το ασταθές ωράριο εργασίας, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, π.χ. ατυχήματα, η επαφή με το θάνατο (Zyga et al., 2011, Malliarou et al., 2011), η σωματική βία (Wieclaw et al., 2006), η σύγκρουση μεταξύ οικογένειας και εργασίας (Peeters et al., 2004), η ασάφεια και σύγκρουση ρόλων, η εργασιακή μονοτονία, η εργασία με υψηλές πνευματικές απαιτήσεις, η υπευθυνότητα για ανθρώπινες ζωές καθώς και η έκθεση σε επαγγελματικούς κινδύνους (Yu et al, 2006).

Ειδικότερα όσον αφορά στους νοσηλευτές, η αντίληψή τους για το φόρτο εργασίας ως υπερβολικού καθώς και η υιοθέτηση της φυγής ως ατομικής στρατηγικής αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους, έχουν αναφερθεί ως προγνωστικοί παράγοντες των αρνητικών επιπτώσεων του εργασιακού στρες στην ψυχική τους υγεία (Tyler & Cushway, 2006). Στο ίδιο πλαίσιο, έρευνα των Healy & Mackay (2008), έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του στρες του νοσηλευτικού επαγγέλματος και των διαταραχών στην διάθεση, με βασική αιτία το φόρτο εργασίας.

Οι Arnold et al. (2005) οι οποίοι έχουν ομαδοποιήσει τα συμπτώματα του εργασιακού άγχους σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά, αναφέρουν ως ψυχολογικά συμπτώματα αυτού, την απάθεια, το αίσθημα ανεπάρκειας, την έλλειψη υπομονής/ευερεθιστότητα, το χαμηλό ηθικό/αίσθηση ματαιότητας, την απώλεια αίσθησης χιούμορ, τη λύπη, την ανία, την καχυποψία και το φόβο για το μέλλον, ενώ υπάρχουν και δεδομένα που συσχετίζουν το εργασιακό stress και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, με την παρουσία ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων (Alexy et al., 2005). Σε παρόμοια συμπεράσματα έχουν καταλήξει και άλλοι ερευνητές, σύμφωνα με τους οποίους, το εργασιακό στρες μπορεί να προκαλέσει



αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, αϋπνία και αίσθημα ανεπάρκειας (Benson, 2000, Wong, et al, 2001), καθώς επίσης και αίσθημα απογοήτευσης, αδυναμίας και απόγνωσης (Olofson et al., 2003). Ενδεικτικά, η μελέτη του Kawano (2008) σε ένα δείγμα 1 551 νοσηλευτών στην Ιαπωνία κατέδειξε το εργασιακό στρες ως σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση αγχώδους διάθεσης στους εργαζόμενους των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, ενώ όσον αφορά στην κατάθλιψη, το εργασιακό στρες στους νοσηλευτές αυτό έχει σχετιστεί θετικά με την κατάθλιψη (Revicki & May et al., 1989), με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές ανεξαρτήτου φύλου, καθώς και οι γυναίκες μαιές, παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη σε σχέση με εργαζόμενους σε άλλα ανθρωπιστικά επαγγέλματα (Wieclaw, et al, 2006).

Επιπλέον έχει βρεθεί, ότι άτομα που δεν μπορούν να διαχειριστούν στρεσογόνες καταστάσεις, όπως θα επιθυμούσαν, εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά, εχθρικότητα, αισθήματα ματαίωσης και αποτυχίας. Ένας από τους λόγους ανάπτυξης στρες στον εργασιακό χώρο είναι και η αντίληψη της ανεπάρκειας η οποία επιδρά αρνητικά στην υγεία ενός ατόμου, ενώ, αντίθετα, η αντίληψη της αυτάρκειας λειτουργεί όχι μόνο προληπτικά αλλά και θεραπευτικά (Στεφανίδου και συν., 2010).

Άλλες ψυχικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με την ύπαρξη του στρες είναι απώλεια ενδιαφέροντος για τη ζωή, φοβίες και κρίσεις πανικού, δυσκολία στη συγκέντρωση, θυμός, κυκλοθυμία, αίσθηση ανικανοποίητου, αποξένωση, αρρωστοφοβία, ψυχώσεις και νευρώσεις, απαισιόδοξες σκέψεις και αντιλήψεις, ανικανότητα εξωτερίκευσης συναισθημάτων, αισθήματα ντροπής και ενοχής απογοήτευση και παραίτηση (Παναγιώτου, 2012), αλλά και εμφάνιση σωματόμορφων διαταραχών. Οι σωματόμορφες διαταραχές είναι μια κατηγορία ψυχικών διαταραχών που παρουσιάζονται με τη μορφή σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία δεν είναι σκόπιμα ή προσποιητά, αλλά δεν μπορούν να εξηγηθούν πλήρως από κάποια ιατρική κατάσταση (Robin & Leslie, 2006).

Το στρες διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην έναρξη και την εξέλιξη της νόσου Alzheimer (Tsolaki et al., 2009), καθώς οι ορμόνες του μπορούν να επιταχύνουν τον σχηματισμό εγκεφαλικών βλαβών που ευθύνονται για τη νόσο και να επηρεάσουν τη μνήμη, καθώς και άλλες γνωστικές λειτουργίες (Στεφανίδου και συν., 2010).

### **1.3. Επιπτώσεις στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους**

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). Βιβλιογραφικά, υπάρχει ουσιώδης απόδειξη ότι, υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες σχετίζονται ισχυρά με χαμηλά επίπεδα αυτό-αναφερόμενης υγείας και ευεξίας (Kasl & Cooper, 1987).

Αναλυτικότερα, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυπαραγοντική έννοια, η οποία αφορά ένα σύμπλεγμα αλληλοεπιδρώντων παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τρεις κυρίως διαστάσεις: α) Τη σωματική ευεξία, που αφορά την εκτίμηση του ασθενή για την υγεία του και το επίπεδο των δραστηριοτήτων που του επιτρέπει η σωματική του κατάσταση. Εδώ εξετάζεται η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. β) Την ψυχική ευεξία όπου εξετάζεται η ψυχοσωματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες μέτρησης που διερευνούν την αυτοεκτίμηση, την ευεξία, το βαθμό γενικής ικανοποίησης από τη ζωή, αλλά και το άγχος, την κατάθλιψη και την ικανότητα προσαρμογής στην αρρώστια, κ.λ.π. γ) Την κοινωνική ευεξία, που αναφέρεται στο βαθμό της γενικής ικανοποίησης από τη ζωή, τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη την στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον (Σαρρής, 2001).

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, το στρες ή/και η επαγγελματική εξουθένωση επιδρούν αρνητικά στη σωματική και την ψυχική υγεία των νοσηλευτών (Μουστάκα και συν., 2010). Η επιβάρυνση της υγείας γίνεται αντιληπτή μέσω διαφόρων συμπτωμάτων/ενδείξεων. Σε οργανικό επίπεδο, συνήθως εμφανίζονται ήπια ή σοβαρότερα ψυχοσωματικά προβλήματα (Matrunola, 1996, Foxall et al., 1990) (Papadatou et al., 1994), ενώ σε ψυχολογικό επίπεδο (Καντάς, 1995, Matrunola, 1996, Coffey, 1999, Tennant, 2001, Olofsson et al., 2003), τα συμπτώματα του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης εκδηλώνονται:

- (α) σε επίπεδο συμπεριφοράς με αυξημένη ανησυχία και ευερεθιστότητα, αϋπνία, επιρρέπεια σε λάθη/ατυχήματα, προβλήματα στην προσωπική ζωή, επιθετικές διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς/συγγενείς, απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, αργοπορία, απουσίες και συχνές αλλαγές τμήματος εργασίας, καθώς και με συμπεριφορές εξάρτησης (οινόπνευμα, ηρεμιστικά, κάπνισμα)
- (β) σε συναισθηματικό επίπεδο, με συναισθηματικές μεταπτώσεις, αυξημένο άγχος, δυσθυμία έως και κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, θυμό, αποδιοργάνωση, έλλειψη ενδιαφέροντος, απογοήτευση και έλλειψη ικανοποίησης από εαυτό και εργασία, απάθεια, αδιαφορία, κυνισμό και
- (γ) σε γνωστικό επίπεδο, με διαταραχές αυτοσυγκέντρωσης, ονειροπόληση, σκέψεις αποτυχίας, και δυσκολία ανεύρεσης νοήματος στον εργασιακό τους ρόλο.

Επιπλέον, το άγχος ή/και η επαγγελματική εξουθένωση έχουν επιπτώσεις και σε κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο. Η πίεση και το στρες που νιώθουν οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο εργασίας τους αντανάκλαται και στις κοινωνικές τους συναναστροφές (Borham, 1993), ενώ σύμφωνα με άλλες έρευνες συχνά η οικογενειακή ζωή των νοσηλευτών μπορεί να επηρεαστεί από την εργασία τους

(Chandrinou et al., 2013), καθώς χαρακτηριστικό του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι οι συχνές βάρδιες (Weiss, 2004, Μιχαλοπούλου, 2003) και η νυχτερινή εργασία (Hasselhorn, 2007, Malliarou et al., 2013).

Στη διεθνή βιβλιογραφία συχνά αναφέρεται η απόσυρση και ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων, καθώς και η μεταφορά των εργασιακών προβλημάτων στην οικογένεια, με επακόλουθο τις συχνές συγκρούσεις (Leiteret & Maslach, 1988, Cordes & Dougherty, 1993). Στην Ελλάδα, έρευνα σε νοσηλευτές νοσοκομείων, έδειξε ότι η εργασία στο νοσοκομείο επηρεάζει την προσωπική, οικογενειακή, και κοινωνική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα των γυναικών και όσων έχουν προϋπηρεσία άνω των 10 ετών (Μαρβάκη και συν., 2007, Μουστάκα και συν., 2010, Antoniadou et al., 2010).

Δεδομένης της ισχυρής αρνητικής συσχέτισης του εργασιακού άγχους με την εργασιακή ικανοποίηση (Moustaka et al., 2010) ενδιαφέρον παρουσιάζουν συγχρονικές μελέτες που συσχετίζουν τη χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση με πτωχή αυτοαναφερόμενη υγεία (Laschinger et al., 2004, Arafa et al., 2003). Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει κάποια θεωρία που να συσχετίζει ευθέως την επαγγελματική ικανοποίηση με την υγεία-ποιότητα ζωής των εργαζομένων και ιδιαίτερα των νοσηλευτών (Ιωάννου, 2011).

Τέλος, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών υγείας ως συνέπεια του εργασιακού στρες αποτελεί επιπρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα της υγείας, ευεξίας και ευημερίας των νοσηλευτών (International Council of Nurses, 2007). Από τα παραπάνω, είναι φανερό ότι το επαγγελματικό άγχος επηρεάζει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού μειώνοντας την απόδοσή τους στην εργασία και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του (Τούκας & Τούκα, 2011, Μουστάκα και συν., 2011).

## **2. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ - Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.**

Η προστασία της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων στοχεύει στην προαγωγή και διατήρηση του υψηλότερου επιπέδου φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας των εργαζομένων, στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη των επιδράσεων των εργασιακών συνθηκών στην υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, στην προσαρμογή της εργασίας στον άνθρωπο, καθώς και στην προστασία των εργαζομένων από τους επαγγελματικούς κινδύνους.

Ως επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας ορίζεται οποιοσδήποτε φυσικός, χημικός, βιολογικός, εργονομικός, οργανωτικός, ψυχολογικός, κοινωνικός ή άλλος παράγοντας ο οποίος είναι παρόν στον εργασιακό χώρο σε τέτοιο βαθμό ώστε να

μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία του εργαζομένου (Δρακόπουλος, 2005). Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι στο χώρο του νοσοκομείου μπορούν να καταταχθούν στις τρεις παρακάτω κατηγορίες (Βελονάκης & Τσαλίκoglου, 2005):

- α) Στους κινδύνους για την υγεία που οφείλονται σε φυσικούς, χημικούς ή βιολογικούς παράγοντες,
- β) στους εγκάρσιους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια οι οποίοι αφορούν την οργάνωση της εργασίας και έχουν σχέση με ψυχολογικούς, εργονομικούς και οργανωτικούς παράγοντες κινδύνου και
- γ) στους κινδύνους για την ασφάλεια ή κινδύνους ατυχημάτων που οφείλονται σε ακατάλληλες κτιριακές υποδομές, μη ορθή χρήση μηχανημάτων και υλικών κ.ά.

Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι μπορούν να αφορούν είτε στην ασφάλεια (εργατικό ατύχημα), είτε στην υγεία του εργαζομένου (επαγγελματική ασθένεια) (Δρίβας & Παπαδόπουλος). Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας σε παγκόσμιο επίπεδο, καταγράφονται ετησίως περίπου 270 εκατομμύρια εργατικά ατυχήματα, ενώ 160 εκατομμύρια άνθρωποι προσβάλλονται από ασθένειες που συνδέονται με την εργασία.

Το εργασιακό στρες είναι ένας σημαντικός και καθόλου ευκαταφρόνητος επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας (Μουστάκα και συν., 2010a) ο οποίος ανήκει στους εγκάρσιους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια οι οποίοι αφορούν την οργάνωση της εργασίας. Σύμφωνα όμως με την πλέον ειδική κατηγοριοποίηση των επαγγελματικών κινδύνων για τους νοσηλευτές από την Rogers και τους συνεργάτες της, στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, μαζί με το κυκλικό ωράριο, την νυκτερινή εργασία, τη βία στο χώρο της εργασίας, την επαγγελματική εξουθένωση κ.ά. (Rogers, και συν., 2003, Μαλλιάρου και συν., 2011). Το εργασιακό άγχος, έχει επιπτώσεις τόσο στην ψυχοσωματική υγεία των εργαζομένων (Wheatley, 2000, Marmot et al., 2000), με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας τους, όσο και στην ασφάλειά τους αφού το εργασιακό στρες οδηγεί σε ευερεθιστότητα, ελάττωση των προφυλάξεων, υποβάθμιση του κινδύνου (Ρώτας, 1997, Μαλλιάρου και συν., 2011) και ροπή προς τα ατυχήματα (Καντάς, 1995).

Το εργασιακό στρες των νοσηλευτών έχει σοβαρές επιπτώσεις όχι μόνο στην υγεία και ασφάλεια των νοσηλευτών (Gray, 2000, Moustaka et al., 2009, Χανδρινού και συν., 2013). Ιδιαίτερα ανησυχητικά ήταν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ΕΛΙΝΥΑΕ το διάστημα 2005-2006 σε 4 πανεπιστημιακά γενικά νοσοκομεία. Σύμφωνα με αυτή, το 17,3% των νοσηλευτών έχει πέσει θύμα εργατικού ατυχήματος με συχνότερες αιτίες τα τρυπήματα από χρησιμοποιημένες βελόνες, τα κοψίματα από νυστέρια και ιατρικά εργαλεία καθώς και τις πτώσεις με αποτέλεσμα κατάγματα. Σε μια πρόσφατη δημοσίευση

(Berufgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2010) αναφέρεται ότι έως 1,2 εκατομμύρια τραυματισμοί από βελόνες συμβαίνουν στην Ευρώπη ετησίως. Οι νοσηλευτές τραυματίζονται με βελόνες συχνότερα σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (Pournaras et al., 1999, Whitby & McLaws, 2002, Shelton & Rosenthal, Chalupka et al., 2008). Τα ποσοστά τραυματισμού είναι ιδιαίτερα υψηλά. Σε μια πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από το Βασιλικό Κολέγιο Νοσηλευτών το Νοέμβριο του 2008, προκύπτει ότι σχεδόν το ήμισυ (48%) των νοσηλευτών του Ηνωμένου Βασιλείου έχουν τραυματιστεί από βελόνα ή άλλο αιχμηρό αντικείμενο που είχε προηγουμένως χρησιμοποιηθεί σε ασθενή. Οι τραυματισμοί αυτοί ενέχουν τον κίνδυνο ηπατίτιδας Β, C και AIDS.

Συνολικά, ποσοστό 37%, 3% και 4% των μολύνσεων των επαγγελματιών υγείας από HBV, HBC και HIV αντίστοιχα, οφείλονται σε επαγγελματική έκθεση αυτών (Pruss-Ustin et al., 2005). Η επικινδυνότητα των εργατικών ατυχημάτων, αυξάνεται καθώς παρατηρείται υψηλός επιπολασμός παράλειψης εμβολιασμού με μόνο το 65% των νοσηλευτών να έχουν εμβολιαστεί κατά της ηπατίτιδας Β (Περδικάρης και συν., 2000).

Είναι ευθύνη των υπευθύνων να ενημερώνουν και δικαίωμα των νοσηλευτών να γνωρίζουν τους κινδύνους του επαγγέλματος και τον τρόπο περιορισμού ή έκλειψης αυτών (Smith και συν., 2006, Stone και συν., 2004).

Η προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων στο χώρο της εργασίας υπαγορεύεται από την ελληνική νομοθεσία, κυρίως με το νόμο-πλαίσιο 1568/85. Η Ευρωπαϊκή Οδηγία 89/391, η οποία ενσωματώθηκε στο Ελληνικό Δίκαιο με το Π.Δ. 17/96 επιβάλλει για πρώτη φορά ως εργοδοτική υποχρέωση τη «Μελέτη εκτίμησης επικινδυνότητας». Ως «εκτίμηση επικινδυνότητας» ορίζεται η δομημένη και συστηματική διαδικασία, που βασίζεται στην αναγνώριση των κινδύνων (hazards) και στην εκτίμηση του πόσο επικίνδυνοι είναι οι κίνδυνοι αυτοί (Sinclair, 1988). Η έννοια της επικινδυνότητας (risk) περιέχει την πιθανότητα να προκληθεί βλάβη (Malliarou et al., 2012). Με τον όρο εκτίμηση εννοούμε ποια είναι η πιθανότητα της βλάβης, αλλά και ποιο είναι το μέγεθος της βλάβης, ενώ σκοπός της εκτίμησής της είναι ο σχεδιασμός της στρατηγικής αντιμετώπισης του επαγγελματικού κινδύνου (Τζιαφέρη και συν., 2006).

Ωστόσο, το νομοθετικό πλαίσιο εφαρμόζεται ελλιπώς. Μέχρι σήμερα δεν έχουν οργανωθεί υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στα ελληνικά νοσοκομεία, δεν καταγράφονται συστηματικά τα εργατικά ατυχήματα και σε πολύ λίγα νοσοκομεία εφαρμόζονται περιορισμένα μέτρα για την προστασία των εργαζομένων, κυρίως από βιολογικούς παράγοντες κινδύνου (Βελονάκης & Τσαλίκογλου 2005, Σουρτζή, 2005, Banoutsos et al., 1995).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 1. ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μελετώντας τα συμπεράσματα των ερευνών γύρω από το εργασιακό άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές γεννάται το ερώτημα, αν η παράγοντες και η ένταση του στρες είναι ίδια για όλους τους νοσηλευτές ανεξαρτήτως της βαρύτητας του τμήματος στο οποίο εργάζονται. Η απάντηση του ερωτήματος αυτού δεν είναι ξεκάθαρη, διότι τα αποτελέσματα των μελετών, πάνω σε αυτό το θέμα είναι αντικρουόμενα. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές, όπως αυτοί που εργάζονται σε ΜΕΘ και σε στεφανιαίες μονάδες αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για εργασιακό στρες (Vreeland & Ellis, 1969, Hay & Oken, 1972). Σε έρευνα που έγινε στον ελλαδικό χώρο βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές των ΤΕΠ βιώνουν, στατιστικά σημαντικότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές των ΜΕΘ και των παθολογικών τμημάτων (Αδαλή, 1999, Μαλλιαρού και συν., 2008). Έρευνα σε νοσηλευτές στη Σιγκαπούρη έδειξε επίσης υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες στους νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων περιστατικών έναντι των γενικών τμημάτων (Yang et al., 2002).

Αντίθετα με αυτές, άλλες έρευνες, δε ανέδειξαν κάποια σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών στους διάφορους νοσοκομειακούς χώρους (Johnson, 1979, Nichols et al., 1981, Keane et al., 1985). Σύμφωνα με τον Stehle (1981), οι αποδείξεις που υπάρχουν δεν επαρκούν για να υποστηρίξουν την άποψη ότι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί ένα περιβάλλον περισσότερο ή λιγότερο αγχογόνο από κάποιο άλλο τμήμα. Οι Cronin-Stybbs και Rook (1985), σε έρευνά τους με αντικείμενο τη διερεύνηση του στρες και την επαγγελματική εξουθένωση σε 296 νοσηλευτές σε 4 διαφορετικές νοσηλευτικές ειδικότητες, μεταξύ των οποίων και αυτή της ΜΕΘ, βρήκαν πως, αν και η ένταση του εργασιακού στρες ήταν πολύ μεγαλύτερη για τους νοσηλευτές των ΜΕΘ, αυτή δεν αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Αδαλή (1999) σε έρευνά της στον ελλαδικό χώρο, αναφέρει ότι δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών ΜΕΘ και παθολογικών τμημάτων. Ο Hipwell και οι συνεργάτες του (1981), 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 όσον αφορά στους στρεσογόνους παράγοντες των νοσηλευτών, είναι πολύ πιο έντονες από ότι οι διαφορές τους (Antoniadou et al., 2010).

Ανεξάρτητα από την ένταση του στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές, κοινό συμπέρασμα των περισσότερων μελετών, είναι ότι το επαγγελματικό άγχος επηρεάζει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία του νοσηλευτικού προσωπικού

μειώνοντας την απόδοσή τους στην εργασία και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Yang & Tyler, 1995, British Medical Association, 1992, French et al., 2000, Μουστάκα και συν., 2011).

### **1.1. Επιπτώσεις του στρες στην Εργασιακή Συμπεριφορά των νοσηλευτών**

Ο νοσηλευτής, λόγω της ιδιομορφίας του επαγγέλματός του, συχνά έρχεται αντιμέτωπος με στρεσογόνες καταστάσεις, οι οποίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν σημαντικές μεταβολές στη συμπεριφορά του. Συγκεκριμένα, εξαιτίας του στρες, είναι δυνατόν να παρουσιάσει ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας, συχνά συμπεριφέρονται σαν να έχουν απέναντί τους ένα περιστατικό και όχι έναν ασθενή, εμφανίζονται πολύασχολοι και μη διαθέσιμοι (Malliarou et al., 2013). Αποφεύγουν το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, γίνονται ψυχροί, τυπικοί, απρόσωποι, αδιάφοροι, απότομοι και ίσως επιθετικοί (Μάρκου, 2005). Εμφανίζουν έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης, επιρρέπεια σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα (Moustaka et al., 2009). Συχνά αργοπορούν, απουσιάζουν ή συγκρούονται με συνεργάτες και μέλη της οικογένειάς τους ενώ συγχρόνως δε βρίσκουν υποστηρικτικό πλαίσιο σε μια τόσο δύσκολη και αδιέξοδη φάση της ζωής τους (Κουλιεράκης και συν., 2000, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

## **2. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι μια ειδικότητα στον τομέα της νοσηλευτικής, που εστιάζει στην ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε συνεργασία με την οικογένεια και την κοινότητα. Πρόκειται για μια εξειδικευμένη, διαπροσωπική διαδικασία που ενσωματώνει την έννοια της φροντίδας που έχει σχεδιαστεί για να είναι θεραπευτική, υποστηρίζοντας και ενθαρρύνοντας τον ασθενή και την οικογένεια του (Humble & Cross, 2010). Η ψυχιατρική νοσηλευτική πρακτική βασίζεται στη διαπροσωπική αλληλεπίδραση του ασθενή με τον νοσηλευτή και η χρήση του εαυτού του θεωρείται ως μια σημαντική πτυχή της νοσηλευτικής φροντίδας (Cleary, 1999). Η ψυχική ασθένεια, εκδηλώνεται κυρίως με προκλητικές συμπεριφορές, βίαια περιστατικά και πιθανές αυτοκτονίες, επιφορτίζοντας τη σχέση νοσηλευτή – ασθενούς με υψηλή συναισθηματική ένταση (Pompili et al., 2006).

Η βία που αντιμετωπίζουν οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές ως μέρος της εργασίας τους και η οποία εκδηλώνεται, είτε με μορφή σωματικής βίας, είτε με προφορικής βίας, αποτελεί έναν ακόμη επαγγελματικό κίνδυνο που πρέπει να επωμιστούν οι νοσηλευτές. Η συναισθηματική επίδραση της επαγγελματικής βίας μπορεί να είναι εξίσου εξουθενωτική, ή σε ορισμένες περιπτώσεις και χειρότερη από ότι τα σωματικά τραύματα. Στο πλαίσιο της διεθνούς βιβλιογραφίας, διαπιστώθηκε ότι το μέσο ποσοστό των επιθέσεων που αναφέρθηκαν σε ψυχιατρικές πτέρυγες ήταν περίπου ένα

κάθε έντεκα ημέρες. Μελέτες αποκαλύπτουν επίσης ότι οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν τη βία στο χώρο εργασίας τους μπορεί να υποφέρουν μακροπρόθεσμα από χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αϋπνία και άγχος. (McKinnon & Cross, 2008) Η αύξηση του επιπέδου άγχους συνδέεται στενά με την αύξηση λήψης αναρρωτικών αδειών, την προθυμία εγκατάλειψης της εργασίας, την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού μεταξύ των νοσηλευτών. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών η επιθετικότητα και η βία κατά του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Στην Αγγλία το 2010-2011, σημειώθηκαν 830 σωματικές επιθέσεις εναντίον των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με την Εθνική Υπηρεσία Υγείας. (Dickens et al.,2012)

Σε έρευνα που έγινε στον ελλαδικό χώρο το 2010 από τους Koukia et al., σε δείγμα 172 νοσηλευτών που εργάζονταν σε τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας αποδείχτηκε ελάχιστος αριθμός πολιτικών ασφαλείας στα τμήματα, σημαντική έλλειψη πρωτοκόλλων και ειδικών κανόνων ασφαλείας (σύστημα ενδοεπικοινωνίας, κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης, ανιχνευτές μετάλλων κτλ.), με αποτέλεσμα η έλλειψη μέτρων ασφαλείας να αποτελεί παράγοντα άγχους στην καθημερινή εργασία των νοσηλευτών. Επιπλέον, το γεγονός ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στην ελληνική νομοθεσία για τα επαγγελματικά θέματα των νοσηλευτών (δικαιώματα, δεοντολογία, λήψη αποφάσεων, αυτονομία κτλ), γεμίζει τους νοσηλευτές με μια αίσθηση αυτο-αναποτελεσματικότητας.

Το εργασιακό περιβάλλον είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την παροχή ασφαλών και ποιοτικά υψηλών υπηρεσιών φροντίδας καθώς και παράγοντας διατήρησης των νοσηλευτών στο επάγγελμα. Σε έρευνα που διεξήχθη στη Ελλάδα όπου συμμετείχαν 248 νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και στην κοινότητα, έδειξε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται σε τμήματα οξείας νοσηλείας αντιλαμβάνονται το επαγγελματικό περιβάλλον πιο αρνητικό σε σύγκριση με όσους εργάζονται στην κοινότητα, καθώς επίσης και ο βαθμός αυτονομίας, τα κίνητρα και η αντίληψη την ηγεσίας είναι χαμηλότερα στους νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα (Farmakas et al., 2013).

Τα έντονα συναισθήματα άγχους και έντασης που βιώνουν οι νοσηλευτές μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδράσεις άμυνας, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την σχέση τους με τους ασθενείς, καθώς και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Berg & Hallberg, 1999).

Εν κατακλείδι, οι σημαντικότεροι παράγοντες άγχους για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι δυσκολίες διαχείρισης των ασθενών, η οργανωτική δομή, η έλλειψη πόρων, οι διεπαγγελματικές συγκρούσεις, η επαγγελματική αυτο-αμφιβολία, η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση, η έλλειψη προσωπικού, η γραφική εργασία και οι συγκρούσεις ρόλων (σπίτι /εργασία).



Οι νοσηλευτές οι οποίοι δεν έχουν επαρκείς πόρους και εκπαίδευση για τη διαχείριση του στρες, οδηγούνται τόσο σε εσωτερική δυσαρέσκεια, δηλαδή στην απογοήτευση, την αποχώρηση, την ευερεθιστότητα, όσο σε εξωτερική υποτίμηση, δηλαδή έλλειψη υποστήριξης, ή αναγνώρισης. Έτσι είναι σημαντικό να αναπτυχθούν τα κατάλληλα μέσα για την ανακούφιση των νοσηλευτών από το άγχος και την ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους. (Berg & Hallberg, 1999, Humble & Cross, 2010).

### **1.1. Ο ρόλος του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή στο μεταβαλλόμενο περιβάλλον**

Με δεδομένες τις αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχική υγεία στο πλαίσιο της αποϊδρυματοποίησης και της ψυχικής αποκατάστασης, παρατηρείται η μετατόπιση του κέντρου βάρους της φροντίδας στην κοινότητα όπου η πολυπλοκότητα των αναγκών οδηγεί σε αυξημένες απαιτήσεις για τους νοσηλευτές. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα θα μπορούσε να θεωρηθεί ο πιο δύσκολος γιατί πρέπει να αλλάξει τις αντιλήψεις, τις συμπεριφορές και ιδιαίτερα την προκατάληψη που έχει η κοινωνία για την ψυχική νόσο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δώσει βαρύτητα όχι τόσο στην αντικειμενική επικινδυνότητα, όσο στην προκατάληψη που τροφοδοτεί ο φόβος και αναγκάζει τον ασθενή σε απομόνωση και κοινωνικό στίγμα. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένεια αλλά και στην κοινότητα συμβάλλει στην τροποποίηση της κατάστασης του ψυχικά ασθενή και της οικογένειάς του. Η κοινωνική –θεραπευτική παρέμβαση εκτείνεται σε όλα τα πεδία της ζωής του ασθενή με στόχο να μειωθούν οι παράγοντες ενόχλησης και να ενισχυθεί το δίκτυο των σχέσεων του ασθενή με την κοινότητα. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει ώστε να επανακτήσει ο ασθενής τις χαμένες λειτουργίες του και να εδραιώσει τον κοινωνικό του ρόλο (Μαδιανός, 1994).

Το μεταβαλλόμενο αυτό πρότυπο της παροχής υπηρεσιών, επιτείνει την ανάγκη ανάπτυξης μοντέλων νοσηλευτικής φροντίδας που να επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση σοβαρά ψυχικά ασθενών με λιγότερους πόρους και λιγότερο χρόνο διαμονής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται το άγχος των νοσηλευτών με κυρίαρχη αντίληψη ότι η προσωπική ασφάλεια του νοσηλευτή είναι υπό απειλή στις οξείες μονάδες νοσηλείας ενώ στην κοινότητα η φροντίδα παρεμποδίζεται από την γραφειοκρατικοποίηση των υπηρεσιών. (Cleary, 1999, Karanikola & Kaite, 2012, Taylor & Barling, 2004).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, είναι σημαντικό να προσδιοριστεί το επίπεδο επάρκειας που αναμένεται από έναν νοσηλευτή ψυχικής υγείας, συγκεκριμένα, το σύνολο των δεξιοτήτων, γνώσεων, στάσεων που θα πρέπει να επιδεικνύει στην κλινική πρακτική. μέσα σε ένα περιβάλλον ψυχικής υγείας. Σε έρευνα που έγινε στην Αυστραλία διαπιστώθηκε ότι το 73% από 118 νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένα πιο δομημένο πλαίσιο θα ήταν χρήσιμο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον τομέα της

ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη ενός ενιαίου συνόλου αρμοδιοτήτων που αφορούν ειδικά τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές. (Patterson et al., 2008).

Ειδικότερα, κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση και η κλινική επίβλεψη των νοσηλευτών ώστε να αναπτύξουν δεξιότητες και θεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο την εκτόνωση της επιθετικότητας και τη διαχείριση της βίας των ασθενών.

Επίσης η παροχή βοήθειας προς τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και η εκπαίδευση των ασθενών για την αναγκαιότητα λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, αποτελούν πτυχές του ρόλου των νοσηλευτών. (Cleary, 1999).

Επιπρόσθετα, οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών περιλαμβάνουν τη συνεχή αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών ψυχικής υγείας και την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, την εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους σε θέματα ψυχικής υγείας, καθώς και την αγωγή κοινότητας, την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη της υποτροπής και των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής, την υποστήριξη και ενδυνάμωση των ασθενών και των οικογενειών τους και την διαχείριση των υποτροπών. (Karanikola & Kaite, 2012).

Η καταγραφή των παραπάνω αποδεικνύει ότι ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή έχει απομακρυνθεί από το παραδοσιακό πλαίσιο της νοσηλευτικής και το βιοϊατρικό μοντέλο, αλλά επεκτείνεται σε όλες τις πτυχές της ζωής των ασθενών ακολουθώντας το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο. Είναι πλέον κοινά αποδεκτό ότι η επαγγελματική ταυτότητα των νοσηλευτών ψυχιατρικής υγείας βασίζεται στην διαπροσωπική σχέση, την επικοινωνία, την ασφάλεια, την αυτογνωσία, και τη θεραπεία (Humble & Cross, 2010, Patterson et al., 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

Το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης που λειτουργούσε στην Ελλάδα μέχρι το 1985 είχε δημιουργηθεί άναρχα χωρίς μακρόπνοο κεντρικό προγραμματισμό, εκτός από κάποιες μεμονωμένες πρωτοπόρες δραστηριότητες στο χώρο της ψυχικής υγείας κατά την δεκαετία του 1960, οι οποίες αφορούσαν την εφαρμογή βασικών αρχών για τη λειτουργία των τότε σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αν και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεσμοθετήθηκε στη χώρα μας από το 1983 (Νόμος 1397), Ωστόσο ο κανονισμός (ΕΟΚ) 815/84 έδωσε την ευκαιρία και την οικονομική υποστήριξη να αναπτυχθούν μονάδες κοινωνικής-κοινωνικής ψυχιατρικής, συγκεκριμένα, κέντρα ψυχικής υγείας, ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία, εργαστήρια κατάρτισης, ξενώνες και οικοτροφεία, οπότε άρχισαν να μπαίνουν πλέον οι βάσεις για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Ο όρος αυτός σηματοδοτεί την μετατροπή της αντίληψης και της στάσης απέναντι στην ψυχική νόσο. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σημαίνει αλλαγή του θεσμικού πλαισίου το οποίο καθορίζει τον τρόπο, τον τόπο και τον χρόνο που παρέχονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στόχος λοιπόν της μεταρρύθμισης είναι η έγκαιρη παρέμβαση ώστε να ελαχιστοποιείται η ένταση και οι συνέπειες της υποτροπής (Κανδύλης, 2005, Μαδιανός, 1994).

Μετά το τέλος του Κανονισμού 815 το 1995, η χρηματοδότηση και η συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης υλοποιείται από το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» 1997-2006, με αρχικό σχέδιο δράσης τη συρρίκνωση - κλείσιμο των ψυχιατρείων και τη δημιουργία οικοτροφείων, ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα και ανάπτυξης εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης. Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» περιλαμβάνει άλλες δύο φάσεις που εκτείνονται χρονικά μέχρι το 2015 (Μαδιανός, 1994).

Οι ξενώνες είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης οι οποίοι βρίσκονται διάσπαρτοι στη ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Πρόκειται για μεταβατικούς χώρους όπου φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη. Προσφέρουν στον ένοικο, εξατομικευμένη ψυχιατρική και επανενταξιακή φροντίδα προκειμένου να αποτραπεί η χρονιοποίηση και να επανακτηθούν λειτουργίες ώστε να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο ανεξαρτησίας. Η λειτουργία τους είναι ανοικτή στην κοινωνία και παρομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Το δυναμικό τους δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα και υποστηρίζονται με την παρουσία προσωπικού σε εικοσιτετράωρη βάση (Κανδύλης, 2005).

Τα οικοτροφεία είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας και χώροι μόνιμης διαμονής, βρίσκονται και αυτά στην περιοχή της Αττικής. Φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές, για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Ειδικότερα τα άτομα που διαμένουν στα οικοτροφεία είναι άτομα που παρουσιάζουν βαριά υπολειμματικότητα και χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα, είναι άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές καθώς επίσης, άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά λόγω του χαμηλού βαθμού αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούν τα οικοτροφεία δεν ξεπερνά τα 25 άτομα (Ψ.Ν.Α, Κανδύλης, 2005).

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α), σύμφωνα με τον Καν.815/84 υπέβαλε στο αρμόδιο Όργανο 20 προγράμματα αποκατάστασης από τα οποία υλοποιήθηκαν τα 14. Ο αριθμός των ασθενών το 1990 ανερχόταν σε 1.996 και ο αριθμός των νοσηλευτών την ίδια περίοδο σε 1.175, ενώ ο πρώτος ξενώνας δημιουργήθηκε την περίοδο αυτή (Μαδιανός, 1994). Σήμερα, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο έχει ως δύναμη ασθενών εντός του νοσοκομείου 587 άτομα, ενώ οι φιλοξενούμενοι στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ανέρχονται σε 725 (συνολικά 1.312 άτομα). Η δύναμη του νοσηλευτικού προσωπικού αντιστοίχως σήμερα στο νοσοκομείο είναι 300 άτομα και στην κοινότητα 380 (σύνολο 680).

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, σήμερα διαρθρώνεται από 9 νοσηλευτικούς τομείς οι οποίοι εποπτεύουν τα νοσηλευτικά τμήματα. Εντός του νοσοκομείου είναι τα Τ.Ε.Π (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών), τα εξωτερικά ιατρεία (Ψυχιατρικό, Παθολογικό, Χειρουργικό, Δερματολογικό Οδοντιατρικό), 9 ψυχιατρικά τμήματα οξείας νοσηλείας, 2 γηροψυχιατρικά τμήματα, 2 τμήματα μακράς νοσηλείας, και 1 τμήμα προετοιμασίας ασθενών προς αποκατάσταση στην κοινότητα. Ενώ, το τμήμα των εξαρτήσεων (18 ΑΝΩ) εντός του νοσοκομείου έχει 1 μονάδα ψυχολογικής απεξάρτησης τοξικομανών, 1 μονάδα ψυχολογικής απεξάρτησης από αλκοόλ και μια μονάδα απεξάρτησης αλκοολικών βραχείας νοσηλείας. Εκτός του νοσοκομείου υπάρχουν 35 κοινοτικές δομές (16 ξενώνες, 19 οικοτροφεία) και 51 προστατευόμενα διαμερίσματα. Οι εξωτερικές δομές των εξαρτήσεων 18 ΑΝΩ είναι 4 κοινοτικές δομές, 3 συμβουλευτικοί σταθμοί, 4 μονάδες κοινωνικής επανένταξης, 5 ξενώνες κοινωνικής επανένταξης, 1 τμήμα οικογενειακής θεραπείας και 1 προστατευόμενο διαμέρισμα (Ψ.Ν.Α, 2013)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### *Σχεδιασμός μελέτης*

Πρόκειται για μια αναλυτική συγχρονική έρευνα (cross-sectional analytical study) που πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2013 - Φεβρουάριος 2013.

#### 1.1. Σκοπός και στόχοι

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης των κοινωνικό - δημογραφικών παραγόντων και συμπεριφορών υγείας με το εργασιακό στρες ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος νοσηλευτών που εργάζονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και σε εξωτερικές δομές του, αλλά και η συσχέτιση του εργασιακού στρες με την ψυχική του ευεξία.

#### *Επιμέρους στόχοι:*

Να διερευνηθούν:

- Το επίπεδο εργασιακού στρες ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος νοσηλευτών που εργάζονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και στις εξωτερικές δομές του.
- οι συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών παραγόντων όπως η ηλικία, η προϋπηρεσία, η θέση εργασίας, η ψυχιατρική δομή εργασίας, το επίπεδο εκπαίδευσης με το εργασιακό στρες.
- Να διερευνηθεί η συσχέτιση των συμπεριφορών υγείας των ψυχιατρικών νοσηλευτών (κάπνισμα, λήψη αλκοόλ) με το εργασιακό στρες.
- η συσχέτιση της ψυχικής ευεξίας με το εργασιακό στρες.

#### 1.2. Υλικό και μέθοδος

##### *Δείγμα*

Συνολικά, διανεμήθηκαν 660 ερωτηματολόγια σε νοσηλευτές που εργάζονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής από σύνολο εργαζομένων νοσηλευτών 680, στις δομές αποκατάστασης του νοσοκομείου (οικοτροφεία, ξενώνες) και στις δομές απεξάρτησης τοξικών ουσιών. Από το σύνολο των 680 νοσηλευτών οι 300

εργάζονται στο ΨΝΑ και οι 380 στις εξωτερικές δομές. Επεστράφησαν 413 ερωτηματολόγια, από τα οποία αποκλείστηκαν τα 27 λόγω πλημμελούς συμπλήρωσης. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 386 Νοσηλευτές (απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) και Βοηθοί νοσηλευτών (απόφοιτοι δευτεροβάθμιας ή μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) (Ποσοστό ανταποκρισιμότητας 58,48%).

Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα έπρεπε να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις όπως, να είναι απόφοιτοι πανεπιστημιακής, τεχνολογικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και να έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον ένα χρόνο εργασίας ως επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτως θέσεως εργασίας.

### ***Εργαλεία συλλογής δεδομένων***

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων του δείγματος και χαρακτηριστικών της εργασίας. Στο δεύτερο μέρος είχε ενσωματωθεί η Κλίμακα Μέτρησης του Στρες στους Νοσηλευτές (Expanded Nursing Stress Scale). Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο διερεύνησης σωματικής υγείας, η κλίμακα ψυχικής ευεξίας από το ερωτηματολόγιο διερεύνησης της ποιότητας ζωής των ατόμων SF-36 καθώς και το ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των συμπεριφορών υγείας των ψυχιατρικών νοσηλευτών.

#### ***α. Κλίμακα Μέτρησης του Στρες στους Νοσηλευτές (Expanded Nursing stress scale)***

Η κλίμακα του στρες Expanded Nursing Stress Scale (ENSS), χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει στρεσογόνες καταστάσεις και εμπειρίες των ψυχιατρικών νοσηλευτών που έλαβαν μέρος στη μελέτη. Η άδεια χρησιμοποίησης του ερωτηματολογίου δόθηκε στην ερευνήτρια από την κ. Susan E. French (Παράρτημα Δ), ενώ η άδεια χρήσης του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου δόθηκε από την Κα. Μουστάκα. Η Κλίμακα Μέτρησης του Στρες στους Νοσηλευτές (*Expanded Nursing stress scale*) των Susan, French., Rhonda, Lenton., John, Eyles and Vivienne, Walters. (2000) αποτελείται από 59 ερωτήσεις, προκειμένου να καταγράψει στρεσογόνα γεγονότα, τα οποία ομαδοποιούνται σε 9 παράγοντες όπως:

- 1) Επαφή με τον θάνατο – ερωτήσεις: 1, 10, 19, 29, 39, 49 και 55.
- 2) Ανεπαρκή προετοιμασία χειρισμού συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους – ερωτήσεις: 3, 12 και 21.
- 3) Διακρίσεις – ερωτήσεις: 9, 18 και 28.
- 4) Φόρτο εργασίας – ερωτήσεις: 15, 25, 34, 43, 44, 47, 53, 57 και 59.

- 5) Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα – ερωτήσεις: 7, 16, 20, 26, 31, 35, 38, 41 και 45.
- 6) Διαμάχες με τους γιατρούς – ερωτήσεις: 2, 11, 30, 40 και 50.
- 7) Διαμάχες με συναδέλφους – ερωτήσεις: 4, 13, 22, 23, 24, 52.
- 8) Διαμάχες με τους προϊσταμένους – ερωτήσεις: 5, 32, 33, 42, 48, 51 και 56.
- 9) Ασθενείς και τις οικογένειές τους – ερωτήσεις: 8, 17, 27, 36, 37, 46, 54 και 58.

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

Κάθε ερώτηση από τις 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 τις 59 ερωτήσεις της κλίμακας, ενώ για να υπολογίσουμε το σκορ του κάθε παράγοντα, πρέπει να αθροίσουμε τις βαθμολογίες της ομάδας των ερωτήσεων που αναφέρονται στον συγκεκριμένο παράγοντα.

### ***β. Ερωτηματολόγιο Σωματικής Υγείας***

Για την μέτρηση της σωματικής υγείας των υποκειμένων χρησιμοποιήθηκε το “*Ερωτηματολόγιο Σωματικής Υγείας*” όπως τροποποιήθηκε από τον κ. Καραδήμα 1999, ο οποίος χρησιμοποίησε το “*Ερωτηματολόγιο Σωματικής υγείας*” των Wylar, 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.

**γ. Ερωτηματολόγιο RAND 36-item Health Survey (Version1.0) - Ψυχική ευεξία.**

Για την αξιολόγηση της ψυχικής ευεξίας χρησιμοποιήθηκε η υποκλίμακα «ψυχική ευεξία», του ερωτηματολογίου *RAND 36-item Health Survey (Version1.0)*. 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 κάποιας ασθένειας. 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 8 κλίμακες μέτρησης. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα που αναφέρεται στην Ψυχική Ευεξία (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.

Τέλος, το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις για συμπεριφορές υγείας, όπως συνήθεια καπνίσματος, χρήση αλκοόλ, διατροφικές συνήθειες, άθληση, καθώς και ερωτήσεις που αποτυπώνουν την συχνότητα ατυχήματος στην εργασίας το τελευταίο έτος.

***Διαδικασία συλλογής δεδομένων***

Αρχικά προσεγγίστηκαν οι προϊστάμενοι των κλινικών-τμημάτων στους οποίους αφού έγινε επίδειξη της έγκρισης της έρευνας από το επιστημονικό συμβούλιο, ακολούθησε ενημέρωση για τους σκοπούς της έρευνας. Με την άδεια προϊσταμένων και επιστημονικά υπευθύνων, προσεγγίστηκαν στη συνέχεια οι νοσηλευτές. Εξαιρέθηκαν εκείνοι οι οποίοι κατά το χρονικό διάστημα της δειγματοληψίας βρίσκονταν σε άδεια (αναρρωτική, κήσης, εκπαιδευτική κτλ).

Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, αυτοσυμπληρούμενα και τοποθετημένα σε μη διαφανή φάκελο, μοιράστηκαν μετά από συνεχείς επισκέψεις και προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες (μέθοδος ατομικής διανομής) και συγκεντρώθηκαν από την ερευνήτρια σε διάστημα περίπου 2 μηνών. Το κάθε ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ενημερωτικό έντυπο συγκατάθεσης, το οποίο εξηγούσε τους σκοπούς της έρευνας και διαβεβαίωνε για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και την εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα.



### ***Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων***

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

### ***Δεοντολογικά ζητήματα***

Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας έγιναν οι απαραίτητες διαδικασίες έγκρισης. Συγκεκριμένα, το πρωτόκολλο της μελέτης υποβλήθηκε στην επιτροπή δεοντολογίας και στο επιστημονικό συμβούλιο και αφού εξετάστηκε από τα αντίστοιχα όργανα, έλαβε θετική εισήγηση από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Η ηθική ακεραιότητα της μελέτης περαιτέρω διασφαλίστηκε με το έντυπο συγκατάθεσης που συνόδευε κάθε ερωτηματολόγιο, το οποίο εξηγούσε το σκοπό της μελέτης, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής, την εγγυημένη εμπιστευτικότητα και ανωνυμία. Κάθε νοσηλεύτης/τρια έπρεπε να συμπληρώσει προσωπικά την ημερομηνία, προκειμένου να επιβεβαιώσει ότι αυτός / αυτή είχε διαβάσει και συναινέσει να συμπεριληφθεί στη μελέτη. Τα ονόματα των συμμετεχόντων δεν είχαν ζητηθεί σε οποιοδήποτε μέρος του ερωτηματολογίου, ενώ τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια επεστράφησαν σε σφραγισμένο, αδιαφανή φάκελο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

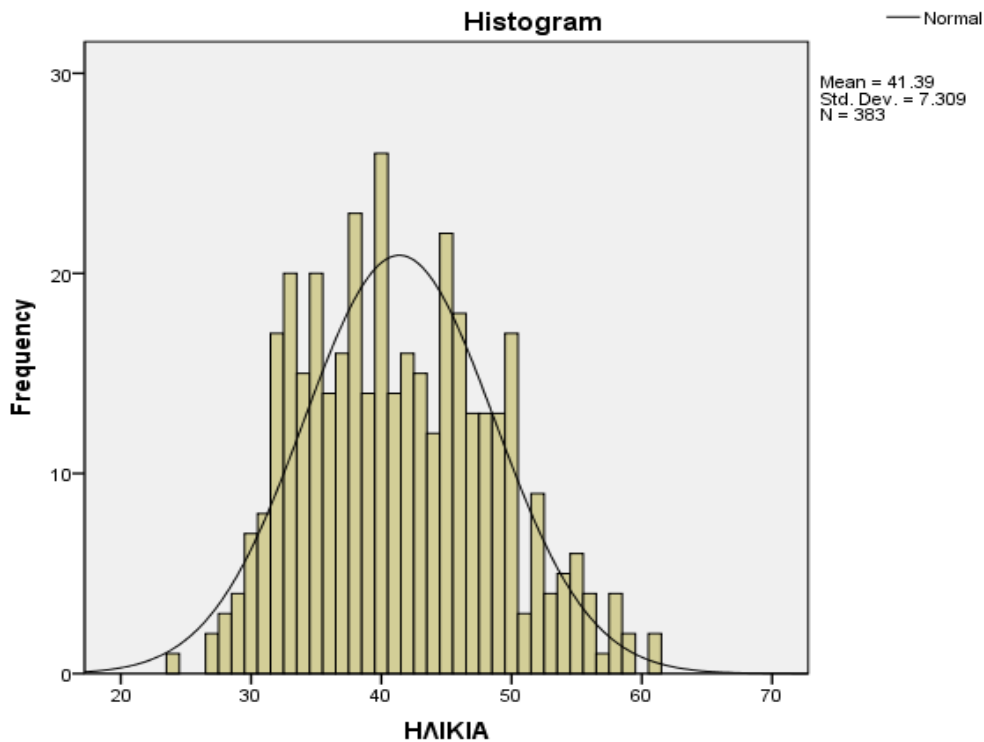
#### 1.1. Κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά δείγματος

Οι γυναίκες αποτελούν το 75,4% του δείγματος, ηλικίας 41,49 ετών κατά μέσο όρο, είναι έγγαμες σε ποσοστό 66,3%, με παιδιά σε ποσοστό 70,7%. Το 1,3% έχει επίπεδο εκπαίδευσης ΠΕ, το 35,5% έχει Τεχνολογική εκπαίδευση και το 56% είναι διευθύντριες εκπαίδευσης και τέλος ένα μικρό ποσοστό 7,3% είναι υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Το 41,1% έχει κάνει ειδικότητα ψυχικής υγείας. Το 58,3% δουλεύει σε τμήμα το οποίο δεν έχει επιλέξει ο ίδιος. Το 68,7% του δείγματος δουλεύει κυκλικό ωράριο. Το 9,3% είναι σε θέση προϊστάμενου, το 14,8% είναι σε θέση αναπληρωτή, το 9,6% είναι νοσηλεύτριες και το 54,9% είναι βοηθοί νοσηλεύτριες. Το 37,8% εργάζεται σε εσωτερικό τμήμα στο νοσοκομείο ενώ το 43,5% εργάζεται σε ξενώνα και το 18,7% εργάζεται σε τμήμα εξαρτήσεων. Το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει 4,12 νυχτερινές βάρδιες το μήνα. Η προϋπηρεσία του δείγματος φθάνει στα 15,44 έτη κατά μέσο όρο (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) δημογραφικών στοιχείων δείγματος

Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα
<b>Φύλο</b>		
Γυναίκες	291	75.4
Άνδρες	95	24.6
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Άγαμος	77	19,9
Έγγαμος	256	66,3
Διαζευγμένος- Χήρος	53	13,8
<b>Υπαρξη παιδιών</b>		
Ναι	273	70,7
Όχι	113	29,3
Αριθμός αγοριών (μέσος όρος-τυπική απόκλιση)	1	+/-0,735
Αριθμός κοριτσιών (μέσος όρος-τυπική απόκλιση)	1	+/-0,775

<b>Δημογραφικά στοιχεία δείγματος</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Σχετική συχνότητα</b>
<b>Τίτλος πτυχίου</b>		
ΑΕΙ	5	1,3
ΤΕΙ	137	35,5
ΔΕ	216	56,0
ΥΕ	28	7,3
<b>Ύπαρξη εκπαίδευσης εκτός της βασικής</b>		
Διδακτορικό	-	-
Μεταπτυχιακό	17	11,3
Ειδικότητα	62	41,1
Εξειδίκευση	24	15,9
Σεμινάριο διαχείρισης άγχους	25	16,6
Ψυχοθεραπεία	23	15,3
<b>Επιλογή τμήματος εργασίας</b>		
Δική τους	161	41,7
Άλλων	225	58,3
<b>Ωράριο εργασίας</b>		
Πρωινό	121	31,3
Κυκλικό	265	68,7
<b>Θέση εργασίας</b>		
Τομεάρχης	9	2,3
Προϊστάμενος	36	9,3
Αναπληρωτής προϊστάμενος	57	14,8
Νοσηλευτής	37	9,6
Βοηθός νοσηλευτή	212	54,9
Άλλο	35	9,1
<b>Τμήμα εργασίας</b>		
Εσωτερικό τμήμα νοσοκομείου	146	37,8
Ξενώνας	168	43,5
Τμήμα εξαρτήσεων	72	18,7
<b>Νυχτερινές βάρδιες/μήνα (μέση τιμή-τυπ. απόκλιση)</b>	4,12	+/- 3,665
<b>Ηλικία (μέση τιμή-τυπ. απόκλιση)</b>	41,39	+/-7,309
<b>Προϋπηρεσία έτη (μέση τιμή-τυπ. απόκλιση)</b>	15,44	+/-6,805



**Διάγραμμα 1:** Ηλικιακή κατανομή δείγματος

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ερωτημάτων σχετικών με την επανεπιλογή του επαγγέλματος. Έτσι το 57,6% θα επέλεγε πάλι να ασκήσει το επάγγελμα του, το 27,7% στην ερώτηση εάν θα ήθελε να φύγει από το συγκεκριμένο νοσοκομείο απάντησε ότι δεν θα τον/την πείραζε να μείνει μερικά χρόνια. Το 75,4% στην ερώτηση εάν θέλουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα τους απάντησαν ότι δεν θέλουν να το πράξουν.

**Πίνακας 2:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ερωτημάτων σχετικών με την επανεπιλογή του επαγγέλματος

	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα
<b>Αν σας ρωτούσαν σήμερα θα επιλέγατε πάλι να ασκήσετε το επάγγελμα σας;</b>		
Ναι	221	57,6
Όχι	163	42,4

	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα
<b>Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο νοσοκομείο;</b>		
Θέλω να φύγω όσο το δυνατόν συντομότερα	27	7
Θα ήθελα να φύγω σύντομα	33	8,5
Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	22	5,7
Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	107	27,7
Δεν θέλω να φύγω από εδώ	197	51
<b>Θέλετε να εγκαταλείψετε το επάγγελμα σας;</b>		
Θέλω να εγκαταλείψω όσο το δυνατόν συντομότερα	25	6,5
Θα ήθελα να εγκαταλείψω σύντομα	47	12,2
Θα ήθελα να εγκαταλείψω σε ένα χρόνο	23	6,0
Δεν θέλω να το εγκαταλείψω	291	75,4

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη βαθμολόγησαν τον εαυτό τους ως επαγγελματία με 8,77 και στην ερώτηση πως θα βαθμολογούσαν γενικά τον Έλληνα νοσηλευτή απάντησαν ότι τον βαθμολογούν κατά μέσο όρο με βαθμό 8,24 (πίνακας 3).

**Πίνακας 3:** Βαθμολόγηση νοσηλευτή ως επαγγελματία

	Συχνότητα	ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Πως θα βαθμολογούσατε τον εαυτό σας ως επαγγελματία;	384	4	10	8.77	.975
Πως θα βαθμολογούσατε γενικά τον Έλληνα νοσηλευτή;	386	3	10	8.24	1.438

## 1.2. Κλίμακα Μέτρησης του Στρες στους Νοσηλευτές Expanded Nursing Stress Scale

**Πίνακας 4:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ερωτημάτων παράγοντα 1 «Στρες λόγω της επαφής με το θάνατο»

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς	46	11,9	33	8,6	103	26,8	144	37,4	59	15,3
10	Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς.	61	15,9	46	12,0	121	31,3	114	29,7	44	10,9
19	Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατό του.	132	34,4	30	7,8	53	13,8	72	18,8	97	25,3
29	Ο θάνατος ενός ασθενούς.	61	15,8	20	5,2	66	17,1	84	21,8	154	39,9
39	Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση.	77	20,0	17	4,4	77	20,0	97	25,2	117	30,4
49	Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.	84	21,8	7	1,8	32	8,3	84	21,8	178	46,2
55	Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει.	13	3,4	12	3,1	76	19,7	137	35,6	148	38,2

N = συχνότητα

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα ερωτήματα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Επαφή με τον θάνατο». Συγκεκριμένα εξαιρετικά στρεσογόνο για τους νοσηλευτές ήταν η απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει με ποσοστό 46,2%, ενώ ακολουθούν ο θάνατος του ασθενούς με ποσοστό 39,9% αλλά και το να βλέπουν έναν ασθενή να υποφέρει σε ποσοστό 38,2%.

**Πίνακας 5:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ερωτημάτων παράγοντα 2 «Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους»

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς	76	19,8	47	12,3	125	32,6	88	23,0	50	12,3
12	Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση	51	13,2	49	12,7	151	39,2	89	22,9	46	11,9
21	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς.	47	12,2	59	15,4	130	33,9	106	27,6	42	10,9

N = συχνότητα

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την κατανομή συχνότητας των ερωτημάτων του δεύτερου παράγοντα ο οποίος καταγράφει το στρες που προκαλείται στους νοσηλευτές λόγω της ανεπαρκούς προετοιμασίας τους για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους. Το 27,6% του δείγματος θεωρεί αρκετά στρεσογόνο την ανεπαρκή του προετοιμασία όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς και το 23% θεωρεί την ανεπαρκή προετοιμασία για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειάς του. Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες οι νοσηλευτές δεν έχουν μια ικανοποιητική απάντηση θεωρούνται λίγο στρεσογόνος παράγοντας σε ποσοστό 39,2%.

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η κατανομή συχνότητας των ερωτημάτων του παράγοντα που διερευνά την πηγή του στρες εξαιτίας διακρίσεων εις βάρος του. Το 15,3% του δείγματος θεωρεί την σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος τους εξαιρετικά στρεσογόνο, ενώ το 5% χαρακτηρίζει ως εξαιρετικά στρεσογόνο το αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας και το 8,6% το αίσθημα διάκρισης εις βάρος του/της λόγω φύλου.

**Πίνακας 6:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ερωτημάτων παράγοντα 3 «Στρες λόγω διακρίσεων»

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
9	Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας.	226	58,7	28	7,3	42	10,9	30	7,8	59	15,3
18	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.	294	76,4	34	8,8	24	6,2	15	3,9	19	5,0
28	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.	240	62,2	42	10,9	37	9,6	33	8,6	33	8,6

N = συχνότητα

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η κατανομή συχνότητας των ερωτημάτων του παράγοντα που διερευνά την πηγή του στρες λόγω φόρτου εργασίας. Για το 35,6% των νοσηλευτών του δείγματος θεωρεί ως εξαιρετικά στρεσογόνο τον απρόβλεπτο αριθμό προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα εργασίας καθώς και το 44,7% του δείγματος θεωρεί εξαιρετικά στρεσογόνο το ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.



**Πίνακας 7:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ερωτημάτων παράγοντα 4 «Στρες λόγω φόρτου εργασίας»

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15	Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα εργασίας.	47	12,2	27	7,0	64	16,6	110	28,6	137	35,6
25	Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών.	102	26,5	40	10,4	114	29,5	89	23,1	40	10,4
34	Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων	120	31,2	23	6,0	81	21,0	102	26,5	59	15,3
43	Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου	48	12,5	42	10,9	89	23,1	104	27,0	102	26,5
44	Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.	11	2,9	19	4,9	50	13,0	133	34,5	172	44,7
47	Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών.	102	26,5	40	10,4	114	29,5	89	23,1	40	10,4
53	Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.	161	41,8	76	19,7	77	20,0	40	10,4	32	8,4

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
57	Ύπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλλειμα σας.	140	36,4	50	13,0	77	20,0	68	17,7	50	13,0
59	Λήψη απόφασης υπό πίεση	39	10,1	16	4,2	84	21,8	126	32,6	120	31,2

N = συχνότητα

Στον Πίνακα 8 παρακάτω, παρουσιάζεται η κατανομή συχνότητας των ερωτημάτων του παράγοντα που διερευνά την πηγή του στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Το 47,4% θεωρεί ως εξαιρετικά στρεσογόνο την απουσία γιατρού σε ένα ιατρικό επείγον περιστατικό, ενώ ακολουθεί με 46,4% η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια στον χώρο εργασίας. Ένα 22,3% αποδίδει ως εξαιρετική πηγή στρες η θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.

**Πίνακας 8:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ερωτημάτων παράγοντα 5 «Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα»

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7	Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από έναν γιατρό.	64	16,6	24	6,2	91	23,6	122	31,7	84	21,8
16	Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.	102	26,4	32	8,3	63	16,4	101	26,2	87	22,5
20	Φόβος για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των ασθενών.	81	21,0	38	9,9	92	23,9	89	23,1	85	22,1

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
26	Απουσία γιατρού σε ένα ιατρικό επείγον περιστατικό.	46	12,1	10	2,6	37	9,6	103	26,7	183	47,4
31	Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντα σας.	107	27,7	50	13,0	98	25,4	71	18,4	59	15,3
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.	100	26,0	34	8,8	101	26,2	99	25,6	51	13,2
38	Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια σας στον χώρο εργασίας.	20	5,2	16	4,1	70	18,1	100	25,9	179	46,4
41	Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.	123	31,9	21	5,4	65	16,8	90	23,3	86	22,3
45	Αβεβαιότητα που αφορά στην λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων.	155	40,2	25	6,5	74	19,2	85	22,0	46	11,9

N = συχνότητα

Στον Πίνακα 9 ακολουθεί η κατανομή συχνότητας των ερωτημάτων του παράγοντα που διερευνά το στρες λόγω διαμάχης με τους γιατρούς. Το 30,1% θεωρεί εξαιρετικά στρεσογόνο την λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού, ενώ το 22,1% θεωρεί ως εξαιρετικά στρεσογόνο το να πρέπει να οργανώσει την δουλειά των γιατρών. Ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό το 28,8% θεωρεί ως αρκετά στρεσογόνα τη λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού.

**Πίνακας 9:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ερωτημάτων παράγοντα 6 «Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς»

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2	Κριτική από έναν γιατρό	83	21,5	41	10,6	89	23,1	99	25,7	74	19,0
11	Διαμάχη με έναν γιατρό	112	29,1	38	9,9	99	25,7	74	19,2	63	16,1
30	Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς	120	31,2	43	11,1	105	27,2	87	22,6	30	7,8
40	Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού	63	16,4	11	2,8	84	21,8	111	28,8	117	30,1
50	Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών	123	31,9	25	6,5	74	19,2	79	20,5	84	22,1

N = συχνότητα

Στον Πίνακα 10 ακολουθεί η κατανομή συχνότητας των ερωτημάτων του παράγοντα που διερευνά το στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους. Το 25,2% των συμμετεχόντων στην έρευνα θεωρεί ως εξαιρετικά στρεσογόνο την δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτρες) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον. Το 29,5% θεωρεί αρκετά στρεσογόνο την έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες.

**Πίνακας 10:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ερωτημάτων παράγοντα 7 «Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους»

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4	Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες	66	17,2	58	15,1	90	23,4	114	29,5	56	14,6
13	Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.	79	20,5	73	19,0	119	30,9	79	20,5	35	9,1
22	Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν στην εξωτερικευση των αρνητικών σας συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους του τμήματός σας.	112	29,1	74	19,2	102	26,5	64	16,6	33	8,6
23	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	63	16,4	29	7,5	77	19,9	119	30,9	97	25,2
24	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	78	20,2	41	10,7	108	28,2	81	28,2	75	19,6
52	Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου	217	56,2	58	15,0	48	12,4	37	9,6	25	6,5

N = συχνότητα

Στον Πίνακα 11 ακολουθεί η κατανομή συχνότητας των ερωτημάτων της κλίμακας που διερευνά το στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους. Εξαιρετικά στρεσογόνα θεωρείται μια διαμάχη με ένα προϊστάμενο σε ποσοστό 26,8%. Η έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται από το 30,7% του δείγματος ως εξαιρετικά στρεσογόνα. Το 30,4% θεωρεί ως εξαιρετικά στρεσογόνα την έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου.

**Πίνακας 11:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) παράγοντα 8 «Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους»

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5	Διαμάχη με έναν προϊστάμενο	94	24,4	31	8,0	70	18,1	86	22,3	103	26,8
32	Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενό σας.	153	39,7	26	6,8	51	13,2	86	22,3	69	17,9
33	Κριτική από έναν προϊστάμενο.	90	23,3	55	14,2	80	20,8	84	21,8	76	19,7
42	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλ. Προσωπικού	69	18,0	22	5,7	64	16,7	11	28,9	118	30,7
48	Να θεωρήσετε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να ελέγξετε.	71	18,4	16	4,1	79	20,5	103	26,7	116	30,1
51	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου.	61	15,8	23	6,0	78	20,2	106	27,5	117	30,4
56	Κριτική από την Νοσηλευτική διοίκηση.	87	22,8	18	4,7	68	17,8	107	27,7	101	26,2

N = συχνότητα

Στον Πίνακα 12 ακολουθεί η κατανομή συχνότητας των ερωτημάτων της κλίμακας που διερευνά το στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους. Το 50% του δείγματος θεωρεί ως εξαιρετικά στρεσογόνα την αντιμετώπιση βίαιων ασθενών. Το να κατηγορούνται οι νοσηλευτές για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά ένα 34,4% το θεωρεί ως εξαιρετικά στρεσογόνο.

**Πίνακας 12:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) παράγοντα 9 «Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους»

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει 0		Καθόλου στρεσογόνο 1		Λίγο στρεσογόνο 2		Αρκετά στρεσογόνο 3		Εξαιρετικά στρεσογόνο 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
8	Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς.	22	5,5	65	16,9	123	31,9	82	21,2	94	24,4
17	Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς	53	13,8	40	10,4	127	33,0	87	22,6	79	20,3
27	Το να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.	96	25,0	16	4,2	50	13,0	90	23,4	132	34,4
36	Η ευθύνη του να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσει τις οικογένειες των ασθενών.	79	20,3	36	9,4	83	21,5	104	26,9	83	21,5
37	Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών	23	6,0	15	3,9	54	14,1	100	26,0	192	50,0
46	Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών	41	10,7	57	14,9	112	29,2	108	28,2	65	16,8
54	Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών	94	24,4	49	12,7	101	26,2	66	17,1	75	19,5
58	Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος.	83	21,5	34	8,8	90	23,3	83	21,5	95	24,7

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) του παράγοντα 1 «Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο». Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα αυτό παρουσιάζει η άποψη ότι το να βλέπουν έναν ασθενή να υποφέρει προκαλεί στον νοσηλευτή και το μεγαλύτερο στρες με μέσο όρο:3,02.

**Πίνακας 13:** Παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) ερωτημάτων παράγοντα 1 «Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο»

No	Παράγοντας 1 <i>Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο</i>	Συχνότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	T.a
1	Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς	385	0	4	2,36	1,195
10	Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς	384	0	4	2,08	1,220
19	Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατό του	384	0	4	1,93	1,629
29	Ο θάνατος ενός ασθενούς	385	0	4	2,65	1,445
39	Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση	385	0	4	2,42	1,464
49	Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει	385	0	4	2,69	1,578
55	Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει	385	0	4	3,02	1,005

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) του παράγοντα 2 «Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους». Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς με μέσο όρο:2,10.



**Πίνακας 14:** παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) ερωτημάτων παράγοντα 2 «Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους»

<b>No</b>	<b>Παράγοντας 2</b> <i>Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους</i>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ελάχιστο</b>	<b>Μέγιστο</b>	<b>Μέσος όρος</b>	<b>T.α</b>
3	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς	383	0	4	1,96	1,280
12	Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση	385	0	4	2,08	1,167
21	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς	384	0	4	2,10	1,162

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) του παράγοντα 3 «Στρες λόγω διακρίσεων». Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος τους με μέσο όρο:1,14.

**Πίνακας 15:** Παράμετροι θέσης και διασποράς ερωτημάτων παράγοντα 3 «Στρες λόγω διακρίσεων»

<b>No</b>	<b>Παράγοντας 3</b> <i>Στρες λόγω διακρίσεων</i>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ελάχιστο</b>	<b>Μέγιστο</b>	<b>Μέσος όρος</b>	<b>T.α</b>
9	Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας.	385	0	4	1,14	1,541
18	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.	385	0	4	,52	1,083
28	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.	385	0	4	,90	1,352

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) του παράγοντα 4 «Στρες λόγω φόρτου εργασίας». Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι το ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος με μέσο όρο:3,13.

**Πίνακας 16:** παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) ερωτημάτων κλίμακας 4 «Στρες λόγω φόρτου εργασίας».

No	Παράγοντας 4 Στρες λόγω φόρτου εργασίας	Συχνότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	T.α
15	Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα εργασίας.	385	0	4	2,68	1,344
25	Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών.	385	0	4	1,81	1,333
34	Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων	385	0	4	1,89	1,476
43	Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου	385	0	4	2,44	1,322
44	Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.	385	0	4	3,13	1,008
47	Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών.	385	0	4	1,60	1,303
53	Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.	385	0	4	1,23	1,307
57	Υπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλλειμα σας.	385	0	4	1,58	1,452
59	Λήψη απόφασης υπό πίεση	385	0	4	2,71	1,235

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς του παράγοντα 5 «Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα». Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια στον χώρο εργασίας με μέσο όρο:3,04.

**Πίνακας 17:** Παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) ερωτημάτων παράγοντα 5 «Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα»

No	Παράγοντας 5 Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Συχνότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	T.a
7	Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από έναν γιατρό.	385	0	4	2,36	1,339
16	Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.	385	0	4	2,10	1,518
20	Φόβος για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των ασθενών.	385	0	4	2,15	1,427
26	Απουσία γιατρού σε ένα ιατρικό επειγόν περιστατικό.	379	0	4	2,97	1,335
31	Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντα σας.	385	0	4	1,81	1,416
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.	385	0	4	1,91	1,383
38	Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια σας στον χώρο εργασίας.	385	0	4	3,04	1,132
41	Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.	385	0	4	1,99	1,570
45	Αβεβαιότητα που αφορά στην λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων.	385	0	4	1,59	1,487

Στον Πίνακα 18 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) του παράγοντα 6 «Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς». Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού με μέσο όρο: 2,54.

**Πίνακας 18:** Παράμετροι θέσης και διασποράς ερωτημάτων κλίμακας 6 «Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς»

No	Παράγοντας 6 Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	Συχνότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	T.α
2	Κριτική από έναν γιατρό	385	0	4	2,10	1,407
11	Διαμάχη με έναν γιατρό.	385	0	4	1,83	1,441
30	Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς	385	0	4	1,65	1,333
40	Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού	385	0	4	2,54	1,377
50	Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών	385	0	4	1,94	1,557

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) του παράγοντα 7 «Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους». Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτές) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον με μέσο όρο:2,41.

**Πίνακας 19:** Παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) ερωτημάτων παράγοντα 7 «Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους»

<b>No</b>	<b>Παράγοντας 7 Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ελάχιστο</b>	<b>Μέγιστο</b>	<b>Μέσος όρος</b>	<b>T.a</b>
4	Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες	384	0	4	2,09	1,309
13	Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.	385	0	4	1,79	1,240
22	Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν στην εξωτερίκευση των αρνητικών σας συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους του τμήματός σας.	385	0	4	1,56	1,296
23	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτρες) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	385	0	4	2,41	1,372
24	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτρες) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	383	0	4	2,09	1,383
52	Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλεύτρες του αντίθετου φύλου	385	0	4	,95	1,288

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) του παράγοντα 8 «Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους». Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα 8 άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου με μέσο όρο: 2,51.

**Πίνακας 20:** Παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) ερωτημάτων παράγοντα 8 «Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους»

No	Παράγοντας 8 Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	Συχνότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	T.a
5	Διαμάχη με έναν προϊστάμενο	384	0	4	2,19	1,525
32	Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενό σας.	385	0	4	1,72	1,589
33	Κριτική από έναν προϊστάμενο.	385	0	4	2,00	1,446
42	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού.	384	0	4	2,49	1,436
48	Να θεωρήσετε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να ελέγξετε.	385	0	4	2,46	1,430
51	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου.	385	0	4	2,51	1,390
56	Κριτική από την Νοσηλευτική διοίκηση.	381	0	4	2,31	1,488

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) του παράγοντα 9 «Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους». Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η αντιμετώπιση βίαιων ασθενών με μέσο όρο:3,10.

**Πίνακας 21:** Παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) ερωτημάτων παράγοντα 9 «Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους»

No	Παράγοντας 9 Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	Συχνότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	T.a
8	Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς.	385	0	4	2,42	1,184
17	Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς	385	0	4	2,25	1,277
27	Το να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.	384	0	4	2,38	1,585
36	Η ευθύνη του να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσει τις οικογένειες των ασθενών.	359	0	4	2,34	1,362
37	Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών	384	0	4	3,10	1,153
46	Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών	383	0	4	2,26	1,214
54	Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών	385	0	4	1,95	1,434
58	Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος.	385	0	4	2,19	1,457

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση, διάμεσος, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης) και ο Cronbach α των παραγόντων του στρες με τους παράγοντες που το απαρτίζουν. Ο μέσος όρος του στρες που παρουσιάζει το δείγμα των νοσηλευτών που εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές είναι 124,20.

**Πίνακας 22:** Παράμετροι θέσης και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) ερωτηματολογίου διερεύνησης στρες ENSS και των παραγόντων του

Παράγοντες στρες ENSS	Συχνότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τ.α	Διάμεσος	95%δε	Cronbach α
Συνολικό στρες ENSS	385	11,00	236,00	124,20	45,551	125,00	119,27 - - 129,13	0,936
Παράγοντα 1. Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	383	,00	28,00	17,143	6,736	18,00	16,62- 18,04	0,825
Παράγοντα 2. Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	382	,00	12,00	6,146	2,847	6,00	5,86- 6,47	0,697
Παράγοντα 3. Στρες λόγω διακρίσεων	385	,00	12,00	2,555	3,149	2,00	2,27- 2,97	0,687
Παράγοντα 4. Στρες λόγω φόρτου εργασίας	385	,00	36,00	19,067	7,820	20,00	18,35- 20,04	0,839
Παράγοντα 5. Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	379	,00	36,00	20,013	8,206	20,00	19,08- 20,08	0,828
Παράγοντα 6. Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	385	,00	20,00	10,051	5,035	10,00	9,48- 10,56	0,750
Παράγοντα 7. Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	382	,00	24,00	10,916	5,493	11,00	10,38- 10,57	0,786
Παράγοντα 8. Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	379	,00	28,00	15,601	7,483	17,00	14,76- 16,36	0,850



Ο πρώτος σε σειρά στρεσογόνος παράγοντας είναι ο παράγοντας «Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα». Δεύτερος σε σειρά στρεσογόνος παράγοντας είναι ο παράγοντας 4 «στρες λόγω φόρτου εργασίας». Τρίτος παράγοντας στρες είναι ο παράγοντας 9 «το στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους». Τέταρτος είναι ο παράγοντας 1 «στρες λόγω της επαφής με το θάνατο». Ακολουθούν ο παράγοντας 8 «στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους», ο παράγοντας 7 «στρες λόγω προβλημάτων με συναδέλφους», ο παράγοντας 6 «στρες λόγω διαμάχης με τους γιατρούς». Οι δύο τελευταίοι σε σειρά είναι οι παράγοντες 2 «στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους» και 3 «στρες λόγω διακρίσεων».

### 1.3. Μέτρηση της σωματικής υγείας

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με τη σωματική υγεία των νοσηλευτών του δείγματος. Στην ερώτηση εάν τους απασχολεί κάποιο πρόβλημα υγείας θετικά απάντησε το 36% του δείγματος που σε απόλυτο αριθμό είναι 139 άτομα (Πίνακας 23).

**Πίνακας 23:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής, αθροιστικής) σχετικά με το εάν τους έχει απασχολήσει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας;

Σας έχει απασχολήσει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας;	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Σχετική αθροιστική συχνότητα
Όχι	247	64.0	64.0
Ναι	139	36.0	100.0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>386</b>	<b>100.0</b>	

Δεν προσδιόρισαν όλα τα άτομα ακριβώς το πρόβλημα υγείας που τους απασχολεί αλλά μόνο 92 άτομα. Από αυτά απαντούν ότι το κυριότερο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις σε ποσοστό 6,5%, παθήσεις ενδοκρινικού σε ποσοστό 5,2%, παθήσεις καρδιαγγειακού και γαστρεντερικού συστήματος σε ποσοστό 3,4%. Ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές του ΨΝΑ σε ποσοστό 2,6% καθώς και νευρολογικές παθήσεις σε 1,8%

**Πίνακας 24:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής, αθροιστικής) σχετικά με τα κυριότερα προβλήματα υγείας.

Κυριότερα προβλήματα υγείας	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Σχετική αθροιστική συχνότητα
παθήσεις ενδοκρινικού συστήματος	20	5.2	21.7
παθήσεις γαστρεντερικού συστήματος	13	3.4	35.9
νευρολογικές παθήσεις	7	1.8	43.5
παθήσεις αναπνευστικού συστήματος	4	1.0	47.8
παθήσεις καρδιαγγειακού συστήματος	13	3.4	62.0
μυοσκελετικές παθήσεις	25	6.5	89.1
ψυχολογικές παθήσεις	10	2.6	100.0
Σύνολο	92	23.8	

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζεται η κατανομή της συχνότητας σχετικά με την συχνότητα των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό τον τελευταίο μήνα. Στον Πίνακα 25 παρουσιάζεται αναλυτικά ο αριθμός και το αντίστοιχο ποσοστό των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές του ΨΝΑ. Από ότι φαίνεται το 34,5% εμφανίζει συχνά σωματική εξάντληση και κούραση τον τελευταίο μήνα ενώ σημαντικό ποσοστό του δείγματος 32,4% αντιμετώπισε συχνά πόνους στη ράχη ή στον αυχένα και επίσης το 19,4% αντιμετώπισε συχνά οσφυαλγία τον τελευταίο μήνα.

**Πίνακας 25:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής, αθροιστικής) σχετικά με την συχνότητα των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό τον τελευταίο μήνα.

Προβλήματα υγείας	Συχνότητα	Καθόλου 0	Σπάνια 1	Μερικές φορές 2	Συχνά 3
1 Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε κράμπες τον τελευταίο μήνα	386	199 51,6	101 26,2	62 16,1	24 6,2

<b>Προβλήματα υγείας</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Καθόλου 0</b>	<b>Σπάνια 1</b>	<b>Μερικές φορές 2</b>	<b>Συχνά 3</b>
2. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε πόνο στη καρδιά ή σφίξιμο στο στήθος τον τελευταίο μήνα	386	209 54,1	96 24,9	56 14,5	25 6,5
3. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε προβλήματα αναπνοής τον τελευταίο μήνα	386	263 68,1	57 14,8	51 13,2	15 3,9
4. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε πρησμένους αστραγάλους τον τελευταίο μήνα	385	214 55,4	57 14,8	68 17,6	46 11,9
5. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε πόνους στη ράχη ή στον αυχένα τον τελευταίο μήνα	386	97 25,1	57 14,8	107 27,7	125 32,4
6. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε προβλήματα με το στομάχι τον τελευταίο μήνα	386	157 40,7	88 22,8	83 21,5	58 15,0
7. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε πονοκέφαλους τον τελευταίο μήνα	386	73 18,9	108 28,0	115 29,8	90 23,3
8. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε βήχα ή κρυολογήματα τον τελευταίο μήνα	385	98 25,4	146 37,8	106 27,5	35 9,1
9. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε ακαμψία ή πόνο του μέλος του σώματος τον τελευταίο μήνα	386	171 44,3	88 22,8	74 19,2	53 13,7
10. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε πόνους σε διάφορα σημεία του σώματος τον τελευταίο μήνα	386	75 19,4	128 33,2	126 32,6	57 14,8

<b>Προβλήματα υγείας</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Καθόλου 0</b>	<b>Σπάνια 1</b>	<b>Μερικές φορές 2</b>	<b>Συχνά 3</b>
11. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε σωματική εξάντληση και κούραση τον τελευταίο μήνα	386	27 7,0	57 14,8	169 43,8	133 34,5
12. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε πυρετό τον τελευταίο μήνα	386	203 52,6	145 37,6	36 9,3	2 0,5
13. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε φτωχή μνήμη τον τελευταίο μήνα	386	167 43,3	98 25,4	84 21,8	37 9,6
14. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους τον τελευταίο μήνα	385	202 52,3	78 20,2	67 17,4	38 9,8
15. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε υπνηλία τον τελευταίο μήνα	386	164 42,5	116 30,1	85 22,0	21 5,4
16. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε αλλεργία τον τελευταίο μήνα	386	228 59,1	60 15,5	59 15,3	39 10,1
17. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε υπερβολική εφίδρωση τον τελευταίο μήνα	373	243 63,0	53 13,7	54 14,0	23 6,0
18. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε τριχόπτωση τον τελευταίο μήνα	386	224 58,0	61 15,8	60 15,5	41 10,6
19. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε δυσκοιλιότητα τον τελευταίο μήνα	386	180 46,6	81 21,0	73 18,9	52 13,5
20. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε διάρροια τον τελευταίο μήνα	386	243 63,0	79 20,5	43 11,1	21 5,4
21. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε διαταραχές εμμήνου ρύσεως τον τελευταίο μήνα	386	220 57,0	56 14,5	52 13,5	25 6,5

Προβλήματα υγείας	Συχνότητα	Καθόλου 0	Σπάνια 1	Μερικές φορές 2	Συχνά 3
22. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε προβλήματα ούρησης τον τελευταίο μήνα	386	329 85,2	25 6,5	19 4,9	13 3,4
23. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε εμέτους τον τελευταίο μήνα	386	319 82,6	39 10,1	18 4,7	10 2,6
24. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε έκζεμα τον τελευταίο μήνα	386	316 81,9	32 8,3	23 6,0	15 3,9
25. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε υψηλή αρτηριακή πίεση τον τελευταίο μήνα	385	296 76,7	39 10,1	27 7,0	23 6,0
26. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε αρθρίτιδες ή ρευματισμοί τον τελευταίο μήνα	386	303 78,5	32 8,3	27 7,0	24 6,2
27. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε οσφυαλγία τον τελευταίο μήνα	386	159 41,2	69 17,9	83 21,5	75 19,4
28. Πόσο συχνά αντιμετωπίσατε πόνους στα δόντια ή στη στοματική κοιλότητα τον τελευταίο μήνα	386	220 57,0	86 22,3	57 14,8	23 6,0

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζεται η κατανομή συχνότητας των νόσων από τις οποίες υποφέρουν οι νοσηλευτές του ΨΝΑ. Από τους 386 νοσηλευτές που πήραν μέρος στη μελέτη το 83 (21,5%) παρουσιάζει προβλήματα χοληστερίνης, οι 72 (18,7%) πάσχει από τη νόσο του ευερέθιστου εντέρου, οι 62 (16,1%) έχει κάποιο αυτοάνοσο νόσημα, οι 46 (11,9%) υποφέρει από πεπτικό έλκος. Κάτω του 10% υποφέρει από άσθμα, έχει υψηλές τιμές σακχάρου και μόλις 1% παρουσιάζει στεφανιαία νόσο.

**Πίνακας 26:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) σχετικά με νόσους από τις οποίες υποφέρει το άτομο

Υπαρξη Νόσου	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Υποφέρετε από στεφανιαία νόσο;	4	1,0	382	99,0
Υποφέρεται από άσθμα;	23	6,0	363	94,0
Υποφέρετε από πεπτικό έλκος;	46	11,9	340	88,1
Σας έχει απασχολήσει ποτέ κάποιο αυτοάνοσο νόσημα;	62	16,1	324	83,9
Πάσχετε από τη νόσο του ευερέθιστου εντέρου;	72	18,7	314	81,3
Προβλήματα με την χοληστερίνη σας;	83	21,5	303	78,5
Έχετε υψηλές τιμές σακχάρου	18	4,7	368	95,3

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζεται η κατανομή συχνότητας ανάλογα με το εάν λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή για χρόνια νόσημα. Έτσι το 31,6% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για χρόνια νόσημα το οποίο αντιμετωπίζει.

**Πίνακας 27:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής, αθροιστικής) σχετικά με το εάν το άτομο λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή για χρόνια νόσημα.

Φαρμακευτική αγωγή	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Εάν λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρόνια νόσημα που σας απασχολεί	122	31,6	263	68,1

Στον Πίνακα 28 φαίνεται η κατανομή συχνότητας της φαρμακευτικής αγωγής την οποία λαμβάνουν. Έτσι το 8,5% λαμβάνει αντιθυροειδική αγωγή και το 6% αντιυπερτασική

**Πίνακας 28:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής, αθροιστικής) σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει

Φαρμακευτική αγωγή	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Σχετική αθροιστική συχνότητα
Αντιυπερτασικά	23	6.0	31.1
Αντικαταθλιπτικά	4	1.0	36.5
αντιθυρεοειδικά	33	8.5	81.1
Παυσίπονα	2	.5	83.8
Αντιβιώσεις	1	.3	85.1
Γαστροπροστατευτικά	3	.8	89.2
Αντιδιαβητικά δισκία	4	1.0	94.6
Βρογχοδιασταλτικά	4	1.0	100.0
Σύνολο	74	19.2	

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζεται η κατανομή συχνότητας των νοσηλευτών οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα σχέσης, οικονομικά προβλήματα και τέλος οι σύζυγοι των οποίων αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας.

**Πίνακας 29:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής, αθροιστικής) σχετικά με τα προβλήματα που το άτομο αντιμετωπίζει με τον/την σύζυγο ή άλλο συγγενικό πρόσωπο

Ερώτηση	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Πρόβλημα υγείας συζύγου ή άλλου συγγενικού προσώπου	55	14,2	328	85,0
Πρόβλημα σχέσης συζύγου ή άλλου συγγενικού προσώπου	55	14,2	328	85,0
Οικονομικό πρόβλημα συζύγου ή άλλου συγγενικού προσώπου	241	62,4	141	36,5

#### 1.4. Ερωτηματολόγιο RAND 36-item Health Survey - Ψυχική ευεξία.

Στον Πίνακα 30 παρουσιάζεται η κατανομή συχνότητας και τα μέτρα θέσης και διασποράς των ερωτημάτων της κλίμακας ψυχικής ευεξίας από ερωτηματολόγιο SF-36.

**Πίνακας 30:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) και μέτρα θέσης και διασποράς ερωτημάτων κλίμακας ψυχικής ευεξίας από ερωτηματολόγιο SF-36

α/α	Ερώτηση	Συνεχώς 1	Τις περισσότερες φορές 2	Μερικές φορές 3	Λίγες Φορές 4	Καθόλου 5	Μέση τιμή	ΤΑ
1	Είχες πολύ εκνευρισμό τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	22 5,7	77 19,9	148 38,3	99 25,6	39 10,1	1,85	1,036
2	Αισθανόσουνα τόσο πολύ πιεσμένος ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σου φτιάξει το κέφι τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	26 6,7	67 17,4	104 26,9	90 23,3	97 25,1	1,57	1,299
3	Αισθανόσουνα ηρεμία και γαλήνη τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	9 2,3	117 30,3	92 23,8	121 31,3	45 11,7	1,80	1,071
	Αισθανόσουνα κακοκεφιά και μελαγχολία τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	24 6,2	67 17,4	123 31,9	109 28,2	63 16,3	1,68	1,115
5	Ήσουν ευτυχισμένος τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	21 5,4	117 30,3	119 30,8	88 22,8	38 9,8	1,99	1,074

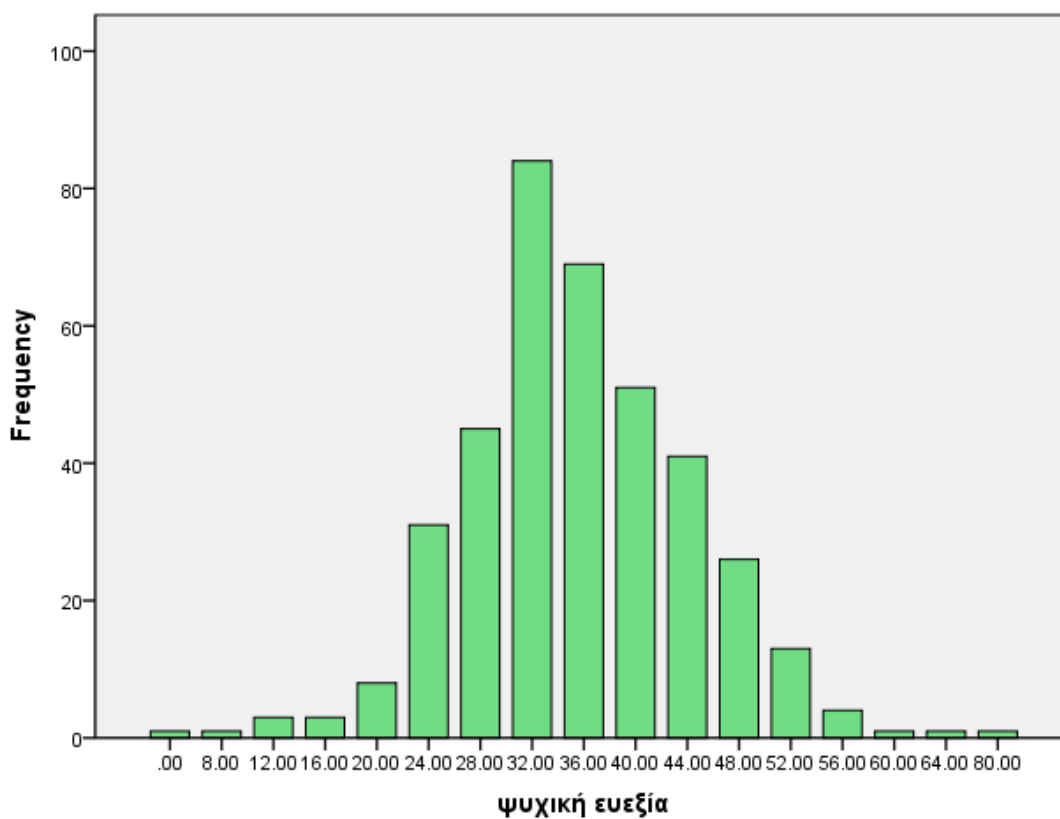
Το άθροισμα των βαθμολογιών των μεταβλητών «Είχες πολύ εκνευρισμό;», «Αισθανόσουνα τόσο πολύ πιεσμένος ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σου φτιάξει το κέφι», «Αισθανόσουνα ηρεμία και γαλήνη;», «Αισθανόσουνα κακοκεφιά και μελαγχολία;», «Ήσουνα ευτυχισμένος;», δημιουργούν μια νέα μεταβλητή αυτή της ψυχικής Ευεξίας. Η μεταβλητή αυτή μπορεί να πάρει τιμές από «0» έως «100», η μέση τιμή της είναι 35,57 και η τυπική απόκλιση 9,020.



**Πίνακας 31:** μέτρα θέσης και διασποράς κλίμακας ψυχικής ευεξίας από ερωτηματολόγιο SF-36

	Συχνότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	ΤΑ
Ψυχική ευεξία	383	.00	80.00	35.57	9.020

Το παρακάτω ραβδόγραμμα απεικονίζει τα επιμέρους ποσοστά του δείγματος στην κάθε τιμή της βαθμολογίας της Ψυχικής Ευεξίας.



Διάγραμμα 2: κατανομή συχνότητας ψυχικής ευεξίας

### 1.5. Διμεταβλητή ανάλυση

Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης με το στρες και των υποκλιμάκων του όπως φαίνεται στον πίνακα 32 και 33 αντίστοιχα.

**Πίνακας 32:** Συσχέτιση στρες και παραγόντων του με το φύλο

Φύλο		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Γυναίκα	290	122.22	44.230	0,234
	Άνδρας	95	129.56	48.807	
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	Γυναίκα	288	16.79	6.854	0,249
	Άνδρας	95	18.20	6.285	
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	Γυναίκα	288	5.99	2.873	0,613
	Άνδρας	94	6.60	2.732	
Στρες λόγω διακρίσεων	Γυναίκα	290	2.37	3.065	0,160
	Άνδρας	95	3.11	3.348	
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	Γυναίκα	290	18.69	7.776	0,736
	Άνδρας	95	20.21	7.884	
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Γυναίκα	285	19.72	8.291	0,426
	Άνδρας	94	20.88	7.922	
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	Γυναίκα	290	9.85	5.012	0,989
	Άνδρας	95	10.64	5.084	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	Γυναίκα	287	10.68	5.336	0,495
	Άνδρας	95	11.62	5.916	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	Γυναίκα	286	15.90	7.449	0,931
	Άνδρας	93	14.65	7.547	
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	Γυναίκα	261	18.59	7.253	0,189
	Άνδρας	94	19.76	7.825	

**Πίνακας 33:** Συσχέτιση συνολικού στρες και παραγόντων του με την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		Συχνότητα	Μέσος όρος	ΤΑ	p-value
Συνολικό στρες	Έγγαμος	254	123.42	46.715	.579
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	129	125.78	43.261	
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	Έγγαμος	254	16.79	6.833	.520
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	129	17.83	6.511	
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	Έγγαμος	254	6.12	2.911	.305
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	128	6.19	2.726	
Στρες λόγω διακρίσεων	Έγγαμος	255	2.55	3.202	.778
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	130	2.56	3.055	
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	Έγγαμος	255	19.13	8.000	.369
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	130	18.93	7.484	
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Έγγαμος	250	20.08	8.175	.629
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	129	19.86	8.297	
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	Έγγαμος	255	10.10	5.006	.560
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	130	9.93	5.107	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	Έγγαμος	253	10.69	5.516	.802
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	129	11.34	5.445	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	Έγγαμος	253	15.15	7.691	.144
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	126	16.49	6.989	
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	Έγγαμος	237	18.69	7.360	.576
	Άγαμος/διαζευγμένος /χήρος	118	19.32	7.541	

Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του μεταξύ της ύπαρξης παιδιών και τους στρες και των υποκλιμάκων του εκτός από τον παράγοντα που αφορά το στρες λόγω φόρτου εργασίας όπου φαίνεται ότι οι νοσηλευτές με παιδιά έχουν μεγαλύτερο στρες  $\mu=19,15$  λόγω φόρτου εργασίας συγκριτικά με αυτούς που δεν έχουν παιδιά  $\mu=18,88$  με  $p\text{-value}=0,025$ .

**Πίνακας 34:** Συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με την ύπαρξη παιδιών

Ύπαρξη παιδιών		Συχνότητα	Μέσος όρος	ΤΑ	P-value
Συνολικό στρες	ΝΑΙ	270	124.31	47.081	.276
	ΟΧΙ	113	123.94	41.992	
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	ΝΑΙ	270	17.02	6.832	.485
	ΟΧΙ	113	17.41	6.524	
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	ΝΑΙ	271	6.26	2.915	.133
	ΟΧΙ	111	5.84	2.663	
Στρες λόγω διακρίσεων	ΝΑΙ	272	2.66	3.227	.331
	ΟΧΙ	113	2.28	2.950	
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	ΝΑΙ	272	19.14	8.146	<b>.025</b>
	ΟΧΙ	113	18.88	7.006	
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	ΝΑΙ	267	20.26	8.399	.321
	ΟΧΙ	112	19.41	7.730	
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	ΝΑΙ	272	10.10	5.143	.198
	ΟΧΙ	113	9.92	4.783	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	ΝΑΙ	270	10.87	5.579	.343
	ΟΧΙ	112	11.01	5.305	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	ΝΑΙ	268	15.57	7.718	.072
	ΟΧΙ	111	15.67	6.913	
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	ΝΑΙ	251	19.07	7.583	.713
	ΟΧΙ	104	18.50	7.013	

Οι νοσηλευτές που δεν έχουν επιλέξει το τμήμα εργασίας αλλά ήταν επιλογή άλλων βιώνουν μεγαλύτερο στρες λόγω διακρίσεων και αυτός ο παράγοντας δηλαδή η επιλογή του τμήματος επηρεάζει στατιστικά σημαντικά με  $p\text{-value}=0,008$ . Ο ίδιος παράγοντας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά και την απάντηση των νοσηλευτών σχετικά με το εάν τους δημιουργεί στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους με  $p\text{-value}=0,006$  (πίνακας 35).

**Πίνακας 35:** συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με την δυνατότητα επιλογής τμήματος

Επιλογή τμήματος		Συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value
Συνολικό στρες	Δική μου	160	118.32	42.202	.238
	Άλλων	221	128.59	47.534	
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	Δική μου	159	16.60	6.780	.678
	Άλλων	223	17.52	6.709	
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	Δική μου	160	6.01	2.846	.841
	Άλλων	221	6.24	2.857	
Στρες λόγω διακρίσεων	Δική μου	160	2.13	2.718	<b>.008</b>
	Άλλων	224	2.86	3.400	
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	Δική μου	160	18.10	7.304	.185
	Άλλων	224	19.73	8.124	
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Δική μου	157	19.73	7.838	.448
	Άλλων	221	20.20	8.488	
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	Δική μου	160	9.58	4.728	.064
	Άλλων	224	10.37	5.238	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	Δική μου	159	10.45	4.829	<b>.006</b>
	Άλλων	222	11.21	5.911	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	Δική μου	158	14.75	7.260	.273
	Άλλων	220	16.20	7.614	
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	Δική μου	147	18.24	7.194	.276
	Άλλων	208	19.37	7.550	

**Πίνακας 36:** Συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με το κυκλικό ωράριο

Ωράριο		Συχνότητα	Μέσος όρος	ΤΑ	p-value
Συνολικό στρες	πρωινό	121	124.57	44.920	.617
	κυκλικό	262	124.03	45.941	
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	πρωινό	121	17.00	7.066	.366
	κυκλικό	262	17.20	6.591	
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	πρωινό	119	6.15	3.002	.084
	κυκλικό	263	6.14	2.780	
Στρες λόγω διακρίσεων	πρωινό	121	2.27	3.255	.941
	κυκλικό	264	2.68	3.097	
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	πρωινό	121	20.33	7.875	.821
	κυκλικό	264	18.48	7.741	
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	πρωινό	120	19.38	8.483	.228
	κυκλικό	259	20.30	8.075	
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	πρωινό	121	10.30	4.927	.513
	κυκλικό	264	9.93	5.088	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	πρωινό	119	10.47	5.463	.733
	κυκλικό	263	11.11	5.506	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	πρωινό	120	16.26	7.318	.561
	κυκλικό	259	15.29	7.552	
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	πρωινό	113	18.93	6.853	.120
	κυκλικό	242	18.88	7.678	

Δεν είναι στατιστικά σημαντικοί οι παράγοντες του ωραρίου αλλά ούτε και η άποψη των νοσηλευτών σχετικά με το εάν ήθελαν το παιδί τους να ακολουθήσει το επαγγέλματος ή όχι με την εμφάνιση τους στρες στους νοσηλευτές της παρούσας έρευνας. (πίνακας 37)

**Πίνακας 37:** Συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με την θέληση το παιδί να ακολουθήσει το επάγγελμα του νοσηλευτή

Θα θέλατε το παιδί σας να ακολουθήσει το επάγγελμα σας	Συχνότητα	Μέσος όρος	ΤΑ	p-value	
Συνολικό στρες	NAI OXI	115 261	115.63 128.14	47.137 44.887	.721
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	NAI OXI	115 261	16.60 17.31	6.853 6.735	.597
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	NAI OXI	115 260	5.57 6.36	2.982 2.773	.665
Στρες λόγω διακρίσεων	NAI OXI	117 261	2.51 2.62	3.069 3.213	.476
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	NAI OXI	117 261	16.86 19.98	7.518 7.852	.614
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	NAI OXI	114 258	18.22 20.81	8.360 8.114	.691
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	NAI OXI	117 261	9.17 10.45	5.125 4.973	.975
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	NAI OXI	116 259	9.51 11.52	5.055 5.597	.269
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	NAI OXI	114 258	13.97 16.32	7.836 7.269	.186
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	NAI OXI	111 237	17.60 19.58	7.274 7.426	.883

Η επανεπιλογή του ίδιου επαγγέλματος από τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά μόνο με την κλίμακα του στρες λόγω διακρίσεων με  $p\text{-value}=0,017$  (πίνακας 38).

**Πίνακας 38:** Συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με την επανεπιλογή άσκησης του επαγγέλματος του νοσηλευτή

Αν σας ρωτούσαν σήμερα θα επιλέγατε πάλι να ασκήσετε το επάγγελμα σας		Συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value
Συνολικό στρες	ΝΑΙ	220	117.65	46.212	.477
	ΟΧΙ	162	133.36	43.309	
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	ΝΑΙ	220	16.89	6.661	.728
	ΟΧΙ	162	17.47	6.863	
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	ΝΑΙ	220	5.85	2.957	.453
	ΟΧΙ	161	6.54	2.657	
Στρες λόγω διακρίσεων	ΝΑΙ	222	2.27	2.898	<b>.017</b>
	ΟΧΙ	162	2.95	3.438	
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	ΝΑΙ	222	17.89	7.850	.419
	ΟΧΙ	162	20.65	7.532	
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	ΝΑΙ	218	18.87	8.092	.901
	ΟΧΙ	160	21.58	8.150	
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	ΝΑΙ	222	9.50	5.003	.764
	ΟΧΙ	162	10.80	5.009	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	ΝΑΙ	221	9.86	5.324	.695
	ΟΧΙ	160	12.37	5.422	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	ΝΑΙ	218	14.50	7.662	.091
	ΟΧΙ	160	17.11	6.996	
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	ΝΑΙ	207	18.06	7.516	.407
	ΟΧΙ	147	20.11	7.140	



Το Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς σχετίζεται στατιστικά με το επίπεδο εκπαίδευσης και τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης να βιώνουν μεγαλύτερο στρες από τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και  $p\text{-value}=0.036$  (Πίνακας 39).

**Πίνακας 39:** Συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με το επίπεδο εκπαίδευσης

Επίπεδο εκπαίδευσης		Συχνότητα	Μέσος όρος	ΤΑ	p-value
Συνολικό στρες	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	142	127.47	41.890	.099
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	241	122.26	47.585	
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	142	17.04	6.711	.471
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	241	17.20	6.764	
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	140	6.25	2.833	.318
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	242	6.08	2.859	
Στρες λόγω διακρίσεων	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	142	2.54	3.210	.963
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	243	2.55	3.120	
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	142	20.57	7.374	.195
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	243	18.18	7.953	
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	141	19.84	7.894	.442
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	238	20.11	8.401	
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	142	10.63	4.674	<b>.036</b>
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	243	9.71	5.213	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	139	11.01	5.284	.384
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	243	10.86	5.619	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	141	16.53	6.932	.078
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	238	15.04	7.751	
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	Ανώτατη (ΠΕ-ΤΕ)	130	18.45	6.890	.122
	Κατώτερη (ΔΕ-ΥΕ)	225	19.1644	7.706	

Η ύπαρξη σοβαρού προβλήματος υγείας σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση του στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο. Έτσι τα άτομα με σοβαρό πρόβλημα υγείας έχουν υψηλότερο στρες λόγω της επαφής με το θάνατο συγκριτικά με τα άτομα που δεν έχουν σοβαρό πρόβλημα υγείας με p-value 0,011. Τα άτομα που δεν έχουν σοβαρό πρόβλημα υγείας βιώνουν υψηλότερο στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους με p-value=0,020 (Πίνακας 40).

**Πίνακας 40:** Συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με την ύπαρξη σοβαρού προβλήματος υγείας

Υπαρξη σοβαρού προβλήματος υγείας	Συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value	
Συνολικό στρες	ΝΑΙ	113	124.63	47.622	.492
	ΟΧΙ	216	123.95	44.647	
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	ΝΑΙ	137	17.13	7.341	<b>.011</b>
	ΟΧΙ	245	17.11	6.379	
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	ΝΑΙ	138	6.13	2.991	.373
	ΟΧΙ	243	6.15	2.774	
Στρες λόγω διακρίσεων	ΝΑΙ	139	2.74	3.221	.933
	ΟΧΙ	245	2.45	3.111	
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	ΝΑΙ	139	19.71	7.770	.990
	ΟΧΙ	245	18.70	7.856	
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	ΝΑΙ	136	20.08	8.702	.435
	ΟΧΙ	242	19.97	7.950	
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	ΝΑΙ	139	9.90	5.208	.462
	ΟΧΙ	245	10.15	4.942	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	ΝΑΙ	138	11.32	5.476	.983
	ΟΧΙ	243	10.67	5.512	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	ΝΑΙ	138	16.15	7.406	.806
	ΟΧΙ	240	15.30	7.534	
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	ΝΑΙ	124	18.80	8.003	<b>.020</b>
	ΟΧΙ	230	18.91	7.082	

Η θέση του νοσηλευτή σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση τους στρες των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Έτσι οι προϊστάμενοι νοσηλευτές βιώνουν υψηλότερο στρες από τους νοσηλευτές και τους βοηθούς νοσηλευτών με p-value=0,024 (Πίνακας 41).

**Πίνακας 41:** Συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με την θέση του νοσηλευτή στο τμήμα εργασίας

Θέση νοσηλευτή		Συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	Βοηθός νοσηλευτή	210	17.01	6.779	.319
	Νοσηλευτής	128	16.85	6.756	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	45	18.55	6.447	
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	Βοηθός νοσηλευτή	211	5.89	2.883	.147
	Νοσηλευτής	128	6.43	2.785	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	43	6.53	2.789	
Στρες λόγω διακρίσεων	Βοηθός νοσηλευτή	211	2.49	3.041	.814
	Νοσηλευτής	129	2.69	3.268	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	45	2.42	3.354	
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	Βοηθός νοσηλευτή	211	18.08	7.952	<b>.024</b>
	Νοσηλευτής	129	20.15	7.741	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	45	20.55	6.874	
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Βοηθός νοσηλευτή	206	19.82	8.274	.467
	Νοσηλευτής	129	20.65	8.335	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	44	19.02	7.512	
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	Βοηθός νοσηλευτή	211	9.70	5.195	.239
	Νοσηλευτής	129	10.30	5.005	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	45	10.97	4.229	
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	Βοηθός νοσηλευτή	211	10.66	5.598	.109
	Νοσηλευτής	128	11.67	5.491	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	43	9.88	4.767	

Θέση νοσηλευτή		Συχνότητα	Μέσος όρος	ΤΑ	p-value
<i>Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους</i>	Βοηθός νοσηλευτή	207	14.77	7.882	.056
	Νοσηλευτής	127	16.73	6.732	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	45	16.22	7.286	
<i>Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους</i>	Βοηθός νοσηλευτή	193	18.68	7.711	.605
	Νοσηλευτής	120	19.44	7.246	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	42	18.38	6.525	
Συνολικό στρες	Βοηθός νοσηλευτή	179	120.30	47.358	.237
	Νοσηλευτής	112	129.10	44.724	
	Προϊστάμενος νοσηλευτής	39	128.02	38.185	

Ο χώρος εργασίας είναι ένας παράγοντας ο οποίος σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση του στρες. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο  $\mu=18,71$  βιώνουν υψηλότερο στρες λόγω της επαφής με το θάνατο, ακολουθούν οι ξενώνες με  $\mu= 16,78$  και τέλος έρχονται ο τομέας των εξαρτήσεων με  $\mu=14,94$  και  $p\text{-value}=0,000$ . Ο χώρος εργασίας σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους με  $p\text{-value}=0,017$ . Ο χώρος εργασίας σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το στρες και με όλες τις κλίμακες του εκτός από την κλίμακα του στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Το συνολικό στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι υψηλότερο στους νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο από αυτό που βιώνουν οι νοσηλευτές ( $\mu=134,78$ ) που εργάζονται στους ξενώνες ( $\mu=120,33$ ) και τις εξαρτήσεις ( $\mu=110,47$ ) και με  $p\text{-value}=0,001$  (πίνακας 42).

**Πίνακας 42:** Συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με τον χώρο εργασίας

Χώρος εργασίας		Συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value
<i>Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο</i>	Νοσοκομείο	146	18.71	6.491	<b>.000</b>
	Ξενώνας	165	16.68	6.533	
	Εξαρτήσεις	71	14.94	7.050	
<i>Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους</i>	Νοσοκομείο	144	6.65	2.987	<b>.017</b>
	Ξενώνας	166	5.93	2.670	
	Εξαρτήσεις	71	5.60	2.855	
<i>Στρες λόγω διακρίσεων</i>	Νοσοκομείο	146	3.30	3.641	<b>.001</b>
	Ξενώνας	167	2.12	2.794	
	Εξαρτήσεις	71	2.02	2.557	
<i>Στρες λόγω φόρτου εργασίας</i>	Νοσοκομείο	146	20.86	8.488	<b>.002</b>
	Ξενώνας	167	18.11	7.179	
	Εξαρτήσεις	71	17.60	7.279	
<i>Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα</i>	Νοσοκομείο	144	21.13	8.737	.077
	Ξενώνας	164	19.59	7.780	
	Εξαρτήσεις	70	18.62	7.905	
<i>Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς</i>	Νοσοκομείο	146	10.94	5.197	<b>.015</b>
	Ξενώνας	167	9.68	4.984	
	Εξαρτήσεις	71	9.04	4.587	
<i>Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους</i>	Νοσοκομείο	144	12.18	6.015	<b>.002</b>
	Ξενώνας	166	10.06	5.112	
	Εξαρτήσεις	71	10.28	4.799	
<i>Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους</i>	Νοσοκομείο	143	16.76	7.550	<b>.048</b>
	Ξενώνας	164	15.02	7.605	
	Εξαρτήσεις	71	14.47	6.813	
<i>Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους</i>	Νοσοκομείο	137	20.70	7.640	<b>.000</b>
	Ξενώνας	153	18.25	6.882	
	Εξαρτήσεις	64	16.56	7.417	

Χώρος εργασίας		Συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value
Συνολικό στρες	Νοσοκομείο	128	134.78	49.516	<b>.001</b>
	Ξενώνας	140	120.33	41.388	
	Εξαρτήσεις	61	110.47	41.754	

Η επιθυμία του νοσηλευτή να φύγει από το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το Στρες λόγω φόρτου εργασίας  $p\text{-value}=0,046$  και να εμφανίζουν υψηλότερο στρες οι νοσηλευτές που θα ήθελαν να φύγουν σύντομα από το νοσοκομείο  $\mu=21,93$ , με το Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα  $p\text{-value}=0,005$  και να εμφανίζουν υψηλότερο στρες οι νοσηλευτές που θα ήθελαν να φύγουν σύντομα από το νοσοκομείο  $\mu=0,005$ , με το Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς  $p\text{-value}=0,016$  και να εμφανίζουν υψηλότερο στρες οι νοσηλευτές που θέλουν να φύγουν το δυνατό συντομότερα  $\mu=11,70$ , με το Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους  $p\text{-value}=0,030$  και να εμφανίζουν υψηλότερο στρες οι νοσηλευτές που θα ήθελαν να φύγουν σύντομα από το νοσοκομείο  $\mu=12,54$ , με το Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους  $p\text{-value}=0,019$  και να εμφανίζουν υψηλότερο στρες οι νοσηλευτές που θα ήθελαν να φύγουν σύντομα από το νοσοκομείο  $\mu=19,15$  (Πίνακας 43).

**Πίνακας 43:** Συσχέτιση συνολικού στρες και υποκλιμάκων του με το εάν θέλει ο εργαζόμενος να φύγει από το συγκεκριμένο νοσοκομείο

Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο νοσοκομείο;	Συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value	
Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο	Θέλω να φύγω το δυνατόν συντομότερα	27	18.66	6.539	.103
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	33	19.66	4.793	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	22	16.45	8.244	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	107	17.17	6.441	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	194	16.56	6.947	

Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο νοσοκομείο;		Συχνότητα	Μέσος όρος	ΤΑ	p-value
<i>Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους</i>	Θέλω να φύγω το δυνατόν συντομότερα	27	6.33	3.025	.313
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	33	7.03	2.256	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	22	5.45	2.649	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	106	6.04	2.876	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	194	6.10	2.909	
<i>Στρες λόγω διακρίσεων</i>	Θέλω να φύγω το δυνατό συντομότερα	27	2.88	2.846	.104
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	33	3.15	3.345	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	22	2.95	2.609	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	107	3.00	3.474	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	196	2.12	2.988	
<i>Στρες λόγω φόρτου εργασίας</i>	Θέλω να φύγω το δυνατό συντομότερα	27	20.18	7.761	<b>.046</b>
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	33	21.93	7.619	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	22	17.18	7.115	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	107	19.84	7.638	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	196	18.21	7.918	

Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο νοσοκομείο;	Συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value	
<i>Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα</i>	Θέλω να φύγω το δυνατό συντομότερα	26	22.61	6.770	<b>.005</b>
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	33	23.96	6.853	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	22	18.63	8.027	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	106	20.41	8.184	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	192	18.91	8.388	
<i>Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς</i>	Θέλω να φύγω το δυνατό συντομότερα	27	11.70	5.600	<b>.016</b>
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	33	11.42	4.430	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	22	10.22	4.679	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	107	10.66	4.768	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	196	9.23	5.121	
<i>Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους</i>	Θέλω να φύγω το δυνατό συντομότερα	27	11.66	6.207	<b>.030</b>
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	33	12.54	5.196	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	22	9.81	5.368	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	107	11.80	5.176	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	193	10.16	5.526	



Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο νοσοκομείο;	Συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value	
<i>Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους</i>	Θέλω να φύγω το δυνατό συντομότερα	26	15.88	7.814	<b>.019</b>
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	32	19.15	5.460	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	22	14.50	7.209	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	105	16.37	6.916	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	194	14.68	7.882	
<i>Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους</i>	Θέλω να φύγω το δυνατό συντομότερα	25	20.48	7.528	.110
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	30	21.50	6.146	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	21	18.19	7.318	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	98	19.35	7.109	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	181	18.09	7.683	
Συνολικό στρες	Θέλω να φύγω το δυνατό συντομότερα	23	134.04	40.185	0.065
	Θα ήθελα να φύγω σύντομα	28	140.64	36.508	
	Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο	20	120.05	46.970	
	Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	94	128.61	44.791	
	Δεν θέλω να φύγω από δω	165	118.03	47.136	

Στον Πίνακα 44 παρουσιάζεται η γραμμική συσχέτιση μεταξύ τους στρες και των κλιμάκων του με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω θανάτου και των ετών υπηρεσίας με  $r=0,145$  και  $p=0.005$ , μεταξύ των του στρες λόγω

θανάτου και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων ( $r=0,149$  και  $p=0,036$ ), με τα χρόνια καπνίσματος ( $r=0,206$  και  $p=0,004$ ), με την ημερήσια κατανάλωση των δημητριακών ( $r=0,103$  και  $p=0,045$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του στρες λόγω θανάτου και της εβδομαδιαίας κατανάλωσης τροφής σε ταχυφαγείο ( $r=-0,101$  και  $p=0,049$ ).

Στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη συναισθηματικών αναγκών των ασθενών & των συγγενών τους και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων ( $r=-0,210$  και  $p=0,003$ ), με τα χρόνια καπνίσματος ( $r=-0,197$  και  $p=0,006$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής αρνητική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη συναισθηματικών αναγκών των ασθενών & των συγγενών τους και την ημερήσια κατανάλωση φρούτων ( $r=-0,101$  και  $p=0,050$ ) και με την εβδομαδιαία κατανάλωση τροφής σε ταχυφαγείο ( $r=-0,105$  και  $p=0,040$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω διακρίσεων και της ημερήσιας κατανάλωσης κρέατος ( $r=-0,133$  και  $p=0,009$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω φόρτου εργασίας και την ημερήσια κατανάλωση των δημητριακών ( $r=0,131$  και  $p=0,010$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων ( $r=0,151$  και  $p=0,033$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων ( $r=0,174$  και  $p=0,014$ ) αλλά και την ημερήσια κατανάλωση των δημητριακών ( $r=0,143$  και  $p=0,0005$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων ( $r=0,222$  και  $p=0,002$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους και τα χρόνια καπνίσματος ( $r=-0,170$  και  $p=0,022$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του συνολικού στρες και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων ( $r=0,226$  και  $p=0,006$ ). Στατιστικά σημαντική ασθενής αρνητική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες και τα χρόνια προϋπηρεσίας ( $r=-0,162$  και  $p=0,003$ ).

**Πίνακας 44:** Γραμμική συσχέτιση του στρες και των κλιμάκων του με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		ηλικία	Χρ υπηρ	Νυχτ. Βαρδ/ μήνα	Τσγ/ ημέρ α	Χρ. κάπν ισμα	Ημ κατ. φρού των	Ημ. Καταν λαχανι κών	Ημ καταν δημητρ/ κών	Ημ καταν κρέατ.	Ημ. Καταν τυποπ. φαγητ ού	Εβδ. Καταν. τροφής ταχυφαγεί ο
Στρες λόγω Επαφής με τον θάνατο	Pearson Cor Sig.	.082 .112	<b>.145**</b> <b>.005</b>	.028 .584	<b>.149*</b> <b>.036</b>	<b>.206**</b> <b>.004</b>	-.038 .464	.028 .591	<b>.103*</b> <b>.045</b>	.054 .292	-.018 .732	<b>-.101*</b> <b>.049</b>
Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη συναισθ. αναγκών ασθενών & συγγενών	Pearson Cor Sig.	.057 .268	.058 .259	-.041 .423	<b>.210**</b> <b>.003</b>	<b>.197**</b> <b>.006</b>	<b>-.101*</b> <b>.050</b>	-.043 .404	.065 .203	-.014 .782	-.038 .465	<b>-.105*</b> <b>.040</b>
Στρες λόγω διακρίσεων	Pearson Cor Sig.	.019 .706	.008 .876	.000 1.000	.086 .222	.085 .237	.027 .598	-.015 .768	.084 .098	<b>.133**</b> <b>.009</b>	-.063 .217	-.062 .227
Στρες λόγω φόρτου εργασίας	Pearson Cor Sig.	.008 .879	.034 .505	-.086 .095	.111 .116	.046 .519	.036 .485	.020 .692	<b>.131**</b> <b>.010</b>	.068 .186	-.051 .321	-.053 .302
Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Pearson Cor Sig.	-.053 .308	-.063 .225	.041 .429	<b>.151*</b> <b>.033</b>	.045 .531	-.049 .341	-.034 .512	.031 .545	.062 .231	.015 .776	-.025 .627
Στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς	Pearson Cor Sig.	-.043 .406	.019 .716	-.011 .824	.081 .253	-.004 .951	.023 .647	.037 .470	.085 .097	.043 .398	.055 .282	-.046 .368

		ηλικία	Χρ υπηρ	Νυχτ. Βαρδ/ μήνα	Τσιγ/ ημέρ α	Χρ. κάπν ισμα	Ημ κατ. φρού των	Ημ. Καταν λαχανι κών	Ημ καταν δημητρ/ κών	Ημ καταν κρέατ.	Ημ. Καταν τυποπ. φαγητ ού	Εβδ. Καταν. τροφής ταχυφαγεί ο
Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους	Pearson Cor Sig.	-.013 .806	-.026 .619	.014 .787	<b>.174*</b> <b>.014</b>	.061 .396	-.037 .475	-.003 .957	<b>.143**</b> <b>.005</b>	-.017 .739	-.001 .989	-.048 .352
Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους	Pearson Cor Sig. (2- tailed)	-.071 .167	-.014 .786	-.088 .089	<b>.222**</b> <b>.002</b>	.051 .481	-.069 .178	-.026 .620	.014 .793	.015 .775	.028 .584	-.042 .421
Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους	Pearson Cor Sig. (2- tailed)	.016 .766	.027 .611	.025 .638	.115 .116	<b>.170*</b> <b>.022</b>	-.070 .192	-.033 .540	.074 .166	.036 .502	.053 .323	-.012 .821
Συνολικό στρες ENSS	Pearson Cor Sig. (2- tailed)	-.022 .686	<b>-.162**</b> <b>.003</b>	.015 .788	<b>.206**</b> <b>.006</b>	.107 .165	-.066 .233	-.011 .843	.102 .065	.045 .417	.015 .780	-.038 .490

\*\* . Σημαντική συσχέτιση σε 0.01 επίπεδο

\* . Σημαντική συσχέτιση σε 0.05 επίπεδο

Στον Πίνακα 45 φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ του στρες και των κλιμάκων του και της ψυχικής ευεξίας.

**Πίνακας 45:** Γραμμική συσχέτιση του στρες και των κλιμάκων του με την κλίμακα του SF-36 ψυχική ευεξία

		Ψυχική ευεξία
Συνολικό στρες ENSS	Pearson Συσχέτιση Sig.	.187** <b>.001</b>
Επαφή με θάνατο	Pearson Συσχέτιση Sig.	.102* <b>.047</b>

		<b>Ψυχική ευεξία</b>
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Pearson Συσχέτιση Sig.	.134** <b>.009</b>
Διακρίσεις	Pearson Συσχέτιση Sig.	.148** <b>.004</b>
Φόρτο εργασίας	Pearson Συσχέτιση Sig.	.131* <b>.010</b>
Αβεβαιότητα για θεραπευτικό αποτέλεσμα	Pearson Συσχέτιση Sig.	.168** <b>.001</b>
Διαμάχες με γιατρούς	Pearson Συσχέτιση Sig.	.110* <b>.031</b>
Διαμάχες με συναδέλφους	Pearson Συσχέτιση Sig.	.227** <b>.000</b>
Διαμάχες με προϊστάμενους	Pearson Συσχέτιση Sig.	.153** <b>.003</b>
Ασθενείς και οικογένειες	Pearson Συσχέτιση Sig.	.113* <b>.034</b>

Στον Πίνακα 46 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε κρίσιμες. Φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του στρες και της συχνότητας εμφάνισης κρampfών τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι τα άτομα που εμφανίζουν μερικές φορές κρίσιμες τις τελευταίες 4 εβδομάδες να έχουν το υψηλότερο στρες με  $\mu=142,49$  και  $p\text{-value}=0,011$ . Ακόμη οι νοσηλευτές που απάντησαν ότι εμφάνισαν μερικές φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες κρίσιμες έχουν υψηλότερο στρες λόγω φόρτου εργασίας, λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα και λόγω διαμάχης με γιατρούς και προϊστάμενους. Τα άτομα που σπάνια εμφανίζουν κρίσιμες τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες με  $\mu=19,71$  και  $p\text{-value}=0,014$ . Οι νοσηλευτές που απάντησαν ότι συχνά εμφάνισαν κρίσιμες τις τελευταίες 4 εβδομάδες έχουν υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους.

**Πίνακας 46:** συσχέτιση στρες με συχνότητας εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε κράμπες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε κράμπες		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	169	120.36	48.397	<b>.011</b>
	Σπάνια	89	119.24	40.471	
	Μερικές φορές	51	142.49	38.917	
	Συχνά	21	131.71	48.141	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	198	16.47	7.178	<b>.014</b>
	Σπάνια	101	16.71	5.853	
	Μερικές φορές	60	19.15	5.993	
	Συχνά	24	19.45	7.107	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	197	5.93	2.844	.055
	Σπάνια	101	6.05	2.730	
	Μερικές φορές	60	7.06	2.583	
	Συχνά	24	5.95	3.629	
Διακρίσεις	Καθόλου	199	2.54	3.214	.522
	Σπάνια	101	2.25	2.837	
	Μερικές φορές	61	3.00	3.400	
	Συχνά	24	2.79	3.243	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	199	18.52	8.038	<b>.005</b>
	Σπάνια	101	18.06	7.189	
	Μερικές φορές	61	22.21	7.028	
	Συχνά	24	19.79	8.807	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε κράμπες	Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	196	19.52	8.657	<b>.020</b>
	Σπάνια	100	19.20	7.526	
	Μερικές φορές	60	23.03	6.764	
	Συχνά	23	19.82	9.232	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	199	9.55	5.284	<b>.046</b>
	Σπάνια	101	10.14	4.650	
	Μερικές φορές	61	11.62	4.367	
	Συχνά	24	9.75	5.502	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	197	10.32	5.582	<b>.012</b>
	Σπάνια	101	10.69	5.100	
	Μερικές φορές	60	12.23	5.527	
	Συχνά	24	13.41	5.356	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	196	15.16	7.755	<b>.046</b>
	Σπάνια	100	14.86	7.337	
	Μερικές φορές	60	18.00	6.340	
	Συχνά	23	16.26	7.652	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	184	18.12	7.792	.106
	Σπάνια	91	19.04	6.995	
	Μερικές φορές	57	20.75	6.322	
	Συχνά	23	20.00	7.914	

Στον Πίνακα 48 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πόνου στην καρδιά/σφίξιμο τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές με συχνή εμφάνιση πόνου στην καρδιά/σφίξιμο τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες  $\mu=145,63$   $p\text{-value}=0,017$ , υψηλότερο στρες λόγω επαφής με τον θάνατο  $\mu=20,52$ ,  $p\text{-value}=0,001$ , υψηλότερο στρες εξαιτίας ανεπαρκούς χειρισμού συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών  $\mu=7,84$ ,  $p\text{-value}=0,008$ , υψηλότερο στρες λόγω φόρτου εργασίας  $\mu=23,32$ ,  $p\text{-value}=0,003$ , υψηλότερο στρες λόγω της αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα  $\mu=24,12$ ,  $p\text{-value}=0,005$ , υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους  $\mu=14,66$ ,  $p\text{-value}=0,000$ , υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με τους προϊστάμενους  $\mu=18,91$ ,  $p\text{-value}=0,049$ , και λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους  $\mu=23,76$ ,  $p\text{-value}=0,002$ .

**Πίνακας 48:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πόνου στην καρδιά/σφίξιμο τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόνου στην καρδιά/σφίξιμο		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	181	120.41	48.589	<b>.017</b>
	Σπάνια	81	119.81	38.067	
	Μερικές φορές	49	137.14	45.624	
	Συχνά	19	145.63	33.954	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	207	16.66	6.995	<b>.001</b>
	Σπάνια	95	15.98	6.113	
	Μερικές φορές	56	19.35	6.473	
	Συχνά	25	20.52	5.416	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	207	6.02	2.921	<b>.008</b>
	Σπάνια	94	5.75	2.331	
	Μερικές φορές	56	6.48	3.286	
	Συχνά	25	7.84	2.392	
Διακρίσεις	Καθόλου	208	2.54	3.265	.681
	Σπάνια	96	2.30	2.671	
	Μερικές φορές	56	2.92	3.667	
	Συχνά	25	2.76	2.650	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	208	18.25	8.181	<b>.003</b>
	Σπάνια	96	18.52	7.257	
	Μερικές φορές	56	21.10	7.482	
	Συχνά	25	23.32	5.390	



Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόνου στην καρδιά/σφίξιμο		συχνότητα	Μέσος όρος	T.A	p-value
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	204	19.92	8.611	<b>.005</b>
	Σπάνια	95	18.23	7.095	
	Μερικές φορές	55	21.56	8.036	
	Συχνά	25	24.12	7.434	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	208	9.69	5.358	.202
	Σπάνια	96	9.96	4.238	
	Μερικές φορές	56	10.91	5.002	
	Συχνά	25	11.44	4.958	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	207	10.40	5.668	<b>.000</b>
	Σπάνια	95	10.20	4.852	
	Μερικές φορές	56	12.41	5.318	
	Συχνά	24	14.66	4.869	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	205	14.87	7.965	<b>.049</b>
	Σπάνια	95	15.70	6.312	
	Μερικές φορές	55	16.69	7.537	
	Συχνά	24	18.91	6.493	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	196	18.33	7.650	<b>.002</b>
	Σπάνια	87	17.91	6.425	
	Μερικές φορές	51	20.76	7.243	
	Συχνά	21	23.76	7.286	

Στον Πίνακα 49 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων αναπνοής τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν μερικές φορές προβλήματα αναπνοής τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες  $\mu=141,93$   $p\text{-value}=0,018$ , υψηλότερο στρες εξαιτίας ανεπαρκούς χειρισμού συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών  $\mu=7,18$ ,  $p\text{-value}=0,036$ , υψηλότερο στρες εξαιτίας διαμάχης με τους γιατρούς  $\mu=11,74$ ,  $p\text{-value}=0,015$ , στρες εξαιτίας της διαμάχης με τους προϊστάμενους  $\mu=18,54$ ,  $p\text{-value}=0,000$ , στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους  $\mu=21,51$ ,  $p\text{-value}=0,011$ . Οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά προβλήματα αναπνοής τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα  $\mu=22,50$ ,  $p\text{-value}=0,038$ .

**Πίνακας 49:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων αναπνοής τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες προβλήματα αναπνοής	συχνότητα	Μέσος όρος	T.A	p-value	
Συνολικό στρες	Καθόλου	227	119.35	46.912	<b>.018</b>
	Σπάνια	50	130.16	38.393	
	Μερικές φορές	43	141.93	45.513	
	Συχνά	10	128.40	24.134	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	260	16.66	6.808	.219
	Σπάνια	57	17.84	6.747	
	Μερικές φορές	51	18.52	6.379	
	Συχνά	15	18.13	6.243	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	260	5.92	2.858	<b>.036</b>
	Σπάνια	57	6.12	2.784	
	Μερικές φορές	50	7.18	2.840	
	Συχνά	15	6.60	2.323	
διακρίσεις	Καθόλου	262	2.46	3.225	.484
	Σπάνια	57	2.50	2.564	
	Μερικές φορές	51	3.17	3.502	
	Συχνά	15	2.13	2.503	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	262	18.44	8.007	.133
	Σπάνια	57	19.96	6.894	
	Μερικές φορές	51	20.68	8.023	
	Συχνά	15	21.06	6.134	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	257	19.18	8.199	<b>.038</b>
	Σπάνια	57	21.47	7.910	
	Μερικές φορές	51	21.88	8.235	
	Συχνά	14	22.50	7.792	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	262	9.51	5.068	<b>.015</b>
	Σπάνια	57	10.87	4.527	
	Μερικές φορές	51	11.74	4.914	
	Συχνά	15	10.53	5.409	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες προβλήματα αναπνοής		συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	259	10.40	5.662	.058
	Σπάνια	57	12.07	4.628	
	Μερικές φορές	51	12.17	5.669	
	Συχνά	15	11.06	3.731	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	258	14.52	7.508	<b>.000</b>
	Σπάνια	56	17.16	6.987	
	Μερικές φορές	50	18.54	7.143	
	Συχνά	15	18.53	5.950	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	246	18.06	7.682	<b>.011</b>
	Σπάνια	51	20.43	6.242	
	Μερικές φορές	47	21.51	6.880	
	Συχνά	11	19.36	5.201	

Στον Πίνακα 50 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πρησμένων αστραγάλων τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά πρησμένους αστραγάλους τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες  $\mu=21,39$ ,  $p\text{-value}=0,049$ .

**Πίνακας 50:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πρησμένων αστραγάλων τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πρησμένοι αστράγαλοι		συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	187	122.89	49.815	.385
	Σπάνια	49	117.38	34.690	
	Μερικές φορές	55	128.52	43.611	
	Συχνά	38	132.68	38.164	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	213	16.90	7.090	.095
	Σπάνια	56	15.75	5.819	
	Μερικές φορές	67	17.86	6.445	
	Συχνά	46	18.84	6.292	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πρησμένοι αστράγαλοι	συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	213	6.22	2.869	.178
	Σπάνια	55	5.40	2.571	
	Μερικές φορές	67	6.49	2.803	
	Συχνά	46	6.17	3.086	
διακρίσεις	Καθόλου	214	2.65	3.266	.459
	Σπάνια	56	1.92	2.492	
	Μερικές φορές	68	2.60	3.232	
	Συχνά	46	2.73	3.207	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	214	18.76	8.424	<b>.049</b>
	Σπάνια	56	17.32	6.293	
	Μερικές φορές	68	19.83	7.319	
	Συχνά	46	21.39	6.855	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	210	20.16	8.663	.057
	Σπάνια	55	17.38	7.491	
	Μερικές φορές	68	20.66	6.905	
	Συχνά	45	21.44	8.288	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	214	10.06	5.333	.320
	Σπάνια	56	9.00	3.917	
	Μερικές φορές	68	10.47	4.927	
	Συχνά	46	10.63	4.977	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	213	10.95	5.827	.334
	Σπάνια	56	9.78	5.154	
	Μερικές φορές	67	11.20	5.372	
	Συχνά	45	11.66	4.337	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	212	15.30	7.768	.772
	Σπάνια	56	15.42	6.544	
	Μερικές φορές	65	16.30	7.747	
	Συχνά	45	16.08	6.996	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	197	18.59	7.838	.099
	Σπάνια	52	17.30	6.536	
	Μερικές φορές	64	20.07	6.820	
	Συχνά	41	20.51	7.011	

Στον Πίνακα 51 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πόνου στη ράχη τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά πόνο στη ράχη τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες  $\mu=133,48$ ,  $p\text{-value}=0,045$  υψηλότερο στρες λόγω φόρτου εργασίας  $\mu=21,04$ ,  $p\text{-value}=0,004$ , υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με τους συναδέλφους  $\mu=12,17$ ,  $p\text{-value}=0,005$ , υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους  $\mu=17,76$ ,  $p\text{-value}=0,001$ , στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους  $\mu=20,60$ ,  $p\text{-value}=0,004$ .

**Πίνακας 51:** συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πόνου στη ράχη τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόνο στη ράχη		συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	89	121.57	53.256	<b>.045</b>
	Σπάνια	51	112.78	38.928	
	Μερικές φορές	85	122.35	41.594	
	Συχνά	105	133.48	43.340	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	97	16.40	7.421	.074
	Σπάνια	56	16.85	5.680	
	Μερικές φορές	106	16.46	6.094	
	Συχνά	124	18.43	7.019	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	96	6.14	3.145	.539
	Σπάνια	57	5.75	2.544	
	Μερικές φορές	104	6.05	2.737	
	Συχνά	125	6.40	2.836	
διακρίσεις	Καθόλου	97	2.72	3.451	.610
	Σπάνια	57	2.22	2.598	
	Μερικές φορές	106	2.34	2.901	
	Συχνά	125	2.75	3.342	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	97	18.35	9.261	<b>.004</b>
	Σπάνια	57	16.98	6.877	
	Μερικές φορές	106	18.50	6.627	
	Συχνά	125	21.04	7.603	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόνο στη ράχη		συχνότητα	Μέσος όρος	TA	p-value
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	96	19.30	9.658	.175
	Σπάνια	55	18.70	7.345	
	Μερικές φορές	104	19.88	7.410	
	Συχνά	124	21.25	7.908	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	97	9.74	5.673	.247
	Σπάνια	57	9.42	4.613	
	Μερικές φορές	106	9.81	4.731	
	Συχνά	125	10.78	4.916	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	96	10.60	6.175	<b>.005</b>
	Σπάνια	56	9.19	5.057	
	Μερικές φορές	106	10.63	5.101	
	Συχνά	124	12.17	5.223	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	97	14.55	8.141	<b>.001</b>
	Σπάνια	57	13.84	7.279	
	Μερικές φορές	102	14.97	7.105	
	Συχνά	123	17.76	6.917	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	93	18.73	8.285	<b>.004</b>
	Σπάνια	55	16.27	6.258	
	Μερικές φορές	96	18.61	6.659	
	Συχνά	111	20.60	7.454	

Στον Πίνακα 52 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων με το στομάχι τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά προβλήματα με το στομάχι τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω της επαφής με το θάνατο  $\mu=19,33$ ,  $p\text{-value}=0,050$ .

**Πίνακας 52:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων με το στομάχι τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες προβλήματα με το στομάχι		συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	139	123.03	47.737	.392
	Σπάνια	75	118.60	41.420	
	Μερικές φορές	70	127.15	48.624	
	Συχνά	46	132.39	39.951	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	156	17.01	6.887	<b>.050</b>
	Σπάνια	87	16.26	6.803	
	Μερικές φορές	83	16.79	6.738	
	Συχνά	57	19.33	5.865	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	155	5.99	2.926	.370
	Σπάνια	87	6.19	2.600	
	Μερικές φορές	82	5.97	3.050	
	Συχνά	58	6.72	2.680	
διακρίσεις	Καθόλου	156	2.85	3.348	.146
	Σπάνια	88	1.89	2.299	
	Μερικές φορές	83	2.59	3.316	
	Συχνά	58	2.70	3.392	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	156	18.69	8.001	.195
	Σπάνια	88	18.21	7.372	
	Μερικές φορές	83	19.38	8.071	
	Συχνά	58	20.89	7.498	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	155	19.66	8.279	.747
	Σπάνια	88	19.69	7.545	
	Μερικές φορές	80	20.45	8.625	
	Συχνά	56	20.85	8.516	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	156	9.97	5.205	.580
	Σπάνια	88	9.52	4.877	
	Μερικές φορές	83	10.46	5.292	
	Συχνά	58	10.46	4.429	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες προβλήματα με το στομάχι		συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	154	10.61	5.739	.274
	Σπάνια	87	10.49	5.066	
	Μερικές φορές	83	11.06	5.517	
	Συχνά	58	12.13	5.358	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	156	14.85	7.847	.096
	Σπάνια	86	15.27	6.828	
	Μερικές φορές	81	15.92	7.745	
	Συχνά	56	17.71	6.746	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	145	18.84	7.443	.327
	Σπάνια	82	17.95	7.408	
	Μερικές φορές	76	19.03	7.172	
	Συχνά	52	20.38	7.662	

Στον Πίνακα 53 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πονοκεφάλων τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά προβλήματα πονοκεφάλων τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω της επαφής με το θάνατο  $\mu=18,46$ ,  $p\text{-value}=0,022$ , στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους  $\mu=12,05$ ,  $p\text{-value}=0,008$ , στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους  $\mu=17,81$ ,  $p\text{-value}=0,005$ . Οι νοσηλευτές που δεν εμφανίζουν καθόλου πονοκεφάλους τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω διακρίσεων  $\mu=3,43$ ,  $p\text{-value}=0,004$ .

**Πίνακας 53** συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πονοκεφάλων τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πονοκεφάλων		συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	68	129.63	52.306	.114
	Σπάνια	94	115.12	43.956	
	Μερικές φορές	97	124.83	43.154	
	Συχνά	71	130.16	42.852	



Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πονοκεφάλων		συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	73	17.87	7.344	<b>.022</b>
	Σπάνια	108	15.66	6.662	
	Μερικές φορές	112	17.02	6.514	
	Συχνά	90	18.46	6.323	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	72	5.93	3.234	.456
	Σπάνια	108	5.99	2.566	
	Μερικές φορές	112	6.10	2.761	
	Συχνά	90	6.55	2.949	
διακρίσεις	Καθόλου	73	3.43	3.480	<b>.004</b>
	Σπάνια	108	2.16	2.859	
	Μερικές φορές	114	1.97	2.731	
	Συχνά	90	3.04	3.492	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	73	19.91	8.585	.053
	Σπάνια	108	17.73	7.590	
	Μερικές φορές	114	18.61	7.353	
	Συχνά	90	20.55	7.814	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	73	20.20	8.962	.129
	Σπάνια	108	18.75	8.128	
	Μερικές φορές	110	19.89	7.252	
	Συχνά	88	21.54	8.638	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	73	10.31	5.233	.149
	Σπάνια	108	9.57	5.031	
	Μερικές φορές	114	9.58	4.965	
	Συχνά	90	11.00	4.896	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	72	11.81	6.228	<b>.008</b>
	Σπάνια	108	9.80	5.345	
	Μερικές φορές	114	10.43	5.301	
	Συχνά	88	12.15	4.980	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	73	16.15	7.943	<b>.005</b>
	Σπάνια	106	14.27	7.210	
	Μερικές φορές	112	14.75	7.671	
	Συχνά	88	17.81	6.704	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πονοκεφάλων		συχνότητα	Μέσος όρος	ΤΑ	p-value
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	69	18.84	8.085	.722
	Σπάνια	100	18.25	7.021	
	Μερικές φορές	108	19.40	7.229	
	Συχνά	78	19.10	7.625	

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των κλιμάκων του στρες με τη συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες βήχα ή κρυολογήματος.

Στον Πίνακα 54 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης ακαμψίας, πόνου μελών σώματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά ακαμψία, πόνο μελών σώματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους  $\mu=11,57$ ,  $p\text{-value}=0,037$ , στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους  $\mu=20,72$ ,  $p\text{-value}=0,038$ .

**Πίνακας 54:** συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης ακαμψίας, πόνου μελών σώματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες ακαμψία, πόνο μελών σώματος		Συχνότητα	Μέσος όρος	Τ.Α.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	87	125.27	52.682	.150
	Σπάνια	124	124.49	42.882	
	Μερικές φορές	91	122.07	44.810	
	Συχνά	27	130.40	31.042	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	97	16.74	7.333	.139
	Σπάνια	144	17.36	6.263	
	Μερικές φορές	106	17.29	6.677	
	Συχνά	35	17.34	6.919	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες ακαμψία, πόνο μελών σώματος		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	97	5.96	2.924	.183
	Σπάνια	145	5.91	2.723	
	Μερικές φορές	104	6.59	2.914	
	Συχνά	35	6.45	2.726	
Διακρίσεις	Καθόλου	98	3.14	3.820	.698
	Σπάνια	145	2.51	2.674	
	Μερικές φορές	106	2.26	3.114	
	Συχνά	35	2.05	2.899	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	98	19.30	8.776	.080
	Σπάνια	145	18.85	7.212	
	Μερικές φορές	106	18.90	7.780	
	Συχνά	35	20.20	7.439	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	98	19.66	9.050	.362
	Σπάνια	141	20.05	8.020	
	Μερικές φορές	105	20.32	8.071	
	Συχνά	34	20.47	6.282	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	98	10.03	5.666	.241
	Σπάνια	145	10.02	4.908	
	Μερικές φορές	106	10.16	5.097	
	Συχνά	35	10.17	3.062	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	96	11.53	6.604	<b>.037</b>
	Σπάνια	145	10.71	4.973	
	Μερικές φορές	105	10.47	5.209	
	Συχνά	35	11.57	4.989	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	97	15.79	7.771	.178
	Σπάνια	142	15.84	7.032	
	Μερικές φορές	105	15.16	8.176	
	Συχνά	34	15.70	6.274	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	91	18.40	8.130	<b>.038</b>
	Σπάνια	136	18.65	7.266	
	Μερικές φορές	98	19.31	7.166	
	Συχνά	29	20.72	6.186	

Στον Πίνακα 55 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πόνου σε διάφορα σημεία του σώματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά πόνο σε διάφορα σημεία του σώματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες παρουσιάζουν υψηλότερο στρες  $\mu=136,59$ ,  $p\text{-value}=0,040$ , στρες λόγω επαφής με το θάνατο  $\mu=18,80$ ,  $p\text{-value}=0,039$ , στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους  $\mu=20.84$ ,  $p\text{-value}=0,005$ .

**Πίνακας 55:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης πόνου σε διάφορα σημεία του σώματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόνους σε διάφορα σημεία του σώματος		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	65	112.16	59.879	<b>.040</b>
	Σπάνια	110	123.81	38.823	
	Μερικές φορές	108	126.45	39.809	
	Συχνά	47	136.59	47.113	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	75	15.50	8.121	<b>.039</b>
	Σπάνια	126	16.98	6.114	
	Μερικές φορές	126	17.53	6.175	
	Συχνά	56	18.80	6.924	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	73	5.64	3.380	.270
	Σπάνια	127	6.06	2.515	
	Μερικές φορές	125	6.38	2.755	
	Συχνά	57	6.45	2.976	
Διακρίσεις	Καθόλου	75	2.74	3.628	.589
	Σπάνια	127	2.31	2.790	
	Μερικές φορές	126	2.50	3.071	
	Συχνά	57	2.94	3.419	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	75	17.42	9.566	.056
	Σπάνια	127	18.93	6.798	
	Μερικές φορές	126	19.22	6.933	
	Συχνά	57	21.17	8.884	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόνους σε διάφορα σημεία του σώματος		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	74	18.13	10.076	.098
	Σπάνια	127	20.01	8.013	
	Μερικές φορές	123	20.42	7.239	
	Συχνά	55	21.61	7.621	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	75	8.84	6.044	.058
	Σπάνια	127	10.14	4.559	
	Μερικές φορές	126	10.15	4.670	
	Συχνά	57	11.21	5.167	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	74	10.16	6.660	.074
	Σπάνια	127	10.45	4.985	
	Μερικές φορές	125	11.13	5.118	
	Συχνά	56	12.46	5.513	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	75	14.33	8.363	.147
	Σπάνια	125	15.42	6.683	
	Μερικές φορές	123	15.75	7.391	
	Συχνά	56	17.35	7.962	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	69	16.40	8.687	<b>.005</b>
	Σπάνια	116	18.71	6.740	
	Μερικές φορές	117	19.68	6.440	
	Συχνά	53	20.84	8.312	

Στον Πίνακα 56 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης σωματικής εξάντλησης τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά σωματική εξάντληση τις τελευταίες 4 εβδομάδες παρουσιάζουν υψηλότερο στρες  $\mu=133,47$ ,  $p\text{-value}=0,049$ , στρες λόγω φόρτου εργασίας  $\mu=20,63$ ,  $p\text{-value}=0,009$ , στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα  $\mu=21,53$ ,  $p\text{-value}=0,033$ . Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά σωματική εξάντληση τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς  $\mu=11,01$ ,  $p\text{-value}=0,035$ , στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους  $\mu=17,17$ ,  $p\text{-value}=0,021$ , στρες λόγω εξαιτίας των ασθενών και των οικογενειών τους  $\mu=20,82$ ,  $p\text{-value}=0,005$ .

Οι νοσηλευτές που δεν εμφανίζουν καθόλου σωματική εξάντληση τις τελευταίες 4 εβδομάδες εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω διακρίσεων  $\mu=4,25$ ,  $p\text{-value}=0,018$  και υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους  $\mu=12,14$   $p\text{-value}=0,007$ .

**Πίνακας 56:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης σωματικής εξάντλησης τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες σωματικής εξάντλησης	Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	25	124.64	<b>.049</b>
	Σπάνια	51	116.54	
	Μερικές φορές	139	119.26	
	Συχνά	115	133.47	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	27	16.29	.075
	Σπάνια	57	15.59	
	Μερικές φορές	166	16.95	
	Συχνά	133	18.21	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	27	6.18	.652
	Σπάνια	56	5.85	
	Μερικές φορές	167	6.05	
	Συχνά	132	6.37	
Διακρίσεις	Καθόλου	27	4.25	<b>.018</b>
	Σπάνια	57	2.57	
	Μερικές φορές	168	2.20	
	Συχνά	133	2.63	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	27	19.48	<b>.009</b>
	Σπάνια	57	16.68	
	Μερικές φορές	168	18.57	
	Συχνά	133	20.63	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	27	20.00	<b>.033</b>
	Σπάνια	56	17.94	
	Μερικές φορές	164	19.50	
	Συχνά	132	21.53	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες σωματικής εξάντλησης		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	27	10.44	7.324	<b>.035</b>
	Σπάνια	57	9.21	4.700	
	Μερικές φορές	168	9.51	4.854	
	Συχνά	133	11.01	4.727	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	27	12.14	8.254	<b>.007</b>
	Σπάνια	56	9.69	5.824	
	Μερικές φορές	166	10.24	5.131	
	Συχνά	133	12.01	4.891	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	27	15.70	9.646	<b>.021</b>
	Σπάνια	57	14.15	6.808	
	Μερικές φορές	164	14.82	7.341	
	Συχνά	131	17.17	7.245	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	25	17.96	10.261	<b>.005</b>
	Σπάνια	54	17.35	6.721	
	Μερικές φορές	155	18.09	7.375	
	Συχνά	121	20.82	6.751	

Στον Πίνακα 57 που ακολουθεί παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης φτωχής μνήμης τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν μερικές φορές φτωχή μνήμη τις τελευταίες 4 εβδομάδες παρουσιάζουν υψηλότερο στρες με ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών  $\mu=6,91$ ,  $p\text{-value}=0,032$ , υψηλότερο στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα  $\mu=21,87$ ,  $p\text{-value}=0,031$ , στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους  $\mu=17,28$ ,  $p\text{-value}=0,036$ . Οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά φτωχή μνήμη τις τελευταίες 4 εβδομάδες παρουσιάζουν υψηλότερο στρες λόγω των ασθενών και οικογενειών τους  $\mu=20,79$ ,  $p\text{-value}=0,027$ , στρες λόγω των διακρίσεων  $\mu=3,43$ ,  $p\text{-value}=0,017$ .

**Πίνακας 57:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης φτωχής μνήμης τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες φτωχής μνήμης		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	144	123.04	52.744	.257
	Σπάνια	87	118.10	38.389	
	Μερικές φορές	70	131.58	37.200	
	Συχνά	29	130.48	43.998	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	166	16.71	7.508	.343
	Σπάνια	97	16.73	5.474	
	Μερικές φορές	83	18.09	6.210	
	Συχνά	37	18.02	7.154	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	163	5.81	3.113	<b>.032</b>
	Σπάνια	98	5.97	2.663	
	Μερικές φορές	84	6.91	2.527	
	Συχνά	37	6.29	2.526	
Διακρίσεις	Καθόλου	166	2.90	3.527	<b>.017</b>
	Σπάνια	98	1.89	2.501	
	Μερικές φορές	84	2.23	2.881	
	Συχνά	37	3.43	3.158	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	166	18.19	8.889	.053
	Σπάνια	98	18.62	6.430	
	Μερικές φορές	84	20.94	6.715	
	Συχνά	37	19.91	7.864	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	163	19.10	9.333	<b>.031</b>
	Σπάνια	97	19.26	6.934	
	Μερικές φορές	83	21.87	7.425	
	Συχνά	36	21.83	6.788	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	166	10.09	5.334	.491
	Σπάνια	98	9.44	4.407	
	Μερικές φορές	84	10.58	5.101	
	Συχνά	37	10.27	5.091	



Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες φτωχής μνήμης		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	165	10.53	6.232	.108
	Σπάνια	98	10.34	5.127	
	Μερικές φορές	84	11.71	4.394	
	Συχνά	35	12.37	4.826	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	163	15.06	7.781	<b>.036</b>
	Σπάνια	97	14.51	7.514	
	Μερικές φορές	83	17.28	6.567	
	Συχνά	36	17.08	7.411	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	156	18.28	8.143	<b>.027</b>
	Σπάνια	91	17.85	6.293	
	Μερικές φορές	74	20.63	6.951	
	Συχνά	34	20.79	6.949	

Στον Πίνακα 58 παρακάτω, παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την συχνότητα απότομης αύξησης ή μείωσης σωματικού βάρους τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά απότομη αύξησης ή μείωσης σωματικού βάρους τις τελευταίες 4 εβδομάδες παρουσιάζουν υψηλότερο στρες  $\mu=150,35$ ,  $p\text{-value}=0,004$ , υψηλότερο στρες λόγω τους ανεπαρκούς χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών  $\mu=7,42$ ,  $p\text{-value}=0,006$ , στρες λόγω φόρτου εργασίας  $\mu=22,44$ ,  $p\text{-value}=0,025$ , στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους  $\mu=14,00$ ,  $p\text{-value}=0,003$ , στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους  $\mu=19,43$ ,  $p\text{-value}=0,005$ , υψηλότερο στρες λόγω των ασθενών και οικογενειών τους  $\mu=22,52$ ,  $p\text{-value}=0,008$ .

**Πίνακας 58:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης απότομης αύξησης ή μείωσης σωματικού βάρους τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Απότομη αύξηση ή μείωση σωματικού βάρους		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	175	119.75	49.444	<b>.004</b>
	Σπάνια	67	128.10	43.482	
	Μερικές φορές	56	119.41	37.037	
	Συχνά	31	150.35	31.339	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	202	16.52	6.861	.052
	Σπάνια	77	16.85	6.193	
	Μερικές φορές	66	18.01	6.507	
	Συχνά	37	19.56	7.174	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	201	5.76	2.888	<b>.006</b>
	Σπάνια	77	6.20	2.816	
	Μερικές φορές	65	6.49	2.628	
	Συχνά	38	7.42	2.717	
Διακρίσεις	Καθόλου	202	2.84	3.356	.059
	Σπάνια	78	2.11	2.828	
	Μερικές φορές	66	1.89	2.701	
	Συχνά	38	3.13	3.180	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	202	18.33	8.260	<b>.025</b>
	Σπάνια	78	19.60	7.716	
	Μερικές φορές	66	18.78	6.794	
	Συχνά	38	22.44	6.574	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	200	19.40	8.582	.071
	Σπάνια	76	20.40	7.924	
	Μερικές φορές	64	19.60	7.467	
	Συχνά	38	23.15	7.539	

Απότομη αύξηση ή μείωση σωματικού βάρους		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	202	9.92	5.214	.065
	Σπάνια	78	9.93	4.981	
	Μερικές φορές	66	9.37	4.663	
	Συχνά	38	12.02	4.469	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	200	10.36	5.990	<b>.003</b>
	Σπάνια	78	11.02	5.129	
	Μερικές φορές	66	10.83	4.401	
	Συχνά	37	14.00	4.156	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	199	14.90	7.836	<b>.005</b>
	Σπάνια	78	16.30	6.459	
	Μερικές φορές	64	14.89	7.649	
	Συχνά	37	19.43	5.866	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	186	18.24	7.852	<b>.008</b>
	Σπάνια	72	19.79	6.590	
	Μερικές φορές	62	17.88	7.181	
	Συχνά	34	22.52	5.986	

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των κλιμάκων του στρες με τη συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες υπνηλίας επίσης δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των κλιμάκων του στρες με την συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πυρετού, αλλεργίας καθώς και υπερβολικής εφίδρωσης, τριχόπτωσης, δυσκοιλιότητας αλλά και διαταραχών εμμήνου ρύσεως, προβλημάτων ούρησης, εμέτων, υψηλής αρτηριακής πίεσης, αρθρίτιδες και ρευματισμοί, πόνους στα δόντια. Στον πίνακα 59 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την εμφάνιση διάρροιας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά διάρροια τις τελευταίες 4 εβδομάδες παρουσιάζουν υψηλότερο στρες  $\mu=153,25$ ,  $p\text{-value}=0,026$ , στρες λόγω ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών  $\mu=8,00$ ,  $p\text{-value}=0,021$ , στρες λόγω διακρίσεων  $\mu=4,57$ ,  $p\text{-value}=0,004$ , στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους  $\mu=14,57$ ,  $p\text{-value}=0,018$ , στρες λόγω ασθενών και των οικογενειών του  $\mu=23,30$ ,  $p\text{-value}=0,012$ .

**Πίνακας 59:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης διάρροιας τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες διάρροιας		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	205	121.57	47.083	<b>.026</b>
	Σπάνια	68	121.70	42.033	
	Μερικές φορές	37	127.67	39.401	
	Συχνά	20	153.25	44.120	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	240	16.82	6.763	.278
	Σπάνια	79	16.98	6.175	
	Μερικές φορές	43	18.04	6.924	
	Συχνά	21	19.47	7.877	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	239	6.02	2.891	<b>.021</b>
	Σπάνια	79	6.16	2.742	
	Μερικές φορές	43	5.88	2.804	
	Συχνά	21	8.00	2.280	
Διακρίσεις	Καθόλου	242	2.66	3.212	<b>.004</b>
	Σπάνια	79	1.88	2.480	
	Μερικές φορές	43	2.16	3.176	
	Συχνά	21	4.57	3.789	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	242	18.94	8.055	.249
	Σπάνια	79	18.39	7.321	
	Μερικές φορές	43	19.48	6.946	
	Συχνά	21	22.19	8.334	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	240	19.73	8.525	.487
	Σπάνια	76	19.76	7.627	
	Μερικές φορές	42	20.95	6.828	
	Συχνά	21	22.23	9.076	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	242	9.88	5.227	.431
	Σπάνια	79	9.94	4.701	
	Μερικές φορές	43	10.37	4.603	
	Συχνά	21	11.71	4.818	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες διάρροιας		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	239	10.64	5.679	<b>.018</b>
	Σπάνια	79	10.74	4.936	
	Μερικές φορές	43	10.97	5.253	
	Συχνά	21	14.57	4.801	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	239	15.51	7.655	.081
	Σπάνια	76	14.43	7.107	
	Μερικές φορές	43	16.51	7.595	
	Συχνά	21	18.95	5.607	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	221	18.54	7.608	<b>.012</b>
	Σπάνια	76	17.92	7.162	
	Μερικές φορές	38	20.63	5.369	
	Συχνά	20	23.30	8.007	

Στον Πίνακα 60 που ακολουθεί παρακάτω, παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την εμφάνιση εκζέματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά έκζεμα τις τελευταίες 4 εβδομάδες παρουσιάζουν υψηλότερο στρες λόγω φόρτου εργασίας  $\mu=22,60$ ,  $p\text{-value}=0,034$ , στρες λόγω ασθενών και των οικογενειών του  $\mu=22,69$ ,  $p\text{-value}=0,033$ .

**Πίνακας 60:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης εκζέματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες εκζέματος		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	269	121.70	46.171	.073
	Σπάνια	29	136.37	40.971	
	Μερικές φορές	19	123.68	42.544	
	Συχνά	13	149.61	38.018	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	314	16.94	6.801	.536
	Σπάνια	31	17.83	6.542	
	Μερικές φορές	23	17.56	6.394	
	Συχνά	15	19.26	6.397	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες εκζέματος	Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	313	6.04	2.806	.113
	Σπάνια	31	6.58	3.030	
	Μερικές φορές	23	5.86	2.784	
	Συχνά	15	7.73	3.127	
Διακρίσεις	Καθόλου	316	2.56	3.166	.434
	Σπάνια	31	2.51	3.223	
	Μερικές φορές	23	1.86	2.398	
	Συχνά	15	3.60	3.641	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	316	18.53	7.876	<b>.034</b>
	Σπάνια	31	21.45	6.147	
	Μερικές φορές	23	20.86	7.939	
	Συχνά	15	22.60	7.989	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	312	19.61	8.373	.253
	Σπάνια	30	21.90	7.155	
	Μερικές φορές	22	21.86	7.747	
	Συχνά	15	21.73	6.713	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	316	9.81	5.109	.158
	Σπάνια	31	11.35	4.708	
	Μερικές φορές	23	10.21	4.680	
	Συχνά	15	12.06	4.078	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	313	10.69	5.489	.136
	Σπάνια	31	12.64	5.244	
	Μερικές φορές	23	10.43	5.813	
	Συχνά	15	12.80	5.073	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	311	15.18	7.654	.073
	Σπάνια	30	17.76	5.829	
	Μερικές φορές	23	16.13	7.933	
	Συχνά	15	19.13	4.172	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	290	18.38	7.518	<b>.033</b>
	Σπάνια	31	21.29	5.962	
	Μερικές φορές	21	20.23	6.632	
	Συχνά	13	22.69	7.685	

Στον Πίνακα 61 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την εμφάνιση οσφυαλγίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνά οσφυαλγία τις τελευταίες 4 εβδομάδες παρουσιάζουν υψηλότερο στρες λόγω επαφής με το θάνατο  $\mu=18,93$ ,  $p\text{-value}=0,003$ , στρες λόγω φόρτου εργασίας  $\mu=21,21$ ,  $p\text{-value}=0,016$  στρες λόγω αβεβαιότητα; για το θεραπευτικό αποτέλεσμα  $\mu=21,77$ ,  $p\text{-value}=0,020$ , στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους  $\mu=18,06$ ,  $p\text{-value}=0,003$ , στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους  $\mu=20,85$ ,  $p\text{-value}=0,012$ .

**Πίνακας 61:** Συσχέτιση του στρες με την συχνότητα εμφάνισης οσφυαλγίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες οσφυαλγίας		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	Καθόλου	133	117.09	50.197	.061
	Σπάνια	61	123.32	40.396	
	Μερικές φορές	73	128.87	40.339	
	Συχνά	63	134.65	43.942	
Επαφή με θάνατο	Καθόλου	157	16.03	7.149	<b>.003</b>
	Σπάνια	69	16.21	6.430	
	Μερικές φορές	82	18.41	6.059	
	Συχνά	75	18.93	6.314	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	Καθόλου	156	5.73	2.971	.053
	Σπάνια	69	6.07	2.814	
	Μερικές φορές	82	6.45	2.450	
	Συχνά	75	6.74	2.927	
διακρίσεις	Καθόλου	159	2.55	3.240	.207
	Σπάνια	69	1.88	2.354	
	Μερικές φορές	82	2.78	3.103	
	Συχνά	75	2.92	3.578	
Φόρτο εργασίας	Καθόλου	159	17.80	8.313	<b>.016</b>
	Σπάνια	69	18.98	7.163	
	Μερικές φορές	82	19.62	6.859	
	Συχνά	75	21.21	7.920	

Συχνότητα εμφάνισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες οσφυαλγίας	Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Καθόλου	154	18.50	8.737	<b>.020</b>
	Σπάνια	69	20.40	7.591	
	Μερικές φορές	82	20.92	7.592	
	Συχνά	74	21.77	7.880	
Διαμάχες με γιατρούς	Καθόλου	159	9.33	5.342	.061
	Σπάνια	69	9.85	4.875	
	Μερικές φορές	82	10.86	4.903	
	Συχνά	75	10.85	4.465	
Διαμάχες με συναδέλφους	Καθόλου	158	10.18	5.728	.061
	Σπάνια	69	10.88	5.424	
	Μερικές φορές	82	11.15	5.131	
	Συχνά	73	12.26	5.259	
Διαμάχες με προϊστάμενους	Καθόλου	157	14.35	7.581	<b>.003</b>
	Σπάνια	68	14.91	7.127	
	Μερικές φορές	80	16.36	7.243	
	Συχνά	74	18.06	7.289	
Ασθενείς και οικογένειες	Καθόλου	146	17.47	8.022	<b>.012</b>
	Σπάνια	66	19.24	6.782	
	Μερικές φορές	76	19.63	6.667	
	Συχνά	67	20.85	6.978	

Η ύπαρξη στεφανιαίας νόσου, άσθματος, πεπτικού έλκους, αυτοάνοσου νοσήματος, ευερέθιστου εντέρου ύπαρξη υψηλών τιμών χοληστερίνης δεν βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση στρες τόσο συνολικά όσο και των υποκλιμάκων του. Η υψηλές τιμές σακχάρου βρέθηκε να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση στρες  $p=0,020$ .

Στον Πίνακα 62 παρουσιάζεται η συσχέτιση του στρες με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή τις τελευταίες 4 εβδομάδες παρουσιάζουν υψηλότερο στρες λόγω επαφής με τον θάνατο  $\mu=17,19$ ,  $p\text{-value}=0,000$ , λόγω διακρίσεων  $\mu=2,69$ ,  $p\text{-}$



value=0,014, στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών του  $\mu=19,27$ , p-value=0,000.

**Πινάκας 62:** συσχέτιση του στρες με την συχνότητα λήψης φαρμακευτικής αγωγής τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Λήψη φαρμακευτικής αγωγή		Συχνότητα	Μέσος όρος	T.A.	p-value
Συνολικό στρες	NAI	97	118.53	48.350	.251
	OXI	232	126.31	44.149	
Επαφή με θάνατο	NAI	120	16.95	7.851	<b>.000</b>
	OXI	262	17.19	6.158	
Ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών	NAI	120	6.07	2.987	.369
	OXI	261	6.16	2.786	
Διακρίσεις	NAI	121	2.24	2.927	<b>.014</b>
	OXI	263	2.69	3.247	
Φόρτο εργασίας	NAI	121	18.46	8.228	.056
	OXI	263	19.30	7.612	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	NAI	117	18.54	8.869	.071
	OXI	261	20.62	7.805	
Διαμάχες με γιατρούς	NAI	121	9.42	5.313	.111
	OXI	263	10.31	4.882	
Διαμάχες με συναδέλφους	NAI	121	10.83	5.604	.375
	OXI	260	10.96	5.461	
Διαμάχες με προϊστάμενους	NAI	120	15.57	7.901	.199
	OXI	258	15.56	7.270	
Ασθενείς και οικογένειες	NAI	106	17.94	8.596	<b>.000</b>
	OXI	248	19.27	6.821	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### 1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με την παρούσα εργασία επιχειρήθηκε η διερεύνηση του εργασιακού στρες των νοσηλευτών που εργάζονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών και ο καθορισμός των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων που βρέθηκαν να συσχετίζονται με την ύπαρξη του στρες, καθώς και οι επιπτώσεις του στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Στην παρούσα εργασία επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι οι νοσηλευτές βιώνουν εργασιακό στρες. Το συγκεκριμένο εύρημα συνάδει με τα ευρήματα της σύγχρονης ελληνικής αλλά και διεθνούς βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα, σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε από τους Μουστάκα και Κωνσταντινίδη (2010) διαπιστώθηκε ότι την τελευταία δεκαετία το νοσηλευτικό προσωπικό διεθνώς βιώνει εργασιακό στρες του οποίου τόσο οι πηγές όσο και η ένταση αυξάνονται συνεχώς. Όσον αφορά στα ελληνικά δεδομένα, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, οι έλληνες νοσηλευτές τα τελευταία χρόνια, επίσης εμφανίζουν ήπια ποσοστά εργασιακού στρες (Stathoroulou et al., 2011).

Ο μέσος όρος του στρες που παρουσιάζει το δείγμα των νοσηλευτών που εργάζονται στο ε ψυχιατρείο και τις δομές του είναι 124,20 με μέγιστη τιμή το 236 και ελάχιστη το 11, κάτι που δείχνει ότι το στρες των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα. Τα ευρήματα της παρούσης έρευνας συμπίπτουν με αυτά των Hamdan-Mansour et al., 2011. Οι Hamdan-Mansour et al., 2011 σε έρευνα τους στην οποία συμμετείχαν 92 νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ανέφεραν μετρίου επιπέδου στρες, με συχνότερους στρεσογόνους παράγοντες την έλλειψη πόρων και τη σύγκρουση με άλλους επαγγελματίες. Επίσης, οι νοσηλευτές ανέφεραν ένα χαμηλό επίπεδο υποστήριξης για το έργο τους από τους προϊσταμένους τους. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι ο ανεπαρκής εξοπλισμός, η έλλειψη οικονομικής στήριξης για τα εργαστήρια, η ανεπαρκής τεχνική υποστήριξη, και η κακή στελέχωση ήταν οι κύριες προβληματικές πηγές του στρες.

Ο πρώτος σε σειρά στρεσογόνος παράγοντας είναι η κλίμακα 5 «Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα». Δεύτερος σε σειρά στρεσογόνος παράγοντας είναι η κλίμακα 4 «στρες λόγω φόρτου εργασίας». Τρίτος σε σειρά παράγοντας στρες είναι η κλίμακα 9 «το στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους». Τέταρτος σε σειρά είναι η κλίμακα 1 «στρες λόγω της επαφής με το θάνατο». Σε δύο πολύ πρόσφατες ερευνητικές εργασίες που διεξήχθησαν στην Κύπρο (Αγαθοκλέους, 2012) και στην Ελλάδα (Μουστάκα, 2010), χρησιμοποιώντας το ίδιο ερευνητικό εργαλείο για την εκτίμηση του εργασιακού άγχους, ο παράγοντας «επαφή με το θάνατο» έλαβε την δεύτερη και πρώτη θέση αντίστοιχα ανάμεσα στους στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες, ενώ η παρούσα έρευνα τον κατέταξε στην

τέταρτη θέση. 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. Ο δεύτερος συχνότερος στρεσογόνος παράγοντας, στις παραπάνω έρευνες, ήταν «ο φόρτος εργασίας». Ο «φόρτος εργασίας» και στις έρευνες του Αγαθοκλέους, 2012, και της Μουστάκα, 2010, προκαλούσε στους συμμετέχοντες σημαντικά υψηλότερο στρες σε σύγκριση με τις διαμάχες με τους συναδέλφους και τις διακρίσεις, αλλά διαφωνεί με τα αποτελέσματα των ερευνών του Tyler et al. (1991) σύμφωνα με την οποία είναι πιο κοινός στρεσογόνος παράγοντας στους νοσηλευτές των δημόσιων νοσοκομείων και του Hirwell et al. (1981). Επίσης, σύμφωνα με τους Lee και Wang (2002) τα υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες σχετίζονται με τον φόρτο εργασίας και τις υπερβολικές ευθύνες.

Οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές που δεν είναι δική τους επιλογή το τμήμα εργασίας αλλά άλλων, βιώνουν μεγαλύτερο στρες λόγω διακρίσεων. Ο ίδιος παράγοντας επηρεάζει την απάντηση των νοσηλευτών σχετικά με το εάν βιώνουν στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους. Το παρόν εύρημα επιβεβαιώνεται και σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, βρέθηκε ότι οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους προκαλούν έντονο στρες στους νοσηλευτές (Μισουρίδου, 2009). Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι οι καλές εργασιακές σχέσεις των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους είναι πολύ σημαντικές για τη διαχείριση του στρες, ενώ παράλληλα η κοινωνική στήριξη και από τους συναδέλφους συμβάλλει σημαντικά στη μείωση των επιπέδων του στρες (Κανδρή και συν., 2004, Abuairub, 2004, Sveinsdottir, 2006). Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης στην εργασία εκ μέρους των προϊστάμενων και των συναδέλφων καθώς και η έλλειψη ικανοποίησης από τη νοσηλευτική διοίκηση συνεισφέρουν σημαντικά στην εμφάνιση του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών (Sveinsdottir et al., 2006). Άλλωστε, σύμφωνα με τον Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία του Ηνωμένου Βασιλείου, η έλλειψη κατανόησης και υποστήριξης των εργαζομένων εκ μέρους της διοίκησης του οργανισμού, επιδρά αρνητικά στο εργασιακό στρες που αυτοί βιώνουν (HSE, 2000).

Οι καλές εργασιακές σχέσεις των νοσηλευτών με τους προϊστάμενους (και με τους συναδέλφους τους) είναι εξαιρετικά σημαντικές για τη διαχείριση του στρες, ενώ παράλληλα η κοινωνική στήριξη στην εργασία, αυξάνει την ικανοποίηση των εργαζομένων, μειώνει το επίπεδο του στρες και τους αποτρέπει από το να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (Κανδρή και συν., 2004).

Η επανεπιλογή του ίδιου επαγγέλματος από τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα σχετίζεται στατιστικά σημαντικά μόνο με την κλίμακα του στρες λόγω διακρίσεων. Το στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης έτσι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης να βιώνουν μεγαλύτερο στρες από τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.

Η ύπαρξη σοβαρού προβλήματος υγείας σχετίζεται με την εμφάνιση του στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο. Έτσι τα άτομα με σοβαρό πρόβλημα υγείας έχουν υψηλότερο στρες λόγω της επαφής με το θάνατο συγκριτικά με τα άτομα που δεν έχουν σοβαρό πρόβλημα υγείας. Τα άτομα που δεν έχουν σοβαρό πρόβλημα υγείας βιώνουν υψηλότερο στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους. Αξίζει να αναφερθεί ότι σχετικά με την επαφή με το θάνατο, ο παράγοντας που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες δεν είναι ο ίδιος ο θάνατος ενός ασθενή, αλλά η θέα ενός ασθενή που υποφέρει. Το συγκεκριμένο εύρημα, φανερώνει τα βαθιά ανθρωπιστικά αισθήματα των νοσηλευτών, αλλά ταυτόχρονα υποδεικνύει την ανάγκη λήψης μέτρων εξοικείωσης τους με τον ανθρώπινο πόνο, με σκοπό την προάσπισή τους απέναντι στο στρες που αυτός τους προκαλεί.

Σχετικά με την ανεπαρκή προετοιμασία χειρισμού συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, ο παράγοντας που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι οι ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχουν μια ικανοποιητική απάντηση, η οποία προηγείται του αισθήματος ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς. Η συγκεκριμένη διαπίστωση πέραν της γενικότερης δυσκολίας ασφαλούς πρόβλεψης της πορείας της υγείας ενός ασθενούς, φαίνεται να σχετίζεται και με την επικρατούσα νοοτροπία του ιατρού να μην πληροφορεί επαρκώς, ούτε τους ασθενείς αλλά ούτε και τους νοσηλευτές (Μουστάκα και συν., 2010).

Τα αποτελέσματα συμφωνούν με άλλες έρευνες οι οποίες αναφέρουν ότι η παρουσία των νοσηλευτών δίπλα στον ασθενή που πεθαίνει τους δημιουργεί έντονα συναισθήματα όπως άγχος και αίσθημα ανεπάρκειας (Lewis, 2006). 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 & 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, βρέθηκε ότι σχεδόν όλοι (92%) νοσηλευτές θεωρούν ότι οι γιατροί έχουν σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση του ασθενούς που υποφέρει, ενώ 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).

Η θέση του νοσηλευτή σχετίζεται με την εμφάνιση του στρες, έτσι οι προϊστάμενοι νοσηλευτές βιώνουν υψηλότερο στρες από τους νοσηλευτές και τους βοηθούς νοσηλευτών.

Όπως διαπιστώνεται από την παρούσα έρευνα ο χώρος εργασίας είναι ένας παράγοντας ο οποίος σχετίζεται με την εμφάνιση του στρες. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με το μεγαλύτερο μέρος της ερευνητικής βιβλιογραφίας, στο οποίο μελέτες έχουν εντοπίσει τη σχέση του περιβάλλοντος εργασίας ως τον κυριότερο παράγοντα άγχους για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο βιώνουν υψηλότερο στρες λόγω της επαφής με το θάνατο, ακολουθούν οι ξενώνες και τέλος έρχονται ο τομέας των εξαρτήσεων. Ο χώρος εργασίας επίσης σχετίζεται με το στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους. Το συνολικό στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην παρούσα έρευνα είναι υψηλότερο στο νοσοκομείο από αυτό που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται στους ξενώνες και τις εξαρτήσεις.

Σε πρόσφατη έρευνα των Farmakas et al., (2013) αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται σε νοσοκομείο αντιλαμβάνονται το επαγγελματικό περιβάλλον πιο αρνητικό σε σύγκριση με όσους εργάζονται στην κοινότητα. Μεταξύ των δύο ομάδων στις υποκατηγορίες των κινήτρων της εργασίας, την ηγεσία και την αυτονομία, οι νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινότητα έδωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στο νοσοκομείο. Επισημαίνεται σε άλλη έρευνα ο τύπος της φροντίδας του ασθενούς σε ένα τμήμα οξέων περιστατικών μπορεί να είναι μια σημαντική πηγή άγχους για τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές, οι οποίοι είναι συνεχώς αντιμέτωποι με απρόβλεπτα βίαια επεισόδια από πλευράς των ασθενών (O'Sullivan, 2010).

Υπάρχουν όμως και έρευνες με αντίθετα ευρήματα όπως η έρευνα που έγινε πρόσφατα σε Κύπριους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Συμμετείχαν 225 ελληνοκύπριοι νοσηλευτές που απασχολούνταν στο νοσοκομείο και στην κοινότητα. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων έχουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και μεγαλύτερη ικανοποίηση από οργανωτικές πολιτικές, αυτονομία, και εργασιακές απαιτήσεις από νοσηλευτές που εργάζονταν στην κοινότητα, σε προγράμματα κατάχρησης ουσιών, και κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε οξέα τμήματα εισαγωγών ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι, σε σύγκριση με νοσηλευτές που εργάζονταν στις πτέρυγες αποκατάστασης. Αυτό μάλλον είχε να κάνει με το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, η πολιτική των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στρέφεται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, με αποτέλεσμα την αύξηση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται στην κοινότητα. Αρκετές μελέτες συνδέουν σε όλο τον κόσμο την εμπειρία του

εργασιακού άγχους με την έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης (Karanikola & Kaite, 2012).

Υπάρχει πλήθος βιβλιογραφίας που αναφέρεται στο γεγονός ότι η μετάλλαξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ακολουθείται από μεγαλύτερες απαιτήσεις για νοσηλευτές ψυχικής υγείας, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο φόρτο εργασίας λόγω της μεγαλύτερης πολυπλοκότητας των αναγκών στην κοινότητα. Έτσι, οι μεγαλύτερες απαιτήσεις οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό του επαγγελματικού ρόλου του ψυχιατρικού νοσηλευτή και σε υψηλότερο εργασιακό άγχος. Μια πρόσφατη έρευνα για το εργασιακό στρες η οποία διεξήχθη σε τυχαίο δείγμα Ισλανδών νοσηλευτών προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι παράγοντες που ενέχονται στην εμφάνιση και επίταση του φαινομένου του εργασιακού στρες κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα ότι τα επίπεδα του στρες καθορίζονται από τις συνθήκες που αφορούν στο νοσηλευτικό επάγγελμα εντός του νοσοκομείου, προφανώς εξαιτίας της σύνθετης εργασίας, του ρόλου και του αντιλαμβανόμενου έργου που έχουν οι νοσηλευτές. Επιπλέον όμως οι ίδιοι οι νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν και το προσωπικό τους στρες, δηλαδή εκείνο που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν ως μέλη μιας ομάδας εργασίας, καθώς και εκείνο λόγω της φροντίδας των ασθενών (Sveinsdóttir et al., 2006).

Στην παρούσα έρευνα η επιθυμία του νοσηλευτή να φύγει από το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το στρες λόγω φόρτου εργασίας. Υψηλότερο στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά και λόγω διαμάχης με τους γιατρούς και λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους εμφανίζουν οι νοσηλευτές που θα ήθελαν να φύγουν σύντομα από το νοσοκομείο.

Η έρευνα των Dickens et al., 2012 έδειξε ότι η αύξηση των επιπέδων στρες συνδέεται στενά με την αύξηση της αναρρωτικής άδειας και την πρόθεση των εργαζομένων να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Η πιο πάνω αναφερόμενη ισλανδική έρευνα κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα ότι το άγχος μειώνει την ικανοποίηση, αυξάνει τον αριθμό των παραιτήσεων, και περιορίζει την ποιότητα της παρεχομένης νοσηλευτικής φροντίδας (Zveinsdottir et al., 2006).

Έρευνα σχετικά με τους λόγους για τους οποίους οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας εγκαταλείπουν την εργασία τους αναφέρει την απογοήτευση και τη δυσαρέσκεια εξαιτίας της επαφής τους με ασθενείς που είναι επικίνδυνοι για τον εαυτό τους ή τους άλλους και όλα αυτά σε συνδυασμό με τον φόρτο εργασίας, την σύγκρουση ρόλων, και το φυσικό περιβάλλον. Επίσης, οργανωτικά θέματα τοποθετούν σε υψηλή βαθμίδα το άγχος για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Στα οξέα τμήματα της ψυχιατρικής τα βίαια επεισόδια, οι πιθανές αυτοκτονίες, και συνεχή επίβλεψη είναι οι πιο στρεσογόνες καταστάσεις σε συνδυασμό με θέματα εργασιακού περιβάλλοντος, όπως φόρτο εργασίας, έλλειψη προσωπικού, γραφική εργασία, διαπροσωπικές συγκρούσεις, έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση, καθώς και οι αντιλήψεις του οργανισμού (Humble & Cross., 2010).

Σε μία μελέτη 3.329 Ιταλών νοσηλευτών, σχετικά με την πρόθεση τους να εγκαταλείψουν το επάγγελμα, οι βασικοί λόγοι για την έξοδο τους ήταν η αναζήτηση για την καλύτερη εργασία, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η βελτίωση της σταδιοδρομίας. Ένα ποσοστό των νοσηλευτών αποχωρεί από το επάγγελμα, εάν το έργο τους δεν παρέχει προκλήσεις και ευκαιρίες για ανάπτυξη, αυτονομία στην πράξη, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και επαγγελματικό περιβάλλον (Flinkman et al., 2010).

Το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα στρες λόγω της επαφής με το θάνατο παρουσιάζει η άποψη ότι η παρακολούθηση του ασθενή που υποφέρει προκαλεί στον νοσηλευτή το υψηλότερο στρες. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξε και η διπλωματική της Μουστάκα, 2010. Επίσης, στην παρούσα έρευνα ότι μεγαλύτερο στρες προκαλεί το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς. Βρέθηκε ότι στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη μεγαλύτερο στρες προκαλεί η σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος τους. Στο ψυχιατρείο η αριθμητική ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού απεικονίζεται ως στρεσογόνος παράγοντας για τους νοσηλευτές αφού διαπιστώθηκε από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ότι μεγαλύτερο στρες το ιε προκαλεί το ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος. Το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα 5 περιγραφικά άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια στον χώρο εργασίας, πράγμα που συμφωνεί με τα ευρήματα της Μουστάκα, 2010. Σε άλλη έρευνα που έγινε το 2010 από τους Koukia et al., σε δείγμα 172 νοσηλευτών ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε 14 ψυχιατρικά τμήματα οξείας νοσηλείας σε τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας αποδείχτηκε ελάχιστος αριθμός πολιτικών ασφαλείας στα τμήματα, σημαντική έλλειψη πρωτοκόλλων και ειδικών κανόνων ασφαλείας, με αποτέλεσμα η έλλειψη μέτρων ασφαλείας να αποτελεί παράγοντα άγχους στην καθημερινή εργασία των νοσηλευτών.

Το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα 6 άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού. Βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο άμεσο εργασιακό περιβάλλον. Βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα 8 άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου.

Βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο μέσο όρο στον παράγοντα 9 άρα και αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες είναι η αντιμετώπιση βίαιων ασθενών. Το Διεθνές Συμβούλιο της Νοσηλευτικής αναγνώρισε τη βία στο χώρο εργασίας ως ένα σημαντικό ζήτημα

στον τομέα της νοσηλείας (McKinnon & Cross, 2008). Η παροχή φροντίδας σε ένα ψυχιατρικό πλαίσιο είναι δύσκολη και μπορεί να προκαλέσει έντονα συναισθήματα άγχους και έντασης. Μια μελέτη του Sullivan (1993) έδειξε ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές είχαν έντονες αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς τους και δυσκολία να αντιμετωπίσουν προκλητικές συμπεριφορές, δηλαδή βίαια περιστατικά και πιθανές αυτοκτονίες σε τακτική βάση. Τα συναισθήματα του στρες και της έντασης μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδράσεις άμυνας, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την σχέση νοσηλευτή-ασθενούς, καθώς και την ποιότητα της φροντίδας (Berg & Hallberg, 1999). Η επιθετικότητα και η βία κατά του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών. Στην Αγγλία το 2010-2011, προκλήθηκαν 830 σωματικές επιθέσεις εναντίον επαγγελματιών υγείας, βάσει της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Η επιθετικότητα και η βία επηρεάζει το προσωπικό σωματικά και συναισθηματικά και συμβάλλει στα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία, στη μειωμένη ψυχική ευεξία και στα υψηλά επίπεδα άγχος. Η αύξηση των επιπέδων στρες συνδέεται στενά με την αύξηση της αναρρωτικής άδειας και την πρόθεση των εργαζομένων να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Επίσης, η αύξηση της κατανάλωσης του αλκοόλ και του καπνού μεταξύ των νοσηλευτών έχει συνδεθεί με το άγχος στο χώρο εργασίας (Dickens et al., 2012).

Άλλο εύρημα της παρούσας έρευνας είναι η στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του στρες λόγω θανάτου και των ετών υπηρεσίας. Στην έρευνα των Cozman & Dumitru, η διάρκεια της υπηρεσίας είναι επίσης παράγοντας που αυξάνει τα επίπεδα στρες στην ψυχιατρική περίθαλψη. Η επαγγελματική δυσαρέσκεια, η ρουτίνα και οι αυξημένες απαιτήσεις είναι μια σημαντική πηγή άγχους. Σε μια σειρά ευρημάτων διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση, μεταξύ διαφορετικών παραγόντων στρες και των συμπεριφορών υγείας όπως παρακάτω:

- μεταξύ του στρες λόγω θανάτου και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, με τα χρόνια καπνίσματος, με την ημερήσια κατανάλωση των δημητριακών.
- μεταξύ του στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη συναισθηματικών αναγκών των ασθενών & των συγγενών τους και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων και με τα χρόνια καπνίσματος.
- μεταξύ του στρες λόγω διακρίσεων και της ημερήσιας κατανάλωσης κρέατος.
- μεταξύ του στρες λόγω φόρτου εργασίας και την ημερήσια κατανάλωση των δημητριακών.
- μεταξύ του στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων.
- μεταξύ του στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων αλλά και την ημερήσια κατανάλωση των δημητριακών.



- μεταξύ του στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων.
- μεταξύ του στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους και τα χρόνια καπνίσματος.
- μεταξύ του συνολικού στρες και την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων.
- μεταξύ του στρες και των κλιμάκων του και της ψυχικής ευεξίας.

Αντίθετα αποτελέσματα από την παρούσα έρευνα κατέληξε η έρευνα των Μουστάκα και συν., (2010) η οποία αναδεικνύει μια αρνητική γραμμική σχέση μεταξύ του εργασιακού στρες και ψυχικής ευεξίας. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και μεταγενέστερη έρευνα των Μουστάκα και συν. (2011). Η εργασία της Αγαθοκλέους (2012), στην οποία επίσης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ENSS, σύγκριση των παραγόντων που προκαλούν στρες με τους παράγοντες της ψυχικής ευεξίας, ανέδειξε επίσης μία αρνητική συσχέτιση. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα μιας άλλης, επίσης πολύ πρόσφατης έρευνας, που διεξήχθη στον Ελλαδικό χώρο από τη Μουστάκα και συν. (2012), για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ψυχικής ευεξίας και των παραγόντων που προκαλούν εργασιακό στρες σε νοσηλευτικό προσωπικό και στην οποία αναδείχθηκε μια αρνητική γραμμική σχέση, μεταξύ της ψυχικής ευεξίας και όλων ανεξαιρέτως των παραγόντων του εργασιακού στρες της κλίμακας ENSS. Το διαφορετικό αποτέλεσμα ίσως να δικαιολογείται από το γεγονός ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, λόγω της εκπαίδευσης που έχουν λάβει, η οποία βασίζεται στη διαχείριση και έκφραση συναισθημάτων, στη γνώση και χρήση των μηχανισμών άμυνας και στις μεθόδους επικοινωνίας, πιθανόν να προχωρούν σε βαθύτερες γνωστικές διεργασίες να απομονώνουν τα αρνητικά συναισθήματα και να δίνουν νόημα στα θετικά. Την παραπάνω ερμηνεία ενισχύει το γεγονός ότι από το δείγμα της έρευνας το 16,6% έχει παρακολουθήσει σεμινάριο διαχείρισης άγχους, ενώ το 15% έχει κάνει ψυχοθεραπεία.

Στατιστικά σημαντική ασθενής αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του στρες λόγω θανάτου και της εβδομαδιαίας κατανάλωσης τροφής σε ταχυφαγείο, μεταξύ του στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη συναισθηματικών αναγκών των ασθενών & των συγγενών τους και την ημερήσια κατανάλωση φρούτων και με την εβδομαδιαία κατανάλωση τροφής σε ταχυφαγείο και τέλος μεταξύ του στρες και τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που έχουν το υψηλότερο στρες εμφανίζουν μερικές φορές κρίμπες τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Ακόμη οι νοσηλευτές που έχουν υψηλότερο στρες λόγω φόρτου εργασίας, λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα και λόγω διαμάχης με γιατρούς και προϊστάμενους εμφάνισαν μερικές φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες κρίμπες. Τα άτομα που έχουν υψηλότερο στρες σπάνια εμφανίζουν κρίμπες τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που έχουν υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με

συναδέλφους συχνά εμφάνισαν κράμπες τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Αυτοί που εμφανίζουν υψηλότερο στρες, υψηλότερο στρες λόγω επαφής με τον θάνατο, υψηλότερο στρες εξαιτίας ανεπαρκούς χειρισμού συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών, υψηλότερο στρες λόγω φόρτου εργασίας, υψηλότερο στρες λόγω της αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους, υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με τους προϊστάμενους, και λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους συχνά εμφανίζουν πόνο στην καρδιά/σφίξιμο τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έρευνα των Schulz et al., 2011 επιβεβαιώνει τα ευρήματα της παρούσας έρευνας καταλήγοντας στο ότι το άγχος των νοσηλευτών σχετίζεται με μακροπρόθεσμες συνέπειες για την ψυχική και σωματική υγεία, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Έτσι οι νοσηλευτές που έχουν υψηλότερο στρες, υψηλότερο στρες εξαιτίας ανεπαρκούς χειρισμού συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών, υψηλότερο στρες εξαιτίας διαμάχης με τους γιατρούς, στρες εξαιτίας της διαμάχης με τους προϊστάμενους, στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους εμφανίζουν μερικές φορές προβλήματα αναπνοής τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα εμφανίζουν συχνά προβλήματα αναπνοής τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Ακόμη, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν υψηλότερο στρες εμφανίζουν συχνά πρησμένους αστραγάλους τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Βρέθηκε στην παρούσα μελέτη ότι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν υψηλότερο στρες, υψηλότερο στρες λόγω φόρτου εργασίας, υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με τους συναδέλφους, υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους, στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους εμφανίζουν συχνά πόνο στη ράχη τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

Οι νοσηλευτές που εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω της επαφής με το θάνατο εμφανίζουν συχνά προβλήματα με το στομάχι τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω της επαφής με το θάνατο, στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους, στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους εμφανίζουν συχνά προβλήματα πονοκεφάλων τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω διακρίσεων δεν εμφανίζουν καθόλου πονοκεφάλους τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους, στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους εμφανίζουν συχνά ακαμψία, πόνο μελών σώματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που παρουσιάζουν υψηλότερο στρες, στρες λόγω επαφής με το θάνατο, στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους εμφανίζουν συχνά πόνο σε διάφορα σημεία του σώματος τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που παρουσιάζουν υψηλότερο στρες, στρες λόγω φόρτου εργασίας, στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα εμφανίζουν συχνά σωματική εξάντληση τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έτσι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν

υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με γιατρούς, στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους, στρες εξαιτίας των ασθενών και των οικογενειών τους εμφανίζουν συχνά σωματική εξάντληση τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που εμφανίζουν υψηλότερο στρες λόγω διακρίσεων και υψηλότερο στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους δεν εμφανίζουν καθόλου σωματική εξάντληση τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

Οι νοσηλευτές που παρουσιάζουν υψηλότερο στρες με ανεπαρκή χειρισμό συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών, υψηλότερο στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους εμφανίζουν μερικές φορές φτωχή μνήμη τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που παρουσιάζουν υψηλότερο στρες λόγω των ασθενών και οικογενειών τους, στρες λόγω των διακρίσεων εμφανίζουν συχνά φτωχή μνήμη τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

Οι νοσηλευτές που παρουσιάζουν υψηλότερο στρες, υψηλότερο στρες λόγω του ανεπαρκούς χειρισμού συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών, στρες λόγω φόρτου εργασίας, στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους, στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους, υψηλότερο στρες λόγω των ασθενών και οικογενειών τους εμφανίζουν συχνά απότομη αύξηση, ή μείωση σωματικού βάρους τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που παρουσιάζουν υψηλότερο στρες, στρες λόγω ανεπαρκούς χειρισμού συναισθημάτων ασθενών και οικογενειών, στρες λόγω διακρίσεων, στρες λόγω διαμάχης με συναδέλφους, στρες λόγω ασθενών και των οικογενειών τους εμφανίζουν συχνά διάρροια τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που παρουσιάζουν υψηλότερο στρες λόγω φόρτου εργασίας, στρες λόγω ασθενών και των οικογενειών τους εμφανίζουν συχνά έκζεμα τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι νοσηλευτές που παρουσιάζουν υψηλότερο στρες λόγω επαφής με το θάνατο, στρες λόγω φόρτου εργασίας στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, στρες λόγω διαμάχης με προϊστάμενους, στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους εμφανίζουν συχνά οσφυαλγία τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Έρευνα της Μουστάκα, 2010 σε νοσηλευτές, έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση πολλών στρεσογόνων παραγόντων με αρκετά σωματικά συμπτώματα. 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. Αναφορικά με τη φυσική υγεία, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι συμβατά με τη διεθνή βιβλιογραφία σύμφωνα με την οποία το εργασιακό άγχος έχει ενοχοποιηθεί τόσο για άμεσες όσο και για μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις όσον αφορά στη σωματική υγεία των νοσηλευτών. Οι κυριότερες άμεσες επιπτώσεις αφορούν κατά κύριο λόγο στο μυοσκελετικό σύστημα και είναι ο πόνος στην πλάτη, οι μυϊκοί σπασμοί, ο πονοκέφαλος και η γενικευμένη μυϊκή ένταση που συνδέεται με την ψυχοκινητική ανησυχία και την κόπωση (Μπουσινάκης & Χάλκος, 2006, Τούντας, 1999, Wilson, 2001). Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις, αφορούν στη εμφάνιση διαταραχών από το μυοσκελετικό (Ευρωπαϊκή Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την

Υγεία στην Εργασία, 2000) το καρδιαγγειακό (Αντωνίου, 2003), το πεπτικό (Michel & Blanc, 1993, Mönnikes et al., 2001), το ανοσοποιητικό (Bierman, 1983, Cohen & Williamson, 1991) και το ενδοκρινικό σύστημα (Chandola et al., 2006). Η επίδραση του άγχους που βιώνουν στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου στη σωματική και ψυχική υγείας των νοσηλευτών έχει καταδειχθεί και σε έρευνα που αφορά δείγμα ελλήνων νοσηλευτών (Μπελλάλη και συν., 2007).

Πολύ πρόσφατη έρευνα σε δείγμα 1000 νοσηλευτών που υπηρετούσαν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στη Σερβία, η χρήση επίσης του ερωτηματολογίου ENSS, έδειξε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση συγκεκριμένων στρεσογόνων εργασιακών παραγόντων με συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα, όπως κεφαλαλγία και χαμηλή ραχιαλγία, αλλά και με ορισμένες ασθένειες (όπως υπέρταση, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, σακχαρώδης διαβήτης κ.λ.π.) (Milutinović et al., 2012).

### **1.1. Περιορισμοί της έρευνας**

Δεδομένου ότι η μελέτη ήταν συγχρονική (cross-sectional), δεν μπορούν να συναχθούν συμπεράσματα σχετικά με την κατεύθυνση της αιτιότητας μεταξύ των μεταβλητών, παρά μόνο πιθανές προσεγγίσεις των βασικών αιτιών των φαινομένων που εξετάζονται. Επίσης, τα συμπεράσματα της εν λόγω μελέτης δεν μπορούν να γενικευθούν, αφενός μεν λόγω της ειδικής κατηγορίας του δείγματος (νοσηλευτές ψυχική υγείας), αφετέρου δε λόγω του ότι η συλλογή των δεδομένων έγινε από ένα μόνο νοσοκομείο σε μια μόνο αστικής περιοχής της Ελλάδας.

Η εξήγηση και η ανάλυση των λόγων εμφάνισης αυτών των φαινομένων, θα μπορούσε να γίνει με κάποια από τις ποιοτικές μεθόδους οι οποίες δύνανται να περιγράψουν, να αποκωδικοποιήσουν, να μεταφράσουν και να αποδώσουν κάποιο νόημα σε ένα φαινόμενο, χωρίς να προϋποθέτουν την ύπαρξη σχέσεων αιτίου-αποτελέσματος, αφού τέτοιες σχέσεις αναδύονται από τα ευρήματά τους. Αναφορικά με τις συμπεριφορικές, ψυχολογικές και σωματικές αντιδράσεις ως εκδηλώσεις του εργασιακού στρες, θα πρέπει να διερευνηθούν εκτός από τους παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος και άλλοι παράγοντες που ενέχονται στη διαδικασία.

## 2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ✓ Το εργασιακό περιβάλλον είναι σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης επαγγελματικού στρες. Υψηλότερο στρες εμφανίζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο, ενώ ακολουθούν οι νοσηλευτές της κοινότητας και των εξαρτήσεων.
- ✓ Η επαγγελματική βία είναι ένας σημαντικός επαγγελματικός κίνδυνος για τους νοσηλευτές. Η αντιμετώπιση βίαιων ασθενών και η έκθεση τους σε κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας βρέθηκαν να αποτελούν τους πιο στρεσογόνους παράγοντες.
- ✓ Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία σχετίζονται με το στρες. Οι νοσηλευτές με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι νοσηλευτές σε υψηλότερη θέση ευθύνης (προϊστάμενοι), βιώνουν υψηλότερο στρες από τους υπόλοιπους νοσηλευτές. Ενώ δεν επηρεάζεται το στρες από τα χρόνια προϋπηρεσίας των νοσηλευτών.
- ✓ Η σωματική υγεία των νοσηλευτών σχετίζεται με το επαγγελματικό στρες. Ως κυριότερα προβλήματα καταγράφηκαν οι μυοσκελετικές παθήσεις, ως συχνότερα προβλήματα, η σωματική εξάντληση, οι πόνοι στη ράχη και η οσφυαλγία.
- ✓ Ο μεγαλύτερος αριθμός παραγόντων του στρες συνδέονται με τα σωματικά ενοχλήματα, με κυριότερο από αυτά τις κρίμπες.
- ✓ Το επαγγελματικό στρες επηρεάζει την συμπεριφορά υγείας των νοσηλευτών. Η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων φαίνεται να σχετίζεται με το στρες των νοσηλευτών.
- ✓ Η ψυχική ευεξία των νοσηλευτών φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τους παράγοντες άγχους.
- ✓ Το εργασιακό στρες λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί ως προγνωστικός δείκτης της κατάστασης της σωματικής και της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών.

Η παραδοχή ότι το εργασιακό περιβάλλον είναι υπεύθυνο για το μεγαλύτερο μέρος του στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές, οδηγεί στην αναγνώριση του τελευταίου ως ενός κατ' εξοχή οργανωτικού προβλήματος, επιφορτίζοντας έτσι τη διοίκηση του νοσοκομείου, ή μιας μονάδας υγείας με την ανάγκη πολυεπίπεδων προληπτικών παρεμβάσεων σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο με σκοπό την άμεση και έγκυρη αντιμετώπισή του. Μεταξύ των παρεμβάσεων αυτών, συγκαταλέγονται η εξάλειψη, μείωση ή τροποποίηση του στρεσογόνου παράγοντα, η απομάκρυνση του εργαζόμενου από αυτόν, η προσαρμογή της εργασίας στο άτομο, η παροχή δυνατότητας προσωπικής επιλογής θέσης ή χώρου εργασίας, η καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, η υποστήριξη και αρωγή εκ μέρους μιας αποκεντρωμένης και δημοκρατικής νοσηλευτικής διοίκησης, η ατομική και ομαδική εποπτεία των εργαζομένων, η

λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης, η ενδυνάμωση της ανθεκτικότητας του νοσηλευτή, η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των εργαζομένων ειδικά σε θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού στρες κ.α.

Παρότι το εργασιακό στρες σαφώς δεν αποτελεί ένα πρόβλημα το οποίο οι νοσηλευτές οφείλουν να αντιμετωπίσουν μόνοι τους, υπάρχουν συγκεκριμένες παρεμβάσεις τις οποίες μπορούν οι ίδιοι να υιοθετήσουν προς την κατεύθυνση της διαχείρισης του, όπως είναι η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που αποτελούν ένδειξη άγχους, η αναζήτηση ολοκληρωμένου υποστηρικτικού δικτύου, η εξεύρεση χώρου και χρόνου «αποσυμπίεσης», η εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης, η προσωπική επιλογή θέσης εργασίας - αν φυσικά αυτό είναι εφικτό - και κυρίως, η εσωτερική ανασκόπηση και επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### 1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο χώρος εργασίας μπορεί να αποτελέσει ένα ψυχικά υγιές περιβάλλον, με υποστηρικτικές δομές για όλους τους νοσηλευτές. Ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων μπορεί να προαγάγει την ψυχική υγεία και να προλάβει το εργασιακό στρες, συντείνοντας ταυτόχρονα στην ενίσχυση της εργασιακής προσαρμοστικότητας /ευελιξίας. Τα πραγματικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν μόνο με ολοκληρωμένες στρατηγικές προαγωγής της υγείας και πρόληψης που θα πρέπει να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν στο πλαίσιο συντονισμένης προσπάθειας από τους αρμόδιους σε όλα τα επίπεδα, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας. Ο συνδυασμός και συντονισμός διαφόρων παρεμβάσεων τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο είναι απαραίτητοι για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (ENWHP, 2009).

Οι σωστά σχεδιασμένες παρεμβάσεις θα μπορούσαν να ενισχύσουν όχι μόνο την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά μπορούν και να προωθήσουν τη διατήρηση των νοσηλευτών στο επάγγελμα. Η απόκτηση γνώσης και δεξιοτήτων σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων, καθώς και η δημιουργία περισσότερων εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην κλινική πρακτική, θα μπορούσε να είναι μια χρήσιμη στρατηγική στην ανύψωση της αντίληψης των νοσηλευτών σχετικά με τη σημασία της αυτονομίας στην καθημερινή κλινική πρακτική (Karanikola & Kaite, 2012).

Επίσης, οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν επίγνωση του πώς το στρες μπορεί να προκαλέσει συναισθηματικές αντιδράσεις, καθώς επίσης, και γνώση της λειτουργίας της συναισθηματικής ικανότητας. Πρόκειται για ένα ψυχολογικό κατασκευάσμα που βοηθά στην αντίληψη, την αξιολόγηση και την έκφραση των συναισθημάτων στον εαυτό του και τους συναδέλφους. Βοηθά στην συναισθηματική διευκόλυνση της σκέψης και στην αντανakλαστική ρύθμιση των συναισθημάτων για συναισθηματική και πνευματική ισορροπία. Οπότε η εκπαίδευση για τη βελτίωση των δεξιοτήτων της συναισθηματικής ικανότητας, θα μπορούσε τελικά να συμπεριληφθεί ως μέρος του προγράμματος σπουδών της νοσηλευτικής (Humpel et al.,2001).

Οι αντιδράσεις των νοσηλευτών έναντι του εργασιακού άγχους είναι ποικίλες και διαφορετικές, οπότε η παροχή έγκαιρων και κατάλληλων συμβουλών και η αυξημένη αυτογνωσία του άγχους αποδίδουν σημαντικά οφέλη για την υγεία τους και αποτελεί ένα προληπτικό μέτρο για το άγχος. Οπότε καθήκον της διοίκησης είναι η ανάπτυξη συμβουλευτικών υπηρεσιών, προγράμματα βοήθειας των εργαζομένων και εποπτείας (Muscroft et al., 1998).

Οι νοσηλευτές δε, που εργάζονται σε προγράμματα εξαρτήσεων από ουσίες θα μπορούσαν να παρακολουθήσουν ένα ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης για να έχουν πιστοποίηση ως εξουσιοδοτημένοι σύμβουλοι για την τοξικομανία (Karaniola & Kaite, 2012).

Ειδικότερα, στο χώρο της ψυχικής υγείας όπου κυριαρχεί η επαγγελματική βία κατά των νοσηλευτών και τα υψηλά επίπεδα φόβου του προσωπικού, κρίνεται απαραίτητη η συνολική αναθεώρηση όλων των πολιτικών που σχετίζονται με την επαγγελματική βία. Οι προτεραιότητες της διοίκησης, θα πρέπει να επικεντρώνονται στους τομείς της διαχείρισης κινδύνου, της κατάρτισης του προσωπικού, ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένο για τη διαχείριση της επαγγελματικής βίας που βιώνει, στην επιβολή κυρώσεων, και στην καταγραφή και αναφορά των συμβάντων (McKinnon & Cross, 2008).

Διοικητικές παρεμβάσεις που μειώνουν τους παράγοντες στρες των νοσηλευτών όπως η διαρθρωτική ενδυνάμωση μπορεί να έχουν θετική επίδραση στην ικανοποίηση από την εργασία τους. Η διαρθρωτική ενδυνάμωση αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας που επιτρέπουν στους νοσηλευτές να έχουν πρόσβαση σε πηγές ενέργειας εντός του οργανισμού που εργάζονται, προκειμένου να επιτύχει τους επαγγελματικούς στόχους τους. Πηγές ενέργειας περιλαμβάνουν την πρόσβαση στην πληροφόρηση και τη γνώση, την υποστήριξη από τους συναδέλφους, τους πόρους, την διαθεσιμότητα υλικού, και, τέλος, ευκαιρίες για τη συνεχή εκπαίδευση. Κεντρικό ρόλο σε ένα εργασιακό περιβάλλον το οποίο χαρακτηρίζεται από διαρθρωτική ενδυνάμωση είναι η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων μεταξύ των εποπτικών αρχών, συναδέλφων και υφισταμένων.

Επιπλέον, παρεμβατικές τεχνικές, σε σχέση με την εκπαίδευση στη χαλάρωση, θα μπορούσε να είναι σημαντική για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης (Karaniola & Kaite, 2012).

Αναλυτικότερα, το σύνολο των παρεμβάσεων μπορεί να περιλαμβάνει:

*1. Μείωση και τροποποίηση ενδεχόμενων πηγών στρες στον χώρο εργασίας.*

Οι παρεμβάσεις πρέπει να υποστηριχθούν με οργανωτικά μέτρα που θα αντιμετωπίσουν τις πιθανές πηγές στρες στο περιβάλλον εργασίας. Αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να επηρεαστούν θετικά οι παράγοντες που διέπουν το οργανωτικό επίπεδο, όπως η ικανοποίηση από την εργασία, τα προσφερόμενα κίνητρα και η παραγωγικότητα. (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2009)

*2. Αναδιοργάνωση των ανεπαρκών διαδικασιών εργασίας*

Η αυξανόμενη ένταση, τα στενότερα χρονικά περιθώρια και ο φόρτος εργασίας, οδηγούν στην μείωση της αποδοτικότητά των εργαζομένων. Η βελτιστοποίηση των εργασιακών διαδικασιών (π.χ. μέσω εφαρμογής πρωτοκόλλων, διεύρυνσης



καθηκόντων, τακτικής εναλλαγής καθηκόντων, ευέλικτου ωραρίου) και η αναδόμηση καθηκόντων ώστε να αμβλυνθεί η πίεση (π.χ. δημιουργώντας γραμματειακές θέσεις για να απαλλαγεί το νοσηλευτικό προσωπικό από αλλότρια διοικητικά καθήκοντα) μπορεί μακροπρόθεσμα να αποτελέσει παρακινητικό παράγοντα για τους εργαζόμενους. (ENWHP, 2009).

### 3. *Μεγαλύτερος βαθμός ελέγχου κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους*

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να απολαμβάνουν κάποιο βαθμό αυτονομίας όσον αφορά στην οργάνωση της δουλειάς τους. Ένα πρακτικό μέτρο εισαγωγής αυτής της διαδικασίας είναι να τεθούν συγκεκριμένοι στόχοι για κάθε νοσηλεύτη και όχι λεπτομερείς υποδείξεις για τη διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσει. (Βασιλάκη και Τρίλιβα, 2001)

### 4. *Συμμετοχή των νοσηλευτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων*

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να εμπλέκονται στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που τους αφορούν, είτε μέσω αξιολογήσεων, στατιστικών ερευνών είτε σε συσκέψεις. Το σημείο αυτό αποτελεί κεντρική προϋπόθεση για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του εργατικού δυναμικού. (Fontana, 1993)

### 5. *Εξισορρόπηση προσπάθειας - ανταμοιβής*

Υπάρχει επίσης ισχυρός συσχετισμός ανάμεσα στην ανισορροπία προσπάθειας και ανταμοιβής και την αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών.

### 6. *Βελτίωση της επικοινωνίας και τη δυνατότητα αντίδρασης (feedback)*

Η δημιουργία κουλτούρας αναγνώρισης και εμπιστοσύνης από τη διοίκηση του νοσοκομείου είναι ουσιώδης για την επαγγελματική επικοινωνία και συνεργασία. Ενδεικτικές μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι η εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας και προγράμματα κατάρτισης με θέμα τις τεχνικές διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού και τη συμπεριφορά του προσωπικού. (Muscroft et al., 1998),

### 7. *Καθορισμός ρόλου και προσδοκιών*

Είναι σημαντικό, οι νοσηλευτές να γνωρίζουν με σαφήνεια τι μπορούν να αναμένουν από τον οργανισμό και ποια είναι τα καθήκοντα και οι ευθύνες τους. Αν οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι οι διοίκηση δεν τους εμπιστεύεται τους απαξιώνει, μπορεί να αντιδράσουν με μειωμένη κινητοποίηση, αφοσίωση και απόδοση.

### 8. *Ενθάρρυνση και ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης*

Εκείνο που μπορεί να γίνει είναι να σχεδιαστούν οι οργανωτικές συνθήκες που θα ενθαρρύνουν και θα ενισχύσουν μια υποστηρικτική κουλτούρα εντός του οργανισμού: εφαρμόζοντας πολιτική λήψης αποφάσεων και πληροφόρησης βασισμένη σε ανοιχτό διάλογο και αξιόπιστη συνεργασία. Παρέχοντας λόγου χάριν

ευκαιρίες για δραστηριότητες μετά τη δουλειά ή διάθεση χρόνου για να βοηθηθούν κάποιοι συνάδελφοι, η διοίκηση μπορεί να δείξει ότι ενθαρρύνει άμεσα τους εργαζόμενους να στηρίζουν ο ένας τον άλλο. (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2009).

#### 9. Εκπαίδευση και Κατάρτιση

Η δια βίου μάθηση και περαιτέρω εκπαίδευση αποτελούν μέρος κάθε καλής στρατηγικής ανάπτυξης προσωπικού. Παρέχοντας ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη, μπορεί ταυτόχρονα να ενέχει προοπτικές για προαγωγή της υγείας και ανάπτυξη της προσωπικότητας των εργαζομένων.

#### 10. Νομικό πλαίσιο

Η ύπαρξη νόμων που διέπουν το εργασιακό άγχος και την ψυχική υγεία, αποτελεί σημαντικό βήμα, όπως η Οδηγία-Πλαίσιο της Ε.Ε. για την Υγεία και την Ασφάλεια στο Χώρο Εργασίας (1989). αν και οι νόμοι αυτοί διαφέρουν από χώρα σε χώρα. (ENWHP, 2009)

Ειδικότερα οι παρεμβάσεις στη διαχείριση άγχους, στοχεύουν στην προσαρμοστικότητα / ευελιξία κατά του στρες με την εκμάθηση και εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης.

Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αύξηση των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων αναφορικά με καταστάσεις άγχους, είναι αποτελεσματικές και έχει τεκμηριωθεί από μελέτες ότι μειώνουν τη συστηματική απουσία και τις διαταραχές που σχετίζονται με το στρες, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής. Επομένως, τα εκπαιδευτικά προγράμματα με θέμα την επαρκή αντιμετώπιση ή την αποφυγή του στρες θα πρέπει να αποτελέσουν κεντρικό στοιχείο της στρατηγικής συμπεριφορικής πρόληψης. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να είναι:

- *Χρήση γνωστικών-συμπεριφορικών τεχνικών*

Οι γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές μπορούν να βοηθήσουν ένα άτομο να αποκτήσει συναίσθηση των σκέψεων και πεποιθήσεων του, να τροποποιήσει παράλογες νοοτροπίες και να τις «μεταφέρει» σωστά στην καθημερινή του ζωή.

- *Τεχνικές χαλάρωσης*

Η χαλάρωση αποτελεί βέλτιστη λύση για τη μείωση της συναισθηματικής και σωματικής έντασης σε καταστάσεις στρες, ενώ βοηθά στην ανάπτυξη αυτοελέγχου για την αντιμετώπιση του άγχους.

- *Διαχείριση θυμού*

Οι τεχνικές διαχείρισης αποσκοπούν να τροποποιηθεί ο θυμός, η επιθετικότητα, τα αρνητικά συναισθήματα και οι αντιλήψεις, να καταργηθούν οι αρνητικές σκέψεις, να αυξηθεί η αυτοπεποίθηση, και να αναπτυχθεί η κοινωνική ικανότητα μέσω ομαδικών

δραστηριοτήτων. Η σωματική άσκηση συνδέεται με ένα φάσμα θετικών ψυχολογικών συνεπειών, (π.χ. μείωση των αρνητικών συναισθημάτων ή αύξηση της αυτοπεποίθησης μέσω της ικανότητας χειρισμού δύσκολων καταστάσεων). Ταυτόχρονα, οι ομαδικές δραστηριότητες μπορούν να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και την αλληλοϋποστήριξη των συναδέλφων (ENWHP, 2009, Βασιλάκη και Τρίλιβα, 2001).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγαθοκλέους Θ. (2012). Επιπτώσεις του Εργασιακού Στρες στη Σωματική και Ψυχική Υγεία των Νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου. Μεταπτυχιακή εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Αδαλή, Ε. (2000). Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών: Έννοια, Συνιστώσες, Συνέπειες. *Νοσηλευτική*, 3:292-297.
- Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Πλατή, Χ. (2000). Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 4:313-324.
- Αλεξόπουλος, Ε. (2007). Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζόμενων στα νοσοκομεία. Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. Αθήνα: ΕΛΙΝΥΑΕ.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5:183-202.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ. (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αντωνίου, Α.Σ. (2002). *Πηγές εργασιακού στρες*, Αθήνα: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας .
- Αντωνίου, Α.Σ. (2003). Σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα στρες και ενδεχόμενες συνέπειες εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων». *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας*, 13:11-12.
- Αντωνίου, Α. Σ. (2006). *Εργασιακό Στρες* Τόμος Α΄ Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Αντωνίου, Α.Σ., (2007). *Πηγές εργασιακού στρες*, Αθήνα: ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.
- Αντωνίου Κ, Βασιλοπούλου Γ. (2009). Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8:15-24.
- Αργυροπούλου, Κ. (1998). Επαγγελματικό άγχος στους δασκάλους. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 106, 101-104.
- Ασημακοπούλου Μ. (2004). Η Επαγγελματική Εξουθένωση, η Επαγγελματική Ικανοποίηση και η Εμπλοκή στην Εργασία στο Δημόσιο Τομέα. Πτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών .
- Βακόλα Μ., Νικολάου Ι. (2012). *Οργανωσιακή Ψυχολογία και Συμπεριφορά*, Αθήνα: Rossili.
- Βάρβογλη Λ. (2006). *Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτης.

Βασιλάκη Ε., Τρίλιβα, Σ. (2001). *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή του*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Βελονάκης, Μ., Τσαλίκολου Φ. (2005) *Σύστημα Διαχείρισης Υγείας και Ασφάλειας κατά την εργασία σε Νοσοκομείο*, Αθήνα: Παρισιάνος.

Γραμματεία Ευρωπαϊκού Δικτύου για την Προαγωγή της Υγείας στους Εργασιακούς Χώρους (ENWHP) (2009). Οδηγός για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στον εργασιακό χώρο. Διαθέσιμο 20/10/2013 στο <http://www.mlsi.gov.cy/dli>

Δημητριάδου Α. (2008). Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και το ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του. Διδακτορική Διατριβή, ΑΠΘ.

Δημητρόπουλος, Χ., Φιλίππου, Ν. (2008). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5):642-647.

Δρακόπουλος, Β. (2005) *Πρακτικά στο 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας*, Αθήνα.

Δρίβας, Σ., Παπαδόπουλος, Μ. (2010). Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στην Ψυχική και Σωματική Υγεία (Έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό). ΠΜΣ Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (2007α). Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του Επαγγελματικού άγχους.

Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (2007β) «Υποκειμενική εκτίμηση των κινδύνων».

Επιτροπή Ανωτέρων Επιθεωρητών Εργασίας (SLIC) (2012). Διαθέσιμο 21/5/2013 στο <http://www.av.se/slic2012>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή – Διεύθυνση Απασχόλησης και Κοινωνικής Πολιτικής (1999) “Guidance on work – related stress – srice of life or kiss of death?”, Λουξεμβούργο.

Ευρωπαϊκή Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000). Έρευνα για το άγχος που οφείλεται στην εργασία. Βέλγιο.

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 (2007). FACTS 71. Εισαγωγή στις μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία. Λουξεμβούργο.

- 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 », Λουξεμβούργο.
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, (2009). Νέοι και αναδυόμενοι κίνδυνοι για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία. Λουξεμβούργο
- Ιωάννου, Π. (2011). Η επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και ποιότητα ζωής των νοσηλευτών », Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ.
- Καδά, Κ.Α. (2005). Τρόποι Διαχείρισης του Στρες των Επαγγελματιών Υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16:23-26.
- Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν. (2004) « Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης « burnout syndrom » στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας », *Νοσηλευτική*, 43(1):116-125.
- Κανδύλης Δ.Γ., Καπρίνης Γ.ΣΤ. (2005). Ο χρόνιος ψυχωτικός – αποϊδρυματοποίηση ενδιάμεσες δομές, ψυχοκοινωνική επανένταξη. Θ.Ε.Ψ.Υ.Π.Α, Λάρισα.
- Καντάς, Α. (1995). *Οργανωτική-βιομηχανική ψυχολογία*, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (1999). Ο ρόλος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας ως ρυθμιστικού παράγοντα στη σχέση μεταξύ στρες και ψυχοσωματικής ασθένειας. Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ.
- Κορομπέλη, Δ. (2004). Κυκλικό ωράριο εργασίας και επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. *Μεταπτυχιακή Εργασία*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Λαζαράτου Ε. (1990). Το στρες του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου. *Ιατρική*, 58(5):453-457.
- Μαδιανός, Μ. (1994). Η ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση- από το άσυλο στην κοινότητα. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Μαλλιάρου, Μ., Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση Νοσηλευτικού Προσωπικού σε Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 21:23-31.
- Μαλλιάρου, Μ., Νικολάου, Α., Μουστάκα, Ε., Σαράφης, Π. (2011). Διερεύνηση της επίδρασης της νυχτερινής εργασίας στην ψυχοσωματική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. *Υγεία & εργασία*, 2(1):63-76.
- Μαλλιάρου, Μ. (2012). Διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα ασθενών με νόσο τελικού σταδίου και στο θάνατο. *Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία*. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- 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.

Μάρκου, Π. (2005). Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16:21-25 .

Μαρνέρας, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Δημοπούλου, Ε., Κοτρώτσιου, Ε. (2010). Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα . *Νοσηλευτική*, 49(1): 83–90.

Μισουρίδου, Ε. (2009). Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 48(4):358-366.

Μουστάκα, Ε., Αντωνιάδου, Φ., Μαλλιαρού, Μ., Ζάντζος, Ι., Κυριάκη, Κ., Κωνσταντινίδης, Θ. (2008). Συγκριτική μελέτη εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ πανεπιστημιακού νοσοκομείου της περιφέρειας και γενικού νοσοκομείου της πρωτεύουσας. *Πρακτικά του 35ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνδρίου του ΕΣΝΕ*, Αθήνα.

Μουστάκα, Ε., Αντωνιάδου, Φ., Μαλλιαρού, Μ., Ζάντζος, Ι., Κυριάκη, Κ., Κωνσταντινίδης, Θ. (2011). Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού - συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 3(3):90-94.

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2010). Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στην Ψυχική και την Σωματική Υγεία . *Ερευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας*. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ε. Ι, Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Κούβελα, Θ. (2010). Η Χαμηλή κοινωνική αναγνώριση του νοσηλευτικού επαγγέλματος ως παράγοντας εργασιακού στρες του νοσηλευτικού προσωπικού. *Υγεία & εργασία*, 1(2):65-76.

Μουστάκα, Ε., Κουτής, Χ., Αλεξόπουλος, Ε., Κωνσταντινίδης Θ. Κ. (2010). Ατυχήματα νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία. *Πρακτικά 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας*, Αθήνα .

Μουστάκα, Ε., Κουτής, Χ., Μπαμπάτσικου, Φ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Κωνσταντινίδης, Κ.Θ.(2011). Ψυχική ευεξία και η σχέση της με το εργασιακό στρες. *Ερευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό*. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(4):35-41.

Μουστάκα Ε., Μαλλιαρού Μ., Ζάντζος, Ι. Ε., Σαράφης, Π., Κωνσταντινίδης, Θ. Κ. (2010). Αναρτημένη ανακοίνωση στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας, Αθήνα στο <http://www.ituniontt.gr>

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 (Συμπλ 1): 75-84.

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

Νυφούδη, Ε.(2012) Κίνδυνος: Μυοσκελετικές Παθήσεις. Τι δείχνουν οι μελέτες – Πρόληψη – Αποκατάσταση. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, 50:13-32.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου, Ε. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3): 239-253.

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

Παππά Β. (2006). Το στρες των εκπαιδευτικών και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων, 11, 135-142.

Παπαγεωργίου Δ., Καρμπέτσου Μ., Νικολακάκου Χ., Παυλάτου Ν. (2007). Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Νοσηλευτική, 46 (2):237-245.

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2008). Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαμιχαήλ, Ε. (2005). Στρες και προσαρμογή. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα Τ.Ε.Π. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006, Αθήνα.

Περδικάρης, Π., Ανθούση, Σ., Αμανατίδου, Α., Παπαευαγγέλου, Γ. (2000). Η στάση των Ελλήνων ιατρών απέναντι στο γενικό εμβολιασμό κατά της Ηπατίτιδας Β». Αρχ. Ελλ. Ιατρ.17:593- 599.

Πούρκος Μ. (2001). Ιδιοσυγκρασία και άγχος. Επιστημονικές έρευνες και διαπιστώσεις ». στο Βασιλάκη Ε., Τριλιβά Σ., Μπεζεβέγκης Η. Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ραφτόπουλος, Β. (2002). Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας. Διδακτορική Διατριβή.

Ραφτόπουλος, Β., Θεοδοσοπούλου, Ε. (2001). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ». Νοσηλευτική, 40(1):8-23.

Ρώτας, Π.Ρ. (1997) *Αποφύγετε το στρες...*, Αθήνα : Ελληνικά γράμματα.

Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση.

Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (2001). Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων και μεταμοσχευμένων νεφροπαθών. Μια κριτική προσέγγιση. *Ιατρική*, 79:158–163.

Σουρτζή, Π., Βελονάκης, Ε. (2005). Διερεύνηση αναγνώρισης και καταγραφής εργατικών ατυχημάτων στα νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 43(1):100-106.



Σταθοπούλου, Χ. (2006). Επίλυση Συγκρούσεων σε Νοσηλευτικό Περιβάλλον. *Νοσηλευτική*, 45:50-58.

Στεφανίδου, Α., Βάρβογλη, Λ., Λειβαδίτης, Μ., Αργυροπούλου-Πατάκα, Π. (2010). Η Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση του Εργασιακού Stress στους Επαγγελματίες Υγείας . *Νοσηλευτική* , 49(4): 364–376.

Τερζίδης Κ, Τζωρτζάκης Κ. (2004). *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Αθήνα : Rosili.

Τζιαφέρη, Σ., Σουρτζή, Π., Βελονάκης, Ε. (2006) « Πιλοτική μελέτη εκτίμησης επικινδυνότητας εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου ». *Νοσηλευτική*, 45(3):380–390.

Τούκας, Δ., Τούκα, Α. (2011). Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1):20-26.

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

Τσάκωνας, Α. (2006). Επαγγελματική Εξουθένωση Στελεχών Γενικού Νοσοκομείου και η αντιμετώπισή της. Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ.

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

Φιλιππάτος, Γ. (2012). Προβλήματα και Εμπόδια στη Διαχείριση του Πόνου στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. *Νοσηλευτική*, 51(1): 18–25.

Χρηστίδης, Δ.Α. (2001). Εφαρμογές Βιοανατροφοδότησης. Αθήνα: Έλλην.

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής(2013). Διαθέσιμο στο διαδίκτυο από 12/12/2012 στο <http://www.psyhat.gr/hospital/organizational-chart>.

#### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Abdellah, F.G., Levine, E. (1965). Better patient care through nursing research. Macmillan, New York. στο Ραφτόπουλος, Β. (2002). Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Διδακτορική Διατριβή.

AbuAlRub, RF. (2004). “Job stress, job performance, and social support among hospital nurses”. *Journal of Nursing Scholarship*. 36(1):73-78.

Adali, E., Priami, M. (2002). “Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards, and emergency departments in Greek hospitals”. *ICUs and Nursing Web Journal*, 11, 1-19.

Ahmad, M.M., Alasad, J.A. (2004). “Predictors of patients’ experiences of nursing care in medical-surgical wards”. *International Journal of Nursing Practice*, 10 (5): 235–241.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001) “ Nurses' reports on hospital care in five countries ”. *Health Affairs*.20(3):43-53.

- Aldwin C.M. (1994) *Stress, coping and development. An integrative perspective*, New York: The Guilford Press.
- Alexopoulos E, Burdorf A, Kalokerinou A. A (2006). “Comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel”. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79 (1): 82 - 88.
- Alexy EM, Hutchins JA. (2005). “Workplace violence: A primer for critical care nurses”. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 18:305–312.
- Anagnostopoulos, F., Niakas, D., Pappa, E. (2005). “Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey”. *Qual Life Res*, 14:1959-1965.
- Arafa MA, Nazel MWA, Ibrahim NK, Attia A. (2003). “Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt”. *Int J Nurs Pract*, 9:313-320.
- Aslan SH, Alparslan ZN, Aslan RO, Kesepara C, Ünal M. (1998). “Gender related factors to burnout among Turkish health professionals”. *Ann Med Sci*, 7:101–106.
- Baker, D. B.( 1985). “The Study of Stress at work”. *Annual Review of Public Health*, 6:367-381.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Verbeke, M. (2004). “Using the job Demands – Resources model to predict burnout and performance”. *Human Resource Managment*, 43, 83-104.
- Bartz C, Maloney PC. (1986) “Burnout among intensive care nurses”. *Res Nurs Health* 1986, 9:147–153 .
- Bass B.M. (1990). *Bass and Stogdill's Handbook of Leadership: Theory, Research and Management*. New York.
- Benner P. ( 1984). *From Novice to Expert*, London : Addison-Wesley.
- Benson, H. (Ed.). (2000) *Foreword: Twenty-fifth anniversary update. In The relaxation response* (pp. 1-45), New York : Harper Torch.
- 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). Διαθέσιμο στις 29/5/2013 από, [http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12\\_7.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_7.htm)
- Benson L, Ducanis A. (2000). “Nurses’ perceptions of their role and role conflicts”. *Rehabil Nurs*, 20:204–211.
- Berg A., Hallberg R. (1999) “Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses’ sense of coherence, creativity, work-related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6 (5): 371–381.

- Bierman S.M. (1983). "A possible psychoneuroimmunological basis for recurrent genital herpes simplex". *Western Journal of Medicine*. 1983 139:547-552.
- Blair A, Littlewood M. (1995). "Sources of stress". *Journal of Community Nursing*.40:38-39
- Bormam JS. (1993). "Chief nurse executive's balance of their work and personal lives". *Nurs Adm Q*, 18:30–39.
- Bosma, H., Marmot M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Brunner E., Stansfield, S.A. (1997). "Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II (prospective cohort) Study". *Br Med J*, 314:558-565.
- Bouvet, E. (2007). "Infectious risks-occupational infectious risks in health care workers". International Symposium by Elinyae & ISSA Health Services Section, Athens.
- Brilowski, G.A., Wendler, M.C. (2005). "An evolutionary concept analysis of caring". *J Adv Nurs*, 50:641–650.
- Brodie DA, Andrews GJ, Andrews JP, Thomas GB, Wong J, Rixon L. (2004). "Perceptions of nursing: confirmation, change and the student experience". *Int J Nurs Stud* , 41(7): 721-733.
- Burke R. (2000). "Workaholism in organizations: Psychological and physical well-being consequences". *Stress and Health*.16(1):11-16.
- Burnes, B. (1999). "Work psychology". Arnold, Cooper & Robertson (eds), Pitman Publishing.
- Butterworth T, Carson J, Jeacock J, White E, Clements A. (1999). "Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: Findings from the clinical supervision evaluation project". *Stress Medicine* 1999;15:27-33.
- Cannon, W. B., (1932) *The Wisdom of the Body*. New York : Norton.
- Chalupka S, Markkanen PK, Galligan CJ, Quinn MM. ( 2008 ) "Needlestick and sharps injury prevention: are we reaching our goals?" *AAACN Viewpoint* 30(2):11-5
- Chandola T,Brunner E,Marmot M.( 2006 ) "Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study". *Br Med J*, 332:521–525.
- Chiriboga DA, Bailey J.( 1986) "Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: A comparative study". *Crit Care Nurse* , 9:84–92.
- Chiu YL, Chung RG, Wu CS, Ho CH.(2009) "The effects of job demands, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over", *Appl Nurs Res*. 22(4):258-263.
- Clay, T. ( 1989 ) *Nurses, Power and Politics*, London : Heinemann.
- Cleary M, (1999) "Something always comes up': nurse–patient interaction in an acute psychiatric setting". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6 (6): 469–477.

- Cleary, PD., McNeil, BJ. (1988) "Patient satisfaction as an indicator of quality care". *Inquiry*, 25:25–36.
- Clifford C. (1995) "Caring: fitting the concept to nursing practice", *J Clin Nurs*, 4(1):37-41.
- Coffey, M. ( 1999 ) "Stress and burnout in forensic community mental health nurses: An investigation of its causes and effects". *J Psychiatr Ment Health Nurs* 6:433–443.
- Cohen, F. & Lazarus R. ( 1979 ). "Copying with stress and illness". In G. C. Stone, F. Cohen, & N. Adler (Eds). *Health Psychology:A Handbook*, 140-168. San Fransisco, CA: Jossey-Bass.
- Cohen S, Williamson GM. ( 1991 ) "Stress and infectious disease in humans".*Psychol Bull*,109 (1) : 5-24.
- 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.
- Coomber B, Barriball KL ( 2007 ) "Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature", 44(2):297-314.
- Cooper, C.L., Cooper, R.D. , Eaker, L.H. ( 1988 ), *Living With Stress*. Harmonsworth. Penguin.
- Cooper CL. Introduction In: C.L. Cooper, Editor, ( 1998 ) *Theories of Organizational Stress*, , Oxford : Oxford University Press.
- Cooper, C.L., Marshall J.( 1976 ) "Occupational Sources of Stress: A Review of the Literature Relating to Coronary Heart Disease and Mental Health". *J Occup Psychol* 49:11-28.
- Cordes CL, Dougherty TW. ( 1993 ) "A review and integration of research on job burnout". *Acad Manage Rev*, 18:621–656.
- Corr, M. (2000). "Reducing occupational stress in intensive care". *Nursing in Critical Care*, 5(2):76-81.
- Cox, T., Griffiths, A., Rial-González, E. ( 2000 ). "Research on Work-related Stress". Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.
- 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, Sudbury : HSE Book.
- Cronin Jr, J.J., Taylor, S.A. (1992) "Measuring service quality: a reexamination and extension". *Journal of Marketing*, 56:55-68.
- Cummins, R A. (2005) "Moving from the quality of life concept to a theory". *Journal of Intellectual Disability Research* 49:699-706.

Demerouti, E., Baker, A.B., Nachreimer, F. Schaufeli, W.B. (2000). “A model of burnout and life satisfaction among nurses”. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 454-464.

Demerouti, E., Baker, A.B., Nachreimer, F. Schaufeli, W.B. (2001).”The job Demands – Resource model of burnout”. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.

Demir, A., Ulosoy, M., Ulosoy, MF. ( 2003 ) “Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private livew of nurses”. *International Journal of Nursing Studies*, 40:807-827.

Department of Health, UK, 2003

Dickens G., Piccirillo M., Alderman N., (2012) “Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients”.*International Journal of Mental Health Nursing*

DiMatteo, M.R., Martin, L.R., (2010) Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.

Doherty, N. & Tyson, S. (1998). *Mental well-being in the workplace: a resource park for managment training and development*. Sudbury : HSE Books.

Dollard, M., Winefeld, A., Winefeld, H.R. (eds) (2003) *Occupational stress in the service professions*, Routledge.

Donabedian, A. (1966) *Evaluating the quality of medical care*. στο Ραφτόπουλος, Β. (2002 ) « Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας», Διδακτορική Διατριβή.

Donabedian A. (1986) “Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality review”, 12(28): 99-108 στο Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Ζυγά, Σ. (2009) «Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(1): 25-40.

Dozier AM, Kitzman HJ, Ingersoll GL, Holmberg S, Schultz AW (2001) “Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care”. *Res Nurs Health*. 24(6):506-517.

Dunn SV., Hansford B.(1997) “Undergraduate nursing student’s perceptions of their clinical learning environment”. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 1299 - 1306.

Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B.K., Beaudet, L. (1994). “Factors related to nursing burnout”. *Issues in Mental Health Nursing* 15:337-358.

Dutch Working Conditions Act, ( 1990 ). Στο: Μουστάκα Ε., Ζάντζος Ι., Κωνσταντινίδης Θ. Κ. (2010) « Εκφάνσεις του Εργασιακού άγχους στην Ψυχική και Σωματική Υγεία (Έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό)», Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αλεξανδρούπολη.

Edelwich, J., Brodsky, A.( 1980 ) *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*, New York : Human Sciences Press.

- Edvin, B., Reidar, J ( 1996 ). “Work-related stress and musculoskeletal pain among female hospital staff”. *Work & Stress*, 10(4):309-321.
- Edwards, J. R. (1996). “An examination of competing versions of the person-environment fit approach to stress” *Academy of Management Journal*, 39, 292-339, from the website <http://public.kenan-flagler.unc.edu/faculty/edwardsj/publications.htm>.
- 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.
- Elkinton J. ( 1966 ) “Medicine and quality of life”. *Ann Intern Med*, 64: 711-714.
- Epstein C.( 1975 ) *Nursing the dying patient* , Virginia : Reston Publishing company.
- 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.
- Eriksen, HR., Ursine, H. ( 2004 ) “Subjective health complaints sensitization and sustained cognitive activation (stress)”. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4):445-448.
- Estryn- Behar M, Lavinski M, Peige E, Eyres SJ. ( 1973 ) “Public health nursing section report of the 1972 APHA smoking survey”. *Am J Public Health*, 63:846-852.
- European Organization for Safety and Health at Work ( 2002 ) from the website <http://osha.europa.eu/>
- Expert Panel on Detection ( 2001 ) “Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III)”. *JAMA* 2001;285: 2486-97.
- Fagermoen MS. ( 1997 ) “Professional identity: Values embedded in meaningful nursing practice”. *J Adv Nurs*, 25:434–441.
- Fallowfield L. ( 1990 ) *Quality of life: The missing measurement in health care*, London : Human Horizon Series-Souvenir Press .
- Farmakas A., Papastavrou E., Siskou O., Karayiannis G., Theodoroy M. (2013) “Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Farrington A. ( 1995 ) “Stress and nursing”. *Br J Nurs* , 4:574–578.
- Fayers PM., Machin D. (2000). *Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation*, West Sussex England : John Wiley & Sons Ltd.

- Fevre, Mark Le Kolt, Gregory S., Matheny, Jonathan ( 2006 ). "Eustress, distress and their interpretation in primary and secondary occupational stress management interventions: which way first?". *Journal of Managerial Psychology* 21 (6) 547–565.
- Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. ( 2013 ) “ Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors” , *J Clin Nurs*, Epub ahead of print, from the website <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Finfgeld-Connett, D. ( 2008 ) “Metasynthesis of caring in nursing”. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (2):196–204.
- Fitzpatrick J, While A, Roberts J.( 1999 ) “Shift work and its impact upon nurse performance: current knowledge and research issues”. *J Adv Nurs*, 29:18–27.
- Folkman, S. ( 1984 ) “Personal control and stress and coping processes: A Theoretical Analysis”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46,839-852.
- Fontana, D. ( 1996 ) *Το εργασιακό στρες, οι επιπτώσεις του και ο έλεγχος του* ( επιμέλεια Α. Σταθάτου), Αθήνα : Εκδόσεις Γαλιλαίος.
- Fontana, D. ( 1993 ) *Άγχος και η αντιμετώπισή του* ( επιμέλεια Ν. Δέγλερης ) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Forrest D.( 1989 ) “The experience of caring”. *J Adv Nurs*, 14: 815- 823.
- Fosbinder D. ( 1994 ) “Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence”. *J Adv Nurs*, 20:1085–1093 .
- Foxall, MJ., Zimmerman, R., Standley, R., Captain, BB.( 1990 ) “A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses”. *J Adv Nurs*, 15:577–584.
- Fragala G. Strivingfor W, Hydson A.(1999) *Back injury among health care workers: Causes,solutions and impacts.*, Boca Raton : Lewis Publishers.
- French, SE., Lenton, R., Walters, V., Eyles, J. ( 2000 ) . “An Empirical Evaluation of an Expanded Nursing Stress Scale”. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2): 161-178.
- Fuillot JP, Debray Q. (1989) “Improving hospital work conditions: an integrated approach”. *Rev.Infirm.*39 (9):35-9.
- Gandek, B., Ware, JE., Aaronson, NK. et al. ( 1998 ) “Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. Intrnational Quality of Life Assessment”. *J Clin Epidemiol*, 51:1171-1178.
- Garratt A., Schmidt L., Mackintosh A., Fitzpatrick R. ( 2002 ) “Quality of life measurment: Bibliographic study of patient assessed health outcomes measures”. *British Medical Journal* 2002, 324:1417-1423.

- Gauci Borda R, Norman IJ( 1997 ) “Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review”. *Int J Nurs Stud*, 34(6):385-94.
- Gimeno D, Tabák AG, Ferrie JE, Shipley MJ, De Vogli R, Elovainio M, Vahtera J, Marmot MG, Kivimäki M ( 2010 ) “Justice at work and metabolic syndrome: the Whitehall II study”. *Occup Environ Med*. 67(4):256-62.
- Globe, DR., Levin, S., Chang, TS. et al. ( 2002 )”Validity of the SF-12 quality of life instrument in patients with retinal disease”. *Ophthalmology*, 109:1793-1798.
- Goncz A ( 1994 ) “Competency based assessment in the professions in Australia”. *Assessment in Education:Principles, Policy & Practice*,1 (1): 27-44.
- Gozhenko, A. Gurkalova, I.P. Zukow, W. Kwasnik, Z. ( 2009 ). Pathology - Theory. Medical Student's Library. Radom. pp. 270–275.
- Gray P.( 2000 ) *Mental Health in the Workplace: Tackling the Effects of Stress*, London : Mental Health Foundation.
- Gray-Toft P, Anderson JG. ( 1981 ) “Stress among hospital nursing staff: its causes and effects”. *Soc Sci Med* 1981, 15:639–647.
- Gray-Toft, P., Anderson, J. G. ( 1981 ). “The nursing stress scale: development of an instrument”. *J. Behavioral Assessment*, 3:11-23.
- Green AH ( 2004 ) “Caring behaviors as perceived by nurse practitioners”. *J Am Acad Nurse Pract*, 16(7):283-90.
- Green, A. & Davis, S. ( 2005 ) “Toward a predictive model of patient satisfaction with nurse practitioner care”. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17 (4):139–148.
- Greenhalgh J, Vanhanen L, Kyngas H.( 1998 ) “Nurse caring behaviours”. *J Adv Nurs*, 27:927–932.
- Griffith, J., Steptoe, A., Cropley, M. ( 1999 ) “An investigation of coping strategies associated with job stress”. *British Journal of Educational Psychology*, 69(4):517-531.
- Gunther, M., Alligood, M.R. ( 2002 ) “A discipline-specific determination of high quality nursing care”. *Journal of Advanced Nursing* 38(4):353–359.
- Hasselhorn, H.M., Toomingas, A., Langerstrom, M. (editors) ( 1999 ). *Occupational Health for Health Care Workers. A practical guide*. Elsevier Science B.V.:1-5,111-113.
- Hasselhorn, Hm., ( 2007 ). «Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην Εργασία και την Υγεία μεταξύ των νοσηλευτών στις ευρωπαϊκές χώρες- τι είναι αυτό που κάνει τη διαφορά;» Πρακτικά από το Διεθνές συνέδριο «Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Αθήνα.
- Hay, D., Oken, D.( 1972 ).”The psychological stresses of intensive care unit nursing”. *Psychosomat. Med*, 34: 109-118.



Health and safety executive ( 2000 ) *Work related stress information park*. Sudbury : HSE Books.

Healy CM, McKay MF. ( 2008 ) “Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses”. *J Advanced Nursing* 2008; 31(3): 681 – 688.

Heijkenskjöld KB, Ekstedt M, Lindwall L ( 2010 ) “The patient's dignity from the nurse's perspective”. *Nurs Ethics*, 17(3):313-24.

Hegedus, K. S. ( 1999 ) “Providers’ and consumers’ perspective of nurses, caring behaviours”. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5):1090–1096.

Hignett S, Vrumpton E. (2007). Competency-based training for patient handling. *Appl. Ergon.*38(1): 7-17.

Hinkle, L.E.,( 1973 ) *The Concept of Stress in the Biological and Social Science, Medicine and Man*, 1, 31-34.

Hinkle, L. E. ( 1973 ). *The concept of stress in the biological social sciences. Stress, 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 Enviroments”. *Br. J. Med. Psychol.*, 62:71-79.

Hobbs JL.( 2009 ) “A dimensional analysis of patient-centered care”. *Nurs Res.*58(1):52-62.

Holmes TH, Rahe RH. ( 1967 ) “The social readjustment rating scale”. *J Psychosom Res*, 11:213–218.

Hoogendoorn W.E, Poppel M.N.M, VanBongers P.M, Koes B.W, Bonter L.M. (1999) “Physical load during work and leisure time as risk factor for back pain”. *Scand. J. Work Environ. Health.*25:387 - 403.

Hope A, Kelleher CC, O'Connor M ( 1998 ) “Lifestyle practices and the health promoting environment of hospital nurses”. *J Adv Nurs* , 28(2):438.

Hudacek SS ( 2008 ) “Dimensions of caring: a qualitative analysis of nurses' stories”. *J Nurs Educ*, 47(3):124-129.

Hudgins S. ( 2008 ) “The Importance of Stress Management for Nurses”. *International council of nurses* from the website <http://www.statswsheet.com>

Huggins KN, Gandy WM, Kohut CD. ( 1993 ) “Emergency department patients’ perception of nurse caring behaviors”. *Heart Lung*, 22:356–364.

Humble F, Cross W. ( 2010 ) “Being different: A phenomenological exploration of a group of veteran psychiatric nurses”. *International Journal of Mental Health Nursing*. 19(2): 128–136.

Humpel N., Caputi P., Martin C.(2001) “The relationship between emotions and stress among mental health nurses” *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 10,(1): 55–60,

- Hunt, S.M.( 1997 ) “The problem of quality of life”. *Quality of Life Research*. 6: 205-212.
- Hunter, M. ( 2003 ) “The womens’ Health Questionnaire ( WHQ ):Frequently Asked Questions (FAQ)”.*Health Qual Life Outcomes* 1:41.
- Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis GJ Affect Disord. ( 2003 ) “The relationship between job stress, burnout and clinical depression”. *J Affect Disord*. 75(3):209-21.
- Institute for Laboratory Animal Research, National Research Council ( 1992 ), Recognition and Alleviation of Pain and Distress in Laboratory Animals.
- Institute of Medicine, ( 2003 ), from the website <http://www.iom.edu>
- International Council of Nurses ( 1989 ) “Development of Standards of Nursing education and Practice–Guidelines for National Nurses Association”, Geneva.
- International Council of Nurses, (2007) “Nurses need stress management” from the website <http://www.stressfreecontrol.com>
- Iordanou P., Koutavas S., Koulierakis G., Babatsikou F., Kroustalli E., Tarpatzi K.(2009 ) “Syndrome of professional burn out in home service for elderly”. *Health Science Journal*, 3 (4):232-241
- 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.
- Janssen P.M, DeJonge J, Bakker A.B. ( 1999 ) “Specific determinants of intrinsic work motivation: a study among nurses”. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 1360-1369.
- Jardine CD, Forrest J, Wells J.( 1987 ) *Quest: Quality of standards*. Grampion Health Boards Mental Health Services.
- Jasmine T ( 2009) “Art, science, or both? Keeping the care in nursing”.*Nurs Clin North Am*, 44(4):415-21.
- Jemmott J.B, Locke S. E. (1984) Psychosocial factors, immunologic mediation and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know?” *Psychological Bulletin*, 95:78-108.
- Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence K., Petersen, S., Paice, C., Stradling, J. ( 1997 ) “A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies?” *J Public Health Med*, 19:179-186.
- 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.A., Coons, S.J. ( 1998 ) “Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample”. *Qual Life Res*, 7:155-166.
- Johnson, J., Pickard, A. ( 2001 ) “Alberta-based SF-12 summary scores”, *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2):137-146.
- Johnson, M. ( 1979 ). “Anxiety/stress and the effects 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.
- Judge T.A., Bono J.E. ( 2001 ). “Relationship of core self-evaluations traits – self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control and emotional stability – with job satisfaction and job performance: A meta-analysis”. *Journal of Applied Psychology*, 86(1):80-92.
- Kahn R.L, Wolfe D.M, Quinn R.P, Shoek J.D, Rosenthal R.A. ( 1964 ) *Organizational stress*, New York : Wiley.
- Kaplan R.M., Bush J.W., ( 1982 )“Health Related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis”, *Health Psychology*, (1):61-80.
- Karanikola M.N., Kaite C.(2012). “Greek-Cypriot mental health nurses' professional satisfaction and association with mild psychiatric symptoms” *International Journal of Mental Health Nursing*
- Karasek, R. (1979). “Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign”.*Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-297.
- Kasl, S., Cooper, C. L. (1987). *Stress and Health: Issues in Research methodology*, Chichester Wiley. In Patrick, A. T., Douglas, C., Shirley, E. C. ( 1991 ). *Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors*.
- Kawano Y.(2008) “Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals”.*J Occup Health*, 50(1):79-85.
- Keane, A., Ducette, J., Adler, D.C. (1985). “Stress in ICU and non ICU nurses”. *Nurs. Res.*, 34:231-236.
- Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B (2013) “Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review”. *Int J Environ Res Public Health*, 10(6):2214-2240.
- Kheiraoui F, Gualano MR, Mannocci A, Boccia A, La Torre G.( 2012 ) “Quality of life among healthcare workers: a multicentre cross-sectional study in Italy”.*Public Health*, 126(7):624-9.
- Killien, M.G.( 2004 ) “Nurses’ health:Work and Family Influences”. *Nurs Clin North Am*, 39:19-35.

- Kim, G. Davidson, Y. Wolf, L. Wang, G. ( 2002) “The impact of staffing on patient outcomes across speciality units”. *JONA*, 32:12.
- Kitson AL.( 1986 ) “Indicators of quality in Nursing Care—An alternative approach”. *J Adv Nurs*, 11:133–144.
- Koch, T. ( 1992 ) “A review of nursing quality assurance”. *Journal of Advanced Nursing*, 17:785-794.
- Kobasa, S. ( 1979 ). “Stressful life events, personality and health-Inquiry into hardiness”. *Journal of Personality and Social Psychology* 37(1):1-11.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Tountas, Y. ( 2007 ) “Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population”. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:55.
- Koukia E., Giannouli E., Gonis N., Douzenis A(2010) “Security rules and banned items in psychiatric acute admission wards in Athens”. *Greece International Journal of Mental Health Nursing* 19(6):428–436.
- Kozlowski, S., Doherty, M. ( 1989 ). “Integration of climate and leadership”. *Psychology* 74:546 -553.
- Kushida CA, Littner MR, Hirshkowitz M, Morgenthaler TI, et al.( 2006 ) “Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders”. *Sleep*, 29(3):375-80.
- Kyle, T. V. ( 1995 ) “The concept of caring: a review of the literature”.*Journal of Advanced Nursing*, 21 (3):506–514.
- La Montagne AD, Keegel T, Louie AM et al ( 2007 ) “A systematic review of the job stress intervention evaluation literature: 1990-2005”. *Intl J Occup & Environ Health* 2007; 13(3): 268-280.
- Laposa, JM., Alden, LE., Fullerton, LM. ( 2003 ). “Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel”. *J Emerg Nurs*, 29: 23-8.
- Larabee, J. H., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Janney, M. A., Hobbs, G. R. & Burant, C. ( 2004 ) “Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care”. *Research in Nursing and Health*, 27(4):254–268.
- Larson PJ. ( 1987 ) “Comparison of cancer patients’ and professional nurses’ perceptions of important nurse caring behaviors”. *Heart Lung*, 16:187–193.
- Laschinger HK, Almost J, Purdy N, Kim J. ( 2004 ) “Predictors of nurse managers health in Canadian restructured healthcare settings”. *Can J Nurs Leadersh*, 17(4):88-105.
- Lazarus, R. S. ( 1966 ). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York, Toronto, London: McGraw-Hill Book Co.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. ( 1984 ). *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer.

- Lazarus, R. S. ( 1999 ). *Fifty yars of the research and theory of R.S. Lazarous: An analysis of historical and perennial issues*. Mahwah, NJ. Erlbaum.
- Lea, A., Watson, R. ( 1996 ) “Caring research and conceptsQ a selected review of the literature”. *Journal of Clinical Nursing*, 5 (2):71–77.
- Lea A, Watson R, Deary IJ (1998) “Caring in nursing: a multivariate analysis”. *J Adv Nurs*, 28(3):662-671 .
- Lee I, Wang H.H. ( 2002 ) “Perceived occupational stress and related factors in community nurses”. *Journal of Nursing Research*. 2002;10(4):253-260.
- Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. ( 1998 )”The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout”. *Soc Sci Med*, 47:1611–1617.
- Leiter, MP., Maslach, C. ( 1988 )”The impact of interpersonal environment on burnout: An organizational commitment”. *J Org Behav*, 9:297–308.
- Leiter, MP., Harvie, P., Frizzell, C.(1998) “The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout”. *Soc Sci Med* , 47:1611–1617.
- Levi L. (1990) “Occupational stress: spice of life or kiss of death?” *Am Psychol*, 45:1142-1145.
- Lewis, M.( 2006 ) “Nurse Bulling Organizational Considerations in the Maitenance and Preparation of Health Care Bulling Cultures”. *J Nurs Manage*,14:52-58.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W. ( 2003 ). “Socioeconomic inequalities in depression: a metaanalysis”.*Am J Epidemiol*, 157: 98-112.
- Lu H, While AE, Barriball KL.( 2007 ) “Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China”. *Int J Nurs Stud*, 44(4):574-88.
- Lundberg PC, Boonprasabhai K. ( 2001 ) “Meanings of good nursing care among Thai female last-year undergraduate nursing students”. *J Adv Nurs*, 34:35–42.
- Lynn, M. R. & McMillen, B. J. ( 1999 ) “Do nurses know what patients think is important in nursing care?” *Journal of Nursing Care Quality*,13 (5):65–74.
- Maddi, S. R. ( 2006 ). "Hardiness: The courage to grow from stresses". *Journal of Positive Psychology* 1 (3): 160–168.
- Magalhães, R. ( 2006 ) “Prevalence of Burnout Public House Doctors in Sao Paulo, Saude, Etica & Justia”, 11(1/2):29-35.
- Mäkinen A, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M ( 2003 ) “Organization of nursing care and stressful work characteristics”. *J Adv Nurs*. 43(2):197-205.
- Manninen E. ( 1998 ) “Changes in nursing students’ perceptions of nursing as they progress through their education”. *J Adv Nurs*, 27:390–398.

- Manser RL, Rochford P, Naughton MT, Pierce RJ, Sasse A, Teichtahl H, Ho M, Campbell DA.( 2002 ) “Measurement variability in sleep disorders medicine: the Victorian experience”. *Intern Med J*, 32(8):386-93.
- Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S.( 1997 ) “Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease”. *Lancet*, 350: 235-40.
- 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”. *Scan J Work Environ Health*, 27(2), 246-153.
- Marshall J. *Stress among nurses*. In: Copper C.L., Marshall, J.( 1980 ) *White Collar and Professional Stress*, New York.John Wiley & Sons. :19-57.
- Maslach, C. ( 1982 ) *Burnout. The cost of caring*, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Maslach, C., Jackson, SE.( 1986 ) *Maslach burnout inventory manual*. 2nd ed., Palo Alto, CA.:Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, WB. ( 1993 ) Historical and conceptual development of Burnout, in Maslach, C., Schaufeli, W., Marek, T. (Eds).
- Maslach, C., Shaufeli, W.B., Leiter, M.P.( 2001 ) Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52:397-422 Professional burnout: Recent developments in theory and research, , Washington : Taylor & Francis.
- Matrunola, P.( 1996 ) “Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism?” *J Adv Nurs*, 23:877–834 .
- Mayer DK.( 1987 ) “Oncology nurses’ versus cancer patients’ perceptions of nurse caring behaviors: A replication study”. *Oncol Nurs Forum*, 14:48–52.
- Mayo, A., Van Slyck, A.( 1999 ) “Developing staffing standards: Statistical considerations for patient care administrators”. *J Nurs Adm*, 29:43–48.
- Mayroff M. ( 1971 ). *On Caring*, New York : Harper & Row.
- McCance, T., Slater, P. & McCormack, B. ( 2009 ) “Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing”. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (3): 409–417.
- McColl E, Thomas L, Bond S.( 1996 ) “A study to determine patientsatisfaction with nursing care”. *Nursing Standard*,10:34-38.
- McGillis L, Doran D, Pink G.( 2004 ) “Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes”. *JONA*, 34:41–45.

- McGrath A, Reid N, Boore J.( 2003 ) “Occupational stress in nursing”. *Int J Nurs Stud* 2003;40:555-565.
- Mckenna, E. ( 1994 ). *Business psychology and organizational behavior: A students’ handbook*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- McKinnon B., Cross W. (2008) “Occupational violence and assault in mental health nursing: A scoping project for a Victorian Mental Health Service” *International Journal of Mental Health Nursing* 17, (1): 9–17.
- Mc Vicar A. ( 2003 ) “workplace stress in nursing: a literature review”. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6):633-642.
- Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M.( 2007 ) “Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses”.*Am J Respir Crit Care*, 175(7):693-697.
- 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, R.M. (2006) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας.*, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Meliones, J. ( 2000 ) “Saving money, saving lives”. *Harv Bus Rev*. 78(6):57-62, 64, 66-7.
- Menzies I.E.P. ( 1960 ). “Nurses under stress”. *International Nursing Review*, 7:9-16.
- Merkouris, A., Ifantoroulos, I., Lanara, V., Lemonidou, C. ( 1999 ). “Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services”. *Journal of Nursing Managment*, 7:19-28.
- Merkouris A, Papatthanassoglou E, Pistolas D, Papagiannaki V, Floros F, Lemonidou C.( 2003 ) “Staffing and organisation of nursing care in cardiac intensive care units in Greece”. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2:123–129.
- Michael, R., Jenkins, H. ( 2001 ). “The Impact of Work-Related Trauma on The Well-Being of Perioperative Nurses”, *Collegian*, 8 (2), 36-40.
- Michel H, Blanc P. ( 1993 ) “Stress and the digestive system”. *Encephale*, 1:157-161.
- Miguel RS., Lopez – Gonzalez AM, Sanchez – Iriso E., Mar J & Cabases JM.( 2008 ) “Measuring health-related quality of life in drug clinical trials: Is it given due importance?”, *Pharmacy World and Science*. 2008, 30:154-160.
- Miller A, Engst C, Tate R, Yassi A.(2006) “Evaluation of the effectiveness of portable ceiling lifts in a new long term care facility”. *Applied Ergonomics*, 37: 377 - 385.
- Milutinović D, Golubović B, Brkić N, Prokeš B.(2012) “Professional stress and health among critical care nurses in Serbia”.*Arh Hig Rada Toksikol*, 63(2):171-80.

- Misao H, Hayama Y, Hishinuma M, Iwai I, Kaharu C Seiroka Kango Daigaku Kiyo. ( 1996 ) “Analysis of the concept of care/caring-structure of attributes identified from qualitative and quantitative research”. *Seiroka Kango Daigaku Kiyo.*, 22:14-28.
- Mönnikes H, Tebbe JJ, Hildebrandt M, Arck P, Osmanoglou E, Rose M, Klapp B, Wiedenmann B, Heymann-Mönnikes ( 2001 ) “Role of stress in functional gastrointestinal disorders. Evidence for stress-induced alterations in gastrointestinal motility and sensitivity”. *Dig Dis*, 19(3):201-11.
- Mooney, A. ( 2006 ) “Quality of life:Questionnaires and questions”. *Journal of Health Communication*,2006. 11:327-341.
- Morris M.( 1995 ) “Need to reduce stress”. *Br J Nurs*, 4:572–573.
- Morrison P ( 1991 ) “The caring attitude in nursing practice: a repertory grid study of trained nurses' perceptions” *Nurse Educ Today*, 11(1):3-12.
- Moustaka E., Antoniadou F., Maliarou M., Zantzou I., Kyriaki K., Konstantinidis T. ( 2009 ) “Research in occupational stress among nursing staff – a comparative study in capital and regional hospitals”. *Public Health Issues in Thace, Enviromental Hygiene, Epidemiology, Health and Safety in Workplaces*, 2:19-24.
- Moustaka, E., Constantinidis, T.C. ( 2010 ) “Sources and effects of Work-related stress in nursing”. *Health Science Journal* 4(4):210-216 .
- Mrayyan MT( 2007 ) “Jordanian nurses' job satisfaction and intent to stay: comparing teaching and non-teaching hospitals”.*J Prof Nurs*, 23(3):125-36.
- Mullins IL. ( 1996 ) “Nurse caring behaviors for persons with acquired immunodeficiency syndrome/human immunodeficiency virus”. *Appl Nurs Res*, 9:18–23.
- 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: Μουστάκα Ε., Ζάντζος Ι., Κωνσταντινίδης Θ. Κ. (2010) Εκφάνσεις του Εργασιακού άγχους στην Ψυχική και Σωματική Υγεία (Έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό) Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αλεξανδρούπολη.
- Murphy, L.R. ( 1999 ). *Organizational Interventions to Reduce Stress in Health Care Professionals*. Στο: Αγαθοκλέους, Θ. (2012). Επιπτώσεις του Εργασιακού Στρες στη Σωματική και Ψυχική Υγεία των Νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου. Μεταπτυχιακή εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Muscroft J., Carolyn H. (1998) “A comparison of psychiatric nurses' and general nurses' reported stress and counselling needs: a case study approach” *J.Adv. Nurs.*, 27(6): 1317–1325.



- National Center for Educational Statistics ( 2003 ) *Digest of educational statistics, 2002*. Washington, DC : US Department of Education
- Nelson, D.L. Simmons, B.L. ( 2004 ). In P. L. Perrewé, D. C. Ganster. *Eustress: An Elusive Construct an Engaging Pursuit* (First Edition ed.). Oxford, UK: Elsevier Jai.
- 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.
- Nomura K, Nakao M, Sato M, Ishikawa H, Yano E ( 2007 ) “The association of the reporting of somatic symptoms with job stress and active coping among Japanese white-collar workers”. *J Occup Health*, 49(5):370-5.
- Numerof RR, Abrams MN.(1984) “Sources of stress among nurses:An empirical investigation”. *J Hum Stress*, 10:88–100 .
- Nursing Executive Committee. “Reversing the flight of talent: Nursing retention in an era of gathering shortage”, Washington, DC : Advisory Board Co .
- Nursing Management. 2004;35(6):25-31.
- Oates PR, Oates RK(1996) “Stress and work relationships in the neonatal intensive care unit: are they worse than in the wards?” , *J Paediatr Child Health*, 32(1):57-59.
- O'Brien PL, Baumann A, Villeneuve M.(1994) *The quality of nursing work life*. In J. Hibberd & M.E. Kyle (Eds.), *Nursing management in Canada* (pp. 391-409). Toronto, ON Canada : W.B. Saunders .
- O'Connell B, Young J, Twigg D.(1999) “Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum”. *Int J Nurs Pract*, 5:727.
- Ogden, J., Mitandabari, t. (1997) “Examination stress and changes in mood and health related behaviour”. *Psychology and Health*, 12:288-299. Στο Robin, M., Leslie, R.M. (2006) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα
- Olofsson B, Bengtsson C, Brink E. (2003) “Absence of response: A study of nurses; experience of stress in the workplace”. *J Nurs Manag*, 11: 351–358.
- Ollendick, T.H.(1998). *Handbook of Child Psychopathology*, Third Edition. NY: Plenum Press.
- Olszewski, P.K., Levine, A.S.(2007) “Central Opioids and Consumption of Sweet Tastants: When reward outweighs homeostasis”. *Physiol Behav*, 91:506-512.
- O'Sullivan, Geraldine (18 July 2010). "The Relationship Between Hope, Eustress, Self-Efficacy, and Life Satisfaction Among Undergraduates". *Social Indicators Research* 101 (1): 155–172.
- Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., Jarosova, D., et al. (2011) “Surgical Patient Satisfaction as an Outcome of Nurses’ Caring Behaviors: A

- Descriptive and Correlational Study in Six European Countries”. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4):341-350.
- Paley, J. (2001) “An archaeology of caring knowledge”. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (2):188–198.
- Paley J. (2002) “Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics”. *J Adv Nurs*, 40:25–35.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., Monos D. (1994) “Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing”. *Br J Med Psychol*, 67:187–199.
- Papastavrou, E., Karlou, C., Tsangari, H. Et al. (2010) “Cross-cultural validation and psychometric properties of the Greek version of the Caring Behaviors Inventory: a methodological study”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17:435-443.
- Papastavrou E, Efstathiou G, Charalambous A (2011) “Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies”. *J Adv Nurs*. 67(6):1191-205.
- Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Suhonen R, Leino-Kilpi H, et al.(2012) “A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries”. *Adv Nurs*, 68(5):1026-1037.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakas, D. (2005). “Validation and norming of the Greek SF-36 Health Survey”. *Qual Life Res*, 14:1433-1438.
- Patiraki E, Karlou C, Efstathiou G, Tsangari H, Merkouris A, et al (2012) “The Relationship Between Surgical Patients and Nurses Characteristics With Their Perceptions of Caring Behaviors: A European Survey”. *Clin Nurs Res Epub* ahead of print
- Pawar, A. A., & Rathod, J.(2007). “Occupational Stress in Naval Personnel”. *Military Journal of Armed Forces India*, 63(2), 154-156.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985) “A conceptual model of service quality and its implications for future research”. *Journal of Marketing*, 49:41-50.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. (1988) “Servqual: A multiple-item scale for measuring perceptions of service”, *Journal of Retailing*, 64:12-40.
- Pascoe, G., Attkinson, C. (1983) “The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction”. *Evaluation and Program Planning*, 6:335-347.
- Patterson C., Curtis J., Reid A. (2008). “Skills, knowledge, and attitudes expected of a newly-graduated mental health nurse in an inpatient setting” *International Journal of Mental Health Nursing* 17 (6): 410–418.
- Patterson P.G., Lester, W.J. (1993) “Disconfirmation of expectations and thw gap model of service quality: an integrated paradigm”. *Journal of Consumer Satisfaction, Satisfaction and Complaining Behavior*, 6:90-99.

Patrick, DL., Erickson PD (1993) *Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care*. New York : Oxford University Press.

Patistea E.(1999) "Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research". *J Clin Nurs*. 8(5):487-495.

Patistea E, Siamanta H (1999) "A literature review of patients' compared with nurses' perceptions of caring: implications for practice and research". *J Prof Nurs*, 15(5):302-12.

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.

Pflanz S, Sonnek S.(2002) "Work Stress in The Military: Prevalence, Causes and Relationship to Emotional Health". *Military Medicine*;167, 877-882.

Pines, AM., Keinan, G.(2005) "Stress and burnout: the significance difference. Personality and Individual Differences", 39:625-635.

Poirier P, Sossong A. (2010) "Oncology patients' and nurses' perceptions of caring". *Can Oncol Nurs J*. 20(2):62-5.

Polit F, Beck C (2004) *Nursing research: Principles and methods*. 5th ed., New York : Lippincott.

Pompili M., Rinaldi G., Lester D., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. (2006) " Hopelessness and Suicide Risk Emerge in Psychiatric Nurses Suffering From Burnout and Using Specific Defense Mechanisms" *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (3):135–143

Poncet, M. C., P. Toullic, L. Papazian, N. Kentish-Barnes, J. F. Timsit, F. Pochard, S. Chevret, B. Schlemmer, and E. Azoulay. (2007). "Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff." *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine* 175 ( 7 ): 698–704.

Pournaras S, Tsakris A, Mandraveli K, Faitatzidou A, Douboyas J, Tourkantonis A. (1999) "Reported needlestick and sharp injuries among health care workers in a Greek general hospital". *Occup Med*.49:423-6.

Priebe, S., Fakhoury, W., White, I., Watts. J., Bebbington, P., Billings, J. et al.(2004) "Characteristics of teams, staff and patients: Associations with outcome of patients in assertive outreach". *Br J Psychiatry*, 185:306–311.

Pruss-Ustin A, Rapiti E, Hutin Y. ( 2005 ) "Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers". *Am J Ind Med* 48:482-90.

Raffii, F., Hajjineshad, M. O. & Haghani, M. O. (2008) "Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction". *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (2):75–84.

- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS et al. ( 1995 ) “Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians”. *Br J Cancer* 71:1263–1269.
- Rahe RH, Mahan JL, Arthur RJ (1970). "Prediction of near-future health change from subjects' preceding life changes". *J Psychosom Res* 14 (4): 401–6.
- Redferns, Norman J. (1999) “Measuring the quality of nursing care – A consideration of different approaches”. *J Adv Nurs*,15:1260–1271.
- Rees, D., Cooper, C.L. (1992). “Occupational stress in health-service workers in the UK”, *Stress Medicine*, 8(2):79-90.
- 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.
- Reilly K, Mueller C, Zimmerman D.(2006) “A nurse staffing taxonomy for decision making in long-term care nursing facilities”. *J Nurs Care Qual* 21:176–186.
- Revicki, D. A., May, H. J. (1989). “Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses”. *Behavioral Med*, 15:30-36.
- Risser, N. L. (1975) “Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings”. *Nursing Research*, 4(1):45–52.
- 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 R.M. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της Υγείας*, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. (2008) “Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes”. *J Am Acad Nurse Pract*, 20(12):600-607.
- Rogers B., Mastroianni K, Randolph S. (2003). *Occupational Health Nursing Guidelines for Primary Clinical Conditions* (3<sup>rd</sup> ed). Boston, MA:OEM Press.
- Rolfe G, Gardner L. (2005) “Towards a nursing science of the unique: Evidence, reflexivity and the study of persons”. *J Res Nurs*,10:297–310.
- Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al.(2004) “Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study”. *Lancet*, 364: 953-62.
- Rosenstein, A.H. (2002) “Nurse-physician relationship: impact on nurse satisfaction and retention”. *American Journal of Nursing*, 102:26–34.

- Roter, J.B.(1966). “Generalized expectancies for the internal versus external control of reinforcement”. *Psychological Monographs*, 90(1):1-28.
- Rounds KE, McGrath BB, Walsh E. (2013) “Perspectives on provider behaviors: A qualitative study of sexual and gender minorities regarding quality of care”, *Contemp Nurse*. 44(1):99-110.
- Royal College of Nursing (2008) “Needlestick injury in 2008: results from a survey of RCN members”, London: RCN
- Ruegger M, Abrens R, Eickmann U, Falcy M. ( 2007 ) “Safe handling of antineoplastic drugs – ISSa Guidelines and their implementation in Switzerland”, *Proceedings of the International Symposium by Elinyae & ISSA Health Services Section*, Athens.
- Tom C Russ, Emmanuel Stamatakis, Mark Hamer, John M Starr, Mka Kivimäki, G David Batty. ( 2012 ) “Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies”, *BMJ* 2012; 345.
- Santos S.R, Carroll C.A, Cox KS, Teasley S.L, Simon S.D, Bainbridge L, et al. ( 2003 ) “Baby boomer nurses bearing the burden of care: a four-site study of stress, strain, and coping for inpatient registered nurses”. *Journal of Nursing Administration*. 33(4):243-250.
- Sanz Cuesta MT, Olalla García MT, Monge Jodra V, Soriano López C, López Martín R, Pla Mestre R, Pollán Santamaría MA, Walker Gruchaga R, Riobo Servan P (1989) “Smoking habits: a study of hospital staff”, *Rev Clin Esp*. 185(8):391-395.
- Saracci R.(1997) “The world health organisation needs to reconsider its definition of health”, *BMJ* 314:1409.
- Sarason, B.R., Shearin, E.N., Prince, G.R., Sarason, I.G. (2010) “Interrelationship of Social Support Measures:Theoretical and Practikal Implementations”. *Health Science Journal*, 4(4):210-216.
- Schwartz, G. E. (1982) “Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.
- Scotto, C. J. (2003) “A new view of caring”. *The Journal of Nursing Education*, 42 (7), 289–291.
- Segerstrom SC, Miller GE(2004) “Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry”, *Psychol Bull*. 130(4):601-630.
- Selye H. “The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation”. *J Clin Endocrinol Metab* 1946, 6:117–230.
- Selye, Hans (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company. p. 171.
- Shader K., Broome M.E., Broom L.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.

- Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J., Back, A. (2002) “Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program”. *Ann Intern Med*, 136:358-367.
- Sheehan J. ( 1985 ) “Ethical considerations in nursing practice”. *J Adv Nurs* , 10:331–336.
- Shelton P, Rosenthal K. Sharps injury prevention: select a safer needle.
- Sherr L.(1989) *Death, dying and bereavement*, Oxford : Blackwell Scientific publications.
- Siegrist J, Peter R. Junge A, Cremer P. Seidel D. ( 1990 ). “Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue – collar men”. *Soc Sci Med* 31:1127-34.
- Siegrist J. (1996). “Adverse health effects of high effort / low reward conditions”, *J Occ Health Psych.* 1(1):27-41.
- Simon M, Tackeberg P, Nienhouse A, Estry Behar M, Conway PM, Hasselhorn HM.(2008) “Back or neck pain related disability of nursing staff in hospitals-nursing homes and home care in seven countries results from European NEXT-STUDY”. *Int. J Nurs. Stud.*45(1):24-34.
- Smedley J, Trevelyan F, Inskip H, Buckle P, Cooper C, Coggon D. (2003) “Impact of ergonomic intervention on back pain among nurses”. *Scand. J. Work Environ. Health* 29(2):117 - 23.
- Smith J. (2004) “Prevention and management of back pain in nurses”. *Nursing Times* 100: 41, 28-29.
- Smith D., Smyth W., Leggat P., Wang R. (2006) “Needlestick and sharps injuries among nurses in a tropical Australian hospital”. *International Journal of Nursing Practice.* 12(2):71-77.
- Sinclair W. (1988). *The hazards of hospital work*, Australia : Melbourne.
- Stathopoulou, H, Karanikola MN, Panagiotopoulou F, Papathanassoglou ED (2011) “Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece”. *J Emerg Nurs*, 37(4):314-320.
- Stephens, 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, R.M. (2006) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Stone P., Clarke S., Cimiotti J., Correa-de-Araujo R. (2004). “Nurses’ working conditions: Implications for infectious disease”. *Emerging Infectious Disease.* 10(11):1984-1988.
- Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. (1982) “Sentimental work in the technologized hospital”. *Sociol Health Illn*, 4:254–278.

- Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H.(2007 ) “Hospitals’ organizational variables and patients’ perceptions of individualized nursing care in Finland”. *J Nurs Manag*, 15:197–206. .
- Suhonen R, Valimaki M, Leino-Kilpi H.( 2008 ) “A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients”. *J Clin Nurs*, 17:843–860 .
- Suresh P, Matthews A, Coyne I. (2012) “Stress and stressors in the clinical environment: a comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland”. *J Clin Nurs*, 22(5-6):770-779.
- Sveinsdottir H, Biering P, Ramel A. ( 2006 ) “Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey”, *International Journal of Nursing Studies*, 43(7):875-89.
- Tabone, S. (2001). “TNA Takes Zero Tolerance Position on Physician Abuse of RNs”. *Journal of Texas Nursing*, 75 (5): 8-11.
- Tagliacozzo, R., 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.
- Taylor B, Barling J.,(2004). “Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach”. *International Journal of Mental Health Nursing* 13(2):117–125.
- Tehrani, N., Ayling L. (2008) *Work-related stress. CIPD Stress at work*.
- Tennant, C. (2001) “Work-related stress and depressive disorders”. *J Psychosom Res*, 51:697-704.
- Tranmer JE. (2000) “Who knows best: the patient or the provider? A nursing perspective”. *Hosp Q*. 3(4):25-9.
- Tsatsoulis A.(2006) “The role of stress in the clinical expression of thyroid autoimmunity”, *Ann N Y Acad Sci*. 1088:382-395.
- 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.
- Tyler PA, Carroll D, Cunningham SE. ( 1991 ), “Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors”. *Int J Nurs Stud*.28(2):125-130.
- Tyler, P., Cushway, D. (2006). “Stress, coping and mental well-being in hospital nurses”. *Stress Medicine*, 8(2):91-98.

- Tyson,PD. Pongruengphant,R.(2004).“Five year follow up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand”. *Int J Nurs Stud.* 41(3):247-54.
- Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. (2000) “The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study”, *Med Educ*, 34(5):374-84.
- Vahey, DC., Aiken, LH., Sloane, DM., Clarke, SP., Vargas, D. (2004) “Nurse burnout and patient satisfaction”. *Med Care*, 42:1157–1166.
- Vajlgaard, T., Addington-Hall, JM. (2005). “Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care”. *Palliat Med*, 19, 119-127.
- Vasiliadou A, Karvolntzis G, Soumilas A, Roumeliotis D, Theodosopoulou E. (1995)“Occupational low back in nursing staff in a Greek hospital”. *J. Adv. Nurs*, 21 : 125 -30.
- Verdon M, Merlani P, Perneger T, Ricou B.(2008) “Burnout in a surgical ICU team” *Intensive Care Med*, 34(1):152-156 .
- Visser, MRM., Smets, EMA., Oort, FJ., De Haes, HCJM. (2003) “Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists”. *CMAJ*,168:271-275.
- Von Essen L, Sjoden PO. (1991) “The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff”. *Int J Nurs Stud*, 28:267–28.
- Vreeland, R., Ellis, G.L., “Stresses on the Nurse in an intensive care unit”. *J.Am.Med, Ass*, 1969,208:332-334.
- Wagner D, Bear M. (2009 ) “Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing framework”. *J Adv Nurs*, 65:692–701.
- Walsh M, Dolan B.(1999) “Emergency nurses and their perceptions of caring”. *Emerg Nurse*, 7:24–31.
- Ware, JE., Kosinski, M., Keller, SD. (1995) *How to score SF-12 physical and mental health summary scales 2<sup>nd</sup> edition*. Boston, MA: the Health Institute.
- Ware, JE, Kosinski, M., Keller, SD. (1996) “A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of Scale and Preliminary tests of reliability and validity”. *Med Care*, 34:220-233.
- Warr, P. ( 1990 ) “Decision Latitude, Job Demands and Employee Well – being”, *Work and Stress* .
- Washington State Nurses Association, ( 2010 ) from the website <http://www.wsna.org>
- Wasiak R, Verma S, Pransky G, Webster B. ( 2004 ) “Risk factors for recurrent episodes of care and work disability: case of low - back pain”. *J. Occup. Environ. Med.*46 (1): 68 - 76.
- Waters KR, Easton N.( 1999 ) “Individualized care: Is it possible to plan and carry out?”, *J Adv Nurs*, 29:79–87.



- Watson, J. (1985) *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder, CO: Colorado Associated University Press, in: Papastavrou, E., Karlou, C., Tsangari, H. Et al. (2010) "Cross-cultural validation and psychometric properties of the Greek version of the Caring Behaviors Inventory: a methodological study". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17:435-443.
- Watson J.(1985) *Nursing: Human science and human care, a theory of nursing.*, Norwalk : Appleton-Century-Crofts.
- Weiss, B., ( 2004 ) "Finding time for fitness". *United States*, 67:53-54.
- Wheatley, R. (2000) *Taking the strain: a survey of managers and workplace stress*. London : Institute of Management Whitman.
- Whitby RM, McLaws ML. ( 2002 ) "Hollow-bore needlestick injuries in a tertiary teaching hospital: epidemiology, education and engineering". *Med J Aust*. 21;177(8):418-22.
- 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 .
- Williams S. (1994). *Managing Pressure for Peak Performance*, London : Kogan Page.
- Wilson GB. (2001) "Safer handling practice for nurses: a review of the literaturge". *Br. J. Nurs*.10(2): 108 - 14.
- Wolf, Z. R. (1986) "The caring concept and nurse identified caring behaviors". *Topics in Clinical Nursing*, 8 (2):84–93.
- Wolf, Z. R., Colahan, M. & Costello, A. (1998) "Relationship between nurse caring and patient satisfaction". *MedSurg Nursing*, 7 (2): 99–105 .
- Wolf, ZR, Giardino, ER, Osborne, PA, Ambrose, MS.(1994) "Dimensions of nurse caring". *Image J Nurs Sch*, 26:107-111.
- Wood – Dauphinee, S. ( 1999 ) "Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going". *Journal of Clinical Epidemiology* 52: 355-363.
- Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J, Wang XR (2011) "Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China". *Ind Health*, 49(2):158-65.
- Wu, Y., Larrabee, JH., Putman, HP. (2006) "Caring Behaviors inventory: Areduction of the 42-item instrument". *Nurs Res*, 55:18-25.
- Xie Z, Wang A, Chen B. (2011) "Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai". *J Adv Nurs*. 67(7):1537-1546.
- 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". *Occup Environ Med*, 2002,59:836-841.

Yassi A, Ostry A, Walsh G, deBoer HM.(2002) “A collaborative evidence - based approach to making healthcare a healthier place to work”.*Hosp Q*, 5:70 - 78.

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*, 24(3):129-33.

Zangaro, GA., Soeken, KL. (2007) “A meta-analysis of studies of nurses’ job satisfaction”. *Res Nurs Health*, 30:445-458.

Zveinsdottir H, Biering P, Ramel A.(2006) “Occupational stress, job satisfaction and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey”. *Int J Nurs Stud*,43(7):875-89.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄**



**ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΩΣ  
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟ-ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ  
ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟ-ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η μελέτη αυτή διεξάγεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου «Διοίκηση Μονάδων Υγείας». Η μελέτη περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου το οποίο αφορά: α) Την διερεύνηση του Επαγγελματικού Άγχους ως παράγοντα επιβάρυνσης της ψυχο-σωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, και β) την αποτύπωση των εκδηλώσεων του επαγγελματικού άγχους σε σωματικό, γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο.

Σας παρακαλούμε, αφού διαβάσετε με προσοχή κάθε μέρος του ερωτηματολογίου, απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια τοποθετώντας ένα Χ στην απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο, σύμφωνα με τη διαβάθμιση της κλίμακας του κάθε μέρους όπως θα δείτε παρακάτω (π.χ., 1=καθόλου στρεσογόνο ως 4=εξαιρετικά στρεσογόνο). Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και προτάσεις που αφορούν την εργασία σας. Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, σας ζητείται να προσδιορίσετε πόσο στρεσογόνες υπήρξαν για σας, μια σειρά καταστάσεων που συναντάται στον εργασιακό σας χώρο. Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ένας κατάλογος σωματικών προβλημάτων ή συμπτωμάτων και καλείστε να σημειώσετε πόσο συχνά αντιμετωπίσατε καθένα από τα προαναφερόμενα. Στο τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου αναφέρονται προτάσεις για το πώς αισθάνεστε το τελευταίο διάστημα και στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις που αναφέρονται σε συμπεριφορές υγείας που έχετε υιοθετήσει.

Δεν υπάρχουν σωστές, ή λάθος απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η προσωπική σας άποψη. Μην σκέφτεστε πολύ για κάθε πρόταση και απαντήστε αυθόρμητα. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο. Χωρίς τη βοήθεια τη δική σας και άλλων συναδέλφων δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση αυτής της σημαντικής μελέτης για τα Ελληνικά δεδομένα, σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εκλαμβάνεται ως συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα.

Για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις σας παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τη συντονίστρια της μελέτης κα. Μαρία Σταθάκη στα τηλέφωνα: 6972924591 ή 210 9574748.

Με εκτίμηση,

Σταθάκη Μαρία, Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### Μέρος Α΄

Σημειώστε με X 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. Παιδιά: 1. Ναι  Αριθμός αγοριών ..... Αριθμός κοριτσιών .....

2. Όχι

A5. Η βασική σας εκπαίδευση είναι νοσηλευτής /α:

1. Π.Ε  2. Τ.Ε  3. Δ.Ε  4. Υ.Ε

5. Άλλο .....

A6. Αν έχετε κάνει κάποια εκπαίδευση εκτός της βασικής σημειώστε με X στην αντίστοιχη επιλογή:

1. Ειδικότητα  2. Μεταπτυχιακό  3. Διδακτορικό

4. Εξειδίκευση  5. Σεμινάριο διαχείρισης άγχους

6. Ψυχοθεραπεία  7. Άλλο .....

A7. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε; .....

A8. Χρόνια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα: .....

A9. Συνολικά χρόνια υπηρεσίας στη νοσηλευτική: .....

A10. Επιλογή για το τμήμα που εργάζεστε: 1. Δική μου  2. Άλλων

A11. Τι είδους ωράριο έχετε; 1. Πρωινό  2. Κυκλικό

A12. Ποια θέση κατέχετε αυτή τη στιγμή στο νοσοκομείο:

1. Βοηθού νοσηλεύτη  2. Υπευθύνου/ης τμήματος

3. Τομεάρχη  4. Προϊσταμένου/ης

5. Νοσηλεύτη  6. Άλλο .....

A13. Κατά μέσο όρο νυχτερινές βάρδιες το μήνα:(αριθμός)

A14. 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

A15. 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

A16. Θα θέλατε το παιδί σας να ακολουθήσει το επάγγελμα σας;

1. Ναι  2. Όχι

A17. Αν σας ρωτούσαν σήμερα θα επιλέγατε πάλι να ασκήσετε το επάγγελμα σας;

1. Ναι  2. Όχι

A18. Πώς θα βαθμολογούσατε τον εαυτό σας ως επαγγελματία, με κλίμακα βαθμολογίας από το 1 έως το 10 (10= άριστα): Βαθμός

A19. Πώς θα βαθμολογούσατε, γενικά, τον Έλληνα Νοσηλευτή, με κλίμακα βαθμολογίας από το 1 έως το 10 (10= άριστα): Βαθμός

### Μέρος Β΄

B1. Ακολουθως υπάρχει μια λίστα καταστάσεων οι οποίες είναι συνηθισμένες 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	Λίγο Στρεσογόνο	Αρκετά Στρεσογόνο	Εξαιρετικά Στρεσογόνο	Δεν Ισχύει
1	2	3	4	0

α/α	Ερώτηση	Βαθμολογία
1	Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς	
2	Επίκριση 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 τους γιατρούς.	
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 ικανοποιητική απάντηση.	
13	Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.	
14	Διαρκής μετακίνηση σε άλλα νοσηλευτικά τμήματα λόγω έλλειψης προσωπικού.	
15	Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και πρόγραμμα εργασίας.	
16	Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.	
17	Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς.	



<b>Καθόλου Στρεσογόνο</b>	<b>Λίγο Στρεσογόνο</b>	<b>Αρκετά Στρεσογόνο</b>	<b>Εξαιρετικά Στρεσογόνο</b>	<b>Δεν Ισχύει</b>
1	2	3	4	0

18	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.			
19	Να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατό του.			
20	Φόβος για την πιθανότητα λάθους στη χορήγηση της θεραπείας των ασθενών.			
21	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς.			
22	Έλλειψη ευκαιριών εξωτερίκευσης, προς τους συναδέλφους, των αρνητικών σας συναισθημάτων για τους ασθενείς.			
23	Δυσκολία στη συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτές) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.			
24	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτές) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.			
25	Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών.			
26	Απουσία γιατρού σε ένα ιατρικά επείγον περιστατικό.			
27	Να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.			
28	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.			
29	Ο θάνατος ενός ασθενούς.			
30	Διαφωνία που αφορά τη 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 καθηκόντων.			
<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Εξαιρετικά</b>	<b>Δεν Ισχύει</b>

Στρεσογόνο	Στρεσογόνο	Στρεσογόνο	Στρεσογόνο	
1	2	3	4	0

35	Να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την κατάσταση της υγείας και τη θεραπεία ενός ασθενούς τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένεια του.	
36	Η ευθύνη να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσει τις οικογένειες των ασθενών.	
37	Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών.	
38	Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια σας στο χώρο εργασίας.	
39	Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση.	
40	Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού.	
41	Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.	
42	Έλλειψη υποστήριξης από τη 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 στη λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων.	
46	Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών.	
47	Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών.	
48	Να θεωρείστε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να ελέγξετε.	
49	Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.	
50	Να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών.	
51	Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση του νοσοκομείου.	
52	Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου.	
53	Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.	

<b>Καθόλου Στρεσογόνο</b>	<b>Λίγο Στρεσογόνο</b>	<b>Αρκετά Στρεσογόνο</b>	<b>Εξαιρετικά Στρεσογόνο</b>	<b>Δεν Ισχύει</b>
1	2	3	4	0

54	Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών.	
55	Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει.	
56	Επικρίσεις από τη νοσηλευτική διοίκηση.	
57	Υπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμμα σας.	
58	Φόβος κατά πόσο 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 αναφέρετέ τις με λίγα λόγια.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Μέρος Γ'

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

Γ1. Σας έχει απασχολήσει ποτέ κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας;

Ναι  Όχι

Αν Ναι, αναφέρετε τα κυριότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζετε τώρα

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Γ2. 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 X 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.				

α/α	Ερώτηση	Καθόλου	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά
13	Πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος.				
14	Σωματική εξάντληση και κούραση.				
15	Πυρετοί.				
16	Φτωχή μνήμη.				
17	Απότομη 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 τη νόσο του ευερέθιστου εντέρου;	Ναι		Όχι	
26	Διαταραχές εμμήνου ρύσεως.				
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	

Γ3. Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρόνιο νόσημα που σας απασχολεί;

Ναι  Όχι

Αν ναι, αναφέρετε την.....

Γ4 Αυτό το διάστημα αντιμετωπίζετε κάποιο ιδιαίτερα σοβαρό οικογενειακό πρόβλημα με τον/την σύζυγο, ή άλλο συγγενικό πρόσωπο

1.Πρόβλημα υγείας: Ναι  Όχι

2.Σχέσης: Ναι  Όχι

3.Οικονομικό πρόβλημα: Ναι  Όχι

4.Άλλο (αναφέρετε το) .....

Γ5. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσυνα και πως τα πράγματα πηγαίνουν 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	Αισθανόσυνα τόσο πολύ πιεσμένος ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σου φτιάξει το κέφι;					
3	Αισθανόσυνα ηρεμία και γαλήνη;					
4	Αισθανόσυνα κακοκεφιά και μελαγχολία;					
5	Ήσουν ευτυχισμένος;					

### Μέρος Δ'

Σκοπός αυτού του τμήματος είναι να διερευνήσει τις συνήθειες που έχετε το τελευταίο διάστημα. Παρακαλώ, απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις:

Δ1. Πόσο συχνά γυμνάζεστε το τελευταίο διάστημα:

1. 3 φορές την εβδομάδα και περισσότερο

2. 1-2 φορές την εβδομάδα

3. Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα.

4. Δεν γυμνάζομαι.

Δ2. 1) Καπνίζετε; Ναι  Όχι

Αν Ναι, αναφέρετε πόσα τσιγάρα ημερησίως; ..... Πόσα χρόνια; .....

2) Είστε πρώην καπνιστής; Ναι  Όχι

Αν Ναι, αναφέρετε πόσα χρόνια έχετε που διακόψατε το κάπνισμα; .....

Δ3. Καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά το τελευταίο διάστημα; Ναι  Όχι

Αν Ναι, αναφέρετε πόσα ποτήρια καταναλώνετε, κατά μέσο όρο, εβδομαδιαίως

1. Μπίρα

2. Κρασί.

3. Ουίσκι

4. Ούζο

5. Κονιάκ

6. Άλλο.....

Δ4. Η ημερήσια διατροφή σας περιλαμβάνει:

α/α	Τρόφιμα	Καθόλου	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά
1	Φρούτα				
2	Λαχανικά				
3	Δημητριακά				
4	Κρέας				
5	Τυποποιημένα φαγητά				
6	Άλλο				

Δ5. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε από ταχυφαγείο; (αναφέρετε αριθμό). .....

Δ6. Παίρνετε φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή; Όχι  Ναι

Αν Ναι, αναφέρετε ποια φάρμακα και πόσο συχνά; (σημειώστε με X, ότι σας αντιπροσωπεύει).

α/α	Φάρμακα	Καθόλου	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά
1	Παυσίπονα				
2	Αντιβιοτικά				
3	Βιταμίνες				
4	Υπναγωγά				
5	Αγχολυτικά				
6	Άλλο (αναφέρετε)				

Δ7. Χρησιμοποιείτε ζώνη ασφαλείας όταν ταξιδεύετε με αυτοκίνητο;

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



### Μέρος Ε΄

Σκοπός αυτού του τμήματος είναι να διερευνήσει την ασφάλεια στο χώρο εργασίας.

E1. Κατά το τελευταίο έτος πόσες φορές εκτεθήκατε σε κάποιο ατύχημα στον χώρο εργασίας σας: Αριθμός .....

E2. Χαρακτηρίστε σύντομα το κάθε ατύχημα (π.χ. Πτώση από σκάλες, τρύπημα βελόνας, μυοσκελετικούς τραυματισμούς ή κακώσεις σώματος από επιθετική συμπεριφορά ασθενών), και αναγράψτε πόσες ημέρες εργασίας χάσατε εξαιτίας του.

A) ..... Ημέρες .....

B) ..... Ημέρες .....

Γ) ..... Ημέρες .....

E3. Πόσες μέρες απουσιάσατε από την εργασία σας, λόγω ασθένειας, το τελευταίο έτος: Αριθμός .....

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ  
ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ :**

**«Διερεύνηση του Επαγγελματικού Άγχους ως παράγοντας επιβάρυνσης της ψυχο-  
σωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.**

Δηλώνω ότι :

- Έχω λάβει προφορικές πληροφορίες σχετικά με την παραπάνω ερευνητική εργασία και έχω διαβάσει τις συνημμένες γραπτές πληροφορίες.
- Μου δόθηκε η ευκαιρία να συζητήσω την ερευνητική εργασία και να υποβάλλω ερωτήσεις.
- Συγκατατίθεμαι να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία και γνωρίζω ότι η συμμετοχή μου είναι απολύτως εθελοντική.
- Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών μου στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία μου.
- Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Η έρευνα αυτή γίνεται για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας, στα πλαίσια της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας (Ερευνας) «Διερεύνηση του Επαγγελματικού Άγχους ως παράγοντας επιβάρυνσης της ψυχο-σωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.

-----  
Υπογραφή Συμμετέχοντα στην  
Ερευνητική Εργασία

-----  
Ημερομηνία Υπογραφής

-----  
Όνοματεπώνυμο  
(ΑΡΧΙΚΑ ΜΟΝΟ – ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ** 26/27-12-2012  
Πρακτικών της αριθμ.: .....  
Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Ψ.Ν.Α.

**ΘΕΜΑ 4ο .:** ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΕΝΩΠΙΟΝ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟ ΜΕ ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ. 41/6-12-2012 ΕΓΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ, ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΩΣ ΕΞΗΣ:

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ , ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΥΠΡΟΥ , ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΤΕ ΤΟΥ ΨΝΑ Κ<sup>Α</sup> ΜΑΡΙΑ ΣΤΑΘΑΚΗ .

ΣΧΕΤ. : 1. Το με αρ. 36189 / 3-12-12 Αίτημα της ανωτέρω Φοιτήτριας Κ<sup>α</sup> Μαρίας Σταθάκη .  
2. Η με αρ. 7 / 4-12-12 Απόφαση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας .

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 10 / 5-12-12 ( θέμα 1 ε ) συνεδρίασή του και αφού έλαβε υπόψη του :

1. Το σχετικό αίτημα της ανωτέρω Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου Κ<sup>α</sup> Μαρίας Σταθάκη , Νοσηλεύτριας ΤΕ του ΨΝΑ , για την Έγκριση Διεξαγωγής Έρευνας στο πλαίσιο διπλωματικής της εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών « Διοίκηση Μονάδων Υγείας » με θέμα : « Διερεύνηση του Επαγγελματικού Άγχους ως παράγοντας επιβάρυνσης της ψυχο-σωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας » που θα διεξαχθεί στο Νοσοκομείο μας με την χρήση ερωτηματολογίου και την συλλογή δεδομένων , μεταξύ του Νοσηλευτικού Προσωπικού του ΨΝΑ , από την ανωτέρω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Κ<sup>α</sup> Μαρία Σταθάκη .
2. Το πρωτόκολλο της εν λόγω μελέτης , και το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθούν καθώς και το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων .
3. Την Ομόφωνη Απόφαση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας για την πραγματοποίηση της έρευνας .

### ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Εγκρίνει :

Την διεξαγωγή της Έρευνας με θέμα : « Διερεύνηση του Επαγγελματικού Άγχους ως παράγοντας επιβάρυνσης της ψυχο-σωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας » που θα διεξαχθεί στο Νοσοκομείο μας με την χρήση ερωτηματολογίου και την συλλογή δεδομένων , μεταξύ του Νοσηλευτικού Προσωπικού του ΨΝΑ , από την ανωτέρω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Κ<sup>α</sup> Μαρία Σταθάκη .

**με την προϋπόθεση :**

- της διαφύλαξης του προσωπικού απορρήτου αυτών που θα συμμετάσχουν .
- της υποχρέωσης , να δοθούν τα αποτελέσματα της έρευνας στο Επιστημονικό Συμβούλι και να αποτελούν επιστημονικό υλικό , το οποίο , θα δύναται να χρησιμοποιήσουν όποιοι ενδιαφερόμενοι στην Βιβλιογραφία τους .

Η σύνθεση του Επιστημονικού Συμβουλίου κατά την συνεδρίαση της 5-12-12 ήταν :

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| 1. Χ. Πανέττας        | Δ / ντής Ψυχίατρος - Πρόεδρος             |
| 2. Δ. Παπαϊωαννίδης . | Συντ. Δ/ντής Παθολογικού Τμήματος – Μέλος |
| 3. Ι. Παπαδόπουλος    | Δ / ντής Ψυχίατρος – Μέλος                |
| 4. Χ. Τσόπελας        | Επιμελ. Α΄ Ψυχίατρος - Μέλος              |
| 5. Δ. Κουντουράς      | Επιμελ. Β΄ Ψυχίατρος - Μέλος              |
| 6. Μ. Σφακιανός       | ΤΕ Νοσηλευτών - Μέλος                     |

Παρακαλούμε για την έγκρισή σας.

---

### ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΑΦΟΥ ΕΛΑΒΕ ΥΠΟΨΗ ΤΟΥ:

- Τα υποβαλλόμενα στοιχεία από το Επιστημονικό Συμβούλιο
- Το με αρ. 36189 / 3-12-12 Αίτημα της ανωτέρω Φοιτήτριας Κ<sup>α</sup> Μαρίας Σταθάκη .
- Τη με αρ. 7 / 4-12-12 Απόφαση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας .
- Την εισήγηση του Αντιπροέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου κ. Κων/νου Νικολάου

### Ο Μ Ο Φ Ω Ν Α Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι

#### ΕΓΚΡΙΝΕΙ

Την διεξαγωγή της Έρευνας με θέμα : « Διερεύνηση του Επαγγελματικού Άγχους ω παράγοντας επιβάρυνσης της ψυχο-σωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας » που θα διεξαχθεί στο Νοσοκομείο μας με την χρήση ερωτηματολογίου και την συλλογή δεδομένων , μεταξύ του Νοσηλευτικού Προσωπικού του ΨΝΑ , από την ανωτέρι Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Κ<sup>α</sup> Μαρία Σταθάκη .

με την προϋπόθεση :

- της διαφύλαξης του προσωπικού απορρήτου αυτών που θα συμμετάσχουν .
- της υποχρέωσης , να δοθούν τα αποτελέσματα της έρευνας στο Επιστημονικό Συμβούλιο και να αποτελούν επιστημονικό υλικό , το οποίο , θα δύναται να χρησιμοποιήσει όποιοι ενδιαφερόμενοι στην Βιβλιογραφία τους .

#### Στη Συνεδρίαση συμμετείχαν

Όθωνας Χαραλαμπίκης - Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου- Διοικητής  
Κωνσταντίνος Νικολάου - Αναπληρωτής Διοικητής και  
Αντιπρόεδρος του Συμβουλίου  
Μιχαήλ Κακούρος - Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου  
Ηλίας Ράγγος - Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου-Αιρετός  
Εκπρόσωπος των εργαζομένων ΨΝΑ  
Στέλλα Χριστοδουλάκου- Αναπληρωματικό Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου  
Αιρετός Εκπρόσωπος ιατρών ΨΝΑ

Ειρήνη Δαριβιανάκη – Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου

Ακριβές απόσπασμα  
Η Γραμματέας του Δ.Σ.

Ειρήνη Δαριβιανάκη

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ'

### **Panagiotis Kopteros - Positiveenergy**

---

**From:** Maria Stathaki <maria.stathaki@gmail.com>  
**Sent:** Παρασκευή, 24 Ιανουαρίου 2014 11:15 μμ  
**To:** Panagiotis Kopteros - Positiveenergy  
**Subject:** Spam: FW: Request for ENSS use  
**Attachments:** Enss.rtf; ENSS-Instructions for Scoring of the ENSS-57 item.doc; ENSS Grouping of items within Factors-items numbered.doc; ENSS article.pdf

---

**From:** [sudon.french@ns.sympatico.ca](mailto:sudon.french@ns.sympatico.ca) [<mailto:sudon.french@ns.sympatico.ca>]

**Sent:** Friday, January 24, 2014 10:05 PM

**To:** Maria Stathaki

**Subject:** Re: Request for ENSS use

Dear Maria

Thank you for your interest in using the ENSS in your study. You have permission of the authors to use the instrument. For your information I am attaching files containing a copy of the ENSS, scoring instructions, grouping of items within the factors when we tested the ENSS and a copy of the article describing how we developed and pretested the ENSS. Information on reliability and validity is contained in the article. Also the information may be of interest if you need to modify the ENSS

I wish you every success with your very interesting study and with your graduate studies

Sincerely



Susan

Susan E. French, PhD  
Emeritus Professor, McGill U

---