



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Διερεύνηση άγχους σε επαγγελματίες υγείας του χειρουργικού
τομέα.**

ΜΠΟΓΚΑ ΦΡΕΙΔΕΡΙΚΗ

**Επιβλέπων Καθηγητής
ΠΑΥΛΑΚΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ**

ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Διερεύνηση άγχους σε επαγγελματίες υγείας
του χειρουργικού τομέα.**

ΜΠΟΓΚΑ ΦΡΕΙΔΕΡΙΚΗ

**Επιβλέπων Καθηγητής
Παυλάκης Ανδρέας**

ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή κ. Παυλάκη Ανδρέα, για το αμέριστο ενδιαφέρον που έδειξε καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας, καθώς και για τις πολύτιμες υποδείξεις του και την υπομονή του! Ιδιαίτερα επίσης ευχαριστώ τους συναδέλφους μου στο Γενικό Νοσοκομείο και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας η βοήθεια των οποίων υπήρξε καθοριστική για τη συγκεκριμένη εργασία.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ΑΒSTRACT	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	10
2.1. Ψυχική καταπόνηση και υγεία	10
2.1.1. Κάπνισμα και προσωπικότητα	12
2.2. Η ψυχολογική πίεση (Στρες) στο χώρο εργασίας	13
2.3. Άγχος και ψυχική ευεξία των εργαζομένων	16
2.4. Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων	17
2.5. Ωράρια εργασίας	19
2.5.1. Νυχτερινές βάρδιες	21
2.5.1.1. Η επίπτωση της νυχτερινής βάρδιας στην υγεία του εργαζομένου	22
2.6. Ψυχική καταπόνηση και άγχος των επαγγελματιών υγείας	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	30
3.1. Σκοπός	30
3.2. Διαδικασία έρευνας και πληθυσμός της μελέτης	30
3.3. Στατιστική ανάλυση	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	49

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας, ειδικά στο χειρουργικό τομέα εκτίθενται καθημερινά σε εξαιρετικά στρεσογόνα ερεθίσματα, τα οποία επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία και την απόδοσή τους.

Σκοπός: Ήταν να διερευνηθούν τα επίπεδα άγχους σε ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στο-χειρουργικό τομέα.

Υλικό και μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου. Το δεύτερο ήταν το ερωτηματολόγιο μόνιμου και παροδικού άγχους του Spielberg (STAI). Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν 161 εργαζόμενοι ιατροί και νοσηλευτές στον χειρουργικό τομέα των 2 νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό και Γενικό Νοσοκομείο) της Λάρισας (δείγμα ευκολίας).

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα του δείγματος ήταν άνδρες (52,5%), έγγαμοι (71,9%) και με παιδιά (70,7%). Στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη βαθμολογία στην υποκλίμακα του μόνιμου άγχους παρουσιάστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών: $t(159)=-2,874$, $p=0,005$, με μέση τιμή $41,07\pm 8,50$ για τις γυναίκες και $37,87\pm 8,20$ για τους άνδρες. Επίσης, όσοι έκαναν περισσότερες από 8 εφημερίες το μήνα είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του παροδικού άγχους και μάλιστα πάνω από την τιμή αναφοράς για το γενικό πληθυσμό, σε σχέση με όσους έκαναν λιγότερες: $t(159)=-2,502$, $p=0,056$, με μέση τιμή $48,09\pm 14,33$, έναντι $41,16\pm 10,10$ των υπολοίπων.

Συμπέρασμα : Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν τα αυξημένα επίπεδα άγχους, που χαρακτηρίζουν τις γυναίκες εργαζόμενες στο χειρουργικό τομέα, καθώς και όσους κάνουν μεγάλο αριθμό εφημεριών, τονίζοντας την ανάγκη λήψης των απαραίτητων μέτρων για τον περιορισμό του φαινομένου.

ABSTRACT

Introduction: Health professionals, especially in the surgical departments are exposed daily to extremely stressful stimuli that affect their mental health and their performance.

Purpose: To investigate the levels of stress in physicians and nurses working in the surgical field.

Material and Methods: Self-report questionnaires were used. The first questionnaire included questions related to the sociodemographic characteristics of the sample, whereas the second questionnaire was the Spielberg's State and Trait Anxiety Inventory (STAI). The survey included 161 employees, doctors and nurses, working in the surgical department of 2 hospitals (University and General Hospital) of Larissa (convenience sample).

Results: The majority of the samples were male (52.5 %), married (71.9 %) and children (70.7 %). Statistically significant difference in the subscale scores of trait anxiety occurred between men and women : $t(159) = -2.874$, $p = 0.005$, with a mean value of 41.07 ± 8.50 for women and 37.87 ± 8.20 for men, respectively. Also, those who had more than 8 night shifts per month scored higher on the subscale of state anxiety and even above the reference value for the general population, compared with those who had less : $t(159) = -2.502$, $p = 0.056$, with mean values of 48.09 ± 14.33 vs. 41.16 ± 10.10 of the remaining sample.

Conclusion: The findings of this study underline the increased stress levels that characterize women working in the surgical departments and those who generally work a large number of night shifts, stressing the need for measures to reduce health professionals' anxiety.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σύγχρονη εργασιακή πραγματικότητα το στρες συνιστά έναν σημαντικό ψυχοκοινωνικό κίνδυνο, που είναι απότοκος τόσο της οικονομικής κρίσης, όσο και των αλλαγών που έχουν επέλθει τα τελευταία χρόνια στην οργάνωση της εργασίας, κυρίως λόγω της εφαρμογής των νέων τεχνολογιών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία (2009), το εργασιακό άγχος το 2005 ήταν η δεύτερη σημαντικότερη νόσος μετά την οσφυαλγία, καθώς αφορούσε το 22% των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 εταίρων. Σε μια πρόσφατη έρευνα που διεξήγαγε ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, σε 36 Ευρωπαϊκές χώρες βρέθηκε ότι το 77% των ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύουν πως ο αριθμός των ανθρώπων που υποφέρουν από εργασιακό στρες θα αυξηθεί στα επόμενα 5 χρόνια. Σύμφωνα δε με τον ορισμό που δίνει ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA), «ο εργαζόμενος αισθάνεται άγχος όταν αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιήσει και στους πόρους που ο ίδιος διαθέτει για να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις αυτές». Το εμφανιζόμενο στρες συσχετίζεται με την εκτίμηση ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος επιβαρύνει σημαντικά ή ακόμη και υπερβαίνει τα ψυχικά του αποθέματα, με αποτέλεσμα να οδηγείται σε κατάσταση υπερδιέγερσης και να τίθεται σε κίνδυνο η ψυχική του ισορροπία (Κάντας, 1995). Αντίστοιχος είναι και ο ορισμός από τον Αμερικανικό Οργανισμό Υγιεινής και Ασφάλειας της εργασίας (NIOSH, 1999), όπου το εργασιακό στρες ορίζεται ως εκείνες οι επιζήμιες φυσικές ή ψυχολογικές αντιδράσεις που συμβαίνουν όταν οι απαιτήσεις της δουλειάς δεν συμβαδίζουν με τις ικανότητες, τους διαθέσιμους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου και μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας ή ακόμη και σε τραυματισμούς.

Έχει πλέον αποδειχθεί ερευνητικά ότι οι καταστάσεις ψυχοκαταπόνησης (stress) που δημιουργούνται στο χώρο της εργασίας σε συνδυασμό με άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες της προσωπικής ζωής αυξάνουν το ψυχικό φορτίο, καθώς και τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών παθήσεων ή εξαρτησιογόνων καταστάσεων στους εργαζομένους (Schwartz et al, 2012). Πολλές σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι το άγχος μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και την σωματική υγεία

του ατόμου μειώνοντας παράλληλα την απόδοση του στον χώρο εργασίας (Hilton et al, 2009. Schat & Frone, 2011). Το επαγγελματικό άγχος αποτελεί συχνά αντικείμενο μελέτης, καθώς αποτελεί σημαντικό παράγοντα της εργασίας του κάθε ατόμου. Οι κυριότεροι παράγοντες που προκαλούν άγχος στους εργαζομένους είναι οι συχνές βάρδιες, η σύγκρουση των ρόλων τους, η συνεχής επικοινωνία με ποικιλία άλλων ατόμων, η έλλειψη αισθήματος ασφάλειας λόγω επικείμενης λύσης της σύμβασης εργασίας, ο φόρτος εργασίας, η βαρύτητα των περιστατικών που αντιμετωπίζει ανάλογα και με τον τομέα εργασίας, και ιδίως η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου (Lu et al, 2012. Caruso, 2014).

Τα επαγγέλματα υγείας χαρακτηρίζονται γενικά από υψηλά επίπεδα άγχους των εργαζομένων σε αυτά (Heim, 1992. Faria & Maia, 2007). Οι δε γυναίκες επαγγελματίες υγείας ιδιαίτερα, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών με τη συχνότητα των αυτοκτονιών να είναι διπλάσια εκείνης των ανδρών και εξαπλάσια του γενικού πληθυσμού (Heim, 1992). Σύμφωνα με τον Thomas (1997), ο αυξημένος φόρτος εργασίας, το μειωμένο προσωπικό, οι οργανωτικές αλλαγές, καθώς και η ανασφάλεια στην εργασία έχουν ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία ιδιαίτερος αγχογόνων καταστάσεων σε όσους εργάζονται στο χώρο της υγείας. Ο ρόλος που οφείλει να εκπληρώσει το άτομο στον επαγγελματικό του χώρο, οι σχέσεις του στο εργασιακό περιβάλλον (σχέση με συναδέλφους και συνεργάτες, με προϊσταμένους ή με υφισταμένους), η δομή και η οργάνωση στο χώρο της εργασίας, καθώς και η σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή ή προσωπική με την εργασιακή ζωή του εργαζομένου, κυρίως όσον αφορά στη διατήρηση ισορροπιών ανάμεσα τους (πχ. η παράλληλη σταδιοδρομία των δύο συζύγων), αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επιβάρυνσης για τους επαγγελματίες υγείας (Tselebis et al, 2006. Lu et al, 2012). Ιδιαίτερα ευάλωτες αποδεικνύονται οι γυναίκες νοσηλεύτριες και οι ιατροί, που προηγούνται στην εμφάνιση διαταραχών άγχους (Tselebis et al, 2001. Tselebis et al, 2006).

Τα οξύτατα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος της υγείας στην Ελλάδα μέσα στην τρέχουσα οικονομική συγκυρία και οι δυσμενείς επιπτώσεις που έχουν αυτά στην υγεία των εργαζομένων αποτέλεσαν το κίνητρο για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας η οποία εστιάζει στο άγχος των ιατρών και των νοσηλευτών που υπηρετούν σε ένα τριτοβάθμιο και ένα δευτεροβάθμιο δημόσιο νοσοκομείο της ηπειρωτικής Ελλάδας.

Αρχικά γίνεται μια εισαγωγή στην ψυχική καταπόνηση των επαγγελματιών υγείας, με έμφαση στους ιατρούς και τους νοσηλευτές και ακολουθεί η παρουσίαση των

επιπτώσεων των νυχτερινών βαρδιών στην υγεία του επαγγελματία υγείας. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα μελέτη και τα αποτελέσματα. Η ερμηνεία τους και η συγκριτική τους παρουσίαση με εκείνα συναφών μελετών πραγματοποιούνται στη συζήτηση της παρούσας μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. Ψυχική καταπόνηση και υγεία

Ο όρος stress ο οποίος άρχισε να χρησιμοποιείται στην αγγλοσαξονική ιατρική ορολογία ήδη από τον 17ο αιώνα, σήμερα έχει εξίσου ενσωματωθεί και στην ελληνική ιατρική ορολογία. Είναι συνώνυμος της καταπόνησης, με την έννοια της κάθε μορφής πίεσης που ασκείται πάνω στο άτομο. Ως στρεσογόνο παράγοντα μπορεί να θεωρηθεί κάθε γεγονός που προκαλεί μια σχετικά μεγάλη αλλαγή στον τρόπο ζωής (π.χ. γάμος, στράτευση, προαγωγή, γέννηση παιδιού), καθώς και διάφορες άλλες επώδυνες εμπειρίες για το άτομο, οι οποίες μπορούν να επιβαρύνουν τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού του (φυσικό stress) (πχ. ψύχος, θερμότητα, πόνος, υπερκόπωση). Σύμφωνα με τους μελετητές οι παράγοντες αυτοί μπορεί να προάγουν μια γενικευμένη φλεγμονώδη αντίδραση με ζημιογόνες επιπτώσεις στο ανοσολογικό ανθρώπινο σύστημα (Iwata et al, 2013; Zunszain et al, 2013).

Η θεωρία του συνδρόμου της γενικής προσαρμογής (General Adaptation Syndrome) αφορά στην κοινή μη ειδική απάντηση του οργανισμού στα ποικίλα ερεθίσματα που αυτός δέχεται. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από τις εξής τρεις φάσεις (Selye, 1946; Szabo et al, 2012):

1. Την αντίδραση συναγερμού
2. το στάδιο της αντίστασης και
3. τη φάση της εξάντλησης.

Όταν το άτομο βρίσκεται κάτω από την επίδραση κάποιου στρεσογόνου παράγοντα περνά από όλες ή μερικές από τις φάσεις αυτές. Η κάθε φάση χαρακτηρίζεται από μεταβολές στη λειτουργία διαφόρων συστημάτων του οργανισμού (πχ. ορμονικές μεταβολές ή διαταραχές στην παραγωγή των βιολογικών αμινών, κ.α.). Η έναρξη πολλών σωματικών και ιδιαίτερα των ψυχοσωματικών διαταραχών συνδέεται συχνά με την επίδραση κάποιου στρεσογόνου παράγοντα, αλλά η τελική όμως αντίδραση κάθε ατόμου στο στρες εξαρτάται από την

προσωπικότητα του, τις προηγούμενες εμπειρίες του, καθώς και από γενετικούς παράγοντες (Szabo et al, 2012).

Υπάρχουν τρεις τουλάχιστον τρόποι με τους οποίους η αντιμετώπιση μιας στρεσογόνου κατάστασης μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης κοινωνικής, ψυχολογικής ή σωματικής δυσλειτουργίας. Ο πρώτος είναι η απ' ευθείας βλάβη των ιστών με την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών (πχ. κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ, κακή διατροφή, κ.λπ.) με αποτέλεσμα να επηρεάζονται τα ζωτικά όργανα του ανθρώπινου οργανισμού, όπως οι πνεύμονες, η καρδιά ή το ήπαρ, καταλήγοντας τελικά στην εμφάνιση της αντίστοιχης νόσου. Ένας άλλος τρόπος είναι η κινητοποίηση που υφίσταται ο οργανισμός στις στρεσογόνες καταστάσεις, οι οποίες οδηγούν σε υπερέκκριση ορμονών με συνακόλουθη βλάβη των οργάνων του, είτε άμεση (έλκος του γαστρεντερικού), είτε έμμεση (συρρίκνωση του θύμου αδένου, ελάττωση του αριθμού των λεμφοκυττάρων και εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος, με συνέπεια μεγαλύτερη ευαισθησία στις λοιμώξεις). Λιγότερο φανερός είναι ο τρίτος τρόπος. Έχει παρατηρηθεί π.χ. ότι πολλές γυναίκες βρίσκοντας ένα ογκίδιο στο μαστό τους, καθυστερούν να απευθυνθούν στο γιατρό, γιατί η πιθανή διάγνωση του καρκίνου, ως ιδέα, τους προκαλεί μεγαλύτερο άγχος (Ιεροδιακόνου & συν, 1988).

Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να γίνει μια αναφορά στους «καλούς» ή «κακούς» - υποκειμενικά πάντα - στρεσογόνους παράγοντες. Έτσι για κάποια άτομα οι εξετάσεις στο σχολείο μπορεί να είναι απειλή και να τους προκαλούν δυσφορία, με κατάληξη την μειωμένη απόδοση. Συνεπώς, το άγχος τους επιτείνεται περισσότερο με αποτέλεσμα να εμφανίζονται περαιτέρω δυσμενείς επιπτώσεις στον οργανισμό. Αντίθετα όσοι τις αντιμετωπίζουν ως πρόκληση, έχουν υψηλότερο ηθικό, λειτουργούν καλύτερα κάτω από την πίεση των εξετάσεων και αποδίδουν τελικά καλύτερα (Daniels et al, 1986).

Η ψυχική νόσος συνοδεύεται από μετρήσιμες διαταραχές στη λειτουργία του νευροενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος. Στο νευροενδοκρινικό άξονα αναπτύσσονται διεργασίες που καθιστούν τον οργανισμό ευάλωτο στις περιβαλλοντικές επιδράσεις. Τέτοια παραδείγματα είναι τα επεισόδια οργής, τα οποία μέσα από μηχανισμούς αύξησης της γλοιότητας του αίματος και συγκόλλησης των αιμοπεταλίων ευνοούν τη δημιουργία θρόμβων, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο για εμφάνιση ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της

οργής, αλλά και μέχρι δύο ώρες αργότερα. Η κατάρρευση επίσης του ανοσοποιητικού συστήματος που παρατηρείται στην κατάθλιψη είναι δυνατόν να προκαλέσει μεγάλη τρωτότητα απέναντι στις λοιμώξεις. Ο αριθμός των λεμφοκυττάρων, ιδιαίτερα των T-κυττάρων είναι χαμηλός στους καταθλιπτικούς ασθενείς και όσο σοβαρότερη είναι η κατάθλιψη τόσο εντονότερο είναι το πρόβλημα. Παρατεταμένες περιόδους ψυχοκαταπονήσεων, συνοδευόμενες από ψυχικές διαταραχές άγχους και κατάθλιψης, είναι δυνατόν να επιταχύνουν τη διαδικασία της γήρανσης (Epel, 2009).

Έχουν γίνει προσπάθειες να συσχετισθεί μια ορισμένη δομή προσωπικότητας με συγκεκριμένες νόσους, όπως π.χ. τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Αν και τέτοιες σχέσεις είναι δύσκολο να αποδειχθούν, είναι γεγονός ότι μπορεί να διακριθούν τουλάχιστον τρεις ομάδες με βάση τα γενικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου.

- i. Προσωπικότητα τύπου A: υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για στεφανιαία νόσο σε άτομα με μαχητικό πνεύμα, ανταγωνιστική διάθεση και φιλοδοξίες, ειδικά σε περιβάλλον κοινωνικής ρευστότητας και ανασφάλειας.
- ii. Προσωπικότητα τύπου C: όσοι καταπιέζουν αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό, φόβο, λύπη ή αισθάνονται την ανάγκη να είναι διαρκώς ευχάριστοι και τοποθετούν τις ανάγκες των άλλων πιο πάνω από τις δικές τους, κινδυνεύουν συχνότερα να αναπτύξουν καρκίνο.
- iii. Ανοσοδυσλειτουργική προσωπικότητα: τη χαρακτηρίζει έντονη τάση αυτοθυσίας χωρίς αντισταθμιστική διεκδίκηση. Και εδώ υπονομεύεται το ανοσοποιητικό σύστημα.

Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται πια λόγος για κοινό υπόστρωμα των ψυχικών και σωματικών διαταραχών. Αυτό σχετίζεται με το καθ' αυτό οργανικό - γενετικό υπόστρωμα του ατόμου και τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που πυροδοτούν τις νοσηρές διεργασίες. Το υποκείμενο ανταλλάσσει πληροφορίες με το περιβάλλον και η όποια δυσπροσαρμοστικότητα μπορεί να το οδηγήσει σε νόσο (Ιεροδιακόνου & συν, 1988.· Pilke et al, 1997).

2.1.1. Κάπνισμα και προσωπικότητα

Η σχέση του καπνίσματος με την προσωπικότητα του καπνιστή έχει παρατηρηθεί από παλιά. Φαίνεται πως υπάρχουν τρεις κυρίαρχες διαστάσεις του

χαρακτήρα (ή της προσωπικότητας) που σχετίζονται με το κάπνισμα: η εξωστρέφεια, η νεύρωση και ο ψυχωτισμός. Αξιοσημείωτα σταθερή εμφανίζεται η σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και το νευρωτισμό/ψυχωτισμό (Gilbert et al, 1997). Στο νευρωτισμό κατατάσσονται επιμέρους διαστάσεις της προσωπικότητας, όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η εχθρότητα, και ο θυμός. Το νευρωτικό άτομο συνήθως παρουσιάζει υψηλή συχνότητα και ένταση των αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία πηγάζουν συνήθως από ένα αναποτελεσματικό μηχανισμό αυτορρύθμισης, με αποτέλεσμα το τσιγάρο να χρησιμοποιείται ακριβώς για να διευκολύνει την εσωτερική ομοιόσταση. Η υπόθεση είναι ότι το κάπνισμα επιτρέπει τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων σε αυτά τα άτομα (Gilbert et al., 1997). Από την άλλη πλευρά, η διάσταση ψυχωτισμός περιλαμβάνει πτυχές του χαρακτήρα, όπως η παρορμητικότητα, ο κυνισμός, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η μειωμένη συμμόρφωση, η τάση για αναζήτηση συναρπαστικών εμπειριών σε συνδυασμό με επιπολαιότητα (“risk taking behavior”) (Eysenck, 1990). Τα άτομα που είναι πιο «νευρωτικά» είναι και λιγότερο διατεθειμένα να σταματήσουν το κάπνισμα, ακόμα και ενάντια στο νόμο. Παράλληλα, η κατανάλωση καπνού συνδέεται και με την ανάγκη βίωσης έντονων συναισθημάτων καθώς και με τάσεις εντυπωσιασμού. Σύμφωνα με τη μελέτη των Rondina et al (2007) πρόκειται για τη λεγόμενη «αναζήτηση νέων, ποικίλων, σύνθετων και έντονων εμπειριών, σε συνδυασμό με την προδιάθεση να αναλάβει το άτομο βιολογικούς, κοινωνικούς, νομικούς και οικονομικούς κινδύνους, ώστε να έχει ανάλογες εμπειρίες». Η πρόσφατη έρευνα καταδεικνύει ότι ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να συμμετέχουν σε βλαπτικές για την υγεία τους συμπεριφορές λόγω της υψηλής παρορμητικότητας, της έλλειψης σεβασμού και της μη συνειδητοποίησης των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της συμπεριφοράς τους. Αντίθετα, η επιμονή και η πειθαρχία, συμβάλλουν στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών (Hampson et al, 2000).

2.2. Η ψυχολογική πίεση (Στρες) στο χώρο εργασίας

Πρόκειται για ένα από τα πιο διαδεδομένα ερευνητικά πεδία της τελευταίας τριακονταετίας (Cherniss, 1980. Jackson et al, 1986. Burke & Greenglass, 1989. Barling & MacIntyre, 1993. Zohar, 1995). Παρά τις διαφορετικές αντιλήψεις και προσεγγίσεις σχετικά με το εργασιακό στρες, οι ερευνητές συγκλίνουν στο ότι συγκεκριμένοι στρεσογόνοι παράγοντες αποτελούν τις συνηθέστερες πηγές του

άγχους στον εργασιακό χώρο. Αυτοί μπορούν να συνοψιστούν στον παράγοντα αμφιβολία, στον παράγοντα διαμάχη και στην εργασιακή υπερφόρτωση (Kelloway & Barling, 1991; Zohar, 1995). Μία άλλη προσέγγιση, η οποία βασίζεται στο μοντέλο του Cherniss (1980), περιλαμβάνει κάποιες άλλες πηγές στρες, όπως τους προσωπικούς παράγοντες και παράγοντες που συνδέονται με το περιβάλλον της εργασίας (Burke & Greenglass, 1989; Burke & Greenglass, 1995). Αυτή η προσέγγιση στηρίζεται στην αντίληψη ότι το στρες συνιστά ερέθισμα που προκαλείται από το περιβάλλον και ενεργοποιεί αλυσιδωτές αντιδράσεις με παθολογική κατάληξη. Στην προσέγγιση της ανισορροπίας (imbalance) μεταξύ απαιτήσεων - ελέγχου (Hobfoll, 1989), το στρες προσδιορίζεται ως μια κατάσταση που προκύπτει από την ένταση που βιώνεται λόγω της ανισορροπίας μεταξύ προσφοράς και απαιτήσεων από τον εργαζόμενο (Jamal & Baba, 1992. Richardsen et al, 1992). Η κεντρική ιδέα αυτού του μοντέλου είναι ότι όταν οι απαιτήσεις του εργασιακού χώρου που βαραίνουν ένα άτομο ξεπερνούν τους πόρους που έχει στη διάθεσή του για την κάλυψή τους, το αποτέλεσμα είναι το στρες. Το στρες στην περίπτωση αυτή πηγάζει από μια αναντιστοιχία είτε μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος, είτε μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και των δυνατοτήτων των εργαζομένων (Ganster & Schaubroeck, 1991). Η διεθνής έρευνα αποδεικνύει ότι η αποτυχία εξισορρόπησης στο γνωστικό - συναισθηματικό σύστημα του ατόμου πυροδοτεί τη στρεσογόνο διαδικασία με βλαπτικές συνέπειες στη συμπεριφορά και στη διάθεση του (Lazarus & Folkman, 1984; Kristoff, 1996). Ο Cooper (1983, 1985) συνόψισε και ταξινόμησε τους παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν στρες στον εργαζόμενο στο χώρο της δουλειάς του, ως εξής: α) παράγοντες εγγενείς που αφορούν την εργασία (π.χ. θόρυβος, ζέστη, βάρδιες), β) εργασιακές σχέσεις (σύγκρουση με τους συναδέλφους ή προϊσταμένους, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης), γ) ασάφεια εργασιακού ρόλου δ) ανάπτυξη επαγγελματικής σταδιοδρομίας (έλλειψη θέσης, έλλειψη προοπτικών για προαγωγή, έλλειψη καριέρας, αβεβαιότητα εργασίας), ε) οργανωτική δομή και εργασιακό κλίμα (έλλειψη αυτονομίας, έλλειψη ευκαιριών για συμμετοχή στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, έλλειψη ελέγχου του ρυθμού της εργασίας), στ) αλληλεπίδραση οικογενειακού και εργασιακού περιβάλλοντος (σύγκρουση μεταξύ του ρόλου του εργαζόμενου στο σπίτι και στον χώρο της δουλειάς, έλλειψη συζυγικής υποστήριξης).

Ο McLean σε σχετική μελέτη του (1985) σημειώνει ότι η λέξη στρες χρησιμοποιείται, κατά περίπτωση, με διαφορετικό περιεχόμενο: άλλοτε μπορεί να

αναφέρεται σε αγχογόνες καταστάσεις, ή στις επιπτώσεις των καταστάσεων αυτών στην αποδοτικότητα των εργαζομένων, ενώ άλλοτε πάλι χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις επιπτώσεις του άγχους στην υγεία ενός ατόμου. Συνεπώς, μπορεί να θεωρηθεί είτε ως χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος, είτε ως συναίσθημα που βιώνει ο εργαζόμενος, ή ακόμα και ως το αποτέλεσμα που προκύπτει από την αλληλεπίδραση του εργαζόμενου με το περιβάλλον του (Schuler & Jackson, 1986). Σύμφωνα με τους Jex και Roberts (1992) το στρες αποτελεί έναν αρκετά ευρύ όρο που περιγράφει καταστάσεις στις οποίες εμπλέκονται τόσο τα γεγονότα ή συνθήκες που το προκαλούν, όσο και τα αποτελέσματα ή επιπτώσεις που αυτό έχει.

Οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τρεις είναι οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την ερμηνεία του άγχους: Οι συνθήκες ή καταστάσεις που προκαλούν το στρες (stressors), το πόσο ευάλωτο είναι το άτομο (vulnerability) και το περιβάλλον μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα η αλληλεπίδραση των δύο αυτών παραγόντων (context). Αυτοί οι τρεις παράγοντες μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου και ο συνδυασμός τους είναι αυτός που θα οδηγήσει τελικά σε στρεσογόνα αποτελέσματα ή όχι (McLean, 1985).

Ο Cox στη μελέτη του (1993) υπογραμμίζει τη σημαντικότητα και την ανάγκη ύπαρξης μιας κατάστασης ισορροπίας μεταξύ των εργασιακών υποχρεώσεων και απαιτήσεων, προκειμένου να επιτευχθεί η καλή ψυχική υγεία των εργαζομένων, παραθέτοντας τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1986) για την ευημερία: *«μια δυναμική κατάσταση ισορροπίας που χαρακτηρίζεται από μία λογική αρμονία μεταξύ των ικανοτήτων, των αναγκών και των προσδοκιών ενός ατόμου από τη μια και των απαιτήσεων και ευκαιριών του περιβάλλοντός του από την άλλη»*.

Για τη μέτρηση του στρες έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες κλίμακες, άλλες εκ των οποίων αφορούν ειδικά το εργασιακό περιβάλλον, ενώ άλλες προσδιορίζουν γενικότερα το επίπεδο άγχους, το οποίο και επιχειρείται να συσχετιστεί με τους εργασιακούς παράγοντες (π.χ. ερωτηματολόγιο STAI). Μία κλίμακα μέτρησης του στρες που ήταν δημοφιλής τη δεκαετία του '80 είναι η κλίμακα που χρησιμοποίησε ο Burke στους συνεργάτες του (Burke & Greenglass, 1989), η οποία συνδυάζει στοιχεία από την μέτρηση του Cherniss με αυτά που χρησιμοποιήθηκαν από τους Jackson, Schwab, και Schuler (1986). Άλλες γνωστές κλίμακες μέτρησης είναι αυτές των Parker και Decotiis (1983), που έχει χρησιμοποιηθεί από αρκετούς ερευνητές (π.χ. Jamal & Baba, 1992) καθώς και η κλίμακα των Rizzo, House και Lirtzman

(1970). Επίσης, το Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας (GHQ) έχει χρησιμοποιηθεί από αρκετές ομάδες ερευνητών με στόχο να αξιολογηθούν συγκεκριμένες πλευρές της ψυχικής υγείας (Baba & Harris, 1989; Kelloway & Barling, 1991).

2.3. Άγχος και ψυχική ευεξία των εργαζομένων

Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ανώτερου ζώντος οργανισμού και προσδιορίζεται ως μια ειδική ανταλλαγή ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος (άτομο-κοινωνία) και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος. Περιγράφεται από τους ερευνητές ως μια κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας και συνήθως μεταφράζεται σε ψυχολογική πίεση, η οποία χαρακτηρίζεται από την προσδοκία φόβου για κάποιο δυσάρεστο γεγονός που θα συμβεί στο μέλλον. Η δε ένταση του άγχους εξαρτάται τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα, όσο και από ενδογενείς παράγοντες, όπως: προσωπικότητα, εμπειρία από προηγούμενα στρεσογόνα γεγονότα, τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισης του αγχογόνου εξωτερικού ερεθίσματος (Ohman, 2000). Πιο συγκεκριμένα, το εργασιακό άγχος ορίζεται ως «μια κατάσταση αλληλεπίδρασης παραγόντων σχετικών με την εργασία και με τον ίδιο τον εργαζόμενο, η οποία βιώνεται ως απειλή μέσα από την οποία διαφοροποιείται η σωματική ή/και ψυχολογική λειτουργία του ατόμου με αποτέλεσμα αυτή να αποκλίνει του φυσιολογικού» (Beehr & Newman, 1978).

Το άγχος (anxiety) και η ευημερία (well-being) συνιστούν τους κύριους δείκτες της ψυχικής υγείας (Greenglass, 1993; Jamal & Baba, 1997), ενώ σύμφωνα με τον Greenglass (1993) η κατάσταση του άγχους (state anxiety) περιγράφεται ως ένα παροδικό (transitory) συναίσθημα, το οποίο είναι αποτέλεσμα του στρες και το οποίο αποκαλύπτεται από την ένταση, τη νευρικότητα και την ανησυχία που χαρακτηρίζει το άτομο. Το γνώρισμα του άγχους (trait anxiety) αντιμετωπίζεται ως μια μεμονωμένη διάθεση που φανερώνεται από αρνητικούς συναισθηματικούς παράγοντες (Roskies et al, 1993). Η Maslach (2001) αναφέρει ότι έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι η εξουθένωση συνδέεται με τη διάσταση του νευρωτισμού (στον οποίο ανήκει το γνώρισμα του άγχους) και την κατάθλιψη. Στη μελέτη του Turnipseed (1998) αναδεικνύεται ότι τόσο το άγχος κατάστασης, όσο και το μόνιμο άγχος συμβάλλουν σημαντικά στην εξουθένωση και ειδικότερα στη συναισθηματική εξάντληση του ατόμου. Στη διεθνή βιβλιογραφία το άγχος συνήθως αντιμετωπίζεται ως κύριο σύμπτωμα κακής ψυχικής υγείας, οι δε αγχώδεις διαταραχές σχετίζονται

ισχυρά με κατάθλιψη, χρήση αλκοόλ/ναρκωτικών, καθώς και με λειτουργικές ανεπάρκειες, κακή ποιότητα ζωής, αυτοκτονικό ιδεασμό και υπερβολική χρήση των υγειονομικών πόρων (Roskies et al, 1993).

Το αίσθημα ικανοποίησης, η καλή ποιότητα της ζωής και η ύπαρξη φυσικής και συναισθηματικής υγείας αποτελούν δείκτες ευημερίας, η δε μείωση του άγχους, η οποία επηρεάζει τη συναισθηματική υγεία, συμβάλλει στην διατήρηση της ευημερίας του εργαζομένου με απώτερες θετικές επιπτώσεις και στην απόδοσή του (McGrath & Boore, 2003).

2.4. Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων

Η διεθνής έρευνα επισήμανε ένα τετράπτυχο αλληλεπιδράσεων (στρες, εξουθένωση, κατάθλιψη και άγχος) το οποίο συνδέεται με προσωπικούς καθώς και εργασιακούς παράγοντες. Οι προσωπικοί παράγοντες αναφέρονται στα γνωρίσματα της προσωπικότητας, στο φύλο και σε άλλα δημογραφικά στοιχεία (εισόδημα, μόρφωση), ενώ οι εργασιακοί παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας (job stressors), τη στήριξη των εργαζομένων και τις ευκαιρίες που υπάρχουν για τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών (Lee & Ashforth, 1996). Ορισμένοι σημαντικοί παράγοντες που αφορούν την προσωπικότητα είναι το άγχος (Roskies et al, 1995), η προσωπικότητα τύπου A (Bluen et al, 1990), η διαθέσιμη ανθεκτικότητα (hardiness) του εργαζομένου στο στρες, (Duquette et al, 1995) και η αίσθηση ελέγχου (locus of control) που διαθέτουν (ή όχι) οι εργαζόμενοι αναφορικά με τις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν (Dolan et al, 1992).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Ganster και Schaubroeck (1991), η προσωπικότητα του ατόμου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχικής του υγείας. Πράγματι, οι διαφορές των δύο φύλων εντοπίζονται ως αρκετά σημαντικές σε πολλές μελέτες, σε σχέση με ορισμένους τομείς της ψυχικής υγείας όπως την ύπαρξη στρες, καθώς και ως προς τις συσχετίσεις μεταξύ γυναικών και ανδρών μέσα στο εργασιακό περιβάλλον τους (Korabik & Van Kampen, 1995). Η δε επικράτηση συνήθως των γυναικών σε θέματα άγχους οδήγησε πολλούς ερευνητές να συμπεριλάβουν στις μελέτες τους αποκλειστικά γυναίκες προκειμένου να εξετάσουν σε βάθος το στρες και την κατάθλιψη, κυρίως όσον αφορά τις αιτίες και τις συνέπειες τους, αλλά και τις στρατηγικές αντιμετώπισης και κοινωνικής υποστήριξης αυτών

των διαταραχών (Long et al, 1992. Richardsen & Bruke, 1993). Έχει βρεθεί ότι γονιδιακοί και κοινωνικοί παράγοντες καθώς και ο ρόλος του φύλου λειτουργούν από κοινού για την πρόκληση του άγχους σε δεδομένες κοινωνικές – επαγγελματικές συνθήκες (Korabik & Van Kampen, 1995). Η επιλογή της εργασίας και οι διάφοροι παράγοντες που συνδέονται με το περιβάλλον εργασίας, όπως η ασάφεια ρόλων, η σύγκρουση ενός συγκεκριμένου ρόλου με κάποιον άλλο και η υπερφόρτωση ενός ρόλου μαζί με τις παραλλαγές του (π.χ. σαφήνεια ρόλου, δικαιοσύνη ρόλου, πίεση ρόλου, πίεση εργασίας) είναι γνωστό πως επηρεάζουν το στρες και την εξουθένωση των εργαζομένων, επηρεάζοντας συνακόλουθα την ποιότητα ζωής τους στο χώρο εργασίας (Greenglass et al, 1998). Παράλληλα, διάφορες άλλες μεταβλητές που επίσης σχετίζονται με την ευρύτερη έννοια του εργασιακού περιβάλλοντος (όπως η αυτονομία, η πρόκληση για νέες εργασίες και καθήκοντα, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η χρησιμοποίηση των ικανοτήτων που διαθέτει ο εργαζόμενος, ο προσανατολισμός στόχου ή ευθύνης και η ανατροφοδότηση πληροφόρησης για το έργο που παράγει) θεωρείται επίσης πως επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων σε σημαντικό βαθμό (Kelloway & Barling, 1991· Lee & Ashforth, 1996).

Σε πολλές διεθνείς μελέτες η κοινωνική και η εργασιακή υποστήριξη αναφέρονται ως κύριοι διαμεσολαβητικοί παράγοντες που ευνοούν την ψυχική υγεία (μετριαζοντας την αρνητική επίδραση της εξουθένωσης ή της κατάθλιψης στην ψυχική υγεία) (Richardsen et al, 1992· Lee & Ashforth, 1993b Leiter et al, 1994. Duquette et al, 1995). Αντίθετα, αποδεικνύεται ότι η επιδείνωση της ψυχικής υγείας και οι αρνητικές της συνέπειες απαντώνται συχνότερα όταν υπάρχουν χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (Burke et al, 1996 Manning & Fusilier, 1999).

Άλλοι παράγοντες που επίσης δρουν με τον τρόπο αυτό είναι η μορφή συμπεριφοράς Τύπου Α, η σκληραγώγηση και η δυνατότητα του εργαζόμενου να ελέγχει καταστάσεις (Lee & Ashforth, 1993a. Koeske & Kirk, 1995. Greenglass et al, 1996). Η θεωρία της προσωπικότητας είναι αρκετά δημοφιλής (Sharpley et al, 1995. Manning & Fusilier, 1999) και υποστηρίζει ότι οι μεταβλητές της προσωπικότητας, είτε θα ανακουφίσουν, είτε θα αυξήσουν αρνητικά τη σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και των παραγόντων που την επηρεάζουν (Burke et al, 1996).

Συνοψίζοντας, οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ικανοποίηση των εργαζομένων γενικότερα είναι οι εξής:

-Οι ενδογενείς, που αφορούν την εργασία (βάρδιες, κακές συνθήκες εργασίας, κλπ.)

-Ο ρόλος του ατόμου στον εργασιακό χώρο (η συμπεριφορά του ατόμου που προκύπτει από τη θέση την οποία κατέχει στον εργασιακό χώρο, η ασάφεια των ρόλων και του καθηκοντολογίου του, η σύγκρουση των επαγγελματικών ρόλων, κλπ.).

-Οι σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον (σχέση με συναδέλφους και συνεργάτες, με προϊσταμένους ή με υφισταμένους).

-Η ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου (έλλειψη ασφάλειας λόγω του φόβου απόλυσης, απειλή από νέα άτομα που προσλαμβάνονται στον χώρο και που ίσως έχουν επιπλέον τυπικά προσόντα).

-Η δομή και το κλίμα της οργάνωσης του εργασιακού χώρου (αίσθημα ότι δεν έχει τον έλεγχο στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τον ρόλο του).

-Η σχέση της οικογενειακής με την εργασιακή ζωή (μεταφορά προβλημάτων της εργασίας στην οικογένεια και το αντίστροφο), η διπλή σταδιοδρομία των δύο συζύγων με αποτέλεσμα διαπροσωπικές συγκρούσεις και στη χειρότερη περίπτωση το διαζύγιο, τα συχνά επαγγελματικά ταξίδια με αποτέλεσμα τη συχνή απουσία από την οικογένεια ή την εγκατάσταση του μακριά από την οικογένεια για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Lee & Ashforth, 1996).

2.5. Ωράρια εργασίας

Το σύνηθες ωράριο εργασίας είναι αυτό των 8 ωρών. Ωστόσο, λόγω της φύσης ορισμένων επαγγεμάτων, αυτό δεν είναι πάντα δυνατό. Οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες μπορεί να απαιτήσουν εργασία όχι μόνο στην διάρκεια της ημέρας, αλλά και εκ περιτροπής εργασία που περιλαμβάνει νυχτερινές ώρες. Έτσι, λόγω των αναγκών των οργανισμών για περισσότερη εργασία συχνά υιοθετούνται μη σταθερά ωράρια, όπως τα ευέλικτα ωράρια, οι μεγάλης διάρκειας βάρδιες, νυχτερινές βάρδιες, καθώς και τα ωράρια μερικής απασχόλησης. Οι επαγγελματίες υγείας, οι εργαζόμενοι στα σώματα ασφαλείας, οι εργάτες εργοστασίων, οι εργαζόμενοι σε τομείς τηλεπικοινωνιών, στις μεταφορές ή την ψυχαγωγία, συνήθως πρέπει να ακολουθούν το σύστημα της εκ περιτροπής εργασίας. Στη μελέτη του Incir (1998) αποδεικνύεται πως οι εργαζόμενοι σε βάρδιες είναι πολύ συχνότερα επιρρεπείς σε διάφορα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, λόγω της διαταραχής του κύκλου ύπνου – εγρήγορσης, καθώς και των αλλαγών στις συνήθειες εργασίας και στην κοινωνική τους ζωή (Nicholson & D'Auriat, 1999). Σύμφωνα με

τη μελέτη των Nicholson και D'Auriat (1999) ένας στους πέντε εργαζομένους στην Ευρώπη ακολουθεί την κυκλική βάρδια και μάλιστα η νυκτερινή εργασία αυξάνεται όλο και περισσότερο τελευταία, για λόγους όπως η αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών, η προσδοκία για αύξηση στο επίπεδο του εισοδήματος, οι απαιτήσεις του εργοδότη, οι τεχνολογικές αλλαγές και το ανταγωνιστικό εργασιακό περιβάλλον.

Η εργασία που επεκτείνεται πέρα από τις οκτώ ώρες χαρακτηρίζεται ως μακράς διάρκειας βάρδια. Οι βάρδιες των δέκα ωρών επιτρέπουν μια βδομάδα σαράντα ωρών να συμπίεζεται σε τέσσερις μέρες, ενώ με τις 12ωρες βάρδιες καλύπτεται το 24ωρο με δύο βάρδιες (αντί για τρεις), όταν δηλ. εφαρμόζεται το κανονικό 8ωρο. Το αποτέλεσμα φυσικά είναι η εξάντληση του εργαζομένου, που είναι τόσο μεγαλύτερη, όσο μεγαλύτερη είναι η βάρδια (Ronen & Primps, 1981). Παρόλα αυτά, αρκετά συχνά οι εργαζόμενοι είναι μάλλον ευχαριστημένοι από τις μεγάλης διάρκειας βάρδιες, διότι απολαμβάνουν περισσότερες μέρες ξεκούρασης ως αντιστάθμισμα, όπως καταδεικνύεται στη μελέτη του Breugh (1983).

Τα κυκλικά ωράρια εργασίας ταξινομούνται σε πρωινά, απογευματινά και νυκτερινά, ώστε οι εργαζόμενοι να εργάζονται με συνδυασμό δύο ή και περισσότερων ωραρίων που εναλλάσσονται περιοδικά. Τα κύρια χαρακτηριστικά της εργασίας με ωράρια είναι ο προγραμματισμός, η συνέχεια και η εναλλαγή των ωραρίων εργασίας. Οι δε προγραμματισμένες ώρες εργασίας ενός εργαζόμενου εναλλάσσονται ημερησίως ή εβδομαδιαίως ή παραμένουν μόνιμα σε ένα ωράριο (Wilson, 2002).

Οι εναλλαγές του ωραρίου μπορεί να είναι συνεχείς, ημισυνεχείς και διακοπτόμενες, ενώ οι βάρδιες του προσωπικού προσαρμόζονται ανάλογα με το ισχύον σύστημα. Για παράδειγμα, στο συνεχές σύστημα ωραρίου εργασίας, που είναι γνωστό ως «4x8 συνεχές σύστημα», το ελάχιστο του ανθρώπινου δυναμικού που πρέπει να απασχολείται είναι τέσσερις ομάδες εργαζομένων – οι τρεις εργάζονται 8ωρο - και μία ομάδα αναπαύεται. Άλλες σημαντικές παράμετροι των κυκλικών ωραρίων εργασίας είναι ο ρυθμός και η κατεύθυνση της εναλλαγής των ωραρίων. Τα συστήματα ωραρίων εργασίας μπορούν να εναλλάσσονται κατευθυνόμενα προς τα εμπρός σύμφωνα με τη φορά των δεικτών του ρολογιού (π.χ. ένα πρωινό ωράριο εργασίας να ακολουθείται από απογευματινό και κατόπιν από νυκτερινό ωράριο), ή κατευθυνόμενα προς τα πίσω αντίστροφα από τη φορά των δεικτών του ρολογιού, (π.χ. ένα νυκτερινό ωράριο εργασίας να ακολουθείται από απογευματινό και στη

συνέχεια από πρωινό ωράριο εργασίας). Η προς τα εμπρός κατεύθυνση είναι προτιμητέα, γιατί διευκολύνει την προσαρμογή των βιολογικών ρυθμών (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Ως παράδειγμα – πρότυπο αναφέρεται το σύστημα ωραρίου εργασίας Metropolitan, που είναι ένα ταχέως εναλλασσόμενο σύστημα με κατεύθυνση προς τα εμπρός και επαναλαμβάνεται κάθε 8 ημέρες. Πλεονεκτεί ως σύστημα συγκριτικά με άλλα, γιατί εξασφαλίζει 2 συνεχόμενες ημέρες ανάπαυσης μετά από 6 συνεχόμενες ημέρες εργασίας και με 2 νυκτερινά ωράρια εργασίας ως μέγιστο αριθμό που πρέπει να εργαστεί ο επαγγελματίας, ενώ η δυνατότητα ελεύθερου Σαββατοκύριακου υπάρχει μια φορά κάθε 8 εβδομάδες. Αντίθετα, στο σύστημα Continental, ο αριθμός των συνεχόμενων νυκτερινών ωραρίων εργασίας είναι 3, οι συνεχόμενες ημέρες εργασίας είναι 7, οι συνεχόμενες ημέρες ανάπαυσης 3 και παρέχεται η δυνατότητα μίας ελεύθερης εβδομάδας κάθε 4 εβδομάδες. Αξίζει να σημειωθεί ότι ευεργετικό αποτέλεσμα έχει ακόμη και ένας σύντομος ύπνος, όσον αφορά στην εγρήγορση, την απόδοση και την ποιότητα του ύπνου. Έτσι σε κάποιες χώρες το μέτρο αυτό έχει ήδη θεσμοθετηθεί. Π.χ. στην Ιαπωνία και τον Καναδά, ο μικρής διάρκειας ύπνος κατά τη διάρκεια του νυκτερινού ωραρίου εργασίας είναι επίσημα καθιερωμένος. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο αντίστοιχα, πολλές εταιρείες επιτρέπουν και επίσημα έναν ύπνο μικρής διάρκειας κατά τις απογευματινές ώρες (Butler, 1978. Pati et al, 2001. Pisarski et al, 2006).

2.5.1. Νυκτερινές βάρδιες

Για την εύρυθμη λειτουργία πολλών οργανισμών πολύ συχνά απαιτούνται δύο ή και τρεις βάρδιες καθημερινά. Πολλοί εργαζόμενοι εργάζονται με κυκλικό ωράριο σε πρωινές ,απογευματινές και νυκτερινές βάρδιες. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που υπάρχει με το κυκλικό ωράριο σύμφωνα με τους ερευνητές είναι η διαταραχή του κύκλου ύπνου - αφύπνισης που διαταράσσει τον καρδιακό ρυθμό και κατά συνέπεια μεταβάλλει τα επίπεδα των ορμονών του αίματος, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα υγείας μακροπρόθεσμα. Άλλες μελέτες έχουν συσχετίσει τη νυκτερινή εργασία ακόμα και με καρκινογένεση, ιδιαίτερα με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, ενώ παράλληλα τα άτομα που εργάζονται τη νύχτα αντιμετωπίζουν προβλήματα γενικότερα με τον ύπνο τους, σε σχέση με όσους εργάζονται μόνο το πρωί (Koller, Kundi & Cervinka, 1978·Barton & Folkard, 1991).

Το σύστημα των βαρδιών ακολουθείται αναγκαστικά στον τομέα της υγείας σε όλες τις χώρες με μεγάλη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού. Εκτιμάται ότι το ένα τρίτο των νοσηλευτών του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) της Αγγλίας ακολουθεί κυκλικό ωράριο και το 47% των νοσηλευτών το χαρακτηρίζει ως ανεπιθύμητο (Pati et al, 2001). Στα άτομα που εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας διακόπτεται κατά τη νύχτα ο βιολογικός εικοσιτετράωρος ρυθμός και το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσης αυτής εκφράζεται ως “jet lag” syndrome ή, στη συγκεκριμένη περίπτωση, το “shift lag” syndrome. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από αίσθημα κόπωσης, υπνηλία, λήθαργο, προβλήματα πέψης, αϋπνία και από μείωση της πνευματικής επιδεξιότητας και απόδοσης.

Το στρες που δημιουργείται με το εναλλασσόμενο ωράριο μπορεί να έχει άμεση επίπτωση στο καρδιαγγειακό σύστημα, είτε με άμεσους, είτε με έμμεσους μηχανισμούς. Οι πρώτοι αφορούν σε νευροορμονικούς και νευροφυτικούς μηχανισμούς που προκαλούν αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών και κορτιζόλης και επιδρούν στην αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό, τους μηχανισμούς θρόμβωσης και στο μεταβολισμό των λιπιδίων και της γλυκόζης. Οι έμμεσοι μηχανισμοί αφορούν στις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου, τις διατροφικές συνήθειες, τις ώρες ύπνου και το κάπνισμα. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι οι εναλλασσόμενες βάρδιες σχετίζονται άμεσα με την επιμήκυνση του QTc διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Σημειώνεται ότι το QTc είναι προγνωστικό του κινδύνου για αιφνίδιο θάνατο σε άτομα που ήδη πάσχουν από θρόμβωση στο μυοκάρδιο, ενώ ανωμαλία στο QTc παραπέμπει σε αυξημένο κίνδυνο θανάτου καρδιαγγειακής αιτιολογίας (Giovanni, 1996).

2.5.1.1. Η επίπτωση της νυχτερινής βάρδιας στην υγεία του εργαζομένου

Έχει αποδειχθεί ότι στα άτομα που είναι υποχρεωμένα να εργάζονται τις νύχτες λόγω εκ περιτροπής εργασίας, τα αγγειακά εγκεφαλικά νοσήματα, η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, ο διαβήτης και άλλα προβλήματα υγείας είναι πολύ πιο διαδεδομένα από ότι στα άτομα που εργάζονται τακτικά στην διάρκεια της ημέρας (Knutsson et al, 1999 Morikava et al, 2005 Oishi et al, 2005 Dochi & Sakata, 2008). Εκτός όμως από τις σωματικές ασθένειες, οι ερευνητές θεωρούν ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και τα προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής είναι επίσης

πολύ πιο συχνά σε αυτούς τους εργαζόμενους (Knutsson et al, 1999 Ohayon et al, 2002).

Αναφορικά με το ψυχικό επίπεδο, στο σύστημα των βαρδιών και ειδικά στη νυχτερινή βάρδια, η πρώτη λειτουργία που επηρεάζεται είναι ο κύκλος του ύπνου, ο οποίος υφίσταται μείωση στη διάρκεια και αλλαγή στην ποιότητά του, όταν το άτομο εργάζεται πρωινή βάρδια, οπότε αναγκάζεται να ξυπνήσει νωρίς το πρωί, ή νυχτερινή βάρδια, όπου αντιστρέφεται πλήρως ο κύκλος ύπνος/εγρήγορση και υπάρχει δυσκολία αναπλήρωσης του χαμένου ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Τέτοιες διαταραχές είναι η χρόνια κόπωση, η αλλαγή συμπεριφοράς και η μόνιμη κατάσταση άγχους. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν κατά κύριο λόγο νευρικότητα και κόπωση και συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο εξουθένωσης (burnout). Αναφορικά με τις κοινωνικές επιπτώσεις, το εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο επηρεάζει τις κοινωνικές συναναστροφές των εργαζομένων, οι οποίοι για αντικειμενικούς λόγους αδυνατούν να διατηρήσουν ικανοποιητικές σχέσεις με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον (Wisetborisut et al, 2014).

Σε πολλές διεθνείς μελέτες αποδεικνύεται ότι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στους εργαζόμενους σε βάρδιες, καθώς και ότι πολύ συχνά συνοδεύονται από υπνηλία, κόπωση και γνωστικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών μνήμης και συγκέντρωσης (Scott et al, 1997· Drake et al, 2004· Akerstedt & Wrigh, 2009). Οι περισσότεροι μελετητές πιστεύουν επίσης ότι συνυπάρχουν συχνά διαταραχές ύπνου και διάθεσης, καθώς και ότι η υπνηλία λόγω της νυχτερινής εργασίας, μπορεί να προκαλέσει απώλεια μνήμης, μειωμένη συγκέντρωση και έλλειψη ενδιαφέροντος, που με τη σειρά της μπορεί να εξελιχθεί σε καταθλιπτική διαταραχή (Culpepper, 2010). Σύμφωνα με τους Saijo και συν. (2008) για τις μεταβολές αυτές ευθύνεται η διαταραχή του καρδιακού ρυθμού, ενώ συχνά παρατηρείται και εμφανής ευερεθιστότητα, καθώς και μείωση των δεξιοτήτων του ατόμου. Είναι επίσης αρκετά εμφανής ο περιορισμός στις κοινωνικές δραστηριότητες αυτών των εργαζομένων σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονται τακτικά σε ώρες της ημέρας (Schwartz, 2010) .

Σε μια μελέτη του ΠΟΥ, που έγινε στο 14 χώρες, 15 κέντρα και 5438 ασθενείς, βρέθηκε ότι η στέρηση ύπνου προκαλεί σημαντικά σωματικά συμπτώματα και συναισθηματικές διαταραχές. Η χρόνια κόπωση λόγω διαταραχής του κύκλου ύπνου - εγρήγορσης και η ανεπαρκής ποιότητα ύπνου σε συνδυασμό με

συναισθηματικές διεργασίες, μπορεί να προκαλέσουν σωματικά συμπτώματα και αναπηρίες σε ευαίσθητα άτομα (Sartorius et al, 1993).

Οι Warr & Payne (1983) διεξήγαγαν μια έρευνα σε Βρετανούς εργαζόμενους, οι οποίοι ερωτήθηκαν αν είχαν αναστατωθεί συναισθηματικά στην εργασία τους την προηγούμενη ημέρα. Το 15% των ανδρών και το 10% των γυναικών απάντησαν ότι πράγματι είχαν αναστατωθεί. Τέτοιου είδους καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν την εργασιακή ικανοποίηση. Δεδομένα από την έρευνα των Cooper & Cartwright (1994) ότι το εργασιακό στρες ασκεί καθοριστική επίδραση στη φυσική και στη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων. Έχει αποδειχθεί πλέον στη διεθνή βιβλιογραφία από πολλούς μελετητές ότι ειδικά ο φόρτος εργασίας και οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, συσχετίζονται αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση. Ο Jamal (1990) βρήκε αρνητική συσχέτιση του φόρτου εργασίας και της εργασιακής ικανοποίησης, ενώ στη μελέτη των Karasek, Gardell και Lindell (1987) αναφέρεται ότι ο υψηλός φόρτος εργασίας συσχετιζόταν αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση και θετικά με τις παθήσεις της καρδιάς. Ωστόσο, λόγω της ολοένα αυξανόμενης ανταγωνιστικότητας στον εργασιακό τομέα πολλών οργανισμών και επομένως της ανάγκης για περισσότερη εργασία, όλο και συχνότερα υιοθετούνται λιγότερο σταθερά ωράρια στην εργασία, όπως είναι οι νυχτερινές βάρδιες (Κορομπέλη & συν, 2006).

2.6. Ψυχική καταπόνηση και άγχος των επαγγελματιών υγείας

Η έρευνα έχει αποδείξει ότι η άσκηση του ιατρικού και νοσηλευτικού λειτουργήματος χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των εργαζομένων, καθώς και ότι όταν οι επαγγελματικές και προσωπικές προσδοκίες τους για περαιτέρω σταδιοδρομία δεν ικανοποιούνται (π.χ. στη Νοσηλευτική), τότε η αποθάρρυνση και η απομυθοποίηση που συνήθως βιώνει ο εργαζόμενος συμβάλλουν συχνά ακόμη και στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος. Ο κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) είναι υψηλός και βιώνεται πολύ έντονα ιδίως από τους νοσηλευτές όλων των βαθμίδων περίθαλψης και κυρίως από αυτούς που εργάζονται με βαρέως πάσχοντες και χρόνιους ασθενείς (Leiter & Maslach, 2009).

Στην έρευνα του Cooper et al (1988) επιβεβαιώνεται επίσης ότι οι ιατροί μαζί με τους πιλότους, τους αστυνομικούς, τους ανθρακωρύχους και τους κοινωνικούς

λειτουργούς, ανήκουν στις επαγγελματικές ομάδες που θεωρούνται ως οι πλέον εκτεθειμένες στο εργασιακό άγχος. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, αφενός η ιδιαίτερη φύση της εργασίας τους («λειτουργήματα» πρώτα και μετά επάγγελμα), καθώς και η συνεχής αξιολόγηση τους, εφόσον έχουν να κάνουν με τη διαχείριση ανθρώπων και όχι αντικειμένων, ευθύνονται κυρίως για αυτό, εφόσον οι όποιες ενέργειες ή λάθη και παραλείψεις τους, έχουν άμεσο αντίκτυπο σε ανθρώπινες ζωές (Caplan et al, 1975· Rees, 1995). Σε αντίστοιχη μελέτη των Payne και Firth – Cozens (1987) εκτιμάται ότι οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται καθημερινά σε μια μόνιμη κατάσταση αξιολόγησης των ικανοτήτων τους, τόσο από τους πελάτες - ασθενείς τους, όσο και από τους συναδέλφους τους. Τα δε λάθη και οι παραλείψεις τους δύσκολα περνούν απαρατήρητα, ειδικά μάλιστα όταν μπορεί να έχουν προκαλέσει καταστροφικές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους ίδιους.

Εκτός όμως από τις προηγούμενες αιτίες, δύο άλλες σημαντικές πηγές εργασιακού άγχους για τους επαγγελματίες υγείας, είναι αφενός οι διαπροσωπικές σχέσεις τους με τους ασθενείς, με τους συνοδούς - συγγενείς των ασθενών, με το υπόλοιπο προσωπικό ή με την διοίκηση του νοσοκομείου, και αφετέρου το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας αισθάνονται ότι είναι περισσότερο εκτεθειμένοι και οι ίδιοι σε αυξημένο κίνδυνο για ασθένεια ή τραυματισμό (Αντωνίου, 2002). Στη μελέτη των Sutherland και Cooper (1990) εκτιμάται ότι η ανάγκη αποστασιοποίησης εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας από τη μια, αλλά και ταυτόχρονα η ανάγκη ύπαρξης μιας ελεγχόμενης εμπλοκής τους με το πρόβλημα του ασθενούς, εγείρει συχνά στους πρώτους αντιδράσεις μη εύκολα διαχειρίσιμες. Ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει και ο αντίλογος. Οι Kivimaki et al. (2012) σε σχετική μελέτη υποστηρίζουν ότι οποιαδήποτε εργασία ή επάγγελμα μπορεί να οδηγήσει τον εργαζόμενο σε επικίνδυνο στρες, με το φαινόμενο να απαντάται συχνότερα στα άτομα χαμηλής εξειδίκευσης, τα οποία έχουν λιγότερες δυνατότητες ή αντικειμενικά περιθώρια λήψης πρωτοβουλιών. Στο πλαίσιο αυτό, οι ιατροί, που έχουν μεγαλύτερα περιθώρια ελευθερίας στη λήψη αποφάσεων, είναι λιγότερο πιθανό να στρεσαριστούν σε σχέση με ένα βιομηχανικό εργάτη (Kivimaki et al., 2012). Οι ερευνητές μελέτησαν επί 7,5 περίπου χρόνια σχεδόν 200.000 ανθρώπους από επτά ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίοι δεν είχαν στο παρελθόν τους καρδιολογικά προβλήματα και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι που εργάζονται σε τομείς με υψηλές απαιτήσεις, με μεγάλο φόρτο εργασίας και σφιχτά περιθώρια χρόνου, έχοντας παράλληλα ελαττωμένη δυνατότητα ελέγχου στη λήψη αποφάσεων που αφορούν

στην εργασία τους, έχουν κατά μέσο όρο 23% μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν έμφραγμα του μυοκαρδίου ή άλλο σοβαρό καρδιολογικό πρόβλημα, συγκριτικά με όσους εργάζονται με μεγαλύτερα περιθώρια εργασιακής αυτονομίας. Αυτό επιβεβαιώνεται και στην εργασία των Johnson και Hall, όπου βρέθηκε ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου σε άτομα που εργάζονται σε επαγγέλματα όπου οι ίδιοι έχουν χαμηλό έλεγχο στο αποτέλεσμα της εργασίας τους (Johnson & Hall, 1988)

Παράλληλα, έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι δεν επιβαρύνονται εξίσου οι διάφορες ιατρικές ειδικότητες, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια διαφοροποίηση αντίστοιχα στο στρες που βιώνουν οι εργαζόμενοι. Συγκεκριμένα, ειδικότητες όπως ογκολόγοι, χειρουργοί (Balch & Copeland, 2007), καρδιοχειρουργοί (Waldman et al, 2009), ψυχίατροι (Laubach et al, 1999) και ψυχολόγοι (Stevanovic & Rupert, 2009) έχουν εμφανίσει εντονότερη συμπτωματολογία χρόνιου εργασιακού άγχους, το οποίο συχνά μεταφέρεται στην προσωπική ζωή και στο οικογενειακό περιβάλλον τους. Επίσης, οι ιατροί που αναγγέλλουν τα άσχημα νέα συχνότερα ως εκ της ειδικότητάς τους (π.χ. αιματολόγοι, ογκολόγοι, κλπ.), εμφανίζουν περισσότερη νευρική κατάσταση, αίσθημα αυξημένης ευθύνης και έλλειψη αυτοπεποίθησης, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που δείχνουν δισταγμό στο να ανακοινώσουν τα αρνητικά νέα στους συγγενείς ασθενών (Tesser et al, 1971).

Έχει ακόμαδειχθεί ερευνητικά ότι οι ιατροί που εργάζονται σε Νοσοκομεία εκτίθενται σε μεγαλύτερο βαθμό σε στρεσογόνες καταστάσεις από ότι οι συνάδελφοί τους που ακούν το επάγγελμα σε διαφορετικό περιβάλλον (π.χ. ιδιωτικό ιατρείο, ερευνητικά ιδρύματα, κλπ) (Oikinuora et al, 1990). Σύμφωνα με τη μελέτη των Cooper και Eaker (1988) ορισμένα επαγγέλματα από τη φύση τους είναι περισσότερο στρεσογόνα συγκριτικά με κάποια άλλα. Κυρίως πρόκειται για τα επαγγέλματα εκείνα που έχουν να κάνουν με ανθρώπινες σχέσεις, απαιτούν ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων ή σχετίζονται με λήψη αποφάσεων που ενδέχεται να έχουν σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες.

Το επαγγελματικό στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα έχει αναγνωριστεί ως βασικό πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο εδώ και πολλά χρόνια. Έρευνα σε νοσηλευτές στην Σουηδία αποκάλυψε ότι περισσότερο από το 80% των νοσηλευτών που πήραν μέρος ανέφεραν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους (Pettersson et al, 1995), ενώ άλλη έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέδειξε ότι οι νοσηλευτές δέχονταν την μεγαλύτερη πίεση και στρες από όλους τους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας

(Rees & Cooper, 1992). Και στην περίπτωση των νοσηλευτών, το υψηλότερο επίπεδο ευθύνης που έχουν λόγω του αντικειμένου της εργασίας τους που αφορά στον άνθρωπο, συσχετίζεται με τα πολύ υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους, καθώς και με το ότι τελικά εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες για να οδηγηθούν σε καρδιακά προβλήματα (Wardwell Hyman & Bahnsen, 1964). Ήδη από την δεκαετία του 1960 ο Menzies (1960) ήταν ο πρώτος που είχε επισημάνει τέσσερις πηγές δημιουργίας άγχους στους νοσηλευτές: Τη φροντίδα του ασθενούς, τη λήψη αποφάσεων, την ανάληψη ευθυνών και τις συνεχείς εναλλαγές του ωραρίου. Οι Gray – Toft και Anderson (1981) μεταγενέστερα αναγνώρισαν επτά κύριες πηγές στρες στην άσκηση της νοσηλευτικής: Την επαφή με τον θάνατο, τις διαμάχες με τους ιατρούς, την έλλειψη υποστήριξης, την ανεπαρκή προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς, τις διαμάχες με τους συναδέλφους, τον αυξημένο φόρτο εργασίας και την αβεβαιότητα σχετικά με την θεραπεία του ασθενούς. Ο δε Mc Vicar σε αντίστοιχη μελέτη του (2003) υποδεικνύει ως κύριους παράγοντες πρόκλησης στρες στους νοσηλευτές το φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις στον χώρο εργασίας, τη συναισθηματική φόρτιση από τη νοσηλεία, τις κακές αμοιβές και την εργασία με βάρδιες.

Επίσης, δεν επιβαρύνονται εξίσου τα δύο φύλα. Μεταξύ ανδρών και γυναικών υπάρχουν διαφορές στο βιολογικό και ανοσολογικό επίπεδο που αφορούν τόσο στα ποσοστά εμφάνισης των διαφόρων ασθενειών, όσο και στην ένταση και την πορεία τους. Στις παθήσεις που εμφανίζονται τέτοιες διαφορές ανήκουν και οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές του άγχους και της κατάθλιψης. (Bangasser & Valentino, Donner & Lowry 2013). Η «απλή φοβία», η «κοινωνική φοβία» και η «γενικευμένη διαταραχή άγχους» εμφανίζονται σε διπλάσιο ποσοστό στις γυναίκες, οι «κρίσεις πανικού» και η «αγοραφοβία» υπερτριπλάσιες, η δε «μετατραυματική διαταραχή στρες» δεν είναι μόνο διπλάσια σε σχέση με τους άνδρες, αλλά είναι και πολύ πιο έντονη και διαρκεί περισσότερο. Διάφοροι προκλητικοί παράγοντες, που εκτείνονται από το βιολογικό έως το κοινωνικό φάσμα, αποτελούν το υπόστρωμα αυτών των διαταραχών και μαρτυρούν άλλοτε άλλου είδους και μεγέθους ιδιαιτερότητες των δύο φύλων. Οι γυναίκες γίνονται περισσότερο αγχώδεις σε περιόδους που τα κυκλοφορούντα οιστρογόνα και η προγεστερόνη είναι σε χαμηλά επίπεδα, στην περίοδο της εμμηνου ρύσεως και φαίνεται ότι αυτός είναι ένας από τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς του άγχους τους (Yonkers et al, 2001. Donner & Lowry, 2013).

Άλλο ένα σημαντικό κεφάλαιο που οφείλει να εξετασθεί ως προς την εμφάνιση του εργασιακού στρες, αφορά την επίτευξη ισορροπίας μεταξύ οικογενειακής - προσωπικής και επαγγελματικής ζωής. Η έρευνα έχει καταδείξει ότι το στρες μπορεί να ενισχύεται από την πίεση που απορρέει από το συνδυασμό των ευθυνών στην δουλειά, στο σπίτι και τα παιδιά, γι αυτό και το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο στις γυναίκες οι οποίες καλούνται να παίζουν πολλαπλούς ρόλους (εργαζόμενη - σύζυγος - μητέρα) και μάλιστα έχοντας την κύρια υπευθυνότητα γι αυτούς (Haw, 1982). Οι επιπτώσεις όλων των παραπάνω παραγόντων κατά την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, είναι ότι πολύ συχνά το υψηλό εργασιακό άγχος συμβάλλει στις συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία, καθώς και στις συχνές εναλλαγές στην σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού (προσλήψεις - αποχωρήσεις). Οι δε δυσμενείς συνθήκες που επικρατούν συχνά στον νοσοκομειακό χώρο, με τις ελλείψεις νοσηλευτών και υλικών, τη δυσμενή αναλογία νοσηλευτών/ασθενών και την επαγγελματική αβεβαιότητα που συνοδεύει το νοσηλευτικό επάγγελμα, συντείνουν στην επίταση του φαινομένου (Jourdain & Chênevert, 2010).

Το μέγεθος του προβλήματος και ο αντίκτυπος που έχει στην παροχή υπηρεσιών υγείας αποτυπώνεται ανάγλυφα σε έρευνα που διεξάχθηκε σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες τα αποτελέσματα της οποίας συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα στις Η.Π.Α. (Aiken et al., 2012). Στην έρευνα έλαβαν μέρος περίπου 60.000 νοσηλευτές και 130.000 ασθενείς από 488 νοσοκομεία στην Ευρώπη και 617 στις Η.Π.Α. Όσον αφορά δε τη χώρα μας, τα αποτελέσματα ήταν πλήρως απογοητευτικά, εφόσον παρουσίασε τα πιο αρνητικά αποτελέσματα από όλες τις χώρες που πήραν μέρος στη συγκεκριμένη έρευνα. Γενικά, σε όλες τις χώρες παρουσιάστηκαν μεταξύ των νοσηλευτών σχετικά σταθερά υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, μη ικανοποίησης από την εργασία και πρόθεσης αποχώρησης, ενώ τα αποτελέσματα που αφορούσαν τους ασθενείς διέφεραν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Η συντριπτική πλειονότητα (78%) των Ελλήνων νοσηλευτών έχει την άποψη ότι υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση, ενώ το 56% δηλώνει ότι είναι δυσαρεστημένο γενικότερα από την εργασία του. Επίσης, το 49% εκδηλώνει πρόθεση να αποχωρήσει, ενώ το 47% ανέφερε χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι ενδιαφέρον ότι οι ασθενείς απάντησαν αντίστοιχα, πως μόνο το 53% από αυτούς θα συνιστούσε θετικά το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκε. Βρέθηκε επίσης ότι ορισμένες νοσηλευτικές ειδικότητες παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες

εμφάνισης στρες σε σχέση με άλλες, κυρίως λόγω των αντικειμενικών δυσκολιών που παρουσιάζουν, όπως πχ η εργασία σε «κλειστά» τμήματα, δηλαδή χειρουργεία, μονάδες εντατικής θεραπείας, κλπ. Συνακόλουθα, η εργασία σε αυτά τα τμήματα έχει ως αποτέλεσμα μια διαφορετικότητα στην ένταση, όπως και στο είδος του εμφανιζόμενου στρες. Πράγματι, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές, ιδιαίτερα αυτοί που εργάζονται σε στεφανιαίες μονάδες και στις μονάδες εντατικής θεραπείας, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εργασιακό στρες (Vreeland & Ellis, 1969; Hay & Oken, 1972). Ωστόσο, σύμφωνα με άλλες μελέτες οι διαφορές αυτές δεν αναπαράγονται πάντα με εμφανή τρόπο (Johnson, 1979; Nichols et al, 1981; Keane et al, 1985).

Στην έρευνα των Hipwell et al. (1989), που μελέτησαν την παρουσία στρεσογόνων παραγόντων στους νοσηλευτές τεσσάρων νοσοκομειακών τμημάτων (Στεφανιαία Μονάδα, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενική Κλινική Νοσηλείας Ασθενών και Τμήμα Νοσηλείας Ηλικιωμένων), βρέθηκε ότι οι ομοιότητες όσον αφορά στα στρεσογόνα εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών ήταν πολύ πιο έντονες από ότι οι διαφορές τους, αφού ο μέσος όρος των επτά στρεσογόνων παραγόντων που εξετάστηκαν στα τέσσερα αυτά διαφορετικά νοσηλευτικά περιβάλλοντα ήταν παρόμοιος. Ωστόσο, υπάρχει μια γενική τάση τα υψηλότερα επίπεδα στρες να εμφανίζονται σε νοσηλευτές που έχουν άμεση ευθύνη για την φροντίδα του ασθενή, σε σύγκριση με τους βοηθούς νοσηλευτές και τους νοσηλευτές που ασκούν διοικητικά καθήκοντα (Bates, 1975).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ο τομέας εργασίας σε ένα νοσοκομείο και το ωράριο εργασίας αποτελούν σημαντικούς αγχογόνους παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία και την απόδοση των επαγγελματιών υγείας. Η εργασία στο χειρουργικό τομέα και το κυκλικό ωράριο δημιουργούν συνθήκες έντασης στον εργαζόμενο που με τη σειρά τους συντελούν στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών.

3.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να προσδιοριστούν τα επίπεδα του μόνιμου και παροδικού άγχους σε ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στον χειρουργικό τομέα.

3.2. Διαδικασία έρευνας και πληθυσμός της μελέτης

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) καθώς και την ταυτότητά του (φύλο και ηλικία). Το δεύτερο αφορούσε το άγχος των εργαζομένων και αποτελούνταν από την κλίμακα State - Trait Anxiety Inventory (STAI). Το ερωτηματολόγιο αυτό επινοήθηκε από τον Charles D. Spielberger (1970) και τους συνεργάτες του και χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως ερευνητικό εργαλείο για τη μελέτη του άγχους. Σήμερα εφαρμόζεται τόσο σε ερευνητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο. Η Κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Α. Λιάκο και Σ. Γιαννίτση και χωρίζεται σε δύο υποκλίμακες: η πρώτη (State Anxiety) αναφέρεται στο παροδικό άγχος, δηλαδή στο άγχος που μπορεί να χαρακτηρίζει το άτομο λόγω της παρούσας κατάστασης που βιώνει και η οποία γίνεται αντιληπτή από τις υποκειμενικές εκδηλώσεις ψυχικής έντασης και τις αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η δεύτερη υποκλίμακα (Trait Anxiety) αναφέρεται στο άγχος που βιώνει το άτομο ως μόνιμη κατάσταση ή στην "ετοιμότητα" του ατόμου να εκδηλώνει άγχος, όταν αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις, κάτι το οποίο αποτελεί πλέον χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του. Πρόκειται δηλ. για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που αποτελείται από 40

θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ) στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πώς αισθάνεται κανείς τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση), ενώ τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πώς το άτομο αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Οι συμμετέχοντες απαντούν στα θέματα βάσει μιας Κλίμακας τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 1 έως το 4). Οι ερωτήσεις 1,2,5,8,10,11,15,16,20,21,26,27,33,36 και 39 βαθμολογούνται αντίστροφα (4=1), (3=2), (2=3), (1=4). Η τελική βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση όλων των ερωτήσεων. Το δε εύρος των τιμών της κάθε υποκλίμακας είναι από 20 έως 80. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα στον Ελληνικό πληθυσμό είναι 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει τη μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτερων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984· Αναγνωστοπούλου, 2002).

Πληθυσμός της έρευνας: Στην έρευνα συμμετείχαν 200 επαγγελματίες υγείας, ιατροί και νοσηλευτές, εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα των 2 νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό και Γενικό Νοσοκομείο της Λάρισας) (δείγμα ευκολίας). Αξιολογήθηκαν τελικά 161 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από επαγγελματίες υγείας, ιατρούς και νοσηλευτές. Στο νοσοκομείο υπηρετούν συνολικά 516 νοσηλευτές και 216 μόνιμοι ιατροί, ενώ στο γενικό νοσοκομείο Λάρισας (το «Κουτλιμπάνειο & Τριαναταφύλλειο») υπηρετούν 123 μόνιμοι ιατροί και 193 νοσηλευτές. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε το πρώτο εξάμηνο του 2013 και ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία τους. Η σχετική άδεια δόθηκε από την επιτροπή δεοντολογίας των δύο νοσοκομείων.

3.3. Στατιστική ανάλυση

Στη συγκεκριμένη μελέτη έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) και οι δοκιμασία t - test για τις συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς και η δοκιμασία Pearson για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$, ενώ χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο 17.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειονότητα του δείγματος ήταν άνδρες (52,5%), έγγαμοι (71,9%) και με παιδιά (70,7%).

Πίνακας 1.

<i>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</i>		
	N	%
Φύλο		
Άνδρας	84	52,5
Γυναίκα	76	47,5
Σύνολο	160	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	115	71,9
Άγαμος	37	23,1
Διαζευγμένος/ Χήρος/σε διάσταση	8	5,0
Σύνολο	160	100,0
Παιδιά		
Ναι	111	70,7
Όχι	46	29,3
Σύνολο	157	100,0

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $42,17 \pm 6,83$ έτη. Η μέση ηλικία των παιδιών ήταν 11,39 έτη για το μικρότερο και 13,92 έτη για το μεγαλύτερο (πίνακας 2).

Πίνακας 2.

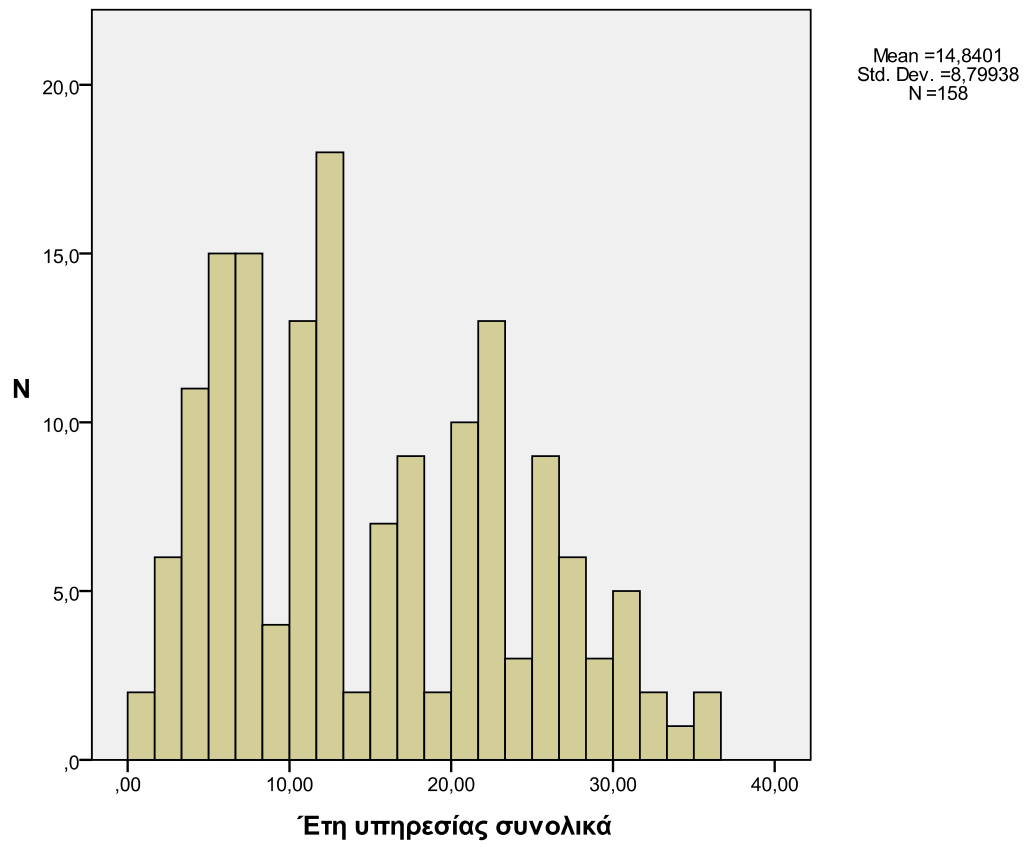
<i>Ηλικιακή κατανομή των παιδιών των συμμετεχόντων</i>					
	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
Ηλικία μεγαλύτερου παιδιού	108	,17	33,00	13,92	8,46
Ηλικία μικρότερου παιδιού	86	,25	44,00	11,39	8,39

Πανεπιστημιακής και τεχνολογικής εκπαίδευσης ήταν 38,3% και 27,95 αντίστοιχα, ενώ οι ιατροί αποτελούσαν το 57,3%, εκ των οποίων ειδικευόμενοι αποτελούσαν το 30%. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ακολουθούσε κυκλικό ωράριο (54,4%) (πίνακας 3).

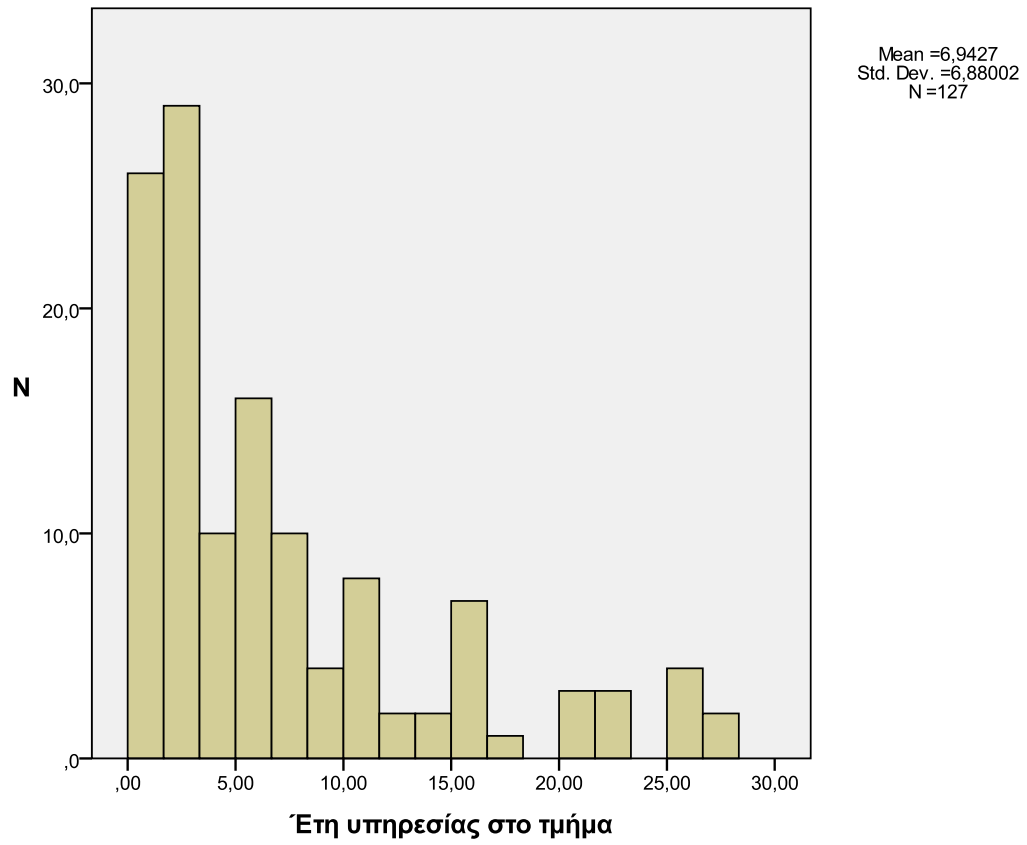
Πίνακας 3.

<i>Εργασιακά χαρακτηριστικά</i>		
	N	%
Εκπαίδευση		
ΠΕ	59	38,3
ΤΕ	43	27,9
Msc	28	18,2
PhD	24	15,5
Σύνολο	154	100,0
Θέση		
Μέλος ΔΕΠ	13	8,4
Διευθυντής	12	7,7
Επιμελητής Α΄	12	7,7
Επιμελητής Β΄	17	11,0
Ειδικευόμενος	35	22,6
Προϊσταμένη	8	5,2
Υπ. Βάρδιας	17	11,0
Κλινικός Νοσηλευτής	41	26,5
Σύνολο	155	100,0
Τμήμα		
Χειρουργεία – αναισθησιολογικό	67	42,4
Κλινικές- μονάδες περίθαλψης	91	57,6
Σύνολο	158	100,0
Ωράριο εργασίας		
Πρωινό	30	37,5
Κυκλικό	44	54,4
Άλλο	6	7,5
Σύνολο	80	100,0

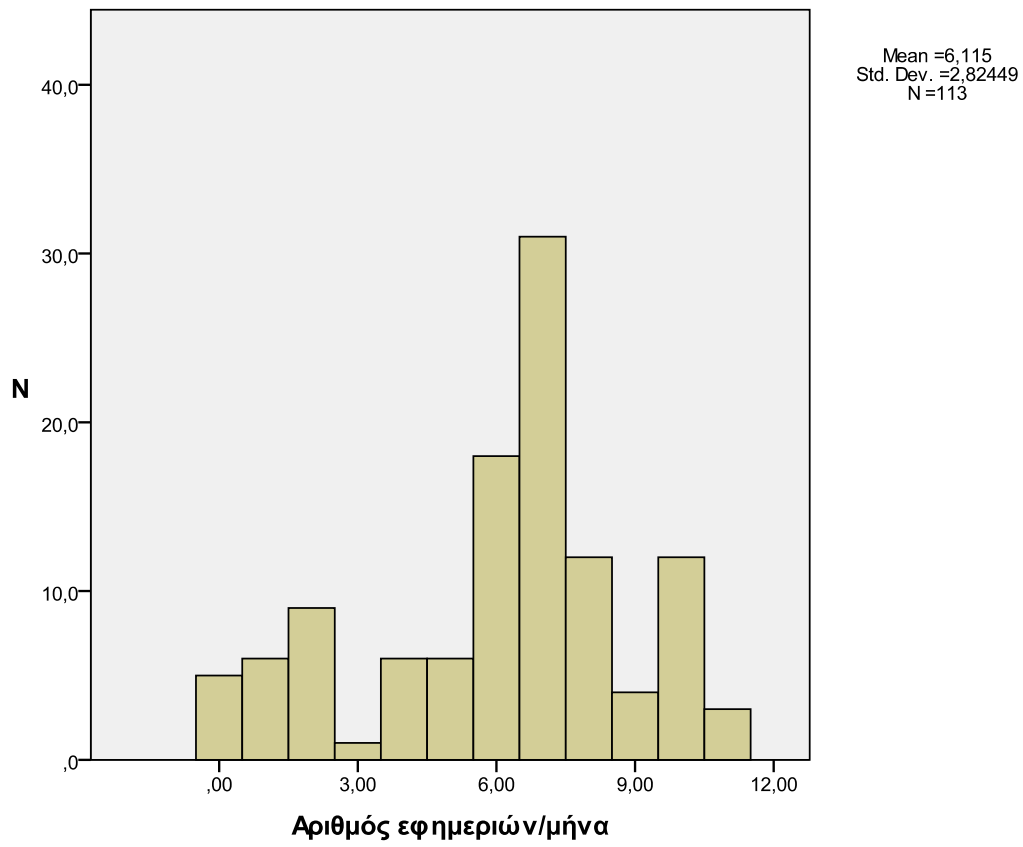
Η μέση τιμή ετών προϋπηρεσίας συνολικά στο λειτούργημα ήταν $14,84 \pm 8,79$ έτη, ενώ στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν $6,94 \pm 6,88$ έτη, με μέσο όρο εφημεριών τις $6,11 \pm 2,82$ το μήνα (γραφήματα 1-3).



Γράφημα 1. Κατανομή των ετών προϋπηρεσίας συνολικά

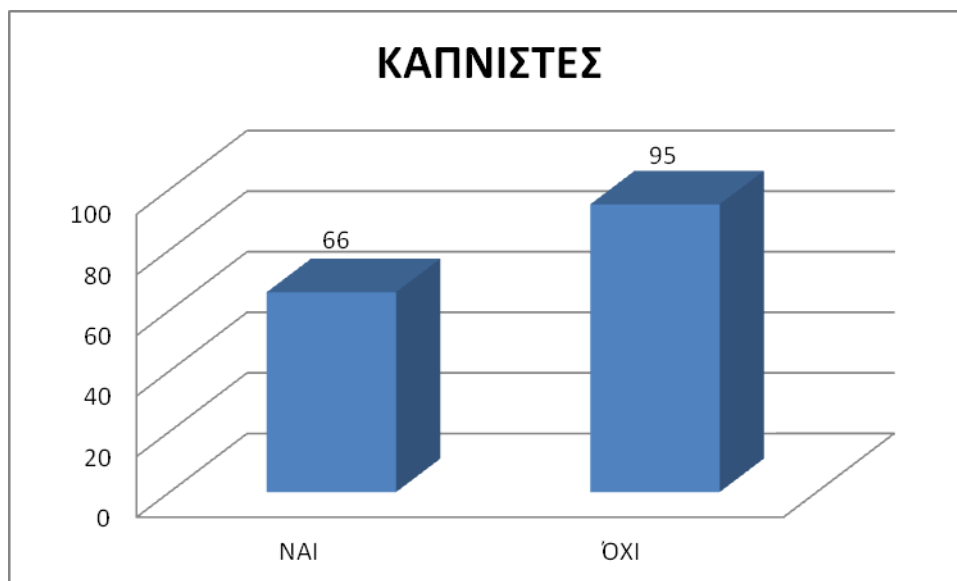


Γράφημα 2.Κατανομή των ετών προϋπηρεσίας στο τμήμα



Γράφημα 3. Κατανομή του αριθμού των εφημεριών

Καπνιστές ήταν το 41% του δείγματος (γράφημα 4)



Γράφημα 4. Συχνότητα καπνίσματος

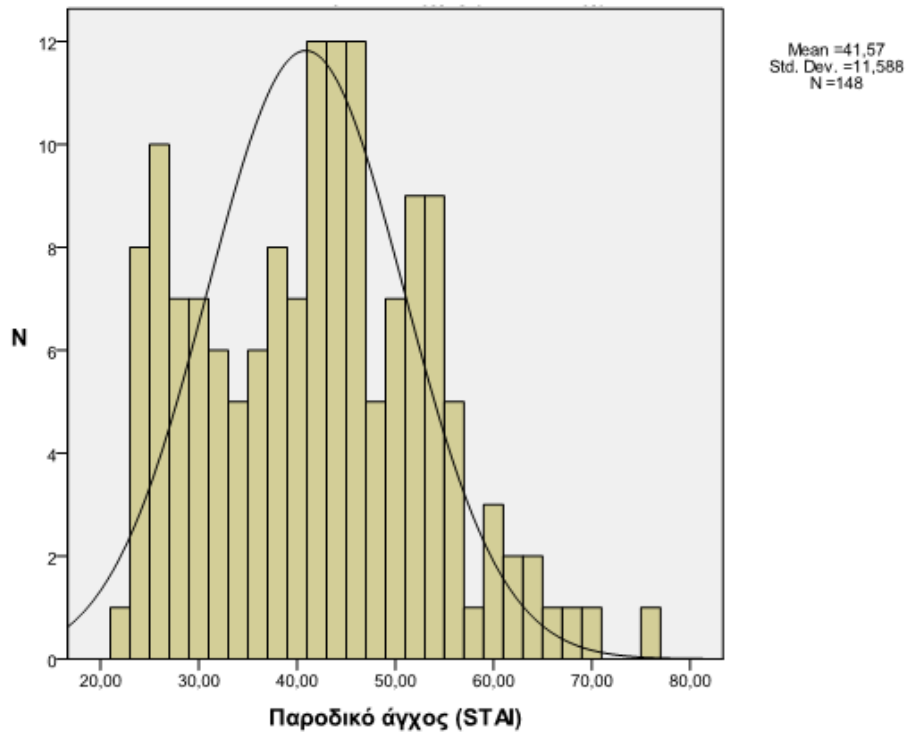
Η μέση κατανάλωση οινοπνευματωδών την εβδομάδα ήταν 2-2,5 ποτήρια, ενώ η κατανάλωση καφεϊνούχων ροφημάτων ανερχόταν σε 2-2,5 φλιτζάνια την ημέρα. Η μέση κατανάλωση τσιγάρων ήταν $17,16 \pm 11,17$ ημερησίως (πίνακας 4).

Πίνακας 4.

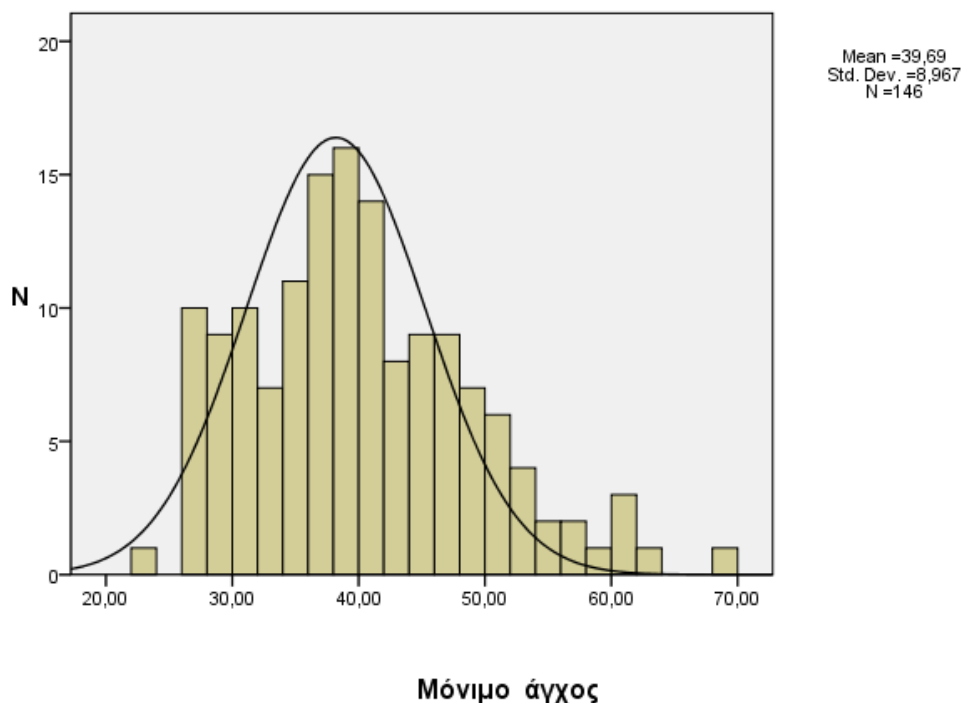
Καπνιστικές και διατροφικές συνήθειες

	ΜΤ	ΤΑ
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;	17,16	11,17
Ποια φλιτζάνια/ ποτήρια καφέ, τσάι ή αναψυκτικά τύπου κόλα καταναλώνετε σ' ένα συνηθισμένο 24ωρο	2,56	2,79
Πόσα ποτήρια καταναλώνετε την εβδομάδα;		
Μπίρα	2,55	2,64
Κρασί	2,24	2,12
Κονιάκ, ουίσκι. ούζο, κλπ.	2,50	2,51

Η μέση τιμή του παροδικού άγχους (άγχος κατάστασης) ήταν $41,57 \pm 11,59$ και του χαρακτηριστικού (μόνιμου) άγχους $39,69 \pm 8,97$ (γράφημα 5 & 6)

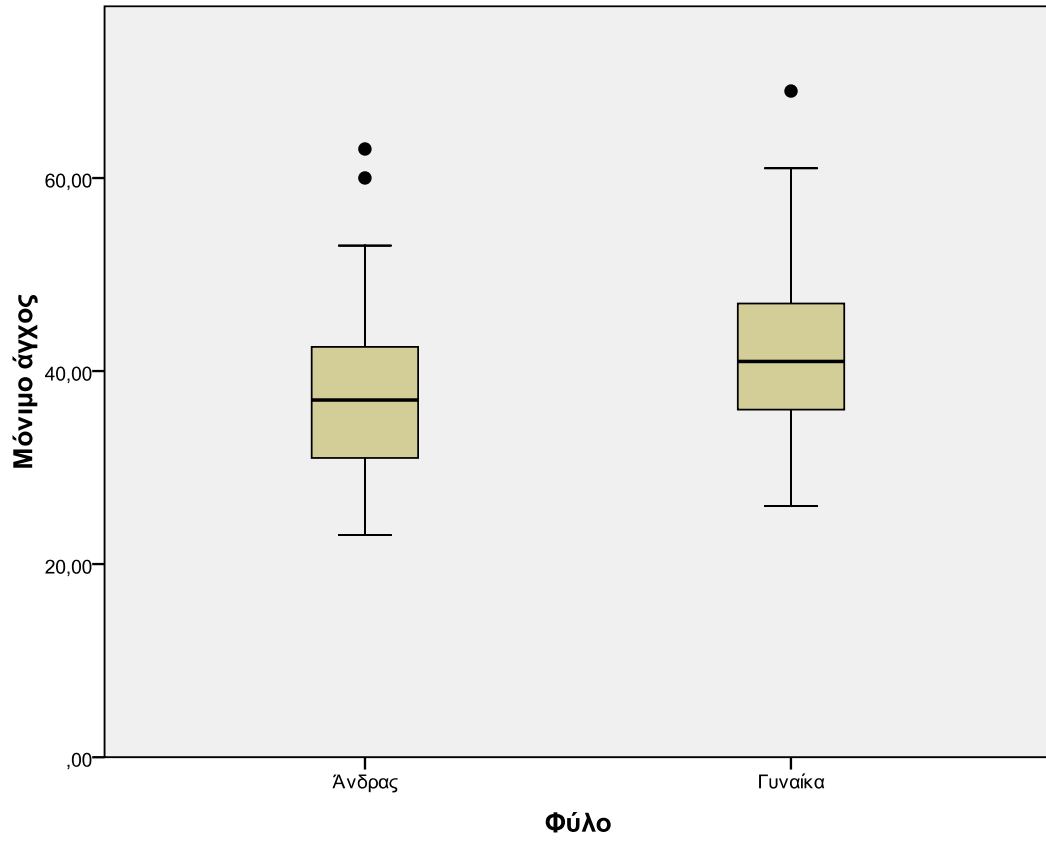


Γράφημα 5. Κατανομή του παροδικού άγχους

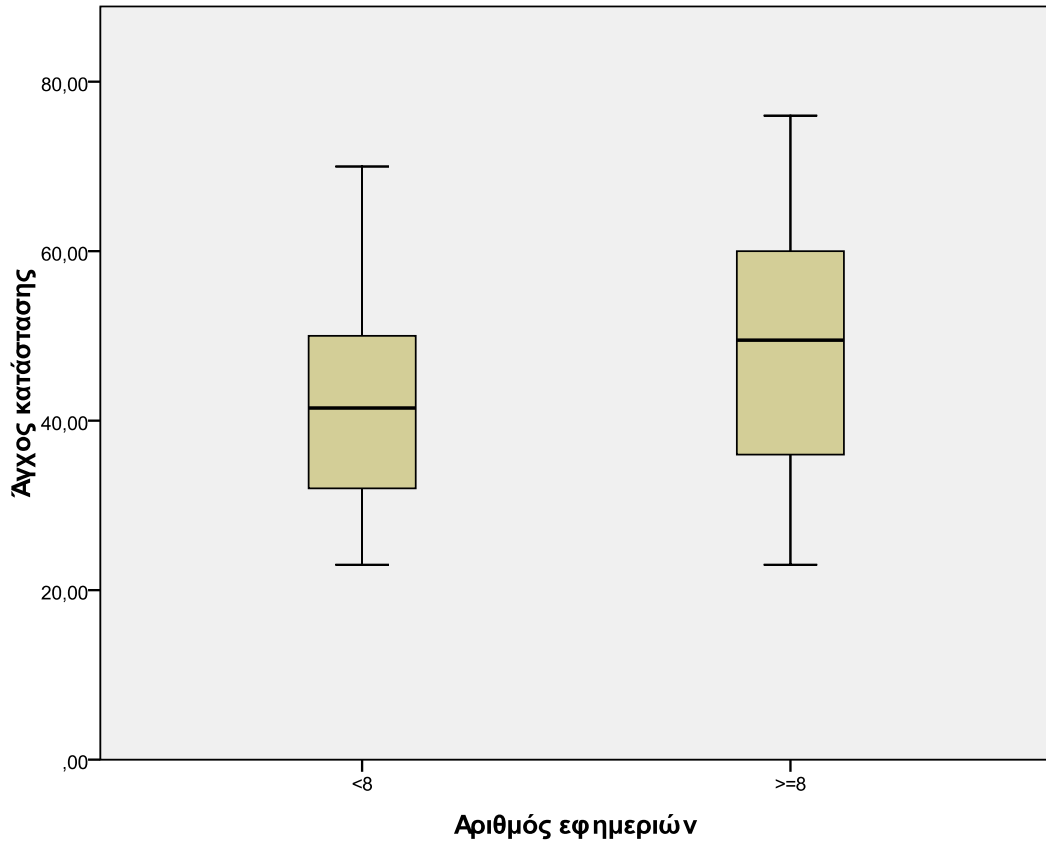


Γράφημα 6. Κατανομή του μόνιμου άγχους

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν σε σχέση με το φύλο και των αριθμών των εφημεριών (Γράφημα 7 & 8). Η διαφορά με βάση τις εφημερίες παρουσιάστηκε όταν ο αριθμός εφημεριών διχοτομήθηκε στην τιμή 8, που αντιστοιχεί στην 75^η θέση της κατανομής του αριθμού των εφημεριών: Όσοι έκαναν περισσότερες από 8 εφημερίες το μήνα εμφάνισαν και υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους [48,09±14,33, έναντι 41,16±10,10 των υπολοίπων, $t(159)=-2,502$, $p=0,059$, διαφορά ενδεικτική στατιστικής σημαντικότητας], ενώ οι γυναίκες είχαν υψηλότερα επίπεδα μόνιμου άγχους [41,17±8,60, έναντι 33,87±8,20 των ανδρών, διαφορά λίκαν στατιστικά σημαντική, $t(159)=-2,874$, $p=0,005$].



Γράφημα 7. Φύλο και μόνιμο άγχος



Γράφημα 8. Αριθμός εφημεριών και άγχος κατάστασης

Μόνιμο και παροδικό άγχος συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά και θετικά με την κατανάλωση καφεϊνούχων ποτών. Το μόνιμο άγχος συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και θετικά με τον αριθμό των τσιγάρων και ο αριθμός των εφημεριών με την κατανάλωση καφεϊνούχων ποτών (πίνακας 5).

Πίνακας 5.

Συσχετίσεις του άγχους (μόνιμου και παροδικού) με τον αριθμό εφημεριών και την κατανάλωση καπνού και καφεϊνούχων ποτών

		Άγχος κατάστασης	Αριθμός εφημεριών	Αριθμός τσιγάρων	Αριθμός καφεϊνούχων ποτών
Μόνιμο	r	,807**	,009	,276*	,231**
άγχος	p	<0,001	,925	,030	,006
	N	136	105	62	139
Παροδικό	r		,102	,220	,235**
άγχος	p		,304	,086	,005
	N		103	62	140
Αριθμός	r			,274	,208*
εφημεριών	p			,057	,030
	N			49	110
Αριθμός	r				,262*
τσιγάρων	p				,037
	N				64

Επίσης όταν συγκρίθηκαν οι επαγγελματίες υγείας που είχαν ≤ 2 παιδιά με εκείνους που είχαν >2 παιδιά, η βαθμολογία στην κλίμακα του παροδικού άγχους ήταν μεγαλύτερη στη δεύτερη ομάδα, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική: ≤ 2 παιδιά: $40,84 \pm 11,09$, >2 παιδιά: $44,00 \pm 10,92$: $t(98)=-1,071$, $p=0,287$. Στην περίπτωση του μόνιμου άγχους η διαφορά ήταν και πάλι υπέρ εκείνων με περισσότερα από δύο παιδιά, με τη διαφορά να είναι ενδεικτική σημαντικότητας: ≤ 2 παιδιά: $42,62 \pm 9,98$, >2 παιδιά: $38,61 \pm 8,23$: $t(98)=-1,722$, $p=0,088$.

Τέλος, δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες του μόνιμου και παροδικού άγχους σε σχέση με τα υπόλοιπα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος:

Αναφορικά με το μόνιμο άγχος, όταν η ηλικία διχοτομήθηκε στη διάμεσό της (42 έτη) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ εκείνων με ηλικία μικρότερη ή ίση των 42 ετών και εκείνων με ηλικία μεγαλύτερη των 42 ετών [40,97±8,17 έναντι 38,57±8,73 αντίστοιχα, $t(159)=1,179$, $p=0,240$]. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα για τις εκπαιδευτικές βαθμίδες [$F(3,150)=0,123$, $p=0,342$], το τμήμα εργασίας, $t(159)=0,099$, $p=0,921$ με τους εργαζομένους στο χειρουργικό - αναισθησιολογικό να δίνουν βαθμολογία 39,74±8,62 κι εκείνους στις κλινικές / μονάδες περίθαλψης να δίνουν βαθμολογία 39,61±8,64. Επίσης δεν παρατηρήθηκε διαφορά σε σχέση με τη θέση εργασίας: $F(7,147)=0,596$, $p=0,758$ ή το ωράριο εργασίας: $F(2,68)=0,837$, $p=0,437$. Αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας, όσοι είχαν 13 έτη ή λιγότερα εμφάνισαν μέση τιμή 40,54±8,15 έναντι 38,72±8,57 των υπολοίπων, $t(156)=0,688$, $p=0,183$

Αναφορικά με το παροδικό άγχος, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ εκείνων με ηλικία μικρότερη ή ίση των 42 ετών και εκείνων με ηλικία μεγαλύτερη των 42 ετών [40,82±11,58 έναντι 40,82±10,64 αντίστοιχα, $t(159)=1,787$, $p=0,076$]. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα για τις εκπαιδευτικές βαθμίδες [$F(3,150)=0,946$, $p=0,420$], το τμήμα εργασίας, $t(159)=0,567$, $p=0,572$ με τους εργαζομένους στο χειρουργικό-αναισθησιολογικό να δίνουν βαθμολογία 42,38±11,81 και εκείνους στις κλινικές / μονάδες περίθαλψης να δίνουν βαθμολογία 41,36±8,62. Επίσης δεν παρατηρήθηκε διαφορά σε σχέση με τη θέση εργασίας: $F(7,147)=0,482$, $p=0,846$ ή το ωράριο εργασίας : $F(2,67)=0,127$, $p=0,881$. Αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας, όσοι είχαν 13 έτη ή λιγότερα εμφάνισαν μέση τιμή 42,85±11,33 έναντι 40,81±10,95 των υπολοίπων, $t(156)=0,954$, $p=0,342$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τονίζουν τη σημασία που έχει ο αυξημένος φόρτος εργασίας καθώς και ο αριθμός των εφημεριών για την ψυχική υγεία των εργαζομένων στις μονάδες υγείας. Επιπλέον, αναδεικνύεται η μεγαλύτερη τρωτότητα των γυναικών εργαζομένων, οι οποίες εμφανίζουν τα μέσα επίπεδα άγχους σημαντικά αυξημένα σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους, υψηλότερα ακόμα και σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ιδιαίτερα υψηλό είναι και το παροδικό άγχος στους έχοντες πολλές εφημερίες, καθώς η μέση τιμή του ανέρχεται στο 48,22, όταν η αναθεωρημένη (προς τα άνω) αντίστοιχη μέση τιμή για το γενικό πληθυσμό είναι μικρότερη του 43. Τα νούμερα αυτά δεν είναι ασυνήθη και σε χρόνιες παθήσεις, ακόμα και σε ασθενείς που αναμένουν σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις (Karapolat, 2008).

Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με τα αντίστοιχα προγενέστερων μελετών και καλούν σε εγρήγορση το διοικητικό δυναμικό των μονάδων υγείας, καθώς η εξουθένωση του προσωπικού μπορεί να απειλήσει την εύρυθμη λειτουργία τους, με συνέπειες στη υγεία των ίδιων των εργαζομένων, αλλά και των πολιτών. Πράγματι, οι περισσότερες μελέτες έχουν αποδείξει τον αυξημένο επαγγελματικό κίνδυνο των επαγγελματιών υγείας, λόγω του αυξημένου αριθμού των εφημεριών και του κυκλικού ωραρίου (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Η σωστή λειτουργία του βιολογικού ρολογιού έχει ως αποτέλεσμα η νυχτερινή ανάπαυση και η ημερήσια εγρήγορση με τις επιμέρους δραστηριότητες της να πραγματοποιούνται απρόσκοπτα. Το βιολογικό ρολόι σχετίζεται με την εναλλαγή ημέρας και νύχτας, επειδή ακριβώς μετράει το χρόνο με βάση το φυσικό ρυθμό του περιβάλλοντος. Όταν αυτό διαταράσσεται προκύπτουν αναπόφευκτα προβλήματα, τα οποία μπορεί να γίνουν ανυπέρβλητα, όταν υπάρξει πλήρης αποσυντονισμός των βιολογικών ρυθμών (Κορομπέλη & συν, 2006).

Επίσης, στη νυχτερινή βάρδια το προσωπικό είναι μειωμένο, γεγονός που αποτυπώνεται στη μειωμένη αναλογία νοσηλευτή - ασθενών. Έτσι, οι νοσηλευτές της νυχτερινής βάρδιας επωμίζονται περισσότερο βάρος, ψυχολογικό και σωματικό, με αποτέλεσμα τη συχνότερη εμφάνιση σωματικών και ψυχικών αιτιάσεων από μέρους τους. Η διάρκεια του ύπνου μεταξύ συνεχόμενων νυχτερινών βαρδιών δεν επαρκεί για τη σωματική και πνευματική ανάπαυση του εργαζόμενου, ο οποίος γι' αυτόν το λόγο αισθάνεται εξουθενωμένος. Η υπερένταση που υπάρχει μετά τις βάρδιες (πολλές

λήγουν αργά, πχ. η απογευματινή τελειώνει στις 11μμ) δεν βοηθά στη χαλάρωση, με συνέπεια πολλοί επαγγελματίες υγείας και ειδικά νοσηλευτές να υποφέρουν από αϋπνίες μεταξύ δύο συνεχόμενων απογευματινών βάρδιών (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010).

Στην παρούσα μελέτη, όταν ο αριθμός των νυχτερινών βάρδιών υπερέβαινε ένα κρίσιμο όριο, το άγχος αυξανόταν σημαντικά. Πράγματι, στη μελέτη των Κορομπέλη και συν (2006) βρέθηκε ότι ο αριθμός των νυχτερινών βάρδιών επηρέαζε την οικογενειακή και κοινωνική ζωή των νοσηλευτών, ενώ συχνά παρατηρούνταν και σωματικά ενοχλήματα, όπως πόνος στην πλάτη και στη μέση. Επίσης, στην ίδια εκείνη μελέτη είχε βρεθεί ότι άτομα με περισσότερα χρόνια εμπειρίας αντιμετώπιζαν το φόρτο εργασίας στη νυχτερινή βάρδια ως πιο «βαρύ». Η διάρκεια του ύπνου μεταξύ των νυχτερινών βάρδιών δεν επαρκούσε για την ανάπαυση του προσωπικού, ενώ αρκετά ήταν τα άτομα που εμφάνιζαν αϋπνίες τις μέρες ανάπαυσης και μεταξύ δύο απογευματινών βάρδιών. Η διάρκεια του ύπνου σε όλες τις βάρδιες ήταν συνυφασμένη με την ποιότητά του, με εξαίρεση τη βάρδια απόγευμα - πρωί. Το συχνά εναλλασσόμενο σύστημα βάρδιών οδηγεί σε συμπτώματα όπως αϋπνίες ή, αντίθετα, υπνηλία, αδιαθεσία και διαταραχές στη διάθεση. Αυτές οι διαταραχές μπορεί μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε μόνιμες και σοβαρές επιπλοκές από το νευρικό σύστημα. Έχει επίσης δειχθεί ότι οι εργαζόμενοι, των οποίων οι ώρες ύπνου ήταν σταθερές σε καθημερινή βάση διέθεταν καλύτερο επίπεδο υγείας συγκριτικά με εκείνους που οι ώρες ύπνου εναλλάσσονταν (Monk, 1988). Οι συνθήκες εργασίας των ιατρών και τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, καθώς και η έλλειψη ύπνου συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων και μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Ειδικά η έλλειψη ύπνου έχει σχετιστεί με εκδηλώσεις νευρικότητας, θυμού, ευερεθιστότητας, άσχημης διάθεσης και θλίψης. Εάν η έλλειψη ύπνου συνδυαστεί με απομόνωση – όπως λ.χ. συμβαίνει με τον υπερβολικό αριθμό εφημεριών– ο κίνδυνος εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας αυξάνεται. Πιθανόν η αύξηση του άγχους μετά από έναν ορισμένο αριθμό εφημεριών που βρέθηκε στην παρούσα εργασία να υποδηλώνει εξάντληση από υπερβολικό αριθμό εφημεριών και να κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για ανάπτυξη περαιτέρω ψυχοπαθολογίας (Reuben, 1985; Parthasarathy, 2005). Ειδικά στο χειρουργικό τομέα, ενδογενείς παράγοντες του εργασιακού χώρου προκαλούν άγχος. Μερικοί από αυτούς είναι το ωράριο και ο φόρτος εργασίας. Χρειάζεται να εργάζονται περισσότεροι νοσηλευτές σε κάθε βάρδια, με αποτέλεσμα να καλύπτουν περισσότερες βάρδιες την εβδομάδα

συγκριτικά με κάποιο νοσηλευτή άλλου τμήματος, ενώ οι ιατροί για τους ίδιους λόγους έχουν εξαιρετικά περιορισμένο χρόνο ανάπαυσης. Νοσηλευτές που εργάζονται σε πολύωρες βάρδιες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν δυσαρέσκεια και επαγγελματική εξουθένωση, ενώ μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά και η φροντίδα των ασθενών. Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος που επιτείνει το άγχος και οδηγεί στην ψυχική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας (Stimpfel et al, 2012)

Όσον αφορά στις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη, ίσως αυτές αντανakλούν έναν συνδυασμό κοινωνικών, εργασιακών και βιολογικών - γενετικών παραγόντων που επιβαρύνουν δυσανάλογα τις γυναίκες, οι οποίες και καλούνται να ανταπεξέλθουν σε πολλαπλούς κοινωνικούς ρόλους. Πράγματι, οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών αφορούν κυρίως στο ορμονικό περιβάλλον, στα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και στους διαφορετικούς κοινωνικούς και εργασιακούς συντελεστές που επικρατούν στην σύγχρονη καθημερινότητα των δύο φύλων (Dennerstein et al, 1995). Οι τελευταίοι μπορεί να αφορούν την επικράτηση των γυναικών σε ορισμένα επαγγέλματα υψηλής έντασης εργασίας, όπως το νοσηλευτικό, τις μισθολογικές διαφορές και άλλες ανισότητες, όπως και την επιφόρτιση των γυναικών με πολλαπλούς ρόλους σε παραδοσιακές ιδιαίτερα κοινωνίες (Campos-Serna et al, 2013). Συνέπεια είναι να εμφανίζεται υψηλότερο άγχος στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας, στις οποίες πέραν του υψηλότερου «συστημικού» κινδύνου (λόγω φύλου) για ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής, προστίθεται και η καταπόνηση λόγω του ιατρικού/νοσηλευτικού επαγγέλματος, ειδικά στον χειρουργικό τομέα που χαρακτηρίζεται από μακρές και εξαντλητικές εφημερίες εξαιτίας των επειγόντων περιστατικών.

Περιορισμοί

Η έρευνα αυτή υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας και προερχόταν από μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και μία μόνο ΥΠΕ και δεν περιελάμβανε εργαζομένους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, χωρίς να συνοδεύονται από αντικειμενικές (καταγραφικές) μετρήσεις του ύπνου, οπότε να ελέγχεται η αξιοπιστία των απαντήσεων, ενώ η γενίκευση των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη.

Συμπεράσματα -προτάσεις

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προβληματίζουν για το μέλλον της υπάρχουσας κατάστασης στα ελληνικά νοσοκομεία και καλούν για την υιοθέτηση προτάσεων που θα μπορούσαν, υπό προϋποθέσεις, να βελτιώσουν την κατάσταση. Έμφαση θα πρέπει να δοθεί στους παράγοντες εκείνους που συμμετέχουν στην αποδοχή του κυκλικού ωραρίου και στη μερική προσαρμογή σε αυτό. Κάποιοι παράγοντες θα μπορούσαν να κάνουν υποφερτό το κυκλικό ωράριο, όπως :

- Δεξιόστροφη φορά του κυκλικού ωραρίου, με τις πρωινές βάρδιες να ακολουθούνται από απογευματινές και στη συνέχεια νυχτερινές
- Πρόβλεψη ελάχιστης ανάπαυσης μεταξύ των βαρδιών (όχι λιγότερη από 12 ώρες) (ΠΔ 88, 13/5/1999)
- Περιορισμός του αριθμού των νυχτερινών βαρδιών, σε όχι περισσότερες από 3 συνεχόμενες
- Ελαστικότητα στην έναρξη και στη λήξη των βαρδιών, ώστε να διευκολύνεται η ανάληψη καθηκόντων και η αποχώρηση των εργαζομένων
- Πρόβλεψη για δύο τουλάχιστον μέρες ανάπαυσης μετά τη νυχτερινή βάρδια, ώστε το προσωπικό να ξεκουράζεται καλύτερα
- Εναλλαγή των βαρδιών με σταθερό κύκλο, με αξιοποίηση στο μέτρο του δυνατού των Σαββατοκύριακων, ώστε το προσωπικό να μπορεί να οργανώνει την προσωπική και κοινωνική του ζωή
- Πρόβλεψη για δυνατότητα επιλογής βάρδιας, όπου αυτό είναι εφικτό

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I.N., Smith, H.L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344:e1717.

Akerstedt, T. (2003). Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occup Med*, 53:89-94.

Akerstedt, T. & Wright, K.P. (2009). Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. *Sleep Med Clin*, 4:257-271.

Ardekani, Z.Z., Kakooei, H., Ayattollahi, S.M., Choobineh, A. & Seraji, G.N. (2008). Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci*, 11:1605-1609.

Baba, V.V. & Harris, M.J. (1989). Stress and absence: A cross-cultural perspective, *Research in Personnel and Human Resources Management*, 1:317-337.

Balch, C.M. & Copeland, E. (2007). Stress and burnout among surgical oncologists: A call for personal wellness and a supportive workplace environment. *Annual Surgery Oncology*, 14:3029–3032.

Bangasser & Valentino. (2012). Sex differences in molecular and cellular substrates of stress. *Cell Mol Neurobiol*, 32:709-723.

Barling, J. & MacIntyre, A. (1993). Daily work role stress, mood and emotional exhaustion, *Work & Stress*, 7:315-325.

Bates, E. (1975). Stress in hospital personnel. *Medical Journal of Australia*, 765-767.

- Beehr, T.A., Newman, J.E.(1978). Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model and literature review. *Personnel Psychology* ,31(4): 665 – 699.
- Bluen, S.D., Barling, J. & Burns, W. (1990). Predicting sales performance, job satisfaction, and depression by using the achievement strivings and impatience-irritability dimensions of Type-A Behavior, *Journal of Applied Psychology*, 75 (2):212-216.
- Burke, R.J., & Greenglass, E.R. (1989). Psychological burnout among men and women in teaching: An examination of the Cherniss model. *Human Relations*, 42:261-273.
- Burke, R.J. & Greenglass, E.R. (1995). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*, 48 (2):187-202.
- Burke, R.J., Greenglass, E.R. & Schwarzer, R. (1996). Predicting teacher burnout over time: Effects of work stress, social support, and self-doubts on burnout and its consequences. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9:261-275.
- Butler, B. (1978). Computerized manpower scheduling. Master's thesis, University of Alberta, Canada, 1978.
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen BE, Benavides FG (2013). Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int J Equity Health.*, 12:57.
- Caplan, R.D., Cobb, S., French, J.R.P., Harrison, R.V. & Pinneau, S.R. (1975). *Job Demands and Worker Health: Main Effects and Occupational Difference*, HEW Publication No (NIOSH), US Department of Health, Education and Welfare. Washington, DC, pp. 75-160.
- Caruso, C.C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabil Nurs*, 39:16-25.

Cherniss, C. (1980). Professional Burnout in Human Service Organizations. New York: Praeger.

Cooper, C.L. (1983). Identifying stressors at work: recent research developments. *Journal of Psychomatic Research*, 27 (5):369-376.

Cooper, C.L. (1985). The stress of work: an overview. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 56 (7):627-632.

Cooper, C.L., Sloan, S.L. & Williams, S.L. (1988). Occupational Stress Indicator Management Guide, NFER-NELSON, Windsor.

Cooper, C. & Cartwright, S. (1994). Healthy Mind; Healthy Organization - A Proactive Approach to Occupational Stress. *Human Relations*, 47(4):455-471.

Cox T. (1993). Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work, Sudbury. Health and Safety Executive.

Culpepper, L. (2010). The social and economic burden of shift-work disorder. *J Fam Pract*, 3(1): 11-243.

Daniels, D., Miller, J., Billings, A. & Moos, R. (1986). Psychosocial functioning of siblings of children with asthmatic disease. *J Pediatr*, 109:379-383.

Dennerstein, L(1995). Mental health, work, and gender. *Int J Health Serv.* 1995;25:503-9.

Dochi, M. & Sakata, K. (2008). Relationship between shift-work and hypercholesterolemia in Japan. *Scand J Work Environ Health*, 34:33-39.

Dolan, S.L., Van Ameringen, M.R., Corbin, S. & Arseneault, A. (1992). Lack of professional latitude and role problems as correlates of propensity to quit amongst nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 17:1455-1459.

Donner, N.C. & Lowry, C.A. (2013). Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflugers Arch*, 465:601-626.

Drake, C.L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J.K. & Roth, T. (2004). Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 27:1453-1462.

Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B.K., Ducharme, F. & Saulnier, P. (1995). Psychological determinants of burnout in geriatric nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32:443-456.

Faria, D.A. & Maia, E.M. (2007). Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. *Rev Lat Am Enfermagem*. 15:1131-1137.

Ganster, D.C. & Schaubroeck, J. (1991). Work stress and employee health. *Journal of Management*, 17 (2):235-271.

Epel, E.S. (2009). Psychological and metabolic stress: a recipe for accelerated cellular aging? *Hormones (Athens)*, 8:7-22.

Eysenck, H.J.(1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *J Pers*,58:245-261.

Gilbert, D.G., McClernon, .J. & Gilbert, B.O (1997). The psychology of the smoker. In: Bollinger CT, Fagerström KO, editors. *The tobacco epidemic. Prog Respir Res Basel* ,28:132-150.

Giovanni, C. The impact of shift and night work on health. *Appl Ergonom* 1996, 27:9–16

Gray, T.P. & Anderson, J.G. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Soc Sci Med*, 15(a): 639-647.

Gray, T.P. & Anderson, J.G. (1981). The nursing stress scale: development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3:11-23.

Greenglass, E.R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. In *Special Issue on Women and Management*, Guest Editors: Esther R. Greenglass and Judi Marshall, *Applied Psychology. An International Review*, 42(4):323-340.

Greenglass, E.R., Fiksenbaum, L. & Burke, R.J. (1996). Components of social support, buffering effects and burnout: Implications for psychological functioning, *Anxiety, Stress, and Coping*, 9:185-197.

Hampson, S.E., Andrews, J.A., Barckley, M., Lichtenstein, E. & Lee M.E. (2000). Conscientiousness, perceived risk, and risk-reduction behaviors: a preliminary study. *Health Psychol*, 19:496-500.

Haw, M.A. (1982). Women, work and stress: A review and agenda for the future. *Journal of Health Social Behavior*, 23:132-44.

Hay, D. & Oken, D. (1972). The psychological stresses of intensive care unit nursing. *Psychosomatic Medicine*, 34:109-118.

Heim, E. (1992). Stressors in health occupations. Do females have a greater health risk? *Z Psychosom Med Psychoanal*, 38(3):207-226.

Hilton, M.F., Scuffham, P.A., Sheridan, J., Cleary, C.M., Vecchio, N. & Whiteford, H.A. (2009). The association between mental disorders and productivity in treated and untreated employees. *J Occup Environ Med*, 51:996-1003.

Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44:513-524.

İncir, G. (1998). Vardiya çalışması ve kronobiyojik araştırmalar. *Verimlilik Dergisi*, 1:59-72.

Iwata, M., Ota, K.T. & Duman, R.S. (2013). The inflammasome: pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. *Brain Behav Immun*, 31:105-114.

Jackson, S.E., Schwab, R.L. & Schuler, R.S. (1986). Understanding the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71:630-640.

Jamal, M. (1990). Relationship of job stress and type-A behavior to employee's job satisfaction, organizational commitment, psychosomatic health problems, and turnover motivation. *Human Relations*, 43:727-738.

Jamal, M. & Baba, V.V. (1992). Shiftwork and department-type related to job stress, work attitudes and behavioral intentions: A study of nurses. *Journal of Organizational Behavior*, 13:449-464.

Jamal, M. & Baba, V.V. (1997). Shiftwork, burnout, and well-being: A study of Canadian nurses. *International Journal of Stress Management*, 4:197-204.

Jex, S.M. & Roberts, C.K. (1992). The meaning of "stress" items to survey respondents. *Journal of Applied Psychology*, 77:623-628.

Johnson, J.V. & Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Pub Health*, 78:1336-1342.

Johnson, M. (1979). Anxiety/stress and the effect of disclosure between nurses and patients. *Advance Nursing Science*, 1:1-20.

Jourdain, G. & Chênevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 47:709-722.

Karasek, R., Gardell, B. & Lindell, J. (1987). Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers. *J Occup Behav*, 8:187.

Karapolat, H., Eyigor, S., Zoghi, M., Nalbantgil, S., Yagdi, T., Durmaz, B. & Ozbaran, M. (2008). Health related quality of life in patients awaiting heart transplantation. *Tohoku J Exp Med*, 214(1):17-25.

Keane, A., Ducette, J. & Adler, D.C. (1985). Stress in ICU and non-ICU nurses. *Nursing Research*, 34:231-236.

Keller, S.M. (2009). Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity, and employee health. *AAOHN J*, 57:497-502.

Kelloway, E.K. & Barling, J. (1991). Job characteristics, role stress, and mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 64:291-304.

Kivimaki, M.J., Nyberg, S.T., Batty, G.D., Fransson, E.I., Hiekkila, K., Alfredsson, L., Bjorner, J.B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano, N., Ferrie, J.E., Geuskens, G.A., Goldberg, M., Hamer, M., Hooftman, W.E., Houtman, I.L., Joensuu, M., Jokela, M., Kittel, F., Knutsson, A., Koskenvuo, M., Koskinen, A., Kouvonen, A., Kumari, M., Madsen, I.E.H., Marmot, M.G., Nielsen, M.L., Nordin, M., Oksanen, T., Pentti, J., Rugulies, R., Salo, P., Siegrist, J., Singh-Manoux, A., Suominen, S.B., Väänänen, A., Vahtera, J., Virtanen, M., Westerholm, P.J.M., Westerlund, H., Zins, M., Steptoe, A. & Theorell, T. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, in Press.

Knutsson, A., Hallquist, J., Reuterwall, C., Theorell, T. & Akerstedt, T. (1999). Shift-work and infarction: a case control study. *Occup Environ Med*, 56:46-50.

Koeske, G.F. & Kirk, S.A. (1995). Direct and buffering effects of internal locus of control among mental health professionals. *Journal Social Service Research*, 20:1-28.

Korabik, K. & Van Kampen, J. (1995). Gender, social support, and coping with work stressors among managers. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10:135-148.

Kristoff, A.L. (1996). Person-Organization Fit: An Integrative Review of its Conceptualizations, Measurement and Implications. *Personnel*, 49:1-49.

Laubach, W., Milch, W. & Ernst, R. (1999). Dimensions of work stress and job satisfaction in psychiatric-psychotherapeutic practice. *Psychother Psychosom Med Psychology*, 49:38-47.

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

Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1993a). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54:369-398.

Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1993b). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*, 14:3-20.

Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2):123-133.

Leiter, M.P. & Durum, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7:357-373.

Leiter, M.P. & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag*, 17:331-339.

Long, B.C., Kahn, S.E. & Schutz, R.W. (1992). Causal model of stress and coping: Women in management. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2):227-239.

Lu, H., Barriball, K.L., Zhang, X. & While, A.E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 49:1017-1038.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52:397-422.

McLean, A. (1985). *Work Stress Reading*, Massachusetts, Addison-Wesley.

McGrath, A. & Boore, N.R. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40:555-565.

McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6):633-642.

Menzies, I.E.P. (1960). Nurses under stress. *International Nursing Review*, 7:9-16.

Monk, T.H (1988). Coping with the stress of shift work. *Work Stress*, 2:169-172

Morikava, Y., Nakagawa, H., Miura, K., Soyama, Y., Ishizaki, M. & Kido, T. (2005). Shift-work and the risk of diabetes mellitus among Japanese male factory workers. *Scand J Work Environ Health*, 31:179-183.

Munakata, M., Ichii, S., Nunokawa, T., Saito, Y., Nobuhiko, I., Fukudo, S. & Yoshinaga, K. (2001). Influence of night shift work on psychologic state and cardiovascular and neuroendocrine responses in healthy nurses. *Hypertens Res*, 24:25-31.

National Institute for Occupational Safety and Health (1999). *Stress...At Work*. Booklet, DHHS (NIOSH) Publication No. 99-101.

Nichols, K. A., Springford, V. & Searl, J. (1981). An investigation of distress and discontent in various types of nursing. *Journal of Advance Nursing*, 6:311-338.

Nicholson, P.J. & D'Auriat, D.A.P. (1999). Shift work, health, the working time regulations and health assessments. *Occup Med (Lond)*, 49:127-137.

Ohayon, M.M., Lemoine, P., Arnaud-Briant, V. & Dreyfus, M. (2002). Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *J Psychosom Res*, 53:577-583.

Ohman, A (2000). Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.). New York: The Guilford Press. *Handbook of emotions*, pp.573-593.

Oishi, M., Suwazano, Y., Sakata, K., Okubo, Y., Harada, H. & Kobayashi, E. (2005). A longitudinal study on the relationship between shiftwork and the progression of hypertension in male workers. *J Hypertens*, 23:2173-2178.

Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L. & Aarimaa, M. (1990). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 25:81-86.

Parker, D.F. & Decotiis, T.A. (1983). Organizational determinants of job stress. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32:160-167.

Pati, A.K., Chandrawanshi, A. & Reinberg, A (2001). Shift work: Consequences and management. *Curr Sci India*, 81:32-52

Payne, R.L. & Firth-Cozens, J. (1987). *Stress in Health Professionals*, (Eds). John Wiley & Sons, Chichester.

Petterson, I.L., Arnetz, B.B., Arnetz, J.E. & Horte, L.G. (1995). Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses - results from a national questionnaire study. *Psychotherapy and Psychosomatization*, 64:20-31

Pıçakçıefe, M. (2010). Çalışma yaşamı ve anksiyete. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9:367-374.

Pilke, J.L., Smith, T.L., Hauger, R.L., et al. (1997). Chronic life stress alters sympathetic, neuroendocrine and immune responsivity to an acute psychological stressor in humans. *Psychosom Med*, 59:447-457.

Pisarski, A., Brook, C., Bohle, P., Gallois, C., Watson, B. & Winch, S. (2006). Extending a model of shift-work tolerance. *Chronobiol Int*, 23:1363-1377.

Rees, D. & Cooper, C.L. (1992). Occupational stress in health-service workers in the UK. *Stress Medicine*, 8:79-90.

Rees, D.W. (1995). Work-related stress in health service employees. *Journal of Managerial Psychology*, 10:4-11.

Reuben, D.B. (1985). Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Arch Intern Med*, 145:286-288
Parthasarathy, S. (2005). Sleep and medical profession. *Curr Opin Pulm Med*, 11:507-512

Richardsen, A.M., Burke, R.J. & Leiter, M.P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress, and Coping*, 5:55-68.

Richardsen, A.M. & Burke, R.J. (1993). Occupational stress and work satisfaction among Canadian women physicians. *Psychological Reports*, 72:811-821.

Rondina, R.C., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2007). Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. *J Bras Pneumol*, 33:592-601.

Roskies, E., Louis-Guerin, C. & Fournier, C. (1993). Coping with job insecurity: How does personality make a difference? *Journal of Organizational Behavior*, 14:617-630.

Saijo, Y., Ueno, T., Hashimoto, Y. (2008). Twenty-four-hour shift work, depressive symptoms, and job dissatisfaction among Japanese firefighters. *Am J Ind Med*, 51:380-391.

Sartorius, N., Ustun, T.B., Costa e Silva, J.A., Goldberg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J., Von Korff, M. & Wittchen, H.U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry*, 50:819-824.

Szabo, S., Tache, Y., Somogyi, A (2012). The legacy of Hans **Selye** and the origins of stress research: a retrospective 75 years after his landmark brief "letter" to the editor# of nature.*Stress*;15:472-8.

Schat, A. & Frone, M.R. (2011). Exposure to Psychological Aggression at Work and Job Performance: The Mediating Role of Job Attitudes and Personal Health. *Work Stress*, 25:23-40.

Schuler, R. & Jackson, S. (1986). Managing stress through PHRM practices: An uncertainty interpretation. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 4:183-224

Schwartz, J.R. (2010). Recognition of shift-work disorder in primary care. *J Fam Pract*, 59:18-23.

Schwartz, B.G., French, W.J., Mayeda, G.S., Burstein. S., Economides, C., Bhandari, A.K., Cannon, D.S. & Kloner, R.A. (2012). Emotional stressors trigger cardiovascular events. *Int J Clin Pract*, 66:631-639.

Scott, A.J., Monk, T.H. & Brink, L.L. (1997). Shiftwork as a risk factor for depression: a pilot study. *Int J Occup Environ Health*, 3:2-9.

Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation *JCEM*, :6(2)

Shearer, J., & Shanahan, M. (2006). Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health*, 30:428-34.

Stevanovic, P. & Rupert, P. (2009). Work-family spillover and life satisfaction among professional psychologists. *Prof Psychol Res Pract*, 40:62–68.

Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH. The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Aff (Millwood)*. 2012, 31(11):2501-9.

Sutherland, V.J. & Cooper, C.L. (1990), *Understanding Stress: A Psychological Perspective for Health Professionals*. Chapman and Hall, London.

Takahashi, M., Iwasaki, K., Sasaki, T., Kubo, T., Mori, I. & Otsuka, Y. (2011). Worktime control-dependent reductions in fatigue, sleep problems, and depression. *Appl Ergon*, 42:244-250.

Tesser, A., Rosen, S. & Tesser, M. (1971). On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect). *Psychol Rep*, 29:651–654.

Thomas, B. (1997). Management strategies to tackle stress in mental health nursing. *Mental Health Care*, 1:15–16.

Tselebis, A., Panagiotou, A., Theotoka, I. & Ilias, I. (2001). Nursing staff anxiety versus smoking habits. *Int J Nurs Pract*, 7:221-223.

Tselebis, A., Gournas, G., Tzitzanidou, G., Panagiotou, A. & Ilias, I. (2006). Anxiety and depression in Greek nursing and medical personnel. *Psychol Rep*, 99:93-96.

Turnipseed, D.L. (1998). Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychological Reports*, 82:627-642.

Vreeland, R. & Ellis, G. L. (1969). Stresses on the nurse in an intensive care unit. *Journal of American Medical Association*, 208:332-334.

Waldman, S.V., Diez, J.C., Arazi, H.C., Linetzky, B., Guinjoan, S. & Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic Psychiatry*, 33:296–301.

Wardwell, W., Hyman, M. & Bahnson, C. (1964). Stress and coronary heart disease in three field studies. *Journal of chronic diseases*, 17:73.

Warr, P.B. & Payne, R. (1983). Affective outcomes of paid employment in a random sample of British workers. *Journal of Occupational Behaviour*, 4:91-104.

Wilson, J.L. (2002). The impact of shift patterns on healthcare professionals. *J Nurs Manag*, 10:211–219

Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R. & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occup Med (Lond)*.

Yonkers, K.A., Dyck, I.R. & Keller, M.B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatr Serv*, 52:637-643.

Zohar, D. (1995). The justice perspective of job stress. *Journal of Organizational Behavior*, 16:487-495.

Zunszain, P.A., Hepgul, N. & Pariante, C.M. (2013). Inflammation and depression. *Curr Top Behav Neurosci*, 14:135-151.

Αντωνίου, Α.Σ. (2002). Πηγές Εργασιακού Άγχους. Ευρωπαϊκή Εβδομάδα για την Υγιεινή και Ασφάλεια, Υπουργείο Εργασίας και ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., Αθήνα.

Ιεροδιακόνου, Χ. και συν. (1988). Ψυχιατρική. Εκδ. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.

Κάντας, Αρ. (1995). Οργανωτική-Βιομηχανική ψυχολογία, Τόμος Γ', Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Κορομπέλη Α., Κτενάς, Ε., Κικεμένη Α. (2006). Κυκλικό ωράριο Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών Νοσηλευτική 45(1):98–106

Κορομπέλη, Α., Σουρτζή, Π. (2010). Οργάνωση του Κυκλικού Ωραρίου Εργασίας σε Υπηρεσίες Υγείας, για τη Μείωση των Επιπτώσεών του στους Εργαζόμενους. Νοσηλευτική, 49:131–140.