

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Άγχος και κατάθλιψη στους Ιατρούς και Νοσηλευτές

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΖΑΦΑΛΙΑΣ

Επιβλέπων Καθηγητής
ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΥΛΑΚΗΣ

Ιούνιος , 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Άγχος και κατάθλιψη στους Ιατρούς και Νοσηλευτές

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΖΑΦΑΛΙΑΣ

Επιβλέπων Καθηγητής
ΑΝΤΡΕΑΣ ΠΑΥΛΑΚΗΣ

Ιούνιος, 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	i
Ελληνική περίληψη	ii
Αγγλική περίληψη	iii

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1

1	Στρες ,εργασιακό στρες και ψυχική υγεία	11
1.1	Εισαγωγή	14
1.2	Άγχος και Στρες	17
1.2.1	Τι είναι το στρες	17
1.2.2	Τα είδη του στρες	19
1.2.3	Στρες και Άγχος	19
1.2.4	Το στρες στο χώρο εργασίας και η αντιμετώπιση του ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου	20
1.2.5	Στρες και προσωπικότητα	21
1.3	Το στρες στην εργασία	23
1.4	Η Υγεία και η Ασθένεια	24
1.5	Το Στρες και η Υγεία	25
1.5.1	Το Στρες και η σωματική και ψυχική υγεία	29
1.5.2	Το Στρες σε σχέση με την Υγεία-Προσωπικότητα	30
1.5.3	Στρες και συμπεριφορά υγείας	30
1.6	Σχέση μεταξύ του εργασιακού στρες και της υγιεινής και ασφάλειας	31

Κεφάλαιο 2

	Εργασιακό άγχος	33
2.1	Το στρες ως ψυχοκοινωνικός κίνδυνος στο σύγχρονο	

	εργασιακό περιβάλλον	34
2.2	Ορισμός εργασιακού άγχους	36
2.3	Οι πηγές του εργασιακού άγχους	37
2.4	Παράγοντες εργασιακού στρες σε επαγγελματίες υγείας	38
2.5	Κυκλικό ωράριο εργασίας	39
2.6	Αμφισβήτηση της σημαντικότητας του ρόλου του ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού	39
2.7	Συνέπειες του εργασιακού στρες στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας	40
Κεφάλαιο 3		
	Κατάθλιψη-Παράγοντες και συμπτωματολογία και επαγγελματικού στρες σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας	42
3.1	Κατάθλιψη- ορισμός	42
3.2	Κατάθλιψη σε ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό	46
3.3	Εργασιακό στρες σε επαγγελματίες υγείας	47
3.4	Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης(burnout)	48
3.5	Αυτοκτονία και επαγγελματίες υγείας	51
3.6	Ψυχιατρική νοσηλεία σε επαγγελματίες υγείας	52
3.7	Παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης σε ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό	53

Κεφάλαιο 4

Μελέτη της συναισθηματικής κατάστασης του ιατρο-
νοσηλευτικού προσωπικού σε κατάσταση στρες 55

- 4.1 Το χρόνιο στρες και οι επαγγελματίες υγείας 55
- 4.2 Οξύ στρες στους επαγγελματίες υγείας 56
 - 4.2.1 Οξύ στρες στους ιατρούς 57
 - 4.2.2 Οξύ στρες στους Νοσηλευτές 59
- 4.3 Οξύ στρες σε ιατρικές και νοσηλευτικές ειδικότητες 61
- 4.4 Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και Χρήση
αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών 62

Κεφάλαιο 5

Η επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με το
εργασιακό άγχος 64

- 5.1 Ορισμοί επαγγελματικής ικανοποίησης 64
- 5.2 Παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης και
εργασιακό άγχος 67
- 5.3 Στρες και επαγγελματική ικανοποίηση 70
- 5.4 Η ανάλυση της επικινδυνότητας του άγχους στην
εργασία-αντιμετώπιση της 72
- 5.5 Λύσεις- παρεμβάσεις 75
- 6 Συμπεράσματα 77
- Βιβλιογραφία Ξενόγλωσση 79
- Βιβλιογραφία Ελληνική 89

Ευχαριστίες

Αισθάνομαι τη ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ Ανδρέα Παυλάκη για την διαρκή καθοδήγηση και για την αμέριστη συμπαράσταση για την επιτυχή ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας. Θερμές ευχαριστίες εκφράζω επίσης στους γονείς μου Θωμά και Ελισάβετ Τζαφάλια για την υπομονή και την στήριξη που μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου από τη ΜΤΕΝΣ του Τζανείου Περιφερειακού Νοσοκομείου Πειραιά, στο ΤΕΙ Πειραιά και τέλος στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών του ΑΠΚΥ <<Διοίκηση Μονάδων Υγείας>>.

Ελληνική Περίληψη

Εισαγωγή: Η διαρκώς αυξανόμενη οικονομική κρίση τόσο στη Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες αλλά και η αυξανόμενη επιδείνωση του εργασιακού κλίματος έχουν φέρει το άγχος και την κατάθλιψη στην κορυφή των προβλημάτων στον χώρο της υγείας και ειδικά στους ιατρούς και τους νοσηλευτές.

Σκοπός: Να γίνει με βάση τις βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις μέχρι σήμερα μια εκτεταμένη αναφορά στο άγχος και την κατάθλιψη των ιατρών και των νοσηλευτών που εργάζονται στον Ιδιωτικό αλλά και στον Δημόσιο Τομέα, και κατά πόσο έχουν επηρεάσει τόσο την προσωπική όσο και την επαγγελματική τους ζωή.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκαν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις άρθρων, δημοσιεύσεις σε περιοδικά υγείας, καθώς και περιεχόμενα βιβλίων προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο έχουν επηρεαστεί οι ιατροί και οι νοσηλευτές από τις αλλαγές στον χώρο της υγείας γενικότερα.

Αποτελέσματα: Οι γιατροί και οι νοσηλευτές επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό με υψηλά ποσοστά σε άγχος και επ' αυτού κατάθλιψη με βάση τις βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις με κυριότερα αίτια υγείας τις συνθήκες εργασίας, το περιβάλλον εργασίας, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, τα προβλήματα επικοινωνίας και διαχείρισης ασθενών, την δυσκολία επικοινωνίας με τους ασθενείς, τον φόρτο εργασίας και την απώλεια ενδιαφέροντος για την επαγγελματική και προσωπική τους ζωή.

Συμπεράσματα: Λαμβάνοντας υπόψη τις αναφορές για τις αλλαγές στην υγεία, αποδεικνύεται ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές περισσότερο από τους άλλους επαγγελματίες υγείας, δείχνουν να επηρεάζονται ψυχολογικά, σωματικά και αυτό να έχει άμεσα αρνητικά αποτελέσματα στον χαρακτήρα τους, στις εργασιακές τους σχέσεις με συναδέλφους και στην οικογενειακή τους ζωή.

Λέξεις κλειδιά : επαγγελματίες υγείας, ιατροί, νοσηλευτές ,άγχος, κατάθλιψη, επαγγελματική εξουθένωση (burnout),ιδιωτικός και δημόσιος τομέας υγείας.

Αγγλική Περίληψη

Abstract

Background: The growing economic crisis both in Greece and in other countries and the increasing deterioration of the working climate have brought stress and depression on top of the problems in the health sector, especially doctors and nurses.

Aim: To be based on the literature reviews to date an extensive reference to the anxiety and depression of doctors and nurses working in the private and public sectors, and whether have affected both personal and professional life.

Methods: Used literature reviews of articles, publications in health magazines and books contents to investigate whether the affected doctors and nurses of the changes in the health sector in general.

Results: The doctors and nurses are heavily influenced by high rates of anxiety and depression on this based on literature reviews with major health causes of the working conditions, work environment, interpersonal relationships, communication problems and patient management, the difficulty of communication with patients, workload and loss of interest for the professional and personal lives.

Keywords: health professionals, doctors, nurses, stress, depression, burnout, private and public health sector.

Εισαγωγή

Το άγχος και η κατάθλιψη βάση ερευνών και εκτός του ότι είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού (Ασημακοπούλου ,2004) αποτελούν δυο από τους κύριους παράγοντες, που σχετίζονται με τον χώρο της υγείας και που επηρεάζουν τους εργαζόμενους και ειδικά τους ιατρούς και τους νοσηλευτές. Συνδέονται άμεσα με την ψυχική τους υγεία και η εμφάνιση τους έχει βασικό αντίκτυπο στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς(Gox et al.).

Η καταπολέμηση του άγχους καθώς και της κατάθλιψης αποτελεί πρωταρχικό ρόλο στον Ιδιωτικό και στον Δημόσιο Τομέα στην Υγεία. Σε περίπτωση παραμέλησης των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσουν τον εργαζόμενο στην επαγγελματική εξουθένωση με άμεσα αποτελέσματα στην εργασία τους.

Η επαγγελματική εξουθένωση με βάση έρευνες των Maslach&Jackson(1981,1984,1986) επέρχεται από την ψυχολογική κατάρρευση του εργαζόμενου και με πιο πρόσφατα στοιχεία είναι κυρίως ένα σύνδρομο που πλήττει ειδικά τους επαγγελματίες υγείας των Dimitropoylos,Fillipou (2008) . Μελλοντικές έρευνες που έχουν διενεργηθεί από πλήθος επιστημόνων, έδειξαν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο συχνό σε επαγγέλματα Ιατρών και Νοσηλευτών (Jimmieson, 2000).

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά οι γιατροί και οι νοσηλευτές είναι βασικά εκτεθειμένοι σε σοβαρούς κινδύνους, που αποτελούν απειλή για την ψυχική τους υγεία αρχικά και κατόπιν για την ασφάλεια τους στην εργασία τους(Arnold et al,1995,Boumans et al,1996,Bakket et al,2000).

Το εργασιακό στρες είναι ένας από τους αυξανόμενους κινδύνους στις μέρες μας που δύσκολα προσεγγίζεται από τους ειδικούς, λόγω του ότι οι αιτίες

του στρες είναι αποτέλεσμα των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του κάθε επαγγέλματος, της κοινωνίας και των χαρακτηριστικών του κάθε ατόμου.

Αποτελεί λοιπόν πρόκληση η δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας και ειδικά των Ιατρών και των Νοσηλευτών για την αποτροπή τόσο των σωματικών όσο και των ψυχικών προβλημάτων.

Η διπλωματική εργασία είναι δομημένη εξής: Στο Κεφάλαιο 1 παρατίθενται ορισμοί του εργασιακού στρες και της ψυχικής υγείας, αναφορά στα είδη του άγχους, την ύπαρξη του στο χώρο της εργασίας και τις επιπτώσεις του στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζόμενων.

Στο Κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται στοιχεία για το εργασιακό άγχος, τις πηγές και τα αίτια αυτού, τους παράγοντες του στρες στην εργασία και τις συνέπειες του στρες στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των Ιατρών και των Νοσηλευτών.

Στο Κεφάλαιο 3 παρατίθενται στοιχεία για την κατάθλιψη, την συμπτωματολογία καθώς και τους παράγοντες πρόκλησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) στο ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό.

Στο Κεφάλαιο 4 γίνεται μια μελέτη της συναισθηματικής κατάστασης των Ιατρών και των Νοσηλευτών σε καταστάσεις στρες και τέλος στο 5^ο κεφάλαιο εξετάζεται η επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με το εργασιακό άγχος και παρατίθενται ορισμένες λύσεις και παρεμβάσεις για την επίλυση του.

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι να δείξει κατά πόσο, οι Ιατροί και οι Νοσηλευτές ειδικά από τους επαγγελματίες υγείας, που δραστηριοποιούνται στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα, επηρεάζονται από τις αλλαγές στον εργασιακό τους χώρο, στον χώρο της υγείας γενικά και πόσο αυτό έχει αντίκτυπο τόσο στην προσωπική όσο και στην οικογενειακή τους κατάσταση.

Επίσης σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι να παρουσιάσει τις επιπτώσεις του άγχους και της κατάθλιψης στην επαγγελματική τους καριέρα καθώς και τις επιπτώσεις τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Με βάση τη δομή της εργασίας θα μπορούσαμε να θέσουμε και τα ερευνητικά ερωτήματα ως εξής :

Να γίνει αναφορά στα προβλήματα του χώρου της υγείας, στην κατάθλιψη των εργαζόμενων και να συνδεθεί με το άγχος για την παροχή υψηλών υπηρεσιών υγείας.

Να διερευνηθεί κατά πόσο έχει σχέση το άγχος στην επαγγελματική ικανοποίηση ενός εργαζόμενου με την επαγγελματική εξουθένωση και σε ποιο βαθμό και κατά πόσο τον επηρεάζει και

Να γίνει διερεύνηση των αιτιών, που επηρεάζουν το εργασιακό άγχος και τι αντίκτυπο έχει αυτό τόσο στους ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και στους ασθενείς τους.

Τέλος η αναζήτηση των πηγών για τη συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε τόσο στο διαδίκτυο με βάσεις δεδομένων: Medline, Google, Google scholar, Scopus, όσο και στη μελέτη άρθρων και βιβλιογραφικών αναφορών σε βιβλία σχετικά με το περιεχόμενο της εργασίας. Η αναζήτηση περιελάμβανε άρθρα σχετικά με το χώρο της υγείας και ειδικά τους Ιατρούς και τους Νοσηλευτές με λέξεις κλειδιά το άγχος, την επαγγελματική ικανοποίηση, επαγγελματίες υγείας ιατρούς, νοσηλευτές, και αφορούσε άρθρα τόσο παλιά 1971 ως και το 2014. Αποκλείστηκαν άρθρα που δεν είχαν πλήρη μορφή τους στο διαδίκτυο και δεν ήταν σχετικά με το θέμα της διπλωματικής εργασίας.

Κεφάλαιο 1^ο

Στρες, εργασιακό στρες και ψυχική υγεία

1.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) (2001) οι διαταραχές της υγείας που σχετίζονται με το στρες είναι η βασικότερη αιτία πρόωρων θανάτων στην Ευρώπη. Σύμφωνα με την παραπάνω διαπίστωση καθώς και με μελέτες επιστημόνων της υγείας, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο των υπουργών (15 Νοεμβρίου 2001) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα προβλήματα, που σχετίζονται με το στρες, αποτελούν βασικούς ρυθμιστές της υγείας των ασθενειών καθώς και της σημαντικής πτώσης της ποιότητας ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αναγνωρίστηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, πως τέτοια προβλήματα είναι βασικές αιτίες ανθρώπινων προβλημάτων, που οδηγούν σε ανικανότητα, αφού αυξάνουν τη θνησιμότητα, αυξάνουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού και συντελούν στη μείωση της αποδοτικότητας στον εργασιακό χώρο με άμεση επίπτωση στις εθνικές οικονομίες.

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώνεται πως η ψυχιατρική νοσηρότητα δεν εμφανίζεται αιφνίδια, αλλά ενισχύεται σταδιακά, με

αποτέλεσμα να προκαλεί στους επαγγελματίες υγείας μακροχρόνια ψυχιατρικά προβλήματα, όπως είναι η επαγγελματική εξουθένωση (συναισθηματική, ψυχική), η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, τα οποία έχουν αρνητικό αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Bakker και συν., 2000, Arnold και συν., 1995, Boumans και συν., 1996). Ένας ψυχικά κουρασμένος επαγγελματίας υγείας δεν έχει διάθεση να δουλέψει, δεν αποδίδει στην δουλειά του, ενώ πολλές φορές λαμβάνει λανθασμένες αποφάσεις, γεγονός που έχει την αιτία της, στην επίδραση της συνολικής ψυχικής νοσηρότητας στην βέλτιστη εγκεφαλική λειτουργία.

Στις αιτίες της εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχιατρικής νοσηρότητας σε επαγγελματίες υγείας συγκαταλέγονται διάφοροι παράγοντες, που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα του ατόμου καθώς και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Ο χώρος εργασίας καθώς και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν, διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, αφού εκεί περνούν ένα σημαντικό μέρος της ημέρας και κατά συνέπεια το 50% της ζωής τους. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου, που περιλαμβάνουν τη σχέση με τους συναδέλφους, τους ανωτέρους καθώς και τις απαιτήσεις της εργασίας, είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία για τη συνολική διάρκεια της ζωής του (Boumans και συν., 1996, Renzi και συν., 2012).

Η εργασία του ατόμου μέσα στην οποία περνάει ένα μεγάλο μέρος της ζωής του, αποτελεί ένα περιβάλλον με έντονο άγχος και ψυχολογική πίεση, που με τη σειρά τους αποτελούν σημαντικά στοιχεία της επαγγελματικής καθημερινότητας της εποχής μας.

Στη σημερινή εποχή και ειδικά στον επαγγελματικό χώρο τα φαινόμενα του έντονου στρες και της ψυχολογικής πίεσης παρατηρούνται συχνότερα δεδομένου πως η απασχόληση αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία λόγω του υψηλού δείκτη ανεργίας συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, που οδηγεί στον παραμερισμό της προσωπικής ζωής.

Οι εργαζόμενοι μη έχοντας αρκετά συχνά τα κατάλληλα εφόδια, τόσο σε επίπεδο γνώσεων, σε κατάρτιση και εξειδίκευση, όσο και σε ψυχολογικό

επίπεδο, αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες τις οποίες πρέπει να ξεπεράσουν, για να επιβιώσουν και να παραμείνουν στην επαγγελματική τους θέση. Με λίγα λόγια το στρες πηγάζει από τη σχέση αιτίας-αιτιατού μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος.

Όλα τα προαναφερθέντα φανερώνουν ότι υπάρχει επιτακτική ανάγκη για προληπτικά μέτρα σε όλα τα επίπεδα καθώς ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον, μειώνει σημαντικά τη βασική πηγή στρες, που είναι το εργασιακό στρες.

Οι επαγγελματίες υγείας έχοντας ως δόγμα την Ιπποκράτειο Αρχή «κάλλιον του θεραπεύειν, το προλαμβάνειν» έχουν ως κύρια εργαλεία τους την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Η εφαρμογή τους όμως προϋποθέτει την επαρκή γνώση των παραγόντων αυτών, που ενδεχομένως να βλάψουν την υγεία των εργαζομένων. Στην παρούσα μελέτη θα γίνει βιβλιογραφική διερεύνηση των παραγόντων του εργασιακού στρες, που ενδεχομένως επιδρούν αρνητικά στην υγεία των επαγγελματιών υγείας, που αποτελεί και τον βασικό άξονα της μελέτης, αλλά και βασική προϋπόθεση για την δημιουργία ενός σχεδίου ενεργειών, για την προστασία της επαγγελματικής υγείας από πιθανές εργασιακές καταστάσεις στρες. Η βασική πρόκληση για την επιστήμη σε όλα αυτά τα θέματα είναι να ανακαλύψει βασικά ερωτήματα, που έχουν να κάνουν με το τι πρέπει να κάνει, για ποιόν και πώς, έτσι ώστε να δημιουργήσει έναν συνδετικό κρίκο μεταξύ επιστήμης και πολιτικής. Η επιστήμη, μέσω της βασικής έρευνας, θα πρέπει να συμβουλεύει την πολιτική, βασιζόμενη σε εκείνες τις κατευθυντήριες οδηγίες, που έχουν τη βάση στις επιστημονικές αποδείξεις και τα αποτελέσματα των ερευνών, θα μπορούσαν να αποκτήσουν ανεκτίμητη αξία στα χέρια των διευθυντών ανθρώπινου δυναμικού με στόχο την ηρεμία και την ασφάλεια στο εργασιακό περιβάλλον (Dollard, et al 2003).

1.2 Άγχος-στρες

1.2.1 Τι είναι το στρες

Κάνοντας μια αναδρομή από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα ως και σήμερα ο Walter Cannon λαμβάνοντας υπόψη την άμεση αντίδραση, που προκαλείται σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα, προσδιόρισε το στρες ως μια άμεση αντίδραση του οργανισμού και προσδιόρισε για πρώτη φορά την ανθρώπινη αντίδραση, ως αντίδραση μάχης ή φυγής, σύμφωνα με την οποία ο ανθρώπινος οργανισμός εισέρχεται σε μια κατάσταση ετοιμότητας και άμεσου συναγερμού. Ετοιμάζεται προκειμένου αρχικά να αντιμετωπίσει το στρες, δίνοντας μια μάχη είτε για να το ξεπεράσει είτε και διαλέγοντας την άμεση λύση της τροπής σε φυγή, όταν βρίσκεται σε έντονο κίνδυνο (Cannon, 1932). Αξίζει να αναφερθεί πως το πρόβλημα με τον άνθρωπο είναι πως στις σημερινές συνθήκες διαβίωσης, όπως έχουν διαμορφωθεί στις δυτικές κοινωνίες, τις πιο πολλές φορές, δεν μπορεί να κάνει χρήση των φυσιολογικών μηχανισμών άμυνας για άμεση μείωση του στρες, με φυγή, επίθεση ή έλεγχο μιας κατάστασης στρες, καθώς οι πηγές τους στρες βρίσκονται εκτός του ανθρώπινου ελέγχου ή η αντιμετώπισή τους οδηγεί στη δημιουργία νέων καταστάσεων στρες, λόγω των κοινωνικών δομών (Glowinkowski, & Cooper, 1985, Καντάς, 1995).

Αντιθέτως, ο Robert Hooke στα τέλη του 1700 έδωσε έναν ορισμό για το στρες σύμφωνα με τις αρχές της μηχανικής, βάσει της έννοιας του φορτίου, της πίεσης και της καταπόνησης (Hinkle, 1973). Επιπρόσθετα, το στρες, στο πεδίο της Ιατρικής και της Ψυχολογίας, αναφέρεται άμεσα στον άνθρωπο και τη σωματική και ψυχική κατάσταση ,που δημιουργείται, όταν αντιληφθούμε πως οι απαιτήσεις στις οποίες πρέπει να ανταποκριθούμε είναι μεγαλύτερες από τις δυνατότητες και ικανότητες μας αναφορικά με τα προσόντα μας (Fontana, 1995).

Στον παραπάνω ορισμό, το στρες αναφέρεται στην σωματική καταπόνηση στην περίπτωση, που ο οργανισμός υποβάλλεται σε δοκιμασίες, που υπερβαίνουν τις δυνάμεις του, καθώς και στην ψυχολογική καταπόνηση ή

δυσκολία, όπως είναι τα αρνητικά συναισθήματα που απορρέουν από διαπροσωπικές συγκρούσεις (Lumsden, 1981, Robin & Leslie, 2006).

Επιπλέον, μία στρεσογόνος κατάσταση μπορεί να προκληθεί, όταν αισθανόμαστε κάποια μορφή δυσφορίας, που προκαλείται από θόρυβο ή κόπωση μέχρι θυμό ή απογοήτευση (Robin & Leslie, 2006).

Ο όρος όμως στρες, έχει διαφορετικές ερμηνείες, τόσο για τον απλό άνθρωπο όσο και για τον ερευνητή, που μελετά το φαινόμενο (Βασιλάκη και συν 2001). Λόγω του ότι το στρες έχει προσεγγιστεί από διάφορες επιστήμες, έχει και αντίστοιχους ορισμούς.

Οι επικρατέστεροι είναι τρεις:

1. Ως αγχώδης διαταραχή ή ερέθισμα στρες, που προκαλεί ψυχολογική ένταση.
2. Ως σωματική και ψυχολογική αντίδραση σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Το στρες είναι η σωματική αντίδραση ή το υποκειμενικό συναίσθημα, που προκαλείται ως αντίδραση σε καταστάσεις στρες (Coyne & Holroyd, 1982). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση αυτό που μετράει δεν είναι οι καταστάσεις που αντιμετωπίζει το άτομο στην καθημερινότητα του, αλλά ο τρόπος που τις αντιλαμβάνεται, τις βιώνει και αντιδρά σε αυτές (Robin & Leslie, 2006).
3. Ο τρίτος ορισμός προσεγγίζει το στρες ως μια διεργασία, η οποία βασίζεται στην άρρηκτη σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Lazarus & Folkman 1984, Lazarus, 1999). Η σύγχρονη ψυχολογία δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε αυτή την αλληλεπίδραση, καθώς θεωρεί πως οι παράγοντες του στρες τροποποιούνται αναλόγως με το πώς ερμηνεύει και βιώνει αυτούς τους παράγοντες (Τούντας, 1999).

1.2.2 Τα είδη του στρες

Πολύ εύστοχα το στρες έχει παρομοιαστεί με την ευεργετικότητα του ήλιου. Το στρες έχει δύο παραμέτρους, που από τη μια είναι ευεργετικό για το άτομο, γιατί βελτιώνει την απόδοση του στην εργασία καθώς και την ποιότητα της ζωής του, καθώς κυριολεκτικά βοηθάει στο να βιώσει ουσιαστικά τις προκλήσεις στην ζωή τους (Tehrani & Ayling, 2008) και από την άλλη σε περίπτωση που η ένταση του στρες φτάσει και ξεπεράσει κάποια επιτρεπτά όρια, τότε χάνει τις ευεργετικές του ιδιότητες και βλάπτει το άτομο (Cooper et al, 1988).

Οι επιστήμονες χωρίζουν το στρες σε δύο είδη: στο θετικό και στο αρνητικό.

Θετικό στρες: αντιπροσωπεύει κυρίως τις ορατές προκλήσεις, που διεγείρουν το ενδιαφέρον μας για την ζωή . Αφορά το στρες, που έχει μικρή ένταση και διάρκεια, που μπορεί όμως να είναι ευεργετικό για τον οργανισμό μας, αφού μας ωθεί και μας προτρέπει στο να είμαστε δημιουργικοί και παραγωγικοί και να προστατεύουμε τον εαυτό μας από κινδύνους (Fontana, 1995).

Αρνητικό στρες: είναι αυτό που μπλοκάρει και απειλεί την αρμονία και την ισορροπία του πνεύματος και του σώματος, (Fontana, 1995).

1.2.3 Στρες- Άγχος

Με βάση πολλές έρευνες πάνω στο ψυχολογικό υπόβαθρο, πολλές φορές το άγχος αποτελεί συνώνυμο του στρες (Καντάς, 1995), ενώ σε άλλες οι έννοιες αυτές αντιμετωπίζονται ως μη ταυτόσημες · ορίζεται το άγχος ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που συνοδεύεται με συναισθήματα κινδύνου, έντασης και ανησυχίας (Ollendick, 1998) και το στρες ως αντίδραση του ατόμου σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες (Καραδήμας, 1999).

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, το άγχος έχει θεωρηθεί ως η εναρκτήρια ώθηση για παθολογική προσαρμογή στο στρες. Το στρες λοιπόν αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού (Ασημακοπούλου, 2004).

1.2.4 Το Στρες στο χώρο της εργασίας και η αντιμετώπιση του ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου είναι διαφορετικοί από τους άλλους κινδύνους, επειδή επηρεάζονται τόσο από τις συνθήκες, όσο και από την προσωπικότητα των ατόμων που τη βιώνουν. Με αυτό τον τρόπο μπορεί κάτω από διαφορετικές συνθήκες, να έχουν θετικά αποτελέσματα και οι παρενέργειές τους να διαφοροποιούνται κατά πολύ γεγονός που δυσχεραίνει την εκτίμηση τους (Cox et al, 2000).

Αυτό οφείλεται στο γεγονός, πως τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την προσωπικότητα και τις εμπειρίες τους σε εργασιακά περιβάλλοντα με έντονο στρες, γεγονός που διαφοροποιεί την ευαισθησία, που επιδεικνύουν σ' αυτό το γεγονός, στον τρόπο ερμηνείας τους καθώς και στις αντιδράσεις τους. Βασικό ρόλο ανάμεσα στο υπαίτιο στρες και στην αντίδραση του ατόμου διαδραματίζει η γνωστική εκτίμηση του γεγονότος. Ανάμεσα λοιπόν σ' αυτούς τους δύο ορισμούς στο ερέθισμα δηλαδή και στην αντίδραση, μεσολαβεί το άτομο, και η αντίδραση αυτή διαφέρει από άτομο σε άτομο καθώς και στο ίδιο το άτομο, όταν το περιβάλλον μέσα στο οποίο βιώνει το στρεσογόνο ερέθισμα, είναι διαφορετικό (Ασημακοπούλου, 2004).

Γενικά οι σκέψεις ενός ανθρώπου σχετικά με τις απαιτήσεις μιας κατάστασης και την ικανότητά του να ανταποκριθεί σε αυτές διαδραματίζουν σημαντικό και αποφασιστικό ρόλο. (Lazarus & Folkman, 1984, Bandura, 1997; Lazarus, 1999). Η διαδικασία λοιπόν αξιολόγησης ενός δυνητικά στρεσογόνου ερεθίσματος περιλαμβάνει δύο φάσεις.

1. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει την πρωτογενή αξιολόγηση, όπου το άτομο προσδιορίζει αν ένα γεγονός τον αφορά άμεσα και ενδεχομένως εάν έχει κάποιες αρνητικές και πολλές φορές απειλητικές επιπτώσεις γι' αυτόν.

2. Η δεύτερη φάση της δευτερογενούς αξιολόγησης, όπου το άτομο προσδιορίζει αν οι ικανότητες, οι εμπειρίες και τα ψυχικά αποθέματά του επαρκούν, ώστε να αντιμετωπίσει θετικά μια κατάσταση του στρες(Lazarus & Folkman, 1984, Lazarus, 1999).

1.2.5 Στρες και προσωπικότητα

Με βάση ερευνητικά δεδομένα αλλά και τις θεωρητικές αναλύσεις ειδικών ψυχολόγων-ψυχιάτρων και αναλυτών της δημόσιας υγείας, διαπιστώνεται πως ο τρόπος αντιμετώπισης μιας στρεσογόνου κατάστασης διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο ανάλογα με τα ιδιοσυγκρασιακά του χαρακτηριστικά. Η ιδιοσυγκρασία έχει αποδειχθεί, πως παίζει σημαντικό ρόλο, τόσο αναφορικά με τη στρατηγική, που θα υιοθετήσει το άτομο για να αντιμετωπίσει το στρες, όσο και σε σχέση της έντασης, της επιμονής και της έκτασης της προσπάθειας, που καταβάλλει για να αντιμετωπίσει μία δύσκολη και στρεσογόνο κατάσταση (Πούρκος, 2001).

Όπως έδειξαν οι ερευνητές Recker & Wong (1985), οι άνθρωποι διαφοροποιούνται ως προς τον τρόπο, που αντιμετωπίζουν τις στρεσογόνες καταστάσεις. Ορισμένοι άνθρωποι με ανάλογες εμπειρίες προσεγγίζουν θετικά αυτές τις καταστάσεις. Η άποψή τους είναι περισσότερο αισιόδοξη παρά απαισιόδοξη και πιο ελπιδοφόρα παρά απογοητευτική. Όπως διαπιστώθηκε από ευρήματα μελέτης, άτομα που διακατέχονταν από υψηλό βαθμό αισιοδοξίας ανέφεραν, πως αντιμετωπίζουν λιγότερες και μικρότερες σε ένταση καθημερινές δυσκολίες. Αυτό οφειλόταν στο γεγονός, πως θεωρούσαν τις δυσκολίες της ζωής, ως αναπόφευκτο κομμάτι της και όχι ως ψυχοπιεστικές ανυπέβλητες καταστάσεις (Nelson et al., 1995).

Μια άλλη διάσταση της ερμηνείας της προσωπικότητας, που σχετίζεται με την αντιμετώπιση του στρες, είναι αυτή που η Kobasa (Kobasa, 1979) ονόμασε σκληρότητα ή ανθεκτικότητα. Αναφέρεται στη δυνατότητα, που έχουν ορισμένοι άνθρωποι να μένουν ανεπηρέαστοι από την αρνητική και έντονη

επίδραση στρεσογόνων παραγόντων. Αυτό το χαρακτηριστικό εμπεριέχει τρία επιμέρους στοιχεία: την αφοσίωση, τον έλεγχο, και την πρόκληση. Η αφοσίωση αναφέρεται στο βαθμό, που το άτομο αφοσιώνεται και δίνεται σε αυτά που κάνει. Ο έλεγχος αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου, πως έχει την ικανότητα να επηρεάσει την πορεία των γεγονότων και η πρόκληση στην πεποίθηση του ατόμου, πως οποιαδήποτε αλλαγή στη ζωή είναι προτιμότερη από τη σταθερότητα. Τα άτομα με χαμηλό βαθμό σκληρότητας και ανθεκτικότητας είναι πιο εύκολο να επηρεαστούν από στρεσογόνες καταστάσεις.

Μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας, που εξηγεί την ικανότητα κάποιων ανθρώπων να αντιδρούν σε καταστάσεις στρες, ονομάζεται «Έδρα ελέγχου» (Rotter, 1966, Folkman, 1984) και οι αντίστοιχες προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας (Bandura, 1986). Αυτοί που χαρακτηρίζονται από εσωτερική έδρα ελέγχου (εσωτερικοί στο εξής) πιστεύουν πως έχουν τον έλεγχο αυτών που τους συμβαίνουν και πως οτιδήποτε αντιμετωπίζουν απορρέει από τις δικές τους ενέργειες και αποφάσεις. Αντιθέτως, αυτοί που έχουν εξωτερική έδρα (εξωτερικοί στο εξής), πιστεύουν ότι όλα όσα τους συμβαίνουν είναι αποτελέσματα δικών τους ενεργειών, βασιζόμενα στην μοίρα και στην τύχη τους. Οι εσωτερικοί, έχοντας μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και καλύτερο έλεγχο της ζωής τους παρουσιάζουν λιγότερο στρες, βρίσκοντας τρόπους να το αντιμετωπίζουν κατά μέτωπο. Βέβαια, όταν αντιμετωπίσουν καταστάσεις που δεν μπορούν να ελέγξουν, φτάνουν σε υψηλά επίπεδα στρες (Payne, 1990). Οι εξωτερικοί, αντίθετα με βάση τις δικές τους δυνατότητες αντιμετώπισης του στρες πιστεύουν ότι η αντιμετώπιση καταστάσεων στρες, είναι πέρα από τις δικές τους δυνατότητες, και περιορίζονται στο να υπομένουν τις συνέπειες τους (Robin & Leslie, 2006).

Έτσι η συσχέτιση της έδρας ελέγχου με το άγχος έχει να κάνει με την αντιμετώπιση που έχει το άγχος από τα άτομα με εσωτερική έδρα ελέγχου από αυτά που έχουν εξωτερική έδρα. Οι έχοντες εσωτερική έδρα θα παρουσιάσουν μικρότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με αυτούς, που έχουν την εξωτερική, που νιώθουν ότι έχουν τον πλήρη έλεγχο και μπορούν να καταφέρουν περισσότερα

πράγματα. Σε μια κατάσταση στρες οι εξωτερικοί δεν θα μείνουν άπραγοι, αλλά θα αναλάβουν πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Απεναντίας, οι έχοντες εσωτερική έδρα ελέγχου νιώθοντας μειονεκτικά δεν θα κάνουν τίποτε υπομένοντας μοιρολατρικά τις συνέπειες των πράξεων τους (Phares, 1976, Βακόλα & Νικολάου, 2012)

1.3 Το στρες στην εργασία

Στις μέρες μας η εργασία είναι από τις πιο σημαντικές αιτίες χρόνιου στρες. Το φαινόμενο του εργασιακού στρες έχει μελετηθεί αρκετά και εκτεταμένα και η σπουδαιότητα αντιμετώπισής του αναγνωρίζεται σχεδόν από όλους, δεδομένου ότι ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους οι άνθρωποι το αφιερώνουν στην εργασία (Robin & Leslie, 2006).

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

Το στρες αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας, στο εργασιακό περιβάλλον και υπολογίζεται με ποσοστό που ισούται με το 28% (περιλαμβάνει 1 στους 3 περίπου) των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.,2007).

Το εργασιακό στρες, όπως αναφέρεται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας, είναι μια κατάσταση και όχι ασθένεια, η οποία δημιουργείται ως αποτέλεσμα αύξησης των εργασιακών απαιτήσεων στον εργαζόμενο. Αυτό με την σειρά του δύναται να προκαλέσει μια ποικιλία από επιπτώσεις (Doherty & Tyson, 1998), που μπορεί να αφορούν την υγεία του εργαζομένου ή και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και συμπεριφοράς στην εργασία γενικότερα με συνέπεια μια ασθένεια, ή και έναν τραυματισμό (Wheatley, 2000).

Το στρες όμως αποδεικνύεται επιζήμιο εκτός από τα άτομα και για την επιχείρηση, αφού οι επιπτώσεις του είναι: μείωση στο οικονομικό πεδίο, είτε μέσω των αποζημιώσεων λόγω τραυματισμών ή ασθενειών, που οφείλονται σε στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, είτε μέσω την χαμηλής παραγωγικότητας, που είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της εργασιακής συμπεριφοράς του ατόμου, όπως αναφέραμε και νωρίτερα (Tehrani & Ayling, 2008).

1.4 Η Υγεία και η Ασθένεια

Ο πλήρης ορισμός των εννοιών της υγείας και της ασθένειας δεν είναι και τόσο εύκολος δεδομένου ότι δεν είναι απλώς αντίθετες έννοιες (Καραδήμας 1999). Κατά τον Antonovsky (1987) δεν υπάρχουν απόλυτες καταστάσεις, αλλά υπάρχουν διαβαθμίσεις της υγείας και της ασθένειας. Ακόμα και η προσωπική μας αίσθηση, του αν είμαστε υγιείς ή άρρωστοι, είναι αρκετά δύσκολο να οριστεί. Επηρεάζεται σαφώς από έναν αριθμό πραγμάτων, συμπεριλαμβανομένων των ιδεών μας σχετικά με το τι αισθανόμαστε συνήθως, την αιτία της παρούσας κατάστασής μας, και πως το οικογενειακό και φιλικό σε μας περιβάλλον περιγράφουν τα συμπτώματα, τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα (Αντωνίου, 2008).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό της Υγείας το 1946, η υγεία έχει σχετιστεί όχι απλά με την απουσία ασθένειας ή και αναπηρίας αλλά και ως μια

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

Στην ίδια φιλοσοφία, με τον σύγχρονο ορισμό υγείας, βρίσκεται και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας (Engel, 1977 και 1980, Schwartz, 1982). Έτσι, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, δεν μπορεί για μια ασθένεια να θεωρηθεί σαν αιτία αυτής αποκλειστικά ο ψυχολογικός, ο κοινωνικός ή ο βιολογικός παράγοντας. Η αιτία βρίσκεται στον τρόπο αλληλεπίδρασής τους: η αλλαγή σε έναν άξονα συνεπάγεται αλλαγές σε όλους τους άλλους (Καραδήμας 1999).

Παρόλα αυτά όμως το ελληνικό σύστημα υγείας έχει ως βάση του το βιοιατρικό μοντέλο υγείας (Αντωνίου, 2008) παρόλο που το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας θεωρείται ο πιο εύστοχος τρόπος προσέγγισης της ασθένειας (Καραδήμας, 1999).

1.5 Το Στρες και η Υγεία

Λαμβάνοντας υπόψη την πρώτη περίοδο των λιμών και των λοιμών και τη δεύτερη περίοδο της υπαναχώρησης των πανδημιών (Ευρώπη 18^{ος} έως τις αρχές 20^{ου} αιώνα), η τρίτη περίοδος, όσο αφορά στη μετάβαση υγείας, χαρακτηρίζεται από την αύξηση χρόνιων νόσων (Κρεμαστινού, 2007), και έχει αρχίσει να γίνεται αντικείμενο έντονης μελέτης, το κατά πόσο ο τρόπος ζωής των ατόμων καθορίζει και την ποιότητα της υγείας τους και κατά πόσο και με ποιόν τρόπο το στρες ευθύνεται για μια σειρά ασθενειών (Καραδήμας, 1999).

Οι Freud και ο Breuer (Breuer και Freud, 1893) διατύπωσαν την άποψη ότι ο ψυχισμός του ανθρώπου λειτουργεί ως ένα υδραυλικό μοντέλο, με το οποίο η πίεση που συσσωρεύεται εντός του ψυχισμού διαχέεται στη σωματική σφαίρα. Συνεχίζοντας το έργο των Freud και Breuer, πολλοί επιστήμονες, υποστήριξαν ότι κάτω από ορισμένες συναισθηματικές

καταστάσεις, είναι δυνατόν να προκληθούν πράγματι σωματικά προβλήματα (Alexander, 1950).

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

A) Κάποιοι άνθρωποι αντιδρούν σε καταστάσεις στρες υιοθετώντας τον ρόλο του ασθενούς καταφεύγοντας στις υπηρεσίες υγείας. Η αποδοχή μιας ασθένειας, δίνει στο άτομο τη δικαιολογία για τη μειωμένη παραγωγικότητά του και επίσης του δίνει μια εξήγηση για το αίσθημα προσωπικής δυσφορίας, που πηγάζει από το στρες. Μέσω αυτής της στάσης, το άτομο καταφέρνει να δημιουργήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και συνεπώς να προσφέρει μια καλή δικαιολογία για την αποτροπή και αποφυγή μελλοντικών καταστάσεων του στρες (Mechanic, 1972).

B) Οι διαταραχές που πηγάζουν στο σώμα καλούμενες και ως ψυχοσωματικές διαταραχές, παρουσιάζονται αρχικά με τη μορφή των συμπτωμάτων χωρίς βέβαια το άτομο που νοσεί να προσποιείται, αλλά από την άλλη είναι καταστάσεις, που δεν έχει δοθεί κάποια εξήγηση για την προέλευση τους (Robin & Leslie, 2006).

Γ) Κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως οι σκέψεις και τα συναισθήματα, μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τις αντιλήψεις ενός ατόμου για τη σωματική του κατάσταση. Έτσι μια αλλαγή του συναισθήματος, που μπορεί να αιτιάζεται στο στρες, μπορεί να του προκαλέσει την εστίαση της προσοχής του σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι συνηθίζεται. Παράδειγμα αυτού αποτελεί το ότι οι συναισθηματικοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν την εστίαση της προσοχής στο βίωμα του πόνου και να προκαλέσουν τη μεγέθυνση των συνεπειών του (Robin & Leslie, 2006).

Δ) Η ύπαρξη μιας έντονης συναισθηματικής δυσφορίας κυρίως λόγω του στρες, μπορεί να οδηγήσει στην υιοθέτηση κάποιων ανθυγιεινών

συμπεριφορών, όπως η έλλειψη ύπνου, γευμάτων, η χρήση αλκοόλ, που έχουν σαν αποτέλεσμα τον κλονισμό της υγείας του ατόμου (Robin & Leslie, 2006).

Ε) Εκτός από τις ανθυγιεινές συμπεριφορές, μια οδός μέσω της οποίας τα χρόνια ερεθίσματα του στρες μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση ασθένειας, είναι οι επιπτώσεις του στρες σε επίπεδο φυσιολογίας. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις και τα συναισθήματα είναι δυνατόν να καλλιεργήσουν την προδιάθεση κάποιας νόσου και να διογκώσουν ένα υπαρκτό σωματικό πρόβλημα. Τα αίτια αυτών των διαταραχών, που μπορεί να είναι από ψυχολογικούς παράγοντες, μπορούν κάλλιστα να επηρεάζουν αρνητικά μια ιατρική διάγνωση και σαφώς θα πρέπει να διαφοροποιηθούν από τις σωματόμορφες διαταραχές (Robin & Leslie, 2006).

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

Ο Hans Selye (1946), ήταν από τους πρώτους που προσπάθησε με τη θεωρία του για το «σύνδρομο γενικής προσαρμογής» να δώσει μια εξήγηση στη διαδικασία δημιουργίας «ασθένειας» με γνώμονα το στρες (Robin & Leslie, 2006).

Μια σειρά πειραμάτων οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η αντίδραση του σώματος σε εξωτερικές επιθέσεις ακολουθεί πάντα την ίδια διαδικασία (Selye, 1946). Το μοντέλο αυτό αποτελείται από τρία μέρη : α) την αντίδραση

συναγερμού, β) την φάση αντίστασης και γ) την φάση εξουθένωσης (Αντωνίου, 2002). Αναλυτικά:

α) Κατά την πρώτη φάση, κινητοποιούνται και επιστρατεύονται όλες οι διαθέσιμες δυνάμεις του ανθρώπινου οργανισμού. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα συμβάλλει στη έκκριση αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης στην κυκλοφορία του αίματος. Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν είναι σε θέση να βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης για ιδιαίτερα μεγάλο διάστημα.

β) Η δεύτερη φάση, είναι η φάση όπου ο οργανισμός αγωνίζεται με ότι εφόδια έχει, να προσαρμοστεί στη νέα απειλή που παρουσιάστηκε και να δημιουργήσει μια σχέση ισορροπίας (ομοιόσταση) με σταδιακή υποχώρηση των συμπτωμάτων.

γ) Τέλος ακολουθεί η λεγόμενη φάση εξουθένωσης και αφορά με τη σειρά της στις περιπτώσεις εκείνες, που οι παράγοντες του στρες εξακολουθούν να συνεχίζουν τη δράση τους. Έτσι ο οργανισμός οδηγείται προς το τελικό στάδιο της όλης πορείας, κατά το οποίο τα συμπτώματα κάνουν την επανεμφάνιση τους και όλες οι εφεδρείες του σώματος εξαντλούνται.

1.5.1 Το στρες και η σωματική και ψυχική υγεία

Έχει διαπιστωθεί ότι το στρες, που προκαλείται από ανεξέλεγκτες καταστάσεις, επηρεάζει το νευρικό, το καρδιαγγειακό και το ανοσολογικό σύστημα. Συγκεκριμένα, με βάση μια έρευνα, όταν ανατέθηκε στους συμμετέχοντες ένα έργο, το οποίο δεν μπορούσαν να το φέρουν εις πέρας καθώς ξεπερνούσε τις ικανότητες τους, εκείνοι παρουσίασαν αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης και του επιπέδου νορεπινεφρίνης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες, που ανέλαβαν να φέρουν σε πέρας ένα έργο που ανταποκρινόταν στα όρια των δυνατοτήτων τους (Peters, 1998). Οι ορμόνες αυτές προετοιμάζουν το άτομο για τη λεγόμενη μάχη ή φυγή.

Ορισμένοι ερευνητές, πιστεύουν ότι σε καταστάσεις έντονου στρες η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη βλάπτουν τα αιμοφόρα αγγεία και τους ιστούς στην καρδιά, ενώ τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόνης, υπό κατάσταση στρες, προκαλούν παθητικότητα και κατάθλιψη (Τούντας, 1999).

Η βιοχημική απάντηση του οργανισμού στο στρες, περιλαμβάνει τη συμμετοχή και άλλων ουσιών. Από έρευνες έχει φανεί συσχέτιση μεταξύ της έντασης του στρες και των επιπέδων IgA ανοσοσφαιρίνης. Έρευνα σε Νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε ότι τα επίπεδα IgA ανοσοσφαιρίνης στο σάλιο, σχετίζονται αρνητικά με την ένταση του εργασιακού στρες (Yang, et al, 2002).

Σημαντικές υπήρξαν επίσης οι έρευνες του Glaser, και συνεργατών του (1986), οι οποίοι έδειξαν ότι το στρες θα μπορούσε να συνδυαστεί με μειωμένα επίπεδα ιντερφερόνης των περιφερειακών λευκοκυττάρων. Η εξασθένιση του ανοσοποιητικού συστήματος με τη μείωση αυτή του επιπέδου της ιντερφερόνης, θα μπορούσε να συνδυαστεί επίσης, με την μείωση της δραστηριότητας των φονικών κυττάρων (Glaser, 1986).

1.5.2 Το στρες σε σχέση με την Υγεία και την Προσωπικότητα

Δεδομένου ότι η προσωπικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο αντίληψης του στρες και αντιδρά σε αυτό, τότε είναι επόμενο να παίζει σημαντικό ρόλο και στην επίδραση του στρες στην υγεία του ατόμου. Σύμφωνα με τον Van Heck (1997), η προσωπικότητα είναι πιθανό να λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ ενός πιεστικού περιβάλλοντος και της έναρξης της διεργασίας, που καταλήγει στην εκδήλωση της νόσου. Έρευνα που έγινε σε άτομα που μολύνθηκαν από τον ιό του έρπητα, έδειξε ότι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, γνωστό ως καταστολή των συναισθημάτων, συνδέεται με έκπτωση της λειτουργικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος και της ικανότητάς του να ελέγχει την προσβολή του οργανισμού από τους διάφορους νοσογόνους εισβολείς (Esterling et al., 1990, και 1994). Επίσης, έχει βρεθεί ότι η αισιοδοξία στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα μιας προσωπικότητας παίζει σημαντικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού απέναντι στην ασθένεια. Αντιθέτως ο απαισιόδοξος τρόπος σκέψης, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με ανεπαρκέστερη κυτταρική ανοσία (Kamen-Siegel et al., 1991).

1.5.3 Στρες και συμπεριφορά υγείας

Η συμπεριφορά του ατόμου έναντι του εαυτού του και της υγείας του, αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα υγιούς ή μη υγιούς σωματικής κατάστασης, που συνιστά και αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης, από την ψυχολογία της υγείας. Σύμφωνα με τον Matarazzo (1984), οι συμπεριφορές

υγείας, ορίζονται ως οι συνήθειες με δυσμενείς συνέπειες για την υγεία. Η Ogden (2000) αναφέρει σύμφωνα με τον διαχωρισμό του Matarazzo ως συμπεριφορές παθογένειας, την κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα καθώς και την λιπαρή διατροφή στην καθημερινότητα ενός ατόμου, ενώ ως ανοσοποιητικές συμπεριφορές, την συνεχή αναζήτηση πληροφοριών σε ότι αφορά την υγεία καθώς και τον συνεχή έλεγχο της ανά τακτά διαστήματα (Αντωνίου, 2008).

Όταν ένα άτομο βιώνει στρες, τότε αυξάνεται η πιθανότητα να υιοθετήσει συμπεριφορές, που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του. Έχει βρεθεί ότι το στρες μπορεί να αποσπάσει την προσοχή του ατόμου με αποτέλεσμα τη μη σωστή παροχή φροντίδας στον εαυτό του, στην ξεκούραση αλλά και στη διατροφή του. Ένα επίσης άσχημο ενδεχόμενο είναι στην προσπάθεια του το άτομο να αντιμετωπίσει μια κατάσταση στρες, να υιοθετήσει ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και κατανάλωση λιπαρών τροφών. Έρευνες σε άτομα, που βίωναν έντονο στρες και μελετήθηκαν οι συμπεριφορικές τους αλλαγές λόγω αυτού, έδειξαν ότι κατανάλωναν περισσότερο αλκοόλ, καπνό, καφέ και έτοιμο φαγητό, ενώ ασκούσαν λιγότερο (Melamed et al, 1997, Ogden & Mitandabari, 1997, Steptoe et al, 1998).

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

1.6 Σχέση μεταξύ του εργασιακού στρες και της Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας

Ως επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας σύμφωνα με την «Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας» ορίζεται οποιοσδήποτε φυσικός, χημικός, βιολογικός, εργονομικός, οργανωτικός, ψυχολογικός, κοινωνικός ή άλλος παράγοντας, ο οποίος είναι παρών στον εργασιακό χώρο σε τέτοιο βαθμό, ώστε

να μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία του εργαζόμενου (Δρακόπουλος, 2005).

Οι επαγγελματικοί βλαπτικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επιφέρουν βλάβες στην υγεία των εργαζομένων και αυτό οφείλεται, είτε σε ατύχημα εν ώρα εργασίας, είτε λόγω μακροχρόνιας έκθεσης, που οδηγεί σε επαγγελματικό νόσημα (Σουρτζή και Βελονάκης, 2004).

Το εργασιακό στρες, από τη στιγμή που έρευνες απέδειξαν ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία των εργαζομένων, αποτέλεσε αντικείμενο ιδιαίτερης προσοχής και καθοριστικός παράγοντας κινδύνου στον εργασιακό χώρο (Marmot, et al 2000, Schnall et al, 2000).

Έχει βρεθεί σε δεκάδες έρευνες ότι ποικίλες πλευρές της εργασίας που ασκεί ένα άτομο, μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή στρες, που με τη σειρά της επιδρά στην ψυχοσωματική υγεία, καθώς και την ασφάλεια των εργαζομένων στην εργασία. Ως ένα δείγμα τέτοιων παραγόντων αναφέρονται οι δραστηριότητες που αφήνουν ανεκμετάλλευτες τις ικανότητες των εργαζομένων (Quick & Quick, 1984) καθώς και οι απαιτήσεις, που ξεπερνούν τις δυνατότητες των εργαζομένων, που σχετίζονται με μεγάλη συχνότητα ατυχημάτων (Quick & Quick, 1984).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Εργασιακό άγχος

Η λέξη άγχος προέρχεται από το αρχαίο ρήμα ἄγχω, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω και περιγράφει ακριβώς το συναίσθημα του ατόμου, που κυριεύεται από το άγχος. Χρησιμοποιείται τακτικά και η αγγλική λέξη stress, η οποία και με βάση τη λατινική προέλευση της σημαίνει τεντώνω. Στη συνέχεια της εργασίας γίνεται μια περιγραφή και ανάλυση του άγχους στον εργασιακό χώρο, παραθέτοντας τους παράγοντες που το προκαλούν, τις αιτίες του, το ρόλο στον εργασιακό χώρο και ειδικά στους επαγγελματίες υγείας με τις όποιες συνέπειες στην επαγγελματική και προσωπική ζωή τους.

Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ανώτερου ζώντος οργανισμού και οριοθετείται ως μια ειδική ανταλλαγή ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος (άτομο-κοινωνία) και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος (Ohman, 2000). Θεωρείται ως μια κατάσταση που κυρίαρχο ρόλο έχει η αγωνία και η αβεβαιότητα με την ανάλογη ψυχολογική πίεση, η οποία με τη σειρά της έχει χαρακτηριστεί ως μια κοινή εμπειρία κάθε ζώντα οργανισμού (Ποταμιανός, 1995).

Η ένταση του άγχους εξαρτάται από διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα, όπως το περιβάλλον, την ψυχολογική κατάσταση των άλλων συνεργατών που

παραβρίσκονται στον ίδιο εργασιακό χώρο και από ενδογενείς παράγοντες, όπως την προσωπικότητα του κάθε ατόμου χωριστά καθώς και τις εμπειρίες και τα καταγεγραμμένα γεγονότα του νου, καθώς και ο τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισης του εξωτερικού ερεθίσματος που βέβαια διαφέρει από άτομο σε άτομο (Rosen και Schulkin, 1998).

Το άγχος επικρατέστερα είναι ένα μετρήσιμο χαρακτηριστικό της ψυχοσύνθεσης του κάθε ατόμου χωριστά και μπορεί να παρουσιαστεί ως γενικευμένο, φοβικό άγχος ή και με τη μορφή πανικού. Με βάση τα όσα είπαν οι Beehr & Newman το εργασιακό άγχος είναι «μια κατάσταση αλληλεπίδρασης σχετικών με την εργασία παραγόντων και εργαζομένου, που βιώνεται ως απειλή, μέσα από την οποία διαφοροποιείται η σωματική ή και ψυχολογική λειτουργία του ατόμου και αποκλίνει του φυσιολογικού» (Beehr και Newman , 1978).

2.1 Το στρες ως ψυχοκοινωνικός κίνδυνος στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον

Το στρες στην εποχή μας αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι είτε αφορά την προσωπική είτε την επαγγελματική ζωή κάθε εργαζόμενου. Είναι όμως και κομμάτι ενός συνόλου άλλων κινδύνων της εποχής μας κυρίως ψυχοκοινωνικών, που επιβάλει τόσο η οικονομική κρίση, όσο και οι αλλαγές που έχουν γίνει με το πέρασμα του χρόνου στην οργάνωση της εργασίας με τις νέες τεχνολογίες. Με βάση την έρευνα του 2009 του Π.Ο.Υ. και την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, το εργασιακό άγχος αποτελούσε τη δεύτερη και σημαντικότερη νόσο, που αφορούσε το 22% των ανθρώπων, που εργάζονταν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2009). Σε έρευνα που διεξήγαγε ο αρμόδιος ευρωπαϊκός οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία σε 36 Ευρωπαϊκές χώρες, διαπιστώθηκε ότι αυξήθηκε ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας, που υποφέρουν από εργασιακό στρες.

Οι παράγοντες πιθανής εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας είναι οι ακόλουθες:

Η στρεσογόνος φύση των επαγγεμάτων υγείας, το περιβάλλον του νοσοκομείου, το καθημερινό στρες που βιώνουν σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήματα καθώς και οι απαιτήσεις των ασθενών, επιβαρύνουν την ψυχική υγεία των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας.

Η ύπαρξη άγχους και έντασης στον χώρο εργασίας υποδαυλίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης καθώς και στην ποιότητα της ζωής τους.

Η καθημερινή επαφή των Ιατρών και Νοσηλευτών με συγγενείς ασθενών δημιουργεί συνήθως καταστάσεις στρες με θυμό, αμηχανία, φόβο και απόγνωση ιδιαίτερα, όταν οι λύσεις και τα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές και εύκολες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα αυτή η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη και απογοητευτική για τους επαγγελματίες υγείας.

Το περιβάλλον στο χώρο της υγείας και γενικά στο χώρο της εργασίας παίζει σημαντικό ρόλο για τους επαγγελματίες υγείας. Η έλλειψη υποστήριξης και συμπαράστασης από τους συναδέλφους καθώς και από τους ανώτερους στην ιεραρχία, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές βαθμίδες, που υπάρχουν στην ιεραρχία των επαγγεμάτων υγείας καθώς και η μακροχρόνια έλλειψη οργανωτικής δομής στο χώρο της υγείας, έχουν μεγάλη ευθύνη στην ύπαρξη και στην πρόκληση της ψυχιατρικής νοσηρότητας (Bakker et al., (2000) και Arnold et al., 1995).

2.2 Ορισμός εργασιακού άγχους

Ο ορισμός του εργασιακού άγχους παρουσιάζει προβλήματα και δυσκολία στο να οριστεί με ακρίβεια . Ο Williams (1994) αναφέρει, πως αυτή η δυσκολία έγκειται στο γεγονός, ότι ο όρος στρες χρησιμοποιείται για να περιγράψει τόσο τις πηγές, όσο και τις επιπτώσεις, που δημιουργούνται από αυτό. Ο McLean (1985) σημειώνει ότι η λέξη στρες είναι κατάλληλη για την περιγραφή αγχωτικών καταστάσεων και άλλοτε για την περιγραφή και καταγραφή των επιπτώσεων του στρες στην επαγγελματική απόδοση των εργαζομένων. Αυτό βέβαια έχει και την δυσκολία του στην προσέγγιση του στρες προκειμένου να αποδοθεί η αιτία του, όπως το περιβάλλον, ο χαρακτήρας του εργαζόμενου, το συναίσθημα που βιώνει και η αλληλεπίδραση, που έχει ο εργαζόμενος με τους συνεργάτες του (Schuler & Jackson,1986). Γι αυτό το λόγο λοιπόν το στρες ως ορισμό του περιλαμβάνει καταστάσεις, που εμπεριέχονται τόσο τα γεγονότα που το προκαλούν όσο και τα αποτελέσματα του (Jex & Roberts,1992).

Επιπλέον το εργασιακό στρες μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι μια κατάσταση κατά την οποία έχει γίνει συσσώρευση καταστάσεων στρες, που σχετίζονται με το άγχος που πηγάζει από μια εργασιακή κατάσταση (Ross & Altmeier,1994).

Αποδίδεται ως μια κατάσταση, που επιβαρύνει ψυχικά τον οργανισμό με αποτέλεσμα ο οργανισμός να βγάζει μια υπερδιέγερση, που να θέτει σε κίνδυνο την ψυχική ισορροπία του ατόμου (Κάντας,1995).

2.3 Οι Πηγές του Εργασιακού Στρες

Δεδομένης της πολυπλοκότητας του φαινομένου του άγχους η αναφορά στις πηγές άγχους δεν μπορεί να είναι απόλυτη και κατηγορηματική και δεν πρέπει να αγνοείται η προσωπική αντίληψη του κάθε ατόμου, σχετικά με το ποιους παράγοντες θεωρεί ότι τον αγχώνουν και ποιους όχι. Γεγονός είναι ότι κάθε άτομο, έχει κάποιες προσδοκίες όσον αφορά την εργασία του. Όταν λοιπόν οι προσδοκίες αυτές έρχονται σε αντιπαράθεση με τις πραγματικές συνθήκες εργασίας, τότε προκαλείται άγχος στο άτομο. Σε ποιο βαθμό λοιπόν θα καταφέρει να αντιμετωπίσει το άγχος, σημαντικό ρόλο παίζουν η προσωπικότητα του, τα βιώματά του καθώς και από άλλες εξωτερικές συνθήκες.

Οι παράγοντες που έχουν την ευθύνη για την πιθανή εκδήλωση ψυχικών διαταραχών στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας, ταξινομούνται σε κατηγορίες αναλόγως της ιδιοσυγκρασίας και της προσωπικότητας του επαγγελματία υγείας, της φύσης του επαγγέλματος, της ύπαρξης άγχους στο χώρο εργασίας, στην τακτική ενασχόληση των επαγγελματιών υγείας ακόμη και με προβλήματα συγγενών ασθενών και στην έλλειψη υποστήριξης και συμπαράστασης από συναδέλφους (Bakker και Killmer, 2000, Vedat και συν., 2004).

Σύμφωνα με το μοντέλο για το στρες στην εργασία, που προτείνει ο Cooper, οι πηγές στρες κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες: αυτές που αφορούν την εργασία καθαυτή, αυτές που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο, αυτές που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, αυτές που σχετίζονται με την σταδιοδρομία του ατόμου, αυτές που σχετίζονται με τη δομή και το κλίμα της οργάνωσης του εργασιακού χώρου και τέλος αυτές που αναφέρονται

στη σχέση της οικογενειακής ζωής με την εργασιακή ζωή (Cooper et al., 1988, Καντάς, 1995).

Οι παράγοντες του εργασιακού στρες, που συντελούν στην πιθανή εμφάνιση σωματικών και ψυχολογικών ασθενειών παρουσιάζονται στις παρακάτω ενότητες.

2.4 Παράγοντες εργασιακού στρες σε επαγγελματίες υγείας

Οι πηγές στρες ενεργούν συσσωρευτικά στο άτομο με αποτέλεσμα την πιθανή εμφάνιση σε αυτό σωματικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων καθώς και ψυχοσωματικών ασθενειών. Με βάση τους Pratt & Parling (1998) οι παράγοντες εργασιακού στρες μπορούν να ταξινομηθούν με βάση τη διάρκεια τους σε καθημερινούς, χρόνιους, ισχυρούς, χρόνιους και καταστροφικούς και αναλόγως του τρόπου της εμφάνισης τους, στη διάρκεια, στη συχνότητα και στην ένταση τους. Επίσης στους παράγοντες του στρες κατατάσσονται η πίεση χρόνου και οι προθεσμίες, οι κακές συνθήκες εργασίας, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το παρατεταμένο ωράριο, η προσωπικότητα του ατόμου στο αν είναι εσωστρεφής χαρακτήρας ή ανήσυχο πνεύμα και οι κακές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων (Cooper et al., 1988).

Ο φόρτος εργασίας, επηρεάζει την ποιότητα ζωής του επαγγελματία υγείας. Σε έρευνα που διεξάχθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό στην Αγγλία, βρέθηκε ότι ο μεγαλύτερος παράγοντας στρες είναι ο φόρτος εργασίας (Tyler και Ellison, 1994). Επίσης οι αντίξοες συνθήκες εργασίας, που συνυπάρχουν πολλές φορές με την έλλειψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού και τις παρατεταμένες εφημερίες, δημιουργούν στον επαγγελματία υγείας μεγάλα προβλήματα (Kafkia et al., 1995, Dewe, 1987, Thomas et al., 1992).

2.5 Κυκλικό ωράριο εργασίας

Μια σημαντική ιδιομορφία των επαγγελματιών υγείας και κυρίως αυτού των Νοσηλευτών/ Νοσηλευτριών καθώς και των Ιατρών είναι το κυκλικό ωράριο, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Στην έρευνα των Edward και συν., (1987) οι Νοσηλευτές-Νοσηλεύτριες, που εργάζονταν με βάρδιες, ανέφεραν υψηλότερα αποτελέσματα εξουθένωσης από τους Νοσηλευτές-Νοσηλεύτριες, που εργάζονταν με σταθερό ωράριο. Η φύση του επαγγέλματος του Ιατρού και του Νοσηλευτή είναι τέτοια, που συχνά δημιουργούνται συγκρούσεις μεταξύ των Νοσηλευτών και μεταξύ Νοσηλευτών και Ιατρών ή και άλλων επαγγελματιών υγείας, ανεξαρτήτου βαθμίδας ιεραρχίας, που οφείλεται στην απουσία του καταμερισμού των ευθυνών και καθορισμού των ρόλων για κάθε ομάδα.

Σύμφωνα με έρευνα στην Νέα Ζηλανδία, οι συγκρούσεις ρόλων, καθηκόντων και ευθυνών μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών αποτελεί σημαντική αιτία άγχους .

2.6 Αμφισβήτηση της σημαντικότητας του ρόλου του ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού

Μια άλλη σημαντική πηγή εργασιακού στρες είναι η αμφισβήτηση του σημαντικού ρόλου του επαγγελματία υγείας. Η αμφισβήτηση του ρόλου επιδρά αρνητικά στην ψυχική ευεξία του ατόμου ειδικά όταν χαρακτηρίζεται από μειωμένο αυτοέλεγχο (Jimmieson, 2000). Σε σχετική μελέτη, οι ερευνητές εντόπισαν σημαντικές σχέσεις μεταξύ αμφισβήτησης ρόλου και συγκεκριμένων συμπτωμάτων ψυχικής και σωματικής νόσου, όπως είναι η κατάθλιψη, η

επαγγελματική δυσαρέσκεια, η δυσαρέσκεια από τη ζωή, τα μειωμένα εργασιακά κίνητρα, τα μειωμένα επίπεδα αυτοεκτίμησης και πρόθεσης αποχώρησης από την εργασία (Αντωνίου, 2006).

2.7 Συνέπειες του εργασιακού στρες στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας

Η ανάπτυξη καταστάσεων στρες στους επαγγελματίες υγείας κοστίζει τόσο στους εργαζομένους, όσο και στους οργανισμούς που εργάζονται. Όσον αφορά τα άτομα, ευνοεί την ανάπτυξη ψυχοσωματικών διαταραχών, που ευθύνεται για την φτωχή ψυχική υγεία των εργαζομένων, γεγονός που πολλές φορές τους οδηγεί σε αυξημένη χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και φαρμακευτικών ουσιών. Το στρες μπορεί να μειώσει την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσία στους ασθενείς, καθώς ευνοείται η ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης, που πολλές φορές οδηγεί σε λανθασμένες αποφάσεις, που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο ακόμη και την ζωή των ασθενών. Τέλος το στρες, που οφείλεται στην εργασία, επηρεάζει εκτός από την ποιότητα της ζωής και την οικογένεια του επαγγελματία υγείας.

Οι συνέπειες του εργασιακού στρες για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

A) Υποκειμενικές εμπειρίες: που περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, την διαρκή εναλλαγή των συναισθημάτων και το άγχος. Το άτομο μπορεί να έχει επίγνωση ή να τις αρνείται, ενώ συμβαίνει συχνά να επισημαίνονται από τους ανθρώπους του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του.

B) Σωματικές συνέπειες: που περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των ψυχοσωματικών διαταραχών με ημικρανίες, δερματικά εξανθήματα, πόνους στην πλάτη έως και ακόμη πιο επικίνδυνες για τη ζωή, καρδιαγγειακές παθήσεις και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Γ) Αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς: που κυμαίνονται από μέτρια ευερεθιστικότητα μέχρι την υιοθέτηση του αλκοολισμού και του καπνίσματος ή

άλλων συμπεριφορών, όπως η ανάγκη για συχνές αλλαγές εργασιακού πλαισίου, που περιλαμβάνει απροθυμία για ανάληψη περαιτέρω καθηκόντων ή τεταμένες σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους.

Στο πεδίο της ψυχικής υγείας το υψηλό στρες μπορεί να οδηγήσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σταδιακή απώλεια της ικανότητας ενσυναίσθησης των ασθενών (Coffey, 1999). Οι συνέπειες του στρες για την υπηρεσία εντοπίζονται στο ότι η δομή του εργασιακού χώρου στην Ελλάδα, δεν επιτρέπει ειδικά στα νέα στελέχη, που για κάποιο λόγο δείχνουν να επηρεάζονται και να εκδηλώνουν κατάθλιψη και burnout, να κάνουν αλλαγές ή να πάνε σε άλλο τμήμα, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σε άλλες χώρες, όπου το πρόβλημα αντιμετωπίζεται με εναλλαγή προσωπικού και παροχή μικρής διάρκειας αδειών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1999).

Το στρες, στο χώρο εργασίας, επηρεάζει τη σωματική και ψυχική ευεξία των επαγγελματιών υγείας, μειώνοντας την απόδοση τους, τη λήψη σωστών αποφάσεων, που μπορεί να αποβούν μοιραίες ακόμη και για τη ζωή των ασθενών και συνολικά επηρεάζει αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Κατάθλιψη-Παράγοντες και συμπτωματολογία σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας

3.1 Κατάθλιψη- ορισμός

Ο όρος κατάθλιψη αναφέρεται στο κλινικό σύνδρομο, που περιλαμβάνει έναν συνδυασμό συμπτωμάτων με γενικευμένη θλίψη, εξάντληση, μειωμένη ως καθόλου όρεξη για φαγητό και σωματική εξάντληση (Ρούπα κ.ά., 2008) και επιπλέον τάση για απομόνωση και κοινωνική απόσυρση, εμφάνιση ανεξήγητου άγχους, απογοήτευση και ανησυχία. Χαρακτηριστικό είναι η απώλεια ερωτικού ενδιαφέροντος με τη μείωση της σεξουαλικής ενέργειας, τα αισθήματα ενοχής και κακή διάθεση καθημερινά (Beekman κ.ά., 1999). Επιπλέον, η μη ύπαρξη ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος καθώς και η απαισιοδοξία για το μέλλον με την εμφάνιση κακών σκέψεων αυτοκαταστροφής με στόχο το θάνατο τους και την αυτοκτονία (Preising κ.ά., 2001). Διαγνωστικά η διαφορά μεταξύ της φυσιολογικής θλίψης και της κατάθλιψης ως ψυχική διαταραχή, ορίζεται με βάση τα ταξινομικά εγχειρίδια ψυχικών παθήσεων DSM-IV R (APA, 1994). Όταν όμως χρονικά η περίοδος της θλίψης γίνεται

όλο και πιο έντονη και μπορεί να κρατήσει από βδομάδες μέχρι και μήνες, και έχει ως συνέπεια την όχι καλή λειτουργικότητα του ατόμου, την διατάραξη των διαπροσωπικών του σχέσεων καθώς και του ύπνου, τότε είναι επιτακτική η βοήθεια Ψυχίατρου, όπου δίδεται η διάγνωση της κατάθλιψης (Beekman κ.ά., 1999).

Στην καθημερινή ζωή με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια κατάσταση μελαγχολίας. Αυτό συνήθως είναι παροδικό και μάλλον οφείλεται σε κάτι σχετικά ασήμαντο. Η κατάθλιψη όμως διαφέρει από την Κλινική Κατάθλιψη, η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, που διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες και είναι τόσο σοβαρά, ώστε να προκαλούν αναστάτωση στην καθημερινότητα ενός ατόμου.

Στην ψυχιατρική ο όρος κατάθλιψη μπορεί επίσης να έχει αυτή τη σημασία, αλλά συνήθως αναφέρεται σε μία ψυχικά διαγνωσμένη ασθένεια. Η κατάθλιψη αποτελεί το τέταρτο στάδιο του Kubler-Ross (Kubler-Ross, 2005) για την αποδοχή του θανάτου.

Από ανάλογες μελέτες (APA, 1994, Preising κ.ά., 2001, Kaplan και Sandock, 2001), υπολογίζεται ότι περίπου το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο. Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.), με βάση το δείκτη βαρύτητας, που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική και κοινωνική ζωή, οι ασθένειες που είναι στις πρώτες πέντε θέσεις είναι οι ψυχικές. Η κατάθλιψη που καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση και υπολογίζεται ότι θα φτάσει μέχρι και τη 2η θέση της κατάταξης μέχρι το 2020 (APA, 1994, Preising κ.ά., 2001, Kaplan και Sandock, 2001). Με βάση τις μελέτες που έχουν γίνει σε ανθρώπους η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από κατάθλιψη στη διάρκεια της ζωής του, στις γυναίκες είναι 20% και στους άνδρες 10% και από αυτούς, μόνο το 20-25% έχει την πιθανότητα θεραπείας. Η επίπτωση της κατάθλιψης είναι στις γυναίκες δύο φορές υψηλότερη από ότι στους άνδρες (Kroenke κ.ά., 2007). Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις

ορμονικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά γεγονότα της ζωής που περιέχουν από μόνα τους άγχος, στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες (τοκετός ,μεγάλωμα παιδιών) συντελούν στην συχνότερη εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (WHO, 2004). Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της νόσου είναι η ηλικία των 40 ετών και συχνότερη στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών (WHO, 2005).

Η επιδημιολογία της κατάθλιψης οφείλεται στο γεγονός ότι πλέον αποτελεί μια από τις πιο συχνές ασθένειες του αιώνα μας με βάση την συχνότητα εμφάνισης της στη δημόσια υγεία με το 8-10% του γενικού πληθυσμού να πάσχει από κατάθλιψη με υπόνοιες ότι το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί ακόμη περισσότερο (Madianos & Stefanis 1992)

Το επάγγελμα της Νοσηλευτικής αποδεικνύεται ως ένα βαρύ επάγγελμα, όπου η κατάθλιψη είναι και αποτελεί ένα πρόβλημα που φαίνεται , χωρίς βέβαια να ικανοποιούνται οι επαγγελματικές και προσωπικές προσδοκίες και τέλος η απομυθοποίηση για το επάγγελμα συμβάλουν στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος (Faulkner και Mackay, 2000, Kavari et al, 2007, Chiu et al, 2009).

Επιπλέον, ο κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψηλός από όλες τις νοσηλευτικές βαθμίδες περίθαλψης ασθενών και ιδιαίτερα από αυτούς που έρχονται σε επαφή καθημερινά με χρόνιους και βαριά πάσχοντες ασθενείς (Polykandrioti, 2009, Iordanou κ.ά., 2009, Σταυριανόπουλος κ.ά,2011).

Η κατάθλιψη που επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές νόσους της εποχής σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας,. Οφείλεται σε βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες καθώς και σε παράγοντες που ενεργούν είτε συνδυαστικά είτε μόνοι τους.

i. Περιβάλλον

Αντίδραση σε καταστάσεις, όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή η μετακόμιση από ένα σπίτι σε ένα άλλο, μπορεί να οδηγήσει σε άγχος και με την πάροδο του χρόνου σε εκδήλωση κατάθλιψης. Τα μονότονα περιβάλλοντα επίσης μπορεί να είναι καταθλιπτικά. Όταν όμως κάποιος δεν είναι σε θέση να ελέγξει το περιβάλλον του, η κατάσταση αυτή μπορεί να φέρει αισθήματα ανημποριάς. Επίσης οι διαφωνίες, που υπάρχουν μέσα στην οικογένεια ή και ακόμη οι οικονομικές δυσκολίες μπορεί να επιφέρουν κατάθλιψη. Οι κλιματικές συνθήκες, όπως η βροχή ή η συννεφιά για μεγάλο διάστημα μπορούν να οδηγήσουν σε μοναξιά.

ii. Ψυχολογικοί παράγοντες

Η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί και από την έλλειψη αυτοσεβασμού καθώς και από ανίατες ασθένειες και ψυχώσεις, που αλλάζουν την ψυχολογία του ατόμου.

iii. Βιολογικοί παράγοντες

Αυτοί ποικίλουν αλλά γενικώς περιλαμβάνουν ορμονικούς, νευρολογικούς ακόμη και εποχιακούς παράγοντες, που όμως αμφισβητούνται από την επιστημονική κοινότητα.

3.2 Κατάθλιψη σε ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό

Οι ακατάλληλες συνθήκες εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, τα κυκλικά ωράρια εργασίας, η διαταραγμένη ή η ελλιπής σχέση με τους συναδέλφους τους, καθώς και η έλλειψη ύπνου, παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στην κατάθλιψη (Reuben, 1985). Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι σε ποσοστό περίπου 30% των ιατρών παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την κλινική τους άσκηση, ποσοστό που με το χρόνο και την πείρα μειώνεται (Reuben 1983, Taylor-East, 2013). Οι γυναίκες (Ιατροί και Νοσηλεύτριες), εκδηλώνουν σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους συχνότερα κατάθλιψη, γεγονός που αντικατοπτρίζει την παγκόσμια επίπτωση της κατάθλιψης στις γυναίκες (Hsu και συν., 1987). Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη, σε σχέση με τους άνδρες ιατρούς, οι γυναίκες ιατροί ήταν στο ποσοστό του 1,5% σε πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και 8% πιθανότερο να παρουσιάσουν σοβαρή κατάθλιψη (Hsu και συν., 1987). Οι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε γυναίκες ιατρούς, αποκλίνουν από εκείνους που αφορούν στις υπόλοιπες γυναίκες. Στις γυναίκες ιατρούς βέβαια ως επιβαρυντικοί παράγοντες εξακολουθούν να είναι η πιθανότητα μιας επαγγελματικής αποτυχίας και η παρενόχληση στον εργασιακό χώρο (Theorell, 2000 Firth-Cozens, 2001).

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι οι επαγγελματίες υγείας ειδικά λόγω της φύσης της δουλειάς τους με την καθημερινή επαφή με τους ασθενείς, είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής, γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Sapountzi & Lemonidou, 1994). Άλλοι παράγοντες, που μπορεί να προδιαθέσουν το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό σε εκδήλωση κατάθλιψης είναι η σύγκρουση ανάμεσα στην καριέρα και την προσωπική ζωή, η λήψη

σημαντικών και ακέραιων αποφάσεων, η ευθύνη του ρόλου, η διάπραξη σφαλμάτων και η απειλή δικαστικών μηνύσεων από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. (Kandri και συν., 2004).

3.3 Εργασιακό στρες και επαγγελματίες υγείας

Το άγχος με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου μειώνοντας την απόδοσή του στο χώρο εργασίας. Μερικά κλασικά συμπτώματα του άγχους είναι: ο πονοκέφαλος, ο πόνος στο στήθος, η υψηλή αρτηριακή πίεση, ο πόνος στους μύες όλου του σώματος, η έλλειψη ύπνου ακόμη και η κατάθλιψη. Οι επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους να φέρουν σε πέρας τον φόρτο της εργασίας τους και πολλές φορές στην προσπάθειά τους να σώσουν μια ανθρώπινη ζωή εμφανίζουν υψηλό στρες (Keramidas, 2004, Piceto και συν., 2013). Οι κυριότεροι παράγοντες, που προκαλούν άγχος στους Νοσηλευτές είναι :το κυκλικό ωράριο εργασίας με τις δύσκολες και εναλλασσόμενες βάρδιες, η συχνή επικοινωνία με άγνωστα άτομα, που μπορεί να είναι φιλικά ή και συγγενικά πρόσωπα ενός ασθενή, η έλλειψη ασφάλειας, η επικινδυνότητα αναλόγως σε ποιο τμήμα εργάζονται (ψυχιατρικό) και τέλος η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου. Συγχρόνως, αρκετά συχνά έρχονται στη δυσάρεστη θέση να αντιμετωπίσουν προβλήματα στην οικογένειά τους μη μπορώντας να κρατήσουν μια εσωτερική άμυνα, που να διαχωρίζει την οικογένεια από τη δουλειά. Γεγονός που έχει βάση στο έντονο άγχος της εργασίας που συνήθως μεταφέρεται στην οικογένεια (Michalopoulou, 2003, Gao και συν., 2012).

Σύμφωνα με μελέτη των Goomber και συν. (2002) ένας στους τρεις ιατρούς (29%), έδειξε στοιχεία ψυχιατρικής νοσηρότητας, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (12%) παρουσίασε σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης και το 3% ανέφεραν σκέψεις αυτοκτονίας.

3.4 Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)

Σύμφωνα με τους Perlman & E. Hartman (1982) ο όρος της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρεται τόσο στον Ιδιωτικό όσο και στον Δημόσιο τομέα και αποτελεί ευρύτατα την απώλεια του ενθουσιασμού και της ελπίδας, τη μείωση κινήτρων καθώς και την παραγωγικότητα και λειτουργικότητα των εργαζομένων. Ειδικότερα οι A. Pines & E. Aronson (1998) περιέγραψαν αυτό το σύνδρομο του burnout ως μια κατάσταση σωματικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής εξουθένωσης, που πιθανόν η αιτία να πηγάζει από την καθημερινή και μακροχρόνια ενασχόληση με ανθρώπους.

Οι Maslach και Jackson (1984,1986), μετά από μια εκτεταμένη έρευνα τους και με βάση τα αποτελέσματα των ειδικών ερωτηματολογίων που είχαν δημιουργήσει με τίτλο «Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach» (Maslach Burnout Inventory-MBI), διαπίστωσαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα ενός γενικευμένου στρες, που εξαντλεί τον εργαζόμενο και του αποστερεί τις ψυχικές δυνάμεις, που έχει για να ανταπεξέλθει στην πίεση των εργασιακών συνθηκών. Αναπτύσσεται σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, όπως οι εκπαιδευτικοί, ψυχολόγοι και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας(Maslach & Jackson, 1981).

Με την πάροδο του χρόνου πολλοί ερευνητές βασιζόμενοι πάντα στο αρχικό ερωτηματολόγιο των Maslach & Jackson, προσπάθησαν να περιγράψουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά δεν κατέληξαν σε έναν κοινό ορισμό του. Οι Perlman & Hartman (1982) χρησιμοποίησαν τον όρο του burnout με βάση την απώλεια του ενθουσιασμού και της ελπίδας με τη μείωση κινήτρων λειτουργικότητας και παραγωγικότητας των εργαζομένων. Επιπλέον οι Pines & Aronson (1998) την περιέγραψαν ως μια κατάσταση συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης, που πηγάζει από την μακροχρόνια ενασχόληση με τους ανθρώπους .

Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως το σύνδρομο της σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης του επαγγελματία υγείας (Dimitropoulos & Philipou, 2008). Οι κυριότεροι παράγοντες, που καθορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι: η συναισθηματική εξάντληση, στην οποία ο εργαζόμενος αισθάνεται την έλλειψη ενέργειας να ανταπεξέλθει στη δουλειά του, η αποπροσωποποίηση, που αναφέρεται στα αρνητικά και κυνικά συναισθήματα, που καταλαμβάνουν τον επαγγελματία υγείας για τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους- ασθενείς, και η μείωση προσωπικών επιτευγμάτων, που αναφέρεται στο στάδιο, όπου ο εργαζόμενος φτάνει να αξιολογεί αρνητικά τον εαυτό του, να μην είναι ικανοποιημένος με την απόδοσή του και να παραιτείται από κάθε προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων των ασθενών.

Οι παραπάνω παράγοντες του burnout είναι δυνατόν να συνυπάρχουν για μικρό ή και μεγάλο χρονικό διάστημα και να επηρεάζει κυρίως τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που εκτίθενται σε συναισθηματικές και ψυχολογικές εντάσεις καθημερινά δεδομένου του ότι έχουν να αντιμετωπίσουν ποικιλία σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών αλλά και των συγγενών τους. Γεγονός που εκτός του ότι επηρεάζει τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, έχει αρνητικές επιπτώσεις και για την εργασία τους.

Η περίπτωση των Νοσηλευτών αποτελεί παράδειγμα αφού τα νοσοκομεία κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση. Σύμφωνα με την ψυχολογία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται αμέσως, αλλά αναπτύσσεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυσφορίας και ανεπάρκειας στις απαιτήσεις της δουλειάς (Κουτελάκος, 2007)

Σε σχετικά πρόσφατες μελέτες, έχει αναφερθεί, ότι οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και γενικά των κλειστών τμημάτων, βιώνουν πιο συχνά σύνδρομο του burnout με συμπτώματα κατάθλιψης (Gao YQ και συν., 2012). Σύμφωνα με 11 συναφείς διεθνείς μελέτες, οι γιατροί καθώς και οι νοσηλευτές, που εργάζονται σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα, εκδηλώνουν ένα ποσοστό ψυχιατρικής νοσηρότητας. (Zhu και συν., 2006). Στην Ελλάδα, μελέτη για τη διερεύνηση της ψυχοσωματικής ισορροπίας

των επαγγελματιών υγείας σε ελληνικά νοσοκομεία και ειδικά αυτών που ήταν σε μικρότερη ηλικία, έδειξε υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες με σωματική και συναισθηματική εξουθένωση (Antonίου & Tzavara, 2005.) Οι Goebring και συν. (2005). σε μελέτη τους σε γενικούς ιατρούς της Σουηδίας κυρίως σε ηλικία 45-55 ετών κατέγραψαν υψηλά επίπεδα σχετιζόμενα με καταστάσεις burnout και στρες καθώς και στις διαφορές με συναδέλφους επάνω στην άσκηση της γενικής ιατρικής.

Σε μελέτη (Jones, 1999), που πήραν μέρος 38 Νοσηλευτές και εκτέθηκαν σε περιβάλλον με αν όχι τους ίδιους αλλά σε παρόμοιους παράγοντες στρες, είχε σαν αποτέλεσμα ότι οι νοσηλευτές σε Μ.Ε.Θ. και σε Τ.Ε.Π.(Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) είχαν σε μεγάλο βαθμό υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από αυτούς, που εργάζονται σε παθολογικά τμήματα. Οι Firth-Cozens & Payne (1999) παράλληλα αναφέρουν ότι κυρίως και μόνο το 1/3 των Νοσηλευτριών, σε παγκόσμιο επίπεδο ,δείχνουν να παρουσιάζουν συμπτώματα burnout από την αρχή της καριέρας τους, ενώ παράλληλα είναι αρκετά σοβαρό το ενδεχόμενο σε μεγάλο βαθμό να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές.

Επιπροσθέτως, άλλοι παράγοντες, όπως οι συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων, σχετίζονται με την παρουσία καθώς και το ποσοστό των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, με τις γυναίκες νοσηλεύτριες να υπερτερούν σε σχέση με τους άνδρες Νοσηλευτές.(Gao και συν. , 2012).

Τέλος μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση αναλύοντας ειδικά την επίπτωση των εναλλασσόμενων κυκλικών ωραρίων, απέδειξαν τη στατιστική συσχέτιση μεταξύ των του αριθμού των νυχτερινών βαρδιών και τις επιδράσεις όλων αυτών στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των εργαζόμενων στην υγεία (Σταυροπούλου,2010).

3.5 Αυτοκτονία και επαγγελματίες υγείας

Πολλές φορές το στρες και η ένταση που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας είναι τόσο έντονα, που μπορεί να τους οδηγήσει ακόμη και σε απόπειρα αυτοκτονίας (Pompili και συν., 2006). Στις ΗΠΑ, η συχνότητα των αυτοκτονιών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ήταν 1.15 φορές υψηλότερη για τους άνδρες ιατρούς και 3 φορές υψηλότερη για τις γυναίκες ιατρούς (Firth-Cozens, 1997.) Σε Σουηδική μελέτη, 10% των Σουηδών ιατρών και σε ποσοστό μεγαλύτερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, είχε σκεφθεί σοβαρά να θέσει τέλος στη ζωή του και 1% είχε κάνει απόπειρα (Hem και συν., 2000). Αντίστοιχα, στη Δανία, 10% οι γυναίκες ιατροί έναντι των ανδρών συναδέλφων τους είχαν σκεφθεί την αυτοκτονία και 0,5% την είχαν επιχειρήσει, (Tyssen και συν., 2004). Ενδιαφέροντα είναι και τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης των άρθρων, που μελετούν την θνησιμότητα εξαιτίας αυτοκτονιών σε ιατρούς, ανάλογα με το φύλο τους (Lindeman και συν., 1996). Διαπιστώθηκε σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ότι ο σχετικός κίνδυνος για τους άνδρες ιατρούς κυμαινόταν μεταξύ από 1.1 ως 3.4, ενώ για τις γυναίκες ιατρούς μεταξύ 2.5 και 5.7, (Tyssen και συν., 2004). Ο κύριος τρόπος αυτοκτονίας ήταν με υπερβολική λήψη 12 φαρμάκων, αν και οι άνδρες, όχι σπάνια, χρησιμοποιούν όπλα (Shortt, 1979). Οι άνδρες ιατροί που αυτοκτονούν ήταν συνήθως μεταξύ 45-65 ετών, ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό 40% σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών.

Σε συνδυασμό με όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, ο Ιατρός που διατηρεί συγκροτημένη προσωπική ζωή και νου καθαρό πέρα από κάθε κακή σκέψη, μπορεί να διαχειριστεί το εργασιακό στρες αποτελεσματικότερα. Επομένως, μπορεί να υποστηριχθεί ότι σημαντικό ρόλο στην απόφαση ενός

ιατρού να θέσει τέρμα στη ζωή του, παίζουν τα οικογενειακά προβλήματα και η προσωπική του ζωή. (Tyssen και συν., 2001)

3.6 Ψυχιατρική Νοσηλεία σε Επαγγελματίες Υγείας

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας, συνήθως δεν φαίνονται και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζονται έγκαιρα, και αναλόγως σε ποιο στάδιο βρίσκονται δεν αντιμετωπίζονται με την ανάλογη αποτελεσματικότητα. Οι λόγοι σχετίζονται με το φόβο του στιγματισμού στο χώρο εργασίας και ειδικά όταν πρόκειται για ψυχική νόσο, την αρνητική αντιμετώπιση από τους συναδέλφους που δεν θέλουν να δεχθούν την ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος, και τέλος την απουσία εξειδικευμένων δομών στην ψυχική υγεία (Pilowski & O'Sullivan, 1989). Φινλανδική μελέτη έδειξε ότι οι ιατροί και νοσηλευτές, προτιμούν να προσφεύγουν στην αυτό-θεραπεία τους με τους άνδρες να αγγίζουν το ποσοστό 80-84% και οι γυναίκες σε ποσοστό 72-74%, εύρημα που αφορά ψυχιατρικές και μη παθήσεις. Τέλος, η ίδια μελέτη δείχνει ότι σε σχέση με άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, οι ιατροί (κυρίως άνδρες >44 ετών), συνεχίζουν να εργάζονται όντας ασθενείς και να λαμβάνουν συνήθως λιγότερες αναρρωτικές άδειες (Toyry και συν., 2000).

3.7 Παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης σε ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό

Η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση αποτελούν τους κύριους παράγοντες, που σχετίζονται με την εμφάνιση εκδηλώσεων άγχους και κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας. Αναφορικά με την επίδραση του παράγοντα οικογενειακής κατάστασης οι έγγαμοι εργαζόμενοι, πιθανόν λόγω οικογενειακών ευθυνών (φόρτου επαγγελματικής εργασίας ή μη σύμπτωση ωραρίων με τους συντρόφους τους) παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά άγχους, δυσκολία στον ύπνο, εκδήλωση ανησυχίας και συχνή τάση για αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Απεναντίας οι άγαμοι εργαζόμενοι παρατηρείται να εκδηλώνουν αλλαγές στη διάθεση τους, μη ύπαρξη και εκδήλωση συναισθημάτων και μια γενική παραίτηση από την δουλειά τους. Είναι έκδηλο ότι ο γενικότερος μηχανισμός άμυνας, που χρησιμοποιείται από τους εργαζομένους, που ανήκουν σε διαφορετική κατηγορία οικογενειακής κατάστασης να είναι διαφορετικός. Δηλαδή, οι έγγαμοι αντιδρούν στο στρες με αγχώδη στοιχεία, ενώ οι άγαμοι με στοιχεία κατάθλιψης. Αναφορικά με τον παράγοντα ηλικία διαπιστώνεται ότι η εμφάνιση ταχυκαρδίας, έντασης, αύξησης του καπνίσματος και ανηδονίας εμφανίζονται συχνότερα στις ηλικίες μεταξύ 35-49 ετών.

Ανάλογα ευρήματα διεθνών μελετών τονίζουν ότι το εργασιακό άγχος μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης, ψυχικών διαταραχών και κατάθλιψης, με σημαντικές συνέπειες στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων (Healy and Makeig, 2008).

Έρευνες που έλαβαν υπόψη τους κυρίως την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας και ειδικά τους άγαμους, αναδεικνύουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς, όχι μόνο λόγω της εξουθένωσης από την εργασία και του φόρτου εργασίας, αλλά κυρίως εξαιτίας ενός συνδυασμού, που περιλαμβάνει το κυκλικό ωράριο εργασίας, των χαμηλών οικονομικών απολαβών και της απουσίας κοινωνικής υποστήριξης (Parikh κ.ά., 2004).

Τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας των Healy και McKay (2008) έδειξαν συσχέτιση μεταξύ του στρες του νοσηλευτικού επαγγέλματος και των διαταραχών στη διάθεση, με βασικό πυρήνα τους τον φόρτο εργασίας (Healy και McKay (2008)) . Η Ruggiero σε μελέτη για τη σχέση του άγχους και της κατάθλιψης με το κυκλικό ωράριο σε επαγγελματίες υγείας αναφέρει ότι στη χρονική διάρκεια ενός μήνα όσοι εργάζονταν λιγότερες βάρδιες και σαββατοκύριακα, εμφάνιζαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλότερη συναισθηματική εξουθένωση προτείνοντας βελτιώσεις και παρεμβάσεις στον προγραμματισμό του ωραρίου, με στόχο τη μείωση της συναισθηματικής πίεσης, της εμφάνισης της κατάθλιψης και την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία.

Τέλος με βάση παρελθούσα μελέτη των Moore & Cooper, αναφέρεται ότι οι πιέσεις που δέχονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι πολύ μεγαλύτερες σε σχέση με άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, αλλά έχουν την ατυχία λόγω της θέσης τους και της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματος τους , να επωμίζονται επιπλέον φορτία συναισθηματικής έντασης για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Moore and Cooper, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Μελέτη της συναισθηματικής κατάστασης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε οξύ στρες

4.1 Το χρόνιο στρες και οι επαγγελματίες υγείας

Ο χώρος της εργασίας για πολλούς Ιατρούς και Νοσηλευτές είναι η πηγή του στρες στη ζωή του και στα οικογενειακά τους προβλήματα. Βέβαια το εργασιακό στρες εξαρτάται και από έναν συνδυασμό πολλών παραγόντων όπως είναι η προσωπικότητα και οι κοινωνικές και βιολογικές ανάγκες του κάθε ανθρώπου (Salilih & Abajobir, 2014). Επίσης, εξαρτάται από τις ελλείψεις του νοσοκομείου σε προσωπικό, από τις συνθήκες και το περιβάλλον εργασίας, το κυκλικό ωράριο εργασίας, τη μη καλή σχέση μεταξύ των εργαζομένων, η ασάφεια ρόλων και καθηκόντων, καθώς και η καθημερινή επαφή με τους ασθενείς, τον πόνο αλλά και την κατάληξη τους, το θάνατο (Αντωνίου 2006).

Σε πολλές έρευνες παρόλο που οι έννοιες του άγχους και του στρες είναι διαφορετικές, σε άλλες συγχέεται και σε άλλες είναι διαφορετικές. (Καντάς 1995). Έτσι το άγχος συχνά ορίζεται, ως μια δυσάρεστη κατάσταση με συναισθήματα φόβου, κινδύνου και γενικώς μια γενικευμένη εσωτερική ανησυχία (Ollendick 1998), Απεναντίας το στρες ορίζεται ως η αντίδραση του ατόμου σε εξωτερικούς αλλά και σε εσωτερικούς παράγοντες. (Καραδήμας 1999). Τις πιο πολλές φορές το στρες δεν αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή του ανθρώπου αλλά στις περιπτώσεις που βιώνεται σε μικρή κλίμακα, βοηθάει τον άνθρωπο στην απόδοσή του (Ollendick 1998).

Εργασιακό στρες μπορεί να θεωρηθεί μια κατάσταση που με τη σειρά της είναι η αιτία της δημιουργίας του και αυτό μπορεί να είναι από μια νέα θέση

και ανάθεση καθηκόντων έως και την έκτακτη αντιμετώπιση , μιας επιπλοκής ενός ασθενή. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω στην εργασία, το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί την κύρια πηγή γενικευμένου άγχους (Ross & Altmaier 1994).

4.2 Οξύ στρες στους επαγγελματίες υγείας

Η χρονική διάρκεια -κατάσταση ενός χρόνιου και ενός οξέος στρες αν και έουνι μελετηθεί από πολλούς κατά διαστήματα, η επίπτωση που έχει το οξύ στρες στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας είναι υπό διερεύνηση (Rauchenzauner et al 2009). Το εκάστοτε τμήμα που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας είναι βασικά και αυτό που ευθύνεται για την εκδήλωση του οξέος στρες και αυτό μπορεί να διαφέρει λόγω της φύσης της δουλειάς για παράδειγμα από μια οφθαλμολογική κλινική και τα εξωτερικά ιατρεία ενός Νοσοκομείου. (LeBlanc 2009). Το αποτέλεσμα του στρες δεν αφορά μόνο σχετικά με το τι συμβαίνει σε καταστάσεις υψηλού στρες , όσον αφορά στην απόδοση, αλλά διαφέρει και από άτομο σε άτομο επηρεάζοντας την εργασιακή τους απόδοση, όπου σε άλλους αυξάνεται και σε άλλους μειώνεται σημαντικά (Harvey et al 2010). Ένα ορισμένο ποσοστό στρες είναι επιθυμητό και είναι δυνατόν να βελτιώσει την απόδοση του ατόμου αλλά σε περίπτωση που ξεπεραστεί αυτό το όριο, τότε η απόδοση του ατόμου μειώνεται ραγδαία (Ng et al 2009).

Η ανακοπή της καρδιάς από τη φύση της, είναι μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης και προκαλεί συνήθως οξύ στρες

(Hunziker et al 2011). Μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν έχουν δείξει ότι σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως η Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), οι επαγγελματίες υγείας, που ουσιαστικά παλεύουν με τον χρόνο καθώς κάθε λεπτό καθυστέρησης μπορεί να αποβεί μοιραίο για τον ασθενή, διακατέχονται από έντονο στρες. Τρεις από αυτές τις έρευνες διερεύνησαν τη σχέση του στρες και της απόδοσης στην εργασία (Bjorshol et al 2011, Hunziker et al 2011).

Μία από τις αυτές έγινε στη Νορβηγία και κατέληξε με βάση τα αποτελέσματά της ότι το στρες που έχουν οι διασώστες κατά τη διενέργεια μιας ΚΑΡΠΑ, δεν επηρεάζει την ποιότητα της (Bjorshol et al 2011).

Άλλη έρευνα που είχε εμπλεκόμενους φοιτητές της Ιατρικής, έδειξε ότι ο βαθμός του στρες που λαμβάνουν καθώς και ο υπερβάλλον ζήλος που δείχνουν σε μια ΚΑΡΠΑ, είχε αρνητική συσχέτιση στην εκτέλεση της (Hunziker et al, 2011).

Μια άλλη μελέτη στη Γερμανία, που είχε συμμετέχοντες Ιατρούς των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας έδειξε την έκκριση Αμυλάσης, ένα βιοχημικό δείκτη στρες, κάθε φορά που έπαιρναν μέρος σε μια ΚΑΡΠΑ. Παρατηρήθηκε επίσης ότι σε αυτούς τους Ιατρούς, που είχαν κάνει σεμινάρια μιας μέρας επάνω στην ΚΑΡΠΑ, τα επίπεδα της Αμυλάσης ήταν σαφώς μικρότερα (Muller et al, 2009).

Τέλος σε παρόμοια έρευνα ανάμεσα σε 18 επαγγελματίες υγείας, συγκρίθηκαν οι σφίξεις και η αρτηριακή πίεση την ώρα ακριβώς που έκαναν ΚΑΡΠΑ, τόσο κατά τη διάρκεια του μαθήματος όσο και κατά την πράξη και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ζωτικά τους σημεία διέφεραν σε σημαντικό βαθμό και διακατέχονταν από έντονο άγχος κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών μαθημάτων (Quiliciv et al 2005).

4.2.1 Οξύ στρες στους ιατρούς

Το burnout, που οφείλεται κυρίως για τις αυτοκτονίες ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής είναι συνήθως διπλάσιο από εκείνο του γενικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα για το εργασιακό περιβάλλον, που έχει γίνει και

αναφορά τους σε άλλη ενότητα στην εργασία ευθύνονται: ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η σύγκρουση ρόλων, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, η έλλειψη ανταμοιβών, η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, η έλλειψη εναλλαγών στην εργασία, η έλλειψη περιβάλλοντος, η έλλειψη συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις καθώς και η ασάφεια των καθηκόντων και των υποχρεώσεων τους (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου,1999).

Αρνητικά λοιπόν επιδρά στους ιατρούς το γεγονός ότι χρειάζεται να δουλεύουν πολλές ώρες συνεχόμενα χωρίς να μπορούν να επέμβουν για ένα πιο ελαστικό ωράριο εργασίας.. Επίσης, πολλά είναι αυτά που αντίκεινται στις αξίες και στα πιστεύω ενός Ιατρού, όπως η γρήγορη και απρόσωπη εξυπηρέτηση καθώς και η ευθανασία ,όταν ένας ασθενής το επιθυμεί (Pines κ.ά., 1980).

Άλλη πάλι κλασική περίπτωση, που αποτελούν πηγές του burnout, είναι η επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των Ιατρών ειδικά όταν έχουν να αντιμετωπίσουν περιστατικά ασθενών με μη αναστρέψιμη πορεία νόσου ή όταν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς, που νοσηλεύονται για μικρό χρονικό διάστημα (Cherniss,1980). Αυτά οδηγούν αρχικά σε μια συναισθηματική κατάρρευση, που με την σειρά της αναπαράγει σε άκρως αντιεπαγγελματικές συμπεριφορές · πολλές έρευνες έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στην παροχή ιατρικής βοήθειας βαθμιαία αναπτύσσουν μια επαγγελματική κόπωση, που προκαλεί μια επιθετική, στάση απέναντι στην πίεση, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα τη δυσαρέσκεια τόσο των συνεργατών τους όσο και των ασθενών τους (Sanders & Suls,1982).

Μία άλλη στάση που υιοθετούν και που αποτελεί τη δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι να «ξεκόβουν» ψυχολογικά και να κρατούν αποστάσεις συναισθηματικά από τους ασθενείς τους. Αυτή η ενέργεια τους οδηγεί σε μια αποπροσωποποίηση αλλά και σε μια κυνική πολλές φορές και αρνητική συμπεριφορά των ιατρών αλλά και των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς τους. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της συμπεριφοράς είναι η τάση να αποκαλούν τους ασθενείς τους σαν αντικείμενα δωματίου, με έναν αριθμό δωματίου ακόμη και με το όνομα της ασθένειας τους.

(Maslach,1982). Έτσι πολλές φορές ο Ιατρός με βάση την αποπροσωποποίηση που έχει επιβάλλει , μπορεί να φτάνει ακόμη και στο σημείο να πιστεύει ότι ο ασθενής που υποφέρει το αξίζει κιόλας (Maslach,1982).

4.2.2 Οξύ στρες στους νοσηλευτές

Ορισμένα επαγγέλματα είναι περισσότερο στρεσογόνα από κάποια άλλα και συνήθως πρόκειται για επαγγέλματα που απαιτούν άμεση λήψη αποφάσεων και έρχονται σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους (Cooper & Eaker,1988)

Ένα από τα εν λόγω επαγγέλματα είναι και το νοσηλευτικό, που το στρες καταλαμβάνει το επάγγελμα παγκοσμίως και αποτελεί μείζον πρόβλημα. Με βάση έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία σε ένα αρκετά μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων Νοσηλευτών, αποκάλυψε ότι σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% ανέφεραν υψηλά επίπεδα στρες στο χώρο της εργασίας τους (Pettersson et al, 1995). Μια άλλη έρευνα επίσης που έγινε για λογαριασμό του Ηνωμένου Βασιλείου, έδειξε ότι ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας αυτοί που δέχονταν την μεγαλύτερη πίεση από όλους ήταν οι Νοσηλευτές (Rees & Cooper, 1992).

Επίσης όπως για τους Ιατρούς έτσι και για τους Νοσηλευτές έχει αποδειχθεί ότι η ευθύνη, που έχει να κάνει με το αντικείμενο της δουλειάς τους και την άμεση συναναστροφή με ανθρώπους, συσχετίζεται με την υπευθυνότητα και τα υψηλά επίπεδα του άγχους και μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση καρδιακών παθήσεων με αρρυθμίες και εμφράγματα (Wardwell, κ.ά. 1964).

Έτσι, το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται ευρέως ότι ήταν και είναι υψηλά στις κατηγορίες των επαγγελμάτων με έντονο στρες. Ήδη από την δεκαετία του 1960 ο Menzies (1960) ήταν από τους πρώτους, που επισήμανε και προσδιόρισε τις πηγές δημιουργίας άγχους στους Νοσηλευτές, που είναι με συχνές αλλαγές η φροντίδα του ασθενούς, η ανάληψη ευθυνών, η λήψη

αποφάσεων.

Μεταγενέστερα αναγνωρίστηκαν σε σύνολο επτά κύριες πηγές στρες στη νοσηλευτική που είναι: η αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία του ασθενούς, η επαφή με τον θάνατο, οι διαφωνίες με τους ιατρούς, η έλλειψη υποστήριξης, η ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των υπαρκτών αναγκών του ασθενούς, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι διαφωνίες με τους συνεργάτες τους (Gray-Toft & Anderson, 1981).

Αντίστοιχα, μια πιο πρόσφατη έρευνα υποδεικνύει ως υπαίτιους παράγοντες πρόκλησης στρες στους Νοσηλευτές τον αυξημένο φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις για διάφορα θέματα με τους συναδέλφους τους, την συναισθηματική φόρτιση από τη νοσηλεία, τις αμοιβές και την εργασία με βάρδιες (Mc Vicar, 2003).

Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης και η διατήρηση μιας ισορροπίας μεταξύ της επαγγελματικής και της οικογενειακής ζωής. Το στρες μπορεί να υπόκειται από τον συνδυασμό των ευθυνών στο σπίτι και στη δουλειά. Πρόβλημα που είναι ιδιαίτερο και πιο έντονο στις γυναίκες εξαιτίας του ότι έχουν φορτωθεί με πάρα πολλές υποχρεώσεις στην οικογένεια τους και έχουν να αντιμετωπίσουν και το άγχος της δουλειάς παράλληλα. (Haw, 1982).

Οι επιπτώσεις, τώρα, όλων των παραπάνω στον χώρο της νοσηλευτικής, είναι ότι το στρες έχει παίξει ιδιαίτερο ρόλο στις συχνές απουσίες από την εργασία και στις συχνές εναλλαγές στην σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού (προσλήψεις-αποχωρήσεις), που και τα δύο έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα των παροχών υπηρεσιών υγείας (Jennings, 1994).

Όσον αφορά το μέγεθος του προβλήματος για τον αντίκτυπο που έχει στην παροχή υπηρεσιών υγείας το νοσηλευτικό επάγγελμα, σημαντική είναι μια έρευνα που έγινε σε 12 χώρες της Ευρώπης σε σύγκριση με 12 αντίστοιχες πολιτείες των Η.Π.Α. (Aiken et al, 2012).

Έλαβαν μέρος 60.000 νοσηλευτές και 130.000 ασθενείς από 488 νοσοκομεία στην Ευρώπη και 617 στις Η.Π.Α. και τα αποτελέσματα, κυρίως για την Ελλάδα, ήταν ανησυχητικά καθώς παρουσίασε τα πιο αρνητικά αποτελέσματα από όλες τις χώρες. Γενικά, μεταξύ των Νοσηλευτών παρουσιάστηκαν σχετικά υψηλά ποσοστά στρες από επαγγελματική

εξουθένωση, μη ικανοποίησης από την εργασία και πρόθεσης αποχώρησης, ενώ απεναντίας τα αποτελέσματα των ασθενών διέφεραν από χώρα σε χώρα. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι το 78% των Ελλήνων Νοσηλευτών θεωρούν ότι πάσχουν από burnout, το 56% ότι είναι απογοητευμένο από την εργασία του και το 49% ότι έχει την πρόθεση να αποχωρήσει, ενώ το 47% ανέφερε χαμηλής ποιότητας σε υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, γεγονός που αντικατοπτρίζεται και από το ότι οι ασθενείς απάντησαν πως μόνο το 53% από αυτούς θα συνιστούσε σε κάποιον άλλον να πάει να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκε.

4.3 Οξύ στρες σε ιατρικές-νοσηλευτικές ειδικότητες

Με βάση τις έρευνες που έχουν γίνει για τις ιατρικές-νοσηλευτικές ειδικότητες τα αποτελέσματα είναι συγκεχυμένα. Αυτό ισχύει διότι ενώ από τη μια μεριά κάποιες ειδικότητες παρουσιάζουν λόγω των δυσκολιών τους έντονο στρες και αφορά κυρίως κλειστά τμήματα και μονάδες εντατικής θεραπείας εντούτοις δεν αποδεικνύεται κάτι άλλο στο σύνολο των ερευνών. Αυτό έχει να κάνει διότι ενώ από την μια υπάρχουν έρευνες, που υποστηρίζουν ότι οι ειδικευμένοι Νοσηλευτές, ειδικά αυτοί που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, βρίσκονται σε αυξημένο και υψηλό κίνδυνο εμφάνισης για εργασιακό στρες (Hay και Oken 1972), από την άλλη πάλι κάποιες άλλες που ακολούθησαν, δεν πέτυχαν να αναδείξουν κάποια διαφορά μεταξύ των Νοσηλευτών που εργάζονταν σε διαφορετικά τμήματα (Keane et al, 1985).

Την ίδια άποψη είχαν και οι Hipwell et al (1989), αφού σε έρευνά τους, σε διαφορετικές κλειστές μονάδες (Νεφρού, Καρδιάς, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, και Τμήμα Νοσηλείας Ηλικιωμένων) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ομοιότητες, όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών επάνω στο εργασιακό στρες 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 ίδιος. Εκείνο που καθίσταται, πάντως, σαφές είναι ότι τα υψηλότερα επίπεδα στρες τα έχουν οι Νοσηλευτές, που έχουν την άμεση ευθύνη για την φροντίδα του ασθενή, σε σύγκριση με τους Βοηθούς Νοσηλευτές και τους Νοσηλευτές που ασκούν διοικητικά καθήκοντα, γεγονός που αποδείχθηκε και σε έρευνα ανάμεσα σε 20 Νοσοκομεία της Αυστραλίας (Bates, 1975).

Συναφές με το προηγηθέν έχει το γεγονός ότι το στρες ωθεί το Νοσηλευτή να έρθει σε σύγκρουση με τον νοσηλευτικό του ρόλο και αυτό είναι αποτέλεσμα των προσπαθειών του να ανταποκριθεί στις όποιες ανάγκες των ασθενών αλλά και της ψυχολογικής πίεσης και των οικογενειών τους (Gray & Anderson, 1981).

4.4 Ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό και χρήση ουσιών

Το αλκοόλ και η κατάχρηση του μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στην εργασία ενός ατόμου καθώς συχνά υπάρχει συσχέτιση με την κατάθλιψη, η οποία με τη σειρά της αποτελεί τον παράγοντα-κλειδί για την κατάθλιψη του γυναικείου πληθυσμού στον χώρο της υγείας και συγκεκριμένα Ιατρών και Νοσηλευτριών (Firth-Cozens, 1997). Με βάση τα αποτελέσματα έρευνας στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι ένας Ιατρός στους δεκαπέντε στην διάρκεια της ζωής του θα εθιστεί από το οινόπνευμα (Stanton και Caan, 2003). Ο αλκοολισμός που πολύ συχνά περιπλέκει την πορεία της κατάθλιψης, σπανίως αποτελεί και την αιτία της. Συνολικά οι Ιατροί σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό παρουσιάζουν 2.5 φορές μεγαλύτερη θνησιμότητα λόγω κίρρωσης του ήπατος (Shortt, 1979).

Οι επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα οι Νοσηλευτές-Νοσηλεύτριες καθώς και οι Ιατροί στο χώρο της ψυχικής υγείας, δείχνουν να έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονιών και αλκοολισμού και μάλιστα πολλές φορές συνδυάζονται με την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών λόγω της εύκολης πρόσβασης σ' αυτά (Arnold και συν., 1995).

Οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση στην τακτική και καταχρηστική χρήση ναρκωτικών ουσιών (Shortt, 1979). Με βάση

αποτελέσματα ερευνών, που έγιναν στην δεκαετία του 1960, βρέθηκε ότι ένας στους πέντε ιατρούς, νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικές κλινικές, λόγω κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών (Shortt, 1979, Strang και συν., 1998). Συγκριτικά με άλλους ανθρώπους, που είναι κοντά στην ηλικία τους, οι Ιατροί έχουν διπλάσια έως τριακονταπλάσια συχνότητα εμφάνισης κατάχρησης ουσιών (Pilowski και O'Sullivan, 1989).

Αρχικά, Ιατροί και Νοσηλευτές, κοντά στην ηλικία των 40 εμφανίζουν συμπτωματολογία κατάχρησης και στη συνέχεια εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, αμφεταμίνες, βενζοδιαζεπίνες και μορφίνη (Shortt, 1979). Αρχικά, οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας ισχυρίζονται, ότι λόγω κάποιας ασθένειας ξεκίνησαν να λαμβάνουν τις ουσίες, γεγονός που στην πορεία βγαίνουν ψεύτικοι. Όμως η καθημερινότητα, τα οικογενειακά προβλήματα καθώς και ο φόρτος εργασίας αποτελούν λόγους έναρξης και κατάχρησης ουσιών. Αρκετά συχνά, οι Ιατροί-ασθενείς αρνούνται το πρόβλημα διακόπτοντας πρόωρα τη θεραπεία τους (Graske, 2003). Περίπου ένα ποσοστό όμως στο 80-90% των Ιατρών και Νοσηλευτών, καταφέρνουν να μείνουν μακριά από τις ουσίες και το οινόπνευμα και επιστέφουν στην εργασία τους, πάντα όμως υπό την καθοδήγηση μιας ψυχιατρικής συμβουλής (Talbot και συν., 1987)

Κεφάλαιο 5^ο

Η επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με το εργασιακό στρες

5.1 Ορισμοί της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Η επαγγελματική δραστηριότητα καταλαμβάνει ένα αρκετά μεγάλο μέρος της καθημερινότητας αλλά και της ζωής του κάθε ατόμου. Τα επάγγελμα αποτελεί εφελτήριο για κοινωνική προσφορά και δημιουργική απασχόληση και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο που αντιλαμβάνεται ένα άτομο τη θέση του στο κοινωνικό σύνολο (Μπόρου Α., και συν,2010).

Λαμβάνοντας υπόψη τους ορισμούς, που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς για την επαγγελματική ικανοποίηση και με βάση την αλληλεπίδραση της ικανοποίησης του εργαζόμενου σε σχέση με το στρες, μπορούμε να πούμε ότι η κοινή προσέγγιση της επαγγελματικής ικανοποίησης καθορίζεται ως μια συναισθηματική απάντηση, που με τη σειρά της είναι αποτέλεσμα αξιολόγησης της εργασιακής αλληλεπίδρασης. Με βάση τον Wakefield, η επαγγελματική ικανοποίηση αντανακλά την αγάπη που εκφράζει ο εργαζόμενος προς το επαγγελματικό του έργο (Χαραλαμπίδου,1996)

Σύμφωνα με τον Locke (1976) ο ορισμός της επαγγελματικής ικανοποίησης ορίζεται η πλέον θετική ανταπόκριση συναισθημάτων ενός ατόμου προς το έργο που επιτελεί, η οποία πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό παρέχει πλήρωση των εργασιακών αξιών του ατόμου.

Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και ο Cavanagh ο οποίος δίνει τον ορισμό της επαγγελματικής ικανοποίησης ως την ικανή αξιολόγηση της εργασίας του σε σχέση με την ολοκλήρωση συγκεκριμένων επαγγελματικών αξιών, ενώ αντιθέτως ο Vroom αναφέρει ότι η ικανοποίηση αποτελεί

συνάρτηση της υποκειμενικής αντίληψης του ατόμου σε σχέση με την ελαστικότητα μιας εργασίας πάντα βασιζόμενη στα επιθυμητά αποτελέσματα (Χαραλαμπίδου,1996).

Επίσης θα μπορούσαμε να πούμε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση έχει άμεση σχέση με τα αισθήματα που έχει ένας εργαζόμενος για τη δουλειά του με βάση προηγούμενες εμπειρίες του (Balzer et al.,1997).

Με βάση τις Price και Mueller η επαγγελματική ικανοποίηση κρίνεται σαν ένας μετρίσιμος παράγων της θετικής στάσης και του προσανατολισμού του εργαζόμενου προς την εργασία του, ενώ ο Alderfer την χαρακτηρίζει ως την εσωτερική υποκειμενική κατάσταση με βάση ορισμένα γεγονότα που συμβαίνουν μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του. Τέλος οι Wanous και Lawler αναφέρουν ότι ένα άτομο οδηγείται στην επαγγελματική ικανοποίηση, όταν οι ανάγκες του και οι συνθήκες εργασίας συμπίπτουν όσο το δυνατόν, με αποτέλεσμα την μείωση του χάσματος μεταξύ εργασιακής πραγματικότητας και προσδοκιών (Χαραλαμπίδου,1996).

Βλέπουμε δηλαδή ότι αρκετοί ερευνητές συμφωνούν στην ταύτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης με το βαθμό εκπλήρωσης των αναγκών και αξιών ενός ατόμου. Σε άλλες απόψεις αναφέρεται ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα των χαρακτηριστικών καθώς και των συνθηκών της εργασίας τους· σύμφωνα με άλλες απόψεις η δημιουργία της ικανοποίησης δεν απορρέει μόνο από τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά αλλά από την αρμονική συνύπαρξη του ρόλου του ατόμου στο επάγγελμα με τους συναφείς ρόλους στη ζωή του. Η Holland εδώ επισημαίνει ότι η ικανοποίηση, η σταθερότητα και η εξέλιξη του ατόμου στο επαγγελματικό έργο είναι αποτέλεσμα της συνάρτησης προσωπικότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος του ατόμου (Χαραλαμπίδου,1996).

Ανακεφαλαιώνοντας, μπορούμε να ορίσουμε τον ορισμό της επαγγελματικής ικανοποίησης ως τη θετική στάση του εργαζόμενου προς το επαγγελματικό του έργο. Συνεπώς η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί την απόληξη της εκπλήρωσης των υποκειμενικών εργασιακών προσδοκιών ή της αλληλοδιαδοχής μεταξύ της προσωπικότητας του ατόμου και του περιβάλλοντος εργασίας του, γεγονός που εν τέλει εξηγεί διαφορετικά άτομα

με διαφορετικές γνώμες για την εργασία που ασκούν στον ίδιο εργασιακό χώρο (Χαραλαμπίδου,1996)

Έτσι μολονότι αρχικά θεωρούταν ότι οι εργαζόμενοι είχαν μια συνολική εικόνα για την ποιότητα της εργασίας τους, οι ερευνητές με τον καιρό διαπίστωσαν ότι οι εργαζόμενοι αν και εργάζονται στον ίδιο εργασιακό χώρο, έχουν τη δυνατότητα να αισθάνονται διαφορετικά για την εργασία τους ακόμη και όταν τους αφορούν τα ίδια θέματα, όπως η φύση της εργασίας, η αμοιβή, οι αποδοχές και άλλα θέματα.

Βασιζόμενοι στους πιο πάνω ορισμούς μπορούμε να πούμε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια απλή έννοια, αλλά με βάση τον Warr, μπορεί να διακριθεί σε ενδογενή και εξωγενή (Κάντας,1998). Η ενδογενής ικανοποίηση έχει σχέση με την εργασία, το περιβάλλον, την ελευθερία των επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης του έργου, τη χρήση δεξιοτήτων και τον βαθμό υπευθυνότητας. Από την άλλη η εξωγενής ικανοποίηση έχει σχέση με τις συνθήκες εργασίας, τα ωράρια τις αμοιβές και άλλα.

Με βάση την παραπάνω διάκριση, οι Wanba και Bridwell κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσα άτομα πηγαίνουν στην εργασία τους μόνο και μόνο για την εξέλιξη τους και την καλή μισθοδοσία τους υποκινούνται από εξωγενή κίνητρα, ενώ όσα άτομα εργάζονται, επειδή θεωρούν ότι αμείβονται από την ίδια την εκτέλεση της εργασίας τους, κατευθύνονται από ενδογενή κίνητρα (Χαραλαμπίδου, 1996).

Επομένως η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια μονοδιάστατη έννοια, αλλά ένα πολύπλοκο σύνολο στάσεων απέναντι σε διαφορετικές απόψεις μιας δουλειάς, οι οποίες προκύπτουν από τις εργασιακές εμπειρίες και τις προσδοκίες ενός ατόμου. Κατά συνέπεια ένα άτομο μπορεί να είναι σχετικά ικανοποιημένο από τη μια με την εργασία του και ταυτόχρονα μη ικανοποιημένο από μια άλλη (Kreitner, Kinicki, 1998).

5.2 Παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης και εργασιακό άγχος

Όπως προαναφέρθηκε πιο πάνω η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια απλή έννοια αλλά μπορεί να είναι δυνατόν να διαχωριστεί σε ενδογενή και εξωγενή αίτια. Τα αποτελέσματα ερευνών όμως δεν είναι και τόσο αξιόπιστα δεδομένου ότι πολλές φορές για μια ερώτηση σε ένα ποσοστό εργαζόμενων, στο αν είναι ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους, συχνά η απάντηση είναι ίδια και στερεότυπη με το σκεπτικό το ότι αφού υπάρχει δουλειά άρα είμαι και ικανοποιημένος από τη δουλειά μου. Όταν όμως το ερώτημα τεθεί διαφορετικά, στο αν δηλαδή είχαν τη δυνατότητα να διαλέξουν από την αρχή μια δουλειά, αν θα διάλεγαν την ίδια, το 41% των ερωτηθέντων εργαζόμενων σε δουλειά γραφείου απάντησε θετικά, ενώ μόλις το 24% των εργαζομένων σε χειρονακτικές εργασίες απάντησε θετικά (Κάντας, 1998)

Ο Locke προτείνει τους παρακάτω παράγοντες για τη διαμόρφωση της επαγγελματικής ικανοποίησης χωρίς βέβαια κάποιο όργανο μέτρησης (Κάντας, 1998):

- I. Να αμείβεται ο εργαζόμενος για την καλή του απόδοση και να υπάρχει μια σχετική απόκλιση ανάμεσα στην αμοιβές και την απόδοση. Μια αμοιβή μπορεί να θεωρηθεί οποιαδήποτε παροχή προς τους εργαζόμενους.
- II. Η εργασία να αποτελεί πρόκληση και να κεντρίζει το ενδιαφέρον του εργαζόμενου και να μην του είναι αδιάφορη.
- III. Να επικρατούν ιδανικές και ανθρώπινες συνθήκες εργασίας και ως προς το χώρο αλλά και προς το περιβάλλον.

- IV. Να υπάρχει ασφάλεια για τους εργαζόμενους και να τους καλλιεργείται το αίσθημα ότι η δουλειά τους είναι ασφαλής.
- V. Να υπάρχουν ξεκάθαροι όροι ότι οι χρηματικές αμοιβές μοιράζονται ισόποσα.
- VI. Να δίνεται για την καλή εργασία όχι μόνο λεκτική επιβράβευση αλλά και έπαινος καθώς και επιβράβευση όχι χρηματική, αλλά με επιπλέον μέρες τιμητικής αδειάς στον εργαζόμενο
- VII. Να διατηρούνται σε καλό επίπεδο οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων αλλά και μεταξύ των εποπτών και των εργαζομένων.
- VIII. Να υπάρχει επαρκής συμμετοχή των εργαζομένων μέσω του σωματείου τους για τη λήψη των αποφάσεων που τους αφορούν
- IX. Να δίνεται η δυνατότητα στον εργαζόμενο της αυτονομίας σε ορισμένα πλαίσια καθώς και της ανάληψης ευθυνών
- X. Να υπάρχει σαφής πολιτική από την πλευρά της επιχείρησης για την πλήρη και αποτελεσματική υποβοήθηση των εργαζομένων της.
- XI. Να υπάρχει σωστή εποπτεία και να βοηθούν τους εργαζόμενους στην επιτέλεση του έργου τους και
- XII. Να υπάρχουν διαδικασίες για το τι ακριβώς αναμένεται από τον κάθε εργαζόμενο να πράξει.

Με βάση έρευνα των Kreitner και Kinicki μπορούμε να κατατάξουμε τους προσδιοριστικούς παράγοντες σε πέντε αντίστοιχα κυρίαρχα μοντέλα που προσδιορίζουν τα αίτια της επαγγελματικής ικανοποίησης και αναφέρονται ως εξής:

- a. Εκπλήρωση των αναγκών : Αυτά τα μοντέλα ορίζουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση προσδιορίζεται αναλόγως των χαρακτηριστικών της εργασίας και το βαθμό που μπορεί ένα άτομο να τα εκπληρώσει σωστά. Βέβαια και για αυτά τα μοντέλα προέκυψαν αντιδικίες , αλλά αποδείχτηκε στην πορεία ότι η εκπλήρωση αναγκών σχετίζεται με την επαγγελματική ικανοποίηση.

- b. Διαφορές: Με αυτά τα μοντέλα προτείνεται ότι η ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα των προσδοκιών. Αντιπροσωπεύει τη διαφορά μεταξύ του τι προσδοκά ένας εργαζόμενος από τη δουλειά του και τι λαμβάνει σε πραγματικό χρόνο.
- c. Ισότητα : Λειτουργεί με τη σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης και της ισοτιμίας των εργαζομένων. Ισοτιμία και δίκαιες απολαβές για την εργασία του κάθε ατόμου προσωπικά αλλά και στο σύνολο τους.
- d. Εκπλήρωση αξιών με ένα μοντέλο που σε γενικές γραμμές υποστηρίζει ότι η εκπλήρωση των επαγγελματικών αξιών έχει άμεσο αποτέλεσμα τη θετική επαγγελματική ικανοποίηση και

Τα χαρακτηριστικά του ανθρώπου, ο χαρακτήρας αλλά και οι γενετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην επαγγελματική ικανοποίηση. Είναι ένα μοντέλο, που ορίζει ότι οι διαφορές στον χαρακτήρα του κάθε ατόμου είναι εξίσου σημαντικές τόσο για την ερμηνεία της επαγγελματικής ικανοποίησης όσο και του περιβάλλοντος της εργασίας. (Kreitner, Kinicki, 1998)

Επίσης σε έρευνες του Smith et all,1998 αποδεικνύεται ότι υπάρχουν επίσης πέντε διαστάσεις με τις οποίες η συναισθηματική απόκριση αντανακλάται σε συγκεκριμένες πλευρές της εργασίας. Οι διαστάσεις είναι οι κάτωθι: (Rollinson, Broadfield, Edwards, 1998)

- I. Η ίδια εργασία που αντανακλά τη σχέση ανάμεσα στις εμπειρίες ενός εργαζόμενου και τις προσδοκίες του.
- II. Η αμοιβή σε σχέση με την ικανοποίηση που από τη μια θεωρείται ως επαρκής και από την άλλη θεωρείται ως ίση πάντα συγκρινόμενη με τις αμοιβές άλλων εργαζομένων.
- III. Η προαγωγή που δεν είναι επιθυμία όλων των εργαζομένων λόγω του ότι συνεπάγεται και λήψη ευθυνών.
- IV. Την επίβλεψη που αντανακλά την ικανοποίηση του ατόμου από τη σχέση του με τον προϊστάμενο του.

Ανακεφαλαιώνοντας καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση ενός εργαζόμενου επηρεάζεται από εργασιακούς παράγοντες(αμοιβές,

συνθήκες εργασίας κ.α.) κοινωνικούς παράγοντες, και ψυχολογικούς παράγοντες .

Σημαντική είναι και η επίδραση του εργασιακού άγχους στην επαγγελματική ικανοποίηση ενός ατόμου. Με βάση έρευνα του McGrath, το άγχος αποτελεί την αναγνώριση της αδυναμίας του εργαζόμενου στο να μπορέσει να διαχειριστεί τις απαιτήσεις του επαγγέλματός του (Rollinson, Broadfield, Edwards, 1998).

Το άγχος μπορεί να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην συμπεριφορά του εργαζόμενου στη δουλειά του με αρνητική επίπτωση στην επαγγελματική του ικανοποίηση (Kreitner, Kinicki, 1998).

Τέλος σύμφωνα με τον Ramirez και τους συνεργάτες του, η επαγγελματική ικανοποίηση συχνά υπάρχει η περίπτωση να προστατεύει τον εργαζόμενο από σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες (Mechteld και συν, 2003).

5.3 Στρες και επαγγελματική ικανοποίηση

Η επαγγελματική ικανοποίηση, όπως προαναφέρθηκε αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα, που βρίσκεται σε άμεση σχέση με το εργασιακό περιβάλλον και τις συμπεριφορές των άλλων εργαζόμενων.

Με βάση έρευνες, που έγιναν τόσο σε ελληνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά οι Ιατροί και οι Νοσηλευτές εμφανίζονται ως οι εργαζόμενοι με το περισσότερο άγχος και τη μικρότερη ικανοποίηση σε σχέση με άλλους επαγγελματίες.

Στην Ελλάδα μετά από έρευνα τριών Κέντρων Υγείας έδειξε ότι κατά 90% οι εργαζόμενοι δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τη Διοίκηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συναδέλφους τους όσο

και με τους ασθενείς. Αντιθέτως δήλωσαν ότι είναι δυσαρεστημένοι από τις οικονομικές τους απολαβές και το εργασιακό περιβάλλον (Giannouli,2009).

Στις Η.Π.Α και στο Χονγκ Κονγκ παρόμοια έρευνα έδειξε ότι το περιβάλλον σε συνδυασμό με το καθημερινό στρες αποτελεί μείζον πρόβλημα στους εργαζόμενους στην Πρωτοβάθμια Υγεία (Linzer M.,2009).

Τα ευρήματα από τη διερεύνηση της ψυχοσύνθεσης και των συναισθημάτων τους από τη μη ικανοποίηση των Ιατρών και των Νοσηλευτών από την ποιότητα της εργασίας τους καθώς και των προσδοκιών τους δείχνουν ότι διακατέχονται κατά καιρούς από διάφορα νοσήματα στην υγεία τους όπως αλλεργίες, έλκος, ημικρανίες, μελαγχολία και αίσθημα αποξένωσης και διαταραχές στην ψυχική τους υγεία με αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγικότητας και την κακή ποιότητα ζωής τους (Ντάτσης,2007)

Στις Η.Π.Α. παρόμοια έρευνα επίσης έδειξε ότι η μη καλή συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησαν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση ενώ αντιθέτως η αυτονομία συνεχίστηκε θετικά όσον αφορά στην εργασιακή ικανοποίηση (Zangaro et al,2008)

Στη Λιθουανία η επαγγελματική ικανοποίηση των Ιατρών κυμαίνεται σε μέτριο επίπεδο με τη δυσαρέσκεια να αναφέρεται κυρίως στη χαμηλή κοινωνική θέση καθώς και στον αυξημένο φόρτο εργασίας τους (Buciuniene et al,2005)

Στην Ελλάδα με βάση τα αποτελέσματα έρευνας του νοσηλευτικού προσωπικού σε μονάδα νεφρού έδειξε ότι το 58,3% δήλωσαν από καθόλου ως μέτρια ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας τους, ενώ το 57,5% δήλωσε καθόλου ως μέτρια ικανοποίηση από τη θέση εργασίας. Τα επίπεδα του άγχους βρέθηκαν επίσης σε υψηλό επίπεδο σχετιζόμενα με την χαμηλή αυτοεκτίμηση (Μαρνέρας και συν,2010)

5.4 Η ανάλυση της επικινδυνότητας του άγχους στην εργασία-αντιμετώπιση της

Το άγχος στην εργασία, όπως προαναφέρθηκε είναι ένας παράγων ιδιαίτερης σημασίας τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για το Νοσοκομείο μιας και αναφερόμαστε σε επαγγελματίες υγείας. Δεν πρόκειται για μια μηχανιστική μέτρηση, που αναλόγως της δόσης δίνεται και το αντίδοτο, αλλά πρόκειται για μια συστημική μέτρηση μέσω της συνεισφοράς της Ιατρικής της εργασίας, της ψυχολογίας και των κοινωνικών επιστημών(Τούντας,2011).

Στις κατευθυντήριες γραμμές διεθνών οργανισμών χρησιμοποιούνται κυρίως στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους με κίνητρα την αντιμετώπιση των προβλημάτων, που δημιουργούνται από το άγχος με κοινό γνώρισμα ότι η παραδοχή και η ανάλυση της επικινδυνότητας θα είναι δύο διαδικασίες αλληλένδετες, που θα περιλαμβάνουν δράσεις για την αντιμετώπιση του άγχους σε επίπεδο συλλογικό και ατομικό (European Agency For Safety & Health At work,2007).

Με δεδομένο ότι η ανάλυση της επικινδυνότητας του άγχους διαφέρει από άτομο σε άτομο είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η προσωπική αντίληψη του εργαζόμενου χωριστά αναφορικά με τις συνθήκες εργασίας και τους παράγοντες που το προκαλούν.

Γι αυτό το λόγο και η ανάλυση της επικινδυνότητας δεν πρέπει να έχει τη μορφή της ένδειξης μια επικινδυνότητας με βάση μια μηχανιστική λίστα ελέγχου, αλλά είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση διαφόρων μεθόδων μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης για την ανάδειξη των ενδογενών και των εξωγενών αγχογόνων παραγόντων.

Οι μέθοδοι αυτοί βασίζονται σε επαγωγικές και συγκριτικές μελέτες που χαρακτηρίζονται από

α) υποκειμενικά στοιχεία βάση των οποίων καταγράφεται η υποκειμενική άποψη του εργαζόμενου για τις συνθήκες εργασίας της κατάθλιψης και του άγχους μέσω ερωτηματολογίων ή και δομημένων συνεντεύξεων

β) αντικειμενικά στοιχεία, που αναφέρονται σε μετρήσιμους δείκτες για το άγχος χωρίς όμως την άποψη των εργαζόμενων για την ποιότητα και τις συνθήκες εργασίας (τεχνικές job analysis) , συμπεριφορικοί και αγχογόνοι δείκτες της υγείας των εργαζόμενων (La Montagne et al.,2007).

Όσον αφορά στις υποκειμενικές μεθόδους χρησιμοποιούνται συνήθως τα ερωτηματολόγια που διακρίνονται από τη μια σε εξειδικευμένα καθώς αναφέρονται σε συγκεκριμένες ομάδες εργασίας, όπως για παράδειγμα τους Ιατρούς και τους Νοσηλευτές σε ένα νοσοκομείο (ερωτηματολόγιο Next) και σε γενικευμένα, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε διάφορες ομάδες εργασίας με σκοπό την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης μέσω ερωτήσεων και συγκεκριμένων πρακτικών εργασίας (Camerino et al,2004).

Τα γενικευμένα ερωτηματολόγια για το λόγο του ότι έχουν φτιαχτεί για την μέτρηση του άγχους σε ετερογενείς ομάδες εργαζόμενων είναι δυνατόν αν εφαρμοστούν σε μια ομάδα εργαζόμενων, να παραβλέψουν σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας του άγχους. Σε αυτό εντάσσεται και το ευρέως χρησιμοποιούμενο Job Content Questionnaire (JCQ), που ενώ από τη μια αφορά κυρίως επαγγελματικές ομάδες, που χαρακτηρίζονται από συχνή επαφή με ασθενείς, όπως οι Νοσηλευτές και οι Ιατροί , από την άλλη υπάρχει ο κίνδυνος να χαθούν πληροφορίες αφού αυτό το ερωτηματολόγιο δεν λαμβάνει υπόψη το συναισθηματικό υπόβαθρο των εργαζόμενων (Karasek et al.1998).

Ένα ερωτηματολόγιο, που εντάσσεται κατά κόρον στις υποκειμενικές μεθόδους αξιολόγησης του άγχους και μετράει την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζόμενων είναι το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI). Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιείται είτε σε ένα γενικό πλαίσιο συνθηκών εργασίας είτε σε συγκεκριμένες εργασιακές ομάδες, με αποτέλεσμα την ύπαρξη αυτού σε πολλές παραλλαγές όπως π.χ. η έκδοση που απευθύνεται στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, η οποία αποτελεί το ευρύτερα διεθνώς εργαλείο για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στα νοσοκομεία (Maslach C,1986).

Το ερωτηματολόγιο MBI, παρόλο που κυκλοφορεί σε πολλές παραλλαγές, αξιολογεί το burnout συσχετίζοντας την αντίληψη των εργαζομένων για τις υπάρχουσες συνθήκες εργασίας λαμβάνοντας υπόψη τρεις

παραμέτρους: την εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών στόχων (Maslach C,1981).

Αντιθέτως οι αντικειμενικές μέθοδοι αξιολόγησης του άγχους αναφέρονται σε δείκτες, που αντιστοιχούν σε πίνακες και αριθμούς με αποτέλεσμα τη δημιουργία κλιμάκων επικινδυνότητας, οι οποίες αντικατοπτρίζουν αναλογικά την επίδραση των συνθηκών εργασίας στην υγεία και στην συμπεριφορά των ατόμων. Τέτοιοι δείκτες που χρησιμοποιούνται για την συσχέτιση των εργασιακών συνθηκών με την εκδήλωση του επαγγελματικού άγχους, είναι ο αριθμός των εργαζόμενων προς τον αριθμό των οργανικών θέσεων, η αναλογία εργαζομένων και ασθενών, οι δείκτες ατυχημάτων καθώς και συμπεριφορικοί δείκτες με τον αριθμό των απουσιών λόγω ασθένειας, τα λάθη στην εργασία κ.α.(Cooper, 2002)

5.5 Λύσεις – παρεμβάσεις

Σημαντική λύση στο άγχος και στην κατάθλιψη των Ιατρών και των Νοσηλευτών μπορούν κάλλιστα να δώσουν με συγκεκριμένες ενέργειες των ιατρικών εταιριών και των φορέων άσκησης ιατρικής πολιτικής, μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ακόμη. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να παρακολουθούνται από ειδικούς και ανά τακτά διαστήματα να ελέγχουν τις συναισθηματικές τους διακυμάνσεις έτσι ώστε αν παρατηρήσουν κάτι , να τους παρέχεται εγκαίρως βοήθεια (Center et al,2003)

Οι Ιατροί ειδικά οφείλουν να καταγράφουν και να ελέγχουν τα προβλήματα τους αλλά και των συναδέλφων τους και να τους παρέχουν βοήθεια με βάση την εμπειρία τους και να μην τα αγνοούν. Είναι αποδεκτό ότι σημάδια άγχους, κατάθλιψης αλλά και εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας μπορούν να επιφέρουν μελλοντικές αλλαγές στον εργασιακό χώρο και ειδικά στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ τους. Στις Η.Π.Α. κάποια Νοσοκομεία φρόντισαν και έλαβαν μέτρα πρόληψης αυτών των φαινομένων με τη δημιουργία βιωματικών ομάδων-υπηρεσιών υποστήριξης Ιατρών και Νοσηλευτών με σημαντικά αποτελέσματα (Graske,2009)

Οι Ιατροί κάνοντας λάθος στη διάγνωση μιας νόσου οφείλουν σε επόμενο βήμα τους να αναζητήσουν την αιτία στην πρόγνωση της. Με βάση αυτό το σκεπτικό εξειδικευμένες ομάδες επαγγελματιών (ψυχολόγων, ιατρών ,ψυχοθεραπευτών) μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη και ψυχιατρική αρωγή σε Ιατρούς και Νοσηλευτές που την έχουν ανάγκη και να συμβάλουν σημαντικά στην πρόληψη του άγχους και της κατάθλιψης. Στην Αγγλία έγιναν ανάλογες ομάδες που δεχόταν κλήσεις καθημερινά από συγγενείς ασθενών και Ιατρών και συνολικά σε ποσοστό 25% ουσιαστικά οι καλούντες ήταν οι ίδιοι οι ασθενείς, που ζητούσαν βοήθεια (Pilowski & O'Sullivan,1989)

Σημαντικός παράγοντας επιτυχίας αυτών των ομάδων ήταν η εμπιστοσύνη που παρέχουν αυτές οι ομάδες με τις υπηρεσίες τους , ώστε οι

Ιατροί να στρέφονται προς αυτούς χωρίς να έχουν το φόβο της έκθεσης τους στα βλέμματα των ασθενών και εργοδοτών τους. Εξάλλου η έλλειψη εμπιστευτικότητας είναι και ο λόγος αποτυχίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ειδικά όταν έχουν να αντιμετωπίσουν επαγγελματίες υγείας (Court, Donaldson,1994)

Οι παρεμβάσεις που θα μπορούσαμε ένα προτείνουμε για την επίλυση του προβλήματος του burnout στους Ιατρούς και τους Νοσηλευτές θα ήταν με βάση τα όσα έχουν προτείνει οι ερευνητές τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο οργάνωσης των χώρων υγείας προκειμένου να μειωθούν άλλες πηγές άγχους. Σε ατομικό επίπεδο η εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης και διαχείρισης του χρόνου με προγράμματα σωματικής άσκησης και τεχνικές κοινωνικών επαφών και στήριξης. Σε επίπεδο οργάνωσης αφορούν την καλύτερη οργάνωση των Νοσοκομείων και των άλλων χώρων υγείας, στον προγραμματισμό της εργασίας θέτοντας στόχους και επιβράβευση αυτών, τη λήψη αποφάσεων από κοινού με τη συμμετοχή όλων των εργαζόμενων, στη δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης των Ιατρών και των Νοσηλευτών, στην δημιουργία συμβουλευτικών εποπτειών και στην αποσαφήνιση των ρόλων και των καθηκόντων του προσωπικού στον χώρο της υγείας(Θεοφίλου,2009).

Τέλος η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μελέτες ανέλυσαν ειδικά την επίπτωση των εναλλασσόμενων ωραρίων, τη στατιστική συσχέτιση μεταξύ των του αριθμού των νυχτερινών βαρδιών και τις επιδράσεις όλων αυτών στην οικογενειακή ζωή. Τα αποτελέσματα αυτών των επιπτώσεων και ειδικά του κυκλικού ωραρίου στην υγεία των Νοσηλευτών, έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των νυχτερινών βαρδιών και της επίδρασης στην οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή.

6. Συμπεράσματα

Τα προβλήματα της εργασίας και ειδικά στο χώρο της υγείας είναι και θα επικρατούν ως τα κυριότερα αίτια της εμφάνισης προβλημάτων τόσο στην κοινωνική όσο και στην οικογενειακή ζωή των Ιατρών και των Νοσηλευτών

Συμπερασματικά από την μελέτη της βιβλιογραφίας οδηγούμαστε στα παρακάτω αποτελέσματα :

I. Οι περισσότερες αιτίες του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας έχουν σχέση με τον τρόπο που είναι σχεδιασμένη η εργασία καθώς και η διοίκηση αυτών.

II. Το άγχος που μειώνει την απόδοση του και είναι ικανό να επηρεάσει την σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου στον χώρο της υγείας καθώς έρχονται καθημερινά σε επαφή με τον πόνο και τον θάνατο συνανθρώπων τους.

III. Κρίνεται επιτακτική η εσωτερική η εσωτερική αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζονται στον Ιδιωτικό και Δημόσιο Τομέα.

IV. Απαιτείται η ανάπτυξη ενός προγράμματος ,στήριξης και ενδυνάμωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για πρόληψη του άγχους και τις κατάθλιψης με τη δημιουργία μιας γραμμής επικοινωνίας για την παροχή υποστήριξης στρεσογόνων καταστάσεων.

V. Τέλος από την ανάλυση των αποτελεσμάτων για των εργασιών σε ελληνικό αλλά και σε διεθνές επίπεδο προκύπτει ότι είναι δυνατή η πιθανότητα ελέγχου των αιτιών κατάθλιψης, επαγγελματικής εξουθένωσης και άγχους με διορθωτικές παρεμβάσεις στην οργάνωση των νοσοκομείων, που να μπορούν να οδηγήσουν σε θετικά αποτελέσματα για την υγεία των Ιατρών και Νοσηλευτών

Επομένως κρίνεται αναγκαία η ενημέρωση για την πρόληψη του άγχους και της κατάθλιψης σε όλα τα επίπεδα με βελτίωση του ωραρίου εργασίας, των συνθηκών εργασίας και της συνεργασίας μεταξύ τους.

Οι παρεμβάσεις γενικά στον χώρο της υγείας αποτελούν επιτακτική ανάγκη και μια ευκαιρία για μια ουσιαστική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια και στην Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

- **Ader, R., (1981).** Psychoneuroimmunology. New York: Academic Press.
- **Ader, R., Cohen, N., (1985).** CNS-immune system interaction: Conditioning phenomena. Behavioral and Brain Sciences, 8, 379-395.
- **Aiken, L.H., 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
- **American Psychiatric Association:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.(DSM-IV). Washington. DC, American Psychiatric Association, 1994; pp 325-338. 10.
- **Arnold J, Cooper C, & Robertson IT.,(1995)** Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place. 2nd ed. Pitman. London.
- **Antoniou, A., Tzavara, C.,(2005)** Psychosomatic health and stress at work of workers in Greek hospitals. New Health, 47-48.
- **Antonovsky, A., (1987).** Unraveling the mystery of health: How people manage stress and staywell. San Francisco: Jossey-Bass.
- **Bakker, AB., Killmer, CH., Siegriest, J., Schaufeli.,(2000)** Effort-reward imbalance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing,(31) :884-891.
- **Bandura, A., (1986).** Social foundation of thought and action: A social cognitive theory.Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- **Barlow, DH., (2000)** Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. Am Psychologist; 55(11): 1247–63.
- **Bates, E., (1975),** “Stress in hospital personnel”, Medical Journal of Australia: 765-767.

- **Beehr, TA., Newman, JE.,**(1978) Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model and literature review. *Personnel Psychology*, 31(4): 665 – 699.
- **Beekman, AT.,**(1999). Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*; 174: 307–311.
- **Bjorshol C.A., Myklebust H., Nilsen K.L., Hoff T., BjOrkli C., Illguth E., SOrreide E. & Sunde K.** (2011). Effect of socioemotional stress on the quality of cardiopulmonary resuscitation during advanced life support in a randomized manikin study. *Critical Care Medicine* 39 :300-304.
- **Billeter-Koponen ,S., Fredén ,L.,** (2005).Long-term stress, burnout and patient–nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Sca J Caring Sci* 2005; 19(1): 20-27.
- **Buciuniene, I., Blazeviciene, A., Bliudziute, E.,** (2005)Health care physicians in Lithuania. *BMC Farm Pract*: 7-10
- **Coffey M.,** (1999) Stress and burn out in forensic community mental health nurses: an investigations of its causes and effects. *Journal of psychiatric and mental health nursing*;(6): 433-443.
- **Chiu, YL., Chung, RG., Wu, CS., Ho CH.**(2009). The effects of job image, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over. *Appl Nurs Res*; 22:258-263.
- **Cohen, S., Herbert, T.B.,** (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- **Coomber, S., Todd, C., Park, G., Baxter, P., Firth-Cozens, J., Shore, S.,** (2002) Stress in UK intensive care doctors. *Br J Anaesth.* (89): 873-881.
- **Cooper, C.L., Cooper, R.D., & Eaker, L.H.,** (1988). *Living with stress.* Harmondsworth: Penguin.Cox T. (1993), *Stress Research And Stress Management: Putting Theory To Work,* Sudbury, Health and Safety Executive.
- **Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R., & Rial-Gonzalez, E.,**(2000). Organizational interventions for work stress: a risk management approach. HSE Contract Research Report 286/2000, ISBN 0 7176 18382, HSE Book, Sudbury.
- **Coyne, J., Holroyd, K. (1982).** Stress, coping and illness: A transactional perspective. In Robin M, Leslie RM. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας.* Ελληνικά Γράμματα,Αθήνα.

- **Camerino,D., Lusignani, M, Conway, PM, Bertazzi, PA.,**(2004). Il gruppo NEXT. L'intenzione di lasciare la professione infermieristica. *La Medicina del Lavoro*; 95: 354-364.
- **Dewe, PJ.,** (1987) Identifying the Courses of Nurse Stress: A survey of New Zealand Nurses,*Work & Stress*;1(1) :15-24.
- **Dimitropoulos, C., Philipou, N.,** (2008) The burnout in health care. *Files Greek Medicine*. 25 (5):642-647.
- **Doherty, N., & Tyson, S.,** (1998). *Mental well-being in the workplace: a resource park for management, training and development*. Sudbury: HSE Books.
- **Dollard, M.F., Winefield, A.H., Winefield, H.R.** (2003). *Occupational Stress in the Service Professions*. New York, Published by Taylor & Francis.
- **Donaldson L.,** (1994). Sick doctors: A responsibility to act. *Br Med J*. 309:557–558
- **Edward, W., McCranie, VA., Lambert, CE, Lambert, JR.,**(1987) Work Stress, Hardiness and Burnout Among hospital Staff Nurses. *Nursing Research*;36(6): 374-378.
- **Engel, G.L.,** (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*,196, 129-136.
- **Esterling, B.A., Antoni, M.H., Kumar, M., & Schneiderman, N.** (1990). Emotional repression, stress disclosure responses, and Epstein-viral caspid antigen titers. *Psychosomatic Medicine*,52, 397-410.
- **Esterling, B.A., Kiecolt-Glaser, J.K., Bodnar, J.C., & Glaser, R.** (1994). Chronic stress, social support, and persistent alterations in the natural killer cell response to cytokines in older adults. *Health Psychology*, 13, 291-298.
- **EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY & HEALTH AT WORK.** Experts forecast on emerging psychosocial risks related to Occupational Safety and Health. European Risk Observatory report, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg,(2007), available at :osha.europa.eu 10/05/2015
- **Fagin, L., Brown, D., Bartlet, H., Leary, J., Carson, J.,**(1996). The Glaybury community psychiatric nurse stress study: Is it more stressful to work in hospital or the community? *J Adv Nurs* ; 22: 347–358.
- **Faulkner, N., Mackay, EC.,**(2000) Stress in the work place public health and hospitals nurses. *The Canadian Nurse*; 81(4): 40-47.
- **Figen, D., Pinar, A., Melek, E., Mine, O., Esra, Y.,**(2007) *The Prevalence of Depression and its Associated Factors among Resident Doctors Working in a Train Hospital in Instabul*, *Turkish Journal of Psychiatry, Turk Psikiyatri Dergist* , 18(1)

- **Firth-Cozens, J.**,(1997) Depression in doctors. In:Robertson MM, Catona CLE(eds) Depression and physical illness. J Wiley & Sons Ltd, Cishester. 95-111.
- **Folkman, S.**, (1984). Personal control and stress and coping processes: A Theoretical analysis.Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852.
- **Fontana, David.**, (1995). Άγχος και η αντιμετώπισή του, δεύτερη έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Freundenberger, HJ.**,(1974) Staff Burn-out.,*J Soc Iss*,30:159-165.
- **Gao YQ, Pan BC, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L.**, (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study.BMC Psychiatry, Sep;14;12:141
- **Gao, YQ., Pan, BC., Sun, W., Wu, H., Wang, JN., Wang, L.**,(2012). Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. J Adv Nurs. May;68(5):1166-75.
- **Glowinkowski, SP., & Cooper, CL.**, (1985). Current issues in organizational stress research. BuHetin the British Psychological Society, 38, 212-216.
- **Goebring, C., Gallacchi, MB., Kiinzi, B., Bovier P.**, (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. Swiss Med Wkly.(135): 101-108.
- **Graske, J.**, (2003) Improving the mental health of doctors and nurses. Br Med J. 327:188.
- **Gray, T.P., & Anderson, J.G.**, (1981), “Stress among hospital nursing staff: its causes and effects”, Soc. Sci. Med., 15(a), 639-647.
- **Harvey, A., Nathens, AB., Bandiera, G. & Leblanc, VR.**, (2010). Threat and challenge. Cognitive appraisal and stress responses in simulated trauma resuscitations. Medicine Education 44:587–94.
- **Hay, D., Oken, D.** (1972). The psychological stresses of intensive care unit nursing. Psychosomat. Med, 34, 109-118.
- **Healy CM, McKay MF.**,(2008). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. J Advanced Nursing; 31(3): 681 – 688.
- **Hem, E., Gronvold, N., Aasland, O., Ekeberg, O.**, (2000). The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. Eur Psychiatry. (15):183-189.
- **Hirigoyen, MF.**, (2002). Mobbing at work. Greek version. Patakis Edition. Athens

- **Hinkle, L.E., Jr.**, (1973). The concept of “stress” in the biological and social sciences. *Science, Medicine, and Man*, 1, 31-48.
- **Hunziker S., Laschinger L., Portmann-Schwarz S., Semmer NK., Tschan F. & Marsch S.** (2011). Perceived stress and team performance during a simulated resuscitation. *Intensive Care Medicine* 37: 1473–9
- **Hsu K, Marshall V.**, (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. *Am J Psychiatry*. (144):1561-1566.
- **Iordanou, P., Koutavas, S., Koulierakis, G., Babatsikou, F., Kroustalli, E., Tarpazi, K.**,(2009). Syndrome of professional bourn out in home service for elderly. *Health Science Journal*; 3(4): 232-241.
- **Iliceto, P., Pompili, M., Spencer-Thomas, S., Ferracuti, S., Erbuto, D.**, et al (2013). Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach. *Stress*, Mar;16(2):143-52.
- **Jex S.M., & Roberts, C.K.**, (1992), “The meaning of “stress” items to survey respondents”, *Journal of Applied Psychology*, 77, 623-628.
- **Jimmieson NL.**,(2000). Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of selfefficacy. *Work & Sress*;(14):262-280.
- **Karasek, RA., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., Amick, B.**,(1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for Internationally Comparative Assessments for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*; 3: 322-355.
- **Kafka T, Spyropoulos.**, (1995).C. Fatigue Syndrome Nurses working in specialty departments, 23rd Annual National Nursing Conference-Proceedings;99-108.
- **Kaplan, HJ.**, Sandock BJ. Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, *Clinical psychiatry* (5th Ed.) Baltimore: Williams & Wilkins 2001.
- **Kamen-Siegel, L., Robin, J., Seligman, M.E., & Dwyer, J.**,(1991) Explanatory style and cellmediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10, 229-235.
- **Kandri T., Kalemi, G., Moschos, N.**, (2004) The phenomenon of burnout« burnout syndrome », in the medical-nursing staff trauma units of GH Nice. *Nursing*. 43 (1):116-125.
- **Kavari, H., Helyani, M., Dehghani ,V.**, (2007).A study of depression prevalence in nurses and it’s effective factors in Shiraz Namazi Hospital. *Rawal Med J*; 32: 184-186.

- **Keane, A., Ducette, J., & Adler, D. C.,** (1985). "Stress in ICU and non-ICU nurses", *Nursing Research*, 34, 231-236.
- **Keramidas, P.,** (2004) Organisational and psychosocial factors in determining the degree of burnout in nurses. *Dipl. Work, Patras.*
- **Kobasa, S. C.,** (1979). "Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness". *Journal of Personality and Social Psychology* 37 (1): 1–11.
- **Kreitner, R., Kinicki, A.,**(1998)..: *Organizational behaviour*, 4th edition, Irwin/McCraw-Hill, international edition.
- **Kroenke, K., Spitzer, RL., Williams, JBW., Monahan ,PO., Löwe, B.,**(2007). Anxiety disorders in Primary Care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Ann Intern Med* ; 146: 317 – 325
- **Kubler-Ross, E.,** (2005) *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss.*
- **La Montagne, AD., Keegel, T., Louie, AM et al.** A systematic review of the job stress intervention evaluation literature: 1990-2005. *Intl J Occup & Environ Health* 2007; 13(3): 268-280.
- **Lazarus, R.S., & Folkman,S.,** (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.
- **Lazarus,R.S.,** (1999). *Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus: An analysis of historical and perennial issues.* Mahwah, NJ: Erlbaum.
- **Lindeman, S., Lara, E., Hakko, H., Lonnqvist, J.,** (1996) A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. (168):274-279.
- **Maslach, C., Jackson, SE.,**(1984) Burnout in organizational settings. *App Soc Psychol Ann* , 5 :133-153.
- **Maslach, C., Jackson, SE.,**(1986). *Maslach burnout inventory manual.* 2nd ed. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.
- **Maslach, C., Jackson, SE., Leiter, MP.,**(1996). *Maslach Burnout Inventory manual.* 3rd ed. Consulting Psycholodists Press Inc, Palo Alto, California.
- **Matarazzo, J. D.,**(1984). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- **McVicar, A.** (2003), "Workplace stress in nursing: a literature review", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 44 No 6, pp. 633-64.

- **Melamed, S., Kushnir, T., Strauss, E., & Vigiser, D.,** (1997). Negative association between reported life events and cardiovascular disease risk factors in employed men: The Cordis study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 247-258.
- **Michalopoulou, C.,** (2003). Stress of Nurses working in the Emergency Department. *Nursing*. 42 (3): 293-298.
- **Nelson, E.S., Karr, K.M., & Coleman, P.K.** (1995). Relationships among daily hassles, optimism, and reported physical symptoms. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10, 11-26.
- **Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., Feeney, A.** (2000). Health and the psychosocial environment at work. In Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress model. *Scand J Work Environ Health*, 27(2), 146-153.
- **Moore, KA, Cooper,CL.,** (1996) Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *Inter J Soc Psych* ; 42(2): 82-89.
- **Ng W., Diener, E., Aurora, R. & Harter J.,** (2009). Affluence, feelings of stress, and well-being. *Social Indicators Research* 94: 257–71.
- **Ogden, J.,** (2000). *Health Psychology: a textbook.* (2nd ed.). Buckingham, UK: Open University Press.
- **Ogden, J., & Mitandabari, T.** (1997). Examination stress and changes in mood and health related behaviours. *Psychology and Health*, 12, 288-299. Στο Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **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*, :573-593.
- **Parikh, P., Taukari, A. , Bhattacharya, T.,**(2004). Occupational stress and coping among nurses. *J Health Mana*; 6(2): 115-127.
- **Payne, R.,** (1990). The effectiveness of research team: a review. Στο M.A. West, & J. L. Farr. (Eds.) *innovation and creativity at work.* Chichester: John Wiley.
- **Peters, M.L., Godaert, G.L., Ballieux, R.E., van Vliet, M., et al.** (1998). Cardiovascular and endocrine responses to experimental stress: Effects of mental effort and controllability. *Psychoneuro endocrinology*, 23, 1-17.
- **Perlman, B., Hartman EA,**(1982). Burn -out : Summary and future research. *Hum Relat* ,4:283-305.

- **Petterson, I.L., Arnetz, B.B., Arnetz, J.E., and H'orte, L.G.** (1995), "Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses - results from a national questionnaire study", *Psychotherapy and Psychosomatization*, Vol. 64, pp. 20-31.
- **Pilowski, L., O'Sullivan,G.,** (1989). Mental illness in doctors. *Br Med J.* (298):269-270. 36.
- **Pines, A.M., Aronson, E., & Kafry, D.,** (1980). *Burnout: Fromtedium to personal growth*, Free Press, New York.
- **Polykandrioti, M.,**(2009). Bourn out syndrome. *Health Science Journal ;* 3(4): 195-196.
- **Pompili, M., RinaldiG., Lester, D., Girardi ,P., Ruberto, A., Tatarelli, R.,** (2006). "Hopelessnes & suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout & using specific defense mechanisms. *Arch. Psychiatr. Nurs.;*(20):135-43.
- **Preising ,M., Merikangas, KR., Angst, J.,**(2001). Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatry Scand ;* 104: 96–103.
- **Quick, J.C., & Quick, J.D.,** (1984). *Organizational stress and preventive management*. New York: McGraw-Hill.
- **Quilici, A.P., Pogetti, R.S., Fontes, B., Zantut, L.F., Chaves E.T. & Birolini D.,** (2005). Is the advanced trauma life support simulation exam more stressful for the surgeon than emergency department trauma care? *Clinics (Sao Paulo)* 60: 287–92.
- **Rees, D., and Cooper, C.L.** (1992), "Occupational stress in health-service workers in the UK", *Stress Medicine*, Vol. 8 No 2, pp. 79-90.
- **Reuben, D.,** (1985) Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Arch Intern Med.* (145):286-288.
- **Robin, M., Leslie, RM.,** (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Rosen, JB., Schulkin, J.,** (1998).From normal fear to pathological anxiety. *Psychol Rev;* 105 (2): 325–50.
- **Ross R. R., and AltmaierE. M.,** (1994), *Intervention in Occupational Stress: a Handbook of Counseling for Stress at Work*, London.
- **Rotter, J.B.,** (1966). Generalized expectancies for the internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 90(1), 1-28.
- **Sanders ,G. & Suls, J.,** (1982). *Social psychology of health and illness*, Hillsdale N.J.: Erlbaum

- **Sapountzi, D., Lemonidou, C.,** (1994). "Nursing in Greece. Developments and Prospects Athens: Academy of Health Professions.
- **Schwartz, G.E.,** (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.
- **Schnall, PL., Belkic, K., Landsbergis, P., Baker, D.** (2000). The workplace and cardiovascular disease. Philadelphia (PA): Hanley & Belfus, 1-334. Occupational medicine: state of the art reviews, vol 15. in Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. (2000). Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress model. *Scand J Work Environ Health*, 27(2), 146-153.
- **Schuler R. and Jackson S.,** (1986), "Managing stress through PHRM practices: An uncertainty interpretation", *Research in Personnel and Human Resources Management*, 4, 183-224.
- **Stanton J, Caan W.,** (2003). How many doctors are sick ? *BrMed J.*: 326-397.
- **Steptoe, A., Lipsey, Z., & Wardle, J. (1998).** Stress, hassles, and variation in alcohol consumption, food choice, and physical exercise: A diary study. *British Journal of Health Psychology*, 3, 51-63. Στο Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Strang, J., Wilks, M., Wells, M., Marshall, J.,** (1998). Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. *Br Med J.* (316): 405-406.
- **Talbott, GD., Gallegos, K., Wilson, P., Porter, T.,** (1987). The medical association of Georgia's impaired physicians program; Review of the first 1,000 physicians, analysis of specialty. *JAMA*, (257), pp. 2927-2930.
- **Taylor-East, R., Grech, A., Gatt, C.,** (2013). The mental health of newly graduate doctors in Malta. *Psychiatr Danub*, Sep;25 Suppl 2:S250-5.
- **Thomas, L., Riegel, B., Gross, D., Andrea, J.,** (1992). Job Stress among Emergency Department Nurses. *Heart and Lung* 1992; 21(3):294-299.
- **Tyler, PA., Ellison, RN.,** (1994). Sources of stress and psychological well-being in high dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing*; (19):469-476.
- **Tyssen, R., Vaglum, P., Gronvold, D., Oivind, E.,** (2001). Suicide ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord.* (64):69-79.

- **Tyssen, R., Hem, E., Vaglum, P., Gronvold, N., Ekeberg, O.,** (2004). The process of suicidal planning among medical doctors: Predictors in a longitudinal Norwegian sample. *J Affect Disord.* (80):191-198.
- **Vedat, I., Comezb, T., Danisa, M.,** (2004) Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*;8(3):234-244.
- **Wheatley, R.,** (2000). *Taking the strain: a survey of managers and workplace stress.* London.
- **WHO, (1998).** The World Health Report 1998: «Life in the 21st century, A vision for all» WHO, Geneva.
- **WHO, (2003).** Water, sanitation and health electronic library: a compendium of WHO information on water, sanitation and health (electronic resource), WHO, Geneva.
- **WHO. European Ministerial Conference on Mental Health.** Mental health promotion and mental disorder prevention EUR/04/5047810/B8 5 November 2004. Available at: <http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief08.pdf>
- **World Health Organization. Programmes and projects.** Disorders management. WHO initiative on Depression in Public Health, 2005. Available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- **Yang, Y., Koh, D., Ng, V., Lee, CY., Chan, G., Dong, F., Goh, S.H., Anantharaman, V., Chia, S.E.** (2002). Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 836-841.
- **Zangaro, GA, Soeken, KL.,** (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health*;(30):445-458
- **Zhu, W., Wang, ZM., Wang, MZ., Lan, YJ., Wu, SY.,** (2006) Job burnout & contributing factors for nurses. *SichuanDa Xue Xue.* (37):632-5.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- **Αγάθωνος-Γεωργοπούλου,Ε.,** (1999).Επαγγελματική Εξάντληση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16 (1):17-19
- **Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ.,** (1999). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- **Αντωνίου Σ.,** (2008). Ψυχολογία της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Σειρά Εφαρμοσμένη
- Ψυχολογία. Αθήνα.
- **Ασημακοπούλου, Μ.,** (2004). Η Επαγγελματική Εξουθένωση, η Επαγγελματική Ικανοποίηση
- και η Εμπλοκή στην Εργασία στον Δημόσιο Τομέα, Πτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο
- Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πάτρα.
- **Βακόλα, Μ., & Νικολάου, Ι.,**(2012). *Οργανωσιακή Ψυχολογία & Συμπεριφορά, Εκδόσεις Rossili,* Αθήνα
- **Βασιλάκη, Ε., Τριλιβά, Σ.,** (2001). Το στρες , το άγχος και η αντιμετώπισή του. Ελληνικά
- Γράμματα. Αθήνα.
- **Δρακόπουλος, Β.,** (2005). Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας των νοσοκομείων.
- 10 Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση τα οικονομικά και τις πολιτικές Υγείας. Αθήνα.
- **Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.**(2007). Υποκειμενική εκτίμηση των κινδύνων.
- **Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την υγεία στην Εργασία.** (2000).
- (<http://agency.osha.eu.int/publication/reports/stress/>). Πρακτικές συμβουλές προς τους
- εργαζόμενους για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και των αιτιών του. Ευρωπαϊκός
- Οργανισμός για την Ασφάλεια και την υγεία στην Εργασία. <http://agency.osha.eu.int>
- **Θεοφίλου, Π.,** Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χώρο της Υγείας, 10/06/2015, http://e-jst.teiath.gr/dekatria_teuxos.htm

- **Κουντελάκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ.,**(2007). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των Νοσηλευτών. Το Βήμα του Ασκληπιού, τεύχος 1.Ιανουάριος-Μάρτιος.
- **Καντάς, Αρ.,** (1995). Οργανωτική Βιομηχανική Ψυχολογία. 3ο μέρος, Ελληνικά γράμματα, ι
- έκδοση, Αθήνα.
- **Καντάς, Αρ.,** (1996). << Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας-πρόνοιας>>, Ψυχολογία,3:71-85
- **Καραδήμας, Ε.Χ.,** (1999). Ο ρόλος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας ως
- ρυθμιστικού παράγοντα στη σχέση μεταξύ στρες και ψυχοσωματικής ασθένειας. Διδακτορική
- διατριβή. Πανεπιστήμιο Ψυχολογίας.
- **Κουτής, Χ.,** (2007). Υγεία Νόσος. Εκπαιδευτικό φυλλάδιο μεταπτυχιακού προγράμματος
- Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Τμήμα
- Ιατρικής σε σύμπραξη με τα τμήματα του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Αθηνών,
- Δημόσιας Υγείας και Νοσηλευτικής Α.
- **Κοΐνης, Α., Σαρίδη, Μ.,** Εργασιακό στρες και η επίδραση του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας στο Βήμα του Ασκληπιού 2014, 13(4):300-315
- **Κρεμαστινού, Τ.,** (2007). Δημόσια υγεία. Τεχνόγραμμα, Αθήνα 2007.
- **Κυλούδης, Π., και συν.(2011).** Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες υγείας στο Βήμα του Ασκληπιού,10(4):530
- **Μαρνέρας, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Δημοπούλου, Ε.,**
- **Κοτρώτσιου, Ε.,**(2010). Ικανοποίηση από την εργασία και επίπεδα άγχους σε νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα. Νοσηλευτική,49 (1): 83-90.
- **Μπούρου, Α.,**και συν.(2010). Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, Η ειδική περίπτωση των Νοσηλευτών. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας.6(1)
- **Ντάτσης, Α., Τραγούδα, Ε., Χανιά, Μ., Ρογδάκης, Α., Γερόλυμος, Μ., Σπηλιώτης, Ι.,**(2007). Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον. Νοσηλευτική,46 (2): 268-281
- **Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ.,**(1995). Επαγγελματική εξουθένωση, στο: Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Ποταμιάνος, Γ.,** (1995)Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Ρούπα, Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., Κοτρώτσιου, Ε.,** (2008).Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. Νοσηλευτική ,47(2): 247–255.
- **Σταυριανόπουλος, Θ., Σταμάτη, Σ., Γκεβρέκη, Ε., Γκουρβέλου, Ο., Παπαδημητρίου, Μ.,** (2011).Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτόεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας. Το Βήμα του Ασκληπιού ,10(1): 118-133

- **Σταυροπούλου, Α.,** και συν.,(2010). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης: κατανόηση και πρώιμη αναγνώριση του συνδρόμου στο νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο, Το Βήμα του Ασκληπιού,9(3).
- **Τούντας, Γ.,** (1999). Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία. Νέα Υγείας, 24, 9-13.
- **Τούντας, Δ., Τούντα, Α.,**(2011). Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον: Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,28(1):20-26
- **Τριανταφύλλου, Ε., Τομαράς, Β.,**(2004) Η επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο της υγείας και ψυχικής υγείας, Καστανιώτη, Αθήνα:239-240
- **Χαραλαμπίδου, Ε.,**(1996).Επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου, Δικτατορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα,1996 στην ηλεκτρονική διεύθυνση thesis.ekt.gr/6203 στις 5/5/2015

