

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α΄ ΤΟΥ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΖΙΩΓΑ ΑΓΛΑΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2013

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Ζιώγα Αγλαΐας

Εξεταστική Επιτροπή

- Μιχαηλίδης Ανδρέας, Επιβλέπων
- Κυρίτση Ελένη, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
- Στεφανάδης Χριστόδουλος, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κ. Α. Ζιώγα, συνεδρίασε σήμερα.....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της Ζιώγα Αγλαΐας με τίτλο: **«Επίπεδα άγχους εργαζομένων σε Νοσοκομεία ενηλίκων»** είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους....., προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για τη βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για το βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφουςγια το βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους....., και για το βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....»

Τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- Μιχαηλίδης Ανδρέας, Επιβλέπων (Υπογραφή).....
- Κυρίτση Ελένη, (Υπογραφή).....
- Στεφανάδης Χριστόδουλος, (Υπογραφή).....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της μελέτης Αναπληρωτή Καθηγητή Καρδιολογίας Κο Μιχαηλίδη Ανδρέα για την επιστημονική, πνευματική υποστήριξη και καθοδήγηση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες και συνάμα ένα βαθύ αίσθημα ευγνωμοσύνης θα ήθελα να απευθύνω στην καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ του ΤΕΙ Αθήνας Κα Κυρίτση Ελένη, πηγή εμπειρίας και γνώσης, για την ανεκτίμητη συμβολή της στην υλοποίηση της διπλωματικής εργασίας, πρωτίστως όμως θα ήθελα να την ευχαριστήσω για την ανθρωπιά και την ευαισθησία της.

Πολύτιμη η συμβολή της Κας. Αγγελικής & Κας. Ζωής, σας ευχαριστώ θερμά για την βοήθειά σας!

Τέλος ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την συμπαράσταση της και την αμέριστη αγάπη και κατανόηση σ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΑΓΧΟΣ - ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	10
ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΟΡΟΙ.....	14
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	16
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	17
ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ.....	19
Κυβερνητική Θεωρία	19
Θεωρία άτομο – περιβάλλον.....	19
Θεωρία περί ελέγχου.....	20
Θεωρία Προσπάθειας- Αμοιβής.....	20
ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	21
Προσωπικότητα εργαζομένου.....	21
Εργασιακό περιβάλλον.....	24
Οικογένεια – εργασία.....	28
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURN OUT)...	30
Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης.....	32
Συμπτώματα.....	33
Επιπτώσεις.....	33
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	35
ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	38

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	42
ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	43
ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	43
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	43
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	45
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	45
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	46
Περιγραφικά αποτελέσματα.....	47
Στατιστικά αποτελέσματα.....	47
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΕΣ.....	49
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	56
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	63
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	66
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	82

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά τη βιομηχανική επανάσταση η εργασία άρχισε να θεωρείται ως υπέρτατη αρετή. Έχουμε έντονη την αίσθηση της ηθικής υπόστασης, η εργασία παύει να θεωρείται καταναγκασμός και μετατρέπεται σιγά σιγά σε ανθρώπινη αξία. Έτσι το άτομο ενσωματώνει απόλυτα την αίσθηση του καθήκοντος, το σύστημα των αξιών του έχει σα βάση την εργασία. Η ιδέα της πραγματώσεως του ατόμου μέσω της εργασίας γίνεται συνείδηση. Ο σωστός ο άνθρωπος είναι ο άνθρωπος του καθήκοντος¹.

Ξεκινώντας από τον Ulf von Euler², που ανακάλυψε την νοραδρεναλίνη, η οποία λειτουργεί σαν προειδοποιητικό σήμα σε περίπτωση κινδύνου, φτάσαμε στον Freud, που είπε ότι το άγχος που το άτομο αντιλαμβάνεται είναι ένα αίσθημα κινδύνου του οποίου η αιτία είναι ασυνείδητη³.

Πολλές θεωρίες έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί για να περιγράψουν τα αίτια και τις επιπτώσεις του άγχους που συνδέεται με την εργασία. Σύμφωνα με τον French (1973), το άγχος προκύπτει όταν το άτομο δε διαθέτει τις απαραίτητες ικανότητες, δεξιότητες ή ενεργειακά αποθέματα, προκειμένου να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Όσο μικρότερη, λοιπόν, είναι η προσαρμογή του ατόμου στο χώρο εργασίας, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα μειωμένης παραγωγικότητας, αλλά και προβλημάτων υγείας⁴.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) και της Ευρωπαϊκής Υπηρεσίας για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, το άγχος αποτελεί το δεύτερο κατά σειρά πρόβλημα υγείας των εργαζομένων μετά την οσφυαλγία καθώς πλήττει έναν στους τρεις εργαζομένους⁵.

Ο χώρος του νοσοκομείου μπορεί να θεωρηθεί ως ένα ιδανικό περιβάλλον για πρόκληση εργασιακού άγχους, αφού χαρακτηρίζεται από πληθώρα στρεσογόνων ερεθισμάτων⁶. Οπότε ανάμεσα στα ποιο στρεσογόνα επαγγέλματα είναι τα επαγγέλματα υγείας στην Τριτοβάθμια φροντίδα Υγείας. Οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων, οι ανύπαρκτες διαπροσωπικές σχέσεις με τους προϊσταμένους και εκπαιδευτές, οι περιβαλλοντικές συνθήκες (θόρυβοι ο τεχνικός φωτισμός) οι παράγοντες που έχουν να κάνουν με την ίδια την εργασία (επαφή με τον θάνατο, ωράριο εργασίας) συμβάλλουν στην ανάπτυξη ποικίλων ψυχιατρικών συμπτωμάτων⁷. Υπάρχουν επίσης παράγοντες που πηγάζουν από τον ίδιο τον

εργαζόμενο και που σχετίζονται με την προσωπικότητα του (ατομικοί παράγοντες) όπως, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα κίνητρα οι προσδοκίες, η αυτοεκτίμηση, η ικανότητα διαχείρισης του άγχους⁸.

Οι παράγοντες αυτοί οδηγούν σταδιακά το άτομο σε επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση», χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας και γενικότερα σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους⁹.

Ο μοναδικός τρόπος για την αποφυγή και την μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση του συνδρόμου, πριν η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια, επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου¹⁰.

Σύμφωνα με τη «καθοδήγηση στο Ευρωπαϊκό Πλαίσιο για την Διαχείριση των Ψυχοκοινωνικών κινδύνων» στο οποίο περιγράφεται το εργασιακό άγχος, ορίστηκαν τρεις παρεμβάσεις για την διαχείριση του εργασιακού άγχους. Η πρωτογενής πρόληψη, που μεταβάλλει τον τρόπο οργάνωσης και διαχείρισης της εργασίας. Η δευτερογενής πρόληψη, που αναπτύσσει ατομικές ικανότητες διαχείρισης του άγχους μέσω κατάρτισης. Η τριτογενής πρόληψη που αναπτύσσει βελτιωμένες παροχές επαγγελματικής υγείας¹¹.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του περιστασιακού και μόνιμου άγχους των εργαζομένων σε νοσοκομεία ενηλίκων.

Η μελέτη είναι χωρισμένη στο γενικό και ειδικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος αρχικά, εισάγει τον αναγνώστη στην έννοια του «άγχους», στην συνέχεια δίνεται έμφαση στο εργασιακό άγχος και ιδιαίτερα όσον αναφορά τους εργαζόμενους που απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία. Στο ειδικό, αναφέρεται ο σκοπός και οι υποθέσεις της παρούσας εργασίας, ο πληθυσμός της μελέτης, η μεθοδολογία, η ανάλυση, η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα της έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΓΧΟΣ - ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η λέξη άγχος προέρχεται από το ρήμα άγχω που στην αρχαία ελληνική σημαίνει «στραγγαλίζω»¹² «σφίγγω το λαιμό»¹³ «σφίγγω πνίγω»¹⁴. Χρησιμοποιήθηκε από τον Freud ως *angst* και υιοθετήθηκε από την ευρωπαϊκή διανοίηση, ως *angoisse* στην γαλλική και ως *anxiety* στην αγγλική γλώσσα.

Το άγχος αποτελεί ένα κοινό λειτουργικό συναίσθημα θέτοντας τον άνθρωπο σε κατάσταση ετοιμότητας έναντι των όποιων κινδύνων. Κατ'αυτόν τον τρόπο αποτελεί φυσιολογικό στοιχείο της αναπτυξιακής πορείας, που οδηγεί στην αυτονομία του ατόμου¹⁶. Όταν όμως το συγκεκριμένο συναίσθημα γίνεται υπερβολικό σε ένταση, δυσανάλογο με το ερέθισμα που το προκαλεί και επίμονο στο χρόνο, τότε εμποδίζει την ομαλή προσαρμογή του ατόμου. Αυτό θεωρείται παθολογικό και μπορεί να αποτελεί ένδειξη κάποιας αγχώδους διαταραχής. Μπορεί να εξελίσσεται σε ένα επίμονο και συγχρόνως δυσάρεστο συναίσθημα μεγάλης έντασης και απειλής φόβου μιας απειλουμένης καταστροφής¹⁷. Αφορά συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης και έντασης και είναι συχνά μια βασανιστική κατάσταση απόγνωσης¹⁸. Αποτελεί δε μια αίσθηση ανησυχίας ή φόβου, η οποία μπορεί να σχετίζεται με ατομικές προσδοκίες για κάποιο είδος απειλής του «ευ ζην»¹⁹.

Σύμφωνα με τις παραπάνω απόψεις, το άγχος αποτελεί μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση μπροστά σε ένα αντικείμενο, μια κατάσταση, μια δραστηριότητα. Αρκετές φορές το ερέθισμα μπορεί να μην είναι ορατό, παραμένει όμως το άγχος σαν μια επιμονή περιρρέουσα μη ελεγχόμενη κατάσταση²⁰.

Το άγχος αποτελεί μια σύνθετη εμπειρία που εμπεριέχει γνωστικά γνωρίσματα²¹, ψυχικά και σωματικά συμπτώματα, υπερδιέγερση, εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Τα παραπάνω γνωρίσματα εξατομικεύονται σύμφωνα με την ιδιοσυγκρασία του ατόμου που τα βιώνει.

Τα **γνωστικά γνωρίσματα** τα οποία συνεπάγονται στην παρουσία ενός διάχυτου και αβέβαιου κινδύνου²¹.

Τα **ψυχικά συμπτώματα** συνεπάγονται συναισθηματικές αντιδράσεις που διαφοροποιούνται και μπορεί να εκδηλώνονται από μια απλή ένταση και φόβο μέχρι πανικό. Γνωστικές πτυχές περιλαμβάνουν ανησυχία αναφορικά με την επάρκεια του ατόμου σε απαιτητικές καταστάσεις ή γενικότερα ανησυχίες σχετικά με το μέλλον. Περιλαμβάνουν φόβο, καταστροφολογία, ανησυχία ότι το άτομο δεν

θα τα καταφέρει σε διάφορες καταστάσεις, φόβο ότι θα φοβηθεί και ως αποτέλεσμα θα έρθει σε αμηχανία μπροστά σε κόσμο²⁰.

Τα **σωματικά συμπτώματα** έχουν να κάνουν με το κεντρικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Στην ουσία ο οργανισμός προετοιμάζεται για την αντιμετώπιση της επερχομένης απειλής. Οι μυϊκές εκδηλώσεις εμφανίζονται ως ένα απλό τρέμουλο έως μυική αδυναμία. Αποτέλεσμα της υπερδραστηριότητας των μυών είναι πολλές φορές το αίσθημα δυσαρέσκειας, ο πόνος κυρίως στο κεφάλι το λαιμό και τους ώμους. Τα συμπτώματα που αφορούν το αυτόνομο νευρικό σύστημα μπορεί να εκδηλωθούν με αίσθημα έντονων παλμών, ταχύπνοια, εφίδρωση, ξηροστομία, πόνος ή δυσφορία στο στήθος, ναυτία, συχνοουρία²².

Η ανθρώπινη ύπαρξη από τα πρώιμα χρόνια, είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη φόβου, ανησυχίας και άγχους. Ευρήματα από σπηλαιογραφίες που απεικονίζουν την καθημερινότητα αλλά και την επιβίωση των ανθρώπων, δείχνουν την εξάρτηση που υπήρχε από τα φυσικά φαινόμενα τα οποία παρέμειναν ανεξήγητα, με αποτέλεσμα να θεοποιούνται. Έτσι εξηγούνται και οι θυσίες και οι παγανιστικές τελετές, που σκοπό είχαν την ανακούφιση από την ανησυχία και το άγχος της επιβίωσης²³.

Οι άνθρωποι αγνοώντας τους νόμους που διέπουν τη λειτουργία του φυσικού περιβάλλοντος διακατέχονταν από φόβο και άγχος για το αύριο. Έτσι μάλλον εξηγείται το γεγονός ότι όλες σχεδόν οι θρησκείες προσφέρουν μια κοσμογονική θεωρία, δίνοντας απάντηση στο ερώτημα της ύπαρξης του ανθρωπίνου είδους.

Ποιο συγκεκριμένα ο Βουδισμός θεωρεί ότι η εκμηδένιση του προσωπικού εγώ αποτελεί το ύψιστο αγαθό. Το άγχος θα μειωθεί με την παθητική αποδοχή της μοίρας, και το άτομο περιέλθει σε μια κατάσταση αδιαφορίας προς τον πόνο και την ευχαρίστηση ταυτόχρονα²⁴.

Από την άλλη ο Ταοϊσμός, προτείνει τη διατήρηση της αρμονίας στο σύμπαν²⁵. Ο Κομφούκιος διδάσκει ότι «οι σοφοί άντρες είναι ελεύθεροι από αμφιβολίες, οι ενάρετοι από την ανησυχία και οι γενναίοι από τον φόβο». Ο άνθρωπος θα πρέπει να κάνει το καθήκον του χωρίς να σκέπτεται αν θα αποτύχει ή όχι. Έτσι απελευθερώνεται από το άγχος πράττοντας το σωστό²⁶.

Η πρώτη ιστορικά εγγραφή σχετικά με τα συναισθήματα άγχους, ανάγονται στην 3^η χιλιετία π.χ και την βρίσκουμε στο σουμερικό έπος του Γκιλγκαμεζ. Εκεί ο ήρωας εκφράζει ανησυχία για την θνησιμότητα του, ωστόσο την αποδέχεται,

βρίσκοντας ταυτόχρονα ανακούφιση στο γεγονός ότι θα ζήσει μέσα από το έργο του, το οποίο θα μαρτυρούν τα τείχη της Uruk²⁷. Στην αρχαία Ελλάδα έχουμε πλήθος αναφορών . Αρκετοί όροι που έχουν καθιερωθεί διεθνώς προέρχονται από την αρχαία ελληνική. Στις ελληνικές τραγωδίες έχουμε πληθώρα συναισθημάτων άγχους, φόβου, ανησυχίας για το μέλλον και τις διαθέσεις των θεών. Για παράδειγμα, το βασικό σχέδιο δράσης του Αισχύλου είναι η σύγκρουση μεταξύ της ευθύνης των πράξεων και της ανάγκης επιλογών ανάμεσα σε εναλλακτικές λύσεις. Κατά τον Δημόκριτο, υπάρχει στην περιοχή της ηθικής ένα έσχατο αγαθό, η «ευθυμία, η οποία αντιπαρατίθεται προς την απόλαυση. Αποτελεί μια κατάσταση μόνιμης ψυχικής γαλήνης, που αντιπαρατίθεται προς την απόλαυση. Αποτελεί μια κατάσταση μόνιμης ψυχικής γαλήνης που δεν διαταράσσεται από κανένα φόβο ή καμιά δεισιδαιμονία ή συγκίνηση. Ακόμη ο Αριστοτέλης, θεωρούσε ότι ο φόβος μπορεί να καθοριστεί ως πόνος από μια διανοητική εικόνα του επικείμενου κακού, μιας επίπονης και καταστρεπτικής κατάστασης. Ο Επίκουρος προτείνει να «ζεις Έτσι ώστε ν' αποφεύγεις το φόβο». Με τον τρόπο αυτό βοηθούμε τον εαυτό μας να ξεπεράσει τις ανησυχίες, τους φόβους, τις αγωνίες και τα άλλα δυσάρεστα συναισθήματα μας.

Παράλληλα , οι Στωικοί φιλόσοφοι υποστήριζαν ότι η ζωή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται χωρίς ανησυχίες και φόβους.

Ο Κικερώνας προβλέπει πριν τον Freud, το χωρισμό των ρεαλιστικών φόβων από την ανησυχία και ο Κάτουλλος μιλά για το οξύ και χρόνιο άγχος διαχωρίζοντας το *angor* ως *παροδική κατάσταση* και το *anxietas* ως *συντηρούμενη τάση*.

Αργότερα οι διανοούμενοι της Αναγέννησης εστιάζουν στον ίδιο τον άνθρωπο. Προτείνουν τον αυτοέλεγχο ,θεωρώντας ότι το άγχος προέρχεται από τον ίδιο μας τον εαυτό. Το 1573 ο Montaigne στο έργο του «Από φόβο» αναφέρει ότι «αυτό που φοβάμαι περισσότερο είναι ο φόβος». Ο φιλόσοφος Spinoza αναφέρει ότι «δεν υπάρχει ελπίδα που να μην σχετίζεται με φόβο ούτε φόβος που δεν σχετίζεται με ελπίδα». Το 18^ο αιώνα ο James Long εισήγαγε την ιδέα ότι η αβεβαιότητα μπορεί να οδηγήσει σε άγχος²⁸. Οι υπαρξιακοί φιλόσοφοι πίστευαν στην προσωπική ικανότητα του καθενός να αντιμετωπίζει το άγχος και να προχωρά μπροστά. Ο Kierkegard πίστευε ότι το άγχος έχει τις ρίζες του όχι μόνο στο φόβο του θανάτου αλλά και στον φόβο της ανυπαρξίας. Μόνο μέσω της

αναγνώρισης και αντιμετώπισης αυτού του φόβου μπορεί ο άνθρωπος να ανακαλύψει το νόημα της ύπαρξης²⁹.

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΟΡΟΙ

Άγχος, φόβος και φοβίες είναι συναφείς όροι και ταυτόχρονα δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις. Δημιουργούνται με παρόμοιους μηχανισμούς ως απάντηση του οργανισμού στην αντίληψη (υποκειμενική ή αντικειμενική) για την πιθανή ύπαρξη μιας απειλής. Είναι απαραίτητο λοιπόν για λόγους ερευνητικής διευθέτησης μέσα στα πλαίσια της συγκεκριμένης μελέτης, να γίνει η αποσαφήνιση του όρου άγχους, από ανάλογες εμπλεκόμενες έννοιες, όπως αυτή του στρες.

Ξεκινώντας από τον Freud, ο οποίος χρησιμοποίησε τον όρο angst (άγχος), για να αναφέρει την έννοια της ανησυχίας, χωρίς την παρουσία αντικειμένου, και από την άλλη τον όρο furcht (φόβος) με την παρουσία συγκεκριμένου νύξης-σήματος²⁹. Θα λέγαμε αρχικά ότι το άγχος καθορίζεται ως ένα αίσθημα δυσφορίας ένα αποτρεπτικό συναίσθημα παρόμοιο με τον φόβο, το οποίο όμως εκδηλώνεται χωρίς την ύπαρξη εξωτερικής απειλής³⁰. Παρόμοια αναφέρεται ως μια διάχυτη αντίδραση που περιγράφεται καλύτερα ως ανησυχία χωρίς προφανή αιτία³¹. Αυτή λοιπόν η έλλειψη προφανούς αιτίας αποτελεί για τους ερευνητές την ειδοποιός άγχους και φόβου. Από την άλλη ο φόβος αποτελεί την φυσιολογική αντίδραση του ατόμου σε πραγματικές ή φανταστικές απειλές³². Σύμφωνα με τον Marks (1969) ο φόβος αποτελεί μια φυσιολογική απάντηση των «υψηλά νοημοσύνης ζώων» σε ρεαλιστικές ή φανταστικές καταστάσεις.

Σύμφωνα όμως με την *συμπερική προσέγγιση* όλες οι ανησυχίες έχουν ξεκάθαρα, ικανά προς την ταυτοποίηση σήματα, παρόλο που μερικά από αυτά είναι πιο διάχυτα από άλλα. Έτσι η διάκριση ανάμεσα στον φόβο και το άγχος παραμένει θολή, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται παράλληλα.

Η φοβία από την άλλη, είναι ο έντονος και αδικαιολόγητος φόβος όπου αναφέρετε σε ένα είδος ερεθισμάτων³³ και ταυτίζετε με τον όρο «ειδική φοβία» του DSM IV για το οποίο θα αναφερθούμε παρακάτω.

Οι φοβίες ωστόσο διαφέρουν από τους φόβους, στο μέγεθος την εμμονή και την ανεπαρκή ικανότητα προσαρμογής³⁴. Παρά την φαινομενική ακρίβεια στον διαχωρισμό των όρων άγχος, φόβος και φοβία, φαίνεται να μην υπάρχει ικανοποιητική συμφωνία στην ερμηνεία τους³⁵.

Επίσης δεν υπάρχει σαφής οριοθέτηση ανάμεσα στην έννοια του άγχους και του στρες. Μάλιστα πολλές μελέτες παρουσιάζουν το στρες ως λειτουργικά συνώνυμο του άγχους³⁶. Ο όρος στρες έχει υιοθετηθεί από την αγγλική γλώσσα

και χρησιμοποιείται ακόμα και από την επιστήμη της φυσικής όπου σημαίνει τη πίεση που ασκεί το βάρος ενός σώματος σε ένα άλλο³⁷. Η Sorensen αναφέρει ότι η λέξη στρες δεν αποτελεί επιστημονικό όρο, αλλά δάνειο και ως τέτοιο, δεν προάγει την ερμηνεία φαινομένων, αλλά αντίθετα δημιουργεί σύγχυση. Κατά μια έννοια το στρες αποτελεί έναν παράγοντα της φυσιολογίας του ανθρώπου, των συναισθημάτων του ή ένα χημικό παράγοντα που ασκεί σημαντική πίεση στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται³⁸. Το στρες μπορούμε να πούμε ότι είναι μια φυσική διαδικασία, ενώ το άγχος ένα ψυχολογικό σύμπτωμα που αφορά ψυχοσωματικές λειτουργίες απορία της μη προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου.

Συνεπώς το στρες ενέχει την έννοια του μετρήσιμου και αντικειμενικού, ενώ το άγχος σχετίζεται με την αντίληψη και την γνωστική επεξεργασία του ατόμου αποτελώντας υποκειμενική, ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση. Έτσι το άτομο θα μπορούσε να κάνει ή όχι μια ικανοποιητική προσαρμογή σε έναν παράγοντα στρες. Το άγχος μπορεί να είναι μια συναισθηματική αντίδραση στο στρες, όπως ανάλογα και ο θυμός, η λύπη, η ντροπή, η ενοχή, η ανία³⁹. Έτσι λοιπόν, το στρες μπορεί να αποτελέσει την σκανδάλη για την εκπυρσοκρότηση του άγχους.

Η ΤΑΞΙΝΟΜΙΣΗ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (International Classification of Diseases-10th Revision) και σχετιζόμενων προβλημάτων υγείας (World Health Organization, 2006) και η ταξινόμηση από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) που έχει κάποιες μικρές διαφοροποιήσεις στην ταξινόμηση ορισμένων διαταραχών, χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των αγχώδων νευρωσικών συνδεόμενων με το άγχος διαταραχών και σωματόμορφων διαταραχών.

Σύμφωνα με την Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD-10), οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διακριτές διαταραχές^{40,41}:

- ✓ Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία
- ✓ Ειδική Φοβία - Κοινωνική Φοβία
- ✓ Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- ✓ Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες
- ✓ Διαταραχή από Οξύ Στρες
- ✓ Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- ✓ Διαταραχή οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- ✓ Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες
- ✓ Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Σύμφωνα με την ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας DSM-IV-TR (American Psychiatric Association), οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διακριτές διαταραχές^{40,41,42}.

- Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία
- Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού
- Ειδική Φοβία - Κοινωνική Φοβία
- Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες
- Διαταραχή Οξέος Στρες
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Αγχώδης Διαταραχή Οφειλόμενη σε:
- Προκαλούμενη από Ουσίες Αγχώδης Διαταραχή
- Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το εργασιακό άγχος είναι μια δυσμενή κατάσταση που βιώνει το άτομο και προκύπτει από την αλληλεπίδραση των συνθηκών εργασίας, των ατομικών χαρακτηριστικών, καθώς και από την απόδοση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας του. Στην διεθνή βιβλιογραφία ανάλογα με την οπτική γωνία θεώρησης αναφέρετε ως «το σύνολο των επιβλαβών σωματικών και ψυχικών αντιδράσεων που εκδηλώνονται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν είναι αναλογικές με τις ικανότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου»⁴³ ή «η κατάσταση που συνοδεύετε από φυσικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές επιπτώσεις ή δυσλειτουργίες και η οποία προκύπτει σε άτομα που αισθάνονται ανίκανα να γεφυρώσουν το κενό ανάμεσα στις απαιτήσεις ή τις προσδοκίες που τίθεται επ'αυτόν»⁴⁴.

Ο ορισμός του εργασιακού άγχους βασίζεται σε μια δύναμη αντίληψης του, στην οποία ενσωματώνονται τα βασικά στοιχεία των σημαντικότερων μοντέλων ανάλυσης της επικινδυνότητας των ψυχοσωματικών κινδύνων. Σύμφωνα με αυτή, το εργασιακό άγχος χαρακτηρίζεται ως μια κατάσταση που προκύπτει από την συνεχή αλληλεπίδραση τεσσάρων μεταβλητών:

- Τις εξωτερικές απαιτήσεις (πίεση από το περιβάλλον εργασίας)
- Τις εσωτερικές απαιτήσεις (ατομικές προσδοκίες)
- Το εσωτερικό υπόβαθρο του εργαζομένου (ικανότητα να αντιδρά και να προσαρμόζετε στις εξωτερικές και τις εσωτερικές απαιτήσεις)
- Την εξωτερική υποστήριξη⁴⁵.

Ο Marciniak και οι συνεργάτες του⁴⁶ μελέτησαν το κόστος των αγχωδών διαταραχών στο εργασιακό περιβάλλον σε 1917 άτομα που βρέθηκαν θετικά σε αυτές, έναντι 1917 ατόμων που βρέθηκαν αρνητικά σε αυτές. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι τα θετικά διαγνωσμένα άτομα ήταν στατιστικώς πιο σημαντικά το να πάνε στο γιατρό και να ζητήσουν επιπλέον διαγνώσεις, να χρησιμοποιήσουν περισσότερες υπηρεσίες υγείας ή περίθαλψης. Το εργασιακό κόστος βρέθηκε να είναι από 708\$ έως 2023\$ για κάθε εργαζόμενο άτομο. Το ιατρικό κόστος βρέθηκε να είναι από 1066 έως 2043 \$ για κάθε εργαζόμενο άτομο. Όπως αναφέρουν τα στοιχεία της Eurostat⁴⁷ το 25% των ευρωπαίων θα βρεθούν αντιμέτωποι με κάποιο ψυχικό νόσημα, το 10% των μακροχρόνιων προβλημάτων υγείας είναι

προβλήματα ψυχικών διαταραχών. Το κόστος από αυτές τις ψυχικές νόσους για την Ευρώπη βρέθηκε να είναι 240 δις δολάρια το χρόνο. Από αυτά τα 136 δις δολάρια είναι χρήματα που έχουν χαθεί λόγω απουσίας των εργαζομένων από την εργασία τους, λόγω ψυχικών προβλημάτων. Το άγχος θεωρείται ότι ευθύνεται για τις χαμένες ημέρες εργασίας, σε ποσοστό άνω των 50% ετησίως. Επίσης σύμφωνα με την EuroPeaan Communities 2011⁴⁸ προκύπτει για τα έτη 2006 -7 το 7% των Ελλήνων εργαζομένων εργάζεται σε αρκετά έντονους ρυθμούς και το 15% των Ελλήνων εργαζομένων εκτίθενται τουλάχιστον σε κάποιο παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική του υγεία. Τα τελευταία αποτελέσματα ήταν πριν την εκδήλωση της κρίσης. Επίσης σχεδόν οι μισοί ανώτεροι διοικητικοί υπάλληλοι τείνουν να υποβαθμίζουν τέτοιου είδους προβλήματα. Σύμφωνα με την ίδια πηγή οι αγχώδεις διαταραχές προβλέπεται να είναι η δεύτερη πιο συχνή μορφή ψυχικής διαταραχής το 2020⁴⁹.

ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ

Κυβερνητική θεωρία (cybernetic theory) Η Κυβερνητική θεωρία βασίζεται στο ότι τα συστήματα, δηλαδή τα άτομα, επιδεικνύουν συνεχώς να βρίσκονται σε κατάσταση ισορροπίας, ενώ εμφανίζονται διατεθειμένα να αποκαταστήσουν αυτή, όταν μια εξωτερική δύναμη επιχειρήσει να την διαταράξει. Αυτή η ιδέα είναι σχεδόν καινούργια και απεικονίζεται στην εργασία του Cannon (1914), όσον αφορά τις φυσιολογικές αντιδράσεις του ατόμου σε μια απειλή. Αυτή η απειλή είναι που δημιουργεί καταστάσεις έντονου άγχους και στρες. Αναγνωρίζοντας τον ρόλο της αντίληψης, στην αξιολόγηση της επιθυμητής κατάστασης και αναγνωρίζοντας την διαφορά μεταξύ της επιθυμητής κατάστασης και πραγματικότητας, επιτρέπει στα άτομα να αντιδράσουν διαφορετικά σε καταστάσεις που φαινομενικά φαίνονται ίδιες.

Όταν αυτές οι αρχές εφαρμοστούν σε ζωντανά συστήματα, μπορούν να δείξουν πως οι επιχειρήσεις προσπαθούν να διατηρήσουν την ομοιότητα απέναντι στις συνθήκες που τείνουν να τις διαταράξουν⁵⁰.

Θεωρία Άτομο – Περιβάλλον (Person – Environment fit theory ή P-E theory) Σύμφωνα με τον Edwards (1998) οι αγχογόνοι παράγοντες που προκαλούν έντονη ανησυχία δεν προέρχονται ούτε από το περιβάλλον ούτε από το ίδιο το άτομο, αλλά προέρχονται από την μεταξύ τους σύγκρουση.

Η θεωρία αυτή αναφέρεται στη διαφορά μεταξύ του ατόμου, των ικανοτήτων και αναγκών του, του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και εργάζεται, της ζήτησης που αυτό εκφράζει και αυτού τελικά που προσφέρει⁵¹.

Μια άλλη διάκριση που γίνεται είναι, στο τι πιστεύει το άτομο για το ίδιο το περιβάλλον του και πως πραγματικά είναι.

Η τρίτη και τελευταία διάκριση χωρίζεται σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη είναι μεταξύ των απαιτήσεων του περιβάλλοντος από το άτομο, σε όρους εργασιακού ρόλου, καθηκόντων κανόνων των ομάδων και των ικανοτήτων (των ατόμων) να ικανοποιήσουν αυτές τις απαιτήσεις, λαμβάνοντας υπόψη τις δυνατότητες τους την εκπαίδευση τους και τους τυχόν χρονικούς περιορισμούς. Η δεύτερη βρίσκεται ανάμεσα στις ανάγκες του ατόμου⁵² και της ικανότητας του περιβάλλοντος να ικανοποιήσει αυτές, με την μορφή αμοιβών και την παροχή ικανοποιητικών συνθηκών εργασίας ή της ανάμιξης και παρότρυνση τους να συμμετέχουν στις διάφορες διαδικασίες⁵³.

Θεωρία περί ελέγχου (Control theory) Η θεωρία περί ελέγχου που διατυπώθηκε από τον Spector (1998) βασίζεται στην ιδέα ότι ο βαθμός στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι έχει τον έλεγχο των μεταβλητών που προκαλούν στρες, επηρεάζει την πιθανότητα να αποκτήσει στρες.

Ο έλεγχος στον χώρο της εργασίας κυμαίνεται από την πλήρη αυτονομία μέχρι την πλήρη δουλεία. Μια εναλλακτική περίπτωση είναι αυτή στην οποία υπάρχει κάποιος βαθμός αυτονομίας σε ζητήματα που αφορούν τον οργανισμό (προγράμματα και φόρτος λειτουργίας) αλλά μονό μερικός έλεγχος της προσωπικής κατάστασης⁵⁴.

Θεωρία Προσπάθειας – Ανταμοιβής (Effort-reward imbalance model) Η θεωρία του Siegrist βασίζεται στην αρχή της αμοιβαιότητας, όταν η υψηλή προσπάθεια που καταβάλλεται από το άτομο συνοδεύονται από χαμηλή αμοιβή, προκαλείται συναισθηματικό αρνητικό άγχος με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Η ανταμοιβή (reward) μπορεί να πάρει μορφή όχι μόνο χρηματική αλλά μπορεί να είναι με την μορφή της προαγωγής, της ασφάλειας του σεβασμού και της στήριξης⁵⁵. Ενώ όταν αναφερόμαστε στην προσπάθεια, (effort) εννοούμε τον πάνω από το κανονικό ζήλο του εργαζομένου (overcommitment) κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, καθώς και ότι αφορά τις απαιτήσεις της εργασίας του⁵⁶.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Η φύση του εργασιακού άγχους καθώς και οι συνέπειες του γίνονται καλλίτερα κατανοητές ως έννοιες αν υποθέσουμε ότι κάποιες από μεταβλητές που προέρχονται από το περιβάλλον (stressors) αποτελούν και τα αίτια του εργασιακού άγχους.

Θα μπορούσαμε να εντοπίσουμε τις αιτίες σε αυτές που έχουν να κάνουν με την ψυχοσύνθεση του εργατικού δυναμικού, την προσωπικότητα δηλαδή του εργαζομένου, στο περιβάλλον εργασία του και στο οικογενειακό περιβάλλον⁵⁷.

Προσωπικότητα εργαζομένου

Πολυάριθμες μελέτες έδειξαν ότι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά είναι εκείνα που καθορίζουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον και μάλιστα οι προστριβές στην εργασία οφείλονται σε ψυχολογικούς παράγοντες.

Ο Jones (1985) απέδειξε ότι άτομα που δεν είναι ανταγωνιστικά, είναι μοναχικά και θεωρούνται ως μη φιλικά και ψυχρά. Από την άλλη μεριά βρέθηκε ότι άτομα νευρωτικά ή ψυχωτικά αναζητούν εργασίες που δεν απαιτούν κοινωνική επαφή ενώ υποφέρουν από έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία τους, την οποία αποδίδουν στις σχέσεις τους με τους άλλους εργαζόμενους⁵⁸.

Άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν περισσότερο θυμό και εχθρικήτητα στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους άλλους εργαζόμενους και είναι περισσότερο επιρρεπή σε συγκρούσεις στην εργασία. Οι Quick και Quick (1984) θεωρούν τις οξύθυμες, με ηγετικό στυλ καταπιεστικές προσωπικότητες ως πηγές προστριβών στο εργασιακό περιβάλλον. Αυτού του είδους οι προσωπικότητες μπορεί να αποτελέσουν αίτιο δημιουργίας στρες και διαπροσωπικών συμπλοκών λόγω του ότι αγνοούν ατομικές προσδοκίες, αισθήματα και ευαισθησίες. Ο Levinson (1978) περιγράφει αυτά τα άτομα ως ευφυή, σκληρά, που έχουν στόχο τους την επιτυχία ενώ δεν είναι συναισθηματικά^{57,58}.

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί της προσωπικότητας. Όλοι με τον ένα ή τον άλλο τρόπο συγκλίνουν στο ότι η προσωπικότητα του ατόμου είναι το σύνολο των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που καθορίζουν τον τρόπο απόκρισης και προσαρμογής στο περιβάλλον.

Η θεωρία του Eysenck (1975) για τις προσωπικότητες προτείνει τρεις διαστάσεις:

- 1) εσωστρέφεια /εξωστρέφεια
- 2) νεύρωση /σταθερότητα
- 3) ψύχωση /υπερβολικός εγωισμός,

Αυτά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με τη διαφορετική ανταπόκριση στο στρες. Οι εξωστρεφείς είναι πιθανότερο να αναμιχθούν σε στρεσογόνες καταστάσεις αφού επιλέγουν εργασίες που αφορούν επιχειρήσεις και κοινωνική επαφή. Φαίνεται ότι χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, ειδικά λόγω συνεργασίας με τους άλλους εργαζόμενους μπορεί να έχουν προσωπικότητες με ψυχωτικά ή νευρωτικά χαρακτηριστικά. Έχει αναφερθεί ότι η νεύρωση συνδέεται και με άλλες ψυχολογικές παραμέτρους όπως το στρες λόγω των καθημερινών δραστηριοτήτων, δυσαρέσκεια προς την επιτελούμενη εργασία, ποιότητα ύπνου, εσωστρέφεια και επιπλέον η νεύρωση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για ψυχική νοσηρότητα⁵⁹.

Το κυρίαρχο μοντέλο στην ψυχομετρική αξιολόγηση της προσωπικότητας είναι το μοντέλο χαρακτηριστούν. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το άτομο μπορεί να περιγραφεί με βάση ορισμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που συνήθως διερευνώνται με κάποιο ερωτηματολόγιο. Υπάρχουν και άλλοι τρόποι αξιολόγησης της προσωπικότητας, όπως οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις οι οποίες κατά κύριο λόγο χρησιμοποιούνται στην κλινική διάγνωση ψυχοπαθολογικών ή συμπεριφορικών διαταραχών.

Η μέτρηση και αξιολόγηση της προσωπικότητας γίνονται συνήθως με 2 είδη ερωτηματολογίων. Το ένα βασίζεται σε εμπειρικά στοιχεία. Το δεύτερο στηρίζεται στην πολυ-παραγοντική ανάλυση, όπου με βάση τη συνάφεια ξεχωρίζουν μερικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συµμεταβάλλονται.

Σήμερα θεωρείται ότι για να μετρηθεί με εγκυρότητα η προσωπικότητα, χρειάζονται περίπου 5 παράγοντες - Μοντέλο Μεγάλων (παραγόντων). Οι πέντε παράγοντες της προσωπικότητας που αρχίζουν να ξεχωρίζουν συστηματικά από διάφορες έρευνες είναι: εξωστρέφεια, συναισθηματική σταθερότητα, συμπαθητικότητα, ευσυνειδησία, και διάνοηση ή δεκτικότητα στην εμπειρία.

Ο έλεγχος είναι μια άλλη μεταβλητή της προσωπικότητας που έχει τις ρίζες της στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Εκφράζει τη γενικότερη προσδοκία του ατόμου για την έκταση του εσωτερικού ή εξωτερικού ελέγχου που μπορεί να πετύχει σε πιέσεις, επιβραβεύσεις και επιτυχίες. Υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες για την αντίσταση στο στρες, την «ανθεκτικότητα» ένα ακόμα χαρακτηριστικό της

προσωπικότητας. Ο Kobasa και συν. θεώρησαν ότι η ανθεκτικότητα έχει τρεις συνιστώσες : 1) βαθιά αίσθηση αφοσίωσης στην επίτευξη αυτού που έχει τεθεί ως σκοπός της ζωής, 2) μια αίσθηση ατομικού ελέγχου πάνω σε εξωτερικά γεγονότα και 3) ευελιξία σε αλλαγές του περιβάλλοντος.

Μία άλλη προσέγγιση που αναφέρεται σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας είναι αυτή που περιέγραψε ο Antonovsky ως Γενικές Πηγές Προσωπικότητας. Αυτές οι πηγές είναι: 1) υλικές, όπως το χρήμα, 2) επίπεδο εκπαίδευσης, 3) αυτογνωσία, 4) στρατηγικές προσαρμογής, 6) κοινωνική υποστήριξη, 7) ηθική δέσμευση και κοινωνικοί θεσμοί, 8) ατομικές συμπεριφορές πρόληψης /προφύλαξης. Εκτός από αυτές τις πηγές ο Antonovsky περιέγραψε και μια άλλη πηγή διαμόρφωσης της προσωπικότητας την αντίληψη πχ την αίσθηση ότι: 1) οι στρεσογόνοι περιβαλλοντικοί παράγοντες γίνονται αντιληπτοί και είναι προβλέσιμοι, 2) υπάρχουν διαθέσιμα εφόδια για να αντεπεξέλθει κανείς σ' αυτούς τους παράγοντες και ότι 3) αυτές οι απαιτήσεις ερμηνεύονται ως προκλήσεις⁶⁰. Σε πρόσφατες Φιλανδικές μελέτες η αίσθηση της αντίληψης των πραγμάτων αποδείχθηκε βασική πηγή ανταγωνισμού και προσωπικής ικανοποίησης.

Σε μια μελέτη του σε 1.109 Φιλανδούς εργαζόμενους ο Vaheera διευκρινίζει τη σχέση μεταξύ στρες από την εργασία, κοινωνικού περιβάλλοντος, προσωπικής αντίληψης γεγονότων και καταστάσεων, ελέγχου πάνω στην εργασία, κοινωνικής υποστήριξης, κινήτρου και καταστάσεως της υγείας. Βρήκε ότι η καλή υγεία εξαρτάται από την αίσθηση ελέγχου πάνω στην εργασία και από την αίσθηση βοήθειας από τους προϊσταμένους και αυτό ισχύει κυρίως για ενασχολούμενους σε εργασίες με υψηλές πνευματικές απαιτήσεις.

Από τα παραπάνω φαίνεται λοιπόν, ότι άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας είναι περισσότερο ευένδοτα σε διαπροσωπικές συγκρούσεις στην εργασία. Επίσης ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας καθορίζουν εάν στρεσογόνα γεγονότα της ζωής θα έχουν επίπτωση στην ψυχική ή/και σωματική υγεία του ατόμου. Από την άλλη μεριά θα ήταν δύσκολο να ορίσει καθαρά κάποιος το προφίλ της προσωπικότητας που προτρέπει σε εργασιακές συγκρούσεις, λόγω του ότι υπάρχει μαρτυρία πως και οι συνθήκες εργασίας μπορούν να επηρεάσουν μια προσωπικότητα και ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θα μπορούσαν να επηρεάσουν το πόσο ευάλωτο είναι ένα άτομο σε στρεσογόνες καταστάσεις⁶¹.

Εργασιακό περιβάλλον

Ωράρια εργασίας: Το εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο αποτελεί δεινή πραγματικότητα για τα άτομα που εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου, Εφόσον η λειτουργία τους είναι επί 24 όρου βάσεως. Το κυκλικό ωράριο είναι δύσκολο και προβληματικό κυρίως όταν είναι ακατάστατο, καθώς και το βιολογικό ρολόι δεν μπορεί να προσαρμοστεί σε αυτό.

Ο Sigma το 1993 βασισμένος σε εμπειρικές μελέτες, απέδειξε ότι όσοι έκαναν νυχτερινές βάρδιες είχαν ΥΕΝ τάση να είναι ευέξαπτοι, να παθαίνουν συχνά ατυχήματα, να είναι σχεδόν σε κατάσταση λήθαργου στο σπίτι και να παρουσιάζουν λιγότερη ετοιμότητα από όσους δεν δούλευαν σε βαρδιάνοι εναλλασσόμενες βάρδιες εργασίας μπορούσαν επίσης να αποβούν επιβλαβείς για την υγεία των εργαζομένων, καθώς οι εργαζόμενοι που στερούνταν τον ύπνο παρουσίαζαν συμπτώματα συναισθηματικής κόπωσης κατά την διάρκεια της ημέρας, απουσίαζαν από την εργασία τους, είχαν μειωμένη κοινωνική συμμετοχή και ένιωθαν το αίσθημα της σωματικής κόπωσης^{62,63}.

Σύγκρουση ρόλων και ασάφεια ρόλου: Η σύγκρουση ρόλων (role conflict) δημιουργείται όταν οι εργαζόμενοι έρχονται αντιμέτωποι με ασυνεπείς μεταξύ τους προσδοκίες όπως αυτές εκφράζονται από διαφορετικά άτομα μέσα στο χώρο εργασίας ή όταν υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και των αναγκών, αξιών και πιστεύω του ατόμου.

Ο δεύτερος παράγοντας ασάφεια ρόλου (role ambiguity) αναφέρεται σε καταστάσεις όπου οι ευθύνες του εργαζομένου και οι αρμοδιότητες του δεν είναι σαφώς καθορισμένες⁶⁴.

Έλλειψη ελέγχου και έλλειψη ελευθερίας στη λήψη αποφάσεων: Η έλλειψη ελέγχου και η έλλειψη ελευθερίας κατά την λήψη αποφάσεων+ αποτελούν και αυτά με τη σειρά τους παράγοντες άγχους και στρες.

Το πρώτο αίτιο εντοπίζεται στο ότι τα άτομα δεν έχουν επαρκή έλεγχο για να αποφασίζουν πως πρέπει να εκτελέσουν το κομμάτι της εργασίας που τους έχει ανατεθεί, ενώ το δεύτερο συνεπάγεται την έλλειψη αυτονομίας κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Οι Kaldenberg και Becker (1992) όταν ερεύνησαν την σχέση μεταξύ του φόρτου εργασίας που τα άτομα προτιμούσαν και αυτού που τελικά επωμίζονταν,

κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι που απολάμβαναν μεγαλύτερο έλεγχο και αυτονομία εφίσταντο λιγότερη καταπόνηση (strain)⁶⁵.

Διαφορές λόγω φύλου: Παρόλο που είναι κοινά αποδεκτό στην βιβλιογραφία για το ποιο παράγοντες προκαλούν στρες στον χώρο εργασίας, είναι προφανές ότι οι αντιδράσεις για τους ίδιους παράγοντες, ποικίλουν, ανάλογα με το φύλο και την εισοδηματική τάξη του πληθυσμού στην οποία ανήκουν.

Τόσο οι άντρες όσο και γυναίκες εμφανίζουν διαφορές και ομοιότητες γύρω από το εργασιακό στρες, οι γυναίκες όμως βρίσκονται σε καλύτερη μοίρα όσον αφορά την πνευματική και φυσική τους υγεία αφού όταν ρώτιούνται από τους ειδικούς εμφανίζονται να είναι πιο ευέλικτες και περισσότερο ειλικρινείς για τα συμπτώματα που τους δημιουργούν αγχος²².

Συμφωνά με τους McDonald και Korabik (1991) οι γυναίκες υπόκεινται σε διαφορετικά είδη στρες απ' ότι οι άνδρες, όπως είναι για παράδειγμα αυτό που προέρχεται από την 'σύγκρουση' δουλειάς- προσωπικής ζωής, από τις διακρίσεις και γενικότερα από τα εμπόδια στον εργασιακό χώρο λόγω του φύλου και των προκαταλήψεων γύρω από αυτό. Σε αντίστοιχα αποτελέσματα έχουν καταλήξει έρευνες των Nelson (1990) και Cooper (1983). Αντίθετη άποψη έχει ο Tung (1980) συμφωνά με έρευνα του οποίου διατυπώνεται η άποψη ότι οι γυναίκες κατέχονται από λιγότερο άγχος σε σύγκριση με τους άντρες συναδέλφους τους⁶⁶.

Βία: Η βία μπορεί να έχει διάφορες μορφές δεν περιορίζεται μόνο στη σωματική βία που μπορεί να ασκήσει κανείς. Μπορεί να πάρει την μορφή απειλών, λεκτικού εκφοβισμού, σεξουαλικής παρενοχλήσεις, ψυχολογικής βίας και αυτή του βανδαλισμού⁶⁷.

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα χαρακτηριστικά των ατόμων που ευθύνονται για την επίδειξη βίας στο χώρο της εργασίας τους επιδεινώνονται ως αποτέλεσμα της ύπαρξης ενός 'τοξικού' περιβάλλοντος εργασία. Ένα τέτοιο περιβάλλον χαρακτηρίζεται από αυταρχικό σύστημα διοίκησης και απρόβλεπτη επίβλεψη, από συχνές εισβολές στην ιδιωτική ζωή των ατόμων, μεγάλο βαθμό μυστικοπάθειας και μειωμένη υποστήριξη, καθώς επίσης είναι και εκείνο το περιβάλλον που υποτιμά την δουλειά και την αξιοπρέπεια των ατόμων.

Το φαινόμενο mobbing αποτελεί μια μορφή ψυχολογικής παρενόχλησης στους επαγγελματικούς χώρους, η όποια σχετίζεται με επαναλαμβανόμενες ενέργειες ψυχολογικής βίας, που σκοπό έχουν τη δημιουργεί εχθρικού περιβάλλοντος εργασίας και αρνητικών βιωματικών ψυχοσυναισθηματικών

καταστάσεων για έναν ή περισσότερους εργαζομένους, με σκοπό την απομάκρυνση ή την περιθωριοποίηση τους⁶⁸.

Φόρτος εργασίας: Ο φόρτος εργασίας αποτελεί έναν από τους κοινούς παράγοντες σε διάφορους κλάδους στον εργασιακό χώρο. Αυτό οφείλεται στην αδυναμία προσλήψεις νέων ατόμων, με αποτέλεσμα να υπερφορτώνονται το υπάρχον προσωπικό. Ο φόρτος εργασίας αυξάνει την πιθανότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout), μια κατάσταση που απειλεί πολλούς εργαζόμενους και που θα αναλυθεί εκτενέστερα στην συνέχεια.

Κάνοντας ανασκόπηση ερευνά της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο τομέα οι French Kaplan το 1973 υποστήριξαν ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, τόσο ποιοτικός όσο και ποσοτικός ευθύνεται για τουλάχιστον εννέα συμπτώματα σωματικής και ψυχικής έντασης όπως επαγγελματική δυσαρέσκεια, χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, αμηχανία, ένταση κατά την διάρκεια της εργασίας, υψηλή επίπεδα χοληστερίνης, αυξημένους καρδιαγγειακούς παλμούς και υπερβολικό κάπνισμα⁶⁹.

Εργασιακές σχέσεις: 1. *Έλλειψη υποστήριξης και αναγνώρισης.* Η υποστήριξη και κατ' επέκταση η έλλειψη της μπορεί να προσέλθει από προϊστάμενους, συναδέλφους ακόμη και από υφιστάμενους. Στους περισσότερους χώρους εργασίας, μόνο οι καλύτερες αποδόσεις εκτιμούνται και αμείβονται, με αποτέλεσμα να υπάρχει έντονος ανταγωνισμός μεταξύ των εργαζομένων. Έτσι κάποιος δεν εμφανίζεται διαθεμένος να προσφέρει βοήθεια στον συνάδελφο του, αφού κάποιος άλλος θα ευεργετηθεί.

Ένα άλλο παράδειγμα που προκαλεί στρες, αφορά τους προϊστάμενους που θεωρούν ότι με το να μην ασκούν κριτική σε κάποιον εργαζόμενο για το αποτέλεσμα της δουλειάς του, στην ουσία θεωρείται σαν να τον επιβραβεύουν εργαζόμενος, από την άλλη αισθάνεται ότι η δουλειά του, με κάποιο τρόπο θα πρέπει να αμείβεται, διαφορετικά εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα άγχους και στρες⁷⁰.

Οι Bayat & Severinsson το 2005 πραγματοποίησαν μια ερευνά με δείγμα 71 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε δυο νοσοκομεία του Σύνδεε με σκοπό την διερεύνηση της ικανοποίησης και της ψυχικής ευεξίας του νοσηλευτικού προσωπικού όταν έχουν υποστήριξη από την διοίκηση, Συμφώνα με τα

αποτελέσματα της έρευνας η υποστήριξη του προσωπικού από τους υπευθύνους των τμημάτων είχαν θετική επίδραση στη σωματική και ψυχική τους υγεία⁷¹.

2. *Συγκρούσεις*. Η σύγκρουση ορίζεται ως μια διαδικασία στην οποία υποβάλλεται ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων όταν θεωρεί ότι άλλο/ αλλά άτομα αντιτίθεται στις απόψεις, αξίες, ενδιαφέροντα του καθώς και την αντίληψη του γύρω από την πραγματικότητα. Η ανάμιξη του ατόμου σε μια σύγκρουση στο χώρο εργασίας του αποτελεί ένα γεγονός που του προκαλεί άγχος, κάτι που με την σειρά του επηρεάζει την υγεία και ευημερία του. Η ευημερία μπορεί να μεταφράζεται μεταξύ άλλων σε όρους ικανοποίησης, ψυχοσωματικών παράππων και πνευματικής υγείας.

Η αντίδραση είναι διαφορετική από τον ένα εργαζόμενο στον άλλον και γι' αυτό σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα του καθενός και το πώς μπορεί να διαχειριστεί τις διάφορες συγκρούσεις στον χώρο της εργασίας του⁷².

Συνθήκες εργασίας: Η γενική σωματική υγεία και η ψυχική ευεξία των εργαζομένων συχνά επηρεάζεται από τις ακατάλληλες συνθήκες εργασίας, όπως τον πολύ έντονο φωτισμό, ή ανύπαρκτο φωτισμό, την ιδιαίτερα υψηλή θερμοκρασία τις δονήσεις και ηχητικά κύματα, τα υψηλή επίπεδα θορύβου και τις τοξικές ουσίες/ ακτινοβολία. Οι συνθήκες αυτές αποτελούν στο εργασιακό περιβάλλον των ατόμων πηγή στρες.

Έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι σε μονάδες λόγω των monitors που διαθέτουν, οι ήχοι τους, προκαλούν ένταση, πονοκέφαλους, καθώς και εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων στο προσωπικό, μετά από μακροχρόνια έκθεση. Επίσης συμβάλλουν στη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων όπως αρνητική συμπεριφορά, ανεπαρκής μνήμη, ελλιπής κρίση, μειωμένη ευαισθησία, επαγγελματική εξουθένωση⁷³.

1. *Τεχνολογία.* Η εισαγωγή της νέας τεχνολογίας στον εργασιακό χώρο αλλάζει την φύση της εργασίας. Οι ραγδαίες εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα και ειδικά στον χώρο της υγείας απαιτεί ικανό, ευέλικτο και σωματική ένταση, καταρτισμένο προσωπικό. Η τεχνολογία έτσι, όπως και κάθε τι λαμβάνει την, μορφή αλλαγής μέσα στον εργασιακό χώρο, προκαλεί στο προσωπικό πανικό και αντιδρασεις⁷⁴.
2. *Εργονομία.* Η εργονομία περιλαμβάνει τον σχεδιασμό του χώρου εργασίας, του εξοπλισμού, των εργαλείων και γενικότερα του φυσικού περιβάλλοντος λαμβάνοντας υπόψη τις φυσικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές ικανότητες του ατόμου, με τρόπο που να μεγιστοποιεί την αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα των διαφόρων συστημάτων, ενώ παράλληλα να διασφαλίζει την ασφάλεια, υγεία και ευημερία των εργαζομένων. Σε γενικές γραμμές, στόχος της εργονομίας είναι να προσαρμόζει το 'έργο' στο άτομο και όχι το αντίθετο.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΕΡΓΑΣΙΑ: Την τελευταία δεκαετία και κυρίως σε χώρες της (Ευρωπαϊκής Ένωσης) Ε.Ε έχουν παρουσιαστεί σημαντικές αλλαγές στον εργασιακό χώρο. Μια από τις πιο δημοφιλείς αλλαγές είναι αυτή της εφαρμογής μέτρων που προσφέρουν ευελιξία σε τομείς όπως ο χρόνος και ο χώρος εργασίας, το περιεχόμενο και ανταμοιβές. Οι λόγοι που επέβαλλαν αυτές τις ευνοϊκές ρυθμίσεις είναι διάφοροι, κυρίως οικονομικοί αλλά και λόγω της ανάγκης για

βελτίωση της παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας μέσω της στρατηγικής διοίκησης του ανθρωπίνου δυναμικού και των προγραμμάτων αλλαγών.

Οι αλλαγές στη σύνθεση του εργατικού δυναμικού και η ανάγκη για πρόσληψη και διατήρηση ικανού προσωπικού αποτελούν άλλους παράγοντες που κρίνουν αναγκαία τη χρήση ευέλικτων ρυθμίσεων. Στόχος τους αποτελεί, μεταξύ άλλων η ισοροπία μεταξύ εργασιακής και προσωπικής ζωής /οικογενειακής ζωής και κατ'επέκταση η μείωση του άγχους που δημιουργείται σαν αποτέλεσμα της συνεχούς προσπάθειας για την επίτευξη αυτής της ισορροπίας.

Η σύγκρουση μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής εμφανίζεται όταν οι πιέσεις που δέχεται το άτομο είναι ασυμβίβαστες με αυτές της οικογένειας, με τρόπο που η συμμετοχή του ατόμου στον έναν ρόλο δυσκολεύει την συμμετοχή του στον άλλον⁶⁸.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Οι ειδικοί χρησιμοποίησαν τον όρο burn-out για πρώτη φορά το 1960 για να περιγράψουν τα αποτελέσματα της χρόνιας χρήσης εξαρτιογόνων ουσιών. Αυτός όμως που ανέδειξε το σύνδρομο είναι ο κλινικός Ψυχολόγος Herbert Freudenberger το 1974, όταν εργαζόταν σε κλινική απεξάρτησης τοξικομανών, για να περιγράψει ένα σύνδρομο που θεώρησε αρκετά σύνηθες κατά την εργασιακή του εμπειρία του ίδιου και των συναδέλφων του. Συγκεκριμένα παρατήρησε ότι πολλοί από αυτούς κατά την επαφή τους με τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους, βίωναν μειωμένη ενεργητικότητα, υποκίνηση και δέσμευση, με αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία τους και τους πελάτες, οι οποίες συχνά εξελίσσονταν σε καταθλιπτικά συμπτώματα. Αργότερα το 1980 ο Freudenberger την περιέγραψε ως μια κατάσταση κόπωσης και απογοήτευσης που επέρχεται με την αφοσίωση σε ένα σκοπό, στον τρόπο ζωής ή με την αποτυχία να αποκτηθεί η αναμενομένη ανταμοιβή.

Κατά καιρούς προσπάθησαν να δοθούν διάφοροι ορισμοί για την επαγγελματική εξουθένωση, οι οποίοι χωρίζονταν σε δυο κατηγορίες: α) στους ορισμούς που την περιγράφουν ως κατάσταση⁷⁸ και στους β) στους ορισμούς που την περιγράφουν ως δυναμική διαδικασία⁷⁹.

Οι ορισμοί που περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως κατάσταση, παρουσιάζουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά: δίδετε έμφαση στα ψυχικά συμπτώματα και στην συμπεριφορά, συμπτώματα ως συναισθηματική εξάντληση, κούραση και κατάθλιψη τα οποία σχετίζονται με την εργασία. Επιπλέον, υπάρχει το αίσθημα μειωμένης αποτελεσματικότητας και επαγγελματικής απόδοσης το οποίο δεν οφείλεται στην ανικανότητα του ατόμου, αλλά στην αρνητική στάση και συμπεριφορά του⁸⁰.

Σχετικά με τους ορισμούς που περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως διαδικασία, η κατάληξη είναι αλλαγή στην συμπεριφορά των εργαζομένων και επέρχεται από κάποια στάδια τα οποία έχουν σαν αφετηρία τους το εργασιακό στρες, δηλαδή της ανισορροπίας των απαιτήσεων της εργασίας και των ψυχικών αποθεμάτων του ατόμου.

Οι Maslach & Schaufeli (1993) την περιγράφουν ως μια σταδιακή μείωση της ικανότητας του ανθρώπου να προσαρμόζεται σε ένα περιβάλλον όπου το

επαγγελματικό άγχος διαρκώς αυξάνεται, αναφέροντας συγχρόνως ότι η μείωση της αντοχής στο επαγγελματικό στρες οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση.

Ο πιο διαδεδομένος σήμερα ορισμός για την επαγγελματική εξουθένωση, είναι αυτός που έδωσαν οι Maslach και Jackson (1986) ότι αποτελεί ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης επίτευξης το οποίο μπορεί να προκύψει σε άτομα τα οποία ασχολούνται στον τομέα της παροχής υπηρεσιών σε ανθρώπους, όπως γιατροί και νοσηλευτές.

Η επαγγελματική εξουθένωση θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα είδος άμυνας του ατόμου, η οποία εκδηλώνεται με απάθεια, αλαζονεία και συναισθηματική αποστασιοποίηση⁸¹.

Κάνοντας μια αναδρομή στην βιβλιογραφία παρατηρούμε ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να μελετηθεί ανάλογα με το μοντέλο που θα αποφασίσει να ακολουθήσει ο κάθε ερευνητής. Έχουν προταθεί τέσσερα μοντέλα με σκοπό να προσεγγίσουν την επαγγελματική εξουθένωση και είναι τα ακόλουθα: α) το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982), β) Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980), το οποίο περιλαμβάνει τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης τα οποία είναι : 1) του «ενθουσιασμού», 2) της «αμφιβολίας και της αδρανείας», 3) της «απογοήτευσης και ματαίωσης» και 4) της «απαθείας». γ) το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980), το οποίο αποτελείται από τρεις φάσεις : την φάση του εργασιακού στρες, της εξάντλησης, και της αμυντικής κατάληξης και δ) το μοντέλο της Pines (1988), όπου αξιολογεί την επαγγελματική εξουθένωση από μια μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία (burnout measure).

Βάση του ορισμού των Maslach και Jackson που αναφερθήκαμε πιο πάνω προκύπτουν τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης που αντιπροσωπεύουν διάφορες κατηγορίες συμπτωμάτων αναλυτικά είναι οι εξής:

α) Η **συναισθηματική εξάντληση** (emotional exhaustion), που αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής κόπωσης και καθιστά τον επαγγελματία ανίκανο να συγκεντρωθεί στα εργασιακά του καθήκοντα.

β) Την **αποπροσωποποίηση** (depersonalization), που αναφέρεται στην ανάπτυξη ουδέτερων ή ακόμη και αρνητικών αισθημάτων και την απομάκρυνση του επαγγελματία από τον ασθενή.

γ) Το **αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης** (loss of personal accomplishment), που αναφέρεται στο μειωμένο επιθυμητό και επιδιωκόμενο αίσθημα ικανοποίησης του επαγγελματία από την εργασία του⁸².

Στάδια Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Στάδιο ενθουσιασμού: Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας υγεία είναι συνήθως στην αρχή της καριέρας του ή εισέρχεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας. Έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες, υψηλούς στόχους, ανέφικτους, και επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς ή τους συναδέλφους του. Από το χώρο αυτόν προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και γι' αυτόν το λόγο αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στο αντικείμενό του.

Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας: Στο δεύτερο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται συνήθως ούτε στις προσδοκίες ούτε και στις ανάγκες του και απογοητεύεται. Αρχικά, νομίζει ότι αν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό κι έτσι αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη δουλειά του, παρακολουθεί σεμινάρια, συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης. Παράλληλα, αρχίζει να ενοχλείται από πράγματα που στην αρχή δεν τον απασχολούσαν και να συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά ούτε και της προσωπικής του ζωής.

Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης: Ο επαγγελματίας αισθάνεται ότι δουλεύει σε μια εργασία που του δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απογοήτευση και την αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων. Η φάση αυτή είναι μεταβατική, καθώς ο επαγγελματίας, είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους, είτε φθάνει στο σημείο να απομακρύνεται προοδευτικά από τους αρρώστους και γενικά από το χώρο εργασίας του, καταστάσεις που του προξενούν άγχος.

Στάδιο απάθειας: Στο τελευταίο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και ουσιαστικά διατηρεί τη θέση του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τις χρόνιες αναβολές και ματαιώσεις που βιώνει⁸³.

Συμπτώματα

Η επαγγελματική εξουθένωση εφόσον δεν έχει ξεκάθαρη Συμπτωματολογία εμφανίζει δυσκολία στην διάγνωση της⁸⁴. Καθορίζεται μέσα από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων, που συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα σε οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό επίπεδο και επίπεδο συμπεριφοράς.

Η αποθάρρυνση του εργαζομένου και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και στις δικές του προσδοκίες ,είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Ο επαγγελματίας υγείας συμπεριφέρεται σαν να έχει απέναντι του ένα «περιστατικό» και όχι έναν ασθενή, εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος. Συχνά αποφεύγει το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, γίνεται ψυχρός, τυπικός απρόσωπος, αδιάφορος, απότομος και μερικές φορές και επιθετικός⁸⁴.

Παρουσιάζει υποτίμηση, έλλειψη φροντίδας και σεβασμού, συναισθηματική ανεπάρκεια ή εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους αρρώστους, τους συναδέλφους, αλλά και τον ίδιο του τον εαυτό. Εμφανίζει δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης, επιρρέπεια σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα. Συχνά αργοπορεί, απουσιάζει ή συγκρούεται με συνεργάτες και μέλη της οικογένειας του.

Επιπτώσεις

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχουμε χωρίσει τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθενώσεως σε τρεις κατηγορίες: επιπτώσεις στον χώρο εργασίας, στις διαπροσωπικές σχέσεις και επιπτώσεις στο άτομο.

Επιπτώσεις στον χώρο της εργασίας: Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συσχετιστεί με διάφορες μορφές αρνητικών στάσεων της εργασίας , όπως είναι η εθελουσία αποχώρηση από την εργασία, η καταγραφή πολλών απουσιών, η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση, η μειωμένη αφοσίωση προς το επάγγελμα, η χαμηλή εργασιακή παραγωγικότητα και αποδοτικότητα, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και καινοτομίες⁸⁵.

Επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις: Τα άτομα που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση έχουν επιπτώσεις και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Επιδρούν αρνητικά στους συναδέλφους τους, προκαλώντας προσωπικές συγκρούσεις και αποσπώντας τους από τα επαγγελματικά καθήκοντα τους⁸⁶.

Εκτός όμως από τις σχέσεις τους με τους συναδέλφους επηρεάζεται επίσης και η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζομένου, αφού μεταφέρει τα προβλήματα της εργασίας του στην οικογένεια και στο κοινωνικό περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις του και να μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές⁸⁷.

Σε άλλες περιπτώσεις τα άτομα λόγω της επαγγελματικής εξουθενώσεως έχουν την τάση να ρίχνουν τις ευθύνες σε άλλους ή να αναπτύσσουν κυνική στάση και να αποκτούν αντικοινωνική συμπεριφορά⁸⁷.

Επιπτώσεις στο άτομο: Οι επιπτώσεις στο άτομο μπορεί να είναι σωματικές, ψυχολογικές, συμπεριφορές.

Οι σωματικές περιλαμβάνουν τις τυπικές εκδηλώσεις του στρες στη σωματική υγεία όπως: αϋπνίες, πονοκεφάλους, γαστρεντερικά προβλήματα, αίσθημα κόπωσης, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής, υπερένταση, κ.α. Οι ψυχολογικές περιλαμβάνουν άγχος, κατάθλιψη, μειωμένη αυτό εκτίμηση κ.α.

Ενώ οι συμπεριφορές περιλαμβάνουν τις επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναφέραμε , αλλά και κάποιες άλλες συμπεριφορές όπως χρήση φαρμάκων, υπερβολικού ποτού, ή εργασιομανία^{87,88,89}.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Από τις υποκειμενικές μεθόδους, για την μέτρηση του εργασιακού άγχους, αυτές που χρησιμοποιούνται κατά κόρον είναι τα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια διακρίνονται στα «εξειδικευμένα»^{90,91}, τα οποία απευθύνονται σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες, όπως π.χ. το ερωτηματολόγιο για το νοσηλευτικό προσωπικό, και στα «γενικευμένα» (umbrella questionnaires), τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οποιαδήποτε εργασιακή δραστηριότητα αξιολογώντας τους δυνητικούς παράγοντες του άγχους μέσω ερωτήσεων που αναφέρονται στις εφαρμοζόμενες πρακτικές εργασίας. Από τα γενικευμένα ερωτηματολόγια, ευρέως χρησιμοποιούμενο είναι το job content questionnaire (JCQ), το ερωτηματολόγιο ERI-Q (effort/reward imbalance), καθώς και το OSI (occupational stress indicator). Τα γενικευμένα ερωτηματολόγια, επειδή έχουν κατασκευαστεί με σκοπό την ανάλυση της επικινδυνότητας του άγχους σε ετερογενείς ομάδες εργαζομένων, ενδεχομένως, αν εφαρμοστούν σε μεμονωμένες εργασιακές πρακτικές, να παραβλέπουν σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το ερωτηματολόγιο JCQ, με το οποίο, εφόσον χρησιμοποιηθεί για την ανάλυση του εργασιακού άγχους σε ομάδες εργαζομένων που χαρακτηρίζονται από συχνή επαφή με ασθενείς, όπως είναι οι νοσηλευτές και οι ιατροί, υπάρχει ο κίνδυνος να απωλεστούν πληροφορίες δυνητικά χρήσιμες για την αντιμετώπιση του άγχους, αφού το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν λαμβάνει υπ' όψη το ψυχοσυναισθηματικό υπόβαθρο των εργαζομένων.

Ένα ερωτηματολόγιο το οποίο εντάσσεται στις υποκειμενικές μεθόδους αξιολόγησης του άγχους και χρησιμοποιείται κατά κόρον για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων είναι το ερωτηματολόγιο Maslach burnout inventory (MBI)⁹⁵. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να προσαρμόζεται και να εφαρμόζεται είτε σε ένα γενικό πλαίσιο συνθηκών εργασίας είτε σε εξειδικευμένες πρακτικές εργασίας που αφορούν σε συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων, με αποτέλεσμα να υπάρχει σε πολλές παραλλαγές, όπως π.χ. η έκδοση που απευθύνεται στο ιατρικό και το παραϊατρικό προσωπικό των νοσοκομείων, η οποία αποτελεί το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο διεθνώς για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στα νοσοκομεία⁹⁶. Το ερωτηματολόγιο MBI –σε όλες του τις παραλλαγές– αξιολογεί

την επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζοντας την αντίληψη των εργαζομένων για τις υπάρχουσες συνθήκες εργασίας με τρεις παραμέτρους: Τη συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), την αποπροσωποποίηση (depersonalization) και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (loss of personal accomplishment)^{94,95}.

Αντίθετα με τις υποκειμενικές μεθόδους, οι αντικειμενικές μέθοδοι αξιολόγησης του άγχους δεν λαμβάνουν υπ' όψη την αντίληψη των εργαζομένων αναφορικά με τους αγχογόνους παράγοντες, αλλά αναφέρονται σε δείκτες που αντιστοιχούν σε αριθμητικές τιμές δημιουργώντας «κλίμακες επικινδυνότητας», οι οποίες αντικατοπτρίζουν αναλογικά την επίδραση των συνθηκών εργασίας στη συμπεριφορά και την υγεία των εργαζομένων. Τέτοιοι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη συσχέτιση των εργασιακών συνθηκών με την εκδήλωση του επαγγελματικού άγχους είναι ο λόγος του αριθμού των εργαζομένων προς τον αριθμό των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων, η αναλογία εργαζομένων/ασθενών, οι βιοχημικοί-ορμονικοί δείκτες, οι δείκτες ατυχημάτων-παρ' ολίγον ατυχημάτων, καθώς και οι συμπεριφορικοί δείκτες (αριθμός απουσιών λόγω ασθένειας, διαπληκτισμοί, επαναλαμβανόμενα λάθη στην εργασία κ.λπ.)^{97,98}.

Ας σημειωθεί ότι οι υποκειμενικές μέθοδοι, αν και βασίζονται στην προσωπική γνώμη των εργαζομένων αναφορικά με τις αγχογόνες συνθήκες στο περιβάλλον εργασίας (ένας παράγοντας μπορεί να είναι αγχογόνος για μερικά άτομα ενώ όχι για κάποια άλλα), σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να θεωρούνται υποδεέστερες των αντικειμενικών, αφού εκείνες παρέχουν πληροφορίες για την αντίληψη του εργαζόμενου σε εργασιακά θέματα που αφορούν στην οργάνωση, στο φόρτο εργασίας, στην εναλλαγή θέσεων εργασίας (turnover) και, γενικότερα, σε ζητήματα που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με τους αιτιολογικούς παράγοντες του άγχους. Οι πληροφορίες αυτές, αν αξιοποιηθούν κατάλληλα, έχουν καθοριστική σημασία στη διαχείριση του άγχους και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες οι παρεμβάσεις έχουν ως στόχο την αντιμετώπιση του άγχους μέσω της ανάπτυξης των ατομικών ικανοτήτων των εργαζομένων. Γι' αυτό, είναι αναγκαίο τα αποτελέσματα τόσο των υποκειμενικών όσο και των αντικειμενικών μεθόδων να αξιοποιούνται συμπληρωματικά, αφού στο σύνολό τους θα αποτελέσουν το υπόστρωμα πάνω στο οποίο θα δομηθούν τα αναγκαία παρεμβατικά μέτρα για την πρόληψη, την εξάλειψη ή τον περιορισμό του εργασιακού άγχους⁹⁹.

Σε κάθε περίπτωση, όμως, ανεξάρτητα από τη μέθοδο ή τις μεθόδους ανάλυσης που θα επιλεγούν, μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί στη χρήση των εργαλείων ανάλυσης του άγχους, τα οποία πολύ συχνά προτείνονται, επιλέγονται και χρησιμοποιούνται με τρόπο αυθαίρετο και όχι σπάνια λανθασμένο έχοντας ως απώτερο σκοπό όχι τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας αλλά την υποχρέωση συμμόρφωσης με τη νομοθεσία. Τέτοια μπορεί να είναι η περίπτωση των εργαλείων έρευνας, όπως είναι τα ερωτηματολόγια ή οι προκατασκευασμένες λίστες ελέγχου (check lists), τα οποία αν χρησιμοποιηθούν από μη έμπειρα άτομα κινδυνεύουν να γίνουν στοιχεία συγκάλυψης κάποιων όψεων του προβλήματος, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η ερμηνεία των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί και κατά συνέπεια να δυσχεραίνεται η εφαρμογή των αναγκαίων μέτρων πρόληψης και προστασίας έναντι του εργασιακού άγχους¹⁰⁰.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι, εκτός από τη μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί στην ανάλυση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ιδιαίτερη σημασία έχει ο τρόπος εφαρμογής της στο ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο υφίσταται τις επιδράσεις των αγχογόνων συνθηκών εργασίας. Βιβλιογραφικά δεδομένα επισημαίνουν ότι είναι σημαντικό η αξιολόγηση να διαχωρίζει το εργασιακό άγχος σε επίπεδο ομάδας και σε ατομικό επίπεδο λόγω των διαφορετικών αλληλεπιδράσεων που υπάρχουν μεταξύ των εργαζομένων, καθώς και της ατομικής διαφορετικότητας (ατομική επιδεκτικότητα) του κάθε εργαζόμενου. Σε επίπεδο ομάδας –είτε πρόκειται για το σύνολο των εργαζομένων μιας νοσοκομειακής μονάδας, είτε για εργαζόμενους συγκεκριμένου τμήματος του νοσοκομείου, είτε για συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα (π.χ. ιατρικό προσωπικό, νοσηλεύτες, τραυματιοφορείς κ.λπ.) – είναι αναγκαίο η εκτίμηση να αναδεικνύει την επιδημιολογική διάσταση του προβλήματος, καθώς και τους αιτιολογικούς παράγοντες στους οποίους αποδίδεται το επαγγελματικό άγχος. Σε ατομικό επίπεδο, είναι σημαντικό η αξιολόγηση να λαμβάνει προσεκτικά υπ' όψη τους φυσιολογικούς μηχανισμούς του άγχους και την επίδρασή τους στην υγεία του εργαζόμενου. Συγκεκριμένα, να λαμβάνει υπ' όψη την τυχαιότητα ή και την αιτιότητα μίας ή περισσοτέρων φυσιοπαθολογικών καταστάσεων του εργαζόμενου με το άγχος και την προγνωστική αξία των ενδεχόμενων παρεμβατικών μέτρων, τα οποία στην παρούσα περίπτωση είναι θεραπευτικού και επανορθωτικού χαρακτήρα¹⁰³.

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Στο παρελθόν, η διαχείριση του επαγγελματικού άγχους βασιζόταν σε παρεμβάσεις οι οποίες συνδέονταν με την επίτευξη στόχων που αφορούσαν σε μεμονωμένες προβληματικές καταστάσεις (π.χ. οργανωτικό κλίμα, burnout, mobbing). Σήμερα, η διαχείριση του άγχους βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση των συνθηκών εργασίας υιοθετώντας στρατηγικές περισσότερο ευρείες και συνεργιστικές που είναι σε θέση να αξιολογούν εξειδικευμένα φαινόμενα και παράλληλα να εξετάζουν τις κοινές πλευρές και τις διασυνδέσεις προβλημάτων που αναφέρονται σε προσωπικό, διαπροσωπικό και οργανωτικό επίπεδο.

Οι στρατηγικές αυτές, εκτός από την ιατρική επίβλεψη, αφορούν στην οργάνωση της εργασίας, στην τυπολογία των εφαρμοζόμενων εργασιακών πρακτικών και στους τρόπους συμπεριφοράς των εργαζομένων. Η επιλογή της στρατηγικής, καθώς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα αναπτυχθούν οι παρεμβατικές ενέργειες, καθορίζονται από τα αποτελέσματα της ανάλυσης της επικινδυνότητας του εργασιακού άγχους^{104,105}.

Σε μια στρατηγική διαχείρισης ολιστικής προσέγγισης, πολύ συχνά οι παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση του εργασιακού άγχους είναι σύνθετοι και διαφορετικοί μεταξύ τους –διαφορές στο πλαίσιο οργάνωσης της εργασίας, στα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων κ.λπ.– με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές, αν αντιμετωπιστούν αποσπασματικά ή όλοι ταυτόχρονα στο σύνολό τους, η αντιμετώπιση του προβλήματος να είναι επιφανειακή και κατά συνέπεια να βοηθά ελάχιστα στη δόμηση ενός σχεδίου παρεμβατικών μέτρων¹⁰⁶. Για το λόγο αυτόν, η εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης του άγχους είναι αναγκαίο να υλοποιείται σε φάσεις αναδεικνύοντας τα χαρακτηριστικά των αιτιολογικών παραγόντων του άγχους, τα οποία με τη σειρά τους θα κατευθύνουν τη λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων. Επιπλέον, είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν πολλαπλές ή και διαφοροποιημένες στρατηγικές παρέμβασης σε οργανωτικό, συλλογικό και ατομικό επίπεδο. Με βάση τα παραπάνω, οι στρατηγικές παρέμβασης μπορούν να διαχωριστούν σε τρία επίπεδα¹⁰⁷:

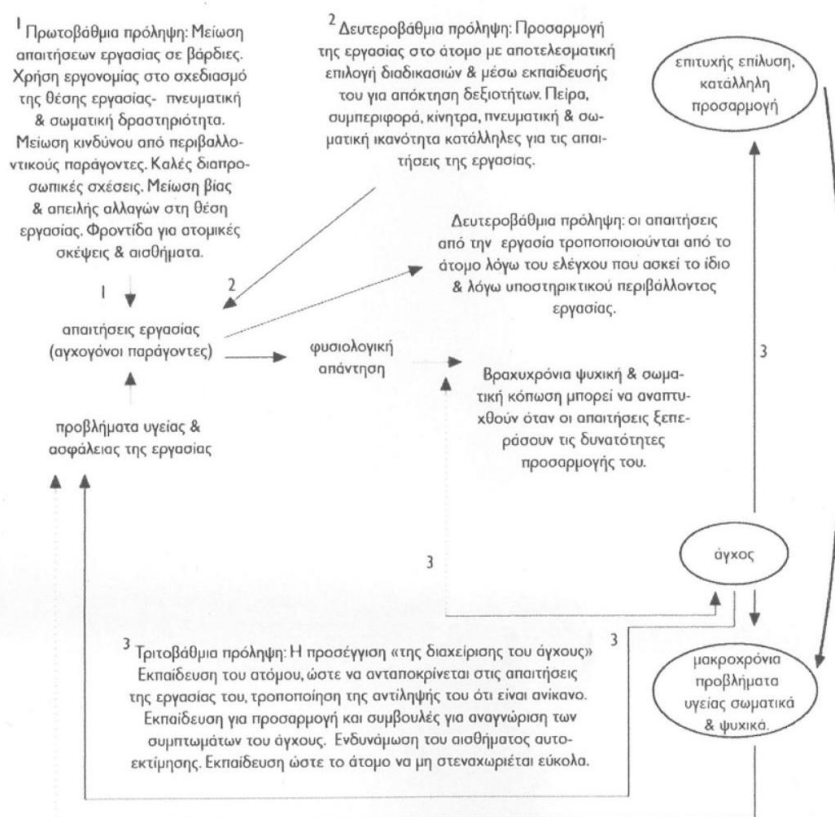
Σε οργανωτικό επίπεδο (**πρωτογενείς παρεμβάσεις**): Στοχεύουν στη λήψη μέτρων στο επίπεδο της οργάνωσης της εργασίας, δίνοντας έμφαση κυρίως στον εργονομικό σχεδιασμό των δραστηριοτήτων. Τέτοια μέτρα αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον, στον εξοπλισμό εργασίας-τεχνολογίας, στους ρυθμούς

(ένταση) της εργασίας, στα ωράρια, καθώς και στο σύστημα επιβράβευσης-ανέλιξης¹⁰⁸.

Στην περίπτωση αυτή, τα παρεμβατικά μέτρα είναι προληπτικού και διορθωτικού χαρακτήρα, ενώ αξιολογούνται με όρους κόστους-αποτελέσματος.

Σε επίπεδο μικρής ομάδας (**δευτερογενείς παρεμβάσεις**): Στοχεύουν στην ενημέρωση-εκπαίδευση των εργαζομένων σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο αναφορικά με τις ορθές πρακτικές εργασίας και τον κώδικα συμπεριφοράς στους εργασιακούς χώρους (κάθετες και οριζόντιες διαπροσωπικές σχέσεις, επικοινωνία, ρόλοι, καθήκοντα, υποχρεώσεις, συνεργατικότητα). Σκοπός των εν λόγω παρεμβάσεων είναι η ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων των εργαζομένων να διαχειρίζονται το άγχος μέσω εξειδικευμένης επιμόρφωσης¹⁰⁹.

Σε ατομικό επίπεδο (**τριτογενείς παρεμβάσεις**): Αφορούν στη λήψη μέτρων επανορθωτικού-θεραπευτικού χαρακτήρα και στοχεύουν στην εξάλειψη-μείωση της έντασης των συμπτωμάτων του άγχους σε ατομικό επίπεδο. Η αξιολόγηση των μέτρων στην περίπτωση αυτή γίνεται με όρους σοβαρότητας των συμπτωμάτων-οφέλους (Σχήμα 1).



Σχήμα 1: Πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια & τριτοβάθμια πρόληψη άγχους. Occup. Safety & Health Service '98.

Ένα σημείο το οποίο πρέπει να επισημανθεί αναφορικά με την επιλογή των στρατηγικών διαχείρισης του εργασιακού άγχους είναι ότι οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο πρέπει να γίνονται αφού εξαντληθούν ενδεχόμενες παρεμβάσεις σε οργανωτικό και συλλογικό επίπεδο.

Συγκεκριμένα, πριν υιοθετηθούν παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο –τα μέτρα στην περίπτωση αυτή είναι επανορθωτικού-θεραπευτικού χαρακτήρα– πρέπει να εξαντληθούν οι δυνατότητες πρωτογενών και δευτερογενών παρεμβάσεων (μέτρα προληπτικού και διορθωτικού χαρακτήρα). Τέτοια μέτρα, για παράδειγμα, θα μπορούσαν να αφορούν αφ' ενός στη βελτίωση της οργάνωσης, των διαδικασιών, των συνθηκών και του περιβάλλοντος της εργασίας και αφ' ετέρου στη βελτίωση της διοίκησης και της κάθετης επικοινωνίας μέσω της διευκρίνισης των στόχων της διοίκησης του νοσοκομείου και του ρόλου του κάθε εργαζόμενου, της σύνδεσης ευθυνών-αρμοδιοτήτων στην εργασία και της εκπαίδευσης των διευθυντικών στελεχών και των εργαζομένων, προκειμένου να ενισχυθεί η επίγνωση των προβλημάτων του άγχους και των τρόπων αντιμετώπισής του. Στην πράξη, όμως, η διαχείριση του επαγγελματικού άγχους από την πλειονότητα των επαγγελματιών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας βασίζεται σε ατομικές παρεμβάσεις, κυρίως λόγω του αυξημένου κόστους λήψης των πρωτογενών και των δευτερογενών παρεμβάσεων, καθώς και της κυρίαρχης αντίληψης της αιτιότητας-υπαιτιότητας του εργαζόμενου ως προς την εκδήλωση του εργασιακού άγχους¹¹⁰.

Παρ' όλα αυτά, ανεξάρτητα από τη στρατηγική που θα ακολουθηθεί, κατά τη διαδικασία διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους, αρχικά πρέπει να εφαρμόζονται παρεμβάσεις περιορισμένης κλίμακας και καθώς αποκαθίσταται σταδιακά η εμπιστοσύνη και επιτυγχάνονται θετικά αποτελέσματα, οι παρεμβάσεις να επεκτείνονται σε μεγαλύτερη κλίμακα (positive feedback). Επίσης, για να έχουν οι παρεμβάσεις αποτελεσματικότητα και διάρκεια στο χρόνο, πρέπει να υπάρχει ενεργός εμπλοκή στη διαχείριση του άγχους –εκτός από τους εργαζόμενους και τους εκπροσώπους τους– και από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Το ανθρώπινο δυναμικό σε μια νοσοκομειακή μονάδα θα πρέπει να έχει στοιχειώδεις γνώσεις σε θέματα που αφορούν στη σχέση του επαγγελματικού άγχους με τα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά. Επίσης, είναι σημαντικό να παρέχονται συγκεκριμένα παραδείγματα θετικών παρεμβάσεων, έτσι ώστε αυτά να αποτελούν σημεία αναφοράς για τους εργαζόμενους και ερεθίσματα για συνέχιση των παρεμβάσεων.

Από πολυάριθμα βιβλιογραφικά δεδομένα προκύπτει σαφώς ότι, όταν είναι δυνατός ο έλεγχος των αιτιολογικών παραγόντων του επαγγελματικού άγχους, οι διορθωτικές παρεμβάσεις οδηγούν σε σημαντικά θετικά αποτελέσματα τόσο ως προς την υγεία των εργαζομένων όσο και ως προς την οργάνωση και την ποιότητα των υπηρεσιών της νοσοκομειακής μονάδας¹¹¹. Κατά συνέπεια, είναι αναγκαία η συστηματική ενημέρωση για το θέμα σε όλα τα επίπεδα και επιπλέον η ύπαρξη πραγματικού ενδιαφέροντος για βελτίωση των συνθηκών εργασίας (ευαισθητοποίηση), η συνειδητοποίηση ότι οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο δεν αντικαθιστούν τις παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο αλλά τις συμπληρώνουν και, τέλος, η πεποίθηση ότι αυτές οι παρεμβάσεις αποτελούν ευκαιρία για τη βελτίωση της ποιότητας των συνθηκών εργασίας και κατά συνέπεια των παρεχομένων υπηρεσιών της νοσοκομειακής μονάδας¹¹².

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να αποτελεί ένα μέρος του συνολικού περιβάλλοντος των ανθρώπων, παίζει όμως πολύ σημαντικό ρολό στη διατήρηση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Ερευνητικές μελέτες αναφέρουν ότι το προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία, βιώνει μεγαλύτερο επαγγελματικό άγχος σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα και είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση¹¹³.

Το άγχος που βιώνει το προσωπικό έχει αντίκτυπο τόσο στην προσωπική, όσο και στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή των ατόμων¹¹⁴.

Η συγκεκριμένη ερευνά ασχολείται με το εργασιακό άγχος που βιώνει το προσωπικό των νοσοκομείων, ενώ επιχειρείται η σύγκριση του προσωρινού (state anxiety) και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (trait anxiety) ανάμεσα σε διαφορές ομάδες εργαζομένων. Επίσης αναλύονται τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους ενώ απαιτούνται παρεμβάσεις τόσο σε ατομικό όσο και οργανωτικό επίπεδο για την πρόληψη και την αντιμετώπιση.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν η εκτίμηση της έντασης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους εργαζομένων σε δημόσια νοσοκομεία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 280 άτομα που εργάζονται σε τέσσερα νοσοκομεία του Λεκανοπέδιου της Αττικής.

Έγινε κωδικοποίηση και στατιστική επεξεργασία των στοιχείων της μελέτης, με το στατιστικό πακέτο SPSS-17 και την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας, t-test και anova. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο του p-value <0,05.

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο το «State-Trait Anxiety Inventory for adults» του Ch. Spielberger. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τους εργαζομένους.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι ένα καθοριστικό εργαλείο για τη μέτρηση του άγχους στους ενήλικες. Έχει τη δυνατότητα να διακρίνει τη διαφορά ανάμεσα στο παροδικό - στιγμιαίο άγχος (state anxiety) από το μόνιμο και πιο γενικό (trait

anxiety). Βοηθάει τους επαγγελματίες υγείας να διακρίνουν τα αισθήματα μεταξύ άγχους και κατάθλιψης. Η απλότητά του το κάνει ιδανικό για την εκτίμηση των ατόμων και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Είναι προσαρμοσμένο σε περισσότερες από σαράντα γλώσσες και αποτελεί το πιο σημαντικό εργαλείο για τη μέτρηση του προσωπικού άγχους^{115,116}. Η αξιοπιστία της κλίμακας για την μέτρηση του μόνιμου άγχους (trait anxiety scale) είναι υψηλή από 0.65 έως 0.86 και για την κλίμακα του περιστασιακού άγχους (state anxiety scale) η αξιοπιστία είναι 0.16 έως 0.62. Αυτή η χαμηλή σταθερότητα είναι αναμενόμενη καθότι αντικατοπτρίζει την επίδραση διαφόρων συναισθηματικών καταστάσεων, που ο ασθενής βιώνει την στιγμή της συμπλήρωσης της κλίμακας.

Η κλίμακα STAI έχει σαράντα ερωτήσεις με τέσσερις πιθανές απαντήσεις για κάθε μία. Κυρίως εκτιμούνται τα αισθήματα φόβου, ανησυχίας, έντασης, νευρικότητας και στεναχώριας. Η βαθμολογία της κλίμακας αυξάνεται ως απάντηση στο σωματικό κίνδυνο και στο ψυχολογικό στρες και μειώνεται μετά από ανακούφιση ή χαλάρωση. Εκτιμάει πως οι ερωτώμενοι αισθάνονται σε μια συγκεκριμένη στιγμή στο πρόσφατο παρελθόν και πως προβλέπουν ότι θα ανταποκριθούν σε μια κατάσταση, που είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν στο μέλλον, είτε σε μια ποικιλία υποθετικών καταστάσεων.

Η φύση των μεταβλητών και στις δύο περιπτώσεις δηλώνει ισόποσα θετικά και αρνητικά συναισθήματα. Σε κάθε μεταβλητή οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να σημειώσουν με τη κλίμακα διαβάθμισης τεσσάρων σημείων, τύπου Likert, τη συμφωνία σε κάθε μεταβλητή από καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ για το περιστασιακό άγχος και σχεδόν ποτέ, μερικές φορές, συχνά, σχεδόν πάντα, για το μόνιμο άγχος¹¹⁷.

Αναλυτικότερα, η συνολική βαθμολογία ταξινομείται σε τέσσερα επίπεδα για να παρουσιάσει μια σφαιρική κλινική εκτίμηση του άγχους. Συνολική βαθμολογία μικρότερη του 40 εκτιμάται ως φυσιολογική κατάσταση ή απουσία άγχους, 40-47 ως ήπιας έντασης άγχους, 48-55 ως μέτριας έντασης άγχους και 56-80 ως σοβαρής έντασης άγχους. Εκτός από τις εξαρτημένες μεταβλητές, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε και δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός και ηλικία παιδιών, μορφωτικό επίπεδο, κλπ.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Όλος ο πληθυσμός της μελέτης ήταν Έλληνες και γνώριζαν την Ελληνική γλώσσα. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα

ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και τηρήθηκαν όλες οι δεοντολογικές διαδικασίες.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέσες τιμές \pm τυπικές αποκλίσεις. Η στατιστική δοκιμασία t-test χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε δύο ποσοτικές συνεχείς μεταβλητές που ακολουθούν την κανονική κατανομή, ενώ η απονα για περισσότερες από δύο.

Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 17.

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτήν, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη. Στη παρούσα μελέτη τηρήθηκαν όλες οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπους και δόθηκε η σχετική άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του νοσοκομείου. Όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και έδωσαν προφορικά τη συγκατάθεσή τους,

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 280 άτομα ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Εξ αυτών το 67,1% προέρχονταν από το Π.Γ.Ν. «Τζάνειο» το 11,8% από το Γ.Κ.Ν. «Νίκαιας», το 11,8% από το Γ.Ν.Ν.Θ. «Σωτηρία» και το 9,3% από το Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός». Σε σχέση με το φύλο το 25,1% ήταν άντρες ενώ το 74,9% ήταν γυναίκες. Αναφορικά με την ηλικία το 23,7% ήταν κάτω των 30 ετών, το 33,3% ηλικίας 31-40, το 30,8% από 41-50 ετών, ενώ των 50 ετών αποτέλεσε το 12,2%. Ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων έγγαμοι και συμβιωμένοι αποτέλεσαν το 52,2%, οι άγαμοι το 38,5% ενώ μόλις 9,4% αποτέλεσαν διαζευγμένοι και χήροι. Παιδιά είχαν 143 άτομα ποσοστό 51%. Ως προς το επάγγελμα του δείγματος το 25% ήταν γιατροί, το 33,3% νοσηλευτές, το 16,1% βοηθοί νοσηλευτών και το 25,4% διοικητικοί υπάλληλοι. Σε σχέση με την εκπαίδευση το 32,3% ήταν απόφοιτοι των Α.Ε.Ι., το 34,1% απόφοιτοι των Τ.Ε.Ι., ενώ το 33,7% απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών σε επίπεδο master κατείχε το 22,2%, διδακτορικό το 6,5%, νοσηλευτική ειδικότητα το 6,5%, εξειδίκευση το 6,1%, ενώ το 58,8% δεν αναφέρει κανένα τίτλο μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Ανάλογα με το τμήμα εργασίας του το 11,8% ήταν σε παθολογικό, το 13,6% σε χειρουργικό / ορθοπαιδικό, σε Μονάδες Εντατικής Παρακολούθησης το 15,8%, και σε καρδιολογικό τμήμα το 6,8%. Ενώ το 52% απασχολιόταν σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα χρόνια προϋπηρεσίας που εργάζονταν τα άτομα από 0-4 το 23,3%, από 5-10 το 30,1%, από 11-25 το 31,9% και από 26-36 το 14,7%. Ανάλογα τώρα με τη θέση που κατείχαν στα νοσοκομεία το 8,6% εκτελούσαν χρέη υπευθύνου, και προϊστάμενοι το 40,9% ήταν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών. Το 24,4% αποτέλεσαν ειδικευόμενοι και ειδικευμένοι γιατροί, ενώ το 26,2% ήταν υπάλληλοι. Πρωινό ωράριο εκτελούσε το 44,8% ενώ το υπόλοιπο ποσοστό 55,2%, έκανε κυκλικό ωράριο. Ο μέσος όρος των ατόμων που εργάζονταν σε τμήματα το πρωί ήταν από 0-2 άτομα που αποτέλεσε το 24,1%, από 3-9 το 70%, ενώ από 10-24 άτομα μόλις το 5,8%. Στην απογευματινή βάρδια εργάζονταν από 0-1 άτομα το 15,6%, από 2-4 το 73,4%, ενώ από 5-10 μόλις το 11,1%. Ενώ στην νυχτερινή βάρδια εργάζονταν από 0-1 άτομα το 43,7%, από 2-3 το 41,2% και 4-7 το 15,1%. Ανάλογα με την δύναμη των ασθενών κατά μέσο όρο

την ημέρα το 16,5% αναφέρει 0-9 άτομα, το 42,3% 10-25 άτομα, ενώ το 41,2% από 26 και πάνω.

Στατιστικά αποτελέσματα

Από την σύγκριση των μέσων τιμών της συνολικής βαθμολογίας της έντασης του περιστασιακού άγχους των εργαζομένων δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το νοσοκομείο εργασίας $p=0.422$. Αντίθετα όσο αναφορά το μόνιμο άγχος βρέθηκαν υψηλότερες τιμές με στατιστικά σημαντική διαφορά στους εργαζόμενους του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» $p=0.036$. Σε σχέση με το φύλο επίσης δεν βρέθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο περιστασιακό άγχος, $p=0.304$ και το μόνιμο $p=0.068$. Επίσης στατιστικές σημαντικές διαφορές στο περιστασιακό και μόνιμο άγχος δεν βρέθηκαν σε σχέση με την ηλικία $p=0.989$ και $p=0.590$ αντίστοιχα. Όσο αναφορά την οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε ότι οι άγαμοι βιώνουν μεγαλύτερης έντασης περιστασιακού άγχους $p=0.14$ ενώ μόνιμο άγχος μεγαλύτερης έντασης βιώνουν οι έγγαμοι $p=0.005$. Επίσης δεν βρέθηκε η ύπαρξη των παιδιών να επηρεάζει τα επίπεδα του περιστασιακού και μόνιμου άγχους $p=0.157$ και $p=0.813$ αντίστοιχα. Συγκρίνοντας την μέση τιμή του περιστασιακού και του μόνιμου άγχους σε σχέση με το επάγγελμα βρέθηκε ότι: οι διοικητικοί υπάλληλοι βιώνουν μικρότερης έντασης περιστασιακού άγχους $p=0.018$ όπως και μόνιμο άγχος $p<0.001$. Αναλυτικότερα από την εφαρμογή των Post Hoc test όσο αναφορά το περιστασιακό άγχος οι διοικητικοί υπάλληλοι δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τους γιατρούς $p=0.097$ και των βοηθών των νοσηλευτών $p=0.643$ ενώ διαφέρουν στατιστικά σημαντικά $p=0.016$, όσο αναφορά το μόνιμο άγχος, οι διοικητικοί υπάλληλοι είχαν μικρότερης έντασης και διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τους γιατρούς $p<0.001$ και από τους νοσηλευτές $p=0.001$. Ενώ δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τους βοηθούς των νοσηλευτών $p=0.066$. Σε σημαντικές διαφορές όσο αναφορά το μόνιμο άγχος όπου μικρότερης έντασης μόνιμο άγχος βίωναν οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχέση με την εκπαίδευση δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο περιστασιακό άγχος μεταξύ δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά βρέθηκαν στατιστικές $p=0.001$. Αναλυτικότερα τα άτομα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης διέφεραν στατιστικά σημαντικά από απόφοιτους των ΑΕΙ $p=0.02$ και από τους απόφοιτους

των ΤΕΙ $p=0.029$. Επίσης βρέθηκε ότι οι έχοντες μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών βιώνουν μεγαλύτερης έντασης περιστασιακού άγχους $p=0.051$ και μόνιμου άγχους $p=0.001$. Δεν βρέθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές σε σχέση με το τμήμα εργασίας $p=0.95$ για το περιστασιακό άγχος και $p=0.515$ για το μόνιμο.

Επίσης στατιστικές σημαντικές διαφορές δεν βρέθηκαν με τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας $p=0.518$ και $p=0.254$ αντίστοιχα. Αντίθετα βρέθηκαν να βιώνουν μεγαλύτερης έντασης περιστασιακό και μόνιμο άγχος οι κατέχοντες υπεύθυνης θέσης (προϊστάμενοι και υπεύθυνοι τμημάτων) $p=0.002$ και $p<0.001$ αντίστοιχα. Όσο αφορά την βάρδια εργασίας βρέθηκε ότι τα άτομα που εργάζονται με κυκλικό ωράριο βιώνουν μεγαλύτερης έντασης περιστασιακού άγχους $p=0.007$, ενώ δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στο μόνιμο άγχος $p=0.090$. Όσο αφορά τον αριθμό των ατόμων που εργάζονται σε πρωινό ωράριο ότι όσο περισσότερα άτομα δουλεύουν στην βάρδια τόσο μεγαλύτερης έντασης περιστασιακού και μόνιμου άγχους βιώνουν $p<0.001$ και $p=0.004$. Όσο αφορά το απογευματινό ωράριο δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, σχετικά με τον αριθμό των εργαζομένων σε σχέση με το περιστασιακό άγχος $p=0.180$, αλλά για το μόνιμο άγχος όταν εργάζονται στο τμήμα 5-10 άτομα βιώνουν μεγαλύτερης έντασης, μόνιμο άγχος $p=0.012$. Όσο αφορά τον αριθμό των ατόμων που εργάζονται σε νυχτερινή βάρδια δεν είχαμε στατιστικά σημαντική διαφορά $p=0.936$ και $p=0.778$ αντίστοιχα. Σχετικά με τη δύναμη των ασθενών στο τμήμα βρέθηκε ότι όσο λιγότεροι ασθενείς στο τμήμα τόσο μεγαλύτερης έντασης περιστασιακού και μόνιμου άγχους βιώνουν οι εργαζόμενοι $p=0.016$ και $p<0.001$ αντίστοιχα.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		n	%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Π.Γ.Ν «Τζάνειο»	187	67,1
	Γ.Κ.Ν «Νίκαιας»	33	11,8
	Γ.Ν.Ν.Θ «Σωτηρία»	33	11,8
	Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός»	26	9,3
ΦΥΛΟ	Άνδρες	70	25,1
	Γυναίκες	209	74,9
ΗΛΙΚΙΑ	< 30	66	23,7
	31-40	93	33,3
	41-50	86	30,8
	> 50	34	12,2
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Έγγαμος/Συμβίωση	145	52,2
	Άγαμος	107	38,5
	Διαζευγμένος/χήρος	26	9,4
ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	Ναι	143	51,3
	Όχι	136	48,7
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Ιατρός	70	25,1
	Νοσηλεύτης /τρια	93	33,3
	Βοηθός Νοσηλεύτη	45	16,1
	Διοικητικός Υπάλληλος	71	25,4
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Απόφοιτος ΑΕΙ	90	32,3
	Απόφοιτος ΤΕΙ	95	34,1
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	94	33,7
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	Διδακτορικό	18	6,5
	Master	62	22,2
	Νοσηλευτική ειδικ.	18	6,5
	Εξειδίκευση	17	6,1
	Τίποτα	164	58,8
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	Παθολογικό	33	11,8
	Χειρ/κο –Ορθοπ/κο	38	13,6
	Μ.Ε.Θ	44	15,8
	Καρδιολογικό	19	6,8
	Άλλο	145	52
ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ	0 - 4	65	23,3
	5 - 10	84	30,1
	11 - 25	89	31,9
	26 - 36	41	14,7
ΘΕΣΗ	Υπάλληλος	73	26,2
	Προϊστάμενος / Υπεύθυνος	24	8,6
	Νοσηλεύτης / Βοηθός Νοσηλεύτη	114	40,9
	Ειδικευόμενος / Ειδικευμένος	68	24,4
ΒΑΡΔΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΩΡΑΡΙΟ	Πρωινό	125	44,8
	Κυκλικό	154	55,2
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΠΡΩΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ	0 - 2	62	24,1
	3 - 9	180	70,0
	10 - 24	15	5,8
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΠΡΟΣ/ΚΟΥ ΣΕ ΑΠΟΓΕΥΜ. ΩΡΑΡΙΟ	0 - 1	31	15,6
	2 - 4	146	73,4
	5 - 10	22	11,1
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΠΡΟΣ/ΚΟΥ ΣΕ ΝΥΧΤΕΡΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ	0 - 1	87	43,7
	2 - 3	82	41,2
	4 - 7	30	15,1
ΔΥΝΑΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	0 - 9	46	16,5
	10 - 25	118	42,3
	26 +	115	41,2

Πίνακας 1.Βαθμός έντασης του προσωρινού άγχους στο προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία

ΠΡΟΣΩΡΙΝΟ ΑΓΧΟΣ	ΓΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Β.ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ
Φυσιολογική κατ. (20-40)	14,3	5,4	8,9	19,7
Ήπιας έντασης (41-47)	10,0	11,8	17,8	9,9
Μέτριας έντασης (48-55)	17,1	29,0	26,7	29,6
Σοβαρής ένταση (56-80)	58,6	53,8	46,7	40,8

Πίνακας 2.Βαθμός έντασης του μόνιμου άγχους στο προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία

ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	ΓΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Β.ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ
Φυσιολογική κατ. (20-40)	–	1,1	–	12,7
Ήπιας έντασης (41-47)	18,6	16,1	22,2	12,7
Μέτριας έντασης (48-55)	21,4	35,5	28,9	56,3
Σοβαρής ένταση (56-80)	60,0	47,3	48,9	18,3

Πίνακας 3. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με το νοσοκομείο εργασίας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Π.Γ.Ν. «Τζανειο»	187	54,3 ± 11,1	187	53,4 ± 7,9
Γ.Κ.Ν. « Νίκαιας»	33	56,6 ± 14,3	33	55,6 ± 9,2
Γ.Ν.Ν.Θ«Σωτηρία»	33	57,0 ± 12,6	33	56,2 ± 6,1
Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός»	26	56,7 ± 9,0	26	57,2 ± 7,8
P	0,422		0,036	

Πίνακας 4. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με το φύλο

ΦΥΛΟ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Άνδρες	70	53,8 ± 13,6	70	55,9 ± 8,6
Γυναίκες	209	55,6 ± 10,7	209	53,8 ± 7,7
P	0,304		0,68 (*)	

Πίνακας 5. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
< 30	66	54,9 ± 9,7	66	54,1 ± 7,1
31 - 40	93	55,4 ± 10,2	93	55,2 ± 7,0
41 - 50	86	55,0 ± 13,5	86	53,6 ± 8,8
> 50	34	55,3 ± 12,9	34	54,4 ± 9,8
p	0,989		0,590	

Πίνακας 6. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Έγγαμος / Συμβίωση	145	54,7 ± 12,1	145	55,2 ± 7,6
Άγαμος	107	57,0 ± 11,2	107	54,4 ± 7,9
Διαζευγμένος / Χήρος	26	49,8 ± 6,8	26	49,6 ± 9,0
p	0,014		0,005	

Πίνακας 7. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών

ΠΑΙΔΙΑ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$
Ναι	143	54,2 ± 11,4	143	54,2 ± 8,1
Όχι	136	56,1 ± 11,5	136	54,5 ± 8,1
p	0,157		0,813	

Πίνακας 8. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με την επαγγελματική ειδικότητα

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$
Ιατρός	70	56,2 ± 12,5	70	56,9 ± 7,4
Νοσηλεύτης/ τρια	93	57,1 ± 10,2	93	55,2 ± 7,7
Βοηθός Νοσηλεύτη	45	55,1 ± 11,3	45	54,4 ± 7,7
Διοικητικός Υπάλληλος	71	51,6 ± 11,7	71	50,7 ± 7,8
p	0,018		0,001	

Πίνακας 9. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με την εκπαίδευση

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$
Απόφοιτος ΑΕΙ	90	56,2 ± 11,6	90	56,1 ± 7,4
Απόφοιτος ΤΕΙ	95	56,2 ± 11,4	95	55,0 ± 7,9
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	94	53,1 ± 11,4	94	52,0 ± 8,1
p	0,100		0,001	

Πίνακας 10. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με την μετεκπαίδευση

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Διδακτορικό	18	56,2 ± 13,2	18	55,8 ± 9,9
Master	62	56,0 ± 11,1	62	55,6 ± 7,0
Νοσηλευτική ειδικότητα	18	58,1 ± 12,5	18	57,1 ± 8,9
Εξειδίκευση	17	61,6 ± 6,6	17	60,2 ± 4,4
Τίποτα	164	53,7 ± 11,5	164	52,8 ± 7,9
ρ	0,051		0,001	

Πίνακας 11. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με το τμήμα που εργάζονται

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Παθολογικό	33	51,4 ± 13,2	33	53,7 ± 7,2
Χειρουργικό / Ορθοπαιδικό	38	56,2 ± 12,7	38	55,2 ± 8,3
Μ.Ε.Θ.	44	58,5 ± 10,2	44	55,0 ± 8,0
Καρδιολογικό	19	55,8 ± 8,9	19	56,7 ± 6,6
Άλλο	145	54,6 ± 11,3	145	53,8 ± 8,2
ρ	0,095		0,515	

Πίνακας 12. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με τα χρόνια προϋπηρεσίας

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
0-4	65	55,2 ± 11,3	65	55,5 ± 6,7
5-10	84	56,3 ± 10,5	84	54,9 ± 7,6
11-25	89	53,9 ± 12,1	89	53,1 ± 9,1
26-36	41	55,5 ± 12,6	41	54,1 ± 7,8
ρ	0,588		0,254	

Πίνακας 14. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με το επάγγελμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Υπάλληλος	73	51,4 ± 11,5	73	50,9 ± 8,0
Προϊστάμενος/ Υπεύθυνος	24	61,0 ± 10,5	24	59,2 ± 8,0
Νοσηλεύτης / Βοηθ. Νοσηλεύτη	114	55,7 ± 10,3	114	54,2 ± 7,4
Ειδικευόμενος / Ειδικευμένος	68	56,1 ± 12,7	68	56,6 ± 7,4
p	0,002		0,001	

Πίνακας 15. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με το ωράριο εργασίας

ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Πρωινό	125	53,1 ± 12,3	125	53,4 ± 8,3
Κυκλικό	154	56,8 ± 10,6	154	55,1 ± 7,6
p	0,008		0,093	

Πίνακας 16. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με το μέσο όρο ατόμων που εργάζονται σε τμήματα το πρωί

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΠΡΩΙΝΗΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
0-2	62	51,6 ± 12,2	62	52,6 ± 7,8
3-9	180	56,2 ± 11,2	180	55,0 ± 7,5
10-24	15	64,1 ± 6,6	15	59,8 ± 6,6
p	0,001		0,004	

Πίνακας 17. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με το μέσο όρο ατόμων που εργάζονται σε τμήματα το απόγευμα

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
0-1	31	56,0 ± 12,1	31	57,0 ±
2-4	146	56,4 ± 11,1	146	54,9 ± 7,6
5-10	22	60,9 ± 8,0	22	59,9 ± 5,7
p	0,180		0,012	

Πίνακας 18. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με το μέσο όρο ατόμων που εργάζονται σε τμήματα τη νύχτα

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΒΑΡΔΙΑΣ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
0-1	87	56,6 ± 11,1	87	55,8 ± 8,0
2-3	82	56,8 ± 11,4	82	55,4 ± 7,6
4-7	30	57,4 ± 10,4	30	56,6 ± 7,5
p	0,936		0,778	

Πίνακας 19. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους του δείγματος σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών που εξυπηρετούν ανά ημέρα

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ		ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
0-9	46	57,2 ± 9,5	46	56,3 ± 7,8
10-25	118	56,6 ± 11,8	118	55,8 ± 7,8
26 +	115	52,8 ± 11,6	115	52,0 ± 7,7
p	0,016		0,001	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το επαγγελματικό άγχος σήμερα αποτελεί, μετά τις σκελετικές παθήσεις, τη συχνότερη αίτια νοσηρότητας των εργαζομένων. Συνήθως εμφανίζεται σε νέα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης που εργάζονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Το στρες ευθύνεται για αυξημένη συχνότητα και διάρκεια απουσιών, μειωμένη παραγωγικότητα και υψηλή ιατροφαρμακευτικά κόστη¹¹⁸.

Η πρόκληση του επαγγελματικού άγχους εξαρτάται από τις συνθήκες εργασίας και τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου¹¹⁴. Υπάρχει ευρεία αποδοχή ως προς τους παράγοντες που το προκαλούν και τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει. Ένα άτομο βιώνει στρες όταν αισθάνεται δυσαρμονία πραγματική η πλασματική ανάμεσα στις απαιτήσεις μιας κατάστασης και τα αποθέματα βιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, που διαθέτουν για την αντιμετώπιση του. Σε κίνδυνο για εμφάνιση επαγγελματικού στρες βρίσκεται όλο το προσωπικό του νοσοκομείου. Οι κυριότερες πηγές στρες στο επαγγελματικό περιβάλλον, είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι μεγάλες απαιτήσεις σε σχέση με τις δυνατότητες του εργαζομένου και το αντίστροφο, η μονοτονία και οι αντιθέσεις ή και η έλλειψη υποστήριξης και ανατροφοδότησης από συναδέλφους και προϊστάμενους, ο έντονος θόρυβος ή η υπερβολική ησυχία, η εργασιακή ανασφάλεια, το αίσθημα κίνδυνου, η κακή κοινωνική και ατομική αποδοχή του επαγγέλματος κ.ά^{114,119,120}.

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, το προσωπικό που εργάζεται σε νοσοκομεία με μεγάλη ροή περιστατικών, εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά μόνιμου άγχους, έναντι των μικρότερων νοσοκομείων. Βασικός παράγοντας θεωρείται ο φόρτος εργασίας όπου συνδέεται με την ανεπαρκή στελέχωση των νοσοκομείων σε προσωπικό, τη μη ορθολογική κατανομή του στα διάφορα τμήματα, τη μη αποτελεσματική οργάνωση της εργασίας καθώς και από την έλλειψη υποδομών¹²¹. Αποτέλεσμα είναι η επιφόρτιση του προσωπικού με την διεκπεραίωση υπερβολικού έργου¹²². Οι Claus και Bailey συνδέουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών με το μειωμένο φόρτο εργασίας, τη βελτιωμένη αναλογία στελέχωσης και την διεξαγωγή της εργασίας μέσα στα επιθυμητά επίπεδα της νοσηλευτικής¹²³. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, συνδεδεμένος με το στρες και την έλλειψη συναδελφικής στήριξης, οδηγεί όχι μόνο στη δυσαρέσκεια, αλλά απειλεί και την επαγγελματική ακεραιότητα του προσωπικού, περιορίζει τον

επαγγελματικό ρολό, ενώ σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση και γενικά επηρεάζει αρνητικά τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία των εργαζομένων. Όταν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας, πολλές πληροφορίες θα πρέπει να ταξινομηθούν και πολλές απαιτήσεις να ικανοποιηθούν ταυτόχρονα ή πολύ γρήγορα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμπίπτουν με αυτά των Wu et al.¹²⁴, όπου αναφέρουν ότι ο φόρτος εργασίας δημιουργεί πίεση και άγχος σε υψηλά ποσοστά, οδηγώντας στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων και σύμφωνα με τους και Adalli et al.¹²⁵, συνδέεται θετικά με την συναισθηματική εξάντληση. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο φόρτος εργασίας ερμηνεύεται «ως εργασία κάτω από πιεστικά χρονικά πλαίσια». Αναλύοντας τη σχέση φόρτου εργασίας και άγχους, βλέπουμε ότι επηρεάζεται και από επιμέρους παράγοντες όπως ο μη επαρκής χρόνος για ποιοτική εργασία, τα δύσκολα περιστατικά, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα αλλότρια καθήκοντα¹²⁶. Ο όγκος και η δυσκολία της δουλειάς που ξεπερνούν τις ικανότητες και δυνατότητες του εργαζομένου τον αγχώνουν και τον αδρανοποιούν. Οι ανεπαρκείς πόροι και η έλλειψη μέσων για την εκτέλεση της εργασίας, όπως και η περιορισμένη δικαιοδοσία τον αποθαρρύνουν. Η επιφόρτιση με μεγαλύτερο αριθμό καθηκόντων ή με υποχρεώσεις που υπερβαίνουν τις δυνατότητές του φέρουν την αίσθηση της έλλειψης χρόνου ή ικανότητας. Η έλλειψη ερεθισμάτων ή ευκαιριών, οι μονότονα επαναλαμβανόμενες ενέργειες και η απουσία πρωτοβουλιών κάνουν την εργασία βαρετή και τη μετατρέπουν σε αγγαρεία¹²⁶⁻¹²⁷.

Η παράμετρος οικογένεια, φαίνεται να επηρεάζει διαφορετικά τις δυο ομάδες. Για τους παντρεμένους έχουμε μεγαλύτερης έντασης μόνιμο άγχος, ενώ για τους ανύπαντρους αυξημένης έντασης προσωρινό άγχος. Από έρευνες που έχουν γίνει στο παρελθόν, Bianchi E., et al¹²⁹, φαίνεται ότι δεν επηρεάζονται διαφορετικά οι δυο ομάδες. Επίσης η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε, ότι ο έγγαμος βίος δεν φαίνεται να επηρεάζει την συναισθηματική πίεση που βιώνει το προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία. Ίσως γιατί οι έχοντες οικογένεια, να είναι μεγάλης ηλικίας, πιο σταθεροί και ψυχολογικά ώριμοι, με περισσότερες εμπειρίες και δεξιότητες, όπως και να διαχειρίζονται τα προσωπικά τους προβλήματα και τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις ικανοποιητικά¹³⁰⁻¹³¹. Επιπρόσθετα, σύμφωνα και με τις μελέτες των Augusto L., et al¹³⁴. η παρουσία των οικογενειών τους δρα υποστηρικτικά. Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει με πολλούς τρόπους το

επίπεδο της εργασιακής ικανοποιήσεως των εργαζομένων, ενώ συγκεκριμένα, κάποιες έρευνες έδειξαν ότι σχετίζεται με την ικανοποίηση από τις οικονομικές αποδοχές. Επίσης, ιδιαίτερες συνθήκες της εργασίας, όπως το ωράριο και το πρόγραμμα εργασίας, δημιουργούν περισσότερη δυσαρέσκεια σε όσους έχουν οικογένεια, καθώς πρέπει να επιτευχτεί ισορροπία ανάμεσα στις εργασιακές και οικογενειακές υποχρεώσεις¹³¹.

Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα. Ενώ, από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρατηρείται υψηλότερα ποσοστά εργασιακού άγχους υπέρ των γυναικών. Σύμφωνα με την μελέτη των Fontana JE et al.,¹³⁵ οι γυναίκες νοσηλεύτριες διακατέχονται από ψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους. Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης σε γυναίκες ιατρούς-και σε γυναίκες εργαζόμενες γενικότερα- σε σχέση με τις μη εργαζόμενες.¹³⁶ Οι προδιαθεσικοί παράγοντες σε γυναίκες ιατρούς, πολύ λίγο αποκλίνουν από εκείνους των υπόλοιπων εργαζομένων γυναικών. Μοναχική ζωή, επαγγελματική αποτυχία, σύγχυση ρόλων, παρενόχληση στον εργασιακό χώρο κ. ά.¹³⁷

Αναφορικά με την εκπαίδευση το 33,7% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και από την έρευνα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα μόνιμου άγχους έναντι των απόφοιτων ΑΕΙ και ΤΕΙ. Ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα προσωρινού και μόνιμου άγχους. Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης, το προσωπικό είναι περισσότερο δυσαρεστημένο από την εργασία του και παρουσιάζει ακόμη και τάση αποχώρησης από την εργασία του¹³⁸. Εύρημα που συμφωνεί και με τα ευρήματα των μελετών των Chu C.I., et al¹³⁹, όπου οφείλεται στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα άτομα, στην εφαρμογή νέων γνώσεων και δεξιοτήτων στο περιβάλλον εργασίας τους.

Σχετικά με το ωράριο εργασίας, το μεγαλύτερο ποσοστό 52,2% των ερωτηθέντων εκτελούσε κυκλικό ωράριο και παρουσίασε μεγαλύτερα ποσοστά προσωρινού άγχους. Εύρημα το οποίο συμπίπτει με τους Mc Vicar A, et al¹⁴², αναφορικά με το άγχος που βιώνει το προσωπικό όταν εργάζεται κάνοντας κυκλικό ωράριο. Ενώ σύμφωνα με τους Tyler and Ellison, Shields M.A. et al¹⁴³, όσοι εργάζονται σε

βάρδιες, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και στρες συγκριτικά με αυτούς που εκτελούν μόνο πρωινό ωράριο, όπως αυτό υποστηρίζεται και από την έρευνα τους. Το προσωπικό που εργάζεται με πρωινό ωράριο, βιώνει μεγαλύτερη ικανοποίηση ως προς τις επαγγελματικές ευκαιρίες ανάπτυξης και αλληλεπίδρασης. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για τις επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου εργασίας στην ψυχοκοινωνική οντότητα του εργαζομένου ατόμου¹⁴⁴⁻⁵ Όσοι δουλεύουν σε βάρδιες αντιμετωπίζουν τόσο βιολογικά όσο και συναισθηματικά προβλήματα εξαιτίας της διαταραχής των βιολογικών τους ρυθμών, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής του κύκλου / αφύπνισης, της παραμέτρου της θερμοκρασίας και του ρυθμού έκκρισης αδρεναλίνης. Υποστηρίζεται ότι η συνεργασία με όσους δουλεύουν σε βάρδια εξαρτάται από τον επιτυχή χειρισμό τριών αλληλοσχετιζόμενων παραγόντων: ύπνου, κοινωνικής και οικογενειακής ζωής και κερκαδικών ρυθμών^{8,146}. Τα ευρήματα της μελέτης των Korompeli et al¹⁴⁶, αναδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη εργονομικής ρύθμισης του προγράμματος ωράριο εργασίας του προσωπικού που εργάζεται κυρίως σε μονάδες προκειμένου να προασπιστεί η ψυχοσωματική υγεία τους. Η έλλειψη ύπνου, ειδικά έχει σχετιστεί με εκδήλωση νευρικότητας, θυμού, ευερεθιστότητας, άσχημης διάθεσης και θλίψης¹⁴⁷. Εάν η έλλειψη ύπνου συνδυαστεί με απομόνωση – όπως λ.χ. συμβαίνει με τον υπερβολικό αριθμό εφημεριών – ο κίνδυνος εκδήλωσης του έντονου άγχους και ψυχοπαθολογίας αυξάνεται¹⁴⁸. Μια έρευνα που διεξήχθη το 1992 σε ένα δείγμα 760 νοσηλευτριών, σχετικά με τις επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου, διαπίστωσε υψηλό ποσοστό διαταραχών του ύπνου αλλά και υπερβολική υπνηλία¹⁴⁹. Μια άλλη έρευνα, που έγινε ξανά σε νοσηλευτικό προσωπικό, έδειξε ότι το προσωπικό που εργάζεται με κυκλικό ωράριο για 6 ή περισσότερα χρόνια έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου ενώ η νυχτερινή βάρδια προδιαθέτει την ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου, στοιχεία από το Nurses Health Study, επίσης η αρνητική επίδραση του τεχνητού φωτός συμβάλλει στην ανάπτυξη όγκων¹⁴⁹⁻⁰.

Αναφορικά με το επάγγελμα, από την παρούσα μελέτη το ποσοστό των ιατρών και νοσηλευτών παρουσίαζε μεγαλύτερης έντασης μόνιμο άγχος σε σχέση με τους διοικητικούς υπαλλήλους και τους βοηθούς των νοσηλευτών. Σε έρευνα ανάμεσα στους τελειόφοιτους Ιατρικής του Πανεπιστημίου John Hopkin's στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι ποσοστό 10% από αυτούς εμφάνιζε σημαντικής έντασης άγχους. Άλλες

μελέτες έχουν προσδιορίσει την ψυχιατρική νοσηρότητα λόγω του έντονου άγχους των ιατρών στο 25%¹⁵¹. Σε πρόσφατη μελέτη σχετικά με την πρόωρη συνταξιοδότηση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου η συχνότερη αιτία συνταξιοδότησης ήταν το έντονο άγχος και η υψηλού βαθμού ψυχολογική πίεση η οποία σχετίζεται με τις αυξημένες προσδοκίες που η κοινωνία διατηρεί απέναντι στους γιατρούς¹⁵². Οι συνθήκες εργασίας των ιατρών, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η άσχημη ή η ελλιπής σχέση με τους εκπαιδευτές τους (όταν είναι εκπαιδευμένοι), η έλλειψη ύπνου επίσης, συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τα οποία οδηγούν μακροχρόνια σε αγχώδη διαταραχές. Η έλλειψη ύπνου ειδικά έχει συσχετιστεί με εκδήλωση νευρικότητας, θυμού ευερεθιστότητας, άσχημης διάθεσης και θλίψης. Εάν η έλλειψη ύπνου συνδυαστεί με απομόνωση- όπως πχ συμβαίνει με τον υπερβολικό αριθμό εφημέριων- ο κίνδυνος εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας αυξάνεται¹⁵³. Η σύγκρουση ανάμεσα στην καριέρα και την προσωπική ζωή, η ευθύνη του ρόλου, η λήψη σημαντικών αποφάσεων, η διάπραξη σφαλμάτων και η απειλή δικαστικών μηνύσεων από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, οδηγούν σε καταστάσεις έντονου άγχους. Υποστηρίζεται η άποψη ότι οι γιατροί που αντιμετωπίζουν τέτοιες δυσκολίες διοχετεύουν όλη τους την ενέργεια στη διατήρηση του επαγγελματικού τους ρόλου, με την εξάντλησή τους να εκδηλώνεται όταν βρίσκονται εκτός εργασίας. Ενδεικτικά του εργασιακού άγχους – στρες είναι το γεγονός ότι η πίεση των γιατρών συγκρίνεται με την πίεση που δέχονται οι πιλότοι αεροσκαφών¹⁵⁴.

Αξίζει να αναφερθεί ότι όσοι από το δείγμα κατείχαν ηγετικές θέσεις, (προϊστάμενοι, υπεύθυνοι) παρουσίαζαν μεγαλύτερης έντασης προσωρινού και μόνιμου άγχους. Τα περισσότερα άτομα που κατέχουν μια ηγετική θέση, έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας και για το λόγο αυτό, πάσχουν και από υπερβολικό άγχος¹⁵⁵. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι, αν κάποιος που έχει μια θέση ευθύνης και δεν έχει άγχος, δεν είναι αρκετά υπεύθυνος στα καθήκοντα του, και ίσως ότι είναι ακατάλληλος για την θέση αυτή. Αυτό συμβαίνει επειδή οι περισσότεροι άνθρωποι δεν έχουν μάθει να βάζουν προτεραιότητες, να ταχτοποιούν τις αρμοδιότητες τους και να μοιράζονται την ευθύνη και την εξουσία που τους έχει δοθεί. Ουσιαστικά δεν ξέρουν πώς να συνεργάζονται. Η θα θέλουν να τα κάνουν όλα μόνοι τους ή θα απαιτούν από τους άλλους να τα κάνουν όλα όπως θέλουν αυτοί. Υπάρχει και η τρίτη περίπτωση που ονομάζεται προοπτική. Στη περίπτωση αυτή δεν είναι όλα τα

περιστατικά τα ίδια, άλλα είναι περισσότερο σημαντικά και αλλά λιγότερο, όπως και άλλα είναι πιο επείγοντα από κάποια αλλά. Έτσι αυτός που ηγείται θα πρέπει να βλέπει τις καταστάσεις και να πράττει ανάλογα κάθε φορά¹⁵⁶. Αντίθετα άλλες έρευνες των, Chu C.,et al¹³⁹, έχουν αποδείξει ότι η ιεραρχία συνδέεται θετικά με την μείωση του επαγγελματικού άγχους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, τα άτομα που εργάζονται έχοντας μικρή δύναμη ασθενών εμφανίζεται να διακατέχονται από μεγαλύτερης έντασης παροδικού και μόνιμου άγχους. Αν και οξύμωρο, υπάρχει λογική εξήγηση, στο ότι το προσωπικό που αναλαμβάνει μικρή δύναμη ασθενών είναι αυτό, που εργάζεται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, όπου θεωρείται ένας χώρος αρκετά απαιτητικός με αυξημένες ευθύνες και φόρτο εργασίας¹⁵⁷. Έρευνες απέδειξαν ότι όταν ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να διεκπεραιώσουν κάποιες ενέργειες σε σύντομο χρονικό διάστημα, ασκείται πίεση στο άτομο, με αποτέλεσμα να προκληθεί άγχος εκ μέρους του προσωπικού¹⁵⁸. Το προσωπικό που εργάζεται σε μονάδες χρειάζεται αρκετό χρόνο ξεκούρασης, όπου κατά τη διάρκεια του χρόνου αυτού να έχει την δυνατότητα για διασκέδαση και ευχάριστες ενασχολήσεις. Από τους βασικότερους παράγοντες, εργασιακού στρες στις Μονάδες σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία είναι οι σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων και η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ τους. Όταν οι εργαζόμενοι των Μονάδων βιώνουν έντονο στρες, ενδέχεται να προκύψουν προβλήματα επικοινωνίας. Η συχνότητα με την οποία επικοινωνεί το προσωπικό μεταξύ του έχει αποδειχτεί ότι μειώνεται απ' τη στιγμή που υπάρχει μεγάλος βαθμός σύγκρουσης ρόλων. Η σύγκρουση ρόλων εμφανίζεται όταν ένα άτομο προσπαθεί να εκπλέει δυο ή τρεις αντικρουόμενους στόχους. Τα άτομα που βιώνουν τις συγκρούσεις, τείνουν να αποσύρονται από τις σχέσεις «που του προκαλούν δυσκολίες»¹³¹. Και αντίθετα τα υψηλά επίπεδα οργανικού στρες, έχουν ως συνέπεια την διατάραξη της επικοινωνίας, επειδή τα άτομα υπό την επήρεια του στρες, νοιώθουν συχνά σε θέση άμυνας και μπορεί να παρερμηνεύσουν τα μηνύματα που λαμβάνουν¹⁵⁷.

Επιπλέον, υπάρχουν μελέτες που περιγράφουν υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικών συμπτωμάτων μεταξύ των νοσηλευτών εντατικής και επείγουσας φροντίδας, συγκριτικά με τις άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες¹⁵⁹, λόγου του stress και της έντασης που επικρατούν στα τμήματα αυτά η συμπτωματολογία αυτή θα μπορούσε να αιτιολογηθεί και με τη θεωρία του εγκεφαλικού νευροτροφικού

παράγοντα (BDNF), σύμφωνα με την οποία επαναλαμβανόμενα τρισέγγονα ερεθίσματα σχετίζονται με την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και διαταραχών άγχους. Συγκεκριμένα, η προκαλούμενη από stress αύξηση των επιπέδων των κορτικοστεροειδών οδηγεί σε μείωση της «έκφρασης» της πυρηνικής πρωτεΐνης BDNF, προκαλώντας νευρωνική καταστροφή και ατροφία στον ιππόκαμπο και στον φλοιό. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η δυσλειτουργία των νευρώνων της περιοχής που εκδηλώνεται κλινικά με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης¹⁶⁰.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, το άγχος φαίνεται να πηγάζει από την σχέση και την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον του. Μπορεί να οριστεί ως η πίεση που ασκεί το περιβάλλον στο άτομο. Ο βαθμός επίδρασης του καθορίζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του άτομο, τόσο ως προς την σοβαρότητα της κατάστασης, όσο και από τις δυνατότητες που έχει για την αντιμετώπιση της. Το προσωπικό που συμμετείχε στην ερευνά παρουσίασε μετρίου βαθμού παροδικό και μόνιμο άγχος. Συγκεκριμένα, το προσωπικό που εργάζεται σε μεγάλα νοσοκομεία και δέχεται καθημερινά, αυξημένο αριθμό ασθενών, παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα μόνιμου άγχους, σε σχέση με το προσωπικό που απασχολείται σε νοσοκομεία με μικρότερη προσέλευση ασθενών. Το αποτέλεσμα εξηγείται λόγω του φόρτου εργασίας που δέχεται το προσωπικό των μεγάλων νοσοκομείων και από την ελλιπή στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό, με αποτέλεσμα να οδηγούν πιο εύκολα το προσωπικό στην εξουθένωση. Οι άγαμοι φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερης έντασης προσωρινό άγχος, ενώ οι έγγαμοι βιώνουν μεγαλύτερης έντασης μόνιμο. Προφανώς οι έγγαμοι επωμίζονται πρόσθετες υποχρεώσεις πέραν της εργασίας. Σε σχέση με το επάγγελμα οι διοικητικοί υπάλληλοι παρουσιάζουν μικρότερης έντασης προσωρινό και μόνιμο άγχος σε σχέση με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, ενώ δεν διέφεραν σε σχέση με τους βοηθούς των νοσηλευτών. Προφανώς έχει να κάνει με την διαφορετικότητα του επαγγέλματος τους από την μια και με την ανθρωποκεντρική φύση των επαγγελμάτων υγείας από την άλλη. Ανάλογα με την εκπαίδευση υπάρχει στατιστική σημαντική διάφορα, όσο αναφορά το μόνιμο άγχος, όπου οι απόφοιτοι δευτεροβάθμια εκπαίδευσης παρουσιάζουν μικρότερης έντασης, ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών βιώνουν μεγαλύτερης έντασης μόνιμο και προσωρινό άγχος. Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης το προσωπικό είναι περισσότερο δυσαρεστημένο από την εργασία του και παρουσιάζει εντονότερη τάση για αποχώρηση. Οι κατέχοντες υπεύθυνης θέσης εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα προσωρινού και μόνιμου άγχους, βάση των ευθυνών και των επιπλέον υποχρεώσεων που τους αναλογεί. Οι εργαζόμενοι με πρωινό ωράριο και γενικότερα με σταθερό πρόγραμμα βαρδιών, διακατέχονται με χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο. Επίσης υψηλή ποσοστά παροδικού και μόνιμου άγχους

παρουσιάζεται στους εργαζόμενους με αυξημένο αριθμό προσωπικού και μικρή δύναμη ασθενών. Τα τμήματα που χρήζουν τέτοιας υποδομής είναι συνήθως μονάδες και τμήματα με αυξημένη φροντίδα ασθενών.

Ορισμένες προτάσεις που μπορούν να διατυπωθούν, με βάση την παρούσα έρευνα για την πρόληψη και την μείωση του εργασιακού άγχους είναι οι ακόλουθες:

Αναγνώριση του προβλήματος από την διοίκηση του νοσοκομείου, ενίσχυση της προσπάθειας μελέτης του και ειδίκευση των στόχων για περιορισμό του φαινομένου. Για παράδειγμα, στόχος μπορεί να είναι η μείωση του εργασιακού άγχους των γιατρών και νοσηλευτών στο επίπεδο των άλλων υπηρεσιών όπως αυτών του διοικητικού προσωπικού,. Βελτίωση των συνθηκών και της ασφάλειας της εργασίας, επαρκείς στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό, παροχή κινήτρων (οικονομικών, ευκαιριών επαγγελματικής εξέλιξης). Βέβαια είναι γεγονός ότι οι δυνατότητες της διοίκησης για υποκίνηση στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι ελάχιστες, ιδιαίτερα όσον αφορά σε θέματα πρόσληψης-επιλογής προσωπικού, αμοιβών, προαγωγών κ.λπ. Η μετακίνηση, όμως προσωπικού και η ενίσχυση των τμημάτων με αυξημένο φόρτο εργασίας, η σωστή διαχείριση των κονδυλίων για την υπερωριακή απασχόληση, η διάθεση των απαραίτητων μέσων και υλικών για την διευκόλυνση του προσωπικού και η υποστήριξη του στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν, είναι σημαντικά εργαλεία που μπορεί να χρησιμοποιήσει η νοσοκομειακή διοίκηση για την ελαχιστοποίηση αρκετών από τους παράγοντες που προκαλούν εργασιακό άγχος.

Λειτουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των εργαζομένων, για την αποτελεσματική διαχείριση των ασθενών και του επαγγελματικού άγχους. Θεωρητική κατάρτιση του προβλήματος και μέτρηση του άγχους με την χρήση ερωτηματολογίων, αλλά και πρακτική εκπαίδευση. Για παράδειγμα, μπορούν να εφαρμοστούν προγράμματα διάρκειας λίγων ημερών για το νεοπροσληφθέν προσωπικό του νοσοκομείου, για την ευαισθητοποίηση του σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς.

Ενημέρωση των νέων υπάλληλων για τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομειακού οργανισμού, για τους στόχους και τα προβλήματα του, για τις διαδικασίες που πρέπει να οργανώσουν ή να ακολουθήσουν από την θέση που αναλαμβάνουν, καθώς και για τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους.

Βελτίωση της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των κλινικών και των τμημάτων του νοσοκομείου, για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών και για την αποφυγή συγκρούσεων και εντάσεων.

Η εφαρμογή κάποιες από τις παραπάνω παρεμβάσεις, σε συνδυασμό με σημαντικές αποφάσεις – ρυθμίσεις του Υπουργείου Υγείας, (πρόσληψη κυρίως ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, βελτίωση μισθολογικών απολαβών, μείωση των ωρών εργασίας-εφημέριων) είναι βέβαιο ότι θα συνεισφέρει στον περιορισμό του εργασιακού άγχους που υποβάλλονται οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το εργασιακό άγχος, έχει ποικίλες επιπτώσεις στο προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία. Δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους ασθενείς και υποβιβάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Το προσωπικό, δέχεται συναισθηματική πίεση, δημιουργώντας αγχώδη διαταραχές.

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η εκτίμηση της έντασης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους εργαζομένων σε δημόσια νοσοκομεία.

Υλικό και μέθοδος. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν, 280 άτομα ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό από τέσσερα δημόσια νοσοκομεία της Αττικής. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων «State-Trait Anxiety Inventory for adults» του Ch. Spielberger. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS -18 και την εφαρμογή των στατιστικών δοκιμασιών t-test και Anova..

Αποτελέσματα: Από τα 280 άτομα του δείγματος, τα 26 εργάζονταν σε νοσοκομείο με μεγαλύτερη έλευση ασθενών και λόγω φόρτου εργασίας, εμφανίζουν μεγαλύτερης έντασης μόνιμο άγχος $p=0.036$. Από την στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι, οι έγγαμοι βιώνουν μεγαλύτερης έντασης μόνιμο άγχος, $p=0.005$ σε σχέση με τους έγγαμους/συμβίωση που εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα προσωρινού άγχους $p=0.14$. Ανάλογα με το επάγγελμα, οι διοικητικοί εμφανίζουν μικρότερης έντασης προσωρινού και μόνιμου άγχους, $p=0.018$ και $p<0.001$, σε σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Αναφορικά με την μετεκπαίδευση οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά προσωρινού και μόνιμου άγχους, $p=0.051$ και $p=0.001$. Οι κατέχοντες υπεύθυνης θέσης (προϊστάμενοι, υπεύθυνοι) εμφανίζουν μεγαλύτερης έντασης προσωρινού $p=0.002$ και μόνιμου άγχους $p=0<0.001$ από τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Επίσης μεγαλύτερης έντασης προσωρινού άγχους $p=0.007$, εμφανίζουν αυτοί που εκτελούν κυκλικό ωράριο. Αναφορικά με τον αριθμό των ατόμων που εργάζονται στην πρωινή βάρδια, παρατηρείται το εξής. Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των ατόμων, τόσο αυξημένο περιστασιακό $p<0.001$ και μόνιμο άγχος $p=0.004$ έχουμε, ενώ όσο μικρότερη δύναμη ασθενών τόσο αυξημένα τα επίπεδα του προσωρινού $p=0.016$ και του μόνιμου άγχους $p<0.001$.

Συμπεράσματα. Η έγκαιρη αναγνώριση του εργασιακού άγχους, θεωρείται απαραίτητη για την πρόληψη και τον περιορισμό των επιπτώσεων, στους εργαζόμενους της τριτοβάθμιας περίθαλψης

SUMMARY

Anxiety within the working environment of a public hospital has versatile consequences on the working staff of the hospital. Communication with patients is impaired while the quality of the services to be offered in the hospitals is downgraded. Working staff is under sentimental pressure which creates anxiety disorders.

Scope: the purpose of this study is the estimation of the tension of temporal & permanent anxiety of the working staff in public hospitals.

Method: The sample of this study has been 280 persons/working staff from four different public hospitals, working staff that includes doctors, nurses & administrative staff. Collection of data has been made with the completing of "State-Trait Anxiety Inventory for Adults" by Ch. Spielberger. The statistical analysis has been made with the use of SPSS-18 & the application of statistical test of t-test & anova.

Results: 26 persons from the 280 person's sample are working in a public hospital with the maximum patient advent & due the work load they exhibit greater intensity of permanent anxiety $p=0.036$. Statistical analysis reveals that the married staff shows greater intensity of permanent anxiety, $p=0.05$, compared with persons that are not married or living together; the second ones reveal intensity of temporal anxiety $p=0.14$. Depending on their role, the administrative staff show less tension of permanent & temporal anxiety, $p=0.018$ & $p<0.001$ in comparison with doctors & nurses. In relevance to education, those with second instance education seem to show permanent anxiety of less tension, $p=0.001$, staff with master degrees show more tension of permanent & temporal anxiety, $p=0.051$ & $p=0.001$. Persons in responsible positions, like managers/supervisors, show greater tension of temporal anxiety, $p=0.002$ & permanent anxiety of $p<0.001$ from the rest of the working staff. Also those who work on a circular basis show greater tension of temporal anxiety of $p=0.007$. For those ones working on morning shifts, we can observe the following: the greater the number of patients the greater is the temporal anxiety, $p<0.001$, while the permanent anxiety is at $p=0.004$, when patients are fewer, temporal anxiety is at $p=0.016$ & permanent at $p<0.001$.

Conclusions. The early recognition of anxiety within the working environment of a public hospital is considered to be essential & of vital importance for the limitation of its impact on the working staff in tertiary care.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κορωναίου Α. Όταν η εργασία γίνεται ασθένεια, εκδόσεις. Πεδίο. Αθήνα. 2011.
 2. Sneader N., Drug Discovery: The evolution of Modern Medicine, J.Wiley & Sons, New York 1985.
 3. Hurvich M., The ego in anxiety. Psychoanalytic Review, 1997 84:483-504
 4. French K. Person-role fit. Occupational Mental Health 1973, 3: 15-20.
 5. European Agency for Safety and Health at Work, Stress, Available at: <http://oshaEuropa.eu/en/topics/stress/> accepted at (10/3/2013).
 6. Mc Vicar, A, Workplace stress in nursing: A literature Review, journal of Advance Nursing 2003, 44:633-642.
 7. Reuben DB. Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. Arch Intern Med 1985, 145:286-288.
 8. Αντωνίου Α.Σ Εργασιακό Στρες. Σειρά Κοινωνικής και Ιατρικής Ψυχολογίας-Εργασιακής Υγείας, Τόμος Α Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε Αθήνα 2006.
 9. Freudenberger H. J. Staff Burnout. Journal of Social Issues, 1974,30:159-165. παρασκευή Θεοφίλου το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.
 10. Εσαγιάν Γκ. Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία. Εκδ. Μαστορίδη. Θεσσαλονίκη 2000.
 11. Holland C.J Rowland H.J: Handbook of Psychooncology, Oxford University Press, New York. 1990.
 12. Μανόλη Τριανταφυλλίδη. Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής. Αριστοτέλειων Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης , Ινστιτούτων Νεοελληνικών Σπουδών , Θεσσαλονίκη 1998.
 12. Ρηγόπουλος-Φυτράκης. Ελληνικό Λεξικό, εκδόσεις Τεγοπουλος-Φυτρακης, 1991.
 13. Μπαμπινιώτης Γ., Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας, εκδόσεις κέντρο λεξικολογίας. Γ έκδοση 2008.
 14. Freud , S. On psychopathology: Inhibitions, symptoms and anxiety. In
-

-
- Richards, A. (Ed) . The pelican Freud Library. Middlesex: Penguin Books 1926.
15. Κακουρας, E. & Μανιαδακη, K. Ψυχοπαθολογία παιδιών και έφηβων : αναπτυξιακή προσέγγιση. Τυπωθήτω. Αθήνα 2005.
 16. Corsini, R. J. The Dictionary of psychology. Philadelphia: Brunner/Mazel 1999.
 17. Morris, R, J., & Kratochwill, T. R. Behavioral theatment of children's fears and fhobias: A review, 1985 14,84-93
 18. Παπαδόπουλος N. Αυτοέκδοση Λεξικό της ψυχολογίας. Αθήνα 1994
 19. Goldstein, S Understanding and Managing children's Classroom Behaviour. NY:Wiley.1995.
 20. Seligman M.E.P. Rosenhan D .L., & Walker, E.F. Abnormal Psychology (4th ed). NY: Norton 2002.
 21. Laplance J., Pontalis J.B.,: Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης. Εκδ. Κέδρος, Αθήνα 1986.
 22. Lavrentiadis G, Manos N, Christakis S, Semoglou C,: The Greek cancer patient's knowledge and attitudes toward his diagnosis and prognosis, Psychother Psychosom 49: 171-178, 1988.
 23. Περιγίνης, Θ. Οι πέντε εποχές της φιλοσοφίας. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1997
 24. Barlow, D. H.. Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of anxiety and Panic. Guilford Press. 2004
 25. Chao, Y.M.. Nursing values from a Confucian perspective. International Nursing Review 1995.42(5): 147-9.
 26. Evans-Wentz Y. The Tibetan Book of the Great Liberation or the Method of Realizing Nirvana Through Knowing the Mind. Oxford University Press 2000.
 27. George A. The Epic of Gilgamesh: A New Translation. N.Y: Yale 2000.
 28. May , R. The Meaning of Anxiety. New York: W.W.N 1996.
 29. Tsai, D.F The bioethical principles and Comfucius' moral philosophy. Journal of medical Ethics.(2005) . 31(3):159-63.
 30. Miller,L.C.Fears and anxieties in child . In C.E. Walker & M.C.
-

-
- Roberts (Eds.), Handbook of clinical child psychology (pp.337-380). NY.:Wiley 1983.
31. Johnson, S.B., & Melamed, B .G. The assessment and treatment of children's fear. In B.B. Lahey, & A.E. Kazdin (Eds.) Advances in clinical child Psychology. NY:Plenum Press.1979.
 32. King, N.J., Hamilton, D.I., & Ollendick T.hChildren's Phobias: A Behavioural Perspective. NY: Wiley 1994.
 33. Παρασκευόπουλος Α Εξελικτική ψυχολογία. Τόμος Γ: Αυτοέκδοση'.Αθήνα. 1984.
 34. Marks, I.M. Fears and Phobias. NY: Academic Press.1969.
 35. Bamel, J ., Tannock, R., & Manassis, K. Measuring anxiety : Parent-child reporting differences in clinical samples. Depression and anxiety, 15: 61-65. 2002.
 36. Βασιλάκη, Ε., Τριλιβά, Σ., & Μπεξεβεγκής Η. Εισαγωγικό σημείωμα, στο στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους. 9-25. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 2002.
 37. Lonigan, C.j., Carey, M.P., & Finch JAnxiety and depression:negative affectivity and the utility of self –reports. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62: 1000-1008.1994.
 38. Trad P.V., & Greenblatt, E. Psychological Aspects of clind Stress: Development and the Spectrum of Coping Responses. In L.E. Arnold, Ed., Childhood stress, 23-49. NY: Wiley.1990.
 39. Lazarus,R.S. Emotion and alaptation. N.Y : Oxford University Press.1991.
 40. Μαδιανός Γ.Μ., Κλινική Ψυχιατρική, Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2006.
 41. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς. Απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια: Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β. εκδ. Βήτα medical arts, σ. 164-166. Αθήνα 1993.
 42. Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-IR TM, Εκδ. Λίτσας, σελ. 26-27. Αθήνα 2004.
 43. National institute for occupational safety and health. Stress at work.
-

-
- DHHS (NIOSH). Cincinnati (OH). 2001, 999:99-01.
- 44.ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ. Ευρωπαϊκή συμφωνία –πλαίσιο για το εργασιακό άγχος. Αθήνα, 2004.
- 45.Τούκας Δ., Ανάλυση και Διαχείριση του Επαγγελματικού Άγχους στο Νοσοκομειακό Περιβάλλον. Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. 2010.
- 46.Marciniak, M., Lage, M.J., Landbloom, R.P., Dunayevich, e., &Bowman, L.. Medical and Productivity costs of anxiety disorders: case control study. Journal of depression and anxiety. 2004.19:112-20.
- 47.Γιαννακοπούλου, Κ. Ευρωπαϊκή εκστρατεία για την βελτίωση της ψυχικής υγείας του εργαζομένου: 6^ο πανελλήνιο συνέδριο προαγωγής και αγωγής της υγείας.Αθήνα 2011.
- 48.<http://www.erasmus-congresses.gr/promoting-health2011/Gannopoulou.pdf> available, accepted at 4/2013
- 49.European Communities Invited papers for the EU Thematic Conference: Promotion of mental health and well-being in workplaces, 3rd 4th March 2011,Berlin.
- 50.Καλμπένης Δ., Συσχέτιση άγχους στα εργασιακά πλαίσια με τους πέντε παράγοντες της προσωπικότητας και με την επαγγελματική ικανοποίηση στο νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα σε στιγμές κρίσης. Λευκωσία 2012.
- 51.Μyark Le F. Jonathan Matheny and Gregory S. Kolt. Eustress distress and interpretation in occupational strss. Journal of Managerial Psychology. 2000 18 (7): 734-735.
- 52.P. Le Blanc. J. de Jonge and W. Schaufeli. Introduction to work and organizational psychology. A European perspective,edited by Nik Chmiel. pp:157-160.1999.
- 53.Fevre P., Matheny J and Kolt S.G. Eustress distress and interpretation in occupational stress. Journal of Managerial Psychology 2003 18(7):734-735.
- 54.Fevre P Matheny J and Kolt S G. Eustress distress and interpretation in occupational stress. Journal of Managerial
-

-
- Psychology. 2003 18(7): 735-736.
55. Blanc P., Jonge J. and Schaufeli W. Introduction to work and organizational psychology. A European perspective, edited by Nik Chmiel. pp:166-167. 2003.
56. Κάντας Α. “Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία”, Μέρος 1^ο , Ελληνικά Γράμματα 1998.
57. Furnham. S., “ Effect of Dissimulation on Self-Report and Objective of Personality”. *Person, individ. Diff.* 1996 21(3):335-343.
58. Folkam. S. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986 (5): 992-1003.
59. Israel Ba., Baker Ea., Goldenhar Lm., Heaney Ca., Schurman Sj. “Occupational stress, safety and health: conceptual framework and principles for effective prevention interventions”, *J Occup. Health Psychol.* 1996 1(3): 261-286.
60. Costa E. “ Immunosuppressive Drugs as a Tool to Explore Immunopathology in Experimental Chags Disease”. *Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de janeiro*, 1999; 94,1:273-276.
61. Antonovsky A. “ Unraveling the Mystery of Health”. Jossey- Bass Publishers, San Francisco 1987.
62. Cassel. I., “Psychosocial Models of the Role of Social Support in the Etiology of Physical Disease”. *Health Psychology*, 1998, 7(3):269-297.
63. Purvi P, Atish T, Tanmay B Occupational stress and coping among nurses. *J ournal Health manag.*, 2004, 6:115-28.
64. Gamse Peg, Stress for success. Managers can create a ‘good’ stress environment and propel employees to success, *HR Magazine*. 2003, 22:101-103.
65. Wool M.S.: Understanding Denial in Cancer Patients In: T.N. Wise (Editor) *Psychiatric Aspects of Cancer, Advances in psychosomatic medicine*. Karger 1988; 37-53.
66. Bradley Jennifer R. and Valerie Sutherland, Stress management in the workplace: taking employees’ views into account, *Employee Counseling Today* 1994 6(1): 4-9.
67. Bland M., A new approach to management of stress. *Industrial and*
-

-
- Commercial Training 1999 31(2):44-48.
68. Frank W.B, Flaxman E., Loivette P.S., A business case for the Management Standards for stress, Prepared by the University of London for the Health and Safety Executive 2006.
69. Cooper R. K., Excelling under pressure: Increasing your energy for leadership and innovation in a world of stress, change and unprecedented opportunities, Strategy & Leadership 2001.
70. Dijkstra T.M., Dierendonck D., Evers A., Carsten K.W. De Dreu, Conflict and well-being at work: the moderating role of personality, Journal of Managerial Psychology, 2005 20(2):87-104.
71. Fotinos-Ventouratos R., Cary C., The role of gender and social class in work stress, Journal of Managerial Psychology 2005, 20(1): 14-23.
72. Fotinos-Ventouratos Ritsa and Cary Cooper, The role of gender and social class in work stress, Journal of Managerial Psychology 2005, 20(1):16-24.
73. Waldinger J.R: Psychiatry for Medical students, 3rd Edition American Psychiatry Press. Washington DC, 1997.
74. Kent S., How to manage stress. Personnel Today 2002, pp 1-2.
75. Miner J. B., Industrial – Organizational Psychology, New York, McGraw-Hill 1992, pp 143-166.
76. Sandi M Holdsworth L, The psychological impact of teleworking: stress, emotions and health, New Technology, Work and Employment, 2003, pp 211-2112.
77. Wise Th.: The physician – patient relationship. In: Wienor J, Breslin N: The behavioral Sciences in Psychiatry. Ed. Williams & Wilkins, Washington, USA 1995, 189-200.
78. Sandi M and Holdsworth L, The psychological impact of teleworking: stress emotions and health, New Technology, Work and Employment, 2003, pp 196-211.
79. Papalexandris N. and Robin Kramar, Flexible working patterns: towards reconciliation of family and work, Employee Relations, 1997 19(6):581-595.
-

-
80. Montgomery A. J., Efharis Panagopolou, Martijn de Wildt and Ellis Meenks, Work-family interference, emotional labor and burnout, *Journal of Managerial Psychology*, 2006 ,21(1): 36-51.
 81. Pedersen S., *Teacher Burn-out in America: A study of One Public and Private Schools in Iowa. A thesis Presented to the Department of English. The Norwegian University of Science and Technology, 1998.*
 82. Maslach, C. and Jackson, S.E. *Maslach Burnout Inventory: Manual Reserarch Edition. Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1986.*
 83. Edeiwich, J. And Brodsky, A. *Burnout: Stages of Disilusionment in the Helping Professions. New York: Human Services Press, 1980.*
 84. Scaufeli, W.B. & Enzmann, D.. *The burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. London: Taylor & Francis, 1988.*
 85. Burk, R.J & Rechardsen, A.M . *Stress, Burnout and health. In C.L. Cooper (Eds). Handbook of Stress, Medicine and Health Bocaration FL: CRC. Press, 1996.*
 86. Maslach C, Jackson, S.E., & M.P. *Maslach Burnout Inventory Manual (3rded). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Στο: Zalaquett C.P. & Wood R.J. (Επιμ.). Evaluating Stress – A Book of Resources Lanham, Md., & London: The Scarecrow Press, 1997.*
 87. Pines, A.M and Malsach, C. *Characteristics of staff burnout in mental health setting. Hospital Community psychiatry 1987 (29)233-237.*
 88. Pines, A. and Aronson, E. *Career Burnout: Causes and cures. Free Press, New York, 1998.*
 89. Shernotff, E.S., Mehata, T.G, Atkins, M.S, Torf, R. & Spencer, J.. *A qualitative Study of the Sources and Impact of Stress Among Urban Teachers. School Mental Health, 2011 (3): 59-69.*
 90. Griffith, J., Steptoe A. & Copley M.. *An investigation of coping strategies associated with job stress. British Journal of Educational Psychology, 1999 6 (4): 517-531.*
 91. Maslach C. & Jackson, S.E. *The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior 1981(2): 99-113.*
 92. Hogan, R.L & McKnight M.A. *Exploring durnout among university*
-

-
- online instructors: An initial investigation. *Internet and Higher Education* 2007(10): 117-124.
93. Tyler, P. & Cushway D. Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, 1998(14): 99-107.
94. Maslach C., Schaufeli W.B., & Leiter M.P. Job burnout. *J Stress M.* 2001.7(8):33-42.
95. Lederborg S.M., Holland C.J. Psychooncology. In: Kaplan I.H., Sadock J.B.: *Comprehensive Text Book of Psychiatry / Ed. Williams And Wilkins Baltimore, USA V. Vol. 2: 1249-1264, 1989.*
96. Δημητρόπουλος Χ. "Η Επαγγελματική Εξουθένωση Στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007.
97. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ. Ευρωπαϊκή συμφωνία-πλαίσιο για το εργασιακό άγχος. Αθήνα 2004.
98. European agency for safety and health at work. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH). European Risk Observatory report: Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2007 (available at: osha.europa.eu/en/riscobservator/risks/forecasts/psychosocial_risks/index.html) accepted at 4/2013.
99. Lamontagne AD, Keege L T, Louie AM, Ostry A, Landsbergis PA.A. Systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *Int J Occup Environ Health* 2007, 13:268-280.
100. Lind E.S., Delvecchio Good M, Seidel St, Csordas Th, Good J.B.: Telling the diagnosis of cancer. *J. of Clinical Oncology*. 7, N.5:583-589, 1989.
101. Leka S, Coxt Prima-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management. WHO, Geneva, 2008 (available at: www.prima-ef.org) accepted at 4/2013.
102. Camerino D., Lusignani M., Conway PM., Beriazzipa IL Gruppo N. L'intenzione di lasciare la professione infermieristica. *Med Lav* 2004, 95:354-364.
-

-
103. Karasek RA, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ):An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998, 3:322-355.
 104. Siegrist J., Starke D.,Chandola T., Godin I., Marmot M., Niedham Meriet AL.The measurement of effort-reward imbalance at work:European comparisons. *Soc Sci Med* 2004, 58:1483-1499.
 105. Luban B, Plozza U, : I gruppi balint. Ed. Pozzi Piccin, Padov. 1986.
 106. Cooper CL., Sloan SJ., Williams S. Occupational stress invicator: Management guide:NFER-Nelson,Windsor,1988.
 107. Maslach C., Jackson SE. The measurement of experience burnout. *J Occup Behav* 1981, 2:99-113.
 108. Maslach C., Leiter MP. Stess and burnout:The critical research. In: Cooper CL (ed) *Handbook of stress medicine and health*,2nd ed.CRC Press,London,2005:153-170.
 109. Μάνος Ν.: Σύνθεση και επιλογή στην ψυχιατρική θεραπευτική. Εκδ. University Studio Press Θεσσαλονίκη 1993.
 110. Maslach C., Jakson SE. Maslach burnout inventory manoual. 2nd. Consulting Psychologists Press,Palo Alto ,California,1986.
 111. Williams S., Cooper CL. Measuring occupational stress: Development of the pressure management indicator.*J Occup Health Psycol* 1998,3:306-321.
 112. Northhouse L.L.: Family issues in Cancer In: (Editor) T.N Wise Karger *Psychiatric Aspects of Cancer. Advance in psychosomatic Medicine*. 1988; 82-101.
 113. Cooper CL., Sloan SJ., Williams S. OCI:Occupational stress indicator.Organizzazioni Speciali,Firenze, 2002.
 114. Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ.,Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999.
 115. Campbell D., Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001, 130:696-705.
 116. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs
-

-
- GA.State – Trait Anxiety Inventory for Adults.Mind Garden:California 1983.
117. Tabanelli MC., Depolo M., Cooke RM.,S. G, Bonfiglioli R., Mattioli S ET AL. Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *Int Arch Occup Environ Health* 2008. 82:1-12.
118. Lekas A., Cox T., The European framework for psychosocial risk management:PRIMA-EF.I-WHO Publications,Nottingham,2008.
119. Will I., Peliola E., Kivimaki M., Elovainio M., Virtanen M. Organizational justice and employee perceptions on hospital management. *J Health Organ Manag* 2007,21:320-332.
120. Pines A., Aronson E.Career burnout:Causes and cures. The Free Press,New York,1988.
121. Biaggi P., Peter S., Ulich E., Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents-what can be done? *Swiss Med Wkly* 2003, 133:339-346.
122. Gabbe S., Melville J., Mandel . L., Burnout in chairs of obstetrics and gynaecology: Diagnosis, treatment, and prevention.2002, 186 :601-162.
123. Waccini R. Prevenzione organizzativa dello stress. *G Ital Med Lav Erg* 2009, 31:2,191-193.
124. Wu, W.S. and Chen, B.S. Identifying stress transcription factors using gene expression and TF-gene association data. *Bioinformatics and Biology Insights*. 2007, 1:9–17.
125. Adali E., Priami M., Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in greek hospitals. *ICUs and nursing Web journal* 2002,11:1-9.
126. Caplan RD, Cobb S, French JR, van Harrison R, Pinneau SR .Job demands and worker health: Main effects and occupational differences. National Institute for Occupational Safety and Health, Publication no NIOSH 75-160,Cincinnati,1975.
127. Bianchi ERF.Enferm hospital stress *Rev Esc Enferm USP*.2000 34 (4) : 390 4.
-

-
128. Scani Alb., Cellerino Ric.: Il rapporto medico – Paziente in oncologia. Ed. Franco Angeli. 1995.
129. Cooper, C. L., Sloan, S. L., & Williams, S. L. Occupational Stress Indicator Management Guide. Windsor: NFER-NELSON, 1988.
130. Papadatou D, Papazoglou I, Petraki D, Bellali T. Mutual support among nurses who provide care to dying children illness. Crisis and LOSS 1999, 7:37-48.
131. Augusto Landa J.M., Lopez-Zafra E., Berrios Martos M.P., The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey .International Journal of Nursing Studies 2008 45:888-901.
132. Fontana, D Άγχος και η αντιμετώπιση του, 4^η έκδοση. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1996.
133. Firth-Cozens J. Depression in doctors. In: Robertson MM, Catona CLE (eds) Depression and physical illness. J Wiley & Sons Ltd, Cichester, 1997:95-111.
134. Frank E., Dingle AD. Self-reported depression and suicide at-tempts among US women physicians. Am J Psychiatry 1999, 156:1887-1894.
135. Hawes K. Job stress, burnout, practice environment and maternal satisfaction in the neonatal intensive care unit University of Rhoddes island, 2009.
136. Chu C.I., H.M., Price J.L., Lee J.R. Job satisfaction of hospital nurses: An empirical test of a causal model in Taiwan. International Nursing Review, 2003, 50 (3):176-182.
137. McVicar, A. “Workplace Stress in Nursing: A Literature Review”. Journal of Advanced Nursing, 2003, 44 (6) :33-42.
138. Tyler P.A., Ellision R.N. Sources of stress and psychological well-being in high dependency nursing. Journal of Advanced Nursing, 1994, 19:469-476.
139. Shields M.A., Word M. Improving nurse retention in the National Health Service in England: The impact of job satisfaction on Intentous to quit. Journal of Health Economics, 2001, 20 (5):677-701.
-

-
140. Korompeli A, Sourtzi P, Tzavara C, Velonakis E Rotating shift-related changes in hormone levels in intensive care unit nurses. *J Adv Nurs* 2009,65:1274-1282.
141. Purvi P, Atish T, Tanmay B Occupational stress and coping among nurses. *Journal Health Health manag*,2004, 6:115-28.
142. Sharifian A., Farahani A., Pasalar P., GharaviM., Aminian O. Shift work as an oxidative stressor *Journal of Rhythms*,2005,3 (1):1-3.
143. Καρανικόλα Μ, Παπαθανάσογλου Ε, Σταθοπούλου Χ, Παναγιωτοπούλου Φ. Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους στους Έλληνες νοσηλευτές επείγουσας φροντίδας *Νοσηλεία και Έρευνα* 2008,22'35-42.
144. Lee K.A. Self-reported sleep disturbances in employed women. *Sleep* 1992, 15:493-498.
145. Lee K.A. DeJoseph JF Sleep disturbances,vitality and fatigue among a select group of employed childbearing women. *Birth* 1992, 19:208-213.
146. Kawachi I,Colditz GA, Stampfer MJ,Willet WC,Manson JE,Speizer FE et al.Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation* 1995,92:3178-3182.
147. Schernhammer ES,Laden F, Speizer FE, Willet WC, I lunter DJ,Kawachi I et al.Rotating night shift and risk of colorectal cancer in the nurses' health study. *J Natl Cances Inst* 2003,95:825-828.
148. Davis S,Mirick DK,Stevens RG.Night shift work,light at night,and risk of breast cancer. *J Nail Cancer inst* 2001,93:1557-1562.
149. Shortt SED.Psychiatric illness in physicians. *CMAJ* 1979,121:283-288.
150. Garelick AL,Gross SR,Richardson I,Von Der Tann M,Bland J,Hale R.Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors?A cross-sectional investigation. *BMC Med* 2007,5:26.
151. Frank E,Dingle AD.Seif-reported depression and suicide attempts among US women physicians. *Am J Psychiatry* 1999,156:1887-1894.
152. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H ET AL. Confronting depression and suicide in physicians a consensus
-

-
- statement. JAMA 2003,289:3161-3166.
153. Bravo JA, Dvaz-Veliz G, Mora S, Ulloa JL, Berthoud VM, Morales P et al. Desipramine prevents stress-induced changes in depressive-like behaviour and hippocampal markers of neuroprotection. BehavPharmacol 2009, 20:273–285.
154. Cirulli F, Alleva E. The NGF saga: From animal models of psychosocial stress to stress-related psychopathology. Front Neuroendocrinol 2009, 30:379–395.
155. Furnham. S., “ Effect of Dissimulation on Self-Report and Objective of Personality”. Person, individ. Diff. Vol. 21, No.3, pp.335-343, 1996.
156. Israel Ba., Baker Ea., Goldenhar Lm., Heaney Ca., Schurman Sj.(1996). “ Occupational stress, safety and health: conceptual framework and principles for effective prevention interventions”, j. Occup. Health Psychol. 1(3): 261-286.
157. Folkam. S. Journal of Personality and Social Psychology, 1986, No5, 992-1003.
158. Costa. et al. “ Immunosuppressive Drugs as a Tool to Explore Immunopathology in Experimental Chags Disease”. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de janeiro, Vol. 94, pp.1:273-276, 1999.
159. Cassel.I, “Psychosocial Models of the Role of Social Support in the Etiology of Physical Disease”. Health Psychology, 1998,7(3), 269-297.
160. Antonovsky. A. “ Unraveling the Mystery of Health”. Jossey- Bass Publishers,San Francisco. 1987.
-

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ δώστε μια απάντηση, που να ανταποκρίνεται περισσότερο στην άποψή σας. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο.

1	Νοσοκομείο: 1 Τζανείο, 2 Νικαίας, 3 Σωτηρία, 4 Ευαγγελισμός	
2	Φύλο: Άνδρες = 1, Γυναίκα = 2	
3	Ηλικία: < 30 = 1, 31-40 = 2, 41-50 = 3, > 50 = 4	
4	Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η = 1, άγαμος = 2, διαζευγμένος/η = 3, χήρος/α = 4, συμβίωση = 5	
5	Ειδικότητα: Ιατρός = 1, νοσηλευτής = 2, βοηθός νοσηλευτική = 3, διοικητικός υπάλληλος = 4	
6	Εκπαίδευση: Απόφοιτος ΑΕΙ = 1, ΤΕΙ = 2, Δευτεροβαθμια εκπαίδευση = 3	
7	Μεταπτυχιακές σπουδές: Διδακτορικό = 1, master = 2, νοσηλευτική ειδικότητα = 3, εξειδίκευση = 4, τίποτα = 0	
8	Έχετε παιδιά; ΝΑΙ = 1, ΟΧΙ = 2	
9	Νοσηλευτικό τμήμα που εργάζεστε: Παθολογικό = 1, χειρουργικό = 2, ορθοπαιδικό = 3, ΩΡΛ = 4, Ε.Ι = 5, μονάδες εντατικής = 6, καρδιολογικό = 7, βραχείας νοσηλείας = 8, ψυχιατρικό = 9, Άλλο.....10	
10	Χρόνια προϋπηρεσίας.....:	
11	Θέση που κατέχετε: Προϊστάμενος/η = 1, Υπεύθυνος = 2, νοσηλευτής = 3, βοηθός νοσηλευτή = 4, ειδικευόμενος = 5, ειδικευμένος = 6, διευθυντής = 7, υπάλληλος = 0	
12	Βάρδια εργασίας με ωράριο: Πρωινό = 1, Απογευματινό = 2, Νυκτερινό = 3, Κυκλικό = 4	
13	Μέσος όρος αριθμός ατόμων προσωπικού που εργάζονται στο τμήμα σε ωράριο: Πρωινό-----, Απογευματινό-----, Νυκτερινό-----	
14	Δύναμη ασθενών κατά μέσο όρο την ημέρα: -----	

<p>ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω δίδονται μερικές φράσεις που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε τον εαυτό μας. Διαβάστε κάθε μία φράση και κατόπιν βάλτε ένα ✓ στις στήλες δεξιά σημειώνοντας έτσι <u>πως αισθάνεστε αυτή τη στιγμή</u>. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην αφήνετε να περάσει πολύς χρόνος για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που δείχνει να περιγράφει καλύτερα τα παρόντα αισθήματά σας. Δώστε μία απάντηση για κάθε φράση.</p>		Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ	
1	Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4	
2	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4	
3	Είμαι σε ένταση	1	2	3	4	
4	Είμαι περίλυπος	1	2	3	4	
5	Αισθάνομαι ησυχασμένος	1	2	3	4	
6	Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4	
7	Με απασχολούν πιθανές κακοτυχίες	1	2	3	4	
8	Αισθάνομαι ξεκούραστος	1	2	3	4	
9	Αισθάνομαι αγχώδης	1	2	3	4	
10	Νοιώθω άνετα	1	2	3	4	
11	Αισθάνομαι να έχω αυτοπεποίθηση	1	2	3	4	
12	Αισθάνομαι νευρικός	1	2	3	4	
13	Είμαι φοβισμένος	1	2	3	4	
14	Νοιώθω να πνίγει κάτι	1	2	3	4	
15	Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4	
16	Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4	
17	Είμαι ανήσυχος	1	2	3	4	
18	Αισθάνομαι σε διέγερση και με τεντωμένα νεύρα	1	2	3	4	
19	Αισθάνομαι χαρούμενος	1	2	3	4	
20	Αισθάνομαι ευχαριστημένος	1	2	3	4	

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω δίδονται μερικές φράσεις που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε τον εαυτό μας. Διαβάστε κάθε μία φράση και κατόπιν βάλτε ένα √ (στις στήλες δεξιά) σημειώνοντας έτσι πως αισθάνεστε γενικά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην αφήνετε να περάσει πολύς χρόνος για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που δείχνει να περιγράφει καλύτερα τα αισθήματά σας γενικά. Δώστε μία απάντηση για κάθε φράση.		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1	Αισθάνομαι ευχαριστημένος	1	2	3	4
2	Κουράζομαι γρήγορα	1	2	3	4
3	Αισθάνομαι να μου έρχεται να κλάψω	1	2	3	4
4	Θα ήθελα να ήμουν τόσο ευτυχισμένος, όσο οι άλλοι φαίνεται να είναι	1	2	3	4
5	Χάνω ευκαιρίες γιατί δεν μπορώ ν' αποφασίζω γρήγορα	1	2	3	4
6	Αισθάνομαι ξεκούραστος	1	2	3	4
7	Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και ξένοιαστος	1	2	3	4
8	Αισθάνομαι ότι οι δυσκολίες μαζεύονται σε σημείο που να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
9	Με απασχολούν πολύ θέματα που στην πραγματικότητα δεν είναι σημαντικά για μένα	1	2	3	4
10	Είμαι ευτυχισμένος	1	2	3	4
11	Έχω την τάση να παίρνω τα πράγματα κατάκαρδα	1	2	3	4
12	Μου λείπει η εμπιστοσύνη στον εαυτό μου	1	2	3	4
13	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
14	Προσπαθώ να αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες ή κρίσιμες καταστάσεις	1	2	3	4
15	Αισθάνομαι άκεφος	1	2	3	4
16	Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
17	Κάποιες, όχι σημαντικές σκέψεις, περνάνε από το μυαλό μου και με απασχολούν	1	2	3	4
18	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο στα σοβαρά που δεν μπορώ να τις βγάλω από το μυαλό μου	1	2	3	4
19	Είμαι ένας σταθερός τύπος	1	2	3	4
20	Με πιάνει ταραχή ή νοιώθω ένταση καθώς σκέπτομαι τις τρέχουσες έγνοιες και θέματα	1	2	3	4