

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου  
νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής  
κλινικής**



**Εισηγήτρια:**

**Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία**  
Καθηγήτρια

**Επιμέλεια:**

**Ξενιτοπούλου Ελευθερία – Μαγδαληνή**  
**Παπαθανασίου Χαράλαμπος**  
Φοιτητές Νοσηλευτικής

## **Ευχαριστίες και Αφιερώσεις**

*Θα ήθελα να ευχαριστήσω την υπεύθυνη καθηγήτριά μας, Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία, Καθηγήτρια και Κοσμήτορα της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, η οποία δέχθηκε να είναι αρωγός σε αυτή την προσπάθειά μας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου Ανέστη και Ελένη καθώς επίσης τον αδερφό μου Παναγιώτη για τη στήριξή τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και κυρίως στο δύσκολο δρόμο της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας μας.*

*Την προσπάθεια και την συνεισφορά μας, μέσω της έρευνας μας για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής επιστήμης, αφιερώνω στην αγαπημένη και αείμνηστη γιαγιά μου Ελευθερία, γνωρίζοντας ότι θα ένιωθε ευτυχία και περηφάνεια για εμένα καθώς επέλεξα ένα επάγγελμα με το οποίο θα μπορώ να απαλύνω τον πόνο των ανθρώπων που βρίσκονται σε ανάγκη.*

*Ελευθερία – Μαγδαληνή Ξενιτοπούλου*

*Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την εισηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία, η οποία μας βοήθησε στην δημιουργία της. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους βοήθησαν στην δημιουργία αυτής της εργασίας αλλά και στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.*

*Την πτυχιακή αυτή εργασία την αφιερώνω στην μητέρα μου, γνωρίζοντας τις δυσκολίες που πέρασε για εμένα από την εισαγωγή μου στην τριτοβάθμια εκπαίδευση μέχρι και την ολοκλήρωση των σπουδών μου.*

*Χαράλαμπος Παπαθανασίου*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδες
Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ανατομία – Φυσιολογία νευρικού συστήματος

1.1	Ανατομία νευρικού συστήματος	10
1.2	Φυσιολογία νευρικού Συστήματος	11
1.2.1	Φυσιολογία του stress	12

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Περιβάλλον

2.1	Γενετικές και περιβαλλοντικές αλληλεπιδράσεις	17
2.2	Κοινωνικό περιβάλλον και ψυχική υγεία	18
2.3	Εργασιακό περιβάλλον	19
2.3.1	Παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή απόδοση	21
2.3.2	Παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση	23

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Άγχος

3.1	Άγχος	27
3.1.1	Χρόνιο άγχος	30
3.2	Οργανισμός και άγχος	34
3.3	Το άγχος και η εργασία	36
3.4	Ψυχοσωματικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες	39

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ύπνος

4.1	Χαρακτηριστικά του ύπνου	44
4.2	Επιπτώσεις αποστέρησης ύπνου	45

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

Νοσηλευτική επαγγελματική εξουθένωση

5.1	Επαγγελματική εξουθένωση (Burn out)	51
5.2	Παράγοντες που ευθύνονται για το burn out	52
5.3	Ανάλυση συνδρόμου Burn out	53
5.4	Ανασκόπηση του burn out στο διεθνή χώρο	57

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Υλικό και μέθοδος	62
Αποτελέσματα	64
Συζήτηση	110
Συμπεράσματα	113
Προτάσεις	114
Περίληψη	117
Summary	119
Βιβλιογραφία	121
Παράρτημα	128

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ



Αρχικά, το ερευνητικό πρόβλημα το οποίο προσπαθούμε να αναλύσουμε είναι οι βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που αντιμετωπίζει ο εκάστοτε νοσηλευτής - νοσηλεύτρια που εργάζεται σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής. Οι λόγοι επιλογής του συγκεκριμένου ερευνητικού προβλήματος είναι πολυάριθμοι. Αρχικά, μας προβληματίσε από την πρώτη στιγμή πως θα είναι οι συνθήκες της μελλοντικής μας εργασίας καθώς βρισκόμασταν κοντά στην έναρξη της πρακτικής μας άσκησης. Επιπλέον, μέσα από συζητήσεις τόσο με τους συμφοιτητές όσο και με τους γονείς μας, μας δόθηκε ένα επιπλέον ερευνητικό κίνητρο για να αναλύσουμε πως αντιμετωπίζει το εν ενεργεία νοσηλευτικό προσωπικό την καθημερινότητα σε συνδυασμό με την εργασία. Ακόμα, βασισμένοι στο ενδιαφέρον που είχαμε από την αρχή των σπουδών μας στα μαθήματα που βασιζόνταν στην ψυχιατρική - ψυχική υγεία είχαμε αποφασίσει εκ των προτέρων πως θα ασχοληθούμε κατά την περίοδο της δημιουργίας της πτυχιακής μας εργασίας με ένα θέμα με βάση την έρευνα και την ψυχικής υγεία.

Η συμβολή του θέματος μας στην επιστήμη θα είναι σίγουρα μικρή λόγω της απειρίας μας διακατέχει ως φοιτητές ακόμα αλλά θα προσπαθήσουμε να βάλουμε ένα μικρό «λιθαράκι» σε ένα θέμα το οποίο δεν είναι τόσο διαδεδομένο αν και έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες ανάλυσης του από ειδικούς πάνω σε αυτόν τον τομέα. Η όσο το δυνατόν καλύτερα ανάλυση του συγκεκριμένου θέματος πάνω στην έρευνα έχει πολυάριθμους σκοπούς. Αρχικά, θα θέλαμε να κάνουμε μια από τις πολλές ήδη προτροπές τόσο των καθηγητών όσο και των ειδικών ώστε πολλοί φοιτητές να ασχοληθούν με ερευνητικά θέματα που μόνο ενδιαφέρον μπορούν να αντιμετωπιστούν παρά τις δυσκολίες τους, Επιπλέον, θα θέλαμε να σταματήσει να αντιμετωπίζεται η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας (συνήθως σε θέματα καθαρά βιβλιογραφικά) ως μια πολύωρη ρουτίνα από τους φοιτητές και να δουν πως ο συνδυασμός της με ένα ερευνητικό θέμα μόνο κέρδη μπορεί να αποδώσει τόσο στους δημιουργούς όσο και στους αναγνώστες της.

Τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν φοιτητές που ασχολούνται με ερευνητικές εργασίες είναι πολυάριθμα. Αρχικά, το πρόβλημα της γραφειοκρατίας που αντιμετωπίζει η χώρα μας σε συνδυασμό με την όχι και τόσο ομαλή λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών υγείας μπορούμε να πούμε πως αρχικά μας δυσκόλεψε σε μεγάλο βαθμό. Για παράδειγμα, είναι γνωστό σε όλους μας πως για να πραγματοποιηθεί μια έρευνα στο προσωπικό του εκάστοτε νοσοκομείου πρέπει να δοθεί έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του εκάστοτε νοσοκομείου. Στο θέμα έγκρισης όλα τα ιδρύματα ήταν από την αρχή θετικά στην συνεργασία μαζί μας όμως μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία της επίσημης πρωτότυπης έγκρισης ο χρόνος αναμονής έφτασε και τους δύο μήνες όσο και υπερβολικό αν ακούγεται. Επιπλέον, αποφασίζοντας να ασχοληθούμε με ένα ερευνητικό θέμα και να πρέπει να ταξιδέψουμε αρκετά χιλιόμετρα μακριά από τους μόνιμους τόπους κατοικίας μας εκτός από σωματικά και ψυχολογικά κουραστικό είναι πολυδάπανο, και αν σκεφτεί κανείς την οικονομική κρίση που υπάρχει αυτή την στιγμή στην χώρα μας, τότε γίνεται εύκολα αντιληπτό το πόσο δύσκολο ήταν για εμάς ως απλοί φοιτητές.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία επηρεάζει την ψυχική και σωματική μας υγεία, άλλοτε σε μικρότερο και άλλοτε σε μεγαλύτερο βαθμό, ανάλογα με το είδος της. Το στρες και ο ψυχικός πόνος που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας έχει απασχολήσει κατά καιρούς πολλούς επιστήμονες καθώς η σχέση της υγείας με την εργασία γίνεται αντικείμενο μελέτης από τα χρόνια του Ιπποκράτη.<sup>1</sup>

Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι και το εργασιακό άγχος συγκαταλέγονται μεταξύ των μεγαλύτερων προκλήσεων στον τομέα της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας. Επηρεάζουν σημαντικά την υγεία των ατόμων, των επιχειρήσεων και των εθνικών οικονομιών. Το άγχος θεωρείται από τους μισούς περίπου ευρωπαίους εργαζόμενους σύνηθες φαινόμενο στον χώρο εργασίας τους και ευθύνεται περίπου για τις μισές χαμένες εργάσιμες ημέρες. Τα άτομα που πάσχουν από άγχος συνήθως παρεξηγούνται ή στιγματίζονται, όπως συμβαίνει και με πολλά άλλα ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Εντούτοις, όταν οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι και το άγχος αντιμετωπίζονται ως οργανωτικό ζήτημα και όχι ως προσωπική αδυναμία, μπορούν να είναι εξίσου διαχειρίσιμοι με οποιονδήποτε άλλο κίνδυνο για την ασφάλεια και την υγεία στον χώρο εργασίας.

Οι εργαζόμενοι αισθάνονται άγχος όταν οι απαιτήσεις της θέσης εργασίας τους είναι μεγαλύτερες από την ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν. Πέραν των προβλημάτων ψυχικής υγείας, οι εργαζόμενοι που πάσχουν από παρατεταμένο άγχος κινδυνεύουν να εμφανίσουν σοβαρά σωματικά προβλήματα υγείας, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις ή μυοσκελετικά προβλήματα. Σε επίπεδο οργανισμού ή επιχείρησης, οι αρνητικές συνέπειες μπορεί να περιλαμβάνουν κακή συνολική επιχειρηματική απόδοση, αυξημένο ποσοστό απουσίας από την εργασία, τυπική παρουσία στην εργασία (περιπτώσεις εργαζομένων που εμφανίζονται στην εργασία τους ενώ είναι άρρωστοι και δεν μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά) και αυξημένα ποσοστά ατυχημάτων και τραυματισμών. Οι απουσίες που συνδέονται με το άγχος τείνουν να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια από τις απουσίες που συνδέονται με άλλες αιτίες και το εργασιακό άγχος μπορεί να συμβάλει στην αύξηση των ποσοστών πρόωρης συνταξιοδότησης, ιδίως στην κατηγορία των ατόμων που εργάζονται ως στελέχη. Το κόστος για τις επιχειρήσεις και την κοινωνία εκτιμάται ότι είναι σημαντικό και ανέρχεται σε δισεκατομμύρια ευρώ σε εθνικό επίπεδο.<sup>2</sup>

Η επαγγελματική εξουθένωση, γνωστή και ως σύνδρομο Burn out, έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανιστεί σε νοσηλευτές και γιατρούς που εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές. Αυτό συμβαίνει διότι καθημερινά έρχονται σε επαφή με τον πόνο και το θάνατο των ασθενών, τις ψυχώσεις και το καταθλιπτικό πολλές φορές περιβάλλον. Το εξαντλητικό φόρτο εργασίας σε συνάρτηση με τις νυχτερινές βάρδιες επαυξάνουν την καθημερινή δυσαρέσκεια των νοσηλευτών. Παρ' όλα αυτά οι νοσηλευτές παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα μυοσκελετικών ενοχλήσεων. Βασική αιτία της μυοσκελετικής καταπόνησης θεωρούνται τα φορτία που δέχονται οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της μεταφοράς, ανύψωσης, μετακίνησης ασθενών, ενώ ενοχοποιείται και η λανθασμένη στάση του σώματος κατά τη διάρκεια εργασιών σε παρατεταμένη κάμψη.

Τα προβλήματα που έχουν προκύψει αφορούν το ψυχολογικό και το οργανικό κομμάτι, επηρεάζοντας αντίστοιχα νοητικές και σωματικές λειτουργίες. Η κακή διατροφή είναι βασικός παράγοντας οποιασδήποτε υπερκοπωτικής κατάστασης, στερώντας από τον οργανισμό πολλά αμυντικά όπλα. Η μειωμένη σωματική δραστηριότητα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό, επίσης, το σώμα και το πνεύμα του ανθρώπου, ο οποίος νιώθει εξαντλημένος από τον υπολογιστή ή την καρτέλα του

γραφείου αλλά στην πραγματικότητα δεν έχει εκτονώσει καθόλου κινητική ενέργεια. Τέλος, το στρες που μας συνοδεύει σε οποιαδήποτε δραστηριότητα μπορεί να αποβεί μοιραίο αφού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα νοητικής κόπωσης, δημιουργώντας κυρίως πρόβλημα στο μηχανισμό ανάπαυσης και αποκατάστασης.<sup>3</sup>



---

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---







---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

- Ανατομία νευρικού συστήματος
- Φυσιολογία νευρικού συστήματος



## 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο όρος «Βιολογική ψυχιατρική» χρησιμοποιείται κάποιες φορές εναλλακτικά με τον όρο «νευροψυχιατρική». Στην παρούσα τους χρήση όμως οι δύο όροι έχουν διαφορετική έννοια. Ο όρος Βιολογική ψυχιατρική έρχεται να προσδώσει έμφαση σε μία νευροψυχική και νευροφαρμακολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής διαταραχής. Ο όρος νευροψυχιατρική θέλει να τονίσει τις γνωστές και θεωρητικές σχέσεις μεταξύ νευρολογίας και ψυχιατρικής. Η υπόθεση της ντοπαμίνης στη σχιζοφρένεια προέκυψε από τις παρατηρήσεις ότι τα φάρμακα που δεσμεύουν τους υποδοχείς της ντοπαμίνης (aloperidol) έχουν αντιψυχωτική δράση και τα φάρμακα που ενισχύουν τη δράση της ντοπαμίνης μπορούν να προκαλέσουν ψυχωτικά συμπτώματα σε μη σχιζοφρενή άτομα.

Το νευρικό σύστημα εξυπηρετεί την αντίληψη του περιβάλλοντος, ενσυνείδητη κίνηση και τη διαβίβαση των ώσεων. Ρυθμίζει τις λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, ανάλογα με τα εξωτερικά και τα εσωτερικά ερεθίσματα με αυτό τον τρόπο ο οργανισμός λειτουργεί σαν ενιαίο σύνολο, ανατομικά και λειτουργικά.<sup>4</sup>

Διαιρείται στο εγκεφαλονωτιαίο και στο φυτικό ή το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Το εγκεφαλονωτιαίο διαιρείται σε κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) με τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό και σε περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ) με τα εγκεφαλικά ή νωτιαία νεύρα και τα γάγγλια. Το φυτικό ή αυτόνομο νευρικό σύστημα χωρίζεται στο συμπαθητικό και στο παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Κάθε ένα από αυτά αποτελείται από το κεντρικό μέρος, τους πυρήνες και το περιφερικό μέρος με τα νεύρα και τα γάγγλια.

Ο νευρικός ιστός αποτελείται από τα νευρικά κύτταρα και τα νευρογλοιακά κύτταρα. Το νευρικό κύτταρο ή αλλιώς νευρώνας είναι η λειτουργική μονάδα του νευρικού συστήματος. Ο αριθμός των νευρικών κυττάρων κάθε ανθρώπου είναι σταθερός από τη γέννησή του και σε όλη τη ζωή του, διότι το ώριμο νευρικό κύτταρο δεν αναπαράγεται.<sup>5</sup>



Εικόνα 1. Νευρώνας

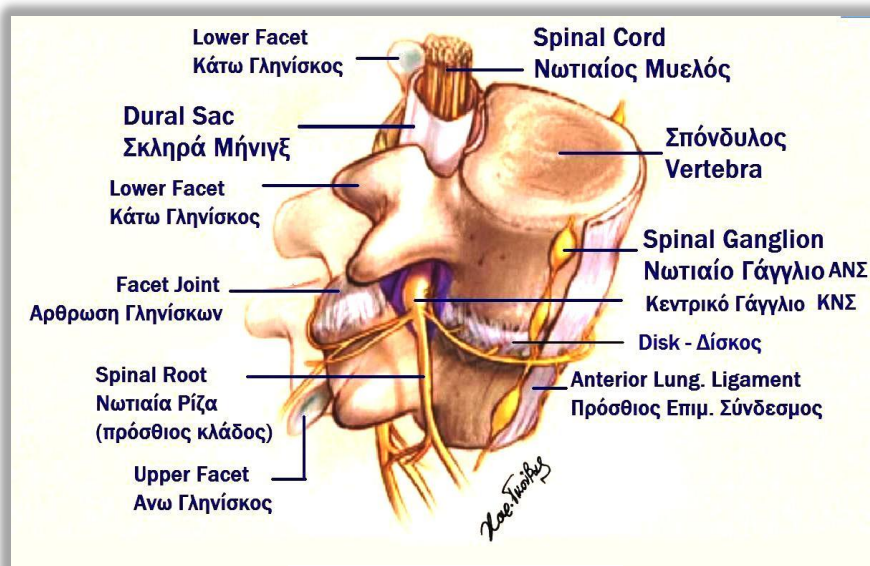
Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα και περιβάλλεται από τις μήνιγγες, με τις οποίες στηρίζεται. Το βάρος του στον άνδρα είναι 1350 γραμμάρια και στη γυναίκα 1250 γραμμάρια περίπου. Το τελικό βάρος του εγκεφάλου διαμορφώνεται κατά το

20<sup>ο</sup> έτος της ζωής του. Στη γεροντική ηλικία, το βάρος του εγκεφάλου μειώνεται λίγο. Το βάρος του εγκεφάλου, δεν έχει καμία σχέση με το βαθμό ευφυΐας του ανθρώπου. Εξωτερικά του εγκεφάλου διακρίνουμε τα δύο ημισφαίρια, το στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα. Μέσα στον εγκέφαλο περικλείονται κοιλότητες που ονομάζονται κοιλίες του εγκεφάλου και περιέχουν το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (Ε.Ν.Υ.).

Ο εγκέφαλος διακρίνεται σε δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια. Κάθε ημισφαίριο διαιρείται με αύλακες σε πέντε λοβούς: Μετωπιαίος, βρεγματικός, κροταφικός, ινιακός και κεντρικός

λοβός. Ο εγκέφαλος ευρισκόμενος εντός της κοιλότητας του κρανίου, περιβάλλεται από τρεις μήνιγγες. Αυτές, από έξω προς τα μέσα είναι: η σκληρά, η αραχνοειδής και η χοριοειδής. Οι μήνιγγες αυτές συνεχίζονται προς τα κάτω, στις μήνιγγες του Νωτιαίου μυελού.

Ο νωτιαίος μυελός είναι συνέχεια του προμήκη μυελού και αρχίζει από τον Α1 μένα το άνω χείλος του Ο2. Έχει μήκος περίπου 45 εκατοστά, σχήμα κυλινδρικό, πάχος μικρού δακτύλου και βρίσκεται μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα, περιβαλλόμενος από Ε.Ν.Υ. Παρουσιάζει δύο ατρακτοειδείς παχύνσεις, το αυχενικό όγκωμα στην αυχενική μοίρα και το οσφυϊκό όγκωμα στην οσφυϊκή μοίρα. Ο νωτιαίος μυελός αποτελείται από δύο ουσίες, τη λευκή, εξωτερικά και τη φαιά, εσωτερικά.



Εικόνα 2. Νωτιαίος Μυελός

Είναι γνωστό ότι πολλές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, όπως οι κινήσεις των λείων μυϊκών ινών και η έκκριση των διαφόρων αδένων, γίνονται ασυνείδητα, χωρίς να υπόκεινται στη βούλησή μας. Τα όργανα που μπορούν να λειτουργούν αυτομάτως (σπλάγχνα, αγγεία, αδένες, μυοκάρδια), νερώνονται από ιδιαίτερο νευρικό σύστημα, το αυτόνομο ή το φυτικό νευρικό σύστημα. Διαιρείται στο συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, που δρουν ανταγωνιστικά και διατηρούν τη λειτουργική ισορροπία.

Τα κέντρα του συμπαθητικού συστήματος, βρίσκονται στη θωρακοοσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού και μάλιστα στα πλάγια αυτού και διακρίνονται σε σπλαγχοαισθητικά και σε σπλαγχοκινητικά. Η περιφερική μοίρα αποτελείται από δύο συμπαθητικά στελέχη, από τις προγαγγλιακές και μεταγαγγλιακές ίνες, που βρίσκονται κατά μήκος της κοιλιακής αορτής και είναι το κοιλιακό, το άνω και κάτω μεσεντέριο γάγγλιο.

Τα κέντρα του παρασυμπαθητικού συστήματος, βρίσκονται σε ορισμένα σημεία του εγκέφαλου και του νωτιαίου μυελού. Η κεντρική μοίρα αποτελείται από πυρήνες στον εγκέφαλο και στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού. Η περιφερική μοίρα αποτελείται από τις προγαγγλιακές και μεταγαγγλιακές ίνες και από τα παρασυμπαθητικά γάγγλια.<sup>6</sup>

## 1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μια από τις πιο βασικές λειτουργίες του Νευρικού συστήματος είναι τα αντανακλαστικά. Τα αντανακλαστικά είναι η βασική μονάδα νευρικής δραστηριότητας. Ένα αντανακλαστικό τόξο αποτελείται από το αισθητικό όργανο, τον προσαγωγό νευρώνα, μία ή περισσότερες συνάψεις σε κεντρικό επίπεδο, τον απαγωγό νευρώνα και το εκτελεστικό όργανο.

Το πρωτογενές προκλητό δυναμικό είναι πολύ ειδικό όσον αφορά στην εντόπισή του και μπορεί να παρατηρηθεί μόνο στο τέλος της αισθητικής οδού. Είναι τόσο πολύ εξειδικευμένο που έχει χρησιμοποιηθεί για τη χαρτογράφηση των αισθητικών περιοχών του φλοιού. Η δευτερογενής διάχυτη ανταπόκριση δεν έχει ακριβή εντόπιση. Εντοπίζεται σε διάφορες περιοχές του φλοιού, ακόμη και σε υποφλοιώδεις περιοχές.

Ο οργανισμός, με τη βοήθεια των αισθητηρίων οργάνων του παίρνει από το περιβάλλον σωρεία πληροφοριών, καταγράφει όμως συνειδητά μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτές. Οι υπόλοιπες είτε υποβάλλονται σε υποσυνείδητη επεξεργασία ή δεν χρησιμοποιούνται καθόλου. Από την άλλη πλευρά, δίνονται πληροφορίες στο περιβάλλον είτε μέσω του λόγου είτε μέσω της κινητικής δραστηριότητας. Τα ερεθίσματα φτάνουν στο σώμα υπό τη μορφή διαφόρων μορφών ενέργειας (ηλεκτρομαγνητική, μηχανική κ.ά.).

Για κάθε τύπο ερεθίσματος, υπάρχουν ιδιαίτεροι υποδοχείς οι οποίοι μπορεί να είναι συγκεντρωμένοι σε αισθητήρια όργανα ή να βρίσκονται διάσπαρτοι στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του σώματος. Κάθε τύπος αισθητικού κυττάρου, είναι εξειδικευμένος για την καταγραφή του δικού του ομόλογου ερεθίσματος που οδηγεί σε συγκεκριμένες αισθητικές εντυπώσεις. Η υποδοχή του ερεθίσματος περιλαμβάνει την επιλογή από τον υποδοχέα εκείνου του μέρους των πληροφοριών προς το οποίο έχει προδιαγραφεί για να απαντά άσκηση πίεσης στο δέρμα. Στο εσωτερικό του υποδοχέα το ερέθισμα προκαλεί μεταβολές των ιδιοτήτων της κυτταρικής μεμβράνης με αποτέλεσμα την ανάπτυξη του δυναμικού παραγωγής.<sup>7</sup>

## 1.2.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ STRESS

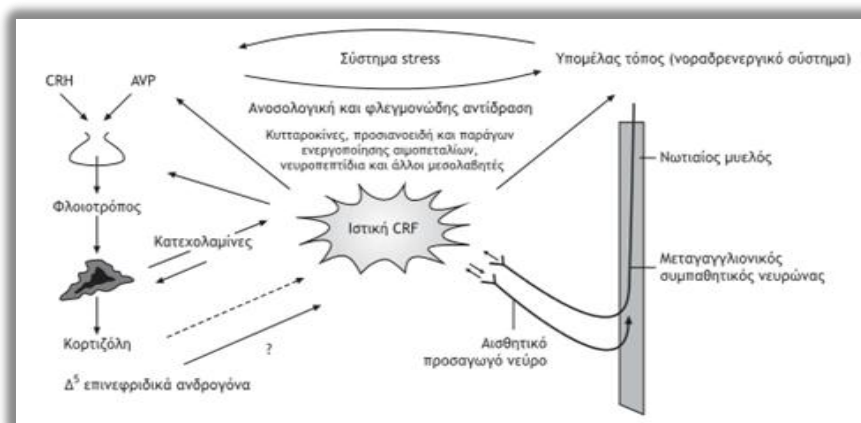
Ο άξονας υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδιο και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα είναι τα περιφερικά σκέλη του συστήματος του stress των οποίων η κύρια λειτουργία είναι η διατήρηση της βασικής και της σχετιζόμενης με το stress ομοιόστασης.<sup>8</sup> Αντίστοιχα, τα κεντρικά συστατικά του συστήματος εντοπίζονται στο μεταιχμιακό σύστημα, τον υποθάλαμο και το εγκεφαλικό στέλεχος. Αυτά περιλαμβάνουν μικροκυτταρικούς νευρώνες των παρακοιλιακών πυρήνων του υποθαλάμου, που εκκρίνουν CRH και AVP, τους CRH νευρώνες των παραγιγαντοκυτταρικών και παραβραγχιακών πυρήνων του προμήκη και τους A1, A2, A3 και A6 (LC), κυρίως νοραδρενεργικούς κυτταρικούς σχηματισμούς, στον προμήκη και τη γέφυρα. Καθένας από τους παρακοιλιακούς πυρήνες έχει τρεις μικροκυτταρικές διαιρέσεις: ένα μέσο σχηματισμό, που παράγει κυρίως CRH, που προβάλλει και εκκρίνει στο υποφυσιακό πυλαίο σύστημα· ένα ενδιάμεσο σχηματισμό, που παράγει κυρίως AVP και επίσης προβάλλει στο υποφυσιακό πυλαίο σύστημα· και έναν πλάγιο σχηματισμό, που κυρίως παράγει CRH και εννευρώνει νοραδρενεργικούς και άλλους νευρώνες του συστήματος του stress, στο στέλεχος.<sup>9</sup>

Μερικοί μικροκυτταρικοί νευρώνες περιέχουν και εκκρίνουν αμφότερα CRH και AVP. Άλλοι παρακοιλιακοί CRH νευρώνες προβάλλουν και εννευρώνουν νευρώνες του κεντρικού συστήματος του stress, που περιέχουν προοπιομελανικοκορτίνη (POMC), στον τοξοειδή πυρήνα του υποθαλάμου, καθώς και νευρώνες σε περιοχές ελέγχου του πόνου στο

ρομβοειδή εγκέφαλο. Ενεργοποίηση του συστήματος του stress προκαλεί, μέσω της CRH, έκκριση POMC και άλλων οπιοειδών πεπτιδίων που στοχεύουν στην αναλγησία.<sup>10</sup>

Αυτά τα πεπτίδια ταυτόχρονα δρουν ανασταλτικά στο σύστημα του stress με την καταστολή της έκκρισης CRH και νοραδρεναλίνης. Η CRH, ακόμα, διεγείρει την έκκριση φλοιοτρόπου ορμόνης (ACTH) των φλοιοτρόπων κυττάρων στην πρόσθια υπόφυση. Κάθε ώρα, οι μικροκυτταρικοί νευρώνες εκκρίνουν 2–3 σύγχρονες ώσεις CRH και AVP στο υποφυσιακό φλεβικό σύστημα.<sup>11</sup> Νωρίς το πρωί, όταν οι ώσεις είναι στην κορύφωσή τους, αυξάνεται η εκκρινόμενη ποσότητα ACTH και κορτιζόλης. Ανάλογα με τον τύπο του stress, άλλοι παράγοντες όπως η AVP μακροκυτταρικής προέλευσης, η αγγειοτενσίνη II,

διάφορες κυτταροκίνες και λιπιδιακοί παράγοντες της φλεγμονής εκκρίνονται και λειτουργούν στο επίπεδο της υπόφυσης, του υποθαλάμου ή/και των επινεφριδίων του ΥΥΕ άξονα ενισχύοντας τη δραστηριότητά του.<sup>12</sup> Η κυκλοφορούσα ACTH υποφυσιακής προέλευσης είναι το κλειδί ρυθμιστής της έκκρισης γλυκοκορτικοειδών από τα επινεφρίδια.<sup>6</sup> Άλλες ορμόνες (όπως οι κατεχολαμίνες, το νευροπεπτίδιο Y και η CRH που προέρχεται από το μυελό των επινεφριδίων) επηρεάζουν επιπρόσθετα την έκκριση των γλυκοκορτικοειδών. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, που εξορμάται από πυρήνες στο εγκεφαλικό στέλεχος, αναπτύσσει προγαγγλιακές φυγόκεντρες ίνες που καταλήγουν στα γάγγλια που εντοπίζονται αμφοτερόπλευρα παρασπονδυλικά. Από αυτά τα γάγγλια, μεταγαγγλιακές συμπαθητικές ίνες εξορμώνται, διατρέχουν και εννευρώνουν τους ιστούς. Αν και οι περισσότερες μεταγαγγλιακές συμπαθητικές ίνες εκκρίνουν νοραδρεναλίνη, υπάρχουν επιπλέον υποπληθυσμοί νευρώνων που εκκρίνουν άλλες ενεργές ουσίες, όπως το νευροπεπτίδιο Y και τη CRH. Λειτουργικά, τα CRH και LC-NE συστήματα φαίνεται να συμμετέχουν σε ένα θετικό, αμοιβαία ελεγχόμενο σύστημα ανάδρασης έτσι ώστε η ενεργοποίηση του ενός συστήματος τείνει να ενεργοποιεί και το άλλο. Αυτό περιλαμβάνει προβολές των νευρώνων που περιέχουν CRH, από τους πλάγιους παρακοιλιακούς πυρήνες στο κεντρικό συμπαθητικό σύστημα και αντίστροφα, προβολές από κατεχολαμινεργικές ίνες από το LC-NE σύστημα, διαμέσου του ανιόντος νοραδρενεργικού δεματίου, στον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου. Αυτορρυθμιστικά υπερβραχεία αρνητικά αναδραστικά συστήματα, επίσης, είναι παρόντα σε αυτούς τους νευρώνες, με τις CRH και νοραδρενεργικές παράπλευρες ίνες να δρουν με ανασταλτικό τρόπο στους προσυναπτικούς CRH και α2-νοραδρενεργικούς υποδοχείς, αντίστοιχα. Ενεργοποίηση του συστήματος του stress οδηγεί σε προσαρμοστικές συμπεριφορικές και σωματικές αλλαγές.<sup>10</sup> Κεντρικά, οι συμπεριφορικές αλλαγές περιλαμβάνουν βελτιωμένη εγρήγορση και επιταχυμένα κινητικά αντανακλαστικά, βελτίωση της προσοχής και άλλων γνωστικών λειτουργιών, μειωμένη ανάγκη για πρόσληψη τροφής και σεξουαλικής συμπεριφοράς και αυξημένη ικανότητα για ανοχή στον πόνο. Περιφερικά, η ενεργοποίηση του συστήματος του stress καταλήγει σε αυξημένη συμπαθητική δραστηριότητα που σχετίζεται με αλλαγές στην καρδιαγγειακή λειτουργία, το μεταβολισμό και την τροποποίηση της ανοσιακής και φλεγμονώδους αντίδρασης.<sup>13</sup>



Εικόνα 3. Σύστημα Stress

Πολλαπλοί μεσολαβητές-ουσίες στη γενική κυκλοφορία παίζουν σημαντικό ρόλο στην ενεργοποίηση του ΥΥΕ άξονα στη διάρκεια του stress/φλεγμονής. Ο αρχικά αποκαλούμενος «αστικός εκλυτικός παράγοντας της κορτικοτροπίνης» (tissue corticotropinreleasing factor), είναι στην πραγματικότητα διαφορετικός από την «άνοσο» CRH, που φυσιολογικά δεν διαχέεται στη γενική κυκλοφορία. Στην πραγματικότητα, είναι μείγμα κυτταροκινών και άλλων ουσιών που μετέχουν στην ανοσιακή και φλεγμονώδη αντίδραση.

Τρεις κυτταροκίνες –ο TNF-α, η IL-1 και η IL-6– μετέχουν στη διεγερτική δραστηριότητα του άξονα. Κάποιες από τις διεγερτικές δράσεις των κυτταροκινών στον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδιο ασκούνται έμμεσα από την ενεργοποίηση

κεντρικών κατεχολαμινεργικών οδών. Ακόμα, ενεργοποίηση περιφερικών, σωματοαισθητικών και σπλαχνικών ανιουσών νευρικών ινών οδηγεί στη διέγερση αμφοτέρων των κατεχολαμινεργικών και CRH νευρωνικών συστημάτων μέσω ανιουσών νωτιαίων οδών. Αντίστροφα, ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδιο έχει ανασταλτική δράση στη φλεγμονώδη/ανοσολογική απόκριση δεδομένου ότι τα στοιχεία της ανοσολογικής απόκρισης αναστέλλονται από την κορτιζόλη. Μεταβολές στην κυκλοφορία και τη λειτουργία των λευκοκυττάρων, μειώσεις στην παραγωγή κυτταροκινών και μεσολαβητών της φλεγμονής και αναστολή στη δράση των τελευταίων σε ιστούς στόχους αποτελούν κάποιες από τις κύριες ανοσοκατασταλτικές δράσεις των γλυκοκορτικοειδών.<sup>12</sup> Το απαγωγό συμπαθητικό/επινεφριδομυελικό σύστημα συμμετέχει στις αλληλεπιδράσεις του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδιο και της ανοσολογικής/φλεγμονώδους απόκρισης.

Η άποψη, λοιπόν, ότι στον άνθρωπο υπάρχει κάποιο γενετικό υπόστρωμα που καθορίζει συμπεριφορές, ψυχικές ιδιότητες ή διαταραχές έχει υποστηριχθεί από πολλούς μελετητές ήδη από τον περασμένο αιώνα. Για πολλές ψυχικές λειτουργίες υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις κληρονομικής μεταβίβασης. Παρ' όλα αυτά πρέπει να τονιστεί πως είναι μακρύς ο δρόμος που πρέπει να διανυθεί ώστε ένα κωδικοποιημένο μήνυμα στο DNA να οδηγηθεί στην εκδήλωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Ακόμα δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι ο γενετικός χαρακτήρας μία συμπεριφοράς δεν αποκλείει τροποποιητικές επιδράσεις από το περιβάλλον.

Γενικά μπορούμε να διακρίνουμε πως κατά τη διάρκεια του Stress διεγείρεται ο συμπαθητικός κλάδος του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος και παρατηρείται αυξημένη έκκριση ορμονών αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης από τα επινεφρίδια. Η αδρεναλίνη με την σειρά της αυξάνει την δραστηριότητα της καρδιάς, την διάρκεια δράσης των μυών, την συχνότητα και το βάθος της αναπνοής. Συγχρόνως, παρεμποδίζει την πέψη και την ομαλή λειτουργία των εντέρων. Οι οργανικές αυτές αντιδράσεις μπορεί να επιφέρουν τρεμούλα, εφίδρωση, ναυτία, ταχυκαρδία, ζάλη, διάρροια, μυϊκή και νευρική ένταση και ανησυχία, μεταξύ άλλων συμπτωμάτων.

Τα παραπάνω συμπτώματα, σωματικά και ψυχολογικά, ανάλογα με την χρονική διάρκεια, την συχνότητα ενεργοποίησης και την ένταση με την οποία εκδηλώνεται το άγχος-stress, μπορεί να επιφέρουν καταστροφικά αποτελέσματα για την υγεία, παθολογικά και ψυχοπαθολογικά. Για παράδειγμα, η υπερέκκριση αδρεναλίνης - νοραδρεναλίνης για παρατεταμένο χρονικό διάστημα μπορεί να γίνει αιτία για αύξηση της πίεσης, καταστροφή του μυϊκού ιστού, στειρότητα, αναστολή της ανάπτυξης, αναστολή της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, πρόκληση καρδιοπάθειας και λοιμώξεων, καθώς και επίσπευση της διαδικασίας γήρανσης. Μπορεί επίσης η εξωτερική εκδήλωση άγχους –stress να είναι ενδεικτική μιας υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας (φοβίες, κρίσεις άγχους πανικού, αγχώδεις διαταραχές), για την οποία ο πάσχων χρειάζεται την βοήθεια ειδικού για να την αντιμετωπίσει.

Η στενή αλληλεπίδραση οργανικών και ψυχικών παραγόντων στη δημιουργία του παθογενετικού μηχανισμού, που υπόκειται στην αρχική εκδήλωση και διαμορφώνει την πορεία μιας νόσου, καθίσταται περισσότερο φανερή από ποτέ. Το θεωρητικό πλαίσιο της συμμετοχής παραμέτρων από την ψυχική σφαίρα και της ακόλουθης ενεργοποίησης εγκεφαλικών συστημάτων-κέντρων του stress στη διαμόρφωση του οργανικού υπόβαθρου μιας νόσου, διαρκώς εμπλουτίζεται με καινούρια ευρήματα. Το ίδιο συμβαίνει και με τη μελέτη της οργανικότητας στην πορεία ψυχικών νοσημάτων. Σε αυτή τη διαδικασία συμβάλλει η διεύρυνση γνωστικών πεδίων, όπως αυτών της νευροενδοκρινολογίας και της ψυχοανοσολογίας, που φωτίζουν όλο και περισσότερο τη συνάφεια του ψυχοσυναισθηματικού status και των στρεσογόνων γεγονότων με την παθοφυσιολογία των οργανικών συστημάτων. Στο παρόν άρθρο ανασκοπούνται τα πρόσφατα ευρήματα που αφορούν στους νευροενδοκρινικούς μηχανισμούς του stress και της φλεγμονής και παρατίθενται συσχετίσεις με ανοσολογικού χαρακτήρα φαινόμενα.<sup>14</sup>



## 2.1 Γενετικές και περιβαλλοντικές αλληλεπιδράσεις

Ο προσωπικός χώρος ενός ανθρώπου είναι μία νοητή περιοχή που περιβάλλει το σώμα. Έχει επίσης ονομαστεί «προστατευτική ζώνη του σώματος». Κάθε απόπειρα σφετερισμού αυτής της ζώνης θεωρείται απειλητική ενέργεια και ως εκ τούτου πυροδοτεί άγχος στον απειλούμενο και εκλύει εκ μέρους του αμυντική συμπεριφορά. Η μελέτη αυτής της ζώνης έδειξε ότι οι άνθρωποι τείνουν και επιδιώκουν να διατηρούν μεταξύ τους μία απόσταση.

Οι παράγοντες που καθορίζουν τη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### • Γενετικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις

### • Εργασιακό περιβάλλον



εξαρτώνται από τον χαρακτήρα της εργασίας. Στις σύγχρονες μηχανοτοδοτούμενες κοινωνίες η εργασία είναι επαναληπτική, χαρακτηριζόμενη από περιορισμό της κίνησης και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των εργαζομένων. Τέτοια περιβάλλοντα οκτάωρης καταναγκαστικής και πειθαρχημένης εργασίας μπορεί απλώς να είναι δυσφορικά αλλά μπορεί να είναι και εφιαλτικά. Η βιομηχανική ψυχολογία ενδιαφέρεται για την ανθρώπινη συμπεριφορά κατά την εργασία στο τμήμα, με σκοπό την αύξηση της παραγωγικότητας. Ο χώρος εργασίας, το φως, τα χρώματα η θερμοκρασία, ο θόρυβος, η σχέση μεταξύ των εργαζομένων, η γενική κατάσταση της υγείας τους, η υγιεινή και η ασφάλεια της εργασίας, παίζουν σημαντικό ρόλο, αφού το κλίμα της εργασίας επιδρά στην προσωπική δραστηριότητα του εργαζομένου. Οι παράγοντες που αφορούν στην κοινωνική δομή του τμήματος, επιδρούν στον εργαζόμενο όσο και μεταξύ των εργαζομένων και του



διευθυντικού προσωπικού, η συμμετοχή στα κοινά, η άμεση και έμμεση αναγνώριση της προσφοράς. Παθολογικά σύνδρομα που εμφανίζονται στους εργασιακούς χώρους, όπως το τεχνοστρές (technostress) η ευαισθησία στα ηλεκτρικά και μαγνητικά πεδία, το σύνδρομο κτιριακής νόσου (sick building syndrome) και η πολλαπλή χημική ευαισθησία, έχουν ταυτοποιηθεί και έχουν ήδη καταταχθεί στα ταξινομικά συστήματα.<sup>15</sup>

Το κοινωνικό-ψυχολογικό θεωρητικό μοντέλο της Pines, υποστηρίζει ότι οι περιβαλλοντικές συνθήκες εργασίας (π.χ. το απαιτητικό συνεχές ωράριο, η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης, η αυταρχική διοίκηση, κ.α.) αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την εμφάνιση ή όχι του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και για την αποδοτικότητα του επαγγελματία στην εργασία του. Πιο αναλυτικά, η Pines αναφέρει ότι, εάν οι εργαζόμενοι που ξεκινούν της καριέρα τους με υψηλούς στόχους, βρεθούν σε ένα «θετικό» εργασιακό περιβάλλον, έχουν μεγάλες πιθανότητες να φανούν αποδοτικοί και να προσπαθήσουν να αξιοποιήσουν το δυναμικό τους στο μέγιστο βαθμό. Αντιθέτως, εάν συναντήσουν ένα πειστικό για τον ψυχισμό τους εργασιακό χώρο, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, τα ατομικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία, επηρεάζουν μόνο τη χρονική στιγμή της εμφάνισης και την ένταση με την οποία ο εργαζόμενος βιώνει τα συμπτώματα της εξάντλησης.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να είναι ψυχολογικοί άλλη και μη ψυχολογικοί. Παράδειγμα περιβαλλοντικών ψυχολογικών παραγόντων που μπορεί να ενέχονται στην αιτιολογία των ψυχιατρικών διαταραχών, αποτελούν οι περιγεννητικές κακώσεις, οι λοιμώξεις, τα τραύματα, η κακή θρέψη και τα φάρμακα. Μια περαιτέρω περιπλοκή στις εννοιολογικές συλλήψεις αυτών των συσχετίσεων συμβαίνει όταν μία διαταγμένη συμπεριφορά ή ψυχολογικό σύμπτωμα παρατηρείται πιο συχνά σε ορισμένες οικογένειες από ότι στο γενικό πληθυσμό και αυτό δεν αποτελεί απόδειξη γενετικής βάσης του συμπτώματος. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι διαδεδομένα μέσα σε οικογένειες με τον ίδιο τρόπο που και άλλες συμπεριφορές είναι διαδεδομένες και αποκτώνται. Αυτοί οι άλλοι τρόποι μπορεί να είναι απλή μάθηση συμπεριφορών, μίμηση προτύπου σημαντικών ατόμων που μας φροντίζουν, απόκτηση και ενσωμάτωση συμπεριφορών κατ' αντιγραφή του κοινωνικού περιγύρου.

Αυτή η περιοχή καλύπτει περιοχές, όπως την όρεξη, δυσφορία πριν ή μετά το γεύμα, προτιμήσεις για φαγητά, διάρροια, εμετό, δυσκοιλιότητα, χρήση υπακτικών και κοιλιακό πόνο. Ένα ιστορικό απώλειας βάρους είναι συχνό στις καταθλιπτικές διαταραχές.

Κατάθλιψη όμως μπορεί να συνοδεύει την απώλεια βάρους εξ αιτίας ελκώδους κολίτιδας, τοπικής εντερίτιδας και καρκίνου. Η νευρογενής ανορεξία, συνοδεύεται από σημαντική απώλεια βάρους με την παρουσία φυσιολογικής όρεξης. Αποφυγή ορισμένων φαγητών μπορεί να συνοδεύει την απώλεια βάρους εξαιτίας ελκώδους κολίτιδας, τοπικής εντερίτιδας και καρκίνου. Οι πάσχοντες από τη νόσο του Crohn φαίνεται ότι παρουσιάζουν περισσότερους ψυχοπαθολογικούς δείκτες σε παρόμοια ψυχοπαθολογικό πείραμα με την ελκώδη κολίτιδα.<sup>16</sup>

## 2.2 Κοινωνικό περιβάλλον και ψυχική υγεία

Μεγάλο μέρος του κοινωνικού μας περιβάλλοντος κάθε ανθρώπου καταλαμβάνει η εργασία. Η εργασία σήμερα θεωρείται αναπόφευκτα αναγκαία. Ωστόσο η άποψη αυτή δεν ήταν πάντοτε αυτονόητη ούτε έχαιρε καθολικής αποδοχής. Ο Σωκράτης έλεγε ότι οι χειρώνακτες δεν μπορούν να είναι ούτε καλοί φίλοι ούτε καλοί πολίτες επειδή δεν τους περισσεύει χρόνος για κάτι τέτοιο. Ο Ηρόδοτος πίστευε ότι τα μεγάλα επιτεύγματα του πνεύματος στην Ελλάδα οφείλονται στην περιφρόνηση που έτρεφαν οι Έλληνες προς την εργασία.

Ο σύγχρονος άνθρωπος είναι δεσμευμένος στη βαριά και πειθαρχημένη μισθωτή εργασία. Κατά την εργασία πρέπει να είναι κανείς πειθαρχημένος στο ωράριο, με

τυποποιημένη συμπεριφορά, μέλος μίας ομάδας, πλήρως συμβιβασμένος με τους κανόνες εργασίας που έχουν ως στόχο την αύξηση της παραγωγής. Ανιαρή, κουραστική και εξευτελιστική εργασία, διαμορφώνει ανάλογη ψυχολογία. Όπως έλεγε ο Adam Smith «αυτός που ξοδεύει τη ζωή του κάνοντας τα ίδια μονότονα πράγματα, δεν έχει ευκαιρίες να εξασκήσει την κατανόησή του και γενικά γίνεται τόσο βλάκας και αμαθής όσο είναι δυνατό να γίνει ένα ανθρώπινο πλάσμα.

Ο ελεύθερος χρόνος των εργαζομένων στην πραγματικότητα μία βραχύχρονη ανάρρωση από την εργασία, είναι σχεδιασμένος ώστε να εκπληρώνονται δύο στόχοι, μεγαλύτερη απόδοση και αποτελεσματικότητα στην εργασία και εξασφάλιση δυνατότητας για κατανάλωση αγαθών. Κατά τον ελεύθερο χρόνο ο εργαζόμενος βιώνει πλήρη ρήξη με τα εργασιακά καθιερωμένα, καθώς προσηλώνεται στον εαυτό του εστιάζει στην αναζήτηση της ηδονής και στην προσωπική επίδειξη, οι οποίες έχουν ως απώτερο στόχο την αύξηση της κατανάλωσης.

Ο Sir William Osler διερεύνησε την ιδέα του στρες και της έντασης που προκαλούν «νόσο», εντοπίζοντας τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της στηθάγχης και του ξέφρενου ρυθμού ζωής. Η ιδέα ότι οι περιβαλλοντικές δυνάμεις θα μπορούσαν πράγματι να προκαλέσουν μάλλον μια ασθένεια παρά κάποια προσωρινή αδιαθεσία και ότι οι άνθρωποι έχουν την φυσική τάση να αντιστέκονται σε τέτοιου είδους δυνάμεις, διατυπώθηκε στο έργο του Walter B. Cannon.<sup>17</sup>

Στερητικό είναι κάθε περιβάλλον που είναι περιορισμένο (φυλακές εργασιακά περιβάλλον, ιδρύματα κλπ). Είναι συζητήσιμο το αν η φυλακή πρέπει να έχει τιμωρικό ή σωφρονιστικό χαρακτήρα. Στις σύγχρονες κοινωνίες, οι φυλακές επιδιώκουν να έχουν σωφρονιστικό ρόλο αλλά η επίτευξη αυτού του στόχου δεν είναι εύκολη, επειδή οι φυλακισμένοι δύσκολα εντάσσονται σε εκπαιδευτικές διαδικασίες. Αυτή την ισορροπία καλούνται να επιφέρουν οι εργαζόμενοι στους χώρους των φυλακών.

Το νοσοκομείο, το ψυχιατρείο και άλλα ιδρύματα είναι κλασσικά θεραπευτικά περιβάλλοντα. Η πρόοδος ή η επιδείνωση ενός εργαζομένου εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά τόσο του ίδιου όσο και του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Οι εργαζόμενοι επηρεάζονται πολύ από το περιβάλλον όμως και οι ίδιοι συμβάλλουν στη διαμόρφωσή του.<sup>18</sup>

## 2.3 Εργασιακό περιβάλλον

Ο άνθρωπος μπορεί να λειτουργήσει αποδοτικά στο εργασιακό του περιβάλλον μόνο όταν του δίνεται η ευκαιρία να ενεργεί ελεύθερα, όταν νοιώθει ότι οι άλλοι τον υπολογίζουν και τον αναγνωρίζουν και γενικότερα θα λέγαμε όταν αισθάνεται ασφάλεια μέσα στον εργασιακό χώρο. Οι σχέσεις που δημιουργούνται μέσα σε μία οργάνωση αποτελούν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη παραγωγικών δραστηριοτήτων. Αρμονικές σχέσεις πρέπει να αναπτύσσονται ανάμεσα σε όλα τα μέλη μιας οργάνωσης ανεξαρτήτως θέσεως. Έτσι λοιπόν πρέπει να δημιουργηθεί η πεποίθηση στους εργαζόμενους ότι οι θετικές αλληλεπιδράσεις και το κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας αποβαίνουν προς κοινό όφελος ηθικό και υλικό. Ωστόσο, το κατά πόσο καλές θα είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, εξαρτάται και από τη νοοτροπία των εργαζομένων, μια και υπάρχουν άτομα περισσότερο ανταγωνιστικά κι άλλα λιγότερο.

Ένα περιβάλλον όπου αισθανόμαστε ότι εκτιμούν εμάς και τις ικανότητές μας, μας υποστηρίζουν χωρίς ζήλια και μας προτρέπουν να επιτύχουμε παραπάνω πράγματα, χωρίς να αισθανόμαστε πιεσμένοι, είναι το ιδανικό εργασιακό περιβάλλον όπως αποκαλύπτει έρευνα του Πανεπιστημίου του Τελ Αβίβ. Σύμφωνα με τους ερευνητές, ακόμα κι αν το αντικείμενο εργασίας δεν είναι αυτό ακριβώς που μας ενδιαφέρει, αυτό μπαίνει στην άκρη και η δουλειά μας μετατρέπεται σε έναν από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην καλή μας υγεία. Όσοι δουλεύουν σε ένα περιβάλλον, όπου χαίρουν της υποστήριξης των

συναδέλφων τους, πιθανότατα θα ζήσουν περισσότερο από εκείνους που δεν έχουν την ίδια τύχη. Η υποστήριξη που δέχεται ένας υπάλληλος αντανακλά το κατά πόσο έχει ενσωματωθεί στη μικρή «κοινωνία» της δουλειάς του, παράγοντας που θεωρείται καθοριστικός ακόμη και για τον κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας.

Ανεξάρτητα από το αν η εταιρία διαθέτει ένα επίσημο εισαγωγικό πρόγραμμα προσανατολισμού, είναι στο χέρι του κάθε εργαζομένου να σχεδιάσει συναντήσεις με τους κύριους συνεργάτες του ή με όσους μπορούν να επηρεάσουν την εργασία του. Το βασικό σημείο είναι να καταφέρει να μάθει τι είναι σημαντικό για τους άλλους. Με άλλα λόγια, να αναγνωρίσει τις ανάγκες τους και, φυσικά, να θυμάται να τις λαμβάνει υπόψη του πριν από κάθε μελλοντική του ενέργεια που μπορεί να τις επηρεάσει.

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή κουλτούρα που επικρατεί, ο μόνος τρόπος για να την αντιληφθεί ο νέος εργαζόμενος είναι το να ακούει προσεκτικά, ακόμη και τα φαινομενικά ασήμαντα σχόλια, να παρατηρεί τα πάντα, ει δυνατόν και να επιλέγει προσεκτικά τις ερωτήσεις που θέτει. Σαφώς αρχικά θα πρέπει να αποφύγει σχόλια για το υφιστάμενο status quo, όπως και το να εκθειάζει ή να κατηγορεί την κουλτούρα που επικρατούσε στην προηγούμενη εταιρία. Επίσης το στυλ των ρούχων που κάποιος επιλέγει να φορέσει, οι διατροφικές του συνήθειες στον εργασιακό χώρο και η γλώσσα που χρησιμοποιεί διαμορφώνουν σημαντικά την εικόνα του στους άλλους.

Ένα ακόμη σημείο είναι οι σχέσεις που αναπτύσσονται με τον άμεσο προϊστάμενό του την πρώτη περίοδο της συνεργασίας τους. Κατά κάποιον τρόπο η συμπεριφορά και οι απαιτήσεις του κάθε προϊσταμένου σχετίζονται με την εταιρική κουλτούρα αλλά φυσικά εξαρτώνται και από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Άρα ο νεοπροσληφθείς καλείται να μη μεταφέρει τις παλιές του συνήθειες γιατί πολύ απλά μπορεί να μην είναι αποδεκτές. Για παράδειγμα, το γεγονός ότι ο προηγούμενος προϊστάμενός του ήθελε πλήρη αναφορά για τις κινήσεις του δεν συνεπάγεται ότι και ο νέος θέλει το ίδιο. Αν, αντίθετα, ο νέος προϊστάμενος εκτιμά την αυτονομία και τη λήψη πρωτοβουλιών, μπορεί να δυσαρεστηθεί έντονα με τις συνεχείς ερωτήσεις και αναφορές και να θεωρήσει ότι ο συνεργάτης του δεν είναι κατάλληλος και επαρκής για τη θέση.

Σύμφωνα επίσης με πρόσφατη έρευνα της Adecco, τα στοιχεία που συνθέτουν το ιδανικό εργασιακό περιβάλλον είναι η συναδελφικότητα, οι ουσιαστικές σχέσεις και τα κίνητρα για

βελτίωση της παραγωγικότητας. Ειδικότερα, το 89% των συμμετεχόντων στην έρευνα δηλώνει ότι το αίσθημα της συναδελφικότητας αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα ενός αρμονικού εργασιακού περιβάλλοντος και ότι τα μικρά πράγματα κάνουν τη διαφορά.

Ένα ποσοστό 72% ομολογεί ότι η συμπεριφορά στον χώρο εργασίας είναι πολύ σημαντική, συμφωνώντας σε γενικές γραμμές στο ότι η ατμόσφαιρα γίνεται πιο ευχάριστη όταν οι εργαζόμενοι λειτουργούν συντονισμένα και με αίσθημα σεβασμού ο ένας για τον άλλον. Ποσοστό 63% των εργαζομένων υποστηρίζει ότι ευέλικτα εργασιακά σχήματα και προνόμια, όπως η μερική απασχόληση ή η δυνατότητα μειωμένου ωραρίου ενίοτε, είναι πολύ σημαντικά. Οι εργαζόμενοι δηλώνουν επίσης, σε ποσοστό 61%, ότι τα απαιτητικά ωράρια αποτελούν σημαντική πρόκληση μεν, ωστόσο δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι όταν αναγνωρίζεται η συνεισφορά τους με το να τους δοθεί, π.χ., ρεπό την ημέρα των γενεθλίων τους. Αυξημένη είναι, επίσης, η σπουδαιότητα που αποδίδουν τα στελέχη στις εργασιακές σχέσεις. Μάλιστα, το 27% των συμμετεχόντων στην έρευνα δηλώνει ότι θα ήταν διατεθειμένο να κερδίσει λιγότερα χρήματα με αντάλλαγμα ένα αρμονικό περιβάλλον, ενώ περισσότεροι από τους μισούς (ποσοστό 52%) δηλώνουν ότι προτιμούν τους καλούς συναδέλφους από μια εβδομάδα επιπλέον διακοπών.<sup>19</sup>

Μία άλλη έρευνα από το Consumer Lab της Ericsson με τίτλο «Νέοι επαγγελματίες στη δουλειά» εστιάζει στους εργαζομένους ηλικίας 22-29 ετών στις Η.Π.Α., που έχουν ανώτατη μόρφωση και οι οποίοι είναι φιλόδοξοι, διορατικοί και φαντάζονται τον εαυτό τους σε ηγετικές θέσεις στο μέλλον. Οι νέοι αυτοί λεγόμενοι «Millennials» θεωρούν τη διαπροσωπική επικοινωνία κατά τη διάρκεια της εργασίας τους ως δικαίωμα και όχι ως παροχή. Θέλουν στενές σχέσεις με τους ανωτέρους τους και αναμένουν συχνή

ανατροφοδότηση. Δεν τους αρέσει η ασάφεια και περιμένουν διαφάνεια και αμεροληψία σε όλες τις συναλλαγές τους. Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για πολλούς νέους είναι η διατήρηση ισορροπίας μεταξύ εργασίας και ελεύθερου χρόνου και προσδοκούν πως οι εργοδότες θα βρουν λύσεις, προκειμένου να τους βοηθήσουν να το επιτύχουν.

Το ιδανικό εργασιακό περιβάλλον, στα μάτια αυτών των νέων παρέχει, μεταξύ άλλων, ικανοποιητική εργασία, δυνατότητα multitasking, ξεκάθαρες κατευθύνσεις και προοπτικές, συνεχή ανατροφοδότηση, αφοσιωμένο, προ-δραστικό διευθυντή, διαφάνεια, σεβασμό, ισορροπία ανάμεσα στην εργασία και την προσωπική ζωή και στενή σχέση με τον διευθυντή.

Στο χώρο εργασίας μπορούμε να διακρίνουμε τρεις τύπους διαπροσωπικών σχέσεων: Σχέσεις με προϊσταμένους, σχέσεις με συναδέλφους και σχέσεις με υφισταμένους. Η ηγεσία μιας οργάνωσης παίζει το σημαντικότερο ρόλο για την εύρυθμη λειτουργία των εργαζομένων της. Ο τρόπος διοίκησης των προϊσταμένων προς το προσωπικό είναι μία βασική πηγή στρες όταν αυτή δεν είναι η επιθυμητή. Έτσι λοιπόν όταν ένας προϊστάμενος είναι αυταρχικός και φέρεται μ' ένα τρόπο εξουσιαστικό και αδιάλλακτο απέναντι στους εργαζομένους του, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία έντασης, πίεσης και στρες στο προσωπικό. Αντίθετα ένας προϊστάμενος που παρέχει υποστήριξη και ενθάρρυνση τονίζοντας τα θετικά στοιχεία των εργαζομένων του, που κάνει θετική κριτική για την απόδοσή τους, που σέβεται τα δικαιώματά τους, που εμπλέκει το προσωπικό μέσω γόνιμου διαλόγου στη λήψη σημαντικών αποφάσεων και που δίνει ευκαιρίες εξέλιξης συμβάλλει στην σωματική και κυρίως ψυχική ευεξία των εργαζομένων. Ωστόσο στις σχέσεις μεταξύ εργαζόμενου και προϊστάμενου, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και το στρες που ενδεχομένως βιώνει ο προϊστάμενος που είναι υπεύθυνος για άτομα. Στην περίπτωση που κάποιος προϊστάμενος είναι υπεύθυνος για υλικά πράγματα συνήθως δεν δίνει και πολύ σημασία στις εργασιακές σχέσεις. Αυτό που τον ενδιαφέρει περισσότερο είναι η επίδοση των εργαζομένων.<sup>19</sup> Σύμφωνα με τους Cooper & Marshall, τα επίπεδα του «διευθυντικού» στρες είναι υψηλότερα για τους επιστήμονες που προήχθησαν σε ανώτατες θέσεις επί τη βάση της εξέχουσας εργασιακής τους απόδοσης, χωρίς όμως να έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση για ανώτατα στελέχη εξαιτίας των πλημμελών εργασιακών σχέσεων.

Επίσης υποστηρίζουν ότι το βασικό χαρακτηριστικό των σύγχρονων διευθυντών πρέπει να είναι η ικανότητα να παραχωρούν αρμοδιότητες σε άλλους και να διοικούν συμμετοχικά. Οι Gowler & Legge επισήμαναν ορισμένους ειδοποιούς παράγοντες που καθιστούν τη συμμετοχική διοίκηση ως ένα ιδιαίτερο ψυχοπαιδαγωγικό παράγοντα για το διευθυντή, δηλαδή: λανθασμένη αντιστοιχία τυπικών και πραγματικών δυνατοτήτων, απέχθεια για τη διάβρωση του επίσημου ρόλου και της εξουσίας (και απώλεια της κοινωνικής θέσης και των απολαβών), ασυμβίβαστες πιέσεις, όπως απαιτήσεις τόσο για επίδειξη συμμετοχικού πνεύματος, όσο και απόδοσης υψηλών προδιαγραφών και άρνηση των υφιστάμενων να συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Στρες στον εργαζόμενο μπορεί να προκύψει κι όταν ο διευθυντής του αρνείται συστηματικά την αναγνώριση που πιστεύει ότι αξίζει. Αυτό δημιουργεί το αίσθημα της υποτίμησης, καταστρέφει την ικανοποίηση από την εργασία και μειώνει τα κίνητρα για την βελτίωση της απόδοσης και προώθησης νέων εξελίξεων. Η επίδραση που έχουν οι συνάδελφοι στην ψυχολογία του κάθε ατόμου είναι καθοριστικής σημασίας. Ειδικότερα η υποστήριξη από τους συναδέλφους όμοιας βαθμίδας, κάνει το άτομο να αισθάνεται άνετα, ευχάριστα και γεμάτο αυτοπεποίθηση. Η κλασική μελέτη των French & Caplan επιβεβαίωσε τον ευεργετικό ρόλο των ισορροπημένων σχέσεων με τους συναδέλφους, καθώς διαπίστωσαν ότι κοινωνική υποστήριξη από αυτούς μπορεί να λειτουργήσει διαμεσολαβητικά όσον αφορά τις επιδράσεις του εργασιακού στρες, όπως για παράδειγμα στα επίπεδα γλυκόζης και κορτιζόνης, όπως επίσης και αρτηριακής πίεσης.<sup>20</sup> Βασικοί στρεσογόνοι παράγοντες είναι η ύπαρξη ανταγωνισμού και η έλλειψη συναδελφικής ομάδας που χαρακτηρίζεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη, αλληλοβοήθεια, καλή επικοινωνία και συνεργασία. Τα άτομα που είναι ανταγωνιστικά, δεν καλλιεργούν σχέσεις αλληλεγγύης και αλληλοσυμπάρστασης σε τυχόν προβλήματα. Όταν η ανταγωνιστικότητα επικρατεί στις

ανθρώπινες σχέσεις μαζί της επικρατεί η επιφυλακτικότητα και δεν υπάρχει η εκφόρτιση των προσωπικών προβλημάτων. Παρόλο που η ομάδα των συναδέλφων μπορεί να αποτελέσει το στήριγμα στον κάθε εργαζόμενο ικανοποιώντας τις εσωτερικές ψυχολογικές και κοινωνικές του ανάγκες, μπορεί επίσης να προκαλέσει μεγάλη πίεση στον εργαζόμενο όταν τον υποχρεώνει να υλοποιήσει κάποιες δράσεις σε καθορισμένο χρονικό πλαίσιο ή τον αναγκάζει να συμμορφωθεί σε ορισμένους κανόνες.<sup>21</sup> Άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το κάθε άτομο έχει τη δική του ξεχωριστή προσωπικότητα, διαφορετικές ανάγκες, διαφορετικά κίνητρα, ενδεχομένως και διαφορετικές προσδοκίες. Χαρακτηριστική είναι η επισήμανση του πρωτοπόρου του στρες, Hans Selye, ότι η υποχρέωση να συνυπάρξει κανείς με άλλους ανθρώπους συνιστά ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Τέλος ιδιαίτερες δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενες γυναίκες τόσο με τους υφισταμένους τους εάν κατέχουν κάποια ανώτατη θέση, όσο και με τους ανωτέρους τους ή τους συναδέλφους τους.

Παρότι οι γυναίκες έχουν αποδείξει εδώ και πολλά χρόνια την αξία τους και τις ικανότητές τους στον τομέα της απασχόλησης υπάρχει ακόμη και σήμερα κοινωνικός ρατσισμός από ένα ποσοστό ανθρώπων. Άλλοτε πάλι οι γυναίκες πέφτουν θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης στον εργασιακό τους χώρο, γεγονός που αυξάνει σε μεγάλο βαθμό το άγχος τους.<sup>21</sup>

### **2.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή απόδοση**

Ένας γενικός ορισμός για την παραγωγικότητα είναι ότι αποτελεί τη σχέση μεταξύ των εκροών που δημιουργεί ένα σύστημα παραγωγής ή παροχής υπηρεσιών και των εισροών που είναι απαραίτητες για την δημιουργία αυτών των εκροών. Η ευρύτερη έννοια της παραγωγικότητας, σχετίζεται με την αποτελεσματική χρήση των πόρων, (εργασία, κεφάλαιο γη, υλικά, ενέργεια, πληροφορίες), κατά την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών.

Η παραγωγικότητα της εργασίας εκφράζει το αποτέλεσμα του ανθρώπινου δυναμικού στην προσπάθειά του να παράγει αυτήν την ποσότητα προϊόντος που απαιτείται (αριθμός ατόμων ή ώρες εργασίας). Η παραγωγικότητα της εργασίας αντικατοπτρίζει την συνολική επίδραση πολλών παραγόντων στο παραγόμενο αποτέλεσμα, όπως του φυσικού κεφαλαίου (κτίρια, μηχανήματα), της τεχνολογίας, του ανθρώπινου κεφαλαίου (εκπαίδευση και κατάρτιση), της οργάνωσης της εργασίας, κ.λπ. Στον εργασιακό χώρο η παραγωγικότητα του ατόμου και της ομάδας αποτελεί ένα καίριο θέμα. Με τον όρο παραγωγικότητα αναφερόμαστε στην επίδοση του ατόμου ή της ομάδας, σε ένα συγκεκριμένο έργο, δηλαδή σε ένα σύνολο κανόνων που πρέπει να τηρηθούν για την επίτευξη ενός στόχου.

Η Shaw στα πειράματά της κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ομάδες αποδίδουν καλύτερα όσον αφορά τον αριθμό των σωστών λύσεων, αλλά συνολικά χρειάζονται περισσότερο χρόνο από ότι τα μεμονωμένα άτομα για την παραγωγή λύσεων. Επίσης, εκτός από τον αριθμό των ατόμων σημαντικό ρόλο παίζει και το είδος του έργου. Ο Steiner πρότεινε ένα μοντέλο που καλύπτει τις διαφορετικές περιπτώσεις. Διακρίνει την πραγματική παραγωγικότητα μιας ομάδας από τη δυνητική παραγωγικότητα, η οποία συνίσταται στο ανώτερο δυνατό σημείο απόδοσης μιας ομάδας. Η δυνητική παραγωγικότητα εξαρτάται από τους πόρους των μελών της ομάδας και από τις απαιτήσεις του έργου. Αυτοί οι πόροι είναι οι εξής: οι γνώσεις, οι δεξιότητες, οι ικανότητες και τα όργανα που έχουν στη διάθεσή τους τα άτομα προκειμένου να ολοκληρώσουν ένα έργο, ενώ οι απαιτήσεις του έργου αφορούν κυρίως το τελικό αποτέλεσμα.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την παραγωγικότητα, μερικοί από αυτούς παρουσιάζονται παρακάτω:

Σε μακροοικονομικό επίπεδο: Η δομή της οικονομίας, οικονομική σταθερότητα, η απασχόληση, η ανεργία και οι υποδομές (κτήρια συνθήκες εργασίας κ. α.)

Σε μικροοικονομικό επίπεδο: Οι γνώσεις και οι δεξιότητες του προσωπικού, η οργάνωση της εργασίας, η καινοτομία, ο ανταγωνισμός που υπάρχει στον κλάδο και η τεχνολογία που χρησιμοποιείται.

Η επαγγελματική ικανοποίηση και η παραγωγικότητα λέγεται πως συνδέονται μεταξύ τους. Συγκεκριμένα εικάζεται ότι η παραγωγικότητα αυξάνεται όταν ο εργαζόμενος είναι ικανοποιημένος. Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι αναγκαία για την ευημερία της επιχείρησης και ότι το κόστος της δεν είναι υψηλό και γι' αυτό τον λόγο η επιδίωξή της αποτελεί βασικό μέλημα των επιχειρήσεων. Η παραγωγικότητα και η δημιουργικότητα ενισχύονται όταν τα άτομα ασχολούνται με το να πετύχουν στόχους με τους οποίους αυτοδεσμεύονται. Αυτό σημαίνει ότι τα στελέχη επισημαίνουν και συμφωνούν με τους στόχους που πρέπει να επιδιωχθούν και θέτουν σε κίνηση συγκεκριμένες δραστηριότητες για την επιτυχία τους. Όταν η δέσμευση συνδέεται με ένα στόχο, τότε κανείς παρακινείται, επιδιώκει να τον πετύχει, σκέπτεται πώς να τον φθάσει και κάνει τις προσπάθειες που χρειάζονται. Όταν η διοίκηση με αντικειμενικούς σκοπούς γίνεται σωστά, οι προσωπικοί στόχοι πλησιάζουν τους στόχους της επιχείρησης ή του οργανισμού και είναι πιο αρμονική η σχέση μεταξύ τους.

Κάποιες άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση του εργαζομένου είναι περιττή πολυτέλεια. Οι εργαζόμενοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι όταν έχουν προκλητικές ευκαιρίες στη δουλειά. Αυτό περιλαμβάνει ευκαιρίες να συμμετέχουν σε ενδιαφέροντα έργα, δουλειές με έναν ικανοποιητικό βαθμό πρόκλησης και ευκαιρίες για αυξημένη υπευθυνότητα. Αυτό δεν είναι απλώς «ευκαιρία προαγωγής», καθώς οι επιχειρήσεις έχουν γίνει οριζόντιες, οι προαγωγές μπορεί να είναι σπάνιες. Τα άτομα έχουν βρει προκλήσεις μέσα από projects, ομάδες ηγεσίας, κ. α.

Η αποδοτικότητα μετράει το πόσο οικονομικός ήταν ο τρόπος, με τον οποίο οι πόροι που χρησιμοποιήθηκαν ως εισροές (κεφάλαια, τεχνογνωσία, χρόνος κλπ) οδήγησαν στα επιθυμητά αποτελέσματα, δηλαδή το πόσο λογικό ήταν το κόστος για την επίτευξη των αποτελεσμάτων. Οι δείκτες απόδοσης που επιλέγονται πρέπει να έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Πρέπει να είναι συναφείς με τους βασικούς στόχους που έχουν τεθεί βάση της στρατηγικής της επιχείρησης η οποία έχει οριστεί από την σύστασή της.
- Πρέπει να είναι λίγοι σε αριθμό και με ουσιαστική σημασία.
- Τα δεδομένα που απαιτούνται για τον υπολογισμό των δεικτών πρέπει να είναι εύκολα διαθέσιμα και να αποκτώνται έγκαιρα και με λογικό κόστος.
- Στο μέτρο του δυνατού, οι δείκτες απόδοσης θα πρέπει να επιτρέπουν την ποσοτική μέτρηση της προόδου, του αποτελέσματος ή της επίπτωσης.

Ωστόσο, για ορισμένους στόχους έργων (π.χ. ανάπτυξη ικανοτήτων) μπορεί να είναι αναγκαία η διαμόρφωση ποιοτικών δεικτών για τη μέτρηση της επιτυχίας, οι οποίοι ωστόσο θα πρέπει παράλληλα να επιτρέπουν την αξιόπιστη παρακολούθηση.<sup>22</sup>

### **2.3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση**

Με τον όρο εργασιακή ικανοποίηση εννοούμε τα μικρά πράγματα που κάνει μια επιχείρηση για να μεταδώσει το μήνυμα ότι οι άνθρωποι είναι σημαντικοί και οι ιδέες τους είναι πολύτιμες. Οι επιχειρήσεις θα πρέπει να επενδύουν στους ανθρώπους για να επενδύσουν και αυτοί με τη σειρά τους σε στην επιχείρηση. Στις σημερινές συνθήκες της αγοράς που αποτελούν το αποτέλεσμα του ανταγωνισμού, οι επιχειρήσεις για να επιβιώσουν κάνουν χρήση τις μείωσης του λειτουργικού κόστους όπως για παράδειγμα μείωση προσωπικού με απολύσεις προσωπικού, μείωση των δαπανών κάνοντας περιεκτικές

στα προνόμια των εργαζόμενων, ελαχιστοποίηση ωρών εργασίας από οκτώ ώρες εργασίας σε τέσσερις ή δυο. Δε γίνεται όμως καθόλου λόγος το αντίκτυπο των παραπάνω στην ικανοποίηση και παραγωγικότητα των εργαζομένων. Σύμφωνα με τον Kahn, οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των εργαζομένων είναι η ευκαιρία, το στρες, ηγεσία, τα πρότυπα εργασίας, οι δίκαιες αμοιβές και η επαρκής εξουσία. Αναλυτικότερα:

- Οι εργαζόμενοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι όταν τους δίνονται διάφορες ευκαιρίες. Οι ευκαιρίες αυτές μπορεί να είναι ευκαιρίες συμμετοχής τους σε διάφορες δουλειές, με έναν ικανοποιητικό βαθμό πρόκλησης και ευκαιρίες για αυξημένη υπευθυνότητα χωρίς να σημαίνει ότι είναι απαραίτητα ευκαιρία προαγωγής, αφού οι προαγωγές είναι σπάνιες.
- Όταν το αρνητικό στρες είναι διαρκώς υψηλό, τότε η ικανοποίηση εργασίας είναι χαμηλή.
- Οι εργαζόμενοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι όταν οι μάνατζερς τους είναι καλοί ηγέτες όμως οι περισσότεροι άνθρωποι μπερδεύουν τις έννοιες του ηγέτη με του διευθυντή. Ο ηγέτης μπορεί να διοριστεί ή να αναδειχθεί μέσα από μια ομάδα ανθρώπων και μπορεί να επηρεάσει τους άλλους να παράγουν έργο με τον τρόπο και την πειθώ τους. Πρέπει να έχει λοιπόν την ικανότητα, ή τη τέχνη, προκειμένου να εργαστούν πρόθυμα και αποδοτικά για την υλοποίηση ενός κοινού στόχου. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του ηγέτη είναι τα εξής: πρέπει να είναι ευφυής, δημιουργικός πειστικός, να έχει αυτοπεποίθηση, να εμπνέει εμπιστοσύνη στους εργαζόμενους να είναι αντικειμενικός να παίρνει αποφάσεις κ.α. Επίσης οφείλει να είναι δίκαιος, επίμονος στις απόψεις του ανεκτικός σε διαφορές όπως επίσης να μπορεί να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες που συναντάει.
- Οι εργαζόμενοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι όταν μια ομάδα μιας εργασίας στην οποία έλαβαν μέρος πήρε έπαινο για την ποιότητα της εργασίας που ολοκληρώθηκε με επιτυχία.
- Οι εργαζόμενοι αισθάνονται μεγαλύτερη ικανοποίηση όταν αμείβονται επαρκώς και δίκαια και η αμοιβή αυτή ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.
- Η αίσθηση της μεγαλύτερης ικανοποίησης αυξάνεται όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται την ελευθερία να εκτελούν μια εργασία όπως εκείνοι πιστεύουν ότι είναι ο καλύτερος τρόπος να γίνει. Η εργασιακή ικανοποίηση είναι αναγκαιότητα για μια επιχείρηση ή πολυτέλεια; Οι παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά το εργασιακό περιβάλλον καθαυτό και τους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία. Εδώ περιλαμβάνεται το πώς αντιμετωπίζονται οι εργαζόμενοι, η φύση των εργασιακών καθηκόντων, οι σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους στο χώρο εργασίας και οι ανταμοιβές. Η δεύτερη κατηγορία αφορά τους προσωπικούς παράγοντες που εισφέρει κάποιος στην εργασία. Εδώ περιλαμβάνεται τόσο η προσωπικότητα όσο και οι προηγούμενες εμπειρίες του εργαζόμενου.

Στον κόσμο των επιχειρήσεων υπάρχει μια σύγχυση απόψεων σχετικά με το εάν η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί αναγκαιότητα ή πολυτέλεια. Την δεκαετία του '70 μέσα από πολλές έρευνες εκφράστηκε το επιστημονικό ενδιαφέρον για την επαγγελματική ικανοποίηση. Σημαντική είναι η αναφορά σε ορισμένες έρευνες σχετικά με την αναγκαιότητα αυτής ή μη. Μεγάλη ήταν η έρευνα η οποία διεξήχθη από τους MacDuffie και Krafcik σε 70 εργοστάσια σε 17 χώρες κατέληγε στο συμπέρασμα ότι οι οργανισμοί, οι οποίοι έκαναν χρήση στρατηγικών με στόχο τη δημιουργία ενός «υπέρ-ειδικευμένου» εργατικού δυναμικού ικανού μόνο για μαζική παραγωγή, είχαν μικρότερη παραγωγικότητα (1 προϊόν σε 30 ώρες έναντι 22 ωρών) και ποιότητα (0,8 ελαττωματικά στα 100 έναντι 0,5 στα 100) σε σχέση με επιχειρήσεις που χρησιμοποιούσαν στρατηγικές που είχαν σαν κύριο στόχο, την αύξηση της γενικότερης ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία τους. Όμως, κάθε επιχείρηση θα πρέπει να στοχεύει στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την τελική ικανοποίηση του πελάτη, η οποία δεν επιτυγχάνεται

μόνο με επενδύσεις σε πάγιο εξοπλισμό ή διαφήμιση, αλλά εξαρτάται επίσης και από την ικανοποίηση του εργαζόμενου από την εργασία του.

Από μια άλλη μελέτη των Bowen και Schneider πρέπει πάνω απ' όλα να υπάρχει ικανό και εξειδικευμένο προσωπικό, με μεγάλο βαθμό ικανοποίησης από την εργασία τους. Επομένως, μια τράπεζα, όπως και κάθε επιχείρηση και ιδιαίτερα εκείνες του τριτογενούς τομέα της οικονομίας χρειάζεται ικανοποιημένους εργαζόμενους. Πρόσφατα, μια μελέτη από τον τομέα της ιχθυοβιομηχανίας έβγαλε μια ενδιαφέρουσα συσχέτιση μεταξύ παραγωγικότητας και επαγγελματικής ικανοποίησης. Μελετήθηκαν 48 άτομα από ένα εργοστάσιο επεξεργασίας ψαριών, όπου κύριο καθήκον τους ήταν το τεμάχισμα ιχθύων μια γενικώς επαναλαμβανόμενη διαδικασία. Η συσχέτιση που παρατηρήθηκε μεταξύ ικανοποίησης του εργαζομένου και παραγωγικότητας ήταν 0.87 ( $p < 0.001$ ) και προτάθηκε ότι σε μια εργασία με επαναλαμβανόμενες ενέργειες είναι αναγκαία η παροχή κινήτρων. Τα κίνητρα αυξάνουν την ικανοποίηση και την παραγωγικότητα. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα οι εργοδότες μια επιχείρησης, που θα ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους, είναι ελάχιστοι καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των εργοδοτών ασχολείται με τους τρόπους με τους οποίους θα μεγιστοποιηθούν τα κέρδη της επιχείρησης. Προς υποστήριξη αυτής της άποψης, ο Kahn αναφέρει μια μελέτη που αφορούσε 6000 εργαζόμενους σε εταιρείες φορτηγών. Οι εργαζόμενοι υποστήριζαν ότι η ικανοποίηση από την εργασία τους ήταν ανεξάρτητη από την παραγωγικότητά τους και ήταν 4 ειδών: Ικανοποίηση από την εργασία αυτή καθ' εαυτή (ιδιοπαθής), ικανοποίηση από την εταιρεία, ικανοποίηση από την επιτήρηση και ικανοποίηση από τις ανταμοιβές και τις ευκαιρίες κινητικότητας.<sup>23</sup>

Ως αποτέλεσμα η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται ως τη διαφορά μεταξύ του ποσού που το άτομο πραγματικά λαμβάνει και αυτού που θεωρεί ότι θα έπρεπε να λαμβάνει. Όσο μεγαλύτερη η διαφορά μεταξύ αυτών των δύο ποσών, τόσο πιο μεγάλη είναι η ένταση από την έλλειψη ισορροπίας που βιώνει το άτομο. Όσο για τις δυνατότητες προαγωγής έχει βρεθεί ότι όταν αυτές είναι αρκετές αυξάνεται η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων κι αυτό διότι οι προαγωγές περιέχουν έναν αριθμό σημαντικών ενδείξεων για την αυτοεκτίμηση ενός ατόμου τόσο υλικές (όπως π.χ. μια συνοδευόμενη αύξηση μισθού) όσο και κοινωνικής φύσεως (όπως αναγνώριση εντός της επιχειρήσεως και αυξημένο κοινωνικό γόητρο).

Είναι ενδιαφέρον να αναπτυχθούν οι τρόποι που μπορούν να συνεισφέρουν στην βελτίωση της ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία τους. Οι Shikdar και Das αναφέρουν ότι οι αντιλήψεις των εργαζομένων που νιώθουν ικανοποιημένοι είναι οι εξής: Οι εργαζόμενοι ένιωθαν ότι είχαν μια ευκαιρία κάθε μέρα για να κάνουν αυτό που κάνουν καλύτερα, πίστευαν ότι η γνώμη τους μετρούσε, αισθάνονταν ότι η συνεργάτες τους ήταν αφοσιωμένοι στην ποιότητα, υπήρχε μια άμεση σύνδεση της δουλειάς τους με την αποστολή της επιχείρησης.

Προκειμένου λοιπόν να βελτιωθεί η ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους, καλό είναι να εφαρμοστούν τα ακόλουθα:

- Μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης του προσωπικού μιας επιχείρησης
- Εβδομαδιαία ή μηνιαία συνεδρίαση brainstorming. Συχνά, η καλύτερη πηγή για νέες ιδέες έρχεται μέσα από την ίδια την επιχείρηση αλλά και από το εξωτερικό περιβάλλον. Οι εργαζόμενοι βλέπουν σε καθημερινή βάση πράγματα τα οποία θα μπορούσαν να βελτιωθούν και να γίνουν καλύτερα, να αλλάξουν ολοκληρωτικά ή να γίνουν διαφορετικά με μικρές αλλά σημαντικές αλλαγές.
- Ενθάρρυνση του προσωπικού να αυξήσει τις δεξιότητές του. Προγράμματα εκπαίδευσης τα οποία αυξάνουν την επικοινωνία, την ηγεσία και τις δεξιότητες τους.
- Δημιουργία ενός κενού τοίχου ο οποίος να είναι εύκολα ορατός και από τους πελάτες και από τους εργαζόμενους. Δημιουργία μιας αναμνηστικής πλακέτας και κάθε μήνα να προστίθεται μια αναμνηστική πλακέτα με το όνομα του ατόμου που πρότεινε μια καινοτόμο ιδέα, που είχε την καλύτερη συμπεριφορά, την καλύτερη εξυπηρέτηση πελατών και γενικά ήταν ο καλύτερος τον συγκεκριμένο μήνα. Επίδειξη ευχαριστηρίων σημειώσεων από πελάτες που επαινούν εργαζόμενους.



Ανάρτηση αναφορών από τη διοίκηση που επαινούν ανθρώπους για τη συμμετοχή και τη βοήθειά τους στην επιχείρηση.

- Δημιουργία ενός ξεχωριστού ετήσιου επιχειρησιακού γεγονότος για αναγνώριση καθενός από τους ανθρώπους της επιχείρησης για αυτά που κάνει, ώστε να βελτιωθεί η αξία της επιχείρησής.
- Οι έκτακτες έξτρα οικονομικές βοήθειες από την επιχείρηση βοηθά τον εργαζόμενο να ζει καλύτερα αυτός και η οικογένειά του. αναζωογονούν την οικογένεια, τη φυσική υγεία ή την επιθυμία και θα βοηθήσουν τους εργαζόμενους να βελτιώσουν την ποιότητα της προσωπικής τους ζωής, η οποία με τη σειρά της θα αντανακλαστεί στην απόδοση της εργασίας τους.
- Προσωποποίηση. Η αποστολή ενός μοναδικού δώρου ή κάρτας για ειδικές περιπτώσεις. Γενέθλια ή γιορτή ενός εργαζόμενου, επέτειος απασχόλησης, προαγωγή ή άλλο σημαντικό γεγονός είναι η καλύτερη ευκαιρία για αναγνώριση της ξεχωριστής τους μέρας.<sup>24</sup>



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

- Χρόνιο άγχος
- Οργανισμός & άγχος
- Εργασία & άγχος



### 3.1 Άγχος

Όλοι μας κάποια στιγμή της ζωής μας βιώνουμε το συναίσθημα του άγχους. Το συναίσθημα αυτό αποτελεί τον τρόπο με τον οποίο το σώμα μας απέναντι σε κινδύνους-απειλές ετοιμάζει την αντίδραση του. Εκτός από τα αρνητικά του, το άγχος έχει και θετικά. Ένα από αυτά είναι η αποτελεσματική αντίδραση μας απέναντι σε καταστάσεις άγνωστες.

Το άγχος προέρχεται από χιλιάδες χρόνια πίσω, δηλαδή ακόμα και στη εποχή που πρόγονοι μας ζούσαν σε δάση και υπάρχει η απειλή τα άγρια ζώα να τους επιτεθούν ή ακόμα και να τους σκοτώσουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χρειάζονται κάποιο συναίσθημα προειδοποίησης σε περίπτωση εμφάνισης κινδύνου και αυτό φυσικά ήταν το άγχος. Το άγχος τους βοηθούσε τόσο στην αντιμετώπιση κινδύνων όσο και προετοιμασία τους για δράση. Παρά την σημερινή διαφορά συνθηκών και την μη αντιμετώπιση ίδιων προβλημάτων με τους προγόνους μας, το άγχος παραμένει μέσα μας έμφυτο και δεν έχει αλλάξει. Σήμερα το άγχος που επικρατεί μέσα μας είναι για άλλους λόγους, αλλά ακόμα και τώρα μας βοηθά να αντιμετωπίσουμε καινούργιες και ιδιαίτερες καταστάσεις. Φυσικά το λίγο άγχος είναι ευεργετικό για τον άνθρωπο καθώς μας βοηθά να ενεργήσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο έχοντας βέβαια την απαραίτητη διέγερση. Το λίγο άγχος θεωρείται απαραίτητο για να υπάρχει η μελλοντική μέγιστη δυνατή απόδοση σε περιπτώσεις όπως εξετάσεις μαθητών-φοιτητών, αθλητών πριν από αγώνες, ηθοποιών πριν από παραστάσεις κ.α.<sup>25</sup>

Το άγχος αποτελεί πρόβλημα όταν παρουσιάζεται σε ανθρώπους που δεν αντιμετωπίζουν απειλητικές καταστάσεις αλλά δεν έχουν κανονική δραστηριοποίηση και η καθημερινότητα τους εμποδίζεται λόγω υπερβολικού άγχους. Για παράδειγμα, το σώμα μας βιώνει το ίδιο άγχος με το σώμα τον προγόνων μας χωρίς να βιώνουμε τις ίδιες απειλές την σημερινή εποχή. Έτσι το υπερβολικό άγχος αποτελεί πρόβλημα όταν οι καταστάσεις που ερχόμαστε αντιμέτωποι δεν είναι απειλητικές και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μας εμποδίζει την φυσιολογική ζωή αντί να μας βοηθά.

Για να βρούμε την ετυμολογική προέλευση της λέξης «άγχος», θα χρειαστεί να καταφύγουμε στην Αρχαία Ελληνική γλώσσα, όπου το ρήμα «άγχω» σήμαινε «πιέζω δυνατά το λαιμό, πνίγω, στραγγαλίζω», αποτυπώνοντας αυτή τη δυσάρεστη αίσθηση που έχουμε στο λαιμό αλλά και στην αναπνοή μας, όταν μας συμβαίνει αυτό.<sup>26</sup>

Ο Η. Selye ένας από τους νεότερους πατέρες της ψυχολογίας και δημιουργός του όρου “Stress”, ορίζει το stress ως την αντίδραση του οργανισμού στην προσπάθειά του προς κάθε αλλαγή που συμβαίνει στο εσωτερικό ή το εξωτερικό περιβάλλον. Κάθε αλλαγή στο εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, δηλαδή κάθε stress, σημαίνει απειλή για την ισορροπία του οργανισμού, ο οποίος κινητοποιεί μηχανισμούς για την προσαρμογή του στις νέες συνθήκες. Η προσαρμογή γίνεται μέσω της διέγερσης του συμπαθητικού κλάδου του αυτόνομου νευρικού συστήματος και εξωτερικεύεται ως αντίδραση «πάλης ή φυγής». Το άγχος είναι ένα προειδοποιητικό σήμα. Προειδοποιεί για επερχόμενο κίνδυνο και προετοιμάζει το άτομο να λάβει μέτρα για να αντιμετωπίσει την απειλή. Ο φόβος είναι επίσης ένα προειδοποιητικό σήμα αλλά θα πρέπει να διαφοροποιείται από το άγχος.<sup>27</sup>

Η Βασιλακάκη και οι συνεργάτες της, το 2001, δίνουν ακόμα μία εξήγηση για το στρες. Το στρες ή αλλιώς ψυχολογική ένταση ορίζεται ως «μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον η οποία εκφράζεται με την εκτίμηση του ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματα του κι έτσι θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία». Δεδομένου ότι το στρες σχετίζεται με στρεσογόνους παράγοντες που συναντώνται στην καθημερινότητα, κάθε άνθρωπος μπορεί να το βιώσει ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, μόρφωσης ή κοινωνικής τάξης λόγω του ότι αποτελεί την απάντησή του σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα. Πάρα ταύτα, πιστεύεται, ότι υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις κατά την αντίδραση έναντι του στρες, γι' αυτό διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες, αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο.

Οι έννοιες του «άγχους» και του «στρες» χρησιμοποιούνται σαν συνώνυμοι τόσο από επιστήμονες όσο και από μη ειδικούς. Το στρες αποτελείται από μια σύνθετη ψυχοβιολογική διεργασία η οποία προκαλείται από ένα στρεσογόνο ερέθισμα το οποίο δημιουργεί την αντίληψη μιας απειλητικής κατάστασης, προκαλώντας άγχος στο άτομο. Δεν οδηγεί σε πλήρη αμηχανία ούτε συνδέεται με εσωτερικές συγκρούσεις και περιορίζεται σε συγκεκριμένη περίσταση με μικρή χρονική διάρκεια. Το άγχος είναι αντίδραση προς το στρες, το οποίο βιώνεται ως δυσάρεστο συναίσθημα και απαιτεί αντιμετώπιση από το άτομο. Κοινό χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι οι σωματικές εκδηλώσεις και η συναίσθηση της πίεσης από το πρόσωπο. Στην παρούσα εργασία, η έννοια του άγχους θα θεωρηθεί συνώνυμη με εκείνη του στρες, προκειμένου να αποφευχθεί η σύγχυση του νοήματος των δυο εννοιών.

Σύμφωνα με τους Elliott και Icedorfer, «Στρεσογόνος παράγοντας θεωρείται κάθε ερέθισμα το οποίο προκαλεί στον οργανισμό μία μη εξειδικευμένη αντίδραση η οποία ταυτίζεται με το stress». Οι στρεσογόνοι παράγοντες διακρίνονται σε 2 είδη, τους φυσικούς στρεσογόνους παράγοντες και τους τεχνητούς, νοητούς και γνωστικούς στρεσογόνους παράγοντες. Οι φυσικοί στρεσογόνοι παράγοντες αντιπροσωπεύουν ξαφνικές ή μη αλλαγές στο εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον, ενώ οι τεχνητοί, νοητοί ή γνωστικοί στρεσογόνοι παράγοντες αντιπροσωπεύουν απειλές και κινδύνους, οι οποίοι παράγονται ύστερα από νοητικές διεργασίες και εκφράσεις του εγώ.

Το άτομο αντιδρά προς το άγχος με διάφορους τρόπους. Είτε υγιείς είτε παθολογικούς. Υγιής είναι η συμπεριφορά, που τείνει στη λύση του προβλήματος, γεγονός που δεν ισχύει στην παθολογική η οποία συνδέεται με έντονο θυμό και εκρήξεις επιθετικότητας. Ανάλογα διαμορφώνονται τα είδη του άγχους. Το αρνητικό στρες, το οποίο συνήθως αποδίδεται «distress» χρησιμοποιείται, συνήθως ως συνώνυμο της λέξης stress. Το θετικό στρες ή «eustress» βοηθάει τους ανθρώπους να αντιδρούν γρήγορα, να αναπτύσσουν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων τους και να επιτυγχάνουν σε διάφορους τομείς της ζωής, αξιοποιώντας όλες τις δυνατότητές τους στο μέγιστο βαθμό. Επίσης, υπάρχει και το ουδέτερο στρες, «neustress» το οποίο δεν αποτελεί έναν απαραίτητα βοηθητικό ή επιβλαβή τύπο στρες.<sup>28</sup>

Η αντίδραση προσαρμογής των ζώντων οργανισμών ως απάντηση σε εσωτερικές ή εξωτερικές απειλές της ομοιόστασης είναι το stress. Σύμφωνα με τους ειδικούς, είναι ένας σύνθετος αμυντικός μηχανισμός όπου δυναμικοί και αλληλοδιαπλεκόμενοι βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες συντείνουν στην δημιουργία του. Το stress είναι μια αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον που ενέχει υποκειμενική αντίληψη-εκτίμηση των ψυχοπιεστικών παραγόντων και όχι μια απλώς αντίδραση ερεθίσματος-απάντησης, με αποτέλεσμα να είναι μια ιδιαίτερα εξατομικευμένη διεργασία. Τα άτομα γίνονται περισσότερο ή λιγότερο ευάλωτα στην επίδραση των ψυχοπιεστικών γεγονότων από τα κληρονομούμενα χαρακτηριστικά, τις πρώιμες εμπειρίες ζωής και τις μαθημένες νοητικές διεργασίες. Η ηλικία, το φύλο, η νοημοσύνη και τα πολυάριθμα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η αντοχή, η έδρα του ελέγχου, η αυτοεπάρκεια, η αυτοεκτίμηση, η αισιοδοξία, η εχθρικότητα και στοιχεία προσωπικότητας όπως το αρνητικό συναίσθημα και η κοινωνική αναστολή δημιουργούν μεγάλη εξάρτηση στην ανθεκτικότητα και στην ευαλωτότητα στους ψυχοπιεστικούς παράγοντες καθώς και στην ένταση της αντίδρασης στρες. Για να γίνει πιο κατανοητή η σχέση μεταξύ προσωπικότητας και στρες, πρέπει να κατανοηθεί η σημασία ατομικών διαφορών στα ακόλουθα 4 πεδία: Η επιλογή ή αποφυγή περιβαλλόντων που σχετίζονται με ιδιαίτερους ψυχοπιεστικούς παράγοντες, προκλήσεις ή οφέλη, ο τρόπος ερμηνείας μιας ψυχοπιεστικής συνθήκης και εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου για ενεργό δράση ώστε να την αντιμετωπίσει ή να την αποφύγει η ένταση της απάντησης σε έναν ψυχοπιεστικό παράγοντα οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί το άτομο για την αντιμετώπιση μιας ψυχοπιεστικής συνθήκης.<sup>29</sup>

Σύμφωνα με μελέτες, ανεξάρτητα από περιστασιακούς παράγοντες και σε σχέση με μόνιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή της ιδιοσυγκρασίας, όπως ο νευρωτισμός, η

εξωστρέφεια, η αίσθηση του χιούμορ, η επιμονή, η μοιρολατρία, η ευσυνειδησία και η αναζήτηση εμπειριών, υπάρχει σημαντική συνέπεια στις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται

για την αντιμετώπιση ψυχοπαιστικών συνθηκών. Τα βασικά χαρακτηριστικά μιας ανθεκτικής προσωπικότητας είναι τα παρακάτω: η ικανότητα αντιμετώπισης ψυχοπαιστικών συνθηκών, η συνέχιση της εμπλοκής σε δραστηριότητες, η ευελιξία σε απρόσμενες μεταβολές στη ζωή, η ικανότητα αναζήτησης κοινωνικής στήριξης, η θεώρηση του στρες ως πρόκλησης- ευκαιρίας για ανάπτυξη παρά ως απειλής στη ζωή, η αυτοφροντίδα, η εναρμόνιση με τη φύση, η αισιοδοξία και η αίσθηση του χιούμορ, η εργασία και η αγάπη, η ανάπτυξη πνευματικότητας και η αναζήτηση αληθινού νοήματος. Από την άλλη όμως, ώριμα και ολοκληρωμένα άτομα, μετά από έκθεση σε παρατεταμένο στρες, μπορεί να εμφανίσουν κατάρρευση των προσαρμοστικών τους ικανοτήτων και ψυχολογική ή σωματική απορρύθμιση. Με βάση έρευνες των τελευταίων ετών, αποτελεί αντικείμενο ιδιαίτερης προσοχής η Εκπαίδευση στις Δεξιότητες Ζωής. Χρησιμοποιώντας προγράμματα που έχουν ως στόχο την ανάπτυξη των ικανοτήτων κριτικής σκέψης, την ανάλυση και επίλυση προβλημάτων, την οικοδόμηση της εμπιστοσύνης στον εαυτό, την αντιμετώπιση των ποικίλων αρνητικών πιέσεων από το περιβάλλον, τη βελτίωση της αυτοαξιολόγησης, την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας και κοινωνικής προσαρμογής, και την απόκτηση ελέγχου επί των ψυχοπαιστικών παραγόντων και επί της συναισθηματικής και συμπεριφορικής ανταπόκρισης του ατόμου. Τέλος, υπάρχει ιδιαίτερη ανάπτυξη σε ειδικά προγράμματα για ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες που έχουν στόχο την ενίσχυση της ικανότητας διαχείρισης ειδικών ψυχοπαιστικών συνθηκών.

Μια από τις πιο γνωστές κατηγοριοποιήσεις του άγχους είναι αυτή σε ελαφρύ, μέτριο, έντονο και πανικός. Πιο αναλυτικά, το ελαφρό άγχος είναι το φυσιολογικό άγχος της καθημερινής ζωής, το οποίο δημιουργεί τα κίνητρα για προσπάθεια και επιτυχία σκοπών. Το μέτριο αφαιρεί από το άτομο την προσοχή, τη συγκέντρωση, την ικανότητα για διαυγή σκέψη, καθώς και την άμεση εκπλήρωση κάποιου έργου. Το έντονο άγχος είναι οξύ, απομονώνει το άτομο και δυσχεραίνει την μάθηση και εκπλήρωση δράσεων. Τέλος, ο πανικός επιφέρει ανικανότητα αντιμετώπισης οποιασδήποτε κατάστασης, λήψης οποιασδήποτε απόφασης και ψυχωτικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.<sup>30</sup>

Στην περίπτωση που το άγχος αποτελεί καθημερινό στοιχείο και μπλοκάρει τις καθημερινές συνηθισμένες πράξεις, τότε πρόκειται για το νευρωτικό – ψυχωτικό – παθολογικό άγχος. Στο παθολογικό άγχος η ένταση είναι ανάλογη προς το προκαλούμενο ερέθισμα και η προσαρμογή του ατόμου δεν είναι πλήρης. Το νευρωτικό άγχος εμφανίζεται σε νευρωτικά άτομα και εκδηλώνεται σε υπερβολικό βαθμό σαν αίσθημα απελπισίας σε σχέση με το αίτιο που την προκαλεί, με αποτέλεσμα, το άτομο να γίνεται άτολμο, ανασφαλές και να βρίσκεται σε συναισθηματικό τέλμα.

Μια άλλη μορφή άγχους είναι το υπαρξιακό άγχος, το οποίο αποτελεί φόβο για άγνωστες καταστάσεις. Χαρακτηριστικά της διάθεσης του ατόμου είναι η ανησυχία και οι εσωτερικές συγκρούσεις. Το αντικειμενικό άγχος το βιώνει κανείς απέναντι σε έναν πραγματικό κίνδυνο αλλά επιτρέπει στο άτομο να ανταπεξέλθει του υπάρχοντος προβλήματος.<sup>31</sup>

Οι στρεσογόνοι παράγοντες που δημιουργούν οξύ στρες, είναι πολλοί. Οι στρεσογόνοι παράγοντες κατατάσσονται ανάλογα με το είδος τους σε φυσικούς (πραγματικούς) και σε γνωστικούς (φανταστικούς), ανάλογα με την προέλευση σε εσωτερικούς και εξωτερικούς, ανάλογα με την ένταση σε μικτή, μεσαία και μεγάλη και ανάλογα με τη διάρκεια σε φυσικοί (διαρκούν όσο και το ερέθισμα) και σε τεχνητοί (διαρκούν όσο θέλει ο νους). Εν προκειμένω η υπερφόρτωση με ευθύνες στον εργασιακό χώρο, γεγονότα που δημιουργούν σωματική απειλή ή απειλή αυτοεκτίμησης και άλλοι που δεν τους υποψιαζόμαστε είτε τους υποτιμούμε, όπως οι κινηματογραφικές ταινίες που αφήνουν δυσάρεστη αίσθηση, η υπολειπόμενη στον εργασιακό χώρο, ο ξαφνικός και ανεξέλεγκτος θόρυβος και οι διάφορες οικιακές συσκευές.

Παράγοντες που δημιουργούν χρόνια στρες είναι η χρόνια στέρηση ύπνου λόγω διαταραχής ή συνθηκών εργασίας, οι συνεχείς διαπληκτισμοί και λογομαχίες, η υπερφόρτωση με ευθύνες, η ασύμβατη με τις δυνατότητες διαστολής του κοινωνικού ρόλου και η κοινωνική απομόνωση.

Τριάντα άνδρες 18 έως 34 ετών, ερευνήθηκαν για την επίδραση του stress στο ανοσοποιητικό σύστημα μετρώντας διάφορα συστατικά της ανταπόκρισης του ανοσοποιητικού =, τα οποία ανιχνεύονται στο σάλιο, συμπεριλαμβανομένης και μίας ειδικής ανοσοσφαιρίνης που ονομάζεται IgA.<sup>32</sup>

## 3.2 Χρόνιο άγχος

Στην κατηγορία των χρόνιων νοσημάτων περιλαμβάνονται, πέρα από τα χρόνια σωματικά νοσήματα, και τα ψυχολογικά προβλήματα που έχουν διάρκεια στο χρόνο ή συχνά επεισόδια κατά τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου.

Ένα από τα χρόνια ψυχολογικά προβλήματα, το οποίο αντιμετωπίζουν πολλοί άνθρωποι καθημερινά, είναι το χρόνιο άγχος ή, σύμφωνα με την σύγχρονη ορολογία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Με τον όρο διαταραχή αναφερόμαστε σε ένα σύνολο προβλημάτων που σχετίζονται με την ψυχολογική διάθεση και συμπεριφορά του ατόμου. Όταν, λοιπόν, μιλάμε για γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αναφερόμαστε σε υπερβολικές και ανεξέλεγκτες ανήσυχες σκέψεις για ένα αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων, για τις περισσότερες μέρες για ένα διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Οι ανήσυχες σκέψεις συνοδεύονται από έντονη δυσφορία, υπερένταση, δυσκολία στη συγκέντρωση, μυϊκή τάση, ευερεθιστότητα, και προβλήματα ύπνου.<sup>33</sup>

Βασικές χαρακτηριστικές έρευνες, αν και έχουν περάσει αρκετά χρόνια, έχουν δείξει πως το μακροχρόνιο άγχος επηρεάζει τον ανθρώπινο οργανισμό καταστέλλοντας το ανοσοποιητικό σύστημα και την δράση του, με αποτέλεσμα να καθιστά τον οργανισμό του κάθε ανθρώπου πιο αδύναμο απέναντι σε διάφορες μολύνσεις, πιθανά κρυολογήματα που αντιμετωπίζουμε συχνά και εξαιρετικές περιπτώσεις σε διάφορες σοβαρές ασθένειες.

Στις περισσότερες περιπτώσεις το χρόνιο άγχος οδηγεί σε εμφάνιση ψυχοσωματικών ασθενειών και σύμφωνα με τους ειδικούς κρίνεται ιδιαίτερα επιβλαβές τόσο για την σωματική όσο και την ψυχική υγεία. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δεν είναι οι μόνοι που παίζουν σημαντικό ρόλο στην περίπτωση εμφάνισης του χρόνιου άγχους, καθώς πρέπει να υπάρχει βοήθεια και από άλλους παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με τις γνωσιακές διεργασίες, την παράθεση, τις ικανότητες και την ιδιοσυγκρασία.<sup>34</sup>

Πρόσφατες μελέτες που έγιναν σε ενήλικες και συγκεκριμένα σε ηλικίες των 18 και άνω στις ΗΠΑ, στην Κολούμπια και στο Πουέρτο Ρίκο, όπου τα 217.379 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα απαντώντας σε ερωτηματολόγια και είχε ως αποτέλεσμα πως το 11,3% να διαγνωστεί με χρόνιο άγχος. Από τη σκοπιά της διάστασης του ως προειδοποιητικό σήμα, το άγχος μπορεί να θεωρηθεί βασικά το ίδιο συναίσθημα όπως και ο φόβος. Το άγχος προειδοποιεί για ένα εσωτερικό ή εξωτερικό κίνδυνο και διαθέτει ιδιότητες που σώζουν τη ζωή. Σε ένα κατώτερο επίπεδο προειδοποιεί έναντι απειλών σωματικής βλάβης, πόνου, αβοήθητου, πιθανής τιμωρίας ή ματαίωσης κοινωνικών ή σωματικών αναγκών, αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα, απειλή κατά της προσωπικής επιτυχίας ή του κοινωνικού status, αλλά κυρίως έναντι απειλών κατά της ενότητα ή της ολότητας ενός ατόμου.<sup>35</sup>

Το παθολογικό άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές ευθύνονται για το ήμισυ περίπου της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον πληθυσμό. Η αίσθηση του άγχους βιώνεται αρκετά συχνά, ουσιαστικά από όλους τους ανθρώπους. Χαρακτηρίζεται από μια διάχυτη, δυσάρεστη, ασαφή αίσθηση αμηχανίας και συνοδεύεται συχνά από συμπτώματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. διάρροια, ζάλη, ταχυκαρδία, προκάρδιοι παλμοί, τρόμος, στομαχική δυσανεξία κ.λπ.).<sup>30</sup> Ενώ σημαντικές κλινικές μαρτυρίες ενοχοποιούν τις θυρεοειδικές ορμόνες στην έκφραση της καταθλιπτικής διαταραχής, η ειδική σχέση αυτής

της ανάμειξης παραμένει αδιευκρίνιστη. Ο α υπότυπος (TR-alpha) είναι ο πιο διαδεδομένος υποδοχέας θυρεοειδικών ορμονών στον εγκέφαλο. Εδώ εξετάζουμε αλλαγές στην έκφραση του αγγελιοφόρου (mRNA) για τον υποδοχέα α στην κατάθλιψη με χρόνια ήπιο άγχος. Αρουραίοι, οι οποίοι εκτέθηκαν σε πρόγραμμα χρόνιου ήπιου στρες επί τρεις εβδομάδες εμφάνισαν προοδευτική μείωση της επιθυμίας για σακχαρόζη (δείκτης ανηδονίας). Στη συνέχεια λάμβαναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή, είτε με ιμιπραμίνη (IMI 10mg/kg), είτε με έκδοχο, επί δύο εβδομάδες πριν θυσιαστούν για τις διασταυρούμενες ποσοτικές αναλύσεις in situ του αγγελιοφόρου RNA του TR-alpha σε όλον τον εγκέφαλο. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι το χρόνια ήπιο άγχος υπό αγωγή με έκδοχο προκαλεί εκτεταμένη ελάττωση στα επίπεδα mRNA του α υποτύπου του υποδοχέα θυρεοειδικών ορμονών. Σε αντίθεση, στους αρουραίους οι οποίοι εκτέθηκαν σε χρόνια ήπιο άγχος και τέθηκαν σε αγωγή με ιμιπραμίνη για δύο εβδομάδες πριν το θάνατό τους, ανεδείχθη πλήρης αποκατάσταση της επιθυμίας για σακχαρόζη. Επιπλέον, τα επίπεδα mRNA του TR-alpha στον εγκέφαλο των αρουραίων ήταν παρόμοια με εκείνα τα οποία δεν υποβλήθηκαν σε καταπόνηση και ελάμβαναν είτε άλας, είτε ιμιπραμίνη. Τα παραπάνω αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι τα επίπεδα του αγγελιοφόρου RNA του TR-alpha στον εγκέφαλο είναι πολύ ευαίσθητα στη χρόνια ήπια καταπόνηση. Η πλήρης υποχώρηση των συνεπειών του χρόνιου ήπιου άγχους στην ανηδονία και στο TR-alpha από την ιμιπραμίνη υποδηλώνουν ότι ο TR-alpha πιθανόν να παίζει ρόλο τόσο στα οφειλόμενα σε άγχος καταθλιπτικά συμπτώματα όσο και στην υποχώρησή τους με αντικαταθλιπτικές παρεμβάσεις.<sup>36</sup>

Μία άλλη έρευνα έδειξε πως ποντικοί υποβλήθηκαν σε ένα χρόνια απρόβλεπτο στρες (συνωστισμό, shock, ακανόνιστο τάισμα και διακεκομμένο ύπνο), εμφανίζουν μειωμένες κινήσεις και συμπεριφορά εξερεύνησης, που δείχνουν το ρόλο που παίζει το απρόβλεπτο και η έλλειψη οποιουδήποτε ελέγχου του περιβάλλοντος, στην πρόκληση του στρες. Αυτές οι συμπεριφερσιολογικές μεταβολές μπορούν να αναστραφούν με αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Ζώα σε συνθήκες πειραματικού στρες έδειχναν υπερένταση, γίνονται ανήσυχα, υπερευαίσθητα ή ανεσταλμένα κάτω από ορισμένες συνθήκες σύγκρουσης.

Το εργασιακό στρες είναι ένας σημαντικός και καθόλου ευκαταφρόνητος επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας. Ως επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας σύμφωνα με την «Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας» ορίζεται οποιοσδήποτε φυσικός, χημικός, βιολογικός, εργονομικός, οργανωτικός, ψυχολογικός, κοινωνικός ή άλλος παράγοντας, ο οποίος είναι παρών στον εργασιακό χώρο σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία του εργαζόμενου. Οι επαγγελματικοί βλαπτικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επιφέρουν βλάβες στην υγεία των εργαζομένων, είτε εξαιτίας εργατικού ατυχήματος, είτε λόγω χρόνιας έκθεσης, που οδηγεί σε επαγγελματικό νόσημα. Το εργασιακό στρες, ως παράγοντας κινδύνου στον εργασιακό χώρο, έτυχε ιδιαίτερης προσοχής, από την στιγμή που μελέτες απέδειξαν τον ρόλο του στην υγεία των εργαζομένων.<sup>37</sup> Σύμφωνα με οδηγία πλαίσιο της ΕΕ, οι εργοδότες έχουν το καθήκον να διασφαλίσουν την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων σε κάθε πτυχή της εργασίας.

Έχει βρεθεί σε δεκάδες ερευνών ότι ποικίλες πλευρές της εργασίας που ασκεί ένα άτομο, μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή στρες, που με την σειρά της έχει επιπτώσεις στην ψυχοσωματική υγεία, καθώς και την ασφάλεια των εργαζομένων στην εργασία. Ως ένα δείγμα τέτοιων παραγόντων αναφέρονται «Οι απαιτήσεις που υπερβαίνουν τα όρια και τις δυνατότητες των εργαζομένων» που σχετίζονται με μεγάλη συχνότητα ατυχημάτων, «οι δραστηριότητες που αφήνουν ανεκμετάλλευτες τις ικανότητες των εργαζομένων», «ο μεγάλος βαθμός υπευθυνότητας έναντι άλλων ατόμων» που σχετίζεται με μεγάλη συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων.<sup>38</sup>

Από τις πλέον ευάλωτες, στο εργασιακό στρες επαγγελματικές ομάδες, είναι οι νοσηλευτές, καθώς λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματός τους, αντιμετωπίζουν συχνά στρεσογόνες καταστάσεις. Η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί μέρος της καθημερινότητας των νοσηλευτών. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον σχετικά με τους παράγοντες εκείνους, που επιδρούν στην

ψυχοσύνθεση των νοσηλευτών και τους επιφορτίζουν με στρες και ως συνέπεια αυτού, οι νοσηλευτές είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.<sup>39</sup>

Το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται ευρέως ότι είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο. Οι Gray-Toft και Anderson, έχουν αναγνωρίσει επτά κύριες πηγές στρες στην νοσηλευτική: επαφή με τον θάνατο, διαμάχες με τους ιατρούς, έλλειψη υποστήριξης, ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς, διαμάχες με τους συναδέλφους, αυξημένος φόρτος εργασίας, αβεβαιότητα σχετικά με την θεραπεία του ασθενούς. Μελέτη που αφορούσε προϊσταμένους, σε θαλάμους νοσηλείας στην Κίνα, φάνηκε ότι οι κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες που επηρέασαν την πνευματική και σωματική υγεία των προϊσταμένων ήταν ο φόρτος εργασίας, οι διαμάχες με τους γιατρούς, και ο θάνατος των ασθενών.<sup>40</sup>

Αντικρουόμενα αποτελέσματα μελετών βρέθηκαν σχετικά με το θέμα της διαφορετικότητας της έντασης και του είδους του στρες ανάμεσα στους διαφορετικούς εργασιακούς χώρους στην νοσηλευτική. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές, ειδικά αυτοί που εργάζονται σε στεφανιαίες μονάδες και στις μονάδες εντατικής θεραπείας, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εργασιακό στρες, ωστόσο κάποιες άλλες που ακολούθησαν, δεν πέτυχαν να αναδείξουν κάποια διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών στους διάφορους νοσοκομειακούς χώρους. Με τους τελευταίους συμφώνησε και ο Hipwell και οι συνεργάτες του, αφού σε έρευνά τους, μελετώντας την παρουσία στρεσογόνων παραγόντων στους νοσηλευτές τεσσάρων νοσοκομειακών τμημάτων (στεφανιαία μονάδα, τεχνητός νεφρός, γενική κλινική νοσηλείας ασθενών, τμήμα νοσηλείας ηλικιωμένων), κατέληξαν ότι οι ομοιότητες όσο αφορά τα στρεσογόνα εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών είναι πολύ πιο έντονες από ότι οι διαφορές τους. Αφού ο μέσος όρος των επτά στρεσογόνων παραγόντων στα 4 διαφορετικά νοσηλευτικά περιβάλλοντα ήταν πανομοιότυπος.<sup>35</sup> Έρευνα σε νοσηλευτές στην Σιγκαπούρη έδειξε υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες στους νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων περιστατικών έναντι αυτών των γενικών τμημάτων. Επιπροσθέτως, οι νοσηλευτές των επειγόντων περιστατικών παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα IgA ανοσοσφαιρίνης. Οι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες, που φάνηκε να απασχολούν περισσότερο τους νοσηλευτές των μονάδων επειγόντων περιστατικών ήταν η έλλειψη πόρων και οι διαμάχες με άλλους επαγγελματίες.<sup>41</sup> Σε έρευνα στον ελλαδικό χώρο φάνηκε ότι οι νοσηλευτές των ΤΕΠ, ανέφεραν στατιστικά σημαντικότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές των ΜΕΘ και των παθολογικών τμημάτων, και ότι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, μεταξύ των νοσηλευτών ΜΕΘ και παθολογικών τμημάτων. Στρες και Νοσηλευτές σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ο Patrick και οι συνεργάτες του υποκινούμενοι από τους ισχυρισμούς του Clay, ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας βιώνουν πίκρα και απογοήτευση και πιστεύοντας ότι υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ύπαρξης αυξημένης πίεσης και μειωμένου ηθικού στον δημόσιο τομέα, βρήκαν δελεαστική την απόπειρα σύγκρισης του στρες των νοσηλευτών μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι και στον ιδιωτικό καθώς και στον δημόσιο τομέα οι νοσηλευτές βιώνουν στρεσογόνα γεγονότα με την ίδια υψηλή συχνότητα, αφού το γενικό σκορ της κλίμακας δεν διέφερε στις δύο ομάδες. Προέκυψαν όμως διαφορές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, αφού στον ιδιωτικό τομέα οι πιο ισχυροί στρεσογόνοι παράγοντες βρέθηκαν να είναι η αβεβαιότητα για την θεραπεία του ασθενούς και οι διαμάχες με τους ιατρούς, ενώ στον δημόσιο τομέα ο πιο συχνός παράγοντας είναι ο φόρτος εργασίας. Στο συνολικό δείγμα της έρευνας (ιδιωτικός και δημόσιος τομέας), οι πιο συχνοί στρεσογόνοι παράγοντες φάνηκε ότι ήταν η επαφή με τον θάνατο και ο φόρτος εργασίας.<sup>42</sup>

Έρευνα στην Ελλάδα προσπάθησε να συγκρίνει το στρες των νοσηλευτών σε νοσοκομείο της περιφέρειας με αυτό των νοσηλευτών σε νοσοκομείο της πρωτεύουσας. Η ένταση του στρες κυμάνθηκε στα ίδια σχεδόν επίπεδα ενώ διέφεραν οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται με το στρες στους δύο διαφορετικούς χώρους. Στο γενικό δείγμα



οι παράγοντες που βρέθηκαν να παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο μέσο όρο ήταν ο φόρτος εργασίας και η δυσκολία συνδυασμού επαγγελματικού και οικογενειακού ρόλου.<sup>43</sup> Ο φόρτος εργασίας, αναφέρεται στις απαιτήσεις της δουλειάς που βαραίνουν τον εργαζόμενο και περιλαμβάνει μια ποιοτική αλλά και μια ποσοτική έννοια. Ποσοτικός φόρτος είναι το ποσό της δουλειάς που πρέπει να επιτελεστεί, ενώ ο ποιοτικός φόρτος εργασίας αντανακλά την προσλαμβανόμενη δυσκολία της δουλειάς και είναι αυτή που σχετίζεται με τις ικανότητες των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι μπορούν να βιώσουν οποιοδήποτε τύπο εργασιακού φόρτου ή και τους δύο συγχρόνως και έρευνες τους έχουν συνδέσει με έντονο εργασιακό στρες. Έρευνα σε 20 νοσοκομεία στην Αυστραλία, βρήκανε ότι τα επίπεδα στρες ήταν μεγαλύτερα στους νοσηλευτές που είχαν άμεση ευθύνη για την φροντίδα του ασθενή, από αυτά των βοηθών νοσηλευτών και των διευθυντικών στελεχών του νοσοκομείου. Το στρες ως αποτέλεσμα των προσπαθειών του νοσηλευτή να ανταποκριθεί στις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, αντανακλά την σύγκρουση με τον νοσηλευτικό ρόλο. Παρά το μεγάλο αριθμό μελετών, που αποδεικνύουν υψηλό επίπεδο αναφερόμενου στρες από τους νοσηλευτές, λίγες έχουν ερευνήσει τις πιθανές συνέπειες τέτοιου στρες στην ψυχική και σωματική ευεξία. Σύμφωνα με τον Fallowfield, η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται από ένα σύμπλεγμα παραγόντων, που αλληλοεπιδρούν και αφορούν σε 3 διαστάσεις: τη σωματική ευεξία του ατόμου, την ψυχική ευεξία και την κοινωνική ευεξία. Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί τελευταία στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, με τη δημιουργία μεθόδων για την περιγραφή της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας, κυρίως με τη μορφή έγκυρων και αξιόπιστων οργάνων. Υπάρχει μια ουσιαστική απόδειξη ότι, υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες σχετίζονται ισχυρά με χαμηλά επίπεδα αυτό-αναφερόμενης υγείας και ευεξίας.<sup>44</sup> Επίσης, τα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με το νοσηλευτικό επάγγελμα, υποδηλώνουν ότι το στρες των νοσηλευτών έχει κόστος στην γενικότερη υγεία τους. Για παράδειγμα ο Colligan και οι συνεργάτες του, ανέφεραν ότι υπάρχουν υψηλά ποσοστά νοσηλευτών, που αναζητούν εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική υποστήριξη. Επίσης οι Revicki & May βρήκαν ότι το εργασιακό στρες στους νοσηλευτές σχετιζόταν θετικά με το επίπεδο κατάθλιψης. Η παρούσα εργασία αναζητεί να ερευνήσει περισσότερα στη σχέση μεταξύ νοσηλευτικού στρες και ποικίλων πτυχών της αυτόαναφερόμενης υγείας και ευεξίας.<sup>45</sup> Ένα από τα πιο πολυσυζητημένα μοντέλα στρες παγκοσμίως, αποτελεί το μοντέλο της αναντιστοιχίας προσπάθειας – ανταμοιβής από τον Siegrist. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η έλλειψη αμοιβαιότητας μεταξύ των προσπαθειών που έχουν πραγματοποιηθεί και των αμοιβών που έχουν ληφθεί στον εργασιακό ρόλο, καθορίζει μια κατάσταση συναισθηματικής δυσφορίας, η οποία μακροπρόθεσμα καταλήγει σε χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής και ψυχικής υγείας. Σε πολλές μελέτες, φάνηκε η εγκυρότητα του μοντέλου, ιδιαίτερα σε σχέση με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και την επαγγελματική εξουθένωση, αλλά και τις μυοσκελετικές παθήσεις. Επιπτώσεις του στρες στη Σωματική Υγεία των νοσηλευτών.

Οι επιπτώσεις του στρες στην σωματική υγεία, μέσω της αύξησης των ορμονών του στρες και της αλλαγής στην συμπεριφορά υγείας, χωρίζονται σε άμεσες και μακροπρόθεσμες. Στις άμεσες επιπτώσεις περιλαμβάνονται προβλήματα όπως ο πόνος στην πλάτη, οι μυικοί σπασμοί, οι ταχυπαλμίες, ο πονοκέφαλος, τα δερματικά εξανθήματα, η αύξηση των διαταραχών του ύπνου, η δύσπνοια, οι επιδρώσεις, μια γενικευμένη μυϊκή ένταση που συνδέεται με την ψυχοκινητική ανησυχία και ανικανότητα χαλάρωσης, σεξουαλική ψυχρότητα ή ανικανότητα και η κόπωση. Η έκθεση του ατόμου σε συνεχές έντονο στρες μπορεί μακροπρόθεσμα να επιφέρει σοβαρά καρδιολογικά νοσήματα, αρτηριακή υπέρταση και έλκη γαστρεντερικού συστήματος ενώ ψυχολόγοι που έχουν δείξει αυξημένο ενδιαφέρον στον ρόλο του ψυχολογικού παράγοντα στην δημιουργία ασθένειας, υποστηρίζουν την συσχέτιση του εργασιακού στρες με τον καρκίνο και την στεφανιαία νόσο.<sup>46</sup>

Περισσότεροι από τρία εκατομμύρια Έλληνες εκτιμάται ότι υποφέρουν από χρόνια πόνο, ο οποίος σχετίζεται και επιδεινώνεται από το έντονο άγχος και την εργασιακή ανασφάλεια. Σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του πάσχοντος αλλά και των

οικείων του προκαλεί ο χρόνιος πόνος, ο οποίος αν και υπό φυσιολογικές συνθήκες, θα αντιμετωπιζόταν ως απλό ιατρικό πρόβλημα, κάτω από συνθήκες έντονου άγχους και εργασιακής ανασφάλειας, όπως αυτές που βιώνει η χώρα μας, μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή χρόνια νόσο. Ο νευροπαθητικός πόνος (αλγαισθητικός πόνος με βλάβη ιστών) αποτελεί το 80% των περιπτώσεων χρόνιου πόνου (αυτός που διαρκεί πάνω από τρεις μήνες). Πιο περίπλοκος, όμως, είναι ο περιφερικός νευροπαθητικός πόνος, δηλαδή αυτός που εντοπίζεται στα περιφερικά νεύρα και από τον οποίο πάσχει περίπου 30% του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών.

Στατιστικές δείχνουν ότι άτομα που έπασχαν από χρόνιο πόνο, εμφάνιζαν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχές της διάθεσης και αδυναμία ελέγχου του άγχους. Υπάρχει μια δυναμική παρουσία και μια αλληλεξάρτηση κατάθλιψης και χρόνιου πόνου. Τρεία στα δέκα άτομα με ινομυαλγία πάσχουν και από μείζονα κατάθλιψη κατά τη στιγμή της διάγνωσης», σημειώνει.<sup>47</sup>

Επιπλέον, άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη είχαν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εξελίξουν έναν οξύ πόνο σε χρόνια. Κάτι που φαίνεται να συμβαίνει όλο και συχνότερα τα τελευταία χρόνια, με την έκρηξη της οικονομικής ανασφάλειας και της ανεργίας. Παράλληλα, συγκεκριμένο αίτιο έχει μόνο το 40% των περιπτώσεων χρόνιας οσφυαλγίας, της πιο συχνής μορφής χρόνιου πόνου που πλήττει το 1/3 του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών. Το 30% αποδίδεται σε ψυχολογικά αίτια.

Νέα μελέτη από το Πανεπιστήμιο του Πίτσμπουργκ δείχνει ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ του άγχους και του εγκεφαλικού. Οι συμμετέχοντες που αντιμετώπιζαν το περισσότερο άγχος φάνηκε πως κινδυνεύουν κατά 33% περισσότερο να υποστούν εγκεφαλικό. Οι ερευνητές τονίζουν ότι το άγχος μπορεί να οδηγήσει το άτομο να υιοθετήσει ανθυγιεινές συνήθειες που συμβάλλουν μακροπρόθεσμα στην εκδήλωση του εγκεφαλικού. Άλλοι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται άμεσα με το άγχος είναι η υπέρταση και τα υψηλά επίπεδα των ορμονών του στρες στον οργανισμό. Αυτή η μελέτη δημοσιεύεται στο επιστημονικό περιοδικό Stroke και βασίστηκε σε δεδομένα που αφορούσαν 6.019 άτομα ηλικίας 25 έως 74 ετών.<sup>48</sup>

### 3.3 Οργανισμός και άγχος

Μερικές φορές τα συμπτώματα του στρες γίνονται έντονα και παίρνουν τη μορφή προβλημάτων στη λειτουργικότητα και υγεία. Στήνεται ένας φαύλος κύκλος άγχους και συμπτωμάτων, όπου το ένα επιτείνει το άλλο. Έτσι, η παραγόμενη ανησυχία και οι άλλες αρνητικές συνέπειες ξεφεύγουν από τον έλεγχό μας. Η πίεση που νιώθουμε γίνεται μεγαλύτερη και τα συμπτώματα στη σκέψη, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά και στο σώμα μας ακόμα πιο έντονα.<sup>49</sup>

Η λειτουργική κινητοποίηση του οργανισμού για να ανταποκριθεί σε εξωτερικά ερεθίσματα, δηλαδή στο στρες, είναι μια απόλυτα φυσιολογική διεργασία. Η Διατήρηση όμως αυτής της κινητοποίησης και μετά την απομάκρυνση του στρεσογόνου παράγοντα, διαταράσσει την ομοιοστασία του οργανισμού και δημιουργεί συνθήκες που το σώμα σαφώς δεν έχει σχεδιαστεί για να αντέχει. Ο οργανισμός δέχεται καθημερινά αλληπαλά ερεθίσματα από το περιβάλλον του. Κανονικά θα έπρεπε αμέσως μετά την επίδραση ενός στρεσογόνου παράγοντα να χαλαρώνεις, να επανέρχεσαι στην κατάσταση ισορροπίας και να είσαι έτοιμος να δεχτείς την πιθανή επίδραση του επόμενου στρεσογόνου παράγοντα. Η

παράταση όμως της επίδρασης του στρες στον οργανισμό που οφείλεται σε λανθασμένες νοητικές κατασκευές, έχει σαν δεύτερο αποτέλεσμα να μη χαλαρώνεις αμέσως μετά την απομάκρυνση του παράγοντα και όταν δέχεται τον επόμενο παράγοντα, το νέο ερέθισμα να προστίθεται σ' αυτό που ήδη υπάρχει από το προηγούμενο.<sup>50</sup>

Η ψυχολογική ένταση, μη έχοντας τρόπους να εκφραστεί, δημιουργεί καταπόνηση στις λειτουργίες και στα συστήματα του σώματος, που δεν μπορούμε όμως εύκολα να την

αναγνωρίσουμε γιατί δημιουργείται σιγά-σιγά. Ο ανθρώπινος οργανισμός κουράζεται μέρα με τη μέρα με τη αποτέλεσμα τα όργανα και τα συστήματα που έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία να κουράζονται πιο γρήγορα και να ξεπερνιούνται τα όρια αντοχής του. Ο φυσικός κανόνας είναι ότι ένα στρες διαρκεί τόσο, όσο διαρκεί και ο στρεσογόνος παράγοντας που το προκαλεί. Μετά την απομάκρυνση του στρεσογόνου παράγοντα θα πρέπει να παύει το στρες. Αυτή ακριβώς την ισορροπία στρεσογόνου παράγοντα και στρες καταστρέφει η επέμβαση του ανθρώπινου νου.<sup>51</sup>

Η αίσθηση του άγχους βιώνεται αρκετά συχνά από όλους τους ανθρώπους. Χαρακτηρίζεται από μία διάχυτη δυσάρεστη και ασαφή αίσθηση αμηχανίας που συνοδεύεται συχνά από συμπτώματα του Α.Ν.Σ (κεφαλαλγία, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, βάρος στο στήθος και ήπια στομαχική δυσφορία). Ένα αγχώδες άτομο μπορεί να νιώθει ανησυχία που εκδηλώνεται με αδυναμία να καθίσει ή να μείνει ακίνητο για πολύ ώρα.<sup>52</sup>

Σε αντίδραση με βασικούς ενδοκρινολογικούς άξονες όπως για παράδειγμα της αναπαραγωγής, της αύξησης, του μεταβολισμού και του θυρεοειδούς αδένου έρχεται το stress ενώ ιδιαίτερα επιδρά στο ανοσοποιητικό και στο γαστρεντερικό σύστημα. Επιπλέον, ο οργανισμός αδυνατεί να δαπανήσει ενέργεια για σεξουαλική πράξη και στην ανάπτυξη και ταυτόχρονα καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια με σκοπό, τον περιορισμό των ενεργειακών δαπανών, από αυξημένες καύσεις, που έχει σαν αποτέλεσμα την άμεση καταστολή αυτών των συστημάτων. Όλα τα παραπάνω προκαλούνται όταν διεγείρεται το σύστημα του stress. Ακόμα, σε όλα τα συστήματα του οργανισμού που δεν έχουν σκοπό την άμεση επιβίωση του ατόμου μειώνεται η ενέργεια από την πρόκληση του άγχους. Για παράδειγμα οι άνθρωποι που έχουν σοβαρή αγγωτική νόσο καθώς αντιμετωπίζουν χρόνια άγχος από την παιδική ηλικία, συνήθως δεν ψηλώνουν κανονικά ή γίνονται παχύσαρκα.<sup>53</sup>

Επίσης, αυξάνεται σημαντικά η έκκριση της κορτιζόνης και των κατεχολαμινών στην περίπτωση που διεγείρεται το σύστημα του stress και αυτό έχει ως συνέχεια να δημιουργείται υπεργλυκαιμία και αυξημένα επίπεδα έκκρισης ινσουλίνης όταν οι ορμόνες προκαλούν αυξημένη έκκριση γλυκόζης. Η κορτιζόλη και η ινσουλίνη έχουν την κύρια ευθύνη για την αύξηση του σπλαχνικού λίπους και ως επακόλουθο πραγματοποιείται αντίσταση στην ινσουλίνη, σε πολλά όργανα όπως για παράδειγμα οι μύες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται α) Δυσλιπιδαιμία β) Υπέρταση και γ) Διαβήτης Τύπου 2.

Επακόλουθο όλων αυτών είναι να ακολουθήσει βαθμιαία καταστροφή του καρδιαγγειακού μας συστήματος δηλαδή αθηροσκλήρωση. Τέλος, η αρτηριακή υπέρταση, οι αλλεργικές και αυτοάνοσες φλεγμονώδεις παθήσεις, τα χρόνια σύνδρομα πόνου και κόπωσης, οι καταστάσεις άγχους και κατάθλιψης, το σύστημα του stress και του άγχους διαδραματίζει τον κεντρικό και καθοριστικό παθογενετικό ρόλο σε περιπτώσεις όπως η παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο.<sup>54</sup>

Τα γαστρεντερικά προβλήματα, όπως το πεπτικός έλκος, η ελκώδης και η σπαστική κολίτιδα, επηρεάζονται αποδεδειγμένα από το stress. Ο θυμός, η αρνητικότητα και η εχθρότητα αυξάνουν κατακόρυφα την οξύτητα των υγρών του στομάχου, ενώ αντίθετα η αίσθηση της απόρριψης την ελαττώνει σημαντικά. Δεδομένου ότι οι λειτουργίες αυτές ελέγχονται από το ΑΝΣ, βγαίνει αβίαστα το συμπέρασμα ότι το stress επηρεάζει εντονότατα τους ανθρώπους με γαστρεντερικά προβλήματα, αφού αυτό ευθύνεται για τη συνήθη συμπαθητικοτονία πάνω στην οποία αναπτύσσονται οι διαταραχές. Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζονται υπεροξέα πεπτικά έλκη με έντονη αιμορραγία οι οποία συχνά οδηγεί σε αιμορραγικό shock, σε ανθρώπους οι οποίοι υπέστησαν ξαφνικούς τραυματισμούς, εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις, εκτεταμένα εγκαύματα ή λοιμώξεις, τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου ή άλλες καταστροφικές επιδράσεις.<sup>55</sup>

Ο Hans το 2002 στο πανεπιστήμιο της Σεούλ μελέτησε κλινικά 47 άτομα με πεπτικό έλκος, τα οποία ακολούθησαν πρόγραμμα ελέγχου του stress, βιοαναδραστική εκπαίδευση παράλληλα με τεχνικές μυϊκής χαλάρωσης. Το αποτέλεσμα ήταν η μείωση των συμπτωμάτων και η σημαντική επούλωση του έλκους. Όμοια θετικά αποτελέσματα προέκυψαν από τη μελέτη 26 ατόμων με έλκος δωδεκαδακτύλου τα οποία πέτυχαν επούλωση του έλκους τους και διατήρηση του αποτελέσματος πάνω από οκτώ χρόνια.

Το DSM – IV αποβάλλει τον όρο «οργανικό» και τον αποκαθιστά με τη φράση «που οφείλεται σε γενική σωματική κατάσταση». Οι ψυχιατρικές διαταραχές που οφείλονται σε γενική σωματική κατάσταση, περιλαμβάνονται τώρα μέσα στις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM – IV που περιέχουν άλλες διαταραχές με το ίδιο κύριο σύμπτωμα. Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τη διαγνωστική κατηγορία που έχει υποστεί τις περισσότερες μεταβολές στις διαδοχικές εκδόσεις του DSM – III, DSM – III – R, DSM – IV, λόγω αναθεώρησης πολλούς εννοιών στην οποία έχει συμβάλει η ραγδαία αυξανόμενη γνώση για τη βιολογία του άγχους.<sup>56</sup>

Συμπτώματα άγχους σχετιζόμενα με σωματικές καταστάσεις συμβαίνουν συχνά, εάν και ο επιπολασμός της διαταραχής ποικίλει ανάλογα με τη σωματική κατάσταση. Ορισμένες βλάβες του εγκεφάλου καθώς μετεγκεφαλικές καταστάσεις αναφέρετε ότι προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Π.χ. η υπογλυκαιμία μπορεί επίσης να μιμηθεί τα συμπτώματα αγχώδους διαταραχής. Παρακάτω είναι μερικά ενδεικτικά συμπτώματα έντονου άγχους, τα οποία μπορεί να παρουσιαστούν μόνα τους ή σε συνδυασμό. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι σωματικά, σε συναισθηματικό επίπεδο, στο πεδίο της ψυχολογίας ή αλλαγές στη συμπεριφορά μας.<sup>49</sup> Τα σωματικά είναι: πονοκέφαλοι, μυϊκοί τόνοι, ζαλάδες, δυσκολία στην αναπνοή, αυπνία, πόνοι στο στομάχι και αύξηση αρτηριακής πίεσης. Τα συναισθηματικά είναι: Ευερεθιστότητα, κυκλοθυμία, θυμός, έλλειψη ελέγχους και κινητοποίησης και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ψυχολογικές ενδείξεις: Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, μειωμένη δημιουργικότητα, αρνητικές σκέψεις, ανησυχία, εκνευρισμός και κατάθλιψη. Ενδείξεις συμπεριφοράς: Έλλειψη χρόνου για ξεκούραση – αναπυχή, κακή διαχείριση χρόνου, απομόνωση, υπερβολικός θυμός, αφηρημάδα και εξάρτηση από το τσιγάρο, τον καφέ, το αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά.<sup>57</sup>

### 3.4 Το άγχος και η εργασία

Ο άνθρωπος περνάει το πιο σημαντικό και παραγωγικό κομμάτι της ζωής του κατά τη διάρκεια της εργασίας. Συχνά ο εργαζόμενος βλέπει την εργασία ως αγγαρεία, ως μία ανάγκη που συνοδεύεται από αισθήματα καταπίεσης και δυσαρέσκειας. Τέτοιου είδους πεποιθήσεις είναι φοβερά βλαπτικές και μπορούν να εξελιχθούν καταστροφικά για τον ανθρώπινο οργανισμό, δεδομένου ότι η αρνητική στάση προς την εργασία που μπορεί να επεκτείνεται έως την απέχθεια, μεταβάλλει το εργασιακό περιβάλλον σε ένα πολύ στρεσογόνο περιβάλλον, όπου το ανοσοποιητικό σύστημα, άλλα και οι άλλες λειτουργίες του εργαζόμενου βρίσκονται υπό συνεχή καταπίεση.<sup>58</sup>

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, το εργασιακό άγχος αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την υγεία και την ασφάλεια που αντιμετωπίζουμε στην Ευρώπη. Αφορά περίπου έναν στους τέσσερις εργαζομένους ενώ, σύμφωνα με μελέτες, ποσοστό από 50% έως 60% του συνόλου των χαμένων εργάσιμων ημερών σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται τεράστια επιβάρυνση τόσο για την ανθρώπινη υγεία όσο και για την οικονομική ανάπτυξη.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θέσπισε μέτρα για να διασφαλίσει την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων. Η οδηγία του Συμβουλίου του 1989 (89/391) περιλαμβάνει τις βασικές διατάξεις την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας και αναθέτει στον εργοδότη την ευθύνη να διασφαλίζει ότι οι υπάλληλοί του δεν βλάπτονται από την εργασία καθώς και από τις συνέπειες του άγχους που οφείλεται στην εργασία. Όλα τα κράτη μέλη εφάρμοσαν την οδηγία μέσω της νομοθεσίας τους, ορισμένα δε ανέπτυξαν οδηγίες για την πρόληψη του άγχους που οφείλεται στην εργασία. Σύμφωνα με την προσέγγιση της οδηγίας, για την εξάλειψη ή τη μείωση του άγχους που οφείλεται στην εργασία, οι εργοδότες οφείλουν: να στοχεύουν στην πρόληψη του άγχους που οφείλεται στην εργασία, να εκτιμούν τους κινδύνους του άγχους που οφείλεται στην εργασία, αναζητώντας τους παράγοντες

άσκησης πίεσης στην εργασία που είναι δυνατό, να προκαλέσουν υψηλά και διαρκή επίπεδα άγχους και διαπιστώνοντας ποιοι είναι δυνατό θα θιγούν από αυτούς να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψη της βλάβης.<sup>59</sup>

Το άγχος βοηθά τον άνθρωπο να επιβιώσει κάνοντάς τον να ανταποκριθεί στις πραγματικές εξωτερικές απειλές. Το πρόβλημα με το άγχος ξεκινά όταν δεν υπάρχει εξωτερική απειλή και ο άνθρωπος μπαίνει σε κατάσταση συναγερμού, αφού σκέφτεται συνεχώς τι θα συμβεί, αν υπάρξει στο μέλλον μια τέτοια απειλή. Τέτοιες σκέψεις μπορεί να έχουν την μορφή: «Τι θα γίνει αν με απολύσουν;», «Τι θα μου συμβεί αν μου μειώσουν το μισθό;», «Τι θα κάνω αν δεν προλάβω να τελειώσω στην ώρα μου τη δουλειά;», «Τι θα αντιμετωπίσω αν μου ζητηθεί να μείνω για υπερωρία και δεν πληρώνομαι;». Και η λίστα φυσικά μπορεί να επεκταθεί με μόνο κοινό παρανομαστή το «αν» και τα δυσάρεστα συναισθήματα που μας προκαλεί το άγχος. Ένας επιπλέον παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα άγχους είναι οι εσωτερικές συγκρούσεις που πολλοί εργαζόμενοι έχουν, σχετικά με τα επίπεδα ευθυνών που πρέπει, επιθυμούν ή τους ζητείται να αναλάβουν και την ορισμένη θέση εργασίας την οποία κατέχουν. Οι ασαφείς ρόλοι και η συγκεχυμένη ιεραρχία στην δομή του εργασιακού χώρου, δημιουργούν περιβάλλον σύγχυσης αναφορικά με τις ευθύνες και εντείνουν το άγχος. Σε πολλές περιπτώσεις οι εργαζόμενοι δεν ξέρουν «ποια είναι η θέση τους» απέναντι στα προβλήματα που δημιουργούνται. Οι αλλαγές που συμβαίνουν στην εργασία μας, ιδιαίτερα αυτές που δίνουν μεγαλύτερες δυνατότητες για εμπλοκή και αναγνώριση (πχ μια προαγωγή ή ανάληψη νέων ευθυνών), είναι πολύ πιθανό να μας τροφοδοτούν τα συναισθήματα άγχους, καθώς μπορεί να δημιουργείται η αίσθηση ότι «πλέουμε σε άγνωστα νερά». Πρόκειται για ένα πεδίο πραγματικών εσωτερικών συγκρούσεων που αφορούν στην εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας, στις δυνατότητές του και στις πηγές υποστήριξης που μπορούμε να έχουμε, μπροστά σε καινούργιες προκλήσεις. Επιπλέον, τα δύσκολα ωράρια στην εργασία, οι κακές σχέσεις με τον εργοδότη μας ή τους συναδέλφους μας, η μονοτονία της εργασίας, το μη λειτουργικό περιβάλλον στην εργασία, οι κακές χρηματικές απολαβές, οι διαρκείς συγκρούσεις στο χώρο της εργασίας, η έλλειψη επιβράβευσης, ο ανταγωνισμός, η απομόνωση, οι υπερβολικές ευθύνες, η τελειομανία, οι χρονικές πιέσεις είναι μόνο λίγιοι από τους λόγους που μπορεί να οδηγήσουν στο να αισθανόμαστε άγχος στην εργασία μας. Στον εργασιακό χώρο τα συμπτώματα του άγχους μπορούν να εξειδικευτούν, όπως π.χ.: δυσκολία συνεργασίας και επικοινωνίας με τους συναδέλφους και τον εργοδότη, δυσκολία στη συνεργασία και επικοινωνία με τους πελάτες, προβλήματα στη συγκέντρωση που οδηγούν σε λάθη, αδυναμία εκτέλεσης μιας εργασίας και αίσθημα ανικανότητας και αποτυχίας.<sup>60</sup>

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή σχετίζεται με τις έννοιες της ανησυχίας, της αυτοαπασχόλησης και της προκατάληψης της προσοχής. Χαρακτηρίζεται από επίμονο άγχος, από νευρικότητα, από φόβο, ζάλη κ.α. Επιπλέον, παρουσιάζονται συμπτώματα μελαγχολίας και είναι συχνότερο στον γυναικείο πληθυσμό. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι το άγχος και προέρχεται από διάφορα ερεθίσματα και διάφορες καταστάσεις της ζωής. Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό της είναι η ανησυχία με την παρουσία ενοχλητικών σκέψεων και συχνής αϋπνίας. Τέλος, παρατηρήθηκε μετά από έρευνα ότι οι άνθρωποι με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ερμηνεύουν αρκετές φορές αρνητικά τα όποια μηνύματα δέχονται και διαφέρουν από τους άλλους όταν κατανοούν διάφορα γεγονότα με χαρακτηριστικά κινδύνου.

Η διαταραχή πανικού με ή χωρίς ύπαρξη αγοραφοβίας (ο φόβος του ατόμου να βρίσκεται σε χώρο ή σε συνθήκες που η έξοδος είναι δύσκολη ή ακόμα και αδύνατη) σχετίζεται με τις επαναλαμβανόμενες προσβολές πανικού που διαρκούν για λίγα λεπτά. Χαρακτηρίζεται από συνεχή ανησυχία και φόβο για κάποια τυχόν επανάληψη της προσβολής. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του είναι η αίσθηση του ατόμου ότι βρίσκεται παγιδευμένο σε μια επικίνδυνη κατάσταση. Επιπλέον, θεωρούνται ότι έχουν διαταραχές πανικού τα άτομα που δεν φαίνονται σωματικά ή νοητικά φυσιολογικά, που έχουν την συνήθεια να επαγρυπνούν, που έχουν την ιδέα ότι υπάρχει κάποιος επικείμενος κίνδυνος. Τέλος, με βάση ένα πείραμα που έγινε το 1990 παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με διαταραχή

πανικού διακατέχονται από μια προκατάληψη όταν επεξεργάζονται απειλητικά μηνύματα και δείχνουν να επηρεάζονται περισσότερο στο άκουσμα αρνητικών παρά θετικών λέξεων.<sup>61</sup>

Η ασφαλιστική εταιρία Northwestern National Life έδειξε μέσα από στατιστική της έρευνα ότι το 40% των εργαζομένων στις ΗΠΑ θεωρούν την εργασία τους «πολύ έως τρομερά στρεσογόνα». Το ένα τέταρτο των υπαλλήλων θεωρεί την εργασία τους σαν το πιο στρεσογόνο παράγοντα της ζωής τους. Μία ακόμα έρευνα έδειξε σημαντική ελάττωση του πληθυσμού των λεμφοκυττάρων και ειδικότερα των T-λεμφοκυττάρων και των κατεχολαμινών σε 25 άτομα έως 30 ετών κάτω από την επίδραση χρόνιου stress.

Τα πιο συχνά και συνήθως πρώιμα συμπτώματα που δηλώνουν την παρουσία του εργασιακού stress, είναι τα ακόλουθα: Δυσκολία στη σκέψη, δυσκίνητη συνειρμική λειτουργία, κενά στην πρόσφατη μνήμη, έλλειψη δυνατότητας για χαλάρωση και ψυχική ηρεμία, αυξημένος και ανεξέλεγκτος εκνευρισμός, υπερευαισθησία στο θόρυβο και στο έντονο φως, άτυποι μεταναστευτικοί πόνοι στο στήθος, αυξημένη Α.Π., βουλιμική ή ανορεξική διάθεση, αυπνία, παροξυσμική ταχυκαρδία ή αρρυθμία, επιφανειακή, ακανόνιστη και ασταθής αναπνοή, πονοκέφαλος τάσεως και μυϊκή ένταση με πόνους κυρίως στους ώμους των αυχένα και το κάτω μέρος της ράχης, συχνά υποτροπιάζοντα κρυολογήματα και διάφορες μολύνσεις, επιμήκυνση του χρόνου επούλωσης μικροτραυματισμών. Αν δε δοθεί λύση σε συγκεκριμένα προβλήματα, οι επιπτώσεις του stress εδράζονται βαθύτερα και δημιουργούν σοβαρότερα προβλήματα όπως: καρδιαγγειακές παθήσεις με παροξυσμική υπέρταση, καρδιακό έμφραγμα, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος όπως χρόνιες οσφυαλγίες και αυχενάλγες, ψυχολογικές διαταραχές με τη μορφή διαφόρων νευρώσεων, καθώς και μελαγχολία που μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη, αυτοκτονίες, καρκίνο, χρόνια ανεπούλωτα έλκη και όλο τον κατάλογο των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν από τα χρόνια καταπίεση του ανοσοποιητικού συστήματος που προκαλεί το stress.<sup>62</sup>

Σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης, οι εργαζόμενοι φοβούνται πολύ περισσότερο από ότι στο παρελθόν για το ενδεχόμενο να χάσουν τη δουλειά τους. Έτσι, δεν διεκδικούν αυτά που είναι απαραίτητα, ώστε να έχουν μια ισορροπημένη επαγγελματική και προσωπική ζωή. Αυτό που χρειάζεται να σκεφτούμε, αλλά και να αποδεχτούμε, είναι ότι απόλυτη ισορροπία δεν υπάρχει. Υπάρχουν πολλοί λόγοι σε ορισμένες χρονικές περιόδους ή σε ορισμένες καταστάσεις (λογιστές στο κλείσιμο του έτους, επείγοντα επαγγελματικά ζητήματα που πρέπει να διευθετηθούν άμεσα, γενικευμένη οικονομική κρίση) όπου η επιθυμητή ισορροπία δεν είναι δυνατό να διατηρηθεί, γεγονός που επιβαρύνει την οικογένεια και διαταράσσει τις οικογενειακές σχέσεις. Μια συνεχόμενη έλλειψη ισορροπίας μοιραία θα φέρει πλήγμα στην οικογένεια στο βαθμό που συστηματικά αφιερώνουμε τον περισσότερο μας χρόνο στην εργασία. Οι στιγμές που χάνουμε όταν δεν είμαστε στο σπίτι (τα πρώτα βήματα ενός μωρού, το οικογενειακό τραπέζι, ο έφηβος που μοιράζεται τις ανησυχίες του ή ο/η σύντροφος που νοιώθει συνέχεια μόνος) φέρνουν την απομάκρυνση και σε ορισμένες περιπτώσεις την πιθανή διάλυση της οικογένειας. Ωστόσο, θα πρέπει να αντιλαμβανόμαστε μια τέτοια κρίση ως ευκαιρία. Η κρίση μας δίνει την ευκαιρία να αναρωτηθούμε ξανά για τις επιλογές μας. Συνήθως προβληματιζόμαστε σχετικά με το «εάν ο/η σύντροφός μας είναι το σωστό πρόσωπο», ή «εάν κάναμε τη σωστή επιλογή». Για να ξεπεράσουμε αυτό το δίλημμα ο δρόμος είναι να επενδύσουμε στη σχέση. Προσπαθώντας να ξεπεράσουμε τα προβλήματα με ανοικτότητα και συνεργασία με τον/την σύντροφό μας ουσιαστικά επενδύουμε στην επιλογή μας και το πρόσωπό του.<sup>63</sup>

Παρ' όλο που δεν είναι πάντα εφικτό να διατηρηθεί η επιθυμητή ισορροπία, θα πρέπει να προσπαθήσουμε να μην χαθεί το όραμα μια ισορροπημένης ζωής και να προσπαθήσουμε να βελτιώσουμε την ανισορροπία με όποιους τρόπους μπορούμε. Είναι εφικτό, σε μια περίοδο που τα πράγματα μπορεί να δυσκολεύουν στη δουλειά, ο εργαζόμενος να βρει τρόπους να χαλαρώνει και να απολαμβάνει χρόνο με την οικογένειά του. Παράδειγμα αυτού μπορεί να αποτελεί ένας εργαζόμενος που αντί να επιστρέψει σπίτι έπειτα από μια δύσκολη μέρα στη δουλειά, κάνει μία επιπλέον υπέρβαση και βγαίνει για καφέ με τη σύντροφό του αντί να επιστρέψει στην καθημερινότητα. Στο βιβλίο «Ζωή,

Σύγχρονη Οδύσσεια», οι Kleeze & Skinner υποστηρίζουν ότι το ζήτημα- κλειδί είναι εάν ο χρόνος που αφιερώνει κάποιος στην προσωπική του ζωή ή στην οικογένεια (συντροφική ζωή, ανατροφή παιδιών κλπ) είναι ποιοτικός. Δεν έχει ιδιαίτερη σημασία η ποσότητα του χρόνου που μπορεί να αφιερώνουμε στα μέλη της οικογένειάς μας για να είμαστε μαζί, όσο η κατάστασή μας και ο τρόπος που αξιοποιείται ο χρόνος αυτός. Π.χ. δεν έχει μεγάλο νόημα να προσπαθούμε να επικοινωνήσουμε με τους άλλους αν νιώθουμε κουρασμένοι ή χωρίς την απαραίτητη ενέργεια. Αντίθετα, η οικοδόμηση των οικογενειακών μας σχέσεων στη βάση ποιοτικού και αξιοποιήσιμου χρόνου καθιστούν την πιθανή απουσία μας ή τις πιθανές κρίσεις πιο εύκολα διαχειρίσιμες.<sup>64</sup>

### 3.4.1 Ψυχοσωματικές επιπτώσεις του εργασιακού stress

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος που λειτουργεί υπό την επήρεια έντονου stress σκέφτεται στενά, επιφανειακά και απλοποιημένα, παραλείποντας να λάβει υπ' όψων του όλους τους σχετικούς με το θέμα παράγοντες. Η διαίσθηση, η διορατικότητα και η δημιουργική σκέψη αδρανοποιούνται. Το διανοητικό κεφάλαιο συρρικνώνεται και η έλλειψη νέων ιδεών καινοτομιών και ανταγωνιστικών προϊόντων, οδηγούν την εταιρία σε μαρασμό.

Τα εργατικά ατυχήματα λόγω του εργασιακού stress είναι ένα άλλο τεράστιο κεφάλαιο που κοστίζει πρωτίστως στον εργαζόμενο ο οποίος μπορεί να χάσει τη σωματική του ακεραιότητα ή ακόμα και τη ζωή του και δευτερευόντως στην εταιρία. Το stress περιορίζει την προσοχή και αυξάνει την κόπωση, αμβλύνει την κρίση ενώ το τελικό ψυχικό μπούχτισμα και η αδιαφορία στους κανόνες ασφαλείας μπορεί να επιφέρουν το μοιραίο. Εργάτες που αναφέρουν ότι βιώνουν έντονο stress στη δουλειά τους, σύμφωνα με πρόσφατες επιστημονικές μελέτες, έχουν 30% περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσουν ατύχημα, σε σχέση με αυτούς που βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα stress.<sup>65</sup>

Ένα άλλο σημείο που κάνει επιτακτική την ανάγκη αποτελεσματικής διαχείρισης του εργασιακού στρες στις επιχειρήσεις, είναι ότι το στρες είναι υπαρκτό και έντονο, αφού όπως μας δείχνουν ενδιαφέροντα στατιστικά στοιχεία, το 16% των ανδρών και το 22% των γυναικών, στην ευρωπαϊκή ένωση, που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν βιώσει έντονο εργασιακό στρες. Στις καρδιαγγειακές διαταραχές εντάσσονται οι παθήσεις της καρδιάς και αιμοφόρων αγγείων. Το στρες ενοχοποιείται ως άμεση αλλά και σαν έμμεση αιτία τους. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία στους παράγοντες κινδύνου για την στεφανιαία νόσο, αναφέρονται το ψυχοκοινωνικό στρες και η κατάθλιψη, αφού ήδη από τον προηγούμενο αιώνα έχει επισημανθεί η σχέση μεταξύ στρες και καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος του μυοκαρδίου και υψηλής αρτηριακής πίεσης. Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ιδιαίτερης προσοχής σε σχέση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, έχει λάβει το γνωστό μοντέλο στρες αναντιστοιχίας προσπάθειας-ανταμοιβής.

Έρευνες έχουν αναδείξει σχέση μεταξύ της αναντιστοιχίας, μεταξύ των προσπαθειών που καταβάλουν οι εργαζόμενοι και της ανταμοιβής από την εργασία τους, με συναισθηματικές και σωματικές επιπτώσεις στην υγεία και ιδιαίτερα συμπτωμάτων από το καρδιαγγειακό σύστημα. Ένας άλλος στρεσογόνος εργασιακός παράγοντας, είναι η αίσθηση έλλειψης ελέγχου, σε ότι αφορά την εργασία, που συνδέεται με χρόνια υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης και με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Συγκεκριμένα, σε προοπτική έρευνα που έγινε σε δημόσιους υπαλλήλους στη Βρετανία, φάνηκε ότι εργαζόμενοι με χαμηλή ελευθερία λήψης αποφάσεων και υψηλές απαιτήσεις στην εργασία τους, παρουσιάζουν υψηλότερο σχετικό κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις, με αποτέλεσμα τα παραπάνω εργασιακά χαρακτηριστικά να αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Είναι επίσης αρκετές οι έρευνες που εξέτασαν την σχέση του εργασιακού στρες με φυσιολογικούς μηχανισμούς εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Για παράδειγμα, έρευνα εξέτασε τη σχέση εργασιακού στρες και πρώιμης αθηροσκλήρωσης, μετρώντας

στένωση στις καρωτιδικές αρτηρίες, μέσω υπερήχων. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι άνδρες με μεγαλύτερο εργασιακό στρες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αθηροσκλήρωσης. Χαρακτηριστικό των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η πολυπαραγοντικότητά τους, αφού έρευνες έχουν αναδείξει ένα αιτιολογικό σύμπλεγμα, όπου εκτός της κληρονομικότητας, συμμετέχουν διάφοροι άλλοι παράγοντες, που σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Με άλλα λόγια, οι περισσότεροι αιτιολογικοί παράγοντες, αναφέρονται στην συμπεριφορά υγείας, αφού πρόκειται για τον τρόπο διατροφής, άσκησης, καπνιστική συνήθεια, κατανάλωση αλκοόλ, η σχέση των οποίων με το εργασιακό στρες είναι πρωτοφανής. Όσο αφορά στον ελλαδικό χώρο, η Cardio, ήταν μελέτη ασθενών μαρτύρων που διεξήχθη υπό την αιγίδα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας και είχε ως σκοπό να διερευνήσει την σχέση μεταξύ οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και παραγόντων όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η άσκηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σχέση μεταξύ στεφανιαίου συνδρόμου με την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ το κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής άσκησης βρέθηκε να αυξάνουν τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο.<sup>66</sup>

Η διάγνωση της ασθένειας του άγχους σε γενικές γραμμές δεν είναι δύσκολη υπόθεση, λόγω του ότι αποτελεί μια γενική και αόριστη ανησυχία, η οποία είναι βασικό στοιχείο των νευρώσεων.<sup>57</sup> Η νευρώση είναι μια ψυχική διαταραχή, που αφορά στην εξέλιξη του ατόμου, δίχως οργανικό υπόβαθρο, που ζημιώνει τη συμπεριφορά του αλλά δεν παραποιεί την προσωπικότητα.<sup>58</sup> Καθοριστικοί παράγοντες για την εξέλιξη των νευρώσεων είναι η κληρονομικότητα, η προσωπικότητα, η διανοητικότητα, τα βιώματα, η δεκτικότητα και ο τρόπος αντίδρασης του ατόμου στις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Οι παθογόνες επιδράσεις μπορούν, να οδηγήσουν το άτομο στην εκδήλωση αγχώδης νευρώσης, πανικού, φοβικών νευρώσεων, διαταραχής μετατραυματικού στρες και κατάθλιψη.<sup>58</sup> Αυτές οι νευρώσεις είναι οι ακόλουθες:

Αγχώδης νευρώση: Το βασικό στοιχείο αυτής της νευρώσης είναι το γενικευμένο και έντονο άγχος. Το αγχώδες συναίσθημα είναι επίμονο και κατακλύζει την προσωπικότητα μετατρέπόμενο σε μια σειρά συμπτωμάτων, τόσο ψυχικών όσο και σωματικών.<sup>60</sup> Η αγχώδης κατάσταση είναι παροδική, η ένταση και η διάρκεια της είναι συνάρτηση του εσωτερικού ή εξωτερικού κινδύνου που την προκαλεί. Ο κίνδυνος αυτός μπορεί να έχει σχέση με το περιβάλλον, με ηθικές συγκρούσεις, με ασυνείδητες ψυχοσυγκρούσεις ή να συνδυάζεται με παθολογικές καταστάσεις.

Διαταραχή πανικού: Βασικό κλινικό στοιχείο της διαταραχής πανικού είναι οι επαναλαμβανόμενες προσβολές έντονου άγχους, οι οποίες δεν περιορίζονται σε κάποια συγκεκριμένη συνθήκη και ως εκ τούτου είναι απρόβλεπτες. Υπάρχει σχεδόν πάντοτε δευτερογενής φόβος θανάτου, απώλειας ελέγχου ή τρέλας. Οι μεμονωμένες προσβολές, συνήθως διαρκούν μόνο για λίγα λεπτά, μολονότι μερικές φορές διαρκούν περισσότερο. Το άτομο σε κατάσταση πανικού συχνά βιώνει κλιμάκωση του φόβου και των αυτονομικών συμπτωμάτων, τα οποία οδηγούν σε εσπευσμένη έξοδο από το χώρο στον οποίο βρίσκεται.

Φόβος: Ο φόβος αυτός είναι έντονος και συνοδεύεται από υπερβολική ένταση και αίσθηση επικείμενης καταστροφής. Επίσης, συχνές και απροσδόκητες προσβολές πανικού αποτρέπουν το άτομο να μείνει μόνο του ή να πηγαίνει σε δημόσιους χώρους. Ορισμένες φορές συνοδεύεται από διάφορα σωματικά συμπτώματα.

Ιδεοψυχαναγκαστική νευρώση: Η ιδεοψυχαναγκαστική νευρώση αποτελεί το συνδυασμό διαταραχών ιδεοληψίας και ψυχαναγκασμού. Η ιδεοληψία είναι επίμονες και έμμονες σκέψεις, συναισθήματα ή εικόνες, που το άτομο δεν μπορεί, να αποφύγει. Ο ψυχαναγκασμός είναι επαναλαμβανόμενες, σκόπιμες φράσεις ή πράξεις, που μειώνουν το άγχος και το άτομο νιώθει, ότι δεν έχει κανέναν έλεγχο. Η ιδεοψυχαναγκαστική νευρώση είναι αυτόκλητη κι επίμονη στη συνείδηση του ατόμου, το οποίο υποχρεώνεται να την επαναλάβει ορισμένες φορές. Η συνέπεια είναι να δημιουργείται άγχος. Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι, τα φαινόμενα είναι παθολογικά, προσπαθεί να αντισταθεί και μη πετυχαίνοντας το, καταφεύγει στην επανάληψη της ιδέας ή της πράξης, ωστόσο ηρεμίζει.<sup>62</sup>



Φοβική νεύρωση: Η φοβική νεύρωση (φοβία) πηγάζει από τον επίμονο και ανεδαιφικό φόβο μπροστά σε ορισμένες καταστάσεις ή αντικείμενα, που περιορίζουν σοβαρά τις δυνατότητες του ατόμου. Η φοβία συνοδεύεται κατά κανόνα από άγχος, το οποίο συχνά φτάνει μέχρι πανικό. Με τη φοβία το άτομο βελτιώνει την εσωτερική του αναστάτωση, μετατοπίζοντας το άγχος σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, αντικείμενο ή ζώο, τα οποία στη συνέχεια μπορεί να αποφεύγει. Κατά αυτό τον τρόπο, οι φοβικοί αισθάνονται ασφαλείς, ελεύθεροι από το άγχος και απαλλάσσονται από την εσωτερική τυραννία. Οι φοβίες διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: αγοραφοβία (φόβος να είναι κανείς σε μέρη ή καταστάσεις, από όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή να προκαλεί αμηχανία ή στις οποίες μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση ξαφνικής αδυναμίας), κοινωνική φοβία (φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις) και η απλή φοβία (φόβος συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων).

Διαταραχή μετατραυματικού στρες: Η διαταραχή αυτή προκύπτει ως καθυστερημένη ή παρατεταμένη αντίδραση προς ψυχοπιεστικό γεγονός ή κατάσταση (μικρής ή μεγάλης διάρκειας) εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσεως, που είναι πιθανόν, να προκαλέσει διάχυτη δυσφορία σχεδόν σε οποιονδήποτε. Μπορεί, να παρουσιαστεί σε άτομα, που έχουν ζήσει κάποιο ή κάποια τραυματικά γεγονότα τα οποία είναι έξω από τις συνηθισμένες ανθρώπινες εμπειρίες. Σε αυτές τις εμπειρίες, υπάρχει έντονη απειλή ή πραγματικός τραυματισμός της προσωπικής ακεραιότητας. Το άτομο αναβιώνει το τραυματικό γεγονός μέσα από επανειλημμένες και αθέμιτες αναμνήσεις του συμβάντος ή μέσα από επαναλαμβανόμενα όνειρα και εφιάλτες ή κυριολεκτικά ξαναζεί το συμβάν με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικές καταστάσεις (flashback), επιδεικνύοντας συμπεριφορά παρόμοια με τότε. Επιπλέον, το άτομο μπορεί, να βιώσει έντονη δυσφορία σε ανάλογες συμβολικά παρόμοιες καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των ετετειών του συμβάντος.

Καταθλιπτική νεύρωση: Η καταθλιπτική νεύρωση ή αλλιώς αντιδραστική κατάθλιψη αποτελεί αντίδραση του ατόμου σε πρόσφατη, συνήθως ψυχοτραυματική εμπειρία. Το άγχος σε αυτήν εκφράζεται με τη μορφή καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που εκλύονται πάντα μετά από μια εξωτερική ψυχοτραυματική εμπειρία. Η διαταραχή αυτή αποτελεί έκφραση ανάγκης για βοήθεια. Το άτομο διαστρεβλώνει την πραγματικότητα και σε μια απώλεια ή απειλή αντιδρά με θλίψη μεγαλύτερη σε ένταση και διάρκεια από ό,τι τα περισσότερα άτομα. Στη συγκεκριμένη νεύρωση, το άγχος εκφράζεται σαν μια εσωτερική δυσφορία, φόβο, αίσθημα επικείμενου κινδύνου ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνωδά σωματικά συμπτώματα. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δυο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

Ψυχοσωματικές διαταραχές: Οι ψυχοσωματικές διαταραχές ή αλλιώς σωματόμορφες συνιστούν την έκφραση του άγχους με σωματικά συμπτώματα. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα ως πραγματικά. Οι σωματόμορφες διαταραχές, αν και αποτελούν αντικείμενα κλινικής μελέτης, παρέχουν πρωτογενή και δευτερογενή πλεονεκτήματα. Το πρωτογενές πλεονέκτημα, που λειτουργεί στο ασυνείδητο επίπεδο, είναι η μείωση του άγχους. Το δευτερογενές αφορά στην αποφυγή των καταστάσεων, που προκαλούν το άγχος μέσω της επίδειξης των σωματικών συμπτωμάτων.

Διαταραχή της σωματοποίησης: Στη διαταραχή της σωματοποίησης ο ασθενής παρουσιάζει πολλά υποτροπιάζοντα σωματικά συμπτώματα, χωρίς οργανική αφετηρία. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν μακρό και περίπλοκο ιστορικό επαφών, με πολλές αρνητικές εξετάσεις και άκαρπες επεμβάσεις. Τα συνηθέστερα συμπτώματα ξεκινούν από το γαστρεντερικό σύστημα και ανωμαλίες της δερματικής αισθητικότητας, ενώ συνήθως είναι τα ενοχλήματα, που αφορούν στη σεξουαλική λειτουργία. Η έναρξη των συμπτωμάτων συνήθως μειώνεται πριν τη μέση ηλικία. Δεν μπορεί, να δοθεί πλήρης ερμηνεία σε κάθε σύμπτωμα από μια γνωστή ιατρική ειδικότητα, ενώ τα συμπτώματα προξενούν σημαντική εξασθένιση της κοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας. Η κλινική πορεία της διαταραχής είναι χρόνια και παρουσιάζει διακυμάνσεις.

Διαταραχή της μετατροπής – υστερία: Στην υστερία, το άτομο υφίσταται αλλοίωση των σωματικών του λειτουργιών, ως αντίδρασή του στο άγχος. Η μετατροπή αυτή

(σωματοποίηση) του άγχους αποτελεί το χαρακτηριστικό παθογενετικό γνώρισμα της νόσου. Οι ενδόμυχες ψυχοσυγκρούσεις αφορούν περισσότερο στις σεξουαλικές ενορμήσεις, οι οποίες απωθούνται ή καταπιέζονται υπερβολικά. Ο ασθενής μπορεί, να υποστεί τύφλωση, παροξυσμό ή ακόμα και παράλυση. Η μετατροπή σημειώνεται αμέσως μετά το στρες, ασυνείδητα. Το σωματικό σύμπτωμα φυσιολογικά σχετίζεται με τις ψυχολογικές συγκρούσεις ή ανάγκες και είναι αδύνατον να ερμηνευτεί από νευρολογική ή άλλη ειδικότητα. Επίσης, προξενεί αποδυνάμωση της κοινωνικής, της επαγγελματικής και των υπολοίπων πτυχών της ζωής του ανθρώπου.

Διαταραχή του σωματόμορφου άλγους – διαταραχή του πόνου: Ο πόνος εμφανίζεται σε μια ή περισσότερες ανατομικές θέσεις και προξενεί σημαντική κακουχία ή αποδυνάμωση. Οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στην έναρξη, την ένταση, την επιδείνωση ή τη συνέχιση του πόνου. Η εγκατάσταση του πόνου συνδέεται με συναισθηματική σύγκρουση ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, η παρουσία των οποίων επιτρέπει το συμπέρασμα, ότι αποτελούν τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες. Το αποτέλεσμα είναι συνήθως η αυξημένη παροχή υποστήριξης και προσοχής, είτε από πρόσωπα του περιβάλλοντος του ασθενή, είτε από το γιατρό.

Υποχονδρία: Στην υποχονδρία ο ασθενής έχει την τάση, να προτρέχει σε εξετάσεις για να προσδιορίσει ή να επιβεβαιώσει την υποτιθέμενη γι' αυτόν φύση της υποκείμενης νόσου. Επίσης, φοβάται τα φάρμακα και τις ανεπιθύμητες παρενέργειές τους και επιζητά τη διαβεβαίωση με συχνές επισκέψεις σε διάφορους γιατρούς. Ο μη ρεαλιστικός τρόπος ερμηνείας των σωματικών συμπτωμάτων τον καταβάλλει από μεγάλη θλίψη. Η εμμονή του προξενεί κλινικά σημαντική ένταση και αποδυνάμωση και η διάρκεια εμμονής του αγγίζει τουλάχιστον τους 6 μήνες.

Μυοσπάσματα (τικς): Τα τικς είναι συνειδητές αλλά ακούσιες συσπάσεις μυϊκών ομάδων, ιδίως του προσώπου που εκτελούνται άσκοπα, άκαιρα και κατά ενοχλητικό τρόπο επαναληπτικά και εκλαμβάνονται σαν σκόπιμες κινήσεις. Η προσπάθεια που καταβάλλεται για τη διακοπή τους, προκαλεί άγχος.<sup>67</sup>



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

Ύπνος



## 4.1 Χαρακτηριστικά ύπνου

Ο ύπνος είναι μία περιοδική αναστρέψιμη, φυσιολογική κατάσταση χαρακτηριζόμενη από απώλεια της εγρήγορσης και της συνείδησης, καταστολή της αισθητικότητας, χάλαση του μυϊκού τόνου, περιορισμός των κινήσεων, μείωση αναπνοών, παλμών και της αρτηριακής πίεσης. Ο ύπνος χρησιμεύει στην ανάπαυση, στην εξοικονόμηση ενέργειας, στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, τη διευκόλυνση της μάθησης και τη βελτίωση της μνήμης.<sup>67</sup>

Ο ύπνος σημαίνει ανάπαυση ωστόσο ο βασικός μεταβολισμός δεν μειώνονται πολύ. Ο εγκέφαλος συνεχίζει να λειτουργεί στον ύπνο και υπάρχει κάποια φάση του στην οποία είναι πιο ενεργός απ' ό,τι στη περίπτωση που ο άνθρωπος είναι ξύπνιος και ήρεμος. Οι ερευνητές αναζητούν ακόμα την μυστηριώδη ουσία που προκαλεί τον ύπνο- η οποία προς το παρόν δεν έχει εντοπισθεί. Όλοι ξέρουμε τι είναι ο ύπνος, αλλά είναι δύσκολο να τον ορίσουμε.

Ο Ησίοδος είχε χαρακτηρίσει τον ύπνο σαν γιο της νύχτας κι αδερφό του θανάτου. Ίσως ο επιστήμονας Robert McNish το έθεσε καλύτερα, όταν έγραψε στο *The Philosophy of Sleep* «Ο ύπνος είναι το ενδιάμεσο στάδιο ανάμεσα στην εγρήγορση και τον θάνατο – η εγρήγορση θεωρείται το ενεργό στάδιο όλων των ζωικών και διανοητικών λειτουργιών και ο θάνατος αυτό της ολοκληρωτικής τους καταστολής»<sup>68</sup>

Η μέση ανάγκη ύπνου στον ενήλικα είναι περί τις οκτώ ώρες τον εικοσιτετράωρο. Οι πάσχοντες από ψυχιατρικές διαταραχές, σε όλες σχεδόν τις νοσολογικές κατηγορίες, παρουσιάζουν μείωση του συνολικού χρόνου ύπνου (μείωση NREM) ενώ ο REM διατηρείται. Αντιθέτως ο REM στις συναισθηματικές διαταραχές είναι αυξημένος. Φαίνεται ότι η πρωινή έγερση που αποτρέπει την εμφάνιση του μεγαλύτερου σε διάρκεια REM ύπνου, προστατεύει από κατάθλιψη ή συμβάλει στη θεραπεία της.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες, εισέρχεστε σε ύπνο με τον ύπνο NREM, ο οποίος εναλλάσσεται κυκλικά με τον ύπνο REM ανά περίπου 90-110 λεπτά (οι νεαροί ενήλικες συνήθως βιώνουν 4-5 περιόδους ύπνου REM σε όλη τη διάρκεια του ύπνου τους). Ο ύπνος NREM περιλαμβάνει τον ελαφρύ ύπνο και τον ύπνο βραδέων κυμάτων. Συμβατικά, ο ύπνος NREM υποδιαιρείται σε 4 στάδια. Τα στάδια 1 και 2 θεωρούνται στάδια ελαφρού ύπνου και τα στάδια 3 και 4 ονομάζονται «ύπνος βραδέων κυμάτων». Καθώς περνάτε από το πρώτο στάδιο στα επόμενα, ο ύπνος σας γίνεται πιο βαθύς. Είναι πιο πιθανό να ξυπνήσετε εύκολα στο στάδιο 1 και δύσκολα στο στάδιο 4.<sup>69</sup>

Κατά τη διάρκεια του ύπνου REM παρατηρείται σημαντική εγκεφαλική δραστηριότητα, παράλληλα με μυϊκή ατονία. Δηλαδή οι μύες μας είναι σχεδόν παράλυτοι, εκτός από εκείνους που κινούν τα μάτια, το διάφραγμα και την καρδιά. Αυτή είναι η περίοδος κατά την οποία ονειρευόμαστε. Αν ξυπνήσετε από αυτό το στάδιο του ύπνου, είναι πιθανό να ανακαλέσετε λεπτομερώς τα όνειρα σας κατά 80%.

Εκτός από τις περιπτώσεις του «αναπληρωματικού» ύπνου ύστερα από στέρηση του ύπνου, δεν είναι φυσιολογικό ένας ενήλικας να αρχίζει τον ύπνο με REM. Ωστόσο, θεωρείται φυσιολογικό για βρέφη, μέχρι την ηλικία των 3 μηνών περίπου να κοιμούνται με ύπνο REM (που ονομάζεται επίσης ενεργός ύπνος). Ο ύπνος NREM (ή μη ενεργός) των βρεφών οριοθετείται σαφέστερα σε ηλικία 3-6 μηνών.<sup>70</sup>

Ο ύπνος ακολουθεί του εξής κύκλους: Ο πρώτος κύκλος ξεκινά με το στάδιο 1 του ύπνου NREM, κατά το οποίο η εγρήγορση είναι εύκολη. Στο στάδιο 2 του ύπνου NREM η εγρήγορση είναι δυσκολότερη. Αυτό το στάδιο διαρκεί περίπου 10-25 λεπτά. Τα στάδια 3 και 4 του ύπνου NREM χαρακτηρίζονται από ύπνο βραδέων κυμάτων, ο οποίος διαρκεί περίπου 20-40 λεπτά στον πρώτο κύκλο ύπνου. Σε διάστημα περίπου 5-10 λεπτών του σταδίου 2, και πριν από την είσοδο στον πρώτο κύκλο ύπνου REM, παρατηρείται κινητικότητα του σώματος και ο ύπνος γίνεται πιο ελαφρύς. Αυτός ο πρώτος κύκλος ύπνου REM διαρκεί συνήθως 1-5 λεπτά.<sup>71</sup>

Τα στάδια NREM και REM του ύπνου εναλλάσσονται σε όλη τη διάρκεια της νύχτας με κίρκαδιανό ρυθμό. Στους ενήλικες, η μέση διάρκεια του πρώτου κύκλου ύπνου

είναι 70-100 λεπτά και οι επόμενοι κύκλοι διαρκούν 90-120 λεπτά. Ο ύπνος βραδέων κυμάτων διαρκεί περισσότερο κατά το πρώτο τρίτο της νύχτας, ενώ ο ύπνος REM στο τελευταίο τρίτο. Για τον λόγο αυτό τείνουμε να ξυπνάμε από ένα όνειρο ή αμέσως ύστερα από ένα όνειρο το πρωί. Η διάρκεια του ύπνου REM συνδέεται με το βιολογικό ρολόι και τις καρδιακές μεταβολές στη θερμοκρασία του σώματος. Η διάρκεια του ύπνου NREM και του ύπνου REM μεταβάλλονται με την ηλικία.<sup>72</sup>

Έχει παρατηρηθεί ότι η στέρηση ύπνου και η μετατόπιση της υπνικής φάσης είναι δυνατόν να προκαλέσει εναλλαγές του συναισθηματικού τόνου, αυτό σημαίνει ότι ο μηχανισμός εγρήγορσης και ύπνου εμπλέκετε στην παθογένεση της κατάθλιψης και επομένως χειρισμοί στον ύπνο έχουν επιπτώσεις στην πορεία της νόσου.<sup>73</sup>

## 4.2 Επιπτώσεις αποστέρησης ύπνου

Η στέρηση ύπνου συσχετίζεται με σημαντικό κοινωνικό, οικονομικό και σχετιζόμενο με την υγεία κόστος, σε μεγάλο βαθμό διότι προκαλεί διαταραχή της απόδοσης των γνωστικών λειτουργιών λόγω της αύξησης της τάσης προς ύπνο και της αστάθειας στις νευροσυμπεριφορικές λειτουργίες κατά την εγρήγορση. Οι γνωστικές λειτουργίες που επηρεάζονται ιδιαίτερα από την απώλεια ύπνου περιλαμβάνουν την ψυχοκινητική και γνωστική ταχύτητα, την προσοχή και τη συγκέντρωση, τη μνήμη εργασίας και τις ανώτερες γνωστικές ικανότητες. Τα πειράματα χρόνιας στέρησης ύπνου (τα οποία αναπαριστούν το είδος απώλειας ύπνου που εμφανίζουν πολλά άτομα τα οποία υποβάλλονται σε περικοπές του ύπνου λόγω διαταραχών ή λόγω του τρόπου ζωής τους) αποδεικνύουν ότι στην πάροδο του χρόνου συσσωρεύονται γνωστικά ελλείμματα σε σοβαρό βαθμό, χωρίς το προσβεβλημένο άτομο να έχει πλήρη επίγνωση αυτών.<sup>74</sup> Η λειτουργική νευροαπεικόνιση έχει αποκαλύψει ότι οι συχνές και προοδευτικές μεγαλύτερης διάρκειας γνωστικές «διαλείψεις», που αποτελούν χαρακτηριστική ένδειξη της στέρησης ύπνου, περιλαμβάνουν μεταβολές που κατανέμονται σε εγκεφαλικές περιοχές του μετωπιαίου και του βρεγματικού λοβού, σε δευτεροταγείς περιοχές επεξεργασίας αισθητικών πληροφοριών και σε περιοχές του θαλάμου. Υπάρχουν έντονες διαφορές μεταξύ των ατόμων στον βαθμό κατά τον οποίο επηρεάζονται λόγω της απώλειας ύπνου από την άποψη των γνωστικών λειτουργιών τους, διαφορές που μπορεί να αντιστοιχούν σε διαφορές του προμετωπιαίου και βρεγματικού φλοιού και που η βάση τους μπορεί να έχει να κάνει με γονίδια τα οποία ρυθμίζουν την ομοιόσταση του ύπνου και τους καρδιακούς ρυθμούς. Επομένως, τα γνωστικά ελλείμματα που θεωρούνται ότι αποτελούν συνάρτηση της σοβαρότητας της κλινικής διαταραχής του ύπνου μπορεί να αποτελούν και παράγωγο γονιδιακών αλληλομορφών, τα οποία σχετίζονται με διαφορετική ευπάθεια των γνωστικών λειτουργιών στην απώλεια ύπνου.<sup>75</sup>

Μικρής διάρκειας ή κακής ποιότητας ύπνος, μειώνουν την παραγωγικότητα και αυξάνουν τις πιθανότητες ατυχήματος. Το φαινόμενο που έχει προκύψει δεν είναι μία προσωρινή υπνική στέρηση αλλά μία χρόνια μερική στέρηση ύπνου. Πολλοί άνθρωποι κοιμούνται πολύ αργά και ξυπνάνε κατά μέσο όρο 5,5 – 6,5 ώρες αργότερα για την εργασία τους. Πολλοί επίσης εργάζονται τη νύχτα και κοιμούνται την ημέρα. Η απώλεια ωρών νυκτερινού ύπνου σε χρόνιο επίπεδο αλλοιώνει την παραγωγή των υποφυσιακών ορμονών, προκαλεί αύξηση της πρωινής και της απογευματινής κορτιζόλης.

Εργαστηριακές και επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η έλλειψη ύπνου παίζει ρόλο στην αυξημένη συχνότητα εμφάνισης διαβήτη και παχυσαρκίας. Η σχέση μεταξύ των περιορισμένων ωρών ύπνου, της αύξησης του βάρους και του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στον μεταβολισμό της γλυκόζης, αύξηση της όρεξης και μείωση της ενεργειακής δαπάνης.<sup>76</sup>

Σε μεγάλους πληθυσμούς έχει βρεθεί μια σχέση μεταξύ του ύπνου μικρής διάρκειας σε τακτική βάση και του αυξημένου Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Ο βραχύς ύπνος συσχετίστηκε με αλλαγές σε ορμόνες που ελέγχουν την πείνα: τα επίπεδα της λεπτίνης

(ουσία που μειώνει την όρεξη) ήταν χαμηλά, ενώ της γρελίνης (ουσία που ενεργοποιεί την όρεξη) ήταν υψηλά. Οι επιδράσεις αυτές παρατηρούνταν, όταν η διάρκεια του ύπνου ήταν μικρότερη από 8 ώρες.<sup>1,3</sup> Αυτό υποδεικνύει ότι η στέρηση ύπνου αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση παχυσαρκίας. Σε μια ελεγχόμενη μελέτη με υγιείς άνδρες βρέθηκε ότι διάρκεια ύπνου γύρω στις 4 ώρες συσχετιζόταν με σημαντικά εντονότερη επιθυμία για ενεργειακά πυκνά τρόφιμα με υψηλό περιεχόμενο σε υδατάνθρακες (γλυκίσματα, αλμυρά τρόφιμα, αμυλώδη τρόφιμα). Τα άτομα αυτά ανέφεραν επίσης μεγαλύτερα επίπεδα πείνας.

Αφιερώνοντας λιγότερο χρόνο στον ύπνο, αφήνουμε περισσότερο χρόνο διαθέσιμο για να φάμε και να πιούμε, και όντως κάποιες μελέτες δείχνουν ότι αυτός είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην παχυσαρκιογενή επίδραση των λιγότερων ωρών ύπνου.<sup>77</sup> Ο συνολικός επιπολασμός της υπαρξής ανεπαρκούς ύπνου σε ενήλικες έχει υπολογιστεί στο 20%. Οι επιδράσεις ανεπαρκούς ύπνου επί της γνωστικής λειτουργίας περιγράφονται παρακάτω. Ανάμεσα σε αυτές, η υπνηλία κατά την ημέρα αποτελεί το συνηθέστερο μέτρο που αξιολογείται σε βασισμένες στον πληθυσμό μελέτες. Μια μελέτη προσδιόρισε τον επιπολασμό της υπνηλίας κατά την ημέρα με την χρήση συνεντεύξεων που διενεργήθηκαν κατά την διάρκεια 5,5 ετών, παρακολουθώντας 1.007 τυχαία επιλεγμένους νέους ενήλικες ηλικίας 21 έως 30 ετών, στο νοτιοανατολικό Michigan. Η μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι ο μέσος χρόνος νυχτερινού ύπνου κατά την διάρκεια των εργάσιμων ημερών ήταν 6,7 ώρες και κατά την διάρκεια του σαββατοκύριακου 7,4 ώρες. Η υπνηλία σχετιζόταν αντιστρόφως ανάλογα με τις ώρες ύπνου και η δυσκολία επέλευσης του ύπνου ήταν πιο έντονη στους εργένηδες με εργασία πλήρους απασχόλησης. Μελέτες σε νέους ενήλικες υποδηλώνουν ότι απαιτούνται 8 έως 9 ώρες διαρκούς νυχτερινού ύπνου προκειμένου να υποχωρήσει η υπνηλία που προκαλείται από ένα μειωμένο χρόνο ύπνου. Η εμφανής χρόνια μερική στέρηση ύπνου που βιώνουν οι νέοι ενήλικες, όπως ερευνήθηκε το 1997, συμπληρώνει τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία δείχνοντας ότι οι νέοι οδηγοί, ιδίως οι άντρες, έχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να οδηγούν υπό υπνηλία και να εμπλέκονται σε σχετιζόμενα με τον ύπνο τροχαία ατυχήματα.<sup>78</sup>

Η στέρηση ύπνου αυξάνει τον κίνδυνο ατυχημάτων που σχετίζονται με ανθρώπινα λάθη, και τα ατυχήματα αυτά υπολογίζεται ότι έχουν, στις ΗΠΑ, μια ετήσια οικονομική επιβάρυνση της τάξης των 43 έως 56 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Τα τροχαία ατυχήματα που σχετίζονται με κόπωση, με οδήγηση υπό υπνηλία και με τον ύπνο του οδηγού κατά την οδήγηση είναι ιδιαίτερα συχνά, αλλά πολλές φορές υποεκτιμούνται. Η αυξημένη παραμονή σε εγρήγορση, η φάση του κερκαδιανού ρυθμού κατά την νύχτα, η μειωμένη διάρκεια ύπνου, η παρατεταμένη διάρκεια οδήγησης και η χρήση υπνωτικών φαρμάκων συνεισφέρουν συνολικά στην εμφάνιση τροχαίων ατυχημάτων που σχετίζονται με υπνηλία κατά την οδήγηση ή με κόπωση κατά την οδήγηση. Επιπρόσθετα, οι μελέτες σε εργαζόμενους με εναλλαγή ωραρίου (βάρδιες), σε οδηγούς φορτηγών, σε ειδικευμένους ιατρούς, και σε πιλότους αεροπλάνων δείχνουν συνολικά αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων ή παρ' ολίγον ατυχημάτων λόγω στέρησης ύπνου σε αυτούς τους πληθυσμούς.<sup>79</sup>

Τα τροχαία ατυχήματα που σχετίζονται με υπνηλία παρουσιάζουν ποσοστά θνησιμότητας και σοβαρότητας τραυματισμών σε επίπεδα παρόμοια με αυτά που σχετίζονται με το αλκοόλ. Επιπρόσθετα, η στέρηση ύπνου προκαλεί ψυχοκινητικές διαταραχές ισοδύναμες με αυτές που επάγει η κατανάλωση αλκοόλ σε επίπεδα ανώτερα των επιτρεπόμενων από τον νόμο. Για παράδειγμα, σε μελέτη που προσομοίωνε την οδηγική απόδοση, οι διαταραχές στην διατήρηση της λωρίδας κυκλοφορίας μετά από μια νύχτα χωρίς ύπνο ήταν ισοδύναμες με αυτές που παρατηρήθηκαν σε οδηγούς με συγκέντρωση αιθανόλης στο αίμα (blood alcohol content, BAC) της τάξης του 0,07%. Παρομοίως, μια μελέτη επί επαγγελματιών οδηγών φορτηγών διαπίστωσε ελλείμματα στην ακρίβεια της απόδοσης και στο χρόνο αντίδρασης μετά από 28 ώρες στέρησης ύπνου αντίστοιχα με αυτά που διαπιστώνονται μετά από αλκοολική μέθη (BAC της τάξης του 0,1%). Έτσι, καθίσταται εμφανές ότι καθώς αυξάνεται η παραμονή σε συνεχή εγρήγορση κατά την ημέρα σε διάρκεια που υπερβαίνει τις 16 ώρες, τα ελλείμματα

στην ψυχοκινητική απόδοση αυξάνουν σε επίπεδα ισοδύναμα με αυτά της BAC μεταξύ 0,05% και 0,1%.<sup>80</sup>

Η στέρηση ύπνου προκαλεί κινδύνους για τον ασφαλή χειρισμό οχημάτων που αφορούν όλα τα μεταφορικά μέσα καθώς και στην απόδοση σε άλλες δραστηριότητες. Η βελτιωμένη κατανόηση της νευρολογικής βάσης αυτών των κινδύνων σε πειραματικές συνθήκες έχει επιτευχθεί μέσω μελετών σχετικά με το πόσο ακριβώς η στέρηση ύπνου επηρεάζει την κάθε ξεχωριστή γνωστική ικανότητα.

Η αυξημένη τάση προς ταχεία επέλευση του ύπνου, ακόμη και όταν αντισταθεί σε αυτή ένα άτομο το οποίο έχει στερηθεί τον ύπνο του, είναι συμβατή με στοιχεία που υποδηλώνουν ότι «μικρο-ύπνοι» [microsleeps] μπορεί να παρεισφρέουν στην εγρήγορση, όταν άτομα με στέρηση ύπνου αποτυγχάνουν να αποκριθούν κατά την διάρκεια δραστηριοτήτων που απαιτούν συγκεκριμένη απόδοση των γνωστικών λειτουργιών (δηλαδή εμφανίζουν μια διάλειψη ή σφάλμα [lapse]). Η διακύμανση στην απόδοση των γνωστικών λειτουργιών, που μπορεί να αφορά τόσο λάθη παράλειψης (errors of omission) δηλαδή, διαλείψεις της συμπεριφοράς που γίνονται εμφανείς ως αποτυχία απόκρισης σε συγκεκριμένο χρόνο σε ένα ερέθισμα όσο και λάθη διάπραξης [errors of commission] δηλαδή, απαντήσεις χωρίς να προηγηθεί κάποιο ερέθισμα ή λανθασμένες απαντήσεις αναφορικά με το ερέθισμα αποτελούν βασική συνέπεια της στέρησης ύπνου. Αυτού του είδους η διακύμανση στην απόδοση των ατόμων που στερούνται τον ύπνο τους έχει υποτεθεί ότι αντανακλά μια αστάθεια κατά την κατάσταση εγρήγορσης (wake state instability). Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, υπάρχουν δύο νευροβιολογικά συστήματα που ασκούν αντίρροπη επίδραση στην συμπεριφορά ενός στερούμενου τον ύπνο ατόμου. Οι πιο κεφαλικά εντοπιζόμενες περιοχές του εγκεφάλου ασκούν μια τάση με κατεύθυνση από την κορυφή προς τα κάτω (top-down) που διατηρεί την εγρήγορση (δηλαδή, συμπεριφορά με βάση τα κίνητρα) ενώ οι πιο κεντρικώς και ουραίως εντοπιζόμενες περιοχές αυξάνουν την ακούσια ομοιοστατική παρόρμηση προς ύπνο. Η αλληλεπίδραση των δύο τάσεων οδηγεί σε αναξιόπιστη συμπεριφορά, που περιλαμβάνει αυξημένη διακύμανση, από λεπτό σε λεπτό, της απόδοσης των γνωστικών λειτουργιών. Ένα χαρακτηριστικό σημείο μιας τέτοιας γνωστικής διακύμανσης είναι οι διαλείψεις (δηλαδή, οι βραχείες περίοδοι αδράνειας διάρκειας ημίσεως δευτερολέπτου έως πολλών δευτερολέπτων χωρίς απάντηση). Οι διαλείψεις συχνά είναι τόσο σύντομες που δεν μπορούν να ανιχνευθούν στη συμπεριφορά χωρίς κάποια ειδική δοκιμασία, όπως είναι η Δοκιμασία Ψυχοκινητικής Προσοχής (Psychomotor Vigilance Test, PVT). Καθώς οι διαλείψεις αυξάνουν σε συχνότητα, αυξάνουν και σε διάρκεια και τελικά μπορεί να οδηγήσουν σε μια κανονική «κρίση» ακούσιου ύπνου (δηλαδή, σε απουσία αυτόματης απάντησης από τον εξεταζόμενο). Τόσο η οξεία στέρηση ύπνου όσο και η χρόνια μερική στέρηση ύπνου μπορεί να οδηγήσουν σε υψηλό ποσοστό διαλείψεων που τελικά εξελίσσονται σε πλήρη και διαρκή ύπνο, ο οποίος μπορεί να ξεκινήσει ακόμη και κατά την διάρκεια μιας εμπρόθετης συμπεριφοράς (όπως η οδήγηση ενός οχήματος).<sup>81</sup>

Η διαφορά μεταξύ της υπόθεσης των διαλείψεων και της υπόθεσης της αστάθειας της κατάστασης εγρήγορσης έχει να κάνει με την εξήγηση που δίνεται για την διακύμανση της απόδοσης των γνωστικών λειτουργιών κατά την διάρκεια της στέρησης ύπνου. Η υπόθεση των διαλείψεων υποστηρίζει ότι η απόδοση των γνωστικών λειτουργιών κατά την διάρκεια στέρησης ύπνου είναι ουσιαστικά «φυσιολογική» μέχρι να διασπαστεί από διαλείψεις κατάστασης χαμηλής εγρήγορσης. Αντίθετα, η υπόθεση της αστάθειας κατάστασης υποστηρίζει ότι οι απαντήσεις μεταξύ των διαλείψεων μπορεί να είναι επίσης βραδείες και να επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου διάρκειας της συγκεκριμένης δραστηριότητας, ότι τα λάθη διάπραξης (λανθασμένες απαντήσεις) μπορεί να αναμιγνύονται με λάθη παράλειψης (διαλείψεις) και ότι η διακύμανση στη νευροαπόδοση των γνωστικών λειτουργιών (περισσότερο από ότι οι μεταβολές στην μέση απόδοση) αυξάνεται καθώς οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί έναρξης ύπνου προοδευτικά γίνονται όλο και πιο έντονοι με την απώλεια ύπνου. Έτσι, η ικανότητα του εγκεφάλου να διατηρεί την εγρήγορση παρεμποδίζεται από την ενεργοποίηση των διαδικασιών του ύπνου.<sup>82</sup>

Η αστάθεια της κατάστασης εγρήγορσης εμφανίζεται όταν οι μηχανισμοί που πυροδοτούνται από τον ύπνο παρεμβάλλονται επανειλημμένα κατά την εγρήγορση, με τρόπο εξαρτώμενο από την σοβαρότητα της στέρησης ύπνου, καθιστώντας την απόδοση των γνωστικών λειτουργιών σε όλο και πιο αυξανόμενο βαθμό κυμαινόμενη και εξαρτώμενη από αντιρροπιστικούς μηχανισμούς. Η ικανότητα ενός στερημένου ύπνου ατόμου να συμμετάσχει σε συμπεριφορά που πυροδοτείται από κίνητρα (όπως π.χ. η βάδιση) ώστε να αντιρροπισθεί η να συγκαλυφθεί η γνωστική επίδραση της απώλειας ύπνου είναι καλά αναγνωρισμένη. Ωστόσο, μια τέτοια αντιρροπιστική προσπάθεια αντίστασης στον ύπνο τελικά δεν μπορεί να αποτρέψει τις παρεμβολές έναρξης ύπνων κατά την διάρκεια της εγρήγορσης. Εκτός από τις αναφορές στερημένων του ύπνου ατόμων περί «ημι-ονειρώδους (semi-dreaming) κατάστασης» (όπως συμβαίνει κατά την υπναγωγική φάση του ύπνου) κατά την διάρκεια ενασχόλησης του με λεκτικές γνωστικές δραστηριότητες, υπάρχουν αναφορές σε πρώτο πρόσωπο, από υγιή άτομα που είχαν στερηθεί τον ύπνο τους, ότι αποκοιμήθηκαν ενώ περπατούσαν σε επικίνδυνο περιβάλλον. Έτσι, η αστάθεια της κατάστασης που είναι εμφανής στη απόδοση των γνωστικών λειτουργιών και στα βιοσυμπεριφορικά σημεία (όπως είναι για παράδειγμα η βραδεία πτώση των βλεφάρων) των στερημένων του ύπνου ατόμων, καθώς και όπως ανατακλάται στην εμφάνιση «κρίσεων» ύπνου ή μικρο-ύπνων, σχετίζεται άμεσα με αυξημένη διακύμανση της απόδοσης των γνωστικών λειτουργιών. Η ταυτόχρονη αύξηση στα σφάλματα διάπραξης μπορεί επίσης να ανατακλά μια αυξημένη αντιρροπιστική προσπάθεια αντίστασης στον ύπνο (δηλαδή, στην προσπάθεια σταματήματος των διαλείψεων μέσω μιας «υπεραπόκρισης»). Τόσο τα γνωστικά σφάλματα παράλειψης όσο και αυτά της διάπραξης, κατά την διάρκεια απώλειας ύπνου, αυξάνονται ανάλογα με την διάρκεια της δραστηριότητας.<sup>83</sup>

Οι επιδράσεις της στέρησης ύπνου στην αστάθεια της κατάστασης εγρήγορσης κατά την διάρκεια γνωστικών λειτουργιών σημαίνει ότι σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή, η γνωστική ικανότητα ενός ατόμου που έχει στερηθεί τον ύπνο του είναι απρόβλεπτη και αποτελεί παράγωγο των αλληλοεπιδρώντων και αμοιβαία αναστελλόμενων μεταξύ τους νευροβιολογικών συστημάτων που ρυθμίζουν την έναρξη του ύπνου και την διατήρηση της εγρήγορσης. Θεωρητικά, η αστάθεια της κατάστασης της εγρήγορσης υποδηλώνει ότι υπάρχουν πολλαπλοί και παράλληλοι μηχανισμοί μέσω των οποίων μπορεί να αλληλοεπιδρούν η εγρήγορση και οι καταστάσεις ύπνου. Η θεωρία αυτή είναι συμβατή με αναφορές ανακάλυψης όλο και περισσότερων ουσιών που θεωρείται ότι μπορεί να συμμετέχουν στην ταυτόχρονη εμφάνιση ύπνου και εγρήγορσης.<sup>84</sup>

Η χρόνια στέρηση ύπνου δεν μας κάνει να αισθανόμαστε απλά κουρασμένοι, αλλά επηρεάζει την μνήμη μας, μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, να αυξήσει το σωματικό μας βάρος και να προκαλέσει φλεγμονές που μπορούν να βλάψουν την καρδιά μας. Στην κοινωνία μας που συνεχώς απαιτεί όλο και περισσότερο χρόνο από τον καθένα μας, δημιουργώντας καθημερινά νέες ανάγκες και απαιτήσεις η χρόνια στέρηση ύπνου είναι κοινό φαινόμενο. Είναι αποδεδειγμένο ότι σε σύγκριση με 40 χρόνια πριν, οι πολίτες ανεπτυγμένων χωρών κοιμούνται μια ώρα λιγότερο κάθε νύχτα. Παρόλο που μέχρι πρόσφατα θεωρούσαμε ότι η χρόνια στέρηση ύπνου δεν μας προκαλεί κάποιες συνέπειες, οι επιστήμονες έρχονται να μας προειδοποιήσουν βασιζόμενοι σε νέες έρευνες.

Μια πρόσφατη μελέτη απέδειξε ότι, αντίθετα με την κοινή θεώρηση, το σώμα μας δεν μπορεί να αναπληρώσει την χρόνια στέρηση ύπνου. Σύμφωνα με τους ερευνητές η συσσωρευμένη έλλειψη ύπνου προκαλεί κάτι περισσότερο από ένα αίσθημα κούρασης και λίγα τεντωμένα νεύρα. Η χρόνια στέρηση ύπνου δύο με τριών ωρών κάθε νύχτα μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργίες τόσο στις σωματικές μας λειτουργίες όσο και στις διανοητικές μας, όπως φυσικά και στην ποιότητα ζωής μας.<sup>85</sup>

Η λίστα των ύπουλων επιδράσεων που έχει η χρόνια στέρηση ύπνου στην ζωή μας μεγαλώνει συνεχώς καθώς οι επιστήμονες εμβαθύνουν στις έρευνές τους: Η στέρηση ύπνου μειώνει την μνήμη και την ικανότητα σκέψης μας. Για να καταφέρουμε να μετατρέψουμε κινητικές διαδικασίες σε αυτόματες (μέρος των δεξιοτήτων μας), για παράδειγμα όταν μαθαίνουμε ένα μουσικό όργανο ή ένα άθλημα, είναι απαραίτητο να



έχουμε επαρκή ύπνο. Ακόμα ο επαρκής ύπνος είναι απαραίτητος και για την ανάπτυξη ικανοτήτων προσανατολισμού. Κατά την ανάπτυξη των ικανοτήτων προσανατολισμού μας, στο τμήμα των υποκάμπων του εγκεφάλου μας δημιουργούνται νέα κύτταρα, τα κύτταρα αυτά όμως χρειάζονται επαρκή ύπνο για να μπορέσουν να επιβιώσουν.<sup>86</sup>

Η έλλειψη ύπνου επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά μας ως προς την λήψη αποφάσεων. Χαρακτηριστική είναι η επισήμανση ότι ο επικλινής πυρήνας, μια περιοχή του εγκεφάλου μας που ασχολείται με την προσδοκία ανταμοιβής, ενεργοποιείται περισσότερο κατά την διάρκεια παιγνίων τζόγου όταν ο παίχτης παίρνει ριψοκίνδυνες αποφάσεις σε κατάσταση έλλειψης ύπνου, κάτι που σημαίνει ότι ο παίχτης έχει αυξημένες προσδοκίες ότι θα κερδίσει ακόμα και αν οι πιθανότητες είναι εναντίον του. Ακόμη άτομα σε κατάσταση στέρησης ύπνου χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να ανταποκριθούν σε ηθικά διλήμματα, γεγονός που υποδηλώνει ότι η έλλειψη ύπνου μας δυσκολεύει στο να αποφασίσουμε το σωστό.

Η στέρηση ύπνου αυξάνει την χημική δραστηριότητα σε ένα μέρος του εγκεφάλου που συνδέεται στενά με την κατάθλιψη, την έμμομη ανησυχία και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Χωρίς επαρκή ύπνο τα συναισθηματικά κέντρα του εγκεφάλου μας είναι υπερευαίσθητα σε αρνητικές εμπειρίες, οδηγώντας μας σε συναισθηματικά παράλογη συμπεριφορά λόγω μειωμένης λειτουργικότητας του προμετωπιαίου λοβού, μια περιοχή του εγκεφάλου που ελέγχει την ένταση των συναισθημάτων. Η στέρηση ύπνου αυξάνει τις πιθανότητες να αυξηθεί το σωματικό μας βάρος. Η αιτία μπορεί να κρύβεται στο ότι η μερική έλλειψη ύπνου επηρεάζει την περιοδικότητα της έκκρισης ορμονών που ευθύνονται για τον έλεγχο της πείνας, αυξάνοντας έτσι το επιθυμία για φαγητό και την προτίμηση προς τροφές πλούσιες σε θερμίδες και υδατάνθρακες. Μια μελέτη συμπεράνε ότι άτομα που δεν κοιμόντουσαν αρκετά είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν παχυσαρκία ακόμη και αν κατανάλωναν λιγότερες θερμίδες από άτομα που κοιμόντουσαν κανονικά.<sup>87</sup>

Η στέρηση ύπνου βλάπτει μακροπρόθεσμα την υγεία μας προκαλώντας βλάβη των ενδοκρινολογικών λειτουργιών του οργανισμού, του μεταβολισμού και της ικανότητας καταπολέμησης φλεγμονών. Κατ' επέκταση η χρόνια στέρηση ύπνου μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παρουσίασης σοβαρών χρόνιων παθήσεων όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, διαβήτη τύπου II και καρδιαγγειακές παθήσεις.

Σύμφωνα με τους ειδικούς πρέπει να κοιμόμαστε επτά με οκτώ ώρες κάθε βράδυ, στην πραγματικότητα όμως κοιμόμαστε αρκετά λιγότερο. Ο απογευματινός ύπνος μπορεί να αποτελεί την απάντηση του προβλήματος. Τα οφέλη του πιθανώς θα είναι η γενικότερη βελτίωση της υγείας μας, όπως επίσης και του αισθήματος ευφορίας μας. Το σώμα μας ακολουθεί έναν κύκλο 24 ωρών κατά τον οποίο καταλαγιάζει μια φορά το απόγευμα και μια φορά την νύχτα. Έρευνες αποδεικνύουν ότι ένας γρήγορος ύπνος μετά από ένα μεγάλο γεύμα είναι κάτι το φυσιολογικό καθώς οι νευρώνες που μας κρατούν έτοιμους για δράση δεν λειτουργούν μετά την κατανάλωση τροφής. Επιπλέον ένας μικρής διάρκειας ύπνος κατά την διάρκεια της ημέρας μπορεί να αυξήσει την ικανότητά μας για μάθηση και να καλυτερεύσει την μνήμη μας, ακόμη μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες καρδιαγγειακών παθήσεων.<sup>88</sup>



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

- Επαγγελματική εξουθένωση
- Παράγοντες συνδρόμου Burn out



## 5.1 Επαγγελματική εξουθένωση (Burn out)

Ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων εργαζομένων, αφού εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησής του από την εργασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.<sup>89</sup>

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι, η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των εργαζομένων νοσηλευτών, συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, όταν η άσκηση της Νοσηλευτικής πραγματοποιείται σε ένα περιβάλλον που ενισχύει αυτή τη δυνατότητα. Υπάρχουν όμως, διάφοροι παράγοντες, όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί, οι οποίοι καταπονούν τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να διαφαίνονται συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.<sup>90</sup>

Η περίπτωση των Νοσηλευτών αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αφού τα νοσοκομεία, που κυρίως αποτελούν τον χώρο εργασίας των περισσότερων νοσηλευτών, κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση εργασίας. Σύμφωνα με την ψυχολογία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυσφορίας και ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής. Ο μοναδικός τρόπος για την αποφυγή και την μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ή άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση του συνδρόμου, πριν η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια, επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου.<sup>91</sup>

Η υπερκόπωση και η εξάντληση του επαγγελματία υγείας είναι αποτέλεσμα της συχνής και μακροχρόνιας έκθεσης του σε αντίξοες συνθήκες. Η κακή φυσική του κατάσταση και η κακή συμπεριφορά του τόσο στην ιδιωτική του ζωή όσο και στην επαγγελματική του αποτελεί συνέπεια των παραπάνω. Βασικά συμπτώματα όπως το έντονο στρες, η άνια, το χαμηλό ηθικό, η χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, η παραίτηση και οι συγκρούσεις είναι δείγματα της αδυναμίας του εργαζομένου τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχολογική του υγεία.<sup>92</sup>

Επιπλέον, είναι σύνηθες φαινόμενο να μεταφέρονται τα προβλήματα του εργασιακού χώρου τόσο στο οικογενειακό περιβάλλον όσο και στην κοινωνικό περίγυρο καθώς πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζομένου, με αποτέλεσμα την αύξηση της έντασης στην οικογένεια και την μείωση της κοινωνικοποίησης στην κοινωνία. Βασικά αποτελέσματα – συμπτώματα είναι: Οι πνευματικές διαταραχές, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, οι διαταραχές ύπνου, η χρόνια κόπωση και η κατάθλιψη. Τέλος, υπάρχουν πολλές πιθανότητες οι επαγγελματίες υγείας να καταλήξουν σε χρήση εξαρτησιογόνων ψυχοτρόπων ουσιών ή ακόμα και σε απόπειρες αυτοκτονίας, γεγονός που αποτελεί την χειρότερη κατάληξη. Μερικά από τα προβλήματα των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν και τους οργανισμούς που εργάζονται. Για παράδειγμα, η πιθανή εξουθένωση για έναν επαγγελματία έχει ως αποτέλεσμα την βραδύτητα της εκτέλεσης του έργου του, την χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών και σε πιθανή απουσία του την μηδενική προσφορά του.<sup>93</sup>

Η σταδιακή εμφάνιση των προβλημάτων που έχουν σαν αποτέλεσμα την επαγγελματική εξουθένωση του επαγγελματία υγείας και την ακολούθως τάση προς τον μη έλεγχο από τον ίδιο, μπορούν να διαγνωστούν έγκαιρα με την παρακάτω αντιστοιχία ενδείξεων - συμπτώσεων που δημιούργησε το 1980 ο Cherniss. Αντίσταση για την αναχώρηση για την εργασία - αίσθηση αποτυχίας, οργή - αίσθημα ενοχής - χαμηλή αυτοεκτίμηση, αρνητισμός - απομόνωση – απόσυρση, κόπωση κατά την διάρκεια της ημέρας- κούραση μετά την εργασία, κοίταγμα του ρολογιού συχνά - απώλεια θετικών συναισθημάτων, αδυναμία συγκέντρωσης-ακρόασης - αίσθηση ακινησίας, αϋπνίες - αποφυγή συζήτησης με συναδέλφους, ανήσυχος ύπνος - εύκολη χρήση μέτρων ελέγχου της συμπεριφοράς, συνάχι,

γρίπη, πονοκέφαλος κ.α. - ακαμψία σκέψης, καχυποψία - παράνοια - συχνή χρήση φαρμάκων, οικογενειακές συγκρούσεις - πολλές απουσίες από την εργασία.<sup>94</sup>

## 5.2 Παράγοντες που ευθύνονται για το burn out

Η στρεσογόνα φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι ευρέως αποδεκτή και ερευνητικά τεκμηριωμένη. Το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο. Επιπλέον, το περιβάλλον εργασίας, όπου δραστηριοποιούνται οι Νοσηλευτές δημιουργεί ένταση, η οποία επιδρά σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα.<sup>95</sup>

Η ανταμοιβή κάθε εργαζόμενου εκτός από το υλικό επίπεδο, γι' αυτό που προσφέρει, θα πρέπει και σε ηθικό επίπεδο κυρίως να επικροτείται. Εάν δεν επικροτείται και εάν δεν του επιτρέπεται να ελπίζει σε κάτι, αν δεν υπάρχουν προαγωγές, συρρικνώνεται η αυτοεκτίμηση του και παθαίνει burn out. Η αίσθηση αδυναμίας αναπτύσσεται όταν ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται με τα χρόνια ότι δεν μπορεί να παρέμβει στη δουλειά του και να τροποποιήσει τους παράγοντες αυτούς που τον δυσαρεστούν. Ως αποτέλεσμα έχουμε την παράδοση του εργαζομένου στο σύστημα στο οποίο εργάζεται.<sup>96</sup> Ο φόρτος εργασίας, η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς, η έλλειψη πόρων, η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας και οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, ενοχοποιούνται ως επιβαρυντικοί παράγοντες για τη δημιουργία στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι ανάγκη να τονιστεί ότι, ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτος εργασίας, και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο της εργασίας υποδαυλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησής τους.<sup>97</sup>

Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς άλλα και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί στους νοσηλευτές συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, απογοητευτική. Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής, και οι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης.<sup>98</sup>

Τέλος, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία καθώς

επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργό συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο εργαζόμενος στην ροή των γεγονότων είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ζωή του κάθε ατόμου.<sup>99</sup>

Το πολύπλευρο έργο των νοσηλευτών προκαλεί με την πάροδο του χρόνου ψυχολογική καταπόνηση εμφανίζοντας το σύνδρομο της εργασιακής κόπωσης. Κυριότερες εκφράσεις του συνδρόμου είναι το αίσθημα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, αποθάρρυνση, αύξηση της όρεξης (φαγητό), άγχος, συχνή χρήση αλκοόλ και βενζοδιαζεπινών, ευερεθιστότητα, δυσκολία στη συγκέντρωση, άτυπα σωματικά άλγη κλπ. Το σύνδρομο δεν είναι εύκολα ανιχνεύσιμο ούτε από το ίδιο το άτομο αλλά ούτε και από τα υπόλοιπα μέλη της ψυχοθεραπευτικής ομάδας και γι' αυτό το λόγο πολύ συχνά δεν αντιμετωπίζεται. Από τον θεραπευτή θα πρέπει να υπάρχει ειδικός σχεδιασμός για την πρόληψη, την έγκαιρη εντόπιση και την αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής.<sup>100</sup>

### 5.3 Ανάλυση του συνδρόμου Burn out

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες που ασχολούνται με την δομή της σημερινής κοινωνίας, όπως επίσης και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης και έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις που επιφέρει στο άτομο, στην οικονομία και γενικότερα στην παραγωγή. Η ετυμολογία του συνδρόμου «Burn out» στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης».<sup>101</sup>

Η πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου της «επαγγελματικής εξουθένωσης» έγινε το 1974 από τον Freudenberger, ο οποίος κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας αλλά και σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα. Σύμφωνα με τους Maslach & Jackson, η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), η αποπροσωποποίηση (depersonalization) και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (reduced feeling of personal accomplishment) αποτελούν τις τρεις συνιστώσες που δημιουργούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.<sup>90</sup> Ως γνωστό, το εργασιακό περιβάλλον και ο εργαζόμενος είναι υπό μια σχέση συνεχούς αλληλεπίδρασης, η οποία διαρκώς εξελίσσεται και διαμορφώνεται ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν. Όταν όμως, οι συνθήκες είναι στρεσογόνες δημιουργείται συναισθηματική υπερφόρτιση στον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να μην διαθέτει την απαιτούμενη ενέργεια και τα ψυχικά αποθέματα για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας (συναισθηματική εξάντληση). Στην προσπάθεια του να απεγκλωβιστεί από αυτή την φόρτιση αναπτύσσει ως μηχανισμό άμυνας μια απρόσωπη σχέση με τον ασθενή, (αποπροσωποποίηση) η οποία πολλές φορές είναι αρνητική έως κυνική. Επιπροσθέτως, η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων σε συνδυασμό με την απάθεια προς τις ανάγκες του ασθενή, οδηγεί σε πλήρη ή μερική παραίτηση προς τις απαιτήσεις του ασθενή (έλλειψη προσωπικής επίτευξης).

Ως αποτέλεσμα των τριών αυτών παραγόντων δηλ. της συναισθηματικής φόρτισης, των αρνητικών συναισθημάτων και του μειωμένου αισθήματος προσωπικών επιτευγμάτων, ο εργαζόμενος αναπτύσσει λανθασμένη επικοινωνία σε κάθε επίπεδο, ατομικό, κοινωνικό, επαγγελματικό τόσο με τον ασθενή, τους συγγενείς όσο και με τους υπόλοιπους συναδέλφους.<sup>102</sup>

Σύμφωνα με το μοντέλο των Edelwich & Brodsky, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει ο εργαζόμενος, χαρακτηρίζεται από τέσσερα στάδια. Στο πρώτο

στάδιο, διακατέχεται από ενθουσιασμό για το επάγγελμα που επέλεξε και θέτει υψηλούς στόχους και προσδοκίες, οι οποίες όταν διαψεύδονται σηματοδοτούν την έναρξη του δεύτερου σταδίου «της αμφιβολίας και της αδράνειας», κατά το οποίο ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται. Η μη ικανοποίηση από την εργασία, τον ωθεί στο στάδιο «της απογοήτευσης και της ματαίωσης».<sup>103</sup>

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός αλλά είναι συνέπεια του συσσωρευμένου άγχους, που κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν ώστε να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου. Ο νέος εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό, έχοντας αρκετά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος αφιερώνει το χρόνο του και την ψυχή του στην

εργασία του και στα άτομα τα οποία εξυπηρετεί προσπαθώντας να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή. Καθώς όμως διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται. Σε αυτό το στάδιο η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του εργαζόμενου με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Αρχίζει να αναρωτιέται μήπως είναι εκείνος η αιτία κατηγορώντας τον εαυτό του για την αποτυχία προσπαθώντας ακόμα περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμα του, χωρίς όμως κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Διάφορα θέματα τα οποία δεν τον απασχολούσαν στο παρελθόν, αρχίζουν να τον προβληματίζουν. Ενοχλείται που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται εκφράζοντας παράπονα για το χαμηλό μισθό, το εξουθενωτικό ωράριο, την έλλειψη υποστήριξης και συνεργασίας με τους συναδέλφους κ.λ.π. Έτσι σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.<sup>104</sup>

Την αμφιβολία και την ματαίωση διαδέχονται η απογοήτευση και η ματαίωση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειες του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Η πραγματικότητα για εκείνον είναι αδιέξοδη και νοιώθει παγιδευμένος μέσα σε αυτή. Αυτό το στάδιο μπορεί να θεωρηθεί ως μεταβατικό καθώς ο εργαζόμενος είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους και προσδοκίες, είτε απομακρύνεται από τον χώρο εργασία του.<sup>105</sup>

Στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως απάθεια, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμα του. Συγκεκριμένα ο εργαζόμενος συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους επενδύοντας ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντα του. Σύμφωνα με τον C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

Φάση του εργασιακού στρες: Σε αυτό το στάδιο, ο εργαζόμενος θεωρεί ότι οι διαθέσιμοι πόροι του εργασιακού περιβάλλοντος δεν επαρκούν, ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στα αιτήματα και τις απαιτήσεις που πηγάζουν από την εργασία του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία εργασιακού στρες, χωρίς όμως να είναι ο κύριος λόγος που θα οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.

II. Φάση εξάντλησης: Σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος αρχίζει να ανταποκρίνεται συγκινησιακά στην διατάραξη της ισορροπίας των διαθέσιμων πόρων-απαιτήσεων του εργασιακού περιβάλλοντος. Ο εργαζόμενος αρχίζει να έχει μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία του μέσα στα πλαίσια του οποίου εμπιέρεται η συναισθηματική εξάντληση, το στρες, η κόπωση και πολλές φορές η απάθεια προς την εργασία του. Όταν εργαζόμενος δεν καταφέρει να διαχειριστεί σωστά την παραπάνω συγκινησιακή κατάσταση που διατυπώθηκε υπάρχει περίπτωση να οδηγηθεί σε απογοήτευση και παραίτηση από την εργασία του.

III. Φάση αμυντικής κατάληξης: Κύριο χαρακτηριστικό αυτού του σταδίου είναι το γεγονός ότι ο εργαζόμενος αλλάζει στάση και συμπεριφορά ως προς τον τρόπο που έβλεπε στο παρελθόν την εργασία του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να αρχίζει να απεμπλέκεται συναισθηματικά από την εργασία του εκδηλώνοντας κυνισμό και απάθεια.<sup>106</sup> Αυτή η στάση είναι δυνατό μεν να μειώσει τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες που ενδέχεται να εκδηλωθούν, αλλά από τη άλλη ο εργαζόμενος έχει χάσει επαγγελματική ικανοποιήσει της εργασίας του, συνεχίζοντας την κυρίως για βιοποριστικούς λόγους. Μια τρίτη θεωρία που διατύπωσαν οι Shubin & Maslach αναφέρει ότι τα άτομα δεν φτάνουν σταδιακά στην επαγγελματική εξουθένωση αλλά προηγείται μια μακροχρόνια διαδικασία που έχει περιγραφεί σε τέσσερα στάδια τα οποία είναι τα εξής:

Το στάδιο της ικανοποίησης: Στο στάδιο αυτό, το άτομο είναι ικανοποιημένο από την εργασία του δίνοντας ολοένα και περισσότερη ενέργεια στη δουλειά του. Αν όμως καταναλώνει μεγάλο ποσοστό από την ενέργεια του στην εργασία του χωρίς να την επαναφορτίζει από άλλες πηγές, όπως ψυχαγωγία, χόμπι, χρόνο με φίλους κ.α. τότε φτάνει στο στάδιο του «στερέματος» της ενέργειας.

Το στάδιο του «στερέματος» της ενέργειας: Σε αυτό το στάδιο το άτομο αρχίζει σταδιακά να νοιώθει κούραση και έλλειψη της ενέργειας αντιμετωπίζοντας παράλληλα και διαταραχές στον ύπνο του. Ο εργαζόμενος αρχίζει να εκφράζει ότι δεν είναι σε θέση να φέρει εις πέρας τον όγκο των υποχρεώσεων που έκανε πριν. Θεωρεί ότι η δημιουργικότητα έχει απαλειφθεί αντιμετωπίζοντας δυσκολία στην λήψη αποφάσεων και κυνισμό στη συμπεριφορά του.

Το στάδιο των χρόνιων συμπτωμάτων: Με την πάροδο του χρόνου το άτομο αρχίζει να νοιώθει εξαντλημένο αντιμετωπίζοντας σωματικά συμπτώματα όπως: πόνους στο σώμα, ναυτία, ένταση, πονοκέφαλοι και πόνους στη μέση. Επίσης υπάρχουν αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου και ενώ μπορεί να ήταν ήρεμος στο παρελθόν, αρχίζει να γίνεται ευερέθιστος και επιθετικός, χάνοντας αρκετά εύκολα τον έλεγχο της συμπεριφορά του με την παραμικρή δυσκολία. Αρχίζει να γίνεται απόμακρος και κλείνεται σταδιακά στον εαυτό του, σε σημείο που κάποιες φορές απομονώνεται πλήρως από τον κοινωνικό του περίγυρο. Το στάδιο της κρίσης (breakdown): Όταν το άτομο φθάσει στο στάδιο αυτό, αισθάνεται ανίκανο να συνεχίσει να ζει κάτω από αυτή την κατάσταση ώστε να βρίσκει καταφύγιο στο ποτό ή τα ηρεμιστικά ενώ το ενδιαφέρον για ότι συμβαίνει γύρω τους χάνεται με αποτέλεσμα να γίνονται αδιάφοροι. Ένα άλλο ποσοστό εργαζομένων παρουσιάζουν μια φυσική ή σωματική εξάντληση με τη μορφή κατάθλιψης η με την εκδήλωση σωματικών δυσλειτουργιών. Μικρό είναι το ποσοστό των ατόμων που δεν βρίσκουν κανένα ενδιαφέρον για τη ζωή τους και επιχειρούν να αυτοκτονήσουν.

Παρατηρώντας τις παραπάνω θεωρίες οι οποίες αναπτύσσονται στα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι εμφανές το γεγονός ότι όλες έχουν ως κοινό σημείο αναφοράς ότι οι εργαζόμενοι ξεκινούν την εργασία τους έχοντας φιλοδοξίες και επιδιώξεις επαγγελματικής ανάπτυξης και επιβεβαίωσης. Όταν όμως οι επιδιώξεις αυτές δεν εκπληρώνονται, ακολουθεί μια φθίνουσα πορεία η οποία τους οδηγεί σε αδράνεια και αδιαφορία προς την εργασία τους γεγονός το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την επαγγελματική εξουθένωση.<sup>107</sup>

Σύμφωνα με το μοντέλο του C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται επίσης από τρία στάδια. Το στάδιο του «εργασιακού στρες», το οποίο δημιουργείται όταν οι προσωπικοί στόχοι των εργαζομένων δεν μπορούν να υλοποιηθούν λόγω έλλειψης πόρων. Ακολουθεί το στάδιο της «εξάντλησης» κατά το οποίο ο εργαζόμενος είναι υπό συνεχή στρες και έλλειψη ενδιαφέροντος και σταδιακά οδηγείται στο στάδιο της «αμυντικής κατάληξης», όπου ο κυνισμός και η απάθεια αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Η επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με το μοντέλο της Pines εμφανίζεται ύστερα από μακροχρόνια έκθεση του εργαζομένου σε εξαντλητικές εργασιακές απαιτήσεις και επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης προσωπικότητας, συναισθηματική, ψυχική και σωματική. Όποιο από τα ανωτέρω μοντέλα περιγραφής του συνδρόμου και να αποδεχθούμε, η επαγγελματική εξουθένωση υποδηλώνει την απώλεια του ενδιαφέροντος του εργαζόμενου για την φύση και το χώρο

της εργασίας, η οποία καταλήγει σε διαταραχή των σχέσεων με τους ασθενείς και γενικότερα το περιβάλλον.<sup>108</sup>

Ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε νοσηλευτή και των ιδιαιτεροτήτων της εργασίας του ποικίλλει το επαγγελματικό stress των νοσηλευτών και φυσικά εξαρτάται από την αλληλεπίδραση της οικογένειας – εργασίας. Παράγοντες κοινοί για το stress των νοσηλευτών είναι η ανεργία, η σύγκρουση ρόλων, οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι νεκρές αξίες ή εκείνες που πρόκειται να εξαλειφθούν. Επίσης, στο stress των νοσηλευτών μπορούν να οδηγήσουν: η συναισθηματική κατάθλιψη, η επαγγελματική εξουθένωση και η ψυχολογική νοσηρότητα.

Το άγχος που οι νοσηλευτές βιώνουν κατά την εργασία τους στα δημόσια νοσοκομεία και την πιθανή σχέση του άγχους της εργασίας με την ψυχολογική τους ευημερία γενικότερα επιχείρησαν αρκετοί ερευνητές να μελετήσουν. Το νοσηλευτικό επάγγελμα διέπεται από διάφορους παράγοντες που προσδιορίζονται από την ευρύτερη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Οι νοσηλευτές συχνά αντιμετωπίζουν διάφορους παράγοντες άγχους όπως το ανεπαρκές προσωπικό, την εξαντλητική εργασία, την καθημερινή περίθαλψη αρρώστων με ιδιαιτερότητες, τις διαπροσωπικές συγκρούσεις, την επίγνωση της ιατρονοσηλευτικής ευθύνης απέναντι στους ασθενείς και διάφορα άλλα οργανωτικά εμπόδια που εμπεριέχονται στα δημόσια νοσοκομεία. Τέλος, η πνευματική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από τους παράγοντες άγχους της εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία που δημιουργούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.<sup>109</sup>

Τελικά ο ασθενής είναι εκείνος που τελικά χάνει από το stress των νοσηλευτών σύμφωνα με την αναφορά της επαγγελματικής εμπειρίας. Ο ψυχρός, αδιάφορος και απρόσωπος τρόπος καθώς και η απάθεια και η απογοήτευση του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι τα βασικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτή με άγχος και stress. Επιπλέον είναι αρκετά πιθανό ο νοσηλευτής να αποσύρεται από τους άλλους, να εκδηλώνεται αρνητικά και οξύθυμα, να απουσιάζει συχνά από την εργασία του, να την εκτελεί λιγότερο αποτελεσματικά απ' ό,τι στο παρελθόν και να επιθυμεί να την εγκαταλείψει.<sup>110</sup>

Η συγκεκριμένη μελέτη έχει ως σκοπό την διερεύνηση της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών. Πιο αναλυτικά αναφέρεται στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Στην αποτύπωση της τωρινής συναισθηματικής κατάστασης του νοσηλευτικού προσωπικού
- Στην διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στη συναισθηματική φόρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του στο δημόσιο νοσοκομείο
- Στην αποτύπωση της γενικότερης κατάστασης υγείας και αυτοεκτίμησης του νοσηλευτικού προσωπικού
- Στην διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στη γενικότερη κατάσταση υγείας και αυτοεκτίμησης του νοσηλευτικού προσωπικού.

### **Αποτελέσματα:**

#### **Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

- Από τα 154 ερωτηματολόγια, επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 112.
- Το 83% ήταν νοσηλεύτριες και το 17% νοσηλευτές.
- Η ηλικία κυμάνθηκε από 20 ετών η μικρότερη έως 60 ετών η μεγαλύτερη, με μέση τιμή τα 37,60 έτη
- Η πλειοψηφία των νοσηλευτών προερχόταν από το χειρουργείο

#### **Παρούσα συναισθηματική κατάσταση (1<sup>η</sup> ενότητα) έδειξε ότι:**

- το 20,6% του νοσηλευτικού προσωπικού αισθάνεται ήρεμο
- το 68,8% νιώθει ανασφάλεια



- το 39,3% διακατέχεται από μια εσωτερική ένταση
  - το 25,9% έχει στενόχωρες σκέψεις
  - το 17,8% αισθάνεται μια αναστάτωση
  - το 28,6% ανησυχεί αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες
  - το 41,1% έχει άγχος
  - το 83,1% έχει αυτοπεποίθηση
  - το 25,9% αισθάνεται νευρικότητα
  - το 15,2% βρίσκεται σε διέγερση
  - το 34,8% είναι χαλαρό
  - το 63,4% αισθάνεται ικανοποίηση από την εργασία του
  - το 10,7% αισθάνεται έξαψη και ταραχή
- 
- το 45,2% αισθάνεται χαρούμενο.

**Η αποτύπωση της γενικότερης κατάστασης υγείας και του επιπέδου αυτοεκτίμησης (2<sup>η</sup> ενότητα) έδειξε ότι:**

- το 66,8% του νοσηλευτικού προσωπικού κουράζεται εύκολα
- το 6,3% συνηθίζει να κλαίει
- το 21,4% εύχεται να μπορούσε να ήταν τόσο ευτυχισμένο όσο οι άλλοι δείχνουν ότι είναι
- το 5,4% «μένει» πίσω στις δουλειές του γιατί δεν αποφασίζει γρήγορα
- το 71,4% είναι ήρεμο, ψύχραιμο και συγκεντρωμένο
- το 17,4% αισθάνεται πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορεί να τις ξεπεράσει
- το 17,9% ανησυχεί πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν αξίζει
- το 14,3% έχει την τάση να θεωρεί τα πράγματα δύσκολα
- το 13,4% αισθάνεται ότι του λείπει η αυτοπεποίθηση
- το 10,7% προσπαθεί να αποφεύγει την αντιμετώπιση μιας δυσκολίας
- το 12,5% αισθάνεται θλίψη
- το 15,2% παίρνει τις απογοητεύσεις πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορεί να τις διώξει από το μυαλό του
- το 81,3% διακατέχεται από μια σταθερότητα στο χαρακτήρα
- το 16,1% αναστατώνεται κάθε φορά που σκέπτεται τις ασχολίες και τα ενδιαφέροντά του
- το 9% σκέφτεται συχνά ότι δεν αξίζει τίποτε και
- το 0,9% έχει συχνά τάσεις αυτοκαταστροφής

**Συμπέρασμα:**

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως συμπέρασμα ότι η σωματική και η πνευματική κόπωση οδηγείται από τον συνδυασμός υψηλών ψυχολογικών απαιτήσεων και χαμηλού ελέγχου από την προϊστάμενη αρχή. Στους νοσηλευτές ανοίγονται μονοπάτια συμβουλευτικής υποστήριξης από την συγκεκριμένη έρευνα. Τέλος, η υγεία των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο, όταν οι νοσηλευτές διακατέχονται από υψηλό επίπεδο άγχους και παράλληλα υπάρχουν χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης στο νοσοκομειακό χώρο εργασίας.<sup>111</sup>

## **5.4 Ανασκόπηση του συνδρόμου Burn out στο διεθνή χώρο**

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε γιατρούς και νοσηλευτές, καθότι αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με

τον ανθρώπινο πόνο. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί ως σήμερα και αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση, έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας. Η Firth-Cozens, αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλευτές καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών.<sup>112</sup>

Ο χώρος που εργάζονται οι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητα τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Hannigan, και των Kilfedder, το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του. Για πολλούς νοσηλευτές, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους την αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα. Εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, από έρευνες έχειδειχθεί ότι, οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, βιώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.<sup>113</sup>

Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Poncet, όπου μελετήθηκαν νοσηλευτές από τη Γαλλία φάνηκε ότι, το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είχαν βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι κύριοι εκλυτικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης προερχόταν από την έλλειψη οργάνωσης, την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊστάμενους και το ιατρικό προσωπικό, την αντιληπτή σύγκρουση με τον ασθενή, τον φόβο από το θάνατο του ασθενούς και την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος.

Ένα από τα ευρήματα της μελέτης της Marieke Ledingham, η οποία εξηγεί ότι: «Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα χρόνιο πρόβλημα στο χώρο της ψυχικής υγείας και συνεχίζει να υφίσταται παρά την μεγάλη έρευνα και την πληθώρα γνώσης που υπάρχει γύρω από το ζήτημα αυτό, μεταξύ των επαγγελματιών. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρά το γεγονός ότι εργάζονται σε αυτόν τον τομέα, πασχίζουν να αποφύγουν την επαγγελματική εξουθένωση. Έτσι, θέλαμε να μελετήσουμε πως τα εργασιακά πλαίσια θα μπορούσαν να βελτιώσουν την υποστήριξη που παρέχουν»<sup>114</sup>

Συνολικά, πενήντα πέντε εργαζόμενοι ψυχικής υγείας (νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές ψυχικής υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι και σύμβουλοι) κατέγραψαν τις εμπειρίες τους σε ένα ποιοτικό ερωτηματολόγιο σχετικά με τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους, όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση και πώς αυτές μπορεί να επηρεάζουν την ευημερία τους στο χώρο εργασίας τους. Επιπλέον, δώδεκα συμμετέχοντες ερωτήθηκαν περισσότερο διεξοδικά. Οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, με το 60% να είναι περίπου 40 ετών, συμπεριλαμβανομένου ενός ποσοστού 33% να βρίσκεται πάνω από τα 50 έτη. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι πολλοί συμμετέχοντες υπέφεραν από επαγγελματική εξουθένωση και εξαιτίας αυτής, αισθάνονταν μεγαλύτερη αδυναμία και λιγότερο ικανοί και παραγωγικοί στο ρόλο τους. Κάποιοι ανέφεραν επίσης ότι ακόμη και όταν αναγνώριζαν την επαγγελματική τους εξουθένωση, είχαν μια τάση να ρίχνουν την ευθύνη στον εαυτό τους και δυσκολεύονταν περισσότερο να το αποκαλύψουν σε άλλους, λόγω του φόβου ότι θα κρίνονταν αρνητικά. Η Ledingham κατέληξε στο εξής συμπέρασμα: «Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι κάποιοι δυσκολεύτηκαν να αναγνωρίσουν την επαγγελματική εξουθένωση στον εαυτό τους, μέχρι που τα σημάδια σωματικής και συναισθηματικής κατάρρευσης είχαν επηρεάσει τη δουλειά τους». Η Ledingham συνεχίζει: «Μια ενδιαφέρουσα επισήμανση ήταν ότι καθώς η επαγγελματική εξουθένωση μείωνε την πνευματική/σωματική τους υγεία και ικανότητα εργασίας, μείωνε ταυτόχρονα και την ικανότητά τους να αναγνωρίσουν ότι έπασχαν από επαγγελματική εξουθένωση. Ως εκ τούτου, μόλις ξεκινούσε η διαδικασία εξάντλησης, ήταν λιγότερο πιθανό να

αναζητήσουν υποστήριξη και περισσότερο πιθανό να αγνοήσουν τα προειδοποιητικά σημάδια. Αρκετοί σχολίασαν την ειρωνεία του να είναι κανείς ειδικός ψυχικής υγείας και να μην μπορεί να αναγνωρίσει τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης στον εαυτό του». «Οι οργανισμοί θα πρέπει να βοηθήσουν το προσωπικό να αναγνωρίζει τα συμπτώματα και να αναζητά θεραπευτική υποστήριξη. Έχουν καθήκον μέριμνας απέναντι στο προσωπικό που δεν είναι σε θέση να διακρίνει τη δική του κατάσταση, είτε οφείλεται σε μη ρεαλιστικές ή ανθυγιεινές προσδοκίες του φόρτου εργασίας είτε σε παράγοντες που βρίσκονται εκτός του ελέγχου του εργοδότη», αναφέρει η Ledingham.<sup>115</sup>

Μεγάλου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, παρουσιάζουν επίσης οι παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές, σύμφωνα με την έρευνα των Zhu W., Ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι γρήγοροι ρυθμοί, το αίσθημα της ευθύνης, η έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών, καθώς και η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν τους κυριότερους αιτιακούς παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου.<sup>116</sup> Οι ερευνητές Jagacz K., οι οποίοι μελέτησαν νοσηλευτές από γενικά, νευρολογικά, και ψυχιατρικά τμήματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών.<sup>27</sup> Πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος, που σύμφωνα με την εργασία των Pompili M., μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας. Οι συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα με ασθενείς του AIDS. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθότι, οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μια «δύσκολη» ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ογκολογικοί ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές, διότι η απειλητική για τη ζωή ασθένεια και ο φόβος του πόνου και θανάτου, αποτελούν στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους.<sup>117</sup>

Εκτός από τον χώρο της εργασίας, άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου «burn out». Από την μελέτη των Jenkins & Elliott οι οποίοι διερεύνησαν τον βαθμό του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε καταρτισμένο και μη καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό της Αγγλίας, βρέθηκε ότι, περίπου το μισό από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε σημάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι καταρτιζόμενοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωναν υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας από το αναρμόδιο προσωπικό. Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης ήταν ο κύριος παράγοντας άγχους που αναφέρθηκε από το καταρτισμένο προσωπικό, ενώ οι δύσκολοι ή απαιτητικοί ασθενείς αποτελούσαν πηγή άγχους για το αναρμόδιο προσωπικό.<sup>118</sup>

Σύμφωνα με την εργασία του Bernardi M., κατά την οποία μελετήθηκαν 40 επιλεγμένα άρθρα με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση από όλες τις ηπείρους, εκτός από τη Νότια Αμερική, φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε οργανισμού, ενώ ο βαθμός πίεσης στο χώρο της εργασίας και οι προσωπικές προσδοκίες αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου.<sup>119</sup>

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο, τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη έδειξαν ότι, οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.α., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα π.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α. Η Αδαλή και οι συνεργάτες της διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πέντε δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας και βρήκαν ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του Νοσηλευτικού προσωπικού.<sup>120</sup>

Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμα τους ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Για το λόγο αυτό, είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησης τους.<sup>32</sup> Αντίθετα, σύμφωνα με την μελέτη των Κανδρή και οι συνεργάτες, η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.<sup>121</sup>

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι παρά τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελλαδικό χώρο, το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει στην εργασία του, γιατί είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς.

Το κυριότερο συμπέρασμα που εξάγεται από την πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών είναι η σημασία και αναγκαιότητα εισαγωγής μιας ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στην καθημερινή κλινική πρακτική, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό.<sup>122</sup>



---

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---



## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **1. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδος στην έρευνα βασίστηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας. Σύμφωνα με το οποίο σε κάθε ερώτηση περιγράφει και μία μεταβλητή και η κάθε απάντηση αθροίζεται στην σχετική συχνότητα της κάθε μεταβλητής.

### **2. Πληθυσμός - Δείγμα**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω την συμπλήρωσης δομημένου ερωτηματολογίου κατάλληλα σχεδιασμένου από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Οι ερευνητές μετά από άδεια διέθεσαν το ερωτηματολόγιο στην διάθεση των ενδιαφερομένων. Ο πληθυσμός που συμμετείχε στην έρευνα μπόρεσε ανώνυμα να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Το δείγμα της μελέτης αποτελούσαν συνολικά 272 άτομα (νοσηλευτικό προσωπικό) που υπηρετούν σε Ψυχιατρικές κλινικές της χώρας τόσο δια ζώσης όσο και διαδικτυακά. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξαρτήτως καταγωγής, φύλου, ηλικίας, εκπαίδευσης, οικογενειακή, κοινωνικοοικονομική κατάσταση και διοικητικής θέσης.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από είκοσι έξι (26) ερωτήσεις αριθμημένες κατά αύξοντα αριθμό εκ των οποίων οι τρεις (03) ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες είκοσι τρεις (23) κλειστού τύπου εναλλακτικών απαντήσεων.

### **3. Τόπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τους νομούς Αττικής, Αχαΐας, Αρκαδίας, Μεσσηνίας, Ιωαννίνων και Θεσσαλονίκης με συμπλήρωση ερωτηματολογίων με φυσική παρουσία στις ψυχιατρικές κλινικές και πανελλαδικά μέσω διαδικτύου από τον Φεβρουάριο 2014 μέχρι τον Μάιο 2014.

### **4. Συλλογή δεδομένων**

Μετά την εφαρμογή της πιλοτικής έρευνας, το εργαλείο συλλογής δεδομένων προσαρμόστηκε σύμφωνα με τον τύπο των ερωτήσεων όπου το δείγμα ήταν σε θέση να απαντήσει ευκολότερα. Λόγω της ιδιαιτερότητας του θέματος, προτιμήσαμε να χρησιμοποιήσουμε ερωτήσεις που θα μας έδιναν πληροφορίες σχετικά με τις στάσεις και απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής. Η κατασκευή του εργαλείου συλλογής δεδομένων στηρίχθηκε στην ανασκόπηση βιβλιογραφίας και στον προσανατολισμό που θελήσαμε να δώσουμε στον θέμα. Σεβόμενοι το δικαίωμα του πληθυσμού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσε να μην απαντήσει στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσε να διακόψει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 10 λεπτά της ώρας.

### **5. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν ο ερωτώμενος να αποτελεί μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην εκάστοτε ψυχιατρική κλινική και κριτήρια αποκλεισμού ήταν να μην υπηρετεί στο συγκεκριμένο τμήμα καθώς και τα μη συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Εν τέλει χρησιμοποιήθηκαν διακόσια εβδομήντα δύο (272) ερωτηματολόγια και απορρίφθηκαν επτά (07) τα οποία δεν ήταν πλήρως ή ήταν ελλιπώς συμπληρωμένα.

## **6. Στατιστική ανάλυση και κωδικοποίηση**

Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης που πραγματοποιήθηκε μέσω των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS, έκδοση 17.0 for Windows - SPSS inc statistical algorithms 10nd ed Chicago 2004. Κάθε απάντηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό, πχ 0. Δεν απαντώ, 1. Ναι, 2. Όχι, ανάλογα πάντα με τον αριθμό των δυνητικών απαντήσεων. Στην συνέχεια, με την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή εισήχθησαν οι απαντήσεις στο στατιστικό πρόγραμμα και ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχτηκαν σε περιγραφικούς πίνακες όπου αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Οι μη μετρήσιμες, ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται με την συχνότητα (απόλυτος αριθμός) και με τη σχετική συχνότητα επί τις εκατό.

Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) ή δοκιμασία κατά Fisher με επίπεδο σημαντικότητας 95% και ακριβή πιθανότητα  $p < 0.05$ , που εξετάζει την ανάλυση μεταβλητότητας μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών. Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα  $p < 0,05$  (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο). Στην περίπτωση αυτή η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται ( $H_0$ : Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ προσδιοριστή και συχνότητας εμφάνισης της έκβασης) καθώς η τιμή το  $\chi^2$  είναι μεγαλύτερη της κρίσιμης τιμής οπότε και η πιθανότητα ( $p$ ) είναι ίση με την συχνότητα εμφάνισης.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος διακόσια εβδομήντα δύο άτομα (272) συμπληρώνοντας ισάριθμο αριθμό ερωτηματολογίων, έντυπων (230 ήτοι 84,6%) και ηλεκτρονικών (42 ήτοι το 15,4%). Ερωτήθηκε το νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων της χώρας που εργάζονται σε τμήματα ψυχιατρικών κλινικών, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εκπαίδευσης και διοικητικής θέσης. Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα εργάζεται σε νοσοκομεία της Αθήνας (40,1% - 109 άτομα). Ακολουθεί με φθίνουσα σειρά ποσοστών η Τρίπολη με ποσοστό 26,5%, η Θεσσαλονίκη με 15,1%, τα Ιωάννινα με 5,9%, η Καλαμάτα με 4,4%, η Πάτρα με 2,9% και το 5,1% (14 άτομα) δεν απάντησαν στην ερώτηση. Να αναφέρουμε πως στην ερώτηση αυτή το νοσηλευτικό προσωπικό έπρεπε να επιλέξει την πόλη εργασίας από τις 6 επιλογές. Επειδή τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν και ηλεκτρονικά από διάφορα σημεία της χώρας στην πιθανή απάντηση «δεν απάντησε» περιλαμβάνονται και οι πόλεις που δεν ήταν στην λίστα. (Πίνακας 1, Σχήμα 1)

Πόλη εργασίας	N	Percent %
Δεν απάντησε	14	5,1
Αθήνα	109	40,1
Θεσσαλονίκη	41	15,1
Ιωάννινα	16	5,9
Τρίπολη	72	26,5
Καλαμάτα	12	4,4
Πάτρα	8	2,9

$\chi^2=227,419$ ;  $df=6$ ;  $p<0,05$ ;





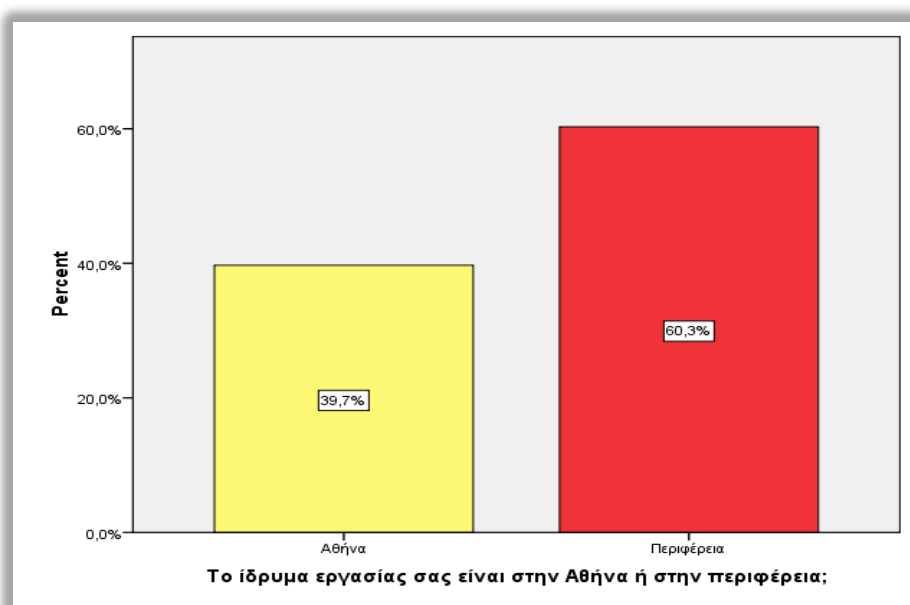
**Σχήμα 1.** Πόλη εργασίας

Το νοσηλευτικό προσωπικό ερωτήθηκε με ανοικτού τύπου ερώτηση το ίδρυμα εργασίας του. Από επεξεργασία των απαντήσεων μπορούμε να προσδιορίσουμε την γεωγραφική κατανομή των ψυχιατρικών κλινικών. Ειδικότερα το 39,7% βρίσκεται στην Αθήνα και το 60,3% στην Περιφέρεια της χώρας. (Πίνακας 2, Σχήμα 2)

<b>Η πόλη εργασίας σας είναι στην Αθήνα ή στην περιφέρεια;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Αθήνα	108	39,7
Περιφέρεια	164	60,3

**$\chi^2=11,529$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$**

**Πίνακας 2.** Περιοχή εργασίας



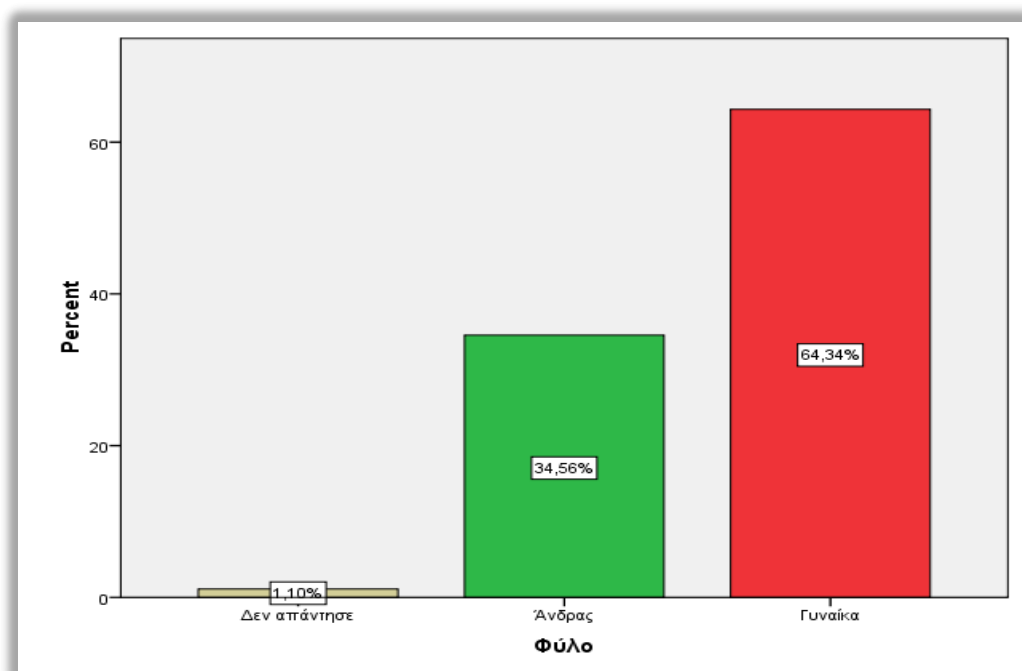
**Σχήμα 2.** Περιοχή εργασίας

Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού (174 άτομα – ποσοστό 64,3%) ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 34,6% (94 άτομα) άνδρες και δεν απάντησαν 1,1% (3 άτομα). (Πίνακας 3, Σχήμα 3)

Φύλο	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	3	1,1
Άνδρες	94	34,6
Γυναίκες	175	64,3

**$\chi^2=163,331$ ;  $df=2$ ;  $p<0,05$**

Πίνακας 3. Φύλο ερωτηθέντων



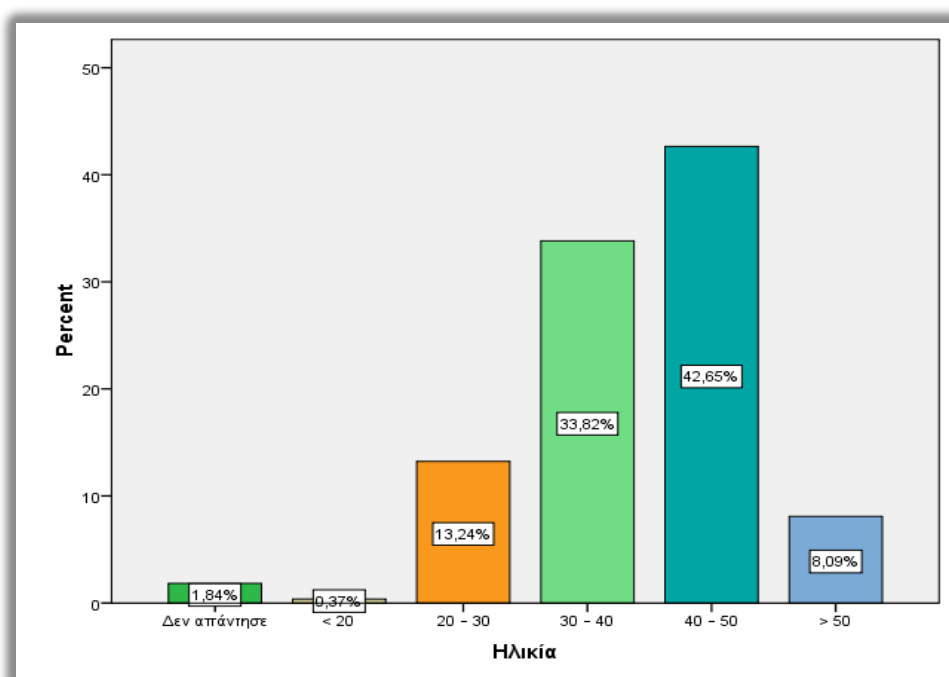
Σχήμα 3. Φύλο ερωτηθέντων

Όσο αφορά την ηλικία του νοσηλευτικού προσωπικού σχεδόν 4 στους 10 (42,6% - 116 άτομα) ανήκουν στην ηλικιακή κλίμακα 40-50 χρονών, το 33,8% στην κλίμακα 30-40, το 13,2% στην 20-30, το 8,1% είναι πάνω από 50 χρονών ενώ μόλις το 0,4% κάτω από 20 χρονών. Αρνήθηκε να απαντήσει το 1,8%. (Πίνακας 4, Σχήμα 4)

<b>Ηλικία</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Δεν απάντησε	5	1,8
< 20 ετών	1	0,4
20 - 30	36	13,2
30 - 40	92	33,8
40 - 50	116	42,6
> 50 ετών	22	8,1

**$\chi^2=251,368; df=5; p<0,05$**

Πίνακας 4. Ηλικία ερωτηθέντων



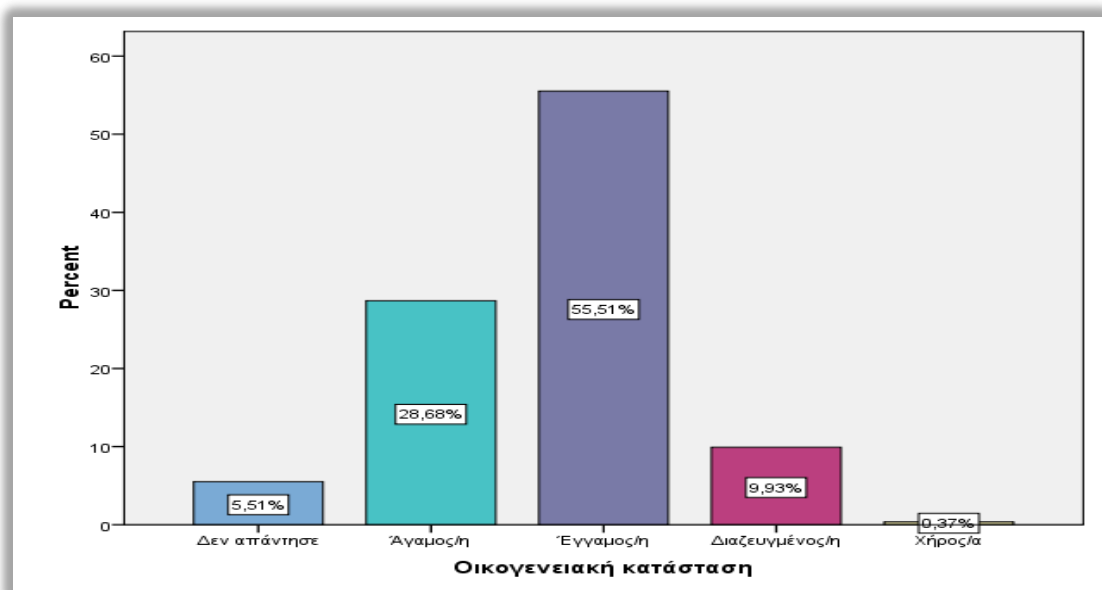
#### Σχήμα 4. Ηλικία ερωτηθέντων

Όσο αφορά την οικογενειακή κατάσταση του ερωτηθέντος νοσηλευτικού προσωπικού πάνω από τους μισούς δηλαδή το 55,5% είναι έγγαμοι, ακολουθούν με φθίνουσα σειρά ποσοστού, οι άγαμοι με ποσοστό (28,7%), οι διαζευγμένοι με 9,9% και οι χήροι με 0,4%. Δεν απάντησε το 5,5% (15 άτομα). (Πίνακας 5, Σχήμα 5)

Οικογενειακή κατάσταση	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	15	5,5
Άγαμος/η	78	28,7
Έγγαμος/η	151	55,5
Διαζευγμένος/η	27	9,9
Χήρος/α	1	0,4

$\chi^2=251,368$ ;  $df=5$ ;  $p<0,05$

Πίνακας 5. Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων

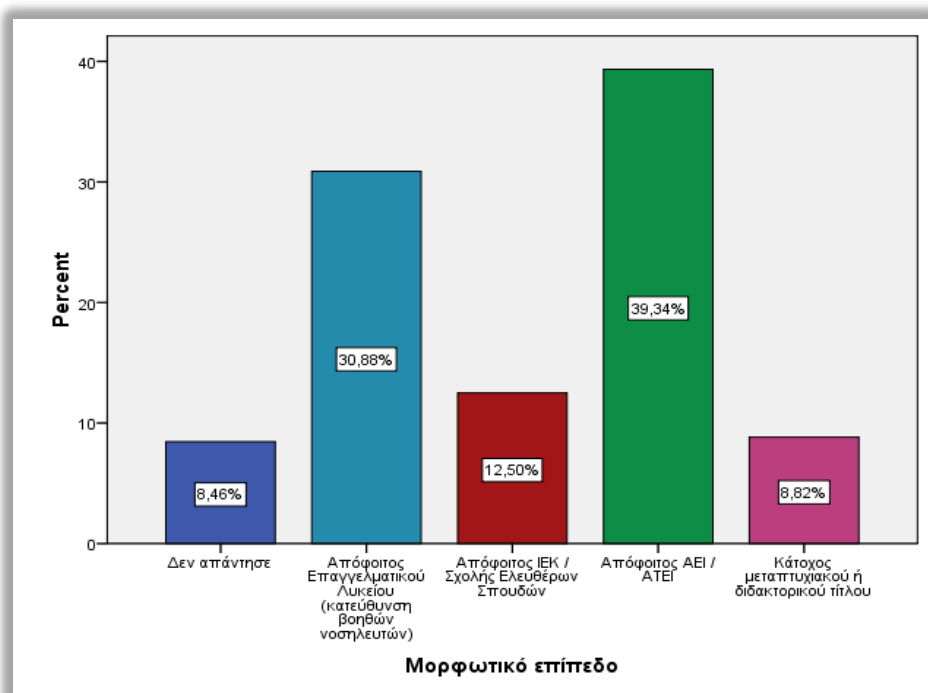


Σχήμα 5. Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων

Το 39,3% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ, το 30,9% απόφοιτοι Επαγγελματικού Λυκείου (κατεύθυνση βοηθών νοσηλευτών), το 12,5% Απόφοιτοι ΙΕΚ / Σχολής Ελεύθερων Σπουδών, το 8,8% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου και το 8,5% δεν απάντησε. (Πίνακας 6, Σχήμα 6)

Μορφωτικό επίπεδο	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	23	8,5
Απόφοιτος Επαγγελματικού Λυκείου (κατεύθυνση βοηθών νοσηλευτών)	84	30,9
Απόφοιτος ΙΕΚ / Σχολής Ελεύθερων Σπουδών	34	12,5
Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ	107	39,3
Κάτοχος μεταπτυχιακού η διδακτορικού τίτλου	24	8,8
$\chi^2=109,728; df=4; p<0,05$		

Πίνακας 6. Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων



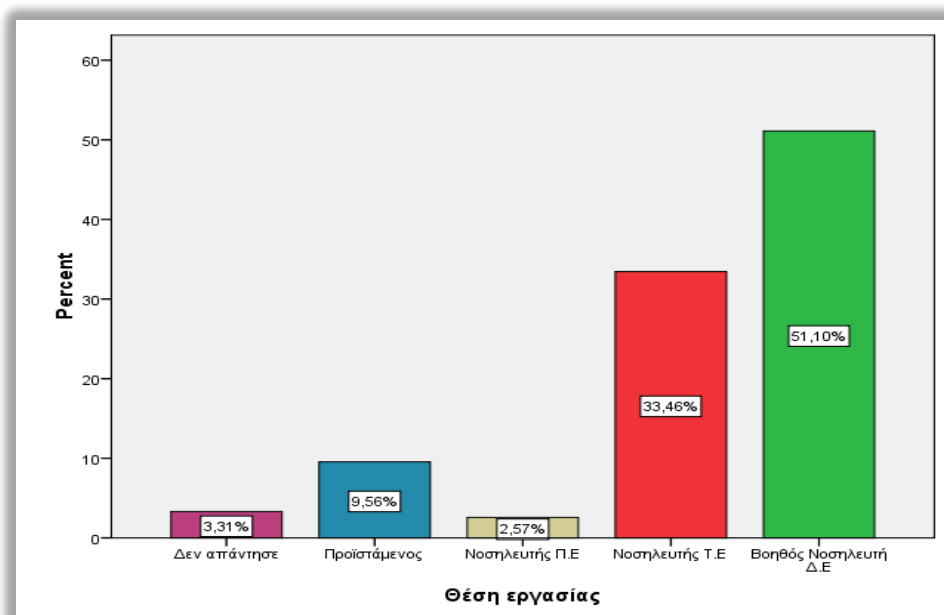
Σχήμα 6. Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων

Σχεδόν το μισό του νοσηλευτικού προσωπικού (51,1%) εργάζονται ως βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ, το 33,5% ως νοσηλευτές ΤΕ, το 9,6% ως προϊστάμενοι και το 2,6% ως νοσηλευτές ΠΕ. Το 3,3% δεν απάντησε. (Πίνακας7, Σχήμα 7)

Θέση εργασίας	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	9	3,3
Προϊστάμενος	26	9,6
Νοσηλεύτης Π.Ε	7	2,6
Νοσηλεύτης Τ.Ε	91	33,5
Βοηθός Νοσηλευτή Δ.Ε	139	51,1

$\chi^2=250,206; df=4; p<0,05$

Πίνακας 7. Θέση εργασίας ερωτηθέντων



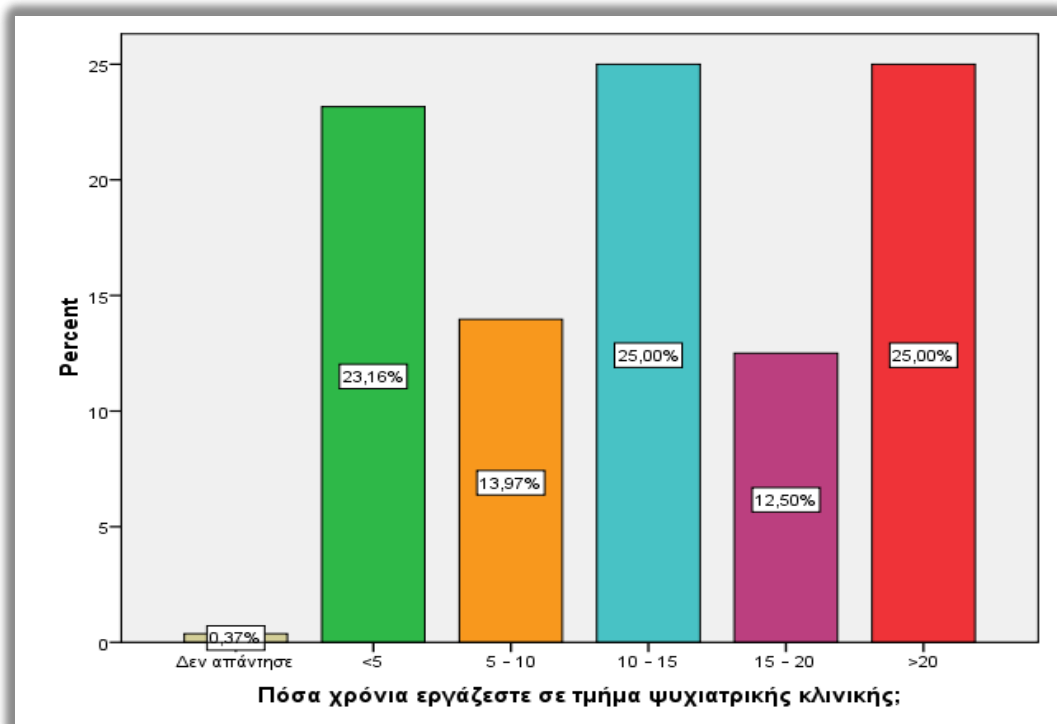
Σχήμα 7. Θέση εργασίας ερωτηθέντων

Όσο αφορά το χρόνο εργασίας σε τμήμα ψυχιατρικής κλινική το 23,2% εργάζεται λιγότερο από 5 χρόνια, το 14% από 5 έως 10 χρόνια, το 25% από 10 έως 15 χρόνια, το 12,5% από 15 έως 20 χρόνια και το 25% πάνω από 20 χρόνια. Δεν απάντησαν το 0,4%. (Πίνακας 8, Σχήμα 8)

Πόσα χρόνια εργάζεστε σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής;	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	1	0,4
<5 έτη	63	23,2
5 - 10 έτη	38	14
10 - 15 έτη	68	25
15 - 20 έτη	34	12,5
>20 έτη	68	25

$\chi^2=250,206; df=4; p<0,05$

Πίνακας 8. Χρόνια εργασίας των ερωτηθέντων σε ψυχιατρική κλινική



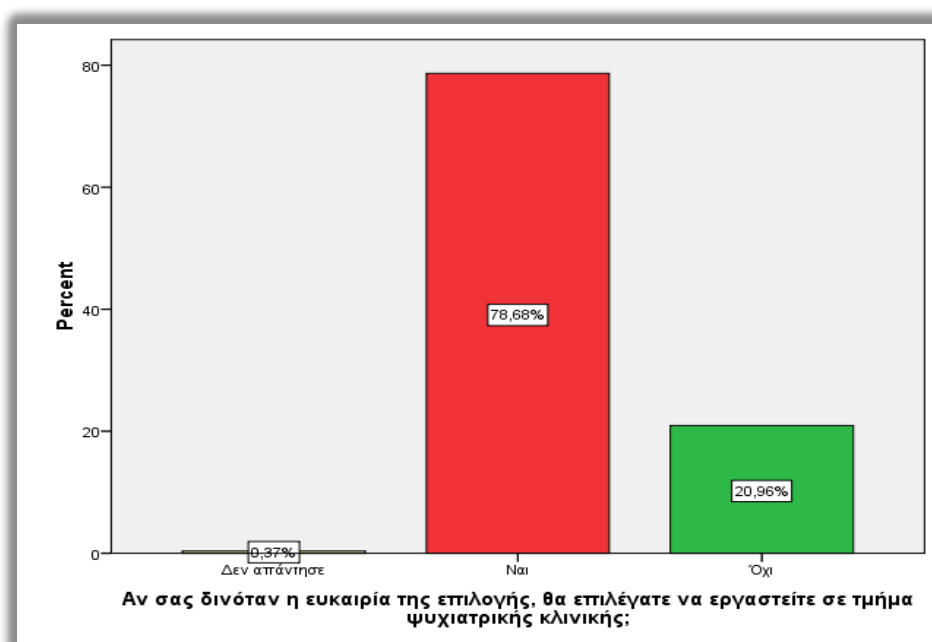
Σχήμα 8. Χρόνια εργασίας των ερωτηθέντων σε ψυχιατρική κλινική

Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού 78,7% θα επέλεγε το τμήμα ψυχιατρικής κλινικής αν του δινόταν η ευκαιρία ενώ το 21% δεν θα το επέλεγε ενώ το 0,4% δεν απάντησε. (Πίνακας 9, Σχήμα 9)

Αν σας δινόταν η ευκαιρία τα επιλογής, θα επιλέγατε να εργαστείτε σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής;	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	1	4
Ναι	214	78,7
Όχι	57	21

$\chi^2=268,949$ ;  $df=2$ ;  $p<0,05$

Πίνακας 9. Προτίμηση των ερωτηθέντων να εργαστούν σε ψυχιατρική κλινική



Σχήμα 9. Προτίμηση των ερωτηθέντων να εργαστούν σε ψυχιατρική κλινική

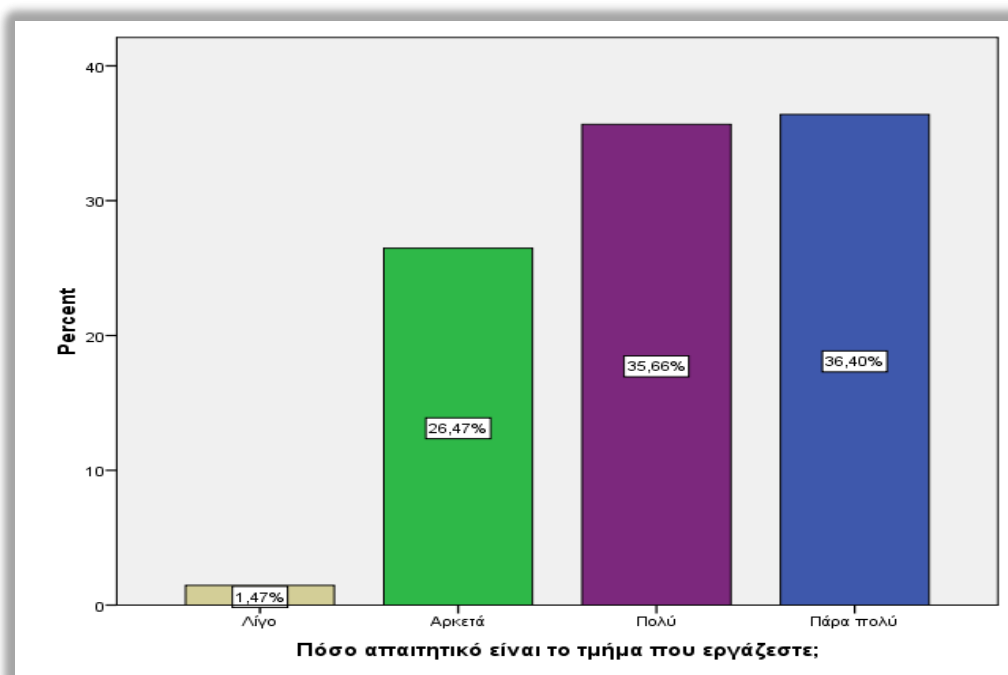


Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού 36,4% δηλώνει ότι το ψυχιατρικό τμήμα είναι πάρα πολύ απαιτητικό, το 35,7% πολύ απαιτητικό, το 26,5% αρκετά απαιτητικό ενώ το 1,5% θεωρεί ότι είναι λίγο απαιτητικό. (Πίνακας 10, Σχήμα 10)

Πόσο απαιτητικό είναι το τμήμα που εργάζεστε;	N = 272	Percent %
Λίγο	4	1,5
Αρκετά	72	26,5
Πολύ	97	35,7
Πάρα πολύ	99	36,4

$\chi^2=86,971$ ;  $df=3$ ;  $p<0,05$

Πίνακας 10. Πόσο απαιτητικό πιστεύουν οι ερωτηθέντες πως είναι το τμήμα που εργάζονται.



Σχήμα 10. Πόσο απαιτητικό πιστεύουν οι ερωτηθέντες πως είναι το τμήμα που εργάζονται.

Στο νοσηλευτικό προσωπικό τέθηκε με ανοικτό ερώτημα ποια από τα τυχόν προβλήματα υγείας πιστεύει πως οφείλονται στην εργασία του. Οι απαντήσεις ποικίλουν και για αυτό τον λόγο έπειτα από επεξεργασία και διαλογή εντάχθηκαν σε 5 μεγάλες κατηγορίες. Ακολουθεί αναλυτικά τα προβλήματα υγείας που περιλαμβάνει η κάθε κατηγορία. (Πίνακας 11)

<b>Κατηγορία</b>	<b>Προβλήματα υγείας</b>
Αγχώδεις διαταραχές	Άγχος, αγχώδεις διαταραχές, υπερένταση, ψυχικό στρες, στρες, ένταση, επικινδυνότητα, ψυχιατρικά, ψυχολογική εξουθένωση - εξάντληση
Μυοσκελετικό άλγος	Μυϊκοί πόνοι, ισχιαλγία, ινομυαλγίες, οσφυαλγία, αυχενικό σύνδρομο, τενοντίτιδες, ορθοπεδικό, σπονδυλοαρθρίτις, αυχενικό, μυοσκελετικά προβλήματα, οσφουισχιαλγία, κήλες σπονδυλικής στήλης, πόνος στη μέση, πόνος στα χέρια, σωματική κόπωση, δισκοκοίλες, ορθοκοίλη, πόνος στα πόδια, αρθρίτιδα, πόνοι στα γόνατα, δισκοπάθεια, άλγος στους ώμους άλγος χεριών
Υπερκόπωση	Κόπωση, υπερκόπωση
Ψυχοσωματικά προβλήματα	Ψυχοσωματικά προβλήματα, πονοκέφαλος, νόσος Crohn, Κεφαλαλγία, αυτοάνοσο, θυρεοειδίτιδα, burn out, πόνο στο στομάχι, δεν αντέχω δυνατές φωνές και θορύβους, ίωση, ημικρανίες, κατάθλιψη
Διαταραχές ύπνου	Αϋπνίες, διαταραχές ύπνου

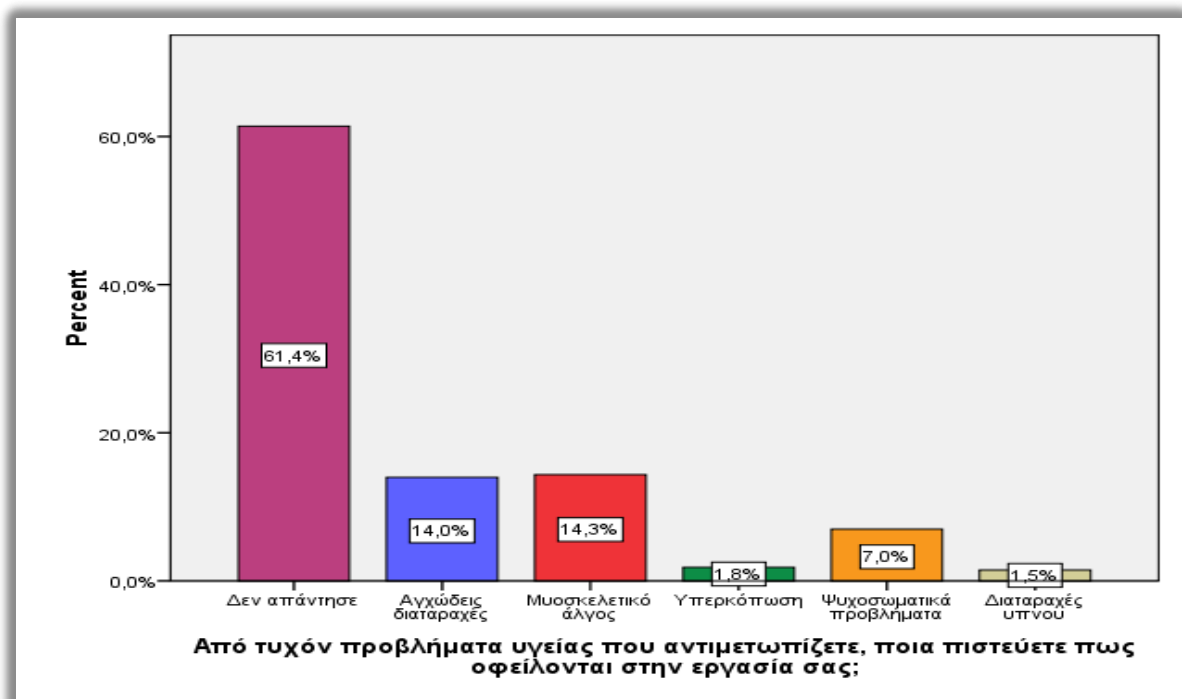
**Πίνακας 11.** Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό και πιστεύει πως οφείλονται στην εργασία του στο τμήμα.

Πιο συγκεκριμένα 167 άτομα από του 272 (61,4%) δεν απάντησαν. Πιθανόν να μην πάσχουν από προβλήματα υγείας ή να μην θεωρούν την εργασία τους υπεύθυνη για αυτά. Το 14,3% (39 άτομα) πάσχουν από μυοσκελετικό άλγος, το 14% (38 άτομα) από Αγχώδεις διαταραχές, το 7% (19 άτομα) από ψυχοσωματικά προβλήματα, το 1,8% (5 άτομα) από υπερκόπωση και το 1,5% (4 άτομα) από διαταραχές ύπνου. (Πίνακας 12, Σχήμα 11)

<b>Από τυχόν προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζετε, ποια πιστεύετε πως οφείλονται στην εργασία σας;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Δεν απάντησε	167	61,4
Αγχώδεις διαταραχές	38	14
Μυοσκελετικό άλγος	39	14,3
Υπερκόπωση	5	1,8
Ψυχοσωματικά προβλήματα	19	7
Διαταραχές ύπνου	4	1,5

**$\chi^2=417,471$ ;  $df=5$ ;  $p<0,05$**

**Πίνακας 12.** Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό και πιστεύει πως οφείλονται στην εργασία του στο τμήμα.



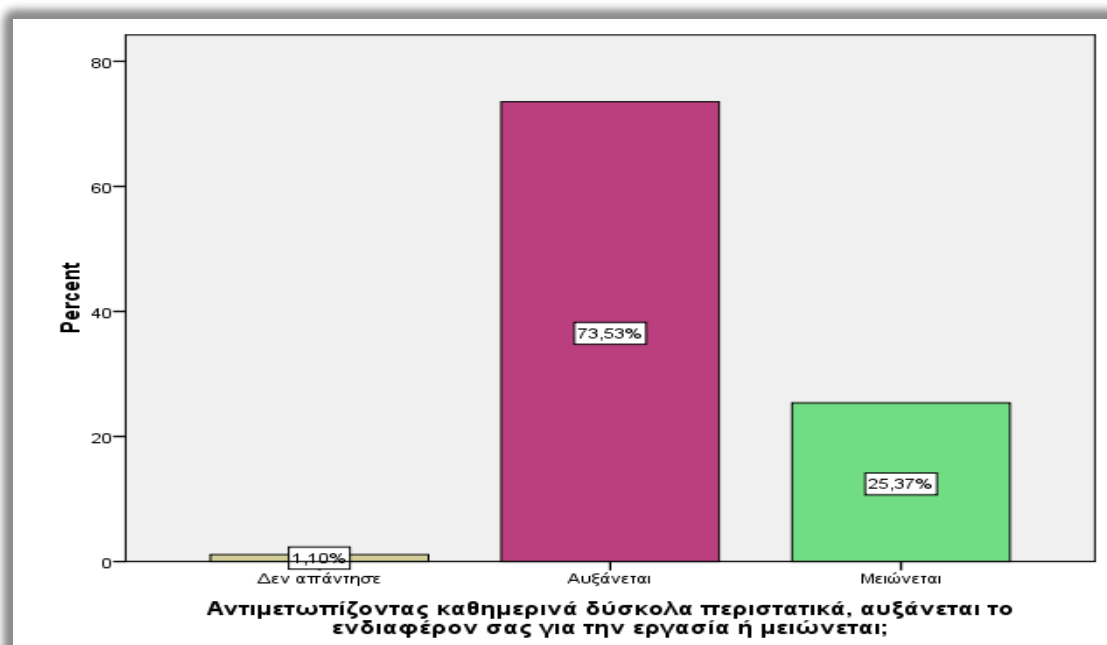
**Σχήμα 11.** Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό και πιστεύει πως οφείλονται στην εργασία του στο τμήμα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού 73,5% δηλώνει πως αυξάνεται το ενδιαφέρον για εργασία αντιμετωπίζοντας καθημερινά δύσκολα περιστατικά ενώ το 25,4% δηλώνει ότι μειώνεται το ενδιαφέρον και μόλις το 1,1% δεν απάντησε. (Πίνακας 13, Σχήμα 12)

<b>Αντιμετωπίζοντας καθημερινά δύσκολα περιστατικά, αυξάνεται το ενδιαφέρον σας για την εργασία ή μειώνεται;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Δεν απάντησε	3	1,1
Αυξάνεται	200	73,5
Μειώνεται	69	25,4

$\chi^2=221,787; df=2; p<0,05$

Πίνακας 13. Ενδιαφέρον για την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού.

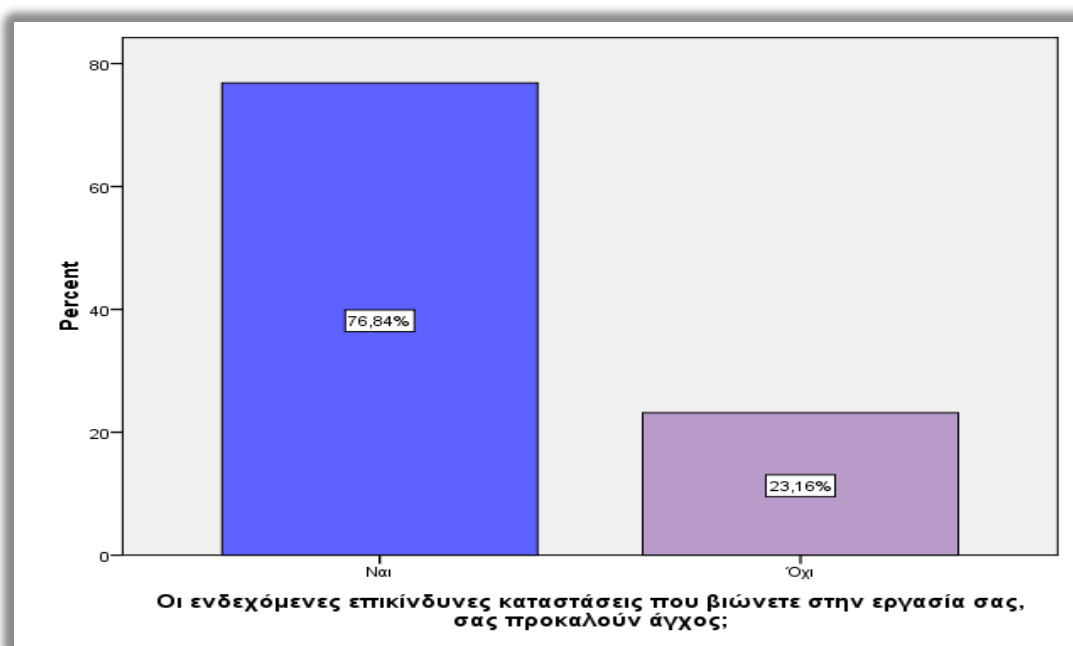


Σχήμα 12. Ενδιαφέρον για την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού 76,8% βιώνει άγχος από τις ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις στην εργασία και το 23,2% δεν βιώνει άγχος. (Πίνακας 14, Σχήμα 13)

Οι ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνετε στην εργασία σας, σας προκαλούν άγχος;	N = 272	Percent %
Ναι	209	76,8
Όχι	63	23,2
$\chi^2=78,368; df=1; p<0,05$		

**Πίνακας 14.** Προκαλούμενο άγχος από τις επικίνδυνες καταστάσεις στην ψυχιατρική κλινική.



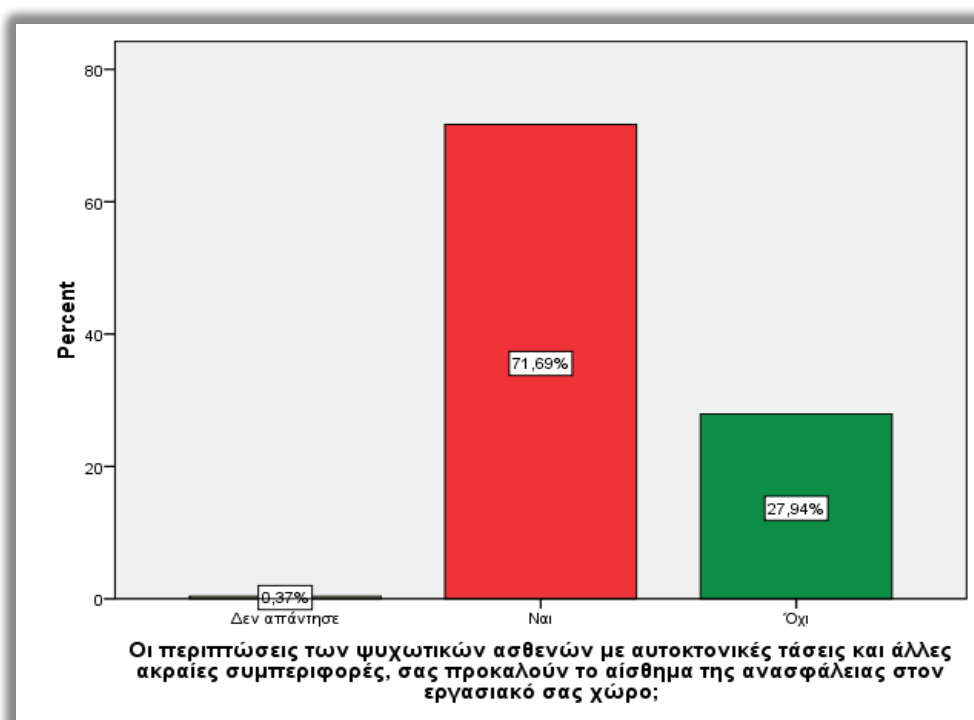
**Σχήμα 13.** Προκαλούμενο άγχος από τις επικίνδυνες καταστάσεις στην ψυχιατρική κλινική.

Το 71,5% του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι οι περιπτώσεις των ψυχωτικών ασθενών με αυτοκτονικές τάσεις και άλλες ακραίες συμπεριφορές του προκαλούν το αίσθημα της ανασφάλειας στον εργασιακό χώρο, το 27,9% δήλωσε πως δεν του προκαλεί αίσθημα ανασφάλειας και μόλις το 0,4% αρνήθηκε να απαντήσει. (Πίνακας 15, Σχήμα 14)

<b>Οι περιπτώσεις των ψυχωτικών ασθενών με αυτοκτονικές τάσεις και άλλες ακραίες συμπεριφορές, σας προκαλούν το αίσθημα της ανασφάλειας στον εργασιακό σας χώρο;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Δεν απάντησε	1	0,4
Ναι	195	71,7
Όχι	76	27,9

$\chi^2=211,110; df=2; p<0,05$

**Πίνακας 15.** Δημιουργία του αισθήματος της ανασφάλειας από τις περιπτώσεις των ψυχωτικών ασθενών με αυτοκτονικές τάσεις και άλλες ακραίες συμπεριφορές.



**Σχήμα 14.** Δημιουργία του αισθήματος της ανασφάλειας από τις περιπτώσεις των ψυχωτικών ασθενών με αυτοκτονικές τάσεις και άλλες ακραίες συμπεριφορές.

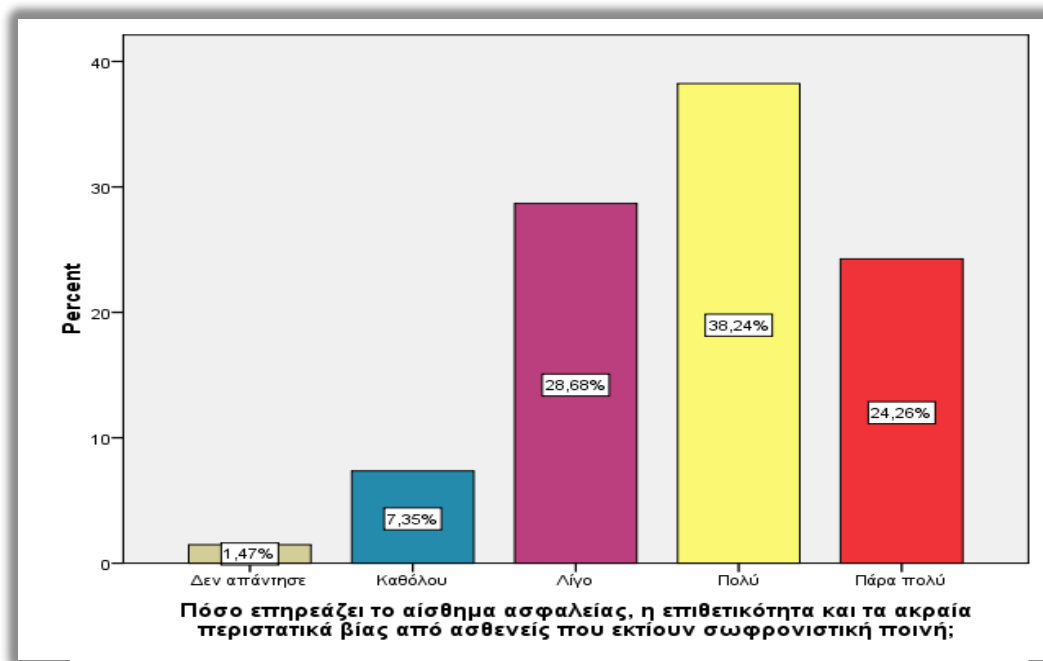
Το

νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί σε γενική πλειοψηφία (91,2%) ότι επηρεάζεται το αίσθημα ασφάλειας από την επιθετικότητα και τα ακραία περιστατικά βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή. Αναλυτικότερα το 28,7% επηρεάζεται λίγο, το 38,2% πολύ και το 24,3% πάρα πολύ. Δεν επηρεάζεται καθόλου το 7,4% ενώ το 1,5% απέφυγε να απαντήσει. (Πίνακας 16, Σχήμα 15)

<b>Πόσο επηρεάζει το αίσθημα ασφάλειας, η επιθετικότητα και τα ακραία περιστατικά βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Δεν απάντησε	4	1,5
Καθόλου	20	7,4
Λίγο	78	28,7
Πολύ	104	38,2
Πάρα πολύ	66	24,3

**$\chi^2=126,382; df=4; p<0,05$**

**Πίνακας 16.** Πόσο επηρεάζει το αίσθημα ασφάλειας των ερωτηθέντων οι ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή.



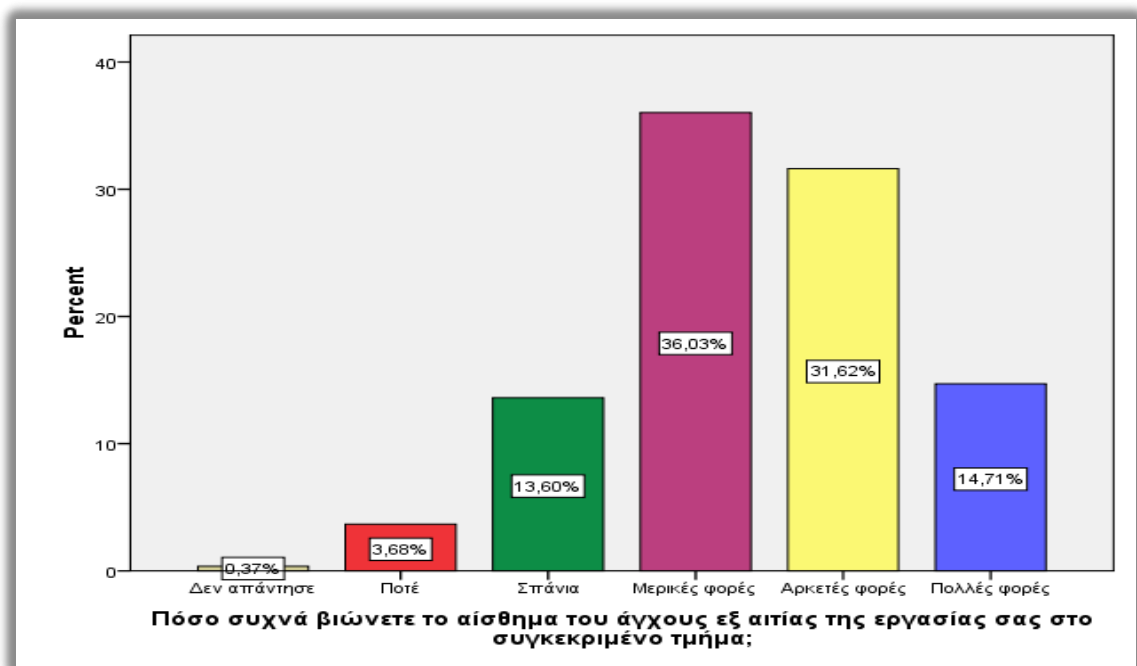
**Σχήμα 15.** Πόσο επηρεάζει το αίσθημα ασφάλειας των ερωτηθέντων οι ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή.

Σε συντριπτική πλειοψηφία το 95,9% του νοσηλευτικού προσωπικού βιώνει άγχος εξ' αιτίας της εργασίας στο ψυχιατρικό τμήμα. Πιο συγκεκριμένα το 13,6% σπάνια, το 36% μερικές φορές, το 31,6% αρκετές φορές και το 14,7% πολλές φορές. Από την άλλη πλευρά το 3,7% δεν βιώνει ποτέ άγχος και το 0,4% δεν απάντησε. (Πίνακας 17, Σχήμα 16)

Πόσο συχνά βιώνετε το αίσθημα του άγχους εξ' αιτίας της εργασίας σας στο συγκεκριμένο τμήμα;	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	1	0,4
Ποτέ	10	3,7
Σπάνια	37	13,6
Μερικές φορές	98	36
Αρκετές φορές	86	31,7
Πολλές φορές	40	14,7

$\chi^2=170,721; df=5; p<0,05$

Πίνακας 17. Αίσθημα άγχους εξ' αιτίας της εργασίας στην ψυχιατρική κλινική.



Σχήμα 16. Αίσθημα άγχους εξ' αιτίας της εργασίας στην ψυχιατρική κλινική.

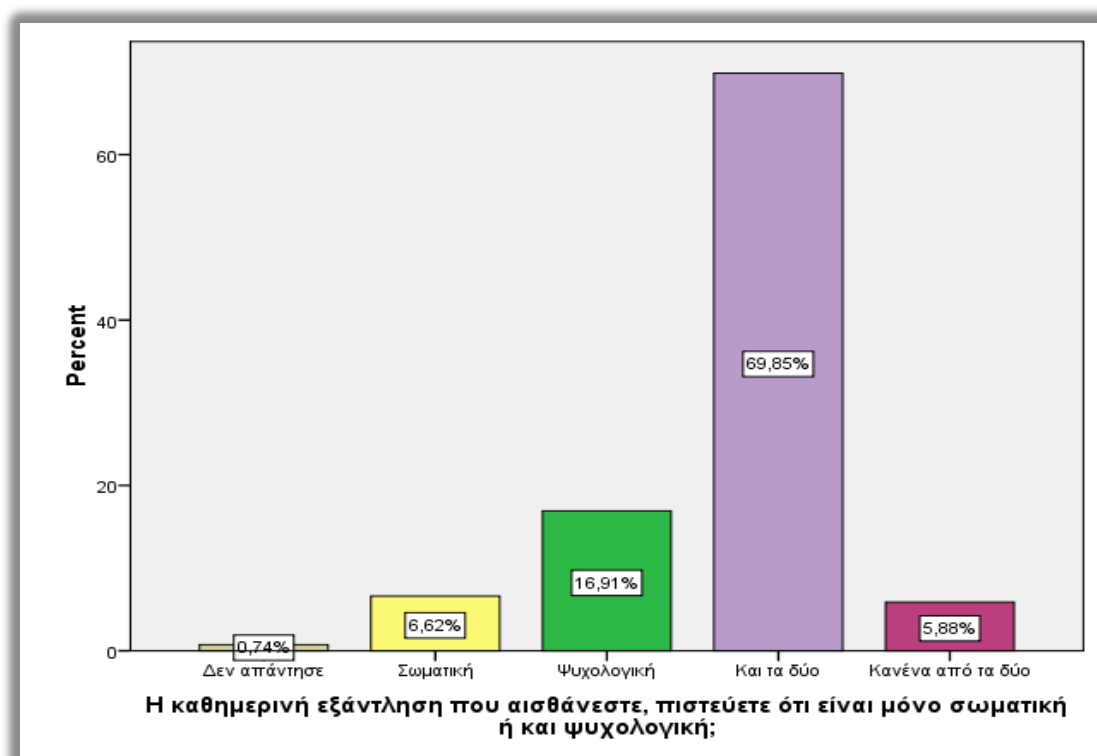


Το 69,9% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι η καθημερινή εξάντληση που αισθάνεται είναι σωματική και ψυχολογική. Το 6,6% μόνο σωματική, το 16,9% μόνο ψυχολογική και το 0,7% δεν απάντησε. (Πίνακας 18, Σχήμα17)

<b>Η καθημερινή εξάντληση που αισθάνεστε, πιστεύετε ότι είναι μόνο σωματική ή και ψυχολογική;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Δεν απάντησε	2	0,7
Σωματική	18	6,6
Ψυχολογική	46	16,9
Και τα δύο	190	69,9
Κανένα από τα δύο	16	5,9

$\chi^2=441,235; df=4; p<0,05$

**Πίνακας 18.** Σωματική και ψυχολογική εξάντληση των ερωτηθέντων



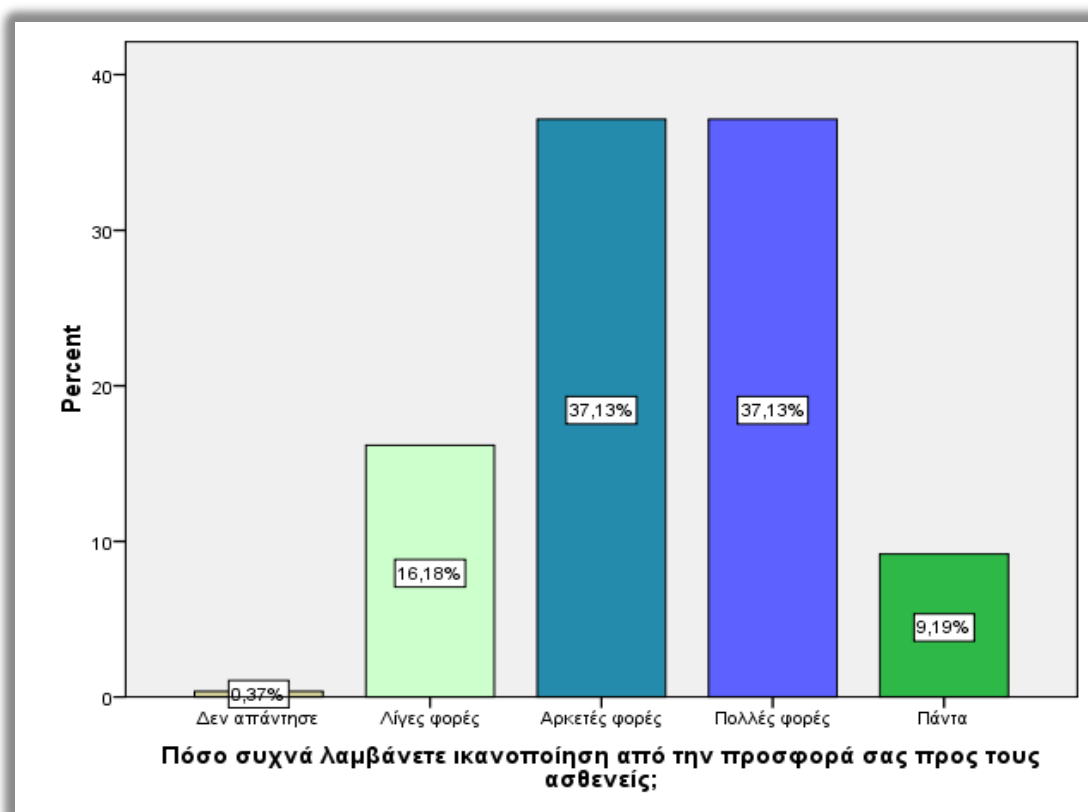
**Σχήμα 17.** Σωματική και ψυχολογική εξάντληση των ερωτηθέντων.

Το 16,2% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι λίγες φορές λαμβάνει ικανοποίηση από την προσφορά του προς τους ασθενείς. Το 37,1% αρκετές φορές ομοίως το 37,1% πολλές φορές και το 9,2% πάντα. Το 0,4% δεν απάντησε. (Πίνακας 19, Σχήμα 18)

<b>Πόσο συχνά λαμβάνετε ικανοποίηση από την προσφορά σας προς τους ασθενείς;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Δεν απάντησε	1	0,4
Λίγες φορές	44	16,2
Αρκετές φορές	101	37,1
Πολλές φορές	101	37,1
Πάντα	25	9,2

**$\chi^2=150,132$ ;  $df=4$ ;  $p<0,05$**

**Πίνακας 19.** Αίσθημα ικανοποίησης από την προσφορά στους ασθενείς.

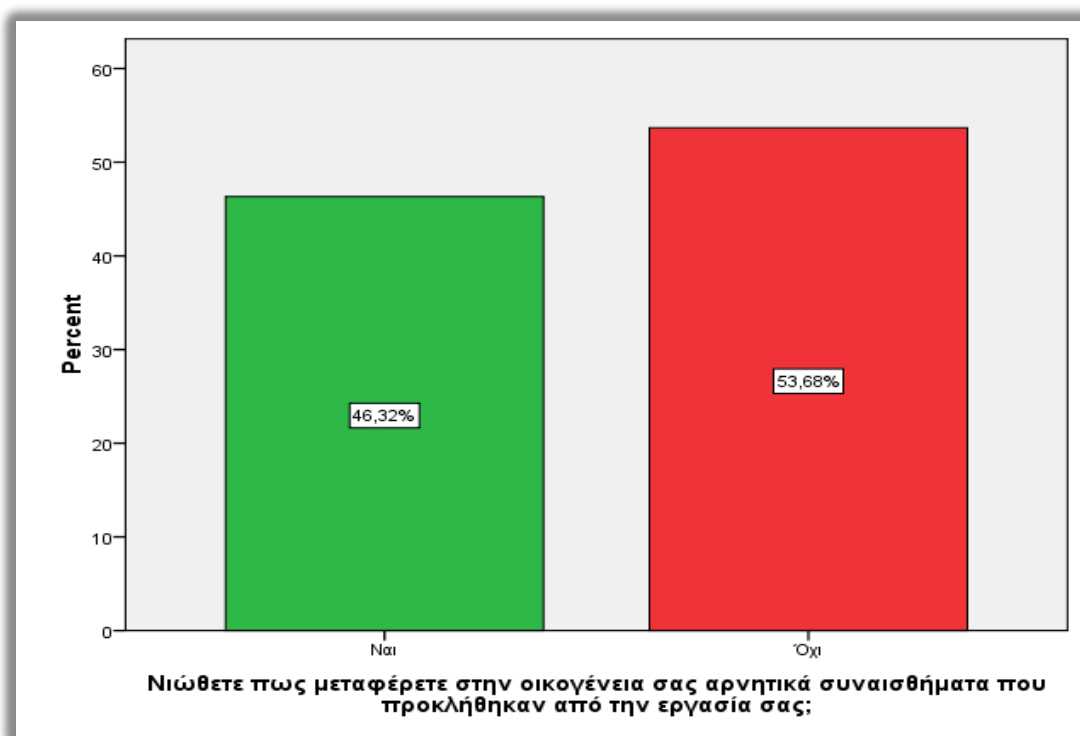


**Σχήμα 18.** Αίσθημα ικανοποίησης από την προσφορά στους ασθενείς.

Το 53,7% του νοσηλευτικού προσωπικού δεν μεταφέρει στην οικογένεια του αρνητικά συναισθήματα που προκλήθηκαν από την εργασία του ενώ το 46,3% μεταφέρει. (Πίνακας 20, Σχήμα 19)

<b>Νιώθετε πως μεταφέρετε στην οικογένεια σας αρνητικά συναισθήματα που προκλήθηκαν από την εργασία σας;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Ναι	126	46,3
Όχι	146	53,7
<b><math>\chi^2=1,471</math>; <math>df=1</math>; <math>p=0,225</math></b>		

**Πίνακας 20.** Μεταφορά συναισθημάτων, που προκλήθηκαν από την εργασία, στην οικογένεια.



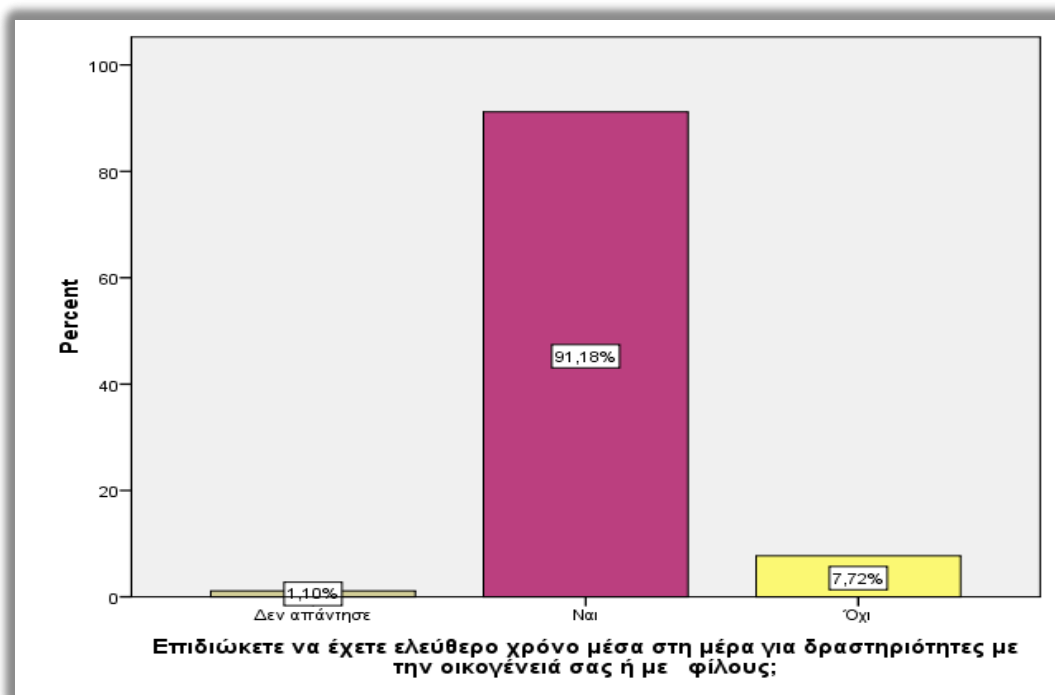
**Σχήμα 19.** Μεταφορά συναισθημάτων, που προκλήθηκαν από την εργασία, στην οικογένεια.

Πολύ μεγάλο ποσοστό 91,2% του νοσηλευτικού προσωπικού επιδιώκει να έχει ελεύθερο χρόνο μέσα στη μέρα για δραστηριότητες με την οικογένεια ή με φίλου, το 7,7% δεν το επιδιώκει και το 1,1% δεν απάντησε. (Πίνακας 21, Σχήμα 20)

<b>Επιδιώκετε να έχετε ελεύθερο χρόνο μέσα στη μέρα για δραστηριότητες με την οικογένειά σας ή με φίλους;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Δεν απάντησε	3	1,1
Ναι	248	91,2
Όχι	21	7,7

**$\chi^2=411,316$ ;  $df=2$ ;  $p<0,05$**

**Πίνακας 21.** Ελεύθερος χρόνος και δραστηριότητες με την οικογένεια και φίλους.



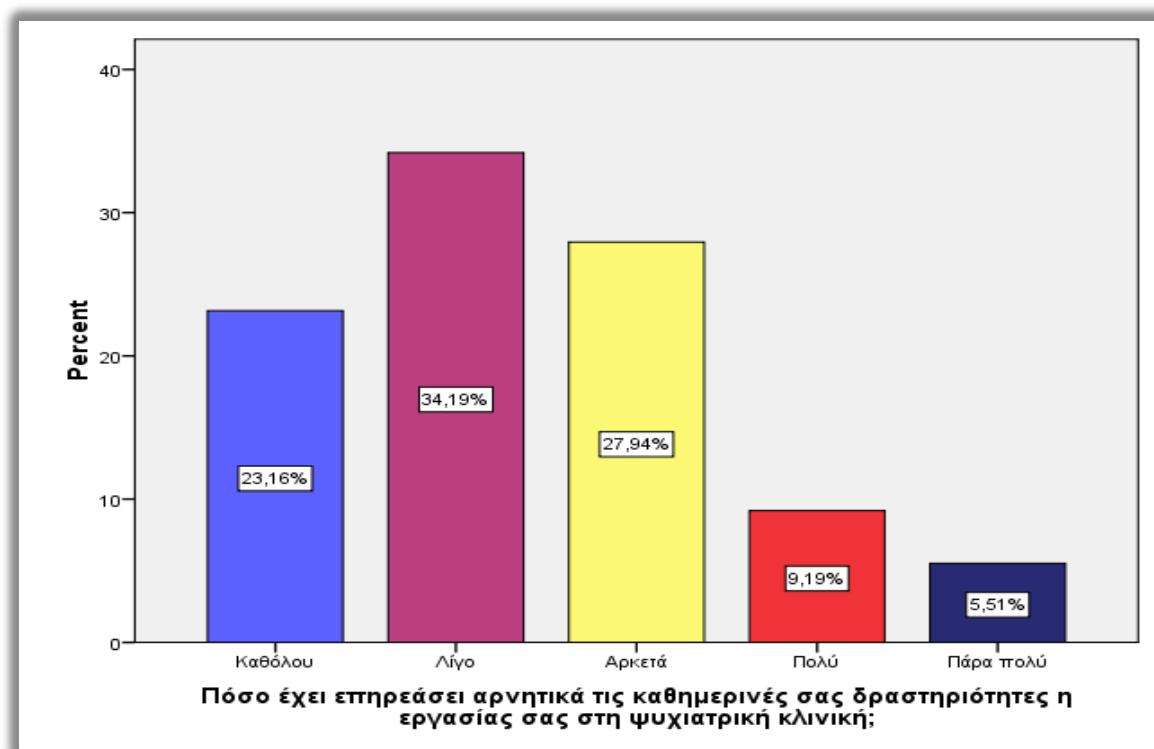
**Σχήμα 20.** Ελεύθερος χρόνος και δραστηριότητες με την οικογένεια και φίλους.

Οι καθημερινές δραστηριότητες του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την εργασία στην ψυχιατρική κλινική σε ποσοστό 76,8%. Ειδικότερα, λίγο το 34,2%, αρκετά το 27,9%, πολύ το 9,2 % και πάρα πολύ το 5,5%. Δεν έχει επηρεάσει καθόλου το 23,2%. (Πίνακας 22, Σχήμα 21)

<b>Πόσο έχει επηρεάσει αρνητικά τις καθημερινές σας δραστηριότητες η εργασίας σας στη ψυχιατρική κλινική;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Καθόλου	63	23,2
Λίγο	93	34,2
Αρκετά	76	27,9
Πολύ	25	9,2
Πάρα πολύ	15	5,5

**$\chi^2=81,750$ ;  $df=4$ ;  $p<0,05$**

**Πίνακας 22.** Καθημερινές δραστηριότητες των ερωτηθέντων που επηρεάζονται από την εργασία τους.

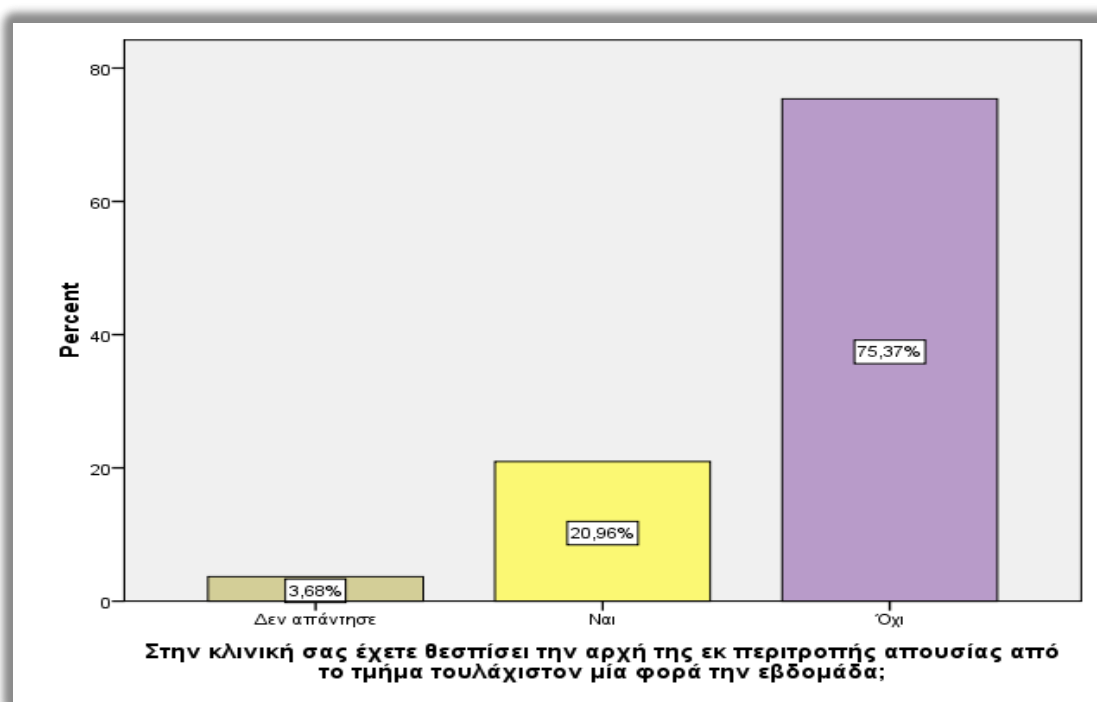


**Σχήμα 21.** Καθημερινές δραστηριότητες των ερωτηθέντων που επηρεάζονται από την εργασία τους.

Το 75,4% του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε πως στην κλινική τους δεν έχουν θεσπίσει την αρχή της εκ περιτροπής απουσίας από το τμήμα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα ενώ το 21% το έχουν θεσπίσει. Το 3,7% δεν απάντησε. (Πίνακας 23, Σχήμα 22)

Στην κλινική σας έχετε θεσπίσει την αρχή της εκ περιτροπής απουσίας από το τμήμα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα;	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	10	3,7
Ναι	57	21
Όχι	205	75,4
<b><math>\chi^2=228,449</math>; <math>df=2</math>; <math>p&lt;0,05</math></b>		

**Πίνακας 23.** Θέσπιση της αρχής της εκ περιτροπής απουσίας από την κλινική τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.



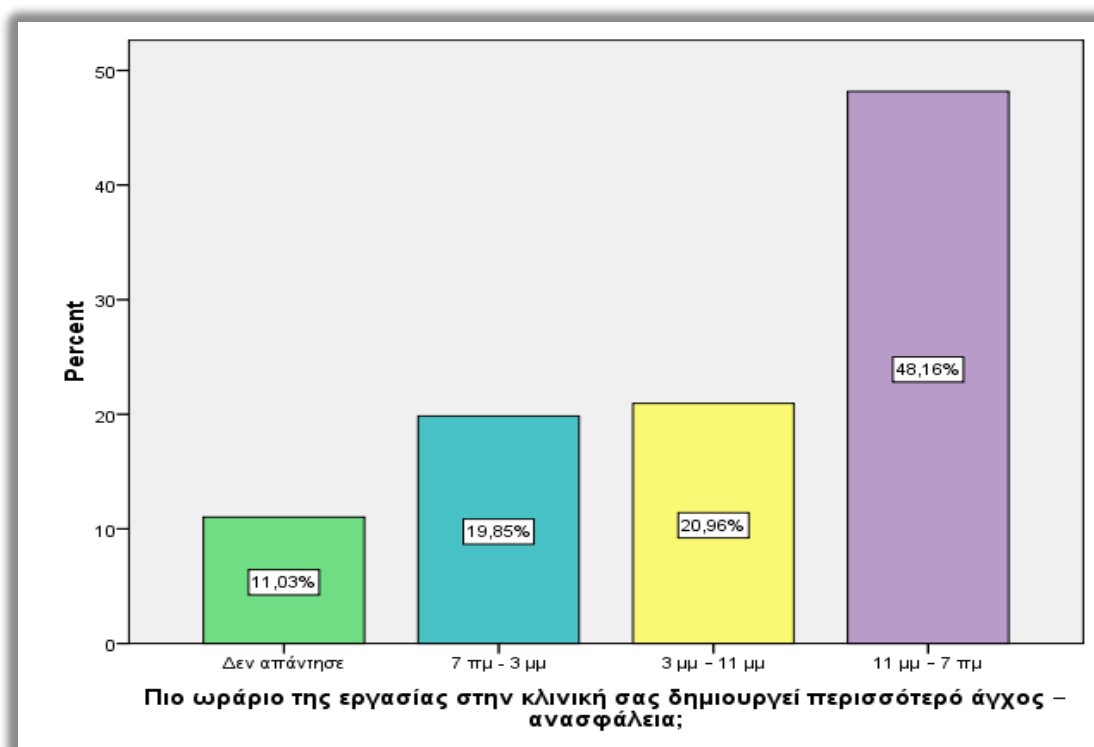
**Σχήμα 22.** Θέσπιση της αρχής της εκ περιτροπής απουσίας από την κλινική τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

Το ωράριο 11μμ – 7πμ δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια στο νοσηλευτικό προσωπικό κατά 48,2%. Το 3μμ – 11μμ σε ποσοστό 21% και το 7πμ – 3μμ σε ποσοστό 19,9%. Δεν απάντησε το 11%. (Πίνακας 24, Σχήμα 23)

Πιο ωράριο της εργασίας στην κλινική σας δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια;	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	30	11
7 πμ - 3 μμ	54	19,9
3 μμ - 11 μμ	57	21
11 μμ - 7 πμ	131	48,2

$\chi^2=84,265; df=3; p<0,05$

Πίνακας 24. Ωράριο εργασίας που δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια.



Σχήμα 23. Ωράριο εργασίας που δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια.

Στο νοσηλευτικό προσωπικό τέθηκε με ανοικτό ερώτημα για ποιους λόγους τα συγκεκριμένα ωράρια του προκαλούν άγχος και ανασφάλεια. Οι απαντήσεις ποικίλουν και για αυτό τον λόγο έπειτα από επεξεργασία και διαλογή εντάχθηκαν σε 5 μεγάλες κατηγορίες. Ακολουθεί αναλυτικά οι λόγοι άγχους και ανασφάλειας που περιλαμβάνει η κάθε κατηγορία. (Πίνακας 25)

<b>Κατηγορία</b>	<b>Λόγοι που το ωράριο δημιουργεί άγχος - ανασφάλεια</b>
Φόβος	Ελλιπής ασφάλεια, επικίνδυνο, επικινδυνότητα, ανασφάλεια
Ευθύνη	Ευθύνη, μεγάλη ευθύνη, μικρή εργασιακή εμπειρία, άγχος
Εργασία αυξημένων απαιτήσεων	Ένταση, Πολύ κόσμος, κίνηση, αυξημένες απαιτήσεις, φόρτος εργασίας, έλλειψη προσωπικού, δυσκολία, βιολογικό ρολόι, έλλειψη ύπνου, λίγες ώρες ύπνου, απομόνωση, κόπωση, δυσκολία, ανησυχία
Προσωπική και οικογένεια	Δεν υπάρχει χρόνος για τα παιδιά, πολλές υποχρεώσεις, έλλειψη χρόνου, διαταραχές στο ζύπνημα
Δυσκολία & μειωμένο ενδιαφέρον για τη φροντίδα των ασθενών	Χωρίς ενδιαφέρον, ασθενείς χωρίς αντικείμενο απασχόλησης, φόβος για απόδραση, λιγότερα μέσα, όχι συχνή παρακολούθηση ασθενών

Πίνακας 25. Λόγοι που το ωράριο προκαλεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια.

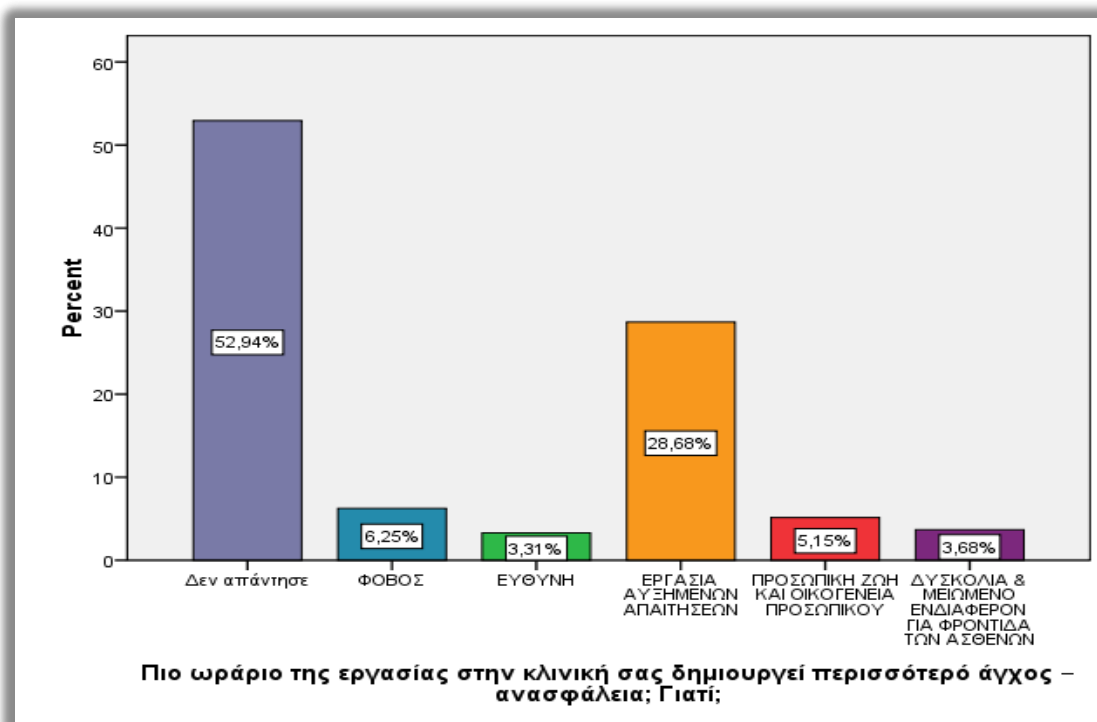


Το 52,9% του νοσηλευτικού προσωπικού δεν απάντησε στον λόγο που συγκεκριμένα ωράριο δημιουργεί άγχος – ανασφάλεια. Το 6,3% ανέφερε τον Φόβο, το 3,3% την Ευθύνη, το 28,7% την εργασία αυξημένων απαιτήσεων, το 5,1% την προσωπική ζωή και οικογένεια προσωπικού και το 3,7% την δυσκολία και το μειωμένο ενδιαφέρον για φροντίδα των ασθενών. (Πίνακας 26, Σχήμα 24)

<b>Πιο ωράριο της εργασίας στην κλινική σας δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια; Γιατί;</b>	<b>N = 272</b>	<b>Percent %</b>
Δεν απάντησε	144	52,9
Φόβος	17	6,3
Ευθύνη	9	3,3
Εργασία αυξημένων απαιτήσεων	78	28,7
Προσωπική ζωή και οικογένεια	14	5,1
Δυσκολία & μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία	10	3,7

**$\chi^2=334,309$ ;  $df=5$ ;  $p<0,05$**

**Πίνακας 26.** Ωράριο που δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια.



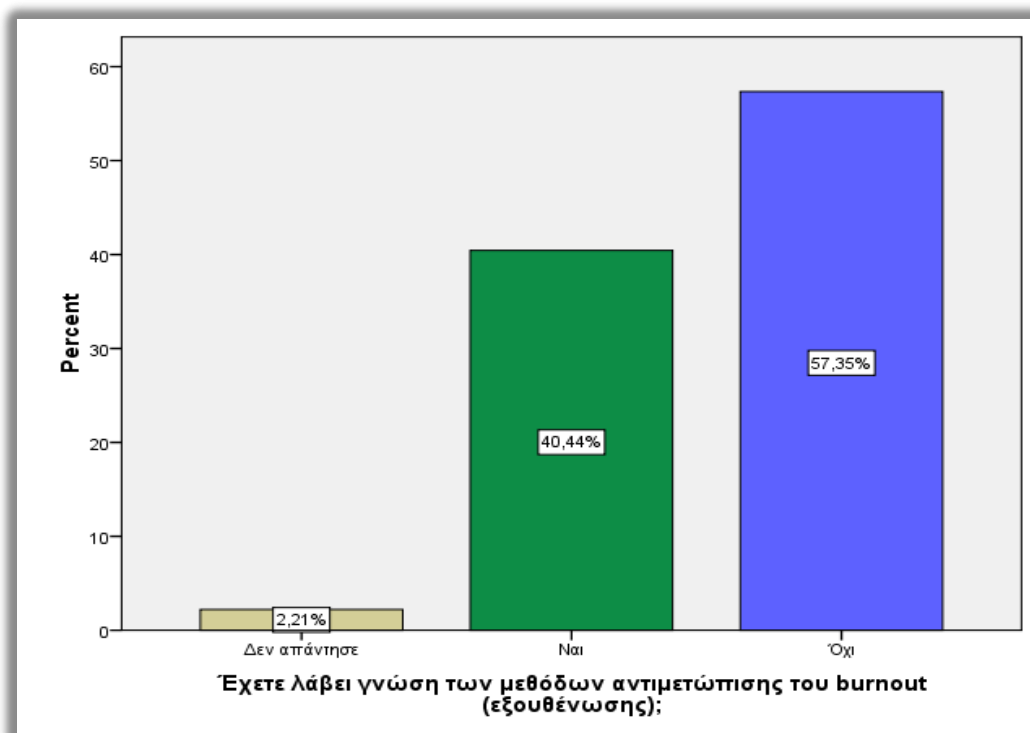
**Σχήμα 24.** Ωράριο που δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια.

Το 57,4% δεν έχει λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του burnout (εξουθένωση), το 40,4% έχει λάβει γνώση ενώ το 2,2% δεν απάντησε. (Πίνακας 27, Σχήμα 25)

Έχετε λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του burn out (εξουθένωσης);	N = 272	Percent %
Δεν απάντησε	144	52,9
Ναι	17	6,3
Όχι	9	3,3

$\chi^2=130,265; df=2; p<0,05$

Πίνακας 27. Γνώσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το σύνδρομο Burn out.

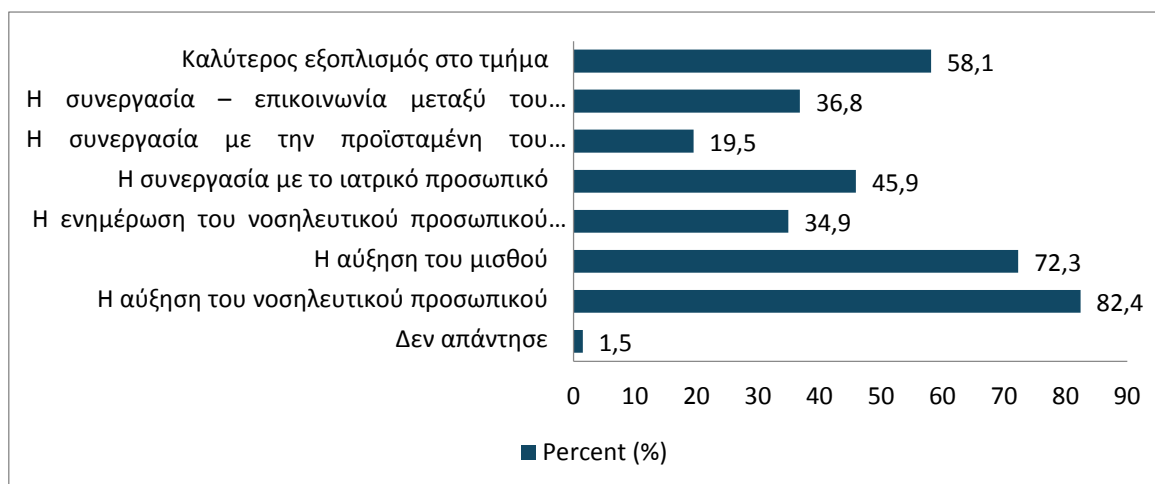


Σχήμα 25. Γνώσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το σύνδρομο Burn out.

Στο νοσηλευτικό προσωπικό τέθηκε ερώτηση σχετικά με το τι θα βελτίωνε στη συγκεκριμένη ψυχιατρική κλινική τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις από την εργασία. Υπήρχε η δυνατότητα να επιλέξουν περισσότερες από μία προτάσεις. Πιο συγκεκριμένα, το 82,4% προτείνει την αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού, το 72,3% προτείνει την αύξηση του μισθού, το 34,9% να καλυτερεύσει η ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την πορεία των ασθενών, το 45,9% να καλυτερεύσει η συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, το 19,5 να καλυτερεύσει η συνεργασία με την προϊσταμένη του τμήματός, το 36,8% την καλύτερη συνεργασία – επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος και το 58,1 % τον καλύτερο εξοπλισμό στο τμήμα. Δεν απάντησε το 1,5%. (Πίνακας 28, Σχήμα 26)

Τι θα θέλατε να βελτιωθεί στη συγκεκριμένη ψυχιατρική κλινική για τη μείωση των βιοψυχοκοινωνικών σας επιπτώσεων από την εργασία; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)	N=272	Percent (%)
Δεν απάντησε	4	1,5
Η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού	224	82,4
Η αύξηση του μισθού	202	72,3
Η ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την πορεία των ασθενών	95	34,9
Η συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό	125	45,9
Η συνεργασία με την προϊσταμένη του τμήματός σας	53	19,5
Η συνεργασία – επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος	100	36,8
Καλύτερος εξοπλισμός στο τμήμα	158	58,1

**Πίνακας 28.** Γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το τι θα ήθελαν να βελτιωθεί για να μειωθούν οι επιπτώσεις από την εργασία τους.



**Σχήμα 26.** Γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το τι θα ήθελαν να βελτιωθεί για να μειωθούν οι επιπτώσεις από την εργασία τους.

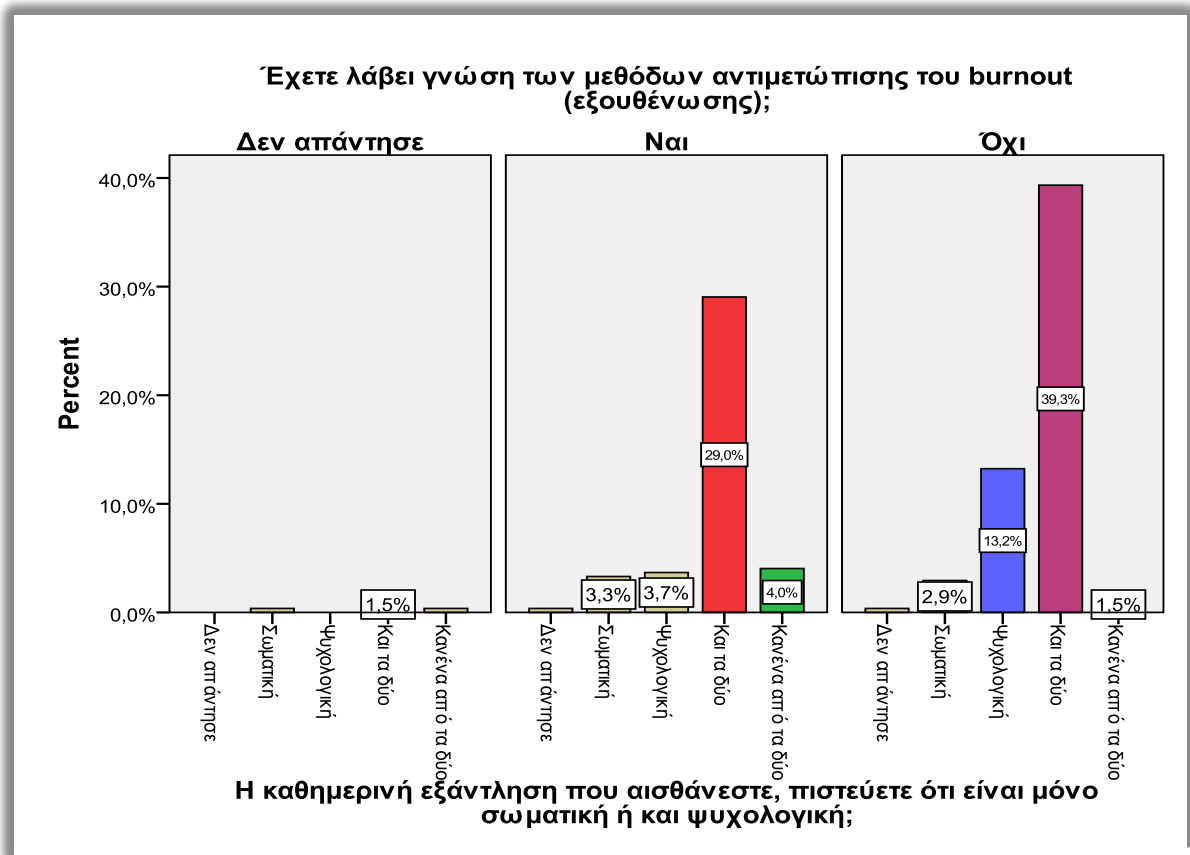
## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 272 άτομα, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί σε ψυχιατρικές κλινικές. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Σε υψηλότερο ποσοστό 39,9% του νοσηλευτικό προσωπικό που δεν έχει λάβει γνώση των μεθόδων του burn out (εξουθένωση) αισθάνεται σωματική και ψυχολογική καθημερινή εξάντληση έναντι αυτών που έχουν λάβει γνώση και αντιλαμβάνονται ομοίως καθημερινά σωματική και ψυχολογική εξάντληση 29% (Πίνακας 29, Σχήμα 27). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2=17,835$ ;  $df=8$ ;  $p=0,023$ ; NS).

		Έχετε λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του burn out (εξουθένωσης);			Total
		Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	
Η καθημερινή εξάντληση που αισθάνεστε, πιστεύετε ότι είναι μόνο σωματική ή και ψυχολογική;	Δεν απάντησε	0 0,0%	1 0,4%	1 0,4%	2 0,7%
	Σωματική	1 0,4%	9 3,3%	8 2,9%	18 6,6%
	Ψυχολογική	0 0,0%	10 3,7%	36 13,2%	46 16,9%
	Και τα δύο	4 1,5%	79 29,0%	107 39,3%	190 69,9%
	Κανένα από τα δύο	1 0,4%	11 4,0%	4 1,5%	16 5,9%
Total		6 2,2%	110 40,4%	156 57,4%	272 100,0%
$\chi^2=17,835$ ; $df=8$ ; $p=0,023$ ; NS					

**Πίνακας 29.** Η καθημερινή εξάντληση που αισθάνονται οι νοσηλευτές σε συνάρτηση με το αν έχουν λάβει γνώσεις αντιμετώπισης του συνδρόμου Burn out.

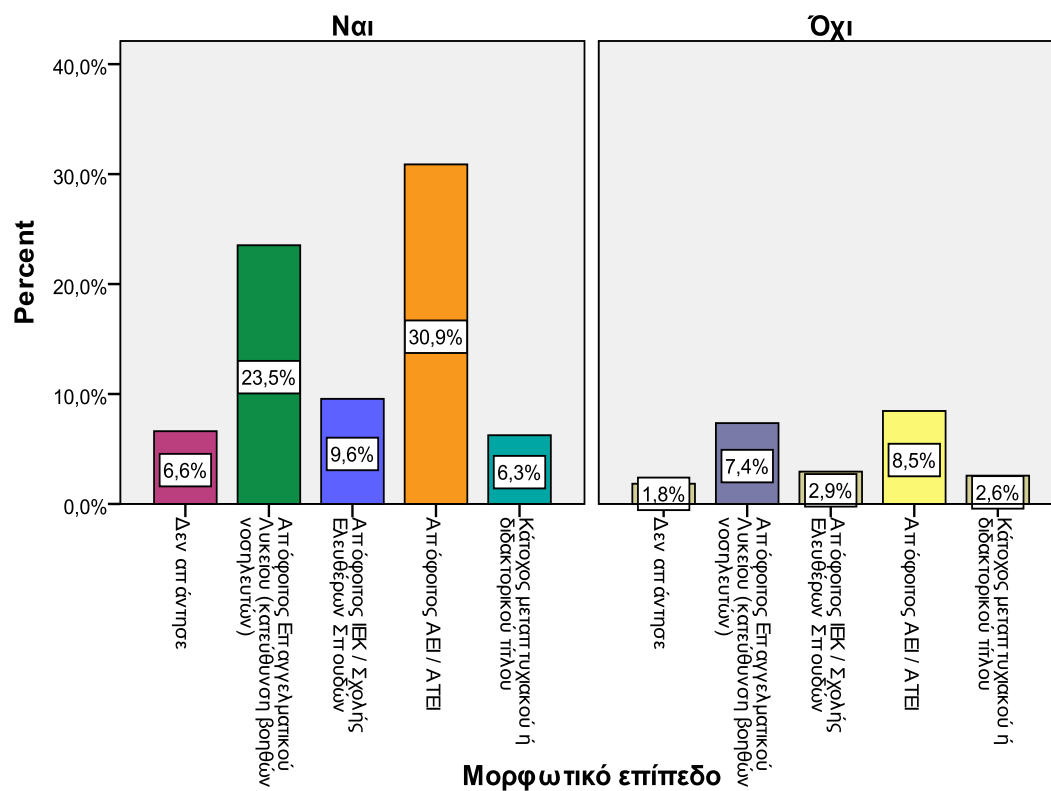


**Σχήμα 27.** Η καθημερινή εξάντληση που αισθάνονται οι νοσηλευτές σε συνάρτηση με το αν έχουν λάβει γνώσεις αντιμετώπισης του συνδρόμου Burn out.

Σε ποσοστό 30,9% οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ βιώνουν άγχος από τις ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνουν στην εργασία. Ομοίως πολύ άγχος βιώνουν και οι απόφοιτοι επαγγελματικού λυκείου σε ποσοστό 23,5%. Αντιθέτως 8,5% των αποφοίτων ΑΕΙ / ΑΤΕΙ δεν βιώνουν άγχος. (Πίνακας 30, Σχήμα 28). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2=0,702$ ;  $df=4$ ;  $p=0,951$ ; NS).

		Οι ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνετε στην εργασία σας, σας προκαλούν άγχος;		Total
		Ναι	Όχι	
Μορφωτικό επίπεδο	Δεν απάντησε	18 6,6%	5 1,8%	23 8,5%
	Απόφοιτος Επαγγελματικού Λυκείου (κατεύθυνση βοηθών νοσηλευτών)	64 23,5%	20 7,4%	84 30,9%
	Απόφοιτος ΙΕΚ / Σχολής Ελευθέρων Σπουδών	26 9,6%	8 2,9%	34 12,5%
	Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ	84 30,9%	23 8,5%	107 39,3%
	Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου	17 6,3%	7 2,6%	24 8,8%
Total		209 76,8%	63 23,2%	272 100,0%
$\chi^2=0,702$ ; $df=4$ ; $p=0,951$ ; NS				

**Οι ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνετε στην εργασία σας, σας προκαλούν άγχος;**



**Σχήμα 28.** Πρόκληση άγχους από τις ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό σε συνάρτηση με το μορφωτικό τους επίπεδο.

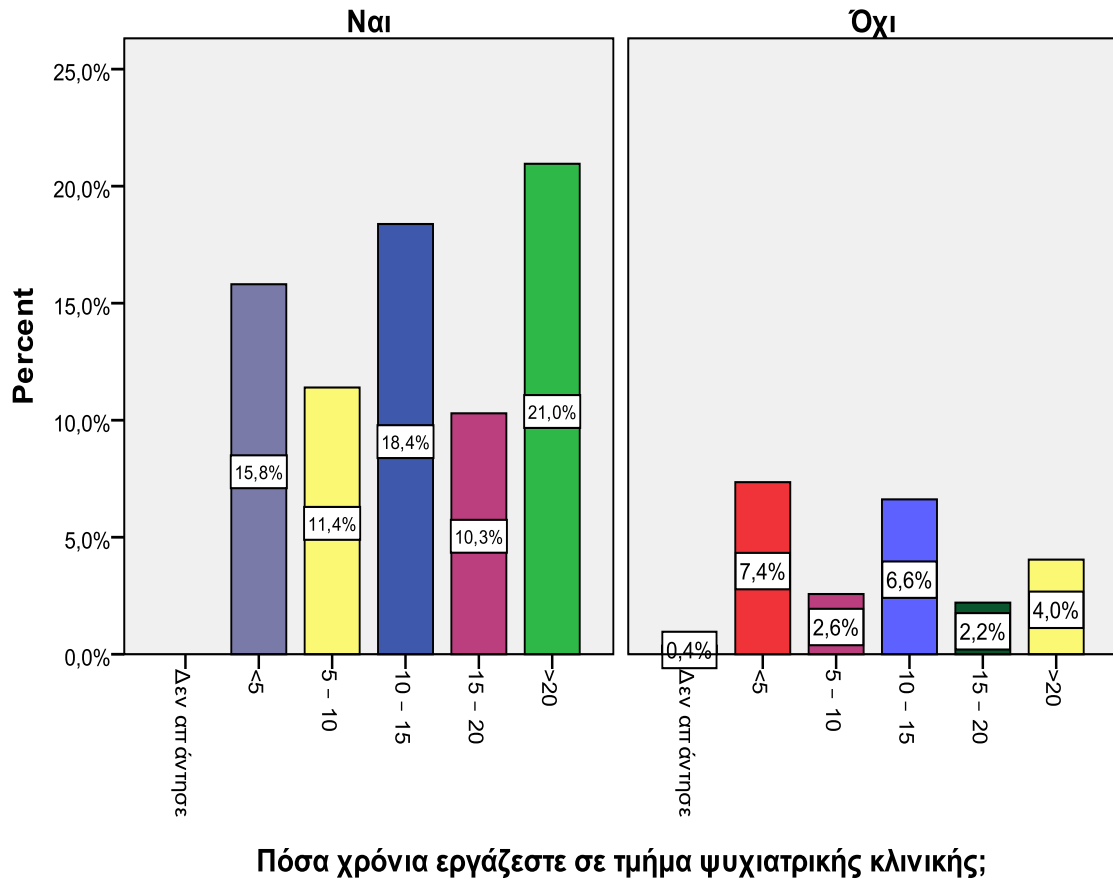
Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο τμήμα της ψυχιατρικής κλινικής πάνω από είκοσι χρόνια δηλώνει σε ποσοστό 21% ότι οι ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνει στην εργασία του προκαλούν άγχος, έναντι των νοσηλευτών που εργάζονται λιγότερο από πέντε χρόνια και δεν βιώνουν καθόλου άγχος σε ποσοστό 7,4%. Ενδεχομένως το υψηλό ποσοστό άγχους σε προσωπικό με μεγάλη εργασιακή εμπειρία να προέρχεται από τις θέσεις ευθύνης που κατέχουν με την πάροδο των εργασιακών ετών (Πίνακας 31, Σχήμα 29). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2=9,270$ ;  $df=5$ ;  $p=0,099$ ; NS).

		Οι ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνετε στην εργασία σας, σας προκαλούν άγχος;		Total
		Ναι	Όχι	
Πόσα χρόνια εργάζεστε σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής;	Δεν απάντησε	0 0,0%	1 0,4%	1 0,4%
	<5	43 15,8%	20 7,4%	63 23,2%
	5 – 10	31 11,4%	7 2,6%	38 14,0%
	10 – 15	50 18,4%	18 6,6%	68 25,0%
	15 – 20	28 10,3%	6 2,2%	34 12,5%
	>20	57 21,0%	11 4,0%	68 25,0%
Total		209 76,8%	63 23,2%	272 100,0%
$\chi^2=9,270$ ; $df=5$ ; $p=0,099$ ; NS				

**Πίνακας 31.** Το άγχος που προκαλείτε από τις ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνουν σε συνάρτηση με το πόσα χρόνια εργάζονται στο τμήμα ψυχιατρικής κλινικής.



**Οι ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνετε στην εργασία σας, σας προκαλούν άγχος;**



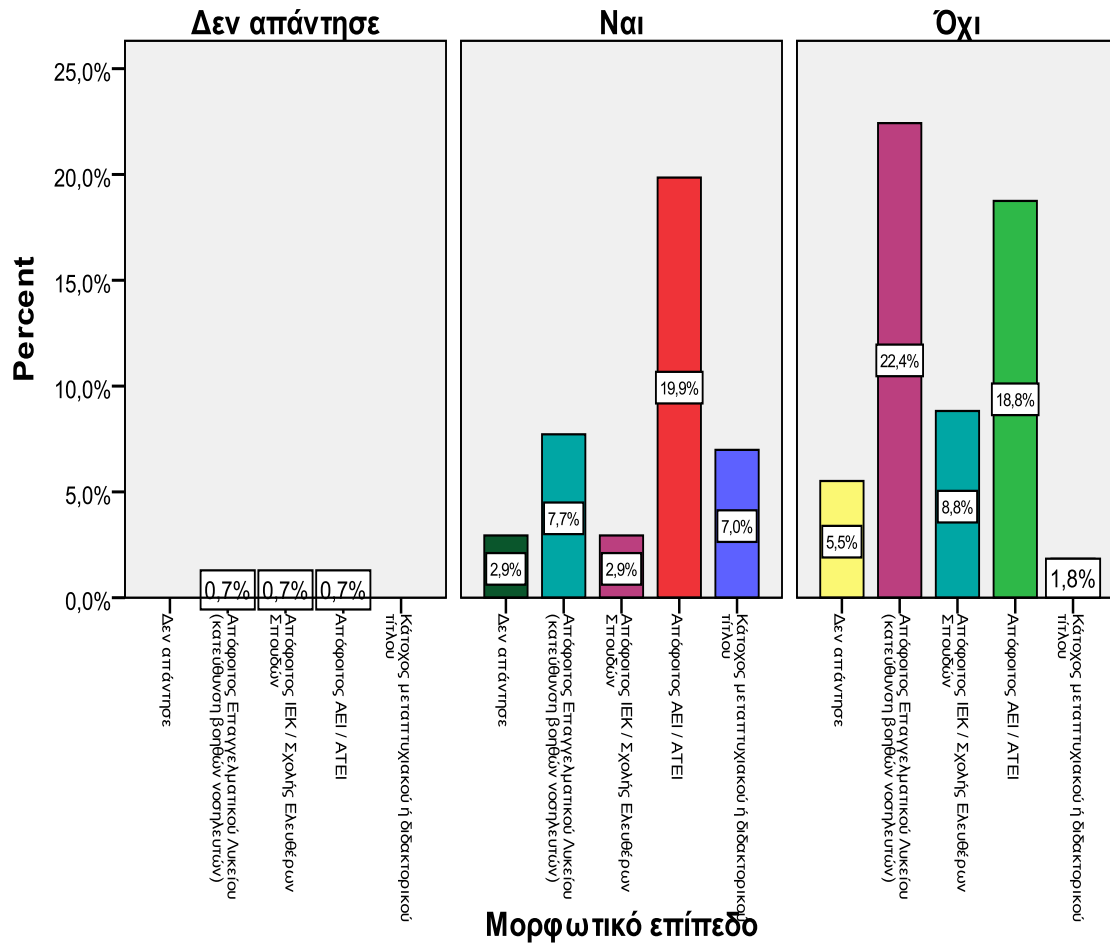
**Σχήμα 29.** Το άγχος που προκαλείτε από τις ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνουν σε συνάρτηση με το πόσα χρόνια εργάζονται στο τμήμα ψυχιατρικής κλινικής.

Οι απόφοιτοι επαγγελματικού λυκείου δεν έχουν λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του burnout (εξουθένωσης) σε ποσοστό 22,4%, έναντι των αποφοίτων ΑΕΙ / ΑΤΕΙ που έχουν λάβει γνώση σε ποσοστό 19,9% (Πίνακας 32, Σχήμα 30). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2=34,318$ ;  $df=8$ ;  $p<0,05$ ).

		Έχετε λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του burn out (εξουθένωσης);			Total
		Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	
Μορφωτικό επίπεδο	Δεν απάντησε	0 0,0%	8 2,9%	15 5,5%	23 8,5%
	Απόφοιτος Επαγγελματικού Λυκείου (κατεύθυνση βοηθών νοσηλευτών)	2 0,7%	21 7,7%	61 22,4%	84 30,9%
	Απόφοιτος ΙΕΚ / Σχολής Ελευθέρων Σπουδών	2 0,7%	8 2,9%	24 8,8%	34 12,5%
	Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ	2 0,7%	54 19,9%	51 18,8%	107 39,3%
	Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου	0 0,0%	19 7,0%	5 1,8%	24 8,8%
Total		6 2,2%	110 40,4%	156 57,4%	272 100,0%
<b><math>\chi^2=34,318</math>; <math>df=8</math>; <math>p&lt;0,05</math></b>					

**Πίνακας 32.** Γνώσεις αντιμετώπισης του Burn out σε συνάρτηση με το μορφωτικό τους επίπεδο.

**Έχετε λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του burnout (εξουθένωσης);**



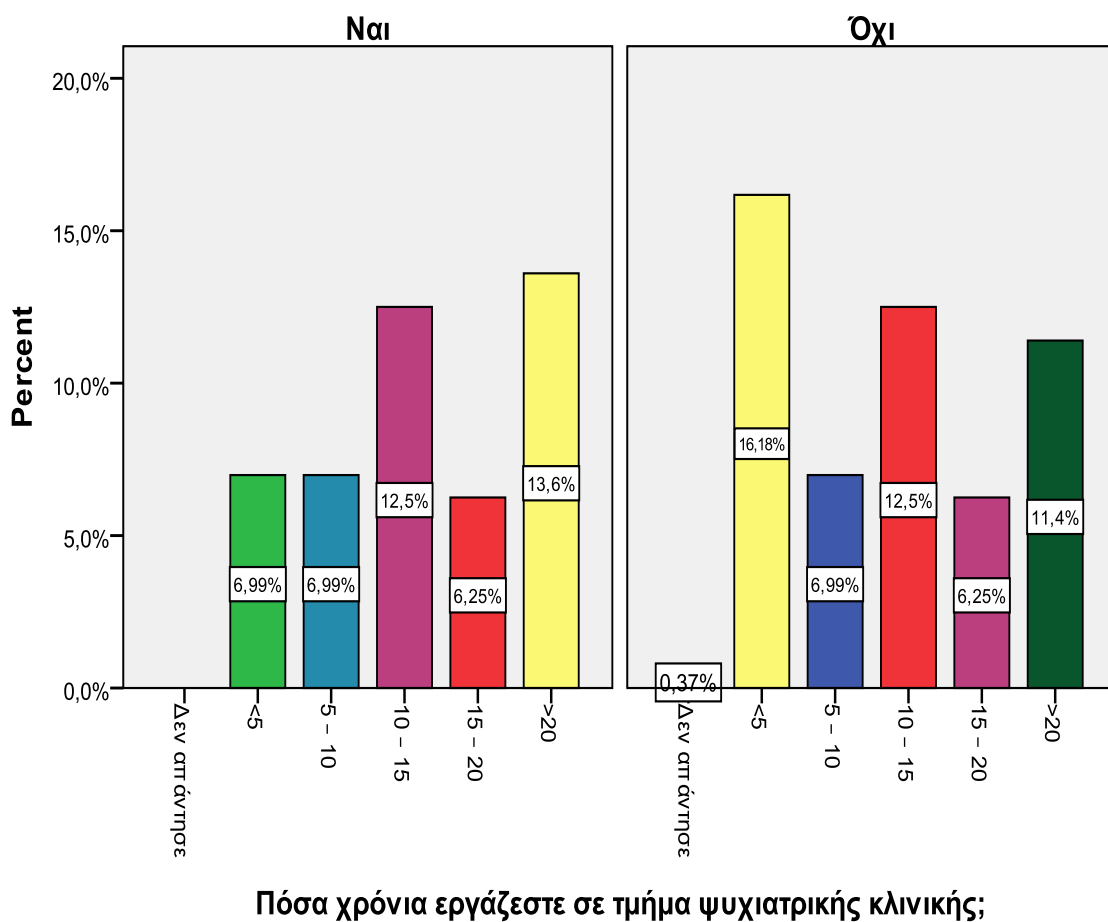
**Σχήμα 30.** Γνώσεις αντιμετώπισης του Burn out σε συνάρτηση με το μορφωτικό τους επίπεδο.

Σε ποσοστό 16,2% του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής λιγότερο από πέντε χρόνια δεν μεταφέρει στην οικογένεια του αρνητικά συναισθήματα που προκλήθηκαν από την εργασία τους, έναντι των νοσηλευτών που εργάζονται πάνω από είκοσι χρόνια και μεταφέρουν αρνητικά συναισθήματα σε ποσοστό 13,6% (Πίνακας 33, Σχήμα 31). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2=10,034$ ;  $df=5$ ;  $p=0,074$ ; NS).

		Νιώθετε πως μεταφέρετε στην οικογένεια σας αρνητικά συναισθήματα που προκλήθηκαν από την εργασία σας;		Total
		Ναι	Όχι	
Πόσα χρόνια εργάζεστε σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής;	Δεν απάντησε	0 0,0%	1 0,4%	1 0,4%
	<5	19 7,0%	44 16,2%	63 23,2%
	5 – 10	19 7,0%	19 7,0%	38 14,0%
	10 – 15	34 12,5%	34 12,5%	68 25,0%
	15 – 20	17 6,3%	17 6,3%	34 12,5%
	>20	37 13,6%	31 11,4%	68 25,0%
	Total	126 46,3%	146 53,7%	272 100,0%
<b><math>\chi^2=10,034</math>; <math>df=5</math>; <math>p=0,074</math>; NS</b>				

**Πίνακας 33.** Μεταφορά αρνητικών συναισθημάτων που προκλήθηκαν από την εργασία σε συνάρτηση με το πόσα χρόνια εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής.

Νιώθετε πως μεταφέρετε στην οικογένεια σας αρνητικά συναισθήματα που προκλήθηκαν από την εργασία σας;

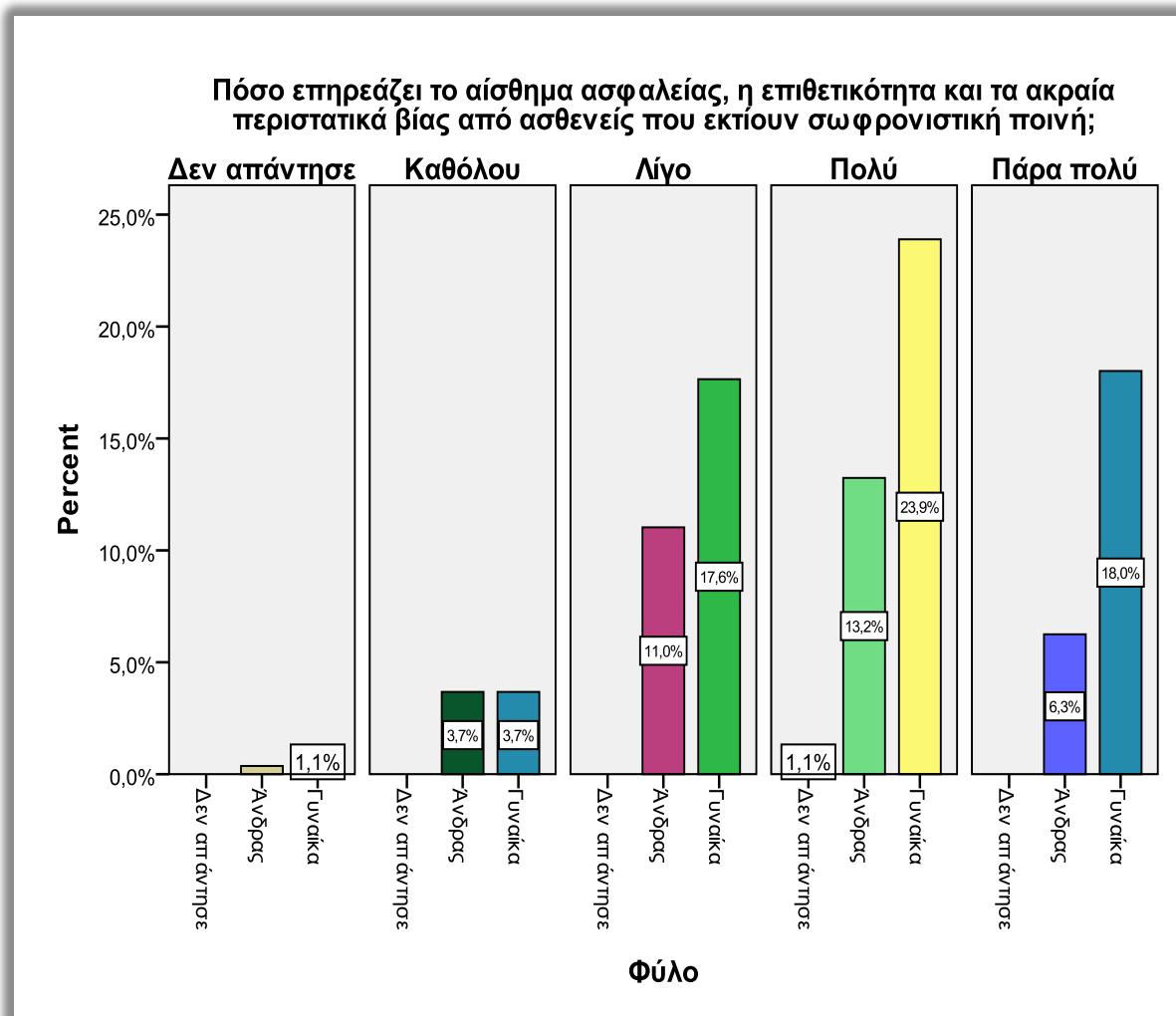


Σχήμα 31. Μεταφορά αρνητικών συναισθημάτων που προκλήθηκαν από την εργασία σε συνάρτηση με το πόσα χρόνια εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής.

Το αίσθημα ασφάλειας επηρεάζεται πολύ εξαιτίας της επιθετικότητας και των ακραίων περιστατικών βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή στις γυναίκες νοσηλευτές σε ποσοστό 23,9%, έναντι των ανδρών νοσηλευτών που επηρεάζονται λίγο σε ποσοστό 11% (Πίνακας 34, Σχήμα 32). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2=10,021$ ;  $df=8$ ;  $p=0,264$ ; NS).

		Πόσο επηρεάζει το αίσθημα ασφαλείας, η επιθετικότητα και τα ακραία περιστατικά βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή;					Total
		Δεν απάντησε	Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ	
Φύλο	Δεν απάντησε	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 1,1%	0 0,0%	3 1,1%
	Ανδρας	1 0,4%	10 3,7%	30 11,0%	36 13,2%	17 6,3%	94 34,6%
	Γυναίκα	3 1,1%	10 3,7%	48 17,6%	65 23,9%	49 18,0%	175 64,3%
Total		4 1,5%	20 7,4%	78 28,7%	104 38,2%	66 24,3%	272 100,0%
<b><math>\chi^2=10,021</math>; <math>df=8</math>; <math>p=0,264</math>; NS</b>							

**Πίνακας 34.** Πόσο επηρεάζει το αίσθημα ασφαλείας η επιθετικότητα και τα ακραία περιστατικά βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή σε συνάρτηση με το φύλο των ερωτηθέντων.



**Σχήμα 32.** Πόσο επηρεάζει το αίσθημα ασφαλείας η επιθετικότητα και τα ακραία περιστατικά βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή σε συνάρτηση με το φύλο των ερωτηθέντων.

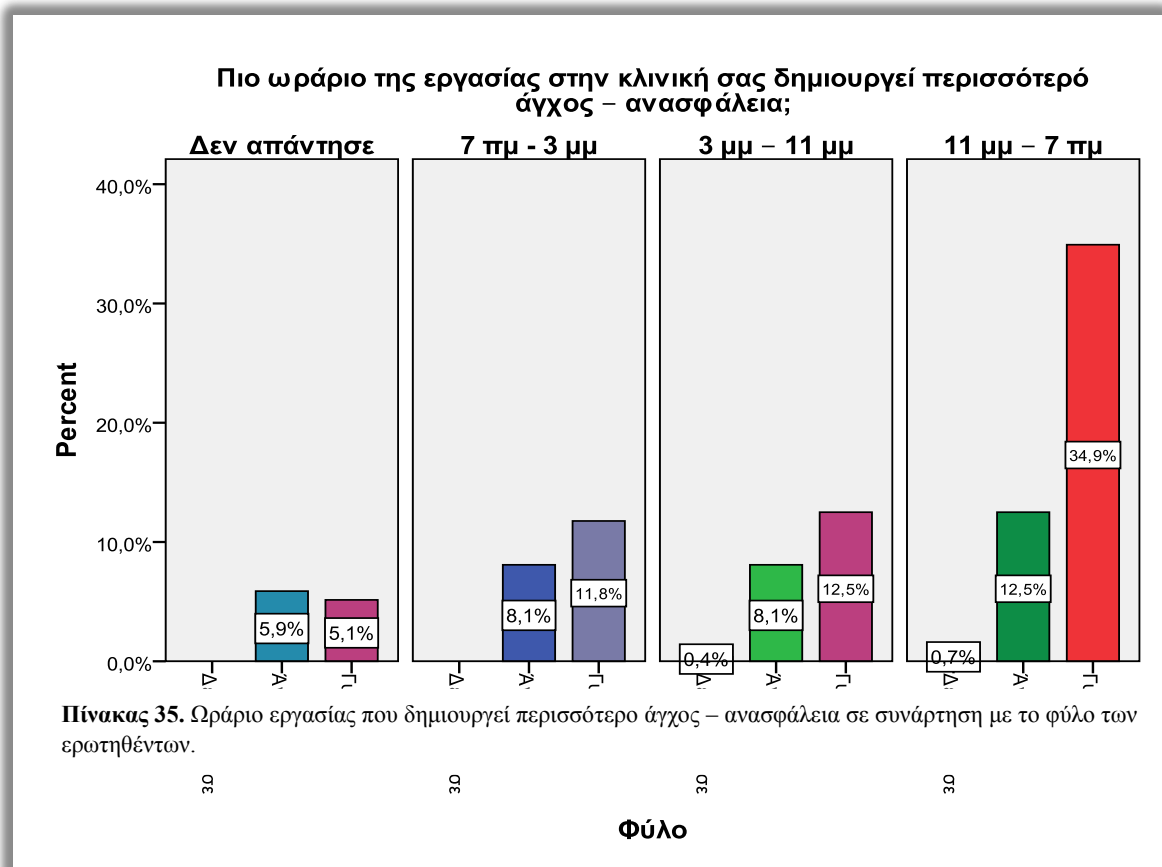
Στις γυναίκες που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό το ωράριο 11μμ – 7πμ δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια σε ποσοστό 34,9% έναντι των ανδρών νοσηλευτών που το ίδιο ωράριο τους προκαλεί δυσμενή αισθήματα σε ποσοστό 12,5%

	Πιο ωράριο της εργασίας στην κλινική σας δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια;			
Δεν απάντησε	7 π.μ. - 3 μ.μ.	3 μ.μ. – 11 μ.μ.	11 μ.μ. – 7 π.μ.	Total

(Πίνακας 35, Σχήμα 33). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2=11,322$ ;  $df=6$ ;  $p=0,079$ ; NS).



	Δεν απάντησε	0 0,0%	0 0,0%	1 0,4%	2 0,7%	3 1,1%
Φύλο	Ανδρας	16 5,9%	22 8,1%	22 8,1%	34 12,5%	94 34,6%
	Γυναίκα	14 5,1%	32 11,8%	34 12,5%	95 34,9%	175 64,3%
	Total	30 11,0%	54 19,9%	57 21,0%	131 48,2%	272 100,0%
$\chi^2=11,322$ ; $df=6$ ; $p=0,079$ ; NS						



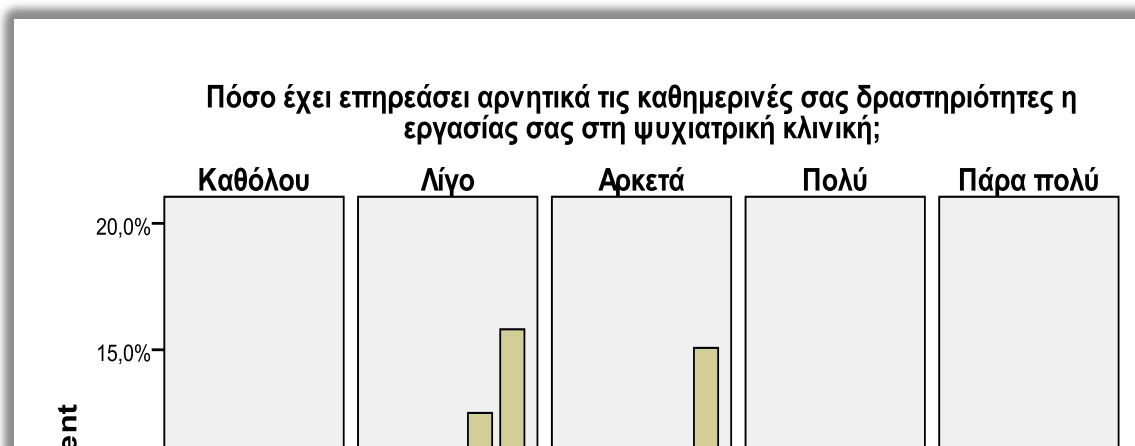
**Σχήμα 33.** Ωράριο εργασίας που δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια σε συνάρτηση με το φύλο των ερωτηθέντων.

Οι βοηθοί νοσηλευτών φαίνεται να επηρεάζονται αρκετά αρνητικά στις καθημερινές τους δραστηριότητες εξαιτίας της εργασίας τους στη ψυχιατρική κλινική σε ποσοστό 15,1%, έναντι των προϊσταμένων και νοσηλευτών ΠΕ σε ποσοστό 2,2% (Πίνακας 36, Σχήμα 34). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2=29,581$ ;  $df=16$ ;  $p=0,020$ ; NS).

		Πόσο έχει επηρεάσει αρνητικά τις καθημερινές σας δραστηριότητες η εργασία σας στη ψυχιατρική κλινική;					Total
		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Θέση εργασίας	Δεν απάντησε	1 0,4%	2 0,7%	5 1,8%	1 0,4%	0 0,0%	9 3,3%
	Προϊστάμενος	6 2,2%	14 5,1%	4 1,5%	1 0,4%	1 0,4%	26 9,6%
	Νοσηλεύτης Π.Ε	6 2,2%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,4%	0 0,0%	7 2,6%
	Νοσηλεύτης Τ.Ε	21 7,7%	34 12,5%	26 9,6%	6 2,2%	4 1,5%	91 33,5%
	Βοηθός Νοσηλεύτης	29	43	41	16	10	139
Total		63 23,2%	93 34,2%	76 27,9%	25 9,2%	15 5,5%	272 100,0%

**Πίνακας 36.** Πόσο έχουν επηρεαστεί οι καθημερινές δραστηριότητες του νοσηλευτικού προσωπικού σε συνάρτηση με τη θέση εργασίας τους.

$\chi^2=29,581$ ;  $df=16$ ;  $p=0,020$ ; NS



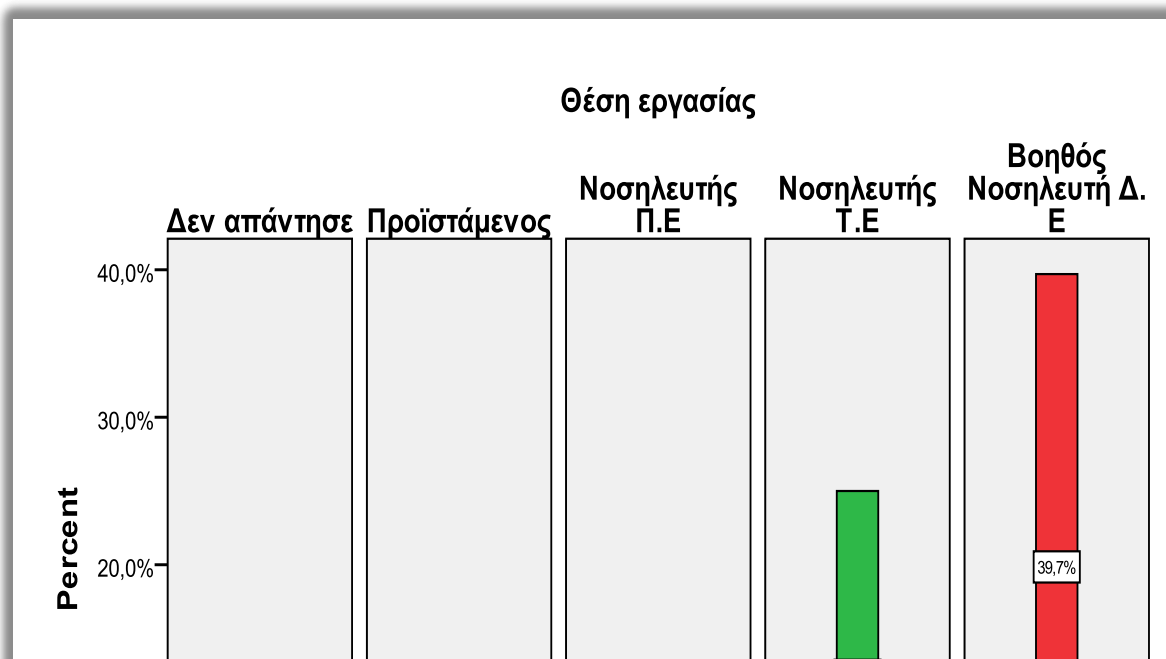
**Σχήμα 34.** Πόσο έχουν επηρεαστεί οι καθημερινές δραστηριότητες του νοσηλευτικού προσωπικού σε συνάρτηση με τη θέση εργασίας τους.

Σε ποσοστό 39,7% των βοηθών νοσηλευτών ΔΕ θα επέλεγαν το ψυχιατρικό τμήμα αν τους δινόταν η ευκαιρία, έναντι των νοσηλευτών ΤΕ που δεν θα το επέλεγαν σε ποσοστό 8,5% (Πίνακας 37, Σχήμα 35). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2=7,408$ ;  $df=8$ ;  $p=0,493$ ; NS).

	Θέση εργασίας	Total
--	---------------	-------

**Πίνακας 37.** Ανάλογα με τη θέση εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, θα επέλεγαν να εργαστούν με τμήμα ψυχιατρικής κλινικής;

		Δεν Απάντησε	Προϊστάμενος	Νοσηλεύτης Π.Ε	Νοσηλεύτης Τ.Ε	Βοηθός Νοσηλεύτη Δ.Ε	
Αν σας δινόταν η ευκαιρία της επιλογής, θα επιλέγατε να εργαστείτε σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής;	Δεν απάντησε	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,4%	1 0,4%
	Ναι	8 2,9%	25 9,2%	5 1,8%	68 25,0%	108 39,7%	214 78,7%
	Όχι	1 0,4%	1 0,4%	2 0,7%	23 8,5%	30 11,0%	57 21,0%
Total		9 3,3%	26 9,6%	7 2,6%	91 33,5%	139 51,1%	272 100,0%
$\chi^2=7,408$ ; $df=8$ ; $p=0,493$ ; NS							



**Σχήμα 35.** Ανάλογα με τη θέση εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, θα επέλεγαν να εργαστούν με τμήμα ψυχιατρικής κλινικής;

## Συζήτηση

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με σκοπό να μελετηθούν οι βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής, να γνωστοποιηθούν στην επιστημονική κοινότητα και να συμβάλουμε ενδεχομένως στην βελτίωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 272 άτομα. Το 64,3% ήταν γυναίκες και το 34,6% άνδρες όπου για την μεταβλητή του φύλου ισχύει το  $\chi^2=163,331$ , οι βαθμοί ελευθερίας  $df=2$  και  $p<0,05$  επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ( $H_0$ ) πως το φύλο επηρεάζει ως μεταβλητή τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και τον τρόπο ζωής. Όσο αφορά τις ηλικίες του νοσηλευτικού προσωπικού ποικίλουν. Ειδικότερα, 42,6% ανήκουν

στην ηλικιακή κλίμακα 40-50 χρονών, το 33,8% στην κλίμακα 30-40, το 13,2% στην 20-30, το 8,1% είναι πάνω από 50 χρονών ενώ μόλις το 0,4% κάτω από 20 χρονών. Για την ηλικία ισχύει  $\chi^2=251,368$ ;  $df=5$ ;  $p<0,05$ . Αξίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν πάνω από τους μισούς είναι παντρεμένοι (55,5%), το 28,7% άγαμοι, το 9,9% διαζευγμένοι και το 0,4% χήροι. Για το στατιστικό κριτήριο  $\chi^2$  της οικογενειακής κατάστασης ισχύει  $\chi^2=276,529$ ;  $df=4$ ;  $p<0,05$  άρα και εδώ απορρίπτουμε μηδενική υπόθεση ( $H_0$ ) όπως την διατυπώσαμε πιο πάνω. Τέσσερις στους δέκα, ήτοι το 40,1% εργάζονται στην πρωτεύουσα τις χώρες και το υπόλοιπο 59,9% στην περιφέρεια (Τρίπολη 26,5%, Θεσσαλονίκη 15,1%, Ιωάννινα 5,9%, Καλαμάτα 4,4%, Πάτρα 2,9% και 5,1% δεν απάντησαν). Για τον τόπο εργασίας ισχύει  $\chi^2=227,419$ ;  $df=6$ ;  $p<0,05$ . Σε γενικές γραμμές το νοσηλευτικό προσωπικό είναι επαρκώς μορφωμένο καθώς το 39,3% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ, το 30,9% απόφοιτοι Επαγγελματικού Λυκείου (κατεύθυνση βοηθών νοσηλευτών), το 12,5% Απόφοιτοι ΙΕΚ / Σχολής Ελεύθερων Σπουδών, το 8,8% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου και το 8,5% δεν απάντησε. Με στατιστικό κριτήριο της μόρφωσης να είναι  $\chi^2=109,728$ ;  $df=4$ ;  $p<0,05$ . Το μισό από το υπό μελέτη δείγμα την νοσηλευτικού προσωπικού είναι βοηθοί νοσηλευτές ΔΕ 51,1%, απόλυτα κατανοητό αν αναλογιστούμε τον φόρτο εργασίας και τις ανάγκες των ψυχιατρικών κλινικών, ενώ το 33,5% νοσηλευτές ΤΕ, το 9,6% προϊστάμενοι και το 2,6% νοσηλευτές ΠΕ ( $\chi^2=250,206$ ;  $df=4$ ;  $p<0,05$ ). Το 25% εργάζεται σε ψυχιατρικές κλινικές 10-15 χρόνια και άνω των 20 χρόνων αντίστοιχα, ενώ λιγότερο από πέντε χρόνια το 23,2% και 15-20 χρόνια το 12,5% ( $\chi^2=76,926$ ;  $df=5$ ;  $p<0,05$ ). Το 78,7% θα επιλέγατε να εργαστείτε σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής αν του δινόταν η ευκαιρία της επιλογής, το 21% όχι ( $\chi^2=268,949$ ;  $df=2$ ;  $p<0,05$ ) ενώ 36,4% δηλώνει ότι το ψυχιατρικό τμήμα είναι πάρα πολύ απαιτητικό, το 35,7% πολύ απαιτητικό, το 26,5% αρκετά απαιτητικό ενώ το 1,5% θεωρεί ότι είναι λίγο απαιτητικό ( $\chi^2=86,971$ ;  $df=3$ ;  $p<0,05$ ). Αξίζει να αναφέρουμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού 73,5% δηλώνει πως αυξάνεται το ενδιαφέρον για εργασία αντιμετωπίζοντας καθημερινά δύσκολα περιστατικά ενώ το 25,4% δηλώνει ότι μειώνεται ( $\chi^2=221,787$ ;  $df=2$ ;  $p<0,05$ ) και ότι το 76,8% βιώνει άγχος από τις ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις στην εργασία και το 23,2% δεν βιώνει ( $\chi^2=78,368$ ;  $df=1$ ;  $p<0,05$ ). Στα επιμέρους στοιχεία, αναφέρουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί σε γενική πλειοψηφία (91,2%) επηρεάζεται το αίσθημα ασφάλειας από την επιθετικότητα και τα ακραία περιστατικά βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή και το 95,9% του νοσηλευτικού προσωπικού βιώνει άγχος εξ αιτίας της εργασίας στο ψυχιατρικό τμήμα. Το 69,9% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι η καθημερινή εξάντληση που αισθάνεται είναι σωματική και ψυχολογική ενώ οι καθημερινές δραστηριότητες του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την εργασία στην ψυχιατρική κλινική σε ποσοστό 76,8%. Επιπλέον το πιο αγχωτικό ωράριο είναι το 11μμ – 7πμ σε ποσοστό 48,2%. Επίσης ο 57,4% δεν έχει λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του burn out (εξουθένωση), το 40,4% έχει λάβει γνώση ενώ το 2,2% δεν απάντησε ( $\chi^2=130,265$ ;  $df=2$ ;  $p<0,05$ ).

Σε γενική πλειοψηφία το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει άγχος από τις ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνετε στην εργασία σας σε ποσοστό 76,8% και μάλιστα παρατηρείτε ότι το 15,8% που εργάζονται λιγότερο από πέντε χρόνια βιώνει άγχος ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό 21% που βιώνει άγχος και εργάζεται πάνω από είκοσι χρόνια. Ανεξάρτητα από την εργασιακή εμπειρία οι νοσηλευτές πάσχουν από άγχος για αυτό το στατιστικό κριτήριο στην σύγκριση των μεταβλητών αυτών δείχνει μη στατιστική σημαντικότητα  $\chi^2=9,270$ ;  $df=5$ ; σε επίπεδο σημαντικότητας  $p=0,099$ . Παρεμφερή έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τα επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας από την ομάδα ερευνητών του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς» με επικεφαλής τον Δημήτρη Ε. Παπαγεωργίου Νοσηλευτή ΠΕ, PhD, MSc, Υπεύθυνο Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή το 68,8% των νοσηλευτών ένιωθε ανασφάλεια, το 41,1% είχε άγχος, το 39,3% διακατεχόταν από εσωτερική ένταση και το 17,8% αισθανόταν αναστάτωση. Αντιθέτως, το 83,1% ανέφερε ότι είχε αυτοπεποίθηση. Γενικότερα, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι κουράζονται εύκολα (68,8%), ότι αισθάνονται πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται χωρίς να μπορούν να τις

ξεπεράσουν (17,4%), ότι τους λείπει αυτοπεποίθηση (13,4%), ότι προσπαθούν να αποφύγουν την αντιμετώπιση μιας δυσκολίας (10,7%), ότι σκέφτονται πως δεν αξίζουν τίποτε (9%) και, τέλος, ότι έχουν συχνά τάσεις αυτοκαταστροφής (0,9%). Η μέθοδος  $\chi^2$  (επίπεδο σημαντικότητας  $P < 0,05$ ) ανέδειξε την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ τμήματος εργασίας των νοσηλευτών και της τωρινής συναισθηματικής κατάστασής τους, καθώς και μεταξύ της γενικότερης συναισθηματικής τους κατάστασης και του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, του τμήματος εργασίας τους, των ετών εργασίας και των ετών σπουδών τους. Μια συνεχής και δημιουργική υποστήριξη των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια των τόσο σύνθετων διαδικασιών παροχής φροντίδας στον ασθενή είναι επιβεβλημένη, προκειμένου να βοηθηθούν τελικά οι ίδιοι όχι μόνο στην ενίσχυση των ήδη θετικών συναισθημάτων τους αλλά και στην επιτυχή αντιμετώπιση των αρνητικών.

Η θέση εργασίας φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τις καθημερινές δραστηριότητες, αν και προκύπτει μη στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο μεταβλητών, αφού μόλις το 23,2% του νοσηλευτικού προσωπικού δηλώνει ότι δεν επηρεάζεται καθόλου και για το στατιστικό κριτήριο προκύπτει  $\chi^2 = 29,581$ ;  $df = 16$  με επίπεδο σημαντικότητας  $p = 0,020$ ; NS. Στην διεθνή βιβλιογραφία υπογραμμίζεται ότι το κυκλικό ωράριο και η εργασία κατά τη διάρκεια των αργιών αποτελούν τροχοπέδη στην ικανοποιητική διαχείριση του ελεύθερου χρόνου των νοσηλευτών άρα και επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες. Ενδεικτική είναι η αποτύπωση της εμπειρίας κάποιων από τους νοσηλευτές κατά την διάρκεια συζητήσεων πριν συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. «Ο ελεύθερος μου χρόνος είναι πολύ λίγος και τον αφιερώνω στην οικογένεια μου, στα παιδιά μου, γιατί πιστεύω ότι λείπω πολλές ώρες από κοντά τους και προσπαθώ όσο μπορώ να ασχολούμαι μαζί τους όταν είμαι σπίτι», «Προσπαθώ να βρίσκω όσο γίνεται περισσότερο ελεύθερο χρόνο και περνάω με την οικογένεια και τους φίλους μου. Κυρίως αφιερώνω πιο πολύ χρόνο στο παιδί μου να διαβάσουμε, να πάμε βόλτα και να παίξουμε, όταν είμαι και ξεκούραστη».

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο γενικό νοσοκομείο Νάουσας διερευνήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης του μόνιμου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που εργάζεται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν και τη διαμορφώνουν (Ποζουκίδου και συν. 2007). Από τις απαντήσεις του συνόλου των ερωτηθέντων προέκυψε ότι η κατανομή των εργαζομένων είναι ανομοιογενής όσον αφορά στο φύλο με τις γυναίκες να υπερτερούν σημαντικά έναντι των ανδρών (ποσοστό 78,8% και 21,2% αντίστοιχα). Ομοίως και στην δική μας έρευνα οι γυναίκες (64,3%) υπερτερούν των ανδρών (34,6%). Στην έρευνα Ποζουκίδου ποσοστό 53,8% εξέφρασε επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ ποσοστό 46,2% εξέφρασε επαγγελματική δυσαρέσκεια. Η επαγγελματική δυσαρέσκεια ήταν συχνότερη μεταξύ των εργαζομένων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (58,9%), σε αντίθεση με την επαγγελματική ικανοποίηση που ήταν συχνότερη μεταξύ των εργαζομένων τεχνολογικής εκπαίδευσης (51,1%). Το 54,1% του προσωπικού εμφανίζεται πρόθυμο να αλλάξει το επάγγελμά του με κάποιο άλλο. Από την δική μας μελέτη - έρευνα προκύπτει ότι το 21% δεν θα επέλεγε ψυχιατρική κλινική να εργαστεί αν είχε την ευκαιρία και με τους απόφοιτους ΑΕΙ/ΑΤΕΙ να νιώθουν το μεγαλύτερο άγχος (30,9%) από τις επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνουν στην εργασία. Ενδιαφέρον αποτέλεσμα είναι ότι οι βοηθοί νοσηλευτές ΔΕ έχουν επηρεαστεί περισσότερο στην καθημερινή τους δραστηριότητα από την εργασία τους σε ψυχιατρικές κλινικές σε ποσοστό 15,1%.

Σε έρευνα το 1991, σε νοσηλευτές της Μ. Βρετανίας οι νοσηλευτές θεωρούσαν ως αίτιο του υπερβολικού στρες της εργασίας τους τον υπερβολικό φόρτο εργασίας σε ποσοστό 65% (Cole, 1992), ενώ η επιβεβαίωση του αυξημένου φόρτου εργασίας ως στρεσογόνου παράγοντα έγινε και από άλλες έρευνες (Callaghan, 1991, Chiriboga, 1986). Στην έρευνα που εκπονήσαμε το 82,4% δηλώνει ότι η αύξηση προσωπικού θα μείωνε τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις από την εργασία ενώ το 28,7% χαρακτηρίζει την εργασία του «αυξημένων απαιτήσεων» και θεωρεί ότι είναι ένας βασικός παράγοντας που το ωράριο της εργασίας του δημιουργεί άγχος ( $\chi^2 = 334,309$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,05$ ).



## Συμπεράσματα

- Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού θα επέλεγε να εργαστεί σε τμήμα Ψυχιατρικής κλινικής.
- Οι περισσότεροι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήμα Ψυχιατρικής κλινικής δηλώνουν ότι το τμήμα τους είναι πολύ απαιτητικό.
- Παραπάνω από το μισό δείγμα δεν πάσχει από προβλήματα υγείας ή δεν θεωρεί ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει οφείλονται στην εργασία τους. Παρ' όλα αυτά το 38,6% του δείγματος πάσχει κατά αύξουσα σειρά από μυοσκελετικά άλγη, αγχώδεις διαταραχές, ψυχοσωματικά προβλήματα, υπερκόπωση και διαταραχές ύπνου.

- Αυξανόμενο ενδιαφέρον για την εργασία εμφανίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, παρ' όλα τα καθημερινά δύσκολα περιστατικά που αντιμετωπίζει.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού βιώνει άγχος εξ' αιτίας των ενδεχόμενων επικίνδυνων καταστάσεων που συμβαίνουν κατά την εργασία τους.
- Συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε πως οι περιπτώσεις ψυχωτικών ασθενών με αυτοκτονικές τάσεις και άλλες ακραίες συμπεριφορές, τους προκαλούν το αίσθημα ανασφάλειας στον εργασιακό τους χώρο.
- Σε γενική πλειοψηφία (91,2%) στο νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζεται το αίσθημα ασφάλειας από την επιθετικότητα και τα ακραία περιστατικά βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή.
- Οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούν πως η καθημερινή εξάντληση που αισθάνονται είναι και σωματική και ψυχολογική.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό λαμβάνει ικανοποίηση από την προσφορά του προς τους ασθενείς.
- Σχεδόν το μισό δείγμα δήλωσε πως δεν μεταφέρει στην οικογένειά του αρνητικά συναισθήματα που προκλήθηκαν από την εργασία.
- Πολύ μεγάλο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού επιδιώκει να έχει ελεύθερο χρόνο μέσα στην ημέρα για δραστηριότητες με την οικογένεια ή με φίλους.
- Οι καθημερινές δραστηριότητες του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την εργασία τους στην Ψυχιατρική κλινική.
- Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε πως στις κλινικές τους δεν έχει θεσπιστεί η αρχή της εκ περιτροπής απουσίας από το τμήμα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.
- Σχεδόν το μισό δείγμα θεωρεί πως το ωράριο 11μμ – 7πμ είναι πιο στρεσογόνο και ανασφαλές. Αυτό οφείλεται κατά αύξουσα σειρά στην εργασία αυξημένων απαιτήσεων, στο φόβο, στην προσωπική ζωή και την οικογένεια, στο μειωμένο ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού για τη φροντίδα των ασθενών και στις ευθύνες που επωμίζονται.
- Περισσότερο από το μισό δείγμα δεν έχει λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του burn out (εξουθένωση).
- Συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει πως για τη βελτίωση των βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων των νοσηλευτών από την εργασία θα έπρεπε να αυξηθεί το προσωπικό και οι αποδοχές του, να καλυτερεύσει η συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, να γίνει πιο λεπτομερείς η ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού, να καλυτερεύσει η συνεργασία με την/τον προϊσταμένη/νο του τμήματος και η συνεργασία – επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και να αποκτηθεί καλύτερος εξοπλισμός στο τμήμα.

## Προτάσεις

1. Αύξηση νοσηλευτικού προσωπικού
2. Αύξηση αποδοχών
3. Καλύτερος εξοπλισμός στο τμήμα
4. Θέσπιση της αρχής της «εκ περιτροπής απουσίας» από το τμήμα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα
5. Δραστηριότητες με την οικογένεια και φίλους

Για να αντιμετωπίσουμε τις δυσκολίες που συναντούμε στη ζωή μας καταφεύγουμε σε διάφορες μεθόδους ή στρατηγικές. Κάποιες από τις στρατηγικές που χρησιμοποιούμε ωφελούν για λίγο μόνο καιρό και συνήθως αυτές αφορούν τον ίδιο τον εαυτό. Το πρόβλημα παραμένει και εξακολουθεί να δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα και άλλες αρνητικές συνέπειες. Τέτοιες στρατηγικές είναι η λήψη φαρμάκων, η κατάχρηση αλκοόλ ή καπνού, υπερβολική λήψη τροφής, η αποφυγή των γεγονότων ή των καταστάσεων που μας προκαλούν άγχος. Υπάρχουν όμως και στρατηγικές που βοηθούν και ωφελούν τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα. Οι στρατηγικές αυτές στρέφονται προς το ίδιο το πρόβλημα με στόχο την αντιμετώπισή του και την απαλλαγή μας από αυτό και τις συνέπειές του. Τέτοιες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες είναι και αυτές που παρουσιάζονται παρακάτω:

### **Χαλάρωση από την ένταση:**

1. Σωστή αναπνοή (διαφραγματική) και
2. Χαλάρωση των μυών του σώματος.

#### Διαφραγματική αναπνοή

Η σωστή (διαφραγματική) αναπνοή μας βοηθά σημαντικά να χαλαρώνουμε. Είναι μια ανάγκη και πρέπει συχνά να ασκούμε σ' αυτήν.

1. Τοποθετείστε το ένα χέρι στο στήθος και το άλλο στο στομάχι.
2. Εισπνεύστε από τη μύτη σας και αφήστε το στομάχι σας να φουσκώσει. Έτσι χρησιμοποιείτε πλήρως τους πνεύμονές σας. Προσπαθήστε να διατηρείτε την κίνηση του στήθους σας σε ένα μίνιμουμ, χωρίς να σφίγγετε.
3. Απαλά και ήρεμα, εκπνεύστε από τη μύτη σας.
4. Επαναλάβετε, κρατώντας ένα ρυθμό. Στόχος είναι να παίρνετε 8-12 αναπνοές (εισπνοές και εκπνοές) το λεπτό.

#### Χαλάρωση των μυών

Η παρακάτω τεχνική είναι πολύ απλή αλλά αποτελεσματική. Χρειάζονται μόνο 5-10 λεπτά για να ολοκληρωθεί. Δοκιμάστε την επόμενη φορά που θα νιώσετε ότι βρίσκεστε κάτω από πίεση.

1. Καθήστε σε μια αναπαυτική καρέκλα, σε ένα καναπέ ή στο δάπεδο και «τεντωθείτε» λίγο.
2. Αφήστε τους ώμους και τα χέρια σας να χαλαρώσουν σε μια άνετη θέση. Κουνώντας ελαφρά, 'στρίβοντας' και τεντώνοντας ελαφρά τους μύες σταματά η ένταση.
3. Αφήστε την ένταση να φύγει από τα πόδια, το στήθος, το λαιμό με τον ίδιο τρόπο, όπως παραπάνω.
4. Νιώστε ότι η καρέκλα ή ο καναπές ή το δάπεδο στηρίζουν όλο το βάρος του σώματός σας. Νιώστε ότι τα χέρια σας και τα πόδια σας είναι βαριά και ότι 'βυθίζονται' στο κάθισμα.
5. Προσπαθήστε να είστε ήρεμοι. Χαλαρώστε το σαγόνι σας και το πρόσωπό σας.
6. Αν κάτι ενοχλητικό συμβεί ή σας περάσει από το μυαλό, απλά αγνοήστε το. Μην του δώσετε σημασία.
7. Κλείστε τα μάτια σας και φανταστείτε μια σκηνή σε ένα ήρεμο μέρος όπου απολαμβάνετε τη λιακάδα, τη θάλασσα ή ό,τι άλλο σας ικανοποιεί. Φανταστείτε ότι είστε πραγματικά στο μέρος αυτό.
8. Για λίγα λεπτά κρατείστε αυτή τη χαλαρή θέση.



## Περίληψη

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές φαίνεται να έχουν μια αγχωτική ζωή καθώς εκτίθενται καθημερινά σε εξωτερικούς παράγοντες και βιώνουν έντονα το αίσθημα του άγχους λόγω των γρήγορων ρυθμών παροχής υπηρεσιών. Το άγχος μπορεί να προέρχεται από ποικίλες πηγές που μπορούν να προσαρμοστούν με την πειθαρχία του προσωπικού, το αποτέλεσμα της χρόνιας έκθεσης όμως στους παράγοντες άγχους της εργασίας, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επαγγελματική εξουθένωση.

**Σκοπός:** Είναι η διερεύνηση και απεικόνιση των βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές με απώτερο στόχο τη λήψη μέτρων πρόληψης ή τη μείωση των επιπτώσεων αυτών.

**Υλικό και μέθοδος:** Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 272 εργαζομένους (Νοσηλευτές Τ.Ε, Π.Ε και βοηθούς Νοσηλευτών) σε ψυχιατρικές κλινικές της Ελλάδας. Η δειγματοληψία έγινε με φυσική παρουσία των ερευνητών σε πέντε (5) νομούς της Ελλάδας. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, το οποίο συντάχθηκε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, αποτελούμενο από εικοσιπέντε (25) ερωτήσεις εκ των οποίων 3 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από τις 25 ερωτήσεις, οι 22 ήταν εναλλακτικών απαντήσεων. Η έρευνα διεξήχθη από Σεπτέμβριο - Μάρτιο 2013.

**Αποτελέσματα:** Το 64,3% του δείγματος αποτελείται από γυναίκες και το 34,6% από άνδρες. Τέσσερις (4) στους δέκα (10), ήτοι το 40,1% εργάζονται στην πρωτεύουσα της χώρας (Αθήνα) και το υπόλοιπο 59,9% στην περιφέρεια (Τρίπολη 26,5%, Θεσσαλονίκη 15,1%, Ιωάννινα 5,9%, Καλαμάτα 4,4%, Πάτρα 2,9% και 5,1% δεν απάντησαν). Το 39,3% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ, το 30,9% απόφοιτοι Επαγγελματικού Λυκείου (κατεύθυνση βοηθών νοσηλευτών), το 12,5% απόφοιτοι ΙΕΚ / Σχολής Ελεύθερων Σπουδών, το 8,8% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου και το 8,5% δεν απάντησε. Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού 73,5% δηλώνει πως αυξάνεται το ενδιαφέρον για εργασία, αντιμετωπίζοντας καθημερινά δύσκολα περιστατικά, ενώ το 25,4% δηλώνει ότι μειώνεται. Το 76,8% βιώνει άγχος από τις ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις στην εργασία και το 23,2% δεν βιώνει άγχος. Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί σε γενική πλειοψηφία (91,2%) ότι επηρεάζεται το αίσθημα ασφάλειας από την επιθετικότητα και τα ακραία περιστατικά βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή και το 95,9% του νοσηλευτικού προσωπικού βιώνει άγχος εξ αιτίας της εργασίας στο ψυχιατρικό τμήμα. Το 69,9% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι η καθημερινή εξάντληση που αισθάνεται είναι σωματική και ψυχολογική ενώ οι καθημερινές δραστηριότητες του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την εργασία στην ψυχιατρική κλινική σε ποσοστό 76,8%. Στα πλαίσια του κυκλικού ωραρίου το περισσότερο άγχος – ανασφάλεια εμφανίζεται 11μμ – 7πμ σε ποσοστό 48,2%. Το 57,4% δεν έχει λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του Burn out (επαγγελματική εξουθένωση), το 40,4% έχει λάβει γνώση ενώ το 2,2% δεν απάντησε. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στην ψυχιατρική κλινική βιώνει άγχος από τις ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις σε ποσοστό 76,8% και μάλιστα παρατηρείτε ότι το 15,8% που εργάζονται λιγότερο από πέντε χρόνια βιώνει άγχος ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό 21% που βιώνει άγχος και εργάζεται πάνω από είκοσι χρόνια. Ανεξάρτητα από την εργασιακή εμπειρία το νοσηλευτικό προσωπικό υποφέρει από άγχος για αυτό το στατιστικό κριτήριο στην σύγκριση των μεταβλητών αυτών δείχνει μη στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο σημαντικότητας  $p=0,099$ . Η θέση εργασίας φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τις καθημερινές δραστηριότητες, αν και προκύπτει μη στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο μεταβλητών, αφού μόλις το 23,2% του νοσηλευτικού προσωπικού δηλώνει ότι δεν επηρεάζεται καθόλου και για το στατιστικό κριτήριο προκύπτει με επίπεδο σημαντικότητας  $p=0,020$ . Το 21% δεν θα επέλεγε να εργαστεί σε ψυχιατρική κλινική αν είχε την ευκαιρία να αποφασίσει. Οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ νιώθουν μεγαλύτερο άγχος (30,9%) από τις επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνουν στην εργασία. Ενδιαφέρον

αποτέλεσμα είναι ότι οι βοηθοί νοσηλευτές ΔΕ έχουν επηρεαστεί περισσότερο στην καθημερινή τους δραστηριότητα από την εργασία τους σε ψυχιατρικές κλινικές σε ποσοστό 15,1%.

**Συμπεράσματα:** Το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει καθημερινά άγχος εξαιτίας της επικινδυνότητας και του φόρτου εργασίας στο τμήμα ψυχιατρικής κλινικής που εργάζεται. Σημαντικό δε, είναι να τονιστεί, ότι εργαζόμενοι επηρεάζονται αρνητικά από την εργασία τους και αυτό έχει αντίκτυπο στην καθημερινότητα και την υγεία τους.

## SUMMARY

**Purpose:** Nurses who work in psychiatric clinics seem to have a stressful life as they are exposed daily to external factors and they experience stress intensively because of the fast pace of the service they have to provide. Stress may derive from the variety of sources which can be adjusted by discipline of the staff. However the impact of being exposed in stressful factors for a long time can constitute a serious factor for burn out. It is the research and illustration of the biopsychosocial impact on the nursing staff who work in psychiatric clinics. The aim is to take precaution measures or to reduce these consequences.

**Material – Method:** The sample of the present survey consists of 272 nurses (Nurses of Technological institution, University and nursing assistants) in psychiatric clinics in Greece. The taking of the samples was conducted by the actual presents of researchers in five (5) provinces in Greece. A written questionnaire was used in order to estimate the results. This was structured on the basis of international sources and it consisted of twenty five (25) questions, three (3) of which were of multiple choice and in the rest they had to fill in their own answers. Out of the 25 questions 22 were of alternative answers. The survey was conducted from September – March 2013.

**Results:** 64,3% of the taken consists of women and the 34,6% of men. 4 out 10, that means 40,2% work in capital of the country (Athens) and the rest 59,9% in the province (Tripolis 26,5%, Thessaloniki 15,1%, Ioannina 5,9%, Kalamata 4,4%, Patras 2,9% and 5,1% didn't answer). 39,3% are graduates of University or Technological institution, 30,9% are graduates of technological high school (nursing assistants), 12,5% are graduates of private colleges or faculties, 8,8% have a post graduate or a PhD and 8,5% didn't answer. The biggest percentage of nursing staff 73,5%, have stated that their job interest increases when they face difficult situations daily, while 25,4% have stated that reduces. 76,8% experience stress from the potential dangerous situations at work and 23,2% don't experience stress at all. The majority of the nursing staff (91,2%) consider that the sense of security is affected by aggression and extreme events of violence by patients who serve their sentence and 95,9% of the nursing staff experience stress due to working in the psychiatric wing. 69% of the nursing staff think that the exhaustion they feel every day activities of the nurses staff have been influenced negatively by working in a psychiatric clinic of a percentage of 76,8%. During the day most of the stress on insecurity appears at 11pm – 7am in a percentage of 42,8%. 57,4% haven't been informed about the methods of dealing with burn out, 40,4% are aware of that and 2,2% didn't answer. The nursing staff experience stress from the possible dangerous situations in the psychiatric clinic in a percentage of the 76,8% and we should notice that 15,8% of those people who have been working less than 5 years experience stress while there is also a high percentage of 21% who experience stress and they have been working more than 20 years. Regardless of working experience the nursing staff from stress so the criterion for statistics in comparison to these variables shows non statistics importance at a level of importance  $p > 0,05$ . The position of work seems to affect negatively the daily activities, although there isn't a statistics importance between the two variables as just 23,2% of the nursing staff state that they are not affected at all and the statistics criterion comes out in a level of significance  $p = 0,020$ . 21% would not choose to work in psychiatric clinic if they had the chance to make a decision. The graduates of University or Technological institution feel more stress (30,9%) from the hazardous situations they face at work. An interesting result is that the nursing assistants who come from high school have been influenced a lot more in their everyday activity at work in psychiatric clinic at a percentage of 15,1%.

**Conclusions:** The nursing staff experience stress daily due to danger and the load of work in psychiatric clinics. It is also important to point out that these working people are negatively influenced by their job and this has an impact on their daily routine and their health.



# Βιβλιογραφία

1. Bagnara, S. & Marti, P: Human work in call centres: a challenge for cognitive ergonomics. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*. 2(3): 223-237
2. Palmer, S., Cooper, C. & Thomas, K. (2001). Model of organizational stress for use within an occupational health education/promotion or wellbeing programme. *Health Education Journal* 60(4): 378-380
3. Bakker A.B., Killmer C.H., Siegrist J. & Schaufeli W.B. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31:884-891
4. Αλεβίζος Β. Άγχος και Αγχώδεις διαταραχές. Αθήνα – Ιατρική εταιρία Αθηνών 1997. σ. 15-20.
5. Kahle W. Leonhardt. HL, Platzer W.: Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα. Μετάφραση – επιμέλεια: Ν. Παπαδόπουλου. Τόμος ΙΙ. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1985. σ. 98-99
6. Κατρίτση Ε. Δ., Κελέκη Δ. Αν. και Κούβελα Η. Δ. Στοιχεία Ανατομίας – Φυσιολογίας. Επίτομος. Ίδρυμα Ευγενίδου. Αθήνα 2008. σ.56-57
7. Διαμαντίδης Σπύρος. Έλεγχος και διαχείριση του stress. Ιατρική Βιοανάδραση για τον έλεγχο του Stress, του άγχους και του φόβου. Επίτομος. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2008. σ. 28,48 – 49.
8. Murphy, L. R. (1988). Workplace Interventions for Stress Reduction and Prevention. In Cooper, C. L. & Payne, R. (Eds) *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Chichester: Wiley, p. 301-339
9. Milisen K., Abraham I., Siebens K., Darras E., Dierckx de Casterle B., BELIMAGE group. Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud*. 2006 Aug;43(6):745-54
10. Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA* 1992, 267:1244–1252
11. George Chrousos. Review Article: The Hypothalamic-Pituitary Adrenal Axis and immune-mediated inflammation. *N Engl J Med* 1995, 332:1351–1362
12. Nikolarakis KE, Almeida OFX, Herz A. Stimulation of hypothalamic  $\alpha$ -endorphin and dynorphin release by corticotropin-releasing factor. *Brain Res* 1986 399:152–155
13. Redekopp C, Irvine CHG, Donald RA et al. Spontaneous and stimulated adrenocorticotropin and vasopressin pulsatile secretion in the pituitary venous effluent of the horse. *Endocrinology* 1986, 118:1410–1416
14. Tsigos C, Chrousos G. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *J Psychosom Res* 2002, 53:865–871
15. Andreis PG, Neri G, Mazzochi G, Musajo F, Nussdorfer GG. Direct secretagogue effect of corticotropin releasing factor on the rat adrenal cortex: the involvement of the zona medullaris. *Endocrinology* 1992, 131:69–72
16. Witorsch RJ, Brodish A. Evidence for acute ACTH release by extrahypothalamic mechanisms. *Endocrinology* 1972, 90:1160– 1167
17. Elenkov J, Webster EL, Torpy DJ, Chrousos GP. Stress, corticotrophin releasing hormone, glucocorticoids and the immune/inflammatory response: acute and chronic effects. *Ann NY Acad Sci* 1999, 876:1–11 18

18. Andrew R. Getzfeld. Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας. Επίτομος. Εκδόσεις GOTSIS. Αθήνα 2009. σ. 20-30.
19. Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές. Επίτομος. Εκδόσεις: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα 1994. σ. 12-25
20. Cooper C. L., Dewe, P., O'Driscoll, M. Organisational Stress: A review and critique of theory, research and application. London: Sage, 2001.
21. Halm M., Peterson M., Kandels M., Sabo J., Blalock M., Braden R., et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. Clin Nurse Spec. 2005 Sep-Oct; 19(5): pages 241-51.
22. Leiter MP., Spence Laschinger HK. Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. Nurs Res. 2006, 55(2): pages 137-46.
23. Grant A. Ch., Mericle P. B., Royes A. St.: Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Επιμέλεια: Κοτρώτσου Ευαγγελία. Επίτομος. Έκδοση 4<sup>η</sup>, εκδόσεις Έλλην. Αθήνα. 2001. σ. 27-29.
24. Sauter Steven - Lawrence Murphy etc., Stress at Work, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Publication No. 99-101.
25. Καρανάτση Έλενα. Μάστιγα του αιώνα το εργασιακό άγχος. Μαζί με τα «άρρωστα κτίρια» ευθύνεται για σωρεία ασθενειών. Καθημερινή. 07-05-06. σ. 73 - 75
26. Lippincott Williams & Wilkins Relationships between work environments, psychological environments and psychological well-being, 2009, 12:235-241
27. Patrick Montana, Management, 2012, 11:272-273
28. Μελίσα Χ, Αβραμίου Μ, Λαλούμη Β, Αίσθημα Επαγγελματικής Κόπωσης των Νοσηλευτριών, Hellenic Psychiatry 1-10-2003. σελ.30-33.
29. Numerof RR, Abrams MN. Sources of stress among nurses: An empirical investigation. J Hum Stress 1984, 10: pages 88-100.
30. Kaplan & Sadock's Ψυχιατρική. Harold I. Kaplan, Benjamin J, Sadock's και Jack A. Grebb. Έβδομη έκδοση. Τόμος Α'. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1996. σ. 131.
31. Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC et al. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. J Epidemiol Community Health 2002, 56:95-98
32. Price, J., Mueller, C. Professional Turnover: The Case for Nurses. Iowa State University Press, 1981. Iowa.
33. Cavanagh, S., Coffin, D. Staff turnover among hospital nurses. Journal of Advanced Nursing 1992; 17: 1369-1376.
34. Seccombe, I., Smith, G. Taking Part: Registered Nurses and the Labour Market in 1997. Institute for Employment Studies. 1997 Brighton.
35. Fenlason K.J., and Beehr T.A. Social support and occupational stress: effects of talking to others, Journal of Organizational Behavior 1994; 15: 157- 175.
36. Kalliath T and Morris R. Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels, Journal of Nursing Administration 2002; 32: 648-654.
37. O'Driscoll M.P., and Beehr T.A. Supervisor behaviors, role stressors and uncertainty as predictors of personal outcomes for subordinates, Journal of Organizational Behavior 1994; 15: 141- 155.
38. Harold I. Kaplan, Benjamin J, Sadock's και Jack A. Grebb. Kaplan & Sadock's. Ψυχιατρική. Έβδομη έκδοση. Τόμος Β'. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2000. σ. 33-37.
39. Madd S.R, Kobasa, S.C. The hardy executive. Health under stress. Homewood, III: Dow-Jones-Irvin. 1984.
40. Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., Feeney, A. Health and the psychosocial environment at work. In Tsutsumi, 2005. pages 104 - 107
41. A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress model. Scand J Work Environ Health, 27(2), 2000. p. 146-153.
42. Patrick Tyler, Delia Cushway. Stress, coping and mental well-being in hospital nurses. Stress Medicine, 8 (2), 2006. p. 91-98.
43. Vajlgaard, T., Addington-Hall, JM. Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. Palliat Med, 19, 2005. p. 119-127.

44. Van Heck, G.L. Personality and physical health: Toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality*, 11, 1997. p. 415-443.
45. Vegchel, NV., Jonge, JD., Soderfeldt, M. Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*, 11, 2004. p. 21-40.
46. Allen J., and Mellor D. Work context, personal control, and burnout amongst nurses, *Western Journal of Nursing Research* 2002; 24: 905–917.
47. Κορομπέλη Α, Κτενάς Ε, Κικεμένη Α. Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 45(1): 98-106, 2006
48. Barton J, Spelten E, Tottedell P, Smith L, Folkard S, Costa G. The Standard Shiftwork Index: a battery of questionnaires for assessing shiftworkrelated problems. *Work Stress* 1995, 9:4–30
49. Vihjalmsson R, Krisjandottir G, Sveinbjarnardottir E. Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992, 33: 97–103.
50. Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker D, Shapiro J. The effects of mindfulness based stress reduction on nurse stress and burnout. Part two. A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*. 2005;19:26–32.
51. Piko B. Work related stress among nurses: a challenge for health care institutions, *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 1999; 119: 156–162.
52. Aikins DE, Craske MG. Cognitive theories of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 24. 2001. p. 57-74
53. Βασίλειος Αλεβίζος. «Άγχος» Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. Εκδότης: ΒΗΤΑ – Ιατρικές Εκδόσεις. 2008 σ. 30-35.
54. Wahlstedt K., and Edling C. Psychosocial factors and psychosomatic complaints among postal workers, *European Journal of Public Health* 1994; 4: 60–64.
55. Piko B., Barabás K., and Boda K. Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on selfperceived health in a Hungarian student population, *European Journal of Public Health* 1997; 7: 243–253.
56. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review Psychology*. 2001;52: 397-422.
57. Lewallen LP, Crane PB, Letvak S, Jones E, Hu J. An innovative strategy to enhance new faculty success. *Nursing Education Perspectives*. 2003; 24:257-260.
58. Jimmieson N. L. Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 2000,14 (3): 262-280 .
59. Shirey MR. Stress and burnout in nursing faculty. *Nurse Educator*, 2006 May-Jun 31(3): 95-97
60. Espeland K.E. Overcoming burnout: how to revitalize your career. *Journal of Continuing Education*, 2006, Jul – Aug 37(4): 178-184
61. Πετρίδου Ευγενία, Διοίκηση Μάνατζμεντ, Ζυγός, β' έκδοση., Θεσσαλονίκη, 2006. σ. 46.
62. Πιάνος Κων/νος, Ψυχοκοινωνικές Διαταραχές και Αντιμετώπισή τους. Γ' έκδοση. Εκδόσεις: Έλλην. Αθήνα, 2000. σ. 54 – 57
63. Σταθάτου Α., Το εργασιακό στρες, οι επιπτώσεις του και ο έλεγχος του. Επιστημονική και Πρακτική Επιμόρφωση. Τετράδια μάνατζμεντ, Γαλαίος Αθήνα, 1989. σελ 57.
64. Σταθόπουλος Πέτρος, Κοινωνική Πρόνοια: Μια Γενική Θεώρηση, Έλλην, β' εκδ., Αθήνα, 1999 σ. 58.
65. Τζαμαλούκα Σ. Γεωργία. Διεκδητικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο. Ηράκλειο. 2007. σ.59.
66. Τζωρτζάκης Κώστας – Τζωρτζάκη Αλεξία, Οργάνωση και Διοίκηση, Rosili, β' εκδόσεις, Αθήνα, 2002. σελ. 75.
67. Goleman Daniel, Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο της Εργασίας, μετάφραση: Μεγαλούδη Φωτεινή. Ελληνικά Γράμματα. θ' εκδ. Αθήνα. 2000. σ. 36-38.
68. Δαφνομήλη Παρασκευή Κωτάκη Δέσποινα Πρίφτη Ιφιγένεια. Αγχώδη Ψυχοσωματικά Συμπτώματα και η Διατροφική Ψυχολογική τους αντιμετώπιση. Σητεία 2010. σ.139,157,221.

69. Whippen D., Canellos G.P. Burn out syndrome in the practice of oncology: Results of a random survey of 1.000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 1991, 9,(10):1916-1921.
70. Lee H., Hwang S., Kim J., Daly B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs*. 2004 Dec;48(6):632-41.
71. Burke R. J., & Greenglass E. R. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 2001, 32:126-138
72. Halm M., Peterson M., Kandels M., Sabo J., Blalock M., Braden R., et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clin Nurse Spec*. 2005 Sep-Oct;19(5):241-51.
73. Leiter MP., Spence Laschinger HK. Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nurs Res*. 2006, 55(2):137-46.
74. Lee KA, DeJoseph JF. Sleep disturbances, vitality and fatigue among a select group of employed childbearing women. *Birth* 1992, 19: 208–213.
75. Namni Goel, Hengyi Rao, Jeffrey S. Durmer, και David F. Dinges .Νευρογνωστικά επακόλουθα της στέρησης ύπνου. Volume 29, Number 4. Νοέμβριος 2009.
76. Knutson K.L. The metabolic consequences of sleep deprivation. *Sleep Medicine Reviews* 11. 2007. (3):159-62.
77. Spiegel K. Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and Type 2 diabetes. *Journal of Applied Physiology*. 2005. 99: 2008-19.
78. Schuler R. C. Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organization, Behavior and Human Performance*, 1983, 25: pages 184-215.
79. Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. *Νοσηλευτική* 2004,43(1): σ. 116-125.
80. Βερυκοκίδου Σεβαστή, Γιανναδάκη Ελένη, Μαργετουσάκη Ζαχαρούλα. «Διερεύνηση, ποιοτική ανάλυση και κατάταξη των νοσηλευτικών λαθών στην κλινική πράξη» Ηράκλειο Κρήτης 2005. σ.54
81. Morris M. Need to reduce stress. *Br J Nurs* 1995, 4: 572–573.
82. Numerof RR, Abrams MN. Sources of stress among nurses: An empirical investigation. *J Hum Stress* 1984, 10: pages 88–100.
83. Farrington A. Stress and nursing. *Br J Nurs* 1995, 4:574–578.
84. Jennifer Fisher Wilson. Περιοδικό: The SpartSet του πανεπιστημίου του Drexel (Drexel University), 31 Ιανουαρίου 2008.
85. Πατεράκη Α, Πανταζής Ι, Ιακωβίδης Α, Ιεροδιακόνου Χ. Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών: Αιτία, πρόληψη και αντιμετώπιση. *Νοσηλευτική* 1995. σ. 28–39.
86. Παπανικολάου Παναγιώτης. *Νευρολογία – Ψυχιατρική. Επιμέλεια: Βεβέρη Αμαλία. Έκδοση Η΄. ΟΕΔΒ, Αθήνα 2007. σ. 21-28.*
87. Παναγιώτης Κουτρουβίδης. Διαχείριση Εργασιακού Άγχους - Εναρμόνιση Επαγγελματικής και Προσωπικής Ζωής. Υπεύθυνος διαμόρφωσης επιστημονικών προδιαγραφών: Γιώργος Κουλαουζίδης. Επιστημονικός Υπεύθυνος: Αλέξης Κόκκος και συνεργάτες. Υπουργείο παιδείας και θρησκευμάτων, γενική γραμματεία Δια Βίου Μάθησης. σ.14.
88. Stein EJ, da Silveira Filho NG, Machado DC, Hipolide DC, Barlow K, Nobrega JN. Chronic mild stress induces widespread decreases in thyroid hormone α1 receptor mRNA levels in brain—Reversal by imipramine. *Μετάφραση – επιμέλεια: Ρόζμαρυ Ζαλώνη, Ηλίας Τζαβελας. Psychopharmacology* 2008, in press.
89. Κ. Σολδάτος, Α. Λυκούρης. Σύγγραμμα ψυχιατρικής. Δεύτερος τόμος.. *Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ medical*. 2006. σελ. 36-38.
90. Burke R. J., & Greenglass E. R. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 2001, page 126-138
91. Κ. Σολδάτος, Α. Λυκούρης. Επίτομος. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. *Ιατρικές εκδόσεις Βήτα Medical Arts*. Αθήνα 2006. σ. 25-34.
92. Stein EJ, da Silveira Filho NG, Machado DC, Hipolide DC, Barlow K, Nobrega JN. Chronic mild stress induces widespread decreases in thyroid hormone α1 receptor mRNA

- levels in brain—Reversal by imipramine. Μετάφραση – επιμέλεια: Ρόζμαρυ Ζαλώνη, Ηλίας Τζαβελας. *Psychopharmacology* 2008, in press.
93. Kash KM., Holland JC., Breitbart W., Berenson S., Dougherty J., Ouellette-Kobasa S., et al. Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*. 2000 Nov;14(11):1621-33.
  94. Quattrin R., Zanini A., Nascig E., Annunziata M., Calligaris L., Brusaferrero S. Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum*. 2006 Jul 1;33(4):815-20.
  95. Antoniou A.-S. & Antonodimitrakis, P. Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. *Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli, 2001* pages 13-20.
  96. Κουτελέκος Ιωάννης , Πολυκανδριώτη Μαρία. Το βήμα του Ασκληπιού. Τεύχος 2. Τριμηνιαίο ηλεκτρονικό, επιστημονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας. Ιανουάριος-Μάρτιος 2007. σ 3-6.
  97. Kilfedder CJ., Power KG., Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs*. 2001 May;34(3):383-96.
  98. Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC et al. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2002, 56:95–98.
  99. Bakker A.B., Killmer C.H., Siegrist J. & Schaufeli W.B. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, p. 884-891.
  100. Αντωνίου, Α.-Σ. «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης». Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώς Β.φάση. Αθήνα, Δεκέμβριος 2005. σ. 10-20.
  101. Brooks BA., Anderson MA. Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual*. 2004 Jul-Sep;19(3):269-75.
  102. Cubrilo-Turek M., Urek R., Turek S. Burnout syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol*. 2006 Mar;30(1):131-5.
  103. Schraub S., Marx E. Burn out syndrome in oncology. *Bull Cancer*. 2004 Sep;91(9):673-6.
  104. Sherman AC., Edwards D., Simonton S., Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*. 2006 Mar;4(1): 65-80. Review.
  105. Pariante CM, Miller AH. Glucocorticoid receptors in major depression: relevance to pathophysiology and treatment. *Biol Psychiatry* 2001, 49:391–404
  106. Αδαλή Ε., Πριάμη Ε., Ευαγγέλου Ε., Υφαντή Μ., Μούγια Β. Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού Νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική* 2002,41(1): p. 105-114.
  107. Frick, H., Leonhardt, D. Stark. *Allgemeine Anatomie. Spezielle Anatomie I-II. Taschenlehrbuch der gesamten Anatomie*, Thieme I, Stuttgart 1978. 76 (1): 65-71.
  108. John T. Hansen, Bruce M. Koerppen. Άτλας Βασικών Ιατρικών επιστημών «Φυσιολογία του Ανθρώπου». Μετάφραση: Ελισσάβετ Περσμουθιώτου. Επιμέλεια: Ε. Κοτσιφάκη, Μ. Κουτσιλιέρης, Ε. Κάμπερ, Μ. Λυμπέρης, Π. Μπεχράκης, Λ. Τσιμπουκίδου κ.α. Τόμος 3. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα 2004. σ. 87 – 88
  109. Βασίλειος Αλεβίζος. «Άγχος» Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. Εκδότης: ΒΗΤΑ – Ιατρικές Εκδόσεις. 2008 σ. 30-35.
  110. Καλπάκογλου Θωμάς. Άγχος και Πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. 1997. σ.36.
  111. Νικηφόρος Β. Αγγελόπουλος. Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. Τόμος Α'. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2005. σ. 64.
  112. Arnold J., Cooper C.L. & Robertson I.T. *Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place*. 2nd ed, Pitman. London, 1995. pages 15-30.
  113. Jimmieson N. L. Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 2000,14 (3): pages 262-280
  114. Demir A., Ulosoy, M., & Ulosoy M. F. Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies* ,2003, 40: pages 807-827.

115. Firth-Cozens J., & Payne, R. *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd, 1999.
116. Bernardi M., Catania G., Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Infirm.* 2005, 58(2):75-9.
117. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA.* 2001; 286: 307–314.
118. Farber BA. Introduction: a critical perspective on burnout. In: Farber BA, editor. *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon; 1983. 1–20.
119. Benbow S. Burnout: current knowledge and relevance to old age psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998;13:520–526.
120. Παπαδάτος Γιάννης, Στογιαννίδου Αριάννα. *Κοινωνική Ψυχική Υγεία*. Εκδόσεις Λίτσα. Αθήνα 1994. σ. 27-35.
121. Κασσωτάκης Ι. Μιχάλης, Συμβουλευτική και Επαγγελματικός Προσανατολισμός θεωρία και πράξη. Εκδόσεις Τυπωθήτω. Αθήνα 2002. σ. 19-26.
122. Κουκούλη Σοφία. Πολιτική Κοινωνικής Πρόνοιας. Προγράμματα Υπηρεσίες. διαφάνειες μαθήματος. Ηράκλειο 2003-2004. σ. 26.
123. Γαμβρούδης Βασίλης Β. Το Δίκαιο στις Εργασιακές Σχέσεις, εκδόσεις Επιθεώρησις Ι.Κ.Α. Ασφαλιστικού και Εργατικού Δικαίου. Αθήνα 2006. σελ. 39-51.
124. Γεωργόπουλος Γ., Ανθρώπινες σχέσεις στην εργασία, Κ & Π Σιμπιλιάς. Αθήνα 1989.
125. Demir A., Ulosoy, M., & Ulosoy M. F. Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 2003, 40: pages 807-827.



---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

---



Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα: «Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής», διεξάγετε έρευνα με σκοπό τη διερεύνηση και απεικόνιση των βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρική κλινική.

Παραθέτουμε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο συντάχθηκε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις και σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις απόρρητες. Σε περίπτωση που επιθυμείτε να σας γίνουν γνωστά τα αποτελέσματα της έρευνας, θα είμαστε στη διάθεσή σας.

.....

1. Πόλη Εργασίας: Αθήνα  Θεσσαλονίκη  Ιωάννινα   
Τρίπολη  Καλαμάτα  Πάτρα

2. Ίδρυμα Εργασίας: .....

3. Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

4. Ηλικία: < 20  20 – 30  30 – 40  40 – 50  > 50

5. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η  Έγγαμος/η  Διαζευγμένος/η  Χήρος/α

6. Μορφωτικό επίπεδο:  Απόφοιτος Επαγγελματικού Λυκείου (κατεύθυνση βοηθών νοσηλευτών)  
 Απόφοιτος ΙΕΚ / Σχολής Ελευθέρων Σπουδών  
 Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ  
 Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου

7. Θέση εργασίας:  Προϊστάμενος  
 Νοσηλεύτης Π.Ε  
 Νοσηλεύτης Τ.Ε  
 Βοηθός Νοσηλεύτη Δ.Ε

8. Πόσα χρόνια εργάζεστε σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής;

<5  5 – 10  10 – 15  15 – 20  >20

9. Αν σας δινόταν η ευκαιρία της επιλογής, θα επιλέγατε να εργαστείτε σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής;

Ναι  Όχι

10. Πόσο απαιτητικό είναι το τμήμα που εργάζεστε;

Λίγο  Αρκετά  Πολύ  Πάρα πολύ

11. Από τυχόν προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζετε, ποια πιστεύετε πως οφείλονται στην εργασία σας;

.....



12. Αντιμετωπίζοντας καθημερινά δύσκολα περιστατικά, αυξάνεται το ενδιαφέρον σας για την εργασία ή μειώνεται;

Αυξάνεται  Μειώνεται

13. Οι ενδεχόμενες επικίνδυνες καταστάσεις που βιώνετε στην εργασία σας, σας προκαλούν άγχος;

Ναι  Όχι

14. Οι περιπτώσεις των ψυχωτικών ασθενών με αυτοκτονικές τάσεις και άλλες ακραίες συμπεριφορές, σας προκαλούν το αίσθημα της ανασφάλειας στον εργασιακό σας χώρο;

Ναι  Όχι

15. Πόσο επηρεάζει το αίσθημα ασφαλείας, η επιθετικότητα και τα ακραία περιστατικά βίας από ασθενείς που εκτίουν σωφρονιστική ποινή;

Καθόλου  Λίγο  Πολύ  Πάρα πολύ

16. Πόσο συχνά βιώνετε το αίσθημα του άγχους εξ αιτίας της εργασίας σας στο συγκεκριμένο τμήμα;

Ποτέ  Σπάνια  Μερικές φορές  Αρκετές φορές  Πολλές φορές

17. Η καθημερινή εξάντληση που αισθάνεστε, πιστεύετε ότι είναι μόνο σωματική ή και ψυχολογική;

Σωματική  Ψυχολογική  Και τα δύο  Κανένα από τα δύο

18. Πόσο συχνά λαμβάνετε ικανοποίηση από την προσφορά σας προς τους ασθενείς;

Λίγες φορές  Αρκετές φορές  Πολλές φορές  Πάντα

19. Νιώθετε πως μεταφέρετε στην οικογένειά σας αρνητικά συναισθήματα που προκλήθηκαν από την εργασία σας;

Ναι  Όχι

20. Επιδιώκετε να έχετε ελεύθερο χρόνο μέσα στη μέρα για δραστηριότητες με την οικογένειά σας ή με φίλους;

Ναι  Όχι

21. Πόσο έχει επηρεάσει αρνητικά τις καθημερινές σας δραστηριότητες η εργασία σας στη ψυχιατρική κλινική;

Καθόλου  Λίγο  Αρκετά  Πολύ  Πάρα πολύ

22. Στην κλινική σας έχετε θεσπίσει την αρχή της εκ περιτροπής απουσίας από το τμήμα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα;

Ναι  Όχι

23. Πιο ωράριο της εργασίας στην κλινική σας δημιουργεί περισσότερο άγχος – ανασφάλεια;

7 πμ - 3 μμ  3 μμ – 11 μμ  11 μμ – 7 πμ

Γιατί; .....

24. Έχετε λάβει γνώση των μεθόδων αντιμετώπισης του burnout (εξουθένωσης);

Ναι  Όχι

25. Τι θα θέλατε να βελτιωθεί στη συγκεκριμένη ψυχιατρική κλινική για τη μείωση των βιοψυχοκοινωνικών σας επιπτώσεων από την εργασία; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- Η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού
- Η αύξηση του μισθού
- Η ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την πορεία των ασθενών
- Η συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό
- Η συνεργασία με την προϊσταμένη του τμήματός σας
- Η συνεργασία – επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος
- Καλύτερος εξοπλισμός στο τμήμα

Για οποιαδήποτε πληροφορία επικοινωνήστε μαζί μας. Τα αποτελέσματα θα σας ανακοινωθούν εφ' όσον το επιθυμείτε.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας

e-mail επικοινωνίας: [eleftheria.m\\_xenitopoulou@hotmail.gr](mailto:eleftheria.m_xenitopoulou@hotmail.gr)  
[babislazakos@hotmail.com](mailto:babislazakos@hotmail.com)

«Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής»  
Ξενοπούλου Ελευθερία – Μαγδαληνή  
Παπαθανασίου Χαράλαμπος

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
1/22.01.2014  
Του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας

**ΘΕΜΑ: 42** << Επί του με αρ.πρωτ. 20990/13.11.2013 εγγράφου του κ. Παπαθανασίου Χαραλάμπους, σχετικά με την έγκριση διεξαγωγής έρευνας.>>

Σχετικά με το θέμα αυτό η εισηγήτρια κ. Μαρία Γιαννακέα, εκτελούσα χρέη Δ/ντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας θέτει υπόψη του Συμβουλίου:

- 1) Το με αρ.πρωτ. 20990/13.11.2013 έγγραφο του κ. Παπαθανασίου Χαραλάμπους, Φοιτητή Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, σχετικά με την έγκριση διεξαγωγής έρευνας, με θέμα: «Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου Νοσηλευτικού Προσωπικού σε Τμήμα Ψυχιατρικής Κλινικής»
- 2) Την με αρ. 5/27.11.2013 (Θ-8) απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας.

Τα ανωτέρω επισυνάπτονται και αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του παράοντος πρακτικού.

Κατόπιν των ανωτέρω ΕΙΣΗΓΕΙΤΑΙ όπως το συμβούλιο εγκρίνει το αίτημα του κ. Παπαθανασίου Χαραλάμπους Φοιτητή Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, σχετικά με την διεξαγωγής έρευνας, με θέμα: «Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου Νοσηλευτικού Προσωπικού σε Τμήμα Ψυχιατρικής Κλινικής», σύμφωνα με το αρ.πρωτ. 20990/13.11.2013 επισυναπτόμενο έγγραφό του.

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη του όλα τα ανωτέρω καθώς επίσης τις διατάξεις:


- Α) Του Οργανισμού του Νοσοκομείου Β.Δ. 31/1-20/2/56 (ΦΕΚ 69/Α/56) καθώς τροποποιήθηκε - συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και αναμορφώθηκε με την αρ. Υ4α/οικ. 121798/12 (ΦΕΚ 3477/31.12.2012 Τεύχος Δεύτερο) απόφαση των Υπουργών Οικονομικών – Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης-Υγείας.
- Β) Του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Κυπαρισσίας αρ. Α3β/οικ.4786/87 (ΦΕΚ 170/Β/1987) απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν.Ασφαλίσεων καθώς τροποποιήθηκε – συμπληρώθηκε και αναμορφώθηκε μεταγενέστερα.
- Γ) Την με αρ. Υ4α/οικ. 123890/2012 (ΦΕΚ 3499/31.12.2012 Τεύχος Δεύτερο) απόφαση των Υπουργών Οικονομικών – Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης-Υγείας, σχετικά με τον Ενοποιημένο Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και του Γενικού Νοσοκομείου –Κ.Υ. Κυπαρισσίας.
- Δ) Του Ν. 3329/2005.
- Ε) Του Ν.3527/2007.


ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 1/22.01.2014

ΣΤ) Του Ν. 4118/2013 (ΦΕΚ 32/6.2.2013 τεύχος Πρώτο)  
Και μετά από διαλογική συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ**

Εγκρίνει το αίτημα του κ. Παπαθανασίου Χαραλάμπους Φοιτητή Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, σχετικά με την διεξαγωγής έρευνας, με θέμα: «Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου Νοσηλευτικού Προσωπικού σε Τμήμα Ψυχιατρικής Κλινικής», σύμφωνα με το αρ.πρωτ. 20990/13.11.2013 επισυναπτόμενο έγγραφό του.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ  
Καλαμάτα 3/02/2014  
Ε.Τραυμάτσας  
  
ΜΑΡΙΑ Ν. ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

5/27-11-2013

**ΘΕΜΑ: 8** "Επί του αρ. πρωτ. 20990/13-11-2013 εγγράφου του κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπου".

Σχετικά με το θέμα αυτό ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Αποστολοπούλου Νικολέττα, θέτει υπόψη των μελών το αρ. πρωτ. 20990/13-11-2013 έγγραφο του κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπου φοιτητή ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας Τμήμα Νοσηλευτικής για την διεξαγωγή έρευνας με θέμα <<Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού σε Τμήμα ψυχιατρικής κλινική>>.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τον το ανωτέρω έγγραφο με τα συνημμένα δικαιολογητικά και μετά διαλογική συζήτηση

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ**

Εγκρίνει την διεξαγωγή έρευνας με θέμα <<Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής>> από τον Παπαθανασίου Χαράλαμφο φοιτητή ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας Τμήμα Νοσηλευτικής.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,  
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ  
και ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

Τρίπολη 15 / 01 / 2014

Αριθμ. Πρωτ.: 874

ΤΜΗΜΑ: Γραμματείας  
Ταχ. Δ/ση: Τέρμα Ερυθρού Σταυρού  
Τρίπολη - 22100  
Πληροφορίες: Ι. Γεωργάκη  
Τηλέφωνο: 2713 601704  
FAX: (2710) 238175

**Π Ρ Ο Σ:**

Τον κ. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟ  
ΗΡΑΣ 1, Τ.Κ.22100, ΤΡΙΠΟΛΗ

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση Αδείας για Διεξαγωγή Έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης  
Πτυχιακής Εργασίας»**

Σε απάντηση της υπ'αριθμ.24303/2-12-2013 αίτησης σας σχετικά με την χορήγηση αδείας για διεξαγωγή έρευνας με την διανομή ερωτηματολογίου στον Ψ.Τ. του Νοσοκομείου μας, στα πλαίσια εκπόνησης της Πτυχιακής σας Εργασίας με τίτλο: «ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ », σας κοινοποιούμε το υπ'αριθμ. 1078/31-12-2013 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας καθώς και απόσπασμα από την υπ'αριθμ. 1η/10-01-2014 Συνεδρίαση του Δ.Σ. του Ιδρύματός μας, (Θέμα 5<sup>ο</sup> Διοικητικό), σύμφωνα με τα οποία εγκρίνεται το αίτημά σας.

Κατόπιν αυτών παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες κοινοποιώντας προς εσάς και το υπ'αριθμ. 2226/25-1-2011 έγγραφο της 6η Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

**Η Διευθύντρια Διοικητικού**



**Λυμπεροπούλου Παναγιώτα**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ- ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Τripoli 31 / 12 / 2013

Αριθμ. Πρωτ. 1078

ΤΜΗΜΑ: Ε.Σ.  
ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: ΠΕΡΜΑ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ  
ΠΑΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Μ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: (2713) 601711  
FAX: (2710) 238175

ΠΡΟΣ: Το Τμήμα Γραμματείας  
Ενταύθα

ΚΟΙΝ.: Δ/ντή Ιατρ. Υπηρεσίας  
Ενταύθα

ΘΕΜΑ 13<sup>ο</sup>: Υποβολή της υπ' αριθμ. 24303/02.12.13 αίτησης του κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπος, σχετικά με έγκριση για διανομή ερωτηματολογίου και διεξαγωγή έρευνας στο Νοσοκομείο μας, στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας του.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του την υπ' αριθμ. 24303/02.12.13 αίτηση του κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπος, μετά από διαλογική συζήτηση, ομόφωνα αποφασίζει - συνηγορεί για την χορήγηση αδείας στον κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπο, για διανομή ερωτηματολογίου και διεξαγωγή έρευνας στο Νοσηλευτικό Προσωπικό Ψυχιατρικής Κλινικής του Ψυχιατρικού Τομέα του Νοσοκομείου μας, στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας του, με τίτλο: «ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ».

Το Επιστημονικό Συμβούλιο τέλος επισημαίνει στον ενδιαφερόμενο ότι κατά την διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας, έχει την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, την υποχρέωση της τήρησης όλων των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και επιπλέον τονίζει ότι το Νοσοκομείο μας δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά και εργασιακά.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.

Πονηράκος Βενετσάνος  
Συντονιστής Δ/ντής  
Β' Χειρουργικού Τμήματος

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΕΚ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟΥ  
ΤΡΙΠΟΛΗ 31.12.2013

ΜΑΡΙΑ ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ  
Δ/ΚΟΣ - Λ/ΚΟΣ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Ε.Σ.

## ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Από το Πρακτικό της υπ' αριθμ. 1<sup>ης</sup>/2014 Πράξης του Δ.Σ. του Παναρκαδικού Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ».

Στην Τρίπολη και στο Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ", έδρα του Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης (Δ.Σ.) του Π.Γ.Ν. Τρίπολης, σήμερα την 10<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2014, ημέρα Παρασκευή και ώρα 11:00' π.μ., συνήλθε σε Συνεδρίαση το Συλλογικό Όργανο Διοίκησης (Δ.Σ.) του Π.Γ.Ν. Τρίπολης, μετά από την υπ' αριθμ. 1/08.01.2014 έγγραφη Πρόσκληση του Προέδρου του, που επιδόθηκε σε καθένα από τα Μέλη του (Δ.Σ.), με αποδεικτικό επιδόσεως και διαπιστώθηκε ότι υπάρχει νόμιμη απαρτία, αφού σε σύνολο πέντε (5) Μελών παρέστησαν πέντε (5) και συγκεκριμένα:

1. Νικόλαος Χρόνης – Πρόεδρος
2. Χαράλαμπος Παπασταύρου - Αντιπρόεδρος
3. Παναγιώτης Καραφωτιάς – Μέλος
4. Αναστάσιος Δήμας – Εκπρόσωπος των Ιατρών
5. Αδαμαντία Σαραντοπούλου – Εκπρόσωπος του λοιπού προσωπικού, πλην των Ιατρών

Χρέη Εισηγητή σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, άσκησε ο κ. Νικόλαος Χρόνης – Διοικητής και Πρόεδρος του Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης (Δ.Σ.) του Π.Γ.Ν. Τρίπολης, επικουρούμενος από την κ. Παναγιώτα Λυμπεροπούλου – Προϊσταμένη Διεύθυνσης Διοικητικού του Π.Γ.Ν. Τρίπολης, την κ. Αθηνά Λαμπροπούλου – Υπάλληλος ΤΕ του Τμήματος Οικονομικού του Π.Γ.Ν. Τρίπολης, και τον κ. Κωνσταντίνο Καπλάνη – Προϊστάμενο Διεύθυνσης Διοικητικού του Ψυχιατρικού Τομέα του Π.Γ.Ν. Τρίπολης.

Χρέη Γραμματέα άσκησαν οι κ. Τελώνη Μαρία και κ. Βόσσου Κωνσταντίνα.

Ο Πρόεδρος του Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης (Δ.Σ.), του Π.Γ.Ν. Τρίπολης, κήρυξε την έναρξη της Συνεδρίασεως αυτού (Δ.Σ.), επί των συγκεκριμένων θεμάτων, τα οποία αποφάσισε να συζητηθούν.

**ΘΕΜΑ 5<sup>ο</sup> (ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ):** Υποβολή της υπ' αριθμ. 24303/02.12.2013 αίτησης του κ. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥ, σχετικά με χορήγηση αδειας για Διεξαγωγή Έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης της Πτυχιακής του Εργασίας.

Ο Πρόεδρος του Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης (Δ.Σ.), του Π.Γ.Ν. Τρίπολης, θέτει υπόψη των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, την υπ' αριθμ. 6/08.01.2014 εισήγηση της Δ/ση Δ/κού, η οποία έχει ως εξής:

*Σας υποβάλλουμε την υπ' αριθμ. 24303/2-12-2013 αίτησης του κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπου – Φοιτητή του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Αντικής Ελλάδας, σχετικά με χορήγηση αδειας διεξαγωγής έρευνας (με διανομή ερωτηματολογίου) στο Νοσοκομείο μας, στα πλαίσια εκπόνησης της Πτυχιακής του Εργασίας με τίτλο: «Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής», η οποία έχει ως κατωτέρω:*

*«Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την αίτησή μου για την διανομή ερωτηματολογίου και την διεξαγωγή έρευνας στο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας στο πλαίσιο της πτυχιακής μου εργασίας με θέμα: "Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού*



προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής", με επιβλέπουσα καθηγήτρια την Dr Παπαδημητρίου Μαρία – Καθηγήτρια Κοσμήτορα της ΣΕΥΠ. Σας ευχαριστώ πολύ»

Επί του ανωτέρω το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας με το υπ' αριθμ. 1078/31-12-2013 έγγραφό του αναφέρει τα ακόλουθα:

«Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του την υπ' αριθμ. 24303/02.12.13 αίτηση του κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπος, μετά από διαλογική συζήτηση, ομόφωνα αποφασίζει – συνηγορεί για την χορήγηση αδείας στον κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπο, για διανομή ερωτηματολογίου και διεξαγωγή έρευνας στο Νοσηλευτικό Προσωπικό Ψυχιατρικής Κλινικής του Ψυχιατρικού Τομέα του Νοσοκομείου μας, στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας του, με τίτλο: "ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ".

Το Επιστημονικό Συμβούλιο τέλος επισημαίνει στον ενδιαφερόμενο ότι κατά την διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας, έχει την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, την υποχρέωση της τήρησης όλων των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και επιπλέον τονίζει ότι το Νοσοκομείο μας δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά και εργασιακά.»

Επίσης θέτουμε υπόψη σας ότι σύμφωνα με το υπ' αριθμ. 2226/25-01-2011 έγγραφο της 6<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. και κατόπιν του υπ' αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/9-11-2010 εγγράφου του ΕΚΕΠΥ, πλέον η διαδικασία έγκρισης παροχής στοιχείων σχετικά με την εκπόνηση διπλωματικών εργασιών, διεξάγεται από την 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. και οι ενδιαφερόμενοι είναι απαραίτητο να προσκομίζουν στην 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. τα αναγκαία δικαιολογητικά τα οποία είναι:

1. Αίτηση του ενδιαφερόμενου
2. Βεβαίωση του επιβλέποντος καθηγητή
3. Έγκριση Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου από το οποίο ζητούνται τα σχετικά στοιχεία
4. Ερωτηματολόγιο του ερευνητικού μέρους της εργασίας (προαιρετικά)

Κατόπιν αυτού παρακαλούμε για την λήψη σχετικής Απόφασης.

Το Συλλογικό Όργανο Διοίκησης (Δ.Σ.) του Π.Γ.Ν.Τρίπολης, αφού έλαβε υπόψη του την ανωτέρω εισήγηση, καθώς και όλα τα αναφερόμενα σε αυτήν σχετικά έγγραφα, και μετά από διαλογική συζήτηση,

#### ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ,

εγκρίνει στον κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπο – Φοιτητή του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας, την χορήγηση αδείας για διανομή ερωτηματολογίου και διεξαγωγή έρευνας στο Νοσηλευτικό Προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής του Ψυχιατρικού Τομέα του Νοσοκομείου μας, στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας του, με τίτλο: "ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ", με την προϋπόθεση να τηρηθούν όλες οι διατάξεις περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, καθώς και την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Παραγγέλλει δε, όπως ενημερωθεί αρμοδίως ο κ. Παπαθανασίου Χαράλαμπος.

Η παρούσα κηρύσσεται άμεσα εκτελεστή πριν την επικύρωση των πρακτικών, λόγω του επείγοντος.

Ο Διοικητής - Πρόεδρος του Δ.Σ.

Νικόλαος Χρόνης

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Η Γραμματέας

Μ. Τελώνη

Τα Μέλη

Χαράλαμπος Παπασταύρου

Παναγιώτης Καραφωτιάς

Αναστάσιος Δήμας

Αδαμαντία Σαραντοπούλου

Οι Γραμματείς

Μ. Τελώνη

Κων. Βόσσου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡ. ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΑΤΡΑ

Αρ. Πρωτ.

25/01/2011

2226

ΠΡΟΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ

Πληροφ. : Δημοσθένης Αντωνιάδης  
Τηλέφωνο : 2613- 600578  
FAX : 2610 - 463581

**Θέμα:** Διαβίβαση εγγράφου του ΕΚΕΠΥ

**Σχετικό:** Το υπ'αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/09.11.2010 έγγραφο του ΕΚΕΠΥ

Σας διαβιβάζουμε το παραπάνω έγγραφο σχετικά με τις άδειες εκπόνησης των διπλωματικών εργασιών και σας κάνουμε γνωστό ότι με τη λήψη του παρόντος και στο εξής, η διαδικασία έγκρισης παραχής στοιχείων σχετικά με την εκπόνηση διπλωματικών εργασιών, διεξάγεται από την 6<sup>η</sup> ΔΥΠΕ.

Παρακαλείσθε όπως ενημερώσετε τους ενδιαφερόμενους, ότι είναι απαραίτητο να προσκομίζουν στην υπηρεσία μας, τα αναγκαία δικαιολογητικά τα οποία είναι:

1. Αίτηση του ενδιαφερόμενου
2. Βεβαίωση του επιβλέποντος καθηγητή
3. Έγκριση Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου από το οποίο ζητούνται τα σχετικά στοιχεία.
4. Ερωτηματολόγιο του ερευνητικού μέρους της εργασίας (προαιρετικά)

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Η ΥΠΕΚΘΥΝΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ  
Κατσαλήρου Μαρία

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

Συννημ.  
1 φύλλο

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΟΣ Δ. ΓΧΟΥΜΑΣ

89-11-20

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
Αρ. Πρωτ./Ημερ.: 23738/09-11-2010



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.)

Αθήνα, 09/11/2010  
Αρ. πρωτ. : Γ.ΕΚΕΠΥ/3671

ΠΡΟΣ: Όλες τις Υ.Πε.

Ταχ. Δ/ση : Λ. Κηφισίας 39  
Ταχ. Κώδικας : 15123 Μαρούσι  
Πληροφορίες : Μπέκας Περικλής  
Τηλ. : 210 6828350  
          : 210 6822445  
Fax : 210 6823625  
      : 210 6823698

Κοιν.: Γενικό Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α.

Θέμα: «Άδειες εκπόνησης διπλωματικών εργασιών»

Σας ενημερώνουμε ότι με την λήψη του παρόντος και στο εξής δεν απαιτείται η έγκριση των διπλωματικών εργασιών από το Ε.Κ.ΕΠ.Υ.  
Σε κάθε περίπτωση απαιτείται έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του νασοκομείου και από την διοίκηση της αρμόδιας Υγειονομικής Περιφέρειας.  
Παρακαλούμε όπως ενημερώσετε άμεσα τα νασοκομεία ευθύνης σας.



Γεώργιος Ιωάννης

ΕΘΕΩΡΗΘΗ ΔΙΑ ΤΟΥ  
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

*[Handwritten signature]*



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ - ΗΠΕΙΡΟΥ &  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ: 31-03-2014

Αριθμ.Πρωτ. 21

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
"Γ.ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"

ΠΡΟΣ:

Παπαθανασίου Χαράλαμπο  
Φοιτητή Νοσηλευτικής  
ΑΤΕΙ Δυτ. Ελλάδας

Διεύθυνση : Λεωφόρος Μακρυγιάννη  
Τ.Κ. : 450 01 Ιωάννινα  
Τμήμα : Επιστημονικό Συμβούλιο  
Πληροφορίες : Σ. Τζιμογιάννη  
Τηλέφωνο : 26510 80831-832  
Fax : 2651 0 31414

ΚΟΙΝ.:

**ΘΕΜΑ:** Απάντηση σε αίτησή σας

**ΣΧΕΤ. :** α) Η από 18-11-2013 αίτησή σας.  
β) Αριθ. 1/30-01-14 (θ.10) απόσπασμα Πρακτικού του Ε.Σ.

Σε απάντηση του ανωτέρω (α) σχετικού, σας διαβιβάζουμε τη (β), για να λάβετε γνώση.

Ακριβές Αντίγραφο  
Η Γραμματέας

Σ. Τζιμογιάννη



Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ε.Σ.  
Δρ. Ν.Ε. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ

Απόσπασμα του αριθμ. 1/30-1-2014 Πρακτικού του Ε.Σ. του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

**ΘΕΜΑ : 10**

**Αίτηση του Παπαθανασίου Χαράλαμπου, φοιτητή Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Δυτ. Ελλάδας για χορήγηση άδειας συμπλήρωσης ειδικού ερωτηματολογίου στα πλαίσια διεκπεραίωσης της πτυχιακής του εργασίας.**

Το Ε.Σ. αφού έλαβε υπόψη την από 18-11-2013 αίτηση του Παπαθανασίου Χαράλαμπου, φοιτητή Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Δυτ. Ελλάδας για χορήγηση άδειας συμπλήρωσης ειδικού ερωτηματολογίου στα πλαίσια διεκπεραίωσης της πτυχιακής του εργασίας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο με το αριθμ. 12/28-11-13(θ.6) πρακτικό, ανάβαλε τη γνωμοδότησή του, προκειμένου η κ. Φωτιάδου Ανδρονίκη - Συντ. Δ/ντρια Ψυχιατρικής, να μας ενημερώσει εάν είναι επαρκές το ανθρώπινο νοσηλευτικό προσωπικό για την ολοκλήρωση αξιόπιστης μελέτης.

Μετά από διαλογική συζήτηση

**Γνωμοδοτεί**

Μετά τη εισήγηση της κ. Φωτιάδου Ανδρονίκης - Συντ. Δ/ντριας Ψυχιατρικής και μετά από διαλογική συζήτηση συμφωνούμε για τη χορήγηση άδειας συμπλήρωσης ειδικού ερωτηματολογίου στα πλαίσια διεκπεραίωσης της πτυχιακής εργασίας του Παπαθανασίου Χαράλαμπου, φοιτητή Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Δυτ. Ελλάδας, υπό τον όρο τα συμπεράσματα του ερωτηματολογίου θα βρίσκονται υπό την εποπτεία της κ. Φωτιάδου Ανδρ., η οποία και θα μας ενημερώσει σε εύλογο χρόνο.

Στη συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου έλαβαν μέρος :  
Πρόεδρος: Ν. Σταυρόπουλος, Συντονιστής Δ/ντής Ουρολογικού Τμήματος.  
Μέλη: Θεοδώρου Δ.-Δ/ντρια Αξον. Τομογράφου, Γώτης Κων/νος-ΕΒ' Γεν. Ιατρ. Π.Ι. Δεσποτικού, Βασάκος Σπ.-Βιοχημικός, Κολόκα Χρύσα- ΠΕ Νοσηλευτριών.

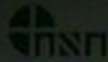
**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ**  
**Ν.Ε. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ**

**ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΔΑΦΝΗ**  
**ΓΩΤΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ**  
**ΒΑΣΑΚΟΣ ΣΠΥΡΟΣ**  
**ΚΟΛΟΚΑ ΧΡΥΣΑ**







ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών  
'ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ'  
26504 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ  
ΤΗΣ ΑΡ 9. 17/12/13 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ  
ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ  
ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Στην Πάτρα σήμερα 17/12/2013 ημέρα Τρίτη και ώρα 9.30' στην αίθουσα συνεδριάσεων της Ε.Η.Ε.Δ. του Π.Γ.Ν.Π. συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση η Επιτροπή Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας, κατόπιν της υπ' αριθμ.7/29.7.2013 πρόσκλησης του Προέδρου της ΕΗΕΔ προς τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη. Στην συνεδρίαση παρέστησαν οι:

1.ΓΙΑΝΝΑΚΕΝΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
2.ΛΑΚΙΩΤΗΣ ΒΕΛΙΣΣΑΡΙΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
3.ΚΑΣΠΙΡΗ ΑΓΑΡΙΣΤΗ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ

Ως Γραμματέας της ΕΗΕΔ παρέστη η υπάλληλος Νικολάου Παρασκευή.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία, η ΕΗΕΔ προχώρησε στη συζήτηση των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης τα οποία έχουν καθοριστεί από την υπ' αριθμ. 7/29.7.2013 πρόσκληση του Προέδρου.

1<sup>ο</sup> ΘΕΜΑ

Ο Πρόεδρος θέτει υπόψη των μελών της ΕΗΕΔ, την υπ' αριθ.22207/ 14 - 11 -2013, έγγραφο, της κ.Ξενοπούλου Ελ., όπως κάτωθι:

**Θέμα : Έγκριση διανομής ερωτηματολογίων**

Στα πλαίσια της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας στο ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας (Πάτρα) ΣΕΥΠ Τμήμα Νοσηλευτικής με Επισημονική Υπεύθυνη την κ.Παπαδημητρίου Μαρία και με θέμα: «Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής», πραγματοποιώ έρευνα σε Νοσηλευτές ΔΕ, ΤΕ και ΠΕ.

**ΘΕΜΑ : 10**

Αίτηση του Παπαθανασίου Χαράλαμπου, φοιτητή Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Δυτ. Ελλάδας για χορήγηση άδειας συμπλήρωσης ειδικού ερωτηματολογίου στα πλαίσια διεκπεραίωσης της πτυχιακής του εργασίας.

Το Ε.Σ. αφού έλαβε υπόψη την από 18-11-2013 αίτηση του Παπαθανασίου Χαράλαμπου, φοιτητή Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Δυτ. Ελλάδας για χορήγηση άδειας συμπλήρωσης ειδικού ερωτηματολογίου στα πλαίσια διεκπεραίωσης της πτυχιακής του εργασίας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο με το αριθμ. 12/28-11-13(θ.6) πρακτικό, ανάβαλε τη γνωμοδότησή του, προκειμένου η κ. Φωτιάδου Ανδρονίκη - Συντ. Δ/ντρια Ψυχιατρικής, να μας ενημερώσει εάν είναι επαρκές το ανθρώπινο νοσηλευτικό προσωπικό για την ολοκλήρωση αξιόπιστης μελέτης.

Μετά από διαλογική συζήτηση

**Γνωμοδοτεί**

Μετά τη εισήγηση της κ. Φωτιάδου Ανδρονίκης - Συντ. Δ/ντριας Ψυχιατρικής και μετά από διαλογική συζήτηση συμφωνούμε για τη χορήγηση άδειας συμπλήρωσης ειδικού ερωτηματολογίου στα πλαίσια διεκπεραίωσης της πτυχιακής εργασίας του Παπαθανασίου Χαράλαμπου, φοιτητή Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Δυτ. Ελλάδας, υπό τον όρο τα συμπεράσματα του ερωτηματολογίου θα βρίσκονται υπό την εποπτεία της κ. Φωτιάδου Ανδρ., η οποία και θα μας ενημερώσει σε εύλογο χρόνο.

Στη συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου έλαβαν μέρος :

Πρόεδρος: Ν. Σταυρόπουλος, Συντονιστής Δ/ντής Ουρολογικού Τμήματος.

Μέλη: Θεοδώρου Δ.-Δ/ντρια Αξον. Τομογράφου, Γώτης Κων/νος-ΕΒ' Γεν. Ιατρ. Π.Ι. Δεσποτικού, Βασάκος Σπ.-Βιοχημικός, Κολόκα Χρύσα- ΠΕ Νοσηλευτριών.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
Ν.Ε. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΔΑΦΝΗ  
ΓΩΤΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ  
ΒΑΣΑΚΟΣ ΣΠΥΡΟΣ  
ΚΟΛΟΚΑ ΧΡΥΣΑ





Σκοπός της έρευνάς μου είναι η όσο το δυνατόν πλησιέστερη απεικόνιση των βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων και κατά πόσον αυτές τους επηρεάζουν στην καθημερινότητά τους.

Παρακαλώ όπως μου επιτραπεί η διανομή ερωτηματολογίων στο Νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στην έρευνά μου.  
Σας επισυνάπτω και το σχετικό ερωτηματολόγιο.

**Επιστημονικά Υπεύθυνος :** Καθηγήτρια Σχολής ΣΕΥΠ ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος  
Παπαδημητρίου Μαρία

**Ερευνητές :** Φοιτήτρια ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής  
Ξενοπούλου Ελευθερία-Μαγδαληνή

Η ΕΗΕΔ αφού έλαβε υπόψη το παραπάνω θέμα και μετά από διαλογική συζήτηση

**ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ**

Και εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίων.

Ο Πρόεδρος

Επιτροπής Έρευνας, Ηθικής  
& Δεοντολογίας

ΓΙΑΝΝΑΚΕΝΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ



Χαϊδάρι 4/2/2014

ΑΠΟΦΑΣΗ Ε.Σ.  
ΑΡ.1/28.1.2014 (θέμα 11<sup>ο</sup>)

**ΘΕΜΑ 11<sup>ο</sup>:** Αίτηση αδείας για διεξαγωγή έρευνας των φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, Ξενιτοπούλου Ελευθερίας-Μαγδαληνής και Παπαθανασίου Χαραλάμπους, στα πλαίσια συγγραφής πτυχιακής εργασίας με θέμα «Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής».

- ΣΧΕΤ.:** 1) Το με αρ.πρωτ.37359/4.12.2013 αίτημα των Ξενιτοπούλου Ελευθερίας-Μαγδαληνής, Παπαθανασίου Χαραλάμπους  
Τα επισυναπτόμενα έγγραφα του φακέλου μελέτης:  
α) Το πρωτόκολλο μελέτης της έρευνας  
β) Το ερωτηματολόγιο που θα συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα  
γ) Το έντυπο συγκατάθεσης που θα συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα  
2) Η με αρ.1/22.1.2014 (θέμα 3<sup>ο</sup>) απόφαση επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του το σχετικό αίτημα

**ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ**

Την έγκριση διεξαγωγής έρευνας των Ξενιτοπούλου Ελευθερίας-Μαγδαληνής και Παπαθανασίου Χαραλάμπους, στα πλαίσια συγγραφής πτυχιακής εργασίας με θέμα «Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα Ψυχιατρικής κλινικής».

Η σύνθεση του Επιστημονικού Συμβουλίου κατά τη συνεδρίαση της 28/1/2014 ήταν:

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

- |                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| 1. Πανέττας Χ.      | Δ/ντής Ψυχίατρος – Πρόεδρος   |
| 2. Παπαϊωαννίδης Δ. | Δ/ντής Ιατρ.Υπηρεσίας – Μέλος |
| 3. Πανέ Α.          | Δ/ντρια Ψυχίατρος – Μέλος     |
| 4. Κουντουράς Δ.    | Επιμελητής Α' - Μέλος         |
| 5. Σάρδης Α.        | Επιμελητής Α' - Μέλος         |
| 6. Αποστολάκου Σ.   | Διατολόγος – Μέλος            |
| 7. Σφακιανός Μ.     | Νοσηλευτής – Μέλος            |





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ  
"ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ"  
Ν.Π.Δ.Δ.  
ΙΕΡΑ ΟΔΟΣ 343 - 124 61 ΧΑΪΔΑΡΙ  
ΤΗΛ.: 2132046100

ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ  
ΑΡΜΟΔΙΟΣ: ΕΥΦ. ΝΙΚΟΛΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ  
ΤΗΛ.: 2132046106  
ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 13990/718660

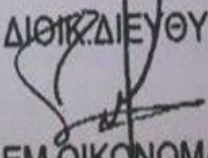
Χαϊδάρι, 6 Δεκεμβρίου 2011.

Προς  
Την κ. Ελευθερία-Μαγδαληνή Ξενιπούλου  
Φοιτήτρια του ΤΕΙ Νοσηλευτικής  
Πατρών

**ΘΕΜΑ :** Έγκριση χορήγησης ερωτηματολογίου στα πλαίσια τυχιακής εργασίας.

Σε απάντηση ταυτάριθμου αιτήματός σας για χορήγηση ερωτηματολογίου με θέμα : «Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του θροαζομένου νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήμα ψυχιατρικής κλινικής» στο Νοσοκομείο μας, σας γνωρίζουμε ότι αυτό εγκρίθηκε από τον κ. Πρόεδρο του Νοσοκομείου έχοντας τη σύμφωνη γνώμη της Δ/ντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.-



Ο ΔΙΟΙΚ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ  
  
Ε.Μ. ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΗΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

- κ. Πρόεδρο
- κ. Διοικ. Δ/ντή
- Δ/νση Νοσηλευτικής
- Τμ. Γραμματείας