



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«Σχέσεις μεταξύ εργασιακού stress και ψυχικής  
και κοινωνικής υγείας των Νοσηλευτών»

ΚΟΛΑΜΠΙΑ ΗΛΙΑΝΑ

A.M.144229

Επιβλέπων Καθηγητής Ευάγγελος Καραδήμας

Αθήνα, Μάιος 2024

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2024

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΑΠ και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΑΠ όπου εκπονήθηκε.

«Σχέσεις μεταξύ εργασιακού stress και ψυχικής και κοινωνικής  
υγείας των Νοσηλευτών»

«ΚΟΛΑΜΠΙΑ ΗΛΙΑΝΑ»

Επιτροπή επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:  
«Ευάγγελος Καραδήμας»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:  
«Πέτρος Σκαπινάκης»

Αθήνα, Μάιος 2024

### *Ευχαριστίες*

*Θα ήθελα σε αυτό το σημείο να ευχαριστήσω θερμά τους Επιβλέποντες της εργασίας μου και συγκεκριμένα τον κ. Καραδήμα και τον κ. Σκαπινάκη, το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο για την συνεχή στήριξη όλα αυτά τα χρόνια και φυσικά την οικογένεια μου που στάθηκε δίπλα μου σε αυτή τη προσπάθεια.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Το νοσηλευτικό επάγγελμα καταγράφει ορισμένα από τα υψηλότερα ποσοστά στρες σε παγκόσμιο επίπεδο. Το ζήτημα αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί, εάν ληφθεί υπόψη η σημασία του επαγγέλματος για τον χώρο της υγείας. Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να εντοπιστούν τα επίπεδα του στρες των νοσηλευτών στην Ελλάδα, οι επιδράσεις του επαγγελματικού στρες στην ψυχική και κοινωνική υγεία των νοσηλευτών, καθώς και το κατά πόσο διάφοροι δημογραφικοί παράγοντες επιδρούν στο εργασιακό στρες.

**Υλικό-Μέθοδος:** Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση έλαβε χώρα έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, για την διερεύνηση του εργασιακού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό, χρησιμοποιήθηκε το προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο Expanded Nurses' Stress Scale (ENSS), για την διερεύνηση των επιπέδων ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκε το προσαρμοσμένο στα ελληνικά Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) καθώς μετρήθηκε και το επίπεδο κοινωνικής υγείας των νοσηλευτών, μέσω συγκεκριμένης ερώτησης. Στη συγκεκριμένη έρευνα έλαβαν μέρος 105 νοσηλευτές από όλη την Ελλάδα και τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με τη χρήση στατιστικών μεθόδων προκειμένου να διερευνηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες (78,1%) και 20% από άντρες ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα περίπου τα 36 έτη.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα επίπεδα του εργασιακού στρες των νοσηλευτών στην Ελλάδα κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα, με τις εξαιρέσεις του εργασιακού στρες λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας και αβεβαιότητας σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας. Το εργασιακό στρες εντοπίστηκε ότι σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική και κοινωνική υγεία των νοσηλευτών. Η θέση των συμμετεχόντων στην ιεραρχία επιδρά στα επίπεδα του εργασιακού στρες, με τους νοσηλευτές και τους προϊσταμένους να αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα. Επιπρόσθετα, η εργασία σε κυκλική βάρδια και σε παθολογικό ή χειρουργικό τμήμα εντοπίστηκαν ως παράγοντες που επιδεινώνουν το εργασιακό στρες.

**Συμπεράσματα:** Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και της ανασκόπησης, γίνεται αντιληπτό ότι θα πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες και τα ανάλογα μέτρα για τον περιορισμό του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Εργασιακό στρες, νοσηλευτές, ψυχική υγεία, κοινωνική υγεία

## ABSTRACT

**Introduction:** The nursing profession demonstrates some of the highest rates of stress worldwide. This issue must be addressed, taking into account the importance of the profession for the health sector. The aim of this dissertation was to identify the levels of stress of nurses in Greece, the effects of occupational stress on the mental and social health of nurses, as well as how various demographic factors affect occupational stress.

**Method:** Towards this direction, a survey was carried out using a questionnaire. In particular, the work-related stress was investigated by the ENSS questionnaire, the level of mental health was held by the DASS-21 questionnaire and finally, the social well-being was investigated, too using one question. The data collected were analyzed using statistical methods in order to investigate the research questions. In this study participated 105 nurses all over the Greece and the majority of them was women (78,1%) and the average age was approximately 36 years

**Results:** According to the results, the levels of occupational stress of nurses in Greece are at low levels, with the exceptions of occupational stress due to excessive workload and uncertainty regarding the results of the care provided. Work stress was found to have a negative effect on the mental and social health of nurses. Participants' hierarchical level influences the levels of occupational stress, with nurses and supervisors experiencing higher levels. In addition, working in a rotating shift and in a pathological or surgical department were also identified as factors that worsen occupational stress.

**Conclusion:** From the analysis of the research findings and review, it seems that initiatives and corresponding measures should be taken in order to reduce the nurses' workload.

**Keywords:** Occupational stress, nurses, mental health, social health

## Πίνακας Περιεχομένων

ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	12
1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ .....	12
1.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	12
1.1.1 Ορισμός του άγχους .....	12
1.1.2. Ορισμός του στρες .....	13
1.1.3 Η διαφοροποίηση του φόβου .....	15
1.2. ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ.....	15
1.2.1. Ψυχολογικές αντιδράσεις στο στρες.....	15
1.2.2. Αντιδράσεις του σώματος στο στρες .....	17
1.3. ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ.....	19
1.3.1. Εργασιακό στρες.....	19
1.3.2. Οι παράγοντες του εργασιακού στρες.....	20
1.3.3. Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες.....	20
1.3.4. Εργασιακό στρες και Νοσηλευτική .....	21
1.4. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ .....	25
1.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ .....	28
1.6 ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ.....	32
1.6.1. Ευρήματα μελετών για την Ψυχική και την Κοινωνική υγεία των Νοσηλευτών .....	32
1.6.2. Επαγγελματική εξουθένωση στους Νοσηλευτές .....	36
1.7. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ.....	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	41
B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	41
2. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ .....	41
2.1. ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ.....	41
2.2. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ.....	42
2.3. ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	42
2.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	43
2.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	44
2.5.1. Περιγραφική Στατιστική.....	44
2.5.2. Έλεγχοι εγκυρότητας – αξιοπιστίας και τεστ Κανονικότητας.....	46

2.6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ.....	49
2.7. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ.....	52
2.7.1. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω θανάτου – απώλειας.....	52
2.7.2. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω συγκρούσεων με τους ιατρούς .....	53
2.7.3. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω αισθήματος ανεπαρκούς προετοιμασίας .....	54
2.7.4. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους.....	55
2.7.5. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω προβλημάτων με τους ανωτέρους.....	56
2.7.6. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας.....	56
2.7.7. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω αβεβαιότητας σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας.....	58
2.7.8. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω συγκρούσεων με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.....	59
2.7.9. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω διακρίσεων.....	60
2.7.10. Κλίμακα Ψυχικής υγείας.....	61
2.7.11 Κλίμακα Κοινωνικής υγείας .....	61
Γ.ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	63
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	63
Δ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	69
4.1.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	69
4.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	72
ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ:.....	72
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	81
Παράρτημα Α. «ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ» .....	81
Παράρτημα Β. «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ (ENSS)» .....	82
Παράρτημα Γ. «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΑΓΧΟΣ/ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ/ΣΤΡΕΣ) (DASS-21)».....	85
Παράρτημα Δ. «ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» .....	87



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος στον εργασιακό χώρο, που αναφέρεται συχνά ως «επαγγελματικό στρες», αποτελεί ευρύτατο και καθόλα σημαντικό ζήτημα υγείας και το κύριο υπόβαθρο της συγκεκριμένης προσέγγισης συνοψίζεται στο ότι η εργασιακή κατάσταση έχει ορισμένες απαιτήσεις και ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων που εμφανίζονται στον εργασιακό χώρο μπορεί να έχει σωματικές ή/και ψυχικές επιπτώσεις (Edwards & Burnard, 2003). Οι συνέπειες του υπερβολικού εργασιακού άγχους έχει διαπιστωθεί σε εθνικό, πανευρωπαϊκό αλλά και διεθνές επίπεδο, ότι λειτουργούν αρνητικά διότι οδηγούν σε μείωση εργασιακής απόδοσης, σε εξουθένωση και σε συχνή απουσία από την εργασία. Επιπλέον, το εργασιακό άγχος είναι άρρηκτα συνυφασμένο με τις έντονες και διαρκείς εργασιακές απαιτήσεις και πιέσεις που θέτει το ίδιο το άτομο, τις οποίες χρειάζεται να φέρει εις πέρας αλλά και που σχετίζονται με την αντίληψη του ατόμου ως προς την ικανότητα ανταπόκρισης σε αυτές (Ζωγράφου και συν., 2021).

Οι ραγδαίες εξελίξεις που διαδραματίζονται τα τελευταία χρόνια σε όλους τους τομείς όπως τον εργασιακό, τον κοινωνικό και τον οικογενειακό, έχουν όλοι ως κοινό παρονομαστή το στρες. Αυτό φανερώνει την ψυχολογική ένταση η οποία αντανακλάται σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο στον οργανισμό του ατόμου (Συμεού και συν., 2016). Ως εργασιακό άγχος ορίζεται η απάντηση του ανθρώπινου οργανισμού σε περιπτώσεις αυξημένων εργασιακών απαιτήσεων και πιέσεων που υφίστανται τα άτομα, οι οποίες δεν συνάδουν με το γνωστικό υπόβαθρο και τις ικανότητές τους (Ζωγράφου και συν., 2021).

Οι εργαζόμενοι του σύγχρονου κόσμου αντιλαμβάνονται ότι η πίεση που πηγάζει από τις συνθήκες εργασίας και το εργασιακό περιβάλλον, είναι αναπόφευκτη. Η πίεση αυτή, πιθανώς να λειτουργήσει θετικά, θέτοντας το άτομο σε διαρκή επαγρύπνηση σε ό,τι αφορά την εργασία ή ακόμη, και να προσδώσει κίνητρα με σκοπό την απόκτηση περισσότερων γνώσεων και ανάπτυξης δεξιοτήτων. Από την άλλη πλευρά, η πίεση ενδεχομένως να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα, όταν γίνεται υπερβολική για τον επαγγελματία και δεν δύναται να την διαχειριστεί και ως εκ τούτου να προκαλέσει καταστάσεις άγχους (Ζωγράφου και συν., 2021).

Η θετική αξιολόγηση προς τον εαυτό σε συνδυασμό με την υψηλή αυτοεκτίμηση συνδέονται άμεσα με την αποδοτικότερη και ποιοτικότερη εργασία. Πιο συγκεκριμένα, από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε δείγμα νοσηλευτών αποκαλύφθηκε ότι εκείνοι με

χαμηλή βαθμολογία στην αυτοεκτίμηση συνήθως είτε δεν αισθάνονται ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι αποτελεσματικές, είτε ότι δεν δύνανται να οικοδομήσουν ένα θεραπευτικό πλαίσιο μεταξύ των ίδιων και των ασθενών, το οποίο να έχει αποτελεσματικά χαρακτηριστικά. Ταυτόχρονα, το νοσηλευτικό προσωπικό, που διακατέχεται από αίσθημα απαισιοδοξίας για το μέλλον και αρνητική στάση τείνουν να εμφανίζουν δυσαρέσκεια και εξουθένωση στο εργασιακό περιβάλλον. Εν αντιθέσει, εκείνοι που αισθάνονται και προβάλλουν θετική στάση για τον εαυτό τους και αισιοδοξία, εμφανίζουν θετικότερα αποτελέσματα στη εργασιακή και κοινωνική ζωή τους. Η ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται στρεσογόνες καταστάσεις έγκειται στην αντίληψη του για την αξία του ως ατόμου, αφού λειτουργεί αντισταθμιστικά προς τα στρεσογόνα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον (Καρανικόλα και συν, 2017).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Καρανικόλα και συν. (2017) φαίνεται ότι ορισμένα επαγγέλματα είναι περισσότερο ευάλωτα στην βίωση του εργασιακού άγχους συγκρινόμενα με άλλα. Αναλυτικότερα, τα επαγγέλματα υγείας, με τις πρώτες θέσεις να καταλαμβάνονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, θεωρούνται από τα πιο αγχωτικά. Κυρίως, οι νοσηλευτές, λόγω της ιδιοσυγκρασίας του ρόλου που ασκούν, αναφέρουν αυξημένα επίπεδα άγχους σε σχέση με άλλους εργαζόμενους του υγειονομικού κλάδου. Αξίζει να αναφερθεί ότι με την πάροδο του χρόνου, μέσω ερευνών που λαμβάνουν χώρα αναδεικνύεται το γεγονός ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται το άγχος ως μια κατάσταση που επηρεάζει σημαντικά ζητήματα της ζωής τους. Μια ακόμη έρευνα που έλαβε χώρα στην Αμερική το 2001 αλλά και το 2011 αναφέρει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ανέδειξε τα χρόνια και οξεία αποτελέσματα του άγχους σε συνδυασμό με την υπερβολική εργασία (Ζωγράφου και συν., 2021)

Γίνεται εύκολα κατανοητό ότι καθίσταται ύψιστης σημασίας η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του εργασιακού στρες, με απώτερο σκοπό την πρόληψη, στο μέτρο του δυνατού, των καταστάσεων που γεννούν στρες. Βασική προϋπόθεση αποτελεί ο καλύτερος σχεδιασμός, δόμηση και οργάνωση της εργασίας. Η διερεύνηση του εργασιακού στρες και των επιπέδων του στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι σχετικά πρόσφατη, όμως καθίσταται απαραίτητη γιατί έχει αποκαλυφθεί το αρνητικό αντίκτυπο του στρες στην ίδια την υγεία του προσωπικού αλλά και του οργανισμού (πχ Νοσοκομεία) γενικά (Μουστάκα και συν., 2011).

Για τους λόγους αυτούς, η συγκεκριμένη μελέτη επιχειρεί να αξιολογήσει το επίπεδο εργασιακού στρες των νοσηλευτών, να αξιολογήσει την σχέση μεταξύ εργασιακού στρες και επιπέδου ψυχικής και κοινωνικής υγείας των νοσηλευτών και να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της διαχείρισης του εργασιακού στρες και των επιπέδων της ψυχικής και κοινωνικής τους υγείας.

Η παρούσα εργασία αναπτύσσεται σε τέσσερα μέρη. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζεται το Θεωρητικό πλαίσιο με την βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου αναλύεται ο ορισμός του άγχους-στρες, οι παράγοντες του στρες, το εργασιακό στρες, το στρες στην νοσηλευτική, οι επιπτώσεις του σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο και τέλος γίνεται αναφορά στις στρατηγικές αντιμετώπισης από το νοσηλευτικό προσωπικό. Στο δεύτερο μέρος, που αφορά το ερευνητικό πλαίσιο· αναλύεται η Μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, επιχειρείται η ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου που διαμοιράστηκε και απαντήθηκε από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές. Στο τρίτο μέρος, γίνεται κριτική συζήτηση των αποτελεσμάτων που εξήχθησαν από την έρευνα συγκρινόμενα με αυτά άλλων ερευνών, ενώ η εργασία ολοκληρώνεται με το τέταρτο μέρος που αφορά τα Συμπεράσματα στα οποία γίνεται σύνοψη των κυριότερων ευρημάτων και στη βάση αυτών παρουσιάζονται προτάσεις.

## A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

### 1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ

#### 1.1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

##### 1.1.1 Ορισμός του άγχους

Η λέξη «άγχος» έχει κοινή ετυμολογική ρίζα με τους ξενικούς όρους «anxiety» και «angst», και έχουν κοινή ινδοευρωπαϊκή ρίζα με τον αρχαίο ελληνικό όρο «άγχυ». Η «αγχόνη» όπου και συναντάται το άγχι προέρχεται από το «άγχω» που υποδηλώνει σφίγγω-πνίγω. Ως άγχος μπορεί να οριστεί μία δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, η οποία περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή και τρόμου ως απόκριση σε έναν κίνδυνο η πηγή του οποίου είναι κατά κύριο λόγο άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Αποτελεί μία κοινή αντίδραση, η οποία συναντάται συχνά στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα.(Μητρούση, 2015).

Η σύγχρονη ψυχολογία αντιμετωπίζει το άγχος ως ένα σύνθετο συναίσθημα, το οποίο απαντάται στα τελευταία στάδια της ανάπτυξης του ατόμου και εμφανίζεται χωρίς να υπάρχει κάποια απειλή σαφής ή σημαντική για τη ζωή. Κινητοποιείται από μία σειρά παραμέτρων, οι οποίες σχετίζονται με το σύνολο της ψυχικής ζωής (συνειδητής ή όχι), τη σχέση ενός ατόμου με τον εαυτό του και το υπόλοιπο σύνολο, το σύστημα αξιών του, τον τρόπο μέσα από τον οποίο ερμηνεύει τα πράγματα, τις απαιτήσεις που τοποθετούνται από το κοινωνικό περιβάλλον και του τρόπου με τον οποίο το άτομο ανταποκρίνεται σε αυτές, καθώς και με μία σειρά βιολογικών παραμέτρων (Μητρούση, 2015).

Μέχρι ενός σημείου το άγχος αποτελεί ένα φυσιολογικό αλλά και χρήσιμο στοιχείο της προσωπικότητας του ανθρώπου γιατί οδηγεί σε αύξηση και ενδυνάμωση των σωματικών και πνευματικών επιδόσεων (Μητρούση, 2015). Δηλαδή, όταν ένας αγχογόνος παράγοντας απειλήσει τον οργανισμό τότε ενεργοποιούνται μια σειρά από φυσιολογικούς-φυσικούς μηχανισμούς για την εξουδετέρωση του, όπως, ζάλη, δυσκαταποσία ρίγη, υψηλούς παλμούς, ανησυχία, ανυπομονησία, δυσκολία

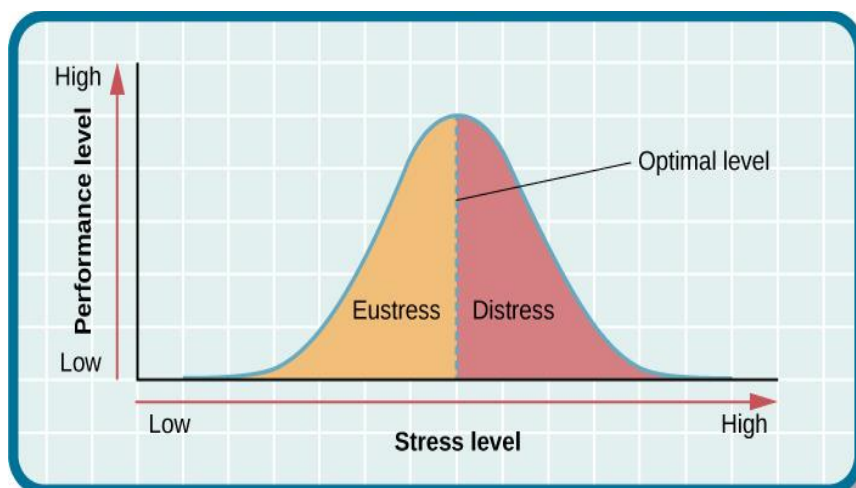
συγκέντρωσης, μειωμένη αντιληπτική ικανότητα κ.α. προκειμένου να ανταποκριθεί στις λειτουργίες του. Με αυτό τον τρόπο υποστηρίζεται η ψυχοσωματική προετοιμασία του ανθρώπου στα πλαίσια της επαγρύπνησής του, ούτως ώστε να αναλάβει δράση στην περίπτωση κατά την οποία η ψυχοσωματική του συγκρότηση απειληθεί από κάποια κατάσταση, όμως σε μεγάλες ποσότητες το άγχος καθίσταται νοσηρό με επιβλαβείς συνέπειες για τον οργανισμό (Bienertova-Vasku et al., 2020).

### 1.1.2. Ορισμός του στρες

Το «στρες» προέρχεται ετυμολογικά από τον αγγλικό όρο «stress» που έχει τις ρίζες στην λατινική γλώσσα και συγκεκριμένα από τις λέξεις «stringere» και «strictus». Οι λέξεις αυτές σημαίνουν σφίγγω και σφικτός/στενός αντίστοιχα. Έτσι, το στρες προκαλείται από τις αλληλεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του. Ειδικότερα, ένα άτομο λέγεται ότι βιώνει στρες όταν οι προσωπικές ικανότητες του δεν είναι αρκετές για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που δέχεται από το περιβάλλον. Η βιβλιογραφία καθιστά δύσκολο να προσδιορίσει ένα ολοκληρωμένο ορισμό του στρες, καθώς στον οποίο υπάγεται ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων και αντιδράσεων (Μητρούση, 2015).

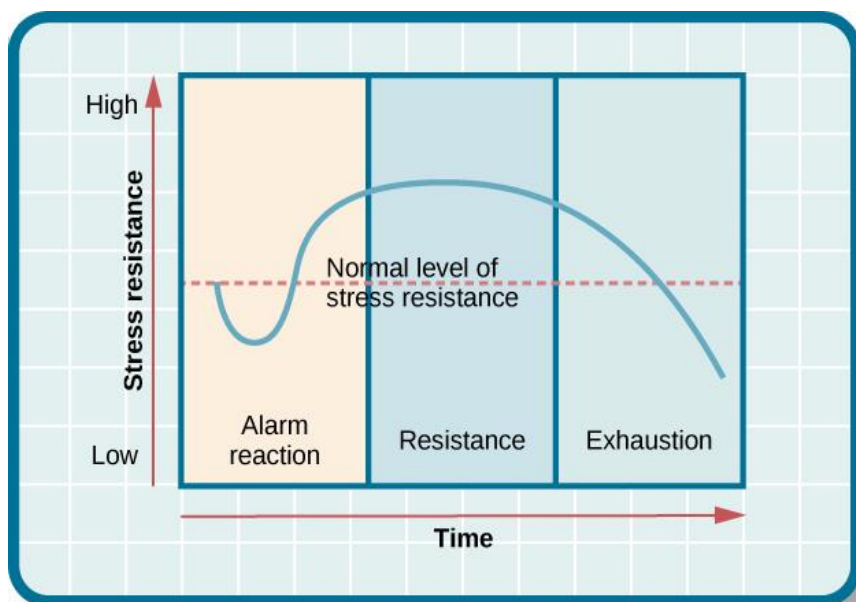
Σε υπερβολικά επίπεδα, το στρες αποτελεί μία νοσηρή εκδήλωση, η οποία προσδιορίζει κάποια διαταραχή στην προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου (Μητρούση κ. συν., 2015). Η επιστημονική κοινότητα διαχωρίζει το στρες σε καλό (eustress) και σε κακό στρες (distress) (Σχήμα 1). Η διαφοροποίηση αυτή έγκειται στην περίπτωση διατήρησης της απειλής για μεγαλύτερο διάστημα (distress) από αυτό που οργανισμός από μόνος του δύναται να τη αντιμετωπίσει (Bienertova-Vasku et al., 2020). Ο πατέρας του στρες, όπως ονομάστηκε, Hans Seyle, ανέπτυξε την θεωρία του Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής (Σχήμα 2) (Gas Adaptive Syndrome/ G.A.S.) σύμφωνα με το οποίο, αν και είναι φυσιολογική η αλλαγή ως μέρος της κοινωνικής ζωής, εν τούτοις κάθε αλλαγή είναι δυνητικά βλαβερή καθώς απαιτεί αναπροσαρμογή (Seyle, 1956). Τα άτομα όταν έρχονται σε επαφή με τον στρεσογόνο παράγοντα περνούν από τρία στάδια. Το πρώτο αφορά την προετοιμασία αντιμετώπισης της απειλής, το δεύτερο της αντίστασης στην απειλή και στην τρίτη φάση το σώμα αντιδρά με κόπωση, εξουθένωση και άγχος. Οι συνέπειες της τελευταίας φάσης οδηγούν στην

αποδυνάμωση του οργανισμού, θέτοντας το άτομο ευάλωτο ως προς την απόκτηση ασθενειών που σχετίζονται με το άγχος (Bienertova-Vasku et al., 2020).



Σχήμα 1: Επίπεδα στρες και απόδοση

Πηγή: (LibreTexts, 2024)



Σχήμα 2: Τα στάδια της θεωρίας του Selye για το στρες

Πηγή: (LibreTexts, 2024)

Επιπρόσθετα, η έννοια του στρες, χαρακτηρίζεται από την έντονη προσωπική δραστηριότητα προκύπτουσα από την εργασιακή νοοτροπία και που η οποία τα τελευταία χρόνια έχει εξελιχθεί σε ιδιαίτερα απαιτητική για το σύνολο της κοινωνίας,

όπως αναφέρεται στο έργο των Κοϊνη και Σαρίδη το 2014. Το εργασιακό στρες εκτιμάται ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με την εργασία στο Ηνωμένο Βασίλειο, μετά από τις μυοσκελετικές διαταραχές, όπως τα προβλήματα στην πλάτη και οι απουσίες λόγω ασθενειών που σχετίζονται με το άγχος κοστίζουν περίπου 4 δισεκατομμύρια λίρες ετησίως (Edwards & Burnard, 2003). Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία που παρέχονται από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, το κόστος του εργασιακού στρες υπολογίζεται σε 200–300 εκατομμύρια δολάρια ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες και σχεδόν το 90% των ιατρικών προβλημάτων των εργαζομένων αποδίδεται στο εργασιακό στρες (Hassard et al., 2018).

### 1.1.3 Η διαφοροποίηση του φόβου

Συχνά το άγχος αντιμετωπίζεται και ως συνώνυμο του φόβου και αντιμετωπίζονται ως έννοιες που φέρουν το ίδιο περιεχόμενο, ενώ στην πραγματικότητα δεν ισχύει κάτι τέτοιο. Ο ορισμός του φόβου τον περιγράφει ως ένα συναίσθημα το οποίο βρίσκεται σε ιδιαιτέρως στενή σχέση με το στρες, προϊόν μίας μάλλον ρεαλιστικής και όχι απροσδιόριστης όπως στην περίπτωση του άγχους εντύπωσης απειλής και ανησυχίας απέναντι σε έναν υπαρκτό κίνδυνο (Μητρούση κ. συν., 2013).

Ως εκ τούτου, είναι αναγκαίο να λάβει χώρα μία διάκριση ανάμεσα στο άγχος και τον φόβο, στην περίπτωση του οποίου το άτομο αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, δηλαδή αναγνωρίζει την πηγή του φόβου του, σχεδιάζει τη δράση του και επεξεργάζεται ενδόμυχα τις συνέπειες που αυτή μπορεί να επιφέρει, υπό το πρίσμα των αρχών της θεωρίας του Cannon (Cannon, 1927). Από την άλλη πλευρά, το άγχος δεν έχει κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο. Αφορά μία αόριστη απειλή, κάποιον μελλοντικό αναμενόμενο κίνδυνο, τον οποίο δεν γνωρίζει το άτομο και επομένως δεν έχει τη δυνατότητα να προετοιμαστεί ούτως ώστε να αναλάβει δράση (Μητρούση κ. συν., 2013).

## 1.2. ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ

### 1.2.1. Ψυχολογικές αντιδράσεις στο στρες

Ο Schneidreman και οι συνεργάτες του, στο έργο τους το 2005 αναφέρουν ότι ορισμένα χαρακτηριστικά μίας κατάστασης συνδέονται με μεγαλύτερες αντιδράσεις στο στρες. Αυτά τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν την ένταση ή τη σοβαρότητα του στρεσογόνου παράγοντα και τη δυνατότητα ελέγχου του στρεσογόνου παράγοντα, καθώς και χαρακτηριστικά που καθορίζουν τη φύση των γνωστικών αποκρίσεων ή εκτιμήσεων. Οι διαστάσεις των γεγονότων της απώλειας, της ταπείνωσης και του κινδύνου σχετίζονται με την ανάπτυξη μείζονος κατάθλιψης και γενικευμένου άγχους (Schneiderman et al., 2005).

Παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες και διαταραχών ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν τον τραυματισμό, τη ζημιά σε περιουσιακά στοιχεία, την απώλεια πόρων, το πένθος και την αντιληπτή απειλή για τη ζωή. Η ανάρρωση από έναν στρεσογόνο παράγοντα μπορεί επίσης να επηρεαστεί από κάποιον δευτερογενή τραυματισμό. Επιπρόσθετα, εντοπίζεται ότι πολλές όψεις του στρες που μπορεί να λειτουργούν συνεργιστικά είναι πιο ισχυρές από μία μεμονωμένη όψη. Για παράδειγμα, στον τομέα του εργασιακού άγχους, η πίεση του χρόνου σε συνδυασμό με την απειλή ή η υψηλή ζήτηση σε συνδυασμό με τον χαμηλό έλεγχο (Schneiderman et al., 2005).

Τα αποτελέσματα που σχετίζονται με το άγχος ποικίλλουν επίσης ανάλογα με προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Προσωπικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης, άγχους ή διαταραχής μετατραυματικού στρες μετά από ένα σοβαρό συμβάν ζωής, καταστροφής ή τραύματος περιλαμβάνουν το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, τον νευρωτισμό, το γυναικείο φύλο και άλλες κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές. Υπάρχουν επίσης κάποιες ενδείξεις σχετικά με το ότι η σχέση μεταξύ προσωπικότητας και περιβαλλοντικών αντιξοοτήτων μπορεί να είναι αμφίδρομη. Τα επίπεδα νευρωτισμού, συναισθηματικότητας και αντιδραστικότητας συσχετίζονται με κακές διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και με «επιρρέπεια σε εκδηλώσεις» (Schneiderman et al., 2005).

Οι προστατευτικοί παράγοντες που έχουν εντοπιστεί περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται στην αντιμετώπιση, τους πόρους (π.χ. κοινωνική υποστήριξη, αυτοεκτίμηση, αισιοδοξία) και την εύρεση νοήματος. Η πρόσδοση νοήματος σε κάποιο γεγονός είναι ένας άλλος προστατευτικός παράγοντας ενάντια στην ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες, ακόμη και όταν έχουν συμβεί φρικτά



βασανιστήρια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι πολιτικοί ακτιβιστές που βασανίστηκαν από το στρατιωτικό καθεστώς της Τουρκίας και είχαν χαμηλότερα ποσοστά διαταραχής μετατραυματικού στρες από τους μη ακτιβιστές που συνελήφθησαν και βασανίστηκαν από την αστυνομία (Schneiderman et al., 2005).

### 1.2.2. Αντιδράσεις του σώματος στο στρες

Οι σωματικές αντιδράσεις στο στρες έχουν είτε άμεσο είτε μακροπρόθεσμο χαρακτήρα. Η πλέον γνωστή σωματική αντίδραση είναι η εφόρμηση ή απόδραση. Στα πλαίσια της το σώμα αντιδρά στο στρες απελευθερώνοντας στρεσογόνες ορμόνες, όπως την κορτιζόνη και την αδρεναλίνη. Οι συγκεκριμένες ορμόνες οδηγούν σε αύξηση της συγκέντρωσης, βελτίωση της ικανότητας αντίδρασης καθώς και της δύναμης. Επιπρόσθετα, αυξάνουν τον ρυθμό της καρδιάς, την πίεση, ενώ ενισχύουν τη μνήμη και το σύστημα άμυνας του ανθρώπινου οργανισμού (McCarty, 2016).

Το χρόνιο στρες αποτελεί μία παθολογική κατάσταση, καθώς ο ανθρώπινος οργανισμός δεν διατηρεί κάποιον μηχανισμό διαχείρισης του. Όταν ένα άτομο βρίσκεται συχνά υπό πίεση, μετά από κάποιο χρονικό σημείο ένα από τα συστήματα του οργανισμού του (καρδιαγγειακό, πεπτικό, ενδοκρινικό κλπ.) θα σταματήσει να λειτουργεί σωστά. Το ποιο σύστημα θα παρουσιάσει το πρόβλημα εξαρτάται από μία σειρά παραγόντων (γενετικοί παράγοντες, είδος του στρες, συναισθηματική διαχείριση του από το άτομο). Στην περίπτωση του χρόνιου στρες, η συνεχής παραγωγή υψηλών επιπέδων στρεσογόνων ορμονών από τον οργανισμό δεν αφήνει στον τελευταίο περιθώρια ανάκαμψης και αναζωογόνησης. Ως αποτέλεσμα, ελλοχεύει ο κίνδυνος εμφάνισης σημαντικών ζητημάτων υγείας (McCarty, 2016).

Οι αντιδράσεις του σώματος στο στρες, όταν η διάρκεια του τελευταίου είναι σύντομη, επιδρούν θετικά στον οργανισμό. Από την άλλη πλευρά, η έκθεση του σώματος για σημαντικά χρονικά διαστήματα στο στρες με τη συνεπακόλουθη παραγωγή και κυκλοφορία υψηλών επιπέδων στρεσογόνων ορμονών επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου (McCarty, 2016). Η μακροχρόνια επίδραση του στρες έχει ως αποτέλεσμα την καταπόνηση και φθορά του ανθρώπινου οργανισμού. Ορισμένα από τα συχνότερα ζητήματα που προκύπτουν είναι τα παρακάτω (McCarty, 2016):

1. Πεπτικό σύστημα: η καθυστερημένη κένωση του στομαχιού έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση συχνών πόνων. Επιπρόσθετα, εμφανίζεται διάρροια λόγω της υπερβολικής δραστηριότητας του παχέος εντέρου.
2. Παχυσαρκία: το παρατεταμένο στρες και οι ορμόνες που παράγονται από αυτό έχουν ως αποτέλεσμα την υπερβολική όρεξη για φαγητό, γεγονός το οποίο οδηγεί στην παχυσαρκία. Η παχυσαρκία αποτελεί ένα σύγχρονο πρόβλημα υγείας, το οποίο οφείλεται για μία σειρά σημαντικών ασθενειών, όπως είναι οι καρδιοπάθειες, ο καρκίνος, ο διαβήτης, η αυξημένη πίεση και τα σεξουαλικά προβλήματα.
3. Ανοσοποιητικό σύστημα: μειώνονται οι δυνατότητες του συστήματος άμυνας του ανθρώπινου οργανισμού. Ως αποτέλεσμα της μείωσης αυτής, αυξάνεται η ευπάθεια σε διάφορες μολύνσεις, όπως είναι τα κρυολογήματα, η γρίπη, ο έρπητας κλπ.
4. Νευρικό σύστημα: σχετικά προβλήματα είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η αϋπνία και η απώλεια του ενδιαφέροντος για σωματική άσκηση. Ενδεχομένως να επηρεαστεί τόσο η μνήμη όσο και η ικανότητα της λήψης αποφάσεων.
5. Καρδιαγγειακό και αγγειακό κυκλοφορικό σύστημα: σχετικά ζητήματα είναι η αυξημένη πίεση, οι αυξημένοι καρδιακοί παλμοί, καθώς και τα αυξημένα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια). Επιπρόσθετα, τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, ιδίως τις βραδινές ώρες. Η αυξημένη όρεξη έχει ως αποτέλεσμα την υπερφαγία και τον επακόλουθο κίνδυνο της παχυσαρκίας. Οι παθολογικές αυτές αντιδράσεις έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση των προϋποθέσεων για καρδιοπάθεια, αρτηριοσκλήρυνση, διαβήτη και παχυσαρκία.

Παρόμοια αποτελέσματα για την σωματική αντίδραση στο στρες αναδεικνύει και στο έργο της η Κοτσώνα (2021), στο οποίο αναφέρει ότι υπάρχουν δύο φυσιολογικοί μηχανισμοί που προστατεύουν και συνδράμουν στην αντιμετώπιση του. Στην αρχή όταν απαιτείται η αντιμετώπιση μιας απειλής, στον ανθρώπινο οργανισμό ενεργοποιείται ένα φυσικό αμυντικό σύστημα, όπου οι μύες τεντώνονται καθώς και η αναπνοή και ως επακόλουθο οι καρδιακές σφίξεις να αυξάνονται. Ενώ, από το νευρικό σύστημα εκκρίνονται αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη στο κυκλοφορικό σύστημα.

Στο ίδιο έργο αναφέρεται ότι καθώς ο χρόνος περνάει, αυτές οι αντιδράσεις μειώνονται και το σώμα εισέρχεται στη δεύτερη φάση, που αφορά την προσαρμογή του οργανισμού στην απειλή, ή ότι δεν υφίσταται πλέον η απειλή. Τέλος, υπάρχει και η τρίτη φάση, η φάση της εξουθένωσης κατά την οποία γίνεται αντιληπτό ότι ο οργανισμός εξαντλείται από την διαρκή πίεση που υφίσταται (Κοτσώνα, 2021).

### 1.3. ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

#### 1.3.1. Εργασιακό στρες

Το εργασιακό στρες αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα υγείας τόσο για τους μεμονωμένους υπαλλήλους όσο και για τους οργανισμούς και ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, ασθένειας, εναλλαγής εργασίας, απουσιών, κακού ηθικού και μειωμένης εργασιακής απόδοσης. Το εργασιακό στρες εκτιμάται ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με την εργασία στο Ηνωμένο Βασίλειο, μετά από τις μυοσκελετικές διαταραχές, όπως τα προβλήματα στην πλάτη και οι απουσίες λόγω ασθενειών που σχετίζονται με το άγχος κοστίζουν περίπου 4 δισεκατομμύρια λίρες ετησίως (Edwards & Burnard, 2003).

Το εργασιακό στρες είναι μία κατάσταση αλληλεπίδρασης ανάμεσα στις εργασιακές συνθήκες και τον εργαζόμενο στη συγκεκριμένη εργασία, η οποία οδηγεί σε αλλαγές στην ψυχολογική και φυσιολογική κατάσταση του ατόμου και επηρεάζει την κανονική του απόδοση (Richardson & Rothstein, 2008). Το εργασιακό στρες ενδέχεται να επιφέρει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και την ψυχική υγεία ενός ατόμου και τελικά να έχει αρνητική επίδραση στην παραγωγικότητα της εργασίας αυξάνοντας τα επίπεδα άγχους (Unaldi Baydin et al., 2020). Σήμερα, το εργασιακό στρες έχει εξελιχθεί σε ένα κοινό και δαπανηρό πρόβλημα στον εργασιακό χώρο και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα διάχυτο ζήτημα (Sarafis et al., 2016).

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο Στρες (Sveinsdottir et al., 2006), το στρες έχει εντοπιστεί ως η βασική αιτία του 80% του συνόλου των επαγγελματικών τραυματισμών και του 40% της οικονομικής επιβάρυνσης στον εργασιακό χώρο.

### 1.3.2. Οι παράγοντες του εργασιακού στρες

Λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα του φαινομένου του στρες, η διερεύνηση των πηγών του δεν μπορεί να έχει απόλυτο χαρακτήρα, αλλά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές αντιλήψεις του καθένα σχετικά με τους παράγοντες που θεωρεί στρεσογόνους. Από την άλλη πλευρά, ο κάθε άνθρωπος διατηρεί ορισμένες προσδοκίες σχετικά με την εργασία του. Στην περίπτωση κατά την οποία οι συγκεκριμένες προσδοκίες συγκρουστούν με τις συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον, το αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση στρες στο άτομο. Το κατά πόσο κάποιος/α θα μπορέσει να διαχειριστεί αποτελεσματικά το στρες αποτελεί συνάρτηση της προσωπικότητας, των βιωμάτων, αλλά και μίας σειράς εξωτερικών συνθηκών (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014).

Κατά το μοντέλο του εργασιακού στρες του Cooper, οι πηγές του εργασιακού στρες μπορούν να διαχωριστούν σε έξι κύριες κατηγορίες: τις ενδογενείς στην εργασία, εκείνες που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο, εκείνες που σχετίζονται με τις εργασιακές σχέσεις, τις σχετικές με τη σταδιοδρομία, τις σχετικές με τη δομή του οργανισμού και το κλίμα που επικρατεί σε αυτόν και εκείνες που αφορούν τη σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή και επαγγελματική ζωή (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014).

Οι πηγές του στρες έχουν σωρευτική επίδραση στον άνθρωπο, με αποτέλεσμα την πιθανή εμφάνιση σωματικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων αλλά και ψυχοσωματικών ασθενειών. Η διεθνής έρευνα τεκμηριώνει ότι η χρονική πίεση και οι προθεσμίες, οι κακές εργασιακές συνθήκες, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, τα παρατεταμένα εργασιακά ωράρια, η σύγκρουση πεποιθήσεων, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η δυσλειτουργική διοίκηση αποτελούν τις σημαντικότερες πηγές του εργασιακού στρες (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014).

### 1.3.3. Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες

Εξαιτίας της έντονης συναισθηματικής δυσарέσκειας που επιφέρει το στρες, καθώς και η ταυτόχρονη προσπάθεια του ανθρώπου να προσπαθήσει να το αντιμετωπίσει, πιθανώς να οδηγήσει σε υιοθέτηση ορισμένων ανθυγιεινών συμπεριφορών. Μερικοί από αυτούς είναι η πρόσληψη τροφής πλούσιας σε τρανς λιπαρά και σάκχαρα, η κατανάλωση αλκοόλ, η απουσία φυσικής δραστηριότητας,

ανεπαρκής ύπνος, η χρήση του τσιγάρου. Ακόμη, διαφαίνεται η επίδραση του και στην εξωτερική εμφάνιση, αφού παραμελεί την εαυτό του αλλά και την γενικότερη φροντίδα του, επειδή στρέφει την προσοχή του ατόμου αλλού. Μια ακόμη αρνητική επίδραση στη συμπεριφορά είναι ότι οι άνθρωποι που βιώνουν στρες, ενδεχομένως, λειτουργούν λιγότερο προσεκτικά και έτσι αυξάνουν την πιθανότητα τραυματισμού τους κατά την εργασία αλλά και εκτός αυτής, όπως επίσης επηρεάζεται και η ασφάλεια της οδήγησης (Κοτσώνα, 2021).

#### 1.3.4. Εργασιακό στρες και Νοσηλευτική

Οι νοσηλευτές/τριες θεωρούνται ως μία από τις πλέον ευάλωτες εργασιακές ομάδες στο στρες λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματος που ασκούν. Ο χώρος της υγείας παρουσιάζει μία σειρά ιδιαιτέρων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας, γεγονός το οποίο έχει ως αποτέλεσμα το να προκύπτει μία σημαντική επίδραση του στρες στους νοσηλευτές/τριες. Η ύπαρξη του εργασιακού στρες καθώς και των επιπτώσεων του στον κλάδο αυτό αναγνωρίζεται ευρέως, όμως δεν προκύπτει κάποια ορθολογική αντιμετώπιση ως αποτέλεσμα της έλλειψης οργάνωσης αλλά και ενός κατάλληλου πλαισίου αντιμετώπισης. Προκειμένου οι νοσηλευτές να βρεθούν σε θέση να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα στα άτομα που τη χρειάζονται, πρέπει να βρίσκονται σε θέση να αναγνωρίσουν άμεσα τις αδυναμίες και τα όρια τους, διασφαλίζοντας μέσα από αυτόν τον τρόπο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (Παπαγεωργίου και συν., 2007).

Η νοσηλευτική αποτελεί μία εργασία με υψηλά επίπεδα άγχους, καθώς συνδέεται με σύνθετες εργασιακές απαιτήσεις και ανάγκες και οι υψηλές προσδοκίες, η υπερβολική ευθύνη και η ελάχιστη εξουσία έχουν αναγνωριστεί ως οι κύριοι παράγοντες άγχους (Jacobs & Lourens, 2016). Τα αποτελέσματα μελετών που πραγματοποιήθηκαν στο Ιράν δείχνουν ότι ανά εβδομάδα ποσοστό 7,4% του νοσηλευτικού προσωπικού δεν βρίσκεται σε θέση να προσέλθει στην εργασία του λόγω ψυχικής κόπωσης ή σωματικής αναπηρίας που προκαλείται από την εργασία, ποσοστό 80% μεγαλύτερο σε σύγκριση με άλλους επαγγελματικούς κλάδους (Nasiry Zharin Ghabaee et al., 2015).

Η μελέτη γύρω από το εργασιακό στρες στην νοσηλευτική ξεκίνησε το 1960 όπου αναγνωρίστηκαν αρχικά οι τέσσερις βασικές πηγές του, όπως η φροντίδα προς

τον ασθενή, η λήψη αποφάσεων και η ανάληψη των ευθυνών μαζί με τις γενικότερες εξελίξεις και μεταβολές στον χώρο της υγείας (Μανομενίδης, 2017). Μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων, εκείνη κατέχει τους πλέον ευάλωτους είναι η νοσηλευτική, λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματος, αφού οι νοσηλευτές αισθάνονται και νοούνται υπεύθυνοι για τις ανθρώπινες ζωές που περιθάλπουν και οι πράξεις τους ή οι ενδεχόμενες παραλείψεις αυτών έχουν άμεσο και σημαντικό αντίκτυπο στους ίδιους (Ζωγράφου και συν., 2020). Τα τελευταία χρόνια έχει στραφεί το ενδιαφέρον των ερευνητών σχετικά με το προσδιορισμό των παραγόντων που επιδρούν σε ψυχό-συναισθηματικό επίπεδο των νοσηλευτών, με αποτέλεσμα να τους δημιουργείται στρες (Μουστάκα και συν., 2010).

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία που παρέχονται από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, το κόστος του εργασιακού στρες υπολογίζεται σε 200–300 εκατομμύρια δολάρια ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες και σχεδόν το 90% των ιατρικών προβλημάτων των εργαζομένων αποδίδεται στο εργασιακό στρες (Hassard et al., 2018). Η ύπαρξη εργασιακού στρες στους νοσηλευτές ενδέχεται να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους, αλλά και της ποιότητας περίθαλψης που παρέχουν. Η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών, που ασχολούνται με ανθρώπινες ζωές, έχει ιδιαίτερη σημασία αφού μπορούν να παρέχουν υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες όταν διατηρούν βελτιωμένα επίπεδα ποιότητα ζωής (Layali et al., 2019). Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε στενή επαφή με τους ασθενείς και παράγοντες όπως η θέση εργασίας, το εύρος των νοσηλευόμενων περιστατικών, η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού, οι αναγκαστικές υπερωρίες και η στάση του διευθυντή του θαλάμου μπορούν να επιβάλλουν τεράστιο άγχος στους νοσηλευτές (Geiger-Brown & Lipscomb, 2010).

Αν και το άγχος αποτελεί στοιχείο της σύγχρονης νοσηλευτικής το οποίο διαδραματίζει χρήσιμο ρόλο σε χαμηλά επίπεδα, ως παράγοντας που συντελεί στην επαγρύπνηση των νοσηλευτών/τριών για την αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων, μακροπρόθεσμα, όταν αυτό κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, οι χρόνιες ασθένειες, όπως η υπέρταση, έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και επομένως επιφέρουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών (Bahrami, 2016). Επιπρόσθετα, το εργασιακό στρες αποτελεί αιτία εγκατάλειψης του επαγγέλματος, σύγκρουσης μεταξύ συναδέλφων, διαταραχών υγείας, εργασιακής δυσaráρεσκείας, μειωμένης δημιουργικότητας, μειωμένης επαγγελματικής

ικανοποίησης, μειωμένης σωστής και έγκαιρης λήψης αποφάσεων, εμφάνισης αισθημάτων ανεπάρκειας και κατάθλιψης, αηδίας και κόπωσης από την εργασία, μειωμένης ενεργειακής και εργασιακής αποδοτικότητας και μειωμένης ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας (Valiei et al., 2013) και αυτά τα στοιχεία αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμών που συνδέονται με την εργασία (Shareinia et al., 2018), σε σχέση με τα οποία, τα ευρήματα μίας σειράς μελετών υποδεικνύουν ότι το εργασιακό στρες συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών (Parveen et al., 2017).

Ως εκ τούτου, λόγω του ότι είναι αναπόφευκτη η εμφάνιση ορισμένων στρεσογόνων παραγόντων στο επάγγελμα της νοσηλευτικής, είναι αναγκαίο να λάβουν χώρα προληπτικές ενέργειες σχετικά με τις ψυχολογικές και συμπεριφορικές τους συνέπειες προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών και των συμπεριφορών που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας (Abedini et al., 2013). Οι συμπεριφορές που οδηγούν σε ένα χαμηλό επίπεδο φροντίδας μπορούν να επηρεαστούν από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων ατομικών και οργανωτικών παραγόντων όπως οι ικανότητες, οι δεξιότητες, ο σχεδιασμός εργασίας και το στυλ ηγεσίας. Το εργασιακό στρες ενδέχεται να ασκήσει επίδραση στη συμπεριφορά φροντίδας των νοσηλευτών λόγω των υπερβολικών καθηκόντων ή του φόρτου εργασίας του νοσηλευτή και του μεγαλύτερου καθήκοντος που αυτός/ή αναλαμβάνει (Rizkianti & Haryani, 2020).

Οι παράγοντες οι οποίοι αποτελούν τη ρίζα της εμφάνισης πιθανών ψυχικών διαταραχών όσον αφορά τους επαγγελματίες της υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες, παράγοντες που σχετίζονται με τη φύση του επαγγέλματος, την εμφάνιση άγχους στον εργασιακό χώρο, την ενασχόληση των υγειονομικών με συγγενείς των ασθενών, την έλλειψη υποστήριξης και συμπαράστασης από τους συναδέλφους, καθώς και στον ίδιο τον υγειονομικό. Ο φόρτος εργασίας ασκεί αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των υγειονομικών. Επιπρόσθετα, η συνήθης κατάσταση του συνδυασμού αντίξοων εργασιακών συνθηκών και ελλιπούς νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού αποτελούν την πηγή σημαντικών προβλημάτων για τους επαγγελματίες της υγείας (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014).

Το εργασιακό στρες αποτελεί αιτία για την απώλεια συμπόνιας για τους νοσηλευόμενους και την αύξηση περιστατικών σφαλμάτων πρακτικής άσκησης και

επομένως παρουσιάζει μία δυσμενή σύνδεση με τα επίπεδα ποιότητας της περίθαλψης (Aiken et al., 2012). Πολυάριθμες έρευνες ανέφεραν ότι το εργασιακό άγχος επιφέρει άμεση ή έμμεση επίδραση στην παροχή φροντίδας και στα αποτελέσματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς (Hajinezhad & Azodi, 2014). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους, οι οποίες έχουν εντοπιστεί ως ένας προσδιοριστικός παράγοντας χαμηλότερης πρακτικής φροντίδας (Sarafis et al., 2016). Μία έρευνα τεκμηρίωσε το γεγονός του ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί προσωπική ικανοποίηση, ενώ η ικανοποίηση από τη διαχείριση νοσηλευτών παρουσίασε συσχέτιση με τη συμπεριφορά φροντίδας (Oluma & Abadiga, 2020). Ωστόσο, σε μελέτη που διεξήχθη στην Ινδονησία, τα ευρήματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε συσχέτιση ανάμεσα στον φόρτο εργασίας και το εργασιακό άγχος με τις συμπεριφορές φροντίδας (Rizkianti & Haryani, 2020).

Δεδομένα από τους Sarafis et al. (2016) τεκμηριώνουν πως το εργασιακό στρες ασκεί αρνητική επίδραση στα επίπεδα ποιότητας ζωής των νοσηλευτών που συνδέονται με την υγεία, ενώ ενδέχεται να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις και στα αποτελέσματα των νοσηλευομένων και έχει προσδιοριστεί η ανάγκη επιπρόσθετης έρευνας στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Έχει πραγματοποιηθεί αξιολόγηση των πιθανών κύριων παραγόντων και επιπτώσεων του εργασιακού στρες ανάμεσα στους νοσηλευτές (Brown et al., 2006). Από την άλλη πλευρά, στοιχεία όπως οι ατομικές διαφορές και οι εργασιακές συνθήκες ενδέχεται να ασκήσουν επίδραση, επομένως η ύπαρξη συγκρούσεων ανάμεσα στους νοσηλευτές οι οποίες οδηγούν σε αύξηση των επιπέδων άγχους ενδέχεται να οφείλονται στους εργασιακούς χώρους, καθώς και τις γενικές και πολιτισμικές συνθήκες (Parveen et al., 2017).

Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν υπεύθυνους ρόλους, αντιμετωπίζοντας δυσκολίες στο να αποφύγουν καταστάσεις που προκαλούν στρες. Είναι αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι οι συνθήκες εργασίας χαρακτηρίζονται ως ιδιαίτερα απαιτητικές και καθόλα πιεστικές. Ακόμη, οι νοσηλευτές, εκτός από τον ρόλο της φροντίδας των ασθενών, αντιμετωπίζουν και πολλές άλλες προκλήσεις, όπως την επικοινωνία-αντιμετώπιση των συγγενών, η έλλειψη αναλώσιμων υλικών και ανθρώπινου δυναμικού, το κυκλικό ωράριο και κατά καιρούς η αδιαφορία της διοίκησης. Η πολυπλοκότητα αυτή, προκαλεί σημαντικό άγχος και επηρεάζει σημαντικά την ψυχική τους υγεία, διότι αναμένουν βελτιωμένες συνθήκες εργασίας (Κολοκοτσά, 2021).



Για παράδειγμα, όσο αφορά τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα αλλά και σε μονάδες παρηγορητικής φροντίδας, καταγράφεται αύξηση του βαθμού πίεσης που αυτοί επιδέχονται λόγω της καθημερινής επαφής με περιστατικά θανάτου, της μειωμένης ικανότητας αυτό-φροντίδας των ίδιων των ασθενών και της υποστήριξης από την πλευρά του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών. Τα παραπάνω, έχουν ως απόρροια την συχνή συναισθηματική κόπωση και εξάντληση της συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας (Μανομενίδης, 2017).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οι παράγοντες που επιδρούν στην ψυχосύνθεση των νοσηλευτών/τριών και οδηγούν σε αύξηση του εργασιακού στρες που αυτοί/ες αντιμετωπίζουν έχουν παρουσιάσει ραγδαία αύξηση, με αποτέλεσμα να προκύπτει μία σειρά αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και μία πτώση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών εργάζονται υπό συνθήκες έντονου εργασιακού στρες με ελάχιστη αυτονομία ως προς τη λήψη αποφάσεων, ενώ, ενδεχομένως να λειτουργούν κάτω από πολιτικές τις οποίες οι ίδιοι δεν έχουν διαλέξει. Όμως, τελικά εκείνος που θα βρεθεί σε δεινή θέση είναι ο ασθενής, αφού ο νοσηλευτής που διακατέχεται από στρες υιοθετεί ψυχρές, απρόσωπες και αδιάφορες συμπεριφορές, γεμάτες με απάθεια και αποστροφή προς τις ανάγκες του ασθενή (Μουστάκα και συν., 2010).

Αναφορικά με την περίπτωση της Ελλάδας, είναι αναγκαία η διεξαγωγή επιπρόσθετων ερευνών σχετικά με το εργασιακό στρες στο επάγγελμα των νοσηλευτών, με στόχο την καταγραφή της έκτασης και του βαθμού της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα του στρες, καθώς και του εντοπισμού των αιτιών που προκαλούν το τελευταίο. Επιπρόσθετα, είναι αναγκαία η διασφάλιση του βέλτιστου δυνατού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών υγείας που παρέχονται προς τους πολίτες, κάτι το οποίο μπορεί να λάβει χώρα μόνο μέσα από τη θέσπιση ορίων επικινδυνότητας και ασφαλείας (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

#### 1.4. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ

Ο Μανομενίδης και οι συνεργάτες του, το 2017 αναφέρουν ότι το στρες συνοδεύεται από την ανάγκη διαχείρισης για την αντιμετώπισή του είτε σε προσωπικό επίπεδο είτε σε επίπεδο οργάνωσης και αλλαγής των απαιτήσεων του περιβάλλοντος. Διαφορετικοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν διαφορετικά το στρες, χρησιμοποιώντας συμπεριφορές και μηχανισμούς εκτόνωσης για να το καταφέρουν. Παραδείγματος χάριν, μεταξύ των ατόμων υπάρχει διαφορά ως προς την γνωστική κατανόηση του στρεσογόνου ερεθίσματος και ως εκ τούτου επιλέγουν διαφορετικές αντιδράσεις και μηχανισμούς αντιμετώπισης. Στην περίπτωση που δεν το επιτύχει προκαλούνται νοητικές, συμπεριφοριστικές και συναισθηματικές λειτουργίες του ατόμου, όπου τελικά να οδηγηθεί το άτομο σε επαγγελματική εξουθένωση (Μανομενίδης, 2017).

Στο ίδιο έργο αναφέρεται ότι η αντιμετώπιση του στρες διακρίνεται σε δύο στρατηγικές. Πρώτα γίνεται λόγος για αυτή που εστιάζουν στο πρόβλημα απευθείας. Δηλ. σε αυτές που το άτομο προσπαθεί να το διαχειριστεί/αντιμετωπίσει ανευρίσκοντας εναλλακτικές λύσεις. Και η δεύτερη κατηγορία αφορά σε στρατηγικές που εστιάζουν στη διαχείριση/μετρίαση του συναισθήματος με στόχο την αποφυγή από το πρόβλημα (Μανομενίδης, 2017). Επίσης, γίνεται και χρονικός διαχωρισμός της διαχείρισης του στρες σε τρεις φάσεις, στην πρώτη φάση όπου το άτομο αντιλαμβάνεται και συνειδητοποιεί τον κίνδυνο/ στρεσογόνο παράγοντα, ενώ δίνεται χρόνος για την προετοιμασία του. Κατά τη δεύτερη φάση, δηλ., κατά τη διάρκεια της επαφής με την απειλή, το άτομο επιχειρεί να προβεί αλλαγές σε τυχόν αναποτελεσματικές δράσεις διαχείρισης του στρες για να τις αντικαταστήσει με περισσότερο αποτελεσματικές. Τέλος, στο τρίτο στάδιο και συγκεκριμένα μετά το πέρας της επίδρασης του στρεσογόνου παράγοντα, το άτομο επιχειρεί να επιστρέψει όσο το δυνατόν πιο κοντά στο αρχικό στάδιο και πριν την έλευση του προβλήματος (Lazarus & Folkman, 1984).

Ο Rutter (1981) εξετάζει την έννοια του ψυχοκοινωνικού στρες σε σχέση με εμπειρικά ευρήματα που αφορούν τις επιπτώσεις διαφορετικών τύπων ζωής, γεγονότων στην παιδική και ενήλικη ζωή. Συνάγεται το συμπέρασμα του ότι η έννοια λαμβάνει υπερβολικά μεγάλη έκταση και ότι τα γεγονότα πρέπει να υποδιαιρεθούν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τη σημασία τους. Κατά την εξέταση όλων των τύπων ερεθισμάτων, οι ατομικές διαφορές στην απόκριση είναι ζωτικής σημασίας. Τα στοιχεία που εμπλέκονται σε αυτές τις ατομικές διαφορές περιλαμβάνουν τα προσωπικά χαρακτηριστικά, την ευαλωτότητα και τους προστατευτικούς παράγοντες,

τη γνωστική εκτίμηση ενός ατόμου για το συμβάν και τη διαδικασία αντιμετώπισης του. Οι διάφοροι τρόποι με τους οποίους τα γεγονότα του στρες μπορούν να επηρεάσουν την μετέπειτα ανάπτυξη συζητούνται με ιδιαίτερη αναφορά στην πιθανότητα αλλοιωμένων ευαισθησιών στο μεταγενέστερο στρες (Rutter, 1981).

Η Thoits (1995) διερεύνησε την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τα ανοικτά ζητήματα και τις νέες κατευθύνσεις στην έρευνα για το στρες, τους πόρους αντιμετώπισης, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις διαδικασίες κοινωνικής υποστήριξης. Οι νέες κατευθύνσεις στην έρευνα για τους στρεσογόνους παράγοντες περιλαμβάνουν την εξέταση των διαφορετικών επιπτώσεων του στρες σε μία σειρά αποτελεσμάτων σωματικής και ψυχικής υγείας, τις «μεταφορές» του στρες από έναν τομέα ρόλου ή στάδιο της ζωής σε άλλο, τα οφέλη που προέρχονται από τις αρνητικές εμπειρίες και τους καθοριστικούς παράγοντες της έννοιας των στρεσογόνων παραγόντων. Αν και η αίσθηση του προσωπικού ελέγχου και η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη επηρεάζουν την υγεία και την ψυχική υγεία τόσο άμεσα όσο και ως ρυθμιστικοί παράγοντες του στρες, οι θεωρητικοί μηχανισμοί μέσω των οποίων λαμβάνει χώρα αυτή η επίδραση εξακολουθούν να απαιτούν επεξεργασία και διερεύνηση.

Για τον λόγο αυτό, συνεχίζει η συγγραφέας, αναφέροντας ότι οι σύγχρονες έρευνες προτείνουν ότι ενδεχομένως είναι σημαντικό να επιτευχθούν η ευελιξία αντιμετώπισης και οι δομικοί περιορισμοί στις προσπάθειες αντιμετώπισης των ατόμων. Οι ελπιδοφόρες νέες κατευθύνσεις στην έρευνα κοινωνικής υποστήριξης περιλαμβάνουν μελέτες των αρνητικών επιπτώσεων των κοινωνικών σχέσεων και της παροχής υποστήριξης, της αμοιβαίας αντιμετώπισης και της δυναμικής παροχής υποστήριξης, τις βέλτιστες αντιστοιχίσεις μεταξύ των αναγκών των ατόμων και της υποστήριξης που λαμβάνουν, και τις ιδιότητες των ομάδων που μπορούν να προσφέρουν μία αίσθηση κοινωνικής στήριξης. Η ποιοτική συγκριτική ανάλυση, η ανάλυση βέλτιστης αντιστοίχισης και η ανάλυση δομής γεγονότων είναι νέες τεχνικές που μπορούν να βοηθήσουν στην προώθηση της έρευνας σε αυτές τις ευρύτερες θεματικές περιοχές. Για να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αντιμετώπισης και κοινωνικής υποστήριξης, οι παρεμβατικοί μηχανισμοί πρέπει να γίνουν καλύτερα κατανοητοί (Thoits, 1995).

Η Folkman (2012) εξετάζει την αντιμετώπιση του στρες σε σύνδεση με την έννοια της ελπίδας. Η ελπίδα έχει εξεταστεί σε μία σειρά ερευνών και από πολλές οπτικές γωνίες. Υπό την προσέγγιση της, η ελπίδα συζητάται από τη σκοπιά της ψυχολογίας και του στρες και της θεωρίας αντιμετώπισης του. Η ελπίδα και το ψυχολογικό στρες έχουν μία σειρά από κοινές τυπικές ιδιότητες: και οι δύο έννοιες είναι συμφοραζόμενες, βασιζόμενες στο νόημα και δυναμικές, ενώ επηρεάζουν την ευημερία σε δύσκολες συνθήκες. Η Folkman (2012) πραγματοποιεί δύο υποθέσεις: (1) η ελπίδα είναι απαραίτητη για τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν σοβαρό και παρατεταμένο ψυχολογικό στρες, (2) η ελπίδα δεν είναι ένας διαρκώς αυτοανανεούμενος πόρος. Έχει μέγιστα και ελάχιστα επίπεδα και ορισμένες φορές απουσιάζει εντελώς. Η σχέση μεταξύ ελπίδας και αντιμετώπισης του στρες είναι δυναμική και αμφίδρομη. Η κάθε έννοια με τη σειρά της υποστηρίζει και στηρίζεται από την άλλη. Αυτή η σχέση απεικονίζεται με δύο προσαρμοστικά καθήκοντα που είναι κοινά σε καταστάσεις που απειλούν τη σωματική ή ψυχολογική ευεξία - τη διαχείριση της αβεβαιότητας και την αντιμετώπιση μίας μεταβαλλόμενης πραγματικότητας (Folkman, 2012).

Η εργασία του Cox (1987) περιγράφει την αναπτυσσόμενη συναίνεση σχετικά με τη φύση του στρες. Παρέχει έναν ορισμό του στρες ως μίας ψυχολογικής κατάστασης που προέρχεται από την εκτίμηση του ατόμου για την ικανότητά του να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που του τίθενται. Στη συνέχεια, η εργασία εξετάζει την έννοια της αντιμετώπισης και διερευνά τον ρόλο της στη θεωρία του στρες. Αντιπαραθέτει δύο διαφορετικές προσεγγίσεις για τη μελέτη της αντιμετώπισης: την ταξινόμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης και τη διερεύνηση της διαδικασίας αντιμετώπισης – την αντιμετώπιση ως «επίλυση προβλημάτων». Η εργασία εστιάζει στην τελευταία προσέγγιση και με αυτόν τον τρόπο περιγράφει τη φύση των ορθολογικών μοντέλων επίλυσης προβλημάτων, λαμβάνοντας υπόψη τη χρησιμότητα και την εφαρμογή τους στη διαχείριση του στρες (Cox, 1987).

## 1.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Οι νοσηλευτές κατά το πρώτο στάδιο διαχείρισης του στρες χρησιμοποιούν στρατηγικές προετοιμασίας για την αντιμετώπιση του εργασιακού στρες και σε αυτές

περιλαμβάνονται η χρήση μουσικής, η προσωπική υγιεινή και περιποίηση, η χρήση καφέ/και νικοτίνης και τα θρησκευτικά τελετουργικά. Το μοντέλο αυτό διερευνήθηκε πρόσφατα και ονομάζεται ‘SWITCH ON / OFF MODEL’. Αξίζει να σημειωθεί ότι αν η διαδικασία SWITCH ON δηλ., της προετοιμασίας, φέρει θετικά αποτελέσματα τότε θα αναμένεται αυξημένος επαγγελματισμός και απόδοση στην εργασία. Σε αντίθετη περίπτωση γίνεται λόγος για λάθη και εργασιακού στρες (Μανομενίδης, 2017).

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης διαχείρισης του στρες, οι νοσηλευτές επιχειρούν να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις με χιούμορ, ως απάντηση στις ψυχοπιεστικές συνθήκες του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Με τη χρήση του χιούμορ γίνεται προσπάθεια μείωσης ή/και αποβολή του στρες. Ακόμη, ως ρυθμιστικά εργαλεία χρησιμοποιούνται τα διαλείμματα από την εργασία, ο κοινωνικός σχολιασμός και ο σχολιασμός των υπόλοιπων συναδέλφων, ο πνευματικός στοχασμός (Μανομενίδης, 2017).

Στην τρίτη φάση διαχείρισης του στρες, όπου δεν βρίσκεται πια υπό την άμεση επίδραση της απειλής, οι νοσηλευτές επιλέγουν την στρατηγική που εστιάζει στο συναίσθημα. Ειδικότερα, προβαίνουν στην αναζήτηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, στην επικοινωνία προσωπικών εμπειριών και ζητημάτων με συναδέλφους και εμπλέκονται με οικογενειακά ζητήματα. Καταφεύγουν, ακόμη, στην εκτόνωση του συναισθήματος μέσω της φυσικής δραστηριότητας, στην ενασχόληση με προσωπικά αγαπημένα χόμπι, το αλκοόλ, τη χρήση καπνού και τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής όπως τα ψυχοτρόπα φάρμακα (Μανομενίδης, 2017).

Στο έργο τους οι Μουστάκα και συν. (2011) προχώρησαν στην διερεύνηση του εργασιακού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό και τονίζουν ότι υπάρχουν δύο επίπεδα παρέμβασης για την αντιμετώπιση του στρες., το πρώτο και το δεύτερο. Στο πρώτο επίπεδο με επίκεντρο την επιχείρηση, εντοπίζονται και εκτιμώνται οι στρεσογόνοι παράγοντες, προβλέπονται προληπτικά μέτρα και μέτρα για την διόρθωσή τους. Προβλέπονται ακόμη, μείωση του φόρου εργασίας, εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου από στρεσογόνους παράγοντες και εξασφάλιση ισορροπίας ανάμεσα στις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού και των απαιτήσεων της εργασίας.

Το δεύτερο επίπεδο, συνεχίζουν, επικεντρώνεται στο άτομο, στην εκπαίδευση του ατόμου. Σε αυτό περιλαμβάνονται ομάδες υποστήριξης, όπου οι ομάδες αυτές συντονίζεται από ψυχολόγο και έχουν στόχο την αναγνώριση των πηγών στρες, την

ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των νοσηλευτών, αυτογνωσία-ανάλυση συναισθήματος και επανεκτίμηση των έως τώρα τρόπων αντιμετώπισης του στρες. Στο δεύτερο επίπεδο συγκαταλέγεται ακόμη ο χρόνος αποσυμπίεσης του ατόμου από την εργασία στο σπίτι και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον (Μουστάκα και συν., 2011).

Τα κύρια ευρήματα της μελέτης των Chen et al. (2009) ήταν τα ακόλουθα: (1) το επίπεδο του στρες και η αντίληψη της συχνότητας των νοσηλευτών σχετίζεται σημαντικά με τον τύπο του νοσοκομείου που απασχολούνται, (2) ο πλέον έντονος παράγοντας στρες που έγινε αντιληπτός από τους νοσηλευτές ήταν η ασφάλεια των ασθενών, (3) ο στρεσογόνος παράγοντας που γίνεται πιο συχνά αντιληπτός από τους νοσηλευτές είναι η διοικητική ανατροφοδότηση, (4) αν και όλοι οι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονταν θετικά με τις καταστροφικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, η επαγγελματική κατάσταση, η ασφάλεια των ασθενών και το περιβάλλον σχετίζονταν επίσης θετικά με τις εποικοδομητικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, (5) παράγοντες όπως οι ανταμοιβές εργασίας, το περιβάλλον και η διοικητική διαχείριση της εργασιακής ικανοποίησης σχετίζονταν αντιστρόφως ανάλογα με τις καταστροφικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και (6) παράγοντες όπως οι ανταμοιβές εργασίας, το περιβάλλον και η διοικητική διαχείριση της εργασιακής ικανοποίησης συσχετίστηκαν αντιστρόφως ανάλογα με όλους τους εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες.

Οι κύριες προτάσεις της μελέτης των Chen et al. (2009) έχουν ως εξής: (1) τα νοσοκομεία θα πρέπει να διασφαλίζουν καθορισμένες τυπικές διαδικασίες λειτουργίας, να ενισχύουν τη σχεδιασμένη ασφάλεια του εργασιακού περιβάλλοντος και να παρέχουν επαρκή εξοπλισμό προστασίας ασφάλειας για την προστασία του προσωπικού και των ασθενών, (2) θα πρέπει να αυξηθεί η ποσότητα και η ποιότητα των μαθημάτων ανακούφισης από το στρες, (3) θα πρέπει να βελτιωθεί το περιβάλλον και οι διοικητικές δεξιότητες διαχείρισης, και (4) θα πρέπει να προσφέρονται προγράμματα κατάρτισης που σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση για να βοηθήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό να υιοθετήσει εποικοδομητικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες (Chen et al., 2009).

Η μελέτη των Tyler & Cushway (1992) σχεδιάστηκε για να διερευνήσει περαιτέρω τη σχέση ανάμεσα στο στρες και την ψυχική δυσφορία και τον βαθμό στον οποίο αυτή μετριάζεται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Ερωτηματολόγια σχετικά

με τις πηγές του στρες, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τα αποτελέσματα της υγείας χορηγήθηκαν σε 72 νοσηλευτές σε ένα μεγάλο γενικό νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συγκρούσεις ανάμεσα στο προσωπικό και το στρες του φόρτου εργασίας αυξήθηκαν με τον βαθμό του νοσηλευτή και ότι το στρες του φόρτου εργασίας και η οργανωτική υποστήριξη και εμπλοκή διέφεραν μεταξύ των θαλάμων, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων στις στρατηγικές αντιμετώπισης ή στα αποτελέσματα ψυχικής υγείας. Τα αρνητικά αποτελέσματα ψυχικής υγείας προβλέφθηκαν κυρίως από τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και την υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης αποφυγής. Ως εκ τούτου, οι κύριες συστάσεις που προέκυψαν από τη μελέτη ήταν ότι οι διαταραχές που σχετίζονται με το στρες στους νοσηλευτές θα μπορούσαν να αμβλυνθούν εάν διατεθούν επαρκείς πόροι ώστε να μειωθεί ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και εάν μπορούσαν να ξεκινήσουν προγράμματα διαχείρισης του στρες ώστε να υιοθετηθούν κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης (Tyler & Cushway, 1992).

Οι Chang et al. (2008) εντόπισαν ότι το πλέον συχνό στρες στον χώρο εργασίας συντελούσε στην επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών/τριών. Η αντιμετώπιση του προβλήματος συνδέθηκε με τη βελτίωση της ψυχικής υγείας. Η αντιμετώπιση με επίκεντρο το συναίσθημα συσχετίστηκε με την επιδείνωση της ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν οφέλη που σχετίζονται με την ψυχική υγεία για νοσηλευτές/τριες που χρησιμοποιούν την επίλυση προβλημάτων για να αντιμετωπίσουν το στρες αντιμετωπίζοντας την εξωτερική πηγή του στρες, αντί για την αντιμετώπιση εστιασμένη στο συναίσθημα στην οποία οι νοσηλευτές/τριες προσπαθούν να ελέγξουν ή να διαχειριστούν την εσωτερική τους απόκριση στο στρες (Chang et al., 2008).

Οι στρεσογόνοι παράγοντες, όπως αναφέρουν οι Lim και οι συνεργάτες του (2010), έχει εντοπιστεί ότι περιλαμβάνουν πτυχές όπως την υπερφόρτωση εργασίας, τις συγκρούσεις ρόλων και τις εμπειρίες επιθετικότητας. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης περιλάμβαναν την αναζήτηση υποστήριξης, την επίλυση προβλημάτων και τον αυτοέλεγχο. Αναφέρονται επιζήμιες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική ευεξία των νοσηλευτών/τριών, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η δευτερογενής επίδραση του εργασιακού στρες του νοσηλευτικού προσωπικού στις οικογενειακές και κοινωνικές του σχέσεις. Οι συστάσεις για την αντιμετώπιση του στρες περιλαμβάνουν τον συνυπολογισμό του προσωπικού και εργασιακού στρες, την προώθηση της χρήσης

αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης και τη διατήρηση υποστηρικτικών κοινωνικών σχέσεων (Lim et al., 2010).

## 1.6 ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

### 1.6.1. Ευρήματα μελετών για την Ψυχική και την Κοινωνική υγεία των Νοσηλευτών

Η ψυχική και κοινωνική υγεία αποτελούν αναπόσπαστο και ουσιώδες μέρος της συνολικότερης υγείας. Στον ορισμό της, πρώτης, επισημαίνεται ότι το άτομο μπορεί να δημιουργεί και να διατηρεί στενές επαφές με τους γύρω του, να εκτελεί τους κοινωνικούς ρόλους για τους οποίους καλείται, να έρχεται αντιμέτωπος με την αλλαγή και τέλος περιλαμβάνει την αναγνώριση- επικοινωνία των θετικών ενεργειών/σκέψεων και τη διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων (Bhugra et al., 2013). Η ψυχική υγεία προσδίδει στο άτομο το αίσθημα της αξίας, ελέγχου, κατανόησης του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του ατόμου, θετικά συναισθήματα για τον εαυτό και τους άλλους, χαρά και αγάπη, ενώ στον πυρήνα του όρου περιλαμβάνεται η οικογένεια, οι φίλοι, οι συγγενείς, συνάδελφοι και οι εργοδότες (World Health Organization, 2022). Ο C.D.C πρόσφατα ανέφερε ότι η ψυχική υγεία περικλείει στους κόλπου της, την συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική υγεία και τονίζει την σημασία της ψυχικής, τελικά, υγείας από την παιδική ηλικία έως την ενηλικίωση. Αναφέρει ότι 1 στους 5 Αμερικανούς πάσχει από ψυχικές ασθένειες, 1 στους 5 (13-18ετών) κάποια στιγμή βίωσε ψυχική ασθένεια και 1 στους 25 πάσχει από κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

Μέσω διεθνών ερευνών βρέθηκε ο τρόπος που συνδέει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία. Πιο αναλυτικά αναφέρεται ότι η ψυχική και σωματική υγεία δύνανται να προαχθούν λαμβάνοντας μέτρα για τον σχεδιασμό προγραμμάτων για την ανάπτυξη και την προώθηση της κοινωνικής υγείας. Οι ορισμοί που δίνονται για την κοινωνική υγεία είναι οι εξής: Η κοινωνική υγεία καθορίζεται ως την αξιολόγηση της απόδοσης ενός ανθρώπου στην κοινωνία και ο δεύτερος αφορά στην ποσότητα και την ποιότητα της συμμετοχής-αλληλεπίδρασης ατόμου στην κοινωνίας προς όφελος της ευημερίας του ατόμου. Οι παράγοντες που επιδρούν στην κοινωνική υγεία του ατόμου,



είναι η κοινωνική υποστήριξη, προερχόμενη από τη οικογένεια, τους φίλους και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Hassanpour et al., 2021).

Δια μέσου των εμπειριών του νοσηλευτικού δυναμικού σχετικά με την κοινωνική υγεία διαφαίνεται η ανάγκη υποστήριξης τους με σκοπό την ανάκτηση του κοινωνικού ευ ζην (Mozaffari et al., 2015). Το παραπάνω γίνεται εφικτό μέσω της συνεργασίας και υποστήριξης από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την κοινότητα, των υγειονομικών οργανώσεων, της οικογένειας και τους ίδιους τους νοσηλευτές. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η βελτίωση της επαγγελματικής ικανοποίησης, η παρακίνηση, η ελπίδα, η δέσμευση και η αυτοπεποίθηση. Ακόμη, η υποστήριξη από τους προϊστάμενους- διευθυντές και από την κοινωνία θεωρούνται απαραίτητα για την προαγωγή και ανάπτυξη της κοινωνικής θέσης της νοσηλευτικής ως κλάδος (Mozaffari et al., 2015).

Ο Mozaffari και οι συνεργάτες του, το 2015 στην μελέτη τους, εντοπίζουν ότι μόνο το 10% του πληθυσμού-στόχου είχε καλή υποστήριξη. Φαίνεται ότι ο νοσηλευτικός κλάδος αναμένει μεγαλύτερη υποστήριξη από τους οργανισμούς, τους συναδέλφους και την κοινωνία ευρύτερα, αναγνωρίζοντας την σημασία του έργου τους, καθώς αποτελούν παράγοντες που θα μειώσουν τα επίπεδα άγχους και θα προάγουν την ηθική ικανοποίηση και την κοινωνική υγεία. Ακόμη, αναφέρεται ότι το 77,6% αναφέρει δυσαρέσκεια ως προς το κοινωνικό τους κύρος και το 76,6% ως προς την έλλειψη σεβασμού από την κοινωνία, ενώ το 62,6% ανέφερε τάση εγκατάλειψης του επαγγέλματος παρόλο που διατηρούσαν θετική στάση για εκείνο. Ως εκ τούτου το χαμηλό επίπεδο υποστήριξης θεωρείται επικίνδυνο όχι μόνο για το κοινωνικό status των νοσηλευτών και την υγεία τους αλλά με έμμεσο τρόπο επηρεάζεται και ο τρόπος που εκτελούν τα εργασιακά τους καθήκοντα και κυρίως η θεραπεία των ασθενών (Mozaffari et al., 2015).

Στο έργο των Farahaninia et al. (2019) τονίζεται ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι άρρηκτα συνυφασμένο με παράγοντες που προκαλούν στρες στον χώρο εργασίας σε σχέση με άλλα επαγγέλματα, όπως η επαφή με τον θάνατο, οι ασθένειες, οι συγκρούσεις, οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και ο φόρτος εργασίας, η ανεπαρκής γνώση και η μη αποτελεσματική υποστήριξη. Περίπου το 93% των νοσηλευτών επηρεάζονται από στρεσογόνους παράγοντες, με αποτέλεσμα να επηρεαστούν αρνητικά με την σειρά τους, ο οικογενειακός περίγυρος και οι φίλοι αλλά να

αναπτυχθούν προβλήματα και στην διάθεση του νοσηλευτή. Η κοινωνική υγεία εστιάζει στην βιοψυχοκοινωνική πτυχή της υγείας και συγκεκριμένα θέτει ως επίκεντρο το άτομο. Ενώ, κρίνεται σημαντική καθώς αξιολογεί την κοινωνική συμπεριφορά, η οποία επηρεάζεται από τους γύρω μας, μέσω των απόψεων και του τρόπου ζωής (Farahaninia et al., 2019).

Συνεχίζουν αποκαλύπτοντας ότι η μελέτη τους που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές που εργάζονται στο Ιράν, από τους οποίους συμπληρώθηκαν 227 ερωτηματολόγια με σκοπό την διερεύνηση τη σχέση κοινωνικής υγείας και ποιότητας ζωής στους νοσηλευτές, ανέδειξε ότι πιθανή αύξηση της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, θα οδηγήσει σε αύξηση της κοινωνικής υγείας τους. οδηγούνται στο συμπέρασμα ότι ο κατάλληλος σχεδιασμός παρεμβάσεων για την κοινωνική υγεία και την αναβάθμιση της εργασιακής εμπειρίας θα βελτιώσουν τις παροχές των υπηρεσιών υγείας (Farahaninia et al., 2019).

Μια ελληνική έρευνα των Μουστάκα και συν., (2011), διερευνούσε στο νοσηλευτικό προσωπικό την υποκειμενική ψυχική ευεξία και την σχέση των νοσηλευτών με το εργασιακό στρες. Το δείγμα αποτελούνταν από 328 εργαζομένους νοσηλευτές σε 20 νοσοκομεία της πρωτεύουσας και της επαρχίας. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η αύξηση του εργασιακού στρες είναι αντιστρόφως ανάλογη με τη ψυχική υγεία, δηλαδή, εκείνη μειώνεται. Ανέδειξαν, ως κύριο εύρημα τους ότι το εντεταμένο εργασιακό στρες οδηγεί σε χειροτέρευση της σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού δυναμικού (Μουστάκα και συν., 2011).

Το έργο των Sarafis et al., (2016) πραγματοποίησε μελέτη με σκοπό να διερευνηθεί η επίδραση του εργασιακού στρες στην συμπεριφορά των νοσηλευτών ως προς την φροντίδα των ασθενών και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στην ομάδα αυτή. Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 246 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτές σε 4 νοσοκομεία στην Ελλάδα. Ύστερα από στατιστική επεξεργασία των δεδομένων επιβεβαίωσαν ότι οι συνέπειες του εργασιακού στρες στους νοσηλευτές ενέχουν ψυχικούς και σωματικούς κινδύνους. Στους σωματικούς αναφέρονται ημικρανίες, πόνος στην μέση και την πλάτη, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, έλκος δωδεκαδακτύλου, χαμηλό ανοσοποιητικό σύστημα και ασθένειες στο ενδοκρινικό σύστημα. Το εργασιακό στρες σχετίζεται με ανησυχία, κατάθλιψη, αίσθημα ανεπάρκειας αλλά σχετίζεται και με ελαφριά ψυχική νοσηρότητα καθώς και μείωση

της αποτελεσματικότητας στη εργασία. Ακόμη, ανέφεραν ότι κατόπιν πολυπαραγοντικής ανάλυσης διαπιστώθηκε ότι λειτούργησαν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για την ψυχική υγεία η επιθυμία παραίτησης, η ειδικότητα και ο εργασιακός τομέας (Sarafis et al., 2016).

Οι Nagel και Nilsson, (2022), θέτουν στο προσκήνιο στην έρευνά τους, τις αιτίες σύμφωνα με τις οποίες το νοσηλευτικό προσωπικό και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε κακή ψυχική υγεία. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 22.935 εργαζομένους της Σουηδίας και συγκεκριμένα στην περιοχή Skane, από τους οποίους τελικά συμμετείχαν οι 11.902. Τα ευρήματα από την ανάλυση έδειξαν ότι αιτίες κακής υγείας αποτελούσαν η πολύωρη απασχόληση, ο υπέρμετρος φόρτος εργασίας, η πίεση που προέρχεται από την ίδια την εργασία, η έλλειψη ελέγχου από τους προϊστάμενους, η έλλειψη συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε ό,τι αφορά τους ασθενείς, η έλλειψη υποστήριξης από τους διευθυντές, τα υψηλά επίπεδα κόπωσης, η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη και ο ασαφής εργασιακός ρόλος (Nagel & Nilsson, 2022).

Οι Che et al., (2023) επιχείρησαν να διερευνήσουν εάν οι πολύωρες βάρδιες επιδρούσαν στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19. Ο πληθυσμός-στόχος ήταν οι νοσηλευτές ενός νοσοκομείου τριτοβάθμιας περίθαλψης στην Κίνα από τον Μάρτιο του 2022 έως και τον Απρίλιο του ίδιου έτους. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε περισσότερους από 3.000 νοσηλευτές, ωστόσο ανταποκρίθηκαν οι 2811. Το κύριο συμπέρασμα της μελέτης επιβεβαίωσε ότι, πράγματι, οι η πολύωρη εργασία επιδρά αρνητικά στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών και ειδικότερα εκείνων που εργάζονταν παραπάνω από 60 ώρες/εβδομαδιαίως (Che et al., 2023).

Δείγμα 135 νοσηλευτών από ένα Παιδιατρικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Αλεξάνδρειας, στο El- Shatby της Αιγύπτου, που εργάζονται σε χειρουργικά τμήματα και στις Μ.Ε.Θ. συμμετείχε στην μελέτη των Mohamed et al., (2011). Στόχος τους ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που προκαλούν στρες στον συγκεκριμένο πληθυσμό- στόχο. Από τις απαντήσεις βρέθηκε ότι οι πιο συχνά αναφερόμενοι παράγοντες στρες ήταν η επαφή με το θάνατο, η σύγκρουση μεταξύ συναδέλφων αλλά και με το ίδιο το σύστημα υγείας, η αμφιβολία ως προς την θεραπεία, ενώ λιγότερο στρες προκαλούσε η σύγκρουση με το ιατρικό προσωπικό. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι

εκείνοι που εργάζονται σε βάρδιες βιώνουν περισσότερο στρες συγκρινόμενοι με εκείνους που δούλευαν στην πρωινή βάρδια, αλλά και ότι όσο αυξάνεται το όριο ηλικίας τόσο αυξανόταν το στρες των νοσηλευτών (Mohamed et al., 2011).

### 1.6.2. Επαγγελματική εξουθένωση στους Νοσηλευτές

Τα τελευταία χρόνια η επαγγελματική εξουθένωση έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον της κοινής γνώμης, δίνοντας σε αυτή ιδιαίτερη προσοχή. Ορισμένοι ερευνητές την περιγράφουν ως ένα κοινωνικό φαινόμενο που επικεντρώνεται στην απόδοση και χαρακτηρίζει τις σύγχρονες κοινωνίες, αλλά με τεράστια οικονομική επιβάρυνση. Η σχεδόν υπερβολική διάδοση του όρου έχει οδηγήσει την επιστημονική κοινότητα να την περιγράφουν ως επιδημία (Ponocny-Seliger & Winker, 2014). Η έννοια της εξουθένωσης αρχικά είχε προταθεί από τον ψυχαναλυτή Herbert Freudenberger, άρχισε να διαμορφώνεται στη δεκαετία του '70 και χρησιμοποιείται ευρέως ακόμα και σήμερα Πολυετής έρευνες αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα του φαινομένου, τοποθετώντας την ατομική εμπειρία σε ένα ευρύτερο οργανωτικό πλαίσιο μεταξύ των ανθρώπινων σχέσεων και της εργασίας τους (Beheshtifar & Omidvar, 2013).

Η επαγγελματική εξουθένωση αναφέρεται σε ένα σύνδρομο που προκύπτει από την ύπαρξη χρόνιου στρες στον χώρο εργασίας, το οποίο δεν έχει αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Οι τρεις διαστάσεις της συμπεριλαμβάνουν συνεχή συναισθηματική εξάντληση, αποστασιοποίηση ή κυνική στάση και αίσθημα ανεπάρκειας λόγω εργασιακής δραστηριότητας. Όλα αυτά συντελούν σε μια κατάσταση όπου οι παράγοντες στρες στον χώρο εργασίας δεν διαχειρίζονται ορθά μέσω των φυσιολογικών διαλειμμάτων στην εργασία, των ρεπό των σαββατοκύριακων και τις άδειες που ένας εργαζόμενος δικαιούται (American Psychological Association, 2023).

Συχνά, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται ως επακόλουθο με το επάγγελμα των νοσηλευτών, σε μελέτες που επιδιώκουν να αντιληφθούν τον αντίκτυπο του εργασιακού περιβάλλοντος στον τομέα της Υγείας (Dall'Ora et al., 2020). Η εμφάνιση καταστάσεων που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές, αποτελεί σύνθετο φαινόμενο καθιστώντας τους ευάλωτους στην ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας

αλλά και του συνδρόμου εξουθένωσης, γνωστό και ως «burnout» (Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013). Στα σωματικά συμπτώματα του burnout συγκαταλέγονται ο πονοκέφαλος, απνία, χρόνια κόπωση, διαταραχές στο πεπτικό σύστημα, μυϊκή ένταση, υπέρταση κ.α.. Ενώ, στα ψυχικά συμπτώματα, το ζήτημα γίνεται πιο περίπλοκο καθώς ενδεχομένως να οδηγήσει σε περισσότερες ψυχικές διαταραχές και υπάρχουν στοιχεία μελετών που συγχέουν την εξουθένωση με μεγαλύτερη ανησυχία, εκνευρισμό και κατάθλιψη (Maslach & Leiter, 2007).

Οι Nagel & Nilsson (2022) κάνουν ιδιαίτερη νύξη στο σύνδρομο burnout στον χώρο της υγείας και τονίζουν ότι οφείλεται σε μακροχρόνια έκθεση στο επαγγελματικό στρες που ενδεχομένως να συνδράμει στην ύπαρξη ιατρικών λαθών ή/και στην απουσία από τον χώρο εργασίας. Το εργασιακό στρες και το burnout έχουν την δυνατότητα να επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Τα χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας λόγω άγχους, εξουθένωσης και ανησυχίας συνδράμουν στην χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία της ευάλωτης επαγγελματικής ομάδας, δηλ. των νοσηλευτών με αντίκτυπο την χαμηλή ποιότητα φροντίδας ασθενών και υψηλό φόρτο εργασίας (Nagel & Nilsson, 2022).

Ως προσδιοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρονται: ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και οι εργασιακές απαιτήσεις, ο μη επαρκής έλεγχος των πόρων που χρειάζονται για την ολοκλήρωση των εργασιών τους, η έλλειψη ανταμοιβής (κοινωνικής/οικονομικής/εγγενής), η μη σύνδεση με την κοινότητα τους (συνάδελφοι-διευθυντές) που πιθανώς να οδηγήσει σε μειωμένη κοινωνική υποστήριξη λόγω απογοήτευσης, η μη ύπαρξη δικαιοσύνης και ισότητας στον χώρο της εργασίας σχετικά με τον φόρτο και την αμοιβή, η σύγκρουση αξιών μεταξύ ατόμων και οργανισμών. τα διοικητικά καθήκοντα, τα ζητήματα διαχείρισης χρόνου διαχείριση χρόνου και ασφάλειας, τη ασάφεια και σύγκρουση ρόλων, την έλλειψη εποπτείας και χρόνου για προσωπική μελέτη, τις μεταβολές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τις γενικές συνθήκες εργασίας και την έλλειψη χρηματοδότησης και πόρων (Maslach & Leiter, 2007, Lopez-Lopez et al., 2019, Edwards et al., 2000, Jenkins & Elliott, 2004).

Μέσω ελληνικών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό των προσδιοριστικών παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης προκύπτει ότι αποτελούν: ο πόνος και η οδύνη των ασθενών, η δομή και οργάνωση του εργασιακού

περιβάλλοντος αλλά και τις ιδιαιτερότητες των υγειονομικών χώρων στο ελληνικό περιβάλλον, τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα, η προσωπική προσέγγιση κατά την εκτέλεση των επαγγελματικών καθηκόντων, καθώς και σε δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, καθώς και η οικογενειακή κατάσταση (Αντωνίου, 2006, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007, Σταυροπούλου κ. συν., 2010).

Αναλύοντας τις επιπτώσεις στον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών, η επαγγελματική εξουθένωση επιφέρει μειωμένη παραγωγικότητα, παραλείψεις, ατυχήματα κατά τη φροντίδα του ασθενούς και εσφαλμένες εκτιμήσεις, κατάθλιψη, χρόνια κόπωση, εκνευρισμός και έντονη δυσκολία στην προσωπική και την κοινωνική υγεία του ατόμου. Επιπρόσθετα, η εξουθένωση συνδέεται με την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμα, ενώ από μελέτες έχει υποστηριχθεί ότι οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν τον βαθμό εργασιακής ικανοποίησης και την πρόθεση τους για εγκατάλειψη (Γρηγοροπούλου και συν., 2018). Τα άτομα που βιώνουν εξουθένωση επηρεάζουν αρνητικά τους συναδέλφους τους, καθώς προκαλούν περισσότερη προσωπική σύγκρουση ή δρουν επηρεάζοντας τα εργασιακά καθήκοντα. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η εξουθένωση επηρεάζει αρνητικά την οικογενειακή ζωή των ανθρώπων. Αξίζει να σημειωθεί ότι μια εναλλακτική προσέγγιση του θέματος είναι ότι η εξουθένωση αποτελεί εξολοκλήρου μια μορφή ψυχικής ασθένειας, παρά μια αιτία της (Maslach & Leiter, 2007).

## 1.7. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός του ότι το νοσηλευτικό προσωπικό, ως κομβικό στοιχείο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καταβάλλει σημαντική προσπάθεια προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης και της ποιότητας ζωής των ασθενών, είναι ιδιαίτερος σημαντικό να λάβει χώρα η πρέπουσα αντιμετώπιση των παραγόντων οι οποίοι ασκούν επίδραση στην ποιότητα ζωής του (Hsu & Kernohan, 2006). Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση, προσδίδεται βαρύτητα στην αξιολόγηση των διαστάσεων του εργασιακού στρες, με γνώμονα τον εντοπισμό των παραγόντων του ψυχοκοινωνικού κινδύνου.

Ειδικότερα, η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στη συγκέντρωση πρωτογενών στοιχείων από νοσηλευτές/τριες που απασχολούνται στην Ελλάδα και εξετάζει το εργασιακό άγχος που αυτοί βιώνουν κατά την άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων, καθώς και στη μελέτη της σχέσης του με την ψυχική και κοινωνική τους υγεία.

#### Η παρούσα μελέτη εξετάζει τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Αξιολόγηση του επιπέδου του εργασιακού στρες, αλλά και των επιπέδων ψυχικής και κοινωνικής υγείας των νοσηλευτών.
2. Εξέταση της σχέσης του εργασιακού στρες με τα επίπεδα της ψυχικής και κοινωνικής υγείας των νοσηλευτών.
3. Εξέταση της ύπαρξης διαφορών βάσει δημογραφικών παραγόντων (φύλο, θέση εργασίας, εκπαιδευτικό επίπεδο) στα επίπεδα του εργασιακού στρες, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας του δείγματος.

#### Οι αντίστοιχες υποθέσεις είναι οι εξής:

1. Οι νοσηλευτές της Ελλάδας αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες.
2. Το εργασιακό στρες παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τα επίπεδα της ψυχικής και κοινωνικής υγείας των νοσηλευτών/τριών.
3. Σημειώνονται διαφορές στα επίπεδα του εργασιακού στρες, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας βάσει της θέσης στην ιεραρχία του τομέα απασχόλησης της βάρδιας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου.

Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό αναμένεται να βιώσει υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες, λόγω της ιδιαίτερης φύσης του επαγγέλματος που χαρακτηρίζεται δύσκολο και επικίνδυνο αλλά και λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών εργασίας στην Ελλάδα για ένα νοσηλευτή (Φράγκου και συν., 2021). Ακόμη, αναμένεται ότι οι νοσηλευτές, ως επαγγελματίες υγείας, να είναι πιο επιρρεπείς στην βίωση εργασιακού άγχους γεγονός που θα επηρεάσει σημαντικά τα επίπεδα ψυχικής υγείας και ενδεχομένως να οδηγήσει και σε εκδήλωση ψυχικών διαταραχών (Κοϊνης και Σαρίδη, 2014). Αναμένεται να επηρεαστεί και η κοινωνική υγεία των νοσηλευτών,

λόγω των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων και ως εκ τούτου θα επηρεαστούν ο κοινωνικός περίγυρος των νοσηλευτών (οικογένεια /φίλοι) (Farahaninia et al., 2019).

Τέλος, οι γυναίκες νοσηλεύτριες αναμένεται να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους, όπως επίσης αναμένεται οι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε βάρδιες να βιώνουν μεγαλύτερο εργασιακό άγχος και εξουθένωση από εκείνους που εργάζονται με σταθερό ωράριο (Κοϊνης και Σαρίδη, 2014). Επίσης, οι νοσηλευτές με υψηλότερα ακαδημαϊκά προσόντα και εκείνοι που εργάζονται σε παθολογικά/χειρουργικά τμήματα αναμένεται να βιώσουν μεγαλύτερο εργασιακό στρες (Μανομενίδης, 2017)



## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 2. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

Η ερευνητική μεθοδολογία που εφαρμόστηκε στα πλαίσια της παρούσας μελέτης ακολουθεί μία ποσοτική προσέγγιση. Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 110 ερωτήσεις κλειστού τύπου, σε ηλεκτρονική μορφή, το οποίο και προωθήθηκε σε νοσηλευτές/τριες οι οποίοι απασχολούνται στην Ελλάδα. Η διανομή του ερωτηματολογίου έλαβε χώρα μέσα από την προώθηση σχετικού συνδέσμου (link), που κατεύθυνε προς το ερωτηματολόγιο, το οποίο καταχωρήθηκε στην πλατφόρμα Google Forms. Οι συμμετέχοντες έλαβαν πλήρη ενημέρωση σχετικά με τη μελέτη στα πλαίσια της οποίας διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο μέσα από μία αναλυτική σχετική περιγραφή η οποία υπήρχε σε ειδικό πεδίο στην εισαγωγή του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που έλαβε χώρα κατά την περίοδο 15/01/2024 – 20/02/2024, δεν επικεντρώνεται σε προσωπικά δεδομένα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Η συγκατάθεση σχετικά με τη συμμετοχή στην έρευνα έλαβε χώρα κατά έναν αυτόματο τρόπο, με την εκούσια συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων/ουσών στην έρευνα ανήλθε σε 105 άτομα και η δειγματοληψία έγινε μέσω επιλογής συμπτωματικού δείγματος.

#### 2.1. ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Για την κατασκευή του ερωτηματολογίου τηρήθηκαν οι απαιτήσεις και προδιαγραφές της επιστημονικής δεοντολογίας και οι συμμετέχοντες έδωσαν την συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα και χρήση των δεδομένων που παρείχαν για τους σκοπούς της έρευνας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά μέσω ηλεκτρονικών διευθύνσεων αλλά και σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης, αφού πρώτα πραγματοποιήθηκε ενημέρωση ολοκληρωμένα και με σαφήνεια από την ερευνήτρια. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως ως προς τον σκοπό της μελέτης, τον σχεδιασμό και την διεξαγωγή της, για την διατήρηση της ανωνυμίας, τον εθελοντικό

χαρακτήρα της συμμετοχής τους και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων από τις απαντήσεις τους, ούτως ώστε να αποφασίσουν ελεύθερα εάν θα συμμετέχουν ή όχι.

## 2.2. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Κρίθηκε απαραίτητη η πιλοτική εφαρμογή της έρευνας με στόχο να εντοπιστούν πιθανές δυσκολίες της έρευνας που θα προέκυπταν κατά την διεξαγωγή της. Η πιλοτική εφαρμογή αφορούσε την διανομή 20 ερωτηματολογίων σε κλινικούς νοσηλευτές, όπου προέκυψαν χρήσιμα στοιχεία, έτσι ώστε να οδηγηθεί στην τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου.

## 2.3. ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Η πρώτη από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας μελέτης ήταν το ερωτηματολόγιο Expanded Nursing Stress Scale (French et al., 1999), το οποίο μεταφράστηκε στα ελληνικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Για τη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και τη μετάφραση του λήφθηκε έγγραφη άδεια από τους κατασκευαστές του. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 59 ερωτήσεις, οι οποίες μετρούν τις πηγές αλλά και τη συχνότητα του αντιληπτού εργασιακού στρες των νοσηλευτών/τριών. Οι πηγές του στρες που διερευνώνται αφορούν εννέα υποκλίμακες (θάνατος και απώλεια, συγκρούσεις με ιατρούς, ανεπαρκής προετοιμασία, προβλήματα με συναδέλφους, προβλήματα με ανώτερους, υπερβολικός φόρτος εργασίας, αβεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης προς τους ασθενείς φροντίδας, συγκρούσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, διακρίσεις). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από ερωτήσεις τύπου κλίμακας Likert 5 επιπέδων (0 – δεν ισχύει έως 5 – Εξαιρετικά στρεσογόνο). Η κλίμακα αυτή, όπως και όλο το ερωτηματολόγιο της μελέτης, παρατίθεται σε Παράρτημα.

Η δεύτερη κλίμακα που εφαρμόστηκε αφορούσε τη συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με την ψυχική υγεία των νοσηλευτών/τριών. Πιο συγκεκριμένα, προκειμένου να μετρηθούν τα σχετικά χαρακτηριστικά αξιολογήθηκε το γενικό στρες, το άγχος και

η κατάθλιψη που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές/τριες. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο DASS 21 (ελληνική έκδοση), Lyrakos et al., 2011), Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 42 ερωτήσεις κλίμακας Likert 4 επιπέδων (1 – Δεν μου ταιριάζει καθόλου έως 4 – Μου ταιριάζει πάρα πολύ ή το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα), οι οποίες μετρούν την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες σε ενήλικους. Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε το συνολικό σκορ της κλίμακας.

Για τη μέτρηση της κοινωνικής υγείας χρησιμοποιήθηκε μία ερώτηση, η οποία κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια. Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκε το κατά πόσο το στρες που βίωσαν οι συμμετέχοντες στην εργασία τους επηρέασε τις συνηθισμένες κοινωνικές τους δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές ή άλλες κοινωνικές ομάδες κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων. Χρησιμοποιήθηκε μία ερώτηση τύπου κλίμακας Likert 5 επιπέδων (0 – Καθόλου έως 4 – Πάρα πολύ).

## 2.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics 20. Αρχικά παρουσιάστηκαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των απαντήσεων του δείγματος. Στη συνέχεια, για τη διερεύνηση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος υιοθετήθηκε επίσης μία περιγραφική προσέγγιση, μέσα από την οποία αξιολογήθηκαν τα επίπεδα του εργασιακού στρες, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκαν οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις, οι ελάχιστες και οι μέγιστες τιμές των απαντήσεων στις αντίστοιχες κλίμακες του ερωτηματολογίου.

Για τη διερεύνηση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος εφαρμόστηκε η προσέγγιση της ανάλυσης συσχετίσεων. Πιο συγκεκριμένα, αρχικά διεξήχθησαν έλεγχοι κανονικότητας ούτως ώστε να προσδιοριστεί ο κατάλληλος έλεγχος (Spearman ή Pearson test). Στην περίπτωση που οι δύο εξεταζόμενες κλίμακες ακολουθούσαν την κανονική κατανομή εφαρμόστηκε η ανάλυση συσχετίσεων Pearson, διαφορετικά η ανάλυση συσχετίσεων Spearman. Διεξήχθησαν έλεγχοι συσχετίσεων ανάμεσα στις

κλίμακες μέτρησης του εργασιακού στρες και εκείνες που μέτρησαν την ψυχική και κοινωνική υγεία των νοσηλευτών/τριών.

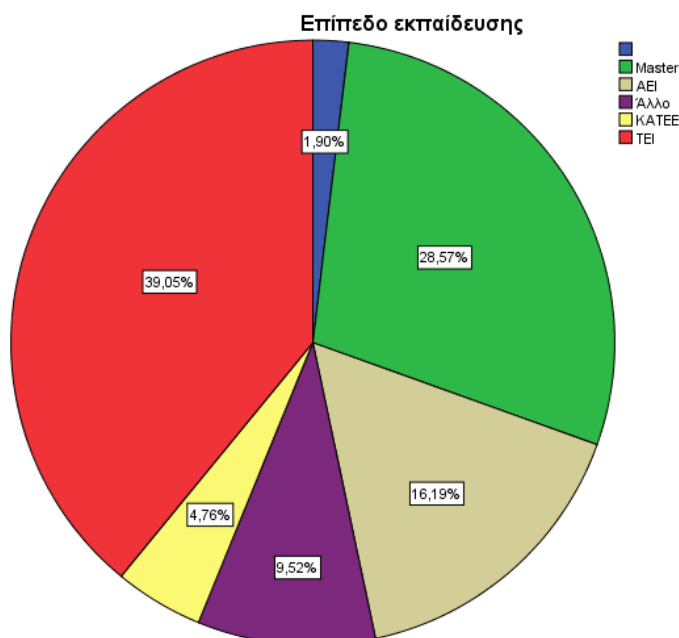
Τέλος, για τη διερεύνηση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος έλαβε χώρα η σύγκριση μέσων όρων. Πιο συγκεκριμένα, ελέγχθηκε το κατά πόσο υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των τριών κλιμάκων του ερωτηματολογίου που μέτρησαν το εργασιακό στρες, την ψυχική υγεία και την κοινωνική υγεία ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες: φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο θέση στην ιεραρχία, βάρδια, τομέας απασχόλησης).

## 2.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 2.5.1. Περιγραφική Στατιστική

#### Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η πλειοψηφία του δείγματος (78,1% - 82 άτομα) αποτελείται από γυναίκες. Το 20% (21 άτομα) είναι άνδρες, ενώ 1,9% - 2 άτομα δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το δείγμα έχει έναν μέσο όρο ηλικίας 36,11 έτη, με ελάχιστη τιμή 24 έτη, μέγιστη τιμή 58 έτη και τυπική απόκλιση 8,916 έτη. Η πλειοψηφία του δείγματος δηλ., το 51,43% (54 άτομα) αποτελείται από έγγαμους/ες. Το 46,67% (49 άτομα) ήταν άγαμοι/ες, ενώ 1,9% (2 άτομα) δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.



Το 39,05% (41 άτομα) και το μεγαλύτερο μέρος αυτών, αποτελείται από απόφοιτους/ες ΤΕΙ. Το 28,57% (30 άτομα) είχαν ολοκληρώσει μεταπτυχιακό κύκλο σπουδών, 16,19% (17 άτομα) ήταν απόφοιτοι/ες ΑΕΙ, 9,52% (10 άτομα) είχαν άλλου τύπου σπουδές, 4,76% (5 άτομα) ήταν απόφοιτοι/ες ΚΑΤΕΕ, ενώ 1,9% (2 άτομα) δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

ΤΟΜΕΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Νεφρολογικό	16	17,02
Παθολογικό	11	11,70
Χειρουργικό	17	18,09
Άλλο	49	52,13
Δεν απάντησαν	11	11,06
Σύνολο	105	100

Πίνακας 1: Τομέας απασχόλησης

Οι τομείς απασχόλησης των συμμετεχόντων/ουσών του δείγματος με τις αντίστοιχες τους συχνότητες παρατίθενται στον Πίνακα 1. Προκύπτει ότι οι τομείς που συγκεντρώνουν τους περισσότερους/ες συμμετέχοντες/ουσες είναι το Νεφρολογικό και το Χειρουργικό.

ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΙΕΡΑΡΧΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Νοσηλεύτης/τρια	91	86,7
Προϊστάμενος τμήματος	7	6,7
Νοσηλεύτης σε διαγνωστικό ιατρείο	1	1
Νοσηλεύτης εκπ/τής τμήματος	1	1
Βοηθός ιατρού-Συνεργάτης Νοσηλεύτης	3	2,9
Υπάλληλος	1	1
Σύνολο	105	100

Πίνακας 2: Θέση στην ιεραρχία

Οι θέσεις στην ιεραρχία των συμμετεχόντων/ουσών του δείγματος με τις αντίστοιχες τους συχνότητες παρατίθενται στον Πίνακα 2. Προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (86,7%-91 άτομα) απασχολούνται ως Νοσηλεύτές/τριες, το 6,7% δηλ., 7 άτομα ως Προϊστάμενοι/ες και οι περισσότεροι

διερωτώμενοι του δείγματος (32,38%) έχουν εργασιακή εμπειρία είτε 6-10 ετών είτε μικρότερη των 5 ετών, το 14,29% (15 άτομα) μικρότερη των 20 ετών, το 19,05% (20 άτομα) δηλ., από 11-20 ετών εμπειρία, ενώ 2 άτομα–1,9% δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Σχετικά με το ωράριο εργασίας από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (91,5%-96 άτομα) απασχολούνται με κανονικό ωράριο εργασίας, 2,9% - 3 άτομα με ωράριο εργασίας μητρότητας, από 1% -1 άτομο με κυκλικό, κυλιόμενο, μειωμένο ωράριο, ενώ 3 άτομα –2,9% δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση. Ακόμη, από τις βάρδιες εργασίας των συμμετεχόντων/ουσών του δείγματος με τις αντίστοιχες τους συχνότητες προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία (75,2% - 79 άτομα) απασχολούνται με κυκλική βάρδια εργασίας, το 21% (22 άτομα) σε πρωινή βάρδια εργασίας και τέλος, το μηνιαίο εισόδημα για το 54,29% (57 άτομα), δηλαδή των περισσότερων κυμαίνεται από 501 –1000 ευρώ και το 43,81% - 46 άτομα μηνιαίο εισόδημα από 1000 ευρώ και πάνω.

## 2.5.2. Έλεγχοι εγκυρότητας – αξιοπιστίας και τεστ Κανονικότητας

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3, οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν ικανοποιητικοί για κάθε υποκλίμακα της έρευνας.

Κλίμακα	Cronbach's α
Εργασιακό στρες (θάνατος – απώλεια)	0,715
Εργασιακό στρες (συγκρούσεις με ιατρούς)	0,876
Εργασιακό στρες (ανεπαρκής προετοιμασία)	0,841
Εργασιακό στρες (προβλήματα με ανωτέρους)	0,875
Εργασιακό στρες (προβλήματα με συναδέλφους)	0,747

Εργασιακό στρες (προβλήματα λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας)	0,866
Εργασιακό στρες (αβεβαιότητα παρεχόμενης φροντίδας)	0,884
Εργασιακό στρες (προβλήματα λόγω συγκρούσεων με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους)	0,848
Εργασιακό στρες (προβλήματα λόγω διακρίσεων)	0,809
Γενικό στρες	0,953
Γενικό άγχος	0,931
Κατάθλιψη	0,944

Πίνακας 3: Cronbach's  $\alpha$

Οι έλεγχοι κανονικότητας πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του Kolmogorov – Smirnov test. Στα πλαίσια του συγκεκριμένου ελέγχου διερευνάται η μηδενική υπόθεση του ότι μία μεταβλητή ακολουθεί την κανονική κατανομή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου, όλες οι υποκλίμακες του εργασιακού στρες ακολουθούν την κανονική κατανομή. Για τις υποκλίμακες της ψυχικής υγείας, το γενικό στρες ακολουθεί την κανονική κατανομή, αλλά το άγχος και η κατάθλιψη όχι. Τέλος, η κοινωνική υγεία δεν ακολουθεί την κατανομή.

## B. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ-ENSS

Από την περιγραφική στατιστική ανάλυση της κλίμακας του εργασιακού στρες προέκυψε ότι οι παράγοντες θάνατος-απώλεια και οι διακρίσεις κυμαίνονται σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα. Από την άλλη, οι υπόλοιποι παράγοντες της κλίμακας κυμαίνονται σε γενικά μέτρια επίπεδα. Συγκεκριμένα, πιο αυξημένες τιμές

εμφανίζονται στους παράγοντες υπερβολικός φόρτος εργασίας και αβεβαιότητα προς την φροντίδα του ασθενή (βλ. Πίνακας 4).

<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ</b>	<b>ΕΛΑΧΙΣΤΟ</b>	<b>ΜΕΓΙΣΤΟ</b>	<b>ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ</b>	<b>ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ</b>
ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΠΩΛΕΙΑ	0	4	1,5841	1,24016
ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ	0,33	4	2,3206	0,85936
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΑΝΩΤΕΡΟΥΣ	0	4	2,4349	0,95309
ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟΣ ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	0,38	4	2,5119	0,82685
ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	0	4	2,2843	0,84933
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ	0	4	2,0319	0,82704
ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	0	4	2,5238	0,84176
ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	0,33	4	2,3206	0,85936
ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ	0	4	1,5841	1,24016

*Πίνακας 4: Κλίμακες εργασιακού στρες δείγματος*

#### Γ. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΕΣ, ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)-DASS-21

Γίνεται αντιληπτό μέσα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα της ψυχικής υγείας (βλ. Πίνακας 5) πως κατά μέσο όρο φαίνεται να κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα, και οι τρεις κλίμακες παρουσιάζουν μέση τιμή



κοντά στο 2, υποδηλώνοντας πως το εργασιακό στρες επηρέασε σε μέτριο βαθμό της ψυχική υγεία του δείγματος.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΕΣ	1	3,79	1,7181	0,71944
ΑΓΧΟΣ	1	4	1,7450	0,65494
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	1	3,79	1,7181	0,71944

Πίνακας 5: Κλίμακα γενικού στρες/άγχους/κατάθλιψης δείγματος

#### Δ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα της κοινωνικής υγείας φαίνεται ότι η μέση τιμή της επίδρασης του εργασιακού στρες στις κοινωνικές δραστηριότητες των συμμετεχόντων είναι ίση με 1,8 με τυπική απόκλιση 1,068, δηλαδή το εργασιακό στρες επηρέασε ελάχιστα τις κοινωνικές δραστηριότητες των συμμετεχόντων στην έρευνα (βλ. Πίνακας 6).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε το στρες (..)κοινωνικές ομάδες	0	4	1.8	1,068

Πίνακας 6: Κλίμακα κοινωνικής υγείας δείγματος

## 2.6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Κατά την ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων του εργασιακού στρες και μια από τις υποκλίμακες της Ψυχικής υγείας, αυτή του Γενικού στρες (βλ. Πίνακας 7) διαπιστώνεται ότι όλοι οι παράγοντες έχουν θετική στατιστική συσχέτιση, όμως σημειώνονται διαφοροποιήσεις ως προς τον βαθμό αυτής στο πεδίο σημαντικότητας 1%. Ειδικότερα, αρκετά ασθενή συσχέτιση υπάρχει μεταξύ των

εργασιακού στρες και της υποκλίμακας θανάτου-απώλειας, αλλά και στην υποκλίμακα διακρίσεις. Ασθενή συσχέτιση παρουσιάζεται στις μεταβλητές συγκρούσεις με ασθενείς, ύπαρξη προβλημάτων με συναδέλφους, στην ανεπαρκή προετοιμασία για την φροντίδα και στις συγκρούσεις με τους ιατρούς. Τέλος, μέτρια συσχέτιση διαφαίνεται στις υποκλίμακες προβλήματα με ανωτέρους, στον υπερβολικό φόρτο εργασίας και την αβεβαιότητα σχετικά με την παροχή φροντίδας.

<b>Παράγοντες εργασιακού Stress</b>	<b>Γενικό στρες (υποκλίμακα ψυχικής υγείας)- (Pearson's correlation)</b>
1.ύπαρξη προβλημάτων με ανωτέρους	0,427
2.υπερβολικός φόρτος εργασίας	0,444
3.αβεβαιότητα σχετικά με την παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς	0,403
4.διακρίσεις	0,106
5.συγκρούσεις με ασθενείς	0,357
6.ύπαρξη προβλημάτων με συναδέλφους	0,320
7.ανεπαρκής προετοιμασία σχετικά με την φροντίδα του ασθενή	0,368
8.συγκρούσεις με ιατρούς	0,357
9. θάνατος και απώλεια	0,106

*Πίνακας 7:Ανάλυση συσχέτισης κλίμακας εργασιακού stress και γενικού stress κατά Pearson*

Από την στατιστική ανάλυση συσχετίσεων με τις κλίμακες που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, σημειώνεται θετική και γενικά ασθενή στατιστική συσχέτιση στο πεδίο σημαντικότητας 1% με την κλίμακα του εργασιακού στρες, ωστόσο σημειώνονται διαφοροποιήσεις ως προς το μέγεθος της συσχέτισης σε δύο παράγοντες της κλίμακας (βλ. Πίνακας 8). Συγκεκριμένα αξίζει να σημειωθεί, η ύπαρξη μέτριας

συσχέτισης στον παράγοντα ύπαρξη προβλημάτων με ανωτέρους του εργασιακού στρες και στις δύο υποκλίμακες της Ψυχικής υγείας(γενικό άγχος/κατάθλιψη) και στην Κοινωνική υγεία. Ακόμη, ο παράγοντας διακρίσεις σημειώνει ασθενή συσχέτιση στο γενικό άγχος και την κατάθλιψη αλλά παρουσιάζει ελάχιστη συσχέτιση στην ερώτηση για την Κοινωνική υγεία.

<b>Παράγοντες εργασιακού Stress</b>	<b>Γενικό άγχος (υποκλίμακα Ψυχικής υγείας)  Spearman's rho</b>	<b>Κατάθλιψη (υποκλίμακα Ψυχικής υγείας)  Spearman's rho</b>	<b>Κοινωνική υγεία  Spearman's rho</b>
1.ύπαρξη προβλημάτων με ανωτέρους	0,419	0,424	0,413
2.υπερβολικός φόρτος εργασίας	0,240	0,301	0,256
3.αβεβαιότητα σχετικά με την παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς	0,382	0,411	0,386
4.διακρίσεις	0,218	0,238	0,155
5.συγκρούσεις με ασθενείς	0,350	0,398	0,307
6.ύπαρξη προβλημάτων με συναδέλφους	0,285	0,304	0,309
7.ανεπαρκής προετοιμασία σχετικά με την φροντίδα του ασθενή	0,336	0,364	0,309
8.συγκρούσεις με ιατρούς	0,240	0,301	0,256

9. θάνατος και απώλεια	0,287	0,306	0,297
------------------------	-------	-------	-------

*Πίνακας 8: Ανάλυση Συσχέτισης μεταξύ εργασιακού στρες και άγχους/κατάθλιψης και κοινωνικής υγείας κατά Spearman*

## 2.7. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Σε περιπτώσεις που χρειάζεται να διερευνηθεί εάν οι μεταβλητές επηρεάζουν η μια την άλλη, χρησιμοποιούνται τα γραμμικά μοντέλα παλινδρόμησης. Κατά τα μοντέλα αυτά, η εξαρτημένη μεταβλητή πρέπει να είναι συνεχής και η κατανομή των συχνοτήτων να είναι κανονική. Στην παρούσα μελέτη το εργαλείο παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε είναι το ANOVA (Analysis Of Variance) (Bonita et al., 2009).

### 2.7.1. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω θανάτου – απώλειας

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον παραπάνω πίνακα, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του εργασιακού στρες λόγω θανάτου – απώλειας βάσει του τομέα απασχόλησης, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου (βλ. Πίνακας 9). Από την άλλη πλευρά, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση βάσει της θέσης στην ιεραρχία στο επίπεδο σημαντικότητας 1%, καθώς  $p\text{-value} = 0,003 < 0,01$ . Από τον Πίνακα 10 προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες που απασχολούνταν ως νοσηλευτές/τριες και προϊστάμενοι/ες αντιμετωπίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες λόγω απώλειας και θανάτου σε σχέση με εκείνους που απασχολούνται σε άλλες θέσεις.

Παράγοντας	p-value
Τομέας απασχόλησης	0,223
Θέση στην ιεραρχία	0,003

Βάρδια εργασίας	0,561
Φύλο	0,818
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,212

Πίνακας 9: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και θανάτου-απώλειας

ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΙΕΡΑΡΧΙΑ	Απαντήσεις	Μέση τιμή
Νοσηλεύτης/τρια	91	2,5275
Προϊστάμενος/η	7	2,8929
Άλλο	4	,8125
Σύνολο	102	2,4853

Πίνακας 10 : Μέση τιμή μεταξύ θανάτου-απώλειας και θέσης στην ιεραρχία

## 2.7.2. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω συγκρούσεων με τους ιατρούς

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον παραπάνω πίνακα, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του εργασιακού στρες λόγω συγκρούσεων με τους ιατρούς βάσει της θέσης στην ιεραρχία, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου (βλ. Πίνακας 11). Ωστόσο, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση βάσει του τομέα απασχόλησης. Η τιμή της p-value όσον αφορά τη διερεύνηση της ύπαρξης διαφορών στους μέσους όρους της μεταβλητής του εργασιακού στρες λόγω συγκρούσεων με τους ιατρούς που βιώνουν οι νοσηλεύτές/τριες βάσει του τομέα απασχόλησης τους στο επίπεδο σημαντικότητας 1%, καθώς  $p\text{-value}=0,003<0,01$ . Από τον Πίνακα 12 προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες που απασχολούνταν σε Παθολογικό και Χειρουργικό τμήμα αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες λόγω

συγκρούσεων με τους ιατρούς σε σχέση με εκείνους που απασχολούνται στα υπόλοιπα τμήματα.

Παράγοντας	p-value
Τομέας απασχόλησης	0,003
Θέση στην ιεραρχία	0,483
Βάρδια εργασίας	0,084
Φύλο	0,061
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,307

Πίνακας 11: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και συγκρούσεων με ιατρούς

ΤΟΜΕΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	Απαντήσεις	Μέση τιμή
Παθολογικό	11	2,7879
Χειρουργικό	15	2,8000
Νεφρολογικό	4	1,2500
Άλλο	13	2,5256
Σύνολο	43	2,5698

Πίνακας 12: Μέση τιμή μεταξύ συγκρούσεων με ιατρούς και τομέας απασχόλησης

### 2.7.3. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω αισθήματος ανεπαρκούς προετοιμασίας

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον Πίνακα 13, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του εργασιακού στρες λόγω αισθήματος ανεπαρκούς προετοιμασίας βάσει του τομέα απασχόλησης, της θέσης στην ιεραρχία, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου.

Παράγοντας	p-value
Τομέας απασχόλησης	0,355
Θέση στην ιεραρχία	0,082
Βάρδια εργασίας	0,171
Φύλο	0,735
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,283

*Πίνακας 13: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και ανεπαρκούς προετοιμασίας*

#### 2.7.4. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους

Παράγοντας	p-value
Τομέας απασχόλησης	0,703
Θέση στην ιεραρχία	0,160
Βάρδια εργασίας	0,534
Φύλο	0,658
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,847

*Πίνακας 14: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και προβλήματα με συναδέλφους*

### 2.7.5. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω προβλημάτων με τους ανωτέρους

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον Πίνακα 15, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του εργασιακού στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους βάσει του τομέα απασχόλησης, της θέσης στην ιεραρχία, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου.

Παράγοντας	p-value
Τομέας απασχόλησης	0,113
Θέση στην ιεραρχία	0,111
Βάρδια εργασίας	0,069
Φύλο	0,562
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,139

Πίνακας 15: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και προβλήματα με ανωτέρους

### 2.7.6. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον Πίνακα 16 δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του εργασιακού στρες λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας βάσει του τομέα απασχόλησης, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Αντιθέτως, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει της θέσης στην ιεραρχία και της βάρδιας εργασίας στο πεδίο σημαντικότητας 1%. Από τον Πίνακα 17, προκύπτει ότι οι νοσηλευτές/τριες και οι προϊστάμενοι/ες βιώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας σε σχέση με τους συμμετέχοντες που απασχολούνται σε άλλες θέσεις. Ενώ από τον Πίνακα 18, προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες που απασχολούνται σε κυκλική βάρδια βιώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα



εργασιακού στρες λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας σε σχέση με εκείνους που απασχολούνται σε πρωινή βάρδια εργασίας.

Παράγοντας	p-value
Τομέας απασχόλησης	0,561
Θέση στην ιεραρχία	0,013
Βάρδια εργασίας	0,028
Φύλο	0,995
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,932

*Πίνακας 16: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και υπερβολικού φόρτου εργασίας*

ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΙΕΡΑΡΧΙΑ	Απαντήσεις	Μέση τιμή
Νοσηλεύτης/τρια	91	2,5555
Προϊστάμενος/η	7	2,6786
Άλλο	4	1,3313
Σύνολο	102	2,5160

*Πίνακας 17: Μέση τιμή μεταξύ υπερβολικού φόρτου και τομέα απασχόλησης*

ΒΑΡΔΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Απαντήσεις	Μέση τιμή
Πρωινή	22	2,2023
Κυκλική	79	2,6336

Σύνολο	101	2,5396
--------	-----	--------

Πίνακας 18: Μέση τιμή μεταξύ υπερβολικού φόρτου και βάρδια εργασίας

#### 2.7.7. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω αβεβαιότητας σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον Πίνακα 19, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του εργασιακού στρες λόγω αβεβαιότητας σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας βάσει του τομέα απασχόλησης, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Από την άλλη, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει της θέσης στην ιεραρχία. Απο τον Πίνακα 20, προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες που απασχολούνται ως νοσηλευτές/τριες και προϊστάμενοι/ες βιώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες λόγω αβεβαιότητας σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας σε σχέση με τους συναδέλφους τους που απασχολούνται σε άλλες θέσεις εργασίας.

Παράγοντας	p-value
Τομέας απασχόλησης	0,195
Θέση στην ιεραρχία	0,009
Βάρδια εργασίας	0,297
Φύλο	0,628
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,154

Πίνακας 19: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και αβεβαιότητα στη φροντίδα

ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΙΕΡΑΡΧΙΑ	Απαντήσεις	Μέση τιμή
--------------------	------------	-----------

Νοσηλεύτρια	91	2,5577
Προϊστάμενος/η	7	2,8214
Άλλο	4	1,3125
Σύνολο	102	2,5270

Πίνακας 20: Μέση τιμή μεταξύ αβεβαιότητας στην φροντίδα και θέση απασχόλησης

#### 2.7.8. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω συγκρούσεων με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον Πίνακα 21, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του εργασιακού στρες λόγω συγκρούσεων με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους βάσει του τομέα απασχόλησης, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Απεναντίας, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει της θέσης στην ιεραρχία. Φαίνεται από τον Πίνακα 22 ότι οι νοσηλευτές/τριες και οι προϊστάμενοι/ες αντιμετωπίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες λόγω συγκρούσεων με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους σε σχέση με τους λοιπούς συμμετέχοντες.

Παράγοντας	p-value
Τομέας απασχόλησης	0,832
Θέση στην ιεραρχία	0,026
Βάρδια εργασίας	0,303
Φύλο	0,640
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,688

Πίνακας 21 : Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και συγκρούσεις με ασθενείς/συγγενείς

ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΙΕΡΑΡΧΙΑ	Απαντήσεις	Μέση τιμή
Νοσηλεύτης/τρια	91	2,3645
Προϊστάμενος/η	7	2,2698
Άλλο	4	1,1806
Σύνολο	102	2,3115

Πίνακας 22: Μέση τιμή μεταξύ συγκρούσεων με ασθενείς/συγγενείς και τη θέση στην ιεραρχία

## 2.7.9. Κλίμακα εργασιακού στρες λόγω διακρίσεων

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον Πίνακα 23, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του εργασιακού στρες λόγω διακρίσεων βάσει του τομέα απασχόλησης, της θέσης στην ιεραρχία, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου.

Παράγοντας	p-value
Τομέας απασχόλησης	0,257
Θέση στην ιεραρχία	0,616
Βάρδια εργασίας	0,950
Φύλο	0,547
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,583

*Πίνακας 23: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και διακρίσεων*

## 2.7.10. Κλίμακα Ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον Πίνακα 24, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του γενικού στρες βάσει του τομέα απασχόλησης, της θέσης στην ιεραρχία, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Επίσης, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής του γενικού άγχους βάσει του τομέα απασχόλησης, της θέσης στην ιεραρχία, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Τέλος, από τις τιμές των p-values για την Κατάθλιψη δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής της κατάθλιψης βάσει του τομέα απασχόλησης, της θέσης στην ιεραρχία, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου.

<b>Παράγοντας</b>	<b>Γενικό στρες p-value</b>	<b>Γενικό άγχος p-value</b>	<b>Κατάθλιψη p-value</b>
Τομέας απασχόλησης	0,963	0,961	0,984
Θέση στην ιεραρχία	0,060	0,961	0,102
Βάρδια εργασίας	0,141	0,322	0,320
Φύλο	0,400	0,904	0,603
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,701	0,798	0,526

*Πίνακας 24: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και των υποκλιμάκων της Ψυχικής υγείας*

## 2.7.11 Κλίμακα Κοινωνικής υγείας

Σύμφωνα με τις τιμές των p-values που παρατίθενται στον Πίνακα 25, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της μεταβλητής της γενικής κοινωνικής υγείας βάσει του τομέα απασχόλησης, της θέσης στην ιεραρχία, της βάρδιας εργασίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου

<b>Παράγοντας</b>	<b>p-value</b>
Τομέας απασχόλησης	0,236
Θέση στην ιεραρχία	0,236
Βάρδια εργασίας	0,129
Φύλο	0,512
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,843

*Πίνακας 25: Σύγκριση μέσων όρων δημογραφικών -εργασιακών μεταβλητών και Κοινωνικής υγείας*

## Γ.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ένας σημαντικός αριθμός σχετικών ερευνών, όπως είναι εμφανές και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχει εντοπίσει υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες για τους νοσηλευτές οι οποίοι είναι πιθανό να βιώσουν προσωπικό στρες ως αποτέλεσμα της στενής και έντονης εργασίας τους με τους ασθενείς για σημαντικά χρονικά διαστήματα (ενδεικτικά Μουστάκα και συν.,2011, Μαλλιαρού, 2021, Μουστάκα και συν.,2010, Babarour et al, 2022). Οι νοσηλευτές έχουν εντοπιστεί ως μία από τις επαγγελματικές ομάδες που δέχονται από τις πλέον υψηλές πιέσεις ψυχικής υγείας λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματος τους (Nagel & Nilsson, 2022). Ακόμη, μία σειρά σχετικών ερευνών τεκμηριώνει τα υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες με τα οποία βρίσκονται αντιμέτωποι οι νοσηλευτές καθώς και την εργασιακή εξουθένωση που αντιμετωπίζουν (ενδεικτικά Lopez Lopez et al., 2019, Edwards et al., 2000, Jenkins & Elliott, 2004, Αντωνίου, 2006).

Η παρούσα έρευνα αποσκοπούσε στη διερεύνηση των επιπέδων εργασιακού στρες στα ελληνικά νοσοκομεία, όπου εργάζονται νοσηλευτές, καθώς και στην εξέταση της σχέσης του εργασιακού στρες με τα επίπεδα ψυχικής και κοινωνικής τους υγείας. Το εργασιακό στρες των νοσηλευτών της έρευνας κυμαίνεται γενικά σε χαμηλά επίπεδα. Ως κυριότερες πηγές εργασιακού στρες καταγράφηκαν 1) ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και 2) η αβεβαιότητα για την παρεχόμενη φροντίδα. Η ψυχική και η Κοινωνική υγεία των συμμετεχόντων δεν επηρεάστηκαν πολύ από το εργασιακό στρες, σημειώνοντας μέση τιμή κοντά στο 2, αντίστοιχα. Επίσης, και στην παρούσα εργασία προέκυψε η θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών εργασιακό στρες και ψυχικής και κοινωνικής υγείας και ο βαθμός συσχέτισης κυμαίνεται από αρκετά ασθενής έως μέτριος. Τέλος, φάνηκε ότι από τους δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες, εκείνος που επηρεάζει περισσότερο το εργασιακό στρες είναι η θέση στην ιεραρχία σε πέντε από τους εννέα παράγοντες του εργασιακού στρες.

Ειδικότερα, το πρώτο ερευνητικό ερώτημα εξέτασε το κατά πόσο οι νοσηλευτές της Ελλάδας αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες. Χρησιμοποιήθηκαν εννέα υποκλίμακες για τη μέτρηση του εργασιακού στρες (Θάνατος και απώλεια,

Συγκρούσεις με ιατρούς, Συγκρούσεις με ανωτέρους, Συγκρούσεις με συναδέλφους, Υπερβολικός φόρτος εργασίας, Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας, Αβεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας, Συγκρούσεις με ασθενείς και συγγενείς, Διακρίσεις), οι οποίες προέκυψαν από την προσαρμογή στα ελληνικά του ερωτηματολογίου Expanded Nursing Stress Scale και διερευνούν παράγοντες του εργασιακού στρες οι οποίοι εντοπίστηκαν και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Χρησιμοποιήθηκε η προσέγγιση της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τη διερεύνηση του ερωτήματος.

Διερευνώντας τους παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες μέσω του ENSS στο συγκεκριμένο δείγμα νοσηλευτών, φάνηκε ότι γενικά οι περισσότερες κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα. Σε πιο χαμηλά επίπεδα, καταγράφηκαν οι παράγοντες 1) θάνατος-απώλεια και 2) οι διακρίσεις. Ενώ, ως περισσότερο στρεσογόνων παραγόντων εμφανίζονται 1) ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και 2) η αβεβαιότητα προς την παρεχόμενη φροντίδα. Από τα αποτελέσματα λοιπόν, θα μπορούσε να εξαχθεί το συμπέρασμα του ότι το εργασιακό στρες των νοσηλευτών στην Ελλάδα κυμαίνεται σε σχετικά μέτρια προς χαμηλά επίπεδα, κάτι το οποίο διαφέρει σε σχέση με τα ευρήματα άλλων ερευνών (Παπαγεωργίου και συν., 2007, Jacobs & Lourens, 2016, Nasiry Zharin Ghabaee et al., 2015).

Μία πιθανή εξήγηση για τη συγκεκριμένη διαφοροποίηση θα μπορούσε να αποδοθεί αφενός σε πολιτισμικά χαρακτηριστικά της Ελλάδας και αφετέρου στον ιδιωτικό τομέα απασχόλησης της χώρας, ο οποίος αποτελεί μέτρο σύγκρισης και για τους εργαζόμενους στον δημόσιο τομέα (όπως είναι οι νοσηλευτές/τριες). Οι εργαζόμενοι νοσηλευτές στον ιδιωτικό τομέα βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους, καθώς δεν υπάρχει τόσο έντονη η έλλειψη υλικών και ανθρώπινων πόρων όσο συμβαίνει στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, λόγω των συνεχών περικοπών κονδυλίων από τα δημόσια ταμεία (Φράγκου και συν., 2021).

Επίσης, επτά υποκλίμακες από τις εννέα του ερωτηματολογίου ENSS (Θάνατος και απώλεια, Συγκρούσεις με ιατρούς, Συγκρούσεις με ανωτέρους, Συγκρούσεις με συναδέλφους, Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας, Συγκρούσεις με ασθενείς και συγγενείς, Διακρίσεις) παρουσίασαν μέσες τιμές οι οποίες βρίσκονταν κοντά στην τιμή 2, η οποία αντιστοιχούσε σε θεώρηση των εν λόγω στρεσογόνων παραγόντων ως «λίγο στρεσογόνων» από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι



οι Έλληνες/ίδες νοσηλευτές/τριες δεν βρίσκονται αντιμέτωποι σε σημαντική έκταση με τα συγκεκριμένα ζητήματα, καθώς δεν τα θεωρούν ως ιδιαίτερες πηγές εργασιακού στρες.

Από την άλλη πλευρά, δύο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου αυτού (Υπερβολικός φόρτος εργασίας, Αβεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς) έλαβαν μέσες τιμές κοντά στο 3, τιμή η οποία αντιστοιχούσε σε θεώρηση των εν λόγω στρεσογόνων παραγόντων ως «αρκετά στρεσογόνων». Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι οι συγκεκριμένοι παράγοντες θέτουν τους νοσηλευτές /τριες των ελληνικών νοσοκομείων αντιμέτωπους ως έναν βαθμό με το εργασιακό στρες και θα πρέπει να λάβει χώρα μία σχετική διαχείριση τους.

Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας ήταν μία συνθήκη που αντιμετώπισαν σε εκτεταμένο βαθμό οι νοσηλευτές/τριες της χώρας κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19, ενώ γενικότερα η πλειοψηφία των νοσοκομείων της Ελλάδας βρίσκεται αντιμέτωπη με την υποστελέχωση. Ως εκ τούτου, το υπάρχον νοσηλευτικό προσωπικό αναγκάζεται να διεκπεραιώσει υπερβολικά εργασιακά καθήκοντα, για τα οποία ιδανικά θα χρειαζόνταν περισσότεροι/ες νοσηλευτές/τριες. Επομένως, η πίεση που προκύπτει από τη συγκεκριμένη κατάσταση είναι αναμενόμενο να οδηγεί σε αύξηση του εργασιακού στρες (Μανομενίδης, 2017, Φράγκου και συν., 2021).

Η Αβεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς αποτελεί τον δεύτερο παράγοντα που εντοπίστηκε ως αρκετά στρεσογόνος το οποίο βρίσκεται σύμφωνο με την έρευνα των Μουστάκα και συν., 2010. Σχετίζεται με τη φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, καθώς σε μία σειρά περιπτώσεων δεν είναι βέβαιη η επιτυχή έκβαση του ασθενούς, ανεξάρτητα από τις προσπάθειες που θα καταβάλει ο/η νοσηλευτής/τρια. Βέβαια, θα πρέπει να διερευνηθεί και κάποια πιθανή σχέση με το ζήτημα της υποστελέχωσης. Πιο συγκεκριμένα, η υποστελέχωση ενδεχομένως να οδηγεί τους νοσηλευτές στο να αναγκάζονται να διεκπεραιώνουν περισσότερο γρήγορα τα καθήκοντα τους, ούτως ώστε να καταφέρουν να παρέχουν την αναγκαία φροντίδα σε όλους τους ασθενείς αλλά και να ορίζονται σε θέσεις ευθύνης χωρίς την αναλογη εμπειρία. Το γεγονός αυτό με τη σειρά του, συνεπάγεται ότι ενδεχομένως λόγω της σχετικής πίεσης οι νοσηλευτές να αισθάνονται αβέβαιοι σχετικά με την έκβαση της φροντίδας που παρείχαν (Μανομενίδης, 2017).

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα διερεύνησε το κατά πόσο το εργασιακό στρες συσχετίζεται θετικά με τα επίπεδα της ψυχικής και κοινωνικής υγείας των νοσηλευτών. Χρησιμοποιήθηκαν οι εννέα υποκλίμακες του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος για τη μέτρηση του εργασιακού στρες, ενώ για τη μέτρηση των επιπέδων της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε η ελληνική προσαρμογή του ερωτηματολογίου DASS. Το ερωτηματολόγιο DASS αποτελείται από τρεις υποκλίμακες οι οποίες μετρούν τη γενική ψυχική υγεία (Στρες, Άγχος, Κατάθλιψη). Τέλος, για τη μέτρηση της κοινωνικής υγείας χρησιμοποιήθηκε μία ερώτηση η οποία κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια και χρησιμοποιήθηκε η προσέγγιση της ανάλυσης συσχετίσεων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, σημειώνονται μία σειρά συσχετίσεων. Πιο συγκεκριμένα, το γενικό στρες παρουσιάζει θετικές συσχετίσεις-μέτρου βαθμού με όλες τις υποκλίμακες του εργασιακού στρες εκτός από τις Διακρίσεις που σημείωσαν θετική αλλά ασθενή συσχέτιση. Το γενικό άγχος παρουσιάζει θετικές συσχετίσεις και με τις εννέα υποκλίμακες του εργασιακού στρες. Η κατάθλιψη παρουσιάζει επίσης στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις και με τις εννέα υποκλίμακες του εργασιακού στρες. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες επιδρούν αρνητικά στο γενικό στρες που βιώνει ο/η νοσηλευτής/τρια. Επομένως, επιβεβαιώνεται η βιβλιογραφία όσον αφορά τη λειτουργία τους ως αρνητικών παραγόντων για την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι παρόμοια με εκείνα μίας σειράς σχετικών ερευνών τόσο για την περίπτωση της Ελλάδας όσο και άλλων χωρών (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014, Sarafis et al., 2016, Brown et al., 2006, Κολοκοτσά, 2021). Οι συνθήκες και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές/τριες στην εργασία τους είναι λογικό να μην περιορίζονται εκεί, αλλά να ασκούν επίδραση και στη γενικότερη ζωή τους.

Επιπρόσθετα, οι υποκλίμακες του εργασιακού στρες των νοσηλευτών/τριων, συσχετίζονται θετικά και με τις επιπτώσεις του στρες στην κοινωνική υγεία. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί επίσης να θεωρηθεί αναμενόμενο και σύμφωνο με τη βιβλιογραφία. Το στρες αποτελεί παράγοντα ο οποίος δημιουργεί πιέσεις στις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων που υποφέρουν από αυτό (Wheaton, 1999, Babapour et al., 2022).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι ο παράγοντας θάνατος- απώλεια, του εργασιακού στρες, κυμαίνεται να μην θετικά όταν συσχετίζεται με την ψυχική και κοινωνική υγεία, σημειώνει ασθενή συσχέτιση, δε. Αυτό, ενδεχομένως να συμβαίνει λόγω της συναισθηματικής απομάκρυνσης των νοσηλευτών από τους ασθενείς τους, ως απόρροια της επαγγελματικής εξουθένωσης, λόγω έντονου εργασιακού στρες που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό για μεγάλο χρονικό διάστημα (American Psychological Association, 2023).

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα διερεύνησε την ύπαρξη διαφοροποιήσεων στα επίπεδα του εργασιακού στρες, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας βάσει της θέσης ιεραρχίας, του φύλου, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της βάρδιας, τομέας απασχόλησης των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα ευρήματα, τέσσερις υποκλίμακες του εργασιακού στρες (Θάνατος και Απώλεια, Αβεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας, Υπερβολικός φόρτος εργασίας, Συγκρούσεις με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους) παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις βάσει του επιπέδου των συμμετεχόντων στην ιεραρχία. Οι νοσηλευτές/τριες και οι προϊστάμενοι/ες φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό τους συγκεκριμένους παράγοντες σε σχέση με το προσωπικό που απασχολείται σε άλλες θέσεις. Το εύρημα αυτό μπορεί να θεωρηθεί αναμενόμενο, δεδομένου του ότι οι δύο πρώτες κατηγορίες βρίσκονται στο επίκεντρο της παροχής των υπηρεσιών φροντίδας.

Μία υποκλίμακα του εργασιακού στρες (Συγκρούσεις με ιατρούς) παρουσιάζει διαφοροποιήσεις βάσει του τμήματος στο οποίο απασχολούνται οι συμμετέχοντες. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές/τριες που απασχολούνται στο Παθολογικό και το Χειρουργικό τμήμα φαίνεται να αντιμετωπίζουν υψηλότερο εργασιακό στρες λόγω των συγκρούσεων με τους ιατρούς σε σχέση με τους συναδέλφους τους που απασχολούνται στα υπόλοιπα τμήματα, το οποίο βρίσκεται σε συμφωνία με το έργο του Μανομενίδη το 2017.

Μία υποκλίμακα του εργασιακού στρες (Υπερβολικός φόρτος εργασίας) παρουσιάζει διαφοροποιήσεις βάσει της βάρδιας στην οποία εργάζονται οι νοσηλευτές/τριες. Συγκεκριμένα, όσοι απασχολούνται με κυκλικό ωράριο εργασίας βιώνουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες λόγω του συγκεκριμένου παράγοντα σε σχέση με τους συναδέλφους τους που απασχολούνται με αποκλειστικά πρωινό ωράριο. Το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς το κυκλικό ωράριο δημιουργεί

επιπρόσθετες πιέσεις στους εργαζομένους, ενώ ειδικά η εργασία κατά τις νυκτερινές ώρες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας παρέχουν μία σειρά πρακτικών υποδείξεων, οι οποίες θα μπορούσαν να αποτελέσουν κατευθυντήριες γραμμές για τη χάραξη πολιτικών σχετικά με τα δημόσια νοσοκομεία καθώς και για την υλοποίηση δράσεων από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, όπως επισημαίνεται και στην εργασία των Μουστάκα και των συνεργατών της, το 2010. Πιο συγκεκριμένα, προκύπτει ότι το εργασιακό στρες επιδεινώνει την ψυχική και κοινωνική υγεία των νοσηλευτών. Ως εκ τούτου, αποτελεί παράγοντα που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Αναφορικά με την αντιμετώπιση του, θα πρέπει να εξεταστούν οι αιτίες του. Η εργασία σε βάρδιες εντοπίζεται ως παράγοντας επιδείνωσης του εργασιακού στρες. Επομένως, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για τον περιορισμό της στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα.

## Δ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 4.1.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο χώρος της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί έναν από τους πιο βαρυσήμαντους εργασιακούς τομείς που ωστόσο, εγκυμονεί κινδύνους για τους εργαζόμενους της. Οι κίνδυνοι αυτοί κρίνονται δυνητικά απειλητικοί για την υγεία εκείνων που προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Γιατί ορίζουν ως κύριο μέλημα τους την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσίες με στόχο την βελτίωση της κατάστασης των ασθενών ολιστικά αλλά με αρνητικό αντίκτυπο προς την δική τους υγεία, όπως συμβαίνει στο νοσηλευτικό προσωπικό. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και εν μέσω της παρούσας μελέτης γίνεται κατανοητό ότι οι νοσηλευτές τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό εκτίθενται σε στρεσογόνους παράγοντες ως μέρος της καθημερινότητας στο περιβάλλον εργασίας (Μουστάκα και συν., 2010). Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας εξετάστηκε η κατάσταση που επικρατεί στην περίπτωση της Ελλάδας.

Τα επίπεδα του εργασιακού στρες που μετρήθηκαν κυμαίνονται σε αποδεκτά σε γενικές γραμμές επίπεδα. Από την άλλη πλευρά, προκύπτουν δύο ζητήματα τα οποία πρέπει να δημιουργήσουν προβληματισμό. Συγκεκριμένα, ο Υπερβολικός Φόρτος Εργασίας και η Αβεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης προς τους ασθενείς φροντίδας εντοπίστηκε ότι δημιουργούν εργασιακό στρες στους/τις νοσηλευτές/τριες της Ελλάδας. Η κατάσταση της πανδημίας COVID-19 ενδεχομένως να ενίσχυσε περαιτέρω τους συγκεκριμένους παράγοντες, καθώς τον καιρό που διεξάγεται η έρευνα, αποτελεί μια μετά-Covid εποχή. Γεγονός πάντως είναι ότι θα πρέπει να ληφθούν τα αναγκαία μέτρα για τον μετριασμό τους (όπως είναι η πρόσληψη επιπρόσθετου νοσηλευτικού προσωπικού, ο καλύτερος προγραμματισμός των διαδικασιών στα νοσοκομεία, η εκπαίδευση – κατάρτιση των νοσηλευτών πάνω σε περιστατικά που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους).

Είναι θεμιτό λοιπόν στους νοσηλευτές να παρέχονται επαρκείς ευκαιρίες ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής ανάκαμψης με σκοπό την βέλτιστη ποιότητα ζωής που συνεπάγεται και την βέλτιστη εργασιακή απόδοση. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων φέρουν ευθύνη για την συνολική υγεία και ευημερία του προσωπικού τους, ενώ πρέπει να λάβουν υπόψη το επιστημονικό υλικό και τα αποτελέσματα μελετών που αφορούν στις επιπτώσεις του εργασιακού στρες, ώστε να διευκολύνουν την έγκαιρη πρόσβαση του προσωπικού σε υποστηρικτικές-συμπονετικές υπηρεσίες και την δυνατότητα να τις χρησιμοποιήσει. Οι υποστηρικτικές υπηρεσίες θα βοηθήσουν σημαντικά στην διαχείριση του εργασιακού στρες, στην αύξηση της προσωπικής ανθεκτικότητας, την ελαχιστοποίηση του burn-out και θα προωθήσει την εργασιακή βιωσιμότητα (Μαλλιαρού, 2021).

Επιπρόσθετα, η εργασία σε βάρδιες εντοπίζεται ως παράγοντας που ενισχύει την αίσθηση υπερβολικού φόρτου εργασίας. Επομένως, θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα για τον κατά το δυνατόν περιορισμό της. Τέλος, πηγή προβληματισμού αποτελούν τα προβλήματα συγκρούσεων των νοσηλευτών με τους ιατρούς που εντοπίζονται στα Παθολογικά και Χειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων, τουλάχιστον σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας. Η αιτία πίσω από το συγκεκριμένο ζήτημα είναι σημαντικό να διερευνηθεί, ούτως ώστε να αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση προτείνεται η διεξαγωγή επιπρόσθετης έρευνας.

Ορισμένες στρατηγικές για την πρόληψη και σταδιακή μείωση του φαινομένου παρουσιάζονται ως εξής:

1. Να ληφθούν προληπτικά μέτρα από μέρους της Διοίκησης των νοσοκομείων για την διασφάλιση περισσότερο υγιεινών συνθηκών εργασίας.
2. Η Διοίκηση και οι προϊστάμενοι τμημάτων να προτρέψουν το υπόλοιπο προσωπικό να λαμβάνει περισσότερες πρωτοβουλίες, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την προώθηση συνεργατικού κλίματος μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων.
3. Ενθάρρυνση στην διεξαγωγή ερευνών για τον εντοπισμό των στρεσογόνων παραγόντων και αξιολόγηση των σχετικών κινδύνων.
4. Να συσταθούν ομάδες ψυχολογικής – συμπονετικής υποστήριξης με σκοπό την βελτίωση των συνεργατικών τρόπων επίλυσης ζητημάτων, την αύξηση των

επιπέδων ψυχικής υγείας, την μείωση του στρες εργασίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

5. Ολιστική-σφαιρική αντιμετώπιση των νοσηλευτών και γενικά όλων των επαγγελματιών υγείας, ψυχοκοινωνικά και σωματικά.

## 4.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα στοιχεία που συλλέχθηκαν προήλθαν από συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) δεν παρέχεται η δυνατότητα επαρκών στοιχείων για τεκμηρίωση της σχέσης αιτίας-αιτιατού, καθώς αυτού του είδους μελέτες διερευνούν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και είναι αδύνατο να βρεθεί εάν ο προσδιοριστής (πχ. Εργασιακό στρες) προηγείται ή έπεται της έκβασης (πχ. κατάθλιψη) (Γαλάνης, 2017). Ακόμη, κατά τους Bonita et al. (2009) οι συγχρονικές μελέτες χαρακτηρίζονται από αρκετά μεγαλύτερο συστηματικό σφάλμα μέτρησης, αφού η πληροφορία για τον προσδιοριστικό παράγοντα (πχ εργασιακό στρες) και η έκβαση (πχ. κατάθλιψη) αφορά μια δεδομένη χρονική στιγμή, δηλ. την στιγμή μέτρησης κάθε διερωτώμενου της έρευνας.

Τα συστηματικά σφάλματα περιλαμβάνουν αρχικά, τα σφάλματα επιλογής, δηλ. το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού-στόχου λόγω του χρονικού περιορισμού που ορίστηκε στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος και συνεπώς δεν δύναται η γενίκευση των συμπερασμάτων της έρευνας στο σύνολο των νοσηλευτών της χώρας. Επίσης, περιλαμβάνουν το φαινόμενο της σύγχυσης (confounding), κατά την οποία ένας τρίτος παράγοντας δρα συγχυτικά, δηλ. σχετίζεται με την έκθεση (πχ. Εργασιακό στρες), χωρίς να είναι αποτέλεσμα της και σχετίζεται με την έκβαση (πχ. Κατάθλιψη) ανεξάρτητα από τα επίπεδα έκθεσης. Έναν συγχυτικό παράγοντα ενδεχομένως αποτελεί η έξαρση της πανδημίας του SARS-COV-2 (Covid-19), όπου τα ευρήματα της παρούσας έρευνας πιθανώς να επηρεάστηκαν από την εκτεταμένη ένταση των ψυχοκοινωνικών και σωματικών επιπτώσεων της στην υγεία των νοσηλευτών. Και τέλος, στα συστηματικά σφάλματα περιλαμβάνεται η συλλογή εσφαλμένων πληροφοριών, καθώς κάποιοι συμμετέχοντες μπορεί να μην απάντησαν με ορθότητα τις ερωτήσεις λόγω του μεγάλου όγκου που έφεραν (Bonita et al., 2009).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

### ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ:

Αντωνίου, Σ.Α. (2006). *Εργασιακό Στρες*. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Γαλάνης, Π. (2017) Βασικές Αρχές της Ποιοτικής έρευνας στις Επιστήμες Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 34(6), σ.σ. 836-840.

Γρηγοροπούλου, Μ., Πατσάκη, Α., Κατσάκη, Β., Σαράφης, Π., Μπαμίδης, Π., Βαρακλιώτη, Α. & Δομάγερ, Φ. (2018). Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και διερεύνηση της τάσης μεταπήδησης των νοσηλευτών σε διοικητικές θέσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 35(5), σ.σ. 633-641.

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

Ζωγράφου, Μ., Κουτελέκος, Ι., Παντελιδάκη, Ε., Κουκουλάρης, Δ., Κασνατσόγκλου, Γ., Πετροπούλου, Χ., & Κυρίτση, Ε. (2021). Εκτίμηση Εργασιακού Στρες Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 60(3), σσ. 336-348.

Καλογεροπούλου, Μ. & Παπαθανασοπούλου, Ε. (2013). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού : Πιλοτική μελέτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30 (5), σ.σ. 587-594.

Καρανικόλα, Μ., Καλαφάτη, Μ., Κουτρούμπα, Α., & Παπαθανάσογλου, Ε. (2017). Φαινομενολογική Διερεύνηση των Αντιλήψεων Νοσηλευτικού Προσωπικού για την Προσωπική και Επαγγελματική αξία τους. *Νοσηλευτική*, 56(4), σσ. 341-357.

Κοΐνης, Α., & Σαρίδη, Μ. (2014). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(4), σσ. 300-315.

Κολοκοτσά, Ι. (2021). Στρατηγικές Διαχείρισης του Εργασιακού Στρες από το Νοσηλευτικό Προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου “Άγιος Διονύσιος”. Διπλωματική, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας.

Κοτσώνα, Ι. (2021). Διερεύνηση του Εργασιακού Στρες του Νοσηλευτικού. Διπλωματική, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα.



Κουτελέκος, Ι., & Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2, σσ. 1-7.

Μαλλιαρού, Μ. (2021). Ψυχική Υγεία και Ευεξία στο εργασιακό περιβάλλον της υγείας σε περιόδους κρίσης. 32<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεργειρητικής Νοσηλευτικής (σ.σ: 2-38).

Μανομενίδης, Γ. (2017). Διαχείριση του Εργασιακού Στρες πριν και μετά το ωράριο εργασίας σε Νοσηλευτές. Επίδραση στην Φροντίδα Υγείας και την Ασφάλεια Ασθενών. Διδακτορική διατριβή, Αρισττέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ιατρικής, Θεσσαλονίκη.

Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), σελ. 21-27.

Μητρούση, Σ. (2015). Επίδραση του άγχους στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σπάρτη.

Μουστάκα, Ε., Αντωνιάδου, Φ., Μαλλιαρού, Μ., Ζάντζος, Ι. Ε., Κυριάκη, Κ., & Κωνσταντινίδης, Θ. Κ. (2010). Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού-συγκριτική μλέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 3(3), σσ. 90-96.

Μουστάκα, Ε., Κουτης, Χ., Μπαμπάτσικου, Φ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., & Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2011). Ψυχική Ευεξία και η σχέση της με το εργασιακό στρες. Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(4), σ.σ. 35-41.

Παπαγεωργίου, Δ., Καραμπέτσου, Μ., Νικολακάκου, Χ., & Παυλάκου, Ν. (2007). Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 46, σσ. 406-413.

Σαπουντζή, Δ., & Λεμονίδου, Χ. (1994). Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις & Προοπτικές. *Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας*, Αθήνα.

Σταυροπούλου, Α., Παπαδάκη, Ε., Φτυλάκη, Α., & Καμπά, Ε. (2010). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome): Κατανόηση και πρόωμη

αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9(3), σσ. 359-374.

Συμεού, Μ., Ευσταθίου, Α., & Γελαστοπούλου, Ε. (2016, Απρίλιος-Ιούνιος). Εξερευνώντας τη Σχέση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και του Εργασιακού Στρες σε Νοσηλευτικό Προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 55(2), σσ. 149-157.

Φράγκου, Δ., Καπάκη, Β., Πλιάτσικας, Ι., Γαλάνης, Π.,(2021). Προσδιοριστές του εργασιακού stress στο νοσηλευτικό προσωπικό ενός γενικού νοσοκομείου Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(3), σσ. 385-393.

### ΞΕΝΕΣ:

Abedini R., Choobineh A., & Hasanzadeh J. (2013). Musculoskeletal load assessment in hospital nurses with patient transfer activity. *International Journal of Occupational Hygiene*, 5(2), pp. 39–45.

Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H.L., Flynn, L., & Neff, D.F. (2012). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *The Journal of Nursing Administration*, 42(10), pp. 1047-1053. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182330b6e.

American Psychological Association (2023). Employers need to focus on workplace burnout: Here's why. Διαθέσιμο στο: [Employers need to focus on workplace burnout: Here's why \(apa.org\)](https://www.apa.org/press-releases/2023/04/04/burnout).

Babapour, A., Mozaffari, N., Fathnezhad, A. (2022) Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21 (75), p.p. 1-10. Διαθέσιμο στο: [Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study | BMC Nursing | Full Text \(biomedcentral.com\)](https://www.biomedcentral.com/nursing/article/21/1/75).

Bahrami, M. (2016). Nurses' quality of life in medical-surgical wards of an oncology center affiliated to the Isfahan University of Medical Sciences. *Nursing Journal of the Vulnerable*, 3(7), pp. 36–46.

Beheshtifar, M. & Omidvar, A.R. (2013). Causes to create Job Burnout in Organizations. *International Journal of Academic Research in Business and Social Scienses*. 3, p.p.: 107-113.

- Bhugra, D., Till, A. & Sartorius, N. (2013) What is Mental Health? The *International Journal of Special Psychiatry*, 59 (1), p. p. 3 - 4. Doi: 10.1177/0020764012463315.
- Bienertova, Vasku J., Lenart, P. & Scherlinger M. (2020). Eustress and Distress: Neither good Nor Bad, But Rather the Same?. *Bioessays*.
- Bonita R., Beaglehole R. & Kjellstrom T. (2009). Basic epidemiology. (Επιμ: Διομήδους Μ.). Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Brown, D. E., James, G. D., & Mills, P. S. (2006). Occupational differences in job strain and physiological stress: female nurses and school teachers in Hawaii. *Psychosomatic Medicine*, 68(4), 524-530.
- Cannon, W.B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American Journal of Psychology*, 39, pp. 106–124. doi:10.2307/1415404.
- Centers of Disease Control and Prevention (2023). About Mental Health. Διαθέσιμο στο: [About Mental Health \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov/about-mental-health/).
- Chang, E.M., Bidewell, J.W., Huntington, A.D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., & Lambert, C. E. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International journal of nursing studies*, 44(8), pp. 1354-1362.
- Che H., Wu H., Qiao Yu, Luan B., Zhao Q. & Wang H. (2023). Association between long working hours and mental health among nurses in China under COVID-19 pandemic: based on a large cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23. p.p. 1-8. Διαθέσιμο στο: [Association between long working hours and mental health among nurses in China under COVID-19 pandemic: based on a large cross-sectional study | BMC Psychiatry | Full Text \(biomedcentral.com\)](https://www.biomedcentral.com/fulltext/BMC-Psychiatry-23-1).
- Chen, C.K., Lin, C., Wang, S.H., & Hou, T.H. (2009). A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *Journal of Nursing Research*, 17(3), pp. 199-211.
- Cox, T. (1987). Stress, coping and problem solving. *Work & Stress*, 1(1), pp. 5-14.
- Dall'Ora C., Ball J., Reinius M. & Griffiths P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources of Health*, 18 (41), p.p. 1-17. Διαθέσιμο στο: [Burnout in](https://www.humanresourcesofhealth.com/burnout-in-nursing-a-theoretical-review/)

Edwards, D., & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), pp. 169-200. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02600.x>

Edward, D., Burnard, P., Coyle D., Fothergill, A. & Hannigan B. (2000). Stress and burnout in community mental Health nursing: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, Jenuray; 7(1), p.p. 7-14.

Geiger-Brown, J., & Lipscomb, J. (2010). The health care work environment and adverse health and safety consequences for nurses. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), pp.191–231.

Farahinia, M., Ehyaei, P., Ahmadi, Z. & Haghani, H. (2019). Relationship Between Nurses' Social Health and Quality of Life. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 5(2), p.p.131-140.

Folkman, S. (2012). Stress, Coping, and Hope. *Psychological Aspects of Cancer*, p.p. 119-127. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2\\_8](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2_8).

French, SE, Lenton, R, Walters, V, Eyles, J. (2000). An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 8(2):161-78.

Jacobs, A.C., & Lourens, M. (2016). Emotional challenges faced by nurses when taking care of children in a private hospital in South Africa. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 18(2), pp.196–210.

Hajinezhad, M., & Azodi, P. (2014). Nurse caring behaviors from patients' and nurses' perspective: A comparative study. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 3(4), pp. 1010–1017.

Hassanpour, T., Mehrabi, S., Poursamad, A., ZandiGhashghaie, K. & Sharifi, M. (2021). Social Support and Social Health. *Iranian Journal of War and Public Health*, 13(3), p.p. 189-193.

Hassard, J., Teoh, K.R., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), pp. 1-17. doi: 10.1037/ocp0000069.

- Hsu, M.Y., & Kernohan, G. (2006). Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), pp. 120–31.
- Jacobs, A.C., & Lourens, M. (2016). Emotional challenges faced by nurses when taking care of children in a private hospital in South Africa. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 18(2), pp.196–210.
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), pp. 622-631.
- Layali, I., Ghajar, M., Abedini, E., Emadian, S.O., & Joulaei, M. (2019). Role of Job Stressors on Quality of Life in Nurses. *Journal of Mazandaran University of Social Sciences*, 29(180), pp.129–133.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lyrakos, G.N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M. & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26, p.p. 1731-1731.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2007). Burnout. *Encyclopedia of Stress* (2<sup>nd</sup> ed.), p.p. 358-362. Doi: 10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3.
- LibreTexts (2024). Wellness. Διαθέσιμο στο: [24.1: What is Stress – Medicine LibreTexts](#).
- Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International nursing review*, 57(1), pp. 22-31.
- López-López, I. M., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), pp. 1035-1044.
- McCarty, R. (2016). The Fight-or-Flight Response: A Cornerstone of Stress Research. In: G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, *Academic Press*, p.p. 33-37.

Mohamed, F.A., Gaafar, Y.L.& Alkader, W.MM (2011). Pediatric Nurses' Stresses in Intensive Care Units and its Related Factors. *Journal of American Science*, 7(9), p.p. 304-315.

Mozaffari, N., Peyrovi, H. & Nayeri, N.D. (2015). The social well-being of nurses shows a thirst for a holistic support: A qualitative study. *International Journal of Well-being*, September, 10, p.p. 1-8. Doi: [10.3402/qhw.v10.27749](https://doi.org/10.3402/qhw.v10.27749).

Nagel, C. & Nilsson, K. (2022). Nurses' Work-Related Mental Health in 2017 and 2020- A Comparative Follow- Up Study before and after the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, December 19 (23). p.p. 1-20. Doi: [10.3390/ijerph192315569](https://doi.org/10.3390/ijerph192315569).

Nasiry Zarrin Ghabaee, N., Talebpour Amir, F., Hosseini Velshkolaei, M., & Rajabzadeh, R. (2016). Quality of life and its relationship to the Job stress in among nursing staff in Hospitals of Sari, in 2015. *Journal of Nursing Education*, 5(2), pp. 40–48.

Oluma, A., & Abadiga, M. (2020). Caring behavior and associated factors among nurses working in Jimma University specialized hospital, Oromia, Southwest Ethiopia, 2019. *BMC Nursing*, 19(1), pp. 1–7.

Parveen, R., Hussain, M., Afzal, M., Parveen, M.K., Majeed, M.I., Tahira, F., & Sabir, M. (2017). The impact of occupational stress on nurses caring behavior and their health related quality of life. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, 3(9), pp.1016–1025.

Ponocny-Seliger, E. & Winker, R. (2014). 12-Phasen-Butnout-Screening. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 49, p.p.: 927-935.

Richardson, K.M., & Rothstein, H.R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), pp. 69-93. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.69.

Rizkianti, I., & Haryani, A. (2020). The Relationship Between Workload and Work Stress With Caring Behavior Of Nurses in Inpatient Rooms. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(2), pp.159–166.

- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of child psychology and psychiatry*, 22(4), pp. 323-356.
- Sarafis, P., Rousaki, E.s, Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., Niakas, D., & Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*, 15(1), pp. 1–9.
- Seyle H. (1956). *The stress of life*. New York, US: Mc Graw-Hill
- Sveinsdóttir, H, Biering ,P., & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), p.p. 875-890. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.002.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S.D. (2005). Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp. 607-628.
- Shareinia, H., Khuniki, F., & Bloochi Beydokhti, T. (2018). Comparison between job stress among emergency department nurses with nurses of other departments. *Quaterly Journal of Nursing Management*, 6(3), pp. 48–56.
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *Interational Journal of Medical Edcation*, 2, pp., 53-55.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of health and social behavior*, pp. 53-79.
- Tyler, P. & Cushway, D. (1992). Stress, coping and mental well-being in hospital nurses. *Stress medicine*, 8(2), pp. 91-98.
- Unaldi Baydin, N., Tiryaki Sen, H., Kartoglu Gurler, S., Dalli, B., & Harmanci Seren, A.K. (2020). A study on the relationship between nurses' compulsory citizenship behaviours and job stress. *Journal of Nursing Management*, 28(4), pp. 851–859.
- Valiei, S., Rezaei, M., & Rezaei, K. (2013). The relationship between personality characteristics and Nursing occupational stress. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 1(3), pp. 27–34.

Wheaton, B. (1999). Social stress. In C.S. Aneshensel & J.S. Phelan (Eds.), Handbook of the sociology of mental health, pp., 277-300.

World Health Organization (2022) Mental Health. Διαθέσιμο στο: [Mental health \(who.int\)](https://www.who.int/mental-health).



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Παράρτημα Α. «ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ»

**1.Φύλο:** Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

**2.Ηλικία:** .....

**3.Οικογενειακή κατάσταση:**

Έγγαμος/η ☐ Αριθμός παιδιών ☐

Άγαμος/η ☐

**4. Επίπεδο εκπαίδευσης:**

ΚΑΤΕΕ ☐

ΤΕΙ ☐

ΑΕΙ ☐

Masters ☐

PhD ☐

Άλλο ☐

**5.Σε ποιο τομέα του νοσοκομείου εργάζεστε;**

Παθολογικό ☐

Χειρουργικό ☐

Νευρολογικό ☐

ΜΕΘ ☐

ΟΡΘ ☐

Άλλο ☐

**6. Θέση στην ιεραρχία:**

Προϊστάμενος/η ☐

Νοσηλεύτης/τρια ☐

Άλλο ☐

**7.Εργασιακή εμπειρία:**

< 5 ετών ☐

6-10 έτη ☐

11-20 έτη ☐

>21 ετών ☐

**8.Ωράριο εργασίας:**

Κανονικό ☐

Μητρότητας ☐

Άλλο ☐

**9. Βάρδια**

Πρωινή ☐

Βραδινή ☐

Κυκλική ☐

**10. Σε ποια κατηγορία από τις παρακάτω αντιστοιχεί το προσωπικό σας μηνιαίο καθαρό εισόδημα σας από το νοσοκομείο;**

Έως 500 ευρώ ☐

Από 501-1000 ευρώ ☐

Από 1001 και πάνω ☐

**Παράρτημα Β. «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ (ENSS)»**

Παρακάτω ακολουθεί μία λίστα από καταστάσεις που συνήθως συμβαίνουν στο χώρο εργασίας σας. Για κάθε κατάσταση που έχετε αντιμετωπίσει στο χώρο εργασίας σας, θα υποδείξετε πόσο στρεσογόνο ήταν για σας:

(Στο δεξί μέρος εισάγετε τον αριθμό που ταιριάζει καλύτερα σε εσάς. Αν δεν έχετε αντιμετωπίσει την κατάσταση ή θεωρείτε ότι δεν ισχύει, γράψτε 0).

Καθόλου στρεσογόνο-1

Λίγο στρεσογόνο-2

Αρκετά στρεσογόνο-3

Εξαιρετικά στρεσογόνο-4

Δεν ισχύει-0

**1.Διεξάγοντας διαδικασίες που οι ασθενείς τις βιώνουν ως επώδυνες \_\_\_\_**

- 2.Κριτική από έναν ιατρό \_\_\_\_
- 3.Νιώθετε ανεπαρκώς προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσετε τις συναισθηματικές ανάγκες της οικογένειας του ασθενή \_\_\_\_
- 4.Έλλειψη ευκαιριών να μιλήσει ανοιχτά με άλλο προσωπικό για προβλήματα στο χώρο εργασίας \_\_\_\_
- 5.Σύγκρουση με έναν προϊστάμενο \_\_\_\_
- 6.Ανεπαρκή πληροφόρηση από έναν ιατρό αναφορικά με την ιατρική κατάσταση ενός ασθενούς \_\_\_\_
- 7.Παράλογες απαιτήσεις ασθενών \_\_\_\_
- 8.Να δεχτείτε σεξουαλική παρενόχληση \_\_\_\_
- 9.Να νιώθετε αβοήθητος/η στην περίπτωση ενός ασθενή που αποτυγχάνει να βελτιωθεί \_\_\_\_
- 10.Σύγκρουση με έναν ιατρό \_\_\_\_
- 11.Να ρωτηθείτε κάτι από ένα ασθενή για το οποίο δεν έχετε ικανοποιητική απάντηση. \_\_\_\_
- 12.Έλλειψη ευκαιριών να μοιραστείτε εμπειρίες και συναισθήματα με άλλο προσωπικό στο περιβάλλον εργασίας \_\_\_\_
- 13.Απροσδόκητη στελέχωση και προγραμματισμός \_\_\_\_
- 14.Ένας ιατρός διατάζει κάτι που δείχνει ως μη κατάλληλη θεραπεία για έναν ασθενή \_\_\_\_
- 15.Παράλογα αιτήματα εκ μέρους της οικογένειας των ασθενών \_\_\_\_
- 16.Βίωση διακρίσεων λόγω φυλής ή εθνικότητας \_\_\_\_
- 17.Μιλώντας ή ακούγοντας έναν ασθενή για τον επερχόμενο θάνατο του/της \_\_\_\_
- 18.Φόβος μήπως κάνετε ένα λάθος στην φροντίδα ενός ασθενή \_\_\_\_
19. Νιώθετε ανεπαρκώς προετοιμασμένος/η να βοηθήσετε με τις συναισθηματικές ανάγκες ενός ασθενή \_\_\_\_
- 20.Έλλειψη ευκαιριών έκφρασης στο άλλο προσωπικό της μονάδας των αρνητικών συναισθημάτων του απέναντι στους ασθενείς \_\_\_\_
- 21.Δυσκολία στη συνεργασία με μία συγκεκριμένη/ο νοσηλεύτρια/η (ή νοσηλευτές) στο άμεσο εργασιακό μου χώρο \_\_\_\_

22. Δυσκολία στη συνεργασία με μία συγκεκριμένη/ο νοσηλεύτρια/η (ή νοσηλευτές) \_\_\_\_\_  
έξω από το άμεσο εργασιακό μου χώρο \_\_\_\_\_
23. Έλλειψη χρόνου για την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στον ασθενή \_\_\_\_\_
24. Ένας ιατρός να μην είναι παρόντας σε μία ιατρική ανάγκη \_\_\_\_\_
25. Να κατηγορηθείτε για όλα που πηγαίνουν λάθος \_\_\_\_\_
26. Βιώση διάκρισης λόγω φύλου \_\_\_\_\_
27. Ο θάνατος ενός ασθενή \_\_\_\_\_
28. Διαφωνία που αφορά τη θεραπεία ενός ασθενή \_\_\_\_\_
29. Νιώθοντας ανεπαρκώς εκπαιδευμένος/η για αυτό που έχω να κάνω \_\_\_\_\_
30. Έλλειψη υποστήριξης από τον άμεσο προϊστάμενο \_\_\_\_\_
31. Κριτική από έναν προϊστάμενο \_\_\_\_\_
32. Έλλειψη χρόνου για την ολοκλήρωση όλων των νοσηλευτικών μου στόχων \_\_\_\_\_
33. Να μην γνωρίζω τι πρέπει να ειπωθεί στην οικογένεια ενός ασθενή για τη κατάσταση του και τη θεραπεία του \_\_\_\_\_
34. Να είμαι αυτός/η που πρέπει να ασχοληθεί με τις οικογένειες των ασθενών \_\_\_\_\_
35. Να πρέπει να ασχοληθώ με βίαιους ασθενείς \_\_\_\_\_
36. Να εκτεθώ σε κινδύνους υγείας και ασφάλειας \_\_\_\_\_
37. Ο θάνατος ενός ασθενή με τον οποίο ανέπτυξα μία στενή σχέση \_\_\_\_\_
38. Λαμβάνοντας μία απόφαση για έναν ασθενή όταν ο ιατρός δεν είναι διαθέσιμος \_\_\_\_\_
39. Να είσαι επικεφαλής με ανεπαρκή εμπειρία \_\_\_\_\_
40. Έλλειψη υποστήριξη από τη νοσηλευτική διοίκηση \_\_\_\_\_
41. Να απαιτούνται πολλές μη νοσηλευτικές εργασίες όπως η υπαλληλική \_\_\_\_\_
42. Όχι αρκετό προσωπικό να καλύψει πλήρως την μονάδα \_\_\_\_\_
43. Αβεβαιότητα αναφορικά με τη λειτουργία και το χειρισμό εξειδικευμένου εξοπλισμού \_\_\_\_\_
44. Αντιμέτωπιση ενός υβριστικού ασθενή \_\_\_\_\_
45. Έλλειψη χρόνου για την ανταπόκριση στις ανάγκες των οικογενειών των ασθενών \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_
46. Να θεωρηθείτε υπεύθυνος/η για πράγματα που δεν έχετε καθόλου έλεγχο \_\_\_\_
47. Οι ιατροί να μην είναι παρόντες όταν ένας ασθενής πεθαίνει \_\_\_\_
48. Να πρέπει να οργανώσω τη δουλειά του ιατρού \_\_\_\_
49. Έλλειψη υποστήριξης από άλλους διοικητές της φροντίδας υγείας \_\_\_\_
50. Δυσκολία στην εργασία με νοσηλευτικό προσωπικό αντίθετου φύλου \_\_\_\_
51. Απαιτήσεις του συστήματος κατηγοριοποίησης ασθενών \_\_\_\_
52. Να πρέπει να αντιμετωπίσετε βίαιους συγγενείς ασθενών \_\_\_\_
53. Να παρακολουθείτε έναν ασθενή να υποφέρει \_\_\_\_
54. Κριτική από τη διοίκηση των νοσηλευτών \_\_\_\_
55. Να πρέπει να εργαστείτε μέσω διακοπών \_\_\_\_
56. Να μην ξέρετε αν οι οικογένειες των ασθενών θα σας αναφέρουν για ανεπαρκή φροντίδα \_\_\_\_
57. Λήψη αποφάσεων υπό πίεση \_\_\_\_

#### Παράρτημα Γ. «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΑΓΧΟΣ/ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ/ΣΤΡΕΣ) (DASS-21)»

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και επιλέξτε τον αριθμό που προσδιορίζει το πόσο η συγκεκριμένη φράση ταιριάζει στο πως αισθανόσασταν την προηγούμενη εβδομάδα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

- 1 Δεν μου ταιριάζει καθόλου
- 2 Μου ταιριάζει σε κάποιο βαθμό ή σε κάποιες στιγμές
- 3 Μου ταιριάζει σε μεγάλο βαθμό ή το για μεγάλο χρονικό διάστημα
- 4 Μου ταιριάζει πάρα πολύ ή το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα

1. Έπιασα τον εαυτό μου να αναστατώνεται από αρκετά ασήμαντα πράγματα \_\_\_\_
2. Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό \_\_\_\_
3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα \_\_\_\_
4. Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια) \_\_\_\_

5. Μου φαινόταν πως δεν μπορούσα να κινητοποιηθώ \_\_\_\_
6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα \_\_\_\_
7. Είχα ένα αίσθημα τρεμούλας (π.χ., σαν να μου κόβονται τα πόδια) \_\_\_\_
8. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω \_\_\_\_
9. Βρέθηκα σε καταστάσεις που με έκαναν να έχω τόσο άγχος που ένιωσα ανακουφισμένος όταν τελείωσαν \_\_\_\_
10. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον \_\_\_\_
11. Έπιασα τον εαυτό μου να αναστατώνεται αρκετά εύκολα \_\_\_\_
12. Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα \_\_\_\_
13. Ένιωθα λυπημένα και καταθλιπτικά \_\_\_\_
14. Έπιασα τον εαυτό μου να γίνεται ανυπόμονος όταν καθυστερούσα με οποιοδήποτε τρόπο (π.χ., σε ανελκυστήρες, στα φανάρια κυκλοφορίας, όταν με έκαναν να περιμένω) \_\_\_\_
15. Είχα μια αίσθηση λιποθυμίας \_\_\_\_
16. Ένιωθα ότι είχα χάσει το ενδιαφέρον μου σχεδόν για όλα τα πράγματα \_\_\_\_
17. Ένιωθα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο \_\_\_\_
18. Ένιωθα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος \_\_\_\_
19. Ίδρωνα σε εμφανή σημεία (π.χ., χέρια ιδρωμένα) χωρίς να υπάρχουν υψηλές θερμοκρασίες ή να έχω κάνει σωματική άσκηση \_\_\_\_
20. Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος \_\_\_\_
21. Ένιωσα πως η ζωή δεν είναι σημαντική \_\_\_\_
22. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου \_\_\_\_
23. Δυσκολευόμουν να καταπιώ \_\_\_\_
24. Δεν μπορούσα να απολαύσω ότι και να έκανα \_\_\_\_
25. Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία) \_\_\_\_
26. Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος \_\_\_\_
27. Διαπίστωσα ότι ήμουν πολύ οξύθυμος \_\_\_\_
28. Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό \_\_\_\_
29. Μου φάνηκε δύσκολο να ηρεμήσω αφού κάτι με είχε πριν αναστατώσει \_\_\_\_
30. Φοβήθηκα ότι κάτι ασήμαντο αλλά μη οικείο θα με έριχνε \_\_\_\_
31. Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό \_\_\_\_

32. Μου ήταν δύσκολο να ανεχτώ να με διακόψει κάποιος σε αυτό που έκανα \_\_\_\_
33. Ήμουν σε μια κατάσταση νευρικής έντασης \_\_\_\_
34. Ένιωθα σε αρκετό βαθμό ότι δεν άξιζα \_\_\_\_
35. Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα \_\_\_\_
36. Ένιωθα τρομοκρατημένος \_\_\_\_
37. Δεν μπορούσα να δω κάτι ελπιδοφόρο στο μέλλον \_\_\_\_
38. Ένιωσα ότι η ζωή μου δεν είχε νόημα \_\_\_\_
39. Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος \_\_\_\_
40. Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους \_\_\_\_
41. Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ. στα χέρια) \_\_\_\_
42. Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα \_\_\_\_

#### Παράρτημα Δ. «ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε το στρες που νιώθετε στη δουλειά σας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες; \_\_\_\_\_

Καθόλου (0), Ελάχιστα (1), Μέτρια (2), Σε μεγάλο βαθμό (3) , Πάρα πολύ (4)