



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Εκτίμηση εργασιακού στρες και χρήσης αλκοόλ στους  
εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού Κορινθίας**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Αφροδίτη Καρρά

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:  
Κ. Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων  
Μ. Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Μ. Σαρίδη, Επιστημονική Συνεργάτης

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2014

Copyright © Αφροδίτη Καρρά, 2014.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο της απόκτησης μεταπτυχιακού διπλώματος από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Με την εκπόνηση της συγκεκριμένης έρευνας ολοκληρώνεται ένας κύκλος σπουδών, για την επιτυχή έκβαση του οποίου οφείλω να ευχαριστήσω πολλούς.

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω τους καθηγητές όλων των θεματικών ενοτήτων του μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» για τη καίρια συμβολή τους στη διερεύνηση των γνώσεων μου σχετικά με θέματα που άπτονται του ευαίσθητου χώρου της υγείας.

Ιδιαίτερα νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσας μελέτης, κ. Σουλιώτη Κυριάκο, «Επίκουρο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου» καθώς και την κ. Σαρίδη Μαρία, «Επιστημονική Σύμβουλο» της έρευνας για την αισιοδοξία που μου ενέπνευσαν, την πολύτιμη καθοδήγηση και την πολύπλευρη συμπαράστασή τους σε όλα τα στάδια εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας.

Από καρδιάς ευχαριστώ τους εργαζόμενους και συναδέλφους των υπηρεσιών υγείας του νομού Κορινθίας, που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα συμβάλλοντας με αυτό το τρόπο στην επιτυχή ολοκλήρωσή της.

Τέλος θα ήθελα να αφιερώσω τη παρούσα εργασία στην οικογένειά μου, το σύζυγό μου Πέτρο και στην κόρη μου Κωνσταντίνα, για την υπομονή και την υποστήριξή τους.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	<b>3</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	<b>4</b>
<b>ΠΙΝΑΚΕΣ</b>	<b>9</b>
<b>ΕΙΚΟΝΕΣ</b>	<b>11</b>
<b>ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ</b>	<b>12</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>13</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>15</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>16</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Στρες</b>	<b>17</b>
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση	17
1.2 Οι θεωρίες του στρες	18
1.3 Το στρες ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου στην εργασία	19
1.4 Επίδραση του στρες στην υγεία	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Εργασιακό στρες</b>	<b>22</b>
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση	22
2.2 Παράγοντες κινδύνου εργασιακού στρες	22
2.2.1 Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία	24
Δυσμενείς συνθήκες εργασίας	25
Κυκλικό ωράριο	26
Φόρτος εργασίας	27
2.2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο	28
Ασάφεια ρόλου	29
Σύγκρουση ρόλων	29
Αμφισβήτηση εργασιακού ρόλου	29
2.2.3 Παράγοντες που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις	30
Σχέσεις με προϊστάμενους	30
Σχέσεις με υφιστάμενους	30
Σχέσεις με συναδέλφους	30
2.2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου	31
2.2.5 Παράγοντες που σχετίζονται με την οργάνωση και τη δομή του χώρου εργασίας	32

2.2.6	Παράγοντες που αφορούν στη σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή και εργασιακή ζωή	32
2.2.7	Το σύνδρομο mobbing (ηθική παρενόχληση)	33
2.2.8	Το σύνδρομο bullying (εκφοβισμός)	34
2.3	Συμπτώματα εργασιακού στρες	35
2.4	Επιπτώσεις εργασιακού στρες	37
2.4.1	Εργασιακό στρες και υγεία	38
2.4.2	Εργασιακό στρες και ψυχική υγεία	40
2.4.3	Εργασιακό στρες και συμπεριφορά υγείας	41
2.4.4	Εργασιακό στρες και οικονομικό κόστος	42
2.4.5	Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)	43
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Αλκοόλ και Αλκοολισμός</b>	<b>45</b>
3.1	Αλκοόλ: εννοιολογική προσέγγιση	45
3.2	Ιστορική αναδρομή	45
3.3	Αλκοόλ και υγεία	47
3.3.1	Διαβαθμίσεις κατανάλωσης αλκοόλ	49
3.4	Αλκοολισμός: εννοιολογική προσέγγιση	50
3.4.1	Εξάρτηση και αλκοολισμός	51
3.4.2	Διαγνωστικά κριτήρια αλκοολισμού	51
3.5	Παράγοντες κινδύνου αλκοολισμού	53
3.5.1	Γενετικοί παράγοντες κινδύνου	53
3.5.2	Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου	54
3.5.3	Ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου	54
3.6	Συμπτώματα αλκοολισμού	55
3.6.1	Σωματικά – φυσικά συμπτώματα	55
3.6.2	Συμπεριφορικά συμπτώματα	55
3.7	Επιπτώσεις αλκοολισμού	56
3.7.1	Αλκοολισμός και σωματική υγεία	56
	Επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα	56
	Επίδραση στο πεπτικό σύστημα	57
	Επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα	58
	Κατανάλωση οινοπνεύματος και καρκίνος	58

3.7.2	Αλκοολισμός και ψυχική υγεία	59
3.7.3	Κοινωνικός αντίκτυπος αλκοολισμού	60
	Εργασιακά προβλήματα	60
	Οικογενειακά προβλήματα	61
	Διαπροσωπική βία	61
	Τροχαία ατυχήματα	62
	Οικονομικό κόστος	63
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Εργασιακό στρες και επαγγελματίες υγείας</b>	<b>65</b>
4.1	Εργασιακό στρες και ιατρικό επάγγελμα	65
4.2	Εργασιακό στρες και νοσηλευτικό επάγγελμα	68
4.3	Μέτρα αντιμετώπισης εργασιακού στρες	72
4.3.1	Οργανωτικό επίπεδο (πρωτογενείς παρεμβάσεις)	72
	Εργασιακές συνθήκες	73
	Φόρτος εργασίας	74
	Οργανωτική κουλτούρα	75
4.3.2	Ομαδικό επίπεδο (δευτερογενείς παρεμβάσεις)	77
4.3.3	Ατομικό επίπεδο (τριτογενείς παρεμβάσεις)	78
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Αλκοόλ και επαγγελματίες υγείας</b>	<b>79</b>
5.1	Αλκοόλ και ιατρικό επάγγελμα	79
5.2	Αλκοόλ και νοσηλευτικό επάγγελμα	81
5.3	Μέτρα αντιμετώπισης κατανάλωσης αλκοόλ	82
	<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>85</b>
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - Υλικό και Μέθοδος της Έρευνας</b>	<b>86</b>
6.1	Σκοπός και στόχοι της μελέτης	86
6.2	Το δείγμα της μελέτης	86
6.3	Σχεδιασμός της μελέτης	87
6.4	Το ερωτηματολόγιο	88
6.4.1	Διαδικασία συλλογής των δεδομένων	88
6.4.2	Επιλογή κατάλληλου ερωτηματολογίου	89
6.4.3	Το τελικό ερωτηματολόγιο	90
6.4.4	Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου	90
6.5	Περιορισμοί της μελέτης	91

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 - Αποτελέσματα Έρευνας</b>	<b>92</b>
7.1. Στατιστική Ανάλυση	92
7.2 Αποτελέσματα	93
7.3 Ερωτηματολόγιο Στρεσογόνων Παραγόντων	99
7.4 Παράμετεροι Στρεσογόνων Παραγόντων	101
7.4.1 Συνθήκες εργασίας	101
7.4.2 Λειτουργικότητα	102
7.4.3 Περιβάλλον	103
7.4.4 Εξωτερικοί παράγοντες απόδοσης	105
7.4.5 Οικονομική κρίση	106
7.5 Ερωτηματολόγιο Κατανάλωσης Αλκοόλ	107
7.6 Χρήση Αλκοόλ	108
7.7 Διαφορές μεταξύ κατηγοριών των δημογραφικών μεταβλητών	111
7.8 Συσχετίσεις	130
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - Συζήτηση</b>	<b>132</b>
<b>Εισαγωγή</b>	<b>132</b>
8.1 Δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά	133
8.1.1 Συνθήκες εργασίας	134
8.1.2 Λειτουργικότητα και επίπεδο εργασίας	136
8.1.3 Περιβάλλον εργασίας	137
8.1.4 Οικονομική κρίση	138
8.2 Εργασιακό στρες και κατανάλωση αλκοόλ	140
8.3 Συσχέτιση εργασιακού στρες και δημογραφικών χαρακτηριστικών	142
8.3.1 Συσχέτιση εργασιακού στρες και φύλου	142
8.3.2 Συσχέτιση εργασιακού στρες και ηλικίας	142
8.3.3 Συσχέτιση εργασιακού στρες και μορφωτικού επιπέδου	143
8.3.4 Συσχέτιση εργασιακού στρες και οικογενειακής κατάστασης	143
8.3.5 Συσχέτιση εργασιακού στρες και ειδικότητας	144
8.4 Συσχέτιση εργασιακού στρες και κατανάλωσης αλκοόλ	144
Συμπεράσματα	146
Προτάσεις	147
<b>ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>149</b>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	149
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	153
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>168</b>



## ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Συμπτώματα εργασιακού στρες .....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Στατιστικά στοιχεία κόστους του εργασιακού στρες .....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Διαγνωστικά κριτήρια αλκοολισμού σύμφωνα με την APA .....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Προτάσεις οργάνωσης ασφαλούς εργασίας.....	76
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Δέκα τομείς δράσης κατά της κατανάλωσης αλκοόλ (ΠΟΥ).....	83
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=193) .....	93
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Ειδικότητες εργαζομένων του δείγματος.....	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Τόπος - Τομέας εργασίας δείγματος.....	96
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Αποτελέσματα χρόνου εργασίας δείγματος.....	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Βαθμός Έντασης Εργασιακού Στρες.....	100
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Συνθήκες Εργασίας.....	101
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Λειτουργικότητα.....	102
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Περιβάλλον .....	103
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Εξωτερικοί Παράγοντες Απόδοσης.....	105
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Οικονομική Κρίση .....	106
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Χρήση Αλκοόλ.....	108
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ.....	109
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.....	110
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Επανακωδικοποίηση μορφωτικού επιπέδου .....	112
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Επανακωδικοποίηση ειδικοτήτων .....	112
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Επανακωδικοποίηση τομέα εργασίας.....	113
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Επανακωδικοποίηση κατανάλωσης αλκοόλ.....	113
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Επανακωδικοποίηση συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ .....	113
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Στρεσογόνοι παράγοντες – διαφορές ανά φύλο .....	114
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα.....	115

ΠΙΝΑΚΑΣ 26	Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο.....	116
ΠΙΝΑΚΑΣ 27	Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση.....	117
ΠΙΝΑΚΑΣ 28	Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά ειδικότητα.....	118
ΠΙΝΑΚΑΣ 29	Στρεσογόνοι παράγοντες – διαφορές ανά τόπο εργασίας.....	119
ΠΙΝΑΚΑΣ 30	Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά τομέα εργασίας.....	120
ΠΙΝΑΚΑΣ 31	Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά έτη εργασίας.....	121
ΠΙΝΑΚΑΣ 32	Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ – διαφορές ανά φύλο.....	122
ΠΙΝΑΚΑΣ 33	Χρήση αλκοόλ – διαφορές ανά φύλο.....	122
ΠΙΝΑΚΑΣ 34	Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα....	123
ΠΙΝΑΚΑΣ 35	Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα.....	123
ΠΙΝΑΚΑΣ 36	Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ- διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο	124
ΠΙΝΑΚΑΣ 37	Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο.....	124
ΠΙΝΑΚΑΣ 38	Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση.....	125
ΠΙΝΑΚΑΣ 39	Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση.....	125
ΠΙΝΑΚΑΣ 40	Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά ειδικότητα.....	126
ΠΙΝΑΚΑΣ 41	Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά ειδικότητα.....	126
ΠΙΝΑΚΑΣ 42	Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ – διαφορές ανά τόπο εργασίας.....	127
ΠΙΝΑΚΑΣ 43	Χρήση αλκοόλ – διαφορές ανά τόπο εργασίας.....	127
ΠΙΝΑΚΑΣ 44	Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά τομέα εργασίας ....	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 45	Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά τομέα εργασίας.....	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 46	Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά έτη εργασίας.....	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 47	Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά έτη εργασίας.....	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 48	Συσχετίσεις υποκλιμάκων στρεσογόνων παραγόντων.....	130
ΠΙΝΑΚΑΣ 49	Συσχετίσεις αποτελεσματικότητας χρήσης αλκοόλ.....	131
ΠΙΝΑΚΑΣ 50	Συσχετίσεις υποκλιμάκων στρεσογόνων παραγόντων.....	131

## EΙΚΟΝΕΣ

EIKONA 1	Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrom).....	18
EIKONA 2	Δυναμικό μοντέλο εργασιακού στρες (Cooper et al. 1988) .....	23
EIKONA 3	Αναλυτικά αποτελέσματα εργασιακού άγχους Πανερωπαϊκής Έρευνας για την Ασφάλεια & την Υγεία στην Εργασία.....	25
EIKONA 4	Συγκεντρωτικά αποτελέσματα για τις αιτίες πρόκλησης εργασιακού άγχους Πανερωπαϊκής Έρευνας για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (Ελλάδα) .....	28
EIKONA 5	Αναλυτικά αποτελέσματα εργασιακού άγχους Πανερωπαϊκής Έρευνας για την Ασφάλεια & την Υγεία στην Εργασία.....	31
EIKONA 6	Παγκόσμιος Χάρτης Κατανάλωσης Αλκοόλ ( 2003 – 2005).....	50
EIKONA 7	Κύκλος εθισμού .....	52
EIKONA 8	Το μοντέλο του Nottingham .....	74

## ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Αποτελέσματα έρευνας σχετικά με το ρίσκο εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου σε μετριοπαθείς πότες και μη .....	48
ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Ειδικότητες εργαζομένων.....	94
ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Ειδικότητες νοσηλευτικού προσωπικού.....	95
ΓΡΑΦΗΜΑ 4 Τόπος εργασίας εργαζομένων.....	95
ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Τμήματα εργασίας χειρουργικού τομέα.....	97
ΓΡΑΦΗΜΑ 6 Τμήματα εργασίας παθολογικού τομέα.....	97
ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Έτη εργασίας .....	98
ΓΡΑΦΗΜΑ 8 - Στρεσογόνοι Παράγοντες.....	100
ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Κατανάλωση Αλκοόλ.....	109
ΓΡΑΦΗΜΑ 10 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ .....	110

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Πλήθος μελετών από το διεθνή χώρο καταδεικνύουν τα υψηλά ποσοστά εργασιακού στρες και κατανάλωσης αλκοόλ σε εργαζόμενους που δραστηριοποιούνται στον ευαίσθητο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση των γενικών στρεσογόνων παραγόντων της εργασίας και της χρήσης αλκοόλ στους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού Κορινθίας καθώς και της σχέσης μεταξύ τους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 156 άτομα που εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου και 37 άτομα που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Η συλλογή του εμπειρικού υλικού πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου που περιελάμβανε μια κλίμακα από 36 ερωτήσεις για την ανίχνευση των επαγγελματικών στρεσογόνων παραγόντων και ερωτήσεις σχετικά με το αλκοόλ. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοση 17.0. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το επαγγελματικό σώμα των νοσοκομειακών γιατρών και νοσηλευτών παρουσίασε το μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης του εργασιακού στρες ως συνάρτηση των δυσμενών συνθηκών εργασίας, του περιβάλλοντος και της οικονομικής κρίσης. Οι συμμετέχοντες προσδιόρισαν ως κύριους στρεσογόνους παράγοντες το φόρτο εργασίας σε ποσοστό 57,5% και την οικονομική κρίση σε ποσοστό 48,2%. Η ποσότητα και η συχνότητα χρήσης αλκοόλ κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα καθώς το 51,8% του δείγματος δήλωσε ότι δεν κατανάλωσε ποτέ αλκοόλ μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός ενώ βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα και το τόπο απασχόλησης των εργαζομένων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο βαθμός έντασης του εργασιακού στρες που βιώνουν οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας αποτελεί συνάρτηση συγκεκριμένων εργασιακών παραγόντων και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Η κατανάλωση αλκοόλης ως μέσο ανακούφισης από το εργασιακό στρες κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα ενώ συνδέεται

άμεσα με συγκεκριμένα δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων όπως η ειδικότητα, η ηλικία και ο τύπος απασχόλησης.

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:** *Εργασιακό στρες, κατανάλωση αλκοόλ, επαγγελματίες υγείας, εργασιακή ικανοποίηση, επαγγελματική εξουθένωση.*

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Numerous international studies show high levels of work related stress and alcohol consumption by employees active in the sensitive area of health care.

**AIM:** The assessment of general work related stress factors and the consumption of alcoholic products by health care providers in the province of Korinthia as well as their relation.

**EVIDENCE-METHOD:** The research sample consisted of 156 hospital employees and 37 individuals who offer their services to first grade health care centres. The collection of the empirical evidence was done using a graded questionnaire that included 36 questions indicating work related stress factors and questions regarding alcohol consumption. The statistics analysis of the results was carried out using the statistics program SPSS edition 17.0. For the comparison of the quantity variables between two teams Student's T- test was used. To compare the quantity variables between more than two teams ANOVA parametric analysis of variance was used.

**RESULTS:** The professional body of the hospital doctors and nursing staff presented the highest level of average intensity of work related stress in relation to negative work conditions, work environment and the economic crisis. The participants noted as main stress inducing factors the work load at a 57,5 percent and the economic crisis at a 48,9 percent. The quantity and frequency of alcohol consumption varied at low levels as 51.8% of the sample population stated that they never consumed alcohol following a stress inducing incident as they related positively to gender, age, speciality and place of work of the employees.

**CONCLUSIONS:** The levels of intensity of work related stress experienced by health care employees are related to specific professional factors and demographic characteristics. The consumption of alcohol as a stress reducing factor is at low levels while it is closely related to certain demographic and individual characteristics of the employees such as speciality age and area of employment.

**KEY WORDS:** *Work stress, alcohol consumption, health care workers, job satisfaction, burnout.*

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Στρες

### 1.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Ο όρος «*stress*» προέρχεται από τις λατινικές λέξεις *strictus* (σφικτός ή στενός) και *stringere* (παθητική μετοχή) που σημαίνει σφίγγω, κάνω κάτι πιο σφικτό. Τον 15<sup>ο</sup> αιώνα ο όρος χρησιμοποιούνταν για να περιγράψει προβλήματα ή πόνο. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ο όρος απέκτησε ευρύτερο περιεχόμενο και σήμερα αναφέρεται σε μια σειρά ψυχολογικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την ανθρώπινη υγεία (Τούντας 2011).

Στις αρχές του 1900 ο Walter Cannon ονόμασε κρίσιμο στρες την αντίδραση σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα και προσδιόρισε τη διάσημη αντίδραση μάχης ή φυγής σύμφωνα με την οποία ο ανθρώπινος οργανισμός τίθεται σε κατάσταση ετοιμότητας και συναγερμού και προετοιμάζεται έτσι ώστε να δώσει μάχη ή να τραπεί σε φυγή όταν βρίσκεται σε κίνδυνο (Cannon 1932). Στις μέρες μας, ο εννοιολογικός προσδιορισμός του στρες καθίσταται ιδιαίτερα προβληματικός έτσι ώστε ορισμένοι μελετητές να υποστηρίζουν ότι ο ορισμός του στρες που επιλέγεται, να εξαρτάται από το είδος της έρευνας που κάθε φορά διενεργείται.

Σύμφωνα με την θεωρία του Μάνου, το άγχος αναφέρεται σε δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις που περιλαμβάνουν αισθήματα ανησυχίας, αναστάτωσης, φόβου, τρόμου ως αντίδραση σε ακαθόριστες μη αναγνωρισμένες απειλές ενώ κατά άλλους ως στρες ορίζεται ένας ευρύς αριθμός εξωτερικών – περιβαλλοντικών παραγόντων όπως για παράδειγμα τα εργασιακά προβλήματα ως στρεσογόνες καταστάσεις και οι αντιδράσεις όπως τα αισθήματα έντασης που προκαλούνται από δύσκολες συνθήκες στην επαγγελματική και προσωπική ζωή (Μάνος 1997).

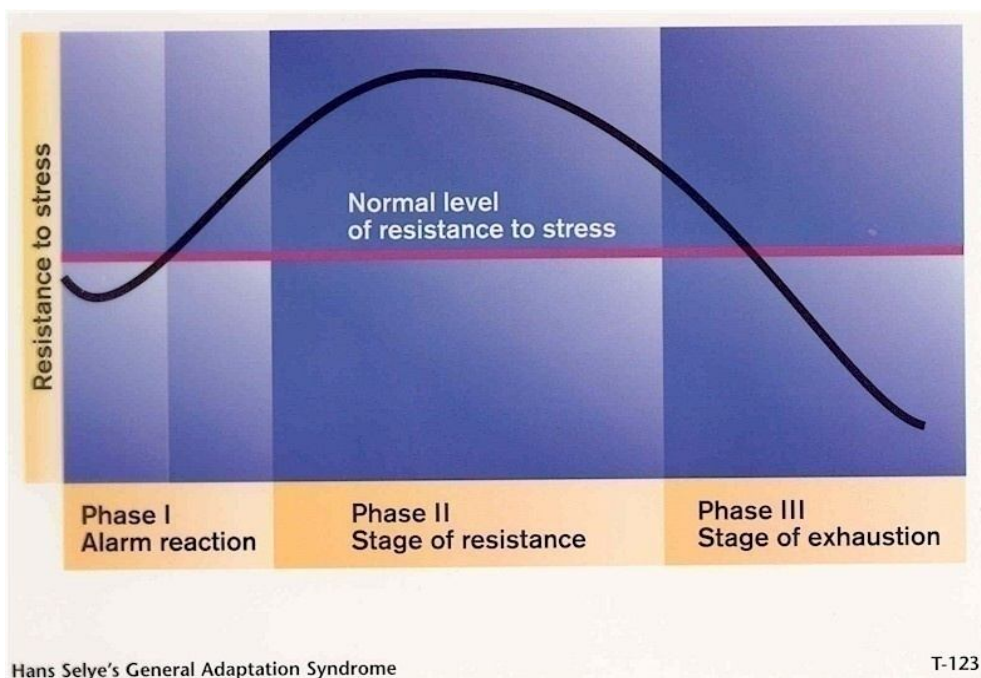
Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος ορισμός στη σύγχρονη βιβλιογραφία είναι αυτός που έχει διατυπωθεί από τον Richard Lazarus ο οποίος αναφέρει ότι το στρες δημιουργείται μέσω των διαδικασιών αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντός τους (Lazarus & Folkman 1984).

## 1.2 Οι θεωρίες του στρες

Μία από τις πρώτες θεωρίες για το στρες διατυπώθηκε από τον Walter Cannon ο οποίος περιέγραψε την αντίδραση *fight or flight* (εφόρμησης ή απόδρασης) σε καταστάσεις έντονου στρες. Σύμφωνα με τον ερευνητή, όταν ο ανθρώπινος οργανισμός αξιολογήσει ένα εξωτερικό ερέθισμα ως απειλή, αυτομάτως εισέρχεται σε κατάσταση διέγερσης και άμεσης κινητοποίησης μέσω του συμπαθητικού και ενδοκρινικού συστήματος (Cannon 1931).

Ο Selye, επεκτείνοντας τις παρατηρήσεις του Cannon, υποστήριξε ότι ένα συνεχές και χρόνιο στρες μπορεί να οδηγήσει σε ορμονικές διαταραχές γιατί οι ορμόνες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση των σωματικών λειτουργιών (Selye 1946). Περιέγραψε το λεγόμενο «Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής» στα πλαίσια του οποίου μελέτησε τρία στάδια στη διαδικασία του στρες: το αρχικό στάδιο που ονομάστηκε «αντίσταση συναγερμού», το δεύτερο στάδιο γνωστό ως «φάση αντίστασης» και το τρίτο στάδιο που το χαρακτήρισε «φάση εξουθένωσης» (Selye, 1976) (Εικόνα 1).

### ΕΙΚΟΝΑ 1 Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome)



Πηγή: Gray (1991)

Η θεωρία του Selye αποτέλεσε τη βάση πολλών μελετών. Σε μια κλασική μελέτη οι Holmes and Rahe εξέτασαν άτομα από διαφορετικές οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές ομάδες αξιολογώντας μια σειρά από πρόσφατες αλλαγές στη ζωή τους, ανάλογα με την ποσότητα ενέργειας που απαιτήθηκε για την προσαρμογή σ'αυτές. Τα γεγονότα καταγράφηκαν βάσει της κλίμακας αξιολόγησης κοινωνικής προσαρμογής σύμφωνα με την οποία ο αριθμός μονάδων αλλαγής ζωής που δέχεται ένα άτομο συσσωρεύεται με το χρόνο και θεωρητικά αποτελεί έναν δείκτη του στρες που αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης μιας νόσου (Holmes & Rahe 1967).

Η σύγχρονη ψυχολογία δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, θεωρεί ότι οι επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων τροποποιούνται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει και βιώνει αυτούς τους παράγοντες. Στη διαδικασία εμπλέκεται το κεντρικό νευρικό σύστημα το οποίο δρα ρυθμιστικά ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του καθώς και το ενδοκρινικό και ανοσολογικό σύστημα που αλληλεπιδρούν με το αντίστοιχο νευρικό (Τούντας 2011).

### **1.3 Το στρες ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου στην εργασία**

Στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον ένα πλήθος στρεσογόνων παραγόντων σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία των εργαζομένων. Οι παράγοντες αυτοί εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία ως προς τη φύση τους και τις πιθανές επιδράσεις τους στην υγεία. Πρόκειται για παράγοντες χημικούς, φυσικούς, βιολογικούς αλλά και εργονομικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς. Οι ειδικοί έχουν προσδιορίσει 100.000 χημικές ουσίες, 200 βιολογικούς παράγοντες και 20 αντενδεικνυόμενες εργονομικές συνθήκες εργασίας.

Οι φυσικοί στρεσογόνοι παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που πιθανολογείται ότι επιδρούν βλαπτικά στην υγεία είναι οι ακτινοβολίες, ο θόρυβος, η θερμοκρασία, οι συνθήκες φωτισμού ενώ στους βιολογικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται διάφοροι μικροοργανισμοί όπως βακτηρίδια, ιοί και μύκητες. Οι ψυχοκοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, την αξιολόγηση της εργασίας, το ρυθμό της και τις υπερωρίες χαρακτηρίζονται ως σημαντικές πηγές προβλημάτων τόσο για τη σωματική όσο και τη ψυχική υγεία των εργαζομένων (Τούντας 2011).

Ειδικότερα η συγκεκριμένη κατηγορία παραγόντων ξεχωρίζει ως προς τη φύση της καθώς δύναται υπό διαφορετικές συνθήκες να έχει θετικά αποτελέσματα και οι παρενέργειές της να ποικίλουν (Cox et al. 2000). Το γεγονός αυτό παρατηρείται καθώς τα άτομα διαφέρουν ως προς την ευαισθησία που επιδεικνύουν στα στρεσογόνα γεγονότα, τις ερμηνείες που τους δίνουν και τις αντιδράσεις που εμφανίζουν. Η εκδήλωση της κατάστασης εξαρτάται από τα ιδοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου καθώς και την προσωπικότητά του (Πούρκος 2001).

Βασικό ρόλο ανάμεσα στο στρεσογόνο γεγονός και στην αντίδραση του ατόμου παίζει η γνωστική εκτίμηση (Ασημακοπούλου, 2004). Η αντίληψη για το στρες εξαρτάται από μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης σύμφωνα με την οποία το άτομο οδηγείται σε μια εκτίμηση της σημασίας των γεγονότων και των αποθεμάτων που έχει στη διάθεσή του για να τα αντιμετωπίσει (Cohen & Lazarus 1979, Lazarus 1999).

Η διαδικασία αξιολόγησης ενός στρεσογόνου ερεθίσματος περιλαμβάνει δύο φάσεις. Στη φάση της πρωτογενούς αξιολόγησης, το άτομο προσδιορίζει αν ένα γεγονός το αφορά και ενδέχεται να έχει απειλητικές επιπτώσεις γι' αυτό. Στη φάση της δευτερογενούς αξιολόγησης, το άτομο εκτιμά αν οι ικανότητές του επαρκούν έτσι ώστε να καταστεί δυνατό για να αντιμετωπίσει το στρεσογόνο γεγονός (Lazarus & Folkman 1984, Lazarus 1999).

#### **1.4 Επίδραση του στρες στην υγεία**

Η μακροχρόνια μελέτη του στρες οδηγεί στη αποδοχή του γεγονότος πως οι προαναφερόμενες διεργασίες επιδρούν αρνητικά στην υγεία. Υπολογίζεται ότι το 50% των προβλημάτων του σύγχρονου ανθρώπου σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με το στρες. Οι επιπτώσεις των στρεσογόνων διεργασιών στην υγεία διακρίνονται σε άμεσες και μακροπρόθεσμες. Στις άμεσες επιπτώσεις δύναται να συμπεριληφθούν ο πόνος στην πλάτη, οι μυϊκοί σπασμοί, οι ταχυπαλμίες, τα οφθαλμολογικά προβλήματα, ο πονοκέφαλος, τα δερματικά εξανθήματα και η κόπωση (Τούντας 2011).

Μακροπρόθεσμα η χρόνια επιβάρυνση από το στρες μπορεί να προκαλέσει σοβαρά νοσήματα όπως τα καρδιαγγειακά και η αρτηριακή υπέρταση ενώ έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση νοσημάτων όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η κολίτιδα, οι αλλεργίες, οι ψυχικές διαταραχές και ορισμένα κακοήθη νεοπλάσματα. Το παρατεταμένο στρες δύναται να προκαλέσει ανωμαλίες στην καθημερινή ζωή και τον ύπνο του ατόμου ενώ το καθιστά πιο ευερέθιστο επηρεάζοντας την απόδοσή του στην εργασία και την δυνατότητά του για μάθηση (Τούντας 2011).

Ως μακροχρόνια αντίδραση στο στρες αναφέρεται η υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών όπως το κάπνισμα, η χρήση ναρκωτικών, η κατανάλωση οινοπνεύματος και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας της Σουηδίας, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η πρόκληση της αρρώστιας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε αιτίες που σχετίζονται με τη ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα που ευθύνεται για το 9% της νοσηρότητας, το αλκοόλ που ευθύνεται για το 8,4%, η παχυσαρκία, η διατροφή καθώς και άλλοι συμπεριφορικοί παράγοντες (Τούντας 2011).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Εργασιακό στρες**

#### **2.1 Εννοιολογική προσέγγιση**

Στις μέρες μας ο χώρος εργασίας αποτελεί μία από τις κυριότερες πηγές χρόνιου στρες. Ως εργασιακό στρες ορίζεται το στρες που οφείλεται στην εργασία και εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε παράγοντες εργασίας ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης (OSHA 2000).

Το επαγγελματικό στρες είναι η κατάσταση ανισορροπίας του εργαζόμενου ανάμεσα στις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιήσει και τους πόρους που διαθέτει για να ανταπεξέλθει στις συγκεκριμένες απαιτήσεις. Θεωρείται η αντίδραση που έχει ένα άτομο όταν δέχεται πιέσεις στο χώρο εργασίας του για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Έχει υποκειμενική μορφή καθώς τα ίδια δεδομένα για άλλους αποτελούν πηγή στρες και για άλλους όχι (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε 2007), ενώ εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου σε συνδυασμό με ένα κράμα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (Cooper & Marchall 1976).

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας, το εργασιακό στρες είναι μία κατάσταση και όχι ασθένεια ενώ τα διεθνή εγχειρίδια προβάλλουν το εργασιακό στρες ως απόρροια υπερβολικής πίεσης, ανασφάλειας και υπερβολικών απαιτήσεων στην εργασία, με αποτέλεσμα μια ποικιλία επιπτώσεων οι εκφάνσεις των οποίων δύνανται να αφορούν την υγεία του εργαζομένου, την εργασιακή του συμπεριφορά και εν γένει το τρόπο ζωής του (Wheatley 2000).

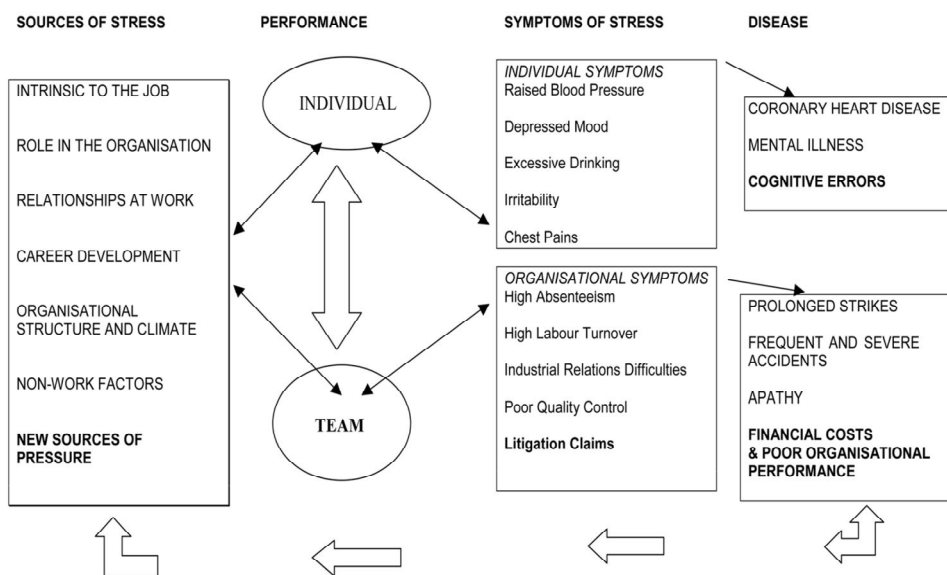
#### **2.2 Παράγοντες κινδύνου εργασιακού στρες**

Στο πλαίσιο της περιήγησης στη βιβλιογραφία σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση στρες στον εργασιακό χώρο, δύναται να συναντήσει κανείς ποικίλα θεωρητικά μοντέλα τα οποία έχουν ως στόχο να περιγράψουν, να εξηγήσουν και να προβλέψουν αυτή τη σχέση (Κάντας 1998). Τα θεωρητικά αυτά μοντέλα έχουν προτείνει ορισμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, δηλαδή

παράγοντες που η παρουσία τους ή αντίθετα η απουσία τους στον εργασιακό χώρο σχετίζεται με την εμφάνιση του εργασιακού άγχους.

Το πιο ολοκληρωμένο θεωρητικό μοντέλο το οποίο λαμβάνει υπόψη την πολυπαραγοντική φύση του επαγγελματικού στρες είναι το δυναμικό μοντέλο εργασιακού στρες του Cooper (1988) όπως απεικονίζεται στην *Εικόνα 2*.

### ΕΙΚΟΝΑ 2 Δυναμικό μοντέλο εργασιακού στρες (Cooper et al. 1988)



Πηγή: *Hamilton (2000)*

Ο Cooper ομαδοποιεί τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, δηλαδή τις πηγές του εργασιακού άγχους, σε 6 μεγάλες κατηγορίες:

- α) εσωγενείς παράγοντες στην εργασία,
- β) παράγοντες που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο,
- γ) παράγοντες που αφορούν στις εργασιακές σχέσεις,
- δ) παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου,
- ε) παράγοντες που σχετίζονται με την οργανωτική δομή του εργασιακού χώρου,
- στ) παράγοντες που αφορούν στη σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή και εργασιακή ζωή

Οι συγκεκριμένοι παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά το άτομο με άμεση απόρροια την εμφάνιση σωματικών, ψυχολογικών ή και ψυχοσωματικών ασθενειών σε συνδυασμό με συμπεριφορικές αντιδράσεις (Cooper 2000).

### **2.2.1 Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία**

Κατά τους δύο τελευταίους αιώνες, η παραγωγική διαδικασία σημείωσε αλματώδη ανάπτυξη κάτω από την επίδραση επιστημονικών ανακαλύψεων και της μεγάλης ώθησης στο τομέα της τεχνολογίας. Η εξέλιξη αυτή συνέβαλε στη ταχύτατη μεταβολή των μεθόδων οργάνωσης της εργασίας οδηγώντας στη διαμόρφωση ενός σύνθετου και πολύπλοκου εργασιακού περιβάλλοντος (Τούντας 2011).

Ο μεταβαλλόμενος κόσμος της εργασίας και ο εμπλουτισμός του εργασιακού περιβάλλοντος με νέα στοιχεία θέτει ολοένα και περισσότερες απαιτήσεις στους εργαζόμενους και συμβάλλει ταυτόχρονα στην καλλιέργεια του εργασιακού άγχους που αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα αναφερόμενο πρόβλημα υγείας, επηρεάζοντας το 22% των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 για το 2009 (OSHA 2009), ενώ ο αριθμός των ατόμων που υποφέρουν από εργασιακό στρες αναμένεται να αυξηθεί επικίνδυνα.

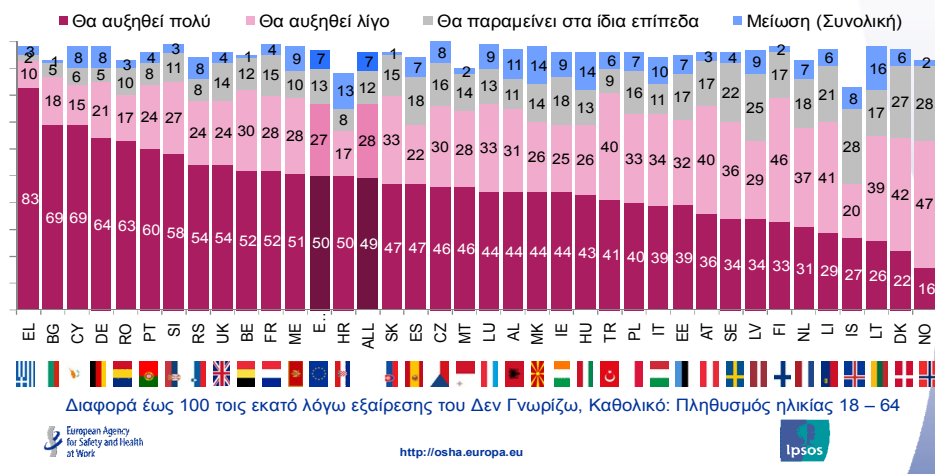
Η δυναμική του συγκεκριμένου προβλήματος, αποτυπώνεται στα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας που διεξήχθη από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία σε 36 χώρες, σύμφωνα με τα οποία, το 77% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το ποσοστό των ατόμων που υποφέρουν από εργασιακό στρες θα αυξηθεί τα επόμενα 5 χρόνια. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση της Ελλάδας, καθώς ποσοστό 83% πιστεύει ότι ο αριθμός των ατόμων που υποφέρουν από εργασιακό άγχος θα αυξηθεί πολύ, το 10% ότι θα αυξηθεί λίγο, το 2% ότι θα παραμείνει περίπου το ίδιο και μόλις το 3% ότι θα μειωθεί (Εικόνα 3).



### ΕΙΚΟΝΑ 3 Αναλυτικά αποτελέσματα εργασιακού άγχους Πανευρωπαϊκής Έρευνας για την Ασφάλεια & την Υγεία στην Εργασία

#### Επίπεδο εργασιακού άγχους

Πιστεύετε ότι ο αριθμός των ανθρώπων που υποφέρουν από εργασιακό άγχος στην (χώρα σας) θα αυξηθεί, θα μειωθεί ή θα παραμείνει στα ίδια επίπεδα τα επόμενα πέντε χρόνια; (%)



Πηγή: Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2012)

#### Δυσμενείς συνθήκες εργασίας

Ο χώρος εργασίας δύναται να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τις σωματικές, εγκεφαλικές και ψυχικές λειτουργίες των εργαζομένων. Δεδομένου του γεγονότος ότι τις περισσότερες φορές οι χώροι εργασίας δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για την προώθηση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων, οι συνθήκες εργασίας είναι συχνά δυσάρεστες και επικίνδυνες.

Στο σύγχρονο περιβάλλον, ένα πλήθος παραγόντων ενοχοποιείται για την άμεση ή έμμεση επίδρασή τους στην υγεία των εργαζομένων. Οι παράγοντες αυτοί εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία ως προς τη φύση και τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία. Ο έντονος φωτισμός, ο έντονος και διαρκής θόρυβος, οι ακραίες θερμοκρασίες, το ανύπαρκτο σύστημα εξαερισμού, η υγρασία, οι αντενδεικνύμενες εργονομικές συνθήκες συμβάλλουν στην δημιουργία ενός εχθρικού εργασιακού περιβάλλοντος που επηρεάζει αρνητικά την παραγωγικότητα του εργαζόμενου και ωθεί την εκδήλωση πονοκεφάλου, ανησυχίας, υπερέντασης, έλλειψη συγκέντρωσης και έντονου άγχους (Moinar 2009). Σύμφωνα με αποτελέσματα ευρωπαϊκής έρευνας, το 75% των Ευρωπαίων εργαζομένων θεωρούν ότι η εργασία επηρεάζει την υγεία τους προκαλώντας διαταραχές στην ακοή,

ενώ σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στη Βρετανία το 2003, εκτιμάται ότι 153.000 άνδρες και 26.000 γυναίκες, από 35 έως 64 ετών, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ακοής που οφείλονταν στο θόρυβο στην εργασία.

Παράλληλα αποτελεί κοινή παραδοχή πως ένα εχθρικό εργασιακό περιβάλλον ενοχοποιείται για την πρόκληση εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών νοσημάτων. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο ποσοστό 6,6% των εργαζομένων πέφτουν θύματα εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής νόσου. Το 2007 στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27, σύμφωνα με τη μελέτη της Eurostat, το 3,2% των εργαζομένων είχε πέσει θύμα εργατικού ατυχήματος τον τελευταίο χρόνο ενώ πολλοί από αυτούς είχαν υποστεί περισσότερα από ένα ατυχήματα (Τούντας 2011).

#### *Κυκλικό ωράριο*

Ο όρος «*βάρδια*» αναφέρεται σε κάθε μία από τις ομάδες εργατών ή υπαλλήλων που εναλλάσσεται με άλλες για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου (Τεγόπουλος & Φυτράκης 1992). Περίπου ένας στους πέντε εργαζόμενους στην Ευρώπη έχει προσληφθεί σε εργασία με σύστημα βάρδιας (Eurofound 2012). Η εργασία αυτή περιλαμβάνει ωράρια που δεν ακολουθούν τα συμβατική 8ωρη εργασιακή περίοδο της ημέρας, όπως είναι οι νυχτερινές βάρδιες, το κυλιόμενο ωράριο και οι ακανόνιστες ώρες εργασίας (Eberly & Feldman 2010).

Το 20% των εργαζομένων στην Ευρώπη απασχολούνται σε επιχειρήσεις με 24ωρη εργασία γεγονός που συνεπάγεται και νυχτερινή εργασία. Οι επιχειρήσεις αυτές δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας με κλασικό παράδειγμα τα νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες υγείας είναι οργανισμοί που εξασφαλίζουν υπηρεσίες σε 24ωρη βάση προς όφελος των πολιτών σε κάθε χώρα, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να εργάζονται σε εναλασσόμενα ωράρια εργασίας.

Το ανθρώπινο σώμα είναι βιολογικά προγραμματισμένο να βρίσκεται σε επαγρύπνηση την ημέρα και να κοιμάται τις νυχτερινές ώρες. Ο νυχτερινός ύπνος θεωρείται πολύ σημαντικός για την καλύτερη λειτουργία του εγκεφάλου σε αντίθεση με τον ημερήσιο που δεν είναι το ίδιο ποιοτικός. Η θεωρητική αυτή προσέγγιση οδηγεί στην παραδοχή ότι η εργασία σε βάρδιες αποτελεί σημαντική πηγή εργασιακού στρες καθώς επηρεάζει άμεσα τις φυσικές λειτουργίες του ατόμου προκαλώντας σωματικές και ψυχολογικές

διαταραχές. Σε σχέση με τα άτομα που εργάζονται σταθερές ώρες, τα άτομα που εργάζονται σε βάρδιες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο όσον αφορά την εμφάνιση ενός εύρους καταστάσεων που σχετίζονται με την υγεία όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Antunes et al. 2010).

Επιπρόσθετα κρίνεται αναγκαίο να τονιστεί πως τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι μελέτες που συσχετίζουν την νυχτερινή εργασία με διάφορες μορφές καρκίνου. Το 2007, η Διεθνής Ένωση για την έρευνα του Καρκίνου υποστήριξε ότι η εκ περιτροπής εργασία που περιλαμβάνει διαταραχή του κερκαδιανού ρυθμού πιθανόν να είναι καρκινογόνος και κατέταξε την νυχτερινή εργασία από εν δυνάμει σε πιθανή καρκινογόνο (Τούντας 2011).

Παράλληλα υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η αύξηση του εργασιακού άγχους λόγω κυκλικού ωραρίου εργασίας οφείλεται πολλές φορές στο γεγονός ότι οι ευκαιρίες ανέλιξης περιορίζονται κατά την απογευματινή ή νυχτερινή βάρδια ενώ στην πρωινή βάρδια μέσα από την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία με τη διοίκηση αυξάνονται οι ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης στον εργασιακό χώρο (Χαραλαμπίδου 1996).

#### *Φόρτος εργασίας*

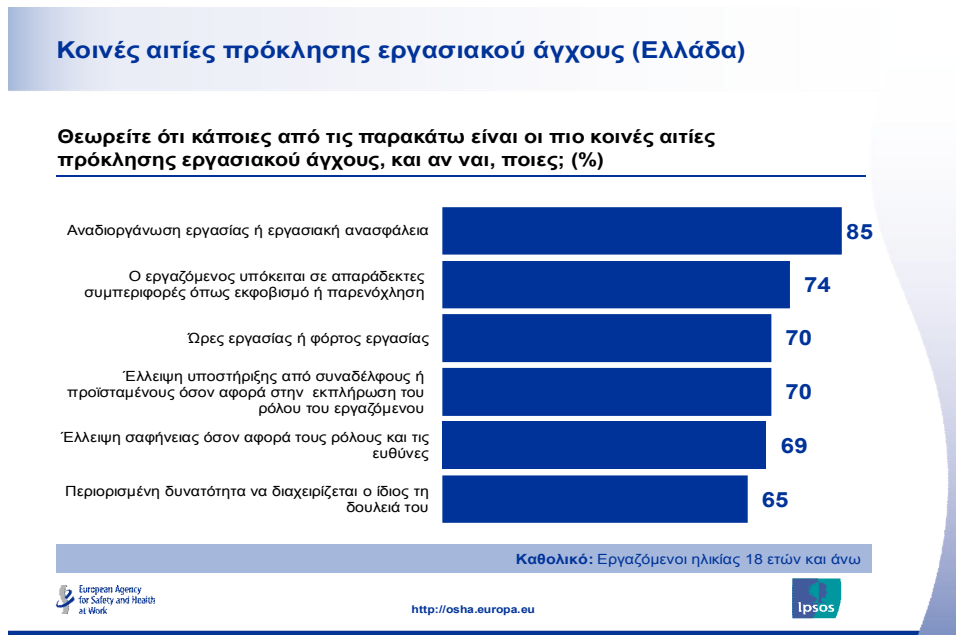
Ο φόρτος εργασίας αναφέρεται στις απαιτήσεις της δουλειάς που επιβαρύνουν τον εργαζόμενο και περιλαμβάνει μια ποιοτική και ποσοτική έννοια. Ποσοτικός φόρτος είναι το ποσό της εργασίας που πρέπει να επιτελεστεί ενώ ο ποιοτικός φόρτος εργασίας αντιστοιχεί στην προσλαμβανόμενη δυσκολία της δουλειάς και είναι αυτή που σχετίζεται με τις ικανότητες των εργαζομένων (Spector & Jex 1998).

Ο υπερβολικά μεγάλος φόρτος εργασίας έχει συνδεθεί με ποικίλες αρνητικές επιπτώσεις τόσο σε σωματικό όσο και ψυχολογικό επίπεδο. Όταν ο εργαζόμενος βρίσκεται υπό καθεστώς εργασιακής υπερφόρτωσης, εκδηλώνει συμπτώματα όπως η υπερένταση, ο εκνευρισμός, η αγωνία αν θα κατορθώσει να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του και κατά συνέπεια έντονο εργασιακό στρες για το αν θα καταστεί ικανός να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του (Grebner et al. 2005).

Αποτελέσματα ερευνών πιστοποιούν ότι ο φόρτος εργασίας αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες εμφάνισης εργασιακού άγχους πλήττοντας κυρίως εργαζόμενους που σχετίζονται με τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα. Το γεγονός ότι ο

φόρτος εργασίας αποτελεί κύρια πηγή εκδήλωσης εργασιακού στρες ενισχύεται από έρευνα που έλαβε χώρα στην Ελλάδα στα πλαίσια πανευρωπαϊκής έρευνας του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία το 2013 (Εικόνα 4).

#### **ΕΙΚΟΝΑ 4 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα για τις αιτίες πρόκλησης εργασιακού άγχους Πανευρωπαϊκής Έρευνας για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (Ελλάδα)**



Πηγή: *Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία(2013)*

### **2.2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο**

Ο εργασιακός ρόλος είναι ένα σύνολο από οργανωτικές ενέργειες, πράξεις, καθήκοντα, υποχρεώσεις και δικαιώματα που αντιστοιχούν σε μια καθορισμένη θέση σε ένα δεδομένο εργασιακό περιβάλλον. Η άσκηση του επαγγελματικού ρόλου δύναται να επηρεαστεί από την ύπαρξη συγκεκριμένων παραγόντων που μπορούν αν συμβάλλουν στην ελλιπή ανταπόκριση του εργαζόμενου στα καθήκοντά του, στη μείωση της παραγωγικότητάς του και κατά συνέπεια στην εκδήλωση επαγγελματικού άγχους. Αναλυτικότερα:

### *Ασάφεια ρόλου*

Είναι γεγονός ότι όταν ένα άτομο προσλαμβάνεται σε μια θέση εργασίας, του γίνεται μερική πληροφόρηση σχετικά με το ρόλο και τα καθήκοντά του. Οι περιπτώσεις αλλαγής εργασιακής θέσης είναι συχνό φαινόμενο της ανεπαρκούς πληροφόρησης του ατόμου για τα νέα του καθήκοντα. Επίσης το άτομο δεν υλοποιεί κάποιες δράσεις μη γνωρίζοντας ότι εκπίπτουν στο φάσμα των αρμοδιοτήτων του. Ασάφεια ρόλου υφίσταται όταν ο εργαζόμενος δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί τους στόχους της επιχείρησης όπου εργάζεται και τις απαιτήσεις των ανωτέρων του με αποτέλεσμα να καταλαμβάνεται από εργασιακό άγχος και δυσαρέσκεια για την εργασία του (Layne 2001).

### *Σύγκρουση ρόλων*

Η μελέτη της βιβλιογραφίας έχει καταδείξει τέσσερις κύριες καταστάσεις σύγκρουσης ρόλων που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση επαγγελματικού στρες: α)όταν δύο διαφορετικά πρόσωπα έχουν διαφορετικές προσδοκίες και απαιτήσεις από τον εργαζόμενο, β)όταν το ίδιο το άτομο έχει αντιφατικές απαιτήσεις από τον εργαζόμενο, γ)όταν οι απαιτήσεις του εργασιακού ρόλου του εργαζόμενου έρχονται σε σύγκρουση με τις προσωπικές του αξίες όπως π.χ ο εργαζόμενος να είναι ταυτόχρονα και συνδικαλιστής, δ)όταν το άτομο αντιμετωπίζει διαφορετικές απαιτήσεις από το χώρο εργασίας του και από το οικογενειακό ή κοινωνικό του περιβάλλον όπως συμβαίνει στην περίπτωση της εργαζόμενης μητέρας που είναι ταυτόχρονα και σύζυγος (Κάντας,1998).

### *Αμφισβήτηση εργασιακού ρόλου*

Στο ίδιο θεωρητικό πλαίσιο συγκαταλέγεται και η αμφισβήτηση εργασιακού ρόλου η οποία αποτελεί σημαντική πηγή εργασιακού στρες. Κάθε άτομο περιμένει τη θετική ανταπόκριση και αναγνώριση από τους άλλους η οποία όταν δεν υφίσταται τότε το άτομο στρεσάρεται, απογοητεύεται και βρίσκεται υπό καθεστώς συνεχούς υπερέντασης (Αντωνίου 2006).

### **2.2.3 Παράγοντες που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις**

Οι σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ των εργαζομένων μέσα σ'ένα εργασιακό περιβάλλον αποτελούν το μοχλό ανάπτυξης παραγωγικών δραστηριοτήτων. Υπάρχουν τρεις τύποι εργασιακών σχέσεων: (α) σχέσεις με προϊστάμενους, (β) σχέσεις με υφιστάμενους, (γ) σχέσεις με συναδέλφους. Αναλυτικότερα:

#### *Σχέσεις με προϊστάμενους*

Ο τρόπος διοίκησης των προϊστάμενων προς το προσωπικό μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή στρες όταν αυτή δεν είναι η επιθυμητή. Ο εργαζόμενος που λειτουργεί υπό τις οδηγίες ενός αυταρχικού και εξουσιαστικού προϊστάμενου διακατέχεται από αισθήματα έντασης, πίεσης και στρες (Occupational Wellbeing Group 2007).

Επιπρόσθετα η μη αναγνώριση της προσπάθειας του εργαζόμενου από τα διευθυντικά στελέχη μπορεί να συμβάλλει στη εκδήλωση αρνητικών αισθημάτων από την πλευρά του όπως αισθήματα υποτίμησης, μη ικανοποίησης από την εργασία του και άρνησης βελτίωσης της απόδοσής του (Fontana 1993).

#### *Σχέσεις με υφιστάμενους*

Στο πλαίσιο της δεύτερης κατηγορίας κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί το άγχος που νιώθει ο προϊστάμενος που είναι υπεύθυνος για τους υφιστάμενους του. Το «διευθυντικό» είναι ιδιαίτερα υψηλό και έχει αναγνωριστεί επιστημονικά ως φαινόμενο, όταν ο διευθυντής καλείται να αντιμετωπίσει την άρνηση των υφισταμένων να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους ή να συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Αντωνίου 2006).

#### *Σχέσεις με συναδέλφους*

Έχει διαπιστωθεί ότι η υποχρέωση να συνυπάρχει κανείς με άλλους ανθρώπους συνιστά από μόνη της ένα από τα μεγαλύτερα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής (Αντωνίου 2006). Από μόνη της η συνθήκη της συνύπαρξης σε μια ομάδα συναδέλφων προκαλεί άγχος. Το άγχος επιτείνεται όταν η συναδελφική ομάδα αποτελείται από άτομα ανταγωνιστικά και επιρρεπή στο άγχος (Mellon 1998), με αποτέλεσμα να καλλιεργούνται σχέσεις επιφυλακτικότητας και μη δημιουργικής συνεργασίας.

Στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ εργαζομένων στους εργασιακούς χώρους, τα φαινόμενα σεξουαλικής παρενόχλησης και βίας συντελούν στην πρόκληση άγχους τόσο στα θύματα, όσο και στα άτομα που υπήρξαν μάρτυρες αυτών των περιστατικών, επηρεάζοντας σοβαρά τη διανοητική και ψυχική τους υγεία ([www.prima-ef.org](http://www.prima-ef.org)).

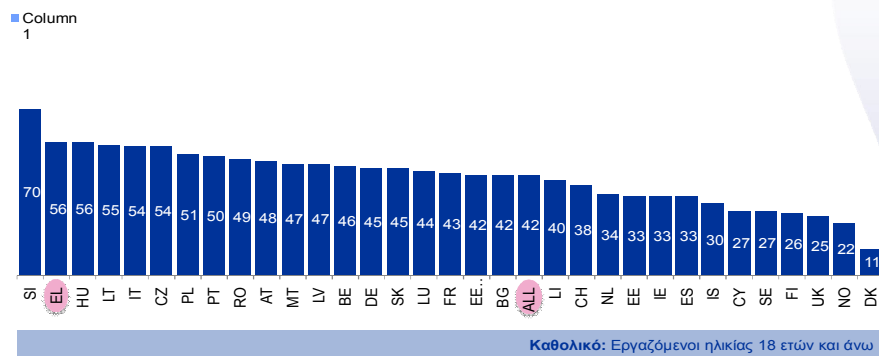
## 2.2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου

Η επαγγελματική ανάπτυξη αποτελεί για πολλούς εργαζόμενους πηγή άγχους το οποίο διαφοροποιείται από την ηλικία και τα χρόνια απασχόλησης του ατόμου. Αναλυτικότερα για έναν νέο άνθρωπο που προσλαμβάνεται σε μια δουλειά οι προσδοκίες του για επαγγελματική εξέλιξη, η αγωνία του να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του, η αγωνία του για προαγωγή και ο φόβος της γενικότερης εργασιακής ανασφάλειας δύνανται να αποτελέσουν στρεσογόνους παράγοντες (OSHA 2009).

### ΕΙΚΟΝΑ 5 Αναλυτικά αποτελέσματα εργασιακού άγχους Πανευρωπαϊκής Έρευνας για την Ασφάλεια & την Υγεία στην Εργασία

**Αντιλήψεις εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας - Υποφέρουν περισσότερο από εργασιακό άγχος**

**Θεωρείτε γενικά ότι οι μεγάλης ηλικίας εργαζόμενοι τείνουν να Υποφέρουν περισσότερο από εργασιακό άγχος από ότι οι άλλοι εργαζόμενοι; (%)**



Πηγή: Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2013)

Αντίθετα, για έναν εργαζόμενο με αρκετά χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, το ενδεχόμενο πρόωρης σύνταξης και η ανασφάλεια για τη δυνατότητα προσαρμογής στα

νέα γνωστικά αντικείμενα μπορούν να κριθούν ως κύριοι ψυχοπιεστικοί παράγοντες άγχους, με άμεση απόρροια οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας να κυριεύονται από εργασιακό άγχος σε ποσοστό μεγαλύτερο από τους εργαζόμενους μικρότερης ηλικίας, γεγονός που καταγράφεται (Εικόνα 5), στο πλαίσιο πανευρωπαϊκής έρευνας του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία.

### **2.2.5 Παράγοντες που σχετίζονται με την οργάνωση και τη δομή του χώρου εργασίας**

Ο όρος οργανωτική κουλτούρα αναφέρεται στη στάση, στις αξίες, τα πιστεύω, τις παραδοχές και τους κανόνες μιας επιχείρησης. Το άτομο εισέρχεται σε μια επιχείρηση που αποτελεί το χώρο εργασίας του, με μια σειρά από εσωτερικές ανάγκες. Όταν το σύστημα της επιχείρησης αδυνατεί να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες τότε το άτομο διακατέχεται από άγχος. Επίσης οι μετατροπές στην πολιτική της επιχείρησης, οι αναδιοργανώσεις και οι συγχωνεύσεις οδηγούν στην αβεβαιότητα που διαδοχικά δημιουργεί άγχος στον εργαζόμενο ([www.hse.gov.uk](http://www.hse.gov.uk)).

Σημαντικότερη αιτία πρόκλησης άγχους που σχετίζεται με την οργανωτική κουλτούρα είναι η απουσία ελέγχου στην εργασία και η μη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Cooper & Payne 1988). Όταν ο εργαζόμενος δεν συμμετάχει άμεσα στις επαγγελματικές αποφάσεις που επηρεάζουν τη λειτουργία του στον εργασιακό χώρο τότε αισθάνεται ότι απειλείται η ελευθερία και η αυτονομία του (Leka et al. 2003).

### **2.2.6 Παράγοντες που αφορούν στη σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή και εργασιακή ζωή**

Η οικογενειακή και η εργασιακή ζωή ενός ατόμου είναι δύο τομείς που συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους καθώς τα οικογενειακά προβλήματα αποτελούν σημαντική πηγή άγχους επιτείνοντας το εργασιακό στρες ενώ τα εργασιακά άγχη αμβλύνουν τα οικογενειακά προβλήματα. Οι απαιτήσεις της οικογένειας και παράλληλα οι απαιτήσεις της εργασίας όχι απλά δεν συμβαδίζουν αλλά έρχονται σε σύγκρουση καθιστώντας το άτομο ανίκανο να βρει τις ισορροπίες. Στις οικογένειες «διπλής καριέρας» όπου και οι δύο σύζυγοι επιδιώκουν επαγγελματική καριέρα τα προαναφερόμενα προβλήματα παρουσιάζονται ακόμα πιο έντονα μεγιστοποιώντας το άγχος.



Σύμφωνα με έρευνες, οι εργαζόμενες μητέρες που προσπαθούν ταυτόχρονα να ανταποκριθούν σε οικογενειακά και επαγγελματικά καθήκοντα βιώνουν εντονότερα αισθήματα όπως άγχος και ενοχή (Αντωνίου 2006). Το γεγονός αυτό πιστοποιείται από έρευνα που διεξήχθη σε 24 χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, η οποία απέδειξε ότι η έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα σε επαγγελματική και προσωπική ζωή αποτελεί διεθνές φαινόμενο που επηρεάζει την οικογένεια και την υγεία. Συγκεκριμένα το 69% του εργαζόμενου πληθυσμού δεν διαθέτει ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, ενώ το 49% αισθάνεται ότι αυτή η ανισορροπία επηρεάζει κύριους τομείς της ανθρώπινης προσωπικότητας όπως η υγεία, η οικογένεια και η σχέση με τον σύντροφο ([www.ergasiaygeia.htm](http://www.ergasiaygeia.htm)).

### **2.2.7 Το σύνδρομο mobbing (ηθική παρενόχληση)**

Τα τελευταία χρόνια, στους εργασιακούς χώρους έχει αναπτυχθεί ένα νέο φαινόμενο το οποίο αν και η πραγματική του διάσταση δεν είναι ακόμα γνωστή, αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως «*σύνδρομο mobbing*» και χαρακτηρίζεται ως ένας ακόμη βλαπτικός παράγοντας στο εργασιακό περιβάλλον (Leka et al. 2008).

Αν και δεν υπάρχει ένας διεθνώς αναγνωρισμένος ορισμός για το «*σύνδρομο mobbing*» εντούτοις αναγνωρίζεται ως η συστηματική, ψυχολογική επίθεση και στρατηγική περιθωριοποίησης που δέχονται στο εργασιακό περιβάλλον οι ανεπιθύμητοι για διάφορους λόγους εργαζόμενοι από ιεραρχικά ανώτερους ή και τους συναδέλφους τους (Δρίβας 2002).

Ο Leyman είναι ο πρώτος που απέδωσε τον όρο στην ανθρώπινη κοινωνία περιγράφοντας την εσκεμμένη ηθική παρενόχληση στους χώρους εργασίας με στόχο την απομπόπη του ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων από το εργασιακό γίγνεσθαι ως «*σύνδρομο mobbing*» (Leyman 1990). Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας γεγονός που αποδεικνύεται από την εκτενή αναφορά του τόσο στη διεθνή (Hirigoyen 2003), όσο και στην ελληνική βιβλιογραφία (Σπυριδάκης 2009). Πρόκειται για ένα είδος ψυχολογικής τρομοκρατίας που δύναται να έχει καταστροφικά αποτελέσματα. Οι εκφάνσεις της ενδέχεται να έχουν τη μορφή δυσκολιών συνεργασίας, σωματικής δυσφορίας και καταχρήσεων, ενώ ο

εργαζόμενος που υφίσταται mobbing μπορεί να εκδηλώσει δυσκολίες στον ύπνο, κατάθλιψη, έντονη επιθετικότητα, σωματική κόπωση ή και τάσεις αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με το Ίδρυμα του Δουβλίνου, τα άτομα που πέφτουν θύματα παρενόχλησης είναι πολύ περισσότερο εκτεθειμένα απ'ότι οι εργαζόμενοι γενικότερα. Ένα ποσοστό 47% των θυμάτων αναφέρει αγχωτικά εργασιακά καθήκοντα (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2001). Τις καταστροφικές συνέπειες του συνδρόμου πιστοποιούν αποκαρδιωτικά στατιστικά στοιχεία σύμφωνα με τα οποία το 8% των Ευρωπαίων έχει υποστεί mobbing, το 80% μειώνει την αποδοτικότητά του και το 50% των θυμάτων αναφέρει ότι υποφέρει από έντονο στρες.

Η μελέτη του φαινομένου στην Ελλάδα καταγράφει ότι 1 στους 10 Έλληνες παραδέχεται συνθήκες ηθικής παρενόχλησης στο εργασιακό περιβάλλον, ενώ το 5% των Ελλήνων αναφέρει περιστατικά σωματικής και λεκτικής βίας. Το «σύνδρομο mobbing» στην Ελλάδα συνδέεται με την προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και τη δημιουργία διακρίσεων και ανισότητας, και όχι με τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία (Σπυριδάκης 2009).

Παράλληλα έρευνες στη Μ.Βρετανία κατέδειξαν ότι το 25% των θυμάτων του mobbing οδηγείται στην παραίτηση. Παρόλο το γεγονός ότι το κόστος αντικατάστασης είναι απαγορευτικό για την κάθε εταιρεία, στις περισσότερες φορές δεν λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα για τον περιορισμό του φαινομένου ή τη θεραπεία των θυμάτων.

### **2.2.8 Το σύνδρομο bullying (εκφοβισμός)**

Τις τελευταίες δεκαετίες η μελέτη της ψυχολογικής βίας στο χώρο εργασίας έχει ανακηρύξει του φαινόμενο του εκφοβισμού (bullying) ως έναν από τους κύριους στρεσογόνους παράγοντες που παρατηρούνται στο συγκεκριμένο περιβάλλον (Paice et al. 2004). Η περίπτωση του εκφοβισμού είναι δύσκολο να καθοριστεί. Έχει επικρατήσει πάντως ως η επαναλαμβανόμενη και συνεχής προσπάθεια από ένα ή πολλά άτομα να βασανίσουν, να εξουθενώσουν, να καταπονήσουν, να εμποδίσουν, εσκεμμένα να προκαλέσουν την αντίδραση, να εξαιρέσουν ή να απομονώσουν το άλλο άτομο από το εργασιακό περιβάλλον. Είναι εκείνη η μεταχείριση που προκαλεί, πιέζει, φοβίζει, υποτιμά και που μέσα από την επανάληψή της έχει συντριπτικά αποτελέσματα (Paterson et al. 1997).

Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη του φαινομένου έχει αρνητικές συνέπειες για τους παρενοχλούμενους, για την ίδια την οργάνωση και εν γένει την κοινωνία. Η ψυχική υγεία των υπαλλήλων κλονίζεται και τα θύματα παρουσιάζουν συμπτώματα όπως δυσκολία στη συνεργασία, προβλήματα συγκέντρωσης, μειωμένη αυτοπεποίθηση και επιθετικότητα ενώ παράλληλα επηρεάζεται η οικογενειακή και η προσωπική τους ζωή. Μελέτες αποδεικνύουν ότι οι νεότεροι επαγγελματίες είναι περισσότερο ευάλωτοι στην επιθετικότητα σε σχέση με τους πιο έμπειρους που είναι πιο ανθεκτικοί, συχνά αδιαφορούν και αυτοπροστατεύονται σε στιγμές έντασης στον εργασιακό χώρο (Duddle & Boughton 2007).

Οι συνέπειες για τους δημόσιους οργανισμούς συνοψίζονται σε πτώση της αποδοτικότητας, αύξηση των αναρρωτικών αδειών, μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, αύξηση των δαπανών σε ασφάλιστρα. Ο οικονομικός αντίκτυπος για την κοινωνία μεταφράζεται σε αύξηση των δαπανών λόγω μακροχρόνιας απουσίας για λόγους υγείας, πρόωρης συνταξιοδότησης και κατά συνέπεια πτώση της παραγωγικότητας, των οικονομικών επιδόσεων και αποτελεσμάτων (Eurofound 2004).

Αποδεικνύεται λοιπόν ότι η περίπτωση εκφοβισμού (bullying) αποτελεί μια θλιβερή πραγματικότητα στον εργασιακό χώρο. Σε αυτό το πλαίσιο η Βρετανική Ιατρική Εταιρεία ζητώντας να κλείσει ο κύκλος της παρενόχλησης υποστηρίζει ότι το ήθος θα πρέπει να είναι ο στόχος των υπηρεσιών υγείας και όχι η κάθε είδους προκλητική παρενόχληση.

### **2.3 Συμπτώματα εργασιακού στρες**

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερες μελέτες πιστοποιούν το γεγονός ότι η συμπτωματολογία του στρες αυξάνεται ραγδαία επηρεάζοντας τόσο την προσωπική όσο και την κοινωνική ζωή του εργαζόμενου (Tyler & Cushway 1998). Το εργασιακό άγχος επηρεάζει το άτομο τόσο σωματικά όσο και ψυχικά προκαλώντας ποικίλες αντιδράσεις. Πιο συγκεκριμένα τρεις είναι οι κύριες διαστάσεις της ζωής του ατόμου που επηρεάζονται από το άγχος: το σώμα, η ψυχή και η συμπεριφορά του.

Αναφορικά με τη διάσταση του σώματος, οι εκφάνσεις της συμπτωματολογίας του εργασιακού στρες σχετίζονται με πόνους στο στήθος, συχνά κρυολογήματα, διαταραχές του ύπνου, μειωμένη όρεξη, έντονη εφίδρωση, ανικανότητα, λιποθυμικά επεισόδια,

υψηλή αρτηριακή πίεση, διαρκές αίσθημα αδυναμίας, συχνή δυσπεψία, νευρικές συσπάσεις, κράμπες και μυϊκούς σπασμούς, πονοκεφάλους και ημικρανίες, κοιλιακή άλγη, διαταραχές περιόδου, κνησμούς, ταχυπαλμίες, τρόμο και ταραχή, γενική ανησυχία, χαμηλή θερμοκρασία άνω και κάτω άκρων, απώλεια βάρους (Αντωνίου 2002).

Σχετικά με τη ψυχοσύνθεση του εργαζόμενου, το εργασιακό στρες έχει τη μορφή αρνητικών συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα ο εργαζόμενος κυριεύεται από ευερεθιστότητα, θυμό, κατάθλιψη, αίσθημα απελπισίας, πεσιμιστικές αντιλήψεις, απογοήτευση, διαρκή φόβο, αίσθημα ενοχής και ντροπής, έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή, παράνοια, φοβία καθώς και συναισθήματα μοναξιάς, αποτυχίας, ασχήμιας, εχθρότητας και ανικανότητας (Αντωνίου 2002).

Η τρίτη διάσταση που επηρεάζεται από το άγχος στον εργασιακό χώρο είναι η συμπεριφορά του ατόμου με άμεση απόρροια την εκδήλωση επιζήμιων συνηθειών όπως το έντονο κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η αυξημένη λήψη καφεΐνης και ο εθισμός σε φαρμακευτικές ουσίες.

Επιπρόσθετα, ως συμπτώματα του εργασιακού άγχους που αφορούν τη συμπεριφορά του ατόμου θεωρούνται οι νευρικές συνήθειες όπως η ονυχοφαγία, το κούνημα των ποδιών και το μάσημα των μαλλιών καθώς επίσης το σπάσιμο αντικειμένων, τα ξεσπάσματα σε κλάμα, η αγοροφοβία, η κλειστοφοβία, η επιρρέπεια σε ατυχήματα, η απρεπής συμπεριφορά, η σωματική βία, η μερική ή ολική έλλειψη ελέγχου, η έλλειψη ενδιαφερόντων, οι απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, η αύξηση απουσιών από την εργασία, η παραμέληση της εξωτερικής εμφάνισης και η αδυναμία αντιμετώπισης των καθημερινών δυσκολιών.

Στον Πίνακα 1 καταγράφονται ορισμένα από τα πιο κοινά συμπτώματα του εργασιακού στρες.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Συμπτώματα εργασιακού στρες

<p style="text-align: center;"><b>Συναισθηματικά συμπτώματα</b></p> <p>Ανησυχία, νεύρα, μειωμένα επίπεδα αντοχής, συναισθηματικά ξεσπάσματα, κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, έλλειψη αυτοπεποίθησης</p>	<p style="text-align: center;"><b>Πνευματικά συμπτώματα</b></p> <p>Αδυναμία συγκέντρωσης, αδυναμία καθαρής σκέψης, παράνοια, παράλογοι φόβοι, αμυντική στάση, επιθετικότητα</p>
<p style="text-align: center;"><b>Φυσικά συμπτώματα</b></p> <p>Αδικαιολόγητη αδεξιότητα, ιδρώτας, έντονοι πονοκέφαλοι, απότομη απώλεια ή αύξηση βάρους, μειωμένη ενέργεια, τρέμουλο στα χέρια, αυπνία, κόμπιασμα στην ομλία</p>	<p style="text-align: center;"><b>Εργασιακά συμπτώματα</b></p> <p>Λάθη, μειωμένη παραγωγικότητα, αδύναμες εργασιακές σχέσεις, έλλειψη ελέγχου, περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση της εργασίας</p>

Πηγή: *Ornelas Sandy and Brian H.Kleiner, New Developments in managing job related stress, Equal Opportunities International, Volume 22, 2003, pages 64-70*

### 2.4 Επιπτώσεις εργασιακού στρες

Τα τελευταία 15 χρόνια, το σκηνικό των συνθηκών εργασίας αλλάζει άρδην. Η εντατικοποίηση, οι ευέλικτες μορφές εργασίας, οι απροειδοποίητες αλλαγές στο εργασιακό καθεστώς, οι αυξανόμενες απαιτήσεις από τους εργαζόμενους, οι νέες τεχνολογίες και η μοναχική εργασία προκαλούν καταστάσεις μεγάλης πίεσης που έχουν ως άμεση απόρροια μια σειρά από νέες επαγγελματικές ασθένειες όπως στρες, μυοσκελετικά προβλήματα, χρόνια κόπωση, ψυχολογική εξουθένωση και κατάθλιψη.

Χαρακτηριστικά, η ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τη Στρατηγική Υγείας και Ασφάλειας 2002-2006, κρούει το κώδωνα για τις αναδύομενες ασθένειες καθώς αντιστοιχούν στο 20% των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων και το κόστος τους σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα πρόληψης επαγγελματικού κινδύνου όπως η Δανία, η Νορβηγία, η Σουηδία και η Φιλανδία ξεπερνά το 2,5% του ΑΕΠ τους.

#### **2.4.1 Εργασιακό στρες και υγεία**

Το εργασιακό στρες έχει αναγνωριστεί ως ένας εργασιακός κίνδυνος ο οποίος δύναται να επηρεάσει την υγεία των εργαζομένων τόσο άμεσα όσο και έμμεσα, διαμορφώνοντας σε σημαντικό βαθμό το εισόδημα, το οποίο επιδρά αποφασιστικά στην υγεία. Σχετικά με τις άμεσες επιδράσεις η εργασία μπορεί να έχει ήπιες και άτυπες συνέπειες στην υγεία επηρεάζοντας το γενικότερο αίσθημα ευεξίας ή να έχει σοβαρές βλαπτικές επιδράσεις.

Βιβλιογραφικά αποδεικνύεται ότι οι επαγγελματικοί παράγοντες δύνανται να επιφέρουν βλάβες στην υγεία των εργαζομένων είτε εξαιτίας εργατικού ατυχήματος είτε χρόνιας έκθεσης που οδηγεί σε επαγγελματικό νόσημα (Σουρτζή & Βελονάκης 2004). Οι επαγγελματικές ασθένειες εκδηλώνονται λόγω της συστηματικής έκθεσης των εργαζομένων σε διάφορους βλαπτικούς παράγοντες που σχετίζονται με το αντικείμενο, τις συνθήκες και το τόπο εργασίας. Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (OSHA), περίπου 142.000 Ευρωπαίοι εργαζόμενοι πεθαίνουν κάθε χρόνο από αιτίες που σχετίζονται με επαγγελματικές ασθένειες, ενώ 8.000 άτομα χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας εργατικών ατυχημάτων.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, αν και εμπειρικά αναφέρονται παρόμοια περιστατικά και νέες εργατικές ασθένειες, τα καταγεγραμμένα νοσήματα στη χώρα εμφανίζουν πτωτική τάση σε αντίθεση με τα αυξανόμενα ποσοστά εργατικών ασθενειών που καταγράφονται στην υπόλοιπη Ε.Ε.(Kourouklis,2009). Το Μάρτιο του 2010 παρουσιάστηκε ο αναθεωρημένος κατάλογος επαγγελματικής παθολογίας της Διεθνούς Οργάνωσης Υγείας με 100 επιπλέον νοσήματα από την έκδοση του 2002 στον οποίο περιλαμβάνονται και ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (International Labor Organization 2010).

Καταδεικνύεται λοιπόν πως το εργασιακό άγχος επιβαρύνει τον ανθρώπινο οργανισμό, οι οργανικές συνέπειες του οποίου σχετίζονται με προβλήματα που αφορούν το καρδιαγγειακό, ανοσοποιητικό, μυοσκελετικό και ενδοκρινικό σύστημα (Luthans 1992).

Συνιστώσες του εργασιακού άγχους όπως ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το παρατεταμένο ωράριο, η σύγκρουση ρόλων, η μη ικανοποίηση από την εργασία, η μειωμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων έχουν συσχετιστεί με εμφάνιση υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου και εμφράγματος του μυοκαρδίου. Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, οι εργαζόμενοι που υφίστανται στρεσογόνο πίεση διατρέχουν τέσσερις με πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς τα υψηλά επίπεδα αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης βλάπτουν τα αιμοφόρα αγγεία και τους ιστούς στην καρδιά (Τούντας 1999).

Ενδιαφέροντα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι το 16% των ανδρών και το 22% των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν βιώσει έντονο εργασιακό στρες (Αντωνίου 2002). Μία από τις διαπιστώσεις της έρευνας «Whitehall II», οδηγεί στην αποδοχή του γεγονότος ότι η εργασία υψηλών απαιτήσεων–χαμηλού ελέγχου απόφασης και η εργασία υψηλών απαιτήσεων–χαμηλής απολαβής αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου (Shimizu et al.2003).

Το εργασιακό άγχος μπορεί να επηρεάσει το καρδιαγγειακό σύστημα όχι μόνο μέσω των βιολογικών μεταβολών αλλά και μέσω της διατροφικής συμπεριφοράς του ατόμου. Τα άτομα που λειτουργούν υπό καθεστώς εργασιακού στρες βρίσκουν διέξοδο στην ταχεία απόλαυση φαγητού πλούσιου σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι (Olszewski & Levine 2007).

Ιδιαίτερης σημασίας είναι οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους στο ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι καταστέλλει τη λειτουργία του καθιστώντας το άτομο ευάλωτο σε ιογενείς λοιμώξεις. Επιπρόσθετα κατηγορείται για αυτοάνοσες θυρεοειδοπάθειες όπως η χρόνια «θυρεοειδίτιδα Hashimoto», ο «υπερθυρεοειδισμός Graves» και η «θυρεοειδίτιδα της λοχείας» οι οποίες προσβάλλουν το 5% του συνολικού πληθυσμού (Brent 2008).

Το εργασιακό στρες επηρεάζει άμεσα το μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού. Τα πιο συχνά επαγγελματικά νοσήματα που σχετίζονται με το εργασιακό στρες είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις. Ως μυοσκελετικές παθήσεις ορίζονται οι βλάβες μυών του σώματος όπως οι μύες, οι σύνδεσμοι, οι τένοντες, οι αρθρώσεις, τα οστά και τα αγγεία οι οποίες προκαλούνται ή επιδεινώνονται από το άμεσο εργασιακό

περιβάλλον (OSHA 2007). Στην Ευρώπη το ¼ των εργαζομένων δηλώνει ότι υποφέρει από πόνους στη ράχη και στην οσφυϊκή χώρα ενώ το ¼ από μυαλγίες καθιστώντας έτσι τα προβλήματα αυτά ως τα συνηθέστερα που σχετίζονται με την εργασία (Eurofound, 2007).

Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ο αντίκτυπος των μυοσκελετικών παθήσεων στην οικονομία των ευρωπαϊκών χωρών. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην έκθεσή της «Fit for work Europe» που μελετά προβλήματα σχετιζόμενα με το εργασιακό περιβάλλον, αναφέρει ότι το 49% των αναρρωτικών αδειών οφείλονται σε μυοσκελετικά προβλήματα και κοστίζουν στην Ευρώπη 240 δισεκατομμύρια ευρώ ([www.ergasiaygeia.htm](http://www.ergasiaygeia.htm)).

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι το επαγγελματικό στρες αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την υγεία και την ασφάλεια του εργατικού δυναμικού της Ευρώπης (OSHA 2009).

#### **2.4.2 Εργασιακό στρες και ψυχική υγεία**

Πλήθος ερευνών κατατάσσει το εργασιακό άγχος ως έναν από τους κυριότερους επιβαρυντικούς παράγοντες για την εκδήλωση ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών, με τους εργαζόμενους που σχετίζονται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες υγείας να καταλαμβάνουν τα υψηλότερα ποσοστά (Tennant 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) επισημαίνει πως το 75% των ατόμων που αναζητούν ψυχιατρική υποστήριξη είναι άτομα με μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και έντονο εργασιακό στρες. Το εργασιακό στρες μπορεί να προκαλέσει καταστάσεις όπως κατάθλιψη, αϋπνίες και αισθήματα ανεπάρκειας (APA 2005). Παράλληλα επισημαίνει ότι ως το 2020 η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Κατάθλιψης, η κατάθλιψη αποτελεί το κύριο πρόβλημα στο τομέα της ψυχικής υγείας καθώς πάνω από 30 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πολίτες θα παρουσιάσουν κατάθλιψη σε κάποια φάση της ζωής τους (Olesen et al. 2012).



Όπως επισημαίνει ο αναπληρωτής καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Ιωάννης Τούντας, η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα αυτοκτονικών συμπεριφορών καθώς το 90% των περιπτώσεων αυτοκτονίας που λαμβάνουν χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση οφείλεται στο φαινόμενο της κατάθλιψης. Μελετώντας την περίπτωση της Ελλάδας, η κ. Αναστασία Rush, γενική διευθύντρια της Hellas Cap, τονίζει την ιδιαίτερη έξαρση της απόπειρας αυτοκτονιών, των φαινομένων βίας και επιθετικότητας που σχετίζονται με το άμεσο εργασιακό περιβάλλον.

Εύκολα λοιπόν διαπιστώνεται ότι το έντονο εργασιακό άγχος δύναται να συμβάλλει στην εκδήλωση εργασιακής συμπεριφοράς κύρια χαρακτηριστικά της οποίας θα είναι οι αδικαιολόγητες απουσίες από την εργασία, η χαμηλή εργασιακή απόδοση και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (International Council of Nurses 2007). Τη θλιβερή αυτή πραγματικότητα ενισχύει η δήλωση του ευρωβουλευτή Stephen Hughes σύμφωνα με την οποία: *«Η κατάθλιψη στον εργασιακό χώρο αποτελεί εργασιακή και κοινωνική πρόκληση, η οποία προκαλεί σοβαρά προβλήματα και απαιτεί την προσοχή και τη δράση της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η ένταξη της κατάθλιψης εντός του εργασιακού χώρου στη νέα στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία θα αποτελούσε εξαιρετική πρόοδο στην αποτελεσματικότερη προστασία των εργαζομένων της Ευρώπης, συμβάλλοντας τελικά στην οικονομική και κοινωνική ευημερία»*.

#### **2.4.3 Εργασιακό στρες και συμπεριφορά υγείας**

Αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης αποτελεί η συμπεριφορά του ατόμου έναντι του εαυτού του και της υγείας του (συμπεριφορά υγείας). Όταν ένα άτομο βιώνει έντονο στρες, τότε αυξάνεται η πιθανότητα να οδηγηθεί στην υιοθέτηση συμπεριφορών που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του.

Η Ogden (2000) περιέγραψε ως συμπεριφορές παθογένειας που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος το κάπνισμα, τη διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη και την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ενώ ο Αντωνίου (2008) αναφέρει ως ανοσοποιητικές συμπεριφορές το τακτικό έλεγχο της υγείας και την αναζήτηση πληροφοριών που την αφορούν. Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η συχνότητα της καπνιστικής

συνήθειας είναι υψηλότερη στις εργαζόμενες γυναίκες από ότι στο γενικό πληθυσμό (Kirkby et al.1976).

Έρευνες που διενεργήθηκαν σε άτομα που βιώνουν έντονο στρες όπου και μελετήθηκαν οι αλλαγές συμπεριφοράς υγείας λόγω αυτού, έδειξαν ότι τα συγκεκριμένα άτομα κατανάλωναν περισσότερο αλκοόλ, καπνό, καφέ και έτοιμο φαγητό ενώ ασκούσαν λιγότερο (Septoe et al. 1998).

Η μελέτη των περιγραφόμενων δεδομένων πιστοποιεί την άρρηκτη σχέση μεταξύ εργασιακού άγχους και εκδήλωση συμπεριφοράς υγείας, με την τελευταία να χαρακτηρίζεται από επιβλαβείς για την υγεία των εργαζομένων πρακτικές.

#### **2.4.4 Εργασιακό στρες και οικονομικό κόστος**

Η εκτεταμένη μελέτη του εργασιακού άγχους οδηγεί στη θλιβερή παραδοχή ότι εκτός από την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων επηρεάζει και την οικονομική ευρωστία των επιχειρήσεων αλλά και ολόκληρων εθνικών οικονομιών. Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Εργασίας, το επαγγελματικό στρες στοιχίζει στην αμερικανική οικονομία 200 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο, κόστος στο οποίο συμπεριλαμβάνονται οι ασφαλιστικές αποζημιώσεις, ο απουσιασμός, η κακά τήρηση του ωραρίου, η μείωση της παραγωγικότητας, τα ατυχήματα και οι πρόωροι θάνατοι, ενώ στην ευρωπαϊκή οικονομία το αντίστοιχο κόστος αγγίζει τα 20 δισεκατομμύρια ευρώ το χρόνο (American Institute of Stress 1992).

Σύμφωνα με τη μελέτη της Eurostat, το 2007 στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 υπολογίζεται ότι τα εργατικά ατυχήματα κόστισαν 83 εκατομμύρια ημερολογιακές μέρες απουσίας από την εργασία (Τούντας 2011). Παράλληλα, το μέσο κόστος των αποζημιώσεων εξαιτίας επαγγελματικού άγχους είναι υπερδιπλάσιο του μέσου κόστους των αποζημιώσεων από όλες τις άλλες αιτίες μαζί.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μία από τις κυριότερες επιπτώσεις του εργασιακού στρες είναι η πρόκληση ψυχιατρικών διαταραχών. Το σύνολο τους επιβαρύνει τόσο τα συστήματα υγείας όσο και τα συστήματα οικονομίας και κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη. Το οικονομικό κόστος των ψυχιατρικών διαταραχών στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα ανέρχεται σε 300 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως ενώ το κόστος των

ψυχικών νόσων ευθύνεται για την απώλεια 3-5% του ΑΕΠ στην Ευρωπαϊκή Ένωση κυρίως μέσω της μείωσης της παραγωγικότητας. Στον Πίνακα 2 καταγράφονται ορισμένα στατιστικά στοιχεία κόστους του εργασιακού στρες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Στατιστικά στοιχεία κόστους του εργασιακού στρες**

1.Ποσοστό μεταξύ 50-60% όλων των χαμένων ημερών εργασίας στην Ε.Ε έχει υπολογιστεί ότι σχετίζεται με το στρες
2.Στη Μ.Βρετανία 180 εκατομμύρια ημέρες εργασίας κατά έτος χάνονται εξαιτίας του εργασιακού στρες
3.Το 1,4 του ΑΕΠ κατά έτος στη Σουηδία διατίθεται για την κάλυψη προβλημάτων που αφορούν το στρες
4.Στη Νορβηγία οι ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία κοστίζουν το 10% του ΑΕΠ της χώρας
5.Το 5,5% του συνόλου των απουσιών από την εργασία στη Σουηδία οφείλεται στην εργασιακή πίεση
6.Τα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες ευθύνονται για τους μισούς από τους πρόωρους θανάτους στις ΗΠΑ

Πηγή: Αντωνίου (2002)

Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους με ορθολογικό και συστηματικό τρόπο προκειμένου να επιτευχθεί η προώθηση των ζητημάτων υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων.

#### **2.4.5 Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)**

Η μελέτη των επιπτώσεων του εργασιακού στρες δεν δύναται να ολοκληρωθεί χωρίς να επισημανθεί η ιδιαίτερη βαρύτητα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out). Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Freudenberger το 1974, για να περιγράψει τα συμπτώματα σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας (Freudenberger 1974). Από τότε και μέχρι σήμερα, δεν έχει υπάρξει ένας καθιερωμένος ορισμός για το συγκεκριμένο φαινόμενο.

Από τους πλέον αποδεκτούς ορισμούς του συνδρόμου θεωρείται αυτός που περιέγραψε η Christina Maslach το 1982, σύμφωνα με τον οποίο πρόκειται για ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά του συναισθήματα ενώ παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του, σχηματίζοντας αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Maslach 1982).

Σύμφωνα με τον Illhan, πρόκειται για μια επαγγελματική παθολογία που κυριεύει όσους εργαζόμενους σχετίζονται με επαγγέλματα κοινωνικού χαρακτήρα όπως είναι οι γιατροί, οι νοσηλεύτες, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι εκπαιδευτικοί (Illhan 2007). Η συγκεκριμένη πραγματικότητα ενισχύεται από ερευνητικές μελέτες τα αποτελέσματα των οποίων πιστοποιούν πως οι περιγραφόμενοι εργαζόμενοι βάλλονται από τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου όπως είναι η συναισθηματική εξουθένωση, η αποπροσωποίηση και η μειωμένη αίσθηση προσωπικής ικανότητας (Maslach and Jackson 1982).

Αποτελέσματα ερευνών αναδεικνύουν πως οι επαγγελματίες υγείας είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου ως απόρροια στρεσογόνων παραγόντων όπως ο φόρτος εργασίας, τα υψηλά επίπεδα στρες, οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους, τους προϊστάμενους και τους συγγενείς των ασθενών (Μαρβάκη και συν. 2007).

Το περιγραφόμενο φαινόμενο δύναται να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στο εργαζόμενο, όσο και στον κοινωνικό του περίγυρο και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών. Οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να έχουν τη μορφή συναισθηματικών ενδείξεων όπως αισθήματα αποθάρρυνσης και χαμηλής αυτοεκτίμησης καθώς και συμπτωμάτων σε επίπεδο συμπεριφοράς όπως ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας προς τους ασθενείς και έλλειψη σεβασμού (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995). Για τους οργανισμούς, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να είναι δαπανηρή οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε απουσίες και μειωμένη απόδοση με άμεση συνέπεια την επίδραση της συνολικής αποδοτικής λειτουργίας του οργανισμού (Maslach et al. 2001).

Εν κατακλείδι, η περιγραφή του συνδρόμου αποδεικνύει πως αποτελεί ζήτημα υψίστης σημασίας η προστασία των εργαζομένων απ' αυτό προκειμένου να επιτευχθεί μια δυναμική ισορροπία μεταξύ ανθρώπου και κοινωνία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Αλκοόλ και Αλκοολισμός

#### 3.1 Αλκοόλ: εννοιολογική προσέγγιση

Η αιθανόλη ή αιθυλική αλκοόλη ή απλά οινόπνευμα, είναι χημική οργανική ένωση αποτελούμενη από άνθρακα, υδρογόνο και μια ομάδα κορεσμένων μονοσθενών αλκοολών ( $C_nH_{2n+1}O$ ). Η αιθανόλη είναι η αλκοόλη των οينوπνευματοδών ποτών, γι' αυτό ονομάζεται και οινόπνευμα. Το εμπειρικό όνομα φαίνεται να προέρχεται από το αραβικό  $Al\ Cu\ h\ l$  (καλλωπιστική σκόνη αντιμονίου αλλά και το προϊόν απόσταξης), όρος από τον οποίο προέρχεται και η ονομασία ολόκληρης της ομόλογης σειράς των αλκοολών (John Mc Murry 2010).

Η αιθυλική αλκοόλη είναι υγρό, άχρωμο και ευδιάλυτο στο νερό. Έχει ευχάριστη γεύση και σχετικά ευχάριστη αν και δριμεία οσμή. Η αιθανόλη αναμιγνύεται με το νερό σε κάθε αναλογία και κατά τημ ανάμειξη παρατηρείται ελάττωση όγκου ενώ εκλύεται θερμότητα. Όταν η αιθυλική αλκοόλη καταποθεί σε μικρές ποσότητες, προκαλεί αίσθημα ευφορίας. Σε μεγαλύτερες ποσότητες, διαταράσσει την ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου προκαλώντας την κατάσταση που αποκαλείται μέθη. Σε ακόμα μεγαλύτερες ποσότητες, προκαλεί απώλεια αισθήσεων και σε σπάνιες περιπτώσεις θάνατο (John Mc Murry 2010).

#### 3.2 Ιστορική αναδρομή

Τα οينوπνευματώδη ποτά χρονολογούνται από την 6 χιλιετία π.Χ στην Περσία, όπου κατανάλωναν συστηματικά ένα βαρύ είδος ζύθου. Οι κάτοικοι της Μεσοποταμίας και της Αιγύπτου, έκαναν χρήση αλκοόλ κάθε βράδυ ως μέσο ανακούφισης μετά από μια κουραστική μέρα. Στην Αρχαία Αίγυπτο, υπήρχαν μέρη συνάθροισης για τους πολίτες και τους δούλους όπου χαλάρωναν και διασκεδάζαν τόσο με την οινοποσία όσο και με τη μουσική. Από τα αρχαία χρόνια, η παραγωγή, η πώληση και η κατανάλωση αλκοόλ ήταν εξαρτώμενη από ιδιαίτερα αυστηρούς νόμους. Οι Σουμέριοι και οι Βαβυλώνιοι αποτελούν υπόδειγμα νομοθεσίας στη ρύθμιση όλων των ζητημάτων γύρω από το

αλκοόλ. Σημαντικότερο εύρημα της περιόδου ο «Κώδικας του Χαμουραμπί» που περιείχε διατάξεις που ρύθμιζαν τον κανονισμό λειτουργίας των οίκων οινοποιίας.

Στην Αρχαία Ελλάδα ευδοκίμωσε το σιτάρι, το αμπέλι και η ελιά. Όσοι δεν έτρωγαν ψωμί και δεν έπιναν κρασί θεωρούνταν βάρβαροι. Ο κύκλωπας Πολύφημος, όντας άγριος, αγνοούσε το κρασί και τρέφονταν μόνο με κρέας και γαλακτομικά. Στο Συμπόσιο του Πλάτωνα περιγράφονται οι διαδικασίες της σωστής οινοποιίας, ενώ ο Ξενοφών στην «Κύρου Ανάβασις», αναφέρει ότι επιστρέφοντας με τους μύριους από την Περσία είδε στην Αρμενία να πίνουν κρασί από κριθάρι.

Ο οίνος, ως κύριο ποτό των Αρχαίων Ελλήνων, είχε άμεση σχέση με τον χαρακτήρα και τον πολιτισμό τους. Στην τέχνη, το κύριο θέμα της ποίησης και της μουσικής ήταν συνδεδεμένο με τον οίνο. Οι Έλληνες επιθυμούσαν πάντα το τέλειο στις απολαύσεις τους. Δεν γνώριζαν το ζύθο, τον περιφρονούσαν (Τσαρούχας 1994).

Ποτά με υψηλή συγκέντρωση οινοπνεύματος παρήχθησαν για πρώτη φορά από τους Αλχημιστές με τη χρήση της απόσταξης. Ως ποτό, η μύρα ήταν γνωστή από τους προϊστορικούς χρόνους. Παρασκευάζονταν από αλεύρι ή σπόρους δημητριακών στην Ασσυρία, τη Βαβυλωνία και την Αίγυπτο (5000–2000 π.Χ). Στην Αίγυπτο, η βιομηχανία της προστατεύονταν από τους ίδιους τους Φαραώ. Οι Κινέζοι απόσταξαν ένα ποτό από μύρα ρυζιού γύρω στο 800 π.Χ ενώ το αράκ αποσταζόταν στις Ανατολικές Ινδίες από καλαμοσάκχαρο και ρύζι. Οι Άραβες ανέπτυξαν μια μέθοδο απόσταξης για την παραγωγή ποτού από κρασί.

Οι λαοί της Β. Ευρώπης έμαθαν την τέχνη της ζυθοποιίας από τους Ρωμαίους. Η παρασκευή ποτών με απόσταξη ήταν γνωστή στη Βρετανία πριν από τη ρωμαϊκή κατάκτηση. Παρόμοια ποτά κατασκευάζονταν σε Ισπανία, Γαλλία και την υπόλοιπη Δ. Ευρώπη, κυρίως μετά τον 8<sup>ο</sup> αιώνα που ήρθαν σε επαφή με τους Άραβες. Αν και το οινόπνευμα είναι το παλαιότερο και το πιο διαδεδομένο νόμιμο ναρκωτικό, η νομιμότητά του δεν είναι δεδομένη. Η ποτοαπαγόρευση στις Η.Π.Α, το 1920, ή η απαγόρευση που ισχύει για τους περισσότερους μουσουλμάνους καθιστούν την κατανάλωση οινοπνεύματος ιδιαίτερα αμφιλεγόμενο θέμα.

### 3.3 Αλκοόλ και υγεία

Το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά σε όλη την καταγεγραμμένη ιστορία. Οι θεραπευτικές του ιδιότητες έχουν καταγραφεί 191 φορές στην Παλαιά και την Καινή Διαθήκη (Straus 1979). Στο πέρασμα των χρόνων, πλήθος μελετών πιστοποιεί τα οφέλη της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ για την υγεία. Ως μέτρια κατανάλωση ορίζεται από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και Αλκοολισμού (NIAAA), η κατανάλωση τεσσάρων ποτών σε οποιαδήποτε ημέρα με μέσο όρο τα 14 ποτά την εβδομάδα για τους άνδρες και η κατανάλωση τριών ποτών σε οποιαδήποτε ημέρα με μέσο όρο τα 7 ποτά την εβδομάδα για τις γυναίκες.

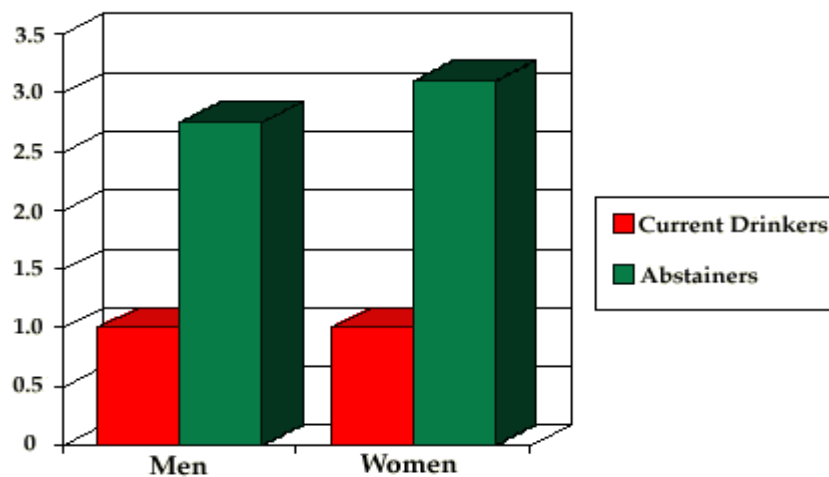
Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με τη μείωση των πιθανοτήτων εκδήλωσης καρδιακής νόσου (NIAAA 2004). Η συγκεκριμένη πραγματικότητα αποκτά ακόμη μεγαλύτερη βαρύτητα αν αναλογιστεί κανείς ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις Η.Π.Α, καθώς οι ασθένειες που σχετίζονται με την καρδιά σκοτώνουν 1.000.000 Αμερικανούς το χρόνο (AHA 1997). Έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου για την Κατάχρηση Αλκοόλ και Αλκοολισμού, διαπίστωσε ότι το χαμηλότερο ποσοστό θανάτων από όλες τις αιτίες παρατηρείται στο επίπεδο του ενός έως δύο ποτά την ημέρα (NIAAA 2004), ενώ μελέτη του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ διαπίστωσε ότι το ποσοστό του κινδύνου για θάνατο από όλες τις αιτίες είναι 21% με 28% χαμηλότερο μεταξύ των ανδρών που κάνουν μέτρια κατανάλωση αλκοόλ σε σύγκριση με αυτούς που δεν καταναλώνουν αλκοόλ (Camargo et al, 1997).

Μελέτη του κέντρου έρευνας για τον καρκίνο στη Χονολουλού που διεξήχθη σε 40.000 ανθρώπους, απέδειξε ότι τα άτομα που καταναλώνουν μέτρια ποσότητα αλκοόλ φαίνεται να έχουν χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από τα άτομα που δεν κάνουν χρήση αλκοόλ (Maskarinec et al. 1998), ενώ έρευνα σε μεσήλικους Κινέζους άνδρες πιστοποίησε τη συσχέτιση της κατανάλωσης δύο ποτών την ημέρα με τη μείωση του κινδύνου θνησιμότητας κατά 19% (De Groot & Zock 1998).

Παράλληλα, η συστηματική ανασκόπηση 26 μελετών οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η κατανάλωση δύο ποτών την ημέρα σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, ενώ μελέτη της Αμερικανικής Καρδιολογικής Ένωσης απέδειξε πως η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με δραματική μείωση του κινδύνου εκδήλωσης εγκεφαλικού επεισοδίου σε άνδρες και γυναίκες ανεξάρτητα από

την ηλικία και την εθνότητα (ΑΗΑ 1997). Η ίδια έρευνα, κατέληξε στο συμπέρασμα πως ο κίνδυνος εκδήλωσης εγκεφαλικού επεισοδίου είναι διπλάσιος στα άτομα που απέχουν από το αλκοόλ σε σύγκριση με τα άτομα που καταναλώνουν μέτρια ποσότητα όπως διαφαίνεται στο *Γράφημα 1*.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 1** Αποτελέσματα έρευνας σχετικά με το ρίσκο εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου σε μετριοπαθείς πότες και μη



Πηγή: *Rodgers, H. et al. (1993)*

Αποτελέσματα ερευνών πιστοποιούν πως η ευεργετική δράση της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ συνδέεται με τη μείωση των πιθανοτήτων εκδήλωσης ασθενειών όπως η αρθρίτιδα, η οστεοπόρωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος Alzheimer, η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη, ο καρκίνος του θυρεοειδούς και ο καρκίνος του νεφρού.

Από την άλλη όψη του νομίσματος, η ποσότητα οινοπνεύματος που μπορεί να βλάψει τον ανθρώπινο οργανισμό δεν έχει καθοριστεί με ακρίβεια και διαφέρει από άτομο σε άτομο ανάλογα με τη φυσική αντοχή καθώς και με την ύπαρξη ή μη άλλων επιβαρυντικών παραγόντων.



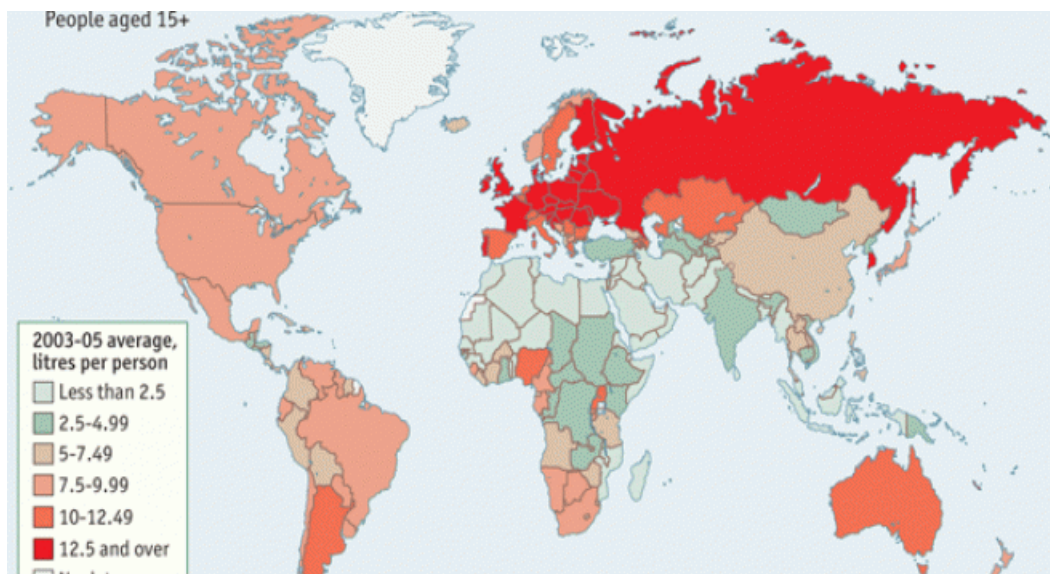
### 3.3.1 Διαβαθμίσεις κατανάλωσης αλκοόλ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ 2005), η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

- *Επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ*: Ως επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ έχει οριστεί το επίπεδο ή ο τρόπος κατανάλωσης που είναι πιθανόν να οδηγήσει σε βλάβη εάν οι συνήθειες κατανάλωσης επιμείνουν. Δεν υπάρχει καθορισμένη συμφωνία για το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ. Ο ορισμός του ΠΟΥ την περιγράφει ως τη μέση ημερήσια κατανάλωση 20-40 gr αλκοόλης για τις γυναίκες και 40-60 gr για τους άνδρες.
- *Επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ*: Ως επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται η μορφή κατανάλωσης που σχετίζεται με πρόκληση βλάβης στην υγεία είτε οργανική (όπως κίρρωση του ήπατος) είτε ψυχική (όπως η δευτερογενής κατάθλιψη που ακολουθεί τη χρήση αλκοόλ). Βασισόμενος σε επιδημιολογικά στοιχεία που συσχετίζουν την κατανάλωση αλκοόλ με τη βλάβη, ο ΠΟΥ υιοθέτησε τον ορισμό για την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ τη μέση κατανάλωση άνω των 40 gr αλκοόλης ημερησίως στις γυναίκες και άνω των 60 gr για τους άνδρες.
- *Βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (BINGE DRINKING)*: Ο όρος αυτός εμπεριέχει εκτός από τη βαριά κατανάλωση, την έννοια του σε μία μόνη περίπτωση ή «συνεδρία χρήσης» ή στην καθομιλουμένη στη «καθισιά». Η χρήση οδηγεί στη τοξίκωση. Ένας άλλος ορισμός θα μπορούσε να είναι η κατανάλωση σε μία μόνο περίπτωση το λιγότερο 60 gr αλκοόλης.

Μελέτες σχετικές με τη θνησιμότητα και τη κατανάλωση οινοπνεύματος, έχουν αποδείξει ότι στους χρόνιους πότες, η θνησιμότητα είναι τριπλάσια από ότι στους μη πότες. Στον Καναδά υπολογίστηκε ότι το 6% του συνόλου των θανάτων για τα άτομα 1-70 ετών οφειλόταν στην αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος με το αντίστοιχο ποσοστό στις Η.Π.Α να αγγίζει το 8% (Τούντας 2011). Από τα πιο συχνά νοσήματα που συνδέονται με την επέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ είναι τα εγκεφαλικά επεισόδια, η κίρρωση του ήπατος, η αλκοολική γαστρίτιδα, το πεπτικό έλκος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι ψυχιατρικές διαταραχές.

## ΕΙΚΟΝΑ 6 Παγκόσμιος Χάρτης Κατανάλωσης Αλκοόλ ( 2003 – 2005)



Πηγή: Π.Ο.Υ. (2005)

Στο πλαίσιο των κοινωνικών προβλημάτων που γεννά η αλόγιστη κατανάλωση οινοπνεύματος υπερλαμβάνονται η διατάραξη των συζυγικών και οικογενειακών σχέσεων, τα εργασιακά προβλήματα, τα εργατικά ατυχήματα και ο κοινωνικός στιγματισμός. Στη Μεγάλη Βρετανία, η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται η αιτία για το 60% των αποπειρών αυτοκτονίας, το 30% των διαζυγίων, το 40% της ενδοοικογενειακής βίας και το 20% της κακοποίησης παιδιών (Τούντας 2011).

### 3.4 Αλκοολισμός: εννοιολογική προσέγγιση

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ το 1952: «ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς που εκδηλώνεται με επανειλημμένη, σταθερή και συνεχή χρήση οινοπνεύματος και οινοπνευματωδών ποτών σε ποσότητες οι οποίες είναι έξω από το κοινωνικό ή και ιατρικό πλαίσιο. Η χρήση αυτή γίνεται σε βαθμό που επηρεάζει δυσμενώς την υγεία του χρήστη και την επαγγελματική, κοινωνική και ευρύτερη λειτουργία του. Ο αλκοολισμός είναι ασθένεια και σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπιστεί».

Ως αλκοολισμός ορίζεται οποιαδήποτε χρήση αλκοολούχων ποτών που προκαλεί βλάβη στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δύο. Η εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ γίνεται σε μεγάλο χρονικό διάστημα και ύστερα από συχνή και χωρίς μέτρο χρήση (Μπομπολάκη & Σταματελοπούλου 2004).

Ο αλκοολισμός, αναφέρεται σε οποιοδήποτε όρο που οδηγεί στη συνεχή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών παρά τα προβλήματα υγείας και τις αρνητικές κοινωνικές συνέπειες που προκαλεί. Οι ιατρικοί οργανισμοί περιγράφουν τον αλκοολισμό ως ασθένεια ο οποίος οδηγεί σε μια επίμονη χρήση του οινοπνεύματος. Ο αλκοολισμός που αναφέρεται επίσης ως dipsomania, μπορεί να αναφερθεί σε μια ανησυχία με ή έναν εξαναγκασμό προς την κατανάλωση οινοπνεύματος ή μιας εξασθενησμένης δυνατότητας να αναγνωριστούν τα αρνητικά αποτελέσματα της υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος (Ποταμιάνος 1991).

### **3.4.1 Εξάρτηση και αλκοολισμός**

Η ύπαρξη χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ συμβάλλει σταδιακά στην ανάπτυξη ενός βαθμού ανοχής στον οργανισμό. Αυτό σημαίνει ότι για να επιτευχθεί το ίδιο φαρμακολογικό αποτέλεσμα στον οργανισμό, απαιτούνται όλο και υψηλότερες συγκεντρώσεις αλκοόλ στο αίμα. Η συνεχόμενη αύξηση του βαθμού ανοχής οδηγεί σταδιακά σε «σωματική εξάρτηση», δηλαδή σε εκδήλωση δυσάρεστων συμπτωμάτων που ονομάζονται «στερητικά συμπτώματα» τα οποία εκδηλώνονται όταν δεν υπάρχουν επαρκή επίπεδα αλκοόλης στο αίμα (Beststrong.org.gr).

### **3.4.2 Διαγνωστικά κριτήρια αλκοολισμού**

Σύμφωνα με την τελευταία ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, τα διαγνωστικά κριτήρια της εξάρτησης και κατάχρησης αλκοόλ είναι παρόμοια με αυτά που ισχύουν για τις υπόλοιπες ψυχοτρόπες ουσίες. Τα συγκεκριμένα αυτά κριτήρια παρατίθενται στον Πίνακα 3.

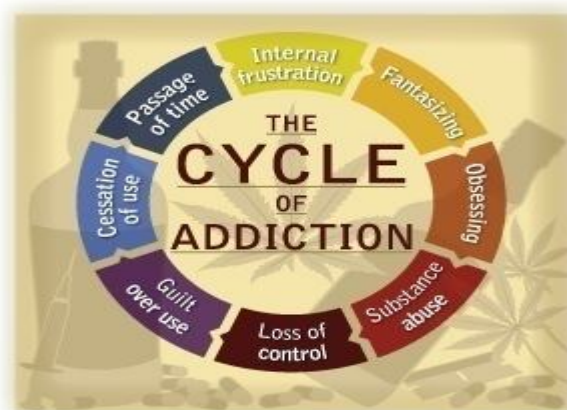
Ο όρος αλκοολισμός δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμος με την εμφάνιση σωματικής εξάρτησης από το αλκοόλ. Ο αλκοολισμός, είναι μια κατάσταση κατά την οποία δημιουργούνται στο άτομο προβλήματα υγείας, εργασίας και κοινωνικά προβλήματα, ανεξάρτητα από το κατά πόσον έχει αναπτυχθεί σωματική εξάρτηση στο αλκοόλ ή όχι.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Διαγνωστικά κριτήρια αλκοολισμού σύμφωνα με την APA

Εξάρτηση από αλκοόλ
Συνιστά έναν παθολογικό τύπο χρήσης οινοπνεύματος που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή δυσφορία και εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα τα οποία συμβαίνουν οποτεδήποτε σε μια 12μηνη περίοδο:
<b>1)Ανοχή:</b> ανάγκη για σαφώς αυξημένες ποσότητες αλκοόλ προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή τοξίκωση ή σαφώς μειωμένο αποτέλεσμα με τη συνέχιση της χρήσης της ίδιας ποσότητας αλκοόλ.
<b>2)Στέρηση:</b> χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για το αλκοόλ ή λαμβάνεται η ίδια ουσία για την ανακούφιση ή αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων.
<b>3)Το αλκοόλ συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους παρά την αντίθετη πρόθεση του ατόμου.</b>
<b>4)Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή ελεχθεί η χρήση του αλκοόλ.</b>
<b>5)Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται για δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση , τη χρήση ή την ανάνηψη από την δράση του αλκοόλ.</b>
<b>6)Περιορισμός σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης του αλκοόλ.</b>
<b>7)Συνέχιση της χρήσης του αλκοόλ παρόλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από το αλκοόλ.</b>

Πηγή: *American Psychiatric Association (1994).  
Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition, Washington DC*

### ΕΙΚΟΝΑ 7 Κύκλος εθισμού



Πηγή: *Cycle of addiction. Recovery Connection (2013)*

### **3.5 Παράγοντες κινδύνου αλκοολισμού**

Η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ συμβάλλουν σημαντικά σε παγκόσμιο επίπεδο στην πρόκληση ασθενειών και αποτελούν το πέμπτο σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου πρόωρων θανάτων και αναπηριών στον κόσμο (WHO 2007). Η μέτρηση του μεγέθους του προβλήματος με βάση το δείκτη DALY'S που συνδυάζει τα χαμένα έτη ζωής από την πρώιμη θνησιμότητα ή αναπηρία πιστοποιεί το γεγονός ότι στην κατανάλωση αλκοόλης οφείλεται παγκοσμίως το 4% των χαμένων ετών ζωής από πρώιμη θνησιμότητα ή ανικανότητα ποσοστό που ειδικά για τους άνδρες ανέρχεται σε 6,5%, έναντι 1,3% για τις γυναίκες. Οι εκτιμήσεις αυτές αναγάγουν το αλκοόλ στο δεύτερο σημαντικότερο συμπεριφορικό παράγοντα μετά το κάπνισμα (WHO 2004). Για την καλλιέργεια της συγκεκριμένης θλιβερής πραγματικότητας ενοχοποιείται ένα πλήθος γενετικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων.

#### **3.5.1 Γενετικοί παράγοντες κινδύνου**

Το έργο της επιστημονικής κοινότητας στο πέρασμα των δεκαετιών έχει συμβάλλει στον εντοπισμό κάποιων γενετικών παραγόντων που δύναται να επηρεάσουν τη συμπεριφορά κάποιων ατόμων απέναντι στη χρήση ουσιών ή τα επίπεδα ανοχής τους κατά τη χρήση τους, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο θέμα εξάρτησης από το αλκοόλ λόγω των υψηλότερων ποσοστών κατάχρησης της συγκεκριμένης ουσίας.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι συγκεκριμένα γονίδια εμπλέκονται στη φυσιοπαθολογία στον αλκοολισμό, καθορίζοντας σε μεγάλο βαθμό την ευαλωτότητα στην εξάρτηση από το αλκοόλ (NIDA 2010). Παράλληλα, αποτελέσματα επιδημιολογικών ερευνών υποστηρίζουν, ότι η ύπαρξη ενός αλκοολικού βιολογικού γονέα φαίνεται να αυξάνει ορισμένες φορές την πιθανότητα ανάπτυξης αλκοολικής συμπεριφοράς από τα παιδιά (Countryman 2005), ενώ άλλες φορές όχι (Spooner 2009). Οι αντικρουόμενες αυτές θεωρίες πιστοποιούν το γεγονός πως δεν υπάρχουν ακόμα ξεκάθαρα αποτελέσματα ως προς τη βατότητα της γενετικής επίδρασης στην εκδήλωση της συγκεκριμένης παραβατικής συμπεριφοράς.

### **3.5.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου**

Το περιβάλλον, φαίνεται να είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη συμπεριφοράς εξάρτησης από ουσίες. Οι γονείς αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς για τα παιδιά με αποτέλεσμα οι όποιες συνήθειες των συγκεκριμένων ατόμων να έχουν αντίκτυπο στα παιδιά κατά την εφηβική κυρίως ηλικία μέσω της μίμησης προτύπων (Spooner 2009), ενώ ένα βίαιο οικογενειακό περιβάλλον αυξάνει τις πιθανότητες εξάρτησης από ουσίες (Hyuckun 2012).

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας ερευνάται ως προβλεπτικός παράγοντας κατάχρησης, καθώς τα άτομα που δραστηριοποιούνται σε πιο φτωχές γειτονιές τείνουν να έχουν αυξημένες πιθανότητες ροπής προς το αλκοόλ κυρίως λόγω της ανεκτικότητας του συγκεκριμένου περιβάλλοντος προς αυτή τη συμπεριφορά (Spooner 2009).

### **3.5.3 Ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου**

Η προσωπικότητα του ατόμου γνωστοποιεί το κίνδυνο που διατρέχει το άτομο να αναπτύξει συμπεριφορές εξάρτησης από ουσίες. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα, καταθλιπτική συμπεριφορά και κοινωνική απομόνωση έχουν αυξημένες πιθανότητες να οδηγηθούν στην υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών (Spooner 2009).

Η κατάχρηση ουσιών εμφανίζεται ταυτόχρονα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Το ένα τρίτο των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή έχει κάνει κατάχρηση αλκοόλ (Gilvargy 2010), ενώ η ύπαρξη κάποιας διαταραχής άγχους προηγείται της έναρξης κατάχρησης ουσιών (Hemphala & Tengstrom 2010).

Παράλληλα αποτελέσματα ερευνητικών μελετών, πιστοποιούν τη συσχέτιση συμπτωμάτων σχιζοφρένειας και εθισμού στο αλκοόλ. Η κατάχρηση αλκοόλης είναι ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις περιπτώσεις σχιζοφρενών ασθενών καθώς δύναται να συμβάλει στη μείωση της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής (Countryman 2005).

Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι συχνά παρούσα στις περιπτώσεις εθισμού σε ουσίες. Το 70% των ατόμων που έχουν οδηγηθεί σε επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας έκαναν χρήση ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ (Countryman 2005). Έρευνες που διενεργήθηκαν σε άτομα με χρόνια πρόβλημα εθισμού κατέδειξαν πως το 20% των εθισμένων έχουν κάνει τουλάχιστον μία απόπειρα αυτοκτονίας κατά την τελευταία διετία, ενώ υπολογίζεται ότι η πιθανότητα να κάνει κάποιος απόπειρα αυτοκτονίας τριπλασιάζεται όταν βρίσκεται υπό την επήρεια αυξημένων δόσεων αλκοόλης (Esposito- Smythers & Spirito 2004).

### **3.6 Συμπτώματα αλκοολισμού**

Το άτομο που βρίσκεται υπό καθεστώς επίμονης και συνεχούς χρήσης οινοπνεύματος δύναται να εκδηλώσει συγκεκριμένη συμπτωματολογία η οποία αντικατοπτρίζει τόσο τη φυσική του κατάσταση όσο και τη συμπεριφορά του.

#### **3.6.1 Σωματικά – φυσικά συμπτώματα**

Στο πλαίσιο των σωματικών και φυσικών συμπτωμάτων που δύναται να παρουσιάσουν τα άτομα που λειτουργούν υπό την επήρεια αυξημένων δόσεων οινοπνεύματος και μπορούν να βοηθήσουν τους ειδικούς στη διάγνωση του προβλήματος, συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα όπως, η σταδιακή επιδείνωση της φυσικής κατάστασης, η αύξηση ή απώλεια σωματικού βάρους, το τρέμουλο των χεριών, η αλλαγή του χρώματος του δέρματος, τα κίτρινα ή ερεθισμένα μάτια, ο υποσιτισμός, η διόγκωση χεριών, αστραγάλων και ποδιών, τα χρόνια γαστρικά προβλήματα (δυσπεψία, έλκη), η υπέρταση, η αρρυθμία, η σεξουαλική ανικανότητα και οι υπερβολικές σκηνές ζηλοτυπίας (Κουτσιανοπούλου & Κρομμύδα 2013).

#### **3.6.2 Συμπεριφορικά συμπτώματα**

Η μακροχρόνια μελέτη του προβλήματος εθισμού στο αλκοόλ από την επιστημονική κοινότητα καταδεικνύει το γεγονός πως τα άτομα που είναι εγκλωβισμένα στον κυκλώνα της χρόνιας κατάχρησης αλκοόλης παρουσιάζουν σημαντικές αλλαγές που αφορούν το τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται στην καθημερινότητά τους.

Πιο συγκεκριμένα, ως τέτοια συμπεριφορικά συμπτώματα κατοχυρώνονται τα ακόλουθα: τα άτομα πίνουν σε διαφορετικούς χρόνους ή τόπους, πίνουν το πρωί, οργανώνουν τις δραστηριότητες γύρω από την κατανάλωση, βρίσκουν δικαιολογίες για την κατανάλωση, είναι μυστικοπαθή ή προστατευτικά για τον ανεφοδιασμό οινοπνεύματος, πίνουν παρά τα προβλήματα υγείας και καθίστανται ορατά μεθυσμένα. Παράλληλα, εμφανίζουν ακανόνιστα σχέδια ύπνου, εκδηλώνουν υπερβολική οξυθυμία και ανησυχία, χαρακτηρίζονται από αδικαιολόγητες δυσαρέσκειες και αυτοκαταστροφικές σκέψεις, χάνουν το ενδιαφέρον τους για δραστηριότητες και κοινωνικές συναναστροφές, εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης ενώ είναι επιρρεπή σε ασυνήθιστους τραυματισμούς (Κουτσιανοπούλου & Κρομμύδα 2013).

### **3.7 Επιπτώσεις αλκοολισμού**

Ο αλκοολισμός και οι διαταραχές που συνδέονται με αυτόν αποτελούν μείζον πρόβλημα υγείας και τις περισσότερες φορές μια δυσεπίλυτη θεραπευτική πρόκληση. Ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια, εξελισσόμενη και δυνητικά θανατηφόρος νόσος η οποία δύναται να προκαλέσει πλήθος σοβαρών σωματικών, ψυχιατρικών και κοινωνικών επιπλοκών (Karlan & Sadock 1998).

#### **3.7.1 Αλκοολισμός και σωματική υγεία**

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, αποτελεί τη βασική αιτία για το 7,4% των προβλημάτων υγείας και των πρόωρων θανάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για περισσότερα από 60 νοσήματα και διαταραχές όπως είναι οι ασθένειες του ήπατος, η υπέρταση, ο καρκίνος, ο διαβήτης και οι καρδιοπάθειες.

#### *Επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα*

Η κύρια δράση της κατανάλωσης οινοπνεύματος αφορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η φαρμακολογική του δράση είναι κατασταλτική και όχι διεγερτική. Σε μεγάλες συγκεντρώσεις το κατασταλτικό αποτέλεσμα της δράσης του αλκοόλ είναι ιδιαίτερα εμφανές και μοιάζει με εκείνο των αναισθητικών φαρμάκων. Τα πρώτα



συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ εκδηλώνονται μόλις η συγκέντρωση του αλκοόλ ξεπεράσει τα 40mg% και περιλαμβάνουν εξασθένηση της μνήμης και της προσοχής, ήπιες διαταραχές του λόγου, διαταραχές στην εκτέλεση λεπτών χειρισμών και ελάττωση της αντίδρασης σε αισθητηριακά ερεθίσματα (Bestrong.org.gr).

Η πυκνότητα των 40mg μπορεί να επιτευχθεί πολύ εύκολα στον οργανισμό π.χ με την κατανάλωση 60γρ. ουϊσκι ή 200γρ. κρασιού. Σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις, παρατηρείται σταδιακή θόλωση της διάνοιας (μέθη) και κεφαλαλγίες. Σε ακόμα υψηλότερες συγκεντρώσεις, εμφανίζεται η εικόνα της βαριάς μέθης και της δηλητηρίασης με σύγχυση, λήθαργο και κώμα. Ο θάνατος είναι σπάνιος σε αυτήν την περίπτωση.

Στο νευρικό σύστημα, η υπερβολική και παρατεταμένη κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί ποικίλες βλάβες του εγκεφάλου και των περιφερικών νεύρων που μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές αναπηρίες διαφόρων μορφών. Επιπλέον, δύναται να εμφανιστεί επιληψία με το σχετικό κίνδυνο ήδη από τη μέτρια κατανάλωση να είναι 7,5 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάνουν χρήση.

#### *Επίδραση στο πεπτικό σύστημα*

Η κίρρωση του ήπατος είναι ίσως η πιο ευρέως αναγνωρισμένη επιπλοκή του χρόνιου αλκοολισμού. Πρόκειται για μια σοβαρή και μη αναστρέψιμη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την προοδευτική αντικατάσταση του υγιούς ιστού του ήπατος με ουλές η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ηπατική ανεπάρκειες και θάνατο.

Οι χρόνιοι χρήστες έχουν κατά μέσο όρο 7,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ηπατική κίρρωση απ' ότι οι μη χρήστες, με τους άνδρες να εμφανίζουν 13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα. Το ποσοστό των αλκοολικών που αναπτύσσουν κίρρωση κυμαίνεται από 2% έως 30%, ενώ για πότες που καταναλώνουν περισσότερα από 180γρ. οινοπνεύματος την ημέρα για 15 χρόνια το ποσοστό αυτό αγγίζει το 51%. Αποτελέσματα ερευνητικών μελετών πιστοποιούν πως από το σύνολο των θανάτων που προκαλούν οι παθήσεις του ήπατος το 80% αυτών οφείλεται στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών (Τούντας 2011).

### *Επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα*

Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος σχετίζεται με την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, την υπέρταση, την μυοκαρδιοπάθεια, τις καρδιακές αρρυθμίες και την καρδιακή ανεπάρκεια (Friedman 1998). Το οινόπνευμα αυξάνει τόσο τη συστολική όσο και τη διαστολική αρτηριακή πίεση, χωρίς να είναι γνωστός ο μηχανισμός. Η υπέρταση σχετίζεται με βαριές περιπτώσεις κατανάλωσης αλκοόλης (Murray 2002), ενώ το οινόπνευμα ευθύνεται για το 11% της υπέρτασης στους άνδρες, αποτελώντας το δεύτερο σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου μετά την παχυσαρκία. Στη Γαλλία, το 19,1% των πρόωρων θανάτων στους άνδρες και το 13% στις γυναίκες αποδίδεται στην κατανάλωση οινοπνεύματος (Τούντας 2011).

Η αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια, που είναι αρκετά σπάνια πάθηση, οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στη χρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος η οποία έχει παράλληλα ενοχοποιηθεί για την αύξηση της συχνότητας ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής.

### *Κατανάλωση οινοπνεύματος και καρκίνος*

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συγκαταλέγει το οινόπνευμα στις καρκινογόνες ουσίες. Οι Doll και Peto, το 1981, εκτιμούσαν ότι το 3% των κακοήθων νεοπλασιών οφείλονταν στο οινόπνευμα, ενώ ο ΠΟΥ υπολόγισε ότι το ποσοστό αυτό στη Μ. Βρετανία το 1991 ανερχόταν σε 4% για τους άνδρες και σε 6% για τις γυναίκες (Τούντας 2011).

Οι περισσότερες μελέτες έχουν πιστοποιήσει τη συσχέτιση της κατανάλωσης οινοπνεύματος με την εμφάνιση του καρκίνου του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του υποφάρυγγα, του οισοφάγου και του ήπατος (WHO 2000), χωρίς να έχει αποσαφηνιστεί ο μηχανισμός καρκινογένεσης. Σε ότι αφορά τον πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος, η αυξημένη συχνότητα στους πότες, άλλοτε οφείλεται σε προϋπάρχουσα κίρρωση του ήπατος εξαιτίας του οινοπνεύματος και άλλοτε σε άμεση ανάπτυξη του πρωτοπαθούς καρκίνου, ενώ αποτελέσματα ερευνών πιστοποιούν τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης του καρκίνου του παγκρέατος σε χρόνιους πότες.

Σχετικά με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, οι έρευνες που διενεργήθηκαν πριν το 1995 δεν απέδειξαν τη συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ και του συγκεκριμένου καρκίνου, μια αλήθεια όμως που καταρρίπτουν πρόσφατες μελέτες σύμφωνα με τις οποίες το αλκοόλ έχει άμεση σχέση με τον καρκίνο του μαστού (Single et al. 1999). Επιπρόσθετα η υπέρμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος κατηγορείται για την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του στομάχου, του εντέρου, του ορθού και των ωοθηκών (Bagmardi et al. 2001).

### **3.7.2 Αλκοολισμός και ψυχική υγεία**

Η κατανάλωση αλκοόλ δύναται να συμβάλλει στην εκδήλωση διαταραχών που επηρεάζουν άμεσα τη συνπεριφορά του ατόμου και μακροπρόθεσμα την ψυχική του υγεία. Οι ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με την υπέρμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος είναι η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, οι συναισθηματικές διαταραχές, οι αγχώδεις διαταραχές και η σχιζοφρένεια (Kandel et al. 2001).

Οι διαταραχές προσωπικότητας συναντώνται συχνά μεταξύ των αλκοολικών σε ποσοστά που κυμαίνονται από 50 έως 90%. Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι συχνή σε αλκοολικούς άνδρες και ενδέχεται να προϋπάρχει και να σχετίζεται με τον αλκοολισμό. Το 30 – 40% των ατόμων που κάνουν χρήση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στις αλκοολικές γυναίκες συγκριτικά με τους αλκοολικούς άνδρες, καθώς και στα άτομα τα οποία υποκρύπτουν οικογενειακό ιστορικό αλκοολικής κατάχρησης. Στα συγκεκριμένα άτομα παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος για απόπειρα αυτοκτονίας και χρήσης άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (Kandel et al. 2001).

Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος συντελεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων αγχώδους διαταραχής όπως οι διάφορες φοβίες και ο πανικός σε συνδυασμό με την αγοραφοβία και τη κοινωνική φοβία (Liappas et al. 2003). Οι αλκοολικοί έχουν σαφώς μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν κοινωνική φοβία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό συσχέτισης αλκοολισμού και αγχώδους διαταραχής κυμαίνεται από 14 έως 40% (Liappas et al. 2003). Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας έκθεσης

του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά το 2011, ποσοστό 51,1% των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια από κάποια θεραπευτική υπηρεσία το τελευταίο τρίμηνο του 2010 ανέφεραν ότι έχουν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας δίνοντας κυρίως έμφαση στις αγχώδεις διαταραχές, την κατάθλιψη και τις απόπειρες αυτοκτονίας (ΕΚΤΕΠΝ 2011).

Τα ποσοστά συννοσηρότητας αλκοολισμού και σχιζοφρένειας κυμαίνονται μεταξύ 0 -20% ανάλογα με τις μελέτες, ενώ οι περισσότερες εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της αυτοκτονίας στους χρόνιους χρήστες κυμαίνονται μεταξύ 10 και 15%. Στους παράγοντες στους οποίους αποδίδονται τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας συμπεριλαμβάνονται η ενδεχόμενη παρουσία μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, η συνύπαρξη σοβαρού προβλήματος σωματικής υγείας, η ανεργία και η μοναχική ζωή (Case N 1991).

### **3.7.3 Κοινωνικός αντίκτυπος αλκοολισμού**

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με επιβλαβείς καταστάσεις για τον ίδιο το χρήστη, το άμεσο περιβάλλον του και το κοινωνικό σύνολο. Τα τελευταία χρόνια δίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα στις κοινωνικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ όπως είναι τα εργασιακά και οικογενειακά προβλήματα, η διαπροσωπική βία και τα τροχαία ατυχήματα. Στο πλαίσιο των κοινωνικών επιπλοκών δύναται να συμπεριληφθεί ο αντίκτυπος της υπέρμετρης χρήσης αλκοόλ στην οικονομική ευρωστία των κοινωνιών.

#### *Εργασιακά προβλήματα*

Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ στον εργασιακό χώρο δύναται να συμβάλλει στη μείωση της παραγωγικότητας ενώ υπάρχουν πολλές αποδείξεις ότι τα άτομα τα οποία είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά απουσιών λόγω ασθένειας συγκριτικά με τους άλλους υπαλλήλους (Klingerman et Gmel 2001).

Εκτιμάται ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος ευθύνεται για τη μείωση της παραγωγικότητας στην εργασία κατά 10% (Trapenciere 2000), ενώ όσον αφορά την ασφάλεια, το 25% των εργατικών ατυχημάτων και το 60% των θανατηφόρων ατυχημάτων κατά την εργασία σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλης (Hughes & Bellis 2000).

Έρευνες αποδεικνύουν ότι το 30% των απουσιών και των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας στην Κόστα Ρίκα οφείλονται στην κατανάλωση αλκοόλ (Παναμερικανική Οργάνωση Υγείας 1990), ενώ στην Ινδία το 15 με 20% των απουσιών και το 40% των εργατικών ατυχημάτων αποδίδεται στο συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα (Saxena et al. 2003). Στη Χιλή, το 20%-22% των εργατικών ατυχημάτων σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με τη χρήση αλκοόλ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη Γαλλία αγγίζει το 10%-20% (Costes & Martineau 2003).

#### *Οικογενειακά προβλήματα*

Η κατανάλωση αλκοόλ δύναται να βλάψει τη λειτουργία του ατόμου σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους. Η κατάχρηση οινοπνευματωδών συνδέεται με πολλές αρνητικές συνέπειες τόσο για τον χρήστη όσο και τα παιδιά. Η κατανάλωση αλκοόλ από τον γονέα συσχετίζεται με την κακοποίηση των παιδιών (Gmel & Rehm 2003) ενώ δύναται να επηρεάσει αρνητικά την λειτουργία του ως μέλος της οικογένειας. Η συγκεκριμένη κατάσταση μπορεί να συμβάλλει στην πρόκληση ατυχημάτων στο σπίτι και την εκδήλωση οικογενειακής βίας (Room et al. 2002).

Άμεση απόρροια της συγκεκριμένης συμπεριφοράς αποτελεί ο κλονισμός της ψυχικής υγείας των μελών της οικογένειας. Το γεγονός αυτό πιστοποιείται από έρευνα που διεξήχθη στο Μεξικό όπου συμμετείχαν γυναίκες με σύζυγο εξαρτημένο από το αλκοόλ σύμφωνα με την οποία το 73% ανέφερε συναισθήματα άγχους, φόβου και κατάθλιψης, το 62% λεκτική ή σωματική επιθετικότητα εκ μέρους του συζύγου και το 31% επισήμανε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα σχετιζόμενα με τα παιδιά (Rosovsky et al. 1992).

#### *Διαπροσωπική βία*

Η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται άρρηκτα με τη διαπροσωπική βία. Η σχέση ανάμεσα στο αλκοόλ και τη συζυγική βία είναι πολύπλοκη καθιστώντας το ρόλο του οινοπνεύματος ασαφή με το δεδομένο ότι τα ποσοτά της βίας διαφέρουν ανάλογα με τη έρευνα και τη μεθοδολογία.

Σε μια μελέτη επεισοδίων ενδοοικογενειακής βίας στη Ζυρίχη της Ελβετίας, στο 40% των υπό εξέταση καταστάσεων είχε ενεργό συμμετοχή η αλκοόλη (Maffi & Zumbunn 2003) ενώ άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ ενεργούν βίαια προς τους συντρόφους τους (White & Chen 2002). Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ουγκάντα και συμμετείχαν 5.109 γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι κατανάλωναν αλκοόλ πριν από την ερωτική επαφή αντιμετώπιζαν 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ενδοοικογενειακής βίας από εκείνες των οποίων οι σύντροφοι δεν έπιναν πριν από την ερωτική επαφή (Koenig et al. 2003). Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει μελέτη στην Κολομβία, στην οποία συμμετείχαν 275 γυναίκες σύμφωνα με τα αποτελέσματα της οποίας η τακτική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί παράγοντα ενδοοικογενειακής βίας (Tuesca & Borda 2003).

Στην Ελλάδα, το 57,6% των ατόμων που αιτήθηκαν θεραπείας το τελευταίο τρίμηνο του 2010 ανέφεραν ότι εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ συμπεριφέρθηκαν βίαια κάποια στιγμή σε μέλος της οικογένειάς τους. Συγκεκριμένα, στο σύνολο των ατόμων που άσκησαν βία, το 56,6% άσκησε λεκτική βία, το 42,1% λεκτική και σωματική βία και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 1,3% αποκλειστικά σωματική βία (ΕΚΤΕΠΝ 2011).

### *Τροχαία ατυχήματα*

Στο πλαίσιο της διερεύνησης των τροχαίων ατυχημάτων ως άμεση απόρροια της υπέρμετρης κατανάλωσης οινοπνεύματος, έχει εκτιμηθεί ότι με 80mg% αιθανόλης στο αίμα ο κίνδυνος σύγκρουσης είναι διπλάσιος, με 150mg% ο κίνδυνος είναι 10 φορές μεγαλύτερος και με 100mg% ο κίνδυνος γίνεται 20 φορές μεγαλύτερος (Τούντας,2011). Στις ΗΠΑ και τον Καναδά, τα άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια μεγάλων δόσεων αλκοόλης εμπλέκονται σε τετραπλάσιες τροχαίες παραβάσεις συγκριτικά με τα άτομα που δεν κάνουν χρήση καθώς και σε διπλάσια τροχαία ατυχήματα, με το 40% των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων στις χώρες αυτές να αποδίδεται στην κατανάλωση οινοπνεύματος.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση της Ελλάδας καθώς εμφανίζει την υψηλότερη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα. Σε έρευνα για τους τραυματισμούς από τροχαία που έκαναν εισαγωγή σε νοσοκομεία της Αθήνας υπολογίστηκε ότι το 10% των τραυματισμών μπορούν να αποδοθούν άμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ. Από

τους οδηγούς που ενεπλάκησαν σε τροχαία ατυχήματα την περίοδο 1995-1997 το 41% διαπιστώθηκε ότι είχε κάνει χρήση αλκοόλ πριν την οδήγηση ενώ στο 33% η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα ήταν πάνω από 80mg% (Pedridou et al. 1998, Abdel Aty MA and Abdel Wahab HT 2000). Σύμφωνα με στοιχεία της τροχαίας, κατά τα έτη 2005 και 2006 το ποσοστό των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων που οφείλονται σε μέθη ήταν 28% και 25,4% αντίστοιχα (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν 2007).

### *Οικονομικό κόστος*

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πιστοποιεί το γεγονός πως η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μια ασθένεια με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη λειτουργικότητα όσο και στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Παράλληλα η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλης δύναται να συμβάλλει στην κατάρρευση ολόκληρων εθνικών οικονομιών.

Σύμφωνα με ενδιαφέροντα στοιχεία που προκύπτουν από μελέτη ανασκόπησης σχετικά με το οικονομικό φορτίο της εξάρτησης από το αλκοόλ, τα άμεσα ετήσια συνολικά κόστη αγγίζουν τα 7,8 δισεκατομμύρια ευρώ για το 2012, περίπου δηλαδή το 0,31 του ΑΕΠ, ενώ τα έμμεσα κόστη φτάνουν τα 68 δισεκατομμύρια ευρώ, δηλαδή το 0,64 του ετήσιου συνολικού ακαθάριστου ευρωπαϊκού προϊόντος ή αλλιώς το 7,7% των ετήσιων δαπανών μιας χώρας για την υγεία (Laramee et al. 2013).

Το βασικότερο άμεσο κόστος φαίνεται να είναι η νοσηλεία των εξαρτημένων από το αλκοόλ ασθενών το δύναται να αγγίξει μέχρι και το 15% του κατά κεφαλήν εισοδήματος για τη νοσηλεία ενός και μόνο ασθενούς, εξαρτώμενο φυσικά από τη διάρκεια της νοσηλείας ενώ το φαρμακευτικό κόστος είναι ιδιαίτερα χαμηλό και περιορίζεται στο 0,000005%-0,0002% του ΑΕΠ μιας χώρας. Σύμφωνα με δύο μελέτες που διενεργήθηκαν στη Γερμανία, παρατηρήθηκε αύξηση του άμεσου κόστους από 0,04% του ΑΕΠ το 1990 σε 0,31% το 2002. Παρόμοια αποτελέσματα προέρχονται από έρευνα στη Σκωτία, με το κόστος που οφείλεται στην ανεργία λόγω αλκοολισμού να ανέρχεται σε 253,5 εκατομμύρια ευρώ το 2001 και να αγγίζει το μέγεθος των 299 εκατομμυρίων ευρώ το 2007. Ο αυξανόμενος αριθμός σχετικών με το αλκοόλ νοσηλειών στο Ενωμένο Βασίλειο μεταξύ 1996-1997 και 2006-2007 αποδεικνύει το αυξημένο οικονομικό φορτίο της εξάρτησης από το αλκοόλ ([www.medicaltime.gr](http://www.medicaltime.gr)).

Διαπιστώνεται λοιπόν πως το οικονομικό φορτίο που σχετίζεται με την εξάρτηση από το αλκοόλ είναι σημαντικό και καθιστά επιτακτική την ανάγκη προσδιορισμού του κόστους της νόσου ώστε να καθοριστούν πιο συγκεκριμένα τα οφέλη από την αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπισής της.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Εργασιακό στρες και επαγγελματίες υγείας

Στο σύγχρονο κόσμο, το περιβάλλον εργασίας αποτελεί μία από τις κυριότερες πηγές χρόνιου στρες. Το φαινόμενο του εργασιακού στρες έχει υπάρξει αντικείμενο εκτενούς μελέτης και η διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που δύνανται να βλάψουν τη υγεία των εργαζομένων αποτελεί προϋπόθεση για την αποτελεσματική πρόληψή τους.

Τα νοσοκομεία αποτελούν μία από τις πλέον επικίνδυνες βιομηχανίες καθώς οι εργαζόμενοι στον υγειονομικό τομέα είναι εκτεθειμένοι σε σοβαρούς επαγγελματικούς κινδύνους. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταδεικνύει πως στους επαγγελματικούς κινδύνους εντός των χώρων υγειονομικής περίθαλψης συγκαταλέγονται η έκθεση των εργαζομένων σε λοιμώδεις παράγοντες και χημικές ουσίες, ο χειρισμός φορτίων, ο φόρτος εργασίας, το κυκλικό ωράριο, η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων, οι υψηλές απαιτήσεις της εργασίας, η βία και η ψυχολογική πίεση που αποτελούν δυνητική απειλή για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Η ύπαρξη παραγόντων όπως ο έντονος και διαρκής θόρυβος, ο έντονος φωτισμός, η υγρασία και οι αντενδεικνυόμενες εργονομικές συνθήκες προσδιορίζουν το νοσοκομειακό χώρο ως ένα ιδιαίτερο εχθρικό εργασιακό περιβάλλον που επηρεάζει αρνητικά την παραγωγικότητα του εργαζόμενου και αποτελεί το κύριο αίτιο για την εκδήλωση ποικίλων ψυχοσωματικών καταστάσεων (Health and Safety Executive. Work related stress: a short guide 2004).

#### 4.1 Εργασιακό στρες και ιατρικό επάγγελμα

Η μακροχρόνια μελέτη του εργασιακού άγχους πιστοποιεί το γεγονός πως η επαγγελματική ομάδα των γιατρών θεωρείται από τις πιο εκτεθειμένες στο εργασιακό στρες καθώς οι υπηρεσίες τους, οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν ως άμεσο αντίκτυπο την ανθρώπινη ζωή.

Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται ως αποτέλεσμα των ιδιαίτερων στρεσογόνων παραγόντων στους οποίους εκτίθενται καθημερινά όπως τα ασταθές ωράριο εργασίας, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων, η εργασία με υψηλές

πνευματικές απαιτήσεις και οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους (Yu et al. 2006). Οι συγκεκριμένοι επαγγελματικοί κίνδυνοι δύνανται να συμβάλλουν στην εκδήλωση σωματικών και ποικίλων ψυχιατρικών συμπτωμάτων (Reuben 1985).

Έρευνα που διενεργήθηκε το 2003, κατέδειξε πως το ποσοστό του εργασιακού στρες στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 18% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα των ιατρών αγγίζει το 28% (Firth-Cozens 2003) με απόρροια την εμφάνιση γαστρεντερικών διαταραχών, υπέρτασης, κόπωσης, διαταραχών, εμμήνου ρύσις, σεξουαλικής δυσλειτουργίας, μυοσκελετικών παθήσεων στις γυναίκες και καρδιαγγειακών διαταραχών στους άνδρες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης Whitehall II, η εργασία υψηλών απαιτήσεων-χαμηλού ελέγχου και η εργασία υψηλών απαιτήσεων-χαμηλής απολαβής που χαρακτηρίζουν το ιατρικό επάγγελμα, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Bosma et al. 1997). Τη συγκεκριμένη παραδοχή ενισχύει ερευνητική μελέτη σύμφωνα με την οποία οι εργαζόμενοι που προσφέρουν υπηρεσίες υψηλών απαιτήσεων όπως οι γιατροί έχουν κατά μέσο όρο 23% μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή στεφανιαία νόσο σε σχέση με εκείνους που εργάζονται χωρίς πίεση ή με περισσότερα περιθώρια ελευθερίας (Kivimaki, MJ et al. 2012).

Παράλληλα, οι διαταραχές ύπνου που συνδέονται με τα εναλασσόμενα ωράρια εργασίας των ιατρών σχετίζονται με την εμφάνιση συναισθημάτων όπως η νευρική, ο θυμός, η ευερεθιστότητα, η άσχημη διάθεση και η θλίψη. Έρευνες πιστοποιούν πως η υπερκόπωση των ειδικευόμενων ιατρών λόγω του κυκλικού ωραρίου για τους οποίους απαιτείται να εργάζονται 100 ώρες εβδομαδιαίως, ενώ συχνά εργάζονται για 30 συνεχόμενες ώρες χωρίς ανάπαυση, οδηγεί στην ύπαρξη χαμηλών επιπέδων προσωπικής επίτευξης με αποτέλεσμα ιατρικά λάθη, όπως η μη ορθή διάγνωση σε ποσοστό 29%, η λανθασμένη δοσολογία φαρμάκων σε ποσοστό 27%, τα λάθη διαδικασίας σε ποσοστό 40% και τέλος οι χειρουργικές αστοχίες σε ποσοστό 4% (Rybock 2009).

Οι ιδιαίτερα στρεσογόνες συνθήκες εργασίας κάτω από τις οποίες προσφέρουν τις υπηρεσίες τους οι γιατροί δύνανται να συμβάλλουν στην εκδήλωση ποικίλων ψυχιατρικών συμπτωμάτων (Reuben 1985) επηρεάζοντας όχι μόνο την προσωπικότητά τους αλλά την οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή (Maslach et al. 2001). Ιατρικές ειδικότητες, όπως ογκολόγοι και χειρουργοί (Balch & Copeland 2007) έχουν αποτελέσει κλινικούς πληθυσμούς με συμπτωματολογία χρόνιου εργασιακού στρες το οποίο μεταφέρεται στην προσωπική ζωή και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Σε έρευνα, το δείγμα της οποίας αποτέλεσαν 1.118 παντρεμένοι γιατροί, βρέθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης της πιθανότητας διαζυγίου μετά από 30 χρόνια γάμου ήταν 29%, με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταγράφεται στους χειρουργούς (33% ) και στους ψυχιάτρους (50%) (Rollman et al. 1997).

Οι συνιστώσες του εργασιακού άγχους μπορούν να συμβάλλουν στην πρόκληση καταστάσεων όπως η ανησυχία, το αίσθημα ανεπάρκειας, η κατάθλιψη και η επαγγελματική εξουθένωση έχοντας ως επακόλουθα χαμηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας και ευεξίας. Το γεγονός πως στο επαγγελματικό σώμα των γιατρών παρατηρούνται υψηλά ποσοστά κατάθλιψης πιστοποιούν τα αποτελέσματα πλήθους μελετών. Σε μελέτη στην οποία συμμετείχαν γιατροί και των δύο φύλων, η πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης σε κάποια στιγμή της καριέρας τους ανέρχεται σε ποσοστό 12,8% για τους άνδρες γιατρούς (Ford et al. 1998) με το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες γιατρούς να αγγίζει το 19,5% (Frank & Dingle 1999). Σε σχετική έρευνα, το 20% των 2.000 συμμετεχόντων γιατρών παρουσίασε σημαντικά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται στους επαγγελματίες μικρότερης ηλικίας (Sindler et al. 2006).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η καλλιέργεια χρόνιου επαγγελματικού άγχους δύναται να συμβάλλει στην εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επαγγελματική εξουθένωση συγκαταλέγεται ανάμεσα στα τέσσερα συχνότερα αυτοαναφερόμενα προβλήματα που σχετίζονται με την προσφορά εργασίας στην Ευρώπη. Ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση είναι το σώμα των ιατρών καθώς ποσοστό 56% αυτών που συμμετείχαν σε κλινικές μελέτες εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (10%-56%), αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης (13%-47%) και μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (4%-59%) (Tesser et al. 1971). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε έρευνα των Shanafelt et al., καθώς

το 76% των ειδικευόμενων γιατρών που συμμετείχαν πληρούσε τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης είχαν δηλαδή υψηλή βαθμολογία αποπροσωποποίησης ή συναισθηματικής εξάντλησης σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς (Shanafelt et al. 2002). Τη θλιβερή αυτή πραγματικότητα ενισχύει ολλανδική μελέτη των Bakker et al που έλαβε χώρα το 2000, σύμφωνα με την οποία παρατηρείται υψηλό ποσοστό επιπολασμού του συνδρόμου σε γιατρούς εργασίας (11%), σε ψυχιάτρους (9%) και γενικούς γιατρούς (8%) με άμεση απόρροια την αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου τους, τη μειωμένη απόδοση, τη χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, τις συχνές απουσίες και τις πρόωρες συνταξιοδοτήσεις (Bakker et al. 2000). Σχετικά με το ζήτημα των απουσιών, ανά έτος μελέτες σε νοσοκομεία αποδεικνύουν πως το ποσοστό επί των ημερολογιακών ημερών κυμαίνεται από 10% έως 11% για την Ολλανδία, τη Γαλλία και τη Γερμανία ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα αγγίζει το 4% (ΕΛΙΝΥΑΕ 2007).

Διαπιστώνεται λοιπόν πως η μακροχρόνια έκθεση στο επαγγελματικό στρες ατόμων που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα όπως οι γιατροί ενοχεύει ποικίλους επαγγελματικούς κινδύνους κυρίως λόγω της αυξημένης παροχής υπηρεσιών που συνδέονται με καθημερινές συναισθηματικές απαιτήσεις και ψυχικό φορτίο στα πλαίσια της συναλλαγής με ανθρώπους. Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη λήψης των απαραίτητων εκείνων μέτρων που θα συμβάλλουν στην προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων συμβάλλοντας ταυτόχρονα στην παροχή υψηλών προδιαγραφών υγειονομικής φροντίδας.

#### **4.2 Εργασιακό στρες και νοσηλευτικό επάγγελμα**

Το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται ευρέως ότι είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο. Η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών θεωρείται από τις πλέον ευάλωτες στο εργασιακό στρες επαγγελματικές ομάδες λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματός τους και της έντονης συναισθηματικής φόρτισης που αποτελεί μέρος της καθημερινότητάς τους (Παπαγεωργίου και συν 2007).

Η επιστημονική κοινότητα έχει δείξει μεγάλο ενδιαφέρον για τη μελέτη των παραγόντων που επιφορτίζουν με άγχος τους νοσηλευτές και τους καθιστούν επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τους

Gray-Toft και Anderson, υπάρχουν επτά κύριες πηγές στρες που επηρεάζουν το αίσθημα αυτοαναφερόμενης υγείας και ευεξίας των νοσηλευτών: η επαφή με το θάνατο, οι διαμάχες με τους γιατρούς, η έλλειψη υποστήριξης, η ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς, οι διαμάχες με τους συναδέλφους, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία του ασθενούς (Gray-Toft & Anderson 1981). Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο αυξημένος φόρτος εργασίας αποτελεί μία από τις κύριες πηγές στρες στην επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών ενώ στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε μελέτη που διεξήχθη στην Κίνα και αφορούσε προϊστάμενους σε θαλάμους νοσηλείας (Xianyu & Lambert 2006).

Η μακροχρόνια έκθεση των νοσηλευτών στο επαγγελματικό άγχος, δύναται να συμβάλλει στην άμεση εμφάνιση προβλημάτων που άπτονται της σωματικής υγείας όπως οι μυοσκελετικές παθήσεις, ο πονοκέφαλος, τα δερματικά εξανθήματα, η δύσπνοια, οι εφιδρώσεις, η σεξουαλική ψυχρότητα (Τούντας 1999, Μπουσινάκης και Χάλκος 2006) ενώ μακροπρόθεσμα μπορεί να επιφέρει σοβαρά καρδιολογικά νοσήματα και έλκη γαστρεντερικού συστήματος (Wong et al. 2001). Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες στη σωματική υγεία των νοσηλευτών κατοχυρώνονται από τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Ινδία και αφορούσε το νοσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με αυτά, 60% των συμμετεχόντων νοσηλευτών ανέφερε συμπτώματα έντονου πονοκέφαλου, 62% έντονο καύσο και 32% αναιμία λόγω των χαμένων γευμάτων και της κατάχρησης καφεΐνης στη διάρκεια της νυχτερινής βάρδιας (Kane 2009).

Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει για τις μυοσκελετικές παθήσεις καθώς αναφέρονται ως τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εργασία στην Ευρώπη και εμφανίζουν υψηλά ποσοστά επιπολασμού στην επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών. Στην Αμερική, ποσοστό μεγαλύτερο του 52% των νοσηλευτών εκδηλώνει χρόνια οσφυαλγία, ενώ το 12% αναγκάζεται να εγκαταλείψει το επάγγελμα λόγω του προβλήματος (ANA'S 2006, 2008). Μελέτη που διεξήχθη το 2008, κατέδειξε πως το νοσηλευτικό προσωπικό διένυε το 10% του χρόνου εργασίας σε πρόσθια κάμψη της σπονδυλικής στήλης και 10% του χρόνου εργασίας για αλλαγή θέσης ασθενών (Estryn-Behar et al. 2008) ενώ αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας που διεξήχθη στην Ελλάδα ως προς την εμφάνιση μυοσκελετικών ενοχλημάτων έδειξε ότι η συγκεκριμένη

συχνότητα από τη μέση ήταν 52,8%, από τον αυχένα 48,6% και από την ωμοπλάτη 43,1% (Αντωνίου & Βασιλοπούλου 2009).

Το εργασιακό στρες δύναται να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην πρόκληση ψυχολογικών προβλημάτων όπως η ανησυχία, η αϋπνία, η κατάθλιψη και το αίσθημα ανεπάρκειας (Wong et al. 2007) με άμεση απόρροια τα χαμηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας και ψυχικής ευεξίας των νοσηλευτών. Το γεγονός αυτό πιστοποιεί έρευνα που διεξήχθη στην Κίνα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της οποίας το 1/3 των νοσηλευτριών παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας (Wong et al. 2001) ενώ στοιχεία που μελετούν τη φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος αναφέρουν υψηλά ποσοστά νοσηλευτών που αναζητούν εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική υποστήριξη ως άμεση συνέπεια της θετικής συσχέτισης εργασιακού στρες και κατάθλιψης (Revicki & May 1989).

Έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα σχετικά με το ρόλο του κυκλικού ωραρίου στην ψυχική ευεξία των νοσηλευτών, που αποτελεί κύρια έκφανση του εργασιακού στρες, απέδειξε ότι σχετίζονται απόλυτα (Μουστάκα και συν. 2013). Συγκεκριμένα πιστοποιήθηκε ότι όσο αυξάνει ο αριθμός των νυχτερινών υπηρεσιών των νοσηλευτών τόσο μειώνεται η ψυχική τους ευεξία. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζουν αποτελέσματα και άλλων ερευνών σύμφωνα με τα οποία τα ακανόνιστα ωράρια εργασίας αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση ψυχιατρικών νοσημάτων στην ομάδα των νοσηλευτών (Wieclaw et al. 2006).

Τα χαμηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας και ευεξίας των νοσηλευτών έχουν ως άμεσα επακόλουθα την μειωμένη παραγωγικότητα, την έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, τα συχνά αδικαιόλογα λάθη (Jones et al. 2003), τις συχνές απουσίες από την εργασία και τη χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σχετικά με το μέγεθος του προβλήματος αποκαλυπτική είναι η έρευνα που διενεργήθηκε σε 12 ευρωπαϊκές χώρες (Aiken et al. 2012) συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Συγκεκριμένα, το 56% των Ελλήνων νοσηλευτών θεωρεί πως είναι δυσαρεστημένο από την εργασία του, το 49% ότι έχει πρόθεση να αποχωρήσει από την εργασία του και το 47% ανέφερε χαμηλής ποιότητας παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι υπάρχει απώλεια παραγωγικότητας σε ποσοστό 4% λόγω απουσιών (Αλεξόπουλος 2007), ενώ έρευνα που διενεργήθηκε στην Ιαπωνία μεταξύ νοσηλευτών σχετικά με το φαινόμενο

του απουσιασμού λόγω ασθενειών βρέθηκε ότι είχαν σχέση με την έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση και την απουσία ελέγχου της εργασίας από τους νοσηλευτές που όπως έχει ήδη αναφερθεί αποτελούν συνιστώσες του επαγγελματικού άγχους (Ishizaki et al. 2006).

Παράλληλα, μελέτες πιστοποιούν την καταλυτική επίδραση του εργασιακού στρες στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα η έρευνα των Jones et al. απέδειξε πως η ποιότητα και η ασφάλεια της νοσηλευτικής φροντίδας πλήττεται όταν παρέχεται από νοσηλευτές που βιώνουν εργασιακό στρες καθώς οδηγούνται σε αδικαιολόγητα λάθη που αφορούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Jones et al. 2003).

Η εκδήλωση νοσηλευτικών λαθών υποκινείται επίσης από την καλλιέργεια της βίας στο εργασιακό περιβάλλον που εποτελεί άλλη μία έκφανση του εργασιακού στρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που έλαβε χώρα στην Ταϊλάνδη, ποσοστό 38,9% των νοσηλευτών έχει υποστεί λεκτική κακοποίηση, το 3,1% σωματική κακοποίηση και το 0,7% σεξουαλική κακοποίηση με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται σε χειρουργικές και επείγουσες μονάδες (Kamchuchat et al. 2008). Πλήθος ερευνών αποδεικνύει ότι η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένη στο φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης. Μελέτη του Βασιλικού Κολλεγίου Νοσηλευτών στη Βρετανία εντόπισε ότι ποσοστό 20% των νοσηλευτών είχε υποστεί επίθεση τουλάχιστον μία φορά. Ποσοστό 12% δεχόταν επίθεση μια φορά την εβδομάδα, το 3% βίωνε παρενόχληση σε καθημερινή βάση, ενώ το 49% των ερωτηθέντων είχε παρενοχληθεί 2 έως 6 φορές το χρόνο (RON 2000).

Η παρατεταμένη έκθεση των νοσηλευτών στο εργασιακό στρες δύναται εντέλει να συμβάλλει στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης κύρια χαρακτηριστικά της οποίας είναι η σωματική και ψυχική εξάντληση των συγκεκριμένων εργαζομένων, η έλλειψη ενδιαφέροντος και θετικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς, τα μειωμένα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία τους και η χαμηλής ποιότητας παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα σχετικά με τις παραμέτρους της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές βρέθηκε ότι τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης κυμαίνονταν από 15%-50%, τα επίπεδα αποπροσωποποίησης από 7%-37% και τα επίπεδα προσωπικών

επιτευγμάτων από 25%-76% (Aiken et al. 2001). Σε μελέτη των Leiter et al. σχετικά με τη σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτικού προσωπικού και της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη σ' αυτούς φροντίδα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα με εξαντλημένο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα (Leiter et al. 1998) ενώ σύμφωνα με τους Vahey et al., η συναισθηματική εξάντληση των νοσηλευτών ήταν καθοριστικός παράγοντας για το βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη σ' αυτούς φροντίδα (Vahey et al. 2004).

Η συνεκτίμηση των μελετών, οριοθετεί το εργασιακό στρες ως ασθένεια που πλήττει σε μεγάλο βαθμό την επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών. Η πρόληψη και η βέλτιστη διαχείριση του φαινομένου δύναται να εξασφαλίσει στους συγκεκριμένους εργαζόμενους τα εφόδια που θα συμβάλλουν στη θωράκιση της προσωπικότητάς τους ώστε να αφοσιωθούν με ασφάλεια στην επιτέλεση του κοινωνικού τους έργου.

### **4.3 Μέτρα αντιμετώπισης εργασιακού στρες**

Τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα συμφωνούν πως η αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους αποτελεί ζήτημα ζωτικής σημασίας, καθώς δύναται να επηρεάσει τόσο τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων όσο και την ποιότητα ζωής τους.

Στο πλαίσιο αυτό, ο συγκεκριμένος στόχος μπορεί να υλοποιηθεί διαμέσου μιας ολιστικής και όχι αποσπασματικής προσέγγισης του φαινομένου που απαιτεί τη δόμηση ενός σχεδίου παρεμβατικών μέτρων σε τρία βασικά επίπεδα: (α) σε οργανωτικό επίπεδο (πρωτογενείς παρεμβάσεις), (β) σε ομαδικό επίπεδο (δευτερογενείς παρεμβάσεις) και (γ) σε ατομικό επίπεδο (τριτογενείς παρεμβάσεις).

#### **4.3.1 Οργανωτικό επίπεδο (πρωτογενείς παρεμβάσεις)**

Η αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους σε οργανωτικό επίπεδο περιλαμβάνει τη λήψη κατάλληλων μέτρων που σχετίζονται με την οργάνωση της εργασίας και τον εργονομικό σχεδιασμό των δραστηριοτήτων με σκοπό τη μείωση των στρεσογόνων παραγόντων και την προώθηση της ψυχικής υγείας του εργαζομένου (Moinar 2009).



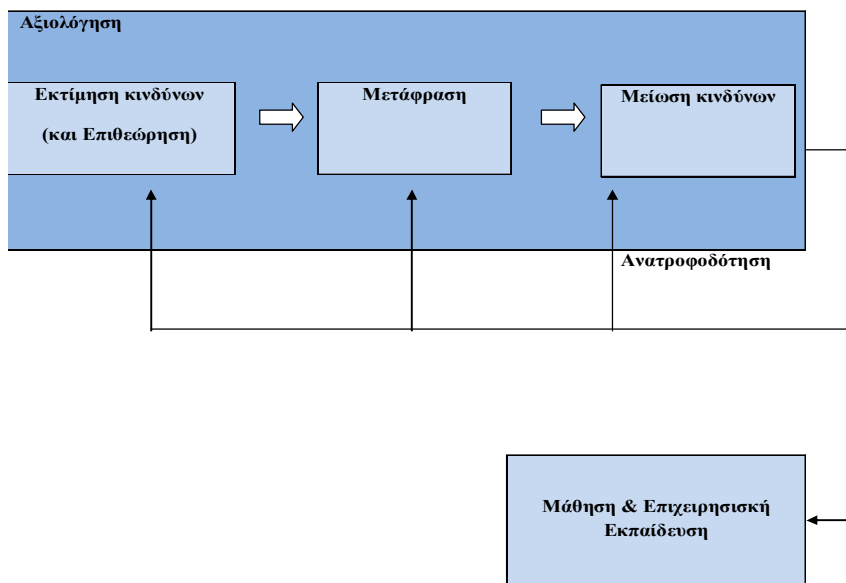
### *Εργασιακές συνθήκες*

Η μελέτη του εργασιακού άγχους έχει πιστοποιήσει πως ο εργασιακός χώρος αποτελεί κύρια πηγή άγχους για τον εργαζόμενο. Στο πλαίσιο αυτό, ο επανασχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος που θα χαρακτηρίζεται από σύγχρονη εργονομία και τεχνολογικό εξοπλισμό με εύκολη προσβασιμότητα θα συμβάλλει στη δημιουργία ευχάριστων συναισθημάτων στους εργαζόμενους και στην αύξηση της διάθεσής τους για την επιτέλεση της εργασίας. Προς την εκπλήρωση του συγκεκριμένου στόχου, δύναται να συμβάλλει η εφαρμογή μέτρων ελέγχου για την ύπαρξη τυχόν κινδύνων στον εργασιακό χώρο με άμεση συνέπεια οι εργαζόμενοι να λειτουργούν υπό καθεστώς ασφάλειας και ευεξίας (Occupational Wellbeing Group 2007).

Η ανατροφοδότηση και οι πληροφορίες έχουν κεντρική σημασία στην ανάπτυξη ενός επιχειρησιακού μοντέλου διαχείρισης των κινδύνων. Οι Cox et al. στην έρευνα τους τονίζουν τη σημασία της σωστής αποτίμησης και της μάθησης στη διαχείριση των κινδύνων. Στην καρδιά των περισσότερων μοντέλων διαχείρισης των κινδύνων βρίσκονται δύο διαφορετικοί αλλά συσχετιζόμενοι κύκλοι δραστηριοτήτων: της αξιολόγησης των κινδύνων και της μείωσης των κινδύνων (Cox et al. 2000).

Η διαχείριση των κινδύνων περιλαμβάνει μια συστηματική εξέταση όλων των πτυχών της εργασίας η οποία μελετά τι μπορεί να προκαλέσει βλάβες, αν μπορούν να εξαλειφθούν οι κίνδυνοι και σε αντίθετη περίπτωση τι μέτρα πρόληψης ή προστασίας πρέπει να εφαρμοστούν για τον έλεγχό τους. Ο κύκλος εκτίμησης και μείωσης των κινδύνων αποτελεί το θεμέλιο του μοντέλου του Nottingham το οποίο δημιουργήθηκε από το Ινστιτούτο Εργασίας, Υγείας και Οργάνωσης όπως περιγράφεται στην *Εικόνα 8*.

**ΕΙΚΟΝΑ 8 Το μοντέλο του Nottingham**



Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή (1996)

### Φόρτος εργασίας

Έχει ήδη επισημανθεί ότι ο μεγάλος αριθμός εργασιακών καθηκόντων που αφορά υψηλού επιπέδου δεξιότητες δύναται να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα εργασιακού άγχους. Το άγχος αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με την αφαίρεση από το εργαζόμενο εργασιακών καθηκόντων που δεν κρίνονται απαραίτητα και την καθιέρωση ελαστικών προγραμμάτων εργασίας. Προς αυτό το σκοπό μπορεί επίσης να βοηθήσει η υποστήριξη του εργαζόμενου να θέσει σαφείς και επιτεύξιμους στόχους ενώ παράλληλα να ιεραρχήσει τα εργασιακά καθήκοντα με τέτοιο τρόπο ώστε να υλοποιηθούν οι επείγουσες εργασίες.

Επίσης, σημαντικά μέτρα που μπορούν να μειώσουν το εργασιακό στρες είναι η παροχή αναπαύσεως μετά την εκτέλεση ιδιαίτερα απαιτητικών φυσικών ή πνευματικών καθηκόντων, η εκπαίδευση των εργαζομένων στην κατάκτηση δεξιοτήτων σχετικά με την επιτέλεση ιδιαίτερων εργασιακών καθηκόντων καθώς και η ανάθεση καθηκόντων στα άτομα ανάλογα με τα προσόντα και τις ικανότητές τους (Health and Safety Executive. Work-related stress. A short guide 2004).

### *Οργανωτική κουλτούρα*

Η οργανωτική κουλτούρα μιας επιχείρησης που επιθυμεί να προφυλάξει τους εργαζόμενους από το άγχος θα πρέπει να διαθέτει ένα σύνολο κανονισμών σχετικά με τα όρια, τις ευθύνες, τις ελευθερίες των εργαζομένων, το κώδικα συμπεριφοράς εντός του εργασιακού χώρου καθώς και τις διαδικασίες που ακολουθούνται σε περιπτώσεις απειλής, βίας ή σεξουαλικής κακοποίησης. Η εφαρμογή ενός πρωτοκόλλου θα υποστηρίξει το συγκεκριμένο στόχο με απαραίτητη όμως προϋπόθεση τη γνωστοποίηση του περιεχομένου του σε όλους τους εργαζόμενους και της εξασφάλισης της συναίνεσής τους για τις συνέπειες που θα εφαρμόζονται σε περίπτωση μη τήρησής του (Πανταζοπούλου-Φωτεινά 2003).

Η ύπαρξη ενός καλά οργανωμένου συστήματος αποτίμησης της απόδοσης της εργασίας του εργαζομένου που θα χαρακτηρίζεται από επαινοθετική κριτική γαι τη προσπάθεια του έστω και αν αυτή δεν έχει επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα δύναται να συμβάλλει στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων άγχους (Πανταζοπούλου-Φωτεινά 2003). Στον μετριασμό του εργασιακού άγχους μπορεί επίσης να συμβάλλει ο διαρκής και συνεχής έλεγχος της λειτουργικότητας των εργαζομένων όπως π.χ συμβαίνει στην κοινότητα των επαγγελματιών υγείας οι αναφορές των οποίων για την κατάσταση των εργαζομένων και τον απουσιασμό από την εργασία λόγω ασθένειας παρέχουν την απαιτούμενη ενημέρωση για τη λήψη μέτρων προς βελτίωση της ψυχικής υγείας παρέχοντας αίσθημα ασφάλειας και αποτροπής του στρες (PRIMA-EF 2008). Η οργάνωση της εργασίας με σωστές και ασφαλείς βάσεις δύναται να συμβάλλει στην καλή απόδοση του εργαζόμενου και στην μείωση των παραγόντων του άγχους όπως διαφαίνεται στον *Πίνακα 4*.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Προτάσεις οργάνωσης ασφαλούς εργασίας

<b>Σωστά οργανωμένη εργασία</b>	
<b>Ξεκάθαρη οργανωτική δομή</b>	Οι εργαζόμενοι πρέπει να λαμβάνουν σαφείς πληροφορίες για τη δομή, το σκοπό και τις πρακτικές της οργάνωσης της επιχείρησης
<b>Κατάλληλη επιλογή, εκπαίδευση και εξέλιξη</b>	Τα προσόντα, οι γνώσεις και οι ικανότητες κάθε εργαζόμενου πρέπει να ταιριάζουν όσο το δυνατό περισσότερο με τις ανάγκες της εργασίας που επιτελεί. Οι υποψήφιοι για μια θέση εργασίας πρέπει να αξιολογούνται σύμφωνα με τις απαιτήσεις της. Όπου είναι απαραίτητο πρέπει να παρέχεται η κατάλληλη εκπαίδευση. Η αποτελεσματική εποπτεία και η καθοδήγηση κρίνεται σημαντική.
<b>Περιγραφή των εργασιών</b>	Η περιγραφή των εργασιών εξαρτάται από την κατανόηση της πολιτικής, των στόχων και της στρατηγικής της επιχείρησης, από το στόχο και την οργάνωση της εργασίας και από το τρόπο μέτρησης της απόδοσης.
<b>Επικοινωνία</b>	Τα στελέχη πρέπει να μιλούν με τους εργαζόμενους, να τους ακούν και να διασφαλίζουν ότι έδωσαν προσοχή. Η ενημέρωση σχετικά με τις απαιτήσεις πρέπει να είναι λεπτομερής και ολοκληρωμένη. Οι δεσμεύσεις της επιχείρησης προς τους εργαζόμενους πρέπει να είναι σαφείς και να τηρούνται.
<b>Κοινωνικό περιβάλλον</b>	Ένα λογικό επίπεδο κοινωνικότητας και ομαδικής εργασίας συμβάλλει στην παραγωγικότητα γιατί αυξάνει την αφοσίωση στη δουλειά και στην ομάδα εργασίας

Πηγή: *Εργασιακό άγχος. Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισής του;*

Διαθέσιμο σε: [www.pepen.gr/pagesen/SPA-HANDBOOK\\_2405006%20final\\_GR.pdf](http://www.pepen.gr/pagesen/SPA-HANDBOOK_2405006%20final_GR.pdf)

#### **4.3.2 Ομαδικό επίπεδο (δευτερογενείς παρεμβάσεις)**

Η αντιμετώπιση του φαινομένου σε ομαδικό επίπεδο, περιλαμβάνει τη λήψη μέτρων που στοχεύουν στην ενημέρωση και τη εκπαίδευση των εργαζομένων μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα αναφορικά με τις ορθές πρακτικές εργασίας και το κώδικα συμπεριφοράς στους εργασιακούς χώρους (Τούκας 2010).

Ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει στρες λόγω της ασάφειας ρόλων ή της σύγκρουσης ρόλων στην εργασία. Καθήκον της διοίκησης είναι να περιγράφει με σαφήνεια τα καθήκοντα του εργαζόμενου και να αποσαφηνίζει τις προσδοκίες της από αυτόν. Η κατάρτιση προγραμμάτων με το σύνολο των καθηκόντων κρίνεται απαραίτητη, καθώς οι εργαζόμενοι όσο καλύτερα αντιλαμβάνονται τα καθήκοντά τους, τόσο λιγότερο άγχος νιώθουν και προσπαθούν να ανταποκριθούν σε αυτά (Occupational Wellbeing Group 2007).

Απαραίτητη σε αυτό το επίπεδο για τη μείωση των συμπτωμάτων του στρες θεωρείται η πλήρης ενημέρωση των εργαζομένων για την πολιτική, τη στρατηγική και τους απώτερους στόχους της επιχείρησης καθώς και η αξιολογήσή τους σύμφωνα με τις απαιτήσεις της συγκεκριμένης θέσης εργασίας. Ιδιαίτερης σημασίας θεωρείται η δημιουργία ενός κλίματος που θα παρέχει στο άτομο ευκαιρίες για ικανοποίηση των αναγκών του και αξιοποίηση των προσωπικών του δεξιοτήτων γεγονός που θα συμβάλλει στη μείωση του επαγγελματικού άγχους. Η παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης στον εργαζόμενο με στόχο την απόκτηση δεξιοτήτων που απαιτούνται για την επιτέλεση των εργασιακών καθηκόντων δύναται να συμβάλλει στην αντιμετώπιση του φαινομένου (Occupational Wellbeing Group 2007).

Η δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου στα πλαίσια του οποίου θα καλλιεργηθεί ένα κλίμα αλληλοβοήθειας και εμπιστοσύνης παράλληλα με τη λήψη μέριμνας για την προαγωγή των αρμονικών κοινωνικών σχέσεων στον εργασιακό χώρο θεωρείται ζωτικής σημασίας για τη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και την κάλυψη των εσωτερικών ψυχολογικών αναγκών των εργαζομένων.

### 4.3.3 Ατομικό επίπεδο (τριτογενείς παρεμβάσεις)

Στο ατομικό επίπεδο αντιμετώπισης του φαινομένου υπάγεται η λήψη μέτρων που έχουν ως στόχο τον εντοπισμό των ατόμων που η συναισθηματική και ψυχική τους κατάσταση έχει διαταραχθεί από το εργασιακό στρες καθώς και η λήψη μέτρων για την εξάλειψη της έντασης των συναισθημάτων άγχους σε ατομικό επίπεδο.

Οι τριτογενείς στρατηγικές παρέμβασης έχουν θεραπευτικό χαρακτήρα και αποσκοπούν στη μείωση ή ακόμα και στην εξάλειψη των συμπτωμάτων άγχους που ήδη έχουν κάνει την εμφάνισή τους. Στο πλαίσιο αυτό, το άτομο που βιώνει εργασιακό στρες μπορεί να βοηθηθεί με φαρμακευτική αγωγή που θα περιλαμβάνει τη χρήση ελάσσονων ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων. Παράλληλα, η εφαρμογή συστηματικής σωματικής άσκησης κρίνεται απαραίτητη καθώς συμβάλλει στη μείωση της κατάθλιψης, της συναισθηματικής δυσφορίας ενώ προάγει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του εργαζομένου.

Από τις πιο βασικές τεχνικές αντιμετώπισης του στρες σε ατομικό επίπεδο είναι η διαχείριση του χρόνου. Σημαντικές δεξιότητες που ενισχύουν την αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου είναι η σωστή εκτίμηση του διαθέσιμου χρόνου, η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, η μη πίεση του προγράμματος προς εξυπηρέτηση άλλων και ο υπολογισμός ενός διαλλείμματος μεταξύ των δραστηριοτήτων (Χρηστίδης 2002). Ειδικότερα για τους εργαζόμενους που παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα ανησυχίας και χαμηλό αυτοσεβασμό προτείνονται στρατηγικές οι οποίες θα περιλαμβάνουν ανάθεση μικρού αριθμού καθηκόντων, ενίσχυση ανατροφοδότησης των επαίνων μετά από την ολοκλήρωση των καθηκόντων, αποφυγή καταστάσεων ανταγωνισμού, μείωση των επιπέδων εργασιακού άγχους μέσω της αποφυγής τόσο της κριτικής όσο και της υπερβολής στην αξιολόγηση της δραστηριότητας σε συνδυασμό με την οργάνωση της εργασίας κατά τέτοιο τρόπο ώστε ο εργαζόμενος να έχει επιτυχίες περιοδικά που θα αυξάνουν την αυτοεκτίμησή του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Αλκοόλ και επαγγελματίες υγείας

Η μελέτη της κατανάλωσης αλκοόλ από επαγγελματίες υγείας έχει αποτελέσει το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας εδώ και δεκαετίες. Ο τρόπος ζωής που σχετίζεται με ασθένειες όπως η επικίνδυνη κατανάλωση οινοπνεύματος αποτελεί την κύρια αιτία για την αυξανόμενη ανησυχία στο τομέα της δημόσιας υγείας καθώς απειλεί την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας και κατά συνέπεια την υγεία και την ευημερία των πληθυσμών.

#### 5.1 Αλκοόλ και ιατρικό επάγγελμα

Η κατανάλωση οινοπνεύματος από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί υπαρκτή πραγματικότητα. Ειδικότερα η μελέτη του φαινομένου στην επαγγελματική ομάδα των ιατρών πιστοποιεί πως οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι εμφανίζουν υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ και μάλιστα σε ποσοστό μεγαλύτερο από το γενικό πληθυσμό (Juntunen et al. 1988) ως άμεση απόρροια της ιδιαίτερης φύσης του ιατρικού επαγγέλματος, του υπερβολικού φόρτου εργασίας, των έντονων συναισθηματικών και οικογενειακών προβλημάτων.

Σε μελέτη του 2006 μεταξύ νοσοκομειακών γιατρών στη Γερμανία, βρέθηκε ότι ποσοστό 76,7% κάνει μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, 19,8% κάνει επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ και μόνο 9,5% απέχει από τη χρήση οινοπνεύματος (Rosta 2008), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε έρευνα που διενεργήθηκε μεταξύ ειδικευόμενων γιατρών στη Νιγηρία ανέρχεται σε 12% για τους μετριοπαθείς πότες και 4,1% για εκείνους που κάνουν επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλης (Issa et al. 2012). Ως παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης του φαινομένου και στις δύο έρευνες καταγράφονται η ιδιαίτερη φύση του ιατρικού επαγγέλματος, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση.

Έρευνα στις ΗΠΑ αποδεικνύει πως το ποσοστό των γιατρών που εμφανίζουν διαταραχή στη χρήση οινοπνεύματος ξεπερνά το 14% (Baltisseri 2007), ενώ έρευνα που έλαβε χώρα στη Φιλανδία το 1988 απέδειξε πως το 24% των ανδρών γιατρών και το

3% των γυναικών συναδέλφων τους είχαν καταναλώσει πάνω από 200gr αλκοόλης την εβδομάδα και 4% των ανδρών πάνω από 30lt το χρόνο (> 450gr την εβδομάδα) με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται στις ηλικίες άνω των 40 ετών (Juntunen et al. 1988), ως άμεση συνέπεια του εργασιακού στρες και του χαμηλού επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ από γιατρούς δύο συγκεκριμένων ιατρικών ειδικοτήτων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας, το 49% των ψυχιάτρων καταναλώνει αλκοόλ ως άμεση συνέπεια οικογενειακών και συναισθηματικών προβλημάτων (Nace et al. 1995) ενώ αντίστοιχη έρευνα πιστοποιεί πως οι ψυχίατροι έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα αυξημένων ποσοστών κατανάλωσης αλκοόλ συγκριτικά με τους γιατρούς των υπόλοιπων ειδικοτήτων (Mansky 1996).

Παράλληλα, οι γιατροί που υπηρετούν το σύστημα υγείας ως χειρουργοί, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο κατανάλωσης οινοπνεύματος ως απόρροια της αγχωτικής φύσης και του υπερβολικού φόρτου εργασίας που χαρακτηρίζει τη συγκεκριμένη ειδικότητα. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 2005 στη Νορβηγία, οι γυναίκες χειρουργοί εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες κατανάλωσης αλκοόλ καθώς η χειρουργική ειδικότητα απαιτεί πολλές και απρόβλεπτες ώρες στο χειρουργείο γεγονός που καθιστά δύσκολη την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων στις γυναίκες, με επακόλουθο την υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας (Rosta et Aasland 2005).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος από το επαγγελματικό σώμα των ιατρών αποδεικνύει πως οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών σχετιζόμενων με το αλκοόλ όπως ο καρκίνος και η κίρρωση του ήπατος (Drever et al. 1996). Στατιστικά θνησιμότητας σε αρκετές χώρες καταδεικνύουν πως η κίρρωση του ήπατος που σχετίζεται άμεσα με την κατανάλωση αλκοόλ είναι τόσο συχνή στους γιατρούς όσο η απόπειρα αυτοκτονίας (Rimbella et al. 1987), η χρήση ναρκωτικών ουσιών (Roy 1985) και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Goodman 1975).



Η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ από τα μέλη του ιατρικού σώματος αποτελεί πρόβλημα μείζονος σημασίας καθώς απειλεί την ανάπτυξη και την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Οι χώρες που θα αναλάβουν πιο έντονη δράση στην καταπολέμηση του φαινομένου είναι σίγουρο πως θα ανταμειφθούν με σημαντικά κέρδη όπως η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας και η εύρυθμη λειτουργία ενός υγειονομικού συστήματος που σκοπό θα έχει την προάσπιση της υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών.

## **5.2 Αλκοόλ και νοσηλευτικό επάγγελμα**

Η εκτενής μελέτη των ερευνητικών δεδομένων ενισχύει τη θλιβερή πραγματικότητα πως τα μέλη που απαρτίζουν το επαγγελματικό σώμα των νοσηλευτών παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ και μάλιστα σε ποσοστό μεγαλύτερο από το γενικό πληθυσμό (Καρκαλέτση και συν. 2009). Η υιοθέτηση της συγκεκριμένης αρνητικής συμπεριφοράς υγείας δύναται να συμβάλλει στην αρνητική επιβάρυνση της υγείας και της ευημερίας των νοσηλευτών (International Council of Nurses 2007) με άμεσο επακόλουθο την παροχή χαμηλού επιπέδου υγειονομικής φροντίδας.

Έρευνα που διενεργήθηκε στις ΗΠΑ, κατέδειξε πως το ποσοστό των νοσηλευτών που κάνουν επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ ανέρχεται σε 10% (Trinkoff et al. 1997) ενώ σε αντίστοιχη έρευνα των Bissell και Haberman βρέθηκε πως 40.000 νοσηλεύτριες που εργάζονται στις ΗΠΑ αντιμετωπίζουν πρόβλημα αλκοολισμού (Bissell & Haberman 1984).

Η μελέτη της βιβλιογραφίας αποδεικνύει ότι τα επίπεδα κατανάλωσης οινοπνεύματος από τους νοσηλευτές είναι άμεσα σχετιζόμενα με την ιδιαίτερη φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και το έντονο εργασιακό στρες που βιώνουν οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι. Έρευνα που έλαβε χώρα στην Ουγγαρία μεταξύ 218 νοσηλευτριών πιστοποίησε τη συσχέτιση υψηλών επιπέδων στρες και αυξημένων ποσοστών κατανάλωσης αλκοόλης (Piko 1999). Η συγκεκριμένη παραδοχή ενισχύεται από τα αποτελέσματα ερευνών σύμφωνα με τα οποία οι νοσηλεύτριες που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε μονάδες που χαρακτηρίζονται από έντονο επαγγελματικό άγχος όπως οι χειρουργικές μονάδες έχουν μεγαλύτερα προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ συγκριτικά με εκείνες που υπηρετούν λιγότερο στρεσογόνες μονάδες (Plant

1991). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε έρευνα που διεξήχθη στη Νορβηγία μεταξύ ανδρών νοσηλευτών απασχολούμενων σε χειρουργικά τμήματα νοσοκομειακών μονάδων (Rosta & Aasland 2005).

Διαπιστώνεται λοιπόν πως η κατανάλωση αλκοόλης από τα μέλη της επαγγελματικής ομάδας των νοσηλευτών είναι πρόβλημα μεγίστης σημασίας που καθιστά επιτακτική την ανάγκη λήψης των απαραίτητων μέτρων με σκοπό την προστασία της υγείας τους και την προάσπιση του κοινωνικού τους έργου.

### **5.3 Μέτρα αντιμετώπισης κατανάλωσης αλκοόλ**

Η εκτεταμένη μελέτη των ερευνητικών δεδομένων αποδεικνύει πως η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί ζήτημα υψίστης σημασίας καθώς δύναται να επιφέρει επιβαρυντικές καταστάσεις τόσο για τον ίδιο το χρήστη όσο και για το άμεσο περιβάλλον του και το κοινωνικό σύνολο. Η παραδοχή της συγκεκριμένης πραγματικότητας καθιστά επιτακτική την ανάγκη λήψης αποτελεσματικών μέτρων και πολιτικών με κύριο σκοπό τη μείωση των βλαβών από τη χρήση αλκοόλ και παράλληλα τη αύξηση του αριθμού των κερδών όπως είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των πληθυσμών, η βελτίωση στους τομείς εργασίας και παραγωγικότητας, η μεγαλύτερη εξοικονόμηση όρων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, η ευρύτερη ισονομία στην υγεία και την οικονομία καθώς και η ισχυρότερη κοινωνική συνοχή.

Η παγκόσμια στρατηγική για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του οινοπνεύματος στο πλαίσιο δράσης του ΠΟΥ που επικυρώθηκε το 2010 περιλαμβάνει ένα σύνολο μέτρων που θεωρείται πως μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στον αγώνα καταπολέμησης των βλαπτικών συνεπειών της κατανάλωσης αλκοόλ (WHO 2010).

Πιο αναλυτικά, τα προτεινόμενα μέτρα αφορούν στην ένταξη των πολιτικών δράσης κατά του αλκοόλ στις ευρύτερες οικονομικές και προνοιακές πολιτικές με κύριο σκοπό την αποτελεσματική ανάπτυξη της υγείας των κοινωνιών και την πραγμάτωση της οικονομικής τους ευημερίας. Στην προσπάθεια εκπλήρωσης του επιθυμητού στόχου δύναται να συμβάλλει η ανάληψη δραστηριοτήτων για την αύξηση της ευαισθητοποίησης και της ενημέρωσης του πληθυσμού για τις γενικότερες επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ όπως είναι η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων αγωγής υγείας που ξεκινούν από την παιδική ηλικία και συνεχίζονται μέχρι την

εφηβεία. Σημαντικό ρόλο θεωρείται ότι μπορεί να διαδραματίσει η καλλιέργεια της κοινότητας της κοινωνίας στην αντιμετώπιση των συνεπειών του αλκοόλ μέσω της εκπαίδευσης και της επάνδρωσης καίριων τομέων όπως η Υγεία και η Κοινωνική Πρόνοια με εξειδικευμένα στελέχη σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση των τοπικών αρχών για την υλοποίηση προγραμμάτων που εναρμονίζονται με όλα τα κοινωνικά στρώματα. Παράλληλα, κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία θεραπευτικών και επανενταξιακών υπηρεσιών οι οποίες θα απασχολούν ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό τόσο για τα άτομα που κάνουν επιβλαβή χρήση οινοπνευματωδών όσο και για τα μέλη της οικογένειάς τους.

Στο πλαίσιο των μέτρων αντιμετώπισης της χρήσης αλκοόλ θεωρείται σημαντική η υποστήριξη μη κυβερνητικών οργανώσεων που προωθούν έναν υγιή τρόπο ζωής και κυρίως εκείνων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Επιπρόσθετα, θεωρείται απαραίτητη η συλλογή αξιόπιστων στοιχείων και η εφαρμογή νόμων με σκοπό την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων και την εφαρμογή αποτελεσματικότερων ενεργειών όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται συνοπτικά οι δέκα τομείς δράσης κατά της κατανάλωσης αλκοόλ σύμφωνα με τον ΠΟΥ.

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Δέκα τομείς δράσης κατά της κατανάλωσης αλκοόλ (ΠΟΥ)**

##### **Δέκα τομείς δράσης κατά της κατανάλωσης αλκοόλ**

- 1.Ευαισθητοποίηση και δέσμευση των εθνικών ηγεσιών**
- 2.Απόκριση των υπηρεσιών υγείας**
- 3.Κοινοτική δράση κατά του αλκοόλ**
- 4.Εφαρμογή αμτίμετρων κατά της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ**
- 5.Έλεγχος της διαθεσιμότητας του αλκοόλ**
- 6.Έλεγχος της εμπορίας αλκοολούχων ποτών**
- 7.Εφαρμογή πολιτικών τιμολόγησης αλκοολούχων ποτών**
- 8.Μείωση των αρνητικών συνεπειών της κατανάλωσης αλκοόλ**
- 9.Μείωση των επιπτώσεων της κατανάλωσης αλκοόλ στη δημόσια υγεία**
- 10.Παρακολούθηση και εποπτεία εφαρμογής των προτεινόμενων μέτρων**

Πηγή: WHO. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol (2010)*

Επισφραγίζεται λοιπόν πως τα κύρια όπλα στον αγώνα κατά της επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ αποτελούν η οικουμενικότητα των πολιτικών απέναντι στο αλκοόλ, η συντονισμένη δράση, η προώθηση υγιών συνηθειών και τρόπων ζωής καθώς και η εξασφάλιση της αποτελεσματικότερης διάδοσης των πληροφοριών σχετικά με την προώθηση των θέσεων, των πολιτικών και των μεθόδων αξιολόγησης.

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Υλικό και Μέθοδος της Έρευνας

#### 6.1 Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του εργασιακού στρες και της κατανάλωσης αλκοόλ στους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού Κορινθίας.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- Η διερεύνηση των ανεξάρτητων μεταβλητών που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων.
- Η διερεύνηση των στρεσογόνων παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση του εργασιακού άγχους στους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού.
- Η καταγραφή της μέσης έντασης με την οποία βιώνει ο ερωτώμενος το συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα.
- Η διερεύνηση της στάσης του ερωτώμενου ως προς τη χρήση αλκοόλ στην εργασία του.
- Η καταγραφή της ποσότητας κατανάλωσης οινοπνεύματος από τον ερωτώμενο μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην εργασία του.
- Η καταγραφή της συχνότητας χρήσης αλκοόλης από τον ερωτώμενο μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην εργασία του.

#### 6.2 Το δείγμα της μελέτης

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας του νομού Κορινθίας. Η επιλογή του συγκεκριμένου νομού στηρίχτηκε στην καθημερινή επί 24ωρου βάσεως προσφορά υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με την απασχόληση ενός ικανοποιητικού αριθμού εργαζομένων σε αυτές.

Συγκεκριμένα επιλέχθηκαν οι κάτωθι υπηρεσίες υγείας:

α. Κ.Υ ΚΙΑΤΟΥ

β. Κ.Υ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ

γ. Κ.Υ ΝΕΜΕΑΣ

δ. Γ.Ν.ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Δεν ακολουθήθηκε διαδικασία δειγματοληψίας καθώς η έρευνα αφορούσε όλο τον προς διερεύνηση αριθμό των εργαζομένων στις επιλεγμένες υπηρεσίες υγείας.

Προκειμένου να καταστεί δυνατή η διανομή των ερωτηματολογίων συντάχθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο το οποίο και κατατέθηκε προς έγκριση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου Κορίνθου.

Το δείγμα περιελάμβανε 220 άτομα, από τα οποία αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο 20 άτομα, ενώ 7 ερωτηματολόγια δεν ήταν σωστά συμπληρωμένα και αποκλείστηκαν από την μελέτη. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 193 εργαζόμενοι.

Το ποσοστό ανταπόκρισης των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας ήταν 87.73%.

### **6.3 Σχεδιασμός της μελέτης**

Ο τύπος της μελέτης που επιλέχθηκε είναι μη πειραματικός, περιγραφικός με χαρακτήρα επισκόπησης και σύγχρονο σχεδιασμό. Θεωρείται κατάλληλος και πρόσφορος για τα περιορισμένα χρονικά περιθώρια εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

Ο σκοπός της περιγραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η περιγραφή φαινομένων σε πραγματικές καταστάσεις. Μέσω αυτής περιγράφονται ιδέες και αναγνωρίζονται σχέσεις που παρέχουν τη βάση για περαιτέρω ποσοτική έρευνα και έλεγχο της θεωρίας (Burns & Grove 2001).

Η περιγραφική μελέτη ή μελέτη συσχέτισης σχεδιάζεται με σκοπό την απόκτηση πληροφοριών από πληθυσμούς που αφορούν στην επικράτηση, στην κατανομή και συσχέτιση μεταβλητών εντός αυτών των πληθυσμών. Μια περιγραφική μελέτη μπορεί να έχει συγχρονικό (cross-sectional) ή διαχρονικό (longitudinal) σχεδιασμό.

Η συγχρονική μελέτη όπως η παρούσα, αφορά τη συλλογή δεδομένων σε μια μόνο χρονική στιγμή χωρίς να περιλαμβάνει ξεχωριστές δειγματοληψίες αλλά μία μόνο δειγματοληψία για όλο τον πληθυσμό (Polit DF & Hungler BP 1991). Βασικό πλεονέκτημά της είναι, ότι είναι σχετικά οικονομική, λιγότερο χρονοβόρα και αρκετά πρακτική στο χειρισμό της σε σύγκριση με τη διαχρονική μελέτη.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η συγχρονική περιγραφική μελέτη είναι κατάλληλη για να περιγράψει σχέσεις μεταξύ μεταβλητών σε μια ορισμένη χρονική στιγμή δίνοντας την εικόνα του φαινομένου τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο (PolitDF & Hungler BP 1991).

## **6.4 Το ερωτηματολόγιο**

### **6.4.1 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων**

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη διαδικασία των ανώνυμων ερωτηματολογίων. Η συγκεκριμένη διαδικασία είναι μια μέθοδος αυτοαναφοράς η οποία θεωρείται ως η καταλληλότερη για τη συλλογή δεδομένων που σχετίζονται με απόψεις, στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες.

Η διανομή των ερωτηματολογίων εγκρίθηκε όπως έχει ήδη αναφερθεί από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου Κορίνθου. Μετά τη λήψη της έγκρισης καταρτίστηκε από την ερευνήτρια το σχεδιάγραμμα διανομής των ερωτηματολογίων.

Στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού η διαδικασία της διανομής των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατόπιν προσωπικής επίσκεψης της ερευνήτριας. Πριν την διανομή προηγήθηκε μια σύντομη ενημέρωση των εργαζομένων για το σκοπό της έρευνας και ακολούθησε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η ερευνήτρια παρέμενε στο χώρο για επίλυση τυχόν αποριών.

Στην Δευτεροβάθμια Υπηρεσία Υγείας και συγκεκριμένα στο νοσοκομείο Κορίνθου, η περιγραφόμενη διαδικασία πραγματοποιήθηκε ανά τομέα απασχόλησης. Όπου κρίθηκε αναγκαίο η ερευνήτρια παρείχε τις απαραίτητες επεξηγήσεις.

Η όλη διαδικασία διήρκεσε δύο μήνες, από τον Σεπτέμβριο του 2013 έως και τον Οκτώβριο του ίδιου έτους. Κάθε ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκε και έγινε η καταγραφή καθώς και η επεξεργασία των στοιχείων.



#### 6.4.2 Επιλογή κατάλληλου ερωτηματολογίου

Η επιλογή ενός κατάλληλου ερωτηματολογίου ως οργάνου μέτρησης μπορεί να στηριχτεί σε πολλούς τρόπους όπως ανασκόπηση βιβλιογραφίας, παρόμοιες μελέτες, διδακτορικές διατριβές αλλά και προφορική ανακοίνωση μεταξύ ερευνητών. Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται πολλές ποσοτικές μελέτες για το εργασιακό στρες και την κατανάλωση αλκοόλ καθώς και τις επιπτώσεις τους στους εργαζόμενους των υπηρεσιών παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε για την παρούσα μελέτη βασίστηκε κατά το μεγαλύτερο μέρος της σε παρόμοια μελέτη των Αθανασιάδη και συν. που έλαβε χώρα το 2011 (Athanasiadis et al 2011). Το θέμα ήταν: «*Εκτίμηση εργασιακού στρες και χρήσης αλκοόλ σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας*». Ζητήθηκε η άδεια του συγγραφέα για τη χρήση και την τροποποίηση του ερωτηματολογίου, η οποία και εδόθη.

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας τροποποιήθηκε ως προς τη πρώτη ενότητα που περιελάμβανε τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Συγκεκριμένα προστέθηκαν πέντε ερωτήσεις σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση του ερωτώμενου, τον αριθμό των παιδιών, την ειδικότητά, το τομέα απασχόλησης και τα χρόνια υπηρεσίας του. Στη δεύτερη ενότητα προστέθηκαν δύο ερωτήσεις που εστιάζουν στο ρόλο της οικονομικής κρίσης ως παράγοντα εκδήλωσης εργασιακού άγχους καθώς στο αρχικό ερωτηματολόγιο δεν υπήρχε σχετική αναφορά ενώ η τρίτη ενότητα συμπληρώθηκε με δύο ερωτήσεις για το ρόλο της κατανάλωσης αλκοόλ ως αντίμετρο στην οικονομική κρίση.

Το ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης μελέτης δεν δόθηκε για πιλοτική στάθμιση καθώς το αρχικό ερωτηματολόγιο είχε σταθμιστεί πιλοτικά σε ανάλογο πληθυσμό. Βασίστηκε στην ερευνητική ανασκόπηση του Frone σχετικά με τη σημασία συγκεκριμένων στρεσογόνων παραγόντων στο εργασιακό πλαίσιο (Maslach C & Jackson SE 1986), καθώς και στην πιλοτική έρευνα των Τσαούσογλου και συν. (Maslach C et al.2001).

### **6.4.3 Το τελικό ερωτηματολόγιο**

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης αποτελείται από τρεις ενότητες:

- α) Στην πρώτη ενότητα περιλαμβάνονται δέκα ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, ειδικότητα, τομέας απασχόλησης, χρόνια υπηρεσίας).
- β) Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που αφορούν τους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση του εργασιακού άγχους. Πρόκειται για κλειστού τύπου ερωτήσεις βασισμένες στη πεντάβαθμη διαβάθμιση με σκοπό την καταγραφή της μέσης έντασης με την οποία βιώνει ο ερωτώμενος το συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα.
- γ) Στην τρίτη ενότητα περιλαμβάνονται τέσσερις ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με τη στάση του ερωτώμενου ως προς τη χρήση αλκοόλ στην εργασία του. Η τρίτη ενότητα συμπληρώνεται από δύο ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής σχετικά με την καταγραφή της συχνότητας και της ποσότητας κατανάλωσης οινοπνεύματος από τον ερωτώμενο μετά από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα στην εργασία του.

### **6.4.4 Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου**

Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης (Sproull NL 1998) είναι ο βαθμός της συνέπειας με τον οποίο η τεχνική μέτρηση μετρά το χαρακτηριστικό που διατείνεται ότι μετρά δηλαδή ο βαθμός στον οποίο ένα εργαλείο μετρά κάποιο χαρακτηριστικό με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά, που χρησιμοποιείται κάτω από τις ίδιες συνθήκες με τα ίδια υποκείμενα και αποτελεί μέτρο εκτίμησης του τυχαίου σφάλματος στη μέθοδο μέτρησης.

Δείκτης αξιοπιστίας της τάξεως του 0,80 θεωρείται το κατώτερο αποδεκτό όριο για πολύ καλά ανεπτυγμένα ψυχοκοινωνικά εργαλεία μέτρησης ενώ για νέα ερευνητικά εργαλεία αξιοπιστία της τάξεως του 0,70 θεωρείται αποδεκτή (Burns & Grove SK 2001).

Η αξιοπιστία ομοιογένειας είναι μια μορφή αξιοπιστίας για την οποία μπορεί αν γίνει έλεγχος στη συγκεκριμένη μελέτη. Η ομοιογένεια αφορά στις προτάσεις του ερωτηματολογίου αλλά και στη μεταξύ τους συσχέτιση δηλαδή στο βαθμό στο οποίο όλα τα επιμέρους τμήματα του εργαλείου μετρούν το ίδιο χαρακτηριστικό.

Η εγκυρότητα μιας μελέτης δείχνει το κατά πόσο το ψυχομετρικό μέσο και κατά συνέπεια οι μετρήσεις που μας δίνει μετρά αυτό το οποίο προορίζεται να μετρήσει. Η ικανοποιητική συσχέτιση των περισσότερων ερωτήσεων της κλίμακας στη μελέτη μας μέσω του παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης του Pearson αποτελεί ένδειξη εγκυρότητας. Υπολογίστηκε η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και παρατηρήθηκαν θετικές γραμμικές συσχετίσεις ( $r > 0$ ). Τιμές του  $r$ s κοντά στα άκρα (-1 έως 1) δηλώνουν υψηλό βαθμό συσχέτισης μεταξύ μεταβλητών και έτσι η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου μας κρίνεται επαρκής.

## **6.5 Περιορισμοί της μελέτης**

Στην παρούσα μελέτη υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί που κρίνεται αναγκαίο να αναφερθούν:

Πρώτα από όλα η επιλογή των Κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας του νομού που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη αποτελεί από μόνη της ένα περιορισμό καθώς εξαιρέθηκαν από την έρευνα δύο κέντρα (Λουτρακίου και Γκούρας), λόγω περιορισμένου αριθμού εργαζομένων.

Επίσης, υπάρχει ο περιορισμός του δείγματος που σημαίνει ότι μελλοντικά θα πρέπει να υπάρξει έρευνα μεγαλύτερης κλίμακας προκειμένου να αποδειχθεί η κύρια υπόθεση της παρούσας μελέτης. Σε συνδυασμό μάλιστα ότι στην Ελλάδα δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η συσχέτιση εργασιακού στρες και κατανάλωσης αλκοόλ σε εργαζόμενους της υγειονομικής φροντίδας, θεωρούμε ότι είναι αναγκαία η περαιτέρω έρευνα του φαινομένου στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Για να είναι τα αποτελέσματα αξιοποιήσιμα θα πρέπει να απευθύνονται σε μεγαλύτερο δείγμα, ώστε να υπάρξουν συγκρίσεις επιπολασμού του φαινομένου σε εργαζόμενους της υγειονομικής περίθαλψης από διαφορετικές περιοχές της χώρας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Αποτελέσματα Έρευνας

#### 7.1. Στατιστική Ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών, εξετάστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης μέσου όρου (mean), διάμεσου (median) και μέσης τιμής (mode), καθώς επίσης και οι δείκτες μεταβλητότητας τυπικής απόκλισης ( $\sigma$ ) και τυπικού σφάλματος (stddev). Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA.

Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Υπολογίστηκε η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και παρατηρήθηκαν θετικές ( $r > 0$ ) και αρνητικές ( $r < 0$ ) γραμμικές συσχετίσεις.

Οι συσχετίσεις θεωρούνται χαμηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από  $r = 0.1 - 0.3$ , μέτριες όταν κυμαίνεται από  $r = 0.31 - 0.5$  και υψηλές όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από  $r = 0.5$ .

Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0. Το πρόγραμμα SPSS γενικώς παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και αναγνωρίζεται ως ισχυρό και χρήσιμο εργαλείο για το σκοπό αυτό (Babbie et al. 2003).

## 7.2 Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 193 άτομα. Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα Δημογραφικά Στοιχεία των συμμετεχόντων:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=193)**

		N	%
<b>Φύλο</b>	Άνδρες	53	27,5
	Γυναίκες	140	72,5
<b>Ηλικία</b>	20-30	19	9,8
	31-40	82	42,5
	41-50	71	36,8
	51-60	21	10,9
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Δημοτικό	3	1,6
	Γυμνάσιο	4	2,1
	Γενικό Λύκειο	33	17,1
	Τεχνικό Λύκειο	19	9,8
	Πτυχίο Α.Ε.Ι.	39	20,2
	Πτυχίο Τ.Ε.Ι.	64	33,2
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	26	13,5
	Διδακτορικό δίπλωμα	5	2,6
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος /η	49	25,4
	Έγγαμος /η	123	63,7
	Διαζευγμένος /η	21	10,9
<b>Αριθμός παιδιών</b>	Κανένα	53	27,5
	Ένα	47	24,4
	Δύο	68	35,2
	Τρία	20	10,4
	Τέσσερα	3	1,6
	>4	2	1,0

Η πλειοψηφία των εργαζομένων των υπηρεσιών υγείας είναι γυναίκες (72,5%). Η ηλικία τους κυμαίνεται από 20 έως 60 χρόνια, με τους περισσότερους να είναι μεταξύ 31-40 ετών (42,5%) και 41-50 ετών (36,8%) αντίστοιχα. Ένας στους δύο εργαζόμενους είναι κάτοχος πτυχίου (53,2%), με τους περισσότερους να διαθέτουν πτυχίο Τ.Ε.Ι (33,2%) και πτυχίο Α.Ε.Ι. (20,2%), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος (13,5%). Οι περισσότεροι εργαζόμενοι είναι έγγαμοι (63,7%) με δύο παιδιά (35,2%).

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι ειδικότητες των εργαζομένων.

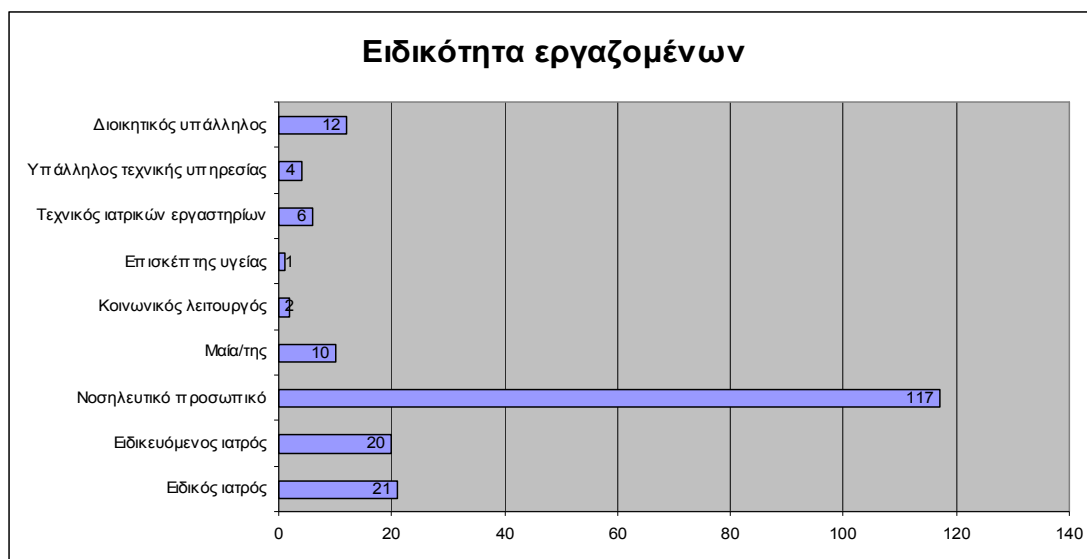
**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Ειδικότητες εργαζομένων του δείγματος**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ειδικότητα</b>	Ειδικός ιατρός	21	10,9
	Ειδικευόμενος ιατρός	20	10,4
	Νοσηλευτικό προσωπικό	117	60,6
	Π.Ε.	6	3,1
	Τ.Ε.	66	34,2
	Δ.Ε.	38	19,7
	Υ.Ε.	7	3,6
	Μαία/της	10	5,2
	Κοινωνικός λειτουργός	2	1,0
	Επισκέπτης υγείας	1	0,5
	Τεχνικός ιατρικών εργαστηρίων	6	3,1
	Υπάλληλος τεχνικής υπηρεσίας	4	2,1
	Διοικητικός υπάλληλος	12	6,2

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι είναι νοσηλευτικό προσωπικό (60,6%) τεχνολογικής (34,2%) και διευτούς (19,7%) εκπαίδευσης. Στο σύνολο των εργαζομένων καταγράφονται ειδικοί (10,9%) και ειδικευόμενοι ιατροί (10,4%), διοικητικοί υπάλληλοι (6,2%), μαιευτές (5,2%), ενώ απουσιάζουν οι ψυχολόγοι.

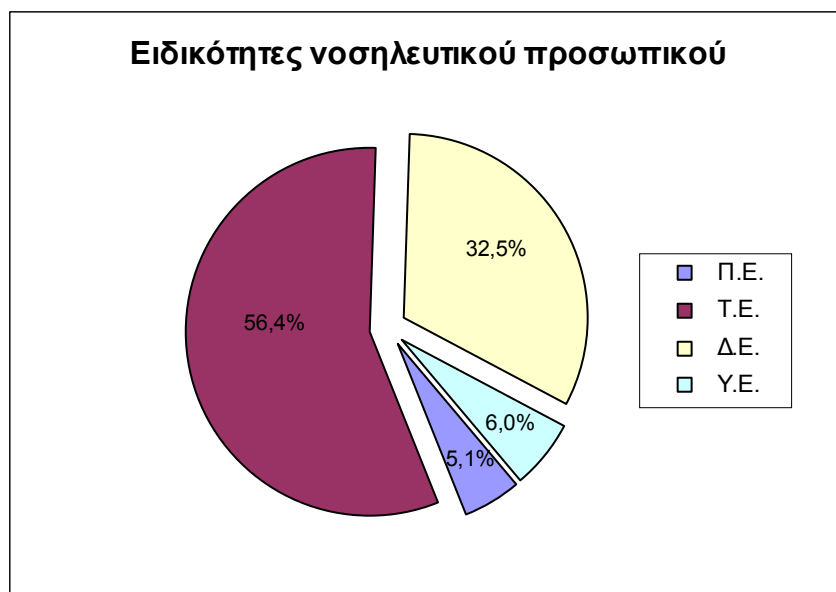
Στο γράφημα που ακολουθεί απεικονίζονται οι ειδικότητες όλων των εργαζομένων.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Ειδικότητες εργαζομένων**



Στο *Γράφημα 3*, παρουσιάζονται οι ειδικότητες του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα ποσοστά τους αναφέρονται στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού και όχι στο σύνολο των εργαζομένων.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 3** Ειδικότητες νοσηλευτικού προσωπικού



Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων εργάζεται σε νοσοκομείο (80,8%) και απασχολούνται στον χειρουργικό (50,2%) και παθολογικό τομέα (21,2%). Ο τομέας εργασίας αφορά μόνο τους εργαζόμενους σε νοσοκομείο.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 4** Τόπος εργασίας εργαζομένων



Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν τον τόπο και τον τομέα εργασίας των εργαζομένων.

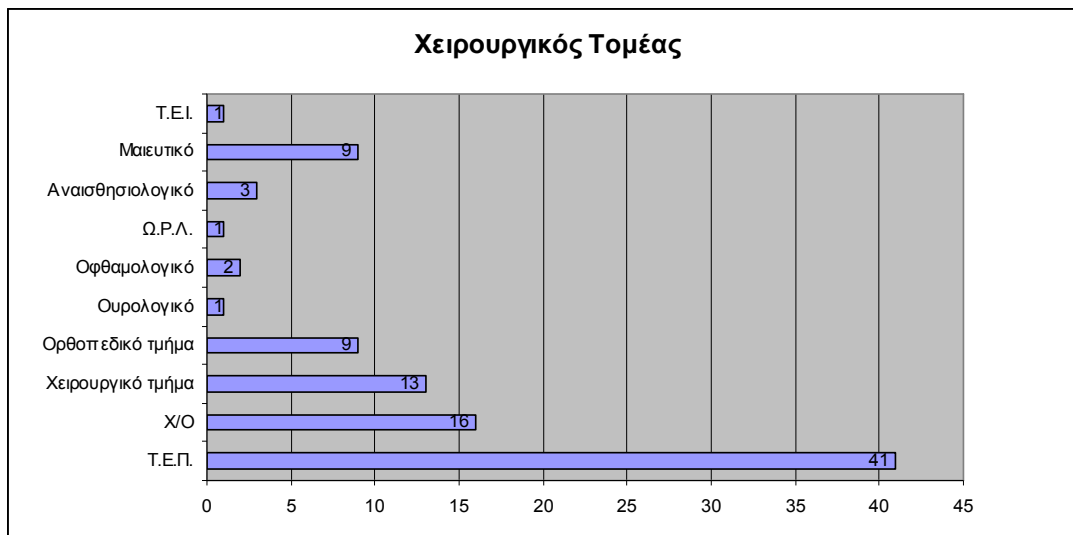
**ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Τόπος - Τομέας εργασίας δείγματος**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Τόπος εργασίας</b>	Νοσοκομείο	156	80,8
	Κέντρο υγείας	37	19,2
<b>Τομέας εργασίας σε νοσοκομείο</b>	Χειρουργικός	95	50,2
	Επείγοντα Περιστατικά (Τ.Ε.Π.)	41	21,2
	Χειρουργείο (Χ/Ο)	16	8,3
	Χειρουργικό	13	6,7
	Ορθοπαιδικό	9	4,7
	Ουρολογικό	1	0,5
	Οφθαμολογικό	2	1,0
	Ω.Ρ.Λ.	1	0,5
	Αναισθησιολογικό	3	1,6
	Μαιευτικό	9	4,7
	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ.Ε.Ι)	1	0,5
	Παθολογικός	41	21,2
	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	9	4,7
	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (Μ.Τ.Ν.)	11	5,7
	Παθολογικό	5	2,6
	Καρδιολογικό	8	4,1
	Παιδιατρικό	7	3,6
	Αιμοδοσία	3	1,6
	Μεσογειακή αναιμία	1	0,5



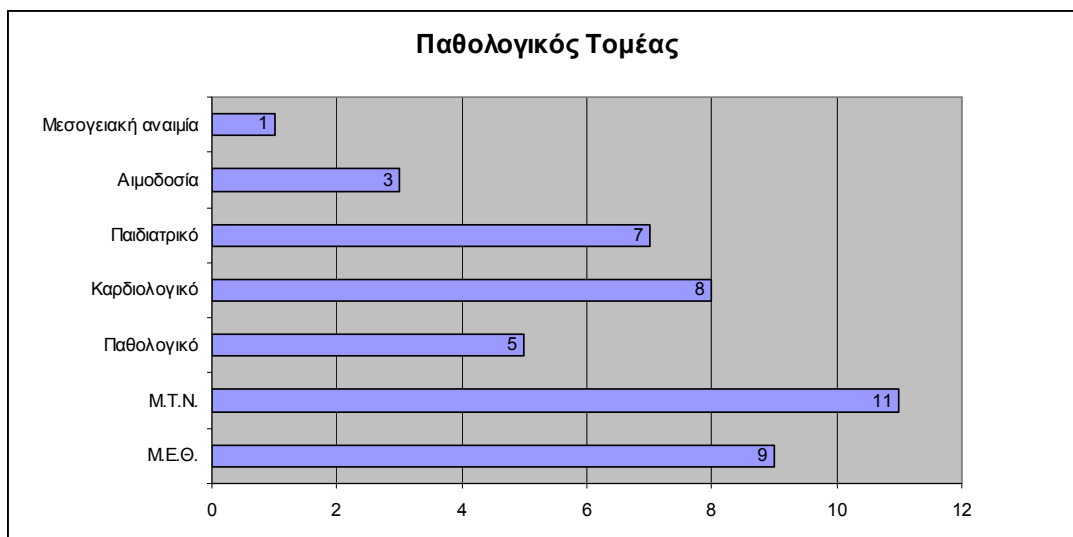
Στο *Γράφημα 5* απεικονίζονται τα τμήματα εργασίας των συμμετεχόντων στον χειρουργικό τομέα του νοσοκομείου.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Τμήματα εργασίας χειρουργικού τομέα**



Στο *Γράφημα 6* απεικονίζονται τα τμήματα εργασίας των συμμετεχόντων στον παθολογικό τομέα του νοσοκομείου.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 6 Τμήματα εργασίας παθολογικού τομέα**



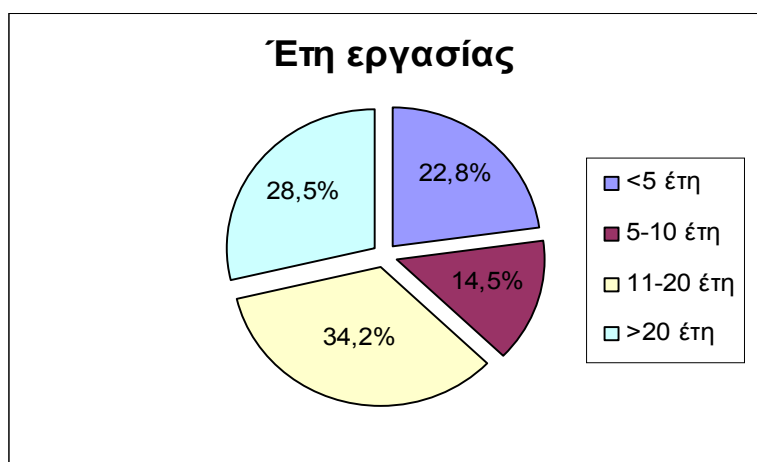
Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του χρόνου εργασίας των συμμετεχόντων. Τα έτη εργασίας ομαδοποιήθηκαν με βάση τις παρακάτω κατηγορίες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Αποτελέσματα χρόνου εργασίας δείγματος**

		N	%
<b>Έτη εργασίας</b>	<5	44	22,8
	5-10	28	14,5
	11-20	66	34,2
	>20	55	28,5

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εργάζονται στη συγκεκριμένη δουλειά παραπάνω από 10 χρόνια (62,7%), ενώ περίπου ένας στους τέσσερις (22,8%) εργάζεται λιγότερο από 5 χρόνια.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Έτη εργασίας**



### 7.3 Ερωτηματολόγιο Στρεσογόνων Παραγόντων

Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου στρεσογόνων παραγόντων αναφέρεται σε συγκεκριμένα γεγονότα στην εργασία, τα οποία προκαλούν αναστάτωση, ανησυχία ή/και στενοχώρια.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια σειρά στρεσογόνων γεγονότων που δύναται να προκαλούν άγχος και στρες στην εργασία. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο, εξετάζουν σε ποιο βαθμό ένα τέτοιο γεγονός προκαλεί άγχος και στρες στην εργασία των συμμετεχόντων εργαζομένων των υπηρεσιών υγείας.

Για τις ανάγκες της έρευνας, το ερωτηματολόγιο εξετάστηκε με βάση πέντε διαστάσεις:

- *Συνθήκες εργασίας*: αυξημένες, επικίνδυνες και αντίξοες συνθήκες, ωράριο, φόρτο εργασίας, υπερωρίες.
- *Λειτουργικότητα – επίπεδο εργασίας*: λήψη αποφάσεων, ρόλος, ανταγωνισμός, ανία-βαρεμάρα, έλεγχος.
- *Περιβάλλον (ηγεσία – συνάδελφοι)*: προαγωγές, ευκαιρίες, υποστήριξη, επιτήρηση, συμμετοχή, συγκρούσεις, συνεργασία
- *Εξωτερικοί παράγοντες απόδοσης*: αβεβαιότητα/ανασφάλεια, προβλήματα στο σπίτι, ικανοποίηση, κριτική, διάθεση, δεξιότητες/ικανότητες, αναγνώριση
- *Οικονομική κρίση*

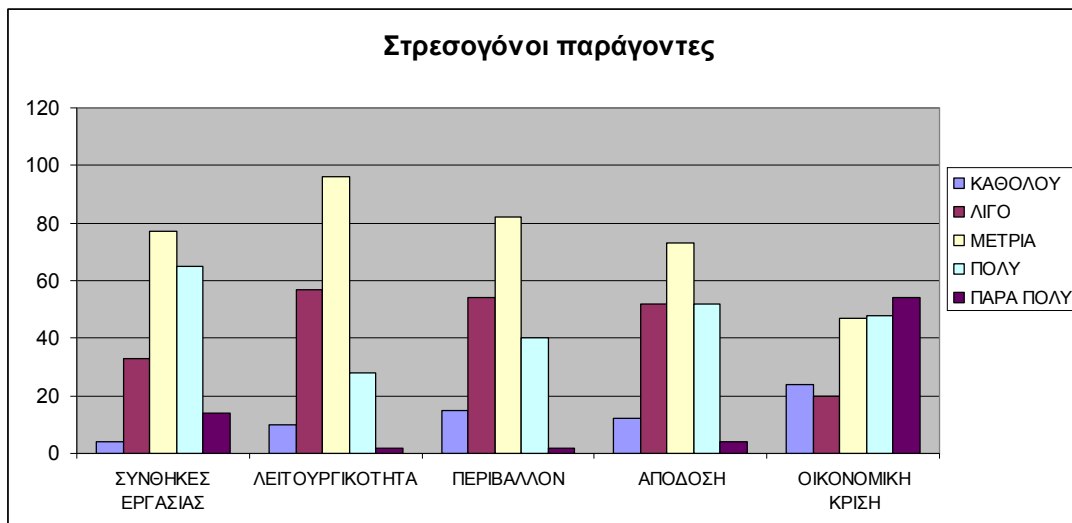
Σε κάθε επιμέρους θεματολογία γεγονότων, οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν με βάση τις παραπάνω διαστάσεις (όπου προκύπτουν), έτσι ώστε να αξιολογηθούν και να παραχθούν συμπεράσματα που αφορούν το εργασιακό άγχος και στρες των ερωτηθέντων στο σύνολό τους, αλλά και κάτω από ιδιαίτερα σημαντικές διαστάσεις της εργασίας τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκεντρωτικά (με βάση τις μέσες τιμές τους) τα αποτελέσματα που εξετάζουν τον βαθμό έντασης εργασιακού στρες των συμμετεχόντων σε σημαντικές διαστάσεις της εργασίας τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Βαθμός Έντασης Εργασιακού Στρες**

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	4 (2,1)	33 (17,1)	77 (39,9)	65 (33,7)	14 (7,3)
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	10 (5,2)	57 (29,5)	96 (49,7)	28 (14,5)	2 (1,0)
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	15 (7,8)	54 (28,0)	82 (42,5)	40 (20,7)	2 (1,0)
ΑΠΟΔΟΣΗ	12 (6,2)	52 (26,9)	73 (37,8)	52 (26,9)	4 (2,1)
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	24 (12,4)	20 (10,4)	47 (24,4)	48 (24,9)	54 (28,0)

**ΓΡΑΦΗΜΑ 8 - Στρεσογόνοι Παράγοντες**



Η πλειοψηφία των εργαζομένων θεωρεί τις συνθήκες εργασίας τους, μέτριο έως πολύ στρεσογόνο παράγοντα, ενώ η οικονομική κρίση αποτελεί για τους περισσότερους τον κύριο στρεσογόνο παράγοντα της εργασίας τους, αφού στην πλειοψηφία προκαλεί πάρα πολύ άγχος και στρες. Το επίπεδο εργασίας (λειτουργικότητα), το περιβάλλον που αφορά τη συμπεριφορά διοίκησης και συναδέλφων, καθώς και οι εξωτερικοί παράγοντες απόδοσης, προκαλούν κυρίως μέτριο εργασιακό στρες.

## 7.4 Παράμετεροι Στρεσογόνων Παραγόντων

### 7.4.1 Συνθήκες εργασίας

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στρεσογόνων γεγονότων που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Συνθήκες Εργασίας**

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Οι επικίνδυνες συνθήκες στη δουλειά μου (π.χ. ο κίνδυνος τραυματισμού)	28 (14,5)	49 (25,4)	52 (26,9)	37 (19,2)	27 (14,0)
Οι αυξημένες απαιτήσεις της δουλειάς	13 (6,7)	25 (13,0)	62 (32,1)	56 (29,0)	37 (19,2)
Το κυλιόμενο ωράριο (βάρδιες)	44 (22,8)	18 (9,3)	45 (23,3)	51 (26,4)	35 (18,1)
Οι αντίξοες συνθήκες στη δουλειά μου	14 (7,3)	26 (13,5)	53 (27,5)	58 (30,1)	42 (21,8)
Ο μεγάλος φόρτος εργασίας	15 (7,8)	18 (9,3)	49 (25,4)	66 (34,2)	45 (23,3)
Οι υπερωρίες στη δουλειά μου	55 (28,5)	36 (18,7)	37 (19,2)	40 (20,7)	25 (13,0)

Όπως φαίνεται στον πίνακα, οι κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες σχετικά με τις συνθήκες εργασίας των ερωτηθέντων, αφορούν γεγονότα σχετικά με το μεγάλο φόρτο εργασίας (57,5%), τις αντίξοες συνθήκες (51,9%) και το κυλιόμενο ωράριο βάρδιας (44,5%). Αντίθετα δεν φαίνεται να προκαλούν έντονο εργασιακό στρες, γεγονότα που σχετίζονται με τις επικίνδυνες συνθήκες εργασίας (33,2%) και τις υπερωρίες στη δουλειά (33,7%). Τα παραπάνω ποσοστά καταδεικνύουν το σύνολο των εργαζομένων που χαρακτηρίζουν το κάθε στρεσογόνο γεγονός με βαθμό (4) πολύ και (5) πάρα πολύ στρεσογόνο.

Εξετάζοντας αυστηρά την πλειοψηφία των απαντήσεων, παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι, χαρακτηρίζουν πολύ στρεσογόνα τα γεγονότα που αφορούν το κυλιόμενο ωράριο (βάρδιες), τις αντίξοες συνθήκες και το μεγάλο φόρτο εργασίας, μέτρια στρεσογόνα τα γεγονότα σχετικά με τις επικίνδυνες συνθήκες (π.χ. κίνδυνος τραυματισμού) και τις αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις, ενώ καθόλου στρεσογόνο γεγονός τις υπερωρίες στη δουλειά τους.

#### 7.4.2 Λειτουργικότητα

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στρεσογόνων γεγονότων που σχετίζονται με την λειτουργικότητα και το επίπεδο της εργασίας των εργαζομένων:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Λειτουργικότητα**

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Η λήψη αποφάσεων όταν υπάρχει πίεση χρόνου	14 (7,3)	32 (16,6)	46 (23,8)	66 (34,2)	35 (18,1)
Το χαμηλό επίπεδο στη δουλειά μου	28 (14,5)	51 (26,4)	56 (29,0)	37 (19,2)	21 (10,9)
Η έλλειψη ενός ξεκάθਾਰου ρόλου στη δουλειά	25 (13,0)	40 (20,7)	47 (24,4)	49 (25,4)	32 (16,6)
Το επίπεδο δυσκολίας της δουλειάς μου	30 (15,5)	38 (19,7)	67 (34,7)	40 (20,7)	18 (9,3)
Ο ανταγωνισμός στη δουλειά μου	59 (30,6)	49 (25,4)	53 (27,5)	24 (12,4)	8 (4,1)
Η ανία-βαρεμάρα στη δουλειά μου	74 (38,3)	53 (27,5)	35 (18,1)	19 (9,8)	12 (6,2)
Η χαμηλή αίσθηση ελέγχου στη δουλειά μου	38 (19,7)	42 (21,8)	63 (32,6)	33 (17,1)	17 (8,8)

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, οι βασικότεροι στρεσογόνοι παράγοντες σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας και το επίπεδο εργασίας, αφορούν γεγονότα σχετικά με τη λήψη αποφάσεων κάτω από πίεση χρόνου (52,3%) και την έλλειψη ενός ξεκάθਾਰου ρόλου στη δουλειά τους (42%). Αντίθετα δεν παρατηρείται έντονο εργασιακό στρες, σε γεγονότα που σχετίζονται με τις συνθήκες ανίας-βαρεμάρας (65,8%) και τον ανταγωνισμό (56%) στη δουλειά. Επιπλέον, γεγονότα που αφορούν το επίπεδο δυσκολίας της δουλειάς (34,7%), τη χαμηλή αίσθηση ελέγχου (32,6%), καθώς και το χαμηλό επίπεδο εργασίας (29%) χαρακτηρίζονται από τους περισσότερους εργαζόμενους ως μέτρια στρεσογόνα. Τα παραπάνω ποσοστά καταδεικνύουν τα προβλήματα που σχετίζονται με τον τρόπο λειτουργίας και την εργασία γενικότερα, καθώς στο σύνολό τους οι εργαζόμενοι, μέσα από τις απαντήσεις τους, αναδεικνύουν όχι απλά γεγονότα που τους προκαλούν περισσότερο άγχος και στρες, αλλά στοιχεία που απαιτούνται για να είναι – από πλευράς λειτουργικότητας – καλύτερη η εργασία τους (π.χ. ξεκάθαρος ρόλος εργασίας και λήψη αποφάσεων χωρίς πίεση χρόνου). Τα παραπάνω αποτελέσματα αποκτούν ιδιαίτερη αξία, καθώς προέρχονται από επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας.

### 7.4.3 Περιβάλλον

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στρεσογόνων γεγονότων που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας των ερωτηθέντων, σε επίπεδο διοίκησης και συναδελφικότητα

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Περιβάλλον**

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Η άδικη μεταχείριση σχετικά με τις προαγωγές	49 (25,4)	43 (22,3)	45 (23,3)	30 (15,5)	26 (13,5)
Η αίσθηση ότι νιώθω «κολλημένος»-στάσιμος στη δουλειά μου	47 (24,4)	42 (21,8)	49 (25,4)	36 (18,7)	19 (9,8)
Η έλλειψη ευκαιριών για την αξιοποίηση όλων των ικανοτήτων και δεξιοτήτων στη δουλειά μου	23 (11,9)	39 (20,2)	66 (34,2)	37 (19,2)	28 (14,5)
Το χαμηλό ενδιαφέρον του εργοδότη για τη δουλειά που προσφέρω	37 (19,2)	44 (22,8)	43 (22,3)	43 (22,3)	26 (13,5)
Η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση	23 (11,9)	31 (16,1)	47 (24,4)	52 (26,9)	40 (20,7)
Η έλλειψη επιτήρησης της δουλειάς μου από τον εργοδότη-προϊστάμενο	71 (36,8)	51 (26,4)	36 (18,7)	21 (10,9)	14 (7,3)
Η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων για τη δουλειά μου	34 (17,6)	46 (23,8)	64 (33,2)	33 (17,1)	16 (8,3)
Η αδιαφορία για τη δουλειά που προσφέρω	43 (22,3)	46 (23,8)	52 (26,9)	31 (16,1)	21 (10,9)
Η απουσία ενθάρρυνσης από τον προϊστάμενο και τους συναδέλφους	42 (21,8)	38 (19,7)	47 (24,4)	44 (22,8)	22 (11,4)
Η έλλειψη υποστήριξης από τον εργοδότη	42 (21,8)	44 (22,8)	42 (21,8)	38 (19,7)	27 (14,0)
Η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους στη δουλειά μου	41 (21,2)	42 (21,8)	43 (22,3)	42 (21,8)	25 (13,0)
Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους στη δουλειά μου	48 (24,9)	40 (20,7)	33 (17,1)	46 (23,8)	26 (13,5)
Η έλλειψη συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους στη δουλειά μου	31 (16,1)	31 (16,1)	62 (32,1)	51 (26,4)	18 (9,3)

Η πλειοψηφία των γεγονότων που αφορούν το περιβάλλον της εργασίας και τις σχέσεις με τη διοίκηση/ηγεσία και τους συναδέλφους, χαρακτηρίζεται ως μέτρια στρεσογόνα. Συγκεκριμένα, γεγονότα που αφορούν την έλλειψη ευκαιριών αξιοποίησης όλων των ικανοτήτων/δεξιοτήτων (34,2%), την έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων (33,2%), την έλλειψη συνεργασίας με άλλους (32,1%), την αδιαφορία για την προσφερόμενη εργασία (26,9%), την αίσθηση στασιμότητας (25,4%), την απουσία ενθάρρυνσης (24,4%), καθώς και την έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους (22,3%), αποτελούν στρεσογόνα γεγονότα μέτριας έντασης για τους εργαζομένους ερωτώμενους.

Επίσης, γεγονότα σχετικά με έλλειψη επιτήρησης (36,8%), άδικη μεταχείριση σε θέματα προαγωγών (25,4%) καθώς και συγκρούσεις με συναδέλφους στην εργασία (24,9%), δεν αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες, σύμφωνα με τους περισσότερους εργαζόμενους. Μόνη εξαίρεση αποτελεί το γεγονός της έλλειψης υποστήριξης από τη διοίκηση, το οποίο περιγράφεται ως υψηλής έντασης στρεσογόνο (47,6%) από τους περισσότερους ερωτώμενους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρξαν γεγονότα τα οποία «δίχασαν» τους ερωτώμενους εργαζομένους, καθώς παρουσίασαν ισοκατανομή απόψεων. Τα γεγονότα αυτά αφορούν το χαμηλό ενδιαφέρον του εργοδότη για την προσφερόμενη εργασία και την έλλειψη υποστήριξης από αυτόν, τα οποία αφενός μεν παρουσιάζουν πλειοψηφία χαρακτηρισμού ως μέτριου στρεσογόνου (22,8%), αφετέρου δε οι υπόλοιποι χαρακτηρισμοί βρίσκονται πολύ κοντά τους, με αποτέλεσμα να μην δείχνουν καθαρά το βαθμό έντασης των συγκεκριμένων στρεσογόνων γεγονότων. Επίσης, ίδιο σημείο αναφοράς αποτελεί και το γεγονός της έλλειψης υποστήριξης από τους συναδέλφους.

Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν καθαρά τη σημασία της υποστήριξης της εκάστοτε διοίκησης για την εύρυθμη λειτουργία της εργασίας, καθώς και της συμμετοχής των συναδέλφων τόσο σε επίπεδο υποστήριξης, όσο και σε επίπεδο συνεργασίας.



#### 7.4.4 Εξωτερικοί παράγοντες απόδοσης

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στρεσογόνων γεγονότων που σχετίζονται με τους εξωτερικούς παράγοντες απόδοσης των εργαζομένων:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Εξωτερικοί Παράγοντες Απόδοσης**

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Οι αμφιβολίες για το μέλλον μου στη δουλειά αυτή	16 (8,3)	18 (9,3)	48 (24,9)	49 (25,4)	62 (32,1)
Η μεταφορά προβλημάτων από τη δουλειά στο σπίτι	55 (28,5)	40 (20,7)	48 (24,9)	35 (18,1)	15 (7,8)
Τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη δουλειά μου	35 (18,1)	34 (17,6)	77 (39,9)	28 (14,5)	19 (9,8)
Η κριτική που δέχομαι από τους άλλους ανθρώπους στη δουλειά μου	50 (25,9)	35 (18,1)	47 (24,4)	44 (22,8)	17 (8,8)
Η πεσμένη διάθεση μου στη δουλειά μου	37 (19,2)	50 (25,9)	47 (24,4)	35 (18,1)	24 (12,4)
Η αίσθηση ανασφάλειας που έχω στη δουλειά μου	44 (22,8)	33 (17,1)	43 (22,3)	35 (18,1)	38 (19,7)
Οι χαμηλές δεξιότητες-ικανότητες που έχω σχετικά με τη δουλειά μου	82 (42,5)	51 (26,4)	33 (17,1)	19 (9,8)	8 (4,1)
Η έλλειψη αναγνώρισης της εργασίας που προσφέρω στη δουλειά μου	27 (14,0)	30 (15,5)	50 (25,9)	51 (26,4)	35 (18,1)

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες σχετικά με την αποδοτικότητα των εργαζομένων, αποτελούν οι αμφιβολίες για το μέλλον τους στη συγκεκριμένη εργασία (57,5%) και η έλλειψη αναγνώρισης της προσφερόμενης εργασίας (44,5%). Αντιθέτως, η πλειοψηφία των εργαζομένων περιγράφει ως καθόλου στρεσογόνα, γεγονότα που σχετίζονται με τις χαμηλές εργασιακές δεξιότητες-ικανότητες (42,5%), τη μεταφορά προβλημάτων από τη δουλειά στο σπίτι (28,5%), την κριτική των άλλων ανθρώπων (25,9%), καθώς και την αίσθηση ανασφάλειας που υπάρχει στην εργασία (22,8%). Επιπλέον, η πεσμένη διάθεση στην εργασία (50,3%) και τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης (57,5%), περιγράφονται από τους περισσότερους εργαζόμενους ως στρεσογόνα γεγονότα χαμηλής έως μέτριας έντασης.

#### 7.4.5 Οικονομική κρίση

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στρεσογόνων γεγονότων που σχετίζονται με την γενικότερη οικονομική κρίση:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Οικονομική Κρίση**

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Η οικονομική κρίση επηρεάζει την απόδοση στη δουλειά μου	32 (16,6)	24 (12,4)	40 (20,7)	43 (22,3)	54 (28,0)
Η οικονομική κρίση είναι ο κύριος στρεσογόνος παράγοντας στη δουλειά μου	30 (15,5)	28 (14,5)	42 (21,8)	42 (21,8)	51 (26,4)

Περίπου ένας στους δύο εργαζόμενους, θεωρεί πως η οικονομική κρίση επηρεάζει την απόδοση στη δουλειά τους (50,3%), με αποτέλεσμα να αποτελεί και τον κύριο στρεσογόνο παράγοντα στην εργασία τους (48,2%).

Στις δύο ερωτήσεις που αφορούν την οικονομική κρίση, υπάρχει – με κάποιες μικρές αποκλίσεις – ταύτιση απόψεων σε ότι αφορά τα ποσοστά των ερωτώμενων με βάση τη μέση ένταση του κάθε στρεσογόνου γεγονότος και το βαθμό με τον οποίο τα χαρακτηρίζουν.

## **7.5 Ερωτηματολόγιο Κατανάλωσης Αλκοόλ**

Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου αναφέρεται σε συμπεριφορές χρήσης αλκοόλ ως συνέπεια αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων στην εργασία, που προκαλούν αναστάτωση, ανησυχία ή/και στενοχώρια.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων που αφορούν την αποτελεσματικότητα ή όχι, της χρήσης αλκοόλ για την αντιμετώπιση στρεσογόνων γεγονότων και ιδιαίτερα της οικονομικής κρίσης ως στρεσογόνο παράγοντα που πιθανόν κάποιες φορές να οδηγεί σε συμπεριφορές χρήσης αλκοόλ.

Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο, εξετάζουν σε ποιο βαθμό ένα τέτοιο γεγονός οδηγεί σε χρήση αλκοόλ, ποια είναι η συνήθης ποσότητα κατανάλωσης και σε ποια συχνότητα, μετά από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα-γεγονός στην εργασία.

## 7.6 Χρήση Αλκοόλ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της χρήσης αλκοόλ, ως μέσο αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου γεγονότος στη δουλειά και της οικονομικής κρίσης ειδικότερα:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Χρήση Αλκοόλ**

	NAI	OXI
	N (%)	N (%)
Πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος αλκοόλ για να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο γεγονός στη δουλειά του	17 (8,8)	176 (91,2)
Δεν πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος αλκοόλ για να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο γεγονός στη δουλειά του	171 (88,6)	22 (11,4)
Πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος για να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση ως στρεσογόνο παράγοντα	16 (8,3)	177 (91,7)
Δεν πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος για να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση ως στρεσογόνο παράγοντα	166 (86,0)	27 (14,0)

Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων υποστηρίζει ότι δεν είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος αλκοόλ για να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο γεγονός στη δουλειά του, με ποσοστά 91,2% και 88,6% στις δύο αντίστροφες ερωτήσεις που αφορούν την αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ, ως συμπεριφορά αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου γεγονότος.

Παρόμοια, στις δύο αντίστροφες ερωτήσεις που αφορούν την αποτελεσματικότητα της χρήσης αλκοόλ, ως συμπεριφορά αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης ως στρεσογόνο παράγοντα, η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων υποστηρίζει ότι δεν είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος για να την αντιμετωπίσει, με ποσοστά 91,7% και 86,0% αντίστοιχα.

Η διαφορά (έστω και μικρή) στα ποσοστά, αφορά το ύφος των ερωτήσεων, οι οποίες ουσιαστικά δεν προσδιορίζουν τη χρήση αλκοόλ, αλλά την αποτελεσματικότητά του ως μέσο αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου γεγονότος στην εργασία και της ίδιας της οικονομικής κρίσης ως στρεσογόνο παράγοντα.

Στον πίνακα και στο γράφημα που ακολουθούν, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν τη συνήθη ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ μετά από κάποιο εργασιακό στρεσογόνο γεγονός:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ**

		N	%
Ποια ήταν η συνήθης ποσότητα αλκοόλ που καταναλώσατε μετά από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα-γεγονός στη δουλειά σας	1-2 αλκοολούχα ποτά	73	37,8
	3-4 αλκοολούχα ποτά	6	3,1
	5-6 αλκοολούχα ποτά	3	1,6
	Άλλο (Καθόλου)	111	57,5

**ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Κατανάλωση Αλκοόλ**



Η πλειοψηφία των εργαζομένων δεν κατανάλωσε καθόλου αλκοόλ μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην εργασία (57,5), ενώ ακόμα και αυτοί που το έκαναν περιορίστηκαν στη ποσότητα των 1-2 ποτών (37,8%).

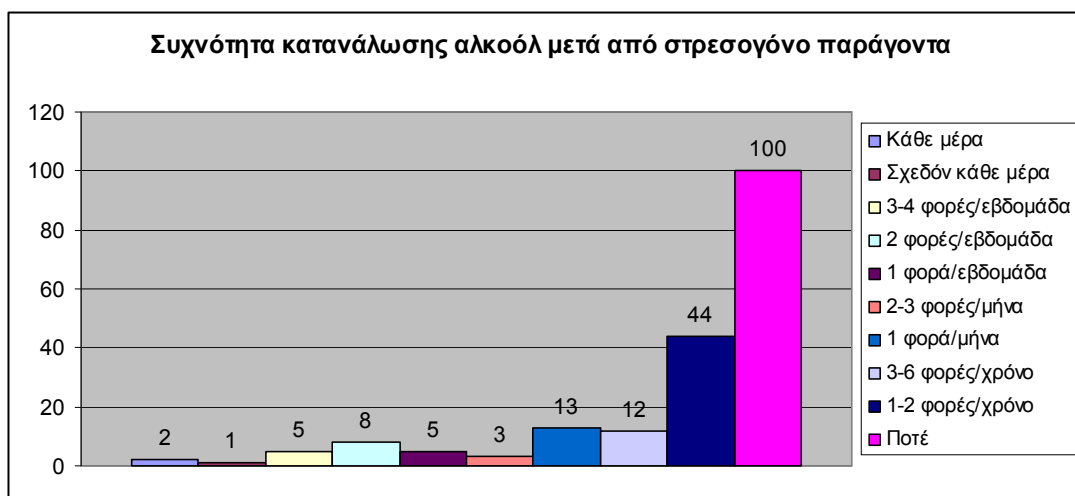
Τα παραπάνω ποσοστά ενισχύουν την άποψη των ερωτηθέντων για την αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ στην αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος στην εργασία του.

Στον πίνακα και στο γράφημα που ακολουθούν, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ μετά από κάποιο εργασιακό στρεσογόνο γεγονός:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ**

	N	%	
Κάθε πότε συμβαίνει η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ που επιλέξατε	Κάθε μέρα	2	1,0
	Σχεδόν κάθε μέρα	1	0,5
	3 με 4 φορές την εβδομάδα	5	2,6
	2 φορές την εβδομάδα	8	4,1
	1 φορά την εβδομάδα	5	2,6
	2 με 3 φορές το μήνα	3	1,6
	1 φορά το μήνα	13	6,7
	3 με 6 φορές το χρόνο	12	6,2
	1 με 2 φορές το χρόνο	44	22,8
	Άλλο (Ποτέ)	100	51,8

**ΓΡΑΦΗΜΑ 10 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ**



Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ περιορίζεται στο ελάχιστο, καθώς η πλειοψηφία των εργαζομένων δεν κατανάλωσε ποτέ αλκοόλ (51,8%), ενώ ακόμα και αυτοί που το έκαναν περιορίστηκαν σε πολύ αραιές συχνότητες της τάξης των 1-2 φορές ετησίως (22,8%).

Τα παραπάνω ποσοστά επιβεβαιώνουν πλέον, την άποψη των ερωτηθέντων για την αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ στην αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος στην εργασία τους.

### 7.7 Διαφορές μεταξύ κατηγοριών των δημογραφικών μεταβλητών

Μελετήθηκαν οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο ανά φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, ειδικότητα, τόπο εργασίας, τομέα εργασίας και έτη εργασίας για να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, εάν υπάρχουν απαντήσεις που διαφέρουν σημαντικά. Για τη διευκόλυνση της στατιστικής ανάλυσης, οι μεταβλητές που αφορούν το μορφωτικό επίπεδο, την ειδικότητα, τον τομέα εργασίας, την ποσότητα και την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ επανακωδικοποιήθηκαν και μετασχηματίστηκαν, δημιουργώντας νέες μεταβλητές που ομαδοποιούν περαιτέρω τα δεδομένα σε κατηγορίες.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test, για να ελέγξουμε αν οι μέσοι για κάθε επίπεδο της κατηγορίας είναι ίσοι. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA. Σε κάθε περίπτωση το μοντέλο κρίνεται ως στατιστικά σημαντικό όταν  $p\text{-value} < 0.05$  (οι μέσοι για κάθε επίπεδο κατηγορίας διαφέρουν μεταξύ τους).

Σε κάθε περίπτωση ο έλεγχος T-test εξάγεται για την περίπτωση που οι διακυμάνσεις είναι ίσες και σε περίπτωση που διακυμάνσεις είναι άνισες. Στις περιπτώσεις των μεταβλητών που οι μέσοι φαίνεται να ίσοι, τα  $p\text{-values}$  (sig.) είναι μεγαλύτερα από το 0.05. Στον έλεγχο ANOVA, όσα από τα ζεύγη έχουν  $p > 0.05$  σημαίνει ότι οι μέσοι των επιπέδων της κατηγορίας ανά δύο είναι ίσοι.

Στους Πίνακες 19-23, παρουσιάζονται οι μετασχηματισμοί/ομαδοποιήσεις που πραγματοποιήθηκαν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Επανακωδικοποίηση μορφωτικού επιπέδου**

<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Δημοτικό	Πρωτοβάθμια
	Γυμνάσιο	Δευτεροβάθμια
	Γενικό Λύκειο	
	Τεχνικό Λύκειο	
	Πτυχίο Α.Ε.Ι.	Ανώτερη
	Πτυχίο Τ.Ε.Ι.	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Ανώτατη
	Διδακτορικό δίπλωμα	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Επανακωδικοποίηση ειδικοτήτων**

<b>Ειδικότητα</b>	Ειδικός ιατρός	Ιατροί
	Ειδικευόμενος ιατρός	
	Νοσηλευτικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό
	Π.Ε.	
	Τ.Ε.	
	Δ.Ε.	
	Υ.Ε.	
	Μαία/της	Μαία/της
	Κοινωνικός λειτουργός	Κοινωνικοί λειτουργοί
	Επισκέπτης υγείας	
	Τεχνικός ιατρικών εργαστηρίων	
	Υπάλληλος τεχνικής υπηρεσίας	Τεχνικό προσωπικό
	Διοικητικός υπάλληλος	Διοικητικό προσωπικό



**ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Επανακωδικοποίηση τομέα εργασίας**

<b>Τομέας εργασίας</b>	Χειρουργικός	Χειρουργικός
	Τ.Ε.Π.	
	Χειρουργείο (Χ/Ο)	
	Χειρουργικό	
	Ορθοπεδικό	
	Ουρολογικό	
	Οφθαμολογικό	
	Ω.Ρ.Λ.	
	Αναισθησιολογικό	
	Μαιευτικό	
	Τ.Ε.Ι	
	Παθολογικός	
	Μ.Ε.Θ.	
	Μ.Τ.Ν.	
	Παθολογικό	
	Καρδιολογικό	
	Παιδιατρικό	
	Αιμοδοσία	
	Μεσογειακή αναιμία	
	Κανένας	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Επανακωδικοποίηση κατανάλωσης αλκοόλ**

<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>	Άλλο (Καθόλου)	Καθόλου
	1-2 αλκοολούχα ποτά	Λίγο
	3-4 αλκοολούχα ποτά	Μέτρια
	5-6 αλκοολούχα ποτά	Πολύ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Επανακωδικοποίηση συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ**

<b>Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ</b>	Κάθε μέρα	Πολύ Συχνά
	Σχεδόν κάθε μέρα	
	3 με 4 φορές την εβδομάδα	Συχνά
	2 φορές την εβδομάδα	
	1 φορά την εβδομάδα	
	2 με 3 φορές το μήνα	Σπάνια
	1 φορά το μήνα	
	3 με 6 φορές το χρόνο	Πολύ Σπάνια
	1 με 2 φορές το χρόνο	
	Άλλο (Ποτέ)	Ποτέ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Στρεσογόνοι παράγοντες – διαφορές ανά φύλο**

Παράγοντες	Άνδρες (N=53)		Γυναίκες (N=140)		T-test Sig (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD	
Συνθήκες Εργασίας	3,15	,969	3,31	,874	,262
Λειτουργικότητα	2,62	,814	2,82	,789	,123
Περιβάλλον	2,81	,921	2,79	,888	,860
Απόδοση	2,81	,900	2,96	,944	,333
Οικονομική Κρίση	3,42	1,447	3,47	1,289	,794

Στις ερωτήσεις με βάση το φύλο, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των εργαζομένων, με εξαίρεση τις ερωτήσεις “11. Οι αμφιβολίες για το μέλλον μου στη δουλειά αυτή” που αφορά την απόδοση και “12. Η έλλειψη ενός ξεκάθαρου ρόλου στη δουλειά αυτή” που αφορά την λειτουργικότητα.

Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο άγχος και στρες από τους άνδρες, καθώς περιγράφουν εντονότερα τη μέση ένταση των στρεσογόνων παραγόντων, με εξαίρεση το περιβάλλον. Σε κάθε κατηγορία η μέση ένταση των στρεσογόνων παραγόντων χαρακτηρίζεται κοντά στο μέτριο, με την οικονομική κρίση να αποτελεί τον στρεσογόνο παράγοντα με την μεγαλύτερη μέση ένταση και για τα δύο φύλα (άνω του μετρίου).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα**

Παράγοντες	20 – 30 (N=19)		31 – 40 (N=82)		41 – 50 (N=71)		51 – 60 (N=21)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συνθήκες Εργασίας	3,05	,848	3,37	,936	3,30	,885	3,00	,837	,265
Λειτουργικότητα	2,79	,713	2,76	,825	2,85	,839	2,52	,602	,451
Περιβάλλον	2,74	,933	2,80	,867	2,76	,948	2,90	,831	,918
Απόδοση	3,11	,809	2,90	,964	2,85	,951	3,05	,865	,655
Οικονομική Κρίση	3,42	1,465	3,32	1,314	3,45	1,350	4,05	1,117	,167

Στις ερωτήσεις με βάση την ηλικία, παρατηρήθηκαν μέγιστες διαφορές στις ερωτήσεις “1. Οι επικίνδυνες συνθήκες στη δουλειά μου” και “6. Το κυλιόμενο ωράριο (βάρδιες)” που αφορούν τις συνθήκες εργασίας, καθώς επίσης και στην ερώτηση “5. Η αίσθηση ότι νιώθω «κολλημένος»-στάσιμος στη δουλειά μου” που αφορά το περιβάλλον εργασίας και στην ερώτηση “35. Η οικονομική κρίση επηρεάζει την απόδοση στη δουλειά μου” που σχετίζεται με την οικονομική κρίση.

Γενικότερα, δεν υπάρχει κάποια ηλικιακή κατηγορία που να παρουσιάζει αυξημένο εργασιακό στρες, αλλά ειδικότερα ξεχωρίζουν κάποιες κατανομές στους επιμέρους στρεσογόνους παράγοντες. Οι εργαζόμενοι με την μικρότερη ηλικία (20-30 ετών) διατηρούν τη μικρότερη μέση ένταση άγχους και στρες σε στρεσογόνα γεγονότα που αφορούν το περιβάλλον, ενώ παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή σε στρεσογόνα γεγονότα που αφορούν την απόδοση. Οι εργαζόμενοι με την μεγαλύτερη ηλικία (51-60 ετών) περιγράφουν εντονότερα τους στρεσογόνους παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον και την οικονομική κρίση, ενώ διατηρούν τη μικρότερη μέση ένταση άγχους και στρες σε παράγοντες σχετικούς με τις συνθήκες εργασίας και τη λειτουργικότητα.

Οι μέσες ηλικίες των εργαζομένων (31-40 ετών) περιγράφουν εντονότερα τα στρεσογόνα γεγονότα σχετικά με τις συνθήκες εργασίας, ενώ οι λίγο μεγαλύτεροι (41-50 ετών) περιγράφουν εντονότερα τα στρεσογόνα γεγονότα που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα και το επίπεδο εργασίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο**

Παράγοντες	Πρωτοβάθμια (N=3)		Δευτεροβάθμια (N=56)		Ανώτερη (N=103)		Ανώτατη (N=31)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συνθήκες Εργασίας	2,67	,577	3,30	1,008	3,25	,871	3,32	,832	,670
Λειτουργικότητα	2,67	,577	2,63	,843	2,80	,821	2,94	,629	,345
Περιβάλλον	2,67	,577	2,84	,890	2,73	,899	2,94	,929	,677
Απόδοση	2,67	1,528	3,09	,900	2,83	,887	2,90	1,076	,404
Οικονομική Κρίση	3,67	1,155	3,93	1,291	3,25	1,334	3,26	1,237	,016

Στις ερωτήσεις με βάση το μορφωτικό επίπεδο, παρατηρήθηκαν οι μεγαλύτερες διαφορές στα στρεσογόνα γεγονότα που αφορούν την οικονομική κρίση, καθώς και στις δύο ερωτήσεις οι απαντήσεις των εργαζομένων διαφέρουν σημαντικά. Επιπλέον, σημειώνονται σημαντικές διαφορές στις ερωτήσεις “4. Η άδικη μεταχείριση σχετικά με τις προαγωγές”, “5. Η αίσθηση ότι νιώθω «κολλημένος»-στάσιμος στη δουλειά μου” και “7. Η έλλειψη ευκαιριών για την αξιοποίηση όλων των ικανοτήτων και δεξιοτήτων στη δουλειά μου” που αφορούν το περιβάλλον (ηγεσία-συνάδελφοι), όπως και στην ερώτηση “8. Το χαμηλό επίπεδο στη δουλειά μου” που σχετίζεται με την λειτουργικότητα και το επίπεδο εργασίας.

Ο εργαζόμενος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (αν και πολλοί λίγοι σε αριθμό) είναι αυτοί που περιγράφουν με λιγότερο άγχος και στρες τα περισσότερα γεγονότα, αφού είναι αυτοί με τον μικρότερο βαθμό μέσης έντασης στους στρεσογόνους παράγοντες των συνθηκών εργασίας, του περιβάλλοντος και της απόδοσης. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι με το ανώτατο επίπεδο μόρφωσης (μεταπτυχιακό/διδασκτορικό) είναι αυτοί με τον μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης στους στρεσογόνους παράγοντες των συνθηκών εργασίας, της λειτουργικότητας και του περιβάλλοντος. Η απόδοση και η οικονομική κρίση αποτελούν τους κύριους στρεσογόνους παράγοντες για τους εργαζομένους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (γυμνάσιο/λύκειο).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση**

Παράγοντες	Άγαμοι (N=49)		Έγγαμοι (N=123)		Διαζευγμένοι (N=21)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συνθήκες Εργασίας	3,16	,898	3,25	,902	3,62	,865	,143
Λειτουργικότητα	2,67	,774	2,76	,793	3,05	,865	,194
Περιβάλλον	2,84	1,028	2,71	,807	3,19	,981	,067
Απόδοση	2,78	,919	2,92	,920	3,24	,995	,164
Οικονομική Κρίση	3,27	1,440	3,50	1,308	3,62	1,203	,479

Στις ερωτήσεις με βάση την οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις ερωτήσεις “2. Οι αυξημένες απαιτήσεις της δουλειάς”, “6. Το κυλιόμενο ωράριο (βάρδιες)”, “21. Η έλλειψη επιτήρησης της δουλειάς μου από τον εργοδότη-προϊστάμενο”, “24. Η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων για τη δουλειά μου” και “29. Η αίσθηση ανασφάλειας που έχω στη δουλειά μου”.

Οι άγαμοι εργαζόμενοι περιγράφουν με το μικρότερο βαθμό μέσης έντασης κάθε στρεσογόνο γεγονός (με εξαίρεση αυτά που αφορούν το περιβάλλον), ενώ οι διαζευγμένοι εργαζόμενοι περιγράφουν τα στρεσογόνα γεγονότα με τον μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης αφού παρουσιάζουν σε κάθε κατηγορία στρεσογόνων παραγόντων την μεγαλύτερη μέση τιμή εργασιακού στρες. Οι έγγαμοι εργαζόμενοι διατηρούν το μικρότερο άγχος και στρες σε στρεσογόνα γεγονότα σχετικά με το περιβάλλον (ηγεσία-συνάδελφοι).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά ειδικότητα**

Παράγοντες	Ιατροί (N=41)		Νοσηλευτικό προσωπικό (N=117)		Μαία/της (N=10)		Κοινωνικοί λειτουργοί (N=3)		Τεχνικό προσωπικό (N=10)		Διοικητικό προσωπικό (N=12)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συνθήκες Εργασίας	3,29	,955	3,37	,857	3,30	,675	2,00	,000	3,10	,994	2,67	,985	,021
Λειτουργικότητα	2,90	,831	2,78	,767	3,10	,568	1,67	,577	2,40	,966	2,50	,798	,032
Περιβάλλον	2,95	,999	2,74	,892	3,00	,471	2,00	,000	2,60	,843	2,92	,900	,392
Απόδοση	2,85	1,085	2,91	,896	3,20	,789	1,67	,577	3,10	,876	3,08	,793	,200
Οικονομική Κρίση	3,15	1,442	3,50	1,297	3,40	,577	2,00	1,000	3,80	1,033	4,25	1,215	,052

Στις ερωτήσεις με βάση την ειδικότητα, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στους περισσότερους στρεσογόνους παράγοντες στις απαντήσεις των εργαζομένων στο σύνολο των ερωτήσεων. Το νοσηλευτικό προσωπικό (που αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος) περιγράφει εντονότερα στρεσογόνα γεγονότα σχετικά με τις συνθήκες εργασίας. Οι μαιευτές περιγράφουν με τη μεγαλύτερη μέση ένταση στρεσογόνα γεγονότα σχετικά με τη λειτουργικότητα, το περιβάλλον και την απόδοση, ενώ το διοικητικό προσωπικό περιγράφει εντονότερα τα στρεσογόνα γεγονότα που σχετίζονται με την οικονομική κρίση. Οι μέγιστες διαφορές παρουσιάζονται στις ερωτήσεις “1. Οι επικίνδυνες συνθήκες στη δουλειά μου”, “6. Το κυλιόμενο ωράριο (βάρδιες)”, “8. Το χαμηλό επίπεδο στη δουλειά μου”, “9. Οι αντίξοες συνθήκες στη δουλειά μου”, “11. Οι αμφιβολίες για το μέλλον μου στη δουλειά αυτή”, “12. Η έλλειψη ενός ξεκάθαρα ρόλου στη δουλειά αυτή”, “18. Η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση”, “20. Οι υπερωρίες στη δουλειά μου”, “21. Η έλλειψη επιτήρησης της δουλειάς μου από τον εργοδότη-προϊστάμενο” και “36. Η οικονομική κρίση είναι ο κύριος στρεσογόνος παράγοντας στη δουλειά μου”.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Στρεσογόνοι παράγοντες – διαφορές ανά τόπο εργασίας**

Παράγοντες	Νοσοκομείο (N=156)		Κέντρο Υγείας (N=37)		T-test Sig (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD	
Συνθήκες Εργασίας	3,30	,853	3,14	1,084	,315
Λειτουργικότητα	2,73	,739	2,92	1,010	,198
Περιβάλλον	2,77	,849	2,89	1,075	,455
Απόδοση	2,93	,881	2,86	1,134	,706
Οικονομική Κρίση	3,51	1,317	3,24	1,383	,281

Στις ερωτήσεις με βάση τον τόπο εργασίας, δεν παρουσιάζονται ιδιαίτερα σημαντικές διαφορές, με εξαίρεση τις ερωτήσεις “5. Η αίσθηση ότι νιώθω «κολλημένος»-στάσιμος στη δουλειά μου”, “10. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας”, “15. Η ανία-βαρεμάρα στη δουλειά μου” και “31. Οι χαμηλές δεξιότητες-ικανότητες που έχω σχετικά με τη δουλειά μου”.

Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομείο περιγράφουν εντονότερα τη μέση ένταση στρεσογόνων γεγονότων που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας, την απόδοση και την οικονομική κρίση, ενώ οι εργαζόμενοι σε κέντρα υγείας βρίσκουν εντονότερους στρεσογόνους παράγοντες την λειτουργικότητα και το περιβάλλον (ηγεσία-συνάδελφοι).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά τομέα εργασίας**

Παράγοντες	Χειρουργικός (N=95)		Παθολογικός (N=41)		Κανέναν (N=57)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συνθήκες Εργασίας	3,28	,895	3,39	,737	3,16	1,014	,444
Λειτουργικότητα	2,76	,740	2,80	,679	2,75	,969	,943
Περιβάλλον	2,82	,825	2,66	,938	2,84	,978	,554
Απόδοση	3,00	,853	2,68	,907	2,95	1,042	,183
Οικονομική Κρίση	3,52	1,304	3,39	1,394	3,40	1,348	,828

Στις ερωτήσεις με βάση τον τομέα εργασίας, δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές, εκτός των ερωτήσεων “9. Οι αντίξοες συνθήκες στη δουλειά μου” και “23. Η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους στη δουλειά μου”.

Οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα περιγράφουν εντονότερα τη μέση ένταση στρεσογόνων γεγονότων που σχετίζονται με την απόδοση και την οικονομική κρίση, οι εργαζόμενοι στον παθολογικό τομέα περιγράφουν εντονότερα τη μέση ένταση στρεσογόνων γεγονότων που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας και την λειτουργικότητα, ενώ οι εργαζόμενοι που δεν υπάγονται σε κάποιο τομέα βρίσκουν στο περιβάλλον (ηγεσία-συνάδελφοι) πιο έντονα στρεσογόνα γεγονότα.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Στρεσογόνοι παράγοντες - διαφορές ανά έτη εργασίας**

Παράγοντες	<5 έτη (N=44)		5-10 έτη (N=28)		10-20 έτη (N=66)		>20 έτη (N=55)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συνθήκες Εργασίας	3,18	,971	3,32	,905	3,33	,829	3,24	,942	,824
Λειτουργικότητα	2,75	,811	2,82	,819	2,73	,814	2,80	,779	,940
Περιβάλλον	2,73	,924	2,93	,900	2,65	,850	2,95	,911	,249
Απόδοση	2,84	,914	3,07	1,086	2,77	,837	3,07	,959	,243
Οικονομική Κρίση	3,32	1,410	3,75	1,266	3,21	1,295	3,71	1,301	,109

Στις ερωτήσεις με βάση τα έτη εργασίας των εργαζομένων, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις ερωτήσεις “6. Το κυλιόμενο ωράριο (βάρδιες)”, “14. Ο ανταγωνισμός στη δουλειά μου”, “15. Η ανία-βαρεμάρα στη δουλειά μου”, “19. Τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη δουλειά μου”, “21. Η έλλειψη επιτήρησης της δουλειάς μου από τον εργοδότη-προϊστάμενο”, “30. Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους στη δουλειά μου” και “35. Η οικονομική κρίση επηρεάζει την απόδοση στη δουλειά μου”.

Οι εργαζόμενοι με 5-10 έτη εργασίας περιγράφουν με το μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης στρεσογόνα γεγονότα σχετικά με τη λειτουργικότητα, την απόδοση και την οικονομική κρίση. Οι εργαζόμενοι με 10-20 έτη εργασίας περιγράφουν εντονότερα στρεσογόνα γεγονότα που αφορούν τις συνθήκες εργασίας τους, ενώ οι παλαιότεροι εργαζόμενοι (με άνω των 20 ετών προϋπηρεσία) βρίσκουν εντονότερα στρεσογόνα γεγονότα αυτά που σχετίζονται με το περιβάλλον και την απόδοση (μαζί με τους εργαζομένους με 5-10 έτη εργασίας). Σημειώνεται πως ο βαθμός εργασιακού στρες βρίσκεται σε επίπεδα άνω του μετρίου για τον στρεσογόνο παράγοντα της οικονομικής κρίσης για κάθε εργαζόμενο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ – διαφορές ανά φύλο**

Παράγοντες	Άνδρες (N=53)		Γυναίκες (N=140)		T-test Sig (2-tailed)
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	10 (18,9)	43 (81,1)	7 (5,0)	133 (95,0)	,002
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	41 (77,4)	12 (22,6)	130 (92,9)	10 (7,1)	,002
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	8 (15,1)	45 (84,9)	8 (5,7)	132 (94,3)	,035
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	42 (79,2)	11 (20,8)	124 (88,6)	16 (11,4)	,096

Στις ερωτήσεις που αφορούν τη χρήση αλκοόλ, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των εργαζομένων με βάση το φύλο, καθώς οι γυναίκες πιστεύουν περισσότερο στην αναποτελεσματικότητα της χρήσης αλκοόλ, ως μέσο αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου γεγονότος στην εργασία και της οικονομικής κρίσης ως στρεσογόνου παράγοντα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Χρήση αλκοόλ – διαφορές ανά φύλο**

Παράγοντες	Άνδρες (N=53)		Γυναίκες (N=140)		T-test Sig (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD	
Ποσότητα αλκοόλ	1,46	,567	1,57	,797	,291
Συχνότητα κατανάλωσης	1,73	,936	1,98	1,263	,132

Παρά το γεγονός ότι η κατανάλωση αλκοόλ κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα και οι γυναίκες είναι περισσότερο αρνητικές ως προς την αποτελεσματικότητα χρήσης του, είναι αυτές που καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ μετά από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα και σε ποσότητα και σε συχνότητα όπως παρατηρείται από τις μέσες τιμές, οι οποίες βέβαια διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα προσδιορίζοντας τη χρήση του αλκοόλ σε ποσότητα καθόλου έως λίγο και την συχνότητα κατανάλωσης σε πολύ σπάνια.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα**

Παράγοντες	20 – 30 (N=19)		31 – 40 (N=82)		41 – 50 (N=71)		51 – 60 (N=21)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	3 (15,8)	16 (84,2)	6 (7,3)	76 (92,7)	4 (5,6)	67 (94,4)	4 (19,0)	17 (81,0)	,173
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	16 (84,2)	3 (15,8)	75 (91,5)	7 (8,5)	66 (93,0)	5 (7,0)	14 (66,7)	7 (33,3)	,006
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	1 (5,3)	18 (94,7)	6 (7,3)	76 (82,7)	4 (5,6)	67 (94,4)	5 (23,8)	16 (76,2)	,054
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	16 (84,2)	3 (15,8)	73 (89)	9 (11)	66 (93,0)	5 (7,0)	11 (52,4)	10 (47,6)	,000

Στις ερωτήσεις με βάση την ηλικία των εργαζομένων, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που αφορούν την αναποτελεσματικότητα του αλκοόλ για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος και ιδιαίτερα της οικονομικής κρίσης ως στρεσογόνο παράγοντα. Οι απόψεις αυτές ενισχύονται περισσότερο στους εργαζόμενους ηλικίας 41-50 ετών, οι οποίοι καταναλώνουν και τη μικρότερη ποσότητα αλκοόλ και σε μικρότερη συχνότητα από τους υπολοίπους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα**

Παράγοντες	20 – 30 (N=19)		31 – 40 (N=82)		41 – 50 (N=71)		51 – 60 (N=21)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Ποσότητα αλκοόλ	1,58	,507	1,46	,613	1,44	,626	1,67	,856	,458
Συχνότητα κατανάλωσης	2,11	1,197	1,91	1,178	1,56	,770	1,86	1,014	,093

**ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο**

Παράγοντες	Πρωτοβάθμια (N=3)		Δευτεροβάθμια (N=56)		Ανώτερη (N=103)		Ανώτατη (N=31)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	1 (33,3)	2 (66,7)	8 (14,3)	48 (85,7)	6 (5,8)	97 (94,2)	2 (6,5)	29 (93,5)	,129
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	2 (66,7)	1 (33,3)	43 (76,8)	13 (23,2)	97 (94,2)	6 (5,8)	29 (93,5)	2 (6,5)	,004
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	2 (66,7)	1 (33,3)	8 (14,3)	48 (85,7)	4 (3,9)	99 (96,1)	2 (6,5)	29 (93,5)	,000
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	1 (33,3)	2 (66,7)	40 (71,4)	16 (28,6)	97 (94,2)	6 (5,8)	28 (90,3)	3 (9,7)	,000

Στις ερωτήσεις με βάση το μορφωτικό επίπεδο, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που αφορούν την αποτελεσματικότητα χρήσης του αλκοόλ και ιδιαίτερα αυτές που αφορούν τη χρήση του για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης ως στρεσογόνο παράγοντα. Σε κάθε περίπτωση οι εργαζόμενοι ανώτερης εκπαίδευσης (πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ) εκφράζουν περισσότερο την αντίθεσή τους στη χρήση αλκοόλ, ενώ οι εργαζόμενοι ανώτατης εκπαίδευσης καταναλώνουν (έστω και μικρή) την μεγαλύτερη ποσότητα και σε μεγαλύτερη συχνότητα αλκοόλ.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο**

Παράγοντες	Πρωτοβάθμια (N=3)		Δευτεροβάθμια (N=56)		Ανώτερη (N=103)		Ανώτατη (N=31)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Ποσότητα αλκοόλ	1,67	,577	1,71	,731	1,39	,528	1,39	,715	,013
Συχνότητα κατανάλωσης	2,33	,577	2,02	1,036	1,71	1,044	1,65	1,018	,192

**ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση**

Παράγοντες	Άγαμοι (N=49)		Έγγαμοι (N=123)		Διαζευγμένοι (N=21)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	4 (8,2)	45 (91,8)	11 (8,9)	112 (91,1)	2 (9,5)	19 (90,5)	,980
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	43 (87,8)	6 (12,2)	110 (89,4)	13 (10,6)	18 (85,7)	3 (14,3)	,866
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	3 (6,1)	46 (93,9)	11 (8,9)	112 (91,1)	2 (9,5)	19 (90,5)	,816
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	43 (87,8)	6 (12,2)	105 (85,4)	18 (14,5)	18 (85,7)	3 (14,3)	,921

Στις ερωτήσεις με βάση την οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που αφορούν την αποτελεσματικότητα χρήσης του αλκοόλ. Στο σύνολο των απαντήσεων, οι οποίες στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταδεικνύουν την αναποτελεσματικότητα της χρήσης του αλκοόλ για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος και της οικονομικής κρίσης, οι άγαμοι αποτελούν την ομάδα εργαζομένων με την μεγαλύτερη αρνητικότητα αυτής της συμπεριφοράς καθώς και αυτοί που καταναλώνουν τη μικρότερη ποσότητα αλκοόλ.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση**

Παράγοντες	Άγαμοι (N=49)		Έγγαμοι (N=123)		Διαζευγμένοι (N=21)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Ποσότητα αλκοόλ	1,37	,487	1,50	,658	1,71	,784	,110
Συχνότητα κατανάλωσης	1,82	1,093	1,74	,990	2,10	1,179	,348

Οι διαζευγμένοι εργαζόμενοι καταναλώνουν τη μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ και με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Σημειώνεται ότι οι μέσες τιμές ποσότητας και συχνότητας κατανάλωσης κυμαίνονται σε πολύ χαμηλά επίπεδα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά ειδικότητα**

Παράγοντες	Ιατροί (N=41)		Νοσηλευτικό προσωπικό (N=117)		Μαία/της (N=10)		Κοινωνικοί λειτουργοί (N=3)		Τεχνικό προσωπικό (N=10)		Διοικητικό προσωπικό (N=12)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	5 (12,2)	36 (87,8)	12 (10,3)	105 (89,7)	0 (0,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	12 (100,0)	,518
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	36 (87,8)	5 (12,2)	102 (87,2)	15 (12,8)	10 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	10 (83,3)	2 (16,7)	,624
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	6 (14,6)	35 (85,4)	10 (8,5)	107 (91,5)	0 (0,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	12 (100,0)	,381
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	34 (82,9)	7 (27,1)	101 (86,3)	16 (13,7)	10 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	8 (66,7)	4 (33,3)	,169

Στις ερωτήσεις χρήσης αλκοόλ με βάση την ειδικότητα των εργαζομένων, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Όλοι οι μαιευτές, κοινωνικοί λειτουργοί/επισκέπτες υγείας και το τεχνικό προσωπικό πιστεύουν απόλυτα ότι δεν είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος αλκοόλ για να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο γεγονός στη δουλειά του και την οικονομική κρίση ως στρεσογόνο παράγοντα. Το νοσηλευτικό προσωπικό και οι ιατροί (ειδικοί και ειδικευόμενοι) έρχονται πρώτοι σε κατανάλωση αλκοόλ (ποσότητα/συχνότητα), η οποία κυμαίνεται πάντα σε χαμηλά επίπεδα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά ειδικότητα**

Παράγοντες	Ιατροί (N=41)		Νοσηλευτικό προσωπικό (N=117)		Μαία/της (N=10)		Κοινωνικοί λειτουργοί (N=3)		Τεχνικό προσωπικό (N=10)		Διοικητικό προσωπικό (N=12)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Ποσότητα αλκοόλ	1,54	,711	1,53	,651	1,20	,422	1,00	,000	1,20	,422	1,50	,522	,255
Συχνότητα κατανάλωσης	1,93	1,191	1,88	1,035	1,40	,966	1,00	,000	1,20	,422	1,58	,793	,132

**ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ – διαφορές ανά τόπο εργασίας**

Παράγοντες	Νοσοκομείο (N=156)		Κέντρο Υγείας (N=37)		T-test Sig (2-tailed)
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	17 (10,9)	139 (89,1)	0 (0,0)	37 (100,0)	,036
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	137 (87,8)	19 (12,2)	34 (91,9)	3 (8,1)	,486
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	15 (9,6)	141 (90,4)	1 (2,7)	36 (97,3)	,172
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	135 (86,5)	21 (13,5)	31 (83,8)	6 (16,2)	,666

Στις ερωτήσεις με βάση τον τόπο εργασίας των εργαζομένων, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των ερωτηθέντων με εξαίρεση την ερώτηση που αφορά την αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος στη δουλειά. Οι εργαζόμενοι σε κέντρα υγείας είναι περισσότερο αρνητικοί στη χρήση αλκοόλ για την αντιμετώπιση στρεσογόνων γεγονότων (στην αντίστοιχη ερώτηση μάλιστα, όλοι απάντησαν αρνητικά). Επιπλέον, αυτοί οι εργαζόμενοι καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες αλκοόλ και με μικρότερη συχνότητα σε σχέση με τους εργαζομένους σε νοσοκομεία.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Χρήση αλκοόλ – διαφορές ανά τόπο εργασίας**

Παράγοντες	Νοσοκομείο (N=156)		Κέντρο Υγείας (N=37)		T-test Sig (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD	
Ποσότητα αλκοόλ	1,51	,667	1,41	,498	,388
Συχνότητα κατανάλωσης	1,85	1,094	1,57	,728	,134

**ΠΙΝΑΚΑΣ 44 Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά τομέα εργασίας**

Παράγοντες	Χειρουργικός (N=95)		Παθολογικός (N=41)		Κανένα (N=57)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	14 (14,7)	81 (85,3)	3 (7,3)	38 (92,7)	0 (0,0)	57 (100,0)	,007
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	79 (83,2)	16 (16,8)	38 (92,7)	3 (7,3)	54 (94,7)	3 (5,3)	,061
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	15 (15,8)	80 (84,2)	0 (0,0)	41 (100,0)	1 (1,8)	56 (98,2)	,001
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	77 (81,1)	18 (18,9)	39 (95,1)	2 (4,9)	50 (87,7)	7 (12,3)	,087

Στις ερωτήσεις με βάση τον τομέα εργασίας των εργαζομένων, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που αφορούν την αποτελεσματικότητα χρήσης του αλκοόλ για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος στη δουλειά και της οικονομικής κρίσης ως στρεσογόνο παράγοντα. Όλοι οι εργαζόμενοι που δεν ανήκουν σε κάποιο τομέα υποστηρίζουν ότι το αλκοόλ δεν είναι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος στην δουλειά τους, ενώ όλοι οι εργαζόμενοι στον παθολογικό τομέα υποστηρίζουν ότι το αλκοόλ δεν είναι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης ως στρεσογόνο παράγοντα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 45 Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά τομέα εργασίας**

Παράγοντες	Χειρουργικός (N=95)		Παθολογικός (N=41)		Κανένα (N=57)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Ποσότητα αλκοόλ	1,64	,743	1,32	,471	1,35	,481	,003
Συχνότητα κατανάλωσης	2,04	1,091	1,71	1,188	1,46	,683	,002

Τη μικρότερη ποσότητα αλκοόλ καταναλώνουν οι εργαζόμενοι στον παθολογικό τομέα, ενώ τη μικρότερη συχνότητα κατανάλωσης παρουσιάζουν οι εργαζόμενοι που δεν ανήκουν σε κάποιο τομέα.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 46 Αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ - διαφορές ανά έτη εργασίας**

Παράγοντες	<5 έτη (N=44)		5-10 έτη (N=28)		10-20 έτη (N=66)		>20 έτη (N=55)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	5 (11,4)	39 (88,6)	4 (14,3)	24 (85,7)	3 (4,5)	63 (95,5)	5 (9,1)	50 (90,9)	,412
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου γεγονότος	39 (88,6)	5 (11,4)	23 (82,1)	5 (17,9)	61 (92,4)	5 (7,6)	48 (87,3)	7 (12,7)	,536
Αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	3 (6,8)	41 (93,2)	4 (14,3)	24 (85,7)	3 (4,5)	63 (95,5)	6 (10,9)	49 (89,1)	,372
Όχι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	39 (88,6)	5 (11,4)	23 (82,1)	5 (17,9)	59 (89,4)	7 (10,6)	45 (81,8)	10 (18,2)	,571

Στις ερωτήσεις χρήσης αλκοόλ με βάση τα έτη εργασίας των εργαζομένων, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Οι εργαζόμενοι με προϋπηρεσία 10-20 έτη κρίνουν περισσότερο αρνητικά τη χρήση αλκοόλ για την αντιμετώπιση στρεσογόνων γεγονότων στη δουλειά τους και της οικονομικής κρίσης. Τη μικρότερη ποσότητα αλκοόλ καταναλώνουν οι εργαζόμενοι με τη μεγαλύτερη προϋπηρεσία (>20 έτη), ενώ τη μικρότερη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ παρουσιάζουν ισοδύναμα οι εργαζόμενοι με προϋπηρεσία άνω των 10 ετών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 47 Χρήση αλκοόλ - διαφορές ανά έτη εργασίας**

Παράγοντες	<5 έτη (N=44)		5-10 έτη (N=28)		11-20 έτη (N=66)		>20 έτη (N=55)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Ποσότητα αλκοόλ	1,48	,505	1,50	,638	1,55	,768	1,42	,567	,752
Συχνότητα κατανάλωσης	1,89	1,185	1,96	1,071	1,73	1,060	1,73	,870	,663

## 7.8 Συσχετίσεις

Υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που εκφράζουν τους στρεσογόνους παράγοντες και τη χρήση αλκοόλ. Ο έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της γραμμικής φύσεως σχέσης που μπορεί να συνδέει τις ποσοτικές συνεχείς μεταβλητές είναι ο έλεγχος Pearson.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 48 Συσχετίσεις υποκλιμάκων στρεσογόνων παραγόντων**

	Συνθήκες Εργασίας		Λειτουργικότητα		Περιβάλλον		Απόδοση		Οικονομική Κρίση	
	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.
Συνθήκες Εργασίας	1	.	,588	,000	,525	,000	,510	,000	,278	,000
Λειτουργικότητα			1	.	,638	,000	,485	,000	<b>,164</b>	,000
Περιβάλλον					1	.	<b>,673</b>	,000	,286	,000
Απόδοση							1	.	,435	,000
Οικονομική Κρίση									1	.

Στον Πίνακα 48 παρατηρούνται θετικές συσχετίσεις σε όλες τις κλίμακες των στρεσογόνων παραγόντων, γεγονός που εκφράζει και την σχέση των παραγόντων που εκφράζουν τη μέση ένταση κάθε στρεσογόνου γεγονότος. Όλες οι συνάφειες (R) είναι στατιστικώς σημαντικές (1<sup>η</sup> στήλη). Αυτό παρατηρείται και από την τιμή του συντελεστή Pearson που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι υψηλή (>50%)

Ισχυρές συσχετίσεις σημειώνονται μεταξύ των στρεσογόνων παραγόντων που αφορούν τις συνθήκες λειτουργίας, τη λειτουργικότητα, το περιβάλλον και την απόδοση. Μέτρια είναι η συσχέτιση ανάμεσα στον στρεσογόνο παράγοντα της λειτουργικότητας και της απόδοσης, ενώ χαμηλές καταγράφονται οι συσχετίσεις του στρεσογόνου παράγοντα της οικονομικής κρίσης με τους υπόλοιπους στρεσογόνους παράγοντες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 49** Συσχετίσεις αποτελεσματικότητας χρήσης αλκοόλ

	1		2		3		4	
	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.
1	1	.	<b>-,866</b>	,000	,702	,000	<b>-,560</b>	,000
2			1	.	-,661	,000	,701	,000
3					1	.	-,745	,000
4							1	.

- 1= «Πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος αλκοόλ για να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο γεγονός στη δουλειά του»,  
 2 = «Δεν πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος αλκοόλ για να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο γεγονός στη δουλειά του»,  
 3= «Πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος για να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση ως στρεσογόνο παράγοντα»,  
 4= «Δεν πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος για να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση ως στρεσογόνο παράγοντα»

Στον Πίνακα 49, υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων που εκφράζουν τις απόψεις των ερωτηθέντων εργαζομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα χρήσης αλκοόλ μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός. Σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφονται υψηλές συσχετίσεις, επιβεβαιώνοντας τη μεγάλη σχέση στις απαντήσεις των εργαζομένων. Στα ζεύγη των αντίστροφων ερωτήσεων παρατηρούνται αρνητικές συσχετίσεις, γεγονός που επιβεβαιώνει την ισορροπία των απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 50** Συσχετίσεις υποκλιμάκων στρεσογόνων παραγόντων

	Ποσότητα Αλκοόλ		Συχνότητα Αλκοόλ	
	R	Sig.	R	Sig.
Ποσότητα Αλκοόλ	1	.	,683	,000
Συχνότητα Αλκοόλ			1	.

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνεται μετά από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα-γεγονός και της συχνότητας που συμβαίνει αυτή η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ των εργαζομένων (Πίνακας 50). Αυτό σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός, τόσο μικρότερη είναι η συχνότητα στην οποία συμβαίνει.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### Συζήτηση

#### Εισαγωγή

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων πλήθους μελετών πιστοποιεί το γεγονός πως οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες με απόρροια την υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ουσιών.

Σε παγκόσμιο επίπεδο η συσχέτιση εργασιακού στρες και κατανάλωσης αλκοόλ έχει αποτελέσει το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας (Rosta 2008, Issa et al. 2012). Στην Ελλάδα η εκτίμηση του εργασιακού στρες στους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτενούς μελέτης (Μουστάκα και συν. 2010). Αντίθετα η συσχέτιση εργασιακού στρες και χρήσης αλκοόλ στο συγκεκριμένο πληθυσμό δεν φαίνεται να έχει μελετηθεί επαρκώς καθώς έχει καταγραφεί μία μόνο αντίστοιχη μελέτη: *«Εκτίμηση εργασιακού στρες και χρήσης αλκοόλ σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας»* (Athanasiadis et al. 2011).

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη μας έχει ως σκοπό την ανίχνευση των ιδιαίτερων παραγόντων που δύνανται να συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων του εργασιακού στρες και της συσχέτισής τους με την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ στους εργαζόμενους της υγειονομικής περίθαλψης του νομού Κορινθίας. Διερευνήθηκε η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση και η κατανάλωση αλκοόλ σε επαγγελματίες υγείας και συσχετίστηκαν παράγοντες αιτιολογικοί όπως: συνθήκες εργασίας, λειτουργικότητα και επίπεδο εργασίας, περιβάλλον, εξωτερικοί παράγοντες καθώς και η συσχέτισή τους με την οικονομική κρίση.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας συγκρίνονται με εκείνα παρόμοιων μελετών σε διεθνές επίπεδο, οι οποίες εστιάζουν στην καταγραφή του φαινομένου στο περιγραφόμενο επαγγελματικό σώμα.

## 8.1 Δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της μελέτης μας αποτελείται από 193 άτομα. Το 80,8% εργάζεται σε νοσοκομείο ενώ το υπόλοιπο 19,2% απασχολείται σε Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, με το νοσηλευτικό προσωπικό να καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο αυτού (60,6%) και το ιατρικό προσωπικό να συμπληρώνει ένα ποσοστό της τάξης του 33,3%. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες, έγγαμοι και με δύο παιδιά. Το 34,2% του δείγματος εργάζεται από 11 έως 20 χρόνια. Η ηλικία τους κυμαίνεται από 20 έως 60 χρόνια, με τους περισσότερους να είναι μεταξύ 31- 40 ετών (42,5%). Τα ευρήματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν την επαγγελματική κατάρτιση των συμμετεχόντων, καθώς το 33,2% είναι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ, το 20,2% είναι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ και ένα ποσοστό της τάξης του 13,5% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης μας συμφωνούν με εκείνα προγενέστερων μελετών. Σε σχετική μελέτη από την Ελλάδα που αφορούσε 435 νοσηλευτές εργαζόμενους σε 15 νοσοκομεία, οι γυναίκες αποτέλεσαν το κύριο όγκο του δείγματος με ποσοστό 90,2% (Μουστάκα και συν. 2010), ενώ σε αντίστοιχη μελέτη από το Ιράν σε δείγμα 189 νοσηλευτών, το ποσοστό των γυναικών άγγιξε το 78,8% (Najimi et al. 2012). Σε μια ακόμα σχετική μελέτη από την Ελλάδα η στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών εμφάνισε παρόμοια ανομοιογένεια όσον αφορά το φύλο, καθώς οι γυναίκες υπερτερούν σημαντικά (ποσοστό 78,8%) έναντι των ανδρών (ποσοστό 21,2%) (Ποζουκίδου Α και συν. 2007). Τα περιγραφόμενα ποσοστά είναι απολύτως δικαιολογημένα καθώς η νοσηλευτική αποτελεί πρωτίστως γυναικείο επάγγελμα. Βέβαια η διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων στην μελέτη μας δικαιολογείται καθώς συμμετείχαν και άλλοι επαγγελματίες υγείας και όχι μόνο νοσηλευτές.

Η στατιστική ανάλυση της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος μας διαφωνεί με εκείνη αντίστοιχων μελετών. Σε σχετική μελέτη από την Ελλάδα ποσοστό 56,3% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι (Μουστάκα και συν. 2010) ενώ σε έρευνα από την Ινδία το αντίστοιχο ποσοστό άγγιξε τα όρια του 70,8% (Kane PP 2009). Σε παρόμοια έρευνα από το Ιράν, το ποσοστό των έγγαμων νοσηλευτών που αποτελούσαν το δείγμα ήταν 50% (Cholamzadeh 2011).

Τα ευρήματα της μελέτης μας που σχετίζονται με τον βαθμό εκπαίδευσης των συμμετεχόντων συμφωνούν με εκείνα αντίστοιχων μελετών. Σε σχετική έρευνα από την Ελλάδα, το 53% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ήταν κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ, το 16,5% ήταν κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ και ένα ποσοστό 12,5% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος (Μουστάκα και συν. 2010). Σε παρόμοια έρευνα από το Ιράν, οι κάτοχοι βασικού πτυχίου συμπλήρωσαν ποσοστό της τάξης του 80,5% ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος το ποσοστό της τάξης του 8,1% (Najimi et al. 2012). Φαίνεται ότι η απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος στα επαγγέλματα υγείας αποτελεί κοινό προσανατολισμό των εργαζομένων στα πλαίσια της διεύρεσης των γνώσεων για την παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικής φροντίδας.

### **8.1.1 Συνθήκες εργασίας**

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας τεκμηριώνει πως οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας αποτελούν έναν από τους κυριότερους παράγοντες εκδήλωσης εργασιακού στρες μεταξύ των εργαζομένων στην υγειονομική φροντίδα (Cooper G. 2000). Τα αποτελέσματα της μελέτης μας πιστοποιούν αυτό το γεγονός καθώς οι συνθήκες εργασίας παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά σχετικά με την εμφάνιση εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας του περιγραφόμενου νομού.

Στη μελέτη μας, το 57,5% των ερωτηθέντων δηλώνει πως ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αποτελεί εξαιρετικά στρεσογόνο παράγοντα γεγονός που συνάγει με τα αποτελέσματα προγενέστερων μελετών. Σε έρευνα από την Κίνα, μεταξύ 930 επαγγελματιών υγείας φάνηκε ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας ήταν ο κύριος στρεσογόνος παράγοντας (Li Li et al. 2014) ενώ 226 γιατροί που συμμετείχαν σε παρόμοια έρευνα από την Φιλανδία δήλωσαν ως κύρια πηγή εργασιακού στρες το συγκεκριμένο παράγοντα (Virtanen P et al. 2008). Η ανάλυση παλινδρόμησης σε έρευνα στην Ιταλία μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού κατέδειξε το φόρτο εργασίας ως εξαιρετικά στρεσογόνο (Fiabane et al. 2012) ενώ σε συγκριτική μελέτη από την Ολλανδία οι νοσηλεύτριες ψυχικής υγείας παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες ως απόρροια του υπερβολικού φόρτου εργασίας από τις νοσηλεύτριες γενικών καθηκόντων (Tummers GE et al. 2001). Σε διαπολιτισμική μελέτη στις χώρες της Κίνας, Ιαπωνίας, Νότιας Κορέας και ΗΠΑ (Χαβάνη), ο φόρτος

εργασίας καταγράφηκε ως ο κύριος στρεσογόνος παράγοντας από τον συμμετέχοντα πληθυσμό (Lambert V et al. 2004).

Σε συγκριτική μελέτη από την Ελλάδα, ο φόρτος εργασίας βρέθηκε να παρουσιάζει τον υψηλότερο μέσο όρο συσχέτισης με το εργασιακό στρες μεταξύ νοσηλευτών εργαζόμενων σε νοσοκομείο της περιφέρειας και νοσηλευτών εργαζόμενων σε νοσοκομείο της πρωτεύουσας (Μουστάκα και συν, Κωνσταντινίδης 2008) ενώ σε αντίστοιχη έρευνα από την ίδια χώρα το 72,9% του νοσηλευτικού προσωπικού και το 100% του παραϊατρικού προσωπικού δήλωσε ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας ευθύνεται για την επαγγελματική του δυσαρέσκεια (Παζουκίδου Α και συν. 2007).

Στο ερώτημα της μελέτης μας για τον αν το κυλιόμενο ωράριο συμβάλλει στην εκδήλωση εργασιακού στρες, το 44,5% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά κατατάσσοντας τον συγκεκριμένο παράγοντα στην τρίτη κατά σειρά θέση των εξαιρετικά στρεσογόνων παραγόντων. Το αποτέλεσμα της μελέτης μας συμπορεύεται με εκείνο έρευνας από τη Βόρεια Ιταλία μεταξύ 1842 εργαζομένων σε νοσοκομεία, σύμφωνα με το οποίο η εργασία σε βάρδιες σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση εργασιακού στρες και κατά συνέπεια της επαγγελματικής δυσαρέσκειας (Conway 2008) ενώ σε αντίστοιχη έρευνα από την Ινδία το 20,8% των συμμετεχόντων πιστοποίησε την άρρηκτη σχέση μεταξύ εργασίας σε βάρδιες και εργασιακού στρες (Kane PP 2009). Φαίνεται ότι το κυλιόμενο ωράριο επιβαρύνει το εργασιακό στρες διότι αλλάζει το βιόρυθμο των εργαζομένων, απορρυθμίζει την προσωπική τους ζωή και επηρεάζει τις φυσικές τους λειτουργίες συμβάλλοντας στην εκδήλωση σωματικών και ψυχολογικών διαταραχών.

Όσον αφορά τις υπερωρίες, το 33,7% των ερωτηθέντων στη μελέτη μας δηλώνει τη μέτρια στρεσογόνα δράση τους. Το εύρημα συμφωνεί με το αποτέλεσμα έρευνας από την Πολωνία σύμφωνα με το οποίο δεν εμφανίζονται διαφορές στα επίπεδα εργασιακού στρες μεταξύ αυτών που εργάζονταν 8ωρη βάρδια από αυτούς που πρόσφεραν υπηρεσίες επί 12ωρη βάρδια (Iskrup-Golec I et al. 1996) ενώ έρχεται σε αντιπαράθεση με το αποτέλεσμα νεότερης έρευνας από το Michigan των ΗΠΑ σε τυχαίο δείγμα νοσηλευτών, σύμφωνα με το οποίο οι νοσηλευτές που εργάζονταν 12ωρη βάρδια παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες από τους συναδέλφους τους που εργάζονταν 8ωρη βάρδια (Hoffman AJ & Scott LD 2003). Φαίνεται ότι οι νοσηλευτές

σε χώρες όπως η Αμερική έχουν δωδεκάωρη βάρδια σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στην Ελλάδα, ενώ οι γιατροί στην συγκεκριμένη χώρα συνεχίζουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους κάτω από το καθεστώς της εξουθενωτικής εφημερίας.

### **8.1.2 Λειτουργικότητα και επίπεδο εργασίας**

Η εκτίμηση των παραγόντων στη συγκεκριμένη μελέτη που σχετίζονται με την λειτουργικότητα και το επίπεδο εργασίας κατέγραψε ως κύριους στρεσογόνους παράγοντες την λήψη αποφάσεων υπό πίεση χρόνου σε ποσοστό 52,3% του δείγματος και την έλλειψη ενός ξεκάθਾਰου ρόλου σε ποσοστό 42% του δείγματος. Σε νεότερες μελέτες, ο πρώτος παράγοντας δεν έχει καταγραφεί ως κύρια πηγή εργασιακού στρες για τους επαγγελματίες υγείας. Αντίθετα, σε προγενέστερη έρευνα από τον Καναδά μεταξύ γιατρών εργαζομένων στο ΤΕΠ η λήψη αποφάσεων υπό πίεση χρόνου φάνηκε ότι ήταν ο κυριότερος παράγοντας επαγγελματικής εξουθένωσης και η κύρια αιτία αποχώρησης από την εργασία τους (Phipps L 1988).

Η έλλειψη ξεκάθਾਰου εργασιακού ρόλου αποτελεί για το 42% των συμμετεχόντων παράγοντα κύριας στρεσογόνου δράσης συμπέρασμα που συνάγει με εκείνα αντίστοιχων μελετών. Σε παρόμοια έρευνα από την Ουγγαρία, μεταξύ 450 εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη η σύγκρουση εργασιακών ρόλων ήταν ο κύριος προγνωστικός παράγοντας της συναισθηματικής εξάντλησης των συμμετεχόντων (Piko 2006), σε έρευνα από την Αυστραλία μεταξύ νοσηλευτών η σύγκρουση εργασιακών ρόλων ήταν ο δεύτερος σε ένταση στρεσογόνος παράγοντας (Lim J et al. 2010), ενώ σε έρευνα από την Ινδία όπου συμμετείχαν 406 γιατροί η έλλειψη ενός ξεκάθਾਰου ρόλου ήταν κύριος εκφραστής εργασιακού στρες (Mishra B et al. 2011). Το εύρημα της μελέτης μας συνάγει με εκείνο έρευνας από την Ελλάδα σύμφωνα με το οποίο οι συμμετέχοντες νοσηλευτές ανέφεραν ως μείζονα αιτία της επαγγελματικής τους δυσαρέσκειας την έλλειψη καθηκοντολογίου (Αναγνωστοπούλου Δ και συν. 2013).

Φαίνεται ότι η αδυναμία θέσπισης και εφαρμογής καθηκοντολογίου αποτελεί αίτιο επαγγελματικής δυσαρέσκειας ως απόρροια της ελλιπούς νοσηλευτικής στελέχωσης, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία καθορισμού των αρμοδιοτήτων και των ευθυνών των νοσηλευτών αλλά και την αδυναμία εφαρμογής σύγχρονων και αποτελεσματικών μεθόδων οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας (Υφαντόπουλος,



2005). Στην Ελλάδα η νοσηλευτική στελέχωση υπολείπεται σε μεγάλο βαθμό από τα πρότυπα των προηγμένων χωρών όπως Βέλγιο, Αυστραλία και ΗΠΑ, όπου η θεσμοθέτηση της ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης αποτελεί υπαρκτή πραγματικότητα (Μαλλιαρού και συν. 2008).

### **8.1.3 Περιβάλλον εργασίας**

Στο πλαίσιο της μελέτης του περιβάλλοντος εργασίας διερευνήθηκαν στρεσογόνοι παράγοντες σχετιζόμενοι με το επίπεδο διοίκησης και συναδελφικότητας. Το 47,6% του δείγματος της μελέτης μας δηλώνει ότι η έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση αποτελεί παράγοντα υψηλής στρεσογόνου δράσης γεγονός που συνάγει με τα αποτελέσματα προγενέστερων μελετών. Σε έρευνα από το Ιράν που αφορούσε το νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση φάνηκε ότι ήταν ανάμεσα στους κύριους εκφραστές εργασιακού στρες (Cholamzadeh S et al. 2011) ενώ έρευνα από την Κίνα σε δείγμα 121 νοσηλευτών εργαζόμενων στο χειρουργείο η έλλειψη επικοινωνιακής ανατροφοδότησης από την διοίκηση ήταν η κύρια πηγή εκδήλωσης συμπτωμάτων εργασιακού στρες (Chen CK et al. 2009). Παρόμοια, σε έρευνα από την Ελλάδα μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού η έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση κατέλαβε την πρώτη θέση στη λίστα των στρεσογόνων παραγόντων (Athanasiadis et al. 2011).

Το δείγμα της μελέτης δηλώνει τη μέτρια στρεσογόνο δράση των συγκρούσεων με συναδέλφους και της υποστήριξης από συναδέλφους σε ποσοστό 24,9% και 22,3% αντίστοιχα. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συνάγουν με εκείνα προγενέστερων μελετών από την ίδια χώρα. Σε έρευνα από την Βόρεια Ελλάδα, το 72,5% των συμμετεχόντων νοσηλευτών δήλωσε ικανοποιημένο από την συνεργασία του με τους γιατρούς (Δημητριάδου-Παντέκα Α και συν. 2010) ενώ το 77,8% των εργαζομένων σε δημόσιο νοσοκομείο δήλωσε ευχαριστημένο από την συνεργασία του με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (Ποζουκίδου και συν. 2007).

Αντίθετα, τα ευρήματα της μελέτης μας δεν συμφωνούν με εκείνα αντίστοιχων μελετών στο διεθνή χώρο καθώς σε έρευνα από τη Σιγκαπούρη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού, οι συγκρούσεις στο χώρο εργασίας ήταν από τους κύριους εκφραστές εργασιακού στρες (Lim J et al. 2010). Σε αντίστοιχη έρευνα από την Κίνα αναφέρθηκε

ως κύριος στρεσογόνος παράγοντας οι συγκρούσεις των σχέσεων μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού (Xianyu & Lambert 2006). Σε συγκριτική έρευνα από την Κροατία μεταξύ γιατρών εργαζόμενων στο ΤΕΠ και γιατρών εργαζόμενων στα Κέντρα Υγείας, οι συγκρούσεις στο χώρο εργασίας ήταν παράγοντας εξαιρετικής στρεσογόνου δράσης (Gregon 2011), ενώ σε έρευνα από την Φιλανδία οι συγκρούσεις μεταξύ των γιατρών ήταν η κύρια αιτία απουσία τους από την εργασία (Kiwimaki et al. 2001).

#### **8.1.4 Οικονομική κρίση**

Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που την ακολουθεί αποτελεί πλέον υπαρκτή πραγματικότητα επιβαρύνοντας τους πολίτες αλλά και το σύστημα υγείας που θα την υποστούν μέσω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφάλειας υγείας, την μείωση των εισοδημάτων, τη μη ανταπόκριση στα έξοδα για την υγεία και εντέλει τη φτώχεια. Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης Κ. 2000). Η οικονομική κρίση έχει άμεσο αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ των χαμηλών επιπέδων στελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού και χαμηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης (Needleman J et al. 2002, Cho SH et al. 2003), ενώ οι σημαντικές ελλείψεις υγειονομικού προσωπικού καθιστούν επίπονη την εκτέλεση των καθηκόντων τους (Notara V et al. 2010). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι υψηλότερες αμοιβές είναι πιο σημαντικό κίνητρο για την μετανάστευση των εργαζομένων στην υγεία από την δυσαρέσκεια στην εργασία, τις ευκαιρίες σταδιοδρομίας και την πολιτική αστάθεια (WHO 2010).

Στο ερώτημα της μελέτης μας για το αν η οικονομική κρίση συμβάλλει στην εκδήλωση συμπτωμάτων εργασιακού στρες, το 48,2% των συμμετεχόντων δηλώνει την ιδιαίτερη στρεσογόνα δράση του συγκεκριμένου παράγοντα. Σε πρόσφατη έρευνα από την Ελλάδα μεταξύ 303 επαγγελματιών υγείας, το 44,5% των ερωτηθέντων ανέφερε ως κύρια πηγή εργασιακού στρες την έλλειψη ιατρικών προμηθειών (Rachiotis G et al. 2014). Σε έρευνα από την ίδια χώρα, το 75% του νοσηλευτικού προσωπικού απέδωσε την εργασιακή του δυσαρέσκεια στο ύψος των αποδοχών (Ποζουκίδου Α και συν.

2007) ενώ σε αντίστοιχη έρευνα μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού τριτοβάθμιου νοσοκομείου το θέμα των αμοιβών φάνηκε ότι ήταν στην δεύτερη θέση της λίστας των στρεσογόνων παραγόντων σε ποσοστό 35,9% (Αναγνωστοπούλου Δ. και συν. 2013). Σε μελέτη του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Ενώσεων Νοσηλευτών, το 50% των μελών αναφέρει περικοπές μισθών και αύξηση της ανεργίας για τους νοσηλευτές, το 30% ανησυχεί για την ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών ενώ πάνω από το 50% αναφέρει χαμηλό επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης και αντικατάσταση νοσηλευτών από ανειδίκευτους εργάτες, παράγοντες που αυξάνουν το εργασιακό στρες των νοσηλευτών και θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών σε όλη την Ευρώπη (EFN 2012). Στην Ισλανδία συγκεκριμένα, οι περικοπές των αποδοχών και η αύξηση του φόρτου εργασίας στο πλαίσιο της μείωσης του αριθμού των νοσηλευτών κατά 10% αποτέλεσαν τους κύριους εκφραστές της ανησυχίας των εργαζομένων για την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας ενώ στην Ιρλανδία οι περικοπές των μισθών κατά 14% και η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών κατά 6% φάνηκε ότι ήταν οι κύριοι παράγοντες της μετανάστευσης 1500 νέων νοσηλευτών στις χώρες της Μεγάλης Βρετανίας, της Αυστραλίας και των Ηνωμένων Πολιτειών (EFN 2012).

Σε έρευνα από τον Καναδά που αφορούσε το ιατρικό σώμα, οι οικονομικές περικοπές ήταν η κύρια αιτία συναισθηματικής εξάντλησης του δείγματος (Hegenbarth C, 2011) ενώ σε περιγραφική μελέτη από την Νιγηρία μεταξύ 80 οφθαλμιάτρων, ο οικονομικός περιορισμός ήταν προγνωστικός παράγοντας εργασιακού στρες σε ποσοστό 68,75% (Omolaze et al. 2014). Σε αντίστοιχη μελέτη από το Πακιστάν σε εργαζομένους της υγειονομικής περίθαλψης, τα ανεπαρκή επιδόματα και η έλλειψη ιατρικών προμηθειών ήταν σημαντικές πηγές εκδήλωσης εργασιακού στρες (Haq Z. 2008) ενώ σε έρευνα από τον Καναδά ποσοστό 50% των εργαζόμενων στην υγειονομική φροντίδα δήλωσε ως κύρια πηγή εργασιακού στρες τις μειωμένες οικονομικές απολαβές (Wilkins K. 2007).

## 8.2 Εργασιακό στρες και κατανάλωση αλκοόλ

Η μελέτη της κατανάλωσης αλκοόλ σε επαγγελματίες υγείας έχει αποτελέσει το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις το ποσοστό επί του συνόλου των επαγγελματιών υγείας που θα κάνουν κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ σε κάποια στιγμή της επαγγελματικής τους καριέρας κυμαίνεται μεταξύ 10 και 15%. Παρόλο ότι τα ποσοστά είναι παρόμοια με εκείνα του γενικού πληθυσμού, ο επιπολασμός είναι ανησυχητικός καθώς οι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την προαγωγή της υγείας και της ευημερίας του γενικού πληθυσμού (Baldisseri 2007).

Στο ερώτημα της μελέτης μας για το αν είναι αποτελεσματικό να πίνει κανείς προκειμένου να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο γεγονός στην εργασία του, απάντησε αρνητικά το 91,2% του δείγματος, ενώ στο ερώτημα για το αν είναι αποτελεσματικό να πίνει κανείς για να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά σε ποσοστό 91,7%. Ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, το 51,8% δεν κατανάλωσε ποτέ αλκοόλ, ενώ το 22,8% περιορίστηκε σε πολύ αραιές συχνότητες της τάξης των 1-2 φορές το χρόνο. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έρχονται σε συμφωνία με εκείνα πρωτύτερων μελετών. Σε έρευνα από την Νιγηρία μεταξύ 241 γιατρών φάνηκε ότι το 71,8% των συμμετεχόντων απείχε από τη χρήση αλκοόλ, το 16,2% ότι έκανε μετριοπαθή κατανάλωση οινοπνεύματος και το 4,1% των συμμετεχόντων ότι ήταν επικίνδυνοι χρήστες (Issa BA et al. 2012). Η επικίνδυνη χρήση αλκοόλ φάνηκε ότι ήταν άμεση απόρροια του υπερβολικού φόρτου εργασίας που όπως έχει ήδη επισημανθεί αποτελεί κύρια πηγή εργασιακού στρες. Σε συγκριτική μελέτη από την Ινδία μεταξύ φοιτητών ιατρικής και εργαζόμενων ιατρών, το ποσοστό εξάρτησης ήταν 5% για τους φοιτητές και 3% για τους γιατρούς, ποσοστά που συσχετίστηκαν με το εργασιακό στρες (Kumar P & Basu D 2000).

Στο παρελθόν έχουν διεξαχθεί έρευνες τα αποτελέσματα των οποίων έρχονται σε αντιπαράθεση με αυτά από την παρούσα μελέτη. Σε έρευνα από την Φιλανδία φάνηκε ότι 24% των ανδρών και 3% κατανάλωναν πάνω από 200gr αλκοόλης την εβδομάδα ενώ 4% των ανδρών πάνω από 450gr την εβδομάδα ως άμεση συνέπεια του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Juntunen et al. 1988). Σε έρευνα από την

Γερμανία μεταξύ 1917 χειρουργών φάνηκε ότι το 70,7% των συμμετεχόντων ήταν μετριοπαθείς χρήστες, το 19,8% επικίνδυνοι χρήστες και μόνο ένα ποσοστό 9,5% αυτών απείχαν από τη χρήση αλκοόλης. Στη συγκεκριμένη έρευνα, τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ συσχετίστηκαν με την αγχωτική φύση της χειρουργικής ειδικότητας (Rosta 2008). Σε έρευνα από την Νορβηγία μεταξύ γυναικών χειρουργών, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας στα χειρουργικά τμήματα φάνηκε ότι ήταν η κύρια αιτία για το υψηλό ποσοστό επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ που άγγιξε τα όρια του 18% (Rosta 2005).

Σε έρευνα από την Αυστραλία φάνηκε ότι οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας ήταν οι κύριοι εκφραστές των υψηλών ποσοστών επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ από τους συμμετέχοντες που άγγιζαν το 8% για τις γυναίκες και το 17% για τους άνδρες (Nash, ML et al. 2010) ενώ σε έρευνα από τις ΗΠΑ μεταξύ γιατρών φάνηκε ότι ένα ποσοστό μεταξύ 8 και 12% ήταν εθισμένο στη χρήση αλκοόλ παρουσιάζοντας υψηλά επίπεδα ψυχογενούς άγχους (Florkowski et al. 2008). Σε συγκριτική μελέτη μεταξύ γιατρών στις χώρες της Δανίας και της Γερμανίας βρέθηκε ότι οι γιατροί στην Δανία είχαν υψηλότερο επιπολασμό επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ από τους γιατρούς στην Γερμανία, ως αποτέλεσμα της πιο φιλελεύθερης στάσης τους απέναντι στο αλκοόλ (Rosta J. 2005).

Σχετικά με την κατανάλωση οινόπνευματος στο επαγγελματικό σώμα των νοσηλευτών φαίνεται ότι παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ και μάλιστα σε ποσοστό μεγαλύτερο από το γενικό πληθυσμό (Καρκαλέτση και συν. 2009). Σε έρευνα από τις ΗΠΑ φάνηκε ότι το ποσοστό των νοσηλευτών που κάνουν επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ ανέρχεται σε 10% (Trinkoff et al. 1997) ενώ σε έρευνα από την ίδια χώρα που αφορούσε φοιτητές νοσηλευτικής το ποσοστό βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ ήταν 28,9% (BaldwinJN 2009). Σε έρευνα από τη Νορβηγία φάνηκε ότι τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ ήταν υψηλότερα μεταξύ ανδρών νοσηλευτών απασχολούμενων σε χειρουργικά τμήματα νοσοκομειακών μονάδων (Rosta & Aasland 2005) ενώ σε συγκριτική μελέτη από τις ΗΠΑ μεταξύ 4.338 νοσηλευτών, οι νοσηλευτές που απασχολούνταν σε ογκολογικά τμήματα είχαν διπλάσιες πιθανότητες ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλης από τους νοσηλευτές άλλων τμημάτων (Trinkoff 1998). Φαίνεται λοιπόν ότι οι διαφορές που παρατηρούνται στα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλης στους επαγγελματίες υγείας αποτελούν συνάρτηση τόσο των ατομικών και

δημογραφικών χαρακτηριστικών του ατόμου όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η εθνικότητα και το θρήσκευμα όσο και της πολιτιστικής κουλτούρας του κάθε λαού.

### **8.3 Συσχέτιση εργασιακού στρες και δημογραφικών χαρακτηριστικών**

#### **8.3.1 Συσχέτιση εργασιακού στρες και φύλου**

Η αποκωδικοποίηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης φανερώνει ότι στις ερωτήσεις με βάση το φύλο δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Οι γυναίκες στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες καθώς περιγράφουν εντονότερα τη μέση ένταση των στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας, τη λειτουργικότητα, την απόδοση και την οικονομική κρίση. Σε παρόμοια έρευνα από τη Διώρυγα του Σουέζ μεταξύ επαγγελματιών υγείας φάνηκε ότι τα επίπεδα αποπροσωποποίησης των γυναικών ήταν υψηλότερα από αυτά των ανδρών συναδέλφων τους (Kotb A et al. 2013), ενώ σε αντίστοιχη έρευνα από το Ιράν φάνηκε ότι οι γυναίκες εμφάνισαν το μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης σχετικά με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας (Gholamzadeh 2011). Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί ίσως να δικαιολογηθεί από την δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας να εξασφαλίσουν την ισορροπία που απαιτείται μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής.

#### **8.3.2 Συσχέτιση εργασιακού στρες και ηλικίας**

Στις ερωτήσεις με βάση την ηλικία παρατηρούνται σημαντικές διαφορές. Οι εργαζόμενοι με τη μικρότερη ηλικία, μεταξύ 20 και 30 ετών, παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή σχετικά με τους παράγοντες που αφορούν την απόδοση, ενώ οι εργαζόμενοι με τη μεγαλύτερη ηλικία, μεταξύ 51 και 60 ετών, περιγράφουν εντονότερα τους στρεσογόνους παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον και την οικονομική κρίση. Το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης συνάγει με εκείνο παρόμοιας έρευνας από την Κίνα σύμφωνα με το οποίο φάνηκε ότι οι εργαζόμενοι ηλικίας μεταξύ 45 και 54 ετών ανέφεραν ως κυριότερους στρεσογόνους παράγοντες τις χαμηλές απολαβές και τον

υπερβολικό φόρτο εργασίας (L Li 2014). Σε σχετική έρευνα από τον Καναδά φάνηκε ότι το 50% των εργαζομένων ηλικίας από 35 έως 54 ετών παρουσίασε υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες σε σύγκριση με τους εργαζόμενους νεαρότερης ηλικίας (Whilkins K. 2007). Τα χαμηλά επίπεδα εργασιακού στρες που εμφανίζουν οι νεότεροι επαγγελματίες υγείας είναι ίσως συνάρτηση του χαμηλού ποσοστού ευθυνών που αναλαμβάνουν οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι.

### **8.3.3 Συσχέτιση εργασιακού στρες και μορφωτικού επιπέδου**

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, παρατηρούνται οι μεγαλύτερες διαφορές καθώς οι εργαζόμενοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αναφέρουν το μικρότερο βαθμό μέσης έντασης στους στρεσογόνους παράγοντες των συνθηκών εργασίας, περιβάλλοντος και απόδοσης ενώ οι εργαζόμενοι ανώτατης εκπαίδευσης αναφέρουν το μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης στους στρεσογόνους παράγοντες των συνθηκών εργασίας, λειτουργικότητας και περιβάλλοντος. Το εύρημα της παρούσας μελέτης έρχεται σε αντίθεση με εκείνα προγενέστερων μελετών. Σε παρόμοια έρευνα από την Κίνα φάνηκε ότι δεν υπήρξε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ εργασιακού στρες και μορφωτικού επιπέδου (L Li 2014), ενώ σε σχετική έρευνα από την Ταϊβάν για την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας, φάνηκε ότι η συγκεκριμένη επίπτωση του εργασιακού στρες δεν αποτελούσε συνάρτηση του επιπέδου εκπαίδευσης ( Chou LP. 2014).

### **8.3.4 Συσχέτιση εργασιακού στρες και οικογενειακής κατάστασης**

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρατηρούνται διαφορές στις ερωτήσεις με βάση την οικογενειακή κατάσταση. Οι άγαμοι εργαζόμενοι περιγράφουν με τον μικρότερο βαθμό έντασης κάθε στρεσογόνο παράγοντα, ενώ οι διαζευγμένοι παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή εργασιακού στρες σε κάθε κατηγορία στρεσογόνων παραγόντων.

Το εύρημα της μελέτης μας έρχεται σε αντίθεση με εκείνο σχετικής έρευνας από την Ταϊβάν μεταξύ εργαζομένων της υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με το οποίο δεν βρέθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ εργασιακού στρες και οικογενειακής

κατάστασης (Chou LP. 2014), συμφωνεί όμως με το εύρημα παρόμοιας έρευνας από το Σουέζ μεταξύ γιατρών, σύμφωνα με το οποίο οι έγγαμοι εργαζόμενοι φάνηκε ότι παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό εργασιακού στρες (59,6%) συγκριτικά με τους άγαμους (39,7%) (Kotb A 2013).

### **8.3.5 Συσχέτιση εργασιακού στρες και ειδικότητας**

Στις ερωτήσεις με βάση την ειδικότητα παρατηρούνται σημαντικές διαφορές. Το νοσηλευτικό προσωπικό που αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος περιγράφει εντονότερα στρεσογόνα γεγονότα που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας, ενώ αντίστοιχα οι γιατροί αναφέρουν πως τα γεγονότα που αφορούν τη λειτουργικότητα και το περιβάλλον αποτελούν κύριες πηγές εργασιακού στρες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης που σχετίζονται με το νοσηλευτικό προσωπικό συμφωνούν με εκείνα προγενέστερων μελετών. Σε παρόμοια έρευνα από το Ιράν μεταξύ νοσηλευτών, φάνηκε ότι ο μεγαλύτερος βαθμός μέσης έντασης αφορούσε το φόρτο εργασίας (Gholamzadeh 2011) ενώ ο ίδιος παράγοντας σχετίστηκε με τα υψηλά ποσοστά εργασιακού στρες μεταξύ νοσηλευτών σε έρευνα από το Χονγκ-Κονγκ (Callaghan et al. 2000).

### **8.4 Συσχέτιση εργασιακού στρες και κατανάλωσης αλκοόλ**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η συσχέτιση εργασιακού στρες και κατανάλωσης αλκοόλ κυμαίνεται σε μέτρια έως χαμηλά επίπεδα επισημαίνοντας την άποψη της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων για την αναποτελεσματικότητα της χρήσης αλκοόλ ως μέτρο αντιμετώπισης του εργασιακού στρες και της οικονομικής κρίσης.

Όσον αφορά το φύλο και βάση των μέσων τιμών φαίνεται ότι οι γυναίκες είναι αυτές που καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός και σε ποσότητα και σε συχνότητα, τα οποία βέβαια κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα. Το εύρημα της μελέτης συμφωνεί με εκείνο μελέτης από την Νορβηγία σύμφωνα με το οποίο φάνηκε ότι οι γυναίκες χειρουργοί είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε επίσημα κατανάλωση αλκοόλ γεγονός που ίσως οφείλεται σύμφωνα με την ερευνήτρια στην ιδιαίτερα αγχωτική φύση της χειρουργικής ειδικότητας (Rosta J 2005).



Στις ερωτήσεις με βάση την ηλικία παρατηρούνται σημαντικές διαφορές. Οι εργαζόμενοι νεαρότερης ηλικίας εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά αποχής από το αλκοόλ σε σύγκριση με τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με εκείνο συγκριτικής μελέτης μεταξύ νοσοκομειακών γιατρών στη Νορβηγία και τη Γερμανία όπου φάνηκε ότι οι εργαζόμενοι ηλικίας 27 ως 44 ετών είχαν τα υψηλότερα ποσοστά αποχής από το αλκοόλ συγκριτικά με τους εργαζόμενους ηλικίας 45 ως 65 ετών (Rosta J 2010). Η περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των νεότερων εργαζομένων καταδεικνύει την έμφαση που δείχνουν οι νέοι στους κινδύνους της χρήσης αλκοόλ, ενώ σηματοδοτεί την ευαισθητοποίησή τους σχετικά με τις αρνητικές συμπεριφορές υγείας.

Όσον αφορά την ειδικότητα παρατηρούνται σημαντικές διαφορές, καθώς οι γιατροί και οι νοσηλευτές έρχονται πρώτοι σε κατανάλωση αλκοόλ τόσο σε ποσότητα όσο και σε συχνότητα, ενώ οι υπόλοιπες ειδικότητες πιστεύουν απόλυτα στην αναποτελεσματικότητα της χρήσης αλκοόλ ως μέτρου αντιμετώπισης του εργασιακού στρες και της οικονομικής κρίσης. Με βάση το τομέα απασχόλησης παρατηρούνται διαφορές καθώς οι εργαζόμενοι που υπηρετούν το χειρουργικό τομέα φαίνεται να καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ και σε μεγαλύτερη συχνότητα από τους εργαζόμενους που απασχολούνται στον παθολογικό τομέα. Όσον αφορά το τόπο απασχόλησης, οι εργαζόμενοι στα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας φαίνεται να είναι περισσότερο αρνητικοί στην χρήση αλκοόλ για την αντιμετώπιση στρεσογόνων παραγόντων καταναλώνοντας τη μικρότερη ποσότητα αλκοόλ και σε μικρότερη συχνότητα συγκριτικά με τους εργαζόμενους του νοσοκομείου. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με εκείνο προγενέστερης μελέτης. Σε έρευνα από την Ελβετία μεταξύ γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας φάνηκε ότι το ποσοστό επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ άγγιξε τα όρια του 30% (Sebo P et al. 2007).

Η στάση των εργαζομένων απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ ως μέτρο αντιμετώπισης του εργασιακού στρες και της οικονομικής κρίσης, ποικίλει ανάλογα με το τόπο απασχόλησης, το τομέα εργασίας και την ειδικότητα. Βιβλιογραφικά καταγράφεται πως τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ ορισμένων επαγγελματιών υγείας αναμένεται να αυξηθούν δεδομένου ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από έλλειψη εργατικού δυναμικού και γενικότερη εργασιακή ανασφάλεια (Ukens C 2000).

## **Συμπεράσματα**

Το κύριο ερώτημα της παρούσας μελέτης ήταν το κατά πόσο οι εργαζόμενοι που δραστηριοποιούνται στις υπηρεσίες υγείας του νομού Κορινθίας έχουν επηρεαστεί από τη συνεχιζόμενη επιδείνωση του εργασιακού κλίματος και πως αυτό το γεγονός έχει συμβάλλει στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ. Η συγκεκριμένη υπόθεση ενισχύεται ακόμη περισσότερο λόγω των δημοσιονομικών μέτρων στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης που είχαν ως αποτέλεσμα τη ραγδαία αύξηση της ανεργίας, τη μείωση των εισοδημάτων, την απώλεια της ασφάλειας εργασίας, τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και τη μείωση του εργατικού δυναμικού υπό το καθεστώς των απολύσεων.

Για να απαντηθεί το ερώτημα της παρούσας μελέτης, μελετήθηκαν οι κύριες εκφάνσεις των σύγχρονων ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εργασία. Η έρευνα κινήθηκε στον άξονα της διερεύνησης των παραγόντων που προκαλούν εργασιακό στρες στους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας και κατά πόσο οι συγκεκριμένοι παράγοντες συμβάλλουν στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ από μέρους τους.

Η αρχική υπόθεση της μελέτης μας δεν επιβεβαιώθηκε πλήρως, καθώς δεν παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ εργασιακού στρες και κατανάλωσης αλκοόλ. Τα ποσοστά εργασιακού στρες που ανέφεραν οι συμμετέχοντες αφορούν παράγοντες σχετιζόμενους με τις συνθήκες εργασίας, τη λειτουργικότητα, το περιβάλλον, την απόδοση και την οικονομική κρίση ενώ συνδέονται άμεσα με όλες τις παραμέτρους των δημογραφικών χαρακτηριστικών όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ειδικότητα και το τόπο απασχόλησης. Η επαγγελματική ομάδα των γιατρών και των νοσηλευτών εμφάνισε το μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης εργασιακού στρες ως απόρροια της ιδιαίτερης αγχωτικής φύσης του επαγγέλματος. Το επαγγελματικό σώμα των νοσηλευτών εμφάνισε το μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης εργασιακού στρες, στις τρεις από τις πέντε κατηγορίες των υπό διερεύνηση στρεσογόνων παραγόντων. Η επιδείνωση του εργασιακού κλίματος δεν σχετίζεται άμεσα με την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, η οποία κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Η ποσότητα και η συχνότητα χρήσης αλκοόλ αποτέλεσε συνάρτηση συγκεκριμένων παραγόντων όπως η ειδικότητα και ο τόπος απασχόλησης, καθώς οι

γιατροί και οι νοσηλευτές που εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου εμφάνισαν το μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης μας καταδεικνύει τα προβλήματα που σχετίζονται με το τρόπο λειτουργίας και την εργασία γενικότερα, καθώς οι εργαζόμενοι στο σύνολό τους αναδεικνύουν όχι απλά γεγονότα που τους προκαλούν εργασιακό στρες, αλλά στοιχεία που απαιτούνται για τη βελτίωση της εργασίας τους και τη παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής φροντίδας. Σαφέστατα, ο χώρος της υγείας βιώνει μεγάλη έκπτωση, τόσο σε έμφυχο όσο και άψυχο υλικό, με αποτέλεσμα οι εργασιακές συνθήκες να δυσκολεύουν και να δυσχεραίνεται η επαγγελματική καθημερινότητα των εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Παρ' όλα αυτά, η καταγραφή των παραγόντων εκείνων που συντελούν στην αύξηση του εργασιακού στρες και η συνεχής προσπάθεια αποφόρτισης των επαγγελματιών, μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του φαινομένου της ψυχολογικής και σωματικής εξουθένωσης.

### **Προτάσεις**

Η πρόταση της παρούσας μελέτης έγκειται στη δόμηση ενός σχεδίου παρεμβατικών μέτρων που θα έχουν ως κύριο σκοπό, τόσο τον περιορισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση του εργασιακού στρες όσο και την αντιμετώπιση του φαινομένου της κατανάλωσης αλκοόλ στους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας.

Η αντιμετώπιση του εργασιακού στρες περιλαμβάνει τη λήψη κατάλληλων μέτρων σε οργανωτικό και ομαδικό επίπεδο. Αναφορικά με το πρώτο επίπεδο, συνίσταται η οργάνωση της εργασίας και ο εργονομικός σχεδιασμός των δραστηριοτήτων προκειμένου να επιτευχθεί η μείωση των στρεσογόνων παραγόντων και η προώθηση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (Moinar 2009). Στο πλαίσιο αυτό, ο επανασχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος που θα χαρακτηρίζεται από σύγχρονη εργονομία και τεχνολογικό εξοπλισμό με εύκολη προσβασιμότητα δύναται να συμβάλλει στη δημιουργία ευχάριστων συναισθημάτων στους εργαζόμενους και στην αύξηση της διάθεσής τους για την επιτέλεση της εργασίας.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αποτελεί κύριο παράγοντα εργασιακού στρες για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη. Ο συγκεκριμένος παράγοντας μπορεί να αντιμετωπιστεί με την αφαίρεση από τον εργαζόμενο εργασιακών καθηκόντων που δεν κρίνονται απαραίτητα, την καθιέρωση ελαστικών προγραμμάτων εργασίας και την ιεράρχηση των εργασιακών καθηκόντων με τέτοιο τρόπο ώστε να υλοποιούνται οι επείγουσες εργασίες.

Σε ομαδικό επίπεδο η λήψη μέτρων σχετίζεται με την ενημέρωση και τη εκπαίδευση των εργαζομένων μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα αναφορικά με τις ορθές πρακτικές εργασίας και το κώδικα συμπεριφοράς στους εργασιακούς χώρους (Τούκας 2010). Απαραίτητη σε αυτό το επίπεδο για τη μείωση του εργασιακού στρες, θεωρείται η πλήρης ενημέρωση των εργαζομένων για την πολιτική, τη στρατηγική και τους απώτερους στόχους της επιχείρησης, η παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης στον εργαζόμενο με στόχο την απόκτηση των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την επιτέλεση των εργασιακών καθηκόντων καθώς και ο επανασχεδιασμός των θέσεων εργασίας με τέτοιο τρόπο, ώστε ο εργαζόμενος να μπορεί να ανταποκρίνεται στις εκάστοτε απαιτήσεις χωρίς να καταστρέφεται η υγεία του (Robbins & Judge 2009).

Αναφορικά με την αντιμετώπιση της κατανάλωσης αλκοόλης, τα προτεινόμενα μέτρα αφορούν στην ένταξη των πολιτικών δράσης κατά του αλκοόλ στις ευρύτερες οικονομικές και προνοιακές πολιτικές σε συνδυασμό με την ανάληψη δραστηριοτήτων για την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση του περιγραφόμενου πληθυσμού σχετικά με τις γενικότερες επιπτώσεις της κατανάλωσης οινοπνεύματος μέσα από την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων αγωγής υγείας. Παράλληλα κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία θεραπευτικών και επανενταξιακών υπηρεσιών οι οποίες θα απασχολούν ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό τόσο για τα άτομα που κάνουν επιβλαβή χρήση οινοπνευματωδών όσο και για τα μέλη της οικογένειάς τους.

## ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξόπουλος, Χ. Ευάγγελος., (2007), *Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου*, ΕΛΙΝΥΑΕ, Αθήνα

Αναγνωστοπούλου, Δ., Μαρνέρας, Χ., Τσιμητρέα, Ε., Χαρίση, Ε., Μουχάκη, ΣΤ., Αργυροπούλου, Δ., Παναϊρλή, Β., (2013), *Εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης νοσηλευτών τριτοβάθμιου νοσοκομείου και διερεύνηση της σχέσης με την πιθανότητα αποχώρησης από την εργασία*, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 5, Τεύχος 2, 74-84

Αντωνίου, Σ., (2002), *Πηγές εργασιακού στρες*, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αθήνα

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

Αντωνίου, Σ.Α., (2008), *Ψυχολογία της Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Σειρά εφαρμοσμένη ψυχολογία, Αθήνα

Αντωνίου, Κ. & Βασιλοπούλου, Γ., (2009), *Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού*, Το βήμα του Ασκληπιού, 8:15-24

Ασημακοπούλου, Μ., (2004), *Η επαγγελματική εξουθένωση, η επαγγελματική ικανοποίηση και η εμπλοκή στην εργασία στο δημόσιο τομέα*, Πτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πάτρα

Δημητριάδου-Παντέκα, Α., Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ., Ντιό, Ε., (2010), *Διερεύνηση Νοσηλευτικού Εργασιακού Κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο και ετεροεπαγγελματικής συνεργασίας*, Νοσηλευτική, 49(1):91-100

Δρίβας, Σ., (2002), *Το σύνδρομο mobbing στην εργασία. Πετρελαιοειδή. Δυλιστήριο και χημική βιομηχανία*, 9:8-9

ΕΛΙΝΥΑΕ, (2007), *Υποκειμενική εκτίμηση των κινδύνων*

ΕΛΙΝΥΑΕ, (2007), *Ασθένειες των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Εκτίμηση και πρόληψη*

ΕΚΤΕΠΝ, (2007), *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινόπνευματωδών στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

ΕΚΤΕΠΝ, (2011), *Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης: κατεθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός παρεμβάσεων*, Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, (2001), *Έκθεση σχετικά με την παρενόχληση στους χώρους εργασίας*

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, (2000), *Πρακτικές συμβουλές προς τους εργαζόμενους για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και των αιτιών του*. Διαθέσιμο σε: <http://agency.osha.eu.int>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, (2007), *Facts 71. Εισαγωγή στις μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία*

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, (2012), *Πανευρωπαϊκή δημοσκόπηση για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία*. Διαθέσιμο σε: [http://osha.europa.eu/el/safety-health-in-figures/index\\_html](http://osha.europa.eu/el/safety-health-in-figures/index_html)

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, (2013), *Πανευρωπαϊκή δημοσκόπηση για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία*. Διαθέσιμο σε: [http://osha.europa.eu/el/safety-health-in-figures/index\\_html](http://osha.europa.eu/el/safety-health-in-figures/index_html)

Καρκαλέτση, Φ., Τζιαμαλή, Β., Ζαρώτης, Ι. & Σκορδίλης, Ε., (2009), *Επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων*, 17<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Κομοτηνή, 7-8

Κουτσιανοπούλου, Ε. & Κρομμύδα, Ε., (2013), *Αλκοολισμός- Επιπτώσεις στο άτομο*, Διαθέσιμο σε: <http://www.imlarisis.gr/index.php/> (πρόσβαση 31-10-2013)

Μαλλιάρου, Μ., Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π., (2008), *Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: μια συστηματική ανασκόπηση*, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 01, Τεύχος 01

Μάνος, Ν., (1997), *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Μαρβάκη, Χ., Δημουλά, Υ., Καμπισιούλη, Ε., Χριστοπούλου, Ι., Βασταρδής, Λ., Γουρή, Ι., Καλογιάννη, Α., (2007), *Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού*, Νοσηλευτική, 46(3): 406-413

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι. & Κωνσταντινίδης, Θ.Κ., (2010), *Εκφάνσεις του εργασιακού άγχους στην Ψυχική και Σωματική Υγεία* (Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό), Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας

Μουστάκα, Ε., Κουτής, Χ., Μπαμπάτσικου, Φ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Κωνσταντινίδης, Κ.Θ., (2013), *Ψυχική ευεξία και η σχέση της με το εργασιακό στρες*, Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 5(4)

Μπομπολάκη, Δ. & Σταματελοπούλου, Α., (2004), *Νοσηλευτική και υγιεινός τρόπος ζωής, μια ολέθρια σχέση*, Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο

Μπουσινάκης, Δ. & Χάλκος, Γ., (2006), *Επίδραση άγχους και ικανοποίησης στη λειτουργία των επιχειρήσεων*, Επιθεώρηση εργασιακών σχέσεων, 42, 43-55

Νέτα, Σ., (2013), *Το 28% των Ευρωπαίων υποφέρει από στρες*. Διαθέσιμο σε: <http://www.ygeiasorama.gr/21-8-13>

Πανταζοπούλου – Φωτεινά, Α., (2003), *Εργασιακό Περιβάλλον και Ψυχικές Επιπτώσεις (Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία)*, Προσέγγιση από το χώρο της Ιατρικής της Εργασίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Εργοπράξιον Α.Β.Ε.Ε. Αθήνα

Παπαγεωργίου, Β., (1996), *Επιδημιολογία τροχαίων ατυχημάτων στο Ν. Χαλκιδικής στη δεκαετία 1986-1995*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 8: 106-111

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

- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ., (1995), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 242-265
- Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ., (2008), *Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1): 94-101
- Ποζουκίδου, Α., Θεοδώρου, Μ., Καϊτελίδου, Δ., (2007), *Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο*, Νοσηλευτική, 46(4):537-544
- Ποταμιάνος, Γ., (1991), *Νόμιμες ουσίες εξάρτησης. Αλκοόλ*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
- Πούρκος, Μ., (2001), *Ιδιοσυγκρασία και άγχος*, Επιστημονικές έρευνες και διαπιστώσεις
- Σουλιώτης, Κ., (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Σουρτζή, Π. & Βελονάκης, Ε., (2004), *Διερεύνηση αναγνώρισης και καταγραφής εργατικών ατυχημάτων στα νοσοκομεία*, Νοσηλευτική, 43(1), 100-106
- Σπυριδάκης, Μ., (2009), *Εξουσία και παρενόχληση στην εργασία*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Τεγόπουλος & Φυτράκης, (1992), *Ελληνικό Λεξικό*, Δ' Έκδοση, Εκδόσεις Αρμονία, Αθήνα
- Τούκας, Δ., (2010), *Ο ρόλος των εργαζομένων στις στρατηγικές ανάλυσης και διαχείρισης της επικινδυνότητας του εργασιακού στρες*, Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, 43: 9-12
- Τούντας, Γ., (1999), *Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία*, Νέα Υγείας, 24, 9-13
- Τούντας, Γ., (2009), *Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία*. Νέα Υγείας, 24, 9-13
- Τούντας, Γ., (2011), *Κοινωνία και υγεία*, Οδυσσέας, Νέα Υγεία



Τσαρούχας, Κ., (1994), *Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό*, Αθήνα, Άγκυρα

Υφαντόπουλος, Γ., (2005), *Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω

Χαραλαμπίδου, Ε., (1996), *Νοσηλευτική φροντίδα και επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών*, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

Χρηστίδης, Δ.Α., (2002), *Πρόληψη και διαχείριση του στρες*, Δικηγόρων Πρόνοια, 2, 7-10

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Athanasiadis, T., Tsaras, K., Papathanasiou, I., Lahana, E., Gouva, M., Kotrotsiou, E., (2011), *Assessment of work stress and alcohol use in mental health care workers*, Interscientific Health Care, Vol 3, Issue 4, 165-172

Aiken, LH, Clarke, SP, Sloane, DM, Sochalski, JA, Busse, R, Clark, H et al., (2001), *Nurse's reports on hospital care in five countries*, Health Affairs, 20(3):43-53

Aiken, LH, Sermens, W., Van den Heede, K., Sloane, DM, Busse, R., Mckee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, IN, Smith, HL, Kutney-Lee, A., (2012), *Safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional suryges of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*, British Medical Journal, 344: e1717

American Institute of Stress, (1992), *AIS, Job stress, International Labor Office*, United Nations Report. Available at: <http://www.stress.org/job.htm>

American Psychiatric Association, (1994), *Diagnostic and Statistical Mannual of Mental Disorders*, Mth Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC

American Heart Association, (1997), *Northern Manhattan Stroke Study*, 22<sup>nd</sup> International Joint Conference on Stroke and Cerebral Circulation, Anaheim, California

American Psychological Association (APA), (2005), *APA help center: From the American Psychological Association*, Available at: <http://www.apahelpcenter.org>. (πρόσβαση στις 29/5/2014)

- Antunes, LC et al., (2010), *Obesity and shift work: chronobiological aspects*, Nutr Res Rev, 23: 155-168
- Bagnardi, V. et al., (2001), *Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta analysis*, Alcohol Research and Health, 25(4): 263-270
- Baker, A., Schaufeli, W.B., VanDieren-Douck, D., (2000), *Burnout: Prevalence, groups at risk and risk factors*, In IJ.Houtman WB,Schaufeli & T.Taus(eds)
- Balch, C.M, & Copeland, E., (2007), *Stress and burnout among surgical oncologists: a call for personal wellness and a supportive workplace environment*, Ann Surg Oncol, 14(1): 3029-3032
- Baldisseri, M., (2007), *Impaired healthcare professionals*, Crit Care Med, 35, 106-116
- Baldwin, JN, Bartek, JK, Scott, DM, DavisHall, RE, DeSimone, EM2nd, (2009), *Survey of alcohol and other drug use attitudes and behaviors in nursing students*, Subst Abus, Jul-Sep; 30(3):230-8
- Bissell, L. & Haberman, PW., (1984), *Alcoholism in the professions*, New York, NY: Oxford University Press
- Brent, G.A., (2008), *Clinical practice: Graves disease*, N Enge J Med, 358:2594-2605
- Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Brunner, E., Stansfield, S.A., (1997), *Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II study*, Br Med J, 314: 558-565
- Burns & Grove,CK., (2001), *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*, 4th Edition, WB Saunders Company, Philadelphia PA. p:49-50,55,250-253,395-404,426-434
- Callaghan, P., Tak-Ying, SA, Wyatt, PA., (2000), *Factors related to stress and coping among Chinese nurses in Hong-Kong*, J Adv Nurs; 31(6):1518-27
- Camargo, C.A. et al., (1997), *Prospective study of moderate alcohol consumption and mortality in US physicians*, Archives of Internol Medicine, 157, 79-85
- Cannon,W.B. & Bright, EM.A.A., (1931), *A belated effect of sympathectomy on lactation*, Am J Physial, 97: 319- 321
- Cannon, W.B., (1932), *The wisdom of the body*, New York, Norton

Caplan, RD., Cobb, S., French JR., Van Harrison, R., Pinneau, SR., (1975), *Job demands and worker health: Main effects and occupational differences*, National Institute for Occupational Safety and Health, Publication no NIOSH75-160, Cincinnati

Chen, CK, Lin, C., Wang, SH, Hou, TH., (2009), *A study of job stress, stress coping strategies and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms*, J Nurs Res, Sep;17(3);199-211

Cho, SH., Ketefian, S. , Barkauskas, VH., Smith, DG., (2010), *The effects of nurse staffing on adverse outcomes, morbidity, mortality and medical costs*, Nurs Res;52(2):71-9

Chou, LP., Chung, YiLi, HU, CS., (2014), *Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan*, BMJ Open; 4:e004185

Cohen, F. & Lazarus, R., (1979), *Coping with stress and illness*

Conway, PM., Campanini, P., Sartori, S., Dotti, R., Costa, G., (2008), *Main and interactive effects of shiftwork, age and workstress on health in an Italian sample of health care workers*, Appl Ergon, Sep;39(5):630-9

Cooper, C.L, & Marchall, J., (1976), *Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health*, J Occup Psychol, 49:11-28

Cooper, C.L. & Payne, R., (1988), *Causes coping and consequences of stress at work*, Chichester: John Wiley & Sons

Cooper, G., (2000), *Theories of organizational stress*, Oxford University Press

Costes, J.M. & Martineau, H., (2002), *Drugs and Dependence- Indicators and Trends in 2002*

Countryman, J., (2005), *Substance use in adolescents*, Clinical Child Psychiatry, 263-274

Cox, T., Griffiths, A., Borlome, C., Randall, R. & Rial-Gonzalez, E., (2000), *Organizational interventions for work stress: a risk management approach*, HSE Contract Research Report, ISBN 0 7176 18382, HSE Book, Sudbury

Cushway, DP., (1999), *Stress and intervention strategies in mental health professionals*, British Journal of Medical Psychology, 2, pp.159-169

Cycle of Addiction, (2013), *Recovery Connection*, Received on February 17

De Groot, L.C. & Zock, P.L., (1998), *Moderate alcohol intake and mortality*, Nutrition Review, 56(1): 25-26

Drever, F., Whitehead, M., Roden, M., (1996), *Current patterns and trends in male mortality by social class*, Population Trends, 86: 15-20

Dudde, M. & Boughton, M., (2007), *Intra professional relations in nursing*, J Adv Nurs, 59: 29-37

Eberly, R. & Feldman, H., (2010), *Obesity and shift work in the general population*, Internet J allied Health Sci Prac, 8(3)

EFN, (2012), *Caring in Crisis. The impact of the financial crisis on nurses and nursing*, A Comparative Overview of 34 European Countries

Estryn-Behar, M., Kaminski, M., Peigne, E., Fouillot, P., Debray, Q., (1989), *Improving hospital work conditions: an integrated approach*, Rev Infirm, 39:35-39

Esposito-Smythers, C. & Spirito, A., (2004), *Adolescent substance and suicidal behavior: a review with implications for treatment research*, Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 28(5): 775-885

Eurofound, (2012), *Fifth European Working Conditions Survey Publications Office of the European Union*, Luxemburg

European Agency for Safety and Health at Work Stress. Available at: <http://osha.europa.eu/en/topics/stress>

European Agency for Safety and Health at Work., (2009), *Ash in figures: stress at work-facts and figures*, European Risk Observatory Report, Office for official publications of the European Communities, Luxemburg

European Foundation for the improvement of living and working conditions., (2004), *Seminar on violence and harassment in the workplace*, Summary, Dublin

- Firth- Cozens, J., (2003), *Doctors, their wellbeing and their stress*, BMJ, Mar 29,326: 670-671
- Fontana, D., (1993), *Άγχος και η αντιμετώπισή του*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Ford, D.E., Mead, L.A., Chang, P.P., Cooper-Patrick, L., Wang, N.Y., Kiag, M.J., (1998), *Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the presurcors study*, Arch Intern Med, 158(13): 1422-1426
- Frank, E. & Dingle, A.D., (1999), *Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians*, Am J Psychiatry, 156(12): 1887-1894
- Freundenberger, H.J., (1974), *Staff burnout*, J Soc Issues, 30: 159-165
- Friedman, H.S., (1998), *Cardiovascular effects of alcohol*, in: Galanter, M ed. *The consequences of alcoholism*, New York, Plenum Press
- Fiabane, E., Giorgi, I., Musian, D., Squazzin, C., Argerntero, P., (2012), *Occupational stress and job satisfaction of healthcare staff in rehabilitation units*, Med Lav, Nov-Dec;103(6):482-92
- Geis, P.A., (2006), *Belihlement and harassment of medical student's: Remedial training-ethics and sensitivity*, Br Med J,333-809
- Gilvarry, E., (2000), *Substance abuse in young people*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41(1):55-80
- Gmel, G. & Rehm, J., (2003), *Harmful alcohol use*, Alcohol Research and Health, 27(1): 52-62
- Goodman, L.J., (1975), *The longevity and mortality of American physicians, 1969-1973*, Milbaurk Mem Fund Q, 53: 353-375
- Gray-Toft, P. & Anderson, J.G., (1981), *The nursing stress-scale: development of an instrument*, J Behavioral Assesment, 3, 11-23
- Grebner, S., Semmer, N.K. & Elfering, A., (2005), *Working conditions and three types of well-being: a longitudinal study with self-report and rating data*, Journal of Occupational Health Psychology, 10, 31-43
- Gholamzadeh, S., Sharif, F. & Dehgham, R., (2011), *Sourses of occupational stress and coping strategies among nurses who are working in Admission and Emergency Department in Hospitals Affiliated to Shiraz Univercity of Medical Sciences, Iran.Iran J Nurs Midwifery Res*, Winter;16(1):42-47

Gregov, L., Kovacevic, A., Sliskovic, A., (2011), *Stress among Croatians physicians: comparison between physicians working in emergency medical service and health centers-pilot study*, Croat Med J, Feb;52(1):8-15

Gulbraudsen, P. & Aasland, OG., (2002), *Changes in drinking habits among Norwegian physicians 1985-2000*, Tidsskr Nor Laegeforen; 122(29):2791-2794

Haq, Z., Iqbal, Z., Rahman, A., (2008), *Job stress among community health workers: a multi-method study from Pakistan*, Int J Ment Health Syst;2:15

Hughes, PH, Brandenburg, N., Baldwin, DC, Storr, CL, Whilliams, KM, Anthony, JC, Shedam, DV., (1992), *Prevalence of substance use among US physicians*, JAMA; 267(17):2333-2339

Hegenbarth, C., (2011), *Rescuing doctors in distress*, CMAJ February 22, Vol 183, No3

Health and Safety Executive Work Related Stress, (2004), *A short guide*. Available at: <http://www.hse.gov.uk>

Hemphala, M. & Tengstrom, A., (2010), *Associations between psychopathic traits and mental disorders among adolescents with substance use problems*, The British Journal of Clinical Psychology, 49, 109-122

Highlights of the NIAAA position paper on moderate alcohol consumption, (2004), Press release from the journal, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, June 14

Hoffman, AJ & Scott, LD., (2003), *Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns*, OJ Nurs Adm;33(6):337-42

Hirigoyen, M.F., (2003), *Ηθική παρενόχληση. Η κρυμμένη βία στην καθημερινή ζωή*, Μ.τ.φ: Μαριλένα Γεωργιάδου, Αθήνα, Πατάκης

Holmes, TH & Rahe, R.H., (1967), *The social readjustment rating scale*, J Psychosom Res, 11: 213-218

Hughes, K. & Bellis, M.A., (2000), *Alcohol: some sobering statistics from the NWPHO*, North West Public Health Observatory

Hyucksun, Shin S., (2012), *A longitudinal examination of the relationships between child hood maltreatment and patterns of adolescent substance use among high-risk adolescents*, The American Journal of Addictions, 21(5): 453-461

Illhan, M., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., Umin, M., (2007), *Burnout and its correlates among nurses questionnaire survey*, Journal of Advanced Nursing, 61:100-106

International Council of Nurses, (2007), *Nurses need stress management*, Available at: [www.stressfreecontrol.com.15/4/2008](http://www.stressfreecontrol.com.15/4/2008)

International Labor Organization, (2010), Program on Safety and Health at work and the Environment (Safe Work), ILO governing body approves new list of occupational diseases, Geneva. Available at: <http://www.ilo.org/safework/watchnew/index.htm>

Iskra-Golec, I., Follcard, S., Marek, Tet al., (1996), *Health, wellbeing and burnout of ICU nurses on 12h and 8h shifts*, Workstress;10(3):251-6

Issa, BA, Yussuf, A.D, Abiodun, O.A, Olaurewaju, G.T, Kuranga, T.O., (2012), *Hasardous alcohol use among doctors in a Nigerian Tertiary Hospital*, West African Journal of Medicine, Vol 31, No 2

Jones, P., Tanigawa, T., Weisses, S., (2003), *Stress management and workplace disability in the US, Europe and Japan*, Journal of Occupational Health, 45: 1-7

Juntunen, J., Asp, S., Olkinuora, M., Aarimaa, M., Strid, L., Kauttu, K., (1988), *Doctor's drinking habits and consumption of alcohol*, Institute of Occupational Health, SF- 00250 Helsinki, Finland

Kamchuchat, C., Chougsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Teem Wing, Y., Saughtoug, R., (2008), *Workplace violence directed in nursing staff at a general hospital in Southern Thailand*, J Occup Health, 30: 201-207

Kandel, D.B, Huang, F.Y & Davies, M., (2001), *Canorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. Drug Alcohol and Dependence*, 64(2):233-241

Kane, P.P., (2009), *Stress causing psychosomatic illness among nurses*, Indian J Occup Environ Med, 13(1): 28-32

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J., (1998), *Alcohol-related disorders in: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 8<sup>th</sup> ed, p.p.391-407, Baltimore, Williams and Wilkins

Kelly, B., (1998), *Preserving moral intergrity: A follow up study with new graduate nurses*, J Adv Nurs, 28: 1134-1145

Kiwimaki, M. et al., (2001), *Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants*, *Occup Environ Med*, 58:361-366

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

Klingemann, H. & Gmel, G., (2001), *Mapping the social consequences of alcohol consumption*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers

Koenig, M.A. et al., (2003), *Domestic violence in rural Uganda: Evidence from a community based study*, *Bulletin of the World Health Organization*, 81(1): 53-60

Kokkinos, C.M., (2007), *Job stressors personality and burnout in primary school teachers*, *British Journal of Educational Psychology*, 7, pp.229-243

Kourouklis, G.N., (2009), *Disability from occupational diseases in Greece*, *Occup Med (Lond)*, 59:515-517

Kumar, P. & Basu, D., (2000), *Substances abuse by medical students and doctors*, *J Indian Med Assoc*; 98:447-452

Kotb, AA, Mohamed, KAE, Mohamed, HK, Mosleh, ARI, Abdulmajeed, AA., (2013), *Comparison of burnout pattern between hospital physicians and family physicians working in Suez Canal University Hospitals*, *Pan African Medical Journal*

LiLi, HongyanHu, HaoZhou, ChaugzhiHe, LihuaFan, XiuyanLiou, ZhongZhang, HengLi et TaoSu., (2014), *Work stress, work motivation and their effects Satisfaction in community health-workers: a cross-sectional survey in China*, *BJHJ Open*; 4(6):e004897

Lambert, V., Lambert, C., Itano, J., Iuauye, J., Kim, S., Kunaviktikul, W. et al., (2004), *Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii)*. *Int J Nurs Stud*; 41:671-84



- Laramee, P et al., (2013), *Alcohol and Alcoholism*, 48(3): 259-269
- Lazarus, R.S. & Folkman, S., (1984), *Stress appraisal and coping*, New York: Springer
- Lazarus, R.S., (1999), *Fifty years of the research and theory of R.S.Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*, Madwah N.J:Erebaum
- Leiter, M.P, Harvie, P., Frissell, C., (1998), *The correspondence of patient satisfaction and nurse*, Soc Sci Med, 47: 1611-1617
- Leka, S., Griffiths, A., Cox, T., (2003), *Work organization and stress*, World Health Organization, Geneva
- Lee, JKL., (2003), *Job stress, coping and health perceptions of Hong-Kong primary health nurses*, International Journal of Nursing Practice, 9:86-91
- Leka, S., Griffiths, A., Cox, T., (2008), *Work-related stress: The risk management paradigm*, The European Framework for Psychosocial Risk Management: Prima-EF, I-WHO Publications, Nottingham
- Lim, J., Bogossian, F., Ahern, K., (2010), *Stress and coping in Australian nurses: a systematic review*, Int Nurs Rev, Mar;57(1):22-31
- Lewis, S.E., (2006), *Recognition of workplace bullying: A qualitative study of women targets in the public sector*, J commune. Appl Psychol, 16: 119-135
- Leyman, H., (1990), *Mobbing and psychological terror at work place. Violence and Victims*, 5:119-126
- Liappas, J., Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., Christodoulou, G., (2003), *Alcohol detoxification and social anxiety symptoms: a preliminary study of the impact of mirtazapine administration*, Journal of affective disorders
- Luthans, F., (1992), *Organizational behavior*, McGraw Hill, New York
- Maffi, E. & Zumbunn, A., (2003), *Alcohol and domestic violence in a sample of incidents reported to the police of Zurich City*, Substance Use and Misuse, 38(7): 881-893

- Mansky, P.A., (1996), *Physician health programs and the potentially impaired physician with a substance use disorder*, Psychiatr Serv, 47: 465-467
- Mascarinec, G. et al., (1998), *Alcohol intake, body weight and mortality in a multi ethnic prospective cohort*, Epidemiology, 9(6): 654-661
- Maslach, C., (1982), *Burnout, the cost of caring*, New Jersey, Prentice Hall
- Maslach, C. & Jackson, S.E., (1982), *Burnout in the health professionals: a psychological analysis*, Social Psychology of Health and Illness, Hillsdate, NJ: Eilbaum, pp.227-251
- Maslach, C., & Jackson, SE., (1986), *Maslach Burnout Inventory Manual*, Consulting Psychologists. Palo Alto California: Press
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., (2001), *Job burnout*, Ann Rev Psychol, 52: 397-422
- McMurry, J., (2010), *Οργανική Χημεία*, Τόμος 2<sup>ος</sup>, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο
- Mellon, R., (1998), *Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Moinar, M., (2009), *Assessment and prevention of work-related stress*, IMPULS-Tools, Stockholm
- Murray, R.P. et al., (2002), *Alcohol volume, drinking pattern and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a u-shaped function*; American Journal of Epidemiology, 155(3):242-248
- Mishra, B., Mehta, SC & Kawatra, A., (2011), *Evaluation of workplace stress in health university workers: a study from Rural India*, Indian J Community Med, Jan-Mar; 36(1):39-44
- Notara, V., Koupidis, SA, Vega, E., Grammatikopoulos, IA., (2010), *Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management*, J Nurs Manag;18(5): 501-4
- Najjimi, A., Gondarzi, MA & Sharifirad, G., (2012), *Causes of job stress in nurses: a cross-sectional study*, Iran J Nurs Midwifery Res, May-Jun;17(4):301-305
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevins, KyK., (2002), *Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals*, N Enge J Med; 346: 1715-1722

Nash, ML, Daly, GM, Kelly, JP, Ekert, HVE, Walter, G, Walton, M, Willcock, MS, Tennant, CC., (2010), *Factors associated with psychiatric morbidity and hazardous alcohol use in Australian doctors*, Med J Aust;193(3):161-166

Nace, E., Davis, C., Hunter, J., (1995), *A comparison of male and female physicians treated for substance use and psychiatric disorders*, Ann Acad Psychiatrists, Alcohol Addict, 4: 156-162

National Institute on Drug Abuse, (NIDA), (2010), *Drugs, Brains and Behavior*, The Science of Addiction

Omolaze, CO, Dantoujo, EA, Omolaze, BO, Mukaila, AS., (2014), *Job stressors and coping strategies amongst Nigerian Ophthalmologists: an Exploratory Study*, TAF Prev Med Bull; 13(1): 13-18

Occupational Wellbeing Group., (2007), *The Psychosocial Work environment and Supervision of Harmful Stress*, Abstract

Ogden, J., (2000), *Health Psychology: a textbook(2<sup>nd</sup> ed)*, Buckingham uk: Open University Press

Olszewski, P.K. & Levine, A.S., (2007), *Central opioids and consumption of sweettastants: when reward out weights homeostasis*, Physial Behav, 91:506-512

Ornellas, S. & Kleiner, H.B., (2003), *New developments in managing job related, Stress*, Equel Oppurtinities International, Volume 22, pp.64-70

Polit, DF & Hungler, BM., (1991), *Nursing Recearch-Principles and Methods*, 4<sup>th</sup> Edition.JB Lippincott Company, Philadelphia. p:21,29-46,50-51,61,179,191-195,243-245,367-380

Paice, E., Aitken, M., Houghton, A., Firth-Cozens, J., (2004), *Bullying among doctors in training: Cross-sectional questionnaire*, Survey-Br. Med J, 329: 658-659

Patterson, B., McCanish, A., Aitken, I., (1997), *Abuse and bulling*, Nurs Manag (Harrow), 3: 8-9

Piko, BF., (1999), *Work-related stress among nurses: challenge for health care institutions*, J R Soc Prom Health, 119: 156-162

Piko, B.F., (2006), *Burnout, role of conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey*, Int Nurs Stud, Mar; 43(3):311-8

Plant, M.L., Plant, M.A., Foster, J., (1991), *Alcohol, tobacco and illicit drug use among nurses: a Scottish study*, Drug Alcohol Depend, 28: 195-202

PRIMA-EF, (2008), *Sheet: Monitoring Psychosocial Risks at Work*. Available at: [www.prima-ef.org](http://www.prima-ef.org)

Reuben, D.B., (1985), *Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation*, Arch intern Med, 145: 286-288

Rachiotis, G., Kousousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E.K., Dounias, G., Hadjichristodoulou, C., (2014), *Medical supplies shortages and burnout among Greek healthcare workers during economic crisis: a pilot study*, Int J Med Sci, Mar 11; 11(5): 442-7

Rewicki, D.A & May H.J., (1989), *Organizational characteristics, occupational stress and mental health in nurses*, Behavioral Med, 15, 30-36

Rimpella, A.U., Nurmonen, M., Pulkkinen, P.O., Rimpella, M.K., Valkonen, T., (1987), *Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge?* Lancet, 1: 84-86

Rodgers, H. et al., (1993), *A case control study of drinking habits past and present*, Stroke, 24(10): 1475-1477

Rollman, B.L, Mead, L.A., Wang, N.Y., Kiang, M.J., (1997), *Medical speciality and the incidence of divorce*, N Engl J Med, 336(11): 800-803

Room, R. et al., (2002), *Alcohol in developing societies: a public health approach*, Helsinki, Finnish Foundation for alcohol studies in collaboration with World Health Organization

Rosovsky, H. et al., (1992), *Al-anon groups in Mexico*, Contemporary Drug Problems, 19: 587-603

Rosta, J., (2005), *Prevalence of problem-related drinking among doctors: a review on representative samples*, Ger Med Sci, 3: Doc07

Rosta, J. & Aasland, O.G., (2010), *Age differences in alcohol drinking patterns among Norwegian and German Hospital Doctors- a study based on national samples*. Ger Med Sci; 8: Doc05

- Rosta, J. & Aasland, G.O., (2005), *Female surgeons, Alcohol use. A study of a national sample of Norwegian doctors*, Alcohol and Alcoholism, 40: 436-440
- Rosta, J., (2008), *Hasardous alcohol use among hospital doctors in Germany*, Alcohol and Alcoholism, 43(2): 198-203
- Roy, A., (1985), *Suicide in doctors*, Psychiatr Cliu North Am, 8: 377-387
- Royal College of Nursing.,(2000), *Working well survey*. Available at: <http://www.reu.org.uk/news/pdfs/1778-workingwell pd/London>
- Rybock, J.P., (2009), *Residents duty hours and professionalism*, N Engl J Med, 361: 930-931
- Saxena, S., Sharma, R., Maulic, P.K., (2003), *Impact of alcohol use on poor families: a study from North India*, Journal of Substance Use, 8(2): 78-84
- Schmidt, L., (2006), *Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences*, Dan Med Bull,Nov;53(4):390-417
- Sproull, NL., (1998), *Handbook of Reearch Methods*, Scarecrow Press, Metuchen, NJ, London, p: 27-28,5-68,14-150,191-193,253-296
- Sebo, P., Gallachi, MB., Bouvier, AP., (2007), *Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey*, BMC Public Health;7:5
- Schindler, B.A, Novack, D.H, Cohen, D.G. et al., (2006), *The impact of the changing health care environment on the health and well-being of faculty at four medical schools*, Acad Med, 81(1): 27-34
- Selye, H., (1946), *The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation*, J Clin Endocrinal Metab, 6: 117-230
- Selye, H., (1976), *Stress in health and disease*, Woburn, MA: Butterworth
- Septoe, A., Lipsey Z. & Wardle J., (1998), *Stress, hassles and variation in alcohol consumption, food choice and physical exercise: a diary study*, British Journal of Health Psychology, 3, 51-63
- Shanafelt, T., Bradley, K., Wirf, J., Back, A., (2002), *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*, Ann Intern Med, 136: 358-367

- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N., Nagata, S., (2003), *Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: A pilot study*, J Occup Health, 45: 185-190
- Single, E. et al., (1999), *Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada*, American Journal of Public Health, 89(3): 385-390
- Spector, P.E. & Jex, S.M., (1998), *Development of four self-report measures of job stressor and strain: interpersonal conflict at work scale organizational constraints scale, quantitative workload inventory and physical symptoms inventory*, Journal of Occupational Health Psychology, 3, 356-367
- Spooner, S., (1999), *Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment*, Drug and Alcohol Review, 18, 453-475
- Srtaus, R., (1979), *An historical perspective on the clinical uses of wine*, Vintage, August
- Tummers, G.I., Janssen, P.P., Landeweerd, A., Hukes, I., (2001), *A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: a multi-sample analysis*, J Adv Nurs, Oct;36(1):151-62
- Tennant, C., (2001), *Work-related stress and depressive disorders*, J Psychosom Res, 51:697-704
- Tesser, A., Rosen, S., Tesser, M., (1971), *On the reluctance to communicate undesirable messages*, Psychol Rep, 29: 651-654
- Trapenciere, I., (2000), *Statistics on alcohol, drugs and crime in Latvia: Leifman M & Edgren- Henrichson N, eds. Statistics on alcohol, drugs and crime in the Baltic Sea Regions*, Helsinki Nordic Council for Alcohol and Drug Research
- Trinkoff, AM. & Storr, CK., (1997), *Collecting substance use data with an anonymous mailed survey*, Drug Alcohol Depend, Oct25; 48(1):1-8
- Trinkoff, A., (1998), *Substance use among nurses: differences between specialities*, Am J Public Health, 88: 581-585
- Tuesca, R. & Borda, M., (2003), *Marital violence in Barranquilla Colombia: prevalence and risk factors*, Gaceta Sanitaria, 17(4): 302-308

- Tyler, P. & Cushway, D., (1998), *Stress and wellbeing in health-care staff: The role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion*, *Stress Medicine* 1998,14:99-107
- Virtanen, P., Oksanen, T., Kiwimaki, M., Virtanen, M., Pentti, J., Vahtera, J., (2008), *Work stress and health in primary healthcare physicians and hospital physicians*, *Occup Environ Med*, May; 65(5):364-6
- Vahey, D.C, Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P, Vargas, D., (2004), *Nurse burnout and patient satisfaction*, *Med Care*, 42: 1157-1166
- Wheatley, R., (2000), *Taking the strain: a survey of managers and workplace stress*, London: Institute of Management
- White, H.R. & Chen, P., (2002), *Problem drinking and intimate partner violence*, *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2): 205-214
- WHO, (2010), *Report. Migration on health workers*, Fact sheet No301
- WHO, (2004), *Department of Mental Health and Substance Abuse*, Geneva
- WHO, (2004), *Global Status Report, Alcohol Policy*, Geneva
- Wilkins, K., (2007), *Work stress among health care providers*, *Health Reports*, November, Vol 18, No 4
- Ukens, C., (2000), *Does stress up R.Ph's Substance Abuse?* *Drug topics*;143:33
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P.B., Boude, J.P., (2006), *Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions*, *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 314-319
- Wong, D., Leung, S, SO, C & Lam, D., (2001), *Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: The roles of nursing stresses and coping strategies*, *On line journal of issues in nursing*, 5(2).Retrieved, May 29, 2007
- Yu, S.F, Yao, S.Q, Diug, H, Ma, L.Q., Yang,Y., Wang, Z.H., (2006), *Relationship between depression symptoms and stress in occupational population*, *Zhoughua, Lao Dong Wei Sheng Shi Ye Bing Za ZHI*, Mar, 24(3), 1 29-33

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



## ΑΙΤΗΣΗ

## ΠΡΟΣ

Καρρά Αφροδίτη

ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

**ΘΕΜΑ :** <<Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας>>

Αξιότιμα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου,

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου εκπονώ διπλωματική εργασία με θέμα: «Εκτίμηση εργασιακού στρες και κατανάλωσης αλκοόλ σε εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού Κορινθίας».

Επιβλέπων καθηγητής είναι ο κ.Σουλιώτης Κυριάκος, επίκουρος καθηγητής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και επιστημονικός σύμβουλος η κ. Σαρίδη Μαρία, διευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου σας.

Για τη συλλογή των δεδομένων της διπλωματικής μου εργασίας θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε εργαζόμενους υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένου και του νοσοκομείου σας. Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συλλογή δεδομένων για την ως άνω διπλωματική εργασία στο χώρο του νοσοκομείου σας.

Επισημαίνω ότι για την εν λόγω μελέτη δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο και τους συμμετέχοντες. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα των δεδομένων . Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στην ακαδημαϊκή κοινότητα για επιστημονικούς λόγους . Δεν θα γίνει αναφορά στους συμμετέχοντες σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή της παρουσίασής της.

Επισυνάπτω σύντομο πρωτόκολλο της μελέτης (σκοπός, μεθοδολογία, εργαλείο συλλογής δεδομένων, ερωτηματολόγιο, ηθικά θέματα και χρονοδιάγραμμα).

Για τυχόν περαιτέρω πληροφορίες επικοινωνήστε με την αιτούσα κ. Καρρά Αφροδίτη (2741051648 , 6972929797) ή με την επιστημονική σύμβουλο κ. Σαρίδη Μαρία (2741361563).

Μετά τιμής

Καρρά Αφροδίτη

# ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το επαγγελματικό στρες ως ψυχοκοινωνικός κίνδυνος αποτελεί στις μέρες μας μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την υγεία και την ασφάλεια του εργατικού δυναμικού της Ευρώπης (European Agency for Safety and Health at Work , 2009 ).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, το εργασιακό στρες το 2005 ήταν η δεύτερη μετά την οσφυαλγία σημαντικότερη νόσος καθώς αφορούσε το 22% των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση(<http://osha.europa.eu/en/topics/stress>).

Επιπλέον ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από παθήσεις που σχετίζονται με το άγχος και προκαλούνται ή επιδεινώνονται από την εργασία αναμένεται να αυξηθεί. Ο μεταβαλλόμενος κόσμος της εργασίας θέτει ολοένα και περισσότερες απαιτήσεις στους εργαζόμενους μέσα από την περικοπή προσωπικού και την εσωτερική ανάθεση, τη μεγαλύτερη ανάγκη για ευελιξία από άποψη λειτουργιών και δεξιοτήτων, την αυξανόμενη χρήση συμβάσεων ορισμένου χρόνου, την αυξανόμενη εργασιακή ανασφάλεια, τη εντατικοποίηση της εργασίας (αυξημένος φόρτος εργασίας και μεγαλύτερη πίεση) και την κακή ισορροπία μεταξύ εργασιακού και ιδιωτικού βίου.

Έρευνα του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας διαπίστωσε ότι περισσότεροι από το 25% των εργαζομένων βιώνουν καταστάσεις στρες στην εργασία τους. Ένας στους πέντε Ευρωπαίους εργαζόμενους αισθάνεται κόπωση και ένας στους οχτώ υποφέρει από πονοκέφαλο. Άλλες ευρωπαϊκές έρευνες για τις συνθήκες εργασίας δείχνουν ότι 9-12% των ανδρών και 9-11% των γυναικών στα κράτη μέλη της ευρωπαϊκής ένωσης είναι εκτεθειμένο σε εργασιακή πίεση κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας (υψηλότερο ποσοστό βρέθηκε ειδικότερα στη Γερμανία, στην Ελλάδα και την Ολλανδία). Η εργασιακή πίεση ευθύνεται για το 5,5 % περίπου του συνόλου των απουσιών των εργαζομένων στη Σουηδία ([www.neaygeia.gr](http://www.neaygeia.gr)).

Είνα παγκοσμίως γνωστό και αποδεκτό ότι τα επαγγέλματα υγείας και ειδικότερα η νοσηλευτική συνοδεύονται από την εμφάνιση εργασιακού στρες (Antoniou, 1999). Ενδεικτικά το British National Health Service υποστηρίζει ότι τα επίπεδα εργασιακού στρες σε επαγγελματίες υγείας είναι σε υψηλά επίπεδα ίσως τα υψηλότερα από ποτέ και ότι είναι ένα σώμα εργαζομένων που βρίσκεται σε συνεχή πίεση.

Πολλές μελέτες έχουν επίσης καταγράψει τη χρήση αλκοόλ από επαγγελματίες υγείας σε τέτοιο βαθμό που να αναφέρεται σε διάγνωση με τίτλο: « Διαταραχή από τη χρήση αλκοόλ». Η χρήση και η κατάχρηση σχετίζονται με το σύνολο των

επαγγελματιών υγείας όπως είναι οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι και οι φοιτητές των παραπάνω ειδικοτήτων (Kantas, A, 1996).

Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ένα ποσοστό 20% των επαγγελματιών υγείας κάνει χρήση αλκοόλ, ποσοστό μεγαλύτερο από το γενικό πληθυσμό. Αντίθετα αναφέρεται ότι οι Βρετανοί νοσηλευτές και γιατροί καταφεύγουν στη χρήση αλκοόλ λιγότερο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Δημητρόπουλος, Χ και Φιλίππου, Ν , 2008 ). Η Αμερικανική Ένωση νοσηλευτών εκτιμά ότι ένα ποσοστό 8% αντιμετωπίζει προβλήματα χρήσης και κατάχρησης ουσιών.

Οι αιτίες της χρήσης αλκοόλ στην εργασία ενδέχεται να σχετίζονται με την εργασία ή με κοινωνικά και προσωπικά ζητήματα. Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί συχνά ένα τρόπο αντιμετώπισης καταστάσεων που μπορεί κανείς να θεωρεί δυσάρεστες ή προβληματικές. Οι συχνότερες αιτίες που σχετίζονται με τη εργασία είναι οι απαιτητικές από άποψη σωματικού μόχθου ή οι δυσάρεστες συνθήκες εργασίας , η χαμηλή ικανοποίηση στην εργασία, τα άτακτα ωράρια, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη από συναδέλφους και ανώτερους, η ηθική παρενόχληση και το εργασιακό στρες γεγονός που οδηγεί στην παραδοχή πως η αποτελεσματική πρόληψη της χρήσης αλκοόλ προϋποθέτει την ξεκάθαρη και περιεκτική κατανόηση των στρεσογόνων παραγόντων ([www.eurofoundeuropa.eu/puddocs/2012](http://www.eurofoundeuropa.eu/puddocs/2012)).

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός του ερευνητικού έργου είναι η διερεύνηση και η καταγραφή των γενικών εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων και της χρήσης αλκοόλ καθώς επίσης και της μεταξύ τους σχέσης, στους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού Κορινθίας.

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Για τη συλλογή του εμπειρικού υλικού θα χρησιμοποιηθεί εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο που θα περιλαμβάνει κλίμακα 36 ερωτήσεων για την ανίχνευση των στρεσογόνων παραγόντων , την κλίμακα αυτοεκτίμησης του Spielberger καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ.

Το δείγμα των συμμετεχόντων θα περιλαμβάνει το σύνολο των ατόμων που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο σας καθώς και αυτών που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας του νομού.

## **ΕΡΓΑΛΕΙΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Θα διανεμηθεί ερωτηματολόγιο που θα συμπληρωθεί από τους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στην κλίμακα αυτοεκτίμησης του Spielberg και έχει τροποποιηθεί από την ερευνήτρια και την επιστημονική σύμβουλο. Οι τροποποιήσεις δε αφορούσαν μόνο τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου.

### ***Δομή ερωτηματολογίου***

- 1.Ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων
- 2.Την κλίμακα αυτοεκτίμησης του Spielberg
- 3.Ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ

Η επιστροφή του συμπληρωμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου θεωρείται ισοδύναμη με πληροφορημένη συναίνεση για τη συμμετοχή στη μελέτη. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτείται κατά προσέγγιση χρόνος 10 λεπτών.

## **ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Δεν θα γίνει αναφορά στα άτομα που θα συμμετάσχουν στην έρευνα. Η συμμετοχή θα είναι εθελοντική και δεν θα διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων.

Θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων ενώ τα τελικά αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στην ακαδημαϊκή κοινότητα για επιστημονικούς σκοπούς.

Η συμμετοχή των εργαζομένων στη μελέτη θα γίνει μετά από την προφορική και εξατομικευμένη ενημέρωση. Η ενυπόγραφη συγκατάθεση θα δίδεται μέσω της υπογραφής του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου.

## **ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ**

Η συλλογή των δεδομένων αναμένεται να ολοκληρωθεί έως τον Φεβρουάριο του 2014.

## Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών

ΦΥΛΟ : Γυναίκα  Άνδρας

ΗΛΙΚΙΑ : 20-30  31-40  41-50  51-61  >60

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ : Απόφοιτος Δημοτικού

Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος Γενικού Λυκείου

Απόφοιτος Τεχνικού Λυκείου

Πτυχίο Α.Ε.Ι

Πτυχίο Τ.Ε.Ι

Μεταπτυχιακό δίπλωμα

Διδακτορικό δίπλωμα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : άγαμος/η  έγγαμος/η  διαζευγμένος/η  χήρος/α

ΠΑΙΔΙΑ : Ναι

Όχι

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ : 1  2  3  4  >4

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :

Ειδικός ιατρός

Ειδικευόμενος ιατρός

Νοσηλευτικό προσωπικό Π.Ε  Τ.Ε  Δ.Ε  Υ.Ε

Μαία / της

Κοινωνικός λειτουργός

Ψυχολόγος

Επισκέπτης υγείας

Τεχνικός ιατρικών εργαστηρίων

Υπάλληλος τεχνικής υπηρεσίας

Διοικητικός υπάλληλος

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΕ : Νοσοκομείο

Κ.Υ

Άλλη τυπική δομή

ΑΝ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΟΜΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ;

1.Χειρ/κός τομέας : Τ.Ε.Π  Χ/Ο  ΧΕΙΡ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ  ΟΡΘ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΟΥΡ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ  ΟΦΘ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ  Ω.Ρ.Λ ΤΜΗΜΑ

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  Τ.Ε.Ι

2.Παθ/κός τομέας : Μ.Ε.Θ  Μ.Τ.Ν  ΠΑΘ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ  ΚΑΡΔ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΠΑΙΔ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ  ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ; ..... ΧΡΟΝΙΑ

## Οδηγίες συμπλήρωσης του παρακάτω ερωτηματολογίου

Όλοι αντιμετωπίζουμε συγκεκριμένα γεγονότα στην εργασία μας τα οποία μας αναστατώνουν , μας ανησυχούν ή και μας στενοχωρούν. Αυτά ονομάζονται «στρεσογόνα γεγονότα». Παρακάτω υπάρχει μια σειρά από τέτοια γεγονότα.

Για κάθε γεγονός παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που δείχνει πόσο στρεσογόνο ήταν το γεγονός τη στιγμή που συνέβη : για το «καθόλου στρεσογόνο» βάλτε σε κύκλο το 1, για το «λίγο στρεσογόνο» βάλτε σε κύκλο το 2 , για το «μέτρια στρεσογόνο» βάλτε σε κύκλο το 3, για το «πολύ στρεσογόνο» βάλτε σε κύκλο το 4 και για το «πάρα πολύ στρεσογόνο» βάλτε σε κύκλο το 5.

Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις . Μην αφιερώνετε πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε πρόταση και δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει με το καλύτερο δυνατό τρόπο τη μέση ένταση του κάθε στρεσογόνου γεγονότος που αναφέρεται παρακάτω.

### Ερωτηματολόγιο στρεσογόνων παραγόντων

**Μου προκαλούν άγχος και στρες :**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Οι επικίνδυνες συνθήκες στη δουλειά μου<br>( π.χ ο κίνδυνος τραυματισμού )                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Οι αυξημένες απαιτήσεις της δουλειάς  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Η λήψη αποφάσεων όταν υπάρχει πίεση χρόνου  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Η άδικη μεταχείριση σχετικά με τις προαγωγές  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Η αίσθηση ότι νιώθω << κολλημένος >> - στάσιμος<br>στη δουλειά μου                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Το κυλιόμενο ωράριο ( βάρδιες )   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Η έλειψη ευκαιριών για την αξιοποίηση όλων των<br>ικανοτήτων και δεξιοτήτων στη δουλειά μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Το χαμηλό επίπεδο στη δουλειά μου   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Οι αντίξοες συνθήκες στη δουλειά μου  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Οι αμφιβολίες για το μέλλον μου στη δουλειά αυτή   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Η έλλειψη ενός ξεκάθαρου ρόλου στη δουλειά αυτή	1	2	3	4	5
13. Το επίπεδο δυσκολίας της δουλειάς μου	1	2	3	4	5
14. Ο ανταγωνισμός στη δουλειά μου	1	2	3	4	5
15. Η ανία – βαρεμάρα στη δουλειά μου	1	2	3	4	5
16. Η μεταφορά προβλημάτων από τη δουλειά στο σπίτι	1	2	3	4	5
17. Το χαμηλό ενδιαφέρον του εργοδότη για τη δουλειά που προσφέρω	1	2	3	4	5
18. Η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση	1	2	3	4	5
19. Τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη δουλειά μου	1	2	3	4	5
20. Οι υπερωρίες στη δουλειά μου	1	2	3	4	5
21. Η έλλειψη επιτήρησης της δουλειάς μου από τον εργοδότη – προϊστάμενο	1	2	3	4	5
22. Η κριτική που δέχομαι από τους άλλους ανθρώπους στη δουλειά μου	1	2	3	4	5
23. Η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους στη δουλειά μου	1	2	3	4	5
24. Η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων για τη δουλειά μου	1	2	3	4	5
25. Η χαμηλή αίσθηση ελέγχου στη δουλειά μου αδιαφορία για τη δουλειά που προσφέρω	1	2	3	4	5
26. Η αδιαφορία για τη δουλειά που προσφέρω	1	2	3	4	5
27. Η πεσμένη διάθεσή μου στη δουλειά μου	1	2	3	4	5
28. Η απουσία ενθάρρυνσης από τον προϊστάμενο και τους συναδέλφους	1	2	3	4	5
29. Η αίσθηση ανασφάλειας που έχω στη δουλειά μου	1	2	3	4	5
30. Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους στη δουλειά μου	1	2	3	4	5



- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>31.</b> Οι χαμηλές δεξιότητες – ικανότητες που έχω σχετικά με τη δουλειά μου     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>32.</b> Η έλλειψη υποστήριξης από τον εργοδότη                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>33.</b> Η έλλειψη αναγνώρισης της εργασίας που προσφέρω στη δουλειά μου          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>34.</b> Η έλλειψη συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους στη δουλειά μου           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>35.</b> Η οικονομική κρίση επηρεάζει την απόδοση στη δουλειά μου                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>36.</b> Η οικονομική κρίση είναι ο κύριος στρεσογόνος παράγοντας στη δουλειά μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### Ερωτηματολόγιο 3<sup>ο</sup>

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω όλοι αντιμετωπίζουμε συγκεκριμένα γεγονότα (στρεσογόνα γεγονότα) στη δουλειά μας, τα οποία μας αναστατώνουν, μας ανησυχούν ή και μας στεναχωρούν. Τα γεγονότα αυτά είναι πιθανό κάποιες φορές να μας οδηγήσουν σε συμπεριφορές χρήσης κάποιας νόμιμης ουσίας π.χ αλκοόλ.

Κάποιοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος αλκοόλ μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός, ενώ κάποιοι άνθρωποι πιστεύουν ότι αυτό δεν είναι αποτελεσματικό. Εσείς τι πιστεύετε; (Επιλέξτε μια απάντηση)

Πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος αλκοόλ για να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο γεγονός στη δουλειά του. Ναι  Όχι

Δεν πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος αλκοόλ για να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο γεγονός στη δουλειά του. Ναι  Όχι

Πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος για να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση ως στρεσογόνο παράγοντα. Ναι  Όχι

Δεν πιστεύω ότι είναι αποτελεσματικό να πίνει κάποιος για να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση ως στρεσογόνο παράγοντα. Ναι  Όχι

Ποια ήταν η συνήθης ποσότητα αλκοόλ που καταναλώσατε μετά από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα – γεγονός στη δουλειά σας ;

( Επιλέξτε μια απάντηση )

- 1-2 αλκοολούχα ποτά
- 3-4 αλκοολούχα ποτά
- 5-6 αλκοολούχα ποτά
- 7-8 αλκοολούχα ποτά

- 9-10 αλκοολούχα ποτά
- Πάνω από 10 αλκοολούχα ποτά
- Άλλο

■ Κάθε πότε συμβαίνει η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ που επιλέξατε στην παραπάνω ερώτηση; (Επιλέξτε μια απάντηση).

- Κάθε μέρα
- Σχεδόν κάθε μέρα
- 3 με 4 φορές την εβδομάδα
- 2 φορές την εβδομάδα
- 1 φορά την εβδομάδα
- 2 με 3 φορές το μήνα
- 1 φορά το μήνα
- 3 με 6 φορές το χρόνο
- 1 με 2 φορές το χρόνο
- Άλλο

ΥΠΟΓΡΑΦΗ