



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΠΜΣ ΘΕΣΜΟΙ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΠΝΙΣΜΑ &  
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ  
ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΣΤΟΥΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ**

**ΜΑΙΡΗ ΓΕΙΤΟΝΑ**

**ΜΑΡΙΑ ΣΑΡΙΔΗ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΑΡΑΝΤΖΙΑ**

**ΚΟΡΙΝΘΟΣ, 2018**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ ΘΕΣΜΟΙ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ  
ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

ΜΑΙΡΗ ΓΕΙΤΟΝΑ

ΜΑΡΙΑ ΣΑΡΙΔΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΑΡΑΝΤΖΙΑ

ΚΟΡΙΝΘΟΣ, 2018

**ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ  
ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

## Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
1. ΑΛΚΟΟΛ.....	7
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ & ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ.....	7
1.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ.....	7
1.3 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ.....	8
1.4 ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ.....	8
1.5 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ.....	9
1.5.1 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΝΡΩΠΙΝΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ.....	9
1.5.2 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	10
1.6 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΛΚΟΟΛ.....	10
1.7 ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΛΚΟΟΛ.....	11
1.8 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ.....	12
2. ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	14
2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ.....	14
2.2 ΕΙΣΟΔΟΣ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ.....	14
2.3 ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ & ΑΠΟΒΟΛΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ.....	14
2.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΠΑΙΔΙΑ.....	15
2.5 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ.....	15
2.6 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ.....	16
2.7 ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ – ΑΛΚΟΟΛ ΑΠΟ ΦΟΙΤΗΤΕΣ.....	17
2.8 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	18
2.8.1 ΠΡΟΦΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	18
2.8.2 ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΣΤΡΕΣ & ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	18
2.8.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ.....	19
2.9 ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ & ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ.....	19
2.10 ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕΣΩ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Ή ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	20
3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ.....	22
3.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΡΕΣ.....	22
3.2 ΣΤΡΕΣ & ΥΠΝΟΣ.....	23
3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	24
3.4 Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.....	24

<b>3.5 ΣΤΡΕΣ ΣΤΗ ΜΕΘ</b> .....	25
<b>3.6 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ – ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΦΟΡΕΑ</b> .....	25
<b>3.7 ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	26
<b>3.8 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ</b> .....	26
<b>3.9 Η ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΥΨΗΛΟΥ ΣΤΡΕΣ</b> .....	27
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	29
<b>4. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	29
<b>4.1 ΣΚΟΠΟΣ</b> .....	29
<b>4.2 ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ</b> .....	29
<b>4.2.1 ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ</b> .....	29
<b>4.2.2 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</b> .....	29
<b>4.2.3 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ</b> .....	32
<b>4.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ</b> .....	32
<b>5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	33
<b>5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b> .....	33
<b>5.2 ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b> .....	35
<b>5.3 ΚΛΙΜΑΚΑ AUDIT</b> .....	36
<b>5.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ-ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ AUDIT</b> .....	42
<b>5.5 ΚΛΙΜΑΚΑ FAGERSTROM</b> .....	44
<b>5.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ-ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ FAGERSTROM</b> .....	49
<b>5.7 ΚΛΙΜΑΚΑ ENSS</b> .....	51
<b>5.8 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ-ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ENSS</b> .....	58
<b>6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	64
<b>6.1 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΚΑΙ ΓΝΑ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ</b> ....	64
<b>6.2 ΑΛΚΟΟΛ</b> .....	66
<b>6.3 ΚΑΠΝΙΣΜΑ</b> .....	67
<b>6.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ</b> .....	67
<b>7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ</b> .....	70
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	77

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ακρογωνιαίος λίθος του οικοδομήματος της σύγχρονης κοινωνίας αποτελεί το υπέρτατο αγαθό ζωής, η υγεία. Ο ορισμός της υγείας που δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) έχει ως εξής: «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού μετράτε με δείκτες ποιότητας ζωής, θνητότητας, θνησιμότητας και βρεφικής θνησιμότητας, ενώ μόλις το 20% εξαρτάται από τις υπηρεσίες υγείας, αφού μεγαλύτερο ρόλο διαδραματίζουν περιβαλλοντικοί, δημογραφικοί και κληρονομικοί παράγοντες.

Στην εποχή της ραγδαίας τεχνολογικής ανάπτυξης, ο άνθρωπος διαθέτει τις γνώσεις και τα μέσα για να επιτύχει το βέλτιστο δυνατό επίπεδο υγείας, ωστόσο φαίνεται να μην τα χρησιμοποιεί πάντοτε ορθά. Η υπέρμετρη κατανάλωση προϊόντων με βάση το αλκοόλ, το κάπνισμα και το εργασιακό στρες αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για την επίτευξη της πλήρους ευεξίας.

Το σώμα των επαγγελματιών υγείας έρχεται συχνά στο επίκεντρο τέτοιου είδους μελετών, καθώς αποτελούν τους κύριους υπεύθυνους στον τομέα της πρόληψης και της αγωγής υγείας. Ουσιαστικά, είναι το σώμα που καλείται να καθοδηγήσει, να συμβουλευθεί και να μηύσει την πληθυσμιακή ομάδα σε υγιείς συμπεριφορές και να ενισχύσει τον αλφαριθμητισμό υγείας. Στον υγειονομικό τομέα, που η φύση του είναι στρεσογόνος, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να ανταπεξέλθουν σε μη ευνοϊκές συνθήκες, σε συνδυασμό με συγκρούσεις και ελλείψεις υλικού είτε ανθρώπινου εργατικού δυναμικού.

Σε πολλές περιπτώσεις το αλκοόλ και το κάπνισμα χρησιμοποιούνται από τους νοσηλευτές ως μέθοδοι αντιμετώπισης της συναισθηματικής καταπόνησης που βιώνουν στον εργασιακό χώρο. Όσον αφορά τον όρο συναισθηματική καταπόνηση, με αυτόν θα προσδιορίζεται το εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας. Πρόκειται για μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα στην οποία, εν μέρει, βασίζεται η υγεία του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να θεωρείται άξια διερεύνησης η συμπεριφορά της ως προς την απλή κατανάλωση ή την κατάχρηση αλκοόλ και τσιγάρων.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο παρόν πόνημα θα αναδειχθούν ζητήματα χρήσης αλκοόλ και καπνού, καθώς θα συζητηθούν και τα επίπεδα του εργασιακού στρες που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Σε μια περίοδο με οικονομικές δυσκολίες και τους πόρους να είναι πεπερασμένοι, οι νοσηλευτές καλούνται να παράγουν ισότιμο έργο για όλους τους ασθενείς - πολίτες που φιλοξενούνται στα δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας.

Εστιάζοντας στη συγκεκριμένη έρευνα, θα πραγματοποιηθεί συγκριτική μελέτη στο νοσηλευτικό προσωπικό κλάδου ΠΕ – ΤΕ – ΔΕ, η οποία αφορά τις ανωτέρω παραμέτρους, μεταξύ κεντρικού και επαρχιακού νοσοκομείου. Πρόκειται για το «ΓΝΑ Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» το οποίο εδρεύει στην περιοχή του Χολαργού Αττικής και το «ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ» που αποτελεί το μοναδικό νοσοκομείο στον νομό της Κορινθίας. Από την μελέτη αποκλείονται οι σπουδαστές – φοιτητές της νοσηλευτικής υπηρεσίας, το λοιπό διοικητικό, ιατρικό και τεχνικό προσωπικό.

## **1.ΑΛΚΟΟΛ**

### **1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ & ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ**

Οι απαρχές της χρήσης του αλκοόλ εντοπίζονται από τον κώδικα του Χαμουραμί έως τον Ησίοδο και τον Πλούταρχο. Πρόκειται για μια ψυχοτρόπο ουσία με ισχυρή εξαρτησιογόνο δράση. Η κατανάλωση του σε μέτριες ποσότητες αποφαίνεται ευεργετική για τον ανθρώπινο οργανισμό, ωστόσο σε περίπτωση κατάχρησης προκαλούνται τα αντίστροφα αποτελέσματα. Να σημειωθεί σε αυτό το σημείο, πως όταν γίνεται συσχέτιση παθολογικής κατάστασης με κατανάλωση αλκοόλ, με τον όρο κατάχρηση εννοείται η πρόσληψη πέρα των φυσιολογικών ποσοτήτων. Ο ΠΟΥ ως μέση ημερήσια κατανάλωση αναφέρει 20 - 40gr αλκοόλης για τις γυναίκες και 40 - 60gr για τους άνδρες.

### **1.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ**

Παγκοσμίως 3,3 εκατομμύρια θάνατοι κάθε χρόνο προέρχονται από κατάχρηση αλκοόλ ( $\frac{1}{3}$  γυναίκες,  $\frac{2}{3}$  άνδρες), αυτό αντιπροσωπεύει το 5,9% των θανάτων. Η κακή χρήση είναι ένας σύννηθες παράγοντας που ευθύνεται για περισσότερες από 200 ασθένειες (σωματικές και ψυχικές), τραυματισμούς και διαταραχές συμπεριφοράς. Με βάση τελευταία δεδομένα έχει πιστοποιηθεί σχέση μεταξύ της κατάχρησης και μολυσματικών νόσων όπως η φυματίωση (12%) και ο HIV. Στις ηλικίες 20-39 προσεγγιστικά το ένα τέταρτο ( $\frac{1}{4}$ ) των θανάτων οφείλεται στο αλκοόλ. Πέρα από τις επιπτώσεις στην υγεία, σημαντική επιρροή δέχεται ο κοινωνικοοικονομικός τομέας (ΠΟΥ, 2015).

Οι δαπάνες της Ελλάδας στον τομέα της υγείας το 2014 ήταν 10%. Αντιθέτως, άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ανδόρα και η Ελβετία που δαπάνησαν 27,9% και 22,7% αντίστοιχα (ΠΟΥ, 2017).

Τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στην Ευρώπη το 2016 κυμαίνονταν από 1,9% έως 18,2%. Τα δύο άκρα αντιπροσωπεύουν την Τουρκία- με το χαμηλότερο ποσοστό- ενώ το υψηλότερο το κατέχει η Λιθουανία. Η Ελλάδα βρίσκεται στο 8,5% της κατάχρησης αλκοολούχων ποτών (ΠΟΥ, 2017).



### **1.3 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ**

Η κατάχρηση προσδιορίζει το ακατάλληλο μοτίβο χρήσης αλκοόλ, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική εξασθένηση ή δυσφορία που εκδηλώνεται με ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω κριτήρια μέσα σε χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών:

1. Η επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ που οδηγεί σε αποτυχία εκπλήρωσης σημαντικών επαγγελματικών - σχολικών - οικιακών υποχρεώσεων (π.χ. επαναλαμβανόμενες απουσίες ή μειωμένη επαγγελματική απόδοση σχετιζόμενη με τη χρήση αλκοόλ, αλλεπάλληλες απουσίες, αναστολές φοίτησης ή αποβολές από το σχολείο, παραμέληση των παιδιών ή του νοικοκυριού).
2. Επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ σε καταστάσεις όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σωματικής βλάβης (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμός μηχανήματος).
3. Επαναλαμβανόμενα νομικά προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ (π.χ. συλλήψεις για διαταραχή συμπεριφοράς προκαλούμενη από το αλκοόλ).
4. Συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρόλο που υπάρχουν μόνιμα ή υποτροπιάζοντα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις του αλκοόλ (π.χ. διαμάχες μεταξύ συζύγων για τις συνέπειες της τοξίκωσης) (APA, 2000).

### **1.4 ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ**

Η ανεξέλεγκτη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών οδηγεί σε εξάρτηση. Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (APA), η εξάρτηση ορίζεται ως το ακατάλληλο μοτίβο κατανάλωσης αλκοόλ, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική εξασθένηση ή δυσφορία που εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω κριτήρια σε χρονική περίοδο ενός έτους. Τα κριτήρια είναι τα εξής:

1. Ανάγκη για προφανώς αυξημένες ποσότητες αλκοόλ προκειμένου να επιτευχθεί τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα ή σαφώς μειωμένη επίδραση με τη συνέχιση της ίδιας καταναλωμένης ποσότητας αλκοόλ.
2. Το χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο αλκοόλ ή λήψη αλκοόλ (ή παρεμφερούς ουσίας) για ανακούφιση ή αποφυγή συμπτωμάτων στέρησης.

3. Η κατανάλωση αλκοόλ σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο διάστημα από αυτό που προβλεπόταν.
4. Έντονη επιθυμία ή μία ή περισσότερες ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής ή μείωσης της χρήσης.
5. Οι κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες παραμελούνται ή σταματούν εξαιτίας του αλκοόλ.
6. Απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα για δραστηριότητες απόκτησης, χρήσης ή ανάνηψης από τις επιδράσεις του αλκοόλ.
7. Συνέχιση της κατανάλωσης αλκοόλ, παρά την επίγνωση της απόκτησης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος που είναι πιθανό να προκληθεί ή να επιδεινωθεί από το αλκοόλ (APA, 2000).

## **1.5 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ**

### **1.5.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΝΡΩΠΙΝΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ**

Τα συστήματα τα οποία πλήττονται από τη μη ελεγχόμενη κατανάλωση είναι το καρδιαγγειακό (8%), το αναπνευστικό, το πεπτικό, το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) καθώς υψηλή είναι και η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Δεδομένα για το 2015, δηλώνουν πως η πιθανότητα θανάτου από μη μεταδοτικές ασθένειες, όπως η καρδιακή νόσος, ο καρκίνος, ο διαβήτης, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις στις ηλικίες μεταξύ 30 και 70 ετών για την Ελλάδα είναι 12,3% . Τα χαμηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη σημειώνονται στην Ισλανδία και στην Ελβετία, με 8,3% και 8,7% αντίστοιχα (ΠΟΥ, 2017).

Η κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης, χωρίς να έχει εξακριβωθεί ο μηχανισμός αυτός. Συνεπώς, μπορεί να ειπωθεί πως είναι «ικανό» να ευθύνεται για νοσήματα που προκαλούνται που υπέρταση. Μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η καρδιακή ανεπάρκεια, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η επιληψία. Τα πρώτα συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ. εκδηλώνονται μόλις η συγκέντρωση του αλκοόλ στο αίμα 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. Στις συγκεντρώσεις αυτές, διατηρείται η πνευματική διαύγεια και το άτομο δεν έχει την αίσθηση της επίδρασης που ασκεί το αλκοόλ στον οργανισμό του (MEINE ΔΥΝΑΤΟΣ, 2014).

Χαρακτηριστική είναι και η αποφρακτική άπνοια στον ύπνο με ροχαλητό, διακοπή αναπνοής στον ύπνο και συσπάσεις, υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, νυκτουρία, ενούρηση, μειωμένη απόδοση και συγκέντρωση (Netter, 2012).

Όσον αφορά το πεπτικό σύστημα η πιο διαδεδομένη επιπλοκή είναι η κίρρωση του ήπατος (50%), η παγκρεατίτιδα (25%), ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις καρκίνου, με ιδιαίτερη έμφαση εκείνων της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας (30%), του εντέρου (10%), του μαστού (8%) και του τραχήλου της μήτρας (ΠΟΥ, 2014).

### **1.5.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

Η κατανάλωση αλκοόλ δεν αποτελεί μόνο ατομικό πρόβλημα, αλλά επηρεάζει τον οικογενειακό περίγυρο καθώς και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του συνόλου. Η χρήση δε από το σώμα της υγείας θέτει σε κίνδυνο την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα (Καρρά και συν, 2014). Πρόκειται για αρχική απώλεια της παραγωγικότητας του ατόμου έως την οικονομική επιβάρυνση για την απαιτούμενη νοσηλεία του.

Το ποσοστό των τροχαίων που προκαλούνται υπό την επήρεια μέθης αγγίζει το 15%. Παράλληλα, αυξημένη παρατηρείται η τάση επεισοδίων διαπροσωπικής βίας στο και αυτοκτονιών, με το καθένα να σκαρφαλώνει στο 22% (ΠΟΥ, 2014). Δεν είναι λίγες οι φορές που στον ετήσιο απολογισμό ακούγονται υψηλά ποσοστά τροχαίων, ιδιαίτερα σε περιόδους εορτών ή μαζικών εξορμήσεων. Ο ΠΟΥ προτείνει μείωση της βλαβερής χρήσης κατά 10% έως το 2020.

### **1.6 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΛΚΟΟΛ**

Σε έρευνα που διεξήχθη το 2005 στη Σουηδία, σχετικά με τις στάσεις και τις παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, παραπάνω από τους μισούς απάντησαν πως δεν λαμβάνουν καμία εκπαίδευση για το θέμα αυτό. Συγκεκριμένα, το 62% των νοσηλευτών απέχει ή κάνει μικρή κατανάλωση ενώ το 37% κανονική ή υψηλή. Κατά την λήψη ιστορικού από τον ασθενή, η λήψη πληροφοριών για τη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σκοράρει

πολύ χαμηλά, καθώς θεωρούν πως δεν έχουν το γνωστικό και συμβουλευτικό υπόβαθρο. Ωστόσο, όσοι νοσηλευτές έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση σχετική με την χρήση αλκοόλ, ρωτούσαν περισσότερες πληροφορίες από εκείνους που δεν είχαν εκπαιδευτεί. Παρόλα αυτά, η κατανάλωση αλκοόλ από τους ασθενείς φαίνεται να μην επηρεάζεται από τις προσωπικές συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ των ίδιων των επαγγελματιών υγείας (Geirsson et al, 2005).

Σε έρευνα των Αθανασιάδης και συν, σε επαγγελματίες που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας, οι νοσηλευτές εμφανίζουν περισσότερο στρες από ότι οι γιατροί. Επιπλέον διακρίνεται αυξημένο άγχος στον ιδιωτικό τομέα σε σχέση με τον δημόσιο. Το άγχος περιγράφεται ως ατομικό χαρακτηριστικό αλλά και ως κατάσταση. Η ηλικία και το επίπεδο άγχους που εμφανίζουν οι εργαζόμενοι σχετίζεται με την χρήση αλκοόλ, το φαινόμενο αυτό παρατηρείται εντονότερα στους ΔΕ νοσηλευτές. Η χρήση γίνεται με σκοπό την επίτευξη χαλάρωσης, ανεξάρτητα από την βαθμίδα στην οποία ανήκουν οι ερωτώμενοι νοσηλευτές (Αθανασιάδης και συν, 2011).

Πλήθος μελετών καταδεικνύουν την αναγκαιότητα ύπαρξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικών με το αλκοόλ, τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε επίπεδο εξειδίκευσης για τους επαγγελματίες υγείας. Γίνεται λόγος για έλλειψη στα προγράμματα σπουδών, αλλά και ανεπάρκεια των νοσηλευτών να ανταπεξέλθουν αφού δεν είναι σε θέση να προσφέρουν κατάλληλη συμβουλευτική ή παρέμβαση με τελικό σκοπό την παύση της χρήσης (Pillon, 2003).

## **1.7 ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΛΚΟΟΛ**

Αρκετές μελέτες στόχευσαν στην αξιολόγηση και εκτίμηση της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και καπνού από φοιτητές νοσηλευτικής, είτε προπτυχιακούς είτε μεταπτυχιακούς. Η επιστημονική κοινότητα θέλοντας να διερευνήσει τις αλκοολικές και καπνιστικές συνήθειες των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας έχει πραγματοποιήσει κατά καιρούς έρευνα στις σχολές υγείας.

Σε έρευνα των Διομήδους και συν. (2007) σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς, οι φοιτητές παρουσιάζουν την έναρξη του καπνίσματος κυρίως ως δική τους πρωτοβουλία, σε αντίθεση με ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 26% που δηλώνει πως υπήρξε αποτέλεσμα πίεσης από τον περίγυρο τους. Η κατανάλωση αλκοόλ φυσικά δεν θα μπορούσε να απουσιάζει από το μεταεφηβικό αυτό στάδιο,

που χαρακτηρίζεται ως περίοδος έλλειψης της γονικής επίβλεψης. Το αρνητικό είναι πως οι μισοί σχεδόν υποστηρίζουν πως δεν υπάρχει λόγος να σταματήσουν την κατανάλωση, αφού δεν παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα υγείας. Παρατηρήθηκε πως η χρήση αλκοόλ συνοδεύεται από το κάπνισμα, εν αντιθέσει με τους μη καπνίζοντες που κάνουν μικρότερη κατανάλωση (Διομήδους και συν, 2007).

Άλλη μια ακόμα έρευνα σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής καταδεικνύει τα υψηλά ποσοστά ταυτόχρονης χρήσης αλκοόλ και καπνού. Σοκαριστική είναι η ηλικία έναρξης του καπνίσματος, που τοποθετείται στα 16 έτη. Ωστόσο, το 92,8% αναφέρει πως δεν οδηγεί υπό την επήρεια οινοπνεύματος, η κατανάλωση γίνεται καθαρά σε επίπεδο διασκέδασης-εξόδου από το σπίτι. Αποθαρρυντικά είναι τα δεδομένα σχετικά με τις αντιλήψεις για τις επιβλαβείς συνέπειες των δύο αυτών συνηθειών, με τους καπνιστές να έχουν επίγνωση της βλαβερής τους πράξης (81,2%), κάτι που δεν συμβαίνει με τους χρήστες οινοπνευματωδών ποτών (8,6%). Μικρό ποσοστό υποστηρίζει ότι υπάρχουν επιρροές στην καθημερινότητα του. Τα αποτελέσματα για την παράλληλη χρήση του αλκοόλ-καπνού συμφωνούν με εκείνα της προηγούμενης έρευνας. Σχεδόν το 70% των καπνιστών έχει κάνει προσπάθεια διακοπής λόγω οικονομικού ζητήματος, θέματος υγείας ή παρότρυνση από το οικείο περιβάλλον. Παρόλα αυτά το 14,8% επέστρεψε στα δίχτυα του καπνού. Το ανησυχητικό είναι πως απουσιάζουν τα προγράμματα σε προπτυχιακό επίπεδο που αφορούν την διακοπή καπνίσματος (Κωνσταντινίδης και συν, 2014).

Εν κατακλείδι οι Νάνου και συν. (2015) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αυξητική τάση των συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας στους φοιτητές οφείλεται στον μειωμένο γονικό έλεγχο, στην μη τήρηση της νομοθεσίας, στην έλλειψη πληροφόρησης του πληθυσμού και των οργανωμένων στρατηγικών- παρεμβάσεων σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης. Οι ωφελούμενοι αυτών των δράσεων θα είναι το άτομο, η κοινωνία, η οικονομία και η υγεία (Νάνου και συν, 2015).

## **1.8 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ**

Με μοναδικό σκοπό την αποφυγή ή έστω τη μείωση όλων εκείνων των αρνητικών επεισοδίων που προκαλούνται από την αλόγιστη χρήση προϊόντων αλκοόλης, πέραν των συστηνόμενων ποσοτήτων, έχουν προβλεφθεί κάποιες πολιτικές παρεμβάσεων που ακολουθούν παρακάτω.

- Ορθή μετάδοση μηνυμάτων μέσω των διαφημίσεων για αλκοολούχα σκευάσματα.
- Έλεγχος για τη διαθεσιμότητα.
- Εφαρμογή πολιτικών που καθορίζουν τη σχέση αλκοόλ και οδήγηση.
- Σχεδιασμός μηχανισμών ειδικής φορολόγησης.
- Εστίαση της προσοχής του ευρύτερου πληθυσμού στις συνέπειες που προκαλεί η κατάχρηση αλκοόλ.
- Εξασφάλιση ίσης πρόσβασης για όλους σε θεραπείες για τους εξαρτημένους από το αλκοόλ.
- Προγραμματισμός ελέγχου και σύντομες ενημερωτικές παρεμβάσεις για επικίνδυνη χρήση από τις υπηρεσίες υγείας (ΠΟΥ, 2015).

## **2. ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

### **2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ**

Η ρήση που ορίζει την πρόληψη καλύτερη της θεραπείας παίρνει σάρκα και οστά στην χαρακτηριστική συνήθεια του καπνίσματος. Όλα τα προϊόντα καπνού περιέχουν μια ψυχοδραστική ουσία, γνωστή ως νικοτίνη και κατηγορούνται πως προκαλούν πληθώρα προβλημάτων υγείας στον οργανισμό, από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, καρδιοπάθειες έως καρκίνο. Κατηγορείται για 6 εκατομμύρια θανάτους ανά τον κόσμο, ετησίως, με πολλούς από αυτούς να συμβαίνουν πρόωρα, στο νούμερο αυτό περιλαμβάνονται 600,000 θάνατοι από παθητικό κάπνισμα (ΠΟΥ, 2017).

### **2.2 ΕΙΣΟΔΟΣ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ**

«Κατά τη διαδικασία του καπνίσματος, η νικοτίνη εισέρχεται απευθείας στους πνεύμονες και χρειάζονται 7 δευτερόλεπτα για να φτάσει έως τον εγκέφαλο, στους υποδοχείς της ακετυλοχολίνης και να διαπεράσει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, που αποτελεί το φράγμα εισόδου βλαβερών ουσιών από την κυκλοφορία του αίματος στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ο χρόνος ημιζωής της νικοτίνης στον οργανισμό είναι προσεγγιστικά 2 ώρες, αλλά εξαρτάται και από άλλους παράγοντες.» (Βαλαβανίδης & Ευσταθίου, 2009)

### **2.3 ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ & ΑΠΟΒΟΛΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ**

«Ο μεταβολισμός της νικοτίνης γίνεται κατά κύριο λόγο στο ήπαρ και σε μικρότερο βαθμό στους πνεύμονες. Ο καπνιστής εκκρίνει την συγκεκριμένη ουσία και από τους σιελογόνους αδένες του, έπειτα οδεύει προς τον στόμαχο και μέσω του λεπτού εντέρου επανεισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος. Με αυτό τον μηχανισμό αιτιολογούνται οι κυμαινόμενες συγκεντρώσεις της στο αίμα, ακόμα και μετά τη διακοπή της χρήσης της. Η αποβολή της από τον σώμα γίνεται με τα ούρα μέσω των νεφρών.» (Βαλαβανίδης & Ευσταθίου, 2009)

## **2.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΠΑΙΔΙΑ**

Είναι γενικά παραδεκτό πως η ευθύνη του να επωμίζεται κανείς τις συνέπειες των πράξεων του είναι καθαρά ατομική. Δεν είναι ηθικό όμως το να παίρνει κανείς μια απόφαση που θα καθορίσει την πορεία υγείας ενός ατόμου που δεν είναι σε θέση να αποφασίσει ή δεν του δίνεται η επιλογή. Η σκυτάλη δίνεται στις μητέρες και στις έγκυες, τις κύριες υπεύθυνες, που καθορίζουν την εξέλιξη της υγείας των παιδιών από την ενδομήτριο κιόλας ζωή. Σχεδόν το 50% της έκθεσης των παιδιών στο παθητικό κάπνισμα λαμβάνει χώρα στο σπίτι ενώ το 60% και πλέον σε δημόσιους χώρους. Το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα έχουν κατηγορηθεί για πληθώρα αναπνευστικών - και όχι μόνο- προβλημάτων. Ειδικότερα το παθητικό συσχετίζεται με τον αιφνίδιο θάνατο βρεφών, την πνευμονία, τη βρογχίτιδα, την εγκεφαλίτιδα, το άσθμα και τις παθήσεις του μέσου ωτός στην παιδική ηλικία (Βλαχιώτη και Μάτζιου, 2015).

Έρευνες επίσης εφιστούν την προσοχή στις μελλοντικές επιπλοκές που παρουσιάζουν τα παιδιά που εκτίθενται στον καπνό, όπως η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κακοήθειας και διαταραχών συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή. Συνεπώς, για να υπάρξει μια υγιής κοινωνία απαιτούνται υγιής ενήλικες οι οποίοι θα την θεμελιώνουν. Ας μην καταδικαστούν οι επόμενες γενιές πριν καν οι ίδιες το αποφασίσουν, από αυτή τη μάστιγα του καπνίσματος.

## **2.5 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ**

Η κορωνίδα του συστήματος υγείας είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία στη χώρα μας δεν έχει γνωρίσει ιδιαίτερη ανάπτυξη και τώρα αρχίζει να κάνει τα πρώτα της βήματα. Στο επίπεδο αυτό, η πρόληψη ιδίως μέσα από την εκπαίδευση των πολιτών είναι ο θεμέλιος λίθος για την σύσταση μιας υγιούς κοινωνίας. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ίση πρόσβαση σε αυτή από όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Μελέτη των Tsourtos et al (2008) συσχέτισε την κοινωνική και οικονομική κατάσταση των προσώπων με το άγχος, ως έμφυτο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, με αποτέλεσμα αυτό το αντιλαμβανόμενο άγχος να αποτελεί το έναυσμα για έναρξη καπνίσματος, την επανέναρξη μετά από προσπάθεια διακοπής ή ανασταλτικό παράγοντα στη διακοπή του (Tsourtos et al, 2008). Με λίγα λόγια, οι ερευνητές παρατηρούν πως τα άτομα χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως ανακουφιστικό



μέσο για τα προβλήματα της καθημερινότητας. Πιο συγκεκριμένα, ως εμπόδια για τη διακοπή αναφέρουν κοινωνικοοικονομικά κριτήρια που προκαλούν στρες, οικογενειακά θέματα, άλλες περιπτώσεις θανάτων από οικεία πρόσωπα εξαιτίας του τσιγάρου, έλλειψη αυτοελέγχου, ζητήματα συνήθειας και κοινωνικοποίησης.

Ένα αρνητικό χαρακτηριστικό του καπνίσματος, που είναι κατά στο έργο των επαγγελματιών υγείας, αποτελούν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες στην υγεία μιας οικονομικά προσιτής συνήθειας. Μεγάλη είναι η δυσκολία του να πειστεί και να αποτραπεί ο καπνιστής εφόσον δεν παρατηρεί άμεσα της επιπτώσεις του καπνού στον οργανισμό του. Σύμφωνα με τον West, ποικιλομορφία εμφανίζεται στα μοτίβα έναρξης και χρήσης του καπνού και η έννοια της κληρονομικότητας, όσον αφορά στην εξάρτηση, φαίνεται να μελετάται από το 2005 (Robert West, 2017). Επισημαίνει τις επιπλοκές μπορούν να παρουσιαστούν σε άτομα (παιδιά ή ενήλικες) που εκτίθενται στον καπνό, αφού η νικοτίνη προκαλεί έντονη εξάρτηση.

Η πλειοψηφία των μελετών συνοψίζουν την φαρμακευτική αγωγή σε βουπροπριόνη, επιδερμικά αυτοκόλλητα, τσίχλες, παστίλιες, ρινικά και στοματικά σπρέι. Εφίσταται προσοχής έστω και η σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση για διακοπή καπνίσματος. Το κράτος μπορεί ακόμα να μεριμνήσει για την αύξηση του φόρου στον καπνό καθώς και για την αρνητική στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η εφαρμογή εθνικών αντικαπνιστικών προγραμμάτων είτε με απλή συμβουλευτική είτε με φαρμακευτική υποστήριξη μπορούν να μειώσουν τα σχετιζόμενα με τον καπνό νοσήματα και τους θανάτους που προκαλούνται από αυτά (Robert West, 2017).

## **2.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ**

Με λίγα λόγια, παρατηρούνται επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό καθώς και στο αναπνευστικό σύστημα, ενώ παράλληλα αυξημένος είναι ο παράγοντας για τύφλωση, κώφωση, οστεοπόρωση ακόμα και ακρωτηριασμό. Η αποχή από την νικοτίνη προκαλεί συμπτώματα στέρησης από το κεντρικό νευρικό σύστημα όπως εκνευρισμός, εξάντληση, δυσκολία συγκέντρωσης, άγχος και κατάθλιψη (Netter, 2012).

Οι κυριότερες αιτίες θανάτου, σύμφωνα με τον Netter, από το κάπνισμα είναι οι παρακάτω:

- Στεφανιαία νόσος
- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Καρκίνος πνευμόνων και ανώτερου αναπνευστικού
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)
- Αποβολές και υποανάπτυξη εμβρύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Netter, 2012)

## **2.7 ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ – ΑΛΚΟΟΛ ΑΠΟ ΦΟΙΤΗΤΕΣ**

Οι Σαρίδη και συν. (2017) καταδεικνύουν τα αυξημένα ποσοστά καπνίσματος, κατάχρησης-βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ και τις βλαβερές τάσεις κατανάλωσης που συνιστούν σοβαρό δημόσιο θέμα υγείας για τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές στην περίοδο της οικονομικής κρίσης. Με το γυναικείο φύλο να επικρατεί, σχεδόν οι μισοί δεν καπνίζουν και δεν εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα ενώ όσοι καπνίζουν ξεκίνησαν στην εφηβεία. Αναλυτικότερα, το 64,6% αναφέρει πως η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει τις καπνιστικές τους συνήθειες. Το υπόλοιπο 35,4% επιβεβαίωσε κάποιες αλλαγές διακόπτοντας το κάπνισμα εξαιτίας του υψηλού κόστους. Πιο συγκεκριμένα, το 60,9% είχε μειώσει το κάπνισμα λόγω του κόστους σε αντίθεση με το 39,1% από αυτούς που το είχαν αυξήσει κυρίως λόγω άγχους. Οι πρώην και οι νυν καπνιστές αναφέρουν πως ξεκίνησαν να καπνίζουν οι περισσότεροι από προσωπικά προβλήματα, ένα μικρό ποσοστό εξαιτίας πιέσεις τρίτων και μόλις το 6,9% από περιέργεια. Μόλις το 15% είχαν λάβει βοήθεια για διακοπή καπνίσματος. Τα ποσοστά έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι που αγγίζουν το 27,6%. Το 36% γνωρίζουν πως το κάπνισμα είναι μια εθιστική συνήθεια που επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία (Σαρίδη και συν, 2017).

Τα συμπεράσματα που μπορούμε να εξαγάγουμε είναι πως η οικονομική κρίση δεν επηρέασε σημαντικά τη ζήτηση καπνού, ελάχιστοι αναζητούν βοήθεια για διακοπή, η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα είναι ανησυχητική και υπάρχει η γνώση πως πρόκειται για βλαβερή συνήθεια που αντανακλά σε προβλήματα υγείας. Ωστόσο, όλοι ανεξάρτητα από το αν καπνίζουν ή όχι υποστηρίζουν την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους και την διενέργεια

επιμορφωτικών εκστρατειών σχετικά με το κάπνισμα και το αλκοόλ.

## **2.8 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

### **2.8.1 ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Το 2006 η Μαρβάκη και συν. μελέτησαν κάποιες συμπεριφορές υγείας ΠΕ και ΤΕ νοσηλευτών που εργάζονταν σε νοσοκομεία της Αττικής, με τη συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος να αποτελείται από γυναίκες. Βασικό εύρημα αποτέλεσε πως οι νοσηλεύτες καπνίζουν σε υπερβολικό βαθμό της τάξης του 48,8% και έπειτα ακολούθησαν στοιχεία που αφορούν την τήρηση προληπτικών κανόνων υγιεινής, ετήσιου check up, τις συνήθειες ύπνου και τον χρόνο που διαθέτουν σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Μαρβάκη και συν, 2006). Πιο συγκεκριμένα, ελάχιστο είναι το ποσοστό που πραγματοποιεί ετήσιο έλεγχο υγείας ενώ σε γενικές γραμμές τηρούν τους κανόνες υγιεινής. Επιπρόσθετα, δεν κάνουν χρήση τοξικών ουσιών αλλά δεν ξοδεύουν ικανοποιητικό χρόνο με τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Μόλις το 8,9% καταφέρνει να κοιμάται τις συνιστώμενες ώρες. Όσον αφορά τα ποσοστά άσκησης για διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης, τα νούμερα είναι αποκαρδιωτικά.

### **2.8.2 ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΣΤΡΕΣ & ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Έχει αποδειχθεί πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού περιβάλλοντος ως στρεσογόνο παράγοντα και της χρήσης καπνού στους νοσηλεύτες. Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με την σχέση του εργασιακού περιβάλλοντος και του στρες που προκαλεί το οποίο ευθύνεται για τις καπνιστικές στάσεις και συνήθειες των νοσηλευτών ή την διακοπή του καπνίσματος. Οι Περδικάρης και συν. (2010) συμφωνούν με την πλειονότητα, πως κάπνισμα είναι μια εξαιρετικά εθιστική συνήθεια και έχει συσχετισθεί με την χαλάρωση και το διάλειμμα. Συμπερασματικά, το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να αποτελεί δυνητικό εμπόδιο στην διακοπή του καπνίσματος από τους νοσηλεύτες, αλλά δεν έχει αποδειχθεί κιόλας πως αποτελεί παράγοντα έναρξης του, δεδομένου ότι πολλοί νοσηλεύτες αρχίζουν το κάπνισμα πριν την είσοδο τους στον νοσοκομειακό χώρο (Περδικάρης και συν, 2010). Η συμβουλευτική και φαρμακευτική αγωγή αποτελούν τον θεμέλιο λίθο για την ύπαρξη ενός υγιούς, ελεύθερου από καπνό περιβάλλοντος.

### **2.8.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ**

Μελέτη σε νοσηλευτές που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα υποστηρίζει ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς θα πρέπει να εξαιρούνται από τον αντικαπνιστικό νόμο στα νοσοκομεία (Κούκια και συν, 2016). Οι νοσηλευτές φαίνεται να κάνουν ορθή αξιολόγηση του καπνιστικού ιστορικού και της πρόθεσης για διακοπή των ασθενών, έχουν γνώσεις για τις αρνητικές επιδράσεις στην υγεία και νοιώθουν υπόχρεοι στο να συμβάλουν στη διακοπή του. Τα ευρήματα ωστόσο δείχνουν ότι σχεδόν οι μισοί νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτό το χώρο καπνίζουν στο εργασιακό τους περιβάλλον και είναι ενάντια στην εφαρμογή του αντικαπνιστικού καθώς πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν διαφορετική αντιμετώπιση από τους υπόλοιπους. Αναφέρουν επίσης ότι η διακοπή μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπή της ασθένειας. Αυτή η οπτική γωνία φαίνεται να πάσχει στο σημείο πρόληψης και της συμμόρφωσης, αφού οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν βασικό ρόλο στη διακοπή του καπνίσματος από τους ασθενείς και να αποτελούν πρότυπα για εκείνους. Ως εμπόδια στην παροχή συμβουλευτικής για την διακοπή αναφέρουν έλλειψη χρόνου και γνώσης, πίεση συναδέλφων και τον τύπο της ψυχικής διαταραχής του ασθενούς.

### **2.9 ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ & ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ**

Πολλές απόπειρες έχουν γίνει για την μέτρηση της ποιότητας ζωής με σκοπό τη σύγκριση ανάμεσα στους καπνιστές και μη. Η υποκειμενική αξιολόγηση των καπνιστών μαρτυρά πως η βαθμολογία σκοράρει χαμηλότερα όταν πρόκειται για τη σωματική υγεία συγκριτικά με τους μη καπνιστές, αντιθέτως δεν συμβαίνει το ίδιο και με την κοινωνική τους λειτουργικότητα (Πιερράκος και συν, 2011). Όσο αυξάνεται ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως τόσο επιδεινώνονται τα ευρήματα ποιότητας. Οι τάσεις θέλουν το κάπνισμα ως μέσο κοινωνικοποίησης και ένταξης σε κάποιο κοινωνικό σύνολο. Παρόλα αυτά, προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας η υψηλή κατανάλωση οδηγεί σε έκπτωση αυτής της κοινωνικότητας. Το ίδιο παρατηρείται και για την πνευματική υγεία των ατόμων που καπνίζουν.

## **2.10 ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕΣΩ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Ή ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Η συμβουλευτική παρέμβαση κατέχει σημαντικό ρόλο για τη διακοπή της καπνιστικής συνήθειας. Δύο ομάδες επαγγελματιών υγείας, η μία από επαρχία και η δεύτερη από Αττική αποτελούν την απόδειξη. Στην πρώτη, δόθηκε έντυπο υλικό και πραγματοποιήθηκε ολιγόωρη διάλεξη ενώ στην δεύτερη όχι. Ενώ και οι δύο φαίνονται να ασκούν αντικαπνιστική συμβουλευτική και να μην καπνίζουν και οι ίδιοι, μετά την παρέμβαση αυξήθηκε ακόμα περισσότερο η επιθυμία για την άσκηση συμβουλευτικής (Κοκκίνη και συν, 2014). Είναι ζωτικής σημασίας οι επαγγελματίες υγείας να κατέχουν γνώσεις έτσι ώστε να μπορούν να κατευθύνουν ορθά τον καπνιστή που θα προσέλθει σε νοσοκομειακές ή πρωτοβάθμιας φροντίδας δομές. Οι συμβουλές που δίνονται θα πρέπει να βασίζονται σε διεθνή πρωτόκολλα και να μην επηρεάζονται από τις καπνιστικές συνήθειες των ίδιων των επαγγελματιών υγείας.

Μείζονος σημασίας είναι και το έργο των ιατρικών διακοπής καπνίσματος, αφού από καπνιστές που προσήλθαν σε αυτό δημόσιου νοσοκομείου της Αθήνας, προκύπτουν εξαιρετικά ενδιαφέροντα αποτελέσματα (Κουτίνου και συν, 2014). Το γεγονός πως οι βαριά εξαρτημένοι καπνιστές ανταποκρίνονταν θετικότερα στη διακοπή σε σύγκριση με τους μέτρια και ήπια εξαρτημένους προκαλεί εντύπωση. Αναλυτικότερα, περίπου το 30% διέκοψαν το κάπνισμα ενώ σχεδόν οι μισοί δεν διέκοψαν. Η αγωγή που ακολουθήθηκε ήταν βουπροπριόνη, αυτοκόλλητα και τσίχλες νικοτίνης καθώς και οι μεταξύ τους συνδυασμοί. Την αποτυχία για διακοπή απέδωσαν σε μη ετοιμότητα των ίδιων, σε φόβο για τυχόν παρενέργειες ή εκδήλωση αυτών, σε αναποτελεσματική αγωγή ή πως δεν την χρειάζονταν, σε στρεσογόνες καταστάσεις και προσωπικούς λόγους. Εντυπωσιακό είναι πως η πλειονότητα εκείνων που προσήλθαν στο ιατρείο ήταν άνδρες, έγγαμοι με παιδιά, υψηλό μορφωτικό επίπεδο και είχαν επιχειρήσει να διακόψουν στο παρελθόν.

Η μεγάλη πρόκληση είναι να δοθεί στους καπνιστές το κίνητρο για να διακόψουν το κάπνισμα. Να σημειωθεί πως βρέθηκε συσχέτιση με το αυξημένο βάρος στην περίοδο της εφηβείας και την μικρότερη κινητοποίηση για διακοπή. Η διακοπή, επίσης, έχει συνδεθεί με πεποιθήσεις περί αύξησης του σωματικού βάρους. Σημαντικοί παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο είναι:

- Ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη

- Η ποσότητα και η συχνότητα του καπνίσματος
- Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)
- Η κατανάλωση αλκοόλ
- Το κάπνισμα στο εργασιακό περιβάλλον (Μπλούχου και συν, 2011).

### 3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ

#### 3.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΡΕΣ

Το αντιλαμβανόμενο στρες στον υγειονομικό τομέα θεωρείται κοινός τόπος για τους επαγγελματίες υγείας. Οι παράγοντες που το πυροδοτούν αφορούν τους ίδιους τους νοσηλευτές, τους ασθενείς αλλά και το οργανωτικό σύστημα της υγείας. Ταυτόχρονα, η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού δεν ρίχνει το επίπεδο φροντίδας των ασθενών, σύμφωνα με μελέτη των Κουράκος και συν. (2012). Η διερεύνηση τους απασχόλησε νοσηλευτικό προσωπικό παθολογικών κλινικών δημοσίων νοσοκομείων της Αττικής και τα αποτελέσματα φαίνονται αρκετά ενδιαφέροντα. Πιο συγκεκριμένα, με το γυναικείο φύλο να υπερτερεί, δηλώνουν πως οι επαγγελματικές απαιτήσεις απαιτούν χρόνο και ενέργεια τα οποία αναγκάζονται να στερήσουν από τον εαυτό τους και τις οικογένειες τους. Όσο ανεβαίνει ο ηλικιακός μέσος όρος, τον ακολουθούν και τα επίπεδα στρες, παραπάνω από τους μισούς δηλώνουν μέτρια επίπεδα που δεν σχετίζονταν με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Να σημειωθεί πως η παρούσα μελέτη αφορά νοσηλευτές ΤΕ (77,5%) και βοηθούς νοσηλευτών ΔΕ (22,5%), κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών είναι το 18,6%, με τους περισσότερους έγγαμους με τέκνα. Εντυπωσιακό είναι το γεγονός πως τα οικογενειακά προβλήματα δεν τους συνοδεύουν στον εργασιακό χώρο. Επιπλέον, δηλώνουν ελλιπή ενημέρωση από τα ανώτερα διοικητικά στρώματα για τους στόχους τους, εμπόδια στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση καθώς και μη συμβατό πόστο εργασίας με το εξειδικευμένο αντικείμενο γνώσης τους ή δυσανάλογο των δυνατοτήτων τους (Κουράκος και συν, 2012).

Τα έτη προϋπηρεσίας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο με τους παλαιότερους στην υπηρεσία να εμφανίζονται πιο ενεργοί από ότι οι νεότεροι, που πιθανά εργάζονται με βραχυπρόθεσμες συμβάσεις ή δεν τους το επιτρέπει ο επαγγελματικός τους ρόλος (Κοϊνης και συν, 2015).

Είναι ευρέως γνωστό πως οτιδήποτε επηρεάζει αρνητικά την υγεία ενός ατόμου, αυτομάτως ρίχνει και το επίπεδο της ποιότητας της ζωής του. Η σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών σχετίζεται θετικά με το στρες στον νοσοκομειακό χώρο. Εστιάζοντας στο πρόβλημα, διαπιστώνεται πως το γυναικείο φύλο είναι περισσότερο επιρρεπές στο άγχος και όσο αυξάνεται ο αριθμός των νυχτερινών

βαρδιών μειώνεται η ψυχική ευεξία του νοσηλευτικού προσωπικού (Μουστάκα και συν, 2011).

Το συμπέρασμα το οποίο μπορεί να αντληθεί είναι πως πρόκειται για ένα γυναικοκρατούμενο επάγγελμα με αυξημένα επίπεδα στρες, με επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Εμποδίζουν τα προσωπικά προβλήματα να έχουν αντίκτυπο στον χώρο εργασίας και αναφέρουν ανεπάρκεια στην ορθή καθοδήγηση και τοποθέτηση από τα ανώτερα διοικητικά στρώματα.

Η εξάντληση των συναισθηματικών αποθεμάτων και το αίσθημα της αποπροσωποποίησης των νοσηλευτών σχετίστηκαν με το στρες, εξαιτίας των εργασιακών απαιτήσεων και της έλλειψης οργανωτικής υποστήριξης, εστιάζοντας στην συναισθηματική στρατηγική αντιμετώπισης των προβλημάτων (Van der Colff & Rothmann, 2009). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έκανε χρήση τουλάχιστον 21 ημέρες άδειας το προηγούμενο έτος και το 86,5% χρήση αναρρωτικής άδειας, λιγότερες από 8 ημέρες. Οι ερευνητές ορίζουν την έλλειψη οργανωτικής υποστήριξης ως έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού, χαμηλή μισθοδοσία, ανεπαρκές προσωπικό για να χειριστεί τον φόρτο εργασίας, συνάδελφοι που δεν κάνουν την δουλειά τους και δεν έχουν κίνητρα. Στρες προκαλείται από εκτεταμένα διοικητικά καθήκοντα, τις παράλογες απαιτήσεις από ασθενείς, τον κίνδυνο για την υγεία των εργαζομένων λόγω της επαφής τους με τους ασθενείς, την διεκπεραίωση επίπονων διαδικασιών για αυτούς και η παρακολούθηση τους να υποφέρουν.

### **3.2 ΣΤΡΕΣ & ΥΠΝΟΣ**

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία το 2011, οι νοσηλευτές παρουσίαζαν μέτριο έως υψηλό άγχος και εξάντληση σε ποσοστό 20-40% τις ημέρες που εργάζονταν, διαταραχές ύπνου σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50%, πάλευε για να μείνει ξύπνιο το 27% και το 9% υπέφερε από υπερβολική υπνηλία ή είχε βιώσει ένα ατύχημα στην επιστροφή για το σπίτι. Φυσικά, τα επίπεδα άγχους μειώνονται αρκετά τις ημέρες που δεν δουλεύουν. Η ηλικία, η διάρκεια ύπνου και το ωράριο εργασίας αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την πρόσληψη καφεΐνης. Οι ηλικιακά άνω των 40 καταναλώνουν περισσότερη από τη διπλάσια ποσότητα καφεΐνης από τους νεότερους. Σε βραδινή βάρδια, στην οποία αναφέρουν λιγότερες από 8 ώρες ύπνου η κατανάλωση καφέ είναι σημαντικά αυξημένη. Βρέθηκε πως το στρες στην



απογευματινή βάρδια ήταν λιγότερο συγκριτικά με την πρωινή και νυχτερινή. Το 60% των συμμετεχόντων αναφέρει τη χρήση βοηθημάτων ύπνου: το 20% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, το 44% των νοσηλευτών και το 9% των μαιών κάνουν χρήση αλκοόλ για να κοιμηθούν. Τέλος, το 22% δηλώνει αδιαφορία ή μέτρια απογοήτευση με την άσκηση του επαγγέλματος τους (Dorian et al, 2011).

### **3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου σχετίζονται με το πώς αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες καταστάσεις και πώς ελαχιστοποιεί τις επιπτώσεις του εργασιακού στρες. Ο ανθρώπινος χαρακτήρας πλάθεται υπό συγκεκριμένες συνθήκες και είναι δυναμικά εξελίξιμος. Ο καθένας διαθέτει διαφορετική οπτική γωνία και τρόπο διαχείρισης των καταστάσεων. Οι διανοητικές, οι συναισθηματικές και οι διαπροσωπικές ικανότητες σχετίζονται με την αντιμετώπιση του στρες ενώ κατά ένα μέρος, οι διανοητικές ικανότητες συσχετίζονται με την μείωση της αρνητικής επίπτωσης του επαγγελματικού στρες στην ικανοποίηση από την εργασία (Harzer & Ruch, 2015).

Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει και αυτή με την σειρά της την προσέγγιση του κάθε ατόμου προς την ζωή, δηλαδή οι ελεύθεροι και οι παντρεμένοι χρησιμοποιούν μια πιο θετική, σχετικά με τους χωρισμένους και τους χήρους (Κοϊνης και συν, 2015).

### **3.4 Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

Το εργασιακό στρες συσχετίζεται με τη συμπεριφορά φροντίδας απέναντι στον ασθενή και την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών (Σαράφης και συν, 2016). Αυτό πρακτικά σημαίνει πως όσο περισσότεροι οι στρεσογόνοι παράγοντες, τόσο φτωχότερη η πνευματική και σωματική υγεία, ενώ παράλληλα χειροτερεύει η συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή. Γενικά, οι διενέξεις στον εργασιακό χώρο μόνο αρνητικά αποτελέσματα μπορούν να επιφέρουν και να σπαταλήσουν πολύτιμο χρόνο και ενέργεια, τα οποία στερούν από την θεραπευτική φροντίδα και τις ανάγκες του ασθενή, επομένως μειώνουν την αποδοτικότητα. Τονίζεται πως δεν θα μπορούσαν να λείπουν τα προβλήματα με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, που ποικίλουν από

πλήρη απουσία συνεργασίας έως βίαιες συμπεριφορές. Όσον αφορά στην αντιμετώπιση του θανάτου, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να στρεσάρονται αρκετά περισσότερο λόγω της προθανάτιας κατάστασης, παρά του ίδιου του γεγονότος. Σημαντική όμως κρίνεται η καθοδήγηση από τους ανώτερους.

### **3.5 ΣΤΡΕΣ ΣΤΗ ΜΕΘ**

Ο φόρτος εργασίας και η σωματική ή συναισθηματική καταπόνηση για τους επαγγελματίες υγείας στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν στρεσογόνο ερέθισμα για τον εργαζόμενο, σύμφωνα με μελέτη των Ghodsbini et al. (2013). Όπως έχει ήδη σημειωθεί, το στρες μειώνει την αποδοτικότητα και οδηγεί σε αφθονία προβλημάτων υγείας όταν σωματοποιείται. Για αυτό τον λόγο, χρήσιμη αποδεικνύεται η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του άγχους νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Φυσικά το στρες μπορεί να καταπολεμηθεί και με εναλλακτικές τεχνικές, όπως η γιόγκα, ο διαλογισμός, η μουσική, η προσευχή και η κολύμβηση (Ghodsbini et al, 2013). Δύο μήνες μετά την εκπαίδευση των νοσηλευτών, οι ερευνητές εντοπίζουν τις αισθητές διαφορές, καθώς οι νοσηλευτές έχουν βελτιώσει τις κοινωνικές επικοινωνιακές τους σχέσεις και σκοράρουν υψηλότερα στην κλίμακα μέτρησης ποιότητας ζωής.

### **3.6 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ – ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΦΟΡΕΑ**

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μελέτης σχετικά με το στρες των νοσηλευτών σε δύο νοσοκομεία της Αλεξάνδρειας, ένα ιδιωτικού - τριτοβάθμιου χαρακτήρα και ένα δημοσίου. Προφανώς, τα δύο νοσοκομεία απευθύνονται σε καταναλωτές και προμηθευτές υγείας με σαφώς διαφορετική οικονομική κατάσταση αφού το πρώτο αναφέρεται συγκεκριμένα ως «center of excellence». Τα απρόσμενα αποτελέσματα καταδεικνύουν και στους δύο φορείς το ίδιο υψηλό επίπεδο στρες για τους νοσηλευτές και η παγκόσμια οικονομική κρίση είναι πολύ πιθανό να είχε κάποιες επιδράσεις στις απαντήσεις τους. Απαιτείται επαρκής γνώση χειρισμού των αντιπαραθέσεων, ζητήματα ασφάλειας προσωπικού και ορθής διαχείρισης των ασθενών (Ashraf & Zaghoul, 2017).

### **3.7 ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Το επαγγελματικό στρες έχει αρνητικές επιδράσεις στην επαγγελματική επίδοση ενώ οι στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων την επηρεάζουν με θετικό τρόπο. Οι κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες κατά φθίνουσα σειρά είναι οι εξής:

- Η νοσηλευτική επιστήμη και το κλινικό καθήκον
- Ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη χρόνου
- Το εργασιακό περιβάλλον και οι πεπερασμένοι πόροι
- Η φροντίδα του ασθενούς
- Η διοίκηση και οι διαπροσωπικές σχέσεις (Li et al, 2017).

### **3.8 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ**

Οι επαγγελματίες υγείας που χρησιμοποιούν στρατηγικές για την επίλυση προβλημάτων - επαναξιολόγηση αυτών, παρουσιάζουν μια θετική προσέγγιση προς την ζωή, καθώς έχουν την τάση να αναφέρουν πως δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα υγείας και η ψυχική τους υγεία φαίνεται καλύτερη από των συναδέλφων τους (Κοΐνης και συν, 2015). Όσον αφορά μερικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι μελετητές και εδώ διαπιστώνουν πως οι γυναίκες σκοράρουν υψηλότερα στην κλίμακα σωματικής υγείας, ανεξαρτησίας, ποιότητας ζωής και είναι πιο επιρρεπείς στην αναζήτηση βοήθειας από τον Θεό.

Σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ των στρεσογόνων εργασιακών παραγόντων και των στρατηγικών αντιμετώπισης άγχους (Fathi, 2012). Το συγκεκριμένο νοσοκομείο που έγινε η έρευνα είναι τριτοβάθμιο και πολλά κρίσιμα περιστατικά που μεταφέρονται εκεί καταλήγουν σε θάνατο. Εντοπίζεται πως οι περισσότεροι νοσηλευτές χρησιμοποιούν δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης οι οποίες βασίζονται στο συναίσθημα παρά στην επίλυση προβλημάτων. Ο θάνατος ήταν ο συχνότερα αναφερόμενος στρεσογόνος παράγοντας και η θρησκεία η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη στρατηγική αντιμετώπισης. Η νοσηλευτική διοίκηση θεωρείται υπεύθυνη για να χρησιμοποιούνται οι σωστές τεχνικές αντιμετώπισης προβλημάτων. Ο φόρτος εργασίας επιβαρύνεται συχνά με την εκτέλεση εργασιών μη νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων. Σύμφωνα με την Fathi, το γεγονός ότι, πέρα από τον θάνατο, τα επίπεδα άγχους είναι χαμηλά οφείλεται στο

γεγονός ότι οι νοσηλευτές έχουν εκτιμήσει και αντιληφθεί πως το στρες έχει αρνητική επίπτωση.

Μια πιο πρωτότυπη ερευνητική πορεία ακολούθησαν το 2010 στον Ιράν, όπου προσπάθησαν να προβλέψουν το εργασιακό στρες με βάση των τεχνικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούσαν οι νοσηλευτές. Φυσικά αποδείχθηκε πως η υποστήριξη, η υπευθυνότητα, η απόδραση – αποφυγή και τα διοικητικά χαρακτηριστικά είναι αυτά που κατεξοχήν αλληλεπιδρούν και καθορίζουν το επαγγελματικό στρες των νοσηλευτών. Το στρες αυτό είναι πιθανό να προκαλείται από σωματική και συναισθηματική πίεση, οι οποίες συσσωρεύονται και να επιδρά ταυτόχρονα και στην υγεία των εργαζομένων όσο και στο αποτέλεσμα της δουλειάς τους. Όσον αφορά τα είδη αντιμετώπισης του άγχους έχουν ως εξής:

- Η ουσιαστική αντιμετώπιση του προβλήματος
- Η αποστασιοποίηση
- Ο αυτοέλεγχος
- Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης
- Η αποδοχή των ευθυνών
- Η λύση προβλημάτων που βασίζεται σε σχέδιο
- Η θετική επανεκτίμηση / επανεξέταση (Sedeh & Tajeri, 2010).

### **3.9 Η ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΥΨΗΛΟΥ ΣΤΡΕΣ**

Το εργασιακό άγχος σχετίζεται απόλυτα με το σύνδρομο εξουθένωσης, γνωστό και ως «burnout», στη Νότια Αφρική αφού η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να εξαρτάται από τις οικονομικές απολαβές, τις υπερωρίες και την έκβαση της φροντίδας του ασθενούς (Khamisa et al, 2015). Οι εργασιακές συγκρούσεις μεταφράζονται σε σωματικά και καταθλιπτικά συμπτώματα και κοινωνικές δυσλειτουργίες, ενώ ο βαθμός συναισθηματικής εξουθένωσης συσχετίζεται με την ικανοποίηση κατά την πληρωμή και τα προσωπικά επιτεύγματα. Αναφέροντας τον όρο συναισθηματική εξουθένωση, οι ερευνητές κάνουν λόγο για αποπροσωποποίηση σχετιζόμενη με άγχος, αϋπνία, κοινωνικά προβλήματα, καταθλιπτικά συμπτώματα και όλα αυτά φυσικά σε συνάρτηση με δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ηλικία φύλλο, μορφωτικό επίπεδο κτλ. Την σωματική υγεία επίσης επηρεάζουν η ικανοποίηση λόγω προαγωγής, η επιτήρηση από ανώτερους, οι συνάδελφοι, η φύση

και η επικοινωνία του εργασιακού περιβάλλοντος. Εν κατακλείδι, η κακή διαχείριση των θεμάτων του προσωπικού σε συνδυασμό με τον ανεπαρκή εξοπλισμό εξηγούν τα υψηλά ποσοστά burnout, ενώ το στρες και ο εργασιακός κίνδυνος επηρεάζουν την ικανοποίηση των εργαζομένων.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **4. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **4.1 ΣΚΟΠΟΣ**

Ο σκοπός της παρούσης έρευνας είναι να μελετηθούν η συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών από το νοσηλευτικό προσωπικό και ο βαθμός εξάρτησης του από την νικοτίνη. Ακόμη μία παράμετρος που θα διερευνηθεί είναι το πόσο στρεσογόνο κατάσταση θεωρεί η συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας την εργασιακή καθημερινότητα.

Επιμέρους στόχος είναι να πραγματοποιηθεί σύγκριση, ως προς τις προαναφερθείσες συνιστώσες, μεταξύ των εργαζομένων κεντρικού και περιφερειακού νοσοκομειακού ιδρύματος.

Η ερευνητική μελέτη που πραγματοποιείται στο πλαίσιο μεταπτυχιακού προγράμματος στοχεύει στην ενίσχυση και επικαιροποίηση της ήδη υπάρχουσας επιστημονικής βιβλιογραφίας.

#### **4.2 ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

##### **4.2.1 ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 129 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών του νοσοκομείου «ΓΝΑ Γ.Γεννηματας» και του «Γ.Ν.Κορίνθου». Η συλλογή των δεδομένων και η ανάλυσή τους πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα μεταξύ Δεκεμβρίου 2017 και Μαρτίου 2018.

Από την παρούσα μελέτη αποκλείστηκαν οι επισκέπτες υγείας, οι φυσιοθεραπευτές, οι ιατροί, το τεχνικό και διοικητικό προσωπικό και οι σπουδαστές/φοιτητές. Ας σημειωθεί ακόμα πως αποκλείστηκαν οι χρήστες ηλεκτρονικού τσιγάρου. Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία.

##### **4.2.2 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε αποκλειστικά από το

νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, κλάδου ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ νοσηλευτικής. Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από τέσσερα μέρη.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δηλαδή το νοσοκομείο που εργάζονταν, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον κλάδο, το επίπεδο σπουδών, τη θέση εργασίας, το τμήμα εργασία και τα έτη προϋπηρεσίας.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε την κλίμακα AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ. Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε από τον ΠΟΥ και περιέχει 10 ερωτήσεις, οι οποίες εντοπίζουν τα άτομα υψηλού κίνδυνου για κατάχρηση/εξάρτηση από το αλκοόλ. Οι ερωτήσεις της κλίμακας AUDIT βαθμολογούνται με κλίμακα Likert κάθε μια από 0 έως 4. Από το σύνολο των 10 ερωτήσεων, οι τρεις πρώτες ερωτήσεις αφορούν την ποσότητα και συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, οι τρεις επόμενες αφορούν την εξάρτηση και οι τέσσερις τελευταίες σχετίζονται με τα προβλήματα που προκαλεί η χρήση οινοπνεύματος. Συνολική βαθμολογία μικρότερη ή ίση των επτά μονάδων αποτελεί ένδειξη ότι το άτομο πίνει λιγότερο από το όριο ασφαλείας, βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση των οκτώ μονάδων αποτελεί ένδειξη για πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ, ενώ βαθμολογία μεγαλύτερη του 15 υποδηλώνει εξάρτηση, σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών του.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε την κλίμακα Fagerstrom. Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Η έκδοση της κλίμακας Fagerstrom που χρησιμοποιήθηκε περιέχει 8 ερωτήσεις και το άθροισμα των βαθμών κάθε ερώτησης υποδεικνύουν το βαθμό εξάρτησης. Ειδικότερα βαθμολογία κάτω από τέσσερις μονάδες υποδηλώνει καθόλου ή λίγο εξάρτηση, βαθμολογία από πέντε έως έξι μονάδες υποδηλώνει μέτρια εξάρτηση, βαθμολογία από επτά έως οκτώ μονάδες υποδηλώνει ισχυρή εξάρτηση και βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση των εννέα μονάδων υποδηλώνει πολύ ισχυρή εξάρτηση.

Το τέταρτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε την κλίμακα Μέτρησης του Στρες στους Νοσηλευτές Expanded Nursing Stress Scale

(ENSS). Η συγκριμένη κλίμακα αποτελείται από 59 ερωτήσεις, προκειμένου να καταγραφούν τα στρεσογόνα γεγονότα για τους νοσηλευτές, τα οποία ομαδοποιούνται σε 9 παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις (1,10,19,29,39,49,55) και αφορά την «Επαφή με τον θάνατο», ο δεύτερος παράγοντας περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις (3,12,21) και αφορά την «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους», ο τρίτος παράγοντας περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις (9,18,28) και αφορά τις «Διακρίσεις στο χώρο εργασίας», ο τέταρτος παράγοντας περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις (15,25,34,43,44,47,53,57,59) και αφορά το «Φόρτος εργασίας», ο πέμπτος παράγοντας περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις (7,16,20,26,31,35,38,41,45) και αφορά την «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα» ο έκτος παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις (2,11,30,40,50) και αφορά τις «Διαμάχες με τους γιατρούς», ο έβδομος παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις (4,13,22,23,24,52) και αφορά τις «Διαμάχες με συναδέλφους», ο όγδοος παράγοντας περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις (5,32,33,42,48,51,56) και αφορά τις «Διαμάχες με τους προϊσταμένους» και ο ένατος και τελευταίος παράγοντας περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις (8, 17,27,36,37,46,54,58) και αφορά τους «Ασθενείς και οι οικογένειές τους».

Υπάρχουν δύο ερωτήσεις στην κλίμακα ENSS (6 και 14) που δεν σχετίζονται με κάποιον από τους 9 παράγοντες την κλίμακας. Κάθε ερώτηση από τις 59 της κλίμακας, βαθμολογείται σε κλίμακα Likert 5 σημείων και οι οποίες αντιστοιχούν σε βαθμολογίες από 0 έως 4, «καθόλου στρεσογόνο» που βαθμολογείται με το «1», «Λίγο στρεσογόνο» που βαθμολογείται με το «2», «Αρκετά στρεσογόνο» με το «3», «Εξαιρετικά στρεσογόνο» με το «4», και «Δεν ισχύει» με το «0». Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο μεγαλύτερη ένταση εργασιακού στρες φανερώνει. Από την κλίμακα μπορούμε να έχουμε το συνολικό σκορ της κλίμακας (59 αντικείμενα) και σκορ για κάθε ένα από τους 9 παράγοντες χωριστά, προσθέτοντας τις βαθμολογίες των αντικειμένων σε κάθε παράγοντα. Για να υπολογίσουμε το συνολικό σκορ της κλίμακας ENSS αρκεί να προσθέσουμε την βαθμολογία και των 59 ερωτήσεων της κλίμακας, ενώ για να υπολογίσουμε το σκορ της κάθε υποκλίμακας, πρέπει να αθροίσουμε τις βαθμολογίες της ομάδας των ερωτήσεων που αναφέρονται στην συγκεκριμένη υποκλίμακα.



### 4.2.3 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε έπειτα από έγγραφη άδεια από τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων. Από όλους τους συμμετέχοντες στην μελέτη ελήφθη η συναίνεσή τους προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη πληροφορήθηκαν για το σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

### 4.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (n) και οι σχετικές (%) συχνότητες ενώ για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή (M.T) και η τυπική απόκλιση (T.A).

Για τον έλεγχο της κανονικότητας των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov.

Για τη σχέση μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο Pearson's  $\chi^2$ . Ενώ, για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο μη-παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $\rho$ ).

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών με κατηγορικές μεταβλητές με δύο επίπεδα χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος t-test και ο μη-παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney ενώ για κατηγορικές μεταβλητές με τρία επίπεδα και άνω χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος Anova και ο μη-παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis.

Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $\alpha=5\%$ . Για την επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.24.

## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Από τους 129 συμμετέχοντες οι 71 (55%) ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝΑ Γ. Γεννηματά ενώ οι 58 (45%) στο ΓΝ Κορίνθου. Το 82,9% (n=107) των ατόμων που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν γυναίκες ενώ το 17,1% (n=22) άνδρες. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 69% (n=89) ήταν έγγαμοι, το 21,7% (n=28) ήταν άγαμοι και το 9,3% (n=12) ήταν διαζευγμένοι ή εν χηρεία. Ως προς τον κλάδο στον οποίο ανήκει το νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρήθηκε πως το 65,1% (n=84) ήταν Τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 29,5% (n=38) Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 5,4% (n=7) Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Από αυτούς το 15,5% (n=20) κατείχαν Μεταπτυχιακό τίτλο, το 11,6% (n=15) κατείχε ειδικότητα, το 6,2% (n=8) κατείχε εξειδίκευση, το 3,1% (n=4) κατείχε ειδικότητα & εξειδίκευση ενώ Διδακτορικό τίτλο κατείχε μόνο το 1,6% (n=2) όπως και Μεταπτυχιακό τίτλο & εξειδίκευση. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (89,9%, n=116) ήταν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό (10,1%, n=13) ήταν προϊστάμενοι. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 43,46 χρόνια και η μέση προϋπηρεσία ήταν 19,16 έτη (*Πίνακας 1*).

Τα τμήματα εργασίας των συμμετεχόντων ήταν η Χειρουργική Κλινική (20,9%, n=27), η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (13,2%, n=17), το Χειρουργείο (12,4%, n=16), η Νεφρολογική Κλινική (9,3%, n=12), το Παθολογικό (7,8%, n=10), το Ορθοπαιδικό (7%, n=9), το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (6,2%, n=8), το Αναισθησιολογικό (4,7%, n=6), η Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική (4,7%, n=6), το Γαστρεντερολογικό (3,1%, n=4), το Γραφείο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (2,3%, n=3), το Καρδιολογικό (2,3%, n=3), το Ογκολογικό (2,3%, n=3), η Αιμοδοσία (0,8%, n=1), το Ακτινολογικό (0,8%, n=1), η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (0,8%, n=1), το Οφθαλμολογικό (0,8%, n=1), και η Ψυχιατρική Κλινική (0,8%, n=1) (*Πίνακας 2*).

**Πίνακας 1:** Κατανομή του δείγματος ως προς τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

		<b>%</b>	<b>n</b>
<b>Νοσοκομείο</b>	ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς	55%	71
	ΓΝ Κορίνθου	45%	58
<b>Φύλο</b>	Άντρας	17,1%	22
	Γυναίκα	82,9%	107
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμος	69%	89
	Άγαμος	21,7%	28
	Άλλο	9,3%	12
<b>Κλάδος</b>	ΠΕ	5,4%	7
	ΤΕ	65,1%	84
	ΔΕ	29,5%	38
<b>Επίπεδο σπουδών</b>	Μεταπτυχιακό	15,5%	20
	Διδακτορικό	1,6%	2
	Ειδικότητα	11,6%	15
	Εξειδίκευση	6,2%	8
	Ειδικότητα & Εξειδίκευση	3,1%	4
<b>Θέση εργασίας</b>	Μεταπτυχιακό & Εξειδίκευση	1,6%	2
	Προϊστάμενος	10,1%	13
	Άλλο	89,9%	116
<b>Ηλικία</b>		<b>M.T±T.A</b>	
<b>Έτη Προϋπηρεσίας</b>		43,46±8,57	
		19,16±8,74	

**Πίνακας 2:** Κατανομή του δείγματος ως προς το τμήμα εργασίας

	<b>%</b>	<b>n</b>
<b>Χειρουργική Κλινική</b>	20,9%	27
<b>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού</b>	13,2%	17
<b>Χειρουργείο</b>	12,4%	16
<b>Νεφρολογική Κλινική</b>	9,3%	12
<b>Παθολογικό</b>	7,8%	10
<b>Ορθοπαιδικό</b>	7%	9
<b>Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών</b>	6,2%	8
<b>Αναισθησιολογικό</b>	4,7%	6
<b>Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική</b>	4,7%	6
<b>Γαστρεντερολογικό</b>	3,1%	4
<b>Γραφείο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας</b>	2,3%	3
<b>Καρδιολογικό</b>	2,3%	3
<b>Ογκολογικό</b>	2,3%	3
<b>Αιμοδοσία</b>	0,8%	1
<b>Ακτινολογικό</b>	0,8%	1
<b>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας</b>	0,8%	1
<b>Οφθαλμολογικό</b>	0,8%	1
<b>Ψυχιατρική Κλινική</b>	0,8%	1

## 5.2 ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στα δύο Νοσοκομεία (Πίνακας 3) δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του Νοσοκομείου και του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, του κλάδου και της θέσης εργασίας των συμμετεχόντων ( $p\text{-value}>0,05$ ).

Αντίθετα, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του Νοσοκομείου και του επιπέδου σπουδών των συμμετεχόντων ( $p\text{-value}<0,05$ ). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται πως στο ΓΝ Κορίνθου το μεγαλύτερο ποσοστό (57,7%,  $n=15$ ) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου ενώ στο ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς το μεγαλύτερο ποσοστό (44%,  $n=11$ ) είναι κάτοχοι ειδικότητας.

**Πίνακας 3:** Συγκρίσεις των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών σε σχέση με το νοσοκομείο

		ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς %(n)	ΓΝ Κορίνθου %(n)	p-value
<b>Φύλο</b>	Άνδρες	21,1% (15)	12,1% (7)	0,174
	Γυναίκες	78,9% (56)	87,9% (51)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμος	63,4% (45)	75,9% (44)	0,268
	Άγαμος	26,8% (19)	15,5% (9)	
	Άλλο	9,9% (7)	9,6% (5)	
<b>Κλάδος</b>	ΠΕ	5,6% (4)	5,2% (3)	
	ΤΕ	69% (49)	60,3% (35)	
	ΔΕ	25,4% (18)	34,5% (20)	
<b>Επίπεδο σπουδών</b>	Μεταπτυχιακό	20% (5)	57,7% (15)	<b>0,007</b>
	Διδακτορικό	-	7,7% (2)	
	Ειδικότητα	44% (11)	15,4% (4)	
	Εξειδίκευση	16% (4)	15,7% (4)	
	Ειδικότητα & Εξειδίκευση	16% (4)	-	
	Μεταπτυχιακό & Εξειδίκευση	4% (1)	3,8% (1)	
<b>Θέση εργασίας</b>	Προϊστάμενος	11,3% (8)	8,6% (5)	0,619
	Άλλο	88,7% (63)	91,4% (53)	

Ως προς τις διαφορές μεταξύ της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας στα δύο Νοσοκομεία δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p\text{-value}>0,05$ ) (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4:** Διαφορές μεταξύ των Νοσοκομείων και την ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας

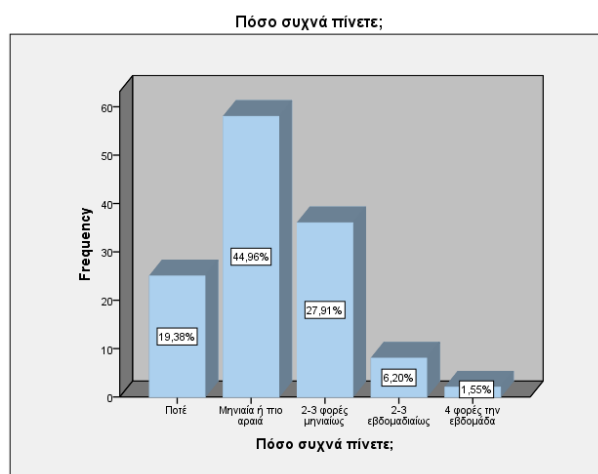
	<u>ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς</u>	<u>ΓΝ Κορίνθου</u>		
	<b>M.T±T.A</b>	<b>M.T±T.A</b>	<b>t</b>	<b>p-value</b>
<b>Ηλικία</b>	43,11±8,75	43,88±8,40	-0,504	0,615
<b>Έτη Προϋπηρεσίας</b>	18,54±10,05	19,91±6,83	-0,924	0,357

### 5.3 ΚΛΙΜΑΚΑ AUDIT

Σε αυτή την παράγραφο θα παρουσιαστούν τα ποσοστά των απαντήσεων για κάθε ερώτηση της κλίμακας AUDIT.

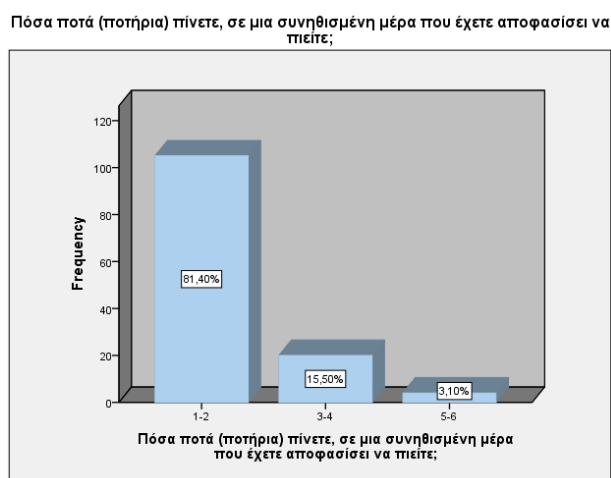
**Ερώτηση 1:** Πόσο συχνά πίνετε;

Σχετικά με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ το νοσηλευτικό προσωπικό δείχνει να καταναλώνει μηνιαία ή πιο αραιά σε ποσοστό 44,96% ( $n=58$ ), 2-3 φορές μηνιαίως το 27,91% ( $n=36$ ), ποτέ το 19,38% ( $n=25$ ), 2-3 φορές εβδομαδιαίως το 6,20% ( $n=8$ ), ενώ 4 φορές την εβδομάδα καταναλώνει ένα πολύ μικρό ποσοστό (1,55%,  $n=2$ ).



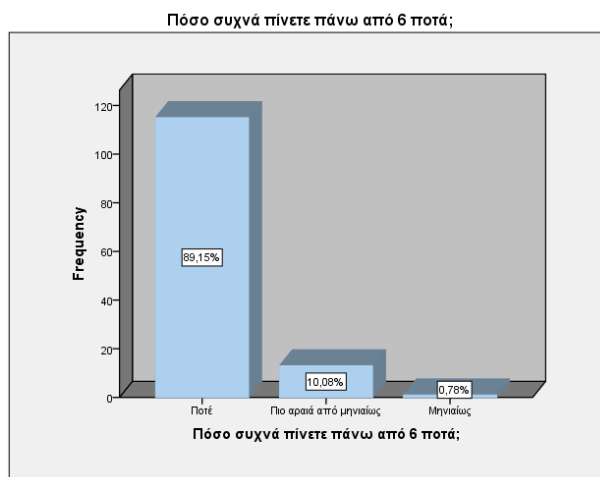
**Ερώτηση 2:** Πόσα ποτά (ποτήρια) πίνετε, σε μια συνηθισμένη μέρα που έχετε αποφασίσει να πιείτε;

Το 81,40% (n=105) των συμμετεχόντων πίνει 1-2 ποτήρια ποτού σε μια συνηθισμένη ημέρα, το 15,50% (n=20) 3-4 ποτήρια και το 3,10% (n=4) 5-6.



**Ερώτηση 3:** Πόσο συχνά πίνετε πάνω από 6 ποτά;

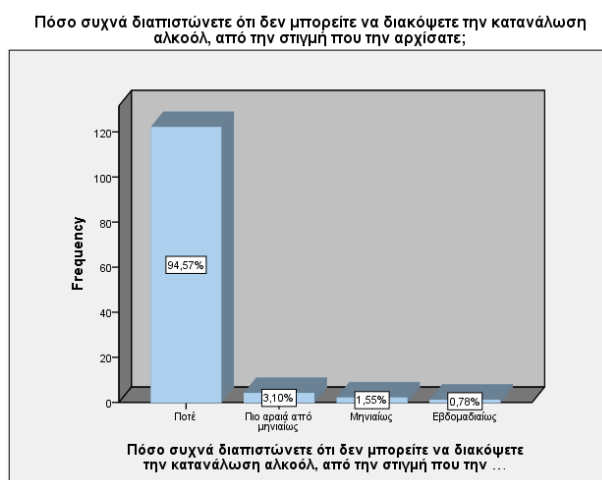
Πάνω από 6 ποτά δήλωσε πως δεν πίνει ποτέ το 89,15% (n=115) του νοσηλευτικού προσωπικού, πιο αραιά από μηνιαίως το 10,08% (n=13) και σε μηνιαία βάση μόνο το 0,78% (n=1).



**Ερώτηση 4:** Πόσο συχνά διαπιστώνετε ότι δεν μπορείτε να διακόψετε την κατανάλωση αλκοόλ, από την στιγμή που την αρχίσατε;

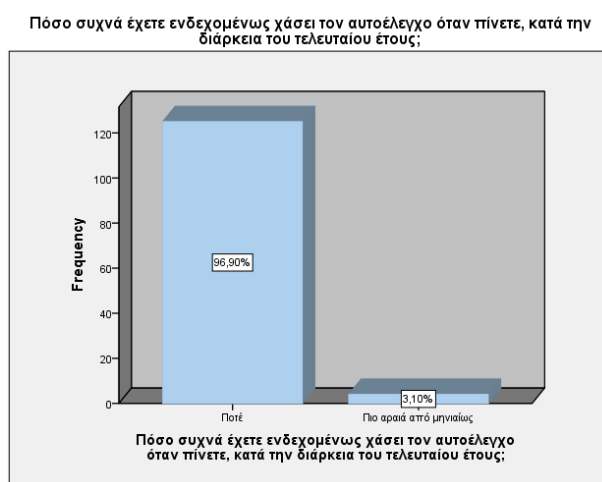
Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων 94,57% (n=122) δήλωσε πως ποτέ **δεν** έχει διαπιστώσει ότι δεν μπορεί να διακόψει την κατανάλωση αλκοόλ, από την στιγμή που την άρχισε, αντίθετα το 3,10% (n=4) δήλωσε πως το έχει διαπιστώσει πιο αραιά

από μηνιαίως, το 1,55% (n=2) το έχει διαπιστώσει μηνιαίως και το 0,78% (n=1) δήλωσε πως το διαπιστώνει καθημερινά.



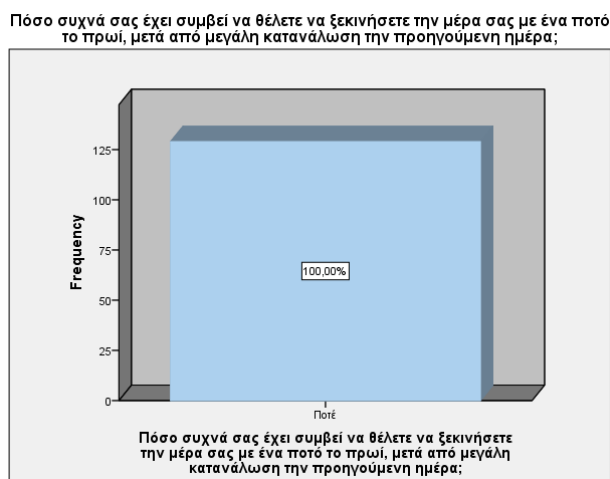
**Ερώτηση 5:** Πόσο συχνά έχετε ενδεχομένως χάσει τον αυτοέλεγχο όταν πίνετε, κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους;

Ως προς τη συχνότητα που ενδεχομένως οι συμμετέχοντες έχουν χάσει τον αυτοέλεγχο όταν πίνουν, κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους παρατηρείται πως η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (96,90%, n=125) δεν έχουν χάσει ποτέ τον αυτοέλεγχο, ενώ μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (3,10%, n=4) έχουν χάσει τον αυτοέλεγχο πιο αραιά από μηνιαίως.



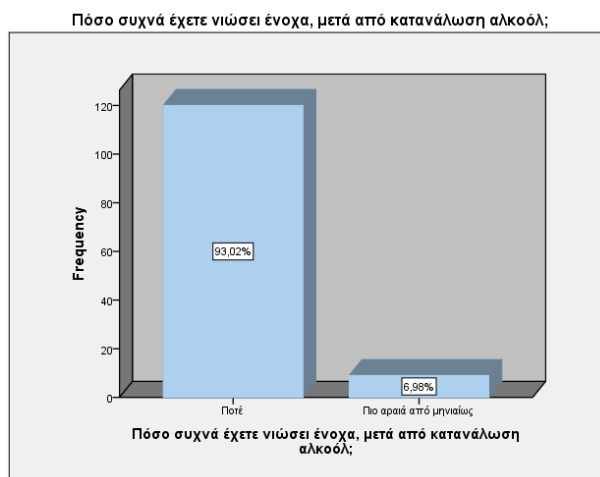
**Ερώτηση 6:** Πόσο συχνά σας έχει συμβεί να θέλετε να ξεκινήσετε την μέρα σας με ένα ποτό το πρωί, ειδικά μετά από μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ την προηγούμενη ημέρα;

Όλοι οι συμμετέχοντες (100%, n=129) δεν έχουν ποτέ θελήσει να ξεκινήσουν την μέρα τους με ένα ποτό το πρωί, ειδικά μετά από μεγάλη κατανάλωση την προηγούμενη ημέρα.



**Ερώτηση 7:** Πόσο συχνά έχετε νιώσει ένοχα, μετά από κατανάλωση αλκοόλ;

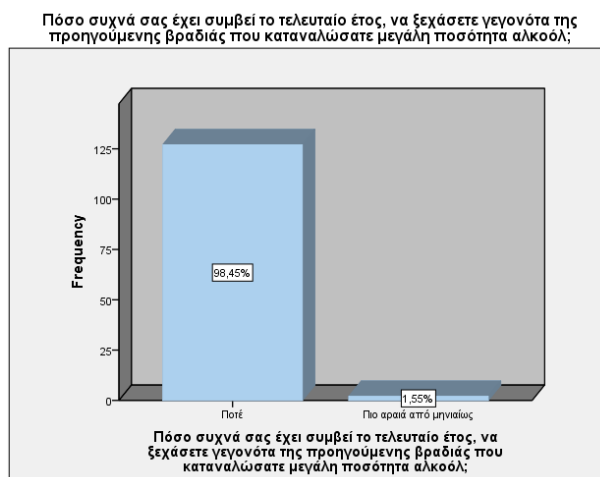
Ένοχα μετά από κατανάλωση αλκοόλ, πιο αραιά από μηνιαίως, έχει νιώσει το 6,98% (n=9) του δείγματος αντίθετα το 93,02% (n=120) δεν έχει νιώσει ποτέ ένοχα.



**Ερώτηση 8:** Πόσο συχνά σας έχει συμβεί το τελευταίο έτος, να ξεχάσετε γεγονότα της προηγούμενης βραδιάς που καταναλώσατε μεγάλη ποσότητα αλκοόλ;

Το 98,45% (n=127) απάντησε πως κατά το τελευταίο έτος δεν έχει ποτέ ξεχάσει γεγονότα της προηγούμενης βραδιάς που καταναλώσε μεγάλη ποσότητα αλκοόλ, ενώ το 1,55% (n=2) απάντησε πως του έχει συμβεί πιο αραιά από μηνιαίως.





**Ερώτηση 9:** Έχετε ποτέ προκαλέσει τραυματισμό του εαυτού σας ή άλλων, εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ;

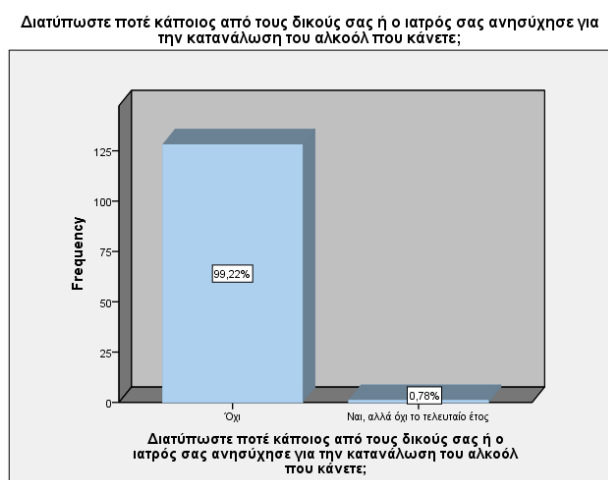
Στην ερώτηση σχετικά με το αν οι συμμετέχοντες έχουν προκαλέσει τραυματισμό του εαυτού τους ή άλλων, εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ το 98,45% (n=127) δήλωσε πως δεν έχει προκαλέσει ποτέ τίποτα από τα παραπάνω, ενώ το 1,55% (n=2) δήλωσε πως έχει προκαλέσει τραυματισμό του εαυτού τους ή άλλων εξαιτίας του αλκοόλ αλλά όχι κατά το τελευταίο έτος.



**Ερώτηση 10:** Διατυπώστε ποτέ κάποιος από τους δικούς σας ή ο ιατρός σας ανησύχησε για την κατανάλωση του αλκοόλ που κάνετε;

Τέλος, το 99,22% (n=128) υποστήριξε πως ποτέ κανένας από τους δικούς τους ή ο ιατρός τους δεν ανησύχησε για την κατανάλωση του αλκοόλ που κάνουν, ενώ αντίθετα υπήρξε και ένα πολύ μικρό ποσοστό (0,78%, n=1) που υποστήριξε πως

κάποιος είχε ανησυχήσει για την κατανάλωση του αλκοόλ που έκανε, αλλά όχι κατά το τελευταίο έτος.



Από τη συνολική μέση βαθμολογία της κλίμακας AUDIT (M.T=1,84) για το σύνολο των συμμετεχόντων παρατηρούμε πως το νοσηλευτικό προσωπικό πίνει λιγότερο από το όριο ασφαλείας. Πιο συγκεκριμένα, 128 (99,2%) άτομα παρουσίασαν βαθμολογία χαμηλότερη από 7 μονάδες δηλαδή πίνουν λιγότερο από το όριο ασφαλείας και μόνο ένα άτομα παρουσίασε βαθμολογία ίση με 9 που σημαίνει πως ο συγκεκριμένος συμμετέχοντας πίνει στο όριο ασφαλείας και υπάρχει μελλοντικός κίνδυνος εμπλοκής σε επικίνδυνη κατανάλωση, φυσικής και κοινωνικής βλάβης καθώς και χρήσης υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5:** Συνολική βαθμολογία AUDIT των συμμετεχόντων

	<b>% (n)</b>
<b>Βαθμολογία AUDIT 1-7</b>	99,2% (128)
<b>Βαθμολογία AUDIT 8-15</b>	0,8% (1)
	<b>M.T±T.A</b>
<b>Συνολική βαθμολογία Κλίμακας AUDIT</b>	1,84±1,57

#### 5.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ-ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ AUDIT

Από την σύγκριση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ της κλίμακας AUDIT και του νοσοκομείου που εργαζόταν το νοσηλευτικό προσωπικό που έλαβε μέρος στη μελέτη, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p\text{-value}>0,05$ ). Επομένως, η χρήση αλκοόλ δεν διαφέρει στους εργαζομένους σε κεντρικό και σε επαρχιακό νοσοκομείο (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας AUDIT και του Νοσοκομείου			
Κλίμακα AUDIT	Νοσοκομείο		p-value
	ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς	ΓΝ Κορίνθου	
	M.T±T.A	M.T±T.A	
	2,00±1,55	1,64±1,58	0,134

Αντίθετα, το φύλο των συμμετεχόντων φάνηκε να διαφέρει με την κλίμακα AUDIT ( $p\text{-value}<0,05$ ). Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες φαίνεται να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από ότι οι γυναίκες (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας AUDIT και του φύλου			
Κλίμακα AUDIT	Φύλο		p-value
	Άνδρες	Γυναίκες	
	M.T±T.A	M.T±T.A	
	3,09±2,14	1,58±1,29	<b>0,001</b>

Σχετικά με την ηλικία και τη χρήση αλκοόλ δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ( $p\text{-value}>0,05$ ). Άρα, η ηλικία του νοσηλευτικού προσωπικού δεν συσχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας AUDIT και της ηλικίας		
Κλίμακα AUDIT	Spearman's rho p-value	Ηλικία

Από την ανάλυση της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με την κατανάλωση αλκοόλ ( $p\text{-value}>0,05$ ).

Δηλαδή, η χρήση αλκοόλ δεν διαφέρει στους έγγαμους, στους άγαμους ή σε αυτούς που έχουν άλλη οικογενειακή κατάσταση (Πίνακας 9).

<b>Πίνακας 9: Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας AUDIT και της οικογενειακής κατάστασης</b>				
<b>Κλίμακα AUDIT</b>	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			<b>p-value</b>
	<b>Έγγαμος</b>	<b>Άγαμος</b>	<b>Άλλο</b>	
	<b>M.T±T.A</b>	<b>M.T±T.A</b>	<b>M.T±T.A</b>	
	1,80±1,57	2,21±1,64	1,25±1,22	0,155

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στον κλάδο που ανήκουν οι εργαζόμενοι και στη κλίμακα AUDIT ( $p\text{-value}<0,05$ ). Από τις πολλαπλές συγκρίσεις φάνηκε πως, οι νοσηλευτές που ανήκαν στον κλάδο ΤΕ διέφεραν από τους νοσηλευτές ΠΕ και ΔΕ σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ. Αναλυτικότερα, οι ΤΕ νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλότερη χρήση αλκοόλ από τους ΔΕ και ΠΕ νοσηλευτές (Πίνακας 10).

<b>Πίνακας 10: Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας AUDIT και του κλάδου</b>				
<b>Κλίμακα AUDIT</b>	<b>Κλάδος</b>			<b>p-value</b>
	<b>ΠΕ</b>	<b>ΤΕ</b>	<b>ΔΕ</b>	
	<b>M.T±T.A</b>	<b>M.T±T.A</b>	<b>M.T±T.A</b>	
	0,71±0,49	2,10±1,47	1,47±1,75	<b>0,002</b>

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη θέση εργασίας που ανήκουν οι νοσηλευτές και στη κλίμακα AUDIT ( $p\text{-value}>0,05$ ). Επομένως, η χρήση αλκοόλ δεν διαφέρει στα άτομα που κατέχουν θέση προϊστάμενου και σε αυτούς που έχουν άλλη θέση εργασίας (Πίνακας 11).

<b>Πίνακας 11: Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας AUDIT και της θέσης εργασίας</b>			
<b>Κλίμακα AUDIT</b>	<b>Θέση εργασίας</b>		<b>p-value</b>
	<b>Προϊστάμενος</b>	<b>Άλλο</b>	
	<b>M.T±T.A</b>	<b>M.T±T.A</b>	
	1,69±1,80	1,85±1,55	0,430

Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα έτη προϋπηρεσίας και στη χρήση αλκοόλ ( $p\text{-value}>0,05$ ). Άρα, τα έτη προϋπηρεσίας του νοσηλευτικού προσωπικού δεν συσχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ (Πίνακας 12).

**Πίνακας 12:** Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας AUDIT και των ετών προϋπηρεσίας

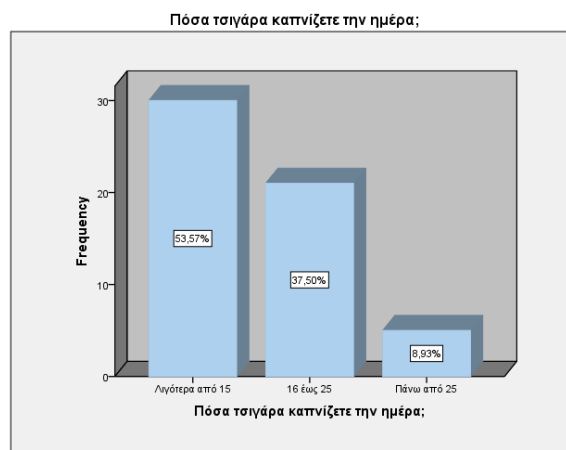
Κλίμακα AUDIT	Spearman's rho p-value	Έτη προϋπηρεσίας
		-0,072 0,415

## 5.5 ΚΛΙΜΑΚΑ FAGERSTROM

Από τους 129 νοσηλευτές οι 56 ήταν καπνιστές. Επομένως για την ανάλυση της κλίμακας Fagerstrom θα χρησιμοποιηθεί το δείγμα των 56 νοσηλευτών. Ακολουθούν τα ποσοστά των απαντήσεων για κάθε ερώτηση της κλίμακας.

**Ερώτηση 1:** Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

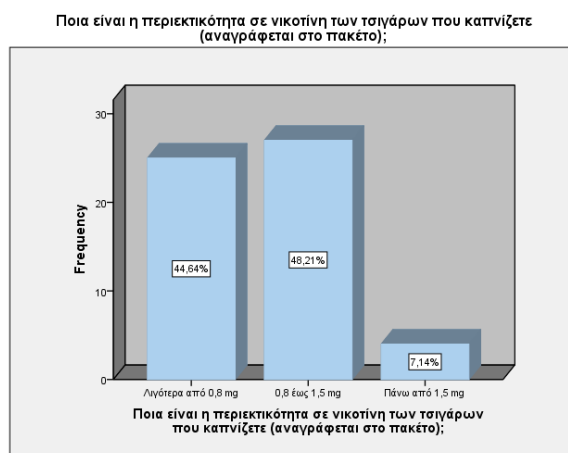
Σχετικά με την ερώτηση που αφορά τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν οι νοσηλευτές, φάνηκε πως το 53,57% (n=30) καπνίζει λιγότερα από 15 τσιγάρα ημερησίως, το 37,50% (n=21) καπνίζει από 16 έως 25 τσιγάρα και το 8,93% (n=5) καπνίζει πάνω από 25 τσιγάρα.



**Ερώτηση 2:** Ποια είναι η περιεκτικότητα σε νικοτίνη των τσιγάρων που καπνίζετε (αναγράφεται στο πακέτο);

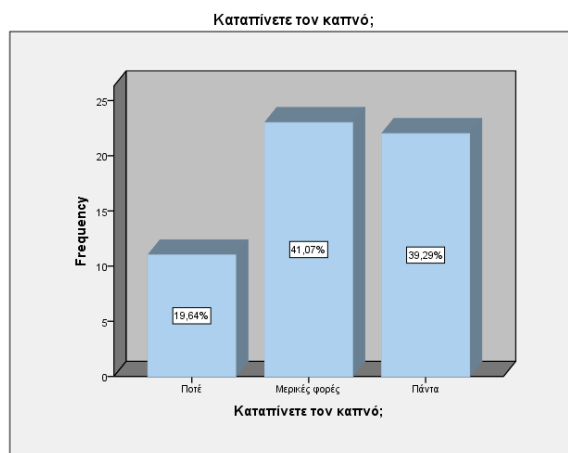
Ως προς την περιεκτικότητα σε νικοτίνη, το 48,21% (n=27) των συμμετεχόντων δήλωσε πως τα τσιγάρα που καπνίζει περιέχουν από 0,8 έως 1,5 mg νικοτίνη, το

44,64% (n=25) δήλωσε πως περιέχουν λιγότερο από 0,8 mg και το 7,14% (n=4) δήλωσε πως περιέχουν πάνω από 1,5 mg.



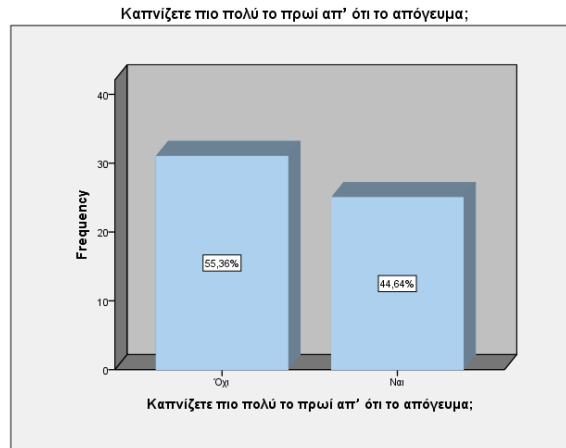
**Ερώτηση 3:** Καταπίνετε τον καπνό;

Το 41,07% (n=23) απάντησε πως μερικές φορές καταπίνει τον καπνό, το 39,29% (n=22) απάντησε πως τον καταπίνει πάντα και το 19,64% (n=11) απάντησε πως δεν τον καταπίνει ποτέ.



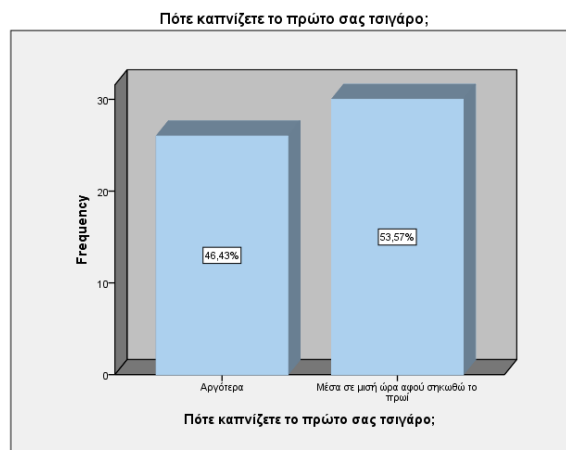
**Ερώτηση 4:** Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα;

Το 55,36% (n=31) των καπνιστών απάντησε πως δεν καπνίζει πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα ενώ το 44,64% (n=25) απάντησε πως καπνίζει πιο πολύ το πρωί.



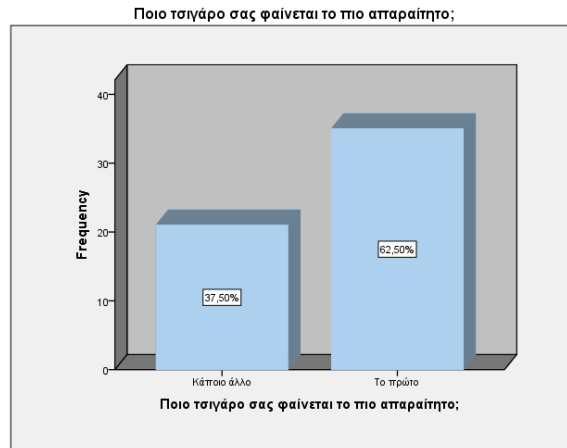
**Ερώτηση 5:** Πότε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

Φάνηκε πως το πρώτο τσιγάρο το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (53,57%, n=30) το καπνίζει μέσα σε μισή ώρα αφού σηκωθεί από το κρεβάτι, ενώ οι υπόλοιποι (46,43%, n=26) αργότερα.



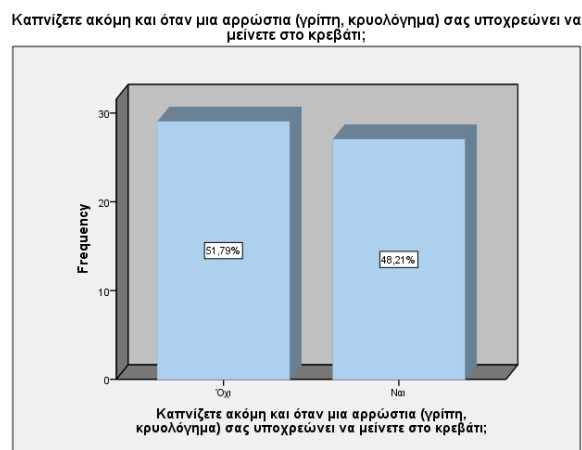
**Ερώτηση 6:** Ποιο τσιγάρο σας φαίνεται το πιο απαραίτητο;

Πιο απαραίτητο τσιγάρο για τους καπνιστές που συμμετείχαν στην μελέτη θεωρείται το πρώτο (62,50%, n=35), ενώ υπήρχαν και κάποια άτομα (37,50%, n=21), που θεωρούν πως το πιο σημαντικό είναι κάποιο άλλο.



**Ερώτηση 7:** Καπνίζετε ακόμη και όταν μια αρρώστια (γρίπη, κρυολόγημα) σας υποχρεώνει να μείνετε στο κρεβάτι;

Το 51,79% (n=29) απάντησε πως καπνίζει ακόμη και όταν μια αρρώστια (γρίπη, κρυολόγημα) τους υποχρεώνει να μείνουν στο κρεβάτι, ενώ το 48,21% (n=27) απάντησε πως δεν καπνίζει όταν είναι άρρωστοι.

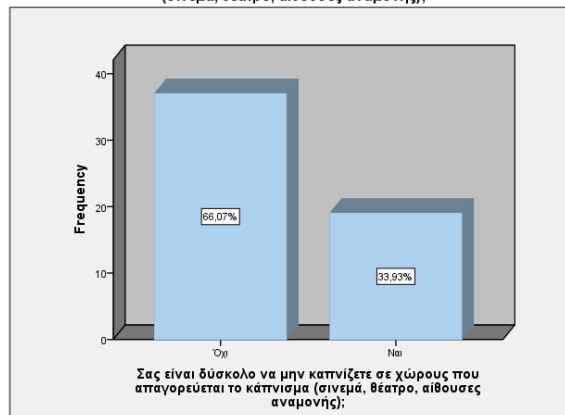


**Ερώτηση 8:** Σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα (σινεμά, θέατρο, αίθουσες αναμονής);

Τέλος, το 66,07% (n=37) θεωρεί πως του είναι δύσκολο να μην καπνίζει σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα (σινεμά, θέατρο, αίθουσες αναμονής) ενώ το 33,93% (n=19) πιστεύει το αντίθετο.



Σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα (σινεμά, θέατρο, αίθουσες αναμονής);



Από την ανάλυση της κλίμακας Fagerstrom φάνηκε πως 21 (37,5%) άτομα είναι καπνιστές καθόλου ή λίγο εξαρτημένοι από τη νικοτίνη, 13 (23,2%) άτομα είναι μέτρια εξαρτημένοι, 15 (26,8%) άτομα είναι ισχυρά εξαρτημένοι και 7 (12,5%) άτομα είναι πολύ ισχυρά εξαρτημένοι. Η μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας Fagerstrom υπολογίστηκε ίση με 5,34 υποδηλώνοντας μέτρια εξάρτηση του συνολικού δείγματος από τη νικοτίνη (Πίνακας 13).

**Πίνακας 13:** Συνολική βαθμολογία Fagerstrom των συμμετεχόντων

	<b>% (n)</b>
Καθόλου ή λίγο εξαρτημένος (0-4)	37,5% (21)
Μέτρια εξαρτημένος (5-6)	23,2% (13)
Ισχυρά εξαρτημένος (7-8)	26,8% (15)
Πολύ ισχυρά εξαρτημένος (από 9 και άνω)	12,5% (7)
	<b>M.T±T.A</b>
Συνολική βαθμολογία Κλίμακας Fagerstrom	5,34±2,78

## 5.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ-ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ FAGERSTROM

Από την σύγκριση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ της κλίμακας Fagerstrom και του νοσοκομείου που εργαζόταν το νοσηλευτικό προσωπικό που έλαβε μέρος στη μελέτη, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p\text{-value}<0,05$ ). Ειδικότερα, η εξάρτηση από την νικοτίνη φαίνεται να είναι υψηλότερη στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο ΓΝ Κορίνθου από ότι στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς (Πίνακας 14).

**Πίνακας 14:** Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας Fagerstrom και του Νοσοκομείου

Κλίμακα Fagerstrom	Νοσοκομείο		p-value
	ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς	ΓΝ Κορίνθου	
	M.T±T.A	M.T±T.A	
	4,78±2,86	6,35±2,37	<b>0,041</b>

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της κλίμακας Fagerstrom και του φύλου ( $p\text{-value}>0,05$ ). Επομένως, η εξάρτηση από την νικοτίνη δεν διαφέρει στους άνδρες και στις γυναίκες (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15:** Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας Fagerstrom και του φύλου

Κλίμακα Fagerstrom	Φύλο		p-value
	Άνδρες	Γυναίκες	
	M.T±T.A	M.T±T.A	
	3,86±1,77	5,55±2,84	0,090

Ανάμεσα στην ηλικία και την εξάρτηση από την νικοτίνη δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ( $p\text{-value}>0,05$ ). Άρα, η ηλικία του νοσηλευτικού προσωπικού δεν συσχετίζεται με την εξάρτηση του από την νικοτίνη (Πίνακας 16).

**Πίνακας 16:** Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Fagerstrom και της ηλικίας

Κλίμακα Fagerstrom	Spearman's rho p-value	Ηλικία
		0,096 0,482

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση και την κλίμακα Fagerstrom δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p\text{-value}>0,05$ ). Οπότε, η εξάρτηση

από την νικοτίνη δεν διαφέρει στους έγγαμους, στους άγαμους και σε αυτούς που έχουν άλλη οικογενειακή κατάσταση (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17:** Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας Fagerstrom και της οικογενειακής κατάστασης

Κλίμακα Fagerstrom	Οικογενειακή κατάσταση			p-value
	Έγγαμος M.T±T.A	Άγαμος M.T±T.A	Άλλο M.T±T.A	
	4,97±2,66	6,46±3,13	5,14±2,55	0,252

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στον κλάδο που ανήκει το νοσηλευτικό προσωπικό και την κλίμακα Fagerstrom (p-value>0,05). Δηλαδή, η εξάρτηση από την νικοτίνη δεν διαφέρει στους νοσηλευτές ΤΕ και ΔΕ (Πίνακας 18).

**Πίνακας 18:** Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας Fagerstrom και του κλάδου

Κλίμακα Fagerstrom	Κλάδος		p-value
	ΤΕ M.T±T.A	ΔΕ M.T±T.A	
	5,64±2,74	4,91±2,91	0,351

Από την ανάλυση των μεταβλητών θέση εργασίας και κλίμακα Fagerstrom δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (p-value>0,05). Οπότε η εξάρτηση από την νικοτίνη δεν διαφέρει στους νοσηλευτές που είναι προϊστάμενοι και στους νοσηλευτές που κατέχουν άλλες θέσεις (Πίνακας 19).

**Πίνακας 19:** Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας Fagerstrom και της θέσης εργασίας

Κλίμακα Fagerstrom	Θέση εργασίας		p-value
	Προϊστάμενος M.T±T.A	Άλλο M.T±T.A	
	5,17±4,22	5,36±2,62	0,358

Τέλος, τα έτη προϋπηρεσίας του νοσηλευτικού προσωπικού δεν φάνηκαν να συσχετίζονται με την εξάρτηση από την νικοτίνη (p-value>0,05) (Πίνακας 20).

**Πίνακας 20:** Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Fagerstrom και των ετών προϋπηρεσίας

Κλίμακα Fagerstrom	Spearman's rho p-value	Έτη προϋπηρεσίας
		0,115 0,400

## 5.7 ΚΛΙΜΑΚΑ ENSS

Σχετικά με τον παράγοντα «Επαφή με θάνατο» το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων υποστήριξε πως η «Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς» (41,1%) και το «Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση βελτίωσης τους ασθενούς» (38,8%) αποτελούν αρκετά στρεσογόνα γεγονότα. Ως εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα οι συμμετέχοντες ανέδειξαν «Το να ακούν ή να συνομιλούν με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατο» (30,2%), «Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο είχαν αναπτύξει μια κοντινή σχέση» (41,1%) και «Το να βλέπουν έναν ασθενή να υποφέρει» (40,3%). Η μέση τιμή του παράγοντα «Επαφή με θάνατο» υπολογίστηκε 18,69 (Πίνακας 21).

**Πίνακας 21:** Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων για τον παράγοντα «Επαφή με θάνατο»

Ερωτήσεις	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
1.Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς.	3,1%	9,3%	41,1%	39,5%	7%
10.Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση βελτίωσης τους ασθενούς.	14,7%	7,8%	38,8%	26,4%	12,4%
19.Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατο.	10,1%	10,1%	20,2%	30,2%	29,5%
29.Ο θάνατος ενός ασθενούς.	3,9%	7%	25,6%	29,5%	34,1%
39.Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση.	8,5%	3,9%	14,7%	41,1%	31,8%
49.Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.	14%	5,4%	8,5%	26,4%	45,7%
55.Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει.	1,6%	4,7%	16,3%	40,3%	37,2%
			<b>M.T±T.A</b>		
Επαφή με το θάνατο			18,69±5,53		

Οι συμμετέχοντες θεωρούν πως και οι τρεις ερωτήσεις του παράγοντα «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους» αποτελούν αρκετά στρεσογόνα γεγονότα. Πιο συγκεκριμένα, το «Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς» αποτελεί στρεσογόνο γεγονός για το 43,4%, οι «Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση» αποτελεί στρεσογόνο γεγονός για το 35,7% και το «Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός

ασθενούς» αποτελεί για το 39,5%. Ο μέσος όρος των βαθμολογιών στις απαντήσεις των ερωτήσεων που αναφέρονται στον παράγοντα «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους» ισούται με 6,44 (Πίνακας 22).

**Πίνακας 22:** Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων για τον παράγοντα «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους»

Ερωτήσεις	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
3. Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς.	12,4%	10,9%	43,4%	28,7%	4,7%
12. Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση.	7,8%	14%	35,7%	34,9%	7,8%
21. Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς.	7,8%	10,9%	39,5%	36,4%	5,4%
			<b>M.T±T.A</b>		
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους			6,44±2,35		

Ως προς τον παράγοντα «Διακρίσεις στο χώρο εργασίας» οι συμμετέχοντες δεν θεωρούν καθόλου στρεσογόνα την «Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας» (34,9%), το «Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας» (48,8%) και το «Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου» (50,4%). Η μέση τιμή του συγκεκριμένου παράγοντα ισούται με 4,26 (Πίνακας 23).

**Πίνακας 23:** Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων για τον παράγοντα «Διακρίσεις στο χώρο εργασίας»

Ερωτήσεις	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
9. Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας.	34,9%	14%	9,3%	17,1%	24,8%
18. Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.	48,8%	16,3%	11,6%	11,6%	11,6%
28. Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.	50,4%	14,7%	8,5%	15,5%	10,9%

Όσον αφορά το παράγοντα «Φόρτος εργασίας» οι συμμετέχοντες θεωρούν πως ο «Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών» (41,1%), ο «Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη αναγκών των οικογενειών των ασθενών» (38,8%) και οι «Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης» (31%) αποτελούν αρκετά στρεσογόνα γεγονότα. Ενώ, ο «Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και το ασταθές πρόγραμμα» (41,1%), ο «Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων» (43,4%) και η «Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου» (31,8%) αποτελούν εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα. Σχετικά με την «Υπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμμα» το 25,6% θεωρούν πως είναι αρκετά/εξαιρετικά στρεσογόνο γεγονός. Η μέση τιμή του παράγοντα ισούται με 21,84 (Πίνακας 24).

**Πίνακας 24:** Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων για τον παράγοντα «Φόρτος εργασίας»

Ερωτήσεις	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
15.Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα.	10,1%	3,9%	14%	41,1%	31%
25.Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών.	7,8%	12,3%	41,1%	29,5%	8,5%
34.Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων.	13,2%	6,2%	20,2%	43,4%	17,1%
43. Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου.	11,6%	7,8%	24,8%	31,8%	24%
44.Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.	3,1%	4,7%	15,5%	37,2%	39,5%
47.Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη αναγκών των οικογενειών των ασθενών.	11,6%	14%	38,8%	27,9%	7,8%
53.Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.	20,2%	24%	31%	18,6%	6,2%
57.Υπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμμα σας.	17,1%	12,4%	25,6%	25,6%	19,4%
59.Λήψη αποφάσεων υπό πίεση.	2,3%	6,2%	19,4%	35,7%	36,4%
			<b>M.T±T.A</b>		
Φόρτος εργασίας			21,84±6,82		

Ως εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα για τον παράγοντα «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα» οι νοσηλευτές θεώρησαν την «Ανεπαρκή ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τον ιατρό» (38%), το «Φόβο για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των ασθενών» (38%), το «Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντα τους» (24%), το «Να μην γνωρίζουν τι πρέπει να πουν για την κατάσταση της υγείας και της θεραπείας ενός ασθενούς τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένεια του» (33,3%) και την «Αβεβαιότητα που αφορά στην λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων» (34,1%). Η μέση τιμή του παραπάνω παράγοντα υπολογίστηκε ίση με 22,75 (Πίνακας 25).

**Πίνακας 25:** Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων για τον παράγοντα «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα»

Ερωτήσεις	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
7.Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τον ιατρό.	7,8%	7,8%	32,6%	38%	14%
16.Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.	18,6%	6,2%	14%	27,1%	34,1%
20.Φόβος για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των ασθενών.	8,5%	3,1%	25,6%	38%	24,8%
26.Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό.	10,9%	3,1%	10,1%	22,5%	53,5%
31.Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντα σας.	28,7%	11,6%	21,7%	24%	14%
35.Το να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την κατάσταση της υγείας και της θεραπείας ενός ασθενούς τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένεια του.	14,7%	9,3%	24,8%	33,3%	17,8%
38.Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια σας.	1,6%	3,9%	14%	32,6%	48,1%
41.Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.	24%	7%	13,2%	24%	31,8%
45.Αβεβαιότητα που αφορά στην λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων.	10,9%	11,6%	23,3%	34,1%	20,2%
			<b>M.T±T.A</b>		
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα			22,75±7,65		

Τα αρκετά στρεσογόνα γεγονότα του παράγοντα «Διαμάχη με τους γιατρούς» σύμφωνα με τους νοσηλευτές που έλαβαν μέρος στη μελέτη είναι η «Κριτική από έναν γιατρό»(37,2%) και η «Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός

ασθενούς» (39,5%). Η «Διαμάχη με έναν γιατρό» (38%) αποτελεί εξαιρετικά στρεσογόνο γεγονός για τους νοσηλευτές. Αξίζει να σημειωθεί πως το «Να πρέπει να οργανώσουν τη δουλειά των γιατρών» αποτελεί για το 27,1% εξαιρετικά στρεσογόνο γεγονός αλλά και ένα ίδιο ποσοστό απάντησε πως κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Η μέση τιμή του παράγοντα «Διαμάχη με τους γιατρούς» ισούται με 12,00 (Πίνακας 26).

**Πίνακας 26:** Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων για τον παράγοντα «Διαμάχη με τους γιατρούς»

Ερωτήσεις	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
2.Κριτική από έναν γιατρό.	4,7%	14,7%	37,2%	35,7%	7,8%
11.Διαμάχη με έναν γιατρό.	9,3%	8,5%	21,7%	38%	22,5%
30.Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς.	17,8%	13,2%	39,5%	24%	5,4%
40.Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας του γιατρού.	9,3%	3,1%	17,8%	31,8%	38%
50.Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών.	13,2%	10,1%	22,5%	27,1%	27,1%
			<b>M.T±T.A</b>		
Διαμάχη με τους γιατρούς			12,00±4,03		

Η «Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες» (36,4%), η «Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας» (39,5%) και η «Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν την εξωτερίκευση των αρνητικών τους συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους τους» (33,3%) αποτελούν αρκετά στρεσογόνα γεγονότα του παράγοντα «Προβλήματα με τους συναδέλφους» για τους νοσηλευτές. Ακόμη, η «Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο άμεσο εργασιακό περιβάλλον» (36,4%) και η «Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο έμμεσο εργασιακό περιβάλλον» (29,5%) αποτελούν εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα. Η μέση τιμή του παράγοντα «Προβλήματα με τους συναδέλφους» ισούται με 11,12 (Πίνακας 27).



**Πίνακας 27:** Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων για τον παράγοντα «Προβλήματα με τους συναδέλφους»

Ερωτήσεις	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
4.Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες.	10,1%	23,3%	36,4%	27,1%	3,1%
13.Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.	17,1%	23,3%	39,5%	18,6%	1,6%
22.Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν την εξωτερικευση των αρνητικών σας συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους σου.	20,2%	16,3%	33,3%	22,5%	7,8%
23.Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	10,9%	10,9%	20,2%	36,4%	21,7%
24.Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	15,5%	14%	26,4%	29,5%	14,7%
52.Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου.	46,5%	14%	24%	9,3%	6,2%
			<b>M.T±T.A</b>		
Προβλήματα με τους συναδέλφους			11,12±4,77		

Σχετικά με τον παράγοντα «Προβλήματα με τους προϊστάμενους» εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα θεωρήθηκαν σύμφωνα με τους ερωτώμενους η «Κριτική από έναν προϊστάμενο» (31,8%), η «Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού» (34,9%) και η «Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου» (30,2%). Η μέση τιμή του παράγοντα «Προβλήματα με τους προϊστάμενους» ισούται με 17,88 (Πίνακας 28).

**Πίνακας 28:** Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων για τον παράγοντα «Προβλήματα με τους προϊστάμενους»

Ερωτήσεις	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
5.Διαμάχη με έναν προϊστάμενο.	7%	7,8%	18,6%	31,8%	34,9%
32.Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενο σας.	24%	7,8%	24%	18,6%	25,6%

33.Κριτική από έναν προϊστάμενο.	7%	10,9%	27,9%	31,8%	22,5%
42.Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού.	14%	8,5%	17,1%	34,9%	25,6%
48.Να θεωρήστε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να έχετε υπό έλεγχο.	8,5%	4,7%	18,6%	33,3%	34,9%
51.Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου.	13,2%	8,5%	22,5%	30,2%	25,6%
56.Κριτική από την νοσηλευτική διοίκηση.	8,5%	7%	25,6%	28,7%	30,2%
				<b>M.T±T.A</b>	
Προβλήματα με τους προϊσταμένους				17,88±6,87	

Για τον παράγοντα «Ασθενείς και οι συγγενείς τους» εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα αποτελούν οι «Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς» (36,4%), οι «Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς» (34,9%), η «Ευθύνη του να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσετε τις οικογένειες των ασθενών» (37,2%), η «Αντιμέτωπιση βίαιων ασθενών» (38,8%), η «Αντιμέτωπιση υβριστικών ασθενών» (38%), η «Αντιμέτωπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών» (35,7%) και ο «Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος» (24,8%). Τέλος, η μέση τιμή του παράγοντα «Ασθενείς και οι συγγενείς τους» ισούται με 20,54 (Πίνακας 29).

**Πίνακας 29:** Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων για τον παράγοντα «Ασθενείς και οι συγγενείς τους»

Ερωτήσεις	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
8.Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς.	4,7%	12,4%	27,1%	36,4%	19,4%
17.Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς.	8,5%	7%	28,7%	34,9%	20,9%
27.Το να κατηγορήσετε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.	13,2%	7%	14%	24,8%	41,1%
36.Η ευθύνη του να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσετε τις οικογένειες των ασθενών.	12,4%	4,7%	19,4%	37,2%	26,4%
37.Αντιμέτωπιση βίαιων ασθενών.	5,4%	5,4%	14,7%	38,8%	35,7%
46.Αντιμέτωπιση υβριστικών ασθενών.	3,9%	12,4%	26,4%	38%	19,4%
54.Αντιμέτωπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών.	10,9%	9,3%	26,4%	35,7%	17,8%
58.Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος.	15,5%	14%	24%	24,8%	21,7%
				<b>M.T±T.A</b>	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους				20,54±6,58	

Πριν προχωρήσουμε σε περαιτέρω αναλύσεις κρίνεται απαραίτητο να ελεγχθεί η αξιοπιστία των παραγόντων της κλίμακας ENSS. Παρατηρούμε πως όλοι σχεδόν οι παράγοντες παρουσιάζουν καλή αξιοπιστία. Ο μόνος παράγοντας που παρουσιάζει αμφισβητήσιμη αξιοπιστία είναι ο παράγοντας «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους». Πραγματοποιήθηκαν προσπάθειες βελτίωσης της εσωτερικής συνοχής του συγκεκριμένου παράγοντα με αφαίρεση κάποιων εκ των ερωτήσεων χωρίς όμως τελικά να βελτιώνεται η εσωτερική συνοχή. Συνεπώς θα χρησιμοποιηθεί όπως αναφέρθηκε παραπάνω (Πίνακας 30).

<b>Πίνακας 30: Συντελεστής Cronbach's Alpha για τους παράγοντες του ENSS</b>	
<b>Παράγοντας</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>
Επαφή με το θάνατο	0,181
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	0,651
Διακρίσεις στο χώρο εργασίας	0,781
Φόρτος εργασίας	0,834
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	0,839
Διαμάχη με τους γιατρούς	0,721
Προβλήματα με τους συναδέλφους	0,759
Προβλήματα με τους προϊσταμένους	0,882
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	0,840

## **5.8 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ-ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ENSS**

Από την ανάλυση των παραγόντων της κλίμακας ENSS, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των παραγόντων «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «Διαμάχη με τους γιατρούς», «Προβλήματα με τους συναδέλφους» και «Ασθενείς και οι συγγενείς τους» και του νοσοκομείου που εργαζόταν το νοσηλευτικό προσωπικό που έλαβε μέρος στη μελέτη ( $p\text{-value}<0,05$ ). Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό που ανήκε στο νοσοκομείο ΓΝ Κορίνθου παρουσίασε υψηλότερο εργασιακό στρες στους παραπάνω παράγοντες σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς (Πίνακας 31).

Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το νοσοκομείο που εργαζόταν το νοσηλευτικό προσωπικό ( $p\text{-value}>0,05$ ).

**Πίνακας 31:** Συγκρίσεις μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας ENSS και του Νοσοκομείου

Παράγοντας	Νοσοκομείο		p-value
	ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς Μ.Τ±Τ.Α	ΓΝ Κορίνθου Μ.Τ±Τ.Α	
Επαφή με το θάνατο	17,87±5,70	19,69±5,17	0,061
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	6,30±2,54	6,62±2,10	0,550
Διακρίσεις στο χώρο εργασίας	3,65±3,46	5,00±4,06	0,084
Φόρτος εργασίας	21,23±7,19	22,60±6,32	0,404
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	21,44±8,12	24,36±6,75	<b>0,039</b>
Διαμάχη με τους γιατρούς	10,97±4,17	13,26±3,50	<b>0,001</b>
Προβλήματα με τους συναδέλφους	10,24±4,75	12,19±4,62	<b>0,020</b>
Προβλήματα με τους προϊσταμένους	17,11±7,01	18,83±6,64	0,144
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	19,42±6,70	21,91±6,21	<b>0,016</b>

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του φύλου των συμμετεχόντων και των παραγόντων «Διακρίσεις στο χώρο εργασίας» και «Προβλήματα με τους συναδέλφους» ( $p\text{-value}>0,05$ ).

Αντίθετα, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του φύλου των συμμετεχόντων και των παραγόντων «Επαφή με τον θάνατο», «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους», «Φόρτος εργασίας», «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «Διαμάχη με τους γιατρούς», «Προβλήματα με τους προϊσταμένους» και «Ασθενείς και οι συγγενείς τους» ( $p\text{-value}<0,05$ ). Αναλυτικότερα, οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερο εργασιακό στρες στους παραπάνω παράγοντες σε σχέση με τους άνδρες (Πίνακας 32).

**Πίνακας 32:** Συγκρίσεις μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας ENSS και του φύλου

Παράγοντας	Φύλο		p-value
	Ανδρες M.T±T.A	Γυναίκες M.T±T.A	
Επαφή με το θάνατο	16,27±6,04	19,19±5,31	<b>0,021</b>
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	5,14±2,70	6,71±2,19	<b>0,016</b>
Διακρίσεις στο χώρο εργασίας	3,14±3,24	4,49±3,86	0,155
Φόρτος εργασίας	18,73±7,15	22,49±6,61	<b>0,013</b>
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	19,86±8,18	23,35±7,44	<b>0,049</b>
Διαμάχη με τους γιατρούς	9,95±3,91	12,42±3,94	<b>0,010</b>
Προβλήματα με τους συναδέλφους	11,27±5,83	11,08±4,56	0,758
Προβλήματα με τους προϊσταμένους	12,91±6,99	18,91±6,41	<b>&lt;0,001</b>
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	16,05±7,26	21,47±6,06	<b>0,001</b>

Η ηλικία των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται πολύ ελαφριά με τους παράγοντες «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα» και «Προβλήματα με τους συναδέλφους» (p-value<0,05).

Αντίθετα, οι υπόλοιποι παράγοντες δεν συσχετίζεται με την ηλικία των συμμετεχόντων (p-value>0,05) (Πίνακας 33).

**Πίνακας 33:** Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας ENSS και της ηλικίας

Παράγοντας	Ηλικία	
	Spearman's rho	p-value
Επαφή με το θάνατο	-0,041	0,648
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	-0,052	0,559
Διακρίσεις στο χώρο εργασίας	-0,076	0,394
Φόρτος εργασίας	-0,035	0,690
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	-0,185	<b>0,036</b>
Διαμάχη με τους γιατρούς	-0,068	0,444
Προβλήματα με τους συναδέλφους	-0,178	<b>0,043</b>
Προβλήματα με τους προϊσταμένους	-0,002	

	<b>p-value</b>	0,981
	<b>Spearman's rho</b>	-0,035
<b>Ασθενείς και οι συγγενείς τους</b>	<b>p-value</b>	0,692

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού και στους παράγοντες της κλίμακας ENSS ( $p\text{-value}>0,05$ ). Συνεπώς, το εργασιακό στρες δεν διαφέρει στους έγγαμους, στους άγαμους και σε αυτούς που έχουν άλλη οικογενειακή κατάσταση (Πίνακας 34).

**Πίνακας 34:** Συγκρίσεις μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας ENSS και της οικογενειακής κατάστασης

Παράγοντας	Οικογενειακή κατάσταση			p-value
	Έγγαμος M.T±T.A	Άγαμος M.T±T.A	Άλλο M.T±T.A	
Επαφή με το θάνατο	18,90±5,38	18,25±6,13	18,17±5,52	0,900
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	6,49±2,24	6,14±2,58	6,75±2,70	0,685
Διακρίσεις στο χώρο εργασίας	4,00±3,71	5,18±3,94	4,00±3,98	0,387
Φόρτος εργασίας	22,40±6,54	20,29±7,42	21,33±7,38	0,426
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	22,81±7,31	23,86±7,73	19,75±9,68	0,268
Διαμάχη με τους γιατρούς	12,08±4,00	12,46±4,07	10,33±4,10	0,265
Προβλήματα με τους συναδέλφους	11,17±4,68	10,96±5,24	11,08±4,70	0,926
Προβλήματα με τους προϊσταμένους	18,03±6,78	17,14±8,10	18,50±4,30	0,943
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	20,94±6,17	20,32±7,20	18,08±7,98	0,467

Σχετικά με τον κλάδο που ανήκει το νοσηλευτικό προσωπικό δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους παράγοντες της κλίμακας ENSS ( $p\text{-value}>0,05$ ). Δηλαδή, το εργασιακό στρες δεν διαφέρει στους νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ (Πίνακας 35).

**Πίνακας 35:** Συγκρίσεις μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας ENSS και του κλάδου

Παράγοντας	Κλάδος			p-value
	ΠΕ M.T±T.A	ΤΕ M.T±T.A	ΔΕ M.T±T.A	
Επαφή με το θάνατο	21,29±5,47	19,04±5,26	17,45±5,96	0,173
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των	7,86±2,27	6,39±2,30	6,29±2,44	0,258

συγγενών τους				
Διακρίσεις στο χώρο εργασίας	5,43±5,06	4,06±3,64	4,47±3,91	0,693
Φόρτος εργασίας	22,43±8,94	22,31±5,74	20,71±8,49	0,748
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	26,14±7,84	22,95±6,81	21,68±9,22	0,480
Διαμάχη με τους γιατρούς	13,71±3,15	12,12±3,40	11,42±5,27	0,483
Προβλήματα με τους συναδέλφους	13,00±4,83	11,14±4,28	10,71±5,76	0,508
Προβλήματα με τους προϊσταμένους	20,14±7,08	18,23±6,05	16,71±8,40	0,519
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	23,57±6,85	20,37±5,91	20,37±7,86	0,460

Από την ανάλυση των μεταβλητών θέση εργασίας και των παραγόντων της κλίμακας ENSS δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p\text{-value}>0,05$ ). Οπότε το εργασιακό στρες δεν διαφέρει στους νοσηλευτές που είναι προϊστάμενοι και στους νοσηλευτές που κατέχουν άλλες θέσεις (Πίνακας 36).

**Πίνακας 36:** Συγκρίσεις μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας ENSS και της θέσης εργασίας

Παράγοντας	Θέση εργασίας		p-value
	Προϊστάμενος M.T±T.A	Άλλο M.T±T.A	
Επαφή με το θάνατο	19,92±5,60	18,55±5,53	0,317
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	7,15±2,51	6,36±2,33	0,174
Διακρίσεις στο χώρο εργασίας	4,46±4,03	4,23±3,77	0,818
Φόρτος εργασίας	23,54±6,49	21,66±6,86	0,193
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	22,00±9,03	22,84±7,52	0,784
Διαμάχη με τους γιατρούς	12,85±4,10	11,91±4,03	0,313
Προβλήματα με τους συναδέλφους	11,92±4,27	11,03±4,83	0,522
Προβλήματα με τους προϊσταμένους	19,92±5,90	17,66±6,96	0,266
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	21,08±7,30	20,48±6,53	0,666

Τέλος, τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται πολύ ελαφριά με τον παράγοντα «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα» ( $p\text{-value}<0,05$ ).

Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν φάνηκαν να συσχετίζεται με τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων ( $p\text{-value}>0,05$ ) (Πίνακας 37).

**Πίνακας 37:** Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας ENSS και των ετών προϋπηρεσίας

Παράγοντας	Έτη προϋπηρεσίας	
		Spearman's rho
Επαφή με το θάνατο		-0,015
	p-value	0,865
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους	Spearman's rho	-0,099
	p-value	0,266
Διακρίσεις στο χώρο εργασίας	Spearman's rho	-0,064
	p-value	0,471
Φόρτος εργασίας	Spearman's rho	0,024
	p-value	0,785
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Spearman's rho	-0,185
	p-value	<b>0,036</b>
Διαμάχη με τους γιατρούς	Spearman's rho	-0,010
	p-value	0,909
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Spearman's rho	-0,139
	p-value	0,116
Προβλήματα με τους προϊσταμένους	Spearman's rho	0,056
	p-value	0,528
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Spearman's rho	-0,042
	p-value	0,633



## 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 6.1 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΚΑΙ ΓΝΑ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

Από τους 129 συμμετέχοντες οι 71 (55%) ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝΑ Γ. Γεννηματά ενώ οι 58 (45%) στο ΓΝ Κορίνθου. Το 82,9% (n=107) των ατόμων που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν γυναίκες ενώ το 17,1% (n=22) άνδρες. Ως προς τον κλάδο στον οποίο ανήκει το νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρήθηκε πως το 65,1% (n=84) ήταν Τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 29,5% (n=38) Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 5,4% (n=7) Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 43,46 χρόνια και η μέση προϋπηρεσία ήταν 19,16 έτη.

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στα δύο Νοσοκομεία δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του Νοσοκομείου και του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, του κλάδου και της θέσης εργασίας των συμμετεχόντων (p-value>0,05).

Από τη συνολική μέση βαθμολογία της κλίμακας AUDIT (M.T=1,84) για το σύνολο των συμμετεχόντων παρατηρούμε πως το νοσηλευτικό προσωπικό πίνει λιγότερο από το όριο ασφαλείας. Η χρήση αλκοόλ δεν διαφέρει στους εργαζομένους σε κεντρικό και σε επαρχιακό νοσοκομείο (p-value>0,05). Αντίθετα, το φύλο των συμμετεχόντων φάνηκε να διαφέρει με την κλίμακα AUDIT (p-value<0,05). Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες φαίνεται να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από ότι οι γυναίκες. Συμπληρωματικά, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στον κλάδο που ανήκουν οι εργαζόμενοι και στη κλίμακα AUDIT (p-value<0,05). Αναλυτικότερα, οι ΤΕ νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλότερη χρήση αλκοόλ από τους ΔΕ και ΠΕ νοσηλευτές.

Από τους 129 νοσηλευτές οι 56 ήταν καπνιστές. Η εξάρτηση από την νικοτίνη φαίνεται να είναι υψηλότερη στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο ΓΝ Κορίνθου από ότι στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να αιτιολογηθεί λόγω του μεγαλύτερου φόρτου εργασίας ενός κεντρικού νοσοκομείου, επομένως είναι δεν είναι εφικτά τα συχνά διαλείμματα για αναζήτηση καπνού. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της

κλίμακας Fagerstrom και των φύλου, ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, κλάδου, θέσης εργασίας και ετών προϋπηρεσίας ( $p\text{-value}>0,05$ ).

Από την ανάλυση των παραγόντων της κλίμακας ENSS, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των παραγόντων «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «Διαμάχη με τους γιατρούς», «Προβλήματα με τους συναδέλφους» και «Ασθενείς και οι συγγενείς τους» και του νοσοκομείου που εργαζόταν το νοσηλευτικό προσωπικό που έλαβε μέρος στη μελέτη ( $p\text{-value}<0,05$ ). Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό που ανήκε στο νοσοκομείο ΓΝ Κορίνθου παρουσίασε υψηλότερο εργασιακό στρες στους παραπάνω παράγοντες σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς. Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το νοσοκομείο που εργαζόταν το νοσηλευτικό προσωπικό ( $p\text{-value}>0,05$ ).

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του φύλου των συμμετεχόντων και των παραγόντων «Επαφή με τον θάνατο», «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους», «Φόρτος εργασίας», «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «Διαμάχη με τους γιατρούς», «Προβλήματα με τους προϊστάμενους» και «Ασθενείς και οι συγγενείς τους» ( $p\text{-value}<0,05$ ). Αναλυτικότερα, οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερο εργασιακό στρες στους παραπάνω παράγοντες σε σχέση με τους άνδρες.

Η ηλικία των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται πολύ ελαφριά με τους παράγοντες «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα» και «Προβλήματα με τους συναδέλφους» ( $p\text{-value}<0,05$ ).

Το εργασιακό στρες δεν διαφέρει στους έγγαμους, στους άγαμους και σε αυτούς που έχουν άλλη οικογενειακή κατάσταση, ανάμεσα στους νοσηλευτές διαφορετικού κλάδου ούτε μεταξύ προϊστάμενων και λοιπών νοσηλευτών. Τέλος, τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται πολύ ελαφριά με τον παράγοντα «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα» ( $p\text{-value}<0,05$ ).

## 6.2 ΑΛΚΟΟΛ

Εργαζόμενοι νοσηλευτές σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά (53.7%) και καπνίζουν (11.2%) σε μεγάλο βαθμό, σύμφωνα με έρευνα στη Βραζιλία. Οι περισσότεροι από εκείνους που βιώνουν το σύνδρομο εξουθένωσης είναι οι γυναίκες, οι έγγαμοι και οι νέοι. Σύμφωνα με το AUDIT, το 71.4% των νοσηλευτών και το 50% των βοηθών νοσηλευτών πίνουν μέτριες ποσότητες, ενώ παράλληλα υπάρχει σύνδεση μεταξύ του συνδρόμου εξουθένωσης και του καπνίσματος. Το 14.3% επιδεικνύει ένα επικίνδυνο μοτίβο κατανάλωσης αλκοόλ και μόλις ένας νοσηλευτής δίνει σημεία πιθανής εξάρτησης (Fernandes et al, 2015).

Ενήλικες που επισκέφθηκαν δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με το γυναικείο φύλο να υπερτερεί, βρέθηκαν να παρουσιάζουν κατάθλιψη και περιστατικά κατάχρησης αλκοόλ. Ακριβέστερα, το ποσοστό κατάχρησης αλκοόλης αγγίζει το 7.3% με τους άνδρες να εμφανίζονται περισσότερο επιρρεπείς. Το 39.9% δηλώνει πως έχει καταναλώσει κάποιες φορές αλκοόλ στη ζωή του, ενώ το 29.6% σημειώνει κατανάλωση κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες (Luitel et al, 2018).

Στη Βορειοανατολική Πορτογαλία, ενήλικοι μαθητές βρέθηκαν να κάνουν επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ σε ποσοστό 8.7%. Ο μέσος όρος της κλίμακας AUDIT υπολογίστηκε  $3.53 \pm 4.525$ , με τους άνδρες να κάνουν μεγαλύτερη χρήση από τις γυναίκες (Goncalves et al, 2017). Μετρήσεις σε ψυχιατρικούς ασθενείς στην Τεχεράνη επιβεβαιώνουν πως οι άνδρες κάνουν επικίνδυνη κατανάλωση (Noorbakhsh et al, 2018).

Οι άνδρες, οι ηλικιακά μικρότεροι και η «λευκή» φυλή σκοράρει θετικά στην κλίμακα AUDIT (Sullivan et al, 2017). Στην Βόρεια Αγγλία, ο μέσος όρος βαθμολογίας στην κλίμακα εξάρτησης αριθμείται 7.75, με το 44% να κατηγοριοποιούνται θετικοί στην διαταραχή κατανάλωσης αλκοόλ και κάποιοι από αυτούς να υπόκεινται σε σύντομες παρεμβάσεις, αφού οι Sullivan και οι συνεργάτες της συσχετίζουν την υπέρμετρη κατανάλωση με σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

### **6.3 ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Τα άτομα που δέχονται να διακόψουν το κάπνισμα είναι οι βαριά εξαρτημένοι καπνιστές, αλλά είναι εκείνοι που υποτροπιάζουν, σε αντίθεση με τους ήπια εξαρτημένους οι οποίοι δυσκολότερα επιτυγχάνουν τόσο την διακοπή όσο και την υποτροπή (Κουτίνου και συν, 2014).

Μάλιστα, αποδεικνύεται πως ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) σχετίζεται θετικά με τον βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη και τον αριθμό των τσιγάρων ημερησίως, αποδίδοντας στην παχυσαρκία συνοδές επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας (Μπλούχου και συν, 2011).

Έρευνα στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος στο ΠΠΓΝ Λάρισας μετρά τους βαριά εξαρτημένους από τη νικοτίνη στο ποσοστό 66.76 % και την ηλικία έναρξης τα 18 έτη. Ακολουθούν οι μέτρια εξαρτημένοι και έπειτα οι ήπια εξαρτημένοι. Όσο μεγαλύτερος ο βαθμός εξάρτησης, τόσο μικρότερο ήταν το ποσοστό επιτυχίας διακοπής του καπνίσματος, με το 39% των αιτούντων βοήθεια από το συγκεκριμένο ιατρείο να υποτροπιάζει (Χατζόγλου και συν, 2009).

Η καπνιστική συνήθεια στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας αποτελεί αντικείμενο για έρευνα πολλών μελετητών. Οι άνδρες που δραστηριοποιούνται επαγγελματικά στον υγειονομικό τομέα, παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης από τον καπνό σε σύγκριση με τις γυναίκες. Από την άλλη πλευρά, οι καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα Fagerstrom, εν αντιθέσει με εκείνους που δεν επιθυμούν την διακοπή (Γιωτάκης και συν, 2013).

### **6.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ**

Σε νοσοκομείο της Σαουδικής Αραβίας οι μισοί νοσηλευτές (49%) βιώνουν συχνά στρες, ενώ μόνο το 7% αναφέρει υπερβολικό στρες (Mansour et al, 2014). Κατά κοινή ομολογία, υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ των υψηλών επιπέδων στρες στον επαγγελματικό χώρο και των χαμηλών επιπέδων ψυχικής ευεξίας (Μουστάκα και συν, 2011).

Οι βασικότερες στρεσογόνες αιτίες στους νοσηλευτές με φθίνουσα σειρά είναι οι εξής:

1. Η διαχείριση του θανάτου

2. Οι διαφωνίες με τους ασθενείς και τις οικογένειες αυτών
3. Οι συγκρούσεις με τους ιεραρχικά ανώτερους (Sarafis et al, 2016).

Ωστόσο, τονίζεται πως τα υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες που οφείλονται σε διαμάχες με συναδέλφους, σπαταλούν πολύτιμο χρόνο και ενέργεια από την εστίαση στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή. Όπως ήταν αναμενόμενο, όλες αυτές οι αρνητικές καταστάσεις αποφέρουν φτωχότερη σωματική υγεία των νοσηλευτών.

Κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο, φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση εργασιακού στρες σε νοσηλεύτριες που εργάζονται σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας στη Σερβία. Οι διενέξεις με συναδέλφους και προϊστάμενους απασχολούν περισσότερο τους μεγαλύτερους και πιο έμπειρους νοσηλεύτριες, συγκριτικά με τους νεότερους. Συγχρόνως, οι έγγαμοι παρουσιάζουν στρες στον τομέα του θανάτου και του αυξημένου φόρτου εργασίας, σε αντίθεση με τους άγαμους ή χωρισμένους. Οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με τη σειρά τους φαίνεται να προβληματίζονται εντονότερα για τα ζητήματα που προκύπτουν με τους ανώτερους και τις τυχόν διακρίσεις, συγκριτικά με τους τελειόφοιτους της τριτοβάθμιας. Εστιάζοντας, σχεδόν οι μισοί (45.2%) είναι καπνιστές και πραγματοποιείται σύνδεση μεταξύ επαγγελματικού στρες και εμφάνισης σωματικών προβλημάτων (Milutinovic et al, 2012).

Σε επόμενη μελέτη, το 56% των νοσηλευτών βιώνει μέτριο στρες ενώ μόλις το 4% καθόλου. Τα υψηλά επίπεδα στρες προκαλούνται από τους παρακάτω παράγοντες που παραθέτονται με φθίνουσα σειρά:

- Η ανεπαρκής στελέχωση
- Το να κατηγορούνται για οποιοδήποτε λάθος
- Ανεπαρκής ή μη λειτουργικός εξοπλισμός
- Απουσία ιατρού σε ιατρικό επείγον
- Παράλογες απαιτήσεις από τις οικογένειες των ασθενών
- Η έλλειψη υποστήριξης από τη Νοσηλευτική Διοίκηση
- Η ύπαρξη ανάγκης να εργάζονται στο διάλειμμα
- Ο ανεπαρκής χρόνος για τη διεκπεραίωση όλων των νοσηλευτικών καθηκόντων

- Η λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες πίεσης (Mehta & Singh, 2014).

Τα σεμινάρια διαχείρισης εργασιακού στρες σε νοσηλευτές επιβεβαιώνεται πως έχουν αποτέλεσμα, καθώς μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση οι επαγγελματίες υγείας σκοράρουν χαμηλότερα στην κλίμακα του στρες. Στον όρο επαγγελματικό στρες συμπεριλήφθηκαν οι διαμάχες με ιατρούς/συναδέλφους, ο φόρτος εργασίας, η αβεβαιότητα για την έκβαση της θεραπείας και τα προβλήματα με τις οικογένειες των ασθενών. Εντούτοις, δεν παρατηρήθηκε μεταβολή των επιπέδων στρες (πριν και μετά την εκπαίδευση) στους τομείς θάνατος, ανεπαρκής ψυχολογική προετοιμασία και διακρίσεις (Saedpanah et al, 2016).

Εν κατακλείδι, οι νοσηλευτές που έχουν υποστήριξη «κοινωνικής» φύσεως από τους συναδέλφους παρουσιάζουν υψηλότερη αποδοτικότητα στην εργασία και μειωμένα επίπεδα στρες. Νοσηλευτές με μέτριο εργασιακό στρες υποστηρίζουν πως κάνουν λιγότερο καλά τη δουλειά τους από εκείνους με χαμηλά ή υψηλά επίπεδα (AbuAlRub, 2004).

## **7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ**

Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν διέφεραν σε μεγάλο βαθμό, με τις γυναίκες να αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος. Το νοσηλευτικό προσωπικό και των δύο νοσοκομειακών ιδρυμάτων φάνηκε να πίνει λιγότερο από το όριο ασφαλείας, με τους άνδρες περισσότερο επιρρεπείς στην κατανάλωση από ότι οι γυναίκες.

Η καπνιστική συμπεριφορά δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τον κλάδο, τη θέση εργασίας και των ετών προϋπηρεσίας. Ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη ήταν υψηλότερος στο ΓΝ Κορίνθου από ότι στο ΓΝΑ Γεννηματά, γεγονός που εξηγείται από τον μεγαλύτερο φόρτο εργασίας του δεύτερου και την μη εύρεση χρόνου για χρήση καπνού.

Οι γυναίκες βρέθηκαν να παρουσιάζουν υψηλότερο εργασιακό στρες στους παράγοντες «Έπαφή με τον θάνατο», «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους», «Φόρτος εργασίας», «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «Διαμάχη με τους γιατρούς», «Προβλήματα με τους προϊσταμένους» και «Ασθενείς και οι συγγενείς τους» σε σύγκριση με τους άνδρες. Η ηλικία των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται πολύ ελαφριά με τους παράγοντες «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα» και «Προβλήματα με τους συναδέλφους». Τέλος, το στρες δεν διαφέρει με βάση την οικογενειακή κατάσταση, τον κλάδο ούτε της θέσης εργασίας.

Προς αποφυγή όλων των αρνητικών συνεπειών που επιφέρει η υιοθέτηση κακών συμπεριφορών υγείας από τους νοσηλευτές, συνιστάται η υποστήριξη από το κοινωνικοοικογενειακό τους περιβάλλον και οιασδήποτε μορφή συμβουλευτικής παρέμβασης. Εκείνο που προέχει είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας των επαγγελματιών που φροντίζουν υγειονομικά τους πολίτες, ακόμα και αν απαιτείται παραπομπή σε εξειδικευμένου τύπου βοήθειας.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

AbuAlRub, R. (2004). Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 36(1), 73-78.

Dorian, J., Paterson, J., Dawson, D., Pincombe, J., Grech, C., & Rogers, A. (2011). Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. *Rev Saude Publica*, 45(5), 922-930.

Fathi, A., Nasae, T., & Thiangchanya, P. (2012). Workplace Stressors and Coping Strategies Among Public Hospital Nurses in Medan, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 2(1), 315-324.

Fernandes , L., Nitsche , M., & Godoy , I. (2018). Association between burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 203-214.

Geirsson, M., Bendtsen, P., & Spak, F. (2005). ATTITUDES OF SWEEDISH GENERAL PRACTITIONERS AND NURSES TO WORKING WITH LIFESTYLE CHANGE, WITH SPECIAL REFERENCE TO ALCOHOL CONSUMPTION. *Alcohol & Alcoholism*, 40(5), 388-393.

Ghodsbin, F., Rostami, K., Sharif, F., Jahanbin, I., & Keshavarzi, S. (2013). The effect of teaching stress management skills on the quality of life in ICU nurses. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 1(3), 94-99.

Gonçalves, I., & Carvalho, A. (2017). Pattern of alcohol consumption by young people from North Eastern Portugal. *Open Med de Gruyter*, 12, 494-500.

Harzer, C., & Ruch, W. (2015). The relationships of character strengths with coping, work-related stress, and job satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 6.

Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *Internation Journal of Envirinmental Research and Public Health*, 12, 652-666.

Koinis, A., Giannou, V., Drantaki, V., Angelaina, S., Stratou, E., & Saridi, M. (2015). The impact of helathcare workers job environment on their mental-emotional health.



Coping strategies: the case of a local general hospital. *Health Psychology Research*, 3(1984), 12-17.

Koukia, E., Stathopoulos, T., Gonis, N., & Kourakos, M. (2016). Psychiatric nurses' knowledge and practices towards patients' tobacco-related habits in Mental Health Hospitals in Greece. *Tobacco Prevention & Cessation*, 2(10).

Li, L., Ai, H., Gao, L., Zhou, X., Zhang, Z., Sun, T., et al. (2017). Moderating effects of coping on work stress and job performance for nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional survey in China. *BMC Health Services Research*, 17(401).

Luitel, N., Baron, E., Kohrt, B., Komproe, I., & Jordans, M. (2018). Prevalence and correlates of depression and alcohol use disorder among adults attending primary health care services in Nepal: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 18(215).

Mansour, E., Taha, N., El-Araby, M., & Younes, H. (2014). Nurses' perceived job related stress and job satisfaction in two main hospitals in Riyadh city. *Life Science Journal*, 11(8), 336-341.

Media Centre: Alcohol. World Health Organization(WHO). (2015). Alcohol Fact sheet. Updated January 2015 Retrieved September 2017, from :<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>

Mehta, R., & Singh, I. (2014). Stress among nurses working in critical care areas at a tertiary care teaching hospital Nepal. *Journal of Chitwan Medical College*, 4(10), 42-48.

Milutinovic, D., Golubovic, B., Brkic, N., & Prokes, B. (2012). Professional stress and health among critical care nurses in Serbia. *Arh Hig Rada Toksikol*, 63, 171-180.

*Mortality and burden of disease: Noncommunicable diseases*. (2014). Worldwide Health Organization (WHO). Retrieved September 2017, from [http://www.who.int/nmh/countries/grc\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/grc_en.pdf)

Netter, F. (2012). *Παθολογία Βασικές Αρχές*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Noorbakhsh, S., Shams, J., Faghihimohamadi, M., Zahiroddin, H., Hallgren, M., & Kallmen, H. (2018). Psychometric properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and prevalence of alcohol use among Iranian psychiatric outpatients. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(5).

Office of the Surgeon General (US); National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (US); Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). The Surgeon General's Call to Action To Prevent and Reduce Underage Drinking. Rockville (MD): Office of the Surgeon General (US); 2007. Appendix B: DSM-IV-TR Diagnostic Criteria for Alcohol Abuse and Dependence. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44358/>

Perdikaris, P., Kletsiou, E., Gymnopoulou, E., & Matziou, V. (2010). The Relationship between Workplace, Job Stress and Nurses' Tobacco Use: A Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*(7), 2362-2375.

Pillon, S.-C., Villar Luis, M.-A., & Laranjeira, R. (2003). Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: A question of necessity. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, 58(2), 119-124.

SaeDPanah, D., Salehi, S., & MoghaDDaM, L. (2016, December). The Effect of Emotion Regulation Training on Occupational Stress of Critical Care Nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(12).

Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Laxana, L., Bamidis, P., et al. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*, 15(56).

Saridi, M., Nanou, A., Vasilopoulos, C., Kourakos, M., Skliros, E., Toska, A., et al. (2017). Smoking Habits among Greek University Students after the Financial Crisis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(5), 1329-1335.

Sedeh, M., & Tajeri, B. (2016). Predicting Job Stress Based on Elements of Coping Styles in Nurses. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(7S), 608-612.

Sullivan, C., Martin, N., White, C., & Newbury-Birch, D. (2017). Assessing the delivery of alcohol screening and brief intervention in sexual health clinics in the north east of England. *BMC Public Health*, 17(884).

Tsourtos, G., Ward, P., & Muller, R. (2008). Smoking and stress: the double - edged sword of living in a disadvantaged area. *Australasian Medical Journal*, 1.

Van der Colff, J., & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35(1).

West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health, 32*(8), 1018-1036.

*World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs*. WHO (2017).

Zaghloul, A., & Abou El Enein, N. (2009). Nurse stress at two different organizational settings in Alexandria. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 2*, 45-51.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

Αθανασιάδης, Θ., Τσάρας, Κ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Γκούβα, Μ., & Κοτρώτσιου, Ε. (2011). Εκτίμηση εργασιακού stress και χρήση αλκοόλ σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3*(4), 165-172.

Βαλαβανίδης, Θ., & Ευσταθίου, Κ. (2009). *Η χημική ένωση του μήνα: Νικοτίνη*. Ανάκτηση September 2017, από [http://195.134.76.37/chemicals/chem\\_nicotine.htm](http://195.134.76.37/chemicals/chem_nicotine.htm)

Βλαχιώτη, Ε., & Μάτζιου, Β. (2015). Οι Επιπτώσεις του Παθητικού Καπνίσματος στην Υγεία των Παιδιών. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 54*(2), 131-138.

Γιωτάκης, Κ., Δουζένης, Α., Τσελεμπής, Α., Παχή, Α., Ζαφειρόπουλος, Γ., Μπράτης, Δ., και συν. (2013). Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και καπνιστική συνήθεια σε επαγγελματίες υγείας. *Εγκέφαλος, 50*, 82-88.

Διομήδους, Μ., Γαλάνης, Π., Μπάκουλα, Χ., Πιστόλης, Ι., Ζήκος, Δ., Φρίγγας, Α., et al. (2007). Αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 46*(4), 523-528.

Καρρά, Α., Σαρίδη, Μ., & Σουλιώτης, Κ. (2014). Αλκοόλ και αλκοολισμός: μια σύγχρονη απειλή στο χώρο της υγείας. *ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ, 7*(1), 27-36.

Κοκκίνη-Πάσχου, Κ., Παππά, Μ., & Στεριούλα, Ζ. (2014). Παρέμβαση για την εκτίμηση και βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας στη σύντομη συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος: Το πρόγραμμα Β.Ο.Α.Τ (Brief Opportunistic Advice Training Program for smoking cessation). *Το Βήμα του Ασκληπιού, 12*(1), 82-101.

Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Θανασά, Γ., Κυλούδης, Π., Σταθαρού, Α., Ρεκλείτη, Μ., et al. (2012). Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ): Διερεύνηση Αντιλαμβανόμενου Άγχους στο Νοσηλευτικό Προσωπικό. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(4), 563-576.

Κουτίνου, Ε., Πατενταλάκης, Μ., Δημητριάδου, Μ., Παππά, Α., Ευαγγέλου, Ε., Κουτελέκος, Ι., et al. (2014). ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ. *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 1(1), 35-46.

Κωνσταντινίδης, Θ., Σκανδαλάκη, Ν., Τζαγκαράκη, Ε., Κλεισιάρης, Χ., & Κριτσωτάκης, Γ. (2014). Κάπνισμα και Κατανάλωση Οινοπνεύματος σε Προπτυχιακούς Φοιτητές Νοσηλευτικής. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 53(1), 65-74.

Μαρβάκη, Α., Αβραμικά, Μ., Καρκούλη, Γ., Καδδά, Ό., Δρίζου, Μ., Καλογιάννη, Α., et al. (2006). ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 5(4), 406-411.

ΜΕΙΝΕ ΔΥΝΑΤΟΣ. (2014). Ανάκτηση 10 2017, από Αλκοόλ & υγεία - Οι βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ: <http://www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholandhealth/>

Μουστάκα, Ε., Κουτής, Χ., Μπαμπάτσικου, Φ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., & Κωνσταντινίδης, Θ. (2011). Ψυχική ευεξία και η σχέση της με το εργασιακό στρες. Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό. *ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ*, 4(4), 35-41.

Μπλούχου, Π., Γκουντούβα, Ε., Αποστολίδου, Ε., Γουργουλιάνης, Κ., & Χατζόγλου, Χ. (2011). Παράγοντες που επιδρούν στην κινητοποίηση των καπνιστών για διακοπή του καπνίσματος. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(3), 113-121.

Νάνου, Α., Σαρίδη, Μ., & Σουλιώτης, Κ. (2015). Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ. Επιδημιολογικά δεδομένα και μέτρα αντιμετώπισης. *ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ*, 8(4), 17-28.

Πιερράκος, Γ., Μιχοπούλου, Ε., Κονδύλη, Ι., Γκανάς, Α., & Σαρρής, Μ. (2011). Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία Καπνιστών και Μη Καπνιστών. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 50(2), 203-213.

Χατζόγλου, Χ., Κατσάνου, Κ., Αποστολίδου, Ε., Γώγου, Ε., Μακρής, Η., Ζαρογιάννης, Σ., και συν. (2009). Κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης. Εμπειρία

Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος ΠΠΓΝ Λάρισας. *Interscientific Health Care*, 1, 21-27.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

#### ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup> – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

- ΓΝΑ Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ
- ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Φύλο		Ηλικία	
Άντρας			
Γυναίκα			
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος			
Άγαμος			
Άλλο			
Κλάδος			
		Μεταπτυχιακό	
		Διδακτορικό	
ΠΕ		Ειδικότητα	
ΤΕ		Εξειδίκευση	
ΔΕ		Τίτλος εξειδίκευσης:	
Θέση εργασίας			
Προϊστάμενος			
Άλλο			
Τμήμα εργασίας			
Χρόνια Προϋπηρεσίας			

## ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup> – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ AUDIT

1) Πόσο συχνά πίνετε;

- Ποτέ
- Μηνιαία ή πιο αραιά
- 2-3 φορές μηνιαίως
- 2-3 εβδομαδιαίως
- 4 φορές την εβδομάδα

2) Πόσα ποτά (ποτήρια) πίνετε, σε μια συνηθισμένη μέρα που έχετε αποφασίσει να πιείτε;

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 ή περισσότερα

3) Πόσο συχνά πίνετε πάνω από 6 ποτά;

- Ποτέ
- Πιο αραιά από μηνιαίως
- Μηνιαίως
- Εβδομαδιαίως
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

4) Πόσο συχνά διαπιστώνετε ότι δεν μπορείτε να διακόψετε την κατανάλωση αλκοόλ, από την στιγμή που την αρχίσατε;

- Ποτέ
- Πιο αραιά από μηνιαίως
- Μηνιαίως
- Εβδομαδιαίως
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

5) Πόσο συχνά έχετε ενδεχομένως χάσει τον αυτοέλεγχο όταν πίνετε, κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους;

- Ποτέ
- Πιο αραιά από μηνιαίως
- Μηνιαίως
- Εβδομαδιαίως

- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

6) Πόσο συχνά σας έχει συμβεί να θέλετε να ξεκινήσετε την μέρα σας με ένα ποτό το πρωί, ειδικά μετά από μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ την προηγούμενη ημέρα;

- Ποτέ
- Πιο αραιά από μηνιαίως
- Μηνιαίως
- Εβδομαδιαίως
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

7) Πόσο συχνά έχετε νιώσει ένοχα, μετά από κατανάλωση αλκοόλ;

- Ποτέ
- Πιο αραιά από μηνιαίως
- Μηνιαίως
- Εβδομαδιαίως
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

8) Πόσο συχνά σας έχει συμβεί το τελευταίο έτος, να ξεχάσετε γεγονότα της προηγούμενης βραδιάς που καταναλώσατε μεγάλη ποσότητα αλκοόλ;

- Ποτέ
- Πιο αραιά από μηνιαίως
- Μηνιαίως
- Εβδομαδιαίως
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

9) Έχετε ποτέ προκαλέσει τραυματισμό του εαυτού σας ή άλλων, εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ;

- Όχι
- Ναι, αλλά όχι το τελευταίο έτος
- Ναι, κατά το τελευταίο έτος

10) Διατύπωστε ποτέ κάποιος από τους δικούς σας ή ο ιατρός σας ανησύχησε για την κατανάλωση του αλκοόλ που κάνετε;

- Όχι
- Ναι, αλλά όχι το τελευταίο έτος
- Ναι, κατά το τελευταίο έτος



## ΜΕΡΟΣ 3<sup>ο</sup> – ΚΛΙΜΑΚΑ FAGERSTROM

1) Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

- Λιγότερα από 15
- 16 έως 25
- Πάνω από 25

2) Ποια είναι η περιεκτικότητα σε νικοτίνη των τσιγάρων που καπνίζετε (αναγράφεται στο πακέτο);

- Λιγότερα από 0,8 mg
- 0,8 έως 1,5 mg
- Πάνω από 1,5 mg

3) Καταπίνετε τον καπνό;

- Ποτέ
- Μερικές φορές
- Πάντα

4) Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ό τι το απόγευμα;

- Ναι
- Όχι

5) Πότε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

- Μέσα σε μισή ώρα αφού σηκωθεί το πρωί
- Αργότερα

6) Ποιο τσιγάρο σας φαίνεται το πιο απαραίτητο;

- Το πρώτο
- Κάποιο άλλο

7) Καπνίζετε ακόμη και όταν μια αρρώστια (γρίπη, κρυολόγημα) σας υποχρεώνει να μείνετε στο κρεβάτι;

- Ναι
- Όχι

8) Σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα (σινεμά, θέατρο, αίθουσες αναμονής);

- Ναι
- Όχι

## ΜΕΡΟΣ 4<sup>ο</sup> – ENSS (Expanded Nursing Stress Scale)

	Κυκλώσετε παρακαλώ, τον αριθμό για την κάθε ερώτηση που είναι πιο κοντά στη δική σας γνώμη	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Δεν ισχύει
1	Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς.	1	2	3	4	0
2	Κριτική από έναν γιατρό.	1	2	3	4	0
3	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς.	1	2	3	4	0
4	Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες.	1	2	3	4	0
5	Διαμάχη με έναν προϊστάμενο.	1	2	3	4	0
6	Βλάβη στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές .	1	2	3	4	0
7	Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τον ιατρό.	1	2	3	4	0
8	Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς.	1	2	3	4	0
9	Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας.	1	2	3	4	0
10	Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση μη βελτίωσης τους ασθενούς.	1	2	3	4	0
11	Διαμάχη με έναν γιατρό.	1	2	3	4	0
12	Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση.	1	2	3	4	0
13	Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.	1	2	3	4	0
14	Διαρκής μετακίνηση σε άλλα νοσηλευτικά τμήματα λόγω έλλειψης προσωπικού.	1	2	3	4	0
15	Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα.	1	2	3	4	0
16	Έντολη γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.	1	2	3	4	0
17	Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς.	1	2	3	4	0
18	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.	1	2	3	4	0
19	Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατο.	1	2	3	4	0
20	Φόβος για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των ασθενών.	1	2	3	4	0

21	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς.	1	2	3	4	0
22	Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν την εξωτερίκευση των αρνητικών σας συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους σου.	1	2	3	4	0
23	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	1	2	3	4	0
24	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	1	2	3	4	0
25	Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών.	1	2	3	4	0
26	Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό.	1	2	3	4	0
27	Το να κατηγορείτε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.	1	2	3	4	0
28	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.	1	2	3	4	0
29	Ο θάνατος ενός ασθενούς.	1	2	3	4	0
30	Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς.	1	2	3	4	0
31	Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντα σας.	1	2	3	4	0
32	Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενο σας.	1	2	3	4	0
33	Κριτική από έναν προϊστάμενο.	1	2	3	4	0
34	Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων.	1	2	3	4	0
35	Το να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την κατάσταση της υγείας και την θεραπεία ενός ασθενούς τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένεια του.	1	2	3	4	0
36	Η ευθύνη του να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσετε τις οικογένειες των ασθενών.	1	2	3	4	0
37	Αντιμέτωπιση βίαιων ασθενών.	1	2	3	4	0
38	Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια σας.	1	2	3	4	0
39	Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση.	1	2	3	4	0
40	Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας του γιατρού.	1	2	3	4	0
41	Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.	1	2	3	4	0
42	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού.	1	2	3	4	0
43	Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου.	1	2	3	4	0
44	Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.	1	2	3	4	0

45	Αβεβαιότητα που αφορά στην λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων.	1	2	3	4	0
46	Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών.	1	2	3	4	0
47	Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη αναγκών των οικογενειών των ασθενών.	1	2	3	4	0
48	Να θεωρήσετε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να έχετε υπό έλεγχο.	1	2	3	4	0
49	Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.	1	2	3	4	0
50	Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών.	1	2	3	4	0
51	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου.	1	2	3	4	0
52	Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου.	1	2	3	4	0
53	Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.	1	2	3	4	0
54	Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών.	1	2	3	4	0
55	Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει.	1	2	3	4	0
56	Κριτική από την νοσηλευτική διοίκηση.	1	2	3	4	0
57	Ύπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμμα σας.	1	2	3	4	0
58	Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος.	1	2	3	4	0
59	Λήψη αποφάσεων υπό πίεση.	1	2	3	4	0

Αν πιστεύετε ότι υπάρχουν καταστάσεις στον εργασιακό σας χώρο που σας επιφορτίζουν με στρες και δεν περιγράφονται παραπάνω παρακαλώ αναφέρετε με λίγα λόγια.

.....

.....

.....

.....

.....

# ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ENSS



ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΑΡΑΝΤΖΙΑ  
Κωδ: 26/3, 7:52 μμ  
emoustaka73@yahoo.gr

Απάντηση

Καλησπέρα σας,  
ονομάζομαι Βασιλική Καραντζιά και είμαι φοιτήτρια του ΠΜΣ "Όσομοι & Πολιτικές Υγείας" του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Θα ήθελα να σας ζητήσω να μου παραχωρήσετε την άδεια προκειμένου να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο Expanded Nursing Stress Scale (ENSS) στη Διπλωματική μου εργασία. Ο επιθλήτων της διπλωματικής μου εργασίας είναι ο κος Σουλιώτης Κυριάκος και ο τίτλος της είναι "Άλλοδα, Κάπνισμα & Συναισθηματική Κατάπνωση στους Νοσηλευτές".

Ευχαριστώ εκ' των προτέρων

Με εκτίμηση,  
Βασιλική Καραντζιά  
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΠΜΣ "Όσομοι & Πολιτικές Υγείας", Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής

## ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ENSS



Λένα Μουστακά <emoustaka73@yahoo.gr>  
Δευ 26/3, 7:52 μμ  
Εσείς

κ. Καραντζιά σας εύχομαι κάθε επιτυχία στην έρευνά σας. -----



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>ο</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»  
Λ. Μεσογείων 154,  
τ.κ. 11527  
Τμ. Γραμματείας  
Πληρ.: Ε.Τόλη  
Τηλ.:2132032158

3  
Αθήνα, 2-1-2018.

Αρ. Πρωτ. 18

Προς: κα Βασιλική Καρατζιά  
Νοσηλεύτρια Γυναικολογική κλινικής  
του Γ.Ν.Α. Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

Θέμα: «Έγκριση διενέργειας έρευνας».

Σε απάντηση της αριθμ. 34506/15-11-2017 αιτήσεως σας, σας γνωρίζουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο στη 13<sup>η</sup>/18.12.2017 τακτική συνεδρίαση του ομόφωνα γνωμοδότησε θετικά και ενέκρινε την υλοποίηση έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής σας εργασίας με θέμα: "Αλκοόλ, κάπνισμα και συναισθηματική καταπόνηση στους Νοσηλευτές".

Η διεξαγωγή της έρευνας θα πραγματοποιηθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό των ακόλουθων κλινικών και τμημάτων με τη διανομή ερωτηματολογίου.

1. Νεφρολογική, 2. Β' Ορθοπεδική, 3. Γαστρεντερολογική, 4. Νευροχειρουργική, 5. Ρευματολογική, 6. Νευρολογική, 7. Α' Χειρουργική 8. Β' Χειρουργική 9. Γ' Χειρουργική 10. Α' Παθολογική 11. Γ' Παθολογική 12. Α' Χειρουργείο 13. MTN 14. ΜΕΘ και 15. Ογκολογικό

Με τη διεξαγωγή της έρευνας είναι σύμφωνη η κα Γιαννούλα Νταβώνη, Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Επισημαίνεται, ότι θα πρέπει να τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας κατά τη συλλογή των δεδομένων, δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο και με την ολοκλήρωση της διπλωματικής σας εργασίας θα κατατεθεί αντίγραφο στη Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου μας.

Η Προϊσταμένη Διεύθυνσης Διοικητικής Υπηρεσίας

Αργυρώ Παπαχρήστου

Κοινοποίηση:

1. Τμ. Γραμματείας
2. Βιβλιοθήκη



ΘΕΣΗΜΟΡΦΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"  
Χ. ΚΟΛΙΩΝΗ - ΜΑΝΟΥΣΟΓΙΑΝΝΑΚΗ  
ΓΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

1



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης  
Τηλέφωνο : 2613 - 600578  
Fax : 2610 - 430790

2927  
22/1/2018  
ΠΑΤΡΑ  
Αριθμ. Πρωτ.

22 /01/2018

2479

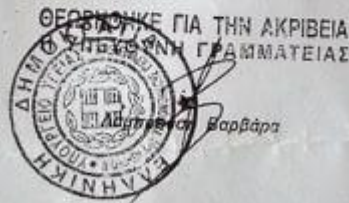
24-1-18

TDA.D

ΠΡΟΣ  
Γ.Ν.ΚΟΡΙΝΘΟΥ

**Θέμα:** Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων  
**Σχετ:** Το υπ'αριθμ. 2071/15.01.2018 έγγραφό σας

Σε απάντηση του παραπάνω εγγράφου σας, εγκρίνουμε την συλλογή ερευνητικών δεδομένων στη μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κ. *Καραντζά Βασιλική*, στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με θέμα: «*Αλκοόλ, κάπνισμα και συναισθηματική καταπόνηση στους νοσηλευτές*», με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας και τις επισημάνσεις ότι δε θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Γ.Ν.Κορίνθου και δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία στους χώρους που θα συλλεχθούν τα ερευνητικά δεδομένα.



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ