



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Επίπεδο Υγείας νοσηλευτών Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας**

**ΠΑΛΗΟΓΙΑΝΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ ΑΓΓΕΛΟΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Τ.Ε.Ι ΛΑΡΙΣΑΣ**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΗΛΙΔΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Τ.Ε.Ι ΛΑΡΙΣΑΣ Μέλος Τριμελούς Επιτροπής**

**ΠΑΛΑΓΕΡΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Τ.Ε.Ι ΛΑΡΙΣΑΣ Μέλος Τριμελούς**

**Επιτροπής**

**ΛΑΡΙΣΑ ΙΟΥΝΙΟΣ**

**2014**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**Nurses' state of health in the General Hospital of Larissa**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Από την παρούσα θέση θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες στον Καθηγητή Παπαϊωάννου Άγγελο επιβλέποντα καθηγητή αυτής της έρευνας για την πολύτιμη βοήθεια του και τους συναδέλφους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην διεξαγωγή αυτής της έρευνας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη .....	5
Abstract.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
Κεφάλαιο 1. Η υγεία και οι απόπειρες ορισμού της .....	8
1.1 Προσέγγιση της έννοιας «υγεία» .....	8
Σχήμα 1. Η ολιστική προσέγγιση της υγείας .....	9
1.2 Ορισμοί της υγείας .....	10
Κεφάλαιο 2. Η σχέση εργασίας-υγείας .....	13
2.1 Το άγχος ως καθοριστής εργασιακής υγείας .....	14
3.1 Βιολογικοί κίνδυνοι.....	18
3.2 Άγχος και επαγγελματική εξουθένωση .....	20
3.3 Το κυκλικό ωράριο εργασίας και οι συνέπειές του.....	21
Κεφάλαιο 4. Ερωτηματολόγια διερεύνησης του επιπέδου υγείας.....	24
Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία .....	31
Κεφάλαιο 6.Αποτελέσματα .....	33
Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα .....	48

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η υγεία θεωρείται ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά stress, επαγγελματική εξουθένωση και κακή αυτό αναφερόμενη υγεία.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο συνολικής υγείας των νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, μετά από αξιολόγηση των απαντήσεων τους στις επιμέρους συνιστώσες της κοινωνικής σωματικής, και ψυχικής υγείας ,στη χρήση υπηρεσιών υγείας και επιμέρους μετρήσεις σωματομετρικών και εργαστηριακές εξετάσεις.

**Πληθυσμός-Μέθοδος** Τα δεδομένα προήρθαν από ερωτηματολόγιο αξιολόγησης κλειστού τύπου, βασισμένο σε κλίμακα Likert. Η έρευνα διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα Φλεβάρη-Απρίλη σε όλα τα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική Το δείγμα αποτελούνταν από νοσηλευτές κάθε εκπαιδευτικής κατηγορίας και περιελάμβανε ηλικίες από 30 έως 50 ετών, αντίστοιχα προς τα ηλικιακά όρια των νοσηλευτών που υπηρετούν στο νοσοκομείο.

**Τα αποτελέσματα** έδειξαν ότι η μέση συνολική υγεία των μελετώμενων νοσηλευτών είναι καλή, ενώ η διακύμανση της είναι από μέτρια έως πολύ καλή. Το ερωτηματολόγιο ως εργαλείο μέτρησης της υγείας ελέγχεται για την αξιοπιστία του, καθώς στην υποενότητα «σωματική υγεία», οι απαντήσεις ήταν ομοιόμορφες. Για το λόγο αυτό τα αποτελέσματα οφείλουν να διατυπώνονται με προσοχή και περιορισμούς.

**Λέξεις-κλειδιά:** νοσηλευτής, υγεία, κατάσταση υγείας, παράγοντες κινδύνου, αυτό αναφερόμενη υγεία, επαγγελματική εξουθένωση, στρες, εργασιακό περιβάλλον, επαγγελματική υγεία,

## **Abstract**

**Introduction:** Health is considered as one of the most important factors of a fulfilled and happy life. The nursing profession is defined by a high percentage of work-related stress, working exhaustion and bad self-referred health.

**Objective:** The objective of this research was to study in total the health level of the nursing staff that works at the General Hospital of Larissa after evaluating their answers in the individual components of their social, physical and mental health, the use of health service and the individual measuring of biosize and laboratory examinations.

**Population – Methods:** The data came from an evaluation questionnaire of close type based on the Likert scale. The research took place from February to April in all sections of the General Hospital of Larissa. The participation was voluntary. The sample consisted of nurses of all educational levels including ages from 30 to 50 equivalent to the ageing limits of the nursing staff that works at the hospital.

**The results** indicated that the middle total health of the studied nurses is good, while its fluctuation is from fairly to very good. The questionnaire, as a tool of measuring health levels is being checked for its reliability, as in the subsection ‘physical health’ the answers were similar. That is why these results have to be stated with caution and limitation.

**Key-words:** nurse, health, health conditions, factors of danger, self-referred health, exhaustion at work, work-related stress, working climate, health at work.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως Υγεία ορίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (well being) και όχι απλώς η απουσία της ασθένειας και αναπηρίας. Επομένως, η υγεία αποτελεί ένα πολυσύνθετο, όχι μόνο βιολογικό αλλά και ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, το οποίο εκτός από τις αυτονόητες βιολογικές του διαστάσεις περιλαμβάνει και τις έννοιες της ευεξίας και λειτουργικότητας. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του . Η εργασία επιδρά με πολλούς τρόπους στην υγεία, αφού σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Ευρωπαϊκής Υπηρεσίας για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, η καταπόνηση στην εργασία είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας, επηρεάζοντας το ένα τρίτο των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το νοσηλευτικό επάγγελμα διεθνώς χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα ψυχικής και σωματικής καταπόνησης, με υψηλά ποσοστά επαγγελματικών νόσων και τραυματισμών . Σύμφωνα με το Γραφείο Στατιστικής του Υπουργείου Εργασίας των ΗΠΑ (Bureau of Labor Statistics- US Department of Labor), οι νοσηλευτές κατέχουν την 13η θέση στα ποσοστά τραυματισμών στην εργασία

Έτσι μοιραία δημιουργήθηκε η ανάγκη της μέτρησης της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας , εννοιών που σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου, με τρόπο που υπερβαίνει την κλασική μέτρηση σωματικών δεικτών που μετρούν αντικειμενικά και με ακρίβεια το επίπεδο υγείας ενός ατόμου.

## Κεφάλαιο 1. Η υγεία και οι απόπειρες ορισμού της

### 1.1 Προσέγγιση της έννοιας «υγείας»

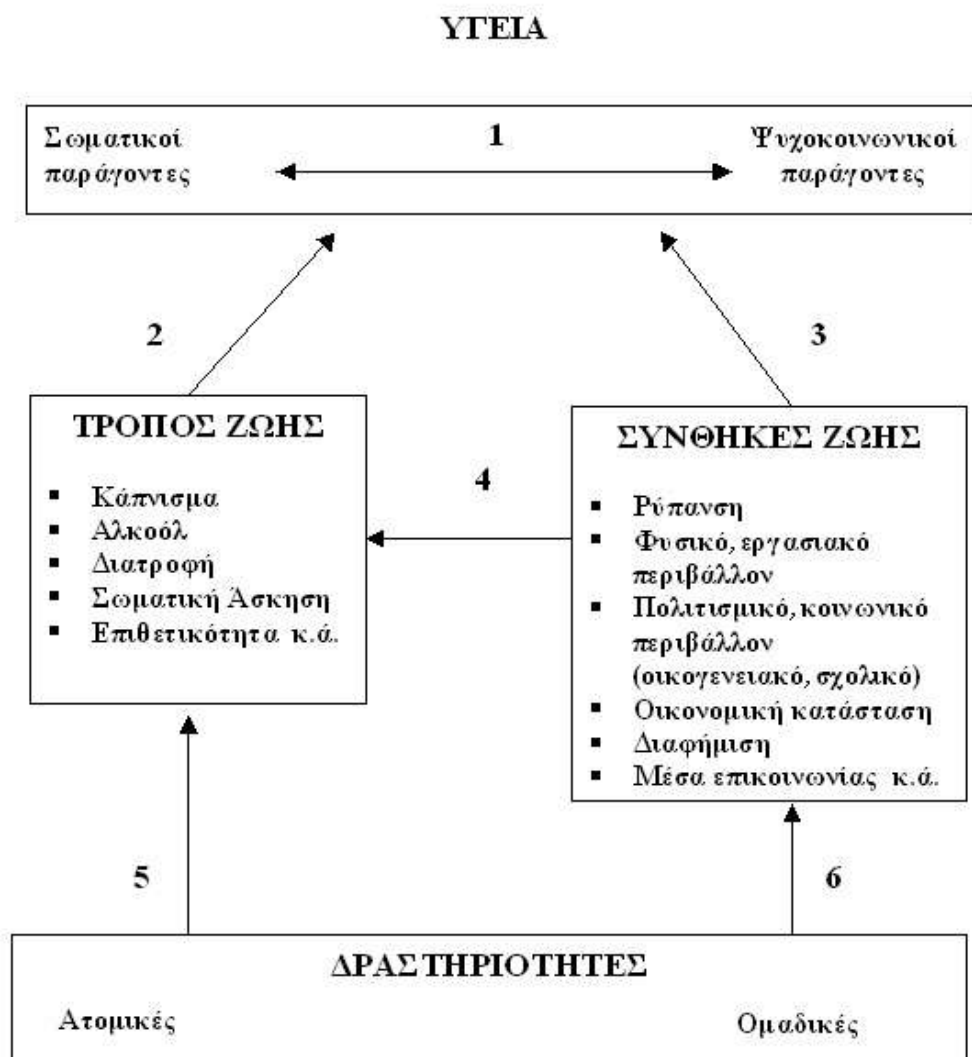
Οι αρχαίοι φιλόσοφοι είχαν το δικό τους τρόπο προσέγγισης την υγείας. Για παράδειγμα, ο Αλκμαίων ο Κροτωνιάτης, υπέρμαχος της αρχαίας ελληνικής δημοκρατίας, όρισε την υγεία ως μια κατάσταση ισονομίας, δηλαδή ίση διακυβέρνηση από όλα τα μέρη του οργανισμού, ενώ τη μοναρχία, δηλαδή την κυριαρχία ενός μόνο μέρους, τη θεώρησε ως ασθένεια. Για τον Πλάτωνα, ωστόσο, η υγεία ήταν ξεκάθαρα η κυριαρχία της ψυχής επί του σώματος, και η κυριαρχία του λογικού μέρους επί του επιθυμητικού μέρους μεταξύ των τριών μερών της ψυχής. Για τον Αριστοτέλη, η υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως η προϋπόθεση της ικανότητας κάποιου να κινηθεί ή να επιτύχει ένα σκοπό. Όσο πιο υγιής είναι κάποιος, τόσο περισσότερες δυνατότητες και επιλογές έχει. Ακόμη, είπε ότι η υγεία μπορεί να ερμηνευτεί ως το αποτέλεσμα συνειδητής υπεύθυνης δράσης, δηλαδή ένα άμεσο αποτέλεσμα αυτοελέγχου και εγκράτειας. Για τον Έλληνα φιλόσοφο Διογένη, η υγιέστερη ζωή και συμπεριφορά μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της ασκητικής ζωής. Τους Στωϊκούς ενδιέφερε ένα είδος ψυχραιμίας (απάθεια), για την υγιέστερη κατάσταση της ψυχής, ενώ για τον Επίκουρο υγεία ήταν η γαλήνη του μυαλού (αταραξία)<sup>1</sup>.

Η υγεία θεωρείται ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούνταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του<sup>2</sup>.

Αν και η προσπάθεια για έναν πλήρη ορισμό της «υγείας» πιθανώς θα συνεχίζεται με διάφορες προσεγγίσεις κάθε φορά, εντούτοις μπορούμε να υποδείξουμε κάποιους παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτό τον ορισμό. Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή ως δυναμική ισορροπία μεταξύ των ατομικών (π.χ. φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ. πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κ.λπ.). Η ισορροπία χαρακτηρίζεται ως δυναμική, γιατί η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και μετά από μια σημαντική μεταβολή της, συχνά υπάρχουν μέσα (όπως οι ικανότητες του ατόμου, η



κοινωνική υποστήριξη, η ιατρική βοήθεια) που επαρκούν ώστε να επαναφέρουν την κατάσταση της ισορροπίας. Όμως, στην πραγματικότητα τα μέσα και τα συστήματα δεν λειτουργούν πάντα σωστά. Κατά συνέπεια, ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού, μπορεί να προσδιοριστεί για συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο, για μια στιγμή ίσως, και πάντως όχι μόνιμα <sup>2</sup>. Όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα, η υγεία είναι το αποτέλεσμα μιας συνεχούς αλληλεπίδρασης σωματικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ενώ εξαρτάται και από εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι προέρχονται από τον τρόπο και τις συνθήκες ζωής.



**Σχήμα 1. Η ολιστική προσέγγιση της υγείας**

## 1.2 Ορισμοί της υγείας

Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας και έναν κοινά αποδεκτό ορισμό έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος, το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία που αναφέρονται σε σωματομετρικά χαρακτηριστικά, στα ζωτικά σημεία των ερωτώμενων και βασικούς μεταβολικούς δείκτες. σαν «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας». Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «η υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου» και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Πρόκειται για έναν θετικό ορισμό της υγείας, στον οποίο η έμφαση εστιάζεται στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών. Και σε αυτό τον ορισμό παρατηρούμε ότι πέρα από τη σωματική υγεία, συμπεριλαμβάνονται και άλλοι παράγοντες (ψυχοκοινωνικοί), που θεωρείται ότι συμβάλουν στον καθορισμό αυτού που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «υγεία υψηλού επιπέδου»<sup>3,1</sup>.

Με βάση το λειτουργικό ορισμό, ως υγεία θεωρείται η ικανότητα που διαθέτει το άτομο να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους. Εδώ η υγεία ορίζεται με βάση τη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Αν λοιπόν κάποιος δεν μπορεί, για παράδειγμα, να συνεχίσει την εργασία του ή να ανταποκρίνεται στο ρόλο του/της συζύγου ή του γονέα, θεωρείται για την κοινωνία μέσα στην οποία ζει ότι δεν είναι υγιής. Αντίθετα με λειτουργικό ορισμό, ο βιοματικός εστιάζεται περισσότερο στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία. Εδώ δεν είναι η κοινωνία αλλά το ίδιο το άτομο που μέσα από τις προσωπικές του εμπειρίες μπορεί να κρίνει τον εαυτό του ως υγιή ή μη.

Μπορεί επίσης να οριστεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα). Στο πλαίσιο αυτό, οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους<sup>2</sup>.

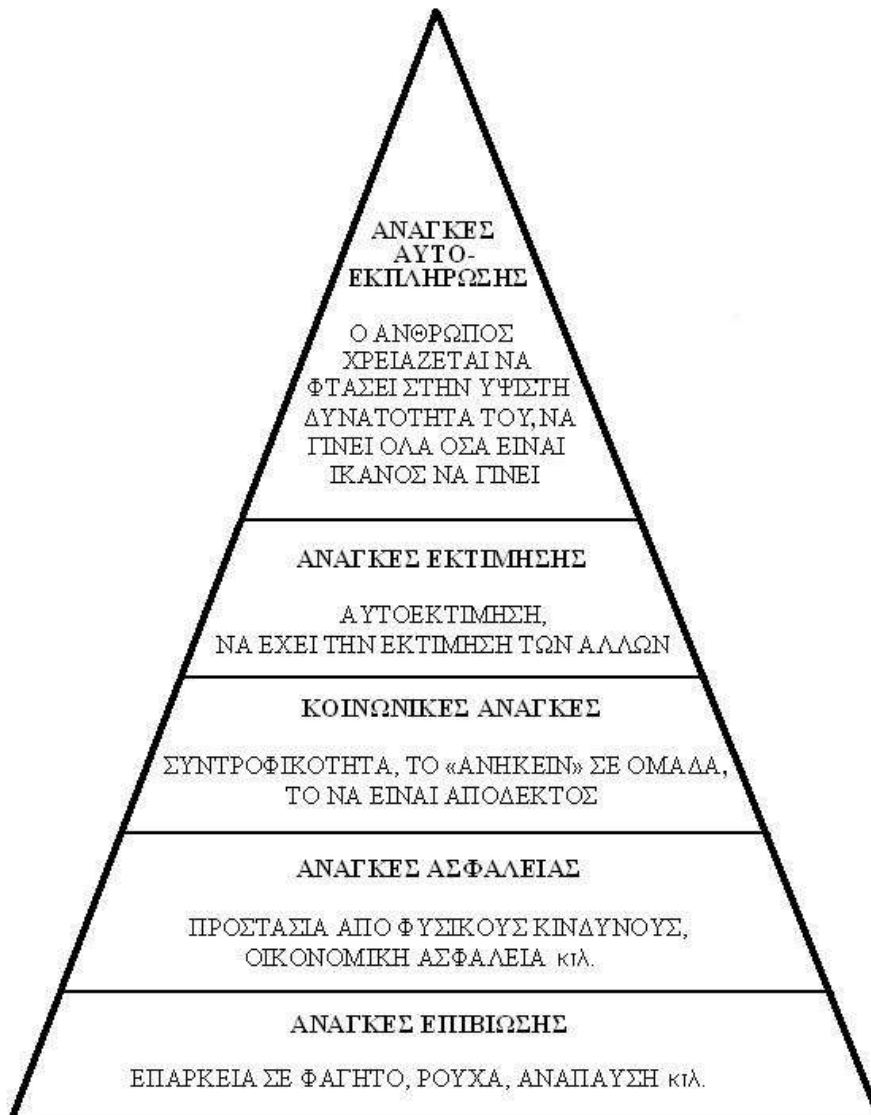
Η υγεία δεν είναι μια μονοδιάστατη έννοια αλλά ένα σύνθετο βιολογικό και ψυχοκοινωνικό φαινόμενο που περιλαμβάνει την έννοια της ευεξίας και της λειτουργικότητας<sup>4</sup>. Η ευεξία (well-being) είναι μια γενική και ταυτόχρονα υποκειμενική έννοια. Αναφέρεται στη βέλτιστη σωματική, ψυχική, κοινωνική, ή

ακόμα και περιβαλλοντική διάσταση του ατόμου που του επιτρέπει ένα άριστο επίπεδο λειτουργικότητας για την επίτευξη των προσωπικών του αναγκών και στόχων. Κάθε μία από αυτές τις διαστάσεις αλληλεπιδρά δυναμικά με τις υπόλοιπες και η κάθε μία από αυτές έχει διαφορετική βαρύτητα και επίδραση στο κάθε άτομο. Οποιαδήποτε μεταβολή στα διάφορα επίπεδα αυτών των διαστάσεων μπορεί να έχει άμεση επίπτωση στη συμπεριφορά και στην εκτέλεση μιας εργασίας ή δραστηριότητας<sup>5</sup>.

Οι συνιστώσες αυτές της υγείας προσδιορίζουν και τις διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής. Οι πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής, την θεωρούν ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου μέσα σε δεδομένες κοινωνικές συνθήκες<sup>6</sup>. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι συνυφασμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας. Συναρτάται με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τους προβληματισμούς τους<sup>7</sup>.

Είναι φανερός ο υποκειμενικός χαρακτήρας της ποιότητας ζωής και του « ευ ζην». Πράγματι, αν το «ζην» είναι απόλυτα μετρήσιμο με παραμέτρους τις φυσιολογίας (πχ τα ζωτικά σημεία), το «ευ ζην» ορίζεται δυσκολότερα και αναφέρεται σε ένα σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες πτυχές της ζωής του. Ουσιαστικά σχετίζεται με εκείνες τις συνθήκες και καταστάσεις που προάγουν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου». Αυτές είναι η προσωπική υγεία, η εργασία, η εκπαίδευση, οικογένεια, οι κοινωνικές συναναστροφές, η οικονομική κατάσταση κ.ά.<sup>8</sup>.

Γίνεται αντιληπτό ότι η υγεία δεν ορίζεται πια σε αντιδιαστολή προς την νόσο, αλλά προσδιορίζεται από την ποιότητα ζωής και την ευεξία. Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση». Με τον τρόπο αυτό η προοδευτική ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπου θα τον οδηγήσει στην αυτοπραγμάτωση, όπως περιγράφεται στη γνωστή πυραμίδα του Maslow.



## Σχήμα 2. Η πυραμίδα του Maslow

Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα ιδανικό στόχο του εκάστοτε πολιτισμού. Με αυτή την έννοια, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες<sup>2</sup>. Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ένα στόχο παρά μια απλή σύλληψη της υγείας. Με βάση τα παραπάνω, θα ορίζαμε την υγεία σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες<sup>2</sup>.

## Κεφάλαιο 2. Η σχέση εργασίας-υγείας

Η σχέση εργασίας – υγείας είναι μια επίσης πολυσύνθετη σχέση. Μπορεί να γίνει απόρροια πολλών προβλημάτων, αλλά και πηγή ευεξίας. Σύμφωνα με το Π.Ο.Υ το να εργάζεται κανείς φαίνεται ότι είναι καλύτερο για την υγεία σε σχέση με το να είναι άνεργος. Η συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία και στη λήψη λιγότερο ή περισσότερο σημαντικών αποφάσεων οδηγεί στον αυτοπροσδιορισμό και στην οικονομική αυτονομία. Τα παραπάνω επιδρούν θετικά στον ψυχισμό και κατ' επέκταση στην υγεία των ανθρώπων. Ωστόσο, πολλοί παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, επιδρούν σημαντικά στην υγεία, αν μάλιστα αναλογιστεί κανείς ότι στον εργασιακό χώρο το εργατικό δυναμικό περνά ίσως το μεγαλύτερο μέρος της ζωής του. Η γενική οργανωτική δομή, το στυλ ηγεσίας, οι κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις με τους συναδέλφους είναι σημαντικές παράμετροι, ενώ δεν πρέπει να υποτιμώνται και οι άμεσοι βιολογικοί κίνδυνοι από τη φύση της εργασίας και την έκθεση του εργαζομένου σε ποικίλων ειδών τοξικούς παράγοντες. Είτε πρόκειται για ψυχική καταπόνηση, είτε για σωματική το στρες στη εργασία ευθύνεται για τις μεγάλες διαφορές στην κατάσταση υγείας που σχετίζονται με την κοινωνική κατάσταση, καθώς και για τις απουσίες λόγω ασθένειας, όπως και για πρόωρους θανάτους<sup>9</sup>.

Στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον ένα πλήθος παραγόντων σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία των εργαζομένων. Οι παράγοντες αυτοί εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία ως προς τη φύση τους και τις πιθανές τους επιδράσεις στην υγεία. Πρόκειται για παράγοντες χημικούς, φυσικούς, βιολογικούς, αλλά και εργονομικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς. Αρκετές έρευνες σε ευρωπαϊκές χώρες για το εργασιακό περιβάλλον που δείχνουν ότι η υγεία επηρεάζεται σημαντικά, όταν οι εργαζόμενοι έχουν περιορισμένη αυτονομία, λιγιστές ευκαιρίες να χρησιμοποιήσουν τις δεξιότητές τους και μικρή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων<sup>10</sup>. Ο περιορισμένος έλεγχος του εργαζομένου πάνω στην εργασία του σχετίζεται σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις, μυοσκελετικά προβλήματα, και απουσίες από την εργασία λόγω ασθένειας. Υποστηρίζεται ότι οι εργαζόμενοι σε εργασίες που είναι απαιτητικές και στις οποίες έχουν ταυτόχρονα και χαμηλό έλεγχο διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο<sup>11,12</sup>. Επίσης, η έλλειψη επιβράβευσης για την εργασία (με τη μορφή υλικών ή μη απολαβών) σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Προκύπτει λοιπόν ότι το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας είναι σημαντικός καθοριστής της υγείας των εργαζομένων<sup>13</sup>. Μια μεγάλη έρευνα στο Ελσίνκι (Helsinki Health Study) σε 5829 εργαζόμενους σε διάφορες εργασίες έδειξε ότι οι εργαζόμενοι που είχαν τις χειρότερες εργασιακές συνθήκες, ανέφεραν δύο με τρεις φορές συχνότερα κακή σωματική και ψυχική υγεία, συγκριτικά με τους εργαζόμενους σε καλύτερο εργασιακό περιβάλλον<sup>14</sup>.

Η ασφάλεια και η υγεία των εργαζομένων μπορεί να κινδυνέψουν σοβαρά, γιατί και απαιτείται εξαιρετική προσοχή εκ μέρους τους και εκ μέρους της διοίκησης σε μια σειρά παραμέτρων που απειλούν την υγεία του εργαζομένου. Οι συνηθέστεροι κίνδυνοι αφορούν, ανάλογα με τη φύση και τις συνθήκες εργασίας σε: χημικούς κινδύνους του εργασιακού περιβάλλοντος, στον εξοπλισμό και τον σχεδιασμό των χώρων εργασίας, στο φυσικό περιβάλλον (θερμοκρασία, υγρασία, φωτισμός, θόρυβοι, εξαερισμός και ευρύτητα χώρου), στον καταμερισμό και τον σχεδιασμό των εργασιακών καθηκόντων, στους ψυχολογικούς παράγοντες (προσωπικές αλληλεπιδράσεις, ένταση ή ρυθμός εργασίας, βαθμός ελέγχου ως προς το παραγόμενο έργο) και ορισμένες φορές στην απευθείας έκθεση των εργαζομένων σε χημικούς ή περιβαλλοντικούς κινδύνους<sup>15</sup>. Η αναγνώριση επικίνδυνων συνθηκών σε ορισμένες εργασίες έχει οδηγήσει στη θέσπιση ειδικής κατηγορίας επαγγελματιών που αναφέρονται ως βαρέα και ανθυγιεινά. Οι εργαζόμενοι σε αυτά απολαμβάνουν ειδικών προνομίων, όπως πρόωρη συνταξιοδότηση ή πρόσθετες οικονομικές απολαβές, ως αναγνώριση της φθοράς της υγείας τους και των κινδύνων που διατρέχουν. Ακόμα όμως και σε εργασίες που δεν κατατάσσονται στα «βαρέα και ανθυγιεινά» ελοχεύουν σημαντικοί κίνδυνοι, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τους υπαλλήλους γραφείου<sup>16</sup>.

## **2.1 Το άγχος ως καθοριστής εργασιακής υγείας**

Οι περισσότερες ωστόσο έρευνες εστιάζουν στο επαγγελματικό άγχος, καθώς θεωρείται ότι από αυτό πηγάζουν τα περισσότερα προβλήματα υγείας των εργαζομένων. Προκύπτει από την αλληλεπίδραση των συνθηκών εργασίας με τα ατομικά χαρακτηριστικά, συνήθως όταν οι απαιτήσεις των καθηκόντων της εργασίας δεν ταυτίζονται με τις ικανότητες ή τα ψυχικά αποθέματα του εργαζομένου, όταν η εντατικοποίηση των ρυθμών εργασίας είναι μη ελεγχόμενη και όταν ασκείται ψυχολογική πίεση στον εργαζόμενο για συνεχή βελτίωση της απόδοσης και

παραγωγικότητάς του. Η αρνητική επίδραση στην υγεία, έχει βέβαια ως επακόλουθο τη μείωση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας<sup>17,15</sup>.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν διάφοροι ορισμοί του επαγγελματικού άγχους ανάλογα με την οπτική γωνία θεώρησης και προσέγγισής του από τις διάφορες επιστήμες. Ενδεικτικά, ορίζεται ως «το σύνολο των επιβλαβών σωματικών και ψυχικών αντιδράσεων που εκδηλώνονται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν είναι αναλογικές με τις ικανότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου»<sup>18</sup> ή ως «κατάσταση που συνοδεύεται από φυσικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές επιπτώσεις ή δυσλειτουργίες και η οποία προκύπτει σε άτομα που αισθάνονται ανάικα να γεφυρώσουν το κενό ανάμεσα στις απαιτήσεις ή τις προσδοκίες που τίθενται»<sup>19,17</sup>.

Η εργασία συνεχίζει να επιδρά με πολλούς τρόπους στην υγεία, αφού σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Ευρωπαϊκής Υπηρεσίας για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, η καταπόνηση στην εργασία είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας, επηρεάζοντας το ένα τρίτο των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και είναι η δεύτερη σημαντικότερη νόσος μετά από την οσφυαλγία που σχετίζεται με προβλήματα υγείας και πλήττει το 22% των εργαζομένων<sup>20</sup>.

Ένα ποσοστό 30–50% των εργαζομένων αναφέρουν διαταραχές και νοσήματα συνδεδεμένα με το εργασιακό άγχος. Από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνται στο εργασιακό περιβάλλον, ξεχωρίζουν οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη με ακραίες αλλά υπαρκτές περιπτώσεις, ακόμη και αυτοκτονίες. Για παράδειγμα, στην Ιαπωνία οι θάνατοι από υπερβολικό φόρτο και εντατικοποίηση της εργασίας ανήλθαν το 2005–2006 σε 20.000. Ένα άλλο πολύ σοβαρό επίσης γεγονός, που καλύφθηκε εκτεταμένα από τα μέσα ενημέρωσης, συνέβη τον Σεπτέμβριο του 2010, όταν 23 υπάλληλοι γνωστού γαλλικού τηλεπικοινωνιακού κολοσσού αυτοκτόνησαν σταδιακά τους προηγούμενους 18 μήνες, εξαιτίας του άγχους και της διαρκούς αναδιάρθρωσης που γινόταν στην εταιρεία<sup>20</sup>.

Κάθε εργασιακή κατάσταση μπορεί να είναι μια δυνητική πηγή άγχους και οι διαφορές στην προσωπικότητα ενός ατόμου και το είδος του χειρισμού είναι σίγουρα σημαντικά για την πρόληψη σε συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας. Οι χώροι εργασίας με εκτεταμένες απαιτήσεις ή συγκρουόμενες προσδοκίες από την πλευρά των εργοδοτών και των εργαζομένων, συγκεντρώνουν τις περισσότερες πιθανότητες να απαιτήσουν προληπτικούς χειρισμούς. Οι συνθήκες εργασίας που είναι δυνατόν να προκαλέσουν άγχος περιλαμβάνουν: το είδος της οργάνωσης της εργασίας, τις

διαπροσωπικές σχέσεις, τους ρόλους εργασίας, τις ανησυχίες σχετικά με την επαγγελματική σταδιοδρομία και τις περιβαλλοντικές συνθήκες<sup>21</sup>.



### **Κεφάλαιο 3. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των νοσηλευτών**

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του εργατικού δυναμικού που απασχολείται στα Νοσοκομειακά Ιδρύματα. Στην Ελλάδα, μόνο στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας– συμπεριλαμβανομένων και των Κέντρων Υγείας– απασχολούνται περισσότεροι από 40.000 νοσηλευτές.<sup>4</sup>

Το νοσηλευτικό επάγγελμα διεθνώς χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα ψυχικής και σωματικής καταπόνησης, με υψηλά ποσοστά επαγγελματικών νόσων και τραυματισμών<sup>22</sup>. Σύμφωνα με το Γραφείο Στατιστικής του Υπουργείου Εργασίας των ΗΠΑ (Bureau of Labor Statistics- US Department of Labor), οι νοσηλευτές κατέχουν την 13η θέση στα ποσοστά τραυματισμών στην εργασία. Ακόμα και όταν συγκρίνονται με εργαζόμενους σε βαριές οικοδομικές εργασίες, όπως οι κτίστες και οι εργάτες σκυροδέματος (5 τραυματισμοί ανά 100 εργαζόμενους), οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερα ποσοστά μυοσκελετικών παθήσεων (8,7 τραυματισμοί ανά 100 νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης)<sup>23</sup>. Άλλες επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν, λόγω του εργασιακού stress ελαττωμένη κυτταρική ανοσία, ενώ σε επίπεδο βασικής έρευνας έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού stress και των επιπέδων συγκεκριμένων κυτταροκινών στα ούρα υγείων νοσηλευτριών<sup>24-26</sup>.

Στην έρευνα των Τούντα και συν., ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας από διάφορα νοσοκομεία της Αττικής, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές είχαν τη χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία από όλους τους υπόλοιπους επαγγελματίες που εργάζονται στο Νοσοκομείο<sup>27</sup>. Όπως έδειξε άλλη έρευνα, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, οι Έλληνες νοσηλευτές αναφέρουν χειρότερη κατάσταση υγείας, ενώ είναι πιο παχύσαρκοι, ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο<sup>28</sup>. Φαίνεται συνεπώς ότι οι νοσηλευτές είναι μια ιδιαίτερα ευαίσθητη και ευπαθής ομάδα από άποψη υγείας και ποιότητας ζωής. Καθημερινά καλούνται να αντεπεξέλθουν επαγγελματικά σε ένα ανταγωνιστικό και ψυχοφθόρο περιβάλλον, με αμφίβολη ανταποδοτικότητα συχνά με τίμημα την προσωπικής τους ευεξία.

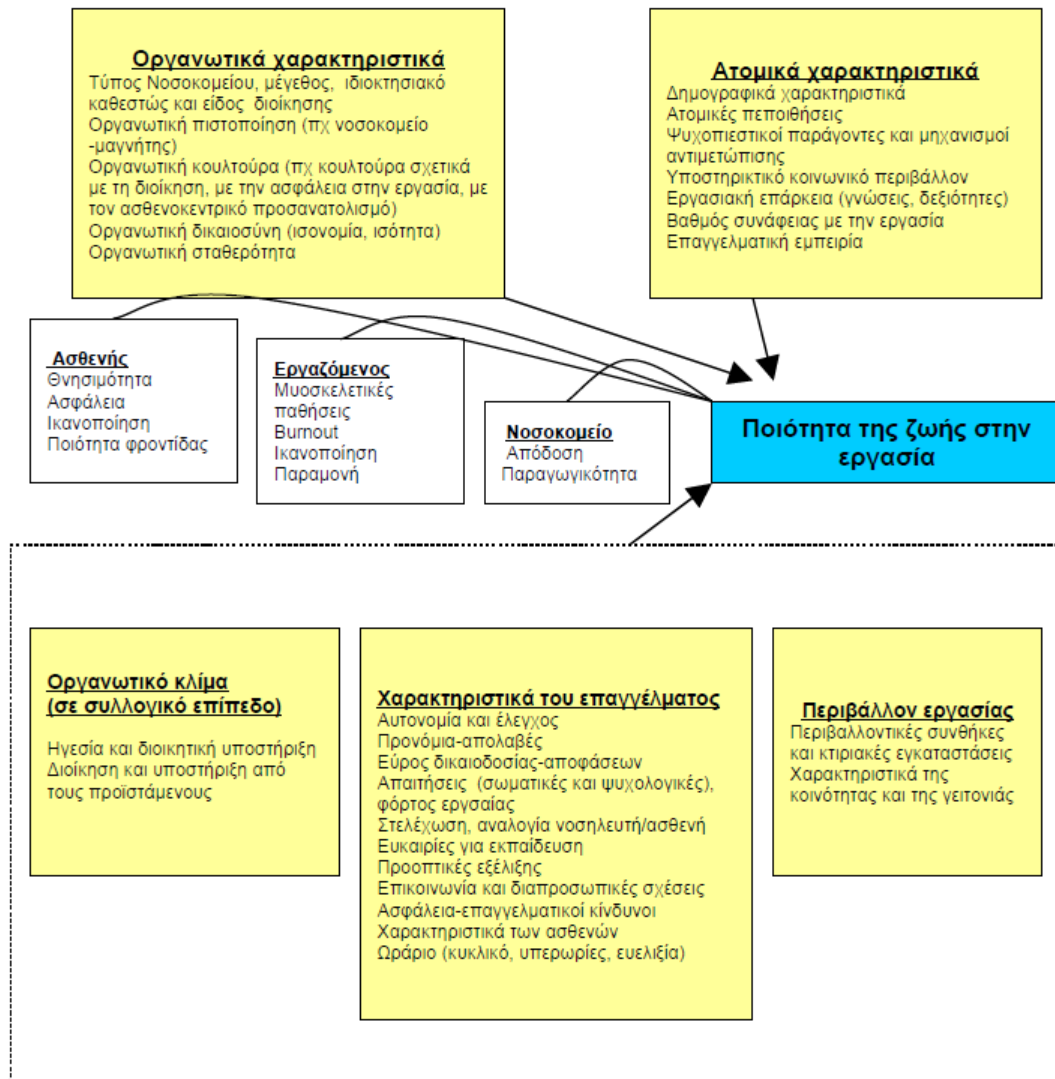
Στο σχήμα 3 συνοψίζονται διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στην εργασία. Οι παράγοντες αυτοί συνιστούν τρεις κατηγορίες: τα οργανωτικά χαρακτηριστικά, τα ατομικά χαρακτηριστικά και τις εργασιακές συνθήκες. Όλες οι κατηγορίες επηρεάζουν αυτό που ονομάζεται «ποιότητα της ζωής

στην εργασία». Στην κατηγορία των οργανωτικών χαρακτηριστικών περιλαμβάνονται χαρακτηριστικά της οργάνωσης και διοίκησης του νοσοκομείου, όπως ο τύπος του νοσοκομείου, ο τρόπος ηγεσίας και διοίκησής του, το μέγεθός του κ.α. Στα ατομικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, οι ατομικές αντιλήψεις, οι προσωπικές δεξιότητες και αντοχές κτλ. Οι εργασιακές συνθήκες με τη σειρά τους περιλαμβάνουν 3 κατηγορίες: το οργανωτικό κλίμα (ηγεσία και διοίκηση), τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος (αυτονομία, έλεγχος της εργασίας, δικαιοδοσία στη λήψη αποφάσεων, προνόμια, αμοιβές, ωράριο κτλ) και το εργασιακό περιβάλλον (περιβαλλοντικές συνθήκες, κτιριακές εγκαταστάσεις, τοποθεσία).<sup>23</sup>

### 3.1 Βιολογικοί κίνδυνοι

Όπως και στις υπόλοιπες ομάδες εργαζομένων, οι κίνδυνοι υγείας για τους επαγγελματίες της υγείας διακρίνονται σωματικούς-βιολογικούς και ψυχικούς, που λόγω της φύσης της εργασίας τους συνδέονται στενά. Ο εξουθενωμένος επαγγελματίας υγείας υποπίπτει συχνότερα σε σφάλματα σχετικά με την εργασία του και η έκθεση σε επικίνδυνους τοξικούς παράγοντες επιβαρύνει και την ψυχική του κατάσταση. Το υγειονομικό προσωπικό και ειδικότερα αυτοί που έρχονται σε επαφή με το αίμα των ασθενών κινδυνεύουν να μολυνθούν και να νοσήσουν από αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Παρόλο που η από ατύχημα μετάδοση της λοίμωξης δεν είναι συχνή, ο κίνδυνος είναι υπαρκτός, ενώ τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται από τον φόβο της μετάδοσης του νοσήματος, είναι βασανιστικά. Η διαπίστωση της υψηλής μολυσματικότητας, των ιών της ηπατίτιδας και του ιού HIV έχει συμβάλει στην όξυνση του συγκεκριμένου προβλήματος και έχει επιτείνει το ενδιαφέρον και την ενεργοποίηση των αρμόδιων εθνικών και διεθνών οργανισμών. Ελληνικές και διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος τραυματισμού ιατρών και νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι ιδιαίτερα αυξημένος. Από την άλλη, οι ενέργειες των επαγγελματιών υγείας στις συγκεκριμένες περιπτώσεις κρίνεται ανεπαρκής<sup>29,30</sup>. Το πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα της μετάδοσης των ιών με αυτούς τους τρόπους, φαίνεται σε στατιστική μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ, όπου διαπιστώθηκε πως κάθε χρόνο 8700 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού μολύνονται από ηπατίτιδα Β και 170 -180 άτομα της ίδιας ομάδας καταλήγουν από επιπλοκές αυτής της νόσου<sup>31</sup>.

Όσον αφορά στους ασκούντες διοικητικά καθήκοντα, ισχύουν παρόμοια με τις υπόλοιπες ομάδες εργαζομένων για τους εργασιακούς κινδύνους σε χώρο γραφείου.



**Σχήμα 3.** Εννοιολογικό μοντέλο της ποιότητας της ζωής στην εργασία. (Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health* 2007, 45:622-636.)

### 3.2 Άγχος και επαγγελματική εξουθένωση

Τα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, σωματοποίησης και επαγγελματικής εξουθένωσης είναι από τα υψηλότερα ανάμεσα σε όλες τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας. Ειδικά η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται ότι σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης και υψηλά ποσοστά παραιτήσεων από το επάγγελμα <sup>23</sup> ενώ σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής. <sup>32</sup>.

Ειδικότερα για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία, βιβλιογραφικά δεδομένα επισημαίνουν ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν τις επαγγελματικές ομάδες που είναι περισσότερο εκτεθειμένες σε αγχογόνους παράγοντες, με αποτέλεσμα την εκδήλωση χρόνιου άγχους, το οποίο συχνά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση (burnout) <sup>17</sup>.

Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στο άγχος και στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους, γιατί, όπως ανέδειξαν σχετικές μελέτες, είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και επειδή οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο σε υπαρκτά άτομα <sup>20</sup>.

Το άγχος της εργασίας μπορεί να οριστεί ως η βλαβερή σωματική και συναισθηματική αντίδραση η οποία συμβαίνει όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν ταιριάζουν με τις δυνατότητες, τις πηγές ή τις ανάγκες του εργαζόμενου. Το στρες της εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε κακή υγεία (πνευματική, σωματική) ακόμα και τραυματισμό <sup>21</sup>.

Τα αίτια που οδηγούν στην εκδήλωση του άγχους ή/και της εξουθένωσης μπορεί α) να προέρχονται από τον ίδιο το νοσηλευτή (ατομικοί παράγοντες): χαρακτηριστικά προσωπικότητας, κίνητρα, προσδοκίες, ικανότητα αντίδρασης στο άγχος (coping) αυτοεκτίμηση, ενσυναίσθηση, κ.τ.λ. β) από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας: εντατικοποίηση εργασίας, ασάφεια ρόλων και καθηκόντων, ωράριο εργασίας, έλλειψη αναγνώρισης, αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και γ) από την επαφή με τον ασθενή: συχνή επαφή με τον πόνο και τον θάνατο <sup>17</sup>.

Οι κυριότεροι παράγοντες που προκαλούν στρες στους νοσηλευτές είναι:

1. Οι συχνές βάρδιες, η εναλλαγή των βαρδιών, οι κακές συνθήκες εργασίας
2. Σύγκρουση των ρόλων
3. Συνεχής επικοινωνία με ποικιλία ατόμων
4. Ο φόρτος εργασίας και η βαρύτητα των περιστατικών

5. Η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου

6. Ο ρόλος του ατόμου στο εργασιακό περιβάλλον (ασάφεια ρόλων- έλλειψη καθηκοντολογίου <sup>33</sup>.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η απουσία υποστήριξης και απόδοσης θετικής ανατροφοδότησης (feedback) προς το νοσηλευτικό προσωπικό από τα διοικητικά στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας .

Οι κλινικοί νοσηλευτές λοιπόν εργάζονται κάτω από συνθήκες εντόνου άγχου με μικρή ωστόσο αυτονομία στη λήψη αποφάσεων, καθώς συχνά λειτουργούν κάτω από πολιτικές που άλλοι έχουν επιλέξει.

Εκείνος που τελικά χάνει από το στρες των νοσηλευτών είναι ο ασθενής. Ο νοσηλευτής με στρες καταλήγει να νοσηλεύει τους ασθενείς του με ψυχρό, αδιάφορο και απρόσωπο τρόπο, με απάθεια και απογοήτευση.

Επίσης είναι πιθανό να αποσύρεται από τους άλλους, να εκδηλώνεται αρνητικά και οξύθυμα, να απουσιάζει συχνά από την εργασία του, να την εκτελεί λιγότερο αποτελεσματικά απ' ότι στο παρελθόν και να επιθυμεί να την εγκαταλείψει <sup>33</sup>.

### **3.3 Το κυκλικό ωράριο εργασίας και οι συνέπειές του**

Οι υπηρεσίες υγείας είναι οργανισμοί που εξασφαλίζουν υπηρεσίες σε 24ωρη βάση προς όφελος των πολιτών σε κάθε χώρα, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να εργάζονται σε εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ευθύνη για την παροχή φροντίδας υγείας μέσω της εφαρμογής της επιστημονικής γνώσης και των δεξιοτήτων, καθώς και την ειδίκευση στην αναγνώριση των αναγκών υγείας του πληθυσμού κάθε χώρας. Οι ιδιαίτερες συνθήκες άσκησης του έργου τους περιορίζουν την ανάκτηση των δυνάμεων από την εργασία σε ωράρια και μπορεί να επιφέρουν άμεσες ή και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Είναι αναγκαίο να βρεθούν και να επιβεβαιωθούν οι βιολογικοί μηχανισμοί κατά τους οποίους τα ωράρια, ειδικότερα τα νυκτερινά, και οι μικρές περίοδοι ανάπαυσης επηρεάζουν την ποσότητα ή και την ποιότητα του ύπνου, την εγρήγορση και την απόδοση των εργαζομένων <sup>34</sup>.

Η εργασία με εναλλασσόμενο ωράριο είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα των σύγχρονων κοινωνιών και από τη στιγμή που είναι αμφίβολο ότι θα περιοριστεί,

πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε οι εργαζόμενοι να διευκολύνονται και να αισθάνονται όσο το δυνατό περισσότερο ασφαλείς. Ο καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί η βελτίωση των συνθηκών εργασίας με ωράρια είναι η ύπαρξη ενός πλαισίου επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας. Το νομοθετικό πλαίσιο για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια εξασφαλίζει σε όλους τους εργαζόμενους την παροχή ασφαλών και υγιών συνθηκών εργασίας, καθώς και την προστασία από τους επαγγελματικούς κινδύνους<sup>34</sup>.

Για τα ελληνικά δεδομένα, η οργάνωση του χρόνου εργασίας διέπεται από το Προεδρικό Διάταγμα 88/1999, σε εναρμόνιση με την οδηγία 93/104/EK της 23ης Νοεμβρίου 1993 σχετικά με την οργάνωση του χρόνου εργασίας, η οποία αντικαταστάθηκε από την οδηγία 2003/88/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Παρόλα αυτά, στην Ελλάδα εξαιτίας της τεράστιας έλλειψης προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας η ισχύουσα νομοθεσία δεν εφαρμόζεται επαρκώς<sup>34</sup>.

Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχει ένα ενδογενές βιολογικό ρολόι, το κερκάδιο ρυθμικό σύστημα, το οποίο προετοιμάζει το σώμα και το μυαλό κατά τη νυκτερινή περίοδο για ύπνο και το πρωί αλλάζει τη λειτουργία του ώστε κατά τη διάρκεια της ημέρας να είναι σε εγρήγορση και ετοιμότητα. Το κερκάδιο ρυθμικό σύστημα είναι αρκετά ανθεκτικό στις μεταβολές, κυρίως στις αιφνίδιες, όπως συμβαίνει στα ωράρια εργασίας και στις ώρες ύπνου ενώ ο αποσυγχρονισμός του διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έλλειψη αντοχής στην εργασία με εναλλασσόμενα ωράρια. Η αυξημένη υπνηλία και η κούραση λόγω της οφειλής του οργανισμού σε ύπνο, τα δυνητικά προβλήματα υγείας, σωματικής και ψυχικής, τα αυξημένα επίπεδα νευρικότητας και συναισθηματικής εξουθένωσης, οι οικογενειακές και οι κοινωνικές δυσκολίες, καθώς και η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία με αντίκτυπο στην αποδοτικότητα αποτελούν τις κύριες συνέπειες που προκύπτουν από την εργασία με ωράρια. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί ότι πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση των ωραρίων εργασίας με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού στο γυναικείο πληθυσμό<sup>34,35</sup>.

Τα συστήματα τα οποία πλήττονται κατά κύριο λόγο από την εργασία με ωράρια είναι το καρδιαγγειακό και το γαστρεντερικό. Κατά πόσο συσχετίζεται το εναλλασσόμενο σύστημα ωραρίου εργασίας με διάφορες καρδιαγγειακές νόσους είναι ακόμη υπό συζήτηση. Το stress που δημιουργεί το εναλλασσόμενο ωράριο μπορεί να έχει επίπτωση στο καρδιαγγειακό σύστημα είτε με άμεσους είτε με έμμεσους μηχανισμούς. Οι πρώτοι αφορούν σε νευροορμονικούς μηχανισμούς που

προκαλούν αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών και κορτιζόλης με άμεση επίδραση στην αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό, τους μηχανισμούς θρόμβωσης και στο μεταβολισμό των λιπιδίων και της γλυκόζης. Οι έμμεσοι μηχανισμοί αφορούν στις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου, τις μη σωστές διατροφικές συνήθειες, την κατανάλωση οινοπνεύματος, την έλλειψη σωματικής άσκησης, τις ακανόνιστες ώρες ύπνου, καθώς και το κάπνισμα, το οποίο διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόκληση και την εξέλιξη καρδιαγγειακών νοσημάτων <sup>34</sup>. Η κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, η έκκριση των γαστρικών οξέων, η δραστηριότητα των ενζύμων και η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών εμφανίζουν κιρκάδια περιοδικότητα, καθώς και ο ηπατικός μεταβολισμός. Η λήψη των γευμάτων σε διαφορετικές και ακανόνιστες ώρες προκαλεί αλλαγή της κινητικότητας του εντέρου και της έκκρισης των γαστρικών υγρών, ενώ ενοχοποιείται για την εκδήλωση γαστρεντερικών συμπτωμάτων, καθώς και γαστρικών και δωδεκαδακτυλικών ελκών. Έτσι, δημιουργείται διαφορά φάσης μεταξύ του κιρκάδιου ρυθμού του αισθήματος της πείνας και της πέψης, η οποία είναι συγχρονισμένη με τον κύκλο «ημερήσια δραστηριότητα/νυκτερινός ύπνος», και της αλλαγής της τυπικής ώρας που λαμβάνονται τα κύρια και τα ενδιάμεσα γεύματα, κυρίως κατά τη νυκτερινή εργασία <sup>34</sup>.

Συνέπεια του κυκλικού ωραρίου είναι επίσης η διαταραχή του ύπνου και η έλλειψή του. Η έλλειψη ύπνου έχει συνδεθεί με εκδήλωση νευρικής, θυμού, ευερεθιστότητας, άσχημης διάθεσης και θλίψης. Ειδικότητες όπως οφθαλμολόγοι, ογκολόγοι-χειρουργοί, καρδιολόγοι, ψυχίατροι και ψυχολόγοι έχουν αποτελέσει κλινικούς πληθυσμούς με συμπτωματολογία χρόνιου εργασιακού stress, το οποίο συχνά μεταφέρεται στην προσωπική ζωή και στο οικογενειακό περιβάλλον τους. Οι Tesser et al. (1971), με διάφορες ψυχολογικές δοκιμασίες έδειξαν ότι οι ιατροί που αναγγέλλουν τα άσχημα νέα (π.χ. αιματολόγοι και ογκολόγοι), εμφανίζουν νευρική, αίσθημα αυξημένης ευθύνης και έλλειψη αυτοπεποίθησης ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που δείχνουν δισταγμό να επικοινωνήσουν αρνητικά νέα σε συγγενείς ασθενών <sup>36, 20</sup>.

## **Κεφάλαιο 4. Ερωτηματολόγια διερεύνησης του επιπέδου υγείας.**

Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι το ποσοστό των μη θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων είναι κατά 40 % υψηλότερο στους νέους ηλικίας μεταξύ 18-24 ετών συγκριτικά με εκείνο του συνόλου του εργατικού δυναμικού. Οι νέοι έχουν επίσης μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από κάποια επαγγελματική ασθένεια (Europe factsheet). Οι χώροι εργασίας μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό πεδίο για την προαγωγή της υγείας, προσφέροντας την ευκαιρία βελτίωσης της υγείας των εργαζομένων και συντελώντας στη μείωση των δαπανών υγείας, άρα και στη βελτίωση της παραγωγικότητας. Έχουν δημιουργηθεί εργαλεία διερεύνησης του επιπέδου υγείας των εργαζομένων. Αυτά συνίστανται σε ερωτηματολόγια-συνήθως αυτοαναφοράς- που μελετούν τη σωματική και ψυχική συνιστώσα της υγείας. Κάποια από αυτά (το ερωτηματολόγιο υγείας του ΑΠΘ και εκείνο του ΚΕΠΕΚ είναι ελληνικά και μελετούν κύρια την υγιεινή στο χώρο εργασίας και τη σωματική υγεία των εργαζομένων, ενώ άλλα –τα περισσότερα- αποτελούν μεταφορά στην ελληνική αντίστοιχων εργαλείων του εξωτερικού, τα οποία και έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό και αναφέρονται κυρίως στην ψυχική συνιστώσα της υγείας. Τα περισσότερα από αυτά δεν περιορίζονται μόνο στους εργαζομένους, αλλά έχουν εφαρμοστεί και σε αυτούς ή κυρίως σε αυτούς. Μελετούν κύρια την ψυχική συνιστώσα της υγείας. Σε αυτά ανήκουν το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach, το ερωτηματολόγιο STAI, το ερωτηματολόγιο GHQ , κ.α που αναφέρονται στη συνέχεια.

### **Ερωτηματολόγιο ΚΕΠΕΚ**

Το Ερωτηματολόγιο αυτό είναι μια πρωτοβουλία του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας (ΚΕΠΕΚ Κεντρικής Ελλάδος), και μιας επιστημονικής ομάδας Ειδικών Ιατρών Εργασίας που σκοπό έχει να διερευνηθεί το επαγγελματικό ΣΤΡΕΣ και η ικανοποίηση που προκύπτει από την εργασία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε ώστε να εξετάζει την επαγγελματική ικανοποίηση ως πολυδιάστατη έννοια και έχει κατά το δυνατόν προσαρμοστεί στην Ελληνική πραγματικότητα ώστε να ανιχνεύει τα προβλήματα των Ελλήνων εργαζομένων. Λαμβάνει επίσης υπόψη του τη σύγχρονη οικονομική πραγματικότητα και εξετάζει τις επιπτώσεις της πάνω στο



εργατικό δυναμικό της χώρας. Το ερωτηματολόγιο περιέχει συνολικά 130 ερωτήσεις. Αυτές είναι καταναμεμημένες σε 6 θεματικές ενότητες που αφορούν προσωπικά στοιχεία, ερωτήσεις που αφορούν την υγεία, την προσωπική ευεξία, το χώρο εργασίας, τις εργασιακές συνθήκες, και τον τύπο προσωπικότητας. Χρησιμοποιήθηκε η 5-βάθμια κλίμακα απαντήσεων και έγινε επίσης χρήση χρωματικής διαβάθμισης ώστε να διευκολύνονται οι εργαζόμενοι στην εύκολη και κατανοητή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

### **Ερωτηματολόγιο SF-36**

Μελετά την ποιότητα ζωής. Οι έννοιες-διαστάσεις της υγείας, όπως περιγράφονται στο ερωτηματολόγιο, επεξηγούνται ως εξής:

*Σωματική λειτουργικότητα:* Περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις και αναφέρεται σε δραστηριότητες όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σκαλοπατιών κ.λπ. *Σωματικός ρόλος:* Περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις, ενδεικτικές των περιορισμών που επιβάλλονται στην εργασία και τις καθημερινές ασχολίες λόγω της κατάστασης της σωματικής υγείας.

*Σωματικός πόνος:* Αποτελείται από 2 ερωτήσεις και υπολογίζει τόσο την ένταση του πόνου όσο και την επίδρασή του σε δραστηριότητες εντός και εκτός σπιτιού. *Γενική υγεία:* Περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις και υπολογίζει το βαθμό υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας.

*Ζωτικότητα:* Περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις και δηλώνει το βαθμό στον οποίο το άτομο νιώθει κούραση και εξάντληση ή, αντίθετα, ενεργητικότητα. *Κοινωνική λειτουργικότητα:* Αποτελείται από 2 ερωτήσεις και μετρά το βαθμό στον οποίο η σωματική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν τις κοινωνικές δραστηριότητες.

*Συναισθηματικός ρόλος:* Περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις και εκτιμά το βαθμό στον οποίο τα συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν την εργασία και τις άλλες καθημερινές δραστηριότητες.

*Ψυχική υγεία:* Περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις και μετρά στοιχεία, όπως η μελαγχολία, ο εκνευρισμός, η ευτυχία, η ηρεμία και η γαλήνη. Οι βαθμολογίες στις οκτώ υποκλίμακες ανάχθηκαν στην κλίμακα 0–100. Ο βαθμός 0 αντιπροσωπεύει τη χειρότερη υγεία, ενώ ο βαθμός 100 αντιπροσωπεύει την καλύτερη δυνατή υγεία.

## **World Health Organization Quality of Life.**

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και αποτελεί τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100, αφορά στη μέτρηση της αυτοαναφερόμενης ΠΖ και αποτελείται από 26 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε τέσσερις διαστάσεις: (α) σωματική υγεία, (β) ψυχολογική υγεία, (γ) κοινωνικές σχέσεις και (δ) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες εκτιμούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ (ΣΥΠΖ). Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις, οι οποίες προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και τη στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι νέες ερωτήσεις αναφέρονται: (α) στη διατροφή, (β) στην ικανοποίηση από την εργασία, (γ) στην οικιακή ζωή και (δ) στην κοινωνική ζωή.

Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ΠΖ. Ο έλεγχος των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων συμπεριέλαβε εννοιολογική εγκυρότητα της δομής, διακριτική εγκυρότητα, αξιοπιστία επανελέγχου, κλινική ευαισθησία κ.ά. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες.

## **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28).**

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο συναποτελούν τέσσερις υποκλίμακες: (α) σωματικά συμπτώματα, (β) άγχος/ αϋπνία, (γ) κοινωνική δυσλειτουργία και (δ) σοβαρή κατάθλιψη. Κάθε ερώτηση απαντάται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη διαταραχής της ψυχικής υγείας.

Αρχικά, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και συμπληρώθηκε τόσο στην αγγλική όσο και στην ελληνική έκδοχή, από 50 δίγλωσσους. Η προσαρμογή βασίστηκε σε 100 ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν διαδοχικά στο ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

### **Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg.**

Η κλίμακα διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (state) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait). Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν στο πώς νιώθει κάποιος τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο –το άγχος ως κατάσταση– ενώ τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πώς το άτομο αισθάνεται γενικά (χαρακτηριολογικό άγχος). Οι απαντήσεις των ερωτήσεων δίνονται σε τετραβάθμια κλίμακα. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου άγχους.

### **Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D).**

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις, το οποίο μετρά το επίπεδο της κατάθλιψης. Για τον ελληνικό πληθυσμό, μια τιμή >9,03 είναι ενδεικτική της κατάθλιψης του ατόμου.<sup>33</sup> Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και εγκυρότητα κριτηρίου. Επιπρόσθετα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας εμφανίζεται υψηλή (τιμές εύρους 0,84–0,90).

### **Το Ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη (BDI)**

Χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της κατάθλιψης ως πρότυπο. Αποτελείται από 21 λήμματα, συμπληρώνεται από τον εξεταζόμενο και έχει χρησιμοποιηθεί όχι μόνο για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης, αλλά και ως μέθοδος ανίχνευσης. Έχει σταθμιστεί στα ελληνικά και η χρήση του είναι ευρέως διαδεδομένη.

### **Ερωτηματολόγιο Maslach**

Το εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελείται από 22 ερωτήσεις και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 7 σημείων της κλίμακας Likert, που εκτείνεται από το 0 ("ποτέ") έως το 6 ("κάθε μέρα"). Τα κριτήρια για την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου ήταν ότι ήταν αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση του για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εφαρμογή του

σε πολλές χώρες του κόσμου και σε πολλούς εργασιακούς χώρους, ισχυροποίησαν την τρισδιάστατη δομή της μέτρησης<sup>37</sup>.

Στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκε από τους Παπαδάτου και συν. (1994), ενώ οι Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1992) συμπεραίνουν ότι «η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου Maslach αποτελεί ένα σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στην εργασία του και της στάσης του απέναντι σε όσους παρέχουν υπηρεσίες, τουλάχιστον νοσηλευτικές.» Η ανάλυση αξιοπιστίας της κλίμακας υπολογίστηκε μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha, ο οποίος βρέθηκε ίσος με 0,95 για την υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης, 0,89 για την υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης και 0,88 για την υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων. Ο συνολικός δείκτης ήταν ίσος με 0,83<sup>38</sup>.

Οι παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης που διερευνήθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές μέσω αντίστοιχων ερωτήσεων ήταν:

- **Συναισθηματική εξάντληση (ΣΕ):** Ο παράγοντας της συναισθηματικής εξάντλησης εκτιμά την συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και κατάπτωσης λόγω της εργασίας.
- **Απροσωποποίηση:** Ο παράγοντας της απροσωποποίησης αντανακλά τις αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών.
- **Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (ΠΕ):** Ο παράγοντας των προσωπικών επιτευγμάτων μετρά την αίσθηση επάρκειας, αποδοτικότητας και πραγματοποίησης επιτευγμάτων στον επαγγελματικό τομέα

## Η κλίμακα μέτρησης της αϋπνίας

Προτάθηκε από τους Soldatos et al (2000)<sup>39</sup>. Η κλίμακα αϋπνίας Αθηνών (Athens Insomnia Scale, AIS) είναι ένα ψυχομετρικό όργανο αυτοαξιολόγησης που έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της δυσκολίας στον ύπνο. Βασίζεται στη Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών και των Σχετιζόμενων Προβλημάτων Υγείας (International Statistical Classification of Diseases and Related

Health Problems 10th Revision, ICD-10). Η κλίμακα αϋπνίας Αθηνών αποτελείται από οκτώ στοιχεία (items) από τα οποία τα πέντε πρώτα αφορούν στην έναρξη του ύπνου, τα ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας, το οριστικό ξύπνημα, τη συνολική διάρκεια του ύπνου και την ποιότητα του ύπνου ενώ τα τρία τελευταία αναφέρονται στην ευεξία, τη λειτουργική ικανότητα και την υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας. Το υψηλό μέγεθος της συνέπειας, της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της κλίμακας αϋπνίας Αθηνών την καθιστούν ένα πολύτιμο εργαλείο σε μελέτες για τις διαταραχές του ύπνου και την κλινική πρακτική. Τόσο η κλίμακα αυτή (AIS-10) όσο και η σύντομη έκδοσή της (AIS-5) που αποτελείται μόνο από τα πέντε πρώτα στοιχεία χρησιμοποιούνται εδώ και πολλά χρόνια στην έρευνα. Κάθε υποερωτημα βαθμολογείται σε κλίμακα 0-3<sup>39</sup>.

#### **Ερωτηματολόγιο SCL-90** <sup>40</sup>.

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 90 ερωτήσεις με ερωτήσεις τύπου likert πέντε σημείων που εκτείνεται από το 0 = καθόλου, 1 = λίγο, 2= μέτρια, 3 = αρκετά και 4 = υπερβολικά.

Η κλίμακα αυτή περιέχει 9 βασικές υποκατηγορίες, ένα γενικό δείκτη για όλο το ερωτηματολόγιο και 7 ερωτήσεις που αντιπροσωπεύουν σημαντικά θέματα.

Οι υποκατηγορίες είναι οι εξής:

- ***Σωματοποίηση των προβλημάτων -Somatization***
- ***Καταναγκασμός -Obsessive-compulsive***
- ***Διαπροσωπική ευαισθησία - Interpersonal sensitivity***
- ***Κατάθλιψη - Depression***
- ***Άγχος -Anxiety***
- ***Επιθετικότητα -Hostility (HOS, 6 items)***
- ***Φοβικό άγχος -Phobic anxiety (PHO, 7 items)***
- ***Παρανοϊκή ιδεοληψία - Paranoid ideation***
- ***Ψυχωτισμός - Psychoticism***
- **Πρόσθετα στοιχεία** :Πρόκειται για ερωτήσεις που περιλαμβάνουν τα εξής θέματα: ανορεξία, κατανάλωση φαγητού πάνω από το κανονικό, αϋπνία, ξύπνημα νωρίς το πρωί, ανήσυχος ύπνος, σκέψεις θανάτου και ενοχές.

Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων(General

Symptoms Index-GSI), το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (Positive Symptoms Index-PSI) και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα (Positive Symptoms Distress Index-PSDI). Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI <sup>41</sup>.

### **Ερωτηματολόγιο του Κέντρου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ΑΠΘ**

Στόχος του είναι να εκτιμηθούν οι ανάγκες υγείας και να αναγνωριστούν οι βασικοί επαγγελματικοί κίνδυνοι των εργαζομένων μέσα από την προσωπική εμπειρία των ιδίων και να καταγραφεί ο βαθμός ενημέρωσης τους σε θέματα που αφορούν στην Υγεία και στην Ασφάλεια στην Εργασία.

## **Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία**

### **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο συνολικής υγείας των νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, μετά από αξιολόγηση των απαντήσεων τους στις επιμέρους συνιστώσες της σωματικής και ψυχικής υγείας.

### **Διαδικασία και δείγμα της έρευνας**

Διανεμήθηκαν 120 ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, μετά από συνέντευξη των ερωτώμενων. Επαρκώς συμπληρωμένα επεστράφησαν 101. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική με παράλληλη δέσμευση για ενημέρωσή τους σχετικά με τα αποτελέσματα. Η έρευνα διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα Φλεβάρη-Απρίλη σε όλα τα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και περιελάμβανε νοσηλευτές ηλικίας 30-50 ετών, αντίστοιχα προς τα ηλικιακά όρια των νοσηλευτών που υπηρετούν στο νοσοκομείο. Από τα 101 ερωτηματολόγια απορρίφθηκαν τα 14 επειδή δεν ήταν συμπληρωμένα κατάλληλα και η ανάλυση των δεδομένων στηρίχτηκε στα εναπομείναντα 87 έγκυρα ερωτηματολόγια. Άδεια δόθηκε από την αρμόδια επιτροπή δεοντολογίας.

### **Το εργαλείο της έρευνας**

Το ερωτηματολόγιο είναι σταθμισμένο ελληνικό πληθυσμό στα πλαίσια παλιότερης έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην κοινότητα στα πλαίσια άσκησης της Κοινωνικής Νοσηλευτικής. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερα μέρη. Το πρώτο μέρος αναφέρεται στα δημογραφικά, σωματομετρικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει συνολικά 96 ερωτήσεις διαβαθμισμένες σε 5βαθμη κλίμακα Likert σχετικά με την κοινωνική, ψυχική και σωματική υγεία, τις συνήθειες, τα φάρμακα, τη χρήση υπηρεσιών από τον ίδιο τον ερωτώμενο. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις σχετικά με την υγεία της οικογένειας του ερωτώμενου, επίσης σε 5βαθμη κλίμακα Likert. Η διαβάθμιση των απαντητικών επιλογών στην κλίμακα Likert έχει ως εξής: Δυσανεστημένος- μάλλον δυσανεστημένος-έτσι κι έτσι-μάλλον ευχαριστημένος –ευχαριστημένος ή αναλόγως των ερωτήσεων πολύ συχνά –συχνά πότε/πότε/σπάνια-πολύ σπάνια ή αντίστοιχες εκφράσεις, αναλόγως της υποενότητας που εξετάζεται κάθε φορά. Το τέταρτο μέρος αποτελείται από 8 ερωτήσεις που αναφέρονται σε σωματομετρικές και

εργαστηριακές εξετάσεις, στα ζωτικά σημεία (σφίξεις, αρτηριακή πίεση) των ερωτώμενων και βασικούς μεταβολικούς δείκτες, όπως : χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, σάκχαρο. Συνεπώς, εκτός από την ενότητα των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών, στο κύριο μέρος του ερωτηματολογίου διακρίνονται συνολικά 8 υποενότητες. Οι ερωτήσεις του πρώτου και δεύτερου μέρους είναι κλειστού τύπου και του τρίτου ανοικτού. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο παράρτημα.

Αναφορικά με τον τρόπο υπολογισμού της συνολικής βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο «συνολική υγεία», υπάρχουν δύο μέθοδοι υπολογισμού:

**Μέθοδος Α:** αθροίζονται όλες οι μονάδες από κάθε ξεχωριστό θερμόμετρο υγείας και σημειώνονται τα αποτελέσματα στο παρακάτω συνολικό «Υγειόμετρο »

Σε 115 ερωτήσεις μπορεί κανείς να συγκεντρώσει το περισσότερο +230 μονάδες δηλαδή  $115 \times +2 = +230$  μονάδες

και το λιγότερο -230 δηλαδή  $115 \times -2 = -230$  μονάδες

Για το λόγο αυτό η βαθμολογία ξεκινάει από -230 και φτάνει ως το +230

**Μέθοδος Β:** αθροίζονται όλες οι μονάδες που προκύπτουν από κάθε θερμόμετρο υγείας σε κάθε μία από τις 8 ξεχωριστές ενότητες που περιλαμβάνει το Υγειόμετρο .Αν το άθροισμα είναι + τότε η κάθε υπολογιζόμενη ενότητα παίρνει +2, αν είναι αρνητικό τότε -2.

Συνολικά για όλες τις ενότητες μπορεί να συγκεντρώσουν  
είτε  $8 \times 2 = +16$  μονάδες το περισσότερο  
είτε  $8 \times 2 = -16$  μονάδες το λιγότερο



## Κεφάλαιο 6.Αποτελεσματα

### Α. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ «ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ Α

Κάθε απάντηση έχει πέντε επιλογές. Ξεκινώντας από αριστερά, η πρώτη επιλογή βαθμολογείται με -2, η δεύτερη επιλογή με -1, η τρίτη επιλογή με 0, η τέταρτη επιλογή με +1 και η πέμπτη επιλογή με +2.

Μετά από άθροιση όλων των μονάδων από κάθε ξεχωριστό ερωτηματολόγιο, το αποτέλεσμα συγκρίνεται με μία κλίμακα τιμών, ως εξής:

1. Από (-230) – (-141): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Πολύ Κακή»
2. Από (-140) – (-50): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Κακή»
3. Από (-49) – (+42): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Μέτρια»
4. Από (+43) – (+136): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Καλή»
5. Από (+137) – (+230): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Πολύ Καλή»

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

#### Πίνακας 1. Χαρακτηρισμός της «Συνολικής Υγείας» των μελετώμενων ατόμων.

<u>Ερωτηματολόγιο</u>	<u>Αποτέλεσμα</u>	<u>Χαρακτηρισμός «Συνολικής Υγείας»</u>
1	116	Καλή
2	121	Καλή
3	118	Καλή
4	102	Καλή
5	124	Καλή
6	92	Καλή
7	49	Καλή
8	87	Καλή
9	148	Πολύ Καλή
10	99	Καλή
11	82	Καλή
12	112	Καλή
13	87	Καλή
14	130	Καλή

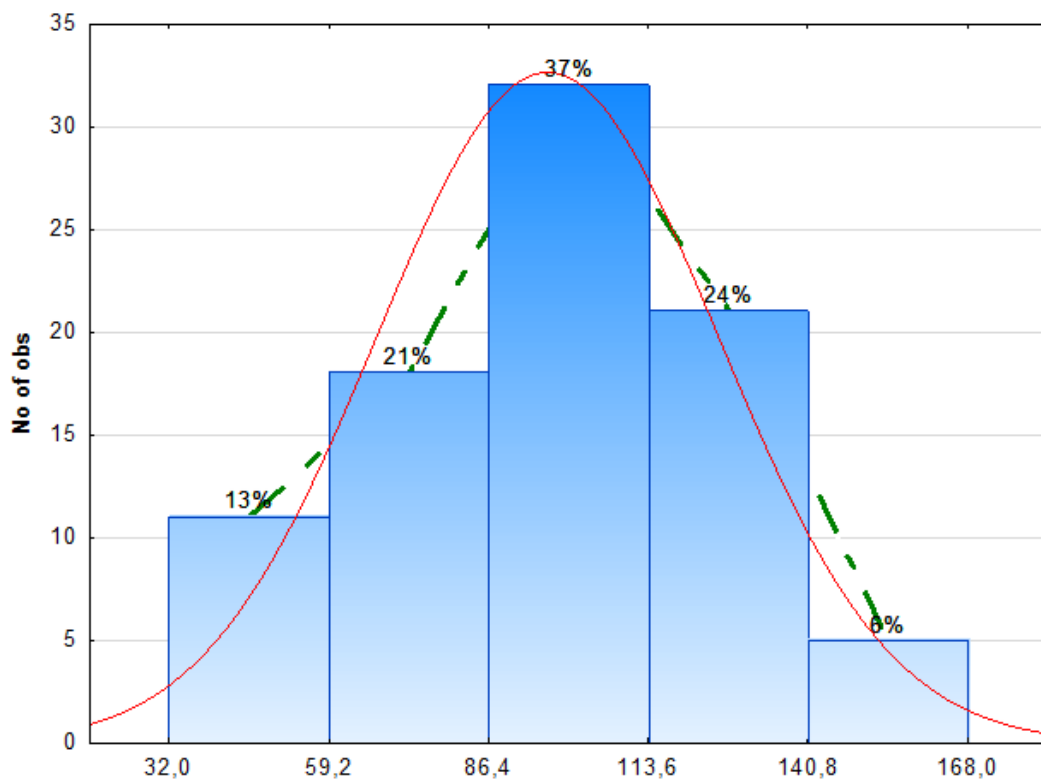
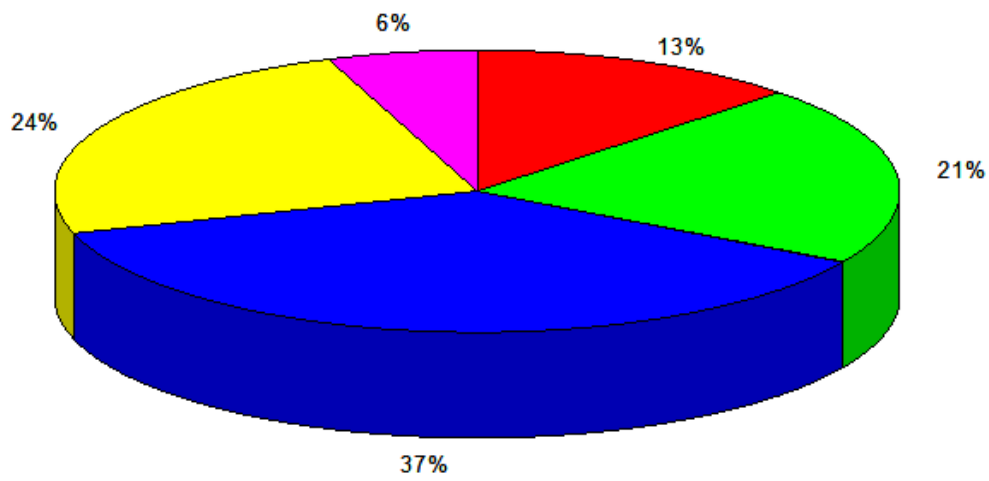
15	74	Καλή
16	63	Καλή
17	49	Καλή
18	89	Καλή
19	53	Καλή
20	126	Καλή
21	87	Καλή
22	85	Καλή
23	108	Καλή
24	82	Καλή
25	87	Καλή
26	108	Καλή
27	94	Καλή
28	104	Καλή
29	78	Καλή
30	32	Μέτρια
31	97	Καλή
32	68	Καλή
33	111	Καλή
34	113	Καλή
35	82	Καλή
36	108	Καλή
37	106	Καλή
38	103	Καλή
39	68	Καλή
40	147	Πολύ Καλή
41	132	Καλή
42	142	Πολύ Καλή
43	90	Καλή

44	57	Καλή
45	93	Καλή
46	119	Καλή
47	115	Καλή
48	34	Μέτρια
49	77	Καλή
50	137	Πολύ Καλή
51	81	Καλή
52	112	Καλή
53	114	Καλή
54	129	Καλή
55	110	Καλή
56	168	Πολύ Καλή
57	124	Καλή
58	77	Καλή
59	103	Καλή
60	101	Καλή
61	99	Καλή
62	80	Καλή
63	124	Καλή
64	98	Καλή
65	100	Καλή
66	37	Μέτρια
67	57	Καλή
68	146	Πολύ Καλή
69	121	Καλή
70	115	Καλή
71	101	Καλή
72	114	Καλή

73	93	Καλή
74	32	Μέτρια
75	100	Καλή
76	137	Πολύ Καλή
77	83	Καλή
78	116	Καλή
79	66	Καλή
80	50	Καλή
81	117	Καλή
82	63	Καλή
83	90	Καλή
84	67	Καλή
85	129	Καλή
86	72	Καλή
87	48	Καλή

---

Η γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για όλα τα ερωτηματολόγια παρουσιάζεται παρακάτω, στο σχήμα 1, με την μορφή πίτας και ιστογράμματος.



**Σχήμα 1. Διαγραμματική παράσταση της κατανομής των αποτελεσμάτων με την μορφή πίτας και ιστογράμματος (X-άξονας = αποτέλεσμα βαθμολόγησης απαντήσεων και Y-άξονας = πλήθος ερωτώμενων).**

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω διαγράμματα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων χαρακτηρίζει την υγεία του ως καλή ( 37% και 21% του δείγματος –συνολικά 58%- δίνουν βαθμολογία μεταξύ 59,2 και 113,6, που αντιστοιχεί σε «καλή υγεία»).

Επίσης προσδιορίστηκαν τα ακόλουθα περιγραφικά στατιστικά μεγέθη:

- ❖ Η μέση τιμή = 96
- ❖ Η τυπική απόκλιση = 29
- ❖ Η διάμεση τιμή = 99
- ❖ Το τυποποιημένο ενδοτεταρτημοριακό εύρος = 27

Συνεπώς, με βάση τα παραπάνω περιγραφικά στατιστικά μεγέθη, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η μέση «Συνολική Υγεία» των μελετώμενων είναι «Καλή», ενώ η διακύμανσή της είναι μεταξύ «Μέτριας» και «Πολύ Καλής».

## **B. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ «ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ Β**

Με τη μέθοδο Β αθροίζονται οι μονάδες ανά ενότητα του ερωτηματολογίου και αν το άθροισμα αυτό είναι θετικό τότε λαμβάνει την τιμή +2, ενώ αν είναι αρνητικό την τιμή -2. Ακολούθως, αθροίζονται οι τελικές τιμές των ενοτήτων για κάθε ερωτηματολόγιο.

Το αποτέλεσμα συγκρίνεται με την ακόλουθη κλίμακα τιμών:

1. Από (-16,00) – (-10,00): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Πολύ Κακή»
2. Από (-9,99) – (-3,50): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Κακή»
3. Από (-3,49) – (+3,00): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Μέτρια»
4. Από (+3,01) – (+9,50): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Καλή»
5. Από (+9,51) – (+16,00): Η «Συνολική Υγεία» θεωρείται «Πολύ Καλή»

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν για κάθε ερωτηματολόγιο παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

### **Πίνακας 2. Χαρακτηρισμός της «Συνολικής Υγείας» των μελετώμενων ατόμων.**

<u>Ερωτηματολόγιο</u>	<u>Αποτέλεσμα</u>	<u>Χαρακτηρισμός «Συνολικής Υγείας»</u>
1	12	Πολύ Καλή
2	16	Πολύ Καλή

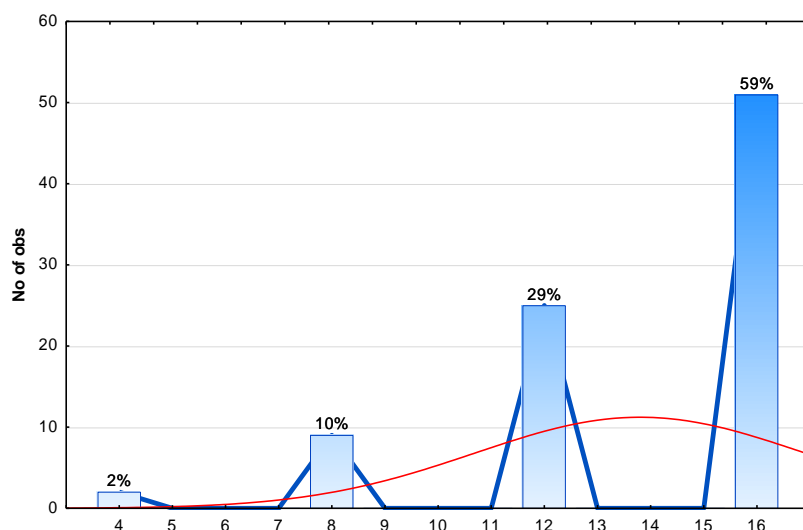
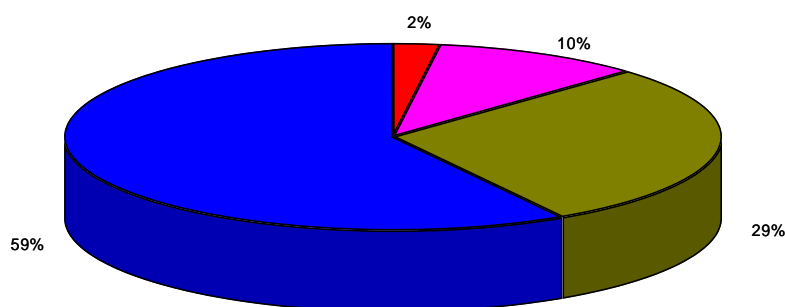
3	16	Πολύ Καλή
4	16	Πολύ Καλή
5	16	Πολύ Καλή
6	12	Πολύ Καλή
7	8	Καλή
8	8	Καλή
9	16	Πολύ Καλή
10	12	Πολύ Καλή
11	16	Πολύ Καλή
12	16	Πολύ Καλή
13	16	Πολύ Καλή
14	16	Πολύ Καλή
15	12	Πολύ Καλή
16	8	Καλή
17	8	Καλή
18	16	Πολύ Καλή
19	4	Καλή
20	12	Πολύ Καλή
21	12	Πολύ Καλή
22	16	Πολύ Καλή
23	12	Πολύ Καλή
24	12	Πολύ Καλή
25	16	Πολύ Καλή
26	12	Πολύ Καλή
27	16	Πολύ Καλή
28	12	Πολύ Καλή
29	8	Καλή
30	8	Καλή
31	16	Πολύ Καλή

32	12	Πολύ Καλή
33	16	Πολύ Καλή
34	16	Πολύ Καλή
35	12	Πολύ Καλή
36	16	Πολύ Καλή
37	12	Πολύ Καλή
38	16	Πολύ Καλή
39	16	Πολύ Καλή
40	16	Πολύ Καλή
41	16	Πολύ Καλή
42	16	Πολύ Καλή
43	16	Πολύ Καλή
44	12	Πολύ Καλή
45	16	Πολύ Καλή
46	16	Πολύ Καλή
47	16	Πολύ Καλή
48	12	Πολύ Καλή
49	16	Πολύ Καλή
50	16	Πολύ Καλή
51	12	Πολύ Καλή
52	12	Πολύ Καλή
53	12	Πολύ Καλή
54	16	Πολύ Καλή
55	16	Πολύ Καλή
56	16	Πολύ Καλή
57	16	Πολύ Καλή
58	12	Πολύ Καλή
59	12	Πολύ Καλή
60	16	Πολύ Καλή



61	16	Πολύ Καλή
62	12	Πολύ Καλή
63	16	Πολύ Καλή
64	12	Πολύ Καλή
65	16	Πολύ Καλή
66	4	Καλή
67	16	Πολύ Καλή
68	16	Πολύ Καλή
69	16	Πολύ Καλή
70	16	Πολύ Καλή
71	8	Καλή
72	16	Πολύ Καλή
73	16	Πολύ Καλή
74	8	Καλή
75	16	Πολύ Καλή
76	16	Πολύ Καλή
77	12	Πολύ Καλή
78	16	Πολύ Καλή
79	16	Πολύ Καλή
80	12	Πολύ Καλή
81	8	Καλή
82	16	Πολύ Καλή
83	16	Πολύ Καλή
84	16	Πολύ Καλή
85	16	Πολύ Καλή
86	16	Πολύ Καλή
87	12	Πολύ Καλή

Η γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για όλα τα ερωτηματολόγια παρουσιάζεται παρακάτω, στο σχήμα 2, με την μορφή πίτας και ιστογράμματος.



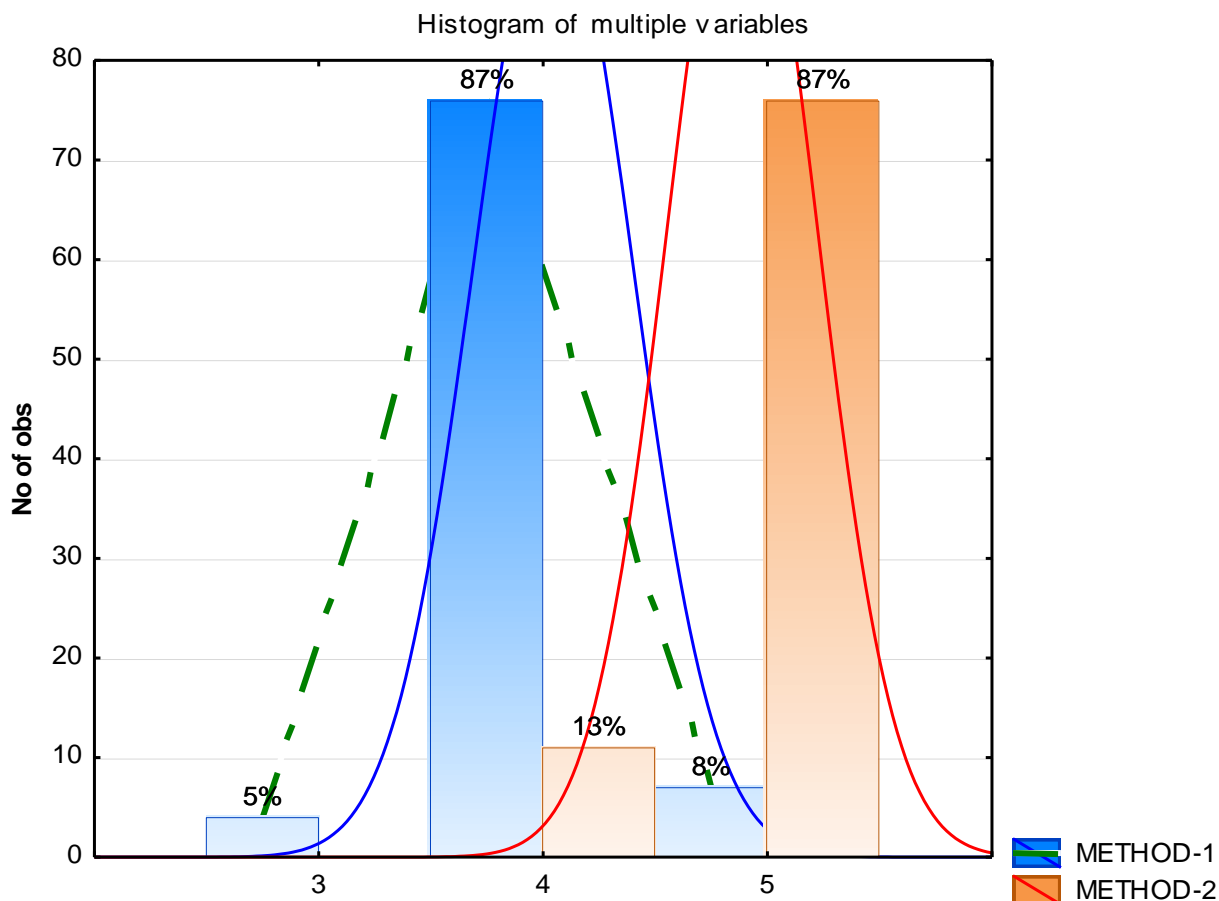
**Σχήμα 2. Διαγραμματική παράσταση της κατανομής των αποτελεσμάτων με την μορφή πίτας και ιστογράμματος (X-άξονας = αποτέλεσμα βαθμολόγησης απαντήσεων και Y-άξονας = πλήθος ερωτώμενων).**

Όπως μπορούμε να δούμε από τα αποτελέσματα του πίνακα 2 και από το σχήμα 2, το επίπεδο της «Συνολικής Υγείας» των ερωτώμενων κυμαίνεται από «Καλή» έως «Πολύ Καλή». Συγκεκριμένα, το 2% των ερωτώμενων έχει αποτέλεσμα βαθμολόγησης ερωτηματολογίου ίσο με 4, το 10% ίσο με 8, το 29% ίσο με 12 και το 59% ίσο με 16. Αυτό σημαίνει ότι η πλειονότητα (59%) χαρακτηρίζει την υγεία του ως «πολύ καλή». Παρατηρούμε συνεπώς ότι η διαφορετική μέθοδος υπολογισμού της τελικής βαθμολογία, οδηγεί σε διαφορετική κατάταξη το επίπεδο υγείας του ερωτώμενου.

## Γ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΔΥΟ ΜΕΘΟΔΩΝ

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα των δύο μεθόδων, παρατηρούνται διαφορές στον χαρακτηρισμό της «Συνολικής Υγείας». Με την πρώτη μέθοδο παρατηρούμε ότι ο χαρακτηρισμός της «Συνολικής Υγείας» της πλειονότητας των ερωτώμενων ήταν «Καλή», ενώ με την δεύτερη μέθοδο «Πολύ Καλή».

Τα αποτελέσματα των δύο μεθόδων παρουσιάζονται γραφικά με το ιστόγραμμα του σχήματος 3 που ακολουθεί.



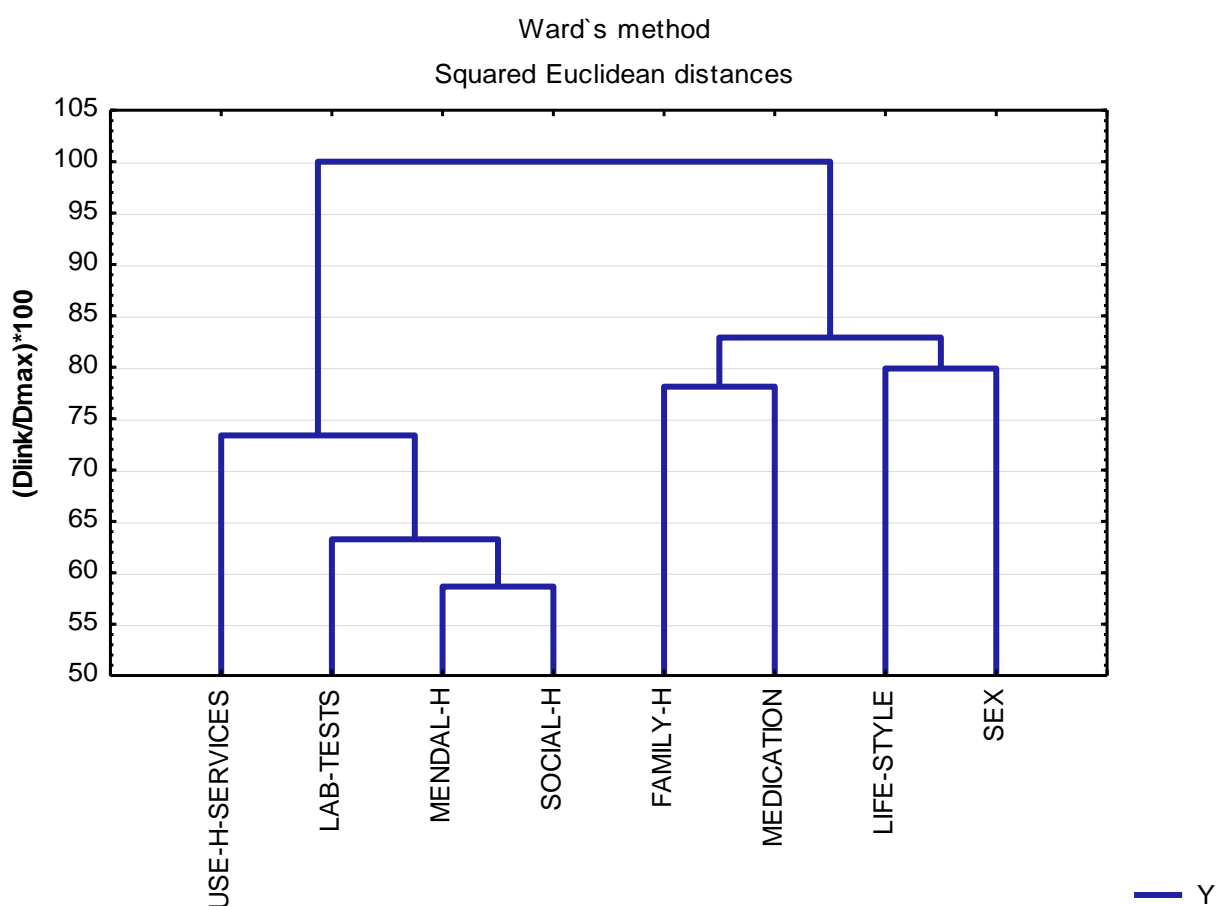
**Σχήμα 3.** Ιστόγραμμα των αποτελεσμάτων των δύο μεθόδων βαθμολόγησης των ερωτηματολογίων (X-άξονας = βαθμολόγηση «Συνολικής Υγείας» και Y-άξονας = πλήθος μελετώμενων).

Όπως βλέπουμε από το σχήμα 3, η δεύτερη μέθοδος (METHOD-2) είναι πιο ελαστική στον χαρακτηρισμό της «Συνολικής Υγείας» ως «Πολύ Καλή». Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη πρώτη μέθοδο (METHOD-1), το 5% των μελετώμενων είχε χαρακτηρισμό της «Συνολικής Υγείας» ως «Μέτρια», το 87% ως «Καλή» και μόλις το 8% ως «Πολύ Καλή», σε αντίθεση με τη δεύτερη μέθοδο όπου το 13% είχε «Καλή» και το 87% «Πολύ Καλή».

## Δ. CLUSTER ANALYSIS – FACTOR ANALYSIS

Το πλεονέκτημα των πολυπαραγοντικών μεθόδων ανάλυσης είναι ότι μπορούν και διερευνούν την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ πολλών διαφορετικών παραμέτρων μαζί, συσχετίσεις που δεν μπορούν να διερευνηθούν με άλλες κλασικές μεθόδους συσχέτισης.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση των αποτελεσμάτων με τη βοήθεια μιας πολυπαραγοντικής μεθόδου, της Cluster Analysis (Ward's method και Squared Euclidean distances). Τα αποτελέσματα της Cluster Analysis εμφανίζονται στο δενδρόγραμμα του σχήματος 4.



**Σχήμα 4. Δενδρόγραμμα των αποτελεσμάτων των ενότητων του ερωτηματολογίου.**

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι ενότητες του ερωτηματολογίου είναι οκτώ (8). Από

αυτές, τα αποτελέσματα της ενότητας «Σωματική Υγεία» δεν παρουσίασαν καμία διακύμανση, και συνεπώς δεν συμπεριλήφθηκαν στην Cluster Analysis. Όπως παρατηρούμε από το σχήμα 4, μεταξύ των υπολοίπων 7 ενοτήτων υπάρχουν δύο κύριες ομάδες, η κάθε μία με 4 ενότητες.

Οι ομάδες αυτές είναι:

<u>Ομάδα 1</u>	<u>Ομάδα 2</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Χρήση Υπηρεσιών Υγείας</li> <li>❖ Εργαστηριακές Εξετάσεις</li> <li>❖ Ψυχική Υγεία</li> <li>❖ Κοινωνική Υγεία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Οικογενειακή Υγεία</li> <li>❖ Φάρμακα</li> <li>❖ Συνήθειες</li> <li>❖ Φύλλο</li> </ul>

Παρατηρείται δηλαδή μία ισχυρή συσχέτιση, από τη μία μεριά μεταξύ των εργαστηριακών εξετάσεων και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας με την ψυχική και κοινωνική υγεία, και από την άλλη μεριά μεταξύ των συνηθειών, της οικογενειακής υγείας, των φαρμάκων και του φύλλου του ατόμου που μελετήθηκε.

Στη συνέχεια τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη βοήθεια μιας άλλης πολυπαραγοντικής μεθόδου, της Factor Analysis. Σκοπός της ανάλυσης παραγόντων (ΑΠ) είναι να συνοψίσει τις σχέσεις ανάμεσα σε ένα μεγάλο αριθμό μεταβλητών με έναν περιεκτικό και ακριβή τρόπο, ώστε να βοηθήσει να γίνει αντιληπτή μια έννοια ή ιδιότητα

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες 3 και 4.

**Πίνακας 3.**

No	Eigenvalue	% Total - variance	Cumulative - %
1	1,510575	18,88219	18,88
2	1,213374	15,16717	34,05
3	1,079475	13,49344	47,54
4	1,011628	12,64535	60,19

#### Πίνακας 4.

Factor Loadings (Varimax normalized), Extraction: Principal components  
(Marked loadings are  $>,500000$ )

Παράμετρος	Factor - 1	Factor - 2	Factor - 3	Factor - 4
SEX	0,100423	<b>-0,646716</b>	<b>0,217134</b>	<b>0,217135</b>
SOCIAL-H	<b>0,672011</b>	0,128952	-0,006932	-0,006932
MENDAL-H	<b>0,356723</b>	<b>0,742484</b>	0,134214	0,134213
LIFE-STYLE	<b>-0,355178</b>	<b>0,403646</b>	<b>0,438562</b>	<b>0,438560</b>
MEDICATION	-0,099589	0,100733	<b>-0,879292</b>	0,126506
USE-H-SERVICES	<b>0,533029</b>	-0,218999	0,092044	0,092045
FAMILY-H	-0,099588	0,100732	0,126505	<b>-0,879292</b>
LAB-TESTS	<b>0,672011</b>	0,128952	-0,006932	-0,006932

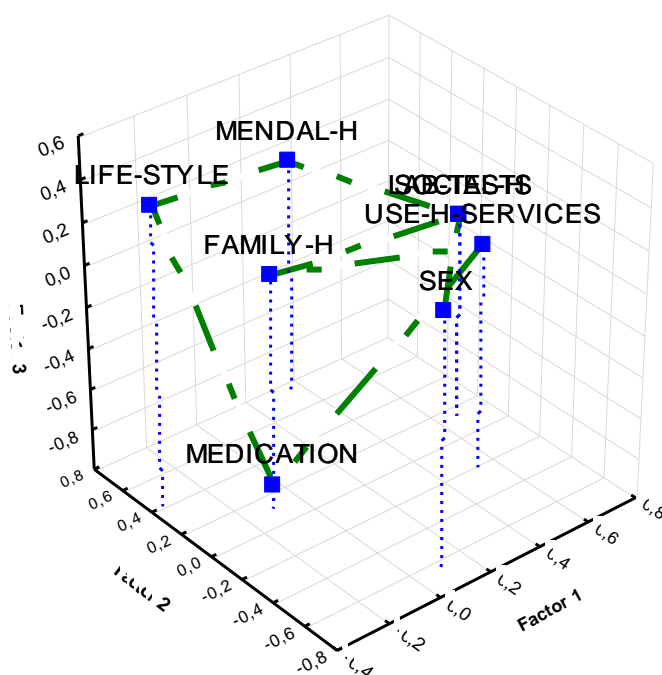
Παρατηρούμε ότι με εφαρμογή της Factor Analysis εξάγονται 4 νέοι παράγοντες, ως εξής:

- ❖ **Παράγοντας 1:** Περιλαμβάνει τις ενότητες Κοινωνική Υγεία, Χρήση Υπηρεσιών, Εργαστηριακές Εξετάσεις, ενώ υπάρχει ασθενής συσχέτιση με τις ενότητες Ψυχική Υγεία και Συνήθειες.
- ❖ **Παράγοντας 2:** Περιλαμβάνει τις ενότητες Φύλο και Ψυχική Υγεία, ενώ υπάρχει και ασθενής συσχέτιση με την ενότητα Συνήθειες.
- ❖ **Παράγοντας 3:** Περιλαμβάνει τις ενότητα Φάρμακα, ενώ υπάρχει ασθενής συσχέτιση με τις ενότητες Φύλλο και Συνήθειες.
- ❖ **Παράγοντας 4:** Περιλαμβάνει την ενότητα Οικογενειακή Υγεία, ενώ υπάρχει ασθενής συσχέτιση με τις ενότητες Φύλο και Συνήθειες.
- ❖ Η γραφική παράσταση της συσχέτισης μεταξύ των τριών πρώτων παραγόντων παρουσιάζεται στο σχήμα 5.

### Factor Loadings, Factor 1 vs. Factor 2 vs. Factor 3

Rotation: Varimax normalized

Extraction: Principal components



■ Z ■ Z

**Σχήμα 5. Γραφική παράσταση συσχέτισης των τριών πρώτων παραγόντων.**

Όσο πιο κοντά στον χώρο βρίσκονται οι παράμετροι που μελετώνται τόσο πιο ισχυρή είναι η συσχέτιση μεταξύ τους. Συνεπώς, στο σχήμα 5 μπορούμε εύκολα να δούμε ότι ένας ισχυρός παράγοντας είναι αυτός που περιέχει τις ενότητες: Φύλο, Χρήση Υπηρεσιών, Εργαστηριακές Εξετάσεις και Κοινωνική Υγεία. Αντίθετα, οι άλλες 4 ενότητες ψυχική υγεία, οικογενειακή υγεία, συνήθειες, φάρμακα, παρατηρούμε ότι δεν βρίσκονται κοντά στον χώρο, άρα η συσχέτιση μεταξύ τους είναι ασθενέστερη.

## **Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα**

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέση συνολική υγεία των μελετώμενων νοσηλευτών είναι καλή, ενώ η διακύμανση της είναι από μέτρια έως πολύ καλή. Το ερωτηματολόγιο ως εργαλείο μέτρησης της υγείας ελέγχεται για την αξιοπιστία του, καθώς στην υποενότητα «σωματική υγεία», στις απαντήσεις δεν υπήρχε διακύμανση. Πιθανόν το γεγονός ότι υπήρχε μια μάλλον ποιοτική, παρά ποσοτική προσέγγιση των απαντήσεων ( πχ « σπάνια» , αντί «τόσες φορές») να συνέβαλε σε αυτό. Παρόλα αυτά, το ερωτηματολόγιο δίνει τη δυνατότητα αδρής περιγραφής της υγείας των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στις Διοικήσεις των Νοσοκομείων, στις Νοσηλευτικές Διευθύνσεις και στους υπεύθυνους σχεδιασμού Πολιτικής της Υγείας που επιθυμούν να βελτιώσουν το εργασιακό περιβάλλον των Νοσοκομείων, τόσο προς όφελος του εργαζόμενου, όσο και του ασθενούς. Καθώς επενδύοντας σε δράσεις και πρακτικές που αυξάνουν την αυτονομία, βελτιώνουν τον έλεγχο των εργασιακών συνθηκών και τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών-ιατρών και ταυτόχρονα αυξάνοντας την υποστήριξη του οργανισμού προς τον εργαζόμενο, αναμένεται να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και υγείας των νοσηλευτών. Προοπτικές έρευνες ή έρευνες παρέμβασης στα πλαίσια δημιουργίας και ανάπτυξης Νοσοκομείων που προάγουν την Υγεία των εργαζομένων (Health Promoting Hospital), ενδεχομένως επιβεβαιώσουν αυτή την υπόθεση.



## Βιβλιογραφία

1. Μαζαράκη Η. Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό. Αχαϊκή Ιατρική. Τόμος 31ος, τεύχος 1, 2012.
2. Πράπα Π, Φακή Μ. Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία». Info Respiratory 2008, 51:40-42.
3. WHO. Social determinants of health; The solid facts 2nd ed. Copenhagen: Richard Wilkinson., Michael Marmot.
4. Τούντας Γ. Εργασία και υγεία. ΙΑΣΠΙΣ Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής, 2007.
5. Kiefer RA. An integrative review of the concept of well-being. Holist Nurs Pract 2008, 22:244-52; quiz 53-4.
6. Bowling A. Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales, NY, USA, 2005
7. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. Social Science and Medicine 1995, 41: 1403-1409.
8. Αλουμανής Π. Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης. Αθήνα: ΙΚΑ, 2002.
9. Dixon J. Social Determinants of Health. Health Promot Int 2000, 15:87-89.
10. Smith PM, Frank JW, Mustard CA, Bondy SJ. Examining the relationships between job control and health status: a path analysis approach. J Epidemiol Community Health 2008, 62:54-61.
11. Chang EM, Daly J, Hancock KM, Bidewell JW, Johnson A, Lambert VA, et al. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. J Prof Nurs 2006, 22:30-38.

12. Rusli BN, Edimansyah BA, Naing L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modeling approach. *BMC Public Health* 2008, 8:48.
13. Cooper CL. Mental health and well being at work: the disposal workforce. *Int J Public Health* 2008, 53:225-226.
14. Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Associations of psychosocial working conditions with self-rated general health and mental health among municipal employees. *Int Arch Occup Environ Health* 2006, 79:205-212.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Office Environment & Worker Safety & Health. Page last reviewed: September 3, 2013. Page last updated: September 3, 2013. Content source: National Institute for Occupational Safety and Health Education and Information Division.
16. <http://government.gov.gr/2011/11/23/23287/>
17. Τούκας Δ, Τούκα Α. Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον: Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2011, 28: 20-26.
18. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service Centers for Disease Control and Prevention. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), 1999. Stress at work. DHHS (NIOSH) Publication No 99-101.
19. Widerszal-Bazyl, M., Żołnierczyk-Zreda, D. and Jain, A. Chapter 3: Standards Related to Psychosocial Risks at Work. In: *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*. Edited by Stavroula Leka and Tom Cox, 2008.
20. Στεφανίδου Α, Βάρβογλη Λ, Λειβαδίτης Μ, Αργυροπούλου-Πατάκα Π. Η Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση του Εργασιακού Stress στους Επαγγελματίες Υγείας.

Νοσηλευτική 2010, 49:364–376.

21. Πουλής Δ. Σύγκριση της εργασιακής ικανοποίησης και εργασιακού στρες του προσωπικού χειρουργείων σε σχέση με το φορέα απασχόλησης (δημόσια-ιδιωτικά). Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2011, 2.

22. Froneberg B. National and international response to occupational hazards in the healthcare sector. *Ann N Y Acad Sci* 2006, 1076:607-614.

23. Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health* 2007, 45:622-636.

24. Tsuboi H, Tatsumi A, Yamamoto K, Kobayashi F, Shimoi K, Kinae N. Possible connections among job stress, depressive symptoms, lipid modulation and antioxidants. *J Affect Disord* 2006, 91:63-70.

25. Brown DE, James GD, Mills PS. Occupational differences in job strain and physiological stress: female nurses and school teachers in Hawaii. *Psychosom Med.* 2006, 4:524-30

26. Fukuda H, Ichinose T, Kusama T, Yoshidome A, Anndow K, Akiyoshi N, et al. The relationship between job stress and urinary cytokines in healthy nurses: across-sectional study. *Biol Res Nurs* 2008, 10:183-191.

27. Tountas Y, Demakakos PT, Yfantopoulos Y, Aga J, Houliara L, Pavi E. The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. *Health Qual Life Outcomes*, 2003.

28. Pappas NA, Alamanos Y, Dimoliatis ID. Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. *BMC Nurs* 2005, 4:8.

29. Gershon RR, Pearson JM, Sherman MF, Samar SM, Canton AN, Stone PW. The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered **nurses** in the home health care sector. *Am J Infect Control*. 2009, 37:525-33.
30. Peng Bi, Tully PJ, Boss K, Hiller JE. Sharps injury and body fluid exposure among health care workers in an Australian tertiary hospital. *Asia Pac J Public Health*. 2008,20:139-47.
31. Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation of safety devices for preventing percutaneous injuries among health-care workers during phlebotomy procedures – Minneapolis-St. Paul, New York City, and San Francisco, 1993-1995. *MMWR* 1997, 46(2):21-25.
32. Μπελλάλη Θ, Κοντοδημόπουλος Ν, Καλαφάτη Μ, Νιάκας Δ. Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24:75-84.
33. Μουστάκα Ε, Αντωνιάδου Φ, Μαλλιαρού Μ, Ζάντζος ΕΙ. Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού - συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2010, 3:90-96.
34. Κορομπέλη Α, Σουρτζή Π. Οργάνωση του Κυκλικού Ωραρίου Εργασίας σε Υπηρεσίες Υγείας για τη Μείωση των Επιπτώσεών του στους Εργαζόμενους. *Νοσηλευτική* 2010, 49: 131–140.
35. Pijpe A., Slottje P., van Pelt C., Stehmann F., Kromhout H., van Leeuwen F.E., Vermeulen R.C., Rookus M.A. The Nightingale study: rationale, study design and baseline characteristics of a prospective cohort study on shift work and breast cancer risk among nurses. *BMC Cancer* 2014, 14:47.
36. Tesser A, Rosen S, Tesser M. On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect). *Psychol Rep* 1971, 29:651–654.
37. Maslach C, Jackson ES. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour* 1981, 2:99-113.
38. Αναγνωστόπουλος Φ, Παπαδάτου Δ. Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική

συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα* 1992, 5:183–202

39. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 2000,48:555-60

40. Derogatis LR (Ed): *SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University School Medicine; 1977.

41. Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 1991, 2:42-48.