

Η Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση του Εργασιακού Stress στους Επαγγελματίες Υγείας

Αιμιλίζα Στεφανίδου,¹ Λίζα Βάρβογλη,² Μιλτιάδης Λειβαδίτης,³
Παρασκευή Αργυροπούλου-Πατάκα⁴

The Biopsychosocial Model of Work Stress

Abstract at the end of the article

¹Ψυχολόγος, MSc, Επιστημονικός
Συνεργάτης, Μονάδα Αναπνευστικής
Ανεπάρκειας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο «Γ.
Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

²Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια, PhD,
Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών και Νοσοκομείο
Παίδων «Αγία Σοφία», Επιστημονικός
Συνεργάτης Πανεπιστημίου Harvard,
Βοστόνη, ΗΠΑ

³Ψυχίατρος, PhD, Καθηγητής, Τμήμα
Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης, Αλεξανδρούπολη

⁴Πνευμονολόγος, PhD, Καθηγήτρια, Τμήμα
Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Διευθύντρια, Μονάδα
Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γενικό
Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου»,
Θεσσαλονίκη

Υποβλήθηκε: 15.4.2010

Επανυποβλήθηκε: 11.7.2010

Εγκρίθηκε: 26.8.2010

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Αιμιλίζα Στεφανίδου
Κρήτης 1, (Ν. 751) Πανόραμα
552 36 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 6944 778 312
e-mail: a_stefanidou@hotmail.com

Εισαγωγή: Πρόσφατες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες επιδεικνύουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά εργασιακού stress και εξουθένωσης σε ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τα επίπεδα εργασιακού stress άλλων επαγγελματιών. **Σκοπός:** Η παρουσίαση των επιπτώσεων του εργασιακού stress στους επαγγελματίες υγείας και η ανάδειξη ενός βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στην αποτελεσματική κατανόηση και διαχείρισή του. **Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της ελληνικής και της ξένης βιβλιογραφίας κατά το χρονικό διάστημα 1975–2009 χρησιμοποιώντας τις βάσεις δεδομένων Medline/PubMed, PsycINFO, PsychLit με λέξεις όπως “stress”, «εργασιακό stress», «επαγγελματίες υγείας», «βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο» καθώς επίσης έγινε χειροδιαλογή επιστημονικών περιοδικών. **Αποτελέσματα:** Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι είναι αναγκαία η μελέτη για το εργασιακό stress, γιατί ευθύνεται για πολλά νοσήματα και συνέβαλε στην αναγνώριση συναισθηματικών και κοινωνικών παραμέτρων στην επαγγελματική εργασιακή παθολογία. Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο των συμπεριφορών υγείας, το οποίο υποστηρίζει ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες είναι αναγκαίο ως θεωρητική βάση στον εντοπισμό και στην πρόληψη νοσημάτων που σχετίζονται με το εργασιακό stress. **Συμπεράσματα:** Με δεδομένο ότι το εργασιακό stress διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση, στην εξέλιξη και στην επιδείνωση διαφόρων νοσημάτων, το συγκεκριμένο φαινόμενο χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Απαιτείται εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο προκειμένου να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες στη διαχείριση της καθημερινότητάς τους και να είναι ικανοί να περιθάλπουν τους ασθενείς τους με θετικό και εποικοδομητικό τρόπο.

Λέξεις ευρετηρίου: Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, επαγγελματίες υγείας, εργασιακό stress, stress

Εισαγωγή

Η σχέση της υγείας με την εργασία έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από πολύ

παλιά. Ο Ιπποκράτης περιγράφει παθολογικές καταστάσεις σε εργαζόμενους σε ορυχεία και τοξικές επιδράσεις του μολύβδου, ενώ ο Ramazzini¹ έθεσε τις βάσεις της σύγχρονης βιομηχανικής τοξικολογίας. Ο Pott² περιέγραψε για πρώτη φορά επαγγελματικό καρκίνο στα τέλη του 18ου αιώνα ενώ η επίδραση του επαγγέλματος στη θνησιμότητα μελετήθηκε για πρώτη φορά το 1841 από το Farr,³ ο οποίος κατέγραψε αυξημένη θνησιμότητα στους εργάτες ορυχείων.

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,⁴ το stress 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.

Το εργασιακό stress επηρεάζει επίσης την παραγωγικότητα του εργαζόμενου και κοστίζει πολύ στις εταιρείες. Σύμφωνα με το Διεθνή Οργανισμό Εργασίας,⁵ το εργασιακό stress στοιχίζει στην αμερικανική βιομηχανία 200 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο σε απουσίες από την εργασία, απώλεια παραγωγικότητας, ιατρικές ασφάλειες, ατυχήματα, ασθένειες και πρόωρους θανάτους ενώ στην Ευρωπαϊκή Οικονομία στοιχίζει πάνω από 20 δισεκατομμύρια € το χρόνο.

Επιπρόσθετα, ένα ποσοστό 30–50% των εργαζομένων αναφέρουν διαταραχές και νοσήματα συνδεδεμένα με το εργασιακό stress. 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 εργασίας⁶ ανήλθαν το 2005–2006 σε 20.000 ενώ μόλις τον περασμένο Σεπτέμβριο του τρέχοντος έτους, 23 υπάλληλοι γνωστού γαλλικού τηλεπικοινωνιακού κολοσσού αυτοκτόνησαν τους τελευταίους 18 μήνες, εξαιτίας του stress και της διαρκούς αναδιάρθρωσης που γινόταν στην εταιρεία.

Στην Ελλάδα,⁷ οι εργαζόμενοι απασχολούνται συνήθως περισσότερες ώρες απ' ό,τι στην υπόλοιπη Ευρώπη, δηλαδή 45,4 ώρες την εβδομάδα σε σύγκριση με 38,4 ώρες κατά μέσον όρο στα 27 κράτη-μέλη της ΕΕ. Σχεδόν ένας στους δύο Έλληνες εργαζόμενους αναφέρει προβλήματα στην πλάτη και άγχος εξαιτίας της εργασίας, ποσοστό διπλάσιο από το αντίστοιχο ευρωπαϊκό ενώ αναφέρουν τις μισές ημέρες απουσίας λόγω ασθένειας και προβλημάτων υγείας, τάση που επίσης παρατηρείται τα τελευταία 15 χρόνια.

Ανάμεσα στα ιδιαίτερα στρεσογόνα επαγγέλματα ανήκουν τα επαγγέλματα υγείας στην Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι συνθήκες εργασίας των ιατρών, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η άσχημη ή η ανύπαρκτη σχέση με τους εκπαιδευτές τους, καθώς και η έλλειψη ύπνου συμβάλλουν στην ανάπτυξη ποικίλων ψυχιατρικών συμπτωμάτων.⁸ Ειδικότερα, η έλλειψη ύπνου έχει συνδεθεί με εκδήλωση νευρικότητας, θυμού, ευερεθιστότητας, άσχημης διάθεσης και θλίψης. Ειδικότητες όπως οφθαλμολόγοι, ογκολόγοι-χειρουργοί,⁹ καρδιολόγοι,¹⁰ ψυχίατροι¹¹ και ψυχολόγοι¹² 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,¹³ με διάφορες ψυχολογικές δοκιμασίες έδειξαν ότι οι ιατροί που αναγγέλλουν τα άσχημα νέα (π.χ. αιματολόγοι και ογκολόγοι), εμφανίζουν νευρικότητα, αίσθημα αυξημένης ευθύνης και έλλειψη αυτοπεποίθησης ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που δείχνουν δισταγμό να επικοινωνήσουν αρνητικά νέα σε συγγενείς ασθενών (mum effect-keeping mum about undesirable messages).

Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στο stress 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 στα εν λόγω άτομα.¹⁴

Σκοπός

Η αναλυτική περιγραφή των επιπτώσεων του εργασιακού stress στην υγεία με στόχο να είναι σαφής η κλινική εικόνα του και οι βιοψυχοκοινωνικές παραμέτρους έτσι ώστε να κινητοποιηθούν οι επαγγελματίες υγείας να αναζητήσουν προσαρμοστικούς μηχανισμούς μέσω παρεμβάσεων τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο.

Υλικό και Μέθοδος

Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων όπως PsycINFO, PsychLit, Medline και PubMed για μελέτες που διεξήχθησαν έως το 2009, με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: "stress", «εργασιακό stress», «επαγγελματίες υγείας», «βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο» και τους συνδυασμούς τους. Επειδή το εργασιακό stress και η επαγγελματική εξουθένωση έχουν αποτελέσει τα θέματα πολλών δημοσιεύσεων, το κύριο κριτήριο επιλογής των μελετών ήταν η έμφαση στη βιοψυχοκοινωνική επίδρα-

ση του εργασιακού stress στον επαγγελματία υγείας, τις σοβαρές επιπτώσεις του και το χαρακτηρισμό του ως «ψυχοσωματική ασθένεια». Έτσι, αν και μελετήθηκαν πολλές δημοσιεύσεις σχετικά με το εργασιακό stress στους επαγγελματίες υγείας, στην παρούσα ανασκόπηση εντάχθηκαν οι πλέον εμπεριστατωμένες μελέτες που επιβεβαίωσαν τη σχέση του εργασιακού stress με ψυχοσωματικές διαταραχές και το stress ως παράγοντα έναρξης νόσων.

Ορισμός εργασιακού stress

Το εργασιακό stress είναι η αντίδραση, που έχει ένα άτομο όταν δέχεται πιέσεις στο χώρο εργασίας του για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο ορισμός εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου και ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων.¹⁵

Δύο βασικές προσεγγίσεις στις συμπεριφορές υγείας είναι η «Βιοϊατρική» και η «βιοψυχοκοινωνική». Η παραδοσιακή Ιατρική είναι αυτή που ακολουθεί το βιοϊατρικό μοντέλο (θεωρία Καρτέσιου) σύμφωνα με το οποίο ο άνθρωπος είναι ως «μηχανή» και όταν εκείνος νοσεί, ο ιατρός οφείλει να περιοριστεί στην «επιδιόρθωση» του τμήματος που δε λειτουργεί. Η Βιοϊατρική, ως αναγωγικός προσανατολισμός βασίζεται αποκλειστικά στα βιολογικά αίτια παραβλέποντας άλλες μεταβλητές.¹⁶

Η αδυναμία του προαναφερθέντος μοντέλου να εξηγήσει είτε την ψυχοσωματική κατάσταση του stress είτε τις ατομικές διαφορές σε θεραπείες ασθενών προετοίμασε το έδαφος για το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας και ασθένειας του Engel,¹⁷ που αντιλαμβάνεται την υγεία και τη νόσο ως δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η όποια ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως «σήμα κινδύνου» που δηλώνει την ύπαρξη ανισορροπίας ή δυσαρμονίας στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Αυτή η ανισορροπία οφείλεται σε ένα σύνολο βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο.¹⁸

Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα διεθνή εγχειρίδια οργανωτικής και εργασιακής ψυχολογίας χρησιμοποιούν τον όρο "stress" με τρεις διαφορετικούς τρόπους, δηλαδή ως αιτία, συνέπεια, αποτέλεσμα και διαδικασία, το εργασιακό stress πραγματικά έχει βιοψυχοκοινωνικό χαρακτήρα. Η πολυπαραγοντική προσέγγιση του εργασιακού stress το θεωρεί συνέπεια υπερβολικής πίεσης, ανασφάλειας και υπερβολικών απαιτήσεων στην εργασία, με συμπτώματα τόσο σε επίπεδο συμπεριφοράς όσο και σε επίπεδο υγείας. Υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις κατά την αντίδραση

έναντι του stress, γι' αυτό διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες stress, αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο.¹⁹

Συχνά, επικρατεί σύγχυση με την έννοια του «άγχους» όταν αναφέρεται ο όρος stress. Το άγχος είναι ένα ασαφές συναίσθημα που διακρίνεται σε φυσιολογικό και παθολογικό. Μια μέτρια δόση άγχους στην εργασία μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της παραγωγικότητας και στη δημιουργία κινήτρων. Το παθολογικό άγχος όμως το οποίο είναι πιο συχνό και έντονο εμφανίζεται ακόμη και όταν δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος ή συνεχίζεται για πολύ ακόμη μετά από την παρέλευση του παράγοντα που το προκαλεί.²⁰ Εκτός από το αρνητικό λεγόμενο stress, το οποίο στη διεθνή βιβλιογραφία αποδίδεται με τον επικρατήσαντα πλέον όρο "distress", υπάρχει επίσης και το stress με αποδεδειγμένα θετικά αποτελέσματα για τον ανθρώπινο οργανισμό "eustress", δηλαδή το θετικό και δημιουργικό stress που βοηθά τα άτομα να αντιδρούν ταχέως και αποτελεσματικά στα προβλήματά τους.²¹

Σχετικά με το εργασιακό stress, αυτό δε θεωρείται νόσος αλλά μια κατάσταση στην οποία υποπίπτει ο οργανισμός. Μπορεί γενικά το stress να είναι μια υποκειμενική κατάσταση δυσφορίας αλλά το εργασιακό stress είναι αποτέλεσμα της αντίληψης του εργαζόμενου ότι υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας του και την ικανότητά του να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Η προσωπικότητά του είναι ο καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο αντίληψης και διαχείρισης μιας κατάστασης stress.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως υγεία δε θεωρείται μόνο η απουσία της ασθένειας ή της αδυναμίας αλλά η θετική κατάσταση μιας πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Έτσι, το υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι αυτό στο οποίο δεν υπάρχει απλά και μόνο η απουσία επιβλαβών συνθηκών αλλά η προώθηση άφθονων υγιών συνθηκών.

Θεωρητικά μοντέλα stress

Μία από τις πρώτες θεωρίες για το stress αναπτύχθηκε από τον Cannon,²² ο οποίος περιέγραψε την αντίδραση πάλης ή φυγής ("fight-or-flight syndrome") την οποία υιοθετεί το άτομο σε καταστάσεις έντονου stress, όταν ο ανθρώπινος οργανισμός αξιολογήσει ένα εξωτερικό ερέθισμα ως απειλή και αυτόματα εισέρχεται σε κατάσταση διέγερσης και κινητοποίησης μέσω του συμπαθητικού νευρικού και του ενδοκρινικού συστήματος. Η αντίδραση φυγής ή μάχης είναι μια σειρά από χημικές αποκρίσεις που αρχίζουν από το μυελό των επινεφριδίων, όπου παράγεται

η αδρεναλίνη (επινεφρίνη) και η νοραδρεναλίνη (νορεπινεφρίνη). Επακόλουθο της αντίδρασης είναι η αύξηση του καρδιακού και του αναπνευστικού ρυθμού, της πίεσης του αίματος και των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα.

Ο Selye,²³ επεκτείνοντας τις παρατηρήσεις του Cannon υποστήριξε ότι ένα συνεχές και χρόνιο stress μπορεί να οδηγήσει σε ορμονικές διαταραχές γιατί οι ορμόνες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση των σωματικών λειτουργιών και η διατάραξη της ορμονικής ισορροπίας μπορεί να επιφέρει υψηλή αρτηριακή πίεση και, τελικά, βλάβη στους νεφρούς. Η βλάβη στους νεφρούς μπορεί με τη σειρά της να οδηγήσει σε σοβαρή υπέρταση, η οποία θα επιτείνει τη χημική ανισορροπία του οργανισμού. Στο ίδιο πλαίσιο, εξηγώντας πώς το stress οδηγεί σε ασθένειες, περιέγραψε τρία στάδια στη διαδικασία του stress που αποτελούν το λεγόμενο «Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής». Το αρχικό στάδιο ονομάστηκε «αντίσταση συναγερμού», το δεύτερο στάδιο «φάση αντίστασης» και το τρίτο «φάση εξουθένωσης». Στο πρώτο στάδιο (αντίδραση συναγερμού), επιστρατεύονται όλες οι δυνάμεις του ανθρώπινου οργανισμού για έκτακτες καταστάσεις αλλά επειδή ο ανθρώπινος οργανισμός δεν είναι σε θέση να βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης για μεγάλο χρονικό διάστημα, κατά καιρούς, άτομα καταρρέουν και χάνουν και τη ζωή τους ακόμη, μέσα σε λίγες ώρες, αδυνατώντας να αντέξουν μια διαρκή κατάσταση συναγερμού.

Στο δεύτερο στάδιο²⁴ (φάση αντίστασης) στην περίπτωση που ένας στρεσογόνος παράγοντας δεν αποδειχθεί τόσο ισχυρός ώστε να επιφέρει κάποια ασθένεια, ή ακόμη και το θάνατο, ο ανθρώπινος οργανισμός αγωνίζεται με κάθε δυνατή διαδικασία και διαθέσιμο μέσο να προσαρμοστεί στη νέα απειλή που παρουσιάστηκε. Τέλος, όταν η προσαρμογή ολοκληρωθεί επιτυχώς, θα οδηγήσει ενδεχομένως σε ισορροπία (ομοιόσταση) και αντικατάσταση της αντίδρασης συναγερμού (υποχώρηση συμπτωμάτων). Στο τελικό στάδιο της πορείας του stress βρίσκεται η φάση εξουθένωσης. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου η αντίσταση δεν αποδεχθεί αποτελεσματική, οι στρεσογόνοι παράγοντες συνεχίζουν τη δράση τους για ορισμένο χρονικό διάστημα. Έτσι, ο οργανισμός οδηγείται προς το τελικό στάδιο της όλης πορείας, κατά το οποίο τα συμπτώματα κάνουν την επανεμφάνισή τους, όταν όλη η ενέργεια του σώματος εξαντλείται και η αντίσταση εξαφανίζεται.

Η θεωρία του Selye αποτέλεσε τη βάση πολλών μελετών. Σε μια κλασική μελέτη που πραγματοποίησαν οι Holmes και Rahe²⁵ υπέθεσαν ότι ένας μεγάλος αριθμός αλλαγών που συμβαίνουν στη ζωή μπορεί να προκαλέσει stress. Οι ερευνητές εξέτασαν άτομα από διαφορετικές

κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές ομάδες, αξιολογώντας μια σειρά από πρόσφατες μεταβολές στη ζωή τους ανάλογα με την ποσότητα ενέργειας που απαιτήθηκε για την προσαρμογή σε αυτές. Τα γεγονότα καταγράφηκαν και στο καθένα αποδόθηκε ένας αριθμός μονάδων αλλαγής ζωής (life-change units, LCU). Η κλίμακα ονομάστηκε Κλίμακα Αξιολόγησης Κοινωνικής Αναπροσαρμογής (social readjustment rating scale, SRRS). Ο αριθμός LCU που δέχεται ένα άτομο συσσωρεύεται με το χρόνο και θεωρητικά αποτελεί ένα δείκτη του stress που αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης μιας νόσου.

Τι προκαλεί το εργασιακό stress

Κάποια από τα ατομικά χαρακτηριστικά,^{26–28} που δυνητικά θα οδηγήσουν σε εργασιακό stress είναι:

- Μη ρεαλιστικές προσδοκίες
- Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τις πιεστικές καταστάσεις και το πώς αντιδρά σε αυτές
- Ευαισθησία
- Έντονα ιδεολογικά στοιχεία
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Αυστηρή αυτοκριτική
- Φόβος αποτυχίας
- Αδυναμία επικοινωνίας του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή αλλά και με μέλη της οικογένειάς του
- Έκθεση του επαγγελματία υγείας στον πόνο του ασθενούς και στη θλίψη των συγγενών του.

Κάποια από τα εξωτερικά ερεθίσματα που συμβάλλουν στο εργασιακό stress είναι:

- Παράγοντες που αφορούν στην ίδια την εργασία
- Μονοτονία
- Πιεστικές προθεσμίες
- Εργασία με μεγάλη ταχύτητα
- Περιβαλλοντικές συνθήκες
- Διαπροσωπικές σχέσεις
- Εκφοβισμός και άλλες μορφές παρενόχλησης.

Από αποτελέσματα ερευνών φαίνεται ότι περισσότερο στρεσογόνα είναι η εργασία που τη χαρακτηρίζουν οι υπερβολικές απαιτήσεις και επιβάλλει πιέσεις, οι οποίες δεν αντιστοιχούν στις γνώσεις και τις ικανότητες των εργαζομένων και για τις οποίες δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής ή ελέγχου ούτε στήριξης από άλλους.²⁹

Στους παραπάνω παράγοντες έγινε μνεία και στο πρόσφατο «σύνδρομο mobbing»³⁰ ως έναν ακόμη βλαπτικό παράγοντα στο εργασιακό περιβάλλον. Για τον όρο “mobbing” δεν υπάρχει ένας διεθνώς αναγνωρισμένος ορισμός. Προέρχεται από την αγγλική λέξη “mob”, που σημαίνει επιτίθεμαι, περικυκλώνω, ενοχλώ και εκφράζει

σήμερα τη συστηματική ψυχολογική επίθεση και τη στρατηγική περιθωριοποίησης που δέχονται στο εργασιακό περιβάλλον, από τους ιεραρχικά ανώτερους ή και τους συνάδελφους οι ανεπιθύμητοι, για διάφορους λόγους, εργαζόμενοι. Ο Leyman,³¹ είναι ο πρώτος, ο οποίος στη δεκαετία του 1980, απέδωσε τον όρο στην ανθρώπινη κοινωνία, περιγράφοντας την εσκεμμένη ηθική παρενόχληση στους χώρους εργασίας, με στόχο την αποπομπή του ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων από το εργασιακό γίνεσθαι ως «σύνδρομο mobbing».

Η τρέχουσα διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει πολλές κλινικές μελέτες^{32,33} γι' αυτού του είδους την ψυχολογική τρομοκρατία, η οποία προκαλεί καταστροφικά αποτελέσματα τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Η ψυχοσωματική επαγγελματική παθολογία του mobbing μπορεί να έχει τη μορφή αυξημένων δυσκολιών συνεργασίας, μειωμένης αντοχής στο άγχος, σωματικής δυσφορίας, καταχρήσεων και ψυχολογικών αντιδράσεων και να επιφέρει στον εργαζόμενο δυσκολίες στον ύπνο, κατάθλιψη, ανάπτυξη διαφόρων μορφών μανίας, κάποιες φορές έντονη επιθετικότητα, σωματική κόπωση ή και τάσεις αυτοκτονίας. Αν και εμπειρικά στην Ελλάδα αναφέρονται παρόμοια περιστατικά και νέες εργατικές ασθένειες, τα καταγεγραμμένα επαγγελματικά νοσήματα στη χώρα σύμφωνα με τα ετήσια στατιστικά στοιχεία του ΙΚΑ έχουν πτωτική τάση σε αντίθεση με τα αυξανόμενα ποσοστά εργατικών ασθενειών που καταγράφονται στην υπόλοιπη ΕΕ.³⁴ Για παράδειγμα, μόλις το Μάρτιο του 2010 παρουσιάστηκε ο αναθεωρημένος κατάλογος αναγνωρισμένης επαγγελματικής παθολογίας της Διεθνούς Οργάνωσης Υγείας (International Labor Office, ILO) με 100 επιπλέον νοσήματα από την έκδοση 2002 που περιλαμβάνει και ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.³⁵

Τέλος, η περίπτωση του εκφοβισμού (bullying)³⁶ είναι ένας ακόμη εξωτερικός στρεσογόνος παράγοντας που παρατηρείται στον εργασιακό χώρο. Ο εκφοβισμός είναι δύσκολο να καθοριστεί επειδή οι συμπεριφορές που μπορούν να αποτελέσουν εκφοβισμό ποικίλλουν από την ανοικτή επιθετικότητα έως την εχθρότητα και τον αποκλεισμό με λεπτούς και συγκαλυμμένους τρόπους, όπως π.χ. συκοφαντία. Έχει επικρατήσει πάντως η αντίληψη ότι ο εκφοβισμός είναι «η επαναλαμβανόμενη και η συνεχής προσπάθεια από ένα (ή πολλά άτομα) να βασανίσουν, να εξουθενώσουν, να καταπονήσουν, να εμποδίσουν, εσκεμμένα να προκαλέσουν την αντίδραση, να εξαιρέσουν ή να απομονώσουν το άλλο άτομο από το εργασιακό περιβάλλον. Είναι εκείνη η μεταχείριση που προκαλεί, πιάζει, φοβίζει, υποτιμά και που μέσα από την

επανάληψή της έχει συντριπτικά αποτελέσματα».³⁷

Με βάση την παραδοσιακή ιεραρχία εντός της ιατρικής εκπαίδευσης μπορεί να καλλιεργηθεί ένα πνεύμα εκφοβισμού και ταπείνωσης στους επαγγελματίες υγείας. Σε μελέτες που διενεργήθηκαν στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρονται περιπτώσεις όπου ο εκφοβισμός αρχίζει να εμφανίζεται στους φοιτητές Ιατρικής και αυτό δημιουργεί ένα καθεστώς κληρονομιάς,³⁸ που περνά από γενιά σε γενιά μέχρι τις υψηλές ιατρικές, νοσοκομειακές και ακαδημαϊκές ιατρικές θέσεις. Η Βρετανική Ιατρική Εταιρεία ζητώντας να σταματήσει ο κύκλος της παρενόχλησης υποστηρίζει ότι το ήθος πρέπει να είναι ο στόχος στην υπηρεσία των επαγγελματιών υγείας και όχι η κάθε είδους προκλητική παρενόχληση.

Σύμφωνα με πιο πρόσφατες μελέτες,³⁹ η έλλειψη ικανοποιητικής ανταμοιβής και το ασταθές ωράριο αποτελούν σημαντικές πηγές stress σε επαγγελματίες υγείας. Αποτελέσματα της έρευνας των Antonίου και Antonodimitrakis⁴⁰ επιβεβαιώνουν ότι οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης του εργασιακού stress είναι αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος, για παράδειγμα καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με την ελληνική πραγματικότητα, για παράδειγμα περιορισμένα μέσα, έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, έλλειψη επιμόρφωσης κ.ά.

Πώς το ψυχοσωματικό stress επηρεάζει την υγεία

Η συμπτωματολογία του stress αυξάνεται τα τελευταία χρόνια μέσα από νέες μελέτες⁴¹ και κατ' επέκταση οι επιπτώσεις του εργασιακού stress στον επαγγελματία υγείας έχει αντίκτυπο στην προσωπική και την κοινωνική του ζωή⁴² (πίν. 1).

Πιο αναλυτικά, κάποιες από τις οργανικές συνέπειες του εργασιακού stress αφορούν σε προβλήματα⁴³ με το καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό, το γαστρεντερικό, το μυοσκελετικό, το ενδοκρινικό σύστημα, καθώς και ψυχικές διαταραχές.

Stress και καρδιαγγειακό σύστημα

Τη δεκαετία του 1950 οι καρδιολόγοι Friedman και Rosenman⁴⁴ περιέγραψαν έναν τύπο προσωπικότητας που με βάση τις κλινικές παρατηρήσεις τους θεώρησαν ότι συνδέεται συχνά με την εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Αυτός ο τύπος ονομάστηκε προσωπικότητα τύπου Α. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου

Πίνακας 1. Γενικά συμπτώματα stress.

Σωματικά	
• Κεφαλαλγία	Ταχυκαρδία
• Ναυτία	Υπέρταση
• Ευαισθησία σε αλλεργίες	Δυσπεψία
• Δύσπνοια	Υπερβολική εφίδρωση
• Εξανθήματα ή δερματικοί ερεθισμοί	
• Λιποθυμίες	Μικροασθένειες
• Δυσκοιλιότητα ή διάρροια	Συχνές λοιμώξεις
• Κόπωση	Υποτροπή νοσημάτων
• Λήψη/απώλεια βάρους	Αδυναμία χαλάρωσης
Γνωστικά	
• Αδυναμία συγκέντρωσης	Ανησυχία
• Λάθη	Μπερδεμένη σκέψη
• Διαρκείς αρνητικές σκέψεις	Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
• Κακά όνειρα ή εφιάλτες	Μειωμένη διαίσθηση
• Μειωμένη ευαισθησία	Λανθασμένη κρίση
• Βραχυπρόθεσμη και όχι μακροπρόθεσμη σκέψη	
• Βιαστικές αποφάσεις	
Συμπεριφορικά	
• Έλλειψη κοινωνικότητας	Διαρκής ανησυχία
• Ψέματα	Απρόσεκτη οδήγηση
• Μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος και καπνού	
• Συνεχείς συγκρούσεις	
• Κλάμα	Εριστικότητα
• Άρνηση συμβουλών και προτάσεων	
• Επικρίσεις	Βανδαλισμοί
• Αργοπορία, μεγάλα διαλείμματα και γρήγορη αναχώρηση από την εργασία	Φωνές
• Παθητικότητα	
• Έλλειψη δέσμευσης	
Συναισθηματικά	
• Εκνευρισμός	Ένταση
• Κυκλοθυμία	Αποξένωση
• Αίσθηση ανικανοποίητου	Φόβος και κρίσεις πανικού

Α είναι η μεγάλη ανταγωνιστικότητα, η διαρκής αίσθηση του επείγοντος, η φιλοδοξία για ταχεία κοινωνική άνοδο, οι υψηλές προσδοκίες για τον εαυτό του και τους άλλους, η αδυναμία χαλάρωσης, η τάση για γρήγορο περπάτημα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Άτομα τύπου Α έχουν προδιάθεση για υψηλή αρτηριακή πίεση και στεφανιαία νόσο (ΣΝ), με τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά να επιβαρύνουν περισσότερο την κατάσταση.

Το αντίθετο της προσωπικότητας τύπου Α είναι η προσωπικότητα τύπου Β,⁴⁵ σύμφωνα με την οποία το άτομο μπορεί να χαλαρώσει, να εργαστεί ήρεμα, μπορεί να περιμένει και να διαχειρίζεται στρεσογόνες καταστάσεις χωρίς να ασθενεί. Από μια πρόσφατη εξέταση των χαρακτηριστικών τύπου Α φάνηκε ότι επιμέρους χαρακτηριστικά, όπως η επιθετική-εχθρική συμπεριφορά (hostility), ο θυμός (anger) και ο κυνισμός (cynicism) αποτελούν ισχυρούς ανεξάρτητους παράγοντες για την εκδήλωση ΣΝ.

Κλινικές παρατηρήσεις⁴⁶ έχουν δείξει ότι η εχθρική συμπεριφορά συνδέεται με μεγαλύτερη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας και του επιπέδου ορμονών του stress στο αίμα σε σχέση με άτομα χαμηλής επιθετικότητας. Συγκεκριμένα, οι Suarez et al⁴⁷ και οι Richards et al⁴⁸ μελέτησαν άτομα με αισθήματα θυμού και άτομα με επιθετική και ανταγωνιστική συμπεριφορά και ανακάλυψαν ότι τα παραπάνω πρότυπα συμπεριφοράς συνδέονται με την αύξηση της ολικής χοληστερόλης και τη χαμηλή πυκνότητα λιποπρωτεΐνη (LDL). Επίσης, αυξάνεται σημαντικά και η ομοκυστεΐνη του πλάσματος. Το χρόνιο stress που βιώνουν τα συγκεκριμένα άτομα μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια αιμοσυμπύκνωση και αυξημένη συγγολητικότητα των αιμοπεταλίων, παράγοντες που συμβάλλουν καθοριστικά στο σχηματισμό θρόμβων στο αίμα και σε καρδιαγγειακά επεισόδια.⁴⁹ Δεν προκύπτει όμως από συναφείς ανασκοπήσεις εύρημα που να ενοχοποιεί το stress στην εμφάνιση ιδιοπαθούς αρτηριακής πίεσης, γι' αυτό και δε γίνεται αντίστοιχη αναφορά.

Σύμφωνα με μεγάλες κλινικές μελέτες, όπως η Whitehall II⁵⁰ και η σκανδιναβική μελέτη (Stockholm Heart Epidemiology Program, SHEEP),⁵¹ ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη των κλασικών παραγόντων κινδύνου, η εργασία υψηλών απαιτήσεων-χαμηλού ελέγχου απόφασης (high demand-low decision control) όπως και η εργασία υψηλών απαιτήσεων-χαμηλής απολαβής (high demand-low reward) αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης ΣΝ. Η έννοια της εργασίας χαμηλής απολαβής στις συγκεκριμένες μελέτες δεν ορίζεται μόνον ως χαμηλή χρηματική αμοιβή αλλά επίσης και ως χαμηλή πιθανότητα προαγωγής και εξέλιξης.

Από ανάλυση στοιχείων της Α' Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το 20–30% του κινδύνου για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να αποδοθεί στο ψυχοκοινωνικό stress και στην περίπτωση του εργασιακού stress ο κίνδυνος μπορεί να αυξηθεί >50%, κίνδυνος που είναι ακόμη μεγαλύτερος για τις γυναίκες. Ερευνητές⁵² μελέτησαν τη σχέση της καρδιακής νόσου με ψυχοκοινωνικά προβλήματα όπως η φτώχεια, το διαζύγιο, η απώλεια

αγαπημένου προσώπου και η ανεργία. Παρακολουθήθηκαν 7.000 άτομα περίπου για 22 χρόνια. Βρέθηκε ότι η ύπαρξη ενός από τους παραπάνω ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, μπορεί να αυξήσει έως και 30% την πιθανότητα ανάπτυξης καρδιακών προβλημάτων ενώ τα άτομα που είχαν 4 ή περισσότερους από τους παραπάνω επιβαρυντικούς παράγοντες είχαν έως και 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν σε σχέση με την ομάδα των ατόμων που δεν είχε αυτούς τους παράγοντες, με εντυπωσιακά τα ποσοστά στις γυναίκες.

Το stress μπορεί να επιδράσει στο καρδιαγγειακό σύστημα όχι μόνο μέσω των βιολογικών μεταβολών που προκαλεί αλλά και μέσω της διατροφικής συμπεριφοράς του ατόμου. Τα περισσότερα άτομα όταν έχουν stress, αναζητούν ως ψυχολογική και κοινωνική διέξοδο την ταχεία απόλαυση του φαγητού την οποία συνήθως βρίσκουν σε ταχυφαγεία, τα προϊόντα των οποίων είναι πλούσια σε λιπαρά, αλάτι και ζάχαρη.⁵³

Stress και ανοσοποιητικό σύστημα

Από τις πρώτες μελέτες που προέκυψε ότι το ανοσοποιητικό σύστημα δεν είναι αυτόνομο αλλά αλληλεπιδρά με άλλα οργανικά συστήματα και παρείχαν την επιστημονική βάση για την ανάπτυξη της Ψυχονευρο-ανοσολογίας (psychoneuroimmunology) ήταν εκείνη των Ader και Cohen.⁵⁴ Η Ψυχονευροανοσολογία βασίζεται στην πρόβλεψη ότι η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου μπορεί να επηρεάσει το ανοσοποιητικό του σύστημα μέσω του νευρικού συστήματος. Οι ακριβείς μηχανισμοί που ευθύνονται για την αλληλεπίδραση του stress με το ανοσοποιητικό σύστημα δεν έχουν διαλευκανθεί πλήρως, αλλά η ενεργοποίηση του υποθάλαμου – υποφυσιακού – επινεφριδιακού άξονα είναι κάτι παραπάνω από βέβαιη. Μία από τις βασικές απαντήσεις του εγκεφάλου στο stress είναι η αυξημένη παραγωγή μίας ορμόνης στον υποθάλαμο που ονομάζεται εκλυτικός παράγοντας κορτικοτροπίνης (CRF).⁵⁵ Η CRF διανύει τη μικρή απόσταση από τον υποθάλαμο μέχρι την υπόφυση για να απελευθερώσει μια άλλη ορμόνη, τον εκλυτικό παράγοντα της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH). Αυτή η ορμόνη μεταφέρεται μέσω της κυκλοφορίας μέχρι τα επινεφρίδια για να απελευθερώσει τις στεροειδείς ορμόνες, οι οποίες είναι από τους πλέον ισχυρούς αναστολείς της λειτουργίας του ανοσοποιητικού.

Μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην Α΄ Παιδιατρική Κλινική του Παιδιατρικού Νοσοκομείου «Αγία Σοφία», δείχνουν ότι όταν ένα άτομο έχει αυξημένη ιντερλευκίνη-6 (IL-6) αισθάνεται καταβεβλημένο.⁵⁶ Η ιντερλευκίνη-6

είναι μια ορμόνη του ανοσοποιητικού συστήματος που διεγείρεται από τις κατεχολαμίνες, την επινεφρίνη και τη νορεπινεφρίνη εφόσον διεγείρεται το σύστημα του stress κι έτσι επιβεβαιώνει μια από τις άμεσες διασυνδέσεις του συστήματος του stress με το ανοσοποιητικό σύστημα.

Το stress και μάλιστα το εργασιακό ενοχοποιείται και για αυτοάνοσες θυρεοειδοπάθειες, όπως η χρόνια θυρεοειδίτιδα "Hashimoto",⁵⁷ ο υπερθυρεοειδισμός "Graves"⁵⁸ και η θυρεοειδίτιδα της λοχείας, οι οποίες είναι πλέον οι πιο συχνές αυτοάνοσες διαταραχές και προσβάλλουν σχεδόν το 5% του συνολικού πληθυσμού. Σύμφωνα με ευρήματα της Ενδοκρινολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Παναγία» του νομού Αττικής, κεντρικό ρόλο στην εμφάνιση αυτών των νοσημάτων σε κληρονομικά προδιατεθειμένα και μη άτομα κατέχει το επίμονο stress, δηλαδή αυτό που δεν μπορεί να το διαχειριστεί ή να το εκλογικεύσει το άτομο και κυρίως το λεγόμενο ψυχοκοινωνικό stress.

Το ψυχολογικό stress έχει αποδειχθεί επίσης να συνδέεται με την αύξηση της ευαισθησίας σε ιογενείς λοιμώξεις. Από προγενέστερες μελέτες⁵⁹ φαίνεται ότι οι φοιτητές Ιατρικής έχουν αυξημένο κίνδυνο μονοπυρήνωσης κατά τη διάρκεια εξετάσεων όπου κρυολογήματα και άλλες λοιμώξεις εκδηλώνονται κυρίως τα σαββατοκύριακα μετά από την πολυάσχολη και αγχωτική εβδομάδα μελέτης και εργασίας. Η ικανότητα των ψυχολογικών παραγόντων να επηρεάζει τις λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος φαίνεται να υποστηρίζεται από πολλές μελέτες. Υπάρχει επιβεβαιωμένη σχέση μεταξύ stress, ανάπτυξης όγκου⁶⁰ και δραστηριότητας των λεμφοκυττάρων.⁶¹

Stress και γαστρεντερικό σύστημα

Ο Wolff⁶² με συστηματικό τρόπο εκτίμησε τις αλλαγές στη γαστρική έκκριση και στην κινητική δραστηριότητα κάτω από διαφορετικές καταστάσεις συναισθηματικού stress. Το οξύ stress μπορεί να προκαλέσει επιβράδυνση της γαστρικής κένωσης, καθώς και άλλες αισθητικές και κινητικές διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος (ΓΕΣ), που εμφανίζονται σε άτομα με λειτουργική δυσπεψία. Το stress επηρεάζει την πέψη των τροφίμων, αλλά και την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών από το έντερο. Οι εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διάρροιας αποτελούν χαρακτηριστικό σύμπτωμα stress. Οι απαιτητικοί και εξοντωτικοί ρυθμοί εργασίας σε συνδυασμό με το stress διαδραματίζουν σημαντικό παθογενετικό ρόλο και στην εμφάνιση πεπτικού έλκους και ιδιαίτερα του ιδιοπαθούς έλκους, αν και μέχρι στιγμής δεν υπάρχει στη διεθνή βιβλιογραφία μελέτη που να συσχετίζει αιτιολογικά το stress με το έλκος.

Stress και μυοσκελετικό σύστημα

Η κακή ψυχολογική κατάσταση είναι γενεσιουργός αιτία ραχιαλγίας στην αυχενική, τη θωρακική ή την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΣΣ). Τα μυοσκελετικά νοσήματα αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή επαγγελματικής εξουθένωσης και ανικανότητας των εργαζομένων σε χώρους υγείας σε Ευρώπη, Αμερική και Καναδά. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Estryn-Behar et al⁶³, έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου περνούσαν το 60–80% της ημέρας όρθιοι, καθώς επίσης ότι το νοσηλευτικό προσωπικό διένυε το 10% του χρόνου εργασίας σε πρόσθια κάμψη της σπονδυλικής στήλης. Επίσης, από ευρήματα της ίδιας μελέτης προέκυψε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό διέθετε το 10% του χρόνου εργασίας για αλλαγή θέσης των ασθενών. Τα αποτελέσματα πιο πρόσφατης ερευνητικής μελέτης που εκπονήθηκε από το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης μυοσκελετικών ενοχλημάτων στην Ελλάδα έδειξε ότι η συχνότητα εμφάνισης ενοχλημάτων από τη μέση ήταν 52,8%, από τον αυχένα 48,6% και από την ωμοπλάτη 43,1%.⁶⁴

Stress και ενδοκρινικό σύστημα

Οι ψυχολογικοί παράγοντες του stress έχουν συσχετιστεί με την ενεργοποίηση του συμπλέγματος αμυγδαλής-ιππόκαμπου. Μερικές από τις ουσιαστικότερες μεταβολές εντοπίζονται στον υπομέλανα τόπο, υπεύθυνο για την έκκριση των κατεχολαμινών οι οποίες και κινητοποιούν το σώμα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Η ίδια η έκκριση κατεχολαμινών προκαλεί την εγχάραξη των αναμνήσεων με ιδιαίτερη ένταση.⁶⁵ Η ενεργοποίηση επομένως της αμυγδαλής είναι σημαντική για την ανάκληση και τη συναισθηματική ανάλυση των πληροφοριών του δεδομένου στρεσογόνου παράγοντα. Μετρώντας τις ποσότητες κατεχολαμινών, αρκετοί ερευνητές έφθασαν σε κάποια συμπεράσματα για τις επιπτώσεις του stress στον οργανισμό. Αποδείχθηκε ότι σε άτομα, τα οποία εκτίθενται σε ποικιλία στρεσογόνων καταστάσεων αυξάνεται σημαντικά, έστω και προσωρινά, η δραστηριότητα του συμπαθητικού-επινεφρομελικού συστήματος. Οι παρατηρήσεις συνδέθηκαν με συγκεκριμένα γεγονότα, όπως εισαγωγή σε νοσοκομείο.⁶⁶

Σε μια άλλη μελέτη,⁶⁷ Βρετανοί ερευνητές εξέτασαν τη σχέση εργασιακού stress και μεταβολικού συνδρόμου σε 10.308 δημόσιους υπάλληλους. Η έρευνα διεξήχθη σε τέσσερις φάσεις μεταξύ 1985–1999. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η έκθεση σε εργασιακό stress για μεγάλο

χρονικό διάστημα μπορεί να επηρεάσει το αυτόνομο νευρικό σύστημα και να προκαλέσει διαταραχές νευρο-ενδοκρινικού τύπου, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη του συνδρόμου. Το μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία, αυξημένη περίμετρο κοιλιάς, υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, υψηλή χοληστερόλη (LDL), ανθεκτικότητα στην ινσουλίνη και αυξημένη γλυκόζη αίματος νηστείας έχουν διπλάσιες πιθανότητες να το εμφανίσουν οι άνδρες που έχουν εργασιακό stress σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν. Αν και το μεταβολικό σύνδρομο μπορεί να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά, μειώνοντας έτσι και τις πιθανότητες προσβολής από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και στεφανιαία νόσο είναι εξίσου σημαντικό να δοθεί έμφαση στον τρόπο διαχείρισης του εργασιακού stress τόσο από την πλευρά του εργοδότη όσο και από την πλευρά του εργαζόμενου.

Stress και ψυχικές διαταραχές

Υπάρχουν αρκετά ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με το εργασιακό stress.^{68,69} Άτομα που δεν μπορούν να διαχειριστούν στρεσογόνες καταστάσεις, όπως θα επιθυμούσαν, εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά, εχθρικήτητα, αισθήματα ματαιώσης, παράπονα και απογοήτευση.

Η αντίληψη της ανεπάρκειας επιδρά αρνητικά στην υγεία ενός ατόμου, ενώ, αντίθετα, η αντίληψη της αυτάρκειας λειτουργεί όχι μόνο προληπτικά, αλλά και θεραπευτικά. Πιο συγκεκριμένα, οι Bandura et al⁷⁰ υποστηρίζουν ότι η αντίληψη της ανεπάρκειας συμβάλλει στη δημιουργία άγχους και καταθλιπτικών καταστάσεων, ενώ η αντίληψη υψηλής αυτάρκειας εξαλείφει την επίδραση του stress και ενισχύει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Επίσης, κατέδειξαν σε σχετική πειραματική μελέτη ότι η ενίσχυση της αντίληψης της αυτάρκειας βοήθησε την αύξηση του αριθμού των βοηθητικών Τ-λεμφοκυττάρων, τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση και την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και των διάφορων ιών.

Η συχνότητα και η ένταση των εν λόγω ψυχολογικών προβλημάτων καθορίζει τη μετέπειτα εξέλιξή τους σε διάφορες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες ενίοτε χρήζουν και θεραπευτικής αγωγής. Οι αγχώδεις διαταραχές (αγχώδης νεύρωση, διάσχιση) συμβαίνουν κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά από ένα τραυματικό γεγονός, διαρκούν τουλάχιστον δύο ημέρες και διακόπτονται μέσα σε ένα μήνα. Η κλινική κατάθλιψη, η οποία τείνει να περιορίζεται σε άτομα με προδιάθεση σε διαταραχές της διάθεσης είναι λιγότερο

κοινή. Ωστόσο, συναισθήματα λύπης και οδύνης μπορεί να οδηγήσουν σε αναρρωτική άδεια, σε επισκέψεις σε ιατρούς και σε άλλα αιτήματα περαιτέρω βοήθειας.

Μετατραυματικό stress

Η συγκεκριμένη διαταραχή προκύπτει από καθυστερημένη ή παρατεταμένη αντίδραση σε ένα γεγονός – μικρής ή μεγάλης διάρκειας – εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσης. Το άτομο μπορεί να βιώσει έντονη δυσφορία σε συμβολικά παρόμοιες καταστάσεις, περιλαμβανομένων των επετείων του συμβάντος. Από αποτελέσματα μελετών φαίνεται ότι ένα ψυχικό τραύμα σε νεαρή ηλικία ή μια χρόνια αγχώδης κατάσταση μπορούν να προκαλέσουν μακράς διάρκειας και δυνητικά μη αναστρέψιμες αλλοιώσεις στο σύστημα ανταπόκρισης στο stress.⁷¹ Είναι αξιοσημείωτο ότι οι στρεσογόνοι πηγές είναι μοναδικές για κάθε άτομο, όπως πιθανώς πιστεύει και κάθε εργαζόμενος που αισθάνεται εγκλωβισμένος στην εργασία του, αλλά ο τρόπος που διαχειρίζεται ο καθένας τις μεταβαλλόμενες εστίες έντασης είναι το κλειδί για την πρόληψη της οποιασδήποτε συναισθηματικής φόρτισης.

Κατάθλιψη και νόσος Alzheimer

Επειδή η επαγγελματική και η προσωπική ζωή αποτελούν «συγκοινωνούντα δοχεία», στην τρέχουσα βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το χρόνιο stress αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Το stress πυροδοτείται συχνά από καταστάσεις όπου ζητείται από ένα άτομο να πράξει περισσότερα από όσα πιστεύει ότι μπορεί να κατορθώσει. Πολλές ημιτελείς ή δύσκολα επιτεύξιμες εργασίες μπορούν να προκαλέσουν stress. Εάν μια αγχώδης κατάσταση συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης.

Το stress διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην έναρξη και την εξέλιξη της νόσου Alzheimer,⁷² καθώς οι ορμόνες του μπορούν να επιταχύνουν τον σχηματισμό εγκεφαλικών βλαβών που ευθύνονται για τη νόσο και να επηρεάσουν τη μνήμη, καθώς και άλλες γνωστικές λειτουργίες.

Τέλος, εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα και τις ψυχικές διαταραχές μια πληθώρα εξαρτημένων συμπεριφορών ολοένα και σχετίζονται με το stress, όπως διατροφικές διαταραχές, τυχερά παιχνίδια, χρήση παράνομων ουσιών, κατανάλωση οινόπνευματος, κάπνισμα αλλά και προφίλ ατόμων που είναι επιρρεπή σε ατυχήματα και έχουν βίαιη συμπεριφορά.⁷³

Ψυχοσωματικό εργασιακό stress και καριέρα

Ο όρος της επαγγελματικής εξουθένωσης “burn-out” χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberg⁷⁴ για να περιγράψει τα συμπτώματα σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας. Το σύνδρομο burnout είναι πιο συχνό στους ιατρούς και στους νοσηλευτές. Η εν λόγω επαγγελματική παθολογία χαρακτηρίζεται από ταχεία κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσωματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων.

Η επαγγελματική εξουθένωση, σύμφωνα με το μοντέλο της Pines,⁷⁵ εμφανίζεται ύστερα από μακροχρόνια έκθεση του εργαζόμενου σε εξαντλητικές εργασιακές απαιτήσεις και επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης προσωπικότητας, συναισθηματική, ψυχική και σωματική.

Ως μια ιδιαίτερα πολυσύνθετη κατάσταση, το σύνδρομο burnout έχει τρία χαρακτηριστικά συμπτώματα: Την εξάντληση, τον κυνισμό και την αναποτελεσματικότητα, ενώ εμφανίζεται συνήθως σε άτομα που αρχίζουν την καριέρα τους με ενθουσιασμό, μεγάλους στόχους και προσδοκίες. Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται συνέπεια της αλληπάλληλης και αποτυχημένης προσπάθειας αντιμετώπισης συγκεκριμένων στρεσογόνων καταστάσεων. Στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του⁷⁶ είναι ο ενθουσιασμός, η αμφιβολία και η αδράνεια, η απογοήτευση, η ματαίωση και η απάθεια.

Μερικές από τις διαστάσεις της προσωπικότητας που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι η προσωπικότητα τύπου A, ο νευρωτισμός, το εξωτερικό κέντρο ελέγχου της συμπεριφοράς που θα αναλυθεί παρακάτω, η έλλειψη προσωπικού ελέγχου και η χαμηλή αυτοεκτίμηση.⁷⁷

Σύμφωνα με τη διάσταση προσωπικότητας που ονομάζεται «κέντρο ελέγχου»,⁷⁸ αυτοί που έχουν «εσωτερικό κέντρο ελέγχου» θεωρούν ότι μπορούν να ελέγχουν όλα όσα τους συμβαίνουν, ενώ, αντίθετα, αυτοί που έχουν «εξωτερικό κέντρο ελέγχου» πιστεύουν ότι δεν έχουν τη δυνατότητα ελέγχου και γι’ αυτό είναι επιρρεπείς στο άγχος.

Οι Maslach και Jackson⁷⁹ υποστήριξαν ότι είναι δυνατό να αξιολογηθεί η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων χρησιμοποιώντας το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI). Το εν λόγω ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22

θεματικές προτάσεις που μετρούν τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης:

- Τη συναισθηματική εξάντληση (ΣΕ)
- Την αποπροσωποποίηση (ΑΠ)
- Την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (ΕΠΕ).

Καθώς η εξάντληση αποτελεί μία από αυτές τις τρεις διακεκριμένες διαστάσεις, οι Maslach και Jackson ισχυρίστηκαν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο επαγγελματικής εξουθένωσης που οδηγεί στην αποπροσωποποίηση και στην έλλειψη προσωπικής επίτευξης. Η αποπροσωποποίηση στους επαγγελματίες υγείας παρουσιάζεται ως μια κυνική και αρνητική συμπεριφορά τόσο από την πλευρά των ιατρών όσο και των νοσηλευτών προς τους ασθενείς τους. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της συγκεκριμένης συμπεριφοράς είναι η τάση να αναφέρονται στους ασθενείς τους όχι με τα ονόματά τους αλλά με τον αριθμό του δωματίου ή τη διάγνωση της νόσου.

Το γεγονός αυτό έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με το επίμαχο θέμα του ωραρίου των ειδικευομένων ιατρών, για τους οποίους συνήθως απαιτείται να εργάζονται τουλάχιστον 100 ώρες την εβδομάδα, ενώ συχνά μπορεί να εργάζονται για 30 συνεχόμενες ώρες χωρίς ανάπαυση. Η υπερκόπωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να οδηγήσει σε λάθη,⁸⁰ με συνηθέστερη τη μη ορθή διάγνωση (29%), τη λανθασμένη δοσολογία φαρμάκων (27%), τα λάθη διαδικασίας (40%) και, τέλος, τις χειρουργικές «αστοχίες» (4%).⁸¹

Σε ό,τι αφορά στο ωράριο των επαγγελματιών υγείας, στον ελλαδικό χώρο, σύμφωνα με προεδρικό διάταγμα του 2005⁸² «ο χρόνος εβδομαδιαίας εργασίας των ειδικευομένων ιατρών, ανά περίοδο όχι > 12 μηνών, δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 58 ώρες κατά μέσον όρο, κατά τα τρία πρώτα χρόνια». Αν και έχει καταδειχθεί ότι η ποιότητα της αντιμετώπισης του ασθενούς επηρεάζεται από τα επίπεδα του stress του νοσηλευτικού προσωπικού και ιδιαίτερα των ιατρών, μεγάλος αριθμός ιατρών λόγω υπερκόπωσης, ηλικίας ή ακόμη και νοοτροπίας δεν παραμένουν σε όλη τη διάρκεια της ενεργούς εφημερίας τους στο νοσοκομείο, στερώντας από τους ασθενείς την εμπειρία τους αλλά και αυξάνοντας τα επίπεδα stress στους νέους και πιο άπειρους ιατρούς.

Πίσω από τις παραλείψεις, οι οποίες σε κάποιες περιπτώσεις μπορούν να στοιχίσουν ακόμη και ζωές, οι ίδιοι οι ιατροί και οι νοσηλευτές συχνά αναφέρουν ότι κρύβεται κυρίως ο εργασιακός φόρτος, η κόπωση και το stress, όπως επιβεβαιώνουν και τα αποτελέσματα μιας πολυεθνικής προοπτικής μελέτης⁸³ που αφορούσε στη συλλογή στοιχείων 1.328 ασθενών σε 113 Μονάδες Εντατικής

Θεραπείας (ΜΕΘ) 27 χωρών, περιλαμβανομένης και της Ελλάδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν σφάλματα στη χορήγηση ενέσιμων φαρμάκων, όπως λανθασμένη δόση, λάθος φάρμακο, λανθασμένος τρόπος και χρόνος χορήγησης, καθώς και παράλειψη κάποιας δόσης. Συγκεκριμένα, ο φόρτος εργασίας και η κόπωση συνετέλεσαν ώστε 1 στους 3 ασθενείς να είναι θύμα λαθών. Στην ίδια μελέτη, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, ο αριθμός των νοσηλευτών μέσα στη ΜΕΘ πρέπει να είναι έξι φορές μεγαλύτερος από τον αριθμό των κλινών, όταν αντιμετωπίζονται πολύ βαριά περιστατικά. Και ενώ ο ΠΟΥ ζητά από τα νοσοκομεία το 8–12% των κλινών να είναι κλίνες ΜΕΘ, στην Ευρώπη το 20% των νοσοκομειακών κλινών είναι ΜΕΘ, στις ΗΠΑ το ποσοστό ανέρχεται στο 30%, ενώ στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 1,9%.

Συμπεράσματα

Το εργασιακό stress ως σύμπτωμα, ψυχικό ή σωματικό δεν έχει κατανοηθεί πλήρως. Η προσωπικότητα του επαγγελματία υγείας αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα για την εκδήλωση και τη διαχείριση του stress και όσο πιο σύντομα ο ίδιος αντιληφθεί την εμφάνιση συμπτωμάτων τόσο πιο έγκαιρα θα αναθεωρήσει στόχους και προσδοκίες στην εργασία του. Πρόκειται για έναν επαγγελματικό κλάδο με υψηλές απαιτήσεις τόσο από τον ίδιο τον εργαζόμενο όσο και από το περιβάλλον του, γι' αυτό και είναι χρήσιμο να υπάρχουν υποστηρικτικές δομές ατομικού ή ομαδικού χαρακτήρα μέσα και έξω από το χώρο εργασίας.

Η συνεκτίμηση των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών πιέσεων που υφίσταται το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό στα ελληνικά νοσοκομεία μπορεί να είναι το εφαλτήριο για να αλλάξει η έως τώρα νοοτροπία που ορίζει το stress ως μια μονοδιάστατη επαγγελματική παθολογία και άρα δε χρήζει εξειδικευμένης παρέμβασης. Τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών που παρουσιάστηκαν στην παρούσα ανασκόπηση αποδίδουν το εργασιακό stress σε ασθένεια και επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ stress και ψυχοσωματικών διαταραχών. Η προληπτική αγωγή ως στάση ζωής μπορεί να είναι τμήμα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στις διαπροσωπικές τους επικοινωνίες, στην έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων stress και στη βέλτιστη διαχείρισή του ώστε να εξασφαλίσει στον εργαζόμενο τα εφόδια να αντιμετωπίσει την καθημερινότητά του και να το θωρακίσει ψυχολογικά στη νευραλγική εργασιακή θέση που καλείται να υπηρετήσει.

ABSTRACT

The Biopsychosocial Model of Work Stress in the Health Professions

Aimiliza Stefanidou,¹ Liza Varvogli,² Miltiadis Livaditis,³ Paraskevi Argyropoulou-Pataka⁴

¹Psychologist, MSc, Research Associate, Failure Respiratory Unit, "Papanikolaou" General Hospital, Thessaloniki, ²Psychologist-Psychotherapist, PhD, Research Associate, Department of Medicine, University of Athens, and Research Associate, Harvard University, Boston, USA, ³Psychiatrist, PhD, Professor, Department of Medicine, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, ⁴Pneumologist, PhD, Professor, Department of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Director of the Failure Respiratory Unit, "Papanikolaou" General Hospital, Thessaloniki, Greece

Background: Recent studies carried out in various different countries have shown extremely high rates of stress and burnout in medicine, nursing and the other health professions compared to the general working population. **Aim:** The aim of this paper is to provide a review of the health consequences of work stress in Greek health professionals and to demonstrate the need for a biopsychosocial model as the theoretical basis for the better understanding and handling of work stressors associated with personal and social factors. **Method:** Search was made in the Medline/PubMed, PsycINFO and PsychLit from 1975–2009 using key words such as "stress", "work stress", "health professions", "biopsychosocial model". **Results:** The literature review confirmed the hypothesis that ill health can result from work stress, with the addition of the emotional and sociological components of stress pathology. The biopsychosocial model of health behaviour clearly states that mental health is based on biological, psychological and social determinants. This model can thus help in the early detection and prevention of stress-related illnesses at work in the health care setting. **Conclusions:** Based on the evidence showing that work stress plays a crucial role in the presentation, development and aggravation of a variety of diseases, the work stress phenomenon deserves more attention. There is a need for health professionals to be trained at the personal and the group level in order to improve their communication skills and to be able to confront daily emotional hassles successfully and to develop positive and constructive care-giving relationships with their patients. **NOSILEFTIKI 2010, 49 (4): 364-376.**

Key-words: biopsychosocial approach, health professions, stress, work stress



Corresponding Author: Aimiliza Stefanidou, 1 Kritis street, (N. 751) Panorama, GR-552 36 Thessaloniki, Greece, tel.: +30 6944 778 312, e-mail: a_stefanidou@hotmail.com

Βιβλιογραφία

- Carnevale F, Baldasseroni A. The "de morbis artificum diatribe" editions since 1700 and their legacy. *Epidemiol Prev* 2000, 24:270–275
- Pott P. Chirurgical observations related to the cataract, the polypus of the nose, the cancer of the scrotum, the different kinds of ruptures and the mortification of the toes and feet. *National Cancer Institute Monograph* 1962, 10:7–13
- Farr W. On prognosis. *Br Med Almanack* 1838, (Suppl):199–216
- European Agency for Safety and Health at Work. Stress. Available at: <http://osha.europa.eu/en/topics/stress>
- American Institute of Stress (AIS). Job stress. International Labor Office, United Nations Report 1992. Available at: <http://www.stress.org/job.htm>
- Nishiyama K, Johnson JV. Karoshi – Death from overwork: Occupational health consequences of the Japanese production management. *Int J Health Serv* 1997, 27:625–641
- Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Θεματικό δελτίο: Εργασία χωρίς άγχος. Διαθέσιμο: <http://www.elinyae.gr>
- Reuben DB. Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Arch Intern Med* 1985, 145:286–288
- Balch CM, Copeland E. Stress and burnout among surgical oncologists: A call for personal wellness and a supportive workplace environment. *Ann Surg Oncol* 2007, 14:3029–3032
- Waldman SV, Diez JC, Arazi HC, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Acad Psychiatry* 2009, 33:296–301
- Laubach W, Milch W, Ernst R. Dimensions of work stress and job satisfaction in psychiatric-psychotherapeutic practice. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999, 49:38–47
- Stevanovic P, Rupert PA. Work-family spillover and life satisfaction among professional psychologists. *Prof Psychol Res Pract* 2009, 40:62–68
- Tesser A, Rosen S, Tesser M. On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect). *Psychol Rep* 1971, 29:651–654

14. Caplan RD, Cobb S, French JR, van Harrison R, Pinneau SR. *Job demands and worker health: Main effects and occupational differences*. National Institute for Occupational Safety and Health, Publication no NIOSH 75-160, Cincinnati, 1975
15. Cooper CL, Marshall J. Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *J Occup Psychol* 1976, 49:11-28
16. Borrell-Carrió, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004, 2:576-582
17. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980, 137:535-544
18. Βασιλάκη Ε, Τριλιβα Ε, Μπεζεβέγκης Η. *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001
19. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
20. Antoniou AS. Personal traits and professional burnout in health professional. *Arch Hellen Med* 1999, 16:20-28
21. Le Fevre M, Matheny J, Kolt GS. Eustress, distress, and the interpretation in occupational stress. *J Manage Psychol* 2003, 18:724-744
22. Cannon WB, Bright EM. A belated effect of sympathectomy on lactation. *Am J Physiol* 1931, 97:319-321
23. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol Metab* 1946, 6:117-230
24. Βάρβογλη Λ. *Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2006
25. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967, 11:213-218
26. Dekker SWA, Schaufeli WB. The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Aust Psychol* 1995, 30:57-63
27. Firth-Cozens J, Payne RL. *Stress in health professionals: Psychological and organisational causes and interventions*. John Wiley & Sons Ltd, UK, 1999
28. Ραγιά Α. *Ψυχιατρική Νοσηλευτική – Θεμελιώδεις αρχές*. Εκδόσεις Αδελφότητος Ευνίκη, Αθήνα, 1978
29. Luthans F. The need and meaning of positive organizational behaviour. *J Organ Behav* 2002, 23:695-706
30. Leka S, Griffiths A, Cox T. *Work-related stress: The risk management paradigm*. The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. I-WHO Publications, Nottingham, 2008
31. Leyman H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims* 1990, 5:119-126
32. Resch M, Schubinski M. Mobbing – Prevention and management in organizations. *Eur J Work Organ Psychol* 1996, 5:295-307
33. Davenport N, Distler S, Ruth P, Elliott G. *Mobbing, emotional abuse in the American workplace*. 3rd ed. Civil Society Publishing, Ames, 2005
34. Kourouklis GN. Disability from occupational diseases in Greece. *Occup Med (Lond)* 2009, 59:515-517
35. International Labour Organization. Programme on Safety and Health at Work and the Environment (SafeWork). ILO governing body approves new list of occupational diseases. Geneva, 2010. Available at: <http://www.ilo.org/safework/whatsnew/index.htm>
36. Paice E, Aitken M, Houghton A, Firth-Cozens J. Bullying among doctors in training: Cross-sectional questionnaire survey. *Br Med J* 2004, 329:658-659
37. Paterson B, McComish A, Aitken I. Abuse and bullying. *Nurs Manag (Harrow)* 1997, 3:8-9
38. Geis PA. Belittlement and harassment of medical students: Remedial training – ethics and sensitivity. *Br Med J* 2006, 333:809
39. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs* 2000, 32:454-464
40. Antoniou AS, Antonodimitrakis P. Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. Proceedings of the eighth Panhellenic Conference of the Psychological Research. Hellenic Psychological Society, Alexandroupolis, 2001
41. Tyler P, Cushway D. Stress and wellbeing in health-care staff: The role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine* 1998, 14:99-107
42. Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: Do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med* 2002, 54:783-798
43. Luthans F. *Organizational behaviour*. McGraw-Hill, New York, 1992
44. Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J Am Med Assoc* 1959, 169:1286-1296
45. Williams RB Jr. Refining the type A hypothesis: Emergence of the hostility complex. *Am J Cardiol* 1987, 60:27J-32J
46. Eysenck MW. *Psychology: An integrated approach*. Addison Wesley Longman, New York, 1998
47. Suarez EC, Bates MP, Harralson TL. The relation of hostility to lipids and lipoproteins in women: Evidence for the role of antagonistic hostility. *Ann Behav Med* 1998, 20:59-63
48. Richards JC, Hof A, Alvarenga M. Serum lipids and their relationships with hostility and angry affect and behaviors in men. *Health Psychol* 2000, 19:393-398
49. Muldoon MF, Herbert TB, Patterson SM, Kameneva M, Raible R, Manuck SB. Effects of acute psychological stress on serum lipid levels, hemoconcentration, and blood viscosity. *Arch Intern Med* 1995, 155:615-620
50. Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfield SA. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *Br Med J* 1997, 314:558-565
51. Hallqvist J, Diderichsen F, Theorell T, Reuterwal C, Ahlbom A. Is the effect of job strain on myocardial infarction risk

- due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? Results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Soc Sci Med* 1998, 46:1405–1415
52. Thorpe RJ Jr, Kasper JD, Szanton SL, Frick KD, Fried LP, Simonsick EM. Relationship of race and poverty to lower extremity function and decline: Findings from the Women's Health and Aging Study. *Soc Sci Med* 2008, 66:811–821
 53. Olszewski PK, Levine AS. Central opioids and consumption of sweet tastants: When reward outweighs homeostasis. *Physiol Behav* 2007, 91:506–512
 54. Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med* 1975, 37:333–340
 55. Krohg K, Hageman I, Jørgensen MB. Corticotropin-releasing factor (CRF) in stress and disease: A review of literature and treatment perspectives with special emphasis on psychiatric disorders. *Nord J Psychiatry* 2008, 62:8–16
 56. Kino T, Chrousos GP. Tissue-specific glucocorticoid resistance-hypersensitivity syndromes: Multifactorial states of clinical importance. *J Allergy Clin Immunol* 2002, 109:609–613
 57. Ferracci F, Moretto G, Candeago RM, Cimini N, Conte F, Gentile M et al. Antithyroid antibodies in the CSF: their role in the pathogenesis of Hashimoto's encephalopathy. *Neurology* 2003, 60:712–714
 58. Brent GA. Clinical practice: Graves' disease. *N Engl J Med* 2008, 358:2594–2605
 59. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med* 1993, 153:2093–2101
 60. Fleshner M, Laudenslager ML. Psychoneuroimmunology: Then and now. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2004, 3:114–130
 61. Kiecolt-Glaser JK, Preacher KJ, MacCallum RC, Atkinson C, Malarkey WB, Glaser R. Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003, 100:9090–9095
 62. Wolff HG. A concept of disease in man. *Psychosom Med* 1962, 24:25–30
 63. Estryng-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Fouillot JP, Debray Q. Improving hospital work conditions: An integrated approach. *Rev Infirm* 1989, 39:35–39
 64. Αντωνίου Κ, Βασιλοπούλου Γ. Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2009, 8:15–24
 65. Goleman DP. *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement*. Bantam Books, New York, 1995
 66. Cox T. *Stress*. Macmillan Press, London, 1978
 67. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. *Br Med J* 2006, 332:521–525
 68. Dormann C, Zapf D. Social stressors at work, irritation and depressive symptoms: Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study. *J Occup Organ Psychol* 2002, 75:33–58
 69. Moorhead G, Griffin RW. *Managing stress and the work life*. In: Moorhead G (ed) *Organisational behaviour*. 7th ed. Houghton Mifflin Publishing, Boston, 1989:220–248
 70. Bandura A, Taylor CB, Williams SL, Mefford IN, Barchas JD. Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *J Consult Clin Psychol* 1985, 53:406–414
 71. Claes SJ. Corticotropin-releasing hormone (CRH) in psychiatry: From stress to psychopathology. *Ann Med* 2004, 36:50–61
 72. Tsolaki M, Paraskevi S, Degleris N, Karamavrou S. Attitudes and perceptions regarding Alzheimer's disease in Greece. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2009, 24:21–26
 73. Sinha R. Stress and addiction: A dynamic interplay of genes, environment, and drug intake. *Biol Psychiatry* 2009, 66:100–101
 74. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974, 30:159–165
 75. Pines AM, Keinan G. Stress and burnout: The significant difference. *Pers Individ Differ* 2005, 39:625–635
 76. Edelwich J, Brodsky A. *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Sciences Press, New York, 1980
 77. Orth U, Robins RW, Meier LL. Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *J Pers Soc Psychol* 2009, 97:307–321
 78. Rotter JB. Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *Am Psychol* 1989, 45:489–493
 79. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *MBI: The Maslach burnout inventory: Manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1996
 80. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009, 302:1294–1300
 81. Rybock JD. Residents' duty hours and professionalism. *N Engl J Med* 2009, 361:930–931
 82. Εφημερίς της Κυβερνήσεως. Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ σύμφωνα με το ΠΔ 76/2005 και άλλες διατάξεις. Νόμος 3754, ΦΕΚ Α 43/11.3.2009. Διαθέσιμο: http://www.enne.gr/docs/vouli_ene.pdf
 83. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P et al. Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: Multinational prospective study. *Br Med J* 2009, 338:b814