



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ»

ΘΕΜΑ:

«Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και ο αντίκτυπος στη σωματική και ψυχική τους υγεία»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

Τσιμπλοκούκου Ευτυχία

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Dr Χριστοδούλου Δημήτριος, Καθηγητής Γαστρεντερολογίας

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2020

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων, που απονέμει το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

"Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε κάτω από τους διεθνείς ηθικούς και ακαδημαϊκούς κανόνες δεοντολογίας και προστασίας της πνευματικής ιδιοκτησίας. Σύμφωνα με τους κανόνες αυτούς, δεν έχω προβεί σε ιδιοποίηση ξένου επιστημονικού έργου και έχω πλήρως αναφέρει τις πηγές που χρησιμοποίησα στην εργασία αυτή."

(Υπογραφή υποψηφίου)

Τσιμπλοκούκου Ευτυχία

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Χριστοδούλου Δημήτριο για τις παρατηρήσεις, τις πολύτιμες συμβουλές, τις επισημάνσεις και υποδείξεις του οι οποίες ήταν καθοριστικές για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας, καθώς και στην συνεχή υποστήριξη μου μέσω της συστηματικής επικοινωνίας μας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω και την κα Γκούβα Μαίρη για τις συμβουλές της, την άριστη συνεργασία και την πολύτιμη βοήθειά της στο ερευνητικό μέρος.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω και στην οικογένειά μου για τη αμέριστη συμπαράστασή τους, καθώς και για τη δύναμη και υπομονή που μου έδειξαν κατά την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στα τρία μου υπέροχα παιδιά Γιάννη, Βασίλη και Ελισάβετ καθώς και στον σύζυγό μου Δημήτρη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα κενά στην έρευνα που εστιάζουν στο εργασιακό άγχος, την εξάντληση, την ικανοποίηση από την εργασία και τη γενική υγεία των νοσηλευτών είναι εμφανή σε αναπτυσσόμενα περιβάλλοντα όπως η Ελλάδα. Η παρούσα εργασία πραγματεύεται και εξετάζει τη σχέση μεταξύ εργασιακού άγχους, ψυχολογικής φόρτισης και ικανοποίησης από την εργασία με τη γενική υγεία των νοσηλευτών.

Συνολικά 112 νοσηλευτές από το γενικό νοσοκομείο του Νομού Άρτας και άλλες υπηρεσίες του νομού συμμετείχαν στην ποσοτική έρευνα που διεξήχθη μεταξύ Ιουνίου και Αυγούστου, 2020. Το ερωτηματολόγιο εξέτασε την ποιότητα υγείας, το άγχος για την καρδιακή λειτουργία και την ψυχολογική φόρτιση λόγω εργασίας.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε πως τα δημογραφικά στοιχεία επιδρούν σημαντικά τόσο στην εξουθένωση όσο και στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Οι αλλαγές στην ποιότητα υγείας οδηγούνται από τους παντρεμένους άντρες νοσηλευτές δευτεροβάθμιας κυρίως εκπαίδευσης, που ζουν σε μικρή πόλη, δουλεύουν με εναλλασσόμενες βάρδιες περισσότερο από δέκα χρόνια, είναι 41-50 χρονών και εργάζονται στην παθολογική και την πνευμονολογική κλινική. Το εργασιακό άγχος ενισχύεται επιπλέον από την εργασία στα τακτικά ενώ η ψυχολογική φόρτιση παρατηρείται στους νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης.

Αναγκαία καθίσταται η οργάνωση αποτελεσματικών επιμορφωτικών προγραμμάτων, με βάση τις ανάγκες των νοσηλευτών και με επαρκή και συνεχή οργανωτική υποστήριξη. Η συγκεκριμένη έρευνα θα μπορούσε να είναι το έναυσμα για αντίστοιχες έρευνες σε νοσοκομεία σε ολόκληρη την Ελλάδα.

Λέξεις-κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, γενική υγεία, εργασιακή ικανοποίηση, νοσοκόμες, εργασιακό άγχος.

ABSTACT

Gaps in research focusing on work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses is evident within developing contexts like Greece. This study identified the relationship between work stress, psychological stress and job satisfaction with the general health of nurses.

A total of 112 nurses from the general hospital of the Prefecture of Arta participated in the quantitative research conducted between June and August, 2020. The questionnaire examined the quality of health, stress on heart function and psychological load due to work.

The analysis of the results showed that the demographic data have a significant effect on both exhaustion and the physical and mental health of nurses. The changes in the quality of health are led by married male secondary education nurses, who live in a small town, work in alternating shifts for more than ten years, are 41-50 years old and work in the pathology and pulmonology clinic. Work stress is further enhanced by regular work, while psychological stress is observed in technologically trained nurses.

It becomes necessary to organize effective training programs, based on the needs of nurses and with adequate and continuous organizational support. This research could be the trigger for similar research in hospitals throughout Greece.

Keywords: burnout, general health, job satisfaction, nurses, work related stress.

Πίνακας Περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΑΒΣΤΑΚΤ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	14
1.1 ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ.....	14
1.2 ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ.....	16
1.3 ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	18
2. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΚΟΠΩΣΗΣ	25
2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΚΟΠΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	25
2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	30
2.3 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	40
3. ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	46
4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	48
4.1 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	48
4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	49
4.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....	50
4.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ.....	52
4.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	52
4.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	52
4.7 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	53
5. Παρουσίαση αποτελεσμάτων	55
5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	55
5.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (SF 36).....	66
5.3 ΑΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (QAC).....	74
5.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ ΛΟΓΩ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	76
5.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	79
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	97
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	Error! Bookmark not defined.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για το φύλο	55
Γράφημα 2 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για την ηλικία	56
Γράφημα 3 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για την οικογενειακή κατάσταση	57
Γράφημα 4 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για την ύπαρξη παιδιών και ραβδόγραμμα για τον αριθμό παιδιών.....	58
Γράφημα 5 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για τη σειρά γέννησης των εργαζομένων	59
Γράφημα 6 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για τον τόπο διαμονής.....	60
Γράφημα 7 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τον εργασιακό τομέα	61
Γράφημα 8 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για την εργασιακή εμπειρία.....	62
Γράφημα 9 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τις βάρδιες.....	63
Γράφημα 10 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την κλινική εργασίας.....	65
Γράφημα 11 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τα συναισθήματα που πηγάζουν από το χώρο εργασίας.....	65
Γράφημα 12 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα γενική υγεία	66
Γράφημα 13 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το σωματικό πόνο	67
Γράφημα 14 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη σωματική λειτουργικότητα των εργαζομένων	68
Γράφημα 15 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την επίδραση της σωματικής υγείας των εργαζομένων στο φυσικό τους ρόλο	69
Γράφημα 16 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το μέτρο που εμποδίζει τις κοινωνικές δραστηριότητες η κατάσταση υγείας	70
Γράφημα 17 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις δουλειές που εμποδίζονται λόγω σωματικού πόνου	70
Γράφημα 18 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την αίσθηση σωματικού πόνου.....	71
Γράφημα 19 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την ψυχική υγεία και τη ζωτικότητα των εργαζομένων	72
Γράφημα 20 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την κοινωνική λειτουργικότητα και το συναισθηματικό ρόλο των εργαζομένων.....	72
Γράφημα 21 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κατάσταση της γενικής υγείας των εργαζομένων	73
Γράφημα 22 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τα καρδιακά προβλήματα	74
Γράφημα 23 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις σωματικές δραστηριότητες.....	75
Γράφημα 24 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την καρδιακή λειτουργία.....	76
Γράφημα 25 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τα συναισθήματα που εκδηλώνονται λόγω εργασίας.....	77
Γράφημα 26 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τα συναισθήματα που εκδηλώνονται λόγω εργασίας.....	78
Γράφημα 27 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τα συναισθήματα που εκδηλώνονται λόγω εργασίας.....	78
Γράφημα 28 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για την κατάσταση υγείας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.....	82
Γράφημα 29 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για την κατάσταση υγείας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.....	83

Γράφημα 30 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για το άγχος για την καρδιακή λειτουργία και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.....	86
Γράφημα 31 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για το άγχος για την καρδιακή λειτουργία και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.....	87
Γράφημα 32 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για τα συναισθήματα που εκφράζονται λόγω εργασίας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών	90
Γράφημα 33 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για τα συναισθήματα που εκφράζονται λόγω εργασίας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών	91

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για το φύλο	55
Πίνακας 2 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την ηλικία.....	56
Πίνακας 3 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την οικογενειακή κατάσταση	57
Πίνακας 4 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την ύπαρξη και τον αριθμό παιδιών.....	58
Πίνακας 5 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για τη σειρά γέννησης των εργαζομένων	59
Πίνακας 6 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για τον τόπο διαμονής	60
Πίνακας 7 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για τον εργασιακό τομέα	61
Πίνακας 8 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την εργασιακή εμπειρία	62
Πίνακας 9 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για τις βάρδιες.....	63
Πίνακας 10 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την κλινική	64
Πίνακας 11 Σημαντικές διαφορές των μεταβλητών που προσδιορίζουν την ποιότητα υγείας.....	80
Πίνακας 12 Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης των ανεξάρτητων μεταβλητών που προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας.....	81
Πίνακας 13 Σημαντικές διαφορές των μεταβλητών που προσδιορίζουν την ποιότητα υγείας.....	84
Πίνακας 14 Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης των ανεξάρτητων μεταβλητών που προσδιορίζουν το άγχος για την καρδιακή λειτουργία.....	85
Πίνακας 15 Σημαντικές διαφορές των μεταβλητών που προσδιορίζουν την ψυχολογική φόρτιση.....	88
Πίνακας 16 Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης των ανεξάρτητων μεταβλητών που προσδιορίζουν την ψυχολογική φόρτιση.....	89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική είναι ένα από τα πιο αγχωτικά και επίπονα επαγγέλματα παγκοσμίως με υψηλές και περίπλοκες απαιτήσεις (Marshall, 1980; Bailey, 1985). Οι νοσηλευτές εκτίθενται σε διάφορα έκτακτα γεγονότα και στρεσογόνους παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, κυρίως με την αντιμετώπιση ανθρώπων που πάσχουν από σοβαρές σωματικές, ψυχολογικές ή ψυχοκοινωνικές ασθένειες (Chang, 2011). Επιπλέον, ο ρόλος των νοσηλευτών στο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης δεν μπορεί να υποτιμηθεί καθώς αντιπροσωπεύουν τη μεγαλύτερη ομάδα στο εργατικό δυναμικό υγειονομικής περίθαλψης και χρειάζονται σε όλα τα επίπεδα φροντίδας (Dubois et al., 2013).

Το εργασιακό άγχος μπορεί να οριστεί ως μια κατάσταση όπου παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία αλληλεπιδρούν με τον εργαζόμενο, αλλάζοντας την ψυχολογική και φυσική του κατάσταση με τρόπο που το άτομο αναγκάζεται να αποκλίνει από την κανονική του λειτουργία (Richardson & Rothstein, 2008). Επιπλέον, συνιστά ένα αναγνωρισμένο πρόβλημα στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας (Burbeck, et al., 2002). Οι υψηλές απαιτήσεις εργασίας και ο συνδυασμός υπερβολικής ευθύνης και πολύ λίγης εξουσίας έχουν αναγνωριστεί ως μερικές από τις πρωταρχικές πηγές εργασιακού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό (Sveinsdóttir, et al., 2006; Mäkinen et al., 2003; Glazer & Gyurak, 2008; Wu, et al., 2010; Mark, Smith, 2012).

Το άγχος σε κάποιο βαθμό, μπορεί να βελτιώσει την απόδοση και την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων, επειδή είναι υγιές και απαραίτητο για να αντιμετωπίσουν προκλήσεις στη ζωή τους (Tehrani & Ayling, 2009), αλλά εάν η πίεση γίνει υπερβολική, χάνει το ευεργετικό της αποτέλεσμα και γίνεται επιβλαβής, (Cooper et al., 1988), επειδή συνιστά τον τρόπο αντίδρασης των ανθρώπων υπό πίεση ή άλλων τύπων απαιτήσεων που τους επιβάλλονται και προκύπτουν όταν ανησυχούν ότι δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν (HSE, 2001). Είναι σημαντικό το άγχος να χαρακτηρίζεται μια κατάσταση και να μην αποτελεί ασθένεια, που προκύπτει λόγω της έκθεσης σε ένα ευρύ φάσμα εργασιακών απαιτήσεων και που με τη σειρά της μπορεί να συμβάλει σε ένα εξίσου ευρύ φάσμα αποτελεσμάτων, (Doherty & Tyson, 1998), που αφορούν στους υπαλλήλους της υγείας και έχει σαν συνέπεια, ασθένειες,

τραυματισμούς ή αλλαγές στη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής τους (Davey et al., 2014).

Ειδικότερα, το εργασιακό άγχος μπορεί να είναι επιβλαβές για τη σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου, περιορίζει τις ικανότητές του να αντιμετωπίσει τις εργασιακές απαιτήσεις ενώ τα υψηλά επίπεδα σχετίζονται/συνδέονται με υψηλό επίπεδο αδράνειας του προσωπικού και χαμηλά επίπεδα παραγωγικότητας (Trivellas et al., 2013). Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο Στρες, το άγχος αποτελεί σημαντική αιτία, έως και του 80% όλων των τραυματισμών που σχετίζονται με την εργασία και της μείωσης έως και του 40% των κύκλων εργασιών στο χώρο εργασίας (Atkinson, 2004; Davey, et al., 2014). Το γεγονός αυτό, βλάπτει σοβαρά τη δυνατότητα οργάνωσης του υγειονομικού οργανισμού, αλλά και την παροχή ποιοτικής φροντίδας και την αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας (Lee, 2003; Farrington, 1995; Price & Mueller, 1981; Cronin-Stubbs & Brophy, 1985). Η υγειονομική φροντίδα είναι μια διαπροσωπική διαδικασία που καθορίζεται από ειδικευμένη νοσηλευτική, διαπροσωπική ευαισθησία και οικείες σχέσεις, συμπεριλαμβανομένης της θετικής επικοινωνίας και της εφαρμογής επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων (Finfgeld-Connett, 2008). Το εργασιακό άγχος έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια συμπόνιας για τους ασθενείς και αυξημένα περιστατικά σφαλμάτων κατά την εξάσκηση των καθηκόντων και συνεπώς συνδέεται δυσμενώς με την ποιότητα της περίθαλψης (Teng et al., 2010). Πολλές μελέτες δείχνουν ότι έχει άμεσο ή έμμεσο αντίκτυπο στην παροχή φροντίδας και στα αποτελέσματα των ασθενών (Harris, 2001; Morgan, et al., 2002; Laschinger, et al., 2006).

Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να αντιμετωπίσουν το άγχος για μικρές περιόδους, αλλά το χρόνιο στρες προκαλεί παρατεταμένες αλλαγές στη φυσική τους κατάσταση (Chang, 2006). Τα ζητήματα του εργασιακού άγχους, της αντιμετώπισης και της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών αποτελούν καθολική μέριμνα για όλους όσους διοικούν και διαχειρίζονται τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Xianyu & Lambert, 2006).

Ωστόσο, όλες οι στρεσογόνες καταστάσεις μπορούν να τροποποιηθούν θετικά με τη χρήση κατάλληλων δεξιοτήτων διαχείρισης άγχους. Έτσι, αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να αναδείξει, (1) το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, (2) τις συνέπειες στην υγεία τους και (3) διάφορους καθοριστικούς παράγοντες, που έχουν αντίκτυπο σε αυτό, έτσι ώστε να μπορούν να

σχεδιαστούν στρατηγικές για τη βελτίωση της προσωπικής και επαγγελματικής τους ποιότητας μακροπρόθεσμα.

1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

1.1 ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ

Το άγχος μπορεί να εμφανιστεί σε διάφορα στάδια της ζωής ενός ατόμου και να παρουσιαστεί με τη μορφή ψυχοκοινωνικών, διαπροσωπικών, συστημικών, γνωστικών ή συναισθηματικών καταστάσεων. Το άγχος μπορεί να προκύψει από έναν συνδυασμό αντικειμενικών στρεσογόνων παραγόντων (τραύμα, διάκριση, φτώχεια) (Johnson & Acabchuk, 2018), καθώς περιλαμβάνει την εκτίμηση κάποιου για το συγκεκριμένο γεγονός, την υποκειμενική δυσφορία και τη σχετική φυσιολογική απόκριση (Lazarus, & Folkman, 1984; Mariotti, 2015). Μια άλλη προοπτική που εξηγεί την αντίδραση ενός ατόμου στο στρες, βασίζεται στην «υποκειμενική ερμηνεία ενός ατόμου για το πώς αντιλαμβάνεται την ικανότητα να χειρίζεται και να ανακάμπτει από τη συγκεκριμένη κατάσταση στρες» (Johnson et al., 2018). Εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίσει το άγχος είναι η κοινωνική υποστήριξη (Folkman & Lazarus, 1988; 2015).

Στις μέρες μας, το άγχος μελετάται και λαμβάνεται υπόψη από γιατρούς, ψυχολόγους, επιστήμονες συμπεριφοράς και διαχείρισης ως ο πιο σημαντικός παράγοντας που προκαλεί ψυχικές, σωματικές και συμπεριφορικές διαταραχές (Pashib et al., 2015). Το άγχος έχει κατηγοριοποιηθεί: α) ως προηγούμενο ή ερέθισμα, β) ως συνέπεια ή απόκριση και γ) ως αλληλεπίδραση. Σύμφωνα με την Selye (1956), το στρες εξετάζεται και συσχετίζεται με βάση τις ασθένειες που προκαλεί. Αντίθετα, οι Lazarus και Folkman (1984), υποστήριξαν μια ψυχολογική άποψη στην οποία το άγχος είναι «μια συγκεκριμένη σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος και εκτιμάται από το άτομο ως αξιολόγηση ή υπέρβαση των δυνατοτήτων του και θέτει σε κίνδυνο την ευημερία του». Το «άγχος και το στρες» μπορεί να αναφέρεται στην αιτία της αντίδρασης σε καταστάσεις μεγάλης πίεσης και ελάχιστου χρόνου, ενώ ο όρος «αγωνία» αναφέρεται στις συναισθηματικές συνέπειες της διαδικασίας την οποία κινητοποιεί το στρες (Garrido et al., 2011). Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία (NIOSH) έχει ορίσει το εργασιακό άγχος ως επιβλαβή σωματική και συναισθηματική απόκριση που

συμβαίνει όταν οι απαιτήσεις εργασίας δεν είναι συνεπείς με τις ικανότητες και τις ανάγκες των εργαζομένων (DHHS, 2008). Το εργασιακό άγχος έχει αναγνωριστεί ως μία από τις πέντε αιτίες του κύκλου εργασιών μεταξύ των νοσηλευτών (Letvak & Buck, 2008). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 30% του εργατικού δυναμικού στις ανεπτυγμένες χώρες πάσχουν από εργασιακό άγχος και αυτός ο αριθμός είναι υψηλότερος στις πρόσφατα βιομηχανικές και αναπτυσσόμενες χώρες (Hoel et al., 2001; Nazari et al., 2015). Σε υγειονομικούς οργανισμούς, οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα επαγγελματικού στρες λόγω του τύπου εργασίας τους, των ικανοτήτων/δεξιοτήτων που κατέχουν, του συναισθηματικού βάρους και της πλήρους φροντίδας των ασθενών (McVicar, 2003).

Ωστόσο, το άγχος δεν είναι εγγενώς επιβλαβές. Η γνωστική εκτίμηση κάθε ατόμου, οι αντιλήψεις και οι ερμηνείες τους, δίνει νόημα στα γεγονότα και καθορίζει εάν τα γεγονότα θεωρούνται απειλητικά ή θετικά (Lazarus & Folkman, 1984). Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επηρεάζουν επίσης την επίδραση του στρες επειδή αυτό που μπορεί να είναι υπερβολικό σε ένα άτομο μπορεί να είναι συναρπαστικό για ένα άλλο (French & Caplan, 1972). Επιπλέον, κάποιος βαθμός άγχους μπορεί να είναι θετικός στο ότι παρέχει την επιθυμία στα άτομα να κάνουν ή να επιτύχουν καθημερινά καθήκοντα. Ωστόσο, εάν είναι υπερβολικό, το άγχος μπορεί να είναι αρνητικό (αγωνία ή πίεση), επηρεάζοντας την υγεία ενός ατόμου (Pandey et al., 2011; Leitner, 2019).

Στην περίπτωση που το εργασιακό άγχος και η υψηλή αγωνία είναι χρόνια, εργαζόμενοι με βεβαρυσμένο ιστορικό (χρόνια φυσική ασθένεια ή ψυχιατρική διαταραχή) βιώνουν εντονότερα τις στρεσογόνες καταστάσεις με αποτέλεσμα να παρατηρούνται ημέρες «αναπηρίας (ή ψυχικής υγείας)» που ταξινομούνται ως ημέρες ή ώρες που ξοδεύτηκαν στο κρεβάτι για το σύνολο ή το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας (Dewa et al., 2007; Kouzis, & Eaton, 1997). Το εργασιακό άγχος φαίνεται επίσης να προκαλεί διαγνωσμένη κατάθλιψη και άγχος σε προηγουμένως υγιείς νέους εργαζόμενους ή κατά τα άλλα φαινομενικά υγιή άτομα, όταν εκτίθενται σε υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις εργασίας (υπερβολικός φόρτος εργασίας, ακραίες πιέσεις χρόνου) (Melchior, et al., 2007).

Η σωματική και συναισθηματική εξάντληση καθώς και η έλλειψη ικανοποίησης από το επάγγελμα συνιστά το σύνδρομο επαγγελματικής υπερκόπωσης (burnout). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, ορίζεται ως η αρνητική αντίδραση στο χρόνιο εργασιακό άγχος, στο οποίο τα άτομα εκτίθενται σε

παρατεταμένη αναντιστοιχία μεταξύ των αναγκών και των αξιών τους και της εργασίας που εκτελούν (Leiter & Maslach, 2003). Αν θεωρηθεί ως κατάσταση σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, η εξάντληση είναι αποτέλεσμα της παρατεταμένης έκθεσης σε αγχωτικά εργασιακά περιβάλλοντα (Cooper, et al., 2001). Ως εκ τούτου, η εξάντληση μεταξύ των νοσηλευτών ειδικότερα έχει αναφερθεί ότι είναι υψηλότερη από άλλους επαγγελματίες υγείας λόγω της φύσης της εργασίας τους (Aiken, et al., 2002). Η νοσηλευτική απαιτεί την παροχή ανθρώπινης, πολιτισμικά ευαίσθητης, ικανής και ηθικής φροντίδας, σε εργασιακά περιβάλλοντα με περιορισμένους πόρους και αυξανόμενες ευθύνες. Αυτή η ανισορροπία μεταξύ παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας και αντιμετώπισης αγχωτικών εργασιακών περιβαλλόντων μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση (Kalliath & Morris, 2002; Khamisa, et al., 2015).

Τρεις κύριες διαστάσεις αποτελούν μέρος αυτού του συνδρόμου (Maslach et al., 1996): α) η συναισθηματική εξάντληση (οι εργαζόμενοι αισθάνονται συγκλονισμένοι και εξαντλημένοι από τη δουλειά), β) η αποπροσωποποίηση (χαρακτηρίζεται από ανυπόφορη και απρόσωπη ανταπόκριση έναντι εκείνων που λαμβάνουν την υπηρεσία, φροντίδα, θεραπεία ή οδηγίες) και γ) η μειωμένη προσωπική επίτευξη (περιορισμένη ικανότητα και έλλειψη επιτυχούς επίτευξης στην εργασία κάποιου). Αν και αυτό το σύνδρομο μπορεί να θεωρηθεί ως ατομικό αποτέλεσμα, μπορεί με τη σειρά του να έχει αρνητικές συνέπειες για τη σωματική και ψυχική υγεία του συνόλου των εργαζομένων.

1.2 ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Ο τρόπος με τον οποίο ένας στρεσογόνος παράγοντας μπορεί να επηρεάσει τον εγκέφαλο ή το σώμα είναι προκαλώντας διάφορες νευροβιολογικές αλλαγές στον οργανισμό. Επομένως, η προσαρμοστική «φυσιολογική απόκριση στο στρες είναι κρίσιμη για τη μεσολάβηση των επιπτώσεων του στρες στην υγεία» (Dhabhar, 2011). Το υπερβολικό άγχος, προκαλεί μια αντίδραση που χρησιμεύει ως άμυνα ενάντια σε άμεσες απειλές και αυξάνει το δυναμικό επιβίωσης κάποιου ως απάντηση σε ένα αρνητικό ή συναισθηματικό ερέθισμα (Nezu et al., 2012). Ο φυσιολογικός

μηχανισμός με τον οποίο το άγχος διαταράσσει διάφορες πτυχές του σώματός μας είναι εκτεταμένος και προκαλεί μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Σε καταστάσεις άγχους, το ανθρώπινο σώμα αποκρίνεται ξεκινώντας μια αντίδραση στον εγκέφαλο (αντίληψη και επεξεργασία του στρες) και ενεργοποιώντας τη φυσιολογική απόκριση στρες «συνθήκες μάχης, πτήσης ή φυγής» φυγής (fight or flight syndrome) που δημιουργείται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (SNS) (Dhabhar et al., 1997). Η ενεργοποίηση του SNS απελευθερώνει νευροδιαβιβαστές, ορμόνες (κορτιζόλη), πεπτίδια, κυτοκίνες και άλλους δείκτες που κυκλοφορούν μέσα στο σώμα (αύξηση του καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού και των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα) (Dhabhar, 2011), διαταράσσοντας έτσι τα διάφορα συστήματα λειτουργίας του (Altemus et al., 2001; Pace et al., 2006).

Όταν οι στρεσογόνες καταστάσεις είναι διαρκείς, το σώμα βρίσκεται σε μια χρόνια κατάσταση αυξημένης διέγερσης κατά την οποία διάφοροι βιοδείκτες δεν μπορούν να επιστρέψουν στα αρχικά επίπεδα πριν από την «μάχη ή την πτήση». Η συνεχής έκθεση σε στρες μπορεί να οδηγήσει στη συνεχή ενεργοποίηση του συστήματος στρες (Gouin et al., 2012), με πιθανή μακροπρόθεσμη συνέπεια την ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών (Pandey et al., 2011) ή σοβαρότερες επιπλοκές στην υγεία (Acabchuk et al., 2017; Das, 2016).

Για την αντιμετώπιση του άγχους αναπτύσσονται διάφοροι αμυντικοί μηχανισμοί συμπεριφοράς, οι οποίοι είναι αποτελεσματικοί ανάλογα με την προσωπικότητα των επαγγελματιών υγείας:

1. Θυμός, υποχονδριακές καταστάσεις ή μελλοντική κατάθλιψη εξαιτίας της απαισιοδοξίας, της παθητικότητας, της ανασφάλειας και της έλλειψης αυτοπεποίθησης στον εργασιακό χώρο. Πιθανές συνέπειες αποτελούν η κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ και η εμφάνιση ψυχιατρική νόσου.
2. Άρνηση εξαιτίας της αδυναμίας του ατόμου να εκτιμήσει το αληθινό μέγεθος μιας τραυματικής κατάστασης και με στόχο τη μείωση του άγχους και την αποφυγή της κατάθλιψης.
3. Εκλογίκευση και υπερβολική ανάλυση της κατάστασης ώστε να απομακρυνθούν τα δύσκολα συναισθήματα.
4. Προβολή των προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις (αποφυγή του ασθενή επειδή ο τελευταίος, δεν επιθυμεί να του μιλούν να τον ενοχλούν ή να τον επισκέπτονται).

5. Μετάθεση συγκεκριμένων συναισθημάτων που προκύπτουν εξαιτίας ενός γεγονότος ή μιας κατάστασης σε κάποιο άλλο πρόσωπο αντικείμενο ή κατάσταση.
6. Χιούμορ για την αντιμετώπιση οδυνηρών περιστάσεων (θάνατος) και της αδυναμίας να ανατραπεί το αναπόφευκτο.
7. Συνεχής υπερδραστηριότητα ή ακατάπαυστη ομιλία που αφενός αποτρέπει τον άρρωστο να αναπτύξει τις προσωπικές θέσεις και τα συναισθήματά του, ενώ ταυτόχρονα προστατεύουν τα μέλη του προσωπικού από την άμεση επαφή με τα δικά τους συναισθήματα

1.3 ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Μία από τις κύριες αιτίες του άγχους στη ζωή ενός ατόμου είναι η εργασία (Latifzadeh & Zarei, 2015). Έχοντας δουλειά, ο άνθρωπος μπορεί να καλύψει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του. Ωστόσο, σχεδόν όλοι οι τύποι επαγγελματιών μπορεί να είναι κάπως αγχωτικοί (Restila, 2015). Μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος είναι πιο συχνό σε επαγγέλματα όπου υπάρχει περισσότερη ανθρώπινη αλληλεπίδραση (Latifzadeh & Zarei, 2015). Η νοσηλευτική, ιδιαίτερα, είναι ένα από τα πιο αγχωτικά επαγγέλματα στον κόσμο, που ασχολείται με τα ανθρώπινα όντα, την υγεία και τη ζωή (Farhadi, et al., 2014; Ayed, et al., 2014). Η Εθνική Ένωση Ασφάλειας στην Εργασία των ΗΠΑ έχει εισαγάγει τη νοσηλευτική ως την κορυφή των 40 περισσότερο αγχωτικών σταδιοδρομιών (Parvin, et al., 2005; Samadi, et al., 2013; Kavousi koosha & Ghaderi, 2014), με το 93% των νοσηλευτών να επηρεάζονται συνεχώς από αγχωτικούς επαγγελματικούς παράγοντες (Parvin, et al., 2005; Samadi, et al., 2013; Mokhtar, et al., 2016; Ahmed et al., 2016).

Το πλαίσιο (οργανωτική κουλτούρα και λειτουργία) και το περιεχόμενο (εργασιακό περιβάλλον και εξοπλισμός) ενός οργανισμού, είναι καθοριστικής σημασίας για τον προσδιορισμό της εμπειρίας του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών. Οι εργαζόμενοι, όπως οι νοσηλεύτριες που είναι μέλη ευγενών επαγγελματιών φροντίδας, που εργάζονται στην παροχή υπηρεσιών, διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο (Hammarstrom, 2003; Houkes, et al., 2008; Janssen, et al., 1999; Lecic-Tosevski, et al., 2006). Φαίνεται να επηρεάζονται ιδιαίτερα από τις παρεμβολές

που λαμβάνουν χώρα μεταξύ σπιτιού και χώρου εργασίας. Οι αλλαγές στις οικογενειακές δομές, η αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στο εργατικό δυναμικό και οι τεχνολογικές αλλαγές που επιτρέπουν την εκτέλεση εργασιών σε διάφορες τοποθεσίες έχουν θολώσει τα όρια μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής. Για πολλούς εργαζόμενους, αυτό έχει δημιουργήσει την πιθανότητα συγκρούσεων μεταξύ της επαγγελματικής και της μη επαγγελματικής τους ζωής. Η ενσυναίσθηση των νοσηλευτών και η σύνδεση με τους ασθενείς καταδεικνύει πέντε βασικές επαγγελματικές αξίες που προσελκύουν παράγοντες ικανούς να προκαλέσουν άγχος. Έτσι, η νοσηλευτική σχετίζεται με πολλαπλές και αντικρουόμενες απαιτήσεις, που επιβάλλονται από τις ανάγκες των ασθενών και τις οικογενειακές απαιτήσεις, οι οποίες μπορεί να μην έχουν κάποια επακόλουθη επίδραση (Gandi, et al., 2011).

Το εργασιακό άγχος αναμενόμενα παρατηρείται κατά τη διάρκεια της ζωής (Torshizi & Ahmadi, 2011; Faraji, et al., 2012) και είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ενός ατόμου και του εργασιακού περιβάλλοντος (Farhadi, et al., 2014, Torshizi & Ahmadi, 2011). Το 60% έως 90% των προβλημάτων υγείας εμφανίζονται όταν δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αναγκών απασχόλησης και του επαγγελματικού ταλέντου και ικανότητας του ατόμου (Parvin, et al., 2005). Το φαινόμενο αυτό είναι σοβαρό και καθώς σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος μπορεί να απειλεί τους υπαλλήλους (Karimi, et al., 2014). Αποδίδεται, δε, στην κακή διαχείριση, σε μη ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας (Karimi, et al., 2014) και μπορεί να μειώσει την απόδοση των εργαζομένων (Restila, 2015; Jahangiri, et al., 2019).

Σε γενικές γραμμές αναφέρονται τρεις πηγές εργασιακού άγχους: α) το φυσικό, β) το ψυχολογικό και γ) το κοινωνικό περιβάλλον. Οι στρεσογόνοι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του εργασιακού άγχους και σχετίζονται με μία ή περισσότερες διαστάσεις της εξάντλησης, συμπεριλαμβάνουν την κακή εποπτεία, τη σύγκρουση με τους συναδέλφους και τις οικογένειες των ασθενών, τις υψηλές απαιτήσεις εργασίας (Chayu & Kreitler, 2011; Hayter, 1999) και τις υπερφορίες (Garrosa, et al., 2010). Το άγχος αυτό, εκτός από το γεγονός ότι επηρεάζει το βαθμό εξάντλησης και την ικανοποίηση από την εργασία, προκαλεί επιπτώσεις στη σωματική καθώς και τη ψυχική υγεία των νοσηλευτών.

Το μοντέλο Maslach Burnout (Maslach, et al, 1996; Golembiewski, et al., 1966) υποστηρίζει ότι η παρατεταμένη έκθεση σε περιβαλλοντικό και περιστασιακό στρες, που οδηγεί σε εργασιακό άγχος, συμβάλλει στη συναισθηματική εξάντληση, την

αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικής επίτευξης. Παρομοίως, το άγχος που αφορά στον υψηλότερο φόρτο εργασίας, καθώς και ζητήματα προσωπικού, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης πόρων, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την κακή ικανοποίηση από την εργασία (Archibald, 2006; Graham, et al., 2011). Ο Spector το αποδίδει σε μια αναντιστοιχία μεταξύ προσδοκιών εργασίας και πραγματικών εργασιακών συνθηκών, η οποία συμβάλλει σε υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία (Spector, 1997). Επιπρόσθετα, έρευνες επιβεβαιώνουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, όταν ο εργασιακός χώρος είναι λιγότερο αγχωτικός (Pillay, 2009). Αγχωτικοί παράγοντες όπως η κακή έκβαση του ασθενή, η σύγκρουση με συναδέλφους, ο υψηλός φόρτος και οι απαιτήσεις εργασίας καθώς και η κακή επίβλεψη και έλλειψη υποστήριξης συνδέονται όλα με κακές εκβάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας (Lambert, et al., 2007; Malinauskienė, et al., 2009; Piko, 2003).

Η θεωρία του στρες του Cannon (Iacovides, et al., 1999; Tselebis, et al., 2001) εξηγεί αυτή την αντίδραση, ως ανισορροπία στην ανθρώπινη λειτουργία της ομοιόστασης, με την οποία η παρατεταμένη έκθεση σε στρες καταλήγει σε διάσπαση του βιολογικού συστήματος. Το γεγονός αυτό αποτρέπει την αντιμετώπιση του υπερβολικού άγχους με αντισταθμιστικές και προληπτικές αλλαγές, με αποτέλεσμα κακές επιπτώσεις στην υγεία, όπως πονοκεφάλους, αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και κατάθλιψη (Piko, 2006; Iacovides, et al., 1999; Tselebis, et al., 2001).

Η θεωρία Job Demands-Resources (JD-R) (Demerouti et al., 2001; van Woerkom, Bakker, & Nishii, 2016) κάνει διάκριση μεταξύ των απαιτήσεων και των δυνατοτήτων/πόρων που μπορεί να προκύψουν είτε στον εργασιακό χώρο είτε μεταξύ προσωπικών αλληλεπιδράσεων. Οι απαιτήσεις στην εργασία, που έχουν να κάνουν με τον ελάχιστο χρόνο ολοκλήρωσής της, με την απουσία ελέγχου, την έλλειψη του απαραίτητου χρονοδιαγράμματος και των κατάλληλων μεθόδων εργασίας, θεωρούν ως δεδομένο από τους υπαλλήλους ότι θα πρέπει να καταβάλουν επιπλέον προσπάθεια που τους προκαλεί άγχος και με την πάροδο του χρόνου μπορεί να προκαλέσει εξάντληση και να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα (MacKay et al., 2015). Από την άλλη πλευρά, οι πόροι βοηθούν τους υπαλλήλους να αντιμετωπίσουν απαιτητικές καταστάσεις (van den Tooren & de Jong, 2014; De Cieri, et al., 2019).

Οι Schaufeli και Taris (2014), επέκτειναν τη θεωρία JD-R ώστε να συμπεριλάβουν προσωπικούς πόρους και δυνατότητες εκτός του χώρου εργασίας που θα μπορούσαν να μετριάσουν τις αρνητικές επιπτώσεις των απαιτήσεων εργασίας.

Ενώ οι πρακτικές ενός υγιεινού τρόπου ζωής έχουν αναφερθεί ότι βελτιώνουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (Cho & Han, 2018), σχετικά λίγα είναι γνωστά σχετικά με το ρόλο των προσωπικών πόρων και τη δυνατότητά τους να βοηθήσουν νοσηλευτές και εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες απαιτήσεις εργασίας (Schmidt & Diestel, 2013).

Οι ψυχολόγοι (Herbert Freudenberger και Gail North) έχουν περιγράψει ότι η διαδικασία επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να χωριστεί σε 12 φάσεις, οι οποίες δεν ακολουθούνται κατ'ανάγκη διαδοχικά δεν είναι απαραίτητα σχετικές μεταξύ τους και είναι πιθανό να υπάρχουν κι άλλες αφηρημένες δομές (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker & Geurts, 2004).

1. Η ανάγκη να αποδείξει τον εαυτό του. Συχνά στα πρώτα στάδια της εξουθένωσης ο εργαζόμενος είναι υπερβολικά φιλόδοξος, και επιθυμεί να αποδείξει τον εαυτό του και τις ικανότητές του στο χώρο εργασίας. Αυτή η επιθυμία μετατρέπεται σε αποφασιστικότητα και καταναγκασμό. Οδηγεί ένα άτομο να επιδεικνύεται στους συναδέλφους του, αποδεικνύοντας ότι κάνει μια καταπληκτική δουλειά και ότι την υλοποιεί καλύτερα από όλους τους άλλους.
2. Δουλεύοντας σκληρότερα. Επειδή πρέπει να αποδείξουν τον εαυτό τους στους άλλους, οι άνθρωποι δημιουργούν υψηλές προσωπικές προσδοκίες. Προκειμένου να ανταποκριθούν σε αυτές τις προσδοκίες, τείνουν να επικεντρώνονται μόνο στην εργασία, ενώ αναλαμβάνουν περισσότερη δουλειά από ότι συνήθως. Με την κύρια εστίασή τους στη δουλειά, γίνονται εμμονικοί με τα πάντα. Με τον τρόπο αυτό, θα δείξουν ότι είναι αναντικατάστατοι, δεδομένου ότι είναι σε θέση να κάνουν τόση δουλειά χωρίς να ζητούν τη βοήθεια άλλων.
3. Παραμέληση των αναγκών τους. Δεδομένου ότι έχουν αφιερώσει τα πάντα στη δουλειά, δεν έχουν πλέον χρόνο για οτιδήποτε άλλο. Φίλοι και οικογένεια, το φαγητό και ο ύπνος αρχίζουν να γίνονται περιττά ή ασήμαντα. Προκειμένου να αισθανθούν καλύτερα για την παραμέληση αυτών των αναγκών, λένε στον εαυτό τους ότι αυτές είναι απλώς θυσίες και θα αποδείξουν ότι αξίζουν, καθώς η επαγγελματική τους ζωή θα βελτιωθεί.
4. Μετατόπιση συγκρούσεων. Τώρα, το άτομο έχει συνειδητοποιήσει ότι αυτό που κάνει δεν είναι σωστό, αλλά δεν μπορεί να δει την πηγή του προβλήματος. Η αντιμετώπιση της βασικής αιτίας αυτού μπορεί να οδηγήσει σε κρίση από μόνη της και ο εργαζόμενος να νιώσει απειλή. Αυτό συμβαίνει

όταν εκφράζονται τα πρώτα φυσικά συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

5. Αναθεώρηση των αξιών. Σε αυτό το στάδιο, οι άνθρωποι απομονώνουν τον εαυτό τους από τους άλλους, αποφεύγουν τις συγκρούσεις και πέφτουν σε κατάσταση άρνησης προς τις βασικές φυσικές τους ανάγκες. Κοιτάζουν επίσης τα συστήματα αξίας τους και οι φίλοι / τα χόμπι δεν είναι πλέον σημαντικά. Το νέο σύστημα αξιών τους είναι η δουλειά τους και αρχίζουν να γίνονται συναισθηματικά ψυχροί.
6. Άρνηση αναδυόμενων προβλημάτων. Τώρα βλέποντας τους συναδέλφους τους ως ανόητους, τεμπέληδες και να έχουν υψηλές απαιτήσεις από αυτούς, το άτομο αρχίζει να γίνεται δυσανεκτικό. Δεν τους αρέσει να είναι κοινωνικοί, και αν έπρεπε να έχουν κοινωνική επαφή, θα ήταν αφόρητο. Άτομα από το εξωτερικό περιβάλλον, τείνουν να τους αναγνωρίζουν περισσότερη επιθετικότητα και σαρκασμό. Το άτομο παραπονιέται για τα αυξανόμενα προβλήματά του, την πίεση του χρόνου και ό, τι το μόνο που κάνει είναι να δουλεύει, αλλά δεν αντιμετωπίζει τα προβλήματά του με διαφορετικούς τρόπους.
7. Απόσυρση. Οι κοινωνικές επαφές ελαχιστοποιούνται και η απομόνωση μεγιστοποιείται. Το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά μπορεί να αναζητηθούν για να νιώσει το άτομο που εργάζεται εμμονικά ακολουθώντας πιστά και απόλυτα τους κανόνες, απελευθέρωση. Τα συναισθήματά τους, στερούνται ελπίδας και κατεύθυνσης.
8. Φανερές αλλαγές συμπεριφοράς. Συνάδελφοι, οικογένεια, φίλοι και άλλοι που βρίσκονται στον άμεσο κοινωνικό τους κύκλο δεν μπορούν να παραβλέψουν τις αλλαγές συμπεριφοράς σε αυτό το άτομο. Το άτομο έχει γίνει απαθές, φοβισμένο και ντροπαλό.
9. Αποπροσωποποίηση. Χάνοντας επαφή με τον εαυτό τους, δεν βλέπουν πλέον τους ανθρώπους ως πολύτιμους. Δεν βλέπουν πλέον προσωπικές ανάγκες. Η άποψή τους για τη ζωή περιορίζεται στο να διαχειρίζονται μόνο την παρούσα στιγμή, ενώ η ζωή τους στρέφεται γύρω από μια σειρά μηχανικών λειτουργιών.
10. Εσωτερικό κενό. Τα άτομα νιώθουν ψυχικά άδεια και για να το ξεπεράσουν, στρέφονται σε δραστηριότητες όπως το σεξ, το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά.

Αυτές οι δραστηριότητες είναι υπερβολικές και το ίδιο, η αντίδρασή τους. Αρχίζουν να σκέφτονται ότι ο ελεύθερος χρόνος τους είναι νεκρός χρόνος.

11. Κατάθλιψη. Η εξάντληση και η κατάθλιψη συσχετίζονται εύκολα. Το άτομο νιώθει εξαντλημένο, απελπισμένο, αδιάφορο και πιστεύει ότι δεν υπάρχει τίποτα γι' αυτό στο μέλλον. Για αυτούς τους εργαζόμενους, δεν υπάρχει νόημα για τη ζωή. Εμφανίζονται τυπικά συμπτώματα κατάθλιψης.
12. Σύνδρομο Burnout. Οι αυτοκτονικές σκέψεις περνούν από το μυαλό του ατόμου ως απόδραση από την κατάσταση τους, αν και λίγοι άνθρωποι στην πραγματικότητα θα αυτοκτονήσουν. Καταρρέουν σωματικά και συναισθηματικά και πρέπει να αναζητήσουν άμεση ιατρική βοήθεια (Gandi, et al., 2011).

Προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιτευχθεί η ζητούμενη πρόοδος και εξέλιξη στη νοσηλευτική, το άγχος αυξήθηκε μεταξύ των νοσηλευτών (Mohite et al., 2014). Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες σε ειδικούς τομείς (εντατική) υφίστανται περισσότερο άγχος λόγω των συνθηκών του εργασιακού περιβάλλοντος, του τύπου των νοσοκομειακών ασθενών, της ασθένειας των ασθενών, του αποκτηθέντος υψηλού επιπέδου γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτούνται για να εργαστούν σε αυτούς τους τομείς, την ανάγκη για άμεση και ακριβή αντίδραση των νοσηλευτών σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Farhadi, et al., 2014; Ahmed et al., 2016). Επίσης, η ανάγκη για συνεχή ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη, η παρουσία ασθενών με ασταθή ζωτικά σημεία και η χρήση προηγμένης τεχνολογίας (Raj, 2015) μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερο άγχος στις νοσηλεύτριες. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Παλαιστίνη, το 90% των νοσηλευτών δήλωσαν ότι η εργασία σε μονάδες εντατικής θεραπείας ήταν αγχωτική (Ayed, et al., 2014). Παράγοντες όπως: α) η παρατήρηση των ασθενών που υποφέρουν από πόνο, β) η έλλειψη υποστηρικτικών πόρων και η αγνόηση των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους (Parvin, et al., 2005), γ) οι επαγγελματικές ευθύνες και ζητήματα διοικητικού συστήματος (Samadi, et al., 2013), δ) οι υπερβολικές απαιτήσεις από συναδέλφους και υπεύθυνους, ε) οι ασαφείς ρόλοι και οι απροσδιόριστες αρμοδιότητες, στ) η κακή διαχείριση, ι) τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής δικαιοσύνης και η έλλειψη γνώσης των ευθυνών (Karimi, et al., 2014) συνιστούν πηγές άγχους για τις νοσηλεύτριες.

Οι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να χωριστούν σε δύο ομάδες ενδο-οργανωτικών παραγόντων (παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό

περιβάλλον, φυσικές συνθήκες εργασίας, τύπος επαγγέλματος, φόρτος εργασίας και έλλειψη υποστήριξης), και δια-οργανωτικοί παράγοντες (οικογενειακή και οικονομική κατάσταση), και προκαλούν αυξημένα κόστη για τον οργανισμό, αποζημιώσεις για τα άτομα που αποχωρούν και την έκθεση του εργατικού δυναμικού σε κίνδυνο (Parvin, et al., 2005; Jahangiri, et al., 2019). Συνοψίζοντας, η νοοτροπία και ο τύπος του κάθε νοσοκομείου μπορεί να προκαλεί στρες στις νοσηλεύτριες (Restila, 2015).

2. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΚΟΠΩΣΗΣ

2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΚΟΠΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Το άγχος προκαλεί διαταραχές σε πολλαπλά επίπεδα των βιολογικών συστημάτων του σώματος, όπως: α) νευροενδοκρινικό, β) γενετικό και επιγενετικό, γ) ανοσοποιητικό, δ) μεταβολικό, ε) νευρικό (αυτονομία, παρασυμπαθητικό και συμπαθητικό) και στ) μεταβολικό (Schwartz, 2017). Έρευνες αναφέρουν, ότι οι διάφοροι τρόποι με τους οποίους το άγχος αλληλεπιδρά με το ανθρώπινο σώμα αλλάζει το βαθμό ευαισθησίας που δείχνει σ' αυτό (Nezu et al., 2012) και αφήνει ένα βιολογικό σημάδι (Acabchuk et al., 2017; Das, 2016). Τα συνδυασμένα, σωρευτικά αποτελέσματα μπορεί να έχουν επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία και την εξέλιξη της νόσου (Gouin et al., 2012).

Δείκτες που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων του χρόνιου στρες είναι οι κυτοκίνες. Αποτελούν ένα βιολογικό δείκτη που μετράται για να βοηθήσει στην κατανόηση της διαδικασίας στρες (Conrada, 2011). Οι κυτοκίνες έχουν άμεσες και ουσιαστικές επιπτώσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένης της παραγωγής και της αύξησης των αρνητικών διαθέσεων, της κατάθλιψης, του άγχους, των σωματικών συμπτωμάτων, του λήθαργου και της κόπωσης, καθώς και σε μια σειρά συμπεριφορών ασθένειας (Leventhal, et al., 1998; Watkins, 2000). Επιπλέον, υπάρχουν εύλογες ενδείξεις αμφίδρομης ανάδρασης μεταξύ του ανοσοποιητικού και του ενδοκρινικού συστήματος, καθώς σχετίζονται τόσο με καταθλιπτικές συμπεριφορές όσο και με διαταραχές άγχους (Kiecolt-Glaser, et al., 2002; Miller, 1998). Ενώ το ενδοκρινικό μας σύστημα βοηθά στη ρύθμιση των ορμονών μας σε απόκριση σε στρες, η συνεχής έκθεση μπορεί να καταστήσει πιο δύσκολο για ένα άτομο να επιστρέψει στη νευροενδοκρινική του γραμμή και μπορεί να αυξήσει τη συνολική επιβάρυνση της φυσιολογικής και ψυχιατρικής νόσου (Kiecolt-Glaser et al., 2002). Πολλές είναι οι έρευνες που υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ άγχους και υψηλότερου ποσοστού τουλάχιστον μίας χρόνιας ασθένειας, και συνεπώς της μεγαλύτερης χρήσης ασθενών ημερών για τον μετριασμό των ψυχολογικών και ψυχολογικών επιπτώσεων του

στρες. Στην επόμενη ενότητα θα συζητηθούν περισσότερα για τις επιμέρους επιπτώσεις του στρες της υγείας και της ευεξίας (Khamisa, et al., 2015).

Το εργασιακό άγχος στη νοσηλευτική αξιολογήθηκε για πρώτη φορά από τον Menzies (1960) που εντόπισαν τέσσερις πηγές άγχους μεταξύ των νοσηλευτών: α) φροντίδα ασθενών, β) λήψη αποφάσεων, γ) ανάληψη ευθύνης και δ) κινητικότητα. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας θεωρείται ως γεμάτος άγχος, με βάση τη σωματική εργασία, τον ανθρώπινο πόνο, το ωράριο εργασίας, το προσωπικό και τις διαπροσωπικές σχέσεις που είναι κεντρικές για την εργασία που κάνουν. Από τα μέσα της δεκαετίας του '80, το εργασιακό άγχος των νοσοκόμων κλιμακώθηκε λόγω της αυξανόμενης χρήσης της τεχνολογίας, της συνεχούς αύξησης του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Jennings, 1994) και των αναταράξεων στο εργασιακό περιβάλλον (Jennings, 2007). Οι βασικοί στρεσογόνοι παράγοντες των νοσηλευτών θεωρήθηκε πως ήταν η κακή στάση του γιατρού, η απόσπαση σε πολυάσχολα τμήματα (έκτακτης ανάγκης/ΜΕΘ), η ανεπαρκής αμοιβή, η υπερβολική δουλειά, η πίεση του χρόνου και η κουραστική εργασία με ανεπαρκή χρόνο για ξεκούραση και γεύματα. Επιπλέον αναδείχθηκε ότι το άγχος μειώνει την προσοχή, τη συγκέντρωση και τη λήψη αποφάσεων και τις δεξιότητες κρίσης (Sharma, et al., 2014).

Πιο συγκεκριμένα, οι αιτίες που προκαλούν άγχος και στη συνέχεια επαγγελματική εξουθένωση είναι οι παρακάτω (Sarafis, et al., 2016):

1. Η αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου πριν από τη διαδικασία του θανάτου, και το γεγονός του ίδιου του θανάτου. Αυτό συμφωνεί με άλλα ερευνητικά δεδομένα που αναφέρουν ανεκπλήρωτες προσδοκίες και το αίσθημα λύπης για το ότι οι νοσηλευτές δεν είναι σε θέση να αποτρέψουν έναν αναπόφευκτο θάνατο. Η κατάσταση αυτή μπορεί να είναι μια μεγάλη πηγή άγχους, επηρεάζοντας την ικανότητα της νοσηλεύτριας να λειτουργεί αποτελεσματικά (Wong, et al., 2001; Levi, 1990). Όσον αφορά την αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία, ο πιο στρεσογόνος παράγοντας, αντικατοπτρίζει την αβεβαιότητα σχετικά με την υγεία του ασθενούς και πολλές φορές οφείλεται στην τάση των γιατρών να μην ενημερώνουν επαρκώς τόσο τις νοσηλεύτριες όσο και τους ασθενείς (Sweet & Norman, 1995). Υπό αυτές τις συνθήκες, το γεγονός της αντιμετώπισης ασθενών που υποφέρουν από διάφορα επίπεδα δυσφορίας και έχουν διαφορετικές προσδοκίες μπορεί να καθοδηγήσει τις νοσηλεύτριες στο σημείο να συγκλονιστούν συναισθηματικά (Ribeiro, et al. 2014).

2. Οι «ασθενείς και οι οικογένειές τους» αναφέρεται ως ο δεύτερος πιο σημαντικός παράγοντας άγχους. Η συνεχής αλληλεπίδραση, η έλλειψη συνεργασίας και η αίσθηση της νοσηλεύτριας ότι είναι απροετοίμαστη να αντιμετωπίσει τις διαφορετικές συναισθηματικές τους ανάγκες δημιουργούν συναισθήματα θυμού, φόβου και απογοήτευσης στο νοσηλευτικό προσωπικό, οδηγώντας σε υψηλότερα επίπεδα στρες (Jemmott & Locke, 1984; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988b). Τα προβλήματα με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους εκτείνονται από την απουσία συνεργασίας σε συμπεριφορές βίας. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκάλυψε ότι ο κίνδυνος σωματικής και ψυχολογικής βίας εκ μέρους των κακοποιημένων ασθενών και των συγγενών τους είναι μεγάλος άγχος (Gates, et al., 2011). Η εμπειρία στις ΗΠΑ είναι παρόμοια, αποκαλύπτοντας ότι η βία στο χώρο εργασίας αποτελεί σημαντικό άγχος, ειδικά για νοσηλεύτριες του Τμήματος Έκτακτης Ανάγκης (Edward, et al., 2014). Η λεκτική ή σωματική κακοποίηση είχε συχνά αρνητική ψυχολογική επίδραση στις νοσηλεύτριες μετά το συμβάν (Moustaka, et al., 2011).
3. Τα προβλήματα με τους προϊσταμένους/διευθυντές αποτελούν τον τρίτο πιο σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα, που όμως συσχετίζεται ανεξάρτητα με την ψυχική υγεία των νοσοκόμων. Αυτό μπορεί να αποδοθεί τόσο στην έλλειψη καλά εκπαιδευμένων προϊσταμένων, όσο και στην υπάρχουσα κουλτούρα «σύγκρουσης με την εξουσία» στην Ελλάδα (Moustaka, et al., 2011). Στην Ιαπωνία, ο μικρότερος έλεγχος της εργασίας έχει αναφερθεί πως συσχετίζεται θετικά με άγχος, ενώ η μικρή υποστήριξη των προϊσταμένων συσχετίζεται με την κατάθλιψη (Kawano, 2008). Σύμφωνα με την Εκτελεστική Υγεία και Ασφάλεια στο Ηνωμένο Βασίλειο, η έλλειψη κατανόησης και υποστήριξης από τους διευθυντές νοσηλευτικών οργανισμών, συμβάλλει σημαντικά στο εργασιακό άγχος, (Sveinsdóttir, et al., 2006), ενώ η μεγαλύτερη εποπτική υποστήριξη σχετίζεται με μειωμένο άγχος και ικανοποίηση από την εργασία (Mc Gilton, et al., 2007).

Τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες σχετίζονται στενά με την αντίληψη των νοσοκόμων για την ποιότητα ζωής τους, που επίσης σχετίζεται με την υγεία, κάτι που έχει αναφερθεί από πολλούς ερευνητές. Σε μια πρόσφατη κινεζική μελέτη, ο εργασιακός στρεσογόμος παράγοντας (έδειξε από την ανεπάρκεια ρόλου και το

φυσικό περιβάλλον), η προσωπική πίεση (που υποδεικνύεται από σωματική και ψυχολογική πίεση), η εξάντληση λόγω της εργασίας (που εμφανίζεται ως συναισθηματική εξάντληση και επαγγελματική αναποτελεσματικότητα) και οι πολλές ώρες εργασίας, αποδείχθηκε να συνιστούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών (Wu, et al., 2011).

Το άγχος θεωρείται ότι περιγράφεται από δυο καταστάσεις: το παροδικό άγχος που εκδηλώνεται όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται απειλητικές απαιτήσεις ή κινδύνους, και το μόνιμο άγχος, που μπορεί να θεωρηθεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου (Turnipseed, 1998). Η προσωπικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη σε σχέση με το άγχος, καθώς οι χαρακτηριστικοί τρόποι σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο ανταποκρίνεται στο άγχος (Smith & Kirby, 2011). Εκτός από τους διαπροσωπικούς και κοινωνικούς-περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να κάνουν τους ανθρώπους πιο ευάλωτους στις επιπτώσεις του άγχους στην υγεία, τα άτομα διαφέρουν ως προς τον τρόπο που αλληλεπιδρούν με τις εμπειρίες (Rothbart, 2007). Στο τελευταίο, μεγάλη σημασία έχουν ο βαθμός στον οποίο εκτίθενται στο άγχος, το μέγεθος και η μορφή της φυσιολογικής και συναισθηματικής τους απόκρισης. Επιπλέον, πρέπει να ληφθούν υπόψη η γνωστική επεξεργασία και οι περιστάσεις γύρω από πιθανά αγχωτικά γεγονότα ζωής, (για παράδειγμα: η πρόβλεψη ενός στρεσογόνου παράγοντα που μπορεί να παρουσιάζεται ως ανησυχία), το χρονικό διάστημα που χρειάζεται για να ανακάμψει το άτομο από το άγχος και ο βαθμός στον οποίο υπάρχει επαρκής αποκατάσταση κατά τη διάρκεια ή μετά από περιόδους άγχους (για παράδειγμα, αμφιβολία για παράγοντες που οδηγούν σε αναζωογόνηση του στρες) (Smith et al., 2011; Uchino et al., 2011; Williams et al., 2011). Κάθε μία από αυτές τις διαδικασίες άγχους - έκθεση, αντιδραστικότητα, ανάκαμψη και αποκατάσταση - είναι μια πιθανή οδός προς την κακή έκβαση της υγείας (Uchino & Birmingham, 2011; Williams et al., 2011; Leitner, 2019).

Σε μελέτη που αφορά σε μονάδα εντατικής θεραπείας αποδείχτηκε πως οι νοσηλεύτριες, με υψηλό άγχος όχι μόνο διατρέχουν κίνδυνο εξάντλησης, αλλά παρουσιάζουν και αυξημένο αριθμό ιατρικών λαθών (Smith et al., 2001). Επιπλέον, οι σχέσεις που διαμορφώνονται με το υπόλοιπο προσωπικό, τους συνεργάτες, τους γιατρούς, τις νοσηλεύτριες από άλλα τμήματα, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες ψυχολογικής δυσφορίας. Σε μια μελέτη 260 νοσηλευτών, η σύγκρουση με τους γιατρούς βρέθηκε να είναι η πιο επιβλαβής ψυχολογικά. Ωστόσο, σε μια

μελέτη που διερευνά τη λεκτική κακοποίηση μεταξύ 213 νοσηλευτικών υπαλλήλων διαπιστώθηκε ότι η συχνότερη αιτία ήταν το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό και ακολουθούν οι οικογένειες και οι γιατροί.

Οι σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και διευθυντών νοσοκόμων είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την αύξηση του άγχους και της εξάντλησης. Έρευνα σε 1.780 νοσηλευτές έδειξε ότι το άγχος ήταν μεγαλύτερο όταν παρουσιάζονταν τα ακόλουθα προβλήματα: (α) ανεπαρκής ηγεσία της μονάδας και συχνός κύκλος εργασιών των νοσηλευτών, (β) ανεπαρκής φυσική παρουσία του επιβλέποντος στη μονάδα, (γ) αποτυχία αντιμετώπισης προβλημάτων – είτε μεγάλου αριθμού είτε λόγω άγνοιας ύπαρξης και (δ) μέτρια ευαισθητοποίηση για πολλά θέματα προσωπικού. Ταυτόχρονα, η συνοχή της ομάδας ήταν υψηλότερη και το εργασιακό άγχος ήταν χαμηλότερο όταν οι προϊστάμενοι των νοσηλευτών χρησιμοποίησαν ένα πιο συμμετοχικό στυλ διαχείρισης (Leveck & Jones, 1996; Moustaka & Constantinidis, 2010).

Το άγχος που σχετίζεται με θέματα προσωπικού σχετίζεται με την εξάντληση, την ικανοποίηση από την εργασία και τη γενική υγεία των νοσηλευτών. Τα κύρια ζητήματα προσωπικού περιλαμβάνουν κακή διαχείριση προσωπικού, ανεπάρκεια πόρων και κινδύνους ασφάλειας στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με τον Fretwell (2002), η διαχείριση του προσωπικού είναι σημαντική δεδομένου ότι οι αποφάσεις των διευθυντών επηρεάζουν το εργασιακό περιβάλλον. Επομένως, η κακή διαχείριση του προσωπικού μειώνει το ηθικό του προσωπικού, το οποίο οδηγεί σε συναισθήματα αποπροσωποποίησης (εξάντληση) καθώς και σε δυσαρέσκεια από την εργασία. Επιπλέον, η έλλειψη πόρων προκαλεί συναισθήματα ανασφάλειας σχετικά με την απόκτηση και διατήρηση πόρων απαραίτητων για την ικανοποίηση των απαιτήσεων εργασίας, προκαλώντας έτσι άγχος, το οποίο εκδηλώνεται με εξάντληση. Η έλλειψη βασικών πόρων, όπως υλικοτεχνικός εξοπλισμός, φάρμακα και εγκαταστάσεις εξέτασης, θέτει σε κίνδυνο τη φροντίδα των ασθενών και επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση από την εργασία (Pillay, 2009).

Ο συνδυασμός οικογένειας και εργασίας στη συνεισφορά σε άγχος, εξάντληση και ευημερία ζωής, επίσης έχει μελετηθεί και αναφερθεί ως καταλυτικός παράγοντας στη δημιουργία άγχους στους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη. Καθώς το σύνολο των εργαζομένων δεν εκτίθενται στις ίδιες συνθήκες εξάντλησης ή έντασης εργασίας, έχει διερευνηθεί και η προσωπικότητα ως σημαντική παράμετρος και αποδείχθηκε πως η αντίληψη ως προς το άγχος ή την εξάντληση από την εργασία

είναι αυτό που μεταβάλλεται. Ο νευρωτισμός έχει συσχετιστεί με την εξάντληση και το άγχος που αναφέρεται πως συσχετίζονται και μεταξύ τους (Khamisa, et al., 2015).

Τα δεδομένα που ελήφθησαν από τη μελέτη των Wang και Kong (2011) σε μια χειρουργική μονάδα στο Χονγκ Κονγκ, έδειξαν ότι «φόρτος εργασίας», η «έλλειψη υποστήριξης», η «ανεπαρκής προετοιμασία» και η «σύγκρουση με άλλες νοσηλεύτριες» είναι οι κύριοι λόγοι άγχους μεταξύ των νοσηλευτών. Στη μελέτη των Tyson et al., (2002), η «ανεπαρκής οργανωτική υποστήριξη», η «άγνοια για τις πραγματικές ανάγκες του θαλάμου από τους διευθυντές», οι «συγκρούσεις με διευθυντές», η «έλλειψη προσωπικού», ο «αυξημένος φόρτος εργασίας λόγω έλλειψης προσωπικού», η «ανασφάλεια εργασίας» και η «σύγκρουση μεταξύ των αρμοδιοτήτων στην εργασία και των υποχρεώσεων στο σπίτι» αναγνωρίστηκαν ως οι κύριες αιτίες εργασιακού άγχους μεταξύ των νοσηλευτών. Ομοίως, στη μελέτη επανεξέτασης που πραγματοποιήθηκε από τους Sveinsdóttir et al., (2006), σε 522 άτομα του Συλλόγου Νοσηλευτών της Ισλανδίας, «ο βαρύς φόρτος εργασίας», η «ανεπαρκής διαβούλευση και επικοινωνία», η «έλλειψη σχολίων απόδοσης», η «ανεργία» και «οι παρεμβολές μεταξύ εργασίας και οικιακών ευθυνών», ήταν οι κύριες πηγές στρες στις νοσηλεύτριες (Rajabi et al., 2018).

Συνολικά, η βιβλιογραφία είναι γεμάτη με μελέτες που αναφέρουν την ηθική αγωνία/δυσφορία (Pillay, 2009), την κόπωση λόγω συμπόνιας προς τον ασθενή, εκφοβισμό στο χώρο εργασίας και βία, τις αρνητικές επιπτώσεις της νυχτερινής βάρδιας, την κακή στάση των γιατρών, την ανεπαρκή οικονομική αποζημίωση και το μεγάλο φόρτο εργασίας σαν παράμετροι που σχετίζονται με το αυξημένο επαγγελματικό άγχος των νοσηλευτών (Maslach, et al., 1986).

2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Με τους υποκείμενους παράγοντες κινδύνου, το άγχος που σχετίζεται με την εργασία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους των συμπτωμάτων ή της ψυχοπαθολογίας, σε λειτουργική δυσλειτουργία και αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας (AboaEboulé et al., 2007; Armon et al., 2014; Pandey et al., 2011). Άτομα που αντιμετωπίζουν συμπτώματα εξάντλησης μπορεί επίσης να βιώσουν

οικονομικές απώλειες από ημέρες που χάθηκαν στη δουλειά, μειωμένη αίσθηση ευεξίας και αυξημένες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας (Kouzis & Eaton, 1997).

Οι στρεσογόνοι παράγοντες στην εργασία, μπορεί να συμβάλλουν διαχρονικά στην ανάπτυξη σωματικών και/ή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, ειδικά όταν συνοδεύονται από ήδη βεβαρυμμένη ψυχική υγεία και άγχος (Herr et al., 2017). Ο Weinberg ανέφερε ότι οι «διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος» κατατάσσονται δεύτερες σε σχέση με τις μυοσκελετικές δυσκολίες ως την κύρια αιτία απουσίας (δηλαδή άδεια λόγω ασθένειας) από την εργασία (Cooper et al., 2011; Jones, 2016). Οι ημέρες απουσίας από την εργασία λόγω ψυχικής υγείας αντιστοιχούν σε αυτές που ο ασθενής βρίσκεται στο κρεβάτι για όλη ή το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας (Kouzis et al., 1997). Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν πονοκεφάλους (τόσο άγχος όσο και ένταση), μυϊκό τρέμουλο (όπως συστροφή των ματιών), υπερβολική εφίδρωση, έλλειψη όρεξης, δυσπεψία, ασθένεια, δύσπνοια, κόπωση και μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος (Cooper et al., 2011).

Αν και οι μελέτες μπορεί να έχουν διαφορετικά αποτελέσματα ως προς το βαθμό συσχέτισης, φαίνεται ότι το χρόνιο εργασιακό άγχος μπορεί να ενισχύσει την αναπηρία που σχετίζεται με ψυχολογικές και σωματικές καταστάσεις των οποίων η έναρξη μπορεί να είναι προγνωστικός παράγοντας για την απουσία από την εργασία ή άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες (Jones, 2016; Kouzis, et al., 1997).

Επιπλέον, η συνύπαρξη εξουθένωσης σε υπαλλήλους με τουλάχιστον μία χρόνια ιατρική ασθένεια επιταχύνει τη διαδικασία ανάπτυξης ή ενίσχυσης προϋπάρχοντων καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, αυξάνοντας το φορτίο των συμπτωμάτων, τις λειτουργικές βλάβες και τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας (Ahola & Hakanen, 2007; Armon et al., 2014). Άλλες έρευνες έδειξαν την εμφάνιση της εξάντλησης λόγω της εργασιακής πίεσης ως προγνωστικό παράγοντα της μελλοντικής έναρξης κατάθλιψης, ωστόσο, οι απαιτήσεις εργασίας μπορούν επίσης να προβλέψουν την εξάντληση, η οποία στη συνέχεια προβλέπει μελλοντική κατάθλιψη (Ahola et al., 2007; Hakanen et al., 2008). Οι Suls & Bunde, (2005), σημείωσαν ότι η εξουθένωση δε συμπίπτει εννοιολογικά με την κατάθλιψη, επειδή παρατηρείται στην εργασία και καθορίζεται από το κοινωνικό περιβάλλον, ενώ η κατάθλιψη είναι μια παγκόσμια κατάσταση που διαπερνά όλες τις σφαίρες της ζωής ενός ατόμου. Επιπρόσθετα, σε μια μελέτη μεταξύ γυναικών νοσηλευτών, αναφέρθηκε ότι το ψυχοκοινωνικό στρες και το σύνδρομο εξουθένωσης που

σχετίζεται με την εργασία έδειξε μια διαφορετική ανταπόκριση στον υποδοχέα GABA-A, επηρεάζοντας την εμφάνιση κατάθλιψης (Bäckström et al., 2013).

Επιπλέον, το ψυχοκοινωνικό άγχος που σχετίζεται με την εργασία συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα όπως ψυχική εξάντληση, σωματική κόπωση, πονοκεφάλους, γνωστική δυσλειτουργία, αδυναμία συγκέντρωσης ή δυσκολία συγκέντρωσης, συναισθηματική ευαισθησία, χαμηλό ηθικό και μπορεί να παρουσιαστεί ως αυτό που συνήθως αναφέρεται ως «σύνδρομο εξουθένωσης» (Bäckström et al., 2013; Jones, 2016). Η εξάντληση είναι μια χρόνια συναισθηματική κατάσταση, που προκύπτει από την παρατεταμένη έκθεση σε εργασιακές και στρεσογόνες πιέσεις (Armon et al., 2014). Ο Maslach υποστηρίζει ότι η εξάντληση έχει τρία συστατικά: «συναισθηματική εξάντληση», «αποπροσωποποίηση» (αισθητή απόσταση από τους άλλους) και «μειωμένη προσωπική επιτυχία». Τα αποτελέσματά της συνδέονται στενά με τον αυξημένο κύκλο εργασιών και την εξασθενημένη αντιμετώπιση και διαχείριση των καθηκόντων των εργαζόμενων (Lee et al., 1996; Maslach, 1982; Pandey et al., 2011). Τα πλαίσια της επαγγελματικής εξάντλησης, έχουν προκύψει θεωρώντας ότι οι παράγοντες που προκαλούν άγχος συνδέονται με την προσωπική ανάπτυξη, την επίτευξη και την ικανοποίηση από την εργασία, ενώ οι στρεσογόνοι παράγοντες παρεμποδίζουν την ολοκλήρωση των εργασιών, την προσωπική ανάπτυξη και σχετίζονται με συμπεριφορά απόσυρσης και εργασιακή πίεση (Cavanaugh et al., 2000; Pandey et al., 2011; Podsakof et al., 2007). Το σύνδρομο εξουθένωσης μπορεί να οδηγήσει σε ψυχικές διαταραχές (κατάχρηση αλκοόλ, άγχος, κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες και ακόμη και αυτοκτονικός ιδεασμός) και μπορεί να έχει σοβαρές ψυχοσωματικές συνέπειες (πονοκεφάλους, υπέρταση, καρδιοπνευμονικές παθήσεις, μυοσκελετικές διαταραχές, γαστρίτιδα, έλκη στομάχου, αϋπνία και ζάλη) (Maslach, 2001).

Ο Siegrist (1996), πρότεινε επίσης ένα «μοντέλο ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής» που υποδηλώνει την αναντιστοιχία της υψηλής προσπάθειας που δαπανάται στην εργασία με τις επακόλουθες χαμηλές ανταμοιβές που οδηγεί σε δυσφορία και αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία (Pandey et al., 2011; Siegrist, 1996). Αυτό μπορεί να συνοψιστεί δηλώνοντας ότι ο χαμηλός έλεγχος, οι υψηλές συνολικές απαιτήσεις, η ανισορροπία των προσπαθειών και των ανταμοιβών και οι στρεσογόνοι παράγοντες που αντιμετωπίζονται ως εμπόδια, έχουν όλες επιζήμιες συνέπειες στο χώρο εργασίας για άτομα και οργανισμούς (Cavanaugh et al., 2000; LePine et al., 2005; Pandey et al., 2011). Η υπερωριακή εργασία φαίνεται να

λειτουργεί ως άγχος για το νοσηλευτικό προσωπικό έκτακτης ανάγκης επειδή αυξάνει τις απαιτήσεις από έναν εργαζόμενο που προσπαθεί να διατηρήσει σταθερά τα επίπεδα απόδοσης ενόψει της αυξανόμενης κόπωσης και της μεγάλης διάρκειας, σε ώρες, εργασίας (Rau & Williams, 2006).

Σύμφωνα με τους Laschinger et al. (2016), περισσότερο από το 50% των πρόσφατα αποφοίτων νοσηλευτών είχαν βιώσει υψηλό επίπεδο στρες και κατάσταση αδράνειας κατά το πρώτο έτος της πρακτικής τους. Επιπλέον, αντιπροσωπεύουν την πιο ευάλωτη κατηγορία νοσηλευτών στο εργασιακό άγχος κατά τη μετάβασή τους από το στάδιο των σπουδών προς την περιοχή εργασίας ειδικά σε μονάδες κρίσιμης φροντίδας (Blomberg et al., 2014). Έρευνες αναφέρουν την υψηλή πρόθεση των νεοδιορισμένων νοσοκόμων να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (σε μονάδες κρίσιμης φροντίδας) μεταξύ δύο χρονικών σημείων (4 μήνες και 12 μήνες μετά την έναρξη της εργασίας), και τα τρία τέταρτα αυτών εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα πρόθεσης να φύγουν το δεύτερο έτος (Zhang et al., 2016). Ομοίως, οι Zhang et al. (2016) ανέδειξαν το εργασιακό άγχος ως τον πιο κρίσιμο παράγοντα που σχετίζεται με την πρόθεση των πρόσφατα αποφοίτων νοσοκόμων να φύγουν σε διαφορετικά χρονικά σημεία, γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη για την υποστήριξη της μείωσης του στρες (Feddeh & Darawad, 2020).

2.2.1 Σωματικά συμπτώματα

Η σταθερή και καθημερινή επαφή με στρεσογόνους παράγοντες με την πάροδο του χρόνου μπορεί να έχει σημαντικό και ανεξάρτητο αντίκτυπο πολύ μετά την εμπειρία ενός σημαντικού και τραυματικού γεγονότος (Monroe et al., 2007; Nezu & D'Zurilla, 2013). Συμβάντα που είναι δυνητικά τραυματικά, έντονα, αρκετά απειλητικά ή επιβλαβή, προκαλούν σημαντικές και διαφορετικές αντιδράσεις στο στρες, ενώ μπορεί να επηρεάσουν την ευαισθησία, την ανάρρωση και την εξέλιξη κάποιας ασθένειας ή διαταραχής (Dougall & Swanson, 2011). Έχουν αναφερθεί πολυάριθμα στοιχεία, που φωτίζουν το συνολικό αντίκτυπο που μπορεί να έχει το στρες στην υγεία. Οι Johnson et al., (2018), παρουσίασαν ένα μοντέλο, που εξηγεί «τις οδούς μέσω των οποίων το χρόνιο άγχος μπορεί να συμβάλει στη χρόνια ασθένεια» και υπογράμμισαν περαιτέρω ότι οι διαδρομές περιλαμβάνουν πολλαπλά

συστήματα, που «είναι περίπλοκα, αμφίδρομα και μπορούν να ενισχύσουν τον εαυτό τους» (Johnson et al., 2018).

Οι χρόνιες διαταραχές υγείας ορίζονται συχνά ότι διαρκούν ένα χρόνο ή περισσότερο, και απαιτούν συνεχή ιατρική φροντίδα ή/και περιορισμό των δραστηριοτήτων διαβίωσης (Anderson & Horvath, 2004; McGonagle & Barnes-Farrell, 2014). Οι χρόνιες ασθένειες καλύπτουν ολόκληρο το πεδίο εφαρμογής της βιοψυχοκοινωνικής δομής, την οποία χρησιμοποιεί η ψυχολογία της υγείας για να περιγράψει ένα μοντέλο στο οποίο οι βιολογικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και επηρεάζονται από ψυχολογικά και κοινωνικά στοιχεία (Johnson & Acabchuk, 2018). Παραδείγματα χρόνιας ασθένειας περιλαμβάνουν διαγνώσεις όπως: υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλή χοληστερόλη, καρκίνος, διαβήτης, άσθμα, κατάθλιψη, άγχος και επαναλαμβανόμενος σωματικός πόνος (McGonagle et al., 2014; Witters, & Agrawal, 2011). Το άγχος είναι γνωστό ότι αυξάνει περαιτέρω την ευπάθεια κάποιου αλλάζοντας τόσο την έναρξη, την εξέλιξη, την πορεία όσο και την έκβαση της χρόνιας νόσου ή ασθένειας (Garrido et al., 2011). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για καταστάσεις που σχετίζονται με τη γήρανση, αυξάνοντας την ευαισθησία κάποιου σε: λοιμώξεις, αυτοάνοσες και φλεγμονώδεις ασθένειες, επιδείνωση του άσθματος και των αλλεργικών αντιδράσεων, καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη τύπου 2, αρθρίτιδα, νόσο του Alzheimer, καρκίνο και περιοδοντική νόσο (Dhabhar, 2011; Kiecolt-Glaser et al., 2002).

Οι στρεσογόνοι παράγοντες οδηγούν επίσης σε αυξημένη αρτηριακή πίεση η οποία θεωρείται ως ένας υποκείμενος παράγοντας κινδύνου μέσω του οποίου το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων (Aboa-Eboulé et al., 2007; Jones, 2016; Pandey et al., 2011). Οι σωματικές επιπλοκές περιλαμβάνουν εκτός από καρδιαγγειακές ασθένειες και καρκίνους, γαστρεντερικές, μυοσκελετικές διαταραχές και αυξημένη συχνότητα τραυματισμών και ατυχημάτων (Rajabi et al., 2018). Το άγχος επηρεάζει την καρδιαγγειακή ρύθμιση μέσω μηχανισμών όπως: υψηλή αρτηριακή πίεση, υπέρταση, καρδιακό στρες, αγγειακές επιπλοκές (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, National Institutes of Health (U.S.); National Heart, Lung, & National High Blood Pressure Education Program, 1997), μεταβολές στη ροή του αίματος στις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και αυξημένη καταστολή κορτιζόλης (Rauch, & Shin, 1997). Ενώ οι καρδιαγγειακές αποκρίσεις στο στρες είναι «εξαιρετικά συντονισμένες και λειτουργικές μέχρι ένα σημείο» (Dimsdale, 2008), η ανάπτυξη, η εξέλιξη και η οξεία

κλινική εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων (Davidson & Baum, 1986) (συμπεριλαμβανομένων καρδιακών προσβολών και εγκεφαλικών επεισοδίων) μπορεί να επηρεαστεί από τις αντιδράσεις του σώματος στο στρες και αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου (Dougall et al., 2011). Οι υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις και το χαμηλό εύρος λήψης αποφάσεων, σε συνδυασμό με την εργασιακή πίεση, αυξάνουν τον κίνδυνο ενός πρώτου συμβάντος στεφανιαίας νόσου (Aboa-Eboul et al., 2007; Pandey et al., 2011; Donovan et al., 2013; Leitner, 2019).

Άλλα προβλήματα σωματικής υγείας, που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος είναι οι ημικρανίες, ο μυϊκός πόνος στην πλάτη και στις αρθρώσεις (Wilson, 2001), μακροχρόνιες σωματικές ασθένειες, υπέρταση (de Gaudemaris et al., 2011), σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και έλκος του δωδεκαδακτύλου (Mönnikes, et al., 2001) και ασθένειες του ανοσοποιητικού και ενδοκρινικού συστήματος (Chandola, et al., 2006; De Cieri, et al., 2019).

Το εργασιακό άγχος στη νοσηλευτική, ειδικότερα, μπορεί να συνοδεύεται από ανεπιθύμητες ενέργειες. Ορισμένες από αυτές τις επιδράσεις περιλαμβάνουν καρκίνους (Restila, 2015), αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας στις γυναίκες νοσηλεύτριες (Raj, 2015), πεπτικό έλκος, ευαισθησία σε λοιμώξεις (Ahmed & Ahmad.Khalil, 2016), συναισθηματική εξάντληση (Khamisa, et al., 2015), απογοήτευση και κατάθλιψη, έμφραγμα του μυοκαρδίου (Mohite, et al., 2014) και μείωση της συναισθηματικής νοημοσύνης (El-Sayed, et al., 2014; Jahangiri, et al., 2019). Το ενδιαφέρον σε αυτόν τον τομέα διεγείρεται πρόσφατα τόσο από ενδείξεις ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την ανοσολογική λειτουργία (Bøggild, 2009) όσο και από την αυξανόμενη αναγνώριση της σπουδαιότητας της κατανόησης του ρόλου του στρες και άλλων ψυχολογικών παραγόντων στην έναρξη και την εξέλιξη του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (Ha & Park, 2005). Σε μια μελέτη που διεξήχθη μεταξύ 75.000 νοσηλευτών στις ΗΠΑ, οι συγγραφείς τόνισαν ότι η θνησιμότητα που προκλήθηκε από καρδιαγγειακά και άλλα αίτια αυξήθηκε σημαντικά μεταξύ των γυναικών νοσηλευτών που απασχολούνταν με περιστρεφόμενη νυχτερινή βάρδια για περισσότερο από 5 χρόνια σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν εργαστεί ποτέ σε νυχτερινές βάρδιες, υποδηλώνοντας μια δυνητικά επιβλαβή επίδραση του άγχους στην υγεία και τη μακροζωία (Gu, et al., 2015). Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν από τη μετα-ανάλυση των Lin et al., (2015), οι οποίοι παρατήρησαν αύξηση 2,7% στους καρδιαγγειακούς θανάτους σε νοσηλεύτριες. Πολλά γαστρεντερικά συμπτώματα και διαταραχές που σχετίζονται με

την εργασία σε βάρδιες για πάνω από 2 δεκαετίες έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία: δυσπεψία, γαστρίτιδα, κολίτιδα, πεπτικό έλκος, δυσπεψία, διαταραχές της όρεξης, ακανόνιστες κινήσεις του εντέρου, δυσκοιλιότητα, καούρα, πόνος, κοιλιακοί ρυθμοί, μετεωρισμός και γαστρεντερίτιδα – δωδεκαδακτυλίτιδα (Matheson, et al., 2014; Sveinsdóttir, 2006; Burch, et al., 2019; Knutsson & Bøggild, 2010). Διάφοροι παράγοντες ενδέχεται να εμπλέκονται στα γαστρεντερικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν μεταξύ των εργαζομένων με βάρδιες: μεταβολές του κερκαδικού ρυθμού των γαστρικών λειτουργιών (γαστρική έκκριση, ενζυματική δραστηριότητα και εντερική κινητικότητα), διαφοροποίηση στις διατροφικές συνήθειες, φάρμακα, ψυχοκοινωνικό άγχος και για τις γυναίκες, ο μεταβαλλόμενος κύκλος της εμμήνου ρύσεως (Simmons, et al., 1988). Οι εναλλασσόμενες νυχτερινές και ημερήσιες βάρδιες, έχουν συσχετιστεί με τις διακυμάνσεις του δείκτη μάζας σώματος των εργαζομένων (Buchvold, et al., 2015) αλλά όχι με τη συχνότητα εμφάνισης ασθενειών σε ένα δείγμα 525 πολωνών νοσοκόμων και μαιών (Burdelak, et al., 2012). Τέλος, το 2007, ο Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επιβεβαίωσε ότι υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι η μετατόπιση του ωραρίου της εργασίας που προκαλεί διαταραχή του κερκαδικού ρυθμού είναι πιθανή αιτία καρκινογένεσης (Straif, et al., 2007). Αυτή η παρατήρηση επιβεβαιώθηκε από πρόσφατη μετα-ανάλυση, που τόνισε ότι η νυχτερινή εργασία αύξησε τον κίνδυνο νοσηρότητας για τον καρκίνο του μαστού κατά 8,9% (Lin et al., 2015; Friganović, 2017; Ferri, et al., 2016).

2.2.2 Ψυχολογικά συμπτώματα

Η αντοχή σε χρόνια και κρίσιμα περιστατικά στρες για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιες διαγνώσεις ψυχικής υγείας, όπως άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές διάστασης, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ή συμπτωματολογία μετατραυματικού στρες (PTSS) (Donnelly et al., 2016; Jones, 2016; Bartram et al., 2009). Οι σχετικές κυτταρικές αλλαγές διαταράσσουν πολύπλοκες λειτουργίες, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τη μάθηση, τη μνήμη, την ικανότητα επεξεργασίας ή ενοποίησης πληροφοριών και συναισθημάτων (Murburg, 1997). Οι ερευνητές παρατήρησαν μια πολυεπίπεδη σχέση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης, στην οποία «η δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης -

επινεφριδίων (HPA) μπορεί να οδηγήσει σε ψυχιατρικές διαταραχές, ιδιαίτερα κατάθλιψη (Gutman & Nemeroff, 2011). Παράλληλα, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να προδιαθέτουν τη διάγνωση, τα αγχωτικά συμβάντα ζωής (χρόνια ή οξεία) που σχετίζονται με την εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης (Kendler et al., 2009). Οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται πολύ συχνά στο προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων. Το προσωπικό που αναφέρει υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους ή τακτική έκθεση σε δυνητικά τραυματικές εμπειρίες, είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσει καταθλιπτική διαταραχή, γενικευμένη διαταραχή άγχους, PTSD, διαταραχή κοινωνικού άγχους, χρόνιο πόνο και χρήση αλκοόλ (Carleton et al., 2018).

Οι εφιάλτες που σχετίζονται με το άγχος μπορεί να διαταράξουν ιδιαίτερα τον ύπνο και τον κερκαδικό κύκλο ενός ατόμου. Η συνεχιζόμενη διαταραχή του ύπνου μπορεί: να συμβάλει στη χρόνια κόπωση, να μειώσει την αντοχή, να διαιωνίσει ή να οδηγήσει σε διαταραχές της υγείας και να διαταράξει αρνητικά το υποκειμενικό σθένος (Murburg, 1997). Άτομα που δυσκολεύονται να ανακάμψουν από ένα αγχωτικό συμβάν είναι επιρρεπή σε υψηλή γνωστική και σωματική διεγερση πριν τον ύπνο, επηρεάζοντας περαιτέρω την ποιότητα του ύπνου (Williams et al., 2011). Ο ανεπαρκής ύπνος μπορεί να είναι ένας δείκτης για πάρα πολλές ανταγωνιστικές απαιτήσεις, αδυναμία χαλάρωσης, εξάντληση και μπορεί να σχετίζεται με χρόνιο άγχος, καθώς φαίνεται να αντικατοπτρίζει συνθήκες όπως έντονα περιβάλλοντα και πίεση εργασίας (Pandey et al., 2011). Οι υπερωρίες φαίνεται επίσης να λειτουργούν ως πηγή άγχους για το προσωπικό έκτακτης ανάγκης (Ludwig, 2019; Pandey et al., 2011). Τα συμπτώματα της κόπωσης και της γνωστικής υπερφόρτωσης θα μπορούσαν να επηρεάσουν περαιτέρω την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, καθώς σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα συγκέντρωσης, αυξημένο ποσοστό σφαλμάτων και έχουν συνδεθεί, σε ορισμένες έρευνες, με τραγικά λάθη (Cooper & Weinberg, 2011; Scott et al., 2006). Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα δεδομένα, είναι δυνατό να υποθεθεί ότι ο ύπνος και το άγχος είναι αυτοενισχυόμενα με: i) το άγχος να επηρεάζει τον ύπνο ενός ατόμου ii) η έλλειψη ύπνου να αυξάνει τα συμπτώματα του στρες και iii) ο συνδυασμός άγχους και ο μη αναζωογονητικός ύπνος να οδηγούν πιθανότατα, στην ανάπτυξη χρόνιας ασθένειας.

Τα σοβαρά ή αρνητικά συναισθήματα μπορούν να εντείνουν τις απειλές για την υγεία και έχουν συνδεθεί με την αύξηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας (Sternberg, 1997) ασθενειών όπως: άγχος, στεφανιαία νόσος, γενετικές ανωμαλίες,

άσθμα, έλκη και τελικά θάνατος (Ellsworth & Smith, 1988; Jones, 2016). Τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν την υγεία μέσω άμεσων (μεταβολών στη λειτουργία των κεντρικών νευρικών, ανοσοποιητικών, ενδοκρινικών και καρδιαγγειακών συστημάτων) (Kiecolt-Glaser et al., 2002) και έμμεσων (συμπεριφορές υγείας) διαταραχών. Οι δυσκολίες στη συναισθηματική ρύθμιση μπορεί να είναι ένα εμπόδιο κατά την προσπάθεια αντιμετώπισης στρεσογόνων προβλημάτων (Nezu et al., 2012). Οι υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις και η εργασία έχουν αναγνωριστεί ως βασικοί καθοριστικοί παράγοντες της συναισθηματικής εξάντλησης στο χώρο εργασίας (Grande, 2003; Pandey et al., 2011).

Οι χρόνιας ασθένειες και το πρόσθετο στρες συμπίπτουν συχνά, οδηγώντας σε πολύπλοκες βιοψυχοκοινωνικές ή περιβαλλοντικές επιρροές στη ζωή ενός ατόμου (Das, 2016; Dougall et al., 2011). Ψυχοκοινωνικές δομές μπορεί επίσης να διακοπούν, διαταράσσοντας τους οικογενειακούς ρόλους, προκαλώντας αδυναμία διατήρησης ισχυρών σχέσεων και μειώνοντας την ποιότητα ζωής (Charlson et al., 2002; Kilian et al., 2001). Σε συναισθηματικό επίπεδο, το εργασιακό άγχος έχει συσχετιστεί με άγχος, δυσθυμία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και αισθήματα ανεπάρκειας, ενώ σε πολλές περιπτώσεις έχει αναγνωριστεί όλο και περισσότερο ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ήπια ψυχιατρική νοσηρότητα (Stathopoulou, et al., 2011; Collins, & Long, 2003; Mealer, et al., 2007).

Ένα σημαντικό μέρος της έρευνας έχει δείξει ότι οι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας όπως άγχος και κατάθλιψη (Bartram et al., 2009; De Cieri, et al., 2019), αλλά και δυσαρέσκεια σε ασθενείς (Jahangiri, 2019). Το άγχος στις νοσηλεύτριες, μπορεί να μειώσει την επαγγελματική αποτελεσματικότητα και να μειώσει την ικανότητα επικοινωνίας με τους ασθενείς (Kavousi et al., 2014; Sandeva & Koleva, 2016), και κατά συνέπεια οι ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών δεν μπορούν να καλυφθούν. Μεταξύ 130 θέσεων εργασίας που μελετήθηκαν, η νοσηλευτική κατέλαβε την 27η θέση αναφερόμενη στην ανάγκη των νοσηλευτών να απευθυνθούν σε γιατρό για ψυχικά προβλήματα (Akbari, 2013). Ο σύνθετος χαρακτήρας της εργασίας των νοσηλευτών, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες του χώρου εργασίας και οι σωματικές και ψυχολογικές δεξιότητες τους μπορούν να επηρεάσουν την εργασιακή τους ικανότητα, μειώνοντας την ικανότητά τους και έναν από τους λόγους εγκατάλειψης του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Sandeva & Koleva, 2016). Το εργασιακό άγχος και

οι συνέπειές του στη συμπεριφορά των νοσηλευτών μπορούν να δημιουργήσουν ψυχικά προβλήματα όπως συναισθήματα ανεπάρκειας (Gélinas, 2012). Ο Levi, (1990), επισημαίνει ότι το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ασφάλεια και την Υγεία της Εργασίας απαριθμεί τις ψυχολογικές διαταραχές μεταξύ των δέκα κορυφαίων ασθενειών ή τραυματισμών που σχετίζονται με την εργασία και έχει αναφέρει στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι σχεδόν το 75% των ασθενών που αναζητούν ψυχιατρική διαβούλευση αντιμετωπίζουν δυσκολίες λόγω της μειωμένης ικανοποίησης από την εργασία και το άγχος (Moustaka, & Constantinidis, 2010).

Σχετικά με τα συμπτώματα της κόπωσης, όπως «υπνηλία και έλλειψη ενέργειας», «μειωμένη συγκέντρωση» και «συναισθήματα δυσφορίας», τα πιο σοβαρά εμφανίζονται στις νοσηλεύτριες που εργάζονται σε νυχτερινές βάρδιες αντί να εργάζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας (Winwood, et al., 2006). Η κόπωση που σχετίζεται με νυχτερινές βάρδιες μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανθρώπινων σφαλμάτων και τραυματισμών και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, ενώ παράλληλα αυξάνει τη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων (Nakata, et al., 2004; d' Errico, & Costa, 2012; Lu, et al., 2012; Stimpfel, et al., 2015). Η κόπωση παραμένει η κύρια πηγή λαθών των νοσηλευτών στη χορήγηση φαρμάκων (Vallières, et al., 2014). Σε μια μελέτη των Jamal και Baba, (1992), οι νοσηλευτές που εργάζονται με περιστρεφόμενες βάρδιες έδειξαν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από την εργασία. Σε ένα ελληνικό δείγμα νοσηλευτικής, τα επίπεδα της ικανοποίησης από την εργασία που μετρήθηκαν με βάση το Δείκτη Ικανοποίησης Εργασίας φάνηκε να σχετίζονται με τη μεταβλητότητα του ωραρίου εργασίας. Όλοι οι επαγγελματίες που εργάστηκαν σε νυχτερινές βάρδιες έδειξαν περισσότερα ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα από τους αντίστοιχους που εργάζονται ημέρα και εμφάνισαν ευερεθιστότητα, σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαπροσωπική ευαισθησία, άγχος, αλλοιωμένη διάθεση και παρανοϊκές διαταραχές σε υψηλότερα επίπεδα. Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι η εργασία με βάρδιες έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογική υγεία και την κοινωνική ζωή των νοσηλευτών (Shields, 2002; Selvi, et al., 2007; Bjorvatn, et al., 2012; Ferri, et al., 2016).

2.2.3 Συμπεριφορικά συμπτώματα

Τα συμπεριφορικά αποτελέσματα του εργασιακού άγχους περιλαμβάνουν την απουσία εργασίας, το κάπνισμα, τις διαταραχές του ύπνου, την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών και τον εθισμό (LaDou & Harrison, 2007; Yaribeygi et al., 2017). Επιπλέον, η χρόνια έκθεση σε επαγγελματικούς στρες μπορεί να προκαλέσει σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης που έχει τρεις υποδιαστάσεις: αυτή της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και της προσωπικής ολοκλήρωσης (Tuna & Baykal, 2014; Nazari et al., 2016).

Μια έρευνα σε εθνικό επίπεδο που διεξήχθη από την New York Business Group για την Υγεία αποκάλυψε ότι κάθε υπάλληλος που πάσχει από άγχος, εξουθένωση ή κατάθλιψη εκτιμάται ότι θα χάσει 16 ημέρες εργασίας ετησίως, σε σύγκριση με κατά μέσο όρο 4-6 χαμένες εργάσιμες ημέρες για όλους τους υπαλλήλους (Goetzel et al., 1998). Επιπλέον, «οι ψυχολογικές πιέσεις που σχετίζονται με την εργασία υπολογίστηκε ότι προκαλεί έως και 54% του συνόλου των απουσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες» (Elkin & Rosch, 1990). Μία μελέτη αναφέρει αναλογία πιθανότητας για το ένα τρίτο έως οι μισοί των εργαζομένων με χρόνια εργασιακό άγχος, χρόνια φυσική ασθένεια, ή ψυχιατρική διαταραχή να εμφανίσουν μια μέρα αναπηρίας (Dewa et al., 2007). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Τμήμα Κοινωνικής Ασφάλισης ανέφερε ότι η συνολική απουσία λόγω ασθένειας που σχετίζεται με ψυχολογική και συναισθηματική πίεση αντιπροσώπευε σχεδόν 80 εκατομμύρια εργάσιμες ημέρες που χάθηκαν (Weinberg & Cooper, 2011). Επιπλέον, τα ποσοστά απουσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν κατά μέσο όρο 8,5 ημέρες ετησίως, ενώ ο αριθμός των ψυχολογικών πιέσεων που σχετίζονται με την εργασία υπολογίστηκε ότι προκαλεί έως και 54% του συνόλου των απουσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες (Elkin & Rosch, 1990; Weinberg et al., 2011; Leitner, 2019).

2.3 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Τα πρώτα συμπτώματα εξουθένωσης εμφανίζονται όταν ένας εργαζόμενος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης δε γνωρίζει πώς να αντιμετωπίσει ή να μην

αντιμετωπίσει τα υψηλά επίπεδα στρες (Stordeur, et al., 2001). Το σύνδρομο εξουθένωσης νοσηλευτών προκαλεί συχνά οικονομικές επιπτώσεις για το ιατρικό ίδρυμα (Friganonić, et al., 2017). Ο τρόπος που οι επαγγελματίες υγείας εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους σε σχέση με τραγικά γεγονότα (ανακοπή/θάνατο) εξαρτάται από : α) τα προσωπικά τους βιώματα, β) την κουλτούρα τους και γ) τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Συνήθως αισθάνονται λύπη και υπερένταση, ενώ ο θάνατος διεγείρει αισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας, λόγω της δυσκολίας τους να συμβάλλουν αποφασιστικά, στη μείωση του σωματικού και του συναισθηματικού πόνου του ασθενούς και των συγγενών ή να αναστρέψουν την αναπόφευκτη πορεία προς το θάνατο (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009). Ειδικότερα, ενώ οι γιατροί βιώνουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία και εκφράζουν αισθήματα αδυναμίας, ενοχών, οργής ή και κατάθλιψης, οι νοσηλευτές προσανατολισμένοι στη γενικότερη φροντίδα του αρρώστου βιώνουν τον θάνατο με οργή, πόνο, αδιαφορία αλλά και κατάθλιψη. Η εσωτερική σύγκρουση, ανέρχεται μπροστά στην πραγματικότητα και ο γιατρός αλλά και ο νοσηλευτής καλούνται να αποδεχθούν το άγχος που τους γεννά η ιδέα ότι δεν μπόρεσαν να κάνουν τίποτε περισσότερο, για να εμποδίσουν τον άρρωστο να πεθάνει.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα νοσηλευτικής δεν παρέχουν αρκετές γνώσεις σχετικά με την εξουθένωση, τους παράγοντες που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με την εξουθένωση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Ωστόσο, η ανάλυση των μελετών έδειξε ότι οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την εξουθένωση ήταν ο αποκλεισμός από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, η ανάγκη για μεγαλύτερη αυτονομία, οι κίνδυνοι ασφαλείας και τα θέματα προσωπικού. Το πιο συνηθισμένο λάθος είναι η πεποίθηση ότι ο μισθός έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στην ικανοποίηση των εργαζομένων (Friganonić, et al., 2017).

Θεωρώντας ότι οι νοσηλεύτριες διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη διαχείριση της νοσηλευτικής φροντίδας, η επίγνωση των εμπειριών τους σε αυτό το θέμα θα μπορούσε να είναι το αρχικό επιχειρησιακό βήμα για τη συλλογή χρήσιμων προγραμμάτων φροντίδας και εκπαίδευσης σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Οι διευθυντές νοσηλευτικής θα πρέπει να υιοθετήσουν υποστηρικτικές προσεγγίσεις και διαφορετικές στρατηγικές για να μειώσουν την επίπτωση του συνδρόμου εξουθένωσης στους νοσηλευτές. Τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζουν προληπτικά προγράμματα για νοσηλευτές, καθώς και για άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.

Επιπρόσθετα, και όπως αναφέρθηκε παραπάνω, σχετικά με τις συγκρούσεις νοσηλευτών με τους γιατρούς αρκετές μελέτες (Sharma & Rush, 2014; French, et al., 2000; Tabak & Orit, 2007) διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι νοσηλευτές είναι σε θέση να χειριστούν καλύτερα τις συγκρούσεις με τους γιατρούς, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν λιγότερο άγχος. Φαίνεται λοιπόν ότι η διδασκαλία σε λιγότερο έμπειρους νοσηλευτές, στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της σύγκρουσης με τους γιατρούς θα μπορούσε να είναι ευεργετική. Στο πλαίσιο αυτό, μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Halter et al., 2017) βρήκε αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα μόνο δύο παρεμβάσεων για την αύξηση της υγιούς διατήρησης νοσηλευτών στο χώρο εργασίας:

1) Κατάρτιση στην προαγωγή υγείας για νέους πτυχιούχους (τα οποία περιλαμβάνουν τη μελέτη των παραγόντων που επιδρούν στην υγεία και τη μελέτη των τρόπων αντιμετώπισής τους. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν πρωτίστως το φυσικό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον και την ανθρώπινη συμπεριφορά).

2) Κατάλληλη ηγεσία για το σύνολο της ομάδας των εργαζομένων. Και οι δύο αυτές παρεμβάσεις θα πρέπει να συμβάλουν στον μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων του εργασιακού άγχους σε σχετικά άπειρους νοσηλευτές (Hagan, et al., 2018).

Η μεγαλύτερη προσοχή στο εργασιακό άγχος σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό είναι απαραίτητη για να μειωθεί η εξάντληση και η πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν την εργασία στο εγγύς μέλλον. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του χρόνου, το χειρισμό του φόρτου εργασίας και την αντιμετώπιση των αγχωτικών καταστάσεων εργασίας μπορεί να είναι χρήσιμη. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής υγείας και οι διευθυντές νοσηλευτικής θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο θέσπισης ειδικών προγραμμάτων παρέμβασης που αποσκοπούν στη μείωση του εργασιακού άγχους μεταξύ των πρόσφατα αποφοίτων νοσηλευτών που απασχολούνται στις μονάδες κρίσιμης φροντίδας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνητικών μελετών, έχουν προταθεί οι ακόλουθες οργανωτικές στρατηγικές για την προστασία των νοσηλευτών από τις επιβλαβείς συνέπειες του εργασιακού άγχους (Rajabi et al., 2018):

1. Σχεδιασμός του συστήματος μισθοδοσίας και αντιστοίχιση με τον φόρτο εργασίας των νοσηλευτών.

2. Τροποποίηση πρακτικών εργασίας και σχεδιασμός συστήματος ανάπαυσης εργασίας μέσω αποτελεσματικής διαπροσωπικής επικοινωνίας.
3. Ανάπτυξη σαφών επαγγελματικών ρόλων και βελτιωμένο οργανωτικό κλίμα μέσω της επικοινωνίας, της κοινωνικής υποστήριξης, του κοινού οράματος και των σχολίων.
4. Έλεγχος των ωραρίων εργασίας.
5. Επανασχεδιασμός του περιβάλλοντος εργασίας για τη μείωση των περιβαλλοντικών πιέσεων, συμπεριλαμβανομένων εργονομικών παρεμβάσεων σε σταθμούς εργασίας (McHugh & Schaller, 1997, Choobineh et al., 2012), ώστε να παρέχεται επαρκής χώρος για ξεκούραση, ένα ασφαλές περιβάλλον και βελτιωμένο σύστημα εξαερισμού).
6. Παροχή ευκαιριών για κοινωνική υποστήριξη μέσω της ενίσχυσης της ομότιμης ή της εποπτικής υποστήριξης.
7. Παροχή των απαραίτητων πόρων και εγκαταστάσεων και κάλυψη των αναγκών του προσωπικού.
8. Παροχή ευκαιριών για συμμετοχή του προσωπικού σε αποφάσεις και μείωση της ιεραρχίας.

Τα προγράμματα παρέμβασης ως προς την οργάνωση των νοσοκομείων αφορούν (Havens & Vasey, 2003):

1. Πρόσληψη προσωπικού κατάλληλου για τμήματα επειγόντων (νεότερης ηλικίας νοσηλευτές, εμπειρία).
2. Υποκίνηση εργαζομένων (μισθός, ειδικές άδειες, περισσότερα διαλείμματα, συμμετοχή σε σεμινάρια).
3. Ορισμός καθηκόντων.
4. Προοπτικές περαιτέρω εξέλιξης.
5. Περισσότεροι νοσηλευτές σε τμήματα.

Τα προγράμματα παρέμβασης για τους ίδιους τους εργαζομένους αναφέρονται σε (Maslach & Goldberg, 1998):

1. Ειδίκευση νοσηλευτών.
2. Συμμετοχή σε σεμινάρια.

3. Δια βίου εκπαίδευση.
4. Μεγαλύτερο χρονικό διάστημα προσαρμογής.

Τα σεμινάρια σε σχέση με επείγουσες καταστάσεις, μειώνουν το άγχος κατά τη διάρκεια του επείγοντος περιστατικού, βελτιώνουν τον χρόνο αντιμετώπισης του, ενώ αυξάνουν την αποδοτικότητα των εργαζομένων και βελτιώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Είναι ξεκάθαρο ότι εάν οι επαγγελματίες υγείας βοηθηθούν να διαχειριστούν το άγχος τους, το αποτέλεσμα θα είναι υψηλού επιπέδου περίθαλψη για τους ασθενείς καθώς και καλύτερη υγεία και ευημερία για τους ίδιους.

Ωστόσο, και παρά την ανάπτυξη και την εφαρμογή οργανωτικών παρεμβάσεων, η επαγγελματική έκθεση των νοσηλευτών με στρεσογόνους παράγοντες είναι αναπόφευκτη. Επομένως, απαιτούνται και ατομικές στρατηγικές αντιμετώπισης και παρεμβάσεις για τη μείωση του εργασιακού άγχους μεταξύ των νοσηλευτών. Στρατηγικές αντιμετώπισης είναι οι ατομικές δεξιότητες και τεχνικές που εφαρμόζονται από νοσηλευτές για τη διαχείριση της αγχωτικής κατάστασης, συμπεριλαμβανομένων τεχνικών διαλογισμού, αυτοέλεγχου, τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, εκπαίδευσης σχετικά με την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους, υποστήριξης και συμβουλών από ψυχολόγο, παθητική παρακολούθηση ψυχολόγων (Rajabi, et al., 2018).

Οι παραπάνω προσεγγίσεις έχουν ως επίκεντρο την οργάνωση και αντιμετωπίζουν το άγχος που σχετίζεται με την εργασία, μειώνοντας ή εξαλείφοντάς το μέσω της καλύτερης διαχείρισης των νοσηλευτών και της παροχής επαρκών πόρων (Munz, et al., 2001). Αυτές οι μέθοδοι έχουν αποδειχθεί επιτυχημένοι σε περιβάλλον εργασίας, όπου το άγχος δε θεωρείται αδυναμία αλλά μάλλον ένα φαινόμενο που μπορεί να αντιμετωπιστεί δημιουργώντας μια κουλτούρα ανοίγματος και κατανόησης (Michie, 2002). Συνιστάται επομένως, μια ολοκληρωμένη στρατηγική πρόληψης του στρες που να συνεκτιμά και τις δυο προσεγγίσεις, αυτές που έχουν ως επίκεντρο το άτομο και αυτές που εστιάζεται στην οργάνωση του υγειονομικού σταθμού. Αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει τη συμβολή των νοσηλευτών καθώς και τη διαχείριση, προκειμένου να διασφαλιστεί η συλλογική δέσμευση για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με το νοσηλευτή και τον ασθενή. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι στρατηγικές παρέμβασης, όπως η πρόσθετη κατάρτιση στον εντοπισμό και τη διαχείριση του εργασιακού άγχους μέσω της αποφασιστικότητας και της χαλάρωσης, βελτίωσαν με επιτυχία τα επίπεδα απόδοσης εργασίας μεταξύ των νοσηλευτών. Οι

ομάδες υποστήριξης καθώς και η διαδικασία διαβούλευσης με διευθυντές νοσηλευτικής ήταν επίσης αποτελεσματικές για την επίλυση προβλημάτων μεταξύ ομάδων διεπιστημονικού προσωπικού (Van Wyk, 2010).

3. ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Το άγχος που σχετίζεται με την εργασία κάνει τους νεοδιορισμένους νοσηλευτές να έχουν χαμηλότερο επίπεδο δέσμευσης για τις εργασιακές απαιτήσεις, και να δείχνουν μειωμένη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας με το υψηλότερο ποσοστό κύκλου εργασιών (Al-hussami et al., 2013; Cheng et al., 2015). Το σύνδρομο εξάντλησης οδηγεί επίσης σε μειωμένη αποτελεσματικότητα και κακή απόδοση εργασίας, με άμεσο αντίκτυπο στη φροντίδα των ασθενών (Moss et al., 2016). Αυτό το σύνδρομο στις νοσηλεύτριες σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα φροντίδας, χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών, αυξημένο αριθμό ιατρικών σφαλμάτων, υψηλότερα ποσοστά λοιμώξεων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας στις 30 ημέρες (Cimiotti et al., 2012; Galletta et al., 2016; Poghosyan et al., 2010). Επομένως, αυτό το σύνδρομο μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο την υγεία των επαγγελματιών υγειονομικής φροντίδας αλλά και την ικανότητά τους να εργάζονται αποτελεσματικά.

Παρά τους πολυάριθμους προτεινόμενους ορισμούς της ανθεκτικότητας στην εργασία, στην ερευνητική βιβλιογραφία ψυχολογίας, οι περισσότεροι βασίζονται σε δύο βασικές έννοιες: τις αντιξοότητες και τη θετική προσαρμογή (Fletcher & Sarkar, 2013). Απαιτείται ανθεκτικότητα ως απάντηση σε διάφορες αντιξοότητες, που κυμαίνονται από καθημερινές ταλαιπωρίες (δυσκολίες στο χώρο εργασίας) έως σημαντικά γεγονότα της ζωής (θάνατος του συζύγου) στα οποία πρέπει να προσαρμοστεί ένα άτομο. Ένα ανθεκτικό άτομο είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσει επιτυχώς τις αντιξοότητες και να προσαρμοστεί θετικά (Bonanno, 2004; Luthar & Cicchetti, 2000; Masten, 2001). Ως αποτέλεσμα, η ανθεκτικότητα μπορεί να οριστεί εν συντομία ως η ικανότητα επίτευξης επαρκούς και θετικής προσαρμογής στις αντιξοότητες (Fletcher & Sarkar, 2013).

Η ανθεκτικότητα, το σύνδρομο εξουθένωσης και η υγεία συνδέονται. Εμπειρικές μελέτες έχουν αναφέρει πως η ανθεκτικότητα ελαχιστοποιεί και ρυθμίζει τα αρνητικά αποτελέσματα που σχετίζονται με το στρες, όπως το σύνδρομο εξάντλησης (Dunn et al., 2008). Επιπλέον, στοιχεία δείχνουν ότι η ανθεκτικότητα σχετίζεται με καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία και ταχύτερη ανάρρωση από ασθένειες (Connor & Davidson, 2003; Arrogante, & Aparicio-Zaldivar, 2017).

Εκτός από τους περιβαλλοντικούς και οργανωτικούς παράγοντες, άνθρωποι παράγοντες όπως χαρακτηριστικά της συναισθηματικής νοημοσύνης και της προσωπικότητας, όπως η διάθεση και η εσωτερική ετοιμότητα, που είναι ουσιαστικά ανεξάρτητα από τις περιβαλλοντικές επιρροές, είναι αποτελεσματικοί στην απόδοση των νοσηλευτών και στον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς και αντιμετωπίζουν τους αγχωτικούς επαγγελματικούς παράγοντες ενώ παράλληλα, επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών (Latifzadeh & Zarei, 2015; Kavousi koosha, 2014).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ανθρώπινη ψυχολογική διάσταση έχει μεγάλη επιρροή στον έλεγχο και τη διαχείριση του άγχους, η έννοια της ψυχολογικής ευημερίας στο εργασιακό και επιστημονικό περιβάλλον παρουσιάζει ενδιαφέρον για τους ψυχολόγους. Η ψυχολογική ευεξία είναι μια έννοια πολλών συστατικών που περιλαμβάνει: αυτο-αποδοχή, θετικές σχέσεις με άλλους, αυτονομία, περιβαλλοντική κυριαρχία, ζωή με στόχους και ατομική ανάπτυξη. Φαίνεται ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και η υψηλή ψυχολογική ευεξία βοηθούν τους νοσηλευτές να βιώσουν λιγότερο αγχωτικές καταστάσεις και να έχουν πιο θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης για την εξάλειψη του άγχους και της εξουθένωσης (Akbari, et al., 2013; Jahangiri, 2019

Ο Fiabane και οι συνεργάτες του (2013), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι προσωπικοί παράγοντες (συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής και σωματικής υγείας) και οι οργανωτικοί παράγοντες (φόρτος εργασίας, έλεγχος, ανταμοιβές) σχετίζονται σημαντικά με την εργασιακή δέσμευση. Τέλος, οι νοσηλευτές ζουν και εκτός της δουλειάς τους και έρχονται σε επαφή με άτομα που μπορεί επίσης να επηρεάσουν την απόφασή τους να παραμείνουν σε μια εργασία ή ακόμη και στο επάγγελμα της νοσηλευτικής (Mokhtar, et al., 2016).

4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η διερεύνηση των παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν εργασιακό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών σε μονάδες υγειονομικής φροντίδας μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη ή τη μείωσή του. Επίσης, θα βοηθούσε στη διατήρηση της βέλτιστης κατάστασης υγείας για τους νοσηλευτές και στην αύξηση της ικανοποίησής τους, παρέχοντας καλύτερη φροντίδα και επιδεικνύοντας αυξανόμενη δέσμευση στις πολιτικές οργάνωσης του νοσοκομείου (Saleh et al., 2014; Trivellas et al., 2013). Σύμφωνα με τους Kleinpell, Lateef, Patel και Start (2014), η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος θα βοηθήσει στη μείωση των παραγόντων του εργασιακού άγχους που οδηγεί σε υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν από μια τέτοια μελέτη μέσω της λήψης υψηλότερης ποιότητας φροντίδας, προσοχής και επικοινωνίας από νοσηλευτές, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη ασφάλεια και ικανοποίηση των ασθενών (Sacco et al., 2015). Οι υγειονομικοί οργανισμοί μπορούν να ωφεληθούν μέσω της αύξησης της εσωτερικής σταθερότητας των μονάδων, γεγονός που οδηγεί στην προσέλκυση και διατήρηση των νοσηλευτών στην εργασία τους (Trivellas et al., 2013).

Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουμε και να οριοθετήσουμε πολύ σαφώς τους παράγοντες που είναι ιδιαίτερα εμφανείς και σχετίζονται με την εμφάνιση άγχους, διότι είναι πολύ σημαντικό να αναπτυχθούν στρατηγικές και προγράμματα παρέμβασης, τα οποία είτε μπορούν να τα αποτρέψουν είτε τουλάχιστον να βελτιώσουν τις εργασιακές συνθήκες των νοσηλευτών. Είναι επίσης εξίσου σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι ο ρόλος του εργασιακού άγχους, της εξάντλησης, της ικανοποίησης από την εργασία και της γενικής υγείας των νοσηλευτών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποτροπή της κακής έκβασης των ασθενών, και περιορίζουν τον υψηλό κύκλο εργασιών, τη χαμηλή εργασιακή δέσμευση, την κακή απόδοση εργασίας, την απουσία και το αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης.

4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τις βασικές υποθέσεις, το εργασιακό άγχος οδηγεί στην επιδείνωση της κατάστασης της σωματικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών, ενώ επηρεάζει αρνητικά την υιοθέτηση ορθών πρακτικών σχετικά με τις συμπεριφορές φροντίδας τους. Επομένως, ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνήσει το εργασιακό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης του Νομού Άρτας.

Τα ευρήματα της μελέτης θα μπορούσαν να βοηθήσουν στο σχεδιασμό παρεμβάσεων που μειώνουν, ελαχιστοποιούν ή εξαλείφουν μερικούς από αυτούς τους παράγοντες άγχους.

Παρόλο που οι προηγούμενες έρευνες έχουν τεκμηριώσει ότι το άγχος επηρεάζει την υγεία των νοσηλευτών σε σχέση με την ποιότητα ζωής, η σχέση μεταξύ άγχους και σωματικής και ψυχικής υγείας παραμένει σχετικά ανεξερεύνητη, ειδικά στο ελληνικό εργασιακό περιβάλλον, όπου είναι η πρώτη φορά που μελετάται αυτό το συγκεκριμένο ζήτημα. Ο στόχος ήταν να διερευνηθεί και να αναλυθεί ο συσχετισμός ανάμεσα στο εργασιακό άγχος, και την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών σε σχέση με την υγεία.

Οι ερευνητικές υποθέσεις:

1. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία έχουν αρκετά καλή κατάσταση υγείας αν και βιώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής φόρτισης.
2. Το επαγγελματικό άγχος των εργαζομένων σε ιδρύματα υγειονομικής φροντίδας δημιουργεί άγχος που σωματοποιείται και επηρεάζει τη λειτουργία της καρδιάς.
3. Η ψυχολογική φόρτιση των νοσηλευτών επηρεάζει την εργασία και την υγεία τους.
4. Τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων συσχετίζονται με την κατάσταση υγείας τους.

Ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια είναι η ποιότητα υγείας των νοσηλευτών;
2. Επηρεάζει το εργασιακό άγχος την καρδιακή λειτουργία των νοσηλευτών;
3. Προκαλεί ψυχολογική δυσφορία η εργασία στο νοσοκομείο;
4. Διαφοροποιείται η ποιότητα υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία;

4.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Διεξήχθη μια ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε κλειστού τύπου ερωτήσεις (ευκολία για τους συμμετέχοντες), ως ικανή μέθοδος για την επεξεργασία των στοιχείων ενός δείγματος, που πληροφορεί για τις αντιλήψεις, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του πληθυσμού, γρήγορα, οικονομικά και αποτελεσματικά (Brewer, 2009; Pazzaglia, et al., 2016). Οι ερωτήσεις είναι σαφείς, οι απαντήσεις δίνονται ανώνυμα και το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται σε μικρό χρονικό διάστημα (Καραγεώργος, 2002; Γκίκα, 2006). Το ερωτηματολόγιο πριν από κάθε ενότητα περιλαμβάνει, μια παράγραφο που εξηγεί τους στόχους της έρευνας και την ηθική της διαδικασίας. Η συλλογή των απαντήσεων διήρκεσε από τον Ιούνιο έως τον Αύγουστο του 2020 ενώ δόθηκε σε νοσηλευτές που εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο του Νομού Άρτας και σε άλλες υπηρεσίες.

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που αφορά στη νοσηλευτική φροντίδα ενηλίκων χρησιμοποιήθηκαν προσαρμοσμένες ερωτήσεις από την κλίμακα Short Form 36» (SF-36 με την οποία εκτιμάται η ποιότητα ζωής, όμοια για την κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000) και ερωτήσεις για τα συναισθήματα που εκδηλώνονται και επισημαίνουν την ψυχολογική φόρτιση.

Ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε:

(α) Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, χρόνια προϋπηρεσίας, κλινική που εργάζονται, εργασιακός τομέας, βάρδιες, ύπαρξη παιδιών, αριθμός παιδιών, σειρά γέννησης, τόπος διαμονής.

(β) Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF36 (Ware, 1992). Στόχο του συνιστά η εκτίμηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής από τους εργαζόμενους. Χρησιμοποιήθηκε το SF-12, το οποίο μετρά την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Το SF-12 περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις: 2 σχετικά με τη σωματική λειτουργία, 2 σχετικά με τους περιορισμούς ρόλου που προκαλούνται από προβλήματα σωματικής υγείας, 1 ερώτηση σχετικά με τον σωματικό πόνο, 1 αναφορικά με τις γενικές αντιλήψεις για την υγεία, 1 σχετικά με τη ζωτικότητα, 1 σχετικά με την κοινωνική λειτουργία, 2 σχετικά σε περιορισμούς ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και 2 ερωτήσεων που αναφέρονται στη γενική ψυχική υγεία (Finfgeld-Connett, 2008). Κατασκευάστηκε ως συντομότερη εναλλακτική λύση της SF-36 Health Survey, η οποία αν και έχει αποδειχθεί χρήσιμη για διάφορους σκοπούς, είναι πολύ μεγάλη για να συμπεριληφθεί σε κάποια μεγάλης κλίμακας μέτρηση της υγείας (Kontodimopoulos et al., 2007). Οι νοσηλευτές καλούνταν να επιλέξουν από μια κλίμακα Likert (5βάθμια ή 3βάθμια) που είχε τον ίδιο αριθμό θετικών και αρνητικών απαντήσεων.

(γ) Ερωτηματολόγιο της κλίμακας μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 10 δηλώσεις, οι οποίες κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες: (1) Φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά νοσήματα (3 δηλώσεις), (2) Αποφυγή δραστηριοτήτων (3 δηλώσεις) και (3) Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (4 δηλώσεις). Όσο συχνότερα παρατηρούνται τα συμπτώματα με βάση τις απαντήσεις τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος. Οι απαντήσεις δόθηκαν βάσει μιας πενταβάθμιας κλίμακας Likert (1) Ποτέ, (2) Σπάνια, (3) Μερικές φορές, (4) Συχνά, (5) Πάντα.

(δ) Ερωτηματολόγιο της ψυχολογικής δυσφορίας λόγω εργασίας. Περιλαμβάνει μια ερώτηση με 22 συναισθήματα που οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν βάσει μιας επταβάθμιας κλίμακας Likert (0) Ποτέ, (1) Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο, (2) Μια φορά το μήνα ή λιγότερο, (3) Μερικές φορές το μήνα, (4) Μια φορά τη βδομάδα, (5) Μερικές φορές την εβδομάδα, (6) Κάθε μέρα. Η συχνότητα των απαντήσεων προσδιορίζει το βαθμό της ψυχολογικής φόρτισης.

4.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ

Το τελικό δείγμα ήταν 112 εργαζομένους (προϊστάμενοι, υπεύθυνοι νοσηλευτών, νοσηλεύτες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, επαγγελματίες ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς).

4.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα δημογραφικά δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας περιγραφικά στατιστικά στοιχεία. Οι μέσες τιμές (SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή ποσοτικών μεταβλητών, οι οποίες απεικονίστηκαν ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα δείγματα που είναι κανονικοποιημένα υπολογίστηκαν με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA I). Οι συσχετίσεις δύο συνεχών μεταβλητών αναλύθηκαν με το γραμμικό συντελεστή συσχέτισης Pearson. Προκειμένου να διερευνηθεί η αιτία που οδηγεί τις μεταβολές στους παράγοντες που παρουσιάζουν σημαντική διαφορά και επιδρούν στην ποιότητα ζωής, στο άγχος για την καρδιακή λειτουργία και τη ψυχολογική φόρτιση, πραγματοποιήθηκε κανονική ανάλυση συντεταγμένων (PCA) μετά την προσαρμογή για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, έχοντας παιδιά, αριθμός παιδιών, σειρά γέννησης, τόπος διαμονής, εργασιακό τομέας, εργασιακή εμπειρία και βάρδια. Όλες οι τιμές p που αναφέρθηκαν είναι δίπλευρες. Η στατιστική σημασία καθορίστηκε σε $p < 0,05$ και οι αναλύσεις διεξήχθησαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό λογισμικό SPSS (έκδοση 18.0).

4.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο πιο σημαντικός περιορισμός της μελέτης είναι η μεταβλητότητα του εκπαιδευτικού και επαγγελματικού επιπέδου των νοσηλευτών και συγκεκριμένα ο μεγάλος αριθμός βοηθών νοσηλευτών που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα. Υποθέσαμε ότι οι βοηθοί μπορεί να είναι πιο ευάλωτοι σε παράγοντες άγχους. Λιγότερα επαγγελματικά προσόντα μπορεί να επηρεάσουν τη συναισθηματική τους φόρτιση, σε αντίθεση με νοσηλεύτες με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, που παρέχει πιο

συγκεκριμένη κατάρτιση και δεξιότητες. Επιπλέον, εκτός από την ανεπαρκή κατάρτιση, το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται με λιγότερες προοπτικές σταδιοδρομίας που επηρεάζουν τις διαμεσολαβητικές μεταβλητές για το εργασιακό άγχος όπως η εργασιακή ικανότητα. Επιπλέον, το μέγεθος του δείγματος ήταν αρκετά μικρό, δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση την ευκολία, με αποτέλεσμα τα ευρήματα της έρευνας να έχουν περιορισμένη γενικευσιμότητα. Ωστόσο, είναι ενδεικτικά της γενικής τάσης που επικρατεί στα δημόσια νοσοκομεία.

Δεδομένου ότι αυτή η μελέτη περιελάμβανε ένα δείγμα νοσηλευτών από ένα νομό της Ηπείρου, θα ήταν χρήσιμο να επαναληφθεί αυτή η μελέτη μεταξύ νοσηλευτών στους άλλους νομούς για να συγκριθούν τα ευρήματα και να βελτιωθεί η γενικευσιμότητα. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει επίσης να εξετάσει την αντίστροφη σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Το προσωπικό στρες που περιλαμβάνει οικογενειακά προβλήματα, οικονομική κατάσταση και δύσκολες σχέσεις θα πρέπει επίσης να μελετηθεί σε σχέση με την ποιότητα ζωής, το άγχος για την καρδιακή λειτουργία, τη ψυχολογική φόρτιση από την εργασία και τη γενική υγεία των νοσηλευτών. Οι διαφορές μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία θα πρέπει να διερευνηθούν σε μελλοντικές μελέτες.

4.7 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Όλοι οι παραλήπτες των ερωτηματολογίων ανήκαν στο εργασιακό περιβάλλον του Νοσοκομείου Άρτας διασφαλίζοντας την εγκυρότητα των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα (Zikmund et al., 2011). Η αξιοπιστία της έρευνας αφορά την επαναληψιμότητα και συνοχή των αποτελεσμάτων και αποδεικνύεται από τη σύγκρισή της με άλλα αποτελέσματα ανάλογων ερευνών κατά την πάροδο του χρόνου σε διαφορετικές περιοχές. Για το λόγο αυτό, θα υπάρξει σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με αποτελέσματα άλλων ερευνών στο σχετικό αντικείμενο. Η σημαντικότητα της αξιόπιστης μέτρησης εξασφαλίζεται με την αποφυγή των εσφαλμένων απαντήσεων και της προκατάληψης, από τη μεριά των ερωτηθέντων. Οι απαντήσεις επεξεργάστηκαν αμέσως μετά το τέλος της έρευνας και

δομήθηκαν σε φόρμα του Excel, οπότε και ακολούθησε η περιγραφική και στατιστική ανάλυση. Η εσωτερική εγκυρότητα αξιολογήθηκε με το συντελεστή Cronbach- α .

Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha για το σύνολο των ερωτήσεων είναι $\alpha=0.931$. Γεγονός που δηλώνει ότι το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει υψηλή εσωτερική εγκυρότητα.

Το απόρρητο των απαντήσεων διασφαλίστηκε με το εισαγωγικό σημείωμα που δόθηκε στους συμμετέχοντες και τους βεβαίωσε για την ανωνυμία τους, όπως και για τον εθελοντικό χαρακτήρα των απαντήσεων (Νόμος 2472/1997 Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα).

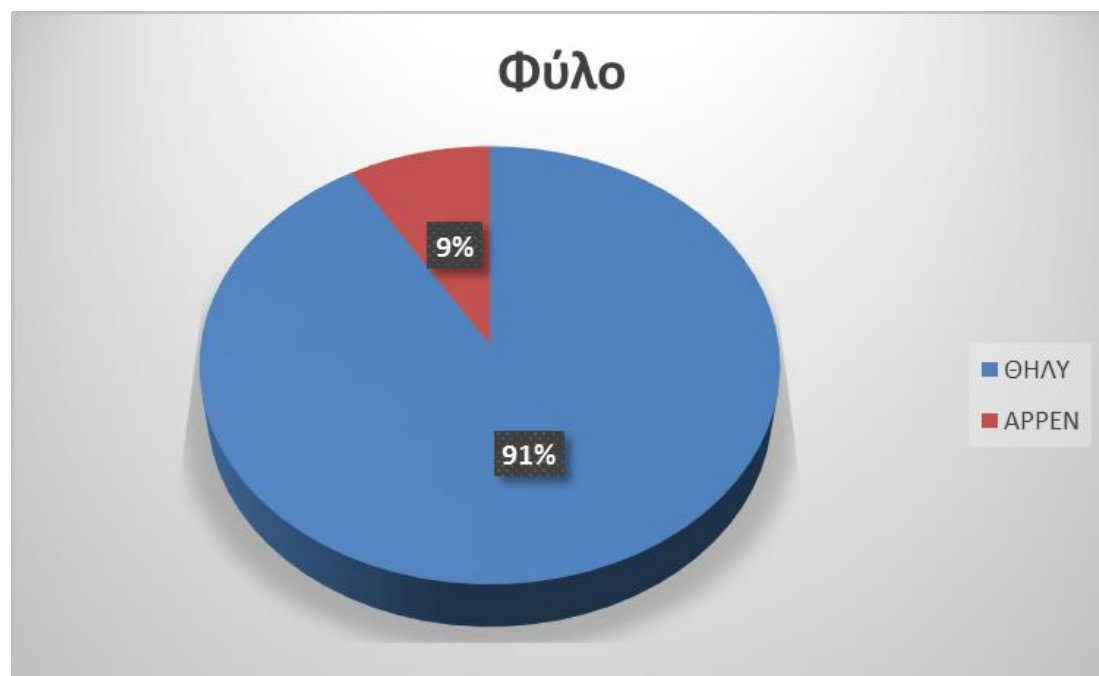
5. Παρουσίαση αποτελεσμάτων

5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Στο σύνολο των ερωτήσεων συγκεντρώθηκαν 112 απαντήσεις. Από αυτές οι 36 είναι άντρες (ποσοστό 32,24%) και οι 76 γυναίκες (ποσοστό 67,86%) (Πίνακας 1, Γράφημα 1).

Περιγραφή	Φύλο			Αθροιστική Συχνότητα
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	
Άνδρας	36	32,14	32,14	32,14
Γυναίκα	76	67,86	67,86	100
Σύνολο	112	100	100	

Πίνακας 1 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για το φύλο



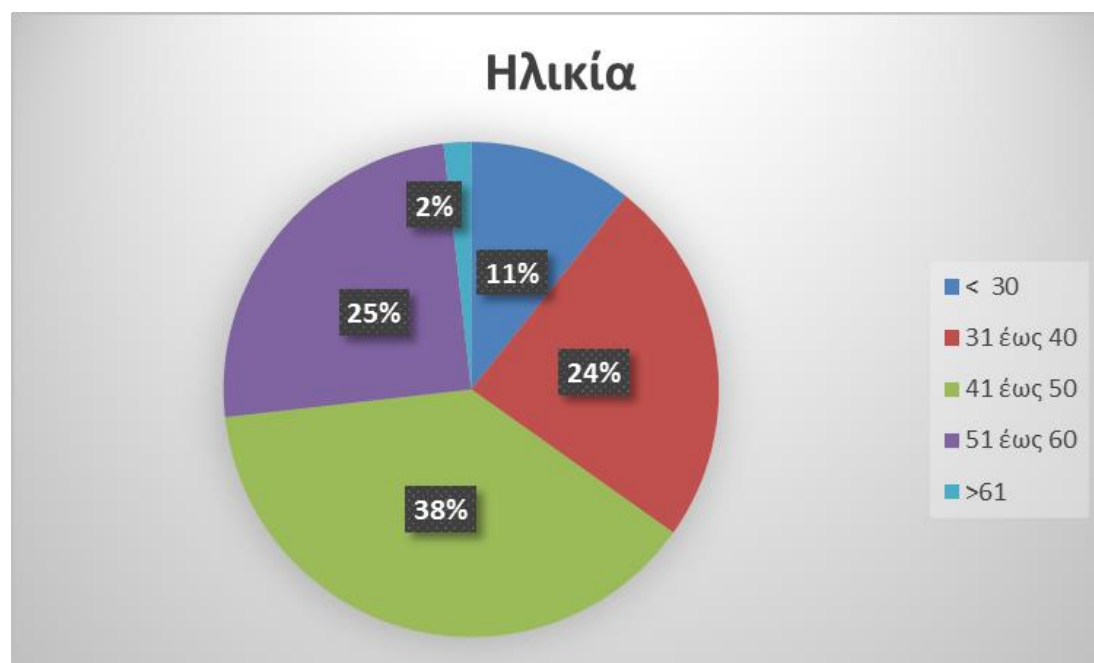
Γράφημα 1 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για το φύλο

Οι ηλικίες τους κυμαίνονται σε ποσοστό 10,71% στην υποκατηγορία <30 χρονών, σε ποσοστό 24,11 % στην κατηγορία 31-40 χρονών, σε ποσοστό 38,4% στην

κατηγορία 41-50 χρονών, σε ποσοστό 25% στην κατηγορία 51-60 χρονών και σε ποσοστό 1,78% % στην κατηγορία > 61 χρονών (Πίνακας 2, Γράφημα 2).

Ηλικία				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
< 30	12	10,71	10,71	10,71
31 έως 40	27	24,11	24,11	34,82
41 έως 50	43	38,4	38,4	73,22
51 έως 60	28	25	25	98,22
>61	2	1,78	1,78	100
Σύνολο	112	100	100	

Πίνακας 2 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την ηλικία



Γράφημα 2 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για την ηλικία

Το 26% των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι άγαμοι, το 68% έγγαμοι, το 4% διαζευγμένοι και το 2% χήροι (Πίνακας 3, Γράφημα 3).

Οικογενειακή κατάσταση				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Άγαμος/η	29	25,89	25,89	25,89
Έγγαμος/η	76	67,87	67,87	93,76
Διαζευγμένος/η	5	4,46	4,46	98,22
Χήρος/α	2	1,78	1,78	100
Σύνολο	112	100	100	

Πίνακας 3 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την οικογενειακή κατάσταση

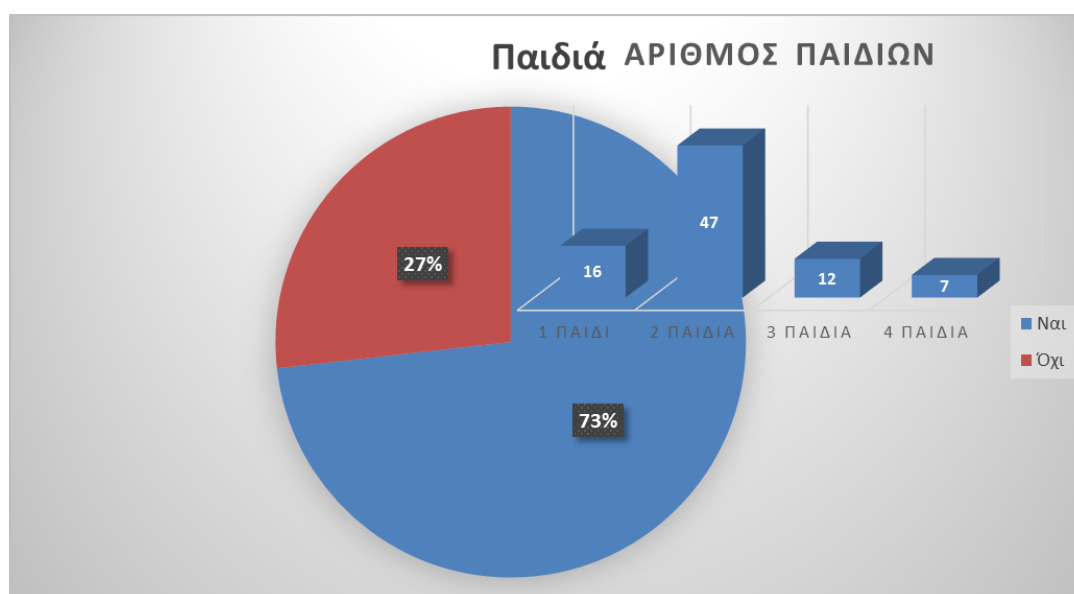


Γράφημα 3 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για την οικογενειακή κατάσταση

Από το 73,22% που συμμετείχαν στην έρευνα και έχουν παιδιά, σε ποσοστό 19,51% έχουν ένα παιδί, σε ποσοστό 57,32% έχουν δυο παιδιά, σε ποσοστό 14,63 % έχουν τρία παιδιά και σε ποσοστό 8,54% έχουν τέσσερα παιδιά. Το υπόλοιπο 26,78% των ερωτηθέντων δεν έχουν παιδιά (Πίνακας 4, Γράφημα 4).

	Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Παιδιά	Ναι	82	73,22	73,22	73,22
	Όχι	30	26,78	26,78	100
	Σύνολο	112	100	100	
Αριθμός παιδιών	1	16	19,51	19,51	19,51
	2	47	57,32	57,32	76,83
	3	12	14,63	14,63	91,46
	4	7	8,54	8,54	100
	Σύνολο	82	100	100	

Πίνακας 4 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την ύπαρξη και τον αριθμό παιδιών



Γράφημα 4 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για την ύπαρξη παιδιών και ραβδόγραμμα για τον αριθμό παιδιών

Η μεγάλη πλειοψηφία των εργαζόμενων στο νοσοκομείο (42,08%) είναι δευτερότοκοι και ακολουθούν οι πρωτότοκοι (35,51%). Ακολουθούν οι τριτότοκοι (15,88%), οι τεταρτότοκοι (5,6%) και σε πολύ μικρό ποσοστό (0,94%) οι πεμπτότοκοι (Πίνακας 5, Γράφημα 5).

Σειρά γέννησης εργαζομένου				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
1/τοκος	40	35,51	35,51	35,51
2/τοκος	47	42,08	42,08	77,59
3/τοκος	18	15,88	15,88	93,47
4/τοκος	6	5,6	5,6	99,07
5/τοκος	1	0,93	0,93	100
Σύνολο	112	100	100	

Πίνακας 5 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για τη σειρά γέννησης των εργαζομένων



Γράφημα 5 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για τη σειρά γέννησης των εργαζομένων

Ο πληθυσμός του δείγματος ήταν εργαζόμενοι στο γενικό νοσοκομείο Άρτας και σε άλλες υπηρεσίες του νομού με αποτέλεσμα, οι περισσότεροι από αυτούς (ποσοστό 54,5%) να έχουν ως τόπο διαμονής τους πόλη με λιγότερο από 150.000 κατοίκους. Ωστόσο σε ποσοστό 37,5% διαμένουν σε χωριό ή κωμόπολη και σε ποσοστό 8,03% σε πόλη με περισσότερο από 150.000 κατοίκους (Πίνακας 6, Γράφημα 6).

Τόπος διαμονής				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Χωριό/κωμόπολη	42	37,5	37,5	37,5
Πόλη < 150000 κατοίκους	61	54,47	54,47	91,97
Πόλη > 150000 κατοίκους	9	8,03	8,03	100
Σύνολο	112	100	100	

Πίνακας 6 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για τον τόπο διαμονής



Γράφημα 6 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για τον τόπο διαμονής

Σχετικά με τον εργασιακό τομέα που απασχολούνται, η πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι δευτεροβάθμιας και τεχνολογικής εκπαίδευσης με ποσοστά 38,4% και 37,5% αντίστοιχα. Σε ποσοστό 7,14% είναι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ή προϊστάμενοι νοσηλευτών και σε ποσοστό 4,46% είναι υπεύθυνοι νοσηλευτών. Από τους υπόλοιπους επαγγελματίες, το 4,46% είναι κοινωνικοί λειτουργοί και μόνο το 0,9% αντιστοιχεί σε ψυχολόγους (Πίνακας 7, Γράφημα 7). Η σύνθεση του δείγματος αντικατοπτρίζει την ελληνική πραγματικότητα. Στην Ελλάδα πολλές θέσεις εργασίας σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης καλύπτονται από βοηθούς νοσηλευτές καθώς τα κριτήρια ένταξης για τις νοσηλεύτριες ήταν τα εξής:

προθυμία συμμετοχής, τουλάχιστον 1 έτος επαγγελματικής εμπειρίας, με άμεση σχέση με τους ασθενείς.

Εργασιακός τομέας				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Προϊστάμενος νοσηλευτής	8	7,14	7,14	7,14
Υπεύθυνος Νοσηλευτών	5	4,46	4,46	11,6
Νοσηλευτής ΠΕ	8	7,14	7,14	18,74
Νοσηλευτής ΤΕ	42	37,5	37,5	56,24
Νοσηλευτής ΔΕ	43	38,4	38,4	94,64
Επαγγελματίας ψυχολόγος	1	0,9	0,9	95,54
Επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός	5	4,46	4,46	100
Σύνολο	112	100	100	

Πίνακας 7 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για τον εργασιακό τομέα



Γράφημα 7 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τον εργασιακό τομέα

Επιπλέον, οι ερωτηθέντες εργάζονται στον ίδιο χώρο για περισσότερο από δέκα χρόνια με ποσοστά 44,65% να εργάζονται για δέκα έως είκοσι έτη και 32,14% να εργάζονται περισσότερο από είκοσι. Το 10,71% των εργαζόμενων απασχολείται για πέντε έως δέκα έτη και το 12,5% για λιγότερο από πέντε (Πίνακας 8, Γράφημα 8).

Εργασιακή εμπειρία				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
< 5 έτη	14	12,5	12,5	12,5
5-10 έτη	12	10,71	10,71	23,21
10-20 έτη	50	44,65	44,65	67,86
> 20 έτη	36	32,14	32,14	100
Σύνολο	112	100	100	

Πίνακας 8 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την εργασιακή εμπειρία



Γράφημα 8 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών % για την εργασιακή εμπειρία

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δηλώνει πως οι βάρδιες τους είναι εναλλασσόμενες (ποσοστό 77.69%) και ακολουθούν όσοι έχουν ημερήσιες (ποσοστό 20,53%) και νυχτερινές (ποσοστό 1,78%) (Πίνακας 9, Γράφημα 9).

Βάρδιες				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ημερήσιες	23	20,53	20,53	20,53
Νυχτερινές	2	1,78	1,78	22,31
Εναλλασσόμενες	87	77,69	77,69	100
Σύνολο	112	100	100	

Πίνακας 9 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για τις βάρδιες



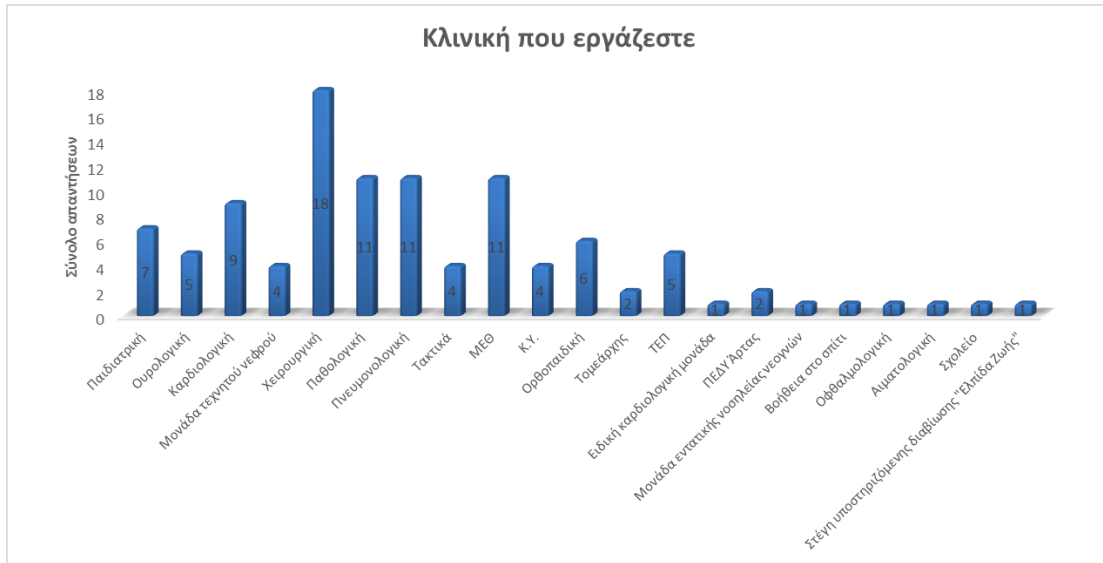
Γράφημα 9 Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τις βάρδιες

Το 16,99% των ερωτηθέντων δουλεύουν στην χειρουργική κλινική, ακολουθούν όσοι εργάζονται στις πνευμονολογική, παθολογική και ΜΕΘ με 10,34% αντίστοιχα, αυτοί που εργάζονται στην καρδιολογική με 8,5%, την παιδιατρική με 6,6%, στην ορθοπαιδική με 5,66%, τις ουρολογική, ΤΕΠ με 4,73%, στις μονάδα

τεχνητού νεφρού, τακτικά, Κ.Υ. με 3,77% αντίστοιχα, την ΠΕΔΥ με 1,88% και με ποσοστό 0,94% στις κλινικές ειδική καρδιολογική μονάδα, μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, βοήθεια στο σπίτι, οφθαλμολογική, αιματολογική, σχολείο και στέγη υποστηριζόμενης διαβίωσης «Ελπίδα Ζωής» (Πίνακας 10, Γράφημα 10).

Περιγραφή	Κλινική που εργάζεστε		Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)		
Παιδιατρική	7	6,6	6,6	6,6
Ουρολογική	5	4,73	4,73	11,33
Καρδιολογική	9	8,5	8,5	19,83
Μονάδα τεχνητού νεφρού	4	3,77	3,77	23,6
Χειρουργική	18	16,99	16,99	40,59
Παθολογική	11	10,38	10,38	50,97
Πνευμονολογική	11	10,38	10,38	61,35
Τακτικά	4	3,77	3,77	65,12
ΜΕΘ	11	10,38	10,38	75,5
Κ.Υ.	4	3,77	3,77	79,27
Ορθοπαιδική	6	5,66	5,66	84,93
Τομεάρχης	2	1,88	1,88	86,81
ΤΕΠ	5	4,73	4,73	91,54
Ειδική καρδιολογική μονάδα	1	0,94	0,94	92,48
ΠΕΔΥ Άρτας	2	1,88	1,88	94,36
Μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών	1	0,94	0,94	95,3
Βοήθεια στο σπίτι	1	0,94	0,94	96,24
Οφθαλμολογική	1	0,94	0,94	97,18
Αιματολογική	1	0,94	0,94	98,12
Σχολείο	1	0,94	0,94	99,06
Στέγη υποστηριζόμενης διαβίωσης "Ελπίδα Ζωής"	1	0,94	0,94	100
Σύνολο	106	100	100	

Πίνακας 10 Συχνότητες και σχετικές συχνότητες % για την κλινική



Γράφημα 10 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την κλινική εργασίας

Στην ερώτηση για την ευχαρίστηση που αποκομίζουν και τα συναισθήματα που εμφανίζονται από το αντικείμενο ή τη θέση εργασίας τους, την επίδραση που έχει η εργασία στο χρόνο που αφιερώνουν στον εαυτό ή την οικογένειά τους, και το αντίστροφο (αν οι οικογενειακές υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία) οι περισσότερες απαντήσεις αντιστοιχούν στο μέτριο βαθμό (Γράφημα 11).



Γράφημα 11 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τα συναισθήματα που πηγάζουν από το χώρο εργασίας

Συνοψίζοντας, το κοινωνικό και δημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα αποτελείται κυρίως από γυναίκες, ηλικίας 41-50 ετών, έγγαμες με δυο παιδιά, δευτερότοκες που διαμένουν σε πόλη με λιγότερο από 150.000 κατοίκους. Είναι νοσηλεύτριες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που εργάζονται 10 έως 20 έτη με εναλλασσόμενες βάρδιες. Οι περισσότερες εργάζονται στη χειρουργική κλινική και είναι μέτρια ικανοποιημένες από την εργασία τους και το χρόνο που αφιερώνουν στην οικογένειά τους και τον εαυτό τους λόγω φόρτου εργασίας και το αντίστροφο.

5.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (SF 36)

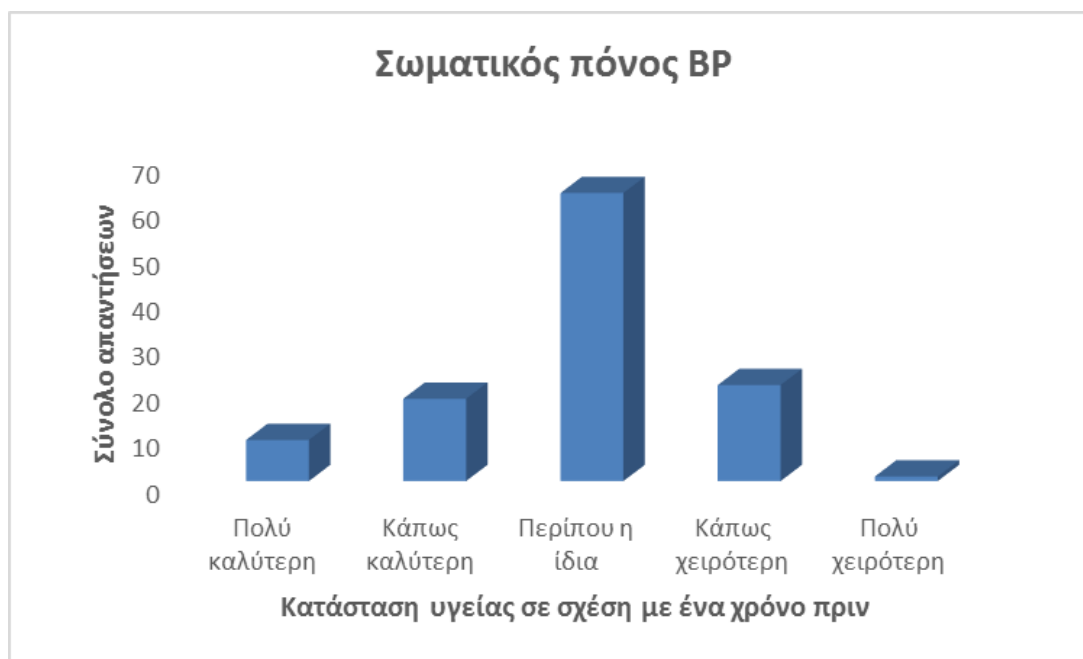
5.2.1 Επισκόπηση της φυσικής και διανοητικής υγείας

Η ποιότητα ζωής σε σχέση με την εργασία εξετάστηκε χρησιμοποιώντας ερωτήματα από το ερωτηματολόγιο SF36. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, δηλώνουν πως η προσωπική τους υγεία είναι καλή με 55 απαντήσεις (Γράφημα 12).



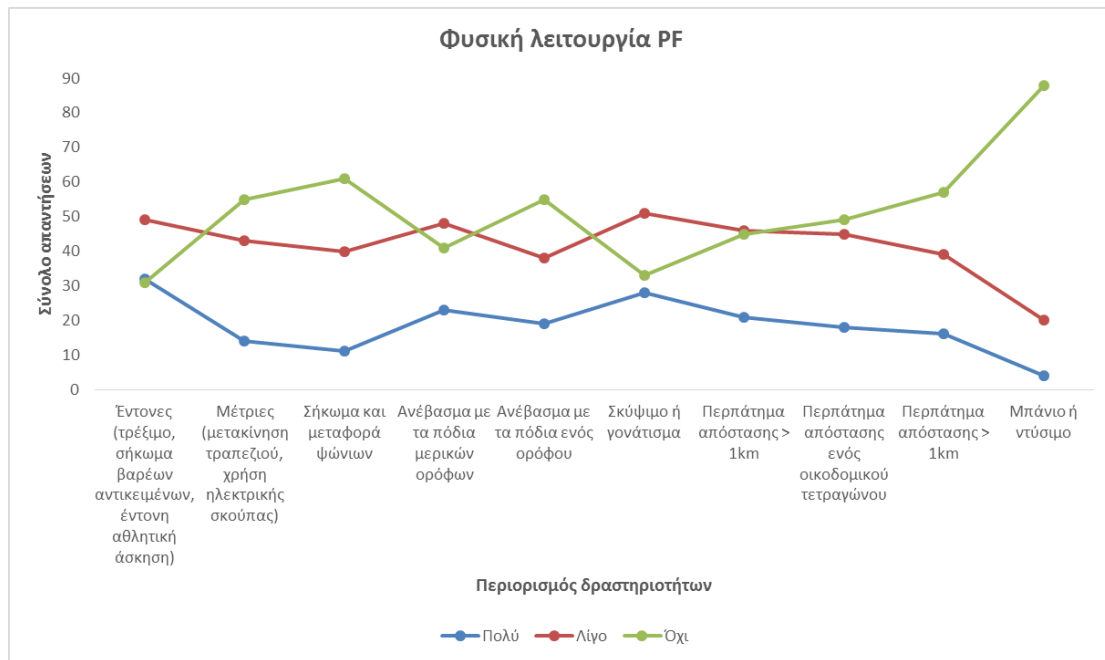
Γράφημα 12 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα γενική υγεία

Η κατάσταση της υγείας τους που αφορά το σωματικό πόνο σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν αναφέρεται με 63 απαντήσεις (56,25%) πως είναι περίπου η ίδια (Γράφημα 13).



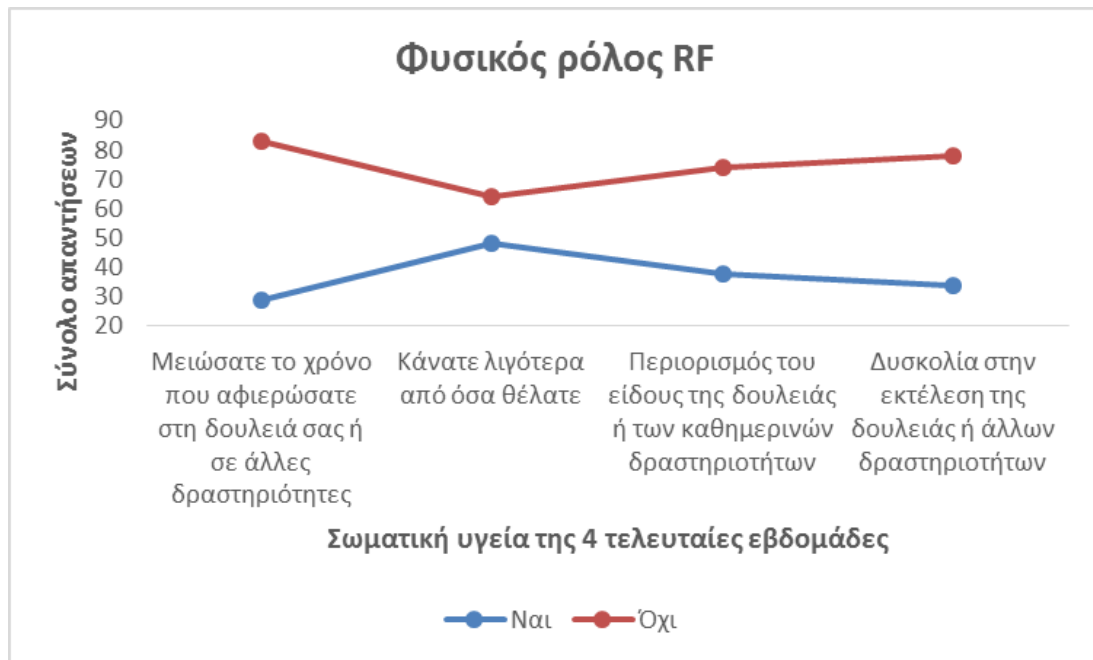
Γράφημα 13 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το σωματικό πόνο

Οι δραστηριότητες που περιορίζονται πολύ λόγω της κατάστασης υγείας που διαμορφώθηκε λόγω εργασίας είναι κυρίως οι έντονες (τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση) με 32 απαντήσεις, το σκύψιμο, γονάτισμα με 28 απαντήσεις και το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων με 23 απαντήσεις. Λίγο έχουν επηρεαστεί κυρίως οι προηγούμενες γεγονός που επισημαίνει τη δυσκολία των δραστηριοτήτων και καθόλου δεν επηρεάστηκαν το μπάνιο ή το ντύσιμο με 88 απαντήσεις, το σήκωμα και η μεταφορά ψώνιων με 61 απαντήσεις, το περπάτημα απόστασης >1km με 57 απαντήσεις, όπως και οι μέτριες δραστηριότητες (μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας), αλλά και το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου με 55 απαντήσεις (Γράφημα 14).



Γράφημα 14 Ιστογράμμα συχνοτήτων για τη σωματική λειτουργικότητα των εργαζομένων

Για την κατάσταση της υγείας τις τελευταίες 4 βδομάδες σε σχέση με την επίδραση που έχουν τα συναισθηματικά προβλήματα (μελαγχολία, άγχος) των εργαζομένων στη δουλειά ή στις καθημερινές δραστηριότητες, οι συμμετέχοντες με 48 απαντήσεις δηλώνουν πως κάνουν λιγότερα από όσα θα ήθελαν, αλλά δε μειώνουν το χρόνο που αφιερώνουν στη δουλειά ή στις δραστηριότητες που έχουν αναλάβει (Γράφημα 15). Το γεγονός αυτό πιθανότατα να δικαιολογείται με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και το λίγο προσωπικό των κλινικών λόγω της οικονομικής κρίσης που επηρεάζει τις προσλήψεις στη χώρα μας.



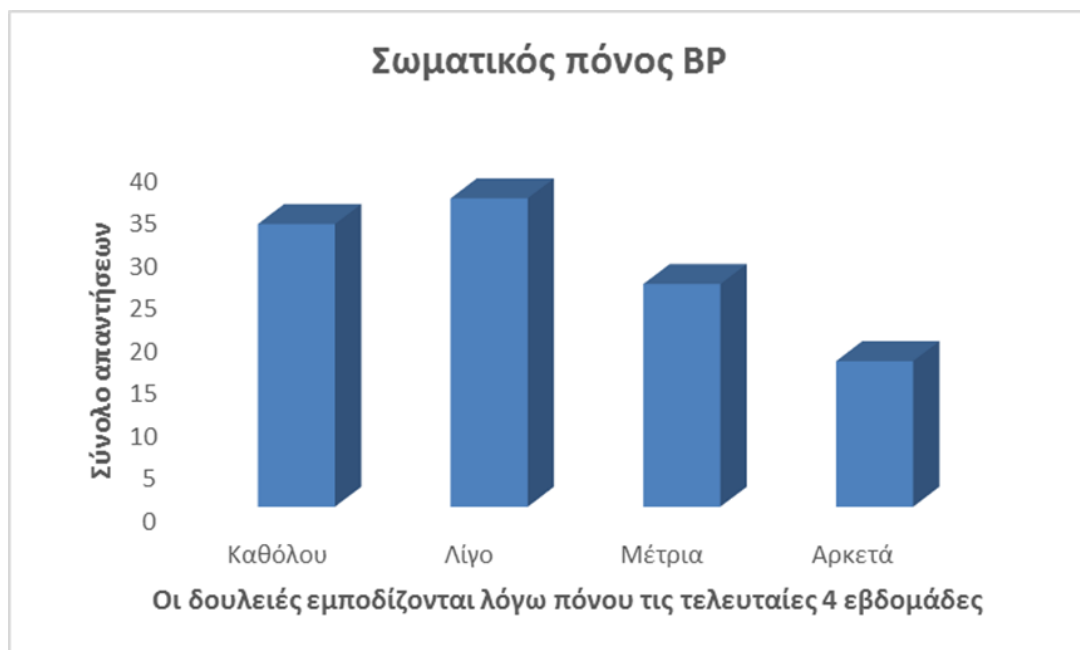
Γράφημα 15 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την επίδραση της σωματικής υγείας των εργαζομένων στο φυσικό τους ρόλο

Στην ερώτηση για το αν η σωματική υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες (οικογένεια, φίλοι, γείτονες) των εργαζομένων, οι ερωτηθέντες με 60 απαντήσεις δήλωσαν σε μέτριο έως πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και με 52 απαντήσεις, ελάχιστα έως καθόλου (Γράφημα 16).



Γράφημα 16 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το μέτρο που εμποδίζει τις κοινωνικές δραστηριότητες η κατάσταση υγείας

Επιπρόσθετα, ο σωματικός πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες δραστηριότητες λίγο έως καθόλου σύμφωνα με 69 απαντήσεις και αρκετά έως μέτρια με 43 απαντήσεις (Γράφημα 17).



Γράφημα 17 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις δουλειές που εμποδίζονται λόγω σωματικού πόνου

Ταυτόχρονα, η αίσθηση σωματικού πόνου που είχαν οι συμμετέχοντες, τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ήταν πολύ ήπιος (34 απαντήσεις) ή μέτριος (27 απαντήσεις) (Γράφημα 18).



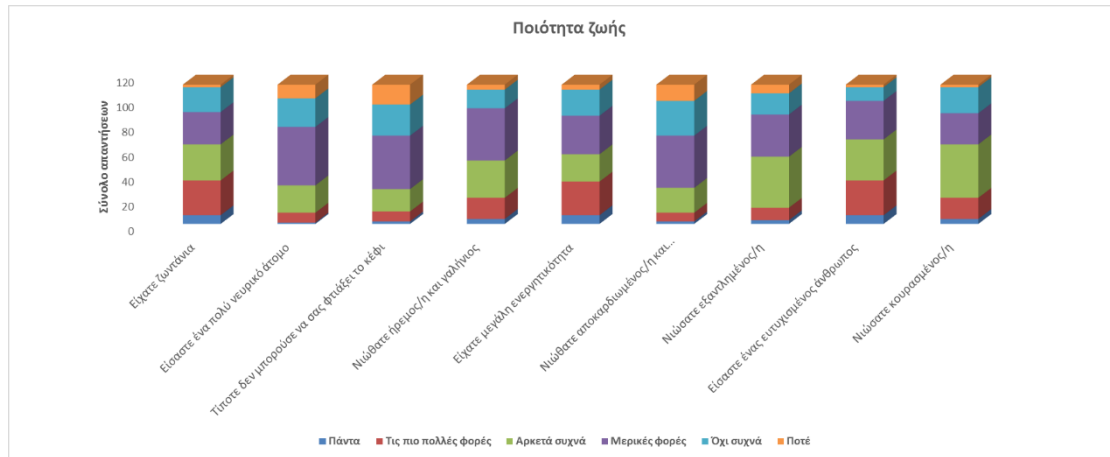
Γράφημα 18 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την αίσθηση σωματικού πόνου

Συνοψίζοντας, η διερεύνηση των επιμέρους καταστάσεων υγείας, έδειξε πως η προσωπική υγεία είναι καλή, ο σωματικός πόνος ίδιος με την προηγούμενη χρονιά. Οι δραστηριότητες που έγιναν πιο δύσκολες λόγω κατάστασης υγείας, είναι οι έντονες όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων (αλλά όχι των ψόνιων) και η έντονη αθλητική άσκηση. Η μελαγχολία και το άγχος λόγω υψηλού φόρτου εργασίας οδηγεί κυρίως στη διεκπεραίωση λιγότερων δραστηριοτήτων, αλλά εμποδίζει μέτρια τις κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους και τους γείτονες. Ο σωματικός πόνος δεν εμποδίζει τις συνηθισμένες δραστηριότητες, ο οποίος τις τελευταίες 4 εβδομάδες δε γίνεται αντιληπτός.

5.2.2 Ποιότητα στην εκπόνηση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων

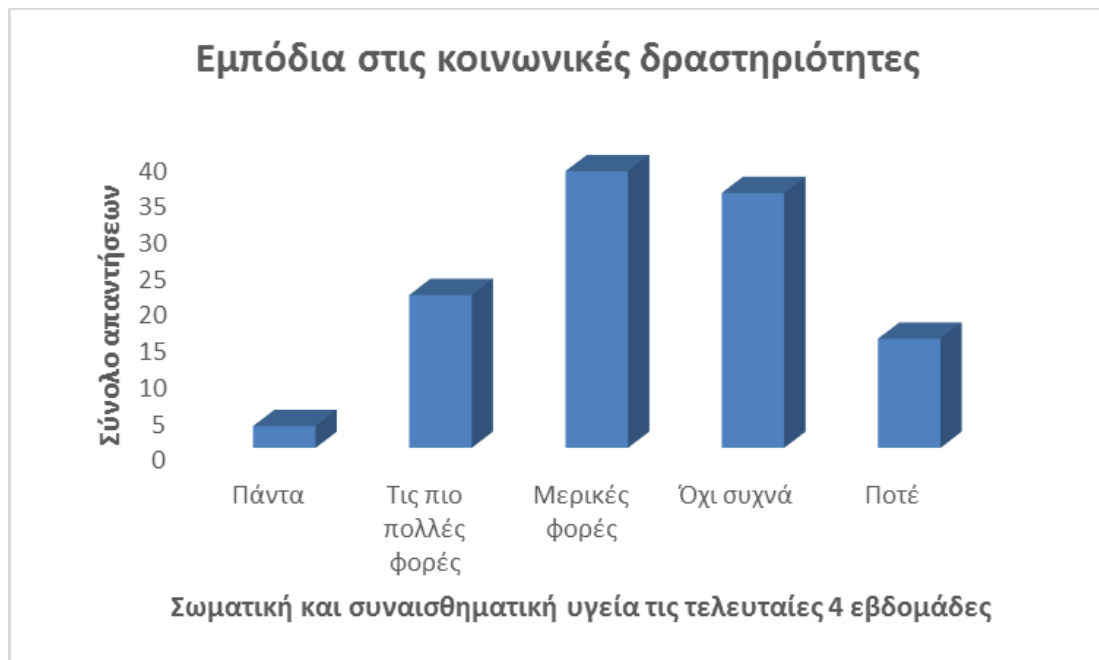
Στην ερώτηση πώς ήταν τα πράγματα και πώς νιώθατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες, οι περισσότερες απαντήσεις (47) εστίασαν στο ότι μερικές φορές νιώθουν οι εργαζόμενοι πως είναι πολύ νευρικοί, ότι τίποτα δεν μπορεί να τους φτιάξει το κέφι (43 απαντήσεις). Αξίζει να σημειωθεί πως ο ίδιος αριθμός απαντήσεων (42)

συγκεντρώθηκε στο ότι μερικές φορές νιώθουν ήρεμοι και γαλήνιοι, αλλά επίσης νιώθουν αποκαρδιωμένοι και μελαγχολικοί (Γράφημα 19).



Γράφημα 19 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την ψυχική υγεία και τη ζωτικότητα των εργαζομένων

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες η σωματική υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα εμπόδισαν τις κοινωνικές δραστηριότητες (επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) των εργαζομένων, μερικές φορές σύμφωνα με 38 απαντήσεις, όχι συχνά σύμφωνα με 35 απαντήσεις και σύμφωνα με 21 απαντήσεις, τις πιο πολλές φορές (Γράφημα 20).

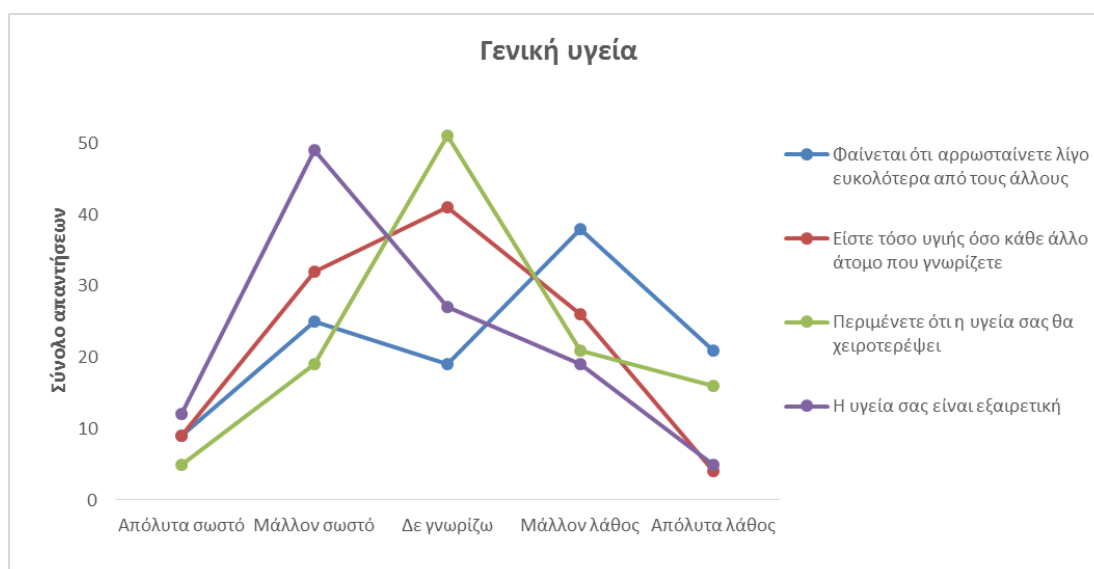


Γράφημα 20 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την κοινωνική λειτουργικότητα και το συναισθηματικό ρόλο των εργαζομένων

Η ποιότητα της ζωής όπως προσδιορίζεται από την ψυχική υγεία και τη ζωτικότητα των εργαζομένων, την κοινωνική λειτουργικότητα και το συναισθηματικό ρόλο των νοσηλευτών προσδιορίζεται τις τελευταίες 4 εβδομάδες από μεγάλη νευρικότητα και πολλά εμπόδια.

5.2.3 Γενική υγεία

Σχετικά με τη γενική εικόνα της υγείας για τον καθένα ξεχωριστά, στο ερώτημα αν φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους, οι περισσότεροι είναι αρνητικοί (38 απαντήσεις), στο αν είναι τόσο υγιείς όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζουν, οι περισσότεροι (41 απαντήσεις) όπως και, στο αν περιμένουν πως η υγεία τους θα χειροτερέψει (51 απαντήσεις), δε γνωρίζουν, ενώ συμφωνούν στο ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική (49 απαντήσεις) (Γράφημα 21).



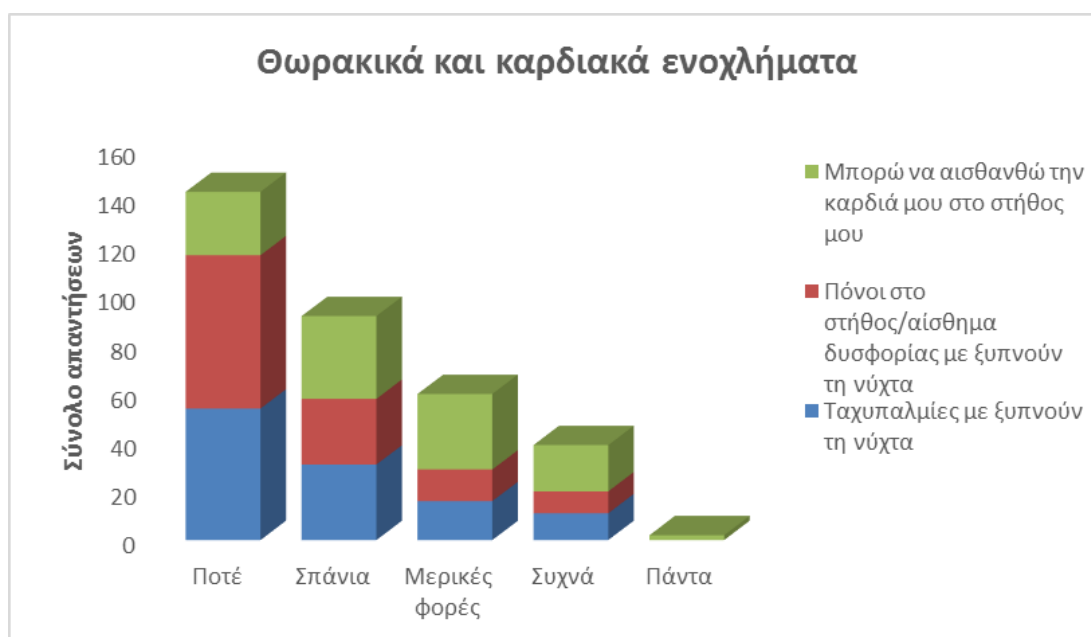
Γράφημα 21 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κατάσταση της γενικής υγείας των εργαζομένων

Συνοψίζοντας, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή των εργαζομένων προσδιορίζεται από την απάντηση πως η υγεία τους είναι εξαιρετική.

5.3 ΑΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (QAC)

5.3.1 Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα

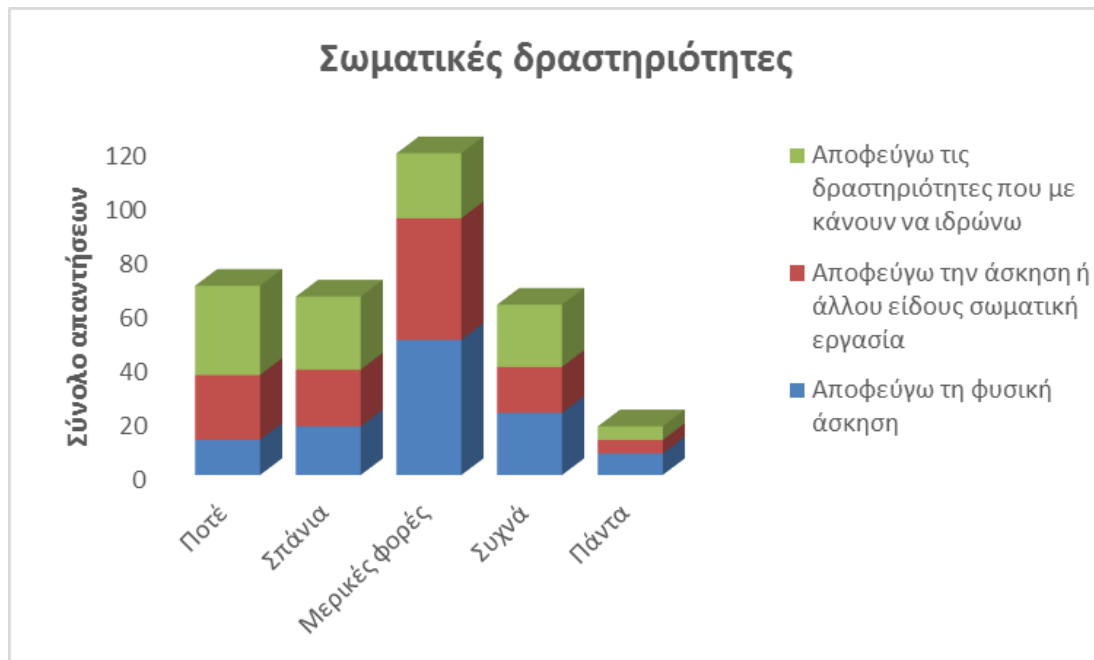
Η κλίμακα μέτρησης του άγχους για τα καρδιακά προβλήματα ανέδειξε πως οι εργαζόμενοι ποτέ δεν ξυπνούν τη νύχτα από ταχυπαλμίες (54 απαντήσεις), ούτε εξαιτίας πόνων στο στήθος ή αίσθημα δυσφορίας (63 απαντήσεις) και σπάνια αισθάνονται την καρδιά τους στο στήθος (34 απαντήσεις) (Γράφημα 22).



Γράφημα 22 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τα καρδιακά προβλήματα

5.3.2 Αποφυγή δραστηριοτήτων

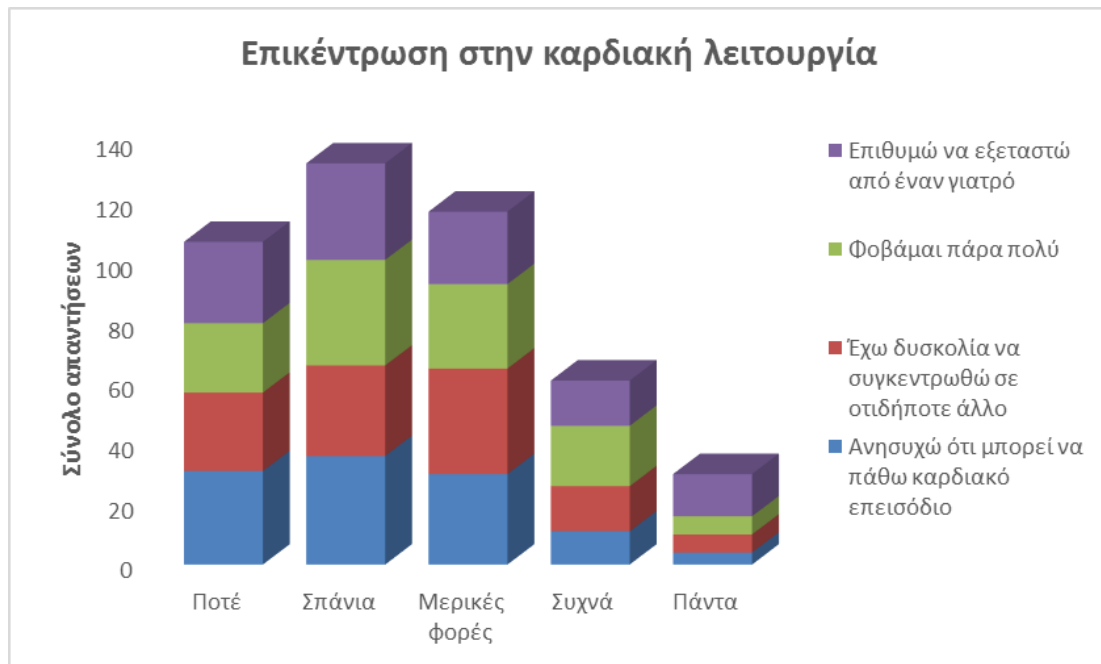
Σχετικά με τις σωματικές δραστηριότητες, οι ερωτηθέντες ανέφεραν πως μερικές φορές αποφεύγουν τη φυσική άσκηση (50 απαντήσεις) και την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία (45 απαντήσεις). Ωστόσο, δεν αποφεύγουν τις δραστηριότητες που τους κάνουν να ιδρώνουν (33 απαντήσεις) (Γράφημα 23).



Γράφημα 23 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις σωματικές δραστηριότητες

5.3.3 Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, όταν έχουν αίσθημα δυσφορίας ή χτυπά έντονα η καρδιά τους, δηλώνουν πως σπάνια ανησυχούν ότι μπορεί να πάθουν καρδιακό επεισόδιο (36 απαντήσεις), μερικές φορές έχουν πρόβλημα να συγκεντρωθούν σε οτιδήποτε άλλο (35 απαντήσεις), σπάνια φοβούνται πάρα πολύ (35 απαντήσεις) και σπάνια επιθυμούν να εξεταστούν από γιατρό (32 απαντήσεις) (Γράφημα 24).



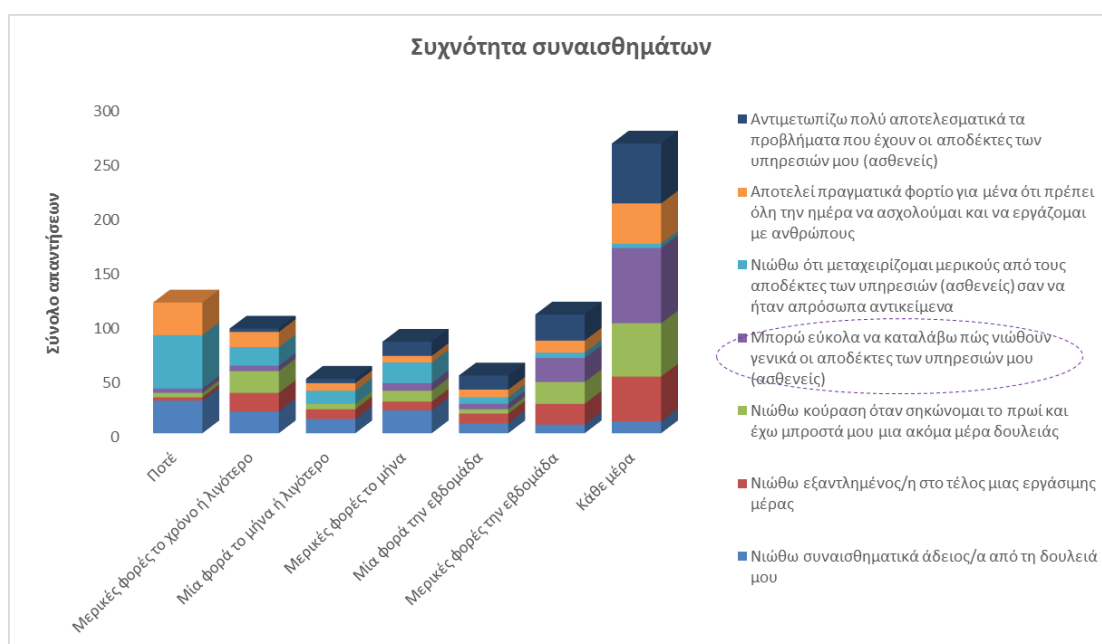
Γράφημα 24 Ραβδόγραμμα συχνότητων για την καρδιακή λειτουργία

Συνοψίζοντας, οι εργαζόμενοι κατά μέσο όρο σπάνια ανησυχούν για θωρακικά και καρδιακά προβλήματα, μερικές φορές αποφεύγουν τις σωματικές δραστηριότητες και σπάνια επικεντρώνονται στην καρδιακή λειτουργία. Καταλήγουμε επομένως στο ότι το άγχος για την καρδιακή λειτουργία είναι πολύ μικρό.

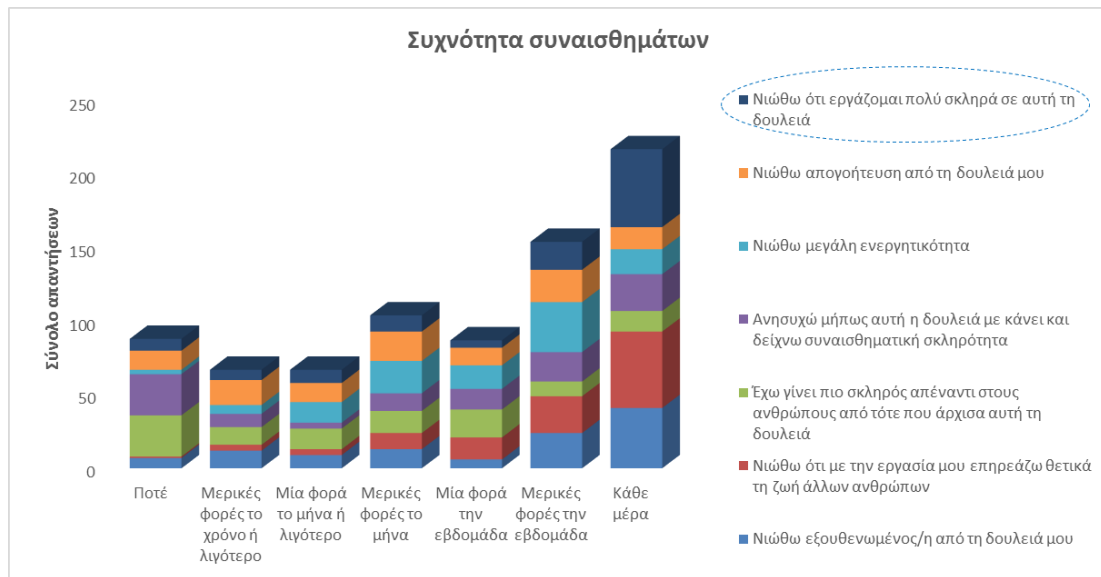
5.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ ΛΟΓΩ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα συναισθήματα που εξετάστηκαν και έχουν ως αιτία την εργασία, εκδηλώνονται όλα σύμφωνα με το μέσο όρο των απαντήσεων, καθημερινά. Σε καθημερινή βάση, τις περισσότερες απαντήσεις συγκεντρώνουν τα συναισθήματα που περιγράφουν ότι μπορούν εύκολα να καταλάβουν πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών τους (ασθενείς) (69 απαντήσεις), ότι αντιμετωπίζουν πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι ασθενείς (55 απαντήσεις) και ότι νιώθουν πως δουλεύουν πολύ σκληρά σε αυτή τη δουλειά (53 απαντήσεις). Μερικές φορές θεωρούν πως μπορούν εύκολα να δημιουργήσουν μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς (35 απαντήσεις), νιώθουν μεγάλη ενεργητικότητα (34 απαντήσεις) και έχουν κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή (32 απαντήσεις).

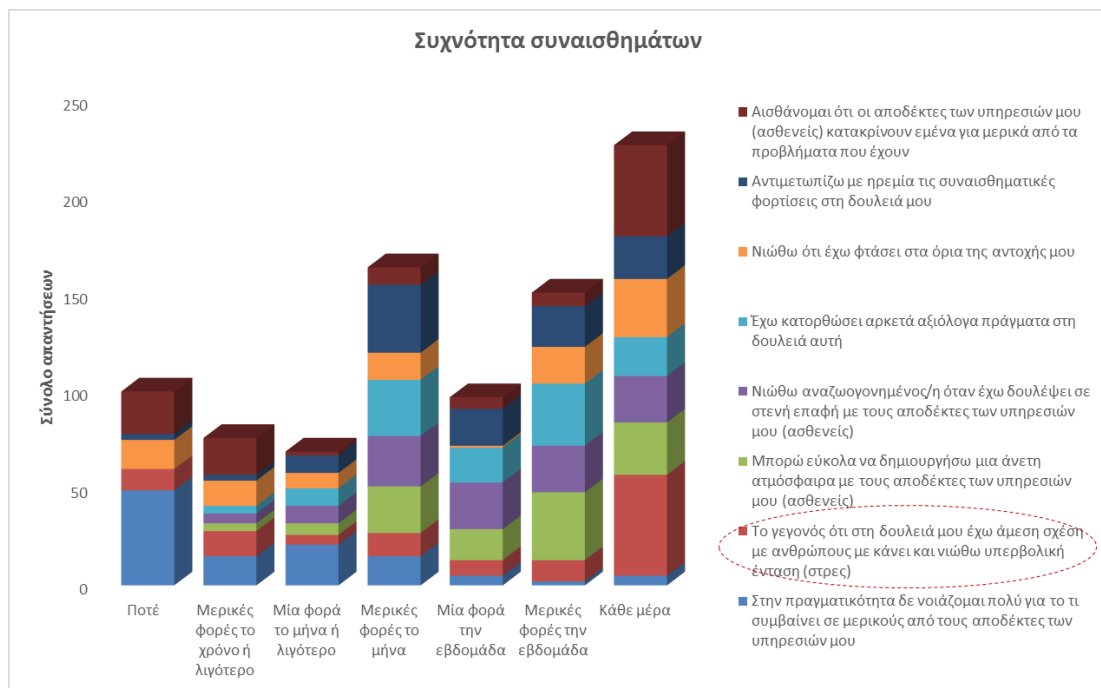
Μια φορά την εβδομάδα, νιώθουν αναζωογονημένοι όταν έχουν δουλέψει σε στενή επαφή με τους ασθενείς (24 απαντήσεις) και μερικές φορές το μήνα αντιμετωπίζουν με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά (35 απαντήσεις). Μια φορά το μήνα ή και λιγότερο θεωρούν πως στην πραγματικότητα δε νοιάζονται πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους ασθενείς (21 απαντήσεις), μερικές φορές το χρόνο ή και λιγότερο νιώθουν συναισθηματικά άδειοι από τη δουλειά τους (20 απαντήσεις) και ποτέ δε νιώθουν ότι μεταχειρίζονται τους ασθενείς σαν απρόσωπα αντικείμενα (49 απαντήσεις) (Γράφημα 25,26,27)



Γράφημα 25 Ραβδόγραμμα συχνότητων για τα συναισθήματα που εκδηλώνονται λόγω εργασίας



Γράφημα 26 Ραβδόγραμμα συχνότητων για τα συναισθήματα που εκδηλώνονται λόγω εργασίας



Γράφημα 27 Ραβδόγραμμα συχνότητων για τα συναισθήματα που εκδηλώνονται λόγω εργασίας

Συνοψίζοντας, τα συναισθήματα που κυρίως και συχνότερα εκφράζονται είναι η ικανότητα της κατανόησης του πώς νιώθουν οι ασθενείς, η αίσθηση της πολύ σκληρής εργασίας και το στρες που δημιουργεί η ενασχόληση με ανθρώπους.

5.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο επεξεργασίας SPSS18.0. Οι τιμές που υπολογίσθηκαν για τις παραπάνω απαντήσεις, συνιστούν ανεξάρτητα δείγματα, ενώ η επιλογή των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων έγινε καθώς όπως προαναφέρθηκε επιχειρούν μία πολυδιάστατη προσέγγιση του θέματος. Ελέγχθηκαν οι δημογραφικοί και κοινωνική παράμετροι: α) Φύλο, β) Ηλικία, γ) Οικογενειακή κατάσταση, δ) Ύπαρξη παιδιών, ε) Αριθμός παιδιών, στ) Σειρά γέννησης εργαζομένου, ι) Τόπος διαμονής, ια) Εργασιακός τομέας, ιβ) Εργασιακή εμπειρία, ιγ) Βάρδιες, ιδ) Κλινική στην οποία εργάζονται οι συμμετέχοντες, ως προς τις μεταβλητές που περιγράφουν την ποιότητα υγείας, το άγχος για την καρδιακή λειτουργία και την ψυχολογική δυσφορία λόγω εργασίας. Στην περίπτωση που ικανοποιούν τις συνθήκες κανονικότητας, εξετάστηκαν με την ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης κατά ένα παράγοντα (One-way ANOVA) για σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Εάν όχι, εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό τεστ (Mann Whitney test). Επιπλέον, υπολογίσθηκαν οι συσχετίσεις με βάση το γραμμικό συντελεστή συσχέτισης Pearson (r). Όλοι οι έλεγχοι στατιστικής σημαντικότητας ήταν διπλής κατεύθυνσης και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 95%.

5.5.1 Εκτίμηση της ποιότητας υγείας (SF 36)

Σημαντικές διαφορές για την ποιότητα υγείας εμφανίστηκαν για όλα τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία, $p_{\text{value}} < 0,05$. Σχετικά με την κλινική στην οποία εργάζονται οι νοσηλευτές, αυτές που στατιστικά διαφέρουν σημαντικά είναι οι: ουρολογική με $p_{\text{value}} = 0,0016$, η καρδιολογική με $p_{\text{value}} = 0,0001$, η μονάδα τεχνητού νεφρού με $p_{\text{value}} = 0,001$, η χειρουργική με $p_{\text{value}} = 0,0001$, η παθολογική με $p_{\text{value}} = 0,0001$, η πνευμονολογική με $p_{\text{value}} = 0,0001$, τα τακτικά με $p_{\text{value}} = 0,0017$, η ΜΕΘ με $p_{\text{value}} = 0,0002$, η Κ.Υ. με $p_{\text{value}} = 0,0026$, η ορθοπαιδική με $p_{\text{value}} = 0,0006$, ο τομεάρχης με $p_{\text{value}} = 0,0235$, η ΤΕΠ με $p_{\text{value}} = 0,0009$ και η ΠΕΔΥ Άρτας με $p_{\text{value}} = 0,0186$. Από τις μεταβλητές που περιγράφουν την ποιότητα ζωής, αυτές που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τα δημογραφικά στοιχεία είναι α) οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας $p_{\text{value}} = 0,02095$, β) ο φυσικός ρόλος $p_{\text{value}} =$

0,0000295, γ) η γενική υγεία $p_{\text{value}} = 0,0000294$, δ) η ζωτικότητα $p_{\text{value}} = 0,00002943$ και ε) ο συναισθηματικός ρόλος $p_{\text{value}} = 0,001148$ (Πίνακας 11).

Ποιότητα υγείας	P value
Φύλο	0.0001
Ηλικία	0.0029
Οικογενειακή κατάσταση	0.0017
Παιδιά	0.0001
Αριθμός παιδιών	0.0001
Σειρά γέννησης εργαζομένου	0.0234
Τόπος διαμονής	0.0001
Εργασιακός τομέας	0.0002
Εργασιακή εμπειρία	0.0001
Βάρδιες	0.019
Κλινική	0.0013

Πίνακας 11 Σημαντικές διαφορές των μεταβλητών που προσδιορίζουν την ποιότητα υγείας

Η συσχέτιση Pearson για τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής στους νοσηλευτές δείχνουν πως πολύ ισχυρή θετική συσχέτιση ($0,75 < r < 1$) παρουσιάζουν οι παράμετροι: ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας, ικανοποίηση από τη θέση εργασίας, οι οικογενειακές υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας, ο φυσικός ρόλος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος, η γενική υγεία. Την πιο ισχυρή θετική συσχέτιση παρουσιάζει το ότι η δουλειά επηρεάζει αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας με $r = 0.96824$, ότι η δουλειά επηρεάζει αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας με $r = 0.96378$ και τα εμπόδια που εμφανίζονται λόγω της κατάστασης της υγείας με $r = 0.96453$. Οι υπόλοιπες παράμετροι φυσική λειτουργία, σωματικός πόνος και κοινωνική λειτουργία

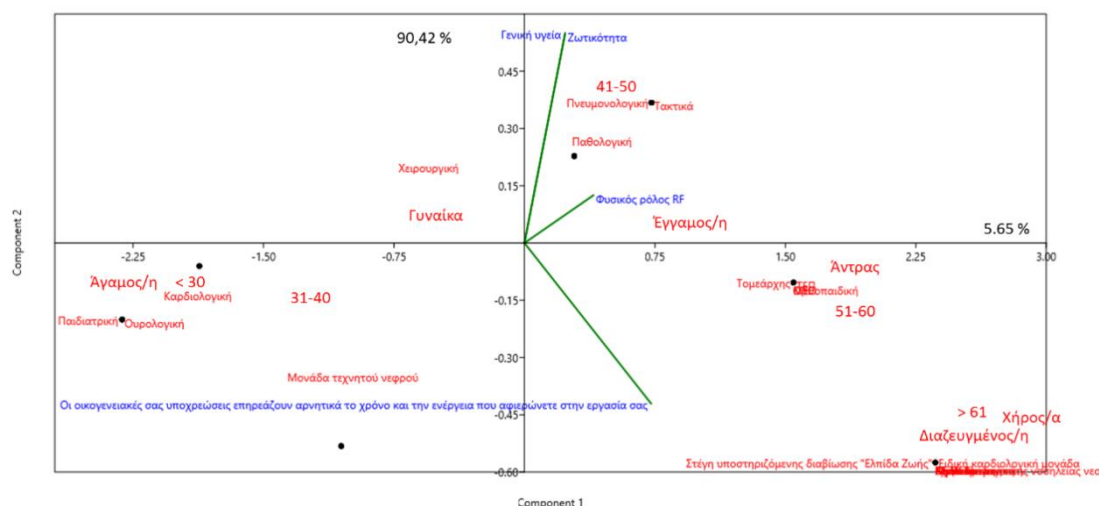
εμφανίζουν πολύ ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την πιο ισχυρή αρνητική να έχει η ψυχολογική φόρτιση ($r = -0.96268$) (Πίνακας 12).

Ποιότητα υγείας	r Pearson
Ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας	0.94166
Ικανοποίηση από τη θέση εργασίας	0.93977
Η δουλειά επηρεάζει αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας	0.96378
Η δουλειά επηρεάζει αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας	0.96824
Οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας	0.96118
Φυσική λειτουργία PF	-0.94295
Σωματικός πόνος BP	-0.91642
Φυσικός ρόλος RF	0.91861
Γενική υγεία	0.82524
Ζωτικότητα	0.82524
Κοινωνική λειτουργία	-0.96138
Συναισθηματικός ρόλος	0.96353
Διανοητική λειτουργία	-0.95034
Ψυχολογική φόρτιση	-0.96268
Εμπόδια	0.96453
Γενική υγεία	0.95524

Πίνακας 12 Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης των ανεξάρτητων μεταβλητών που προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας

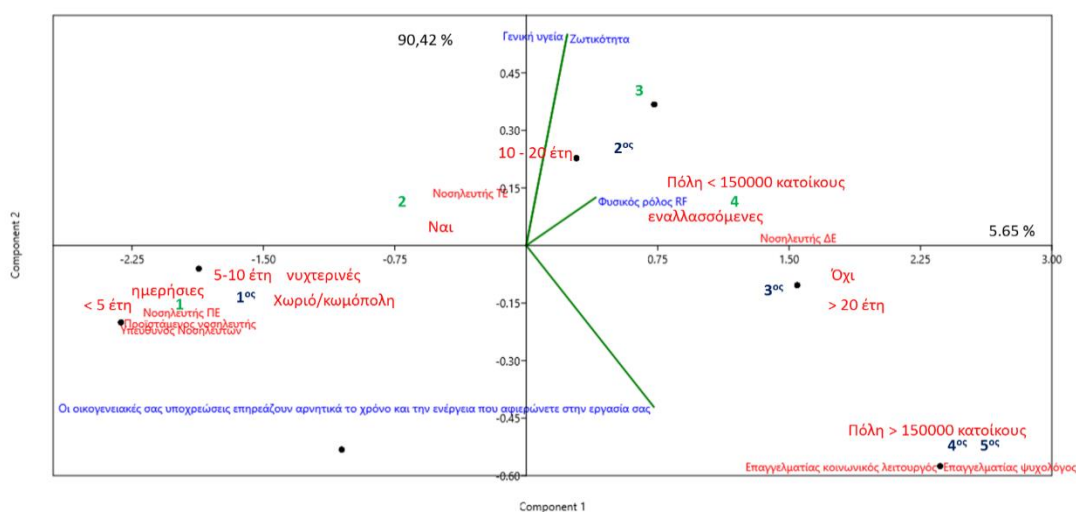
Εξαιτίας των σημαντικών διαφορών που παρατηρήθηκαν, για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κλινική) πραγματοποιήθηκε στη συνέχεια κανονική ανάλυση συντεταγμένων (PCA) για όλες τις κατηγορίες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών (γράφημα 26, 27). Είναι φανερό πως η υφιστάμενη κατάσταση υγείας πιθανότατα (διακύμανση 90,4%) προσδιορίζεται από τους άντρες έγγαμους νοσηλευτές. Η ζωτικότητα, η γενική υγεία και ο φυσικός ρόλος οδηγείται από τους νοσηλευτές που εργάζονται στην παθολογική, την πνευμονολογική και τα τακτικά, και είναι 41-50 ετών. Όσοι

εργάζονται ως τομεάρχες, στην ΤΕΠ και την ορθοπαιδική με ηλικία 51-60 ετών θεωρούν πως οι οικογενειακές υποχρεώσεις ευθύνονται για το λίγο χρόνο και τη μειωμένη ενέργεια που δίνουν στην εργασία τους (γράφημα 28).



Γράφημα 28 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για την κατάσταση υγείας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών

Όμοια εξετάστηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τύπος διαμονής, βάρδιες, έτη προϋπηρεσίας, ύπαρξη παιδιών, αριθμός παιδιών, σειρά γέννησης, εργασιακός τομέας. Οι αλλαγές που παρατηρούνται πιθανότατα (διακύμανση 90,4%) οφείλονται σε νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που διαμένουν σε πόλη με λιγότερο από 150000 κατοίκους και δουλεύουν με εναλλασσόμενες βάρδιες. Η ζωτικότητα, η γενική υγεία και ο φυσικός ρόλος επηρεάζεται από τους νοσηλευτές που εργάζονται 10 έως 20 έτη, έχουν τρία ή τέσσερα παιδιά και είναι δεύτεροι στη σειρά γέννησης. Όσοι εργάζονται περισσότερο από 20 χρόνια, δεν έχουν παιδιά και είναι τρίτοι στη σειρά γέννησης θεωρούν πως οι οικογενειακές υποχρεώσεις ευθύνονται για το λίγο χρόνο και τη μειωμένη ενέργεια που δίνουν στην εργασία τους (γράφημα 29). Αξίζει να σημειωθεί πως οι άντρες ανήκουν στην αριθμητική μειονότητα των νοσηλευτών.



Γράφημα 29 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για την κατάσταση υγείας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών

Η στατιστική ανάλυση στην επισκόπηση της υγείας δείχνει πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά προκαλούν σημαντικές διαφορές στις διάφορες υποκλίμακες. Την πιο ισχυρή θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής παρουσιάζει ο χρόνος που αφιερώνουν στην οικογένεια λόγω φόρτου εργασίας και την πιο ισχυρή αρνητική, η ψυχολογική φόρτιση. Οι αλλαγές προκαλούνται από άντρες, νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που είναι παντρεμένοι, ζουν σε πόλη < 150.000 κατοίκους, δουλεύουν με εναλλασσόμενες βάρδιες περισσότερο από δέκα χρόνια, είναι 41-60 χρονών και εργάζονται στην παθολογική, την πνευμονολογική και τα τακτικά, ως τομεάρχης, στην ΤΕΠ και την ορθοπαιδική.

5.5.2 Άγχος για την καρδιακή λειτουργία

Σημαντικές διαφορές για το άγχος που συνοδεύει την καρδιακή λειτουργία εμφανίστηκαν επίσης για όλα τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία, $p_{\text{value}} < 0,05$. Σχετικά με την κλινική στην οποία εργάζονται οι νοσηλευτές, αυτές που στατιστικά διαφέρουν σημαντικά είναι οι: μονάδα τεχνητού νεφρού με $p_{\text{value}} = 0,0345$, η παθολογική με $p_{\text{value}} = 0,0001$, η πνευμονολογική με $p_{\text{value}} = 0,0001$, η ΜΕΘ με $p_{\text{value}} = 0,0001$, η ορθοπαιδική με $p_{\text{value}} = 0,0003$, η ΤΕΠ με $p_{\text{value}} = 0,0011$. Από τις μεταβλητές που περιγράφουν το άγχος για τη λειτουργία της καρδιάς, αυτές που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τα δημογραφικά στοιχεία είναι α)

Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου $p_{\text{value}} = 0,00431$, β) αποφεύγω τη φυσική άσκηση $p_{\text{value}} = 0,00001249$, γ) αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία $p_{\text{value}} = 0,00002486$, δ) αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω $p_{\text{value}} = 0,002113$, ε) έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο $p_{\text{value}} = 0,0006112$, στ) φοβάμαι πάρα πολύ $p_{\text{value}} = 0,0001199$ και ι) επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό $p_{\text{value}} = 0,00002956$ (Πίνακας 13).

Άγχος για την καρδιακή λειτουργία P value

Φύλο	0.0001
Ηλικία	0.0072
Οικογενειακή κατάσταση	0.0019
Παιδιά	0.0001
Αριθμός παιδιών	0.0001
Σειρά γέννησης εργαζομένου	0.0235
Τόπος διαμονής	0.0001
Εργασιακός τομέας	0.0003
Εργασιακή εμπειρία	0.0001
Βάρδιες	0.0092
Κλινική	0.0011

Πίνακας 13 Σημαντικές διαφορές των μεταβλητών που προσδιορίζουν την ποιότητα υγείας

Η γραμμική συσχέτιση Pearson για τις υποκλίμακες του άγχους για την καρδιακή λειτουργία στους νοσηλευτές δείχνουν πως πολύ ισχυρή θετική συσχέτιση ($0,75 < r < 1$) παρουσιάζουν όλες οι παράμετροι: μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου $r = 0.98$, αποφεύγω τη φυσική άσκηση $r = 0.941$, αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία $r = 0.964$, αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω $r = 0.974$, φοβάμαι πάρα πολύ $r = 0.982$, επιθυμώ να

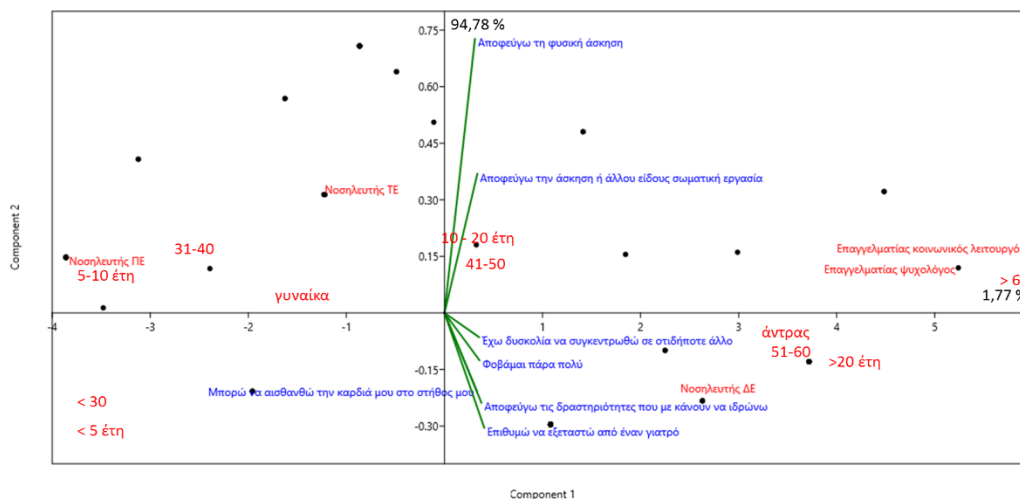
εξεταστώ από έναν γιατρό $r = 0.978$. Την πιο ισχυρή θετική συσχέτιση παρουσιάζει το ότι έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο, με $r = 0.983$ (Πίνακας 14).

Άγχος για την καρδιακή λειτουργία	r Pearson
Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0.9809
Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0.9413
Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0.96416
Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0.97491
Έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0.98355
Φοβάμαι πάρα πολύ	0.98293
Επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0.97894

Πίνακας 14 Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης των ανεξάρτητων μεταβλητών που προσδιορίζουν το άγχος για την καρδιακή λειτουργία

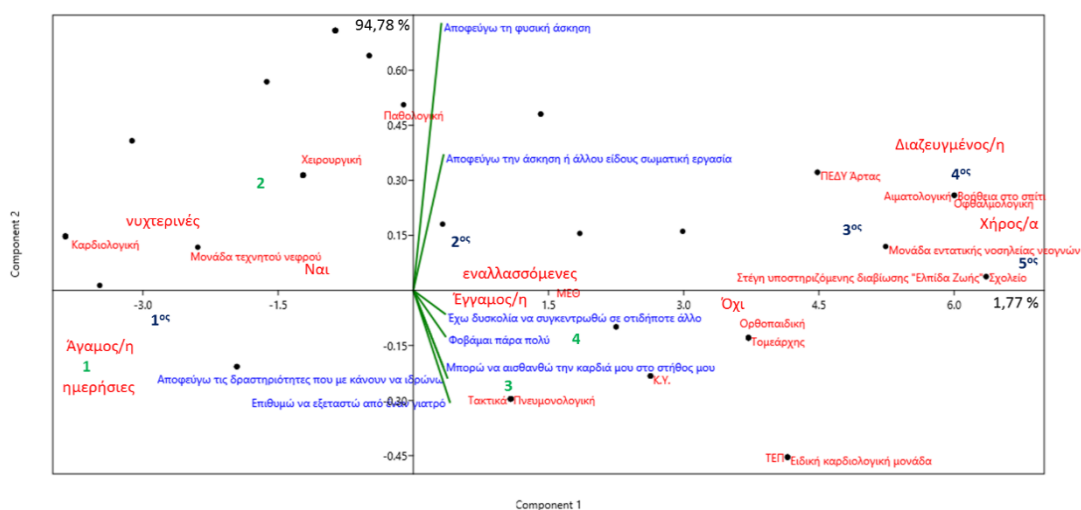
Εξαιτίας των σημαντικών διαφορών που παρατηρήθηκαν, για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακός τομέας) πραγματοποιήθηκε στη συνέχεια κανονική ανάλυση συντεταγμένων (PCA) για όλες τις κατηγορίες που προσδιορίζουν το άγχος για την καρδιακή λειτουργία των νοσηλευτών (γράφημα 30, 31). Είναι φανερό πως το άγχος για τα θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα, οι σωματικές δραστηριότητες και η επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία πιθανότατα (διακύμανση 94,78%) προσδιορίζεται από τους άντρες. Αποφεύγουν τη φυσική άσκηση και την άσκηση ή άλλου είδους σωματικής εργασίας νοσηλευτές που εργάζονται 10 έως 20 έτη, και είναι 41-50 ετών. Οι νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ηλικία 51-60 ετών και με προϋπηρεσία άνω των 20 ετών έχουν δυσκολία να συγκεντρωθούν σε οτιδήποτε άλλο, φοβούνται

πάρα πολύ, αποφεύγουν τις δραστηριότητες που τους κάνουν να ιδρώνουν, μπορούν να αισθανθούν την καρδιά στο στήθος τους και επιθυμούν να εξεταστούν από γιατρό (γράφημα 30).



Γράφημα 30 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για το άγχος για την καρδιακή λειτουργία και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών

Όμοια εξετάστηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τύπος διαμονής, βάρδιες, έτη προϋπηρεσίας, ύπαρξη παιδιών, αριθμός παιδιών, σειρά γέννησης, κλινική. Οι αλλαγές που παρατηρούνται πιθανότατα (διακύμανση 94,78%) οφείλονται σε νοσηλευτές που δουλεύουν με εναλλασσόμενες βάρδιες και είναι έγγαμοι. Αποφεύγουν τη φυσική άσκηση και την άσκηση ή άλλου είδους σωματικής εργασίας νοσηλευτές που εργάζονται στην παθολογική και είναι δευτερότοκοι. Όσοι εργάζονται στη ΜΕΘ, τα τακτικά και την πνευμονολογική, έχουν τρία ή τέσσερα παιδιά έχουν δυσκολία να συγκεντρωθούν σε οτιδήποτε άλλο, φοβούνται πάρα πολύ, αποφεύγουν τις δραστηριότητες που τους κάνουν να ιδρώνουν, μπορούν να αισθανθούν την καρδιά στο στήθος τους και επιθυμούν να εξεταστούν από γιατρό (γράφημα 31).



Γράφημα 31 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για το άγχος για την καρδιακή λειτουργία και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών

Η στατιστική ανάλυση στο άγχος για την καρδιακή λειτουργία δείχνει πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά προκαλούν σημαντικές διαφορές στις διάφορες υποκλίμακες. Την πιο ισχυρή θετική συσχέτιση με το άγχος, παρουσιάζει η δυσκολία συγκέντρωσης. Η αιτία για τα θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα, την άσκηση σωματικών δραστηριοτήτων και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία προσδιορίζεται από τους άντρες νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που είναι παντρεμένοι, ζουν σε πόλη < 150.000 κατοίκους, δουλεύουν με εναλλασσόμενες βάρδιες δέκα με είκοσι χρόνια, είναι 41-50 χρονών και εργάζονται στην παθολογική, την πνευμονολογική και τα τακτικά και την ΜΕΘ.

5.5.3 Συναισθήματα λόγω εργασίας

Σημαντικές διαφορές για τα συναισθήματα που δηλώνουν την ψυχολογική φόρτιση στο χώρο εργασίας εμφανίστηκαν επίσης για όλα τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία, $p_{value} < 0,05$. Σχετικά με την κλινική στην οποία εργάζονται οι νοσηλευτές, αυτές που στατιστικά διαφέρουν σημαντικά είναι οι: ουρολογική με $p_{value} = 0,0005$, η καρδιολογική με $p_{value} = 0,0001$, η μονάδα τεχνητού νεφρού με $p_{value} = 0,0007$, η χειρουργική με $p_{value} = 0,0001$, η παθολογική με $p_{value} = 0,0001$, η πνευμονολογική με $p_{value} = 0,0001$, τα τακτικά με $p_{value} = 0,0021$, η ΜΕΘ με $p_{value} = 0,0001$, η Κ.Υ. με $p_{value} = 0,0029$, η ορθοπαιδική με $p_{value} = 0,001$, ο τομέαρχης με

$p_{\text{value}} = 0,00226$ και η ΤΕΠ με $p_{\text{value}} = 0,0007$. Από τις μεταβλητές που περιγράφουν την ψυχολογική φόρτιση λόγω εργασίας, αυτές που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τα δημογραφικά στοιχεία είναι α) Νιώθω εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας με $p_{\text{value}} = 0,01501$, β) Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς με $p_{\text{value}} = 0,01501$, γ) Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) με $p_{\text{value}} = 0,01501$, δ) Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) με $p_{\text{value}} = 0,01501$, ε) Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου με $p_{\text{value}} = 0,01501$, στ) Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων με $p_{\text{value}} = 0,01501$, ι) Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα με $p_{\text{value}} = 0,01501$, ια) Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες) με $p_{\text{value}} = 0,01501$ και ιβ) Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σε αυτή τη δουλειά με $p_{\text{value}} = 0,01501$ (Πίνακας 15).

Ψυχολογική φόρτιση	P value
Φύλο	0.0001
Ηλικία	0.0097
Οικογενειακή κατάσταση	0.002
Παιδιά	0.0001
Αριθμός παιδιών	0.0003
Σειρά γέννησης εργαζομένου	0.00205
Τόπος διαμονής	0.0001
Εργασιακός τομέας	0.0012
Εργασιακή εμπειρία	0.0001
Βάρδιες	0.0353
Κλινική	0.0001

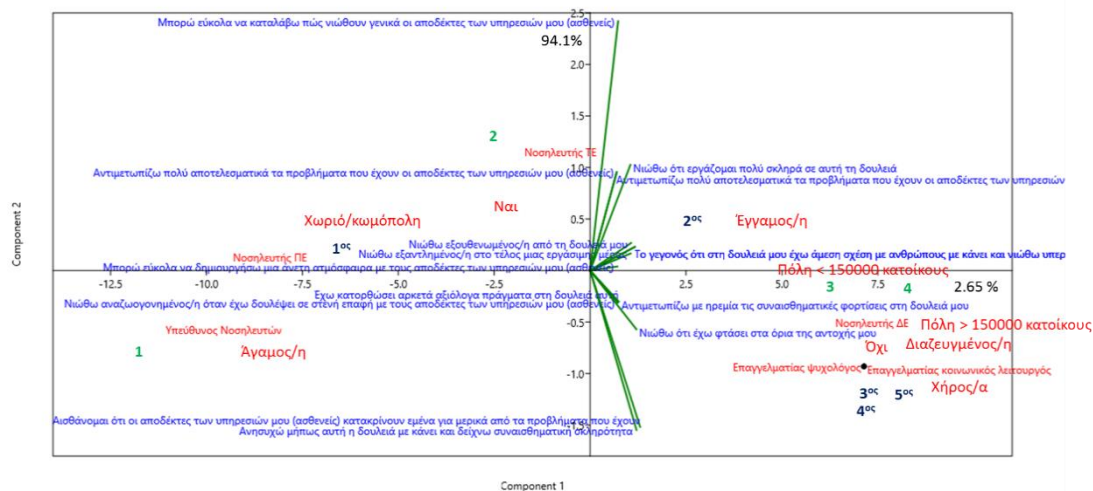
Πίνακας 15 Σημαντικές διαφορές των μεταβλητών που προσδιορίζουν την ψυχολογική φόρτιση

Η γραμμική συσχέτιση Pearson για τις υποκλίμακες της ψυχολογικής φόρτισης δείχνουν πως πολύ ισχυρή θετική συσχέτιση ($0,75 < r < 1$) παρουσιάζουν όλες οι παράμετροι. Την πιο ισχυρή θετική συσχέτιση παρουσιάζουν τα συναισθήματα: νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου, με $r = 0.9806$, νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου και ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα με $r = 0.9788$ αντίστοιχα (Πίνακας 16).

Ψυχολογική φόρτιση	r Pearson
Νιώθω συναισθηματικά άδειος/α από τη δουλειά μου	0.9228
Νιώθω εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας	0.97398
Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς	0.96788
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)	0.83289
Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	0.846
Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους	0.96108
Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)	0.94143
Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	0.97855
Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων	0.9384
Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	0.96015
Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα	0.97885
Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες)	0.9741
Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου	0.97885
Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σε αυτή τη δουλειά	0.95674
Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου	0.83724
Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες)	0.9741
Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)	0.97162
Νιώθω αναζωογονημένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)	0.97138
Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή	0.97241
Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου	0.98059
Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου	0.95068
Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν	0.96934

Πίνακας 16 Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης των ανεξάρτητων μεταβλητών που προσδιορίζουν την ψυχολογική φόρτιση

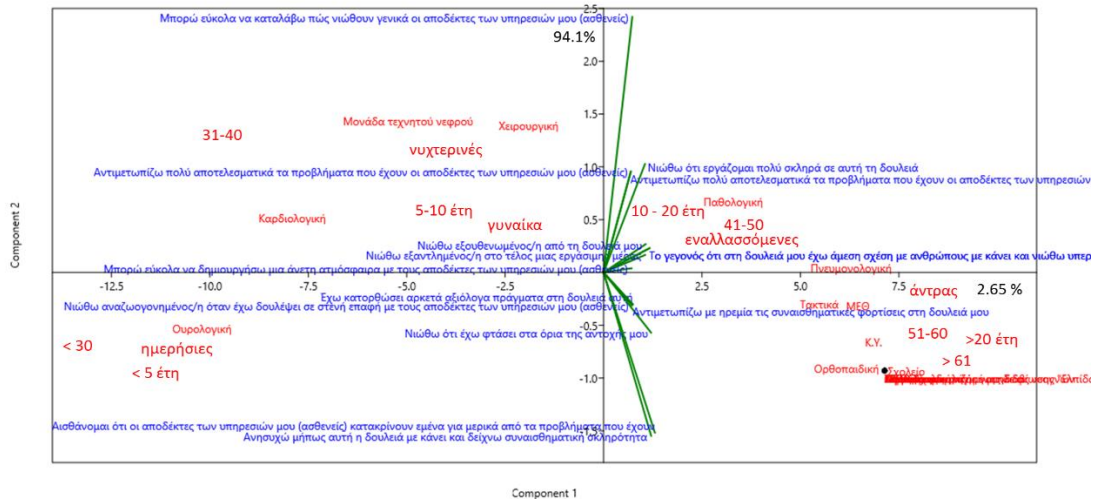
Εξαιτίας των σημαντικών διαφορών που παρατηρήθηκαν, για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά (ύπαρξη παιδιών, αριθμός παιδιών, σειρά γέννησης, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακός τομέας, τόπος διαμονής) πραγματοποιήθηκε στη συνέχεια κανονική ανάλυση συντεταγμένων (PCA) για όλες τις κατηγορίες που προσδιορίζουν την ψυχολογική φόρτιση των νοσηλευτών (γράφημα 32, 33). Είναι φανερό πως τα συναισθήματα που εκφράζονται πιθανότατα (διακύμανση 94,1%) οδηγούνται από έγγαμους νοσηλευτές, που εργάζονται με εναλλασσόμενες βάρδιες και μένουν σε πόλη με λιγότερο από 150000 κατοίκους. Οι νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης μπορούν εύκολα να αντιληφθούν πώς αισθάνονται οι ασθενείς τους, αντιμετωπίζουν πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματά τους, αλλά αισθάνονται στρες επειδή εργάζονται με ανθρώπους και νιώθουν πως δουλεύουν πολύ σκληρά, είναι εξουθενωμένοι και εξαντλημένοι στο τέλος της ημέρας. Οι επαγγελματίες που δεν έχουν παιδιά, αντιμετωπίζουν με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά, αλλά νιώθουν ότι έχουν φτάσει στα όρια της αντοχής τους (γράφημα 32).



Γράφημα 32 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για τα συναισθήματα που εκφράζονται λόγω εργασίας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών

Όμοια εξετάστηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φύλο, βάρδιες, έτη προϋπηρεσίας, ηλικία, κλινική. Οι αλλαγές που παρατηρούνται πιθανότατα (διακύμανση 94,1%) οφείλονται σε νοσηλευτές που δουλεύουν στην παθολογική ή την πνευμονολογική με εναλλασσόμενες βάρδιες. Έτσι οι εργαζόμενοι για 10-20 χρόνια που είναι ηλικίας 41-50 ετών, μπορούν να καταλάβουν πώς νιώθουν οι ασθενείς, να δημιουργήσουν ένα άνετο κλίμα και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά

τους, αλλά νιώθουν ότι εργάζονται πολύ σκληρά, είναι εξουθενωμένοι και εξαντλημένοι στο τέλος της ημέρας (γράφημα 33).



Γράφημα 33 Κανονική ανάλυση συντεταγμένων για τα συναισθήματα που εκφράζονται λόγω εργασίας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών

Η στατιστική ανάλυση για την ψυχολογική φόρτιση δείχνει πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά προκαλούν σημαντικές διαφορές στις διάφορες υποκλίμακες. Την πιο ισχυρή θετική συσχέτιση με την ψυχολογική φόρτιση, παρουσιάζει το συναίσθημα πως οι εργαζόμενοι έχουν φτάσει στα όρια της αντοχής τους. Η αιτία για τα συναισθήματα που εκδηλώνονται εξαιτίας της εργασίας προσδιορίζεται από τους άντρες νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης, που είναι παντρεμένοι, ζουν σε πόλη < 150.000 κατοίκους, δουλεύουν με εναλλασσόμενες βάρδιες δέκα με είκοσι χρόνια, είναι 41-50 χρονών και εργάζονται στην παθολογική ή την πνευμονολογική κλινική.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το εργασιακό άγχος λόγω των συνθηκών εργασίας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα συχνό φαινόμενο, με επιπτώσεις στην καλή λειτουργία και αποτελεσματικότητά του. Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν η ποιότητα ζωής (σωματική, συναισθηματική, ψυχολογική) των νοσηλευτών και να συσχετιστεί με το άγχος και την ψυχολογική φόρτιση που εκδηλώνουν, μέσα από την καταγραφή των απόψεών τους.

Η παρούσα εργασία εξέτασε 4 ερευνητικές υποθέσεις ως προς την ισχύ τους και 4 ερευνητικά ερωτήματα στην περιοχή της Ηπείρου και συγκεκριμένα στο νομό Άρτας. Συνολικά συγκεντρώθηκαν 112 απαντήσεις από νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις πως οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία έχουν αρκετά καλή κατάσταση υγείας αν και βιώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής φόρτισης (1^η ερευνητική υπόθεση). Το επαγγελματικό άγχος των εργαζομένων σε ιδρύματα υγειονομικής φροντίδας δημιουργεί άγχος που σωματοποιείται και επηρεάζει τη λειτουργία της καρδιάς αλλά (2^η ερευνητική υπόθεση). Η ψυχολογική φόρτιση των νοσηλευτών επηρεάζει την εργασία και την υγεία τους (3^η ερευνητική υπόθεση). Τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων συσχετίζονται με τη γενική κατάσταση υγείας τους (4^η ερευνητική υπόθεση).

Όσον αφορά τα ερευνητικά ερωτήματα που εξετάσαμε, οι νοσηλευτές παρουσιάζουν:

1. Εξαιρετική ποιότητα υγείας.
2. Το εργασιακό άγχος επιδρά σε μικρό βαθμό στην καρδιακή λειτουργία.
3. Η ψυχολογική δυσφορία που προκαλεί η εργασία στο νοσοκομείο τους κάνει να θεωρούν πως φτάνουν στα όριά τους, γεγονός που όμως δικαιολογείται με τη δεδομένη κατάσταση της οικονομικής ύφεσης και τις μειωμένες απολαβές και προσλήψεις στο χώρο της υγείας σε συνδυασμό με την κρίση της πανδημίας που μαστίζει τη χώρα μας, ανεξάρτητα των άλλων οργανωτικών και λειτουργικών προβλημάτων που εμφανίζονται στο συγκεκριμένο χώρο.

4. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τα αποτελέσματα για όλες τις κατηγορίες που προσδιορίζουν τη γενική ποιότητα υγείας των εργαζομένων.

Συμπεραίνουμε πως, οι νοσηλευτές δεν έχουν άγχος, η ποιότητα ζωής τους είναι εξαιρετική, εργάζονται πολύ σκληρά, έχουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής φόρτισης αλλά είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα εργασίας τους. Για τις τρεις κατηγορίες (εκτίμηση της ποιότητας υγείας, άγχος για την καρδιακή λειτουργία και ψυχολογική φόρτιση) σημαντικές διαφορές εμφανίζονται για όλα τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία. Πολύ ισχυρά θετικά με την κατάσταση υγείας συσχετίζεται ο χρόνος που αφιερώνεται στην οικογένεια λόγω εργασίας και πολύ ισχυρά αρνητικά συσχετίζεται η ψυχολογική φόρτιση. Με το άγχος για την καρδιακή λειτουργία πολύ ισχυρά θετικά συσχετίζεται η δυσκολία συγκέντρωσης και με την ψυχολογική φόρτιση, το συναίσθημα πως έχουν φτάσει στα όρια της αντοχής τους.

Οι αλλαγές στην ποιότητα υγείας προκαλούνται από άντρες, νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που είναι παντρεμένοι, ζουν σε πόλη < 150.000 κατοίκους, δουλεύουν με εναλλασσόμενες βάρδιες περισσότερο από δέκα χρόνια, είναι 41-60 χρονών και εργάζονται στην παθολογική, την πνευμονολογική και τα τακτικά, ως τομεάρχες, στην ΤΕΠ και την ορθοπαιδική. Η αιτία για τα θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα, την άσκηση σωματικών δραστηριοτήτων και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία προσδιορίζεται από τους άντρες νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που είναι παντρεμένοι, ζουν σε πόλη < 150.000 κατοίκους, δουλεύουν με εναλλασσόμενες βάρδιες δέκα με είκοσι χρόνια, είναι 41-50 χρονών και εργάζονται στην παθολογική, την πνευμονολογική και τα τακτικά και την ΜΕΘ. Η αιτία για τα συναισθήματα που εκδηλώνονται εξαιτίας της εργασίας προσδιορίζεται από τους άντρες νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης, που είναι παντρεμένοι, ζουν σε πόλη < 150.000 κατοίκους, δουλεύουν με εναλλασσόμενες βάρδιες δέκα με είκοσι χρόνια, είναι 41-50 χρονών και εργάζονται στην παθολογική, ή την πνευμονολογική κλινική.

Τα ευρήματα της έρευνας δε συμφωνούν σε ένα βασικό σημείο με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, όπως αναφέρθηκαν στα πρώτα κεφάλαια της εργασίας. Όσον αφορά τη σωματική υγεία, τα αποτελέσματα άλλων ερευνών επιβεβαιώνουν τα βιβλιογραφικά στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία το εργασιακό άγχος σχετίζεται με πολλά προβλήματα σωματικής υγείας, όπως ημικρανίες, μυϊκό πόνο

στην πλάτη και στις αρθρώσεις (Wilson, 2001), μακροχρόνιες σωματικές ασθένειες, υπέρταση (de Gaudemaris, et al., 2011), σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και έλκος του δωδεκαδακτύλου (Mönnikes et al., 2001) και ασθένειες του ανοσοποιητικού και ενδοκρινικού συστήματος (Chandola et al., 2006). Επίσης το εργασιακό άγχος σχετίζεται με προβλήματα ψυχικής υγείας (Olofsson et al., 2003; Tennant, 2001). Σε συναισθηματικό επίπεδο, το εργασιακό άγχος έχει συσχετιστεί με άγχος, δυσθυμία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και αισθήματα ανεπάρκειας, ενώ σε πολλές περιπτώσεις έχει αναγνωριστεί όλο και περισσότερο ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ήπια ψυχιατρική νοσηρότητα (Stathoroulou et al., 2011; Mealer et al., 2007; Collins & Long, 2003). Ταυτόχρονα, το υπερβολικό εργασιακό άγχος έχει αρνητική συνέπεια στην ψυχολογική ευημερία των υπαλλήλων του νοσοκομείου (συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορικών, συναισθηματικών και των επιπέδων σωματικής υγείας), μειώνοντας την αποτελεσματικότητα της εργασίας τους (Sarafis et al., 2016).

Στην παρούσα έρευνα οι νοσηλευτές δηλώνουν εξαιρετική ποιότητα υγείας και μικρά επίπεδα άγχους γεγονός που αν και δεν ταυτίζεται με τις άλλες έρευνες, υποστηρίζει τα ίδια αποτελέσματα. Επιπλέον έχει αναφερθεί πως η ειδικότητα και ο τομέας εργασίας είναι ανεξάρτητοι παράγοντες πρόβλεψης που σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Ωστόσο αυτό δε συμφωνεί με τα δικά μας αποτελέσματα όπου δείξαμε πως τα συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά επιδρούν σημαντικά και δικαιολογούν και τις τρεις κλίμακες που προσδιορίζουν τη γενική ποιότητα υγείας.

Η παρούσα εργασία, παρά το γεγονός ότι το δείγμα των νοσηλευτών του Νομού Άρτας ήταν αντιπροσωπευτικό, θα μπορούσε να διερευνηθεί και σε άλλες περιοχές που θα προσφέρουν παραπάνω ερευνητικά δεδομένα. Ενδιαφέρον θα είχε, με στόχο την αναζήτηση πιο αξιόπιστων συμπερασμάτων και, στην περίπτωση που διαθέταμε τον κατάλληλο χρόνο, ο συνδυασμός ερωτηματολογίου και συνεντεύξεων. Επιπλέον, η ίδια εργασία θα μπορούσε να επεκταθεί σε επίπεδο διοίκησης καθώς και να συμπεριλάβει τις απόψεις των διευθυντών για να γίνει μια συγκριτική μελέτη των απαντήσεων και από τις δύο πλευρές (νοσηλευτές-διευθυντές). Θα άξιζε να διερευνηθεί περισσότερο, η σχέση της ποιότητας ζωής, το επαγγελματικό άγχος και η συναισθηματική φόρτιση με θέματα που σχετίζονται με την κοινωνική κατάσταση που υπάρχει στη συγκεκριμένη εποχή και την περιοχή που διεξάγεται η έρευνα. Έτσι, εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, θα μπορούσε να γίνει εμβάθυνση σε

συγκεκριμένα προβλήματα ώστε να εξετασθούν οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισής τους.

Ολοκληρώνοντας την εργασία και λαμβάνοντας υπόψη τα συμπεράσματα που προέκυψαν μπορούμε να διατυπώσουμε τις παρακάτω προτάσεις για τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και την καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χωρίς τη μείωση της δέσμευσης στο καθήκον που είναι η ποιότητα στην εκπαιδευτική διαδικασία:

1. *Επιμόρφωση νοσηλευτών*

Η ικανότητα των νοσηλευτών να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις και το άγχος από την εργασία μπορεί να βελτιωθεί με συγκεκριμένη επαγγελματική εκπαίδευση στην υγεία και ειδικά προγράμματα κατάρτισης που βελτιώνουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους. Όσον αφορά το περιεχόμενό τους, θα πρέπει να σχετίζονται με τη μείωση του στρες, να στοχεύουν στην ατομική ανταπόκριση για την τροποποίηση του στρες και να εφαρμόζονται παρεμβάσεις για την ειδική βοήθεια σε όσους αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα στρες (Galbraith, Brown, 2011). Όσον αφορά την κατεύθυνσή τους, πρέπει να βασίζονται τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο (Galbraith & Brown, 2011).

2. *Σαφή και καθορισμένα καθήκοντα και αρμοδιότητες*

Η σαφής περιγραφή των θέσεων εργασίας και των καθηκόντων κάθε θέσης στην κάθε κλινική είναι ιδιαίτερα σημαντική. Όταν ο κάθε νοσηλευτής γνωρίζει ότι τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητές του ορίζονται επίσημα και με ακρίβεια, μειώνεται η πιθανότητα εμπλοκής του ενός επαγγελματία στην εργασία του άλλου και η αναζήτηση ευθυνών σε λάθος άτομα, ενώ διευκολύνεται και ο έλεγχος της επαρκούς εκτέλεσης καθηκόντων.

3. *Δημιουργία εργαστηρίων που στοχεύουν στη διευκόλυνση και τη λεκτική διάθεση των συναισθημάτων, την ομαλοποίηση της εμπειρίας, τη διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης, την επίλυση συγκρούσεων και τη θετική επανεκτίμηση μπορούν να βοηθήσουν τόσο στην τροποποίηση των αντιδράσεων στο άγχος όσο και στην αντιμετώπιση του άγχους*

(Galbraith & Brown, 2011; Ko & Kiser-Larson, 2016; Edwards & Burnard, 2003; McVicar, 2003; Payne, 2001). Μέσα από τα παραπάνω καθήκοντα και διαδικασίες, από τη μια πλευρά οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να διδαχθούν τρόπους για να διακρίνουν τη θετική πλευρά των δύσκολων καταστάσεων και από την άλλη μπορεί να βοηθηθούν να ανακαλύψουν αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες σε ατομικό επίπεδο (Burnard, 2003; Payne, 2001).

4. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις σε θεσμικό και οργανωτικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένης της πρόσθετης υποστήριξης με επόπτες, οι πολιτικές αναγνώρισης προσωπικού και η παροχή περισσότερων διαλειμμάτων, μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμες για τη δημιουργία πιο υποστηρικτικών εργασιακών περιβαλλόντων, αποτρέποντας το άγχος σε αρχικό επίπεδο (Galbraith & Brown, 2011; Ko & Kiser-Larson, 2016; Edwards & Burnard, 2003; McVicar, 2003; Payne, 2001).

Για την επιτυχή έκβαση όλων των παραπάνω, πρωταγωνιστικός είναι ο ρόλος της διοίκησης/ηγεσίας και πιο συγκεκριμένα τρόπος διοίκησης του διευθυντή της υγειονομικής μονάδας. Ο διευθυντής είναι ο κύριος υπεύθυνος της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων στο κάθε νοσοκομείο και ο πλέον αρμόδιος για να προωθήσει το πνεύμα συνεργασίας και αλληλοσεβασμού μεταξύ των νοσηλευτών, των επαγγελματιών και όλων των συμμετεχόντων στην υγειονομική μονάδα ώστε να διαχειρίζονται οι τυχόν δυσκολίες και να επιτυγχάνεται η δημιουργία θετικού κλίματος στο νοσοκομείο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Μικτή Εθνική Επιτροπή Πρόληψης, Ανίχνευσης, Αξιολόγησης, Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, National Institutes of Health (U.S.), National Heart, Lung, & National High Blood Pressure Education Program, 1997).

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Ahmed, M.R., Ahmad. Khalil, Malek, (2016). Relationship between job stressors and organizational support among Jordanian nurses. *American Journal of Nursing*, 4(3); 51-55.

Aiken, L.H.; Clarke, S.P.; Sloane, D.M.; Sochalski, J.; Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288, 1987–1993.

Akbari M, Momeni KH, Hossini H, Karami S. (2013). The role of personality traits and resiliency in prediction of nurses'psychological well-being. *International Journal of Behavioral Sciences*, 7(4); 307-313.persian.

Archibald, C. (2006). Job satisfaction among neonatal nurses. *Paediatr. Nurs.*, 32, 176–179.

Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). *Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 110–115.

Atkinson W. (2004). Stress: risk management's most serious challenge? *Risk Manage.* 2004;51:20–4.

Ayed, A., Eqtaït F., Basheer M., Aqel, M. (2014). Nassar Do'aa, Omary M. Exploring the Work Related Stress Sources and Its Effect among the Palestinian Nurses at the Governmental Hospitals. *J Educ. Pract.*; 5(21); 100-110.

Bailey RD. (1985). *Coping with stress in caring*. Oxford: Blackwell.

Bakker AB, Demerouti E. (2007). The job demand–resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*; 22:309–28.

- Bakker AB, Geurts SAE. (2004). Toward a dual-process model of work–family interference. *Journal of Work and Occupations*; 31:345–66.
- Bjorvatn, B., Dale, S., Hogstad-Erikstein, R., Fiske, E., Pallesen, S., & Waage, S. (2012). Self-reported sleep and health among Norwegian hospital nurses in intensive care units. *Nursing in critical care*, 17(4), 180-188.
- Bøggild, H. (2009). Settling the question - the next review on shift work and heart disease in 2019. *Scand J Work Environ Health.*; 35(3):157–161.
- Buchvold, H.V., Pallesen, S., Øyane, N.M., Bjorvatn, B. (2015). Associations between night work and BMI, alcohol, smoking, caffeine and exercise-a cross-sectional study. *BMC Public Health.*; 15:1112.
- Burbeck R, Coomber S, Robinson SM, Todd C. (2002). Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: A national survey of levels of stress at work. *Emerg. Med. J.*;19:234-8.
- Burch, J.B., Tom, J., Zhai, Y., Criswell, L., Leo, E., Ogoussan, K. (2009). Shiftwork impacts and adaptation among health care workers. *Occup Med (Lond.)*; 59(3):159–166.
- Burdalak, W., Bukowska, A., Krysicka, J., Peplowska, B. (2012). Night work and health status of nurses and midwives. Cross-sectional study. *Med Pr.*; 63(5):517–529.
- Cannon, W.B. (1939). A law of denervation. *Amer. J. Med. Sci.* 198, 737–749.
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage*; Appleton-Century-Crofts: New York, NY, USA.
- Chandola, T., Brunner, E., & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *Bmj*, 332(7540), 521-525.
- Chandola, T., Brunner, E., & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *Bmj*, 332(7540), 521-525.
- Chang EC, Tugade MM, Asakawa K. (2006). Stress and coping among Asian Americans: Lazarus and Folkman's model and beyond. In: Wong PT, Wong LC, editors. *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2006.
- Chayu, T., & Kreitler, S. (2011). Burnout in Nephrology Nurses In Israel. *Nephrology Nursing Journal*, 38(1).

- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers—a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(4), 417-424.
- Cooper CL, Cooper RD, Eaker LH. (1988). Living with stress. Harmondsworth: Penguin; 1988.
- Cooper, C.L.; Dewe, P.J.; O'Driscoll, M.P. (2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*; Sage: Thousand Oaks, CA, USA.
- Cronin-Stubbs D, Brophy EB. (1985). Burnout: Can social support save the psychiatric nurses? *J Psychosoc Nurs Mental Health Serv.*;23:8-13.
- Davey, A., Bansal, R., Sharma, P., Davey, S., Shukla, A., & Shrivastava, K. (2014). *Occupational stress among staff nurses: Controlling the risk to health. Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 18(2), 52.
- De Cieri, H., Shea, T., Cooper, B., & Oldenburg, B. (2019). Effects of Work-Related Stressors and Mindfulness on Mental and Physical Health Among Australian Nurses and Healthcare Workers. *Journal of Nursing Scholarship*. 51(5):580-589.
- de Gaudemaris, R., Levant, A., Ehlinger, V., Hérin, F., Lepage, B., Soulat, J. M., ... & Lang, T. (2011). Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 104(2), 97-103.
- d'Errico, A., & Costa, G. (2012). Socio-demographic and work-related risk factors for medium-and long-term sickness absence among Italian workers. *The European Journal of Public Health*, 22(5), 683-688.
- Doherty N, Tyson S. (1998). Mental well-being in the workplace: A resource park for management, training and development. Sudbury: HSE Books; 1998.
- Edward, K.L., Ousey, K., Warelow, P., Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs*. 23(12):653–9.
- Edwards D, Burnard P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *J Adv Nurs*.;42(2):169–200.
- El-Sayed S.H, El-Zeiny H. H. A., Adeyemo D.A. (2014). Relationship between occupational stress, emotional intelligence, and self-efficacy among faculty members in faculty of nursing Zagazig University, Egypt. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014; 4(4); 183-194

- Faraji, O., Valiee, S., Moridi, G., Ramazani, A.A., Rezaei, Farimani, M. (2012). Relationship between job characteristic and job stress in nurses of Kurdistn University of medical Sciences educational hospitals. *Nursing research*. 7(25); 54-63.persian.
- Farhadi, M., Khalkhali, H.R., Hemmati Maslakpak, M. (2014). Job stressors in critical care nurses. *The journal of urmia nursing and midwifery faculty*, 11(11); 875-883.persian.
- Farrington A. (1995). Stress and nursing. *Br J Nurs*; 4:574-8.
- Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D., & Di Lorenzo, R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk management and healthcare policy*, 9, 203.
- Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C., & Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal of clinical nursing*, 22(17-18), 2614-2624.
- Finfgeld-Connett D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs*. 2008;17:196–204.
- French JR, Caplan RD. (1972). Organizational stress and individual strain. In: Marrow AJ, editor. *The failure of success*. New York: AMACOM; pp. 30–66.
- French SE, Lenton RL, Walters V, et al. (2000). An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of Nursing Measurement*.; 8(2): 161-178. PMID: 11227582.
- Friganović, A. (2017). Healthy Settings in Hospital – How to Prevent Burnout Syndrome in Nurses: Literature Review. *ACTA CLINICA CROATICA*, 292–298.
- Friganović, A., Kovačević, I., Ilić, B., Žulec, M., Kriškić, V., & Bile, C. G. (2017). Healthy settings in hospital—How to prevent burnout syndrome in nurses: Literature review. *Acta Clin Croat*, 56(2), 292-298.
- Galbraith ND, Brown KE. (2011). Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review. *J Adv Nurs*.; 67(4):709–21.
- Gandi, J. C., Wai, P. S., Karick, H., & Dagona, Z. K. (2011). The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental health in family medicine*, 8(3), 181–194.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jimenez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in

a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International journal of nursing studies*, 47(2), 205-215.

Gates, D.M., Gillespie, G.L., Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ*. 29(2):59–66.

Gélinas C, Fillion L, Robitaille MA, Truchon M. (2012). Stressors experienced by nurses providing end-of-life palliative care in the intensive care unit. *Can J Nurs Res*. 44(1):18–39.

Glazer S, Gyurak A. (2008). Sources of occupational stress among nurses in five countries. *Int J Intercult Relat*. 2008;32(1):49–66.

Golembiewski, R.T.; Bordeau, R.A.; Muszenrider, R.F.; Luo, H. (1966). *Global Burnout*; JAI Press: Greenwich, CT, USA.

Graham, K.; Davies, B.; Woodend, K.; Simpson, J.; Mantha, S. (2011). Impacting Canadian public health nurses' job satisfaction. *Can. J. Public Health*, 102, 427–431.

Gu, F., Han, J., Laden, F., et al. (2015). Total and cause-specific mortality of U.S. nurses working rotating night shifts. *Am J Prev Med.*; 48(3):241–252.

Ha, M., Park, J. (2005). Shiftwork and metabolic risk factors of cardiovascular disease. *J Occup Health.*; 47(2):89–95.

Hagan, J. L., Tyer-Viola, L., & Graves, K. (2018). Predictors of nurses considering leaving the profession due to work-related stress in a large pediatric and women's hospital in the United States. *Journal of Hospital Administration*, 8(1), 27.

Halter M, Boiko O, Ferruccio P, et al. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research.*; 17: 824. PMID: 29246221.

Hammarstrom, A. (2003). The integration of gender in medical research and education – obstacles and possibilities from a Nordic perspective. *Women & Health*; 37(4):121–33.

Harris N. (2001). Management of work-related stress in nursing. *Nurs Stand*. 2001;16(10):47–52.

Havens D. Vasey J. (2003). Measuring staff nurse decisional involvement: the decisional involvement scale. *J nurse adm.*, 33:331-336.

Hayter, M. (1999). Burnout and AIDS care-related factors in HIV community Clinical Nurse Specialists in the North of England. *Journal of advanced nursing*, 29(4), 984-993.

- Health and safety executive. (2001). Tackling work related stress: A managers' guide to improving and maintaining employee health and well-being. Sudbury: HSE Books; 2001.
- Houkes, I., Winants, YHWM., Twellaar, M. (2008). Specific determinants of burnout among male and female general practitioners. A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*; 81(2):249–76.
- Iacovides, A.; Fountoulakis, K.N.; Moysidou, C.; Ierodiakonou, C. (1999). Burnout in nursing staff: Is there a relationship between depression and burnout? *Int. J. Psychiatry Med.* 29, 421–433.
- Jahangiri, S., Jafroudi, S., Mohamadi, T. K., & kazemnezhad Leily, E. (2019). Survey of occupational stress with an emphasis on psychological well-being and its related factors intensive care units nurses in educational and medical centers. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research/ Apr-Jun, 9(S2)*.
- Jamal, M., & Baba, V. V. (1992). Shiftwork and department-type related to job stress, work attitudes and behavioral intentions: A study of nurses. *Journal of organizational behavior*, 13(5), 449-464.
- Janssen, PPM., De Jonge, J., Bakker, AB. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burn-out and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*; 29:1360–9.
- Jemmott, J.B., Locke, S. E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin.* 95:78-108.
- Jennings, B.M. (1994). Stressors of critical care nursing. In: Thelan, L.A., Davie, J.K., Urden, L.D., editors. *Critical care nursing Diagnosis and management*. St Louis, MO: Mosby. pp. 75–84.
- Jennings, B.M. (2007). Turbulence. In: Hughes R, editor. *Advances in patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: AHRQ. pp. 2-193–2-202.
- Kalliath, T.; Morris, R. (2002). Job satisfaction among nurses: A predictor of burnout levels. *J. Nurs. Adm.*, 32, 648–651
- Karimi, R., Omar, Z., Alipour, F., Karimi Z. (2014). The influence of role overload, role conflict, and role ambiguity on occupational stress among nurses in selected Iranian hospitals. *International Journal of Asian Social Science*, 4(1);34-40.

- Kavousi koosha Z, Ghaderi A , Moeini zade M. (2014). Relationship between psychological well-being and job performance of nurses and their comparison in special and normal sections. *Research in Clinical Psychology and Consultation, Ferdowsi University of Mashhad* 2014; 4(1);175-194.persian.
- Kawano, Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *J. Occup. Health.* 50(1):79–85.
- Khamisa N, Peltzer K,Ilic D,oldenberg B. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health.* 2015; 12(1); 652-666.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1988b). Psychological influences on immunity: Implications for AIDS. *American Psychologist.* 43:892-898.
- Knutsson, A., Bøggild, H. (2010). Gastrointestinal disorders among shift workers. *Scand J Work Environ Health.*; 36(2):85–95.
- Ko W, Kiser-Larson N. (2016). Stress levels of nurses in oncology outpatient units. *Clin J Oncol Nurs.*;20(2):158–64.
- Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes*;5:55.
- Lambert, V.A.; Lambert, C.E.; Petrini, M.; Li, X.M.; Zhang, Y.J. (2007). Predictors of physical and mental health in hospital nurses within the People’s Republic of China. *Int. Nurs. Rev.* 54, 85–91.
- Laschinger HKS, Leiter MP. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout engagement. *J Nurs Adm.* 2006;36(5):259–67.
- Latifzadeh S, Zarei K. (2015). Occupational stress and its' related factors in nurses working in intensive care units in educational hospitals in Ahvaz, Iran. *J Novel Appl Sci.* 2015; 4(4); 483-7.
- Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress appraisal and coping.* New York: Springer.
- Lecic-Tosevski, D., Pejovic-Milovancevic, M., Pejuskovic, B., et al. (2006). Burnout syndrome of general practitioners in post-war period [Letter to the Editor]. *Epidemiologiae Psichiatria Sociale*; 15(4):319–22.
- Lee JK. (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. *Int J Nurs Pract* 2003;9:86-91.

- Leitner, R. (2019). Increased Vulnerability to Health Implications. Secondary Analysis Exploring the Association of Stress, Chronic Illness, and Absenteeism Among 9-1-1 Telecommunicators (Doctoral dissertation).
- Leveck, M.L., Jones, C.B. (1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Res Nurs Health.*;19:331–43.
- Levi, L. (1990). Occupational stress: spice of life or kiss of death? *Am Psychol.* 45:1142-1145.
- Lin, X., Chen, W., Wei, F., Ying, M., Wei, W., Xie, X. (2015). Night-shift work increases morbidity of breast cancer and all-cause mortality: a meta-analysis of 16 prospective cohort studies. *Sleep Med.*; 16(11):1381–1387.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 49(8), 1017-1038.
- Mäkinen A, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M. (2003). Organization of nursing care and stressful work characteristics. *J Adv Nurs.* 2003;43(2):197–205.
- Malinauskienė, V.; Leišytė, P.; Malinauskas, R. (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina*, 45, 910–917.
- Mark G, Smith AP. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *Br J Health Psychol.* 2012;17(3):505–21.
- Marshall J. (1980). Stress amongst nurses. In: Cooper CL, Marshall, editors. *White Collar and Professional Stress*. London, Chicester: Wiley.
- Maslach C, Goldberg J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied prevention psychology*, 7:63-74.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- Maslach, C.; Jackson, S.E.; Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed.; Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA, USA.
- Matheson, A., O'Brien, L., Reid, J.A. (2014). The impact of shiftwork on health: a literature review. *J Clin Nurs.*; 23(23–24):3309–3320.
- Mc Gilton, K.S., Hall, L.M., Wodchis, W.P., Petroz, U. (2007). Supervisory support, job stress, and job satisfaction among long-term care nursing staff. *J Nurs Admin.* 37 (7–8):366–72.

- McVicar A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*;44(6):633–42.
- Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B., & Moss, M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 693-697.
- Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B., & Moss, M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 693-697.
- Menzies, I.E. (1960). Nurses under stress. *Internatl Nurs Rev*. 7:9–16.
- Michie S. (2002). Causes and management of stress at work. *Occup. Environ. Med*. 2002;59:67–72.
- Mohite N, Mahadeo Sh, Gulavani A. (2014). Occupational stress among nurses working at selected tertiary care hospitals. *International Journal of Science and Research*, 2014; 3(6); 999-1005
- Mohite, N., Mahadeo, Sh., Gulavani, A. (2014). Occupational stress among nurses working at selected tertiary care hospitals. *International Journal of Science and Research*, 3(6); 999-1005.
- Mokhtar K, El Shikieri A, Rayan A. (2016). The Relationship between Occupational Stressors and Performance amongst Nurses Working in Pediatric and Intensive Care Units. *American Journal of Nursing Research*. 4(2);. 34-40.
- Mönnikes, H., Tebbe, J. J., Hildebrandt, M., Arck, P., Osmanoglou, E., Rose, M., ... & Heymann-Mönnikes, I. (2001). Role of stress in functional gastrointestinal disorders. *Digestive Diseases*, 19(3), 201-211.
- Mönnikes, H., Tebbe, J. J., Hildebrandt, M., Arck, P., Osmanoglou, E., Rose, M., ... & Heymann-Mönnikes, I. (2001). Role of stress in functional gastrointestinal disorders. *Digestive Diseases*, 19(3), 201-211.
- Morgan DG, Semchuk KM, Stewart NJ, D-Arcy C. (2002). Job strain among staff of rural nursing homes. *J Nurs Adm*. 2002;32(3):152–61.
- Moustaka, E., Constantinidis, T. (2010). Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health Science Journal*. Volume 4, Issue 4.
- Moustaka, E., Koutis, C., Babatsikou, F., Sarafis, P., Malliarou, M., Constadinidis, T. (2011). Mental wellness and its relationship with work related stress. A research of nursing personnel. *Hell J Nurs Sci*. 4:35–41 [In Greek].

- Munz D.C., Kohler J.M., Greenberg C.I. (2001). Effectiveness of a comprehensive worksite stress management program: Combining organizational and individual interventions. *Int. J. Stress Manage.* 8:49–62.
- Nakata, A., Haratani, T., Takahashi, M., Kawakami, N., Arito, H., Kobayashi, F., ... & Araki, S. (2004). Association of sickness absence with poor sleep and depressive symptoms in shift workers. *Chronobiology International*, 21(6), 899-912.
- Olofsson, B., Bengtsson, C., & Brink, E. (2003). Absence of response: a study of nurses' experience of stress in the workplace. *Journal of nursing management*, 11(5), 351-358.
- Parvin, N., Kazemian, A., Alavi, A., Hasanpoor, A. (2005). Evaluation nurses, job stressors in Shahrekord hospitals affiliated to medical university in 2002. *Journal of nursing and midwifery faculty, Birjand university of medical sciences.* 3&4 (2); 30-36.persian.
- Payne N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs.*;33(3):396–405.
- Piko, B.F. (2003). Psychosocial work environment and psychosomatic health of nurses in Hungary. *Work Stress*, 17, 93–100.
- Piko, B.F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.* 43, 311–318.
- Pillay, R. (2009). Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. *Human resources for Health*, 7(1), 15.
- Price JL, Mueller CW. (1981). Professional turnover: The case for nurses. New York: New Medical and Scientific Books.
- Raj, A.K. (2015). Job stress among staff nurses working in critical care units and their Socio-demographic correlates: A cross sectional survey. *GLOBAL JOURNAL FOR RESEARCH ANALYSIS*, 4(12); 334-33.
- Rajabi, F., Jahangiri, M., Molaefar, H., Honarbakhsh, M., & Farhadi, P. (2018). Occupational stress among nurses and pre-hospital emergency staff: application of fuzzy analytic hierarchy process (FAHP) method. *EXCLI journal*, 17, 808–824. <https://doi.org/10.17179/excli2018-1505>

- Restila R. (2015). Systematic Review: Occupational Stress And Related Factors Among Hospital Nurses. Public health faculty of indonesia university. 2015; 9(2); 85-94.
- Ribeiro, V.F., Celso Filho, F., Valenti, V.E., Ferreira, M., de Abreu, L.C., de Carvalho, T.D., et al. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *Int. Archives Med.* 7:22.
- Richardson KM, Rothstein HR. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol.* 2008;13(1):69–93.
- Samadi, S., Golmohammadi, A., Seyedahmadian, S., Rezapour, T., Panahi, H. (2013). The relationship between job stress and occupational empowerment of nurses in selected military hospitals of the country. *Journal of Police Medicine*, 2(1); 31-37.persian.
- Sandeva G, Koleva K. (2016). WORK ABILITY AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN HOSPITAL STAFF in CBU International Conference on innovation inscience and education. Central Bohemia University. 750-755.
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P. & Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC nursing*, 15(1), 56.
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., ... & Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC nursing*, 15(1), 56.
- Selvi, Y., Gulec, M., Agargun, M. Y., & Besiroglu, L. (2007). Mood changes after sleep deprivation in morningness–eveningness chronotypes in healthy individuals. *Journal of sleep research*, 16(3), 241-244.
- Selye H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Sharma M, Rush SE. (2014). Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Complimentary & Alternative Medicine.* 19(4): 271-286. PMid: 25053754.
- Shields, M. (2002). Shift work and health. *Health rep*, 13(4), 11-33.
- Simmons, L., Heitkemper, M., Shaver, J. (1988). Gastrointestinal function during the menstrual cycle. *Health Care Women Int.*; 9(3):201–209.

- Smith, A.M., Ortiguera, S.A., Laskowski, E.R., et al. (2001). A preliminary analysis of psychophysiological variables and nursing performance in situations of increasing criticality. *Mayo Clin Proc.*;76:275–84.
- Spector, P.E. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences*; Sage Publications: London, UK.
- Stathopoulou, H., Karanikola, M. N., Panagiotopoulou, F., & Papathanassoglou, E. D. (2011). Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 314-320.
- Stimpfel, A. W., Brewer, C. S., & Kovner, C. T. (2015). Scheduling and shift work characteristics associated with risk for occupational injury in newly licensed registered nurses: An observational study. *International journal of nursing studies*, 52(11), 1686-1693.
- Stordeur S, D'hoore W, Vanderberghe C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing. *J Adv Nurs*. 35(4):533-42.
- Straif, K., Baan, R., Grosse, Y., et al. (2007). WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group Carcinogenicity of shift-work, painting, and fire-fighting. *Lancet Oncol.*; 8(12):1065–1066.
- Sveinsdóttir, H. (2006). Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scand J Caring Sci.*; 20(2):229–237.
- Sveinsdóttir, H., Biering, P., Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int. J. Nurs/ Stud*. 43(7):875–89.
- Sweet, S.J., Norman, I.J. (1995). The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *J. Adv. Nurs*. 22(1):165–70.
- Tabak N, Orit K. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*. 15(3): 321-331. PMID: 17359432
- Tehrani N, Ayling L. (2009). Work-related stress. *CIPD Stress at work*, June 2009. Available from: <http://www.cipd.co.uk/subjects/health/stress/ stress.htm>.
- Teng CI, Hsiao FJ, Chou TA. (2010). Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *J Nurs Manag*. 2010;18(3):275–84.43.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5), 697-704.

- Torshizi, L., Ahmadi, F. (2011). Job stressors from clinical nurses' perspective. *Iranian journal of nursing*. 24(70); 49- 60.persian.
- Tselebis, A.; Moulou, A.; Ilias, I. (2001). Burnout vs. depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nurs. Health Sci.* 3, 69–71.
- Turnipseed, D.L. (1998). Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychol Rep.*;82(2):627–42.
- Vallières, A., Azaiez, A., Moreau, V., LeBlanc, M., & Morin, C. M. (2014). Insomnia in shift work. *Sleep Medicine*, 15(12), 1440-1448.
- Van Wyk B.E., van Wyk V.P. (2010). Zwarenstein M. Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010;3.
- Ware JE. *The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide*. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, 1993.
- Wilson, C. B. (2001). Safer handling practice for nurses: a review of the literature. *British Journal of Nursing*, 10(2), 108-114.
- Wilson, C. B. (2001). Safer handling practice for nurses: a review of the literature. *British Journal of Nursing*, 10(2), 108-114.
- Winwood, P. C., Winefield, A. H., & Lushington, K. (2006). Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 438-449.
- Wong, D., Leung, S., So, C., Lam, D. (2001). Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: The roles of nursing stresses and coping strategies. *Online Journal of Issues in Nursing*. 5(2). (Retrieved from https://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_7.htm).
- Wu H, Chi TS, Chen L, Wang L, Jin YP. (2010) Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *J Adv Nurs*. 2010;66(3):627–34.
- Wu, S.Y., Li, H.Y., Tian, J., Zhu, W., Li, J., Wang, X.R. (2011). Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Ind Health*. 49(2):158–65.
- Xianyu Y, Lambert VA. (2006). Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. *Nurs Health Sci.*;8:147-55.
- Zikmund, Babin, Carr, Griffin and Quinlan (2011). *Business Research Methods*. Heriot Watt University. Compiled by Louise Hassan. UK: Cengage Learning EMEA.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ - ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2020
ΑΝΔΡΑΣ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η
ΚΩΜΟΠΟΛΗ

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/

ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΠΟΛΗ <150.000

ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

ΠΟΛΗ >150.000

ΧΗΡΟΣ/Α

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ.....
_____ ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ.....

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΣΑΣ (ΕΙΣΤΕ 1^{ος}, 2^{ος}).....

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΩΣ
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ _____

ΠΡΟΣΤΑΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. _____

ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ :

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ:

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. _____

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ _____

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ

ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ _____

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ :
ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ _____

< 5 ΕΤΗ _____
ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ _____

ΟΙ ΒΑΡΔΙΕΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ :

ΕΝΑΛΛΑΣΟΜΕΝΕΣ _____

ΜΕΤΑΞΥ 5 - 10 ΕΤΗ _____

ΜΕΤΑΞΥ 10 - 20 ΕΤΗ _____

>20 ΕΤΗ _____

Είστε ικανοποιημένοι από: (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Το αντικείμενο της εργασία σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Τη θέση της εργασία σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ

Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Στον εαυτό σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Στην οικογένειά σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ	

ΚΛΙΜΙΚΗ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ: _____

SF-36

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική.....1

.....2 Πολύ καλή

.....3 Καλή

.....4 Μέτρια

.....5 Κακή

2. Συγκριτικά με πριν, από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν1

Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν2

Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν3

Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν4

Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν5

3. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης μέρας. Σήμερα η κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	Ναι, περιορίζονται Πολύ	Ναι, περιορίζονται Λίγο	Όχι, δεν περιορίζονται Καθόλου
A. Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	1	2	3
B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	1	2	3
Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	1	2	3
Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	1	2	3
Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	1	2	3
ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα	1	2	3
Ζ. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο	1	2	3
Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	1	2	3
Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3
Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	1	2	3

4. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα: (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2
Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

5. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως η μελαγχολία ή άγχος)** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως	1	2

6. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, σε ποιο βαθμό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα** στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθειες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου.....	1
.....	2
.....	3

Ελάχιστα
Μέτρια

.....4 Αρκετά
5 Πάρα πολύ

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

.....1 Καθόλου
2 Πολύ ήπιο
3 Ήπιο
4 Μέτριο
5 Έντονο
6 Πολύ έντονο

8. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

.....1 Καθόλου
 Λίγο.....2
3 Μέτρια
4 Αρκετά
5 Πάρα πολύ

9. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πώς νοιώθατε και πως ήταν τα πράγματα για σας **κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων**. Για κάθε ερώτηση παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτό που νοιώθατε. Πόσο καιρό τις τελευταίες εβδομάδες... **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
A. Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
B. Είσασαν ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6
Γ. Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
Δ. Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος;	1	2	3	4	5	6
E. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Z. Νοιώσατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6
H. Είσατε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
Θ. Νοιώσατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4	5	6

10. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων** για πόσο καιρό η **σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα** εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες

(όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) **ΔΙΑΒΑΣΤΕ(βάλτε έναν κύκλο)**

Πάντα.....1
 Της πιο πολλές
 φορές.....2
 Μερικές φορές
3
 Όχι
 συχνά.....4
 Ποτέ
 5

11. Πόσο **σωστό ή λάθος** είναι για εσάς προσωπικά καθένα από τα παρακάτω...**ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Απόλυτ α σωστό	Μάλλον σωστό	ΔΓ	Μάλλον λάθος	Απόλυτα λάθος
A. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2	3	4	5
B. Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε	1	2	3	4	5
Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει	1	2	3	4	5
Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ) version of the GR-CAQ

ΟΔΗΓΙΕΣ

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
2. Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
3. Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
4. Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
5. Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4
6. Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας , ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:					
7. ...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4

8.έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
9. φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4
10. επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο την καρδιακή τους λειτουργία και τη «σχέση» που έχουν με την καρδιά τους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για την καρδιακή σας λειτουργία. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

Προτάσεις Αξιολόγησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory – MBI)

Οι 22 προτάσεις που ακολουθούν αναφέρονται στα **αισθήματά** σας σχετικά με τη δουλειά σας. Σημειώστε δίπλα σε κάθε πρόταση τον **αριθμό** που εκφράζει καλύτερα το **πόσο συχνά** νιώθετε το συναίσθημα της κάθε πρότασης.

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ		ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ
1.	Νιώθω συναισθηματικά άδειος / α από τη δουλειά μου.	
2.	Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.	
3.	Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.	
4.	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
5.	Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	
6.	Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους.	
7.	Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
8.	Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.	
9.	Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων.	
10.	Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	
11.	Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα.	
12.	Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα.	
13.	Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.	

14. Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.	
15. Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.	
16. Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες).	
17. Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
18. Νιώθω αναζωογονημένος / η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
19. Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή.	
20. Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.	
21. Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου.	
22. Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^Η Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Άρτα 30 Απριλίου 2020

Αριθ. Πρωτ. 4125

Πληροφορίες : Κ. Καλαμπόκης
Τηλέφωνο : 2681361141
FAX : 2681361326
Δ/ση : Λόφος Περάνθης
47 100 -ΑΡΤΑ

ΠΡΟΣ:



ΤΣΙΜΠΛΟΚΟΥΚΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ

ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Κ.Υ. ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙΟΥ

ΘΕΜΑ : Απάντηση σε αίτησής σας

ΣΧΕΤ : Η αριθ. Πρωτ. 4125/29-2-2020 αίτησής σας

Σε απάντηση της ανωτέρω σχετικής αίτησής σας διαβιβάζουμε την αριθ. 16/28-4-2020(θ. 1^ο) απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας για ενημέρωσής σας.



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
ΥΠΕΡ ΤΗΝ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΤΕ ΜΟΙΚΗ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Ο

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ Δ/ΝΤΗΣ

ΚΟΚΛΑΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ

ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 16^η

28-4-2020

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας που συγκροτήθηκε με την αριθμ. Δ/63/20-2-2019 απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου και τροποποιήθηκε με την αριθμ. Δ/134/17-3-2020 απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου, συνήλθε στις 28-4-2020 ημέρα Τρίτη και ώρα 11.30 π.μ. στην αίθουσα συνεδριάσεων στην οποία πήραν μέρος: 1) Σκορδής Κωνσταντίνος ως προεδρεύων, 2) Καζάκος Νικόλαος ως μέλος, 3) Λαγός Νικόλαος ως μέλος, 4) Ντάλας Ιωάννης ως μέλος, 5) Στεφάνου Παναγιώτης ως μέλος, 6) Χαρμπή Φωτεινή ως μέλος, 7) Καϊντάση Ηλιάνα ως μέλος, 8) Ριζκ Σαμίρ-Σωτήριος ως μέλος και 10) Μαρέτη Θεοφάνα ως Γραμματέας.

Αφού διαπιστώθηκε η νόμιμη απαρτία ο Προεδρεύων του Επιστημονικού Συμβουλίου κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης.

Τα θέματα που συζητήθηκαν είναι τα ακόλουθα:

ΘΕΜΑ 1^ο: « Σχετικά με αίτημα για διεξαγωγή έρευνας από την κ. Τσιμπλοκούκου Ευτυχία ».

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη το με υπ. αριθμ. πρωτ. 4125/28-2-2020 αίτημα της κ. Τσιμπλοκούκου Ευτυχία, ΤΕ Νοσηλεύτριας, υπαλλήλου του Νοσοκομείου μας, να της παραχωρηθεί άδεια διεξαγωγής έρευνας με διανομή ερωτηματολογίων στο Νοσοκομείο μας με τίτλο « Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και ο αντίκτυπος στη σωματική και ψυχική υγεία » στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων « Νοσηλευτική φροντίδα ενηλίκων » και μετά από συζήτηση

Ομόφωνα αποφασίζει

Το Επιστημονικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί θετικά για τη διεξαγωγή έρευνας με τίτλο « Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και ο αντίκτυπος στη σωματική και ψυχική υγεία » στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων « Νοσηλευτική φροντίδα ενηλίκων » από την κ. Τσιμπλοκούκου Ευτυχία. Επισημαίνεται ότι η διανομή ερωτηματολογίων σε έντυπη μορφή θα επιτραπεί μετά την άρση των περιορισμών που προκύπτουν από την πανδημία Covid 19.

Ο Προεδρεύων

Σκορδής Κων/νος

Η Γραμματέας

Μαρέτη Θεοφάνα



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστήμων Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστήμων Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 7 Ιανουαρίου 2020

Προς
Την Ειδική Διατμηματική Επιτροπή

Όνοματεπώνυμο: Τσιμπλοκούκου Ευτυχία

Όνοματεπώνυμο Επιβλέποντος : Χριστοδούλου Δημήτριος

Παρακαλώ να δεχτείτε την αίτησή μου για έναρξη Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας με θέμα :

Το Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και ο αντίκτυπος στη σωματική και ψυχική τους υγεία

και παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες για την έναρξη της εργασίας.

Συνημμένα υποβάλω το πρωτόκολλο ερευνητικό πρωτόκολλο της εργασίας

Ο/Η Αιτών/ούσα

Τσιμπλοκούκου Ευτυχία

Έγκριση Επιβλέποντος.

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα και εγκρίνω την παραπάνω αίτηση.

Υπογραφή

ΠΜΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Διεύθυνση
Ερευνητικό Εργαστήριο Ανασολογίας
Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Τ.Κ.45110, ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Τηλέφωνα
Διευθυντής: 265107838 26510 07883
Γραμματέας: 265107838

Υπογραφή
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΟΣ
ΓΙΑΣΤΡΟΝΟΜΟΣ
ΑΜΚΑ: 23056609717 ΑΜ: 75120



Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

ΤΙΤΛΟΣ: Το Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και ο αντίκτυπος στη σωματική και ψυχική τους υγεία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΘΕΜΑ: Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out syndrome) αναφέρεται στο αίσθημα της εξάντλησης και της απώλειας του ενδιαφέροντος που εκδηλώνεται από τους επαγγελματίες κατά την άσκηση της εργασίας τους. Αποτελεί την σύγχρονη ασθένεια των εργαζομένων στον 21^ο αιώνα, δεν έχει συγκεκριμένη συμπτωματολογία και γίνεται αντιληπτό μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις των νοσηλευτών. Οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνισή του. Το σύνδρομο αποτελεί σοβαρό φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις, καθότι μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές σε ψυχοσωματικά προβλήματα, συμπεριφορά κοινωνικής απομόνωσης που οφείλεται στην εργασία και σε νοσηλευτική φροντίδα χαμηλής ποιότητας. Οι τρεις συνιστώσες που δημιουργούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με τους Maslach & Jackson, είναι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), η αποπροσωποποίηση (depersonalization) και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (reduced feeling of personal accomplishment).

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της εργασίας θα είναι να διερευνηθεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και τα αίτιά του σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο καθώς και η αντιμετώπισή τους. Επίσης, έχει τεθεί σαν επιπλέον στόχος της εργασίας, η διερεύνηση της σχέσης της σωματικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί θα περιλαμβάνει την αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που εκπονήθηκαν σε διεθνές επίπεδο αλλά και στην Ελλάδα και αναφέρονται στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, θα διεξαχθεί έρευνα μέσω ερωτηματολογίων σε εργαζόμενους νοσηλευτές σε διάφορες μονάδες υγείας για πιο άμεσα και «απτά» αποτελέσματα.

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα πρώτα στοιχεία προηγούμενων μελετών, αποκαλύπτεται ότι το εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας, θεωρείται ο κυριότερος παράγοντας ανάπτυξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως η προσωπικότητα των νοσηλευτών, η βαρύτητα της κατάστασης των νοσηλευόμενων, η οργάνωση της Διοίκησης και οι σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό. Επίσης, πολύ πιθανό είναι να προκύψει το γεγονός ότι οι νοσηλευτές θα χρήζουν την ανάγκη συμβουλής από κάποιο ειδικό, ο οποίος να ασχολείται με τα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν από την καθημερινή των νοσηλευτών με τους ασθενείς και τους συναδέλφους, ώστε να μπορεί να ελεγχθεί το στρες κατά την άσκηση του επαγγέλματος. Επιπλέον, είναι σχεδόν βέβαιο ότι η ύπαρξη

επαγγελματικής εξουθένωσης, αποτελεί ουσιαστικό δείκτη χαμηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών φροντίδας.

ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: Ο εκτιμώμενος χρόνος εκπόνησης της εργασίας υπολογίζεται στους έξι μήνες.

ΚΟΣΤΟΣ: Δεν θα πληρωθούν οι συμμετέχοντες

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- 1) Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός- Β. φάση. «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης». Αθήνα, Δεκέμβριος 2005
- 2) Milisen K., Abraham I., Siebens K., Darras E., Dierckx de Casterle B., BELIMAGE group. Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud.* 2006 Aug;43(6): 745-54
- 3) Leiter MP., Spence Laschinger HK. Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a casual model. *Nurs Res.* 2006, 55(2): 137-46
- 4) Schraub S., Marx E. Burn out Syndrome in oncology. *Bull Cancer.* 2004 Sep;91(9):673-6
- 5) Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. *Νοσηλευτική* 2004, 43(1): 116-125
- 6) Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & Emilia, I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International journal of nursing studies*, 52(1), 240-249.
- 7) Al-Turki, H. A., Al-Turki, R. A., Al-Dardas, H. A., Al-Gazal, M. R., Al-Maghrabi, G. H., Al-Enizi, N. H., & Ghareeb, B. A. (2010). Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Annals of African Medicine*, 9(4).
- 8) Książek, I., Stefaniak, T. J., Stadnyk, M., & Książek, J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 347-350.
- 9) Ribeiro, V. F., Ferreira Filho, C., Valenti, V. E., Ferreira, M., de Abreu, L. C., de Carvalho, T. D., ... & Francisco, N. G. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International archives of medicine*, 7(1), 22.
- 10) Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health care professionals: a call for action. *American Journal of Critical Care*, 25(4), 368-376.

ΟΝΟΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ: Τσιμπλοκούκου Ευτυχία

ΟΝΟΜΑ ΕΠΠΟΠΗ ΚΑΘΗΓΗΤΗ: Χριστοδούλου Δημήτριος

ΗΜ/ΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ: 7 Ιανουαρίου 2020

