

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ  
ΣΤΟ Γ. Ν. Ν. ΙΩΝΙΑΣ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

**ΚΟΥΤΛΟΥΔΗ ΚΡΥΣΤΑΛΛΙΑ**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2015



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ  
ΣΤΟ Γ. Ν. Ν. ΙΩΝΙΑΣ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

**ΚΟΥΤΛΟΥΔΗ ΚΡΥΣΤΑΛΛΙΑ, Α.Μ.: ΔΥ/1322**

Επιβλέπων: ΙΘΑΚΗΣΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ / ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ /  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015



---

**UNIVERSITY of  
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Management**

**OCCUPATIONAL STRESS AMONG HOSPITAL NURSES  
IN “SPECIAL” CLINICS TO  
G. H. N. IONIAS “KONSTANTOPOULEIO”**

**KOUTLOUDI KRYSTALLIA**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2015



*Στα παιδιά μου...*





## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σημείο εκκίνησης αποτέλεσε αρχικά το ενδιαφέρον, η επιθυμία και μετέπειτα η συμμετοχή και η παρακολούθηση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών, «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας» του τμήματος Οικονομικών Επιστημών στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Ήταν μεγάλη χαρά για μένα να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο πρόγραμμα, να συνεργαστώ με αξιόλογους επαγγελματίες πολλών τομέων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία και κυρίως να αποκομίσω εξειδικευμένη γνώση.

Θέλω να ευχαριστήσω όλους όσους με εμπιστεύτηκαν και μου έδωσαν την ευκαιρία αυτή στην οποία προσπάθησα να φανώ αντάξια σε όλη τη διάρκεια της φοίτησης. Κυρίως όμως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Ιθακήσιο Διονύσιο ως επιβλέποντα καθηγητή στην συγγραφή αυτής της διπλωματικής εργασίας. Η ευγένεια, το ενδιαφέρον, η υπομονή και η καθοδήγηση που μου έδειξε ήταν σημαντικοί αρωγοί στη διεκπεραίωσή της.

Επιπλέον, ευχαριστώ όλους τους συναδέλφους νοσηλευτές των κλειστών τμημάτων που συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία, καθώς και τους συναδέλφους μου στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Κωνσταντοπούλειου Γ.Ν.Ν. Ιωνίας, όπου εργάζομαι, για την στήριξή τους.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου που μου συμπαραστάθηκε και πίστεψε σε εμένα.



# ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ Γ.Ν.Ν.ΙΩΝΙΑΣ»

**Σημαντικοί όροι:** εργασιακό άγχος, νοσηλευτές, κλειστό τμήμα, πηγές άγχους, επιπτώσεις, ικανοποίηση

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Το στρες έχει αρνητικές και θετικές επιδράσεις. Η νοσηλευτική είναι από τη φύση του στρεσογόνο επάγγελμα και για αυτό το λόγο όλα τα αρνητικά στοιχεία του στρες θα πρέπει να ελεγχθούν και να αντιμετωπιστούν. Το εργασιακό άγχος είναι μια ομάδα συναισθηματικών και γνωστικών συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν κατάθλιψη, άγχος και θυμό και είναι ιδιαίτερα εμφανή όταν τα γεγονότα της ζωής δεν είναι επιθυμητά ή / και δεν ελέγχονται. Οι κυριότερες πηγές στρες είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας, ο θάνατος, οι συγκρούσεις με τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τους ανωτέρω, τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, η έλλειψη υποστήριξης, η έλλειψη κύρους, η λεπτή ισορροπία σπίτι/εργασία, η προσπάθεια για διατήρηση ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών, η ανεπαρκής εκπαίδευση, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, οι συνθήκες εργασίας και οι επείγουσες καταστάσεις

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών που απασχολούνται σε κλειστά τμήματα στο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο».

**Υλικό και Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 93 νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν σε κλειστά τμήματα. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης επινοήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 4 μέρη και 43 συνολικά ερωτήσεις. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, το δεύτερο μέρος περιγράφει την εργασιακή κατάσταση των νοσηλευτών, το τρίτο μέρος διερευνάει τις ενέργειες που δημιουργούν στρες στους νοσηλευτές και το τέταρτο μέρος προσδιορίζει τον τύπο της προσωπικότητας των ερωτηθέντων.

**Αποτελέσματα:** Οι περισσότεροι νοσηλευτές ήταν γυναίκες (84.9%), ηλικίας 40-49 ετών (48.4%), έγγαμοι (63.4%) και τεχνολογικής εκπαίδευσης (58.1%). Ο χρόνος υπηρεσίας των συμμετεχόντων στα κλειστά τμήματα ήταν  $16.1 \pm 7.5$  έτη. Οι

περισσότεροι νοσηλευτές (71%) υποστήριξαν ότι η εργασία τους δεν είναι βαρετή και μονότονη και ότι δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα (59.1%). Επίσης, δήλωσαν ότι έχουν συνεχή πίεση χρόνου λόγω υψηλού φόρτου εργασίας (55.9%) και ότι έχουν πολλές ευθύνες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (69.9%). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στη μελέτη ανέφεραν ότι υπάρχει σοβαρή έλλειψη προσωπικού (49.5%), ενώ διαφωνούν με την άποψη ότι η ζωή τους επηρεάζεται αρνητικά από τα προβλήματα της εργασίας τους (50.5%). Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη πιστεύουν ότι οι επαγγελματικές τους προσδοκίες και φιλοδοξίες δεν έχουν πραγματοποιηθεί (57%). Οι στρεσογόνες καταστάσεις που αναφέρθηκαν είναι οι αυξημένες απαιτήσεις της Μονάδας/Τμήματος (62.4%), η αντίληψη ότι αν δεν κάνουν κάτι καλά θα έχει επιπτώσεις (60.2%), ο φόβος του να κάνουν κάποιο λάθος (62.3%) και η οικονομική κρίση (83.9%). Αντιθέτως, οι κύριοι παράγοντες που δεν είναι στρεσογόνοι ή είναι σε μικρό βαθμό για τους υπό μελέτη νοσηλευτές είναι οι υπερβολικές προσδοκίες των ανωτέρων τους (65.2%), οι υπερβολικές απαιτήσεις των ασθενών και των συγγενών τους (75%) και η αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων (65.2%). Οι γυναίκες ανέφεραν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους άνδρες ότι υπάρχει σοβαρή έλλειψη προσωπικού στο τμήμα τους (2.94 έναντι 2.5,  $p<0.05$ ). Επίσης, οι γυναίκες θεωρούν σημαντικά περισσότερο στρεσογόνους παράγοντες τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη σύγκρουση ρόλων (2.54 έναντι 2.07,  $p<0.05$ ), το φόβο του να κάνουν κάποιο λάθος (2.87 έναντι 2.36,  $p<0.05$ ) και την αίσθηση ότι ο χρόνος που έχουν στη διάθεσή τους τελειώνει (2.22 έναντι 1.79,  $p<0.05$ ). Οι έγγαμοι σε σχέση με τους άγαμους και οι έχοντες παιδιά ανέφεραν, επίσης, σημαντικά περισσότερο ότι οι αυξημένες απαιτήσεις της Μονάδας/Τμήματος που απασχολούνται τους δημιουργούν έντονο στρες ( $p=0,045$ ). Οι νοσηλευτές με ανώτατη εκπαίδευση ήταν σημαντικά πιο πιθανό να αναφέρουν ότι επιθυμούν να εργαστούν σε άλλο τμήμα σε σχέση με τους υπολοίπους (3 έναντι 1.8,  $p<0.05$ ), ανέφεραν ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων, καθώς και η αίσθηση ότι ο χρόνος που έχω στη διάθεσή τους τελειώνει ( $p<0.05$ ) και είναι συνεχώς σε ένταση (3.7 έναντι 2.4,  $p<0.05$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι νοσηλευτές βρίσκουν ενδιαφέρουσα την εργασία τους και οι περισσότεροι δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα. Έχουν αυξημένο φόρτο εργασίας και σοβαρή έλλειψη προσωπικού. Οι γυναίκες βιώνουν περισσότερο εργασιακό άγχος. Η μείωση του άγχους των νοσηλευτών στα κλειστά τμήματα είναι ένας τρόπος αύξησης

της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους και αύξησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.



# OCCUPATIONAL STRESS AMONG HOSPITAL NURSES IN SPECIAL CLINICS TO KONSTANTOPOYLEIO G.H.N.IONIAS

**Key Words:** occupational stress, nurses, special clinics, sources of stress, impact, satisfaction

## Abstract

**Introduction:** Stress has negative and positive effects. Nursing is inherently a stressful profession and for this reason all the negative aspects of stress should be checked and treated. The work-related stress is a group of affective and cognitive symptoms which include depression, anxiety and anger and are particularly evident when the facts of life are not desired and / or controlled. The main sources of stress is the increased workload, death and dying, conflicts with doctors-nurses-head nurse-patients and their relatives, the lack of support, lack of prestige, no balance home / work, the continuous effort for providing quality services, poor education, lack of qualified staff, working conditions and the emergencies situations.

**Aim:** The aim of this study was to investigate the occupational stress of nurses in special departments in Konstantopouleio Nea Ionia Hospital.

**Material and Method:** The study sample consisted of 93 nurses who worked in special departments. For the purposes of this study a questionnaire was constructed which consists of four parts and a total of 43 questions. The first part contains the demographics of respondents, the second part describes the work situation of nurses, the third part explore theactions/sources that create stress to nurses and the fourth part identifies the type of personality of respondents.

**Results:** Most nurses were women (84.9%) aged 40-49 years (48.4%), married (63.4%) and had technology education (58.1%). The time of participants worked in special departments was  $16.1 \pm 7.5$  years. Most nurses (71%) claimed that their work is not boring and monotonous, and they do not want to work somewhere else (59.1%). Also, they referred they have constant time pressure due to a high workload (55.9%) and that they have many responsibilities during their shift (69.9%). In addition, participants in the study indicated that there is a serious lack of staff (49.5%) and disagreed with the view that their life is adversely affected by the problems of their work (50.5%). In addition, nurses who participated in the study believe that their professional aspirations

and ambitions have not been performed (57%). The stressful situations which were mentioned are the increased demands of the Unit / Department (62.4%), the perception that if they do not something well they will have negative sequences (60.2%), fear of making a mistake (62.3%) and the economic crisis (83.9%). Instead, the main factors that are not stressful or are poorly stressful for the nurses in this study are exaggerated expectations of their superiors (65.2%), excessive demands of patients and their relatives (75%) and the assessment of civil servants (65.2%). The women reported significantly more than men that there is a serious shortage of staff in their department (2.94 versus 2.5,  $p < 0.05$ ). Women also felt significantly more that stress factors are interpersonal relationships and role conflict (2.54 versus 2.07,  $p < 0.05$ ), the fear of making a mistake (2.87 versus 2.36,  $p < 0.05$ ) and feel that the time has at their disposal finishes (2.22 versus 1.79,  $p < 0.05$ ). Married compared with single persons and those with children also reported significantly more that the increased demands of the Unit / Department cause them intense stress ( $p = 0,045$ ). Nurses with higher education were significantly more likely to report that they wish to work in another department in relation to the others (3 versus 1.8,  $p < 0.05$ ), reported that interpersonal relationships and conflict of roles, and the feeling that time they have available to them ending are the main causes of occupational stress ( $p < 0.05$ ) and they are constantly in tension (3.7 versus 2.4.  $p < 0.05$ ).

Conclusions: Nurses find their work interesting and most do not wish to change department. They have an increased workload and severe lack of staff. Women experience more occupational stress. The reduction of occupational stress of nurses in special departments is a way to increase the satisfaction of nurses from their work and increase the quality of health care services.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Περίληψη</b>	<b>xi</b>
<b>Abstract</b>	<b>xv</b>
<b>Κατάλογος πινάκων</b>	<b>xix</b>
<b>Κατάλογος γραφημάτων</b>	<b>xx</b>
<b>Εισαγωγή</b>	<b>1</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Άγχος</b>	<b>3</b>
1.1. Ορισμός άγχους	3
1.2. Θεωρίες Εργασιακού Άγχους	4
1.2.1 Παράδοση Cannon-Selye	4
1.2.2 Θεωρία Άτομο-Προσαρμογή στο Περιβάλλον (P-E Fit Theory)	5
1.2.3 Μοντέλο Απαιτήσεις Εργασίας - Έλεγχος (JD-C)	6
1.2.4 Συναλλακτική Θεωρία του στρες και Αντιμετώπιση	7
1.3. Συνθήκες Εργασίας	9
1.3.1 Οργανωτικοί παράγοντες	9
1.3.2 Φυσικές συνθήκες εργασίας	9
1.3.3 Ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας	10
1.3.3.1 Θεωρίες ψυχοκοινωνικών συνθηκών εργασίας	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Εργασιακό άγχος στη νοσηλευτική</b>	<b>13</b>
2.1. Επίπτωση του εργασιακού άγχους μεταξύ των νοσηλευτών	13
2.1.1. Ασία	13
2.1.2. Αφρική	15
2.1.3. Ευρώπη	15
2.1.4. Βόρεια Αμερική	17
2.1.5. Νότια Αμερική	18
2.1.6. Αυστραλία	18
2.2. Πηγές εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές	21
2.2.1. Πηγές σχετιζόμενες με το επάγγελμα	21
2.2.1.1. Ασία	21
2.2.1.2. Αφρική	23
2.2.1.3. Ευρώπη	23

2.2.1.4. Βόρεια Αμερική	25
2.2.1.5. Νότια Αμερική	26
2.2.1.6. Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία	26
2.2.2. Πηγές στρες στους νοσηλευτές σχετιζόμενες με προσωπικούς παράγοντες και την οικογενειακή κατάσταση	33
2.3. Άγχος, Αντιμετώπιση και Ανθεκτικότητα μεταξύ των νοσηλευτών	35
2.4. Εργασιακό άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Κλειστά Τμήματα και παράγοντες που το προκαλούν	37
2.5. Επιπτώσεις της προσωπικότητας στην αντιμετώπιση και διαχείριση του στρες σε νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα	43
2.6. Έλεγχος και Διαχείριση του άγχους από τους Νοσηλευτές	44
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Σκοπός</b>	<b>51</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Υλικό και Μέθοδος</b>	<b>53</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Αποτελέσματα</b>	<b>57</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συζήτηση</b>	<b>71</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Περιορισμοί</b>	<b>79</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Συμπεράσματα</b>	<b>81</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>83</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>109</b>

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

<b>Πίνακας 2.1 Μελέτες εργασιακού άγχους σε νοσηλευτές</b>	<b>19</b>
<b>Πίνακας 2.2 Πηγές στρες στους νοσηλευτές σχετιζόμενες με το επάγγελμα</b>	<b>28</b>
<b>Πίνακας 2.3 Κατάλογος των στρεσογόνων παραγόντων</b>	<b>41</b>
<b>Πίνακας 5.1 Εργασιακή κατάσταση συμμετεχόντων</b>	<b>62</b>
<b>Πίνακας 5.2 Ενέργειες που δημιουργούν στρες</b>	<b>64</b>
<b>Πίνακας 5.3 Προσδιορισμός τύπου προσωπικότητας συμμετεχόντων</b>	<b>66</b>
<b>Πίνακας 5.4 Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων</b>	<b>68</b>
<b>Πίνακας 5.5 Συσχετίσεις μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου</b>	<b>70</b>

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

<b>Σχήμα 5.1 Φύλο ερωτηθέντων</b>	<b>57</b>
<b>Σχήμα 5.2 Ηλικιακή ομάδα του δείγματος</b>	<b>58</b>
<b>Σχήμα 5.3 Οικογενειακή κατάσταση νοσηλευτών</b>	<b>58</b>
<b>Σχήμα 5.4 Επίπεδο σπουδών συμμετεχόντων</b>	<b>59</b>
<b>Σχήμα 5.5 Τμήματα στα οποία απασχολούνται οι συμμετέχοντες</b>	<b>60</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στρες μπορεί να προκληθεί από τέσσερις κύριους παράγοντες: το περιβάλλον, τους στρεσογόνους παράγοντες, τη συνεργασία και το επίπεδο υγείας. Κάθε ένα από αυτά έχει αρνητικές και θετικές επιδράσεις. Όλα τα αρνητικά στοιχεία του στρες θα πρέπει να ελεγχθούν και να αντιμετωπιστούν, επειδή η νοσηλευτική είναι ένα αγχωτικό επάγγελμα (Lützen et al., 2003, Söderberg et al., 1996, Sørli et al., 2000). Εάν οι νοσηλευτές δεν ελέγξουν τα αρνητικά συστατικά τους, θα έρθουν αντιμέτωποι με αρνητικό στρες.

Το στρες έχει συναισθηματικό υπόβαθρο. Οι Lützen et al., (2003, σελ 312-322) αναφέρουν ότι «το ηθικό στρες είναι ανεξάρτητο από το περιεχόμενο δεδομένου ότι υπάρχουν ειδικές προϋποθέσεις: 1) οι νοσηλευτές είναι ηθικά ευαίσθητοι στην ευπάθεια του ασθενούς, 2) οι νοσηλευτές βιώνουν εξωτερικούς παράγοντες εμποδίζοντάς τους να κάνουν ό, τι είναι καλύτερο για τον ασθενή και 3) οι νοσηλευτές νιώθουν ότι δεν έχουν κανέναν έλεγχο πάνω σε μία συγκεκριμένη κατάσταση». Σε αυτό το πλαίσιο, οι νοσηλευτές δείχνουν ότι «...το άγχος είναι η συναισθηματική και φυσιολογική αντίδραση σε απρόβλεπτες περιβαλλοντικές αλλαγές».

Είναι πολύ σημαντικό να αναλυθούν οι κύριες αιτίες του στρες, γιατί μόνο αν γίνουν γνωστοί οι λόγοι θα μπορεί να ελεγχθεί και να αντιμετωπιστεί. Οι κύριες αιτίες του στρες είναι περιβαλλοντικές (συχνή αλλαγή των ανθρώπων, θερμοκρασία στην ατμόσφαιρα, θόρυβος, φωτισμός, προσωπικότητας, ζήλια, σύγκρουση μεταξύ των διαφόρων ανθρώπινων ρόλων), κοινωνικοί (συνεχή προβλήματα, συμπάθειες και αντιπάθειες μεταξύ των συναδέλφων, οικογενειακές σχέσεις που φέρνουν αταξία, συγκρούσεις με τους ασθενείς και τους ανωτέρους), οικονομικοί (ανησυχίες, φόβος να δεχτεί παρατήρηση, σύγκρουση συμφερόντων, φόβος απώλειας εργασίας). Μία από την πιο σημαντική συνιστώσα της δομής του στρες είναι το περιβάλλον εργασίας. Το καλό μικροκλίμα έχει σημαντική επιρροή. Εάν είναι καλό, τότε το προσωπικό είναι ικανοποιημένο από την εργασία του. Οι Willcock et al., (2004) ανέφεραν ότι «τα μεγάλα προβλήματα είναι το στρεσογόνο περιβάλλον εργασίας, οι πολλές ώρες εργασίας και οι συγκρούσεις μέσα στην εργασία».

Το μικροκλίμα δεν εξαρτάται μόνο από το προσωπικό (νοσηλευτές, ιατροί, βοηθητικό προσωπικό), αλλά και από τους ασθενείς. Όταν οι επαγγελματίες υγείας βλέπουν έναν ασθενή που πονάει, νιώθουν οίκτο για αυτόν ή ο πόνος του ασθενή του

προκαλεί κάποιου είδους άγχους εμπάθειας. Αυτό το άγχος, όμως, λειτουργεί στους νοσηλευτές ως κινητήριο μηχανισμός για να προσφέρουν βοήθεια στους ασθενείς, γιατί ο πόνος είναι μια αντίληψη του λόγου, ένας λόγος για τους νοσηλευτές προκειμένου να αλλάξουν την κατάσταση του ατόμου. Οι ασθενείς και οι νοσηλευτές είναι αλληλεξαρτώμενοι σε μεγάλο βαθμό. Η ευαισθησία και η παροχή φροντίδας στη νοσηλευτική είναι πολύ στρεσογόνοι παράγοντες.

Η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι ζωτικής σημασίας παράγοντας άγχους. Εάν σε ένα κλειστό τμήμα η συνεργασία δεν είναι καλή, οι νοσηλευτές θα έχουν προβλήματα με την εργασία τους. Αυτό ίσως αποτρέπει νέους συναδέλφους να επιλέξουν κλειστό τμήμα για εργασία, αλλά ίσως είναι και ο πιο σημαντικός παράγοντας που δημιουργεί στρες στους νέους νοσηλευτές και επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών πιστεύουν ότι το άγχος δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα. Το άγχος προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυπαλμία και ταχύπνοια, πονοκεφάλους, εφίδρωση και πόνο στην πλάτη. Πολλοί νοσηλευτές που βιώνουν στρες αισθάνονται νευρικοί, σωματικά εξαντλημένοι, ζάλη και επιθυμία να μην κάνουν τίποτα. Το μακροχρόνιο άγχος εξαντλεί συναισθηματικά τους ανθρώπους και χάνουν το ενδιαφέρον τους για εργασία και την ικανότητά τους να αναλύουν όλες τις καταστάσεις.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΑΓΧΟΣ

### 1.1 Ορισμός άγχους

Παρά τις προσπάθειες που έγιναν τον τελευταίο μισό αιώνα, δεν υπάρχει ικανοποιητικός ορισμός του άγχους. Το άγχος είναι η απάντηση των ατόμων σε διάφορα ερεθίσματα (στρεσογόνοι παράγοντες) που εκτίθενται και αναφέρεται σε συνθήκες όπου η ευημερία των ατόμων επηρεάζεται καταστροφικά από την αποτυχία τους να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ανάγκες των γύρω τους (Erkutlu & Chafra, 2006). Οι Laposa et al., (2003) ορίζουν το άγχος ως ψυχο-αντίδραση του σώματος σε φυσικές ή ψυχολογικές ανάγκες που απειλούν ή αμφισβητούν την ατομική τους ευημερία. Οι Welbourne et al., (2007), ορίζουν το άγχος ως την συναισθηματική και σωματική απάντηση που βιώνει το άτομο όταν αντιλαμβάνεται μια ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων και πόρων του ατόμου.

Σε ορισμένους ορισμούς, η βασική ιδέα είναι ότι το στρες σχετίζεται τόσο με την αντίληψη των αναγκών του ατόμου όσο και με την αντίληψη της ικανότητάς τους να ανταποκριθούν σε αυτές τις ανάγκες. Μια διαφορά θα σημαίνει ότι έχει σημειωθεί άγχος σε ένα άτομο, παράγοντας μια αντίδραση (Clancy & McVicar, 2002). Η HSE (Health and Safety Executive) (2001:1) ορίζει το άγχος ως εξής: «Οι δυσμενείς αντιδράσεις των ανθρώπων απέναντι σε υπερβολικές πιέσεις ή άλλους τύπους απαιτήσεων που εκτίθενται». Το άγχος, σύμφωνα με το γνωστικό ορισμό των Palmer et al., (2003:2), συμβαίνει όταν το αναμενόμενο άγχος υπερβαίνει την ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Οι Blaug et al., (2007) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το άγχος είναι μια προσωπική εμπειρία που προκαλείται από τις απαιτήσεις του ατόμου και επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσουν την κατάσταση.

Το «Eustress» είναι ένας όρος που συνήθως χρησιμοποιείται σε θετική ψυχολογική αντίδραση σε ένα στρεσογόνο παράγοντα, όπως υποδεικνύεται από την παρουσία της θετικής ψυχολογικής κατάστασης, ενώ ο όρος «Distress» περιγράφει μία αρνητική ψυχολογική αντίδραση σε ένα στρεσογόνο κατάσταση, όπως υποδεικνύεται από την παρουσία της αρνητικής ψυχολογικής κατάστασης (Simmons & Nelson, 2001). Οι Cohen et al (1997) θεωρούν την αντίδραση στρες ως μια διαδικασία κατά την οποία ο οργανισμός υπερβαίνει την ικανότητα προσαρμογής του, με αποτέλεσμα την παρουσία

βιο-ψυχολογικών αλλαγών που μπορεί να θέσουν τα άτομα σε κίνδυνο για ανάπτυξη νόσου.

Οι Williams και Cooper (2002: 16-17) περιγράφουν τρεις αλλαγές που μπορεί να υποδηλώνουν ότι κάποιος πάσχει από άγχος: Η πρώτη αλλαγή είναι η διαφορετική εμφάνιση που κάνει το άτομο να φαίνεται κουρασμένο, νευρικό και ταραγμένο. Η δεύτερη αλλαγή είναι η αλλαγή των καθημερινών συνηθειών του ατόμου, όπως για παράδειγμα κατανάλωση μεγαλύτερης ή λιγότερης ποσότητας τροφής, κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας αλκοόλ, κάπνισμα περισσότερων τσιγάρων κτλ. Η τρίτη αλλαγή είναι η αλλαγή στη συμπεριφορά που καθιστά το άτομο ευερέθιστο, επιθετικό, κυκλοθυμικό και με απουσία ή περιορισμένη συγκέντρωση. Οι Cartwright και Cooper (1997: 13-14) ανέφεραν σημεία και συμπτώματα του στρες που σχετίζονται με το χώρο εργασίας: υψηλό ποσοστό απουσιών, υψηλός κύκλος εργασιών, κακές σχέσεις και ανεπαρκής έλεγχος της ποιότητας.

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα και θεωρίες του εργασιακού άγχους (El Shikieri & Musa, 2012). Καθένα έχει τα δικά του θέματα και ανεπάρκειες σε κάποιο βαθμό. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τέσσερα μοντέλα εργασιακού άγχους: η Παράδοση Cannon-Selye, η θεωρία Άτομο-Περιβαλλοντική Προσαρμογή, το μοντέλο Απαιτήσεις εργασίας - Έλεγχος και η Συναλλακτική Θεωρία του στρες και η αντιμετώπιση.

## **1.2 Θεωρίες Εργασιακού Άγχους**

### **1.2.1 Παράδοση Cannon-Selye**

Σύμφωνα με τον Cannon (1932), ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει έναν εσωτερικό μηχανισμό για να διατηρεί το σώμα σε συνεχή λειτουργία (ισορροπία ή ομοιόσταση). Δεδομένου ότι το περιβάλλον παρουσιάζει στο άτομο διάφορες προκλήσεις, το σώμα πρέπει να αντιδρά σε κάθε νέα κατάσταση με την προσαρμογή των διαφόρων φυσιολογικών συστημάτων για την αντιστάθμιση των πόρων που επηρεάζονται. Η αποτυχία του σώματος να αντιδρά στις περιβαλλοντικές προκλήσεις οδηγεί σε βλάβες στα όργανα του σώματος και τελικά στο θάνατο.

Αν και το άγχος είχε αρχικά θεωρηθεί ως ένα εξωτερικό ερέθισμα, ο Cannon μελέτησε τη φυσική τάση των ανθρώπων να αντισταθούν στις δυνάμεις αυτές, με ιδιαίτερη αναφορά στην αντίδραση «πάλης ή φυγής» (Cartwright & Cooper, 1997: 4). Ο Cannon έδωσε ιδιαίτερη προσοχή στις επιπτώσεις του κρύου, την έλλειψη οξυγόνου και άλλων περιβαλλόντων στρεσογόνων παραγόντων στον ανθρώπινο οργανισμό (Hobfoll, 1989). Ο Hans Selye συνέχισε την έμφαση που έδωσε ο Cannon στην



απάντηση στο στρες (Hobfoll, 1989). Για να εξηγήσει τη διαδικασία του άγχους που σχετίζεται με τις νόσους, ο Selye ονόμασε το γενικό σύνδρομο προσαρμογής και περιέγραψε τα τρία πολύ γνωστά στάδια της αντίδρασης συναγερμού, της αντοχής και της εξάντλησης (Selye, 1950). Το σύνδρομο της γενικής προσαρμογής του Selye (General Adaptation Syndrome - GAS) τόνισε ότι ο στρεσογόνος παράγοντας θα παράγει αντίδραση στρες και μπορεί να θεωρηθεί ως το φυσιολογικό ανάλογο της ψυχολογικής έννοιας της αντιμετώπισης (Lazarus, 1993). Ο Selye βλέπει το άγχος από το σημείο του αποτελέσματος. Ένα άτομο θεωρείται ότι βρίσκεται υπό πίεση εάν λαμβάνει χώρα μία σειρά γενικής προσαρμογής (Hobfoll, 1989). Ο Selye επικρίθηκε ότι αγνοεί τόσο την ψυχολογική επίδραση του στρες όσο και τη δυνατότητα του ατόμου να συμπεριφέρεται με διαφορετικούς τρόπους στην προσπάθειά του να αλλάξει την αγχωτική του κατάσταση (Cartwright & Cooper, 1997: 4). Επίσης, είχε επικριθεί για τις απόψεις του ότι οι αντιδράσεις των ανθρώπων στο στρες είναι ομοιόμορφες (Lazarus & Folkman, 1984) και για την εξήγηση του στρες βάσει των αποτελεσμάτων, γεγονός που υποδηλώνει ότι κάποιος είναι αναγκασμένος να περιμένει μέχρι το αποτέλεσμα χωρίς να γνωρίζει πότε θα εκδηλωθεί το άγχος (Hobfoll, 1989).

### **1.2.2 Θεωρία Άτομο-Προσαρμογή στο Περιβάλλον (P-E Fit Theory)**

Η θεωρία άτομο-προσαρμογή στο περιβάλλον (P-E Θεωρία Fit) αναπτύχθηκε από τους French et al., (1982). Είναι ένα από τα πρώτα θεωρητικά μοντέλα στον τομέα του εργασιακού άγχους (Cooper, 1998: 2). Είναι μια περιεκτική έννοια που περιλαμβάνει τη συμβατότητα ενός ατόμου με πολλά συστήματα στο εργασιακό του περιβάλλον (Kristof-Brown et al., 2002). Σύμφωνα με τους Schreuder & Coetzee (2006), η προσαρμογή PE ορίζεται ως ένας αγώνας μεταξύ των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων ενός ατόμου και τις απαιτήσεις της εργασίας. Η κεντρική ιδέα της θεωρίας είναι ότι το άγχος προκύπτει από την προσαρμογή ή την ταύτιση με το πρόσωπο και το περιβάλλον και όχι από το άτομο ή το περιβάλλον ξεχωριστά (French et al., 1982). Προτείνει ότι η κακή προσαρμογή μπορεί να οδηγήσει σε φυσιολογική καταπόνηση ή ψυχολογικό στρες ή και τα δύο (Sadri, 1997). Οι Edwards et al., (1998), δίνουν έμφαση σε τρεις διακρίσεις σχετικά με την προσαρμογή. Η πρώτη είναι μεταξύ του περιβάλλοντος και του ατόμου, η δεύτερη είναι μεταξύ της υποκειμενικής αναπαράστασης (αντιλήψεις ενός ατόμου για το περιβάλλον εργασίας του) και της αντικειμενικής αναπαράστασης (πραγματικότητα του εργασιακού περιβάλλοντος) και η τρίτη είναι μεταξύ των απαιτήσεων και των ικανοτήτων. Οι Brewer & McMahan-Landers (2003) κατέληξαν

στο συμπέρασμα ότι η ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων και των ικανοτήτων επηρεάζει τα αντικειμενικά και υποκειμενικά περιβάλλοντα. Η έννοια της προσαρμογής PE ουσιαστικά δείχνει ότι η ευθυγράμμιση μεταξύ των χαρακτηριστικών των ανθρώπων και του εργασιακού τους περιβάλλοντος, μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα τόσο για το άτομο όσο και το περιβάλλον (Sekiguchi, 2004). Τα άτομα είναι πιο αποτελεσματικά, πιο ικανοποιημένα και πιο αφοσιωμένα στην εργασία τους όταν τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά ταιριάζουν με τα χαρακτηριστικά της κατάστασης του περιβάλλοντός τους (Awoniyi et al., 2002). Η έρευνα PE έχει επικριθεί κατά κύριο λόγο για την έλλειψη της θεωρίας του περιβάλλοντος (Schneider, 2001).

### **1.2.3 Μοντέλο Απαιτήσεις Εργασίας - Έλεγχος (JD-C)**

Το μοντέλο απαιτήσεις εργασίας – έλεγχος αναπτύχθηκε από τον Karasek (1979). Η κύρια προϋπόθεση του μοντέλου είναι ότι ο έλεγχος ρυθμίζει την επίδραση των εργασιακών απαιτήσεων σχετικά με το στρες και μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία με την ευκαιρία να συμμετάσχουν σε δύσκολες λειτουργίες και να αποκτήσουν νέες δεξιότητες (Karasek, 1979). Αυτό το μοντέλο κατηγοριοποιεί τις θέσεις εργασίας σε τέσσερις τύπους που βασίζονται σε διαφορετικούς συνδυασμούς των απαιτήσεων και του ελέγχου. Ο πρώτος τύπος ονομάζεται «ενεργός» και εμφανίζεται όταν οι εργαζόμενοι έχουν υψηλές ανάγκες και υψηλό έλεγχο ταυτόχρονα και αντιστρόφως. Ο δεύτερος τύπος ονομάζεται «παθητικός» και συμβαίνει όταν οι εργαζόμενοι βιώνουν λίγες απαιτήσεις και δεν χρειάζονται υψηλό έλεγχο. Ο τρίτος τύπος ονομάζεται «χαλαρός» και συμβαίνει όταν οι εργαζόμενοι βιώνουν λίγες απαιτήσεις, ενώ έχουν υψηλό έλεγχο. Το τέταρτο είδος το οποίο είναι η πιο αγχωτική κατάσταση ονομάζεται «στέλεχος εργασίας» και συμβαίνει όταν οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν πολύ υψηλές απαιτήσεις και όπου έχουν ελάχιστο έλεγχο για να αντιμετωπίσουν τον αυξημένο φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις, τις ασάφειες και το άγχος (Karasek, 1979). Οι Jones & Bright (2001) αναφέρθηκαν στη μεγάλη επίδραση του μοντέλου JD-C στο σχεδιασμό της εργασίας και στη βιβλιογραφία των επαγγελματιών υγείας στις πρακτικές και ελέγξιμες πτυχές του. Αργότερα, στο μοντέλο JD-C προστέθηκαν η αυτο-αποτελεσματικότητα και η κοινωνική υποστήριξη (Schaubroeck & Meritt 1997).

#### 1.2.4 Συναλλακτική Θεωρία του στρες και Αντιμετώπιση

Η Συναλλακτική Θεωρία του στρες και Αντιμετώπιση που αναπτύχθηκε από τους Lazarus και Folkman (1984), δίνει έμφαση στην εξέλιξη και την αμοιβαία αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (Zedeck, 2009). Με βάση αυτή τη θεωρία, το άγχος δεν βρίσκεται στο πρόσωπο ή στο περιβάλλον ξεχωριστά, αλλά στη σχέση ανάμεσα στο περιβάλλον, στις εκτιμήσεις των προσώπων για το περιβάλλον, καθώς και στις συνεχιζόμενες προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ζητημάτων που ανακύπτουν (Cooper et al., 2001).

Σε αυτή τη θεωρία, δύο διαδικασίες προσδιόρισαν την αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Στην πρώτη διαδικασία τη «γνωστική εκτίμηση», ένα άτομο αξιολογεί τη συνάφεια και την επίπτωση μίας συγκεκριμένης συνάντησης με το περιβάλλον στην ευημερία του ατόμου. Αυτό προϋποθέτει την εκτίμηση των πιθανών παραγόντων άγχους ως απειλή και θέτει κάποια απειλή για το άτομο. Η γνωστική αξιολόγηση πιστεύεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αντιμετώπισης. Δεδομένου ότι το περιβάλλον αλλάζει συνεχώς, τα άτομα αντιλαμβάνονται διαφορετικές αγχωτικές καταστάσεις με διαφορετικό τρόπο, ενώ διαφέρει και η χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης όλων των στρεσογόνων καταστάσεων. Αυτό σημαίνει ότι η ευέλικτη εκτίμηση του στρες διευκολύνει τις ευέλικτες τακτικές αντιμετώπισης (Cheng & Cheung, 2005).

Η δεύτερη διαδικασία «αντιμετώπισης» διαχειρίζεται ειδικότερα τις εξωτερικές και εσωτερικές ανάγκες που αξιολογούνται ως προκλητικές ή υπερβαίνουν τους πόρους ενός ατόμου μεταβάλλοντας τις γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες (Lazarus & Folkman, 1984: 141). Αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση των πόρων αντιμετώπισης και τις εναλλακτικές απαντήσεις. Εάν ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι η κατάσταση είναι απειλητική, αλλά έχει τη δυνατότητα να την αντιμετωπίσει, τότε το άτομο δε βιώνει «κακό» άγχος και αυτή η κατάσταση γίνεται αντιληπτή ως προκλητική (Zedeck, 2009).

Στο μοντέλο, η αντιμετώπιση θεωρείται ως μια θεμελιώδης διαδικασία για τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αλληλοεπιδρούν με το περιβάλλον και είναι μια συνεχής, αυξανόμενη διαδικασία που πραγματοποιείται στα πλαίσια της αλλαγής των απαιτήσεων των προσώπων και των καταστάσεων (Cheng & Cheung, 2005). Ομοίως, οι Folkman & Moskowitz (2004) έχουν ορίσει την αντιμετώπιση ως τις σκέψεις και τις συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται από τα άτομα για τη διαχείριση τόσο των εξωτερικών όσο και των εσωτερικών απαιτήσεων των καταστάσεων, οι οποίες αξιολογούνται ως αγχωτικές. Ο Wilhelm (2002) διαπίστωσε ότι ορισμένα άτομα έχουν την τάση να διαφέρουν οι

τρόποι αντιμετώπισης σε διαφορετικές καταστάσεις, ενώ άλλοι τείνουν να χρησιμοποιούν τους ίδιους τρόπους, ανεξάρτητα του χαρακτήρα της κατάστασης.

Μια διάκριση που γίνεται συνήθως είναι μεταξύ του προβλήματος που εστιάζεται στην αντιμετώπιση, η οποία επιδιώκει να λύσει τις απαιτήσεις ενός στρεσογόνου παράγοντα και του αισθήματος που εστιάζεται στην αντιμετώπιση, η οποία βοηθά το άτομο να αισθανθεί καλύτερα τον στρεσογόνο παράγοντα (Cooper et al., 2001). Το «κακό» άγχος προκύπτει όταν ένα άτομο αξιολογεί τις απαιτήσεις μιας συγκεκριμένης κατάστασης ως υπέρβαση των διαθέσιμων πόρων και θεωρεί ότι απειλεί την ευημερία του/της, απαιτώντας αλλαγή της λειτουργίας του ατόμου προκειμένου να επανέλθει η ισορροπία (Lazarus, 1966).

Ο Fickona (2002) ανέφερε ότι η συναισθηματικότητα (θετική και αρνητική) καθορίζει ποια στρατηγική αντιμετώπισης θα χρησιμοποιηθεί τη στιγμή της αγχωτικής κατάστασης. Αν τα συναισθήματα ήταν εντατικά, αλλάζουν τη φύση της προσέγγισης επεξεργασίας των πληροφοριών και υποδεικνύουν στο άτομο ότι κάτι δεν πάει καλά (Boekaerts, 2002, Klinger, 1996). Εάν τα συναισθήματα ήταν χαμηλής έντασης, τότε όλα είναι μια χαρά (Fredrickson, 2001).

Οι Folkman & Lazarus, (1991) συνόψισαν τη διαδικασία σε αυτό το μοντέλο. Ένα δυνητικά αγχωτικό γεγονός θα παράγει την κύρια διαδικασία αξιολόγησης κατά την οποία ένα άτομο αξιολογεί την έκταση του κινδύνου σε σχέση με την ευημερία του/της. Όταν ένα γεγονός γίνεται αντιληπτό ως απειλή ή πρόκληση, η δευτερεύουσα διαδικασία αξιολόγησης παρέχει μια συνολική αξιολόγηση των πόρων αντιμετώπισης του ατόμου και της ικανότητας να διαχειριστεί την απειλή/πρόκληση. Οι απαντήσεις αντιμετώπισης ξεκινούν μετά τις γνωστικές εκτιμήσεις και τα αποτελέσματα του στρες αυτού του δυνητικά αγχωτικού γεγονότος στηρίζονται στην αποτελεσματικότητα των γνωστικών εκτιμήσεων και στην αντιμετώπιση των διαδικασιών. Τα αποτελέσματα του στρες θα ανατροφοδοτήσουν τότε με τα γνωστικά στάδια αξιολόγησης για περισσότερες ενέργειες, εφόσον απαιτείται.

Παρά το γεγονός ότι η συναλλακτική θεωρία μπορεί να προβλέψει τις ατομικές διαφορές στην εμπειρία και την αντίδραση στο στρες, δεν μπορεί να προβλέψει ποιες πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος θα είναι αγχωτικές (Cheng & Cheung, 2005).

Η συναλλακτική θεωρία του στρες και το πλαίσιο αντιμετώπισης θεωρείται ως η πλέον ευέλικτη μέθοδος (Ross & Altmaier, 1994). Εκτός από αυτό, η συναλλακτική θεωρία έχει αρκετά δυνατά σημεία. Εξηγεί την αντιμετώπιση σε βήματα, υπογραμμίζει τη σημασία της σκέψης, της αντίληψης και προσδιορίζει τη δυνατότητα ελέγχου,

υπογραμμίζει το ρόλο των χρόνιων στρεσογόνων παραγόντων ή τις καθημερινές ενοχλήσεις ότι είναι πιο σημαντικοί σε σχέση με τα γεγονότα που συμβαίνουν μία φορά στη ζωή του ατόμου. Λαμβάνει υπόψη και παρακολουθεί την αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος και διαθέτει ένα μηχανισμό ανατροφοδότησης, με τη μορφή της αξιολόγησης (Sharma & Romas, 2012).

### **1.3 Συνθήκες Εργασίας**

Οι συνθήκες εργασίας αφορούν κυρίως τους οργανωτικούς παράγοντες, τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας.

#### **1.3.1 Οργανωτικοί παράγοντες**

Οι οργανωτικοί παράγοντες αποτελούνται από τη διαδικασία του σχεδιασμού της εργασίας, το χρόνο εργασίας, το πρόγραμμα εργασίας (π.χ. μέρα και βάρδιες), καθώς και τον τρόπο κατανομής των καθηκόντων μεταξύ των εργαζομένων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν αντίξοες σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας εξαιτίας του γεγονότος ότι εργάζονται σε βάρδιες (Nabe-Nielsen et al., 2009). Μία μελέτη έδειξε ότι οι βαθμολογίες που σημειώθηκαν σχετικά με τη συμμετοχή της εργασίας, την ικανοποίηση με την αμοιβή και τα κίνητρα ήταν υψηλότερες μεταξύ των νοσηλευτών με σταθερές νυχτερινές βάρδιες σε σχέση με εκείνους που έκαναν εναλλασσόμενες βάρδιες. Ο ύπνος και η ικανοποίηση με τις ώρες εργασίας ήταν χαμηλότερες στους νοσηλευτές που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν μόνο πρωινές βάρδιες (Camerino et al., 2008). Ο McNeely (2005) παρατήρησε ότι υπάρχουν μελέτες στο χώρο της υγείας που έχουν δείξει ότι οι οργανωσιακές συνθήκες που επικρατούν στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο αγχώδεις από ποτέ.

#### **1.3.2 Φυσικές συνθήκες εργασίας**

Οι φυσικές και εργονομικές συνθήκες στη νοσηλευτική αφορούν την ανύψωση βαριών φορτίων ή ασθενών, τη χειρωνακτική διακίνηση φορτίων, την κάμψη και την εργασία σε άβολες στάσεις. Γενικά αυτές οι φυσικές συνθήκες εργασίας αξιολογούν το φόρτο εργασίας αναφορικά με την ένταση, τη συχνότητα και τη διάρκεια (Trinkoff et al., 2002, 2003). Μελέτες στη νοσηλευτική έχουν ασχοληθεί με τη σύνδεση των εργονομικών κινδύνων και την κακή έκβαση της υγείας των νοσηλευτών (Aust et al., 2007) και συγκεκριμένα με τις μυοσκελετικές παθήσεις (Kim et al., 2010).

Η σχέση μεταξύ των φυσικών κινδύνων και των προβλημάτων υγείας είναι σύνθετη και δεν θα πρέπει να θεωρείται ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ δύο μόνο παραγόντων. Η σχέση μεταξύ των φυσικών συνθηκών εργασίας και των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την εργασία φαίνεται συχνά να είναι μία φυσιο-βιολογική σχέση. Όταν εκ των πραγμάτων ο φόρτος εργασίας είναι μεγάλος, η κατάσταση αυτή σε συνδυασμό με την έλλειψη ελέγχου της εργασίας θα μπορούσε να οδηγήσει σε διέγερση των ορμονών του στρες, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε παθολογικά συμπτώματα και προβλήματα υγείας (Danna & Griffin, 1999). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι εκτίθενται τυπικά σε ένα συνεργικό αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων στο χώρο εργασίας. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα μιας μελέτης σε εργαζομένους στο δημόσιο τομέα (Vingard et al., 2000) έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του πόνου στη μέση που σχετίζεται με την εργασία και της σωματικής και ψυχοκοινωνικής έκθεσης.

Πρόσφατες μελέτες σε επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι οι φυσικοί παράγοντες από μόνοι τους ή σε συνδυασμό με άλλους επαγγελματικούς και μη επαγγελματικούς παράγοντες, συμβάλουν στα αποτελέσματα της υγείας των εργαζομένων. Για παράδειγμα, σε μια διαχρονική μελέτη που διεξήχθη σε φροντιστές στις ΗΠΑ, οι Kim et al., (2010) διαπίστωσαν ότι οι σωματικές απαιτήσεις της συγκεκριμένης εργασίας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μυοσκελετικών παθήσεων. Διαφορετικοί συνδυασμοί των παραγόντων εργασίας (φυσικοί και ψυχοκοινωνικοί) με καθιστικούς και συγκυριακούς παράγοντες μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο της κακής υγείας μεταξύ των νοσηλευτών (Josephson et al., 2008) και των μυοσκελετικών διαταραχών μεταξύ των εργαζομένων στη Σουηδία και τη Φινλανδία (Aittomäki et al., 2007, Leijon et al., 2007). Εν κατακλείδι, για τη μέτρηση του σωματικού φόρτου εργασίας σε μελέτες με επαγγελματίες υγείας, προτείνεται ένας συνδυασμός παραγόντων – εκθέσεων, όπως ψυχοκοινωνικές, οργανωτικές και ατομικές μεταβλητές.

### **1.3.3 Ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας**

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εργασίας μπορεί να οριστούν ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της οργάνωσης της εργασίας και των εργαζομένων. Έτσι, η έννοια αυτή περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο επηρεάζεται από τους οργανωτικούς παράγοντες και το κοινωνικό περιβάλλον εργασίας και αντίστροφα, δηλαδή πώς ο κάθε εργαζόμενος με τη σειρά τους επηρεάζουν τους παράγοντες αυτούς (Karasek, 1979, Siegrist, 1996). Μελέτες σχετικά με την εργασιακή κατάσταση στη

νοσηλευτική έχουν στηριχθεί σε ένα ευρύ φάσμα διαπροσωπικών σχέσεων, όσον αφορά την επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς και με το νοσηλευτικό προσωπικό (Gunnarsdottir et al., 2003, Aust et al., 2007, Fakhr-Movahedi et al., 2011). Τα αποτελέσματα μιας ανασκοπικής μελέτης από τους Bambra et al., (2007) έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών συνθηκών εργασίας και των αρνητικών αποτελεσμάτων για την υγεία των εργαζομένων. Υπήρξε μια έμφαση στις ψυχοκοινωνικές συνθήκες σε μεγάλο αριθμό μελετών επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών. Ως εκ τούτου, έχουν δημιουργηθεί πολλές θεωρίες σε αυτόν τον τομέα, οι οποίες αντιλαμβάνονται το εργασιακό άγχος και την ικανοποίηση από την εργασία (Kompier, 2002, Kristensen et al., 2005).

#### **1.3.3.1 Θεωρίες ψυχοκοινωνικών συνθηκών εργασίας**

Δύο εξέχοντα μοντέλα ψυχοκοινωνικών συνθηκών εργασίας που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως είναι το μοντέλο Ζήτηση-Έλεγχος-Υποστήριξη (Demand-Control-Support, DCS) (Karasek & Theorell, 1990) και το μοντέλο Προσπάθεια-Ανταμοιβή-Ανισορροπία (Effort-Reward-Imbalance, ERI) (Siegrist, 1996). Το μοντέλο DCS προβλέπει ότι οι υψηλές ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις της εργασίας σε συνδυασμό με το χαμηλό έλεγχο των εργασιών αυξάνουν το άγχος στην εργασία, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των εργαζομένων. Έτσι, οι παράγοντες που παρέχουν προστασία σε αυτή τη διαδικασία είναι αποφάσεις υψηλού επιπέδου και υποστήριξη από τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους (Howard, 1990).

Το μοντέλο της προσπάθειας-ανταμοιβής-ανισορροπίας βασίζεται στην αυξανόμενη συναίνεση σχετικά με τον ορισμό του εργασιακού άγχους σε μία αλληλεπίδραση με βάση το άτομο. Όταν οι απαιτήσεις από το περιβάλλον εργασίας υπερβαίνουν την ικανότητα του εργαζομένου να το αντιμετωπίσει ή να το ελέγξει, τότε ο εργαζόμενος βιώνει άγχος. Το μοντέλο προβλέπει ότι μια μεγάλη προσπάθεια που ακολουθείται από μικρή ανταμοιβή θα μπορούσε να οδηγήσει σε συναισθηματικό στρες, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει την υγεία του εργαζομένου (Siegrist, 1996).

Όσον αφορά τη σημασία της υγείας των εργαζομένων, πολλές πρόσφατες μελέτες έχουν επισημάνει ότι η υγεία των εργαζομένων μπορεί επίσης να επηρεαστεί από το είδος της ηγεσίας. Έχει προταθεί ότι η ηγεσία της συμπεριφοράς και η σχέση μεταξύ του ηγέτη και των υφισταμένων θα πρέπει να θεωρούνται ως οι δύο κύριες διαστάσεις

της ηγεσίας. Η ηγεσία θα μπορούσε να προκύψει από την προσωπικότητα, την εμπειρία και τις γνώσεις του κάθε ηγέτη. Ένα μοντέλο που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε αυτόν τον τομέα ήταν εκείνο από τη μελέτη των Ohio και Michigan (Ekvall, 1993). Οι ερευνητές του Michigan εντόπισαν δύο κατευθύνσεις ηγεσίας, την εστιασμένη στην παραγωγή και την εστιασμένη στους εργαζόμενους (Michigan & Likert, 1967), ενώ οι ερευνητές του Οχάιο εντόπισαν και εκείνοι δύο κατευθύνσεις ηγεσίας που ονόμασαν έναρξη δομής και εξέταση (Ohio et al, 1962). Τόσο οι ερευνητές του Οχάιο όσο και οι ερευνητές του Michigan κατέληξαν σε συμφωνία ότι η αποτελεσματική ηγεσία εξαρτάται από την αλληλεπίδραση μεταξύ του προσανατολισμού των εργαζομένων (εξέταση) και του προσανατολισμού της παραγωγής (έναρξη δομής) (Sellgren et al., 2006). Αυτά τα στυλ ηγεσίας έχουν αναπτυχθεί με μεγαλύτερη έμφαση στην αλλαγή στην οργάνωση και θεωρούνται ως ένας συνδυασμός τριών διαστάσεων: της αλλαγής, της παραγωγής και των εργαζομένων/σχέσεις (Ekvall & Arvonen, 1991).

Ένα εργαλείο εκτίμησης των ψυχοκοινωνικών πτυχών της νοσηλευτικής εργασίας είναι το ψυχοκοινωνικό ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης (COPSOQ), το οποίο αναπτύχθηκε με βάση τα προαναφερθέντα ψυχοκοινωνικά μοντέλα εργασίας. Το ερωτηματολόγιο COPSOQ έχει χρησιμοποιηθεί σε νοσηλευτικό προσωπικό σε διάφορες χώρες. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη 4590 επαγγελματιών υγείας στη Δανία, συγκρίθηκαν εργαζόμενοι οι οποίοι είχαν σταθερό ωράριο και εργαζόμενοι οι οποίοι έκαναν κυκλικό ωράριο. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι η τελευταία ομάδα ήταν περισσότερο εκτεθειμένη σε χαμηλό έλεγχο της εργασίας, χαμηλή υποστήριξη από τους προϊσταμένους, βία και υψηλή σωματική προσπάθεια, αλλά ήταν λιγότερο εκτεθειμένη σε υψηλές ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις σε σύγκριση με τους εργαζόμενους που εργάζονταν μόνο πρωινή βάρδια (Nabe-Nielsen et al., 2009). Μια άλλη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 3088 γυναίκες κλινικές νοσηλεύτριες στην Κίνα, και τα αποτελέσματα αυτής της διαχρονικής μελέτης έδειξαν ότι οι αυξημένες συναισθηματικές απαιτήσεις, η μειωμένη σημασία της εργασίας, η μειωμένη δέσμευση στο χώρο εργασίας και η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία συσχετίστηκαν με την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν την εργασία τους (Li et al., 2010).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

#### **2.1 Επίπτωση του εργασιακού άγχους μεταξύ των νοσηλευτών**

Το εργασιακό άγχος είναι μια ομάδα συναισθηματικών και γνωστικών συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν κατάθλιψη, άγχος και θυμό (Perrault, 1989) και είναι ιδιαίτερα εμφανή όταν τα γεγονότα της ζωής δεν είναι επιθυμητά ή / και δεν ελέγχονται (Suls & Mullen, 1981).

Το εργασιακό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών εκτιμάται με διαφορετικά εργαλεία στη βιβλιογραφία. Τα πιο συνηθισμένα εργαλεία είναι η λίστα ελέγχου 25 συμπτωμάτων του Hopkins (Hopkins Symptom Checklist-25, HSCL-25), το αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο 20 αντικειμένων (Self-Reporting Questionnaire 20 items, SQR-20) και το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ). Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο μέσο για την ανίχνευση μη-ψυχωτικών ψυχιατρικών «περιπτώσεων» (Molina et al., 2006).

##### **2.1.1 Ασία**

Στην Ασία, οι Fazelzadeh et al., (2008) βρήκαν με τη χρήση GHQ-28 (cut-off>4) ότι το 70% των Ιρανών νοσηλευτών που εργάζονται σε τέσσερα δημόσια νοσοκομεία είχαν ψυχιατρική δυσχέρεια. Το ποσοστό ανταπόκρισης των συμμετεχόντων ήταν 100% και η πλειοψηφία αυτών ήταν γυναίκες (62.2%). Οι Ardekani et al., (2008) έδειξαν με τη χρήση της περσικής έκδοσης του GHQ-28 (cut-off = 6) ότι ο επιπολασμός του εργασιακού άγχους μεταξύ των νοσηλευτών στο νοσοκομείο Σιράζ ήταν 45,4%. Από τους 1396 νοσηλευτές, 1195 (89% γυναίκες) συμπλήρωσαν και επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο στο Διευθυντή του υπό εξέταση νοσηλευτικού κέντρου, έχοντας υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης (85,6%). Μια περιγραφική συγχρονική έρευνα διεξήχθη από τους Abdi masooleh et al., (2007), διερευνώντας τη σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην Τεχεράνη. Το δείγμα αποτελείτο από 200 νοσηλευτές που επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία. Ο επιπολασμός της δυσχέρειας με τη χρήση του GHQ-28 (cut-off = 6) ήταν 43%.

Οι Arimura et al., (2010), προσπάθησαν να αξιολογήσουν τον πιθανό αντίκτυπο της υγείας των νοσηλευτών στις υπηρεσίες του ασθενή. Ένα αυτοσυμπληρώμενο

ερωτηματολόγιο GHQ-28 χρησιμοποιήθηκε σε 454 (420 γυναίκες) Ιάπωνες νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 65% των συμμετεχόντων είχαν σκορ GHQ-28 πάνω από το σημείο cut-off (=6). Ο στόχος της μελέτης των Suzuki et al., (2004) ήταν να καθοριστεί η ψυχιατρική δυσχέρεια σε 4.407 γυναίκες Ιάπωνες νοσηλευτές (ποσοστό ανταπόκρισης = 94,04%) που εργάζονταν σε 8 νοσοκομεία χρησιμοποιώντας το GHQ-12. Περισσότερο από το 75% των συμμετεχόντων δεν ήταν παντρεμένοι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 68,8% είχε εργασιακό άγχος, σύμφωνα με το όριο cut-off (3/4) του GHQ. Οι Matsuoka et al., (2001) βρήκαν ότι η ψυχιατρική δυσχέρεια σε 100 νοσηλευτές οι οποίοι είχαν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση, όπως εκτιμήθηκε με το GHQ-30 (cut-off > 7) ήταν 41%.

Οι Tam et al., (2005) διαπίστωσαν ότι η επικράτηση της εργασιακού άγχους με τη χρήση του GHQ-28 (cut-off  $\geq 5$ ) μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονταν σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στη Σιγκαπούρη έξι μήνες μετά την εξάπλωση του Σοβαρού Οξέος Αναπνευστικού Συνδρόμου (SARS) το 2003, ήταν 20,7%. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να έχουν υποτιμήσει την πραγματική δυσχέρεια, γιατί η μελέτη πραγματοποιήθηκε λίγους μήνες μετά την επιδημία (SARS). Σε μια άλλη μελέτη από τη Σιγκαπούρη, οι Sim et al., (2004) εκτίμησαν τον επιπολασμό της εργασιακού άγχους και τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε 277 επαγγελματίες υγείας (91 ιατρούς και 186 νοσηλευτές) που εργάζονταν μέσα σε ένα περιβάλλον φροντίδας για τη δημόσια υγεία. Η έρευνα που διεξήχθη ήταν συγχρονική. Ο επιπολασμός της ψυχιατρικής νοσηρότητας ήταν 20,6%, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-12 (cut-off = 4).

Οι Tzeng et al., (2009) υπολόγισαν τον επιπολασμό του εργασιακού άγχους μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε στρατιωτικά νοσοκομεία στην Ταϊβάν. Το δείγμα αποτελούνταν από 65 γιατρούς, 416 νοσηλευτές και 304 άλλες κατηγορίες εργαζομένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είχαν τις υψηλότερες βαθμολογίες GHQ-12 σύμφωνα με το όριο  $\geq 3$  (νοσηλευτές 32,1%, ιατροί 28,3% και άλλοι 22,4%). Οι Kaewboonchoo et al., (2009) πραγματοποίησαν μια περιγραφική μελέτη διατομής σε 390 νοσηλεύτριες στην Ταϊλάνδη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 10,3% των νοσηλευτών είχαν δυσχέρεια, όπως υποδεικνύεται από την Ταϊλανδική έκδοση του GHQ-28 (cut-off 6 ή περισσότερο).

Οι Jayawardene et al., (2011) αξιολόγησαν τη δυσχέρεια σε νοσηλευτές 2 νοσοκομείων στα οποία θεραπεύονταν τα θύματα του πολέμου στη Σρι Λάνκα. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μία περιγραφική μελέτη διατομής και η συλλογή των

δεδομένων έγινε σε 241 νοσηλευτές οι οποίοι επελέγησαν τυχαία. Ο επιπολασμός του εργασιακού άγχους ήταν 21%, όπως μετράται με το αυτοσυμπληρωμένο ερωτηματολόγιο GHQ-30 (cut-off = 4).

### **2.1.2 Αφρική**

Όσον αφορά την Αφρική, τα ερευνητικά δεδομένα είναι περιορισμένα, λόγω των περιορισμένων ερευνητικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων των νοσηλευτών στην Αφρική να δημοσιεύσουν (Adejumo & Lekalakala-Mokgele, 2009). Ο Yussuf (2007) βρήκε ότι η επικράτηση της εργασιακού άγχους με τη χρήση του GHQ-30 (cut-off > 4) σε 280 νοσηλευτές (ποσοστό απόκρισης = 72,7%) στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ilorin στη Νιγηρία ήταν 17,9%. Οι Lasebikan & Oyetunde (2012) πραγματοποίησαν μια μελέτη σε 270 νοσηλευτές στη Νιγηρία που εργάζονταν σε Γενικό Νοσοκομείο της Νιγηρίας διερευνώντας την επικράτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της δυσχέρειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι 110 (40,7%) νοσηλευτές από το σύνολο του δείγματος βαθμολογήθηκαν θετικά με το GHQ-12 (cut-off = 2).

### **2.1.3 Ευρώπη**

Οι Jones et al., (2011) αξιολόγησαν την εργασιακό άγχος σε εξειδικευμένο προσωπικό, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών που εργάζονται σε ένα κέντρο καρκίνου στη Βορειοανατολική Σκωτία με τη χρήση του GHQ-12. Από τους 168 επαγγελματίες, μόνο οι 85 (ποσοστό απόκρισης = 50,6%) συμπλήρωσαν και επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες ήταν γυναίκες (90,6%) και το 58,8% ήταν παντρεμένοι. Ο επιπολασμός του εργασιακού άγχους με τη χρήση του GHQ-12 ήταν 34,1% (σημείο cut-off = 4). Οι Ross et al (2009), προσπάθησαν να αξιολογήσουν την εργασιακό άγχος μεταξύ κλινικού και μη κλινικού προσωπικού σε δύο μονάδες τεχνητού νεφρού στο Λονδίνο. Εκατό τρία ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και επιστράφηκαν 53 (ποσοστό ανταπόκρισης 51,5%). Εκείνοι που δεν ανταποκρίθηκαν ακολουθήθηκαν μέχρι να ολοκληρώσουν τη συμπλήρωση ενός άλλου ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικράτηση της δυσχέρειας με τη χρήση του GHQ-12 ήταν 16% (cut-off 4 ή μεγαλύτερο). Οι Sharma et al., (2008), έστειλαν φυλλάδια σε 455 χειρουργούς παχέος εντέρου και 326 κλινικούς νοσηλευτές ειδικευμένους στη χειρουργική του παχέος εντέρου που εργάζονταν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 55,6% και 54,3% στους χειρουργούς και στους νοσηλευτές αντίστοιχα. Η εργασιακό άγχος ήταν παρόμοια στους

χειρουργούς και στους νοσηλευτές, όπως εκτιμήθηκε με το GHQ-12 (30,2% και 30,3% αντίστοιχα) και χρησιμοποιώντας όριο αποκοπής ( $\geq 4$ ). Οι Regan et al., (2009) βρήκαν ότι η εργασιακό άγχος σε 87 νοσηλευτές ΜΕΘ στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν 9,20%, σύμφωνα με το GHQ-28 (cut-off 39/40 Likert). Οι Weinberg και Creed (2000) διεξήγαγαν τη μελέτη τους σε επαγγελματίες υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών) που εργάζονταν σε ένα μεγάλο νοσοκομείο με σύνολο εργαζομένων μεγαλύτερο από 6000. Από τα 746 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, επεστράφησαν τα 503 (ποσοστό απόκρισης = 67,4%), εκ των οποίων τα 495 συμπληρώθηκαν σωστά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 132 (26,7%) ερωτηθέντες σκόραραν πάνω από το όριο του GHQ(4 ή περισσότερα). Οι Patterson & Bell (2000) διαπίστωσαν ότι το 32,9% σε σύνολο 599 εργαζομένων (ποσοστό απόκρισης = 47,9%) ενός μεγάλου ψυχιατρικού νοσοκομείου της Σκωτίας ξεπέρασαν το όριο των τεσσάρων βαθμών του GHQ-28.

Οι Escot et al., (2001) εκτίμησαν την εργασιακό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών του αντικαρκινικού νοσοκομείου του MontPELLIERTHES Γαλλίας. Τριάντα επτά νοσηλευτές συμφώνησαν να συμμετάσχουν (ποσοστό απόκρισης = 62,5%) και το 97% από αυτούς ήταν γυναίκες. Η επίπτωση ήταν 19,4%, όπως εκτιμήθηκε με το GHQ-12 (cut-off = 2). Οι Failde et al., (2000) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το 29,9% των εργαζομένων (συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών) που εργάζονται σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στη νότια Ισπανία ήταν πιθανόν ψυχιατρικές περιπτώσεις, όπως αποδείχτηκε με το GHQ-28, χρησιμοποιώντας μια βαθμολογία  $> 6$  ως σημείο αποκοπής. Από τα 1104 ερωτηματολόγια που εστάλησαν, επέστρεψαν τα 890 (ποσοστό απόκρισης = 80,6%). Ο στόχος της μελέτης των Malinauskiene et al., (2009) ήταν να εκτιμηθούν οι συσχετίσεις μεταξύ των εργασιακών χαρακτηριστικών, της κοινωνικής υποστήριξης και της κατάστασης της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών. Συνολικά 638 νοσηλευτές από τη Λιθουανία επιλέχθηκαν τυχαία και 372 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (ποσοστό απόκρισης = 58,3%). Μόνο το 23% των νοσηλευτών είχαν συμπτώματα εργασιακού άγχους, όπως εκτιμήθηκε με το GHQ-12 (cut-off  $> 3$ ).

Οι Bressi et al., (2008) προσπάθησαν να εκτιμήσουν τον επιπολασμό του εργασιακού άγχους μεταξύ Αιματολογικών ογκολόγων επαγγελματιών υγείας στην Ιταλία, χρησιμοποιώντας το GHQ-12. Διανεμήθηκαν 440 ερωτηματολόγια και επέστρεψαν τα 387 (87,95%). Ο εκτιμώμενος επιπολασμός ήταν 36,4% στους ιατρούς και 28,8% στους νοσηλευτές χρησιμοποιώντας το GHQ-12 με σημείο cut-off  $\geq 4$ . Οι Tabolli et al., (2006) αξιολόγησαν την επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχιατρική

νοσηρότητα σε νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο IDI-Sanita της Ρώμης, στην Ιταλία. Από τους 545 νοσηλευτές, οι 242 (ποσοστό απόκρισης = 44%) συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείτο από τη Maslach Burnout Inventory και το GHQ-12. Περίπου το 33% των ερωτηθέντων είχαν ψυχιατρική νοσηρότητα σύμφωνα με το GHQ-12 (cut-off 4). Οι Koivu et al., (2011) βρήκαν ότι η εργασιακό άγχος, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-12 (cut-off σημείο 3/4) ήταν ελαφρώς υψηλότερη σε 124 νοσηλευτές που συμμετείχαν σε κλινική παρακολούθηση (32,8%), στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Κουόπιο στη Φινλανδία σε σύγκριση με το 204 μη συμμετέχοντες (26,2%).

#### **2.1.4 Βόρεια Αμερική**

Οι Edmonds et al., (2012) έδειξαν ότι το 50% των 700 επαγγελματιών υγείας συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών που εργάζονται σε ογκολογικά παιδιατρικά τμήματα σε τέσσερα μεγάλα νοσοκομεία στο Οντάριο του Καναδά είχαν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους, όπως μετρήθηκε με το GHQ (Lilert σημείο αποκοπής = 12) πριν την παρακολούθηση μίας συνεδρίας διάρκειας μίας ημέρας που ονομάζεται Φροντίδα για το Πρόγραμμα των Επαγγελματιών Φροντιστών (CPCP). Οι Nickell et al., (2004) αξιολόγησαν την επικράτηση της ψυχοκοινωνικής δυσχέρειας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών) σε νοσοκομεία στο Τορόντο κατά τη διάρκεια της επιδημίας του SARS. Από τα 4283 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, επιστράφηκαν τα 2001 (ποσοστό απόκρισης 47%). Σύμφωνα με το GHQ-12 (cut-off > 3), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 29% των συμμετεχόντων ήταν στενοχωρημένο. Οι Gunfeld et al., (2000) διερεύνησαν την επικράτηση της δυσχέρειας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών) που εργάζονται σε ιατρικές ογκολογικές υπηρεσίες στο Οντάριο. Από τα 961 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, 681 (ποσοστό απόκρισης 70,9%) επιστράφηκαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικράτηση της δυσχέρειας ήταν 10,4% όπως μετρήθηκε με το GHQ-12 (cut-off 4 ή περισσότερο).

#### **2.1.5 Νότια Αμερική**

Οι Lindo et al., (2006) προσπάθησαν να αξιολογήσουν την εργασιακό άγχος σε 212 (ποσοστό απόκρισης = 83,1%) ιατρούς και νοσηλευτές σε δύο νοσοκομεία των Δυτικών Ινδιών, τη Τζαμάικα. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσυμπληρώμενο γενικό ερωτηματολόγιο ψυχικής υγείας 30 ερωτήσεων (GHQ 30). Τα αποτελέσματα

έδειξαν ότι το 27,4% των συμμετεχόντων είχαν υψηλή εργασιακό άγχος με σημείο αποκοπής μεγαλύτερο από 5. Οι Araujo et al., (2003) διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός του εργασιακού άγχους μεταξύ 502 νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο της πόλης Σαλβαδόρ, στη Βραζιλία ήταν 33,3%. Σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το αυτοσυμπληρώμενο ερωτηματολόγιο 20 αντικείμενων (SRQ-20) για τη μέτρηση της εργασιακού άγχους.

### **2.1.6 Αυστραλία**

Ο Farrell (1998) αξιολόγησε την εργασιακό άγχος 270 νοσηλευτών του νοσοκομείου στην Τασμάνια. Περίπου το 85% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 34% των συμμετεχόντων είχε δυσχέρεια όπως εκτιμήθηκε με το GHQ-12 (cut-off 3 ή περισσότερο). Οι Oates & Oates (1995) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 27% των 34 νεογνολόγων (ποσοστό απόκρισης = 78%) και το 32% των 192 νοσηλευτών του νοσοκομείου (ποσοστό απόκρισης = 62%) είχαν βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο GHQ-40 που έδειχνε ψυχολογική δυσλειτουργία (cut-off  $\geq 5$ ).

Ο Πίνακας 2.1 συνοψίζει τις μελέτες της εργασιακού άγχους σε νοσηλευτές.

**Πίνακας 2.1**  
**Μελέτες εργασιακού άγχους σε νοσηλευτές**

<b>Συγγραφείς/Έτος</b>	<b>Χώρα</b>	<b>Εργαλείο</b>	<b>Πληθυσμός</b>	<b>Ευρήματα</b>	<b>Σημείο Αποκοπής</b>
Ardekani et al., 2008	Ιράν	GHQ-28	1195 κλινικοί νοσηλευτές	45% είχαν δυσχέρεια	6
Arimura et al., 2010	Ιαπωνία	GHQ-28	454 κλινικοί νοσηλευτές	65% είχαν δυσχέρεια	6
Fazelzadeh et al., 2008	Ιράν	GHQ-28	180 κλινικοί νοσηλευτές	70% είχαν δυσχέρεια	4
Jayawardene et al., 2011	Σρι Λάνκα	GHQ-30	241 κλινικοί νοσηλευτές	21% είχαν δυσχέρεια	4
Kaewboonchoo et al., 2009	Ταϊλάνδη	GHQ-28	390 γυναίκες νοσηλευτές	10,3% είχαν δυσχέρεια	>6
Matsuoka et al., 2001	Ιαπωνία	GHQ-30	100 γυναίκες κλινικοί νοσηλευτές	41% είχαν δυσχέρεια	>7
Sim et al., 2004	Σιγκαπούρη	GHQ-12	277 προσωπικό (91 ιατροί και 186 νοσηλευτές)	20,6% είχαν δυσχέρεια	4
Suzuki et al., 2004	Ιαπωνία	GHQ-12	4407 γυναίκες κλινικοί νοσηλευτές	68% είχαν δυσχέρεια	¾
Tham et al., 2005	Σιγκαπούρη	GHQ-28	769 ιατροί και νοσηλευτές σε ΤΕΠ	21% είχαν δυσχέρεια	>5
Tzeng et al., 2009	Ταϊβάν	GHQ-12	416 επαγγελματίες υγείας (και νοσηλευτές)	32% είχαν δυσχέρεια	>3
<b>ΑΦΡΙΚΗ</b>					
Lasebikan & Oyetunde, 2012	Νιγηρία	GHQ-12	270 νοσηλευτές	40,7% είχαν δυσχέρεια	2
Yussuf, 2007	Νιγηρία	GHQ-30	280 νοσηλευτές	18% είχαν δυσχέρεια	>4
<b>ΕΥΡΩΠΗ</b>					
Bressi et al., 2008	Ιταλία	GHQ-12	387 αιματο-ογκολογικοί νοσηλευτές	29% είχαν δυσχέρεια	>4

Συγγραφείς/Έτος	Χώρα	Εργαλείο	Πληθυσμός	Ευρήματα	Σημείο Αποκοπής
Edwards et al., 2000	Ουαλία	GHQ-12	301 νοσηλευτές ψυχικής υγείας	35% είχαν δυσχέρεια	>2
Escot et al., 2001	Γαλλία	GHQ-12	37 ογκολογικοί νοσηλευτές	19% είχαν δυσχέρεια	2
Failde et al., 2000	Ισπανία	GHQ-28	890 προσωπικό σε νοσοκομείο	30% είχαν δυσχέρεια	>6
Jones et al., 2011	Σκωτία	GHQ-12	85 επαγγελματίες υγείας (και νοσηλευτές)	34% είχαν δυσχέρεια	>4
Koivu et al., 2011	Φιλανδία	GHQ-12	124 κλινικοί νοσηλευτές	32,8% είχαν δυσχέρεια	¾
Malinauskiene et al., 2009	Λιθουανία	GHQ-12	372 κλινικοί νοσηλευτές	23% είχαν δυσχέρεια	>3
Regan et al., 2009	Αγγλία	GHQ-28	87 νοσηλευτές ΜΕΘ	9,2% είχαν δυσχέρεια	39/40
Ross et al., 2009	Αγγλία	GHQ-12	50 επαγγελματίες υγείας σε MTN (με νοσηλευτές)	16% είχαν δυσχέρεια	>4
Weinberg & Creed, 2000	Αγγλία	GHQ-12	503 επαγγελματίες υγείας	26,7% είχαν δυσχέρεια	>4
<b>ΒΟΡΕΙΑ ΑΜΕΡΙΚΗ</b>					
Grunfeld et al., 2000	Καναδάς	GHQ-12	681 επαγγελματίες υγείας (με νοσηλευτές)	10% είχαν δυσχέρεια	>4
Nickell et al., 2004	Καναδάς	GHQ-12	2001 επαγγελματίες υγείας	29% είχαν δυσχέρεια	>3
<b>ΝΟΤΙΑ ΑΜΕΡΙΚΗ</b>					
Lindo et al., 2006	Τζαμάικα	GHQ-30	212 κλινικοί νοσηλευτές και ιατροί	34% είχαν δυσχέρεια	>5
<b>ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ</b>					
Farrell, 1998	Αυστραλία	GHQ-12	270 κλινικοί νοσηλευτές	34% είχαν δυσχέρεια	>3
Oates & Oates, 1995	Αυστραλία	GHQ-40	192 κλινικοί νοσηλευτές	32% είχαν δυσχέρεια	>5



## **2.2 Πηγές εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές**

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που υποβάλλεται σε υψηλό επίπεδο στρες. Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σοβαρά δεινά, τη θλίψη και το θάνατο καθημερινά, όπως κάνουν μερικά άλλα άτομα. Διάφορα εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί σε αυτές τις μελέτες για τη μέτρηση των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων μεταξύ των νοσηλευτών. Τα πιο ευρέως χρησιμοποιημένα είναι το ερωτηματολόγιο άγχους των νοσηλευτών (Nurse Stress Questionnaire), ο δείκτης εργασιακού άγχους (Occupational Stress Indicator, OSI), το Διεθνές ερωτηματολόγιο έκβασης του νοσοκομείου (International Hospital Outcomes Consortium Questionnaire), το ερωτηματολόγιο εκτίμησης άγχους των νοσηλευτών (Nursing Stress Evaluation Questionnaire, NSEQ) και η κλίμακα άγχους των νοσηλευτών (Nursing Stress Scale, NSS). Η κλίμακα άγχους των νοσηλευτών (NSS) είναι το πιο κοινό και ευρέως χρησιμοποιούμενο μέσο για την αξιολόγηση των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων μεταξύ των νοσηλευτών μέσα σε διάφορους χώρους εργασίας (Riahi, 2011, French et al., 2000).

### **2.2.1 Πηγές σχετιζόμενες με το επάγγελμα**

#### **2.2.1.1 Ασία**

Οι Mehrabi et al., (2007) αξιολόγησαν τη σοβαρότητα των πηγών του στρες σε 170 νοσηλευτές σε διαφορετικές πτέρυγες του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Isfahan. Τα ερωτηματολόγια NSS παραδόθηκαν στους νοσηλευτές περίπου μισή ώρα μετά την έναρξη της πρωινής, της απογευματινής και νυχτερινής βάρδιας. Η υποκλίμακα «σύγκρουση με τους ιατρούς» ήταν η πιο σοβαρή πηγή άγχους.

Μια μελέτη από τους Li και Lambert (2008) διεξήχθη ανάμεσα σε 102 κινέζους νοσηλευτές ΜΕΘ σε τέσσερα νοσοκομεία. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τέσσερα αυτοσυμπληρώμενα ερωτηματολόγια συμπεριλαμβανομένου του NSS. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το «φόρτο εργασίας» ήταν ο πιο συχνός αναφερόμενος στρεσογόνος παράγοντας στο χώρο εργασίας. Στη μελέτη των Qiao et al., (2011), ένα δείγμα 96 νέων πτυχιούχων νοσηλευτών στην κεντρική Κίνα συμπλήρωσαν τέσσερα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς συμπεριλαμβανομένου του NSS. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι «ο θάνατος και η διαδικασία θανάτου», ο «φόρτος εργασίας» και η «ανεπαρκής προετοιμασία» ήταν οι πιο κοινές πηγές στρες των νοσηλευτών. Οι Wang et al., (2011), διεξήγαγαν περιγραφική μελέτη συσχέτισης με στόχο την εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ του εργασιακού άγχους και των στρατηγικών αντιμετώπισης σε νοσηλευτές στο Χονγκ Κονγκ που εργάζονται σε χειρουργικές μονάδες. Διανεμήθηκαν

150 ερωτηματολόγια και συλλέχθηκαν τελικά τα 98 (ποσοστό απόκρισης = 65,3%) χρησιμοποιώντας την κλίμακα άγχους των Νοσηλευτών (NSS). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το «φόρτο εργασίας», η «έλλειψη στήριξης» και η «ανεπαρκής προετοιμασία» είναι οι πιο συνηθισμένοι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες για τους νοσηλευτές. Ο Yao (2008) έκανε μία ποσοτική έρευνα για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ του εργασιακού άγχους, της κατάστασης της υγείας και της σωματικής δραστηριότητας σε 420 νοσηλευτές σε 5 πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην Ταϊπέι, στην Ταιβάν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο «φόρτος εργασίας» βαθμολογήθηκε υψηλότερα από τους συμμετέχοντες, όπως εκτιμήθηκε με το NSS.

Οι Rosnawati et al., (2010) διαπίστωσαν ότι ο «φόρτος εργασίας» και η «σύγκρουση με τους ιατρούς» ήταν οι πιο συχνοί εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες σε 30 (ποσοστό απόκρισης = 70%) νοσηλευτές της Μαλαισίας. Η συγκεκριμένη μελέτη επιβεβαίωσε επίσης την αξιοπιστία της Μαλαισιανής έκδοσης της κλίμακας NSS. Οι Emilia και Hassim (2007) διεξήγαγαν τη μελέτη τους σε 181 Μαλαισιανούς παθολογικούς και χειρουργικούς νοσηλευτές. Οι πιο κοινές πηγές άγχους σύμφωνα με την κλίμακα NSS ήταν το «υψηλό φόρτο εργασίας», οι «ανησυχίες σχετικά με το θάνατο και το πεθαίνουν» και η «σύγκρουση με τους ιατρούς». Η μελέτη Fathi et al., (2010) διεξήχθη σε 126 νοσηλευτές σε νοσοκομείο της Ινδονησίας. Οι περισσότεροι από αυτούς (92,1%) ήταν γυναίκες και παντρεμένοι (84,9%). Ο «Θάνατος και το πεθαίνουν» και μετά ο «φόρτος εργασίας» ήταν οι πιο συχνά αναφερόμενοι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες όπως εκτιμήθηκε με την κλίμακα NSS.

Η μελέτη των Fukuda et al., (2008), με στόχο να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των κυτοκινών και του εργασιακού άγχους σε 118 νοσηλευτές σε νοσοκομείο στην Ιαπωνία ανέφερε ότι ο πιο συχνά αναφερόμενος εργασιακός στρεσογόνος παράγοντας, όπως αξιολογήθηκε με τη χρήση της κλίμακας NSS ήταν ο «φόρτος εργασίας».

Μια μελέτη από το Lee (2003) ανέφερε ότι ο «φόρτος εργασίας» και η «ανεπαρκής προετοιμασία» είναι οι πιο κοινοί παράγοντες άγχους μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται στο Χονγκ Κονγκ. Οι Chan et al, (2000) μελέτησαν το εργασιακό άγχος σε έξι διαφορετικά επαγγέλματα, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών στη Σιγκαπούρη και διαπίστωσαν ότι οι πιο σημαντικές πηγές του εργασιακού άγχους ήταν οι «αντικρουόμενες απαιτήσεις μεταξύ εργασίας και οικογένειας» και οι «πιέσεις απόδοσης». Ο Andal (2006) διαπίστωσε ότι οι πιο κοινοί στρεσογόνοι παράγοντες μεταξύ 30 Φιλιππινέζων νοσηλευτών ήταν ο «θάνατος και το πεθαίνουν», η

«σύγκρουση με τους ιατρούς» και η «ανεπαρκής προετοιμασία», όπως εκτιμήθηκε με τη Διευρυμένη Κλίμακα Νοσηλευτικού Στρες (ENSS).

### **2.2.1.2 Αφρική**

Οι Nabirye et al., (2011) πραγματοποίησαν μια μελέτη μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε τέσσερα νοσοκομεία στην πόλη Καμπάλα της Ουγκάντα. Από τα 400 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, 333 επεστράφησαν (ποσοστό απόκρισης = 83%), που αντιπροσώπευε το 26% του συνόλου των νοσηλευτών (n = 1242) και στα τέσσερα νοσοκομεία. Περισσότερο από το 95% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Οι νοσηλευτές συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε το Δείκτη Άγχους των Νοσηλευτών (NSI) και τα τοποθέτησαν σε σφραγισμένα κιβώτια που βρισκόντουσαν σε κλινικές / μονάδες και μπορούσαν να ανοιχθούν μόνο από την ερευνητική ομάδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η «πίεση από το φόρτο εργασίας που σχετίζεται με τον ανεπαρκή χρόνο και την έλλειψη πόρων» ήταν στην κορυφή των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων. Ο Govender (1995) ερεύνησε τις αντιληπτές πηγές άγχους μεταξύ των νοσηλευτών της Νότιας Αφρικής με τη χρήση του NSS. Ο συγγραφέας ανέφερε ότι ο «φόρτος εργασίας» θεωρήθηκε ως η πρώτη μεγάλη πηγή στρες. Η δεύτερη σημαντική πηγή άγχους ήταν τα «συναισθηματικά ζητήματα που σχετίζονται με το θάνατο».

### **2.2.1.3 Ευρώπη**

Οι Glazer και Gyurak (2008) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν την «έλλειψη προσωπικού» ως πρώτη πηγή εργασιακού άγχους. Στη μελέτη του Currid (2008) που διεξήχθη στο Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο, με τη μέθοδο της συνέντευξης ερωτήθηκαν οκτώ νοσηλευτές σε οξεία τμήματα ψυχικής υγείας (5 άνδρες και 3 γυναίκες). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν έλλειψη πόρων και κακή ισορροπία στο σπίτι / εργασία. Ο Rout (2000) υπογράμμισε ότι οι πηγές του άγχους σε 79 νοσηλευτές στη βορειοδυτική Αγγλία ήταν οι εξής: «Δεν υπάρχει αρκετός χρόνος», «διοικητική εργασία», «Πάρα πολύ δουλειά» και «έλλειψη ελέγχου επί των περιβαλλοντικών παραγόντων». Σύμφωνα με τους Edwards et al., (2000), οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Ουαλία έδειξαν ότι η ανησυχία σχετικά με την καλή ποιότητα των υπηρεσιών, οι περιορισμένοι πόροι και οι συχνές και πολλές διακοπές κατά τη διάρκεια της εργασίας ήταν οι πιο συχνοί αναφερόμενοι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες, όπως μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο άγχους των

ψυχιατρικών νοσηλευτών στην κοινότητα (CPN). Οι Hawkins et al., (2007) διερεύνησαν τους εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες σε νοσηλευτές σε ξενώνα και εξέτασαν την πιθανή επίδραση των τύπων στρες και των εμπειριών αντιμετώπισης. Διανεμήθηκε σε 215 νοσηλευτές σε 5 Βρετανικά άσυλα (συνολικός πληθυσμός), ενώ μόνο 84 νοσηλευτές (ποσοστό απόκρισης = 39%) συμπλήρωσαν και επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο. Περίπου το 99% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο κοινές πηγές άγχους ήταν ο «Θάνατος και Πεθαίνοντας» και ο «φόρτος εργασίας». Οι Regan et al., (2009) διεξήγαγε μία μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης σε 87 νοσηλευτές ΜΕΘ στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο πιο συχνά αναφερόμενος εργασιακός στρεσογόνος παράγοντας, όπως εκτιμήθηκε με το NSS, ήταν ο «φόρτος εργασίας» και ο δεύτερος ήταν ο «Θάνατος και πεθαίνουν».

Οι Pal και Saksvik (2008) διαπίστωσαν ότι οι κύριοι δείκτες πρόβλεψης του εργασιακού άγχους σε νοσηλευτές στη Νορβηγία ήταν οι «υψηλές εργασιακές απαιτήσεις» και η «χαμηλή ευελιξία του χρόνου εργασίας». Οι Cronqvist et al., (2001) διαπίστωσαν ότι τα συγκρουόμενα κίνητρα συχνά προκαλούν δυσχέρεια στους νοσηλευτές ΜΕΘ της Σουηδίας. Οι Garvia-Izquierdo και Rios-Risquez (2012) πραγματοποίησαν μια συγχρονική μελέτη για να εξετάσουν τη σχέση των ψυχοκοινωνικών εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τμήματα επειγόντων περιστατικών σε τρία νοσοκομεία στην Ισπανία. Συνολικά, 191 νοσηλευτές επέστρεψαν ολοκληρωμένα το MBI και το NSS. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο «φόρτος εργασίας» και ο «Θάνατος και πεθαίνουν» ήταν οι πιο σοβαροί επαγγελματικοί στρεσογόνοι παράγοντες για τους νοσηλευτές.

Οι Golubic et al., (2009) προσδιόρισαν τους πιο σοβαρούς στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία σε 1086 νοσηλευτές σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Κροατία. Οι παράγοντες αυτοί ήταν η «οργάνωση της εργασίας και τα οικονομικά θέματα», η «δημόσια κριτική» και οι «κίνδυνοι στο χώρο εργασίας», όπως μετρήθηκαν από το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης εργασιακού στρες (OSAQ). Οι Sveinsdottir et al., (2006) προσδιόρισαν τις πιο κοινές πηγές άγχους σε 206 Ισλανδούς νοσηλευτές με την κλίμακα πηγών εργασιακού άγχους (SOSS). Οι παράγοντες που βρέθηκαν ήταν «Πάρα πολύ δουλειά», «Ανεπαρκής διαβούλευση», «ανεπαρκής επίβλεψη» και «Ανεπαρκείς πόροι». Οι Escot et al., (2001) βρήκαν ότι οι πηγές του άγχους ανάμεσα σε 37 νοσηλευτές του αντικαρκινικού νοσοκομείου στο Montpellier στη Γαλλία ήταν η «ανεπαρκής εκπαίδευση», η «πίεση χρόνου» και η

«σύγκρουση με το ιατρικό προσωπικό», όπως μετράται με το NSS. Οι Glazer και Gyurak (2008) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο «χαμηλός μισθός» και η «έλλειψη πόρων» ήταν οι πιο συχνά αναφερόμενοι εργασιακοί παράγοντες άγχους σε νοσηλευτές στην Ουγγαρία. Οι Delvaux et al., (2004) διαπίστωσαν ότι η «ανεπαρκής προετοιμασία», η «φροντίδα» και ο «φόρτος εργασίας» ήταν οι πιο συχνές πηγές στρες σε 116 (58 ομάδα παρέμβασης, 58 ομάδα ελέγχου) νοσηλευτές στο Βέλγιο πριν και μετά το πρόγραμμα ψυχολογικής εκπαίδευσης, όπως μετρήθηκε με την κλίμακα NSS. Οι Stordeur et al., (2001) διερεύνησαν την επίδραση του εργασιακού άγχους αναφορικά με τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε 625 (ποσοστό απόκρισης = 39,2%) νοσηλευτές που εργάζονταν σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Βέλγιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το «φυσικό περιβάλλον (φόρτος εργασίας)», ακολουθούμενο από το «ψυχολογικό περιβάλλον (Θάνατος και πεθαίνουν, τλαιπωρία, ανεπαρκής προετοιμασία, λάθη, έλλειψη υποστήριξης)» ήταν οι πιο συχνοί εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες, όπως εκτιμήθηκαν με την κλίμακα NSS.

#### **2.2.1.4 Βόρεια Αμερική**

Οι Purcell et al., (2011) ανέφεραν τη «Στελέχωση και τον προγραμματισμό» ως πηγές εργασιακού στρες σε 197 Αμερικανούς νοσηλευτές, όπως εκτιμήθηκε με το NSS. Οι Hoolahan et al., (2012) ανέφεραν ότι οι υποκλίμακες «φόρτος εργασίας» και «Θάνατος και Πεθαίνοντας» ήταν οι πιο αγχωτικοί παράγοντες, σε 30 νοσηλευτές στην Ιατρική-Χειρουργική Μονάδα στο νοσοκομείο St. Margaret, στην Πενσυλβάνια των ΗΠΑ. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν μέρος του προγράμματος για τη μείωση του στρες που πραγματοποιήθηκε από τους συγγραφείς της μελέτης και για τη μέτρηση του εργασιακού άγχους πριν και μετά την παρέμβαση χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα νοσηλευτικού στρες (NSS). Σύμφωνα με μία πειραματική μελέτη που διεξήχθη από τον Welsh(2009), ο «φόρτος εργασίας» ήταν ο υψηλότερος στην κατάταξη εργασιακός στρεσογόνος παράγοντας ανάμεσα σε 150 γυναίκες νοσηλεύτριες στην Αμερική, όπως εκτιμήθηκε από το NSS. Οι Hoffman και Scott (2003) πραγματοποίησαν μια περιγραφική συγχρονική μελέτη σε 208 (ποσοστό απόκρισης = 30%) νοσηλευτές που εργάζονταν στην πολιτεία του Michigan. Οι δύο μεγαλύτεροι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες ήταν οι υποκλίμακες «φόρτος εργασίας» και «Θάνατος και Πεθαίνοντας», όπως μετρήθηκαν με την κλίμακα NSS. Ο Martens (2009) αξιολόγησε τις πηγές του άγχους μεταξύ 146 νοσηλευτών που εργάζονται σε ξενώνες στις ΗΠΑ χρησιμοποιώντας την κλίμακα NSS. Ο κύριος αντιληπτός εργασιακός στρεσογόνος

παράγοντας από τους νοσηλευτές ήταν ο «φόρτος εργασίας» που περιλαμβάνει το «Κάνοντας ένα λάθος κατά τη θεραπεία ενός ασθενή» και «έλλειψη νοσηλευτών». Οι LeSergenta και Haney (2005) έκαναν μία μελέτη με σκοπό να διερευνήσουν τους εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες σε νοσηλευτές σε αγροτικά νοσοκομεία στον Καναδά. Ογδόντα επτά νοσηλευτές, ηλικίας 25-65 ετών, ολοκλήρωσαν την έρευνα συμπληρώνοντας ερωτηματολόγια NSS. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο «φόρτος εργασίας» και οι «διαπροσωπικές συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας» ήταν οι πιο συχνόι αναφερόμενοι στρεσογόνοι παράγοντες.

#### **2.2.1.5 Νότια Αμερική**

Οι Rodrigues και Chaves (2008) πραγματοποίησαν μια περιγραφική μελέτη με τη μέθοδο της ποσοτικής προσέγγισης μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε Ογκολογικές κλινικές πέντε νοσοκομείων στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας. Το δείγμα αποτελούνταν από 77 νοσηλευτές και περίπου το 95% ήταν γυναίκες. Χρησιμοποιήθηκε το αυτοσυμπληρώμενο ερωτηματολόγιο των 66 ερωτήσεων Folkman and Lazarus Coping Strategies Inventory. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συχνότεροι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες ήταν ο «θάνατος του ασθενούς», οι «καταστάσεις έκτακτης ανάγκης» και τα «θέματα σχέσεων με την νοσηλευτική ομάδα». Ο Bianchi (2004) διερεύνησε τις πηγές του άγχους σε 76 νοσηλευτές από ένα καρδιολογικό νοσοκομείο στην πόλη του Σάο Πάολο με τη χρήση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης του νοσηλευτικού στρες (NSEQ). Οι τέσσερις μεγαλύτεροι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες ήταν οι «συνθήκες εργασίας», η «διαχείριση του προσωπικού», η «Νοσηλευτική φροντίδα» και ο «συντονισμός της μονάδας». Ο Wheeler (2010) έδειξε ότι οι μεξικανοί νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσιο νοσοκομείο στην Πουέμπλα βίωναν υψηλού επιπέδου εργασιακό στρες που προκαλείτο από τις «Διαπροσωπικές σχέσεις με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας», το «φόρτο εργασίας» και την «έλλειψη πόρων».

#### **2.2.1.6 Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία**

Οι Pinikahana & Happell (2004) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο πιο συνηθισμένος εργασιακός στρεσογόνος παράγοντας σε 136 ψυχιατρικούς νοσηλευτές στη Βικτώρια της Αυστραλίας ήταν ο «φόρτος εργασίας», ακολουθούμενος από την «ανεπαρκή προετοιμασία», όπως εκτιμήθηκε με την κλίμακα NSS. Οι Happell et al., (2003)

ανέφεραν ότι ο «φόρτος εργασίας» ήταν η υψηλότερη αγχωτική υποκλίμακα και η δεύτερη ήταν ο «Θάνατος και Πεθαίνοντας» σε 51 ψυχιατρικούς νοσηλευτές στην Αυστραλία σύμφωνα με την κλίμακα NSS. Οι Healy και McKay (2000) μελέτησαν το άγχος, την αντιμετώπιση και την ικανοποίηση από την εργασία 129 νοσηλευτών οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν την κλίμακα του νοσηλευτικού στρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο «φόρτος εργασίας» ήταν ο πιο συχνός εργασιακός στρεσογόνος παράγοντας, ενώ η «σύγκρουση με άλλους νοσηλευτές» και η «έλλειψη υποστήριξης» ήταν οι λιγότερο συχνόι αναφερόμενοι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες. Ο Ditzel (2009) διαπίστωσε ότι ο «μεγάλος φόρτος εργασίας» ήταν ο πιο συχνός εργασιακός στρεσογόνος παράγοντας σε 672 νοσηλευτές της Νέας Ζηλανδίας με τη χρήση της κλίμακας NSS. Οι Chang et al., (2007) εξέτασαν το άγχος στο χώρο εργασίας σε 328 κλινικούς νοσηλευτές στη Νέα Νότια Ουαλία (NSW) και 190 κλινικούς νοσηλευτές στη Νέα Ζηλανδία με τη χρήση της κλίμακας NSS και της δεύτερης έκδοσης του ερωτηματολογίου SF-36. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο κοινές πηγές άγχους ήταν ο «φόρτος εργασίας» και ο «Θάνατος και πεθαίνουν».

Ο Πίνακας 2.2. συνοψίζει τις έρευνες των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων μεταξύ των νοσηλευτών.

**Πίνακας 2.2**

**Πηγές στρες στους νοσηλευτές σχετιζόμενες με το επάγγελμα**

Συγγραφείς/Ετος	Χώρα	Εργαλείο	Πληθυσμός	Πηγές Στρες
<b>ΑΣΙΑ</b>				
Andal, 2006	Φιλιππίνες	Διευρυμένο NSS	30 νοσηλευτές	Θάνατος και Πεθαίνουν Συγκρούσεις με ιατρούς
Emilia & Hassim, 2007	Μαλαισία	NSS	181 παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές	Φόρτος εργασίας Θάνατος και Πεθαίνουν
Fukuda et al., 2008	Ιαπωνία	NSS	118 γυναίκες νοσηλευτές	Φόρτος Εργασίας
Lee, 2003	Χονγκ Κονγκ	NSS	362 Νοσηλευτές	Φόρτος Εργασίας Συγκρούσεις με ιατρούς
Li & Lambert, 2008	Κίνα	NSS	102 νοσηλευτές ΜΕΘ	Φόρτος Εργασίας
Mehrabi et al., 2007	Ιράν	NSS	170 νοσηλευτές	Συγκρούσεις με ιατρούς
Qiao et al., 2011	Κίνα	NSS	96 νέοι απόφοιτοι νοσηλευτικής	Θάνατος και Πεθαίνουν Φόρτος εργασίας
Rosnawati et al., 2010	Μαλαισία	NSS	30 κλινικοί νοσηλευτές	Φόρτος Εργασίας Συγκρούσεις με ιατρούς
Wang et al., 2011	Χονγκ Κονγκ	NSS	98 χειρουργικοί νοσηλευτές	Φόρτος εργασίας



Συγγραφείς/Έτος	Χώρα	Εργαλείο	Πληθυσμός	Έλλειψη υποστήριξης Πηγές Στρες
<b>ΑΦΡΙΚΗ</b>				
Nabirye et al., 2011	Ουγκάντα	NSI	333 κλινικοί νοσηλευτές	Φόρτος εργασίας
<b>ΕΥΡΩΠΗ</b>				
Cronqvist et al., 2001	Σουηδία	Ημι-δοδημένη συνέντευξη	36 Νοσηλευτές ΜΕΘ	Συγκρούσεις για τον έλεγχο Προτεραιότητα Κύρος, εξουσία
Currid, 2008	Ηνωμένο Βασίλειο	Συνέντευξη	8 ψυχιατρικοί νοσηλευτές	Έλλειψη πόρων Μικρή ισορροπία σπίτι/εργασία
Delvaux et al., 2004	Βέλγιο	NSS	116 νοσηλευτές	Ανεπαρκής προετοιμασία Φόρτος εργασίας
Edwards et al., 2000	Ουαλία	Community Psychiatric Nursing (CPN) Stress Questionnaire	301 νοσηλευτές ψυχικής υγείας	Προσπάθεια για διατήρηση ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών Φτωχές πηγές
Escot et al., 2001	Γαλλία	NSS	37 ογκολογικοί νοσηλευτές	Ανεπαρκής εκπαίδευση Έλλειψη χρόνου για την ψυχολογική φροντίδα των ασθενών
Glazer & Gyurak, 2008	Ηνωμένο Βασίλειο Ουγγαρία	Εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες	197 κλινικοί νοσηλευτές 626 κλινικοί νοσηλευτές	Έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού

Συγγραφείς/Έτος	Χώρα	Εργαλείο	Πληθυσμός	Πηγές Στρες
Golubic et al., 2009	Κροατία	OSAQ	1086 κλινικοί νοσηλευτές	Νοσοκομείο Δημόσια κριτική
Garcia-Izquierdo & Rios-Risquez, 2012	Ισπανία	NSS	191 νοσηλευτές ΤΕΠ	Θάνατος και Πεθαίνει Φόρτος εργασίας
Hawkins et al., 2007	Ηνωμένο Βασίλειο	NSS	84 νοσηλευτές σε ξενώνες	Θάνατος και Πεθαίνει Φόρτος εργασίας
Regan et al., 2009	Ηνωμένο Βασίλειο	NSS	87 νοσηλευτές ΜΕΘ	Θάνατος και Πεθαίνει Φόρτος εργασίας
Rout, 2000	Αγγλία	Συνεντεύξεις	79 νοσηλευτές	Χρόνος-Πίεση Υπευθυνότητα
Stordeur et al., 2001	Βέλγιο	NSS	625 κλινικοί νοσηλευτές	Θάνατος και Πεθαίνει Φόρτος εργασίας
Sveinsdottir et al., 2006	Ισλανδία	SOSS	206 νοσηλευτές	Φόρτος εργασίας Ανεπαρκής επικοινωνία
<b>ΒΟΡΕΙΑ ΑΜΕΡΙΚΗ</b>				
Hoffman & Scott, 2003	ΗΠΑ	NSS	208 νοσηλευτές	Θάνατος και Πεθαίνει Φόρτος εργασίας
Hoolahan et al., 2012	ΗΠΑ	NSS	30 κλινικοί νοσηλευτές	Θάνατος και Πεθαίνει Φόρτος εργασίας

Συγγραφείς/Έτος	Χώρα	Εργαλείο	Πληθυσμός	Πηγές Στρες
LeSergenta & Haney, 2005	Καναδάς	NSS	87 κλινικοί νοσηλευτές	Φόρτος εργασίας Συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας
Martens, 2009	ΗΠΑ	NSS	146 νοσηλευτές σε ξενώνες	Φόρτος εργασίας
Purcell et al., 2011	ΗΠΑ	NSS	197 νοσηλευτές	Στελέχωση και προγραμματισμός
Welsh, 2009	ΗΠΑ	NSS	150 γυναίκες νοσηλευτές	Φόρτος εργασίας
<b>ΝΟΤΙΑ ΑΜΕΡΙΚΗ</b>				
Bianchi, 2004	Βραζιλία	NSEQ	76 καρδιολογικοί νοσηλευτές	Συνθήκες εργασίας Διαχείριση προσωπικού
Rodrigues & Chaves, 2008	Βραζιλία	Folkman and Lazarus coping strategies inventory	77 ογκολογικοί νοσηλευτές	Θάνατος και Πεθαίνει Επείγουσες καταστάσεις
<b>ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ</b>				
Brunero et al., 2008	Αυστραλία	NSS	18 νοσηλευτές	Συγκρούσεις με ιατρούς Θάνατος και Πεθαίνει
Chang et al., 2007	Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία	NSS	328 νοσηλευτές από Αυστραλία και 190 από Νέα Ζηλανδία	Θάνατος και Πεθαίνει Φόρτος εργασίας
Συγγραφείς/Έτος	Χώρα	Εργαλείο	Πληθυσμός	Πηγές Στρες
Happell et al., 2003	Αυστραλία	NSS	51 ψυχιατρικοί νοσηλευτές	Θάνατος και Πεθαίνει

				Φόρτος εργασίας
Healy & McKay, 2000	Αυστραλία	NSS	129 νοσηλευτές	Φόρτος εργασίας Συγκρούσεις με άλλους νοσηλευτές

### **2.2.2 Πηγές στρες στους νοσηλευτές σχετιζόμενες με προσωπικούς παράγοντες και την οικογενειακή κατάσταση**

Έχει προταθεί ότι όχι μόνο προσωπικοί παράγοντες και παράγοντες του τρόπου ζωής, αλλά και η οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, προκειμένου να κατανοηθούν τα αποτελέσματα της υγείας. Έτσι, μια ολιστική προσέγγιση σε μελέτες σε επαγγελματίες υγείας μπορεί να προσφέρει μια ευρεία προοπτική σχετικά με τη συμβολή των εκθέσεων, τα αποτελέσματα και τους συγχυτικούς παράγοντες. Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση των προσωπικών παραγόντων, των παραγόντων του τρόπου ζωής και των παραγόντων του κινδύνου εργασίας, με τα αποτελέσματα για την υγεία (Borg & Kristensen, 2000, Lindell et al., 2010). Σε ορισμένες μελέτες, για παράδειγμα, παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως η σωματική δραστηριότητα, η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα συνδέονται με τα καρδιαγγειακά νοσήματα ή άλλα αποτελέσματα υγείας σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο (Dellve et al., 2003, Nabe-Nielsen et al., 2009, Clausen et al., 2010). Όσον αφορά την αλληλεπίδραση μεταξύ των συνθηκών διαβίωσης και των αποτελεσμάτων για την υγεία, οι Leijon et al., (2007) βρήκαν σε μία μελέτη επαγγελματιών υγείας του δημόσιου τομέα ότι ένας συνδυασμός αυτών των παραγόντων αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης επίμονων μυοσκελετικών διαταραχών.

Το παρατεταμένο εργασιακό άγχος και οι γονικές απαιτήσεις μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των εργαζόμενων γυναικών, μιας και δαπανούν περισσότερες ώρες για τα οικιακά καθήκοντα και τη φροντίδα των παιδιών, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο διαθέσιμος χρόνος για ανάπαυση, αναψυχή και ψυχαγωγία (Greenhaus et al., 2001, Grzywacz et al., 2006). Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, τα δημογραφικά στοιχεία του προσωπικού, οι ρόλοι της οικογένειας, καθώς και η σχέση μεταξύ εργασίας και οικογένειας έχουν αλλάξει δραματικά, οδηγώντας σε αύξηση της έρευνας με έμφαση στη δυναμική των επαγγελματικών και οικογενειακών ρόλων (Kompier 2002, Simon et al., 2004). Συγκρούσεις και άγχος προκύπτει συχνά όταν οι νοσηλευτές συμμετέχουν σε δύο ρόλους ταυτόχρονα, εκείνο της εργασίας και της οικογένειας, επειδή οι προσδοκίες αυτών των δύο ρόλων είναι συχνά ασύμβατες (Schlüter et al., 2011).

Με βάση την πηγή της ασυμβατότητας μεταξύ της εργασίας και των οικογενειακών ρόλων, υπάρχουν τρεις διαφορετικές μορφές σύγκρουσης εργασίας-οικογένειας: με βάση το χρόνο, με βάση το άγχος και με βάση τη συμπεριφορά. Οι συγκρούσεις της

εργασίας με την οικογένεια με βάση το χρόνο αναφέρονται σε προβλήματα αναφορικά με την κατανομή του διαθέσιμου χρόνου για δύο τομείς, π.χ., υπερωριακή απασχόληση σε σχέση με τις δραστηριότητες της οικογένειας. Οι συγκρούσεις με βάση το άγχος προκύπτουν όταν η εκπλήρωση ενός ρόλου προκαλεί ένταση και αυτό με τη σειρά του διαχέεται σε όλες τις άλλες περιοχές. Για παράδειγμα, η κόπωση λόγω φόρτου εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή προσοχή στους οικογενειακούς ρόλους. Οι συγκρούσεις εργασίας-οικογένειας με βάση τη συμπεριφορά περιγράφουν τις δυσκολίες στην αλλαγή της συμπεριφοράς μεταξύ των ρόλων στα δύο πεδία (Simon et al., 2004). Οι συγκρούσεις με βάση το άγχος, όπου ο αρνητικός αντίκτυπος ενός τομέα (κυρίως ο τομέας εργασίας) επηρεάζει τον άλλο τομέα, εξηγήθηκαν αρχικά από τους Greenhaus & Beutells (1985) ως αρνητική προοπτική διάχυσης. Ωστόσο, σύμφωνα με την δυναμική της επαγγελματικής - οικογενειακής διασύνδεσης, πολλοί συγγραφείς στη συνέχεια ανέπτυξαν το ρόλο του άγχους περιλαμβάνοντας μία θετική υπερχείλιση, με αποτέλεσμα να εμπλουτιστούν ακόμη περισσότερο αυτά τα μοντέλα (Grzywacz & Marks, 2000).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των ρόλων της εργασίας και της οικογένειας είναι η κατεύθυνση της ασυμβατότητας, η οποία θα μπορούσε να σχετίζεται και με τα δύο, ότι δηλαδή ο ρόλος της εργασίας μπορεί να επηρεάσει την οικογένεια και το αντίστροφο. Ωστόσο, αναφέρεται συνήθως παρεμβολή της εργασίας στην οικογένεια (Simon et al., 2004, Grzywacz et al., 2006). Πιστεύεται ότι οι ισορροπημένοι ρόλοι εργασίας - οικογένειας είναι μία προσέγγιση όπου οι δύο ρόλοι έχουν ίδιο επίπεδο προσοχής, χρόνου, συμμετοχής και αποστολής (Greenhaus et al., 2003). Έχει αποδειχθεί ότι η αυξημένη παρέμβαση του ρόλου της εργασίας στον οικογενειακό ρόλο βιώνεται περισσότερο μεταξύ των εργαζομένων που εργάζονται με βάρδιες. Ως εκ τούτου, οι μελέτες που αφορούν τους ρόλους εργασίας-οικογένειας έχουν επικεντρωθεί στους νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο (Simon et al., 2004, Grzywacz et al., 2006, Van der Heijden et al., 2008).

Υπό το πρίσμα αυτών των προκλήσεων, οι μελέτες με αντικείμενο εργασία και οικογένεια μεταξύ των γυναικών σε διαφορετικές χώρες θα μπορούσαν να χαρτογραφήσουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνονται οι ρόλοι της εργασίας και της οικογένειας σε διάφορα πλαίσια. Η αλληλεπίδραση των παραγόντων εργασίας και των παραγόντων του τρόπου ζωής σε διαφορετικές χώρες ποικίλλει και συμβάλλει στο χώρο της έρευνας και στην κοινωνική άποψη (Karimi, 2008). Ωστόσο, αν και έχουν διεξαχθεί

πολλές μελέτες για θέματα επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής στις ανεπτυγμένες χώρες, λίγα είναι γνωστά στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Με βάση τον παραδοσιακό ρόλο των γυναικών, οι γυναίκες πιέζονται σημαντικά για να δώσουν προτεραιότητα στους ρόλους της οικογένειας. Σε μια παραδοσιακή κοινωνία, όπου οι γυναίκες έχουν την κύρια ευθύνη για τη φροντίδα των παιδιών και τη λειτουργία του σπιτιού, οι άνδρες είναι υπεύθυνοι κυρίως για την εργασία έξω από το σπίτι. Στο πλαίσιο αυτό, οι γυναίκες ως ο κύριος οικονόμος πρέπει να βρίσκονται στο σπίτι πριν από τα άλλα μέλη της οικογένειας (Ahmad-Nia, 2002). Στο πλαίσιο αυτό, όταν οι γυναίκες ως σύζυγοι και μητέρες πρέπει να φύγουν από το σπίτι για εργασία με βάρδιες, η κατάσταση θα μπορούσε να γίνει περίπλοκη.

Μια άλλη σημαντική όψη είναι η έννοια της οικογένειας. «Οικογένεια» σημαίνει όχι μόνο γονείς και παιδιά, αλλά και σύζυγοι, γονείς, αδέρφια και άλλοι συγγενείς, όπως θείοι, θείες, ξαδέλφια, γείτονες και στενοί φίλοι, δηλαδή μία μεγάλη οικογένεια. Η οικογένεια αποτελεί σημαντική πηγή υποστήριξης και επιρροής, που περιλαμβάνει ευθύνες και υποχρεώσεις προς τον άλλο (Karimi, 2008). Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι μια απαιτητική οικογενειακή κατάσταση θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την υγεία των εργαζομένων γυναικών (Ahmad-Nia, 2002), αλλά υπάρχει έλλειψη μελετών που να δείχνουν πώς οι ρόλοι εργασίας-οικογένειας αλληλοεπιδρούν με την υγεία των νοσηλευτών. Για το λόγο αυτό απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να δείξουν τη συμβολή των επαγγελματικών και οικογενειακών παραγόντων σε διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες και πλαίσια.

### **2.3 Άγχος, Αντιμετώπιση και Ανθεκτικότητα μεταξύ των νοσηλευτών**

Η αντιμετώπιση είναι οι γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες που κάνουν τα άτομα για να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που θεωρούνται ως δυνητικά επιβλαβείς ή αγχώδεις (McElfatrick et al., 2000). Από τα προαναφερθέντα διαπιστώθηκε ότι αν και οι περισσότεροι νοσηλευτές ανέφεραν το «φόρτο εργασίας» και το «θάνατο και Πεθαίνει» ως τους δύο πιο σημαντικούς εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες, ανεξάρτητα από τη χώρα, χρησιμοποιήθηκαν από τους νοσηλευτές διαφορετικές μέθοδοι αντιμετώπισης. Οι Chang et al., (2006) βρήκαν τις τρεις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης που έχουν υιοθετήσει οι νοσηλευτές στην Αυστραλία: προγραμματισμός της επίλυσης των προβλημάτων, αυτοέλεγχος και αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Για τους νοσηλευτές στην Κίνα οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι η θετική επανεκτίμηση, ο αυτο-έλεγχος και η επίλυση

προβλημάτων μέσω σχεδίων. Για τους Ιάπωνες νοσηλευτές οι στρατηγικές είναι ο αυτο-έλεγχος, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η επίλυση προβλημάτων μέσω σχεδίων. Οι Welbourne et al., (2007) και Xianyu και Lambert (2006) έδειξαν ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα και όχι στο συναίσθημα. Σύμφωνα με τους Lambert et al., (2004a), οι νοσηλευτές οι οποίοι ανέφεραν ότι ήταν πιθανό να αλλάξουν καριέρα νοσηλευτικής διαπίστωσαν ότι η αποδοχή της ευθύνης και η αποφυγή της απόδρασης ήταν οι καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισής τους.

Τα αποτελέσματα της μελέτης του Lee (2003) έδειξε αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ των άμεσων στρατηγικών αντιμετώπισης και του εργασιακού άγχους και θετική συσχέτιση μεταξύ της αντιληπτής κατάστασης της υγείας και της αντιμετώπισης. Οι προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι η καλύτερη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης έχει ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να βιώνουν μικρότερου βαθμού εργασιακό στρες.

Οι Healy και McKay (2000) πρότειναν ότι η στρατηγική που εστιάζεται στο πρόβλημα σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία κατά την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους. Οι Boey et al., (1997) έδειξαν ότι οι νοσηλευτές στη Σιγκαπούρη προτιμούν στρατηγικές αντιμετώπισης αυτοβοήθειας για την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης από άλλους νοσηλευτές ή προϊσταμένους. Οι νοσηλευτές στην Αμερική, σύμφωνα με τους Bowman και Stern (1995), ανέφεραν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων εξαρτάται από την κατάσταση και την προηγούμενη τελευταία επιτυχημένη εμπειρία σε παρόμοιες αγχωτικές καταστάσεις.

Το παρατεταμένο στρες χωρίς αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης επηρεάζει όχι μόνο την οικογενειακή και επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών, αλλά και τις νοσηλευτικές τους δεξιότητες (Lee et al., 2005). Από την άλλη πλευρά, οι νοσηλευτές οι οποίοι εφαρμόζουν αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης όταν αντιμετωπίζουν εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες θα αυξήσουν την ικανοποίηση από την εργασία τους (Welbourne et al., 2007). Οι Dorrian et al., (2011) διαπίστωσαν ότι περίπου το 60% των Αυστραλών νοσηλευτών και μαιών που συμμετείχαν στη μελέτη τους ανέφεραν ότι έκαναν χρήση βοηθημάτων ύπνου. Περίπου το 20% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι λαμβάνει συνταγογραφούμενα φάρμακα και το 44% των νοσηλευτών και το 9% των μαιών ανέφεραν χρήση αλκοόλ για να τους βοηθήσει στον ύπνο, περισσότερο από μία φορά κατά τη διάρκεια της μελέτης. Οι Lambert et al., (2004b) έδειξαν ότι, ανεξάρτητα από τη χώρα, τέσσερις είναι οι



στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται, ο αυτοέλεγχος, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η επίλυση προβλημάτων μέσω σχεδίων και η θετική επανεκτίμηση.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση όταν τα άτομα βρίσκονται αντιμέτωπα με απώλεια ή αντιξοότητες ονομάζεται ανθεκτικότητα (Tugade & Fredrickson, 2004: 320), η οποία δείχνει την ικανότητα του ατόμου να ξεπερνάει τις αρνητικές καταστάσεις. Διάφοροι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα αντιμετώπισης ενός ατόμου περιλαμβάνουν την κοινωνική, οργανωτική υποστήριξη (Ekedahl & Wengstrom, 2006, Fitch et al., 2006), τις στάσεις και τις συνθήκες (Hinds et al., 1994), την προσωπική και επαγγελματική εμπειρία και την ανθεκτικότητα (Ablett & Jones, 2007).

Μερικές νοσηλευτές μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το άγχος, ενώ άλλοι δεν μπορούν (Quattrin et al., 2006). Η αντοχή είναι ένας από τους μεμονωμένους και συνεργατικούς παράγοντες που μεσολαβούν στο άγχος μεταξύ των νοσηλευτών (Cunningham, 2003, Sherman et al., 2006, Ablett & Jones, 2007) και μπορεί να είναι είτε φυσιολογικός είτε ψυχολογικός μεσολαβητής (Tusaie & Dyer, 2004). Η ελαστικότητα στους νοσηλευτές είχε αρνητική συσχέτιση με το εργασιακό στρες, θετική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση (Kim et al., 2011, Judkins & Rind, 2005) και θετική συσχέτιση με μικρότερο επιπολασμό PTSD, άγχος ή κατάθλιψη, και εξουθένωση (Mealer et al., 2011). Για το λόγο αυτό, οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναπτύξουν ανθεκτικότητα προκειμένου να ξεπεράσουν αποτελεσματικά τα επαγγελματικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην εργασία τους (Jackson et al., 2007). Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές μπορούν να αντιμετωπίσουν καταστάσεις και εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες και η παρουσία της ανθεκτικότητας, θα τους βοηθήσει προκειμένου να αποφευχθούν τα αποτελέσματα της έκθεσής τους σε υψηλά επίπεδα στρες (Zander et al., 2010).

#### **2.4 Εργασιακό άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Κλειστά Τμήματα και παράγοντες που το προκαλούν**

Το στρες που βιώνει ένας νοσηλευτής που απασχολείται σε κλειστό τμήμα είτε είναι αιφνίδιο είτε όχι προκαλεί υπερβολική κόπωση, νευρική ένταση, πονοκεφάλους, ζάλη, εφίδρωση, ψυχρότητα των άκρων, ακόμη και αγενείς αντιδράσεις. Η νοσηλευτική είναι ένα αγχωτικό επάγγελμα. Διάφοροι παράγοντες καθορίζουν τη συναισθηματική εξάντληση και την απώλεια του ελέγχου των νοσηλευτών στα κλειστά τμήματα. Αυτοί είναι η έλλειψη προσωπικού, οι χαμηλές οικονομικές απολαβές, οι ασυνήθιστες

διαδικασίες, οι υπερωρίες και οι θάνατοι των ασθενών. Η συναισθηματική ένταση επηρεάζει αρνητικά τον εργοδότη, τους εργαζομένους και τον ασθενή. Η συναισθηματική εξάντληση είναι κάτι περισσότερο από τη φυσική ή διανοητική κόπωση. Ορίζεται ως τη συσσώρευση του στρες που προκαλείται από διάφορους παράγοντες. Πρόκειται για μια κατάσταση σταθερής μέτριας κόπωσης, απώλειας των στόχων ζωής, του ενθουσιασμού και της ενέργειας για ζωή. Αυτά είναι ειδικά για τους ανθρώπους των οποίων η δουλειά σχετίζεται με την επικοινωνία, την ένταση και την ευθύνη, όπως οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα. Σε μια τέτοια περίπτωση, οι άνθρωποι δεν μπορούν να ασκήσουν τα καθήκοντά τους με ειλικρίνεια. Το στρες προκαλεί μεταβολές σε όλο τον οργανισμό, όπως:

- Νευρική κόπωση, απώλεια συγκέντρωσης - αρχικά γνωστά συμπτώματα.
- Η πλειοψηφία των ανθρώπων ισχυρίζεται ότι έχουν υποστεί δυσάρεστα φυσιολογικά συμπτώματα, πχ. καρδιακός παλμός, απώλεια ανανέωσης, άγχος, διαταραχές ύπνου, συχνούς πονοκεφάλους, βόες στο αυτί και υπερβολική εφίδρωση. Μερικές φορές αισθάνονται φόβο, αδυναμία να συγκεντρωθούν, να ακούσουν ή να χαλαρώσουν.
- Λόγω των επαναλαμβανόμενων αγχωτικών καταστάσεων μπορεί να συμβούν διάφορες επιδράσεις στον οργανισμό, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιακή νόσος, έλκος του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου, νεύρωση και κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον Kalfoss (1999), ο νοσηλευτής βιώνει το άγχος των ασθενών και των συγγενών τους για το θάνατο. Ο φόβος του θανάτου στα κλειστά τμήματα ακολουθεί μία συγκεκριμένη διαδικασία. Ταυτόχρονα, με την αντίληψη του ασθενή ότι θα πεθάνει, ο νοσηλευτής ξεκινάει την αντιμετώπιση του προβλήματος, γιατί συνήθως ο ασθενής το αρνείται (ασυνείδητα). Οι νοσηλευτές βιώνουν την κατάσταση του θανάτου και προσπαθούν να «φύγουν» από αυτή την κατάσταση. «Μερικοί νοσηλευτές αρνούνται και προσπαθούν να αποφύγουν την κατάσταση, άλλοι αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο και άλλοι είναι ουδέτεροι» (Kalfoss, 1999). Σε τέτοιες περιπτώσεις, είναι απαραίτητο για τους νοσηλευτές να αντιληφθούν ότι η άρνηση για το θάνατο είναι ανθρώπινο και αναγκαίο. Όσο περισσότερο συνηθίσουν την ιδέα και την πραγματικότητα του θανάτου, τόσο λιγότερο φόβο θα βιώσουν κατά τη φροντίδα βαριά πασχόντων ασθενών.

Οι παράγοντες που προκαλούν άγχος δεν είναι τόσο προφανείς. Παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές αισθάνονται σωματική και ψυχική ένταση, δεν κάνουν τις

απαραίτητες σωματικές και ψυχικές προσπάθειες για την επίλυση της κατάστασης. Πιο σοβαρές περιπτώσεις άγχους είναι εξαιρετικά επιβλαβείς για την υγεία και το νευρικό σύστημα. Οι νοσηλευτές παγιδεύονται μόνοι τους. Αυτό συμβαίνει επειδή η φύση του επαγγέλματος είναι τέτοια που οι νοσηλευτές διδάσκονται στα εκπαιδευτικά τους ιδρύματα πώς να φροντίζουν τις ανάγκες των ασθενών. Κανείς, όμως, δεν τους δίδαξε πώς να φροντίζουν τις δικές τους ανάγκες.

Σύμφωνα με τους Rajarskienė και Jankauskas (2001) οι παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε εννέα ομάδες:

1. Παράγοντες που ορίζονται από τους στόχους εργασίας (επείγουσα μονότονη εργασία, κατακερματισμένη, έλλειψη ποικιλίας, κακή υλοποίηση των ικανοτήτων, μη-δημιουργική εργασία, ευθύνη για άλλα άτομα και υλικές αξίες)
2. Λόγοι που καθορίζονται από το περιεχόμενο του έργου (αδυναμία λήψης αποφάσεων, γραφειοκρατική και αυταρχική διοίκηση). Η επιρροή του ατόμου είναι απαραίτητη, δηλαδή η δυνατότητα να λαμβάνει αποφάσεις ανεξάρτητα.
3. Θέματα που χαρακτηρίζονται από το ρόλο κατά την εργασία (ενδεικτικά και απροσδιόριστα καθήκοντα, εξάρτηση ή διαρκή επαφή με άλλους ανθρώπους). Κάθε άτομο που εργάζεται ταυτόχρονα είναι πρωτεύων για κάποιους και δευτερεύων για άλλους.
4. Αιτίες που προσδιορίζονται από την καριέρα και το καθεστώς εργασίας (δυνατότητες σταδιοδρομίας, χαμηλή αξιολογή, ανασφαλή εργασία, μικρή αμοιβή). Ασαφής ή διφορούμενη μελλοντική προοπτική ή η απουσία της είναι μια συχνή αιτία του στρες
5. Μη βολικές πτυχές του χρόνου εργασίας (βάρδιες, κυρίως νυχτερινές βάρδιες, υπερωρίες, μη προγραμματισμένη εργασία). Ενοχλητικές ώρες εργασίας μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκρούσεων μέσα στις οικογένειες.
6. Επικοινωνιακοί παράγοντες (κοινωνική ή φυσική απομόνωση, έλλειψη κοινωνικής στήριξης, συγκρούσεις, βία, κακές σχέσεις με στελέχη). Η εργασία βοηθά στην ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών και ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να έχουν την ευκαιρία να επικοινωνούν, να συζητούν τα προβλήματα που προκύπτουν.
7. Προβλήματα στην Εργασία/σπίτι (ανεπαρκής πρακτική ή κοινωνική οικογενειακή υποστήριξη, αντιφατικές απαιτήσεις στην εργασία και στο σπίτι). Λόγω των επαγγελματικών καθηκόντων προκύπτουν ορισμένα διλήμματα όταν τη φροντίδα των άρρωστων αναλαμβάνουν οι γονείς ή τα παιδιά. Εάν αυτές οι

στρεσογόνες συνθήκες επαναλαμβάνονται πάρα πολύ συχνά, θα πρέπει να ληφθεί απόφαση, ιδίως για τις γυναίκες - τι να επιλέξουν - καριέρα ή ειρήνη στο σπίτι;

8. Πτυχές των επιβλαβών συνθηκών εργασίας (θόρυβος, ρύπανση του αέρα, κακός φωτισμός, περιορισμένος χώρος εργασίας και άλλα μειονεκτήματα των συνθηκών εργασίας). Ο θόρυβος μπορεί να φέρει επιπλέον άγχος όταν ένα άτομο χρειάζεται να συγκεντρωθεί ή να απομονωθεί από άλλους ανθρώπους. Η ατμοσφαιρική ρύπανση είναι επίσης επιρροή και αυτό εξαρτάται από τη γνώση του εργαζομένου για την επίδραση των χημικών ουσιών στην υγεία του ατόμου. Ο φόβος αυτού του φαινομένου θα μπορούσε να προκαλέσει υπερβολικό άγχος.
9. Παράγοντες προσωρινής εργασίας ή ανεργίας. Έχοντας χάσει τη δουλειά του ένα άτομο είναι αβέβαιο για την εύρεση εργασίας στο μέλλον, με αποτέλεσμα να προκαλείται άγχος, ντροπή ή φόβος ότι θα απορριφθεί από την κοινωνία.

Οι παράγοντες πρόκλησης του στρες μπορεί να έχουν θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο σε ένα νοσηλευτή που εργάζεται σε κλειστό τμήμα, όπως μια μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Ακόμη και το ίδιο άτομο μπορεί να αισθάνεται καλά ή άσχημα θεωρώντας το διάθεση, κατάσταση ή περιστάσεις. Παράλληλα, υπάρχουν δύο τύποι στρες, ο θετικός που έχει θετικό αντίκτυπο και ο αρνητικός που αντιλαμβάνεται αρνητικά και επιδράει στο άτομο τρομακτικά.

Το θετικό στρες ενθαρρύνει τα κίνητρα και απελευθερώνει ενέργεια για την επίτευξη του αποτελέσματος. Το αρνητικό στρες μπορεί να καταστρέψει, να προκαλέσει κατάθλιψη και νευρική αντίδραση. Ο ισχυρότερος παράγοντας άγχους είναι ο ίδιος ο φόβος. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα, μπορεί να αισθάνονται άτρωτοι, αλλά όταν βιώνουν μια ακραία κατάσταση τότε κυριαρχεί το άγχος και ο φόβος. «Το στρες προκαλείται από τον φόβο της ζωής, επιβίωσης, την περιβαλλοντική απειλή ή το φόβο. Αυτό σημαίνει ότι αν ο φόβος δεν είναι υπερβολικός μπορεί να προάγει την απόκτηση στόχων κινητοποιώντας τους εσωτερικούς πόρους» (Vollmer, 1998). Η ιδιωτική ζωή είναι επίσης μια δυνητική πηγή, και κατά συνέπεια, μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα ή να θυμίσει διάφορες ασθένειες. Οι επιστήμονες Holmes και Rahe (1967) από την Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον περιέγραψαν μία κλίμακα των γεγονότων της ζωής – στρεσογόνων παραγόντων. «Το όριο ξεπερνιέται όταν το σύνολο των σημείων ετησίως υπερβαίνει τα 150» (Weigand, 1998) (Πίνακας 2.3).

**Πίνακας 2.3**  
**Κατάλογος των στρεσογόνων παραγόντων**

<b>Παράγοντες πρόκλησης άγχους</b>	<b>Βαθμοί</b>
Θάνατος συζύγου	100
Διαζύγιο	73
Διάσταση με το/τη σύζυγο	65
Απομόνωση σε ένα άλλο γραφείο	63
Θάνατος στενού συγγενή	63
Σοβαρός τραυματισμός ή νόσος	53
Γάμος	50
Απώλεια θέσης εργασίας	47
Συμφιλίωση με το/τη σύζυγο	45
Συνταξιοδότηση	45
Προβληματική συμπεριφορά ενός μέλους της οικογένειας	44
Εγκυμοσύνη	40
Σεξουαλική διαταραχή	39
Γέννηση, άμβλωση, ανάρρωση ενός στενού συγγενή	39
Μη επιθυμητή αλλαγή στη δουλειά (επανασχεδιασμός, ανταγωνισμός)	38
Μη επιθυμητή αλλαγή της οικονομικής κατάστασης	37
Θάνατος ενός καλού φίλου	36
Αλλαγή επαγγελματικής σφαίρας	36
Συχνές διαμάχες με το/τη σύζυγο	35
Αγορά οικίας	31
Εφαρμογή δικαστικής απόφασης λόγω υποθήκης ή δανείου	30
Σημαντική αλλαγή στην καριέρα (προαγωγή, μεταφορά κτλ)	29
Φεύγει από το σπίτι ο γιος ή η κόρη (γάμος, σπουδές κτλ)	29
<b>Παράγοντες πρόκλησης άγχους</b>	<b>Βαθμοί</b>
Προβλήματα με τους συγγενείς	29
Ειδικά προσωπικά επιτεύγματα	28
Εργασία συζύγου (δεν έχει παρουσία στο σπίτι)	26
Ξεκίνημα και τέλος σπουδών	26

Σημαντική αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης (κατασκευή νέου σπιτιού, μετακόμιση, αλλαγή πόλης κτλ)	25
Σοβαρή αλλαγή στις προσωπικές συνήθειες (τρόπος ντυσίματος, τρόπος επικοινωνίας, φίλοι κτλ)	24
Κακές σχέσεις με ένα στέλεχος	23
Σημαντικά αλλαγή στο ωράριο εργασίας και στις συνθήκες εργασίας	20
Αλλαγή σπιτιού	20
Αλλαγή σχολείου	20
Σημαντική αλλαγή του ελεύθερου χρόνου	19
Σημαντική αλλαγή στη θρησκευτική δραστηριότητα	19
Σημαντική αλλαγή στην κοινωνική δραστηριότητα (χοροί, επισκέψεις σε μουσεία και θέατρα)	18
Απόκτηση πιστωτικής κάρτας για αγορά αυτοκινήτου, τηλεόρασης.	17
Σημαντική αλλαγή στις συνήθειες ύπνου	16
Συχνή ή σπάνια οικογενειακή επανένωση	15
Γρήγορες αλλαγές στις συνήθειες διατροφής (ποσότητα φαγητού πάρα πολύ μεγάλη ή πάρα πολύ μικρή) ή χρόνος γευμάτων	15
Διακοπές	13
Χριστούγεννα	12
Ασήμαντες παραβάσεις (τροχαίες παραβάσεις)	11

Ένας νοσηλευτής που εργάζεται σε κλειστά τμήματα αισθάνεται άγχος κυρίως λόγω του επείγων χαρακτήρα του έργου, της υπευθυνότητας του έργου, της εξάρτησης από άλλους ανθρώπους, τις υπερωρίες, τις νυχτερινές βάρδιες, τις μικρές απολαβές, τους βλαπτικούς παράγοντες (περιορισμένος χώρος εργασίας, ατμοσφαιρική ρύπανση, κοινωνική ή φυσική απομόνωση). Ο Weitz έχει ταξινομήσει τις αγχωτικές καταστάσεις σε 8 τύπους:

1. αναγκαιότητα να επεξεργαστούν τις πληροφορίες ταχύτερα, ως συνήθως
2. δραστηριότητα επιβλαβών περιβαλλοντικών παραγόντων
3. υποκειμενικά απειλητικές καταστάσεις
4. διαταραχή των φυσιολογικών λειτουργιών (λόγω αϋπνίας ή νόσου)
5. απομόνωση
6. λειτουργία ατόμου υπό πίεση

7. απογοήτευση

8. αδυναμία ελέγχου των γεγονότων

Συνοψίζοντας θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το πραγματικό πρόβλημα στην υγεία δεν είναι το άγχος στο σύνολό του, αλλά η ανικανότητα του ατόμου να διακρίνει μεταξύ του φυσιολογικού, του υγιή άγχους και του καταστροφικού, προκαλώντας στρες εξαιτίας της νόσου.

### **2.5 Επιπτώσεις της προσωπικότητας στην αντιμετώπιση και διαχείριση του στρες σε νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα**

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα επικοινωνούν συνεχώς με ασθενείς με διαφορετική διάθεση. Άλλοι είναι ήρεμοι, άλλοι θυμωμένοι και άλλοι εριστικοί. Η διαδικασία αυτή είναι αγχωτική και μπορεί να επηρεάσει πολλά επίπεδα, όπως το συναισθηματικό, φυσικές αντιδράσεις συμπεριφοράς ή γνωστικές διαδικασίες. Από την άλλη πλευρά, η καθημερινή επικοινωνία με σοβαρά πάσχοντες ασθενείς και τους συγγενείς τους μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή διαταραχή της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών, τη συναισθηματική τους σταθερότητα και την αντοχή τους» (Ziulytė R., 2002). Ο υγιής νοσηλευτής μπορεί να αντέξει πολλούς στρεσογόνους παράγοντες, αλλά υπάρχουν ορισμένα όρια. Όταν ξεπεραστούν αυτά τα όρια, τότε ο οργανισμός καταρρέει. Εάν η κατάσταση δεν ομαλοποιηθεί και το άγχος είναι παρατεταμένο, τότε η απλή προσαρμογή είναι ανεπαρκής και ξεκινάει η εξουθένωση, η οποία ορίζεται από τη μόνιμη αίσθηση της υπερβολικής εξάντλησης, την αδιαφορία για την εργασία και τους ασθενείς. Εμφανίζεται μη δικαιολογημένος ερεθισμός και θυμός και διαταραχή ύπνου. «Το σύνδρομο Burn-out δεν προκύπτει λόγω της κακής επίδοσης στην εργασία, αλλά λόγω των προσπαθειών που καταβάλλει το άτομο για να την εκτελέσει πάρα πολύ τέλεια» (Lažinskienė., 2001). Το εργασιακό στρες θα μπορούσε να επηρεαστεί από διάφορους λόγους: τις σχέσεις με την εκτελεστική εξουσία, το χρονοδιάγραμμα των εργασιών, το φόρτο εργασίας κ.λπ. Οι στρεσογόνοι παράγοντες που μπορούν να διαχειριστούν είναι εκείνοι που γίνονται αντιληπτοί. Το άτομο όταν γνωρίζει τους στρεσογόνους παράγοντες, μπορεί να τους αποφύγει συνειδητά. Σύμφωνα με τον Jonaitytė, (2004) κάθε άτομο, άρα και νοσηλευτής, βιώνει το άγχος διαφορετικά, αλλά το εργασιακό στρες μπορεί να καθοριστεί από τις ιδιαιτερότητες ενός οργανισμού. Άλλωστε το φυσικό περιβάλλον εργασίας στα κλειστά τμήματα απαιτεί από τους νοσηλευτές πλήρη αφοσίωση και ενέργεια. Άλλοι νοσηλευτές μπορούν να ελέγξουν το

άγχος, ενώ για άλλους είναι δύσκολο και άλλοι δεν μπορούν να αντέξουν το στρες και αρρωσταίνουν. Το βέβαιο είναι ότι κάποιος πρέπει να μάθει να ελέγχει τον εαυτό του / της πριν ελέγξει κάποιον άλλον (Miškinis, 2002). Οι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν πολλά πράγματα για να αποφύγουν το άγχος. Ο Miškinis (2002) προτείνει τρεις τρόπους για την αντιμετώπιση του άγχους:

1. **Αυτόματη διαγραφή:** ένας από τους τρόπους είναι να ξεχάσει κανείς κάποιο γεγονός. Όσο περισσότερος χρόνος περάσει, τόσο πιο γρήγορα η εμπειρία του άγχους θα ξεχαστεί.
2. **Φυσικός:** υπάρχουν πολύ τρόποι χειρισμού του άγχους και ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τόσο την ύπαρξή τους όσο και τη χρήση τους.
3. **Παθολογικός τρόπος:** τεράστιες συγκρούσεις, σχέδια εκδίκησης, διαμάχες, εθισμός στη νικοτίνη, αλκοόλ, βία. Χωρίς αμφιβολία αυτός ο τρόπος δεν είναι υποφερτός (επειδή ένα άτομο γίνεται εξαρτώμενο). Για το λόγο αυτό καλείται παθολογικό.

## **2.6 Έλεγχος και Διαχείριση του άγχους από τους Νοσηλευτές**

Το άγχος δεν μπορεί να είναι ανεξέλεγκτο, αλλά πρέπει να χειρίζεται κατάλληλα. Η διαδικασία αυτή είναι δημιουργική και πρέπει να είναι αποτελεσματική. Υπάρχουν δύο διαδικασίες για το χειρισμό του στρες: ο χειρισμός των στρεσογόνων παραγόντων και ο χειρισμός του στρες (αντίδραση στρες).

**Διαδικασία ελέγχου:** περιλαμβάνει το θέμα και το αντικείμενο του ελέγχου, τα οποία πρέπει να πραγματοποιούνται με μια συγκεκριμένη σειρά, εφαρμόζοντας πληθώρα ελέγχων και μεθόδων (Grigalauskiene, 2002).

**Έλεγχος στρεσογόνων παραγόντων.** Το άγχος ελέγχεται με την αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ των απαιτήσεων και των διαθέσιμων πόρων. Πρώτον, το στρες θα πρέπει να ελαχιστοποιείται με την αλλαγή των πραγματικών αιτημάτων για ένα πρόσωπο – αυτό είναι πιο εύκολο στο χειρισμό.

**Χειρισμός στρες.** Τα γεγονότα συμβαίνουν όταν οι στρεσογόνοι παράγοντες είναι αναπόφευκτοι. Οι επιπτώσεις τους, όμως, στον άνθρωπο μπορούν να ελεγχθούν γιατί μεταβάλλουν τις φυσιολογικές, συμπεριφορικές ή διορατικές συνιστώσες ως απάντηση στο στρες.

Κάθε στρεσογόνος παράγοντας απαιτεί αλλαγή και προσαρμογή του οργανισμού. Η Selye ονόμασε την αντίδραση της προσαρμογής ως γενικό σύνδρομο προσαρμογής. Το σύνδρομο της προσαρμογής έχει τρεις φάσεις:



- 1. Συναγερμός.** Ο οργανισμός προσπαθεί να προσαρμοστεί στις νέες καταστάσεις. Πρώτον, αυτό συμβαίνει «παθητικά» (φάση σοκ). Η θερμοκρασία του σώματος και η πίεση του αίματος μειώνεται, εκκρίνεται αδρεναλίνη. Στη συνέχεια, ακολουθεί μία ενεργή φάση «αντι-σοκ», όπου εκκρίνεται ορμόνη από τα επινεφρίδια, ενώ αυξάνεται η αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα.
- 2. Αντίσταση.** Ο οργανισμός ενεργοποιείται, η ένταση είναι αισθητή και αυξάνεται η εγρήγορση. Ο οργανισμός προσαρμόζεται στις επιπτώσεις ενός στρεσογόνου παράγοντα. Είναι μια φάση δραστηριότητας.
- 3. Εξάντληση.** Η κατάσταση αυξημένης δραστηριότητας δεν μπορεί να διαρκέσει πολύ, απαιτεί πολλαπλές προσπάθειες. Οι μηχανισμοί προσαρμογής δεν είναι σε θέση να δράσουν και εμφανίζονται ορισμένα μη αναστρέψιμα συμπτώματα.

Ο Frey ισχυρίζεται το άγχος που βιώνει κάποιος μπορεί να μειωθεί όταν το άτομο:

- είναι σίγουρο ότι μπορεί να αλλάξει τους στρεσογόνους παράγοντες
- νομίζει ότι μπορεί να προβλέψει την ανάπτυξη του στρες
- είναι σίγουρο ότι μπορεί να ελέγξει την κατάσταση
- δεν θεωρεί το ίδιο ότι οι απαιτήσεις της αγχωτικής κατάστασης είναι σημαντικές
- έχει βιώσει την κατάσταση στο παρελθόν και την έχει ξεπεράσει.

Ο κύριος λόγος για το άγχος είναι η σύγκρουση μεταξύ των ανθρώπινων αναγκών, της ελπίδας και της πραγματικότητας.

**Σύγκρουση** (στα Λατινικά *conflictus*). Μια συναισθηματική κατάσταση αντιπαράθεσης που προκύπτει από αδυναμία να εφαρμόσει μια σωστή απόφαση για να ικανοποιήσει διαφορετικές ανάγκες. Τέτοιες καταστάσεις είναι αντικρουόμενα επιχειρήματα, αψιμαχίες, διαφωνίες. Οι διάφοροι όροι που χρησιμοποιούνται για να καθορίσουν μία σύγκρουση στη βιβλιογραφία είναι δυσκολίες για την επίλυση των προβλημάτων, αρνητική συναισθηματική εμπειρία, διαφορετικοί στόχοι και αμοιβαία επιθυμία να παρεμβαίνει στην επίτευξη των στόχων και των δύο. Παρόλα αυτά, η σύγκρουση έχει μια θετική πλευρά (Miškinis, 2002):

- **Σύγκρουση:** ένα σημάδι για ένα άτομο να αλλάξει
- **Σύγκρουση:** μια πιθανότητα να κλείσει

- **Σύγκρουση:** μια ευκαιρία να "εξαντλήσει" τις τεταμένες σχέσεις.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, έχει αποδειχθεί ότι η εξέγερση των συγκρούσεων καθορίζεται από το επίπεδο της συνέχειας της ομάδας ή των συναδέλφων. Όσο περισσότερο ενωμένη και συγκεντρώνεται είναι η ομάδα των νοσηλευτών, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα εσωτερικών συγκρούσεων στην ομάδα (The Dictionary of Family Psychology and Family Therapy, 1993, σελ. 144-145).

Το άγχος δεν προκαλείται από μια κατάσταση, το περιβάλλον ή κάποια άτομα. Προκαλείται από τη στάση του ατόμου. Το επίπεδο του στρες σε μια συγκεκριμένη κατάσταση για ένα νοσηλεύτη που εργάζεται σε ένα κλειστό τμήμα καθώς και οι αγχογόνες εμπειρίες και η ανάγκη τους να ελεγχθούν σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και αξιολογεί αυτή την αγχωτική κατάσταση. Οι εσωτερικές συγκρούσεις επιλύονται με «μετάβαση σε» ψυχολογικούς αμυντικούς μηχανισμούς.

**Αμυντικοί μηχανισμοί.** Οι ψυχικοί αμυντικοί μηχανισμοί προστατεύουν ένα άτομο από το άγχος, το αίσθημα της ενοχής, τις απαράδεκτες παρορμήσεις και τις εσωτερικές συγκρούσεις (The Dictionary of Family Psychology and Family Therapy, 1993, σελ. 94). Ο όρος αμυντικοί μηχανισμοί χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1894 από έναν Αυστριακό ψυχίατρο, το Φρόιντ, ο οποίος διέκρινε οκτώ από αυτούς (Fickova, 2002):

- **Αντίστροφη αντίδραση.** «επαναλαμβανόμενο αντίθετο φορτίο», π.χ. τα πραγματικά συναισθήματα αντιστρέφονται σε αντίθετα.
- **Προβολή.** Τα προσωπικά ασυνείδητα συναισθήματα μεταφέρονται σε άλλους.
- **Υποσυνείδητα.** Οι εξωτερικοί κίνδυνοι μεταφέρονται εσωτερικά στο άτομο και γίνονται αντικρουόμενες φαντασιώσεις.
- **Αναγνώριση.** Μπορεί να εμφανίζεται σε πολλές μορφές, π.χ. ως συμφωνία για το επιτιθέμενο που είναι αδύνατο να ξεπεραστεί.
- **Παλινδρόμηση.** Τεχνητή αναφορά σε μία προηγούμενη περίοδο της ζωής.
- **Άρνηση.** Η φαντασία δεν αφήνει να παρατηρήσει το άτομο τι πραγματικά υπάρχει.
- **Εξάχνωση.** Οι κατακριτέες επιθυμίες για την κοινωνία μετατρέπονται σε αποδεκτές.

- **Εξορθολογισμός** - η τελευταία εξήγηση για τη συμπεριφορά (απόδοση) βασίζεται σε λογικές αιτίες.

Η κύρια λειτουργία των αμυντικών μηχανισμών είναι να αποφευχθεί η επανάληψη των προηγούμενων οδυνηρών εμπειριών.

Το μοντέλο του στρες και του ελέγχου, εφευρέθηκε από έναν Αμερικανό ψυχολόγο, τον Richard Lazarus και παρουσιάζεται ως μια θεωρητική πρόταση, προκειμένου να βοηθήσει τους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν τη διαδικασία να αισθάνονται και να ελέγχουν ακραίες καταστάσεις. Ο έλεγχος περιλαμβάνει όλες τις προσπάθειες που γίνονται από ένα νοσηλευτή για τη μείωση της αντίληψης της απειλής και των απαιτήσεων ανεξαρτήτως του γεγονότος αν οι προσπάθειες είναι επιτυχείς ή όχι (Kalfoss, 1999). Το μοντέλο του Λαζάρου εξηγεί θεωρητικά γιατί οι αγχωτικές καταστάσεις είναι διαφορετικές σε κάθε άτομο. Σύμφωνα με τον ίδιο, ένας άνθρωπος βιώνει άγχος αξιολογώντας την κατάσταση, όταν οι απαιτήσεις (στρεσογόνοι παράγοντες) και η ικανότητα χειρισμού είναι ανεπαρκή. Η επίδραση του στρες εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

- Δυνατότητα να «χειριστεί» το άγχος
- Επίπεδο έντασης στρες και αντοχή
- Επίπεδο στήριξης από το περιβάλλον του.

Η γνωστική σκέψη των νοσηλευτών καθορίζει την εμπειρία και τη συμπεριφορά τους. Ένας νοσηλευτής που εργάζεται σε κλειστό τμήμα προσπαθεί να χειριστεί μια αγχωτική κατάσταση ασυνείδητα με όσο το δυνατό καλύτερο τρόπο, προκειμένου να διατηρηθεί η ακεραιότητά του, η εικόνα του και η ευημερία του. Πρώτο βήμα: αξιολόγηση της κατάστασης. Ο Lazarus παρουσιάζει γνωστικές αξιολογήσεις σε τρία στάδια:

- Πρωτογενής αξιολόγηση
- Δευτερογενής αξιολόγηση
- Υπερεκτίμηση.

Όλες οι εκτιμήσεις είναι κάτω από την επιρροή πολλών στρεσογόνων παραγόντων. Η πρωτογενής αξιολόγηση είναι η πρώτη εκτίμηση κατά την οποία ο νοσηλευτής αξιολογεί τις απαιτήσεις από μία κατάσταση. Το αποτέλεσμα της αξιολόγησης θα μπορούσε να είναι ως εξής: η κατάσταση αξιολογείται ως ουδέτερη, θετική ή άγχος. Η ουδέτερη περίπτωση δεν επηρεάζει την προσωπικότητα. Οι αγχωτικές περιπτώσεις

είναι αντιληπτές με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με μια συγκεκριμένη κατάσταση. Ένας νοσηλευτής είναι πιθανό να θεωρεί δύσκολη μία κατάσταση, αλλά πιθανή να ξεπεραστεί επιστρατεύοντας την προσωπικότητά του ή όλους τους πιθανούς πόρους του. Αυτή η περίπτωση είναι μια πρόκληση. Η άλλη περίπτωση θα μπορούσε να είναι περίπλοκη και θα μπορούσε να σημαίνει την απώλεια που βιώνει ένας νοσηλευτής σε ένα κλειστό τμήμα και είναι αμετάβλητη. Εάν η υπόθεση σχετίζεται με την προσδοκία της απώλειας ή της βλάβης, τότε είναι μια απειλή. Η απειλή είναι μία ιδιαίτερα αγχωτική κατάσταση. Συνοδεύεται από φόβο, παρενόχληση και επιθετικότητα.

Η δευτεροβάθμια εκτίμηση γίνεται μετά από την πρωτοβάθμια. Αυτό συνεπάγεται επιλογή της προσωπικής δύναμης για να ξεπεραστεί η κατάσταση και έλεγχος των μεθόδων που θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν υπό αυτές τις συνθήκες. Ένας νοσηλευτής που εργάζεται σε κλειστό τμήμα αντιμετωπίζει τέτοια διλήμματα: μπορώ να κάνω αυτό που θέλω; χρειάζομαι περισσότερες γνώσεις για να αρχίσω να πράττω;

Η υπερεκτίμηση είναι μια διαδικασία κατά την οποία ένας νοσηλευτής υπερεκτιμά την κατάσταση από την αρχή και εξετάζει αν μπορεί να καταφέρει να χειριστεί αυτή την κατάσταση ή όχι (Kalfoss, 1999).

Ένα μοντέλο (Kalfoss, 1999) το οποίο είναι προσαρμοσμένο για τη δουλειά των νοσηλευτών, δείχνει ότι οι νοσηλευτές αξιολογούν τους διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση και την ικανότητα των ίδιων των νοσηλευτών να ελέγξουν την κατάσταση. Το μοντέλο περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές, αφού αντιληφθούν τους παράγοντες, μπορούν να αλλάξουν τη βάση της εκτίμησης.

**Στρατηγική Ελέγχου.** Είναι οι προσπάθειες των νοσηλευτών των κλειστών τμημάτων να χειριστούν τις υφιστάμενες εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις ή απειλές. Ο Lazarus αναφέρει ότι υπάρχουν δύο βασικές μέθοδοι για τον έλεγχο των αγχωτικών καταστάσεων:

- Επισήμανση των προβλημάτων
- Επισήμανση των συναισθημάτων.

Η πρώτη μέθοδος περιλαμβάνει την ενεργή στρατηγική και αφορά την άμεση επίλυση ή την αλλαγή της κατάστασης. Η μέθοδος επισημαίνει τα προβλήματα που ανακύπτουν όταν οι νοσηλευτές στα κλειστά τμήματα νομίζουν ότι μπορούν να αλλάξουν κάτι. Η μέθοδος επισημαίνει τα συναισθήματα και περιλαμβάνει τη στρατηγική που ασχολείται με τα συναισθήματα των νοσηλευτών ή αλλάζει τη σημασία της κατάστασης με κάποιο τρόπο. Λόγω του μεγάλου αριθμού στρατηγικών, οι

νοσηλευτές νιώθουν ότι μπορούν να ελέγξουν τα συναισθήματά τους και την κατάσταση. Το μοντέλο του Lazarus ισχυρίζεται ότι όποια στρατηγική ελέγχου επιλεγεί από τους νοσηλευτές, αυτοί θα βρίσκονται κάτω από την επίδραση μίας ασυνείδητου στρατηγικής, η οποία είναι ένα μέρος της προσωπικότητας. Κάθε άνθρωπος έχει το δικό του προσωπικό ύφος ελέγχου που το βοηθά να αντιλαμβάνεται, να αξιολογεί και να αποδεχθεί μια αγχωτική κατάσταση.

Το άγχος δεν προκαλείται από μια κατάσταση, το περιβάλλον ή κάποια άτομα. Προκαλείται από μία στάση ενός ατόμου. Το επίπεδο του στρες σε μια συγκεκριμένη κατάσταση για ένα νοσηλευτή που εργάζεται σε κλειστό τμήμα καθώς και οι στρεσογόνες εμπειρίες και η ανάγκη ελέγχου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και αξιολογούν τη στρεσογόνο κατάσταση.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών που απασχολούνται σε κλειστά τμήματα στο Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν η διερεύνηση τυχόν διαφοράς στο εργασιακό άγχος όσον αφορά:

- το φύλο
- την ηλικία
- την οικογενειακή κατάσταση
- το επίπεδο σπουδών και
- το χρόνο υπηρεσίας





## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

#### **Δείγμα**

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 93 νοσηλευτές, ανεξαρτήτου εκπαιδευτικού επιπέδου, οι οποίοι απασχολούνται αποκλειστικά στα κλειστά τμήματα του υπό μελέτη νοσοκομείου. Αρχικά μοιράστηκαν 113 ερωτηματολόγια και τελικά παρελήφθησαν 93. Οπότε το ποσοστό απόκρισης της μελέτης ήταν 82.3%.

#### **Κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού**

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν στη γενική ΜΕΘ, στην καρδιολογική ΜΕΘ, στη Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, στην αποστείρωση, στα χειρουργεία, στην αιμοδοσία, στο αναισθησιολογικό, στον αξονικό τομογράφο και στον ψηφιακό αγγειογράφο. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όσοι νοσηλευτές δεν εργάζονταν στα προαναφερθέντα τμήματα και όσοι δε συμπλήρωσαν όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

#### **Ερωτηματολόγιο**

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης επινοήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 4 μέρη και 43 συνολικά ερωτήσεις. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων και συγκεκριμένα το φύλο (άνδρας, γυναίκα), την ηλικιακή ομάδα (20-29, 30-39, 40-49 και μεγαλύτερη από 50), την οικογενειακή κατάσταση (άγαμος, έγγαμος, διαζευγμένος, χήρος), τον αριθμό παιδιών, το επίπεδο σπουδών (διδακτορικό, μεταπτυχιακό, ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ) και το χρόνο υπηρεσίας.

Το δεύτερο μέρος περιγράφει την εργασιακή κατάσταση των νοσηλευτών και οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε 17 ερωτήσεις σύμφωνα με μία σειρά τεσσάρων απαντήσεων τύπου Likert (Διαφωνώ απόλυτα, Διαφωνώ, Συμφωνώ, Συμφωνώ απόλυτα).

Το τρίτο μέρος διερευνάει τις ενέργειες που δημιουργούν στρες στους νοσηλευτές. Αποτελείται από 11 ερωτήσεις με απαντήσεις τύπου Likert (Καθόλου, λίγο, πολύ, πάρα πολύ).

Το τέταρτο και τελευταίο μέρος προσδιορίζει τον τύπο της προσωπικότητας των ερωτηθέντων και αποτελείται από 9 ερωτήσεις με τέσσερις επιλογές απαντήσεων τύπου Likert (Καθόλου, λίγο, πολύ, πάρα πολύ).

### **Μεθοδολογία**

Η διανομή των ερωτηματολογίων γινόταν από την ίδια την ερευνήτρια. Αφού οι νοσηλευτές ενημερωνόντουσαν για το σκοπό της μελέτης και έδιναν τη συγκατάθεσή τους συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο. Η ερευνήτρια δεν ήταν παρούσα κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για να μη θεωρηθεί ότι ασκεί πίεση στους νοσηλευτές ή ότι επηρεάζει τις απαντήσεις. Για το λόγο αυτό άφηνε το ερωτηματολόγιο σε κάθε νοσηλευτή και το μάζευε την επόμενη ημέρα από ένα συγκεκριμένο σημείο που είχε ορίσει για το σκοπό αυτό. Με τον τρόπο αυτό διατηρείτο η ανωνυμία του δείγματος γιατί η ερευνήτρια δε γνώριζε ποιος νοσηλευτής συμπλήρωνε το κάθε ερωτηματολόγιο.

### **Ηθική της έρευνας**

Για τη διεξαγωγή της παρούσης μελέτης και τη συλλογή των δεδομένων συντάχθηκε πρωτόκολλο, το οποίο κατατέθηκε στο επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και εκτός των δημογραφικών στοιχείων δε θα δημοσιευτούν προσωπικά δεδομένα των νοσηλευτών που περιλαμβάνονται στη μελέτη. Δεν καταγράφονταν το όνομα και το επώνυμο των νοσηλευτών.

### **Στατιστική Ανάλυση**

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS for Windows (version 21) statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL) και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο  $p=0.05$ .

Το πρώτο μέρος της ανάλυσης περιλάμβανε τα περιγραφικά αποτελέσματα όπου υπολογίστηκαν τα ποσοστά σε κάθε κατηγορία που αντιστοιχούσαν σε ποιοτική μεταβλητή. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε το ποσοστό αντρών και γυναικών, το ποσοστό εκπαίδευσης και το ποσοστό της οικογενειακής κατάστασης. Επίσης υπολογίστηκαν οι μέσοι και οι τυπικές αποκλίσεις για τα χαρακτηριστικά εκείνα που αντιστοιχούσαν σε ποσοτικές μεταβλητές (mean±standard deviation), όπως είναι η ηλικία, ο αριθμός τέκνων και ο χρόνος υπηρεσίας.

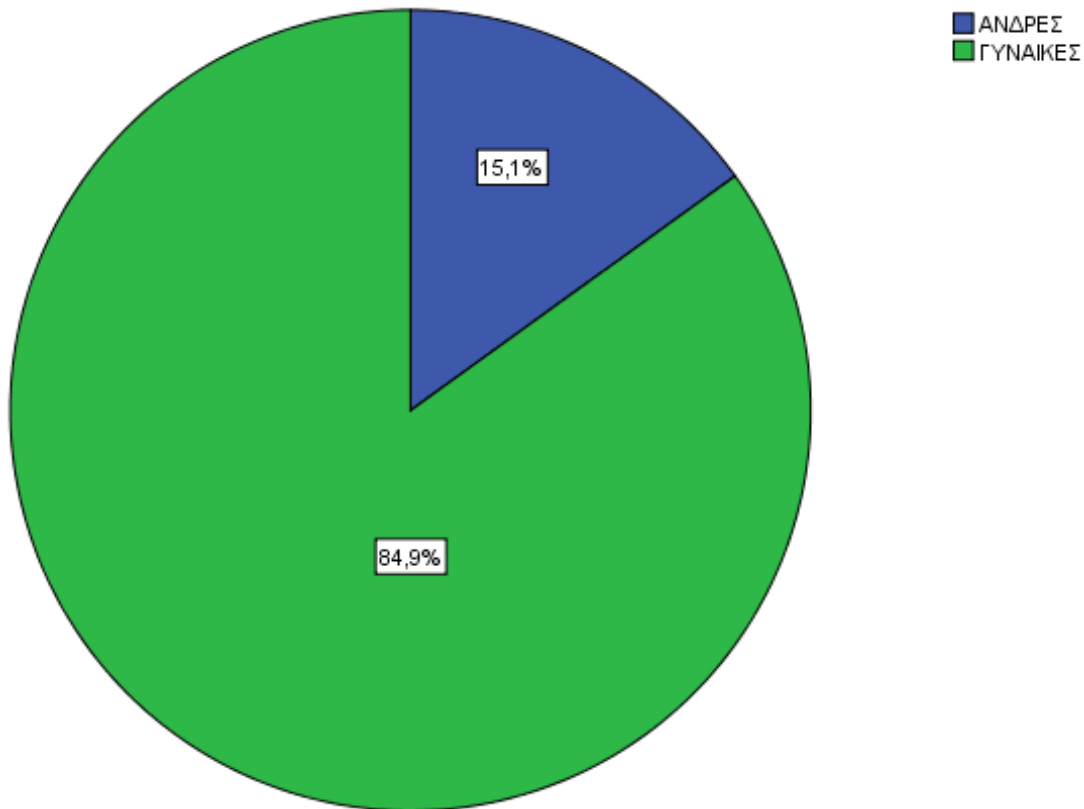
Το δεύτερο μέρος της ανάλυσης περιλάμβανε τα αποτελέσματα των απλών συσχετίσεων (διμεταβλητή ανάλυση). Ως παράδειγμα αναφέρεται η συσχέτιση του εργασιακού άγχους μεταξύ ανδρών και γυναικών. Μεταξύ δύο μεταβλητών που ακολουθούσαν κανονική κατανομή έγινε t-test, ενώ αν δύο συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν Man Whitney test. Όταν επρόκειτο να συγκριθούν περισσότερες από δύο μεταβλητές, εάν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν ANOVA ανάλυση και εάν οι συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν έλεγχος Kruskal Wallis. Σε όλους τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, το επίπεδο σημαντικότητας (P) ορίστηκε στο 0.05. Έτσι όλες οι τιμές που ήταν μικρότερες ή ίσες με 0.05 ( $P \leq 0.05$ ) θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

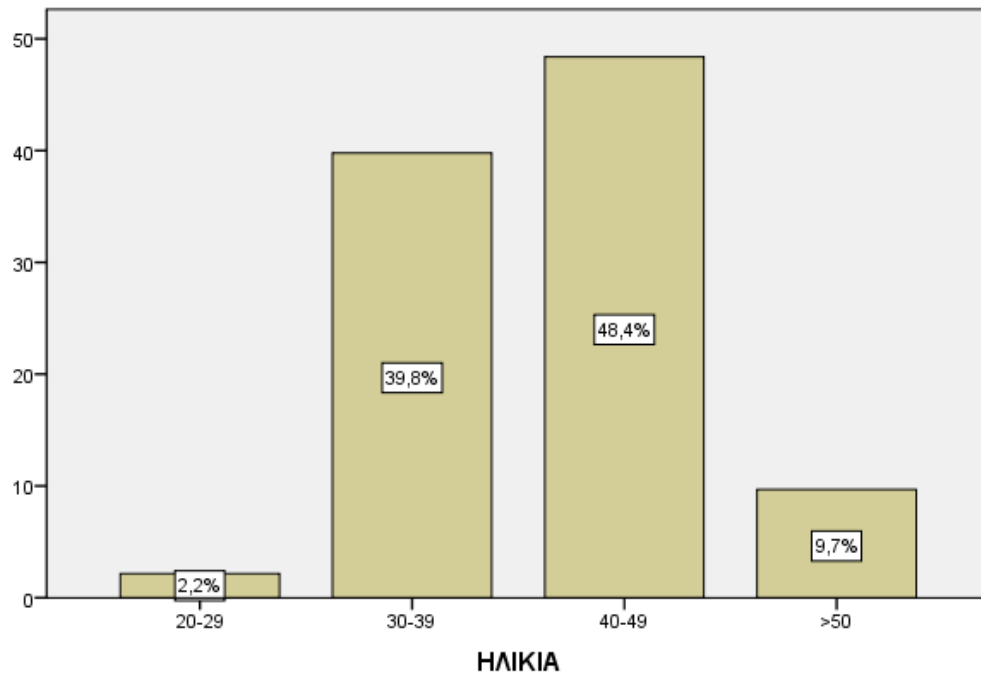
Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 93 νοσηλευτές, εκ των οποίων 14 (15.1%) ήταν άνδρες και 79 (84.9%) γυναίκες (σχήμα 5.1).



**Σχήμα 5.1**  
**Φύλο ερωτηθέντων**

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 40-49 ετών (45, 48.4%), ενώ 37 (39.8%) ήταν ηλικίας 30-39 έτη, 9 (9.7%) νοσηλευτές ήταν ηλικίας άνω των 50 ετών και 2 (2.2%) ήταν ηλικίας 20-29 έτη (σχήμα 5.2).

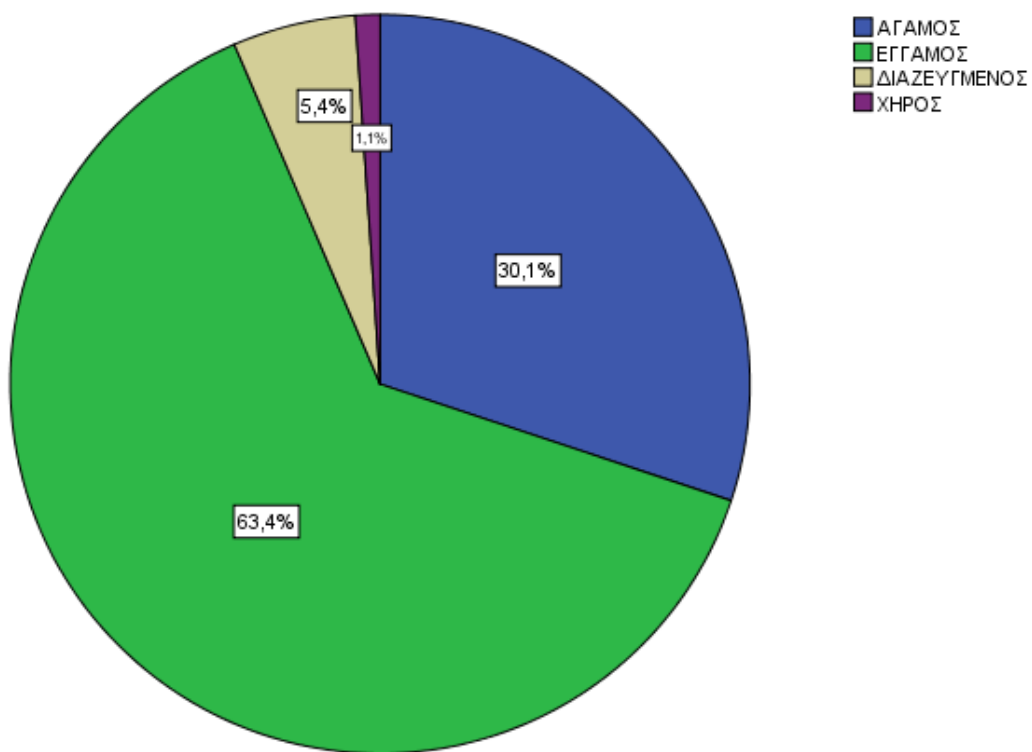
Επιπλέον, 59 (63.4%) ερωτηθέντες ήταν έγγαμοι, 28 (30.1%) άγαμοι, 5 (5.4%) διαζευγμένοι και 1 (1.1%) χήρος (σχήμα 5.3). Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες δεν είχαν παιδιά (44.1%) δεν είχαν παιδιά, ενώ οι υπόλοιποι είχαν  $1.1 \pm 1.1$  παιδιά με ελάχιστο 1 και μέγιστο 4.



**Σχήμα 5.2**

**Ηλικιακή ομάδα του δείγματος**

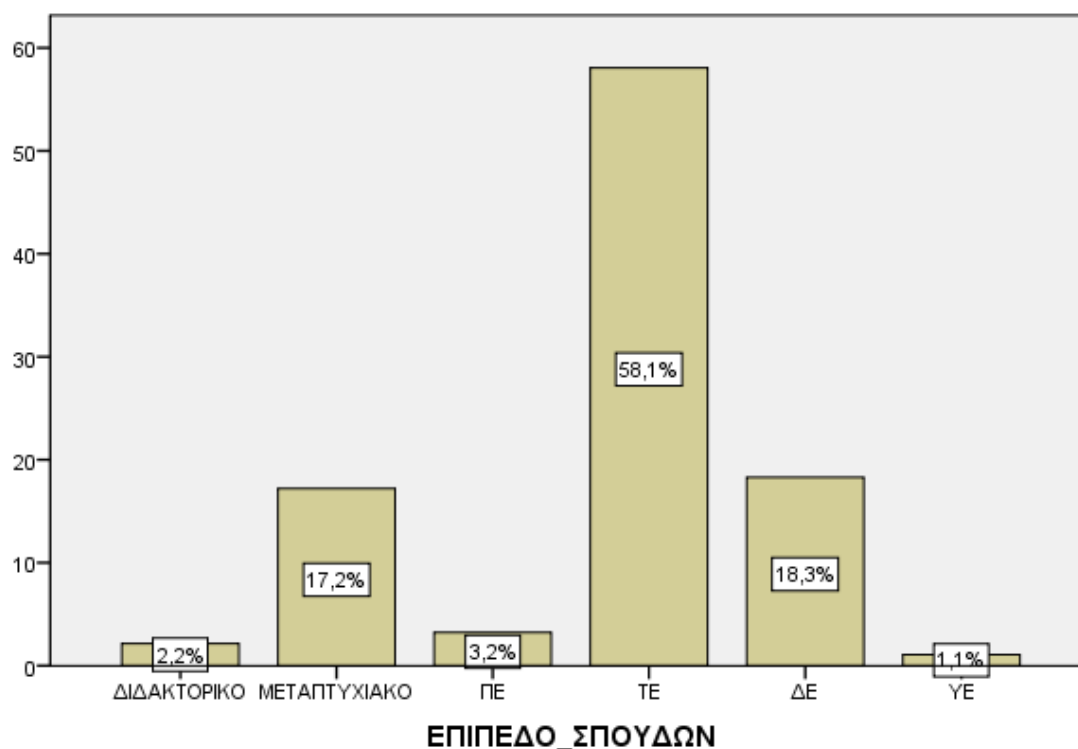
**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ\_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**



**Σχήμα 5.3**

**Οικογενειακή κατάσταση νοσηλευτών**

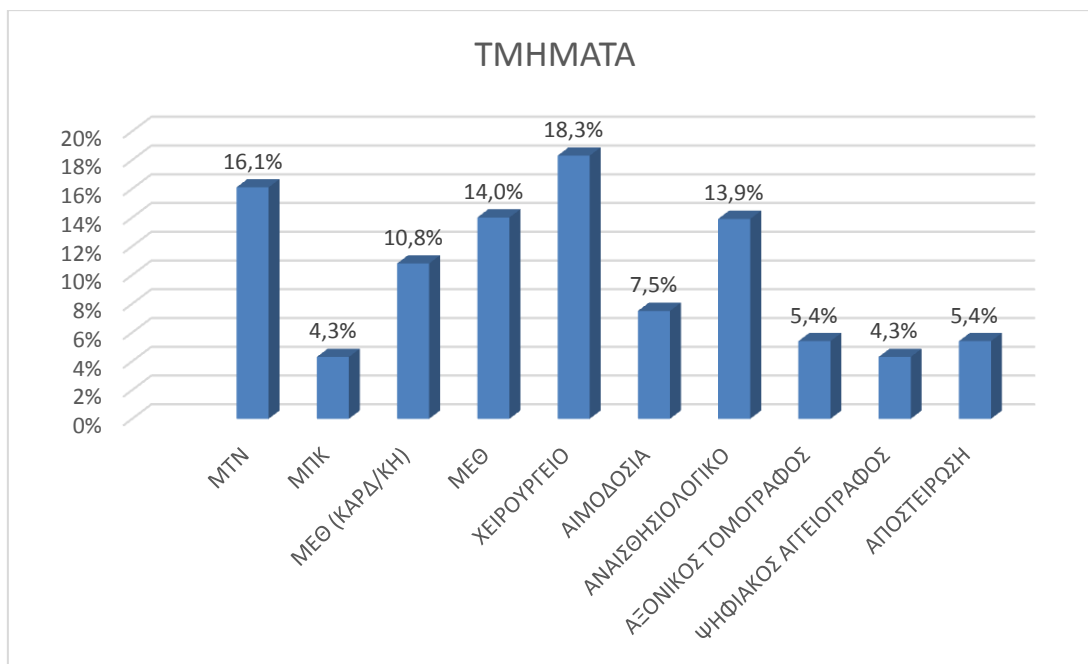
Από το σύνολο του δείγματος, 54 (58.1%) ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης, 17 (18.3%) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 16 (17.2%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης, 3 (3.2%) ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 2 (2.2%) ήταν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος και 1 (1.1%) ήταν υποχρεωτικής εκπαίδευσης (σχήμα 5.4). Ο χρόνος υπηρεσίας των συμμετεχόντων στα κλειστά τμήματα ήταν  $16.1 \pm 7.5$  έτη.



Σχήμα 5.4

**Επίπεδο σπουδών συμμετεχόντων**

Συνολικά, 17 (18.3%) άτομα απασχολούνται στο χειρουργείο, 15 (16.1%) στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, 13 (14%) στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, 13 (14%) στο αναισθησιολογικό, 10 (10.8%) στην καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, 7 (7.5%) στην αιμοδοσία, 5 (5.4%) στον αξονικό τομογράφο, 5 (5.4%) στην αποστείρωση, 4 (4.3%) στη Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης και 4 (4.3%) στον ψηφιακό αγγειογράφο (σχήμα 5.5).



**Σχήμα 5.5**

### **Τμήματα στα οποία απασχολούνται οι συμμετέχοντες**

Οι περισσότεροι νοσηλευτές (71%) υποστήριξαν ότι η εργασία τους δεν είναι βαρετή και μονότονη και ότι δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα (59.1%). Επίσης, δήλωσαν ότι έχουν συνεχή πίεση χρόνου λόγω υψηλού φόρτου εργασίας (55.9%) και ότι έχουν πολλές ευθύνες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (69.9%). Ακόμη, οι μισοί περίπου ερωτηθέντες ανέφεραν ότι αμέσως μετά το πρωινό τους ξύπνημα δε σκέφτονται τα προβλήματα της δουλειάς (51.6%), αλλά τα σκέφτονται μετά το πέρας του ωραρίου τους (54.8%). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στη μελέτη ανέφεραν ότι υπάρχει σοβαρή έλλειψη προσωπικού (49.5%), ότι θεωρούν πως η εργασία είναι ένα από τα σημαντικότερα πράγματα της ζωής τους (47.3%), ενώ διαφωνούν με την άποψη ότι η ζωή τους επηρεάζεται αρνητικά από τα προβλήματα της εργασίας τους (50.5%). Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη πιστεύουν ότι οι επαγγελματικές τους προσδοκίες και φιλοδοξίες δεν έχουν πραγματοποιηθεί (57%), ενώ αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες στην εργασία τους και νιώθουν ότι έχουν ελευθερία κινήσεων (61.3%). Οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι δεν υπάρχει σαφές περίγραμμα καθηκόντων στην εργασία τους (48.4%) και ότι η διαθεσιμότητα και η αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων δεν επηρέασε την εργασία τους (40.9% και 51.1%, αντίστοιχα). Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι λαμβάνουν το σεβασμό που αξίζουν από τους συναδέλφους τους (79.6%), ενώ οι μισοί περίπου δήλωσαν ότι δεν είναι σίγουροι



για τη θέση εργασίας τους (45.7%) και ότι δε θεωρούν ότι ο μισθός και οι αποδοχές τους είναι επαρκείς (52.2%). Τα αποτελέσματα της εργασιακής κατάστασης των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 5.1.

**Πίνακας 5.1****Εργασιακή κατάσταση συμμετεχόντων**

<b>Ερώτηση</b>	<b>Διαφωνώ Απόλυτα N (%)</b>	<b>Διαφωνώ N (%)</b>	<b>Συμφωνώ N (%)</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα N (%)</b>
Η εργασία μου είναι βαρετή και μονότονη	19 (20.4)	66 (71)	4 (4.3)	4 (4.3)
Θα επιθυμούσα να εργαστώ σε άλλο τμήμα	22 (23.7)	55 (59.1)	12 (12.9)	4 (4.3)
Έχω συνεχή πίεση χρόνου, λόγω υψηλού φόρτου εργασίας	3 (3.2)	28 (30.1)	52 (55.9)	10 (10.8)
Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου	0	5 (5.4)	65 (69.9)	23 (24.7)
Αμέσως μόλις ξυπνήσω το πρωί, αρχίζω να σκέφτομαι τα προβλήματα της δουλειάς	18 (19.4)	48 (51.6)	20 (21.5)	7 (7.5)
Πολλές φορές σκέφτομαι προβλήματα της εργασίας μου, μετά το πέρας του ωραρίου μου	6 (6.5)	29 (31.2)	51 (54.8)	7 (7.5)
Υπάρχει σοβαρή έλλειψη προσωπικού στο τμήμα μας	1 (1.1)	28 (30.1)	46 (49.5)	18 (19.4)
Η εργασία μου είναι ένα από τα σημαντικότερα πράγματα της ζωής μου	8 (8.6)	30 (32.3)	44 (47.3)	11 (11.8)
Η οικογενειακή μου ζωή επηρεάζεται αρνητικά από τα προβλήματα της εργασίας μου	11 (11.8)	47 (50.5)	32 (34.4)	3 (3.2)
Οι επαγγελματικές μου προσδοκίες και φιλοδοξίες έχουν πραγματοποιηθεί	16 (17.2)	53 (57)	20 (21.5)	4 (4.3)
Αναλαμβάνω πρωτοβουλίες (έχω ελευθερία κινήσεων) στην εργασία μου	1 (1.1)	24 (25.8)	57 (61.3)	11 (11.8)

Υπάρχει ασαφές περίγραμμα καθηκόντων στην εργασία μου	5 (5.4)	30 (32.3)	45 (48.4)	13 (14)
Η διαθεσιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων επηρέασε την εργασία μου	10 (10.8)	38 (40.9)	34 (36.6)	11 (11.8)
Η αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων επηρέασε την εργασία μου	12 (13)	47 (51.1)	21 (22.8)	12 (13)
Λαμβάνω το σεβασμό που αξίζω από τους συναδέλφους μου	3 (3.2)	13 (14)	74 (79.6)	3 (3.2)
Η σιγουριά της θέσης εργασίας μου είναι μικρή	3 (3.3)	39 (42.4)	42 (45.7)	8 (8.7)
Λαμβάνοντας υπόψη όλη μου την προσπάθεια και τα επιτεύγματα μου, ο μισθός/οι αποδοχές μου είναι επαρκής/είς	48 (52.2)	36 (39.1)	7 (7.6)	1 (1.1)

Αναφορικά με τις καταστάσεις που δημιουργούν στρες, οι ερωτηθέντες θεώρησαν ότι στρεσογόνες καταστάσεις είναι οι αυξημένες απαιτήσεις της Μονάδας/Τμήματος (62.4%), η αντίληψη ότι αν δεν κάνουν κάτι καλά θα έχει επιπτώσεις (60.2%), ο φόβος του να κάνουν κάποιο λάθος (62.3%) και η οικονομική κρίση (83.9%).

Οι παράγοντες που δεν είναι στρεσογόνοι ή είναι σε μικρό βαθμό για τους υπό μελέτη νοσηλευτές είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων (55.9%), η ασάφεια του επαγγελματικού ρόλου και τα αλλότρια καθήκοντα (57.6%), οι υπερβολικές προσδοκίες των ανωτέρων τους (65.2%), οι υπερβολικές απαιτήσεις των ασθενών και των συγγενών τους (75%), οι προβληματικοί ασθενείς (52.1%), η αίσθηση ότι ο χρόνος που έχουν στη διάθεσή τους τελειώνει (71.7%) και η αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων (65.2%). Τα αποτελέσματα των ενεργειών που δημιουργούν στρες, αλλά και εκείνων των ενεργειών που οι νοσηλευτές δε θεωρούν ή θεωρούν σε μικρό βαθμό ότι τους δημιουργούν στρες παρουσιάζονται στον πίνακα 5.2.

**Πίνακας 5.2**  
**Ενέργειες που δημιουργούν στρες**

<b>Ερώτηση</b>	<b>Καθόλου N (%)</b>	<b>Λίγο N (%)</b>	<b>Πολύ N (%)</b>	<b>Πάρα Πολύ N (%)</b>
Οι αυξημένες απαιτήσεις της Μονάδας/Τμήματος	3 (3.2)	32 (34.4)	42 (45.2)	16 (17.2)
Οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων	9 (9.7)	43 (46.2)	29 (31.2)	12 (12.9)
Η ασάφεια του επαγγελματικού ρόλου(αλλότρια καθήκοντα)	8 (8.7)	45 (48.9)	27 (29.3)	12 (13)
Οι υπερβολικές προσδοκίες των ανωτέρων μου	20 (21.7)	40 (43.5)	29 (31.5)	3 (3.3)
Οι υπερβολικές απαιτήσεις των ασθενών και των συγγενών τους	24 (26.1)	45 (48.9)	19 (20.7)	4 (4.3)
Οι προβληματικοί ασθενείς	13 (14.1)	35 (38)	33 (35.9)	11 (12)
Η αντίληψη ότι αν κάτι δεν κάνω καλά, θα έχει επιπτώσεις	11 (11.8)	26 (28)	41 (44.1)	15 (16.1)
Ο φόβος του να κάνω κάποιο λάθος	7 (7.5)	28 (30.1)	35 (37.6)	23 (24.7)
Η αίσθηση ότι ο χρόνος που έχω στη διάθεσή μου τελειώνει	15 (16.3)	51 (55.4)	23 (25)	3 (3.3)
Η αξιολόγηση των Δημοσίων Υπαλλήλων	25 (27.2)	35 (38)	21 (22.8)	11 (12)
Η οικονομική κρίση στη χώρα μου	4 (4.3)	11 (11.8)	37 (39.8)	41 (44.1)

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι είναι απαιτητικοί από τον εαυτό τους και από τους άλλους (87.1%), δεν αργούν ποτέ στα ραντεβού τους και τους αρέσει η ακρίβεια σε κάθε πράγμα (69.9%), είναι υπομονετικοί (72%), θεωρούν πως ότι είναι να γίνει πρέπει να γίνει τέλεια και αμέσως (67.7%), τους ενδιαφέρει η αναγνώριση από τους άλλους για την καλή τους τη δουλειά (78.2%) και είναι εξωστρεφείς εκδηλώνοντας τα συναισθήματά τους στους άλλους (51.1%).

Επιπλέον, οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη θεωρούν ότι δεν είναι καθόλου ή ότι είναι σε μικρό βαθμό ανταγωνιστικοί με τους άλλους (83.9%), είναι συνεχώς σε ένταση και χαλαρώνουν δύσκολα (58.7%) και ότι είναι φιλόδοξοι και επιθυμούν να εξελιχθούν και να αναβαθμιστούν γρήγορα (65.2%). Τα αποτελέσματα του προσδιορισμού του τύπου της προσωπικότητας των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 5.3.

**Πίνακας 5.3****Προσδιορισμός τύπου προσωπικότητας συμμετεχόντων**

<b>Ερώτηση</b>	<b>Καθόλου N (%)</b>	<b>Λίγο N (%)</b>	<b>Πολύ N (%)</b>	<b>Πάρα Πολύ N (%)</b>
Είμαι απαιτητικός/η από τον εαυτό μου και από τους άλλους	0	12 (12.9)	57 (61.3)	24 (25.8)
Δεν αργώ ποτέ στα ραντεβού μου, μου αρέσει η ακρίβεια σε κάθε πράγμα	3 (3.2)	25 (26.9)	41 (44.1)	24 (25.8)
Είμαι ανταγωνιστικός/η με τους άλλους	36 (38.7)	42 (45.2)	12 (12.9)	3 (3.2)
Είμαι υπομονετικός/η	5 (5.4)	21 (22.6)	44 (47.3)	23 (24.7)
Θεωρώ πως ότι είναι να γίνει πρέπει να γίνει τέλεια και αμέσως	2 (2.2)	28 (30.1)	47 (50.5)	16 (17.2)
Είμαι συνεχώς σε ένταση, δύσκολα χαλαρώνω	8 (8.7)	46 (50)	32 (34.8)	6 (6.5)
Με ενδιαφέρει η αναγνώριση από τους άλλους για την καλή μου δουλειά	3 (3.3)	17 (18.5)	50 (54.3)	22 (23.9)
Είμαι εξωστρεφής, εκδηλώνω τα συναισθήματά μου στους άλλους	12 (13)	33 (35.9)	34 (37)	13 (14.1)
Είμαι φιλόδοξος, θέλω να εξελιχθώ και να αναβαθμιστώ γρήγορα	12 (13)	48 (52.2)	23 (25)	9 (9.8)

Οι γυναίκες ανέφεραν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους άνδρες ότι σκέφτονται τα προβλήματα της εργασίας τους, μετά το πέρας αυτής (2.71 έναντι 2.21,  $p < 0.05$ ) και ότι υπάρχει σοβαρή έλλειψη προσωπικού στο τμήμα τους (2.94 έναντι 2.5,  $p < 0.05$ ). Επίσης, οι γυναίκες θεωρούν σημαντικά περισσότερο στρεσογόνους παράγοντες τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη σύγκρουση ρόλων (2.54 έναντι 2.07,  $p < 0.05$ ), το φόβο του να κάνουν κάποιο λάθος (2.87 έναντι 2.36,  $p < 0.05$ ) και την

αίσθηση ότι ο χρόνος που έχουν στη διάθεσή τους τελειώνει (2.22 έναντι 1.79,  $p<0.05$ ).  
Ακόμη, οι γυναίκες ανέφεραν ότι είναι συνεχώς σε ένταση και ότι χαλαρώνουν  
δύσκολα σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες (2.47 έναντι 1.93,  $p<0.05$ )  
Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των δύο φύλων παρουσιάζονται στον  
πίνακα 5.4.

**Πίνακας 5.4**  
**Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων**

<b>Ερώτηση</b>	<b>Ανδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>P</b>
Πολλές φορές σκέφτομαι προβλήματα της εργασίας μου, μετά το πέρας του ωραρίου μου (1=Διαφωνώ απόλυτα, 4=Συμφωνώ απόλυτα)	2.21	2.71	0.017
Υπάρχει σοβαρή έλλειψη προσωπικού στο τμήμα μας (1=Διαφωνώ απόλυτα, 4=Συμφωνώ απόλυτα)	2.5	2.94	0.037
Οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων (1=Καθόλου, 4=Πάρα πολύ)	2.07	2.54	0.048
Ο φόβος του να κάνω κάποιο λάθος (1=Καθόλου, 4=Πάρα πολύ)	2.36	2.87	0.048
Η αίσθηση ότι ο χρόνος που έχω στη διάθεσή μου τελειώνει (1=Καθόλου, 4=Πάρα πολύ)	1.79	2.22	0.039
Είμαι συνεχώς σε ένταση, δύσκολα χαλαρώνω (1=Καθόλου, 4=Πάρα πολύ)	1.93	2.47	0.010

Οι νοσηλευτές ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών δήλωσαν σημαντικά περισσότερο ότι τους ενδιαφέρει η αναγνώριση από τους άλλους για την καλή τους δουλειά σε σχέση με του νοσηλευτές ηλικίας 20-29 ετών ( $p=0,041$ ). Επίσης, οι νοσηλευτές ηλικίας 20-29 ετών δήλωσαν σημαντικά περισσότερο ότι είναι φιλόδοξοι και θέλουν να εξελιχθούν και να αναβαθμιστούν γρήγορα σε σχέση με τους νοσηλευτές ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών ( $p = 0,040$ ).

Οι έγγαμοι σε σχέση με τους άγαμους ανέφεραν, επίσης, σημαντικά περισσότερο ότι οι αυξημένες απαιτήσεις της Μονάδας/Τμήματος που απασχολούνται τους δημιουργούν έντονο στρες ( $p=0,045$ ).

Εκείνοι που δεν είχαν παιδιά ανέφεραν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι η εργασία τους είναι ένα από τα σημαντικότερα πράγματα της ζωής τους ( $p=0,039$ ). Αντιθέτως, εκείνοι που είχαν παιδιά υποστήριξαν σημαντικά περισσότερο ότι οι αυξημένες απαιτήσεις της Μονάδας/Τμήματος που απασχολούνται αποτελεί πηγή στρες ( $p=0,045$ ) και είναι ανταγωνιστικοί με τους άλλους ( $p=0,025$ ).



Οι κάτοχοι διδακτορικού και οι πανεπιστημιακού επιπέδου νοσηλευτές ήταν σημαντικά πιο πιθανό να αναφέρουν ότι επιθυμούν να εργαστούν σε άλλο τμήμα σε σχέση με τους υπολοίπους (3 έναντι 1.8,  $p<0.05$ ). Οι νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης ήταν σημαντικά πιθανό να αναφέρουν ότι δεν υπάρχει σοβαρή έλλειψη προσωπικού στο τμήμα τους σε σχέση με τους υπόλοιπους ερωτηθέντες (2.7 έναντι 3.3,  $p<0.05$ ). Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακού επιπέδου ανέφεραν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης και διετούς εκπαίδευσης ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων, καθώς και η αίσθηση ότι ο χρόνος που έχω στη διάθεσή μου τελειώνει είναι παράγοντες που τους δημιουργούν στρες ( $p<0.05$ ). Επιπλέον, οι νοσηλευτές πανεπιστημιακού επιπέδου ανέφεραν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι είναι συνεχώς σε ένταση και ότι χαλαρώνουν δύσκολα σε σχέση με τους υπόλοιπους νοσηλευτές (3.7 έναντι 2.4,  $p<0.05$ ). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 5.5.

Όσα περισσότερα έτη υπηρεσίας είχαν οι ερωτηθέντες τόσο περισσότερο πιθανό ήταν να απαντήσουν ότι εργασία τους είναι βαρετή και μονότονη ( $p=0,039$ ), ότι πολλές φορές σκέφτονται προβλήματα της εργασίας τους, μετά το πέρας του ωραρίου τους ( $p=0,039$ ), ότι αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες στην εργασία τους ( $p=0,048$ ), ότι ο μισθός τους είναι επαρκής ( $p=0,017$ ) και ότι η ασάφεια του επαγγελματικού ρόλου (αλλότρια καθήκοντα) είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας ( $p=0,031$ ).

### Πίνακας 5.5

#### Συσχετίσεις μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου

Ερώτηση	ΠΕ	ΤΕ/ΔΕ	P
Επιθυμώ να εργαστώ σε άλλο τμήμα (1=Διαφωνώ απόλυτα, 4=Συμφωνώ απόλυτα)	3	1.8	0.022
Υπάρχει σοβαρή έλλειψη προσωπικού στο τμήμα μας (1=Διαφωνώ απόλυτα, 4=Συμφωνώ απόλυτα)	3.3	2.7	0.026
Οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων (1=Καθόλου, 4=Πάρα πολύ)	3.4	2.2	0.040
Η αίσθηση ότι ο χρόνος που έχω στη διάθεσή μου τελειώνει (1=Καθόλου, 4=Πάρα πολύ)	3.1	2.1	0.036
Είμαι συνεχώς σε ένταση, δύσκολα χαλαρώνω (1=Καθόλου, 4=Πάρα πολύ)	3.7	2.4	0.049

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε συνολικά 93 νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν σε κλειστά τμήματα του νοσοκομείου. Οι περισσότεροι βρίσκουν ενδιαφέρον τη δουλειά τους και δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα, ενώ έχουν συνεχή πίεση χρόνου λόγω υψηλού φόρτου εργασίας. Επίσης, οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι η εργασία είναι ένα από τα σημαντικότερα πράγματα της ζωής τους και ότι η ζωή τους επηρεάζεται αρνητικά από τα προβλήματα της εργασίας τους. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές νιώθουν ότι οι επαγγελματικές τους προσδοκίες και φιλοδοξίες δεν έχουν πραγματοποιηθεί, ενώ θεωρούν ότι ο μισθός και οι αποδοχές τους δεν είναι επαρκείς.

Οι πηγές του στρες μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις τομείς: πρώτον, φόρτος εργασίας που περιλαμβάνει το φόρτο εργασίας, την εργασία με βάρδιες, τις υπερωρίες και την κάλυψη των απόντων συναδέλφων (Xianyu & Lambert, 2006), την ευθύνη και το φόρτο εργασίας (Lee & Wang, 2002) και το υπερβολικό φορτίο εργασίας (Stacciarini & Troccoli, 2004). Δεύτερον, οργανωτικές πιέσεις που περιλαμβάνουν την αντιληπτή έλλειψη της οργανωτικής υποστήριξης, την έλλειψη πόρων, την έλλειψη αυτονομίας, την αναρμοδιότητα και την έλλειψη εμπιστοσύνης, την έλλειψη επικοινωνίας και καθοδήγησης, καθώς και οι χαμηλοί μισθοί ή απουσία συστημάτων ανταμοιβής (McGrath, 2003), η προσωπική ευθύνη, η ανεπαρκής καθοδήγηση και υποστήριξη, η έλλειψη διαβούλευσης και επικοινωνίας, η έλλειψη υλικών ή πόρων, το ανεπαρκές ανθρώπινο δυναμικό και η λήψη ρίσκων για την ολοκλήρωση της εργασίας (Lee & Wang, 2002), η συνεχής οργανωτική πίεση (Xianyu & Lambert, 2006) και το εργασιακό περιβάλλον και οι πιέσεις από τους ανωτέρους (Sveinsdottir et al., 2006). Τρίτον, οι διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις που περιλαμβάνουν την εργασία με δύσκολους ασθενείς, τα συναισθήματα των νοσηλευτών για το θάνατο, τις διαπροσωπικές συγκρούσεις, τη διαχείριση του πόνου των ασθενών και την παρουσία της οικογένειας (McGrath et al., 2003) και οι υγειονομικοί κίνδυνοι που τίθενται από την επαφή με τους ασθενείς, την έλλειψη αναγνώρισης για τη δουλειά και η έλλειψη προσωπικού (Rothmann et al., 2006). Τέταρτον, ο επαγγελματισμός που περιλαμβάνει την εικόνα του επαγγέλματος και τα συστήματα ανταμοιβής (Evans, 2002), και τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν λόγω των αξιών των νοσηλευτών και της επιθυμίας τους για παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας (Begat et al., 2005). Η μελέτη των

Lambert et al., (2004a) δείχνει ότι οποιοσδήποτε εργασιακός στρεσογόνος παράγοντας αυξηθεί, τότε αυξάνονται αυτόματα και οι υπόλοιποι.

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν το χάος, την τεράστια ανθρώπινη ανάγκη, την έλλειψη πόρων για να παρέχουν κατάλληλη φροντίδα, αδιάφορη διοίκηση και ένα πολύ αγχωτικό περιβάλλον εργασίας (Thomas, 2008). Μια ανασκόπηση των μελετών στη βιβλιογραφία δείχνει ότι οι πιο κοινοί εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες για τους νοσηλευτές είναι ο φόρτος εργασίας, η ασάφεια ρόλου, οι διαπροσωπικές σχέσεις και ο θάνατος (Parikh et al., 2004).

Οι στρεσογόνοι παράγοντες που αναφέρθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι οι αυξημένες απαιτήσεις της Μονάδας/Τμήματος, η αντίληψη ότι αν δεν κάνουν κάτι καλά θα έχει επιπτώσεις, ο φόβος του να κάνουν κάποιο λάθος και η οικονομική κρίση. Παράλληλα, για τους νοσηλευτές των κλειστών τμημάτων οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων, η ασάφεια του επαγγελματικού ρόλου και τα αλλότρια καθήκοντα, οι υπερβολικές προσδοκίες των ανωτέρων τους, οι υπερβολικές απαιτήσεις των ασθενών και των συγγενών τους, οι προβληματικοί ασθενείς, η αίσθηση ότι ο χρόνος που έχουν στη διάθεσή τους τελειώνει και η αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων δε φαίνεται να αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες.

Η νοσηλευτική παρέχει ένα ευρύ φάσμα πιθανών επαγγελματικών στρεσογόνων παραγόντων, όπως είναι το ίδιο το επάγγελμα που απαιτεί υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων, ομαδική εργασία και ο χαρακτήρας της παροχής φροντίδας που δίνεται για 24 ώρες ημερησίως (Phillips, 1996). Οι French et al., (2000), προσδιόρισαν εννέα υπο-κλίμακες των στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο εργασίας που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την νοσηλευτές, οι οποίες είναι η σύγκρουση με τους ιατρούς, η ανεπαρκής προετοιμασία, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τα προβλήματα με τον προϊστάμενο, οι διακρίσεις, ο φόρτος εργασίας, η αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία, η ασχολία με το θάνατο, ο θάνατος των ασθενών και οι ιδιοτροπίες των ασθενών και των οικογενειών τους. Όσο αυξάνεται ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών, τόσο αυξάνεται η εξουθένωση των νοσηλευτών και το εργασιακό άγχος, παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εγκατάλειψη του επαγγέλματος και την υποστελέχωση των νοσοκομείων (Vahey et al., 2004).

Οι Blay et al., (2002) επισημαίνουν ότι το 60% του χρόνου της εργασίας των νοσηλευτών δαπανάται σε έμμεσες δραστηριότητες, όπως οι διοικητικές εργασίες. Ο φόρτος εργασίας προσδιορίστηκε στην παρούσα μελέτη ως μία από τις κύριες πηγές άγχους των νοσηλευτών, αποτέλεσμα το οποίο υποστηρίζεται από μια σειρά μελετών

(AbuAlRub, 2006, Lambert et al., 2007, Zaghoul, 2008, Al-Kandari & Thomas, 2008, El-Jardali et al., 2008, Emilia & Hassim, 2007, Parikh et al., 2004, Lee, 2003, Rout, 2000, Pal & Saksvik, 2008, Sveinsdottir et al., 2006, Escot et al., 2001, Purcell et al., 2011, Martens, 2009, Bianchi, 2004, Wheeler, 2010, Pinikahana & Happell, 2004, Healy & McKay, 2000, Ditzel, 2009, Chang et al., 2007).

Ο θάνατος είναι μια σημαντική πηγή άγχους για τους νοσηλευτές (Mohamed et al., 2011, Emilia & Hassim, 2007, Parikh et al., 2004, Andal, 2006, Govender, 1995, Florio et al., 1998, Rodrigues & Chaves, 2008, Brunero et al., 2008, Chang et al., 2007). Οι Cole et al., 2001, αναφέρουν ότι το άγχος που σχετίζεται με τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν μπορεί να προκύψει επειδή οι νοσηλευτές έχουν παραδοσιακά επικεντρωθεί στην παροχή φροντίδας στους ζωντανούς ανθρώπους. Η έρευνα έχει δείξει ότι πολλοί νοσηλευτές έχουν δυσκολία να ασχοληθούν με το θάνατο και αυτός ίσως είναι ένας λόγος που οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν επιθυμούν να εργαστούν σε κλειστό τμήμα ή επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα (Payne et al., 1998).

Μέσα σε νοσοκομεία, το αποτυχημένο μάνατζμεντ είναι η πρωταρχική αιτία του εργασιακού άγχους και της δυσαρέσκειας των νοσηλευτών και των ασθενών, της κακής ποιότητας περίθαλψης και της αύξησης του κόστους (Kantek, 2007), δήλωση που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μιας και η οικονομική κρίση και ο φόβος μην κάνουν κάποιο λάθος είναι από τις κύριες πηγές στρες στους νοσηλευτές των κλειστών τμημάτων, καταστάσεις δηλαδή που προκύπτουν από κακό μάνατζμεντ.

Επίσης, οι συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών έχουν αναγνωριστεί ως ένα εξαιρετικά σημαντικό θέμα στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα σε όλο τον κόσμο (Vivar, 2006). Οι συγκρούσεις μπορεί να αφορούν τους νοσηλευτές με τον προϊστάμενό τους ή με το Διευθυντή τους (Almost, 2006), μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών, καθώς και μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών και τις οικογένειές τους (Iglesias & Vallejo, 2012). Στη μελέτη τους οι Shields & Wilkins, (2009), ανέφεραν ότι περίπου το 28% των καναδών νοσηλευτών υποστήριξε ότι ο προϊστάμενός τους δεν βοήθησε στο να ολοκληρωθεί η δουλειά και το 46% ανέφερε ότι είχε διαπληκτιστεί με τους συναδέλφους. Παρόλα αυτά, οι συγκρούσεις στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν εργασιακό στρεσογόνο παράγοντα σε σημαντικά μικρό βαθμό έως καθόλου, αποτέλεσμα το οποίο διαφωνεί με τα Διεθνή δεδομένα. Το γεγονός μπορεί οφείλεται στο ότι στην Ελλάδα τα νοσοκομεία είναι όλα υποστελεχωμένα, με αποτέλεσμα οι συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών να είναι καθημερινές και συχνές και να μην τους

επηρεάζουν πλέον στην εργασία τους, εν αντιθέσει με τους νοσηλευτές σε άλλες χώρες όπου η στελέχωση είναι αρκετά μεγαλύτερη και οι συνθήκες εργασίας είναι καλύτερες.

Ο Mojuyinola (2008) διαπίστωσε ότι η κακή σχέση μεταξύ του προϊστάμενου και των νοσηλευτών συμβάλει σε υψηλού επιπέδου στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές. Ο Goswami (2012) διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές βιώνουν περισσότερο αρνητική διάθεση στις ημέρες που είχαν οδυνηρές αλληλεπιδράσεις με τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους και διαπίστωσε ότι η εργασία με βάρδιες μπορεί να οδηγήσει σε πολλά σωματικά συμπτώματα και μπορεί επίσης να παρεμβαίνει στην οικογενειακή τους ζωή.

Οι νοσηλευτές ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών δήλωσαν σημαντικά περισσότερο ότι τους ενδιαφέρει η αναγνώριση από τους άλλους για την καλή τους δουλειά σε σχέση με τους νοσηλευτές ηλικίας 20-29 ετών, ενώ οι νεότεροι νοσηλευτές δήλωσαν σημαντικά περισσότερο ότι είναι φιλόδοξοι και θέλουν να εξελιχθούν και να αναβαθμιστούν γρήγορα σε σχέση με τους νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας. Οι νεότεροι νοσηλευτές αναφέρουν γενικά μεγαλύτερου βαθμού εργασιακού στρες σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές. Πιθανό να οφείλεται ότι οι νεότεροι νοσηλευτές βρίσκουν το χώρο εργασίας της υγειονομικής περίθαλψης λιγότερο ικανό να εκπληρώσει τις φιλοδοξίες της σταδιοδρομίας τους. Περίπου το 35-61% των νέων απόφοιτων της νοσηλευτικής εγκαταλείπουν το χώρο του νοσοκομείου εντός του πρώτου έτους της εργασίας τους (Boychuk-Duchscher & Cowin, 2004, Dorrian et al., 2011, Purcell et al., 2011, Wieck et al., 2009, Marium, 2008, Lambert et al., 2004a, Arafa et al., 2003, Ditzel, 2009). Από την άλλη μεριά υπάρχουν και μελέτες που υποστηρίζουν το αντίθετο, ότι δηλαδή οι μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτές έχουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους (Nabirye et al., 2011, Piko, 1999, Mohamed et al., 2011, Ross et al., 2009), ενώ κάποιιοι δεν βρήκαν καμία διαφορά μεταξύ νέων και «παλαιών» νοσηλευτών (Sharma et al., 2008, Mojde et al., 2008, Emilia & Hassim, 2007, Mansour et al., 2011, Lindo et al., 2006). Στην τελευταία ομάδα ερευνητών ανήκουν και τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, γιατί μεταξύ των ηλικιών δεν υπήρχε σημαντική στατιστική διαφορά στο άγχος που βιώνουν ή στις πηγές εργασιακού άγχους.

Οι διπλωματούχοι νοσηλευτές ηλικίας κάτω των 30 ετών έχουν υψηλότερα ποσοστά πρόθεσης αλλαγής τμήματος σε σχέση με εκείνους που είναι άνω των 30 ετών και η πρόθεση αλλαγής τμήματος ήταν μεγαλύτερη σε εκείνους τους νοσηλευτές όπου δεν τους δόθηκε περιθώριο να επιλέξουν τμήμα ή οι μάνατζερ δε σεβάστηκαν την επιθυμία

τους (Beecroft et al., 2007, Hayes et al., 2011), αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνο με το αντίστοιχο της παρούσας μελέτης.

Οι Kowalski et al. (2010) ανέφεραν ότι τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών που εργάζονταν σε ΤΕΠ στη Γερμανία ήταν έως και 45%. Μελέτες έχουν αναφέρει θετική συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους και της συναισθηματικής εξάντλησης (Estryn-Behar et al., 2007, Leiter & Maslach, 2009, Simon et al., 2010, VanBogaert et al., 2010). Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης ήταν προγνωστικά του κύκλου εργασιών μεταξύ των νοσηλευτών σχετικά με τη θέση τους (Lietter & Maslach, 2009). Ιδιαίτερης σημασίας είναι η διαπίστωση ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι είναι συναισθηματικά εξαντλημένοι προτίθενται να εγκαταλείψουν τη θέση και το επάγγελμά τους. Όπως διαπιστώθηκε από τους Zeytinoglu et al., (2006), το εργασιακό άγχος, αλλά όχι οι δημογραφικές μεταβλητές, ήταν η πιο θετική συσχέτιση με την τάση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη εργάζονται σε νοσοκομεία στην Ελλάδα, που σημαίνει ότι δεν είναι ευέλικτοι με το χώρο εργασίας τους. Δηλαδή δεν μπορούν να παραιτηθούν από ένα νοσοκομείο και να προσληφθούν σε κάποιο άλλο, όπως κάνουν οι νοσηλευτές για παράδειγμα στην Αγγλία και στη Γερμανία. Ο λόγος είναι κυρίως επειδή τα νοσοκομεία στην Ελλάδα δεν έχουν την αυτονομία να κάνουν προσλήψεις, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να μην μπορούν να αλλάξουν νοσοκομείο αν είναι δυσαρεστημένοι.

Οι νοσηλευτές γενικά έχει δείχτεί ότι έχουν υψηλότερα ποσοστά ψυχολογικής δυσφορίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, το οποίο πιστεύεται ότι οφείλεται στις ιδιαιτερότητες των συνθηκών εργασίας τους (Hayes et al., 2011, McVicar, 2003). Αν η συναισθηματική εξάντληση και η ψυχολογική δυσφορία επηρεάζουν την απόδοση και την εργασία των νοσηλευτών, τότε είναι σημαντικό για τα άτομα και τις μονάδες υγείας να υποστηρίξουν τους νοσηλευτές που βιώνουν άγχος. Έχει αποδειχτεί ότι η μείωση του εργασιακού στρες στους νοσηλευτές σχετίζεται με αύξηση της απόδοσής τους (Coomber & Barriball, 2006). Επιπλέον, ο McVicar (2003) ανέφερε ότι το εργασιακό άγχος σχετίζεται με το φόρτο εργασίας, το ύψος της σημερινής ηγεσίας ή μάνατζμεντ, τις επαγγελματικές συγκρούσεις και το συναισθηματικό κόστος της φροντίδας. Η δημιουργία μιας κουλτούρας όπου οι νοσηλευτές θα αισθάνονται άνετα, το μάνατζμεντ θα είναι προσιτό και η επίλυση των συγκρούσεων θα αποτελεί προτεραιότητα θα

βοηθήσει στη μείωση των επιπέδων στρες των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας τους (Gering & Connor, 2002).

Επιπλέον, οι νοσηλευτές που εργάζονται περισσότερες νυχτερινές βάρδιες ανέφεραν υψηλότερα επαγγελματικό στρες. Η νυχτερινή εργασία έχει αρνητικό αντίκτυπο στην απόδοση κατά την εργασία, τον ύπνο, τη σωματική και συναισθηματική υγεία, τη χρήση φαρμάκων και το επίπεδο εργασιακού στρες (Brown-DeGne, 1998), διαταραχές της ψυχικής υγείας (Iwata & Egashira, 1997) και ασφάλεια και ευημερία των νοσηλευτών (Monk et al., 1997). Οι Parikh et al., (2004) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το κυκλικό ωράριο σχετίστηκε σημαντικά με το επίπεδο του στρες στους νοσηλευτές.

Αρκετές μελέτες απέτυχαν να βρουν κάποια συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού στρες και του φύλου των νοσηλευτών (Sharma et al., 2008, Patterson & Bell, 2000, Hajjaj, 2007, Joudeh, 2003, Mojde et al., 2008, Mansour et al., 2011, Lindo et al., 2006). Ορισμένες μελέτες διαπίστωσαν ότι οι άνδρες νοσηλευτές είχαν υψηλότερο εργασιακό στρες (Al-Kandari & Thomas, 2008, Tankha, 2006, Saada et al., 2003), ενώ άλλοι ανέφεραν ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες είχαν υψηλότερο εργασιακό στρες (Asker & Ahmad, 1988, Jayawardene et al., 2011). Στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες νοσηλεύτριες φαίνεται να είναι περισσότερο αγχωμένες σε σχέση με τους άνδρες νοσηλευτές και για τις γυναίκες η έλλειψη προσωπικού, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η σύγκρουση ρόλων και ο φόβος να κάνουν κάποιο λάθος είναι πιο σημαντικοί παράγοντες άγχους.

Σε αυτή τη μελέτη βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που είχαν μεγαλύτερο μορφωτικό επίπεδο επιθυμούσαν να αλλάξουν τμήμα δείχνοντας με τον τρόπο αυτό το μεγαλύτερου βαθμού άγχους και δυσαρέσκεια που βίωναν, ενώ δεν χαλάρωναν όπως οι υπόλοιποι. Οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων ήταν οι κύριοι παράγοντες εργασιακού άγχους για τους νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τους Hayes et al., (2011), όσο υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν οι νοσηλευτές τόσο μεγαλύτερο είναι το εργασιακό άγχος που βιώνουν και τόσο περισσότερο απογοητευμένοι είναι από το τμήμα εργασίας τους. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει καμία σχέση μεταξύ του εργασιακού άγχους και των προσόντων των νοσηλευτών (Hajjaj, 2007, Joudeh, 2003, Mansour et al., 2011, Harrisson et al., 2002, Mohamed et al., 2011). Ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι το εργασιακό άγχος ήταν υψηλότερο στους νοσηλευτές χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου (Piko, 1999, Golubic et al., 2009), ενώ άλλοι βρήκαν ότι το εργασιακό άγχος



ήταν υψηλότερο στους νοσηλευτές υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Saada et al., 2003, Al-Kandari & Thomas, 2008).

Επίσης, μελέτες βρήκαν ότι δεν υπάρχει καμία σχέση μεταξύ του επαγγελματικού άγχους και της οικογενειακής κατάστασης των νοσηλευτών (Mojde et al., 2008, Hajjaj, 2007, Joudeh, 2003, Saada et al., 2003, Jayawardene et al., 2011). Άλλες πάλι μελέτες έδειξαν ότι το εργασιακό άγχος ήταν υψηλότερο μεταξύ των παντρεμένων νοσηλευτών (Mehrabi et al., 2007, Asker & Ahmad, 1988), αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνο με το αντίστοιχο της παρούσας μελέτης ενώ άλλοι βρήκαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους στους ανύπαντρους νοσηλευτές (Mariam, 2008, Emilia & Hassim, 2007). Επιπλέον, στη μελέτη μας βρέθηκε ότι εκείνοι που έχουν παιδιά έχουν μεγαλύτερο εργασιακό άγχος και πιέζονται περισσότερο στην εργασία τους το οποίο πιθανό να οφείλεται στο ότι είναι κουρασμένοι από τη φροντίδα των παιδιών και στο γεγονός ότι εκείνοι που έχουν παιδιά έχουν αυξημένα έξοδα, ενώ οι μισθοί λόγω της οικονομικής κρίσης είναι μειωμένοι. Παρόμοιο αποτέλεσμα στη βιβλιογραφία δε βρέθηκε, ώστε να μπορούν να γίνουν οι κατάλληλες συγκρίσεις.

Οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη προϋπηρεσία σε ένα τμήμα/κλινική έχουν συνήθως την επιθυμία να παραμείνουν σε αυτό το τμήμα και δε θέλουν να αλλάξουν θέση (Brewer et al., 2012, Price & Mueller, 1981). Η πρόθεση για εγκατάλειψη του επαγγέλματος είναι υψηλότερη στους νοσηλευτές που εργάζονται με μερική απασχόληση σε σχέση με εκείνους που είναι μόνιμοι (Zeytinoglu et al., 2006). Αντιθέτως, οι Brewer et al., (2012) βρήκαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με καθεστώς μερικής απασχόλησης, καθώς και εκείνοι που δεν είναι μόνιμοι ήταν λιγότερο πιθανό να εγκαταλείψουν τη θέση τους, σε σύγκριση με τους πλήρους απασχόλησης ή τους μόνιμους. Μία πιθανή εξήγηση για αυτό είναι ότι όσα περισσότερα έτη υπηρεσίας έχει κάποιος τόσο περισσότερο θεωρεί ότι είναι σταθερό το επαγγελματικό πλαίσιο στο οποίο απασχολείται και για το λόγο αυτό δε θέλει να αλλάξει τμήμα. Σε αυτή τη μελέτη, όσα περισσότερα έτη υπηρεσίας είχαν οι ερωτηθέντες τόσο περισσότερο πιθανό ήταν να απαντήσουν ότι εργασία τους είναι βαρετή και μονότονη, και ότι η ασάφεια του επαγγελματικού ρόλου (αλλότρια καθήκοντα) είναι ένας στρεσογόμος παράγοντας, καταστάσεις που ενισχύουν την επιθυμία για αλλαγή τμήματος.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ανοιχτά τμήματα, όπως παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, έχουν πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους και επιθυμία αλλαγής τμήματος. Μία πιθανή

εξήγηση για αυτό είναι ότι οι ιατρικές και χειρουργικές μονάδες είναι συχνά οι μονάδες εισόδου, δηλαδή τα τμήματα εκείνα όπου ξεκινούν οι νοσηλευτές μόλις προσλαμβάνονται γιατί παρέχουν μία σταθερή βάση για όλους τους τομείς της νοσηλευτικής πρακτικής. Τα τμήματα αυτά προσφέρονται για να αποκτήσουν οι νοσηλευτές ένα βασικό επίπεδο εμπειρίας πριν τη μετακίνησή τους σε περισσότερο εξειδικευμένους τομείς της πρακτικής. Παγκοσμίως λοιπόν, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ανοιχτά τμήματα είναι συνήθως νέοι απόφοιτοι ή νεοδιοριζόμενοι με υπηρεσία μικρότερη των τριών ετών (Brewer et al., 2012). Είναι λογικό, τα άτομα αυτά να έχουν μεγαλύτερη πρόθεση και πιθανότητα να εγκαταλείψουν την τρέχουσα θέση τους. Για παράδειγμα, οι Brewer et al., (2012) βρήκαν ότι το 18.1% των νοσηλευτών ζήτησαν αλλαγή τμήματος μέσα στον πρώτο χρόνο της εργασίας τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Παρά τα πολύτιμα αποτελέσματα, υπάρχουν περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Πρώτον, τα δεδομένα συλλέχθηκαν από ένα μόνο νοσοκομείο της Ελλάδας, καθιστώντας το δείγμα μη αντιπροσωπευτικό για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, δηλαδή των νοσηλευτών που εργάζονται σε κλειστά τμήματα σε νοσοκομεία.

Ένας άλλος περιορισμός της μελέτης είναι ότι οι μετρήσεις του στρες βασίστηκαν σε ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο και όχι σε φυσιολογικές-βιοχημικές εκτιμήσεις. Ένας περιορισμός των αυτο-αναφερόμενων ερωτηματολογίων σχετικά με το στρες είναι ότι παρέχουν υποκειμενικά μέτρα, που εκπροσωπούν τις αντιλήψεις των ατόμων. Οι αντικειμενικές εκτιμήσεις βασίζονται σε δεδομένα από το φάκελο των νοσηλευτών, όπως οι αναρρωτικές άδειες και τις βιολογικές μετρήσεις (Tabanelli et al., 2008). Οι φυσικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του στρες είναι υποκατάστατα ή συμπληρωματικές των ψυχολογικών (Murray et al., 2010). Οι φυσικές μέθοδοι μπορεί να περιλαμβάνουν την καρδιακή λειτουργία (Gray et al., 2007, Santanna et al., 2003), το ρυθμό και το είδος της αναπνοής (McDowall et al., 2007), την ηλεκτρική αγωγιμότητα του δέρματος (Storm et al., 2002) και την ανάλυση των ορμονών του στρες στο αίμα, σάλιο, ή στα ούρα (Steptoe et al., 2007).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι νοσηλευτές βρίσκουν ενδιαφέρουσα την εργασία τους και οι περισσότεροι δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα. Έχουν αυξημένο φόρτο εργασίας και σοβαρή έλλειψη προσωπικού. Ακόμη, η ζωή τους επηρεάζεται αρνητικά από τα προβλήματα της εργασίας τους, ενώ οι επαγγελματικές τους προσδοκίες και φιλοδοξίες δεν έχουν πραγματοποιηθεί. Επίσης, οι νοσηλευτές θεωρούν ότι λαμβάνουν το σεβασμό που αξίζουν από τους συναδέλφους τους.

Οι νοσηλευτές, ανεξαρτήτου ηλικία και μορφωτικού επιπέδου, βιώνουν εργασιακό στρες. Οι πιο κοινές αναφερόμενες πηγές στρες ήταν οι αυξημένες απαιτήσεις της Μονάδας/Τμήματος, η αντίληψη ότι αν δεν κάνουν κάτι καλά θα έχει επιπτώσεις, ο φόβος του να κάνουν κάποιο λάθος και η οικονομική κρίση.

Οι γυναίκες βιώνουν περισσότερο εργασιακό άγχος και χαλαρώνουν δύσκολα σε σχέση με τους άνδρες, ενώ οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους τους και η έλλειψη προσωπικού αποτελούν πηγές άγχους κάτι που δε συμβαίνει στους άνδρες.

Οι έγγαμοι, οι έχοντες παιδιά και οι νεότεροι νοσηλευτές έχουν περισσότερο εργασιακό άγχος. Οι νοσηλευτές με μεγαλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα, ενώ οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων, καθώς και η αίσθηση ότι ο χρόνος που έχω στη διάθεσή τους τελειώνει είναι παράγοντες που τους δημιουργούν στρες. Τέλος, οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και οι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος βιώνουν περισσότερο εργασιακό άγχος.

Η φύση της εργασίας των νοσηλευτών μπορεί να είναι χρήσιμη στην κατανόηση της προέλευσης του άγχους και στην εύρεση τρόπων για την αποτροπή του, τον περιορισμό των συνεπειών του και την αντιμετώπιση των δυσμενών συνεπειών του. Οι περισσότεροι νοσηλευτές βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, εξαιτίας του στρες. Η μείωση του άγχους των νοσηλευτών στα κλειστά τμήματα είναι ένας τρόπος αύξησης της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους και αύξησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdimasooleh F, Kaviani H, Khaghanizade Mand Momeni Araghi A (2007). Relationship between burnout and mental health among nurses, *Tehran University Medical Journal*, 65 (6), 65-75.

Ablett J and Jones R (2007). Resilience and well-being in palliative care staff, A qualitative study of hospice nurses' experience of work, *Psycho-Oncology*, 16 (8), 733-740.

AbuAlRub R (2006). Replication and examination of research data on Job stress and co-worker social support with Internet and traditional samples, *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (2), 200-204.

Adejumo O and Lekalakala-Mokgele E (2009). A 2-Decade appraisal of African Nursing Scholarship, 1986–2006. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (1), 64-69.

Ahmad-Nia, S. (2002). Women's work and health in Iran, A comparison of working and non-working mothers. *Social science & medicine*, 54(5), 753-765.

Aittomäki A, Lahelma E, Rahkonen O, Leino-Arjas P and Martikainen P. (2007). The contribution of musculoskeletal disorders and physical workload to socioeconomic inequalities in health. *The European Journal of Public Health*, 17(2), 145-150.

Al-Kandari F and Thomas D (2008). Adverse nurse outcomes, correlation to nurses' workload, staffing, and shift rotation in Kuwaiti hospitals, *Applied Nursing Research*, 21 (3), 139-146.

Almost J (2006). Conflict within nursing work environments, Concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 53 (4), 444-453.

Andal EM (2006). A pilot study quantifying Filipino nurses' perception of stress, *Californian Journal of Health Promotion*, 4 (4), 88-95.

Arafa M, Nazel M, Ibrahim N and Attia A (2003). Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt, *International Journal of Nursing Practice*, 9 (5), 313-320.

Araujo T, Aquino E, Menezes G, Santos C and Lia Aguiar (2003). Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses, *Rev Sade Pblica*, 37 (4), 424-33.

Ardekani Z, Kakooei H, Ayattollahi S, Choobineh A and Seraji G (2008). Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran, *Pak J Biol Sci*, 11 (12), 1605-9.

Arimura M, Imai M, Okawa M, Fujimura T and Yamada N (2010). Sleep, mental health status, and medical errors among hospital nurses in Japan, *Industrial Health*, 48 (6), 811-817.

Asker A and Ahmad (1988). Occupational stress in different social professionals, *Journal of Social Sciences*, 16 (4), 65-85.

Aust B, Rugulies R, Skakon J, Scherzer T, and Jensen C. (2007). Psychosocial work environment of hospital workers, Validation of a comprehensive assessment scale. *International journal of nursing studies*, 44(5), 814-825.

Awoniyi E, Griego O and Morgan G (2002). Person-environment fit and the transfer of training, *International Journal of Training and Development*, 6 (1), 25-35.

Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, and Whitehead M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1028-1036.

Beecroft PC, Dorey F and Wenten M (2008). Turnover intention in new graduate nurses, A multivariate analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 41-52.

Begat I, Ellefsen B and Severinsson E (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study, *Journal of Nursing Management*, 13 (3), 221-230.



Bianchi E (2004). Stress and coping among cardiovascular nurses, a survey in Brazil, *Issues in Mental Health Nursing*, 25 (7), 737-745.

Blaug R, Kenyon A and Lekhi R (2007). *Stress at Work*, A report prepared for The Work Foundation's Principal Partners, The Work Foundation, London.

Boekaerts M (2002). Intensity of emotions, emotional regulation, and goal framing, How are they related to adolescents' choice of coping strategies? *Anxiety, Stress and Coping*, 15 (4), 401-412.

Boey K, Chan K, Ko Y, Goh L and Lim G (1997). Work stress and psychological well-being among the nursing profession in Singapore, *Singapore Med J*, 38 (6), 256-260.

Borg V and Kristensen TS. (2000). Social class and self-rated health, can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science and Medicine*, 51(7), 1019-1030.

Bowman G and Stern M (1995). Adjustment to occupational stress, the relationship of perceived control to effective control to effectiveness of coping strategies, *Journal of Counselling Psychology*, 24 (3), 294-303.

Boychuk Duchscher J and Cowin L (2004) Multigenerational nurses in the workplace, *Journal of Nursing Administration*, 34 (11), 493-501.

Bressi C, Manenti S, Porcellana M, Cevasco D, Farina L, Felicioni I, Meloni G, Milone G, Miccolis I, Pavanetto M, Pescador L, Poddigue M, Scotti L, Zambon A, Corrao G, Lambertenghi-Delilieri G and Invernizzi G (2008). Haemato-oncology and burnout, an Italian survey, *British Journal of Cancer*, 98 (6), 1046-1052.

Brewer C, Kovner C, Greene W, Tukov-Shuser M and Djukic M (2012). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals, *Journal of Advanced Nursing*, 68 (3), 521-538.

Brewer E and McMahan-Landers J (2003). The relationship between job stress and job satisfaction among industrial and technical teacher educators, *Journal of Career and Technical Education*, 20 (1), 37-50.

Brown-DeGgne A (1998). Turning body times to shift time, *Med Princ Pract*, 94 (8), 51-52.

Brunero S, Cowan D and Fairbrother G (2008). Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioural therapy, A preliminary programme evaluation, *Japan Journal of Nursing Science*, 5 (2), 109-115.

Camerino D, Conway PM, Sartori S, Campanini P, Estryng-Behar M, Van Der Heijden BIJM, et al. (2008). Factors affecting work ability in day and shift-working nurses. *Chronobiology international*, 25(2-3), 425-442.

Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM and Van Der Heijden BIJ. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study, A longitudinal cohort study. *International journal of nursing studies*, 45(1), 35-50.

Cannon W (1932). *The Wisdom of the Body*, New York, Norton.

Cartwright S and Cooper C (1997). *Managing Workplace Stress*, Sage, London.

Chang E, Bidewell J, Huntington A, Daly J, Johnson A, Wilson H, Lambert V and Lambert C (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 44 (8), 1354-1362.

Chang E, Daly J, Hancock K, Bidewell J, Johnson A, Lambert V and Lambert C (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics and health in Australian nurses, *J Prof Nurs*, 22 (1), 30-8.

Cheng C and Cheung M (2005). Cognitive processes underlying coping flexibility, Differentiation and integration, *Journal of Personality*, 73(4), 859-884.

Clancy J and McVicar A (2002). *Physiology and Anatomy, A Homeostatic Approach* (2nd ed.), Arnold, London.

Clausen T, Christensen KB and Borg V. (2010). Positive work-related states and long-term sickness absence, A study of register-based outcomes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3 suppl), 51-58.

Cohen S, Kessler R and Gordon L (1997). *Measuring Stress, A Guide for Health and Social Scientists*, New York, Oxford University Press.

Cole F, Slocumb E and Mastey J (2001). A measure of critical care nurses' post-code stress, *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3), 281-8.

Coomber B and Barriball K (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses, A review of the research literature, *International Journal of Nursing Studies*, 44 (2), 297-314.

Cooper C (1998). *Theories of Organisational Stress*, Oxford, Oxford University Press.

Cooper C, Dewe P and O'Driscoll M (2001). *Organizational Stress, A Review and Critique of Theory, Research and Applications*, Sage Publications, CA.

Cronqvist A, Theorell T, Burns T and Lutzen K (2001). Dissonant imperatives in nursing, A conceptualisation of stress in intensive care in Sweden, *Intensive and Critical Care Nursing*, 17 (4), 228-36.

Cunningham M (2003). Impact of trauma work on social work clinicians, *Empirical findings*, *Social Work*, 48 (4), 451-459.

Currid T (2008). Experience of stress in acute mental health nurses, *Nursing Times*, 104 (2), 39-40.

Danna K and Griffin R. (1999). Health and well-being in the workplace, A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384.

Dellve L, Lagerstrom M and Hagberg M. (2003). Work-system risk factors for permanent work disability among home-care workers, a case-control study. *International archives of occupational and environmental health*, 76(3), 216-224.

Delvaux N, Razavi D, Marchal S, Bredart A, Farvacques C and Slachmuylder J (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology, a randomised study, *British Journal of Cancer*, 90 (1), 106-114.

Ditzel E (2009). Job stress among nurses, the implications for the healthcare profession, *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 1 (2), 125-142.

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

Edmonds C, Lockwood G, Bezjak A and Nyhof-Young J (2012). Alleviating emotional exhaustion in oncology nurses, an evaluation of Wellspring's "Care for the Professional Caregiver Program", *J Canc Educ*, 27 (1), 27-36.

Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A and Hannigan B (2000). Stressors moderators and stress outcomes, findings from the All-Wales community mental health nurse study, *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7 (6), 529-37.

Edwards J, Caplan R and Harrison R (1998). Person-environment fit theory, Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. In Cooper C (Ed.), *Theories of Organizational Stress*, New York, Oxford University Press.

Edwards V, Holden G, Felitti V and Anda R (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents, results from the adverse childhood experiences study, *Am. J. Psychiatry*, 160 (8), 1453–1460.

Ekedahl M and Wengstrom Y (2006). Nurses in cancer care, Coping strategies when encountering existential issues, *European Journal of Oncology Nursing*, 10 (2), 128-139.

Ekvall G and Arvonen J. (1991). Change-centered leadership, An extension of the two-dimensional model. *Scandinavian Journal of Management*, 7(1), 17-26.

Ekvall G. (1993). Creativity in project work, A longitudinal study of a product development project.

El Shikieri A and Musa H (2012). Factors associated with occupational stress and their effects on organizational performance in a Sudanese University, *Creative Education*, 3 (1), 134-144.

El-Jardali F, Dumit N, Jamal D and Mouro G (2008). Migration of Lebanese nurses, A questionnaire survey and secondary data analysis, *International Journal of Nursing Studies*, 45 (10), 1490-1500.

Emilia Z and Hassim N (2007). Work-related stress and coping, A survey on medical and surgical nurses in a Malaysian teaching hospital, *Jabatan Kesihatan Masyarakat*, 13 (1), 55-66.

Erkutlu H and Chafra J (2006). Relationship between leadership power base and job stress of subordinates, example from boutique hotels, *Management Research News*, 29 (5), 285-297.

Escot C, Artero S, Gandubert C, Boulenger J and Ritchie K (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology, *Stress and Health*, 17 (5), 273-279.

Estryn-Behar M, Van der Heijden B, Oginska H, Camerino D, Le Nezet O, Conway P, Fry C and Hasselhorn H (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses, *Medical Care*, 45 (10), 939-950.

Evans L (2002). An exploration of district nurses' perception of occupational stress, *British Journal of Nursing*, 11 (8), 576-585.

Failde I, Ramos I and Fernandez-Palacin F (2000). Comparison between the GHQ-28 and SF-36 (MH 1-5) for the assessment of the mental health in patients with ischemic heart disease, *Eur J Epidemiol*, 16 (4), 311-316.

Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R and Rahnavard Z. (2011). A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review*.

Farrell G (1998). The mental health of hospital nurses in Tasmania as measured by the 12-item General Health Questionnaire, *Journal of Advanced Nursing*, 28 (4), 707-712.

Fathi A, Nasae T and Thiangchanya P (2010). Workplace Stressors and Coping Strategies Among Public Hospital Nurses in Medan, Indonesia, The 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences April 10th, 2010 Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University.

Fazelzadeh A, Mehdizadeh A and Sahraeeian A (2008). Burnout in hospital nurses, a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards, *International Nursing Review*, 55 (1), 62-67.

Fickova E (2002). Impact of negative emotionality on coping with stress in adolescents, *Studia Psychologica*, 44 (3), 219-226.

Fitch M, Matyas Y and Robinette M (2006). Caring for the caregivers, Innovative program for oncology nurses, *Canadian Oncology Nursing Journal*, 16 (2), 110-115.

Florio G, Donnelly J and Zevon M (1998). The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high-stress medical settings, A transactional analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (3), 227-42.

Folkman S and Lazarus R (1991). Coping and emotion, In Monat A and Lazarus R (Eds) *Stress and coping, An anthology* (3rd ed.), New York, Columbia University Press.

Folkman S and Moskowitz J (2004). Coping, Pitfalls and promise, *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

Fredrickson B (2001). The role of positive emotions in positive psychology, *American Psychology*, 56 (3), 218-226.

French J, Caplan, R and Harrison R (1982). *Mechanisms of job stress and strain*, New York, John Wiley.

French S, Lenton R, Walters V and Eyles I (2000) An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale, *Journal of Nursing Measurement*, 8 (1), 161-178.

Fukuda H, Ichinose T Kusama T, Yoshidome A, Anndow K, Akiyoshi N and Shibamoto T (2008). The relationship between job stress and urinary cytokines in healthy nurses, a cross-sectional study, *Biol Res Nurs*, 10 (2), 183-91.

Fukuda H, Ichinose T, Kusama T and Sakurai R (2008). Assessment of Salivary Human Herpesvirus-6 and Immunoglobulin A levels in nurses working shifts, *Asian Nursing Research*, 2 (3), 159-165.

Garcia-Izquierdo M and Rios-Risquez M (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency department, An exploratory study, *Nurs Outlook*, 60 (5), 322-9.

Gering J and Connor J (2002). A strategic approach to employee retention, *Healthcare Financial Management*, 56 (11), 40-44.

Glazer S and Gyurak A (2008). Sources of occupational stress among nurses in five countries, *International Journal of Intercultural Relations*, 32 (1), 49-66.

Golubic R, Milosevic M, Knezevic B and Mustajbegovic J (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10), 2056-2066.

Goswami R (2012). Shift work and its effect on social and personal life of shift workers, *International Journal of Research in Management, Economics and Commerce*, 2 (5), 47-63.

Govender K (1995). An Investigation of the Role of Perceived Sources of Stress, Perception of Work Environment, Type of Hospital Ward and Nurse Rank in Occupational Distress, Coping and Burnout among Practicing Nurses, MA dissertation, University of Natal, SA.

Gray M, Taggart P, Sutton P, Groves D, Holdright D, Bradbury D, Brull D and Critchley H (2007). A cortical potential reflecting cardiac function, *PNAS*, 104 (16), 6818-6823.

Greenhaus JH and Beutell NJ. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management review*, 76-88.

Greenhaus JH, Collins KM and Shaw JD. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*, 63(3), 510-531.

Greenhaus JH, Parasuraman S and Collins KM. (2001). Career involvement and family involvement as moderators of relationships between work–family conflict and withdrawal from a profession. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(2), 91.

Grunfeld E, Whelan T, Zitzelsberger L, Willan A, Montesanto B and Evans W (2000). Cancer care workers in Ontario, prevalence of burnout, job stress and job satisfaction, *CMAJ*, 163 (2), 166-169.

Grzywacz JG and Marks NF. (2000). Reconceptualizing the work–family interface, An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 111.

Grzywacz JG, Frone MR, Brewer CS and Kovner CT. (2006). Quantifying work–family conflict among registered nurses. *Research in nursing and health*, 29(5), 414-426.

Gunnarsdottir H, Rafnsdottir G, Helgadottir B and Tomasson K. (2003). Psychosocial risk factors for musculoskeletal symptoms among women working in geriatric care. *American journal of industrial medicine*, 44(6), 679-684.

Hajjaj K (2007). The impact of job stress on organisational commitment and job satisfaction among nursing staff in Shifa hospital of Gaza strip, *Journal of AlAzhar University (Gaza)-Series of Social Sciences*, 9 (2), 95-118.

Happell B, Pinikahana J and Martin T (2003). Stress and burnout in forensic psychiatric nursing, *Stress and Health*, 19 (2), 63-68.

Harrison M, Loiselle C, Duquette A and Semenic S (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec, *J Adv Nurs.*, 38 (6), 584-91.

Hawkins A, Howard R and Oyebo J (2007). Stress and coping in hospice nursing staff, The impact of attachment styles, *Psycho-Oncology*, 16 (6), 563-572.

Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, Spence Laschinger HK and North N (2011). Nurse turnover, A literature review – An update, *International Journal of Nursing Studies*, 49 (7), 887-905.



Health and Safety Executive (2001). *Tackling Work-related Stress, a Managers' Guide to Improving and Maintaining Employee Health and Wellbeing*, Sudbury, UK.

Health and Safety Executive (2011). *Stress and Psychological Disorders*, UK.

Healy C and McKay M (2000). Nursing stress, The effect of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3), 681-688.

Hinds P, Quargnenti A, Hickey S and Magnum G (1994). A comparison of the stress response sequence in new and experienced paediatric oncology nurses, *Cancer Nursing*, 17 (1), 61-71.

Hobfoll S and Freedy J (1989). Conservation of resources, A new attempt at conceptualising stress, *American Psychologist*, 44 (3), 513-524.

Hoffman A and Scott L (2003) Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns, *The Journal of Nursing Administration*, 33 (6), 337-342.

Holmes TH, Rahe RH. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11(2), 213-8.

Hoolahan S, Greenhouse P, Hoffmann R and Lehman L (2012). Energy capacity model for nurses, The impact of relaxation and restoration, *JONA*, 42 (2), 103-109.

Howard R. (1990). Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life - Kaeseck, R, Theorell, T. *New York Times Book Review*, 18-18.

Iglesias M and Vallejo R (2012). Conflict resolution styles in the nursing profession, *Contemporary Nurse*, 43 (1), 74-81.

Iwata N, Ichii S and Egashira K, (1997). Effect of bright artificial light on subjective mood of shift work nurses, *Ind Health*, 35 (1), 41-47.

Jackson D, Firkto A and Edenborough M (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity, a literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 60 (1), 1-9.

Jayawardene W, Youssefagha A, Lajoie S and Torabi M (2011). Psychological distress among nurses caring for victims of war in Sri Lanka, *Disaster Med Public Health Prep*, 36 (1), 1-8.

Jones F and Bright J (2001). *Stress, Myth, Theory and Research*, London, Prentice Hall.

Jones M, Wells M, Gao C, Cassidy B and Davie J (2011). Work stress and well-being in oncology settings, a multidisciplinary study of health care professionals, *Psycho-Oncology* (in press).

Josephson M, Lindberg P, Voss M, Alfredsson L and Vingard E. (2008). The same factors influence job turnover and long spells of sick leave--a 3-year follow-up of Swedish nurses. *The European Journal of Public Health*, 18 (4), 380-385.

Joudeh Y (2003). *Job Stress Sources among Palestinian Nurses Working in Northern West Bank District Hospitals*, Master thesis of Public Health, Faculty of Graduate Studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.

Judkins S and Rind R (2005). Hardiness, Job Satisfaction, and stress among home health nurses, *Home Health Care Management & Practice*, 17 (2), 113-118.

Kaewboonchoo O, Saipech T, Chandanasotthi P and Arporn S (2009). Mental health status among Thai hospital nurses, *J Med Assoc Thai*, 92 (Suppl. 70), S83-S87.

Kantek F and Kavla I (2007). Nurse-nurse manager conflict, How do nurse managers manage it? *The Health Care Manager*, 26 (2), 147-151.

Karasek R (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain, Implications for job redesign, *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.

Karimi L. (2008). A study of a multidimensional model of work–family conflict among Iranian employees. *Community, Work and Family*, 11(3), 283-295.

Kim B, Oh H and Park Y (2011). A study of nurses' resilience, occupational stress and satisfaction, *Korean J Occup Health Nurs*, 20 (1), 14-23.

Kim IH, Geiger-Brown J, Trinkoff A and Muntaner C. (2010). Physically demanding workloads and the risks of musculoskeletal disorders in homecare workers in the USA. *Health and Social Care in the Community*, 18(5), 445-455.0

Klinger E (1996). Emotional influences on cognitive processing, with implications for theories of both. In, Gollwitzer P and Bargh J (Eds.), *The Psychology of Action*, pp. 168–192, The Guilford Press, New York.

Koivu A, Hyrka S and Saarinen P (2011). Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses, *Journal of Nursing Management*, 19 (1), 69-79.

Kompier M. (2002). The psychosocial work environment and health-what do we know and where should we go? *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 28(1), 1-4.

Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz MA, Kohler T and Pfaff H (2010). Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion, *Journal of Clinical Nursing*, 19 (11-12), 1654-1663.

Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A and Borg V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 31(6), 438-449.

Kristof-Brown AL, Jansen KJ and Colbert AE (2002). A policy-capturing study of the simultaneous effects of fit with jobs, groups, and organizations, *Journal of Applied Psychology*, 87 (5), 985-93.

Lambert V, Lambert C and Misae I (2004a). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 41 (1), 85-97.

Lambert V, Lambert C, Petrini M, Li X and Zhang Y (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China, *Nursing and Health Sciences*, 9 (2), 120-126.

- Lambert V, Lamberta C, Itano J, Inouye J, Kim S, Kuniviktikul W, Sitthimongkol Y, Pongthavornkamol K, Gasemgitvattana S and Ito M (2004b). Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii), *International Journal of Nursing Studies*, 41 (6), 671-684.
- Laposa J, Alden L and Fullerton L (2003). Work stress and Post-traumatic Stress Disorder in the emergency department, *Journal of Emergency Nursing*, 29 (1), 23-29.
- Lasebikan V and Oyetunde M (2012). Burnout among nurses in a Nigerian General Hospital, Prevalence and associated factors, *ISRN Nursing* (in press).
- Lazarus R (1993). From psychological stress to the emotions, A history of changing Outlooks, *Annu. Rev. Psychol.*, 44 (1), 1-21
- Lazarus R and Folkman S (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publishing, New York.
- Lee I and Wang H (2002). Perceived occupational stress and related factors in community nurses, *Journal of Nursing Research*, 10 (4), 197-205.
- Lee J (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses, *International Journal of Nursing Practice*, 9 (2), 86–91.
- Lee K, Kang D, Yoon K, Kim S, Kim H, Yoon H, Trout D and Hurrell J (2010). A pilot study on the association between job stress and repeated measures of immunological biomarkers in female nurses, *Int Arch Occup Environ Health*, 83 (7), 779-89.
- Leijon O, Lindberg P, Josephson M and Wiktorin C. (2007). Different working and living conditions and their associations with persistent neck/shoulder and/or low back disorders. *Occupational and environmental medicine*, 64(2), 115.
- Leiter MP and Maslach C (2009). Nurse turnover, The mediating role of burnout, *Journal of Nursing Management*, 17 (3), 331-339.
- LeSergenta C and Haney C (2005). Rural hospital nurse's stressors and coping strategies, a survey, *International Journal of Nursing Studies*, 42 (3), 315-324.

Li J and Lambert V (2008) Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses, *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 13 (1), 12-24.

Li J, Fu H, Hu Y, Shang L, Wu YH, Kristensen TS, et al. (2010). Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession, Results from the longitudinal Chinese NEXT study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 69-80.

Lindell O, Johansson SE and Strender LE. (2010). Living conditions, including life style, in primary-care patients with nonacute, nonspecific spinal pain compared with a population-based sample, a cross-sectional study. *Clinical epidemiology*, 2, 261.

Lindo J, McCaw-Binns A, LaGrenade J, Jackson M and Eldemire-Shearer D (2006). Mental well-being of doctors and nurses in two hospitals in Kingston, Jamaica, *West Indian Med J*, 55 (3), 153-9.

Lützens K, Cronqvist A, Magnusson A and Anderson L (2003). Moral stress, synthesis of a concept, *Nursing Ethics*, 10 (3), 312-322.

Malinauskiene V, Leisyte P and Malinauskas R (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses, *Medicina (Kaunas)*, 45 (11), 910-17.

Mansour A, Al-Gamal E, Puskar K, Yacoub M and Marini A (2011). Mental health nursing in Jordan, An investigation into experience, work stress and organizational support, *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (2), 286-94.

Marium R (2008). Occupational stress among female nurses in teaching hospitals at Damascus, *University of Damascus Journal*, 24 (2), 475-510.

Martens M (2009). Comparison of stress factors in home and inpatient hospice nurses, *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 11 (3), 144-153.

Matsuoka K, Kurita H, Abe R and Osada H (2001). Mental health of Japanese nurse victims of sexual harassment, *Archives of Women's Mental Health*, 4 (1), 1-4.

McDowall L, Horiuchi J and Dampney R (2007). Effects of disinhibition of neurons in the dorsomedial hypothalamus on central respiratory drive, *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, 293, R1728-R1735.

McElfattrick S, Carson J, Annett J, Cooper C, Holloway F and Kiupers E (2000). Assessing coping skills in mental health nurses, Is an occupation specific measure better than a generic coping skills scale? *Personality and Individual Differences*, 28 (5), 965-976.

McGrath A, Reid N and Boore J (2003). Occupational stress in nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 40 (5), 555-65.

McNeely E. (2005). The consequences of job stress for nurses' health, time for a check-up. *Nursing outlook*, 53(6), 291-299.

McVicar A (2003). Workplace stress in nursing, A literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633-642.

Mealer M, Jones J, Newmana J, McFann K, Rothbaum B and Moss M (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses, Results of a national survey, *International Journal of Nursing Studies*, 49 (3), 292-9.

Mehrabi T, Parvin N, Yazdani M and Asman Rafat N (2007). A study of the severity of some occupational stresses in nurses, *IJNMR*, 12 (1), 21-24.

Mohamed F, Gaafar Y and Abd Alkader W (2011). Paediatric nurses' stresses in intensive care units and its related factors, *Journal of American Science*, 7 (9), 304-315.

Mojde S, Sabet B, Irani M, Hajian E and Malbousizadeh M (2008). Relationship of nurse's stress with environmental-occupational factors, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 13 (1), 5-9.

Mojoyinola J (2008). Effects of Job Stress on Health, Personal and Work Behaviour of Nurses in Public Hospitals in Ibadan Metropolis, Nigeria, *Ethno-Med*, 2 (2), 143-148.

Molina J, Andrade-Rosa C, Gonzalez-Parra S, Blasco-Fontecilla H, Real M and Pintor C (2006). The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ), a scaled version for general practice in Spain, *European Psychiatry*, 21 (7), 478-486.

Monk T, Buysse D, Reynolds C, Berga S, Jarrett D, Begley A and Kupfer D (1997). Circadian rhythms in human performance and mood under constant conditions, *J Sleep Res*, 6 (1), 9-18.

Murray S, Yanagi M, Ensign W, Clark C and Darst B (2010). The Effects of Acute Stress on Cognitive Performance, A Pilot Study, University of California, San Diego.

Nabe-Nielsen K, Tüchsen F, Christensen KB, Garde AH and Diderichsen F. (2009). Differences between day and non-day workers in exposure to physical and psychosocial work factors in the Danish eldercare sector. *Scandinavian journal of work, environment and health*, 35(1), 48-55.

Nabirye R, Brown K, Pryor E and Maples E (2011) Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda, *Journal of Nursing Management*, 19 (6), 760-768.

Nickell L, Crighton E, Tracy C, Al-Enazy H, Bolaji Y, Hanjrah S, Hussain A, Makhoulf S and Upshur R (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff, survey of a large tertiary care institution, *Canadian Medical Association Journal*, 170 (5), 793-8.

Oates R and Oates P (1995). Stress and mental health in neonatal intensive care units, *Archives of Disease in Childhood*, 72 (2), 107-110.

Pal S and Saksvik P (2008). Work-family conflict and psychosocial work environment stressors as predictors of job stress in a cross-cultural study, *International Journal of Stress Management*, 15 (1), 22-42.

Palmer S, Cooper C and Thomas K (2003). *Creating a Balance, Managing Stress*, British Library, London.

Parikh P, Taukari A and Bhattacharyat T (2004). Occupational stress among nurses, *Journal of Health Management*, 6 (2), 115-127.

Patterson I and Bell J (2000). Supporting staff in employment, the emotional wellbeing of staff in an NHS psychiatric hospital, *Health Bull (Edinb)*, 58 (5), 403-7.

Payne N (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses, *J Adv Nurs*, 33 (3), 396-405.

Perrault C (1989) Health-Quebec Survey, and Mental Health of Quebecois, Framework and method, *Sante mentale au Quebec*, 14 (1), 132-143.

Phillips S (1996). Labouring the emotions, expanding the remit of nursing work? *Journal of Advanced Nursing*, 24 (1), 139-143.

Piko B (1999). Work-related stress among nurses, a challenge for health care institutions, *Perspectives in Public Health*, 119 (3), 156-162.

Pinikahana J and Happell B (2004). Stress, burnout and job satisfaction in rural psychiatric nurses, a Victorian study, *The Australian Journal of Rural Health*, 12 (3), 120-125.

Price JL and Mueller CW (1981). A causal model of turnover for nurses, *Academy of Management Journal*, 24 (3), 543-565.

Purcell S, Kutash M and Cobb S (2011). The relationship between nurses' stress and nurse staffing factors in a hospital setting, *Journal of Nursing Management*, 19 (6), 714-720.

Qiao G, Li S and Hu J (2011). Stress, coping, and psychological well-being among new graduate nurses in China, *Home Health Care Management & Practice*, 23 (6), 398-403.

Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Annunziata M, Calligaris L and Brusaferrò S (2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region, *Oncology Nursing Forum*, 33 (4), 815-820.

Regan A, Howard R and Oyebode J (2009). Emotional exhaustion and defence mechanisms in intensive therapy unit nurses, *J Nerv Ment Dis*, 197 (5), 330-336.

Riahi S (2011). Role stress amongst nurses at the workplace, concept analysis, *Journal of Nursing Management*, 19 (6), 721-731.



Rodrigues A and Chaves E (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses, *Rev Latino-am Enfermagem Janeiro-fevereiro*, 16 (1), 24-28.

Rosnawati M, Moe H, Masilamani R and Darus A (2010). The Bahasa Melayu version of the Nursing Stress Scale among nurses, A reliability study in Malaysia, *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 22 (4), 501-506.

Ross J, Jones J, Callaghan P, Eales S and Ashman N (2009). A survey of stress, job satisfaction and burnout among haemodialysis staff, *Journal of Renal Care*, 35 (3), 127-133.

Ross R and Altmaier E (1994). *Intervention in Occupational Stress, A Handbook of Counselling for Stress at Work*, California, Sage.

Rothmann S, van der Colf J and Rothmann J (2006). Occupational stress of nurses in South Africa, *Curationis*, 29 (2), 22-33.

Rout U (2000). Stress amongst district nurses, A preliminary investigation, *Journal of Clinical Nursing*, 9 (2), 303-307.

Saada J, Tobaila Z, Abdat R and Abu Ziada I (2003). Occupational stress in nurses during Al-Aqsa uprising (Intifada) in Palestinian hospitals at Nablus governorates, *Educational sciences*, 30 (1), 140-165.

Sadri G (1997). An examination of academic and occupational stress in the USA, *International Journal of Educational Management*, 11 (1), 32-43.

Santanna I, De Sousa E, De Moraes A, Loures D, Mesquita E and Da N' Obrega A (2003). Cardiac function during mental stress, cholinergic modulation with pyridostigmine in healthy subjects, *Clinical Science*, 105 (2), 161-165.

Sauber R, L'Abate L, Weeks G, Buchanan W. (1993). *The Dictionary of Family Psychology and Family Therapy*. Sage publications, ISBN-13: 978-0803953338.

Schaubroeck J and Merritt D (1997). Divergent effects of job control on coping with work stressors, The key role of self-efficacy. *Academy of Management Journal*, 40 (3), 738-754.

Schluter PJ, Turner C, Huntington AD, Bain CJ and McClure RJ. (2011). Work/life balance and health, the Nurses and Midwives e-cohort study. *International Nursing Review*, 58(1), 28-36.

Schneider B (2001). Fits about fit, *Applied Psychology, An International Review*, 50 (1), 141-152.

Schreuder A and Coetzee M (2006). *Careers, An Organizational Perspective (3rd ed.)*, Kenwyn, Juta & Co, Ltd.

Sekiguchi T (2004). Toward a Dynamic Perspective of Person-Environment fit, *Osaka Keidai Runshu*, 55 (1), 177-190.

Sellgren S, Ekvall G and Tomson G. (2006). Leadership styles in nursing management, preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 348-355.

Selye H (1950). Stress and the general adaptation syndrome, *British Medical Journal*, 1 (4667), 1383-92.

Sharma A, Sharp D, Walker L and Monson J (2008). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service, *Colorectal Dis.*, 10 (4), 397-406.

Sharma M and Romas J (2012). *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion (2nd Ed.)*, Jones & Bartlett Learning, USA.

Sherman A, Edwards D, Simonton S and Mehta P (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit, *Palliative and Supportive Care*, 4 (1), 65-81.

Shields M and Wilkins K (2009). Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients, *Health Reports*, 20 (2), 1-13.

Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27.

Sim K, Chong P, Chan Y and Soon W (2004). Severe acute respiratory syndrome-related psychiatric and posttraumatic morbidities and coping responses in medical staff within a primary health care setting in Singapore, *J Clin Psychiatry*, 65 (8), 1120-7.

Simmons B and Nelson D (2001). Eustress at work, The relationship between hope and health in hospital nurses, *Health Care Management Review*, 26 (4), 7-18.

Simon M, Kummerling A and Hasselhorn H. (2004). Work-home conflict in the European nursing profession. *International journal of occupational and environmental health*, 10(4), 384-391.

Simon M, Müller B and Hasselhorn HM (2010). Leaving the organization or the profession - a multilevel analysis of nurses' intentions, *Journal of Advanced Nursing*, 66 (3), 616-626.

Söderberg A, Norberg A and Gilje F (1996). Meeting tragedy, interviews about situations of ethical difficulty in intensive care, *Intensive and Critical Care Nursing*, 12 (4), 207-217.

Sórlie V, Lindseth A, Fórde R and Norberg A (2003). The meaning of being in ethically difficult care situations in pediatrics as narrated by male registered nurses, *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (5), 1-22.

Stacciarini J and Troccoli B (2004). Occupational stress and constructive thinking, health and job satisfaction, *Journal of Advanced Nursing*, 46 (5), 480-487.

Stephoe A, Hamer M and Chida Y (2007). The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans, A review and meta-analysis, *Brain, Behaviour, and Immunity*, 21 (7), 901-12.

Stordeur S, D'hoore W and Vandenberghe C (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff, *Journal of Advanced Nursing*, 35 (4), 533-542.

Storm H, Myre K, Rostrup M, Stokland O, Lien M and Raeder J (2002). Skin conductance correlates with perioperative stress, *Acta Anaesthesiol Scand*, 46, 887-895.

Suls J and Mullen B (1981) Life change and psychological distress, the role of perceived control and desirability, *Journal of Applied Social Psychology*, 11 (5), 379-389.

Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, Yagi Y, Ibuka E, Kaneko A, Tsutsui T and Uchiyama M (2004). Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan, *Journal of Occupational Health*, 46 (6), 448-454.

Sveinsdottir H, Biering P and Ramel A (2006). Occupational stress, job satisfaction and working environment Icelandic nurses, A cross-sectional questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 43 (7), 875-889.

Sveinsdottir H, Biering P and Ramel A (2006). Occupational stress, job satisfaction and working environment Icelandic nurses, A cross-sectional questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 43 (7), 875-889.

Tabolli S, Ianni A, Renzi C, Di Pietro C and Puddu P (2006). Job satisfaction, burnout and stress amongst nursing staff, a survey in two hospitals in Rome, *G Ital Med Lav Ergon*, 28 (1 Suppl 1), 49-52.

Tankha G (2006). A Comparative Study of Role Stress in Government and Private Hospital Nurses, *Journal of Health Management*, 8 (1), 11-22.,

Tham K, Tan Y, Loh O, Tan W, Ong M and Tang H (2005). Psychological distress among emergency department doctors and nurses after the SARS outbreak, *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 12 (4), 215-223.

Thomas S (2008). *Transforming Nurses' Stress and Anger, Steps toward Healing* (3rd ed.), Springer Publishing Company, New York, USA.

Trinkoff A, Lipscomb J, Geiger-Brown J and Brady B. (2002). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *American journal of industrial medicine*, 41(3), 170-178.

Trinkoff A, Lipscomb J, Geiger-Brown J, Storr C and Brady B. (2003). Perceived physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 270-275.

Tugade M and Fredrickson B (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences, *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (2), 320-333.

Tusaie K and Dyer J (2004). Resilience, A historical review of the construct, *Holistic Nursing Practice*, 18 (1), 3-8.

Tzeng D, Chung W, Fan P, Lung F and Yang C (2009). Psychological distress, quality of life and their correlations among military health care workers in Taiwan, *Industrial Health*, 47 (6), 626-634.

Vahey D, Aiken L, Sloane D, Clarke S and Vargas D (2004). Nurse burnout and patient satisfaction, *Medical Care*, 42 (2), 57-66.

Van Bogaert P, Clarke S, Roelant Meulmans H and Van de Heyning P (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes, a multilevel modelling approach, *Journal of Clinical Nursing*, 19 (11-12), 1664-1974.

Van Der Heijden B, Demerouti E, Bakker AB and Hasselhorn H. (2008). Work-home interference among nurses, reciprocal relationships with job demands and health. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 572-584.

Vingard E, Alfredsson L, Hagberg M, Kilbom A, Theorell T, Waldenstrom M, et al. (2000). To What Extent Do Current and Past Physical and Psychosocial Occupational Factors Explain Care-Seeking for Low Back Pain in a Working Population?, Results from the Musculoskeletal Intervention Center-Norrtaalje Study. *Spine*, 25(4), 493-500.

Vivar C (2006). Putting conflict management into practice, A nursing case study, *Journal of Management*, 14 (3), 201-206.

Wang W, Kong A and Chair S (2011). Relationship between job stress level and coping strategies used by Hong Kong nurses working in an acute surgical unit, *Applied Nursing Research*, 24 (4), 238-243.

Weinberg A and Creed F (2000). Stress and psychiatric disorder in health care professionals and hospital staff, *Lancet*, 355 (9203), 533-537.

Welbourne J, Eggerth D, Hartley T, Andrew M and Sanchez F (2007) Coping strategies in the workplace, relationships with attributional style and job satisfaction, *Journal of Vocational Behaviour*, 70 (2), 312-25.

Welsh D (2009). Predictors of depressive symptoms in female medical-surgical hospital nurses, *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (5), 320-326.

Wheeler R (2010). Mexican Nurses' Perceptions of their Work, Profession and Migration, STTI 21st International Nursing Research Congress, Orlando, Florida, USA.

Wieck K, Dols J and Northam S (2009). What nurses want, The nurse incentives project, *Nursing Economics*, 27 (3), 169-179.

Wilhelm K, Roy K, Mitchell P, Brownhill S and Parker G (2002). Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (1), 45-53.

Willcock SM, Daly GM, Tennant Ch and Allard JB. (2004). Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates, *eMJA*, 181(7), 357-360.

Williams S and Cooper C (2002). *Managing Workplace Stress, A Best Practice Blueprint*, Chichester, Wiley.

Xianyu Y and Lambert V (2006). Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping and the mental health of Chinese head nurses, *Nursing and Health Sciences*, 8 (3), 147-155.

Yao M (2008). *The Relationships among Work Related Stress, Health Status, and Physical Activity Participation of Nurses in Teaching Hospitals in Taipei, Taiwan*, PhD thesis, University of the Incarnate Word.

Yussuf A (2007). Comparative psychiatric morbidity among three groups of health professionals in a Nigerian tertiary health institution, *Nigerian Journal of Psychiatry*, 5 (1), 31-37.

Zaghloul A (2008). Developing and validating a tool to assess nurse stress, *J Egypt Public Health Assoc*, 83 (3 & 4), 223-237.

Zander M, Hutton A and King L (2010). Coping and resilience factors in paediatric oncology, *Nurses Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27 (2), 94-108.

Zeytinoglu IU, Denton M, Davies S, Baumann A, Blythe J and Boos L. (2006). Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession, Effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress, *Health Policy*, 79 (1), 57-72.





## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



*ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ*  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

### **ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ** **ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος μιας έρευνας, η οποία διεξάγεται στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση της Υγείας» του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης, του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση του εργασιακού άγχους των εργαζομένων νοσηλευτών « κλειστών τμημάτων » στο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας Αττικής «Κωνσταντοπούλειο».

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Τα αποτελέσματά του θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά για επιστημονικούς σκοπούς και θα είναι διαθέσιμα μετά το πέρας της παρούσας εργασίας.

Η συμμετοχή του κάθε εργαζόμενου είναι προαιρετική.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

ΚΟΥΤΛΟΥΔΗ ΚΡΥΣΤΑΛΛΙΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ  
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6978594144

## **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

1.Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

2.Η ηλικία σας είναι:

- 20 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- Μεγαλύτερη από 50

3.Η οικογενειακή σας κατάσταση είναι :

- Άγαμος/η
- Έγγαμος
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

4.Αριθμός παιδιών (βάλτε 0 εάν δεν έχετε):

5.Επίπεδο σπουδών:

- Διδακτορικό
- Μεταπτυχιακό
- ΠΕ
- ΤΕ
- ΔΕ
- ΥΕ

6.Χρόνος υπηρεσίας στο αντικείμενο:

## **Β. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

7.Η εργασία μου είναι βαρετή και μονότονη

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

8.Θα επιθυμούσα να εργαστώ σε άλλο τμήμα

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

9.Έχω συνεχή πίεση χρόνου, λόγω υψηλού φόρτου εργασίας

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

10. Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

11. Αμέσως μόλις ξυπνήσω το πρωί , αρχίζω να σκέφτομαι τα προβλήματα της δουλειάς

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

12. Πολλές φορές σκέφτομαι προβλήματα της εργασίας μου, μετά το πέρας του ωραρίου μου

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

13. Υπάρχει σοβαρή έλλειψη προσωπικού στο τμήμα μας

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

14. Η εργασία μου είναι ένα από τα σημαντικότερα πράγματα της ζωής μου

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

15. Η οικογενειακή μου ζωή επηρεάζεται αρνητικά από τα προβλήματα της εργασίας μου

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

16. Οι επαγγελματικές μου προσδοκίες και φιλοδοξίες έχουν πραγματοποιηθεί

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

17. Αναλαμβάνω πρωτοβουλίες (έχω ελευθερία κινήσεων) στην εργασία μου
- Διαφωνώ απόλυτα
  - Διαφωνώ
  - Συμφωνώ
  - Συμφωνώ απόλυτα
18. Υπάρχει ασαφές περίγραμμα καθηκόντων στην εργασία μου
- Διαφωνώ απόλυτα
  - Διαφωνώ
  - Συμφωνώ
  - Συμφωνώ απόλυτα
19. Η διαθεσιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων επηρέασε την εργασία μου
- Διαφωνώ απόλυτα
  - Διαφωνώ
  - Συμφωνώ
  - Συμφωνώ απόλυτα
20. Η αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων επηρέασε την εργασία μου
- Διαφωνώ απόλυτα
  - Διαφωνώ
  - Συμφωνώ
  - Συμφωνώ απόλυτα
21. Λαμβάνω το σεβασμό που αξίζω από τους συναδέλφους μου
- Διαφωνώ απόλυτα
  - Διαφωνώ
  - Συμφωνώ
  - Συμφωνώ απόλυτα
22. Η σιγουριά της θέσης εργασίας μου είναι μικρή
- Διαφωνώ απόλυτα
  - Διαφωνώ
  - Συμφωνώ
  - Συμφωνώ απόλυτα
23. Λαμβάνοντας υπ' όψιν όλη μου την προσπάθεια και τα επιτεύγματα μου, ο μισθός/οι αποδοχές μου είναι επαρκής/είς
- Διαφωνώ απόλυτα
  - Διαφωνώ
  - Συμφωνώ
  - Συμφωνώ απόλυτα

## **Γ. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝ STRESS**

24. Οι αυξημένες απαιτήσεις της Μονάδας/Τμήματος

- Καθόλου
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ

25. Οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σύγκρουση ρόλων

- Καθόλου
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ

26. Η ασάφεια του επαγγελματικού ρόλου (αλλότρια καθήκοντα)

- Καθόλου
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ

27. Οι υπερβολικές προσδοκίες των ανωτέρων μου

- Καθόλου
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ

28. Οι υπερβολικές απαιτήσεις των ασθενών και των συγγενών τους

- Καθόλου
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ

29. Οι προβληματικοί ασθενείς

- Καθόλου
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ

30. Η αντίληψη ότι αν κάτι δεν κάνω καλά, θα έχει επιπτώσεις

- Καθόλου
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ

31. Ο φόβος του να κάνω κάποιο λάθος

- Καθόλου
- Λίγο
- Πολύ

- Πάρα πολύ
32. Η αίσθηση ότι ο χρόνος που έχω στη διάθεσή μου τελειώνει
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ
33. Η αξιολόγηση των Δημοσίων Υπαλλήλων
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ
34. Η οικονομική κρίση στη χώρα μου
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ

#### **Δ. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

35. Είμαι απαιτητικός/η από τον εαυτό μου και απ τους άλλους
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ
36. Δεν αργώ ποτέ στα ραντεβού μου, μου αρέσει η ακρίβεια σε κάθε πράγμα
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ
37. Είμαι ανταγωνιστικός/η με τους άλλους
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ
38. Είμαι υπομονετικός/η
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ

- 39.Θεωρώ πως ότι είναι να γίνει πρέπει να γίνει τέλεια και αμέσως
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ
- 40.Είμαι συνεχώς σε ένταση, δύσκολα χαλαρώνω
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ
- 41.Με ενδιαφέρει η αναγνώριση από τους άλλους για την καλή μου δουλειά
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ
- 42.Είμαι εξωστρεφής, εκδηλώνω τα συναισθήματά μου στους άλλους
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ
- 43.Είμαι φιλόδοξος, θέλω να εξελιχθώ και να αναβαθμιστώ γρήγορα
- Καθόλου
  - Λίγο
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ