



ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ- ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ**

Της
Τάτση Θεανώ

Επιβλέπων Καθηγητής

Αβδημιώτης Σπύρος

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος ειδίκευσης στη διοίκηση & οργάνωση εκπαιδευτικών
μονάδων

Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος 2021

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων Creative Commons:

Αναφορά Δημιουργού – Μη Εμπορική Χρήση – Παρόμοια Διανομή

Μπορείτε να:

- Μοιραστείτε: αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- Προσαρμόστε: αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- Αναφορά Δημιουργού: Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- Μη Εμπορική Χρήση: Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- Παρόμοια Διανομή: Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια Creative Commons όπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση & Οργάνωση Εκπαιδευτικών Μονάδων του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης(βιβλίο άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 5/2/2021

Η Δηλούσα: Θεανώ Τάτση

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να αναζητήσει με ποιο τρόπο διαχειρίζονται οι νοσηλευτές τον ελεύθερο χρόνο τους και να διερευνήσει την σχέση του με την ικανοποίησή τους από την εργασία, καθώς επίσης και με το εργασιακό άγχος. Η εργασία είναι χωρισμένη σε έξι κεφάλαια, εκ των οποίων τα πέντε αφορούν στο θεωρητικό μέρος και καλύπτουν τους στόχους της εργασίας. Το έκτο κεφάλαιο αποτελεί το ερευνητικό σκέλος της εργασίας. Πιο αναλυτικά:

Στο **πρώτο κεφάλαιο** γίνεται λόγος για την διαχείριση του χρόνου. Αρχικά προτείνονται μερικοί ορισμοί της διαχείρισης του χρόνου, παρουσιάζονται επίσημες θεωρίες και αρχές διαχείρισης χρόνου, καθώς και τα όργανα που χρησιμοποιούνται για τη μέτρησή του. Ο τρόπος με τον οποίο διαχειρίζεται κάποιος τον ελεύθερο χρόνο του μπορεί να προσφέρει πλεονεκτήματα ή να οδηγήσει σε επιπτώσεις. Για να εκμεταλλευτεί, λοιπόν, σωστά τον χρόνο του χρειάζεται να εφαρμόσει ορισμένες στρατηγικές διαχείρισης, να ορίσει προτεραιότητες και να αποκτήσει δεξιότητες που θα τον βοηθήσουν να βελτιωθεί. Όλα αυτά λοιπόν αναλύονται εκτενώς στο συγκεκριμένο κεφάλαιο.

Το **δεύτερο κεφάλαιο** σχετίζεται με το άγχος και εξετάζει την φυσιολογία του, τις διάφορες επιστημονικές θεωρίες και την επίδραση που μπορεί να έχει στον χώρο εργασίας του ατόμου.

Το **τρίτο κεφάλαιο** έχει να κάνει με την επαγγελματική εξουθένωση. Σκοπός του συγκεκριμένου κεφαλαίου είναι η κατανόηση της εξουθένωσης και τα αίτια που οδηγούν σε αυτήν, καθώς επίσης και η αναγνώριση των ύποπτων συμπτωμάτων που παραπέμπουν σε εργασιακή εξουθένωση.

Το **τέταρτο κεφάλαιο** συνδυάζει τις γνώσεις των προηγούμενων κεφαλαίων, αφού αναφέρεται στη διαχείριση του χρόνου, το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση και το πώς αυτά δρουν τελικά σε μια συγκεκριμένη ομάδα ατόμων και συγκεκριμένα αυτή των νοσηλευτών. Στην αρχή του κεφαλαίου δίνονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το πώς διαχειρίζονται το χρόνο οι υπηρεσίας υγείας, τις πηγές άγχους και τους κινδύνους επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και την ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους.

Το **πέμπτο κεφάλαιο** αφορά στη διαχείριση της υγείας. Αναφέρει τους τρόπους διαχείρισης του προσωπικού, την διαχείριση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, την ικανοποίηση των ασθενών από τις παροχές της υγείας που λαμβάνουν και τέλος ορισμένες βασικές αρχές που μπορεί να οδηγήσουν στην ενσωμάτωση επιτυχημένων συστημάτων υγείας.

Το **έκτο κεφάλαιο**, που είναι και το τελευταίο, αποτελεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας και παρουσιάζει τα δεδομένα και τα ευρήματα, όπως ακριβώς προέκυψαν μετά από τη διεξαγωγή της έρευνας.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to investigate how nurses manage their free time, its relationship with job satisfaction, as well as work stress. The paper is divided into six chapters, five of which are related to the theoretical framework and the objectives of the study. The sixth chapter is the research of the study. In particular:

The first chapter refers to time management. Firstly, some definitions of time management are proposed, formal theories and principles of time management, as well as the instruments used for its measurement, are presented. The way someone manages his free time can offer benefits or lead to consequences. So, in order to use his time properly, he needs to implement certain management strategies, set priorities and acquire skills that will help him improve. All these are therefore analyzed in detail in this chapter.

The second chapter deals with stress and examines its physiology, various scientific theories and the effect it can have on a person's workplace.

The third chapter deals with job burnout. The purpose of this chapter is for the reader to understand the burnout and the causes that lead to it, as well as to identify suspicious symptoms that refer to job burnout in overall.

The fourth chapter combines the knowledge of the previous chapters, since it refers to time management, work stress and job burnout and how all these ultimately influence a specific group of people and specifically that one of nurses. The beginning of the chapter offers all the necessary information about how health services manage their time, the sources of stress and the risks of job burnout in nurses and the satisfaction they receive from their work.

The fifth chapter deals with health management. It refers to the staff management, the management of the quality of health care, the satisfaction of patients from the benefits of the health care and finally some basic principles that can lead to the integration of successful health systems.

The sixth and last chapter is about the research framework of the study and presents the data, findings and results, just as they emerged after the prosecution of the research.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ	6
1.1 Ορισμός.....	6
1.2 Θεωρία Διαχείρισης Χρόνου.....	7
1.3 Αρχές Διαχείρισης Χρόνου	8
1.4 Όργανα Μέτρησης Διαχείρισης Χρόνου.....	9
1.5 Πλεονεκτήματα και Επιπτώσεις.....	11
1.6 Στρατηγικές Διαχείρισης Χρόνου	11
1.7 Προτεραιότητες.....	14
1.8 Δεξιότητες Βελτίωσης.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΓΧΟΣ	17
2.1 Ορισμός.....	17
2.2 Φυσιολογία.....	17
2.3 Θεωρίες και Μοντέλα Άγχους.....	21
2.4 Εργασιακό άγχος.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	27
3.1 Ορισμός.....	27
3.2 Αίτια.....	29
3.3 Συμπτωματολογία	31
3.4 Το Μοντέλο της Maslach Στις Υπηρεσίες Υγείας.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ	34
4.1 Διαχείριση Χρόνου στις Υπηρεσίες Υγείας – Η Περίπτωση των Νοσηλευτών.....	34
4.2 Πηγές Άγχους στους Νοσηλευτές	36
4.3 Επαγγελματική Εξουθένωση στους Νοσηλευτές.....	39
4.4 Ικανοποίηση Νοσηλευτών	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: HEALTH MANAGEMENT – ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	43
5.1 Ορισμός.....	43
5.2 Γενικές Αρχές.....	44
5.3 Χαρακτηριστικά.....	49
5.4 Διαχείριση Προσωπικού	52
5.5 Διαχείριση Ποιότητας και Ικανοποίηση Ασθενών.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	58
6.1 Δείγμα – δειγματοληψία	58
6.2 Συλλογή Δεδομένων.....	60
6.3 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	61
6.4 Ανάλυση δεδομένων.....	62
6.5 Ανάλυση Συνεντεύξεων	62
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	77
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ

1.1 Ορισμός

Η διαχείριση του χρόνου αποτελεί μια διαδικασία κατά την οποία το άτομο έχει συνειδητό έλεγχο του χρόνου που σκοπεύει να ξοδέψει και μέσα σε αυτό το διάστημα έχει επίσης την δυνατότητα να σχεδιάζει και να εκτελεί συγκεκριμένες δραστηριότητες. Η διαχείριση του χρόνου χρησιμοποιείται συχνά για την αύξηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας. Περιλαμβάνει μια σειρά διαδοχικών πράξεων, διαφόρων απαιτήσεων, που σχετίζονται με την εργασία, την κοινωνική ζωή, την οικογένεια, τα χόμπι, τα προσωπικά συμφέροντα και τις δεσμεύσεις. Η αποτελεσματική χρήση του χρόνου δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να επιλέξει το πώς θα ξοδέψει το χρόνο του ή το πώς θα διαχειριστεί τις δραστηριότητές του εντός ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος. Σήμερα υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία δεξιοτήτων, εργαλείων και τεχνικών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη σωστή διαχείριση του χρόνου κατά την εκτέλεση συγκεκριμένων εργασιών, έργων και στόχων που πρέπει να ολοκληρωθούν εντός μιας προθεσμίας (Taher & Pandey, 2013).

Αρχικά, η διαχείριση του χρόνου αναφερόταν μόνο στις επιχειρηματικές ή εργασιακές δραστηριότητες, τελικά όμως ο όρος διευρύνθηκε για να συμπεριλάβει και τις προσωπικές δραστηριότητες. Όταν γίνεται αναφορά στο σύστημα διαχείρισης χρόνου εννοείται ένας προσεκτικά σχεδιασμένος συνδυασμός διαφόρων διαδικασιών, εργαλείων, τεχνικών και μεθόδων. Η διαχείριση του χρόνου συνήθως είναι απαραίτητη σε εργασίες που βρίσκονται υπό ανάπτυξη, καθώς μέσα από αυτήν θα καθοριστεί ο χρόνος που απαιτείται για να ολοκληρωθεί οποιαδήποτε εργασία. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πως τόσο οι τεχνικές όσο και οι διαρθρωτικές διαφορές της διαχείρισης του χρόνου συμβαίνουν λόγω των διαφορών που εντοπίζονται στις πολιτιστικές έννοιες του χρόνου ανά την υφήλιο (Hamzah et al., 2011).

Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που θα ευνοεί την αποτελεσματικότητα, ο καθορισμός των προτεραιοτήτων, η σχετική διαδικασία μείωσης του χρόνου που δαπανάται σε εργασίες που βρίσκονται εκτός των προτεραιοτήτων και η υλοποίηση των στόχων, είναι μερικά από τα κυριότερα θέματα που προκύπτουν από τη βιβλιογραφία σχετικά με τη διαχείριση του χρόνου (Μπουραντάς και συν., 1999).

Η διαχείριση του χρόνου μπορεί να σχετίζεται ακόμη και με διαφορετικές έννοιες, όπως αυτή της διαχείρισης των εργασιών και της προσοχής. Συγκεκριμένα, η διαχείριση του χρόνου μπορεί να θεωρηθεί το υποσύνολο της διαχείρισης των εργασιών, το οποίο είναι ευρέως γνωστό και ως προγραμματισμός εργασιών. Η διαχείριση του χρόνου έχει αναγνωριστεί επίσης ως μία από τις

βασικές λειτουργίες που διευθετούνται κατά τη διαχείριση των εργασιών (Wehmeyer, 2001).

Όσον αφορά τη διαχείριση της προσοχής, σε μια οργανωμένη δομή όπως είναι μια επιχείρηση, αυτή μπορεί να σχετίζεται με τη διαχείριση των γνωστικών πόρων, και ιδίως με το χρόνο κατά τον οποίο οι προϊστάμενοι χρησιμοποιούν συνειδητά το μυαλό τους και οργανώνουν την σκέψη των υπαλλήλων τους, ώστε να διεξαχθούν ορισμένες δραστηριότητες. Συνεπώς, πρόκειται για οργανωτική διαχείριση του χρόνου, η οποία θεωρείται η επιστήμη του εντοπισμού, της αποτίμησης και της μείωσης της σπατάλης του χρόνου στο εσωτερικό του οργανισμού. Η διαχείριση της προσοχής δίνει την δυνατότητα προσδιορισμού και εκτίμησης του τρόπου με τον οποίο ένας οργανισμός δαπανά το χρόνο του, δηλαδή αν ξοδεύεται αποτελεσματικά η όχι. Τέλος, μέσα από αυτήν τη διαχείριση μπορεί επίσης να αναπτύσσει στρατηγικές μετατροπής του χρόνου που δαπανάται άσκοπα σε παραγωγικό χρόνο μέσω της χρηματοδότησης προϊόντων, υπηρεσιών, έργων ή πρωτοβουλιών, συνήθως με θετική απόδοση της επένδυσης (Kelley, 2007).

1.2 Θεωρία Διαχείρισης Χρόνου

Αναφορικά με τη διαχείριση του χρόνου, κάθε άτομο είναι υπεύθυνο να επιλέξει τον τρόπο με τον οποίο θα διαχειρίζεται το προσωπικό του χρόνο. Η διαχείριση του προσωπικού χρόνου είναι πολύ σημαντική για τον άνθρωπο, διότι όταν τον διαχειρίζεται με σωστό τρόπο μπορεί να νιώσει ένα αίσθημα ικανοποίησης και πληρότητας, πως έκανε κάτι που τον «γεμίζει». Βέβαια, οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν πως δεν είναι δυνατό να κάνουν όλα όσα θέλουν, καθώς ο ελεύθερος τους χρόνος δεν είναι αρκετός. Ωστόσο, πρόκειται για μια λανθασμένη αντίληψη, στην πραγματικότητα υπάρχει αρκετός χρόνος ώστε να γίνουν αυτά που πρέπει. Κάθε άνθρωπος έχει την δυνατότητα να διαχειριστεί σωστά το χρόνο του και αφού τελειώσει τις διάφορες εργασίες και εκκρεμότητες, θα μπορέσει στη συνέχεια να πάρει χρόνο για τον εαυτό του, να κάνει τις αγαπημένες του δραστηριότητες και να βρεθεί με ανθρώπους με τους οποίους αισθάνεται όμορφα (Dye et al., 2005).

Ουσιαστικά, αυτό που έχει να κάνει κάθε άνθρωπος είναι να μάθει να διαχειρίζεται το χρόνο του αποτελεσματικά. Στην αρχή μπορεί να δυσκολευτεί, καθώς για να γίνει μια συνήθεια τρόπος ζωής χρειάζεται χρόνος. Θα εφαρμόσει αρκετές τεχνικές διαχείρισης, οι οποίες ενδεχομένως να μην φέρουν κάποιο επιθυμητό αποτέλεσμα ή κάποια αλλαγή. Ωστόσο, με τον καιρό θα μάθει τον τρόπο να διαχειρίζεται το χρόνο του αποτελεσματικά, θα ακολουθεί ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα και θα εκτελεί τις δραστηριότητές του αβίαστα. Συνεπώς, όταν γίνεται λόγος για διαχείριση χρόνου, αναμένεται η εφαρμογή ορισμένων βασικών αρχών με τις οποίες η διαχείριση μπορεί να επιτευχθεί πολύ πιο εύκολα. Αυτές οι αρχές συνήθως έχουν μια συγκεκριμένη δομή και όταν ενσωματωθούν

στο σύστημα αξιών του ατόμου, τότε θα μπορέσει να αποδώσει στο μέγιστο βαθμό (Drucker, 2001).

1.3 Αρχές Διαχείρισης Χρόνου

Ο τρόπος αντιμετώπισης του χρόνου από άτομα διαφορετικής κουλτούρας μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο αυτά διαχειρίζονται τον χρόνο τους, ενώ παράλληλα διακρίνουν τις αρχές διαχείρισής του. Για παράδειγμα, η γραμμική θεώρηση του χρόνου αποτελεί έναν τρόπο σύλληψης κατά τον οποίο ο χρόνος εμφανίζεται ως η ροή μιας δεδομένης χρονικής στιγμής προς μια άλλη με γραμμικό τρόπο. Αυτή η γραμμική αντίληψη του χρόνου είναι κυρίαρχη στην Αμερική και στις περισσότερες χώρες της Βόρειας Ευρώπης, όπως τη Γερμανία, την Ελβετία και την Αγγλία. Οι άνθρωποι που κατοικούν στους πολιτισμούς αυτών των χωρών τείνουν να αποδίδουν μεγάλη αξία στη διαχείριση του παραγωγικού χρόνου και αποφεύγουν αποφάσεις ή ενέργειες που θα οδηγούσαν σε σπατάλη του. Η άποψη του γραμμικού χρόνου σχετίζεται επίσης με κουλτούρες που είναι πιο «μονοχρονικές» ή που προτιμούν να εκτελούν μόνο μια δραστηριότητα ή ενέργεια κάθε φορά. Σε γενικές γραμμές, αυτή η πολιτιστική άποψη βοηθά τα άτομα να εστιάζουν καλύτερα στην εκπλήρωση μόνο μιας εργασίας και, ως εκ τούτου, να διαχειρίζονται το χρόνο τους με πιο παραγωγικό τρόπο (Oettingen et al., 2015).

Μια άλλη αρχή που αφορά στην πολιτιστική προβολή χρόνου είναι αυτή του ενεργού χρόνου. Σε πολλούς ενεργούς πολιτισμούς, πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν πως όσο περισσότερες δραστηριότητες ή εργασίες πραγματοποιούν την ίδια στιγμή τόσο πιο ευτυχισμένοι θα αισθάνονται. Αυτή η πολύπλευρη προβολή χρόνου είναι εμφανής στις περισσότερες χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπως η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ιταλία. Σε αυτούς τους πολιτισμούς, οι άνθρωποι τείνουν συχνά να αφιερώνουν χρόνο σε πράγματα που θεωρούν σημαντικά, όπως είναι για παράδειγμα η ολοκλήρωση των κοινωνικών συνομιλιών τους. Αντίθετα, σε επιχειρηματικά περιβάλλοντα, συχνά δίνουν λιγότερη προσοχή στο πόσο διαρκούν οι συναντήσεις, αλλά εστιάζουν στο να πραγματοποιούν συναντήσεις υψηλής ποιότητας. Γενικά, η πολιτιστική εστίαση τείνει να θεωρείται η συνέργεια και η δημιουργικότητα έναντι της αποτελεσματικότητας (Kelley, 2007)

Μια ακόμη αρχή σχετικά με την προβολή του πολιτιστικού χρόνου είναι μια κυκλική προβολή του χρόνου. Στις κυκλικές κουλτούρες, ο χρόνος δεν θεωρείται ούτε γραμμικός ούτε σχετικός με τα γεγονότα. Επειδή οι ημέρες, οι μήνες, τα χρόνια, οι εποχές και τα γεγονότα συμβαίνουν σε επαναλήψεις, ο χρόνος θεωρείται κυκλικός. Υπό αυτή την άποψη, ο χρόνος δεν θεωρείται πως χάνεται καθώς πάντα θα επιστρέφει αργότερα (Taher & Pandey, 2013). Αυτή η άποψη του κυκλικού χρόνου είναι διαδεδομένη στις περισσότερες χώρες της Ασίας, συμπεριλαμβανομένης της Ιαπωνίας, της Κίνας και του Θιβέτ. Σε πολιτισμούς που υποστηρίζουν την αρχή του κυκλικού χρόνου

θεωρείται σημαντικότερο η σωστή ολοκλήρωση των εργασιών και των καθηκόντων. Επομένως, οι περισσότεροι άνθρωποι θα αφιερώσουν περισσότερο χρόνο για να σκεφτούν τις αποφάσεις τους και τον αντίκτυπο που θα έχουν πριν ενεργήσουν στα σχέδιά τους. Οι περισσότεροι άνθρωποι σε κυκλικούς πολιτισμούς τείνουν να καταλαβαίνουν ότι άλλοι πολιτισμοί αντιμετωπίζουν τον χρόνο διαφορετικά (Hamzah et al., 2011).

1.4 Όργανα Μέτρησης Διαχείρισης Χρόνου

Όσον αφορά τα όργανα μέτρησης διαχείρισης του χρόνου υπάρχει μια ποικιλία προσεγγίσεων που ελαχιστοποιούν την αναβλητικότητα, ελαχιστοποιούν τις διακοπές και ενισχύουν την πειθαρχία, ιδίως κατά την ανάληψη ερευνητικών δραστηριοτήτων. Η διαχείριση του χρόνου περιλαμβάνει την κατανομή του χρόνου σε δραστηριότητες που θα βοηθήσουν στην επίτευξη των στόχων. Οι προσεγγίσεις στη διαχείριση του χρόνου περιλαμβάνουν παρακολούθηση, καθορισμό στόχων, ιεράρχηση, σχεδιασμό/προγραμματισμό, ανάθεση και ανάλυση του χρόνου που αφιερώνεται. Τα συγκεκριμένα παραδείγματα αυτών των προσεγγίσεων παρατίθενται παρακάτω (Chase et al., 2012):

- **Παρακολούθηση:** Κατά τη διάρκεια του χρόνου που έχει διατεθεί για την εκτέλεση μιας εργασίας, μπορεί να διατηρηθεί ένα αρχείο καταγραφής που προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιείται πραγματικά ο χρόνος. Μπορούν επίσης να εντοπιστούν κοινά παραδείγματα συνηθειών αναβλητικότητας, παρακολούθησης διακοπών και έλλειψης πειθαρχίας που μπορεί να παρουσιάζει ένα άτομο (Chase et al., 2012)..
- **Καθορισμός στόχων:** Σε αυτό το στάδιο αναγνωρίζονται και καταγράφονται όλοι οι επιθυμητοί στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν. Κάθε ένας από αυτούς τους στόχους πρέπει να περιλαμβάνει μια μετρήσιμη συνιστώσα που θα οδηγήσει σε κάποιο αποτέλεσμα και ένα χρονικό όριο εντός του οποίου θα επιτευχθεί ο κάθε στόχος. Μόλις καταγραφούν αυτοί οι στόχοι, καθορίζεται αμέσως το ποιο βρίσκονται υπό τον άμεσο έλεγχο ενός ατόμου και το αν μπορούν να επιτευχθούν ρεαλιστικά εντός της καθορισμένης προθεσμίας (Chase et al., 2012)..
- **Προτεραιότητα:** Μόλις προσδιοριστούν όλοι οι στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, στη συνέχεια κατατάσσονται κατά σειρά προτεραιότητας. Η εργασία επικεντρώνεται πάντοτε στους στόχους υψηλότερης προτεραιότητας μέχρις ότου να επιτευχθούν ή μέχρι να έχουν εξαντληθεί, προσωρινά, οι διαθέσιμοι πόροι που απαιτούνται για

την επίτευξη του στόχου. Για την σωστή διαχείριση της σειράς προτεραιοτήτων καλό είναι να αποφεύγονται οι πολλαπλές εργασίες ή η ταυτόχρονη επίτευξη δύο ή περισσότερων στόχων (Chase et al., 2012)..

- **Προγραμματισμός:** Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει τη διαμόρφωση και τον καθορισμό των στόχων, στρατηγικών πρακτικών ή μέτρων που πρέπει να ληφθούν για την υλοποίηση και επίτευξή τους. Εάν υπάρχει δέσμευση για την γεφύρωση του χάσματος μεταξύ των δυνατοτήτων και της απόδοσης, η καλύτερη διαχείριση του χρόνου θα πρέπει να μετατραπεί σε τρόπο ζωής. Υπάρχουν τρεις τύποι προγραμματισμού: ο στρατηγικός σχεδιασμός, ο ενδιάμεσο σχεδιασμός και ο βραχυπρόθεσμος σχεδιασμός. Σε αυτό το σημείο, το άτομο μπορεί να δημιουργεί μια καθημερινή λίστα εργασιών με τις εργασίες που έχουν ολοκληρωθεί να διαγράφονται. Ο χρόνος πρέπει να χρησιμοποιείται αποτελεσματικά και πριν από την έναρξη μιας εργασίας πρέπει να συγκεντρώνονται όλοι οι απαραίτητοι πόροι (Chase et al., 2012).
- **Δέσμευση:** Στη διαχείριση του χρόνου η έννοια της δέσμευσης έχει ιδιαίτερη αξία. Όταν ένα άτομο δεσμεύεται να πραγματοποιήσει μια ενέργεια ή δραστηριότητα σημαίνει ότι πρέπει επίσης και να την ολοκληρώνει. Για αυτόν ακριβώς το λόγο θα πρέπει να προσθέτει στο πρόγραμμά του μόνο αυτά που είναι εφικτό να γίνουν. Στην αντίθετη περίπτωση που συμπεριλάβει περισσότερα από όσα μπορεί να διαχειριστεί, τότε θα βρεθεί αντιμέτωπος με εσωτερικές συγκρούσεις ή συγκρούσεις με το περιβάλλον του, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί σύγχυση. Παρόλα αυτά όμως, οι προγραμματισμένες δραστηριότητες θα ήταν καλό να δημιουργούν ευχαρίστηση και ικανοποίηση στο άτομο κι όχι απλά να «γεμίζουν» το πρόγραμμά του (Κουτροβίδης, 2013).
- **Ρουτίνα:** Για τους περισσότερους η λέξη ρουτίνα έχει αρνητική σημασία διότι θεωρούν πως το να κάνεις συνεχώς τα ίδια πράγματα καταντά βαρετό και δεν είναι καθόλου αυθόρμητο. Όσον αφορά, όμως, την ρουτίνα στη διαχείριση χρόνου μόνο αρνητική δεν μπορεί να θεωρηθεί. Αντιθέτως, σημαίνει πως μέσα από αυτήν το άτομο μπορεί να δημιουργήσει κάποιες συνήθειες σημαντικές για τη ζωή του, που θα τον ευχαριστούν και θα τον ολοκληρώνουν (Κουτροβίδης, 2013).
- **Ευελιξία:** Πολλές φορές ακούμε ανθρώπους γύρω μας να λένε πως θα ήθελαν να έχουν ένα ευέλικτο πρόγραμμα στη ζωή τους. Η ευελιξία στη διαχείριση του χρόνου έχει να κάνει με κενά

χρονικά διαστήματα κατά τα οποία το άτομο μπορεί να ολοκληρώσει ορισμένες εκκρεμότητες ή δραστηριότητες κι έτσι δεν καταλήγει με ένα πρόγραμμα που δεν μπορεί να διαχειριστεί. Ακόμη κι αν δεν έχει προγραμματίσει κάτι, ο κενός του χρόνος θα «γεμίσει» από μόνος του (Κουτροβίδης, 2013).

1.5 Πλεονεκτήματα και Επιπτώσεις

Τα πλεονεκτήματα της διαχείρισης του χρόνου είναι ότι έχουν την δυνατότητα να: α) αυξήσουν την παραγωγικότητα, β) να προωθήσουν την ιδέα της προετοιμασίας και της επανάληψης, γ) να μειώσουν το άγχος, δ) να δημιουργήσουν θετική προδιάθεση, ε) να εξουδετερώσουν την διεκπεραίωση των εργασιών την τελευταία στιγμή και στ) να ελαττώσουν την σκόπιμη αποφυγή εργασίας (Kelley, 2007).

Ωστόσο, στην περίπτωση που ένας άνθρωπος δεν διαχειρίζεται με αποτελεσματικό τρόπο το χρόνο του, τότε μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος με καταστάσεις καθυστέρησης, αναβλητικότητας και ασυνέπειας, να μην μπορεί να διαχειριστεί το άγχος του και να πανικοβάλλεται, να έχει φτωχό πρόγραμμα ή στον αντίποδα να έχει προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες ταυτόχρονα και να θέτει λανθασμένες προτεραιότητες. Πολλά από τα αυτά που χρειάζεται να πραγματοποιηθούν προκειμένου να διευθετηθεί ο χρόνος αποτελεσματικά, σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων και τη διαχείριση των συγκρούσεων αρκεί το άτομο να έχει ξεκαθαρίσει τους στόχους του (Taher & Pandey, 2013).

1.6 Στρατηγικές Διαχείρισης Χρόνου

Η βιβλιογραφία σχετικά με τη διαχείριση του χρόνου τονίζει καθήκοντα που έχουν να κάνουν με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που θα ευνοεί την αποτελεσματικότητα. Αυτές οι στρατηγικές περιλαμβάνουν αρχές όπως είναι α) η διαδικασία της γραφειοκρατίας και των εργασιών, β) η εξοικονόμηση χρόνου μέσω της ανάθεσης, γ) η εστίαση και επίτευξη των στόχων μέσω της σωστής διαχείρισής τους – με έμφαση στην κινητήρια δύναμη και δ) η ανάκαμψη του χρόνου ύστερα από κακή αξιοποίησή του, π.χ. αναβλητικότητα (Μπουραντάς και συν., 1999).

Επιπλέον, ο χρόνος αντιμετώπισης των καθηκόντων είναι σημαντικός, καθώς οι εργασίες που απαιτούν υψηλά επίπεδα συγκέντρωσης και ψυχικής ενέργειας γίνονται συχνά στην αρχή της ημέρας, όταν το άτομο είναι πιο ανανεωμένο (Taher & Pandey, 2013).

Η υπερβολική και χρόνια αδυναμία αποτελεσματικής διαχείρισης του χρόνου μπορεί να προκύψει από τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ή απλώς

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ). Στα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνονται το αίσθημα αδυναμίας συγκέντρωσης της προσοχής, δυσκολίες κατά την οργάνωση, την έναρξη μιας εργασίας και την διαχείριση πολλών εργασιών ταυτόχρονα. Σύμφωνα με διάφορες έρευνες το πρόβλημα έχει εντοπιστεί στον προμετωπιαίο φλοιό ο οποίος ελέγχει, μεταξύ άλλων, τις λειτουργίες του εύρους της προσοχής, του ελέγχου της ώθησης, της οργάνωσης, της εμπειρικής μάθησης και της αυτοπαρακολούθησης. Κάποιοι άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η αλλαγή του τρόπου λειτουργίας του προμετωπιαίου φλοιού είναι δυνατή και μπορεί να προσφέρει τη λύση στο πρόβλημα (Wehmeier, 2001).

Όσον αφορά τους προσωπικούς στόχους, αυτοί μπορούν να καταγραφούν και να αναλυθούν σε ένα σχέδιο δράσης, μια εργασία ή μια απλή λίστα εργασιών. Για μεμονωμένες εργασίες ή για στόχους, μπορεί να καθοριστεί βαθμολογία σπουδαιότητας, μπορεί να οριστούν προθεσμίες και να καθοριστούν προτεραιότητες. Αυτή η διαδικασία οδηγεί σε ένα σχέδιο με μια λίστα εργασιών ή ένα πρόγραμμα ή ένα ημερολόγιο δραστηριοτήτων (Taher & Pandey, 2013).

Ανάλυση ABCD

Μια τεχνική που χρησιμοποιείται στη διαχείριση επιχειρήσεων για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι η κατηγοριοποίηση μεγάλων δεδομένων σε ομάδες. Αυτές οι ομάδες επισημαίνονται συχνά με τα αρχικά A, B και C – εξ ου και το όνομα. Οι δραστηριότητες ταξινομούνται με βάση αυτά τα γενικά κριτήρια (Dye et al., 2005):

- A - Εργασίες που θεωρούνται επείγουσες και σημαντικές,
- B - Εργασίες που είναι σημαντικές αλλά όχι επείγουσες,
- C - Εργασίες που είναι ασήμαντες αλλά επείγουσες,
- D - Εργασίες που είναι ασήμαντες και δεν είναι επείγουσες.

Στη συνέχεια, κάθε ομάδα ταξινομείται κατά σειρά προτεραιότητας. Για περαιτέρω βελτίωση της ιεράρχησης, ορισμένα άτομα επιλέγουν στη συνέχεια την κατάταξη όλων των στοιχείων "B" ως "A" ή "C". Η ανάλυση ABC μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερες από τρεις ομάδες (Taher & Pandey, 2013).

Η ανάλυση ABC συνδυάζεται συχνά με την ανάλυση Pareto, η οποία υποστηρίζει ότι το 80% των εργασιών μπορεί να ολοκληρωθεί στο 20% του διαθέσιμου χρόνου, ενώ το υπόλοιπο 20% των εργασιών θα καταλάβει το 80% του χρόνου. Αυτή η αρχή χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση των εργασιών σε δύο μέρη. Σύμφωνα με αυτήν την ανάλυση, συνιστάται να δίνεται υψηλότερη προτεραιότητα σε εργασίες που εμπίπτουν στην πρώτη κατηγορία (Hamzah et al., 2011).

Ο κανόνας 80-20 μπορεί επίσης να εφαρμοστεί για την αύξηση της παραγωγικότητας: υποτίθεται ότι το 80% της παραγωγικότητας μπορεί να επιτευχθεί πραγματοποιώντας το 20% των εργασιών.

Με παρόμοιο τρόπο, το 80% των αποτελεσμάτων μπορεί να αποδοθεί στο 20% της εργασίας. Εάν η παραγωγικότητα είναι ο στόχος της διαχείρισης του χρόνου, τότε αυτές οι εργασίες θα πρέπει να έχουν υψηλότερη προτεραιότητα (Teng et al., 2010).

✚ Η μέθοδος Eisenhower

Η μέθοδος Eisenhower θεωρείται δημιούργημα του Dwight D. Eisenhower ο οποίος σε ένα απόσπασμά του ανέφερε χαρακτηριστικά: "Έχω δύο είδη προβλημάτων, το επείγον και το σημαντικό. Το επείγον δεν είναι σημαντικό και το σημαντικό δεν είναι ποτέ επείγον." Ο Dwight D. Eisenhower γενικότερα θεωρούνταν αυθεντία στη διαχείριση του χρόνου του. Με τον ίδιο τρόπο, λοιπόν, η συγκεκριμένη μέθοδος μπορεί να βοηθήσει το άτομο να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο θα μπορέσει να διαχειριστεί σωστά το χρόνο του. Η μέθοδος χρησιμοποιείται επίσης για την αξιολόγηση των εργασιών/ενεργειών/δραστηριοτήτων του ατόμου και το να βοηθά να διακρίνει τα σημαντικά από τα επείγοντα. Το διάγραμμα Eisenhower χωρίζεται σε τέσσερα τεταρτημόρια. Σε κάθε τεταρτημόριο τα αντικείμενα μπορούν να τοποθετηθούν σε πιο ακριβή σημεία. Να σημειωθεί ότι ο Eisenhower δεν διεκδικεί τη διορατικότητα αυτής της τεχνικής μόνος του, αλλά την αποδίδει σε έναν (ανώνυμο) «πρώην πρόεδρο κολεγίου» (Ngandam et al., 2019).

Χρησιμοποιώντας την αρχή του Eisenhower, οι εργασίες αξιολογούνται και τοποθετούνται στο ανάλογο τεταρτημόριο γνωστό ως "Eisenhower Box" ή "Eisenhower Matrix" χρησιμοποιώντας τα κριτήρια α) σημαντικό αλλά όχι επείγον, β) σημαντικό και επείγον, γ) επείγον αλλά όχι σημαντικό και δ) ούτε σημαντικό ούτε επείγον (Ngandam et al., 2019).

✚ Η Μέθοδος POSEC

Η μέθοδος POSEC της προσωπικής διαχείρισης του χρόνου είναι μια από τις πιο δημοφιλείς μεθόδους στρατηγικής διαχείρισης χρόνου που μπορείτε να εφαρμόσει ένας άνθρωπος στη ζωή του. Τα αρχικά POSEC σημαίνουν «Προτεραιότητα με οργάνωση, εξορθολογισμό, εξοικονόμηση και συνεισφορά» (Okoye & Obi, 2014).

- **Προτεραιότητα:** το άτομο πρέπει να θέτει στόχους και να τους βάζει σε μια σειρά από τους σημαντικότερους στους λιγότερο σημαντικούς και φυσικά να καθορίζει το χρόνο στον οποίο επιθυμεί να ολοκληρωθούν.
- **Οργάνωση:** το δεύτερο μέρος της μεθόδου POSEC για τη διαχείριση του χρόνου είναι η οργάνωση, η οποία περιλαμβάνει τη δημιουργία του προγράμματος και τον καταμερισμό των εργασιών και των καθηκόντων που θα οδηγήσουν το άτομο στην επίτευξη των στόχων του με σταθερότητα και ασφάλεια. Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει τις εργασίες που πρέπει να εκτελεί

τακτικά, ώστε τελικά να οδηγηθεί στην επιτυχία.

- **Εξορθολογισμός:** το τρίτο μέρος της μεθόδου είναι ο εξορθολογισμός που αφορά στις εργασίες που πρέπει να εκτελέσει το άτομο είτε το θέλει είτε όχι.
- **Εξοικονόμηση χρόνου:** το τέταρτο μέρος της μεθόδου POSEC της διαχείρισης του χρόνου είναι η εξοικονόμηση, που αναφέρεται σε δραστηριότητες που πρέπει να γίνουν ή που είναι ευχάριστές για το άτομο. Αυτό περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως διάφορα χόμπι και δραστηριότητες κοινωνικοποίησης.
- **Συνεισφορά:** το τελευταίο και πέμπτο μέρος της μεθόδου POSEC είναι η συνεισφορά, η οποία αφορά στις κοινωνικές υποχρεώσεις του ατόμου (Okoye & Obi, 2014).

1.7 Προτεραιότητες

Η σωστή διαχείριση του χρόνου περιλαμβάνει την προσπάθεια του ατόμου να θέτει ανά τακτά χρονικά διαστήματα τις προτεραιότητές του. Το σίγουρο είναι πως πολλές φορές θα πρέπει να αφιερώνει χρόνο στην εργασία του, άλλες στην οικογένειά του και κάποιες άλλες περιόδους στα χόμπι και τις δραστηριότητές του ή στον εαυτό του. Φυσικά, όμως, θα μπορούσε να μοιράσει και το χρόνο του με τέτοιο τρόπο που θα πραγματοποιήσει πρώτα αυτά που θεωρεί πως είναι σημαντικά να γίνουν. Σε αυτό ακριβώς το σημείο έγκειται η σπουδαιότητα της κατανόησης μεταξύ σημαντικού και επείγοντος. Η έλλειψη προτεραιοτήτων και η γενίκευση είναι μερικά από τα σημαντικότερα λάθη που παρατηρούνται. Πάντως η διαχείριση του χρόνου καλύπτει, επίσης, τον τρόπο εξάλειψης εργασιών που δεν παρέχουν αξία στο άτομο ή τον οργανισμό (Κουτρουβίδης, 2013).

Ένας παράγοντας που επηρεάζει άμεσα τη διαχείριση του χρόνου είναι το άγχος. Κάθε μορφή άγχους θεωρείται εξουθενωτική για τη μάθηση και τη ζωή του ατόμου και μπορεί να καταστεί μέχρι και επιζήμια για την ψυχολογία του. Όπως παρατηρείται, τις περισσότερες φορές οι άνθρωποι προσαρμόζονται με το άγχος τους, με επιπτώσεις όμως στις προτεραιότητές τους. Το άγχος ως αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής ζωής, αν δεν είναι αποδοτικό φτάνει το άτομο σε σημείο παράλυσης που το κάνουν να αναβάλει σημαντικές εργασίες. Δεν είναι σε θέση να θέτει προτεραιότητες, απελπίζεται και ακυρώνει συνεχώς το πρόγραμμά του. Ωστόσο, όταν το αντιμετωπίζει σωστά τότε αντιλαμβάνεται πως πρέπει να παραμείνει ήρεμο, να δεχτεί το γεγονός πως κάποια πράγματα δεν μπορεί να τα αλλάξει, αλλά να βρει το θάρρος να αλλάξει αυτά που μπορεί (Spicker, 2009).

Ένας επιπλέον παράγοντας, που μπορεί επίσης να επηρεάσει τη διαχείριση του χρόνου και τον

καθορισμό των προτεραιοτήτων και των στόχων, είναι το συναίσθημα της ανησυχίας και του φόβου – αναλύονται λεπτομερώς σε ξεχωριστό κεφάλαιο. Το αίσθημα της ανησυχίας λειτουργεί επιζήμια για το άτομο, καθώς το κατευθύνει να αγνοεί το παρόν και να κάνει σενάρια που πιστεύει ότι θα καθορίσουν το μέλλον του. Το αποτέλεσμα αυτής της σκέψης είναι το άτομο να οδηγείται σε ανούσια σπατάλη του χρόνου και της ενέργειάς του. Συνεπώς, πρόκειται για ένα περιττό κόστος ή μια λανθασμένη πτυχή που μπορεί να επηρεάσει τα σχέδια των ανθρώπων. Η μέθοδος Eisenhower είναι μια στρατηγική που χρησιμοποιείται για την διαχείριση των ανησυχιών και των επιβαρυντικών καθηκόντων και βοηθά στον καθορισμό των προτεραιοτήτων. Η ανησυχία που εκφράζεται ως άγχος, θεωρείται πως είναι μια αντίδραση σε ένα σύνολο περιβαλλοντικών παραγόντων. Η πραγματική λύση για την αντιμετώπιση της ανησυχίας είναι η κατανόηση του ατόμου ότι αυτό το συναίσθημα δεν αποτελεί μέρος της προσωπικότητάς του και πως έχει τη δυνατότητα να διαχειριστεί κάθε αρνητικό συναίσθημα που μπορεί να βιώνει (Spicker, 2009).

Όπως και να 'χει η αλλαγή δεν είναι πάντοτε εύκολη διότι οι συνήθειες της καθημερινής ζωής είναι συνήθως βαθιά ριζωμένες στη ρουτίνα του ατόμου. Επομένως, για την οριοθέτηση των προτεραιοτήτων, προτείνεται να πραγματοποιείται ο διαχωρισμός και ο καταμερισμός των εργασιών, να καταγράφονται τα αποτελέσματά τους, να αναθεωρούνται οι μέθοδοι με τις οποίες διαχειρίζονται, να αναβάλλονται οι ασήμαντες εργασίες, να ελέγχεται η ισορροπία μεταξύ παραγωγικού και μη παραγωγικού και να υπάρχει ελεύθερος χρόνος για το άτομο (ανάπαυση, ύπνος, διασκέδαση) (Μπουραντάς και συν., 1999).

Ορισμένοι περιττοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαχείριση του χρόνου είναι οι κακές συνήθειες, η έλλειψη προγράμματος – ως αποτέλεσμα έλλειψης σαφήνειας, η υπερβολική ενασχόληση με την εργασία και η ενοχή για την αποτυχία επίτευξης των στόχων με επακόλουθη την αποφυγή των εργασιών. Επίσης, σε αυτούς τους παράγοντες συγκαταλέγονται ο καθορισμός των εργασιών με προσδοκίες υψηλότερες της αξίας τους (υπερ-προσόντα), η επικέντρωση σε ζητήματα που έχουν προφανή θετική προοπτική, χωρίς όμως την εκτίμηση της σημασίας των προσωπικών αναγκών, οι εργασίες που απαιτούν υποστήριξη και χρόνο και τέλος τα τμηματικά συμφέροντα και οι συγκρούσεις (Taher & Pandey, 2013).

1.8 Δεξιότητες Βελτίωσης

Οι αποτελεσματικές δεξιότητες βελτίωσης διαχείρισης του χρόνου περιλαμβάνουν (Taher & Pandey, 2013):

- **Καθορισμό στόχων SMART:** επιβεβαίωση ότι οι στόχοι που ορίζει για τον εαυτό του το άτομο

είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, εφικτοί, σχετικοί και χρονικοί.

- **Αποτελεσματικό προγραμματισμό:** επιβεβαίωση ότι έχει σαφείς στόχους, καθώς και καθορισμένους στόχους και πόρους, για να σχεδιάσει ένα σαφές πρόγραμμα που θα οδηγήσει στην επίτευξη των στόχων που έχει θέσει.
- **Διαχείριση άγχους:** επιβεβαίωση ότι το άτομο διαχειρίζεται το άγχος του με στρατηγικές και τακτικές χαλάρωσης, προκειμένου να αισθάνεται πιο ήρεμο ενώ κάνει τη δουλειά του.
- **Σωστή ανάθεση εργασιών:** η ανάθεση εργασιών βοηθά να μειώσει τον φόρτο εργασίας και να τον μοιραστεί με τους αρμόδιους συναδέλφους και υπαλλήλους.
- **Αποφυγή περισπασμών της προσοχής:** οι περισπασμοί της προσοχής πρέπει να απομακρύνονται από τη στιγμή που το άτομο θα ξεκινήσει να εργάζεται (ή ακόμα και να χαλαρώνει), οπότε πρέπει να μάθει πώς να τους αποφεύγει.
- **Μεμονωμένη εργασία:** η συγκέντρωση σε μία μόνο εργασία τη φορά βοηθά το άτομο να εργαστεί καλύτερα και τελικά να αποδώσει πιο ποιοτικά, από ότι όταν θα έκανε πολλές εργασίες ταυτόχρονα.
- **"Όχι":** αυτή η μικρή λέξη με μόνο τρία γράμματα θα βοηθήσει το άτομο να εξοικονομήσει περισσότερο χρόνο για τις δικές του προτεραιότητες.
- **Καθορισμό προτεραιοτήτων:** η επένδυση του χρόνου στις σωστές εργασίες θα απαιτεί πάντοτε λιγότερη προσπάθεια, αλλά θα φέρνει καλύτερα αποτελέσματα. Αυτό είναι επίσης γνωστό ως κανόνας 20/80 ή αρχή Pareto.
- **Διαχείριση της αναβλητικότητας:** το άτομο πρέπει να προσδιορίζει τα αίτια της αναβλητικότητας κάποιων εργασιών που οφείλει να διεκπεραιώσει και μαθαίνει να τα αντιμετωπίζει (Taher & Pandey, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΓΧΟΣ

2.1 Ορισμός

Το άγχος ορίζεται ως υπερβολικό συναίσθημα ανησυχίας, αβεβαιότητας και φόβου. Είναι μια δυσάρεστη κατάσταση έντασης με την πρόβλεψη επικείμενου κινδύνου. Η σωματική εκδήλωση του άγχους περιλαμβάνει κόπωση, ζάλη, αίσθημα παλμών, κεφαλαλγία, αϋπνία και υπερβολική εφίδρωση. Συνδέεται με σχεδόν όλες τις συναισθηματικές διαταραχές και συχνά με σωματικές ασθένειες. Υπάρχουν στοιχεία ότι η αμυγδαλή του εγκεφάλου είναι υπεύθυνη για την έκφραση του άγχους ή του φόβου. Το άγχος είναι ένα διαδεδομένο φαινόμενο και κοινός παρονομαστής στις περισσότερες μορφές ψυχικής διαταραχής. Οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές της διάθεσης αντιπροσωπεύουν τη μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από προβλήματα ψυχικής υγείας (Brown & Eby, 2010).

Οι διαταραχές άγχους περιλαμβάνουν διαταραχή πανικού (με και χωρίς ιστορικό αγοραφοβίας), αγοραφοβία (με και χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού), γενικευμένη διαταραχή άγχους, συγκεκριμένη φοβία, κοινωνική φοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οξεία αγχώδη διαταραχή και μετατραυματικό στρες. Επιπλέον, υπάρχουν διαταραχές προσαρμογής με χαρακτηριστικά άγχους και διαταραχές που οφείλονται σε γενικές ιατρικές καταστάσεις και διαταραχές άγχους που προκαλούνται από ουσίες. Τα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν υπερβολικό άγχος και ανησυχία για τουλάχιστον έξι μήνες, με δυσκολία στον έλεγχο της ανησυχίας. Το άγχος σχετίζεται με τρία ή περισσότερα από τα παραπάνω σωματικά συμπτώματα για τουλάχιστον 6 μήνες (Munir & Takon, 2020).

2.2 Φυσιολογία

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις πιο διαδεδομένες κατηγορίες ψυχικών ασθενειών. Οι διαταραχές του άγχους χαρακτηρίζονται από υπερβολική και μη ρεαλιστική ανησυχία για καθημερινές εργασίες ή εκδηλώσεις ή μπορεί να αφορούν συγκεκριμένα αντικείμενα ή τελετές. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες για τις αγχώδεις διαταραχές παρείχαν σημαντικά στοιχεία για την υψηλή συχνότητα εμφάνισής τους στον γενικό πληθυσμό παγκοσμίως. Οι διαταραχές άγχους πλήττουν περίπου 15,7 εκατομμύρια άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο. Είναι πολύ διαδεδομένες σε ενήλικες, ειδικά στις γυναίκες που παρουσιάζουν υψηλότερη υπεροχή (2:1) σε σύγκριση με τους άνδρες. Το άγχος συνδέεται με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική, συναισθηματική και ακαδημαϊκή επιτυχία των ανθρώπων. Όταν αφηθεί χωρίς θεραπεία, τα

συμπτώματα του άγχους παραμένουν και σχετίζονται με σημαντικές λειτουργικές διαταραχές, κακή ποιότητα ζωής και τεράστιο οικονομικό βάρος (Ashwani et al., 2015). Οι διαταραχές άγχους έχουν ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο πρόσφατων και συνεχιζόμενων παγκόσμιων συγκρούσεων, καθώς οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην ανάπτυξη διαταραχών άγχους (American Psychiatric Association, 2013).

Παρόλο που οι συγκεκριμένες διαταραχές έχουν μελετηθεί εκτενώς, η βιβλιογραφία που εξετάζει τους υποκείμενους νευρικούς μηχανισμούς παραμένει σπάνια, με τα στοιχεία, που προσδιορίζουν συγκεκριμένα ελλείμματα για διάφορες διαταραχές του άγχους, να είναι σχετικά λίγα. Παρά την έλλειψη συγκεκριμένων γνώσεων σχετικά με τους συγκεκριμένους μηχανισμούς που διέπουν το άγχος, αναπτύχθηκαν τόσο φαρμακολογικές όσο και ψυχοθεραπευτικές θεραπείες για τη διαχείρισή του. Αυτές οι θεραπείες είναι αποτελεσματικές για πολλούς ασθενείς που πάσχουν από άγχος, αλλά οι ακριβείς μηχανισμοί δράσης δεν είναι γνωστοί. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς δεν έχουν πρόσβαση ή δεν έχουν πλήρη ανακούφιση από τα συμπτώματα με τις υφιστάμενες τεκμηριωμένες θεραπείες. Εναλλακτικά, το άγχος συχνά ορίζεται από μια πιο παρατεταμένη κατάσταση έντασης και ανησυχίας σχετικά με αβέβαια, και ενδεχομένως αρνητικά, μελλοντικά γεγονότα. Ίσως δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι σχεδόν ένας στους τέσσερις θα βιώσει ένα κλινικό επίπεδο άγχους κατά τη διάρκεια της ζωής του. Το άγχος συνεπάγεται πρωταρχικά την αβεβαιότητα ως προς το προσδόκιμο της απειλής, προκαλείται από λιγότερο σαφείς ή γενικευμένες αιτίες και χαρακτηρίζεται από μια πιο διάχυτη κατάσταση κινδύνου, με συμπτώματα υπεργεώσης και ανησυχίας. Έχει προταθεί ότι αυτές οι γνωστικές προκαταλήψεις εμπλέκονται στη διατήρηση, και ενδεχομένως ακόμη και στην αιτιολογία του άγχους (Ashwani et al., 2015).

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τα πιο κοινά ψυχικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα που επηρεάζουν το ένα όγδοο του συνολικού πληθυσμού παγκοσμίως (Kessler & Wang, 2008). Εκτός από τον υψηλό επιπολασμό, οι αγχώδεις διαταραχές απαιτούν σημαντικές δαπάνες για τη διαχείρισή τους και επιπλέον έχουν σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Η ανάπτυξη φαρμάκων προς αυτή την κατεύθυνση στοχεύει επίσης στη δημιουργία νέων φαρμακολογικών παραγόντων με δράση σε συγκεκριμένους νευροδιαβιβαστές και νευροπεπτίδια, την επαναπρόσληψη και το μεταβολισμό τους. Αυτή η αναζήτηση οδήγησε στην ανάπτυξη μη συμβατικών παραγόντων. Η νευροβιολογική προσέγγιση για τον προσδιορισμό της παθοφυσιολογίας του άγχους συναντά επίσης το γεγονός ότι οι διαταραχές συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους και ανταποκρίνονται στο ίδιο φάσμα θεραπειών. Διαφορετικοί τύποι διαταραχών άγχους χαρακτηρίζονται από την παρουσία συμπτωμάτων χρόνιου άγχους που είναι κλινικά σημαντικά και αποτελούν μέρος της πιο διαδεδομένης ομάδας ψυχιατρικών διαταραχών. Οι ασθενείς με διαταραχές άγχους παρουσιάζουν σημαντική μείωση στην ποιότητα ζωής τους, λιγότερη παραγωγικότητα, υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα και υψηλότερα ποσοστά

συννοσηρότητας. Αν και υπάρχουν αρκετές θεραπευτικές στρατηγικές διαθέσιμες για τη θεραπεία των διαταραχών του άγχους, η διαχείριση ασθενών που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στη θεραπεία παραμένει μια πρόκληση στην κλινική πρακτική. Οι διαταραχές άγχους είναι υπεύθυνες για ένα σημαντικό κοινωνικό κόστος λόγω των ατομικών παθών, καθώς και των έμμεσων κοινωνικών δαπανών. Υπάρχει τεράστιο αντίκτυπο στο σύστημα υγείας όχι μόνο λόγω των εξόδων με τη θεραπεία, αλλά και λόγω της συχνότερης αναζήτησης ιατρικής περίθαλψης που προκαλείται από το άγχος (Rang et al., 2007).

Όσον αφορά τα συμπτώματα των διαταραχών, κάθε υποκειμενικό περιστατικό άγχους χαρακτηρίζεται από δύο συστατικά, το σωματικό και το συναισθηματικό που επηρεάζουν τις γνωστικές διαδικασίες του ατόμου. Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με τη μορφή της διαταραχής. Τα γενικά σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν αίσθημα παλμών και ταχυκαρδία, αισθήματα πανικού, φόβο και ανησυχία, αϋπνία, κρύα ή ιδρωμένα χέρια και / ή πόδια, δύσπνοια, σωματική αδυναμία, ξηροστομία, μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στα χέρια ή τα πόδια, ναυτία, μυϊκή ένταση και ζάλη (Augustin, 2005).

Περίπου 500 εκατομμύρια άνθρωποι, παγκοσμίως, πάσχουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Διαταραχές του άγχους όπως η κατάθλιψη, είναι από τις πιο διαδεδομένες ψυχιατρικές διαταραχές. Οι περισσότερες εμφανίζονται για πρώτη φορά κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι το άγχος επηρεάζει το ένα όγδοο του συνολικού πληθυσμού παγκοσμίως. Το συνολικό ποσοστό επιπολασμού της διάρκειας ζωής για τις διαταραχές του άγχους είναι 24,9%. Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι είναι πιο χρόνιες από τις συναισθηματικές ή την κατάχρηση ουσιών. Ο επιπολασμός αυτών των διαταραχών είναι δύσκολο να εντοπιστεί, καθώς ακόμη και οι μικρές αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια, τα εργαλεία συνέντευξης ή τη μεθοδολογία μελέτης, επηρεάζουν τα αποτελέσματα (Ashwani et al., 2015).

Καθώς οι επιστήμονες συνεχίζουν την έρευνά τους για τις ψυχικές ασθένειες, καθίσταται σαφές ότι πολλές από αυτές τις διαταραχές προκαλούνται από ένα συνδυασμό παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στον εγκέφαλο και του περιβαλλοντικού στρες. Όπως και άλλες ασθένειες του εγκεφάλου, οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να προκληθούν από προβλήματα στη λειτουργία των εγκεφαλικών κυκλωμάτων που ρυθμίζουν τον φόβο και άλλα συναισθήματα. Μελέτες έχουν δείξει ότι το σοβαρό ή μακροχρόνιο στρες μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο τα νευρικά κύτταρα σε αυτά τα κυκλώματα μεταδίδουν πληροφορίες από τη μία περιοχή του εγκεφάλου στην άλλη. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με ορισμένες διαταραχές άγχους έχουν αλλαγές σε ορισμένες δομές του εγκεφάλου που ελέγχουν τις μνήμες που συνδέονται με έντονα συναισθήματα. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές άγχους εμφανίζονται σε οικογένειες, πράγμα που σημαίνει ότι μπορούν εν μέρει τουλάχιστον να κληρονομηθούν από έναν ή και τους δύο γονείς, όπως ο κίνδυνος καρδιακής νόσου ή του καρκίνου. Ορισμένοι περιβαλλοντικοί

παράγοντες, όπως ένα τραύμα, μπορεί να προκαλέσουν διαταραχή άγχους σε άτομα που έχουν κληρονομική ευαισθησία στην ανάπτυξη της διαταραχής. Οι διαταραχές άγχους αντιπροσωπεύουν μια ετερογενή ομάδα διαταραχών, πιθανώς χωρίς καμία ενιαία αιτιολογία. Έχουν προταθεί διάφορες ψυχοδυναμικές, ψυχαναλυτικές, συμπεριφορικές, γνωστικές, γενετικές και βιολογικές θεωρίες για την εξήγηση της αιτιολογίας και της παθοφυσιολογίας των διαταραχών του άγχους. Μερικοί τέτοιοι παράγοντες είναι οι εξής (Ashwani et al., 2015):

- 1. Βιολογικοί παράγοντες:** Οι γενετικοί παράγοντες προδιαθέτουν ορισμένα άτομα σε διαταραχές άγχους. Υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα κάποιος διαταραχής στους γονείς, τα παιδιά και τα αδέρφια ενός ατόμου με αγχώδη διαταραχή απ' ό,τι στους συγγενείς κάποιου που δεν την εμφανίζει.
- 2. Ανισορροπία νευροδιαβιβαστών:** Μελέτες της λειτουργίας του εγκεφάλου έχουν δείξει ότι αρκετοί νευροδιαβιβαστές συνδέονται με τη νευροβιολογία του άγχους (Millan, 2003).
- 3. Φυσιολογικοί παράγοντες:** Το άγχος μπορεί να προκύψει όταν ένας συνδυασμός αυξημένου εσωτερικού και εξωτερικού στρες κατακλύζει τις φυσιολογικές ικανότητες αντιμετώπισης ή όταν μειώνεται η ικανότητα φυσιολογικής αντιμετώπισης για κάποιο λόγο. Οι ψυχολογικοί παράγοντες συνοψίζονται ως εξής:
 - **Ψυχοδυναμική:** Όταν οι εσωτερικές ανταγωνιστικές ψυχικές διεργασίες, τα ένστικτα και οι παρορμήσεις συγκρούονται, προκαλώντας αγωνία.
 - **Συμπεριφορά:** Το άγχος είναι μια ακατάλληλη μαθησιακή απάντηση σε συγκεκριμένες εμπειρίες και καταστάσεις του παρελθόντος που γίνονται γενικευμένες σε μελλοντικές παρόμοιες καταστάσεις.
 - **Πνευματικά:** Όταν οι άνθρωποι βιώνουν ένα βαθύ, αδιάσπαστο κενό και ανυπαρξία στη ζωή τους, συχνά οδηγούνται σε αγωνία σχετικά με τη θνησιμότητα και τον ενδεχόμενο θάνατό τους.
 - **Κοινωνικοί παράγοντες:** Οι εμπειρίες ζωής όπως ο θάνατος στην οικογένεια, το διαζύγιο, η απώλεια της εργασίας, η οικονομική δυσχέρεια, το ατύχημα ή η σοβαρή ασθένεια επηρεάζουν τη στάση και την ανταπόκριση ενός ατόμου στις καταστάσεις της ζωής. Η μακροχρόνια έκθεση σε κακοποίηση, βία, τρομοκρατία και φτώχεια μπορεί να επηρεάσει την ευαισθησία ενός ατόμου στις διαταραχές άγχους.

Τέλος, τα συμπτώματα του άγχους πολύ συχνά συνυπάρχουν με άλλα ψυχολογικά συμπτώματα, ειδικότερα με συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία είναι ιδιαίτερα συχνά μεταξύ των ατόμων με πιο σοβαρά συμπτώματα άγχους. Υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας παρατηρούνται ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές και τη μείζονα κατάθλιψη, τη διπολική διαταραχή, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, τη σχιζοφρένεια και τη σωματική ασθένεια. Η παρουσία συννοσηρής διαταραχής άγχους

σχετίζεται τόσο με μεγαλύτερο χρόνο έως την ανάρρωση όσο και με μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωγου τερματισμού της θεραπείας σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη (Ashwani et al., 2015).

2.3 Θεωρίες και Μοντέλα Άγχους

Με την εξέλιξη της επιστήμης της ψυχολογίας έχουν έρθει αλλαγές και στις διάφορες θεωρίες που σχετίζονται με σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως είναι το άγχος. Αναλυτικότερα, οι σημαντικότερες θεωρίες και τα μοντέλα του άγχους είναι οι εξής:

1. **Ψυχαναλυτική θεωρία:** Πρωτοπόρος της ψυχαναλυτικής θεωρίας θεωρείται ο Freud, ο οποίος ήταν ο πρώτος που συνέδεσε το άγχος με τις ψυχοσωματικές και νευρωτικές καταστάσεις. Η θεωρία άγχους του Φρόιντ εξελίχθηκε με την πάροδο του χρόνου. Οι σημαντικές πτυχές της πρώιμης ψυχαναλυτικής θεωρίας περιλαμβάνουν το δομικό μοντέλο της προσωπικότητας, την έννοια των ψυχοσεξουαλικών σταδίων και την ιδέα ότι το άγχος είναι ένα σημάδι υποκείμενης σύγκρουσης. Η σύγκρουση αυτή συμβαίνει ανάμεσα στο Εκείνο, το Εγώ και το Υπερεγώ και το άγχος προέρχεται όταν το Εγώ απειλείται. Συνεπώς, το άγχος βρίσκεται στον πυρήνα της ψυχαναλυτικής θεωρίας των επιδράσεων (συναισθήματα) και από την αρχή της ψυχαναλυτικής σκέψης έχει αναγνωριστεί ως κεντρικό στοιχείο στην κατανόηση της ψυχικής σύγκρουσης, καθώς μέσω των κακών συναισθημάτων γίνονται αισθητές και γνωστές οι συγκρούσεις. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία υπάρχουν διάφορα είδη άγχους με σημαντικότερα το νευρωτικό άγχος, το ηθικό άγχος και το άγχος της πραγματικότητας (Nersessian, 2013).
2. **Γνωσιακή θεωρία:** Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία του κλινικού άγχους, η προσδοκία και η ερμηνεία των γεγονότων, και όχι απλώς τα γεγονότα από μόνα τους, διέπουν την εμπειρία του ατόμου. Οι ερμηνείες που δίνει κάποιος σε αυτά που αισθάνεται πολλές φορές καταλήγουν στη δημιουργία ενός αριθμού αρνητικών και έντονων συναισθημάτων, με συχνότερα τη θλίψη, το θυμό και το άγχος. Ωστόσο, αυτά τα συναισθήματα συνήθως δεν χαρακτηρίζονται από ρεαλισμό, υπερεκτιμούν την πιθανότητα παρουσίασης μιας άσχημης κατάστασης (απειλής) και δεν εκτιμούν τους διαθέσιμους τρόπους αντιμετώπισης ή επίλυσης των καταστάσεων. Συνεπώς, η γνώση δεν ενεργεί μόνη της, αλλά σε συνεργασία με συναισθηματικά, συμπεριφορικά και φυσιολογικά συστήματα. Η υπεροχή αποδίδεται στο ρόλο της γνώσης επειδή το γνωστικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την ενσωμάτωση της εισόδου πληροφοριών, την επιλογή ενός κατάλληλου σχεδίου και την ενεργοποίηση των άλλων υποσυστημάτων. Είναι γνωστό πως ο άνθρωπος από τη φύση του διαθέτει αυτόματους μηχανισμούς προστασίας από κινδύνους. Στις

περιπτώσεις κλινικού άγχους αυτός ο μηχανισμός μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε παρερμηνείες του κινδύνου. Οι παρερμηνείες αυτές σχετίζονται με την αντίληψη που έχει δημιουργήσει το ίδιο για τον εαυτό του και τον κόσμο όπου ζει και εκδηλώνονται με οργανικές, συμπεριφορικές και γνωσιακές αλλαγές. Συγκεκριμένα, οι αλλαγές εντοπίζονται: α) στο ANΣ που προετοιμάζει το άτομο να αποφύγει μια κατάσταση ή να επιτεθεί με σκοπό να αμυνθεί απ' τον κίνδυνο, β) στην αναστολή της τρέχουσας συμπεριφοράς και την αντικατάστασή της με μια άλλη που τις περισσότερες φορές είναι λιγότερο αποτελεσματική και γ) στον τρόπο που το άτομο εξετάζει συνεχώς το περιβάλλον του με σκοπό να εντοπίσει πιθανές απειλές και κινδύνους. Με τον καιρό, το άτομο υιοθετεί αυτές τις συμπεριφορές και αντιλαμβάνεται το περιβάλλον όπου αλληλοεπιδρά βασιζόμενο στις δικές του γνωσιακές λειτουργίες (αυτόματες σκέψεις), δηλαδή με βάση το ερέθισμα (ανάμνηση ή σκέψη), τη μεσολάβησή του και την αντίδραση (άγχος) (Μητρούση και συν., 2004), (Richland et al., 2016).

3. **Βιολογική θεωρία:** Αυτή η θεωρία αναφέρει τη βιολογία του άγχους όπως έχει μελετηθεί από την επιστήμη της ψυχολογίας και συσχετίζεται άμεσα με τη γνωσιακή. Πρόκειται για μια προσέγγιση που ορίζει το άγχος ως τη φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού σε μια πιεστική, επικίνδυνη ή απειλητική κατάσταση. Ο βαθμός έντασης αυτής της αντίδρασης καθορίζεται αποκλειστικά από την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και την ένταση των ερεθισμάτων που λαμβάνει από τον εαυτό του (εσωτερικό ερέθισμα) ή τις δυνάμεις του περιβάλλοντός του (εξωτερικό ερέθισμα). Επομένως, όταν ο οργανισμός εκτεθεί σε μια απειλή η πρώτη του αντίδραση είναι να ξεφύγει από αυτήν ή να την αντιμετωπίσει. Η αντίδρασή του εξαρτάται από το εάν έχει τροποποιήσει κάποιες από τις φυσιολογικές λειτουργίες του με σκοπό να αυξήσει την ενέργεια που μπορεί να διαθέσει για να αντιμετωπίσει τις έκτακτες καταστάσεις. Σε περίπτωση επιτυχίας της παραπάνω διαδικασίας ο οργανισμός ανακτά την ισορροπία του. Αν αποτύχει, όμως, να προετοιμαστεί δεν παραιτείται, αλλά αντίθετα εισέρχεται σε στάδιο αντίστασης μέχρι να επιτύχει ή να εξαντληθεί. Υπάρχει κι ένα τρίτο στάδιο, αυτό της εξάντλησης κατά το οποίο ο οργανισμός παραιτείται εξαιτίας της παρατεταμένης κατάστασης υπερδιέγερσης που είχε στόχο την αντιμετώπιση της απειλής (Αντωνίου, 2002), (Μητρούση και συν., 2004).

4. **Μοντέλα με βάση το ερέθισμα:** Σε αυτά τα μοντέλα το άγχος ερμηνεύεται ως ερέθισμα, ένα συμβάν ζωής ή μια ομαδική κατάσταση που μπορεί να ξυπνήσει φυσιολογικές ή/και ψυχολογικές αντιδράσεις, οι οποίες μπορεί να αυξήσουν την ευπάθεια του ατόμου σε ασθένειες. Σύμφωνα με τον Holmes, υπάρχουν 43 γεγονότα ζωής ή αλλαγές στον τρόπο ζωής, που μπορούν να προκαλέσουν άγχος. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, τόσο τα θετικά όσο και τα

αρνητικά γεγονότα της ζωής θεωρούνται αγχωτικά. Η κλίμακα των αγχωτικών συμβάντων της ζωής χρησιμοποιείται για την καταγραφή της πρόσφατης αγχωτικής εμπειρίας του ατόμου, όπως το διαζύγιο, την εγκυμοσύνη, τη συνταξιοδότηση κλπ. Έκτοτε έχουν αναπτυχθεί παρόμοιες κλίμακες, ωστόσο θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή, καθώς η έκταση του άγχους που ενσωματώνεται στα γεγονότα της ζωής εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύεται από το άτομο. Επιπλέον, αυτές οι κλίμακες πρέπει να έχουν επικυρωθεί και συμμορφωθεί ανάλογα με τις ανάγκες της εποχής και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και πρέπει να έχουν προσαρμοστεί πολιτιστικά (Holmes, 1978), (Parathanasiou et al., 2015).

5. **Μοντέλα βάσει απόκρισης:** Σε αυτά τα θεωρητικά μοντέλα, το άγχος ερμηνεύεται ως απόκριση. Ο ορισμός του άγχους ως απόκριση αναπτύχθηκε και περιγράφηκε από τον Selye, ο οποίος όρισε το άγχος ως μη ειδική απόκριση του σώματος σε κάθε είδους απαιτήσεις που εφαρμόζονται σε αυτό. Το μοντέλο του Selye ονομάζεται Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής. Ο Selye προκειμένου να διαφοροποιήσει την αιτία του άγχους από την απόκριση, εισήγαγε τον όρο «στρεσογόνος παράγοντας», δηλαδή οποιοσδήποτε παράγοντας μπορεί να προκαλέσει άγχος και να επηρεάσει την ισορροπία του ατόμου. Ο Selye αναφέρει, ότι λόγω του γεγονότος ότι το άγχος αποτελεί μια κατάσταση του σώματος, μπορεί να παρατηρηθεί μόνο εντός των αλλαγών που συμβαίνουν σε αυτό. Αυτό το σύνδρομο γενικής προσαρμογής εκδηλώνεται με την απελευθέρωση ορισμένων ορμονών, η οποία προκύπτει από αλλαγές στη δομή και τη χημική σύνθεση του σώματος. Εκτός από την προσαρμογή ολόκληρου του σώματος, είναι πιθανό να πραγματοποιηθεί μερική αντίδραση του σώματος ή ενός οργάνου. Αυτή η απάντηση στο άγχος και το στρες ονομάζεται Σύνδρομο Τοπικής Προσαρμογής (Selye, 1976), (Parathanasiou et al., 2015).
6. **Μοντέλα βασισμένα σε συναλλαγές:** Όλα τα θεωρητικά μοντέλα που ερμηνεύουν το άγχος ως συναλλαγή βασίζονται στη θεωρία του Lazarus, ο οποίος εστίασε στο γεγονός ότι υπάρχουν διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ερμηνεύουν το άγχος ως ερέθισμα ή ως απόκριση. Σύμφωνα με τον Lazarus, καμία από τις προηγούμενες θεωρίες δεν κατάφερε να εξηγήσει με ακρίβεια ποιοι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν τους ανθρώπους στη σωστή διαχείριση του άγχους. Δήλωσε ότι υπάρχει έλλειψη θεωριών στην ερμηνεία των παραγόντων που βοηθούν μερικούς ανθρώπους να προσαρμοστούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε ένα αγχωτικό ερέθισμα σε σύγκριση με άλλους. Παρά το γεγονός ότι ο Lazarus αναγνωρίζει ορισμένες περιβαλλοντικές συνθήκες ως αιτίες άγχους για πολλά άτομα, επισημαίνει ότι οι άνθρωποι και οι ομάδες ανθρώπων διαφέρουν ως προς την ευαισθησία και την ευπάθεια σε συγκεκριμένους τύπους γεγονότων, καθώς και στην ερμηνεία και στην ανταπόκριση σε αυτά τα

γεγονότα. Για την ερμηνεία της ποικιλομορφίας μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν παρόμοια αγχωτικές καταστάσεις, το μοντέλο του Lazarus λαμβάνει υπόψη τις γνωστικές διεργασίες που μεσολαβούν μεταξύ διέγερσης και απόκρισης, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις διαδικασίες. Η θεωρία γνωσιακής αξιολόγησης του Lazarus εστιάζει στο άτομο, στο περιβάλλον και στην ταυτόχρονη γνωσιακή αξιολόγηση των περιβαλλοντικών απαιτήσεων και των επιλογών απόκρισης στο ερέθισμα – ή τα ερεθίσματα. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, ένας αριθμός εξωτερικών και εσωτερικών πληροφοριών φτάνει καθημερινά στο νευρογνωστικό επίπεδο του σώματος, το οποίο ερμηνεύεται από τη διαδικασία της γνωσιακής αξιολόγησης. Η γνωσιακή αξιολόγηση είναι η διαδικασία κρίσης με την οποία αναγνωρίζεται το επίπεδο των διαθέσιμων μεθόδων προσαρμογής που έχει κάθε άτομο. Περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των διαθέσιμων πόρων και επιλογών που θα βοηθήσουν το άτομο να διαπραγματευτεί με πιθανές ή πραγματικές απαιτήσεις. Κατά την αρχική αξιολόγηση των απαιτήσεων, ορισμένα άτομα μπορούν να αξιολογηθούν ως μη σχετικά προς το άγχος, ενώ άλλα ως πολύ αγχώδη ή θετικά προς το άγχος. Το άγχος σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία είναι μια διαδικασία στην οποία οι απαιτήσεις υπερτερούν των προσαρμοστικών ικανοτήτων του ατόμου. Οι απαιτήσεις μπορεί να είναι είτε εξωτερικές είτε εσωτερικές. Στο δεύτερο στάδιο, η αξιολόγηση αφορά τον προσδιορισμό των πηγών και των επιλογών που έχει το άτομο στη διάθεσή του. Η επανεκτίμηση είναι απαραίτητη και αποτελεί τη διαδικασία συνεχούς επαναπροσδιορισμού της γνωσιακής αξιολόγησης. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτήν την αξιολόγηση μπορούν να χωριστούν σε εγγενείς και άμεσα συνδεδεμένοι με το άτομο. Οι εγγενείς παράγοντες μπορούν να περιλαμβάνουν την ένταση των εξωτερικών πηγών και την αμεσότητα της σύγκρουσης και της αμφιβολίας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο μπορεί να είναι τα κίνητρα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι πεποιθήσεις, οι γνωστικοί πόροι και οι δεξιότητες (Lazarus, 1995), (Papathanasiou et al., 2015).

2.4 Εργασιακό άγχος

Το εργασιακό άγχος είναι η ανεπιθύμητη αντίδραση σωματικών και συναισθηματικών απαντήσεων που συμβαίνουν όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν ταιριάζουν με τις δυνατότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου. Δεν βλάπτει μόνο την υγεία, αλλά επίσης βλάπτει την απόδοση και την ανταγωνιστικότητα ενός ατόμου και αυτό είναι μια σημαντική δαπάνη για τον οργανισμό. Στο έντονα ανταγωνιστικό επιχειρηματικό περιβάλλον του σήμερα, το άγχος που σχετίζεται με την εργασία καθίσταται σημαντική ανησυχία. Το άγχος στο χώρο της εργασίας πρέπει να είναι ένα μείζον ζήτημα το οποίο θα αποτελεί πάντα πρόβλημα (Wardhana, 2018).

Η πίεση είναι μέρος κάθε εργασίας και τελικά παρακινεί το άτομο στο να αποδίδει καλύτερα. Όταν όμως γίνεται υπερβολικό και ανεξέλεγκτο, μπορεί να οδηγήσει σε ορισμένες συνέπειες. Στην περίπτωση ενός ατόμου, αυτό οδηγεί συχνά σε μειωμένες αποδόσεις και κακή ψυχική υγεία. Για τους εργοδότες αυτό είναι μια απώλεια, καθώς η οργάνωση εξαρτάται από την αποδοτικότητα των εργαζομένων. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε εργασιακό άγχος. Μερικοί τέτοιοι παράγοντες είναι εμφανείς, όπως είναι για παράδειγμα η αναδιάρθρωση ή οικονομική κρίση στην οποία διέρχεται ένας οργανισμός. Πολλές άλλες εσωτερικές αιτίες άγχους περιλαμβάνουν τις εσφαλμένες επικοινωνίες, το μεγάλο φόρτο εργασίας, τις υπερωρίες, την παρενόχληση, την ανασφάλεια της εργασίας, τη σύγκρουση ρόλων, το σχεδιασμό σταθμών εργασίας, τη μη αναγνώριση ή έλλειψη των ικανοτήτων, την κάθε μορφής ανισότητα, τις εργασιακές σχέσεις και ούτω καθεξής. Παράγοντες όπως συζυγικά ζητήματα, οικογενειακά προβλήματα και οικονομικές ανησυχίες θα μπορούσαν επίσης να αυξήσουν την επιδείνωση του άγχους (Wardhana, 2018).

Αυτοί οι παράγοντες συνήθως αλληλεπικαλύπτονται, συσσωρεύονται μακροπρόθεσμα και επηρεάζουν την απόδοση ενός υπαλλήλου. Ένας υπάλληλος κάτω από λίγο ή καθόλου άγχος μπορεί να μην είναι σε θέση να κάνει ούτε μια προσπάθεια να εκτελέσει το καθήκον του, ωστόσο το υπερβολικό άγχος θα μπορούσε είτε να τον παρακινήσει να εκτελεί τη δουλειά του με τον καλύτερο και αποτελεσματικότερο τρόπο ή να του αποσπάσει την προσοχή. Το εργασιακό άγχος είναι συνέπεια μιας σύγκρουσης μεταξύ του ρόλου και των αναγκών ενός εργαζομένου και των απαιτήσεων του χώρου εργασίας. Καθίσταται σαφές ότι σε παγκόσμιο επίπεδο και σε όλους τους τομείς της απασχόλησης, η εμπειρία του άγχους στην εργασία παράγει ανεπιθύμητες συνέπειες στο ηθικό του προσωπικού και κατά συνέπεια επηρεάζει την παραγωγικότητα (Wardhana, 2018).

Διαφορετικοί τύποι άγχους που σχετίζονται με την εργασία έρχονται σε διάφορες μορφές, για παράδειγμα (Ganapathi, 2012):

- **Ηθικά ζητήματα:** Ηθική που σχετίζεται με τον χώρο εργασίας. Αυτό προκύπτει λόγω της κακής επικοινωνίας μεταξύ συναδέλφων και υφισταμένων.
- **Φυσικό άγχος:** Ένας προφανής λόγος για αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στον βαρύ φόρτο εργασίας, ο οποίος θα μπορούσε να οδηγήσει σε σωματική εξάντληση, αδυναμία σκέψης και απόδοσης, ενώ μερικές φορές αυτό μπορεί να είναι πολύ υποκινητικό.
- **Πολλαπλοί ρόλοι:** Όταν κάποιος πρέπει να αντικαταστεί συχνά τους συναδέλφους του και να ολοκληρώσει τις εργασίες τους. Οι γυναίκες που εργάζονται με πλήρη απασχόληση, θα μπορούσαν να αισθάνονται το εργασιακό άγχος ως αποτέλεσμα της ανισορροπίας μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής.

Ο προσωπικός χώρος σε ένα εργασιακό περιβάλλον θα μπορούσε επίσης να αποτελεί αιτία

άγχους. Ανάλογα με την κουλτούρα στην οποία ανήκει ένα άτομο, μπορεί να χρειάζεται περισσότερο χώρο στο εργασιακό του περιβάλλον συγκριτικά με κάποιους άλλους. Αυτό φυσικά διαφέρει από άτομο σε άτομο. Μια αλλαγή σε αυτό όμως θα μπορούσε να κάνει το άτομο να αισθάνεται πως είτε διεισδύουν στον προσωπικό του χώρο είτε να νιώθει άβολα, με αποτέλεσμα την πρόκληση τριβής ή συγκρούσεων στις σχέσεις του με τους συναδέλφους του (Ganapathi, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

3.1 Ορισμός

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα ψυχολογικό σύνδρομο που προκαλείται ύστερα από παρατεταμένη απόκριση σε χρόνιο στρες στον εργασιακό χώρο. Σύμφωνα με την δομή της Maslach (2006), οι τρεις βασικές διαστάσεις αυτής της απόκρισης είναι α) μια συντριπτική εξουθένωση/εξάντληση, β) συναισθήματα κυνισμού και αποπροσωποποίησης από την εργασία και γ) ένα αίσθημα αναποτελεσματικότητας και έλλειψης ολοκλήρωσης. Αυτός ο ορισμός αποτελεί μια ευρύτερη δήλωση του πολυδιάστατου μοντέλου που έχει κυριαρχήσει στο πεδίο της εξουθένωσης (Maslach, 2006).

Η διάσταση της εξουθένωσης αναφέρεται σε συναισθήματα υπερεκτίμησης και εξάντλησης των συναισθηματικών και σωματικών πόρων του ατόμου. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται εξαντλημένοι και εξουθενωμένοι, χωρίς καμία πηγή αναπλήρωσης. Ακόμη, νιώθουν πως δεν έχουν αρκετή ενέργεια ώστε να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές εργασιακές αρμοδιότητές τους. Οι κύριες πηγές αυτής της εξάντλησης είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και οι προσωπικές συγκρούσεις του ατόμου στον χώρο εργασίας του (Maslach, 2006).

Η διάσταση του κυνισμού αντιπροσωπεύει το στοιχείο του διαπροσωπικού πλαισίου της εξουθένωσης. Αναφέρεται σε μια αρνητική, σκληρή ή υπερβολικά αποστασιοποιημένη στάση σε διάφορες πτυχές της εργασίας. Συνήθως αναπτύσσεται ως απάντηση στην υπερφόρτωση της συναισθηματικής εξάντλησης και δρα αυτο-προστατευτικά στην αρχή ως ένα συναισθηματικό απόθεμα «αποστασιοποιημένης ανησυχίας». Εάν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά και κάνουν περισσότερα από όσα αντέχουν, τότε είναι λογικό πως θα αρχίσουν σταδιακά να υποχωρούν από την εργασία τους, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι επιδόσεις τους. Με την πάροδο του χρόνου, η ποσότητα της εργασίας των εργαζομένων μειώνεται και αναπτύσσεται μια αρνητική αντίδραση προς τους άλλους ανθρώπους και την ίδια την εργασία. Καθώς αναπτύσσεται ο κυνισμός, οι εργαζόμενοι στρέφονται μακριά από το να προσπαθούν να κάνουν ό, τι καλύτερο μπορούν, ακόμη και στον ελάχιστο βαθμό. Η απόδοσή τους στη δουλειά μπορεί να ισοδυναμεί με το "Πώς μπορώ να τα βγάλω πέρα εύκολα, να πάρω το μισθό μου και να φύγω από εδώ"; Οι κυνικοί εργαζόμενοι συχνά μειώνουν το χρόνο και το ποσό της ενέργειας που πρέπει να αφιερώνουν στο γραφείο ή στο χώρο εργασίας τους. Ωστόσο, εξακολουθούν να αποδίδουν με τη διαφορά ότι δεν καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια. Κοιτάζουν, απλά, πως θα τα καταφέρουν κάνοντας όσο το δυνατόν λιγότερα, μειώνοντας έτσι την ποιότητα του έργου τους (Maslach, 2006).

Η διάσταση της αναποτελεσματικότητας αντιπροσωπεύει το στοιχείο αυτοαξιολόγησης της

επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναφέρεται σε συναισθήματα ανικανότητας και έλλειψη επίτευξης και παραγωγικότητας στην εργασία. Αυτή η μειωμένη αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας επιδεινώνεται από την έλλειψη των πόρων εργασίας, καθώς και από την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και ευκαιριών για επαγγελματική ανάπτυξη. Οι άνθρωποι που βιώνουν αυτή τη διάσταση της εξουθένωσης αναρωτιούνται συχνά: "Τι κάνω; Γιατί είμαι εδώ; Ίσως αυτή η δουλειά είναι λάθος για μένα." Αυτή η αίσθηση αναποτελεσματικότητας μπορεί να κάνει τους εξαντλημένους εργαζόμενους να αισθάνονται ότι έχουν κάνει λάθος στην επιλογή της πορείας της σταδιοδρομίας τους και συχνά τους κάνει να αντιπαθούν το είδος του ατόμου που νομίζουν ότι έχουν γίνει. Έτσι, οι άνθρωποι έχουν αρνητική στάση για τους εαυτούς τους, καθώς και για τους άλλους (Maslach, 2006).

Σε αντίθεση με τις οξείες αγχωτικές αντιδράσεις, οι οποίες αναπτύσσονται ως απόρροια σε συγκεκριμένα κρίσιμα περιστατικά, η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια αντίδραση συσσώρευσης των συνεχιζόμενων στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με το επάγγελμα. Όσον αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, δίνεται περισσότερη έμφαση στη διαδικασία της ψυχολογικής διάβρωσης και των ψυχολογικών και κοινωνικών αποτελεσμάτων αυτής της χρόνιας έκθεσης, παρά στη σωματική έκβασή της. Λόγω του ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια παρατεταμένη απόκριση σε χρόνιους διαπροσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες στον χώρο εργασίας, τείνει να είναι αρκετά σταθερή με την πάροδο του χρόνου. Το πρόβλημα της συγκεκριμένης εξουθένωσης αρχικά παρατηρήθηκε σε επαγγελματίες υγείας και επαγγελματίες κοινωνικών υπηρεσιών, όπως σε νοσηλευτές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Επίσης, προβλήματα εξουθένωσης αντιμετωπίζουν και οι επαγγελματίες στον χώρο του εγκλήματος, της θρησκείας, της συμβουλευτικής και της εκπαίδευσης. Όλα αυτά τα επαγγέλματα έχουν ως κοινό παρονομαστή την παροχή βοήθειας και υπηρεσιών σε ανθρώπους που τις χρειάζονται. Με λίγα λόγια δηλαδή, ο πυρήνας της εργασίας τους είναι η σχέση μεταξύ παρόχου και αποδέκτη. Αυτό το διαπροσωπικό πλαίσιο της εργασίας σημαίνει πως απ' την αρχή η επαγγελματική εξουθένωση έχει μελετηθεί, όχι απλά ως η απόκριση ενός ατόμου στο άγχος, αλλά ως οι σχεσιακές συναλλαγές, τα κίνητρα, οι υποκείμενες αξίες και τα συναισθήματα του ατόμου στον χώρο εργασίας του (Fronne & Tidwell, 2015).

Παρόλο που η επαγγελματική εξουθένωση είχε αναγνωριστεί εξαρχής ως ένα φαινόμενο στον εργασιακό χώρο, η σημασία του κοινωνικού υποβάθρου και των διαπροσωπικών σχέσεων αυτής της εξάντλησης έγκειται από το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση ίσως σχετίζεται και με άλλους τομείς της ζωής. Πράγματι, αρκετοί ερευνητές έχουν εφαρμόσει την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης στην οικογένεια, καθώς έχει χρησιμοποιηθεί στην ανάλυση της σχέσης των γονέων με τα παιδιά (Huang et al., 2011).

3.2 Αίτια

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον εργαζόμενο και τον φτάνουν σε σημείο εξάντλησης έχουν αναφερθεί σε πολλές μελέτες με την πάροδο των ετών. Παρόλο που οι αρνητικές συνέπειες της εξουθένωσης υπήρξαν το επίκεντρο πολλών μελετών τα τελευταία 30 χρόνια, παραμένει το ερώτημα γιατί μερικοί εργαζόμενοι σε μια οργάνωση ευδοκιμούν και άλλοι αναφέρουν ότι αισθάνονται εξαντλημένοι και ανήσυχοι και αντιλαμβάνονται λιγότερα προσωπικά επιτεύγματα. Οι οργανωτικοί ερευνητές έχουν προτείνει ότι οι αιτίες της εξάλειψης της εργασίας βρίσκονται τόσο στο ατομικό όσο και στο εργασιακό περιβάλλον (Ghorpade et al, 2007).

Σύμφωνα με τον Cedoline, έξι αιτίες εργασιακής εξουθένωσης έχουν λάβει τη μεγαλύτερη προσοχή στα ευρήματα της έρευνας. Αυτές είναι οι εξής (Beheshtifar & Omidvar, 2013):

- 1. Έλλειψη ελέγχου:** Καθώς οι οργανισμοί γίνονται μεγάλοι και απρόσωποι, οι εργαζόμενοι συχνά συμμετέχουν λιγότερο στη λήψη αποφάσεων. Ακόμη και απλές εργασίες μπορεί να καθυστερήσουν λόγω νομικών διατάξεων, διοικητικής πολιτικής ή έλλειψης χρημάτων. Η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων προάγει πιο θετικές στάσεις εργασίας και μεγαλύτερο κίνητρο για αποτελεσματική απόδοση.
- 2. Έλλειψη επαγγελματικών σχολίων και επικοινωνίας:** Όλοι οι εργαζόμενοι θέλουν να γνωρίζουν τις προσδοκίες του οργανισμού τους, τις συμπεριφορές που θα είναι επιτυχημένες ή ανεπιτυχείς στην ικανοποίηση των απαιτήσεων της εργασίας, τους τυχόν φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους που μπορεί να υπάρχουν και την ασφάλεια της εργασίας. Οι εργαζόμενοι χρειάζονται ανατροφοδότηση για να αναπτύξουν αξίες εργασίας, φιλοδοξίες, στόχους και επιτεύγματα. Η έλλειψη σαφών, συνεπών πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε κίνδυνο. Εάν η αξιολόγηση πραγματοποιείται μόνο μία ή δύο φορές το χρόνο χωρίς τακτική, περιοδική ανατροφοδότηση, η πιθανότητα άγχους αυξάνεται όσο περισσότερο εργάζεται ο εργαζόμενος χωρίς κάποιο πλάνο. Όσον αφορά την επικοινωνία, οι οργανωτικές δομές που καλλιεργούν ανοιχτή, ειλικρινή, καθαρική έκφραση με θετικό και εποικοδομητικό τρόπο, αποκομίζουν μεγάλα μερίσματα από τους υπαλλήλους. Όταν η διοίκηση αντιδρά στην ανοιχτή επικοινωνία μόνο σε βάση κρίσης, ενισχύει τις αρνητικές επικοινωνίες.
- 3. Υψηλός ή χαμηλός φόρτος εργασίας:** Οι ερευνητές έχουν βρει υψηλά επίπεδα άγχους μεταξύ ατόμων που έχουν: υπερβολικό φόρτο εργασίας, πολλές ή απρόβλεπτες ώρες εργασίας, πάρα πολλές ευθύνες, εργασία σε πολύ γρήγορους ρυθμούς, πάρα πολλές τηλεφωνικές κλήσεις, άμεση αντιμετώπιση δύσκολων ανθρώπων χωρίς επαρκή βοήθεια, αντιμετώπιση συνεχών

κρίσεων, εποπτεία πάρα πολλών ανθρώπων ή ευρεία πολυδιάστατη περιγραφή της εργασίας είναι τα χαρακτηριστικά υπερφόρτωσης της εργασίας. Επιπλέον, οι βαρετές κουραστικές δουλειές ή εργασίες χωρίς ποικιλία μπορεί να είναι εξίσου δυσάρεστες.

- 4. Υπερφόρτωση επαφών:** Η υπερφόρτωση επαφών προκύπτει από την ανάγκη για συχνές συναντήσεις με άλλα άτομα για την εκτέλεση των εργασιακών λειτουργιών. Ορισμένα επαγγέλματα (διδασκαλία, παροχή συμβουλών, επιβολή του νόμου) απαιτούν πολλές συναντήσεις που είναι δυσάρεστες και επομένως αγχωτικές. Αυτοί οι εργαζόμενοι περνούν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου εργασίας τους αλληλοεπιδρώντας με άτομα σε διάφορες καταστάσεις ψυχικής δυσφορίας. Όταν το φορτίο είναι υψηλό, επηρεάζεται ο έλεγχος της εργασίας κάποιου και η συνακόλουθη ικανοποίησή του από αυτήν. Η υπερφόρτωση επαφών αφήνει επίσης λίγη ευκαιρία ή ενέργεια για επικοινωνία και υποστήριξη από άλλους υπαλλήλους ή για αναζήτηση προσωπικών και επαγγελματικών ευκαιριών ανάπτυξης.
- 5. Σύγκρουση/ασάφεια ρόλων:** Αν και η σύγκρουση και η ασάφεια των ρόλων μπορούν να συμβούν ανεξάρτητα, αναφέρονται και οι δύο στην αβεβαιότητα σχετικά με το τι αναμένεται να κάνει κάποιος στον χώρο εργασίας του. Η σύγκρουση ρόλων μπορεί να οριστεί ως η ταυτόχρονη εμφάνιση δύο ή περισσότερων αντιτιθέμενων πιέσεων έτσι ώστε μια απάντηση σε κάτι να καθιστά αδύνατη τη συμμόρφωση με κάτι άλλο. Οι πιο συχνές συγκρούσεις ρόλων είναι 1) αυτές μεταξύ των αξιών του ατόμου και εκείνων του ανώτερου ή του οργανισμού, 2) η σύγκρουση μεταξύ των απαιτήσεων του χώρου εργασίας και της προσωπικής ζωής του εργαζομένου και 3) η σύγκρουση μεταξύ των ικανοτήτων των εργαζομένων και των οργανωτικών προσδοκιών. Σε πολλές μελέτες, η σύγκρουση ρόλων έχει συσχετιστεί με χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, απογοήτευση, μειωμένη εμπιστοσύνη και σεβασμό, χαμηλή εμπιστοσύνη στην οργάνωση, προβλήματα ηθικής και υψηλού βαθμού άγχους. Η ασάφεια του ρόλου μπορεί να οριστεί ως η έλλειψη σαφήνειας σχετικά με την εργασία, δηλαδή, μια απόκλιση μεταξύ των πληροφοριών που διαθέτει ο υπάλληλος και εκείνης που απαιτείται για την επιτυχή απόδοση της εργασίας. Σε σύγκριση με τη σύγκρουση ρόλων, η ασάφεια ρόλων έχει τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την εργατική δυσαρέσκεια.
- 6. Ατομικοί παράγοντες:** Προσωπικοί παράγοντες όπως η οικονομική σταθερότητα, η οικογενειακή ικανοποίηση, καθώς και παράγοντες προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός, η υπερβολική συστολή, η αδιαλλαξία και οι κακές δεξιότητες διαχείρισης του στρες συμβάλλουν στο πώς επηρεάζεται κάποιος από το άγχος στην εργασία. Η αμοιβαία αλληλεπίδραση και συσσώρευση τόσο προσωπικών όσο και επαγγελματικών στρεσογόνων μπορεί σίγουρα να συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση (Beheshtifar & Omidvar, 2013).

3.3 Συμπτωματολογία

Το εργασιακό άγχος που σχετίζεται με ένα σοβαρό και σταθερό επίπεδο άγχους είναι γνωστό ως σύνδρομο εξουθένωσης, το οποίο χαρακτηρίζεται από μείωση της προσωπικής πληρότητας, απομόνωση από τις κοινωνικές σχέσεις και συναισθηματική εξάντληση. Η Maslach και οι συνεργάτες της (2001), όπως προαναφέρθηκε, θεώρησαν την εξάντληση ως «μακρόχρονη ανταπόκριση σε χρόνιες συναισθηματικές και διαπροσωπικές πιέσεις στον χώρο εργασίας, και καθορίζεται από τις τρεις διαστάσεις της εξάντλησης, του κυνισμού και της αδράνειας». Επίσης, οι συγγραφείς συνόψισαν την έρευνα που δείχνει ότι η εξάντληση έχει συνδεθεί με διάφορες μορφές απόσυρσης από την εργασία (απουσία), πρόθεση αποχώρησης από αυτήν και πραγματικό κύκλο εργασιών (Rožman et al., 2019).

Η εξουθένωση των εργαζομένων αναγνωρίζεται και ταξινομείται σε τρεις ξεχωριστές ομάδες συμπτωμάτων. Αυτά είναι (Rožman et al., 2019):

- Τα **φυσικά συμπτώματα** της εξάντλησης που περιλαμβάνουν εξάντληση, κόπωση, πονοκεφάλους, διαταραχές του ύπνου, απώλεια ενέργειας, αόριστο πόνο, μειωμένη διάρκεια προσοχής, ανούσια συναισθήματα, απάθεια, αυξημένη αρτηριακή πίεση, πόνοι στο στήθος και διαταραχές του γαστρεντερικού.
- Τα **συναισθηματικά συμπτώματα** εξάντλησης στο χώρο εργασίας που μπορεί να περιλαμβάνουν καταθλιπτική διάθεση, άγχος, ευερεθιστότητα, απώλεια αυτοπεποίθησης, ένταση ή θλίψη.
- Τα **συμπεριφορικά συμπτώματα** εξάντλησης στον εργασιακό χώρο που μπορεί να περιλαμβάνουν πρότυπα διαταραγμένου ύπνου, μειωμένους χρόνους αντίδρασης, μειωμένη ικανότητα εργασίας και λιγότερα κίνητρα εργασίας (Rožman et al., 2019).

3.4 Το Μοντέλο της Maslach Στις Υπηρεσίες Υγείας

Οι χώροι εργασίας με την υψηλότερη ποιότητα, όσον αφορά τη ρύθμιση και τη δομή, σχετίζονται με μεγαλύτερη ευεξία και χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής σημασίας να προωθούνται τα υγιή εργασιακά περιβάλλοντα, όπου δίνεται προσοχή στη ψυχολογική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Με τη σειρά της, η μελέτη της πρόληψης, της θεραπείας και της μέτρησης σοβαρών διαδεδομένων προβλημάτων σε αυτόν τον πληθυσμό, όπως το σύνδρομο της εξουθένωσης, πρέπει να συνεχίσει να εξελίσσεται (Pérez-Fuentes et al., 2018).

Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο όργανο για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το Maslach Burnout Inventory (MBI). Αυτό το όργανο σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση επαγγελματιών, όπως νοσοκόμων, που εκτελούν τη δουλειά τους, ενώ αλληλοεπιδρούν με τους χρήστες της υπηρεσίας τους, και έχει περιγραφεί και επικυρωθεί εκτενώς διεθνώς. Το εγχειρίδιό του περιγράφει την εξουθένωση που συμβαίνει σε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, σε συνδυασμό με χαμηλές βαθμολογίες στην προσωπική επιτυχία (Pérez-Fuentes et al., 2018).

Ωστόσο, άλλες μελέτες χρησιμοποιούν εναλλακτικές προτάσεις για τον προσδιορισμό της παρουσίας της εξουθένωσης, όπως ο ορισμός των Poncet et al., ο οποίος υπολόγισε ότι αυτό το σύνδρομο υπάρχει μεταξύ των επαγγελματιών με αθροιστική βαθμολογία πάνω από -9 στο MBI. Παρόλο που υπάρχουν μελέτες που επιβεβαιώνουν τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου Maslach Burnout Inventory, άλλες μελέτες έχουν βρει δομές παραγόντων που βασίζονται σε δύο και πέντε διαστάσεις (Pérez-Fuentes et al., 2018).

Το MBI έχει σχεδιαστεί για να αξιολογήσει τα τρία συστατικά του συνδρόμου εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη προσωπική επιτυχία. Υπάρχουν 22 στοιχεία, τα οποία χωρίζονται σε τρεις υποκατηγορίες. Ο γενικός όρος «παραλήπτες» χρησιμοποιείται στα στοιχεία για να αναφέρεται στα συγκεκριμένα άτομα για τα οποία ο ερωτώμενος παρέχει υπηρεσία, φροντίδα ή θεραπεία. Τα στοιχεία γράφονται με τη μορφή δηλώσεων σχετικά με προσωπικά συναισθήματα ή συμπεριφορές (π.χ., "Αισθάνομαι ότι έχω εξαντληθεί από τη δουλειά μου", "Δεν με νοιάζει τι συμβαίνει σε ορισμένους παραλήπτες"). Τα στοιχεία απαντώνται σε σχέση με τη συχνότητα με την οποία ο ερωτώμενος βιώνει αυτά τα συναισθήματα, σε κλίμακα 7 σημείων (κυμαίνεται από 0, "ποτέ" έως 6, "κάθε μέρα"). Επειδή μια τέτοια μορφή απόκρισης μοιάζει λιγότερο με την τυπική μορφή που χρησιμοποιείται σε άλλα μέτρα αυτό-αναφοράς για στάσεις και συναισθήματα, θα πρέπει να ελαχιστοποιηθούν οι ψευδείς συσχετίσεις με άλλα μέτρα (λόγω ομοιότητας των μορφών απόκρισης). Επιπλέον, η ρητή αγκύρωση και των 7 σημείων στη διάσταση της συχνότητας δημιουργεί μια πιο τυποποιημένη κλίμακα απόκρισης, έτσι ώστε ο ερευνητής να μπορεί να είναι αρκετά σίγουρος για τις έννοιες που αναλαμβάνουν οι ερωτηθέντες για κάθε τιμή κλίμακας. Στην αρχική έκδοση του MBI, υπήρχε επίσης μια κλίμακα απόκρισης για την ένταση του συναισθήματος (Maslach et al., 1997). Ωστόσο, λόγω του πλεονασμού μεταξύ της βαθμολογίας συχνότητας και έντασης, η κλίμακα έντασης διαγράφηκε από τις επόμενες εκδόσεις (Maslach, 2006),

Τα εννέα στοιχεία στην υποκλίμακα Συναισθηματικής Εξάντλησης αξιολογούν τα συναισθήματα του υπερβολικού συναισθήματος και εξάντλησης από την εργασία. Τα πέντε στοιχεία στην υποκλίμακα αποπροσωποποίησης μετρούν την αίσθηση και απρόσωπη απόκριση κάποιου προς τους αποδέκτες της υπηρεσίας, της φροντίδας, της θεραπείας ή της εντολής. Και για δύο αυτές

υποκατηγορίες, οι υψηλότερες μέσες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε υψηλότερους βαθμούς εμπειρικής εξουθένωσης. Επειδή ορισμένα από τα συστατικά στοιχεία σε κάθε υποκατηγορία είχαν χαμηλά φορτία από την άλλη, υπάρχει μια μέτρια συσχέτιση μεταξύ των δύο υποκατηγοριών, η οποία είναι σύμφωνη με τις θεωρητικές προσδοκίες ότι αυτές είναι ξεχωριστές, αλλά σχετικές, πτυχές της εξουθένωσης. Τα οκτώ στοιχεία στη δευτερεύουσα κλίμακα Προσωπικής Επιτυχίας αξιολογούν τα συναισθήματα ικανότητας και επιτυχημένης επίτευξης του ατόμου στην εργασία του με τους άλλους ανθρώπους. Σε αντίθεση με τις άλλες δύο υποκατηγορίες, οι χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες σε αυτήν την υποκλίμακα αντιστοιχούν σε υψηλότερους βαθμούς εμπειρικής εξουθένωσης (Maslach et al., 1997), (Maslach, 2006).

Η υποκλίμακα Προσωπικής Ολοκλήρωσης είναι ανεξάρτητη από τις άλλες υποκλίμακες και τα στοιχεία της δεν την φορτώνουν αρνητικά. Με άλλα λόγια, η προσωπική ολοκλήρωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ως το αντίθετο της συναισθηματικής έκφρασης ή της αποπροσωποποίησης. Πράγματι, οι συσχετίσεις μεταξύ της υποκλίμακας προσωπικής ολοκλήρωσης και των άλλων υποκλίμακων είναι χαμηλές. Η φόρμα δοκιμής κάθε ερωτώμενου βαθμολογείται χρησιμοποιώντας ένα κλειδί βαθμολόγησης που περιέχει οδηγίες για τη βαθμολόγηση κάθε υποκλίμακας. Οι βαθμολογίες για κάθε υποκλίμακα εξετάζονται χωριστά και δεν συνδυάζονται σε ένα ενιαίο, συνολικό σκορ. Επομένως, υπολογίζονται τρία σκορ για κάθε ερωτώμενο. Εάν είναι επιθυμητό για μεμονωμένα σχόλια, κάθε σκορ μπορεί στη συνέχεια να κωδικοποιηθεί ως χαμηλό, μέσο ή υψηλό χρησιμοποιώντας τα αριθμητικά σημεία διακοπής που αναφέρονται στο κλειδί βαθμολογίας (Maslach et al., 1997), (Maslach, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ

4.1 Διαχείριση Χρόνου στις Υπηρεσίες Υγείας – Η Περίπτωση των Νοσηλευτών

Η διαχείριση του χρόνου είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις υπηρεσίες υγείας και τα νοσοκομεία, καθώς είναι από τα ιδρύματα που παρέχουν υπηρεσίες σε 24ωρη βάση. Όλο το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης στο νοσοκομείο έχει κάποιες ευθύνες. Μερικές από αυτές είναι και η αποτελεσματική διαχείριση και χρήση του χρόνου τους με σκοπό την ικανοποίηση τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών ασθενών. Μέσα σε καθορισμένο χρόνο οφείλουν να παρέχουν τις υπηρεσίες και την απαραίτητη περίθαλψη στους ασθενείς και να συμβάλλουν στην όσο το δυνατόν πιο άμεση θεραπεία και έξοδο των ασθενών απ' το νοσοκομείο. Όπως γίνεται αντιληπτό, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ ευαίσθητες στη διαχείριση του χρόνου και η ευαισθησία αυτή καθιστά την έννοια του χρόνου πολύ σημαντική στη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας και παράλληλα στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (Özel et al., 2018).

Σήμερα, τα νοσηλευτικά ιδρύματα, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, δίνουν προτεραιότητα στη χρήση φυσικού περιβάλλοντος, από άποψη εξοπλισμού και ιατρικών τεχνολογιών, σύμφωνα με τις προσδοκίες, την ποιότητα των ατόμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και την αποτελεσματική χρήση του χρόνου ως κριτήρια που καθορίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Κατά τη διαχείριση του χρόνου σκοπός είναι αυτός να χρησιμοποιείται όσο το δυνατόν καλύτερα και να προσαρμόζει περισσότερες εργασίες και δραστηριότητες εντός ενός περιορισμένου χρονικού πλαισίου (Özel et al., 2018).

Επίσης, τα νοσοκομεία είναι ιδρύματα που πρέπει να παρέχουν καθημερινές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε συγκεκριμένους τομείς εντός συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Για παράδειγμα, τα άτομα που υποβάλλουν αίτηση σε νοσοκομεία θα πρέπει να λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας το συντομότερο δυνατό, υπό κατάλληλες συνθήκες, με αξιόπιστα διαγνωστικά εργαλεία και κατάλληλες διαγνώσεις υπό τις καλύτερες συνθήκες. Αντιθέτως, η κακή διαχείριση του χρόνου γενικά σε ιδρύματα, πέραν αυτών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, μπορεί να οδηγήσει μόνο σε υλικές και οικονομικές απώλειες. Η αναποτελεσματική διαχείριση του χρόνου σε νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να στοιχίσει ζωές και να προκαλέσει επίσης υλικές και οικονομικές απώλειες. Για το λόγο αυτό, όλοι οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση της αποτελεσματικής και αποδοτικής χρήσης του χρόνου τους, να καθορίζουν τους προσωπικούς τους στόχους και τους στόχους που απαιτούνται από τον επαγγελματικό τους ρόλο. Τέλος, θα πρέπει να επωφελούνται από αποτελεσματικές πρακτικές διαχείρισης του χρόνου κατά την

εκτέλεση των ρόλων τους και να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στους ασθενείς (Özel et al., 2018).

Στην περίπτωση των νοσηλευτών, το έργο που προσφέρουν είναι απαιτητικό και πολλές φορές μπορεί να δημιουργεί πολύ άγχος ή/και να οδηγεί αποδιοργάνωση (Goldsby et al., 2020). Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες άγχους που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές είναι η αντιληπτή πίεση χρόνου (Teng et al., 2010). Η πίεση αυτή επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων των νοσηλευτών, μειώνει τη συναισθηματική τους ευεξία και οδηγεί στην εξάντλησή τους. Ιδιαίτερα σημαντικά ήταν τα ευρήματα μιας πρόσφατης έρευνας σχετική με τις ψυχολογικές επιστήμες, τα οποία έδειξαν ότι η αυξημένη πίεση του χρόνου μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερη ανεντιμότητα (Protzko et al., 2019).

Ο χρόνος αποτελεί σημαντικό ζήτημα στην υγειονομική περίθαλψη σήμερα. Η έμφαση στην ποιότητα της περίθαλψης, της ασφάλειας, της τυποποίησης και της αποτελεσματικότητας πρέπει να αντιμετωπιστεί εντός των περιορισμών της αύξησης του αριθμού των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία και εντός μιας σύντομης διάρκειας παραμονής (Bundgaard et al., 2016). Οι νοσηλευτές συχνά βρίσκονται σε συνεχή πάλη προκειμένου να λάβουν σημαντικές αποφάσεις και να εκτελέσουν έναν αυξανόμενο αριθμό πολύπλοκων εργασιών κάτω από χρονικά περιορισμένες συνθήκες (Chan et al., 2013).

Μια παλιά μελέτη των Thompson et al. (2004) που πραγματοποιήθηκε σε ιατρικές μονάδες εισαγωγής, διαπίστωσαν ότι κάθε άτομο που ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει έως και 50 σημαντικές κλινικές αποφάσεις σε μία μόνο βάρδια 8 ωρών. Άλλες έρευνες έχουν ανακαλύψει παρόμοια πρότυπα κλινικών κρίσεων και επιλογών σε ελεγχόμενα χρονικά πλαίσια. Ο Thompson και οι συνεργάτες του (2008), για παράδειγμα, ανακάλυψαν ότι οι νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας έπρεπε να λαμβάνουν κάποια κλινική κρίση ή απόφαση κάθε 30 δευτερόλεπτα. Μια άλλη μελέτη, αυτή των Saintsing et al. (2011), κατέγραψε την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του χρόνου. Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές ανέφεραν χρονικούς περιορισμούς οι οποίοι με τη σειρά τους περιόρισαν τις αξιολογήσεις των ασθενών τους, με περίπου το 80% των αρχάριων νοσηλευτών να αναγνωρίζουν ότι κάνουν λάθη λόγω της πίεσης του χρόνου. Επιπλέον, ο Gonzalez (2004) απέδειξε ότι οι εργαζόμενοι που λάμβαναν αποφάσεις υπό περιορισμένες χρονικές συνθήκες είχαν χειρότερη απόδοση συγκριτικά με εκείνους που αντιμετώπιζαν τις ίδιες καταστάσεις έχοντας περισσότερο χρόνο στη διάθεσή τους (Thompson et al., 2004), (Thompson et al., 2008), (Saintsing et al., 2011), (Gonzalez, 2004).

Η ταχεία επεξεργασία πληροφοριών έχει αναγνωριστεί ως μια φυσική απόκριση στην πίεση του χρόνου κατά την εφαρμογή μιας επιθυμητής στρατηγικής. Οι αρχάριοι νοσηλευτές περιέγραψαν ότι αισθάνονται την πίεση από τους ανωτέρους τους ώστε να μην αφήσουν ημιτελή καθήκοντα για τους συναδέλφους τους που ξεκινούν την επόμενη βάρδια. Αυτός ο αυτό-περιοριζόμενος χρονικός

περιορισμός είναι διαδεδομένος στον τομέα της υγειονομική περίθαλψη, ειδικά για νέους νοσηλευτές που θέλουν να αποφύγουν τις θεωρήσεις πως είναι ανίκανοι να ολοκληρώσουν διεξοδικά τις ευθύνες τους. Επιπλέον, συχνά αναφέρουν ότι η πίεση για άμεση εκτέλεση, ο υψηλός φόρτος εργασίας, η τεχνολογία και τα ζητήματα του συστήματος δημιουργούν φραγμούς που τους εμποδίζουν να παρέχουν συμπονετική φροντίδα. Το συχνά χαοτικό περιβάλλον αποδυναμώνει την ικανότητά τους να φροντίζουν τους άλλους καθώς και τον εαυτό τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δυσαρέσκεια, εξάντληση και κόπωση, αφού η πίεση του χρόνου οδηγεί σε κατανάλωση μεγάλου ποσού ενέργειας ακόμη και σε μια μόνο βάρδια (Goldsby et al., 2020).

Συνεπώς, η χρονική πίεση μπορεί να δημιουργήσει πιθανά αρνητικά αποτελέσματα στους νοσηλευτές. Την λύση αυτών των προβλημάτων μπορεί να δώσει ο προϊστάμενος των νοσηλευτών, με δεδομένο όμως να χαρακτηρίζεται από ικανότητα και αποτελεσματικότητα. Μέσω της κατάλληλης βοήθειας λοιπόν θα καταφέρει να βοηθήσει τους νοσηλευτές στο να διαχειρίζονται καλύτερα αυτήν τη χρονική πίεση, θα βελτιώσει την ευεξία και την απόδοσή τους και θα τους οδηγήσει στο να λαμβάνουν αποφάσεις με μεγαλύτερη υπευθυνότητα, δηλαδή, να γίνουν καλύτεροι διαχειριστές του χρόνου τους (Goldsby et al., 2020).

4.2 Πηγές Άγχους στους Νοσηλευτές

- **Φύση της νοσηλευτικής:** Σε πολλές περιπτώσεις κάποιος ακολουθεί το επάγγελμα του νοσηλευτή με σκοπό να παρέχει βοήθεια στους ανθρώπους που βρίσκονται σε ανάγκη. Ωστόσο, μόλις έρχεται αντιμέτωπος με την πραγματική φύση του επαγγέλματος συνειδητοποιεί γρήγορα πως θα έρθει αντιμέτωπος και με την απώλεια της ζωής των ασθενών που φροντίζει. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα η φύση της εργασίας ενός νοσηλευτή διαφέρει από αυτή των περισσότερων επαγγελμάτων. Το πρόγραμμα εργασίας των νοσηλευτών έχει τόσο πρωινές όσο και νυχτερινές βάρδιες και οι συνθήκες μπορεί να είναι ιδιαίτερα αγχωτικές, καθώς πρόκειται για ένα επάγγελμα που σχετίζεται με τον πόνο, την αρρώστια και το θάνατο. Ένας άλλος σοβαρός στρεσογόνος παράγοντας είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας πάντοτε πληρώνουν ένα βαρύ τίμημα όσον αφορά τις μολυσματικές ασθένειες. Λόγω της φύσης της εργασίας τους έρχονται σε επαφή με βιολογικούς κινδύνους, αφού χρησιμοποιούν αιχμηρό εξοπλισμό όπως βελόνες. Επίσης μέσω της επαφής με το δέρμα των ασθενών τους, κατά το χειρισμό του αίματος και των σωματικών υγρών τους, εκτίθενται στους ίδιους κινδύνους ενεργού λοίμωξης με τους ασθενείς. Εκτός από αυτά, οι χημικές ουσίες του νοσοκομείου μαζί με τη χρήση επικίνδυνων φαρμάκων, όπως αυτά που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία, εκθέτουν τους νοσηλευτές σε περαιτέρω κινδύνους για την υγεία (Moustaka & Constantinidis, 2010).

- **Περιβάλλον εργασίας:** Στο περιβάλλον εργασίας του νοσοκομείου η κλίμακα μέτρησης του άγχους των νοσηλευτών κατά την ώρα της εργασίας τους (Nursing Stress Scale – NSS), εντόπισε τρεις πηγές άγχους που προκαλούν στους νοσηλευτές συγκεκριμένες αγχωτικές καταστάσεις οι οποίες επηρεάζουν την εργασιακή τους απόδοση. Οι πηγές αυτές είναι το φυσικό, ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον. Οι συνθήκες εργασίας όπως ο λανθασμένος εξαερισμός, ο φωτισμός και τα ανεπαρκή επίπεδα θερμοκρασίας συγκαταλέγονται στους πιθανούς παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Οι δυσκολίες αντιμετώπισης του άγχους σε συνδυασμό με τη ψυχολογική ή συναισθηματική αστάθεια θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε βία. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας, και κυρίως οι νοσηλευτές και το προσωπικό της κλινικής, επηρεάζονται ιδιαίτερα από τον κίνδυνο σωματικής βίας, ιδιαίτερα στα δωμάτια των επειγόντων περιστατικών, που αποτελούν πηγή έντονου άγχους (Moustaka & Constantinidis, 2010).
- **Διαπροσωπικές σχέσεις:** Οι εργασιακές σχέσεις μπορεί να αποτελέσουν πιθανούς παράγοντες άγχους, με τις δύο επικρατέστερες πηγές άγχους σε αυτόν τον τομέα να είναι οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους και η έλλειψη υποστήριξης του προσωπικού. Άλλες εκτιμήσεις δείχνουν ότι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης από τους συναδέλφους και τους ανώτερους και η μικρή ικανοποίηση που λαμβάνει ο νοσηλευτής από τους προϊσταμένους νοσηλευτές ή τον διευθυντή, συνέβαλαν σημαντικά στην εμφάνιση του άγχους (Moustaka & Constantinidis, 2010).
- **Οργανωτικοί παράγοντες:** Μελέτες δείχνουν ότι, εκτός από την ίδια τη νοσηλευτική, τα οργανωτικά και διοικητικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν το εργασιακό άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές. Σε κάθε περίπτωση, ένα μεγάλο μέρος των πιθανών πηγών άγχους για τους νοσηλευτές φαίνεται να είναι οργανωτικής φύσης, συμπεριλαμβανομένων καταστάσεων νοσηλευτικής εργασίας που προκαλούν άγχος, οι οποίες μπορεί να είναι σωματικής, ψυχολογικής ή κοινωνικής φύσης. Εκτός από την απόκριση των νοσηλευτών στη σωματική και ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, οι αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας, λόγω της χρήσης εξελιγμένων τεχνολογιών, του ανταγωνισμού μεταξύ νοσοκομείων, της έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού, του υπερβολικού φόρτου εργασίας και της έλλειψης αυτονομίας και ανατροφοδότησης των εργασιών, καθώς και των μειωμένων ευκαιριών προόδου, φαίνεται να είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της συναισθηματικής εξάντλησης. Τέλος, το εργασιακό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών σχετίζεται με ποικίλους προσωπικούς και θεσμικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, ένα υψηλό επίπεδο εργασιακού άγχους σχετίζεται με τον φόρτο

εργασίας και την ευθύνη, ωστόσο για κάποιον άλλον ο φόρτος εργασίας μπορεί να είναι ο καλύτερος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της κατάστασης υγείας και ευεξίας του (Moustaka & Constantinidis, 2010).

- **Χαρακτηριστικά ρόλου:** Η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων είναι δύο βασικοί παράγοντες πρόκλησης άγχους στον εργασιακό χώρο. Η ασάφεια μπορεί να οριστεί ως η έλλειψη σαφήνειας σχετικά με τους στόχους και τα καθήκοντα του εργαζομένου, ενώ η σύγκρουση ρόλων ως η σύγκρουση μεταξύ των επαγγελματικών ρόλων. Το άγχος που παρατηρείται σε άτομα ή σε ομάδες συμβαίνει όταν η κατάστασή τους είναι υπερβολικά περίπλοκη, διφορούμενη και ασαφής, καθώς και ιδιαίτερα απαιτητική όσον αφορά την ικανότητα ή όταν δεν υπάρχουν δομικά μέσα για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων. Μια μελέτη που διεξήχθη σε Ελληνικά Νοσοκομεία έδειξε ότι το εργασιακό άγχος των επαγγελματιών της νοσηλευτικής συνδέεται με την επιθυμία τροποποίησης του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτικών εργασιών και της μειωμένης κοινωνικής αναγνώρισης του επαγγέλματος (Moustaka & Constantinidis, 2010).
- **Ατομικά χαρακτηριστικά:** Το εργασιακό άγχος προκύπτει από κοινωνικές ρυθμίσεις που καθορίζονται εν μέρει από την οργάνωση της εργασίας και την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των οργανωτικών παραγόντων και των χαρακτηριστικών των μεμονωμένων εργαζομένων. Με άλλα λόγια, το εργασιακό άγχος στη νοσηλευτική καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το πόσο επιτυχώς κάθε μεμονωμένος νοσηλευτής αντιμετωπίζει τους παράγοντες άγχους που σχετίζονται με την εργασία στο χώρο εργασίας του. Μία από τις μεγαλύτερες αιτίες για το άγχος των νοσοκόμων είναι η έλλειψη προετοιμασίας τους στο χειρισμό των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών, τα οποία μπορεί να προκαλούν έντονο άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος, ένα υψηλό επίπεδο εργασιακού άγχους μπορεί να σχετίζεται και με την εργασιακή εμπειρία και την εκπαίδευση του ατόμου (Moustaka & Constantinidis, 2010).
- **Προβλήματα στη συμπεριφορά του προσωπικού:** Το άγχος μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο μεμονωμένα σε κάθε νοσηλευτή και στην ικανότητά του να επιτελεί εργασίες. Πιο συγκεκριμένα, η κακή λήψη αποφάσεων, η έλλειψη συγκέντρωσης, η απάθεια, το μειωμένο κίνητρο και το άγχος μπορεί να επηρεάσουν την απόδοση της εργασίας, δημιουργώντας μη χαρακτηριστικά λάθη. Όλα τα παραπάνω μπορούν να συμβάλουν άμεσα στην απουσία, στη μείωση της απόδοσης της εργασίας και, τελικά, στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν συνεχιζόμενο άγχος είναι πιο πιθανό να μην τρέφονται σωστά,

να καπνίζουν και να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικές συνθήκες υγείας που επηρεάζουν τα προσωπικά λάθη. Έχει βρεθεί μια ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών και της εργασιακής ικανοποίησης, με βάση την οποία το αυξανόμενο εργασιακό άγχος οδηγεί σε αυξημένο ποσοστό κύκλου εργασιών, γεγονός που αναγκάζει όλο και περισσότερους νοσηλευτές να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (Moustaka & Constantinidis, 2010).

- **Ψυχικά προβλήματα:** Το εργασιακό άγχος και οι συνέπειές του στη συμπεριφορά των νοσηλευτών μπορούν να δημιουργήσουν ψυχικά προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία και συναισθήματα ανεπάρκειας. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία απαριθμεί τις ψυχολογικές διαταραχές μεταξύ των δέκα κορυφαίων ασθενειών ή τραυματισμών που σχετίζονται με την εργασία και έχει αναφέρει στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι σχεδόν το 75% των ασθενών που αναζητούν ψυχιατρική διαβούλευση αντιμετωπίζουν δυσκολίες ικανοποίησης από την εργασία τους και άγχος (Moustaka & Constantinidis, 2010).

4.3 Επαγγελματική Εξουθένωση στους Νοσηλευτές

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η Maslach και οι συνεργάτες της όρισαν την εξουθένωση ως ένα ψυχολογικό σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής ικανοποίησης που εμφανίζεται μεταξύ ατόμων που εργάζονται με άλλους ανθρώπους, ιδιαίτερα σε συγκρουόμενες ή κατά τα άλλα κρίσιμες καταστάσεις (Xie et al., 2011).

Το επάγγελμα του νοσηλευτή έχει θεωρηθεί πως είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στην επαγγελματική εξουθένωση λόγω του υπερβολικού φόρτου εργασίας, των διεπαγγελματικών συγκρούσεων, της έλλειψης σαφήνειας, της ασάφειας στην εργασία, της αυξανόμενης πολυπλοκότητας των εργασιών, των συναισθηματικών απαιτήσεων των ασθενών και της κακής πρόγνωσης (Chakraborty et al., 2012). Η εξουθένωση των νοσηλευτών αποτελεί μια σοβαρή κατάσταση που απειλεί τόσο την υγεία των ίδιων όσο και την υγεία των ασθενών τους (Xie et al., 2011). Η ηλικία, η διάρκεια της συνολικής περιόδου άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, το σημείο ελέγχου, η αίσθηση της γενικής ευεξίας, οι δυνατότητες προσαρμογής και η συναισθηματική ωριμότητα βρέθηκαν να έχουν σημαντική σχέση με την εργασιακή εξουθένωση (Chakraborty et al., 2012). Στην περίπτωση της νοσηλευτικής έχουν εντοπιστεί τρεις ομάδες παραγόντων που φαίνεται να συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων: α) οι οργανωτικοί παράγοντες (επαγγελματικοί στρεσογόνοι παράγοντες), β) οι ενισχυτικοί παράγοντες (στρατηγικές αντιμετώπισης) και γ) οι

δημογραφικοί παράγοντες (ηλικία, εμπειρία και θέση του νοσηλευτή). Μεταξύ αυτών των παραγόντων, το παρατεταμένο εργασιακό άγχος θεωρείται πως είναι αυτό που οδηγεί τις περισσότερες φορές στην εξουθένωση, ειδικά όταν οι απαιτήσεις της εργασίας και οι ατομικές ικανότητες δεν βρίσκονται σε ισορροπία (Xie et al., 2011).

Επομένως, η νοσηλευτική θεωρείται επάγγελμα υψηλού κινδύνου με υψηλά επίπεδα άγχους και εξουθένωσης. Στις τρέχουσες ρυθμίσεις υγειονομικής περίθαλψης ορισμένων χωρών, οι νοσηλευτές διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο εργασιακής εξουθένωσης λόγω της άνισης σχέσης μεταξύ του αυξημένου αριθμού των ασθενών και της επιδεινούμενης έλλειψης νοσηλευτών (Chaudhury, 2018). Για παράδειγμα, η Κίνα μέχρι και σήμερα αντιμετωπίζει μία από τις σοβαρότερες ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού στον κόσμο. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Κίνας, ο αριθμός των εγγεγραμμένων νοσοκόμων για το έτος 2003 ήταν 10:10.000 του πληθυσμού από το 1997 έως το 2002, ενώ ο αριθμός αυτός ήταν 74-49:10.000 στην Ιαπωνία και 83:10.000 στην Αυστραλία, αντίστοιχα (Xie et al., 2011).

Το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε πτώση της υγείας του εργαζόμενου και ακόμη και σε τραυματισμό. Το άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές μπορεί να προκαλεί κόπωση, σκληρή συμπεριφορά, άγχος, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, έλλειψη αυτοπεποίθησης, έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και μείωση της αποτελεσματικότητας. Μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, αποξένωση από τους ασθενείς, μείωση ή/και απουσία των ικανοτήτων, απουσίες από την εργασία, διατάραξη του κύκλου εργασιών και κατά συνέπεια μείωση της ποιότητας της περίθαλψης (Chaudhury, 2018).

Η μετατροπή του εργασιακού περιβάλλοντος σε ένα υγιή χώρο εργασίας πιστεύεται ότι μπορεί να επιτύχει βελτιώσεις α) στην πρόσληψη και στην απορρόφηση των νοσηλευτών, β) στην ικανοποίηση εργασίας όλου του προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης και γ) στα αποτελέσματα των ασθενών, ιδιαίτερα εκείνων που σχετίζονται με την ασφάλειά τους. Η κοινωνική υποστήριξη από ανωτέρους ή συναδέλφους παρουσιάζει γενικότερα αρνητική σχέση με το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Αντιθέτως, φαίνεται πως η κοινωνική υποστήριξη παρέχει μια άμεση και ευεργετική επίδραση στην ευημερία των εργαζομένων και στην οργανωτική παραγωγικότητα (Chaudhury, 2018). Επιπλέον, η διοικητική υποστήριξη στη συμμετοχική διαχείριση μειώνει το άγχος κι έτσι, οι θεσμικοί ηγέτες πρέπει να κατανοήσουν την οικονομική τους κατάσταση και επίσης να αξιολογήσουν πώς το περιβαλλοντικό άγχος επηρεάζει τους ασθενείς και το εργατικό προσωπικό και στη συνέχεια να αναλάβει δράση για να αλλάξει τις καταστάσεις. Η κατανόηση του επιπέδου εξουθένωσης των νοσοκόμων και η σχέση της με τους παράγοντες άγχους στην εργασία είναι σημαντική για τη μείωση των προβλημάτων υγείας μεταξύ των νοσοκόμων και την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Xie et al., 2011).

4.4 Ικανοποίηση Νοσηλευτών

Η ικανοποίηση από την εργασία ορίζεται ως η στάση και τα συναισθήματα που έχουν οι άνθρωποι για τη δουλειά τους. Μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, οι νοσηλευτές αποτελούν μια πολύ σημαντική επαγγελματική ομάδα (Elsherbeny & El-masry, 2018). Πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση από την εργασία είναι πιθανώς ο πιο σημαντικός, αλλά αόριστος, παράγοντας κατανόησης των κινήτρων, της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας των εργαζομένων, καθώς και της πρόσληψης και απορρόφησής τους. Η ικανοποίηση από την εργασία είναι ένα σημαντικό συστατικό της ζωής των νοσηλευτών που μπορεί να επηρεάσει την ασφάλεια των ασθενών, την παραγωγικότητα και την απόδοση, την ποιότητα της περίθαλψης, τον κύκλο εργασιών και τη δέσμευση του εργαζομένου στο επάγγελμα και στο νοσηλευτικό ίδρυμα (Malliarou et al., 2010). Τα τελευταία χρόνια, η παροχή ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας αποτελεί θεμελιώδη πρόκληση και για να επιτευχθεί αυτό το επίπεδο ποιότητας, θα πρέπει να επιτευχθεί κι ένα λογικό επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους (Elsherbeny & El-masry, 2018).

Έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους σχετίζεται με τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα που έχουν οι ίδιοι για την εργασία και το επάγγελμά τους. Η ικανοποίηση αυτή έχει περιγραφεί ως μια στάση με ένα συναισθηματικό και γνωστικό συστατικό. Κατά τον καθορισμό του επιπέδου ικανοποίησης από την εργασία, η προσοχή πρέπει να εστιάζεται στο πώς αισθάνονται οι εργαζόμενοι για την εργασία τους και τις προσωπικές τους σχέσεις στον εργασιακό τους χώρο και στον τρόπο με τον οποίο οι ηγέτες (διευθυντής, προϊστάμενοι) επηρεάζουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών. Δεν χωρά αμφιβολία πως οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι είναι ο απώτερος στόχος κάθε ηγέτη. Από την άλλη πλευρά, ο στόχος κάθε υπαλλήλου είναι να βρει το είδος της εργασίας που ταιριάζει όσο το δυνατόν πλησιέστερα με τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντά του, που τον οδηγεί στην επιτυχία και του παρέχει ευκαιρίες προαγωγής. Οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι τείνουν να είναι πιο παραγωγικοί και αφοσιωμένοι στους εργοδότες τους και έχει αποδειχθεί άμεση συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του προσωπικού και της ικανοποίησης των ασθενών σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Lorber & Skela, 2012).

Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα ψυχικής υγείας, εξαιτίας της δύσκολης φύσης του τομέα, παρουσιάζουν μεγάλη εξουθένωση με αποτέλεσμα η ικανοποίηση από την εργασία τους να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με άλλες επαγγελματικές ομάδες υγείας που απασχολούνται στην ψυχιατρική περίθαλψη. Περίπου το ήμισυ του ελληνικού νοσηλευτικού προσωπικού φάνηκε δυσαρεστημένο από τη δουλειά του, κυρίως λόγω της μη αναγνώρισης της συμβολής του στην υγεία και των μη ικανοποιητικών συνθηκών εργασίας. Τέλος, ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι ευκαιρίες ανάπτυξης και η

συναδελφικότητα, φαίνεται να αποτελούν τους πιο κρίσιμους παράγοντες δυσαρέσκειας των νοσηλευτών σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές ομάδες υγείας, με στατιστικά σημαντική διαφορά (Andrioti et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: HEALTH MANAGEMENT – ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

5.1 Ορισμός

Η διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης είναι μια αναπτυσσόμενη βιομηχανία σε παγκόσμιο επίπεδο. Το Γραφείο Στατιστικής Εργασίας της Ευρώπης αναφέρει ότι οι θέσεις εργασίας στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης αναμένεται να σημειώσουν αύξηση 22% στη δεκαετία μεταξύ 2020 και 2030. Είναι λογικό ότι η ανάγκη για εγκαταστάσεις και παρόχους υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται, καθώς ο πληθυσμός γερνά και το προσδόκιμο ζωής μειώνεται. Επίσης, αύξηση θα σημειωθεί και στην ανάγκη των επαγγελματιών να διαχειρίζονται τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Eurostat, 2020).

Η διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης, που αναφέρεται επίσης ως διοίκηση υγειονομικής περίθαλψης, είναι η διαχείριση ή επίβλεψη συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, συστημάτων δημόσιας υγείας, νοσοκομείων, ολόκληρων δικτύων νοσοκομείων ή άλλων ιατρικών εγκαταστάσεων. Τα καθήκοντα αυτών των επαγγελματιών, μεταξύ πολλών άλλων αρμοδιοτήτων, περιλαμβάνουν τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των επιμέρους τμημάτων, την πρόσληψη ειδικευμένων υπαλλήλων, τη διάδοση των πληροφοριών αποτελεσματικά σε ολόκληρο τον οργανισμό, την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων και την αξιοποίηση των πόρων. Φυσικά, υπάρχουν και οι γενικοί διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης και είναι εκείνοι που θεωρούνται ειδικοί στον τομέα, αφού είναι αυτοί που επιβλέπουν ολόκληρες εγκαταστάσεις. Αντίθετα, οι υπάλληλοι υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνονται στη διαχείριση συγκεκριμένων τμημάτων όπως το μάρκετινγκ, την ανάλυση πολιτικής ή τη λογιστική (Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο, 2019).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους ένας εργαζόμενος μπορεί να ανελιχθεί στη θέση του υπεύθυνου υγειονομικής περίθαλψης. Αρχικά, ως σπουδαστής ακολουθεί συνήθως, μέσω μιας σχολής διοίκησης επιχειρήσεων ή δημόσιας υγείας, ένα πρόγραμμα σχετικό με τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν διάφορα προγράμματα πιστοποίησης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ωστόσο, οι περισσότεροι εργαζόμενοι του τομέα κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο, ο οποίος τείνει να αποτελεί προσδοκία πρόσληψης για υψηλόβαθμες θέσεις. Οι επαγγελματίες αυτού του τομέα μπορούν επίσης να αναβαθμίσουν την εκπαίδευσή τους για να αποκτήσουν διδακτορικό δίπλωμα στη διοίκηση υγείας, προκειμένου να μεταβούν σε θέσεις διδασκαλίας σε επίπεδο κολλεγίου, να γίνουν αναλυτές δημόσιας πολιτικής ή να οδηγήσουν μεγαλύτερους οργανισμούς σε πιο σύνθετα επίπεδα (Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο, 2019).

Ο γενικός φορέας διαπίστευσης που επιβλέπει τα εκπαιδευτικά προγράμματα της διοίκησης

υγειονομικής περίθαλψης είναι η Επιτροπή για τη Διαπίστευση της Εκπαίδευσης Διαχείρισης Υγείας. Μερικά από τα διεθνή προγράμματα σπουδών που εμπίπτουν στην αιγίδα του περιλαμβάνουν το Master of Health Services Administration, Master of Hospital Administration, Master of Health Administration, Master of Business Administration in Hospital Management και Master of Public Health, μεταξύ άλλων γενικότερων προγραμμάτων που μπορούν να οδηγήσουν σε σταδιοδρομία στην διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης (American College of Healthcare Executive, 2019).

Ενώ οι απαιτήσεις διαφέρουν από χώρα σε χώρα, οι περισσότεροι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης δεν χρειάζονται άδεια. Μια εξαίρεση από αυτόν τον κανόνα μπορεί να είναι για εκείνους που επιθυμούν να ιδρύσουν τη δική τους εγκατάσταση/οργανισμό, καθώς τα περισσότερα κράτη απαιτούν άδεια για επιχειρήσεις όπως γηροκομεία, ιδιωτικά νοσοκομεία και εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης. Για όσους δεν χρειάζονται άδεια, η πιστοποίηση ή άλλα διαπιστευτήρια μπορεί να παρέχουν επαγγελματικό πλεονέκτημα. Τα διοικητικά συμβούλια πιστοποίησης προσφέρουν πιστοποίηση βάσει συνδυασμού εκπαίδευσης, εξετάσεων, εμπειρίας και γνώσης. Το American College of Healthcare Executives για παράδειγμα, προσφέρει δύο πολύτιμους τίτλους σε επαγγελματίες του κλάδου. Αυτοί είναι ο συνεργάτης του American College of Healthcare Executives και το Certified Healthcare Executive. Η Εθνική Ένωση για την Ποιότητα της Υγείας και τα στελέχη του American College of Medical Practice είναι δύο άλλοι οργανισμοί διαπίστευσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (American College of Healthcare Executive, 2019).

5.2 Γενικές Αρχές

Οι ελλείψεις προσωπικού, ο συνεχιζόμενος πληθωρισμός κόστους και η ζήτηση υπηρεσιών έχουν εντείνει την έκκληση για πιο αποτελεσματική και αποδοτική χρήση σπάνιων πόρων, μέσω ολοκληρωμένων μοντέλων παροχής υπηρεσιών. Τα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας θεωρούνται ευρέως ότι παρέχουν ανώτερη απόδοση από άποψη ποιότητας και ασφάλειας, αποτελεσματικής επικοινωνίας και τυποποιημένων πρωτοκόλλων, ωστόσο, αυτά τα αποτελέσματα δεν έχουν αποδειχθεί πλήρως (Fleury, 2006).

Παρά τον αυξανόμενο ενθουσιασμό για την ένταξη, οι πληροφορίες που σχετίζονται με την εφαρμογή και την αξιολόγηση των πρωτοβουλιών ένταξης επειδή δεν μπορούν να συγκεντρωθούν εύκολα δεν είναι προσβάσιμες. Η καθοδήγηση για τους σχεδιαστές/προγραμματιστές και τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο σχεδιασμού και εφαρμογής ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας, είναι ελλιπής. Με τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, ως προσδοκία στη

διαχείριση και την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης, έχει γεννηθεί επίσης η ανάγκη αναζήτησης και εφαρμογής των σημερινών γνώσεων, που σχετίζονται με την ενσωμάτωση των συστημάτων υγείας, με σκοπό την προώθηση της αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών. Οι συστηματικές κριτικές μπορούν να χρησιμεύσουν ως εργαλείο λήψης τεκμηριωμένων αποφάσεων για τους υπεύθυνους της υγείας και της χάραξης πολιτικής (Cookson, 2005).

Γενικότερα, υπάρχουν 10 βασικές κατευθυντήριες αρχές που συμβάλλουν στην ενσωμάτωση επιτυχημένων συστημάτων υγείας. Αυτές οι αρχές συνοπτικά είναι:

1. Παροχή πλήρων υπηρεσιών σε όλο το συνεχές της φροντίδας.
2. Εστίαση στους ασθενείς.
3. Γεωγραφική κάλυψη και χρονικός προγραμματισμός.
4. Τυποποιημένη παροχή φροντίδας μέσω διεπαγγελματικών ομάδων.
5. Διαχείριση απόδοσης.
6. Συστήματα πληροφοριών.
7. Οργανωτική κουλτούρα και ηγεσία.
8. Ιατρική ενσωμάτωση.
9. Δομή διακυβέρνησης.
10. Διαχείριση οικονομικών.

Αναλυτικότερα, η πρώτη αρχή των ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας αφορά στο πλήρες πεδίο των καλυπτόμενων κλινικών και σχετικών με την υγεία υπηρεσιών. Τα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας αναλαμβάνουν την ευθύνη να σχεδιάζουν, να παρέχουν, να αγοράζουν και να συντονίζουν όλες τις βασικές υπηρεσίες για τον πληθυσμό που εξυπηρετείται. Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες από την πρωτοβάθμια έως την τριτοβάθμια περίθαλψη, καθώς και τη συνεργασία μεταξύ οργανισμών υγείας και κοινωνικής μέριμνας. Η εστίαση στην υγεία του πληθυσμού για την επίτευξη ενός πλήρως ολοκληρωμένου συστήματος υγείας θεωρείται απαραίτητη από ορισμένους συγγραφείς. Ο βαθμός ολοκλήρωσης καθορίζεται από παράγοντες όπως, ο βαθμός στον οποίο οι πάροχοι ενσωματώνονται στο ευρύτερο σύστημα – αντανακλάται από ομοιότητες στόχων, οράματος και αποστολής – και το ποσοστό των υπηρεσιών υγείας που είναι πλήρως ενσωματωμένες στο σύστημα (Suter et al., 2009).

Οι νοσοκομειακές μονάδες που αποτυγχάνουν να τοποθετήσουν τον ασθενή στο επίκεντρο των προσπαθειών ένταξής τους είναι απίθανο να επιτύχουν. Η εστίαση του ενδιαφέροντος προς τους ασθενείς αντικατοπτρίζεται από α) εκτιμήσεις των αναγκών βάσει του πληθυσμού, που οδηγούν στον σχεδιασμό υπηρεσιών και στη διαχείριση πληροφοριών και β) στην επιθυμία να επανασχεδιαστούν εσωτερικές διαδικασίες για τη βελτίωση της ικανοποίησης και των

αποτελεσμάτων του ασθενούς. Γενικότερα, οι υπηρεσίες δείχνουν μια ευαισθησία προς την αγορά και ανταποκρίνονται άμεσα στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού, διασφαλίζοντας ότι ο ασθενής λαμβάνει τη σωστή φροντίδα, στο σωστό μέρος, τη σωστή στιγμή. Αυτό όμως απαιτεί διεξοδική κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς μετακινούνται μεταξύ των διαφορετικών παροχών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Τα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας θα πρέπει να είναι προσβάσιμα για όλους τους ασθενείς, ενώ έχει ήδη τονιστεί η σημασία της συμμετοχής και της εκπροσώπησης των κοινοτήτων που εξυπηρετούνται. Τα μεγάλα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας μπορεί να δυσκολεύονται να διατηρήσουν την εστίαση τους στους ασθενείς και τελικά να αποδεικνύεται πως τα μικρότερα συστήματα μπορεί να έχουν καλύτερες πιθανότητες επιτυχίας (Suter et al., 2009).

Πολλά ολοκληρωμένα συστήματα υγείας παρέχουν γεωγραφική κάλυψη με σκοπό να μεγιστοποιήσουν την πρόσβαση των ασθενών στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το σύστημα υγείας, σε συνδυασμό με τη γεωγραφική κάλυψη, αναλαμβάνει επιπλέον την ευθύνη για έναν προσδιορισμένο πληθυσμό σε μια γεωγραφική περιοχή, δίνοντας στους ασθενείς το δικαίωμα να αναζητήσουν υπηρεσίες κι από άλλους παρόχους αν το επιθυμούν. Η λογική της «περιφερειοποίησης» στις περισσότερες χώρες βασίστηκε σε αυτήν την έννοια της γεωγραφικής κάλυψης. Μελέτες στις ΗΠΑ δείχνουν ότι χρειάζονται τουλάχιστον 1.000.000 ασθενείς για να υποστηρίξουν την ανάπτυξη αποτελεσματικών ολοκληρωμένων συστημάτων παράδοσης. Μόνο στις πιο πυκνοκατοικημένες περιοχές του Καναδά είναι δυνατή αυτή η βάση ασθενών, ενώ φαίνεται πως είναι δύσκολο ή μάλλον αδύνατο να επιτευχθεί στις αγροτικές και απομακρυσμένες βόρειες περιοχές (Gillies et al., 2006).

Η τυποποιημένη φροντίδα που παρέχεται από διεπαγγελματικές ομάδες προωθεί τη συνέχεια της διαδικασίας παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, μέσα σε αυτές τις ομάδες, όλοι οι επαγγελματίες θεωρούνται ίσα μέλη και παράλληλα διατηρείται η επαγγελματική αυτονομία και παρέχονται κίνητρα που ανταποκρίνονται στα πρότυπα απόδοσης. Οι ρόλοι και οι ευθύνες όλων των μελών της ομάδας προσδιορίζονται με μεγάλη σαφήνεια, ώστε να διασφαλιστεί η ομαλή μετάβαση των ασθενών από έναν τύπο περίθαλψης στον άλλο (Suter et al., 2009).

Τα κοινά πρωτόκολλα που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία, όπως οδηγίες βέλτιστης πρακτικής, διαδρομές κλινικής φροντίδας και εργαλεία λήψης αποφάσεων, είναι απαραίτητα για τη λειτουργία διεπαγγελματικών ομάδων και συμβάλλουν στην τυποποίηση της φροντίδας σε υπηρεσίες και ιστότοπους, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα της περίθαλψης. Ενώ μια διεπαγγελματική ομαδική προσέγγιση θεωρείται βασική αρχή της ολοκλήρωσης, τα εμπόδια στη συνεργασία της ομάδας είναι πολυάριθμα. Η σύγχυση, η έλλειψη σαφήνειας ρόλων, το επαγγελματικό ή προσωπικό συμφέρον, οι ανταγωνιστικές ιδεολογίες και αξίες, η έλλειψη αμοιβαίας εμπιστοσύνης και οι αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με τα συμφέροντα και τους

ρόλους, αμφισβητούν τη διαδικασία της συνεργασίας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί πως στενά συνδεδεμένη με το ζήτημα της διεπαγγελματικής συνεργασίας είναι και η επικοινωνία (Armitage et al., 2009).

Η επιτυχία των ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας θεωρείται ότι εξαρτάται από καλά αναπτυγμένα συστήματα παρακολούθησης της απόδοσης, τα οποία περιλαμβάνουν δείκτες για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων σε διαφορετικά επίπεδα. Η διαχείριση της απόδοσης περιλαμβάνει μια δομημένη προσέγγιση για την ανάλυση ζητημάτων απόδοσης και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Υπάρχουν πρωτόκολλα και διαδικασίες που αντικατοπτρίζουν τη σημασία της μέτρησης των διαδικασιών φροντίδας και των αποτελεσμάτων και τη χρήση των πληροφοριών για τη βελτίωση της υπηρεσίας. Σημαντικά μέρη της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας αποτελούν, επίσης, η συνεχής μέτρηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας και η αναφορά. Ορισμένα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας διαθέτουν μηχανισμούς που συνδέουν την αποζημίωση με την απόδοση βάσει δεικτών. Τα συστήματα ανταμοιβής μπορούν να επανασχεδιαστούν για να προσδιορίσουν, να μετρήσουν και να ενισχύσουν την επίτευξη των οργανωτικών προτεραιοτήτων και να προωθήσουν την παροχή οικονομικά υψηλής ποιότητας φροντίδας (WHO, 2016).

Τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας συνδέουν τους ασθενείς, τους διαχειριστές και τους παρόχους σε όλη τη διάρκεια της περίθαλψης και παρέχουν σχετικές πληροφορίες σε αυτές τις ομάδες ενδιαφερομένων. Είναι σημαντικό οι πληροφορίες να είναι προσβάσιμες από οπουδήποτε στο σύστημα υγείας, ακόμη και σε απομακρυσμένες τοποθεσίες, για τη διευκόλυνση της απρόσκοπτης επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων φροντίδας. Το σύστημα πληροφοριών θα πρέπει επίσης να επιτρέπει τον συντονισμό της εγγραφής και του προγραμματισμού των ασθενών σε όλο τον κόσμο, καθώς και τη διαχείριση κλινικών δεδομένων. Η ικανότητα ενσωμάτωσης κλινικών και οικονομικών πληροφοριών θεωρείται σημαντική για την παρακολούθηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας και τη διευκόλυνση του σχεδιασμού των υπηρεσιών. Η ανάπτυξη και εφαρμογή ολοκληρωμένων ηλεκτρονικών συστημάτων είναι χρονοβόρα, περίπλοκη και δαπανηρή. Κακοσχεδιασμένα ηλεκτρονικά συστήματα πληροφοριών, συστήματα που δεν χρησιμοποιούνται από παρόχους, έλλειψη σαφούς επιχειρηματικού σχεδίου, έλλειψη κοινών προτύπων, φόβος για διατάραξη της ιδιωτικότητας, ανεπαρκής κατάρτιση και κίνητρα για την συμμετοχή των παρόχων, κακές τεχνολογικές λύσεις και αναποτελεσματική ηγεσία, μπορούν όλα να συμβάλλουν στην αποτυχία της ολοκλήρωσης των πληροφοριών (Suter et al., 2009).

Η εφαρμογή και η λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας απαιτεί ηγεσία με όραμα, καθώς και οργανωτική κουλτούρα που να είναι σύμφωνη με το όραμα. Η σύγκρουση πολιτισμών, όπως οι διαφορές μεταξύ παρόχων ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης, ή μεταξύ ιατρών και άλλων παρόχων υπηρεσιών, είναι ένας από τους λόγους αποτυχημένης προσπάθειας ένταξης. Ένα άλλο πολιτιστικό εμπόδιο στην ένταξη είναι μια νοοτροπία «οξείας

φροντίδας», η οποία τοποθετεί ένα υγειονομικό ίδρυμα, όπως το νοσοκομείο, στο κέντρο της διαδικασίας ένταξης. Όμως, αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έννοια της ολοκληρωμένης παροχής υγειονομικής περίθαλψης βάσει πληθυσμού. Η συγκέντρωση διαφορετικών πολιτισμών απαιτεί δεσμευμένη και ορατή ηγεσία, με σαφείς διαδικασίες επικοινωνίας. Οι ηγέτες πρέπει να προωθήσουν το νέο όραμα και την αποστολή της ένταξης μεταξύ του προσωπικού τους για να τους βοηθήσουν να αναλάβουν την κυριότητα της διαδικασίας. Οι επιτυχημένοι ηγέτες αναγνωρίζουν τη σημασία της εκπαίδευσης και πώς αυτή συμβάλλει στον συνολικό στόχο της ένταξης. Εξασφαλίζουν ευκαιρίες, πόρους, κίνητρα και ανταμοιβές για την εκπαίδευση του προσωπικού και επιτρέπουν στους παρόχους να αφιερώσουν χρόνο για να αποκτήσουν επιπλέον εκπαίδευση (Suter et al., 2009).

Σε κάθε περίπτωση, οι γιατροί πρέπει να ενσωματώνονται αποτελεσματικά σε όλα τα επίπεδα του συστήματος και να διαδραματίζουν ηγετικούς ρόλους στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και τη λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Η ένωση οργανώσεων και υπηρεσιών σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, μέσω συμβατικών σχέσεων ή δικτύων, απαιτεί συνήθως ανάπτυξη δομών διακυβέρνησης που προωθούν τον συντονισμό. Η διακυβέρνηση πρέπει να διαφοροποιηθεί, διασφαλίζοντας την εκπροσώπηση από μια ποικιλία ομάδων ενδιαφερόμενων μερών, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών και της κοινότητας, που κατανοούν την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης (Valentijn et al., 2013).

Οι οργανισμοί που έχουν ενσωματώσει επιτυχώς τα συστήματα υγείας, έχουν επικεντρωθεί σε έναν συνδυασμό των 10 κατευθυντήριων αρχών και έχουν δεσμεύσει πόρους για την ανάπτυξη των διαδικασιών και στρατηγικών που υποστηρίζουν την εφαρμογή αυτών των αρχών. Πλέον, οι 10 κατευθυντήριες αρχές εφαρμόζονται στις περισσότερες χώρες. Η πρωτοβουλία εφαρμογής των 10 αυτών αρχών επικεντρώνεται στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας μιας περιοχής, προσαρμόζοντας τις υπηρεσίες για να καλύψει τις ανάγκες της κοινότητας και σε συνεργασία με φορείς και οργανισμούς που εργάζονται εκτός του τομέα της υγείας. Ένα πλαίσιο που περιλαμβάνει τις 10 αυτές αρχές της διαχείρισης υγείας χρησιμοποιείται για τη χάραξη και εφαρμογή στρατηγικής που αποσκοπεί στην βέλτιστη δυνατή επίτευξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, πρέπει να εφαρμόζονται διαδικασίες και στρατηγικές που ευθυγραμμίζονται και υποστηρίζουν τόσο αυτές τις κατευθυντήριες αρχές όσο και τις δομές ολοκλήρωσης – όπως είναι η συνύπαρξη υπηρεσιών και τα συστήματα πληροφοριών (Suter et al., 2009).

Οι στρατηγικές ένταξης πρέπει να στοχεύουν στην επικοινωνία και την πρόσβαση, στην κουλτούρα και τις αξίες κάθε πολιτισμού, στην ομαδική εργασία και στις δεσμεύσεις και τα κίνητρα για παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Επίσης, πρέπει να έχουν ως στόχο την παροχή πληροφοριών, τις στρατηγικές διαχείρισης της φροντίδας και έναν κοινό εκπαιδευτικό προγραμματισμό. Τέλος, πρέπει να εξετάζεται και το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο

που επηρεάζει νομικές πτυχές, ροές χρηματοδότησης και ευρύτερους μηχανισμούς ολοκλήρωσης, καθώς αποτελούν σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες για την επιτυχία των ολοκληρωμένων μοντέλων παροχής υπηρεσιών (Evans et al., 2013).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό πως οι 10 αρχές καθορίζουν τους βασικούς τομείς για την αναδιάρθρωση, ενώ ταυτόχρονα επιτρέπουν την οργανωτική ευελιξία και προσαρμογή στο τοπικό πλαίσιο. Αυτές οι αρχές μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων για να βοηθήσουν στην εστίαση και την καθοδήγηση των προσπαθειών ένταξης. Ωστόσο, για συγκεκριμένες δομές και μηχανισμούς επιτυχίας πρέπει να γίνουν γνωστά πολλά περισσότερα. Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι η βιβλιογραφία δεν περιέχει κάποιο μοντέλο ή διαδικασία ενός μεγέθους για επιτυχή ολοκλήρωση, ούτε υπάρχει μια σταθερή εμπειρική βάση για συγκεκριμένες στρατηγικές και διαδικασίες ολοκλήρωσης (Suter et al., 2009).

5.3 Χαρακτηριστικά

Εφόσον κάθε στάδιο εφαρμογής πρέπει να είναι ακριβές και σαφές, το σύστημα διαχείρισης μιας υπηρεσίας υγείας παρέχει συγκεκριμένη αυτοματοποίηση πολλών ζωτικών καθημερινών διαδικασιών. Το λογισμικό του υγειονομικού συστήματος καλύπτει τις υπηρεσίες που ενοποιούν και απλοποιούν το έργο των επαγγελματιών υγείας, καθώς και τις αλληλεπιδράσεις τους με τους ασθενείς (Bullen, 2015).

Υπάρχει πάντα η ευρεία επιλογή χαρακτηριστικών που μπορούν να συμπεριληφθούν στο σύστημα. Ο κατάλογος χαρακτηριστικών της διαχείρισης του υγειονομικού συστήματος επικεντρώνεται στην παροχή της ομαλής εμπειρίας των ασθενών, του προσωπικού και των υγειονομικών αρχών. Η ποιότητα και η ασφάλεια παραμένουν τα κύρια κριτήρια της ιατρικής βιομηχανίας. Αυτό το λογισμικό είναι επίσης γνωστό για τις συνεχείς και γρήγορες αλλαγές που βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα των ιατρικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών (Ancel & Yilmaz, 2016).

Η διαχείριση του υγειονομικού συστήματος έχει αλλάξει σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Η επιχειρηματική εμπειρία, οι σύγχρονες τεχνολογίες, οι συνδεδεμένες συσκευές, οι εφαρμογές για τα κινητά τηλέφωνα και η γνώση της υγειονομικής περίθαλψης είναι βασικά στοιχεία για την υλοποίηση του έργου της διαχείρισης του συστήματος υγείας. Ο αριθμός των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης έχει αυξηθεί και οι ασθενείς έχουν μια ευρεία επιλογή ιατρών, ενώ οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του νοσοκομείου και του ασθενούς μπορούν να απλοποιηθούν για την ευκολία και των δύο πλευρών. Κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα έχει την ευκαιρία να δημιουργήσει ένα

αποτελεσματικό, σαφές και γρήγορο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης (Nayak, 2019).

Ανάλογα με τις δυνατότητες του λογισμικού, η διαχείριση του συστήματος υγείας μπορεί να αναλάβει την ολοκλήρωση ενός μεγάλου αριθμού εργασιών, βοηθά στον καθορισμό και την εφαρμογή πολιτικών, τη διασφάλιση της επικοινωνίας και του συντονισμού μεταξύ των εργαζομένων, την αυτοματοποίηση των καθηκόντων ρουτίνας, το σχεδιασμό ροών εργασίας με γνώμονα τον ασθενή, τη διαφήμιση υπηρεσιών, τη διαχείριση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων και την παροχή της αδιάλειπτης αλυσίδας εφοδιασμού. Τα στοιχεία ενός τέτοιου συστήματος πληροφοριών μπορούν να επιλεγούν και να συνδυαστούν στο γενικό σύστημα που ικανοποιεί τις ανάγκες και τους κανόνες της βιομηχανίας υγειονομικής περίθαλψης καθώς και τα πρότυπα ποιότητας. Μία από τις κύριες απαιτήσεις του συστήματος διαχείρισης της κλινικής είναι η ασφάλεια. Όλα τα ιατρικά αρχεία πρέπει να προστατεύονται και να είναι προσβάσιμα μόνο για τους επιτρεπόμενους χρήστες (Cleary & Horsfall, 2011).

Δεδομένου ότι ο σκοπός του συστήματος πληροφοριών ενός υγειονομικού δικτύου είναι η ρύθμιση των απαραίτητων, ακριβών και κατάλληλων δεδομένων, τα νοσοκομεία πρέπει να διασφαλίζουν ότι το σύστημα λειτουργεί και μπορεί κάποιος να έχει πρόσβαση ανά πάσα στιγμή. Το σύστημα αυτό θα μπορούσε να είναι μοναδικό για ένα συγκεκριμένο ίδρυμα, την αλυσίδα των κλινικών, τα κρατικά νοσοκομεία ή ακόμα και τους διεθνείς ιατρικούς οργανισμούς. Συνήθως ξεκινά με τη βασική έκδοση η οποία αργότερα μπορεί να αναβαθμιστεί (Ghiasvand et al., 2017).

Η υλοποίηση του έργου διαχείρισης του υγειονομικού συστήματος παρέχει στο εκάστοτε ίδρυμα διαφορετικά πλεονεκτήματα που βελτιώνουν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, έχει δημιουργηθεί για τρεις ομάδες χρηστών: ασθενείς, προσωπικό και υγειονομικά στελέχη και τρίτα μέρη όπως προμηθευτές φαρμάκων και εξοπλισμού και ασφαλιστικές εταιρείες. Η αλληλεπίδραση μεταξύ τους μεταδίδει τη γενική απόδοση. Τα οφέλη που λαμβάνονται από μια συγκεκριμένη ομάδα χρηστών επηρεάζουν επίσης θετικά την εργασία των άλλων. Η συνεργασία και η επικοινωνία είναι οι βασικές προϋποθέσεις (Nayak, 2019).

Παρακάτω παρατίθενται τα βασικότερα πλεονεκτήματα των συστημάτων διαχείρισης των νοσοκομείων τα οποία είναι τα εξής (Existek, 2019):

- **Βελτιωμένες διαδικασίες:** Ο αυτοματισμός είναι ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα. Βοηθά στη βελτιστοποίηση της εμπειρίας του χρήστη. Ιατροί, ασθενείς και υγειονομικές αρχές μπορούν να αλληλεπιδράσουν στο Διαδίκτυο, να κλείσουν ραντεβού και να ανταλλάξουν πληροφορίες.
- **Ψηφιακά ιατρικά αρχεία:** Η βάση δεδομένων του νοσοκομείου περιλαμβάνει όλα τα απαραίτητα δεδομένα των ασθενών. Το ιατρικό ιστορικό της ασθένειάς τους, τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους και η συνταγογραφημένη θεραπεία που λαμβάνουν, μπορούν να

προσεγγιστούν από τους ιατρούς χωρίς καθυστέρηση, προκειμένου να γίνει μια ακριβής διάγνωση και να παρακολουθείται η υγεία των ασθενών τους.

- **Αλληλεπίδραση προσωπικού:** Η εκπαίδευση των υπαλλήλων για βελτιωμένο συντονισμό και ομαδική εργασία είναι ζωτικής σημασίας. Δεν χρειάζεται να υποβάλουν ειδικά αιτήματα και να περιμένουν πολύ καιρό για μια απάντηση. Επιπλέον, κάθε ειδικός ιατρός είναι υπεύθυνος για κάποιο στάδιο της διαδικασίας και μπορεί να μοιράζεται άμεσα τα αποτελέσματα με τους συναδέλφους του.
- **Διαχείριση εγκατάστασης:** Οι υγειονομικές αρχές είναι σε θέση να διαχειρίζονται τους διαθέσιμους πόρους τους, να αναλύουν τις εργασίες του προσωπικού, να μειώνουν το χρόνο διακοπής του εξοπλισμού, να βελτιστοποιούν την αλυσίδα εφοδιασμού κλπ.
- **Δημοσιονομικός έλεγχος και φορολογικός προγραμματισμός:** Η διοίκηση έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί διάφορες χρηματοοικονομικές πράξεις, συμπεριλαμβανομένων των εξόδων, των εσόδων και των ζημιών, την πληρωμή λογαριασμών και φόρων και τη χρέωση εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών. Η οικονομική συνειδητοποίηση βοηθά στην ανάλυση των επιχειρηματικών προοπτικών και στο γεγονός ότι κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση.
- **Στρατηγική αγοράς:** Λόγω του υψηλού ανταγωνιστικού χαρακτήρα της αγοράς, η ιατρική βιομηχανία είναι επίσης ανοιχτή σε όλες τις διαφορετικές καινοτομίες που επιτρέπουν την επικοινωνία μεταξύ ασθενών, ιατρών, προμηθευτών και παροχών υπηρεσιών μάρκετινγκ.
- **Επεξεργασία ασφαλιστικών απαιτήσεων:** Η ένταξη στις υπηρεσίες ασφάλισης της υγείας βελτιώνει την εμπειρία των ασθενών και αποφέρει οφέλη στο νοσοκομείο. Επιτρέπει και προωθεί την καινοτομία και βοηθά τόσο τον ασθενή όσο και το νοσηλευτικό ίδρυμα να χειρίζεται πολλές πτυχές της ασφαλιστικής διαδικασίας με επιτυχία.
- **Κατανάλωση λιγότερου χρόνου:** Καθώς οι υπηρεσίες και οι αλληλεπιδράσεις βελτιώνονται με όλους τους δυνατούς τρόπους, όλα σχεδιάζονται με μεγαλύτερη ακρίβεια. Εξοικονομεί το χρόνο όλων των χρηστών του συστήματος και τους παρέχει ενημερωμένες πληροφορίες.
- **Αυτοεξυπηρέτηση ασθενούς:** Οι ασθενείς μπορούν να έχουν τους δικούς τους λογαριασμούς στο σύστημα του νοσοκομείου, όπου μπορούν να εκτελέσουν διάφορες ενέργειες. Είναι σε θέση

να υποβάλουν ηλεκτρονικά αιτήματα ή να προγραμματίσουν το ραντεβού τους, να λάβουν τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους, να λάβουν τη γνωμάτευση από τους ιατρούς τους και πολλά άλλα.

- **Καλύτερη εμπειρία ασθενών:** Με δεδομένο πως το σωστό σύστημα διαχείρισης μιας υπηρεσίας υγείας είναι προσανατολισμένο στον ασθενή, η διαδικασία θεραπείας μπορεί να είναι λιγότερο αγχωτική. Οι γιατροί έχουν περισσότερο χρόνο για την εξέταση και αλληλεπίδραση με τους ασθενείς και επίσης, όλες οι ζητούμενες πληροφορίες μπορούν να ληφθούν ηλεκτρονικά (Existek, 2019).

5.4 Διαχείριση Προσωπικού

Η ενότητα διαχείρισης προσωπικού παρέχει τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού. Ενημερώνει την περιγραφή εργασίας των υπαλλήλων και τη δομή του νοσοκομείου και παρακολουθεί τα αρχεία πρόσληψης. Αναλυτικότερα οι διαδικασίες που ακολουθεί κάθε νοσοκομειακή μονάδα περιλαμβάνουν (Existek, 2019):

- **Λογιστικό τμήμα:** Το λογιστικό τμήμα οργανώνει τις οικονομικές υποθέσεις τόσο των ασθενών όσο και του νοσηλευτικού ιδρύματος. Αποθηκεύει και παρουσιάζει όλα τα στοιχεία πληρωμής του ασθενούς και τα οικονομικά αρχεία του νοσοκομείου σχετικά με τα έξοδα και το συνολικό κέρδος.
- **Ενσωμάτωση ασφαλιστικών υπηρεσιών:** Η ενότητα ασφάλισης μπορεί να καταγράφει τα στοιχεία ασφάλισης των ασθενών. Περιλαμβάνει τον αριθμό της πολιτικής, την ασφαλιστική εταιρεία και πληροφορίες σχετικά με την πολιτική που ακολουθεί.
- **Διαχείριση φαρμακευτικών σκευασμάτων:** Η ενότητα διαχείρισης φαρμάκων περιέχει τη λίστα των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται συνήθως για μια συγκεκριμένη θεραπεία και φυλάει αρχεία σχετικά με τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας κάθε ασθενούς.
- **Διαχείριση εργαστηρίων και εξετάσεων:** Η ενότητα διαχείρισης εργαστηρίου εμφανίζει τα αποτελέσματα των εξετάσεων ενός συγκεκριμένου ασθενούς. Τα εργαστηριακά δεδομένα μπορούν να προβληθούν από το προσωπικό και να δημιουργηθούν για τις αναφορές της υγείας

των ασθενών. Η διαχείριση αυτή συνήθως είναι ενσωματωμένη σε άλλες ενότητες του νοσοκομειακού συστήματος πληροφοριών για την καλύτερη συνολική λειτουργικότητα του συστήματος.

- **Αναφορά:** Το τμήμα διαχείρισης αναφορών αποθηκεύει τις ήδη επεξεργασμένες λεπτομερείς πληροφορίες. Αυτή η ενότητα βοηθά τη διαχείριση να συλλέγει, να αναλύει και να προβάλλει τα δεδομένα απόδοσης σε μια ολοκληρωμένη μορφή. Το υποσύστημα επιχειρηματικής ευφυΐας συμβάλλει στον καθορισμό προβληματικών πτυχών και την εξάλειψή τους με επιτυχία, προκειμένου να διατηρηθεί η κερδοφορία του οργανισμού, καθώς και το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των πελατών
- **Κέντρο εξυπηρέτησης και υποστήριξη:** Τα κέντρα εξυπηρέτησης και υποστήριξης ειδικεύονται στη διαχείριση διαφορετικών ζητημάτων, προβλημάτων και αιτημάτων. Διασφαλίζουν ότι οι λειτουργίες της υγειονομικής υπηρεσίας διατηρούνται σωστά και ότι τα δεδομένα είναι έγκυρα.
- **Διαχείριση ασθενών:** Χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της ροής των ασθενών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την καταχώριση των ασθενών, τη λήψη των δεδομένων της κατάστασης υγείας τους, την θεραπεία που λαμβάνουν και τον έλεγχο του ιατρικού ιστορικού και των αναφορών τους.
- **Διαχείριση προσωπικού:** Η ενότητα διαχείρισης του προσωπικού παρέχει τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού. Ενημερώνει τους εργαζόμενους για την περιγραφή εργασίας τους, τη δομή του νοσοκομείου και παρακολουθεί τα αρχεία πρόσληψης των υπαλλήλων.
- **Διαχείριση αποθεμάτων:** Η ενότητα διαχείρισης αποθέματος ελέγχει τον αριθμό των κλινικών αποθεμάτων. Η εφοδιαστική αλυσίδα είναι στο σύνολό της αυτοματοποιημένη για να διευκολύνει το προσωπικό και να επικεντρώνεται πρώτα στις ανάγκες των ασθενών.
- **Διαχείριση εγκαταστάσεων:** Η ενότητα διαχείρισης εγκαταστάσεων είναι υπεύθυνη για την παρακολούθηση και διατήρηση της διαθεσιμότητας των δωματίων νοσηλείας, της κατάστασης πληρότητας, καθώς και για διάφορα είδη διοικητικών εγγράφων.
- **Διαχείριση νοσοκομειακών ραντεβού:** Η ενότητα διαχείρισης των ραντεβού στο νοσοκομείο

ρυθμίζει το πρόγραμμα των ιατρών ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών τους και βοηθά ανά πάσα στιγμή στην γενικότερη οργάνωση της διαθεσιμότητας όλων των ιατρικών ειδικοτήτων που διατίθενται στο νοσοκομείο (Existek, 2019).

5.5 Διαχείριση Ποιότητας και Ικανοποίηση Ασθενών

Το σύστημα διαχείρισης μιας υγειονομικής υπηρεσίας οργανώνει τη σταθερή λειτουργία καθημερινών εργασιών και αλληλεπιδράσεων και αποτελεί ένα ειδικό εργαλείο για την υποστήριξη της ομαλής λειτουργίας των νοσοκομείων. Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει τα αρχεία των ασθενών και των ιατρών, καθώς και τα δεδομένα που αφορούν οικονομικά θέματα, διαχείριση εφοδιασμού κ.λπ. τα οποία υποβάλλονται σε επεξεργασία, ταξινόμηση και πρόσβαση μόνο για εξουσιοδοτημένους χρήστες. Το σύστημα διαχείρισης βάσεων δεδομένων παρέχει στους χρήστες ασφάλεια δεδομένων. Ακόμη, το λογισμικό διαχείρισης αρχείων παρακολουθεί τον αριθμό των διαθέσιμων γιατρών και τις ώρες εργασίας τους. Αυτό επιτρέπει το ακριβές χρονοδιάγραμμα κάθε υπαλλήλου, με την διαχείριση των δυνατοτήτων και την αλυσίδα εφοδιασμού, για να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών. Βοηθά στην οργάνωση των ραντεβού τόσο για το προσωπικό όσο και για την εξυπηρέτηση των ασθενών (Dasanayake et al., 2018).

Κάθε κλινική θα πρέπει να αποθηκεύει το ιατρικό ιστορικό των ασθενών, τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους, τις συνταγογραφημένες θεραπείες κ.λπ. Όλες αυτές οι πληροφορίες αποθηκεύονται με ασφάλεια, ενώ δυνατότητα πρόσβασης έχουν οι γιατροί οι οποίοι με τη σειρά τους μπορούν να εξυπηρετήσουν τους ασθενείς τους και να ικανοποιήσουν τα αιτήματά τους. Οι ασθενείς μπορούν ακόμη να λάβουν τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους ή τις ιατρικές γνωματεύσεις τους μέσω email ή μέσω του λογαριασμού χρήστη που διαθέτουν (Kumar & Kosalram, 2013).

Επιπλέον, το σύστημα διαχείρισης αρχείων είναι ικανό να δημιουργεί τακτικές αναφορές των δεδομένων που παρακολουθούνται, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, της αποτελεσματικότητας του προσωπικού, των οικονομικών, της απογραφής και της χρήσης εγκαταστάσεων. Συνεπώς, κάθε λειτουργία έχει σχεδιαστεί για να κάνει το σύστημα διαχείρισης εύχρηστο, ολοκληρωμένο, ισχυρό και αξιόπιστο (Kumar & Kosalram, 2013).

Τα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας της υγείας διασφαλίζουν ότι ένας οργανισμός υγείας συμμορφώνεται με τις υποχρεωτικές απαιτήσεις και τους κανόνες που έχουν ως στόχο την ικανοποίηση των χρηστών/ασθενών. Οι μη συμμορφούμενοι οργανισμοί αντιμετωπίζουν κινδύνους όπως μηνύσεις κι άλλες νομικές επιπλοχές και προβλήματα από την μη τήρηση των ιατρικών, κρατικών ή ομοσπονδιακών κανόνων υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, αυτοί οι οργανισμοί

θα πρέπει να εκτιμούν τα προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας, αρκεί να εξασφαλίζουν δυνατότητες βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Manghani, 2011).

Όσον αφορά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και τον αντίκτυπό της στον πληθυσμό, η μέτρηση της ικανοποίησης κάθε χρήστη σχετικά με τις υγειονομικές υπηρεσίες είναι πολύ βασική για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας. Η ικανοποίηση των χρηστών απέκτησε δύναμη αφού επανεξετάστηκε ο ρόλος του ασθενούς στο σύστημα φροντίδας. Η άποψη του ασθενούς συμβάλλει ενεργά στη διαδικασία λήψης κάθε ιατρικής απόφασης και στην επίτευξη του βέλτιστου υγειονομικού αποτελέσματος. Σημασία στην αξιολόγηση της απόδοσης ενός συστήματος υγείας έχουν οι αξίες και η προσδοκία του κάθε ασθενούς. Όπως έχει παρατηρηθεί, οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν το σύστημα φροντίδας που τους παρείχε την κατάλληλη περίθαλψη, να συμμορφώνονται με την θεραπεία που τους χορήγησε ο ιατρός, να διατηρούν συνεργατικές σχέσεις με τους ιατρούς τους και να προτείνουν τη συγκεκριμένη υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης σε τρίτους (Manghani, 2011).

Η αποστολή του γραφείου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι να βελτιώσει τη σωματική, ψυχική, κοινωνική και πνευματική υγεία των πολιτών. Η ποιότητα της φροντίδας αποτελεί προτεραιότητα του γραφείου το οποίο δεσμεύεται να συνεχίσει τις προσπάθειές του για να εξασφαλίσει ένα σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης υψηλής απόδοσης για τον πληθυσμό (WHO, 2018).

Το μοντέλο για την μέτρηση της ποιότητας του Donabedian, αναφέρει ότι η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται ως μέτρο έκβασης, ενώ η δομή και η διαδικασία της φροντίδας μπορεί να μετρηθεί από εμπειρίες που αναφέρονται από τους ασθενείς. Πολλοί συγγραφείς τείνουν να έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για τον ορισμό της ικανοποίησης του ασθενούς. Το σίγουρο όμως είναι πως η ικανοποίηση του ασθενούς εκπροσωπεί κυρίως στάσεις απέναντι στη παροχή φροντίδας ή πτυχές της φροντίδας. Επίσης, η ικανοποίηση του ασθενούς μπορεί να σχετίζεται και με τα συναισθήματα και την αντίληψή του για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Kobayashi et al., 2010).

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γίνεται αντιληπτό ότι η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς φαίνεται να έχει άμεση επίδραση στην ποιοτική ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Η διαδικασία αξιολόγησης της παρεχόμενης περίθαλψης από τους ασθενείς αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για την παροχή ευκαιριών βελτίωσης, την ενίσχυση των στρατηγικών λήψη αποφάσεων, τη μείωση του κόστους, την ικανοποίηση των προσδοκιών κάθε ασθενούς, τη χάραξη στρατηγικών για αποτελεσματική διαχείριση, την παρακολούθηση των επιδόσεων που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη και την παροχή συγκριτικής αξιολόγησης όλων των ιδρυμάτων που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη. Ειδικότερα, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης παρατηρούνται δύο προσεγγίσεις που σχετίζονται τόσο με την ποιοτική όσο και την ποσοτική ικανοποίηση του

ασθενούς. Η ποσοτική προσέγγιση παρέχει κάθε ακριβή μέθοδο μέτρησης για τη ικανοποίησή του. Τα τυποποιημένα ερωτηματολόγια αποτελούν το πιο συχνό μέσο-εργαλείο διεξαγωγής μελετών για την ικανοποίηση των ασθενών. Γενικά, παρατηρείται μια πληθώρα ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται ως όργανα μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς. Η πληθώρα αυτή περιλαμβάνει ερωτηματολόγια που παρέχονται από ιδιώτες προμηθευτές, τα οποία όμως δεν προσφέρουν εγκυρότητα και αξιοπιστία. Επίσης, υπάρχουν αρκετά ερωτηματολόγια δημοσίας χρήσης και τυποποιημένα ερωτηματολόγια σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενούς, όπως είναι το PSQ-18 (Barr et al., 2006).

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 16 ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα στις ΗΠΑ το 2002 για να προσδιορίσει το είδος του μέσου που χρησιμοποίησε κάθε υγειονομικό κέντρο αναφορικά με την ικανοποίηση των χρηστών υγειονομικών υπηρεσιών, διαπίστωσε ότι η πλειοψηφία των ιδρυμάτων εφάρμοσε ένα εσωτερικά αναπτυγμένο μέσο. Τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών πρέπει να χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία και εγκυρότητα προκειμένου να εφαρμόζονται με ακρίβεια και να επιτυγχάνεται ο βασικός σκοπός τους που είναι η συλλογή των απόψεων του ασθενή. Απώτερος σκοπός επομένως είναι να εφαρμοστεί το κατάλληλο εργαλείο που θα δώσει αντικειμενική ποσοτική ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας με σκοπό να φανεί η ποιότητά τους σε αυτές και να ληφθούν μέτρα βελτίωσης αν χρειαστεί. Την τελευταία εικοσαετία η ικανοποίηση του ασθενούς έχει αποκτήσει μεγάλη προσοχή. Ωστόσο, υπάρχουν λίγες δημοσιευμένες έρευνες σχετικά με τα βήματα βελτίωσης που προκύπτουν από πληροφορίες ανατροφοδότησης μέσα από έρευνες για την ικανοποίηση του ασθενούς και μερικές φορές, αυτές οι μελέτες καταλήγουν σε αντιφατικά αποτελέσματα. (Al-Abri & Al-Balushi, 2014).

Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας μπορεί να αξιολογηθεί σε δύο ξεχωριστά στάδια: του ασθενούς και του κοινωνικού συνόλου. Στο στάδιο των ασθενών η αξιολόγηση είναι επικεντρωμένη στην παροχή των υπηρεσιών και τις συνέπειές της. Το στάδιο του πληθυσμού περιλαμβάνει βιολογικούς δείκτες όπως το προσδόκιμο ζωής, τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, την επίπτωση και τον επιπολασμό κάποιων σοβαρών νοσολογικών οντοτήτων. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ως θεμελιώδες τμήμα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, έχουν ως σκοπό την παροχή ποιοτικής φροντίδα υψηλού επιπέδου για τον ασθενή και την ικανοποίηση κάθε ανάγκης και προσδοκίας. Συνεπώς, το να θεσμοθετηθεί η ποιότητα στα ιδρύματα αυτά είναι υποχρεωτική. Τέλος, οι αντιλήψεις κάθε ασθενή σχετικά με την ποιοτική φροντίδα μπορεί να συμβάλουν τελικά στην βελτίωσή της (Grol et al., 2007).

Εν κατακλείδι, ο ορισμός για την ικανοποίηση του ασθενούς δεν έχει καθοριστεί με σαφήνεια, αν και αναγνωρίζεται ως ένας βασικός βιολογικός δείκτης ποιοτικών αποτελεσμάτων σχετικά με την μέτρηση της επιτυχίας των υγειονομικών υπηρεσιών. Η διαδικασία αξιολόγησης της φροντίδας συμβάλει στην παροχή ευκαιριών βελτίωσης της υγείας των ασθενών, με την εφαρμογή ενός

πλάνου υγείας. Οι έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιούν έναν αριθμό από τυποποιημένες, ψυχομετρικά δοκιμασμένες προσεγγίσεις συλλογής δεδομένων όπως τα ερωτηματολόγια. Επομένως, ένα ειδικό εργαλείο με τυποποιημένη μορφή οφείλει να εξελιχθεί και να βελτιωθεί με σκοπό να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Barr et al., 2006).

Εικόνα 1. Εννοιολογικός Χάρτης



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην παρούσα έρευνα επιλέχτηκε η ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση. Ο λόγος επιλογής αυτής της προσέγγισης έγκειται στο γεγονός πως δίνει στον ερευνητή τη δυνατότητα να έχει πρόσβαση στις υποκειμενικές εμπειρίες και την προοπτική των υποκειμένων της έρευνας. Κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας, ο ερευνητής εστιάζει το βασικό του ενδιαφέρον στη σύλληψη, αλλά και την κατανόηση των στάσεων που έχουν οι συμμετέχοντες για το θέμα που εξετάζεται (Ίσαρη & Πουρκός, 2015). Αξιοσημείωτο είναι πως στις ποιοτικές αναλύσεις η προσωπική γνώμη του ερευνητή δεν ερμηνεύεται ως είδος μεροληψίας, αλλά ως μια προσπάθεια από μέρος του ερευνητή να αναλύσει σε βάθος το υπό εξέταση ζήτημα. Με αυτήν τη σκέψη τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ποιοτική ανάλυση δεν εξετάζονται με σκοπό να αμφισβητηθεί η αλήθεια τους. Οι υποθέσεις αυτές του ερευνητή πραγματοποιούνται για να αναλυθούν με λεπτομερή τρόπο οι διαφορές που προκύπτουν από την ποιοτική έρευνα, χωρίς να μετατρέπονται σε αριθμητικά δεδομένα (Babbie, 2011).

6.1 Δείγμα – δειγματοληψία

Συμμετείχαν 10 νοσηλεύτριες και έγινε σκόπιμη δειγματοληψία. Το είδος αυτό της δειγματοληψίας χρησιμοποιείται όταν ο ερευνητής επιλέγει συνειδητά συγκεκριμένα άτομα (Μερκούρης, 2006), όπως συμβαίνει και με την παρούσα μελέτη λόγω της πανδημίας του Covid – 19.

Η δομή του ερωτηματολογίου των συνεντεύξεων - οι ερωτήσεις

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί συμπεριλαμβάνονται οι κύριες ομάδες ερωτήσεων καθώς επίσης και οι προτεινόμενες ερωτήσεις της συνέντευξης που αναδύθηκαν από αυτές τις ομάδες των επιμέρους ερευνητικών εργαλείων.

Πίνακας 1. Αντιστοιχία κύριων ομάδων και προτεινόμενων ερωτήσεων συνέντευξης

<u>Ενότητες</u>	<u>Προτεινόμενες Ερωτήσεις συνέντευξης</u>
A) Γενικές Ερωτήσεις	A.1. Πόσο ετών είσαι; A.2. Πόσα χρόνια εργάζεσαι ως νοσηλεύτρια; A.3. Εργάζεσαι σε κυκλικό ωράριο;
B) Επαγγελματική ικανοποίηση	B.1. Πιστεύεις ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ευχάριστο και δημιουργικό; B.2. Είσαι ικανοποιημένη από την σχέση σου με τους συναδέλφους σου; B.3. Τι σε δυσαρεστεί περισσότερο στη συμπεριφορά των συναδέλφων σου; B.4. Ποιο χαρακτηριστικό της εργασίας σου δημιουργεί την μεγαλύτερη ικανοποίηση; B.5. Ποιο χαρακτηριστικό της εργασίας σου δημιουργεί την μεγαλύτερη δυσαρέσκεια; B.6. Αν είχες την ευκαιρία να αλλάξεις το επάγγελμα σου, θα το σκεφτόσουν;

<p>Γ) Διαχείριση ελεύθερου χρόνου των νοσηλευτών</p>	<p>Γ.1 Πως κρίνεις από άποψη ποσοτικής διάρκειας τον ελεύθερο χρόνο;</p> <p>Γ.2. Πιστεύεις ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο από εργαζόμενους σε άλλους τομείς;</p> <p>Γ.3. Ποιες δραστηριότητες επιλέγετε στον ελεύθερο χρόνο σας και τι πιστεύεις ότι σου προσφέρει;</p> <p>Γ.4. Έχεις κάποιο χόμπι που σε ευχαριστεί ιδιαίτερα;</p> <p>Γ.5. Ασχολείσαι με κάποιο άθλημα ή γυμνάζεσαι;</p> <p>Γ.6. Πόσο συχνά πηγαίνεις θέατρο ή κινηματογράφο;</p> <p>Γ.7. Διαβάζεις βιβλία και τι είδους;</p> <p>Γ.8. Πόσο χρόνο αφιερώνεις στα κοινωνικά δίκτυα;</p> <p>Γ.9. Τα ταξίδια σου αρέσουν και ειδικά το καλοκαίρι;</p> <p>Γ.10. Βλέπεις συχνά τους φίλους σου και τι κάνετε όταν συναντιέστε;</p> <p>Γ.11. Αν διαιρούσες το χρόνο σου σε εργασιακό, οικογενειακό και προσωπικό ποιον θεωρείς σημαντικότερο;</p>
--	---

6.2 Συλλογή Δεδομένων

Το κύριο ερευνητικό εργαλείο της παρούσας μελέτης είναι η συνέντευξη. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ημιδομημένες συνεντεύξεις. Η συνέντευξη χρησιμοποιείται σαν όργανο συλλογής πρωτογενών δεδομένων ποιοτικής φύσης (Gluga & Pora, 2010).

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση θεματικού οδηγού (βλ. Παράρτημα) σε νοσηλευτικό προσωπικό διαφόρων νοσοκομείων της Αττικής. Η εκπονήτρια προσέγγισε με ευγένεια και διακριτικότητα το προσωπικό κι αφού τους εξήγησε τον σκοπό της έρευνας, ερωτήθηκαν κατά πόσον θα ήθελαν να συμμετάσχουν σε αυτήν. Ακολούθως, για όσες νοσηλεύτριες συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα διευθετήθηκε μέρα και ώρα που βολεύει την κάθε μία για να διεξαχθεί η συνέντευξη, αλλά είχαν και τη δυνατότητα να συμμετάσχουν τη συγκεκριμένη στιγμή. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε μέσα από τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης και ειδικότερα την εφαρμογή του messenger. Πριν την έναρξη της συνέντευξης, οι συμμετέχουσες πληροφορήθηκαν ξανά για τους σκοπούς της έρευνας. Αφού οι συμμετέχουσες υπέγραψαν ή συναίνεσαν για το έντυπο συγκατάθεσης, ζητήθηκε η άδεια των νοσηλευτριών να μαγνητοφωνηθεί η συνέντευξη, παρέχοντας παράλληλα διαβεβαιώσεις για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα.

Το πρωτόκολλο συνέντευξης ελέγχθηκε σε μια δοκιμαστική συνέντευξη με μια νοσηλεύτρια, η οποία συμπεριελήφθη στις συνεντεύξεις, καθώς δεν έγιναν ουσιαστικές αλλαγές. Οι

συνεντευξιαζόμενες προσήλθαν εθελοντικά, συνυπογράφοντας ή αποδεχόμενες το έντυπο συγκατάθεσης και υπό την προϋπόθεση από πλευράς ερευνήτριας – συνεντευξιάστριας πως θα τηρηθεί η ανωνυμία και στη συνέχεια έστειλαν αυτό το έντυπο στην εκπονήτρια μέσω e-mail.

Με σκοπό να μην υπάρξει πιθανότητα μεροληψίας κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι αξιοπιστίας, ελεγκσιμότητας, και επιβεβαιωσιμότητας των δεδομένων και όλης της διαδικασίας των συνεντεύξεων. Η εξασφάλιση της αξιοπιστίας των δεδομένων διασφαλίζεται με τον έλεγχο που πραγματοποιεί σε αυτά ο ίδιος ο συνεντευξιαζόμενος (Cohen et al., 2008). Αφού συγκεντρώθηκαν και καταγράφηκαν τα σημαντικότερα στοιχεία έγινε επιβεβαίωση των απομαγνητοφωνήσεων μέσω Messenger. Έτσι επιβεβαιώθηκε πως δεν υπάρχει πιθανότητα μεροληψίας ή σφάλματος από την πλευρά της ερευνήτριας.

Στην συνέχεια, η ερευνήτρια έδωσε σε έναν μεταπτυχιακό και σε ένα διδακτορικό φοιτητή ένα αντίγραφο από την διαδικασία που θα διεξαχθεί η έρευνα. Αυτό έχει ως σκοπό να διατυπώσουν την άποψή τους για το βαθμό διατύπωσης και λεπτομερής σχεδίασης της έρευνας. Σε περίπτωση που ισχύουν τα παραπάνω μπορεί να υπάρξει επανάληψη και επαναχρησιμοποίηση της έρευνας και με αυτό τον τρόπο ισχύει η προϋπόθεση της ελεγκσιμότητας (auditability) (Cohen et al., 2008).

Τέλος, η διαδικασία έρευνας θεωρείται επιβεβαιώσιμη (confirmable) όταν υπάρχει επιβεβαίωση ή συμφωνία των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών από την ελληνική ή τη διεθνή βιβλιογραφία (Cohen et al., 2008). Άρα αν όλες οι παραπάνω παράμετροι τηρούνται, τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αντικειμενικά.

6.3 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής δεοντολογίας, ενώ δεν αποκρυφτήκαν ή δεν αλλοιωθήκαν τα ευρήματα με κανένα τρόπο. Αντίθετα, η μελέτη χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια και διαφάνεια σε όλα τα στάδια (Μερκούρης, 2006). Τα δεδομένα φυλάγονταν σε κλειδωμένο συρτάρι και πρόσβαση είχε μόνο η ερευνήτρια, ίσως γιατί το ερευνητικό πρόβλημα είναι δύσκολο από τη φύση του, ίσως λόγω του πλαισίου της έρευνας, των διαδικασιών που υιοθετήθηκαν, των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων ή του είδους της συλλογής των δεδομένων. Αυτό που προέχει σε μια έρευνα είναι οι συμμετέχοντες να παίρνουν μέρος στην έρευνα έχοντας συνειδητή επίγνωση αυτού και αυτό προσπάθησε να πετύχει ο ερευνητής. Οι συμμετέχουσες πληροφορήθηκαν εκτενώς από πριν για τα οφέλη, τα δικαιώματα, τα προβλήματα και τις ζημιές που ενδεχομένως θα έχουν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα, ενώ ακόμα εξασφαλίστηκε η εθελοντική συμμετοχή τους (Cohen et al., 2008).

Παράλληλα, διασφαλίστηκε η πληροφορημένη συναίνεση των συμμετεχουσών με πληροφόρησή

τους για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας, την αρχή της ωφελιμότητας και της μη πρόκλησης βλάβης με οποιοδήποτε τρόπο, καθώς και για το δικαίωμά τους να αποσυρθούν από την έρευνα όποια στιγμή το επιθυμούν (Μερκούρης, 2006). Τηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα, ενώ η συναίνεση των συμμετεχουσών κατοχυρώνεται με υπογραφή ή συναίνεση εντύπου συγκατάθεσης που δόθηκε – κοινοποιήθηκε στις συμμετέχουσες. Ακόμη, δόθηκε στις συμμετέχουσες το τηλέφωνο της ερευνήτριας για περαιτέρω διευκρινίσεις και απορίες που πιθανόν να έχουν, καθώς και τα στοιχεία του επιβλέποντα καθηγητή που θα μπορούν να υποβάλουν τυχόν παράπονα (Polit & Beck, 2008).

6.4 Ανάλυση δεδομένων

Μετά το πέρας των συνεντεύξεων, έγινε απομαγνητοφώνηση. Η καταγραφή των απομαγνητοφωνήσεων πραγματοποιήθηκαν κατά λέξη και η ανάλυση έγινε με την χρήση της θεματικής ανάλυσης. Ακόμα πραγματοποιήθηκαν οι διαδικασίες της κωδικοποίησης, της κατηγοριοποίησης, της συγκέντρωσης και του προσδιορισμού που αφορούν τα σχέδια και τις έννοιες. Τα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα κωδικοποιήθηκαν γραμμή προς γραμμή, ούτως ώστε να γίνει η αναγνώριση των σημαντικών εννοιών. Αυτές οι έννοιες είναι λέξεις ή φράσεις, όπου χρησιμοποιήθηκαν από τους συμμετέχοντες και επισημάνθηκαν από την ερευνήτρια ως σημαντικές. Αυτές οι σημαντικές έννοιες συγκρίθηκαν με άλλες κύριες ομάδες του ερευνητικού εργαλείου. Στην ποιοτική ανάλυση έγινε εφαρμογή της μεθόδου της οριζόντιας ανάλυσης.

6.5 Ανάλυση Συνεντεύξεων

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθεί η κάθε ερώτηση που χρησιμοποιήθηκε στο ερωτηματολόγιο ξεχωριστά και θα παρατεθούν και μέρη από αυτά που ανέφεραν οι συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε δύο ενότητες, η πρώτη ενότητα είναι η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτριών και η δεύτερη ενότητα είναι η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου τους.

Δημογραφικά στοιχεία

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζεται η ηλικία των συμμετεχουσών, τα χρόνια προϋπηρεσίας και τι είδος ωραρίου ακολουθούν.

Μ.Δ.: Είναι 45 ετών, έχει 19 χρόνια προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και δουλεύει κυκλικό ωράριο συνέχεια.

Τ.Θ.: Είναι 54 χρονών, έχει 34 χρόνια προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και κάνει κυκλικό ωράριο όσα χρόνια εργάζεται.

Σ.Ε.: Είναι 55 ετών, έχει 33 έτη προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και κάνει κυκλικό ωράριο όσα χρόνια εργάζεται.

Σ.Μ.: Είναι 48 ετών, έχει 19 έτη προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και κάνει κυκλικό ωράριο όσα χρόνια εργάζεται.

Π.Σ.: Είναι 55 ετών, έχει 30 έτη προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και κάνει κυκλικό ωράριο 10 χρόνια.

Ν.Ε.: Είναι 53 ετών, έχει 30 έτη προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και κάνει κυκλικό ωράριο 10 χρόνια.

Μ.Ε.: Είναι 45 ετών, έχει 19 έτη προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και κάνει κυκλικό ωράριο όσα χρόνια εργάζεται.

Ε.Κ.: Είναι 58 ετών, έχει 33 έτη προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και κάνει κυκλικό ωράριο όσα χρόνια εργάζεται.

Δ.Κ.: Είναι 46 ετών, έχει 19 έτη προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και κάνει κυκλικό ωράριο όσα χρόνια εργάζεται.

Γ.Γ.: Είναι 50 ετών, έχει 25 έτη προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και κάνει κυκλικό ωράριο όσα χρόνια εργάζεται.

Η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών

Η πρώτη ερώτηση αναφέρεται στο αν το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ευχάριστο και δημιουργικό. Οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ευχάριστο και δημιουργικό (Β.1), διότι μπορούν να βοηθούν στη βελτίωση της υγείας των ασθενών και δημιουργικό γιατί μπορούν να σώσουν μια ζωή.

Σ.Ε.: *«...και είναι ευχάριστο γιατί βοηθάς τον συνάνθρωπό σου και δημιουργικό γιατί μπορείς να σώσεις μία ζωή».*

Π.Σ.: *«Είναι δημιουργικό αρκεί να μην το βλέπεις μόνο σαν βιοποριστικό και σίγουρα ευχάριστό όταν σε ένα διαρκεί πόλεμο με την ασθένεια καταφέρνεις να βγεις νικητής».*

Επίσης, υπήρχαν κάποιες συμμετέχουσες που δήλωσαν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι δημιουργικό αλλά όχι ευχάριστο. Θεωρούν πως δεν είναι ευχάριστο διότι συναναστρέφονται με ασθενείς, αλλά είναι δημιουργικό διότι βοηθούν στην υγεία των ασθενών.

Μ.Ε.: *«Δεν πιστεύω πως είναι ευχάριστο γιατί έχουμε να κάνουμε με αρρώστια αλλά είναι δημιουργικό γιατί μπορούμε να βοηθάμε ανθρώπους να ξεπεράσουν την ασθένεια τους».*

Ε.Κ.: *«Θεωρώ πως είναι ένα επάγγελμα δημιουργικό γιατί μπορώ να βρω λύσεις έτσι ώστε να βοηθήσω τους ασθενείς, αλλά δεν το θεωρώ ευχάριστο διότι έχει να κάνει με τον ανθρώπινο πόνο».*

Ωστόσο, υπήρχαν και οι συμμετέχουσες που δήλωσαν πως δεν θεωρούν το επάγγελμα του νοσηλευτή ευχάριστο και δημιουργικό, καθώς αισθάνονται πως οι βάρδιες είναι εξαντλητικές, υπάρχει μεγάλη κόπωση και βιώνουν το θάνατο του συνάνθρωπου τους.

Ν.Ε.: *«Όχι δεν είναι ευχάριστο γιατί είσαι ανάμεσα σε ασθενείς και στον θάνατο».*

Γ.Γ.: *«... οι βάρδιες μετά από τόσα χρόνια εξακολουθούν να είναι εξαντλητικές και υπάρχει μεγάλη κόπωση».*

Η δεύτερη ερώτηση (Β.2) του ερωτηματολογίου αφορούσε αν οι συμμετέχουσες είναι ικανοποιημένες από τις σχέσεις τους με τους συναδέλφους του. Από τις συνεντεύξεις προέκυψε πως οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι είναι εν μέρει ικανοποιημένες από την σχέση τους με τους συναδέλφους του, καθώς πρόκειται για ένα εξαντλητικό επάγγελμα, στο οποίο υπάρχει συναισθηματική φόρτιση κι ο κάθε νοσηλευτής έχει την δική του προσωπικότητα και τον δικό του τρόπο σκέψης.

Σ.Μ.: *«Όταν δεν είμαστε κουρασμένοι η συνεργασία είναι καλή».*

Π.Σ.: *«Όχι απόλυτα ικανοποιημένη. Είναι μια δύσκολη ερώτηση γιατί έχουμε να κάνουμε με ένα επάγγελμα στο οποίο υπάρχει μεγάλη συναισθηματική φόρτιση και ο κάθε συνάδελφος έχει την δική του προσωπικότητα, διαφορετικό τρόπο σκέψης και διαφορετικό ρυθμό εργασίας, γι' αυτό πρέπει να υπάρχουν αμοιβαίες υποχωρήσεις και φυσικά να βοηθάει και η διοίκηση του νοσηλευτικού προσωπικού».*

Τ.Θ.: *«Σε γενικές γραμμές ναι, αλλά όχι με όλους».*

Ε.Κ.: *«Άλλοτε ναι και άλλοτε όχι».*

Μ.Ε.: *«Εν μέρει είμαι γιατί είναι ένα δύσκολο επάγγελμα με κυκλικό ωράριο και πρέπει να συνεργαστούμε πολλά άτομα μαζί που έχει ο καθένας την δική του προσωπικότητα και να καταφέρουμε ένα κοινό στόχο».*

Όμως υπήρξαν και συμμετέχουσες που δήλωσαν ότι είναι ικανοποιημένες και ευχαριστημένες από την σχέση τους με τους συναδέλφους τους και σε αυτό βοηθούν και οι δύο πλευρές.

Γ.Γ.: *«Είμαι ευχαριστημένη με τους συναδέλφους μου».*

Μ.Δ.: «Θα έλεγα ναι. Υπάρχει καλή συνεργασία και είμαι ικανοποιημένη».

Σ.Ε.: «Είμαι ικανοποιημένη και θα ήθελα να πω ότι σε μία σχέση πρέπει να προσπαθούν και οι δύο για να είναι καλή».

Μια τελευταία άποψη που εκφράστηκε ήταν κι αυτή της μη ικανοποιητικής σχέσης τους με τους συναδέλφους τους, διότι λόγω του κυκλικού ωραρίου και του φόρτου εργασίας δημιουργούνται εντάσεις και διαπληκτισμοί που σε άλλες περιπτώσεις δεν θα υπήρχαν.

Ν.Ε.: «Θα μπορούσαν να είναι πολύ καλύτερα τα πράγματα αλλά λόγω του κυκλικού ωραρίου και του επιβαρυσμένου φόρτου εργασίας, υπάρχουν εντάσεις και δεν είναι οι καλύτερες σχέσεις που θα μπορούσαν να είναι».

Δ.Κ.: «Η σχέση μου με τους συναδέλφους μου είναι αρκετά δύσκολη διότι υπάρχει ένταση λόγω δουλειάς».

Η τρίτη ερώτηση (Β.3) αναφέρεται στο τι δυσαρεστεί περισσότερο τις συμμετέχουσες από την συμπεριφορά των συναδέλφων τους. Σε αυτή την ερώτηση, οι περισσότερες συμμετέχουσες ανέφεραν ότι τους ενοχλεί πως κάποιοι συνάδελφοί τους αποφεύγουν να βοηθήσουν τους ασθενείς και είναι αγενείς προς τους ίδιους και προς τους ασθενείς, χωρίς να υπάρχει ενσυναίσθηση.

Ε.Κ.: «Με δυσαρεστεί το γεγονός να μην υπάρχει διάθεση για δουλειά από συναδέλφους».

Τ.Θ.: «Με δυσαρεστεί η αγένεια και η τεμπελιά τους».

Σ.Ε.: «Με δυσαρεστεί η αδιαφορία και η τεμπελιά τους και ότι δεν έρχονται ποτέ στην θέση του ασθενή».

Ν.Ε.: «Με ενοχλεί πολλές φορές η τεμπελιά και η αναισθησία τους που δεν έχει χώρο στο επάγγελμα μας».

Π.Σ.: «Με δυσαρεστεί η έλλειψη ευγένειας και η έλλειψη επαγγελματισμού στις μεταξύ μας σχέσεις».

Οι υπόλοιπες συμμετέχουσες ανέφεραν ότι τους ενοχλεί το γεγονός ότι δεν υπάρχει συνεννόηση μεταξύ τους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή η κούραση πολύ συχνά δημιουργεί εκνευρισμό που οδηγεί τελικά σε διαπληκτισμούς. Τέλος, μία συμμετέχουσα δήλωσε ότι έρχεται συχνά σε σύγκρουση με τους συνάδελφους της, λόγω της έλλειψης προσωπικού και υγειονομικού υλικού.

Μ.Ε.: «Με δυσαρεστεί ότι δεν υπάρχει συνεννόηση και πιστεύω ότι φταίει η διαφορά ηλικίας που υπάρχει και η κούραση που προκαλεί το επάγγελμα».

Σ.Μ.: «Η άσχημη συμπεριφορά όταν συνήθως βγαίνει από την κούραση».

Γ.Γ.: *«Με δυσαρεστεί ότι λέμε συνέχεια τα ίδια πράγματα χωρίς να αλλάζει τίποτα».*

Δ.Κ.: *«Αυτό που με δυσαρεστεί περισσότερο είναι όταν έρχομαι σε σύγκρουση με τους συναδέλφους μου λόγω έλλειψης προσωπικού και υγειονομικού υλικού».*

Μ.Δ.: *«Οι καυγάδες για το πρόγραμμα εργασίας».*

Η τέταρτη ερώτηση (Β.4) αφορά στο ποιο είναι το χαρακτηριστικό της εργασίας που δημιουργεί στις συμμετέχουσες την μεγαλύτερη ικανοποίηση. Οι περισσότερες συμμετέχουσες της συγκεκριμένης έρευνας δήλωσαν ότι το χαρακτηριστικό της εργασίας που τους δημιουργεί μεγαλύτερη ικανοποίηση είναι η ίαση ενός ασθενή και ειδικά όπως ανέφερε μια συμμετέχουσα όταν είναι βαριά άρρωστος και δεν περιμένουν ως έκβαση την ίασή του.

Γ.Γ.: *«Όταν γίνεται καλά ένας ασθενής προπαντός όταν είναι βαριά άρρωστος και δεν περιμένουμε ότι θα έχει αυτή την έκβαση, αυτό με ικανοποιεί και με χαροποιεί πολύ».*

Σ.Μ.: *«Η ικανοποίηση όταν γίνεται καλά κάποιος ασθενής».*

Σ.Ε.: *«Με ευχαριστεί η αποκατάσταση της υγείας του ασθενή».*

Τ.Θ.: *«Με ευχαριστεί η αποκατάσταση της υγείας του ασθενή».*

Μ.Ε.: *«Φυσικά πάντα σε ικανοποιεί η ίαση των ασθενών στην οποία συμμετείχα και εγώ».*

Επιπλέον, υπήρξαν και οι συμμετέχουσες που δήλωσαν ότι το χαρακτηριστικό της εργασίας που τους δημιούργησε μεγαλύτερη ικανοποίηση είναι η αρέσκειά τους να έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς και να λύνουν τα προβλήματά τους. Οι συμμετέχουσες δήλωσαν ακόμη ότι τους δημιουργεί μεγάλη ικανοποίηση να βλέπουν τους ασθενείς τους να χαμογελάνε, χωρίς να νιώθουν ωστόσο πως είναι αναγκασμένες να τους το προκαλούν οι ίδιες, καθώς επίσης τις χαροποιεί να λαμβάνουν από τους ασθενείς ένα χαμόγελο και ένα «ευχαριστώ».

Μ.Δ.: *«Μου αρέσει που έρχεσαι σε επαφή με ασθενείς και μπορείς να λύσεις τα προβλήματα τους».*

Δ.Κ.: *«Με ευχαριστεί όταν μπορώ και εφαρμόζω καθαρά νοσηλευτικές διεργασίες».*

Ν.Ε.: *«Η επαφή με τον ασθενή και η ικανοποίηση να τον βοηθώ».*

Π.Σ.: *«Με ευχαριστεί να είμαι σωστή απέναντί στον ασθενή και να τον κάνω να χαμογελάσει και να μην με βλέπει σαν ένα πιόνι».*

Ε.Κ.: *«Μου δημιουργεί ικανοποίηση το «ευχαριστώ» και το χαμόγελο που λαμβάνω από τους ασθενείς».*

Η πέμπτη ερώτηση (Β.5) αφορά το χαρακτηριστικό της εργασίας που δημιουργεί την μεγαλύτερη δυσαρέσκεια στις συμμετέχουσες. Οι περισσότερες συμμετέχουσες αναφέρθηκαν ότι περισσότερη

δυσανεξία τους δημιουργεί η ύπαρξη του κυκλικού ωραρίου στην εργασία τους που την κάνει πιο κουραστική. Ακόμη, τις ενοχλεί η έλλειψη προσωπικού και υλικών, καθώς επίσης και το γεγονός πως το τεχνικό προσωπικό του νοσοκομείου και οι διοικητικοί υπάλληλοι εργάζονται μόνο 5 μέρες την εβδομάδα, ενώ το νοσοκομείο λειτουργεί 7 μέρες την εβδομάδα με αποτέλεσμα να μην μπορούν να λυθούν τα προβλήματα που προκύπτουν το Σαββατοκύριακο.

Μ.Ε.: *«Με δυσαρεστεί η κόπωση λόγω κυκλικού ωραρίου και έλλειψης προσωπικού και πολλές φορές η έλλειψη υλικών».*

Ε.Κ.: *«Με δυσαρεστεί το γεγονός πως κανένας δεν έχει ασχοληθεί με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε, όπως η έλλειψη προσωπικού».*

Γ.Γ.: *«Θα έπρεπε όλο το προσωπικό όπως το τεχνικό τμήμα ή και οι υπάλληλοι στο γραφείο κίνησης να υπάρχουν στο νοσοκομείο 7 μέρες την εβδομάδα γιατί τα νοσοκομεία λειτουργούν συνέχεια γιατί δεν πρέπει να ψάχνω εγώ τη λύση σε ένα τεχνικό πρόβλημα γιατί δεν υπάρχει τεχνικό τμήμα το Σάββατο ή την Κυριακή».*

ΝΕ.: *«Το περιβάλλον που επικρατεί στα νοσοκομεία και η εναλλαγή των ωραρίων που πρέπει να δουλεύουμε νύχτες και αργίες».*

Δ.Κ.: *«Με δυσαρεστεί όταν οι δυσκολίες του συστήματος με αποτρέπουν από το να εργαστώ καθαρά νοσηλευτικά και η κόπωση λόγω της έλλειψης προσωπικού και υγειονομικού υλικού».*

Οι υπόλοιπες συμμετέχουσες ανέφεραν ότι το γεγονός που τους προκαλεί μεγαλύτερη δυσαρέσκεια είναι ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή με αποτέλεσμα να επέρχεται ο θάνατος κάθε φορά.

Μ.Δ.: *«Το ότι δεν μας δίνονται οι δυνατότητες και ο χρόνος να βοηθήσουμε τους ασθενείς».*

Τ.Θ.: *«Όταν δεν μπορούμε να βοηθήσουμε κάποιον και επέρχεται ο θάνατος ή φεύγει με σοβαρά προβλήματα υγείας».*

Σ.Ε.: *«Όταν δεν μπορούμε να βοηθήσουμε κάποιον και επέρχεται ο θάνατος».*

Σ.Μ.: *«Όταν παρά την προσπάθεια μας κάποιος ασθενής καταλήγει».*

Μια μόνο συμμετέχουσα δήλωσε ότι η μεγαλύτερή της δυσαρέσκεια είναι όταν έρχεται σε αντιπαράθεση με κάποιον ασθενή που την αντιμετωπίζει ως το υπηρετικό του προσωπικό.

Π.Σ.: *«Όταν θα έρθω σε αντιπαράθεση ή διένεξη με κάποιο ασθενή γιατί θα με θεωρήσει υπηρετικό προσωπικό του».*

Η τελευταία ερώτηση (Β.6) αναφέρεται στο αν είχαν την ευκαιρία να αλλάξουν το επάγγελμά τους αν θα το έκαναν. Σχεδόν όλες οι συμμετέχουσες δήλωσαν ότι θα άλλαζαν το επάγγελμά τους.

Γ.Γ.: *«Όχι δεν θα το σκεφτόμουνα, θα το άλλαζα οπωσδήποτε και μακάρι να είχα αυτήν την ευκαιρία».*

Μ.Δ.: *«Όχι δεν θα το σκεφτόμουνα, θα το άλλαζα».*

Ν.Ε.: *«Ναι και το έκανα δίνοντας ξανά κατατακτήριες και σπουδάζοντας ψυχολογία και πήρα την μετάταξη και αυτή τη στιγμή δουλεύω ως ψυχολόγος».*

Π.Σ.: *«Πιθανός θα το άλλαζα και προσπαθώ να αποτρέψω τους νέους να ακολουθήσουν το επάγγελμα μας».*

Σ.Ε.: *«Παρόλο που το επάγγελμα μου, μου αρέσει πάρα πολύ θα ήθελα να το αλλάζω με κάποιο παραπλήσιο δηλαδή να βοηθά ανθρώπους».*

Τ.Θ.: *«Τώρα πια εάν είχα μία τέτοια ευκαιρία θα το άλλαζα για να κάνω κάτι τελείως διαφορετικό».*

Δ.Κ.: *«Ναι θα το σκεφτόμουν σοβαρά παρόλο που μου έχει προσφέρει σημαντικές γνώσεις και εμπειρίες».*

Ε.Κ.: *«Τώρα μετά από 33 χρόνια θα το άλλαζα σίγουρα λόγω της εκμετάλλευσης που υπάρχει στην συγκεκριμένη δουλειά».*

Μ.Ε.: *«Μάλλον ναι παρόλο που είναι ένα σταθερό επάγγελμα με πολύ λογικές απολαβές για τον καιρό που διανύουμε».*

Μόνο μια συμμετέχουσα δεν θα το άλλαζε διότι δεν μπορεί να φανταστεί τον εαυτό της να κάνει κάτι διαφορετικό επαγγελματικά.

Σ.Μ.: *«Όχι γιατί μου αρέσει το επάγγελμα μου και δεν μπορώ να σκεφτώ τον εαυτό μου να κάνει κάτι άλλο».*

Η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου

Η πρώτη ερώτηση αυτής της ενότητας (Γ.1) αναφέρεται στο πώς κρίνουν οι συμμετέχουσες από άποψη ποσοτικής διάρκειας τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν. Όλες οι συμμετέχουσες δήλωσαν ότι έχουν ελάχιστο ή και καθόλου ελεύθερο χρόνο λόγω του κυκλικού ωραρίου της δουλειάς τους. Καθώς επίσης δήλωσαν ότι όταν γυρίζουν σπίτι πρέπει να φροντίσουν την οικογένεια τους και να αποφορτιστούν από την εργασία τους.

Γ.Γ.: *«Δυστυχώς όταν αποχωρούμε από την εργασία μας είμαστε αρκετά φορτισμένοι δεν μπορούμε να αξιοποιήσουμε κατάλληλα τον ελεύθερο χρόνο μας γιατί καταναλώνουμε πολύ ενέργεια για να*

αποφορτιστούμε από όλο αυτό μαζί με το τι έχουμε να αντιμετωπίσουμε στο σπίτι (παιδιά, γονείς, δουλειές) που χρειάζεται πολύ χρόνο, οπότε δεν μας μένει πολύ ελεύθερος χρόνος αλλά ούτε και διάθεση. Άρα είναι λίγα αυτά που κάνουμε για τον εαυτό μας».

Μ.Δ.: «Σχεδόν δεν μου μένει καθόλου ελεύθερος χρόνος».

Ν.Ε.: «Δεν μένει πολύ ελεύθερος χρόνος γιατί χρειάζεσαι πολύ χρόνο ξεκούρασης για να επανέλθεις σωματικά».

Σ.Μ.: «Ο ελεύθερος χρόνος είναι ανεπαρκής».

Π.Σ.: «Παρόλο που δεν έχω οικογένεια και παιδιά θεωρώ ότι ο ελεύθερος χρόνος είναι πολύ λίγος».

Σ.Ε.: «Είναι λίγος ο ελεύθερος χρόνος λόγω του κυκλικού ωραρίου της δουλειάς μας».

Τ.Θ.: «Είναι ελάχιστος ο ελεύθερος χρόνος εκτός δουλειάς».

Δ.Κ.: «Ο ελεύθερος χρόνος δεν είναι πολύς και πολλές φορές δεν υπάρχει καθόλου ελεύθερος χρόνος».

Ε.Κ.: «Ο ελεύθερος χρόνος είναι ελάχιστος».

Μ.Ε.: «Ο ελεύθερος χρόνος είναι λίγος γιατί χρειάζεσαι περισσότερο χρόνο για να ξεκουραστείς λόγω περιέργων ωραρίων».

Η δεύτερη ερώτηση (Γ.2) αναφέρεται στο αν πιστεύουν οι νοσηλευτές ότι διαθέτουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο από τους εργαζόμενους σε άλλους τομείς. Όλες οι συμμετέχουσες δήλωσαν ότι έχουν τον λιγότερο ελεύθερο χρόνο από άλλους τομείς εργασίας. Αυτό οφείλεται λόγω του κυκλικού ωραρίου, της ψυχολογικής πίεσης και της μεγάλης κούρασης.

Μ.Ε.: «Πιστεύω ότι είναι λιγότερος γιατί όπως προανέφερα χρειάζεσαι περισσότερο χρόνο για ξεκούραση για να επανέλθεις μετά από ένα ωράριο».

Ε.Κ.: «Όχι, πιστεύω πως αντίθετα οι νοσηλευτές διαθέτουν λιγότερο ελεύθερο χρόνο λόγω του κυκλικού ωραρίου».

Δ.Κ.: «Νομίζω πως είναι πολύ λιγότερος ο χρόνος που διαθέτουμε από άλλους εργαζόμενους».

Τ.Θ.: «Πιστεύω πως οι νοσηλευτές διαθέτουν λιγότερο χρόνο από εργαζόμενους σε άλλους τομείς».

Σ.Ε.: «Ο νοσηλευτής έχει λίγο ελεύθερο χρόνο λόγω κυκλικού ωραρίου γιατί η κούραση και η ψυχολογική φόρτιση δεν αναπληρώνεται».

Π.Σ.: «Πιστεύω ότι ο νοσηλευτής έχει λίγο ελεύθερο χρόνο για τα επίπεδα της Ελλάδας».

Σ.Μ.: «Πιστεύω ότι ο νοσηλευτής έχει τον λιγότερο ελεύθερο χρόνο και λιγότερο ποιοτικό».

Ν.Ε.: «Καθόλου, αντιθέτως πιστεύω ότι ο νοσηλευτής έχει τον λιγότερο ελεύθερο χρόνο».

Μ.Δ.: «ΟΧΙ πιστεύω ότι ο νοσηλευτής έχει τον λιγότερο ελεύθερο χρόνο».

Γ.Γ.: «ΟΧΙ ούτε κατά διάνοια. Νομίζω ότι διαθέτουμε τον λιγότερο ελεύθερο χρόνο γιατί έχουμε μεγάλη κούραση».

Η τρίτη ερώτηση (Γ.3) αναφέρεται στις δραστηριότητες που επιλέγουν οι συμμετέχουσες στον ελεύθερο τους χρόνο και ποια είναι τα οφέλη που τους προσφέρουν αυτές. Από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες όταν έχουν λίγο ελεύθερο χρόνο προτιμούν να περπατάνε, διότι τις βοηθάει να χαλαρώνουν και μειώνει τους μυοσκελετικούς πόνους. Επίσης κάποιες από τις συμμετέχουσες χαλαρώνουν πηγαίνοντας για καφέ με φίλους, ενώ άλλες ξεκουράζονται, βλέπουν ταινίες, διαβάζουν βιβλία, «σερφάρουν» στο διαδίκτυο ή πηγαίνουν στο θέατρο.

Γ.Γ.: *«Είμαι συνήθως στον υπολογιστή (διαβάζω ειδήσεις), περπατάω όσο μπορώ πηγαίνοντας βόλτα στην παραλία, λύνω σταυρόλεξα για να βοηθήσω το μυαλό μου και όποτε μπορώ βγαίνω για καφέ».*

Μ.Δ.: *«Συνήθως βγαίνω για περπάτημα ή πηγαίνω γυμναστήριο γιατί βοηθάνε τους σκελετικούς μου μυς και την σπονδυλική μου στήλη που επιβαρύνονται πολύ στην εργασία μου».*

Ν.Ε.: *«Η ενασχόληση με το σπίτι. Μου προσφέρει ικανοποίηση και κούραση και μερική χαρά».*

Σ.Μ.: *«Την ξεκούραση και τον ύπνο που είναι λιγοστός για τον νοσηλευτή».*

Π.Σ.: *«Αυτό που με ξεκουράζει, μου προσφέρει ηρεμία και ανάταση πνεύματος είναι η τάξη και η καθαριότητα και να ακούω μουσική ή να διαβάζω ή να μιλάω με ένα φίλο μου».*

Σ.Ε.: *«Αυτό που με ξεκουράζει και μου αποβάλλει το άγχος είναι το διάβασμα το ποδήλατο όπως και το κέντημα».*

Τ.Θ.: *«Προτιμώ να βγαίνω έξω με φίλους μου είτε για έναν καφέ είτε για μια βόλτα έτσι ώστε να ξεφύγω από τα προβλήματα της καθημερινότητας».*

Δ.Κ.: *«Μου αρέσει να διαβάζω και να περπατάω καθώς μου προσφέρουν ξεκούραση και ευχαρίστηση».*

Ε.Κ.: *«Στον ελάχιστο ελεύθερο χρόνο που μου απομένει μου αρέσει να ασχολούμαι το θέατρο γιατί με βοηθάει να ξεχνάω τις δυσκολίες της καθημερινότητας».*

Μ.Ε.: *«Οι δραστηριότητες που επιλέγω συνήθως είναι η ενασχόληση με την οικογένεια μου που μου προσφέρει μεγάλη χαρά και ικανοποίηση».*

Η τέταρτη ερώτηση (Γ.4) αναφέρεται στο χόμπι που ευχαριστεί τις συμμετέχουσες ιδιαίτερα. Από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες έχουν κάποιο χόμπι που τις ευχαριστεί. Δήλωσαν χαρακτηριστικά πως απολαμβάνουν το περπάτημα, το ποδήλατο, το κολύμπι, την μαγειρική, τη ζαχαροπλαστική, το τραγούδι και την υποκριτική.

Μ.Ε.: *«Το χόμπι μου είναι η μαγειρική και συγκεκριμένα η ζαχαροπλαστική».*

Ε.Κ.: *«Ναι, το τραγούδι και η υποκριτική».*

Σ.Ε.: *«Το ποδήλατο και το περπάτημα».*

Μ.Δ.: «*Το χόμπι μου είναι το κολύμπι και με ευχαριστεί ιδιαίτερα*».

Υπήρξαν όμως και συμμετέχουσες που είχαν κάποιο χόμπι αλλά λόγω έλλειψης χρόνου, κούρασης και ηλικίας το σταμάτησαν.

Π.Σ.: «*Είχα δύο χόμπι για πολλά χρόνια, το κλασσικό μπαλέτο και την ιππασία που λόγω της ηλικίας δεν τα κάνω πλέον*».

Γ.Γ.: «*Είχα ξεκινήσει χορό. Μου αρέσουν όλα τα είδη χορού αλλά το σταμάτησα γιατί κουραζόμουν*».

Σ.Μ.: «*Μου αρέσουν και έχω πολλά χόμπι μόνο που δεν τα προλαβαίνω λόγω έλλειψης χρόνου*».

Ν.Ε.: «*Παλιά είχα την γλυπτική που με ικανοποιούσε αλλά αυτή τη στιγμή όχι*».

Κάποιες, πάλι, συμμετέχουσες δεν ασχολούνται καθόλου με κάποια δραστηριότητα ή χόμπι.

Δ.Κ.: «*Αυτή την στιγμή δεν έχω κάποιο χόμπι*».

Τ.Θ.: «*Όχι*».

Η πέμπτη ερώτηση (Γ.5) αναφέρεται στο αν οι συμμετέχουσες ασχολούνται με κάποιο άθλημα ή αν γυμνάζονται. Οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι είτε κάνουν κάποιο είδος γυμναστικής είτε περπατάνε, αφού τις ξεκουράζει και τις χαλαρώνει. Επίσης μία συμμετέχουσα δήλωσε ότι το κάνει αναγκαστικά για να χάσει βάρος.

Μ.Δ.: «*Κάποιο άθλημα όχι αλλά κάνω Pilates και με αρέσει γενικότερα η γυμναστική*».

Σ.Μ.: «*Μου αρέσει η γυμναστική και πηγαίνω γυμναστήριο όταν προλαβαίνω*».

Σ.Ε.: «*Μόνο το ποδήλατο και το περπάτημα*».

Π.Σ.: «*Μόνο τρέξιμο πάνω σε ένα διάδρομο που έχω*».

Ε.Κ.: «*Μου αρέσει να περπατάω διότι με ξεκουράζει και μου δίνει την απαραίτητη ενέργεια για το σώμα μου*».

Μ.Ε.: «*Περπατάω στον λίγο ελεύθερο χρόνο που έχω*».

Ν.Ε.: «*Κάποιο άθλημα όχι και δεν μου αρέσει ιδιαίτερα αλλά αναγκάζομαι να κάνω λόγω υγείας και χάσιμο βάρους*».

Απεναντίας, υπήρξαν και οι συμμετέχουσες που δεν έκαναν κάποιο είδος αθλήματος, διότι δεν είχαν ελεύθερο χρόνο, ήταν κουρασμένες ή θεωρούσαν τον εαυτό τους μεγάλο σε ηλικία για να ασχοληθούν με αυτό.

Γ.Γ.: «*Παλιά έκανα αερόμπικ αλλά το σταμάτησα*».

Τ.Θ.: «Δεν ασχολούμαι με κανένα άθλημα και τώρα πια σε αυτήν την ηλικία δεν γυμνάζομαι».

Δ.Κ.: «Θα ήθελα να ασχοληθώ με κάποιο άθλημα αλλά δεν έχω τον ελεύθερο χρόνο ή το κουράγιο».

Η έκτη ερώτηση (Γ.6) αναφέρεται στην συχνότητα που επισκέπτονται το θέατρο ή το κινηματογράφο. Από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες επισκέπτονται από σπάνια έως καθόλου τον κινηματογράφο ή το θέατρο κατά κύριο λόγο επειδή δεν έχουν χρόνο και τα οικονομικά τους είναι περιορισμένα.

Δ.Κ.: «Πηγαίνω σπάνια περίπου 3 φορές τον χρόνο».

Π.Σ.: «Κινηματογράφο δεν πηγαίνω καθόλου αλλά στο θέατρο πηγαίνω όσο πιο συχνά μπορώ».

Σ.Ε.: «Μου αρέσει πάρα πολύ και ο κινηματογράφος και το θέατρο αλλά λόγω οικονομικών και έλλειψης χρόνου, πλέον δεν πηγαίνω».

Μ.Δ.: «Δεν πηγαίνω συχνά, μία με δύο φορές τον χρόνο».

Ν.Ε.: «Σπάνια».

Μ.Ε.: «Σχεδόν ποτέ».

Τ.Θ.: «Πηγαίνω σπάνια περίπου μία φορά τον μήνα».

Φυσικά όμως υπήρξαν και οι συμμετέχουσες που πηγαίνουν συχνά είτε στο θέατρο είτε στον κινηματογράφο.

Ε.Κ.: «Μου αρέσει πολύ και το θέατρο και ο κινηματογράφος, πηγαίνω συνήθως μία φορά την εβδομάδα».

Γ.Γ.: «Πηγαίνω και πολύ συχνά στο θέατρο αλλά το σταμάτησα τώρα λόγω covid».

Σ.Μ.: «Προσπαθώ να πηγαίνω περίπου μία φορά τον μήνα».

Η έβδομη ερώτηση (Γ.7) αναφέρεται στο πόσο συχνά διαβάζουν οι συμμετέχουσες βιβλία και τι είδους προτιμούν. Η πλειονότητα των ατόμων που συμμετείχε στην έρευνα δήλωσε ότι διαβάζει βιβλία μυθιστορήματος, αλλά και ψυχολογίας, ιστορίας και μυστηρίου.

Ε.Κ.: «Διαβάζω βιβλία όχι πολύ συχνά κυρίως λογοτεχνικά».

Δ.Κ.: «Μου αρέσει να διαβάζω βιβλία κυρίως μυθιστορήματα ή ψυχολογίας».

Τ.Θ.: «Διαβάζω αρκετά βιβλία ιστορικά, μυθιστορήματα και μυστηρίου».

Σ.Ε.: «Διαβάζω πολλά βιβλία λογοτεχνικά και μυθιστορήματα και ιστορικά».

Σ.Μ.: «Ναι διαβάζω ότι βιβλίο και ότι είδος πέσει στα χέρια μου».

Ν.Ε.: «Ναι διαβάζω βιβλία όλων των ειδών».

Μ.Δ.: «*Διαβάζω πολλά βιβλία, συνήθως αυτά που με χαλαρώνουν και διαβάζονται ευχάριστα*».

Γ.Γ.: «*Διαβάζω βιβλία συνήθως ιστορικά και βιογραφικά αλλά δεν μου αρέσουν τα αστυνομικά*».

Επιπρόσθετα υπήρξαν νοσηλεύτριες που δήλωσαν ότι διαβάζουν όλα τα είδη βιβλίων, ενώ ορισμένες δήλωσαν πως σπάνια διαβάζουν βιβλία κι αν το κάνουν θα είναι κυρίως μυθιστορήματα.

Μ.Ε.: «*Σπάνια διαβάζω βιβλία και αν διαβάσω αυτά είναι μυθιστορήματα*».

Π.Σ.: «*Παλιά διάβαζα περισσότερα βιβλία, τώρα λιγότερα και συνήθως μυθιστορήματα με αρχαιολογικό ενδιαφέρον και βιβλία θρησκευτικού ενδιαφέροντος*».

Η όγδοη ερώτηση (Γ.8) αναφέρεται στο χρόνο που αφιερώνουν οι συμμετέχουσες στα κοινωνικά δίκτυα. Οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχουσες είναι χωρισμένες σε 3 μέρη. Δηλαδή, υπήρξαν οι συμμετέχουσες που ασχολούνται με τα κοινωνικά δίκτυα από 1 έως 2 ώρες περίπου, αυτές που ασχολούνται περίπου 1 ώρα την ημέρα και αυτές που ασχολούνται λιγότερο από μια ώρα έως και καθόλου.

Γ.Γ.: «*Αρκετό χρόνο, μπορεί 2-3 ώρες την ημέρα γιατί μου αρέσει*».

Μ.Ε.: «*Περίπου δύο ώρες την ημέρα ανάλογα από τον χρόνο που έχω*».

Δ.Κ.: «*Από δύο ώρες την ημέρα έως και καθόλου*».

Ν.Ε.: «*Συνήθως μία ώρα περίπου την ημέρα*».

Ε.Κ.: «*Αφιερώνω περίπου μία ώρα την ημέρα*».

Σ.Μ.: «*Θεωρώ ελάχιστο το πολύ μία ώρα περίπου την ημέρα*».

Μ.Δ.: «*Όχι πάνω από μισή με μία ώρα την ημέρα*».

Σ.Ε.: «*Πολύ λίγο και αυτό για να διαβάσω ειδήσεις*».

Τ.Θ.: «*Πολύ λίγο, περίπου μισή ώρα την ημέρα*».

Π.Σ.: «*Καθόλου χρόνο γιατί δεν μου αρέσουν*».

Η ένατη ερώτηση (Γ.9) αναφέρεται στο αν αρέσουν στις συμμετέχουσες τα ταξίδια και ειδικά τα καλοκαιρινά. Οι περισσότερες νοσηλεύτριες που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι τους αρέσουν πάρα πολύ τα ταξίδια γιατί τις ξεκουράζουν και τις αναζωογονούν και ως επί το πλείστον οργανώνουν ταξίδια το καλοκαίρι.

Μ.Ε.: «*Τρελαίνομαι για τα ταξίδια και οπωσδήποτε για τα καλοκαιρινά που με ξεκουράζουν και με αναζωογονούν*».

Ν.Ε.: «*Μου αρέσουν τα ταξίδια και ιδιαίτερα το καλοκαίρι φυσικά, αφού ζούμε στην Ελλάδα*».

Σ.Μ.: *«Μου αρέσουν πάρα πολύ τα ταξίδια και κάνουμε κάθε καλοκαίρι οπωσδήποτε».*

Τ.Θ.: *«Μου αρέσουν αρκετά τα ταξίδια και ιδίως το καλοκαίρι που έχω πολύ χρόνο οργανώνω κάποιο ταξίδι».*

Γ.Γ.: *«Μου αρέσουν πολύ τα ταξίδια, είτε με αυτοκίνητο ή πλοίο αλλά όχι τόσο με αεροπλάνο. Το καλοκαίρι δεν πήγα ταξίδι λόγω πανδημίας».*

Δ.Κ.: *«Μου αρέσουν πάρα πολύ τα ταξίδια και κάθε καλοκαίρι προσπαθώ να οργανώνω και ένα καθώς πιστεύω με ανανεώνουν και με ξεκουράζουν».*

Υπήρξαν όμως και άτομα του δείγματος που δήλωσαν ότι προτιμούν τα ταξίδια κατά τους χειμερινούς μήνες γιατί είτε τους αρέσουν οι χειμερινοί προορισμοί είτε δεν έχουν χρόνο και χρήματα να τα κάνουν το καλοκαίρι.

Π.Σ.: *«Μου αρέσουν πάρα πολύ τα ταξίδια και συνήθως σε χειμερινούς προορισμούς και όχι καλοκαίρι».*

Μ.Δ.: *«Μου αρέσουν πάρα πολύ τα ταξίδια. Το καλοκαιρινό ταξίδι όχι γιατί δεν έχω χρόνο και χρήματα».*

Και τέλος, υπήρξαν και συμμετέχουσες που δήλωσαν ότι ενώ τους αρέσουν τα ταξίδια πάρα πολύ δεν κάνουν διότι δεν έχουν ελεύθερο χρόνο και έχουν οικονομικά προβλήματα.

Ε.Κ.: *«Μου αρέσουν πάρα πολύ τα ταξίδια όμως δεν μπορώ να κάνω όσα θα ήθελα λόγω των ωραρίων στην δουλειά και οικονομικών προβλημάτων».*

Σ.Ε.: *«Μου αρέσουν πάρα πολύ τα ταξίδια και υπήρχαν χρήματα και περισσότερος ελεύθερος χρόνος θα έκανα πολλά και προπαντός τους καλοκαιρινούς μήνες».*

Η δέκατη ερώτηση (Γ.10) αναφέρεται στο αν οι συμμετέχουσες έχουν φίλους/ες και τι κάνουν όταν συναντιούνται. Οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι έχουν φίλους, αλλά δεν τους βλέπουν όσο συχνά θα ήθελαν λόγω των συνθηκών εργασίας και των οικογενειακών υποχρεώσεων. Όταν συναντιούνται συνήθως συζητάνε με τη συνοδεία είτε φαγητού είτε ποτού.

Μ.Δ.: *«Ναι, συναντιόμαστε μία με δύο φορές τον μήνα και πίνουμε καφέ».*

Ν.Ε.: *«Τους βλέπω όσο πιο συχνά προλαβαίνω και συζητάμε τα προβλήματα μας».*

Σ.Μ.: *«Όχι όσο θα ήθελα και όταν βρισκόμαστε συζητάμε με συνοδεία ποτού ή φαγητού».*

Π.Σ.: *«Έχω λίγους φίλους και επειδή έχουν οικογενειακές υποχρεώσεις αντίθετα με εμένα δεν βλέπουμε συχνά. Όταν συναντιόμαστε συζητάμε πάντα με συνοδεία φαγητού».*

Ε.Κ.: «Προσπαθώ να βρίσκομαι με τους φίλους μου συχνά και όταν συναντιόμαστε προτιμώ να μην μιλάμε για την δουλειά».

Δ.Κ.: «Δεν βλέπω πολύ συχνά τους φίλους μου λόγω του κυκλικού ωραρίου αλλά όταν βγαίνουμε κάνουμε πράγματα ευχάριστα, για παράδειγμα βγαίνουμε μία βόλτα».

Μ.Ε.: «Δεν βλέπω συχνά τους φίλους μου λόγω του λίγου ελεύθερου χρόνου και την συνάντησή μας συνήθως την συνοδεύουμε με ένα ωραίο γεύμα και ποτό».

Η μειοψηφία των συμμετεχουσών δήλωσε ότι έχει πάρα πολλούς φίλους με τους οποίους βλέπονται συχνά και συζητούν, κάνουν βόλτες ή βγαίνουν για φαγητό.

Γ.Γ.: «Ευτυχώς έχω πολλούς φίλους και τους βλέπω συχνά και όταν δεν προλαβαίνω από κοντά τους βλέπω διαδικτυακά».

Σ.Ε.: «Έχω πολλούς φίλους αλλά δεν τους βλέπω συχνά αλλά μιλάμε στο τηλέφωνο. Και όταν συναντιόμαστε συζητάμε πάντα και κουτσομπολεύουμε σαν γυναίκες που είμαστε».

Τ.Θ.: «Βλέπω αρκετά συχνά τους φίλους μου και μαζί τους μου αρέσει να συζητάω, να κάνω μια βόλτα ή να βγαίνουμε για φαγητό».

Η ενδέκατη ερώτηση (Γ.11) αναφέρεται στο αν διαιρέσουν το χρόνο τους οι συμμετέχουσες σε εργασιακό, οικογενειακό και προσωπικό ποιον θεωρούν σημαντικότερο. Οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι σημαντικότερος είναι ο οικογενειακός χρόνος, γιατί η οικογένεια για αυτές είναι πάνω από όλα.

Μ.Ε.: «Σίγουρα ο προσωπικός είναι πολύ σημαντικός αλλά πιστεύω ότι ο οικογενειακός επιβάλλεται να είναι περισσότερος».

Ε.Κ.: «Θεωρώ ότι είναι ο οικογενειακός καθώς είμαι πολύ δοτικός άνθρωπος και θα έκανα τα πάντα γι' αυτή».

Μ.Δ.: «Ποιο σημαντικό θεωρώ τον οικογενειακό χρόνο γιατί πάνω από όλα είναι η οικογένεια μου».

Ν.Ε.: «Σίγουρα βάζω πρώτα τον οικογενειακό γιατί πάντα η οικογένεια έρχεται πρώτα αλλά προσπαθώ να έχω και όσο γίνεται περισσότερο προσωπικό χρόνο».

Τ.Θ.: «Θεωρώ ότι είναι ο οικογενειακός καθώς η οικογένεια είναι πάνω από όλα και ακολουθεί ο εαυτός μας και η εργασία μας».

Σ.Μ.: «Βάζω πρώτα τον οικογενειακό γιατί η οικογένεια είναι τα πάντα για μένα».

Ωστόσο, υπήρξαν και οι συμμετέχουσες που δήλωσαν ότι ο πιο σημαντικός χρόνος είναι ο προσωπικός, επειδή τις ανατάσσει ψυχολογικά.

Δ.Κ.: «Θεωρώ ότι είναι ο προσωπικός έπειτα ο οικογενειακός και τέλος ο εργασιακός».

Σ.Ε.: «Θεωρώ ότι είναι ο προσωπικός αλλά λόγω της δουλειάς και της οικογένειας είναι ελάχιστος».

Π.Σ.: «Επειδή δεν έχω οικογένεια θεωρώ ότι πρώτα είναι ο προσωπικός και μετά ο εργασιακός».

Γ.Γ.: «Πιο σημαντικό θεωρώ τον προσωπικό χρόνο γιατί είναι αυτός που με κρατάει στη ζωή και με πάει παρακάτω και θα πρέπει να έχουμε προσωπικό χρόνο για να τα βρούμε με τον εαυτό μας και να είμαστε καλά ψυχολογικά».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διερευνηθεί η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου των νοσηλευτριών και της επαγγελματικής τους ικανοποίησης. Στην συγκεκριμένη έρευνα έλαβαν μέρος 10 νοσηλεύτριες από 45 – 58 ετών, είχαν προϋπηρεσία από 19 – 34 έτη και εργάζονται κυκλικό ωράριο σχεδόν από την έναρξη του επαγγέλματος.

Στο πρώτο σκέλος της έρευνας εξετάστηκε η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Αρχικά η πλειονότητα των νοσηλευτών δήλωσαν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ευχάριστο και δημιουργικό, διότι μπορούν να βοηθούν τους ασθενείς να γίνουν καλά και δημιουργικό γιατί μπορούν να σώσουν μια ζωή και είναι εν μέρει ικανοποιημένες από την σχέση τους με τους συναδέλφους του, διότι είναι ένα εξαντλητικό επάγγελμα, στο οποίο υπάρχει συναισθηματική φόρτιση, ο κάθε νοσηλευτής έχει την δική του προσωπικότητα και τον δικό του τρόπο σκέψης. Όμως, ανέφεραν ότι τους ενοχλεί πως κάποιιοι συνάδερφοί τους αποφεύγουν να βοηθήσουν τους ασθενείς και είναι αγενείς προς αυτούς και προς τους ασθενείς, χωρίς να υπάρχει ενσυναίσθηση.

Επιπρόσθετα, οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι το χαρακτηριστικό της εργασίας που τους δημιουργεί μεγαλύτερη ικανοποίηση είναι η ίαση ενός ασθενή και ειδικά όπως ανέφερε μια συμμετέχουσα όταν είναι βαριά άρρωστος και δεν περιμένουν αυτή την έκβαση, δηλαδή της ίασης. Ενώ, οι περισσότερες συμμετέχουσες αναφέρθηκαν ότι περισσότερη δυσαρέσκεια τους δημιουργεί ότι υπάρχει στην εργασία τους κυκλικό ωράριο και αυτό την κάνει πιο κουραστική.

Στην συνέχεια της έρευνας, διερευνήθηκε η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου των νοσηλευτών. Από την έρευνα προέκυψε ότι όλες οι συμμετέχουσες δήλωσαν ότι έχουν ελάχιστό ή και καθόλου ελεύθερο χρόνο λόγω του κυκλικού ωραρίου της δουλειάς τους και δήλωσαν ότι έχουν τον λιγότερο ελεύθερο χρόνο από άλλους τομείς εργασίας. Ακόμα, από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότερες νοσηλεύτριες όταν έχουν λίγο ελεύθερο χρόνο προτιμούν να περπατάνε, διότι τους βοηθάει να χαλαρώνουν και βοηθά επιπλέον στους μυοσκελετικούς πόνους. Επίσης, οι περισσότερες νοσηλεύτριες έχουν κάποιο χόμπι που τις ευχαριστεί όπως, το περπάτημα, το ποδήλατο, το κολύμπι, την μαγειρική, τη ζαχαροπλαστική, το τραγούδι και την υποκριτική. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες νοσηλεύτριες ασχολούνται με κάποιο άθλημα ή γυμνάζονται, όπως επίσης διαβάζουν μυθιστορήματα, αλλά και βιβλία ψυχολογίας, ιστορίας και μυστηρίου και ασχολούνται με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Επίσης, οι συμμετέχουσες κατά την πλειονότητά τους δήλωσαν ότι τους αρέσουν τα ταξίδια και ειδικά το καλοκαίρι. Ενώ οι περισσότερες νοσηλεύτριες από σπάνια έως καθόλου τον κινηματογράφο ή το θέατρο κατά κύριο λόγο επειδή δεν έχουν χρόνο και τα οικονομικά τους είναι περιορισμένα. Όπως επίσης, οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι έχουν φίλους, αλλά δεν τους βλέπουν όσο συχνά θα ήθελαν λόγω των συνθηκών εργασίας και των οικογενειακών υποχρεώσεων, όμως όταν συναντιόνται συνήθως

συζητάνε με τη συνοδεία είτε φαγητού είτε ποτού. Αλλά, θεωρούν πιο σημαντικός είναι ο οικογενειακός χρόνος και στην συνέχεια ο προσωπικός και εργασιακός χρόνος. Και τέλος, σχεδόν όλες οι νοσηλεύτριες αν είχαν την ευκαιρία να αλλάξουν το επάγγελμά τους θα το έκαναν.

Γενικά, για να αυξηθεί ο ελεύθερος χρόνος των νοσηλευτών και αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να μειωθεί το άγχος και να αυξηθεί η ικανοποίηση αυτών, καλό θα ήταν να αυξηθούν οι άδειες του νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να έχουν περισσότερο χρόνο για τον εαυτό τους, να διοργανώνουν εκδρομές και να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν. Και έτσι θα είναι πιο ξεκούραστοι και θα αποδίδουν καλύτερα στην εργασία τους χωρίς άγχος.

Ακόμα, θα μπορούσαν να δημιουργήσουν ομάδες εικαστικών, χορού, μουσικής και θεάτρου, όπου θα υπάρχουν τμήματα αυτών των ομάδων ανάλογα με την βάρδια που θα έχουν οι νοσηλευτές. Με αυτό τον τρόπο θα ξεφύγουν από τη ρουτίνα της καθημερινότητας, θα εκτονωθούν, θα ξεκουραστούν, θα εκφραστούν δημιουργικά και θα ανανεώσουν τις δυνάμεις τους. Επίσης, μέσα από αυτές τις ομάδες θα έρθουν πιο κοντά με τους συναδέλφους τους και θα τους γνωρίσουν καλύτερα.

Ωστόσο οι παραπάνω τρόποι αντιμετώπισης δεν μπορούν να αποδώσουν χωρίς την βοήθεια των διοικήσεων των μονάδων υγείας. Οι διοικήσεις αυτές θα πρέπει να έχουν φροντίσει να υπάρχει η κατάλληλη οργάνωση με σκοπό να δημιουργήσουν ένα κατάλληλο περιβάλλον εργασίας. Ακόμα οι διοικήσεις των μονάδων υγείας θα πρέπει να κατασκευάσουν ένα ουσιαστικό και λειτουργικό οργανόγραμμα με κύριο σκοπό τους να είναι οι νοσηλευτές πιο αποδοτικοί και ικανοποιημένοι με την εργασία τους. Για παράδειγμα, κάτι που θα πρέπει σίγουρα να γίνεται σε όλα τα τμήματα, είναι η αποσαφήνιση και η ξεκάθαρη διάκριση των καθηκόντων που έχει ο καθένας, με σκοπό να είναι όλοι αφοσιωμένοι στο δικό τους έργο και να το επιτελούν με υπευθυνότητα, χωρίς να υπάρχουν συγκρούσεις μεταξύ τους. Η εκάστοτε διοίκηση θα πρέπει να εξασφαλίζει στους εργαζόμενους τις κατάλληλες συνθήκες εργασίας, μέσα στις οποίες θα νιώθουν ασφάλεια, εμπιστοσύνη και θα μπορούν να εργαστούν με το λιγότερο δυνατό εργασιακό άγχος, καθώς το περιβάλλον τους δεν θα ευνοεί την αύξηση αυτού. Με λίγα λόγια, η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει φροντίσει έτσι ώστε να δημιουργήσει την καλύτερη δυνατή οργάνωση στο νοσηλευτικό τμήμα. Αυτό θα έχει ως σκοπό να μειωθεί το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το άγχος και εξουθένωση αποτελούν δύο έννοιες που έχουν απασχολήσει, εδώ και μερικά χρόνια, ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τους επαγγελματίες του χώρου υγείας, και κυρίως τους νοσηλευτές. Επομένως, αυτές οι έννοιες σχετίζονται γενικότερα με το εργατικό δυναμικό και ειδικότερα με τη νοσηλευτική. Την τελευταία δεκαετία, τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις επιπτώσεις του άγχους και της επαγγελματικής εξάντλησης στα αποτελέσματα των ασθενών, την ασφάλειά τους και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και περίθαλψης έχουν εμπλουτίσει κατά πολύ την βιβλιογραφία και είναι αρκετά για να οδηγήσουν σε ένα ξεκάθαρο αποτέλεσμα. Φυσικά όμως, λόγω της ευαισθησίας του θέματος, υπάρχει ακόμη μεγάλη ανάγκη για ολοκληρωμένες μελέτες που θα εξετάσουν αυτές τις δυναμικές με τρόπο που θα αποδώσει πιο σταθερές αποδείξεις βασιζόμενες στην πρακτική.

Συνοψίζοντας, λοιπόν, θα ήταν χρήσιμο σε μια μελλοντική έρευνα να γίνει μια ποσοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου. Με αυτό τον τρόπο θα λάβουν μέρος περισσότεροι νοσηλευτές, και έτσι θα μπορούν να ελεγχθούν ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και με ποιον τρόπο διαχειρίζονται τον ελεύθερο χρόνο τους.

Επίσης, θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί μια έρευνα που να εξετάζει την επαγγελματική ικανοποίηση και τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου των νοσηλευτών σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία και να εξεταστούν οι τυχόν διαφορές που θα προκύψουν.

Ακόμα, καλό θα ήταν να πραγματοποιηθούν έρευνες που να εξετάζουν την επίδραση της φυσικής κατάστασης στην ικανοποίηση των νοσηλευτών και το εργασιακό άγχος στους νοσηλευτές. Σκοπός αυτής της πρότασης είναι να διερευνηθούν οι τρόποι μείωσης του εργασιακού άγχους και η αύξηση της ικανοποίησης και της απόδοσης των νοσηλευτών.

Τέλος, προτείνεται να πραγματοποιηθούν έρευνες, που θα σχετίζονται με την επίδραση της φυσικής κατάστασης στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών, με σκοπό οι παράγοντες που μένουν σχεδόν ανεπηρέαστοι από την άσκηση της φυσικής δραστηριότητας να βελτιωθούν ακόμα περισσότερο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Al-Abri & Al-Balushi. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal*, 29(1), pp. 3–7. Retrieved from: <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>
- American College of Healthcare Executive. (2019). Your Career as a Healthcare Executive. *From the website* <https://www.ache.org>. Retrieved from: <https://www.ache.org/career-resource-center/special-groups/resources-for-students-and-early-careerists/your-career-as-a-healthcare-executive>
- American Psychiatric Association. (2013). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013; 5.
- Ancel & Yilmaz. (2016). Time management in Turkish nurses. *Global Journal on Humanites & Social Sciences*, pp. 205-2011. Retrieved from: https://www.academia.edu/35120220/Time_management_in_Turkish_nurses
- Andrioti, D., Skitsou, A., Eklund Karlsson, L., Pandouris, C., Krassias, A., & Charalambous, G. (2017). Job satisfaction of nurses in various clinical practices. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), pp. 76-87. Retrieved from: https://findresearcher.sdu.dk:8443/ws/portalfiles/portal/124510601/20_Andrioti_et_al_nurses_comparative.pdf
- Armitage, Gail, Suter, Esther, Oelke, Nelly & Adair, Carol. (2009). Health systems integration: State of the evidence. *International journal of integrated care*. 9. e82. 10.5334/ijic.316. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/26659767_Health_systems_integration_State_of_the_evidence
- Ashwani Arya et al. (2015). Understanding the Pathophysiology and Management of the Anxiety Disorders. *International Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Research. Human Journals. Review Article October 2015, Vol.:4, Issue: (3), pp. 251-278*. Retrieved from: <https://www.ijppr.humanjournals.com/wp-content/uploads/2015/11/20.Shivani-Soodan-and-Ashwani-Arya.pdf>
- Augustin. (2005). Anxiety Disorders. In MA Koda-Kimble et. al. *Applied Therapeutics:the clinical use of drugs*, Lippincott Williams and Wilkins 2005; 8, pp. 761-764.
- Barr, J. K., Giannotti, T. E., Sofaer, S., Duquette, C. E., Waters, W. J., & Petrillo, M. K. (2006). Using public reports of patient satisfaction for hospital quality improvement. *Health services research*, 41(3 Pt 1), pp. 663–682. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00508.x>
- Babbie, E. (2011). Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Beheshtifar, Malikeh & Omidvar, Ali. (2013). Causes to Create Job Burnout in Organizations. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 3. 2222-6990. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/281175693_Causes_to_Create_Job_Burnout_in_Organizations
- Brown & Eby (2010), Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία (2η έκδοση). Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.
- Bullen, D. (2015). Clinical Time Management, Nursing students must juggle competing demands when learning in the hospital setting. *Advance health care network for Nurses*. Retrieved from: https://www.mdc.edu/main/images/ADVANCE%20for%20Nurses%20%20Printer%20Friendly_tcm

- Bundgaard, Karin, E. Erik Sorensen, and Charlotte Delmar. 2016. Time-making the Best of it! A Fieldwork Study Outlining Time in Endoscopy Facilities for Short-Term Stay. *Open Nursing Journal* 10: pp. 15–25. Retrieved from: <https://doi.org/10.2174/1874434601610010015>
- Chakraborty R, Chatterjee A, Chaudhury S. Internal predictors of burnout in psychiatric nurses: An Indian study. *Ind Psychiatry J.* 2012 Jul;21(2): pp. 119-24. doi: 10.4103/0972-6748.119604. PMID: 24250044; PMCID: PMC3830160. Retrieved from: <https://www.industrialpsychiatry.org/article.asp?issn=0972-6748;year=2012;volume=21;issue=2;spage=119;epage=124;aulast=Chakraborty>
- Chan, Engle A., Aled Jones, and Kitty Wong. 2013. The Relationships between Communication, Care and Time are Intertwined: A Narrative Inquiry Exploring the Impact of Time on Registered Nurses' Work. *Journal of Advanced Nursing* 69: pp. 2020–29. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/jan.12064>
- Chase, Jo-Ana & Topp, Robert & Smith, Carol & Cohen, Marlene & Fahrenwald, Nancy & Zerwic, Julie & Benefield, Lazelle & Anderson, Cindy & Conn, Vicki. (2012). Time Management Strategies for Research Productivity. *Western journal of nursing research.* 35. 10.1177/0193945912451163. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/230623342_Time_Management_Strategies_for_Research_Productivity
- Chaudhury, Suprakash. (2018). Stress and Burnout in Nursing Profession. *JOJ Nursing & Health Care.* 6. 10.19080/JOJNHC.2018.06.555690. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/331712919_Stress_and_Burnout_in_Nursing_Profession
- Cleary, M., & Horsfall, J. (2011). Developing Students' Time Management Skills in Clinical Settings: Practical Considerations for Busy Nursing Staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, pp. 248-249. Retrieved from: <https://doi.org/10.3928/00220124-20110523-04>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison K. (2008). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Cookson. (2005). Evidence-Based Policy Making in Health Care: What It Is and What It Isn't. *Journal of Health Services Research & Policy* 10, 118-21. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/282333420_Evidence_based_policy_making_and_the_'art'_of_commissioning_-_how_English_healthcare_commissioners_access_and_use_information_and_academic_research_in_'real_life'_decision-making_An_empirical_qualitat
- Dasanayake, D.M.H.T & Gunasekara, P.S & Wickramasinghe, H.D & Fernando, Shehan & Kulasekera, Asitha. (2018). Automated Hospital Ward Management System Interacting with Mobile Robot Platform WDBOT. *IEEE International Conference on Mechatronics and Automation (ICMA)*, pp. 557-562. 10.1109/ICMA.2018.8484356. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/328182402_Automated_Hospital_Ward_Management_System_Interacting_with_Mobile_Robot_Platform_WDBOT
- Drucker, P. F. (2001): The Management Challenge for the 21st Century (Book Review) and Critical Argument of Drucker's Idea from Postmodernism Perspective By: Tarekegn Tamiru Woldesenbet. Retrieved from: <http://103.5.132.213:8080/jspui/bitstream/123456789/1378/1/Management%20Challenges%20for%20the%2021st%20Century%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf>

- Dye, K., Mills, A.J., Weatherbee, T. 'Maslow (2005) Man Interrupted – Reading Management Theory in Context,' *Management Decision*, 43, 10: pp. 1375-1395. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/237647641_2005_Dye_K_Mills_AJ_Weatherbee_T_Maslow_Man_Interrupted_-_Reading_Management_Theory_in_Context'_Management_Decision_43_10_1375-1395
- Elsherbeny, Enas & El-masry, Ragaa. (2018). Job Satisfaction Among Nurses Working in Mansoura University Hospital: Effect of Socio-demographic and Work Characteristics. *Egyptian Journal of Occupational Medicine*. 42, pp. 227-240. 10.21608/ejom.2018.6807. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/325125749_JOB_SATISFACTION_AMONG_NURSES_WORKING_IN_MANSOURA_UNIVERSITY_HOSPITAL_EFFECT_OF_SOCIO-DEMOGRAPHIC_AND_WORK_CHARACTERISTICS
- Eurostat (2020). Health statistics at regional level – Statistics Explained. Retrieved from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfcache/14272.pdf>
- Evans, Jenna & Baker, G. & Berta, Whitney & Barnsley, Jan. (2013). The Evolution Of Integrated Health Care Strategies. *Advances in health care management*. 15, pp. 125-61. 10.1108/S1474-8231(2013)0000015011. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/261767268_The_Evolution_Of_Integrated_Health_Care_Strategies
- Existek. (2019). Article: "Hospital Management System: Features, Modules, Functions, Advantages". *From the website Existek.com. Date of publication: May 31, 2019.* Retrieved from: <https://existek.com/blog/hospital-management-system/>
- Fleury, M. J. (2006). Integrated Service Networks: The Quebec Case. *Health Services Management Research* 2006; 19, pp. 153–65. Retrieved from: <https://doi.org/10.1258/09514840677888080>
- Frone, M. R., & Tidwell, M. O. (2015). The meaning and measurement of work fatigue: Development and evaluation of the Three-Dimensional Work Fatigue Inventory (3D-WFI). *Journal of occupational health psychology*, 20(3), pp. 273–288. <https://doi.org/10.1037/a0038700>
- Ganapathi, Nalina. (2012). Workplace Stress: The need for Communication and Knowledge Sharing. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/259998468_Workplace_Stress_The_need_for_Communication_and_Knowledge_Sharing
- Ghiasvand, A. M., Naderi, M., Tafreshi, M. Z., Ahmadi, F., & Hosseini, M. (2017). Relationship between time management skills and anxiety and academic motivation of nursing students in Tehran. *Electronic physician*, pp. 368-78.
- Gillies, R. R., Chenok, K. E., Shortell, S. M., Pawlson, G., & Wimbush, J. J. (2006). The Impact of Health Plan Delivery System Organization on Clinical Quality and Patient Satisfaction. *Health Services Research* 2006; 41, pp. 1181–99. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1797097/>
- Gliga, F. & Popa, M. (2010). In Romania, parents of children with and without disabilities are in favor of inclusive. *London: Press F.*
- Goldsby, Elizabeth, Michael Goldsby, Christopher P. Neck, and Christopher B. Neck. 2020. Self-leadership in a Hospital Setting: A Framework for Addressing the Demands of Nurse Managers. *Administrative Sciences*. 10. 38. 10.3390/admsci10030038. *Journal of Leadership and Management. forthcoming.* Retrieved from:

https://www.researchgate.net/publication/342526752_Under_Pressure_Time_Management_Self-Leadership_and_the_Nurse_Manager

Gonzalez, Cleotilde. 2004. Learning to Make Decisions in Dynamic Environments: Effects of Time Constraints and Cognitive Abilities. *Human Factors* 46: pp. 449–60. Retrieved from:

<https://doi.org/10.1518/hfes.46.3.449.50395>

Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *The Milbank quarterly*, 85(1), pp. 93–138. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x>

Hamzah, N., Khoiry, M. A., Arshada I., Tawil, N. M., & Che Ani, A. I. (2011). Cause of Construction Delay - Theoretical Framework. *2nd International Building Control Conference 2011, Procedia Engineering*, 20, pp. 490-495. Retrieved from: <https://doi.org/10.1108/JFMPC-11-2016-0052>

Holmes, T. S. (1978). Life situations and disease. *J AcadPsychosom Med* 1978; 19: pp. 747.

Huang YH, Du PI, Chen CH, Yang CA, Huang IC. Mediating effects of emotional exhaustion on the relationship between job demands-control model and mental health. *Stress and Health*. 2011; 27:e94–e109. Retrieved from:

https://ir.nuk.edu.tw/bitstream/310360000Q/12133/2/Huang_2010_mediating_Emotional%20Exhaustion_JDC%20model_Mental%20Health.pdf

Kelley, Cyndi B. (2017). "Time management strategies: purposeful rounding and clustering care." *MedSurg Nursing*, vol. 26, no. 1, Jan.-Feb, p. S1+.

Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health* 2008; 29: pp. 115-129. Retrieved from:

<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847>

Kobayashi, Hideyuki & Takemura, Yukie & Kanda, Katsuya. (2010). Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scandinavian journal of caring sciences*. 25, pp. 419-25. 10.1111/j.1471-6712.2010.00836.x.

Retrieved from:

https://www.researchgate.net/publication/47717048_Patient_perception_of_nursing_service_quality_an_applied_model_of_Donabedian's_structure-process-outcome_approach_theory

Kumar, Prem & Kosalram, Kalpana. (2013). E –Hospital Management & Hospital Information Systems – Changing Trends. *International Journal of Information Engineering and Electronic Business*. 1, pp. 50-58. 10.5815/ijieeb.2013.01.06. Retrieved from:

https://www.researchgate.net/publication/256298039_E_-_Hospital_Management_Hospital_Information_Systems_-_Changing_Trends

Lazarus RS. (1995). Stress and coping (3rd ed). *New York: Columbia University Press, 1995*.

Lorber, M., & Skela Savič, B. (2012). Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian medical journal*, 53(3), pp. 263–270. Retrieved from:

<https://doi.org/10.3325/cmj.2012.53.263>

Malliarou, Maria & Sarafis, Pavlos & Eleni, Moustaka & Thamme, Kouvella & Constantinidis, Theodoros. (2010). Greek Registered Nurses' Job Satisfaction in Relation to Work-Related Stress. A Study on Army and Civilian Rns. *Global Journal of Health Science*. 2. 10.5539/gjhs.v2n1p44. Retrieved from:

https://www.researchgate.net/publication/43199400_Greek_Registered_Nurses'_Job_Satisfaction_in_Relat

[ion to Work-Related Stress A Study on Army and Civilian Rns](#)

- Manghani K. (2011). Quality assurance: Importance of systems and standard operating procedures. *Perspectives in clinical research*, 2(1), pp. 34–37. Retrieved from: <https://doi.org/10.4103/2229-3485.76288>.
- Maslach, Christina & Jackson, Susan & Leiter, Michael. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual
- Maslach, Christina. (2006). Understanding job burnout. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/285167294_Understanding_job_burnout
- Millan MJ. The neurobiology and control of anxious states. *Prog Neurobiol* 2003; 70: pp. 83-244.
- Moustaka, E. & Constantinidis, T. C. (2010). Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, Volume 4, Issue 4, pp. 210-216. Retrieved from: <https://www.hsj.gr/medicine/sources-and-effects-of-workrelated-stress-in-nursing.pdf>
- Munir S, Takov V. (2020). Generalized Anxiety Disorder. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–. PMID: 28722900*. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk441870/>
- Nayak, Shalini. (2019). Special Article Time Management in Nursing-Hour of need. *International Journal of Caring Sciences. September-December 2018. Volume 11, Issue 3*. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/330398259_Special_Article_Time_Management_in_Nursing-Hour_of_need
- Nersessian, Edward. (2013). Psychoanalytic Theory of Anxiety, A Proposal for Reconsideration. 10.4324/9780429477836-8. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/267865911_Psychoanalytic_Theory_of_Anxiety_A_Proposal_for_Reconsideration
- Ngandam Mfondoum, Alfred Homere & Tchindjang, Mesmin & Mfondoum, Valery & Makouet, Isabelle. (2019). Eisenhower matrix * Saaty AHP = Strong actions prioritization? *Theoretical literature and lessons drawn from empirical evidences. VOLUME II, pp. 13 - 27*. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/333516142_Eisenhower_matrix_Saaty_AHP_Strong_actions_prioritization_Theoretical_literature_and_lessons_drawn_from_empirical_evidences
- Oettingen, Gabriele & Kappes, Heather & Guttenberg, Katie & Gollwitzer, Peter. (2015). Self-regulation of time management: Mental contrasting with implementation intentions. *European Journal of Social Psychology*. 45. 10.1002/ejsp.2090. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/273389730_Self-regulation_of_time_management_Mental_contrasting_with_implementation_intentions
- Okoye, Hyacinth & A, Obi. (2014). Time Management Techniques Required By Business Leaders in Enugu Metropolis. *IOSR. Journal of Business and Management*. 16, pp. 53-61. 10.9790/487X-16545361. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/314833256_Time_Management_Techniques_Required_By_Business_Leaders_in_Enugu_Metropolis
- Özel, Yasemin & Hasgül, Ergün & Duzcu, Tuğba. (2018). The Examination of Time Management Skills of

Healthcare Professions. *Research on Humanities and Social Sciences*, Vol. 8, No. 12. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/327505236_The_Examination_of_Time_Management_Skills_of_Healthcare_Professions

Papathanasiou, Ioanna & Tsaras, Konstantinos & A, Neroliatsiou & Roupa, Aikaterini. (2015). Stress: Concepts, Theoretical Models and Nursing Interventions. *American Journal of Nursing Science. Special Issue: Mental Health Care: Aspects, Challenges and Perspectives*. 4, pp. 45-50. 10.11648/j.ajns.s.2015040201.19. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/269964620_Stress_Concepts_Theoretical_Models_and_Nursing_Interventions

Pérez-Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Martínez África, M., & Gázquez Linares, J. J. (2018). New Burnout Evaluation Model Based on the Brief Burnout Questionnaire: Psychometric Properties for Nursing. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 2018, 15, 2718; doi:10.3390/ijerph15122718. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/329366428_New_Burnout_Evaluation_Model_Based_on_the_Brief_Burnout_Questionnaire_Psychometric_Properties_for_Nursing

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilikins.

Protzko, John, Claire M. Zedelius, and Jonathan W. Schooler. 2019. Rushing to Appear Virtuous: Time Pressure Increases Social Desirable Responding. *Psychological Science* 30: pp. 1584–91. Retrieved from: https://labs.psych.ucsb.edu/schooler/jonathan/sites/labs.psych.ucsb.edu.schooler.jonathan/files/pubs/rushing_to_appear_virtuous_0.pdf

Rang HP, Dale MM, Ritter, JM, Flower R. Anxiolytic and hypnotic drugs. In *Rang & Dale's Pharmacology Churchill Livingstone: Elsevier 2007*;6.

Richland, Lindsey & Frausel, Rebecca & Begolli, Kreshnik. (2016). Cognitive Development. *The SAGE Encyclopedia of Theory in Psychology*. 10.4135/9781483346274.n50. pp. 143-146. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/301348302_Cognitive_Development

Rožman, Maja & Grinkevich, Anastasiia & Tominc, Polona. (2019). Occupational Stress, Symptoms of Burnout in the Workplace and Work Satisfaction of the Age-diverse Employees. *Organizacija*. 52, pp. 46-52. 10.2478/orga-2019-0005. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/332192495_Occupational_Stress_Symptoms_of_Burnout_in_the_Workplace_and_Work_Satisfaction_of_the_Age-diverse_Employees

Saintsing, David, Linda M. Gibson, and Anthony Pennington. 2011. The Novice Nurse and Clinical Decision-making: How to Avoid Errors. *Journal of Nursing Management* 19: pp. 354–59. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01248.x>

Selye H. (1976). *The stress of life (revised ed.)*. New York: McGraw-Hill, 1976.

Spicker, Paul. (2009). What is a priority?. *Journal of health services research & policy*. 14, pp. 112-6. 10.1258/jhsrp.2008.008056. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/24213149_What_is_a_priority

Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 13 Spec No (Spec No), pp. 16–23. Retrieved from: <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21092>

- Taher, E. F., & Pandey, R. K. (2013). Schedule delay in construction project using time impact analysis.
- Teng, Ching I., Feng Hsio, and Tin Chou. 2010. Nurse-perceived Time Pressure and Patient perceived Care Quality. *Journal of Nursing Management* 18: pp. 275–84. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/44671695_Nurse-perceived_time_pressure_and_patient-perceived_care
- Thompson, Carl, Nicky Cullum, Dorothy McCaughan, Trevor Sheldon, and Pauline Raynor. 2004. Nurses, Information Use, and Clinical Decision Making: The Real World Potential for Evidence-based Decisions in Nursing. *Evidence-Based Nursing* 7: pp. 68–72. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1136/ebn.7.3.68>
- Thompson, Carl, Len Dagleish, Tracy Bucknall, Carole Estabrooks, Alison M. Hutchinson, Kim Fraser, Rien de Vos, Jan Binnekade, Gez Barrett, and Jane Saunders. 2008. The Effects of Time Pressure and Experience on Nurses' Risk Assessment Decisions: A Signal Detection Analysis. *Nursing Research* 57: pp. 302–11. Retrieved from: https://www.academia.edu/30375345/The_Effects_of_Time_Pressure_and_Experience_on_Nurses_Risk_Assessment_Decisions?auto=download
- Valentijn, Pim & Schepman, Sanneke & Opheij, Wilfrid & Bruijnzeels, Marc. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*. 13. e010. 10.5334/ijic.886. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/236921813_Understanding_integrated_care_A_comprehensive_conceptual_framework_based_on_the_integrative_functions_of_primary_care
- Wardhana, A.K.. (2018). WORK STRESS (CAUSES, IMPACTS AND SOLUTIONS): A CASE STUDY ON THE NET. YOGYAKARTA EMPLOYEES. *Russian Journal of Agricultural and Socio-Economic Sciences*. 76, pp. 80-91. 10.18551/rjoas.2018-04.09. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/324901949_WORK_STRESS_CAUSES_IMPACTS_AND_SOLUTIONS_A_CASE_STUDY_ON_THE_NET_YOGYAKARTA_EMPLOYEES
- Wehmeyer, M. L. (2001). Self-determination and mental retardation. In L.M. Glidden (Ed.), *International review of research in mental retardation* (Vol. 24, pp. 1-48). Hillsdale, NJ: Erlbaum. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/226928807_Beyond_Self-Determination_Causal_Agency_Theory
- World Health Organization (2016). Integrated care models: an overview. *Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health*. Retrieved from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
- World Health Organization (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank; 2018. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>
- Xie, Zhenyu & Wang, Aolin & Chen, Bo. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of advanced nursing*. 67. 1537-46. 10.1111/j.1365-2648.2010.05576.x. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/49780517_Nurse_burnout_and_its_association_with_occupational_stress_in_a_cross-sectional_study_in_Shanghai

Αντωνίου, Α. Σ. (2002). Ζώντας με στρες. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο (2019). Ειδική έκθεση: Δράσεις της ΕΕ στον τομέα της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης: αρκετά φιλόδοξες, αλλά απαιτείται η βελτίωση της διαχείρισης. Ανάκτηση από:

https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR19_07/SR_HEALTH_CARE_EL.pdf

Ίσαρη, Φ., Πουρκός, Μ., 2015. Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: *Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών*. Ανάκτηση από: <http://hdl.handle.net/11419/5826>

Κουτροβίδης, Π. (2013). Διαχείριση Χρόνου. Εκπαιδευτικό υλικό για τα κέντρα δια βίου μάθησης. *Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων*. Ανάκτηση από: <http://sep4u.gr/wp-content/uploads/diaxirisi-xronou.pdf>

Μερκούρης, Α. (2006). Μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας. Αθήνα: Ίων.

Μητρούση¹ Σταυρούλα, Τραυλός² Αντώνιος, Κούκια³ Ευμορφία, Ζυγά⁴ Σοφία. (2005). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Τόμος 6 - Τεύχος 1. Σελ. 21-27*. Ανάκτηση από: http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/11/theories_agxous_kritiki_anaskopisi.pdf

Μπουραντάς, Δ., Βάθης, Α., Παπακωνσταντίνου, Π., & Ρεκλείτης, Π. (1999). Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων και Υπηρεσιών, Αθήνα. Ανάκτηση από: <https://docplayer.gr/633888-A-mpourantas-a-vathis-h-p-ap-akonstantinoy-p-rekleitis-arhes-organosis-kai-dioikisis-epiheiriseon-kai-ypiresion.html>