



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η Εργασιακή ικανότητα στους νοσηλευτές, οι παράγοντες που την επηρεάζουν και οι επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών.

ΑΡΓΥΡΟΥ ΒΑΡΒΑΡΑ

Επιβλέπων Καθηγητής
Τάλιας Μιχάλης

Ιούνιος, 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η Εργασιακή ικανότητα στους νοσηλευτές, οι παράγοντες που την επηρεάζουν και
οι επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών

Αργυρού Βαρβάρα

Επιβλέπων Καθηγητής

Τάλιας Μιχάλης

Ιούνιος , 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου κο. Τάλια Μιχάλη για την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη που μου πρόσφερε κατά την διάρκεια της διατριβής μου.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν κατά την διάρκεια των σπουδών μου, με πολλές ευχαριστίες στην οικογένεια μου και ιδιαίτερα στα παιδιά μου Αναστασία και Αντώνη για την υπομονή τους και στήριξη που μου πρόσφεραν κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μια σημαντική πρόκληση της διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η διερεύνηση των παραγόντων που συνδέονται με την εργασιακή ικανότητα του, που είτε υποβοηθούν, είτε εμποδίζουν την προσωπική επαγγελματική ικανότητα, με ταυτόχρονη επιρροή στην ποιότητα ζωής του. Η κρισιμότητα των εποχών που διανύουμε, προκαλεί και μεγιστοποιεί το ενδιαφέρον και την εμβάθυνση στο θέμα της εργασιακής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας, καθώς ραγδαίες αλλαγές σημειώνονται στο χώρο εργασίας της υγείας με αμφιλεγόμενες επιπτώσεις στους νοσηλευτές.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εργασιακή ικανότητα των νοσηλευτών, καθώς και το πώς αυτή επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την ολοκλήρωση της μελέτης, ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως PubMed, ProQuest Central, Wiley Online Library, Science Direct, και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εργασιακή ικανότητα των νοσηλευτών φαίνεται να επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, μεταξύ των οποίων την ηλικία, την επαγγελματική πείρα, τις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων, το χώρο και τμήμα εργασίας, τον τύπο του οργανισμού, την ατομική κατάσταση υγείας, τόσο σωματικής όσο και ψυχικής και το φόρτο εργασίας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανότητα των νοσηλευτών έχουν αντίκτυπο και στην ποιότητα ζωής τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διατήρηση της εργασιακής ικανότητας των νοσηλευτών, αποτελεί ζήτημα μείζονος σημασίας καθώς είναι θεμελιώδης αρχή για την εξασφάλιση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: εργασιακή ικανότητα, παράγοντες, ποιότητα ζωής, νοσηλευτές, συστηματική ανασκόπηση.

ABSTRACT

INTRODUCTION: An important challenge in nursing staff management is the investigation of the factors which are connected with their work ability, either assisting either preventing it, by affecting simultaneously their quality of life. Criticalness of the modern world increases, maximizes and deepens the interest about the subject of work ability and the quality of life of the health care professionals, as rapid changes occur in the health care workplace with controversial effects on nursing professionals.

PURPOSE: The purpose of this critical review of the relevant international literature is to investigate the factors that affect nurses working ability, as well as how it affects their quality of life.

MATERIAL AND METHOD: The method used for the completion of the study was to search for the relevant international literature from online databases such as PubMed, ProQuest Central, Wiley Online Library, Science Direct and Google Scholar, where necessary keywords were used: work ability, factors, quality, life, nurse.

RESULTS: The working ability of nurses appears to be influenced by several factors including age, professional experience, relationships between colleagues, space and labor department, type of organization, individual health, both physical and mental and workload.

CONCLUSION: The preservation of work ability of nurses is a major issue as it is a fundamental principle to ensure the quality of life of workers.

KEY WORDS: work ability, factors, quality of life, nurses, critical review.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	ii
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ABSTRACT	iv
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	3
2.1 Εργασιακή ικανότητα	3
2.2 Ικανότητα των νοσηλευτών	4
2.3 Εργασιακό στρες.....	4
2.4 Υπερβολικός φόρτος εργασίας ή πίεση χρόνου.....	5
2.5 Νοσηλευτές.....	5
2.6 Υγεία	5
2.7 Ποιότητα εργασιακής ζωής ή συνθήκες εργασίας.....	5
2.8 Ποιότητα ζωής (QOL)	6
2.9 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL).....	6
3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	7
3.1 Το μοντέλο της εργασιακής ικανότητας.....	7
3.2 Εργαλεία μέτρησης εργασιακής ικανότητας.....	9
4. ΣΚΟΠΟΣ	15
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	16
5.1 Αποκλεισμός μελετών.....	16
6. ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	19
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	50
8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	55
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	56

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

WAI	Work Ability Index
WHO	World Health Organization
FIOH	Finnish Institute for Occupational Health
NEXT study	Nurses' Early Exit Study
SOC	Selection, Optimization and Compensation
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Questionnaire- short version
ERI-Q	Effort-Reward Imbalance Questionnaire
WRAPI	Job-Related Pain and/or Injury
ERI-Q	Effort-Reward Imbalance Questionnaire
BMI	Body Mass Index
SAQ	Stress Assessment Questionnaire

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα υγειονομικά συστήματα σε όλο τον κόσμο, βρίσκονται αντιμέτωπα με μια σοβαρή έλλειψη επαγγελματιών νοσηλευτών, η οποία αναμένεται να συνεχιστεί μέχρι το 2020 (Murray 2002). Περαιτέρω, εκτιμάται ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 40% του εγγεγραμμένου νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού, είναι άνω της ηλικίας των 50 ετών (Buerhaus et al. 2001; Spratley et al. 2001). Προκειμένου να επιλυθεί η έλλειψη αυτή, μια σειρά από στρατηγικές έχουν προταθεί για την αποκατάσταση του φαινομένου, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της εργασιακής ικανότητας, η οποία αποτελεί πρώτη σημασίας παράγοντα, για την ευημερία του νοσηλευτικού προσωπικού (Williams & Schmaltz, 2005).

Από τη δεκαετία του 1980, οι ερευνητές έχουν επικεντρωθεί στην αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας, καθώς αυτή έχει αποκτήσει μεγαλύτερη σημασία, λόγω των πολλών ταυτόχρονων φαινομένων που υφίστανται, συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών αλλαγών, της ανάπτυξης νέων τεχνολογιών και των αλλαγών στις εργασιακές διαδικασίες αλλά και στις εργασιακές σχέσεις (Tuomi et al. 1997; Ilmarinen & Tuomi 1992). Οι επαγγελματίες υγείας στις μέρες μας, έρχονται αντιμέτωποι με καινούριες και σημαντικές απαιτήσεις στο χώρο της εργασίας τους, ο οποίος έχει γίνει πιο σύνθετος και πολύπλοκος, όσον αφορά στην υγειονομική παροχή υπηρεσιών φροντίδας, στην ποιότητα και ασφάλεια, στη χρήση νέων διαγνωστικών τεχνολογιών, στην επεξεργασία και διαχείριση αλλά και στα οικονομικά δεδομένα. Ο δείκτης εργασιακής ικανότητας (Work Ability Index- WAI), αποτελεί το πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο στον τομέα της κλινικής έρευνας όσον αφορά σε θέματα υγείας, αλλά και σε χώρους εργασίας για την αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας. (Plsek & Greenhalgh, 2001; Jha et al, 2009; Williams & Schmaltz, 2005).

Η σωστή εκτίμηση της εργασιακής ικανότητας των εργαζομένων, αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας για τους εργοδότες, τόσο από οικονομικής άποψης, όσο και ως ένας τρόπος αύξησης της βελτίωσης και της παραγωγικότητας του ανθρώπινου δυναμικού (Ahonen et al. 2002).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει μια έλλειψη συνεπών επιστημονικών στοιχείων σχετικά με την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών και των σχετιζόμενων με το εργασιακό περιβάλλον παραγόντων που την καθορίζουν. Επομένως, οι πληροφορίες που αποκτούμε μέσα από την διερεύνηση της εργασιακής ικανότητας των νοσηλευτών και την ποιότητα της ζωής τους είναι καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση όχι μόνο των φαινομένων αυτών, αλλά και ολόκληρου του συστήματος υγείας. Οι νοσηλευτές αποτελούν την πιο μεγάλη ομάδα επαγγελματιών υγείας ανά το παγκόσμιο, των οποίων ένα από τα χαρακτηριστικά αποτελεί μια σειρά από στρεσογόνους παράγοντες, που δύνανται να αποβούν επιβλαβείς για την υγεία τους (Abraham & Hansson 1995). Το γεμάτο απαιτήσεις εργασιακό περιβάλλον, σε συνδυασμό με την ελάχιστη άσκηση ελέγχου και την έλλειψη κοινωνικής στήριξης από μέρους των συναδέλφων ως αποτέλεσμα της αυξημένης πίεσης, είναι μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα εργασίας των νοσηλευτών, και ως εκ τούτου την ασφάλεια των ασθενών (Aiken et al, 1991; Bajor & Baltes, 2003). Η κρισιμότητα των εποχών που διανύουμε, προκαλεί και μεγιστοποιεί το ενδιαφέρον και την εμβάθυνση στο θέμα της εργασιακής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας καθώς ραγδαίες αλλαγές σημειώνονται στο χώρο εργασίας της υγείας με αμφιλεγόμενες επιπτώσεις στους νοσηλευτές. Οι συνθήκες που μεταβάλλονται πιθανόν να αποτελούν παράγοντα μείωσης του επιπέδου ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας και της ποιότητας ζωής τους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση των φαινομένων «επαγγελματικών ασθενειών», επαγγελματικού άγχους, κόπωσης και εξουθένωσης.

2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Εργασιακή ικανότητα

Η έννοια της εργασιακής ικανότητας, ορίζεται ως η ικανότητα των εργαζομένων να εκτελούν τις εργασίες τους, τα επαγγελματικά τους καθήκοντα, λαμβάνοντας υπόψη τις συγκεκριμένες εργασιακές απαιτήσεις, την ατομική κατάσταση της υγείας, τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής. Έτσι, η εργασιακή ικανότητα επιβάλλεται να εκτιμάται με τη χρήση πολλαπλών κριτηρίων (Ilmarinen & Rantanen, 1999). Η εργασιακή ικανότητα, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, επηρεάζεται από έναν αριθμό παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικο- δημογραφικών χαρακτηριστικών, του τρόπου ζωής των εργασιακών απαιτήσεων, της σωματικής και ψυχικής υγείας και της χρονολογικής γήρανσης (Tuomi, 2005; Martinez, 2009; Bellusci & Fischer, 1999). Θεωρείται η ικανότητα του ατόμου μέσα από ένα συνδυασμό επαγγελματικών ικανοτήτων και αρετών καθώς και με την απαιτούμενη υγεία για εργασία, να μπορεί να φέρνει σε πέρας το εργασιακά του καθήκοντα (Tengland, 2011).

Πιο κάτω αναφέρονται οι τέσσερις μεταβλητές που σύμφωνα με τους (Ilmarinen & Rantanen, 1999) σχετίζονται με την διατήρηση της εργασιακής ικανότητας:

- Προσαρμογή στο Φυσικό εργασιακό περιβάλλον. Αναφέρεται στον σωματικό φόρτο εργασίας, στα χρονοδιαγράμματα ξεκούρασης κατά την διάρκεια της εργασίας αναλόγως ηλικιακής ομάδας, στον έλεγχο και περιορισμό των επαναλαμβανόμενων κινήσεων.
- Προσαρμογή στο ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας, όπως είναι η διαχείριση βάση ηλικίας, τα ευέλικτα ωράρια εργασίας και η εργασία ανά ομάδες.
- Προαγωγή της υγείας καθώς και του υγιούς τρόπου ζωής, όπως είναι η γυμναστική, η διακοπή/ αποφυγή καπνίσματος, σωστές διατροφικές συνήθειες.
- Προώθηση της δια βίου μάθησης για αναβάθμιση τόσο των γνώσεων όσο και των δεξιοτήτων των εργαζομένων.

2.2 Ικανότητα των νοσηλευτών

Πολλοί μελετητές έχουν αποδώσει διάφορους ορισμούς αναφορικά με το τι θεωρείται εργασιακή ικανότητα για τους νοσηλευτές, όπου διαχρονικά φαίνεται πως κάποιοι ορισμοί συμπληρώνουν ή αντικρούουν τους άλλους.

Η ικανότητα διέπεται από την εφαρμογή τριών βασικών τομέων κατά την άσκηση του επαγγέλματος των νοσηλευτών, τον γνωστικό τομέα, τον συναισθηματικό αλλά και τον ψυχοκινητικό (Del Bueno et al,1987). Σύμφωνα με τους Hager et al, (1994) ορίζεται ως τα βασικά και προκαθορισμένα στοιχεία που αποτελούν κριτήρια απόδοσης της αξιολόγησης των επαγγελματιών και αναφέρονται σε συγκεκριμένες εκπαιδευτικές γνώσεις, δεξιότητες και γνωρίσματα που εφαρμόζουν κατά την επαγγελματική τους πρακτική. Ο συνδυασμός των γνώσεων και των δεξιοτήτων με τις στάσεις και τις αξίες, μέσα σε συγκεκριμένες παραμέτρους εξασφαλίζουν την ικανότητα (Del Bueno et al, 1980, Alspach, 1984, Nagelsmith, 1995, Ramritu & Barnard, 2001). Επιπλέον αποτελείται από ένα μίγμα ηθικής και αξιών το οποίο είναι αναπόσπαστο τμήμα συγκεκριμένων γνώσεων και δεξιοτήτων, καθοριστικών παραγόντων για την απόδοση κατά την παροχή φροντίδας (Barrtler et al, 2000, Scholes et al, 2000). Οι Meretoja et al, (2004), συμπέραναν πως η απόδοση της ικανότητας των νοσηλευτών κατά την κλινική πρακτική επηρεάζεται από την επαγγελματική τους ωριμότητα.

2.3 Εργασιακό στρες

Ως εργασιακό στρες θεωρείται ως μια κατάσταση που ο εργαζόμενος την αντιλαμβάνεται ως συναισθηματική δυσαρέσκεια. Παρατηρείται όταν ο εργαζόμενος αδυνατεί να ελέγξει κάποιες εργασιακές απαιτήσεις και αποτελεί μια υποκειμενική έννοια αφού ο κάθε άνθρωπος αποτελεί ξεχωριστή και μοναδική οντότητα με κάποιους να ερμηνεύουν κάποιες καταστάσεις ως στρεσογόνες ενώ κάποιοι άλλοι όχι (Lazarus & Folkman, 1984).

2.4 Υπερβολικός φόρτος εργασίας ή πίεση χρόνου

«Υπαρξη στενών χρονικών περιθωρίων για την ολοκλήρωση κάποιας εργασίας ή μεγάλος φόρτος εργασίας πέραν των δυνατοτήτων του εργαζομένου» (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2008).

2.5 Νοσηλευτές

Ο όρος αυτός αναφέρεται στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στο Διοικητικό Συμβούλιο του Κράτους και περιλαμβάνει εγγεγραμμένους νοσηλευτές, πρακτικούς νοσηλευτές καθώς και νοσηλευτές ψυχικής υγείας (Shields & Wilkins, 2006a).

2.6 Υγεία

Είναι «μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (World Health Organization, 2011).

2.7 Ποιότητα εργασιακής ζωής ή συνθήκες εργασίας

Είναι «ο βαθμός κατά τον οποίο ο εγγεγραμμένος νοσηλευτικός λειτουργός είναι σε θέση να ικανοποιήσει σημαντικές προσωπικές ανάγκες μέσα από τις εμπειρίες του στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς υλοποιούν τους στόχους του οργανισμού» (Brooks & Anderson, 2005).

2.8 Ποιότητα ζωής (QOL)

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού συστήματος και του συστήματος αξιών όπου ζει, σε συνάρτηση πάντα με τους προσωπικούς στόχους και προσδοκίες και συνυφασμένα με τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (Bonomi et al, 2000, The WHOQOL Group, 1995).

2.9 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL)

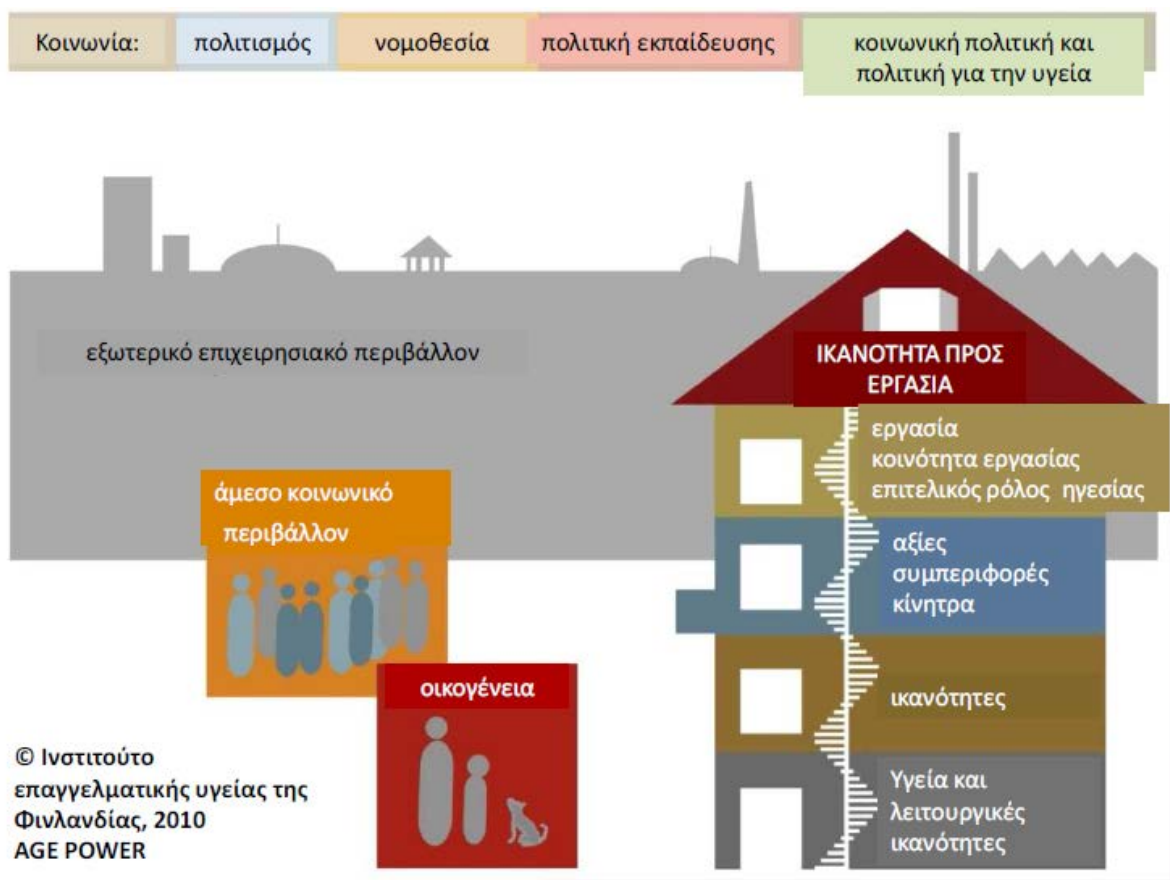
Είναι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και ορίζεται ως «η διαφορά μεταξύ της πραγματικής και επιθυμητής λειτουργικότητας» σε ένα δεδομένο ασθενή με χρόνια νόσο (Rumsfeld, 2002).

3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

3.1 Το μοντέλο της εργασιακής ικανότητας

Με αφορμή τις έρευνες που γίνονταν, από πολλούς ερευνητές, με σκοπό την διερεύνηση της εργασιακής ικανότητας των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων δημιουργήθηκε το «μοντέλο ή σπίτι» εργασιακής ικανότητας το οποίο αντικατοπτρίζει με παραστατικό τρόπο την δομή καθώς και τους παράγοντες που την καθορίζουν.

ΕΙΚΟΝΑ 1



Αποτελείται από τέσσερεις ορόφους και ο κάθε ένας χαρακτηρίζει και ένα βασικό παράγοντα που σχετίζεται με την ικανότητα εργασίας του ατόμου. Στο πρώτο επίπεδο, που μπορεί να θεωρηθεί η βάση του σπιτιού, τοποθετείται η υγεία και οι λειτουργικές ικανότητες του κάθε ατόμου. Στον δεύτερο όροφο κατατάσσονται οι ατομικές ικανότητες ενώ στον τρίτο οι αξίες μαζί με τις συμπεριφορές και τα κίνητρα του κάθε ατόμου. Και οι τρεις αυτοί όροφοι αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου. Η εργασία καθώς και τα χαρακτηριστικά της τοποθετούνται στον τέταρτο όροφο του «σπιτιού». Στην βάση τοποθετείται η υγεία και τα σωματικά προσόντα, ακολουθούν οι ικανότητες τις οποίες διαδέχονται οι αξίες μαζί με τα κίνητρα και τις συμπεριφορές. Ο τέταρτος όροφος αναφέρεται στους παράγοντες που αφορούν την επαγγελματική ζωή.

Παρατηρείται μια αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων που χαρακτηρίζουν τον κάθε όροφο του «σπιτιού» επηρεάζοντας είτε θετικά είτε αρνητικά και την εργασιακή ικανότητα, οι σκάλες που παρουσιάζει το «σπίτι» ερμηνεύουν αυτή την σχέση. Οπότε για να υπάρχει καλή εργασιακή ικανότητα επιβάλλεται να επικρατεί ισορροπία.

Οι αξίες, οι συμπεριφορές και τα κίνητρα, στοιχεία που παρατηρούνται στον τρίτο όροφο, αποτελούν υποκειμενικούς σχετικά με την εργασία παράγοντες και επιδρούν με μοναδικό τρόπο στην καθημερινή εργασιακή ικανότητα του κάθε εργαζόμενου. Στα χαρακτηριστικά αυτά επιδρούν και κάποια άλλα στοιχεία όπως η οικογένεια και το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του κάθε ατόμου. Αποτελούν παράγοντες που βρίσκονται εκτός του χώρου εργασίας αλλά εντούτοις επιδρούν άμεσα στην εργασιακή ικανότητα του κάθε ατόμου. Αυτή η σχέση παριστάνεται ως ένα μπαλκόνι στον τρίτο όροφο του «σπιτιού». Διαφαίνεται πως η εργασιακή ικανότητα επηρεάζεται περισσότερο από την επίδραση μεταξύ των παραγόντων εργασίας και των αξιών και συμπεριφορών, δηλαδή του 3^{ου} και 4^{ου} ορόφου. Ο τρόπος ζωής του κάθε ατόμου επηρεάζει και την ικανότητα του προς εργασία άλλοτε θετικά ενώ άλλοτε αρνητικά. Η υγεία, η ατομική λειτουργική ικανότητα, η οικογένεια και η κοινωνία, αποτελούν παράγοντες που παρόλο ότι βρίσκονται εκτός του χώρου εργασίας, ασκούν άλλοτε θετική και άλλοτε αρνητική επιρροή στην εργασιακή ικανότητα του κάθε ατόμου (www.ttl.filen/health/wai/multidimensional_work_ability_model/pages/default.aspx).

Η μεταβολή της ηλικίας επηρεάζει άμεσα τους παράγοντες που διέπουν την εργασιακή ικανότητα των ατόμων (Ilmarinen, 2001).

3.2 Εργαλεία μέτρησης εργασιακής ικανότητας

Μεταβολές στην εργασιακή ικανότητα του ανθρώπου παρατηρούνται καθόλη την διάρκεια της εργασιακής του ζωής και οφείλονται στην επίδραση πολλών καταστάσεων είτε από τον χώρο εργασίας, από το κοινωνικό περίγυρο είτε από το ίδιο το άτομο (αξίες, συμπεριφορές, τρόπος ζωής).

Μέσα από την δημιουργία έγκυρων και αξιόπιστων ερωτηματολογίων επιδιώχτηκε η εκτίμηση του βαθμού εργασιακής ικανότητας αλλά και η εκτίμηση της σχέσης του βαθμού της με βάση την βαρύτητα διάφορων καταστάσεων. Κατά την δεκαετία του 1990 άρχισε από μέρους διαφόρων επιχειρήσεων η χρήση δεικτών προς εκτίμηση της ικανότητας προς εργασία ούτως ώστε οι επιχειρήσεις να μπορέσουν να προβούν στις ανάλογες δράσεις για να βελτιώσουν ή και να διατηρήσουν το επίπεδο παραγωγικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών τους.

Στην συνέχεια αναφέρονται τα γνωστότερα εργαλεία μέτρησης της εργασιακής ικανότητας:

Employer Health Coalition (EHC):

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αναφέρεται στον εργαζόμενο από τον οποίο ζητείται όπως συμπληρώσει αρχικά στο πρώτο μέρος στοιχεία που αφορούν ατομικά χαρακτηριστικά, ερωτήσεις σχετικές με την υγεία, την κατάσταση υγείας, πιθανά συνοδά νοσήματα, την χρήση προγράμματος υγείας καθώς και την άποψη του ως προς την ικανοποίηση από αυτό. Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου ο εργαζόμενος καλείται να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις ως προς την παρουσία ή όχι ασθενειών καθώς και για την επίδραση που ενδεχομένως έχουν στην παραγωγικότητα του (Newton MA, 2000).

Endicott Work Productivity Scale (EWPS):

Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις στις οποίες καλείται δώσει απαντήσεις σχετικές με υποκειμενικά συναισθήματα, στάσεις και συμπεριφορές που βίωσε την προηγούμενη εβδομάδα τα οποία μπορούν να ελαττώσουν την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητά του στην εργασία. Τα αποτελέσματα της βαθμολόγησης του είναι έγκυρα και αξιόπιστα τόσο σε ασθενείς που υποφέρουν με κατάθλιψη όσο και σε υγιείς, ενώ οι τιμές της κλίμακας είναι ανάλογες με την βαρύτητα της νόσου (Nena, 2010).

Health and Work Performance Questionnaire (HPQ):

Είναι ένα ερωτηματολόγιο των 30 ερωτήσεων, το οποίο δημιουργήθηκε με την συνεργασία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) με επιστήμονες της Ιατρικής Σχολής του Harvard (<http://www.hcp.med.harvard.edu/hpq>). Μέσα από το ερωτηματολόγιο εκτιμάται πως η υγεία επιδρά στους ακόλουθους τομείς 1) χαμένος χρόνος από την εργασία, 2) απόδοση κατά την εργασία, 3) τραυματισμοί και ασθένειες εν ώρα εργασίας καθώς και 4) η μετακίνηση των εργαζομένων στον εργασιακό χώρο επιδρούν στην υγεία (Kessler, 2003).

Short Form- Health and Labor Questionnaire (SF-HLQ):

Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από το ίδιο το άτομο και εκτιμά τον τρόπο που επιδρούν οι ασθένειες στην παραγωγικότητα. Εξαιρουμένων των δημογραφικών στοιχείων διαχωρίζεται σε ακόμα 3 τμήματα: ως προς την απουσία από πληρωμένη εργασία, ως προς την απώλεια παραγωγικότητας σε πληρωμένη εργασία και ως προς τα εμπόδια απόδοσης σε πληρωμένη ή μη εργασία (Van Roijen et al, 1996).

Stanford Presenteeism Scale (SPS-6):

Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από βερωτήσεις, της μορφής πενταβάθμιας κλίμακας Likert, που στόχο έχει την εκτίμηση του τρόπου κατά τον οποίο η υγεία επιδρά στη συμπεριφορά, στο συναίσθημα αλλά και της αντίληψης στο εργασιακό περιβάλλον (Koopman 2002).

Work Limitation Questionnaire (WLO):

Αποτελεί μια κλίμακα που σύμφωνα με τον Lemer D (2003), εκτιμά πως οι χρόνιες νόσοι και θεραπεία τους επιδρούν στην απόδοση κατά την εργασία ως προς τέσσερις συγκεκριμένες διαστάσεις: τη διαχείριση χρόνου, σωματικές απαιτήσεις, πνευματική/διαπροσωπική διάσταση και ως προς τα αποτελέσματα. Κάθε μία από αυτές να αποτελείται από συγκεκριμένο αριθμό ερωτήσεων και βασίζεται στις δυο εβδομάδες που προηγήθηκαν.

Work Productivity and Activity Impairment Scale (WPAI):

Το ερωτηματολόγιο αυτό βασιζόμενο στις 7 ημέρες που προηγήθηκαν, εκτιμά την παρουσία, την απουσία αλλά και τον βαθμό ανικανότητας εκτέλεσης δραστηριοτήτων κατά την διάρκεια της ημέρας, εξαιτίας προβλημάτων υγείας. Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε το 1993 με σκοπό την εκτίμηση της επίδρασης της υγείας καθώς και της βαρύτητας των συμπτωμάτων στην παραγωγικότητα και στην απώλεια παραγωγικότητας. Διατίθενται διάφορες εκδοχές του όπως η WPAI-specific health problem για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, για την γενική υγεία η WPAI-general health (GH), η WPAI allergy Specific ειδικά για την αλλεργία (Reilly 1993).

Work productivity Short Inventory (WPSI):

Το WPSI αποτελεί ένα δείκτη μέτρησης που επιδιώκει μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με τις απουσίες από την εργασία την απώλεια παραγωγικότητας καθώς και το οικονομικό κόστος που προκύπτει. Απώτερο στόχο έχει την κατανόηση των συνηθέστερων προβλημάτων υγείας που παρουσιάζονται συχνότερα στους περισσότερους χώρους εργασίας, επισημαίνοντας την κατεύθυνση προς την οποία πρέπει να στραφούν οι παρεμβάσεις δίδοντας προτεραιότητα σε αυτές που επιφέρουν την μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση (Goetzel, 2001).

Nursing Competency Questionnaire (NCO):

Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από τους Bartlett, Westcott, Hint and Taylor, το 1998, το οποίο διακρίνει τις νοσηλευτικές ικανότητες ανάλογα με την βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία βρίσκονται και τις εκτιμά ως προς την ηγετική ικανότητα, την επαγγελματική πρόοδο, την αξιολόγηση, τον σχεδιασμό, την παρέμβαση, την γνωστική ικανότητα και την κοινωνική συμμετοχή καθώς και ως προς την προσωπική ισχύ. Τα δεδομένα που επιβεβαιώνουν την εγκυρότητα των υποκείμενων δομών του απαριθμούνται ως λίγα παρόλο που τα στοιχεία αξιοπιστίας του είναι ικανοποιητικά. (Bartlett, Westcott, Hind & Taylor, 1998).

Clinical Performance Appraisal Instrument (CPAI):

Το συγκεκριμένο εργαλείο απευθύνεται σε αρχάριους, ικανούς, προχωρημένους και ειδικούς νοσηλευτές και αξιολογεί την νοσηλευτική τους ικανότητα/απόδοση ως προς την νοσηλευτική διεργασία, την επικοινωνία, την διδασκαλία, την ηγετική ικανότητα, την επαγγελματική ανάπτυξη και τις δεξιότητες διεξαγωγής έρευνας. Η συλλογή δεδομένων γίνεται μέσα από την παρατήρηση (Cruickshank, Mackay, Matsuno & Williams, 1994).

Nurses Competence Scale (NCS):

Αποτελεί εργαλείο εκτίμησης του βαθμού νοσηλευτικής ικανότητας καθώς και της συχνότητας εφαρμογής της κατά την νοσηλευτική πρακτική, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο από τους νοσηλευτές όσο και από τους προϊσταμένους τους. Δημιουργήθηκε το 2001 από τους Meretojia, Isoaho και Leino-Kilpi και αξιολογεί τη νοσηλευτική ικανότητα ως προς τον βοηθητικό ρόλο, τον καθοδηγητικό ρόλο, τις διαγνωστικές λειτουργίες, την διαχείριση καταστάσεων, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, την διασφάλιση ποιότητας και την εργασία (Meretojia, Isoaho & Leino-Kilpi, 2001).

Work Ability Index (WAI):

Το ερωτηματολόγιο Word Ability Index, αναπτύχθηκε από τους K Tuomi, LEskelinen, J Toikkanen, E Jarvinen, J Ilmarinen, M Klockars σε συνεργασία με το Φινλανδικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Υγείας (Finnish Institute for Occupational Health - FIOH) και αξιολογεί την εργασιακή ικανότητα των εργαζομένων στο εργασιακό τους περιβάλλον (Tuomi et al, 1999). Ο βαθμός εργασιακής ικανότητας καθορίζεται με βάση τις απαντήσεις που δίδονται σε ερωτήσεις σχετικές με τις εργασιακές απαιτήσεις, τους πόρους και την κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων (Tuomi et al, 1998). Καλύπτει τις ακόλουθες 7 θεματικές διαστάσεις και κάθε διάσταση αξιολογείται από καθορισμένες ερωτήσεις:

- 1) Παρούσα εργασιακή ικανότητα σε σχέση με την καλύτερη προηγούμενη αποδοτικότητα κατά την διάρκεια της ζωής (Βαθμολογία 0-10)
- 2) Ικανότητα εργασίας σε σχέση με τις σωματικές και πνευματικές απαιτήσεις (Βαθμολογία. 2-10)
- 3) Παρούσες διαγνωσμένες από ιατρό ασθένειες (Βαθμολογία. 1-7)
- 4) Εκτίμηση των επιπτώσεων στην εργασία λόγω των συγκεκριμένων ασθενειών (Βαθμολογία. 1-6)
- 5) Άδεια λόγω ασθένειας κατά τον τελευταίο χρόνο (Βαθμολογία. 1-5)
- 6) Πρόβλεψη όσο αφορά την ατομική εργασιακή ικανότητα σε 2 χρόνια από τώρα (Βαθμολογία. 1-7)
- 7) Ψυχική διάσταση των δραστηριοτήτων (Βαθμολογία. 1-4)

Το εύρος της βαθμολογίας της εργασιακής ικανότητας κυμαίνεται από 7 μέχρι 49 βαθμούς και αναλόγως του αθροίσματος που προκύπτει διακρίνεται σε:

- Πτώχή εργασιακή ικανότητα όταν το εύρος της βαθμολογίας κυμαίνεται μεταξύ 7-27 πόντων

- Μέτρια εργασιακή ικανότητα όταν το εύρος της βαθμολογίας κυμαίνεται μεταξύ 28-36 πόντων
- Καλή εργασιακή ικανότητα όταν το εύρος της βαθμολογίας κυμαίνεται μεταξύ 37-43 πόντων
- Άριστη εργασιακή ικανότητα όταν το εύρος της βαθμολογίας κυμαίνεται μεταξύ 44-47 πόντων.

Όταν ο δείκτης εργασιακής ικανότητας καθορίζεται χαμηλότερος των 37 βαθμών η εργασιακή ικανότητα θεωρείται μειωμένη (Tuomi et al, 1998, Fischer et al, 2006).

Αποτελεί ένα δείκτη εκτίμησης της εργασιακής ικανότητας που διατίθεται μεταφρασμένο σε 26 γλώσσες, μεταξύ των οποίων και η ελληνική και έχει εφαρμοστεί σε μεγάλο εύρος στην κλινική πράξη καθώς και σε έρευνες σχετικές με την υγεία τόσο μεταξύ ατόμων ίδιων πολιτισμικών χαρακτηριστικών όσο και για διαπολιτισμική σύγκριση (Feldt et al, 2009). Ως δείκτης εκτίμησης της εργασιακής ικανότητας στους νοσηλευτές θα πρέπει να θεωρείται ως ένα ισχυρό εργαλείο πρόβλεψης. Η εγκυρότητά του έχει αποδεικτική ικανοποιητική μέσα από αναλύσεις συσχέτισης και όλοι οι παράμετροι του δείκτη εργασιακής ικανότητας αξιόπιστα προβλέπουν εργασιακή ανικανότητα, συνταξιοδότηση καθώς και θνησιμότητα (Ilmarinen et al, 2004). Τα αποτελέσματα των Radkiewich et al (2005), σχετικά με την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου και της αξιοπιστίας του μέσω των επαναληπτικών μετρήσεων για την αξιοπιστία του από τον de Zwart et al (2002), αποδεικνύουν την εσωτερική του εγκυρότητα. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου στην εφαρμογή του στους νοσηλευτές απέδειξε και ο Almeida da Silva et al 2013, από δεδομένα που σύλλεξε από την Nurses' Early Study, η οποία περιλάμβανε περισσότερους από 38.000 νοσηλευτές από την Γερμανία, το Βέλγιο, Την Φινλανδία, την Γαλλία, την Ιταλία, την Νορβηγία, την Ολλανδία, την Πολωνία και την Σλοβακία.

Τα προαναφερθέντα δεδομένα αποτέλεσαν και λόγο για καθορισμό του συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης κριτήριο επιλογής των άρθρων της παρούσας ανασκόπησης.

4. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εργασιακή ικανότητα των νοσηλευτών, καθώς και το πώς αυτή επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Συγκεκριμένα επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτελούν:

1. Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εργασιακή ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού.
2. Η διερεύνηση της σχέσης της εργασιακής ικανότητας και ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας της παρούσας ανασκόπησης, ήταν στη βάση δεδομένων PubMed, ProQuest Central, Wiley Online Library, Science Direct, και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις κλειδιά: (work ability) AND (factors) AND (quality) AND (life) AND (nurse) και όλοι οι πιθανοί τους συνδυασμοί.

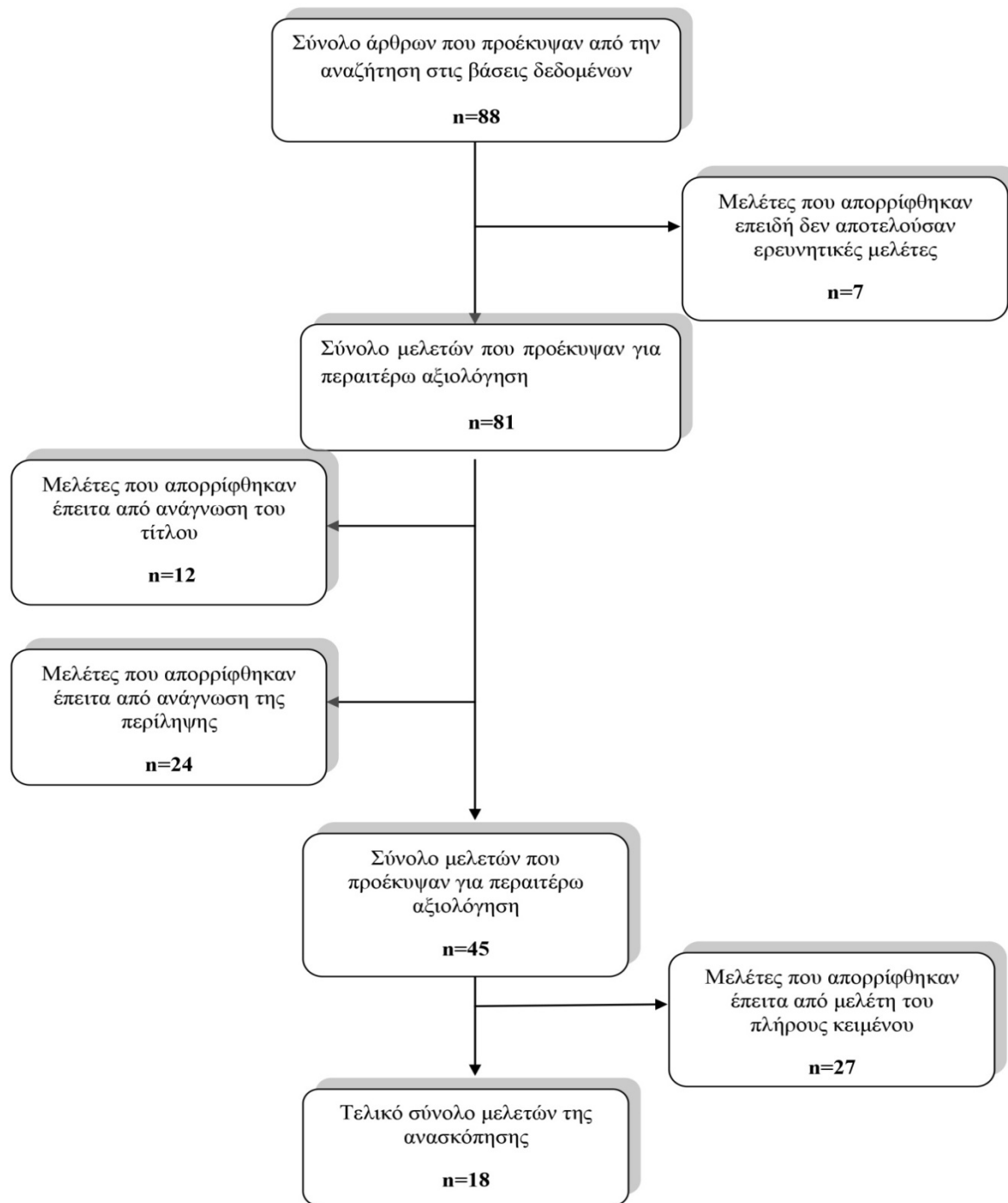
Τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού του υλικού ήταν:

1. Η γλώσσα δημοσίευσης να είναι στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα.
2. Ο πληθυσμός μελέτης των ερευνών να αποτελείται από νοσηλευτές.
3. Οι έρευνες να διεξήχθησαν σε πληθυσμό ανεπτυγμένων χωρών.
4. Έρευνες που διερευνούσαν διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών, και απλώς συμπεριέλαβαν την εργασιακή ικανότητα δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη.
5. Συμπεριλήφθηκαν μόνο έρευνες που χρησιμοποιούσαν ως εργαλείο μέτρησης της εργασιακής ικανότητας την κλίμακα WAI (Work Ability Index)

5.1 Αποκλεισμός μελετών

Με βάση την αρχική αναζήτηση που πραγματοποιήθηκε προέκυψαν 88 μελέτες. Μετά από ανάγνωση των τίτλων τους, 7 απορρίφθηκαν για το λόγο ότι δεν αποτελούσαν ερευνητικές μελέτες. Μετά από την ανάγνωση του τίτλου απορρίφθηκαν 12 μελέτες, και στην συνέχεια, για τον ίδιο λόγο, μετά από μελέτη των περιλήψεων τους, απορρίφθηκαν ακόμα 24 έρευνες. Από τις

υπόλοιπες 45 μελέτες που απέμειναν, έγινε ένας πιο λεπτομερής έλεγχος και τελικά επελέγησαν 18 από αυτές, αφού πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού. Στις περιπτώσεις όπου ήταν αδύνατη η πρόσβαση στο πλήρες κείμενο κάποιας μελέτης, πραγματοποιήθηκε περαιτέρω αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Η διαδικασία της αναζήτησης φαίνεται στο πιο κάτω διάγραμμα.



6. ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Το 2013, οι Soric et al., διενήργησαν μια συγχρονική μελέτη στην Κροατία, με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης της εργασίας με σύστημα βάρδιας και της εργασιακής ικανότητας, καθώς και τη σχέση της με την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών. Χώρο διεξαγωγής της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσαν δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας, τέσσερα γενικά νοσοκομεία και ένα νοσοκομείο εξειδίκευσης, τυχαία επιλεγμένα από τη λίστα 70 κροατικών νοσοκομείων. Τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν διανεμήθηκαν σε 1718 νοσηλευτές, εκ των οποίων οι 1124 αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης με το ποσοστό ανταπόκρισης να φθάνει το 65%, και αποτελούνταν από τα εξής: Για τη μέτρηση της εργασιακής ικανότητας έγινε χρήση του εργαλείου WAI (Work Ability Index), που αναπτύχθηκε από το Φιλανδικό Ινστιτούτο Υγιεινής (FIOH) και τα επίπεδα ποιότητας της ζωής αξιολογήθηκαν με τη σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας WHOQOL-BREF (WHO 1996) (Ilmarinen & Bonsdorff 2007). Το ερωτηματολόγιο WAI, περιλάμβανε 7 αντικείμενα προς αξιολόγηση μεταξύ των οποίων τα συναισθήματα σχετικά με την τρέχουσα ικανότητα για εργασία και τη σχέση τους με τη ποιότητα ζωής, τη σχέση της εργασιακής ικανότητας και των εργασιακών απαιτήσεων, τον αριθμό των διαγνωσμένων από ιατρό ασθενειών, την εκτιμώμενη μειωμένη εργασία λόγω απουσίας οφειλόμενης σε ασθένεια, την αναρρωτική άδεια κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, την αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας από τους ίδιους τους νοσηλευτές κατά τα δύο τελευταία έτη και την ψυχολογική υποστήριξη. Όσον αφορά το δεύτερο εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποίησαν οι ερευνητές, την κλίμακα WHOQOL-BREF, αυτή αποτελείτο από 26 στοιχεία αξιολόγησης των τεσσάρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής: τη σωματική, τη ψυχολογική, την κοινωνική διάσταση και το περιβάλλον. Για την αξιολόγηση της εργασίας σε βάρδιες οι συμμετέχοντες σημείωσαν Ναι/ Όχι, και αυτή χρησιμοποιήθηκε ως μια δυαδική μεταβλητή κατά την ανάλυση. Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 1124 νοσηλευτές με μέση ηλικία τα 42 έτη, εκ των οποίων οι 987 ήταν γυναίκες (87,8%) και οι 137 άνδρες (12,2%). Μετά την ανάλυση των συλλεγόμενων δεδομένων από τους ερευνητές, η μελέτη κατέληξε στα εξής αποτελέσματα: Μέση τιμή εργασιακής εμπειρίας των συμμετεχόντων ήταν τα 18 χρόνια, και η μέση τιμή της κλίμακας WAI ήταν το 39 (34- 43). Μεταξύ των ομάδων των νοσηλευτών που εργάζονταν σε βάρδιες και αυτών που δεν εργάζονταν, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά

σημαντικές διαφορές, παρά μόνο όσον αφορά την εκπαίδευση, αφού οι νοσηλευτές μη κάτοχοι πτυχίου έτειναν να εργάζονται σε σύστημα βάρδιας, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές κάτοχους πτυχίου. Μέση τιμή ηλικίας των εργαζομένων σε βάρδιες ήταν τα 40 έτη ενώ στους υπόλοιπους τα 44, γεγονός που καθιστά την ομάδα των πρώτων να αποτελείται από νεαρότερα άτομα ($P < 0,001$). Επίσης, οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε σύστημα βάρδιας, είχαν λιγότερη εργασιακή εμπειρία με μέση τιμή τα 18 έτη, σε αντίθεση με την άλλη ομάδα της οποίας η μέση τιμή ήταν τα 24 χρόνια ($P < 0,001$). Οι ερευνητές κατέδειξαν μια στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις τιμές της κλίμακας WAI, με τους εργαζόμενους σε σύστημα βάρδιας να παρουσιάζουν μεγαλύτερη εργασιακή ικανότητα ($P < 0,05$). Σχετικά με την ποιότητα ζωής, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Και οι δύο ομάδες σημείωσαν υψηλά επίπεδα ποιότητας στον τομέα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (κατά μέσον όρο 75% και για τις δύο) και χαμηλότερα στον περιβαλλοντικό τομέα (μέσος όρος 59,4% για τους εργαζόμενους σε βάρδιες και 62,5% για τους υπόλοιπους). Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στις κατηγορίες των νοσηλευτών με καλή ($WAI > 37$) και κακή εργασιακή ικανότητα ($WAI < 37$), σε σχέση με το σύστημα βάρδιας, ήταν στατιστικά σημαντικές αφού ένα ποσοστό της τάξεως του 67% των εργαζομένων σε βάρδιες σημείωσαν καλή εργασιακή ικανότητα ενώ 61% την άλλης ομάδας παρουσίασε σκορ μεγαλύτερο του 37 ($\chi^2 = 3.998$, $df = 1$, $P = 0,046$). Επιπλέον, πολύ περισσότερο οι εργαζόμενοι σε βάρδιες είχαν κακή ποιότητα ζωής με χαμηλότερα σκορ στον περιβαλλοντικό τομέα, από ότι οι μη εργαζόμενοι (55% έναντι 48%, $\chi^2 = 6.071$, $df = 1$, $P = 0,014$). Ακόμα οι ερευνητές, με χρήση της δυαδικής λογιστική παλινδρόμηση, προσπάθησαν να καθορίσουν κατά πόσο η εργασία με σύστημα βάρδιας, η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, οι συναδελφικές σχέσεις και η εργασιακή εμπειρία ήταν ικανά να χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη των επιπέδων εργασιακής ικανότητας και ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, αποτελούν προγνωστικό δείκτη για χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας (OR 1,87, 95% CI 1,25- 2,80), καθώς επίσης και τα χαμηλά σκορ στη σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής (OR 2,48, 95% CI 1,52- 4,09) (Sorić et al. 2013).

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και Φινλανδία από τους Coomer & Houdmont, (2013), είχε συγκεκριμένα δύο στόχους. Αυτοί ήταν: 1) να συγκρίνουν τις γνώσεις, την κατανόηση και τη χρήση της εργασιακής ικανότητας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, νοσηλευτών και ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου και της Φινλανδίας, και 2) να εντοπίσουν τους

παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση της εργασιακής ικανότητας στην φινλανδική πρακτική των επαγγελματιών υγείας. Είχε αναπτυχθεί ένα ερωτηματολόγιο το οποίο εξερεύνησε μέσα από τους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές και ιατρούς) την γνώση και την κατανόηση τους όσο αφορά την εργασιακή ικανότητα και την χρήση του ερωτηματολογίου για την μέτρηση της εργασιακής ικανότητας (WAI). Μέσα στο ερωτηματολόγιο είχαν συμπεριληφθεί και τα εξής ερωτήματα: «Πώς αντιλαμβάνεστε τον όρο της εργασιακής ικανότητας;», «Έχετε ακούσει για το WAI;», «Πως πληροφορηθήκατε όσον αφορά το εργαλείο WAI;», «έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ το WAI;», «Πώς το έχετε χρησιμοποιήσει;», και «Πώς έχουν χρησιμοποιηθεί τα αποτελέσματα του WAI;». Το ερωτηματολόγιο είχε φιλοξενηθεί στο διαδίκτυο σε μια ιστοσελίδα για την δυνατότητα της έρευνας, και ο σύνδεσμος αυτής της ιστοσελίδας αποστέλλόταν στους συμμετέχοντες μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Κλήθηκαν να το συμπληρώσουν οι επαγγελματίες υγείας από το Ηνωμένο Βασίλειο και από την Φινλανδία σε μια 2μηνη περίοδο μέσα στο 2012. Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο: α) από τα μέλη της Ιατρικής Εταιρείας και από το μητρώο των νοσηλευτών του Ηνωμένου Βασιλείου και β) από την Φινλανδική ένωση νοσηλευτών και τον φινλανδικό ιατρικό σύλλογο. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 436 επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές και γιατρούς) που εργάστηκαν αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο στο Ηνωμένο Βασίλειο και 97 επαγγελματίες υγείας που εργάστηκαν στη Φινλανδία. Μέσα από τα αποτελέσματα διαφαίνεται/διαφάνηκε ότι αν και η εξοικείωση με την έννοια της «εργασιακής ικανότητας» ήταν παρόμοια μεταξύ των ερωτηθέντων από την Φινλανδία και του Ηνωμένου Βασιλείου, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές όσο αφορά την κατανόηση του όρου. Συγκεκριμένα, μεταξύ του δείγματος από το Ηνωμένο Βασίλειο η εργασιακή ικανότητα ήταν κυρίως κατανοητό ότι είναι ένας δείκτης της ικανότητας προς την εργασία, ενώ από το φινλανδικό δείγμα η πιο κοινή απάντηση ήταν ότι πρέπει να υπάρχει η ισορροπία της υγείας και της εργασίας. Υπήρχε μια διαφορά μεταξύ των Φινλανδών και των Άγγλων ερωτηθέντων σχετικά με τη γνώση του WAI: 39% (Άγγλων) και 94% (Φινλανδών) είχαν ακούσει για το συγκεκριμένο εργαλείο. Μεταξύ του δείγματος του Ηνωμένου Βασιλείου, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γνώριζε το εργαλείο WAI, είχε ακούσει γι' αυτό το εργαλείο από επιστημονικά περιοδικά (49%), στην συνέχεια από επαγγελματίες συνεργάτες (34%), άλλες έρευνες / περιοδικά (32%), συνέδρια / διαλέξεις (20%), έχοντας το δει σε χρήση του εργαλείου (6%), εκπαιδευτικά σεμινάρια (5%) και σε δικές τους έρευνες (5%). Μεταξύ του φινλανδικού δείγματος, η πιο συχνή πηγή γνώσης του εργαλείου WAI ήταν έχοντας το δει σε χρήση (92%), στην συνέχεια από τους επαγγελματίες

συναδέλφους (38%), εκπαιδευτικά σεμινάρια (31%), συνέδρια / διαλέξεις (30%), άλλες έρευνες / περιοδικά (16%), από επιστημονικά περιοδικά (15%) και από δικές τους έρευνες (15%). Περίπου οι μισοί ερωτηθέντες (48%) από το Ηνωμένο Βασίλειο απέδωσαν την αποτυχία να χρησιμοποιήσει το εργαλείο WAI στην πράξη λόγω έλλειψης εκπαίδευσης. Το 95% (από την Φινλανδία) και 7% (από το Ηνωμένο Βασίλειο) των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο εργαλείο (WAI). Οι ερωτηθέντες από την Φινλανδία ανέφεραν ότι οι βαθμολογίες από το WAI χρησιμοποιήθηκαν για να κατανοηθούν οι τάσεις της ατομικής υγείας (86%), να κατανοήσουν τις εργασιακές τάσεις της υγείας του πληθυσμού (70%), να κατανοήσουν την εργασιακή ικανότητα όλων των ηλικιών (71%), να συμβάλλουν στις πρωτοβουλίες στην προαγωγή της υγείας και στην ευημερία (64%), να προωθήσει την αποκατάσταση και στην επιστροφή στην εργασία (58%), να προβλέπουν τις απουσίες λόγω ασθένειας (46%), να κατανοήσουν την εργασιακή ικανότητα των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων (33%), τη διεξαγωγή έρευνας για την εργασιακή ικανότητα (24%) και να κατανοήσουν την εργασιακή ικανότητα των νεότερων εργαζομένων (13%). Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτηθέντες από την Φινλανδία, οι παράγοντες που επηρέαζαν την χρήση του εργαλείου για την εργασιακή ικανότητα στην πράξη ήταν οι ακόλουθοι: να χρησιμοποιείται ως κοινή πρακτική, προσφέροντας ένα αποτελεσματικό σύστημα για ατομικούς ελέγχους υγείας και παρέχοντας ευκαιρίες ανάλυσης των οργανωτικών τάσεων, πολιτικών και διαδικασιών, και μελλοντικού σχεδιασμού όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό, των μεθόδων αποκατάστασης, της αξιολόγησης της αναπηρίας και την προώθηση της υγείας. Ένα ποσοστό 2% ανέφεραν πως δεν προτιμούσαν να χρησιμοποιούν το WAI στην πρακτική τους (Coomer & Houdmont 2013).

Το 2013, οι Fischer et al., διενήργησαν μια μελέτη στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονταν με την εργασιακή ικανότητα μεταξύ των νοσηλευτών. Χώρο διεξαγωγής της έρευνας, αποτέλεσε ένα νοσοκομείο της πόλης 200 κλινών όπου κατά μέσον όρο, 1.200 ασθενείς εισάγονταν και 11.000 άτομα επισκέπτονταν τα επείγοντα περιστατικά ανά έτος. 613 εργαζόμενοι επιλέγηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη με μόνο κριτήριο αποκλεισμού την κατοχή άδεια μητρότητας ή αναρρωτικής άδειας (n= 46), ενώ το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 514 άτομα με ποσοστό ανταπόκρισης 83,8%, από διαφορετικές δομές εργασίας: μονάδες νοσηλείας (n= 327), μονάδες έκτακτης ανάγκης (n= 103), χειρουργεία (n= 43), μονάδα αποστείρωσης (n= 17), τμήμα διοίκησης (n = 24). Για τη συλλογή δεδομένων οι

ερευνητές χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε κοινωνικο-δημογραφικά, εργασιακά και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής . Δεύτερο εργαλείο μέτρηση αποτέλεσε η σύντομη έκδοση της κλίμακας Job Stress Scale (JSS), για το εργασιακό στρες, τρίτο εργαλείο η βραζιλιάνικη έκδοση του Effort-Reward Imbalance Questionnaire (ERI-Q) για την αντιλαμβανόμενη ανταμοιβή, τέταρτο, η κλίμακα Work- Related Activities That May Contribute To Job-Related Pain and/or Injury (WRAPI), με επίκεντρο τις εργασιακές καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν τους εργαζόμενους σε μυοσκελετικό πόνο ή τραυματισμό, και πέμπτο, ο δείκτης WAI για την εργασιακή ικανότητα. Μετά την ανάλυση των δεδομένων οι ερευνητές κατέληξαν στα εξής αποτελέσματα: Ο μέσος όρος εργασιακής ικανότητας ήταν 42,3 (SD = 4.5). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (77,2%), παντρεμένοι ή συζούσαν (52,5%), και είχαν ολοκληρώσει το γυμνάσιο (46,1%) ή κολέγιο (50,4%). Σε ένα ποσοστό της τάξεως του 17,8% του δείγματος, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κυμαινόταν από 735 - 1.224 δολάρια και η μέση ηλικία ήταν 35,5 χρόνια (SD = 8.1). Μόνο το 35,4% του δείγματος ανέφερε τακτική σωματική δραστηριότητα και επιπλέον, το 46,5% ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και ο μέσος δείκτης μάζας σώματος ήταν 25,4 (SD = 4.2). Το 8,4% ήταν τακτικοί καπνιστές και 4,1% ανέφεραν τακτική κατανάλωση αλκοόλ. Η μέση ηλικία εισαγωγής του δείγματος στο εργατικό δυναμικό ήταν τα 16,6 χρόνια (SD = 3.4), και η μέση τιμή χρόνων εργασίας ως νοσηλευτές ήταν τα 11,5 έτη (SD= 7.6). Ο μέσος χρόνος εργασία στο παρόν νοσοκομείο ήταν τα 6,3 έτη (SD = 6.6) και η μέση εβδομαδιαία διάρκεια εργασίας σε ώρες 59,9 (SD = 19.3). Οι νοσηλευτές ανέφεραν χαμηλά επίπεδα βίας στην εργασία και η μέση βαθμολογία της WRAPI ήταν 60,4 (SD = 35.0). Επιπλέον, 78,2% των συμμετεχόντων ανέφεραν τις εργασιακές απαιτήσεις ως την κυριότερη πηγή άγχους. Όσον αφορά τις τρεις διαστάσεις της ERI-Q: ο μέσο όρος της προσπάθειας ήταν 11.6 (SD = 3.7 σε κλίμακα 6,0 - 30,0 μονάδων), της ανταμοιβής 50,7 (SD = 4.9, σε μια κλίμακα 11.0 - 55,0 μονάδων) και της υπερβολικής δέσμευσης 12.3 (SD = 3.1 σε κλίμακα 6,0 - 24,0 μονάδων). Περαιτέρω, το 6% του δείγματος ανέφερε ύπαρξη έντασης στην εργασία λόγω της ανισορροπίας ελέγχου-απαιτήσεων και το 0,8% ένταση λόγω της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής. Επιπλέον, το 10,5% του δείγματος ανέφερε τραυματισμούς κατά την εργασία και το 9,7%, ασθένειες που σχετιζόνταν με αυτήν. Όσον αφορά στους παράγοντες που σχετιζόνταν με την εργασιακή ικανότητα, φάνηκε ότι οι βαθμολογίες του WAI σχετιζόταν με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, μεταξύ των οποίων την ηλικία (P= 0,011) το φύλο (P< 0,0001), τη σωματική άσκηση (P< 0.0001), και τα

ακόλουθα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την εργασία: την εμπειρία στη νοσηλευτική ($P < 0.001$), το σύνολο των ωρών εργασίας γενικά, όχι μόνο νοσηλευτικά καθήκοντα ($P = 0,014$), το σύνολο των νοσηλευτικών εργασιακών ωρών ($P = 0,015$), τη βία στο χώρο εργασίας ($P < 0,001$) και την αντίληψη ότι οι εργασιακές δραστηριότητες μπορούν να συμβάλουν στον πόνο/τραυματισμό ($P < 0,001$). Οι ερευνητές κατέληξαν στη διαπίστωση ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονταν με την εργασιακή ικανότητα ήταν: οι εργασιακές απαιτήσεις ($P < 0.001$), η κοινωνική υποστήριξη στην εργασία ($P < 0,001$), η προσπάθεια ($P < 0.001$) και η ανταμοιβή ($P < 0,001$). Επιπλέον, διαφάνηκε ότι με την εργασιακή ικανότητα σχετίζονταν η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής ($P < 0,001$), της ζήτησης-ελέγχου ($P < 0,001$), οι τραυματισμοί στην εργασία ($P < 0.001$) και οι σχετιζόμενες με την εργασία ασθένειες ($P < 0,001$). Οι πολλαπλές αναλύσεις των ερευνητών, αποκάλυψαν ότι οι μεταβλητές που παρέμειναν ανεξάρτητες, αλλά και σημαντικά σχετιζόμενες με την εργασιακή ικανότητα ήταν οι εξής: Ο δείκτης μάζας σώματος, η εμπειρία στο νοσηλευτικό επάγγελμα, η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής, η αντίληψη ότι η εργασία μπορεί να προκαλέσει πόνο/τραυματισμό, φάνηκαν να σχετίζονται αρνητικά. Οι μεταβλητές που φάνηκε να σχετίζονται θετικά με την εργασιακή ικανότητα ήταν το φύλο (άνδρες) και η κοινωνική στήριξη στην εργασία (Fischer & Martinez, 2013).

Οι Rongen et al (2014), επικεντρώθηκαν στο να διερευνήσουν πως τα χαρακτηριστικά εργασίας αλληλοεπιδρούσαν με την εργασιακή ικανότητα των νοσηλευτών και πως αυτό ενδέχεται να τους οδηγήσει στον να απαρνηθούν του επάγγελμα τους ή να αλλάξουν εργοδότη, διερευνώντας επίσης τον ρόλο της μειωμένης ικανότητας προς την εργασία και των φτωχών χαρακτηριστικών εργασίας με αυτή τους την απόφαση. Τον πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν οι συμμετέχοντες ($n=34587$) της μελέτης κοόρτης Nurses' Early Exit Study (NEXT-Study), η οποία διερευνούσε την συνταξιοδότηση των νοσηλευτών πριν το καθιερωμένο όριο ηλικίας, και προέρχονταν από οκτώ διαφορετικές χώρες, από το Βέλγιο, την Δανία, την Φινλανδία, την Γαλλία, την Ιταλία, την Πολωνία, την Σλοβακία και την Ολλανδία. Τους είχαν ζητηθεί να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια κατά την έναρξη της μελέτης, τον Οκτώβριο του 2002 μέχρι Ιούνιο του 2003 (το Q0, κατά την έναρξη), για την συλλογή των πληροφοριών σχετικών με την εργασιακή ικανότητα, ατομικών και εργασιακών χαρακτηριστικών και το WAI για την εργασιακή ικανότητα. Ακολούθως για τα άτομα που είχαν φύγει από τον συγκεκριμένο εργοδότη κατά την διάρκεια του τρέχοντος έτους ζητήθηκε να συμπληρώσουν ένα

ερωτηματολόγιο (το Qex, έξοδο από την μελέτη) σε μία προσπάθεια διερεύνησης των συγκεκριμένων αιτιών. Τέλος ακόμα ένα ερωτηματολόγιο ζητήθηκε να συμπληρωθεί από τους νοσηλευτές που παρέμειναν να εργάζονται στον ίδιο εργοδότη μετά από ένα έτος (το Q12, μετά από ένα χρόνο). Τα κριτήρια που είχαν καθοριστεί για την επιλογή του δείγματος ήταν τα εξής: οι νοσηλευτές έπρεπε να είναι 30 ετών και άνω, να είχαν συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο WAI κατά την έναρξη της έρευνας, να είχαν συμπληρώσει το Q0 και το Q12 ή το Q0 και το Qex. Το κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσαν οι νοσηλευτές που είχαν αφήσει το επάγγελμά τους λόγω συνταξιοδότησης. Από τους 34587 συμμετέχοντες οι 9927 πληρούσε τα κριτήρια επιλογής. Στους συμμετέχοντες δόθηκαν να συμπληρώσουν δομημένα ερωτηματολόγια μεταφρασμένα στην ανάλογη γλώσσα κάθε χώρας με βάση της μεθοδολογίας διπλής αντίστροφης μετάφρασης. Τα εργαλεία μέτρησης αποτέλεσαν το WAI, 4 στοιχεία του COPSQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire), 4 τροποποιημένα στοιχεία του ερωτηματολογίου Demand-Control, το ερωτηματολόγιο ERI, το ερωτηματολόγιο που είχε αναπτυχθεί συγκεκριμένα για την NEXT Study, ερωτήσεις που αναφέρονταν στην παρούσα επαγγελματική απασχόληση, στην αλλαγή ιδρύματος ή έξοδο από το επάγγελμα καθώς και δημογραφικά στοιχεία. Με την ανάλυση των δεδομένων που είχαν συλλεχθεί είχαν καταγραφεί τα εξής αποτελέσματα. Το 88,7% των συμμετεχόντων αποτελείτο από γυναίκες, ηλικίας 30-64 ετών, με μέσο όρο ηλικίας 42,1 έτη (SD=0,32). Το 3,6% των νοσηλευτών στο χρονικό περιθώριο των 12 μηνών από τον χρόνο έναρξης, είχαν φύγει από τον αρχικό εργοδότη τους, ενώ από αυτούς το 60% συνέχισαν να εξασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα βρίσκοντας άλλο εργοδότη. Συγκρίνοντας τους νοσηλευτές που επέλεξαν να αλλάξουν επάγγελμα με αυτούς που παρέμειναν στον αρχικό τους εργοδότη, με το πέρας των 12 μηνών, ή που άλλαξαν εργοδότη συνεχίζοντας όμως να ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα, η πρώτη ομάδα βίωνε συχνότερα φτωχά σχετιζόμενα με τα χαρακτηριστικά εργασίας. Η επιλογή των νοσηλευτών να αλλάξουν εργοδότη συνεχίζοντας όμως να ασκούν το νοσηλευτικό τους επάγγελμά (OR=1,39, 95% CI 1,01-1,93) καθώς και η επιλογή τους να σταματήσουν να εξασκούν το νοσηλευτικό τους επάγγελμα (OR=1,71, 95% CI 1,18-2,47) βρέθηκαν να σχετιζόταν με την μειωμένη ικανότητα εργασίας. Το μορφωτικό επίπεδο καθώς και το φύλο των νοσηλευτών φάνηκε να σχετιζόταν με την αλλαγή εργοδότη εντός του νοσηλευτικού επαγγέλματος, βρίσκοντας τους νοσηλευτές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο να παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες (OR=2,07, 95% CI 1,24-3,48) όπως επίσης και τις γυναίκες νοσηλεύτριες σε σχέση με τους άντρες (OR=3,10, 95% CI 1,26-7,61). Τα φτωχά ή

μέτρια επίπεδα εργασιακής ικανότητας σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με την εργασία σε δυσμενή ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά εργασίας, όπως αυξημένες απαιτήσεις εργασίας και αυξημένες προσπάθειες καθώς και με την συχνή εργασία σε επίπονες στάσεις του σώματος. Αναλύοντας το ερωτηματολόγιο εργασιακής ικανότητας (WAI), ο μόνος παράγοντας που διαφάνηκε πως ήταν στατιστικά σημαντικός για να αφήσουν οι νοσηλευτές το νοσηλευτικό επάγγελμα ήταν η μειωμένη απόδοση εργασίας λόγω ασθένειας. Για την αλλαγή εργοδότη στο πλαίσιο του επαγγέλματος οι συνέπειες της αλληλεπίδρασης της μειωμένης ικανότητας εργασίας και υψηλής προσπάθειας (RERI = 0.94, 95% CI 0.16 – 1.73), οι συχνές δραστηριότητες για την χειρωνακτική διακίνηση των ασθενών (RERI = 1.14, 95% CI 0.24–2.05) και συχνά σε άβολες στάσεις του σώματος (RERI = 1.70, 95% CI 0,92-2,49) ήταν σημαντικά στατιστικά αισθητά ισχυρότερες από ότι τα ενιαία αποτελέσματα. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων αναφορικά με την αλληλεπίδραση της εργασιακής ικανότητας και των εργασιακών χαρακτηριστικών, μεταξύ των νοσηλευτών που είχαν δηλώσει μειωμένη εργασιακή ικανότητα, παρατηρήθηκε πως η υψηλή προσπάθεια, οι συχνές δραστηριότητες για την χειρωνακτική διακίνηση των ασθενών, καθώς και οι συχνές άβολες στάσεις του σώματος αύξαναν τον κίνδυνο αλλαγής εργοδότη, αλλά συνεχίζοντας να εξασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα κατά 93,6%, 115,3% και κατά 253,3% αντίστοιχα. Η καταβολή αυξημένης προσπάθειας καθώς και οι συχνές δραστηριότητες για την χειρωνακτική διακίνηση των ασθενών, καθώς και οι συχνές άβολες στάσεις του σώματος δεν παρουσίασαν ιδιαίτερη μεταβολή στον κίνδυνο για αλλαγή εργοδότη, μεταξύ των νοσηλευτών που είχαν δηλώσει καλή ή άριστη εργασιακή ικανότητα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μιας ενδεχόμενης ελάττωσης της εργασιακής ικανότητας και μείωσης του ελέγχου εργασίας, στην αλλαγή εργοδότη παραμένοντας στο ίδιο επάγγελμα. Τα προαναφερθέντα δυσμενή χαρακτηριστικά εργασίας αύξησαν τις πιθανότητες των νοσηλευτών με μειωμένη εργασιακή ικανότητα, να αφήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα κατά 24%, 35,2% και 32,3% αντιστοίχως. Οι πιθανότητες εξόδου από το επάγγελμα, που παρουσίαζε η ομάδα των νοσηλευτών με καλή ή άριστη εργασιακή ικανότητα σε ότι αφορά τις υψηλές προσπάθειες ήταν 9%, την χαμηλή κοινωνική στήριξη 17% και τις αυξημένες απαιτήσεις 18% (Rongen et al, 2013).

Κατά τους Baltes et al. 1990, το πιο σημαντικό μοντέλο «επιτυχούς γήρανσης» στην εργασία αποτελείται από τις στρατηγικές της επιλογής, της βελτιστοποίησης και της αντιστάθμισης (SOC: selection, optimization, and compensation), με τις οποίες τα άτομα πρέπει να διαχειρίζονται τη ζωή τους (Baltes & Baltes 1990). Ακόμα μια μελέτη που διενεργήθηκε το 2013, ήταν αυτή των Müller et al., που αποσκοπούσε στη διερεύνηση της λειτουργίας των τριών προαναφερόμενων στρατηγικών στη νοσηλευτική, αλλά και στη σχέση αυτών με την εργασιακή ικανότητα των νοσηλευτών και πως η ηλικία επηρεάζει τη σχέση αυτή. Η συγκεκριμένη έρευνα μεικτού τύπου, αποτελείτο από μια ποιοτική μελέτη που διεξήχθη για το σκοπό της διερεύνησης των στρατηγικών και από μια ανάλυση των ποιοτικών στοιχείων που συλλέγησαν, για την ενσωμάτωσή τους σε μια συγχρονική έρευνα, για την ανάπτυξη μιας κλίμακας αξιολόγησης των τριών στρατηγικών στη νοσηλευτική. Τέλος η κλίμακα αυτή, χρησιμοποιήθηκε από τους ερευνητές για να ελέγξει κατά πόσο η ηλικία έχει επιπτώσεις στη σχέση εργασιακής ικανότητας και στρατηγικών SOC. Πληθυσμό μελέτης της έρευνας αποτέλεσαν νοσηλευτές, εργαζόμενοι στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Νότια Γερμανίας. Η συλλογή των δεδομένων αρχικά για την ποιοτική μελέτη, έγινε με ημι- δομημένες συνεντεύξεις, διάρκειας 60 λεπτών και 3 μήνες μετά ξεκίνησε η έρευνα με ερωτηματολόγια, που περιείχαν την κλίμακα WAI για την εργασιακή ικανότητα και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων που αφορούσαν στη ηλικία, στο φύλο, στην εργασιακή εμπειρία, στο γεγονός εργασίας σε μια διοικητική θέση και στη σωματική άσκηση. Για τη συλλογή δεδομένων σχετικών με τις συνθήκες εργασίας, χρησιμοποιήθηκε ένα γερμανικό εργαλείο αυτό-έκθεσης για την ανάλυση της εργασίας στα νοσοκομεία, που αξιολογεί την πίεση του χρόνου και τους φυσικούς στρεσογόνους παράγοντες. Για τις τρεις στρατηγικές που προαναφέρθηκαν, χρησιμοποιήθηκε η γερμανική έκδοση της 12 σημείων κλίμακας SOC ως εργαλείο αξιολόγησης. Συνολικά 17 νοσηλευτές, από τους 20 συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην ποιοτική μελέτη με ποσοστό ανταπόκρισης το 85% και 438 από τους 953 νοσηλευτών έλαβαν μέρος στην ποσοτική έρευνα. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της μελέτης για τις στρατηγικές SOC, ένα ποσοστό 77% των νοσηλευτών ισχυρίστηκε ότι έκανε χρήση των στρατηγικών, για να αντιμετωπίσει τις εργασιακές απαιτήσεις. Η πιο συχνή στρατηγική σε χρήση με ποσοστό 88% ήταν αυτή της επιλογής. «Κάνω προτάσεις για βελτίωση» (76%), «κάνω ασκήσεις» και «ενημερώνω τον εαυτό μου για τις γνώσεις σχετιζόμενες με την τρέχουσα επαγγελματική κατάσταση» (70%) κατατάσσονταν στη δεύτερη και τρίτη στρατηγική που ανήκαν στο φάσμα της βελτιστοποίησης. Η πιο συχνά αναφερόμενη στρατηγική αντιστάθμισης

ήταν «Ζητώ βοήθεια» (52%). Οι ερευνητές κατέδειξαν μετά την ανάλυση των δεδομένων υψηλή θετική συσχέτιση της εργασιακής ικανότητας με τις τρεις διαστάσεις της SOC στον τομέα της νοσηλείας. Υπήρξαν αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της εργασιακής ικανότητας και της σωματικής άσκησης, της πίεσης του χρόνου, των φυσικών στρεσογόνων παραγόντων και της ηλικίας. Η ηλικία, φάνηκε να συσχετίζεται θετικά με τη SOC(selection, optimization, and compensation), στη νοσηλευτική. Επιπλέον οι ερευνητές κατέδειξαν μέσα από τη στατιστική ανάλυση, ότι οι δημογραφικές μεταβλητές και ο τρόπος ζωής, καθώς και το φύλο είχαν σημαντική στατιστικά θετική επίδραση στην εργασιακή ικανότητα. Ακόμα, οι στρατηγικές SOC, αποδείχτηκε να σχετίζονται θετικά με την εργασιακή ικανότητα ενώ η πίεση του χρόνου, και οι φυσικοί στρεσογόνοι παράγοντες, αρνητικά. Όσον αφορά τη σχέση ηλικίας με τις μεταβλητές SOC, η παλινδρόμηση κατέδειξε μια στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την εργασιακή ικανότητα με τους μεγαλύτερους νοσηλευτές να σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανότητας. Η βελτιστοποίηση και η αντιστάθμιση παρουσίασαν σημαντική θετική συσχέτιση με την εργασιακή ικανότητα, ενώ η στρατηγική της επιλογής δεν φάνηκε να συσχετίζεται με αυτήν. Επιπλέον, η ηλικία έδειξε να επηρεάζει παρομοίως τις σχέσεις τόσο της βελτιστοποίησης όσο και της αντιστάθμισης με την ικανότητα στην εργασία (Müller et al. 2013).

Στην έρευνα των Knezevic et al (2011), που πραγματοποιήθηκε στο Βελιγράδι της Κροατίας, είχε σαν σκοπό τη διερεύνηση των πηγών του εργασιακού στρες και την επιρροή που ενδέχεται να έχει αυτό στην εργασιακή ικανότητα. Ως επιμέρους στόχους καθόρισαν α) την εκτίμηση τόσο του επιπολασμού όσο και της προσωπικής αντίληψης των μαιών και των υπόλοιπων νοσηλευτών των παιδιατρικών τμημάτων αναφορικά με τους στρεσογόνους παράγοντες και β) τον προσδιορισμό του βαθμού της εργασιακής ικανότητας των μαιών και των υπολοίπων νοσηλευτών. Διεξήγαγαν μια συγχρονική μελέτη σε τρία τμήματα δύο πανεπιστημιακών νοσηλευτηρίων του Βελιγραδίου της Κροατίας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 300 επαγγελματίες υγείας (105 προσοντούχες μαιές και 195 νοσηλευτές που εργάζονται στα παιδιατρικά τμήματα) των προαναφερθέντων νοσηλευτηρίων, όπου κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια από τον Νοέμβριο μέχρι τον Δεκέμβριο του 2006. Ως εργαλεία μέτρησης για την συγκεκριμένη έρευνα επιλέγηκαν το Occupational Stress Assessment Questionnaire (OSAQ), το οποίο είχε αναπτυχθεί για την συγκεκριμένη μελέτη καθώς και το Work Ability Index (WAI). Από τους 300 συμμετέχοντες στην έρευνα οι 158 είχαν συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια με το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης να υπολογίστηκε στο

53%. Το ποσοστό ανταπόκρισης στις μαίες να αποτελούν το 57% (60/105) και στο 50,3% (98/195) στους υπόλοιπους νοσηλευτές. Μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαφάνηκε πως η ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα καθώς και τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας, σχετίζονταν με την ικανότητα του προσωπικού προς την εργασία. Παρόλο που οι μαίες είχαν δηλώσει χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο που είχαν δηλώσει οι υπόλοιποι νοσηλευτές, θεωρούσαν πως αυτό αποτελούσε παράγοντα λιγότερου στρες σε αντίθεση με την άποψη των υπολοίπων νοσηλευτών. Οι περισσότερες μαίες αντιλαμβάνονταν την ανεπάρκεια πόρων που παρατηρείται στον χώρο εργασίας ως ένα δυνητικά πολύ στρεσογόνο παράγοντα εργασίας. Ως πολύ στρεσογόνοι παράγοντες σύμφωνα με την προσωπική άποψη των μαιών, δηλώθηκαν επίσης η έλλειψη προσωπικού, οι απρόβλεπτες καταστάσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν στον χώρο εργασίας, η νυχτερινή εργασία, η μισθοδοσία καθώς και η νοσηλεία ασθενών με ανίατες ασθένειες. Το 43,3% -76,7% των μαιών συσχέτισαν τους ακόλουθους στρεσογόνους παράγοντες, ανεπάρκειας των πόρων και του προσωπικού, κακή οργάνωση και δυσκολία στην επικοινωνία με τους προϊσταμένους, με τους κακούς παράγοντες οργάνωσης στον χώρο εργασίας. Ανάλογα με τον χώρο εργασίας οι δύο ομάδες αντιλαμβάνονταν διαφορετικά τους παράγοντες που προκαλούσαν στρες. Σύμφωνα με τις απόψεις των μαιών ως πιο κοινές αιτίες στρες θεωρούνταν η έλλειψη πόρων και η κακή οργάνωση εργασίας, σε αντίθεση με την άλλη ομάδα νοσηλευτριών που αντιλαμβάνονταν τον φόρτο εργασίας, τα χρονικά περιθώρια, την ελλιπή εκπαίδευση, την νοσηλεία ατόμων με ανίατες ασθένειες, τον φόβο από την χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων καθώς και το μη αποτελεσματικό εργασιακό περιβάλλον ως τους συνηθέστερους παράγοντες εργασιακού στρες. Η μέση βαθμολογία της εργασιακής ικανότητας μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του δείκτη εργασιακής ικανότητας (WAI) ερμηνεύτηκε ως ικανοποιητική για όλους τους συμμετέχοντες, με τις μαίες να παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο δείκτη (40,0, 95% CI 38,4%-41,4%) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους νοσηλευτές (37.5, 95% CI 36.4-38.8). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην βαθμό εργασιακής ικανότητας μεταξύ των μαιών και των υπολοίπων νοσηλευτών, μετά την προσαρμογή της ηλικίας (Knezevic et al, 2011).

Το 2012, οι Habibi et al., διενήργησαν μια μελέτη στο Ιράν, αποσκοπώντας στη διερεύνηση των επιπέδων εργασιακής ικανότητας των εργαζόμενων νοσηλευτών σύμφωνα με το δείκτη εργασιακής ικανότητας (WAI), των επιπέδων σωματικής εργασιακής ικανότητας και την συσχέτιση μεταξύ τους. Πληθυσμό της έρευνας, αποτέλεσαν 228 άνδρες νοσηλευτές

εργαζόμενοι σε νοσοκομεία της πόλης Ισφαχάν, συμπεριλαμβανομένων τεχνικών αναισθησίας και χειρουργικών επεμβάσεων, τυχαία επιλεγόμενων από τμήματα επειγόντων περιστατικών και τμήματος χειρουργείων. Εργαλείο συλλογής και μέτρησης δεδομένων, αποτέλεσαν η κλίμακα WAI όσον αφορά στην εργασιακή ικανότητα. Επιπλέον, για τη μέτρηση της σωματικής εργασιακής ικανότητας, χρησιμοποιήθηκαν εργομετρικά ποδήλατα και ο δείκτης πίεσης καρπικού σωλήνα Bruner. Καθαυτή τη διαδικασία τα άτομα, έκαναν πεντάλ για 5 λεπτά σε ένα εργομετρικό ποδήλατο 150 watt και στη συνέχεια έγινε καταγραφή του καρδιακού τους παλμού, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε σε μια ειδική φόρμουλα- εξίσωση εξεύρεσης του μέγιστου όγκου κατανάλωσης οξυγόνου. Ως εκ τούτου, οι ερευνητές αφαίρεσαν από το δείγμα τους νοσηλευτές που έπασχαν από κάποια καρδιακή νόσο ή ήταν καπνιστές. Για την ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου WAI, χρησιμοποιήθηκε η 16^η έκδοση του λογισμικού στατιστικού πακέτου SPSS. Με το πέρας των διαδικασιών, η συγκεκριμένη έρευνα κατέληξε στα εξής αποτελέσματα: Ηλικιακά οι νοσηλευτές που συμμετείχαν ήταν μεταξύ 21 και 59 ετών με μέση τιμή ηλικίας τα $38,4 \pm 8,5$ έτη. Ένα ποσοστό της τάξεως του 52,6% του δείγματος αποτέλεσαν, 30,3% βοηθοί νοσηλευτές, 10,1% τεχνικοί χειρουργείων και 7% τεχνικοί αναισθησίας. Μέσος όρος ετών εργασίας του δείγματος ήταν τα 13,9 έτη και τα αποτελέσματα των δοκιμών έδειξαν μια μέση τιμή WAI $38,25 \pm 4,4$. Το 27,6% των συμμετεχόντων, σημείωσαν χαμηλά και μέτρια επίπεδα εργασιακής ικανότητας (WAI <36), το 64% καλά επίπεδα ικανότητας, ενώ το 8,3% σε άριστα επίπεδα εργασιακής ικανότητας. Κατά την εφαρμογή του συντελεστή συσχέτισης Pearson από τους ερευνητές, φάνηκε μια αντίστροφη γραμμική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της κλίμακας WAI ($r = -0,84$, $p < 0,05$), με τον υψηλότερο μέσο να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 20-39 ετών, και το χαμηλότερο στην ομάδα των 50-59 ετών. Η δοκιμασία t-test κατέδειξε σημαντικά υψηλότερη τιμή του WAI για τους ανύπαντρους νοσηλευτές ($41,2 \pm 3,2$) σε σύγκριση με την ομάδα των παντρεμένων ($P < 0,050$). Ακόμα, οι ερευνητές κατέληξαν σε μια διαφορά των μέσων τιμών του WAI ανάλογα με τη βάρδια εργασίας ($P = 0,008$, $P < 0,05$), με τους εργαζόμενους σε πρωινές βάρδιες να σημειώνουν το υψηλότερο σκορ εργασία ($39,9 \pm 3,7$). Επίσης, οι αναλύσεις των δεδομένων έδειξαν διαφορετικούς μέσους όρους του WAI μεταξύ των τμημάτων εργασίας ($P = 0,04$), με τους νοσηλευτές που στελέχωναν τμήματα επειγόντων περιστατικών και χειρουργεία να σημειώνουν μέση τιμή $37,5 \pm 4,8$ και $39,2 \pm 4$, αντίστοιχα. Όσον αφορά τη σωματική εργασιακή ικανότητα, το μοντέλο εξίσωσης ήταν ίσο με $4,45 \pm 0,7$, με το 55,7% των ερωτηθέντων να σημειώνουν ένα υψηλό επίπεδο δραστηριότητας και το 44,3%

ένα μέτριο επίπεδο. Ο μέσος όρος των φυσιολογικών παραμέτρων, συμπεριλαμβανομένου και το μέγιστου όγκου κατανάλωσης οξυγόνου που καταγράφηκαν και της μέγιστης καρδιακής συχνότητας ήταν 2,69 λίτρα/ λεπτό και 123, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα της δοκιμής συσχέτισης Pearson κατέδειξαν μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της ηλικίας και του δείκτη σωματικής εργασιακής ικανότητας ($r = - 0.26, p < 0,050$). Το υψηλότερο μέσο σκορ του δείκτη αυτού καταγράφηκε στην ηλικιακή ομάδα των 30- 39 ετών και το χαμηλότερο στην ομάδα των 50- 59. Από τις αναλύσεις των ερευνητών δεν φάνηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της σωματικής εργασιακής ικανότητας και της εργασίας με βάρδιες ($P = 0,31$). Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ίδιο σκορ σωματικής εργασιακής ικανότητας μεταξύ των νοσηλευτών επειγόντων περιστατικών και χειρουργείων ενώ ο συντελεστής συσχέτισης Pearson κατέδειξε την ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της σωματικής και της εργασιακής ικανότητας για κάθε ηλικιακή ομάδα ($r = 0,3, P < 0,13$) (Habibi & Dehghan 2012).

Η έρευνα των Nowrouzi et al (2015), που διεξήχθη στο Οντάριο του Καναδά, είχε σκοπό την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των νοσηλευτών και των παραγόντων του εργασιακού συστήματος (εργασιακή ανικανότητα) όπως επίσης και τον βαθμό της εργασιακής τους ικανότητας. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 111 εγγεγραμμένοι νοσηλευτές, που επιλέγηκαν με τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία, από τον συνολικό αριθμό των εγγεγραμμένων νοσηλευτών που εργάζονται στο γυναικολογικό, μαιευτικό τμήμα και στις αίθουσες τοκετού από τέσσερα νοσοκομεία τεσσάρων βορειοανατολικών πόλεων του Οντάριο του Καναδά. Χρησιμοποιώντας μια τυχαία στρωματοποιημένη προσέγγιση του δείγματος, 51 συμμετέχοντες επιλέγηκαν από το νοσοκομείο Health Sciences North Sudbury, 21 συμμετέχοντες από το νοσοκομείο North Bay, 20 συμμετέχοντες από το νοσοκομείο Sault Ste. Marie, και 18 συμμετέχοντες από το νοσοκομείο Timmins. Το ποσοστό ανταπόκρισης των συμμετεχόντων από το Health Sciences North Sudbury ήταν 100% ($n=51$), 67,7% ($n=21$) από το North Bay Regional Health Center, 62,5% ($n=20$) από το Sault Area Hospital, και 75% ($n=18$) από το Timmins & District Area Hospital. Από το συνολικό δείγμα μόνο οι νοσηλευτές που εργάζονταν στο Health Sciences North, δηλαδή 51 συμμετέχοντες (το 36,9%) ήταν εκπαιδευμένοι για να εργάζονται σε όλες τις προαναφερθέντες μονάδες. Τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν για την συγκεκριμένη μελέτη περιλάμβαναν το Work Ability Index (WAI), το Work-Related Quality of Life Scale, το Nursing Stress Scale καθώς και ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, και όλα τα ερωτηματολόγια δόθηκαν

σε έντυπη μορφή και μέσω του διαδικτύου. Στο 45,9% ανήλθε το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηματολογίων που επιστράφηκαν μέσω διαδικτύου και στο 54,1% το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηματολογίων που είχαν δοθεί σε έντυπη μορφή. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε πως το 94,6% των συμμετεχόντων αποτελούσαν γυναίκες νοσηλεύτριες με μέσο όρο ηλικίας 41,9 έτη (24-64 ετών). Το 29,2% είχαν δηλώσει δείκτη εργασιακής ικανότητας μικρότερο του 37 (WAI<37) που ερμηνεύεται ως χαμηλός ή μέτριος βαθμός εργασιακής ικανότητας. Καλό ή πολύ καλό δείκτη εργασιακής ικανότητας είχε δηλώσει το υπόλοιπο 70,8% των συμμετεχόντων. Το προσωπικό μοντέλο / θεωρίες, τα εργασιακά συστήματα καθώς και παράγοντες συνδυασμένων θεωριών συστημάτων είχαν αναλυθεί μέσω πολλαπλής παλινδρόμησης. Στην διαμόρφωση του βαθμού εργασιακής ικανότητας στο προσωπικό μοντέλο/θεωρία συστημάτων φάνηκε να συμβάλουν οι παράγοντες που αφορούσαν την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων, την εθνικότητά τους καθώς και τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονταν ανά βάρδια. Θετική επίδραση στον βαθμό εργασιακής ικανότητας είχε ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία, στο μοντέλο του εργασιακού χώρου, με τα αντίστροφος ανάλογα αποτελέσματα να παρατηρούνται στον παράγοντα απουσίας από τον χώρο εργασίας και τον βαθμό εργασιακής ικανότητας. Αναφορικά με τους παράγοντες συνδυασμένων μοντέλων όλοι παρουσίαζαν σημαντική συσχέτιση με τον βαθμό εργασιακής ικανότητας (Nowrouzi et al, 2015).

Οι Monteiro et al., το 2012, διενήργησαν μια μελέτη στη Βραζιλία με σκοπό την αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας, των θεμάτων υγείας και του τρόπου ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Δύο συγχρονικές μελέτες διεξήχθησαν για τον σκοπό αυτό στην πόλη Campinas, η μια σε ένα δημόσιο δημοτικό νοσοκομείο με αριθμό συμμετεχόντων 163 νοσηλευτές και σε κέντρα υγείας με 105 συμμετέχοντες, και η άλλη σε κρατικό νοσοκομείο στο οποίο οι νοσηλευτές εργάζονταν σε σύστημα βάρδιας (n= 302). Ως εκ τούτου, το συνολικό δείγμα την συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσαν 570 εργαζόμενοι. Εργαλεία συλλογής δεδομένων αποτέλεσαν ο δείκτης WAI για την εργασιακή ικανότητα και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών αλλά και στοιχείων που αφορούσαν στην υγεία και στον τρόπο ζωής του δείγματος. Οι ερευνητές μετά τη στατιστική ανάλυση των συλλεγόμενων δεδομένων κατέληξαν στα εξής αποτελέσματα: ένα ποσοστό της τάξεως του 83% του δείγματος αποτελείτο από γυναίκες, το 50,4% ήταν παντρεμένοι και το 65,6% αποτελούταν από εργαζόμενους σε σύστημα βαρδιών συμπεριλαμβανομένης και της νύκτας. Η μέση ηλικία ήταν 38,9 έτη (SD= 7,8) και το 40,4% του δείγματος κυμαινόταν ηλικιακά από 40- 49 ετών. Μέσος όρος του δείκτη μάζας

σώματος ήταν το 25,8 (SD= 5.3) και μόνο 17,2% του δείγματος ανέφερε ότι ασκείτο τουλάχιστον για 150 λεπτά πέντε φορές την εβδομάδα ή και περισσότερο. Η μέση εργασιακή ικανότητα σημειώθηκε στο 39,3 (SD= 5,3). Φάνηκε ακόμα από την έρευνα ότι οι άνδρες, οι οποίοι ηλικιακά ήταν μικρότεροι από τις γυναίκες με μέση ηλικία τα 35,6 έτη (SD= 6.7) και τα 39,5 έτη (SD= 7,9) αντίστοιχα, είχαν ένα ελαφρώς υψηλότερο επίπεδο εργασιακής ικανότητας σε σχέση με το άλλο φύλο, με σκορ στο WAI 40,4 (SD= 5,4) και 39,1 (SD= 5,2), αντίστοιχα. Οι ερευνητές κατέληξαν ακόμα σε μια αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τα επίπεδα στην κλίμακα WAI (P= 0,0052). Όσον αφορά στα δημόσια νοσοκομεία και στα ιατρικά κέντρα, οι εργαζόμενοι σημείωσαν μια κακή βαθμολογία εργασιακής ικανότητας σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στις άλλες δομές. Σημαντικό εύρημα της μελέτης αποτέλεσε το γεγονός ότι το 71,2% των υποκειμένων είχε αναφέρει τουλάχιστον μία διαγνωσμένη νόσος από ιατρό, με τα πιο συχνά νοσήματα να αποτελούν: η ψυχική διαταραχή (16%), η αρτηριακή υπέρταση (13,7%), οι επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος (10,5%), η παχυσαρκία (9,8%), η χρόνια ιγμορίτιδα (9,7%), η γαστρίτιδα ή ο δωδεκαδακτυλικός ερεθισμός (8,4%) και το αλλεργικό εξάνθημα ή έκζεμα (8,1%) (Monteiro et al. 2012).

Οι Carel et al (2013), πραγματοποίησαν μια έρευνα στην Χάιφα του Ισραήλ, και ο σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας των ισραηλινών νοσηλευτών μέσω του εργαλείου Work Ability Index (WAI). Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη ανάμεσα σε 515 νοσηλευτές (460 γυναίκες και 55 άνδρες), από δύο γενικά νοσοκομεία στο Ισραήλ. Όλοι οι νοσηλευτές, που εργάστηκαν για 1 χρόνο τουλάχιστο συμφώνησαν οικειοθελώς να συμμετάσχουν στην έρευνα. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το επικυρωμένο, εβραϊκής έκδοσης, ερωτηματολογίου WAI, και οι επιμέρους βαθμολογίες του WAI υπολογίστηκαν σύμφωνα με τη συνιστώμενη μέθοδο (Tuomi et al, 1994). Ορισμένες κοινωνικο-δημογραφικές ερωτήσεις προστέθηκαν στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου WAI, όπως η χώρα προέλευσης, πόσα χρόνια διαμένουν στο Ισραήλ, και οι καπνιστικές συνήθειες, προκειμένου να επιτρέψουν την άσκηση των σχετικών αξιολογήσεων. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν σύμφωνα με τον τύπο για τον υπολογισμό της βαθμολογίας WAI. Περαιτέρω αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του λογισμικού SPSS 14.0 για το λογισμικό των Windows. Οι παραμετρικές και μη παραμετρικές δοκιμασίες, συμπεριλαμβανομένων των chi-square test, test Mann - Whitney, t-test ή ανάλυση διασποράς (ANOVA), τεστ Spearman και Pearson, ήταν κατάλληλα και χρησιμοποιούνται για

τον προσδιορισμό των σχέσεων μεταξύ εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών. Μέσα από τα αποτελέσματα διαφάνηκε ότι: ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων (n=515) ήταν $41,1 \pm 9,8$ χρόνια (εύρος: 23 έως 65 ετών). Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (55%) που δεν είχαν γεννηθεί στο Ισραήλ, αλλά ζούσαν στη χώρα, ήταν κατά μέσο όρο, $20,7 \pm 13,1$ χρόνια (εύρος: 1-59 έτη). Η μέση αρχαιότητα στον τομέα της νοσηλευτικής ήταν $17,3 \pm 10,1$ χρόνια (εύρος: 1-43 έτη) και 85% ήταν εγγεγραμμένοι νοσηλευτές. Περίπου το 77% ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν, και περίπου το 24% ήταν καπνιστές (κατά μέσο όρο κάπνιζαν $10,9 \pm 7,1$ τσιγάρα την ημέρα). Η μέση βαθμολογία του WAI από όλο το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν $41,9 \pm 5,1$ (εύρος: 26 - 49), με τις γυναίκες νοσηλεύτριες να έχουν βαθμολογία $41,8 \pm 5,2$ και τους άνδρες νοσηλευτές να έχουν βαθμολογία $42,3 \pm 4,3$ ($p=.35$). Οι νοσηλεύτριες ήταν ελαφρώς μεγαλύτερες σε ηλικία από ότι οι νοσηλευτές ($41,4 \pm 9,8$ έναντι $38,7 \pm 8,7$, αντίστοιχα, $P=.05$). Χρησιμοποιώντας τις τέσσερις αποδεκτές κατηγορίες του WAI, το 43,9% των ερωτηθέντων περιέγραψαν την εργασιακή τους ικανότητα ως "εξαιρετική" και το 40,8% ως "καλή". Ένα πολύ μικρό ποσοστό 1% είχαν αναφέρει την εργασιακή τους ικανότητα ως "κακή". Η ηλικία είχε σημαντικά αρνητική συσχέτιση με την βαθμολογία του WAI, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας ($p < .001$, $r = 0.17$), υποδεικνύοντας μια σταθερή πτώση με την ηλικία. Η μέση βαθμολογία του WAI δεν διέφερε σημαντικά από το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, ή τη χώρα προέλευσης, αλλά διέφερε σημαντικά από την επαγγελματική κατηγορία ($p=.017$). Η υψηλότερη μέση βαθμολογία βρέθηκε μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονταν ως κλινικοί εκπαιδευτές (WAI = 43.6 ± 5.4), και η χαμηλότερη βρέθηκε μεταξύ των πρακτικών νοσηλευτών ($38,6 \pm 7,4$). Η μέση βαθμολογία του WAI δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονταν σε διαφορετικά τμήματα ($p = .24$). Η μέση βαθμολογία του WAI ήταν σημαντικά υψηλότερη στους νοσηλευτές που δεν ανέφεραν ασθένειες, σε σύγκριση με εκείνους που ανέφεραν μία ή περισσότερες ασθένειες ($p < 0,001$). Υπήρξε επίσης μια βαθμιαία μείωση στις μέσες βαθμολογίες του WAI με την αύξηση του αριθμού των αναφερόμενων ασθενειών ($p < 0,001$). Περίπου το 38% (οι 195 από τους 515) των νοσηλευτών ανέφεραν ότι υπέφεραν από μία ή περισσότερες ασθένειες, ενώ το αναφερόμενο ποσοστό που είχαν διαγνωστεί από ιατρό ήταν πολύ υψηλότερο σε 48,3% (οι 266 από τους 515). Από τους "άρρωστους" νοσηλευτές (όπως διαγνώστηκε από γιατρό), το 22,5 % (n=116) ανέφεραν την παρουσία μίας ασθένειας και ένα επιπλέον ποσοστό 29,1% (n=150) ανέφεραν δύο ή περισσότερες ασθένειες (το 14,2% δύο ασθένειες, το 6,4%, τρεις, και το 4,1%, τέσσερις). Οι πέντε πιο συχνές αναφερόμενες ασθένειες, όπως διαγνώστηκε από έναν ιατρό,

ήταν οι μυοσκελετικές ασθένειες (25,0%), ο τραυματισμός από ατυχήματα (18,6%), οι ενδοκρινικές παθήσεις λόγω μεταβολικών ασθενειών (12,4%), οι καρδιαγγειακές παθήσεις (11,8%), και οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος (9,5 %). Ωστόσο, οι τρεις πιο συχνές αυτοαναφερθείσες ασθένειες ήταν οι μυοσκελετικές παθήσεις (22,3%), ο τραυματισμός λόγω ατυχημάτων (12,0%), και οι ψυχικές διαταραχές (7,4%). Για κάθε κατηγορία της ασθένειας, η μέση βαθμολογία του WAI ήταν σημαντικά χαμηλότερη για τους νοσηλευτές με τη σχετική ασθένεια από ότι για τους υπόλοιπους νοσηλευτές (Carel et al, 2013).

Οι Milosevic et al., το 2011 επιχείρησαν τη διεξαγωγή μιας συγχρονικής μελέτης στην Κροατία, με σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, με έμφαση στην εργασιακή ικανότητα. Η έρευνα, έλαβε χώρα σε έξι, τυχαία επιλεγμένα νοσοκομεία από το κρατικό μητρώο νοσηλευτηρίων της χώρας (νοσοκομείο Varazdin, Korčivnica, Bjelovar, το νοσοκομείο για λοιμώδη νοσήματα Fran Mihaljevic, το ειδικό νοσοκομείο για παιδιά με ψυχοκινητικές διαταραχές Goljak και το ψυχιατρικό νοσοκομείο Vrapce). Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της συγκεκριμένης μελέτης, στα πιο πάνω νοσοκομεία εργαζόνταν 1800 νοσηλευτές, ωστόσο δείγμα αποτέλεσαν 1212 άτομα με ποσοστό ανταπόκρισης 67,3%, εργαζόμενα σε χειρουργικά αλλά και παθολογικά τμήματα. Τα εργαλεία μέτρησης της μελέτης αποτέλεσαν ένα ερωτηματολόγιο, που αφορούσε στα κοινωνικο- δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, και τα εργαλεία WAI για την εργασιακή ικανότητα και η κλίμακα WHOQOL-BREF για την ποιότητα ζωής. Όσον αφορά τις μεταβλητές της μελέτης, ως ικανοποιητική εργασιακή ικανότητα, ορίστηκε το σκορ ίσο και μεγαλύτερο του 37 στην κλίμακα WAI ενώ τα δεδομένα που αφορούσαν το εργαλείο WHOQOL-BREF, η διαχείριση έγινε σύμφωνα με τις οδηγίες που προπαρασκεύασε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μετατράπηκαν σε γραμμική κλίμακα (0-100), με το 100 να ισοδυναμεί με ψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Μετά την ανάλυση των δεδομένων, κατά την οποία οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την έκδοση 10.0 του στατιστικού λογισμικού MedCalc, κατέληξαν στα εξής αποτελέσματα: Μέση ηλικία του δείγματος, εκ των οποίων το 87, 5% ήταν γένους θηλυκού, ήταν τα 42 έτη. Επιπλέον ένα ποσοστό της τάξης του 60% του συνολικού δείγματος, ήταν κάτω των 45 χρόνων και 75% αυτών ήταν παντρεμένοι. Όσον αφορά τα χρόνια εργασίας στην παρούσα θέση, η μέση τιμή ήταν τα 21, και 15% του δείγματος είχε ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση ενώ το 85% σχολές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης νοσηλευτών. Ο χαμηλότερος μέσος που σημειώθηκε σχετικά με την ποιότητα ζωής, ήταν στην περιβαλλοντική διάσταση φτάνοντας στο 59,3 και το

ψηλότερο στις κοινωνικές σχέσεις με τιμή 75,0. Στην κλίμακα WAI, το μέσο σκορ που σημειώθηκε ήταν το 38,3 (SD 6.1). Ως εκ τούτου, το ικανοποιητικό αυτό επίπεδο εργασιακής ικανότητας αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα και προγνωστικό δείκτη για όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής με σχετικούς λόγους τους εξής: OR= 6,8 (95% CI: 04/08 - 09/06) για τη σωματική διάσταση, OR= 2,3 (95% CI: 01/07 - 03/01) για την ψυχολογική, OR= 1,7 (95% CI: 1,3-2,4) για τις κοινωνικές σχέσεις και OR= 1,7 (95% CI: 1,3- 2.3) την περιβαλλοντική. Έχοντας μια θετική εμπειρία στην επαγγελματική τους ζωή ήταν επίσης ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης για όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής, αλλά με χαμηλότερες αναλογικές πιθανότητες. Ακόμα, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα για την φυσική και περιβαλλοντική διάσταση της ποιότητας, ενώ το άρρεν φύλο μόνο για τη σωματική διάσταση, και το νεαρό της ηλικίας για την κοινωνική. Η μελέτη κατέληξε σε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογία της WAI και της σωματικής διάστασης της ποιότητας ζωής ($r= 0,629$, $p < 0,001$). Θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν επίσης μεταξύ της βαθμολογίας WAI και της ψυχολογικής ($r= 0.387$, $p < 0,001$), κοινωνικής ($r= 0,260$, $p < 0,001$) και περιβαλλοντική διάστασης ($r= 0,335$, $p < 0,001$) (Milosevic & Golubic 2011).

Στην έρευνα των Abbasi et al (2015), πραγματοποιήθηκε στον Ιράν, με σκοπό την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του δείκτη της εργασιακής ικανότητας (WAI) και των γνωστικών βλαβών (CFS), καθώς και ορισμένους παράγοντες που τις επηρέαζαν, σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), Καρδιολογικές Εντατικές Μονάδες (CCU), και στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Διεξήχθητε μια περιγραφική-αναλυτική και συγχρονική μελέτη με πληθυσμό 750 νοσηλευτές που εργάζονται στα τμήματα ΜΕΘ, CCU, και στα επείγοντα των πανεπιστημιακών νοσοκομείων που ήταν συνδεδεμένα με το πανεπιστήμιο των Ιατρικών Επιστημών της Τεχεράνης κατά το 2015. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων ήταν ένα γενικό ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση υποβάθρου και δημογραφικές μεταβλητές και δύο εξειδικευμένα και τυποποιημένα ερωτηματολόγια του WAI και των γνωστικών βλαβών που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της εργασιακής ικανότητας και το ποσοστό των γνωστικών βλαβών, αντίστοιχα. Όσον αφορά το δεύτερο εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποίησαν οι ερευνητές, το ερωτηματολόγιο για τις γνωστικές βλάβες (CFQ), το οποίο αποτελείται από 25 ερωτήσεις που κάλυπταν τις τέσσερις πτυχές των βλαβών της μνήμη, τη μνήμη για τα ονόματα, της αντίληψης και των κινητικών λειτουργιών. Οι βαθμολογίες αυτού του ερωτηματολογίου (CFQ) κυμαίνονται από το μηδέν έως το 100, και με την υψηλότερη

βαθμολογία να σημαίνει περισσότερες βλάβες. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του SPSS 20 και οι συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman, chi-squared, ANOVA, και τις δοκιμές του Kruskal-Wallis. Μετά την ανάλυση των συλλεγόμενων δεδομένων από τους ερευνητές, η μελέτη κατέληξε στα εξής αποτελέσματα: Α) οι 750 νοσηλευτές που συμμετείχαν, μεταξύ των οποίων οι 460 ήταν γυναίκες (61,4%) και οι 290 ήταν άνδρες (38,6%). Από αυτούς, οι 343 (45,7%), οι 214 (28,6%) και οι 193 (25,7%) εργάζονταν στην ΜΕΘ, στο CCU, και το τμήμα επειγόντων περιστατικών, αντίστοιχα. Η μέση ηλικία (τυπική απόκλιση), το ιστορικό της εργοδότησης και το BMI ήταν 33,1 (8,0), 10,2 (7,6) και 24,2 (3,0), αντίστοιχα. Οι συμμετέχοντες εργάστηκαν, κατά μέσο όρο, 22,5 βάρδιες ανά μήνα και 6,2 ασθενείς ήταν υπό τη φροντίδα τους ανά βάρδια. Όσον αφορά στο δείκτη της εργασιακής ικανότητας, ο μέσος δείκτης της εργασιακής ικανότητας (τυπική απόκλιση) για όλους τους συμμετέχοντες ήταν 36.92 (4.46). Σύμφωνα με τους νοσηλευτές, η τρέχουσα εργασιακή ικανότητα και οι ψυχικοί πόροι ήταν περισσότεροι και λιγότερο σημαντικές πτυχές της εργασιακής ικανότητας, αντίστοιχα. Επιπλέον, η εργασιακή ικανότητα στην CCU και στα τμήματα επειγόντων αντιπροσώπευε την υψηλότερη και την χαμηλότερη βαθμολογία, αντίστοιχα. Σε σχέση με τις γνωστικές βλάβες, η μέση τιμή (τυπική απόκλιση) της γενικής βαθμολογίας των γνωστικών βλαβών ήταν 40.55 (12.71) για όλους τους συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τους νοσηλευτές, η αντίληψη και η μνήμη για τα ονόματα ήταν οι περισσότερες και λιγότερο σημαντικές υποκλίμακες των γνωστικών βλαβών, αντίστοιχα. Επιπλέον, οι γενικές γνωστικές βλάβες στα επείγοντα και στο CCU αντιπροσώπευαν τις περισσότερες και λιγότερο σημαντικές, αντίστοιχα. Β) Η σχέση των υποκλιμάκων του WAI και των γνωστικών βλαβών ερευνήθηκε χρησιμοποιώντας το τεστ συσχέτισης Pearson. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που λαμβάνονταν σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, υπήρξε μια αντίστροφη και σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του WAI και της συνολικής βαθμολογίας των γνωστικών βλαβών και όλες τις υποκλίμακες των νοσηλευτών ($p < 0,05$). Επιπλέον, υπήρχε μια αντίστροφη και σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των γνωστικών βλαβών και της εκτιμώμενης ανικανότητα για εργασία λόγω ασθενειών, την πρόγνωση της εργασιακής ικανότητας, και των ψυχικών τους πόρων ($p < 0,05$). Γ). Ο δείκτης εργασιακής ικανότητας και οι υποκλίμακες παρουσίασαν αντιστρόφως σημαντική συσχέτιση με την ηλικία ($p < 0,05$), όπως φάνηκε μέσα από τα αποτελέσματα Spearman and Pearson tests. Η εμπειρία στον χώρο εργασίας παρουσίασε θετική συσχέτιση με την παρούσα εργασιακή ικανότητα. Επίσης θετική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ ΒΜΣ και παρούσων ασθενειών

και αντιστρόφως σημαντική, με την εργασιακή εμπειρία. Παρατηρήθηκε αντιστρόφως σημαντική συσχέτιση με τον ΒΜΣ ($p < 0,05$) με την εκτιμημένη ανικανότητα για εργασία που οφειλόταν σε ασθένεια. Η άδεια ασθενείας κατά το τελευταίο ένα έτος παρουσίαζε αντιστρόφως σημαντική σχέση τόσο με την εμπειρία στο χώρο εργασίας όσο και με τον αριθμό των ασθενών που είχαν υπό την φροντίδα τους οι νοσηλευτές ($p < 0,05$). Επιπλέον αντιστρόφως και σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της πρόγνωσης της εργασιακής ικανότητας και των ψυχικών πόρων, με την εργασιακή εμπειρία. Οι μεταβλητές ηλικία, ΒΜΣ, και εργασιακή εμπειρία παρουσίασε αντιστρόφως σημαντική συσχέτιση με την συνολική βαθμολογία του δείκτη εργασιακής ικανότητας στους νοσηλευτές ($p < 0,05$). Σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ WAI, ηλικίας, ομάδων, εργασιακής εμπειρίας σύμφωνα με τα αποτελέσματα ANOVA και Kruskal-Wallis test, ενώ σημαντική συσχέτιση διαφάνηκε μεταξύ του WAI με τα διάφορα τμήματα εργασίας με βάση την ανάλυση ANOVA ($p < 0,05$). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του WAI και του φύλου ($p < 0,05$) σύμφωνα με το chi-squared test (Abbasi et al, 2015).

Οι Rotenberg et al., το 2009 διενήργησαν μια συγχρονική μελέτη στη Βραζιλία, αποσκοπώντας στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εργασίας σε νυκτερινό ωράριο και της εργασιακής ικανότητας, καθώς και το πώς ο τύπος σύμβασης του εργαζομένου επηρέαζε τη σχέση αυτή. Χώρο διεξαγωγής της μελέτης αποτέλεσαν δυο νοσοκομεία του Ρίο ντε Τζανέιρο, χαρακτηριζόμενα από υψηλό ποσοστό εξωτερικής ανάθεσης και συμβάσεις αορίστου χρόνου, όπου το έκτακτο προσωπικό αναλάμβανε τα ίδια καθήκοντα με τους μόνιμους συναδέλφους του, εκτός των διοικητικών καθηκόντων και αντιμετώπιζε περισσότερους περιορισμούς ως προς την αλλαγή του ωραρίου εργασίας. Εργαλεία συλλογής δεδομένων αποτέλεσαν η κλίμακα WAI και ένα ολοκληρωμένο εργαλείο για τη σχέση υγείας-εργασίας των εργαζομένων, αποτελούμενο από δυο μέρη, το πρώτο από συνέντευξη, για τη διευκρίνηση των ωρών εργασίας ανεξάρτητα από το επίσημο πρόγραμμα, και το δεύτερο από αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Τελικό δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης, αποτέλεσαν 1194 εργαζόμενοι, με μέση ηλικία τα $40,3 \pm 13,1$ χρόνια. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ήταν γυναίκες (87%), το 44% παντρεμένοι και το 66% είχαν παιδιά. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν παλαιότερα σε νυκτερινές βάρδιες αντιπροσώπευαν περίπου το ένα τρίτο των ατόμων υπό μελέτη, με ένα παρόμοιο ποσοστό της τάξεως του 22% να ανήκουν σε κάθε μία από τις υπόλοιπες ομάδες (εργαζόμενοι ημέρα χωρίς νυκτερινή βάρδια και εργαζόμενοι μόνο σε νυκτερινή βάρδια). Ο μέσος βαθμός εργασιακής ικανότητας (WAI) φάνηκε

να είναι $38,6 \pm 6.2$ ($38,3 \pm 6.2$ για τις γυναίκες και $40,8 \pm 5.5$ για τους άνδρες). Ο συνολικός επιπολασμός της ανεπαρκούς εργασιακής ικανότητας (κακής και μέτριας) αντιπροσώπευε το 38,9% των συμμετεχόντων και δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο νοσοκομείων όσον αφορά στην εργασιακή ικανότητα και το μόνιμο/έκτακτο προσωπικό ($P= 0.333$ και $P= 0,081$, αντίστοιχα). Συνολικά 642 νοσηλευτές ήταν μόνιμο προσωπικό και 552 έκτακτο, είτε στα πλαίσια σύμβασης ορισμένου χρόνου ($N= 386$) ή σύμβασης με εξωτερική ανάθεση ($N= 166$). Οι ερευνητές, παρατηρώντας μια οριακή αλληλεπίδραση μεταξύ της έκθεσης σε νυκτερινές βάρδιες και το είδος της απασχόλησης ($\chi^2= 6,871$, $P= 0,076$), πραγματοποίησαν μια στρωματοποιημένη ανάλυση μεταξύ των μόνιμων και έκτακτων νοσηλευτών. Οι έκτακτοι εργαζόμενοι ήταν στατιστικά σημαντικά νεότεροι ($29,0 \pm 8.4$ vs. 49.8 ± 7.6 ? $P< 0,001$), από τους μόνιμους, ανέφεραν μικρότερη εμπειρία όσον αφορά τις νοσηλευτικές δραστηριότητες (4.7 ± 6.1 vs $24.2 \pm 6,0$ έτη $P< 0,001$), λιγότερες ώρες οικιακών εργασιών ($10,3 \pm 11.5$ vs $19,6 \pm 18.3$ ώρες ανά εβδομάδα $P< 0,001$), μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία σε άλλες εργασίες εκτός νοσηλευτικής ($54,4 \pm 19.8$ vs 40.8 ± 16.5 ώρες ανά εβδομάδα $P< 0,001$) και ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με το εργασιακό τους ωράριο ($48,6$ vs $20,9\%$). Επιπλέον, η ομάδα των έκτακτων νοσηλευτών, κατείχε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ανεπαρκούς WAI, σε σύγκριση με τους μόνιμους ($30,4$ vs $46,3\%$, $P< 0,001$). Κατά συνέπεια, ο μέσος όρος του WAI ήταν υψηλότερος στους δεύτερους ($41,0 \pm 5.1$ vs 36.6 ± 6.2 , $P< 0,001$). Επίσης, οι εργαζόμενοι σε νυκτερινό ωράριο φάνηκε να έχουν υψηλά ποσοστά ανεπαρκούς εργασιακής ικανότητας, σε σύγκριση με το μόνιμο προσωπικό ($20,3$ vs $14,4\%$, $P= 0,007$). Μεταξύ των εργαζομένων τη νύχτα, σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ως προς την προτίμησή τους στις ώρες εργασίας: ένα υψηλό ποσοστό ($25,4\%$ vs $6,4\%$) των έκτακτων ανέφεραν ότι θα προτιμούσαν να άλλαζαν άμεσα ωράριο εργασίας, εν σύγκριση το μόνιμο προσωπικό ($18,0$ vs $14,2\%$, $P< 0,001$). Τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης, στα οποία κατέληξαν οι ερευνητές, κατέδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης σε νυκτερινό ωράριο εργασίας και της ανεπάρκειας εργασιακής ικανότητας μόνο μεταξύ του έκτακτου προσωπικού ($OR= 2.00$ CI 95%, 1,01- 3,95 και $OR = 1.85$ CI 95%: 01.09 - 03.13 για τους εργαζόμενους που εργάζονται ως 5 νύκτες σε διάστημα 2 εβδομάδων και όσους εργάζονται 6 ή περισσότερες νύκτες, αντίστοιχα) (Rotenberg & Griep 2009).

Οι Golubic et al., το 2009, διεξήγαγαν μια μελέτη στην Κροατία, με σκοπό τον προσδιορισμό των επαγγελματικών στρεσογόνων παραγόντων, οι οποίοι είναι παρόντες στο περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών οι οποίοι συσχετίζονται με τα επίπεδα εργασιακής ικανότητας. Χώρος διεξαγωγής της έρευνας τους, αποτέλεσαν τα τέσσερα νοσοκομεία της πόλης Ζάγκρεμπ. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας δύο ερωτηματολόγια: το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης επαγγελματικού στρες (SAQ), αναπτυγμένο από τους ίδιους τους ερευνητές και το ερωτηματολόγιο WAI. Δείγμα τη μελέτης αποτέλεσαν 1086 νοσηλευτές με ποσοστό ανταπόκρισης 78% και μέση ηλικία τα 38,7 έτη ($\pm 10,3$) έτη, εκ των οποίων 72% ήταν κάτω των 45 ετών, και 93% γυναίκες. 63% το δείγματος ήταν παντρεμένοι και 40% δεν είχαν παιδιά, ενώ ο μέσος όρος χρόνων εργασίας στον παρόν χώρο ήταν τα 13.9 χρόνια. Τέλος, το 27% των συμμετεχόντων είχε ολοκληρώσει κολεγιακή εκπαίδευση, ενώ το υπόλοιπο 73% μόνο τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση νοσηλευτών. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της WAI, κατέδειξε ότι 35% των συμμετεχόντων σημείωσαν χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας ($WAI < 37$), ενώ το υπόλοιπο 65%, ικανοποιητικά. Σημαντικά αυξημένος αριθμός νοσηλευτών με χαμηλή ικανότητα για εργασία, φάνηκε να υπάρχει μεταξύ των συμμετεχόντων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (370%) από ότι μεταξύ εκείνων με ανώτερη εκπαίδευση (301%) ($\chi^2 = 4,411$, d.f.= 1, $P = 0,037$). Επιπλέον, οι ερευνητές αποκάλυψαν ότι οι νοσηλευτές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, είχαν στατιστικά σημαντική υψηλότερη μέση βαθμολογία WAI από ότι τα άτομα με δευτεροβάθμια εκπαίδευση ($39,8 \pm 5,8$ vs $37,5 \pm 6,4$, $P < 0,001$). Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των σκορ WAI και των νοσηλευτών που στελέχωναν χειρουργικά και μη τμήματα (ANCOVA: $38,3 \pm 6,6$ vs $38,1 \pm 6,0$, $P = 0,78$). Επιπλέον, μεταξύ των νοσηλευτών με χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας, φάνηκε ότι αυτοί με δευτεροβάθμια εκπαίδευση αντιλαμβάνονταν τους στρεσογόνους παράγοντες πιο σοβαρούς από ότι οι συνάδελφοι τους, με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης. Οι ερευνητές κατόπιν αναλύσεων κατέληξαν ότι οι προγνωστικοί παράγοντες, στατιστικά σημαντικοί και σχετιζόμενοι με τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας αποτέλεσαν τα οργανωτικά εργασιακά και τα οικονομικά θέματα (OR= 1.47, 95% CI 1.15-1.88), το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (OR = 1.69, 95% CI 1.22- 2.36) και η μεγαλύτερη ηλικία (OR = 1.07, 95% CI 1.05- 1.09) (Golubic & Milosevic 2009).

Οι Camerino et al., το 2008 διεξήγαγαν μια μελέτη στην Ιταλία, με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακής ικανότητας και της πρόθεσης εγκατάλειψης της εργασίας, και κατά πόσον η ηλικία επηρεάζει τη σχέση αυτή. Για το σκοπό της μελέτης αυτής, τα δεδομένα συλλέχτηκαν την περίοδο 2002-2003 από 5504 νοσηλευτές, με ποσοστό ανταπόκρισης το 73,9%, που στελέχωναν 16 υγειονομικών δομών μεταξύ των οποίων εννέα νοσοκομεία, πέντε γηροκομεία και δύο οίκους ευγηρίας. Η μέθοδος δειγματοληψίας έγινε μέσω στρωματοποίησης βάση των διαφορετικών περιοχών (Βόρεια, Κεντρική και Νότια Ιταλία), τον τύπο του ιδρύματος (νοσοκομείο, γηροκομείο, οίκος ευγηρίας), και τη δημόσια ή ιδιωτική ιδιοκτησία. Εργαλεία μέτρησης της μελέτης, αποτέλεσαν ερωτηματολόγια, τα οποία συμπλήρωσε το ίδιο το δείγμα, κατά την έναρξη της έρευνας αλλά και 12 μήνες μετά, που αξιολογούσαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, το περιεχόμενο της εργασίας τους, τους οργανωτικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, τη σωματική και ψυχική υγεία και ευεξία. Όσον αφορά το εργαλείο μέτρησης, οι διακεκριμένες μορφές σκέψης για πρόθεση παραίτησης από την εργασία αφορούσαν οκτώ ερωτήσεις, ανεπτυγμένες από τους μελετητές, ειδικά για το νοσηλευτικό επάγγελμα. Λεπτομερώς, τα οκτώ σημεία εξέταζαν τις σκέψεις του δείγματος σχετικά τους εξής λόγους (1) τη λήψη περαιτέρω προσόντων στον τομέα της νοσηλείας, (2) τη λήψη επιπλέον προσόντος εκτός νοσηλευτικής, (3) την ανάληψη άλλης επαγγελματική νοσηλευτικής θέσης στο ίδιο θεσμικό όργανο, (4), την εγκατάλειψη του παρόντος θεσμικού οργάνου, (5) την εγκατάλειψη γενικώς της νοσηλευτικής, (6) την εγκατάλειψη της νοσηλευτικής για να απασχοληθεί σε ένα άλλο διαφορετικό τομέα εργασίας, (7) την απασχόληση ως νοσηλευτής σε μια άλλη χώρα, και (8) την απασχόληση σε μια άλλη χώρα, αλλά όχι ως νοσηλευτής. Οι ερευνητές διεξήγαγαν μια προκαταρκτική μονοπαραγοντική ανάλυση με σκοπό τον καθορισμό των πιθανών σημαντικών μεταβλητών πρόβλεψης, σχετιζόμενων με τις σκέψεις εγκατάλειψης της εργασίας, μεταξύ των οποίων ήταν το φύλο, η επαγγελματική θέση, ο τύπος του ιδρύματος υγειονομικής περίθαλψης, η τοποθεσία γέννησης, και η διαθεσιμότητα των νοσηλευτικών θέσεων εντός της περιοχής της τρέχουσας απασχόλησης, που στη συνέχεια συμπεριλήφθηκαν στην κύρια ανάλυση. Η ηλικία χρησιμοποιήθηκε ως μια στρωματοποιημένη μεταβλητή, με την ηλικία άνω των 45 ετών να ορίζεται ως «γερασμένος πληθυσμός». Ως εκ τούτου, 1174 νοσηλευτές του δείγματος κατατάγηκαν σε αυτή την κατηγορία με ένα ποσοστό τη τάξεως του 21,6%. Ως δείκτες ευημερίας, χρησιμοποιήθηκε η εργασιακή ικανότητα, η εργασιακή ικανοποίηση, η οργανωτική δέσμευση και η συναισθηματική εξάντληση. Η αντιληπτή

εργασιακή ικανότητα μετρήθηκε με τη χρήση του δείκτη εργασιακής ικανότητας WAI. Η εργασιακή ικανοποίηση μετρήθηκε με τη χρήση της κλίμακας Kristensen και η οργανωτική δέσμευση εκτιμήθηκε με τη βοήθεια της συναισθηματικής συνιστώσας της κλίμακας Allen, η οποία αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ο νοσηλευτής συμμετέχει και εμπλέκεται συναισθηματικά σε θέματα που αφορούν στην επαγγελματική οργάνωση. Η μέτρηση της συναισθηματικής εξάντλησης του δείγματος διεξήχθη με τη χρήση της κλίμακας Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Borritz & Kristensen 2001). Μετά την ανάλυση των δεδομένων, οι ερευνητές κατέληξαν στα εξής αποτελέσματα: το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείτο από νοσηλευτές νεότερους των 45 ετών (78,4%), πιθανότατα λόγω των ευκαιριών πρόωρης συνταξιοδότησης, και κυρίως γυναίκες, αν και οι άνδρες νοσηλευτές αντιπροσώπευαν ένα σημαντικό μέρος του ιταλικού δείγματος (25,7%). Οι περισσότεροι νοσηλευτές στο δείγμα αποτελούσαν απλούς λειτουργούς σε ένα ποσοστό της τάξεως του 90,8% και ο αριθμός των προϊστάμενων νοσηλευτών, όπως αναμενόταν ήταν αυξημένος ανάμεσα στα άτομα άνω των 45 ετών. Τέλος, οι περισσότεροι ερωτηθέντες εργάζονταν υπό σύμβαση πλήρους απασχόλησης και οι μισοί από αυτούς προέρχονταν από τη Βόρεια Ιταλία, και οι άλλοι μισοί από την Κεντρική και Νότια Ιταλία. Τα συλλεγόμενα δεδομένα κατά την πρώτη φάση διεξαγωγής, κατέδειξαν ότι οι αντιλήψεις για τη διαθεσιμότητα νοσηλευτικών επαγγελματικών θέσεων στην ίδια περιοχή της απασχόλησης του δείγματος, η συναισθηματική εξάντληση, και οι σκέψεις για εγκατάλειψη της εργασίας ήταν υψηλότερα μεταξύ των νεότερων νοσηλευτών, ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτές ανέφεραν μια υψηλότερη οργανωτική δέσμευση. Η αντιληπτή εργασιακή ικανότητα ήταν μόνο ελαφρώς υψηλότερη μεταξύ των νοσηλευτών κάτω των 45 ετών. Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν σε δεύτερη φάση, 12 μήνες μετά την έναρξη της έρευνας κατέδειξαν ότι οι νεότεροι νοσηλευτές ανέφεραν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία όσον αφορά την ανάληψη επιπλέον προσόντων, τόσο εντός, όσο και εκτός νοσηλευτικής ($\chi^2 = 18.43$ (d.f. 1), $P < .001$, $\chi^2 = 15.58$ (d.f. 1), $P < .001$, αντίστοιχα) και μια σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία όσον αφορά τη σκέψη τους για αλλαγή επαγγέλματος, τόσο εντός όσο και εκτός του παρόντος οργανισμού ($\chi^2 = 15.94$ (d.f. 1), $P < .001$, $\chi^2 = 7.20$ (d.f. 1), $P < 0.01$, αντίστοιχα), ενώ οι άλλοι τύποι «σκέψεων εγκατάλειψης» (δηλαδή να εγκαταλείψουν τη νοσηλευτικής εντελώς, αλλά και για να ασχοληθούν με ένα διαφορετικό είδος εργασίας, να εργαστούν ως νοσηλευτές σε μια άλλη χώρα), ήταν συγκρίσιμοι μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων. Λιγότερο από το 10% των νοσηλευτών με υψηλό σκορ στην κλίμακα WAI ανέφεραν ότι κατείχαν «σκέψεις

εγκατάλειψης», ενώ το 3,7% - 38,9% των νοσηλευτών με χαμηλά σκορ στο WAI, δήλωσαν ότι σκέφτονταν να φύγουν. Επιπλέον τα ευρήματα των ερευνητών έδειξαν μια φτωχή αντιληπτή εργασιακή ικανότητα, μεταξύ των νοσηλευτών ηλικίας κάτω των 45 ετών, και επίσης μια μέτρια εργασιακή ικανότητα, αν και τα σκορ των αποτελεσμάτων ήταν χαμηλότερα, η οποία ήταν έντονα σχετιζόμενη με τους διαφορετικούς τύπους «σκέψεων εγκατάλειψης», εκτός από τη σκέψη εργασίας σε άλλη χώρα εκτός νοσηλευτικής (OR: 3.05 -6.67). Μια υψηλότερη αντιληπτή διαθεσιμότητα των νοσηλευτικών επαγγελματικών θέσεων μέσα στην ίδια περιοχή, συσχετίστηκε με υψηλότερη επικράτηση της σκέψης παραίτησης από τον τρέχον οργανισμό απασχόλησης, και μια υψηλότερη επικράτηση της σκέψης για εγκατάλειψη της νοσηλευτικής οριστικά. Όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, αυτή φάνηκε να σχετίζεται θετικά με τη σκέψη εξεύρεσης μιας άλλης θέσης εργασίας στο ίδιο ή σε διαφορετικό ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμα, η οργανωτική δέσμευση αυτή σχετιζόταν με έναν υψηλότερο επιπολασμό σκέψεων για παραίτηση από το παρόν θεσμικό όργανο, ή οριστικής εγκατάλειψης της νοσηλευτικής (είτε με την πλήρη απόσυρση είτε με την απασχόληση σε ένα διαφορετικό είδος εργασίας). Μεταξύ των νοσηλευτών ηλικίας άνω των 45 ετών, ο δείκτης εργασιακής ικανότητας φάνηκε να μην συνδέεται με οποιοδήποτε είδος «σκέψεων εγκατάλειψης» (Camerino & Conway 2008a).

Σε μια άλλη μελέτη τους οι Camerino et al., το 2008, επιχειρήσαν να στηρίξουν την υπόθεση ότι οι εργαζόμενοι νοσηλευτές σε πρωινές βάρδιες παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανότητας από ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο. Οι παράγοντες κατά τους ερευνητές που πιθανόν θα επηρέαζαν τις δύο αυτές ομάδες δείγματος ήταν η ικανοποίηση από τις ώρες εργασίας, η συνολική ανταμοιβή συμπεριλαμβανομένων της εκτίμησης και επιβράβευσης της σταδιοδρομίας και η ικανοποίηση από τις αποδοχές. Επιπλέον στόχος των μελετητών αποτέλεσε η διερεύνηση της σχέσης της εργασιακής ικανότητας με την ποσότητα και την ποιότητα ύπνου των νοσηλευτών. Στη μελέτη αυτή, δεδομένα αποτέλεσαν στοιχεία που συλλέχτηκαν από τη μελέτη κοορτής Nurses' Early Exit Study (NEXT study), που διεξήχθη σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των ετών 2002 και 2004, με στόχο τον προσδιορισμό των αιτιών που οδηγούν τους νοσηλευτές σε πρόωρη αποχώρηση από το επάγγελμά τους. Σε κάθε χώρα, οι συμμετέχοντες επιλέγηκαν βάση στρωματοποιημένης δειγματοληψίας ανα τύπο φορέα εργασίας (νοσοκομείο, γηροκομείο, και κατ' οίκο νοσηλεία), γεωγραφική εξάπλωση και είδος φορέα εργασίας (δημόσιος ή ιδιωτικός). Κατά την έναρξη της μελέτης (χρόνος 0) και ένα χρόνο

μετά (χρόνος 1) το δείγμα συμπλήρωσε ερωτηματολόγια τα οποία του σταλθήκαν είτε μέσω του εσωτερικού συστήματος αλληλογραφίας του οργανισμού όπου δούλευαν, είτε στην προσωπική τους διεύθυνση. Κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν να αποτελούσε νοσηλευτικό προσωπικό μη εργαζόμενο σε διευθυντική θέση νοσοκομείων του Βελγίου, της Γερμανίας, της Γαλλίας, Ιταλίας, Ολλανδίας, Πολωνίας και Σλοβακίας. Συνολικά 18.726 ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν στο χρόνο 0 με ποσοστό ανταπόκρισης από 41,3 έως 75,8% σε όλες τις χώρες και 7.516 στο χρόνο 1, με ποσοστό ανταπόκρισης 41,7%. Σύμφωνα με τους ερευνητές η μείωση αυτή του δείγματος, ένα μεγάλο ποσοστό του οποίου άνηκε στην ηλικιακή ομάδα των 45 ετών (20,4% έναντι 16,9%), εργαζόταν σε ημερήσιες βάρδιες (39,3% έναντι 31,4%), ήταν κάτοχοι προσωρινής σύμβασης (9,8% έναντι 6,4%), και οι περισσότερες ήταν γυναίκες (14,2% έναντι 11,8%), οφειλόταν στην εγκατάλειψη της θέσης εργασίας στον οργανισμό στελέχωσης και στην απώλεια ενδιαφέροντος για την έρευνα. Όσον αφορά στα ερωτήματα αξιολόγησης της ποιότητας και ποσότητας ύπνου, οι ερευνητές δημιούργησαν μια κλίμακα υπολογισμού του μέσου όρου των στοιχείων με τα σκορ να κυμαίνονται από 1-5 με τη ψηλότερη βαθμολογία να αντιστοιχεί στον καλό ύπνο. Η ανταμοιβή μετρήθηκε με χρήση του ερωτηματολογίου Effort-Reward Imbalance Questionnaire [ERI-Q- (Siegrist et al. 2004)] μετρώντας 5 στοιχεία, και με βαθμολογία να κυμαίνεται από 11 (χαμηλότερη ανταμοιβή) – 55 (υψηλότερη ανταμοιβή), ενώ η ικανοποίηση από τις αποδοχές εκτιμήθηκε με τη χρήση κλίμακας 3 στοιχείων Likert -5. Η συλλογή δεδομένων για την αντιληπτή εργασιακή ικανότητα έγινε με την κλίμακα WAI. Με την ανάλυση των δεδομένων οι ερευνητές κατέληξαν στα εξής αποτελέσματα: σχεδόν το ένα τρίτο του δείγματος αποτελείτο από νοσηλευτικό προσωπικό από την Ιταλία, ενώ οι άλλες χώρες αποτέλεσαν το 6,6%-16,8% του συνολικού δείγματος. Το συνολικό δείγμα αποτελείτο κυρίως από γυναίκες (85,8%), ήταν ηλικίας από 18 έως 63 ετών (20,1% ήταν >45 ετών) και είχε νοσηλευτική εμπειρία 1- 43 έτη. Η πλειοψηφία κατείχε μια σταθερή θέση εργασίας (93,6%) και όσον αφορά στο ωράριο εργασίας ένα ποσοστό της τάξεως του 10,8% εργαζόταν μόνο μέρα, 4,2% μόνο νύχτα, 20,9% σε βάρδιες χωρίς νυκτερινή εργασία και 64,1% σε κυκλικό ωράριο. Σχετικά με τον WAI, τα σκορ φάνηκε να είναι σημαντικά χαμηλότερα στην ηλικιακή ομάδα < 45 ετών (κακή: 6% vs 3%, μέτρια 28% vs 23%, καλή 44,4% vs 50,7% εξαιρετική 21,7% vs 23,3%) και χαμηλότερα στους μόνιμα εργαζόμενους σε νυκτερινό ωράριο σε σύγκριση με το προσωπικό που εργαζόταν στα υπόλοιπα μοτίβα βάρδιας, ακόμα και μετά την προσαρμογή του παράγοντα ηλικίας. Κατά το χρόνο 0 και 1, τα σκορ της κλίμακας WAI ήταν 39,0 (SD= 5,7) και

39,2 (SD= 5.5) αντίστοιχα με το συντελεστή Pearson= 0.61 (P= 0,001). Σε ένα συνδυασμό των τεσσάρων κατηγοριών του WAI, οι ερευνητές κατάφεραν να δείξουν ότι το 23,1% του δείγματος παρουσίασε μια αλλαγή στο σκορ WAI μετά το πέρας ενός χρόνου με ένα ποσοστό 10,8% να παρουσιάζει αύξηση του σκορ και 12,1% μείωση. Στην αρχή της μελέτης ένα ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό ανδρών από ότι γυναικών φάνηκε να εργαζόταν σε νυκτερινές βάρδιες και οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο φάνηκε να αποτελούν τους μεγαλύτερους νοσηλευτές σε ηλικία. Σε γενικές γραμμές, οι έρευνα κατέληξε ότι όλοι οι προγνωστικοί δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν σημαντικά μειωμένοι στο δείγμα το οποίο εργαζόταν σε νυκτερινό ωράριο μόνο. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι αυτή η ομάδα δείγματος, οι εργαζόμενοι νύκτα, ανέφερε υψηλότερες βαθμολογίες για την ανταμοιβή και την ικανοποίηση από τις αποδοχές παρόλο που σημείωσαν τα χαμηλότερα σκορ όπως αναμενόταν στον ύπνο και την ικανοποίηση από τις εργασιακές ώρες. Μετά την πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση των δεδομένων συμπεριλαμβανομένων όλων των συγχυτικών παραγόντων, φάνηκε ότι οι παράγοντες χώρα εργασίας, φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, σύμβαση εργασίας και διαθεσιμότητα εναλλακτικών θέσεων εργασίας, δεν παρουσίασαν σημαντικές αλλαγές στα σκορ της κλίμακας WAI. Σε ένα δεύτερο στάδιο η εξέταση των παραγόντων ωράριο εργασίας, ικανοποίηση από το ωράριο, η συνολική ανταμοιβή, η ικανοποίηση από τις αποδοχές έδειξαν ότι άλλαζαν σημαντικά τα σκορ της κλίμακας, με τους νοσηλευτές στην Ολλανδία, που ήταν νεότεροι και ζούσαν ως μόνοι ενήλικές με ένα παιδί ή με ακόμα ένα ενήλικα και παιδί, παρουσίασαν αύξηση του σκορ του WAI ένα χρόνο μετά τη διεξαγωγή της έρευνας. Γενικά οι παράγοντες που συμπεριλήφθηκαν σε κατοπινό στάδιο βελτίωσαν σημαντικά τα σκορ και το μοντέλο παλινδρόμησης εν σύγκριση με το πρώτο στάδιο (P< 0.001). Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να παρέχουν κάποια υποστήριξη για την πρώτη υπόθεση της έρευνας, με μόνη εξαίρεση το ωράριο εργασίας και την ικανοποίηση από αυτό. Η συμπερίληψη της ποιότητας και της ποσότητας του ύπνου κατά την ώρα μηδέν, βελτίωσε σημαντικά τα αποτελέσματα (P= 0.001), με ένα καλύτερο ύπνο προβλέπει αυξημένο σκορ WAI κατά την ώρα 1 (P= 0.001). Ο ύπνος δεν έπαιξε μεσολαβητικό ρόλο μεταξύ του ωράριο εργασίας και του WAI γεγονός που οφείλεται στο ότι το ίδιο τω ωράριο ως παράγον δεν παρουσίασε καμία επίπτωση στην κλίμακα. Τέλος, η συνολική ανταμοιβή φάνηκε να αλληλοεπιδρά σημαντικά με το έργο πρόβλεψης των σκορ WAI κατά την ώρα 1, ενώ οι ψυχολογικοί παράγοντες και ο ύπνος δεν σχετίστηκαν με τη συνολική εργασιακή ικανότητα (Camerino & Conway 2008b).

Οι Chiu et al. το 2007 διενήργησαν μια μελέτη στην Ταϊβάν, με σκοπό τη διερεύνηση της εργασιακής ικανότητας των νοσηλευτών και τον καθορισμό των παραγόντων που σχετίζονταν με αυτή. Επιπλέον, ένα δεύτερο στόχο των μελετητών αποτέλεσε και η εξέταση της συσχέτισης μεταξύ της εργασιακής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των κλινικών νοσηλευτών. Το δείγμα της μελέτης επιλέχθηκε βάση στρωματοποιημένης δειγματοληψίας από οκτώ νοσοκομεία της χώρας, και περιλάμβανε 1534 νοσηλευτές με ποσοστό ανταπόκρισης 77%, εργαζόμενους σε παθολογικές και χειρουργικές μονάδες, μονάδες εντατικής θεραπείας, εξωτερικά ιατρεία και χειρουργεία. Όλοι οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν ανώνυμα ένα ερωτηματολόγιο το οποίο προηγουμένως είχε ελεγχθεί και εγκριθεί από τη διοίκηση κάθε νοσοκομείου. Εργαλεία μέτρησης της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσαν το WAI για την εργασιακή ικανότητα και το WHOQOL-BREF για την ποιότητα ζωής. Η μέση τιμή ηλικίας του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα ήταν τα 31,2 έτη (SD 7,0) και της εμπειρίας στον τρέχον χώρο εργασίας τα 7,5 έτη (SD 5,8). Μετά την ανάλυση των συλλεγόμενων δεδομένων, η μελέτη κατέληξε στα εξής αποτελέσματα όσον αφορά την εργασιακή ικανότητα: Το μέσο σκορ που σημειώθηκε στην κλίμακα WAI, ήταν το 38,4 (SD 4,4) και η ανάλυση διακύμανσης ANOVA κατέδειξε ότι η εργασιακή εμπειρία ($F= 1233,4$, $P= 0,01$) και ο μέσος όρος της WAI ($F= 4,8$, $P= 0,01$) διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των νοσηλευτών. Επιπλέον, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι το μέσο σκορ στην WAI για τις ηλικιακές ομάδες 51-55, 46-50, 21-25 και 26-30 ήταν σημαντικά χαμηλότερο από εκείνο των ηλικιακών ομάδων 31-35, 36-40 και 41-45. Η βαθμολογία WAI για την εργασιακή ικανότητα ταξινομήθηκε από τους μελετητές σε 4 κατηγορίες: άριστη (44- 49 βαθμοί), καλή (37- 43), μέτρια (28- 36), και κακή (7- 27). Ένα υψηλό ποσοστό των νοσηλευτών είχαν «καλή» ή «εξαιρετική» εργασιακή ικανότητα πριν τα 45 έτη ζωής τους. Ωστόσο, μετά από αυτή την ηλικιακή τιμή, τα ποσοστά νοσηλευτών με «καλή» ή «εξαιρετική» ικανότητα εργασίας μειώθηκαν δραματικά και η αναλογία της «μέτρια» ή «κακής» εργασιακής ικανότητας αυξήθηκε σημαντικά. Κατά την εξέταση των επτά αντικειμένων που περιλάμβανε η κλίμακα WAI ξεχωριστά, παρατηρήθηκε ότι με την αύξηση της ηλικίας τα σκορ μειώνονταν στα αντικείμενα «αριθμός διαγνωσμένων ασθενειών», «απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας» και «αναρρωτική άδεια του παρελθόντος έτους». Όσον αφορά το τμήμα εργασίας των νοσηλευτών, σχεδόν το 88% των ατόμων κάτω των 35 ετών ήταν εργαζόμενοι σε ιατρικά κέντρα και το 81% σε περιφερειακό νοσοκομείο. Η μέση ηλικία των νοσηλευτών που εργάζονταν σε ιατρικό κέντρο ήταν τα 30,3 έτη (SD= 6,4) και σε περιφερειακό νοσοκομείο τα

31,7 έτη (SD= 7.4). Η μέση τιμή της ηλικίας και της επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών διέφεραν σημαντικά μεταξύ αυτών που στελέχωναν ιατρικά κέντρα (F= 14,9, P= 0,01) και περιφερειακά νοσοκομεία (F= 18,1, P= 0,01). Αν και η μέση τιμή που σημειώθηκε στην κλίμακα WAI δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονταν στις πιο πάνω δομές, τα μεταβαλλόμενα πρότυπα της βαθμολογίας WAI σχετικά με την ηλικία κυμαινόταν σημαντικά μεταξύ των δύο τύπων δομών. Ως εκ τούτου για τους εργαζόμενους σε ιατρικά κέντρα, το σκορ WAI αυξήθηκε στην ηλικία μέχρι τα 45-50 έτη, και παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα ακόμη και στην ηλικιακή ομάδα των 50 -55 χρόνων, και μειώθηκε στη συνέχεια. Για τους νοσηλευτές των περιφερειακών νοσοκομείων, το σκορ WAI αυξήθηκε με την ηλικία μέχρι τα 40-45 χρόνια, και μειώθηκε απότομα μετά. Οι αρχαιότεροι σε ηλικία νοσηλευτές που εργάζονταν στα ιατρικά κέντρα σημείωσαν μια υψηλότερη μέση βαθμολογία WAI από αυτούς που στελέχωναν περιφερειακά νοσοκομεία. Όσον αφορά τα υπόλοιπα τμήματα, η μέση ηλικία των ατόμων που εργάζονταν σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους ήταν τα 29,4 έτη (SD 5,3) στη μονάδα εντατικής θεραπείας τα 29,3 (SD 4,7), στα εξωτερικά ιατρεία τα 35,1 (SD 9,8) και στα χειρουργεία τα 29,8 έτη (SD 5,4). Οι νοσηλευτές που στελέχωναν εξωτερικά ιατρεία σημείωσαν σημαντικά υψηλότερα σκορ όσον αφορά την ηλικία, την εργασιακή εμπειρία, και τη βαθμολογία WAI από ότι οι νοσηλευτές της εντατικής και των υπόλοιπων μονάδων. Κατά την ανάλυση των ερευνητών, παρατηρήθηκε ακόμα αλλαγή στο μέσο όρο βαθμολογίας WAI, σε σχέση με το τμήμα εργασία και την ηλικιακή ομάδα. Για τους νοσηλευτές της εντατικής μονάδας, το σκορ σημείωσε μείωση μετά την ηλικία των 26- 30 χρόνων, ενώ για τους εργαζόμενους στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες, το σκορ μειώθηκε μετά τα 31-35 χρόνια. Επιπλέον, οι νοσηλευτές που εργάζονταν στα εξωτερικά ιατρεία, εμφάνισαν υψηλότερο σκορ WAI από ότι τα άλλα τμήματα πριν την ηλικία των 41- 45 χρόνων. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της συσχέτισης της εργασιακή ικανότητας και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, οι ερευνητές κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα σκορ της ποιότητας ζωής μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων εργασίας (P< 0,01). Από τη στατιστική ανάλυση, διαφάνηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε εξωτερικά ιατρεία, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα WHOQOL-BREF, με τους νοσηλευτές των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων να τους ακολουθούν. Περαιτέρω, σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της βαθμολογίας WAI και των μεμονωμένων διαστάσεων της WHOQOL-BREF: η μέση τιμή WAI, φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την περιβαλλοντική διάσταση της ποιότητας ζωής των ατόμων ($r= 0,44$,

$P < 0,01$), ακολουθούμενη από τη σωματική διάσταση ($r = 0,39$, $P < 0,01$), τη ψυχολογική ($r = 0,37$, $P < 0,01$) και την κοινωνική ($r = 0,33$, $P < 0,01$) (Chiu et al. 2007).

Σε μια άλλη τους μελέτη, συγχρονικού τύπου, που διενεργήθηκε το 2006 στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, οι Fischer et al., επικεντρώθηκαν στον εντοπισμό παραγόντων που σχετίζονταν με τη χαμηλή εργασιακή ικανότητα. Εργαλεία συλλογής δεδομένων της μελέτης αποτέλεσε ένα ερωτηματολόγιο αυτό-συμπλήρωσης με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, δεδομένα που αφορούσαν στον τρόπο ζωής των νοσηλευτών, στις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας-περιβαλλοντικούς και οργανωτικούς στρεσογόνους παράγοντες, στα ψυχικά και σωματικά συμπτώματα και στις ασθένειες-σωματική καταπόνηση, πνευματική ένταση, σωματικό πόνο και κόπωση. Το εργαλείο αυτό περιλάμβανε και την κλίμακα WAI για την εργασιακή ικανότητα, μια κλίμακα για το εργασιακό στρες, μια προσαρμοσμένη έκδοση του ερωτηματολογίου Job Content Questionnaire, ένα ερωτηματολόγιο για την κόπωση και ένα για τις συνήθειες ύπνου (Alves & Chor 2004; Karasek & Theorell 1992; Braz et al. 1987; Metzner & Fischer 2001; Yoshitake 1971). 996 συνολικά εργαζόμενοι στο νοσοκομείο της πόλης κλήθηκαν να συμμετάσχουν με κριτήριο να μην είχαν αναρρωτική ή άδεια μητρότητας, καταλήγοντας τελικά στους 696, που συμφώνησαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Όσον αφορά στη ηλικία, το φύλο και τα χρόνια εργασιακής νοσηλευτικής εμπειρίας, δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των συμμετεχόντων και των μη. ($P = 0,05$). Ένα ποσοστό την τάξεως του 87,8% του δείγματος ήταν γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 40 έτη (67,4%), μέσο όρο εργασιακής εμπειρίας 84,7 μήνες ($SD \pm 82,9$). Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές (59,4%), εισήλθαν στην αγορά εργασίας πριν από την ηλικία των 18 ετών. 47% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε 12ωρες βάρδιες ακολουθούμενες από 36 ώρες ρεπό, 17,7% σε 9ωρες ημερήσιες και 35,3% σε 6ωρες πρωινές βάρδιες. Η μελέτη κατέδειξε ένα επιπολασμό ανεπάρκειας εργασιακής ικανότητας της τάξεως του 22,8%. Στατιστικά σημαντική σχέση με την ανεπάρκεια εργασιακής ικανότητας φάνηκαν να έχουν οι παράγοντες απολαβές, ο δείκτης μάζας σώματος, η υπνηλία, οι διαταραχές ύπνου, η κόπωση, η εργασία σε 12ωρες βάρδιες και ορισμένοι περιβαλλοντικοί εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες μεταξύ των οποίων ο ανεπαρκής φωτισμός, η θερμική δυσφορία, οι δυσάρεστες οσμές, η κακή οργάνωση στο χώρο εργασίας, η ιονίζουσα ακτινοβολία, η ανύψωση αντικειμένων, η άρση ασθενών, οι συγκρούσεις με τους ασθενείς και η λεκτική βία. Οι πέντε πιο συχνά αναφερόμενες διαγνωσμένες ασθένειες από ιατρό, φάνηκε να είναι οι λοιμώξεις (11,6%), η παραρρινοκολπίτιδα (11,6%), η γαστρίτιδα (10,5%), οι

τραυματισμοί ποδιών (9,6%) και πλάτης (9,4%). 36,8% των νοσηλευτών ανέφεραν διαταραχές ύπνου και 25,6% τραυματισμό σχετιζόμενο με την εργασία τους. Η στατιστική ανάλυση των ερευνητών κατέληξε πως καθοριστικοί κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες ανεπαρκούς εργασιακής ικανότητας, αποτελούσαν: το εισόδημα των εργαζομένων, ο ορισμός του ατόμου ως μοναδικός προστάτης τη οικογένειας (OR 1.922), το γεγονός της ανατροφής παιδιών κάτω των 18 ετών (OR 1.558), και η ηλικία των 40 ετών (OR 1.408). Σχετικά με τις μεταβλητές που αφορούσαν στον τρόπο ζωής του δείγματος, δεν φάνηκε να παρουσιάζεται καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εργασιακή ικανότητα, ενώ οι εργασιακές συνθήκες που συσχετίστηκαν με αυτή ήταν η θερμική δυσφορία (OR 1.548) και η λεκτική κακοποίηση περισσότερο από δύο φορές τους τελευταίους 12 μήνες (OR 1.670). Επιπλέον η εργασία σε 12ωρες βάρδιες, φάνηκε να είναι ένας σημαντικός προγνωστικό παράγοντα στην μονοπαραγοντική ανάλυση, αλλά η αναλογία πιθανοτήτων μειώθηκε ελαφρά και δεν παρέμεινε πλέον σημαντικός μετά την προσαρμογή των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών. Τέλος, καθοριστικοί παράγοντες ανεπαρκούς εργασιακής ικανότητας αποδείχτηκαν η παχυσαρκία (OR 2.714), οι διαταραχές ύπνου (1.681) και η κόπωση (OR 3.770) (Fischer & Borges 2006).

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση οι 14 αποτελούσαν συγχρονικές έρευνες, οι 2 αποτελούσαν μελέτες κοορτής, η μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης και ακόμη μία περιγραφική αναλυτική συγχρονική μελέτη. Στη μελέτη τους, οι Soric et al. (2013), όπως και οι Camerino et al. (2008) κατέληξαν στο συμπέρασμα της μη ύπαρξης σχέσης μεταξύ της εργασίας σε σύστημα βάρδιας και της εργασιακής ικανότητας (Camerino & Conway 2008b; Sorić et al. 2013). Γεγονός που βρίσκει αντίθετες τις υπόλοιπες έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση. Η έρευνα τους, πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές, εργαζόμενους σε νοσοκομεία και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε άλλες δομές. Ακόμα ένας περιορισμός της μελέτης τους, αποτελεί και το γεγονός ότι η συλλογή δεδομένων για την ποιότητα ζωής του δείγματος, στηρίχθηκε μόνο σε αυτό-αναφορά, ενώ θα μπορούσαν να ληφθούν στοιχεία και από άλλα μέσα όπως ιατρικά αρχεία. Πιθανή εξήγηση του γεγονότος αυτού, θα μπορούσε να είναι το νεαρό της ηλικίας των εργαζομένων σε σύστημα βάρδιας ή το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης του δείγματος. Στη μελέτη τους, φαίνεται να συμφωνεί και μια άλλη μελέτη, αυτή των Knezevic et al. (2011), που διεξήχθη με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού στρες και εργασιακής ικανότητας, στην οποία η εργασία σε βάρδιες σχετίστηκε επίσης με τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, πιθανώς λόγω οργανωτικών προβλημάτων και φτώχης επικοινωνίας εργαζομένων-προϊστάμενων (B Knezevic et al. 2011). Όσον αφορά το εύρημα των Soric et al., σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ υψηλού επιπέδου μόρφωσης και καλού επιπέδου εργασιακής ικανότητας, φαίνεται να βρίσκει σύμφωνους και τους Golubic et al. (2009), της μελέτης των οποίων το κύριο πλεονέκτημα είναι ο μεγάλος αριθμός του δείγματος που περιλάμβανε νοσηλευτές από ποικίλες ειδικότητες και τμήματα νοσοκομείων (Golubic & Milosevic 2009). Ωστόσο, αν και στη μελέτη των δεύτερων, ο αριθμός των νοσηλευτών με υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης, ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από ότι αυτός των ατόμων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα επίπεδα εργασιακής ικανότητας, έδειχναν να μειώνονται με την ηλικία, αποτέλεσμα που βρίσκει αντίθετες αρκετές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, οι οποίες υποστηρίζουν ότι η ηλικία δεν αποτελεί παράγοντα συσχέτισης (Costa & Sartori 2007; Pohjonen 2001; Sörensen & Pekkonen 2008).

Σύμφωνα με τους Milosevic et al. (2011), τα ικανοποιητικά επίπεδα εργασιακής ικανότητας αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής των εργαζομένων νοσηλευτών. Δυνατό στοιχείο της έρευνας αυτής, αποτελεί το μεγάλο μέγεθος του δείγματος με αποδεκτό ποσοστό ανταπόκρισης και ομοιογενές δείγμα, όσον αφορά το φύλο και την εκπαίδευση, αλλά και το γεγονός ότι τα νοσοκομεία που επελέγησαν τυχαία, εκπροσωπούν διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Ωστόσο, ο χώρος διεξαγωγής, που αποτελείται από νοσοκομεία, είναι ένας περιορισμός που εμποδίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε νοσηλευτές που εργάζονται σε διαφορετικές ρυθμίσεις και δομές υγειονομικών υπηρεσιών. Συγκρίνοντας τις μελέτες των Chiu et al. (2007) και των Camerino et al. (2008), οι οποίες παρομοίως εξέτασαν τη σχέση εργασιακής ικανότητας και ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, με αυτή των Milosevic et al., ο μέσος όρος WAI των νοσηλευτών της Βρετανίας, της Γερμανίας και της Ταϊβάν ήταν 39,7, 37,9 και 38,4, αντίστοιχα (Milosevic & Golubic 2011; Chiu et al. 2007; Camerino & Conway 2008b; Camerino & Conway 2008a). Το γεγονός αυτό, πιθανό να οφείλεται στην ετερογένεια όσον αφορά στη δημογραφική δομή, στο εκπαιδευτικό σύστημα και στο ωράριο εργασίας. Αξιοσημείωτο εύρημα της μελέτης των Milosevic et al. (2011), είναι η αντίστροφη σχέση μεταξύ της εργασίας με σύστημα βάρδιας και των κοινωνικών σχέσεων αλλά και του φυσικού τομέα της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, η βιβλιογραφία έρχεται σε αντιπαράθεση με το εύρημα αυτό, υποστηρίζοντας τη διατάραξη του κερκάρδιου ρυθμού μεταξύ των νοσηλευτών, εργαζομένων σε βάρδιες, που συνεπάγεται με αντίκτυπο στην υγεία τους (Barnes-Farrell & Davies-Schrills 2008; Sveinsdottir 2006). Η θετική συσχέτιση που παρατηρήθηκε μεταξύ του σκορ WAI και των τεσσάρων τομέων της ποιότητας ζωής ήταν σύμφωνη με τη μελέτη που διεξήχθη στην Ταϊβάν, με τη διαφορά ότι τα ευρήματα των Milosevic et al., κατέδειξαν μια ισχυρότερη συσχέτιση με το φυσικό τομέα, ενώ των Chiu et al., με τον περιβαλλοντικό τομέα, ο οποίος κάλυπτε θέματα που αφορούν στην υγιεινή του περιβάλλοντος, στον ελεύθερο χρόνο, στα χρήματα, στην πρόσβαση σε πληροφορίες, στις συνθήκες διαβίωσης, στις μεταφορές και στις διαθέσιμες ιατρικές υπηρεσίες (Chiu et al. 2007; Milosevic & Golubic 2011). Τα αποτελέσματα των δύο αυτών μελετών καταδεικνύουν την ισχυρή σχέση μεταξύ της εργασιακής ικανότητας και την ποιότητας αλλά και ασφάλειας του εργασιακού περιβάλλοντος, καθώς και του τρόπου ζωής τους. Σύμφωνοι με τα ευρήματα φαίνεται να είναι και οι Estryn-Behar et al., που σε μια έρευνα τους σε Γάλλους νοσηλευτές κατέληξαν στη διαπίστωση ότι η εργασιακή ικανότητα συσχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη στο χώρο εργασίας και τη σωματική άσκηση (Estryn-Behar & Kreutz

2005). Στη μελέτη των Chiu et al., φάνηκε ακόμα ότι οι νοσηλευτές ανάλογα με το τμήμα εργασίας τους, παρουσίασαν διαφορά στα επίπεδα ποιότητας ζωής, με τους εργαζόμενους σε μονάδες εντατικής θεραπείας να τείνουν στα πιο χαμηλά επίπεδα, πιθανόν λόγω του απαιτητικού ωραρίου σε βάρδιες, της άμεσης φροντίδας ασθενών με σοβαρά προβλήματα υγείας και την αυξημένη πίεση χρόνου. Σύμφωνα με την αρνητική ισχυρή συσχέτιση φαίνεται να είναι και οι Demerouti et al. (2000), κατά τους οποίους η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών επηρεάζεται από τις εργασιακές απαιτήσεις, συμπεριλαμβανομένων των επαφών με τους ασθενείς, της υπερφόρτωσης με εργασίες και της πίεσης του χρόνου (Demerouti & Bakker 2000).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της μελέτης των Camerino et al. (2008), όπως και των Rongen et al. (2014), οι νεότεροι νοσηλευτές τείνουν να είναι πιο πρόθυμοι να προβούν σε εγκατάλειψη του τρέχοντος οργανισμού εργασίας τους, όταν θεωρούν ότι υπάρχουν δυνατότητες να βρουν πιο καλές συνθήκες εργασίας κάπου αλλού στην ίδια περιοχή με αυτόν, ή κοντά στην τοποθεσία γέννησής τους και να επωφεληθούν από καλύτερη υποστήριξη των κοινωνικών δικτύων. Έτσι, μεταξύ των νεότερων νοσηλευτών, οι πραγματικοί λόγοι που αφήνουν τη δουλειά τους φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με τη ζωή και τις ευκαιρίες απασχόλησης από ότι με την ψυχική ή σωματική κατάσταση της υγείας τους (Camerino & Conway 2008a, Rongen et al, 2014). Σύμφωνα με τους Bezerra et al. (1997) και Cowin et al. (2003), μεταξύ των ευκαιριών θέσεων εργασίας περιλαμβάνονται η αυξημένη αυτονομία και οι καλύτερες επαγγελματικές σχέσεις, ως κρίσιμοι παράγοντες διατήρησης της νέας θέσης εργασίας (Bezerra 1997; Cowin & Jacobsson 2003). Επιπλέον, ένας περιορισμός της μελέτης των Camerino et al. (2008), αποτελεί το γεγονός ότι το δείγμα περιλάμβανε μικρό αριθμό νοσηλευτών άνω των 50 ετών, πιθανόν οφειλόμενο στο γεγονός πρόωρης συνταξιοδότησης, που και αυτό ίσως να σχετίζεται με τη «φθορά» των ατόμων από το επάγγελμα αλλά και τη δυσκολία τους να συμβαδίσουν με τις συνεχείς ανακατατάξεις που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας. Ωστόσο, στη μελέτη τους ενισχύεται το μοτίβο διαφοράς της σχέσης μεταξύ εργασιακής ικανότητας και σκέψης εγκατάλειψης ανάλογα με την ηλικία των νοσηλευτών. Ομοίως, οι Cowin et al. (2003) και Chang et al. (2007) έχουν παρατηρήσει αυτή τη διαφορά, υποστηρίζοντας ότι οι διαφορές οφείλονται στις ποικίλες δυνατότητες μεταξύ νεότερων και παλαιότερων εργαζομένων να μεταφράσουν την κακή κατάσταση υγείας ή τα προβλήματα ευημερίας στον επαγγελματικό χώρο (CHANG 2007; Cowin & Jacobsson 2003). Ακόμα, στη μελέτη τους, φάνηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα συμμετοχής στην εργασία και τα κίνητρα, η ικανοποίηση από την αμοιβή, η ανταμοιβή και η αυτοεκτίμηση, σχετίζονται

σημαντικά με την αύξηση της εργασιακής ικανότητας των νοσηλευτών. Όσο για τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της θέσης εργασίας, τα ευρήματά τους συμφωνούν με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που διερευνούσαν τους παράγοντες εργασιακής ικανότητας, και αποτελούν το εργασιακό στρες της, η πίεση του χρόνου, ο εργασιακός έλεγχος και η ηγεσία (Ilmarinen & Tuomi 2004; Salonen & Arola 2003; Pohjonen 2001).

Οι Coomer & Houdmont, (2013) σύγκριναν την γνώση και την κατανόηση της χρήσης του WAI και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, νοσηλευτών και ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου και της Φινλανδίας. Αν και η εξοικείωση με την έννοια της «εργασιακής ικανότητας» ήταν παρόμοια μεταξύ των Φινλανδών και του Ηνωμένου Βασιλείου ερωτηθέντων, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στην κατανόηση του όρου. 95% (Φινλανδία) και 7 % (UK) των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι χρησιμοποιούσαν το WAI στην πρακτική τους. Οι Φινλανδοί ερωτηθέντες δήλωσαν ότι χρησιμοποιούσαν το WAI ενώ οι ερωτηθέντες από το Ηνωμένο Βασίλειο πως δεν το χρησιμοποιούσαν λόγω ελλιπής εκπαίδευσης. Κύριοι παράγοντες που επηρέαζαν τη χρήση του WAI στη Φινλανδία συμπεριέλαβαν την κοινή πρακτική και ένα αποτελεσματικό σύστημα με το οποίο να διεξάγει τις ατομικές αξιολογήσεις (Coomer & Houdmont, 2013).

Όσο αφορά τα αποτελέσματα μιας άλλης μελέτης, αυτής των Abbasi et al.,(2015), έδειξαν ότι υπήρχε μια σημαντική, αντίστροφη σχέση μεταξύ του WAI, της προσωπικής πρόγνωσης της εργασιακής ικανότητας, και των ψυχικών πόρων με τις γνωστικές βλάβες μαζί με όλες τις υποκλίμακες τους στους νοσηλευτές ($p < 0,05$). Επιπλέον, υπήρχε μια αντίστροφη και σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των γνωστικών βλαβών και της εκτιμώμενης ανικανότητας για εργασία λόγω ασθενειών ($p < 0,05$). Υπήρξε μια σημαντική θετική συσχέτιση των γνωστικών βλαβών με την ηλικία και την εμπειρία, ενώ το WAI ήταν αντιστρόφως ανάλογο με την ηλικία, την επαγγελματική εμπειρία, και με τον δείκτη μάζας σώματος (BMΣ) ($p < 0,05$). Το WAI και οι γνωστικές βλάβες σχετίζονταν σημαντικά με τα τμήματα εργασίας ($p < 0,05$) (Abbasi et al, 2015).

Στη μελέτη των Habibi et al. (2012), όπως και στις υπόλοιπες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση, εκτός της έρευνας των Soric et al., οι τιμές WAI που παρατηρήθηκαν στους εργαζόμενους σε πρωινές βάρδιες ήταν υψηλότερες από ότι στους εργαζόμενους σε κυκλικό ωράριο (Habibi & Dehghan 2012). Ένας πιθανός λόγος θα μπορούσε να ήταν ο

αυξημένος αριθμός προσωπικού που κάλυπτε πρωινές βάρδιες, και ως εκ τούτου οι φυσιολογικές επιδράσεις της εργατικής βάρδιας. Κατά τους Alavinia et al. (2007) το χαμηλό σκορ WAI των εργαζομένων σε νυκτερινές βάρδιες σχετιζόταν με τις ψυχολογικές και φυσιολογικές διαταραχές που προκαλούνταν λόγω αϋπνίας, και πρότειναν τα άτομα άνω των 45 ετών, τα οποία βρίσκονταν σε κίνδυνο χαμηλής εργασιακής ικανότητας, να μην τοποθετούνται σε νυκτερινό ωράριο (Alavinia et al. 2007).

Αρκετές μελέτες, δείχνουν να συμφωνούν με τα εύρημα των Fischer et al. (2006), ότι το γυναικείο φύλο τείνει να παρουσιάζει υψηλότερο κίνδυνο μειωμένων επιπέδων εργασιακής ικανότητας από ότι το ανδρικό (Fischer & Borges 2006). Κατά τη διεθνή βιβλιογραφία, το αποτέλεσμα αυτό πιθανότατα οφείλεται στις χειρότερες συνθήκες εργασίας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων και των χαμηλών αποδοχών (Perkiö-Mäkelä 2000; Plsek PE 2001; Walsh et al. 2004). Επιπλέον, οι γυναίκες φέρουν συνήθως μεγαλύτερη επιβάρυνση από ότι οι άνδρες, καθότι είναι υπεύθυνες για τις οικιακές εργασίες και τη φροντίδα των παιδιών, κατά κύριο λόγο (Rotenberg et al. 2008; Camerino & Sandri 2010). Σημαντικό να αναφερθεί είναι και το γεγονός ότι οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και στη συγκεκριμένη μελέτη. Ως εκ τούτου, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη διερεύνηση των οικιακών εργασιών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία και ευημερία των εργαζομένων γυναικών.

8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, κατέδειξε μέτρια, ικανοποιητικά επίπεδα εργασιακής ικανότητας του νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών φάνηκε να συνδέεται άμεσα με τα επίπεδα εργασιακής ικανότητας και να συσχετίζεται με τους παράγοντες εκπαίδευση και με το ωράριο των εργαζομένων. Ως εκ τούτου, η διατήρηση και η βελτίωση της εργασιακής ικανότητας από τους αρμόδιους φορείς, επιβάλλεται να αποτελεί στόχο επίτευξης, για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα εργασιακής ικανότητας των νοσηλευτών είναι ποικίλοι, μεταξύ των οποίων δημογραφικοί συμπεριλαμβανομένων της ηλικίας, του φύλου, του δείκτη μάζας σώματος, της οικογενειακής κατάστασης, αλλά και εργασιακοί παράγοντες- συνθήκες εργασίας, όπως το ωράριο, η θέση και το τμήμα εργασίας των ατόμων, η βία στον επαγγελματικό χώρο, ο φόρτος καθηκόντων, η κοινωνική υποστήριξη, η ανισορροπία προσπάθειας- ανταμοιβής, και ο πόνος ή οι τραυματισμοί σχετιζόμενοι με την εργασία. Η ποικιλία των παραγόντων που συνδέονται με την ανεπάρκεια εργασιακής ικανότητας παρέχει μια εικόνα της πολυδιάστατης προσέγγισης που απαιτείται για τη διατήρηση της ψυχική και σωματική υγεία μεταξύ των νοσηλευτών. Οι παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας απαιτούν μια προσεκτική εξέταση των συνθηκών και κατάλληλη αξιολόγηση των παραγόντων που δύναται να επηρεάσουν την ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης, υποδηλώνουν την ανάγκη για ανάπτυξη προγραμμάτων στους χώρους εργασίας, με σκοπό την προώθηση της ευημερίας και ασφάλειας των νοσηλευτών. Παρά τη σημερινή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και τις συνέπειές της για το σχεδιασμό καταλληλότερων ωραρίων εργασίας, η ανασκόπηση δείχνει ότι οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι ικανές να βρουν τρόπους για να υποστηρίξουν την πρόθεση των νοσηλευτών να παραμείνουν στην εργασία τους και να συνεχίσουν να εργάζονται μέχρι την ηλικία συνταξιοδότησης τους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ενεργοποίηση μιας διαδικασίας, που θα αποσκοπεί στη διασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ των απαιτήσεων και των πόρων, κυρίως μέσω των συνεχών δυναμικών και κατάλληλων αλλαγών στις συνθήκες εργασίας. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να διεξαχθεί στο μέλλον, για παροχή συνεπέστερων αποτελεσμάτων, εξετάζοντας τον κάθε παράγοντα συσχέτισης ξεχωριστά και συνεπώς να βοηθήσουν στην αποσαφήνιση της σχέσης μεταξύ συνθηκών εργασίας και εργασιακής ικανότητας.

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraham, J. & Hansson, R., 1995. Successful aging at work: An applied study of selection, optimization, and compensation through impression management. *Journal of Career Development* 33: 156-177
- Ahonen, G. et al., 2002. Economic effectiveness of the maintenance and promotion of work ability. Maintenance of Work Ability-Research and Assessment: Summaries Bilbao: Ministry of Social Affairs and Health, Finnish Institute of Occupational Health. 33–44.
- Aiken, L., West, S. & Reno, R.,(1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. SAGE Publication Inc. California. USA.
- Alavinia, S., Duivenbouden, C. van & Burdorf, A., 2007. Influence of work-related factors and individual characteristics on work ability among Dutch construction workers. *Scand J Work Environ Health*. 33(5):351-7.
- Alves, M. & Chor, D., 2004. Short version of the“ job stress scale”: a Portuguese-language adaptation. *Revista de Saúde Publica*, 38(2).
- Bajor, J. & Baltes, B., 2003. The relationship between selection optimization with compensation, conscientiousness, motivation, and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 63: 347–367
- Barnes-Farrell, J. & Davies-Schrills, K., 2008. What aspects of shiftwork influence off-shift well-being of healthcare workers? *Appl Ergon*. 39(5): 589–596.
- Baltes, P. & Baltes, M., 1990. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives*
- Bellusci, S. & Fischer, F., 1999. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Rev Saúde Pública*, vol.33(6), pp.602-609.
- Bezerra, A., 1997. The meaning of personnel turnover in a private health institution. *Revista brasileira de enfermagem*, vol.50(1), pp.107-120.
- Borritz, M. & Kristensen, T., 2001. Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and results from the PUMA study on Personal

Burnout,. *Copenhagen: National Institute of Occupational Health.*

- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M. 2000. Validation of the United States version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidem*, 53: 19-23.
- Braz, S., Neumann, B. & Tufik, S., 1987. Avaliação dos distúrbios do sono: elaboração e validação de um questionário. *Rev. Port. Cien. Desp.* vol.7(1)
- Buerhaus, P., Staiger, D. & Auerbach, D., 2001. Implications of an Aging RN Workforce. *JAMA*, Vol 283(22):pp2948-2954.
- Camerino, D. & Conway, P., 2008a. Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job, and actual leaving among Italian nurses: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud.*,45(11):1645-59.
- Camerino, D. & Conway, P., 2008b. Factors affecting work ability in day and shift-working nurses. *Chronobiology International: The Journal of Biological and Medical Rhythm Research*,Vol 25(2-3).
- Camerino, D. & Sandri, M., 2010. Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiol Int.* 27(5):1105-23.
- Carel, R.S., Zusman, M. & Karakis, I., 2013. Work Ability Index in Israeli hospital nurses: applicability of the adapted questionnaire. *Experimental aging research*, 39(5), pp.579–90. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24151917>.
- Chang, P., 2007. Career needs, career development programmes, organizational commitment and turnover intention of nurses in Taiwan. *J Nurs Manag.*,15(8):801-10.
- Chiu, M. et al., 2007. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nursing outlook*, 55(6):318-26.
- Coomer, K. & Houdmont, J., 2013. Occupational health professionals' knowledge, understanding and use of work ability. *Occupational Medicine*, 63(6), pp.405–409.
- Costa, G. & Sartori, S., 2007. Ageing, working hours and work ability. *Ergonomics*, 50(11):1914-30.
- Cowin, L. & Jacobsson, D., 2003. The nursing shortage: part way down the slippery slope.

- Collegian*, 10(3):31-5.
- Demerouti, E. & Bakker, A., 2000. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced Nurs*,32(2):454-64.
- Del Bueno, D.J. (1990). Evaluation: myths, mystiques, and obsessions. *Journal of Nursing Administration*, 20(11), 4–7.
- Del Bueno, D., Weeks, L. & Brown-Stewart, P. (1987). Clinical assessment centers: a cost-effective alternative for competency development. *Nursing Economics*, 5(1), 21–26.
- Estryn-Behar, M. & Kreutz, G., 2005. Promotion of work ability among French health care workers—value of the work ability index. *International Congress Series*
- Fischer, F. & Borges, F., 2006. Work ability of health care shift workers: what matters? *Chronobiology Int.* 23(6):1165-79.
- Fischer, F. & Martinez, M., 2013. Individual features, working conditions and work injuries are associated with work ability among nursing professionals. *Work*.
- Golubic, R. & Milosevic, M., 2009. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of advanced Nursing*, Vol65(10):pp 2056–2066.
- Habibi, E. & Dehghan, H., 2012. A study on work ability index and physical work capacity on the base of fax equation VO₂ max in male nursing hospital staff in Isfahan, Iran. *International journal Med.*, 3(11): 776–782.
- Hager et al, 1994 in Gibson, F., Soanes, L., Sepion, B. (2004), *Perspectives in Pediatric Oncology Nursing, Chapter 4 Developing Clinical Competencies* p. 69. Whurr Publisher London and Philadelphia USA.
- Ilmarinen, J. & Bonsdorff, M., 2007. Work Ability. *The Encyclopedia of Adulthood and*
- Ilmarinen, J. & Rantanen, J., 1999. Promotion of work ability during ageing. *American Journal of Industrial Med.*, Suppl 1:21-3.
- Ilmarinen, J. & Tuomi, K., 2004. Past, present and future of work ability. *1st International Symposium on Work Ability, Helsinki.*
- Ilmarinen, J. & Tuomi, K., 1992. Work ability of aging workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 18(2):pp8-10.

- Ilmarinen, J. (2001), Ageing Workers, *Occupational and Environmental Medicine* 58(8) 546-552.
- Ilmarinen, J., Rantanen, J. (1999), Promotion of Work Ability Index during Aging, *American Journal of Industrial Medicine* Supplement 1:21-23.
- Jha, A. et al., 2009. Measuring efficiency: the association of hospital costs and quality of care. *Health Affairs*, 28(3):897-906.
- Karasek, R. & Theorell, T., 1992. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books. USA
- Knezevic, B. et al., 2011. Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*, 27(2), pp.146–153. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.002>.
- Knezevic, B., Milosevic, M. & Golubic, R., 2011. Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*, 27(2):146-53.
- Martinez, M., 2009. Validity and reliability of the Brazilian version of the Work Ability Index questionnaire. *Revista de saude Pública* vol.43 (3).
- Metzner, R. & Fischer, F., 2001. Fatigue and workability in twelve-hour fixed shifts. *Revista de Saúde Pública*, vol.35(6)
- Milosevic, M. & Golubic, R., 2011. Work ability as a major determinant of clinical nurses' quality of life. *Journal of clinical Nurs.*, 20(19-20):2931-8
- Monteiro, I., Chillida, M. de santana P. & Moreno, L., 2012. Work ability among nursing personnel in public hospitals and health centers in Campinas–Brazil. *Work*.
- Müller, A., Weigl, M. & Heiden, B., 2013. Selection, optimization, and compensation in nursing: exploration of job-specific strategies, scale development, and age-specific associations to work ability. *Journal of advanced Nursing*, Vol 69, (7), pp 1630–1642.
- Murray, M., 2002. The nursing shortage: past, present, and future. *Journal of Nursing Administration*, 32(2):79-84.
- Nowrouzi, B. et al., 2015. Workplace system factors of obstetric nurses in northeastern Ontario,

- Canada: Using a work disability prevention approach. *Safety and Health at Work*, 6(4), pp.305–311. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.004>.
- Nagelsmith, L. (1995). Competence: an evolving concept. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 26(6), 245–248.
- Perkiö-Mäkelä, M., 2000. Finnish farmers' self-reported morbidity, work ability, and functional capacity. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*.
- Plsek, P. & Greenhalgh, T., 2001. The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323(7313):625-8.
- Pohjonen, T., 2001. Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups. *Occupational Medicine*, 51(3):209-17
- Ramrity, P., Barnard, A. (2001). New nurse graduates understanding of competence, *International Nursing Review*, 48, pp. 47-57.
- Rongen, A. et al., 2013. Influence of work-related characteristics and work ability on changing employer or leaving the profession among nursing staff. *Journal of Nursing Management*, pp.1065–1075.
- Rotenberg, L. & Griep, R., 2009. Working at night and work ability among nursing personnel: when precarious employment makes the difference. *International Archives of Occupational and Environmental Health*.
- Rotenberg, L., Portela, L. & Banks, B., 2008. A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. *Applied ergonomics*.
- Rumsfeld, J. S. 2002. Health status and clinical practice: When will they meet?. *Circulation*, 106: 5-7.
- Salonen, P. & Arola, H., 2003. Factors associated with premature departure from working life among ageing food industry employees. *Occupational Med.*, 53(1):65-8.
- Siegrist, J., Starke, D. & Chandola, T., 2004. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.*, 58(8):1483-99
- Sörensen, L. & Pekkonen, M., 2008. Associations between work ability, health-related quality of

- life, physical activity and fitness among middle-aged men. *Applied ergonomics*.
- Sorić, M., Golubić, R. & Milošević, M., 2013. Shift work, quality of life and work ability among Croatian hospital nurses. *Collegium Antropol.* ,37(2):379-84.
- Scholes, J., Endacott, R., Chellel, A. (2000), A Formula for Diversity a review of critical care curricula. *Journal of Clinical Nursing*, 9. Pp. 382-390.
- Spratley, E. et al., 2001. The Registered Nurse Population, March 2000. Findings from the National Sample Survey of Registered Nurses.
- Sveinsdottir, H., 2006. Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(2):229-37.
- Tuomi, K., 2005. Ilmarinen j, jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. *Índice de capacidade para o trabalho. Fischer FM*,
- Tuomi, K., Ilmarinen, J. & Martikainen, R., 1997. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981—1992. *Scandinavian journal of Work Environ Health.* , 23(1):58-65.
- Walsh, I., Corral, S. & Franco, R., 2004. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. *Revista de Saúde Pública* vol.38 (2).
- Williams, S. & Schmaltz, S., 2005. Quality of care in US hospitals as reflected by standardized measures, 2002–2004. ... *England Journal of Med.*, 21;353(3):255-64.
- Yoshitake, H., 1971. Relations between the symptoms and the feeling of fatigue. *Ergonomics*, 14(1):175-86.
- Tuomi, K., Eskelinen, L., Toikkanen, J., Jarvinen, E., Ilmarinen, J., Klockars, M. (1991). Work load and individual factors affecting work ability among aging municipal employees. *Scand J Work Environ Health* 1991, 17(Suppl):128-134.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., Tulkki, A., (1998). Work Ability Index, 2nd edn. *Publications of the Finnish Institute of Occupational Health*, Helsinki.

Van Roijen, L., Essink-Bot, ML., Koopmanschap MA, et al. (1996). Labor and health status in economic evaluation of health care. The Health and Labor Questionnaire. *Int J Technol Assess Health Care*, 12(3):405-415.

World Health Organization. (2011). Mental health: A state of well-being. Retrieved from www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html

www.ttl.filen/health/wai/multidimensional_work_ability_model/pages/default.aspx

Finnish Institute of Occupational Health-Health and Work Ability (22/04/2016).

Ευρωπαϊκή έρευνα υγείας (2008). Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου.

Πίνακας 1:

Ερευνητές και χρονολογία	Χώρα διεξαγωγής	Σκοπός	Δείγμα και Δειγματοληψία	Είδος μελέτης	Εργαλεία μέτρησης	Κύρια ευρήματα
Fischer et al, 2006.	Βραζιλία.	Να εντοπίσουν μεταβλητές που σχετίζονται με χαμηλή εργασιακή ικανότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό ενός δημόσιου νοσοκομείου, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες κοινωνικοδημογραφικού ύψους, τρόπου ζωής, συνθήκες εργασίας και εκβάσεις υγείας.	N= 696 εγγεγραμμένοι νοσηλευτές, πρακτικοί νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών	Συγχρονική μελέτη.	1)Ερωτηματολόγια αυτό-συμπλήρωσης με κοινωνικο- δημογραφικά στοιχεία. 2) Το WAI. 3) Job Content Questionnaire. 4)Ένα ερωτηματολόγιο για την κόπωση. 5)Ένα για τις συνήθειες ύπνου.	<ul style="list-style-type: none"> • Στατιστικά σημαντική σχέση με την ανεπάρκεια εργασιακής ικανότητας φάνηκαν να έχουν οι παράγοντες: το εισόδημα των εργαζομένων, ο ορισμός του ατόμου ως μοναδικός προστάτης τη οικογένειας, το γεγονός της ανατροφής παιδιών κάτω των 18 ετών, και η ηλικία των 40 ετών, ο δείκτης μάζας σώματος, η υπνηλία, οι διαταραχές ύπνου, η κόπωση, η εργασία σε 12ωρες βάρδιες και ορισμένοι περιβαλλοντικοί εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες μεταξύ των οποίων ο ανεπαρκής φωτισμός, η θερμική δυσφορία, οι δυσάρεστες οσμές, η κακή οργάνωση στο χώρο εργασίας, η ιονίζουσα ακτινοβολία, η ανύψωση αντικειμένων, η άρση ασθενών, οι συγκρούσεις με τους ασθενείς και η λεκτική βία. • Οι πέντε πιο συχνά αναφερόμενες διαγνωσμένες ασθένειες από ιατρό, φάνηκε να είναι οι λοιμώξεις (11,6%), η παραρρινοκολπίτιδα (11,6%), η γαστρίτιδα (10,5%), οι τραυματισμοί ποδιών (9,6%) και πλάτης (9,4%). 36,8% των νοσηλευτών ανέφεραν διαταραχές ύπνου και 25,6% τραυματισμό σχετιζόμενο με την εργασία τους. • Σχετικά με τις μεταβλητές που αφορούσαν στον τρόπο ζωής του δείγματος, δεν φάνηκε να παρουσιάζεται καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εργασιακή ικανότητα, ενώ οι εργασιακές συνθήκες που συσχετίστηκαν με αυτή ήταν η θερμική δυσφορία και η λεκτική κακοποίηση περισσότερο από δύο φορές τους τελευταίους 12 μήνες.
Chiu et al, 2007.	Ταϊβάν.	Τη διερεύνηση της εργασιακής ικανότητας των νοσηλευτών και τον καθορισμό των παραγόντων που συσχετίζονται με αυτή. Επιπλέον, ένα δεύτερο στόχο των μελετητών αποτέλεσε και η εξέταση της συσχέτισης μεταξύ της εργασιακής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των κλινικών νοσηλευτών.	Στρωματοποιημένη δειγματοληψία από οκτώ νοσοκομεία της χώρας, και περιλάμβανε 1534 νοσηλευτές.	Συγχρονική μελέτη.	1) Ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. 2) Το WAI. 3) Το WHOQOL-BREF για την ποιότητα ζωής.	<ul style="list-style-type: none"> • Ένα υψηλό ποσοστό των νοσηλευτών είχαν «καλή» ή «εξαιρετική» εργασιακή ικανότητα πριν τα 45 έτη ζωής τους. • Για τους εργαζόμενους σε ιατρικά κέντρα, το σκορ WAI αυξήθηκε στην ηλικία μέχρι τα 45-50 έτη, και παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα ακόμη και στην ηλικιακή ομάδα των 50 -55 χρόνων, και μειώθηκε στη συνέχεια. Για τους νοσηλευτές των περιφερειακών νοσοκομείων, το σκορ WAI αυξήθηκε με την ηλικία μέχρι τα 40-45 χρόνια, και μειώθηκε απότομα μετά. • Οι νοσηλευτές που στελέχωναν εξωτερικά ιατρεία σημείωσαν σημαντικά υψηλότερα σκορ όσον αφορά την ηλικία, την εργασιακή εμπειρία, και τη βαθμολογία WAI από ότι οι νοσηλευτές της εντατικής και των υπόλοιπων μονάδων. • Παρατηρήθηκε ακόμα αλλαγή στο μέσο όρο βαθμολογίας WAI, σε σχέση με το τμήμα εργασία και την ηλικιακή ομάδα. • Όσον αφορά τα αποτελέσματα της συσχέτισης της εργασιακής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, οι ερευνητές κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα σκορ της ποιότητας ζωής μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων εργασίας (P< 0,01). • Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε εξωτερικά ιατρεία, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα WHOQOL-BREF, με τους νοσηλευτές των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων να τους ακολουθούν. Περαιτέρω, σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της βαθμολογίας WAI και των μεμονωμένων διαστάσεων της WHOQOL-BREF.

Ερευνητές και χρονολογία	Χώρα διεξαγωγής	Σκοπός	Δείγμα και Δειγματοληψία	Είδος μελέτης	Εργαλεία μέτρησης	Κύρια ευρήματα
Camerino et al, 2008.	Ιταλία.	Να διερευνήσει την σχέση μεταξύ εργασιακής ικανότητας και της πρόθεσης εγκατάλειψης της εργασίας, και κατά πόσον η ηλικία επηρεάζει τη σχέση αυτή.	5504 νοσηλευτές που στελέχωναν 16 υγειονομικές δομές μεταξύ των οποίων εννέα νοσοκομεία, πέντε γηροκομεία και δύο οικους ευγηρίας.	Συγχρονική μελέτη.	1) Το WAI. 2) Η κλίμακα Kristensen. 3) Η κλίμακα Allen. 4) Η κλίμακα Copenhagen Burnout Inventory (CBI).	<ul style="list-style-type: none"> • Η αντιληπτή εργασιακή ικανότητα ήταν μόνο ελαφρώς υψηλότερη μεταξύ των νοσηλευτών κάτω των 45 ετών. • Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέγηκαν σε δεύτερη φάση, 12 μήνες μετά την έναρξη της έρευνας κατέδειξαν ότι οι νεότεροι νοσηλευτές ανέφεραν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία όσον αφορά την ανάληψη επιπλέον προσόντων, τόσο εντός, όσο και εκτός νοσηλευτικής και μια σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία όσον αφορά τη σκέψη τους για αλλαγή επαγγέλματος, τόσο εντός όσο και εκτός του παρόντος οργανισμού, ενώ οι άλλοι τύποι «σκέψεων εγκατάλειψης», ήταν συγκρίσιμοι μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων. • Έδειξαν μια φτωχή αντιληπτή εργασιακή ικανότητα, μεταξύ των νοσηλευτών ηλικίας κάτω των 45 ετών, και επίσης μια μέτρια εργασιακή ικανότητα, αν και τα σκορ των αποτελεσμάτων ήταν χαμηλότερα, η οποία ήταν έντονα σχετιζόμενη με τους διαφορετικούς τύπους «σκέψεων εγκατάλειψης», εκτός από τη σκέψη εργασίας σε άλλη χώρα εκτός νοσηλευτικής. • Μια υψηλότερη αντιληπτή διαθεσιμότητα των νοσηλευτικών επαγγελματικών θέσεων μέσα στην ίδια περιοχή, συσχετίστηκε με υψηλότερη επικράτηση της σκέψης παραίτησης από τον τρέχον οργανισμό απασχόλησης, και μια υψηλότερη επικράτηση της σκέψης για εγκατάλειψη της νοσηλευτικής οριστικά. • Όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, αυτή φάνηκε να σχετίζεται θετικά με τη σκέψη εξεύρεσης μιας άλλης θέσης εργασίας στο ίδιο ή σε διαφορετικό ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης.
Camerino et al, 2008b.	Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Πολωνία, Σλοβακία.	Επιχείρησαν να στηρίξουν την υπόθεση ότι οι εργαζόμενοι νοσηλευτές σε πρωινές βάρδιες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανότητας από ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο.	Συνολικά 18.726 ερωτηματολόγια συλλέγηκαν στο χρόνο 0 με ποσοστό ανταπόκρισης από 41,3 έως 75,8% σε όλες τις χώρες και 7.516 στο χρόνο 1, με ποσοστό ανταπόκρισης 41,7%..	Μελέτη κοορτής.	1) Effort-Reward Imbalance Questionnaire [ERI-Q]. 2) Η κλίμακα 3 στοιχείων Likert. 3) Το WAI.	<ul style="list-style-type: none"> • Σχετικά με την WAI, τα σκορ φάνηκε να είναι σημαντικά χαμηλότερα στην ηλικιακή ομάδα < 45 ετών (κακή: 6% vs 3%, μέτρια 28% vs 23%, καλή 44,4% vs 50,7% εξαιρετική 21,7% vs 23,3%) και χαμηλότερα στους μόνιμα εργαζόμενους σε νυκτερινό ωράριο σε σύγκριση με το προσωπικό που εργαζόταν στα υπόλοιπα μοτίβα βάρδιας, ακόμα και μετά την προσαρμογή του παράγοντα ηλικίας. Κατά το χρόνο 0 και 1, τα σκορ της κλίμακας WAI ήταν 39,0 (SD= 5,7) και 39,2 (SD= 5.5) αντίστοιχα με το συντελεστή Pearson= 0.61 (P= 0,001). • Σε ένα συνδυασμό των τεσσάρων κατηγοριών της WAI, το 23,1% του δείγματος παρουσίασε μια αλλαγή στο σκορ WAI μετά το πέρας ενός χρόνου με ένα ποσοστό 10,8% να παρουσιάζει αύξηση του σκορ και 12,1% μείωση. • Η ομάδα δείγματος, οι εργαζόμενοι νύκτα, ανέφερε υψηλότερες βαθμολογίες για την ανταμοιβή και την ικανοποίηση από τις αποδοχές παρόλο που σημείωσαν τα χαμηλότερα σκορ όπως αναμενόταν στον ύπνο και την ικανοποίηση από τις εργασιακές ώρες. • Σε ένα δεύτερο στάδιο η εξέταση των παραγόντων ωράριο εργασίας, ικανοποίηση από το ωράριο, η συνολική ανταμοιβή, η ικανοποίηση από τις αποδοχές έδειξαν ότι άλλαξαν σημαντικά τα σκορ της κλίμακας, με τους νοσηλευτές στην Ολλανδία, που ήταν νεότεροι και ζούσαν ως μόνιμοι ενήλικες με ένα παιδί ή με ακόμα ένα ενήλικα και παιδιά, παρουσίασαν αύξηση του σκορ της WAI ένα χρόνο μετά τη διεξαγωγή της έρευνας. • Η συμπερίληψη της ποιότητας και της ποσότητας του ύπνου κατά την ώρα μηδέν, βελτίωσε σημαντικά τα αποτελέσματα (P= 0.001), με ένα καλύτερο ύπνο προβλέπει αυξημένο σκορ WAI κατά την ώρα 1 (P= 0.001). • Τέλος, η συνολική ανταμοιβή φάνηκε να αλληλοεπιδρά σημαντικά με το έργο πρόβλεψης των σκορ WAI κατά την ώρα 1, ενώ οι ψυχολογικοί παράγοντες και ο ύπνος δεν σχετίστηκαν με τη συνολική εργασιακή ικανότητα.

Ερευνητές και χρονολογία	Χώρα διεξαγωγής	Σκοπός	Δείγμα και Δειγματοληψία	Είδος μελέτης	Εργαλεία μέτρησης	Κύρια ευρήματα
Rotenberget et al, 2009.	Βραζιλία.	Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της εργασίας σε νυκτερινό ωράριο και της εργασιακής ικανότητας, καθώς και το πώς ο τύπος σύμβασης του εργαζομένου επηρεάζει της σχέση αυτή.	1194 εργαζόμενοι Συνολικά 642 νοσηλευτές ήταν μόνιμο προσωπικό και 552 έκτακτο, είτε στα πλαίσια σύμβασης ορισμένου χρόνου (N= 386) ή σύμβασης με εξωτερική ανάθεση (N= 166).	Συγχρονική μελέτη.	1) Το WAI. 2) Ένα ολοκληρωμένο εργαλείο για τη σχέση υγείας- εργασίας των εργαζομένων, αποτελούμενο από δυο μέρη, το πρώτο από συνέντευξη, για τη διευκρίνιση των ωρών εργασίας ανεξάρτητα από το επίσημο πρόγραμμα, και το δεύτερο από αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο.	<ul style="list-style-type: none"> Ο μέσος βαθμός εργασιακής ικανότητας WAI φάνηκε να είναι $38,6 \pm 6,2$ ($38,3 \pm 6,2$ για τις γυναίκες και $40,8 \pm 5,5$ για τους άνδρες). Ο συνολικός επιπολασμός της ανεπαρκούς εργασιακής ικανότητας αντιπροσώπευε το 38,9% των συμμετεχόντων και δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο νοσοκομείων όσον αφορά στην εργασιακή ικανότητα και το μόνιμο/ έκτακτο προσωπικό ($P= 0,333$ και $P= 0,081$, αντίστοιχα). Οι έκτακτοι νοσηλευτές, κατείχαν χαμηλότερο ποσοστό ανεπαρκούς WAI, σε σύγκριση με τους μόνιμους. Οι εργαζόμενοι σε νυκτερινό ωράριο φάνηκε να έχουν υψηλά ποσοστά ανεπαρκούς εργασιακής ικανότητας, σε σύγκριση με το μόνιμο προσωπικό. Μεταξύ των εργαζομένων της νύχτας, σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ως προς την προτίμησή τους στις ώρες εργασίας. Μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης σε νυκτερινό ωράριο εργασίας και της ανεπάρκειας εργασιακής ικανότητας μόνο μεταξύ του έκτακτου προσωπικού και για τους εργαζόμενους που εργάζονται ως 5 νύκτες σε διάστημα 2 εβδομάδων και όσους εργάζονται 6 ή περισσότερες νύκτες, αντίστοιχα.
Golubic et al, 2009.	Κροατία.	Τον προσδιορισμό των επαγγελματικών στρεσογόνων παραγόντων, οι οποίοι είναι παρόντες στο περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών και συσχετίζονται με τα επίπεδα εργασιακής ικανότητας.	N=1086 νοσηλευτές.	Συγχρονική μελέτη.	Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης επαγγελματικού στρες (SAQ), αναπτυγμένο από τους ίδιους τους ερευνητές και το ερωτηματολόγιο WAI.	<ul style="list-style-type: none"> Το WAI, κατέδειξε ότι 35% των συμμετεχόντων σημείωσαν χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας ($WAI < 37$), ενώ το υπόλοιπο 65%, ικανοποιητικά. Σημαντικά αυξημένος αριθμός νοσηλευτών με χαμηλή ικανότητα για εργασία, φάνηκε να υπάρχει μεταξύ των συμμετεχόντων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (370%) από ότι μεταξύ εκείνων με ανώτερη εκπαίδευση (301%) Οι νοσηλευτές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, είχαν στατιστικά σημαντική υψηλότερη μέση βαθμολογία WAI από ότι τα άτομα με δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Καμία στατιστικά διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των σκορ WAI και των νοσηλευτών που στελέχωναν χειρουργικά και μη τμήματα Οι προγνωστικοί παράγοντες, στατιστικά σημαντικοί και σχετιζόμενοι με τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας αποτέλεσαν τα οργανωτικά εργασιακά και τα οικονομικά θέματα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η μεγαλύτερη ηλικία.
Milosevic et al, 2011.	Κροατία.	Τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, με έμφαση στην εργασιακή ικανότητα.	1212 νοσηλευτές εργαζόμενοι σε χειρουργικά αλλά και παθολογικά τμήματα.	Συγχρονική μελέτη.	1. ερωτηματολόγιο, που αφορούσε στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων 2. WAI για την εργασιακή ικανότητα 3. η κλίμακα WHOQOL-BREF για την ποιότητα ζωής.	<ul style="list-style-type: none"> Στην κλίμακα WAI, το μέσο σκορ που σημειώθηκε ήταν το 38,3 (SD 6.1). Ως εκ τούτου, το ικανοποιητικό αυτό επίπεδο εργασιακής ικανότητας αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα και προγνωστικό δείκτη για όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής με σχετικούς λόγους τους εξής: OR= 6,8 (95% CI: 04/08 - 09/06) για τη σωματική διάσταση, OR= 2,3 (95% CI: 01/07 - 03/01) για την ψυχολογική, OR= 1,7 (95% CI: 1,3-2,4) για τις κοινωνικές σχέσεις και OR= 1,7 (95% CI: 1,3- 2,3) την περιβαλλοντική. Έχοντας μια θετική εμπειρία στην επαγγελματική τους ζωή ήταν επίσης ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης για όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής, αλλά με χαμηλότερες αναλογικές πιθανότητες. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα για την φυσική και περιβαλλοντική διάσταση της ποιότητας, ενώ το άρρεν φύλο μόνο για τη σωματική διάσταση, και το νεαρό της ηλικίας για την κοινωνική. Η μελέτη κατέληξε σε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογία της WAI και της σωματικής διάστασης της ποιότητας ζωής. Θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν επίσης μεταξύ της βαθμολογίας WAI και της ψυχολογικής, κοινωνικής και περιβαλλοντική διάστασης.

Ερευνητές και χρονολογία	Χώρα διεξαγωγής	Σκοπός	Δείγμα και Δειγματοληψία	Είδος μελέτης	Εργαλεία μέτρησης	Κύρια ευρήματα
Knezevic et al, 2011.	Κροατία.	Να διερευνηθούν τις πηγές του εργασιακού στρες και την επιρροή που ενδέχεται να έχει στην εργασιακή ικανότητα.	300 επαγγελματίες υγείας (105 προσοντούχες μαιές και 195 νοσηλεύτες που εργάζονται στα παιδιατρικά τμήματα από δύο πανεπιστημιακά νοσηλευτήρια του Zagreb της Κροατίας.	Συγχρονική μελέτη.	1) Occupational Stress Assessment Questionnaire (OSAQ), το οποίο είχε αναπτυχθεί για την συγκεκριμένη μελέτη. 2) To Work Ability Index (WAI).	<ul style="list-style-type: none"> • Η ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα καθώς και τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας, σχετίζονταν με την εργασιακή ικανότητα του προσωπικού. • Οι μαιές είχαν δηλώσει χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τους υπόλοιπους νοσηλευτές, και θεωρούσαν πως αυτό αποτελούσε παράγοντα λιγότερου στρες. • Ως πολύ στρεσογόνοι παράγοντες δηλώθηκαν επίσης η έλλειψη προσωπικού, οι απρόβλεπτες καταστάσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν στον χώρο εργασίας, η νυχτερινή εργασία, η μισθοδοσία καθώς και η νοσηλεία ασθενών με ανίατες ασθένειες. Το 43,3% -76,7% των μαιών συσχέτισαν τους ακόλουθους στρεσογόνους παράγοντες, ανεπάρκειας των πόρων και του προσωπικού, κακή οργάνωση και δυσκολία στην επικοινωνία με τους προϊσταμένους, με τους κακούς παράγοντες οργάνωσης στον χώρο εργασίας. • Η μέση βαθμολογία της εργασιακής ικανότητας του δείκτη εργασιακής ικανότητας WAI ερμηνεύτηκε ως ικανοποιητική για όλους τους συμμετέχοντες, με τις μαιές να παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο δείκτη (40,0, 95% CI 38,4%-41,4%) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους νοσηλευτές (37,5, 95% CI 36,4-38,8). • Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην βαθμό εργασιακής ικανότητας μεταξύ των μαιών και των υπολοίπων νοσηλευτών, μετά την προσαρμογή της ηλικίας.
Monteiro et al, 2012.	Βραζιλία.	Την αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας, των θεμάτων υγείας και του τρόπου ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού.	Για την μια μελέτη το δείγμα ήταν 163 νοσηλευτές και 105 νοσηλευτές από κέντρα υγείας και η άλλη μελέτη 302 νοσηλευτές από κρατικό νοσοκομείο στο οποίο οι νοσηλευτές εργάζονταν σε σύστημα βάρδιας (n= 302).	2 Συγχρονικές μελέτες.	Εργαλεία συλλογής δεδομένων αποτέλεσαν ο δείκτης WAI για την εργασιακή ικανότητα και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο- δημογραφικών αλλά και στοιχείων που αφορούσαν στην υγεία και στον τρόπο ζωής του δείγματος.	<ul style="list-style-type: none"> • Η μέση εργασιακή ικανότητα σημειώθηκε στο 39,3 (SD= 5,3). • Φάνηκε ακόμα από την έρευνα ότι οι άνδρες, οι οποίοι ηλικιακά ήταν μικρότεροι από τις γυναίκες με μέση ηλικία τα 35,6 έτη (SD= 6,7) και τα 39,5 έτη (SD= 7,9) αντίστοιχα, είχαν ένα ελαφρώς υψηλότερο επίπεδο εργασιακής ικανότητας σε σχέση με το άλλο φύλο, με σκορ στη WAI 40,4 (SD= 5,4) και 39,1 (SD= 5,2), αντίστοιχα. • Μια αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τα επίπεδα στην κλίμακα WAI (P= 0,0052). • Όσον αφορά στα δημόσια νοσοκομεία και στα ιατρικά κέντρα, οι εργαζόμενοι σημείωσαν μια κακή βαθμολογία εργασιακής ικανότητας σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στις άλλες δομές. • Σημαντικό εύρημα της μελέτης αποτέλεσε το γεγονός ότι το 71,2% των υποκειμένων είχε αναφέρει τουλάχιστον μία διαγνωσμένη νόσος από ιατρό, με τα πιο συχνά νοσήματα να αποτελούν: ψυχική διαταραχή (16%), αρτηριακή υπέρταση (13,7%), επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος (10,5%), παχυσαρκία (9,8%), χρόνια ιγμορίτιδα (9,7%), γαστρίτιδα ή δωδεκαδακτυλικό ερεθισμό (8,4%) και αλλεργικό εξάνθημα ή έκζεμα (8,1%).

Ερευνητές και χρονολογία	Χώρα διεξαγωγής	Σκοπός	Δείγμα και Δειγματοληψία	Είδος μελέτης	Εργαλεία μέτρησης	Κύρια ευρήματα
Habibi et al, 2012.	Ιράν.	Τη διερεύνηση των επιπέδων εργασιακής ικανότητας των εργαζόμενων νοσηλευτών σύμφωνα με το δείκτη εργασιακής ικανότητας WAI, των επιπέδων σωματικής εργασιακής ικανότητας και την συσχέτιση μεταξύ τους.	228 άνδρες νοσηλευτές εργαζόμενοι σε νοσοκομεία της πόλης Ισφαχάν, συμπεριλαμβανομένων τεχνικών αναισθησίας και χειρουργικών επεμβάσεων, τυχαία επιλεγόμενοι από τμήματα επειγόντων περιστατικών και χειρουργεία.	Περιγραφική ή μελέτη συσχέτισης.	1) Η κλίμακα WAI. 2) Για τη μέτρηση της σωματικής εργασιακής ικανότητας, χρησιμοποιήθηκαν εργομετρικά ποδήλατα και ο δείκτης πίεσης καρπικού σωλήνα Bruner.	<ul style="list-style-type: none"> Το 27,6% των συμμετεχόντων, σημείωσαν χαμηλά και μέτρια επίπεδα εργασιακής ικανότητας (WAI <36), το 64% καλά επίπεδα ικανότητας, ενώ το 8,3% σε άριστα επίπεδα εργασιακής ικανότητας. Κατά την εφαρμογή του συντελεστή συσχέτισης Pearson από τους ερευνητές, φάνηκε μια αντίστροφη γραμμική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της κλίμακας WAI ($r = -0,84, p < 0,05$). Η δοκιμασία t-test κατέδειξε σημαντικά υψηλότερη τιμή της WAI για τους ανύπαντρους νοσηλευτές ($41,2 \pm 3,2$) σε σύγκριση με την ομάδα των παντρεμένων ($P < 0,050$). Ακόμα, οι ερευνητές κατέληξαν σε μια διαφορά των μέσων τιμών της WAI ανάλογα με τη βάρδια εργασίας ($P = 0,008, P < 0,05$). Οι αναλύσεις των δεδομένων έδειξαν διαφορετικούς μέσους όρους της WAI μεταξύ των τμημάτων εργασίας ($P = 0,04$). Όσον αφορά τη σωματική εργασιακή ικανότητα, το μοντέλο εξίσωσης ήταν ίσο με $4,45 \pm 0,7$, με το 55,7% των ερωτηθέντων να σημειώνουν ένα υψηλό επίπεδο δραστηριότητας και το 44,3% ένα μέτριο επίπεδο. Ο μέσος όρος των φυσιολογικών παραμέτρων, συμπεριλαμβανομένου και το μέγιστου όγκου κατανάλωσης οξυγόνου που καταγράφηκαν και της μέγιστης καρδιακής συχνότητας ήταν 2,69 λίτρα/λεπτό και 123, αντίστοιχα. Η δοκιμή συσχέτισης Pearson κατέδειξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της ηλικίας και του δείκτη σωματικής εργασιακής ικανότητας ($r = -0,26, p < 0,050$). Δεν φάνηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της σωματικής εργασιακής ικανότητας και της εργασίας με βάρδιες ($P = 0,31$). Επίσης, έδειξαν ίδιο σκορ σωματικής εργασιακής ικανότητας μεταξύ των νοσηλευτών επειγόντων περιστατικών και χειρουργείων ενώ ο συντελεστής συσχέτισης Pearson κατέδειξε την ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της σωματικής και της εργασιακής ικανότητας για κάθε ηλικιακή ομάδα ($r = 0,3, P < 0,13$).
Carel et al, 2013.	Ισραήλ.	Να αξιολογήσει την εργασιακή ικανότητα των ισραηλινών νοσηλευτών μέσω του εργαλείου Work Ability Index (WAI).	515 νοσηλευτές (460 γυναίκες και 55 άνδρες), από δύο γενικά νοσοκομεία στο Ισραήλ.	Συγχρονική μελέτη.	Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το επικυρωμένο, εβραϊκής έκδοσης, ερωτηματολόγιο WAI.	<ul style="list-style-type: none"> Η μέση βαθμολογία του WAI από όλο το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν $41,9 \pm 5,1$ (εύρος: 26-49), με τις γυναίκες νοσηλεύτριες να έχουν βαθμολογία $41,8 \pm 5,2$ και οι άνδρες νοσηλευτές να έχουν βαθμολογία $42,3 \pm 4,3$ ($p = .35$). Το 43,9% των ερωτηθέντων που περιγράφουν την εργασιακή τους ικανότητα ως "εξαιρετική" και το 40,8% ως "καλή". Ένα πολύ μικρό ποσοστό 1% είχαν αναφέρει ως την εργασιακή τους ικανότητα ως "κακή". Η ηλικία είχε σημαντικά αρνητική συσχέτιση με την βαθμολογία του WAI ($p < .001, r = 0,17$), υποδεικνύοντας μια σταθερή πτώση με την ηλικία. Η μέση βαθμολογία του WAI δεν διέφερε σημαντικά από το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, ή τη χώρα προέλευσης, αλλά διέφερε σημαντικά από την επαγγελματική κατηγορία ($p = .017$). Η υψηλότερη μέση βαθμολογία βρέθηκε μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται ως κλινικοί εκπαιδευτές (WAI = $43,6 \pm 5,4$), και η χαμηλότερη βρέθηκε μεταξύ των πρακτικών νοσηλευτών ($38,6 \pm 7,4$). Η μέση βαθμολογία του WAI δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε διαφορετικά τμήματα ($p = .24$). Η μέση βαθμολογία του WAI ήταν σημαντικά υψηλότερη στους νοσηλευτές που δεν ανέφεραν ασθένειες, σε σύγκριση με εκείνους που ανέφεραν μία ή περισσότερες ασθένειες ($p < 0,001$). Υπήρξε επίσης μια βαθμιαία μείωση στις μέσες βαθμολογίες του WAI με την αύξηση του αριθμού των αναφερόμενων ασθενειών ($p < 0,001$).

Ερευνητές και χρονολογία	Χώρα διεξαγωγής	Σκοπός	Δείγμα και Δειγματοληψία	Είδος μελέτης	Εργαλεία μέτρησης	Κύρια ευρήματα
Muller et al, 2013.	Γερμανία.	Τη διερεύνηση της λειτουργίας των στρατηγικών της επιλογής της βελτιστοποίησης και της αντιστάθμισης στη νοσηλευτική, αλλά και στη σχέση αυτών με την εργασιακή ικανότητα των νοσηλευτών και πως η ηλικία επηρεάζει τη σχέση αυτή.	Οι νοσηλευτές, εργαζόμενοι στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Νότια Γερμανίας.	Συγχρονική μελέτη.	1) Ημιδομημένες συνεντεύξεις. 2) WAI. 3) Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. 4) Η γερμανική έκδοση της 12 σημείων κλίμακας SOC ως εργαλείο αξιολόγησης.	<ul style="list-style-type: none"> Για τις στρατηγικές SOC, ένα ποσοστό 77% των νοσηλευτών ισχυρίστηκε ότι έκανε χρήση των στρατηγικών, για να αντιμετωπίσει τις εργασιακές απαιτήσεις. Η πιο συχνή στρατηγική σε χρήση με ποσοστό 88% ήταν αυτή της επιλογής. Κάνω προτάσεις για βελτίωση» (76%), «κάνω ασκήσεις» και «ενημερώνω τον εαυτό μου για τις γνώσεις σχετιζόμενες με την τρέχουσα επαγγελματική κατάσταση» (70%) κατατάσσονται στη δεύτερη και τρίτη στρατηγική που ανήκουν στο φάσμα της βελτιστοποίησης. Η πιο συχνά αναφερόμενη στρατηγική αντιστάθμισης ήταν «Ζητώ βοήθεια» (52%). Υπήρξαν αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της εργασιακής ικανότητας και της σωματικής άσκησης, της πίεσης του χρόνου, των φυσικών στρεσογόνων παραγόντων και της ηλικίας. Η ηλικία, φάνηκε να συσχετίζεται θετικά με τη SOC στη νοσηλευτική. Οι δημογραφικές μεταβλητές και ο τρόπος ζωής, καθώς και το φύλο είχαν σημαντική στατιστικά θετική επίδραση στην εργασιακή ικανότητα. Ακόμα, οι στρατηγικές SOC, αποδείχτηκε να σχετίζονται θετικά με την εργασιακή ικανότητα ενώ η πίεση του χρόνου, και οι φυσικοί στρεσογόνοι παράγοντες, αρνητικά. Επιπλέον, η ηλικία έδειξε να επηρεάζει παρομοίως τις σχέσεις τόσο της βελτιστοποίησης όσο και της αντιστάθμισης με την ικανότητα στην εργασία.
Soric et al, 2013.	Κροατία.	Τη διερεύνηση της σχέσης της εργασίας με σύστημα βάρδιας και της εργασιακής ικανότητας, καθώς και τη σχέση με την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών.	1124 νοσηλευτές αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης.	Συγχρονική μελέτη.	1. WAI (Work Ability Index) 2. WHOQOL-BREF.	<ul style="list-style-type: none"> Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στις κατηγορίες των νοσηλευτών με καλή (WAI > 37) και κακή εργασιακή ικανότητα (WAI < 37), σε σχέση με το σύστημα βάρδιας, ήταν στατιστικά σημαντικές αφού ένα ποσοστό της τάξεως του 67% των εργαζομένων σε βάρδιες σημείωσαν καλή εργασιακή ικανότητα ενώ 61% την άλλης ομάδας παρουσίασε σκορ μεγαλύτερο του 37 Επιπλέον, πολύ περισσότερο οι εργαζόμενοι σε βάρδιες είχαν κακή ποιότητα ζωής με χαμηλότερα σκορ στον περιβαλλοντικό τομέα, από ότι οι μη εργαζόμενοι (55% έναντι 48%), Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, αποτελούν προγνωστικό δείκτη για χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανότητας, καθώς επίσης και τα χαμηλά σκορ στη σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής.
Coomer & Houdmont, 2013.	Φινλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο.	1) Να συγκρίνουν τις γνώσεις, την κατανόηση και τη χρήση της εργασιακής ικανότητας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, νοσηλευτών και ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου και της Φινλανδίας, και 2) να εντοπίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση της εργασιακής ικανότητας στην φινλανδική πρακτική των επαγγελματιών υγείας.	Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο 436 επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές και γιατρούς) που εργάστηκαν αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο στο Ηνωμένο Βασίλειο και 97 επαγγελματίες υγείας που εργάστηκαν στη Φινλανδία.	Συγχρονική μελέτη.	Ένα ερωτηματολόγιο το οποίο εξερεύνησε μέσα από τους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές και ιατρούς) την γνώση και την κατανόηση τους όσο αφορά την εργασιακή ικανότητα και την χρήση του ερωτηματολογίου για την μέτρηση της εργασιακής ικανότητας (WAI).	<ul style="list-style-type: none"> Περίπου οι μισοί ερωτηθέντες (48%) από το Ηνωμένο Βασίλειο απέδωσαν την αποτυχία να χρησιμοποιήσει το εργαλείο WAI στην πράξη λόγω έλλειψης εκπαίδευσης. Το 95% (από την Φινλανδία) και 7% (από το Ηνωμένο Βασίλειο) των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν το WAI. Οι ερωτηθέντες από την Φινλανδία ανέφεραν ότι οι βαθμολογίες από το WAI χρησιμοποιήθηκαν για να κατανοηθούν οι τάσεις της ατομικής υγείας (86%), να κατανοήσουν τις εργασιακές τάσεις της υγείας του πληθυσμού (70%), να κατανοήσουν την εργασιακή ικανότητα (E.I.) όλων των ηλικιών (71%), να συμβάλλουν στις πρωτοβουλίες στην προαγωγή της υγείας και στην ευημερία (64%), να προωθήσει την αποκατάσταση και στην επιστροφή στην εργασία (58%), να προβλέπουν τις απουσίες λόγω ασθένειας (46%), να κατανοήσουν την E.I. των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων (33%), τη διεξαγωγή έρευνας για την E.I. (24%) και να κατανοήσουν την E.I. των νεότερων εργαζομένων (13%).

Ερευνητές και χρονολογία	Χώρα διεξαγωγής	Σκοπός	Δείγμα και Δειγματοληψία	Είδος μελέτης	Εργαλεία μέτρησης	Κύρια ευρήματα
Fischer et al, 2013.	Βραζιλία.	Τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εργασιακή ικανότητα μεταξύ των νοσηλευτών.	N= 514	Συγχρονική μελέτη.	1)Ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε κοινωνικο-δημογραφικά, εργασιακά και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής. 2) Job Stress Scale (JSS). 3) Effort-Reward Imbalance Questionnaire (ERI-Q). 4) Work- Related Activities That May Contribute To Job-Related Pain and/or Injury (WRAPI). 5) WAI.	<ul style="list-style-type: none"> Οι βαθμολογίες της WAI σχετιζόταν με τα κοινωνικο- δημογραφικά χαρακτηριστικά, μεταξύ των οποίων την ηλικία (P= 0,011) το φύλο (P< 0,0001), τη σωματική άσκηση (P< 0.0001), και τα ακόλουθα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την εργασία: την εμπειρία στη νοσηλευτική (P< 0.001), το σύνολο των ωρών εργασίας γενικά, όχι μόνο νοσηλευτικά καθήκοντα (P= 0,014), το σύνολο των νοσηλευτικών εργασιακών ωρών (P= 0,015), τη βία στο χώρο εργασίας (P< 0,001) και την αντίληψη ότι οι εργασιακές δραστηριότητες μπορούν να συμβάλουν στον πόνο/ τραυματισμό (P< 0,001). Οι ερευνητές κατέληξαν στη διαπίστωση ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασιακή ικανότητα ήταν: οι εργασιακές απαιτήσεις (P< 0.001), η κοινωνική υποστήριξη στην εργασία (P< 0,001), η προσπάθεια (P< 0.001) και η ανταμοιβή (P< 0,001). Επιπλέον, διαφάνηκε ότι με την εργασιακή ικανότητα σχετίζονται η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής (P< 0,001), της ζήτησης- ελέγχου (P< 0,001), οι τραυματισμοί στην εργασία (P< 0.001) και οι σχετιζόμενες με την εργασία ασθένειες (P< 0,001). Οι μεταβλητές που φάνηκε να σχετίζονται θετικά με την εργασιακή ικανότητα ήταν το φύλο (άνδρες) και η κοινωνική υποστήριξη στην εργασία.
Rongen et al, 2014.	Βέλγιο, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Ιταλία, Πολωνία, Σλοβακία, Ολλανδία.	Να διερευνήσουν πως τα χαρακτηριστικά εργασίας αλληλοεπιδρούν με την εργασιακή ικανότητα των νοσηλευτών και πως αυτό ενδέχεται να τους οδηγήσει στον να απαρνηθούν του επάγγελμα τους ή να αλλάξουν εργοδότη, διερευνώντας επίσης τον ρόλο της μειωμένης ικανότητας προς την εργασία και των φτωχών χαρακτηριστικών εργασίας με αυτή τους την απόφαση.	Οι συμμετέχοντες (n=34587) της Nurses' Early Exit Study (NEXT-Study).	Μελέτη κοόρτης.	Δομημένα ερωτηματολόγια μεταφρασμένα στην ανάλογη γλώσσα κάθε χώρας με βάση της μεθοδολογίας διπλής αντίστροφης μετάφρασης. Τα εργαλεία μέτρησης αποτέλεσαν το WAI, 4 στοιχεία του COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire), 4 τροποποιημένα στοιχεία του ερωτηματολογίου Demand-Control, το ερωτηματολόγιο ERI, το ερωτηματολόγιο που είχε αναπτυχθεί συγκεκριμένα για την NEXT Study.	<ul style="list-style-type: none"> Η επιλογή των νοσηλευτών να αλλάξουν εργοδότη συνεχίζοντας όμως να ασκούν το νοσηλευτικό τους επάγγελμά (OR=1,39, 95% CI 1,01-1,93) καθώς και η επιλογή τους να σταματήσουν να εξασκούν το νοσηλευτικό τους επάγγελμα (OR=1,71, 95% CI 1,18-2,47) βρέθηκαν να σχετίζονται με την μειωμένη εργασιακή ικανότητα. Το μορφωτικό επίπεδο καθώς και το φύλο των νοσηλευτών φάνηκε να σχετίζεται με την αλλαγή εργοδότη εντός του νοσηλευτικού επαγγέλματος, βρίσκοντας τους νοσηλευτές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο να παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες όπως επίσης και τις γυναίκες νοσηλεύτριες σε σχέση με τους άντρες. Τα φτωχά ή μέτρια επίπεδα εργασιακής ικανότητας σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με την εργασία σε δυσμενή ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά εργασίας. Ο μόνος παράγοντας που διαφάνηκε πως ήταν στατιστικά σημαντικός για να αφήσουν οι νοσηλευτές το νοσηλευτικό επάγγελμα ήταν η μειωμένη απόδοση εργασίας λόγω ασθένειας. Για την αλλαγή εργοδότη στο πλαίσιο του επαγγέλματος οι συνέπειες της αλληλεπίδρασης της μειωμένης ικανότητας εργασίας και υψηλής προσπάθειας, οι συχνές δραστηριότητες για την χειρωνακτική διακίνηση των ασθενών και συχνά σε άβολες στάσεις του σώματος ήταν σημαντικά στατιστικά αισθητά ισχυρότερη από ό, τι τα ενιαία αποτελέσματα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μιας ενδεχόμενης ελάττωσης της εργασιακής ικανότητας και μείωσης του ελέγχου εργασίας, στην αλλαγή εργοδότη παραμένοντας στο ίδιο επάγγελμα. Τα προαναφερθέντα δυσμενή χαρακτηριστικά εργασίας αύξησαν τις πιθανότητες των νοσηλευτών με μειωμένη εργασιακή ικανότητα, να αφήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα κατά 24%, 35,2% και 32,3% αντιστοίχως. Οι πιθανότητες εξόδου από το επάγγελμα, που παρουσίαζε η ομάδα των νοσηλευτών με καλή ή άριστη εργασιακή ικανότητα σε ότι αφορά τις υψηλές προσπάθειες ήταν 9%, την χαμηλή κοινωνική στήριξη 17% και τις αυξημένες απαιτήσεις 18%.

Ερευνητές και χρονολογία	Χώρα διεξαγωγής	Σκοπός	Δείγμα και Δειγματοληψία	Είδος μελέτης	Εργαλεία μέτρησης	Κύρια ευρήματα
Nowrouzi et al, 2015.	Καναδά.	είχε σκοπό να διερευνήσει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των νοσηλευτών και των παραγόντων του εργασιακού συστήματος (εργασιακή ανικανότητα) όπως επίσης και τον βαθμό της εργασιακής τους ικανότητας.	111 νοσηλευτές, που επιλέγηκαν με τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία, που εργάζονται στο γυναικολογικό, μαιευτικό τμήμα και στις αίθουσες τοκετού από τέσσερα νοσοκομεία.	Συγχρονική μελέτη.	To Work Ability Index (WAI), το Work-Related Quality of Life Scale, το Nursing Stress Scale καθώς και ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.	<ul style="list-style-type: none"> Το 29,2% είχαν δηλώσει δείκτη εργασιακής ικανότητας μικρότερο του 37 (WAI<37) που ερμηνεύεται ως χαμηλός ή μέτριος βαθμός εργασιακής ικανότητας. Καλό ή πολύ καλό δείκτη εργασιακής ικανότητας είχε δηλώσει το υπόλοιπο 70,8% των συμμετεχόντων. Στην διαμόρφωση του βαθμού εργασιακής ικανότητας στο προσωπικό μοντέλο/θεωρία συστημάτων φάνηκε να συμβάλουν οι παράγοντες που αφορούσαν την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων, την εθνικότητά τους καθώς και τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονταν ανά βάρδια. Θετική επίδραση στον βαθμό εργασιακής ικανότητας είχε ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία, στο μοντέλο του εργασιακού χώρου με τα αντίστροφος ανάλογα αποτελέσματα να παρατηρούνται στον παράγοντα απουσίας από τον χώρο εργασίας και τον βαθμό εργασιακής ικανότητας. Αναφορικά με τους παράγοντες συνδυασμένων μοντέλων όλοι παρουσίαζαν σημαντική συσχέτιση με τον βαθμό εργασιακής ικανότητας.
Abbasi et al, 2015.	Ιράν.	Να διερευνήσει την σχέση μεταξύ του δείκτη της εργασιακής ικανότητας (WAI) και τις γνωστικές βλάβες (CFS), καθώς και ορισμένους παράγοντες που τις επηρεάζουν σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ, CCU, και στα επείγοντα.	750 νοσηλευτές που εργάζονται στα τμήματα ΜΕΘ, CCU, και στα επείγοντα των πανεπιστημιακών νοσοκομείων που είναι συνδεδεμένα με το πανεπιστήμιο των Ιατρικών Επιστημών της Τεχεράνης.	Περιγραφική ή-αναλυτική και συγχρονική μελέτη.	Ένα γενικό ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση υποβάθρου και δημογραφικές μεταβλητές και δύο εξειδικευμένα και τυποποιημένα ερωτηματολόγια του WAI και των γνωστικών βλαβών που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της εργασιακής ικανότητας και το ποσοστό των γνωστικών βλαβών, αντίστοιχα.	<ul style="list-style-type: none"> Η τρέχουσα εργασιακή ικανότητα και οι ψυχικοί πόροι ήταν περισσότεροι και λιγότερο σημαντικές πτυχές της εργασιακής ικανότητας, αντίστοιχα. Η εργασιακή ικανότητα στην CCU και στα τμήματα επείγοντων αντιπροσώπευε την υψηλότερη και την χαμηλότερη βαθμολογία, αντίστοιχα. Σε σχέση με τις γνωστικές βλάβες, η μέση τιμή (τυπική απόκλιση) της γενικής βαθμολογίας των γνωστικών βλαβών ήταν 40.55 (12.71) για όλους τους συμμετέχοντες. Η αντίληψη και η μνήμη για τα ονόματα ήταν οι περισσότερες και λιγότερο σημαντικές υποκλίμακες των γνωστικών βλαβών, αντίστοιχα. Οι γενικές γνωστικές βλάβες στα επείγοντα και στο CCU αντιπροσώπευαν τις περισσότερες και λιγότερο σημαντικές, αντίστοιχα. Σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, υπήρξε μια αντίστροφη και σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του WAI και η συνολική βαθμολογία των γνωστικών βλαβών και όλες οι υποκλίμακες των νοσηλευτών ($p < 0,05$). Υπήρχε μια αντίστροφη και σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των γνωστικών βλαβών και της εκτιμώμενης ανικανότητας για εργασίας λόγω ασθενειών, την πρόγνωση της εργασιακής ικανότητας, και των ψυχικών τους πόρων ($p < 0,05$). Ο δείκτης εργασιακής ικανότητας και οι υποκλίμακες παρουσίασαν αντίστροφως σημαντική συσχέτιση με την ηλικία ($p < 0,05$), όπως φάνηκε μέσα από τα αποτελέσματα Spearman and Pearson tests. Παρατηρήθηκε αντίστροφως σημαντική συσχέτιση με τον ΒΜΣ ($p < 0,05$) με την εκτιμημένη ανικανότητα εργασίας που οφειλόταν σε ασθένεια. Η άδεια ασθενείας κατά το τελευταίο ένα έτος παρουσίαζε αντίστροφως σημαντική σχέση τόσο με την εμπειρία στο χώρο εργασίας όσο και με τον αριθμό των ασθενών που είχαν υπο την φροντίδα τους οι νοσηλευτές ($p < 0,05$). Επιπλέον αντίστροφως και σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της πρόγνωσης της εργασιακής ικανότητας και των ψυχικών πόρων, με την εργασιακή εμπειρία. Οι μεταβλητές ηλικία, ΒΜΣ, και εργασιακή εμπειρία παρουσίασε αντίστροφως σημαντική συσχέτιση με την συνολική βαθμολογία του δείκτη εργασιακής ικανότητας στους νοσηλευτές ($p < 0,05$). Σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ WAI, ηλικίας, ομάδων, εργασιακής εμπειρίας, ενώ σημαντική συσχέτιση διαφάνηκε μεταξύ του WAI με τα διάφορα τμήματα εργασίας. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του WAI και του φύλου ($p < 0,05$)

