



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Επαγγελματική Εξουθένωση – Ικανοποίηση νοσηλευτών

στο Π.Π.Γ.Ν Ρίο

Μαρία Σουβλάκη

**Επιβλέπων Καθηγητής
Παναγιώτης Μητρόπουλος**

[Ιούλιος, 2013]

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Επαγγελματική Εξουθένωση – Ικανοποίηση νοσηλευτών στο Π.Π.Γ.Ν Ρίου

Μαρία Σουβλάκη

Επιβλέπων Καθηγητής
Μητρόπουλος Παναγιώτης

Ιούλιος, 2013

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	5
Ελληνική Περίληψη.....	6
Summary.....	7
Κεφάλαιο Πρώτο.....	8
1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Σχέση επαγγελματικής Ικανοποίησης – Εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού.....	9
1.3 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης.....	10
1.4 Σκοποί και στόχοι της μελέτης.....	11
1.4.1 Σκοπός της μελέτης.....	11
1.4.2 Στόχος της μελέτης.....	12
1.5 Διασαφηνίσεις- προσδιορισμός και διατύπωση ορισμών επαγγελματικής.....	12
ικανοποίησης και εξουθένωσης.....	12
1.5.1 Λειτουργικοί ορισμοί και ορολογία επαγγελματικής ικανοποίησης.....	12
1.5.2 Λειτουργικοί ορισμοί και ορολογία επαγγελματικής εξουθένωσης.....	14
Κεφάλαιο Δεύτερο.....	17
2.1 Εισαγωγή.....	17
2.2 Ιστορική Αναδρομή.....	17
2.2.1. Ιστορική αναδρομή επαγγελματικής ικανοποίησης.....	17
2.2.2. Ιστορική αναδρομή επαγγελματικής εξουθένωσης.....	18
2.3 Θεωρητικές – εννοιολογικές προσεγγίσεις επαγγελματικής.....	19
ικανοποίησης – εξουθένωσης.....	19
2.3.1 Θεωρίες επαγγελματικής ικανοποίησης.....	19
2.3.2 Μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	26
2.4 Μελέτη αποτίμησης επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης.....	30
νοσηλευτικού προσωπικού στην Διεθνή και Ελληνική πραγματικότητα.....	30
2.4.1 Διεθνής πραγματικότητα.....	30
2.4.2. Ελληνική Πραγματικότητα.....	31
2.5 Παράγοντες που συμβάλλουν στην μείωση της ικανοποίησης και αύξηση.....	32
της εξουθένωσης.....	32
2.5.1 Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες.....	32
2.5.2. Προσωπικοί παράγοντες.....	37
2.5.3. Δημογραφικοί παράγοντες.....	38
2.5.4 Κοινωνικοί παράγοντες.....	39

2.5.5 Πολιτιστικοί και ιδεολογικοί παράγοντες	40
2.6 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης	41
Κεφάλαιο Τρίτο	44
3.1 Σκοπός της έρευνας	44
3.2 Στόχος της έρευνας	44
3.3 Ερευνητικά ερωτήματα	44
3.4 Πληθυσμός μελέτης	44
3.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	46
3.5.1 Ποσοτική μεθοδολογία	46
3.6 Στατιστική ανάλυση	50
3.7 Περιορισμοί της έρευνας	51
Κεφάλαιο Τέταρτο	52
4.1 Περιγραφή των δεδομένων - Δημογραφικά στοιχεία	52
4.2 Μονοπαραγοντική ανάλυση	60
4.3 Συμπερασματική στατιστική	69
Κεφάλαιο Πέμπτο	82
5.1 Συζήτηση	82
5.1.1 Περιγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών	82
5.2 Συμπεράσματα	83
5.3 Παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης	86
5.3.1 Ατομικό επίπεδο	86
5.3.2 Οργανωτικό / διοικητικό επίπεδο	90
5.3.3 Παράλληλες παρεμβάσεις	92
Βιβλιογραφία	93
6.1 Ελληνική Βιβλιογραφία	93
6.2 Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	101
Παραρτήματα	114

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για την δυνατότητα που μου έδωσε στην συμμετοχή και απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος.

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές μου που με την εξειδικευμένη συμβολή τους με βοήθησαν στην απόκτηση γνώσεων, στην διερεύνηση τους κριτικού πνεύματος και την ολιστική θεώρηση των πραγμάτων.

Οι νέες επιστημονικές γνώσεις με βοήθησαν ώστε να βρω τη θέση μου στην καθημερινότητα της ζωής και να αντιμετωπίσω με κατανόηση, την πολύπλευρη και σύνθετη πλευρά των πραγμάτων.

Ευχαριστώ τους συναδέλφους μου νοσηλευτές του Π.Π.Γ.Ν. Πατρών που συμμετείχαν στην ερευνητική μου προσπάθεια και το χρόνο που αφιέρωσαν και τον συνάδελφο και φίλο κ. Δεληγάκη Απόστολο.

Ευχαριστώ τέλος τον σύζυγο μου Χρήστο και τα τρία μου αγόρια Σπύρο, Διονύση και Ανδρέα για την περιορισμένη τους διαμαρτυρία στο χρόνο που τους στέρησα.

Ελληνική Περίληψη

Ένας σύγχρονος μελετητής θα πρέπει να γνωρίζει, ότι το νοσοκομείο αναπαράγει ένα ιδιαίτερο αγαθό, την υγεία. Ως εκ τούτου απαιτούνται ιδιαιτερότητες για την οργάνωση και διοίκησή του, καθότι είναι ένας χώρος έντασης και έχει ως στόχο να συνεργαστούν εντός των τειχών του πολυποίκιλη ομάδα ανθρώπων, με διαφορετική μόρφωση, στόχους, αξίες και κοινωνική καταξίωση.

Η παρούσα ερευνητική εργασία αποσκοπεί στην αποτύπωση της επαγγελματικής εξουθένωσης – ικανοποίησης των νοσηλευτών σε σχέση με την βαρύτητα των νοσηλευτικών τμημάτων που εργάζονται στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών.

Το δείγμα αποτελούσαν 121 νοσηλευτές. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν 1) περιγραφική στατιστική, 2) συμπερασματική και 3) μονοπαραγοντική ανάλυση.

Από τα ευρήματα προκύπτει ότι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την Συναισθηματική εξάντληση είναι οι διαστάσεις «Καθήκοντα», «Επαγγελματικό κύρος» και «Αυτονομία». Τα πολλαπλά καθήκοντα εκτός από την ασάφεια του ρόλου του εργαζόμενου προκαλούν και τον παρατεταμένο νοσηλευτικό φόρτο εργασίας. Επιπρόσθετα το μειωμένο επαγγελματικό κύρος και η έλλειψη αυτονομίας οδηγούν σε συναισθηματική εξάντληση.

Στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την Αποπροσωποποίηση είναι οι διαστάσεις «Καθήκοντα», «Επαγγελματικό κύρος», «Αυτονομία», «Χρόνια προϋπηρεσίας» και «Φύλο».

Στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για το «Αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων» είναι οι διαστάσεις «Οικογένεια» και «Αυτονομία». Σημαντικό ρόλο παίζει η οικογενειακή κατάσταση όπου το «αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων» έχει μεγαλύτερες τιμές στους έγγαμους και τους άγαμους συγκριτικά με τους διαζευγμένους και τους χήρους. Η έλλειψη αυτονομίας των νοσηλευτών έχει ως απόρροια το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων να είναι σχετικά υψηλό καθώς δεν υπάρχει επιβράβευση και δυνατότητα παρέμβασης σε θέματα οργάνωσης.

Summary

A contemporary speculator must know that hospital reproduces a special good, health. So, specialties are required to be organized and ruled, since it is a place of tension and it aims at the collaboration of a multifarious group of people, with different education, targets, values and social recognition in its area.

This dissertation aims at the depiction of the nurses' professional annihilation-satisfaction in accordance with the gravity of the nurse departments that exist in the Regional University General Hospital of Patras.

The sample consisted of 121 nurses. Statistical analysis included 1) descriptive statistics, 2) inferential statistics and 3) univariate analysis.

According to the findings, important factors for the emotional exhaustion constitute dimensions "Tasks", "Professional Prestige" and "Autonomy". Multiple tasks apart from the ambiguity of the role of the employee are causing the prolonged nursing workload. Additionally the reduced professional prestige and the lack of autonomy lead to emotional exhaustion.

Statistically significant factors for the de-personification are the dimensions "Tasks", "Professional Prestige", "Autonomy", "Years of employment" and "Sex".

Statistically significant factors for the sense of decreased personal accomplishments are the dimensions "Family" and "Autonomy". Marital status seems to play an important role, where the sense of decreased personal accomplishments has higher values to married and singles compared to divorced and widowed. The lack of autonomy of the nurses leads to the result that the sense of decreased personal accomplishments is relatively higher as there is no reward and the chance to interfere in organizational issues.

Κεφάλαιο Πρώτο

1.

Εισαγωγή

1.1 Εισαγωγή

Οι κοινωνικές επιστήμες που πραγματεύονται την ερμηνεία των σύγχρονων κοινωνικών δομών ελκύουν και το σύγχρονο νοσοκομειακό management. Η διανοητική και ψυχολογική προσέγγιση μπορεί να νοηματοδοτήσει το φάσμα των σχέσεων του επαγγελματία υγείας με την εργασία τους (Αγραφιώτης 1988). Έχοντας εισβάλει στον χώρο της υγείας εδώ και τριάντα χρόνια τόσο με παγκόσμιες όσο και με τοπικές ενδεδειγμένες μελέτες στις συνέπειες που έχουν οι επαγγελματικές δυσκολίες, φυσικές και τεχνικές στον ψυχισμό και στις σχέσεις των εργαζόμενων που εκτελούν μια συναισθηματική εργασία (Nettleton 2002), προσπαθούν να αποδώσουν με επιστημονική γλωσσολογία την έντονη κόπωση και την απώλεια νεανικού ιδεαλισμού και πάθους που είχε στην αρχή ο επαγγελματίας υγείας και να τεθούν λύσεις για την άρση και τον μετριασμό του φαινομένου (Maslach et al 2001, Schaufeli & Leiter 2001). Ένας σύγχρονος μελετητής, θα πρέπει να γνωρίζει, ότι το νοσοκομείο αναπαράγει ένα ιδιαίτερο αγαθό την υγεία. Ως εκ τούτου, απαιτούνται ιδιαιτερότητες για την οργάνωση και διοίκηση του, καθότι είναι ένας χώρος έντασης και έχει ως στόχο να συνεργαστούν εντός των τειχών του πολυποίκιλη ομάδα ανθρώπων, με διαφορετική μόρφωση, στόχους, αξίες και κοινωνική καταξίωση (Σιγάλας 1999). Οι παραπάνω παράγοντες συμφερόντων λειτουργούν ως επιταχυντές αρνητικών φαινομένων, με αποτέλεσμα ο επαγγελματίας υγείας να έχει την αίσθηση της επαγγελματικής τελμάτωσης και ψυχικής εξουθένωσης (Καρανιάδου & συν. 2006). Με βάση λοιπόν το κοινωνιολογικό αξίωμα, ότι άνθρωπος και περιβάλλον έχουν μια σχέση αλληλεπίδρασης (Φίλιας 1988), γίνεται αντιληπτό ότι μια στρεσογόνο εργασία μπορεί να πιέσει τον εργαζόμενο ψυχοσωματικά (Κάντας 1995) και μάλιστα για το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί μια αναμενόμενη συνθήκη καθότι έρχεται καθημερινά σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και το θάνατο (Μεταλληνού 2000). Η ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου, η βιοψυχοκοινωνική του ευεξία, ο υποκειμενικός τρόπος με τον οποίο αυτή βιώνεται, η υποκειμενική εμπειρία κοινωνικών σχέσεων, δομών, λειτουργιών, θεσμών και η υποκειμενική βίωση της οργάνωσης του σύγχρονου τρόπου ζωής μέσα στις ομάδες από τις οποίες συμμετέχει και τους χώρους που εργάζεται αποτελούν τις πλέον σημαντικές εκφράσεις της ανθρώπινης ζωής. Οι κοινωνικές αξίες από την μια πλευρά προσδιορίζουν τον άνθρωπο ως προς την επίτευξη των στόχων του και από την άλλη τον οδηγούν σε μια ομαλή εξέλιξη της κοινωνικής ζωής. Όταν όμως αυτές οι αξίες βρίσκονται σε αναντιστοιχία με την πραγματικότητα βιώνει την

ασυμβατότητα των αξιών αυτών που είχε οργανώσει και δομήσει την ζωή του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διαταράσσεται η εικόνα που είχε για τον εαυτό του και το περιβάλλον και να εμφανίζονται φαινόμενα ανομίας στην κοινωνική του συμπεριφορά, στις σχέσεις με τους συναδέλφους αλλά και με τον εαυτό του. Όλα αυτά συμβαίνουν όταν το κανονιστικό πλαίσιο μιας κοινωνικής ομάδας είναι ασαφές και δεν παρέχει στα μέλη της τα μέσα να πετύχουν ατομικούς και ομαδικούς στόχους (Σαρρής 2001). Η εργασία σχετίζεται με την υγεία, την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση μέσω των κοινωνικών δεσμών. Δίνει στον άνθρωπο την δυνατότητα να εκπληρώσει τις ανάγκες του, να δημιουργήσει δεσμούς, κοινωνικές σχέσεις, την αίσθηση ότι ανήκει σε μια ομάδα και να τύχει αναγνώρισης και αξίας (Ζυγούρης 2008). Η χρόνια έκθεση του ανθρώπου σε αγχογόνα ερεθίσματα όσο και γεγονότα απαιτεί κινητοποίηση μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης καθότι εξασθενεί την άμυνα του οργανισμού του, με αποτέλεσμα να απειλείται τόσο η υγεία του όσο και η ποιότητα ζωής του (Σαρρής 2001). Η επαγγελματική εξουθένωση που θεωρείται συσσώρευση αγχογόνων συνθηκών (Donald et al 2005) και μη ικανοποίηση (Duxbury et al 1984, Ejrenfeld 1991, Elit et al 2004, Flaanagan 2006), δημιουργεί σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην παραγωγικότητα ενός οργανισμού και στην οικονομία γενικότερα (Briner 1999, Dolan 1987), όσο και στο ψυχοσωματικό επίπεδο του ανθρώπου και στην συμπεριφορά του (Γιαννίτση 1997). Εκδηλώνεται με την κατάχρηση τοξικών ουσιών, κάπνισμα, αλκοόλ, ψυχικές ασθένειες, απουσίες, αποφυγή εργασίας, λάθη και οικογενειακά προβλήματα (Κοντός 1995). Οι πολλαπλές συνέπειες της αναδεικνύουν τις διαστάσεις του προβλήματος και το αναγάγουν από ατομικό σε οργανωτικό πρόβλημα που χρήζει έγκυρη, έγκαιρη και ορθή αξιολόγηση (Δημητρόπουλος 2008). Ωστόσο η ανάρρωση από ένα τόσο επώδυνο σύνδρομο σημαίνει σταδιακή αλλαγή του συστήματος αξιών σε λιγότερο άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές προσδοκίες και πεποιθήσεις και τέλος αναθεωρημένη κοσμοθεωρία ευέλικτη και σύμφωνη με την εργασιακή πραγματικότητα που θα βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να νιώθει περισσότερο ικανοποιημένο, παρά τα πολλαπλά εμπόδια (Μισουρίδου 2009).

1.2 Σχέση επαγγελματικής Ικανοποίησης – Εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού

Η νέα πραγματικότητα με τον αυξανόμενο χρόνο εργασίας και τη θέση που αυτή καταλαμβάνει στη ψυχική, συναισθηματική και κοινωνική ζωή των ανθρώπων, στρέφει τους επιστήμονες στην μελέτη και διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που ορίζουν εργασιακές σχέσεις όπως επαγγελματική ικανοποίηση – εξουθένωση (Cherniss 1993, Alexander & Hegarty 2000). Αν και η συσχέτιση

επαγγελματικής ικανοποίησης – εξουθένωσης ερμηνευτικά θεωρείται ότι είναι αρνητική η συσχέτιση αυτή. Κατά συνέπεια μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι οι δυο αυτές έννοιες είναι στην ουσία, ταυτόσημες σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών. Παρόλα αυτά η ακριβής φύση της σχέσης αυτής παραμένει θέμα υποθέσεων (Aiken et al 2002, Bennet et al 2005, Brener 2000, Penn et al 1988, Wright & Bonnet 1997). Η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί ένα σημαντικό προβλεπτικό δείκτη χαμηλής επαγγελματικής ικανοποίησης, η οποία επηρεάζει την εργασία, την σχέση με τους συναδέλφους, τους ασθενείς και τέλος την ίδια την υγεία του (Piko 2006). Οι νοσηλευτές δεν λειτουργούν εν κενώ. Η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση τους εμποδίζει να ανταποκριθούν στο κοινωνικό και επαγγελματικό εργασιακό περιβάλλον, δημιουργώντας ενοχές και αίσθηση απαξίωσης από τη μη αναγνώριση του έργου τους (Iakovides et al 2003). Το φαινόμενο της χαμηλής επαγγελματικής ικανοποίησης είναι παγκόσμιο, γι' αυτό η διαχείριση της σταδιοδρομίας των νοσηλευτών σε ένα στρεσογόνο νοσοκομειακό περιβάλλον, αποτελεί μονόδρομο σε μια εποχή, που ο άνθρωπος δοκιμάζει καθημερινά τα όρια του, αναγκάζεται να δρα με πολλά προσωπεία και τέλος να χάνει την ίδια του την ταυτότητα (Piko 2006).

1.3 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Η ακριβής φύση της σχέσης επαγγελματικής ικανοποίησης – εξουθένωσης αποτελεί ένα θέμα αμφιλεγόμενο. Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί το νοσηλευτικό προσωπικό στο να μην είναι ικανοποιημένο και η μείωση της ικανοποίησης λειτουργεί ως πρόδρομος της εξουθένωσης (Αλεξιάς και συν 2010). Παρόλα αυτά, αποτελέσματα πολλών ερευνών έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης συνεπάγεται στην αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθότι υπάρχουν κοινοί παράγοντες που οδηγούν στην εξουθένωση και κοινές εργασιακές συνέπειες από τη μείωση της ικανοποίησης (Dolan 1987).

Η μελέτη της σχέσης αυτής κρίνεται αναγκαία, καθότι το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται σε χώρους που διακρίνονται για την ένταση και την ποικιλία τους και η ισορροπία των δυο αυτών σχέσεων μπορεί να λειτουργήσει ως ισόρροπος δύναμη (Norbeck 1985, Cavanagh 1992, Grant et al 1994).

Η σχέση αυτή αντανακλά την έκταση και το βαθμό παροχής φροντίδας προς τους ασθενείς αλλά και την επαγγελματική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού όπως αυτή εκδηλώνεται με απουσίες, κινητικότητα και τέλος παραιτήσεις (Price & Mueller 1981, Froebe et al 1983, Kramer &

Hafner 1989). Η κρισιμότητα των καιρών επιβάλλει την εμπάθυνση και γνώση της σχέσης αυτής (Χαραλαμπίδου 1996), καθότι τα άτομα που θα εμπλακούν στο νοσηλευτικό επάγγελμα στο μέλλον θα χρειαστεί να εμπλακούν σε συνειδητές αποφάσεις σε σχέση με την ποιότητα ζωής που προσδοκούν και τους σκοπούς που στοχεύουν (Joel 1990).

1.4 Σκοποί και στόχοι της μελέτης

Η επαγγελματική εξουθένωση – ικανοποίηση τη δεκαετία του '80 θεωρούνταν ατομικό πρόβλημα και όλες οι παρεμβάσεις είχαν ως στόχο την ανάπτυξη ατομικών μηχανισμών αντιμετώπισης τους. Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα όμως αρχίζει να διαφαίνεται μια διαφορετική προσέγγιση, απαλύνοντας και εξαλείφοντας την με παρεμβάσεις σε επίπεδο οργάνωσης του εργασιακού χώρου. Στον Ελληνικό χώρο αποκτάται ιδιαίτερη διερεύνηση του θέματος λόγω ιδιότυπων οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων που επικρατούν π.χ. εκτεταμένη οικογένεια, μεγαλύτερη επαφή ανθρώπων μεταξύ τους, πολλαπλοί ρόλοι της γυναίκας με αποτέλεσμα η επαγγελματική εξουθένωση να προέρχεται από τον κακό σχεδιασμό της εργασίας, της οργάνωσης του νοσοκομείου και της γραφειοκρατικής της δομής (Γζαμαλούκα 2009).

1.4.1 Σκοπός της μελέτης

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας και συγκεκριμένα τριτοβάθμιας, παίζουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή υγείας, παιδείας και ασφάλειας των πολιτών της. Από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης – ικανοποίησης πλήττεται κατεξοχήν το νοσηλευτικό προσωπικό, καθότι αποτελεί την μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα. Ως εκ τούτου θα ήταν ευχής έργο, αν θα μπορούσε έστω και στο απειροελάχιστο να συμβάλει αυτή η μεταπτυχιακή διατριβή στην αναγνώριση και πρόληψη προβλημάτων που προέρχονται από συμπεριφορές και από το εργασιακό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να υποβιβάζουν την ποιότητα και να μειώνουν την παραγωγικότητα των νοσηλευτών (Σαχίνη-Καρδάση 2004). Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με την ικανοποίηση των νοσηλευτών του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ανάλογα με την βαρύτητα των τμημάτων που εργάζονται, χωρίζοντας τα σε υψηλής, μεσαίας και ελαφράς βαρύτητας τμήματα.

1.4.2 Στόχος της μελέτης

Ο κύριος στόχος της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης – εξουθένωσης των νοσηλευτών που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, σε σχέση με τα υψηλής, μεσαίας και χαμηλής βαρύτητας τμήματα.

Οι επιμέρους στόχοι περιλαμβάνουν :

- α) Διερεύνηση επαγγελματικής ικανοποίησης – εξουθένωσης σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.
- β) Διερεύνηση επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με τα τμήματα υψηλής, μεσαίας και χαμηλής βαρύτητας.
- γ) Διερεύνηση επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τα τμήματα υψηλής, μεσαίας και χαμηλής βαρύτητας.
- δ) Διερεύνηση της σχέσης επαγγελματικής εξουθένωσης – ικανοποίησης.

1.5 Διασαφηνίσεις- προσδιορισμός και διατύπωση ορισμών επαγγελματικής

ικανοποίησης και εξουθένωσης

Παρακάτω παρουσιάζονται οι λειτουργικοί ορισμοί και οι ορολογίες της επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης.

1.5.1 Λειτουργικοί ορισμοί και ορολογία επαγγελματικής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια έννοια που αποτελεί αντικείμενο μελέτης εδώ και δεκαετίες (Locke 1976), εμφανίζοντας πρόβλημα στην ύπαρξη ενός κοινά αποδεκτού ορισμού (Antonioni & Antonodimitrakis 2001, Antonioni et al 2003, Maslach 1984). Παρόλα αυτά κυριαρχεί η αντίληψη ότι συνδέεται με τη βαθμίδα κάλυψης των αναγκών και εκπλήρωσης των αξιών του ατόμου. Αποτελεί ως εκ τούτου απόρροια της εκπλήρωσης των υποκειμενικών εργασιακών προσδοκιών και της σύμπτωσης του τύπου της προσωπικότητας του ατόμου και του περιβάλλοντος εργασίας, γεγονός που δικαιολογεί γιατί διαφορετικά άτομα έχουν διαφορετικές εκτιμήσεις για την ίδια εργασία (Χαραλαμπίδου 1996). Η επαγγελματική ικανοποίηση επομένως μπορεί να αναγνωρισθεί ως ένα πολύπλοκο εξατομικευμένο σύνολο στάσεων απέναντι σε διαφορετικές όψεις μιας εργασίας, οι οποίες διαφέρουν ανάλογα με τις προσδοκίες και τις εμπειρίες των ανθρώπων (Kreiter & Kimicki 1998, Rollinson 1998). Άρα δεν είναι μια απλή έννοια αλλά αποτελείται από επιμέρους στοιχεία όπου σύμφωνα με τον Warr (1987), μπορεί να διακριθεί σε ενδογενή, που

αφορά το περιεχόμενο της εργασίας π.χ. ελευθερία επιλογών στον τρόπο εκτέλεσης ενός έργου, βαθμός υπευθυνότητας κ.λ.π. Εξωγενής ικανοποίηση έχει να κάνει με το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η εργασία π.χ. συνθήκες εργασίας, ωράρια, ασφάλεια, αμοιβές κ.λ.π.

Ο Allport το 1954 διατύπωσε τον κλασικό ορισμό της επαγγελματικής ικανοποίησης όπου την ορίζει ως στάση νοητικής και νευρικής ετοιμότητας απέναντι στη συγκεκριμένη εργασία, οργανωμένη από την εμπειρία (Allport 1954).

Ο Herzberg το 1959 όρισε την επαγγελματική ικανοποίηση ως κίνητρο (Μακρή και συν 2003, Herzberg et al 1959).

Ο Vroom το 1964, την ορίζει ως συνάρτηση της υποκειμενικής αντίληψης του ανθρώπου σε σχέση με την ελκυστικότητα που του ασκεί η συγκεκριμένη εργασία, όταν του εξασφαλίζει ορισμένα από τα επιθυμητά αποτελέσματα (Vroom 1964, 1966,1971, Χαραλαμπίδου 1996).

Ο Aldefer το 1972, την ορίζει ως εσωτερική υποκειμενική κατάσταση, που εκπορεύεται από διάφορα γεγονότα που προκύπτουν μεταξύ ανθρώπου και περιβάλλοντος εργασίας και την θεωρεί σύννομη της εκπλήρωσης (Aldefer 1972, Χαραλαμπίδου 1996),

Οι Wannous και Lawler το 1972 την ορίζουν σύμπτωση των αναγκών του ανθρώπου με τα χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας, με αποτέλεσμα να περιορίζεται το χάσμα μεταξύ προσδοκιών και εργασιακής πραγματικότητας (Wannous & Lawler 1972, Χαραλαμπίδου 1996).

Ο Locke το 1976 την ορίζει ως μια συναισθηματική ανταπόκριση του ανθρώπου προς ένα συγκεκριμένο έργο που ασκεί, με την προϋπόθεση ότι εκπληρώνονται οι επαγγελματικές του αξίες. Οι αξίες είναι υποκειμενικές, σταθερές, ιεραρχικά ταξινομημένες στο συνειδητό και υποσυνείδητο του ατόμου (Locke 1976).

Η Holland το 1984 την ορίζει ως συνάρτηση του βαθμού σύμπτωσης της προσωπικότητας του ατόμου και του εργασιακού χώρου (Holland 1984).

Οι Price και Muller το 1986, την όρισαν ως θετική στάση και προσανατολισμού του ατόμου προς την εργασία του (Price & Muller 1986).

Ο Landy το 1989 και ο Warr το 1987 υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει απόλυτη ικανοποίηση, αλλά μια κατάσταση δυναμικής ισορροπίας ρυθμιστικών μηχανισμών ομοιόστασης. Ο Landy πιστεύει ότι οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί του νευρικού συστήματος, επεμβαίνουν και φέρνουν την ικανοποίηση σε συγκεκριμένα επίπεδα, όπως συμβαίνει με τη χαρά και τη λύπη. Ο Warr την συγκρίνει με βιταμίνες

όπου μια σταθερή δόση είναι απαραίτητη. Τόσο η υπερβολική δόση όσο και η μειωμένη δημιουργούν προβλήματα (Landy 1989, Warr 1987).

Ο Cavanagh το 1992, διατύπωσε ότι πηγάζει από τη υποκειμενική αξιολόγηση της εργασίας, σε σχέση με την εκπλήρωση επαγγελματικών αξιών (Cavanagh 1992).

Οι Quarstein, McAfee και Classman το 1992, διατύπωσαν ότι προσδιορίζεται από επαγγελματικά χαρακτηριστικά, με θετικά ή αρνητικά γεγονότα στον εργασιακό χώρο, τα οποία προκαλούν αντίστοιχη αντίδραση στον εργαζόμενο (Quarstein et al 1992).

Οι Granny, Smith και Store το 1992, την ορίζουν ως στάση απέναντι στην εργασία, που προέρχεται από τη σύγκριση που κάνει ο άνθρωπος ανάμεσα στα οφέλη που αποκομίζει και σε αυτό που θα επιθυμήσει (Granny et al 1992).

Ο Κάντας το 1998 την ορίζει ως συνολική και ενιαία στάση του ανθρώπου ως προς την συγκεκριμένη εργασία, που αποτελείται από διαφορετικά επιμέρους στοιχεία (Κάντας 1998).

Ο Spector το 2000 την σχετίζει με θετικά συναισθήματα που έχει ο άνθρωπος για την εργασία του, ενώ δυσαρέσκεια τα αρνητικά συναισθήματα (Spector 2000).

Τέλος, οι Κουστέλιος και Κουστέλιου, όρισαν την επαγγελματική ικανοποίηση ως τις θετικές και αρνητικές στάσεις που έχει κανείς για την εργασία του και για ορισμένες όψεις αυτής (Κουστέλιος & Κουστέλιου 2001).

1.5.2 Λειτουργικοί ορισμοί και ορολογία επαγγελματικής εξουθένωσης

Αν και η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και έχει αποτελέσει το επίκεντρο μιας αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας, για την ακριβή περιγραφή της ωστόσο δεν υπάρχει προς το παρόν ένας αποδεκτός ορισμός (Θεοφίλου 2009). Παρόλο αυτά, οι ερευνητές συμφωνούν ότι εμφανίζεται, όταν ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται ασυμφωνία και αντίφαση, πραγματική είτε φανταστική ανάμεσα στις απαιτήσεις που προκύπτουν από μια κατάσταση και στα αποθέματα που διαθέτει π.χ. βιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά (Καδδά 2005).

Οι ερευνητές Schaufeli & Enzmann το 1998, χώρισαν τους υπάρχοντες ορισμούς σε στατικούς και αναπτυξιακούς. Όπου οι στατικοί αναφέρονται στα συμπτώματα και οι αναπτυξιακοί στην διαδικασία εξέλιξης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Schaufeli & Enzmann 1998).

1.5.2.1 Στατικοί ορισμοί

Από τους παλιούς ορισμούς είναι αυτός των Freudenberg & Richelson το 1980, που την ορίζουν ως μια κατάσταση κόπωσης και απογοήτευσης, που προέρχεται από την αφοσίωση σε ένα σκοπό, σε ένα τρόπο ζωής και μια σχέση που δεν κατάφερε την προσδοκώμενη ανταπόδοση (Freudenberg & Richelson 1980).

Ο Karger το 1981, την ορίζει ως ένα κοινωνικό, οργανωτικό πρόβλημα, αποτέλεσμα της «αντικειμενοποίησης» σε εμπορεύσιμο είδος των κοινωνικών δεξιοτήτων των εργαζομένων (Karger 1981).

Ο Brill το 1984, όρισε ότι είναι μια κατάσταση δυσφορίας και δυσλειτουργίας του ατόμου χωρίς ψυχοπαθολογία το οποίο:

α) Έχει εργαστεί στην ίδια θέση σε ικανοποιητικό επίπεδο για ένα διάστημα.,

β) ή δεν θα μπορέσει να επιστρέψει στο επίπεδο λειτουργίας του παρελθόντος χωρίς εξωτερική βοήθεια και αναδιαμόρφωση του περιβάλλοντος (Brill 1984).

Ο πιο ωστόσο διαδεδομένος και αποδεκτός στατικός ορισμός δίνεται από την κοινωνική ψυχολόγο Christine Maslach, περιγράφοντας την ως σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης του επαγγελματία υγείας, με απώλεια ενδιαφέροντος, θετικού συναισθήματος προς τους ασθενείς του, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και απόδοση, με αποτέλεσμα να αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Maslach 1982).

Οι Pines και Arosen το 1988 την ορίζουν ως μια κατάσταση φυσικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που δημιουργείται ύστερα από μακροχρόνια εμπλοκή σε συνθήκες συναισθηματικά απαιτητικές (Pines & Arosen 1988). Επίσης ισχυρίζονται ότι η ρίζα του προβλήματος έγκειται στην ανάγκη των ανθρώπων να πιστεύουν ότι τα πράγματα που κάνουν, επομένως και οι ίδιοι είναι σημαντικά και χρήσιμα (Pines 1993a).

Η Garden το 1991 την ορίζει ως μια τάση στην προσωπικότητα των ανθρώπων και τη διαχωρίζει πρώτον σε «συναισθηματικό» με ενδιαφέρον για τους ανθρώπους και δεύτερον σε «διανοητικό» με προσανατολισμό στην επίτευξη των στόχων (Garden 1991).

Τέλος το 1997 οι Maslach και Leiter εμφάνισαν την επαγγελματική εξουθένωση από κρίση σε σχέση με τους ανθρώπους, σε κρίση με την ίδια την εργασία, διατυπώνοντας τρεις διαστάσεις που περιλαμβάνουν την συναισθηματική εξάντληση, τον κυνισμό και την επαγγελματική αναποτελεσματικότητα (Maslach & Leiter 1997).

1.5.2.2 Αναπτυξιακοί ορισμοί

Στους αναπτυξιακούς ορισμούς ρόλο παίζουν οι ανικανοποίητες προσδοκίες και ανάγκες του ανθρώπου (Παναγιωτόπουλος 2008).

Πρώτος αναπτυξιακός ορισμός είναι του Cherniss το 1980 που ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία τριών σταδίων , στην οποία στάσεις και συμπεριφορές αλλάζουν αρνητικά έναντι της εργασιακής πίεσης. Το πρώτο στάδιο είναι η ανισορροπία ανάμεσα στις πηγές υποστήριξης και τις απαιτήσεις. Το δεύτερο είναι μια βραχύχρονη συναισθηματική ένταση που οδηγεί στην εξάντληση και τέλος αλλαγές στην στάση και συμπεριφορά του εργαζόμενου (Cherniss 1980).

Οι Edelwich και Brodsky το 1980, την όρισαν ως μια διαδικασία αυξανόμενης απογοήτευσης, που οδηγεί στην σταδιακή απώλεια ενέργειας, ιδεαλισμού και στόχων (Edelwich & Brodsky 1980).

Ο Meier το 1983 την ορίζει ως το βίωμα αρνητικών συναισθημάτων στον εργασιακό χώρο, με αποτέλεσμα να δημιουργεί στον εργαζόμενο χαμηλές προσδοκίες (Meier 1983).

Ο Etzion το 1987, την όρισε ως μια αργή και κρυφή ψυχολογική διάβρωση, λόγω των συνεχών, αναγνωρίσιμων ασυμφωνιών μεταξύ ατομικών και περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών (Etzion 1987).

Ο Hollsten το 1993, την όρισε ως απειλή και διατάραξη της αναπαράστασης του ενεργού αυτό-προσδιοριστικού ρόλου του εργαζόμενου, χωρίς να υπάρχει άλλος εναλλακτικός διαθέσιμος ρόλος (Hollsten 1993).

Τέλος οι Schaufeli & Enzman το 1998 πρότειναν ένα συγκεραστικό ορισμό. Την ορίζουν ως μια διαρκή, αρνητική σχέση με την εργασιακή κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από εξάντληση, συνοδευόμενη από άγχος, αίσθηση μειωμένης αποτελεσματικότητας, κινήτρων και τέλος ανάπτυξης δυσλειτουργικών στάσεων και συμπεριφορών στο χώρο της εργασίας.

Αυτή η ψυχολογική κατάσταση αναπτύσσεται σταδιακά και συνήθως περνά απαρατήρητο από το εμπλεκόμενο άτομο για αρκετό διάστημα. Θεωρείται αποτέλεσμα ασυμφωνίας προθέσεων του ανθρώπου και πραγματικότητας στην εργασία του. Συνήθως η επαγγελματική εξουθένωση διαιωνίζεται λόγω ανεπαρκών στρατηγικών αντιμετώπισης του ατόμου (Schaufeli & Enzman 1998).

2.1 Εισαγωγή

Η μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης των νοσηλευτών είναι επιπλέον ενδιαφέρουσα καθότι από τη μια πλευρά έχει εκπαιδευτεί να εργάζεται στο χώρο δομικά και λειτουργικά προσαρμοσμένο στο πλαίσιο ενός ιατροκεντρικού μοντέλου (Αλεξιάς 2000, Μεταλληνού 2000, Maslach et al 1997, 2001). Από την άλλη το μοντέλο αυτό όχι μόνο δεν προσφέρει λύσεις στην αντιμετώπιση προβλημάτων των ασθενών αλλά δημιουργεί και στους ίδιους συνθήκες στρεσογόνες (Κάντας 1995, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999). Απόρροια αυτού είναι να ανακινεί καθημερινά, συγκρούσεις υπαρξιακές, οι οποίες συχνά δε γίνονται άμεσα αντιληπτές οδηγώντας τους ύπουλα στην αμφισβήτηση τόσο της επαγγελματικής τους, όσο και της ανθρώπινης υπόστασης του (Ζυγούρης 2008).

2.2 Ιστορική Αναδρομή

2.2.1. Ιστορική αναδρομή επαγγελματικής ικανοποίησης

Το 1912 ο Taylor (Taylor 1919) απασχολήθηκε με την εργασιακή ικανοποίηση με την έννοια της επίτευξης της μέσα από την αυξημένη μισθολογική αποζημίωση των εργαζομένων (Χαραλαμπίδου 1996), θέτοντας τα θεμέλια της επιστημονικής διοίκησης. Το 1920 ιδρύει μαζί με τον συνεργάτη του οικονομική σχολή όπου συνδέει την εργασία με ορθολογικό τρόπο, το σύστημα αμοιβής με την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα. (Κουτούζης 1999) Το 1930-50 αναπτύσσεται το κίνημα των ανθρώπινων σχέσεων όπου δίνει έμφαση στις κοινωνικές σχέσεις και στις μη υλικές ανάγκες του εργαζομένου ως προσδιοριστικού παράγοντα ικανοποίησης και παραγωγικότητας (Κάντας 1998).

Τα επόμενα χρόνια το ενδιαφέρον αρχίζει και ατονεί για την επαγγελματική ικανοποίηση κυρίως για δύο λόγους:

α) Λόγω της πολυπλοκότητας του θέματος και των συμπεριφορικών μεταβολών στο χώρο εργασίας έχει περιορισμένο αντίκρισμα στην παραγωγικότητα

β) και τις δεκαετίες 1970-1980 επικρατούν νέες συνθήκες από οικονομικής πλευράς όπως ανεργία και οικονομική ύφεση που δεν άφηναν περιθώρια για <<πολυτελείς>> θεωρητικές προσεγγίσεις.

Μετά το τέλος της κρίσης η έρευνα ανάκαμψε και θεωρείται σήμερα η επαγγελματική ικανοποίηση σημαντικό θέμα, τόσο για όλους όσοι ασχολούνται με την διοίκηση ενός οργανισμού όσο και για τους ερευνητές. Η εξέλιξη αυτή οδήγησε στην δημιουργία σχολή οργανωσιακής συμπεριφοράς και οι λόγοι είναι οι εξής:

α) Ανθρωπιστικοί: καθότι η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με την ικανοποίηση από την ζωή και την καλή βιοψυχοκοινωνική υγεία του εργαζομένου.

β) Οικονομικοί: η επαγγελματική ικανοποίηση μειώνει τις απουσίες, αποχώρηση του προσωπικού, εργασιακό stress, εργατικά ατυχήματα

γ) Θεωρητικού και επιστημονικού ενδιαφέροντος (Blazer et al 1997).

2.2.2. Ιστορική αναδρομή επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο όρος burn out κατάγεται από την αθλητική αργκό της δεκαετίας του '30, όπου στην Αμερική οι αθλητές μετά από μεγάλες επιδόσεις δεν μπορούσαν να προσφέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Δρίβας 2002). Ως όρος καθιερώθηκε με την ομώνυμη νουβέλα 'burn out case' του Graham Green το 1961(Πετρομιχελάκη 2006). Η πρώτη αναφορά στην επιστημονική βιβλιογραφία έγινε από τον Brandley το 1969 και η πρώτη μελέτη από το ψυχίατρο Freudenberge στο σύγγραμμα του 'Staff Burn out' το 1974 (Freudenberge 1977). Τέλος η κοινωνική ψυχολόγος Christine Maslach έδωσε το πιο κατανοητό και αποδεκτό ορισμό (Lavenclen 1981).

Η ετυμολογία της λέξης burn out καταγράφεται στην αγγλική γλώσσα ως «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον, μέχρι του σημείου απανθράκωσης» (Maslach et al 2001). Το φαινόμενο αυτό ορίζεται ως μια εξελικτική διεργασία – διαδικασία (process-centered) μη επιτυχούς αντιμετώπισης του χρόνιου άγχους (Edelwich & Brodsky 1980). Η Maslach το περιγράφει ως ένα σπирάλ που είναι δύσκολο να ξεφύγει κανείς (Maslach & Pines 1977).

2.3 Θεωρητικές – εννοιολογικές προσεγγίσεις επαγγελματικής

ικανοποίησης – εξουθένωσης

2.3.1 Θεωρίες επαγγελματικής ικανοποίησης

Όλες οι θεωρίες συμφωνούν στο εξής: οι πρωτοβουλίες δράσης των εργαζομένων επηρεάζονται από το περιβάλλον. Διάφορες απόψεις υπάρχουν ως προς τις διανοητικές εργασίες των εργαζομένων στον προσδιορισμό των αντιδράσεων (Χαραλαμπίδου 1996).

Οι θεωρίες που θα παρατεθούν παρακάτω χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες: στα ένστικτα, στις ανάγκες, στις διεργασίες, στις συμπεριφορικές και τέλος στις νεότερες θεωρίες.

2.3.1.1 Θεωρίες ικανοποίησης ενστίκτων

Οι ερευνητές ψυχολόγοι James (1899) & Mc Dugall (1908), προσπάθησαν να αποδείξουν ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά προσδιορίζεται από ένα αριθμό έμφυτων και κληρονομικών ενστίκτων.

Ο ψυχολόγος Freud στην συνέχεια υποστήριζε τα υποσυνείδητα κίνητρα. Τέλος, οι μεταγενέστεροι ψυχολόγοι απέρριψαν τόσο την θεωρία των ενστίκτων, όσο και ένα μέρος της θεωρία του Freud (Κάντας 1998).

2.3.1.2 Θεωρίες ικανοποίησης αναγκών. Θεωρία της ιεραρχίας των αναγκών του

Maslow

Η πιο δημοφιλής θεωρία για την ικανοποίηση είναι η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών τους Maslow το 1943, καθότι προσφέρει μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις έμφυτες, φυσικές και επίκτητες ανάγκες του ανθρώπου. Σύμφωνα με τον Maslow υπάρχουν πέντε κατηγορίες ανθρώπινων αναγκών δομημένες με ιεραρχική δομή. Υποστήριξε αυτήν την ιεραρχική δομή στο αξίωμα, ότι υπάρχουν μερικές ανθρώπινες ανάγκες κατά προτεραιότητα βασικές σε σχέση με άλλες:

- Ανάγκες Αυτοπραγμάτωσης
- Ανάγκες Αυτοεκτίμησης
- Ανάγκες Κοινωνικές
- Ανάγκες Ασφάλειας
- Ανάγκες Φυσιολογικές

Στο κάτω μέρος της ιεραρχίας βρίσκονται οι:

Φυσιολογικές Ανάγκες: συνδέονται με τις βιολογικές ανάγκες του ανθρώπου. Στο χώρο εργασίας είναι η αμοιβή, τα επιδόματα, παροχές μη οικονομικού χαρακτήρα και τέλος ανάγκες ισορροπίας οικογένειας-εργασίας.

Ανάγκες Ασφάλειας: προστασία από κινδύνους φυσικούς και ψυχολογικούς. Στο χώρο εργασίας είναι η μόνιμη και σταθερή εργασία και ασφάλιση.

Κοινωνικές Ανάγκες: φιλία, αγάπη, αποδοχή. Στο χώρο εργασίας οι εργαζόμενοι να δρουν ως μέλη ομάδας εργασίας, να συμμετέχουν στις αποφάσεις και στο προγραμματισμό εργασίας (Χαραλαμπίδου 1996).

Αυτοεκτίμηση αναγκών: αυτοσεβασμός, αναγνώριση. Στο χώρο εργασίας επαγγελματική καταξίωση, προβολή ικανοτήτων και προσόντων, δημιουργία κλίματος υπόληψης λόγω ικανοτήτων και κατοχής θέσης χώρου (Χαραλαμπίδου 1996).

Αυτοπραγμάτωση: αξιοποίηση ικανοτήτων και δυνατοτήτων του εργαζομένου (Κάντας,1998, Κουντουζής 1999).

Θεωρία των επιτευγμάτων του Mc Clelland

Η θεωρία είναι μια γνωστική θεωρία κινήτρων (Κάντας 1998) Το άτομο κατά την διάρκεια της ζωής του και με την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος αποκτά τρεις ανάγκες που μπορούν να διδαχθούν:

Την επίτευξη των στόχων (achievement)

Τη δημιουργία δεσμών (affiliation)

Την εξουσία (power) (Mc Clelland et al 1953, Mc Clelland 1961,1985).

Η επίτευξη των στόχων: ορίζεται η προδιάθεση του ατόμου για την επίτευξη της επιτυχίας.

Η δημιουργία δεσμών: ορίζει την ανάγκη του ατόμου να ανήκει σε ομάδες, κοινωνική αναγνώριση, αποδοχή, στοργή, αγάπη.

Εξουσία: ανάγκη για δύναμη, επιθυμία για έλεγχο και επιρροή στην συμπεριφορά των άλλων (Κάντας 1998).

Η θεωρία αυτή δεν έτυχε μεγάλης απήχησης στον χώρο της διοίκησης λόγω του ότι ένα ατομικό χαρακτηριστικό όπως η ανάγκη για επίτευξη δεν επαρκεί να ερμηνεύσει αυτό που σημαίνει στον χώρο εργασίας (Κάντας 1998, Foster 2000).

Θεωρία των παραγόντων του Herzberg

Ο Herzberg το 1966 παρουσίασε μια ολοκληρωμένη θεωρία κινήτρων που στηρίζεται στην επαγγελματική ικανοποίηση και βασίζεται σε αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη σε χώρους εργασίας, με στόχο την ανάλυση παραγόντων που υποκινούν τους εργαζόμενους (Κουτούζης 1999).

Ο Herzberg ξεχωρίζει δύο κατηγορίες παραγόντων. Η πρώτη είναι τα κίνητρα και περιλαμβάνουν πέντε επιμέρους παράγοντες σύμφωνα με τον Herzberg «είναι αποτελεσματικοί ως προς το να προωθούν το άτομο σε καλύτερη επίδοση και μεγαλύτερη προσπάθεια» (Kerton 1998). Συντελούν στην δημιουργία θετικών αισθημάτων και λειτουργούν ως ατομικά κίνητρα.

Η δεύτερη κατηγορία είναι τα αντικίνητρα και περιλαμβάνουν οκτώ επιμέρους παράγοντες, όπου συνδέονται με αρνητικά αισθήματα δυσαρέσκειας σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας.

Πίνακας 1. Κίνητρα-Αντικίνητρα

<ul style="list-style-type: none">• Επίτευξη στόχου• Αναγνώρισης προσπάθειας• Εξέλιξη στην εργασία• Το αντικείμενο της εργασίας• Δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης	<ul style="list-style-type: none">• Διοίκηση και πολιτική οργανισμού• Επίβλεψη• Συνθήκες εργασίας• Διαπροσωπικές σχέσεις στον οργανισμό• Μισθοί- Αμοιβή• Κύρος• Προσωπική ζωή• Ασφάλεια εργασίας
--	---

(Πηγή: Κουτούζης 1999)

Το παράδοξο της συγκεκριμένης θεωρίας είναι ότι ένας εργαζόμενος μπορεί να είναι ταυτόχρονα ικανοποιημένος και δυσαρεστημένος από την εργασία του (Μιχόπουλος 1996, Μπρούζος 2004), ενώ δε λαμβάνει υπόψη το ρόλο των ατομικών χαρακτηριστικών, αξίες και στάσεις των εργαζομένων (Eliophotou-Menon, Papanastasiou & Zempylas 2008). Παρόλα αυτά έτυχε ευρείας εφαρμογής στη μελέτη κινήτρων εργασίας και επαγγελματικής ικανοποίησης (Χαραλαμπίδου 1996).

Η θεωρία του Alderfer- ERG

Σύμφωνα με τον Alderfer το 1972 τροποποιεί της θεωρία του Maslow και περιορίζει τις θεωρίες των ανθρώπινων αναγκών από πέντε σε τρεις:

α) Υπαρξιακές (Existence): υπάγοντες οι φυσιολογικές και ασφαλείας ανάγκες του Maslow.

β) Σχέσεων (Relatedness): υπάγοντες οι διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις κατά Maslow

γ) Ανάπτυξης (Growth): υπάγονται ανάγκες εσωτερικής επιθυμίας για σεβασμό και αυτοπραγμάτωση κατά Maslow (Alderfer 1972)

Στην θεωρία του Alderfer είναι δυνατή η ταυτόχρονη ενεργοποίηση διαφορετικών κατηγοριών αναγκών. Αναγνωρίζει την σημασία της επίδρασης του κοινωνικού μορφολειτουργικού πλαισίου τόσο στη διαμόρφωση, όσο και στην αξιολόγηση της προτεραιότητας των αναγκών. Αν και θεωρείται περισσότερο ρεαλιστική ως θεωρία, δεν έτυχε εμπειρικής τεκμηρίωσης (Κάντας 1998).

2.3.1.3 Θεωρίες ικανοποίησης διεργασιών

Οι θεωρίες αυτές εστιάζουν στη διαδικασία ικανοποίηση η οποία προσδιορίζεται στις αξίες, ανάγκες και προσδοκίες που έχει ο εργαζόμενος σε σχέση με το εργασιακό του περιβάλλον και κυρίως στην διάσπαση μεταξύ πραγματικής κατάστασης και προσδοκιών. Δηλαδή η ικανοποίηση εξαρτάται από τη σχέση άτομο-περιβάλλον και όχι μόνο από την φύση και το περιεχόμενο της εργασίας (Ζυγούρης 2008).

Η θεωρία της δικαιοσύνης του S.Adams

Σύμφωνα με την θεωρία της Ισότητας (Equity Theory), ο εργαζόμενος επιθυμεί την ίση και δίκαιη μεταχείριση σε σχέση με τους άλλους εργαζόμενους όπου συγκρίνει:

α) την προσφορά τους σε σχέση με τις απολαβές του

β) την προσφορά και τις απολαβές σε σχέση με άλλους εργαζόμενους εντός ή εκτός οργανισμού (Adams 1965).

Αν στην σύγκριση διακρίνει ανισότητα του βάρους του, τότε δημιουργείται ψυχολογική ένταση και δυσαρέσκεια. Η θεωρία αυτή μπορεί να βρει εφαρμογή στον χώρο εργασίας για την εξακρίβωση των λόγων δυσαρέσκειας και της χορήγησης αμοιβών (Κάντας 1998).

Η θεωρία των προσδοκιών του V.Vroom

Η θεωρία των προσδοκιών (Expectancy Theory) το 1964 ασχολείται όχι με αυτό που παρακινεί τον εργαζόμενο αλλά με το πώς αυτός παρακινείται (Vroom 1964,1966,1971).

Το άτομο κάνει λογικές-οικονομικές επιλογές κοιτώντας υποκειμενικά προς πραγματοποίηση-εκείνη από την οποία θα έχει μεγαλύτερο όφελος, συνεκτιμώντας νοητικά το αναμενόμενο κόστος.

Εισάγει έννοιες όπως σθένος, συντελεστικότητα και προσδοκίας όπου:

Σθένος (Valence): είναι ο υποκειμενικός βαθμός προτίμησης για το αποτέλεσμα.

Συντελεστικότητα (Instrumentality): όταν το αναμενόμενο αποτέλεσμα μπορεί να οδηγήσει στις επίτευξη άλλων αποτελεσμάτων.

Προσδοκία (Expectancy): η στιγμιαία πεποίθηση ότι μια ενέργεια μπορεί να οδηγήσει σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα.

Συμπερασματικά, η ικανοποίηση εξαρτάται από τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ επιθυμίας, προσδοκίας, ανταμοιβών και της υποκειμενικής εκτίμησης της δυνατότητας επίτευξης συγκεκριμένης απόδοσης (Κάντας 1998).

Το υπόδειγμα του Porter-Lawfer

Το υπόδειγμα του Porter-Lawfer το 1975 θεωρεί ότι η ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα της απόδοσης και όχι ότι η ικανοποίηση οδηγεί στην απόδοση. Δηλαδή ότι η ηττηθείσα εμπειρία του εργαζομένου προσδιορίζει τις επόμενες εμπειρίες του μέσα από τη σχέση προσπάθεια-απόδοση-ανταμοιβή (Porter-Lawfer 1975). Η θεωρία αυτή θεωρείται παραλλαγή της θεωρίας του Vroom όπου ενσωματώνει την προσπάθεια ανάμεσα στην αποδοχή και την ικανοποίηση (Ζυγούρης 2008).

Η θεωρία του καθορισμού στόχου των Locke και Latham

Σύμφωνα με τη θεωρία της στοχοθέτησης κάθε πράξη αποβλέπει σε κάποιο στόχο και μπορεί να ερμηνευθεί με βάση την ιδέα, την επιθυμία που έχει ο άνθρωπος για το στόχο. Αρκεί ο στόχος να είναι σαφής, ρεαλιστικός αποδεκτός από τους εργαζόμενους. Να έχει εμπιστοσύνη ο εργαζόμενος στη διοίκηση, να συμμετέχει στην διαμόρφωση και διατύπωση του στόχου. Τέλος να υπάρχει

διαδικασία ανατροφοδότησης ως προς την επίτευξη των στόχων (Locke 1968,1976, 1978, Locke et al 1981, Locke & Latham 1990a, 1990b) και ανταμοιβή μετά την επίτευξη του στόχου αναλόγως του βαθμού δυσκολίας (Κάντας 1998).

Από τη θεωρία του καθορισμού στόχου απουσίαζε μια ολοκληρωμένη ψυχολογική θεωρητική βάση, αφού κάθε στοχοθέτηση δεν λειτουργεί πάντα ή γιατί ο στόχος δεν είναι αποδεκτός ή αν ο εργαζόμενος δεν έχει κάποιο όφελος (Κάντας 1998).

Το κενό επιχειρεί να το καλύψει ο Bandura με την κοινωνική γνωστική θεωρία του (Bandura & Wood 1989).

Η κοινωνική γνωστική θεωρία του Bandura

Σύμφωνα με τον Bandura οι στόχοι δεν λειτουργούν παρακινητικά από μόνοι τους αλλά μέσα από την αυτοαξιολόγηση και τη σύγκριση που δημιουργεί το άτομο. Οι στόχοι θέτουν τα κριτήρια και όσο πιο δυσαρεστημένος είναι ο εργαζόμενος από την επίδοση του σε σχέση με τον στόχο, τόσο περισσότερο αυξάνει τις προσπάθειές του με την προϋπόθεση ότι η επιδειχθείσα επίδοση του δεν απέχει από την επιδιωκόμενη επίδοση του, διαφορετικά ο στόχος εγκαταλείπεται. Η έννοια κλειδί της θεωρίας θεωρείται το αίσθημα της αυτεπάρκειας (self-efficacy). Αυτό σημαίνει, ότι κατά τη διαδικασία επίτευξης των στόχων δημιουργείται εσωτερικό πρότυπο και γνωστικές διαδικασίες αυτεπάρκειας, που ονομάζεται διαβλεπόμενη αυτεπάρκεια και αφορά στο τι μπορεί να κάνει το άτομο, με τις όποιες δεξιότητες κατέχει. Η επίτευξη του στόχου, οδηγεί στο αίσθημα αυτεπάρκειας και αυτό με τη σειρά του επηρεάζει στην παραπέρα επιδίωξη των στόχων. Η καθιέρωση στόχου βοηθά το άτομο να προσαρμόσει την συμπεριφορά του και να επικεντρώσει τις προσπάθειες προκειμένου να πετύχει το στόχο (Bandura 1983, 1986, 1989, Κάντας 1998, Κάντας & Χαντζή 1991).

2.3.1.4 Συμπεριφοριστικές θεωρίες

Θεωρίες τροποποίησης συμπεριφοράς

Οι θεωρίες της τροποποίησης της συμπεριφοράς συνδέονται με τις θεωρίες ενίσχυσης του Skinner, όπου δέχονται ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά μπορεί να τροποποιηθεί μέσω των δομών – αμοιβών και διάφορων τύπων συμπεριφοράς, κατά τη διαδικασία της θετικής ενίσχυσης. Το κύριο σημείο αμφισβήτησης στις θεωρίες αυτές είναι ότι αγνοεί την ατομικότητα του ατόμου και την ικανοποίηση από την εργασία, περιορίζει την ελευθερία και μπορεί να ανακύψουν ηθικά ζητήματα (Κάντας 1998).

Το μοντέλο των χαρακτηριστικών της εργασίας των Hackman & Oldham

Το μοντέλο αυτό (job characteristic model) θεωρείται σημαντικό καθότι προσπαθεί να καλύψει όλες τις σχετικές συμπεριφορές εργασίας και να προσφέρει ένα σχετικά πλήρες και αρκετά πρακτικό πλαίσιο για τη βελτίωση της ικανοποίησης της ανάγκης για ανάπτυξη. Αποτελείται από τρεις διαστάσεις :

α) βασικά χαρακτηριστικά εργασίας: ποικιλία δεξιοτήτων, ταυτότητα και σπουδαιότητα του έργου, αυτονομία, επανατροφοδότηση.

β) Ψυχολογικές καταστάσεις: βιωμένη σημασία της εργασίας, βιωμένη υπευθυνότητα για το αποτέλεσμα, γνώση αποτελεσμάτων εργασίας.

γ) Εργασιακά αποτελέσματα: Υψηλού επιπέδου εσωτερικά κίνητρα, υψηλής ποιότητας επίδοση, υψηλού επιπέδου επαγγελματική ικανοποίηση, χαμηλός βαθμός απουσιών και αποχωρήσεων (Hackman & Oldman 1975, 1976, Algebra 1990).

2.3.1.5 Νεότερες θεωρίες ικανοποίησης

Θεωρία της συναισθηματικής νοημοσύνης

Συναισθηματική νοημοσύνη ορίζεται η ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται, να κατανοεί και χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και τα άλλων, με τους οποίους έχει σχέση αλληλεπίδρασης, ως πηγή κινήτρων, επιρροής, γνώσης και ενέργειας.

Διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι :

1. Αυτεπίγνωση
2. Αυτορύθμιση
3. Παρακίνηση
4. Ενσυναίσθηση
5. Κοινωνικές δεξιότητες (Goleman 1995, 1998, 2002, 2005).

Ενδυνάμωση (Empowerment)

Η ενδυνάμωση συνθέτει προϋπάρχουσες θεωρίες , απόψεις και πρακτικές που εστιάζονται στον αυτοέλεγχο, τη δέσμευση του εργαζόμενου, τη συμμετοχή, την εσωτερική ανάπτυξη, την παρακίνηση και τέλος στην υποκειμενική αίσθηση του ατόμου παρά τους εξωτερικούς παράγοντες.

Η ενδυνάμωση **ως διαδικασία**: είναι ένας συνδυασμός ενεργειών από πλευράς διοίκησης ώστε να επιτευχθεί η μεγαλύτερη δυνατή απόδοση του εργαζόμενου ταυτόχρονα με την ικανοποίηση του.

Ως κατάσταση: αφορά το πώς αισθάνεται ο εργαζόμενος και πως συμπεριφέρεται. Αποτελείται από τις εξής διαστάσεις:

1. Αίσθηση νοήματος από τη εργασία (sense of meaning)
2. Αίσθηση ικανότητας (sense of competence)
3. Αίσθηση αυτοπροσδιορισμού (sense of self determination)
4. Αίσθηση επιρροής (sense of impact) (Μπουραντάς 2002).

2.3.2 Μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης

Αρκετοί ερευνητές ταυτίζουν τον όρο επαγγελματική εξουθένωση με συγγενικούς όρους όπως το «εργασιακό stress», την «κατάθλιψη» και την «έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης». Χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης όμως είναι ότι δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός. Αλλά είναι ένα συσσωρευμένο, χρόνιο stress, που εμποτίζει τον εργαζόμενο, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού του χώρου, λόγω της μείωσης των ψυχικών του αποθεμάτων (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2000). Η εμφάνιση του συνδρόμου είναι ιδιαίτερης σημασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό, εξαιτίας των επιπτώσεων τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στους χρήστες υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι ως εκ τούτου εισπράττουν και απρόσωπη συμπεριφορά και σκληρή μεταχείριση (Πετρόπουλος 2009). Τα πιο πολλά θεωρητικά μοντέλα προσπαθούν να ερμηνεύσουν

το φαινόμενο αυτό από το πρίσμα αλληλεπίδρασης τόσο ατομικών όσο και περιβαντολλογικών παραγόντων (Vachon 1987). Υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται σε στρεσογόνες και δυσμενείς καταστάσεις π.χ. φορτωμένο πρόγραμμα, αυταρχική διοίκηση κ.λ.π. (Pines 1986). Ενώ άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν τους ατομικούς παράγοντες (Antoniou 1999, Dekker & Schaufeli 1995, Leiter & Maslach 1988), π.χ. τις προσδοκίες που έχει ο εργαζόμενος από τον εαυτό του αλλά και από το χώρο υγείας που εργάζεται (Firth-Cozens & Payre 1999). Ανεξάρτητα από την διαφορετική θεωρητική προσέγγιση των μοντέλων της επαγγελματικής εξουθένωσης, το σύνδρομο αυτό φανερώνει την απώλεια ενδιαφέροντος του ατόμου για την εργασία του, η οποία καταλήγει στην διατάραξη των εργασιακών – κοινωνικών σχέσεων του (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007).

2.3.2.1 Το μοντέλο Edelwich & Brodsky (1980)

Σύμφωνα με τους Edelwich & Brodsky η εξουθένωση είναι μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας καθότι αυτή δεν ανταποκρίνεται στον στόχο και τα ιδανικά του επαγγελματία και αναπτύσσεται σε τέσσερα στάδια (Μεταλληνού 2000, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).

1. **Ενθουσιασμός:** Ο νεοδιοριζόμενος επαγγελματίας υγείας θέτει υψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή αφιερώνοντας πολύ χρόνο και ενέργεια στη δουλειά του.
2. **Αμφιβολίας και αδράνειας:** Συνειδητοποιεί ότι ενώ προσφέρει πολλά, οι προσδοκίες και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται. Αρχίζει να δουλεύει πιο σκληρά και ταυτόχρονα να βελτιώσει γνώσεις και δεξιότητες. Προοδευτικά αναζητά τα αίτια της απογοήτευσης του στον εργασιακό χώρο το οποίο και από-ιδανικοποιεί θέματα που δεν τα θεώρησε ήσσονος σημασίας στο παρελθόν, τα θεωρεί τώρα σημαντικά π.χ. χαμηλός μισθός, ωράριο κ.λ.π. Στο στάδιο αυτό αποφεύγει να αναθεωρήσει τις παράλογες απαιτήσεις.
3. **Απογοήτευσης και ματαιώσης:** Το στάδιο αυτό θεωρείται μεταβατικό καθότι ο εργαζόμενος αναγνωρίζει ότι δεν μπορεί να αντλήσει ικανοποίηση από την εργασία του όπου προσδοκούσε και ωθείται στην απογοήτευση. Τώρα αναγκάζεται και να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους – προσδοκίες και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του και να απομακρυνθεί από το χώρο εργασίας που του προκαλεί άγχος.
4. **Απάθεια:** Δεν ενδιαφέρεται για την δουλειά του. Νιώθει ανεπαρκής, αποφεύγει κάθε δραστηριότητα και διατηρεί τη θέση του μόνο για βιοποριστικούς λόγους (Edelwich & Brodsky 1980).

2.3.2.2 Το μοντέλο Cherniss (1980)

Σύμφωνα με τον Cherniss η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν» και αναπτύσσεται σε τρία στάδια :

1. **Εργασιακό stress:** Είναι η διαταραχή ισορροπίας ανάμεσα απαιτούμενων και διαθέσιμων πόρων, τόσο στο εξωτερικό όσο και στο εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου. Το εργασιακό στρες μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε εργαζόμενο, χωρίς απαραίτητα να τον οδηγήσει στην εξουθένωση.
2. **Εξάντληση:** Είναι συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διαταραχή ισορροπίας. Παρουσιάζεται με την μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, έλλειψη ενδιαφέροντος και απάθεια. Ο εργασιακός χώρος είναι πηγή εξάντλησης, που αν δεν διαχειριστεί έγκαιρα την κατάσταση αυτή, θα τον οδηγήσει στην απογοήτευση και παραίτηση.
3. **Αμυντική κατάληξη:** Επέρχονται αλλαγές στην στάση και συμπεριφορά του εργαζόμενου π.χ. αποεπενδύει συναισθηματικά την εργασία, εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια, προκειμένου να μειώσει τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες που επέρχονται και να επιβιώσει ψυχολογικά (Cherniss 1980a, 1980b).

2.3.2.3 Μοντέλο τριών διαστάσεων Maslach (1982)

Συναισθηματική εξάντληση: αποτελεί τον πυρήνα του συνδρόμου, όπου ο εργαζόμενος έχει την αίσθηση της ψυχικής κόπωσης. Δεν διαθέτει δηλαδή τις απαιτούμενες εφεδρείες ενέργειας ώστε να επενδύσει συναισθηματικά στην δουλειά του.

Αποπροσωποποίηση: Απομάκρυνση από τους αρρώστους και ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων.

Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων: μείωση απόδοσης και παραίτησης κάθε προσπάθειας αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων με τους ασθενείς (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2000). Αρνητική αξιολόγηση του εαυτού του, βιώνοντας συναισθήματα απαισιοδοξίας και απαξίωσης (Maslach & Jackson 1986).

2.3.2.4 Μοντέλο Meier (1983)

Το μοντέλο Meier εστιάζεται στις γνωστικές και συμπεριφοριστικές πλευρές του ανθρώπου και στον τρόπο που προκαλούν την εξουθένωση. Την προσεγγίζει ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με τις ρίζες του να βρίσκονται στο άτομο και περιβάλλον (Meier 1983).

2.3.2.5 Μοντέλο Colembiewski (1985)

Συμφωνεί με τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης της Maslach, διαφωνεί όμως στην αλληλουχία εμφάνισης τους. Υποστηρίζει ότι η εξουθένωση ξεκινάει με την αποπροσωποποίηση, συνεχίζει με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και καταλήγει με την συναισθηματική εξάντληση (Golembiewski et al 1986).

2.3.2.6 Μοντέλο Pines (1993)

Σύμφωνα με το μοντέλο της Pines η εξουθένωση εξαρτάται από τα κίνητρα του εργαζομένου.

Καθολικά κίνητρα : Περιλαμβάνουν στόχους και προσδοκίες για επιτυχία, εξουσία, κοινωνική αναγνώριση.

Ατομικά κίνητρα : συνδέονται με πρότυπα και κάποιο σημαντικό γεγονός.

Επαγγελματικά κίνητρα : είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης δυο διαδικασιών της επιλογής και της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης.

Τα κίνητρα συμβάλλουν στην δημιουργία μιας προσδοκίας στον εργαζόμενο, ότι η εργασία του θα τον βοηθήσει να πετύχει και ότι θα έχει σημαντική επίδραση στην ζωή των ανθρώπων. Το περιβάλλον εργασίας και οι συνθήκες θα του παρέχουν ή όχι την ευκαιρία να πραγματοποιήσει αυτή την προσδοκία. Το μοντέλο της Pines δεν περιορίζεται μόνο στους επαγγελματίες υγείας αλλά και στις οικογενειακές σχέσεις και στις πολιτικές συγκρούσεις. Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines για την εξουθένωση την αντιμετωπίζει ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μια κλίμακα που δίνει συνολική βαθμολογία (Pines 1993b).

2.4 Μελέτη αποτίμησης επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης

νοσηλευτικού προσωπικού στην Διεθνή και Ελληνική πραγματικότητα

Οι έρευνες για την επαγγελματική ικανοποίηση – εξουθένωση των νοσηλευτών άρχισαν να αυξάνονται από το 1978, όταν αναγνωρίστηκε η επίδραση που είχαν στους νοσηλευτές και στην φροντίδα των ασθενών (Brown 1989). Από τότε αποτελεί σημαντικό θέμα για τις νοσηλευτικές διοικήσεις (Lewantaski & Kosotsky 1983).

2.4.1 Διεθνής πραγματικότητα

Η διερεύνηση της σχέσης επαγγελματικής ικανοποίησης – εξουθένωσης στο χώρο της υγείας αποτελεί συχνά ερευνητικό στόχο. Σύμφωνα με την Firth – Cozens το 1997 το 1/3 των νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο παρουσιάζει συμπτώματα του συνδρόμου εξουθένωσης από την αρχή κιόλας της καριέρας τους (Firth – Cozens 1997).

Στην Ολλανδία οι ερευνητές Visser et al, βρήκαν το 2003 χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Visser et al 2003).

Οι Bovier et al το 2009 στην Ελβετία, βρήκαν ότι όσο μεγαλύτερη ικανοποίηση νιώθουν οι εργαζόμενοι, τόσο καλύτερα αντιμετωπίζουν την εξουθένωση (Bovier et al 2009).

Οι Sharma et al το 2008 στην Αγγλία βρήκαν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται αρνητικά με την εξουθένωση (Sharma et al 2008). Φτωχές διοικητικές πρακτικές π.χ. μειωμένη υποστήριξη, ανατροφοδότηση, ανεπαρκής έλεγχος, μειώνουν την ικανοποίηση και αυξάνουν την εξουθένωση (Taylor et al 1999, Edwards et al 2000, Healy et Mc Kay 2000). Επίσης η εξουθένωση λόγω της μειωμένης ικανοποίησης επηρεάζει την ψυχική και σωματική υγεία των νοσηλευτών (Blege 1993).

Η σχετιζόμενη εξουθένωση δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο π.χ. έλλειψη προσωπικού (Adams & Bond 2000, Aiken et al 2002, Tummers et al 2002), αύξηση της κινητικότητας του προσωπικού (Giffarad et al 2002) αποχώρηση (Irvine 1995, Grieshaber 1995) και τέλος απουσίες (Anderson et al 1991) Το 2002 στο Βέλγιο τέσσερις στους δέκα νοσηλευτές από 22 νοσοκομεία δεν θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή και οι περισσότεροι από τους μισούς είχαν σκεφτεί να αλλάξουν επάγγελμα (Milisen et al 2006). Οι Leiter et al, το 1998 έδειξαν ότι χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης των νοσηλευτών σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα (Leiter et al 1998).

Η έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης της προσφοράς των νοσηλευτών, το χαμηλό κοινωνικό γόητρο, η αναντιστοιχία αποδοχών – έργου και η παντελής αδιαφορία της πολιτείας αποτελούν τα σημαντικότερα προβλήματα τους (Στάθης 2001 2005)

Η αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου, και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών θα πρέπει να βασίζεται στην ύπαρξη ενός υγιούς νοσηλευτικού σώματος, τόσο σωματικά όσο και ψυχοκοινωνικά επαγγελματικά ικανοποιημένο αλλά και επιστημονικά καταρτισμένο (Wright & Boneti 1997).

2.4.2. Ελληνική Πραγματικότητα

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και μείωση της επαγγελματικής ικανότητας κάνει έντονα την παρουσία του και στους Έλληνες νοσηλευτές όπως και στην χώρα του Δυτικού κόσμου (Γούλας και συν. 2005). Και αυτό αποδεικνύεται από την παρουσία των παρακάτω ερευνών. Η μελέτη των Αναγνωστόπουλος και συν το 2010 σε νοσοκομείο της Αθήνας έδειξε ότι όσο αυξάνεται η ικανοποίηση τόσο μειώνεται η συναισθηματική εξάντληση και όσο αυξάνεται η ικανοποίηση τόσο αυξάνονται και τα προσωπικά επιτεύγματα (Αναγνωστόπουλος και συν 2010).

Ο Σακελλαρόπουλος το 2006 σε δύο επαρχιακά νοσοκομεία του Νομού Αχαΐας βρήκε για το νοσηλευτικό προσωπικό ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται αρνητικά με την εξουθένωση (Σακελλαρόπουλος 2006). Η Χαραλαμπίδου το 1996 σε τέσσερα κρατικά νοσοκομεία της Περιφέρειας Αττικής, βρήκε ότι η ικανοποίηση υπήρξε για τους νοσηλευτές σε όσους μόνο δούλευαν σε πρωινό ωράριο, κατείχαν θέσεις προϊσταμένης, δε δούλευαν σε κλινικό χώρο και παράλληλα, διαπίστωσε ότι οι άγαμες είχαν υψηλό επίπεδο ισορροπίας στη σχέση οικογένεια-εργασία (Χαραλαμπίδου 1996).

Οι Αδαλή και Πριάμη το 2002 κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές εγκαταλείπουν την εργασία τους, είτε λόγω πρόωμης συνταξιοδότησης είτε λόγω αλλαγής επαγγέλματος (Αδαλή & Πριάμη 2002).

Οι Μάμας και συν το 2007 στην έρευνα τους στο Γενικό Νοσοκομείο της Νάουσας βρήκαν ότι το προσωπικό εκφράζει μειωμένη ικανοποίηση λόγω μη αναγνώρισης της προσφοράς του και συνθηκών εργασίας (Ποζουκίδου 2007). Οι Κουράκος και συν., το 2012 έδειξαν σε μελέτη τους σε παθολογικές κλινικές της Αθήνας ότι οι νοσηλευτές βίωναν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από το αντικείμενο εργασίας τους και με την σχέση που συνάπτουν με άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Κουράκος και συν. 2012). Οι Παπαδάτου και συν., το 1994 κατέληξαν ότι η εξουθένωση των νοσηλευτών που φροντίζουν καρκινοπαθείς, δε διαφέρει με τους νοσηλευτές των γενικών

νοσοκομείων και ότι ατομικοί – ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν πιο πολύ από τους δημογραφικούς παράγοντες και τις συνθήκες εργασίας (Παπαδάτου και συν. 1994). Η Κανδρή και συν., το 2004 βρήκαν ότι οι νοσηλευτές αντιστέκονται στην εξουθένωση παρά τις δύσκολες συνθήκες εργασίας λόγω της υποστήριξης της διοίκησης και καλής οργάνωσης της εργασίας (Κανδρή και συν 2004). Οι Αντωνίου και Τζαβάρα το 2005, συνέθεσαν την εξουθένωση με τη σωματική και συναισθηματική δυσλειτουργία σε μικρότερης ηλικίας εργαζομένων (Αντωνίου και Τζαβάρα 2005).

Οι Μπελλάλη και συν., το 2007 διαπίστωσαν τη σχέση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας με τη συναισθηματική εξάντληση και επιτεύγματα με αποπροσωποποίηση (Μπελλάλη και συν. 2007).

Οι Μαλλιαρού και συν., το 2008 βρήκαν στατιστική διαφορά μεταξύ συναισθηματικής εξάντλησης και κυκλικών ωραρίων. Η συναισθηματική εξάντληση οδηγεί την επιθυμία αποχώρησης από το νοσοκομείο. Στατιστική διαφορά μεταξύ αποπροσωποποίησης και δυσχέρειας επιστημονικής συνεργασίας, προσωπικών επιτευγμάτων και κοινωνικής καταξίωσης (Μαλλιαρού και συν. 2008).

2.5 Παράγοντες που συμβάλλουν στην μείωση της ικανοποίησης και αύξηση

της εξουθένωσης

Στη δυναμική κυρίως αλληλεπίδραση μεταξύ περιβαλλοντικών και προσωπικών παραγόντων εστιάζονται οι περισσότερες θεωρητικές προσεγγίσεις προκειμένου να ερμηνευτούν τα σύνδρομα της επαγγελματικής ικανοποίησης – εξουθένωσης. Ακολουθούμενα από κοινωνικούς, δημογραφικούς, πολιτιστικούς και ιδεολογικούς παράγοντες (Lavandero 1981, Firth –Cozens & Hardy 1992, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Ιακωβίδης 1997, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008).

2.5.1 Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο εργάζεται το άτομο στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης θέσης, συνθήκες και στα καθημερινά καθήκοντα (Φατούρου & Παπαθανασίου 2008).

2.5.1.1 Εργασιακές συνθήκες

Οι εργασιακές συνθήκες φαίνεται ότι συμβάλλουν αισθητά στη μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης και αύξηση της εξουθένωσης περισσότερο από τους υπόλοιπους παράγοντες (Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Αντωνίου 2008)

Πιο συγκεκριμένα :

1. **Φόρτος εργασίας:** μεταφράζεται για το νοσηλευτή ότι σε πολύ λίγο χρόνο πρέπει να εξυπηρετηθεί ένας πολύ μεγάλος αριθμός ασθενών από ένα μικρό αριθμό νοσηλευτών (Maslach & Jackson 1986) και συνεπάγεται:

Ότι ο νοσηλευτής δεν μπορεί να προσεγγίσει ολιστικά τον ασθενή και επικεντρώνεται επιλεκτικά σε κάποια προβλήματα, ως επείγοντα και πρωτεύοντα και θεωρεί τα υπόλοιπα λυμένα (Maslach 1982). Η χαμηλής ποιότητας φροντίδα που προσφέρει του μειώνει την αίσθηση της ολοκλήρωσης και των προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach & Pines 1977, Pines & Kanner 1982).

Η έλλειψη προσωπικού είτε λόγω υποστελέχωσης – όπου στη χώρα μας είναι η μισή σε σύγκριση με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΑΣΑ, δηλαδή 1 αντί 1,9 νοσηλευτή ανά κλίνη (Δούσης & Καλοκαιρινού 2007, Κοπανιτσιάνου & Μπροκολάκη 2009), είτε λόγω συχνών απουσιών π.χ. αναρρωτικές άδειες και αργοπορίες λόγω προϋπάρχουσας επαγγελματικής εξουθένωσης (Matrunola 1996, Seumtgens 1982).

Κινητικότητα από το χώρο εργασίας (turnover) και τάση αποχώρησης (Captein & Spector 1987, Kobbins 2001).

Μειωμένος χρόνος αφενός για κοινωνική επαφή με αποτέλεσμα να στερείται τη θετική αλληλεπίδραση και ανατροφοδότηση για συζήτηση επαγγελματικών θεμάτων π.χ. προσδιορισμό των στόχων και επαναβεβαίωση της σημαντικότητας της εργασίας (Pines & Kanner 1982) και αφετέρου για τα καθιερωμένα διαλλείματα, απαραίτητα για την αντίσταση του άγχους (Lavandero 1981, Πατεράκης και συν. 1982, Davies 2008).

2. Ασάφεια και σύγκρουση ρόλων

Ασάφεια ρόλου: όταν ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει ποια είναι τα καθήκοντα του, ποιες είναι οι αρμοδιότητες και τέλος ποιες είναι οι αρμοδιότητες και τέλος ποιες είναι οι απαιτήσεις, οι στόχοι και οι προσδοκίες της εργασίας του από τον ίδιο (Fontana 1993, Κάντας 1999).

Σύγκρουση ρόλων : όταν ο νοσηλευτής αναλαμβάνει ταυτόχρονα πολλούς ρόλους π.χ. γραμματειακή υποστήριξη, σερβίρισμα φαγητού κ.λ.π. καθένα εκ των οποίων εγείρει σημαντικό αριθμό απαιτήσεων (Cohen 1989).

3. Απουσία καθηκοντολογίου

Πλήττει τον νοσηλευτή λόγω των πολλαπλών επιπέδων εκπαίδευσης τους άρα και των διαφορετικών καθηκόντων που θα πρέπει να έχει ο καθένας (Σακελαρόπουλος 2006).

Η αλληλοεξαρτώμενη σχέση του με άλλους επαγγελματίες υγείας π.χ. γιατρούς, φυσιοθεραπευτές κτλ, δεν τους επιτρέπει πολλές φορές να υπερασπιστούν τα επαγγελματικά τους όρια (Αδάλη και συν. 2000, Maslach et al 2001, Διλίντας & Σεβαστάνη 2006, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008).

4. Κυκλικό ωράριο

Το κυκλικό ωράριο και η νυχτερινή εργασία συνδέονται με τη σωματική και ψυχική υγεία.

Το κυκλικό ωράριο διαταράσσει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή των νοσηλευτών συμβάλλοντας στην εξουθένωσή τους, αφού προσπαθούν να τα προλάβουν όλα σε μικρό χρονικό διάστημα (Κορομπέλη και συν. 2006, Μπάκα 2007). Επίσης επηρεάζει τον κερκάρδιο ρυθμό που είναι ένα έμφυτο σύστημα καθορισμού του κύκλου ύπνου – εγρήγορση, όπου οδηγεί στη μείωση της απόδοσης του νοσηλευτή, να είναι επιρρεπής σε ατυχήματα και να του προκαλεί άγχος (Fontana 1993, Κάντας 1995).

Η νυχτερινή εργασία προκαλεί χαμηλά επίπεδα μελατονίνης που πιθανόν να προκαλεί καρκίνο (Κουκουλομάτη & συν. 2010).

5. Αμοιβής

Οι χαμηλές αμοιβές σε σχέση με τη δυσκολία και το επικίνδυνο της εργασίας δημιουργεί αισθήματα αδικίας. Κυρίως στις μέρες μας που κριτήριο για κοινωνική ιεράρχηση και επιρροή είναι ο ρόλος του ατόμου στην οικονομία (Βαρβαγιάννη & συν. 2008, Μάλλιαρη & Καραθανάση 2008).

6. Προαγωγή

Συνήθως γίνεται όχι με αξιοκρατικά κριτήρια, αλλά με κριτήρια άσκησης κοινωνικής – κομματικής πολιτικής και με παρέμβαση της διοίκησης του νοσοκομείου (Νούλα & συν. 2010).

2.5.1.2 Φυσικό εργασιακό περιβάλλον

Η ύπαρξη αντίξοων συνθηκών εργασίας προκαλεί ψυχική πίεση στο νοσηλευτή (Edwards et al 2001, Harrison 1978).

Φυσικοί παράγοντες: Θόρυβος μηχανημάτων, ακτινοβολίες από ακτίνες X, αναισθητικά αέρια, θερμότητα λόγω έλλειψης κλιματιστικών.

Χημικοί παράγοντες: Αναθυμιάσει διαλυμάτων π.χ. φορμόλη, αντισηπτικά, αναισθητικά αέρια, ραδιενεργά απόβλητα.

Βιολογικοί παράγοντες: Ηπατίτιδα Β και C, HIV, σταφυλόκοκκος και στρεπτόκοκκος.

Εργονομικοί παράγοντες: Ορθοστασία (Δρίβας & συν. 1998, Κορομπέλη & συν. 2006, Κοπανιτσάνου & Σουρτζή 2007).

2.5.1.3 Ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας

Διαφορετικά τμήματα εργασίας συνδέονται από διαφορετικές συνθήκες. Υπάρχουν μονάδες και τμήματα π.χ. Μ.Ε.Θ., Εγκαυμάτων, Τ.Ε.Π., Ογκολογικά τμήματα, Ψυχιατρικά, όπου ασθενείς με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης (Ιακωβίδης 1997, Αδαλή & συν. 2000). Η απειλητική για τη ζωή ασθένεια, ο φόβος του επικείμενου θανάτου, δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας, επικοινωνίας με τον ασθενή και το περιβάλλον (Quantrín et al 2006, Schraub & Marx 2000, Kash et al 2000, Sherman et al 1989).

2.5.1.4 Εργασιακές – διαπροσωπικές σχέσεις

Οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις εμποδίζουν τη δυσαρέσκεια και υποκινούν υψηλή απόδοση. Η έλλειψη επικοινωνίας με τους συναδέλφους – προϊστάμενο – ασθενή, η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη και τέλος η αυταρχική οργανωσιακή κουλτούρα του νοσοκομείου δημιουργούν ένταση και απογοήτευση (Αδαλή & Λεμονίδου 2001)

1. Έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ προσωπικού : Οφείλονται σε λειτουργικά προβλήματα, ανταγωνισμό, αλληλοεπικάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων, διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, συμπεριφοράς κύρους και επιβολής, άρνηση ευθυνών (Μπόρου 2010).
2. Έλλειψη επικοινωνίας με τους ασθενείς: Οφείλεται πρώτον στη συμπεριφορά των ασθενών που αναπτύσσουν παθητική στάση ή στάση εξάρτησης και έλλειψη αναγνώρισης με αποτέλεσμα να φορτίζεται ο νοσηλευτής που έχει ήδη αποκτήσει μια ενσυναισθητική σχέση με τον ασθενή που προκύπτει από την συνεχή επαφή του με τον άρρωστο, την αβέβαιη πρόγνωση και την κρισιμότητα της κατάστασης του (Ιακωβίδης 1997, Μπελλάλη & συν. 2007) και δεύτερον από τους συγγενείς που εκφράζεται με προσβολές, απειλές προσωπικής ασφάλειας, ενίοτε και με περιστατικά βίας, συντελούν

στην επιτάχυνση της εμφάνισης του συνδρόμου της εξουθένωσης (Φατούρου & Παπαθανασίου 2008, Κορομπέλη 2009).

3. Μειωμένη κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη μέσα στο χώρο εργασίας τόσο από την οικογένεια και τον φιλικό κύκλο, δρα προστατευτικά έναντι της εξουθένωσης (Cherniss 1980a, Cob 1976). Σύμφωνα με μελέτες η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Jenkins & Eliot 2004, Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Leiter 1991).

Το μοντέλο κοινωνικής υποστήριξης των «κυρίων επιδράσεων» (main effects), εκπληρώνει ανθρώπινες ανάγκες όπως ασφάλεια, επαφής, αποδοχή και στοργή (House 1981, Jenkins & Elliott 2004). Ενώ το ρυθμιστικό μοντέλο υποστηρίζει ότι μετριάξει τις επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων (Wheaton 1995).

4. Οργανωσιακή κουλτούρα

Η οργάνωση και διοίκηση του νοσοκομείου σχετίζεται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της χαμηλής ικανοποίησης (Maslach 1982). Το management του νοσοκομείου θα πρέπει να ορίζει ρόλους και κίνητρα στους εργαζόμενους, ύπαρξη ισότητας, δικαιοσύνης και τήρηση ενός κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας (Παναγιωτόπουλος 2008). Αντ' αυτού η οργανωσιακή κουλτούρα του νοσοκομείου στην Ελλάδα σήμερα χαρακτηρίζεται από :

Ακαμπτη – αυταρχική διοίκηση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Μεταλληνού 2000, Μέλισσα & συν. 2003).

Έλλειψη πρωτοβουλίας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Maslach & Leiter 1997).

Έλλειψη αυτονομίας (Παππά & συν. 2008, Μισουρίδου 2009) και ελέγχου (Ιακωβίδη 1997, Gilbspre & Melby 2005) στα μέσα και στους πόρους που απαιτούνται για να επιτελέσει το έργο του αποτελεσματικά (Ζυγούρης 2008)

Οι Leiter & Maslach παρατήρησαν διχόνοια , δουλειές «πίσω από κλειστές πόρτες», καταστάσεις εκφοβισμού συναδέλφων και των προϊσταμένων, κλειστές ομάδες που περιθωριοποιούν άτομα που δεν συμμορφώνονται με στάσεις και καταστάσεις (Μισουρίδου 2009).

2.5.2. Προσωπικοί παράγοντες

Η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται, εκτός από τους παράγοντες περιβάλλοντος και από τα προσωπικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων τόσο ως άτομα όσο και ως προσωπικότητες.

5. Γενικά χαρακτηριστικά

Νοσηλευτές που διακατέχονται από υψηλό κώδικα ηθικής με ταύτιση στον πάσχοντα συνάνθρωπο τους. Αυτοπεποίθηση που στηρίζεται στον αμέριστο ιδεαλισμό, ότι θα έχουν την δυνατότητα να προάγουν τις επαγγελματικές τους αξίες, στο χώρο εργασίας και θα νιώθουν ικανοποιημένοι (Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Dolan 1987). Άτομα εσωστρεφή, ευερέθιστα, σχολαστικά με πολλές ώρες εργασίας και με υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης (Μελίτσα & συν. 2003). Ο τρόπος που βιώνει, ερμηνεύει και αντιμετωπίζει μια κατάσταση πίεσης. Τέλος η εικόνα που έχει για τον εαυτό του και η ικανότητα του να εκφράζει τα συναισθήματα του (Αδαλή & συν. 2000, Λαχανά & Κοτρώτσιου 2004, Gustafsson et al 2010).

6. Τύπος προσωπικότητας

Ο νοσηλευτής που ανήκει στον τύπο Α δηλαδή είναι ανταγωνιστικός, φιλόδοξος, με εξωπραγματικούς στόχους, πολλές ευθύνες, υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό του και αυξημένη ανάγκη για έλεγχο είναι πιο ευάλωτος στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ ο τύπος Β είναι ήρεμος με αυτοέλεγχο και δεν προσπαθεί να εντυπωσιάσει (Rees & Cooper 1992, Κάντας 1995, Gustafsson et al 2010).

7. Συναισθηματική επιδείνωση

Όταν ο νοσηλευτής επενδύει συναισθηματικά στην εργασία του, νιώθοντας ότι είναι ο κύριος λόγος της ύπαρξης του, βασική πηγή αυτοεκτίμησης, πιστεύοντας ότι είναι αναντικατάστατοι και τέλος έχοντας ελάχιστα ενδιαφέροντας εκτός εργασίας (Αδαλή & συν. 2000, Αντωνίου 2008).

8. Αυθεντικότητα προσωπικότητας

Ο βαθμός αυθεντικότητας καθορίζει τον βαθμό εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αυθεντικότητα ενός νοσηλευτή χαρακτηρίζεται από την ικανότητα παρέμβασης στην εργασία του (Παναγιωτόπουλος 2008) και μετατροπής δύσκολων και αντίξοων συνθηκών ως προκλήσεις παρά ως απειλή ή ως ανυπέρβλητο εμπόδιο που θα κάνουν το άτομο που δυνατό (Ιακωβίδη 1997, Δημητρόπουλος & Φιλλίπου 2008).

9. Έδρα ελέγχου

Η «έδρα ελέγχου» επηρεάζει την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο νοσηλευτής που έχει «εσωτερική έδρα ελέγχου» αναγνωρίζει στον εαυτό του τη δυνατότητα να ελέγχει τα γεγονότα της ζωής του. Ενώ στην «εξωτερική έδρα ελέγχου» πιστεύει ότι άλλα άτομα και εξωγενείς δυνάμεις καθορίζουν τα σημαντικά ζητήματα της ζωής του (Κάντας 1995, Μέλισσα & συν. 2003, Davies 2008, Κοντοδήμου 2009).

10. Κίνητρα

Το κίνητρο επιλογής του επαγγέλματος του νοσηλευτή στην Ελλάδα είναι συνήθως η άμεση επαγγελματική αποκατάσταση και αυτό εκπορεύεται από το γεγονός ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής προέρχονται από την εργατική και μικρομεσαία τάξη και με δεδομένη της ανεργία στην χώρα μας (Καρανικόλα 2006) και όχι για ανθρωπιστικούς λόγους.

11. Προσδοκίες

Ο νοσηλευτής στην αρχή της καριέρας του διακατέχεται από υψηλές προσδοκίες π.χ. αυτονομία στην εργασία δυνατότητα ελέγχου και ανάληψη πρωτοβουλιών και θέτει στόχους υψηλούς, συνήθως μη ρεαλιστικούς που διαψεύδονται στην συνέχεια (Αδαλή 1999, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Weber & Reinhard 2000).

12. Φόβοι απέναντι στην αρρώστια

Φόβος του νοσηλευτή απέναντι στην αρρώστια είτε αυτός είναι αναδύομενος από την ιατρική πράξη π.χ. θεραπευτικής αποτυχίας, πρόκλησης πόνου κτλ, είτε λειτουργεί σ' ένα λιγότερο συνειδητό επίπεδο π.χ. φόβοι θανάτου, ιεράρχηση έκφρασης συναισθημάτων (Ιακωβίδης 1997, Δημητρόπουλος & Φιλλίπου 2008).

2.5.3. Δημογραφικοί παράγοντες

Ορισμένοι ερευνητές αμφισβητούν κατά πόσο οι δημογραφικοί παράγοντες των νοσηλευτών επιδρούν στην ανάπτυξη του συνδρόμου (Αδαλή & Λεμονίδου 2001). Ενώ άλλοι πιστεύουν ότι δεν υπάρχει καμία συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές αυτές (Palfine 2008).

1. Φύλο

Γυναίκες και άνδρες βιώνουν παρόμοια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι γυναίκες βιώνουν περισσότερη συναισθηματική εξάντληση και οι άνδρες αποπροσωποποίηση (Maslach et al 2001).

2. Ηλικία

Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται περισσότερο στην ηλικία των 30-40 ετών και αυτό γιατί έχουν λιγότερη εμπειρία, λιγότερο σταθερότητα και ωριμότητα. Τέλος περισσότερες προσδοκίες από ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές (Διομήδους & συν. 2009, Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Shiney 2006).

3. Οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση είναι ένας παράγοντας που φαίνεται να συνδέεται ισχυρά με την επαγγελματική εξουθένωση. Παρατηρείται ότι οι άγαμοι εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σύγκριση με τους έγγαμους και τους διαζευγμένους. Απόρροια τούτου είναι ότι τα άτομα αυτά επενδύουν σε τομείς εκτός εργασίας, έτσι ώστε να καταναλώνονται σε μεγάλο βαθμό (Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Shirey 2006, Κουτσοδήμου 2009).

4. Επίπεδο εκπαίδευσης

Νοσηλευτές με υψηλό επίπεδο μόρφωσης βιώνουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και ελάχιστα προσωπικά επιτεύγματα. Και αυτό συμβαίνει γιατί είτε αναλαμβάνουν πιο υπεύθυνες και απαιτητικές εργασίες π.χ. διευθυντή, προϊστάμενος, υπεύθυνος βάρδιας ή έχουν υψηλές προσδοκίες και ατομικές φιλοδοξίες που συχνά διαψεύδονται (Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Καρανικόλα 2006, Διομήδους και συν. 2009, Σακελλαρόπουλος 2006).

2.5.4 Κοινωνικοί παράγοντες

Τα κοινωνικά στερεότυπα για το ρόλο του νοσηλευτή σήμερα, δυστυχώς δεν αντικατοπτρίζουν τον επιστημονικό χαρακτήρα του επαγγέλματος (Σακελλαρόπουλος 2006). Δηλαδή η εικόνα του νοσηλευτή δεν ταυτίζεται με εκείνη των ανθρώπων που έχουν επιστημονικά χαρακτηριστικά ή ερευνητικές και οργανωτικές αρμοδιότητες, παρά την ακαδημαϊκή μόρφωση και την εκτεταμένη κλινική άσκηση του νοσηλευτή σήμερα (Fung – Kam 1997). Στη διαμόρφωση αυτής της δημόσιας εικόνας συμβάλλει η ιεραρχική σχέση με τους γιατρούς που ενισχύεται από την ιατροκεντρική νοοτροπία τους που περιθωριοποιεί ή αγνοεί την συμβολή του νοσηλευτή, την ιστορία της νοσηλευτικής, το ρόλο των φύλων π.χ. την προβολή «της σεξουαλικά διαθέσιμης νοσοκόμας» ή

τον αμφιλεγόμενο ανδρισμό του νοσηλευτή και τέλος την ενίσχυση αυτών των κοινωνικών στερεοτύπων από τα ΜΜΕ (Cohen 1989, Katsuragi 1997, Καρανικόλα 2006).

2.5.5 Πολιτιστικοί και ιδεολογικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τους ερευνητές Enzman & Schaufeli το 1998, αναφέρουν επτά παράγοντες πολιτιστικούς και ιδεολογικούς που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση.

Αύξηση επαγγελματών παροχής υπηρεσιών σε σχέση με τα γεωργικά και βιομηχανικά επαγγέλματα..

Αυξημένη τάση σε σχέση με το παρελθόν να δίνονται «ταμπέλες» και ονόματα σε προβλήματα, παράπονα, ψυχολογικές δυσκολίες, τη λέξη «stress».

Ατομικισμός των σύγχρονων κοινωνιών και η έλλειψη υποστηρικτικών δικτύων (Καλαντζή 2007).

Αμφισβήτηση της αυθεντίας και του κοινωνικού κύρους των ανθρωπιστικών επαγγελματών κυρίως ιατρικών (Cherniss 1980a).

Αυξημένες πνευματικές, γνωστικές και συναισθηματικές απαιτήσεις των σύγχρονων επαγγελματών.

Μύθοι και μη κοινωνικώς αποδεκτές πεποιθήσεις που δημιουργούν στους νέους επαγγελματίες μη ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με συγκεκριμένα επαγγέλματα.

Παραβίαση του «ψυχολογικού» συμβολαίου μεταξύ ατόμου και οργανισμού που σημαίνει ότι: ο εργαζόμενος δίνει περισσότερα και λαμβάνει λιγότερα από τον εργοδότη του (Schaufeli & Enzmann 1998, Weyers et al 2006, Siegrist et al 2009).

Παρόλα αυτά οποιοσδήποτε και αν είναι ο παράγοντας εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, το σημαντικό χαρακτηριστικό της είναι ότι δύσκολα διαγιγνώσκεται παρά τις αρνητικές της συνέπειες, μιας και ο εργαζόμενος που υποφέρει σπάνια αντιλαμβάνεται τι του συμβαίνει (Μισουρίδου 2009).

2.6 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι αρνητικές συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης εξηγούν το πόσο σημαντική είναι τόσο στο νοσηλευτή που τη βιώνει, όσο και το αντίκτυπο που έχει στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας και στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Faber 1983).

Οι συνέπειες κατηγοριοποιούνται σε σωματικές, ψυχιατρικές, ψυχοσωματικές, συναισθηματικές, στάσης- συμπεριφοράς, διαπροσωπικές, σε οργανισμούς υπηρεσιών υγείας και στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Kahill 1988, Μπελαλή & συν. 2007).

1. Σωματικές

Οι σωματικές συνέπειες αναφέρονται στα κλινικά σημεία του συνδρόμου που είναι αποτέλεσμα της παρατεταμένης διέγερσης των επιπέδων κορτιζόνης ως απαίτηση στη σωματική κόπωση, το stress και την συναισθηματική εξάντληση (Melamed et al 1999).

Γαστρεντερικά: δυσπεψία, διάρροια, μετεωρισμός, έλκος.

Αναπνευστικά: δύσπνοια, ταχύπνοια, βήχας, κρίσεις άσθματος.

Δερματολογικά : εφίδρωση, κνησμός, ψωρίαση.

Διαταραχές λόγου, τραυλισμός.

Μυοσκελετικά : πόνος σε μέση – αυχένα -πλάτη.

Διαταραχές : ύπνου, διατροφής, βάρους, εμμήνου ρύσεως.

Καρδιαγγειακές: υπέρταση, αρρυθμία, στεφανιαία νόσος, υπερχοληστεριναιμία, σακχαρώδης διαβήτης (Αντωνίου 2005, Παπαδάτος & Αναγνωστόπουλος 1992, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006, Shirom & Melamed 2008).

2. Ψυχιατρικές

Νοητική δυσλειτουργία : μειωμένη απόδοση, έλλειψη ακρίβειας – κινήτρου, αποδιοργάνωση, αλλαγές χαρακτήρα π.χ. κυνισμός, επιθετικότητα, έλλειψη ενδιαφέροντος.

Ενοχλήσεις: άγχος, εκνευρισμός, αποξένωση, αποθάρρυνση, χαμηλή αυτοεκτίμηση – αυτοπεποίθηση, μειωμένος συναισθηματικός έλεγχος.

Ανάπτυξη εθισμών: αλκοόλ, φαρμάκων, ουσιών (Maslach et al 2001, Θεοφίλου 2009, Μισουρίδου 2009).

3. Ψυχοσωματικές

Σεξουαλική δυσλειτουργία

Μεταβολικό σύνδρομο π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Ανοσολογικές ανεπάρκειες

Αιματολογικοί νόσοι (Tyler et Cushway 1998, Melamed et al 2006, Mommersteeg et al 2006).

4. Συναισθηματικές

Απογοήτευση, αδιαφορία, ενοχή, θλίψη, έλλειψη υπομονής, προσωπική αποτυχία και συναισθηματικές μεταπτώσεις (Maslach et al 2001, Gillespie et Melby 2003, Θεοφίλου 2009, Μισουρίδου 2009).

Τέλος η υποκειμενική αίσθηση ψυχικής εξάντλησης συνοδεύεται από άγχος και κατάθλιψη (Παπαδάτος & Αναγνωστόπουλος 1995).

5. Στάση – Συμπεριφορά

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποκτά αρνητική στάση και συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς και την εργασία του (Παπαδάτος & Αναγνωστόπουλο 1995). Περιορίζει βαθμιαία την επαφή με τους ασθενείς σε απολύτως απαραίτητες διεκπεραιωτικές εργασίες (Firth et al 1986, Μπασιούρη 2007), με αποτέλεσμα ο ασθενής να καταλήγει να χάνει την προσωπική και βιολογική του υπόσταση και να αντιμετωπίζεται ως περιστατικό (Καραγκιούζη 2009).

6. Διαπροσωπικές

Αφορούν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του νοσηλευτή. Το άγχος και τα προβλήματα του εργασιακού χώρου μεταφέρονται στο σπίτι, με συναισθηματικά ξεσπάσματα όπου οδηγούν σε ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και εντάσεις. Αναπτύσσονται αρνητικά συναισθήματα, τάσεις απόσυρσης με μειωμένη εμπλοκή σε οικογενειακά ζητήματα (Αδαλή 1999). Επιφανειακές σχέσεις με συναδέλφους, απομόνωση, αρνητικές αντιδράσεις και συγκρούσεις μαζί τους (Maslach et al 2001, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006). Απόσυρση από φίλους, μείωση ενδιαφέροντος για κοινωνικές συναναστροφές (Griffith et al 1999, Maslach & Jackson 1986), με αποτέλεσμα να πλήττεται το υποστηρικτικό δίκτυο του ατόμου και να ανατροφοδοτείται η αίσθηση της απομόνωσης (Καραγκιούζη 2009).

7. Οργανισμοί υπηρεσιών υγείας και επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών

Οικονομικό κόστος : αυξημένος χρόνος νοσηλείας, αυξημένα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, κόστος αντικατάστασης νοσηλευτών λόγω αναρρωτικών αδειών και παραιτήσεων (Wandelen et al 1981).

Στελέχωση ανθρωπίνου δυναμικού : ανεπάρκεια στελέχωσης, βραδύτητα εκτέλεσης έργου.

Εργασιακή ασφάλεια : αύξηση της συχνότητας λαθών.

Ικανοποίηση : μειωμένη ικανοποίηση ασθενών, μειωμένη απόδοση και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Maslach et al 2001, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008, Παππά & συν. 2008).

3.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με την ικανοποίηση των νοσηλευτών του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ανάλογα με την βαρύτητα των τμημάτων που εργάζονται, χωρίζοντας τα σε υψηλής, μεσαίας και ελαφράς βαρύτητας τμήματα.

3.2 Στόχος της έρευνας

α. Ανίχνευση παραγόντων που επιδρούν στην επαγγελματική εξουθένωση

β. Ερμηνεία των συσχετίσεων αυτών.

γ. Περιγραφή των δεδομένων.

Έλεγχος αξιοπιστίας των δύο χορηγούμενων ερωτηματολογίων.

3.3 Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιοι παράγοντες επιδρούν στην επαγγελματική εξουθένωση;

- Μετέχει στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών η βαρύτητα των

νοσηλευτικών τμημάτων που εργάζονται ;

3.4 Πληθυσμός μελέτης

Το δείγμα μελέτης αποτελείται από νοσηλευτές του Π.Π.Γ.Ν Πατρών. Οι εργαζόμενοι στους οποίους απευθυνόταν η διατριβή ήταν σε υψηλής, μεσαίας και ελαφράς βαρύτητας τμήματα, των οποίων ο διαχωρισμός προκύπτει από πρωτόκολλο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, το οποίο συντάχθηκε στις 15 Απριλίου 2011/ αρ. πρωτ. 10280 (βλέπε παραρτήματα). Μοιράστηκαν συνολικά 130 ερωτηματολόγια, όπου απαντηθήκανε τα 121, ποσοστό δηλαδή ανταπόκρισης 93%, όπου κρίνεται πολύ ικανοποιητικό. Από αυτούς οι 24 εργαζόταν σε υψηλής βαρύτητας τμήματα, οι 68 σε μέσης βαρύτητας τμήματα και οι 28 σε χαμηλής βαρύτητας τμήματα.

Όπου Υψηλής βαρύτητας :

ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Μ.Ε.Θ. – Μ.Α.Φ. Ενηλίκων
- Μονάδα Εμφραγμάτων
- Μονάδα Παιδών
- Μονάδα Νεογνών

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

- Παθολογική Α΄
- Παθολογική Β΄
- Παθολογική Γ΄
- Αιματολογική

Μέσης βαρύτητας :

- Νευρολογική
- Νευροχειρουργική
- Χειρουργική Α΄
- Χειρουργική Β΄
- Ουρολογική
- Νεφρολογική – Μον. Μεταμόσχευσης Νεφρού
- Ορθοπαιδική Α΄
- Ορθοπαιδική Β΄
- Καρδιολογική
- Μονάδα Μεσογ. Αναιμίας – Μον. Μεταμόσχευσης μυελού
- Μαιευτική – Γυναικολογική

Χαμηλής βαρύτητας :

- Ψυχιατρική
- Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης
- Δερματολογική
- Παιδιατρική Α΄
- Παιδιατρική Β΄
- ΩΡΛ

- Οφθαλμολογική

3.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία διανομής – συλλογής των ερωτηματολογίων στο Π.Π.Γ.Ν. Πατρών πραγματοποιήθηκε τους μήνες Ιανουάριο – Φεβρουάριο 2013. Η έρευνα ξεκίνησε αφού ελήφθη θετική γνωμοδότηση από την επιτροπή ηθικής, έρευνας και δεοντολογίας όσο και από το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Π.Γ.Ν. Πατρών. Έγινε ενημέρωση των προϊστάμενων των τμημάτων ώστε να ενημερωθούν για τους στόχους της έρευνας και να εξασφαλιστεί η έγκριση τους για την διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Το δείγμα της μελέτης ήταν τυχαίο και το αποτέλεσαν 130 νοσηλευτές στους οποίους μοιράστηκαν 130 ερωτηματολόγια και ανταποκρίθηκαν οι 121 σε σύνολο 450 νοσηλευτών.

Εν συνεχεία μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια στους νοσηλευτές μαζί με οδηγίες συμπλήρωσης τους δίνοντας πληροφορίες που αφορούσαν την ανωνυμία και την προαιρετική διάθεση της συμμετοχής τους καθώς και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Η χρονική διάρκεια συμπλήρωσης ήταν δεκαπέντε λεπτά, γινόταν ατομικά και η παραλαβή τους γινόταν την ίδια ημέρα.

3.5.1 Ποσοτική μεθοδολογία

3.5.1.1 Περιγραφή ερευνητικών εργαλείων

Χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο 73 συνολικά ερωτήσεων κλειστού τύπου αποτελούμενο από τρεις ενότητες.

- ✚ **Πρώτη ενότητα:** Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία του νοσηλευτικού προσωπικού.
- ✚ **Δεύτερη ενότητα:** Η μεθοδολογία της κλίμακας στηρίζεται α) στην ποσοτική καταμέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και β) στις προσδοκίες των νοσηλευτών σε σχέση με το επάγγελμά τους. Για την μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο «The index of work satisfaction» (IWS). Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει στηριχθεί στις θεωρίες επαγγελματικής ικανοποίησης των Maslow και Herzberg (Stamps 1997, 1986). Η κλίμακα αποτελείται από 44 ερωτήσεις που χωρίζεται σε έξι υποκλίμακες που συστήνονται ως εργασιακοί παράγοντες ικανοποίησης και περιλαμβάνουν:

α. Ικανοποίηση από αποδοχές: (ερωτήσεις 1, 8,14, 21, 32, 44).

Β. Επαγγελματικό κύρος: (ερωτήσεις 2, 9,15, 27, 34, 38, 41).

Γ. Διαπροσωπικές σχέσεις: (ερωτήσεις 3, 10, 16, 23, 28, 6, 19, 35, 37, 39).

Δ. Καθήκοντα: (ερωτήσεις 4, 11, 22, 24, 29, 36).

Ε. Οργανωτική πολιτική: (ερωτήσεις 5, 12, 18, 25, 33, 40, 42).

Στ. Αυτονομία : (ερωτήσεις 7, 13, 17, 20, 26, 30, 31, 43).

Σύμφωνα με την Stamps (Stamps 1997), οι παραπάνω εργασιακοί παράγοντες ορίζονται ως εξής :

Αποδοχές: Είναι το σύνολο των οικονομικών αποδοχών από το συγκεκριμένο ίδρυμα απασχόλησης.

Επαγγελματικό κύρος: Είναι η συνολική σπουδαιότητα και σημαντικότητα της εργασίας σύμφωνα με τους νοσηλευτές και τους άλλους.

Διαπροσωπικές σχέσεις : Είναι οι επίσημες και ανεπίσημες κοινωνικές και επαγγελματικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο, που επηρεάζουν τις δυνατότητες προαγωγής, τόσο της κοινωνικής όσο και της επαγγελματικής εξέλιξης του ανθρώπου.

Καθήκοντα : Είναι οι εργασίες που επιτελούνται ως ρουτίνα κατά τη διάρκεια της βάρδιας.

Οργανωτική πολιτική: Είναι η οργανωτική, διοικητική πολιτική και οι διαδικασίες που ορίζονται τόσο από τη διοίκηση του νοσοκομείου όσο και από τη νοσηλευτική διεύθυνση.

Αυτονομία : Είναι το ποσό αυτενέργειας σε σχέση με τα επιτελούμενα καθήκοντα.

Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα επτά διαβαθμίσεων τύπου Likert από το (1): «συμφωνώ απόλυτα» έως το (7): «διαφωνώ απόλυτα»(Burns 2001).

Ο βαθμός Επαγγελματικής Ικανοποίησης (E.I) υπολογίζεται με την διαίρεση σε τεταρτημόρια 153.5 -168 - 180.5

Χαμηλή E.I. : είναι τιμές χαμηλότερες του 1^{ου} τεταρτημορίου.

Μέτρια E.I. : είναι τιμές μεταξύ 1^{ου} και 3^{ου} τεταρτημορίου.

Υψηλή E.I. : είναι τιμές υψηλότερες του 3^{ου} τεταρτημορίου.

Τρίτη ενότητα : Για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης των Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI). Σχεδιάστηκε από τους Maslach και Jackson το 1986 για εργαζόμενους σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας (Maslach & Jackson 1986), δηλαδή για επαγγελματίες που αλληλεπιδρούν με άλλους ανθρώπους. Περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και μετρά τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης : συναισθηματική εξάντληση – αποπροσωποποίηση – έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

Η διάσταση συναισθηματικής εξάντλησης αποτελείται από 9 ερωτήσεις και αξιολογεί την συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και κατάπτωσης λόγω της εργασίας.

Περιλαμβάνει : 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Η διάσταση αποπροσωποποίησης αποτελείται από 8 ερωτήσεις και αντικατοπτρίζει τις αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών.

Περιλαμβάνει : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Η διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων αποτελείται από 5 ερωτήσεις και αναζητά την αίσθηση επάρκειας, απόδοσης και πραγμάτωσης των επιτευγμάτων στο χώρο εργασίας.

Περιλαμβάνει : 5, 10, 11, 15, 22.

Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα έξι διαβαθμίσεων τύπου Likert από το (0) «ποτέ» έως το (6) «κάθε μέρα», αποτυπώνοντας τη συχνότητα με την οποία ένας εργαζόμενος βιώνει τις συναισθηματικές καταστάσεις και τις αντιδράσεις που περιγράφονται στην κάθε ερώτηση.

Πίνακας 2. Οριακές τιμές επαγγελματικής εξουθένωσης που αντιστοιχούν σε υψηλά, μέτρια, χαμηλά επίπεδα.

Υποκλίμακα	Υψηλή	Μέτρια	Χαμηλή
Συναισθηματική εξάντληση	≥ 31	21-30	≤ 20
Αποπροσωποποίηση	≥ 11	6-10	≤ 5
Προσωπικά επιτεύγματα	≤ 35	41-36	≥ 42

Πηγή : Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1992.

3.5.1.2 Αξιοπιστία και εγκυρότητα των εργαλείων

α. Index Work of Satisfaction

Η εγκυρότητα του περιεχομένου της κλίμακας IWS, ελέγχθηκε από τη Stamps το 1997(Stamps 1997), με τη στατιστική δοκιμασία ανάλυσης παραγόντων μέσω της τεχνικής varimax με περιστροφή.

Η αξιοπιστία υπολογίστηκε μέσω του δείκτη Cronbach's, που κυμαίνεται μεταξύ 0,62- 0,81 (Hamps 1997).

Η ελληνική εκδοχή διατυπώθηκε και ελέγχθηκε πιλοτικά από τους Karanikola et al το 2007 (Karanikola et al 2007), η οποία εφαρμόστηκε σε τυχαίο δείγμα 154 επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών) σε ελληνικό νοσοκομείο.

B. Ερωτηματολόγιο καταγραφής Επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory – MBI)

Το ερωτηματολόγιο της Maslach θεωρείται έγκυρο, αξιόπιστο, εύχρηστο και είναι ένα πολύ δημοφιλές εργαλείο από ερευνητές όλου του κόσμου, καθιστώντας το χρήσιμο μέσο σύγκρισης (Σαχίνη 1997) και έχει μεταφραστεί σε πολλές χώρες. Στην Ελλάδα το μετέφεραν, μετάφρασαν, διερεύνησαν την παραγοντική του σύνθεση και εσωτερική συνοχή οι Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτος το 1992 (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτος 1992).

3.6 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS v.18.0.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων περιλαμβάνει περιγραφική και συμπερασματική στατιστική.

1. Στην περιγραφική στατιστική διερευνήθηκε η μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τις έξι υποκλίμακες του IWS και τις τρεις διαστάσεις του MBI.
2. Η συμπερασματική στατιστική εξετάζει την επίδραση της διαστάσεως του IWS, των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών του εργασιακού χώρου στις τρεις διαστάσεις του MBI, σε κάθε μια χωριστά.

Δείκτης αξιοπιστίας

Προκειμένου η κάθε μέτρηση που λαμβάνεται από ένα εργαλείο όπως το MBI και το IWS να μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστη, χρησιμοποιούνται μέτρα αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων. Αυτά διασφαλίζουν την αναγκαία εσωτερική συνοχή μεταξύ των ερωτήσεων κάθε διάστασης ώστε πράγματι οι ερωτήσεις να μετρούν διαφορετικές παραμέτρους της ίδιας έννοιας όπως π.χ. η συναισθηματική εξάντληση. Για το σκοπό αυτό υπάρχει ο δείκτης Cronbach's α που παίρνει τιμές από 0 έως 1 (Nunnally, Berstein 1994). Όπως προκύπτει από τους πίνακες που ακολουθούν για κάθε μία από τις διαστάσεις οι τιμές του δείκτη Cronbach's α κυμαίνονται από 0.628 έως 0.881 δηλώνοντας αποδεκτά έως πολύ καλά επίπεδα αξιοπιστίας.

Πίνακας 3. Διαστάσεις

	Cronbach's Alpha	Αριθμός ερωτήσεων
Συναισθηματική εξάντληση	0,881	9
Αποπροσωποποίηση	0,745	8
Αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων	0,779	5
Αυτονομία	0,684	8
Ικανοποίηση αποδοχών	0,683	6
Επαγγελματικό κύρος	0,632	7
Διαπροσωπικές σχέσεις	0,628	10
Καθήκοντα	0,722	6

Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν μέτρα θέσης και διασποράς για τις συνεχείς μεταβλητές, ενώ για τις διακριτές ποσοστά και πλήθη.

Για την ανίχνευση των στατιστικά σημαντικών παραγόντων στην Επαγγελματική εξουθένωση χρησιμοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης με την μέθοδο stepwise. Το επίπεδο σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους καθορίστηκε στο 0,05.

3.7 Περιορισμοί της έρευνας

Η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης των νοσηλευτών του Π.Π.Γ.Ν. Πατρών έγινε ανάλογα με το νοσηλευτικό φόρτο εργασίας που είναι ομαδοποιημένος σε σχέση με τη βαρύτητα των νοσηλευτικών τμημάτων που εργάζονται. Υψηλής – μέσης – χαμηλής βαρύτητας τμήματα.

Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε δεν βρέθηκε αντίστοιχος διαχωρισμός τμημάτων ενός νοσοκομείου σε υψηλής – μέσης – χαμηλής βαρύτητας νοσηλευτικού φόρτου εργασίας, παρά οι διαχωρισμοί χειρουργικών – παθολογικών τμημάτων και Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, σε κλειστά ανοιχτά τμήματα συγκριτικές μελέτες.

4.1 Περιγραφή των δεδομένων - Δημογραφικά στοιχεία

Παρουσιάζονται μέσα από πίνακες και κατάλληλα γραφήματα τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, αλλά και οι τιμές των διαστάσεων των ερωτηματολογίων όπως προαναφέρθηκαν.

Φύλο

Το δείγμα αποτελείται κατά κύριο λόγο από γυναίκες (ποσοστό 89,3%) και σχεδόν το 75% των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι. Ο κύριος όγκος των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι ΤΕΙ (ποσοστό 66,1%). Παρά το ότι καταγράφηκε μεγάλο εύρος ηλικιών το 92,8% είναι μεταξύ 30 και 49. Πρέπει επομένως κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων να έχει κανείς υπόψη ότι αυτά θα αφορούν κυρίως γυναίκες από 30 έως 49 ετών. Στις περισσότερες οικογένειες καταγράφηκαν 2 παιδιά.

Πίνακας 4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά νοσηλευτών

		Αριθμός N	Ποσοστό %
Φύλο	Άνδρας	13	10,7%
	Γυναίκα	108	89,2%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος /-η	90	74,3%
	Άγαμος/ -η	22	18,1%
	Διαζευγμένος /-η	7	5,7%
	Χήρος /-α	2	1,6%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΑΕΙ	4	3,3%
	ΤΕΙ	80	66,1%
	ΔΕ	34	28,1%
	Μεταπτυχιακό	3	2,4%
	Διδακτορικό	0	0,00%
Ηλικία	20-29	5	4,1%
	30-39	40	33,0%
	40-49	71	58,6%
	>50	5	4,1%
Αριθμός παιδιών	0	31	25,6%
	1	17	14,0%
	2	54	44,6%
	3	16	13,2%
	4	3	2,4%

Α.Ε.Ι = ΑΝΩΤΑΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Τ.Ε.Ι = ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Δ.Ε = ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Συμμετείχαν συνολικά 121 άτομα. Αυτά προήλθαν από τμήματα «υψηλής βαρύτητας» αλλά και από «μέσης» και «χαμηλής» βαρύτητας τμήματα σε ποσοστά που φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί. Σε ποσοστό 64,5% το ωράριο των εργαζομένων είναι κυκλικό. Το 75% των συμμετεχόντων έχουν τουλάχιστον 21 με 30 έτη προϋπηρεσία.

Πίνακας 5. Χαρακτηριστικά εργασίας

		Αριθμός N	Ποσοστό %
Τμήμα	ΜΕΣΗΣ	68	56,2%
	ΧΑΜΗΛΗΣ	29	23,9%
	ΥΨΗΛΗΣ	24	19,8%
Ωράριο	Πρωινό	43	35,5%
	Κυκλικό	78	64,4%
Χρόνια προϋπηρεσίας	0	1	0,8%
	0-10	24	19,8%
	11-20	39	32,2%
	21-30	55	45,4%
	>30	2	1,6%

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνονται η μέγιστη, η ελάχιστη και η μέση τιμή καθώς και η τυπική απόκλιση, για τις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ στον αμέσως επόμενο για τις έξι διαστάσεις του ερωτηματολογίου της ικανοποίησης από την εργασία.

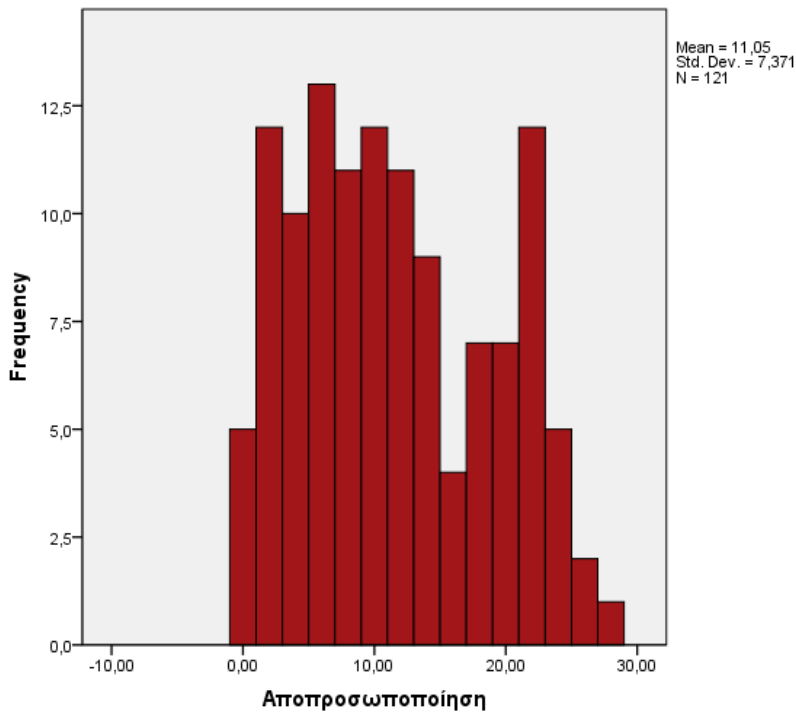
Πίνακας 6. Μέγιστη, ελάχιστη και μέση τιμή διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης

	Αριθμός N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Συναισθηματική εξάντληση	121	7,00	53,00	30,2149	11,99042
Αποπροσωποποίηση	121	,00	27,00	11,0496	7,37095
Αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων	121	,00	36,00	12,5785	7,73601
Σύνολο	121				

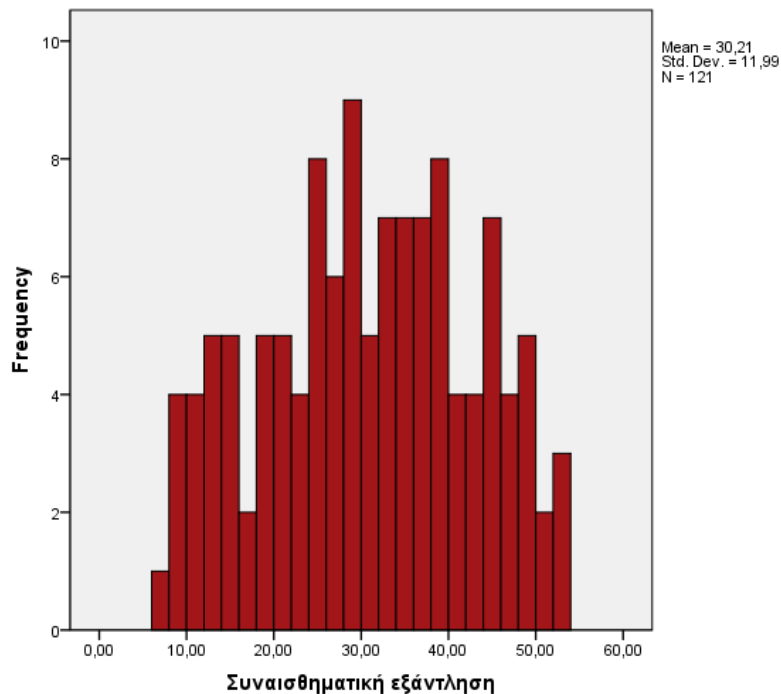
Πίνακας 7. Μέγιστη, ελάχιστη και μέση τιμή διαστάσεων ικανοποίησης από την εργασία

	Αριθμός N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Αυτονομία	121	11,00	41,00	28,2397	6,16985
Ικανοποίηση αποδοχών	121	12,00	32,00	20,1157	4,23318
Επαγγελματικό κύρος	121	22,00	49,00	35,9008	5,80288
Διαπροσωπικές σχέσεις	121	23,00	62,00	44,0744	8,19671
Καθήκοντα	121	6,00	33,00	18,2231	5,23050
Οργανωτική πολιτική	121	7,00	34,00	19,3802	5,66312
Σύνολο	121				

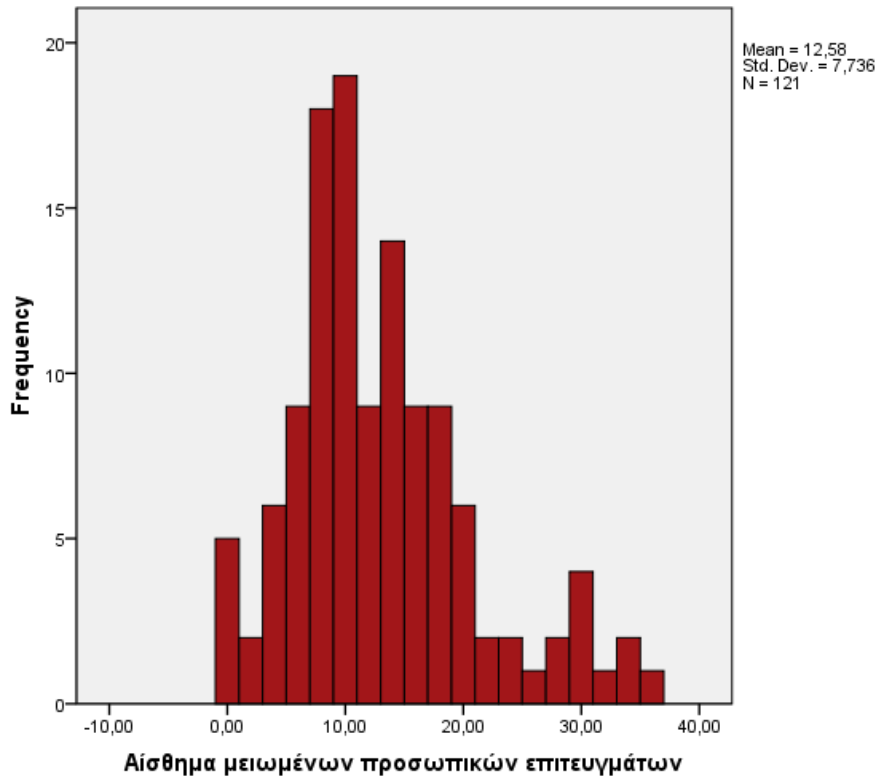
Η κατανομή των τιμών για κάθε διάσταση του MBI και του IWS φαίνεται στα γραφήματα 1-3 και 4-9 αντίστοιχα. Σε κάθε ένα από αυτά σημειώνεται παράλληλα και η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση αλλά και το πλήθος των καταγραφών από τις οποίες προέρχεται η κάθε εκτίμηση.



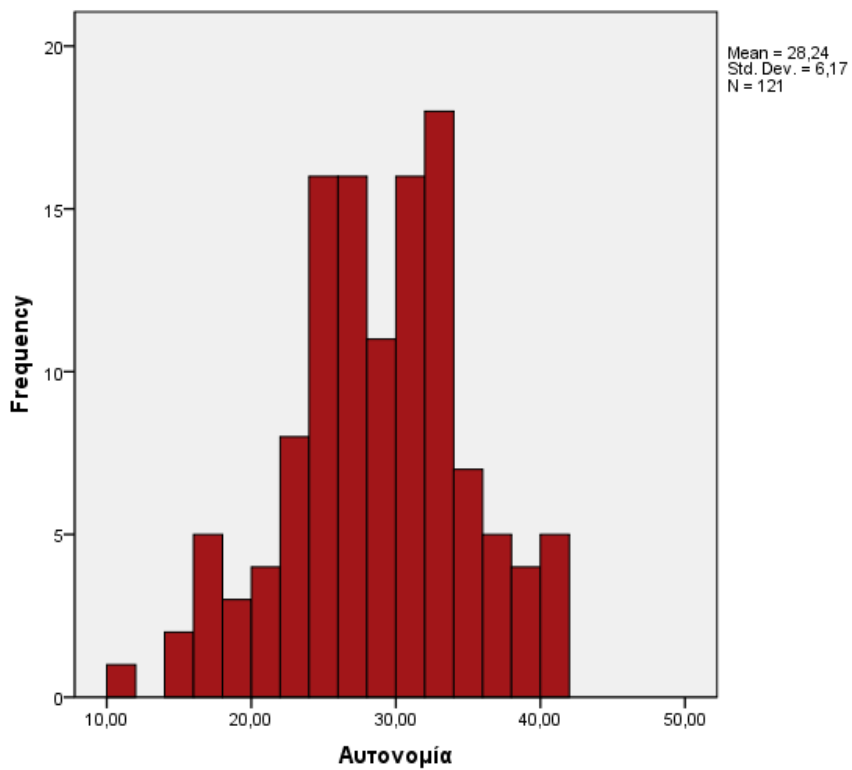
Γράφημα 1. Ιστόγραμμα για την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις τιμές της αποπροσωποποίησης.



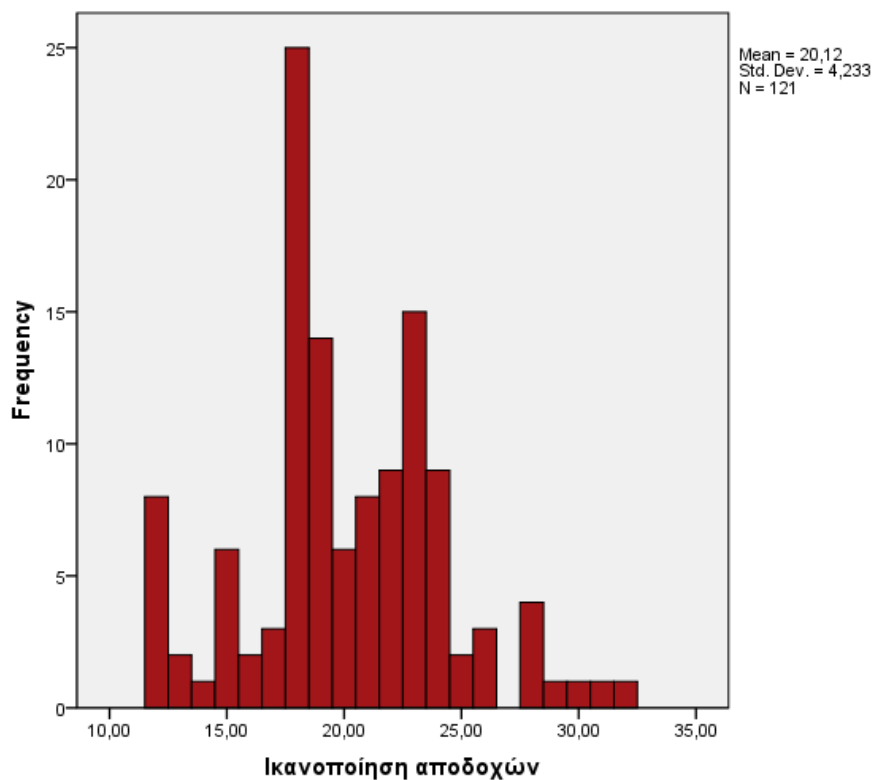
Γράφημα 2. Ιστόγραμμα για την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις τιμές της συναισθηματικής εξάντλησης.



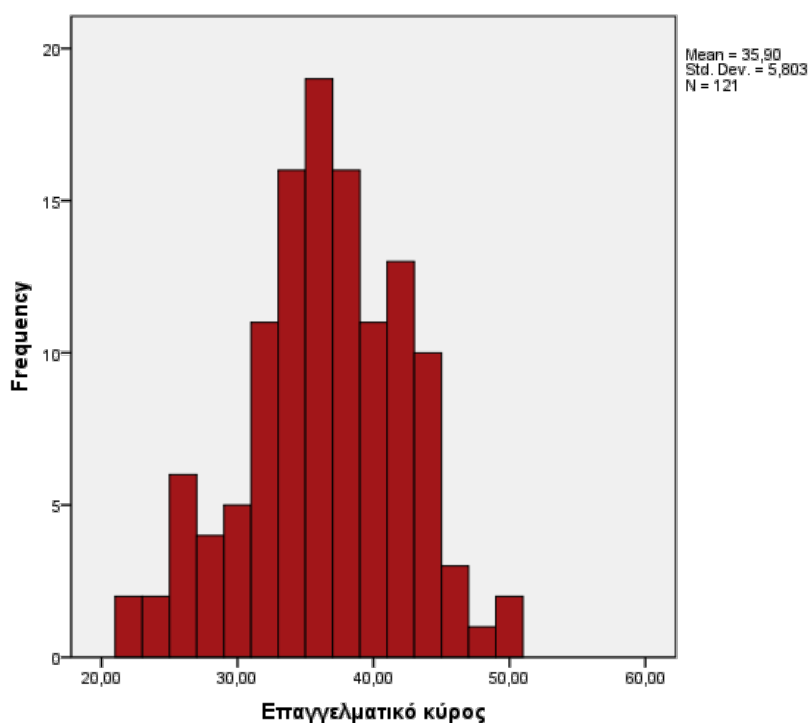
Γράφημα 3. Ιστογράμμα για την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις τιμές του αισθήματος μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.



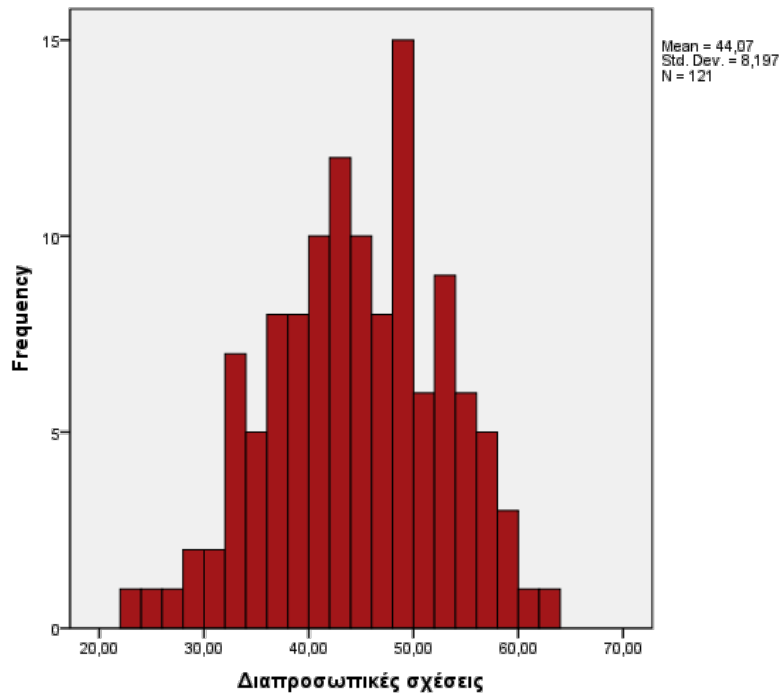
Γράφημα 4. Ιστογράμμα για την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις τιμές της αυτονομίας.



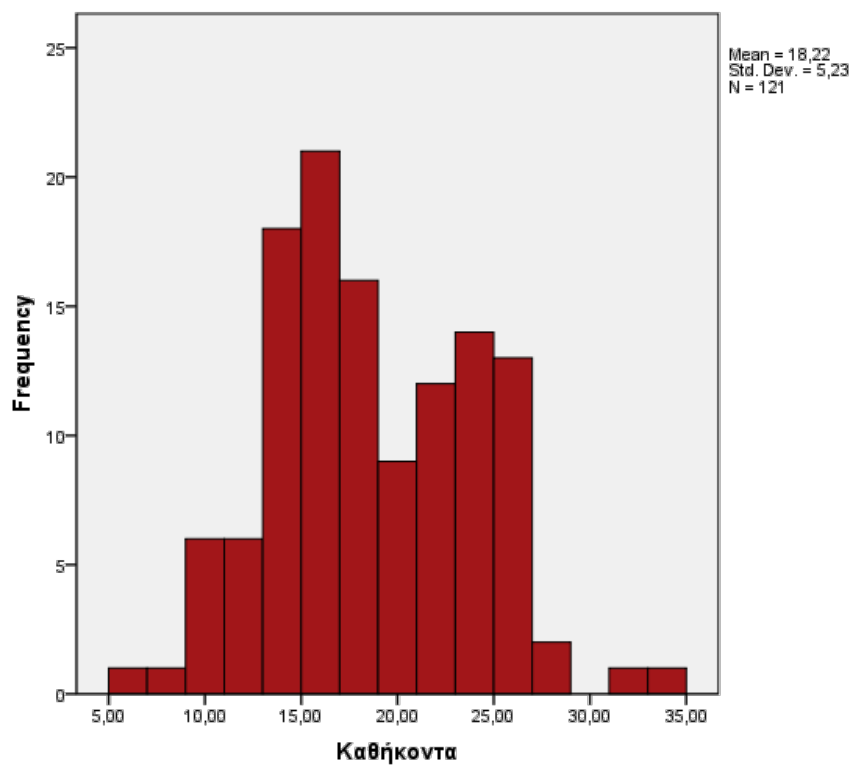
Γράφημα 5. Ιστόγραμμα για την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις τιμές της ικανοποίησης των αποδοχών.



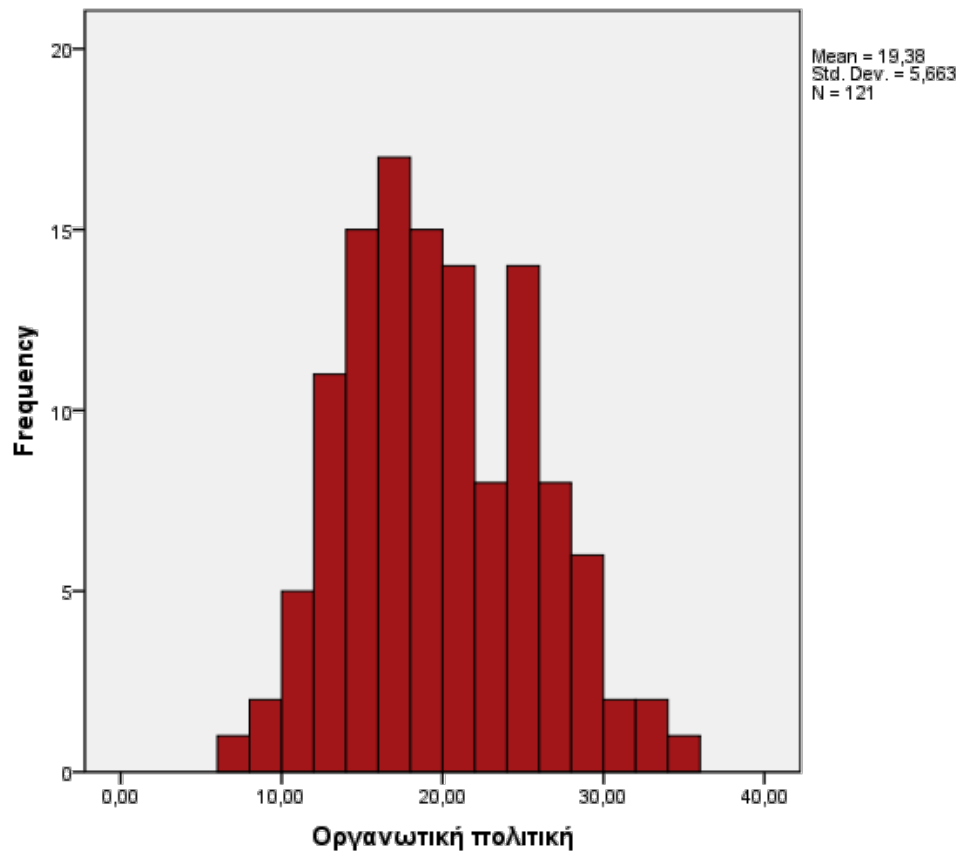
Γράφημα 6. Ιστόγραμμα για την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις τιμές του επαγγελματικού κύρους.



Γράφημα 7. Ιστόγραμμα για την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις τιμές των διαπροσωπικών σχέσεων.



Γράφημα 8. Ιστόγραμμα για την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις τιμές των καθηκόντων.



Γράφημα 9. Ιστόγραμμα για την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις τιμές της οργανωτικής πολιτικής.

4.2 Μονοπαραγοντική ανάλυση

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με την βαρύτητα για κάθε μία διάσταση του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης MBI. Και για τις τρεις διαστάσεις της κλίμακας MBI παρατηρούνται υψηλές τιμές σε ποσοστό από 40% έως 50%.

Πίνακας 8. Κατανομή συμμετεχόντων ανάλογα με τη βαρύτητα για κάθε μια διάσταση.

	<i>Χαμηλή</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Υψηλή</i>
<i>Συναισθηματική εξάντληση</i>	<i>23,1%</i>	<i>27,3%</i>	<i>49,6%</i>
<i>Αποπροσωποποίηση</i>	<i>28,1%</i>	<i>24,0%</i>	<i>47,9%</i>
<i>Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων</i>	<i>18,2%</i>	<i>38,0%</i>	<i>43,8%</i>

Από το σύνολο των συμμετεχόντων 44 παρουσίασαν υψηλή Συναισθηματική εξάντληση και υψηλή Αποπροσωποποίηση, 31 παρουσίασαν υψηλή Συναισθηματική εξάντληση και υψηλή Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, 26 παρουσίασαν υψηλή Αποπροσωποποίηση και υψηλή Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ 21 παρουσίασαν υψηλές τιμές και στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στον επόμενο πίνακα φαίνονται τα ποσοστά της κάθε μίας από τις τρεις διαστάσεις ανάλογα με τη βαρύτητα του τμήματος εργασίας.

Πίνακας 9.

			Αριθμός N	Ποσοστό	
Βαρύτητα τμήματος	Ελαφρά	Χαμηλή	14	48,3%	
		Μέτρια	8	27,6%	
		Υψηλή	7	24,1%	
	Μέση	Συναισθηματική εξάντληση	Χαμηλή	10	14,7%
		Μέτρια	19	27,9%	
		Υψηλή	39	57,4%	
	Βαριά	Χαμηλή	4	16,7%	
		Μέτρια	6	25,0%	
		Υψηλή	14	58,3%	
Βαρύτητα τμήματος	Ελαφρά	Χαμηλή	7	24,1%	
		Μέτρια	13	44,8%	
		Υψηλή	9	31,0%	
	Μέση	Αποπροσωποποίηση	Χαμηλή	20	29,4%
		Μέτρια	12	17,6%	
		Υψηλή	36	52,9%	
	Βαριά	Χαμηλή	7	29,2%	
		Μέτρια	4	16,7%	
		Υψηλή	13	54,2%	
Βαρύτητα τμήματος	Ελαφρά	Χαμηλή	5	17,2%	
		Μέτρια	11	37,9%	
		Υψηλή	13	44,8%	
	Μέση	Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	Χαμηλή	14	20,6%
		Μέτρια	25	36,8%	
		Υψηλή	29	42,6%	
	Βαριά	Χαμηλή	3	12,5%	
		Μέτρια	10	41,7%	
		Υψηλή	11	45,8%	

Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης και βαρύτητας τμήματος όπως αυτή προκύπτει από τον προηγούμενο πίνακα.

Συναισθηματική εξάντληση.

Σημαντική είναι η συσχέτιση της Συναισθηματικής εξάντλησης με τη βαρύτητα του τμήματος εργασίας ($p=0.004$). Προκύπτει ότι στα τμήματα ελαφράς βαρύτητας η συναισθηματική εξάντληση είναι περισσότερο χαμηλή (48.3%) παρά μέτρια (27.6%) ή υψηλή (**24.1%**) σε αντίθεση με τις δύο άλλες κατηγορίες βαρύτητας με τιμές χαμηλής, μέτριας και υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης 14.7%, 27.9%, **57,4%**. για την μέση βαρύτητα και 16.7%, 25.0% και **58.3%** για τη βαριά.

Πίνακας 10. Συσχέτιση Συναισθηματικής εξάντλησης με τη βαρύτητα του τμήματος.

		Βαρύτητα τμήματος			Σύνολο
		Μέση	Ελαφρά	Βαριά	
Συναισθηματική εξάντληση	Χαμηλ ή	10	14	4	28
	Μέτρια	19	8	6	33
	Υψηλή	39	7	14	60
Σύνολο		68	29	24	121

Πίνακας 11.

	X^2	β.ε	p-value
Pearson Chi-Square	15,486 ^a	4	0,004
Likelihood Ratio	14,775	4	0,005
Linear-by-Linear Association	1,076	1	0,299

Αποπροσωποποίηση

Οριακά σημαντική είναι η συσχέτιση της Αποπροσωποποίησης με τη βαρύτητα του τμήματος εργασίας ($p=0.051$). Προκύπτει ότι στα τμήματα ελαφράς βαρύτητας η αποπροσωποποίηση είναι περισσότερο μέτρια (44,8%) παρά υψηλή σε αντίθεση με τις δύο άλλες κατηγορίες βαρύτητας (52.9%) και (54.2%) για τη μέση και τη βαριά βαρύτητα αντίστοιχα.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της Αποπροσωποποίησης με τη βαρύτητα του τμήματος

	Βαρύτητα τμήματος			Σύνολο
	Μέση	Ελαφρά	Βαριά	
Αποπροσωποποίηση Χαμηλή	20	7	7	34
ή Μέτρια	12	13	4	29
Υψηλή	36	9	13	58
Σύνολο	68	29	24	121

Πίνακας 13.

	χ^2	β.ε	p-value
Pearson Chi-Square	9,424 ^a	4	0,051
Likelihood Ratio	8,755	4	0,068
Linear-by-Linear Association	,029	1	0,864

Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

Μη σημαντική είναι η συσχέτιση της Έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων με τη βαρύτητα του τμήματος εργασίας ($p=0.936$), Πίνακας 14.

	Βαρύτητα τμήματος			Σύνολο
	Μέση	Ελαφρά	Βαριά	
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων Χαμηλή	14	5	3	22
ή Μέτρια	25	11	10	46
Υψηλή	29	13	11	53
Σύνολο	68	29	24	121

Πίνακας 15.

	X^2	$\beta.\epsilon$	p-value
Pearson Chi-Square	,819 ^a	4	0,936
Likelihood Ratio	,861	4	0,930
Linear-by-Linear Association	,430	1	0,512

Συσχέτιση εργασιακής ικανοποίησης και βαρύτητας τμήματος.

από την εργασία.

Μη σημαντική είναι η συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης με τη βαρύτητα του τμήματος εργασίας ($p=0.701$).

Πίνακας 16. Συσχέτιση εργασιακής ικανοποίησης και βαρύτητας τμήματος

	Βαρύτητα τμήματος			Σύνολο
	Μέση	Ελαφρά	Βαριά	
Ικανοποίηση από την εργασία				
Χαμηλή	16	7	7	30
Μέτρια	36	16	9	61
Υψηλή	16	6	8	30
Σύνολο	68	29	24	121

Πίνακας 17.

	χ^2	$\beta.ε$	p-value
Pearson Chi-Square	2,191 ^a	4	0,701
Likelihood Ratio	2,198	4	0,699
Linear-by-Linear Association	,026	1	0,871

Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης.

Σημαντική είναι η συσχέτιση της Συναισθηματικής εξάντλησης με την εργασιακή ικανοποίηση. ($p < 0.001$). Προκύπτει ότι χαμηλή ικανοποίηση συναντάται σε άτομα με υψηλή συναισθηματική εξάντληση.

Συναισθηματική εξάντληση.

Πίνακας 18.

Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης

		Ικανοποίηση από την εργασία			Σύνολο
		Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	
Συναισθηματική εξάντληση	Χαμηλή	1	16	11	28
	ή				
	Μέτρια	3	18	12	33
	Υψηλή	26	27	7	60
Σύνολο		30	61	30	121

Πίνακας 19.

	χ^2	$\beta.\epsilon$	p-value
Pearson Chi-Square	25,722 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	28,615	4	0,000
Linear-by-Linear Association	21,147	1	0,000

Αποπροσωποποίηση

Σημαντική είναι η συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με την εργασιακή ικανοποίηση. ($p=0.027$). Προκύπτει ότι χαμηλή ικανοποίηση συναντάται σε άτομα με υψηλή αποπροσωποποίηση.

Πίνακας 20. Συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με την εργασιακή ικανοποίηση

		Ικανοποίηση από την εργασία			Σύνολο
		Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	
Αποπροσωποποίηση	Χαμηλή	3	19	12	34
	Μέτρια	6	14	9	29
	Υψηλή	21	28	9	58
Σύνολο		30	61	30	121

Πίνακας 21.

	χ^2	β.ε	p-value
Pearson Chi-Square	11,003 ^a	4	0,027
Likelihood Ratio	11,890	4	0,018
Linear-by-Linear Association	10,110	1	0,001

Οριακά σημαντική είναι η συσχέτιση της Έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων με την εργασιακή ικανοποίηση. ($p=0.055$). Προκύπτει ότι χαμηλή ικανοποίηση συναντάται σε άτομα με υψηλή Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

Πίνακας 22. Συσχέτιση της Έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων με την εργασιακή ικανοποίηση

		Ικανοποίηση από την εργασία			Σύνολο
		Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	Χαμηλή	2	11	9	22
	Μέτρια	9	27	10	46
	Υψηλή	19	23	11	53
Σύνολο		30	61	30	121

Πίνακας 23.

	X ²	β.ε	p-value
Pearson Chi-Square	9,278 ^a	4	0,055
Likelihood Ratio	9,348	4	0,053
Linear-by-Linear Association	6,711	1	0,010

Α

Πίνακας 24. Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας MBI.

		Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ν
Συναισθηματική εξάντληση	Pearson Correlation	1	,656**	-,120
	p-value		,000	,190
	N	121	121	121
Αποπροσωποποίηση	Pearson Correlation	0,656**	1	-,067
	p-value	0,000		,464
	N	121	121	121
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	Pearson Correlation	-,120	-,067	1
	p-value	0,190	,464	
	N	121	121	121

Από τον πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης ($p < 0.001$, $r = 0.656$). Αυτό σημαίνει ότι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση έχουν και μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση.

Οι συσχετίσεις μεταξύ

- συναισθηματικής εξάντλησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων
- αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων

δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Τα p-values είναι 0.190 και 0.464 αντίστοιχα.

4.3 Συμπερασματική στατιστική

Εξετάζεται η επίδραση των διαστάσεων του IWS, των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών του εργασιακού χώρου στις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου MBI (Σε κάθε μία ξεχωριστά).

Συναισθηματική Εξάντληση

Χρησιμοποιώντας την πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης προκύπτει ότι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την Συναισθηματική εξάντληση είναι όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα οι διαστάσεις «Καθήκοντα», «Επαγγελματικό κύρος» και «Αυτονομία». Το p-value για κάθε μία φαίνεται με κίτρινο χρώμα.

Πίνακας 25. Σημαντικοί παράγοντες συναισθηματικής εξάντλησης

	Συντελεστής	Τυπικό σφάλμα συντελεστή	t τεστ	p-value	95,0% διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κάτω όριο	Άνω όριο
(Constant)	75,696	7,492	10,104	0,000	60,859	90,533
Καθήκοντα	-,832	,191	-4,346	0,000	-1,211	-,453
Επαγγελματικό κύρος	-,486	,161	-3,018	0,003	-,804	-,167
Αυτονομία	-,456	,162	-2,817	0,006	-,777	-,136

a. Εξαρτημένη μεταβλητή : Συναισθηματική εξάντληση

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται οι μεταβλητές που εξετάστηκαν και δεν είναι στατιστικά σημαντικές δηλαδή έχουν $p\text{-value} > 0.05$. Οι τιμές αυτές σημειώνονται με γκρι.

Πίνακας 26. Λοιπές μεταβλητές που δεν παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα

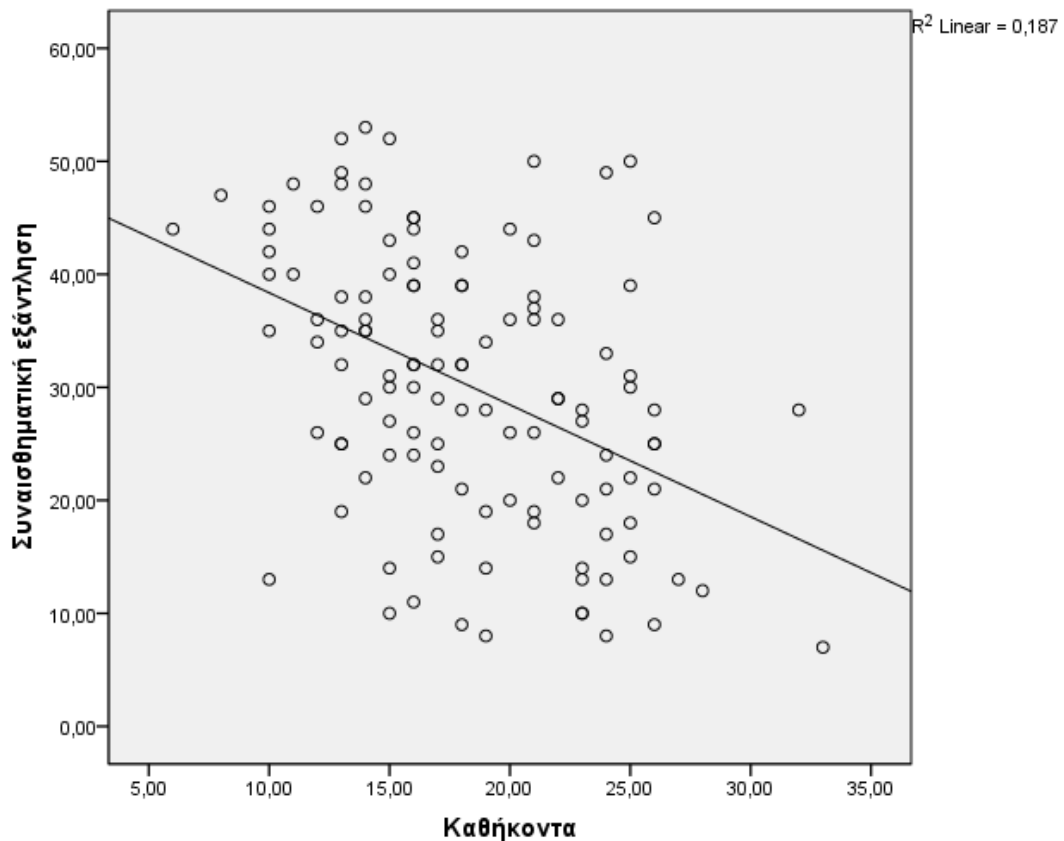
	Συντελεστής	t τεστ	p-value
Ικανοποίηση αποδοχών	,025 ^c	,314	0,754
Διαπροσωπικές σχέσεις	-,155 ^c	-1,792	0,076
Οργανωτική πολιτική	-,075 ^c	-,767	0,445
Φύλο	-,094 ^c	-1,211	0,228
Παιδιά	-,104 ^c	-1,517	0,098
Ηλικία	,054 ^c	,698	0,486
Οικογένεια	-,028 ^c	-,358	0,721
Χρόνια προϋπηρεσίας	,152 ^c	1,968	0,051
Ωράριο	,131 ^c	1,701	0,092
Εκπαιδευτικό επίπεδο	,010 ^c	,121	0,904
Βαρύτητα τμήματος	,038 ^c	,480	0,632

Προκύπτει συνεπώς ότι οι παράμετροι που σχετίζονται με την εργασία και οι δημογραφικοί παράγοντες δεν είναι στατιστικά σημαντικοί αν μετρά κανείς την ικανοποίηση από την εργασία με ένα δείκτη όπως το IWS.

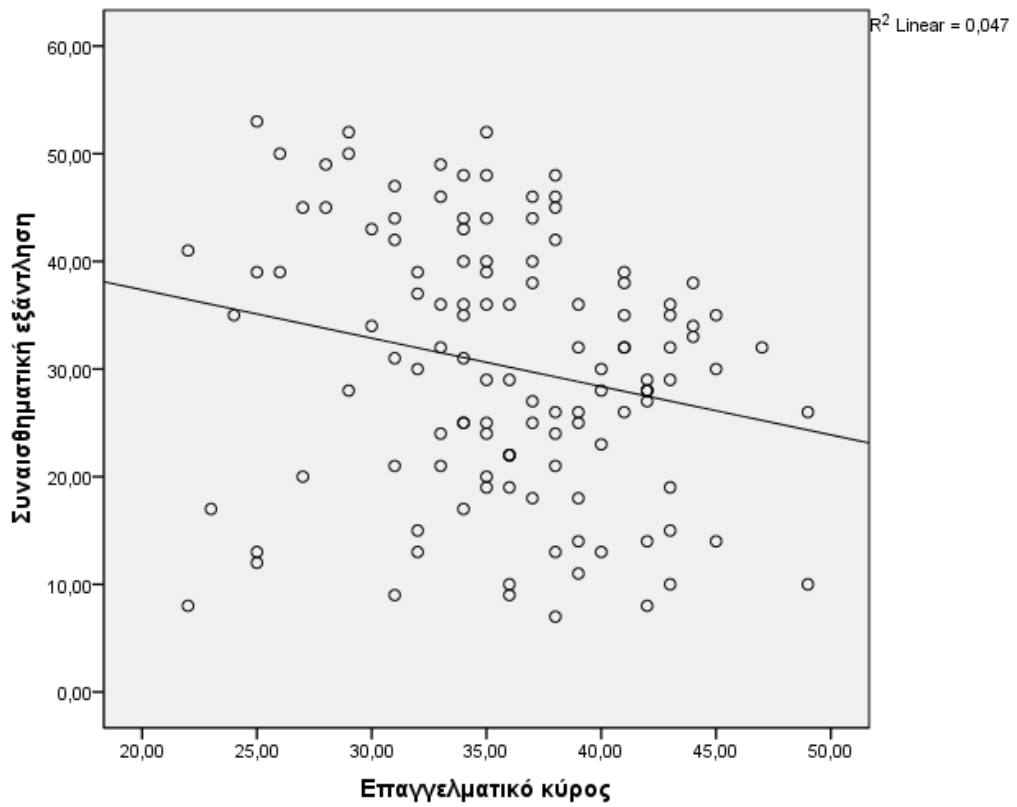
Συγκεκριμένα εργαζόμενοι με μικρότερες τιμές στη διάσταση «καθήκοντα» έχουν μεγαλύτερες τιμές «συναισθηματικής εξάντλησης» ($p=0.000$) όπως άλλωστε φαίνεται και στο γράφημα 10 που ακολουθεί.

Παρόμοια είναι η ερμηνεία και για την περίπτωση του «επαγγελματικού κύρους» όπου εργαζόμενοι με μικρότερες τιμές στη διάσταση «επαγγελματικό κύρος» έχουν μεγαλύτερες τιμές «συναισθηματικής εξάντλησης» ($p=0.003$) όπως φαίνεται και στο γράφημα 11 που ακολουθεί.

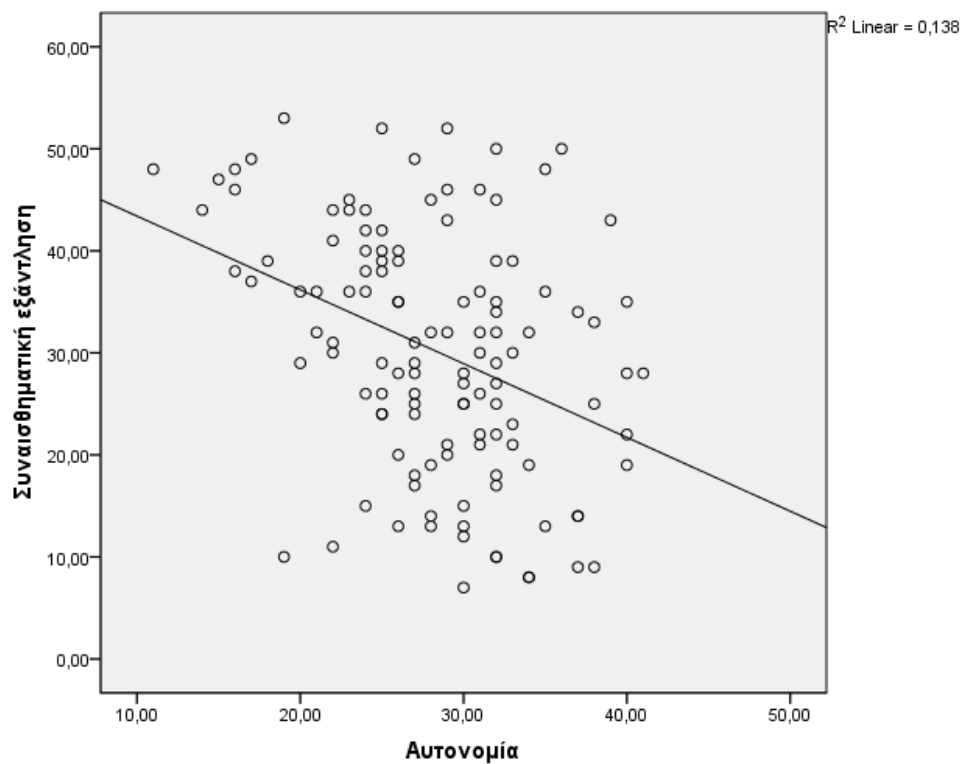
Τέλος και για την περίπτωση της «αυτονομίας» όπου εργαζόμενοι με μικρότερες τιμές στη διάσταση «αυτονομία» έχουν μεγαλύτερες τιμές «συναισθηματικής εξάντλησης» ($p=0.006$) όπως φαίνεται και στο γράφημα 12 που ακολουθεί.



Γράφημα 10. Διάγραμμα διασποράς για τη συσχέτιση συναισθηματικής εξάντλησης με τα καθήκοντα.



Γράφημα 11. Διάγραμμα διασποράς για τη συσχέτιση συναισθηματικής εξάντλησης με το επαγγελματικό κύρος.



Γράφημα 12. Διάγραμμα διασποράς για τη συσχέτιση συναισθηματικής εξάντλησης με την αυτονομία.

Αποπροσωποποίηση

Χρησιμοποιώντας την πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης προκύπτει ότι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την Αποπροσωποποίηση είναι όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα οι διαστάσεις «Καθήκοντα», «Επαγγελματικό κύρος», «Αυτονομία», «Χρόνια προϋπηρεσίας» και «Φύλο». Το p-value για κάθε μία φαίνεται με κίτρινο χρώμα.

Πίνακας 27. Μεταβλητές που επηρεάζουν αποπροσωποποίησης

	Συντελεστής	τυπικό σφάλμα συντελεστή	t τεστ	p-value	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το συντελεστή	
					Κάτω όριο	Άνω όριο
(Constant)	38,961	6,321	6,164	0,000	26,441	51,481
Αυτονομία	-,248	,104	-2,377	0,019	-,455	-,041
Επαγγελματικό κύρος	-,311	,103	-3,009	0,003	-,516	-,106
Καθήκοντα	-,313	,123	-2,540	0,012	-,557	-,069
Χρόνια προϋπηρεσίας	1,588	,742	2,139	0,035	,117	3,059
Φύλο	-4,051	1,922	-2,108	0,037	-7,859	-,244

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Αποπροσωποποίηση

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται οι μεταβλητές που εξετάστηκαν και δεν είναι στατιστικά σημαντικές δηλαδή έχουν $p\text{-value} > 0.05$. Οι τιμές αυτές σημειώνονται με γκρι.

Πίνακας 28. Λοιπές μεταβλητές που δεν παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα

	Συντελεστή	t -τεστ	p-value
Ικανοποίηση αποδοχών	,082 ^e	,996	0,321
Διαπροσωπικές σχέσεις	-,076 ^e	-,823	0,412
Οργανωτική πολιτική	,021 ^e	,207	0,836
Ηλικία	-,020 ^e	-,172	0,864
Οικογένεια	,071 ^e	,852	0,396
Αριθμός παιδιών	,053 ^e	,631	0,529
Ωράριο	,145 ^e	1,718	0,088
Εκπαιδευτικό επίπεδο	,041 ^e	,479	0,633
Βαρύτητα τμήματος	,124 ^e	1,504	0,135

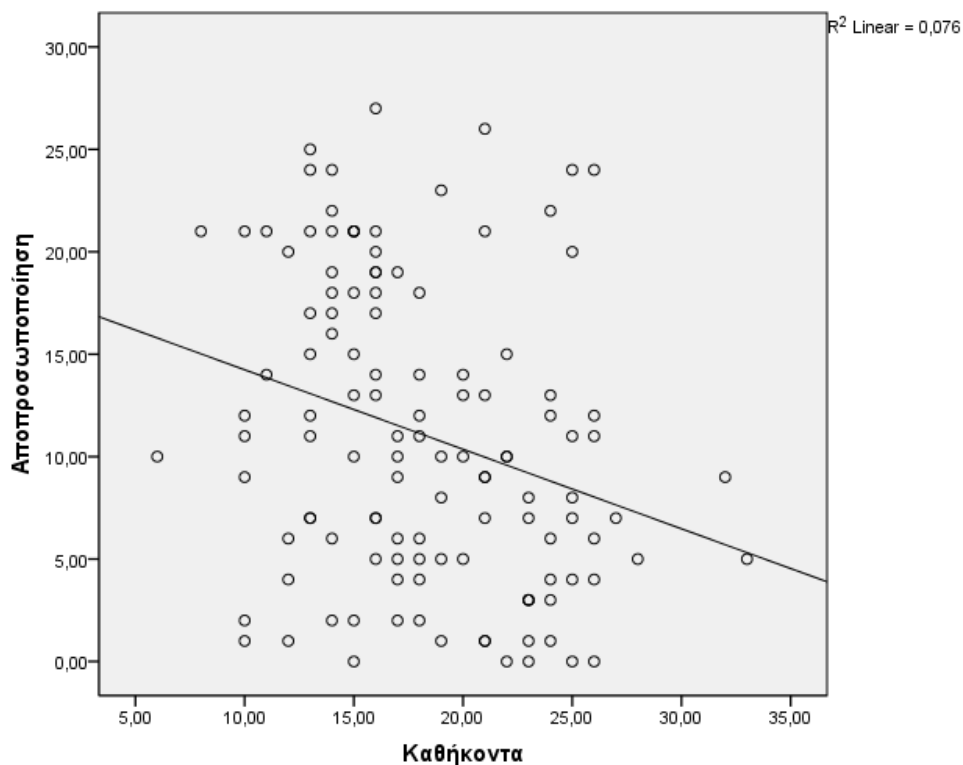
Προκύπτει συνεπώς ότι εργαζόμενοι με μικρότερες τιμές στη διάσταση «καθήκοντα» έχουν μεγαλύτερες τιμές «αποπροσωποποίησης» ($p=0.012$) όπως άλλωστε φαίνεται και στο γράφημα 13 που ακολουθεί.

Παρόμοια είναι η ερμηνεία και για την περίπτωση του «επαγγελματικού κύρους» όπου εργαζόμενοι με μικρότερες τιμές στη διάσταση «επαγγελματικό κύρος» έχουν μεγαλύτερες τιμές «αποπροσωποποίησης» ($p=0.003$) όπως άλλωστε φαίνεται και στο γράφημα 14 που ακολουθεί.

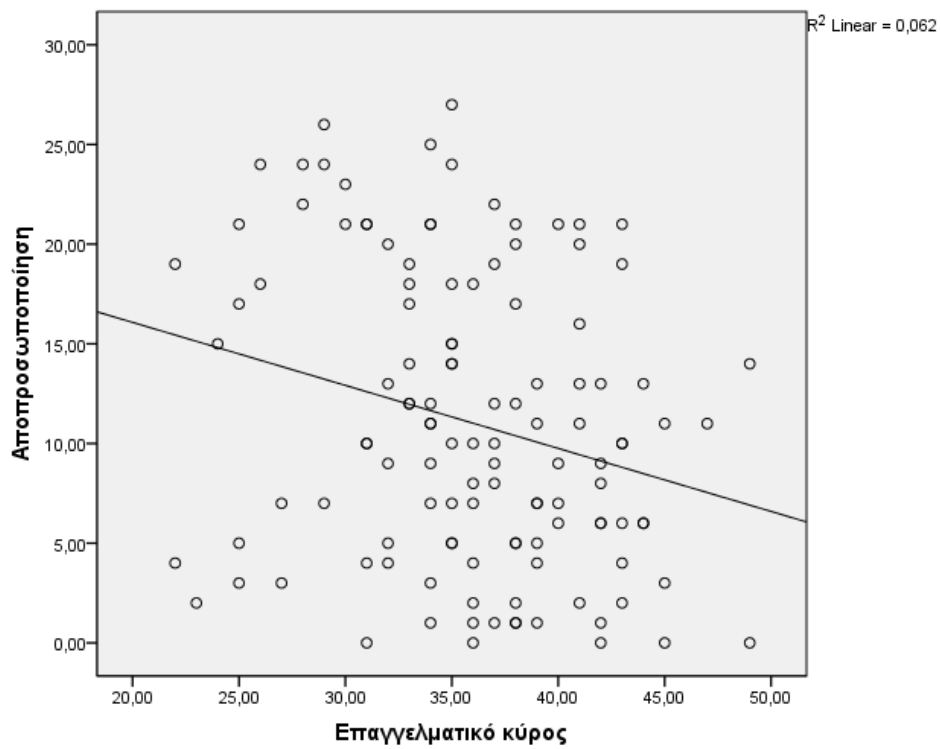
Και για την περίπτωση της «αυτονομίας» εργαζόμενοι με μικρότερες τιμές στη διάσταση «αυτονομία» έχουν μεγαλύτερες τιμές «αποπροσωποποίησης» ($p=0.019$) όπως άλλωστε φαίνεται και στο γράφημα 15 που ακολουθεί.

Η αποπροσωποποίηση αυξάνεται με τα χρόνια εργασίας. Το συμπέρασμα απεικονίζεται και στο γράφημα 16. Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι για τους εργαζόμενους με άνω των 30 ετών προϋπηρεσία το συμπέρασμα φαίνεται να αναιρείται. Αυτό όμως οφείλεται στο γεγονός ότι για την κατηγορία αυτή έγιναν μόνο 2 καταγραφές. Το συμπέρασμα επομένως για την αύξηση της αποπροσωποποίησης με την αύξηση των χρόνων προϋπηρεσίας ισχύει ουσιαστικά για τις τρεις πρώτες κατηγορίες όπου υπάρχουν και επαρκείς καταγραφές.

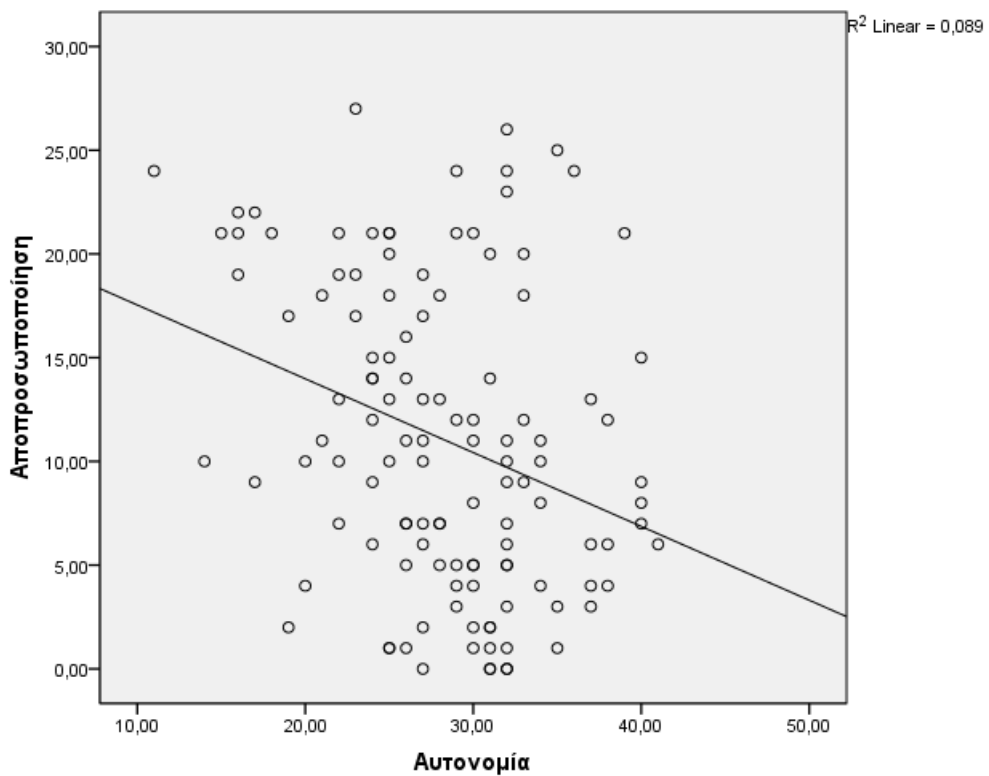
Το τελευταίο συμπέρασμα αφορά στη διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών όπου παρατηρείται στους άνδρες μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση (Γράφημα 17). Και στην περίπτωση αυτή όμως υπάρχει ο περιορισμός της δειγματοληψίας καθώς οι άνδρες εργαζόμενοι που καταγράφηκαν είναι λιγостоί και επομένως η ερμηνεία του αποτελέσματος είναι επισφαλής.



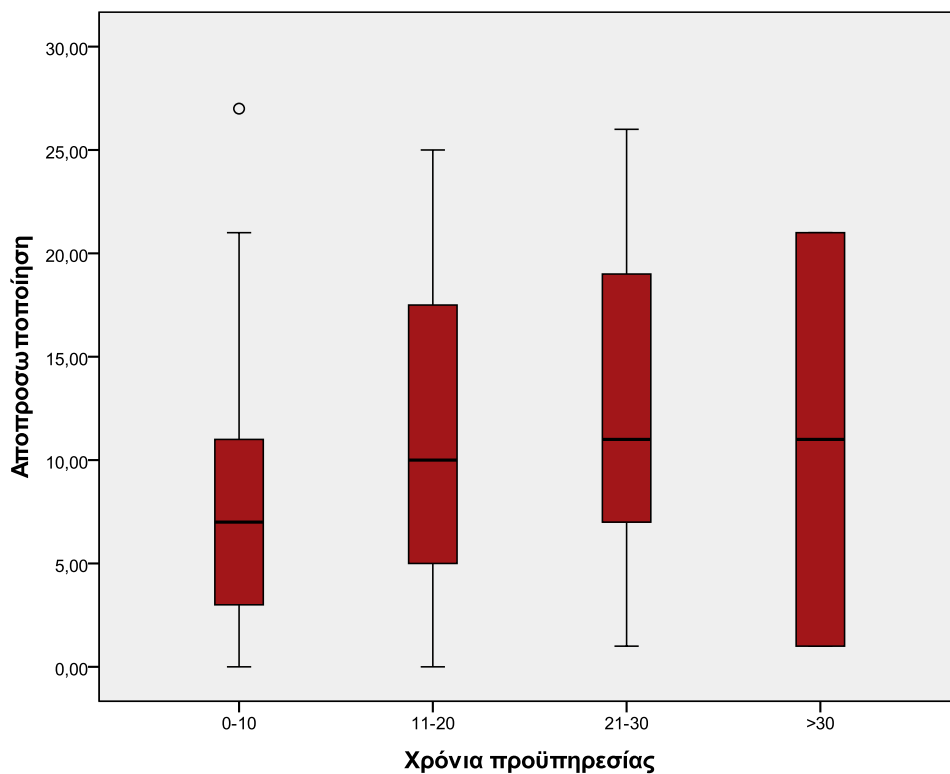
Γράφημα 13. Διάγραμμα διασποράς για τη συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με τα καθήκοντα.



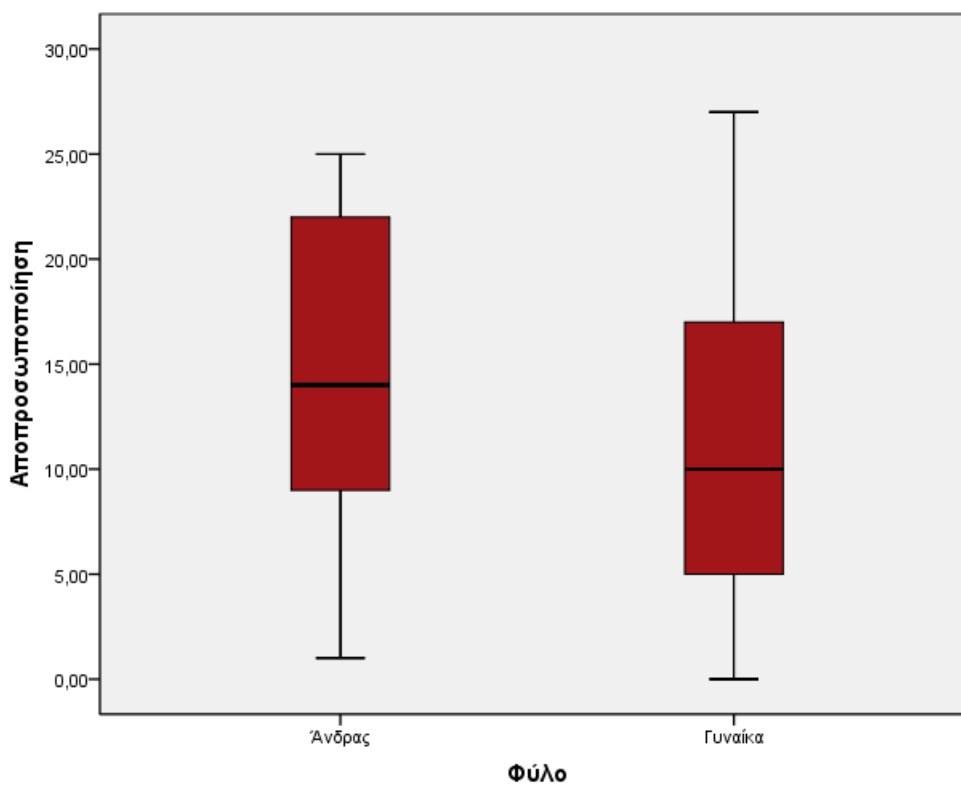
Γράφημα 14. Διάγραμμα διασποράς για τη συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με το επαγγελματικό κύρος.



Γράφημα 15. Διάγραμμα διασποράς για τη συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με τη αυτονομία.



Γράφημα 16. Συγκριτικό θηκόγραμμα για τις τιμές της αποπροσωποποίησης ανάλογα με τα χρόνια προϋπηρεσίας.



Γράφημα 17. Συγκριτικό θηκόγραμμα για τις τιμές της αποπροσωποποίησης ανάλογα με το φύλο.

Αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων

Χρησιμοποιώντας την πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης προκύπτει ότι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για το «Αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων» είναι όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα οι διαστάσεις «Οικογένεια» και «Αυτονομία». Το p-value για κάθε μία φαίνεται με κίτρινο χρώμα.

Πίνακας 29. Στατιστικά σημαντικοί παράγοντες αισθήματος μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων

			t- τεστ	p-value.	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το συντελεστή	
	Συντελεστής	Τυπικό σφάλμα			Κάτω όριο	Άνω όριο
(Constant)	26,260	3,457	7,597	0,000	19,415	33,105
Αυτονομία	-,336	,108	-3,124	0,002	-,549	-,123
Οικογένεια	-3,115	,994	-3,132	0,002	-5,084	-1,146

Εξαρτημένη μεταβλητή: Αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων

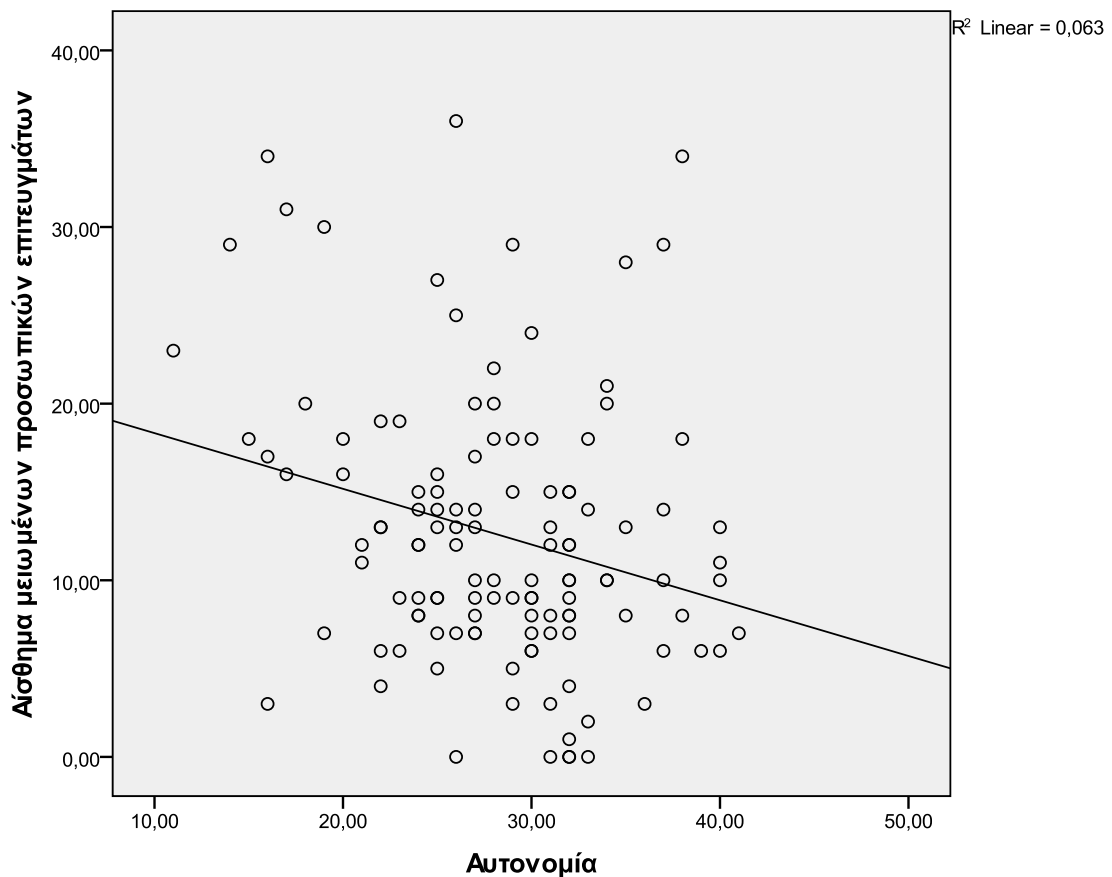
Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται οι μεταβλητές που εξετάστηκαν και δεν είναι στατιστικά σημαντικές δηλαδή έχουν $p\text{-value} > 0.05$. Οι τιμές αυτές σημειώνονται με γκρι.

Πίνακας 30. Λοιπές μεταβλητές που δεν παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα

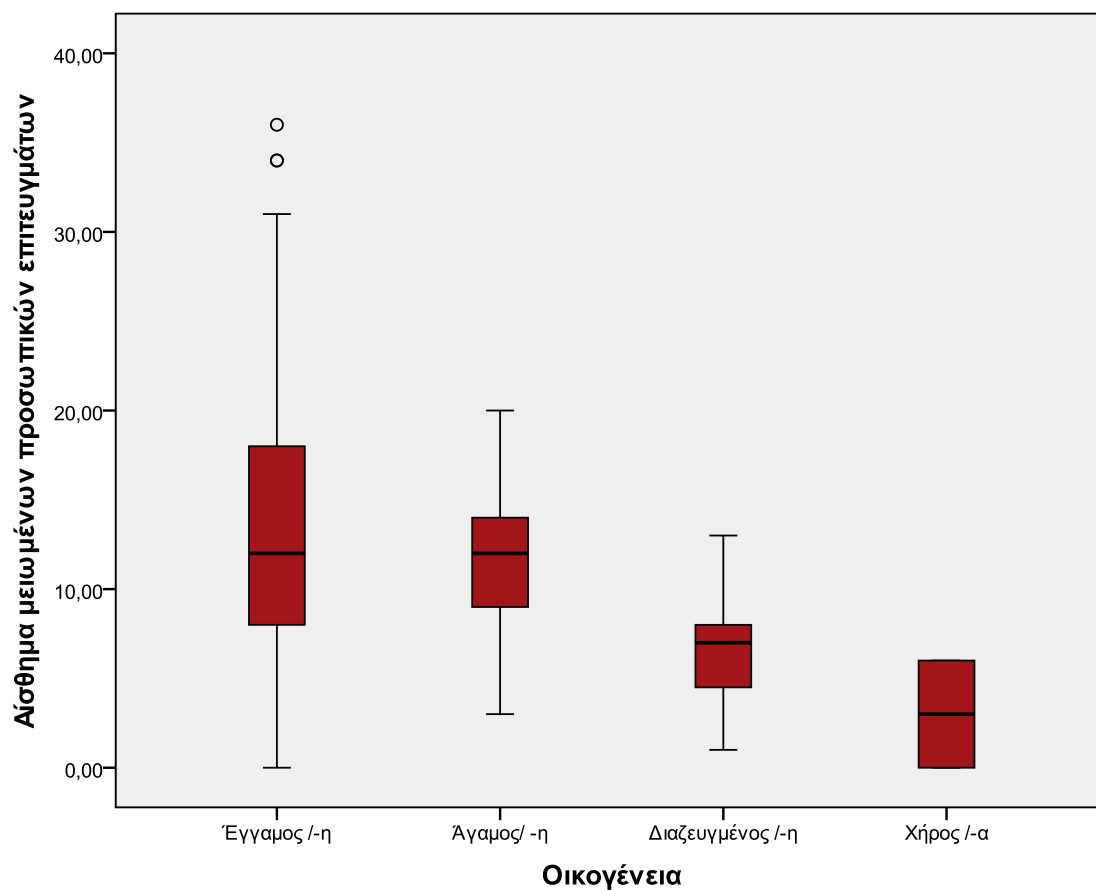
	Συντελεστής	t- τεστ	p-value
Ικανοποίηση αποδοχών	,011 ^b	,120	0,904
Επαγγελματικό κύρος	-,139 ^b	-1,629	0,106
Διαπροσωπικές σχέσεις	-,088 ^b	-,962	0,338
Καθήκοντα	-,042 ^b	-,451	0,653
Οργανωτική πολιτική	,121 ^b	1,202	0,232
Φύλο	,058 ^b	,672	0,503
Ηλικία	-,060 ^b	-,701	0,485
Χρόνια προϋπηρεσίας	-,062 ^b	-,722	0,472
Ωράριο	,101 ^b	1,173	0,243
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-,007 ^b	-,078	0,938
Βαρύτητα τμήματος	,128 ^b	1,504	0,135

Συγκεκριμένα εργαζόμενοι με μικρότερες τιμές στη διάσταση «αυτονομία» έχουν μεγαλύτερες τιμές στο «αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων» ($p=0.02$) όπως φαίνεται και στο Γράφημα 18 που ακολουθεί.

Επίσης ρόλο παίζει και η οικογενειακή κατάσταση ($p=0.02$) όπου το «αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων» έχει μεγαλύτερες τιμές στους έγγαμους και τους άγαμους συγκριτικά με τους διαζευγμένους και τους χήρους (Γράφημα 19).



Γράφημα 18. Διάγραμμα διασποράς για τη συσχέτιση του αισθήματος μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων με την αυτονομία.



Γράφημα 19. Συγκριτικό θηκόγραμμα για τις τιμές του αισθήματος μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων με την οικογένεια.

5.1 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να διερευνήσει τη σχέση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Επαγγελματικής Ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ανάλογα με την βαρύτητα των τμημάτων που εργάζονται, χωρίζοντας τα σε υψηλής, μεσαίας και ελαφράς βαρύτητας τμήματα.

5.1.1 Περιγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών

Σύμφωνα με τα ευρήματα, η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σε ποσοστό 89,3% γυναίκες. Αποδεικνύοντας το γεγονός ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται γυναικείο (Σαπουντζή & Λεμονίδου 1994).

Η μέση ηλικία του δείγματος είναι μεταξύ 30-49 σε ποσοστό 92,8%. Ο χρόνος προϋπηρεσίας είναι τα 21-30 έτη σε ποσοστό 75%. Έγγαμοι σε ποσοστό 75%. Το ωράριο είναι κυκλικό σε 64,5%.

Από τους 121 συμμετέχοντες οι 68 σε ποσοστό 56,2%, προέρχονταν από τα μέσης βαρύτητας τμήματα, οι 29 σε ποσοστό 24% από τα χαμηλής βαρύτητας και τέλος 24 σε ποσοστό 19,8% από τα υψηλής βαρύτητας τμήματα.

Το 66,1% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, ακολουθούν οι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με ποσοστό 28,1% και οι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης με ποσοστό 3,3% και τέλος με Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών το 2,5%.

5.2. Συμπεράσματα

Η έρευνα δείχνει γενικά ότι η Επαγγελματική Εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού στο Π.Π.Γ.Ν. Πατρών, κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα. Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση συναισθηματικής εξάντλησης με τη βαρύτητα του τμήματος εργασίας $p=0,004$, δηλαδή υψηλή συναισθηματική εξάντληση στα μέσης βαρύτητας 5,4% και στα υψηλής βαρύτητας 58,3% τμήματα. Ενώ στα ελαφράς βαρύτητας τμήματα βρέθηκε χαμηλή συναισθηματική εξάντληση 48,3%. Στην αποπροσωποποίηση βρέθηκε οριακά σημαντική συσχέτιση με τη βαρύτητα του τμήματος εργασίας $p=0,051$, δηλαδή για τα μεσαία και υψηλής βαρύτητας τμήματα τα ποσοστά κυμάνθηκαν σε υψηλά επίπεδα, 52,9% και 54,2% αντίστοιχα. Ενώ για τα ελαφράς βαρύτητας τμήματα η αποπροσωποποίηση είναι μέτρια 44,8%.

Ενώ για το αίσθημα της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων σε σχέση με τη βαρύτητα των τμημάτων εργασίας δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση $p=0,036$. Από το σύνολο των συμμετεχόντων 44 παρουσίασαν υψηλή Συναισθηματική εξάντληση και υψηλή Αποπροσωποποίηση, 31 παρουσίασαν υψηλή Συναισθηματική εξάντληση και υψηλή Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, 26 παρουσίασαν υψηλή Αποπροσωποποίηση και υψηλή Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ 21 παρουσίασαν υψηλές τιμές και στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Βρέθηκε μη σημαντική συσχέτιση επαγγελματικής ικανοποίησης με την βαρύτητα των τμημάτων $p=0,0701$. Σημαντική συσχέτιση συναισθηματικής εξάντλησης κι αποπροσωποποίησης με την εργασιακή ικανοποίηση με $p<0,001$ και $p=0,027$ αντίστοιχα. Ενώ στην συσχέτιση προσωπικών επιτευγμάτων με την εργασιακή ικανοποίηση παρουσιάζεται οριακά σημαντική $p=0,055$.

Συγκεκριμένα

Συναισθηματική εξάντληση

Δεν επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, την οικογένεια, τα χρόνια προϋπηρεσίας, το ωράριο, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τέλος την βαρύτητα του τμήματος. Αλλά σχετίζεται θετικά με τα πολλαπλά καθήκοντα, το μειωμένο επαγγελματικό κύρος και την έλλειψη αυτονομίας.

Τα πολλαπλά καθήκοντα εκτός από την ασάφεια του ρόλου του εργαζόμενου προκαλούν και τον παρατεταμένο νοσηλευτικό φόρτο εργασίας, ευρήματα τα οποία συνάδουν και με άλλες έρευνες (Αδαλή και συν. 2002, Λαχανά 2003, Sullivan 1993). Το μειωμένο επαγγελματικό κύρος και η

έλλειψη αυτονομίας οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση (Duffy & Richard 2006, Khowaja et al 2005), ευρήματα που συμφωνούν και με άλλες μελέτες (Χαραλαμπίδου 1996).

Αποπροσωποποίηση

Στην αποπροσωποποίηση συμβάλλουν το μειωμένο επαγγελματικό κύρος, η έλλειψη αυτονομίας, τα αυξημένα χρόνια προϋπηρεσίας και τέλος το φύλο.

Στα καθήκοντα ορίζονται οι εργασίες που επιτελούνται ως ρουτίνα κατά τη διάρκεια της βάρδιας και συνδέονται με την αποπροσωποποίηση. Το εύρημα συνάδει με τα ευρήματα και άλλων μελετών (Λαχανά 2003, Candley 1991).

Αν και η ρουτίνα των νοσηλευτικών πράξεων, μπορεί να προκαλέσει μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση σε έρευνα του Cavanagh το 1992, έδειξε ότι η ρουτίνα μπορεί να λειτουργήσει θετικά και ως ένδειξη σιγουριάς και ασφάλειας (Cavanagh 1992).

Η έλλειψη αυτονομίας και το μειωμένο επαγγελματικό κύρος οδηγούν στην αποπροσωποποίηση. Η ερμηνεία που μπορεί να αποδοθεί είναι στο χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στις φιλοδοξίες του ατόμου και τη δυνατότητα υλοποίησης τους στον επαγγελματικό στίβο (Λαχανά 2003).

Η ομάδα των εργαζομένων των 21-30 ετών προϋπηρεσίας παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης. Το εύρημα αυτό είναι κάπως απρόσμενο, αφού συνήθως οι μεγαλύτεροι σε προϋπηρεσία νοσηλευτές μπορούν να αντιμετωπίσουν τις εργασιακές προκλήσεις με μεγαλύτερη ευκολία και ασφάλεια και να τυγχάνουν καλύτερης αντιμετώπισης από τους προϊστάμενους. Στην θέση αυτή συμφωνούν οι Cordes & Dougherty (1993), οι Μπελλαλή και συν. (2007), Λαχανά (2003). Ωστόσο με το παρόν εύρημα συμφωνούν και άλλες έρευνες (Chiriboga & Bailey 1986, Maslach et al 1997).

Οι άνδρες παρατηρείται να υφίστανται μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση αν και σε αυτή την περίπτωση το δείγμα είναι μικρό. Παρόλα αυτά μπορεί η ερμηνεία να έγκειται στην φύση του σε σχέση με τη γυναίκα. Ότι δηλαδή ο κοινωνικός ρόλος της νοσηλεύτριας συνάδει με τον γυναικείο που είναι η παροχή φροντίδας (Σαπουντζή & Λεμονίδου 1994).

Αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων

Οι παράγοντες που παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα είναι η οικογένεια και έλλειψη αυτονομίας. Μεγάλες τιμές αισθήματος μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων παρουσιάζουν οι

έγγαμοι και οι άγαμοι, σε σχέση με τους διαζευγμένους και τους χήρους. Οι διαζευγμένοι και οι χήροι νοσηλευτές προφανώς επενδύουν περισσότερο στην εργασία τους προσπαθώντας να αντισταθμίσουν το προσωπικό τους κενό. Το εύρημα συμφωνεί με την μελέτη της Τεκτονίδου (2010), αλλά έρχεται σε αντίθεση με τις μελέτες των Maslach et al (2001) και Λαχανά – Κοτρώτσιου (2004), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η οικογένεια αποτελεί ενισχυτικό παράγοντα στην αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων.

Η έλλειψη αυτονομίας των νοσηλευτών εκπορεύεται από την αδυναμία της Νοσηλευτικής Διοίκησης και παρέχει την ελευθερία δράσης των γνωστικών τους πεδίων, με το να θεσπίζουν δικούς τους στόχους και με το να επιλέγουν τρόπο επίτευξή τους. Το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων είναι σχετικά υψηλό καθώς δεν υπάρχει επιβράβευση και δυνατότητα παρέμβασης σε θέματα οργάνωσης. Το εύρημα αυτό συνάδει και με άλλες μελέτες (Γώγος και Πετσετάκη 2010, Shields & Ward 2001, Cortise 2007). Υπάρχουν επίσης ευρήματα μελετών που η έλλειψη αυτονομίας έχει να κάνει με τον τομέα που εργάζονται οι νοσηλευτές. Για παράδειγμα οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα π.χ. Μ.Ε.Θ., Χειρουργεία (Πραντσίδου 2011, Αδαλή και συν. 2000, Chiron et al 2010), εξαιτίας της μονοτονίας της εργασίας. Αντίθετα στα ανοιχτά τμήματα υπάρχει μεγαλύτερη αυτονομία κινήσεων και πιο σύνθετα καθήκοντα (Πραντσίδου 2011, Chiron et al 2010) και συνακόλουθα υψηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Όσον αφορά στην επαγγελματική ικανοποίηση, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση, εύρημα που συμφωνεί με τη μελέτη του Σακελλαρόπουλου (2006). Συγκεκριμένα βρέθηκε μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση ως προς την αυτονομία και το επαγγελματικό κύρος, όπου συμφωνεί με τους Γώγος και Πετσετάκη (2010), Adamson et al (1995) και τέλος Πουζουκίδου και συν. (2007).

Μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση βρέθηκε και στην μελέτη των Μπόρου και συν. (2010) ως προς το νοσηλευτικό φόρτο εργασίας, την εξέλιξη και την συναδελφικότητα. Ενώ στην μελέτη των Κουράκος και συν. (2012) βρέθηκε αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση.

Χαρακτηριστικό όλων των ευρημάτων είναι ότι οι αποδοχές δεν αναδεικνύονται ως σημαντικός παράγοντας Επαγγελματικής Ικανοποίησης.

5.3 Παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής

εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση, καθώς οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτή είναι διαφορετικοί και σύνθετοι και αν αντιμετωπιστεί αποσπασματικά, η διαχείριση του προβλήματος θα είναι επιφανειακή (Πραντσίδου 2011).

Μια σύγχρονη βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν νέους τρόπους συμπεριφοράς με τη χρήση π.χ. γνωστικών μοντέλων, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, είναι όμως αμφίβολο αν μπορούν να τις εφαρμόσουν στον χώρο εργασίας τους, καθώς δρουν στο πλαίσιο του οργανισμού από τον οποίο απορρέουν συγκεκριμένοι ρόλοι. Επομένως για να υπάρξουν αλλαγές, πρέπει να υπάρξει αυτονομία αλλά και η αποδοχή, ότι θα υπάρξουν συνέπειες στον οργανισμό από τέτοιου είδους αλλαγές (Ζυγούρης 2008).

5.3.1 Ατομικό επίπεδο

Οι ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας αλλά και οι προσπάθειες που καταβάλλει ο νοσηλευτής έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι βέβαια σχετικά λιγότερο δραστικές στον χώρο εργασίας καθώς έχουν μικρότερο έλεγχο επάνω στους στρεσογόνους παράγοντες σε συνάρτηση με τους άλλους τομείς της ζωής του. Παρόλα αυτά έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για ποικίλους λόγους, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνει αντιλήψεις σε σχέση με την αιτιότητα / υπαιτιότητα του ατόμου και τότε είναι «ευκολότερο και φθηνότερο να αλλάζεις ανθρώπους παρά οργανισμούς» (Maslach et al 2001, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995,1999)

Η εργασιακή ατμόσφαιρα επηρεάζεται από την αποδιοργάνωση και την απουσία δημιουργικότητας και συλλογικότητας και έχουν άμεσο αντίκτυπο στην οργανωτική δομή του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (Αδαλή 1999, Μπελαλή και συν. 2007). Με αποτέλεσμα να ελλοχεύει ο κίνδυνος της επαγγελματικής εξουθένωσης να γίνει «μεταδοτική» να διαιωνίζεται διαμέσου αλληλεπιδράσεων στην εργασία (Maslach et al 2001), επιδεινώνοντας το γενικότερο κλίμα του οργανισμού (Fowler et al 1993).

Η εκμάθηση διαπροσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, ο έλεγχος του άγχους, τεχνικές χαλάρωσης και θετικού προσανατολισμού έχουν οδηγήσει σε αμφιλεγόμενα συμπεράσματα στο αν η εφαρμογή τους βοηθά στη μείωση της βαρύτητας των στοιχείων του συνδρόμου (Αδαλή 2002).

Πιστεύεται όμως, ότι η συμμετοχή του νοσηλευτή σε ψυχοθεραπευτικές ομάδες, όπου ενθαρρύνεται να μοιραστεί τα συναισθήματά του με άλλους συναδέλφους και να εκφράζει τις

βιοψυχοκοινωνικές του ανάγκες μπορεί να βοηθήσει (Αδαλή 2002, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999, Maslach et al 2001b).

Σε κάθε περίπτωση απαραίτητη προϋπόθεση για την παρέμβαση είναι η συνειδητή απόφαση του νοσηλευτή για αλλαγή της κατάστασης, ανάπτυξη στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτηση του ελέγχου της ζωής του (Μισουρίδου 2009).

A) Συναίσθηση επαγγελματικής εξουθένωσης

Η θεραπεία του συνδρόμου έγκειται πρωτίστως στην αναγνώριση από τον ίδιο τον νοσηλευτή, των ψυχοσωματικών χαρακτηριστικών του συνδρόμου. Δεύτερον να αξιολογήσει τα επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας που διαθέτει, τρίτον και τελευταίο το κατά πόσο είναι διατεθειμένος να τα εξωτερικεύσει ζητώντας εξειδικευμένη βοήθεια (Farrington 1997, Maslach et al 2001b)

B) Στρατηγική αντιμετώπιση

Το σημαντικό είναι να μπορέσει να καθορίσει τους τομείς της ζωής και της εργασίας του που μπορεί να ελέγξει και στη συνέχεια να επιλέξει μια στρατηγική αντιμετώπισης που του ταιριάζει περισσότερο ανάλογα με την περίπτωση π.χ.

α) Δραστηριότητες που τον αποσπούν από τα καθημερινά προβλήματα π.χ. κάποιο χόμπι ή σωματική άσκηση που θα τον ξεκουράζουν.

β) Αλλαγές στην συμπεριφορά π.χ.

Βελτίωση ικανοτήτων επικοινωνίας

Διαπραγμάτευση

Έκφραση συναισθημάτων

Ανάπτυξη διεκδικητικότητας δηλαδή να λέει «όχι» όταν χρειάζεται, όπου βοηθά στην βελτίωση της αίσθησης των προσωπικών επιτευγμάτων.

Τέλος σεμινάρια διαχείρισης άγχους (Albaugh 2003, Παππά & συν. 2008).

Ο Potter προτείνει την ανάγκη δημιουργίας νέων τρόπων αντίληψης και σκέψης:

Ανάπτυξη ικανοτήτων διαχείρισης του εαυτού, όπου μέσω αυτοελέγχου, θα μπορεί να αναγνωρίζει την αξία του ακόμα και σε εχθρικό περιβάλλον.

Απόκτηση ικανότητας ελέγχου του stress και να το μετατρέπει σε θετική ενέργεια.

Τέλος να δομήσει υποστηρικτικά συστήματα και να βρει συμμάχους, δηλαδή να βρει άτομα που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει το stress (Potter 1987, Διομήδους & συν. 2009).

Γ) Επανεκτίμηση στόχων και προσδοκιών

Επαναπροσδιορισμό στόχων και προσδοκιών στο χώρο εργασίας όπου θα ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, θα συμβάλει στην αύξηση της ικανοποίησης και στην αποτροπή της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008), και αυτοί θα είναι βραχυπρόθεσμοι, εξειδικευμένοι και ρεαλιστικοί (Αδαλή 2002).

Δ) Διερεύνηση κινήτρων

Η διερεύνηση κινήτρων που ωθούν στην επιλογή ενός επαγγέλματος που είναι άμεσα συνδεδεμένο με την φροντίδα ασθενών είναι πολύ σημαντική. Καθότι αλτρουιστικά κίνητρα προσφοράς συνυπάρχουν με εγωιστικά. Ο νοσηλευτής προσδοκά ότι η φροντίδα του πρέπει να είναι πάντα αποτελεσματική και ότι οι παρεμβάσεις του επηρεάζουν την ζωή των ασθενών, ως εκ τούτου εκείνοι θα πρέπει ανελλιπώς να αναγνωρίζουν την προσφορά του και να δέχονται τις συμβουλές του χωρίς να τον αμφισβητούν. Η πραγματικότητα όμως καθότι δεν ανταποκρίνεται στις μη ρεαλιστικές του προσδοκίες, τον κάνει ευάλωτο στις απογοητεύσεις του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2008, Μεταλληνού 2000).

Ε) Προσωπική επιλογή θέσης εργασίας και αλλαγή χώρου

Η μεν προσωπική επιλογή αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου καθώς ο νοσηλευτής νιώθει υπεύθυνος για τις αποφάσεις του. Η δε αλλαγή χώρου θεωρείται ως μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αρκεί να συνοδεύεται από αυτογνωσία και να μην αποτελεί αντίδραση φυγής και αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης. Η τοποθέτηση σε ένα νέο τμήμα θα πρέπει να συνοδεύεται από τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων, προσδοκιών, στάσεων και συμπεριφορών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2008).

ΣΤ) Διαχείριση εργασιακού χρόνου

Η αποτελεσματική διαχείριση χρόνου είναι σημαντική για την ψυχική υγεία του νοσηλευτή καθότι του ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου στην εργασία του και σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, stress και σωματικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα σε σκληρά και απαιτητικά προγράμματα (Lang 1992, Macan 1994).

Z) Κοινωνική στήριξη

Βοηθά τον νοσηλευτή να μοιράζεται συναισθήματα και προβληματισμούς με φίλους, συναδέλφους και με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και να νιώσει ότι υποστηρίζεται σε δύσκολες ώρες (Glasberg et al 2006, Gustafsson et al 2010). Η κοινωνική στήριξη ασκεί θετική επιρροή στην ευημερία των ανθρώπων και λειτουργεί σαν προστατευτική ασπίδα ανάμεσα στον άνθρωπο και τις παθογόνες επιδράσεις των στρεσογόνων γεγονότων της εργασίας (Καφέτσιος & συν. 2006, Gustafsson 2010).

H) Τεχνικές χαλάρωσης και χιούμορ

Τεχνικές χαλάρωσης όπως γιόγκα, προοδευτική χαλάρωση και διαλογισμός βελτιώνουν την ανθρώπινη φυσιολογία π.χ. μείωση αρτηριακής πίεσης, αύξηση γνωστικών διεργασιών, μείωση μυοσκελετικών και στομαχικών πόνων και μείωση της τιμής της χοληστερόλης (Farrington 1997, Ασημακοπούλου 2004).

Το χιούμορ προσφέρει ανακούφιση, αύξηση της παραγωγικότητας του νοσηλευτή και βοηθά στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παπαδόπουλου 2000).

Θ) Σωματική άσκηση και διατροφή

Η άσκηση και η διατροφή έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία του νοσηλευτή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2008, Plante & Robin 1990). Κυρίως τα ψυχαγωγικά αθλήματα μειώνουν τη συναισθηματική ένταση και συμβάλλουν στην επαφή με ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο, ιδιαίτερα ευεργετικό για την αντιμετώπιση των πιέσεων (Horwitz & Groves 1985).

I) Συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Η εκπαίδευση προσφέρει γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες στον νοσηλευτή για να μπορέσει να εναρμονιστεί με τις νέες προκλήσεις της εργασίας του, να έχει αυτοεκτίμηση, να νιώθει ασφαλής και ικανοποιημένος (Πατεράκη & συν.1992). Επιπρόσθετα συμβάλλει στην προσωπική του εξέλιξη, στην αναγνώριση συστημάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης και τέλος στην απόκτηση γνώσεων για πρακτικές αντιμετώπισης της (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας 2008).

ΙΑ) Αναζήτηση εξειδικευμένης βοήθειας

Η βοήθεια από επαγγελματία ψυχικής υγείας συμβάλλει στην ενίσχυση της προσπάθειας του νοσηλευτή που υποφέρει. Δρα θεραπευτικά μόνο, όταν την αποδέχεται. Θα πρέπει να αναζητά μόνος την βοήθεια και να μην παραγνωρίζει τις ανάγκες του. Η εμπειρία αυτή μπορεί να του δώσει την δυνατότητα να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης στο μέλλον και να μάθει τις πρακτικές αποφυγής της (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008).

5.3.2 Οργανωτικό / διοικητικό επίπεδο

Παρά τις επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις της εποχής μας, ο άνθρωπος παραμένει ο καθοριστικός παράγοντας της επίτευξης των στόχων ενός οργανισμού και κυρίως σε ένα οργανισμό υγείας (Σιγάλας 1999). Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο έχουν χαρακτήρα προληπτικό, με στόχο να προάγουν την ποιότητα περιβάλλοντος εργασίας με σκοπό την βελτίωση της αποτελεσματικότητας (Τούκας 2011, Maslach et al 2001b, Maslach & Leiter 2002). Είναι όμως περίπλοκες οι παρεμβάσεις και δαπανηρά τα μέσα που απαιτούνται για την εφαρμογή τους (Shirom & Melamed 2008).

1. Δημοκρατική διοίκηση

Η Δημοκρατική διοίκηση προσφέρει σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του νοσηλευτή, η ανάπτυξη συνεργασίας ανάμεσα στους συναδέλφους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Αδαλή 1999, Αντωνίου 2005). Ενώ η αυταρχική διοίκηση προσφέρει άνισες σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων. Δεν επιτρέπεται η ελευθερία της προσωπικής άποψης και της πρωτοβουλίας. Αυστηρή κρίση για λάθη και παραλείψεις. Επιπρόσθετα ο νοσηλευτής γίνεται ευάλωτος ακόμα και όταν η διοίκηση αδιαφορεί και δεν διαθέτει τις απαιτούμενες διοικητικές και οργανωτικές ικανότητες (Spicord et al 2002, Καζαντζή & συν. 2008, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2008).

2. Ο ρόλος του προϊστάμενου

Ένας προϊστάμενος θα πρέπει πάνω από όλα να είναι ηγέτης. Να ενδιαφέρεται για τις εμπειρίες, τις γνώμες και τα προβλήματα του προσωπικού, να αναζητά εναλλακτικές λύσεις. Να καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας και να αποφεύγει την τροφοδότηση ανταγωνισμών και προσωπικών επιδιώξεων (Weber & Reihard 2000, Μπουραντάς 2002). Βασικά θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένος να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης και να παρέχει στρατηγικές αντιμετώπισης της π.χ.

Ευέλικτες εφημερίες

Διάλογος για αλλαγές στην οργάνωση του νοσοκομείου

Διαχείριση εντάσεων στην εργασία

3. Υποκίνηση

Παροχή υλικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αμοιβών π.χ.

Οικονομικές απολαβές όπως κάλυψη εξόδων συμμετοχής σε συνέδρια.

Διευκόλυνση στην εργασία: ελαστικό ωράριο, άδειες εκπαίδευσης

Προνόμια : ρεπό, ολιγόωρες άδειες.

Αναγνώριση :προφορικοί και γραπτοί έπαινοι (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2008).

4. Αποσαφήνιση των ρόλων

Η ύπαρξη καθηκοντολόγιου και ο προσδιορισμός των ρόλων, διασφαλίζει τα επαγγελματικά όρια και υποχρεώσεις του νοσηλευτή και τον προστατεύει από αλλότρια καθήκοντα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2008, Ουζούνη 1999).

5. Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και στην χάραξη πολιτικής υγείας

Βοηθά στην αίσθηση ότι ο νοσηλευτής δεν είναι απλά ένα εκτελεστικό όργανο αλλά μπορεί να προσφέρει επιστημονικό έργο, πράγμα σχεδόν ανέφικτο να του επιτραπεί η προσφορά αυτή σήμερα σε ένα ιατροκεντρικό νοσοκομείο (Σακελλαρόπουλος 2006, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008, Weber et Reinhard 2000, Albaugh 2003).

6. Πολυμορφία εργασίας

Εκούσια εναλλαγή θέσεων εργασιακών (job rotation), εμπλουτισμοί εργασίας (job enrichment) π.χ. εκχώρηση αρμοδιοτήτων (Λανάρα 2001, Κάντας 1995b).

Η περιοδική διενέργεια μελετών βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης με διάφορα ψυχομετρικά test (Bekker et al 2000, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006).

5.3.3 Παράλληλες παρεμβάσεις

Σύμφωνα με τους Maslach et al (2001b), ο πλέον ιδανικός τρόπος θα ήταν ο συνδυασμός αλλαγών στον οργανισμό με παράλληλες παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο. Αυτό όμως για να επιτευχθεί προϋποθέτει αλλαγές κοινωνικών αντιλήψεων, υιοθέτηση βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου για τη υγεία και την οργάνωση των νοσοκομειακών δομών και λειτουργιών αλλά και του Συστήματος υγείας γενικότερα (Maslach et al 2001b).

Πρόκληση παραμένει η εξεύρεση ιδανικής σχέσης μεταξύ εξανθρωπισμένης εργασίας και εργασιακών συνθηκών από τη μια και αδήριτης ανάγκης για αύξηση της απόδοσης για λόγους επιβίωσης από την άλλη. Η αποτελεσματική άσκηση νοσηλευτικής φροντίδας δεν είναι δυνατή χωρίς ένα ανθρωποκεντρικό προσανατολισμένο, δημοκρατικά οργανωμένο και με ευέλικτη ηγεσία εργασιακό νοσοκομειακό περιβάλλον, χωρίς ένα υγιές και ικανοποιημένο νοσηλευτικό προσωπικό (Maslach et al 2001b).

6.1 Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αγραφιώτης Δ. (1998) Υγεία και Αρρώστια. Κοινωνικο-Πολιτιστικές Διαστάσεις, Εκδόσεις Λίτσα. Αθήνα.
- Αδαλή, Ε. (1999). Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα, ΜΕΘ, και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα. ΕΚΠΑ, τμήμα Νοσηλευτικής.
- Αδαλή, Ε., (2002). Πρόληψη- Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Νοσηλευτική. 3 :292-296.
- Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ., (2001). Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Νοσηλευτική 3: 292-297.
- Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ., Πριάμη, Μ., & Πλατή, Χ. (2000). Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ελληνική Ιατρική, 66(5-6) : 398-406.
- Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., (2002). Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals. ICUs and Nursing web journal, issue 11.
- Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος Φ., Πιλάτης Ι. (2010). Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 131 Α, 109-136.
- Αλεξιάς, Γ., (2000). Λόγος περί ζωής και θανάτου. Ελληνικά γράμματα. Αθήνα
- Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών». Ψυχολογικά θέματα, 5(3) : 183-202.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Αλεξιάς, Γ., & Πιλάτης, Ι., (2010). Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 131 Α : 109.-136.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Καραδήμας, Ε.Χ., (2008). Υγεία και ασθένεια : Ψυχολογικές διεργασίες. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.

- Αντωνίου, Α, Τζαβάρα, Χ. (2005). Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. Νέα Υγεία., 47:8.
- Αντωνίου, Α. (2003) « Μείζονες αιτίες burn out όσον αφορά στις στάσεις των εργαζόμενων έναντι της εργασίας και τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος», πρόληψη συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστατικές δραστηριότητες. Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας. ΕΠΑΨΥ, Αθήνα.
- Αντωνίου, Α., (2008). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Αντωνίου, Σ.Α. (2005). Το σύνδρομο Επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώ, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Ασημακοπούλου, Μ. (2004). Η επαγγελματική εξουθένωση, η επαγγελματική ικανοποίηση και η εμπλοκή στην εργασία στον Δημόσιο Τομέα. Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Διοίκησης επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
- Βαρβαγιάννη, Σ., Ταουσάνη, Μ., Κουσουρλη, Α., (2008). Η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού. Η σημασία της στις υπηρεσίες υγείας. Πρακτικά 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Χειρουργείου, Ρόδος..
- Γιαννίτση Σ. (1997) Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Γούλας Β., Αναγνωστόπουλος Φ., Τζωρτζοπούλου Κ., Αγγουράς Β. and Νιάκας, Δ., 2005, Η Συμβολή της Θνησιμότητας και του Φόρτου Εργασίας στην Εμφάνιση του Φαινομένου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Δημόσιους Λειτουργούς Υγείας του Νομού Αιτ/νίας, στο Νιάκας, Δ., (επιμ.) Διαχειριστικά και οικονομικά ζητήματα του υγειονομικού τομέα. Mediforce, Αθήνα , σελ, 85-99.
- Γώγος, Β.Χ., Πετσετάκη, Ε., (2010). Διερεύνηση Επαγγελματικής Ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου. Η περίπτωση του Γ.Ν. Νάουσας. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4:15-28.
- Δημητριάδου – Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ε., Τσαλογλίδου, Α., Καυκιά, Θ., Σαπουντζή- Κρέπια, Δ., (2009). «Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό». Το βήμα του ασκληπιου 8(4):222-235.
- Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 25(5):642-647.

- Διλίντας, Α., Σεβαστάκη, Ε., (2006). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ένας γιατρός για τους γιατρούς. *Επιθεώρηση Υγείας*, 17(103) : 23-28.
- Διομήδους Μ. Ζήκος Δ. Λιάσκος Ι. Ρουμेलιώτου Ι. Φωκά Α. Πιστόλης Ι. Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης και Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας. *Νοσηλευτική* 48(2):190-199.
- Δούσης Ε. Καλοκαιρινού, Α., (2007). Κανονισμοί λειτουργίας χειρουργείων στην Ελλάδα – Μέρος Ι. *Νοσηλευτική*, 46 (1):122–133.
- Δρίβας, Σ., (2002). Το σύνδρομο Burn out «ολοκληρωτικής εξάντλησης». *Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας*, 11:5-6.
- Δρίβας, Σ., Ζορμπά , Κ., Κουκουλάκη, Θ., (1998). *Μεθοδολογικός Οδηγός για την Εκτίμηση και Πρόληψη του Επαγγελματικού Κινδύνου*, 2η έκδ. ΕΛΙΝΥΑΕ, Αθήνα.
- Λαχανά, Ε., Κοτρώτσιου, Ε., (2004) «Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωτικό – διοικητικό επίπεδο για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης». *Το βήμα του Ασκληπιού*, 3(4) : 176-184.
- Ζυγούρης, Π., (2008). *Διπλωματική εργασία. Ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού και η σχέση της με την ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας. Ε.Α.Π. Πάτρα.*
- Θεοφίλου, Π., (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας . *Journal of Science & Technology*, 4;41-50.
- Ιακωβίδης, Α., (1997). *Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών γενικού νοσοκομείου. Στο* Ιεροδιακόνου, Χ., & Ιακωβίδης, Α., (επιμ.). *Θέματα Ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο.*
- Καδδά, Α., (2005). Τρόποι διαχείρισης του στρες των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση υγείας*, 16: 23-26.
- Καζαντζή, Κ., Καραζιώτου, Ι., Καρυώτη, Β.,(2008). «Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων και η ικανότητα διαχείριση της.». *Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ, Ηράκλειο.*
- Κακαβά, Ν., (2009). «Διεπιστημονική ομάδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αναγκαιότητα και επιλογή;» στο Μπέκος, Α., (επιμ.), *Βιβλιογραφικό βοήθημα εκπαιδευτή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ιατρικής*, 23-25.
- Καλαντζή, Φ., (2007) *Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρία ελληνικά νοσοκομεία. Αθήνα. Διπλωματική Εργασία στο ΠΜΣ Οργανωτική και Οικονομική Ψυχολογία , Πάντειο Πανεπιστήμιο.*

- Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ., Μόσχος Ν., (2004). Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 43(1), 116-125.
- Κάντας, Α., (1995). Διεργασίες ομάδας-Σύγκρουση ανάπτυξη και αλλαγή-Κουλτούρα-Επαγγελματικό άγχος. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Κάντας, Α.,(1991). Ψυχολογία της Εργασίας Θεωρίες Επαγγελματικής Ανάπτυξης Στοιχεία Συμβουλευτικής, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάντας, Α., (1995). Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Κάντας, Α., (1998). Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Κάντας, Α., Χατζή , Α., (1991). Ψυχολογία της εργασίας. Θεωρίες επαγγελματικής ανάπτυξης. Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
- Καραγκιούζη, Ε., (2009). Μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό σε στρατιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Αθήνα.
- Καρανιάδου, Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. ,Τελειώνη, Μ., (2006). Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών. Νοσηλευτική, 45:391-403.
- Καρανικόλα, Μ., (2006). Αυτοεκτίμηση και επαγγελματική ικανοποίηση των ελλήνων νοσηλευτών. Διδακτορική διατριβή. ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής Ειδίκευσης Ψυχικής Υγείας.
- Καρανικόλα, Μ.Ν., Παπαθανασόγλου, Ε.Δ., Σταθοπούλου, Χ., Παναγιωτοπούλου, Φ., (2008). « Παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους στους Έλληνες νοσηλευτές επείγουσας φροντίδας». Νοσηλεία και Έρευνα 22:35-42.
- Καφέτσιος, Κ., Βούζας, Φ., Πετρούλια, Ι., Τζίμα, Γ. (2006). Διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία : η επίδραση της κοινωνικής στήριξης στο συναίσθημα και στην ικανοποίηση από τη εργασία. Επιθεώρηση Ελληνικής Ακαδημίας, Διοίκησης Επιχειρήσεων, 4(1):6-17.
- Κοντός, Α., (1995). Διεργασίες ομάδας – Σύγκρουση, ανάπτυξη και αλλαγή, κουλτούρα, επαγγελματικό άγχος. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κοπανισάνου, Π., Σουρτζή, Π., (2007): Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο. Ανασκόπηση των Ελληνικών μελετών. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 46, 65-76.

- Κοπανιτσάνου, Π., Μπροκολάκη, Η., (2009). «Μέθοδοι στελέχωσης Νοσηλευτικών τμημάτων». Ανασκόπηση, Νοσηλευτική, 48(1):50-57.
- Κορομπέλη, Α., Κτενάς, Ευ., Κικεμένη, Α., (2006), "Κυκλικό ωράριο-Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών", Νοσηλευτική, 45 (1): 98-106.
- Κουκουλομάτη, Α., Δρακόπουλος, Β., (2010). Νυχτερινή εργασία, καρκίνος μαστού, καρκίνος ενδομητρίου και ενδομητρίωση. Υγεία και εργασία, 1(2) : 59-64.
- Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Ρεκλείτη, Μ., Ζυγά, Σ., Κοτρώτσιου, Ε., Γκούβα, Μ., (2012) « Μελέτη. ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας-νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του ΕΣΥ. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29 (1) : 61-69.
- Κουστέλιος, Α., Κουστέλιου, Ι., (2001). Η επαγγελματική Ικανοποίηση και Επαγγελματική εξουθένωση στην εκπαίδευση. Ψυχολογία 1: 30-39.
- Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ., (2007). «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών».
- Κουτούζης, Μ., (1999). Βασικές αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υγείας. Στο Παντουβάκης, Α., Μποχώρης, Γ., Αγραφιώτη, Δ., ΕΑΠ, Πάτρα.
- Κουτσοδήμου, Δ., (2009). Η διερεύνηση των παραγόντων που συσχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση των νοσηλευτών στα δημόσια νοσοκομεία. Διπλωματική εργασία στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στην οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών υγείας ΕΚΠΑ, τμήμα Νοσηλευτικής.
- Λανάρα, Α. Β., (2001): Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο), Η Έκδοση, Αθήνα.
- Λαχανά, Ε., (2003). «Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών». Διπλωματική Εργασία Ε.Α.Π.
- Μαλλιάρου, Μ., Μουστάκα, Ε., Κωνσταντινίδης, Θ.Κ., (2008). Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού σε Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Νοσηλευτική και Έρευνα, 21 : 23.
- Μαλλιάρου, Μ., Καραθανάση, Κ., (2008). Πρότυπα ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης υπηρεσιών υγείας. Μια συστηματική ανασκόπηση. Πρακτικά 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Χειρουργείου, Ρόδος.
- Μελισσά-Χαλικοπούλου, Χρ, Αβραμικά, Μ, Λαλούμη-Βιδάλη, Ε.(2003). Αίσθημα επαγγελματικής κόπωσης νοσηλευτριών: έρευνα σε νοσηλευτικά ιδρύματα της Β. Ελλάδος. Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου 2003, Σεπτέμβριος:30–35.
- Μεταλληνού, Ο., (2000). Στήριξη των επαγγελματιών υγείας, στο Κουλιεράκη, Γ., Μεταλληνού, Ο., Πάντζου, Π., (επιμ) Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων /

- Υπηρεσιών Υγείας : Συμπεριφορές Υγείας , Πρόσωπα και Μεταβολές. Τόμος Β΄, ΕΑΠ Πάτρα.
- Μισουρίδου, Ε., (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη Νοσηλευτική. Νοσηλευτική 48(4) 358-366.
- Μπάκα, Α., (2007). Έλλειψη ύπνου και εργαζόμενοι σε βάρδιες. Υγιεινή και ασφάλεια εργασία, 31: 13-21.
- Μπασιούρη, Φ. (2007). Η Επαγγελματική Εξουθένωση του Υγειονομικού Προσωπικού. Επιθεώρηση Υγείας, 18(108):25-30.
- Μπελλάλη , Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλάφα, Μ., Νιάκος, Δ. (2007) «Διευρύνοντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών» Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 24:75-84.
- Μπόρου, Α., Βόσνιακ, Γ., Υφαντής, Α., Τηνιακού, Ι., Μαχαίρας, Ν., Τσικλιτάρα, Α., Παπαδημητρίου, Β., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., Μούζας, Ο., (2010). Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών». Ιατρικά χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας 6 (1) : 39-46.
- Μπουραντάς, Δ., (2002). Management, θεωρητικό υπόβαθρο, Σύγχρονες πρακτικές. Εκδόσεις Μπέκου, Αθήνα.
- Νούλα Μ., Μουχάκη , Σ., Αργυροπούλου Δ., Υφαντή Ε., Κυριακίδου Β. , Τσιρίγκα Σ., Γκεσούλη Ε. (2010). Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας. Interscience Health Care (2010) Τόμος 2 Τεύχος 2 99-103. 41.
- Ουζούνη, Χ., (1999). «Ψυχολογική επιβάρυνση των νοσηλευτών που εργάζονται στις ΜΕΘ». Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Εταιρεία Νοσηλευτικών σπουδών. Αθήνα, 73-75.
- Παναγιωτόπουλος, Γ. (2008). Η επαγγελματική ικανοποίηση, οι προσδοκίες και η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζόμενων σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Ε.Α.Π. Πάτρα.
- Παπαδάτου, Δ, Αναγνωστόπουλος, Φ.,(1995. Επαγγελματική Εξουθένωση. Στο Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ (επίμ.). Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα,
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., (1999). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ., (2000). «Επαγγελματική εξουθένωση», στο Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (επιμ.) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., (2008). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.
- Παπαδοπούλου, Δ., (2000). Το χιούμορ ως θεραπευτικό μέσο. Νοσηλευτική, 4(39):364-374.
- Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ., (2007). Η επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1) : 94-101.
- Πατεράκη, Α., Ιορδανίδης, Π., Ιακωβίδης, Α., Ιεροδιακόνου, Χ., (1995). Επαγγελματική κόπωση των νοσηλευτών : αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση, Στο : Το μέλλον της νοσηλευτικής χειρουργείου στην ενωμένη Ευρώπη : σελ. 80-87. Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 28-29, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας.
- Πετρομιχλάκη, Α. (2006). Μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με παιδιά - Η περίπτωση του παιδιατρικού Νοσοκομείου του Μπιρμινγκχαμ, Μεγάλης Βρετανίας. Διπλωματική εργασία ΕΑΠ, Birmingham.
- Πετρόπουλος, Κ., (2009). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό προσωπικό του γενικού νοσοκομείου Λαμίας και στο ιατρικό προσωπικό του Ι.Κ.Α. Λαμίας. Συγκριτική Μελέτη. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα
- Ποζουκίδου, Α., Θεοδώρου, Μ., Καϊτελίδου, Δ., (2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. Νοσηλευτική, Τόμος 46(4): σελ.537 - 544.
- Πραντσίδου, Δ., (2011). Διερεύνηση επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε ανοικτά τμήματα και χειρουργεία . Διατριβή επιπέδου Μάστερ, Λευκωσία, ΑΠΚΥ.
- Σακελλαρόπουλος Γ., 2006, Εργασιακό στρες και ικανοποίηση εργαζομένων νοσηλευτικής υπηρεσίας δημόσιων νοσοκομείων περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα.
- Σαπουντζή, Δ., Λεμονίδου, Χ., (1994). Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές. Εκδόσεις: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα
- Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

- Σαχίνη, Α., (1997). Μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Σαχίνη – Καρδάση, Α., (2004). Μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Σιγάλας Ι. (1999). Διοίκηση υπηρεσιών υγείας – νοσοκομείων. Εμπειρίες, κόστη και προοπτικές. Ε.Α.Π. Πάτρα.
- Σιγάλας, Ι., (1999). «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας» στο Λιαρόπουλο, Λ., Τσαμανδρουράκη, Κ., Ξανθόπουλος, Κ., Κονταράτος, Α., (επιμ.) Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και πρόκληση: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις – Προοπτικές. Τόμος Δ, ΕΑΠ, Πάτρα.
- Στάθης, Γ., (2003). Αναγκαία μέτρα υποκίνησης για το Νοσηλευτικό επάγγελμα. Επιθεώρηση υγείας. Ιούλιος – Αύγουστος, 14 (83) : 47-51.
- Στάθης, Γ.,(2001). Οι νοσηλευτές και η αδράνεια της πολιτείας. Νοσηλεία Σεπ-Δεκ., σελ 29-31.
- Τεκτονίδου, Α., (2010). «Εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε δομές Α΄ και Β΄ βάθμιας Φροντίδας Υγείας». Διατριβή επιπέδου Master, ΑΠΚΥ, Λευκωσία.
- Τζαμαλούκα, Γ., (2009). Η εργασιακή κόπωση με σύνδρομο burnout των κοινωνικών λειτουργών με την οργανωσιακή κουλτούρα. Πτυχιακή εργασία Α.Τ.Ε.Ι, Κρήτης, Ηράκλειο, σελ. 77-78.
- Τούκας, Δ, Τούκα, Α.(2011). Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(1):20-26.
- Φατούρου, Μ., Παπαθανασίου, Μ., (2008). Επαγγελματική εξουθένωση : πράξη και πρόληψη σε επαγγελματίες υγείας. Στο Αναγνωστόπουλος, Φ. & Καραδήμας (επιμ.) Υγεία και ασθένεια : ψυχολογικές διεργασίες. Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη, Αθήνα.
- Φίλιας Γ. (1998). Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία. Ο.Ε.Δ.Β, Αθήνα.
- Χαραλαμπίδου, Ε., (1996). Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου. Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

6.2 Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH.(2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288:1987-1993.
- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics, *Journal of Advanced Nursing* 32, 536–543.
- Adams, J.S (1965). Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 422-463.
- Adamson, B. J., Kenny, D. T., & Wilson-Barnett, J. (1995). The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British. *Jan*;21(1):172-83.
- Albaugh, J. (2003) "Keeping nurses in nursing: the profession's challenge for today", *Urologic Nursing*, Vol.23 pp193-9.
- Alderfer, CP., (1972) *Human needs in organizational settings*. Free Press of Glencoe, New York .
- Alexander M. & Hegarty J.R. (2000) Measuring staff burnout in a community home. *British Journal of Developmental Disabilities* 46, 51-62.
- Algebra, J., (1990). The job characteristics model of work motivation revisited, in Kleinberg Quest, H-H, Thierry, H., Hacker, H., (eds) *work motivation*, Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbac.
- Allport, G.W., (1954). Attitudes in the history of social psychology. In Lindzen (ed) *handbook of social psychology*, vol.1, Cambridge Mass: Addison- Wesley.
- Anderson M.A., Aird T.R., Haslam W.B. (1991), 'How satisfied are nursing home staff?' *Geriatric Nursing*, 12, 85-87.
- Antoniou , A.S., (1999), «Personal traits and professional burnout in health professionals», *Archives of Hellenic Medicine*, vol. 16, no 1, pp. 20-28.
- Antoniou , A.S., Antonodimitrakis, P., (2001). Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. *Proceeding of the 8th Greek Conference of psychological research*. Alexandroupoli.
- Antoniou A., Davidson M. and Cooper L., (2003), “Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece”, *Journal of Managerial Psychology*, 18(6):592-621.

- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 3(4) : 884-891.
- Blazer, W. K., Kihm, J. A., Smith, P. C., Irwin, J. L., Bachiochi, P. D., Robie, C., et al. (1997). Users' manual for the Job Descriptive Index (JDI, 1997 revision) and the Job In General (JIG) Scales. Bowling Green State University.
- Bandura, A.; Wood, R. E.. (1989) Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision-making. *Journal of personality and social psychology*.
- Bandura, A., (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A., Cervone, D., (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of personality and social psychology*.
- Bennett S., Plint A., Clifford T.J., 2005, «Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Arch Dis Child*; 90(11): 1112–1116.
- Blegen, M. A. (1993) Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables . *Nursing Research*, 42(1), 36-41.
- Bovier, P.A., Arigoni, F., Schneider, M., Gallacchi, M.B., (2009). Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *European Journal of Public Health*, 19 (6): 611-617.
- Brewer, E. W., & Clippard, L. F. (2002). Burnout and job satisfaction among student support services personnel. *Human Resource Development Quarterly*, 13(2), 169-186.
- Brill, P.L., (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and community, Health*, 6:12-24.
- Briner R, Reynolds S. (1999) The costs, benefits, and limitations of organisation level stress interventions, *Journal of Organisational Behaviour* 20:647-664.
- Brown, C., S. (1989). "Burnout and Coping Strategies Among Hospital Staff. Nurses. *Journal of advanced Nurses*, 14 :553-557.
- Burns, N.,& Grove, S. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (4th ed.) Philadelphia: W. B. Saunders, USA.

- Cabtein, J.M., Spector, P.E., (1987). Unemployment, job satisfaction and employee turnover : a meta analysis test of the Muchisky Model. *Journal of applied Psychology*, 72 : 374-381.
- Candle, B.A., (1991). The burnout syndrome among nurses in an acute care hospital. Unpublished doctoral dissertation. University of Houston , Texas.
- Cavanagh SJ.(1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *J Adv Nurs.*, Jun; 17(6):704-11.
- Cherniss C., (1980a), Professional burnout in human service organizations, New York, Praeger.
- Cherniss, C. (1980b) Professional staff Burnout in Human Service Organizations. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In. W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 135-150). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Chiriboga, DA., Bailey, J.,1986. Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: a comparative study. *Critical Care Quarterly* 9(3): 84-92.
- Chiron, B., Michinov, E., Olivier-Chiron, E., Laffon, M., Rusch, E, (2010). Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. *J Health Psychol* 15: 948 -958.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, L., (1989). Why are Canada's nurses quitting? *CMAJ*. Dec 15;141(12):1270-2.
- Cordes, C., Dougherty, T., (1993). A review and integration of research on job burnout". *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Cortese, C.G., (2007). Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 15: 303–312.
- Davies, W. R. (2008). "Mindful meditation: healing burnout in critical care nursing." *Holist. Nurs Pract* 22(1): 32-6.
- Dekker, SWA, Schaufeli, WB., (1995) The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist*, 30(1), 57-63.
- Diane, R.A., (2005). The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention.. *Nurs Manag.* 2005 Jul;13(4):286-95.

- Dolan N. (1987) The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing* 12, 3-12.
- Donald, I., Taylor, P., Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., & Robertson, S. (2005). Work environments, stress and productivity: An examination using ASSET *International Journal of Stress Management*, 12 (4), 409-423.
- Dougall, W., (1908). *An introduction to social psychology*. London: Methuen.
- Duffy, R.D., Richard, G.V. ,(2006). Physician job satisfaction across six major specialties. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 548-559.
- Duxbury, M., Armstrong G., Drew D. and Henly S. (1984) Head Nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units, *Nursing Research*, 33, (2), 97-101.
- Edelwich, J, Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*. New York, Human Sciences Press.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980) *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Services Press.
- Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A, Hannigan B.(2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* , 7(1):7-14.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., Hannigan, B. (2001) A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. *Journal of Advanced Nursing*, Dec;36(6):805-13.
- Ejrenfeld, R.N. (1991). Social correlates of satisfaction and stress among Israeli nurses within Intensive. Coronary Care Units (I.C.C.U.s), *International Journal of nursing studies* 28: 39-45.
- Elit, L., Trim, K., Mand-Bains, I., Sussman, J., & Grunfeld, E. (2004). Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynaecologic oncologists. *Gynaecologic Oncology* 94: 134-139.
- Etzion, D. (1987). 'Burning out in management: A comparison of women and men in matched organizational positions', *Israel Social Research, Journal*, 5:147-163.
- Faber B. (1983). *A critical perspective on burnout. Stress burnout in the human services profession*. New York: Pergamon.

- Farrington, A. (1997) 'Strategies for reducing stress and burnout in nursing', *British Journal of Nursing* 6(1): 44–50.
- Firth, H., McIntee, J., McEwan, P., and Britton, P. (1986) Burnout and professional depression: Related concepts? *Journal of Advanced Nursing*, 11, 633–641.
- Firth-Cozens, J. Hardy, G. E. (1992). Occupational stress, clinical treatment and changes in job perceptions. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*.
- Firth-Cozens J. (1997). Stress in healthcare professionals. In: A Baum, D Newman, J Weinman, R West, and C McManus (ed.), *Cambridge handbook of psychology, Health and Medicine* Cambridge University Press, UK.
- Firth-Cozens, J. & Payne, R. (1999). *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions*. John Wiley & Sons, Ltd, UK.
- Fontana, D. (1993) *Άγχος και η αντιμετώπισή του*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Foster, J. F.(2000) “Motivation in the Workplace.” In N. Chmiel (ed.), *introduction to work and Organizational Psychology*. Blackwell, Publishers, UK.
- Fowler AR Jr, Bushardt SC & Jones MA (1993) Retaining nurses through conflict resolution. *Health Progress* 74(5): 25-29.
- Freudenberger, HJ. (1977) Burn-out: Occupational hazard of the child care worker. *Child care quarterly*, 6: 90-99.
- Froebe, D., Deets, C., Knox, S., (1985). What motivates nurses to join and remain with an organization. *Nursing leadership*, 6:22-23.
- Fung-kam, L. (1998). Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. *J Adv Nurs*.
- Garden, A.M., (1991). The purpose of burnout: Hungarian Interpretation, *journal of social behavior and personality*, 6: 73-93.
- Gillepsis, M., Melby, V., (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine : a comparative study. *Journal of clinical Nursing*, 12(6) : 842-851.
- Glasberg, A-L. , Eriksson ,S., Norberg, A.(2006). Burnout and 'stress of conscience' among health care personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4):392-403.
- Goleman, D., (1995). Η συναισθηματική νοημοσύνη. *Ελληνικά γράμματα*.
- Goleman, D., (1998). Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο εργασίας. *Ελληνικά γράμματα*. Αθήνα.
- Goleman, D., (2002). Ο νέος ηγέτης. *Ελληνικά γράμματα*. Αθήνα.

- Goleman, D., (2005). Καταστροφικό συναίσθημα. Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F. & Stevenson, J.G. (1986) Stress in Organizations. New York: Praeger.
- Granny, C., Smith, P., Store, E., (1992). Job Satisfaction: Advances in research and application. Lexington, MA: Lexington books.
- Grants, G., Nollan, M., Maguire, B., Melhish, E., (1994). Factors influencing job satisfaction among nurses. British Journal of Nursing 3:615-620.
- Grieshaber, L.D., Parker, P., & Deering, J. (1995). Job satisfaction of nursing assistants in long-term care. Health Care Supervisor. 13(4):18-28.
- Griffith, J., Steptoe, A., & Cropley, M. (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress. Br J Educ Psychol., Dec;69 (Pt 4):517-31.
- Gustafsson, G., Eriksson, S., Strandberg, G. and Norberg, A. (2010) 'Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: A pilot study.' Nurs Ethics.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R.(1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. Organizational Behavior and Human Performance, 16, 250-279.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R.(1975). Development of the Job Diagnostic Survey. Journal of Applied Psychology, 60, 159-170.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: A framework. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burn-out: Recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.
- Harrison, R. V. (1978). Person-environment fit and job stress. In C. L. Cooper & R. Payne. (Eds.), Stress at work. New York: John Wiley & Sons.
- Healy, C.M. and McKay, M.F. 2000. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. Journal of Advanced Nursing, 31 : 681-688.
- Herzberg, F., (1966). Work and the nature of man. Cleveland : The World publishing Company.
- Herzberg, F., Mausner, B., Snyerman, B., (1959). The motivation to work. Willey N.Y.
- Holland, GL., (1984). The vocational preference. Inventory 6th . Consulting psychology press. Florida.
- Horwitz, LD, Groves, BM, (1985). Signs and symptoms in cardiology. Philadelphia: JB Lippincott.
- House, J.S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Iacovides, A, Fountoulakis ,K, Moysidou ,C, Lerodiakonou, Ch. Burnout in Nursing Staff: Is there a relationship between depression and burnout? *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1999; 29(4):421-433.
- Iakovides A., Fountoulakis K. N., Kaprinis St. and Kaprinis G. (2009), “The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3): 209-222.
- Irvine DM, Evans MG. (1995).Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44: 4, 246-253 .
- James, W., (1899). *Principles of Psychology*. Mcmillan and Co.
- Jenkins R, Elliott P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs*,Dec;48(6):622-31.
- Joel, L., (1990). Will information technology solve the shortage ? *American journal of Nursing*, 90:41.
- Kahill, S., (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, Vol 29(3),284-297.
- Karanikola, M., N., Papathanassoglou, E. D. E., Giannakopoulou, M., & Koutroubas, A. (2007). Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital Nurses. *Journal of Nursing Management*, Jan., 15(1):78-90.
- Karger, H., (1981). Burnout an alienation. *Social service review*, 55 : 270-283.
- Kash, K.M., Holland, J.C., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S., et al. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology* , 14, (11):1621-1633.
- Katsuragi S. (1997) Better working conditions won by nurse wave action: Japanese nurses' experience of getting a new law by their militant campaign. *Nursing Ethics*, 4(4): 312-322.
- Khowaja, K., Merchant, R., Hirani, D., (2005). Registered nurses perception of work satisfaction at a tertiary care University Hospital. *Journal of Nursing Management*, 13(1), 32-39.
- Kramer, M., and Hafner, P.L., (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing research* 38:172-176.
- Kreiter, R., Kinicki, A., (1998). *Organizational behaviour* 4th edition, Irwin/ Mac Crow – Hil.
- Landy, F.J., (1989). *The psychology of work behaviour*. 4th edition, Pacific grove, Cal.
- Lang, D. (1992). Preventive short-term strain through time management coping. *Work and stress*, 6:169-176.

- Lavender, R., (1981). «What can we learn?». *The Journal of Nursing administration*. November – December pg :17-23.
- Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. (1998) The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med*. Nov;47(10):1611-7.
- Leiter, M.P. (1991). The dream denied: Professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547–558.
- Leiter, MP, Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment of burnout and Organizational commitment. *Journal of organizational behavior*, 9: 297-308.
- Lewandowski, L.A. & Kositsky, A.M. (1983) Research priorities for critical care nursing. A study by the American Association of Critical-Care Nurses. *Heart Lung* 12:35-44.
- Locke , E A. (1968).Toward a theory of task motivation and incentives. *Organ. Behav. Hum. Perform.* 3:271-299.
- Locke E.A., (1976). The nature and consequences of job satisfaction, in M.D. Dunnette (ed) *Handbook of industrial and organizational psychology*, Chicago, Rand McNally.
- Locke, E. A. (1978). The ubiquity of the technique of goal setting in theories of and approaches to employee motivation. *Academy of Management Review*, 3, 594-601.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). Work motivation and satisfaction: Light at the end of the tunnel. *Psychological Science*, 1, 240-246.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990)a. *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Locke, E. A., Shaw, K. N., Saari, L. M., & Latham, G. P. (1981). *Goal setting and*
- Macan, T.H., (1994). Time management : test of process model *journal of applied psychology*, 79 :381-391.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP.(2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol* 91:168-179.
- Maslach C., (1982) *Burnout – the cost of caring*, New Jersey, Prentice Hall.
- Maslach C., Jackson S.E., 1986, *Maslach burnout inventory*, Palo Alto, Ca, Consulting Psychologists Press.
- Maslach C., Leiter M., 1997, *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*, New York, Jossey Bass.

- Maslach, C, Jackson, SE, Leiter, MP.(1996). Maslach Burnout Inventory. Manual (3rded). California, CA: Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Maslach, C. & Pines, A. (1977) The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*,6, 100–13.
- Maslach, C., Leiter, M. P., (2002). «Organizational interventions for job burnout and engagement»Proceeding of the xxv international Congress of Applied Psychology, Singapore, 7-12, July.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001) Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52,397–422.
- Matrunola P. Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? *Journal of Advanced Nursing* 1996, 23: 877-834.
- McClelland D., (1985). *Human Motivation* (Glenview, Ill.: Scott, Foresman).
- McClelland, D. C. (1961). *The achieving society*. New York: The Free Press.
- McClelland, D. C., Atkinson, J. W., Clark, R. A., Lowell, E. L.,(1953) . *The Achievement Motive*, New York: Appleton-Century-Crofts.
- Meier, S.T. (1983) Toward a theory of burnout. *Human Relations*, 36, 899–910.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*, 132(2):327-353.
- Melamed, S., U. Ugarten, A. Shirom, L. Kahana. Y. Lerman and P. Fromm (1999), 'Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels'. *J Psychosom Res*. Jun;46(6):591-8.
- Menon Eliophotou, M., Papanastasiou, E., & Zembylas, M. (2008). Examining the relationship of job satisfaction to teacher and organizational variables: Evidence from Cyprus. *Journal of the commonwealth Council for Educational Administration and Management*. 36(3), 75-87.
- Milisen K, Abraham I, Siebens K, Darras E, Dierckx de Casterlé B. (2006). Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6):745-54.
- Mommersteeg, P. M., Heijnen, C. J., Kavelaars, A., van Doornen, L. J., 2006. Immune and endocrine function in burnout syndrome. *Psychosom Med* 68, 863-869.
- Nettleton S. (2002) *Κοινωνιολογίας της Υγείας και της Ασθένειας*. Εκδόσεις Υγεία – Κοινωνία I, Αθήνα.

- Norbeck JS (1985) Perceived Job Stress, Job satisfaction and Psychological Symptoms in Critical Care Nursing. *Research in Nursing & Health*, 8, 253-259.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. 3rd edition, McGraw-Hill, USA.
- Palfin, S. (2008). The characteristics of nurses and care givers behaviour in different clinical setting with special attention to burnout syndrome. *Orvosi Hetilab. Hungarian medicine journal*, 149(31):1463- 1469.
- Papadatou, D., Anagnostopoulous, F., & Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 64 : 187 – 199.
- Pen, M., Romano, & Foat, D. (1988) The relationship between job satisfaction *and* burnout: A study of human service professionals. *Administration in Mental Health* ,Vol 15, pp 157-165.
- Piko BF: (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 43(3):311-318.
- Pines AM, Kanner AD. Nurses' burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. *Journal of psychiatric nursing* 1982, 20(8): 30-35.
- Pines AM. (1993b) Burnout, in Goldberger, L., Breznitz, S., (eds). *Handbook of stress* (2nd ed) Free Press, N.Y.
- Pines, A. M. (1986). Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D.. Scott & J. Hawk (Eds), *Heal Thy. Self: The Health of Health Professionals*. New York: Bruner-Mazel, 19-43.
- Price, J.L., Mueller, C.W., (1986). *Handbook of Organizational Measurement*. Cambridge MA : Ballinger.
- Price, J.L., Mueller, C.W., (1981). *Professional turnover: the case of nurses*. S. P Medical and Scientific books N.Y.
- Plante, T.G. and J. Rodin, 1990. Physical fitness and enhanced psychological health. *Curr. Psychol. Res. Rev.*, 9: 3-24.
- Potter, B.A., (1987). *Preventing job burnout*. Menlo Park, California : Crisp Publications.
- Porter, L.W., Lawler, E.E., & Hackman, J.R. (1975). *Behavior in organizations*. New York: McGraw-Hill.

- Quarstein, G.A., MacAfee, R.B., Classman, M., (1992). The situational occurancies. Theory of job satisfaction. Human relations 45:859-873.
- Quattrin R. Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M.A., Calligaris, L., & Brusaferrò, S. (2006).Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. Oncol Nurs Forum 33:815.-820.
- Rees, D. & Cooper, C.L. (1992) Occupational stress in health service workers in the. UK. Stress Medicine 1992;8:79–90.
- Robbins, S. P. (2001). Organizational Behaviour. New Jersey: Prentice Hall, International Inc, U.S.A.
- Rollinson D., Broadfield A., Edwards D., 1998, Organizational behaviour and analysis: An integrated approach, Essex, England, Addison Wesley Longman.
- Rosenberg, P. (1984). Support groups a special therapeutic entity. Small Group Behavior, 15,173-86.
- Schaufeli W., Enzmann D., 1998, The burnout companion to study and practice: A critical analysis, London, Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998) The Burnout Companion to Study and Research: A Critical Analysis. London: Taylor & Francis.
- Schraub S, Marx E. (2004). Burn out syndrome in oncology Bull Cancer, Sep. 91(9): 673-676.
- Seuntjens A, (1982). Burnout in nursing. What it is and how to prevent it. Nurs Adm Q, 1:12–19.
- Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JR.(2008). Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK NHS». Psychooncology, 7(6):570-6.
- Sherman, A.C., Edwards, D., Shirom, A., (1989). Burn out in work organizations, in: C. L. Cooper & I. T.. Robertson (Eds), International review of industrial and organizational psychology, (Vol. 7, pp. 153–200). Chichester, UK: Wiley.
- Shields, M.A., Ward, M., (2001). Improving nurse retention *in the* National. Health Service *in* England: the impact of job satisfaction on intention to quit. Journal of Health Economics 20 (5) :677–701.
- Shirey, M., R. (2006). Stress and burnout in nursing faculty. Nurse Educator, 31(3) :95 – 97.
- Shirom, A., Melamed, S., (2008). Επιρεάζει η επαγγελματική εξουθένωση τη σωματική υγεία; Ανασκόπηση των σύγχρονων στοιχείων . στο Αντωνίου, Α. (επιμ.). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

- Siegrist, J., Wege, N., Pühlhofer, F. and Wahrendorf, M. (2009). A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch. Occup Environ Health*, 82: 1005–13.
- Spector, L., (2000). *Industrial and Organizational psychology*. N.Y : John Willey and Sons.
- Spickord, A., Gabbe, S., & Christensen, J. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*;288(12):1447-50.
- Stamps, L.P. (1986). *Nurses and work satisfaction*. Michigan, MI: health Administration Press.
- Stamps, L.P., (1997). *Nurses and work satisfaction. An index for measurement*. (2nd ed.) Chicago, IL: health Administration Press.
- Sullivan, P.J. (1993). Occupational stress in psychiatric nursing . *Journal of Advanced Nursing*, 18 (4): 591-601.
- Taylor, F.W. (1919). *Scientific Management*. New York: Harper & Row.
- Taylor, S., White, B., & Muncer, S, (1 999). Nurses cognitive structural models of work-based stress. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 974-983.
- Tummer, G.E.R., Landeweerd, J.A., Van Merod, D.E., (2002). «Organization, work and ward relations: a study of the relationship between organizational aspects of nursing and nurses work characteristics and work reactions». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16:52-58.
- Tyler, P. & Cushway, D. (1998). Stress and well-being in health care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine* 14:99-107.
- Vachon , MLS. (, 1987) *Occupational stress in the care ofthe critically ill, the dying and the bereaved*. New York, Hemisphere Publications.
- Visser M., Smets E., Oort F., de Haes H.,(2003). «Stress, satisfaction, and burnout among Dutch medical specialists », *Canadian Medical Assosiation Journal*, 168(3) 271-275.
- Vroom, V.H., and Desi, E., (1971). The stability post decision dissonance : a follow up study of the job attidutes of business school granulates. *Organizational behaviour and human performance* 6:36-49.
- Vroom, V.H., (1966). *Organizational choose: a study of pre and post decision process*. *Organizational behaviour and human performance* 1:212-225.
- Vroom, V.H., (1964). *Work and motivation*, john Willey and sons, N.Y.

- Warr, P.B., (1987). Job characteristics and mental health. In Warr P.B(Ed) psychology in work. Harmondsworth :Penguin.
- Wandeleit, M.A, Pierce, P.M, Widdowson, R.R..(1981). Why nurses leave nursing and what can be done about it. American Journal of Nursing, 81,72-77.
- Wannous, G. and Lawler, E., (1972). Measurement and meaning of job satisfaction. Journal of applied psychology, 56:96-105.
- Weber , A. Jaekel-Reinhard , A. (2000). Burnout syndrome: A disease of modern societies? Occupational Medicine, 50, 512-517.
- Weyers S, Peter R, Boggild H, Jeppesen HJ, Siegrist J (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. Academic Journal, Mar;20(1):26-34.
- Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. Journal of Health and Social Behavior, 26, 352-365.
- Wright, T. A. & Bonnett, D. G. (1997). The Contributions of Burnout to Work Performance. Journal of Organizational Behavior, 18: 491-499.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
“ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ”
26504 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΤΗΣ ΑΡ.6/12-02-2013 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

Στην Πάτρα σήμερα 12.02.2013 ημέρα Τρίτη και ώρα 13.00 στην αίθουσα συνεδριάσεων του Δ.Σ. του Π.Γ.Ν. Πατρών συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Δ.Σ. το οποίο συγκροτήθηκε και λειτουργεί σύμφωνα με τις υπ’ αριθμ.Υ10β/Γ.Π.οικ.103346/18-08-2010, Υ10β/Γ.Π.29744/23-03-2012 & ΔΥ1δ/Γ.Π.11959/28-03-2012 αποφάσεις του Υπουργού Υγείας.

Κατόπιν της υπ’ αριθ. πρωτ.3326/08-02-2013 πρόσκλησης του Προέδρου του Δ.Σ. προς τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη και εισηγητές, παρέστησαν οι :

1. ΛΕΤΣΙΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.
2. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΗΛΙΑΣ	ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.
3. ΛΑΖΑΡΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ.
4. ΠΙΡΠΙΡΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ.

Ως Γραμματέας του Δ.Σ. παρέστη η υπάλληλος Κουνέλη Χρυσούλα.

Επίσης παρέστη ο Νομικός Σύμβουλος του Νοσοκομείου κ. Ανδρέας Νικολετάτος.

Παρευρέθησαν οι κ. κ. Σοφοκλής Γεωργακόπουλος Διοικητικός Διευθυντής και η Οικονόμου Όλγα Προϊσταμένη Οικονομικού για διευκρινήσεις επί θεμάτων της αρμοδιότητάς τους, μετά τη λήξη των οποίων αποχώρησαν, ενώ το Συμβούλιο συνέχισε με τα υπόλοιπα θέματά του.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία το Διοικητικό Συμβούλιο προχώρησε στη συζήτηση των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης τα οποία καθορίστηκαν από την αριθμ.6/12-02-2013 πρόσκληση του Προέδρου.

10^ο ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ (Ενημερώσεις- Ανακοινώσεις- Αναφορές)

Ο Πρόεδρος θέτει υπόψη των μελών του Δ.Σ. την υπ’ αριθ.πρωτ.3223/7.02.2013 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου, η οποία έχει ως εξής :

“Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην συνεδρίαση της 21.01.13 και λαμβάνοντας υπόψη την υπ’αριθμ. 398/06.12.12, απόφαση της Επιτροπής Έρευνας, Ηθικής και Δεοντολογίας, ενέκρινε την διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια της εκπόνησης της διατριβής της Νοσηλεύτριας κας Μαρίας Σουβλάκη, με θέμα «Επαγγελματική εξουθένωση- ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών».

Επισυνάπτεται, ενημερωτικό έντυπο, ερωτηματολόγιο, άδεια διεξαγωγής έρευνας από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Στόχος της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης-εξουθένωσης των νοσηλευτών στο ΠΓΝΠ και συγκεκριμένα :

- Διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης-εξουθένωσης σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών .
- Διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης-εξουθένωσης σε συσχέτιση με τα τμήματα που εργάζονται.
- Διερεύνηση σχέσης επαγγελματικής ικανοποίησης-εξουθένωσης

Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις που έχουν συλλεχθεί από ερωτηματολόγια που έχουν συνταχθεί

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος-Επίκουρος Καθηγητής Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. *Κ. Χαρίτων Παλιώκη*
Ερευνητής : Νοσηλεύτρια ΤΕ της ΩΡΛ, Σουβλάκη Μαρία.”

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΓΟΥΜΕΝΟΣ

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη του την παραπάνω απόφαση, και μετά από διαλογική συζήτηση,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

αποδέχεται την απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου με την οποία εγκρίνεται η διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια της εκπόνησης της διατριβής της Νοσηλεύτριας κας Μαρίας Σουβλάκη, με θέμα «Επαγγελματική εξουθένωση- ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών», αναλυτικά ως ανωτέρω.

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος-Επίκουρος Καθηγητής Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ερευνητής : Νοσηλεύτρια ΤΕ της ΩΡΛ, Σουβλάκη Μαρία.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΛΕΤΣΙΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

ΗΛΙΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΝΙΚ.ΛΑΖΑΡΟΥ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΞΠΑΣΜΑ
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Δ.Σ.

Γ. ΠΙΡΠΙΡΗΣ

ΚΟΥΝΕΛΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ



ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
‘ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ’
26504 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΤΗΣ ΑΡ 9. 6/12/12 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Στην Πάτρα σήμερα 6/12/2012 ημέρα Πέμπτη και ώρα 9.30' στην αίθουσα συνεδριάσεων της Ε.Η.Ε.Δ. του Π.Γ.Ν.Π. συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση η επιτροπή που συγκροτήθηκε και λειτουργεί σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 8/20.04.2010 απόφαση του Δ.Σ. του Π.Γ.Ν.Π. και το υπ' αριθμ. 5084/26.02.2010 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου. Κατόπιν της υπ' αριθμ.9/5.12.2012 πρόσκλησης του Προέδρου της ΕΗΕΔ προς τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη, παρέστησαν οι:

1.ΓΙΑΝΝΑΚΕΝΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
2.ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ	ΑΝΑΠ. ΜΕΛΟΣ
3.ΚΑΣΠΙΡΗ ΑΓΑΡΙΣΤΗ	ΑΝΑΠ. ΜΕΛΟΣ

Ως Γραμματέας της ΕΗΕΔ παρέστη η υπάλληλος Νικολάου Παρασκευή.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία, η ΕΗΕΔ προχώρησε στη συζήτηση των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης τα οποία έχουν καθοριστεί από την υπ' αριθμ. 9 /5.12.2012 πρόσκληση του Προέδρου.

1^ο ΘΕΜΑ

Ο Πρόεδρος θέτει υπόψη των μελών της ΕΗΕΔ, την υπ' αριθμ.28552 / 26 - 11 -2012, έγγραφο ,της κ.Σουβλάκη Μ., όπως κάτωθι:

Θέμα: Αίτηση για την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας

Παρακαλώ όπως μου δοθεί άδεια για την διεξαγωγή της έρευνας στα πλαίσια της εκπόνησης της διατριβής με θέμα : « Επαγγελματική εξουθένωση- ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών». Επισυνάπτω ενημερωτικό έντυπο, ερωτηματολόγιο, άδεια διεξαγωγής έρευνας από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και το έντυπο της Επιτροπής Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου μας.

Στόχος της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης-εξουθένωσης των νοσηλευτών στο ΠΓΝΠ και συγκεκριμένα :

A) Διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης-εξουθένωσης σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών .

B) Διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης-εξουθένωσης σε συσχέτιση με τα τμήματα που εργάζονται.

Γ) Διερεύνηση σχέσης επαγγελματικής ικανοποίησης-εξουθένωσης

Το ερωτηματολόγιο που επισυνάπτω περιέχει ερωτήσεις που έχουν συλλεχθεί από ερωτηματολόγια που έχουν συνταχθεί και χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχες έρευνες σε χώρες του εξωτερικού και έχουν προσαρμοστεί στην Ελληνική εκδοχή.

Επιστημονικά Υπεύθυνος: Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος-Επίκουρος Καθηγητής
Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου
Παυλάκης Ανδρέας

Ερευνητές : Νοσηλεύτρια ΤΕ της ΩΡΛ
Σουβλάκη Μαρία

Η ΕΗΕΔ αφού έλαβε υπόψη το παραπάνω θέμα και μετά από διαλογική συζήτηση

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Και εγκρίνει την διεξαγωγή της ερευνητικής εργασίας.

Ο Πρόεδρος

Επιτροπής Έρευνας, Ηθικής
& Δεοντολογίας

ΓΙΑΝΝΑΚΕΝΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Ερωτηματολόγιο

Ατομικά Χαρακτηριστικά

1. Φύλο Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία :

20-30 ετών 30-40 ετών 40-50 ετών 50 και άνω

3. Οικογενειακή Κατάσταση

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

Αριθμός παιδιών

4. Χρόνια προϋπηρεσίας

0-10 έτη 10-20 έτη 20-30 έτη 30 και άνω

5. Ωράριο εργασίας:

Πρωινό Κυκλικό

6. Τμήμα που εργάζεστε :

.....
.....

7. Επίπεδο εκπαίδευσης

ΑΕΙ ΤΕΙ ΔΕ Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

Index of work satisfaction (IWS)

ΔΙΑΦΩΝΩ ΣΥΜΦΩΝΩ

1 2 3 4 5 6 7

1	Ο σημερινός μισθός μου είναι ικανοποιητικός	1 2 3 4 5 6 7
2	Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν εκτιμούν επαρκώς τη σπουδαιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη θεραπεία των ασθενών	1 2 3 4 5 6 7
3	Τα άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο που δουλεύω δεν διστάζουν να συντρέξουν και να βοηθήσουν ο ένας τον άλλο όταν υπάρχει ανάγκη.	1 2 3 4 5 6 7
4	Στο νοσοκομείο που δουλεύω υπάρχει αρκετή γραφειοκρατία, καθώς και δουλειά γραφείου για το νοσηλευτικό προσωπικό.	1 2 3 4 5 6 7
5	Το νοσηλευτικό προσωπικό στο νοσοκομείο που δουλεύω έχει επαρκή δυνατότητα ρύθμισης των βαρδιών του προγράμματος.	1 2 3 4 5 6 7
6	Στην κλινική που εργάζομαι η συνεργασία ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού είναι καλή.	1 2 3 4 5 6 7
7	Θεωρώ πως η εργασία μου επιτηρείται από τους ανωτέρους μου πιο αυστηρά από όσο θα έπρεπε.	1 2 3 4 5 6 7
8	Με εξαίρεση τον εαυτό μου, έχω την εντύπωση πως τα περισσότερα άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο που εργάζομαι είναι δυσαρεστημένα με τις αποδοχές τους.	1 2 3 4 5 6 7
9	Η νοσηλευτική απέχει πολύ από το να αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό επιστημονικό επάγγελμα.	1 2 3 4 5 6 7
10	Στο τμήμα που εργάζομαι δεν βοηθάνε τους καινούργιους νοσηλευτές να νιώσουν γρήγορα οικειότητα.	1 2 3 4 5 6 7
11	Νομίζω πως θα μπορούσα να κάνω καλύτερα τη δουλειά μου, αν δεν είχα να κάνω τόσα πολλά στη βάρδια μου.	1 2 3 4 5 6 7

12	Υπάρχει μεγάλο χάσμα ανάμεσα στη διοίκηση του νοσοκομείου και στα καθημερινά προβλήματα της νοσηλευτικής υπηρεσίας.	1 2 3 4 5 6 7
13	Θεωρώ πως συμβάλλω επαρκώς στο πρόγραμμα θεραπείας των ασθενών.	1 2 3 4 5 6 7
14	Αν αναλογιστούμε τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού, ο μισθός που λαμβάνουμε είναι ικανοποιητικός.	1 2 3 4 5 6 7
15	Δεν έχω την παραμικρή αμφιβολία πως αυτά που κάνω στην εργασία μου είναι σημαντικά.	1 2 3 4 5 6 7
16	Στο νοσοκομείο που δουλεύω υπάρχει καλό επίπεδο ομαδικής δουλειάς και συνεργασίας ανάμεσα στις διαφορετικές βαθμίδες νοσηλευτικού προσωπικού.	1 2 3 4 5 6 7
17	Έχω μεγάλη ευθύνη, αλλά όχι αρκετή εξουσία.	1 2 3 4 5 6 7

18	Δεν υπάρχουν αρκετές ευκαιρίες για εξέλιξη του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτό το νοσοκομείο.	1 2 3 4 5 6 7
19	Στο τμήμα που εργάζομαι υπάρχει αρκετή συνεργασία ανάμεσα στους νοσηλευτές και τους ιατρούς.	1 2 3 4 5 6 7
20	Στο νοσοκομείο οι ανώτεροι μου λαμβάνουν όλες τις αποφάσεις. Έχω μικρό άμεσο έλεγχο πάνω στη δουλειά μου.	1 2 3 4 5 6 7
21	Οι αυξήσεις των μισθών του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο που εργάζομαι δεν είναι ικανοποιητικές.	1 2 3 4 5 6 7
22	Είμαι ικανοποιημένος –η από το είδος των επιμέρους καθηκόντων της δουλειάς μου.	1 2 3 4 5 6 7
23	Το νοσηλευτικό προσωπικό στο νοσοκομείο που εργάζομαι δεν είναι τόσο φιλικό και εξωστρεφές όσο θα ήθελα.	1 2 3 4 5 6 7
24	Έχω το χρόνο και τις ευκαιρίες να συζητήσω τα προβλήματα φροντίδας των ασθενών με άλλους νοσηλευτές.	1 2 3 4 5 6 7
25	Υπάρχουν αρκετές ευκαιρίες συμμετοχής του νοσηλευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων στα διοικητικά και οργανωτικά ζητήματα του νοσοκομείου.	

		1 2 3 4 5 6 7
26	Μου επιτρέπεται (αν όχι μου επιβάλλεται) μεγάλου βαθμού ανεξαρτησία στη δουλειά μου.	1 2 3 4 5 6 7
27	Η δουλειά μου μάλλον δεν προσφέρει κάτι ουσιαστικό στη φροντίδα του ασθενή .	1 2 3 4 5 6 7
28	Οι νοσηλευτές στο τμήμα μου δίνουν μεγάλη σημασία στην ιεραρχία. Σπάνια συναναστρέφονται με νοσηλευτικό προσωπικό χαμηλότερης βαθμίδας από εκείνους.	1 2 3 4 5 6 7
29	Έχω επαρκή χρόνο για άμεση ενασχόληση με τον ασθενή.	1 2 3 4 5 6 7
30	Μερικές φορές νιώθω απογοητευμένος –η, διότι οι ενέργειες μου μοιάζουν να είναι απόλυτα προγραμματισμένες και να έχουν γίνει ρουτίνα.	1 2 3 4 5 6 7
31	Μερικές φορές απαιτείται να κάνω στη δουλειά μου κάποιες πράξεις οι οποίες είναι αντίθετες με τη νοσηλευτική γνώση και κρίση μου.	1 2 3 4 5 6 7
32	Από ότι ακούω από το νοσηλευτικό προσωπικό άλλων νοσοκομείων, νομίζω πως το νοσηλευτικό προσωπικό στο νοσοκομείο που εργάζομαι αμείβεται αρκετά δίκαια.	1 2 3 4 5 6 7
33	Οι διοικητικές αποφάσεις σε αυτό το νοσοκομείο παρεμβαίνουν αρκετά στη φροντίδα του ασθενή.	1 2 3 4 5 6 7
34	Νιώθω περήφανος –η όταν μιλάω στους άλλους για την δουλειά μου.	1 2 3 4 5 6 7
35	Θα ήθελα το ιατρικό προσωπικό να δείχνει περισσότερη εκτίμηση στις γνώσεις και στις δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού.	1 2 3 4 5 6 7
36	Θα πρόσφερα καλύτερης ποιότητας φροντίδα αν είχα περισσότερο διαθέσιμο χρόνο για κάθε ασθενή.	1 2 3 4 5 6 7
37	Το ιατρικό προσωπικό σε αυτό το νοσοκομείο γενικά αναγνωρίζει και εκτιμά τη δουλειά του νοσηλευτικού προσωπικού.	1 2 3 4 5 6 7
38	Αν είχα την ευκαιρία να επιλέξω ξανά το επάγγελμά μου, θα επέλεγα ξανά τη νοσηλευτική.	1 2 3 4 5 6 7
39	Το ιατρικό προσωπικό σε αυτό το νοσοκομείο υποτιμά πολύ το νοσηλευτικό προσωπικό.	1 2 3 4 5 6 7

40	Έχω τη δυνατότητα παρέμβασης που θα ήθελα στο σχεδιασμό και στις διαδικασίες που αφορούν το τμήμα και το νοσοκομείο στο οποίο εργάζομαι.	1 2 3 4 5 6 7
41	Η δουλειά μου δεν απαιτεί ιδιαίτερες δεξιότητες και γνώσεις.	1 2 3 4 5 6 7
42	Τα διοικητικά στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας (προϊστάμενοι, τομεάρχες, διεύθυνση) γενικά συμβουλευονται τους νοσηλευτές για τη ρύθμιση των καθημερινών προβλημάτων και διαδικασιών.	1 2 3 4 5 6 7
43	Έχω τη δυνατότητα και την ελευθερία στη δουλειά μου να λαμβάνω σημαντικές αποφάσεις σύμφωνα με την κρίση μου και ταυτόχρονα μπορώ να υπολογίζω στους ανωτέρους μου για υποστήριξη.	1 2 3 4 5 6 7
44	Στο νοσοκομείο που εργάζομαι απαιτείται αύξηση των μισθών του νοσηλευτικού προσωπικού.	1 2 3 4 5 6 7

Κλίμακα MBI Maslach

Σε κλίμακα από το 0 έως το 6, παρακαλώ σημειώστε στο αντίστοιχο τετράγωνο (με ένα σταυρό), το βαθμό που θεωρείτε ότι σας εκφράζει η κάθε πρόταση.		0	1	2	3	4	5	6
Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.		Ποτέ	Λίγες φορές τον χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Δυο, τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
1	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος /η από τη δουλειά μου							
2	Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.							
3	Νιώθω κουρασμένος /η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά.							
4	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.							
5	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σαν να ήταν αντικείμενα.							
6	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ασθενείς όλη μέρα.							
7	Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.							
8	Νιώθω εξουθενωμένος /η από τη δουλειά μου.							
9	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.							
10	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος /η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα τη δουλειά.							
11	Με προβληματίζει ότι σιγά –σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό /ή.							

12	Με γεμίζει δύναμη και ενεργητικότητα η δουλειά μου με τους ασθενείς.							
----	--	--	--	--	--	--	--	--

Κλίμακα MBI Maslach

Σε κλίμακα από το 0 έως το 6, παρακαλώ σημειώστε στο αντίστοιχο τετράγωνο (με ένα σταυρό), το βαθμό που θεωρείτε ότι σας εκφράζει η κάθε πρόταση.		0	1	2	3	4	5	6
Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.		Ποτέ	Λίγες φορές τον χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Δυο, τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
13	Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.							
14	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.							
15	Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς.							
16	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με τους ασθενείς.							
17	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.							
18	Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.							
19	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.							
20	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια, Νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.							
21	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.							
22	Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε εμένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.							

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

Η διαβάθμιση κριτηρίων ακολουθεί την κλίμακα από 0-6 σε σύνολο δώδεκα κριτηρίων και χωρίζονται σε τέσσερεις ομάδες (Πίνακας 1).

A ΟΜΑΔΑ –SCORE ΚΛΙΜΑΚΑΣ 0-1,5

1. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας. **Score 0,5**.
2. Ποσοστιαία κάλυψη Νοσηλευτικών κρεβατιών. **Score 1**.
3. Μέσος όρος Νοσηλευομένων ημερησίως. **Score 1,5**.

B ΟΜΑΔΑ –SCORE ΚΛΙΜΑΚΑΣ 1-3

4. Κυκλικό ωράριο. **Score 1**.
5. Ημερήσια υπέρβαση νοσηλευόμενων. **Score 2**.
6. Ασθενείς με μειωμένη κινητικότητα – κάλυψη αναγκών αυτοεξυπηρέτησης. **Score 3**.

Γ ΟΜΑΔΑ –SCORE ΚΛΙΜΑΚΑΣ 1,5-4,5

7. Συχνότητα συμμετοχής σε ιατρικές παρεμβατικές πράξεις (αλλαγές τραύματος, παρακεντήσεις κλπ). **Score 1,5**.
8. Συχνότητα Νοσηλευτικής Παρέμβασης (χορήγηση O₂, αιμοδυναμική παρακολούθηση, παρακολούθηση ζωτικών σημείων με χρονική συχνότητα κάτω του δώρου, παρακολούθηση παροχετεύσεων και χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων) . **Score 3**.
9. Παράγοντες αύξησης του stress (επισκεπτήριο, συχνότητα θανάτων, συχνότητα περιστατικών επείγουσας αντιμετώπισης, στελέχωση Νοσηλευτικής περιοχής). **Score 4,5**.

Δ ΟΜΑΔΑ –SCORE ΚΛΙΜΑΚΑΣ 2-6

10. Αυξημένη φροντίδα ασθενούς (στομίες, κεντρικές παρακεντήσεις αγγείων, παροχετεύσεις ζωτικών οργάνων, παρεντερική – εντερική διατροφή). **Score 2**.
11. Υποστηρικτικός τεχνολογικός εξοπλισμός (αντλίες έγχυσης υγρών, monitor, CPAP). **Score 4**.
12. Μηχανική υποστήριξη ασθενούς. **Score 6**.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ – ΜΟΝΑΔΩΝ

Υψηλής Βαρύτητας	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	SCORE
Μ.Ε,Θ. – Μ.Α.Φ. Ενηλίκων	27
Μονάδα Εμφραγμάτων	23
Μονάδα Παιδων	22
Μονάδα Νεογνών	22
Παθολογική Α΄	22
Παθολογική Β΄	22
Παθολογική Γ΄	21
Αιματολογική	21
Τ.Ε.Π	

Μέσης Βαρύτητας Α	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	SCORE
Νευρολογική	18
Νευροχειρουργική	17
Χειρουργική Α΄	17
Χειρουργική Β΄	17
Χειρουργεία	
Μαιευτήριο	
Αναισθησιολογικό	

Μέσης Βαρύτητας Β	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	SCORE
Ουρολογική	14
Νεφρολογική – Μον. Μεταμόσχευσης Νεφρού	13
Ορθοπαιδική Α΄	13
Ορθοπαιδική Β΄	12
Καρδιολογική	12
Μονάδα Μεσογ. Αναιμίας - Μον. Μεταμόσχευσης μυελού	12
Μαιευτική – Γυναικολογική	12
Μονάδα αποκατάστασης	
Ογκολογικό – Τμήμα Ιωδίου	
Τμήμα Κεντρικής Αποστείρωσης	
Λιθοτριψία – Ενδοσκοπικό Χειρουργείο	
Ενδοσκοπικό Εργαστήριο	
Αγγειογραφία	
Αιμοδυναμικό Εργαστήριο	

Χαμηλής Βαρύτητας	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	SCORE
Ψυχιατρική	10
Μονάδα περιτοναϊκής κάθαρσης	9
Δερματολογική	7
Παιδιατρική Α΄	7
Παιδιατρική Β΄	7
Ω.Ρ.Λ	7
Οφθαλμολογική	6
Δομές αποκατάστασης Κοινωνικής και Ψυχικής Επανάταξης	
Εργαστήριο Κυστεοσκόπησης	
Εργαστήριο Ουροδυναμικό	
Εργαστήριο Πνευμονολογικό	
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	
Μονάδα Παρεντερικής Διατροφής	
Μονάδα Νευρομυϊκών Παθήσεων	
Αξονικός Τομογράφος	
Τμήμα Υπερήχων	
Κλασσική Ακτινολογία	

		ΚΛΙ ΝΩΝ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩ Ν ΚΛΙΝΩΝ		ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ ΟΜΕΝΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΩ Σ		ΚΥΚΛΙ ΚΟ ΩΡΑΡΙ Ο	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛ/ΜΕΝ ΩΝ		ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ	ΠΑΡΑΓΟΝ ΤΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ STRESS	ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚ ΟΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΤΕΛΙΚ Ο SCORE
1	ΠΠΑ	29	9,07	0	166,40%	1	47	1,5	1	18	2	2	1,5	3	4	2	2	2	22
2	ΠΠΒ	29	9,05	0	156,30%	1	45	1,5	1	16	2	2	1,5	3	4	2	2	2	22
3	ΠΠΓ	26	2,28	0	98,90%	0,5	26	1,5	1		1	2	1,5	3	4	2	2	2	21
4	Μ.Μ.ΑΝ	15		0	84,80%	0,5	13	1	1		0	0	0	1	1	0	1	0	6
5	Μ.Μ.Μ.Ο	4	29,67	0,5	43,40%	0	2	1,5	1		0	2	1	2	3	2	3	2	18
6	ΑΙΜ/ΚΗ	21	10,71	0	90,40%	0,5	19	1,5	1		0	3	1	3	4	2	3	3	22
7	ΚΑΡΔ/ΚΗ	26	4,22	0	92,70%	0,5	24	1,5	1		0	1	0,5	2	2,5	1	2	0	12
8	ΝΕΦ/ΚΗ	16	6,57	0	60,60%	0,5	10	1	1		0	1	0,5	2	1,5	1	2	0	11
9	Μ.Μ.ΝΕΦ	6	9,89	0	43,70%	0	3	0,5	1		0	2	1	2	3	2	3	0	15
10	ΟΥΡ/ΚΗ	26	3,7	0	67,30%	0,5	18	1,5	1		0	2	1	2	2	2	2	0	14
11	ΝΕΥΡ/ΚΗ	28	4,99	0	74,90%	0,5	21	1,5	1		0	3	1	3	2	3	2	0	17
12	ΔΕΡ/ΚΗ	25	8,35	0	89,30%	0,5	21	1,5	1		0	1	0,5	1	0,5	1	0	0	7
13	ΜΕΘ ΕΝ	14	25,19	0,5	60,20%	0,5	8	1	1		0	3	1,5	3	4,5	2	4	0	27
14	ΜΕΘ ΠΑΙΔ	6	10,89	0	55,50%	0,5	3	0,5	1		0	3	1,5	3	3	2	3	4	22
15	Μ. ΕΜΦΡ	7	2,64	0	76,90%	0,5	5	1	1		0	3	1	3	4	2	3	4	23
16	ΜΕΝ ΝΕΟ	25	10,77	0	44,8	0	11	1	1		0	3	1	3	3	2	3	4	21
17	ΓΥΝ/ΚΗ	24	3,01	0	29,80%	0	7	0,5	1		0	1	1	0	1	1	0	0	6
18	ΜΑΙ/ΚΗ	25	4,77	0	96,90%	0,5	24	1,5	1		0	1	1	0	1	1	0	0	7

19	ΟΡΘ/ΚΗ Α'	28	9,5	0	65,60%	0,5	19	1,5	1		0	3	1,5	2	2	1	0	0	13
20	ΟΡΘ/ΚΗ Β'	21	7,15	0	74,70%	0,5	16	1	1		0	3	1,5	2	2	1	0	0	12
21	Ν/Χ/ΚΗ	24	6,77	0	87,50%	0,5	21	1,5	1		0	3	1,5	2	2,5	2	2	2	18
22	ΧΕΙ/ΚΗ Α'	27	5,68	0	78,70%	0,5	21	1,5	1		0	2	1,5	2	2,5	2	2	2	17
23	ΧΕΙ/ΚΗ Β'	26	7,28	0	77,10%	0,5	20	1,5	1		0	2	1,5	2	2,5	2	2	2	17
24	ΟΦΘ/ΚΗ	24	1,78	0	53,70%	0,5	13	1	1		0	1	1	1	0,5	0,5	0	0	7
25	ΩΡΛ	23	4,36	0	77,40%	0,5	18	1,5	1		0	0	1	1	1	0,5	0	0	7
26	ΠΑΙΔ Α'	21	3,44	0	50%	0	11	0,5	1		0	0	0,5	1	1	1	2	0	7
27	ΠΑΙΔ Β'	21	3,65	0	53%	0	11	0,5	1		0	0	0,5	1	1	1	2	0	7
28	ΨΥΧ/ΚΗ	24	31,47	0,5	126,90%	1	30	1,5	1	6	0,5	0	0,5	1	2	1,5	0	0	10
29	Μ.Π.Κ.	6		0	41,3%	0		0,5	0,5		0	1	1	2	0,5	1	2	0	9

