



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής
εξουθένωσης στο
προσωπικό του χειρουργείου και της Μ.Ε.Θ. σε ιδιωτικό
νοσοκομείο της Αθήνας

Τρίτα Δήμητρα

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Ραφτόπουλος Βασίλειος

Ιούνιος, 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο
νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου και της Μ.Ε.Θ. σε ιδιωτικό
νοσοκομείο της Αθήνας

Τρίτα Δήμητρα

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Ραφτόπουλος Βασίλειος

Ιούνιος, 2017

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|----|
| Ευχαριστίες | 5 |
| Ελληνική περίληψη..... | 6 |
| Abstract..... | 7 |
| Κατάλογος πινάκων | 8 |
| Κατάλογος γραφημάτων | 11 |
| Εισαγωγή | 13 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | |
| Κεφάλαιο 1. Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης..... | 17 |
| Κεφάλαιο 2. Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης..... | 20 |
| Κεφάλαιο 3. Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης | 22 |
| Κεφάλαιο 4. Αιτιολογικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης | 27 |
| Κεφάλαιο 5. Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης..... | 30 |
| Κεφάλαιο 6. Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης επαγγελματικής εξουθένωσης | 31 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | |
| Κεφάλαιο 7: Μεθοδολογία | |
| 7.1. Ερευνητικός σχεδιασμός..... | 38 |
| 7.2. Σκοπός..... | 38 |
| 7.3. Ερευνητικά ερωτήματα..... | 38 |
| 7.4. Περιγραφή του δείγματος | 38 |
| 7.5. Εργαλεία μέτρησης | 39 |
| 7.6. Στατιστική ανάλυση..... | 41 |
| Κεφάλαιο 8. Αποτελέσματα | |

| | |
|--|----|
| 8.1. Περιγραφικά στοιχεία ανεξάρτητων μεταβλητών | 42 |
| 8.2. Περιγραφικά στοιχεία ανεξάρτητων συνεχών μεταβλητών | 53 |
| 8.3. Περιγραφικά στοιχεία εξαρτημένων μεταβλητών | 54 |
| 8.4. Μονοπαραγοντική ανάλυση | 58 |
| 8.5. Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης | 68 |
| Κεφάλαιο 9. Συζήτηση αποτελεσμάτων | 72 |
| Κεφάλαιο 10. Περιορισμοί μελέτης..... | 78 |
| Κεφάλαιο 11. Προτάσεις | 79 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 80 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ..... | 88 |

Στην οικογένεια μου & στους φίλους μου

Για την υπομονή και τη βοήθεια τους

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί τη σύγχρονη ασθένεια των εργαζομένων τον 21^ο αιώνα. Είναι ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, το οποίο εμφανίζεται σε άτομα τα οποία εργάζονται εντατικά με πλήθος άλλων ατόμων υπό την πίεση του χρόνου. Σύμφωνα με τη Maslach οι διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τρεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Αποτελεί σοβαρό φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις, καθότι μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές σε ψυχοσωματικά προβλήματα, συμπεριφορά κοινωνικής απομόνωσης που οφείλεται στην εργασία και σε νοσηλευτική φροντίδα χαμηλής ποιότητας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών του χειρουργείου και της Μ.Ε.Θ. σε ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας.

Δείγμα και μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 76 νοσηλευτές που εργάζονταν στο ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου (κλίμακα μέτρησης της Maslach). Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία ήταν το SPSS Statistics v20.0.

Αποτελέσματα: Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση εμφάνισε το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ποιότητα εργασιακής ζωής, ενώ με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων η συχνότητα των λαθών στην εργασία.

Συμπεράσματα: Η πρόωμη αναγνώριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψίστης σημασίας και οι νοσηλευτές χρειάζονται γνώσεις και εκπαίδευση για να αντιμετωπίσουν το σύνδρομο αυτό.

Λέξεις- κλειδιά: σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, νοσηλευτές, αποπροσωποποίηση, κλίμακα μέτρησης Maslach

ABSTRACT

Introduction: Burnout is the modern disease of workers in the 21st century. It is a physical and mental exhaustion which appears to people who work extensively with many other people under considerable time pressure. According to Maslach, the dimensions of the burnout syndrome are three: emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment. It consists a serious multidimensional phenomenon, because it can lead the professionals of health to psychosomatic problems, work- associated withdrawal behavior and a lower quality of care.

The **aim** of this work was to study the burnout syndrome among surgical nurses and nurses who worked in the UCI in a private Athens hospital.

Sample and methods: The study population included 76 nurses who worked in the private Athens hospital. Data was collected by completing anonymous structured questionnaire (Maslach Burnout Inventory). The program used for entering coded data and statistical processing was SPSS Statistics v20.0.

Results: Statistical analysis showed that the nurses reported high levels of burnout. In particular, statistically significant correlation with emotional exhaustion showed the educational level and the quality of work life, while the lack of personal achievement was the frequency of errors at work.

Conclusions: Early recognition of burnout syndrome is of paramount importance and nurses need knowledge and training to cope with this syndrome.

Key- words: burnout syndrome, nurses, depersonalization, Maslach burnout inventory

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

- Πίνακας 1.** Οριακές τιμές επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Πίνακας 2.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο.
- Πίνακας 3.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση και τα παιδιά.
- Πίνακας 4.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εκπαίδευση.
- Πίνακας 5.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το τμήμα εργασίας.
- Πίνακας 6.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη θέση εργασίας.
- Πίνακας 7.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την επιλογή θέσης.
- Πίνακας 8.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη σκέψη παραίτησης.
- Πίνακας 9.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα επαγγελματικά ατυχήματα.
- Πίνακας 10.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα λάθη.
- Πίνακας 11.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τις αναρρωτικές άδειες.
- Πίνακας 12.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το άγχος.
- Πίνακας 13.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηλικία.
- Πίνακας 14.** Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας.
- Πίνακας 15.** Κατανομή συχνοτήτων (N και %) των 9 7-βάθμιων ερωτήσεων της κλίμακας για τη συναισθηματική εξάντληση της κλίμακας Maslach.
- Πίνακας 16.** Κατανομή συχνοτήτων (N και %) των 5 7-βάθμιων ερωτήσεων της κλίμακας για την αποπροσωποίηση της κλίμακας Maslach.
- Πίνακας 17.** Κατανομή συχνοτήτων (N και %) των 8 7-βάθμιων ερωτήσεων της κλίμακας για την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων της κλίμακας Maslach.
- Πίνακας 18.** Κατανομή συχνοτήτων (N και %) των 13 5-βάθμιων ερωτήσεων της κλίμακας για την ικανοποίηση ζωής.

Πίνακας 19. Περιγραφική στατιστική των κλιμάκων Maslach- συναισθηματική εξάντληση (εύρος τιμών 0-54), αποπροσωποποίηση (εύρος τιμών 0-30), έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (εύρος τιμών 0-48)- και ικανοποίησης ζωής (εύρος τιμών 1-5).

Πίνακας 20. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση Τιμή (MT) και Τυπική απόκλιση (TA) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικού παραμετρικού ελέγχου (t- test για δίτιμες μεταβλητές και ανάλυση διακύμανσης (anova) για μεταβλητές με >2 κατηγορίες) της κλίμακας συναισθηματικής εξάντλησης της Maslach, ανά κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 21. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση Τιμή (MT) και Τυπική απόκλιση (TA) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικού παραμετρικού ελέγχου (t- test για δίτιμες μεταβλητές και ανάλυση διακύμανσης (anova) για μεταβλητές με >2 κατηγορίες) της κλίμακας αποπροσωποποίησης της Maslach, ανά κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 22. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση Τιμή (MT) και Τυπική απόκλιση (TA) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικού παραμετρικού ελέγχου (t- test για δίτιμες μεταβλητές και ανάλυση διακύμανσης (anova) για μεταβλητές με >2 κατηγορίες) της κλίμακας προσωπικών επιτευγμάτων της Maslach, ανά κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 23. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση Τιμή (MT) και Τυπική απόκλιση (TA) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικού παραμετρικού ελέγχου (t- test για δίτιμες μεταβλητές και ανάλυση διακύμανσης (anova) για μεταβλητές με >2 κατηγορίες) της κλίμακας ικανοποίησης ζωής, ανά κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 24. Συσχετίσεις (Pearson's r) μεταξύ των κλιμάκων της Maslach για τη συναισθηματική εξουθένωση, την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα και της κλίμακας ικανοποίησης ζωής.

Πίνακας 25. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης με τους παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες κλίμακες

της Maslach και ικανοποίηση ζωής) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ($p < 0,05$) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.

Πίνακας 26. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα αποπροσωποποίησης με τους παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες κλίμακες της Maslach και ικανοποίηση ζωής) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ($p < 0,05$) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.

Πίνακας 27. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα προσωπικών επιτευγμάτων με τους παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες κλίμακες της Maslach και ικανοποίηση ζωής) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ($p < 0,05$) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.

Πίνακας 28. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα ικανοποίησης ζωής με τους παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες κλίμακες της Maslach και ικανοποίηση ζωής) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ($p < 0,05$) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο.

Γράφημα 2α. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 2β. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα παιδιά.

Γράφημα 3. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εκπαίδευση.

Γράφημα 4. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το τμήμα εργασίας.

Γράφημα 5. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη θέση εργασίας.

Γράφημα 6. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την επιλογή θέσης.

Γράφημα 7α. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη σκέψη παραίτησης στο παρελθόν.

Γράφημα 7β. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη σκέψη παραίτησης στο άμεσο μέλλον.

Γράφημα 8. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα επαγγελματικά ατυχήματα.

Γράφημα 9. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα λάθη.

Γράφημα 10. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τις αναρρωτικές άδειες.

Γράφημα 11. Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το άγχος.

Γράφημα 12. Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την κλίμακα συναισθηματικής εξουθένωσης ανά τα χαρακτηριστικά/ παράγοντες που σχετίζονται στατιστικά σημαντικά.

Γράφημα 13. Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την κλίμακα αποπροσωποποίησης ανά τα χαρακτηριστικά/ παράγοντες που σχετίζονται στατιστικά σημαντικά.

Γράφημα 14. Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την κλίμακα προσωπικών επιτευγμάτων ανά τα χαρακτηριστικά/ παράγοντες που σχετίζονται στατιστικά σημαντικά.

Γράφημα 15. Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την κλίμακα ικανοποίησης ζωής ανά τα χαρακτηριστικά/ παράγοντες που σχετίζονται στατιστικά σημαντικά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή, η επιστήμη της Ιατρικής αναπτύσσεται και εξελίσσεται με ταχείς ρυθμούς με στόχο τα μεγαλύτερη παραγωγικότητα με το μικρότερο δυνατό κόστος (Teixeira et. al., 2013).

Λόγω των αλλαγών που παρατηρούνται στην αγορά εργασίας, η εργασιακή ανασφάλεια γίνεται ολοένα και πιο σημαντική. Οι οργανισμοί αλλάζουν γρήγορα και οι εργαζόμενοι πρέπει να μάθουν νέες δεξιότητες και να αποκτήσουν νέες γνώσεις προκειμένου να διατηρήσουν τις θέσεις εργασίας τους (Basinska & Wilczek-Ruzyczka, 2013).

Όλο αυτό έχει ως αντίκτυπο ο άνθρωπος να βάλλεται ολοένα και περισσότερο επηρεάζοντας τον οργανισμό του τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχικό επίπεδο (Campbell et. al., 2001).

Το σύστημα υγείας έχει μια εξαιρετικά πολύπλοκη δομή, το οποίο είναι ταυτόχρονα συγκεντρωτικό και κατακερματισμένο και η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από δημόσιους, ιδιωτικούς και φιλανθρωπικούς οργανισμούς. Οι σχέσεις μεταξύ αυτών των οργανισμών δεν είναι καλά δομημένες και οργανωμένες, καθώς το ισχύον σύστημα είναι αποτέλεσμα των ιστορικών εξελίξεων και όχι ορθολογικού σχεδιασμού (Ozyurt, Hayran and Sur, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος των νοσηλευτών στο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο είναι πολύ σημαντικός. Οι νοσηλευτές καταλαμβάνουν κεντρικό ρόλο στην παροχή υγείας σε κάθε χώρα, ακόμα και αν κάθε χώρα έχει διαφορετικό σύστημα υγείας. Η νοσηλευτική ως επάγγελμα απαιτεί επένδυση χρόνου και ενέργειας σε σχέση με τους ανθρώπους που αναζητούν θεραπεία και φροντίδα, συχνά σε αντίξοες συνθήκες (Okwaraji & Aguwa, 2014).

Τα νοσοκομεία είναι στρεσογόνοι χώροι λόγω της αυξημένης πολυπλοκότητας και των απαιτήσεων, των απρόβλεπτων αλλαγών στην καθημερινή εργασιακή ρουτίνα και των μη ρεαλιστικών προσδοκιών τόσο από την πλευρά των ασθενών, όσο και από την πλευρά των συγγενών τους (Mealer et. al., 2009).

Οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία βιώνουν μεγάλο φόρτο εργασίας που προκύπτει από τις προσπάθειες μείωσης των ημερών νοσηλείας, αύξησης κατά μέσο όρο της

οξύτητας του ασθενούς, λιγότερους πόρους υποστήριξης και εθνική έλλειψη νοσηλευτών (Vahey et. al., 2004).

Σε αυτό το πλαίσιο, η εμφάνιση του προβλήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών, φαίνεται να αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Το burnout είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο ουσιαστικής σημασίας που έχει καταστροφικές συνέπειες για τον εργαζόμενο σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα και για τις οργανώσεις στο σύνολό τους, το οποίο μεταφράζεται σε σημαντικά ανθρώπινο και οικονομικό κόστος (Ibikunle, Umeadi and Akosile, 2012).

Πράγματι, περισσότεροι από το 40% των νοσηλευτών των νοσοκομείων εμφανίζουν υψηλό ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης και περισσότεροι από 1 στους 5 νοσηλευτές δηλώνει ότι σκοπεύει να εγκαταλείψει το επάγγελμα σε διάστημα 1 έτους. Η υποστελέχωση των νοσηλευτών και η υπερκόπωση των επαγγελματιών υγείας κατατάσσονται από τους καταναλωτές ως κύριες απειλές για την ασφάλεια των ασθενών (Vahey et. al., 2004).

Στο *πρώτο μέρος* της παρούσας εργασίας ερευνάται το θεωρητικό υπόβαθρο της έρευνας αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία στην Ελλάδα και το διεθνή χώρο. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση», γίνεται μια μικρή ιστορική αναδρομή και δίνονται ορισμοί από διάφορους ερευνητές σχετικά με τον όρο αυτόν.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* αναλύονται οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με την πολυδιάστατη προσέγγιση της Maslach, ενώ οι βασικότερες θεωρητικές προσεγγίσεις του συνδρόμου αυτού αναλύονται στο *τρίτο κεφάλαιο*.

Στο *τέταρτο κεφάλαιο* της εργασίας αναφέρονται οι αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης οι οποίοι μπορεί να προέρχονται από τον ίδιο το νοσηλευτή, από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας, αλλά και από την επαφή με τον ασθενή και τους συγγενείς του.

Στο *πέμπτο κεφάλαιο* αναλύονται οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο στο νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και στον κοινωνικό περίγυρο και στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας γενικότερα και τέλος, στο *έκτο κεφάλαιο*

γίνεται μια αναφορά σχετικά με τις στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στο *δεύτερο μέρος* της εργασίας παρουσιάζεται ο ερευνητικός σχεδιασμός και η μεθοδολογική προσέγγιση της ερευνητικής μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, στο *έβδομο κεφάλαιο* παρουσιάζεται ο σκοπός, οι στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, αναλύεται ο σχεδιασμός και το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα, περιγράφονται τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και παρουσιάζεται η διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Στο *όγδοο κεφάλαιο* παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων. Στο *ένατο κεφάλαιο* γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν και τέλος, παρουσιάζονται στο *δέκατο κεφάλαιο* οι περιορισμοί της μελέτης και στο *ενδέκατο* οι μελλοντικές προτάσεις για την αντιμετώπιση και τη διερεύνηση του συνδρόμου αυτού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Το burnout αναφέρεται σε μια κατάσταση κατά την οποία οι εργαζόμενοι φαίνεται να έχουν αποσυνδεθεί από την εργασία τους, τα πάντα φαίνεται να είναι παράλογα και κάθε προσπάθεια ή δραστηριότητα δίχως νόημα (Raftopoulos, Charalambous and Talias, 2012).

Στα αγγλικά η λέξη «burnout» σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ενδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Maslach & Jackson, 1984).

Ο όρος burnout εισήχθη για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 1970, από τον βραβευμένο με Νόμπελ Herbert Freudenberger, κλινικό ψυχολόγο, ο οποίος τον χρησιμοποίησε για να περιγράψει τη σωματική και συναισθηματική εξάντληση που παρατηρήθηκε σε εργαζόμενους σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Poncet et. al., 2006. Silva et. al., 2015. Ibikunle, Amah and Useh, 2016. Patel & Suresh, 2016).

Το burnout είναι ένας ψυχολογικός όρος για την αρνητική απάντηση σε χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και έχει περιγραφεί ως μια ανικανότητα αντιμετώπισης του συναισθηματικού στρες στην εργασία ή ως υπερβολική χρήση της ενέργειας και των πόρων που οδηγούν σε αισθήματα ανεπάρκειας και εξάντλησης (Ozyurt et. al., 2006. Poncet et. al., 2006. Ibikunle et. al. 2012. Okwaraji & Aguwa, 2014. Silva et. al., 2015).

Οι πάροχοι της υγειονομικής περίθαλψης έχουν την προδιάθεση για επαγγελματική εξουθένωση όταν οι ανάγκες των πελατών, είτε λόγω της έντασης, είτε λόγω της πολυπλοκότητας των περιστάσεων, ξεπερνούν τους πόρους των φορέων παροχής φροντίδας (Meltzer & Huckabay, 2004. Embriaco, 2007. Patel & Suresh, 2016).

Ο Freudenberger το 1974, λοιπόν, κατέληξε στον εξής ορισμό για την επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με τον οποίο: «επαγγελματική εξουθένωση είναι η εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών του αποθεμάτων» (Freudenberger, 1974. Pavlakis et. al., 2010. Okwaraji & Aguwa, 2014. Silva et. al., 2015).

Σύμφωνα με τον Freudenburger το προσωπικό που υπέστη επαγγελματική εξουθένωση υπέφερε από διακυμάνσεις στη διάθεση, διαταραχές ύπνου και δυσκολία

στη συγκέντρωση. Συνοδευόμενη της ψυχικής οδύνης ήταν και φυσικές ασθένειες, όπως πόνος στην πλάτη ή πεπτικές διαταραχές (Pavlakis et. al., 2010. Raftopoulos et. al., 2012. Okwaraji & Aguwa, 2014).

Οι Ibikunle et. al. όρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης, η οποία προκαλείται από μακροχρόνια εμπλοκή σε καταστάσεις που είναι συναισθηματικά απαιτητικές (Okwaraji & Aguwa, 2014).

Σύμφωνα με τους Pearlman και Hartman η επαγγελματική εξουθένωση είναι η απάντηση στο χρόνιο συναισθηματικό στρες και έχει τρεις διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη παραγωγικότητα στην εργασία (Meltzer & Huckabay, 2004).

Η Seuntjens (1982) ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως εξουθένωση της ψυχολογικής κατάστασης, η οποία προκαλείται από την διάψευση των επαγγελματικών ελπίδων, με αποτέλεσμα τη μειωμένη αποδοτικότητα και το χαμηλό ηθικό, τα οποία οδηγούν σε απουσίες, αποχώρηση από την εργασία και ψυχοσωματικές αρρώστιες .

Οι Cronon- Stubbs και Rooks (1985) την ορίζουν ως ψυχοβιολογική δυσκολία προσαρμογής και συμπεριφοριστική απάντηση στους επαγγελματικούς στρεσογόνους παράγοντες.

Οι Brezniak και Ben Ya' Ir (1989) πιστεύουν ότι οφείλεται στην ανισορροπία μεταξύ των δυνατοτήτων, των αξιών, των προσδοκιών και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τον ορισμό από το Ιατρικό λεξικό του Webster, ο όρος επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από «σωματική ή συναισθηματική εξάντληση ως αποτέλεσμα μακροχρόνιου στρες» (Pavlakis et. al., 2010).

Ο πιο ευρέως, όμως, χρησιμοποιούμενος και περιεκτικός ορισμός για την επαγγελματική εξουθένωση είναι αυτός της Αμερικανίδας ψυχολόγου Christina Maslach (1982), σύμφωνα με τον οποίο το burnout είναι ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης. Είναι μια ψυχολογική έννοια που περιγράφει την εμπειρία της

μακροχρόνιας εξάντλησης και του μειωμένου ενδιαφέροντος, συνήθως στα πλαίσια της δουλειάς (Raggio & Malacarne, 2007. Ibikunle et. al., 2016).

Σύμφωνα με τη Maslach το burnout δεν εμφανίζεται ξαφνικά αλλά προκαλείται από μακροχρόνια εμπλοκή σε καταστάσεις υπό πίεση. Περιγράφει το σύνδρομο ως «δείκτη φθοράς» των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζομένου (Maslach, Jackson and Leiter, 1997. Ibikunle et. al., 2012. Ibikunle et. al., 2016).

Οι Maslach και Jackson (1986) κατασκεύασαν ένα εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο έχει γίνει πρότυπο εργαλείο σε παγκόσμιο επίπεδο και ονομάζεται MBI (Maslach Burnout Inventory). Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 22 σημεία αυτό- αξιολόγησης και μετρά τρία στοιχεία της επαγγελματικής εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση (Poncet et. al., 2006. Okwaraji & Aguwa, 2014. Ibinkule et. al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Σύμφωνα με την πολυδιάστατη προσέγγιση της Maslach, τρεις είναι οι συνιστώσες που συνθέτουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et. al., 1997. Quattrin et. al., 2006. Basinska & Wilczek- Ruzyczka, 2013):

1. Συναισθηματική εξάντληση

Είναι το πρώτο στάδιο του συνδρόμου και χαρακτηρίζεται από εξάντληση ή απώλεια των συναισθηματικών πόρων του εργαζομένου, καθώς και από αδυναμία συγκέντρωσης στα εργασιακά του καθήκοντα. Όταν η συναισθηματική εξάντληση αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό οδηγεί σε έλλειψη ενθουσιασμού, απογοήτευση, ένταση και κόπωση. Τα άτομα νιώθουν ανίκανα να δώσουν κάτι από τον εαυτό τους στους άλλους και πιστεύουν ότι δεν είναι τόσο υπεύθυνα στην εργασία τους όπως παλιά (Maslach et. al., 1997. Mealer et. al., 2009. Basinska & Wilczek- Ruzyczka, 2013. Silva et. al., 2015).

2. Αποπροσωποίηση

Χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο εργαζόμενος αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορές στον χώρο εργασίας και μεταχειρίζεται τους παρόχους των υπηρεσιών υγείας περισσότερο ως αντικείμενα, παρά ως ανθρώπους. Αναπτύσσει μια αποστασιοποιημένη, εχθρική, αγενής και κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς, η οποία εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, όπως με το να αγνοεί τις εκκλήσεις και τις ανάγκες τους ή με το να παύει να αναφέρει τους ασθενείς με το όνομά τους, αλλά με τον αριθμό του δωματίου τους. Ο εργαζόμενος προσπαθεί να βρίσκεται όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο μακριά από τους ασθενείς του, αυξάνοντας τις συζητήσεις με τους συναδέλφους και μεγαλώνοντας τα διαλλείμματα (Maslach et. al., 1997. Mealer et. al., 2009. Basinska & Wilczek- Ruzyczka, 2013. Silva et. al., 2015).

3. Μείωση των προσωπικών επιτευμάτων

Αναφέρεται στην τάση που έχει ο εργαζόμενος να εκτιμά με αρνητικό τρόπο τον εαυτό του, σε σχέση με τους ασθενείς και την εργασία του. Ο εργαζόμενος αισθάνεται ανικανοποίητος, εμφανίζει χαμηλή παραγωγικότητα, κακές σχέσεις εργασίας, τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους συναδέλφους τους και ελλιπή κίνητρα. Όλα τα παραπάνω μπορεί να οδηγήσουν σε επαγγελματική δυσαρέσκεια, κατάθλιψη, ακόμα και παραίτηση από την εργασία και αναζήτηση άλλης που δεν απαιτεί στενή επαφή με ανθρώπους (Maslach et. al., 1997. Basinska & Wilczek-Ruzyczka, 2013. Okwaraji & Aguwa, 2014. Silva et. al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Κατά καιρούς αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες από τους ερευνητές σχετικά με το σύνδρομο της επαγγελματική εξουθένωσης προκειμένου να γίνει καλύτερα κατανοητό και αντιμετωπίσιμο. Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα προσπαθούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο αυτό υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon, 1987).

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες του ίδιου του επαγγελματία, τόσο από το χώρο εργασίας του, όσο και από τον ίδιο του τον εαυτό, ενώ άλλοι υποστηρίζουν πως οι στρεσογόνες επαγγελματικές συνθήκες είναι αυτές που οφείλονται για την επαγγελματική εξουθένωση (Leiter & Maslach, 1988. Antoniou, 1999. Firth- Cozens & Payne, 1999).

Οι κυριότερες θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικά με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι εξής:

- **Το διαδραστικό μοντέλο των Cherniss (1980)**

Σύμφωνα με τον Cary Cherniss το 1980 η επαγγελματική εξουθένωση δημιουργείται από την αναντιστοιχία ανάμεσα στην ανταπόδοση που πιστεύουν ότι παίρνουν τα άτομα από την εργασία τους και σε αυτό που προσφέρουν στους άλλους. Αποτελεί περισσότερο μια «διαδικασία» παρά ένα μεμονομένο «συμβάν» και ακολουθεί 3 στάδια:

Α. Φάση του «εργασιακού στρες»: πρόκειται για μια διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και στους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα μιας διατάραξης στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

Β. Φάση της «εξάντλησης»: πρόκειται για τη συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί πηγή εξάντλησης για τον εργαζόμενο, ενώ η προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές, παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε συνεχή ένταση και αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

Γ. Φάση της «αμυντικής κατάληξης»: σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος αλλάζει στάση και συμπεριφορά, από- επενδύει συναισθηματικά από την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό, αρνητισμό, οργή, καχυποψία και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

- **Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky (1980)**

Οι Edelwich και Brodsky το 1980 περιέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του και είναι:

Α. Ενθουσιασμός: ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερ- επενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο του και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερ- επενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς όμως διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

Β. Αμφιβολία και αδράνεια: σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί ότι, ενώ επενδύει πολλά στην εργασία του, αυτή δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του και στις βαθύτερες ανάγκες του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμα περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι σταδιακά αρχίζει να αναζητά τις αιτίες της απογοήτευσης του έξω από τον εαυτό του και παύει να βρίσκει ιδανικά στην εργασία

του. Ενοχλείται που δεν αναγνωρίζεται η προσφορά του και εκφράζει παράπονα, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

Γ. Απογοήτευση και ματαιώση: ο εργαζόμενος σε αυτό το στάδιο βλέπει ότι οι προσπάθειες του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του, είτε να απομακρυνθεί τελικά από τον εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

Δ. Απάθεια: ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαιώση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Επενδύει ελάχιστη ενέργεια στην εργασία του και νιώθει ανεπαρκής να ανταποκριθεί σε αυτήν. Ουσιαστικά συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

- **Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach και Jackson (1982)**

Οι Maslach και Jackson το 1982 υποστήριξαν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν εμφανίζεται ξαφνικά, αλλά είναι το αποτέλεσμα παρατεταμένης εργασίας υπό πίεση. Σύμφωνα με αυτούς η επαγγελματική εξουθένωση έχει τρεις διαστάσεις που κάθε μια αντιπροσωπεύει και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων.

Α. Συναισθηματική εξάντληση: θεωρείται η πιο σημαντική από τις 3 διαστάσεις και αναφέρεται στη μείωση των συναισθημάτων του ατόμου, την ψυχική και σωματική κόπωση που φθάνει σε τέτοιο βαθμό που έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι πλέον ικανό το άτομο να προσφέρει συναισθηματικά στους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας και από την αίσθηση ότι έχουν εξαντληθεί τα συναισθηματικά αποθέματα του εργαζομένου, χωρίς να υπάρχει ανανέωση. Πολλές φορές συνυπάρχει και η αίσθηση των διαψευμένων προσδοκιών του ατόμου, ενώ έχει βρεθεί ότι η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται και με τα υψηλά επίπεδα απαιτήσεων.

Β. Αποπροσωποποίηση: αποτελεί συνέπεια της συναισθηματικής εξάντλησης και μηχανισμό άμυνας σε αυτήν. Είναι μια διαδικασία απεμπλοκής του εργαζομένου από το στρες, την πίεση και την κόπωση που βιώνει. Ο εργαζόμενος αναπτύσσει αρνητική

συμπεριφορά απέναντι στους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, είναι αγενής, κυνικός και έχει κακή επικοινωνία μαζί τους.

Γ. Έλλειψη προσωπικής επίτευξης: αναφέρεται στη σταδιακή μείωση της ικανότητας του ατόμου να προσαρμόζεται σε ένα περιβάλλον όπου το επαγγελματικό στρες αυξάνεται διαρκώς. Ο εργαζόμενος έχει την αίσθηση ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στο χώρο εργασίας του και να έχει θετικές αλληλεπιδράσεις με το εργασιακό του περιβάλλον. Αισθάνεται δυστυχισμένος και απογοητευμένος από τα επιτεύγματα του με αποτέλεσμα να υποβάλλει στον εαυτό του την άποψη ότι είναι αποτυχημένος (Cherniss, 1980. Maslach & Shaufeli, 1993. Maslach et. al., 1997. Maslach & Leiter, 2008).

- **To μοντέλο της Pines (1988)**

Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικές απαιτητικές συνθήκες.

Η Pines τονίζει περισσότερο το ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ κατά τη γνώμη της τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και τα κίνητρα παίζουν ρόλο μόνο για την πυροδότηση και τον καθορισμό της βαρύτητας του συνδρόμου. Η αιτία της εξουθένωσης αυτής είναι υπαρξιακή και οφείλεται στην ανάγκη του ανθρώπου να δώσει νόημα στη ζωή του. Όταν η εργασία αποτυγχάνει να το κάνει η επαγγελματική εξουθένωση είναι αναπόφευκτη. Τονίζεται επίσης από την Pines ότι βαρύτερες μορφές εξουθένωσης εμφανίζουν οι περισσότερο αφοσιωμένοι εργαζόμενοι και οι εργαζόμενοι που διαλέγουν ιδιαίτερα ιδεαλιστικά επαγγέλματα, τα οποία αποτυγχάνουν να εκπληρώσουν τις προσδοκίες τους.

Το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιεί το μοντέλο αυτό απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αξιολογεί τρεις πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης: σωματική, συναισθηματική και πνευματική. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η επαγγελματική εξουθένωση είναι μονοδιάστατη έννοια καθώς η αξιολόγησή της προκύπτει

εξάγοντας ένα ενιαίο σκορ από όλες τις ερωτήσεις (Pines & Aronson, 1988. Pines, 1993. Pines, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η στρεσογόνα φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι ευρέως αποδεκτή και ερευνητικά τεκμηριωμένη κα πολλές μελέτες, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό έχουν διαπιστώσει ότι οι νοσηλευτές αποτελούν την επαγγελματική ομάδα που είναι περισσότερο επιρρεπής σε υψηλά επίπεδα στρες και συχνά εμφανίζει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Bourbonnais et. al., 1998. Bakker et. al., 2000. Μπελλάλη κ. συν., 2007).

Σύμφωνα με τη Maslach (1978) η κύρια αιτία εξουθένωσης των εργαζομένων στα επαγγέλματα που παράγουν ανθρωπιστικής μορφής εργασία είναι η συνεχής επαφή με τους ανθρώπους και τα προβλήματα τους, ενώ σύμφωνα με τους Maslach et. al. (2001) η εξουθένωση είναι ατομική εμπειρία, δηλαδή ο,τιδήποτε ικανοποιεί έναν εργαζόμενο μπορεί να εξουθενώσει κάποιον άλλο.

Οι Shaufeli & Enzmann (1988) ανέφεραν επτά παράγοντες (κοινωνικούς, πολιτιστικούς, ιδεολογικούς) που συντελούν στην αύξηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτοί είναι:

- i. Η αύξηση των επαγγελμάτων παροχής υπηρεσιών σε αντίθεση με τα γεωργικά ή βιομηχανικά επαγγέλματα.
- ii. Η αυξημένη, σε σχέση με παλαιότερα, σημερινή τάση να δίνουμε «ταμπέλες» και ονόματα σε προβλήματα, παράπονα και ψυχολογικές δυσκολίες, με αποκορύφωμα τη λέξη «στρες».
- iii. Ο ατομικισμός των σύγχρονων κοινωνιών και η έλλειψη υποστηρικτικών δικτύων.
- iv. Οι αυξημένες πνευματικές, γνωστικές και συναισθηματικές απαιτήσεις των περισσότερων σύγχρονων επαγγελμάτων.
- v. Η αμφισβήτηση της αυθεντίας και του κοινωνικού κύρους πολλών ανθρωπιστικών επαγγελμάτων, κυρίως ιατρικών.
- vi. Μύθοι και κοινωνικός αποδεκτές πεποιθήσεις σχετικά με συγκεκριμένα επαγγέλματα που δημιουργούν σε νέους επαγγελματίες μη ρεαλιστικές προσδοκίες (Rousseau, 1989. Cherniss, 1995).

- vii. Η παραβίαση του λεγόμενου «ψυχολογικού» συμβολαίου μεταξύ του ατόμου και του οργανισμού: σε γενικές γραμμές, οι υπάλληλοι δίνουν περισσότερα και λαμβάνουν λιγότερα από τον εργοδότη τους.

Η Vachon (1987) ισχυρίζεται ότι ο βαθμός του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο της δουλειάς, εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων, οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την ένταση τους. Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- *Ατομικά χαρακτηριστικά*: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση.
- *Ενδοατομικοί παράγοντες*: προσωπικότητα, επιθυμίες, στρατηγικές αντιμετώπισης, προσδοκίες, κίνητρα, απαιτήσεις.
- *Διαπροσωπικοί παράγοντες*: υποστηρικτικοί παράγοντες.
- *Κοινωνικο- πολιτιστικοί παράγοντες*: κοινωνικές προσδοκίες για το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια, τον άρρωστο, το θάνατο κτλ (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Σύμφωνα λοιπόν με τη διεθνή βιβλιογραφία η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προέρχεται:

- i. Από τον ίδιο το νοσηλευτή.
- ii. Από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας.
- iii. Από την επαφή με τον ασθενή και τους συγγενείς του (Μπελλάλη κ. συν., 2007).

Συγκεκριμένα, στην πρώτη περίπτωση υπάρχουν χαρακτηριστικά του ίδιου του νοσηλευτή που έχουν εντοπιστεί ότι θεωρούνται συνυπεύθυνα για την ανάπτυξη του συνδρόμου, όπως το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση. Η Martin (2000) υποστήριξε πως οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους άντρες. Το ίδιο υποστήριξαν και οι Maslach & Jackson (1981), τονίζοντας ότι οι γυναίκες είχαν την τάση να βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και με μεγαλύτερη συχνότητα από τους άντρες.

Όσον αφορά την ηλικία, οι Chang et al (2006) υποστήριξαν ότι οι νεότεροι σε ηλικία νοσηλευτές εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πιθανόν αυτό να σχετίζεται με το γεγονός ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα είναι πιο σταθεροί και ώριμοι χαρακτήρες και έχουν πιο ισορροπημένη άποψη για τη ζωή.

Τα ανύπαντρα άτομα φαίνεται να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους παντρεμένους. Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι τα ανύπαντρα άτομα είναι περισσότερο αφοσιωμένα στην εργασία τους και επίσης από το γεγονός ότι το οικογενειακό περιβάλλον στηρίζει συναισθηματικά τους εργαζομένους.

Στα χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου συμπεριλαμβάνεται και ο τύπος της προσωπικότητας του κάθε εργαζομένου, καθώς επίσης και η ικανότητα του να προσαρμόζεται σε στρεσογόνες καταστάσεις (Αντωνίου, 2006).

Στην δεύτερη περίπτωση αντίστοιχα, χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος που έχει εντοπιστεί ότι ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ο φόρτος εργασίας, οι κακές συνθήκες εργασίας, το παρατεταμένο ωράριο εργασίας, οι συχνές διαπροσωπικές διαμάχες για μεγάλο χρονικό διάστημα, η έλλειψη υποστηρικτικών δικτύων, η ασάφεια των ρόλων, η ανεπάρκεια μισθολογικών αποδοχών, ο τρόπος λειτουργίας της επιχείρησης (Quattrin et. al., 2006. Pavlakis et. al., 2010. Raftopoulos et. al., 2012. Basinska & Wilczek-Ruzyczka, 2013. Okwaraji & Agywa, 2014. Shoorideh et. al., 2015).

Σύμφωνα με τους Maslach & Pines (1977) όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ατόμων που έχει να εξυπηρετήσει ένας εργαζόμενος, τόσο υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνει και ταυτόχρονα δεν έχει την αίσθηση της ολοκλήρωσης και της επιτυχίας.

Τέλος, στην τρίτη περίπτωση, η εμφάνιση του συνδρόμου μπορεί να οφείλεται στην επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή ή τους συγγενείς του, όπως για παράδειγμα εξαιτίας της φύσης της αρρώστιας (σοβαρότητα, χρονιότητα, απειλή θανάτου), αλλά και από τις σχέσεις που διατηρεί ο νοσηλευτής με τον ασθενή ή τους συγγενείς (παθητική στάση, αυξημένες απαιτήσεις, αρνητική κριτική) (Μπελλάλη κ. συν., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Τα αρνητικά επακόλουθα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πάρα πολλά και η μελέτη του συνδρόμου έχει επεκταθεί παγκοσμίως.

Τα επαγγέλματα υγείας φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα, όσον αφορά την εμφάνιση και τη βαρύτητα της επαγγελματικής εξουθένωσης, ακόμα και αν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης που βρέθηκαν σε αυτούς δεν είναι τα υψηλότερα που έχουν αναφερθεί σε σχέση με άλλους επαγγελματικούς χώρους.

Παρόλα αυτά η μεγάλη σημασία της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας έγκειται στις επιπτώσεις της, οι οποίες αφορούν τόσο τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, όσο τους παρόχους της φροντίδας και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας γενικότερα (Campbell et. al., 2001. Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας, 2008).

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει ομαδοποιούν τις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρεις κατηγορίες:

1. Σωματικές:

Στις σωματικές συνέπειες συμπεριλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις επιπτώσεις που έχει η επαγγελματική εξουθένωση στον οργανισμό του ατόμου και σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας, εξάντλησης και χρόνια σωματική κούραση. Ο εργαζόμενος μπορεί να έχει πονοκεφάλους, έλκος στομάχου, υπερένταση, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, πόνους στη μέση, δυσκολίες ύπνου, διαταραχές διατροφής και καρδιαγγειακές παθήσεις (Freundenberger, 1974. Pines & Aronson, 1988. Raftopoulos et. al., 2012. Denat et. al., 2016).

Σύμφωνα με τη Maslach & Pines (1978), οι εργαζόμενοι που βίωναν επαγγελματική εξουθένωση αντιμετώπιζαν δυνατούς πονοκεφάλους και αϋπνίες, ενώ οι Toker et. al. σε μια έρευνα τους σε επαγγελματίες υγείας διαπίστωσαν μεγάλη συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης και εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Denat et. al., 2016).

2. Ψυχολογικές:

Η ευάλωτη αυτή σωματική υγεία του εργαζομένου είναι δυνατό να επηρεάσει και την ψυχολογική του υγεία και συμπεριφορά, με κυρίαρχα συμπτώματα την ευερεθιστότητα, το αυξημένο άγχος, τις συναισθηματικές μεταπτώσεις και τον εκνευρισμό.

Ο εργαζόμενος εμφανίζει συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, έλλειψη ενδιαφέροντος, φροντίδας, σεβασμού και έλλειψη ικανοποίησης, τόσο από τον εαυτό του, όσο και από την εργασία. Επίσης, παρουσιάζει αρνητική εικόνα και στάση απέναντι στους συναδέλφους και στους ασθενείς (Pines & Aronson, 1988. Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1992. Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999. Μπελλάλη κ. συν., 2007).

Σε προχωρημένο στάδιο επαγγελματικής εξουθένωσης ο εργαζόμενος μπορεί να παρουσιάσει μέχρι και κατάθλιψη, όπου περιλαμβάνει αισθήματα θλίψης, δυσφορίας, χαμηλής ενέργειας, απελπισίας και κενού. Αυτή η καταθλιπτική συμπτωματολογία οδήγησε στην υπόθεση ότι η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη είναι δυο έννοιες, όπου κάθε μια επιβαρύνει με διαφορετικούς παράγοντες τον εργαζόμενο (Foxall et. al., 1990. Martunola, 1996. Schaufeli & Buunk, 2003. Παππά κ. συν., 2008).

3. Συμπεριφορικές:

Ο εργαζόμενος πλήττεται και σε επίπεδο συμπεριφοράς εμφανίζοντας αυξημένη ανησυχία, απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, αργοπορία, επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε ασθενείς και συναδέλφους, μειωμένη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα. Ο εργαζόμενος εμφανίζει μεγάλο βαθμό δυσαρέσκειας προς την εργασία του, αυξάνονται σταδιακά οι απουσίες από τη δουλειά του, με τελικό αποτέλεσμα την παραίτηση από το επάγγελμα (Martunola, 1996. Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999. Μπελλάλη κ. συν., 2007).

Επιπλέον, πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζομένου, καθώς αυτός μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό περίγυρο, εμφανίζοντας επιθετικές συμπεριφορές απέναντί τους, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις και να μειώνεται το ενδιαφέρον για

κοινωνικές συναναστροφές (Maslach et. al., 2001. Basinska & Wilczek- Ruzyczka, 2013. Denat et. al., 2016).

Τέλος, ο εργαζόμενος μπορεί να εμφανίσει και συμπεριφορές εξάρτησης, στις οποίες συγκαταλέγονται η αύξηση του καπνίσματος, η αυξημένη κατανάλωση καφέ και αλκοόλ, ακόμη και η χρήση ηρεμιστικών και ναρκωτικών ουσιών (Μπελλάλη κ. συν., 2007. Raftopoulos et. al., 2012).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεπερνούν το άτομο και τον κοινωνικό περίγυρο και επεκτείνονται και στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Η πρόωμη αποχώρηση των εργαζομένων επιδεινώνει το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού, γεγονός που συμβάλλει στη μείωση των επιπέδων των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, έτσι επιβαρύνεται ο οργανισμός και οικονομικά, εξαιτίας του υψηλού κόστους αντικατάστασης τους (Παπά κ. συν., 2008).

Όλα αυτά λειτουργούν αρνητικά στη συνολική αποδοτική λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και στα γενικότερα επίπεδα ποιότητας της φροντίδας. Ένας από τους πιο σημαντικούς δείκτες μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών (Ραφτόπουλος, 2009).

Οι Leiter et. al. (1998), διερευνώντας τη σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτικού προσωπικού και ικανοποίησης ασθενών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ένιωθε περισσότερη εξάντληση, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η μελέτη των Vahey et. al. (2004), όπου η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών εμφανιζόταν ως σημαντικός παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, που έχει ποικίλες επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας, δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους ασθενείς και υποβαθμίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Ως εκ τούτου, η πρόληψη, η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος και η λήψη μέτρων θεωρούνται απαραίτητα ώστε να μετριαστούν οι επιπτώσεις της στον τομέα της υγείας (Διλιντάς, 2010).

Το πρώτο και σημαντικότερο βήμα για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναγνώριση της ύπαρξής της. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι καταλαβαίνουν ότι έχουν πρόβλημα, ενώ έχουν ήδη εκδηλώσει σημαντικά συμπτώματα και διαταραχές στην ψυχοσωματική τους υγεία.

Σύμφωνα με τους Wood & McCarthy (2002), είναι πολύ καλύτερα να προληφθεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης πριν καν εμφανιστεί, ενώ η Maslach (1982) αναφέρει ότι οι τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να εφαρμοστούν σε διάφορα επίπεδα.

A. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο:

Πολλοί ερευνητές επικεντρώνουν την προσοχή τους σε ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτές αφορούν παρεμβάσεις τις οποίες ο νοσηλευτής μπορεί να εφαρμόσει μόνος του. Ένα μειονέκτημα τους όμως είναι ότι είναι λιγότερο δραστικές στο χώρο εργασίας, όπου το άτομο έχει μικρότερο έλεγχο επάνω σε στρεσογόνους παράγοντες, σε σχέση με άλλους τομείς της ζωής του (Παππά κ. συν., 2008).

Τέτοιες παρεμβάσεις είναι:

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που προδιαθέτουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, με σκοπό την έγκαιρη λήψη αποφάσεων και στρατηγικών για την αντιμετώπιση του συνδρόμου.

- Αποτελεσματική διαχείριση χρόνου με στόχο την ενίσχυση της αίσθησης του ελέγχου σχετικά με την εργασία. Σύμφωνα με τη Lang (1992), η σωστή διαχείριση χρόνου σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, στρες και σωματικών συμπτωμάτων σε επαγγελματίες με ιδιαίτερα αυστηρά και σκληρά προγράμματα εργασίας.
- Ενίσχυση του αισθήματος του προσωπικού ελέγχου και της υπευθυνότητας στις αποφάσεις με την προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας τους, αλλά και της αλλαγής του χώρου εργασίας, αρκεί η αλλαγή αυτή να πρόκειται για συνειδητή απόφαση και όχι για μέθοδο φυγής.
- Αναγνώριση και ανάλυση των προβλημάτων και των αρνητικών συναισθημάτων για την εργασία.
- Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών με σκοπό την αλλαγή στάσης απέναντι στην εργασία και συνεπώς στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι στόχοι θα πρέπει να είναι βραχυπρόθεσμοι, εξειδικευμένοι και ρεαλιστικοί.
- Αναζήτηση υποστήριξης από φίλους, συνεργάτες, επαγγελματίες και ειδικούς της ψυχικής υγείας.
- Εντοπισμός των θετικών πλευρών της εργασίας.
- Χρήση μικρών διαλειμμάτων και αδειών από την εργασία, με σκοπό την «αποσυμπίεση» μεταξύ εργασίας και σπιτιού.
- Αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης, προκειμένου να αξιολογήσει ο εργαζόμενος ποιες από αυτές έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στη ρύθμιση των συναισθημάτων του και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας.
- Σωστή διατροφή, άσκηση και ανάπαυση.
- Αποφυγή συναισθηματικής εξάρτησης από τους ασθενείς.
- Αποφυγή ανάληψης πολλών ευθυνών και αύξησης των ρυθμών εργασίας.

B. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό/ διοικητικό επίπεδο:

Σε οργανωτικό/ διοικητικό επίπεδο οι παρεμβάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρονται σε πολιτικές και διοικητικές λειτουργίες, οι οποίες πρέπει να εφαρμόζονται για να βοηθούν τον εργαζόμενο να

αντιμετωπίσει το εργασιακό στρες και κατ' επέκταση την επαγγελματική εξουθένωση.

Τέτοιες παρεμβάσεις είναι:

- Θέσπιση διαδικασιών από την πλευρά του νοσοκομείου με σκοπό την αύξηση της αίσθησης συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και της αυτονομίας των νοσηλευτών.
- Δημιουργία προγραμμάτων οργάνωσης χρόνου, ανάπτυξης δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτική για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και την αποτελεσματική διαχείριση των ασθενών.
- Εκπαίδευση προϊστάμενων στην καθοδήγηση και στην επικοινωνία, με σκοπό να παρέχουν περισσότερη υποστήριξη και ενθάρρυνση στο προσωπικό.
- Δημιουργία υγιούς σχέσης μεταξύ ατόμων και περιβάλλοντος εργασίας, με σκοπό την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Υποστήριξη των νοσηλευτών που βιώνουν το σύνδρομο από την πλευρά της νοσηλευτικής διοίκησης με την ανάπτυξη και βελτίωση της ανθεκτικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση και την ενθάρρυνση υποστηρικτικού κλίματος στο χώρο εργασίας.
- Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση.
- Ενημέρωση του νέου προσωπικού για τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου, για τους στόχους και τα προβλήματα του, για τις διαδικασίες, για το καθηκοντολόγιο, τις υποχρεώσεις αλλά και τα δικαιώματα του.
- Παροχή κινήτρων, είτε οικονομικών, είτε ευκαιριών επαγγελματικής εξέλιξης.
- Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης, εκπαίδευσης και επαγγελματικής εξέλιξης.
- Δημιουργία προγραμμάτων βελτίωσης της υγείας και του τρόπου ζωής, όπως προγράμματα καρδιαγγειακής ευεξίας, διακοπής καπνίσματος, προγράμματα συμβουλευτικής και υιοθέτησης του ενδεδειγμένου τρόπου ζωής.
- Ορθός επαγγελματικός προσανατολισμός και κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- Διάθεση απαραίτητων μέσων και υλικών για τη διευκόλυνση της εργασίας του προσωπικού.

- Βελτίωση της συνεργασίας και της επικοινωνίας μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, για την αποφυγή εντάσεων και συγκρούσεων και την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών.
- Βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και της ασφάλειας στην εργασία, αύξηση αποδοτικότητας και μείωση φόρτου εργασίας.
- Καλύτερος σχεδιασμός προγραμματισμού με την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού.
- Καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών και πιο ελαστικών προγραμμάτων εργασίας.
- Υποστήριξη του προσωπικού στην αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν και απομάκρυνση των πηγών στρες από την εργασία.
- Μέτρηση άγχους και επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης με τη χρήση ερωτηματολογίων.
- Απλούστευση γραφειοκρατικών διαδικασιών.

(Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999. Poncet et. al., 2006. Klersy et. al., 2007. Κουτελέλος & Πολυκανδριώτη, 2007. Μπελλάλη κ. συν.,2007. Παππά κ. συν., 2008. Διλιντάς, 2010. Συριανόπουλος κ. συν., 2011. Raftopoulos et. al., 2012. Basinska & Wilczek- Ruzyczka, 2013. Okwaeaji & Aguwa, 2014. Denat et. al., 2016)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

7.1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Η παρούσα μελέτη είναι ποσοτική μη τυχαιοποιημένη (δείγμα ευκολίας), περιγραφική έρευνα. Χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες μέτρησης για τη συλλογή και πολλαπλές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων.

7.2. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσουμε τους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου και της Μ.Ε.Θ. ενός ιδιωτικού νοσοκομείου της Αθήνας.

7.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ:

1. Σε τι επίπεδα κυμαίνεται η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό;
2. Ποιοι παράγοντες επιδρούν στην επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού;

7.4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας και συγκεκριμένα τα τμήματα που επιλέχθηκαν για την έρευνα ήταν δύο: το χειρουργείο και η Μ.Ε.Θ.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε άδεια από την Επιτροπή Δεοντολογίας και Έρευνας, δια μέσου της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης.

Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν συνολικά 76 νοσηλευτές που εργάζονταν στα τμήματα που προαναφέρθηκαν. Στην έρευνα συμμετείχε όλο το νοσηλευτικό

προσωπικό, ανεξαρτήτου εκπαίδευσης, δηλαδή συμμετείχαν νοσηλευτές Τεχνολογικής και Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, καθώς και νοσηλευτές που είχαν πτυχίο από κάποιο ΙΕΚ ή τεχνικό λύκειο.

Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε από 6 Μαρτίου 2017 έως 18 Μαΐου 2017.

Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και αυτοσυμπληρούμενα και μοιράστηκαν έπειτα από προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν προφορικά και τους παρέχονταν διευκρινήσεις σε τυχόν απορίες. Ο χρόνος που απαιτούνταν για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν 10-15 λεπτά περίπου.

Από τους νοσηλευτές που προσεγγίστηκαν κάποιοι αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στην έρευνα, σε ποσοστό 23%, με τη δικαιολογία του φόρτου εργασίας και της έλλειψης χρόνου.

Κάποιοι ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν και να απαντήσουν, ενώ άλλοι απαντούσαν τυπικά και βιαστικά στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

7.5. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Για την εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκαν:

- Ερωτηματολόγιο συλλογής δημογραφικών, επαγγελματικών και προσωπικών στοιχείων.
- Η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory).
- Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (Life Satisfaction Inventory).

- ***Maslach Burnout Inventory:***

Το ερωτηματολόγιο της Maslach για την επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα έγκυρο, αξιόπιστο και εύκολο στη χρήση του εργαλείο. Αποτελεί μια υποκειμενική μέθοδο αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και βασίζεται στην

προσωπική γνώμη των εργαζομένων για τις αγχογόνες συνθήκες του περιβάλλοντος εργασίας.

Αποτελείται από 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου και έχει τρεις υποκλίμακες:

- συναισθηματική εξάντληση (9 ερωτήσεις)
- αποπροσωποίηση (5 ερωτήσεις)
- προσωπικά επιτεύγματα (8 ερωτήσεις).

Η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 7 σημείων της κλίμακας Likert, από το 0 (ποτέ δε μου συμβαίνει) έως το 6 (καθημερινά μου συμβαίνει), ενώ ανεξάρτητες βαθμολογίες υπολογίζονται για κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις.

Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούμε να δούμε τις οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 1: Οριακές τιμές επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης.

| ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ | ΧΑΜΗΛΗ | ΜΕΤΡΙΑ | ΥΨΗΛΗ |
|-----------------------------|--------|--------|-------|
| Συναισθηματική εξάντληση | ≤20 | 21-30 | ≥31 |
| Αποπροσωποίηση | ≤5 | 6-10 | ≥11 |
| Προσωπικά επιτεύγματα | ≥42 | 41-36 | ≤35 |

Βλέπουμε ότι υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα «Συναισθηματική εξάντληση» και «Αποπροσωποίηση» αποτελεί ένδειξη υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ αντίθετα υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα των «Προσωπικών επιτευγμάτων» αποτελεί ένδειξη χαμηλού κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου (Maslach & Jackson, 1986, Ibikunle et. al., 2012).

- ***Life Satisfaction Inventory:***

Είναι μεταφρασμένη και σταθμισμένη για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Φουντουλάκη κ.συν. Αποτελείται από 13 ερωτήσεις που αφορούν την τωρινή

κατάσταση των εργαζομένων και τον βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή τους. Η βαθμολογία προκύπτει με διαβάθμιση 5 σημείων της κλίμακας Likert, που κυμαίνεται από το 1 (πολύ απογοήτευση) έως το 5 (πολύ ικανοποίηση) (Μαυρίδου, 2012).

7.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Με την ολοκλήρωση συμπληρώσεως των ερωτηματολογίων έγινε η εισαγωγή των δεδομένων, μέσω Η/Υ, στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v20.0, με το οποίο έγιναν και οι στατιστικές αναλύσεις. Αρχικά εφαρμόστηκαν αναλύσεις περιγραφικής στατιστικής, όπως κατανομή συχνοτήτων για τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και εκείνες που σχετίζονται με την εργασία και υπολογισμός μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου. Η σχέση των κατηγορικών μεταβλητών με τις κλίμακες έγινε αρχικά με σύγκριση των μέσων τιμών μέσω του t-test για ανεξάρτητα δείγματα (όπου η κατηγορική μεταβλητή είχε δύο επίπεδα) ή μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης με το κριτήριο του Tukey HSD (όπου επιβεβαιωνόταν η υπόθεση ομοιογένειας των διασπορών) ή του Dunnett T3 (όπου απορριπτόταν η υπόθεση ομοιογένειας των διασπορών) για τις πολλαπλές συγκρίσεις των μέσων. Η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων ελέγχθηκε μέσω του δείκτη γραμμικής συσχέτισης του Pearson. Τέλος, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για κάθε κλίμακα με ανεξάρτητες όσες από τις μεταβλητές αναδείχθηκε πως έχουν σημαντική σχέση με την κάθε κλίμακα στα προηγούμενα βήματα. Στο τελικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για κάθε κλίμακα παρέμειναν μόνο οι σημαντικές μεταβλητές. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

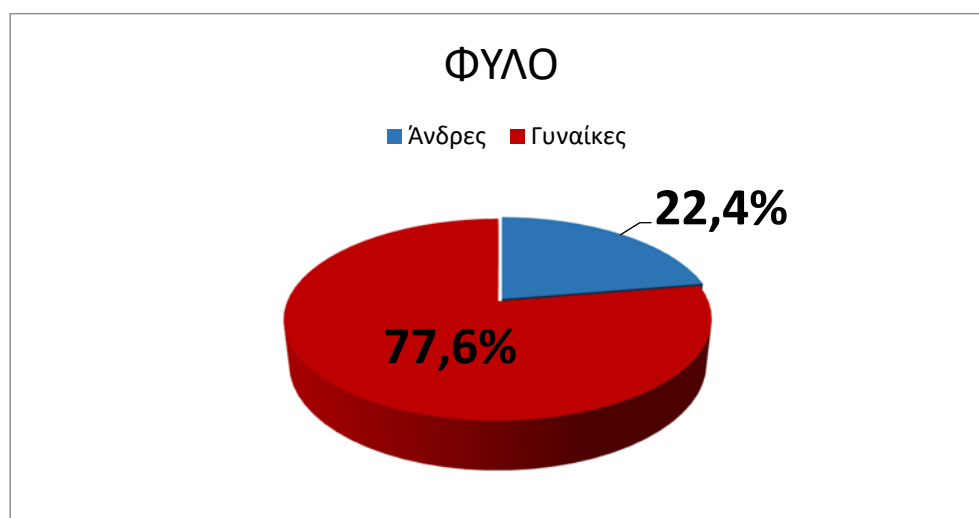
Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία του δείγματος, το οποίο αποτελείται από 76 νοσηλευτές.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ανά φύλο. Παρατηρείται ότι από τα 76 άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, τα 59 ήταν γυναίκες (77,6%), γεγονός που ανταποκρίνεται και στην πραγματική σύνθεση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, καθώς είναι γυναικοκρατούμενο.

Πίνακας 2: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο.

| ΦΥΛΟ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|---------------|-------------|
| Άνδρας | 17 | 22,4 |
| Γυναίκα | 59 | 77,6 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 1: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο.



Στα ίδια περίπου επίπεδα κυμαίνεται η συχνότητα του δείγματος, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση μεταξύ των άγαμων και των έγγαμων, με ποσοστό 47,4% και 51,3% αντίστοιχα, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό (55,3%) δεν είχε κανένα παιδί. Μόλις το 13,2% είχε ένα, το 25% δύο, ενώ το 6,6% τρία παιδιά (Πίνακας 3).

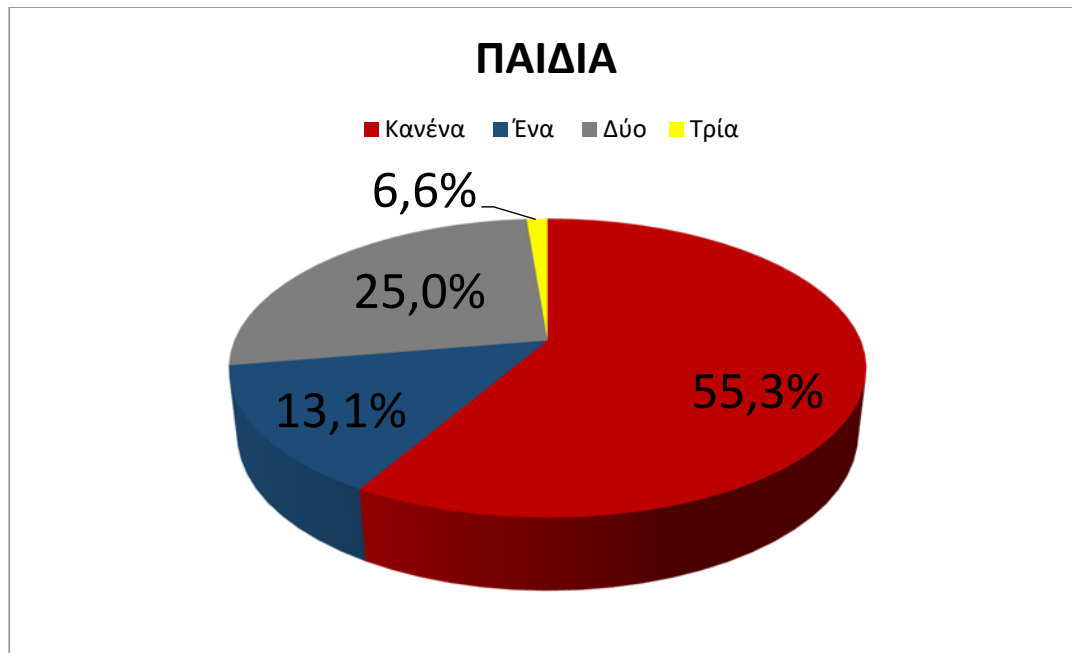
Πίνακας 3: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση και τα παιδιά.

| | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-------------------------------|---------------|-------------|
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | | |
| Άγαμος | 36 | 47,4 |
| Έγγαμος | 39 | 51,3 |
| Άλλο | 1 | 1,3 |
| Σύνολο | 76 | 100 |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ | | |
| Κανένα | 42 | 55,3 |
| Ένα | 10 | 13,1 |
| Δύο | 19 | 25,0 |
| Τρία | 5 | 6,6 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 2α: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση.



Γράφημα 2β: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα παιδιά.



Το 56,6% του δείγματος είναι πτυχιούχοι νοσηλευτές Τεχνολογικής εκπαίδευσης και μόλις το 10,5% πτυχιούχοι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Σχεδόν το ¼ των συμμετεχόντων του δείγματος (N= 18) έχει αποφοιτήσει από κάποιο Τεχνικό λύκειο ή ΙΕΚ, ενώ μόλις 7 άτομα από κάπου αλλού (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εκπαίδευση.

| ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|--------------------|---------------|-------------|
| Τεχνικό λύκειο/ΙΕΚ | 18 | 23,7 |
| ΤΕΙ | 43 | 56,6 |
| ΑΕΙ | 8 | 10,5 |
| Άλλο | 7 | 9,2 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 3: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εκπαίδευση.



Σχετικά με το τμήμα εργασίας τα 45 άτομα (59,2%) δούλευαν στο χειρουργείο, ενώ τα υπόλοιπα 31 (40,8%) σε κάποια Μ.Ε.Θ. (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το τμήμα εργασίας.

| ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|----------------|---------------|-------------|
| Χειρουργείο | 45 | 59,2 |
| Μ.Ε.Θ. | 31 | 40,8 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 4: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το τμήμα εργασίας.

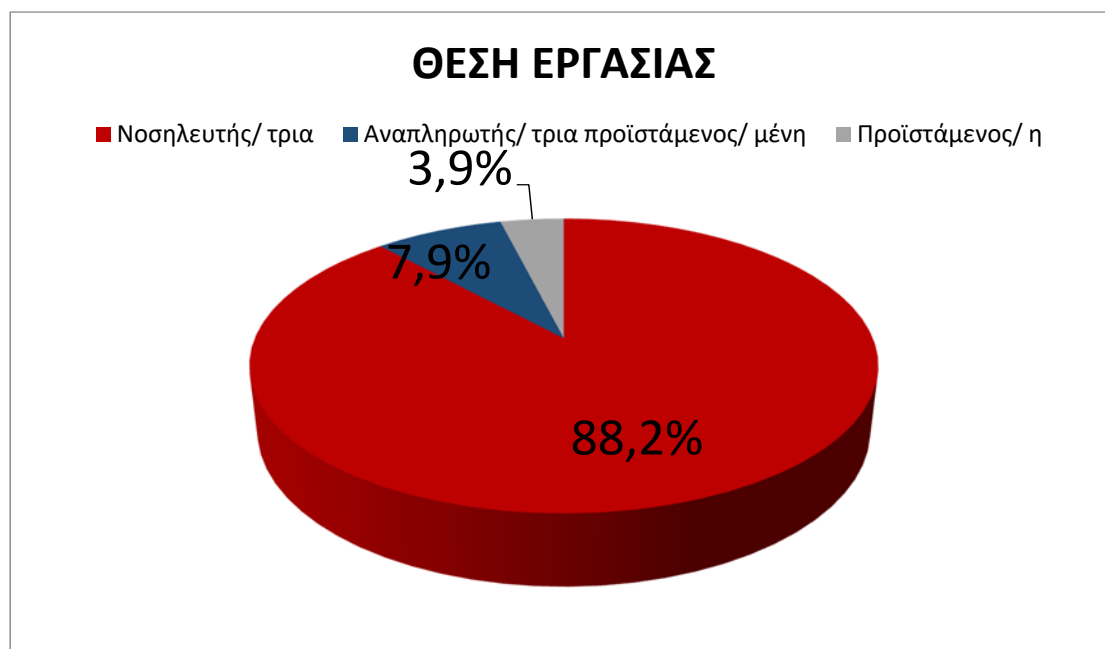


Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες του δείγματος (N=67) κατείχαν τη θέση του νοσηλευτή/ τριας. Μόλις 6 άτομα του συνολικού δείγματος εργάζονταν στο νοσοκομείο ως αναπληρωτές/ τριες προϊστάμενοι/ μενες, ενώ 3 ως προϊστάμενοι/ μενες. Τα ποσοστά των τριών αυτών ομάδων είναι 88,2%, 7,9% και 3,9% αντίστοιχα (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη θέση εργασίας.

| ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---|---------------|-------------|
| Νοσηλευτής/ τρια | 67 | 88,2 |
| Αναπληρωτής/ τρια προϊστάμενος/ μένη | 6 | 7,9 |
| Προϊστάμενος/ μένη | 3 | 3,9 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 5: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη θέση εργασίας.



Σχετικά με το αν η επιλογή θέσης εργασίας ήταν επιλογή του κάθε συμμετέχοντα, βλέπουμε τα αποτελέσματα να κυμαίνονται στα ίδια ποσοστά με το 51,3% του δείγματος να απαντάει «Ναι» και το 48,7% να απαντάει «Όχι» (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την επιλογή θέσης.

| ΔΙΚΗ ΤΟΥΣ ΕΠΙΛΟΓΗ Η ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|--------------------------------------|---------------|-------------|
| Ναι | 39 | 51,3 |
| Όχι | 37 | 48,7 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 6: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την επιλογή θέσης.



Στον Πίνακα 8 που ακολουθεί μπορούμε να δούμε τις σκέψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την παραίτηση τους, είτε στο παρελθόν (42,1% απάντησε «Ναι»), είτε στο άμεσο μέλλον (31,6% απάντησε «Ναι»).

Πίνακας 8: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη σκέψη παραίτησης.

| ΣΚΕΨΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Ναι | 32 | 42,1 |
| Όχι | 44 | 57,9 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

ΣΚΕΨΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗΣ

ΣΤΟ ΑΜΕΣΟ ΜΕΛΛΟΝ

| | | |
|--------|----|------|
| Ναι | 24 | 31,6 |
| Όχι | 52 | 68,4 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 7α: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη σκέψη παραίτησης στο παρελθόν.



Γράφημα 7β: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη σκέψη παραίτησης στο άμεσο μέλλον.

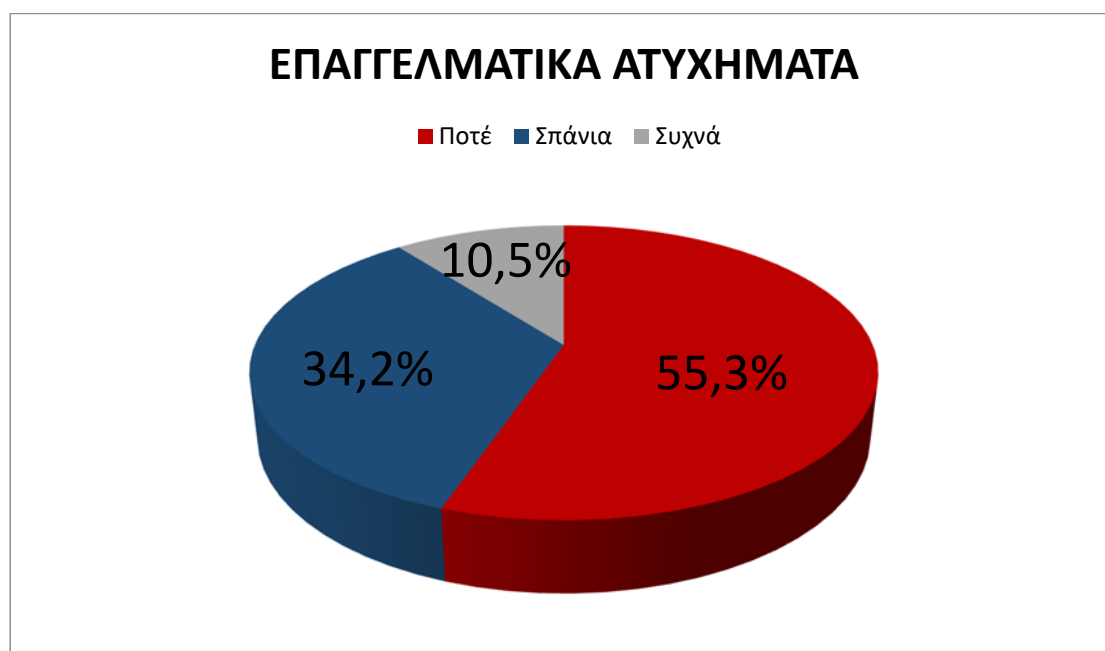


Όπως μπορούμε να δούμε στους πίνακες 9,10,και 11 που ακολουθούν το 55,3% του δείγματος δήλωσε ότι δεν παθαίνει επαγγελματικά ατυχήματα, το 55,2% ότι δεν κάνει λάθη στη δουλειά του και το 52,6% ότι παίρνει αναρρωτικές άδειες πολύ σπάνια.

Πίνακας 9: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα επαγγελματικά ατυχήματα.

| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-------------------------|---------------|-------------|
| Ποτέ | 42 | 55,3 |
| Σπάνια | 26 | 34,2 |
| Συχνά | 8 | 10,5 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

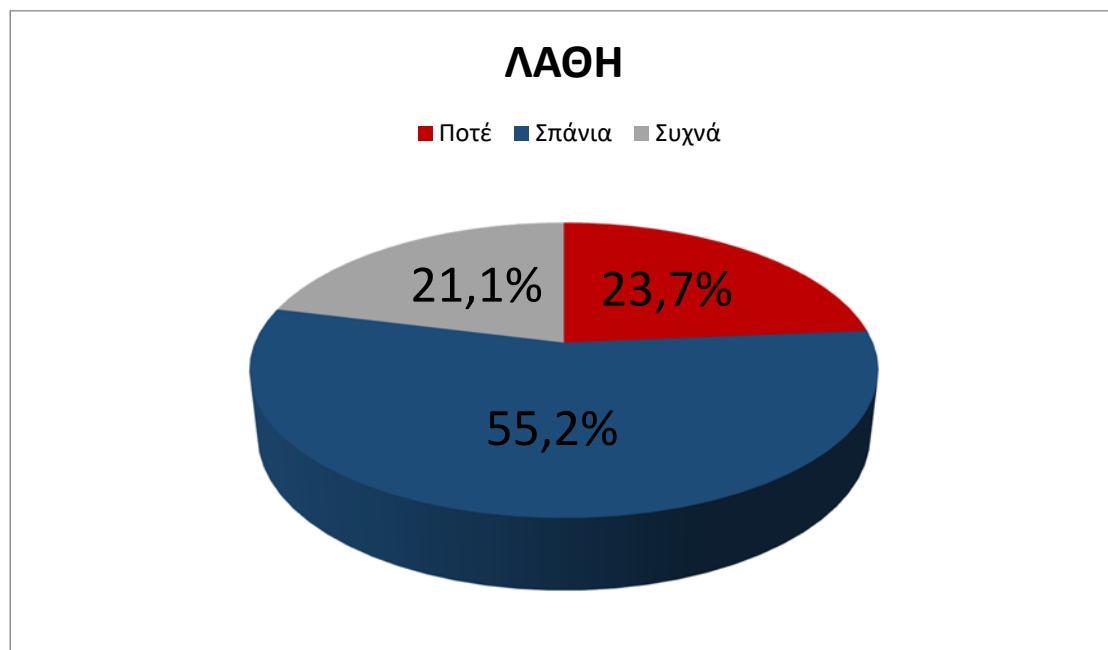
Γράφημα 8: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα επαγγελματικά ατυχήματα.



Πίνακας 10: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα λάθη.

| ΛΑΘΗ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|---------------|-------------|
| Ποτέ | 18 | 23,7 |
| Σπάνια | 42 | 55,2 |
| Συχνά | 16 | 21,1 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 9: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα λάθη.



Πίνακας 11: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τις αναρρωτικές άδειες.

| ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------------|---------------|-------------|
| Πολύ σπάνια | 40 | 52,6 |
| Σπάνια | 23 | 30,3 |
| Συχνά | 10 | 13,2 |
| Πολύ συχνά | 3 | 3,9 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 10: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τις αναρρωτικές άδειες.

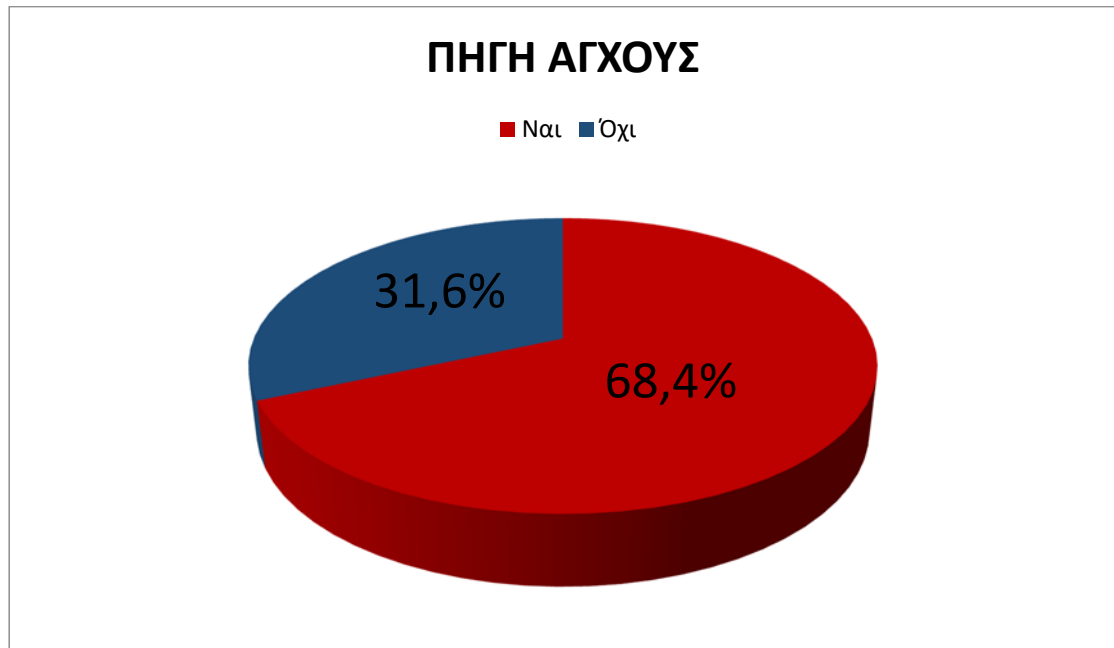


Τέλος, πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (N=52) δήλωσαν ότι το επάγγελμα τους αποτελεί πηγή άγχους. Ενώ μόνο οι 24 συμμετέχοντες είχαν αντίθετη άποψη (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το άγχος.

| ΠΗΓΗ ΑΓΧΟΥΣ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|---------------|-------------|
| Ναι | 52 | 68,4 |
| Όχι | 24 | 31,6 |
| Σύνολο | 76 | 100 |

Γράφημα 11: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το άγχος.



8.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΕΞΕΡΤΗΤΩΝ ΣΥΝΕΧΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Όσον αφορά το έτος γέννησης των νοσηλευτών του δείγματος παρατηρείται μεγάλο εύρος ηλικιών, με τον μικρότερο σε ηλικία νοσηλευτή στα 25 έτη και τον μεγαλύτερο στα 52 έτη. Η μέση τιμή του δείγματος ήταν τα 35,1 έτη και η τυπική απόκλιση τα 7,3 έτη (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηλικία.

| | ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ | ΔΙΑΜΕΣΟΣ | ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ | ΕΛΑΧΙΣΤΟ | ΜΕΓΙΣΤΟ |
|---------------|--------------|----------|--------------------|----------|---------|
| ΗΛΙΚΙΑ | 35,1 | 34 | 7,3 | 25 | 52 |

Ο συνολικός χρόνος προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων ως νοσηλευτές/ τριες γενικότερα είχε μέση τιμή τα 11,6 έτη και τυπική απόκλιση τα 8 έτη. Ενώ ο συνολικός χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα εργασίας του εκάστοτε ερωτώμενου είχε μέση τιμή τα 7,6 έτη και τυπική απόκλιση τα 6,5 έτη (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας.

| | ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ | ΔΙΑΜΕΣΟΣ | ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ | ΕΛΑΧΙΣΤΟ | ΜΕΓΙΣΤΟ |
|--|--------------|----------|--------------------|----------|---------|
| ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΓΕΝΙΚΑ | 11,6 | 10 | 8 | 1 | 32 |
| ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ | 7,6 | 5,5 | 6,5 | 1 | 30 |

8.3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Η συγκεκριμένη έρευνα έγινε βάση την κλίμακα μέτρησης της Maslach (Maslach Burnout Inventory) και την Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής. Οι απαντήσεις που δόθηκαν για την MBI ταξινομούνται σε τρεις διαστάσεις (υποκλίμακες) της επαγγελματικής εξουθένωσης βάση του ερωτηματολογίου της Maslach:

- Συναισθηματική εξάντληση (Πίνακας 15)
- Αποπροσωποποίηση (Πίνακας 16)
- Μείωση προσωπικών επιτευγμάτων (Πίνακας 17).

Οι απαντήσεις που δόθηκαν για την Κλίμακα Ικανοποίησης της Ζωής φαίνονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 15: Κατανομή συχνοτήτων (N και %) των 9 7-βαθμιων ερωτήσεων της κλίμακας για την συναισθηματική εξάντληση της κλίμακας Maslach.

| | Ποτέ | | Λίγες φορές το χρόνο | | 1 φορά το μήνα ή λιγότερο | | 2-3 φορές το μήνα | | 1 φορά την εβδομάδα | | Αρκετές φορές την εβδομάδα | | Κάθε μέρα μου συμβαίνει | |
|---|------|-----|----------------------|-----|---------------------------|------|-------------------|------|---------------------|------|----------------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Ψυχική εξάντληση από εργασία | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 38 | 50,0 | 21 | 27,6 | 15 | 19,7 | 2 | 2,6 |
| "Άδειος" κατά το σχόλασμα | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 13 | 17,1 | 30 | 39,5 | 23 | 30,3 | 10 | 13,2 | 0 | 0,0 |
| Κούραση στο πρωινό ξύπνημα | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 26 | 34,2 | 21 | 27,6 | 13 | 17,1 | 16 | 21,1 |
| Κουραστική ή αντιμετώπιση ανθρώπων όλη μέρα | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 | 26 | 34,2 | 13 | 17,1 | 24 | 31,6 | 11 | 14,5 | 0 | 0,0 |
| Εξουθένωση | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 24 | 31,6 | 23 | 30,3 | 21 | 27,6 | 8 | 10,5 |
| Απογοήτευση από δουλειά | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,3 | 25 | 32,9 | 24 | 31,6 | 26 | 34,2 | 0 | 0,0 |
| Σκληρή εργασία | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 5,3 | 19 | 25,0 | 53 | 69,7 | 0 | 0,0 |
| Ένταση λόγω άμεσης επαφής με άλλους ανθρώπους | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 3,9 | 29 | 38,2 | 32 | 42,1 | 12 | 15,8 | 0 | 0,0 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|-----|---|-----|---|-----|----|------|----|------|----|------|---|-----|
| Απώλεια αντοχής | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 13 | 17,1 | 28 | 36,8 | 35 | 46,1 | 0 | 0,0 |
|--------------------|---|-----|---|-----|---|-----|----|------|----|------|----|------|---|-----|

Πίνακας 16: Κατανομή συχνοτήτων (N και %) των 5 7-βαθμιων ερωτήσεων της κλίμακας για την αποπροσωποποίηση της κλίμακας Maslach.

| | Ποτέ | | Λίγες φορές το χρόνο | | 1 φορά το μήνα ή λιγότερο | | 2-3 φορές το μήνα | | 1 φορά την εβδομάδα | | Αρκετές φορές την εβδομάδα | | Κάθε μέρα μου συμβαίνει | |
|--|------|-----|----------------------|------|---------------------------|------|-------------------|------|---------------------|------|----------------------------|------|-------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Απρόσωπη συμπεριφορά σε ασθενείς | 0 | 0,0 | 14 | 18,4 | 14 | 18,4 | 28 | 36,8 | 9 | 11,8 | 11 | 14,5 | 0 | 0,0 |
| Απώλεια ευαισθησίας λόγω δουλειάς | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 | 24 | 31,6 | 26 | 34,2 | 18 | 23,7 | 6 | 7,9 | 0 | 0,0 |
| Προβληματισμός για σκληρότητα αισθημάτων λόγω δουλειάς | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 | 23 | 30,3 | 31 | 40,8 | 18 | 23,7 | 2 | 2,6 | 0 | 0,0 |
| Αδιαφορία για ασθενείς | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 15,8 | 31 | 40,8 | 33 | 43,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Επίρρηση ευθών από ασθενείς | 0 | 0,0 | 34 | 44,7 | 34 | 44,7 | 8 | 10,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Πίνακας 17: Κατανομή συχνοτήτων (N και %) των 8 7-βαθμιων ερωτήσεων της κλίμακας για την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων της κλίμακας Maslach.

| | Ποτέ | | Λίγες φορές το χρόνο | | 1 φορά το μήνα ή λιγότερο | | 2-3 φορές το μήνα | | 1 φορά την εβδομάδα | | Αρκετές φορές την εβδομάδα | | Κάθε μέρα μου συμβαίνει | |
|-------------------------------------|------|-----|----------------------|-----|---------------------------|------|-------------------|------|---------------------|------|----------------------------|------|-------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Κατανόηση αισθημάτων των ασθενών | 0 | 0,0 | 4 | 5,3 | 15 | 19,7 | 24 | 31,6 | 32 | 42,1 | 1 | 1,3 | 0 | 0,0 |
| Αποτελεσματική αντιμετώπιση ασθενών | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 9,2 | 14 | 18,4 | 20 | 26,3 | 35 | 46,1 | 0 | 0,0 |
| Θετική επιρροή για τους ασθενείς | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 | 11 | 14,5 | 20 | 26,3 | 43 | 56,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Δύναμη κι ενεργητικότητα | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 | 21 | 27,6 | 33 | 43,4 | 20 | 26,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|----|------|----|------|----|------|----|------|---|-----|---|-----|
| Δημιουργία άνετης ατμόσφαιρας με ασθενείς | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 | 15 | 19,7 | 28 | 36,8 | 31 | 40,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Καλή διάθεση στο τέλος της ημέρας | 0 | 0,0 | 20 | 26,3 | 39 | 51,3 | 17 | 22,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Αξιόλογα επιτεύγματα στη δουλειά | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 8 | 10,5 | 34 | 44,7 | 32 | 42,1 | 2 | 2,6 | 0 | 0,0 |
| Εύκολη αντιμετώπιση προβλημάτων στη δουλειά | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 | 38 | 50,0 | 34 | 44,7 | 2 | 2,6 | 0 | 0,0 |

Πίνακας 18: Κατανομή συχνοτήτων (N και %) των 13 5-βαθμιων ερωτήσεων της κλίμακας για την ικανοποίηση ζωής.

| | Πολύ απογοήτευση | | Λίγο απογοήτευση | | Ούτε- ούτε- | | Αρκετά ικανοποίηση | | Πολύ ικανοποίηση | |
|--------------------------|---------------------|------|---------------------|------|----------------|------|-----------------------|------|---------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Σωματική κατάσταση | 0 | 0,0 | 5 | 6,6 | 28 | 36,8 | 39 | 51,3 | 4 | 5,3 |
| Διανοητική κατάσταση | 0 | 0,0 | 6 | 7,9 | 17 | 22,4 | 49 | 64,5 | 4 | 5,3 |
| Ψυχική ευεξία | 5 | 6,6 | 5 | 6,6 | 34 | 44,7 | 31 | 40,8 | 1 | 1,3 |
| Εργασία | 6 | 7,9 | 14 | 18,4 | 31 | 40,8 | 25 | 32,9 | 0 | 0,0 |
| Οικονομική κατάσταση | 0 | 0,0 | 10 | 13,2 | 41 | 53,9 | 25 | 32,9 | 0 | 0,0 |
| Συζυγική ζωή | 5 | 6,6 | 13 | 17,1 | 31 | 40,8 | 27 | 35,5 | 0 | 0,0 |
| Σεξουαλική ζωή | 13 | 17,1 | 13 | 17,1 | 24 | 31,6 | 23 | 30,3 | 3 | 3,9 |
| Οικονομική ζωή | 0 | 0,0 | 11 | 14,5 | 45 | 59,2 | 17 | 22,4 | 3 | 3,9 |
| Ρόλος στην οικογένεια | 3 | 3,9 | 10 | 13,2 | 38 | 50,0 | 25 | 32,9 | 0 | 0,0 |
| Αριθμός φίλων | 1 | 1,3 | 10 | 13,2 | 22 | 28,9 | 38 | 50,0 | 5 | 6,6 |
| Χόμπι | 1 | 1,3 | 26 | 34,2 | 24 | 31,6 | 24 | 31,6 | 1 | 1,3 |
| Εμφάνιση | 0 | 0,0 | 6 | 7,9 | 22 | 28,9 | 47 | 61,8 | 1 | 1,3 |
| Γενική ποιότητα ζωής | 0 | 0,0 | 22 | 28,9 | 29 | 38,2 | 25 | 32,9 | 0 | 0,0 |

Στον πίνακα 19 που ακολουθεί μπορούμε να δούμε συνολικά τις μέσες τιμές και τις τυπικές αποκλίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αυτές προέκυψαν από την περιγραφική στατιστική για κάθε μια από τις τρεις υποκλίμακες της κλίμακας μέτρησης της Maslach, καθώς επίσης και της κλίμακας ικανοποίησης της ζωής.

Παρατηρούμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις η μέση τιμή του δείγματος είναι ιδιαίτερα αυξημένη, γεγονός που αναδικνύει τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 19: Περιγραφική στατιστική των κλιμάκων Maslach - συναισθηματική εξάντληση (εύρος τιμών 0-54), αποπροσωποποίηση (εύρος τιμών 0-30), έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (εύρος τιμών 0-48)- και ικανοποίησης ζωής (εύρος τιμών 1-5).

| | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Ελάχιστο | 25ο εκατοστημόριο | 50ο εκατοστημόριο (διάμεσος) | 75ο εκατοστημόριο | Μέγιστο |
|--|----|-----------|-----------------|----------|-------------------|------------------------------|-------------------|---------|
| Συναισθηματική εξάντληση | 76 | 35,4 | 5,1 | 26 | 31 | 35 | 40 | 45 |
| Αποπροσωποποίηση | 76 | 13,8 | 2,6 | 9 | 11 | 14 | 16 | 19 |
| Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων | 76 | 25,5 | 3,1 | 16 | 24 | 26 | 28 | 32 |
| Ικανοποίηση ζωής | 76 | 3,2 | 0,6 | 1,8 | 2,8 | 3,2 | 3,7 | 4,2 |

8.4. ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

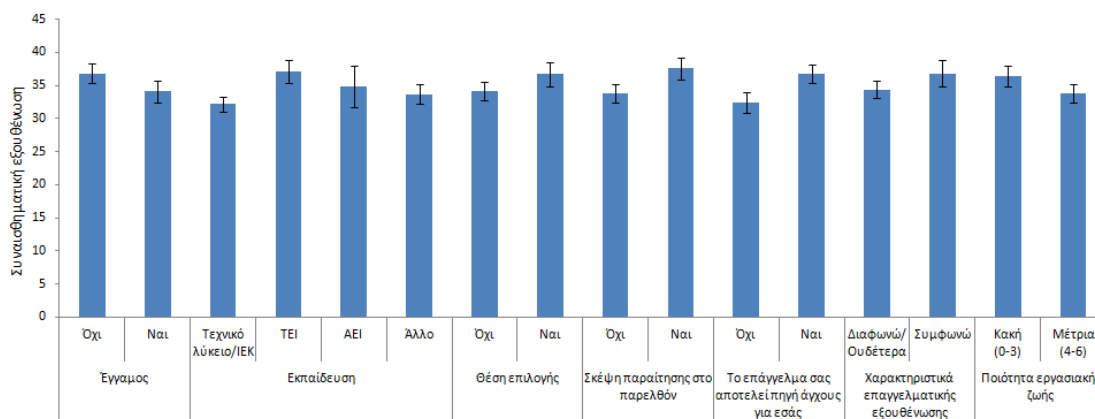
Πίνακας 20: Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (MT) και τυπική απόκλιση (TA) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικού παραμετρικού ελέγχου (t-test για δίτιμες μεταβλητές και ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για μεταβλητές με >2 κατηγορίες) της κλίμακας συναισθηματικής εξάντλησης της Maslach, ανά κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.

| | N | MT | TA | t or F | P |
|---|----|------|-----|--------|-------|
| Φύλο | | | | - | 0,111 |
| Άνδρας | 17 | 33,9 | 4,0 | 1,64 | |
| Γυναίκα | 59 | 35,8 | 5,3 | | |
| Ηλικία | | | | 2,64 | 0,078 |
| 24-34 ετών | 44 | 36,5 | 4,9 | | |
| 35-44 ετών | 22 | 33,5 | 5,5 | | |
| 45-54 ετών | 10 | 34,7 | 3,9 | | |
| Έγγαμος | | | | 2,38 | 0,020 |
| Όχι | 37 | 36,8 | 4,6 | | |
| Ναι | 39 | 34,1 | 5,2 | | |
| Παιδιά | | | | 1,71 | 0,091 |
| Όχι | 42 | 36,3 | 4,9 | | |
| Ναι | 34 | 34,3 | 5,2 | | |
| Εκπαίδευση | | | | 7,94 | 0,001 |
| Τεχνικό λύκειο/ΙΕΚ | 18 | 32,2 | 2,5 | | |
| ΤΕΙ | 43 | 37,1 | 5,7 | | |
| ΑΕΙ | 8 | 34,9 | 4,6 | | |
| Άλλο | 7 | 33,7 | 2,1 | | |
| Τμήμα εργασίας | | | | 0,15 | 0,883 |
| Χειρουργείο | 45 | 35,5 | 5,3 | | |
| ΜΕΘ | 31 | 35,3 | 4,8 | | |
| Προϋπηρεσία ως νοσηλεύτης/τρια | | | | 1,78 | 0,080 |
| έως 10 έτη | 45 | 36,2 | 4,9 | | |
| πάνω από 10 έτη | 31 | 34,2 | 5,2 | | |
| Προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα | | | | 1,42 | 0,160 |
| έως 10 έτη | 61 | 35,8 | 5,0 | | |
| πάνω από 10 έτη | 15 | 33,7 | 5,3 | | |
| Παρούσα θέση στο νοσοκομείο | | | | - | 0,076 |
| | | | | 1,80 | |
| Νοσηλεύτης/-τρια | 67 | 35,0 | 5,0 | | |
| Ανώτερη | 9 | 38,2 | 5,3 | | |
| Θέση επιλογής | | | | - | 0,030 |
| | | | | 2,22 | |
| Όχι | 39 | 34,2 | 4,4 | | |
| Ναι | 37 | 36,7 | 5,5 | | |
| Σκέψη παραίτησης στο παρελθόν | | | | - | 0,001 |
| | | | | 3,37 | |
| Όχι | 44 | 33,8 | 4,7 | | |
| Ναι | 32 | 37,6 | 5,0 | | |
| Σκέψη παραίτησης στο μέλλον | | | | - | 0,095 |
| | | | | 1,69 | |
| Όχι | 52 | 34,7 | 5,0 | | |
| Ναι | 24 | 36,8 | 5,0 | | |
| Επαγγελματικά ατυχήματα | | | | 1,18 | 0,314 |

| | | | | | |
|--|----|------|-----|------|--------|
| Ποτέ | 42 | 36,2 | 5,0 | | |
| Σπάνια | 26 | 34,7 | 5,4 | | |
| Συχνά | 8 | 33,8 | 4,2 | | |
| Λάθη | | | | 1,46 | 0,238 |
| Ποτέ | 18 | 37,2 | 5,6 | | |
| Σπάνια | 42 | 34,9 | 4,7 | | |
| Συχνά | 16 | 34,6 | 5,4 | | |
| Αναρρωτικές άδειες | | | | 1,02 | 0,309 |
| Όχι ή σπάνια | 63 | 35,7 | 5,2 | | |
| Ναι | 13 | 34,1 | 4,3 | | |
| Το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς | | | | - | <0,001 |
| | | | | 4,19 | |
| Όχι | 24 | 32,4 | 3,9 | | |
| Ναι | 52 | 36,8 | 5,0 | | |
| Χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης | | | | - | 0,048 |
| | | | | 2,02 | |
| Διαφωνώ/Ουδέτερα | 44 | 34,4 | 4,3 | | |
| Συμφωνώ | 32 | 36,8 | 5,8 | | |
| Ποιότητα ζωής | | | | - | 0,097 |
| | | | | 1,68 | |
| Κακή-μέτρια (βαθμός 0-6) | 49 | 34,7 | 4,9 | | |
| Καλή (βαθμός 7 και άνω) | 27 | 36,7 | 5,3 | | |
| Ποιότητα εργασιακής ζωής | | | | 2,36 | 0,021 |
| Κακή (βαθμός 0-3) | 48 | 36,3 | 5,5 | | |
| Μέτρια (βαθμός 4-6) | 28 | 33,8 | 3,9 | | |

Βάσει μονοπαραγοντικών αναλύσεων, στατιστικά σημαντικά υψηλότερο βαθμό (p -value < 0,05) στην υποκλίμακα «Συναισθηματική εξάντληση», είχαν κατά μέσο όρο οι μη έγγαμοι (p = 0,020), οι απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. (συγκριτικά με Τεχνικό λύκειο/ΙΕΚ, ΑΕΙ και Άλλο) με p =0,001, όσοι επέλεξαν οι ίδιοι τη θέση εργασίας τους (p =0,030), εκείνοι που είχαν σκεφθεί στο παρελθόν να παραιτηθούν (p =0,001). Επίσης στατιστικά σημαντικά σχετίζονται εκείνοι για τους οποίους το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους (p <0,001), όσοι θεωρούν πως έχουν χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης (p =0,048) και τέλος, όσοι θεωρούν πως η ποιότητα της εργασιακής ζωής τους είναι κακή (p =0,021) (Γράφημα 12).

Γράφημα 12: Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την κλίμακα συναισθηματικής εξουθένωσης ανά τα χαρακτηριστικά/παράγοντες που σχετίζεται στατιστικά σημαντικά.



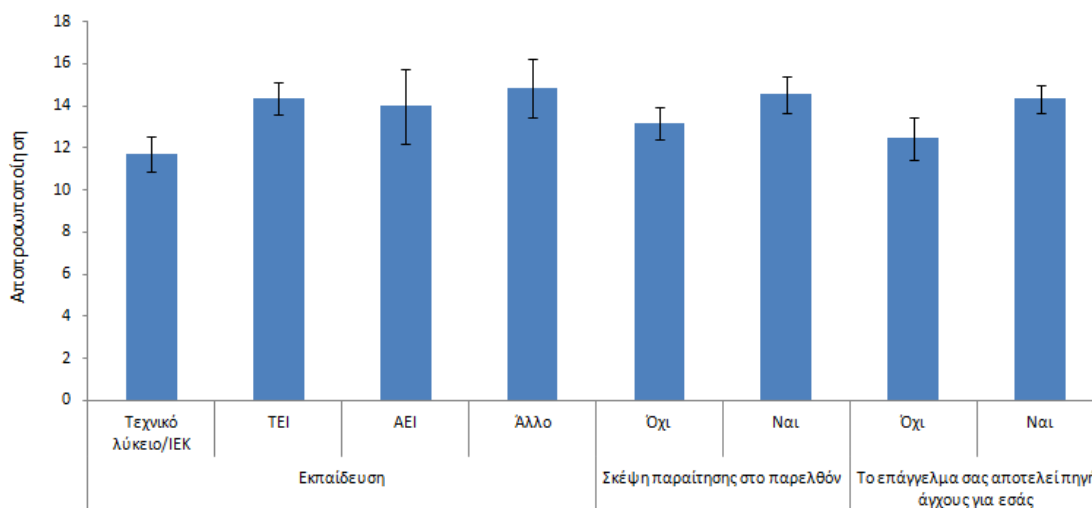
Πίνακας 21: Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (MT) και τυπική απόκλιση (TA) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικού παραμετρικού ελέγχου (t-test για δίτιμες μεταβλητές και ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για μεταβλητές με >2 κατηγορίες) της κλίμακας αποπροσωποποίησης της Maslach, ανά κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.

| | N | MT | TA | t or F | p |
|---|----|------|-----|--------|--------------|
| Φύλο | | | | - | 0,356 |
| Ανδρας | 17 | 13,2 | 2,5 | | |
| Γυναίκα | 59 | 13,9 | 2,6 | | |
| Ηλικία | | | | 0,32 | 0,724 |
| 24-34 ετών | 44 | 14,0 | 2,6 | | |
| 35-44 ετών | 22 | 13,5 | 2,8 | | |
| 45-54 ετών | 10 | 13,4 | 2,2 | | |
| Έγγαμος | | | | 1,36 | 0,179 |
| Όχι | 37 | 14,2 | 2,6 | | |
| Ναι | 39 | 13,4 | 2,6 | | |
| Παιδιά | | | | 0,84 | 0,402 |
| Όχι | 42 | 14,0 | 2,4 | | |
| Ναι | 34 | 13,5 | 2,8 | | |
| Εκπαίδευση | | | | 5,92 | 0,001 |
| Τεχνικό λύκειο/IEK | 18 | 11,7 | 1,8 | | |
| ΤΕΙ | 43 | 14,4 | 2,6 | | |
| ΑΕΙ | 8 | 14,0 | 2,6 | | |
| Άλλο | 7 | 14,9 | 1,9 | | |
| Τμήμα εργασίας | | | | 0,65 | 0,518 |
| Χειρουργείο | 45 | 13,9 | 2,6 | | |
| ΜΕΘ | 31 | 13,5 | 2,7 | | |
| Προϋπηρεσία ως νοσηλεύτης/τρια | | | | 1,10 | 0,273 |
| έως 10 έτη | 45 | 14,0 | 2,6 | | |
| πάνω από 10 έτη | 31 | 13,4 | 2,6 | | |
| Προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα | | | | 1,03 | 0,307 |
| έως 10 έτη | 61 | 13,9 | 2,7 | | |
| πάνω από 10 έτη | 15 | 13,1 | 2,3 | | |

| | | | | | |
|--|----|------|-----|------|-------|
| Παρούσα θέση στο νοσοκομείο | | | | - | 0,476 |
| | | | | 0,72 | |
| Νοσηλεύτης/-τρια | 67 | 13,7 | 2,6 | | |
| Ανώτερη | 9 | 14,3 | 2,5 | | |
| Θέση επιλογής | | | | - | 0,243 |
| | | | | 1,18 | |
| Όχι | 39 | 13,4 | 2,5 | | |
| Ναι | 37 | 14,1 | 2,7 | | |
| Σκέψη παραίτησης στο παρελθόν | | | | - | 0,024 |
| | | | | 2,30 | |
| Όχι | 44 | 13,2 | 2,6 | | |
| Ναι | 32 | 14,5 | 2,4 | | |
| Σκέψη παραίτησης στο μέλλον | | | | - | 0,571 |
| | | | | 0,57 | |
| Όχι | 52 | 13,6 | 2,6 | | |
| Ναι | 24 | 14,0 | 2,7 | | |
| Επαγγελματικά ατυχήματα | | | | 0,28 | 0,756 |
| Ποτέ | 42 | 13,9 | 2,6 | | |
| Σπάνια | 26 | 13,7 | 2,8 | | |
| Συχνά | 8 | 13,1 | 2,1 | | |
| Λάθη | | | | 1,11 | 0,336 |
| Ποτέ | 18 | 14,3 | 2,3 | | |
| Σπάνια | 42 | 13,4 | 2,8 | | |
| Συχνά | 16 | 14,1 | 2,3 | | |
| Αναρρωτικές άδειες | | | | 0,32 | 0,749 |
| Όχι ή σπάνια | 63 | 13,8 | 2,7 | | |
| Ναι | 13 | 13,5 | 2,3 | | |
| Το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς | | | | - | 0,003 |
| | | | | 3,12 | |
| Όχι | 24 | 12,5 | 2,5 | | |
| Ναι | 52 | 14,3 | 2,4 | | |
| Χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης | | | | - | 0,170 |
| | | | | 1,39 | |
| Διαφωνώ/Ουδέτερα | 44 | 13,4 | 2,3 | | |
| Συμφωνώ | 32 | 14,3 | 2,9 | | |
| Ποιότητα ζωής | | | | - | 0,371 |
| | | | | 0,90 | |
| Κακή-μέτρια (βαθμός (6) | 49 | 13,6 | 2,5 | | |
| Καλή (βαθμός 7 και άνω) | 27 | 14,1 | 2,8 | | |
| Ποιότητα εργασιακής ζωής | | | | - | 0,694 |
| | | | | 0,40 | |
| Κακή (βαθμός 0-3) | 48 | 13,7 | 2,9 | | |
| Μέτρια (βαθμός 4-6) | 28 | 13,9 | 2,1 | | |

Βάσει μονοπαραγοντικών αναλύσεων, στατιστικά σημαντικά υψηλότερο βαθμό στην υποκλίμακα «Αποπροσωποποίηση» είχαν κατά μέσο όρο οι απόφοιτοι ανώτερης βαθμίδας από το Τεχνικό λύκειο/ ΙΕΚ ($p=0,001$), εκείνοι που είχαν σκεφτεί στο παρελθόν να παραιτηθούν από τη δουλειά τους ($p=0,024$) και τέλος, εκείνοι για τους οποίους το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους ($p=0,003$) (Γράφημα 13).

Γραφήμα 13: Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την κλίμακα αποπροσωποποίησης ανά τα χαρακτηριστικά/παράγοντες που σχετίζεται στατιστικά σημαντικά.



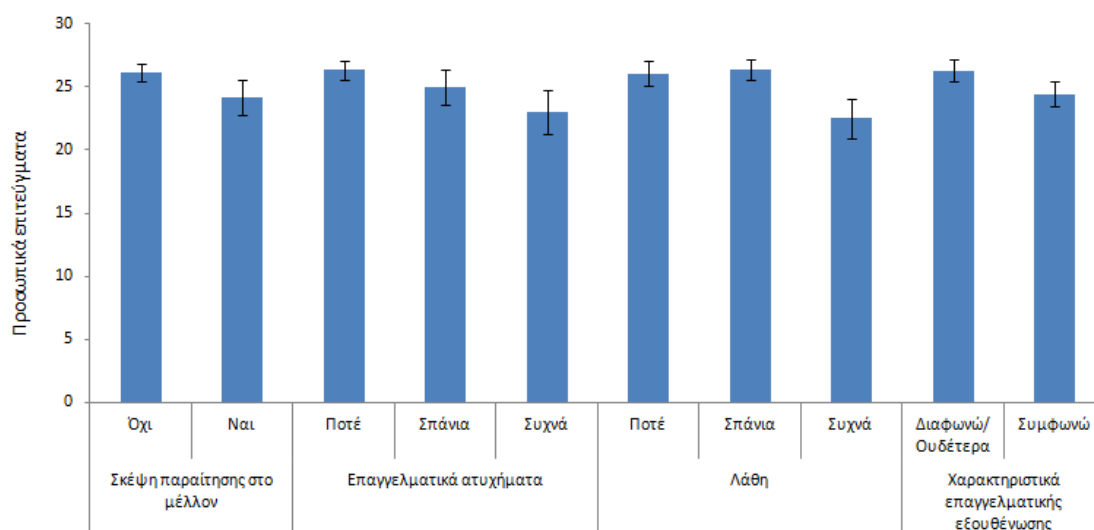
Πίνακας 22: Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (MT) και τυπική απόκλιση (TA) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικού παραμετρικού ελέγχου (t-test για δίτιμες μεταβλητές και ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για μεταβλητές με >2 κατηγορίες) της κλίμακας προσωπικών επιτευγμάτων της Maslach, ανά κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.

| | N | MT | TA | t or F | P |
|--------------------|----|------|-----|--------|-------|
| Φύλο | | | | 0,94 | 0,349 |
| Ανδρας | 17 | 26,1 | 3,0 | | |
| Γυναίκα | 59 | 25,3 | 3,1 | | |
| Ηλικία | | | | 0,55 | 0,581 |
| 24-34 ετών | 44 | 25,7 | 2,6 | | |
| 35-44 ετών | 22 | 25,5 | 4,1 | | |
| 45-54 ετών | 10 | 24,6 | 2,3 | | |
| Έγγαμος | | | | 0,57 | 0,573 |
| Όχι | 37 | 25,7 | 2,2 | | |
| Ναι | 39 | 25,3 | 3,7 | | |
| Παιδιά | | | | 0,28 | 0,778 |
| Όχι | 42 | 25,6 | 2,2 | | |
| Ναι | 34 | 25,4 | 3,9 | | |
| Εκπαίδευση | | | | 1,83 | 0,149 |
| Τεχνικό λύκειο/ΙΕΚ | 18 | 26,7 | 2,8 | | |
| ΤΕΙ | 43 | 25,1 | 3,2 | | |
| ΑΕΙ | 8 | 26,1 | 2,6 | | |
| Άλλο | 7 | 24,1 | 2,7 | | |
| Τμήμα εργασίας | | | | -0,11 | 0,910 |
| Χειρουργείο | 45 | 25,5 | 3,2 | | |

| | | | | | |
|--|----|------|-----|-------|--------|
| ΜΕΘ | 31 | 25,5 | 2,9 | | |
| Προϋπηρεσία νοσηλεύτης/τρια | ως | | | 1,03 | 0,307 |
| έως 10 έτη | 45 | 25,8 | 2,5 | | |
| πάνω από 10 έτη | 31 | 25,1 | 3,7 | | |
| Προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα | | | | 1,47 | 0,146 |
| έως 10 έτη | 61 | 25,8 | 2,9 | | |
| πάνω από 10 έτη | 15 | 24,5 | 3,7 | | |
| Παρούσα θέση στο νοσοκομείο | | | | 1,82 | 0,072 |
| Νοσηλεύτης/-τρια | 67 | 25,7 | 2,9 | | |
| Ανώτερη | 9 | 23,8 | 3,8 | | |
| Θέση επιλογής | | | | 1,16 | 0,249 |
| Όχι | 39 | 25,9 | 2,8 | | |
| Ναι | 37 | 25,1 | 3,3 | | |
| Σκέψη παραίτησης στο παρελθόν | | | | 1,85 | 0,069 |
| Όχι | 44 | 26,0 | 2,8 | | |
| Ναι | 32 | 24,8 | 3,3 | | |
| Σκέψη παραίτησης στο μέλλον | | | | 2,68 | 0,009 |
| Όχι | 52 | 26,1 | 2,6 | | |
| Ναι | 24 | 24,2 | 3,6 | | |
| Επαγγελματικά ατυχήματα | | | | 5,01 | 0,009 |
| Ποτέ | 42 | 26,3 | 2,4 | | |
| Σπάνια | 26 | 25,0 | 3,7 | | |
| Συχνά | 8 | 23,0 | 2,4 | | |
| Λάθη | | | | 12,88 | <0,001 |
| Ποτέ | 18 | 26,1 | 2,2 | | |
| Σπάνια | 42 | 26,4 | 2,7 | | |
| Συχνά | 16 | 22,5 | 3,2 | | |
| Αναρρωτικές άδειες | | | | 0,48 | 0,638 |
| Όχι ή σπάνια | 63 | 25,6 | 3,3 | | |
| Ναι | 13 | 25,2 | 2,0 | | |
| Το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς | | | | 1,63 | 0,108 |
| Όχι | 24 | 26,3 | 3,3 | | |
| Ναι | 52 | 25,1 | 2,9 | | |
| Χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης | | | | 2,77 | 0,007 |
| Διαφωνώ/Ουδέτερα | 44 | 26,3 | 3,0 | | |
| Συμφωνώ | 32 | 24,4 | 2,9 | | |
| Ποιότητα ζωής | | | | -1,14 | 0,260 |
| Κακή-μέτρια (βαθμός 0-3) | 49 | 25,2 | 3,3 | | |
| Καλή (βαθμός 4 και άνω) | 27 | 26,0 | 2,6 | | |
| Ποιότητα εργασιακής ζωής | | | | -0,85 | 0,397 |
| Κακή (βαθμός 0-3) | 48 | 25,3 | 3,4 | | |
| Μέτρια (βαθμός 4-6) | 28 | 25,9 | 2,3 | | |

Βάσει μονοπαραγοντικών αναλύσεων, στατιστικά σημαντικά υψηλότερο βαθμό στην υποκλίματα «Μείωση προσωπικών επιτευγμάτων» είχαν κατά μέσο όρο όσοι δεν σκέφτονται να παραιτηθούν στο μέλλον ($p=0,009$), εκείνοι που αναφέρουν πως δεν τους έχουν συμβεί επαγγελματικά ατυχήματα (συγκριτικά με όσους έχουν αναφέρει πως τους συμβαίνουν συχνά) ($p=0,009$), εκείνοι που αναφέρουν πως κάνουν ή κάνουν σπάνια λάθη στο επάγγελμά τους ($p<0,001$) και τέλος εκείνοι που θεωρούν πως έχουν χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης ($p=0,007$) (Γράφημα 14).

Γραφήμα 14: Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την κλίμακα προσωπικών επιτευγμάτων ανά τα χαρακτηριστικά/παράγοντες που σχετίζεται στατιστικά σημαντικά.



Πίνακας 23: Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (MT) και τυπική απόκλιση (TA) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικού παραμετρικού ελέγχου (t-test για δίτιμες μεταβλητές και ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για μεταβλητές με >2 κατηγορίες) της κλίμακας ικανοποίησης ζωής, ανά κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.

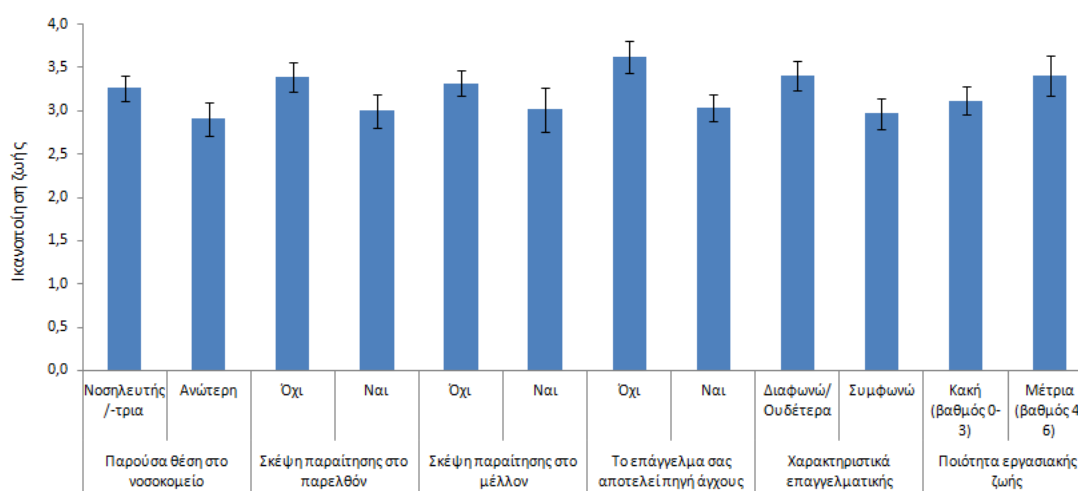
| | N | MT | TA | t or F | P |
|--------------------|----|-----|-----|--------|-------|
| Φύλο | | | | 0,49 | 0,626 |
| Άνδρας | 17 | 3,3 | 0,5 | | |
| Γυναίκα | 59 | 3,2 | 0,6 | | |
| Ηλικία | | | | 2,31 | 0,106 |
| 24-34 ετών | 44 | 3,3 | 0,5 | | |
| 35-44 ετών | 22 | 3,3 | 0,7 | | |
| 45-54 ετών | 10 | 2,9 | 0,4 | | |
| Έγγαμος | | | | - | 0,678 |
| | | | | 0,42 | |
| Όχι | 37 | 3,2 | 0,6 | | |
| Ναι | 39 | 3,3 | 0,6 | | |
| Παιδιά | | | | 0,46 | 0,648 |
| Όχι | 42 | 3,3 | 0,6 | | |
| Ναι | 34 | 3,2 | 0,6 | | |
| Εκπαίδευση | | | | 1,24 | 0,300 |
| Τεχνικό λύκειο/IEK | 18 | 3,3 | 0,5 | | |
| TEI | 43 | 3,1 | 0,6 | | |
| AEI | 8 | 3,5 | 0,6 | | |
| Άλλο | 7 | 3,3 | 0,6 | | |
| Τμήμα εργασίας | | | | 0,50 | 0,616 |

| | | | | | |
|--|----|-----|-----|------|------------------|
| Χειρουργείο | 45 | 3,3 | 0,6 | | |
| ΜΕΘ | 31 | 3,2 | 0,6 | | |
| Προϋπηρεσία ως νοσηλεύτης/τρια | | | | 0,90 | 0,372 |
| έως 10 έτη | 45 | 3,3 | 0,5 | | |
| πάνω από 10 έτη | 31 | 3,1 | 0,7 | | |
| Προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα | | | | 1,33 | 0,188 |
| έως 10 έτη | 61 | 3,3 | 0,6 | | |
| πάνω από 10 έτη | 15 | 3,0 | 0,6 | | |
| Παρούσα θέση στο νοσοκομείο | | | | 2,85 | 0,011 |
| Νοσηλεύτης/-τρια | 67 | 3,3 | 0,6 | | |
| Ανώτερη | 9 | 2,9 | 0,3 | | |
| Θέση επιλογής | | | | 0,83 | 0,407 |
| Όχι | 39 | 3,3 | 0,6 | | |
| Ναι | 37 | 3,2 | 0,6 | | |
| Σκέψη παραίτησης στο παρελθόν | | | | 2,93 | 0,005 |
| Όχι | 44 | 3,4 | 0,6 | | |
| Ναι | 32 | 3,0 | 0,5 | | |
| Σκέψη παραίτησης στο μέλλον | | | | 2,14 | 0,035 |
| Όχι | 52 | 3,3 | 0,6 | | |
| Ναι | 24 | 3,0 | 0,6 | | |
| Επαγγελματικά ατυχήματα | | | | 2,01 | 0,141 |
| Ποτέ | 42 | 3,2 | 0,5 | | |
| Σπάνια | 26 | 3,3 | 0,7 | | |
| Συχνά | 8 | 2,9 | 0,5 | | |
| Λάθη | | | | 1,68 | 0,194 |
| Ποτέ | 18 | 3,1 | 0,5 | | |
| Σπάνια | 42 | 3,3 | 0,6 | | |
| Συχνά | 16 | 3,0 | 0,7 | | |
| Αναρρωτικές άδειες | | | | - | 0,497 |
| | | | | 0,68 | |
| Όχι ή σπάνια | 63 | 3,2 | 0,6 | | |
| Ναι | 13 | 3,3 | 0,6 | | |
| Το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς | | | | 4,46 | <0,001 |
| Όχι | 24 | 3,6 | 0,4 | | |
| Ναι | 52 | 3,0 | 0,6 | | |
| Χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης | | | | 3,43 | 0,001 |
| Διαφωνώ/Ουδέτερα | 44 | 3,4 | 0,6 | | |
| Συμφωνώ | 32 | 3,0 | 0,5 | | |
| Ποιότητα ζωής | | | | 0,53 | 0,597 |
| Κακή-μέτρια (βαθμός 0- | 49 | 3,2 | 0,6 | | |
| Καλή (βαθμός 7 και άνω | 27 | 3,2 | 0,6 | | |
| Ποιότητα εργασιακής ζωής | | | | - | 0,041 |
| | | | | 2,08 | |
| Κακή (βαθμός 0-3) | 48 | 3,1 | 0,6 | | |
| Μέτρια (βαθμός 4-6) | 28 | 3,4 | 0,6 | | |

Βάσει μονοπαραγοντικών παραμετρικών αναλύσεων, στατιστικά σημαντικά υψηλότερο βαθμό στην Κλίμακα Ικανοποίησης της Ζωής είχαν κατά μέσο όρο οι νοσηλεύτες/ τριες συγκριτικά με όσους έχουν θέση αναπληρωτή/ τριας προϊστάμενου/ μένης ($p=0,011$), εκείνοι που δεν έχουν σκεφτεί στο παρελθόν να παραιτηθούν ($p=0,005$), εκείνοι που δεν σκέφτονται να παραιτηθούν στο μέλλον ($p=0,035$), εκείνοι που δεν θεωρούν το επάγγελμά τους πηγή άγχους ($p<0,001$), όσοι

δεν θεωρούν πως έχουν χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης ($p=0,001$) και τέλος όσοι θεωρούν πως η ποιότητα της εργασιακής ζωής τους είναι μέτρια ($p=0,041$) (Γράφημα 15).

Γραφήμα 15: Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την κλίμακα ικανοποίησης ζωής ανά τα χαρακτηριστικά/παράγοντες που σχετίζεται στατιστικά σημαντικά.



Πίνακας 24: Συσχετίσεις (Pearson's r) μεταξύ των κλιμάκων της Maslach για την συναισθηματική εξουθένωση, την αποπροσωποποίηση και των προσωπικών επιτευγμάτων και της κλίμακας ικανοποίησης ζωής.

| | Συναισθηματική εξουθένωση | Αποπροσωποποίηση | Προσωπικά επιτεύγματα | Ικανοποίηση ζωής |
|---------------------------|---------------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| Συναισθηματική εξουθένωση | r | 1 | 0,67 | -0,67 |
| | p | | <0,001 | <0,001 |
| | N | 76 | 76 | 76 |
| Αποπροσωποποίηση | r | | 1 | -0,49 |
| | p | | | <0,001 |
| | N | | 76 | 76 |
| Προσωπικά επιτεύγματα | r | | | 1 |
| | p | | | <0,001 |
| | N | | 76 | 76 |
| Ικανοποίηση ζωής | r | | | |
| | p | | | |
| | N | | | 76 |

Όλες οι κλίμακες παρουσιάζουν σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ τους. Η συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξουθένωσης και της αποπροσωποποίησης είναι θετική. Το ίδιο ισχύει και για τη συσχέτιση προσωπικών επιτευγμάτων και ικανοποίησης ζωής. Ενώ, η συσχέτιση των δυο πρώτων με τις δύο τελευταίες είναι αρνητική.

8.5. ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Πίνακας 25: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα συναισθηματικής εξουθένωσης με τους παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες κλίμακες της Maslach και ικανοποίησης ζωής) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ($p < 0,05$) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.

| | β | 95% διάστημα εμπιστοσύνης | | p | η ² |
|--|--------------------|---------------------------|----------|--------|----------------|
| | | Κάτω όριο | Ανω όριο | | |
| Εκπαίδευση | | | | | |
| ΤΕΙ/ΑΕΙ | 2,6 | 1,0 | 4,1 | 0,001 | 0,134 |
| Τεχνικό λύκειο/ΙΕΚ/Άλλο | κατηγορία αναφοράς | | | | |
| Ποιότητα ζωής | | | | | |
| εργασιακής | | | | | |
| Κακή (βαθμός 0-3) | 1,9 | 0,4 | 3,4 | 0,014 | 0,082 |
| Μέτρια (βαθμός 4-6) | κατηγορία αναφοράς | | | | |
| Αποπροσωποποίηση | 0,8 | 0,5 | 1,1 | <0,001 | 0,241 |
| Ικανοποίηση ζωής | -3,5 | -4,9 | -2,1 | <0,001 | 0,260 |
| F(4, 71)=36,3, p<0,001 | | | | | |
| R ² = 0,672 (Adjusted R ² = 0,653) | | | | | |

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής παλινδρόμησης- με τη μέθοδο εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple linear regression- enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των παραγόντων- μεταβλητών της μονοπαραγοντικής ανάλυσης πάνω στη μεταβλητή «Συναισθηματική εξάντληση». Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 67,2% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή αυτή, καθώς επίσης και οι ερμηνείες τους είναι οι εξής:

- Το εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ έχουν αναμενόμενο σκορ κατά 2,6 μονάδες υψηλότερο σε σχέση με τους απόφοιτους κατώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου.
- Η ποιότητα εργασιακής ζωής. Η κακή ποιότητα αυξάνει το βαθμό συναισθηματικής εξουθένωσης κατά 1,9 μονάδες.
- Ο βαθμός αποπροσωποποίησης. Μια μονάδα αύξησης αυξάνει το σκορ συναισθηματικής εξουθένωσης κατά 0,8 μονάδες.

- Ο βαθμός ικανοποίησης της ζωής. Μια μονάδα αύξησης μειώνει το σκορ της συναισθηματικής εξουθένωσης κατά 3,5 μονάδες.

Πίνακας 26: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα αποπροσωποποίησης με τους παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες κλίμακες της Maslach και ικανοποίησης ζωής) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ($p < 0,05$) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.

| | β | 95% διάστημα εμπιστοσύνης | | p | η^2 |
|--|---------|---------------------------|----------|--------|----------|
| | | Κάτω όριο | Ανω όριο | | |
| Συναισθηματική εξουθένωση | 0,3 | 0,2 | 0,4 | <0,001 | 0,301 |
| Προσωπικά επιτεύγματα | -0,2 | -0,3 | 0,0 | 0,040 | 0,057 |
| F(2, 73)=33,0, p<0,001 | | | | | |
| R ² = 0,475 (Adjusted R ² = 0,461) | | | | | |

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής παλινδρόμησης- με τη μέθοδο εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple linear regression- enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των παραγόντων- μεταβλητών της μονοπαραγοντικής ανάλυσης πάνω στη μεταβλητή «Αποπροσωποποίηση». Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδिकνείουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 47,5% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή αυτή, καθώς επίσης και οι ερμηνείες τους είναι οι εξής:

- Ο βαθμός συναισθηματικής εξουθένωσης. Μια μονάδα αύξησης αυξάνει το σκορ αποπροσωποποίησης κατά 0,3 μονάδες.
- Ο βαθμός προσωπικών επιτευγμάτων. Μια μονάδα αύξησης μειώνει το σκορ αποπροσωποποίησης κατά 0,2 μονάδες.

Πίνακας 27: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα προσωπικών επιτευγμάτων με τους παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες κλίμακες της Maslach και ικανοποίησης ζωής) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ($p < 0,05$) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.

| | β | 95% διάστημα εμπιστοσύνης | | p | η^2 |
|---|--------------------|------------------------------|-------------|--------|----------|
| | | Κάτω όριο | Ανω όριο | | |
| Λάθη | | | | <0,001 | 0,422 |
| Ποτέ | 4,4 | 3,0 | 5,8 | <0,001 | 0,353 |
| Σπάνια | 4,0 | 2,8 | 5,2 | <0,001 | 0,386 |
| Συχνά | κατηγορία αναφοράς | | | | |
| Συναισθηματική εξουθένωση | -0,3 | -0,4 | -0,3 | <0,001 | 0,431 |
| F(3, 72)=33,1, p<0,001 | | | | | |
| R² = 0,579 (Adjusted R² = 0,562) | | | | | |

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής παλινδρόμησης- με τη μέθοδο εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple linear regression- enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των παραγόντων- μεταβλητών της μονοπαραγοντικής ανάλυσης πάνω στη μεταβλητή «Μείωση προσωπικών επιτευγμάτων». Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδικνείουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 57,9% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή αυτή, καθώς επίσης και οι ερμηνείες τους είναι οι εξής:

- Η συχνότητα των λαθών στην εργασία. Η απουσία των λαθών αυξάνει το σκορ κατά 4,4 μονάδες, ενώ η σπάνια εμφάνιση κατά 4,0 μονάδες.
- Ο βαθμός συναισθηματικής εξουθένωσης. Μια μονάδα αύξησης μειώνει το σκορ προσωπικών επιτευγμάτων κατά 0,3 μονάδες.

Πίνακας 28: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα ικανοποίησης ζωής με τους παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά και τις κλίμακες της Maslach) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ($p < 0,05$) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.

| | β | 95% διάστημα εμπιστοσύνης | | p | η^2 |
|--|--------------------|---------------------------|----------|--------|----------|
| | | Κάτω όριο | Ανω όριο | | |
| Το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς | | | | | |
| Όχι | 0,31 | 0,10 | 0,52 | 0,004 | 0,110 |
| Ναι | κατηγορία αναφοράς | | | | |
| Χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης | | | | | |
| Διαφωνώ/Ουδέτερα | 0,21 | 0,02 | 0,40 | 0,030 | 0,065 |
| Συμφωνώ | κατηγορία αναφοράς | | | | |
| Συναισθηματική εξουθένωση | -0,04 | -0,07 | -0,02 | <0,001 | 0,176 |
| Προσωπικά επιτεύγματα | 0,06 | 0,02 | 0,09 | 0,002 | 0,132 |
| F(4, 71)=26,5, $p < 0,001$ | | | | | |
| R ² = 0,599 (Adjusted R ² = 0,577) | | | | | |

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής παλινδρόμησης- με τη μέθοδο εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple linear regression- enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των παραγόντων- μεταβλητών της μονοπαραγοντικής ανάλυσης πάνω στη μεταβλητή «Ικανοποίηση της Ζωής». Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 59,9% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή αυτή, καθώς επίσης και οι ερμηνείες τους είναι οι εξής:

- Η αντίληψη για το εάν το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους. Η μη ταύτιση σε αυτή τη φράση αυξάνει το σκορ κατά 0,31 μονάδες.
- Η εμφάνιση χαρακτηριστικών επαγγελματικής εξουθένωσης. Η μη ταύτιση σε αυτή την αντίληψη αυξάνει το σκορ κατά 0,21 μονάδες.
- Ο βαθμός συναισθηματικής εξουθένωσης. Μια μονάδα αύξησης αυξάνει το σκορ κατά 0,44 μονάδες.
- Ο βαθμός προσωπικών επιτευγμάτων. Μια μονάδα αύξησης μειώνει το σκορ κατά 0,06 μονάδες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσουμε τους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου και της Μ.Ε.Θ. ενός ιδιωτικού νοσοκομείου της Αθήνας.

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες που ασχολούνται με τη δομή της σημερινής κοινωνίας, καθώς επίσης και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Σύμφωνα με τους Maslach & Jackson, η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων αποτελούν τις τρεις συνιστώσες που δημιουργούν το σύνδρομο αυτό (Bakker et. al., 2000).

Η επαγγελματική εξουθένωση συγκαταλέγεται ανάμεσα στα τέσσερα συχνότερα προβλήματα που σχετίζονται με την προσφορά εργασίας στην Ευρώπη (Merllie & Paoli, 2001).

Βάση ερευνών που έχουν γίνει η συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές κυμαίνεται σε ποσοστό 15-50%, όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, 7-37% για την αποπροσωποποίηση και 25-76% για την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (Lee et. al., 2003. Jenkins & Elliott, 2004. Παππά κ. συν., 2008).

Στην έρευνα των Thorsen et. al. (2011), η οποία διεξήχθη σε νοσηλευτές στο Malawi, τα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν πολύ υψηλά και συγκεκριμένα το 72% των νοσηλευτών ανέφεραν συναισθηματική εξάντληση, το 43% αποπροσωποποίηση, ενώ το 74% μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση.

Ενώ οι Lasebikan & Oyetunde (2012), μελετώντας την επαγγελματική εξουθένωση σε ένα Νιγηριανό νοσοκομείο, κατέληξαν στα εξής: το 39,1% των ερωτηθέντων εμφάνιζε υψηλό ποσοστό στην συναισθηματική εξάντληση, το 29,2% στην αποπροσωποποίηση και το 40% στα προσωπικά επιτεύγματα.

Οι Embriaco et. al. (2007) στην αναθεώρηση τους για το burnout μεταξύ των εργαζομένων στη Μ.Ε.Θ., με τη χρήση της κλίμακας μέτρησης της Maslach,

παρατήρησαν ότι το 1/3 των εργαζομένων στη εμφάνιζε υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, με τη σοβαρότητα της να σχετίζεται με τον αριθμό των ωρών εργασίας. Όσες περισσότερες ήταν οι ώρες εργασίας, τόσο υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βίωναν οι νοσηλευτές.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν ότι τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, όπως αυτή εκφράζεται από τις τρεις διαστάσεις της Maslach, είναι στο σύνολο τους σε υψηλά επίπεδα, πράγμα που επιβεβαιώνουν και παλαιότερες έρευνες, όπως του Jimmieson (2000) και των Demir et. al. (2003). Επίσης υπάρχουν έρευνες τόσο ελληνικές, όσο και ξενόγλωσσες που υπολογίζουν την επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές με συχνότητα 25-60% (Shanafelt et. al., 2002. Embiaco et. al., 2007).

Πιο συγκεκριμένα, η Firth- Cozens et. al. (1996) αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους.

Από τα αποτελέσματα των Poncet et. al. (2006), όπου μελετήθηκαν νοσηλευτές από τη Γαλλία φάνηκε ότι, το 1/3 του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είχε βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο ίδιο συμπέρασμα όσον αφορά τους νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας κατέληξαν και οι Brooks & Anderson (2004) και οι Cubrilo- Turek et. al (2006).

Μεγάλου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με την έρευνα των Zhu et. al. (2006) παρουσιάζουν επίσης οι νοσηλευτές που δουλεύουν σε χειρουργικά τμήματα.

Η επιρροή των δημογραφικών και προσωπικών δεδομένων των νοσηλευτών έχει εξεταστεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Υπάρχουν πολλές έρευνες, οι οποίες χρησιμοποίησαν στη διερεύνηση των αιτιών της εξουθένωσης μεταβλητές όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το φύλο, η εργασιακή εμπειρία και άλλα. Ωστόσο τα συμπεράσματα για την επιρροή αυτών των παραγόντων είναι μικτά (Okwaraji & Aguwa, 2014).

Η Αδαλή κ. συν. (2002) διερεύνησαν τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτικού προσωπικού και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι εργασιακοί

παράγοντες είναι αυτοί που σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου στους νοσηλευτές.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Κανδρή κ. συν. (2004), η καλή συνεργασία και η υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για τη σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όσον αφορά το **φύλο**, στο δείγμα της παρούσας μελέτης δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για καμία από τις τρεις υποκλίμακες της Maslach μεταξύ αντρών και γυναικών. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη Maslach, σύμφωνα με την οποία το φύλο αποτελεί έναν από τους δημογραφικούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Maslach υποστηρίζει ότι οι διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα σχετίζονται με την προκαθορισμένη φύση κάποιων επαγγελμάτων ως αντρικών ή γυναικείων. Επίσης, ισχυρίζεται ότι το φύλο επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τον τρόπο θεώρησης της ζωής γενικότερα και ειδικότερα της διαχείρισης των ψυχοπαιστικών καταστάσεων που μπορεί να είναι αποτελεσματικές ή όχι (Maslach, 1982).

Το εύρημα της παρούσας έρευνας διαφωνεί επίσης και με τους Bartz & Maloney οι οποίοι υποστηρίζουν ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα και συγκεκριμένα ότι οι άντρες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξάντλησης (και στις τρεις υποκλίμακες) συγκριτικά με τις γυναίκες.

Ως προς την **ηλικία** η παρούσα έρευνα δεν έδειξε καμία στατιστική διαφορά για καμία από τις υποκλίμακες. Το αποτέλεσμα αυτό διαφωνεί με αυτό των Renzi et. al. (2005), σύμφωνα με τους οποίους η ηλικία φαίνεται να ασκεί κάποια επιρροή και πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη η ηλικία των εργαζομένων, τόσο μικρότερα τα επίπεδα αποπροσωποποίησης και συναισθηματικής εξάντλησης και υψηλότερο το συναίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων.

Το γεγονός ότι οι μικρότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν λιγότερη σταθερότητα και ωριμότητα απ' ότι οι μεγαλύτεροι και πιο πεπειραμένοι εργαζόμενοι, καθώς επίσης και το γεγονός ότι διαψεύδονται πιο εύκολα οι αρχικές τους ιδεαλιστικές προσδοκίες. Σε αντίθεση οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές είναι πιο ώριμοι στις απαιτήσεις τους, αντιμετωπίζουν τις επαγγελματικές προκλήσεις με

μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας και έχουν εξοικειωθεί με το νοσοκομειακό περιβάλλον (Διλιντάς, 2010).

Στη διερεύνηση της **οικογενειακής κατάστασης** σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση, παρατηρείται ότι οι μη έγγαμοι εμφάνιζαν στατιστικά υψηλότερο βαθμό στην υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η Maslach, σύμφωνα με την οποία οι παντρεμένοι βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η οικογένεια δρα υποστηρικτικά και στο ότι οι έγγαμοι νοσηλευτές διαθέτουν μεγαλύτερη εμπειρία στη διεύθυνση συγκρούσεων, καθώς επίσης και στο γεγονός ότι επενδύουν συναισθηματικά και σε άλλους τομείς εκτός της εργασίας.

Όσον αφορά την **ύπαρξη ή μη παιδιών** στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση, σε αντίθεση με αυτή των Μπαλτζή κ. συν. (2012), σύμφωνα με την οποία βρέθηκε θετική σχέση ανάμεσα στην παρουσία παιδιών με τις υποκλίμακες συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Συγκεκριμένα όσο περισσότερα παιδιά είχαν οι εργαζόμενοι, τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα της συναισθηματικής εξουθένωσης και αποπροσωποποίησης τους σε σχέση με τους νοσηλευτές που είχαν ένα, δυο ή κανένα παιδί.

Σχετικά με το **επίπεδο εκπαίδευσης** των νοσηλευτών του δείγματος θετική συσχέτιση βρέθηκε όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Πιο συγκεκριμένα οι απόφοιτοι ΤΕΙ ή ΑΕΙ είχαν υψηλότερο αναμενόμενο σκορ σε σχέση με τους απόφοιτους κατώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Σύμφωνα με άλλες έρευνες, όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο μόρφωσης, τόσο λιγότερο εξουθενωμένοι αισθάνονται οι εργαζόμενοι.

Πέρα όμως των δημογραφικών παραγόντων, το εργασιακό περιβάλλον καθώς επίσης και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτό παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της εξουθένωσης.

Καμία συσχέτιση δε βρέθηκε όσον αφορά την **προϋπηρεσία** με κάποια από τις τρεις υποκλίμακες της Maslach. Σύμφωνα όμως με τους Chiridoga & Bailey τα χρόνια προϋπηρεσίας στις υπηρεσίες υγείας σχετίζονται θετικά με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε μια άλλη έρευνα οι Μπαλτζή κ. συν. βρήκαν ότι όσο αυξάνονταν τα χρόνια προϋπηρεσίας τόσο αυξάνονταν και τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης αλλά και της προσωπικής

ολοκλήρωσης. Μετά όμως από την πενταετή προϋπηρεσία στο ίδιο τμήμα ο βαθμός της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης μειωνόταν, ενώ ο βαθμός των προσωπικών επιτευγμάτων αυξανόταν σταδιακά.

Το **τμήμα εργασίας** καθώς και η **θέση εργασίας** δε φαίνεται να έχουν κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι απλοί νοσηλευτές εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό εξουθένωσης, συγκριτικά με τους νοσηλευτές ανώτερων βαθμίδων.

Σχετικά με το τμήμα εργασίας υπάρχουν έρευνες που συμφωνούν με την παρούσα, υπάρχουν όμως και άλλες που υποστηρίζουν ότι η εργασία σε κλειστό τμήμα, όπως το χειρουργείο και η Μ.Ε.Θ. σχετίζονται με την εξουθένωση. Οι Chiridoga & Bailey στην έρευνά τους υποστηρίζουν ότι η Μ.Ε.Θ. είναι το τμήμα που φέρει τη μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι η Μ.Ε.Θ. είναι ένα τμήμα με μεγάλο φόρτο εργασίας, απαιτητικές συνθήκες και οι ασθενείς έχουν αυξημένες ανάγκες.

Τα **επαγγελματικά ατυχήματα**, τα **λάθη** και οι **αναρρωτικές άδειες**, καθώς επίσης και η **πρόθεση παραίτησης** ήταν παράγοντες που επίσης διερευνήθηκαν στα πλαίσια της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όσον αφορά τη σκέψη παραίτησης στο παρελθόν βλέπουμε ότι εμφάνιζε στατιστικά σημαντική σχέση με την συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, ενώ στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε ανάμεσα στην πρόθεση παραίτησης των νοσηλευτών για το μέλλον με τα προσωπικά επιτεύγματα.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ενώ οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν έχουν πρόθεση να παραιτηθούν. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι Έλληνες νοσηλευτές δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις οικονομικές τους απολαβές και έτσι αναγκάζονται να συνεχίζουν να δουλεύουν για βιοποριστικούς λόγους.

Σχετικά με τα επαγγελματικά ατυχήματα και τα λάθη βρέθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση μόνο με την υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ καμία συσχέτιση δεν εντοπίστηκε με τις αναρρωτικές άδειες.

Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης στην παρούσα μελέτη έδειξαν σημαντική στατιστική συσχέτιση σε εκείνους που θεωρούν το επάγγελμα τους **πηγή άγχους** με τη συναισθηματική εξουθένωση και την αποπροσωποίηση. Ενώ καμία συσχέτιση δε βρέθηκε με τα προσωπικά επιτεύγματα.

Σε παρόμοιες μελέτες έχει βρεθεί ότι οι νοσηλευτές με υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται και με υψηλή συναισθηματική εξάντληση (Visser et. al., 2003). Ενώ σύμφωνα με τον McElroy οι γυναίκες συγκεκριμένα βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών, με τη συχνότητα των αυτοκτονιών να είναι διπλάσια εκείνης των αντρών και εξαπλάσια εκείνης του γενικού πληθυσμού.

Σχετικά με την **ικανοποίηση** που νιώθει **από τη ζωή** του το νοσηλευτικό προσωπικό γενικότερα στην παρούσα μελέτη, τα αποτελέσματα που προκύπτουν δείχνουν υψηλή ικανοποίηση, με τη μέση τιμή να κυμαίνεται στο 3,2 (ελάχιστο: 1,8 και μέγιστο: 4,2).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές γενικού νοσοκομείου στην Κορέα διαπιστώθηκε μετρίου βαθμού ικανοποίηση από τη ζωή (Lloyd, Steiner, Shannon, 1994).

Η κλίμακα ικανοποίησης της ζωής εμφανίζει σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την αντίληψη για το αν το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους, με την εμφάνιση χαρακτηριστικών επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς επίσης και με το βαθμό των προσωπικών επιτευγμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα έρευνα δε μπορεί να θεωρηθεί ότι έγινε σε ευρεία βάση. Τα τμήματα στα οποία εργάζονταν οι συμμετέχοντες του δείγματος ήταν μόλις δύο και ο αριθμός των συμμετεχόντων μόλις 76. Εξαιτίας λοιπόν του περιορισμένου αριθμού των συμμετεχόντων στην έρευνα, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε ευρύτερο πληθυσμό.

Επίσης, οι μεταβλητές με τις οποίες συσχετίστηκαν οι κλίμακες μέτρησης ήταν μερικές μόνο από αυτές που φαίνεται να επενεργούν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμη και αναγκαία η εκτενέστερη διερεύνηση του φαινομένου σε μεγαλύτερο δείγμα νοσηλευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι φανερό και απόλυτα αναγνωρίσιμο το υψηλό ποσοστό εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς επίσης και οι επιπτώσεις του, τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Γι' αυτό λοιπόν η έγκαιρη αναγνώριση και η πρόληψη του συνδρόμου αυτού είναι υψίστης σπουδαιότητας.

Αρχικά θα πρέπει να γίνει κατανοητό από όλες τις υπηρεσίες υγείας ότι η προστασία της υγείας των επαγγελματιών υγείας είναι ουσιαστικής σημασίας, τόσο για τους ίδιους αλλά και για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών που παρέχουν στους ασθενείς. Πρωταρχικής σημασίας από την πλευρά του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι λοιπόν η λήψη μέτρων που θα προλαμβάνουν τις στρεσογόνες καταστάσεις με τον καλύτερο σχεδιασμό εργασίας, αλλά και τη δομή της ίδιας της οργάνωσης. Επίσης, τα τμήματα θα πρέπει να στελεχώνονται με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο να αναγνωρίζει και να αξιοποιεί δημιουργικά τις ικανότητές του για την επίλυση των προβλημάτων. Τέλος, θα πρέπει να του παρέχεται η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης.

Από την άλλη πλευρά και ο νοσηλευτής θα πρέπει να δρα με ατομικές στρατηγικές αντιμετώπισης, με σημαντικότερη την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Θα πρέπει να αλλάξει τη σχέση του με την εργασία αλλά και με τη συνολική στάση ζωής του, να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τους ασθενείς και τους συναδέλφους του, να έχει ενσυναίσθηση και αυτογνωσία.

Όσον αφορά τα επιστημονικά δεδομένα για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν για την καλύτερη κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Χρειάζεται να διερευνηθούν περαιτέρω οι παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου αυτού και στον σχεδιασμό των μελλοντικών μελετών θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι μεθοδολογικές αδυναμίες των μελετών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ξένη βιβλιογραφία:

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J., Silber J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality nurse burnout and job dissatisfaction. JAMA 288(16): 1987- 1993.

Antoniou A. S. (1999). Personal traits and professional burnout in health professionals. Archives of Hellenic Medicine. 16(1): 20- 28.

Bakker A.B., Killmer C.H., Siegriest J., Schaufeli W.B. (2000). Effort reward imbalance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing. 31: 884- 891.

Bartz C & Maloney P.C. (1986). Burnout among intensive care nurses. Research in nursing and health. 9: 147- 153.

Basinska B.A. & Wilczek- Ruzyczka E. (2013). The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses. International Journal of occupational medicine and environmental health. 26(4): 593- 604.

Bourbonnais R., Comeau M., Vezina M., Guylaine D. (1998). Job strain, psychological distress and burnout in nurses. Am. J., Ind. Med. 34: 20-28.

Brezniak N. & Ben Ya' lr S. (1989). Patient burnout behavior of young adults undergoing orthodontic treatment. Stress Med. 5:183- 184.

Brooks B.A., & Anderson M.A. (2004). Nursing work life in acute care. J. Nurs. Care. 19(3): 269- 75.

Campbell D. Sonnad S. Eckhauser E. Campell K., Green- Field L. (2001). Burnout among American surgeons. Surgery 130: 696- 705.

Chang E.M., Daly J., Hancock K.M. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics and health in Australian nurses. Journal of Professional Nursing. 22: 30- 38.

Cherniss C. (1980). Professional burnout in human service organizations. New York, N.Y.: Praeger Publisher.

Cherniss C. (1995). *Beyond burnout: helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment*. Routledge. New York.

Chiridoga D.A. & Bailey J. (1986). Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: a comparative study. *Critical Care Quarterly*. 9(3): 84- 92.

Cronin- Stubbs D. & Rooks C.A. (1985). The stress, social support and burnout of critical care nurses: the results of research. *Heart and Lung*. 14(1):31- 39.

Cubrilo- Turek M., Urek R., Turek S. (2006). Burnout syndrome assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll. Antropol.* 30(1): 131-135.

Demir A., Ulosoy M., Ulosoy M.F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 40: 807- 827.

Denat Y., Gokce S., Gungor H., Zencir C., Akgullu C. (2016). Relationship of anxiety and burnout with extrasystoles in critical nurses in Turkey. *Pak. J. Med. Sci.* 32(1): 196- 200.

Edelwich J. & Brodsky A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.

Embriaco N., Azoulay E., Barrau K., Kentish N., Pochard F., Loundou A., Papazian L. (2007). High level of burnout in intensivists. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 175: 687- 692. Professionals in a university teaching hospital. *Tropical Journal of Medical Research*. 19(2): 144- 148.

Embriaco N. Papzian L., Kentish- Barnes N., Pochard F., Azoulay E. (2007). Burnout syndrome among critical care workers. *Current Opinions in Critical Care*. 13: 482- 488.

Firth- Cozens J. & Payne R. (1999). *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. UK: John Wiley & Sons Ltd.

Foxall M.J., Zimmerman R., Standley R., Captain B.B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical- surgical nurses. *J. adv. Nurs.* 15: 577- 584.

Freundenberger H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 30(1): 159- 166.

Ibikunle P.O., Umeadi O., Akosile C. (2012). Prevalence and pattern of burnout syndrome among Nigerian physiotherapists. *The Internet Journal of Chiropractic*. Volume 1. Number 2.

Ibikunle P.O., Amah G., Useh U. (2016). Prevalence and pattern of burnout syndrome among healthcare professionals in a university teaching hospital. *Tropical Journal Of Medical Research*. 19 (2): 144- 148.

Jenkins R. & Elliott P. (2004). Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. *J. Adv. Nurs*. 48: 622- 631.

Jimmieson N.L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self- efficacy. *Work & Stress*. 14(3): 262- 280.

Klersy C., Callegari A., Martinelli V., Vizzardi V., Navino C., Malberti F., Tarchini R., Montagna G., Guastini C., Bellazzi R., Rampino J., David S., Barbieri C., Canton A.D., Politi P. (2007). Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy- a multicentre study. *Nephrol Dial Transplant* 22: 2283- 2290.

Lasebikan V.O. & Oyetunde M.O. (2012). Burnout among nurses in a Nigerian general hospital: prevalence and associated factors. *International Scholarly Research Network. IRSN. Nursing*.

Lee H., Song R., Suk Cho Y., Lee GZ., Daly B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *J. Adv. Nurs*. 44: 534- 545.

Leiter M.P., Harvie P., Frizzell C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc. Sci. med*. 47: 1611- 1617.

Leiter M.P. & Maslach C. (1988). The impact of interpersonal environment of burnout and organizational commitment. *Journal of organizational behavior*. 9: 297- 308.

Lloyd St., Steiner D., Shannon S., (1994). Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *The Journal of Emergency Medicine*. 12(4): 559- 565.

Martin J.K. (2000). Unrewarding work, coworker support and job satisfaction: a test of the “Buffering” hypothesis, work and occupations. *An international sociological journal*. 27(2): 223- 243.

- Maslach C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Englewood. Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Maslach C. (1978). Job burnout: how people cope. *Public Welfare*. 36: 56- 58.
- Maslach C. & Jackson E.S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2: 99- 113.
- Maslach C. & Jackson E.S. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*. 5:133- 153.
- Maslach C. & Jackson E.S. (1986). *Maslach burnout inventory manual*. 2nd ed. Consulting psychologists press. Palo Alto. CA.
- Maslach C., Jackson E.S., Leiter M. (1997). *The Maslach burnout inventory manual*. 4th edition.
- Maslach C. & Leiter M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*. 93: 498- 512.
- Maslach C. & Pines A. (1977). The burnout syndrome in the day care setting. *Child care quarterly*. 7: 100- 113.
- Maslach C. & Schaufeli W. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington: Taylor and Francis.
- Maslach C., Schaufeli W., Leiter P.M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 52: 397- 422.
- Matrunala P. (1996). Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? *J. adv. Nurs*. 23: 877- 834.
- Mealer M., Burnham E.L., Goode C.J., Rothbaum B., Moss M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *NIH Public Access. Depress Anxiety*. 26(12): 1118- 1126.
- McElroy A. (1982). Burnout – a review of the literature with applications to cancer nursing. *Cancer Nurs*. 5: 211- 217.
- Meltzer L.S. & Huckabay L.M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am. J. Crit. Care* 13(3): 202-208.

Merllie D. & Paoli P. (2001). Δέκα χρόνια συνθήκες εργασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Okwaraji F.E. & Aguwa E.N. (2014). Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *African Health Sciences*. 14(1): 237-245.

Ozyurt A., Hayran O., Sur H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q.J. Med.* 99: 161- 169.

Patel D.K. & Suresh V. (2016). Effectiveness of guided imagery on burnout syndrome among staff nurses working in Dhiraj General Hospital at Piparia, Vadodara. *Indian Journal of Applied Research*. 6(5).

Pavlakakis A., Raftopoulos V., Theodorou M. (2010). Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Serv. Res.* 10: 63.

Pines A.M. (1988). *Keeping the spark alive: preventing burnout in love and marriage*. St. Martin's Press. New York.

Pines A.M. (1993). Burnout in L. Galdberger & S. Breznitz (Eds). *Handbook of stress* (2nd ed). New York: Free Press. 386- 403.

Pines A.M. (1996). *Couple burnout*. New York: Routledge.

Pines A.M. & Aronson E. (1988). *Career burnout causes and cures*. New York: Free Press.

Poncet M.C., Toullic P., Papazian L., Kentish- Barnes N., Timsit J.F., Pochard F., Chevret S., Schlemmer B., Azoulay E. (2006). Burnout syndrome in Critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 175: 699-692.

Quattrin R., Zanini A., Nascig E., Annunziata M.A., Calligaris L., Brusaferrero S. (2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncology Nursing Forum*. 33(4): 815- 821.

Raftopoulos V., Charalambous A., Talias M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*. 12: 457.

Raggio B. & Malacarne P. (2007). Burnout in intensive care unit. *Minerva Anesthesiol.* 73: 195- 200.

Renzi C., Tabolli S., Ianni A., Di Pietro C., Puddu P. (2005). Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology.* 19: 153-157.

Schaufeli W.B. & Buunk (2003). "Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing", the handbook of work and health psychology. 2nd edn: 383- 429.

Schaufeli W.B. & Enzmann D. (1998). The burnout companion to study and practice. A critical analysis. Washington, DC: Taylor and Francis.

Seuntjens A. (1982). Burnout in nursing. What it is and how to prevent it. *Nursing Quarterly.* Fall, 12- 19.

Shanafelt D.T., Bradley K.A., Wipf J.E., Back Al. (2002). Burnout and self- reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann. Intern. Med.* 136: 358-367.

Shoorideh F.A., Ashtorab T., Yaghmaei F., Majd H.A. (2015). Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics.* 21(1): 64- 76.

Rousseau D.M. (1989). Psychological and implied contracts in organizations. *Employee responsibilities and rights journal.* 2: 121- 139.

Silva J.L., Soares R.S., Costa F.S., Ramos D.S., Lima F.B., Teixeira L.R. (2015). Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 27 (2): 125- 133.

Teixeira C., Ribeiro O., Fonseca A.M., Carvalho A.S. (2013). Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *J. med. Ethics.* 40(2): 97- 103.

Thorsen V.C., Tharp A.L.T., Meguid T. (2011). High rates of burnout among maternal health staff at a referral hospital in Malawi: a cross sectional study. *BMC Nursing.* 10:9.

Vachon M.L.S. (1987). Occupational stress in the care of the Critically ill, the dying and the bereaved. Hemisphere. New York.

Vahey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M., Clarke S.P., Vargas D.V. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. NIH Public Access Med Care 42 (2 suppl.).

Visser M.R., Smets E.M., Oort F.J., De Haes H.C. (2003). Stress satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. CMAJ. 168: 271- 275.

Wood T. & McCarthy C. (2002). Understanding and preventing teacher burnout. Washington. D.C.: United States Department of Education. (ERIC Document Reproduction Service No. ED424517).

Zhu W., Wang Z.M. Wang M.Z., Lan Y.J., Wu S.Y. (2006). Job burnout and contributing factors for nurses. Sichuan Da Xue Bao Yi Xue Ban. 37(4): 632- 635.

- **Ελληνική βιβλιογραφία:**

Αδαλή Ε. (1999). Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα, ΜΕΘ και τμήματα επειγόντων περιστατικών. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα.

Αδαλή Ε., Πριάμη Ε. Ευαγγέλου Ε., Υφαντή Μ., Μούγια Β. (2002). Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική. 41(1): 105-114.

Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. Ψυχολογικά θέματα. 5: 183- 202.

Αντωνίου Α.Σ. (2006). Εργασιακό στρες. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα.

Διλιντάς Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 27(3): 498- 508.

Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν. (2004). Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ. Ν. Νίκαιας. *Νοσηλευτική*. 43(1): 116- 125.

Κουτελέκος Ι. & Πολυκανδριώτη Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 1: 1- 7.

Μαυρίδου Α.Θ. (2012). Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό γενικών νοσοκομείων. Διδακτορική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ιατρική σχολή.

Μπελλάλη Θ., Κοντοδημόπουλος Ν., Καλαφάτη Μ., Νιάκας Δ. (2007). Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 24(1):75- 84.

Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.

Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 25(1): 94- 101.

Ραφτόπουλος Β.Γ. (2009). Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Λευκωσία.

Συριανόπουλος Θ., Σταμάτη Σ., Γκεβρέκη Ε., Γκουρβέλου Ου., Παπαδημητρίου Μ. (2011). Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 10(1): 118- 133.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι ανώνυμο και αποτελεί το εργαλείο μέτρησης του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στο χειρουργείο και στη Μ.Ε.Θ. στο οποίο εργάζεστε.

Παρακαλώ να το συμπληρώσετε και να το επιστρέψετε.

Ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας.

1. Φύλο: Άντρας
 Γυναίκα

2. Έτος γέννησης: _____

3. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος
 Έγγαμος
 Άλλο: _____

4. Παιδιά: Ναι
 Όχι

Εάν ναι, αριθμό παιδιών: _____

5. Εκπαίδευση σε νοσηλευτική σχολή: Τεχνικό λύκειο/Ι.Ε.Κ.
 Τ.Ε.Ι.
 Α.Ε.Ι.
 Άλλο: _____

6. Τμήμα που εργάζεστε: Χειρουργείο
 Μ.Ε.Θ.

7. Συνολικός χρόνος προϋπηρεσίας ως νοσηλεύτης/ τρια: _____

8. Συνολικός χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα: _____

9. Ποια θέση κατέχετε αυτή τη στιγμή στο νοσοκομείο που εργάζεστε;

- Νοσηλεύτης/ τρια
 Αναπληρωτής/ τρια προϊστάμενος/ η
 Προϊστάμενος/ η

10. Η εργασία στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν δική σας επιλογή;

Ναι

Όχι

11. Σκεφτήκατε να παραιτηθείτε από τη δουλειά σας στο παρελθόν;

Ναι

Όχι

12. Σκέφτεστε να παραιτηθείτε από τη δουλειά σας στο άμεσο μέλλον;

Ναι

Όχι

13. Παθαίνετε επαγγελματικά ατυχήματα;

Ποτέ

Σπάνια

Συχνά

14. Κάνετε λάθη στη δουλειά σας;

Ποτέ

Σπάνια

Συχνά

15. Παίρνετε αναρρωτικές άδειες;

Πολύ σπάνια

Σπάνια

Συχνά

Πολύ συχνά

16. Αισθάνεστε ότι το επάγγελμα σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς;

Ναι

Όχι

Λαμβάνοντας υπόψιν την παρακάτω κλίμακα, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει σχετικά με το πόσο ικανοποιημένος/η ήσαστε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας με:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------|------------------|--|--------------------|------------------|
| Πολύ απογοήτευση | Λίγο απογοήτευση | Ούτε απογοητευμένος/ ούτε ικανοποιημένος | Αρκετά ικανοποίηση | Πολύ ικανοποίηση |

17. Τη σωματική σας κατάσταση.

1 2 3 4 5

18. Τη διανοητική σας κατάσταση.

1 2 3 4 5

19. Την ψυχική σας ευεξία.

1 2 3 4 5

20. Την εργασία σας.

1 2 3 4 5

21. Τα οικονομικά σας.

1 2 3 4 5

22. Τη συζηγική σας ζωή.

1 2 3 4 5

23. Τη σεξουαλική σας ζωή.

1 2 3 4 5

24. Την οικονομική σας ζωή.

1 2 3 4 5

25. Το ρόλο σας στην οικογένεια.

1 2 3 4 5

26. Τον αριθμό των φίλων/ γνωστών.

1 2 3 4 5

27. Τα χόμπι σας.

1 2 3 4 5

28. Την εμφάνιση σας.

1 2 3 4 5

29. Τη γενική ποιότητα της ζωής σας.

1 2 3 4 5

Λαμβάνοντας υπόψιν την παρακάτω κλίμακα, βάλτε σε κύκλο το νούμερο που σας ταιριάζει σχετικά με τα συναισθήματα σας:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------|----------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|
| Ποτέ δε μου συμβαίνει | Λίγες φορές το χρόνο | 1 φορά το μήνα ή λιγότερο | 2-3 φορές το μήνα | 1 φορά την εβδομάδα | Αρκετές φορές την εβδομάδα | Κάθε μέρα μου συμβαίνει |

30. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/ η από τη δουλειά μου.

0 1 2 3 4 5 6

31. Νιώθω άδειος/ α σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.

0 1 2 3 4 5 6

32. Νιώθω κουρασμένος/ η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.

0 1 2 3 4 5 6

33. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.

0 1 2 3 4 5 6

34. Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σα να ήταν αντικείμενα.

0 1 2 3 4 5 6

35. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα.

0 1 2 3 4 5 6

36. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.

0 1 2 3 4 5 6

37. Νιώθω εξουθενωμένος/ η από τη δουλειά μου.

0 1 2 3 4 5 6

38. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.

0 1 2 3 4 5 6

39. Νιώθω λιγότερος ευαίσθητος/ η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.

0 1 2 3 4 5 6

40. Με προβληματίζει ότι σιγά σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ ή.

0 1 2 3 4 5 6

41. Νιώθω γεμάτος/ η δύναμη και ενεργητικότητα.

0 1 2 3 4 5 6

42. Νιώθω απογοητευμένος/ η από τη δουλειά μου.

0 1 2 3 4 5 6

43. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.

0 1 2 3 4 5 6

44. Στην ουσία, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.

0 1 2 3 4 5 6

45. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.

0 1 2 3 4 5 6

46. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.

0 1 2 3 4 5 6

47. Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.

0 1 2 3 4 5 6

48. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.

0 1 2 3 4 5 6

49. Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια....νιώθω πως ο κόμπος έφθασε στο χτένι.

0 1 2 3 4 5 6

50. Αντιμετωπίζω πολύ εύκολα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.

0 1 2 3 4 5 6

51. Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.

0 1 2 3 4 5 6

52. Θα έλεγα ότι έχω χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης.

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ουδέτερος

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

53. Από 0 (χάλια) μέχρι 10 (άριστη) πως αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας; _____

54. Από 0 (χάλια) έως 10 (άριστη) πως αξιολογείτε την ποιότητα της εργασιακής σας ζωής; _____

Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας.