



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση των στρεσογόνων συνθηκών και πηγών στήριξης
του Νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής
Θεραπείας στα Δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου

Κωνσταντίνου Δέσπω

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μπελλάλη Θάλεια

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Σεπτέμβριος 2011

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση των στρεσογόνων συνθηκών και πηγών στήριξης
του Νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής
Θεραπείας στα Δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου

Κωνσταντίνου Δέσπω

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μπελλάλη Θάλεια

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Σεπτέμβριος 2011

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης. Στρες και εξουθένωση βιώνουν κυρίως οι νοσηλεύτριες που εργάζονται σε τμήματα τα οποία έχουν να αντιμετωπίσουν οξεία συμβάντα και περιστατικά που οδηγούν συχνά στο θάνατο, όπως ο χώρος των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην αναζήτηση των στρεσογόνων εργασιακών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι παράγοντες αυτοί προέρχονται από το περιβάλλον και τις συνθήκες εργασίας, από τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε νοσηλεύτη και από την επαφή με ασθενείς και συγγενείς.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις εργασιακές συνθήκες στα πλαίσια των οποίων προσφέρει τις υπηρεσίες του το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και να αναδείξει τους παράγοντες εκείνους που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν το έργο του.

Υλικό-Μέθοδος: Η μελέτη αφορούσε σε ένα συγχρονικό περιγραφικό τύπο έρευνας. Το δείγμα αποτέλεσαν 155 νοσηλεύτριες/τριες ΜΕΘ των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε τα εξής ψυχομετρικά εργαλεία: το ερωτηματολόγιο καταγραφής Εργασιακών Απαιτήσεων και Πηγών Στήριξης (Demerouti et. al. 2000), το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (MBI- Maslach & Jackson 1981) και το ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Στήριξης (ΕΚΣ) – Short Form Social Support Questionnaire (SSQ-6- Sarason et.al. 1987). Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for Social Sciences, SPSS) version 19.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (72,3%) με μέση τιμή ηλικίας τα 35.5 έτη. Για τις τρεις διαστάσεις του MBI τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών (42,7%) έχει χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, όλοι οι νοσηλεύτριες που απάντησαν έχουν χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (38%) εμφάνισε υψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας. Οι αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, έδειξαν ότι η μεταβλητή νοσοκομείο να είναι η μόνη μεταβλητή η οποία επηρεάζει τη συναισθηματική εξάντληση και την απρόσωπη φροντίδα ($p=0.000$ και $p=0.019$, αντίστοιχα). Διαφάνηκε επίσης ότι οι εργασιακές απαιτήσεις προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση (p -values <0.05), ενώ οι εργασιακοί πόροι δεν προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα, (p -values >0.05). Οι συσχετίσεις μεταξύ εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας, συνολικών χρόνων προϋπηρεσίας και χρόνια προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου με τους παράγοντες εκτίμηση και υποστήριξη ($r=-0.24$, $p=0.002$, $r=-0.26$, $p=0.001$, $r=-0.28$, $p<0.001$) και αυτονομία και έλεγχος ($r=-0.19$, $p=0.014$, $r=-0.17$, $p=0.034$, $r=-0.17$, $p=0.0035$) αντίστοιχα. Επίσης, από την κλίμακα της κοινωνικής στήριξης οι συμμετέχοντες δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι (μέσος όρος 5.01).

Συμπεράσματα: Το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του νοσηλεύτη μειώνουν την απόδοσή του και επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η έγκαιρη

αναγνώριση, η λήψη μέτρων για πρόληψη αλλά και για αντιμετώπιση της παρούσας κατάστασης κρίνεται αναγκαία.

Λέξεις κλειδιά: εργασιακό στρες, επαγγελματική εξουθένωση, νοσηλευτές, ΜΕΘ, πηγές υποστήριξης.

ABSTRACT

Introduction: The nursing profession is characterized by high levels of job stress and burnout. Stress and burnout are experienced mostly by nurses working in departments that have to deal with acute events and incidents that often lead to death, as the department of Intensive Care Unit (ICU). The research focus is in searching of work stress factors that affect the nursing staff. These factors come from the environment and working conditions, the individual characteristics of each nurse and from contact with patients and relatives.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the working conditions under which nursing staff offer their services at the Intensive Care Unit (ICU) and to highlight those factors that impede or facilitate their work.

Methods: The study involved a cross-sectional descriptive type of research. The sample consisted of 155 ICU nursing staff of public hospitals in Cyprus. The data collected through a questionnaire which included the following psychometric tools: a questionnaire recording job demands and sources of support (Demerouti et. al. 2000), the questionnaire burnout of the Maslach (MBI-Maslach & Jackson 1981) and the questionnaire of Social Support (NSP) - Short Form Social Support Questionnaire (SSQ-6-Sarason et.al. 1987). For the statistical analysis and data processing, the statistical analysis package for Social Sciences was used (Statistical Package for Social Sciences, SPSS) version 19.

Results: The majority of the sample was women (72,3%) with a mean age of 35.5 years. For the three dimensions of MBI, results showed that the majority of nursing staff (42,7%) have low emotional exhaustion, all the nursing staff who responded lack of personal accomplishments, while the majority (38%) showed high levels of impersonal care. The multiple regression analysis on demographic characteristics, showed that the hospital is the only variable that affects the emotional exhaustion and impersonal care ($p = 0.000$ and $p = 0.019$, respectively). It was also shown that the job requirements provide emotional exhaustion (p -values <0.05), while the working funds do not provide the impersonal care, (p -values > 0.05). The correlations between job demands and job resources showed a

statistically significant relationship between age, total years of service and years of experience in hospital nursing departments with respect and support factors ($r = -0.24$, $p = 0.002$, $r = -0.26$, $p = 0.001$, $r = -0.28$, $p < 0.001$) and autonomy and control ($r = -0.19$, $p = 0.0014$, $r = -0.17$, $p = 0.034$, $r = -0.17$, $p = 0.0035$) respectively. Also, the scale of social support reported that the participants are fairly satisfied (average 5.01).

Conclusions: The workplace stress and burnout affect physical, mental and social wellbeing of the nursing staff. This in turn is reducing staff's performance and is therefore causing negative effects on health care provision. Early recognition and taking immediate measures for prevention and treatment of this situation are more than necessary.

Keywords: Workplace stress, burnout, nurses, ICU, sources of support.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛ.
Ευχαριστίες	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	14
1.1. Ορισμός του στρες	14
1.2. Ορισμός του εργασιακού στρες	
1.2.1. Ένα Θεωρητικό Μοντέλο εργασιακού στρες	17
1.2.2. Αιτίες του εργασιακού στρες	18
1.2.3. Επιπτώσεις του στρες στην υγεία	20
1.3. Ορισμός της Επαγγελματικής Εξουθένωσης	23
1.3.1 Θεωρητικά Μοντέλα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΜΕΘ	28
2.1. Ιστορική Αναδρομή	28
2.2. ΜΕΘ και Κυπριακή Πραγματικότητα	29
2.3. Εξειδίκευση στην Εντατική	30
2.4. Οργάνωση και λειτουργία των ΜΕΘ	31
2.5. Ανθρώπινο Δυναμικό και ΜΕΘ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	34
3.1. Περιβάλλον εργασίας	34
3.2. Ατομικοί παράγοντες και Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας του επαγγελματία υγείας.	50
3.3. Σχέσεις με Ασθενείς και Συγγενείς	54
3.5. Σύνοψη κεφαλαίου	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	59
4.1. Ορισμός	59
4.2. Η Κοινωνική Υποστήριξη των νοσηλευτών	59
4.3. Κοινωνική Υποστήριξη και νοσηλευτές ΜΕΘ	62
4.4. Σύνοψη κεφαλαίου	63
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	65

5.1. Σχεδιασμός μελέτης	65
5.2. Σκοπός της μελέτης	65
5.2.1. Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι της μελέτης	
5.3. Εργαλείο μέτρησης	65
5.4. Δείγμα μελέτης	68
5.5. Ηθικά θέματα	69
5.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	70
5.7. Ανάλυση δεδομένων	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	109
8.1. Περιορισμοί της Έρευνας	111
8.2. Εισηγήσεις και Μελλοντικές προοπτικές	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	125
I. Τελική Δήλωση του θέματος Διατριβής και Υπεύθυνη δήλωση συμμετοχής στην έρευνα	125
II. Επιστολή από το Υπουργείο Υγείας και από την Επιτροπή Βιοηθικής για έγκριση διεξαγωγής της έρευνας	131
III. Θεωρητικά μοντέλα του στρες	134
IV. Πίνακας με την ανάλυση των παραγόντων για το ερωτηματολόγιο των εργασιακών πόρων και απαιτήσεων	136
V. Πίνακες ερευνών που ανασκοπήθηκαν	137

Ευχαριστίες:

*Ευχαριστίες εκφράζονται σε όλους όσους βοήθησαν στην
πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας.*

- Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Κα. Θάλεια Μπελλάλη για τη συνεχή καθοδήγηση και υποστήριξη της.*
- Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην οικογένεια μου για την κατανόηση και την υποστήριξη που έδειξε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.*
- Ευχαριστίες στην στατιστικολόγο Κα. Χαριτίμη Τσαγκάρη για τη θεώρηση των κεφαλαίων στατιστικής ανάλυσης και την καθοριστική συμβολή της στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων.*
- Ευχαριστίες στους Νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου που με τη συμμετοχή τους συνέβαλαν στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.*
- Ευχαριστίες στους συναδέλφους Ι. Λεοντίου, Φ. Χαρή, Ρ. Κωνσταντίνου, Φ. Φιλίππου για τη σημαντική βοήθεια τους.*
- Ευχαριστίες οφείλονται επίσης, στη νοσηλευτική διοίκηση των τεσσάρων δημόσιων Νοσοκομείων της Κύπρου, Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στρες και η επαγγελματική εξουθένωση (ΕΕ) είναι φαινόμενα που απαντώνται σε διάφορα επαγγέλματα στα πλαίσια των οποίων είτε δημιουργούνται σχέσεις εξάρτησης με άτομα που έχουν ανάγκη για βοήθεια, είτε απαιτείται ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων, είτε οι αποφάσεις που λαμβάνονται σχετίζονται με σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές επιπτώσεις (Μπελλάλη 2006).

Κοινή διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι όλοι οι εργαζόμενοι βιώνουν στρες στη δουλειά τους. Το στρες αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που αφορά σε εργασιακό περιβάλλον. Υπολογίζεται ότι το 28% (1 στους 3 περίπου) των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση βιώνει εργασιακό στρες (Αντωνίου 2007). Σύμφωνα με εκτίμηση, η μία στις τρεις ημέρες απουσίας από τη δουλειά σχετίζεται με το στρες, ενώ 100,000 εργαζόμενοι πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία τους (Rice 2005).

Το στρες και ο ψυχικός πόνος που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας, έχει απασχολήσει κατά καιρούς πολλούς επιστήμονες και ερευνητές. Υποστηρίζεται πως οι νοσηλευτές αποτελούν εκείνη την επαγγελματική ομάδα που είναι περισσότερο ευάλωτη στο εργασιακό στρες καθώς η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί μέρος της καθημερινότητας τους (Παπαγεωργίου και συν. 2007).

Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και εξουθένωσης είναι ιδιαίτερης σημασίας, καθώς τα όρια μεταξύ τους δεν είναι σαφώς καθορισμένα και πολλές φορές οι έννοιες ταυτίζονται. Υπό το πρίσμα της θεώρησης της ΕΕ ως μια «εξελικτική διεργασία», μπορεί να δεχθεί κανείς ότι ακολουθείται μια μεταβατική διαδικασία, δηλαδή η εξουθένωση δεν είναι φαινόμενο που εμφανίζεται ξαφνικά. Είναι το αποτέλεσμα ενός χρόνιου και παρατεταμένου στρες που βιώνει ένας αποθαρρυσμένος επαγγελματίας όταν νιώθει ότι δεν διαθέτει τα αποθέματα (βιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά) για να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της δουλειάς του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).

Το στρες, βιώνεται από τους νοσηλευτές σε χώρους όπου η εργασία χαρακτηρίζεται υψηλής έντασης, όπως είναι ο χώρος των μονάδων εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εργασίας τους (υψηλή αίσθηση ευθύνης, εξελεγμένη βιοϊατρική τεχνολογία, κ.ά.) καθιστούν το έργο τους ιδιαίτερα απαιτητικό και στρεσογόνο

(Ekstedt & Fagerberg 2004, Mealer et. al. 2007). Οι νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ. οριοθετούν τον εαυτό τους σε υψηλού κινδύνου κατηγορία για να αναπτύξουν στρες (Brooks & Anderson 2004).

Αρκετοί ερευνητές επιχείρησαν να μελετήσουν το άγχος που οι νοσηλευτές βιώνουν κατά την εργασία τους στα δημόσια νοσοκομεία και την πιθανή σχέση του άγχους της εργασίας με την ψυχολογική τους ευημερία γενικότερα. Διάφοροι παράγοντες στρες διέπουν το νοσηλευτικό επάγγελμα και έχουν προσδιοριστεί από την ευρύτερη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Επομένως, το στρες και η ΕΕ μπορεί να προέρχονται: (α) από τον ίδιο το νοσηλευτή, π.χ. δημογραφικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και προηγούμενες εμπειρίες (Θεοδωράτου και συν. 2003), (β) από την επαφή με τον ασθενή και τους συγγενείς του (Papadatou et al. 1999) και (γ) από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας, οργανωτικά/διοικητικά θέματα και συναδελφικές σχέσεις (Demerouti et. al. 2000, Tummene et al. 2002, Verdon et. al. 2008, Eduardo dos Santos et. al. 2009).

Οι επιπτώσεις του στρες και της ΕΕ στους νοσηλευτές αφορούν σε επίπεδο συμπεριφοράς, με αυξημένη ανησυχία και ευερεθιστικότητα, επιρρόπεια σε λάθη/ατυχήματα, προβλήματα στην προσωπική ζωή, επιθετική συμπεριφορά, σε συναισθηματικό επίπεδο, με αυξημένο άγχος, συναισθηματικές μεταπτώσεις, δυσθυμία, κατάθλιψη, απάθεια, αδιαφορία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και τέλος σε γνωστικό επίπεδο, με διαταραχές αυτοσυγκέντρωσης, ονειροπόληση, σκέψεις αποτυχίας και δυσκολία ανεύρεσης του νοήματος στον εργασιακό τους ρόλο (Ουζούνη 2005). Σε επίπεδο Οργανισμού Υγείας, υπάρχουν οικονομικές επιπτώσεις, καθώς και επιπτώσεις που σχετίζονται με την ασφάλεια των εργαζομένων στην εργασία και ασφαλώς με χαμηλή ποιότητα στη φροντίδα (Παππά, Αναγνωστόπουλος & Νιάκας 2008). Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής με άγχος και στρες καταλήγει να νοσηλεύει τους ασθενείς του με ψυχρό, αδιάφορο και απρόσωπο τρόπο, με απάθεια και απογοήτευση (Kottou et. al. 2001). Διαφαίνεται, γενικότερα ότι το εργασιακό στρες/εξουθένωση επηρεάζει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του νοσηλευτή, μειώνοντας έτσι την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής του (Aiken, Clarke, Sloane 2002).

Με βάση τα πιο πάνω η παρούσα μελέτη καθίσταται αναγκαία ώστε να διερευνηθούν οι εργασιακές συνθήκες στα πλαίσια των οποίων προσφέρει τις υπηρεσίες του το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας των δημοσίων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Στην Κύπρο πολύ πρόσφατα έχουν γίνει παρόμοιες μελέτες σε

σχέση με την ΕΕ των νοσηλευτών οι οποίες καταδεικνύουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό υποφέρει από κόπωση και συναισθηματική εξάντληση (Ραφτόπουλος 2010).

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη, θα διερευνηθεί η ύπαρξη κοινωνικού δικτύου και πηγών στήριξης για το προσωπικό της ΜΕΘ ως παράγοντας σημαντικός στη μείωση των στρεσογόνων καταστάσεων. Έρευνες αναφέρουν πως λαμβάνοντας κοινωνική στήριξη από τους συναδέλφους, τη διοίκηση αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ενισχύεται το επίπεδο απόδοσης στην εργασία αλλά και η ικανοποίηση από αυτή. Επιπρόσθετα, η παροχή υποστήριξης προς το προσωπικό μειώνει τα επίπεδα στρες και την πρόθεση εγκατάλειψης του επαγγέλματος (Rhodes 2004, Maze 2005, Hays et. al. 2006, Mrayyan 2009).

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος περιλαμβάνονται αναλυτικά τα εξής: στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση και περιγραφή των εννοιών του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακολούθως, γίνεται αναφορά στη δημιουργία και στη λειτουργία των ΜΕΘ, με έμφαση στην Κυπριακή πραγματικότητα. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα που αφορούν στις στρεσογόνες συνθήκες στο χώρο της υγείας. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται περιγραφή, καθώς και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο αντικείμενο της κοινωνικής υποστήριξης των νοσηλευτών. Στο ειδικό μέρος περιγράφονται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας. Ακολουθούν η συζήτηση, τα συμπεράσματα και οι προτάσεις. Στο τέλος της διπλωματικής εργασίας παρουσιάζεται η βιβλιογραφία και τα παραρτήματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

1.1. Ορισμός του στρες

Η έννοια του στρες στο χώρο της σύγχρονης επιστήμης εισήχθη κατά πολλούς από τον Hans Selye. Ο Selye χρησιμοποίησε τον όρο «στρες» για να περιγράψει τις αντιδράσεις ενός οργανισμού απέναντι σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα. Το ερέθισμα θα μπορούσε να είναι βιολογικό (π.χ. τραύμα, ασθένεια, τοξίκωση) ή ψυχολογικό (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας 2008).

Κάποιοι ερευνητές έδωσαν έμφαση στη βιολογική πλευρά της διεργασίας, όπως π.χ. οι Levine και Ursin (1991), που προσδιόρισαν το στρες ως ερέθισμα, δήλωση της υποκειμενικής εμπειρίας και ως μια γενική αύξηση στο επίπεδο διέγερσης του ατόμου. Άλλοι πάλι ερευνητές εστίασαν σε μια περισσότερο ψυχοκοινωνική οπτική, όπως οι Dohrenwend και Dohrenwend (1969), που όρισαν ως στρεσογόνα τα γεγονότα εκείνα που διακόπτουν ή απειλούν να διακόψουν τις συνήθειες δραστηριότητες του ατόμου, προκαλώντας σημαντική αλλαγή, η οποία απαιτεί προσπάθεια για αναπροσαρμογή ή διευθέτηση (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας 2008).

Οι Lazarus και Folkman (1984) θεωρούν το στρες ως παράγωγο της ενεργητικής επαφής του ατόμου με το περιβάλλον του και το ορίζουν ως τις εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις που κατά την κρίση του ατόμου θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις δυνατότητες που πιστεύει πως διαθέτει (DiMatteo & Martin 2008) (βλ. παράρτημα III -Θεωρητικά μοντέλα του στρες).

Το στρες είναι πολυσήμαντη έννοια και οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με αυτό το έχουν ορίσει με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους:

(α) *Τα στρεσογόνα ερεθίσματα* αναφέρονται στις καταστάσεις εκείνες ή τα συμβάντα που εκκινούν τη διεργασία του στρες (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας 2008). Στα στρεσογόνα ερεθίσματα μπορεί να περιλαμβάνονται: φυσικά φαινόμενα, τα οποία προκαλούν ρήξη στη φυσική συνέχεια των πραγμάτων, όπως οι καταστρεπτικοί τυφώνες ή οι σεισμοί, σημαντικές αλλαγές ζωής, όπως ο γάμος ή ο ερχομός ενός παιδιού, καθώς και οι ποικίλες καταστάσεις που υποβάλλουν το άτομο σε συνεχείς δοκιμασίες και το «ζορίζουν», όπως η

διαβίωση σε μια επικίνδυνη ή κακόφημη γειτονιά ή η συνεργασία με ένα παράλογο και απαιτητικό προϊστάμενο (DiMatteo & Martin 2008).

(β) Η εμπειρία του στρες αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τα στρεσογόνα ερεθίσματα. Η πιο διαδεδομένη σχετική θεωρία είναι αυτή του Lazarus και των συνεργατών του (Coyned & Lazarus 1980, Lazarus & Folkman 1984). Σύμφωνα με αυτή, ένα άτομο βιώνει αρνητικά συναισθήματα όταν αξιολογήσει μια κατάσταση ως ζημιά, πρόκληση ή κίνδυνο (πρωτογενής αξιολόγηση), καθώς και όταν κρίνει ότι οι διαθέσιμες προσωπικές ικανότητες και τα διαθέσιμα της στιγμής δεν επαρκούν ή δοκιμάζονται (δευτερογενής αξιολόγηση) (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας 2008). Η αντίληψη για το στρες εξαρτάται από μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης (γνωστικής αποτίμησης), κατά την οποία το άτομο προβαίνει σε μια εκτίμηση της σημασίας των γεγονότων και των αποθεμάτων που έχει στη διάθεσή του για να το αντιμετωπίσει (Cohaus & Lazarus, 1983; DiMatteo & Martin 2008).

(γ) Οι στρατηγικές τεχνικές τις οποίες το άτομο θα επιλέξει για να διευθετήσει τις αρνητικές καταστάσεις. Αφορούν στις προσπάθειες του ατόμου αφενός να επιλύσει ή «τακτοποιήσει» το πρόβλημα (π.χ. επίλυση προβλήματος, συγκέντρωση πληροφοριών) και αφετέρου να διευθετήσει τα αρνητικά συναισθήματα και τη διέγερση που βιώνει (π.χ. σχετική σκέψη, ονειροπόληση, άρνηση, αποφυγές) (Folkman & Lazarus 1980 στους Αναγνωστόπουλο & Καραδήμα 2008).

(δ) Το στρες περιγράφεται επίσης με την έννοια της οργανικής διέγερσης και τους τρόπους με τους οποίους ο βιολογικός εαυτός αντιδρά στα στρεσογόνα ερεθίσματα. Ένα ερέθισμα που θα αξιολογηθεί ως στρεσογόνο κινητοποιεί τον άξονα-υπόφυση-φλοιός των επινεφριδίων (ΥΠΥΦΕ) και τον άξονα συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Ο πρώτος καταλήγει στην έκκριση των γλυκοκορτικοειδών, που επηρεάζουν σειρά οργάνων και διεργασιών, ενώ ο δεύτερος προκαλεί απελευθέρωση επινεφρίνης και υπορεπινεφρίνης από το μυελό των επινεφριδίων, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν αισθήματα διέγερσης (αύξηση του καρδιακού ρυθμού) (Levine 2000). Σύμφωνα με τους Ursin και Eriksen (2004), η ανατροφοδότηση της βιολογικής και γνωστικής-συναισθηματικής διέγερσης προς τον εγκέφαλο καταλήγει στην αίσθηση του στρες («έχω στρες»). Αυτή η συνειδητοποίηση οδηγεί σε δράση, αλλά μπορεί να επιτείνει τις αντιδράσεις, όταν η αναγνώριση της κατάστασης («έχω στρες») μετατραπεί σε περαιτέρω στρεσογόνο κατάσταση.

1.2. Ορισμός του εργασιακού στρες

Το περιβάλλον εργασίας αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές χρόνιου στρες. Το στρες στον εργασιακό χώρο αναφέρεται συχνά ως εργασιακό στρες. Περιγράφεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει το άτομο όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε εργασιακούς παράγοντες ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης και έχει υποκειμενική μορφή καθώς τα ίδια δεδομένα για άλλους αποτελούν πηγή άγχους ενώ για άλλους όχι (Lazarus & Folkman 1984).

Το εργασιακό στρες, δε θεωρείται νόσος, αλλά μια κατάσταση στην οποία υποπίπτει ο οργανισμός. Μπορεί γενικά το στρες να είναι μια υποκειμενική κατάσταση δυσφορίας αλλά το εργασιακό στρες είναι αποτέλεσμα της αντίληψης του εργαζόμενου ότι υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας του και την ικανότητά του να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Η προσωπικότητά του είναι ο καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο αντίληψης και διαχείρισης μιας κατάστασης στρες (Στεφανίδου και συν. 2010). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως υγεία δε θεωρείται μόνο η απουσία της ασθένειας ή της αδυναμίας αλλά η θετική κατάσταση μιας πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Έτσι, το υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι αυτό στο οποίο δεν υπάρχει απλά και μόνο η απουσία επιβλαβών συνθηκών αλλά η προώθηση άφθονων υγιών συνθηκών.

Η πολυπαραγοντική προσέγγιση του εργασιακού στρες το θεωρεί συνέπεια υπερβολικής πίεσης, ανασφάλειας και υπερβολικών απαιτήσεων στην εργασία, με συμπτώματα τόσο σε επίπεδο συμπεριφοράς όσο και σε επίπεδο υγείας. Υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις κατά την αντίδραση έναντι του στρες, για αυτό διαφορετικά άτομα που εκτίθενται αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).

Το φαινόμενο του εργασιακού στρες έχει μελετηθεί εκτενώς και η σπουδαιότητα της αντιμετώπισής του αναγνωρίζεται σχεδόν από όλους. Αυτό το είδος στρες είναι δυνατόν να επηρεάσει δυσμενώς την παραγωγικότητα και την υγεία των εργαζομένων, να οδηγήσει σε αύξηση των χαμένων εργάσιμων ημερών λόγω ασθένειας και των εργατικών ατυχημάτων, σε αύξηση του ρυθμού ανανέωσης του εργασιακού δυναμικού και να προκαλέσει υψηλό επίπεδο ψυχικής αποδιοργάνωσης (Piko 2006).

1.2.1. Ένα θεωρητικό μοντέλο εργασιακού στρες

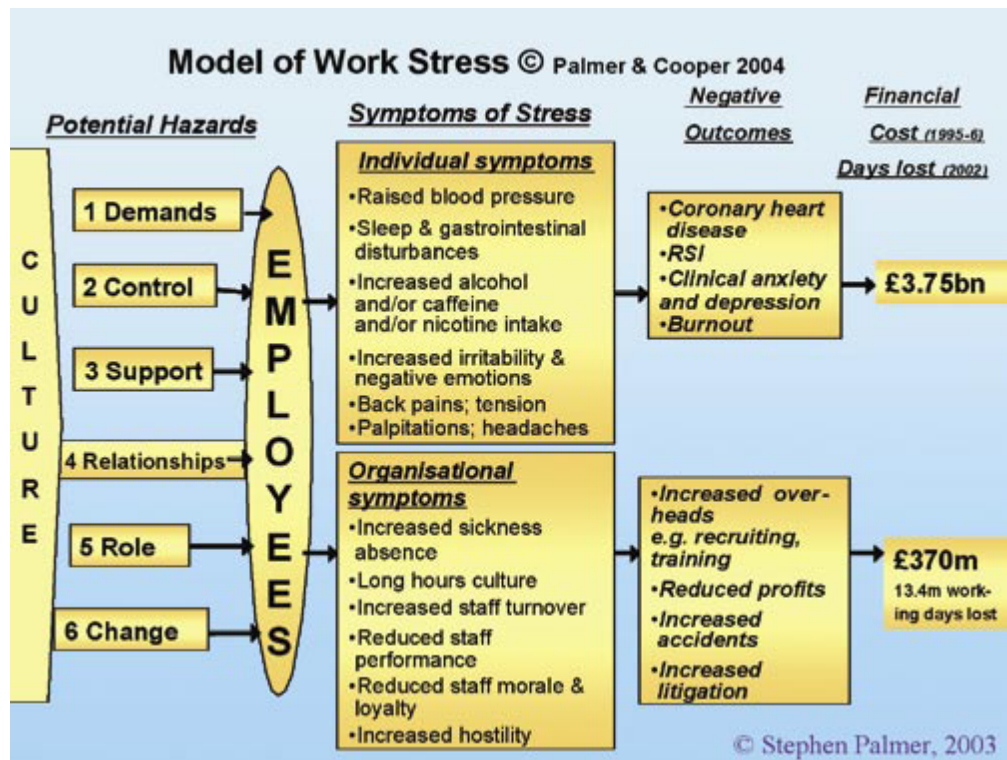
Οι Palmer et. al.(2004), ανέπτυξαν ένα μοντέλο εργασιακού στρες το οποίο μπορεί να επεξηγεί την σχέση μεταξύ στρεσογόνων παραγόντων στην εργασία, τα συμπτώματα που αυτοί οι παράγοντες επιφέρουν στους εργαζομένους και στους οργανισμούς καθώς και τα αρνητικά αποτελέσματα τα οποία ακολουθούν. Το μοντέλο περιγράφει έξι πιθανούς κινδύνους οι οποίοι επιδρούν στους εργαζομένους ενώ ταυτόχρονα επηρεάζονται από τον πολιτισμό και την κουλτούρα.

Οι έξι πιθανοί κίνδυνοι έχουν ως εξής:

1. *Απαιτήσεις*: περιλαμβάνουν την έκθεση σε διάφορα ζητήματα όπως το φόρτο εργασίας, τα πρότυπα εργασίας, το περιβάλλον εργασίας (π.χ. ο όγκος και το ωράριο εργασίας, η πολυπλοκότητα της εργασίας, οι ανέφικτες προθεσμίες).
2. *Έλεγχος*: αναφέρεται στον τρόπο που ο εργαζόμενος εξασκεί την εργασία του αλλά και στο βαθμό που εμπλέκεται σε αυτή (π.χ. ισορροπημένος έλεγχος στις συνεχείς απαιτήσεις, έλλειψη αυτονομίας, υπερβολική εποπτεία).
3. *Υποστήριξη*: περιλαμβάνει την ενθάρρυνση, την προσφορά πόρων και των αναγκαίων αναλώσιμων υλικών από τους οργανισμούς, αλλά και τους συναδέλφους (π.χ. εκπαίδευση σε βασικές διαδικασίες της εργασίας, μέριμνα για τις ατομικές διαφορές).
4. *Σχέσεις*: περιλαμβάνει την προώθηση θετικού περιβάλλοντος για την αποφυγή συγκρούσεων και μη επιθυμητών συμπεριφορών (εκφοβισμός, παρενόχληση, συγκρούσεις).
5. *Ρόλος*: αφορά στο κατά πόσο τα άτομα κατανοούν τους ρόλους τους στην εργασία και κατά πόσο οι οργανισμοί διασφαλίζουν στους εργαζομένους ότι οι ρόλοι τους δεν είναι αλληλοσυγκρουόμενοι (αποφυγή συγκρουόμενων ρόλων, σαφής περιγραφή και οριοθέτηση των καθηκόντων) .
6. *Αλλαγή*: περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός θα διαχειριστεί τις αλλαγές (μικρές ή μεγάλες) και θα τις κοινοποιήσει στους εργαζομένους (π.χ. το προσωπικό να κατανοήσει την αναγκαιότητα των αλλαγών, αποτελεσματική επικοινωνία, έκφραση προβληματισμών).

Οι ερευνητές αναφέρουν ότι το μοντέλο αυτό, προσφέρει ένα χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης των συμπτωμάτων στρες για κάθε εργαζόμενο και ταυτόχρονα δίνει τη δυνατότητα για παρέμβαση. Επομένως είναι σημαντικό οι υπεύθυνοι, για την υγεία και την ασφάλεια του προσωπικού, να μεριμνήσουν ώστε να τύχει εφαρμογής.

Πίνακας 1.1.: Το Μοντέλο του εργασιακού στρες



(Πηγή: Stephen Palmer, Cary Cooper & Kate Thomas 2004).

1.2.2. Οι αιτίες του εργασιακού στρες

Ατομικά χαρακτηριστικά, που δυνητικά οδηγούν σε εργασιακό στρες είναι τα εξής:

- Μη ρεαλιστικές προσδοκίες
- Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τις πιεστικές καταστάσεις και το πώς αντιδρά σε αυτές
- Ευαισθησία
- Έντονα ιδεολογικά στοιχεία
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Αυστηρή αυτοκριτική
- Φόβος αποτυχίας
- Αδυναμία επικοινωνίας του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή αλλά και με μέλη της οικογένειάς του
- Έκθεση του επαγγελματία υγείας στον πόνο του ασθενούς και στη θλίψη των συγγενών του.

Εξωτερικά ερεθίσματα που συμβάλλουν στο εργασιακό στρες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι τα ακόλουθα:

- Παράγοντες που αφορούν στην ίδια την εργασία
- Μονοτονία
- Πιεστικές προθεσμίες
- Εργασία με μεγάλη ταχύτητα
- Περιβαλλοντικές συνθήκες
- Διαπροσωπικές σχέσεις
- Εκφοβισμός και άλλες μορφές παρενόχλησης (Στεφανίδου και συν. 2010).

Από αποτελέσματα ερευνών βρέθηκε ότι περισσότερο στρεσογόνος είναι η εργασία που τη χαρακτηρίζουν οι υπερβολικές απαιτήσεις και επιβάλλει πιέσεις, οι οποίες δεν αντιστοιχούν στις γνώσεις και τις ικανότητες των εργαζομένων και για τις οποίες δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής ή ελέγχου ούτε στήριξης από άλλους (Luthans 2002).

Το «σύνδρομο mobbing» (Leka & Griffiths 2008), αποτελεί έναν ακόμη βλαπτικό παράγοντα στο εργασιακό περιβάλλον. Για τον όρο “mobbing” δεν υπάρχει ένας διεθνώς αναγνωρισμένος ορισμός. Προέρχεται από την αγγλική λέξη “mob”, που σημαίνει επιτίθεμαι, περικυκλώνω, ενοχλώ και εκφράζει σήμερα τη συστηματική ψυχολογική επίθεση και τη στρατηγική περιθωριοποίησης που δέχονται στο εργασιακό περιβάλλον, από τους ιεραρχικά ανώτερους ή και τους συνάδελφους οι ανεπιθύμητοι, για διάφορους λόγους, εργαζόμενοι.

Τέλος, η περίπτωση του εκφοβισμού (bullying) (Paice et.al. 2004), είναι ένας ακόμη εξωτερικός στρεσογόνος παράγοντας που παρατηρείται στον εργασιακό χώρο. Ο εκφοβισμός είναι δύσκολο να καθοριστεί επειδή οι συμπεριφορές που μπορούν να αποτελέσουν εκφοβισμό ποικίλλουν από την ανοικτή επιθετικότητα έως την εχθρότητα και τον αποκλεισμό με λεπτούς και συγκεκαλυμμένους τρόπους, όπως π.χ. συκοφαντία. Έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι ο εκφοβισμός είναι «η επαναλαμβανόμενη και η συνεχής προσπάθεια από ένα (ή πολλά άτομα) να βασανίσουν, να εξουθενώσουν, να καταπονήσουν, να εμποδίσουν, εσκεμμένα να προκαλέσουν την αντίδραση, να εξαιρέσουν ή να απομονώσουν το άλλο άτομο από το εργασιακό περιβάλλον. Είναι εκείνη η μεταχείριση που προκαλεί, πιέζει, φοβίζει, υποτιμά και που μέσα από την επανάληψή της έχει συντριπτικά αποτελέσματα».

1.2.3. Επιπτώσεις του στρες στην υγεία

Νέες μελέτες τα τελευταία χρόνια αναφέρουν την αύξηση τόσο των συμπτωμάτων, όσο και των επιπτώσεων, του εργασιακού στρες στον επαγγελματία υγείας και έχουν αντίκτυπο στην προσωπική και την κοινωνική του ζωή. Αναλυτικότερα, οι επιπτώσεις εντοπίζονται σε οργανικό επίπεδο αλλά και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο (Αναγνωστόπουλος 2008, Στεφανίδου & συν. 2010).

Επιπτώσεις σε οργανικό επίπεδο

(α). Στρες και καρδιαγγειακό σύστημα

Τη δεκαετία του 1950 οι καρδιολόγοι Friedman και Rosenman (1959) περιέγραψαν έναν τύπο προσωπικότητας που θεώρησαν ότι συνδέεται συχνά με την εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Αυτός ο τύπος ονομάστηκε προσωπικότητα τύπου Α. Η προσωπικότητα τύπου Α, χαρακτηρίζεται από μεγάλη ανταγωνιστικότητα, διαρκής αίσθηση του επείγοντος, υψηλές προσδοκίες για τον εαυτό και τους άλλους, αδυναμία χαλάρωσης, και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Άτομα τύπου Α έχουν προδιάθεση για υψηλή αρτηριακή πίεση και στεφανιαία νόσο (ΣΝ). Από μια πρόσφατη εξέταση των χαρακτηριστικών τύπου Α φάνηκε ότι επιμέρους χαρακτηριστικά, όπως η επιθετική-εχθρική συμπεριφορά (hostility), ο θυμός (anger) και ο κυνισμός (cynicism) αποτελούν ισχυρούς ανεξάρτητους παράγοντες για την εκδήλωση ΣΝ (Αναγνωστόπουλος 2008).

(β). Στρες και ανοσοποιητικό σύστημα

Οι ακριβείς μηχανισμοί που ευθύνονται για την αλληλεπίδραση του στρες με το ανοσοποιητικό σύστημα δεν έχουν διαλευκανθεί πλήρως, αλλά η ενεργοποίηση του υποθάλαμου – υποφυσιακού – επινεφριδιακού άξονα θεωρείται βέβαιη. Μία από τις βασικές αντιδράσεις του εγκεφάλου στο στρες είναι η αυξημένη παραγωγή μίας ορμόνης στον υποθάλαμο που ονομάζεται εκλυτικός παράγοντας κορτικοτροπίνης (CRF) (Krohg et.al. 2008). Αυτή η ορμόνη μεταφέρεται μέσω της κυκλοφορίας μέχρι τα επινεφρίδια για να απελευθερώσει τις στεροειδείς ορμόνες, οι οποίες είναι από τους πλέον ισχυρούς αναστολείς της λειτουργίας του ανοσοποιητικού.

Το ψυχολογικό στρες έχει δείχθει επίσης να συνδέεται με την αύξηση της ευαισθησίας σε ιογενείς λοιμώξεις. Από προγενέστερες μελέτες φαίνεται ότι οι φοιτητές Ιατρικής έχουν αυξημένο κίνδυνο μονοπυρήνωσης κατά τη διάρκεια εξετάσεων όπου κρυολογήματα και άλλες λοιμώξεις εκδηλώνονται κυρίως τα σαββατοκύριακα μετά από την πολυάσχολη και

αγωγική εβδομάδα μελέτης και εργασίας. Η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στις λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος υποστηρίζεται από πολλές μελέτες. Υπάρχει επιβεβαιωμένη σχέση μεταξύ στρες, ανάπτυξης όγκου και δραστηριότητας των λεμφοκυττάρων (Fleshner & Laudenslager 2004).

(γ). Στρες και γαστρεντερικό σύστημα

Το οξύ στρες μπορεί να προκαλέσει επιβράδυνση της γαστρικής κένωσης, καθώς και άλλες αισθητικές και κινητικές διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος. Το στρες επηρεάζει την πέψη των τροφίμων, αλλά και την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών από το έντερο. Οι εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διάρροιας αποτελούν χαρακτηριστικό σύμπτωμα στρες. Οι απαιτητικοί και εξοντωτικοί ρυθμοί εργασίας σε συνδυασμό με το στρες διαδραματίζουν σημαντικό παθογενετικό ρόλο και στην εμφάνιση πεπτικού έλκους και ιδιαίτερα του ιδιοπαθούς έλκους, αν και μέχρι στιγμής δεν υπάρχει στη διεθνή βιβλιογραφία μελέτη που να συσχετίζει αιτιολογικά το στρες με το έλκος (Αναγνωστόπουλος 2008).

(δ). Στρες και μυοσκελετικό σύστημα

Η κακή ψυχολογική κατάσταση είναι αιτία ραχιαλγίας στην αυχενική, τη θωρακική ή την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Τα μυοσκελετικά νοσήματα αποτελούν τη μεγαλύτερη αιτία επαγγελματικής εξουθένωσης και ανικανότητας των εργαζομένων σε χώρους υγείας σε Ευρώπη, Αμερική και Καναδά. Τα αποτελέσματα μελέτης που εκπονήθηκε από το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφαλείας της Εργασίας, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης μυοσκελετικών ενοχλημάτων στην Ελλάδα, έδειξε ότι η συχνότητα εμφάνισης ενοχλημάτων από την μέση ήταν 52,8%, από τον αυχένα 48,6% και από την ωμοπλάτη 43,1% (Αντωνίου & Βασιλοπούλου 2009).

(ε). Στρες και ενδοκρινικό σύστημα

Οι ψυχολογικοί παράγοντες του στρες έχουν συσχετιστεί με την ενεργοποίηση του συμπλέγματος αμυγδαλής-ιππόκαμπου. Μερικές από τις μεταβολές εντοπίζονται στον υπομέλανα τόπο, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την έκκριση των κατεχολαμινών. Οι κατεχολαμίνες κινητοποιούν το σώμα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Αρκετοί ερευνητές έφθασαν σε κάποια συμπεράσματα για τις επιπτώσεις του στρες στον οργανισμό με την μέτρηση των ποσοτήτων των κατεχολαμινών. Αποδείχθηκε ότι σε άτομα, τα οποία εκτίθενται σε ποικιλία στρεσογόνων καταστάσεων αυξάνεται σημαντικά, έστω και

προσωρινά, η δραστηριότητα του συμπαθητικού-επινεφρομυελικού συστήματος (Αναγνωστόπουλος 2008).

Επιπτώσεις σε ψυχο-κοινωνικό επίπεδο

(α). Στρες και ψυχικές διαταραχές

Υπάρχουν αρκετά ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με το εργασιακό στρες. Άτομα που δεν μπορούν να διαχειριστούν στρεσογόνες καταστάσεις, όπως θα επιθυμούσαν, εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά, εχθρικήτητα, αισθήματα ματαιώσης, παράπονα και απογοήτευση (Dormann & Zapf 2002). Η συχνότητα και η ένταση των συγκεκριμένων ψυχολογικών προβλημάτων καθορίζει τη μετέπειτα εξέλιξή τους σε διάφορες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες χρήζουν και θεραπευτικής αγωγής. Οι αγχώδεις διαταραχές (αγχώδης νεύρωση, διάσχιση) συμβαίνουν κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά από ένα τραυματικό γεγονός, διαρκούν τουλάχιστον δύο ημέρες και διακόπτονται μέσα σε ένα μήνα. Η κλινική κατάθλιψη, η οποία τείνει να περιορίζεται σε άτομα με προδιάθεση σε διαταραχές της διάθεσης είναι λιγότερο κοινή. Ωστόσο, συναισθήματα λύπης και οδύνης μπορεί να οδηγήσουν σε αναρρωτική άδεια, σε επισκέψεις σε ιατρούς και σε άλλα αιτήματα περαιτέρω βοήθειας (Στεφανίδου και συν. 2010).

(β). Μετατραυματικό Στρες

Η διαταραχή αυτή προκύπτει από καθυστερημένη ή παρατεταμένη αντίδραση σε ένα γεγονός μικρής ή μεγάλης διάρκειας εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσης. Το άτομο πιθανόν να βιώσει έντονη δυσφορία σε παρόμοιες καταστάσεις, περιλαμβανομένων των επετείων του συμβάντος. Από μελέτες φαίνεται ότι ένα ψυχικό τραύμα σε νεαρή ηλικία ή μια χρόνια αγχώδης κατάσταση μπορούν να προκαλέσουν μακράς διάρκειας και δυνητικά μη αναστρέψιμες αλλοιώσεις στο σύστημα ανταπόκρισης του στρες. Θεωρείται δεδομένο ότι οι στρεσογόνες πηγές είναι μοναδικές για κάθε άτομο, όπως πιθανώς πιστεύει και κάθε εργαζόμενος που αισθάνεται εγκλωβισμένος στην εργασία του, αλλά ο τρόπος που κάθε εργαζόμενος διαχειρίζεται τις μεταβαλλόμενες πηγές έντασης είναι η λύση για την πρόληψη της οποιασδήποτε συναισθηματικής φόρτισης (Claes 2004).

(γ). Στρες και Συμπεριφορές υγείας

Η συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στον εαυτό του αλλά και στην υγεία του (συμπεριφορές υγείας), αποτελεί σημαντικό παράγοντα υγιούς ή μη υγιούς σωματικής κατάστασης. Σύμφωνα με τον Matarazzo (1984), οι συμπεριφορές υγείας, ορίζονται ως «οι

συνήθειες με δυσμενείς συνέπειες για την υγεία (συμπεριφορές παθογένειας) και οι συμπεριφορές προστασίας της υγείας (ανοσοποιητικές συμπεριφορές)». Η Ogden (2000) τις ονομάζει ως *συμπεριφορές παθογένειας* και σε αυτές περιλαμβάνονται το κάπνισμα, η διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και ως *ανοσοποιητικές συμπεριφορές*, οι οποίες αφορούν σε τακτικό έλεγχο της υγείας και σε αναζήτηση πληροφοριών για την υγεία. Όταν ένα άτομο βιώνει στρες τότε αυξάνεται η πιθανότητα να οδηγηθεί στην υιοθέτηση συμπεριφορών που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του. Το στρες μπορεί να στρέψει την προσοχή του ατόμου αλλού με αποτέλεσμα να παραμελήσει τη φροντίδα του εαυτού του και να μην αφιερώνει χρόνο στη σωματική του άσκηση, στην ξεκούραση και στη διατροφή του. Συχνά τα άτομα στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις, υιοθετούν ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, κατανάλωση τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη και σάκχαρα (Αντωνίου 2008).

1.3. Ορισμός της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (ΕΕ).

Η έννοια της ΕΕ (burnout) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα σε χώρους όπου δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που είχαν την ανάγκη τους. Στα αγγλικά «burn out» σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των έδων μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Maslach & Jackson 1986).

Ο πλέον διαδεδομένος και αποδεκτός ορισμός της ΕΕ, ιδιαίτερα για το χώρο των επαγγελματιών υγείας, είναι αυτός της Maslach, που ορίζει το φαινόμενο ως μια εξελικτική διεργασία, όπου ο εργαζόμενος νιώθει σωματική και ψυχική εξάντληση, στα πλαίσια της οποίας χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς/πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοση και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα εαυτού (Maslach 1982). Οι τρεις κύριοι παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν σε συναισθηματική εξάντληση, σε απρόσωπη φροντίδα και σε μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων του εργαζομένου (Maslach & Jackson 1986). Οι Maslach και Jackson ισχυρίστηκαν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο επαγγελματικής εξουθένωσης που οδηγεί στην αποπροσωποποίηση και στην έλλειψη προσωπικής επίτευξης.

Από έρευνες που έχουν διενεργηθεί από πλήθος επιστημόνων, έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της ΕΕ είναι περισσότερο συχνό σε κάποια επαγγέλματα όπως γιατροί και νοσηλευτές (Jimmieson 2000). Για αυτό και αρχικά, το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, ενώ η χρήση του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα στους παθολόγους, τους οδοντιάτρους, τους νοσηλευτές, τους φυσιοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς (Demir και συν. 2003) (παράρτημα 1, Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης).

1.3.1. Θεωρητικά Μοντέλα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος.

(α). Το Μοντέλο των τριών Διαστάσεων της Maslach (1982)

Βάσει του κλασικού ορισμού της Maslach (1982), οι τρεις κύριες διαστάσεις του μοντέλου αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Η πρώτη διάσταση η «*συναισθηματική εξάντληση*» (emotional exhaustion), είναι το πρόδρομο σύμπτωμα της ΕΕ και αρχίζει με μια συναισθηματική υπερφόρτιση. Το άτομο πιθανόν να νιώσει ότι ξεπερνά τις συναισθηματικές του αντοχές, εξαιτίας των απαιτήσεων των πελατών/ασθενών ή από τις απαιτήσεις της ίδιας της εργασίας. Περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Η παράμετρος της συναισθηματικής εξάντλησης έχει θεωρηθεί ως ταυτόσημο φαινόμενο με την επαγγελματική κατάθλιψη, καθώς η αλληλεπίδραση της εξάντλησης με την προσωπικότητα και το εργασιακό περιβάλλον αναπαράγουν την καταθλιπτική ψυχή (Καρανιάδου και συν. 2006). Η δεύτερη διάσταση της ΕΕ η «*απρόσωπη φροντίδα*» (depersonalization), περιγράφει την απομάκρυνση και την αποξένωση του εργαζομένου από τους ασθενείς/πελάτες του και την εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Άλλες φορές είναι πιθανόν να εκδηλωθεί με αδιαφορία προς την αγωνία των αρρώστων ή των συγγενών τους. Ο εργαζόμενος δείχνει να μην συμμερίζεται καθόλου τον πόνο και την ταλαιπωρία του αρρώστου. Η τρίτη διάσταση ονομάζεται «*έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων*» (loss of personal accomplishment) και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στο χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του. Αποτέλεσμα αυτών είναι να μην μπορεί να αντεπεξέλθει στην πίεση του

εργασιακού χώρου. Η μείωση των ψυχικών αποθεμάτων δημιουργούν ένα γενικότερο αίσθημα δυστυχίας και δυσαρέσκειας όσον αφορά στα αποτελέσματα της εργασίας του (Leiter & Maslach 2005).

(β). Το Μοντέλο των Edelmich & Brodsky (1980)

Οι Edelmich & Brodsky (1980), περιέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της ΕΕ, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του. Συγκεκριμένα:

- *Ενθουσιασμός.* Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του αφιερώνοντας το χρόνο και τη ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.
- *Αμφιβολία και αδράνεια.* Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι σταδιακά αποιδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.
- *Απογοήτευση και ματαιώση.* Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές 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 τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο (πηγή στρες).
- *Απάθεια.* Ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαιώση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Ουσιαστικά συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντί τους.

(γ). Το Διαδραστικό Μοντέλο του Cherniss (1980)

Για τον C. Cherniss, η ΕΕ ακολουθεί μια «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν» και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

- Φάση του «εργασιακού στρες»: Πρόκειται για μια διαταραχή ανάμεσα στους απαιτούμενους και στους διαθέσιμους πόρους. 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 (EE)
- Φάση «εξατομίκευσης»: Η φάση αυτή εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, άνοιας, έλλειψη ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης. Η προσοχή του στρέφεται σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης που αν δεν τα καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και ματαίωση.
- Φάση «αποστασιοποίησης»: Ο εργαζόμενος σταδιακά αποεπενδύει συναισθήματα την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό 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.

(δ). Το Μοντέλο των Επαγγελματικών Απαιτήσεων και των Εργασιακών Πόρων

Το μοντέλο των επαγγελματικών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων (job demands – resources model, Demerouti et al. 2000), θεωρείται από τα πιο πρόσφατα και βασίζεται σε τρεις υποθέσεις. Η πρώτη υπόθεση υποστηρίζει πως σε κάθε επάγγελμα υπάρχουν οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι είναι σε θέση να δημιουργήσουν επαγγελματικό στρες. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: (1) επαγγελματικές απαιτήσεις και (2) εργασιακοί πόροι. Οι επαγγελματικές απαιτήσεις αφορούν σε εκείνες τις πλευρές της εργασίας όπου ο εργαζόμενος χρειάζεται να καταβάλει σωματική και ψυχολογική προσπάθεια ή να επιδείξει τις επαγγελματικές του δεξιότητες. Οι απαιτήσεις αυτές είναι ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις που συχνά παρατηρούνται στο χώρο εργασίας, η επαφή με τους ασθενείς, μη ευνοϊκό περιβάλλον κ.λ.π. Το κόστος των απαιτήσεων αυτών πιθανόν να είναι η δημιουργία στρες στον εργαζόμενο. Το στρες, παρατηρείται στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο εργαζόμενος δεν καταφέρνει να ανακτήσει τις δυνάμεις του μετά από μια μεγάλη προσπάθεια και αναπόφευκτα δεν είναι σε θέση να χειριστεί μια νέα εργασιακή απαίτηση. Οι εργασιακοί πόροι, αφορούν στις πηγές από τις οποίες οι επαγγελματίες παίρνουν ενέργεια αλλά και ανατροφοδότηση. Οι πόροι αυτοί θεωρούνται απαραίτητοι

προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις που το επαγγελματικό έργο έχει. Οι εργασιακοί πόροι διευκολύνουν την επίτευξη των επαγγελματικών στόχων, μειώνουν τις απαιτήσεις του επαγγέλματος και ενισχύουν την προσωπική ανάπτυξη. Οι πόροι περιλαμβάνονται σε οργανωσιακό επίπεδο (μισθός, καταξίωση, ασφάλεια στην εργασία κ.λ.π.), σε επίπεδο επαγγελματικών καθηκόντων (ποικιλομορφία στην άσκηση των καθηκόντων), σε διαπροσωπικό επίπεδο (υποστήριξη από τη διοίκηση και τους συναδέλφους) και σε επίπεδο οργάνωσης της εργασίας (σαφήνεια επαγγελματικών ρόλων) (Bakker & Demerouti 2007, Αναγνωστόπουλος 2009).

Η δεύτερη υπόθεση του μοντέλου, αναφέρει ότι υπάρχουν δύο ψυχολογικές διεργασίες. Η πρώτη επιφέρει καταπόνηση και υπερκόπωση στο χώρο εργασίας ενώ η δεύτερη ενισχύει τον εργαζόμενο και συμβάλει στην δημιουργία κινήτρων. Στην πρώτη περίπτωση οι εργασιακές απαιτήσεις, που υπάρχουν σε μακράν χρονική περίοδο, πιθανόν να κλονίσουν την υγεία και να μειώσουν τα σωματικά και ψυχικά αποθέματα του εργαζομένου. Συνέπεια αυτού είναι ο επαγγελματίας να νιώθει εξουθενωμένος χωρίς την απαραίτητη δύναμη για να προσφέρει στην εργασία του. Στην δεύτερη περίπτωση οι εργασιακοί πόροι βοηθούν στην υποκίνηση του εργαζομένου, σε ισχυρή επαγγελματική δέσμευση και χαμηλή αποπροσωποποίηση (Αναγνωστόπουλος 2009).

Η τρίτη υπόθεση αναφέρεται στην αλληλεπίδραση των επαγγελματικών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων. Υπάρχουν εργασιακοί πόροι που δρουν προστατευτικά και προφυλάσσουν τον επαγγελματία από τις αρνητικές συνέπειες των απαιτήσεων στην εργασία. Επιπλέον, όταν οι εργασιακές απαιτήσεις είναι μεγάλες, οι εργασιακοί πόροι μπορούν να συμβάλουν τόσο στην δέσμευση του εργαζομένου όσο και στην κινητοποίηση για την ολοκλήρωση του έργου του. Το μοντέλο υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση δημιουργείται όταν οι επαγγελματικές απαιτήσεις είναι μεγάλες και οι εργασιακοί πόροι λίγοι. Η έλλειψη εργασιακών πόρων οδηγεί σε κυνισμό και σε μειωμένη επαγγελματική απόδοση (Bakker et. al. 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΜΕΘ

2.1. Ιστορική αναδρομή

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας-ΜΕΘ (Intensive Care Unit-ICU) είναι ένα ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα του κάθε νοσοκομείου. Στη ΜΕΘ νοσηλεύονται και υποστηρίζονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς, των οποίων τα προβλήματα απειλούν την ζωή τους. Στις ΜΕΘ παρέχεται φροντίδα σε τρίτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης για αυτό και η παραγωγή και η παροχή των υπηρεσιών προϋποθέτει εξειδικευμένες γνώσεις, υποστηρίζεται από σύγχρονο εξοπλισμό και απαιτεί την συνεργασία πολλών ειδικοτήτων και άλλων συναφή επαγγέλμάτων (Λιαρόπουλος 2007).

Οι ανάγκες της Εντατικής Θεραπείας δημιουργούν ένα εντελώς διαφορετικό πλαίσιο λειτουργίας από τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου. Όλα τα βαριά περιστατικά, κάθε ειδικότητας, που έχουν να αντιμετωπίσουν έκπτωση ζωτικών λειτουργιών, αλλά με πιθανότητα επιβίωσης, μεταφέρονται στη ΜΕΘ έτσι ώστε να τύχουν εικοσιτετράωρη και άμεση αντιμετώπιση και ετοιμότητα σε προσωπικό και εξοπλισμό.

Η ΜΕΘ χαρακτηρίζεται σαν χώρος υψηλής εντάσεως εργασίας και ευθύνης, ιατρικής και νοσηλευτικής. Οι συνθήκες εργασίας είναι ιδιαίτερα απαιτητικές και προϋποθέτουν την επέκταση και διερεύνηση των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών που στελεχώνουν την μονάδα. Το περιβάλλον εργασίας είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο λόγω της μεγάλης θνησιμότητας και νοσηρότητας των ασθενών, της αμεσότητας στην αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων, της συχνής αντιμετώπισης ηθικών διλημμάτων αλλά και την αναγκαία χρήση και γνώση της σύγχρονης τεχνολογίας.

Η ιστορική εξέλιξη των ΜΕΘ σχετίζεται με την ανάπτυξη των αιθουσών μετεγχειρητικής ανάνηψης ή με την εμφάνιση της επιδημίας της πολιομυελίτιδας στις αρχές του 1950, όταν η χρήση της μηχανικής αναπνοής είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση της θνησιμότητας. Όμως, η εντατική θεραπεία δεν περιορίζεται μόνο στη μετεγχειρητική ανάνηψη ή τη χρήση των αναπνευστήρων. Τη δεκαετία 1960-70 δημιουργήθηκαν οι μονάδες εμφραγμάτων για την αντιμετώπιση των επιπλοκών των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου. Στη δεκαετία του 1970-80, άρχισαν να αναγνωρίζονται οι λοιμώξεις, η σήψη, η σηπτική καταπληξία καθώς και η βαρύτητα των εκδηλώσεών τους. Κατά το χρονικό διάστημα 1980-90 το ενδιαφέρον της εντατικής θεραπείας στράφηκε στην παθοφυσιολογική αντιμετώπιση του συνδρόμου της πολλαπλής οργανικής ανεπάρκειας (Πνευματικός 2007).

Σήμερα η εντατική θεραπεία αποτελεί ξεχωριστή ειδικότητα, τόσο για το ιατρικό όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων, τα οποία έχουν ως κοινό παρανομαστή τη μεγάλη βαρύτητα, την εμφάνιση επιπλοκών και την απειλή της ζωής.

Η ίδρυση νέων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και η ανάπτυξη των ήδη υπάρχουσών είναι κοινωνική απαίτηση των προηγμένων λαών. Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, μετά από σχετική μελέτη, εκτίμησε ότι οι πραγματικές ανάγκες σε κρεβάτια ΜΕΘ των νοσοκομείων που εφημερεύουν είναι 4% επί των συνολικών κρεβατιών για τα επαρχιακά νοσοκομεία και πάνω από 10% των συνολικών για τα περιφερειακά ή τα πανεπιστημιακά (Schmalenberg & Kramer 2007).

2.2. ΜΕΘ – Κυπριακή Πραγματικότητα

Η δημιουργία των ΜΕΘ στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, πραγματοποιήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970. Αρχικά αποτελούνταν από λίγες κλίνες που διατηρούνταν ξεχωριστά στα τμήματα της κάθε ειδικότητας. Πρόσφατα, δημιουργήθηκαν οι κλειστού τύπου ΜΕΘ οι οποίες δέχονται περιστατικά διαφόρων ειδικοτήτων. Οι κλειστές ΜΕΘ, παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους όσο αφορά τον τύπο, τη στελέχωση, τα περιστατικά που νοσηλεύουν και τη χωρητικότητα τους σε κλίνες (Πίνακας 1).

Στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου λειτουργούν συνολικά οκτώ ΜΕΘ. Στη Λευκωσία υπάρχουν δύο στο Γενικό Νοσοκομείο (γενική και καρδιολογική) και δύο στο Μακάρειο νοσοκομείο (παιδών και νεογνών). Στην Λεμεσό δύο στο Γενικό Νοσοκομείο (γενική και καρδιολογική-παθολογική). Στη Λάρνακα μία, στο Γενικό Νοσοκομείο (μικτή) καθώς επίσης και στην Πάφο.

Η ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας είναι κλειστού τύπου ΜΕΘ. Στη μονάδα αυτή νοσηλεύονται περιστατικά όλων των ειδικοτήτων όπως παθολογικής, γενικής χειρουργικής, νευροχειρουργικής, καρδιο-θώρακο χειρουργικής και εγκαυμάτων.

Στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, λειτουργεί και καρδιολογική μονάδα υπό την ευθύνη καρδιολόγων όπου νοσηλεύονται μόνο καρδιολογικά περιστατικά, τα οποία ασφαλώς χρήζουν εντατικής θεραπείας και φροντίδας. Στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού λειτουργούν δύο ΜΕΘ ενηλίκων. Η πρώτη ΜΕΘ, είναι ανοιχτού τύπου και περιθάλπει καρδιολογικά και παθολογικά περιστατικά ενώ η δεύτερη ΜΕΘ, η οποία πρόσφατα έχει δημιουργηθεί, είναι

κλειστού τύπου και λειτουργεί ως χειρουργική μονάδα. Οι ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας και Πάφου, είναι ανοιχτού τύπου και νοσηλεύονται παθολογικά καθώς και καρδιολογικά περιστατικά. Επιπλέον, στην Κύπρο υπάρχουν και δύο ΜΕΘ παιδών και νεογνών, κλειστού τύπου, στο Μακάρειο Νοσοκομείο στη Λευκωσία. Νοσηλεύουν βαριά περιστατικά διαφόρων ειδικοτήτων.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί είναι ότι στις κλειστού τύπου ΜΕΘ, η παρουσία των γιατρών εντατικολόγων είναι συνεχής για όλο το 24ωρο. Στις ανοιχτού τύπου ΜΕΘ την ευθύνη της θεραπείας έχουν οι επί καθηκον ειδικοί γιατροί, οι οποίοι θα κληθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό εάν παραστεί η ανάγκη, πέραν από την καθημερινή προγραμματισμένη επίσκεψη.

Πίνακας 2.1.: Χαρακτηριστικά των ΜΕΘ Δημοσίων Νοσοκομείων της Κύπρου.

ΜΕΘ	ΤΥΠΟΣ		ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ		ΚΛΙΝΕΣ
	ΑΝΟΙΚΤΗ	ΚΛΕΙΣΤΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΓΙΑΤΡΟΙ	
<u>Γ.Ν. Λευκωσίας</u> Καρδιολογική Μονάδα	X		29	10 (Ειδικοί Καρδιολόγοι και Ειδικευόμενοι)	13
<u>Γ.Ν. Λευκωσίας</u> ΜΕΘ		X	75	6 (Εντατικολόγοι)	17
<u>Γ.Ν. Λεμεσού</u> ΜΕΘ 1	X		29	Όλες οι ειδικότητες εκτός των Εντατικολόγων	11
<u>Γ.Ν. Λεμεσού</u> ΜΕΘ 2		X	28	5 (Εντατικολόγοι και Χειρουργοί)	8
<u>Γ.Ν. Λάρνακας</u>	X		30	Όλες οι ειδικότητες	11
<u>Γ.Ν. Πάφου</u>	X		22	Όλες οι ειδικότητες	8
<u>Μακάρειο Νοσοκομείο</u> ΜΕΘ Παιδών		X	21	2 Εντατικολόγοι και 2 ειδικοί Παιδίατροι	8
<u>Μακάρειο Νοσοκομείο</u> ΜΕΘ Νεογνών		X	65	5 Εντατικολόγοι	42

2.3. Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία

Η Εντατική Θεραπεία/Φροντίδα είναι κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται κυρίως με την αντιμετώπιση ασθενών με οξεία απειλητικά νοσήματα (Choe et. al. 2004). Η εντατική νοσηλευτική αναπτύχθηκε ως ειδικότητα στις ΗΠΑ το 1970 ταυτόχρονα με την ανάπτυξη της ΜΕΘ. Σήμερα τόσο στην Αυστραλία όσο και στις ΗΠΑ η εκπαίδευση παρέχεται σε μεταπτυχιακό επίπεδο ενώ στην Ευρώπη η εκπαίδευση είναι διαφορετική από χώρα σε χώρα (Baktoft et.al. 2003).

Στην Κύπρο τα τελευταία 20 χρόνια, η εκπαίδευση πραγματοποιούνταν από τη Νοσηλευτική Σχολή του Υπουργείου Υγείας. Το μεταβασικό πρόγραμμα εκπαίδευσης ήταν διάρκειας ενός έτους και κριτήριο για συμμετοχή σε αυτό ήταν τα χρόνια προϋπηρεσίας. Παρόλα αυτά, οι ανάγκες σε εξειδικευμένο προσωπικό στην εντατική νοσηλευτική δεν επαρκούν από αυτά τα προγράμματα. Κατά συνέπεια οι μονάδες δεν στελεχώνονται από νοσηλευτές οι οποίοι κατέχουν απαραίτητα γνώσεις εξειδικευμένες στην εντατική θεραπεία και φροντίδα.

2.4. Οργάνωση και Λειτουργία των ΜΕΘ

Ο τύπος, το μέγεθος και η θέση της ΜΕΘ βασίζεται στην πολιτική υγείας, στη δομή του νοσοκομείου και στα γεωγραφικά δεδομένα της κάθε περιοχής. Διάφοροι Ευρωπαϊκοί και Διεθνείς, επαγγελματικοί οργανισμοί έχουν καθορίσει τις προδιαγραφές που αφορούν σε οργάνωση και σε λειτουργία των ΜΕΘ τόσο από πλευράς χωροταξίας όσο και υλικοτεχνικής υποδομής και στελέχωσης (ESICM Guidelines 1998).

Το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου έχει θεσπίσει ειδική νομοθεσία για την ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών νοσηλευτηρίων (Νόμος 90(I) του 2001), ο οποίος προνοεί ανάμεσα σε άλλα για την οργάνωση και λειτουργία των ΜΕΘ. Σε αντίθεση με αυτό, τα δημόσια νοσηλευτήρια δεν διέπονται από σχετική νομοθεσία. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις ΜΕΘ, έχουν την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου και εκτελούν τα καθήκοντα της θέσης τους σύμφωνα με τα σχέδια υπηρεσίας και τις εκάστοτε πρόνοιες του περί Δημόσιας Υπηρεσίας Νόμου (Ν. 1 του 1990).

Στην Κύπρο οι ΜΕΘ είναι κάτω από την εποπτεία και την διεύθυνση του δημόσιου νοσοκομείου στο οποίο στεγάζονται και κατ' επέκταση του Υπουργείου Υγείας. Επομένως στις διοικητικές τους διαδικασίες παρατηρείται γραφειοκρατία, ιεραρχικές δομές και απουσία κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης των αποτελεσμάτων τους, στοιχείο το οποίο παρατηρείται και με τα υπόλοιπα τμήματα ενός δημόσιου νοσοκομείου (Golna et.al. 2004).

Η θέση της ΜΕΘ στο νοσοκομείο θεωρείται σημαντικός παράγοντας για την ομαλή λειτουργία της μονάδας αλλά και για την ασφάλεια των ασθενών. Απαραίτητο είναι να υπάρχει εύκολη επικοινωνία και πρόσβαση με το χειρουργείο, το τμήμα επειγόντων περιστατικών, τα απεικονιστικά εργαστήρια και κυρίως τον αξονικό τομογράφο καθώς και με τις υπόλοιπες μονάδες του νοσοκομείου. Στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι εφικτό, θα

πρέπει να λαμβάνονται στοιχειώδη μέτρα της πιο απρόσκοπτης, κατά το δυνατόν, επικοινωνίας με αυτά τα τμήματα. Οι μετακινήσεις των ασθενών της ΜΕΘ είναι κατά κανόνα επικίνδυνες. Συστήματα και μηχανήματα υποστήριξης συνοδεύουν συνήθως τον άρρωστο παράλληλα με το προσωπικό. Οι διάδρομοι, οι ανελκυστήρες κλπ, θα πρέπει να είναι λειτουργικά σε μια τέτοια κατεύθυνση (Ρούσος 2000).

Το μέγεθος της ΜΕΘ θεωρείται σημαντικό για την αποδοτικότητα του έργου της. Μεγάλες μονάδες άνω των 20 κρεβατιών διευθύνονται πιο δύσκολα. Η οργάνωση τους σε υποτμήματα, με κάποια σχετική αυτονομία μεταξύ τους, έχει αποδείξει ασύγκριτα πλεονεκτήματα. Η δαπάνη σε εξοπλισμό ανά ασθενή είναι σαφώς μικρότερη, ενώ η διακίνηση των ασθενών είναι μεγαλύτερη. Βαριά και δύσκολα περιστατικά που λιμνάζουν στις ΜΕΘ, δημιουργούν φορτισμένο περιβάλλον, γεγονός το οποίο προκαλεί στρες και απογοήτευση στους εργαζομένους. Αυτή η εικόνα αναγκαστικά επικρατεί στις μικρές ΜΕΘ. Αντίθετα η ποικιλία των περιστατικών στις μεγάλες μονάδες, προσφέρει περισσότερες ευκαιρίες στην εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και συναισθήματα αισιοδοξίας και ικανοποίησης (Woodrow 2000).

2.5. Ανθρώπινο δυναμικό και ΜΕΘ

Βασική προϋπόθεση για ένα καλό αποτέλεσμα αναφορικά με τη φροντίδα του αρρώστου, αποτελεί η άριστη συνεργασία και επικοινωνία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες θα πρέπει να είναι καθαρά οριοθετημένες. Οι γιατροί έχουν την ευθύνη των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων και μεριμνούν για τη σωστή παρακολούθηση. Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη της εκτέλεσης της νοσηλείας και την παρακολούθηση της πορείας των ασθενών.

Αναφορικά με τις ευθύνες και τις αρμοδιότητες στις περισσότερες ΜΕΘ ισχύουν τα εξής:

α) Ιατρικό προσωπικό. Ο διευθυντής της ΜΕΘ έχει τη συνολική ευθύνη της λειτουργίας του τμήματος. Απαιτείται να έχει την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση ώστε να κατευθύνει το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο και να δίνει τις δέουσες λύσεις στα επιστημονικά προβλήματα. Οι επιμελητές της μονάδας, επιβλέπουν κάθε ενέργεια στο τμήμα και ασκούν υπεύθυνα τα καθήκοντα τους σε 24ωρη βάση. Κατευθύνουν και επιβλέπουν τις θεραπευτικές πράξεις των ασκούμενων γιατρών, το χειρισμό του εξοπλισμού καθώς και την ορθότητα των νοσηλευτικών πράξεων.

β) *Νοσηλευτικό προσωπικό.* Οι νοσηλευτές εργάζονται σε πλήρη απασχόληση και σημαντικό είναι να τυγχάνουν ειδικής εκπαίδευσης και εξειδίκευσης στην εντατική νοσηλεία και στην επείγουσα νοσηλευτική αντιμετώπιση. Ο επαρκής αριθμός των νοσηλευτών ανά κρεβάτι εξαρτάται από το επίπεδο της ΜΕΘ και πρέπει να εξασφαλίζει την κάλυψη σε 24ωρη βάση. Ο συνολικός αριθμός είναι απόρροια των εργασιακών δικαιωμάτων της πενθήμερης εργασίας σε κυκλικό ωράριο. Ο αριθμός των νοσηλευτών στις ΜΕΘ ανάλογα με το επίπεδό τους, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (1995) θα πρέπει να είναι όπως φαίνεται στον πίνακα 2 που ακολουθεί.

Πίνακας 2.2.: Νοσηλευτική στελέχωση ΜΕΘ.

Επίπεδο ΜΕΘ	Σχέση νοσηλευτών - ασθενών σε συνεχή βάρδια	Απαιτούμενος συνολικός αριθμός νοσηλευτών/ κλίνη
III (Υψηλότερο)	1/1	6
II	1/1.6	4
I (Χαμηλότερο)	1/3	2

Η ανεπαρκής νοσηλευτική κάλυψη αποδεδειγμένα σχετίζεται με σοβαρά και ανεπιθύμητα συμβάντα που πιθανόν να αφορούν σε νοσηλεία σε παρακολούθηση ή σε ανεπαρκή ασφάλεια του ασθενούς. Στοιχεία από τη βιβλιογραφία, δείχνουν ότι το αυξημένο νοσηλευτικό φορτίο αποτελεί παράγοντα κακής έκβασης σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς (Pronovost 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σε αρκετές μελέτες διερευνήθηκαν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη στρες και κατ' επέκταση στην εμφάνιση του φαινομένου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (ΕΕ) στους Νοσηλευτές. Το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχισμό τους. Επιπλέον, το περιβάλλον εργασίας όπου δραστηριοποιούνται, δημιουργεί ένταση η οποία επιδρά σε σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά επίπεδα (Aiken et. al. 2002, Κορομπέλη 2004, Ρούπα και συν. 2008). Αναλυτικότερα, το στρες και η ΕΕ πιθανόν να συσχετίζονται με παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, με ατομικούς παράγοντες (χαρακτηριστικά προσωπικότητας) και με παράγοντες που σχετίζονται με την επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.

3.1. Περιβάλλον εργασίας

Από τους παράγοντες που πηγάζουν από το περιβάλλον εργασίας, αυτοί που συστηματικά αναδεικνύονται ως οι πλέον σημαντικοί είναι ο φόρτος εργασίας, τα υψηλά επίπεδα στρες, οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τη διοίκηση, η ικανοποίηση από την εργασία και το κυκλικό ωράριο. Αναλυτικότερα:

(α). Φόρτος Εργασίας

Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν το φόρτο εργασίας ως επιβαρυντικό παράγοντα για τη δημιουργία στρες και ΕΕ στους νοσηλευτές. Οι Xianyu και Lambert (2006), πραγματοποίησαν περιγραφική έρευνα, σε δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην Κίνα με σκοπό την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ στρεσογόνων παραγόντων, στρατηγικών αντιμετώπισης και της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών. Η επιλογή του δείγματος έγινε με δειγματοληψία ευκολίας και συμμετείχαν 92 προϊστάμενοι νοσηλευτές. Οι συμμετέχοντες, απάντησαν σε 4 ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων, Nursing Stress Scale, Ways of coping Questionnaire, SF-36 Health Survey). Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρουν το φόρτο εργασίας ως το πρώτο βασικό στρεσογόνο παράγοντα. Όσον αφορά τους προϊστάμενους, φαίνεται πως το έργο τους επιβαρύνεται περισσότερο, αφού σκοπός τους δεν είναι μόνο η προσφορά ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή αλλά και η σωστή και δίκαιη διοίκηση στο προσωπικό. Η έρευνα αναφέρει επίσης

πως η έλλειψη προσωπικού αποτελεί ακόμα ένα σημείο το οποίο δυσκολεύει τις συνθήκες εργασίας.

Οι Jourdain και Chênevert (2009), σε έρευνα που διεξήγαγαν σε δημόσια νοσοκομεία στον Καναδά κατάληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα. Συγκεκριμένα, το τελικό δείγμα τους αποτέλεσαν 1636 εγγεγραμμένοι νοσηλευτές οι οποίοι απάντησαν σε ερωτηματολόγιο το οποίο αξιολογούσε τις εργασιακές απαιτήσεις και τους εργασιακούς πόρους και περιλάμβανε τα εξής : την ποσοτική κλίμακα αξιολόγησης του φόρτου εργασίας (Carlan et. al. 1980), τη μέτρηση της εργασιακής συμπεριφοράς και των συγκρούσεων (Rizzo et.al. 1970), την επίδραση της οικογένειας στην εργασία (Gutek et.al. 1991), τις στρεσογόνες συνθήκες που δημιουργούνται από τις σχέσεις με γιατρούς και ασθενείς (Motowidlo et.al. 1986), την υποκίνηση του προσωπικού στην εργασία η οποία περιλάμβανε: την υποστήριξη από τους υπευθύνους και τους συναδέλφους και κλίμακες αξιολόγησης για την αναγνώριση από τους γιατρούς και τους ασθενείς (Eisenberger et. al.). Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε: τις 2 διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα, από το MBI (Maslach Burnout Inventory), την κλίμακα επαγγελματικής δέσμευσης (Meyer et. al. 1993) και την κλίμακα κατάθλιψης του Beck (1978). Τα αποτελέσματα της έρευνας, μεταξύ άλλων υποστηρίζουν, ότι οι εργασιακές απαιτήσεις έχουν θετική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση και ο παράγοντας φόρτος εργασίας, έχει την πιο δυνατή σχέση η οποία δημιουργεί ψυχοσωματικά προβλήματα στους νοσηλευτές. Επιπλέον η συναισθηματική εξάντληση έχει θετική συσχέτιση με την απρόσωπη φροντίδα . Όσον αφορά στους εργασιακούς πόρους αναφέρεται η σημαντική συσχέτιση με την απρόσωπη φροντίδα καθώς και η τάση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμα.

Η Καρανικόλα και συν. (2008), σε μια ποιοτική διερεύνηση των παραγόντων της επαγγελματικής ικανοποίησης σε νοσηλευτικό προσωπικό, υποστήριξαν πως ο έντονος φόρτος εργασίας έχει ως αποτέλεσμα την σωματική και ψυχική επιβάρυνση και κατ' επέκταση την τάση για αποχώρηση από το επάγγελμα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε έξι δημόσια και δύο ιδιωτικά νοσοκομεία ενηλίκων της Αττικής. Τα άτομα εργάζονταν σε παθολογικά - χειρουργικά τμήματα, σε ΜΕΘ και σε Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Το δείγμα αποτέλεσαν 18 νοσηλευτές οι οποίοι επιλέχθηκαν με σκόπιμη δειγματοληψία και η συλλογή των δεδομένων έγινε με συνεντεύξεις.

Άλλες έρευνες που ενισχύουν τα πιο πάνω, αναφέρουν πως ο φόρτος εργασίας, καθώς και η έλλειψη προσωπικού δημιουργούν αυξημένη σωματική και ψυχολογική κόπωση έτσι ώστε ποσοστό 5% των νοσηλευτών που βιώνουν εξουθένωση να εγκαταλείπουν το επάγγελμα (Aiken et.al. 2002). Παρόμοια αποτελέσματα επεσήμαναν και οι Prines et.al. (2002), οι οποίοι διεξήγαγαν σχετική έρευνα σε νοσοκομείο του Ισραήλ. Οι συγγραφείς αναφέρουν τον όγκο εργασίας ως τον πρώτο παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αποχώρηση από το επάγγελμα και υποστηρίζουν πως η σχέση αυτή επηρεάζεται από επιμέρους παράγοντες που αφορούν σε μη επαρκή χρόνο για ποιοτική εργασία, δύσκολα περιστατικά και γραφειοκρατικές διαδικασίες.

Ο φόρτος εργασίας αποτελεί ισχυρό παράγοντα πρόκλησης εργασιακού στρες και ΕΕ στις ΜΕΘ. Η πίεση του χρόνου και η πολυπλοκότητα των καθηκόντων που πρέπει να εκτελεστούν αλλά και η χρήση της τεχνολογίας αυξάνει τον όγκο εργασίας που οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ έχουν να εκπληρώσουν. Αρκετοί είναι οι ερευνητές που επικέντρωσαν το ενδιαφέρον τους στις ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, οι Eduardo dos Santos et.al. (2009), πραγματοποίησαν μια συγχρονική περιγραφική, έρευνα σε νοσοκομείο του Sao Paolo. Το δείγμα τους αποτέλεσαν 34 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν σε γενική και σε καρδιολογική ΜΕΘ. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο των Maslach and Jackson (MBI-HSS). Όσον αφορά το φόρτο εργασίας υποστήριξαν πως ο αριθμός των ασθενών που ο κάθε νοσηλευτής αναλαμβάνει να παρέχει φροντίδα είναι σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας ο οποίος σταδιακά οδηγεί στην πρόκληση ΕΕ. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που είχαν τα ψηλότερα ποσοστά και στις τρεις διαστάσεις της ΕΕ ήταν αυτοί οι οποίοι εργάζονταν 36 ώρες/βδομάδα.

Τον εργασιακό φόρτο, την κόπωση και το στρες, επιβεβαιώνουν και τα αποτελέσματα μιας πολυεθνικής προοπτικής μελέτης που αφορούσε στη συλλογή στοιχείων 1.328 ασθενών σε 113 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), 27 χωρών, περιλαμβανομένης και της Ελλάδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν σφάλματα στη χορήγηση ενέσιμων φαρμάκων, όπως λανθασμένη δόση, λάθος φάρμακο, λανθασμένος τρόπος και χρόνος χορήγησης, καθώς και παράλειψη κάποιας δόσης. Συγκεκριμένα, ο φόρτος εργασίας και η κόπωση συνετέλεσαν ώστε 1 στους 3 ασθενείς να είναι θύμα λαθών. Στην ίδια μελέτη, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, αναφέρεται ότι ο αριθμός των νοσηλευτών μέσα στη ΜΕΘ πρέπει να είναι έξι φορές μεγαλύτερος από τον αριθμό των κλινών, όταν αντιμετωπίζονται πολύ βαριά περιστατικά (Valentin et.al. 2009).

Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι ο φόρτος εργασίας και η ανεπαρκής στελέχωση συμβάλει στη ανάπτυξη εργασιακού στρες στους νοσηλευτές καθώς επίσης και στην πιθανότητα να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (Demetouti et.al. 2000, Gabbie et.al. 2002, Jenkins & Elliott 2004, Chang et.al. 2004). Επιπρόσθετα, διαφάνηκε πως η αύξηση του όγκου εργασίας έχει ανάλογη σχέση με τη συναισθηματική εξάντληση, την ελάττωση των προσωπικών επιτευγμάτων και την απρόσωπη φροντίδα (Montgomery et.al. 2006). Άλλοι ερευνητές τονίζουν τον κρίσιμο ρόλο που διαδραματίζει ο όγκος εργασίας στην προαγωγή του στρες που δίνει την αίσθηση στους νοσηλευτές ότι είναι αβοήθητοι (Gabbie et.al. 2002, Κουτελέκος & Πολυκαριώτη 2007).

(β). Κυκλικό Ωράριο Εργασίας

Η εργασία με εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο αποτελεί αναπόφευκτη πραγματικότητα για το νοσηλευτικό επάγγελμα αφού η παροχή φροντίδας πρέπει να διατίθεται επί 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, 365 ημέρες το χρόνο. Το κυκλικό ωράριο παραβιάζει το φυσιολογικό κύκλο των κερκάρδιων ρυθμών, έχοντας ως συνέπεια επιπτώσεις στη σωματική, στην ψυχική υγεία, αυξάνει τον κίνδυνο των επαγγελματικών και προσωπικών ατυχημάτων, καθώς επίσης διαταράσσει την κοινωνική και την οικογενειακή ζωή των εργαζομένων (Edéll-Gustafsson 2002, Κορομπέλη & Σουρτζή 2010, Γκριζιώτη και συν. 2010).

Πολλές έρευνες πιστοποιούν ότι το στρες και η ΕΕ παρουσιάζεται ειδικά σε άτομα που εργάζονται μονίμως σε νυχτερινή βάρδια (Poissonnet & Veron 2000, Κορομπέλη 2004). Η αποδιοργάνωση του κερκάρδιου ρυθμού μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της ψυχοκοινωνικής δομής του εργαζομένου με συνέπεια κατάθλιψη και στρες. Το εναλλασσόμενο ωράριο επηρεάζει κατά κύριο λόγο την κοινωνική ζωή αλλά και την κοινωνική ενσωμάτωση. Συνέπεια αυτού είναι οι εργαζόμενοι να έχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχοσωματικών νοσημάτων (Embriaco et. al. 2007). Επιπλέον, το σύστημα βάρδιας και το φαινόμενο «shift lag» που το χαρακτηρίζει επιφέρει κούραση, υπνηλία, λήθαργο, αϋπνία, μειωμένη επιδεξιότητα και απόδοση. Μακροχρόνια αυτές οι διαταραχές επιφέρουν μόνιμες και σοβαρές επιπλοκές και συμπτώματα που κατά κύριο λόγο χαρακτηρίζουν την ΕΕ (Κορομπέλη 2004).

Σε έρευνα τους οι Κορομπέλη, Κτενά και Κικεμένη (2006), σε σχέση με την επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού, πιστοποιούν τις αλλαγές που επιφέρει στην ποιότητα ζωής τους. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με το

ερωτηματολόγιο Survey of Shiftworkers (SOS) και διανεμήθηκε σε 154 νοσηλευτές που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο ενός Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου της Αττικής. Στην ομάδα των ερωτήσεων που σχετίζονται με το πόσο κουρασμένος ή ενεργητικός συνήθως αισθάνεται ο εργαζόμενος ανεξάρτητα από αν είχε αρκετό ύπνο ή εργάστηκε πολύ σκληρά, διαπιστώθηκε ότι ορισμένοι άνθρωποι "υποφέρουν" από μόνιμη κόπωση ακόμα και τις μέρες των διακοπών. Ο τρόπος που συνήθως οι νοσηλευτές συμπεριφέρονται όσο αφορά στη διάθεση και στο ωράριο εργασίας, το 40% δήλωσε ότι "σπάνια" η διάθεση του έχει εναλλαγές, το 36,7% ότι "συχνά" έχει κακή διάθεση χωρίς λόγο, το 43,8% ότι "συχνά" έχει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιο φιλικό πρόσωπο όταν είναι ενοχλημένος από κάτι, το 51,3% θα χαρακτήριζε τον εαυτό του ότι "συχνά" βρίσκεται σε ένταση. Στο κατά πόσο το εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο επηρεάζει την προσωπική και κοινωνική ζωή το 60% των νοσηλευτών απάντησε ότι η βάρδια επηρεάζει "πολύ" την οικογενειακή ζωή και το 58,8% ότι επηρεάζει πολύ τις δραστηριότητες ενός σπιτιού. Τέλος, η έρευνα αναφέρει πως τα άτομα με περισσότερα χρόνια εμπειρίας αντιμετωπίζουν το φόρτο εργασίας πιο βαρύ στην νυχτερινή βάρδια.

Οι Μαρβάκη και συν. (2007), πραγματοποίησαν έρευνα με σκοπό την διερεύνηση της επίδρασης της εργασίας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαίο τρόπο και το αποτέλεσαν 282 επαγγελματίες υγείας (204 νοσηλευτές και 78 βοηθοί νοσηλευτών). Για τη συλλογή δεδομένων αναπτύχθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων κλειστού τύπου. Τα αποτελέσματα της έρευνας μεταξύ άλλων αναφέρουν πως, το κυκλικό ωράριο αποτελεί ανατρεπτικό παράγοντα για τις κοινωνικές δραστηριότητες των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, πολύ λιγότεροι από το 50% των συμμετεχόντων φάνηκαν να βρίσκουν χρόνο για συνάντηση με φίλους, για περπάτημα ή για άλλη διασκέδαση. Οι εργαζόμενοι με ωράριο αναφέρουν ότι έχουν λιγότερους φίλους και αρέσκονται σε μοναχικές δραστηριότητες τις ώρες που δεν εργάζονται, συγκριτικά με εργαζομένους με πρωινό ωράριο. Επιπλέον η εργασία σε βάρδιες προκαλεί μεγάλο βαθμού δυσαρέσκεια στον εργαζόμενο και στην οικογένειά του. Η οικογενειακή ζωή μπορεί να επηρεαστεί από την εργασία τους ή και το αντίστροφο, καθώς οι συχνές βάρδιες οδηγούν στην αποξένωση των μελών της.

Επιπρόσθετα άλλες έρευνες, αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με σύστημα τριών εναλλασσόμενων ωραρίων έχουν περισσότερα συμπτώματα άγχους συγκριτικά με συνάδελφους τους που απασχολούνταν σε συστήματα δύο ωραρίων εργασίας. Το συχνά εναλλασσόμενο σύστημα βαρδιών οδηγεί σε συμπτώματα όπως αϋπνίες ή αντίθετα υπνηλία,

αδιαθεσία και διαταραχές στη διάθεση (Harrisson et.al. 2002). Διαπιστώθηκε επίσης, ότι η νυχτερινή απασχόληση αυξάνει την πιθανότητα λύσης ενός γάμου και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για γυναίκα. Η πλειοψηφία των αντρών επειδή αναλαμβάνουν τη φροντίδα των παιδιών τους, βρίσκουν τη δραστηριότητα αυτή ως ανεπιθύμητη, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα λύσης του γάμου (Presser 2000).

Στις ΜΕΘ, οι νυχτερινές βάρδιες και η κόπωση που επιφέρουν στο προσωπικό επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση. Σε έρευνα τους οι Novak και Auvil-Noval (1996), μελέτησαν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ΜΕΘ αναφορικά με το κυκλικό ωράριο. Το 95% των συμμετεχόντων ανέφεραν πως ενεπλάγησαν ή κατάφεραν να αποφύγουν τροχαίο ατύχημα ενώ πήγαιναν ή επέστρεφαν από την εργασία τους. Το γεγονός αυτό θεωρήθηκε από τους συμμετέχοντες πολύ σημαντικό και το συσχέτισαν με την έλλειψη ύπνου, την ανάγκη να είναι σε κατάσταση εγρήγορσης αλλά και την κόπωση που η νυχτερινή υπηρεσία επιφέρει.

Οι Inhauser και συν. (2008), πραγματοποίησαν συγχρονική-περιγραφική μελέτη, με σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας του ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ. Το δείγμα αποτέλεσαν 75 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Σάο Πάολο. Το 81% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας 38 χρόνια. Τα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας ήταν: το Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) και το Epworth Sleepiness Scale (ESS). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν το 97.3% των συμμετεχόντων να έχουν φτωχή ποιότητα ύπνου και 70.6% να παρουσιάζουν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Σύμφωνα με τους ερευνητές η κακή ποιότητα ύπνου είναι συνυφασμένη με σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις καθώς επιβαρύνει τον επαγγελματία νοσηλευτή καθιστώντας τον ανίκανο να ανταποκριθεί στις επαγγελματικές και κοινωνικές του υποχρεώσεις. Η χρόνια κόπωση και εξάντληση σταδιακά οδηγούν στην εξουθένωση του νοσηλευτή.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν συγκρουόμενα στοιχεία σχετικά με τη συσχέτιση του ωραρίου εργασίας και της διανοητικής και φυσικής έκβασης της υγείας των νοσηλευτών. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές που μπορούν να επιλέξουν το συνδυασμό βάρδιών τους, παρουσιάζουν λιγότερο στρες και αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους (Josten et.al. 2003, Κορομπέλη & Σούρτζη 2010). Επιπρόσθετα, ο Sveinsdottir (2006), σε έρευνα του έδειξε πως δε βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε

ασταθές ωράριο και σε αυτούς που εργάζονταν μόνο ημερήσιες βάρδιες σε σχέση με το βαθμό στρες και ΕΕ. Τέλος, η Ruggiero (2004), αναφέρει ότι δε βρέθηκε διαφορά όσον αφορά σε εξάντληση, ανάμεσα σε νοσηλευτές ΜΕΘ που εργάζονταν είτε σε ημερήσια, είτε σε νυχτερινή βάρδια.

(γ). Εργασιακή Ικανοποίηση

Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ΕΕ των νοσηλευτών και στην ικανοποίηση από την εργασία τους (Kalliath & Morris 2002, Piko 2006). Η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται θετικά με σοβαρή συναισθηματική εξάντληση, μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα και έντονα συναισθήματα απρόσωπης φροντίδας (Piko 2006, Liakopoulou et.al. 2007).

Οι Μαρβάκη και συν. (2007), μελέτησαν την επίδραση της εργασίας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 282 νοσηλευτές, οι οποίοι απάντησαν σε ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων κλειστού τύπου. Διαπίστωσαν πως οι νοσηλευτές πολύ συχνά αναζητούν άλλη απασχόληση εξαιτίας των δύσκολων συνθηκών, καθώς και της μερικής ικανοποίησης που λαμβάνουν από αυτή. Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (34,4% και 32%) ανέφερε ότι συχνά ένιωθε το αίσθημα κόπωσης και είχε πονοκεφάλους. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τα αντίστοιχα άλλων ερευνών που ενισχύουν την άποψη ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα συνδέεται με αίσθημα κόπωσης και μειωμένης ικανοποίησης από την εργασία που συχνά φθάνει στα όρια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Θεοδωράτου και συν. 2003).

Ερευνητές του πανεπιστημίου Pennsylvania (Aiken et al. 2002) μελέτησαν την εργασιακή ικανοποίηση και την ΕΕ σε σχέση με την αυξημένη αναλογία ασθενή/νοσηλευτή καθώς και τη θνησιμότητα που επέρχεται λόγω μη ικανοποιητικής στελέχωσης. Πραγματοποίησαν συγχρονική-περιγραφική έρευνα και το δείγμα τους αποτέλεσαν 10,184 νοσηλευτές από 168 νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, διαπίστωσαν πως η αυξημένη αναλογία ασθενή νοσηλευτή οδηγεί σε αρνητικά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και κατ' επέκταση σε ψηλά ποσοστά στρες/εξουθένωσης. Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι 43% των νοσηλευτών που βιώνουν εξουθένωση δηλώνουν την πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν την εργασία τους στον επόμενο ένα χρόνο, έναντι 11% των νοσηλευτών που δήλωσαν να εγκαταλείψουν την εργασία τους για άλλους λόγους.

Οι Karanicola et. al. (2007), διεξήγαγαν περιγραφική-συσχετιστική έρευνα, με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αυτοεκτίμησης και επαγγελματικής ικανοποίησης στους Έλληνες νοσηλευτές. Το δείγμα τους αποτέλεσαν 154 νοσηλευτές οι οποίοι επιλέγηκαν με τυχαία δειγματοληψία και προέρχονταν από ένα δημόσιο και δύο ιδιωτικά νοσοκομεία ενηλίκων. Οι συμμετέχοντες απάντησαν στα ερωτηματολόγια: Maslach Burnout Inventory, Berger's Scale και Index of Work Satisfaction. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μέτρια ως χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση. Επιπλέον, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από το επαγγελματικό κύρος. Οι Έλληνες νοσηλευτές αντιμετωπίζουν περιορισμένες ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης και έλλειψη αυτονομίας, γεγονός που οδηγεί στην μη ικανοποίηση από την εργασία και στο στρες. Στην έρευνα επίσης, υποστηρίζεται ότι στις ΜΕΘ οι νοσηλευτές παρουσιάζουν ψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Επιπλέον, τα ψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας και συναισθηματικής εξάντλησης επιφέρουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία.

Διαφαίνεται χαρακτηριστικά η εμβέλεια και βαθμός επηρεασμού στη σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης στις πιο πάνω έρευνες. Οι Maslach και Schaufeli (1993), ερμηνεύοντας τη σχέση αυτή δηλώνουν ότι η εξουθένωση και η επαγγελματική ικανοποίηση δε δομούνται ταυτόσημα, αλλά αλληλοσυνδέονται. Εγείρουν ωστόσο το ερώτημα: «Είναι η μείωση της Επαγγελματικής ικανοποίησης που οδηγεί σε εξουθένωση ή η εξουθένωση οδηγεί σε μη επαγγελματική ικανοποίηση». Παράλληλα, διαπιστώνουν ότι και τα δύο θέματα μπορεί να προκληθούν από άλλους παράγοντες, όπως δυσμενείς εργασιακές συνθήκες.

(δ). Φυσικοί και βιολογικοί παράγοντες

Το ίδιο το φυσικό περιβάλλον συμβάλει στην ανάπτυξη ΕΕ, ιδιαίτερα στα τμήματα που νοσηλεύονται ασθενείς με αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Για τους επαγγελματίες υγείας, η παροχή ασφάλειας κατά την εργασία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ακεραιότητα και επάρκειά τους, ώστε να είναι δυνατή η πληρέστερη παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν παράγοντες κινδύνου οι οποίοι υπονομεύουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου (Smith και συν. 2006).

Σε σχέση με τους βιολογικούς παράγοντες κινδύνου, οι περισσότερες έρευνες εστιάζονται στην ηπατίτιδα Β (Περδικάρης και συν. 1999, Rounaras et. al. 1999). Σε προοπτική μελέτη που αφορούσε σε τραυματισμούς από αιχμηρά αντικείμενα στο προσωπικό νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης, βρέθηκε ότι συμβαίνουν 2,4 τραυματισμοί ανά 100 άτομα υγειονομικού προσωπικού το χρόνο. Επισημαίνεται ότι τα ποσοστά είναι ενδεχομένως σημαντικά υψηλότερα, αφού πολλά από τα ατυχήματα δεν καταγράφονται, λόγω της χρονοβόρας διαδικασίας, της υποτίμησης του κινδύνου κλινικής εκδήλωσης του λοιμώδους νοσήματος και της λανθασμένης πεποίθησης ότι δεν μπορεί να προσφερθεί προστασία μετά το συμβάν. Τα μεγαλύτερα ποσοστά τραυματισμών αντιστοιχούν στους νοσηλευτές και τα λιγότερα στους ιατρούς, με τους χειρουργούς να τραυματίζονται συχνότερα. Οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας τραυματίζονται συχνότερα από τους άνδρες. Στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 21 και 31 ετών αντιστοιχούν τα υψηλότερα ποσοστά τραυματισμών. Οι περισσότεροι τραυματισμοί συμβαίνουν στους θαλάμους, λιγότεροι στις χειρουργικές αίθουσες, στις ΜΕΘ και στα μικροβιολογικά εργαστήρια. Συχνότερος τραυματισμός είναι αυτός που γίνεται με βελόνα και συγκεκριμένα, κατά την επανατοποθέτηση του προστατευτικού καλύμματος. Οι τραυματισμοί από βελόνα αποτελούν ένα σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα για τους νοσηλευτές ο οποίος σε πολλές περιπτώσεις είναι ικανός να επηρεάσει και τις οικογενειακές τους σχέσεις (Rounaras et. al. 1999).

Έρευνα που έγινε σε 100 νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ, διαπιστώθηκε πως το εργασιακό περιβάλλον είναι παράγοντας ο οποίος οδηγεί σε στρες και ΕΕ. Συγκεκριμένα, του κουδούνισμα του τηλεφώνου και οι προειδοποιητικοί ήχοι των monitors θεωρούνται οι πιο συνηθισμένοι στρεσογόνοι ήχοι που οδηγούν σε υπερένταση, στην εμφάνιση πονοκεφάλου και στην εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων μετά από μακροχρόνια έκθεση. Σε ψυχολογικό επίπεδο τα συμπτώματα εντοπίζονται σε αρνητική συμπεριφορά, ανεπαρκή παρατεταμένη μνήμη, ελλιπή κρίση, μειωμένη ευαισθησία και ΕΕ (Κορομπέλη 2004).

Ο θόρυβος έχει καταγραφεί ως ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας στην επαγγελματική υγεία, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Δημιουργεί μείωση της απόδοσης και παράλληλα προκαλεί ψυχολογική και σωματική ένταση. Οι κύριες πηγές θορύβου στη ΜΕΘ προέρχονται από τον εξοπλισμό (π.χ. alarms, οξύμετρα κ.λ.π), από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον ασθενή (π.χ. ενδοτραχειακή αναρρόφηση) (Adali & Priami 2004).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2008), υποστηρίζει ότι ο θόρυβος σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), είναι κατά 27 dB(A) υψηλότερος από τα ανώτατα προτεινόμενα όρια, τα οποία δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 40 dB(A) κατά τη διάρκεια της ημέρας και τα 35 dB(A) κατά τη διάρκεια της νύχτας.

(ε). Ενταση άγχους

Για τη διερεύνηση του επιπέδου άγχους και αυτοεκτίμησης των νοσηλευτών καθώς και την ανίχνευση των παραγόντων που επιδρούν στην ψυχική τους υγεία, οι Παπαγεωργίου και συν. (2007), πραγματοποίησαν σχετική έρευνα. Το δείγμα, αποτέλεσαν 112 νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με την ανάπτυξη σχετικού ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε τρία μέρη, ένα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ένα για τη συλλογή στοιχείων που αφορούσαν στην παρούσα συναισθηματική κατάσταση και ένα για την αποτύπωση χαρακτηριστικών σχετικά με την ζωή. Τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής: κατάθλιψη νοσηλευτών 19,2%, άγχος 16,9%, αδράνεια-απαισιοδοξία 8,8%, επαγγελματική εξουθένωση 7,9% και ψυχολογικές επιπτώσεις της εργασίας 4,5%. Επιπλέον, το 68,8% του προσωπικού νιώθει ανασφάλεια, το 39,3% εσωτερική ένταση, το 25,9% στενόχωρες σκέψεις, το 41,1% άγχος κ.λ.π. Επίσης, στη μελέτη βρέθηκε ότι εκτός από τα επαγγελματικά τους καθήκοντα οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν ταυτόχρονα και ρόλους που αφορούν στην οικογένεια. Ο αντίκτυπος των συγκεκριμένων αυτών ρόλων, εξατομικευμένα ή και συνδυαστικά, είναι σημαντικός για την υγεία τους. Δημιουργείται ένα είδος στρες, που συχνά η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ως “role stress” ή υπερκόπωση («σύγκρουση ρόλων»).

Στην Κύπρο ερευνητές του Μεσογειακού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (ΜΕΔΥΠ), πραγματοποίησαν έρευνα σε δείγμα 1.482 νοσηλευτών δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Σκοπός της έρευνας τους ήταν η διερεύνηση της σχέσης της κόπωσης των νοσηλευτών με την ΕΕ. Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείτο από δύο μέρη: το πρώτο κατέγραφε δημογραφικά δεδομένα και το δεύτερο περιλάμβανε τις κλίμακες Rosenberg self-esteem scale, General satisfaction with work life, fatigue scale, MBI, Symptoms Rating Scale for Depression and Anxiety. Σύμφωνα με την έρευνα, τα δύο τρίτα των νοσηλευτών πιστεύουν ότι το επάγγελμά τους αποτελεί πηγή στρες και το 92% ισχυρίζεται ότι υποφέρει από κόπωση, ενώ όσοι αισθάνονται κόπωση έχουν 8.7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΕΕ. Ένα σημαντικό ποσοστό των

νοσηλευτών που φθάνει στο 24,3%, υποφέρει από άγχος, 2% από κατάθλιψη και 8,8% από μελαγχολία (Ραφτόπουλος και συν. 2010).

Έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με σκοπό τη διερεύνηση της έντασης άγχους σε νοσηλευτές ΜΕΘ, διαπιστώνουν ψηλά επίπεδα. Υποστηρίζεται ότι το προσωπικό δεν τυγχάνει συμβουλευτικής στήριξης και ασφαλώς δεν έχουν αναπτυχθεί στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων (Moola, Ehlers & Hattingh, 2008). Η ύπαρξη στρες και έντασης, καθώς και η εμφάνιση μελαγχολικού συναισθήματος και αισθημάτων απαξίωσης επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Επιπλέον, έχουν ως απο έλεσμα της διαταραχή της σχέσης το ψ με το ν ασθενή και ενδεχομένως τη μείωση της απόδοσής τους (Ντάτσης και συν. 2007).

Οι Mealer et. al. (2007), μελέτησαν την παρουσία ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων που αφορούσαν σε Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Stress (ΔΜΤΣ), σε τρία νοσοκομεία στις ΗΠΑ. Σκοπός τους ήταν να καθορίσουν εάν οι νοσηλευτές ΜΕΘ παρουσίαζαν περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα σε σχέση με νοσηλευτές γενικών τμημάτων. Το δείγμα αποτέλεσαν 351 νοσηλευτές (230 νοσηλευτές ΜΕΘ και 121 νοσηλευτές παθολογικών/χειρουργικών τμημάτων). Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν σε δημογραφικά δεδομένα και σε κλίμακα αξιολόγησης Post Traumatic Stress Syndrome 10 Questions Inventory (PTSD – 10). Τα ευρήματά τους κατέληξαν σε θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασίας σε ΜΕΘ και ήπιας ψυχιατρικής νοσηρότητας, καθώς και με τη ΔΜΤΣ. Συγκεκριμένα 24% των νοσηλευτών των ΜΕΘ ήταν θετικοί ως προς τα συμπτώματα της ΔΜΤΣ σε σχέση με το 14% το οποίο παρουσίασαν οι νοσηλευτές των παθολογικών/χειρουργικών τμημάτων. Επιπρόσθετα στην ανάλυση των δεδομένων που αφορούσαν μόνο στο προσωπικό της ΜΕΘ, διαπιστώθηκε πως το 21% ανέφεραν εφιάλτες και το 17% σοβαρό άγχος ή πανικό το οποίο ήταν συνέπεια της εμπειρίας τους κατά τη διάρκεια της εργασίας τους στην ΜΕΘ.

Στον ελληνικό χώρο, οι Καρανικόλα και συν. (2009), διερεύνησαν την ένταση των συμπτωμάτων άγχους, καθώς και τη σχέση αυτών με δημογραφικούς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς παράγοντες σε νοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ. Πρόκειται για περιγραφική μελέτη συσχέτισης και το δείγμα αποτέλεσαν 229 νοσηλευτές, τυχαία επιλεγμένοι, ιδιωτικών και δημόσιων γενικών νοσοκομείων ενηλίκων της Αττικής. Για την αξιολόγηση του άγχους χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Hamilton (αξιολόγηση επιπέδων άγχους και

συμπτωμάτων έντασης). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ένταση των συμπτωμάτων άγχους αντιστοιχούσε σε ήπια διαταραχή, με ποσοστό 19,9% των συμμετεχόντων να βιώνει μέτρια διαταραχή και ποσοστό 3,9% σοβαρή διαταραχή. Τα συμπτώματα με τις υψηλότερες καταγραφές ήταν διαταραχές ύπνου, αγχώδης διάθεση, διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας και υπερένταση. Επίσης, στο 50% των συμμετεχόντων παρατηρήθηκαν ήπια έως σοβαρά μυοσκελετικά συμπτώματα. Οι γυναίκες και το προσωπικό των ΜΕΘ δημόσιων νοσοκομείων εμφάνισαν υψηλότερη ένταση συνολικού άγχους. Η προϋπηρεσία σε ΜΕΘ βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη συνολική ένταση του άγχους και ο συνολικός αριθμός κλινών των ΜΕΘ με την εμφάνιση αγχώδους διάθεσης. Τα ευρήματα της μελέτης φαίνεται να συμφωνούν και με τη μελέτη της Ruggiero (2004), όπου το 32% των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ φαίνεται να βιώνουν μέτρια επίπεδα άγχους, ενώ ένα πέμπτο των νοσηλευτών ΜΕΘ της ίδιας μελέτης βρέθηκε ότι πληρούσε τα κριτήρια για ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη.

Τέλος, έρευνες, αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε χώρους με αυξημένη επαγγελματική ένταση (ΜΕΘ), είχαν 1,5 φορά υψηλότερη πιθανότητα να κάνουν χρήση ουσιών συγκριτικά με τους νοσηλευτές άλλων τμημάτων. Στη μελέτη των Trinkoft και Storr (στους Τσερώνη και συν. 2009), υποστηρίζεται ότι το 38% του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ αναφέρει χρήση ουσιών, ενώ 6% χρήση μαριχουάνας και κοκαΐνης. Παρόλα αυτά, άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι τα επίπεδα στρες του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ, φαίνεται να είναι χαμηλότερα από εκείνα των συναδέλφων τους που εργάζονται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) (Embriaco et.al. 2007).

(ε). Η ανάγκη Αυτονομίας

Στη βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται συνολικά έξι διαφορετικοί τύποι αυτονομίας: κλινική, εργασιακή, επαγγελματική, προσωπική και πρακτική αυτονομία, χωρίς να δίδεται ένας σαφής διαχωρισμός ανάμεσα τους (Kramer et. al. 2008).

Ο Varjus et al. (2003), ορίζει την αυτονομία ως την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την υπευθυνότητα στη λήψη αποφάσεων, στην πρακτική και στην εφαρμογή των επαγγελματικών αξιών. Πιο συγκεκριμένα, η αυτονομία αποτελείται από τρεις βάσεις:

1. τη βάση γνώσεων (την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την ευθύνη των νοσηλευτών κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων),

2. τη βάση της δράσης (την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την ευθύνη για τις ενέργειες τους),

3. τη βάση των αξιών (την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την ευθύνη για την εφαρμογή των αξιών τους).

Η έλλειψη αυτονομίας έχει επισημανθεί επανειλημμένα στη νοσηλευτική έρευνα και έχει συνδεθεί με δυσαρέσκεια στην εργασία, στρες και επαγγελματική εξουθένωση, καθώς και με την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Επιπρόσθετες εργασίες, κατατάσσουν την αυτονομία ως τον ισχυρότερο προγνωστικό ερευνητικό δείκτη της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών, η οποία με τη σειρά της αντανακλά θετικά και επηρεάζει την παραμονή των νοσηλευτών στο επάγγελμα (Finn 2001, Καρανικόλα και συν. 2008).

Οι νοσηλευτές εκφράζουν τη δυσαρέσκεια τους για την κυριαρχία των ιατρών και δηλώνουν ότι δεν έχουν αρκετή εξουσία για να αλλάξουν διαδικασίες που αφορούν στην παρεχόμενη φροντίδα όπως και το να πάρουν αποφάσεις σχετικά με τη λειτουργία της μονάδας τους (Parahoo 2000). Επιπρόσθετα, αισθάνονται ότι δεν έχουν την ελευθερία να αποφασίζουν και να δρουν στην εργασία τους, λόγω πολυάριθμων πολιτικών και κανονισμών που καθορίζονται από τους διευθυντές των νοσοκομείων οι οποίοι συνήθως είναι γιατροί (Budge et.al. 2003). Ερευνητές, υποστηρίζουν επίσης ότι η γραφειοκρατική οργάνωση των νοσοκομείων μπορεί να περιορίσει την επαγγελματική αυτονομία και ότι οι επαγγελματίες που συνδέονται με γραφειοκρατικές δομές είναι λιγότερο πιθανό να αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως αυτόνομους (Kuokannen et al. 2007).

Για την αύξηση της αυτονομίας στο χώρο εργασίας οι νοσηλευτές υποστηρίζουν πως είναι αναγκαία η ύπαρξη τριών παραγόντων. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αφορούν στην υποστήριξη από την διοίκηση, στην εκπαίδευση και στην εμπειρία. Οι προϊστάμενοι νοσηλευτές, λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα αυτά θα βοηθούσαν στην αύξηση της αυτονομίας του προσωπικού παρέχοντας του περισσότερη και αποτελεσματικότερη υποστήριξη (Mrayyan 2005).

Οι νοσηλευτές των ΜΕΘ, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλες μονάδες, συνήθως αναφέρουν μεγαλύτερη ανάγκη για αυτονομία και φαίνεται να έχουν και πιο υψηλά επίπεδα. Η βαρύτητα των περιστατικών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ αλλά και η πολυπλοκότητα της τεχνολογίας περιπλέκουν αλλά και αυξάνουν τον αριθμό των

αποφάσεων που πρέπει να πάρουν. Η Bucknall (2000), υποστήριξε τον κεντρικό ρόλο των νοσηλευτών στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων κατά την παροχή φροντίδας. Στη μελέτη της, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ ήταν πιθανό να προβαίνουν, κάθε 30 δευτερόλεπτα, σε μια κλινική απόφαση που αφορούσε στη φροντίδα του ασθενή, συμπεριλαμβανομένων ενός ευρέως φάσματος αποφάσεων από τις πιο σημαντικές μέχρι τις λιγότερο σημαντικές.

Για αυτό το λόγο, οι νοσηλευτές των ΜΕΘ πρέπει να είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένοι για να μπορούν να πάρουν άμεσα αποφάσεις και να δρουν με βάση αυτές με επίκεντρο πάντοτε τον ασθενή και την οικογένεια του. Το γεγονός αυτό έχει υποστηριχθεί και ερευνητικά από πολλές έρευνες. Συγκεκριμένα, οι Αδαλή και συν. (2000), πραγματοποίησαν μελέτη για τη διερεύνηση του επιπέδου της ΕΕ σε δείγμα 233 νοσηλευτών που εργάζονταν σε πέντε μεγάλα Δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας. Σε σχέση με τον παράγοντα αυτονομία οι ερευνητές υποστηρίζουν πως τα καθήκοντα στις ΜΕΘ οδηγούν σε μεγαλύτερη ελευθερία και αυτονομία, αφού απαιτούν αναπτυγμένες ψυχοκινητικές και διανοητικές δεξιότητες για τον χειρισμό και την ερμηνεία των ευρημάτων της υψηλής τεχνολογίας, η οποία εφαρμόζεται ευρέως στις ΜΕΘ, από ότι στα άλλα τμήματα.

Παρόλα αυτά, ευρήματα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν υψηλά ποσοστά αυτονομίας σε ογκολογικά και ορθοπεδικά τμήματα καθώς και σε τμήματα εξωτερικών ιατρείων παρά στις ΜΕΘ (Kramer et. al. 2006, Kramer et. al. 2007). Οι ερευνητές για να εξηγήσουν τα ευρήματα τους, διεξήγαγαν άτυπη έρευνα και ρώτησαν τους νοσηλευτές ΜΕΘ για ποιο λόγο η διαπίστωση αυτή θα μπορούσε να έχει συμβεί. Η κυρίαρχη εξήγηση ήταν η αυξημένη παρουσία των εντατικολόγων σχεδόν όλη την διάρκεια του 24ώρου στη μονάδα, γεγονός το οποίο απέκλειε την ανάγκη για αυτόνομη λήψη κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές.

(ζ). Σχέσεις νοσηλευτών με συναδέλφους και διοίκηση.

Η έλλειψη συμπαράστασης από τη διοίκηση ενός οργανισμού, αποτελεί ένα από τα αίτια του συνδρόμου της ΕΕ (Glarberg, Norberg & Stderberg 2007). Οι προϊστάμενοι συχνά διαθέτουν υψηλή τεχνογνωσία αλλά και έλλειμμα σε επικοινωνιακές ικανότητες. Έτσι μπορεί να ενισχύουν τις συγκρούσεις και να μη διευκολύνουν τις ομαλές σχέσεις (Σταθοπούλου 2006).

Σε έρευνα των Ντάτση και συν. (2007) που διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας με σκοπό την διερεύνηση της ικανοποίησης τους από το εργασιακό περιβάλλον καθώς και την αυτοαξιολόγηση της ψυχοσυναισθηματικής τους κατάστασης, διαφάνηκε η ανάγκη για βελτίωση του ψυχοσυναισθηματικού κλίματος. Συγκεκριμένα, η καταγραφή των απόψεων έγινε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου 51 ερωτήσεων. Από τους συνολικά 415 ιατρούς-νοσηλεύτριες/τες, επιλέγηκαν 130 και τελικά απαντήθηκαν 99 ερωτηματολόγια. Συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων, είχε την άποψη ότι το ψυχοσυναισθηματικό κλίμα στο χώρο εργασίας πρέπει να βελτιωθεί καθώς και να ενισχυθεί η ενθάρρυνση και υποστήριξη των προσπαθειών του νοσηλευτικού προσωπικού, κυρίως από την ανώτερη διοίκηση. Το προσωπικό πιστεύει ότι ο προϊστάμενος και η διοίκηση γενικότερα δεν ενδιαφέρονται για τη ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση, αλλά ούτε και την επίλυση των εργασιακών τους προβλημάτων και του επαγγελματικού στρες. Θεωρούν επίσης ότι οι σχέσεις μεταξύ τους βρίσκονται σε καλό έως πολύ καλό επίπεδο. Ενώ αντίθετα με αυτό, η δυνατότητα συμβουλευτικής υποστήριξης από ψυχολόγο ή άλλο εξειδικευμένο πρόσωπο βρίσκεται σε κακό επίπεδο.

Οι Βέγατ, Ellefsen και Severinsson (2005), πραγματοποίησαν περιγραφική συσχετιστική έρευνα, με δείγμα 71 νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονταν σε 2 νοσοκομεία στη Σουηδία. Σκοπός τους ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης αλλά και της ευεξίας που το νοσηλευτικό προσωπικό έχει όταν τυγχάνει υποστήριξης από τη διοίκηση σε σχέση με το προσωπικό το οποίο δεν έχει την ανάλογη υποστήριξη. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε τρία ερωτηματολόγια. Το πρώτο αναφερόταν σε δημογραφικά χαρακτηριστικά, το δεύτερο, Work Environment Questionnaire (WEQ), αξιολογούσε την ικανοποίηση από την εργασία και το τρίτο, Psychosocial Work Environment (PWE), αξιολογούσε την εργασιακή δέσμευση, την επίδραση των βαρδιών κ.λ.π. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το στρες και το άγχος των νοσηλευτών ήταν συνέπεια των ηθικών διλημμάτων και των συγκρούσεων που δημιουργούνται εξαιτίας αυτών. Η υποστήριξη των νοσηλευτών από τους υπεύθυνους κλινικούς επόπτες (supervisor), είχε θετικά αποτελέσματα τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική τους υγεία μειώνοντας τα επίπεδα στρες και κατ' επέκταση της εξουθένωσης. Επιπρόσθετα το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον που δημιουργείται λόγω της στήριξης παρέχει στους νοσηλευτές την ικανότητα του ελέγχου αλλά και κίνητρο για την παραγωγή και παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς.

Η ΕΕ σε σχέση με την έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση, έχει απασχολήσει και άλλους ερευνητές στο χώρο. Η Ρούπα και συν. (2008), διεξήγαγαν έρευνα σε 22 ογκολογικά

τιμήματα με σκοπό την εκτίμηση της ΕΕ και την αναζήτηση συσχέτισης με τη συνολική ικανοποίηση από την ζωή. Το δείγμα αποτέλεσαν 316 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών από τους οποίους εξασφαλίστηκε η σχετική συναίνεση. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής: ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών δεδομένων, η κλίμακα Maslach Burnout Inventory (MBI) και η κλίμακα Ικανοποίησης από την ζωή. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ΕΕ είναι υψηλή και εκφράζεται με αισθήματα απρόσωπης φροντίδας (38%), συναισθηματικής εξάντλησης (41,2%) και μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (44%). Χαρακτηριστικά τονίζουν πως, η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από τη διοίκηση και τους συναδέλφους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες και η έλλειψη οργανωτικής δομής αποτελούν συσχετιστικούς παράγοντες για την πρόκληση ΕΕ στους νοσηλευτές.

Η Μισουρίδου (2009), σε μια ανασκόπηση της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας όσον αφορά στη σχέση με τους συναδέλφους αναφέρει πως αυτοί μπορεί να είναι απόντες, ψυχροί, απόμακροι, αδιάφοροι ή να είναι ενεργά δυσάρεστοι, αγενείς και απότομοι. Τα άτομα, στα οποία κυρίως στρέφεται η επιθετικότητα αισθάνονται δυστυχημένα, εγκλωβισμένα και κοντά στην ΕΕ. Το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από διχόνοια, κακή επικοινωνία, έλλειψη δικαιοσύνης και εργασία "Πίσω από κλειστές πόρτες". Αναφέρει επίσης, πως η ΕΕ προέρχεται από την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ αυτού που παρέχει βοήθεια και του αποδέκτη της. Η παρουσία δίπλα στον ασθενή που πονάει και υποφέρει δημιουργεί έντονα συναισθήματα στους νοσηλευτές όπως αναστάτωση, φόβο, άγχος, ενοχές, θυμό και αίσθημα ανεπάρκειας όταν δεν προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα. Επιπρόσθετα οι νοσηλευτές αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα που πολύ συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς, συγκρούσεων, μειωμένης συναδελφικής αλληλεγγύης και εκφοβισμού μεταξύ συναδέλφων. Αυτά αποτελούν πηγές άγχους, ΕΕ, ματαίωσης και θυμού (Ουζούνη 2005, Rowe & Sherlock 2005, Lewis 2006).

Τα ερευνητικά δεδομένα τα οποία αναφέρονται αποκλειστικά στις ΜΕΘ όσον αφορά στον παράγοντα σχέσεις με συναδέλφους, διοίκηση και ΕΕ δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τα πιο πάνω. Οι Bakker, Le Blanc και Schaufeli (2005), διεξήγαγαν έρευνα σε 13 ευρωπαϊκές χώρες. Η έρευνα άρχισε το 1994 και ολοκληρώθηκε το 2004. Το τελικό δείγμα τους ήταν 1849 νοσηλευτές που εργάζονταν σε 80 ΜΕΘ και επιλέγηκαν από τον Ευρωπαϊκό οργανισμό έρευνας των μονάδων εντατικής θεραπείας (FRICE). Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την χρήση των εξής ερωτηματολογίων: Job Content

Questionnaire, Nine Equivalent of nursing Manpower, Job Content Instrument και το Maslach Burnout Inventory (MBI). Η βασική υπόθεση στην έρευνα τους ήταν ότι το στρες και η ΕΕ στους νοσηλευτές των ΜΕΘ μεταφέρεται από τον έναν νοσηλευτή/τρία στον/την άλλο/η. Τα αποτελέσματα της μελέτης επαλήθευσαν τις αρχικές υποθέσεις των ερευνητών. Οι νοσηλευτές των ΜΕΘ παίρνουν τα αρνητικά συναισθήματα των συναδέλφων τους και επηρεάζονται από αυτούς τόσο στην εργασιακή συμπεριφορά όσο και στην κυνική στάση που διατηρούν (συνειδητά ή ασυνειδητά) προς τους ασθενείς. Τα ψυχοσωματικά παράπονα των νοσηλευτών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ανάπτυξης συναισθηματικής εξάντλησης, απρόσωπης φροντίδας, μείωσης προσωπικών επιτευγμάτων και κατ' επέκταση οδηγούν στην ΕΕ.

Άλλη μια μελέτη παρέμβασης σε δείγμα 36 νοσηλευτών που εργάζονταν σε διαφορετικά είδη ΜΕΘ, είναι των Crongist, Lutzen και Nystrom (2006). Σκοπός της έρευνας τους ήταν η περιγραφή και η ανάλυση της εμπειρίας των νοσηλευτών οι οποίοι υποστηρίζονταν σε καταστάσεις παροχής φροντίδας αλλά και σε καταστάσεις δημιουργίας ηθικού στρες στις ΜΕΘ. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συνεντεύξεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως είναι αναγκαία η ανάπτυξη μοντέλων υποστήριξης για το προσωπικό των ΜΕΘ. Η υποστήριξη του προσωπικού σε καταστάσεις δημιουργίας ηθικού στρες οδηγεί στην ανάπτυξη ενός κατάλληλου επαγγελματικού κλίματος καθώς και στην προαγωγή στήριξης από την διοίκηση.

3.2. Ατομικοί παράγοντες και Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας του επαγγελματία υγείας

Από τους ατομικούς παράγοντες και τις δημογραφικές παραμέτρους η ηλικία φαίνεται να συσχετίζεται συστηματικά με την εξουθένωση, καθώς επίσης το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση.

(α). Ηλικία, Φύλο και οικογενειακή κατάσταση

Ο Διλιντάς (2010), σχετικά με το φαινόμενο της ΕΕ και τις δημογραφικές παραμέτρους πραγματοποίησε έρευνα σε προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εργαζόμενοι (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό επιστημονικό-παραϊατρικό και τεχνικό-βοηθητικό προσωπικό) του νοσοκομείου. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία και η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε: το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI) και 15 ερωτήσεις για τη

διερεύνηση εργασιακών συνθηκών και διοικητικών παραγόντων. Αξιολογήθηκαν 218 απαντημένα ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τον παράγοντα φύλο, αναφέρουν ότι οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερες τιμές συναισθηματικής εξάντλησης και απρόσωπης φροντίδας από τους άνδρες συναδέλφους τους αλλά και μεγαλύτερο αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων από αυτούς. Συσχετίζοντας την ηλικία με την ΕΕ, βρέθηκε ισχυρή αρνητική στατιστική σχέση με την απρόσωπη φροντίδα και λιγότερο με τη συναισθηματική εξάντληση. Όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι εργαζόμενοι, τόσο μικρότερη εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα αισθάνονταν. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών στον ελληνικό χώρο, όπου οι μικρότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν υψηλότερες αναφορές στα επίπεδα στρες και στην ΕΕ (Τσακώνας & Μάμας 2005). Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, την υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα παρουσιάζουν οι χήροι(ες), ενώ οι έγγαμοι εμφανίζουν υψηλότερες τιμές εξάντλησης και έλλειψης επιτευγμάτων και χαμηλότερες τιμές απρόσωπης φροντίδας έναντι των ανύπαντρων. Όσον αφορά στην προϋπηρεσία, παρατηρήθηκε αυξητική τάση της ΕΕ με τα χρόνια εργασίας με κορυφή τα 6-15 χρόνια, ενώ μειώνεται στη συνέχεια. Τα άτομα με 6-15 έτη υπηρεσίας εμφανίζουν τις υψηλότερες τιμές και στις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου (10-15 έτη, αισθηματική κόπωση και έλλειψη ενδιαφέροντος). Η πολυετής ενασχόληση (>15 έτη), αντίθετα, προκαλεί αίσθημα ασφάλειας (καλή γνώση του αντικειμένου) και καλή αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων.

Η Μπελλάλη και συν. (2007), πραγματοποίησαν περιγραφική, συσχετιστική έρευνα, σε δείγμα 347 νοσηλευτών που εργάζονταν σε γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ της Αθήνας και της επαρχίας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείτο από δύο ψυχομετρικά εργαλεία: το ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey) και το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης, Maslach Burnout Inventory (MBI). Αναφορικά με τον παράγοντα ηλικία, οι μεγαλύτεροι νοσηλευτές εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων. Όσον αφορά στο φύλο, δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για κανένα από τους τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το στοιχείο αυτό, έρχεται σε αντίθεση με την Maslach, η οποία υποστηρίζει ότι το φύλο σχετίζεται με το φαινόμενο της ΕΕ. Αναφορικά με τον παράγοντα γάμο, οι έγγαμοι νοσηλευτές παρουσίασαν καλύτερη ψυχική υγεία και μικρότερη απρόσωπη φροντίδα. Σε σχέση με τα έτη προϋπηρεσίας, οι νοσηλευτές με λιγότερα έτη εμφανίζουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα.

Σε έρευνα των Μαρβάκη και συν. (2007), σε 204 νοσηλευτές και 78 βοηθούς νοσηλευτών διερευνήθηκε η επίδραση της εργασίας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή τους. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία και οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτηματολόγιο το οποίο αναπτύχθηκε ειδικά για τον σκοπό της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 20 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες (81,5%) ένιωθαν συχνότερα κουρασμένες σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους. Το εργασιακό στρες των γυναικών σωματοποιείται και εκφράζεται, συνήθως, μέσα από έντονη κόπωση, πονοκεφάλους, ξεσπάσματα θυμού και αίσθημα θλίψης.

Οι Σταυριανόπουλος και συν.(2011), σε μια συγχρονική έρευνα επισκόπησης σε σχέση με τους παράγοντες που συντελούν στη πρόκληση άγχους και κόπωσης για το νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώνουν ότι οι νοσηλευτές είναι περισσότερο επιρρεπής στην εργασιακή κόπωση από άλλους επαγγελματίες. Το δείγμα αποτέλεσαν 167 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών, τριών νοσοκομείων του νομού Ηλείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι το 45% των γυναικών έχουν «καλή» και «πολύ καλή» συναισθηματική κατάσταση έναντι των ανδρών που έχουν «καλή» και «πολύ καλή» συναισθηματική κατάσταση σε ποσοστό 12,5%. Η ικανοποίηση των ανδρών από την εργασία τους είναι στο 50% έναντι του 31,1% που έχουν οι γυναίκες. Σε ποσοστό 53% οι γυναίκες μεταφέρουν τα προβλήματα τους σπίτι έναντι 18,8% των ανδρών. Επιπλέον, σε ποσοστό 31,8% οι γυναίκες εκδηλώνουν επιθετικότητα σε ασθενείς/συνοδούς έναντι 18,8% των ανδρών. Τέλος, οι ερευνητές καταλήγουν ότι οι γυναίκες φαίνεται να επιβαρύνονται περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες, καθώς έχουν να αντιμετωπίσουν οικογενειακές υποχρεώσεις, την εργασία στο σπίτι και τη μεταφορά των επαγγελματικών τους προβλημάτων σε αυτό

Οι Erickson και Grove (2007), πραγματοποίησαν έρευνα σε δύο νοσοκομεία στο Midwest US με δείγμα 829 εγγεγραμμένους νοσηλευτές. Οι 110 νοσηλευτές ήταν ηλικίας κάτω των 30 ετών και οι 719 πάνω από 30 ετών. Το συνολικό δείγμα προερχόταν από διάφορα τμήματα, όπως παθολογικά-χειρουργικά, ΜΕΘ, χειρουργείο, μαιευτήριο, ψυχιατρικό. Σκοπός τους ήταν να υπάρχει ποικιλομορφία όσον αφορά σε εξειδικεύσεις της νοσηλευτικής. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Maslach & Jackson Inventory (MBI-HSS) καθώς επίσης και ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Ταχυδρομικώς οι ερευνητές ενημέρωσαν τους συμμετέχοντες για την έρευνα και εξασφάλισαν την συγκατάθεση τους, καθώς και την αποστολή του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα της

έρευνας έδειξαν ποσοστό 38,4% να παρουσιάζει επαγγελματική εξουθένωση. Όσον αφορά στον διαχωρισμό των ηλικιών, οι νοσηλευτές κάτω των 30 ετών παρουσίασαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΕΕ (46,6%) σε σχέση με τους νοσηλευτές άνω των 30 ετών (37,5%). Οι ερευνητές υποστήριξαν πως αυτό συμβαίνει κυρίως εξαιτίας της εμπειρίας των μεγαλύτερων νοσηλευτών με το επάγγελμα. Οι γνώσεις και οι εμπειρίες, τους βοηθούν καλύτερα στη διαχείριση τόσο της εργασίας τους όσο και του στρες. Αντίθετα, οι νέοι νοσηλευτές διακατέχονται με περισσότερο αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό και απογοήτευση.

Τα ερευνητικά δεδομένα τα οποία αναφέρονται σε νοσηλευτές ΜΕΘ σε σχέση με τους παράγοντες φύλο, ηλικία και οικογενειακή κατάσταση δεν παρουσιάζουν διαφορές σε σχέση με νοσηλευτές άλλων τμημάτων. Συγκεκριμένα, οι Eduardo dos Santos, et.al. (2009), σε μελέτη τους διερεύνησαν το ενδεχόμενο οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ να υποφέρουν από ΕΕ, συσχετίζοντας το σύνδρομο με δημογραφικά και επαγγελματικά δεδομένα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο ιδιωτικό νοσοκομείο του Σάο-Πάολο. Το δείγμα αποτέλεσαν 34 νοσηλευτές, οι οποίοι απάντησαν στα ερωτηματολόγια: Maslach & Jackson Inventory (MBI-HSS) και σε ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων. Τα αποτελέσματα όσον αφορά στο φύλο κατέδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν ψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και απρόσωπης φροντίδας σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές. Για τον παράγοντα ηλικία (31 έως 37 χρόνια), η έρευνα υποστήριξε πως η πιο νέοι, λόγω των ψηλών προσδοκιών που έχουν, παρουσιάζουν συχνότερα το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης. Σε σχέση με τον παράγοντα οικογενειακή κατάσταση, υποστηρίζεται πως οι παντρεμένοι είχαν ψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης.

Αναφορικά με τα πάνω, διαπιστώνονται τα ακόλουθα σε σχέση με τους δημογραφικούς παράγοντες: όσον αφορά στον παράγοντα ηλικία, τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών συμφωνούν στο ότι οι μικρότεροι σε ηλικία νοσηλευτές έχουν υψηλότερες αναφορές στην ΕΕ (Τσακώνας & Μάμας 2005). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων (Μπελλάλη και συν. 2007). Μια πιθανή εξήγηση που δίδεται από τους ερευνητές είναι το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, στην εξελικτική τους πορεία καταλαβαίνουν καλύτερα πώς νιώθουν οι ασθενείς τους και γενικότερα αντιμετωπίζουν ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά τους (Brewer & Shapard, 2004. Erickson & Grove, 2007). Επιπλέον, οι γηραιότεροι νοσηλευτές, έχουν συχνά μεγαλύτερες δυνατότητες επιλογής του αντικειμένου που θα αναλάβουν στην εργασία τους

(Διλιντάς, 2010). Παρόλα αυτά σε αντίθεση με τα πιο πάνω υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν υψηλότερη συχνότητα ΕΕ στις μεγαλύτερες ηλικίες, γεγονός το οποίο οφείλεται στην εργασιακή κουλτούρα η οποία επικρατεί στα διάφορα κράτη (Μπελλάλη και συν. 2007).

Όσον αφορά το φύλο οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν ψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, απρόσωπης φροντίδας και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές (Γιουρίδου & Αλεξιάς 2005, Τσακώνας & Μάμας 2005, Eduardos dos Santos et.al. 2009, Διλιντάς 2010). Σε άλλες έρευνες έχει καταδειχθεί αυξημένη απρόσωπη φροντίδα στους άνδρες επαγγελματίες υγείας, ίσως λόγω των ιδιομορφιών του ανδρικού χαρακτήρα (Maslach & Schaufeli 2001). Παρόλα αυτά σε μια ανασκόπηση ελληνικών ερευνών των Κοπανιτσάνου και Σουρτζή (2007), αναφέρεται ότι οι άντρες νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ εμφανίζουν συχνότερα συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με τις γυναίκες. Επιπρόσθετα, υποστηρίζεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών σε σχέση με τους τρεις παράγοντες της ΕΕ (Tselebis et al. 2001, Μπελλάλη και συν. 2007).

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, οι έγγαμοι νοσηλευτές παρουσιάζουν καλύτερη ψυχική υγεία και μικρότερη απρόσωπη φροντίδα. Ο γάμος, λειτουργεί προστατευτικά όσο αφορά το εργασιακό στρες των εργαζομένων (Formighien 2003, Magalhaes & Glina 2006). Αυτό πιθανό να οφείλεται και στο γεγονός ότι οι έγγαμοι νοσηλευτές αφοσιώνονται λιγότερο στη δουλειά τους και επωφελούνται περισσότερο κοινωνικής στήριξης.

Σε σχέση με τα έτη προϋπηρεσίας, οι νοσηλευτές με λιγότερα έτη εμφανίζουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία οι οποίοι εμφανίζουν σωματική καταπόνηση (Erickson & Grove 2007).

3.3. Σχέσεις με Ασθενείς και Συγγενείς

Οι Antoniou και Antonodimitrakakis (2001), αναφέρουν ότι ο βασικότερος παράγοντας για την ανάπτυξη και διατήρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές είναι η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, η ενασχόληση με ασθενείς τελικού σταδίου καθώς και οι αυξημένες ευθύνες απέναντι σε αυτούς. Συνέπεια των πιο πάνω είναι οι νοσηλευτές πολύ συχνά να οδηγούνται στην αδιαφορία και στην έλλειψη κατανόησης για τους ασθενείς, ενώ η εργασία μετατρέπεται σε χώρο μη ικανοποίησης.

Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί στους νοσηλευτές συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται περίπλοκη και απογοητευτική (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007).

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα ασθενών με AIDS. Ιδιαίτερα στους νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων το φαινόμενο εκδηλώνεται πιο συχνά εφόσον οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μια «δύσκολη» ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ασθενείς του ογκολογικού τμήματος χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές και αυτό γιατί η απειλητική για την ζωή τους ασθένεια και ο φόβος του θανάτου είναι γεγονότα τα οποία δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους (Sherman et.al. 2006, Schraub & Marx 2004).

Ο McVicar (2003), σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία άρχισε από τον Ιανουάριο του 1985 και ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του 2003, αναφέρει πως το συναισθηματικό κόστος της φροντίδας των ασθενών προσδιορίζει μια από τις κύριες πηγές στρες και εξουθένωσης για τους νοσηλευτές.

Έρευνες που αφορούν σε ιατρικό αλλά και σε νοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ επισημάνουν την εμφάνιση υψηλών επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συχνή και μακρόχρονη επαφή με τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα και που γενικά βρίσκονται σε δύσκολη κατάσταση, αποτελεί ισχυρό παράγοντα πρόκλησης του φαινομένου. Οι επαγγελματίες υγείας πολύ συχνά αναφέρουν συναισθηματική εξάντληση και αισθάνονται συναισθηματικά «στεγνωμένοι» από τα περιστατικά της ημέρας. Η κόπωση την οποία αισθάνονται τους καθιστά ανίκανους να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Επιπλέον, καθημερινά αντιμετωπίζουν το επάγγελμα τους ως αναπόφευκτο κακό από το οποίο δεν μπορούν να πάρουν ικανοποίηση (Burke & Greenglass 2001).

Οι Cecile Poncet et.al. (2007), πραγματοποίησαν έρευνα στη Γαλλία ανάμεσα σε νοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ με στόχο να εντοπίσουν τους καθοριστικούς παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση. Το συνολικό πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 278 ΜΕΘ από τις οποίες ανταποκρίθηκαν 136. Το τελικό δείγμα της μελέτης ήταν 2.392 νοσηλευτές, οι οποίοι απάντησαν στο ερωτηματολόγιο Maslach & Jackson Inventory (MBI-HSS). Από τους 2.392 ερωτηθέντες το 80% ήταν νοσηλευτές, το 15% βοηθοί νοσηλευτών και το 5% ανώτεροι νοσηλευτές. Σε 790 (33%) ερωτηθέντες εντοπίστηκαν σοβαρού βαθμού συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση τέσσερις παράγοντες σχετίζονται σημαντικά με συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης: (1) προσωπικά χαρακτηριστικά, (2) οργανωτικοί παράγοντες, (3) ποιότητα της εργασίας και ((4) το τέλος του κύκλου ζωής και παράγοντες που συνδέονται με τη φροντίδα του ασθενούς καθώς και ηθικά διλήμματα σχετικά με τον τερματισμό της μηχανικής υποστήριξης. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι συγκρούσεις με τους ασθενείς και τους συγγενείς, ο φόβος του θανάτου και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για την πορεία της υγείας τους αυξάνει τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συναισθηματική εξάντληση είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις συγκρούσεις και οδηγεί στην απρόσωπη φροντίδα αλλά και στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Η έρευνα τονίζει επίσης πως οι νοσηλευτές με σοβαρή επαγγελματική εξουθένωση είχαν ψηλά ποσοστά κατάθλιψης (60%) και ήθελαν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Μεταξύ άλλων οι ερευνητές καταλήγουν πως οι συγκρούσεις τόσο μεταξύ του προσωπικού όσο και με τους ασθενείς και κυρίως με τους συγγενείς των ασθενών, θα μπορούσαν να εξαλείφουν με τη βελτίωση της επικοινωνίας στις ΜΕΘ.

Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελβετία σε δείγμα 97 νοσηλευτών χειρουργικής ΜΕΘ, βρήκε πως ποσοστό 28% εμφάνισαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές ανέφεραν πως η ταλαιπωρία και ο πόνος των ασθενών που φροντίζουν καθώς και το ακανόνιστο ωράριο ευθύνονται για το στρες και την εξουθένωση στον εργασιακό χώρο (Verdon et. al 2008).

3.4. Σύνοψη κεφαλαίου

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι στις ΜΕΘ παρατηρούνται υψηλά επίπεδα ΕΕ σε ποσοστό 28% - 46% των επαγγελματιών υγείας (Αναγνωστόπουλος 2009).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση τόσο του εργασιακού στρες όσο και της ΕΕ είναι ο φόρτος εργασίας και η ανεπαρκής στελέχωση, το κυκλικό ωράριο, οι συγκρούσεις με τους συνεργάτες, τους ασθενείς και τους συγγενείς των ασθενών, η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία, η ανάγκη αυτονομίας, το περιβάλλον εργασίας και η ένταση άγχους που επιφέρει καθώς επίσης ατομικοί παράγοντες και δημογραφικά δεδομένα.

Το περιβάλλον εργασίας στις ΜΕΘ είναι για τους νοσηλευτές ιδιαίτερα στρεσογόνο λόγω της μεγάλης θνησιμότητας και νοσηρότητας των ασθενών αλλά και της αμεσότητας στην παρέμβαση των απρόβλεπτων και επειγουσών καταστάσεων. Επιπρόσθετα, ο φόρτος εργασίας και η ανεπαρκής στελέχωση φαίνεται να γίνονται περισσότερο επιβαρυντικά εξαιτίας της σοβαρότητας των περιστατικών αλλά και των υψηλών γνώσεων και δεξιοτήτων που οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν. Αυτό έχει υποστηριχθεί και από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, η οποία αναφέρει ότι ο αριθμός των νοσηλευτών μέσα στη ΜΕΘ πρέπει να είναι έξι φορές μεγαλύτερος από τον αριθμό των κλινών, όταν αντιμετωπίζονται πολύ βαριά περιστατικά (Valentin et.al. 2009).

Σε σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία και την ανάγκη αυτονομίας έρευνες αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν περιορισμένες ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης αλλά και έλλειψη αυτονομίας. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην μη ικανοποίηση από την εργασία και στο στρες. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι στις ΜΕΘ οι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και απρόσωπης φροντίδας τα οποία σταδιακά οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία (Karanicola et. al. 2007).

Σημαντικό επίσης να αναφερθεί είναι πως η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν καθημερινά, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Ιδιαίτερα στο χώρο των ΜΕΘ, η επικοινωνία φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο εξαιτίας της φύσης της οξείας και σοβαρής κατάστασης της υγείας των ασθενών. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ανάπτυξη στενότερων σχέσεων με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική και την

συναισθηματική τους στήριξη δεν είναι εφικτή. Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν μια απόσταση ασφάλειας από την πηγή της εξάντλησης τους, τους ασθενείς.

Τέλος, διαφαίνεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης δεξιοτήτων επικοινωνίας στο νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να επιτευχθούν θετικά αποτελέσματα τόσο στην επαγγελματική ικανοποίηση όσο και στην καλύτερη σχέση με τους ασθενείς. Επιπρόσθετα η ικανότητα των νοσηλευτών για επικοινωνία μειώνει τα επίπεδα στρες και οδηγεί σε ποιοτική παροχή φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη και την ικανοποίηση των ασθενών (McGilton et.al. 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Ορισμός

Η κοινωνική υποστήριξη (social support) ως όρος αναφέρεται στο υποκειμενικό ή αντικειμενικό επίπεδο φροντίδας, εκτίμησης και βοήθειας που δέχεται το άτομο από άλλους ανθρώπους ή ομάδες (Καφέτσιος 2008).

Σύμφωνα με το Καραδήμα (2005), η κοινωνική υποστήριξη είναι η προσφερόμενη φροντίδα, ο σεβασμός ή η βοήθεια, που το άτομο αντιλαμβάνεται πως λαμβάνει από διάφορες πηγές. Τέτοιες πηγές πιθανόν να είναι η οικογένεια, οι συνάδελφοι, οι φίλοι, οι ειδικοί ψυχικής και σωματικής υγείας κ.α. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι διαφόρων τύπων, π.χ., συναισθηματική ή υλική ή να έχει τη μορφή πληροφοριών. Διάκριση πρέπει να γίνεται μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και του κοινωνικού δικτύου. Το πρώτο αναφέρεται στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων ενώ το δεύτερο στη συχνότητα των διαπροσωπικών επαφών.

Οι Cohen και Wills (1985), έχουν ορίσει την κοινωνική υποστήριξη, ως την ψυχολογική υποστήριξη που είναι διαθέσιμη στο άτομο από τους κοινωνικούς δεσμούς με άλλα άτομα. Η επίδραση της στην υγεία ασκείται άμεσα και έμμεσα. Στην πρώτη περίπτωση η επίδραση ασκείται άσχετα από τις συνθήκες και τις καταστάσεις. Το κοινωνικό δίκτυο παρέχει στο άτομο ψηλά επίπεδα ενίσχυσης, ενώ του αναγνωρίζει και συγκεκριμένους ρόλους, οι οποίοι προσδίδουν μια αίσθηση σταθερότητας και ελέγχου και κατά συνέπεια, «αυτό-αξίας» και ευεξίας. Στην περίπτωση της έμμεσης επίδρασης, η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει το άτομο από τα αρνητικά γεγονότα και τις καταστάσεις και απορροφά τους κραδασμούς που δημιουργούνται. Αυτό γίνεται είτε με την επίδραση της υποστήριξης στη διαδικασία της γνωστικής αξιολόγησης, είτε βοηθώντας το άτομο μέσω της υλικής και συναισθηματικής υποστήριξης των άλλων.

Τέλος, έρευνες αναφέρουν ότι οι αντιλήψεις των ατόμων για την κοινωνική υποστήριξη παρουσιάζουν διαφορές σε σχέση με τον πολιτισμό και την κουλτούρα (Kim et al. 2008).

4.2. Η κοινωνική υποστήριξη των νοσηλευτών

Οι έρευνες που αναφέρονται στο ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης για την υγεία, είναι πολλές (Rhodes 2004), ενώ υπάρχουν πολλά στοιχεία που την συνδέουν τόσο με την έναρξη

ασθενειών (κυρίως με τις καρδιαγγειακές) όσο σαφέστερα με την πορεία ασθενειών, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, ο καρκίνος το AIDS και η παχυσαρκία (Martin & Brantley 2004). Μια από τις πρώτες έρευνες που αναφέρονται στο θέμα, είναι αυτή των Nuckolls, Cassel & Kaplan (1972) όπου βρέθηκε ότι μεταξύ 170 γυναικών τις περισσότερες επιπλοκές (εισαγωγές στο νοσοκομείο παρατεταμένοι πόνοι γέννας, κίνδυνος αποβολής κ.α.), σε ποσοστό 91%, είχαν όσες βρίσκονταν υπό υψηλό στρες και ταυτόχρονα δέχονταν μειωμένη κοινωνική υποστήριξη.

Άλλες έρευνες (Maze 2005), υποστηρίζουν ότι το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, προσφέρει την ευκαιρία στους ανθρώπους για καλύτερη και αποτελεσματικότερη επικοινωνία, καθώς επίσης προάγει την λειτουργικότητα και την ευεξία. Επιπρόσθετα, τα θετικά αποτελέσματα της κοινωνικής υποστήριξης στην εργασία αυξάνουν την ικανοποίηση των εργαζομένων και ταυτόχρονα μειώνουν τα επίπεδα στρες. Συγκεκριμένα, ο Maze σε δείγμα 164 νοσηλευτών, διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι είχαν αυξημένες ικανότητες σε δεξιότητες επικοινωνίας, παρουσίαζαν ένα μεγάλο αριθμό ατόμων στο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης τους. Επιπλέον, η επικοινωνία διαφάνηκε πως μειώνει τα επίπεδα στρες μεταξύ των νοσηλευτών. Στην έρευνα δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε σχέση με την αντίληψη για τον αριθμό των ατόμων που το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης περιλαμβάνει. Τα ίδια αποτελέσματα είχαν και οι παράγοντες που αφορούν σε ικανοποίηση και σε επίπεδα στρες.

Σε παρόμοια συμπεράσματα οδηγήθηκε η AbuAIRub (2004), σε έρευνα της, η οποία πραγματοποιήθηκε με συλλογή δεδομένων από το διαδίκτυο. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση του εργασιακού στρες των νοσηλευτών και η επίδραση που η υποστήριξη των συναδέλφων έχει, στη διαχείριση του. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως λαμβάνοντας κοινωνική στήριξη από τους συναδέλφους, το επίπεδο απόδοσης στην εργασία ενισχύεται, ενώ ταυτόχρονα μειώνονται τα επίπεδα στρες. Όσον αφορά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, η ερευνήτρια υποστήριξε ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι έχουν ισχυρή κοινωνική στήριξη παρέχουν σαφώς και ποιοτικότερη φροντίδα υγείας. Η έρευνα επίσης τονίζει, πως είναι σημαντικό η υιοθέτηση στρατηγικών οι οποίες να ενισχύουν περισσότερο την κοινωνική υποστήριξη στο εργασιακό περιβάλλον. Οι προϊστάμενοι νοσηλευτές πρέπει να δημιουργήσουν την αναγκαία εργασιακή κουλτούρα, η οποία θα χαρακτηρίζεται από συνεργασία, κοινωνική αλληλεπίδραση και ομαδική εργασία.

Σε μια άλλη μεγάλη μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε 8 ευρωπαϊκές χώρες, με δείγμα 17,524 νοσηλευτές, οι ερευνητές προσπάθησαν να εξετάσουν εάν η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος, εμποδίζει την πρόωρη αφυπηρέτηση. Εφαρμόστηκε ένα μοντέλο κοινωνικής στήριξης από τον υπεύθυνο νοσηλευτή κάθε τμήματος, ως προγνωστικός παράγοντας αποχώρησης από το επάγγελμα και πραγματοποιήθηκε έλεγχος των μεταβλητών ικανοποίηση από την εργασία και ηλικία. Για τις περισσότερες χώρες, τα ευρήματα έδειξαν ότι η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου ο οποίος οδηγεί τους νοσηλευτές στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος. Διαφάνηκε πως η κοινωνική στήριξη από τους συναδέλφους δεν είναι αποτρεπτικός παράγοντας για πρόωρη αφυπηρέτηση. Ωστόσο, η παροχή άμεσης κοινωνικής υποστήριξης από ένα προϊστάμενο, φαίνεται να συμβάλει αρνητικά στην πρόθεση να εγκαταλείψει κάποιος το επάγγελμα. Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως η κοινωνική στήριξη πρέπει να εφαρμόζεται στο εργασιακό περιβάλλον έτσι ώστε να ενισχύεται και η επαγγελματική ικανοποίηση. Όσον αφορά τις επιπτώσεις στην ηλικία, βρέθηκε να υπάρχει μια ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ κοινωνικής στήριξης και ηλικίας. (Heijden van der. et al. 2010).

Οι Elliott και Jenkins (2004), σε μια μελέτη τους σε δείγμα 93 νοσηλευτών από 11 μονάδες ψυχικής υγείας, διερεύνησαν μεταξύ άλλων, την επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην επαγγελματική εξουθένωση αλλά και στις σχέσεις που δημιουργούνται λόγω στρεσογόνων συνθηκών. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από τους συναδέλφους συσχετίζονται άμεσα με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι, η δημιουργία ομάδων υποστήριξης για το προσωπικό, ίσως να είναι πολύ βοηθητικές έτσι ώστε να ενθαρρύνεται στην έκφραση αρνητικών συναισθημάτων και να συζητά θέματα τα οποία το απασχολούν. Επιπρόσθετα, με τον τρόπο αυτό περιορίζεται και η μη αποτελεσματική επικοινωνία.

Μια άλλη ερευνητική εργασία η οποία πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο στην Taiwan, με δείγμα 373 νοσηλευτές, υποστηρίζει εξίσου τη σημαντική συμβολή της κοινωνικής στήριξης. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει τις επιδράσεις των εργασιακών απαιτήσεων, τον έλεγχο στην εργασία και την κοινωνική υποστήριξη στην εργασία σε σχέση με την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές που είχαν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες και χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης παρουσίαζαν υψηλή πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Μεταξύ άλλων οι ερευνητές καταλήγουν πως με την ενίσχυση της εργασιακής

ικανοποίησης τη σωστή πληροφόρηση στα θέματα εργασίας και την υποστήριξη από τους προϊσταμένους είναι πιθανόν να μειωθεί σημαντικά η πρόθεση για εγκατάλειψη του επαγγέλματος. Επιπλέον η κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους, θεωρείται αναγκαία. Τέλος, οι ερευνητές εισηγούνται στους διοικητές των νοσοκομείων αλλά και στη νοσηλευτική διοίκηση, την προαγωγή περισσότερης κοινωνικής υποστήριξης αλλά και υποστήριξη των νοσηλευτών στην κλινική πρακτική (Edmunds & Scudder 2009).

4.3. Κοινωνική Υποστήριξη και νοσηλευτές ΜΕΘ

Σε παρόμοια συμπεράσματα σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη καταλήγουν έρευνες που αφορούν σε νοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, ο Mgrayan (2009), πραγματοποίησε έρευνα σε 13 νοσοκομεία στην Ιορδανία, με δείγμα 235 νοσηλευτές. Σκοπός της μελέτης του ήταν να συγκρίνει τους στρεσογόνους παράγοντες και την κοινωνική στήριξη που παρέχεται σε νοσηλευτές 12 ΜΕΘ σε σχέση με άλλα 9 τμήματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν, υψηλότερα επίπεδα στρες για τους νοσηλευτές των ΜΕΘ και ταυτόχρονα χαμηλά επίπεδα υποστήριξης. Αυτό το οποίο απαιτείται σύμφωνα με τον ερευνητή, είναι οι υπεύθυνοι νοσηλευτές και η διοίκηση να υιοθετήσουν στρατηγικές οι οποίες να προάγουν την κοινωνική στήριξη και συμπεριφορά. Η κοινωνική υποστήριξη, επιφέρει την άμβλυνση της επίδρασης των στρεσογόνων παραγόντων στην εργασία.

Οι Hays et.al. (2006) σε έρευνα τους, για τους στρεσογόνους παράγοντες στις ΜΕΘ και τους τρόπους αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές αναφέρουν τα ακόλουθα: (α). την αποφυγή - να αγνοήσεις ένα γεγονός που σου προκαλεί στρες- (62,2%), (β). την προσχεδιασμένη επίλυση του προβλήματος (59,2%), (γ). την άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος (60%) και (δ). την κοινωνική υποστήριξη (49,5%). Συνοπτικά οι ερευνητές καταλήγουν, στην ανάγκη δημιουργίας εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αναπτύξουν μηχανισμούς αντιμετώπισης αλλά και ελέγχου του στρες.

Οι Park & Kim (2010), διεξήγαγαν μελέτη με σκοπό τον προσδιορισμό των παραγόντων που οδηγούν τους νοσηλευτές που εργάζονται στις ΜΕΘ σε επαγγελματική εξουθένωση. Η έρευνα, πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία (άνω των 500 κλινών) δύο πόλεων της Νοτίου Κορέας και το δείγμα αποτέλεσαν 240 νοσηλευτές. Οι ερευνητές αναφέρουν πως οι παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι: η μη ικανοποίηση από την

εργασία, το εργασιακό στρες και η μη κοινωνική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ εργασιακού στρες και επαγγελματική εξουθένωσης. Όσον αφορά στην κοινωνική υποστήριξη διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση με τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και του εργασιακού στρες. Η έρευνα υποστηρίζει πως για να επιτευχθεί μείωση των επιπέδων τόσο του εργασιακού στρες όσο και της εξουθένωσης επιβάλλεται η νοσηλευτική διοίκηση να ενισχύσει την κοινωνική στήριξη ιδιαίτερα στους νοσηλευτές που εργάζονται στις ΜΕΘ.

4.4. Σύνοψη κεφαλαίου

Η κοινωνική στήριξη, δηλαδή η ψυχολογική υποστήριξη που λαμβάνει κανείς από τα κοινωνικά δίκτυα φίλων, γνωστών, συναδέλφων, συντρόφων έχει θετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία (Sarason, Sarason & Gurung 1997).

Στην εργασία, η παροχή κοινωνικής στήριξης αυξάνει την ικανοποίηση των εργαζομένων, μειώνει τα επίπεδα στρες, ενώ συμβάλει αρνητικά στην πρόθεση να εγκαταλείψει κάποιος το επάγγελμα. Έρευνες υποστηρίζουν πως τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από τους συναδέλφους συσχετίζονται άμεσα με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Elliott & Jenkins 2004, Maze 2005, Park & Kim 2010).

Η δημιουργία ομάδων υποστήριξης για το προσωπικό, αναμένεται ότι θα έχει πολύ θετικά αποτελέσματα. Μέσα από αυτές θα ενθαρρύνεται η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων και η συζήτηση θεμάτων τα οποία το απασχολούν. Ιδιαίτερα για το προσωπικό στις ΜΕΘ η οργάνωση τους κρίνεται αναγκαία εφόσον ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά εργασιακού στρες και ΕΕ (Burke & Greenglass 2001, Karanicola et. al. 2007, Αναγνωστόπουλος 2009).

Διαπιστώνεται πως η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση της εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα, θα αποτελέσουν ισχυρούς παράγοντες για τη σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο του εργασιακού στρες και της ΕΕ (Κανδρή και συν. 2004).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1. Σχεδιασμός μελέτης

Η μελέτη ακολουθεί ένα συγχρονικό περιγραφικό τύπο έρευνας (cross-sectional design) και περιλαμβάνει ένα απλό σχέδιο επισκόπησης (survey design) και ένα σχέδιο συσχέτισης (correlational design) των αποτελεσμάτων με βασικό κριτήριο τους στρεσογόνους παράγοντες (απαιτήσεις) και των πηγών που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές που εργάζονται στις ΜΕΘ των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου, για να ανταποκριθούν σε αυτούς.

5.2. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να διερευνήσει τις εργασιακές συνθήκες στα πλαίσια των οποίων προσφέρει τις υπηρεσίες του το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και να αναδείξει τους παράγοντες εκείνους που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν το έργο του. Στόχοι ήταν: (α) να αξιολογηθεί ο βαθμός της επαγγελματικής τους εξουθένωσης (β) να διερευνηθούν οι στρεσογόνοι παράγοντες στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών και (γ) να διερευνηθούν οι πηγές στήριξης των νοσηλευτών και η καταλληλότητα αυτών.

5.3. Εργαλείο μέτρησης

Το ερευνητικό εργαλείο ήταν ένα ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της μελέτης που αποτελείται από τέσσερα μέρη τα οποία ήταν τα εξής:

(α). *Ερωτηματολόγιο 13 ερωτήσεων δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών* όπως: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, ακαδημαϊκά και εκπαιδευτικά προσόντα, νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται ο συμμετέχων, χρόνια προϋπηρεσίας και χρόνια εργασίας στη ΜΕΘ, επαγγελματικοί τίτλοι και τέλος αναφορά στους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος.

(β). *Ερωτηματολόγιο καταγραφής εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων (πηγών στήριξης)*. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο 44 ερωτήσεων που κατασκευάστηκε από τους Demerouti και συνεργάτες (2000), και χρησιμοποιήθηκε σε έρευνα τους με δείγμα 109 νοσηλευτών στην Γερμανία. Το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Μπελλάλη και συν. (2010). Συγκεκριμένα, το εργαλείο κάνει διακρίσεις ανάμεσα σε δύο εννοιολογικά διαφορετικές συνθήκες εργασίας, τις εργασιακές απαιτήσεις και τους εργασιακούς πόρους. Οι *εργασιακές απαιτήσεις* αφορούν σε εκείνες τις πλευρές της εργασίας όπου ο εργαζόμενος χρειάζεται να καταβάλει σωματική και ψυχολογική

προσπάθεια ή να επιδείξει τις επαγγελματικές του δεξιότητες (π.χ. ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις που συχνά παρατηρούνται στο χώρο εργασίας, η επαφή με τους ασθενείς, μη ευνοϊκό περιβάλλον κ.λ.π.). Το κόστος των απαιτήσεων αυτών πιθανόν να είναι η δημιουργία στρες στον εργαζόμενο. Το στρες, παρατηρείται στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο εργαζόμενος δεν καταφέρνει να ανακτήσει τις δυνάμεις του μετά από μια μεγάλη προσπάθεια και αναπόφευκτα δεν είναι σε θέση να χειριστεί μια νέα εργασιακή απαίτηση. Οι *εργασιακοί πόροι*, αφορούν στις πηγές από τις οποίες οι επαγγελματίες παίρνουν ενέργεια αλλά και ανατροφοδότηση (π.χ. μισθός, καταξίωση, ασφάλεια στην εργασία, ποικιλομορφία στην άσκηση των καθηκόντων, υποστήριξη από τη διοίκηση και τους συναδέλφους κ.λ.π.). Οι πόροι αυτοί θεωρούνται απαραίτητοι προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις που το επαγγελματικό έργο έχει (Bakker & Demerouti 2007, Αναγνωστόπουλος 2009). Στο ερωτηματολόγιο αυτό, οι συμμετέχοντες καλούνταν να σημειώσουν το βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν ή διαφωνούσαν με καταστάσεις που τη συγκεκριμένη περίοδο αντιμετώπιζαν στο χώρο της εργασίας τους. Οι πολλαπλών επιλογών ερωτήσεις αφορούσαν σε μία μόνο απάντηση μεταξύ τεσσάρων σημείων στην κλίμακα Likert (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα). Έξι ερωτήσεις περιλάμβαναν υποκλίμακες διχοτόμησης ναι/όχι (ερώτηση 46 έως 51) αλλά και δύο ανοιχτές ερωτήσεις (53, 56).

(γ). *Ερωτηματολόγιο Επαγγελματική Εξουθένωσης της Maslach* (Maslach Burnout Inventory – MBI). Το MBI αναπτύχθηκε από τους Maslach και Jackson (1981) με σκοπό να περιγράψει τις διάφορες συνιστώσες της Επαγγελματική Εξουθένωσης σε συναισθηματικό, συμπεριφοριστικό και γνωστικό επίπεδο. Το ερωτηματολόγιο έχει τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματική εξουθένωσης: (α) τη συναισθηματική εξάντληση (ΣΕ), η οποία αξιολογεί την συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και της κατάπτωσης του εργαζομένου λόγω της δουλειάς του, (β) την παροχή απρόσωπης φροντίδας (ΑΦ), που δείχνει τις αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών και (γ) την έλλειψη των προσωπικών επιτευγμάτων (ΕΠΕ), που αναφέρεται στην αίσθηση επάρκειας, αποδοτικότητας και πραγματοποίησης επιτευγμάτων του επαγγελματία (Maslach & Jackson, 1986). Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται 22 ερωτήσεις, οι οποίες ομαδοποιούνται στις τρεις πιο πάνω διαστάσεις. Στη συναισθηματική εξάντληση ανήκουν οι ερωτήσεις 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ανήκουν οι ερωτήσεις 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Οι ερωτήσεις αυτές έχουν αντιστραφεί ώστε μεγάλες τιμές να δείχνουν μη αποδοτικότητα (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων). Στην

απρόσωπη φροντίδα, ανήκουν οι ερωτήσεις 5, 10, 11, 15, 22. Έτσι οι διαστάσεις δημιουργούνται ανάλογα ως συνεχείς μεταβλητές.

Οι απαντήσεις δίνονται από τον ερωτώμενο βάσει μιας κλίμακας επτά διαβαθμίσεων Likert που εκτείνεται από το βαθμό 0 (ποτέ) μέχρι τον βαθμό 6 (κάθε μέρα) και τα αποτελέσματα κατηγοριοποιούνται για κάθε συνιστώσα της επαγγελματική εξουθένωσης, σε ψηλά, μέτρια και χαμηλά επίπεδα. Στη συναισθηματική εξάντληση τιμές 20 και πιο κάτω δείχνουν χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, τιμές μεταξύ 21 και 30 δείχνουν μέτρια και τιμές πάνω από 30 δείχνουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση. Στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων τιμές 35 και πιο κάτω δείχνουν χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, τιμές μεταξύ 36 και 41 δείχνουν μέτρια και τιμές πάνω από 41 δείχνουν υψηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Στην απρόσωπη φροντίδα, τιμές 5 και πιο κάτω δείχνουν χαμηλή απρόσωπη φροντίδα, τιμές μεταξύ 6 και 10 δείχνουν μέτρια και τιμές πάνω από 10 δείχνουν υψηλή απρόσωπη φροντίδα. Η ΕΕ υπάρχει στις περιπτώσεις εκείνες όπου τα άτομα σκοράρουν στα ανώτερα επίπεδα (υψηλές τιμές) σε δύο από τις υποκλίμακες.

Η διερευνητική ανάλυση των παραγόντων του ερωτηματολογίου έχει δείξει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Είναι αξιόπιστο και χρησιμοποιείται διεθνώς. Στην Ελλάδα η προσαρμογή του βασίστηκε σε δείγμα 443 μελών νοσηλευτικού προσωπικού δημόσιων νοσοκομείων, γενικών ή ειδικών-ογκολογικών της Αττικής. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's α) για την υποκλίμακα ΣΕ βρέθηκε να είναι 0.84, για την υποκλίμακα ΑΠ είναι 0.55 και για την υποκλίμακα ΕΠΕ ήταν 0.71 (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992).

(δ). Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Στήριξης (ΕΚΣ) – *Short Form Social Support Questionnaire (SSQ-6)*. Το ΕΚΣ αναπτύχθηκε από τους Sarason και συνεργάτες (1987) ως μια πιο σύντομη εκδοχή μιας αρχικής κλίμακας 27 σημείων. Παρέχει δύο μετρήσεις: μία ημιδομική μέτρηση κοινωνικής στήριξης (αριθμός ατόμων που υποστηρίζουν ψυχολογικά) και μια μέτρηση καθολικής λειτουργικότητας (ικανοποίηση από την παρεχόμενη υποστήριξη). Αποτελείται από δύο μέρη: στο πρώτο οι συμμετέχοντες αναφέρουν τον αριθμό των ατόμων του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στα οποία μπορούν να στραφούν για υποστήριξη σε έξι διαφορετικές περιοχές (min=0, max=9). Στο δεύτερο μέρος γίνεται μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης από την υποστήριξη που παρέχεται σε αυτές τις έξι περιοχές. Για κάθε ερώτηση δίνεται μια απάντηση από 0 (κανένα άτομο για

υποστήριξη) έως το 9 (ο συμμετέχων καταγράφει τα αρχικά 9 ατόμων). Παρόμοια, το δεύτερο σκέλος μετρά την ικανοποίηση του εξεταζομένου από την υποστήριξη που δέχεται σε καθεμία από τις έξι περιοχές σε μια κλίμακα η οποία κυμαίνεται από 1 (πολύ δυσαρεστημένος) έως το 6 (πολύ ικανοποιημένος) (Sarason et. al. 1987).

Για την προσαρμογή στην Ελληνική γλώσσα χρησιμοποιήθηκε δείγμα 208 ατόμων. Ο δείκτης Cronbach's α για το πρώτο μέρος βρέθηκε ίσος με 0.92 και για το δεύτερο ίσος με 0.45 (Kafetsios 2000). Για χρήση του ερωτηματολογίου της Κοινωνικής στήριξης, εξασφαλίστηκε σχετική άδεια από τον επίκουρο καθηγητή κ. Κωνσταντίνο Καφέτσιο, ο οποίος στάθμισε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο στον ελληνικό πληθυσμό.

Το τελικό ερωτηματολόγιο της μελέτης δόθηκε σε 15 νοσηλευτές πιλοτικά, που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και διορθώθηκαν σημεία στις ερωτήσεις που δεν ήταν πλήρως κατανοητές.

5.4. Δείγμα μελέτης

Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές (N=213) οι οποίοι εργάζονταν κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας σε ΜΕΘ ενηλίκων, των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Συγκεκριμένα, στην έρευνα συμμετείχαν η Καρδιολογική μονάδα και η ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, οι ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού (γενική και καρδιολογική, 1 και 2), η ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας και η ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου. Στο συνολικό πληθυσμό δε συμπεριλήφθηκαν οι νοσηλευτές που εργάζονται στις ΜΕΘ των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου (άγνωστος πληθυσμός, ανομοιογένεια του δείγματος κ.λ.π.). Με άλλα λόγια, τα κριτήρια επιλογής του δείγματος των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν τα εξής:

- Να είναι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές που υπηρετούν στο Νοσηλευτικό κλάδο, στα δημόσια (κρατικά) Νοσηλευτήρια της Κύπρου.
- Να προέρχονται από όλες τις ιεραρχικές βαθμίδες (νοσηλευτικοί λειτουργοί, ανώτεροι νοσηλευτικοί λειτουργοί και πρώτοι νοσηλευτικοί λειτουργοί).
- Να εργάζονται στις ΜΕΘ, κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας.
- Να έχουν δώσει την προφορική συγκατάθεση τους για την συμμετοχή στην έρευνα.

Αν και ο συνολικός πληθυσμός ήταν 213 νοσηλευτές ΜΕΘ, τελικά χορηγήθηκαν 191 ερωτηματολόγια. Συνολικά 22 νοσηλευτές δε συμμετείχαν στην έρευνα λόγω αδειών

ασθενείας, μητρότητας και άδειας ανάπαυσης κατά την περίοδο χορήγησης των ερωτηματολογίων. Από τα 191 ερωτηματολόγια, ανταποκρίθηκαν 166 και 155 ερωτηματολόγια έτυχαν στατιστικής επεξεργασίας (11 ερωτηματολόγια ήταν άκυρα και 25 δεν απαντήθηκαν). Συνεπώς, με χορήγηση 191 ερωτηματολογίων και με την παραλαβή 166, το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 86,91% και θεωρείται ικανοποιητικό. Επιπρόσθετα, το συνολικό ποσοστό εγκύρων σε σχέση με τα επιστρεφόμενα ερωτηματολόγια είναι 93,37%, που είναι πολύ ικανοποιητικό και υποδεικνύει τη συνέπεια και την υπευθυνότητα των ερωτηθέντων νοσηλευτών στο δείγμα.

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα στοιχεία του δείγματος της μελέτης ανά νοσοκομείο:

Πίνακας 5.1.: Οι συμμετέχοντες στη μελέτη

ΜΕΘ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ (δύναμη τμήματος)	ΔΟΘΗΚΑΝ (αρ)	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΗΚΑΝ (αρ)	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ (%)	ΕΤΥΧΑΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΕΓΚΥΡΑ)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΓΚΥΡΩΝ (%)
ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	29	27	25	92.59	24	96.00
ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΓΕΝΙΚΗ	75	60	46	76.66	41	89.13
ΛΕΜΕΣΟΥ (1)	29	27	25	92.59	22	88.00
ΛΕΜΕΣΟΥ (2)	28	27	26	96.29	26	96.29
ΛΑΡΝΑΚΑΣ	30	29	27	93.10	24	88.89
ΠΑΦΟΥ	22	21	19	90.47	18	94.74
ΣΥΝΟΛΟ	213	191	166	86.91	155	93.37

5.5. Ηθικά θέματα

Για την πραγματοποίηση της έρευνας και την χορήγηση του ερωτηματολογίου εξασφαλίστηκαν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες που αφορούν σε σχετικές άδειες και σε θέματα δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, εξασφαλίστηκε άδεια χορήγησης του ερωτηματολογίου από Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Το υπουργείο υγείας έλαβε γραπτώς το πρωτόκολλο της έρευνας, το ερευνητικό εργαλείο, την άδεια από την Επιτροπή Βιοηθικής και πιστοποιητικό φοίτησης της ερευνήτριας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Ακολούθως, η Επιτροπή Αξιολόγησης Ερευνητικών Προτάσεων της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών ενέκρινε το αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας και ενημέρωσε τα νοσοκομεία τα οποία εμπλέκονται.

Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην έρευνα ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε μετά από ενημέρωση των συμμετεχόντων τόσο για το σκοπό της μελέτης όσο και για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους. Επιπλέον, διασφαλίστηκε στις διευθύνσεις των νοσοκομείων ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε καμία περίπτωση δε θα αποτελούσε εμπόδιο στη λειτουργία των τμημάτων.

5.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διανομή των ερωτηματολογίων προγραμματίστηκε με την αρωγή των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας. Οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες ενημέρωσαν με σχετική επιστολή τις προϊσταμένες των τεσσάρων εμπλεκόμενων δημόσιων νοσοκομείων. Ακολούθως η ερευνήτρια με προσωπική επίσκεψη σε όλα τα νοσοκομεία ενημέρωσε τη νοσηλευτική διεύθυνση αλλά και τους πρώτους νοσηλευτικούς λειτουργούς των ΜΕΘ για το σκοπό της έρευνας. Στη συνέχεια, συμφωνήθηκε από κοινού, η περίοδος κατά την οποία θα χορηγούνταν τα ερωτηματολόγια. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων άρχισε στις 15 Νοεμβρίου και ολοκληρώθηκε στις 30 Δεκεμβρίου του 2010.

Η ερευνήτρια διένειμε τα ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες μετά από ενημέρωσή τους. Τα ερωτηματολόγια τοποθετήθηκαν σε φάκελο μαζί με επιστολή όπου δίνονταν όλες οι πληροφορίες που αφορούσαν στην έρευνα (στοιχεία ερευνήτριας, σκοπός, ερευνητικό ίδρυμα, μορφή της έρευνας, τρόπος διαφύλαξης των στοιχείων, διαβεβαίωση διαφύλαξης της ανωνυμίας, εμπιστευτικότητα των δεδομένων). Στην σχετική επιστολή, αναγραφόταν επίσης ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί και συγκατάθεση. Σε όλες τις ΜΕΘ, τοποθετήθηκε ειδικό κουτί στο οποίο οι συμμετέχοντες τοποθετούσαν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

5.7. Ανάλυση δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for Social Sciences, SPSS) version 19.

Για την ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων, του ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (MBI- Maslach & Jackson 1981), του ερωτηματολογίου Κοινωνικής Στήριξης (ΕΚΣ) – Short Form Social Support Questionnaire (SSQ-6- Sarason et.al. 1987) και του ερωτηματολογίου καταγραφής Εργασιακών Απαιτήσεων και Πηγών

Στήριξης (Demerouti et. al. 2000), χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, στην οποία καταγράφεται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και μέγιστη τιμή για τις ποσοτικές μεταβλητές, συχνότητες και ποσοστά για τις ποιοτικές μεταβλητές και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης. Για όλες τις κλίμακες έγινε επίσης ανάλυση αξιοπιστίας με το συντελεστή Cronbach's Alpha.

Επιπλέον, για το ερωτηματολόγιο καταγραφής Εργασιακών Απαιτήσεων και Πηγών Στήριξης, έγινε ανάλυση παραγόντων και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Principal Components με VARIMAX περιστροφή, όπου επιλέγηκαν οι παράγοντες με ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη του 1. Μία ερώτηση θεωρήθηκε σημαντική για κάποιο παράγοντα, αν η φόρτιση της (loading) ήταν μεγαλύτερη του 0.5.

Έγιναν επίσης συσχετίσεις μεταξύ των 2 παραγόντων του MBI (συναισθηματική εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα) με τους 7 παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων. Οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων έγιναν με τον υπολογισμό των Pearson correlation coefficients. Μια συσχέτιση θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική όταν το p-value ήταν μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας, α (5%).

Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης (Regression Analysis), έτσι ώστε να εξεταστεί αν τα δημογραφικά στοιχεία, οι εργασιακές απαιτήσεις και οι εργασιακοί πόροι προβλέπουν τους παράγοντες του ερωτηματολογίου MBI.

Τέλος, έγιναν συσχετίσεις των δημογραφικών μεταβλητών (ηλικία, φύλο, συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας και χρόνια προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου) με τους παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων καθώς και με τις δυο υποκλίμακες της κοινωνικής στήριξης. Για τις συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκαν το Pearson correlation coefficients και το t-test για ανεξάρτητα δείγματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται περιγραφή του δείγματος που συμμετέχει στην έρευνα και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Γίνεται παρουσίαση της ανάλυσης παραγόντων και της ομαδοποίησης σε διαστάσεις για το ερωτηματολόγιο των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων. Παρουσιάζονται συσχετίσεις μεταξύ των 3 παραγόντων του MBI με τους 7 παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων. Γίνονται επίσης διάφορες αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης, ώστε να εξεταστεί αν τα δημογραφικά στοιχεία, οι εργασιακές απαιτήσεις και εργασιακοί πόροι, προβλέπουν τους παράγοντες του ερωτηματολογίου MBI.

6.1. Δημογραφικά Δεδομένα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 155 νοσηλευτές εκ των οποίων η πλειοψηφία ήταν γυναίκες με ποσοστό 72,3% έναντι 27,7% των αντρών. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι έγγαμοι με ποσοστό 69% και σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών φαίνεται πως ο αριθμός των δύο παιδιών είναι ο επικρατέστερος με ποσοστό 28,4%. Η μέση ηλικία των νοσηλευτών είναι 35.59 χρόνια, ενώ τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα, ήταν κατά μέσο όρο τα 12.81 χρόνια. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτέλεσαν οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ του Γενικού νοσοκομείου Λευκωσίας 41,9%. Ακολουθεί το Γενικό νοσοκομείο Λεμεσού με ποσοστό 31%, το Γενικό νοσοκομείο Λάρνακας με ποσοστό 15,5% και Πάφου με ποσοστό 11,6%. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών είναι κάτοχοι Διπλώματος Γενικής Νοσηλευτικής (76,8%) και ένα ποσοστό 18,7% κατέχουν μεταβασικό δίπλωμα εξειδίκευσης στην Εντατική Νοσηλευτική. Όσον αφορά στην οργανική θέση των νοσηλευτών οι περισσότεροι κατείχαν θέση νοσηλευτικού λειτουργού (80%).

Στον πίνακα 6.1 παρατίθεται λεπτομερώς τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 6.1.: Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	n/N	%
ΦΥΛΟ		
Άνδρας	43	27.7
Γυναίκα	112	72.3
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Άγαμος	46	29.7
Έγγαμος	107	69.0
Διαξευγμένος/διάσταση	2	1.3
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ		
0	55	35.5
1	23	14.8
2	44	28.4
3	22	14.2
4	10	6.5
5	1	.6
ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΤΥΧΙΟ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ		
Νοσηλευτική Σχολή (διετής)	2	1.2
Νοσηλευτική Σχολή (τριετής)	119	76.8
ΑΕΙ	30	19.4
Μεταπτυχιακές σπουδές	4	2.6
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ (ΜΕΤΑΒΑΣΙΚΟ)		
Όχι	119	76.8
Εντατική	29	18.7
Διοίκηση	5	3.2
Κοινοτική	2	1.3
ΆΛΛΕΣ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΙΣ		
Όχι	147	94.8
ALS*	5	3.2
ILS**	2	1.3
PHTLS***	1	.6
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		
Λευκωσίας	65	41.9
Λεμεσού	48	31.0
Λάρνακας	24	15.5
Πάφου	18	11.6
ΤΜΗΜΑ		
Γενική	75	48.4
Καρδιολογική	39	25.2
Μικτή	41	26.5
ΘΕΣΗ		
Νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια	124	80.0
Ανώτερος/η Νοσηλ. Λειτουργός	22	14.2
Πρώτος/η Νοσηλ. Λειτουργός	9	5.8

* ALS= Advanced Life Support

** ILS= Immediate Life Support

*** PHTLS= Pre-Hospital Life Support

Πίνακας 6.2.: Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
ΗΛΙΚΙΑ	155	23	62	35.59	9.769
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	155	1	41	12.81	9.689

Στα δύο ερωτήματα σχετικά με το αν ήταν δική τους απόφαση να εργαστούν στο συγκεκριμένο τμήμα και τι τους οδήγησε στο συγκεκριμένο επάγγελμα το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών (58,7%) απάντησε πως η εργασία στη ΜΕΘ δεν ήταν δική του απόφαση, ενώ αντίστοιχα «η επιθυμία μου να φροντίζω ανθρώπους» πήρε το μεγαλύτερο ποσοστό (58,1%) σε σχέση με τις υπόλοιπες επιλογές. Στον πίνακα 6.3 που ακολουθεί σημειώνονται οι συχνότητες και ποσοστά των απαντήσεων σχετικά με την επιλογή του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Πίνακας 6.3.: Επιλογή νοσηλευτικού επαγγέλματος

	N/n	(%)
Η επιθυμία μου να φροντίζω ανθρώπους	90	58.1
Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση	86	55.5
Οι επιρροές που δέχτηκα από το περιβάλλον μου	40	25.8
Η κοινωνική καταξίωση	16	10.3
Η μονιμότητα του επαγγέλματος	71	45.8
Το επιστημονικό ενδιαφέρον	38	24.5
Προσωπική εμπειρία με αρρώστια/θάνατο	19	12.3
Τυχαία βρέθηκα στο επάγγελμα αυτό	29	18.7

6.2. Ερωτηματολόγιο κοινωνικής στήριξης

Για την εκτίμηση της εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας των δύο υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach's Alpha. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το Cronbach's Alpha για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 0.937 και για τη δεύτερη 0.947, τα οποία δείχνουν μεγάλη αξιοπιστία των δύο υποκλιμάκων, δηλαδή υπάρχει εσωτερική συνέπεια. Στον πίνακα 6.4 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αξιοπιστίας για τις δύο υποκλίμακες.

Πίνακας 6.4.: Συντελεστής Cronbach's Alpha για τις υποκλίμακες κοινωνικής στήριξης

Υποκλίμακα ερωτηματολογίου	Σύνολο ερωτήσεων	N	Cronbach's Alpha
Μέγεθος κοινωνικής στήριξης (Αριθμός ατόμων που προσφέρουν κοινωνική στήριξη.)	6	132	0,937
Βαθμός ικανοποίησης από την κοινωνική στήριξη.	6	112	0,910

Από τους 155 συμμετέχοντες στην έρευνα, 23 δεν απάντησαν στο ερωτηματολόγιο κοινωνικής στήριξης (σε καμία από τις 2 υποκλίμακες). Από τους 132 συμμετέχοντες που απάντησαν σχετικά με τον αριθμό ατόμων στήριξης τους, 20 από αυτούς δεν έχουν συμπεριληφθεί στην κλίμακα ικανοποίησης (μέγεθος δείγματος 112 για την κλίμακα ικανοποίησης), είτε γιατί απάντησαν ότι δεν έχουν κανένα άτομο για στήριξη τουλάχιστον σε μια από τις 6 ερωτήσεις, είτε γιατί δεν έδωσαν απάντηση για το βαθμό ικανοποίησης τους.

Ο πίνακας 6.5 δείχνει τα αποτελέσματα για τις υποκλίμακες. Κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες έχουν 2.55 άτομα που μπορούν να εμπιστευτούν για στήριξη. Επίσης, οι 112 συμμετέχοντες που έχουν κάποια άτομα για στήριξη δήλωσαν ότι είναι γενικά αρκετά ικανοποιημένα από αυτά (μέσος όρος κλίμακας ικανοποίησης 5.01).

Πίνακας 6.5.: Υποκλίμακες κοινωνικής στήριξης

Υποκλίμακα ερωτηματολογίου	N	Μέση Τιμή (MT) (Mean)	Τυπική Απόκλιση (TA) (Standard Deviation)	Ελάχιστο	Μέγιστο	95% ΔΕ
Μέγεθος κοινωνικής στήριξης (Αριθμός ατόμων που προσφέρουν κοινωνική στήριξη)	132	2.55	1.50	0.00	9.00	2.29 - 2.81
Βαθμός ικανοποίησης από την κοινωνική στήριξη	112	5.01	0.90	1.00	6.00	4.84 - 5.18

6.2.1 Παρουσίαση του ερωτηματολογίου

Στους πιο κάτω πίνακες βλέπουμε τις συχνότητες και ποσοστά για τις 6 ερωτήσεις της υποκλίμακας που αφορά στον αριθμό ατόμων στήριξης (το μηδέν δείχνει ότι κανένα άτομο δεν υπάρχει για κοινωνική στήριξη, και για αυτούς τους συμμετέχοντες δεν απαντήθηκε η δεύτερη υποκλίμακα της ικανοποίησης).

1.α. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να εμπιστευτείς πραγματικά ότι θα αποσπούν την προσοχή σου από προβλήματα που σε ανησυχούν και σε στρεσάρουν;

Στην ερώτηση αυτή ο αριθμός των 2 ατόμων στήριξης, αποτέλεσε την συχνότερη απάντηση με ποσοστό 32,3%. Ακολουθούν ο αριθμός των 3 ατόμων με ποσοστό 24,8%. Τα μικρότερα ποσοστά είχαν οι αριθμοί ατόμων στήριξης 7 και 8 (0,8%), ενώ ο αριθμός 9 ατόμων είχε ποσοστό 1,5%.

Πίνακας 6.6.: ερώτηση 1α

Αριθμός ατόμων στήριξης	n/N	%
0	17/133	12.8
1	15/133	11.3
2	43/133	32.3
3	33/133	24.8
4	13/133	9.8
5	6/133	4.5
6	2/133	1.5
7	1/133	.8
8	1/133	.8
9	2/133	1.5
Σύνολο	133	100.0
Δεν απάντησαν		22
Μέγεθος δείγματος		155

2.α. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να αισθανθείς πιο χαλαρός όταν βρίσκεσαι κάτω από πίεση;

Ο αριθμός των 2 ατόμων στήριξης αποτέλεσε και στην ερώτηση 2 το μεγαλύτερο ποσοστό (28,6%). Τον αριθμό των 8 ατόμων στήριξης δεν τον επέλεξε κανένας συμμετέχοντας.

Πίνακας 6.7.: ερώτηση 2α

Αριθμός ατόμων στήριξης	n/N	%
0	17/133	12.8
1	15/133	11.3
2	38/133	28.6
3	29/133	21.8
4	19/133	14.3
5	8/133	6.0
6	2/133	1.5
7	3/133	2.3
9	2/133	1.5
Σύνολο	133	100.0
Δεν απάντησαν		22
Μέγεθος δείγματος		155

3.α. Ποιοι μπορούν να σε αποδεχτούν ολοκληρωτικά, και στις καλές και στις κακές σου στιγμές;

Ο αριθμός των 2 ατόμων στήριξης πήρε ποσοστό 29,3%, ενώ οι αριθμοί του 1 και των 3 ατόμων στήριξης είχαν περίπου τα ίδια ποσοστά (18,0% και 18,8%, αντίστοιχα). Τον αριθμό των 8 ατόμων στήριξης δεν τον επέλεξε κανένας συμμετέχοντας.

Πίνακας 6.8.: ερώτηση 3α

Αριθμός ατόμων στήριξης	n/N	%
0	13/133	9.8
1	24/133	18.0
2	39/133	29.3
3	25/133	18.8
4	17/133	12.8
5	8/133	6.0
6	4/133	3.0
7	2/133	1.5
9	1/133	.8
Σύνολο	133	100.0
Δεν απάντησαν		22
Μέγεθος δείγματος		155

4.α. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε φροντίζουν, άσχετα με το τι μπορεί να σου συμβαίνει;

Εδώ ο αριθμός των 2 ατόμων στήριξης έχει το μεγαλύτερο ποσοστό 39,8%. Ακολουθεί ο αριθμός των 3 ατόμων (18,8%). Τον αριθμό των 8 ατόμων στήριξης δεν τον επέλεξε κανένας συμμετέχοντας.

Πίνακας 6.9.: ερώτηση 4α

Αριθμός ατόμων στήριξης	n/N	%
0	14/133	10.5
1	16/133	12.0
2	53/133	39.8
3	20/133	15.0
4	16/133	12.0
5	7/133	5.3
6	4/133	3.0
7	1/133	.8
9	2/133	1.5
Σύνολο	133	100.0
Δεν απάντησαν		22
Μέγεθος δείγματος		155

5.α. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να νιώσεις καλύτερα όταν αισθάνεσαι πολύ άσχημα;

Ο αριθμός των 2 ατόμων στήριξης πήρε το μεγαλύτερο ποσοστό (24,5%). Οι αριθμοί των 7 και 8 ατόμων δεν αποτέλεσαν την επιλογή κανενός συμμετέχοντα.

Πίνακας 6.10.: ερώτηση 5α

Αριθμός ατόμων στήριξης	n/N	%
0	13/133	9.8
1	24/133	18.0
2	38/133	28.6
3	26/133	19.5
4	15/133	11.3
5	10/133	7.5
6	5/133	3.8
9	2/133	1.5
Σύνολο	133	100.0
Δεν απάντησαν		22
Μέγεθος δείγματος		155

6.α. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε παρηγορήσουν όταν αισθάνεσαι πολύ πεσμένος;

Στο ερώτημα 6.α. ο αριθμός των 2 ατόμων στήριξης εξακολουθεί να επικρατεί των υπολοίπων με ποσοστό 28,8%. Τον αριθμό των 8 ατόμων στήριξης δεν τον επέλεξε κανένας συμμετέχοντας.

Πίνακας 6.11.: ερώτηση 6α

Αριθμός ατόμων στήριξης	n/N	%
0	13/133	9.8
1	18/133	13.6
2	38/133	28.8
3	29/133	22.0
4	15/133	11.4
5	10/133	7.6
6	5/133	3.8
7	2/133	1.5
9	2/133	1.5
Σύνολο	133	100.0
Δεν απάντησαν		23
Μέγεθος δείγματος		155

6.3. Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών μεταβλητών και των δυο υποκλιμάκων κοινωνικής στήριξης

Τα δημογραφικά στοιχεία στα οποία έγινε η συσχέτιση είναι η ηλικία, το φύλο, τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας και τα χρόνια προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα όπως φαίνονται από τον πίνακα 6.12, δείχνουν ότι η ηλικία, τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας και τα χρόνια προϋπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείων δε σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις δύο υποκλίμακες της κοινωνικής στήριξης. Δηλαδή αυτά τα τρία δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν παίζουν ρόλο όσον αφορά στον αριθμό ατόμων που προσφέρουν κοινωνική στήριξη στους νοσηλευτές ή στο βαθμό ικανοποίησης από την κοινωνική στήριξη.

Πίνακας 6.12.: Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών (ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας) και υποκλιμάκων κοινωνικής στήριξης.

		Μέγεθος κοινωνικής στήριξης	Βαθμός ικανοποίησης από την κοινωνική στήριξη
Ηλικία	Pearson Correlation	-0,011	-0,044
	p-value	0,900	0,646
Συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας	Pearson Correlation	-0,016	-0,027
	p-value	0,858	0,778
Χρόνια προϋπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα του νοσοκομείου	Pearson Correlation	0,002	-0,031
	p-value	0,980	0,744

Αναφορικά με το φύλο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, δε σχετίζεται με καμία από τις δυο υποκλίμακες κοινωνικής στήριξης, δηλαδή οι δηλώσεις των αντρών δε διαφέρουν από τις δηλώσεις των γυναικών σχετικά με το μέγεθος κοινωνικής στήριξης ή το βαθμό ικανοποίησης από την κοινωνική στήριξη.

Πίνακας 6.13.: Φύλο και οι δύο υποκλίμακες της κοινωνικής στήριξης

Υποκλίμακες Κοινωνικής Στήριξης	Φύλο	Mean	Std. Deviation	t	p-value
Μέγεθος κοινωνικής στήριξης	Άντρας	2,7456	1,88790	0.942	0.348
	Γυναίκα	2,4734	1,31853		
Βαθμός ικανοποίησης από την κοινωνική στήριξη	Άντρας	4,8182	1,12990	-1.464	0.146
	Γυναίκα	5,0907	0,78392		

6.4. Ερωτηματολόγιο της Maslach (Maslach Burnout Inventory – MBI)

Για την εκτίμηση της εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας των τριών υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach's Alpha, και τα αποτελέσματα έδειξαν να είναι 0.874 για την πρώτη διάσταση (συναισθηματική εξάντληση), για τη δεύτερη διάσταση (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων) 0.787 και για την τρίτη διάσταση (απρόσωπη φροντίδα) 0.751, τα οποία δείχνουν ότι η αξιοπιστία των τριών διαστάσεων είναι ικανοποιητική.

Στον πίνακα, 6.14 φαίνονται τα αποτελέσματα για τις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Για τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης, ο μέσος όρος είναι 24.3 δηλαδή η συναισθηματική εξάντληση κατά μέσο όρο είναι μέτρια στους νοσηλευτές του δείγματος. Η διάσταση της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων έχει μέση τιμή 11.2, δηλαδή κατά μέσο όρο τα επίπεδα της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων είναι χαμηλά. Για τη διάσταση της απρόσωπης φροντίδας, η μέση τιμή είναι 9.4, δηλαδή κατά μέσο όρο τα επίπεδα απρόσωπης φροντίδας για τους νοσηλευτές είναι χαμηλά.

Πίνακας 6.14.: Περιγραφική στατιστική για τις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου της Maslach.

Διάσταση ερωτηματολογίου	Μέση τιμή (Mean)	Τυπική απόκλιση (Standard Deviation)	Ελάχιστο	Μέγιστο	ΔΕ 95 %
Συναισθηματική Εξάντληση	24.287	11.598	5.00	54.00	22.43 - 26.14
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	11.200	6.990	0.00	35.00	10.08 - 12.32
Απρόσωπη Φροντίδα	9.387	6.754	0.00	28.00	8.31 - 10.47

Τα αποτελέσματα για τις τρεις διαστάσεις δείχνουν 1) ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών (42,7%) έχει χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, 2) όλοι οι νοσηλευτές που απάντησαν έχουν χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ 3) το μεγαλύτερο ποσοστό (38%) έχει υψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας.

Πίνακας 6.15.: Επίπεδα για τις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου της Maslach.

Διάσταση ερωτηματολογίου	n/N	%
Συναισθηματική Εξάντληση		
Χαμηλή (≤ 20)	64	42.7
Μέτρια (21-30)	46	30.7
Υψηλή (≥ 30)	40	26.7
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων		
Χαμηλή (≤ 35)	150	100%
Μέτρια (36-41)	0	0%
Υψηλή (≥ 42)	0	0%
Απρόσωπη Φροντίδα		
Χαμηλή (≤ 20)	49	32.7
Μέτρια (21-30)	44	29.3
Υψηλή (≥ 30)	57	38.0

6.5. Ερωτηματολόγιο καταγραφής εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων (πηγών στήριξης).

Το ερωτηματολόγιο καταγραφής των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας και τα αποτελέσματα μας έδωσαν 13 παράγοντες, οι οποίοι εξηγούν το 80,229% της διακύμανσης. Αναλυτικά οι 13 παράγοντες με τις ερωτήσεις που αντιστοιχούν στον καθένα είναι: Παράγοντας 1 ερωτήσεις 43, 49, 48, 44, 50, 45, Παράγοντας 2 ερωτήσεις 24,17,18, 25,19, Παράγοντας 3 ερωτήσεις 32, 27, 41,31, 28, Παράγοντας 4 ερωτήσεις 14, 16, 15, Παράγοντας 5 ερωτήσεις 37,38, Παράγοντας 6 ερωτήσεις 26, 51, Παράγοντας 7 ερωτήσεις 35, 39, 20, Παράγοντας 8 ερωτήσεις 33, 34, Παράγοντας 9 ερωτήσεις 47, 46, Παράγοντας 10 ερωτήσεις 29,30, Παράγοντας 11 ερώτηση 22, Παράγοντας 12 ερώτηση 21, Παράγοντας 13 ερωτήσεις 40, 52.

Τα αποτελέσματα σχετικά με τις φορτίσεις των ερωτήσεων στους 7 παράγοντες που προέκυψαν από την πολυπαραγοντική ανάλυση και την εξήγηση της διακύμανσης από τον κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στον πίνακα 1 που βρίσκεται στο παράρτημα IV.

Αναλυτικότερα, οι τρεις από τους παράγοντες αυτούς (1, 3 και 4) ανήκουν στις εργασιακές απαιτήσεις (job demands) και οι άλλοι τέσσερις (2, 7, 8 και 10) στους εργασιακούς πόρους (job resources). Πιο συγκεκριμένα για τις εργασιακές απαιτήσεις, ο παράγοντας 1, αφορά το στρες το οποίο προέρχεται από τη συνεργασία με τους συναδέλφους (collaboration distress), ο παράγοντας 3, το φόρτο εργασίας (work overload), ο παράγοντας 4, το στρες που προκαλείται από την επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους (psychological distress from relationships with patients and families). Για τις εργασιακούς πόρους, ο παράγοντας 2 αφορά την εκτίμηση και την υποστήριξη από την εργασία (appreciation and support), ο παράγοντας 7, περιλαμβάνει την ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας (favourable work conditions), ο παράγοντας 8, την αυτονομία και τον έλεγχο στην εργασία (initiatives and control) και ο παράγοντας 10, αφορά στην ευελιξία της προγραμματισμένης παροχής φροντίδας (flexibility in clinical and schedule demands).

Οι παράγοντες δημιουργήθηκαν ανάλογα και εξετάστηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση τους. Τα αποτελέσματα ανά παράγοντα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.16 που ακολουθεί.

Πίνακας 6.16.: Εργασιακές Απαιτήσεις και Εργασιακοί Πόροι

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	95% ΔΕ
Εργασιακές Απαιτήσεις				
Στρες από τη συνεργασία με συναδέλφους	43, 44, 45, 48, 49, 50	2.581	0.603	2.463-2.699
Φόρτος Εργασίας	27, 28, 31, 32, 41	2.258	0.506	2.178-2.338
Στρες από τη σχέση με Ασθενείς και Συγγενείς	14, 15, 16	2.260	0.667	2.155-2.365
Εργασιακοί Πόροι				
Εκτίμηση και Υποστήριξη στην εργασία	17, 18, 19, 24, 25	2.2039	0.583	2.112-2.296
Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	20, 35, 39	2.6817	0.520	2.600-2.764
Αυτονομία και Έλεγχος	33, 34	2.1194	0.614	2.023-2.216
Ευελιξία στην παροχή φροντίδα	29, 30	2.4221	0.627	2.323-2.521

Στις εργασιακές απαιτήσεις τα αποτελέσματα δείχνουν την πιο υψηλή μέση τιμή να έχει το στρες το οποίο προέρχεται από τη συνεργασία με τους συναδέλφους (2.58), δείχνοντας ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν γενικά προβλήματα στη συνεργασία με τους συναδέλφους τους. Διαφωνούν δηλαδή ότι το στρες προκαλείται από τον παράγοντα αυτό. Οι παράγοντες φόρτος εργασίας και στρες από την επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς έχουν χαμηλές μέσες τιμές (2.25) και (2.26) αντίστοιχα. Το στοιχείο αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ υποστηρίζουν την ύπαρξη στρες εξαιτίας του φόρτου εργασίας αλλά και της επαφής με και τους ασθενείς και τους συγγενείς.

Στους εργασιακούς πόρους τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πιο υψηλή μέση τιμή ήταν στον παράγοντα που αφορά στην ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας (2.68). Η υψηλή τιμή στον παράγοντα αυτό δείχνει ότι οι ερωτηθέντες γενικά δεν συμφωνούν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις εργασιακές παροχές τους. Ο παράγοντας, αυτονομία και έλεγχος έχει τη χαμηλότερη μέση τιμή (2.11). Η χαμηλή μέση τιμή στο στοιχείο αυτό δείχνει ότι οι συμμετέχοντες έχουν κατά κάποιο τρόπο, αυτονομία και έλεγχο στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς τους. Παρόλα αυτά, ο παράγοντας ευελιξία στην παροχή φροντίδας, δείχνει να έχει εξίσου υψηλή μέση τιμή (2.42), γεγονός το οποίο εκφράζει τη διαφωνία των νοσηλευτών, όσον αφορά στην ύπαρξή του.

6.6. Συσχετίσεις μεταξύ των 2 παραγόντων του MBI με τους 7 παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων.

- Συσχετίσεις των 3 παραγόντων που αφορούν τις εργασιακές απαιτήσεις με τον παράγοντα “συναισθηματική εξάντληση” του MBI.

Τα αποτελέσματα όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 6.17, έδειξαν ότι και οι τρεις παράγοντες που αφορούν τις εργασιακές απαιτήσεις σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την συναισθηματική εξάντληση (p -values<0.001) και η συσχέτιση αυτή είναι αρνητική ($r=-0.452$, $r=-0.498$, $r=-0.307$ με τους τρεις παράγοντες αντίστοιχα), δηλαδή όσο πιο πολλές εργασιακές απαιτήσεις έχουν οι νοσηλευτές, τόσο πιο μεγάλη είναι η συναισθηματική εξάντληση. Από τον πίνακα επίσης φαίνεται ότι οι τρεις παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων σχετίζονται θετικά μεταξύ τους.

Πίνακας 6.17.: Εργασιακές απαιτήσεις και ο παράγοντας “συναισθηματική εξάντληση” του MBI.

		Παρ. 1 (στρες από τη συνεργασία με τους συναδέλφους)	Παρ. 2 (φόρτος εργασίας)	Παρ. 3 (στρες από τη σχέση με ασθενείς και συγγενείς)
Παρ. 2 (φόρτος εργασίας)	Pearson Correlation	.336 (**)		
	p-value	.001		
Παρ. 3 (στρες από τη σχέση με ασθενείς και συγγενείς)	Pearson Correlation	.322 (**)	.183 (*)	
	p-value	.001	.022	
MBI 1 (συναισθηματική εξάντληση)	Pearson Correlation	-.452(**)	-.498 (**)	-.307 (**)
	p-value	.000	.000	.000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

- Συσχετίσεις των 4 παραγόντων που αφορούν τους εργασιακούς πόρους με τον παράγοντα “απόρροπη φροντίδα” του MBI.

Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι από τους τέσσερις παράγοντες των εργασιακών πόρων, σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την απόρροπη φροντίδα οι τρεις παράγοντες, εκτίμηση και υποστήριξη στην εργασία (appreciation and support) ($r=0.169$, p -value=0.038), αυτονομία και έλεγχος (initiatives and control) ($r=0.192$, $p=0.019$) και ευελιξία στην παροχή φροντίδας (flexibility in clinical and schedule demands) ($r=0.218$, p -value=0.007), ενώ ο παράγοντας ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας (favourable work conditions) δε συσχετίζεται με την απόρροπη φροντίδα (p -value=0.142). Οι τρεις

σημαντικές συσχετίσεις είναι θετικές, δηλαδή όσο πιο πολύ οι νοσηλευτές διαφωνούν με την ύπαρξη εργασιακών πόρων, τόσο πιο υψηλή είναι η παροχή απρόσωπη φροντίδα, ή διαφορετικά, όσο πιο πολλούς εργασιακούς πόρους έχουν τόσο πιο μικρή είναι η απρόσωπη φροντίδα. Από τον πίνακα 6.18 επίσης φαίνεται ότι οι τέσσερις παράγοντες των εργασιακών πόρων σχετίζονται θετικά μεταξύ τους.

Πίνακας 6.18.: Εργασιακοί πόροι και ο παράγοντας “απρόσωπη φροντίδα” του MBI.

		Παρ.1 (εκτίμηση και υποστήριξη)	Παρ. 2 (ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας)	Παρ. 3 (αυτονομία και έλεγχος)	Παρ. 4 (ευελιξία στην παροχή φροντίδας)
Παρ. 2 (ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας)	Pearson Correlation	.228(**)			
	p-value	.004			
Παρ. 3 (αυτονομία και έλεγχος)	Pearson Correlation	.253(**)	.262(**)		
	p-value	.002	.001		
Παρ. 4 (ευελιξία στην παροχή φροντίδας)	Pearson Correlation	.333(**)	.319(**)	.291(**)	
	p-value	.000	.000	.000	
MBI 2 (απρόσωπη φροντίδα)	Pearson Correlation	.169(*)	.120	.192(*)	.218(**)
	p-value	.038	.142	.019	.007

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

6.7. Αναλύσεις Παλινδρόμησης (Regression Analysis)

Οι αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκαν ώστε να εξεταστεί αν τα δημογραφικά στοιχεία, οι εργασιακές απαιτήσεις και οι εργασιακοί πόροι προβλέπουν τους παράγοντες του ερωτηματολογίου MBI. Οι κύριες υποθέσεις που ενδιαφέρουν την έρευνα προέκυψαν από την μελέτη των Demerouti και συν. (2000), οι οποίοι και κατασκεύασαν το ερωτηματολόγιο των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων. Οι υποθέσεις είναι: 1) Αν οι εργασιακές απαιτήσεις, προβλέπουν την συναισθηματική εξάντληση και 2) Αν οι εργασιακοί πόροι, προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα. Οι υποθέσεις όμως, αυτές, θα πρέπει να εξεταστούν, αφαιρώντας παράλληλα την πιθανή επίδραση των δημογραφικών στοιχείων των νοσηλευτών, δηλαδή να εξασφαλίσουμε ότι δεν είναι τα προσωπικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή, αλλά μόνο οι εργασιακές απαιτήσεις ή οι εργασιακοί πόροι και ότι δεν είναι 'πλαστή' (spurious) η συσχέτιση. Επομένως, αρχικά έγινε μια πολλαπλή παλινδρόμηση με ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία. Ακολούθως, τα δημογραφικά που βγήκαν στατιστικά σημαντικά, χρησιμοποιήθηκαν ως ελεγχόμενες μεταβλητές (control variables) στην πολλαπλή παλινδρόμηση που αφορά τις κύριες υποθέσεις μας.

- *Συναισθηματική εξάντληση και δημογραφικά στοιχεία.*

Με εξαρτημένη μεταβλητή τη συναισθηματική εξάντληση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, χρόνια υπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα, χρόνια υπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου, το αν η απόφαση για το τμήμα τους ήταν δική τους, η θέση τους στο τμήμα, το πτυχίο, η οικογενειακή κατάσταση και το νοσοκομείο), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει τη συναισθηματική εξάντληση είναι το νοσοκομείο. Φαίνεται ότι η συναισθηματική εξάντληση στο νοσοκομείο Λευκωσίας είναι η πιο μεγάλη (αρνητικό πρόσημο), ακολουθεί το νοσοκομείο Λεμεσού, το νοσοκομείο Λάρνακας και η πιο χαμηλή είναι στο νοσοκομείο Πάφου. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, το νοσοκομείο θα χρησιμοποιηθεί ως ελεγχόμενη μεταβλητή, στην ανάλυση που ακολουθεί (πίνακας: 6.19).

Πίνακας 6.19.: Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συναισθηματική εξάντληση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Beta	t	p-value
Ηλικία	-0.447	-1.114	0.267
Φύλο	1.455	0.687	0.493
χρόνια υπηρεσίας	0.590	1.408	0.161
χρόνια στο τμήμα	-0.340	-1.606	0.111
Απόφαση	3.311	1.711	0.089
Θέση	-0.713	-0.333	0.739
Πτυχίο	-0.928	-0.534	0.594
Οικογενειακή κατάσταση	-1.716	-0.823	0.412
Νοσοκομείο	-3.751	-4.153	0.000

- *Συναισθηματική εξάντληση και εργασιακές απαιτήσεις*

Το επόμενο μοντέλο παλινδρόμησης όπως φαίνεται στον πίνακα 6.18, που ακολουθεί, εξέτασε την υπόθεση ότι οι εργασιακές απαιτήσεις προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση. Επειδή το νοσοκομείο που εργάζονται οι νοσηλευτές επηρεάζει σημαντικά τη συναισθηματική εξάντληση χρησιμοποιήθηκε ως ελεγχόμενη μεταβλητή, για να διαπιστωθεί αν η επίδραση των εργασιακών απαιτήσεων υπάρχει πέρα από αυτή τη μεταβλητή.

Πίνακας 6.20.: Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συναισθηματική εξάντληση και ανεξάρτητες τους τρεις παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων (ελεγχόμενη μεταβλητή: νοσοκομείο)

Μεταβλητή	Beta	T	p-value
Στρες από τη συνεργασία με τους συναδέλφους	-5.158	-2.951	0.004
Φόρτος εργασίας	-6.677	-3.438	0.001
Στρες από τη σχέση με ασθενείς και συγγενείς	-2.643	-1.833	0.070

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι γενικά οι εργασιακές απαιτήσεις προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση, όπου τα αρνητικά πρόσημα των συντελεστών ερμηνεύονται ότι: Όσο πιο μεγάλες είναι οι εργασιακές απαιτήσεις τόσο πιο μεγάλη είναι η συναισθηματική εξάντληση. Οι δυο πρώτοι παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων, δηλαδή το στρες από τη συνεργασία με τους συναδέλφους και ο φόρτος εργασίας ήταν στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο μικρότερο του 5% (p-values 0.004, 0.001 αντίστοιχα). Ο τρίτος παράγοντας, στρες από τη σχέση με τους ασθενείς και τους συγγενείς, ήταν στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο 10% (p-value=0.070), δηλαδή είναι οριακά σημαντικός (marginally significant). Η επίδραση των τριών παραγόντων υπάρχει ακόμα και όταν

ελέγχουμε την επίδραση του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται οι ερωτηθέντες. Το Rsquare του μοντέλου είναι 41,5%, δηλαδή οι εργασιακές απαιτήσεις εξηγούν ένα μέτριο ποσοστό της διακύμανσης της συναισθηματικής εξάντλησης.

- *Απρόσωπη φροντίδα και δημογραφικά στοιχεία.*

Με εξαρτημένη μεταβλητή την απρόσωπη φροντίδα και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, χρόνια υπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα, χρόνια υπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου, το αν η απόφαση για το τμήμα τους ήταν δική τους, η θέση τους στο τμήμα, το πτυχίο, η οικογενειακή κατάσταση και το νοσοκομείο), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την απρόσωπη φροντίδα είναι το νοσοκομείο. Από το αρνητικό πρόσημο, φαίνεται ότι η απρόσωπη φροντίδα στο νοσοκομείο Λευκωσίας ήταν η πιο μεγάλη, ακολουθεί το νοσοκομείο Λεμεσού, το νοσοκομείο Λάρνακας και η πιο χαμηλή είναι στο νοσοκομείο Πάφου. Έτσι, στην ανάλυση που ακολουθεί (πίνακας: 6.21), το νοσοκομείο θα είναι ελεγχόμενη μεταβλητή (control variable).

Πίνακας 6.21.: Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την απρόσωπη φροντίδα και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Beta	T	p-value
Ηλικία	-0.195	-0.814	0.417
Φύλο	-0.515	-0.407	0.684
χρόνια υπηρεσίας	0.073	0.292	0.771
χρόνια στο τμήμα	0.004	0.033	0.974
Απόφαση	1.060	0.917	0.361
Θέση	-1.348	-1.055	0.293
Πτυχίο	0.870	0.838	0.404
Οικογενειακή κατάσταση	-0.596	-0.479	0.633
Νοσοκομείο	-1.282	-2.375	0.019

- *Απρόσωπη Φροντίδα και εργασιακοί πόροι*

Το μοντέλο παλινδρόμησης που ακολουθεί, εξέτασε την υπόθεση ότι οι εργασιακοί πόροι προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα. Επειδή το νοσοκομείο που εργάζονται οι νοσηλευτές επηρεάζει σημαντικά την απρόσωπη φροντίδα θα χρησιμοποιηθεί ως ελεγχόμενη μεταβλητή, για να διαφανεί αν η επίδραση των εργασιακών πόρων, υπάρχει πέρα από αυτή τη μεταβλητή.

Πίνακας 6.22.: Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την απρόσωπη φροντίδα και ανεξάρτητες τα τέσσερα των εργασιακών πόρων (ελεγχόμενη μεταβλητή: νοσοκομείο)

Μεταβλητή	Beta	t	p-value
Εκτίμηση και Υποστήριξη	0.355	0.344	0.731
Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	0.617	0.545	0.587
Αυτονομία και Έλεγχος	1.479	1.571	0.118
Ευελιξία στην παροχή φροντίδας	1.211	1.248	0.214

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ερευνητική μας υπόθεση δε στηρίζεται, δηλαδή φαίνεται ότι οι εργασιακοί πόροι δεν προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα, αφού όλα τα p-values είναι μεγαλύτερα από το επίπεδο σημαντικότητας 5%. Επίσης το Rsquare του μοντέλου είναι 10%, το οποίο είναι πολύ χαμηλό και οφείλεται αποκλειστικά στην ελεγχόμενη μεταβλητή (νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται).

6.7.1. Ανάλυση παλινδρόμησης με μεταβλητές την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και τα δημογραφικά στοιχεία

Ανεξάρτητα από τις ερευνητικές υποθέσεις, πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, χρόνια υπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα, χρόνια υπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου, το αν η απόφαση να εργαστούν στη ΜΕΘ ήταν δική τους, η θέση τους στο τμήμα, το πτυχίο, η οικογενειακή κατάσταση και το νοσοκομείο), τα αποτελέσματα έδειξαν (πίνακας 6.23) ότι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, είναι το νοσοκομείο, όπου από το αρνητικό πρόσημο φαίνεται ότι η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων στο νοσοκομείο Λευκωσίας είναι η πιο μεγάλη, ακολουθεί το νοσοκομείο Λεμεσού, το νοσοκομείο Λάρνακας και η πιο χαμηλή είναι στο νοσοκομείο Πάφου.

Πίνακας 6.23.: Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Beta	T	p-value
Ηλικία	-.111	-.450	0.653
Φύλο	.673	.517	0.606
χρόνια υπηρεσίας	.055	.215	0.830
χρόνια στο τμήμα	-.130	-.995	0.321
Απόφαση	1.143	.960	0.339
Θέση	-1.563	-1.187	0.237
Πτυχίο	-.850	-.795	0.428
Οικογενειακή κατάσταση	2.454	1.912	0.058
Νοσοκομείο	-1.172	-2.108	0.037

6.8. Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών και των παραγόντων των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων

Τα δημογραφικά στοιχεία για τα οποία έγινε συσχέτιση είναι η ηλικία, το φύλο, τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας και τα χρόνια προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου.

Επειδή οι μεταβλητές ηλικία, συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας και χρόνια προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου είναι συνεχείς, για να εξεταστεί η συσχέτιση με τους παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων που είναι επίσης συνεχείς, θα χρησιμοποιηθούν τα Pearson correlation coefficients. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.24.

Πίνακας 6.24.: Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών (ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας) και των παραγόντων των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων.

		Απαιτήσεις- Στρες από τη συνεργασία με τους συναδέλφους	Απαιτήσεις- Φόρτος εργασίας	Απαιτήσεις- Ψυχολογικό στρες από Ασθενείς & συγγενείς	Πόροι- Εκτίμηση Υποστήριξη	Πόροι- Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	Πόροι- Αυτονομία Έλεγχος	Πόροι- Ευελιξία στη φροντίδα
Ηλικία	Pearson Correlation	0,120	,093	-0,115	-0,248**	-0,121	-0,196*	0,107
	p-value	0,233	0,252	0,156	0,002	0,133	0,014	0,187
Συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας	Pearson Correlation	0,090	0,061	-0,127	-0,263**	-0,114	-0,171*	0,099
	p-value	0,372	0,454	0,114	0,001	0,157	0,034	0,221
Χρόνια προϋπηρεσίας νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου	Pearson Correlation	0,085	0,077	0,002	-0,286**	-0,123	-0,170*	0,098
	p-value	0,396	0,344	0,976	0,000	0,129	0,035	0,230
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

- *Ηλικία.*

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (χαμηλή) μεταξύ ηλικίας και του παράγοντα εκτίμηση και υποστήριξη από τους εργασιακούς πόρους ($r=-0.248$, $p=0.002$), όπου η αρνητική συσχέτιση (σε σχέση με την κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου, όπου 1=συμφωνώ απόλυτα) δείχνει ότι άτομα πιο μεγάλης ηλικίας δηλώνουν ότι έχουν μεγαλύτερη εκτίμηση και υποστήριξη (δηλαδή δήλωσαν ότι συμφωνούν/συμφωνούν απόλυτα ότι λαμβάνουν αυτό τον εργασιακό πόρο). Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και του παράγοντα αυτονομία και έλεγχου από τους εργασιακούς πόρους ($r=-0.196$, $p=0.014$) όπου η αρνητική συσχέτιση και πάλι δείχνει ότι άτομα πιο μεγάλης ηλικίας δηλώνουν ότι έχουν περισσότερη αυτονομία αλλά και έλεγχο στην κάθε μέρα πράξη (δηλαδή δήλωσαν ότι συμφωνούν/συμφωνούν απόλυτα ότι έχουν αυτό τον πόρο).

- *Συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας*

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ συνολικών χρόνων προϋπηρεσίας και του παράγοντα εκτίμηση και υποστήριξη, από τους εργασιακούς πόρους ($r=-0.263$, $p=0.001$), όπου η αρνητική συσχέτιση (σε σχέση με την κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου, όπου 1=συμφωνώ απόλυτα) δείχνει ότι άτομα με πιο πολλά χρόνια προϋπηρεσίας δηλώνουν ότι τυγχάνουν μεγαλύτερης εκτίμησης και υποστήριξης (δηλαδή δήλωσαν ότι συμφωνούν/συμφωνούν απόλυτα ότι έχουν αυτή την εργασιακή πηγή). Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ συνολικών χρόνων προϋπηρεσίας και του παράγοντα αυτονομία και έλεγχος από τους εργασιακούς πόρους ($r=-0.171$, $p=0.034$) όπου η αρνητική συσχέτιση και πάλι δείχνει ότι άτομα με πιο πολλά χρόνια προϋπηρεσίας δηλώνουν ότι έχουν περισσότερη αυτονομία και έλεγχο (δηλαδή δήλωσαν ότι συμφωνούν/συμφωνούν απόλυτα ότι έχουν αυτό τον πόρο).

- *Χρόνια προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου.*

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ χρόνων προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου και του παράγοντα εκτίμηση και υποστήριξη, από τους εργασιακούς πόρους ($r=-0.286$, $p<0.001$), όπου η αρνητική συσχέτιση (σε σχέση με την κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου, όπου 1=συμφωνώ απόλυτα) δείχνει ότι άτομα με πιο πολλά χρόνια προϋπηρεσίας δηλώνουν ότι έχουν περισσότερη εκτίμηση και υποστήριξη (δηλαδή δήλωσαν ότι συμφωνούν/συμφωνούν απόλυτα ότι έχουν αυτή την πηγή). Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ χρόνων προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου και του παράγοντα

αυτονομία και έλεγχος από του εργασιακούς πόρους ($r=-0.170$, $p=0.035$) όπου η αρνητική συσχέτιση και πάλι δείχνει ότι άτομα με πιο πολλά χρόνια προϋπηρεσίας δηλώνουν ότι έχουν περισσότερη αυτονομία και έλεγχο (δηλαδή δήλωσαν ότι συμφωνούν/συμφωνούν απόλυτα ότι έχουν αυτή την εργασιακή πηγή). Τα πιο πάνω αποτελέσματα που αφορούν στα δημογραφικά, συμφωνούν ότι οι νοσηλευτές με πιο πολλή εμπειρία δήλωσαν πιο ψηλά επίπεδα εργασιακών πόρων, όσον αφορά στην εκτίμηση και υποστήριξη αλλά και στην αυτονομία και έλεγχο.

Αναφορικά με το φύλο τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, το φύλο δε σχετίζεται με κανένα από τους παράγοντες των εργασιακών πόρων και των εργασιακών απαιτήσεων. Όλα τα p-values είναι μεγαλύτερα από το επίπεδο σημαντικότητας, $\alpha=5\%$. Δηλαδή οι απόψεις των αντρών δε διαφέρουν από τις απόψεις των γυναικών σχετικά με τους παράγοντες των εργασιακών πόρων και των εργασιακών απαιτήσεων (πίνακας: 6.25).

Πίνακας 6.25.: Independent samples t-test για την σχέση μεταξύ φύλου και των παραγόντων των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων.

	Φύλο	Mean	Std. Deviation	t	p-value
Εργασιακές απαιτήσεις					
Στρες από τη σχέση με τους συναδέλφους	Άντρας	2,5313	,68971		
	Γυναίκα	2,6039	,56164	-0.561	0.576
Φόρτος εργασίας	Άντρας	2,1907	,57396	-1.027	0.306
	Γυναίκα	2,2839	,47771		
Στρες από τη σχέση με ασθενείς και συγγενείς	Άντρας	2,4109	,69327	1.754	0.081
	Γυναίκα	2,2024	,65049		
Εργασιακοί πόροι					
Εκτίμηση και Υποστήριξη	Άντρας	2,1209	,60022	-1.098	0.274
	Γυναίκα	2,2357	,57592		
Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	Άντρας	2,7054	,64328	0.351	0.726
	Γυναίκα	2,6726	,46710		
Αυτονομία και έλεγχος	Άντρας	2,1279	,61811	0.107	0.915
	Γυναίκα	2,1161	,61506		
Ευελιξία στην παροχή φροντίδας	Άντρας	2,3372	,75373	-1.047	0.297
	Γυναίκα	2,4550	,57029		

6.9. Η διάσταση της Απρόσωπης Φροντίδας και η μεταβλητή Νοσοκομείο

Από τις πιο πάνω αναλύσεις διαπιστώθηκε ότι η μεταβλητή Νοσοκομείο φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά και να επηρεάζει την απρόσωπη φροντίδα. Στους πίνακες 6.25 και 6.26, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μέσων τιμών της απρόσωπης φροντίδας κατά νοσοκομείο και τα ποσοστά στις κατηγορίες της απρόσωπης Φροντίδας επίσης κατά νοσοκομείο. Στα αποτελέσματα των μέσων το νοσοκομείο Λευκωσίας (1) έχει τη μεγαλύτερη μέση τιμή και ακολουθεί το νοσοκομείο Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου. Η συνολική μέση τιμή είναι 9.4, δηλαδή κατά μέσο όρο τα επίπεδα απρόσωπης φροντίδας για τους νοσηλευτές είναι χαμηλά.

Πίνακας 6.26.: Μέσες τιμές της απρόσωπης φροντίδας κατά νοσοκομείο

Νοσοκομείο	Μέσος όρος	N	Τυπική Απόκλιση
1	11.2381	63	6.92987
2	8.4167	48	6.87838
3	7.8182	22	4.80710
4	7.2941	17	6.71532
Σύνολο	9.3867	150	6.75435

Όσον αφορά στα ποσοστά στις κατηγορίες της Απρόσωπης Φροντίδας κατά νοσοκομείο, τα αποτελέσματα του πίνακα 6.27, δείχνουν ότι το νοσοκομείο Λευκωσίας φαίνεται να παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό (12.7) στην κατηγορία της μέτριας απρόσωπης φροντίδας και το μικρότερο (87.7) στην κατηγορία της χαμηλής, συγκριτικά με τα άλλα τρία νοσοκομεία.

Πίνακας 6.27.: Ποσοστά στις κατηγορίες της Απρόσωπης Φροντίδας κατά νοσοκομείο

Νοσοκομείο		N	%
Λευκωσίας	Χαμηλή (≤ 20)	53	87.3
	Μέτρια (21-30)	8	12.7
Λεμεσού	Χαμηλή (≤ 20)	45	93.8
	Μέτρια (21-30)	3	6.2
Λάρνακας	Χαμηλή (≤ 20)	21	95.5
	Μέτρια (21-30)	1	4.5
Πάφου	Χαμηλή (≤ 20)	16	94.1
	Μέτρια (21-30)	1	5.9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε η διερεύνηση των εργασιακών συνθηκών στα πλαίσια των οποίων προσφέρει τις υπηρεσίες του το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις ΜΕΘ και η ανάδειξη εκείνων των παραγόντων που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν το έργο του. Επιμέρους στόχοι ήταν η αξιολόγηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης, η διερεύνηση των στρεσογόνων συνθηκών στο χώρο εργασίας και η διερεύνηση των πηγών στήριξης των νοσηλευτών.

Μελετώντας τα δημογραφικά δεδομένα του δείγματος, το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 86.91% και κρίνεται πολύ ικανοποιητικό δείχνοντας τη συνέπεια και την υπευθυνότητα των ερωτηθέντων νοσηλευτών στο δείγμα. Παρατηρήθηκε επίσης, πλειοψηφία των γυναικών έναντι των αντρών και αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο γεγονός ότι η νοσηλευτική στο παρελθόν ήταν κατεξοχήν γυναικείο επάγγελμα. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι 35.5 χρόνια, αποτέλεσμα με το οποίο συμφωνούν και ευρήματα άλλων μελετών (Μπελλάλη και συν. 2007, Σταυριανόπουλος και συν. 2011). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (41,9%) αποτέλεσαν οι νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας καθώς στην πρωτεύουσα της Κύπρου, τα περιστατικά που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ είναι πολυπλοκότερα και περισσότερα σε αριθμό κλινών και συνεπώς, εργάζεται μεγαλύτερος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού.

Στο ερώτημα σχετικά με το «αν ήταν δική τους απόφαση να εργαστούν στο συγκεκριμένο τμήμα», οι περισσότεροι νοσηλευτές απάντησαν πως η εργασία στη ΜΕΘ δεν ήταν δική τους απόφαση. Άλλωστε το ποσοστό των νοσηλευτών οι οποίοι έχουν εξειδίκευση στην Εντατική Νοσηλευτική που πιθανό να επηρεάζει την επιλογή τους να εργαστούν στις ΜΕΘ, βρέθηκε να είναι χαμηλό. Η εξειδίκευση μεγαλύτερου αριθμού ατόμων δε θα βελτιώνει μόνο την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αλλά ταυτόχρονα θα δημιουργούσε και την επιθυμία των νοσηλευτών που πήραν την εξειδικευμένη γνώση να θέλουν να την εφαρμόσουν και ασφαλώς να εργαστούν στις ΜΕΘ.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου της κοινωνικής στήριξης φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες έχουν κατά μέσο όρο δύο έως τρία άτομα που μπορούν να εμπιστευτούν για στήριξη. Παρόλο που ο αριθμός των ατόμων στήριξης είναι μικρός, εντούτοις οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι γενικά είναι αρκετά ικανοποιημένοι από αυτά (μέσος όρος κλίμακας ικανοποίησης 5.01). Το συγκεκριμένο εύρημα υποστηρίζεται και από

ερευνητικά δεδομένα που αναφέρουν ότι το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, προσφέρει την ευκαιρία στους ανθρώπους για καλύτερη και αποτελεσματικότερη επικοινωνία, καθώς επίσης προάγει την λειτουργικότητα και την ευεξία (Μισουρίδου 2007).

Η κοινωνική υποστήριξη, επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην εργασία. Λαμβάνοντας κοινωνική στήριξη από τους συναδέλφους, το επίπεδο απόδοσης στην εργασία ενισχύεται (AbuAIRub 2004), αυξάνεται η ικανοποίηση των εργαζομένων, ενώ ταυτόχρονα μειώνονται τα επίπεδα στρες (Maze 2005). Σε αντίθετη περίπτωση, νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες και χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, παρουσιάζουν υψηλή πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (Edmunds & Scudder 2009). Άλλες έρευνες επίσης, αναφέρουν ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από τους συναδέλφους συσχετίζονται άμεσα με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Elliott & Jenkins 2004, Park & Kim 2010).

Από τις συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών και των δυο υποκλιμάκων της κοινωνικής στήριξης, η παρούσα έρευνα βρήκε ότι η ηλικία, τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας και τα χρόνια προϋπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείων δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική σχέση με τις δύο υποκλίμακες της κοινωνικής υποστήριξης (p -values>0.05). Επομένως τα στοιχεία αυτά δεν επηρεάζουν τον αριθμό ατόμων που προσφέρουν κοινωνική στήριξη στους νοσηλευτές ή το βαθμό ικανοποίησης από αυτή. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα των Heijden van der. et. al. (2010), οι οποίοι σε μελέτη τους όσον αφορά στις επιπτώσεις στην ηλικία βρήκαν να υπάρχει μια ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ κοινωνικής στήριξης και ηλικίας.

Από τη συσχέτιση των δύο υποκλιμάκων της κοινωνικής υποστήριξης με το φύλο διαπιστώθηκε πως οι δηλώσεις των αντρών δε διαφέρουν από τις δηλώσεις των γυναικών σχετικά με το μέγεθος της κοινωνικής υποστήριξης ή της ικανοποίησης από αυτή. Σε παρόμοιο αποτέλεσμα κατέληξε και η μελέτη του Maze (2005), στην οποία δε βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε σχέση με την αντίληψη για τον αριθμό των ατόμων που το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης περιλαμβάνει. Άλλα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η εργασία στο νοσοκομείο επηρεάζει την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα των γυναικών και όσων έχουν προϋπηρεσία άνω των 10 χρόνων (Μαρβάκη και συν. 2007).

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της έρευνας, σε σχέση με το ερωτηματολόγιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, για τους νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς στις ΜΕΘ, το μεγαλύτερο ποσοστό (νοσηλευτών) έχει χαμηλή συναισθηματική εξάντληση (42,7%), όλοι οι νοσηλευτές που απάντησαν έχουν χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (100%) και το μεγαλύτερο ποσοστό (38%) έχει υψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας. Αντίστοιχα ποσοστά είχαν και οι Eduardo dos Santos et. al. (2009), σε έρευνα που διεξήγαγαν σε νοσοκομείο του Sao Paulo. Το δείγμα τους αποτέλεσαν 34 νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν σε γενική και σε καρδιολογική ΜΕΘ.

Σε παρόμοια ποσοστά καταλήγουν μελέτες, οι οποίες αναφέρονται σε ασθενείς ογκολογικών τμημάτων, σε σχέση με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Italia et. al. 2007, Ρούπα και συν. 2008). Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, συμπεραίνεται ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται τόσο στις ΜΕΘ όσο και σε ογκολογικά τμήματα υποφέρουν από συναισθηματική εξάντληση και από αισθήματα απρόσωπης φροντίδας. Η μακροχρόνια έκθεση σε στρεσογόνες συνθήκες, όπως ο θάνατος των ασθενών, οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών αλλά και των συγγενών τους και ο τεράστιος φόρτος εργασίας οδηγεί στις πιο πάνω επιπτώσεις.

Όσον αφορά στις μέσες τιμές των τριών διαστάσεων δείχνουν μέτρια συναισθηματική εξάντληση, χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και οριακά χαμηλή απρόσωπη φροντίδα. Η σύγκριση των μέσων τιμών με αντίστοιχες έρευνες (Piko et. al. 2006, Liakopoulou et. al. 2007, Italia et. al. 2007, Ρούπα και συν. 2008) για τις διαστάσεις στην συναισθηματικής εξάντλησης και της απρόσωπης φροντίδας, παρουσιάζουν περίπου τα ίδια αποτελέσματα. Για τη διάσταση της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης είναι χαμηλότερα. Το θετικό αυτό εύρημα δείχνει ότι οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, είναι σε καλύτερη κατάσταση να προσφέρουν και να αποδώσουν στο χώρο εργασίας τους, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες των πιο πάνω ερευνών.

Στην παρούσα μελέτη δόθηκε έμφαση στις εργασιακές συνθήκες που πιθανόν να προκαλούν στρεσογόνες καταστάσεις στις ΜΕΘ. Οι Demerouti και συν. (2000), διερεύνησαν την επίδραση των διαστάσεων εξάντληση και αποχώρηση από την εργασία, του μοντέλου της εξουθένωσης, σε σχέση με την ικανοποίηση από την ζωή, σε δείγμα 185 νοσηλευτών που εργάζονταν σε ένα νοσοκομείο και σε δύο στέγες υπερηλίκων στην

Γερμανία. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους επιβεβαίωσαν τις υποθέσεις, ότι οι εργασιακές απαιτήσεις είναι άμεσα συσχετιζόμενες με τα αισθήματα εξάντλησης του εργαζομένου και οι εργασιακοί πόροι είναι άμεσα συσχετιζόμενοι με την αποχώρηση από την εργασία.

Στην παρούσα μελέτη, όσον αφορά στους τρεις παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων διαφάνηκε ότι συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη συναισθηματική εξάντληση και επίσης ότι οι παράγοντες συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους. Αυτό επιβεβαιώνει και την ερευνητική υπόθεση, ότι οι εργασιακές απαιτήσεις προβλέπουν την συναισθηματική εξάντληση. Επιπλέον, η θετική συσχέτιση των παραγόντων δηλώνει ότι, αν κάποιος νοσηλευτής έχει υψηλό φόρτο εργασίας, τότε έχει υψηλό στρες το οποίο προέρχεται από τις σχέσεις με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους και υψηλό στρες το οποίο προέρχεται από τις σχέσεις με τους συναδέλφους και το περιβάλλον εργασίας.

Για τους παράγοντες των εργασιακών πόρων, οι τρεις παράγοντες σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την απρόσωπη φροντίδα ενώ ο παράγοντας ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας όχι. Επομένως, οι συνθήκες εργασίας δεν αξιολογούνται από τους νοσηλευτές των ΜΕΘ, ως κατάλληλες και αυτό οδηγεί σε μη ικανοποίηση αλλά όχι σε απρόσωπη φροντίδα. Οι τέσσερις παράγοντες σχετίζονται επίσης σημαντικά μεταξύ τους, δηλαδή αν κάποιος νοσηλευτής δηλώνει ότι έχει υψηλό επίπεδο στον παράγοντα ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας, τότε έχει και υψηλό επίπεδο στους παράγοντες εκτίμηση και υποστήριξη στην εργασία, αυτονομία και έλεγχο και ευελιξία στην παροχή φροντίδας.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με αυτά των Demerouti και συν. (2000), διαπιστώθηκαν ομοιότητες και διαφορές. Σχετικά με την επαλήθευση των υποθέσεων διαπιστώθηκε πως η πρώτη υπόθεση για το αν οι εργασιακές απαιτήσεις, προβλέπουν την συναισθηματική εξάντληση, στηρίχτηκε και στις δύο έρευνες. Η συμφωνία στο αποτέλεσμα πιθανόν να οφείλεται και στο γεγονός ότι οι δύο διαστάσεις, εξάντληση και συναισθηματική εξάντληση, εννοιολογικά ταυτίζονται. Όπως αναφέρεται και στους Demerouti και συν. (2000), η διάσταση της εξάντλησης, πέραν από τη σωματική και πνευματική κούραση που προϋποθέτει, έχει βρεθεί να σχετίζεται και σημαντικά με την ψυχολογική κόπωση. Στη δεύτερη υπόθεση για το αν οι εργασιακοί πόροι, προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα, παρατηρήθηκε διαφωνία. Μια πιθανή αιτία της διαφωνίας αυτής ίσως να οφείλεται στη διαφορετική αντίληψη του νοήματος των εννοιών στα δύο μοντέλα

εξουθένωσης. Στο μοντέλο που χρησιμοποίησαν οι Demerouti et.al.(2000) η διάσταση της αποχώρησης από την εργασία δεν προϋποθέτει τη διάσταση της απρόσωπης φροντίδας στο MBI, αλλά η απρόσωπη φροντίδα είναι μόνο μια μορφή της αποχώρησης από τη εργασία. Στο MBI, η διάσταση της απρόσωπης φροντίδας περιλαμβάνει κυρίως τη συναισθηματική απώλεια και την αδιαφορία κατά την παροχή της φροντίδας. Στο μοντέλο που χρησιμοποίησαν οι Demerouti et.al. (2000), η διάσταση της αποχώρησης από την εργασία, περιλαμβάνει συναισθήματα υψηλής ευερεθιστότητας και απροθυμίας να συνεχίσει το έργο και έτσι αποχωρεί από την εργασία του.

Οι Jourdain και Ch nevert (2009), χρησιμοποιώντας το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων των Demerouti και συν. 2000, αλλά και τις δύο διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα, του MBI (Maslach Burnout Inventory), εξέτασαν το ρόλο της εξουθένωσης στη σχέση μεταξύ των στρεσογόνων παραγόντων στην εργασία και στο κοινωνικό προβάλλον των νοσηλευτών και την πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους, συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας, στο ότι οι εργασιακές απαιτήσεις έχουν θετική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση και ο παράγοντας φόρτος εργασίας, έχει την πιο δυνατή σχέση. Επιπρόσθετα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η συναισθηματική εξάντληση έχει θετική συσχέτιση με την απρόσωπη φροντίδα αλλά η σχέση μεταξύ απρόσωπης φροντίδας και εργασιακών απαιτήσεων, όπως υποστηρίζουν οι ερευνητές, χρειάζεται περισσότερο έλεγχο για να εξακριβωθεί. Όσον αφορά στους εργασιακούς πόρους αναφέρεται ότι, η αναγνώριση από τους γιατρούς και τους ασθενείς έχει σημαντική συσχέτιση με την απρόσωπη φροντίδα. Επιπλέον, η διάσταση της απρόσωπης φροντίδας είναι καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας αποχώρησης από την εργασία σε σχέση με την συναισθηματική εξάντληση.

Ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού δημιουργούν αυξημένη σωματική και ψυχολογική κόπωση ιδιαίτερα στο ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό (Visser et al. 2003). Στην παρούσα έρευνα, η συναισθηματική εξάντληση και ο φόρτος εργασίας φαίνεται να συσχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους. Όσο μεγαλύτερος είναι ο φόρτος εργασίας στις ΜΕΘ, τόσο πιο μεγάλη είναι η συναισθηματική εξάντληση των νοσηλευτών. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και ο Διλιντάς (2010), ο οποίος βρήκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ φόρτου εργασίας και συναισθηματικής εξάντλησης, αναφέροντας ότι όσο λιγότερος ήταν ο φόρτος τόσο χαμηλότερη ήταν η εξάντληση που βίωναν οι εργαζόμενοι. Το εύρημα

αυτό υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες (Aiken et. al. 2002, Montgomery et.al. 2006, Jourdain & Chênevert 2009), οι οποίες ενισχύουν τα πιο πάνω και αναφέρουν πως η αύξηση του όγκου εργασίας οδηγεί επίσης στην ελάττωση των προσωπικών επιτευγμάτων και στην απρόσωπη φροντίδα.

Επομένως, ο παράγοντας φόρτος εργασίας είναι καθοριστικός στη δημιουργία στρες και ΕΕ στους νοσηλευτές (Xianyu & Lambert 2006). Ο έντονος φόρτος εργασίας έχει ως αποτέλεσμα την σωματική και ψυχική επιβάρυνση και κατ' επέκταση την τάση για αποχώρηση από το επάγγελμα (Prines et.al. 2002, Elliott 2004, Chang et.al. 2004, Καρανικόλα και συν. 2008, Jourdain & Chênevert 2009). Στις ΜΕΘ ο παράγοντας του φόρτου εργασίας είναι περισσότερο επιβαρυντικός εξαιτίας της πίεσης του χρόνου, της πολυπλοκότητας των καθηκόντων που πρέπει να εκτελεστούν αλλά και της χρήσης σύγχρονης τεχνολογίας. Οι Eduardo dos Santos et.al. (2009), σε μελέτη τους υποστηρίζουν πως στις ΜΕΘ ο φόρτος εργασίας είναι σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας ο οποίος σταδιακά οδηγεί στην πρόκληση ΕΕ. Επιπρόσθετα, αποτελέσματα μιας άλλης πολυεθνικής μελέτης αναφέρουν ότι ο φόρτος και η κόπωση στην εργασία συντελούν ώστε 1 στους 3 ασθενείς να είναι θύμα λαθών (Valentin et.al. 2009).

Αναφορικά με τον παράγοντα των εργασιακών απαιτήσεων, για το στρες από τη συνεργασία με τους συναδέλφους, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας υποστηρίζουν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τη συναισθηματική εξάντληση και η συσχέτιση αυτή είναι αρνητική. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και ο Διλιντάς (2010), ιδιαίτερα όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό. Άλλες έρευνες, υποστηρίζουν ότι οι προστριβές με τους συναδέλφους ή τους ασθενείς, συσχετίζονται με υψηλή απρόσωπη φροντίδα, ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν ότι οι συγκρούσεις είναι αποτέλεσμα ή επίπτωση της απρόσωπης φροντίδας που οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν (Fujiwara et. al. 2003, Καρανιάδου & Αναγνωστόπουλος 2004). Διαφαίνεται, πως οι συγκρούσεις οι οποίες πιθανόν να δημιουργούνται στην καθημερινή πρακτική προκαλούν έντονο άγχος στους νοσηλευτές και προάγουν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για εξουθένωση. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές αποτελούν την επαγγελματική ομάδα που πολύ συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς, μειωμένης συναδελφικής αλληλεγγύης και εκφοβισμού μεταξύ συναδέλφων (Ουζούνη 2005, Rowe & Sherlock 2005, Lewis 2006, Μισουρίδου 2009). Επιπρόσθετα, έρευνες σε ΜΕΘ (Bégat, Ellefsen & Severinsson 2005), αναφέρουν πως οι νοσηλευτές παίρνουν τα αρνητικά συναισθήματα των συναδέλφων τους και επηρεάζονται

από αυτούς τόσο στην εργασιακή συμπεριφορά όσο και στην κυνική στάση που διατηρούν (συνειδητά ή ασυνειδητά) προς τους ασθενείς. Τα ψυχοσωματικά παράπονα των νοσηλευτών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ανάπτυξης συναισθηματικής εξάντλησης, απρόσωπης φροντίδας, μείωση προσωπικών επιτευγμάτων και κατ' επέκταση οδηγούν στην ΕΕ. Τα πιο πάνω σε συνδυασμό με την έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από τη διοίκηση και τους συναδέλφους, τις συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, την ασάφεια των ρόλων, τις διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες και την έλλειψη οργανωτικής δομής αποτελούν συσχετιστικούς παράγοντες για την πρόκληση ΕΕ στους νοσηλευτές (Ρούπα και συν. 2008).

Η επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς, αποτελεί ακόμη ένα στρεσογόνο παράγοντα των εργασιακών απαιτήσεων. Στην παρούσα εργασία βρέθηκε οριακά σημαντικός σε σχέση με την συναισθηματική εξάντληση, ενώ στην ανάλυση των μέσων τιμών τα αποτελέσματα δείχνουν πως αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα για τους νοσηλευτές. Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι ο βασικότερος παράγοντας για την ανάπτυξη και διατήρηση της επαγγελματικής εξουθένωση στους νοσηλευτές είναι η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, ο φόβος του θανάτου, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για την πορεία της υγείας τους καθώς και οι αυξημένες ευθύνες απέναντι σε αυτούς (Antoniou & Antonodimitrakakis 2001, Cecile Poncet et.al. 2007). Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς άλλα και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών δημιουργεί στους νοσηλευτές συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007, Verdon et. al 2008).

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, η δεύτερη υπόθεση της παρούσας μελέτης για το αν οι εργασιακοί πόροι προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα, δεν επαληθεύτηκε. Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου MBI έχουν δείξει υψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας για τους νοσηλευτές των ΜΕΘ. Επιπλέον οι μέσες τιμές του ερωτηματολογίου των εργασιακών απαιτήσεων και πόρων αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές δεν είναι ικανοποιημένοι από τις εργασιακές παροχές και τις συνθήκες εργασίας τους. Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι καλές εργασιακές συνθήκες προφυλάσσουν τους εργαζομένους από τη συναισθηματική εξάντληση, στοιχείο το οποίο έχει διαπιστωθεί σε αρκετές σχετικές μελέτες (Κεραμίδα & Αναγνωστόπουλος 2004, Καρανιάδου & Αναγνωστόπουλος 2004). Σε έρευνα του ο Διλιντάς βρήκε ότι η ικανοποίηση από την

εργασία σχετίζεται αρνητικά στατιστικά σημαντικά με τη συναισθηματική εξάντληση καθώς επίσης και ισχυρά αρνητικά με την έλλειψη επιτευγμάτων. Οι εργαζόμενοι που δεν αντλούν ικανοποίηση από την εργασία τους παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά απρόσωπης φροντίδας. Άλλες έρευνες υποστηρίζουν μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ΕΕ των νοσηλευτών και στην ικανοποίηση από την εργασία τους (Kalliath & Morris 2002, Piko 2006). Η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται θετικά με σοβαρή συναισθηματική εξάντληση, μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα και έντονα συναισθήματα απρόσωπης φροντίδας (Piko 2006, Liakorouli et.al. 2007). Αναπόφευκτα, η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και το χαμηλό ηθικό, οδηγούν στην εξουθένωση και στην αποχώρηση των νοσηλευτών από το επάγγελμα (Θεοδωράτου και συν. 2003, Καρανικόλα και συν. 2008, Jourdain & Chênevert 2009). Στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, αυτό που συχνά παρατηρείται είναι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ πολλές φορές να ζητούν την αλλαγή τμήματος σαν μια προσπάθεια ανεύρεσης του νοήματος στην εργασία αλλά και επαγγελματικής ικανοποίησης.

Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε πως το εργασιακό περιβάλλον στις ΜΕΘ, είναι παράγοντας ο οποίος οδηγεί σε στρες και ΕΕ. Έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με σκοπό τη διερεύνηση της έντασης άγχους σε νοσηλευτές ΜΕΘ, διαπιστώνουν υψηλά επίπεδα (Moola, Ehlers & Hattingh 2008). Η ύπαρξη στρες και έντασης, καθώς και η εμφάνιση μελαγχολικού συναισθήματος και αισθημάτων απαξίωσης επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων (Ντάτσης και συν. 2007). Ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας του εργασιακού περιβάλλοντος είναι ο θόρυβος. Ο θόρυβος επηρεάζει την επαγγελματική υγεία, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, δημιουργεί μείωση της απόδοσης και παράλληλα προκαλεί ψυχολογική και σωματική ένταση (Adali & Priami 2004, Κορομπέλη 2004).

Όσον αφορά τον παράγοντα, αυτονομία και έλεγχος, οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας, υποστηρίζουν πως υπάρχει κατά κάποιο τρόπο, κατά την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας. Παρόλα αυτά, οι νοσηλευτές με τις απαντήσεις τους διαφωνούν με την ύπαρξη του παράγοντα, ευελιξία στην παροχή φροντίδας. Άλλες έρευνες υποστηρίζουν πως η αυτονομία θεωρείται ως ο ισχυρότερος προγνωστικός ερευνητικός δείκτης της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών και έλλειψη της συνδέεται με δυσαρέσκεια στην εργασία, στρες, επαγγελματική εξουθένωση, καθώς και με πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (Finn 2001, Καρανικόλα και συν. 2008).

Επιπρόσθετα αναφέρεται ότι, οι νοσηλευτές που εργάζονται στις ΜΕΘ, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές άλλων τμημάτων, συνήθως αναφέρουν μεγαλύτερη ανάγκη και πιο ψηλά επίπεδα αυτονομίας (Bucknall 2000). Το στοιχείο αυτό ενισχύεται περισσότερο γιατί τα καθήκοντα στις ΜΕΘ απαιτούν αναπτυγμένες ψυχοκινητικές και διανοητικές δεξιότητες για τον χειρισμό και την ερμηνεία των ευρημάτων της υψηλής τεχνολογίας (Αδαλή και συν. 2000).

Μελετώντας τις συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων των εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων, όσον αφορά στον παράγοντα ηλικία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τον παράγοντα εκτίμηση και υποστήριξη από τους εργασιακούς πόρους. Το στοιχείο αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές πιο μεγάλης ηλικίας τυγχάνουν μεγαλύτερης εκτίμησης και υποστήριξης από τον εργασιακό τους χώρο. Επίσης στατιστικά σημαντική σχέση με την ηλικία έχει και ο παράγοντας αυτονομία και έλεγχος. Μια πιθανή εξήγηση για το αποτέλεσμα αυτό, με το οποίο φαίνεται να συμφωνούν και άλλες έρευνες (Brewer & Shapard, 2004. Erickson & Grove, 2007), είναι το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, στην εξελικτική τους πορεία με την εμπειρία και τις γνώσεις που αποκτούν, αντιμετωπίζουν ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά τους και επίσης καταλαβαίνουν καλύτερα πώς νιώθουν οι ασθενείς τους. Επιπλέον, όπως υποστηρίζει και ο Διλιντάς, (2010), οι μεγαλύτεροι ηλικιακά νοσηλευτές, έχουν συχνά μεγαλύτερες δυνατότητες επιλογής του αντικειμένου που θα αναλάβουν στην εργασία τους γεγονός το οποίο προσδίδει και ικανοποίηση σε αυτούς. Αντιμετωπίζουν τις εργασιακές προκλήσεις με μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας και ελέγχου και είναι εξοικειωμένοι με το περιβάλλον του νοσοκομείου. Αντιθέτως, οι νέοι νοσηλευτές φαίνεται ότι έχουν μικρότερη εμπειρία και αντιμετωπίζουν δυσκολία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους ιδιαίτερα σε εξειδικευμένους χώρους όπως είναι οι ΜΕΘ.

Σε σχέση με τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας, αλλά και τα χρόνια προϋπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα τα αποτελέσματα και για τα δύο δημογραφικά χαρακτηριστικά έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τον παράγοντα εκτίμηση και υποστήριξη από τους εργασιακούς πόρους. Το στοιχείο αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές με πιο πολλά χρόνια στην υπηρεσία τυγχάνουν μεγαλύτερης εκτίμησης και υποστήριξης. Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ συνολικών χρόνων προϋπηρεσίας και χρόνια προϋπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα με τον παράγοντα αυτονομία και

έλεγχος. Το στοιχείο αυτό συμφωνεί και με άλλα ερευνητικά δεδομένα (Τσακόννας & Μάμας 2005, Eduardo dos Santos et.al. 2009, Διλιντάς 2010). Σαφέστατα, η πολυετής εργασία προκαλεί αισθήματα ασφάλειας γιατί οι μεγάλοι νοσηλευτές γνωρίζουν πολύ καλά το έργο τους και επιπλέον είναι σε θέση να προφυλάσσονται από τις στρεσογόνες καταστάσεις. Επιπλέον τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας προϋποθέτουν προαγωγή σε ανώτερη θέση και επομένως μεγαλύτερη αυτονομία και έλεγχο, λιγότερες εργασιακές απαιτήσεις ή και απαλλαγή από δύσκολες εργασιακές συνθήκες (π.χ. νυχτερινή εργασία, εναλλασσόμενο ωράριο κ.α.).

Τα αποτελέσματα από την συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των παραγόντων των εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων, έδειξαν ότι το φύλο δε συσχετίζεται με κανένα από τους παράγοντες. Οι απόψεις των αντρών δε διαφέρουν από τις απόψεις των γυναικών αναφορικά με τους παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Demerouti και συν. (2000).

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τη συναισθηματική εξάντληση, την απρόσωπη φροντίδα και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, χρόνια υπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα, χρόνια υπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου, το αν η απόφαση για το τμήμα τους ήταν δική τους, η θέση τους στο τμήμα, το πτυχίο, η οικογενειακή κατάσταση και το νοσοκομείο), έδειξαν ότι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει και τις τρεις διαστάσεις του MBI είναι το νοσοκομείο (συναισθηματική εξάντληση, $p=0.000$ και απρόσωπη φροντίδα, $p=0.019$, έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, $p=0.037$). Ο παράγοντας νοσοκομείο επίσης με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προβλέπει την απρόσωπη φροντίδα. Συγκεκριμένα το νοσοκομείο Λευκωσίας έχει τα μεγαλύτερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και απρόσωπης φροντίδας και ακολουθούν τα νοσοκομεία Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αυτά με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα διαπιστώνονται ομοιότητες αλλά και διαφορές. Αναφορικά με τον παράγοντα ηλικία, οι Demerouti και συν. (2000), από τις συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών, βρήκαν ότι μόνο η ηλικία έχει σημαντική θετική συσχέτιση με την εξάντληση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης του Διλιντά (2010), η ηλικία, έχει ισχυρή αρνητική στατιστική σχέση με την απρόσωπη φροντίδα και λιγότερο με τη συναισθηματική εξάντληση. Υποστηρίζει ότι, όσο μεγαλύτεροι

σε ηλικία είναι οι εργαζόμενοι, τόσο μικρότερη εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα αισθάνονται. Άλλες έρευνες, υποστηρίζουν ότι η ηλικία παρουσιάζει σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση και την απρόσωπη φροντίδα (Καρανιάδου & Αναγνωστόπουλος 2004, Τσακώνας & Μάμας 2005). Οι Erickson και Grove (2007), αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές κάτω των 30 ετών παρουσίασαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΕΕ σε σχέση με τους νοσηλευτές άνω των 30 ετών. Οι ερευνητές υποστήριξαν πως αυτό συμβαίνει κυρίως εξαιτίας της εμπειρίας των μεγαλύτερων νοσηλευτών με το επάγγελμα. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών στον ελληνικό χώρο, όπου οι μικρότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν υψηλότερες αναφορές σε επίπεδα στρες και ΕΕ (Τσακώνας & Μάμας 2005, Eduardo dos Santos et.al. 2009). Οι γνώσεις και οι εμπειρίες, των ηλικιακά μεγαλύτερων, βοηθούν καλύτερα στη διαχείριση τόσο της εργασίας τους όσο και του στρες. Αντίθετα, οι νέοι νοσηλευτές διακατέχονται με περισσότερο αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό και απογοήτευση. Παρόλα αυτά, σε αντίθεση με τα πιο πάνω υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν υψηλότερη συχνότητα ΕΕ στις μεγαλύτερες ηλικίες, γεγονός το οποίο οφείλεται στην εργασιακή κουλτούρα η οποία επικρατεί στα διάφορα κράτη (Μπελλάλη και συν. 2007).

Σε σχέση με τον παράγοντα φύλο όπως έχει αναφερθεί, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν αναφέρουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις τρεις διατάσεις του MBI. Το εύρημα αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από τους Μπελλάλη και συν. (2007), στην έρευνα των οποίων, το φύλο δε βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά για κανένα από τους τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το στοιχείο αυτό, έρχεται σε αντίθεση με την Maslach, η οποία υποστηρίζει ότι το φύλο σχετίζεται με το φαινόμενο της ΕΕ. Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, απρόσωπης φροντίδας και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές (Γιουρίδου & Αλεξιάς 2005, Τσακώνας & Μάμας 2005, Eduardos dos Santos et.al. 2009, Διλιντάς 2010). Σε άλλες έρευνες έχει καταδειχθεί αυξημένη απρόσωπη φροντίδα στους άνδρες επαγγελματίες υγείας, ίσως λόγω των ιδιομορφιών του ανδρικού χαρακτήρα (Maslach & Schaufeli 2001). Επιπρόσθετα, οι Κοπανιτσάνου και Σουρτζή (2007), αναφέρουν ότι οι άντρες νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ εμφανίζουν συχνότερα συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με τις γυναίκες. Τέλος, οι ερευνητές καταλήγουν ότι οι γυναίκες φαίνεται να επιβαρύνονται περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες, καθώς έχουν να αντιμετωπίζουν οικογενειακές υποχρεώσεις, την εργασία στο σπίτι

και τη μεταφορά των επαγγελματικών τους προβλημάτων σε αυτό (Σταυριανόπουλος και συν. 2011).

Για τους παράγοντες χρόνια υπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα και χρόνια υπηρεσίας στα νοσηλευτικά τμήματα του νοσοκομείου, η συγκεκριμένη μελέτη υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τις διαστάσεις του MBI. Σε σχέση με το αποτέλεσμα αυτό οι Erickson και Grove (2007), υποστηρίζουν, ότι οι νοσηλευτές με λιγότερα έτη εμφανίζουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία οι οποίοι εμφανίζουν σωματική καταπόνηση. Σε αντίθεση με αυτό, άλλες έρευνες αναφέρουν ότι τα πολλά χρόνια εργασίας (>15 έτη), προκαλούν αίσθημα ασφάλειας γιατί οι επαγγελματίες γνωρίζουν καλύτερα το αντικείμενο της δουλειάς τους και είναι σε θέση να προφυλαχθούν από στρεσογόνες καταστάσεις (Διλιντάς 2010).

Για το παράγοντα οικογενειακή κατάσταση, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι την υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα, παρουσιάζουν οι χήροι(ες). Οι έγγαμοι εμφανίζουν υψηλότερες τιμές εξάντλησης και έλλειψης επιτευγμάτων και χαμηλότερες τιμές απρόσωπης φροντίδας έναντι των ανύπαντρων (Eduardo dos Santos et.al. 2009, Διλιντάς 2010). Άλλες έρευνες, αναφέρουν πως ο γάμος λειτουργεί προστατευτικά όσο αφορά το εργασιακό στρες των εργαζομένων (Formighien 2003, Magalhaes & Glina 2006). Αυτό πιθανό να οφείλεται και στο γεγονός ότι οι έγγαμοι νοσηλευτές αφοσιώνονται λιγότερο στη δουλειά τους και επωφελούνται περισσότερο κοινωνικής στήριξης. Αναφορικά με τα πιο πάνω ερευνητικά δεδομένα η συγκεκριμένη έρευνα βρήκε ότι δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και των διατάσεων της συναισθηματικής εξάντλησης και της απρόσωπης φροντίδας.

Στο επίπεδο εκπαίδευσης (πτυχίο), από την παρούσα μελέτη δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση με τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αξιοσημείωτο, όσον αφορά στον παράγοντα αυτό, είναι η ύπαρξη μεγάλης ετερογένειας στο δείγμα εφόσον το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (76,8%) κατέχουν το ίδιο ισάξιο δίπλωμα και ένα πολύ μικρό ποσοστό νοσηλευτών είναι κάτοχοι πτυχίου ή μεταπτυχιακού. Τα αποτελέσματα αυτά δε συμφωνούν με άλλες έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο μόρφωσης τόσο λιγότερο εξουθενωμένοι αισθάνονται οι εργαζόμενοι (Κεραμίδα &

Αναγνωστόπουλος 2004, Χαχούδη & Νιάκας 2005, Τσακώνας & Μάμας 2005, Διλιντάς 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν, την ύπαρξη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών παρουσιάζει χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, όλοι οι νοσηλευτές που απάντησαν έχουν χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και το μεγαλύτερο ποσοστό έχει υψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας.

Είναι παραδεκτό ότι οι νοσηλευτές είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με άλλους επαγγελματίες γιατί οι πράξεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία των ανθρώπων. Επανειλημμένα, αυτό έχει παρατηρηθεί να συμβαίνει σε τμήματα τα οποία χαρακτηρίζονται ως έντασης εργασίας, όπως είναι οι ΜΕΘ. Το περιβάλλον εργασίας στις ΜΕΘ είναι για τους νοσηλευτές ιδιαίτερα στρεσογόνο εξαιτίας της μεγάλης θνησιμότητας και νοσηρότητας των ασθενών, της αμεσότητας στην παρέμβαση αλλά και των υψηλών γνώσεων και δεξιοτήτων που οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν.

Όσον αφορά στις δύο υποθέσεις της έρευνας, η πρώτη υπόθεση (οι εργασιακές απαιτήσεις προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση) στηρίχτηκε ενώ η δεύτερη (οι εργασιακοί πόροι προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα) όχι. Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, διαφάνηκε ότι το νοσοκομείο είναι η μόνη μεταβλητή η οποία επηρεάζει τη συναισθηματική εξάντληση και την απρόσωπη φροντίδα. Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να χρήζει περισσότερης διερεύνησης, έτσι ώστε να διαφανούν οι παράγοντες αυτοί που επηρεάζουν το προσωπικό και του δημιουργούν αισθήματα δυσαρέσκειας.

Αναφορικά με την κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης, οι συμμετέχοντες στην έρευνα, δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι από τα άτομα που τα στηρίζουν. Το στοιχείο αυτό είναι πολύ σημαντικό λαμβάνοντας υπόψη τα τεράστια οφέλη που η κοινωνική στήριξη προσφέρει. Ιδιαίτερα στην εργασία, η παροχή κοινωνικής υποστήριξης αυξάνει την ικανοποίηση των εργαζομένων, μειώνει τα επίπεδα στρες, ενώ συμβάλει αρνητικά στην πρόθεση να εγκαταλείψει κάποιος το επάγγελμα. Η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών αναφέρει ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει θετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία.

Είναι προφανές ότι η μεγάλη σημασία του εργασιακού στρες και της ΕΕ έγκειται στις επιπτώσεις τους οι οποίες αφορούν στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας καθώς και τους

οργανισμούς στους οποίους εργάζονται. Οι εργαζόμενοι με εργασιακό στρες και ΕΕ είναι πιθανόν να αναφέρουν σωματικά συμπτώματα αλλά και ψυχοσυναισθηματικές ενδείξεις όπως αισθήματα αποθάρρυνσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης έλλειψη ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τον ασθενή κ.α. Για τους οργανισμούς η ΕΕ μπορεί να είναι δαπανηρή οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε απουσίες μειωμένη απόδοση κ.λ.π. (Maslach & Schaufeli 2001). Ακόμη έχει συσχετιστεί με αυξημένη πρόθεση του προσωπικού για αποχώρηση από την εργασία επιβαρύνοντας τον οργανισμό με ψηλό κόστος αντικατάστασης του (Aiken et.al. 2001).

Είναι έκδηλο ότι η αναγνώριση του προβλήματος από τις αρμόδιες αρχές, η ενίσχυση της προσπάθειας μελέτης του και η ανάγκη λήψης μέτρων για βελτίωση της εργασιακής ζωής είναι αναγκαία. Το στοιχείο αυτό έχει βαρυσήμαντη ισχύ, ιδιαίτερα σήμερα που η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας. Τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν αφορούν σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο οργανισμού. Τέτοια μέτρα είναι:

- Η δημιουργία υπηρεσιών υποστήριξης ή η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης, ώστε να μειωθεί το εργασιακό στρες και να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση των ατόμων. Η ύπαρξη αυτών των υπηρεσιών μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της επικοινωνίας και της αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Ιδιαίτερα για το προσωπικό στις ΜΕΘ η οργάνωση τους κρίνεται αναγκαία εφόσον ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά εργασιακού στρες και ΕΕ.
- Η εφαρμογή της συμβουλευτικής εποπτείας σε όλους τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα στους νοσηλευτές, τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. όπου με την στήριξη του ειδικού αναγνωρίζονται και αξιοποιούνται δημιουργικά οι ικανότητες στην επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν στο εργασιακό περιβάλλον.
- Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας στο νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να επιτευχθούν θετικά αποτελέσματα τόσο στην επαγγελματική ικανοποίηση όσο και στην καλύτερη σχέση με τους ασθενείς. Έξαλλου είναι γνωστό ότι η ικανότητα των νοσηλευτών για επικοινωνία μειώνει τα επίπεδα στρες και οδηγεί σε ποιοτική παροχή φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη και την ικανοποίηση των ασθενών.
- Σημαντικότερο ρόλο διαδραματίζει η αποσαφήνιση της πολιτικής, των διαδικασιών, του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στα κέντρα λήψης αποφάσεων, ώστε να αυξηθούν ο αυτοέλεγχος, και η υπευθυνότητα τους.

- Η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, ώστε να περιλαμβάνει μια ισότιμη ανάπτυξη δραστηριοτήτων, δημιουργία υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, μείωση του φόρτου εργασίας και ανάπτυξη ευχάριστου περιβάλλοντος. Να δίνεται έμφαση στην εφαρμογή πολυμορφίας στην εργασία, όπως την ενασχόληση με διοικητικές ευθύνες, έρευνα, παρακολούθηση σεμιναρίων, διδασκαλία.
- Η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης χαρακτηρίζεται ως αναγκαία, ιδιαίτερα όταν γίνεται για σκοπούς αύξησης του προσωπικού ελέγχου και χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης δυσκολιών, για σκοπούς απόκτησης εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων και εκπαίδευσης στο θέμα του άγχους και της ΕΕ.
- Παραχώρηση άδειας ανάπαυσης και διακοπών, όταν οι επαγγελματίες το επιθυμούν, προσφέροντας με τον τρόπο αυτό κάποια ανακούφιση στο στρες και στην ΕΕ.

8.1. Περιορισμοί της Έρευνας

Παρόλο που το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν ικανοποιητικό, αναγνωρίζεται ότι θα ήταν καλύτερα να είχαν απαντήσει όλοι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ. Επιπρόσθετα, σε σχετικές μελέτες στο μέλλον θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η συμμετοχή και των επιμέρους ομάδων των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις ΜΕΘ όπως ιατροί, φυσιοθεραπευτές κ.α. Επίσης, δεν μπορούν να γίνουν συγκρίσεις με άλλα τμήματα του νοσοκομείου αφού η έρευνα περιορίστηκε μόνο στις ΜΕΘ.

Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός της έρευνας είναι ο αποκλεισμός των ΜΕΘ ιδιωτικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Το στοιχείο αυτό, δεν επιτρέπει την ευρύτερη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Αναγνωρίζεται επιπλέον ότι το ερωτηματολόγιο της έρευνας ήταν μεγάλο και ίσως να κούρασε τους συμμετέχοντες. Η κλίμακα κοινωνικής στήριξης, τοποθετήθηκε στο τέλος του ερωτηματολογίου και τα αποτελέσματα έδειξαν να έχει τις περισσότερες χαμένες τιμές συγκριτικά με τα υπόλοιπα. Ένα σημείο το οποίο αφορά στην κλίμακα της κοινωνικής στήριξης και θα πρέπει επιπλέον να διευκρινιστεί, είναι ο καθορισμός της προέλευσης της κοινωνικής στήριξης (εργασία, οικογένεια, κοινωνία). Τα άτομα αναφέρουν τα άτομα που τους προσφέρουν στήριξη αλλά ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσει αν αυτή προέρχεται από τους συναδέλφους, τους φίλους ή τους συγγενείς του εργαζόμενου.

Περιορισμό της έρευνας, αποτελεί επίσης και το γεγονός ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί διερεύνηση κάποιων μεταβλητών σε σχέση με όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Τέλος, η μεγάλη ετερογένεια του δείγματος ως προς τα προσόντα, την ηλικία, το φύλο, τα ακαδημαϊκά προσόντα, τον τίτλο εργασίας και το τμήμα εργασίας σε συσχέτισμό με τον αριθμό των συμμετεχόντων, δεν επιτρέπουν επί μέρους και ευρύτερες στατιστικές αναλύσεις.

8.2. Εισηγήσεις και Μελλοντικές προοπτικές

Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές χρειάζονται υποστήριξη. Αυτό δεν αποτελεί πολυτέλεια αλλά αναγκαία προϋπόθεση προκειμένου να υπάρξει επαγγελματική ικανοποίηση και αυξημένη απόδοση στην παροχή ποιοτικής φροντίδας. Η συγκεκριμένη έρευνα φιλοδοξεί να ανοίξει το δρόμο για τη δημιουργία δομών συμβουλευτικής υποστήριξης για τους νοσηλευτές. Ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον οδηγεί σε καλύτερες υπηρεσίες υγείας οι οποίες ως τελικό αποδέκτη έχουν τον ίδιο τον ασθενή. Σε αντίθετη περίπτωση τα αποτελέσματα θα είναι περισσότερο από ποτέ αποθαρρυντικά.

Επιπρόσθετα, η πραγματοποίηση περισσότερων ερευνών τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Κύπρο, στον τομέα της υγείας θα βοηθήσουν στην καταγραφή της έκτασης του βαθμού της υπάρχουσας ΕΕ αλλά και των αιτιών της. Εισήγηση αποτελεί και η θέσπιση ορίων επικινδυνότητας-ασφάλειας, προκειμένου να διασφαλίζεται ο ορθός επαγγελματικός προσανατολισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος αλλά και η καλύτερη δυνατή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους χρήστες- ασθενείς.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AbuAIRub, R.F., (2004). Job stress, Job performance and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 36: 1, 73 – 78.
- Adali, E. and Priami, M. (2004) *Burnout among Nurses in Intensive Care Units*, Internal Medicine Wards and Emergency Departments in Greek Hospitals.
- Aiken, LH., Clarke, SP. Sloane, DM., Sochalski, J., Silber, JH. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*, 23-30, 288-1987-93.
- Aiken, LH., Clarke, SP., Sloan, DM, et. al. (2001) Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Affairs (Millwood)*, 20(3): 43-53.
- Antoniou, A-S. & Antonodimitrakakis, P. (2001) Levels of satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. The job demands- resources model: state of the art. *J Manag Psychol*, 22:309-328.
- Bakker, A.B., Le Blanc, P.M., Schauteli, W.B. (2005) Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 276-287.
- Bandura A, Taylor CB, Williams SL, Mefford IN, Barchas JD.(1985) Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *J Consult Clin Psychol*, 53:406–414.
- Bé gat, I., Ellefsen, B., Severinsson, E. (2005) Nurses satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurse’s experiences of well-being Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13, 221-230.
- Brewer, E., Shapard, L. (2004) Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between burnout age and years of experience. *Human Resources Development Review*, 3: 102-123.
- Brooks, BA., Anderson, MA. (2004) Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual*, 19(3): 269-75.
- Bucknall, T.K. (2000). Critical care nurses_ decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing* 9, 25–36.
- Budge, C., Carryer J., Wood, S., (2003) Health correlates of Autonomy Control and Professional relationships in the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing* 42(3): 260-8

- Burke, R.J. & Greenglass, E.R (2001) Hospital restructuring, work- family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 32:126-138
- Cecile Poncet, M., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J-F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., and Azoulay, E. (2007) Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med Vol 175*. pp 698–704, 2007.
- Chang, E.M., Hancock, K.M., Johnson, A., Daly, J., Jackson, D. (2005) Role stress in nurses: Review of related and strategies for moving forward. *Nursing and Health Science*, 7, 57-65.
- Claes SJ.(2004) Corticotropin-releasing hormone (CRH) in psychiatry: From stress to psychopathology. *Ann Med*, 36:50–61.
- Cohen, S., and Wills, T.A., (1985). *Stress, social support and the buffering hypothesis*
- Conflict, social support and burnout among home care workers in Japan. *J Occup Health* 2003, 45:313–320
- Crongvist, A., Lützén, K., & Nyström, M. (2006) Nurses lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal compilation*. Blackwell Publishing Ltd.
- Curley, M.A. (2002). Experienced nurses + autonomy = better patient outcomes. *Pediatric Critical Care Medicine* 3(4), 385-386.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2000) A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advances Nursing* 32, 454-464.
- 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.
- DiMatteo, M.R., Martin, L.R., (2008) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αναγνωστόπουλος και Γ. Ποταμιάνος (Επιμ.), 3^η Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Dormann C, Zapf D.(2002) Social stressors at work, irritation and depressive symptoms: Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study. *J Occup Organ Psychol*, 75:33–58.
- Edéll-Gustafsson, U. (2002) Sleep quality and responses to insufficient sleep in women on different work shifts. *J Clin Nurs*, 11: 280-287.
- Edmunds, M.W., Scudder, L.E., (2009). The effects of Job Demands, Control and Social Support on Hospital Clinical Nurses. Intention to turn over, *Appl. Nurs. Res.*, 22 : 258 – 263
- Eduardo dos Santos, F., Arango Alves, J., Bezerra Rodrigues, A. (2009) Burnout Syndrome in nurses in an Intensive Care Unit. *Hospital Israelite Albert Einstein*.

- Ekstedt, M., Fagerberg, J. (2004) Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 59-67.
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A. et. al. (2007). High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am J Respri Crit Care Med*, 175: 686-692.
- Erickson, R., Grove, W. (2007) Why Emotions Matter: Age, Agitation and Burnout Among Registered Nurses. *Journal of American Nurses Association*, ISSN: 1091-3734/1-800-274-LIANA.
- ESICM Guidelines (1997) European Society of Intensive Care Medicine Intensive Care Med 23: 226–232
- European Society of Intensive Care Medicine (1995): *Task Force on minimal requirements for Intensive Care Departments* 14:2 1-27.
- experienced staff nurses shorten the duration of weaning neonates from mechanical
- Finn, C.P. (2001) Autonomy: an important component of nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 38, 349–357.
- Fleshner, M., Laudenslager, M.L. Psychoneuroimmunology: Then and now. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2004,3:114-130.
- Formighieri, VJ. (2003) Burnout em Fisioterapeutas: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico. Florianópolis: *Univeridade Federal de Santa Catarina*.
- Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., Kishi, R. (2003) Interpersonal
- Gabbe, S., Melville, J., Mandel, L., Walker, E. (2002) Burnout in chairs of obstetrics and gynaecology: Diagnosis, treatment and prevention. *Am j obstet Gynecol*, 186: 601-612.
- Glasberg, AL., Norberg, A., Söderberg, A. (2007) Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *J Adv Nurs*, 60: 10-19.
- Golna, C., Pashardes, P., Allin, S., Theodorou, M., Merkur, S., Mossialos, E. (2004).
- Harrison, M., Loiselle, CG., Duquette, A., Semenic, SE. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *J Adv Nurs*, 38: 584-591.
- Hays, M.A., All, A.C., Mannahan, C., Cuaderes, E., Wallace, D., (2006). Reported Stressors and Ways of coping Utilized by Intensive Care Units Nurses. *Dimens Crit Care Nurses*, 25 (4) : 185 – 193
- Holmes TH, Rahe RH. (1967) The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*, 11:213–218

Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story. *Critical Care Nurse*. 2008;28: 58-71

Inhauser Receti Acioli Barboza, J., Leal de Moraes, E., Aparecida Pereira, E., Amaral de Assis Reimão, R. (2008) Evaluation of the Sleep pattern in Nursing professionals working night shifts at the Intensive Care Units. *Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*.

Italia, S., Favara-Scacco, C., Di Cataldo, A., Russo, G. (2007) Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psychooncology*, [E pub ahead of print]

J. Korean-Acad-Fundam-Nurs: Aug; 17(3): 409 – 418: Korean.

Jenkins, R., Elliott, P. (2004) Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advances Nursing*, 48(6), 622-631.

Jerkins, R., Elliot, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *JAdv. Nurs.*, 48 (6) : 622 – 31

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

Josten, E.J.C., Ng-A-Tham, J.E.E., Thierry, H. (2003) The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44: 643-652.

Jourdain, G., Chênevert, D. (2009) Job demands-resources burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International journal of Nursing Studies*.

Kafetsios, K., (2000). Adult attachment, coping with stress and social support as predictors of mental health. Comparative results from Greece and the UK. *Abstracts of the International Conference in Personal Relationships* (pp. 38-39). University of Queensland, Australia.

Kalliath, T., Morris, R. (2002) Satisfaction among nurses. A predictor of burnout levels *JONA*, 32: 648-654.

Karanicola, M.N., Papathanasoglou, E.D.E., Giannakopoulou, M., Koutroubas, A. (2007) Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic Hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 15, 78-90.

Kim, H.S., Sherman, D.K., Ko, D., Taylor, S.E., (2006). Pursuit of comfort and pursuit of harmony: Culture, relationships and social support seeking. *Personality and Social Psychology Buletin*, 32, 1595 – 1607.

Kottou S., Neofotistou V., Tsaraki V., Lobotessi H., Manestou A., Molfetas MG. Personnel doses in haemodynamic units in Greece. *Ratiat Prot Dosimetry* 2001, 94 :121-124.

- Kramer, M, Maguire, P., Schmalenberg, C, et al. (2007). Excellence through evidence: Structures enabling clinical autonomy. *J Nurs Adm.*, 37(1):41-52.
- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., (2006). Excellence through evidence: The when, and where of clinical autonomy. *J Nurs Adm.*, 36(10):479-491.
- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., (2008). The Practice of Clinical Autonomy in
- Lazarus, RS. & Folkman, S. (1984) Stress appraisal and coping. *New York: Springer.*
- Leiter, M. & Maslach, C. (2005) A mediation model of job burnout. In A-S Antoniou & C.L. Cooper (Eds): *Research Companion to Organizational Health Psychology.* Edward Elgar: Northampton, M.A.
- Leka S, Griffiths A, Cox T (2008) *Work-related stress: The risk management paradigm.* The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. I-WHO Publications, Nottingham.
- Levine, S., Ursin, H. (1991) What is stress? In MR. Brown, G.F. Coob & C. Rivier (Eds.) *Stress: Neurobiology and neuroendo crinology* (pp:3-21). New York: Marcel Dekker, inc.
- Lewis, M. (2006) Nurse bullying organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *J NursManag*, 14: 52-58.
- Liakopoulou, M., Panaretaki, I., Papadakis, V., Katsika, A., Sarafidou, I., Laskari, H. et. al. (2007) Burnout, staff support, and coping in *Paediatric Oncology, Support Care Cancer.*
- Luthans F.(2002) The need and meaning of positive organizational behaviour. *J Organ Behav*, 23:695–706.
- Luyt, K., Boyle, B., Wright, D.E, Petros, A.J. (2002). Compared with specialist registrars,
- Magalhães, R., Glina, D. (2006) Prevalence of burnout in public house doctors in São Paulo. *Sáude, Etica & Justica.* 11(1/2): 29/35.
- Maslach, C. (1982) *Burnout: the cost of caring.* Prentice Hall Inc. New Jersey.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986) *Maslach Burnout Inventory* (manual), 2nd ed. PaloAlto. Consulting Psychologists Press, California.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. (1993) Historical and conceptual development on burnout. In *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (Schaufeli W.B., Maslach C., & Maker T. eds), Taylor & Francis, Washington, District of Columbia, pp. 1-16.
- Maslach, C., Schaufeli, WB., Leiter, MP. (2001) Job burnout. *AnnRevPsychol*,52: 397-422.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.

- Maze, W.A., (2005). Factors influencing social support and stress among nurses. *University of Memphis, DAI – A* 66/12.
- McGilton, K., Irwin-Robinson, H., Boscart, V., Spanjevic, L. (2005) Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *Journal of Advanced Nursing*.
- McVicar, A., (2003) Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Mealer, M.L., Sheton, A., Berg, B., Rothbaum, B., Moss, M. (2007) Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med*, 175: 693-697.
- Mnayyan, M.T., (2009). Job stressors and social support behaviors: Comparing Intensive care units towards in Jordan. *Print ISSN: 1037 – 6178, Volume: 31 / issue 2, 163 – 175*
- Montgomery, A.J., Panagopoulou, E., Benos, A. (2006) Work-family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors. *Stress and Health* 22: 203-212.
- Moola, S., Ehlers, VJ., & Hattingh, SP. (2008) Critical care nurses perceptions of stress and stress-related situations in the workplace. *Department of Health Studies – Unisa*.
- Mrayann, M.T., (2005). American Nurses' work autonomy on patient care and unit operations: *British Journal of Nursing Volume* 14 No 18.
- Novak, R., Auvil-Noval, S. (1996) Focus group evaluating of night nurse shiftwork difficulties and coping strategies. *Chronobiol Int*, 13:457-463
- Ogden J. (2004) *Ψυχολογία της Υγείας*. Επ: Λουμάκου Μ. και Αντωνίου Α.Σ. Δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε, Αθήνα.
- Ogden, J. (2000). *Health Psychology: a textbook*. (2nd ed.). Buckingham, UK: Open University Press.
- Paice E, Aitken M, Houghton A, Firth-Cozens J.(2004) Bullying among doctors in training: Cross-sectional questionnaire survey. *Br Med J*, 329:658–659.
- Papadatou, D., Bellali, T., Papazoglou, E., Petraki, D. (2002) Greek Nurse and physician grief as a result of carrying for children dying from cancer. *Paediatric Nursing*, 28: 345-353.
- Parahoo, K., (2000). Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 89-98.
- Park, H.K. & Kim, K.N. (Y2010) Factors Affecting Burnout in ICU Nurses.

- Poissonnet, CM., Veron, M. (2000). Health effects of work schedules in healthcare professions. *Jclin Nurs*, 9:13-23.
- Pournaras S., Tsakris A., Mandraveli K., Faitatzidou A., Douboyas J., Tourkantonis A. Reported needlestick and sharp injuries care workers in Greek general hospital. *Occup Med* 1999, 49:423-426.
- Presser, HB., (2000) Nonstandard work schedules and marital instability. *J Marriage Fam*, 62: 93-110.
- Pronovost P., Morlock L., Dorman T. (2001) Creating and maintain safe systems of ICU care. In Vincent JL (ED) Yearbook Care and Emergency Medicine. *Springer*, 695-707
- Píko, B., (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *Intern J Nurs Studies*, 43: 311-318.
- Rhodes, J.E., (2004). Family, friends and community: The role of social support in promoting health In P. Camic & S. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health Psychology* (pp: 289 – 296), Washington DC: Hogrefe & Huber.
- Rice, Ph. I. (2005) *H Ψυχολογία της Υγείας*. Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου (Επιμ.), Εκδόσεις: Έλλην, Αθήνα.
- Rowe, MM., Sherlock, H. (2005) Stress and Verbal abuse in nursing: Do burned out nurses eat their young? *J Nurs Manag*, 13, 242-248.
- Ruggiero, JS. (2004) Correlates of fatigue in critical care nurses. *Res Nurs Health*, 26: 434-444.
- Sarason, B.R., Shearin, E.N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelationships of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
- Schaufeli W.B. & Enzmann D. (1998) *The Burnout Companion to Research and Practice: A Critical Analysis*. Taylor & Francis, London.
- Schmalenberg C., and Kramer M. (2007) Types of Intensive Care Units with the Healthiest, Most Productive Work Environments. *American Journal of Critical Care* 16:458-68.
- Schraub S., Marx, E. (2004). Burn out syndrome in oncology. *Bull Cancer*. Sep;91(9):673-6
- Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S., Mehta, P. (2006) Care-giver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*. Mar; 4 (1): 65-80.
- Shirom A. (1989) Burnout in work organizations. In *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (Cooper C.L. & Robertson I. eds.), John Wiley and Sons, Chichester, pp. 25±48.

- Smith D., Smyth W., Leggat P., Wang R. (2006) Needlestick and sharps injuries among nurses in a tropical Australian hospital. *International Journal of Nursing Practice*. 12(2):71-77.
- Sveinsdottir, H. (2006) Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20: 229-237.
- Tselebis, A., Moulou, A., Ilias, I. (2001) Burnout Versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nurse Health Sci*, 3:69-71.
- Tummers, G.E.R., Merode, V.G.G., Landeweerd, J.A. (2002) The diversity of work differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organisation, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *International journal of Nursing Studies* 39, 841-855
- Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P et al.(2009) Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: Multinational prospective study. *Br Med J*, 338:b814
- Van der Heijden, B.I.J.U, Kummerling, A., Van Dam, K., Van der Schoot, E., Estryng-Behar, M., Hasselhorn, H.M. (2009). The impact of social support upon intention to leave among female nurses in Europe: Secondary Analysis of data from the NEXT survey, *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010), 434 – 445.
- Varjus, S.-L., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (2003). Autonomy among intensive care ventilation. *Critical Care Medicine* 3, 351-354.
- Verdon, M., Merlani, P., Perneger, T., Ricou, B. (2008) Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Med* 34: 152-156.
- Visser, MR., Smets, EM., Oort, FJ., De Haes, HC. (2003) Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003, 168:271–275
- World Health Organization. <http://www.who.int/en/>, ημερ.πρόσβασης:12/5/2011.
- Xianyu, Y., Lambert, V. (2006) Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. *Nursing and Health Sciences*, 8, 147-155.
- Αδαλή, Ε. (2002) Πρόληψη - αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 2: 169-173.
- Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χρ., Πριάμη, Μ., Πλάτη, Χρ. (2000) Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Ελληνική Ιατρική* 66, 5-6: 398-406.

- 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. (2009). Monitoring επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο Γ. Μπαλτόπουλος (Επιμ.) *Εντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική* (σελ. 2007-2014). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Καραδήμας, Ε. (2008) «Υγεία και Ασθένεια, Ψυχολογικές Διεργασίες» Εκδοτικός Οργανισμός ΛΙΒΑΝΗ, Αθήνα.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτηρίων. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5, 183-202.
- Αντωνίου Κ., Βασιλοπούλου Γ.(2009) Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8:15–24
- Αντωνίου, Α.Σ., (2007). Πηγές Εργασιακού στρες, ΕΛ. ΙΝ.Υ.Α.Ε.
- Αντωνίου, Α.Σ., (2008). *Ψυχολογία της Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση. Σειρά Εφαρμοσμένη Ψυχολογία. Αθήνα.
- Γιουρίδου, Ε., Αλέξιας, Γ. (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας. Η περίπτωση των γιατρών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος» Διπλωματική Εργασία, *ΕΑΠ*.
- Γκριζιώτη, Μ., Μαστροκόστας, Α., Χάιδις, Α., Παναγοπούλου, Ευ., Μπένος, Α. (2010). Κυκλικό Ωράριο Εργασίας και Τροχαία Ατυχήματα στο Νοσηλευτικό Προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 49(3): 305-314.
- Διλιντάς, Α. (2010) Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3): 498-508.
- Θεοδωράτου, Μ., Μπέκος, Β., Σκυλογιάννης, Γ. (2003) Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 42: 479-496.
- Kuokkanen, L., Suominen, T, Rankinen, S., et al. (2007). Organizational change and workrelated empowerment *J Nurs Manag* 15(5):500-7.
- Κανδρή, Θ., Καλέμη Ε., 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
- Καραδήμος, Ε.Χ., (2005). *Ψυχολογία της υγείας, Θεωρία και κλινική πράξη*, Αθήνα.
- Καρανιάδου, Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2004) Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτριών και των γιατρών. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ.

- Καρανιάδου, Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Τελειώνη, Κ.Μ. (2006) Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών και νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 45(3): 391-403.
- Καρανικόλα, Μ., Παπαθανάσογλου, Ε., Παπαδάτου, Δ., Κουτρούμπα, Α. (2008) Ποιοτική Διερεύνηση την Παραγόντων Επαγγελματικής Ικανοποίησης σε Ελληνικό Νοσηλευτικό Προσωπικό. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 21: 11-22.
- Καρανικόλα, Μ.Ν.Κ., Σταθοπούλου, Χ., Καλαφάτη, Μ., Τερζή, Α.Μ., Μπουζικά, Μ., Παπαθανάσογλου, Ε.Δ.Ε. (2009) Αξιολόγηση συμπτωμάτων Άγχους σε Νοσηλευτικό Προσωπικό Εντατικής Φροντίδας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 48(4): 447-457.
- Καφέτσιος, Κ., (2008). Διαπροσωπικές σχέσεις και ποιότητα ζωής στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία: Μια κοινωνιοψυχολογική ανάγνωση. *Πρακτικού Κύκλου Ανοικτών Διαλέξεων της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών και του Δήμου Ρεθύμνης*.
- Καφέτσιος, Κ., Ιωαννίδου, Μ., (2004). Διαπροσωπικές σχέσεις και ψυχική υγεία σε δείγμα ιατρών. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, Τόμος 1, Τεύχος 36.
- Κεραμίδα, Π., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2004) Οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στον καθορισμό του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ.
- Κοπανιτσάνου, Π. και Σουρτζή, Π. (2007) Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο. Ανασκόπηση των Ελληνικών ερευνών. *Νοσηλευτική*, 46(1):65-76
- Κορομπέλη, Α. (2004) Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. Διπλωματική εργασία, *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*, Αθήνα.
- Κορομπέλη, Α. και Σουρτζή, Π. (2010) Οργάνωση του Κυκλικού Ωραρίου Εργασίας σε Υπηρεσίες Υγείας για τη Μείωση των Επιπτώσεων του στους Εργαζομένους. *Νοσηλευτική*, 49(2): 131-140.
- Κορομπέλη, Α., Κτενάς, Ε., Κικεμένη, Α., (2006) Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 45(1): 98-106
- Κουτελέκος, Ι. & Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης των νοσηλευτών. (Burnout syndrome). *Το βήμα του Ασκληπιού*, τεύχος 1 Ιανουάριος-Μάρτιος.
- Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ. (2007) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2007:1.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007) Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα Medical Arts.

- Μαρβάκη, Χ., Δημουλά, Υ., Καμπισιούλη, Ε., Χριστοπούλου, Ι., Βασταρδής, Λ., Γουρνή, Ι., Κολογιάννη, Α. (2007) Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 46(3): 406-413.
- Μισουρίδου, Ε. (2009) Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 48(4): 358-366.
- Μπελλάλη, Θ. (2006) Πρακτικά Μετεκπαιδευτικών Μαθημάτων Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία*. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών Ογκολογικός Τομέας του ΕΣΝΕ, Αθήνα.
- Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ. (2007) Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (Συμπλ 1): 75-84.
- Νόμος (2001α) Νόμος που προνοεί τον έλεγχο και την εποπτεία της ίδρυσης και Νόμος 2006 Ο περί δημόσιας Υπηρεσίας Νόμος 1990-2006. Λευκωσία Κυβερνητικό Τυπογραφείο.
- Ντάτσης, Α., Τραγούδα, Ε., Χανιά, Μ., Ρογδάκης, Α., Γερόλυμος, Μ., Σπηλιώτης, Ι. (2007) Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον. *Νοσηλευτική*, 46(2): 268-281.
- Ουζούνη, Χ. (2005) Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας. *Νοσηλευτική*, 44: 355-363.
- Παπαγεωργίου, Δ., Καραμπέτου, Μ., Νικολακάκου, Χ., Παυλάκου, Ν. (2007) Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 46: 406-413.
- Παπαγεωργίου, Δ., Καραμπέτσου, Μ., Νικολακάκου, Χ., Παυλάτου, Ν. (2007) Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 46(2): 237-245.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ. (2008) Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1): 94-101.
- Πνευματικός, Ι. (2007) Πνευμονολογία ή Πνευμονολογία και Εντατική Θεραπεία. Ένα Δίλημμα για το μέλλον. *Pneumon Number 2. Volume 20 April – June 2007*.

- Ραφτόπουλος, Β., Χαραλάμπους, Α., Παυλάκης, Α., Σάββα, Ν. (2010) Επαγγελματική Εξουθένωση και κόπωση των νοσηλευτών: παγκύπρια έρευνα. *Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήρι Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Φροντίδας* (αδημοσίευτη έρευνα).
- Ρούπα, Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., Κοτρώτσιου, Ε., (2008) Σχέση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. *Νοσηλευτική*, 47(2): 247-255.
- Ρουσσος Χ. (2000) *Εντατική Θεραπεία*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ.:3-11.
- Σταθοπούλου, Χ. (2006) Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. *Νοσηλευτική*, 45: 50-58.
- Στεφανίδου Α., Βάρβογλη Λ., Λειβαδίτης Μ., Αργυροπούλου-Πατάκα Π. (2010) Η Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του Εργασιακού Stress στους επαγγελματίες υγείας. *Νοσηλευτική*, 49(4):364-376.
- Τσάκωνας, Α., Μάμας, Θ. (2005) Επαγγελματική εξουθένωση στελεχών γενικού νοσοκομείου και η αντιμετώπισή της. Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ.
- Τσερώνη, Μ., Δημητρέλλης, Δ., Μαλλίδου, Α., Βότση, Ε., Ντάσιου, Ζ., Καλαφάτη, Μ. και συν. (2009) Αποτελέσματα μελέτης Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής για τη στελέχωση των ελληνικών ΜΕΘ 1997-2000. *13th state of the Art, Athens*.
- Χαρούδη, Α., Νιάκας, Δ. (2005) Επαγγελματική εξουθένωση στα επαγγέλματα υγείας: Η περίπτωση του δείγματος νοσηλευτών των νοσοκομείων της Θεσσαλίας. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Τελική Δήλωση του θέματος Διατριβής και Υπεύθυνη δήλωση συμμετοχής στην έρευνα



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ **ΤΕΛΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2009 – 2010

Πρόγραμμα Σπουδών : Δ. Μ. Υ.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ / ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

Επώνυμο

ΔΕΣΠΩ

Όνομα

Αριθμός Φοιτητικής Ταυτότητας: 0600229

Τηλέφωνο Μόνιμης Κατοικίας: 22335084

Κινητό Τηλέφωνο: 99491544

Ηλεκτρονική Διεύθυνση: condespo@cytanet.com.cy

(Α) Θέμα Μεταπτυχιακής Διατριβής:

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΠΗΓΩΝ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

(Β) Σκοπός και προσδοκώμενα αποτελέσματα διατριβής (γενικό σκεπτικό και κυριότεροι άξονες διατριβής):

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι να διερευνήσει τις εργασιακές συνθήκες στα πλαίσια των οποίων προσφέρει τις υπηρεσίες του το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και να αναδείξει τους παράγοντες εκείνους που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν το έργο του. Οι κυριότεροι άξονες της εργασίας αφορούν (α) στη διερεύνηση των στρεσογόνων παραγόντων και των προσπαθειών ανταπόκρισης του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς και (β) στη μελέτη της ανεπάρκειας ή της ακαταλληλότητας των πηγών στήριξης στο χώρο των ΜΕΘ. Επίσης θα διερευνηθεί (γ) κατά πόσο η συναισθηματική διεργασία που βιώνουν οι νοσηλευτές των ΜΕΘ οδηγεί στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή μέσα από την οποία αντλούν ικανοποίηση ή οδηγεί σε εξουθένωση, απόσυρση, κατάθλιψη ή ακόμη και σε εκδήλωση ψυχοσωματικών ενοχλήσεων.

(Γ) Βασικά Ερευνητικά Ερωτήματα:

- (α) Ποιος είναι ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στις ΜΕΘ;
- (β) Ποιες είναι οι πηγές δημιουργίας stress για το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ;
- (γ) Πως το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες καταστάσεις;
- (δ) Ποιες είναι οι πηγές υποστήριξής του; Είναι αυτές επαρκείς/κατάλληλες;
- (ε) Κατά πόσο η συναισθηματική διεργασία που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι βοηθητική στην αντιμετώπιση του stress;

(Δ) Αναγκαιότητα και Σπουδαιότητα της Έρευνας:

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί την επαγγελματική ομάδα που είναι περισσότερο επιρρεπής σε υψηλά επίπεδα stress και συχνά εμφανίζει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΕΕ) (Jayarathe et al, 1984). Σύμφωνα με τις Maslach & Jackson (1986), οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που διακρίνουν την ΕΕ είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση/κυνισμός και η αίσθηση μη αποτελεσματικότητας (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων). Το stress και η εξουθένωση πιθανό να προέρχονται (α) από τον ίδιο το νοσηλευτή, π.χ. δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και προηγούμενες εμπειρίες, (β) από τη σχέση με τον ασθενή και τους συγγενείς του και (γ) από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας (Papadatou et al. 1999, Θεοδωράτου και συν., 2003).

Αναφορικά με τους στρεσογόνους παράγοντες που προέρχονται από τη σχέση που αναπτύσσει το νοσηλευτικό προσωπικό με τον ασθενή, πρέπει να αναφερθεί ότι η προσωπική απόφαση κάθε νοσηλευτή να επενδύσει συναισθηματικά σε αυτή τη σχέση ή να παραμείνει αποστασιοποιημένος, προσδιορίζει το ενδεχόμενο κόστος και όφελος που μπορεί να αποκομίσει -σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο- από τις υπηρεσίες που προσφέρει. Τελευταία, στη νοσηλευτική χρησιμοποιείται η έννοια της “συναισθηματικής διεργασίας” (emotional labor) για να

περιγράψει την εκδήλωση μιας συναισθηματικής συμπεριφοράς που προσδοκά το εργασιακό πλαίσιο από το νοσηλευτή και την ικανότητά του να ανταποκριθεί, επενδύοντας συναισθηματικά στις σχέσεις με τους ασθενείς του (Henderson 2001).

Αναφορικά με το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας η έκθεση του νοσηλευτικού προσωπικού σε εργασιακές απαιτήσεις όπως η έλλειψη χρόνου, το εξαντλητικό κυκλικό ωράριο κ.λπ. και οι ανεπιτυχείς προσπάθειες ανταπόκρισης σε αυτές, μπορεί να οδηγήσουν το νοσηλευτή σε εξουθένωση. Από την άλλη, η έλλειψη πηγών στήριξης, όπως είναι επαγγελματική αυτονομία, η ποικιλομορφία του νοσηλευτικού έργου (κλινικό, διοικητικό, εκπαιδευτικό κ.λπ.), η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η έλλειψη στήριξη από τους συναδέλφους κ.α. μπορεί να οδηγήσουν στην αποστασιοποίηση. Όλα τα παραπάνω έχουν επίδραση στην ικανοποίηση που λαμβάνουν οι νοσηλευτές και αυτό φαίνεται μέσα από το stress και την ΕΕ που συχνά βιώνουν (Μπελλάλη 2006).

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι αντιδράσεις stress του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να προκαλούνται όχι μόνο από τα χαρακτηριστικά και τη φύση της δουλειάς, αλλά και από το είδος του τμήματος που εργάζονται. Συγκεκριμένα για τους νοσηλευτές των ΜΕΘ, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εργασίας τους (ψηλή αίσθηση ευθύνης, εξελιγμένη βιοιατρική τεχνολογία κ.α, καθιστούν την εργασία τους ιδιαίτερα απαιτητική και στρεσογόνα (Μπελλάλη 2005).

Η πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, κρίνεται αναγκαία ώστε να διατυπωθούν συγκεκριμένες προτάσεις που θα αφορούν στη λήψη μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της ΕΕ στο χώρο των ΜΕΘ, τόσο σε ατομικό, όσο και σε διοικητικό επίπεδο. Τα παραπάνω μέτρα θα εστιάζονται στην ενίσχυση των παραγόντων που οι ίδιοι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ότι διευκολύνουν το έργο τους, αλλά και στη μείωση της επίδρασης των παραγόντων που θα φανούν ότι δυσχεραίνουν το έργο τους. Με άλλα λόγια, θα διατυπωθούν προτάσεις που θα συμβάλλουν στην αύξηση της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού, στην παραμονή του στο χώρο εργασίας και στον εντοπισμό κινήτρων που θα οδηγήσουν στην αύξηση της αποδοτικότητας, με τελικό στόχο την ποιότητα φροντίδας προς τον ασθενή.

(Ε) Μεθοδολογία:

(α) **Δείγμα:** Το δείγμα της μελέτης θα αποτελέσει το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις ΜΕΘ των δημοσίων νοσηλευτηρίων της Κύπρου (Λευκωσία, Λεμεσό, Λάρνακα, Πάφος).

(β) **Συλλογή Δεδομένων:** Το νοσηλευτικό προσωπικό θα προσκληθεί να συμμετάσχει στην έρευνα και όσοι συναινέσουν θα κληθούν να συμπληρώσουν ένα σύνολο ερωτηματολογίων που θα τους χορηγηθεί για τους σκοπούς της μελέτης. Τα ερωτηματολόγια θα συνοδεύονται από γραπτές πληροφορίες σχετικά με τη φύση και το σκοπό της έρευνας. Θα υπάρξει μέριμνα ώστε να τηρηθούν οι γενικές αρχές της ηθικής για την έρευνα, ενώ θα τηρηθεί η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών δεδομένων.

(γ) **Εργαλεία Μέτρησης:** Για την ποσοτική μελέτη των εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών θα χρησιμοποιηθούν ψυχομετρικές δοκιμασίες και ερωτηματολόγια που θα επιλεγθούν μετά από συνεννόηση με την επιβλέπουσα καθηγήτρια.

(δ) **Ανάλυση Δεδομένων:** Για την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν στατιστικές μέθοδοι της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής (παραμετρικοί έλεγχοι και συσχετίσεις) οι οποίες θα πραγματοποιηθούν με το Στατιστικό Πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for Social Sciences, SPSS, 16.0) .

(ΣΤ) Χρονοδιάγραμμα Εργασιών:

Ενότητα / Κεφάλαια

Αρχικός Πίνακας περιεχομένων

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Εισαγωγή και συγγραφή θεωρητικού υποβάθρου της Διατριβής (Γενικό Μέρος)

Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας, ανάλυση αποτελέσματος

Τελική συγγραφή της Διατριβής, Συμπεράσματα, Βιβλιογραφία

Παραδοτέο στον Επιβλέποντα

Εντός 2 μηνών από την οριστικοποίηση του θέματος της Διατριβής

Εντός 5 μηνών από την οριστικοποίηση του θέματος της Διατριβής

Εντός 8 μηνών από την οριστικοποίηση του θέματος της Διατριβής

Εντός 10 μηνών από την οριστικοποίηση του θέματος της Διατριβής

(Ζ) Θεματική Ενότητα / Θεματικό Πεδίο:

· Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας

· ΔΜΥ61

(Η) Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

-Henderson A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry* 8:130-138

- Jayarathe, S., Chess WA (1984). – Job Satisfaction, burnout and turnover: a national study, *Soc. Work* 1984, 24: 448-453

- Maslach, C., Jackson SE (1986). , *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd edition. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press, 1986

- Papadatou, D., Papazoglou, I., Petraki, D., Bellali, T. (1999),. , Mutual Support among nurses who provide care to dying Children. *Inness, Crisis and Loss*, 1999, 7: 37 – 48

- Θεοδωράτου, Μ., Μπέκος, Β., Σκυλόγιαννης, Γ. (2003)., Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό – *Νοσηλευτική* 2003, 42: 479 – 496

-Μπελλάλη Θ. (2005). «Προτάσεις ενεργοποίησης των ικανοτήτων των νοσηλευτών στο χώρο της επείγουσας και εντατικής φροντίδας, Α' μέρος» Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική 15:3-5

- Μπελλάλη Θ. (2006). «Ενσυναίσθηση, συναισθηματική διεργασία και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας». Πρακτικά μετεκπαιδευτικών μαθημάτων Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Ογκολογικός Τομέας ΕΣΝΕ, Αθήνα

Υπογραφή Φοιτήτριας: Κωνσταντίνου Δέσπω

Ημερομηνία: 05/11/2009

Επιβλέπων: Θάλεια Μπελλάλη

Υπογραφή _____ Επιβλέπωντος _____ :

Αγαπητέ συνάδελφε,

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις εργασιακές συνθήκες στα πλαίσια των οποίων προσφέρει τις υπηρεσίες του **το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας** και να αναδείξει τους παράγοντες εκείνους που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν το έργο του.

Αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης μελέτης με θέμα «*Διερεύνηση των στρεσογόνων συνθηκών και πηγών στήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού πολιτικών και στρατιωτικών νοσοκομείων*» που εκπονείται σε συνεργασία με το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Τομέας Ψυχικής Υγείας και Επιστημών Συμπεριφοράς-Τμήμα Νοσηλευτικής).

Η επεξεργασία των στοιχείων που θα συλλεχθούν θα οδηγήσει στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, ώστε να αυξηθεί η αποδοτικότητα και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ.

Σας προσκαλούμε, λοιπόν, να συμμετάσχετε προαιρετικά στην παρούσα έρευνα, απαντώντας ανώνυμα σε μια σειρά ερωτήσεων που ακολουθούν. Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα συνδυαστούν με αυτές άλλων συναδέλφων σας, αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της μελέτης.

Εκτιμούμε ότι η συμβολή σας στη μελέτη είναι σημαντική.

Σας ευχαριστούμε θερμά, εκ των προτέρων

*Δέσπω Κωνσταντίνου
Νοσηλεύτρια
Μεταπτ.Φοιτήτρια ΑΠΚυ*

*Δρ. Θάλεια Μπελλάλη
Επικ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Θεσ/κης
Μέλος ΣΕΠ , ΑΠΚυ*

Παράρτημα II: Επιστολή από το Υπουργείο Υγείας και από την Επιτροπή Βιοηθικής για έγκριση διεξαγωγής της έρευνας

Δέσπω Κωνσταντίνου
Νοσηλευτικός Λειτουργός
99491544

16 Νοεμβρίου, 2010

Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή Υπουργείου Υγείας
Υπόψη Αναπληρωτή Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών
Υπουργείο Υγείας

Θέμα: Εξασφάλιση άδειας διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας

Αναφορικά με το πιο πάνω θέμα θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι μέσα στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος ‘ Διοίκηση Μονάδων Υγείας ’ που παρακολουθώ στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου απαιτείται η εκπόνηση διατριβής τύπου ερευνητικής εργασίας.

Η έρευνα αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και των Καρδιολογικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας των δημόσιων νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού και Λάρνακας. Σχετικό έντυπο αναφορικά με τους στόχους, τίτλο και δείγμα της έρευνας επισυνάπτεται.

Παράκληση μου είναι όπως έχω την άδεια σας για χορήγηση των σχετικών ερωτηματολογίων στους νοσηλευτικούς λειτουργούς . Η χορήγηση αναμένεται να πραγματοποιηθεί Δεκέμβριο (2010) – Ιανουάριο (2011) και η συμπλήρωση τους θα γίνεται στον ελεύθερο χρόνο των συμμετεχόντων.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων και ευελπιστώ στην θετική ανταπόκριση σας.

Με εκτίμηση

Δέσπω Κωνσταντίνου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. : ΥΥ 5.4.05

25 Νοεμβρίου 2010

κα: Δέσπω Κωνσταντίνου
Νοσηλευτικό Λειτουργό
Αγίας Ειρήνης 18
Αγλαντζιά
2102 Λευκωσία

Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην επιστολή σας με ημερομηνία 17/11/2010 σχετικά με αίτημα σας για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο:
« Διερεύνηση των στρεσογόνων συνθηκών και πηγών στήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων εντατικής θεραπείας » και να σας πληροφορήσω ότι η Επιτροπή Αξιολόγησης Ερευνητικών Προτάσεων της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Επισημαίνεται ότι η ικανοποίηση του πιο πάνω αιτήματος σας προϋποθέτει ότι η έρευνα θα διεξαχθεί στον ελεύθερο χρόνο των νοσηλευτών και σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας των Γενικών Νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου. Εννοείται επίσης ότι οι Προϊστάμενοι των πιο πάνω τμημάτων θα τύχουν της ενημέρωσης σας για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας.

Επιπλέον προϋποθέτει την αυτόματη δέσμευση σας για κοινοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων στη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σας εύχεται κάθε επιτυχία στην εκπόνηση της έρευνας σας.

(Χριστίνα Ιωαννίδου-Ευσταθίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν :

- Αν. Διευθυντή Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημοσίας Υγείας.
- Προϊσταμένη Νοσηλευτικό Λειτουργό ΓΝ Λευκωσίας, Λάρνακας, Λεμεσού, Πάφου

15/11



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2010.01.17
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

07 Μαΐου 2010

Κυρία Δέσπω Κωνσταντίνου
Αγίας Ειρήνης 18
Αγλαντζιά
2102 Λευκωσία

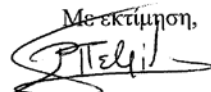
Αξιότιμη κυρία Κωνσταντίνου,

Θέμα: «Διαρεύνηση των στρεσογόνων συνθηκών και πηγών στήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου»

Αναφέρομαι στις επιστολές σας ημερομηνίας 2 και 6 Μαΐου 2010 για το πιο πάνω θέμα.

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, ερωτηματολόγια, τελική δήλωση θέματος διατριβής και διευκρινιστική επιστολή) που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση,

Ρένα Βραχίμη-Πετρίδου

Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Παράρτημα III

Θεωρητικά μοντέλα του στρες

Κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα, τα μοντέλα στρες ποικίλουν από την άποψη ορισμού του στρες, της διαφορετικής έμφασης που δίνουν σε οργανικούς και ψυχολογικούς παράγοντες και στον τρόπο περιγραφής της σχέσης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντος του.

1. Το Μοντέλο πάλης ή φυγής του Cannon

Ένα από τα πρώιμα μοντέλα του στρες αναπτύχθηκε από τον Cannon (1932). Αυτό ονομάστηκε μοντέλο του στρες πάλης ή φυγής (fight-or-flight syndrome), που υποστήριξε ότι οι εξωτερικές απειλές προκάλεσαν την αντίδραση πάλης ή φυγής που συνεπάγεται αυξημένο βαθμό δραστηριότητας και αυξημένη διέγερση. Υποστήριξε ότι αυτές οι οργανικές αλλαγές κατέστησαν ο άτομο ικανό είτε να διαφύγει από την πηγή του στρες είτε να παλέψει. Σύμφωνα με το μοντέλο του Cannon το στρες ορίστηκε ως αντίδραση σε εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες που θεωρούνται κυρίως οργανικοί (Ogden, 2004).

2. Το Σύνδρομο της Γενικής Προσαρμογής του Selye.

Τα σύνδρομο γενικής προσαρμογής του Selye (GAS), αναπτύχθηκε το 1956 και περιέγραψε τρία στάδια στη διαδικασία του στρες. Το αρχικό στάδιο ονομάστηκε στάδιο του «συναγερμού» που περιέγραψε μια αύξηση στη δραστηριότητα και επισυνέβαινε αμέσως αφού το άτομο εκτιθόταν σε μια στρεσογόνα κατάσταση. Το δεύτερο στάδιο ονομάστηκε «αντίσταση» που συνεπάγεται αντιμετώπιση και προσπάθειες να ανατρέψουν τα αποτελέσματα του σταδίου συναγερμού. Το τρίτο στάδιο ονομάστηκε «εξάντληση» κι φθάνουν σε αυτό μετά την επανειλημμένη έκθεση του ατόμου σε μια στρεσογόνα κατάσταση και την αδυναμία του να αντισταθεί περισσότερο (Ogden, 2004).

Η θεωρία του Selye αποτέλεσε τη βάση πολλών μελετών. Σε μια κλασική μελέτη που πραγματοποίησαν οι Holmes και Rahe (1967), υπέθεσαν ότι ένας μεγάλος αριθμός αλλαγών που συμβαίνουν στην ζωή μπορεί να προκαλέσει στρες. Οι ερευνητές εξέτασαν άτομα από διαφορετικές κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές ομάδες, αξιολογώντας μια σειρά από πρόσφατες μεταβολές στην ζωή τους ανάλογα με την ποσότητα ενέργειας που απαιτήθηκε για τη προσαρμογή σε αυτές. Τα γεγονότα καταγράφηκαν και στον καθένα αποδόθηκε ένας αριθμός μονάδων αλλαγής ζωής (life-change units,LCU). Η κλίμακα

ονομάστηκε Κλίμακα Αξιολόγησης Κοινωνικής Αναπροσαρμογής (SRRS). Ο αριθμός LCU που δέχεται το άτομο συσσωρεύεται με το χρόνο και θεωρητικά αποτελεί ένα δείκτη του στρες που αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωση μια νόσου (Holmes & Rahe, 1967).

3. Το συναλλακτικό μοντέλο του στρες

Τη δεκαετία του 1970, η δουλειά του Lazarus στο στρες εισήγαγε την ψυχολογία για την κατανόηση της αντίδρασης στρες . Αυτός ο ρόλος για την ψυχολογία πήρε τη μορφή της έννοιας του για την αξιολόγηση. Ο Lazarus υποστήριξε ότι το στρες συνεπάγεται διαντίδραση μεταξύ του ατόμου και του εξωτερικού κόσμου και ότι το άτομο αντιδρά με στρες εάν εκτιμήσει ένα στρεσογόνο γεγονός ως όντως στρεσογόνο. Το μοντέλο αξιολόγησης του Lazarus όρισε δύο μορφές αξιολόγησης, την πρωτογενή και τη δευτερογενή. Σύμφωνα με το Lazarus, το άτομο αρχικά εκτιμά μόνο το γεγονός – ορίζεται ως πρωτογενής αξιολόγηση. Υπάρχουν τρεις δυνατοί τρόποι να αξιολογηθεί το γεγονός : (1) άσχετο, (2) καλό και θετικό, (3) επιβλαβές και αρνητικό. Ο Lazarus στη συνέχεια περιέγραψε τη δευτερογενή αξιολόγηση, που συνεπάγεται ότι το άτομο αξιολογεί τα υπέρ και τα κατά των διαφόρων στρατηγικών αντιμετώπισης. Επομένως, η πρωτογενής αξιολόγηση συνεπάγεται αξιολόγηση του εξωτερικού κόσμου και η δευτερογενής αξιολόγηση, των ίδιων των ατόμων.

Το μοντέλο αξιολόγησης του Lazarus και διαντίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος υπέδειξε ένα νέο τρόπο θεώρησης της αντίδρασης στρες – το άτομο δεν αντιδρούσε πλέον παθητικά στον εξωτερικό κόσμο αλλά αλληλεπιδρούσε με αυτόν (Ogden, 2004).

Παράρτημα IV

Πίνακας 1: Ανάλυση Παραγόντων για το ερωτηματολόγιο των εργασιακών πόρων και απαιτήσεων

	Παρ. 1	Παρ. 2	Παρ. 3	Παρ. 4	Παρ. 7	Παρ. 8	Παρ. 10
B43	.788						
B49	.782						
B48	.751						
B44	.726						
B50	.668						
B45	.650						
B24		.784					
B17		.767					
B18		.751					
B25		.743					
B19		.691					
B32			.768				
B27			.734				
B41			.602				
B31			.560				
B28			.545				
B36			.468				
B14				.862			
B16				.816			
B15				.762			
B35					.765		
B39					.611		
B20					.603		
B33						.857	
B34						.765	
B29							.878
B30							.608
Ιδιότητα	3.987	3.382	2.835	2.704	2.145	2.102	1.962
% Διακύμανσης	10.223	8.671	7.270	6.932	5.499	5.389	5.030

Παράρτημα V: πίνακες ερευνών που ανασκοπήθηκαν.

Συγγραφείς/ χρονολογία	Είδος Μελέτης	Εργαλείο	Δείγμα	Αποτελέσματα
1. Καρανικό λα και συν. (2008)	Μεθοδολογία των Munhall (1994) και Van Manen (1990) - Υπαρξιακή Φαινομενολογική ή προσέγγιση	Συνέντευξη.	18 νοσηλευτές (παθολογικά, χειρουργικά τμήματα, ΜΕΘ, ΤΕΠ) Σκόπιμη Δειγματοληψία.	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάδυση της έννοιας της προσφοράς. • Περιγραφή συναισθημάτων ως προς την εργασία. • Παράγοντες δυσαρέσκειας ως προς την εργασία: χαμηλές απολαβές, φόρτος εργασίας, έλλειψη προσωπικού, χαμηλή κοινωνική αποτίμηση.
2. Eduardo dos Santos et.al. (2009)	Συγχρονική, συσχετιστική,	<ul style="list-style-type: none"> • Maslach and Jackson Inventory (MBI-HSS). 	34 νοσηλευτές (ΜΕΘ γενική και καρδιολογική ΜΕΘ)	<ul style="list-style-type: none"> • 9 νοσηλευτές είχαν ψηλή συναισθηματική εξάντληση. • 9 νοσηλευτές είχαν ψηλή αποπροσωποποίηση. • 10 νοσηλευτές παρουσίαζαν ψηλά ποσοστά προσωπικών επιτευγμάτων. • Περισσότεροι παρουσίαζαν ΕΕ και διαφάνηκε θετική συσχέτιση μεταξύ ΕΕ και μεταβλητών όπως: φύλο, φόρτος εργασίας, βαθμός επαγγελματικού κύρους, κ.λπ.
3. Jourdain and Chênevert (2009)	Συγχρονική, περιγραφική.	Χρήση ερωτηματολογίων τα οποία αξιολογούσαν τις εργασιακές απατήσεις και τους εργασιακούς πόρους και περιλάμβανε τα εξής: <ul style="list-style-type: none"> • Την ποσοτική κλίμακα 	Τυχαία δειγματοληψία με 1636 νοσηλευτές	<ul style="list-style-type: none"> • Ο φόρτος και οι απαιτήσεις της εργασίας είναι καθοριστικά στην πρόκληση συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. • Η ΕΕ οδηγεί σε ψυχοσωματικά προβλήματα και την τάση των νοσηλευτών να

		<p>αξιολόγησης του φόρτου εργασίας (Caplan et. al. 1980)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Την μέτρηση της εργασιακής συμπεριφοράς και των συγκρούσεων (Rizzo et.al. 1970) • Την επίδραση της οικογένειας στην εργασία (Gutek et.al. 1991) • Τις στρεσογόνες συνθήκες από τις σχέσεις με γιατρούς και ασθενείς (Motowidlo et.al. 1986) • Την υποκίνηση του προσωπικού στην εργασία η οποία περιλάμβανε: την υποστήριξη από τους υπευθύνους και τους συναδέλφους, κλίμακες αξιολόγησης για την αναγνώριση από τους γιατρούς και τους ασθενείς (Eisenberger et. al.). 		εγκαταλείψουν το επάγγελμα.
--	--	--	--	-----------------------------

		<p>Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Από το MBI (Maslach Burnout Inventory) τις 2 διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα • Την κλίμακα της επαγγελματικής δέσμευσης (Meyer et. al. 1993) • Την κλίμακα κατάθλιψης του Beck (1978). 		
4. Xianyu and Lambert (2006)	Περιγραφική.	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing stress scale • Ways of coping questionnaire • SF-36 Health Survey 	Δειγματοληψία ευκολίας με 92 προϊσταμένους νοσηλευτές	<p>Οι βασικοί στρεσογόνοι παράγοντες είχαν ως εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Φόρτος εργασίας και έλλειψη προσωπικού • Συνεχής επαφή με το θάνατο • Συγκρούσεις με τους γιατρούς
5. Κορομπέλη, Κτενά, Κικεμένη (2006)	Επισκόπησης και συσχέτισης.	Ερωτηματολόγιο Survey of Shiftworkers (SOS)	154 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο	<ul style="list-style-type: none"> • Άτομα με περισσότερα χρόνια εμπειρίας αντιμετώπιζαν το φόρτο εργασίας στη νυχτερινή βάρδια ως πιο βαρύ. • Ο αριθμός των νυχτερινών βαρδιών επηρέαζε την οικογενειακή και κοινωνική ζωή, καθώς και την εμφάνιση σωματικών ενοχλημάτων.

				<ul style="list-style-type: none"> • Η διάρκεια του ύπνου δεν επαρκεί για την ανάπαυση του προσωπικού μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών • Ο αριθμός των συνεχόμενων νυχτερινών βαρδιών δεν συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά, ούτε με τη διάρκεια ύπνου ανάμεσα στις νυχτερινές βάρδιες και στις μέρες ανάπαυσης ούτε με την υγεία των νοσηλευτών.
6. Inhauser Riceti Barboza et. al. (2008).	Συγχρονική - Περιγραφική	<ul style="list-style-type: none"> • Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQ1) • Epworth Sleepiness Scale (ESS). 	75 νοσηλευτές ΜΕΘ	<ul style="list-style-type: none"> • 97,3% των συμμετεχόντων είχαν φτωχή ποιότητα ύπνου. • 70,6% παρουσίαζαν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. • Η κακή ποιότητα ύπνου επιφέρει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. • Η χρόνια κόπωση και εξάντληση οδηγεί στην ΕΕ.
7. Μαρβάκη και συν. (2007)	Συγχρονική – Περιγραφική Συσχετιστική.	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη ερωτηματολογίου 20 ερωτήσεων κλειστού τύπου 	282 επαγγελματίες υγείας (204 νοσηλευτές και 78 βοηθοί νοσηλευτών)	<ul style="list-style-type: none"> • Λιγότεροι από 50% των ερωτηθέντων βρίσκουν χρόνο για κοινωνικές δραστηριότητες. • Το κυκλικό ωράριο επιφέρει δυσαρέσκεια στον εργαζόμενο και στην οικογένειά του, καθώς και αποξένωση. <p><u>Σε σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναζήτηση από τους νοσηλευτές άλλης

				<p>απασχόλησης (δύσκολες συνθήκες, μερική ικανοποίηση).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34,4% και 32% αναφέρει αίσθημα κόπωσης και πονοκεφάλου
8. Karanicol a et. al. (2007)	Περιγραφική – Συσχετιστική με συγχρονική σύγκριση	<ul style="list-style-type: none"> • Maslach Burnout Inventory • Berger’s Scale • Index of Work Satisfaction 	Τυχαία δειγματοληψία 154 νοσηλευτές ΜΕΘ	<ul style="list-style-type: none"> • Μέτρια έως χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση • Θετική συσχέτιση αυτοεκτίμησης-ικανοποίησης και επαγγελματικού κύρους • Περιορισμένες δυνατότητες επαγγελματικής ανέλιξης • Έλλειψη αυτονομίας • Μη ικανοποίηση από την εργασία και stress • Νοσηλευτές-ΜΕΘ παρουσιάζουν ψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και συναισθηματικής εξάντλησης
9. Aiken et. al. (2002).	Συγχρονική – Περιγραφική.	<ul style="list-style-type: none"> • Index of Work Satisfaction (Ερωτηματολόγιο εργασιακής ικανοποίησης) • Η διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης από το Maslach Burnout Inventory 	<ul style="list-style-type: none"> • 10184 νοσηλευτές. • Δεδομένα από ασθενείς (322 εξιτήρια 168 εισαγωγές) <p>Καθορισμός του κινδύνου θανάτου των ασθενών και ανικανότητα ανάληψης εντός 30 ημερών από την εισαγωγή και μη επιτυχής ανάληψη</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Η αυξημένη αναλογία ασθενή νοσηλευτή οδηγεί σε αρνητικά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και σε ψηλά ποσοστά ΕΕ • 43% των νοσηλευτών που βιώνουν εξουθένωση έχουν πρόθεση να εγκαταλείψουν την εργασία τους.

<p>10. Jourdain and Chênevert (2009).</p>	<p>Συγχρονική – Περιγραφική</p>	<ul style="list-style-type: none"> Χρήση ερωτηματολογίων (αναφορά πιο πάνω) 	<p>Τυχαία δειγματοληψία 1636 νοσηλευτές</p>	<ul style="list-style-type: none"> Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία Απουσία νοήματος από αυτή Ασάφεια ρόλου Συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση Ψυχοσωματικά ενοχλήματα Τάση για εγκατάλειψη του επαγγέλματος
<p>11. Mealer et. al. (2007).</p>	<p>Περιγραφική-Συσχετιστική</p>	<ul style="list-style-type: none"> Post Traumatic Stress Syndrome 10 Questions Inventory (PTSQ-10). 	<ul style="list-style-type: none"> 351 νοσηλευτές (230 νοσηλευτές ΜΕΘ και 121 παθολ/χειρ. Τμημάτων). 	<ul style="list-style-type: none"> Θετική συσχέτιση μεταξύ εργασίας και ψυχιατρικής νοσηρότητας. 24% των νοσηλευτών της ΜΕΘ, θετικοί ως προς τη ΔΜΤΣ σε σχέση με το 14% των νοσηλευτών των παθολογικών/χειρουργικών τμημάτων. 21% των νοσηλευτών της ΜΕΘ είχαν εφιάλτες 17% άγχος και πανικό λόγω προηγούμενων εμπειριών στη ΜΕΘ.
<p>12. Καρανικόλα και συν. (2009)</p>	<p>Περιγραφική – Συσχέτισης</p>	<ul style="list-style-type: none"> Χρήση κλίμακας Hamilton (επίπεδα άγχους και ένταση συμπτωμάτων) 	<ul style="list-style-type: none"> Τυχαία Δειγματοληψία 229 νοσηλευτές ΜΕΘ (ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων) 	<ul style="list-style-type: none"> Ήπια διαταραχή έντασης συμπτωμάτων άγχους: <ul style="list-style-type: none"> - Ποσοστό 19,9% μέτρια - Ποσοστό 3,9% σοβαρή Ψηλότερες καταγραφές παρουσίασαν: διαταραχές ύπνου, αγχώδης διάθεση, διαταραχές γνωστικής λειτουργίας, υπερένταση

				<ul style="list-style-type: none"> • 50% συμμετεχόντων ήπια ως σοβαρά μυοσκελετικά προβλήματα. • Οι γυναίκες παρουσίασαν ψηλότερη ένταση άγχους • Η προϋπηρεσία στη ΜΕΘ σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ένταση άγχους.
13. Μαρβάκη και συν. (2007)	Συγχρονική – Περιγραφική Συσχετιστική.	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη ερωτηματολογίου 20 ερωτήσεων κλειστού τύπου. 	<ul style="list-style-type: none"> • 282 επαγγελματίες υγείας (204 νοσηλευτές και 78 βοηθοί νοσηλευτών). • Τυχαία επιλογή δείγματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Γυναίκες περισσότερο κουρασμένες 81,5% • Εμφάνιση θυμού και θλίψης στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες ($P < 0.005$), ($P < 0.001$) μεταξύ συγκρινόμενων ομάδων • Λιγότεροι από 50% βρίσκουν χρόνο για συνάντηση με φίλους, περπάτημα ή για άλλη διασκέδαση.
14. Παπαγεωργίου και συν. (2007)		<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη ερωτηματολογίου το οποίο αξιολογούσε τα επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης των νοσηλευτών • Οι απαντήσεις δόθηκαν βάση της κλίμακας Likert 4 σημείων (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα). 	<ul style="list-style-type: none"> • 112 νοσηλευτές δημοσίων νοσοκομείων 	<ul style="list-style-type: none"> • Σε πολυπαραγοντική ανάλυση των παραγόντων βρέθηκαν: <ul style="list-style-type: none"> - Κατάθλιψη 19,2% - Άγχος 16,9% - Αδράνεια-απαισιοδοξία 8,8% - ΕΕ 7,9% - Ψυχολογικές επιπτώσεις της εργασίας 4,5% <p>Επιπλέον, -68,8% νιώθει ανασφάλεια</p>

				<p>-39,3 εσωτερική ένταση</p> <p>-25,9 στενάχωρες σκέψεις</p> <p>-17,8% αναστάτωση</p> <p>-41,1% άγχος</p> <p>-25,9% νευρικότητα, κ.λπ.</p>
<p>15. Bégat, Ellefsen and Severinsson (2005).</p>	<p>Περιγραφική-Συσχετιστική</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Work Environment Questionnaire (WEQ) • Psychosocial Work Environment (PWE) 	<ul style="list-style-type: none"> • 71 νοσηλευτές από 2 νοσοκομεία της Σουηδίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Το στρες και το άγχος των νοσηλευτών ήταν συνέπεια των ηθικών διλημάτων και των συγκρούσεων που δημιουργούνται εξαιτίας αυτών. • Η υποστήριξη των νοσηλευτών από τους υπεύθυνους έχει θετικά ψυχοσωματικά αποτελέσματα • Η υποστήριξη μειώνει τα επίπεδα στρες και της ΕΕ
<p>16. Ντάτσης και συν. (2007).</p>	<p>Ποσοτική – Περιγραφική</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη δομημένου ερωτηματολογίου 51 ερωτήσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • 99 επαγγελματίες υγείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Απαιτείται βελτίωση του ψυχοσυναισθηματικού κλίματος στο χώρο εργασίας • Η διοίκηση δεν εκδηλώνει ενδιαφέρον για τη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων, αλλά ούτε και για την επίλυση των εργασιακών τους προβλημάτων. • Καλές οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού • Σε κακό δρόμο βρίσκεται η δυνατότητα

				συμβουλευτικής υποστήριξης από ειδικό.
17. Bakker, Le Blanc and Schaufeli (2005).	Διαχρονική – Περιγραφική – Συσχέτισης.	<ul style="list-style-type: none"> • Job Content Questionnaire • Nine Equivalent of nursing Manpower • Job Content Instrument • Maslach Burnout Inventory (MBI) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1849 νοσηλευτές από 80 ΜΕΘ, 13 χωρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ΕΕ μεταφέρεται από τον ένα νοσηλευτή στον άλλο, συνειδητά ή ασυνειδητά. • Το μη ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον, τα ψυχοσωματικά παράπονα των συναδέλφων συνεισφέρουν στην επιδείνωση του φαινομένου της ΕΕ.
18. Cronqvist, Lütznén and Nyström (2006).	Ποιοτική - Ερμηνευτική	<ul style="list-style-type: none"> • Συνέντευξη 	<ul style="list-style-type: none"> • 36 Νοσηλευτές διαφόρων τύπων ΜΕΘ 	<ul style="list-style-type: none"> • Αναγκαία η ανάπτυξη μοντέλων υποστήριξης για το προσωπικό των ΜΕΘ • Στήριξη του προσωπικού σε καταστάσεις δημιουργίας ηθικού στρες.
19. Ρούπα και συν. (2008).	Περιγραφική – συσχετιστική.	<ul style="list-style-type: none"> • Κλίμακα Maslach Burnout Inventory • Κλίμακα ικανοποίησης από την ζωή 	<ul style="list-style-type: none"> • 316 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών • Το δείγμα προερχόταν από 2 Ογκολογικά τμήματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψηλή ΕΕ, η οποία εκφράζεται με: <ul style="list-style-type: none"> - Αισθήματα αποπροσωποποίησης 38% - Συναισθηματική εξάντληση 41,2% - Μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα 44%
20. Eduardos dos Santos et. al. (2009)	Συγχρονική – Περιγραφική – Συσχετιστική.	<ul style="list-style-type: none"> • Maslach & Jackson Inventory (MBI) 	<ul style="list-style-type: none"> • 34 νοσηλευτές (ΜΕΘ γενική και ΜΕΘ καρδιολογική) 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι γυναίκες είχαν ψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές. • Οι πιο νέοι νοσηλευτές (31-37 ετών) παρουσιάζουν συχνότερα το συναίσθημα της

				<p>μειωμένης προσωπικής επίτευξης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι παντρεμένοι είχαν ψηλότερα επίπεδα ΕΕ
21. Erickson and Grove (2007).	Περιγραφική – Συσχέτισης.	<ul style="list-style-type: none"> • Maslach & Jackson Inventory (MBI) 	<ul style="list-style-type: none"> • 829 νοσηλευτές 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσωπικό σε ποσοστό 38,4% κατέδειξε ΕΕ • Νοσηλευτές κάτω των 30 ετών παρουσίασαν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τους νοσηλευτές άνω των 30 ετών (37,5%) για ΕΕ.
22. Μπελλάλη και συν. (2007).	Περιγραφική – Συσχετιστική.	<ul style="list-style-type: none"> • Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας • Ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI) 	<ul style="list-style-type: none"> • 347 Νοσηλευτές 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές εμφανίζουν ψηλότερες τιμές στην κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων • Ο παράγοντας φύλο δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά για κανένα από τους τρεις παράγοντες της ΕΕ, μεταξύ ανδρών και γυναικών • Οι έγγαμοι νοσηλευτές είχαν καλύτερη ψυχική υγεία και χαμηλότερη αποπροσωποποίηση • Οι νοσηλευτές με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα.
23. Διλίντας (2010).	Ποσοτική.	<ul style="list-style-type: none"> • Ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI) • 15 ερωτήσεις για τη διερεύνηση εργασιακών συνθηκών και διοικητικών 	<ul style="list-style-type: none"> • Τυχαία επιλογή του δείγματος • 218 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι γυναίκες εμφάνισαν ψηλότερες τιμές συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης από τους άνδρες συναδέλφους τους • Ο παράγοντας ηλικία βρέθηκε να έχει

		παραγόντων.		<p>ισχυρή αρνητική στατιστική σχέση με την αποπροσωποποίηση και λιγότερο με την συναισθηματική εξάντληση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι χήροι/ες παρουσίασαν ψηλότερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση • Έγγαμοι εμφάνισαν ψηλότερες τιμές εξάντλησης έναντι των άγαμων • Η ΕΕ έχει αυξητική τάση με τα χρόνια εργασίας με κορυφή τα 6-15 χρόνια • Πολυετής ενασχόληση (πάνω από 15 έτη) δίνει αίσθημα ασφάλειας και καλή αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων.
24. Ραφτόπο υλος και συν.(2010)	Συγχρονική συσχετιστική	<p>Κλίμακες:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rosenberg self-esteem scale • General satisfaction with work life • fatigue scale • MBI • Symptoms Rating Scale for Depression and Anxiety 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.482 νοσηλευτές (δημοσίου και ιδιωτικού τομέα της Κύπρου) 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα 2/3 των νοσηλευτών αναφέρουν ότι το επάγγελμα τους αποτελεί πηγή στρες • 92% υποφέρει από κόπωση • 24.3%, υποφέρει από άγχος • 2%, υποφέρει από κατάθλιψη • 8.8%, υποφέρει από μελαγχολία • Η κόπωση επιφέρει 8.7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για Ε. • Όσοι υποφέρουν από ΕΕ έχουν 5.3 φορές

				<p>μεγαλύτερη πιθανότητα να εγκαταλείψουν το επάγγελμα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Όσοι έχουν ΕΕ έχουν 6.45 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα δηλώσουν ότι επηρεάζεται αρνητικά η εργασία τους. • Όσοι βρίσκονται σε θαλάμους και τμήματα χωρίς να είναι δική τους επιλογή, έχουν 1.7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΕΕ.
25. Cecile Poncet et. al. (2007)	Περιγραφική Συσχετιστική	<ul style="list-style-type: none"> • Maslach & Jackson Inventory (MBI) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.392 συμμετέχοντες από 136 ΜΕΘ στη Γαλλία (80% νοσηλευτές, 15% βοηθοί νοσηλευτές και 5% ανώτεροι νοσηλευτές) 	<ul style="list-style-type: none"> • Στο 33% των συμμετεχόντων εντοπίστηκε σοβαρού βαθμού ΕΕ. Οι παράγοντες που επηρεάζουν είναι: <ol style="list-style-type: none"> 1. προσωπικά χαρακτηριστικά 2. οργανωτικοί παράγοντες 3. ποιότητα της εργασίας 4. το τέλος του κύκλου ζωής και παράγοντες που σχετίζονται με τη φροντίδα του ασθενούς καθώς και ηθικά διλήματα για τον τερματισμό της μηχανικής υποστήριξης • 60% των συμμετεχόντων με σοβαρή ΕΕ είχαν ψηλά ποσοστά κατάθλιψης

				<ul style="list-style-type: none"> • Η συναισθηματική εξάντληση είναι ψηλά συνδεδεμένη με τις συγκρούσεις τόσο με τους συναδέλφους όσο και με τους ασθενείς
26. Σταυριανό πουλλος και συν. (2011)	Συγχρονική - Επισκόπησης	<ul style="list-style-type: none"> • Ερωτηματολόγιο 63 ερωτήσεων το οποίο δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία 	<ul style="list-style-type: none"> • 167 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών ηλικίας 20-60 ετών (τριών νοσοκομείων του νομού Ηλείας) 	<ul style="list-style-type: none"> • 56.3% μέτρια συναισθηματική κατάσταση • 41.9% καλή και πολύ καλή συναισθηματική κατάσταση • 45% των γυναικών έχουν καλή και πολύ καλή συναισθηματική κατάσταση έναντι των ανδρών που έχουν καλή και πολύ καλή συναισθηματική κατάσταση σε ποσοστό 12.5% • Κυριότερη αιτία κόπωσης η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε ποσοστό 74.9%η ικανοποίηση των ανδρών από την εργασία τους είναι στο 50% έναντι του 31.1% που έχουν οι γυναίκες • Σε ποσοστό 53% οι γυναίκες μεταφέρουν τα προβλήματα τους σπίτι έναντι 18,8% των ανδρών • 31.8% οι γυναίκες εκδηλώνουν επιθετικότητα σε ασθενείς/συνοδούς έναντι 18.8% των ανδρών