



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

**Μελέτη της Σχέσης Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους,
Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ικανοποίησης από την Εργασία σε
Φροντιστές Υγείας-Νοσηλευτές Παθολογικών Κλινικών**

Μεταπτυχιακός Φοιτητής: Μιχαήλ Κουράκος

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

ΛΑΡΙΣΑ 2010

Διπλωματική Εργασία

**Μελέτη της Σχέσης Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους,
Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ικανοποίησης από την Εργασία σε
Φροντιστές Υγείας-Νοσηλευτές Παθολογικών Κλινικών**

Μεταπτυχιακός Φοιτητής: Μιχαήλ Κουράκος

**Τριμελής Επιστημονική Επιτροπή: Μαίρη Γκούβα
Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Γεωργία Θεοδωρακοπούλου**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΤΟ ΑΓΧΟΣ	6
1.1. Εισαγωγή και Ορισμοί	6
1.2. Μηχανισμοί ενεργοποίησης σε καταστάσεις στρες – Βιοφυσιολογία στρες.....	7
1.3. Συνέπειες του άγχους.....	9
1.4. Η επίδραση του άγχους στους χώρους υγείας.....	10
1.5. Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του άγχους.....	11
2. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ.....	13
2.1. Εισαγωγή – Ορισμός.....	13
2.2. Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	14
2.2.1. Το Μοντέλο των Τριών Διαστάσεων της Maslach.....	16
2.3. Σχετιζόμενοι Παράγοντες Εμφάνισης.....	17
2.4. Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	19
2.5. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της Υγείας.....	20
2.5.1. Επαγγελματική Εξουθένωση και Νοσηλευτές.....	20
3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ.....	22
3.1. Εισαγωγή – Ορισμός.....	22
3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία στους χώρους υγείας.....	22
3.3. Η Ελληνική πραγματικότητα.....	24
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
4. ΣΚΟΠΟΣ.....	26
5. ΜΕΘΟΔΟΣ.....	27
5.1. Δείγμα.....	27
5.2. Ερευνητικά εργαλεία.....	27
5.2.1. Εργαλείο μέτρησης των επιπέδων αντιλαμβανόμενου στρες.....	28
5.2.2. Maslach Burnout Inventory.....	29
5.2.3. Job-Communication Satisfaction-Importance.....	29
5.3. Διαδικασία.....	30
5.4. Στοιχεία δεοντολογίας.....	31

5.5. Στατιστική επεξεργασία.....	31
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	33
6.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	33
6.2. Ικανοποίηση από την εργασία, αλληλεπίδραση εργασίας – οικογένειας και επαγγελματική εξέλιξη.....	40
6.3. Αξιολόγηση επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης.....	46
6.4. Αξιολόγηση επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους.....	50
6.5. Συσχέτιση διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ τους και με τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους.....	51
6.6. Αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία και της συσχέτισής της με τους άλλους παράγοντες.....	52
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	60
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	64
8.1. Ελληνόφωνη βιβλιογραφία.....	70
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	72

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την περάτωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας στα πλαίσια του Π.Μ.Σ «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ», μου δίνεται η ευκαιρία να επισημάνω ότι είναι ιδιαίτερα δύσκολο και κοπιαστικό να ολοκληρώσεις με επιτυχία ένα τόσο σοβαρό έργο, έχοντας ταυτόχρονα άλλες εξίσου σημαντικές υποχρεώσεις να διεκπεραιώσεις.

Γι' όλα τα παραπάνω είναι επιβεβλημένο να ευχαριστήσω θερμά, ιδιαίτερα, την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κα Γκούβα Μαίρη, Ψυχολόγο Ψυχοσωματικής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Επίκουρο Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι Ηπείρου, που στήριξε την προσπάθειά μου αυτή σε δύσκολες στιγμές, με καθοδήγησε και μου αφιέρωσε πολύ από τον εξαιρετικά πολύτιμο χρόνο της.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να ευχαριστήσω και τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής κα Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια, Προϊσταμένη Τμήματος Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Λάρισας και κα Θεοδωρακοπούλου Γεωργία, Καθηγήτρια, Προϊσταμένη Τμήματος Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Πάτρας.

Τέλος, ιδιαίτερα πρέπει να ευχαριστήσω τους φίλους μου, κα Θανασά Γεωργία, και κα Καυκιά Θεοδώρα για την αμέριστη συμπαράσταση και υποστήριξη που μου προσέφεραν απλόχερα καθ' όλη τη διάρκεια του πονήματός μου.

Λάρισα, Ιούνιος 2010

Κουράκος Μιχαήλ

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΤΟ ΑΓΧΟΣ

1.1 Εισαγωγή - Ορισμοί

Το άγχος είναι ένα διάχυτο, δυσάρεστο, συχνά ασαφές συναίσθημα που εκδηλώνεται με φόβο, ένταση και ανησυχία και που τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, όπως ταχυκαρδία, καρδιακή αρρυθμία, πεπτικές εσωτερικές διαταραχές, ξηροστομία, ωχρότητα, τρόμο, κεφαλαλγία, κ.α. (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής - Ι.Κ.Π.Ι.). Ένας επιπλέον ορισμός του άγχους που χρησιμοποιείται συχνά είναι ότι το άγχος ορίζεται ως «η αντίδραση, όταν η πίεση που ασκείται σε ένα άτομο υπερβαίνει την αντιλαμβανόμενη ικανότητά του ως προς την αντιμετώπιση» (American Heart Association - ΑΗΑ).

Το περιοδικό Time της 6ης Ιουλίου του 1983 χαρακτήριζε το άγχος «Επιδημία των 80's» και ως το κυρίαρχο πρόβλημα υγείας για τα επόμενα χρόνια (Εικόνα 1). Η κατάσταση, όπως αυτή περιγραφόταν από το περιοδικό, εμφανίστηκε να λαμβάνει μεγαλύτερες ακόμη διαστάσεις αφού έρευνες αναφέρουν ότι το 75-90% όλων των επισκέψεων Αμερικανών πολιτών σε ιατρούς πρωτοβάθμιας υγείας αφορούσαν προβλήματα που σχετίζονταν με το άγχος.



Πηγή: Περιοδικό Time

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (2002) «το άγχος εντάσσεται στις ποιοτικές διαταραχές του συναισθήματος και αφορά στο δυσάρεστο συναίσθημα επικείμενου κινδύνου. Ο κίνδυνος αυτός μπορεί να είναι υπαρκτός (συνειδητός) ή άγνωστος (υποσυνειδητός ή ασυνειδητός). Στη δεύτερη περίπτωση μιλάμε για “ελευθέρως επιπλέον”

άγχος. Ανάλογα με την έντασή του το άγχος έχει διάφορες διαβαθμίσεις, που αρχίζουν από την απλή ανησυχία και καταλήγουν στον πανικό. Το άγχος συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ταχυκαρδία, αύξηση της εφίδρωσης, αύξηση της μυϊκής τάσης κλπ). Τα συμπτώματα αυτά αποτελούν μέρος των αγχωδών διαταραχών.

Το άγχος περιγράφεται ως μία παγκοσμίως γνωστή εμπειρία, η οποία λειτουργεί σαν μηχανισμός προειδοποίησης. Ο μηχανισμός αυτός εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου (Καλπάκογλου 1998).

Το άγχος που εμφανίζεται στην καθημερινή αντίδραση του ατόμου ως στρες μπορεί να κάνει ένα άτομο να αισθάνεται συναισθηματικά ή και φυσικά κουρασμένο, απογοητευμένο, ευάλωτο, ανεπαρκές, ευερέθιστο και απομονωμένο. Το άγχος συνδέεται με διαταραχές της μνήμης και ύπνου να είναι δυνατό να οδηγεί στην ανάπτυξη απάθειας και κατάθλιψης.

1.2 Μηχανισμοί ενεργοποίησης σε καταστάσεις στρες – Βιοφυσιολογία στρες

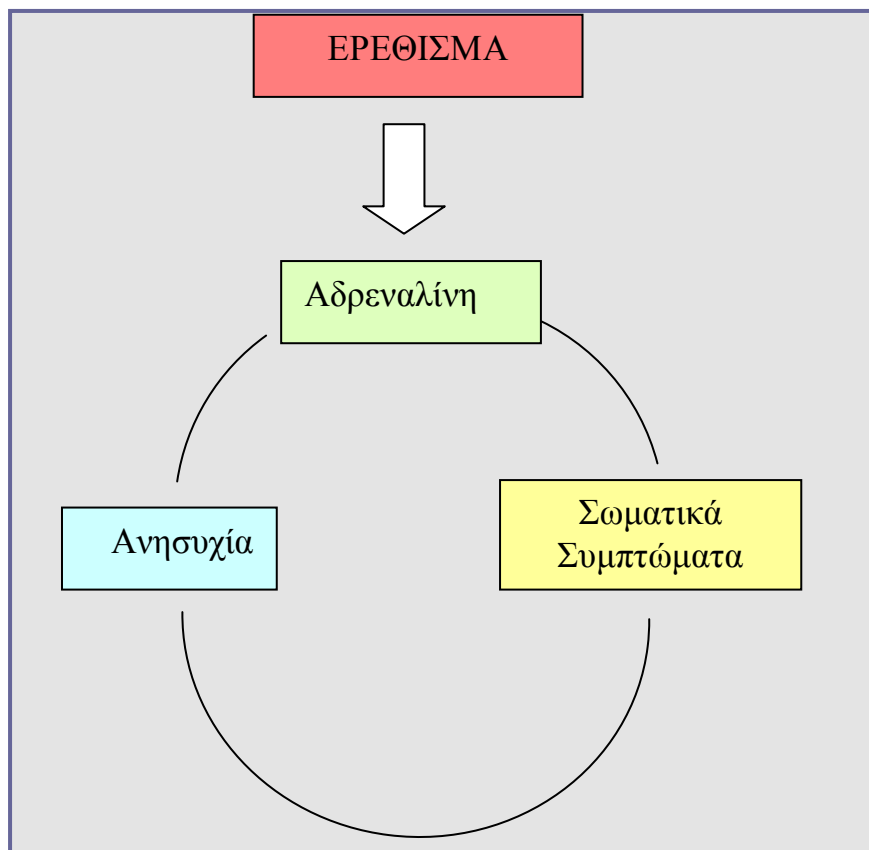
Στη δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με τους στρεσογόνους παράγοντες εμπλέκεται το νευρικό σύστημα, το οποίο δρα ρυθμιστικά ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον του, καθώς και το ενδοκρινικό και ανοσολογικό σύστημα, τα οποία με τις ορμόνες και τους ανοσομεταβιβαστές αλληλεπιδρούν με το νευρικό σύστημα. Τα στρεσογόνα ερεθίσματα διαμέσου του κεντρικού νευρικού συστήματος αυξάνουν την παραγωγή ορμονών, όπως η αδρεναλίνη, η νοραδρεναλίνη, ο παράγοντας έκλυσης κορτικοτροπίνης (CRF), η φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη (ACTH) και η κορτιζόλη (Τούντας 2001).

Η μυελώδης μοίρα των επινεφριδίων σχετίζεται λειτουργικά με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και μετά από τη διέγερση του συμπαθητικού συστήματος εκκρίνει την αδρεναλίνη και τη νοραδρεναλίνη. Η έκκριση των ορμονών αυτών, προκαλεί δράσεις ίδιες σχεδόν με εκείνες που προκαλεί η άμεση διέγερση των συμπαθητικών νεύρων σε όλα τα σημεία του σώματος. Οι επιδράσεις των δύο ορμονών στα διάφορα όργανα διαρκούν περίπου δεκαπλάσιο χρόνο από τη διέγερση του συμπαθητικού συστήματος.

Ο κύκλος της διαδικασίας αυτής αρχίζει με την ενεργοποίηση της αδρεναλίνης από το στρεσογόνο ερέθισμα (Σχήμα 1). Η αδρεναλίνη επιδρά στην εμφάνιση σωματικών

συμπτωμάτων τα οποία δημιουργούν ανησυχία. Η ανησυχία οδηγεί επίσης στην έκκριση αδρεναλίνης και ο κύκλος συνεχίζεται (Καλπάκογλου 1998).

Σχήμα 1. Ο κύκλος της αδρεναλίνης.



Πηγή: Καλπάκογλου 1998

Η κυκλοφορούσα νοραδρεναλίνη προκαλεί σύσπαση όλων ουσιαστικά των αγγείων του σώματος, αύξηση της δραστηριότητας της καρδιάς, αναστολή της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα, διαστολή της κόρης του ματιού, έκκριση μεγάλων ποσοτήτων ιδρώτα από τους ιδρωτοποιούς αδένες, κλπ.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να δεχθούμε ότι το σώμα είναι κατασκευασμένο να αντιδρά στους στρεσογόνους παράγοντες με αντανεκλαστικό τρόπο κι επομένως αφού δεν είναι δυνατή η εν πολλοίς αποφυγή του, εξέχουσα σημασία έχει η εκπαίδευση του ατόμου στην αντιμετώπιση και βέλτιστη διαχείρισή του.

1.3 Συνέπειες του Άγχους

Το άγχος που πηγάζει από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις είναι δυνατόν να συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών. Με την κατανόηση των ψυχοκοινωνικών αγχογόνων καταστάσεων είναι δυνατόν να εφαρμοστούν τεχνικές οι οποίες θα υποστηρίξουν αποτελεσματικά το άτομο στη διαχείριση του άγχους του. Σημαντικός ρόλος στην διαχείριση των αγχογόνων καταστάσεων αποδίδεται στην κοινωνική υποστήριξη την οποία λαμβάνει το άτομο σε καταστάσεις στρες. Η κοινωνική υποστήριξη δρα προστατευτικά μέσω της αύξησης της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης του ατόμου, οι οποίες δημιουργούν θετικά συναισθήματα και οδηγούν το άτομο στο να αντιλαμβάνεται τα εξωγενή αγχογόνα ερεθίσματα ως καλύτερα ανεκτά. Η ανάπτυξη και ενδυνάμωση της κοινωνικής στήριξης μέσω ανάπτυξης κοινωνικού δικτύου συσχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο ασθένειας και θανάτου. Αναφορικά με την επιρροή της κοινωνικής στήριξης στη σχέση με το στρες και τους πιθανολογούμενους μηχανισμούς που επισέρχονται σε αυτή τη σχέση, η J. Ogden στο βιβλίο της «Ψυχολογία της Υγείας» (μετάφραση των Λουμάκου και Αντωνίου 2004) αναφέρει δύο θεωρίες για την εξήγηση του ρόλου της κοινωνικής στήριξης:

1. Η υπόθεση της κύριας επίδρασης (main effect hypothesis), η οποία υποστηρίζει ότι η κοινωνική υποστήριξη από μόνη της είναι ευεργετική και ότι η απουσία της είναι στρεσογόνος.
2. Η υπόθεση προφύλαξης από το στρες (stress buffering hypothesis) η οποία υποστηρίζει ότι η κοινωνική υποστήριξη βοηθάει το άτομο να αντιμετωπίσει το στρες και έτσι μεσολαβεί στη σχέση στρες – ασθένειας προφυλάσσοντας το άτομο από το στρεσογόνο παράγοντα. Η κοινωνική στήριξη επηρεάζει τον τρόπο που το άτομο αξιολογεί τον στρεσογόνο παράγοντα.

Γενικότερα θα μπορούσαμε να κατηγοριοποιήσουμε τις συνέπειες του άγχους στο άτομο ως εξής:

- Φυσικές συνέπειες – επιπλοκές υγείας
- Ψυχολογικές συνέπειες – επιπλοκές
- Συνέπειες στην συμπεριφορά
- Οργανωτικές συνέπειες

Περιληπτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι στις φυσικές συνέπειες περιλαμβάνονται η αυξημένη αρτηριακή πίεση, οι γαστρεντερικές διαταραχές, οι διαταραχές διατροφής (ανορεξία, υπερφαγία), η κεφαλαλγία, η επιδείνωση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας και η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας.

Στις ψυχολογικές συνέπειες περιλαμβάνονται το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κακή μνήμη, ο θυμός, η απάθεια και η ανησυχία.

Στις συνέπειες στην συμπεριφορά περιλαμβάνονται η υπερφαγία ή η έλλειψη όρεξης, το κάπνισμα, η κατάχρηση κατανάλωσης αλκοόλ, οι διαταραχές ύπνου, εκρήξεις βίας και θυμού.

Στις οργανωτικές συνέπειες συμπεριλαμβάνονται η απουσία από την εργασία, τα ατυχήματα κατά την εργασία, η έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία, οι κακές εργασιακές σχέσεις και η μείωση της παραγωγικότητας.

1.4 Η Επίδραση του Άγχους στους Χώρους Υγείας

Ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα από τους πιο στρεσογόνους χώρους εργασίας (Anderson, Cooper, & Willmott 1996, MacDonald, Karasek, Punnett, & Scharf 2001, McGrath, Reid, & Boore 2003, Weinberg & Creed 2000) και για το λόγο αυτό υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σχετικών ερευνητικών εργασιών. Το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής έρευνας (Lambert & Lambert 2001) ασχολείται με τον εντοπισμό των πηγών του στρες και τα συμπεράσματα των ερευνών είναι ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων στρες (Healy & McKay 1999, Hopkinson, Carson, Brown, Fagin, Bartlett & Leary 1998). Παράγοντες που αφορούν στους ίδιους τους εργαζόμενους, όπως η εργασιακή υπερφόρτωση, η σύγκρουση ρόλων και η ασάφεια του ρόλου των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να αποτελούν τους κρισιμότερους παράγοντες για τη δημιουργία του επαγγελματικού στρες, ενώ παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς φαίνεται να προκαλούν λιγότερο στρες σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας των Tyler και Cushway (1995). Σύμφωνα βέβαια με άλλους ερευνητές (Erlen & Sereika 1997, McVicar 2003), οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, καθώς φροντίζουν για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών, εκτίθενται λόγω του γεγονότος αυτού σε μία σημαντική πηγή στρες.

Μια άλλη σημαντική πηγή στρες είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, (MacDonald et al. 2001). Οι υπερβολικές προσδοκίες από τον εαυτό τους ή τους άλλους έχουν εντοπισθεί ως παράγοντες που προκαλούν στρες (Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill, & Hannigan 2000). Σε ορισμένες περιπτώσεις, άμεση πηγή στρες είναι η ίδια η οργανωτική διάρθρωση, όπως η οργανωτική αδικία (Kivimäki, Elovainio, Vahtera, & Ferrie 2003), η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (Kirkcaldy & Martin 2000) και η κακή διαχείριση. Τα αποτελέσματα έρευνας που αφορά στην έλλειψη αίσθησης του ελέγχου στο πλαίσιο της εργασίας είναι αντιφατικά. Οι Mäkinen, Kivimäki, Elovainio & Virtanen (2003) αναφέρουν ότι, για το νοσηλευτικό προσωπικό η αύξηση των αρμοδιοτήτων και η αναβάθμιση του ρόλου τους μείωσε τη δυνητικά θετική επίδραση της αυξημένης αυτονομίας και ελέγχου. Οι Reid, Johnson, Morant, Kuipers, Szmukler, Bebbington (1999) εντόπισαν εκτεταμένη ευθύνη ως την πιο συχνά αναφερόμενη πηγή άγχους. Οι νοσηλευτές, ενώ θεώρησαν την επαφή τους με τους ασθενείς ως πολύ πιο ικανοποιητική, αισθάνθηκαν επιβάρυνση από το γεγονός ότι είναι συνεχώς υπεύθυνοι για τους ασθενείς τους.

Μια έννοια κάπως παρόμοια με εκείνη του στρες και της συνείδησης είναι η έννοια του ηθικού στρες ή ηθικής Αγωνίας (moral distress). Ο όρος αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1984 από τον Jameton (1993) και έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες (Corley, Elswick, Gorman, & Clor 2001). Οι Corley et al. (2001) περιγράφουν το ηθικό στρες ως μια αντιφατική εικόνα, δηλαδή, ενώ γνωρίζουν τι πρέπει να γίνει, δεν είναι σε θέση να ενεργήσουν ανάλογα. Η εικόνα που συντίθεται χαρακτηρίζεται από τρεις παράγοντες: παράγοντες «ατομικής ευθύνης», παράγοντες «προς το συμφέρον του ασθενούς» και παράγοντες «απάτης». Γενικά, τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι θεσμικά εμπόδια ή αδικίες προς τους ασθενείς ή ελλείψεις που αφορούν στους ασθενείς, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να μην είναι σε θέση να εργαστούν σύμφωνα με τις δικές τους αξίες ή να παράσχουν επαρκή φροντίδα (Austin, Bergum, & Goldberg 2003, Corley et al. 2001, Georges & Grypdonck 2002, Van der Arend & Remmers - van den Hurk 1999).

1.5 Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του άγχους.

Η παγκόσμια έρευνα και μελέτη των τρόπων διαχείρισης του άγχους περιλαμβάνει έναν αριθμό διαφορετικού τύπου παρεμβάσεων που έχουν ως στόχο την ενίσχυση του ατόμου και την υποστήριξη του σε καταστάσεις στρες. Οι παρεμβάσεις αυτές εξαρτώνται

σημαντικά από το αντιλαμβανόμενο επίπεδο άγχους στο οποίο κατατάσσεται το άτομο καθώς και από την ένταση των αντιδράσεων του ατόμου.

Οι παρεμβάσεις που έχουν περιγραφεί και χρησιμοποιηθεί αφορούν στις ατομικές ψυχολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που στηρίζονται στις ψυχαναλυτικές αντιλήψεις, ως προς την παραγωγή της ψυχοπαθολογίας και ως προς την κατάλληλη θεραπεία, και διακρίνονται αδρά στις εξής ομάδες (Μαρκίδης & Βαλσαματζής 2002):

1. Ψυχανάλυση
2. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία
3. Βραχείες δυναμικές ψυχοθεραπείες
4. Ιδιαίτερες ψυχοθεραπείες

Επιπλέον έχουν χρησιμοποιηθεί η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική θεραπεία η οποία μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των θεραπευτικών τεχνικών οι οποίες χρησιμοποιούνται με στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς και των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου (σκέψεις – γνώσεις, εκτιμήσεις, συναισθήματα κ.λ.π) τα οποία ευθύνονται ή επηρεάζουν τη συμπεριφορά της οποίας την αλλαγή επιδιώκουμε.

Τέλος η φαρμακευτική θεραπεία του άγχους ουσιαστικά αφορά στην χορήγηση αγχολυτικών και υπναγωγών φαρμάκων.

Τα αγχολυτικά φάρμακα αναφέρονται και ως ελάσσονα ηρεμιστικά με κύρια ένδειξη την αντιμετώπιση του παθολογικού άγχους και της αϋπνίας. Τα περισσότερα από αυτά που χρησιμοποιούνται είναι παράγωγα της χημικής ένωσης βενζοδιαζεπίνης. Οι βενζοδιαζεπίνες εκτός από τις αγχολυτικές – υπνωτικές ιδιότητες έχουν ιδιότητες κατασταλτικές, μυοχαλαρωτικές και αντιεπιλιπτικές και δρουν μέσω ειδικών υποδοχέων στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Λύκουρας 2002).

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

2.1. Εισαγωγή – Ορισμός

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (burnout) πρωτοεμφανίσθηκε στις αρχές του προηγούμενου αιώνα ως “to burn oneself out”, το οποίο μπορεί να αποδοθεί ως “να δουλεύεις πολύ και να πεθαίνεις γρήγορα”, (Schaufeli & Enzmann 1998), για να περιγράψει ίσως τις επιπτώσεις της βαριάς χειρωνακτικής εργασίας της εποχής, η οποία σε συνδυασμό με τις γενικότερες συνθήκες ζωής οδηγούσε τους ανθρώπους σε πρόωρο θάνατο. Την ίδια λέξη με διαφορετικό νόημα ξανασυναντούμε αργότερα, το 1961 στο χώρο της λογοτεχνίας, όπου ο συγγραφέας Graham Greene (1902-1991) στο μυθιστόρημά του A Burn-Out Case περιέγραψε την φανταστική ιστορία του διάσημου αρχιτέκτονα Κέρρυ (Querry), ο οποίος έχοντας χάσει τη δημιουργικότητά του και κάθε ενδιαφέρον για τη δουλειά του, αλλά και με συμπτώματα συναισθηματικής σύγχυσης και εξάντλησης, αποφάσισε να αποσυρθεί στη ζούγκλα της Αφρικής εγκαταλείποντας την καριέρα του και την προηγούμενη ζωή του (Greene, 1961).

Μόλις τα τελευταία 25 περίπου χρόνια η λέξη burnout απέκτησε την έννοια του συνδρόμου της “επαγγελματικής εξουθένωσης”, καθώς έτσι την όρισε μετά το 1974 ο ψυχίατρος Freudenberger σε μια μελέτη του σχετικά με τα συμπτώματα σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης που εμφάνιζαν συνάδελφοί του, εργαζόμενοι ως εθελοντές στην ίδια ψυχιατρική κλινική. Έδωσε μια άλλη έννοια στη λέξη burnout, που μέχρι τότε χρησιμοποιούνταν, για να περιγράψει συμπτώματα που εμφάνιζαν όσοι έκαναν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Εξέφρασε με τον όρο αυτό την σταδιακά εγκαθιστούμενη απώλεια ενδιαφέροντος και κινήτρων, την αδιαφορία για δέσμευση και την ύπαρξη σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων που εμφάνιζαν οι επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Παρόμοια, το 1976, η κοινωνική ψυχολόγος Christine Maslach, μέσα από μια σειρά συνεντεύξεων με εργαζόμενους στα λεγόμενα κοινωνικά επαγγέλματα, όπου οι εργαζόμενοι έρχονται σε άμεση επαφή με ανθρώπους που έχουν την ανάγκη τους, μελέτησε τα συναισθήματα και το στρες που προκαλούν τα επαγγέλματα αυτά. Το 1982, όρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως την “απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, που συμπεριλαμβάνει και χαρακτηρίζεται από σωματική και συναισθηματική εξάντληση και όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς”. Ο ορισμός αυτός είναι

μέχρι και σήμερα ο περισσότερο αναφερόμενος, καθώς ανάμεσα στους πολυάριθμους στατικούς (που αναφέρονται κυρίως στα συμπτώματα) ή αναπτυξιακούς ορισμούς (που αναφέρονται στην διαδικασία που εξελίσσεται με το πέρασμα του χρόνου) δεν υπάρχει κανένας ορισμός στη βιβλιογραφία απολύτως αποδεκτός. Με παρόμοιες με τις παραπάνω έννοιες αποδόθηκε και στα Ελληνικά ο όρος σε δημοσιεύσεις από τον Κάντα (1995) και τους Αναγνωστόπουλο & Παπαδάτου (1995).

Αρχικά η επαγγελματική εξουθένωση είχε θεωρηθεί κυρίως ως αποτέλεσμα της έκθεσης των επαγγελματιών υγείας στον ανθρώπινο πόνο και την αρρώστια, σήμερα όμως απασχολεί ακόμα και τους τομείς της παραγωγής, καθώς θεωρείται ότι η εμφάνισή της έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στο άτομο και στον οργανισμό όσο και στην επιχείρηση και γενικότερα στην οικονομία. Έχει δηλαδή μετασχηματισθεί η έννοια από κρίση που βιώνει το άτομο σε σχέση με ανθρώπους της δουλειάς του, σε κρίση που βιώνει το άτομο σε σχέση με την ίδια την δουλειά του. Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρήθηκε και ως ένα κοινωνικό φαινόμενο (Shaufeli, Maslach, Marek 1993), καθώς πλήττει πολλές κατηγορίες επαγγελματιών ομάδων επηρεάζοντας όχι μόνο την υγεία των επαγγελματιών αλλά και ένα πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό ανθρώπων που εξαρτώνται από την επαγγελματική απόδοσή τους ως αποδέκτες των υπηρεσιών τους.

Από την εμφάνισή της μέχρι και σήμερα, η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προσεγγιστεί για κάθε επαγγελματική κατηγορία εργαζομένων. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο συχνό στους εργαζόμενους στα επαγγέλματα υγείας και ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό (Jimmiesson 2000). Από τις χιλιάδες δημοσιεύσεις για την επαγγελματική εξουθένωση, το ένα τρίτο περίπου αφορά σε επαγγελματίες υγείας (Firth-Cozens & Payne 1999) και σε αυτές είναι κοινός τόπος ότι ο κίνδυνος εμφάνισης συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός.

2.2 Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Κατά την διάρκεια των ετών, όταν η επαγγελματική εξουθένωση απέκτησε όλο και μεγαλύτερη επίδραση στην κοινωνική και εργασιακή πραγματικότητα, αναπτύχθηκαν θεωρίες και μοντέλα τα οποία προσπάθησαν να αποσαφηνίσουν τους μηχανισμούς, τις επιδράσεις και τις γεννεσιουργές αιτίες του φαινομένου.

Αυτά περιλαμβάνουν:

- Τη Θεωρία των κοινωνικών συγκρίσεων (1959)
- Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)
- Το μοντέλο της Cherniss (1980)
- Το Μοντέλο της Maslach (1982)

Η Θεωρητική προσέγγιση της θεωρίας της Κοινωνικής Σύγκρισης, σύμφωνα με τον Schachter (1959) θεμελιωτή της έννοιας της κοινωνικής σύγκρισης, υποστηρίζει ότι, όταν τα άτομα βιώνουν στρεσογόνες συνθήκες, αναζητούν τη συναναστροφή άλλων ατόμων που βιώνουν παρόμοιες δυσκολίες. Ο στόχος είναι να αυτο-αξιολογηθεί η καταλληλότητα των συμπεριφορών που αναπτύσσουν, μέσα από τη σύγκριση τους με τις αντίστοιχες συμπεριφορές των άλλων.

Σύμφωνα με τους Edelwich & Brodsky (1980), ο εργαζόμενος ακολουθεί κατά τη διάρκεια της εργασίας του μια σειρά από στάδια που περιγράφουν όλη τη διαδικασία της καριέρας του. Αρχικά, όταν πρωτο-εισέρχεται στον εργασιακό χώρο είναι ενθουσιώδης με υψηλούς συνήθως στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Συνεχίζοντας την καριέρα του, ο εργαζόμενος πιθανόν να βιώσει απογοήτευση και ματαιώση και αποθαρρύνεται οδηγούμενος σε αδιέξοδο. Φτάνει στο κρίσιμο σημείο που θα πρέπει να επιλέξει είτε να απομακρυνθεί από την εργασία του είτε να αναπροσαρμόσει τις προσδοκίες του σε πιο ρεαλιστικές. Εάν δεν αντιμετωπίσει την παραπάνω πρόκληση με κανένα τρόπο, γίνεται πια απαθής χωρίς καμία υπευθυνότητα απέναντι στον εαυτό του ή στους άλλους. Συνεχίζει βιοποριστικά να εκτελεί την εργασία του, αποφεύγει τα καθήκοντά του και προσπαθεί να αγνοεί κάθε ανάγκη που προκύπτει ως μέρος της εργασίας του.

Σχετικά παρόμοια με την παραπάνω προσέγγιση είναι και η περιγραφή των σταδίων που ακολουθεί η επαγγελματική εξουθένωση κατά τον Cherniss (1980), ως μια συνεχόμενη διαδικασία. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, υπάρχει μια ανισορροπία ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους ενός ατόμου. Όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν, δημιουργείται εργασιακό στρες. Αυτό δε σημαίνει ότι το εργασιακό στρες θα οδηγήσει αναγκαστικά στη φάση αυτή σε επαγγελματική εξουθένωση. Θα πρέπει απαραίτητα να ικανοποιηθεί η συνθήκη της «εξάντλησης» από την πλευρά του ατόμου, ως επόμενη φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από κόπωση ή ανία, έλλειψη ενδιαφέροντος και απάθεια.

2.2.1. Το Μοντέλο των Τριών Διαστάσεων της Maslach (1982)

Σύμφωνα με τη Maslach (1982), περιγράφονται τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου, οι οποίες και αντιπροσωπεύουν ανάλογες κατηγορίες συμπτωμάτων ή εκδηλώσεων. Στην πρώτη διάσταση της «συναισθηματικής εξάντλησης» ανήκουν συναισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, απώλεια ενέργειας και μειωμένη διάθεση. Στη δεύτερη διάσταση η οποία περιγράφεται ως «αποπροσωποποίηση», ανήκουν συναισθήματα απομάκρυνσης και αποξένωσης του επαγγελματία υγείας από τους ασθενείς με τους οποίους έρχεται σε επαφή καθώς και η κατά κάποιον τρόπο ανάπτυξη εκ μέρους του σχέσεων απρόσωπων ή και επιθετικών πολλές φορές. Στην τρίτη διάσταση της «έλλειψης προσωπικής επίτευξης» ανήκει η αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι δεν είναι πια ικανός να λειτουργήσει και να προσφέρει οδηγούμενος με τον τρόπο αυτό σε μειωμένη απόδοση (Leiter & Maslach 2005).

Πρόκειται για μια διαπροσωπική κυρίως θεώρηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και θεωρείται η περισσότερο επεξηγηματική θεωρία για τους εργαζόμενους στο τομέα της υγείας. Οι απαιτητικές σχέσεις των ασθενών, σύμφωνα με τη Maslach, οδηγούν στη μείωση των συναισθημάτων του επαγγελματία υγείας και αναπόφευκτα στο γεγονός να ότι δεν μπορεί πλέον να προσφέρει συναισθηματικά στους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Αντιμετωπίζει με δέος την καθημερινότητά του και την προοπτική ότι την επόμενη ημέρα θα πρέπει να ξαναπάει στη δουλειά του. Η αποπροσωποποίηση, αναφέρεται στην αρνητική και πολλές φορές κυνική αντιμετώπιση των ασθενών, οι οποίοι είναι συνηθισμένο να αναφέρονται ή και να αντιμετωπίζονται ως αντικείμενα (π.χ αναφορά σε παθήσεις και όχι σε ανθρώπους ή αναφορά σε αριθμό δωματίου και όχι σε άτομο). Αίσθηση μειωμένης προσωπικής επίτευξης μπορεί να διακρίνει κανείς σε άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο, οι οποίοι κάνουν αρνητική αξιολόγηση του εαυτού τους, μέσα σε ένα προσωπικό κλίμα δυσαρέσκειας και δυστυχίας και κυρίως σε ότι αφορά την αποτελεσματικότητα και την αξία των υπηρεσιών τους (Κάντας 1995, Nelson 2005). Η απαιτητική φύση της εργασίας των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση, η οποία για να αντιμετωπιστεί από αυτούς μεταφράζεται σε αποπροσωποποίηση ή και κυνική αντιμετώπιση των ασθενών. Όταν ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί τον κυνισμό αυτό, αναπτύσσει νέο αμυντικό μηχανισμό που οδηγεί σε ένα αίσθημα αποτυχίας συγκρίνοντας την αρχική ιδεαλιστική θεώρηση των πραγμάτων και τις αρχικές του, πολλές φορές υπέρμετρες φιλοδοξίες, με την τωρινή κατάσταση.

2.3 Σχετιζόμενοι παράγοντες εμφάνισης

Οι αλλαγές των τελευταίων δεκαετιών σε κοινωνικό, πολιτιστικό και ιδεολογικό επίπεδο είναι επίσης πιθανό να εμπλέκονται ως παράγοντες στην αναφερόμενη από τη βιβλιογραφία αύξηση εμφάνισης του φαινομένου του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέτοιοι γενικοί παράγοντες (Schaufeli & Enzmann 1998) μπορεί να είναι:

- η αλλαγή της δομής της κοινωνίας και η ενασχόληση πολύ περισσότερων ανθρώπων στον τομέα της παροχής υπηρεσιών σε σχέση με το παρελθόν, όπου οι περισσότεροι εργαζόνταν στον πρωτογενή τομέα (γεωργία, βιομηχανία),
- η αλλαγή του χαρακτήρα της κοινωνίας (σε απρόσωπη, ατομικιστική αλλά ταυτόχρονα περισσότερο ανοικτή να υιοθετήσει νέες τάσεις και να αναγνωρίσει πραγματικά ή πλασματικά προβλήματα όπως το στρες),
- η εντατικοποίηση της εργασίας και η τάση των εργοδοτών να προσφέρουν λιγότερα στους εργαζόμενους από ό,τι αυτοί παράγουν,
- η αύξηση των απαιτήσεων των σύγχρονων επαγγελματιών
- και η αμφισβήτηση του κοινωνικού κύρους ή και της αυθεντίας ορισμένων επαγγελματιών

Οι παράγοντες που πιθανά εμπλέκονται στην δημιουργία του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης συνοψίζονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Προσωπικοί παράγοντες του εργαζόμενου (ρόλος των ατομικών χαρακτηριστικών)
- Οργανωτικοί παράγοντες (ρόλος του περιβάλλοντος - εργοδότη)
- Διαπροσωπικοί παράγοντες του εργαζόμενου (ρόλος των άλλων ανθρώπων και της σχέσης με αυτούς)

Αναφορικά με το ρόλο των ατομικών χαρακτηριστικών σε ό,τι αφορά την ίδια τη συνειδητοποίηση του κάθε ατόμου απέναντι στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης και τη στάση του καθενός απέναντι σε αυτή, φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες, θεωρούν ότι υπάρχει «εξωτερικό κέντρο ελέγχου», ότι δηλαδή διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες ή παράγοντες του περιβάλλοντος ευθύνονται για τις επιτυχίες ή και αποτυχίες των ατόμων και ότι δεν υπάρχει έλεγχος σε αυτά τα εξωτερικά γεγονότα (Papadatou, Anagnostopoulos & Monos 1994).

Σε ότι αφορά στο φύλο, στην ύπαρξη ή μη διαφυλικών διαφορών ως προς την εμφάνιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα ευρήματα ερευνών δεν είναι

σαφή (Cordes & Dougherty 1993). Στις περισσότερες έρευνες όμως οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ οι άνδρες παρουσιάζουν χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση και αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης, αν και τα ευρήματα αυτά δεν είναι συστηματικά (Byrne 1991).

Έρευνες έχουν καταδείξει ότι ένα από τα χαρακτηριστικά που σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι η ηλικία του προσωπικού. Οι νεότεροι επαγγελματίες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης απ' ό,τι οι παλαιότεροι, εύρημα που μπορεί να αποδοθεί ίσως (Cordes & Dougherty 1993), στο γεγονός της απογοήτευσης από την απομυθοποίηση της εξιδανικευμένης εικόνας με την οποία οι νέοι επαγγελματίες ξεκινούν την επαγγελματική τους καριέρα μετά τις σπουδές.

Έχει αναφερθεί σημαντική συσχέτιση μεταξύ του υψηλού μορφωτικού επιπέδου και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Pines & Maslach 1978). Οι υψηλότερες προσδοκίες ατόμων με εξειδικευμένες γνώσεις και υψηλή επιστημονική επάρκεια για μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση, όταν δεν εκπληρώνονται ίσως έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί μία παράμετρο η οποία εμπλέκεται με την επαγγελματική εξουθένωση (προστατευτικά ως κοινωνικός υποστηρικτικός μηχανισμός ίσως). Οι έγγαμοι επαγγελματίες παρουσίασαν, σε σχετικές έρευνες, (Κάντας 1996), χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης υποθέτοντας ότι η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος διαδραματίζει ανασχετικό ρόλο στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αναφορικά με το ρόλο των οργανωτικών χαρακτηριστικών φαίνεται ότι η επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνει την πολύπλοκη επίδραση των παραγόντων της ίδιας της δομής του εργασιακού περιβάλλοντος αλλά και τη δυναμική των σχέσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη που απαρτίζουν την ομάδα συνεργατών μέσα στο χώρο εργασίας (Schaubroeck & Merritt 1991).

Αναφορικά με το ρόλο των διαπροσωπικών χαρακτηριστικών φαίνεται ότι αυτός έχει σημαντική επίδραση στην εμφάνιση του φαινομένου. Τα διαπροσωπικά χαρακτηριστικά εξετάζουν τις σχέσεις του ατόμου με τα άλλα άτομα στο χώρο εργασίας (Meier 1983, Pines 1993, Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1995, Schaufeli & Enzmann 1998, Scott 2001, Shirom 2003, Λαμπριανίδου 2004) αλλά και το οργανωτικό επίπεδο, δηλαδή την

καταλληλότητα ή μη του οργανωτικού πλαισίου μέσα στο οποίο το άτομο κινείται (Maslach & Leiter 1997, Schaufeli & Enzmann 1998, Nelson 2005).

Η ύπαρξη ενός χρόνιου στρες στον εργαζόμενο (ως επαγγελματία με γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες αλλά και ανάγκες απαιτήσεις και προσδοκίες), είτε εξαιτίας απογοήτευσής του από όσα του παρέχει ο φορέας εργασίας του (λιγότερα από τις απαιτήσεις του), είτε λόγω ασυμφωνίας με τις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1995).

2.4 Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Σε ότι αφορά στα συμπτώματα του φαινομένου μπορούμε σχηματικά να διακρίνουμε τις παρακάτω κατηγορίες:

Ψυχική και σωματική υγεία: Άτομα με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να παρουσιάσουν, ευερεθιστότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, ή σωματικές μικροενοχλήσεις (όπως πονοκεφάλους έντονη αίσθηση σωματικής κόπωσης και αδυναμίας, αυξημένη μυϊκή υπερένταση, διαταραχές ύπνου, διατροφής) ή και σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, έλκος, ημικρανίες και καρδιοαγγειακές ή άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές.

Διαπροσωπικές σχέσεις: Άτομα με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιθανό να παρουσιάσουν προβλήματα στις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις ή στις σχέσεις τους με συναδέλφους στο χώρο εργασίας. Όσον αφορά τον επαγγελματία υγείας, οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν αντίκτυπο και στην προσωπική και κοινωνική του ζωή με αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο, να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με συναδέλφους και να ελαττώνεται η σεξουαλική του διάθεση στην προσωπική του ζωή (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1995).

Εργασιακή συμπεριφορά: Άτομα με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιθανό να παρουσιάσουν μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας προς την εργασία τους, μεγαλύτερο αριθμό απουσιών και μεγαλύτερη τάση για αλλαγή εργασίας ή επαγγέλματος (Κάντας 1995 & 1996).

2.5 Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της Υγείας

Το χρόνιο στρες και η επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα της υγείας έχουν πολλαπλούς και πολύπλοκους αλληλένδετους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν ο ένας τον άλλο. Ωστόσο, το ολοένα και πιο φτωχό ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας θεωρείται ένας από τους βασικούς λόγους για την αναφερόμενη αύξηση της εργασιακής εξουθένωσης από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 έως τα τελευταία χρόνια.

Η έλλειψη διαχρονικών μελετών και η διαχρονική σταθερότητα των αναφερόμενων συμπτωμάτων καθιστά ακόμα πιο δύσκολη τη διάκριση μεταξύ των συνεπειών και των αιτιών της επαγγελματικής εξουθένωσης εξάντλησης. Οι αρνητικές συνέπειες και το κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης για την κοινωνία, τον οργανισμό (Νοσοκομείο), και το άτομο είναι προφανής. Περιλαμβάνουν τη μείωση της ικανοποίησης από την εργασία (Faragher, Cass, & Cooper 2005), τη μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών (Leiter, Harvie & Frizzell 1998), απουσίες που εκδηλώνονται ως αναρρωτική άδεια και ως αποφυγή ανάληψης καθηκόντων (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber 2002, Geurts, Schaufeli, & Rutte 1999, Leiter et al. 1998), μειωμένη ικανότητα ενσυναίσθησης (Åström 1990), και περισσότερο ίσως από όλα αίσθημα δυστυχίας για το άτομο και την οικογένειά του.

Οι παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν παράγοντες που αφορούν στο συνολικό κοινωνικό κλίμα, στην εργασία, στην οικογένεια, και σε ατομικά χαρακτηριστικά. Οι περισσότερες έρευνες στο χώρο της υγείας, δείχνουν ότι η έκθεση σε ένα εκτεταμένο φόρτο εργασίας που συνοδεύεται από έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης κατά την εργασία είναι ο ισχυρότερος παράγοντας που πιθανά να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (Duquette, Kerouac, Sandhu, & Beaudet 1994).

2.5.1 Επαγγελματική Εξουθένωση και Νοσηλευτές

Η αβεβαιότητα αποτελεί έναν προεξάρχοντα στρεσογόνο παράγοντα ιδιαίτερα για το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί έναν παράγοντα που μπορεί να πυροδοτήσει την εκκίνηση γνωστικών διεργασιών κοινωνικής σύγκρισης (Buunk & Schaufeli 1993). Η έννοια της αβεβαιότητας δεν αφορά το εργασιακό περιβάλλον, αλλά την έλλειψη σαφούς εργασιακού ρόλου για το άτομο. Αν και ο ρόλος του προσωπικού μοιάζει σαφής, αρκετή αβεβαιότητα συνοδεύει τη διαχείριση του ρόλου του καθενός (McGrath et al.

2003). Ειδικότερα οι νοσηλευτές, μπορεί να αναρωτιούνται, αν η εμπλοκή τους με τους ασθενείς είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη από την επιτρεπόμενη, αν συμπεριφέρονται με τον κατάλληλο τρόπο στους ασθενείς ή εάν η αντιμετώπιση που έχουν οι ασθενείς είναι η καταλληλότερη. Κατά την Cherniss (1980), η αμφιβολία των νοσηλευτών για την επαγγελματική ικανότητά τους αποτελεί μια σημαντική πηγή στρες που μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση, ιδιαίτερα δε σε πρώιμα στάδια εργασιακής εμπειρίας. Ένας δεύτερος στρεσογόνος παράγοντας είναι, η έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στις επενδύσεις των εργαζομένων στη σχέση τους με τους ασθενείς και τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη σχέση αυτή.

Οι ασθενείς είναι συχνά ανήσυχoi και αγωνιούν για την υγεία τους με αποτέλεσμα οι αλληλεπιδράσεις τους με τους εργαζόμενους να μην είναι επιβραβευτικές για εκείνους. Προβλήματα στη σχέση νοσηλευτών - ασθενών δημιουργούνται και στην περίπτωση της άρνησης των ασθενών να ακολουθήσουν τις οδηγίες που αφορούν τη θεραπευτική τους αγωγή. Ως αποτέλεσμα αυτών των διαδικασιών οι επαγγελματίες υγείας (ιδιαίτερα οι νοσηλευτές), συχνά αισθάνονται πως η προσωπική τους επένδυση στη σχέση με τους ασθενείς δεν είναι ανάλογη με την ανταπόκριση των ασθενών.

Οι νοσηλευτές με προσανατολισμό στην κοινωνική ανταλλαγή, προσδοκούν ανταμοιβή των προσφορών τους προς τους άλλους, η οποία όταν κρίνεται ανεπαρκής, τους δημιουργεί αισθήματα δυσαρέσκειας. Η θεωρία της κοινωνικής σύγκρισης υποστηρίζει ότι οι εργαζόμενοι που διαθέτουν αυτό το χαρακτηριστικό προσωπικότητας, είναι δυνητικά περισσότερο ευάλωτοι στην έλλειψη διαπροσωπικής συναλλαγής με τους ασθενείς, οι οποίοι δεν τους επιβραβεύουν αρκετά και αντάξια της δικής τους προσφοράς με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στον Ελληνικό χώρο, οι περισσότερο εξουθενωμένοι νοσηλευτές ήταν εκείνοι που, ενώ είχαν ξεκινήσει την επαγγελματική τους σταδιοδρομία με υψηλές προσδοκίες, είχαν απογοητευθεί από τα πραγματικά δεδομένα της νοσηλευτικής εργασίας (Papadatou, Anagnostopoulos & Monos 1994).

3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

3.1 Εισαγωγή - Ορισμός

Τα τελευταία χρόνια τα θέματα επαγγελματικής ικανοποίησης, η στελέχωση και η ασφάλεια τυγχάνουν αυξανόμενης προσοχής στις συζητήσεις σχετικά με τους χώρους εργασίας. Το θέμα της ικανοποίησης από την εργασία φαίνεται να συσχετίζεται άμεσα με την υγεία των εργαζομένων, τα επίπεδα άγχους, την κοινωνική και εργασιακή συνοχή και λειτουργικότητα. Ειδικά η ικανοποίηση από την εργασία των επαγγελματιών υγείας συσχετίζεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας καθώς και την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τους Cranny, Smith και Stone (1992) η εργασιακή ικανοποίηση είναι το άθροισμα των συναισθηματικών αντιδράσεων που έχει το άτομο για την εργασία του ή αλλιώς η συναισθηματική διάσταση των στάσεων του για αυτή, η οποία απορρέει από την σύγκριση που κάνει ανάμεσα στα οφέλη που αποκομίζει και σε αυτά που θα επιθυμούσε να έχει.

Ο ορισμός που έδωσαν οι Cranny et al (1992) για την εργασιακή ικανοποίηση είναι παραπλήσιος με τον ορισμό που διατύπωσε ο Locke στα κλασικά και πολύ σημαντικά έργα του για την εργασιακή ικανοποίηση. Το 1969 στο άρθρο του «Τι είναι η εργασιακή ικανοποίηση» ο Locke υποστηρίζει ότι η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση στην οποία περιπίπτει το άτομο, όταν, έχοντας αποτιμήσει το έργο που προσφέρει στην εργασία του, βρίσκει τις συνθήκες σύμφωνες προς τα αξιακά του πρότυπα (Ευστράτιος Παπάνης, 2007-http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_9672.html).

3.2 Επαγγελματική Ικανοποίηση - Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία στους χώρους υγείας

Η Επαγγελματική Ικανοποίηση σχετίζεται με το πώς νιώθουν οι νοσηλευτές για την εργασιακή τους ζωή. Μια μελέτη των Weisman και Nathanson (1985) ανέφερε ότι το επίπεδο Επαγγελματικής Ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν ο ισχυρότερος καθοριστικός παράγοντας για το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, είναι δύσκολο να μετρηθεί διότι είναι στενά συνδεδεμένο με οικονομικά και κοινωνικά θέματα, τα οποία σχετίζονται με την εξασφάλιση επαρκούς εργασιακού περιβάλλοντος.

Πρόσφατες μελέτες υπέδειξαν ότι οι νοσηλευτές προτιμούν να παραμένουν στον τόπο όπου έλαβαν την εκπαίδευσή τους (Bauman, Blythe, Cleverley, Grinspun & Tompkins 2006), αλλά θα φύγουν εφόσον οι συνθήκες εργασίας δεν ανταποκρίνονται στις προσωπικές και στις επαγγελματικές τους απαιτήσεις. Η έλλειψη επαρκούς οικονομικής αποζημίωσης αποτελεί ένα βασικό λόγο για τη μετανάστευση σε πολλά μέρη του κόσμου. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι στις αναπτυγμένες χώρες τα χρήματα καθίστανται σημαντικό ζήτημα μόνο κατά την απουσία άλλων πηγών ικανοποίησης (Weisman & Nathanson 1985).

Η ικανοποίηση των νοσηλευτών επηρεάζεται επίσης από γενικούς παράγοντες, όπως η κυβερνητική υποστήριξη, η υποστήριξη από τον φορέα εργασίας και η δέσμευση του εργοδότη προς τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μια έρευνα σχετική με το προσωπικό των εθνικών υπηρεσιών υγείας του Λονδίνου έδειξε ότι, όταν ζητήθηκε στους εργαζόμενους στον τομέα της Υγείας να κάνουν υποδείξεις με στόχο τη βελτίωση της επαγγελματικής τους κατάστασης, η «καλύτερη αμοιβή» κατείχε μόλις την τέταρτη θέση στη «λίστα των επιθυμιών» τους, πίσω από τα «περισσότερο προσωπικό», «καλύτερες συνθήκες εργασίας» και «καλύτερες εγκαταστάσεις». Ωστόσο, αποτελεί πραγματικότητα, ότι η αμοιβή βρισκόταν υψηλότερα στη λίστα των ατόμων που ανέφεραν ότι είχαν πρόθεση να εγκαταλείψουν το σύστημα, αν και ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις κατείχε τη δεύτερη ή τρίτη θέση (Person, Allison, Kiefe, Weave & Williams 2004).

Οι κύριοι παράγοντες οι οποίοι προκαλούν δυσαρέσκεια οφειλόμενη στην εργασία, είναι η αμοιβή και οι προβληματικές εργασιακές συνθήκες, συμπεριλαμβανομένων ανεπαρκειών, όπως η έλλειψη εξοπλισμού. Η ανεπαρκής εκπαίδευση και η έλλειψη προσόντων αναφέρονται, επίσης, ως ένα σημαντικό πρόβλημα.

Θεσμικές ανεπάρκειες σε υλικό και ανθρώπινους πόρους, σε προμήθειες και κατάλληλη συντήρηση του εξοπλισμού οδηγούν σε μια προοδευτική επιδείνωση των υπηρεσιών υγείας (ιδιαίτερα σε κρατικές υπηρεσίες) και δημιουργούν επαγγελματική δυσαρέσκεια. Τέτοιες συνθήκες προκάλεσαν τους νοσηλευτές να παραιτηθούν σε νοσοκομεία στο Ribeirao Preto το 1990 (Anselmo, Angerami & Gomez, 1997). Σε αυτή τη μελέτη βρέθηκε ότι οι εργασιακές συνθήκες που απαρτίζονται από διάφορα στοιχεία όπως οι μισθοί, τα οφέλη, ο όγκος της δραστηριότητας, οι ώρες και οι βάρδιες όλων των ωραρίων, αναφέρθηκαν από τους εργαζόμενους ως ένας από τους λόγους της παραίτησής τους. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Kolumbia (Correa, Palacia and Serna, 2001).

Τέλος, έρευνα από τους O'Brien-Pallas, Thomson, Alkshis & Bruce (2001) δείχνει ότι ο μεγάλος φόρτος εργασίας συνεισφέρει στην εργασιακή ένταση.

Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι η έννοια επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι έννοια απλή, αφού αποτελείται και επηρεάζεται από μεγάλη πληθώρα στοιχείων και παραγόντων.

Ο Warr (1987) διαχωρίζει την επαγγελματική ικανοποίηση σε εσωγενή και εξωγενή, με την εσωγενή να αφορά το περιεχόμενο της εργασίας και τους τρόπους διεξαγωγής της και την εξωγενή να σχετίζεται με το εργασιακό πλαίσιο και τις συνθήκες εργασίας. Ο διαχωρισμός αυτός φαίνεται να σχετίζεται αντίστοιχα με την θεωρία της Ιεράρχησης των Αναγκών του Maslow και το διαχωρισμό του Herzberg σε παράγοντες κινήτρων και παράγοντες υγιεινής (Κάντας, 1998)

Οι ερευνητές αποκαλύπτουν ότι οι εργαζόμενοι που είναι δυσαρεστημένοι από την εργασία τους είναι πολύ κοντά στην ασθένεια. Σε μια εκτεταμένη έρευνα (Cary Cooper, 2007) η οποία περιλάμβανε 25.000 άτομα αποκάλυψε ότι η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει την υγεία των εργαζομένων και ότι η έλλειψη ικανοποίησης, φυσικής και πνευματικής ευεξίας οδηγεί την ψυχική υγεία σε αδιέξοδο.

Ως παράγοντες αύξησης της επαγγελματικής ικανοποίησης αναγνωρίζονται η επαγγελματική παρακίνηση (Li, 1993), η ανάπτυξη και η ύπαρξη ευκαιριών για επιμόρφωση και επιλογές στην καριέρα.

Ως παράγοντες που μειώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση αναγνωρίζονται η επαγγελματική εξουθένωση, η ασάφεια ρόλου, η σύγκρουση ρόλου και το οργανωτικό κλίμα στην εργασία.

Οι παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση κατά τον Locke (1976) αφορούν την ικανοποιητική αμοιβή για την καλή απόδοση του εργαζομένου, την εργασία με τη μορφή «πρόκλησης», τις ικανοποιητικές εργασιακές συνθήκες, την υποστηρικτική εποπτεία, την εργασιακή πολιτική, την προαγωγή του αισθήματος ασφάλειας και σταθερότητας, τον σαφή καθορισμό του εργασιακού ρόλου, την δίκαιη μεταχείριση καθώς και την ανάπτυξη σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο εργασίας.

3.3 Η Ελληνική Πραγματικότητα

Το θέμα της ικανοποίησης από την εργασία έχει απασχολήσει τόσο σε διεθνή επίπεδο όσο και σε ελληνικό μεγάλη μερίδα επιστημόνων και ερευνητών γεγονός που δικαιολογείται απόλυτα αν ληφθεί υπόψη η άμεση σύνδεση εργασιακής ικανοποίησης και εργασιακής απόδοσης καθώς και η σχέση της εργασιακής ικανοποίησης με την αποφυγή του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στον χώρο της υγείας.

Στη χώρα μας έρευνες δείχνουν την απαρχαιωμένη και μη ρεαλιστική δημόσια εικόνα του επαγγέλματος, τις κακές συνθήκες άσκησής του (Δημητριάδου, Α., 2008, Markaki, A., Antonakis, N., Philalithis, A. & Lionis, C., 2006) αλλά και την απογοήτευση των νοσηλευτών από τις συνθήκες εργασίας (Κάπελα, Μ., Μινέτου, Ε., Ζυγά, Σ. 2002, Κοτρώτσου, Ε. 1998).

Μελέτη που διερεύνησε τις συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και τις επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό αναφέρει ότι ποσοστό (56,4%) του νοσηλευτικού προσωπικού χαρακτηρίζει την ποιοτική κατάσταση των κτιρίων από πολύ κακή έως κακή, ενώ το (78,8%) θεωρεί ότι ο χώρος εργασίας τους δε διαθέτει τα μέσα και τα υλικά. Το (92,1%) εκτιμά ότι δεν υπάρχει ικανός αριθμός νοσηλευτών για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών και ότι τα νοσηλευτικά τμήματα υποχρεώνονται να λειτουργούν χωρίς το απαραίτητο δυναμικό, πόρους και υλικά (92,7%).

Με τις παρούσες συνθήκες το νοσηλευτικό προσωπικό υποχρεώνεται να κάνει επιλογές αντίθετες με την επαγγελματική του κρίση (60,2%) και σε προσωπικό επίπεδο ξεπερνά καθημερινά τις ανθρώπινες αντοχές του (94,4%), δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις κοινωνικές του υποχρεώσεις λόγω των ωραρίων εργασίας (85,4%), καθώς επίσης λόγω της κόπωσης από την εργασία δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις οικογενειακές του υποχρεώσεις (88,9%), ενώ τα προβλήματα της εργασίας συχνά τους απασχολούν ακόμη και στο σπίτι τους (73,1%) (Δημητριάδου-Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ε., Τσαλογλίδου, Α., Καυκιά, Θ., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., 2009).

Σε μια μελλοντική έρευνα χρήσιμο είναι να εξετασθούν τα κίνητρα και η επαγγελματική ικανοποίηση σε μεγαλύτερο δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού με ποικίλες κλίμακες μέτρησης αυτών των μεταβλητών για την εξασφάλιση της αξιοπιστίας τους.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΣΚΟΠΟΣ

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο, τα οποία να αφορούν τη σχέση Νοσηλεύτη/τριας Παθολογικών Κλινικών, αντιλαμβανόμενου stress, επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την εργασία, καθώς και η απουσία ερευνητικών δεδομένων διεθνώς αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στα δύο φύλα έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, σκοπός της ήταν η διερεύνηση της στάσης των ατόμων που εργάζονται στο χώρο της Παθολογικής Νοσηλευτικής απέναντι στις δυσκολίες και στις προοπτικές τους, στις αρνητικές επιδράσεις της εργασίας στην οικογένεια και αντίστροφα, καθώς και στους παράγοντες που συνδέονται με την επαγγελματική εξέλιξη. Επιπλέον, διερευνήθηκε η ικανοποίηση από το αντικείμενο και τη θέση εργασίας, καθώς και το αντιλαμβανόμενο stress και η επαγγελματική εξουθένωση.

Ειδικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα που εξετάστηκαν είναι:

1. Αν οι άνδρες Νοσηλευτές Παθολογικών Κλινικών διαφέρουν από τις γυναίκες Νοσηλεύτριες Παθολογικών Κλινικών ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
2. Αν οι απόφοιτοι ΤΕΙ και ΑΕΙ Νοσηλευτές Παθολογικών Κλινικών διαφέρουν από τους απόφοιτους ΔΕ Νοσηλευτές Παθολογικών Κλινικών ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
3. Αν οι νεότεροι σε ηλικία διαφέρουν από τους μεγαλύτερους ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
4. Αν το αντιλαμβανόμενο stress συσχετίζεται με τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

5. ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1 Δείγμα

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, ορίστηκε η αξιολόγηση αντιπροσωπευτικού δείγματος των Νοσηλευτών που θα εργάζονται σε Παθολογικές Κλινικές της Αττικής κατά το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2009 – Μάρτιος του 2010. Ως κριτήριο αποκλεισμού από την έρευνα ορίστηκε το κάτωθι:

Ανεπαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας, γεγονός που θα συνεπάγονταν σημαντική δυσκολία στην κατανόηση των ερωτήσεων των ψυχομετρικών εργαλείων.

Η απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα λαμβάνονταν από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο της παρούσας μελέτης σε συνεργασία με τον ερευνητή.

5.2 Ερευνητικά εργαλεία

Για την καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χορηγήθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, καθώς και την επαγγελματική κατάσταση.

Για τη μελέτη των παραγόντων που ενδιαφέρουν την παρούσα έρευνα, κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που εξετάζει 4 επιμέρους τομείς στα πλαίσια 12 θεμάτων: α) Δείκτες δημογραφικής κατάστασης (π.χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.α.), β) Δείκτες επαγγελματικής κατάστασης και επιστημονικής κατάρτισης (π.χ. τίτλοι σπουδών, θέση εργασίας, κ.α.), γ) Σχέση οικογένειας-εργασίας (δηλ. αρνητική επίδραση της εργασίας στην οικογένεια και αντίστροφα, αρνητική επίδραση στον εαυτό). Στους δυο πρώτους τομείς, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν με ακρίβεια τα στοιχεία που ζητούνται (π.χ. τίτλοι σπουδών, θέση εργασίας, κλπ.). Στον τρίτο τομέα, τους ζητήθηκε να δηλώσουν το βαθμό, στον οποίο τους εκφράζει κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. καθόλου, λίγο, μέτρια, πολύ και πάρα πολύ).

Τα υπόλοιπα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής (βλέπε Παράρτημα):

5.2.1 Εργαλείο μέτρησης των επιπέδων αντιλαμβανόμενου στρες

Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί συστηματικά από το Κέντρο Μελετών Υγείας και από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) για την μελέτη της υγείας και των συμπεριφορών Ελληνικών πληθυσμών. Τα αποτελέσματά του έχουν παρουσιαστεί σε διεθνή και εθνικά συνέδρια που ασχολούνται με την τροποποίηση συμπεριφορών υγείας (Berk et al., 2006, Berk et al., 2007, Σχορετσανίτη, & Τούντας, 2006).

Αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου εργαλείου αξιολόγησης συμπεριφορών υγείας (Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης συμπεριφορών υγείας) το οποίο περιλαμβάνει κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις με γραφική κλίμακα Likert και αφορά σε δημογραφικά στοιχεία, συμπεριφορές και συνήθειες υγείας (κάπνισμα, σωματική δραστηριότητα, διατροφή, άγχος), στοιχεία οικογενειακού και ατομικού ιστορικού, στοιχεία χρήσης φαρμάκων, στοιχεία προληπτικού ελέγχου και συμμετοχής σε αντίστοιχα προγράμματα στο παρελθόν. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από το τμήμα συμπλήρωσης και λήψης των στοιχείων που αφορούν στα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία των συμμετεχόντων, το τμήμα αξιολόγησης των καπνιστικών συνηθειών, το τμήμα βαθμολόγησης και αξιολόγησης σωματικής δραστηριότητας, το τμήμα βαθμολόγησης και αξιολόγησης των διατροφικών συνηθειών αναφορικά με την κατανάλωση αμυλούχων τροφών, φρούτων και λαχανικών, γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων, κρέατος -, ψαριών και αντιστοίχων τροφών, τροφών που περιέχουν λιπαρά και ζάχαρη, και κατανάλωση άλατος και υγρών, το τμήμα αξιολόγησης της κατανάλωσης αλκοόλ και το τμήμα μέτρησης και αξιολόγησης των αντιλαμβανόμενων επιπέδων. Το τμήμα μέτρησης και αξιολόγησης του άγχους αφορά παροδικές αποκρίσεις άγχους καθώς και την σταθερή τάση απόκρισης στις αντιληπτές απειλές του περιβάλλοντος από το άτομο. Το εργαλείο αξιολογεί αισθήματα έντασης, νευρικότητας απόσυρσης και ανησυχίας τα οποία αυξάνουν την απόκριση στο φυσικό κίνδυνο και το στρες. Έχει βασιστεί για την ανάπτυξή του στο διεθνές εργαλείο αξιολόγησης άγχους το State-Trait Anxiety Inventory (STAI I - II) το οποίο σχεδιάστηκε για να μελετήσει το άγχος από τους Spielberger, Gorusch, & Sushene (Spielberger, 1983).

5.2.2 Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach & Jackson, 1986)

Για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, πριν και μετά το πρόγραμμα παρέμβασης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Απογραφικός Κατάλογος Επαγγελματικής Εξουθένωσης» (Maslach Burnout Inventory – MBI, Maslach & Jackson, 1986), προσαρμοσμένο από τους Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλο & Μονό, (2002). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 προτάσεις και μετράει τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αναφέρθηκαν στο μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach:

- Συναισθηματική Εξάντληση
- Αποπροσωποποίηση
- Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων.

Πρόκειται για το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο διεθνώς για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ αρχικά αφορούσε σε επαγγέλματα που συνεπάγονται άμεση επαφή με ανθρώπους, αργότερα με τροποποιημένες εκδόσεις χρησιμοποιήθηκε σε περισσότερα εργασιακά περιβάλλοντα (Maslach, 2001). Χρησιμοποιεί μια κλίμακα 7 διαβαθμίσεων σχετικά με τις απαντήσεις (0=ποτέ, 6=κάθε μέρα) και η αξιολόγηση των συμπερασμάτων γίνεται με τη βοήθεια του καταλόγου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI), που περιέχει τρεις υποκλίμακες. Με τον τρόπο αυτό αξιολογούνται οι διαφορετικές πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει το προσωπικό. Ο κατάλογος αυτός θεωρείται ότι είναι αξιόπιστος, έγκυρος, και εύκολος στη χρησιμοποίηση.

5.2.3 «Job-Communication Satisfaction-Importance (JCSI)» (Duldt-Battey, 1997)

Για την αξιολόγηση της εργασιακής επικοινωνίας και ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Job-Communication Satisfaction-Importance (JCSI)», το οποίο σχεδιάστηκε από την B.W. Duldt-Battey (1997), με σκοπό να εξυπηρετήσει μια μεγάλη ομάδα νοσηλευτών και άλλων φροντιστών υγείας που εργάζονται τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και σε άλλους χώρους υγείας. Το εργαλείο μελετά την επικοινωνία στο χώρο της νοσηλευτικής, την ικανοποίηση που μπορεί να προσφέρει το επάγγελμα στους φροντιστές υγείας και την σπουδαιότητα του επαγγέλματος αυτού. Οι απαντήσεις του εργαλείου μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για το αν το προσωπικό υγείας είναι κατάλληλα καταρτισμένο, όσον αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες

που πρέπει να κατέχουν, έτσι ώστε να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους συναδέλφους τους, τους ανωτέρους τους και τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, μελετά την ανάγκη αλλαγών στον χώρο εργασίας και την επίλυση ήδη υπαρχόντων προβλημάτων, με στόχο οι φροντιστές υγείας να εργάζονται σε ένα χώρο που τους προσφέρει ικανοποίηση και η φροντίδα που παρέχουν να είναι άκρως αποτελεσματική και ολιστική (Duldt-Batthey, 2004). Το ερωτηματολόγιο JCSI αποτελείται από 28 μέρη κατά τα οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να σημειώσουν το βαθμό ικανοποίησης και σπουδαιότητας, όσον αφορά το χώρο της εργασίας τους. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας επτάβαθμης κλίμακας τύπου Likert [(-1)-(-2)-(-3)-(0)-(+1)-(+2)-(+3)]. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Γκούβα και συν., 2009).

5.3 Διαδικασία

Πριν από τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε μια ενημερωτική συνάντηση μεταξύ του Επιστημονικά Υπεύθυνου και του ερευνητή-μεταπτυχιακού φοιτητή, προκειμένου να ενημερωθούν για τα κριτήρια εισόδου των εξεταζόμενων στην παρούσα έρευνα.

Κατόπιν ο ερευνητής με τηλεφωνική επικοινωνία ενημέρωνε τους Νοσηλευτές που εργάζονται σε Παθολογικές Κλινικές και προέβaine στην περιγραφή της φύσης και του σκοπού της έρευνας, διευκρινίζοντας τη δυνατότητα των Νοσηλευτών να δεχθούν ή να αρνηθούν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή ακόμη και να αποσυρθούν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της. Πέραν αυτών, ένας άλλος στόχος αυτής της επικοινωνίας, η οποία είχε μια μέση διάρκεια 20 λεπτών, συνιστούσε τη δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου και ενός κλίματος εμπιστοσύνης.

Στην περίπτωση που ο Νοσηλευτής δεχόταν να λάβει μέρος στην έρευνα, αναλάμβανε ο ίδιος να ορίσει την συνάντηση με τον ερευνητή για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Κατά τη διάρκεια συνάντησης, ο ερευνητής, δίνοντας τα ερωτηματολόγια, παρείχε σαφείς εξηγήσεις για το σύνολο της διαδικασίας.

5.4 Στοιχεία Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίνεται στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή ψυχολογικής έρευνας. Ειδικότερα:

1. Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούσαν τους εξεταζόμενους και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
2. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων.
3. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.
4. Η καταπόνηση ή η συγκίνηση των εξεταζόμενων περιορίστηκε στο ελάχιστο.

Η αξιοπιστία των πορισμάτων που προκύπτουν διασφαλίζονται με την ακριβή και πλήρη περιγραφή των μεθόδων, του δείγματος, του υλικού και των γενικότερων συνθηκών διεξαγωγής της έρευνας.

5.5 Στατιστική Επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S.

Κατά τη φάση της ανάλυσης, για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, σταθερή απόκλιση) και ραβδογράμματα του ποσοστού των Νοσηλευτών ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των αποτελεσμάτων των διαφόρων παραμέτρων ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των δύο κατανομών (δηλ. απαντήσεις γυναικών και ανδρών, καθώς και αποφοίτων ΤΕ και ΔΕ), που αφορούν τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t -test, αν οι σταθερές αποκλίσεις των δύο τούτων κατανομών δεν ήταν εξαιρετικώς άνισες (καμία σταθερή απόκλιση της μιας κατανομής δεν είναι διπλάσια της σταθερής απόκλισης της άλλης) και επίσης καμία από τις δύο συγκρινόμενες κατανομές δεν ήταν σαφώς ασύμμετρη. Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 και το Fisher's Exact Test. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν:

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24.
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10.
- το χ^2 με διόρθωση συνεχείας του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10.
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία ήταν εύκολο να εφαρμοστεί στο στατιστικό πρόγραμμα.

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r του Pearson, αν η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική. Συγκεκριμένα, με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson προσδιορίστηκε η στατιστική συσχέτιση των τριών διαστάσεων Συναισθηματικής Εξουθένωσης, των επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους και της ικανοποίησης από την εργασία ανά δύο.

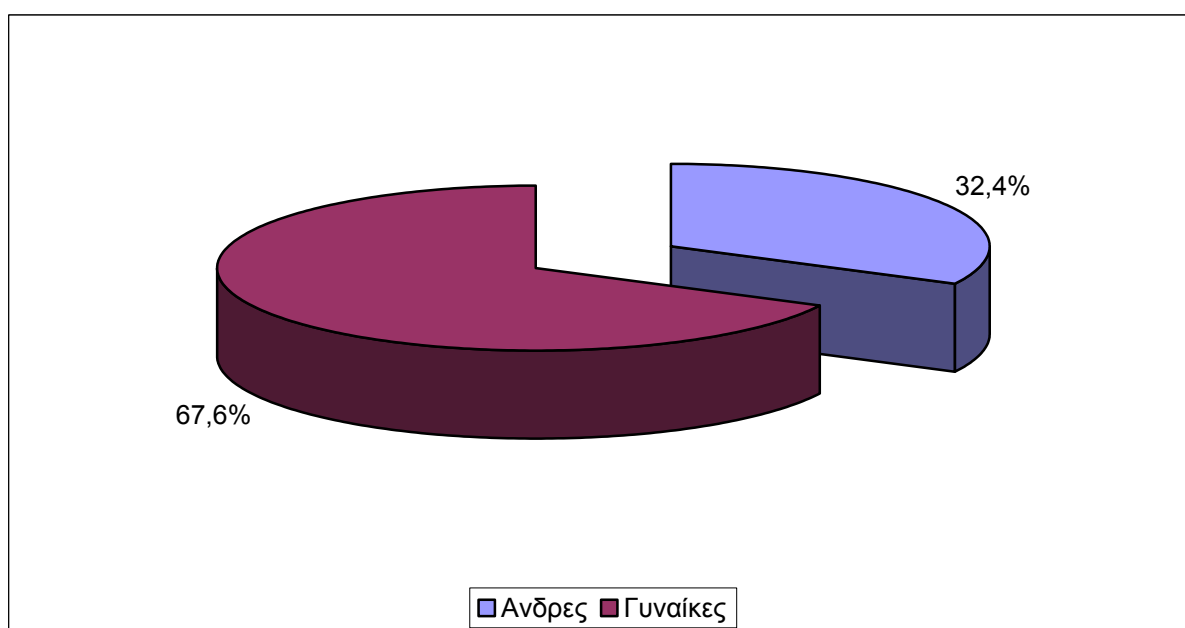
Οι διαφορές (p) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν, θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

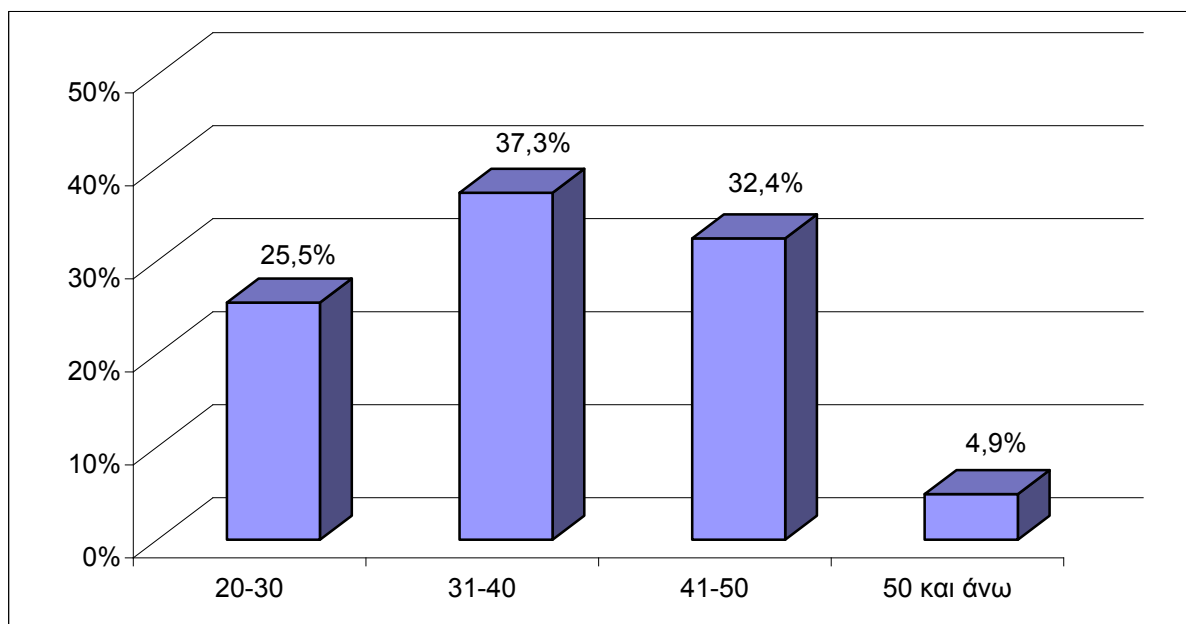
Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικές κλινικές νοσοκομείων της Αθήνας. Ο συνολικός αριθμός των νοσηλευτών που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ήταν 102, εκ των οποίων το ένα τρίτο ήταν άνδρες και τα δύο τρίτα γυναίκες (Διάγραμμα 1). Στην έρευνα δε συμμετείχαν εργαζόμενοι που την περίοδο πραγματοποίησης της έρευνας ήταν σε αναρρωτική άδεια, σε εκπαιδευτική άδεια ή ήταν αποσπασμένοι σε άλλα τμήματα. Από τους εργαζόμενους που προσεγγίστηκαν, τέσσερις αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα για προσωπικούς λόγους.

Διάγραμμα 1. Φύλο συμμετεχόντων



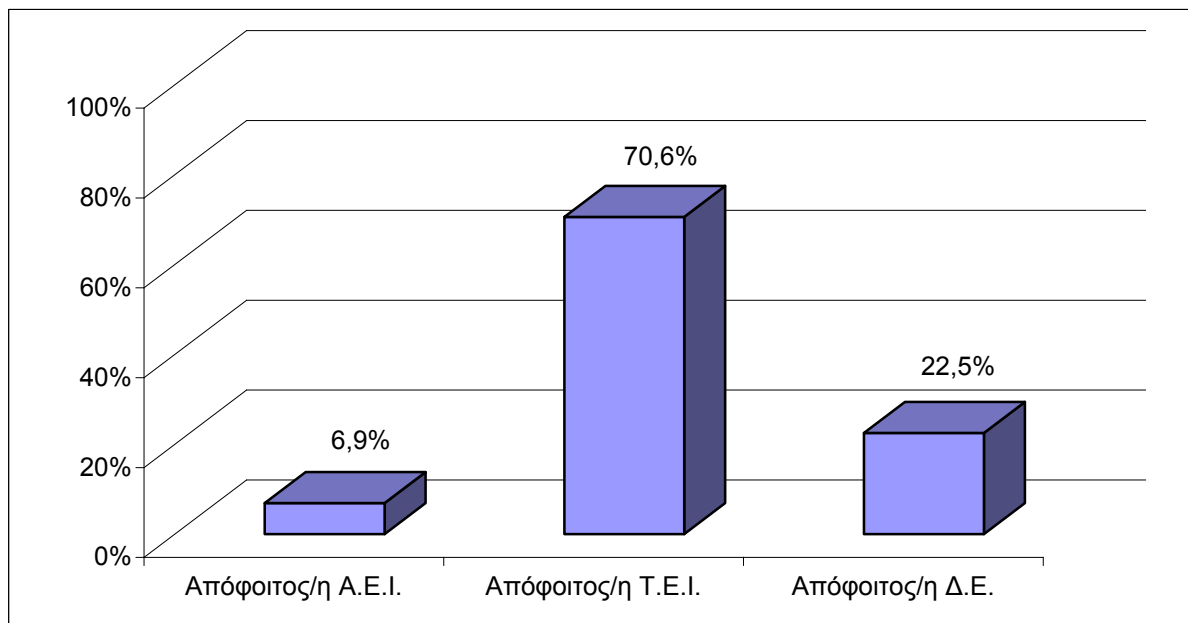
Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν $37,1 \pm 8,15$ έτη. Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 2, οι περισσότεροι συμμετέχοντες βρίσκονταν στην τέταρτη και στην πέμπτη δεκαετία της ζωής τους. Υπήρχε ωστόσο ικανοποιητική αντιπροσώπευση στο δείγμα μας από όλο το ηλικιακό φάσμα. Σε ό,τι αφορά στις ηλικίες ανδρών και γυναικών διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε μεταξύ τους στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση [$t(100) = -1,381, p = 0,170$].

Διάγραμμα 2. Ηλικία συμμετεχόντων

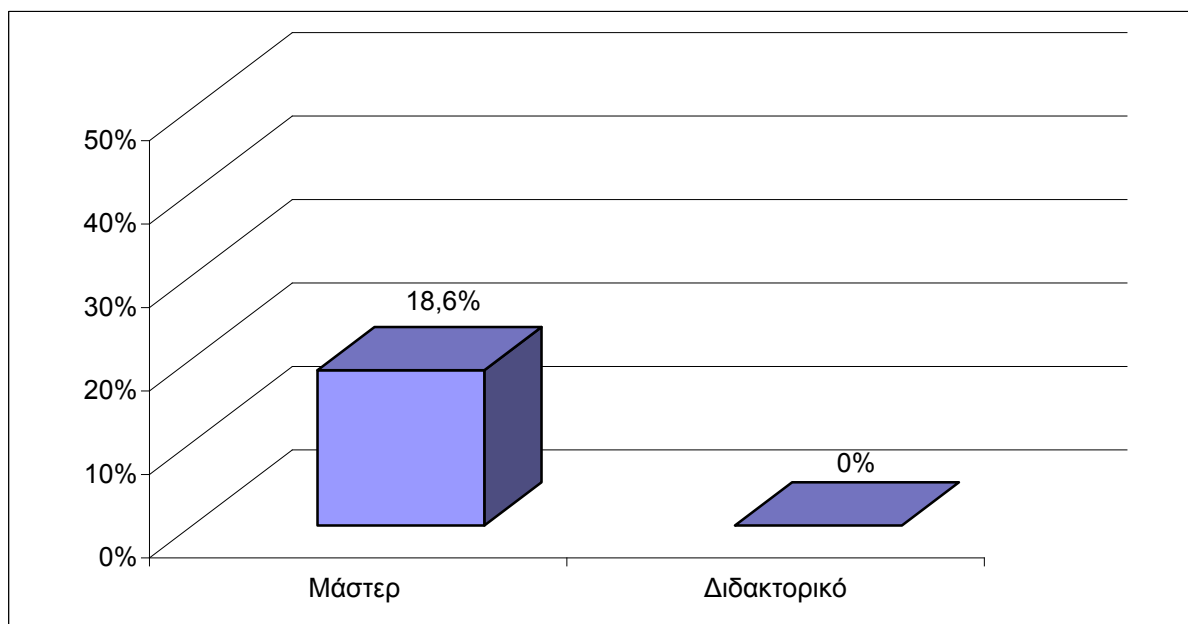


Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, περισσότερα από τα δύο τρίτα του δείγματος (72 συμμετέχοντες) αποφοίτησαν από τμήμα νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι., ενώ ένα τέταρτο περίπου του δείγματος (23 συμμετέχοντες) ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Διάγραμμα 3). Από το σύνολο των συμμετεχόντων μόνο 19 άτομα (18,6% του δείγματος) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης (μάστερ), ενώ κανένας δεν είχε διδακτορικό δίπλωμα (Διάγραμμα 4).

Διάγραμμα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων

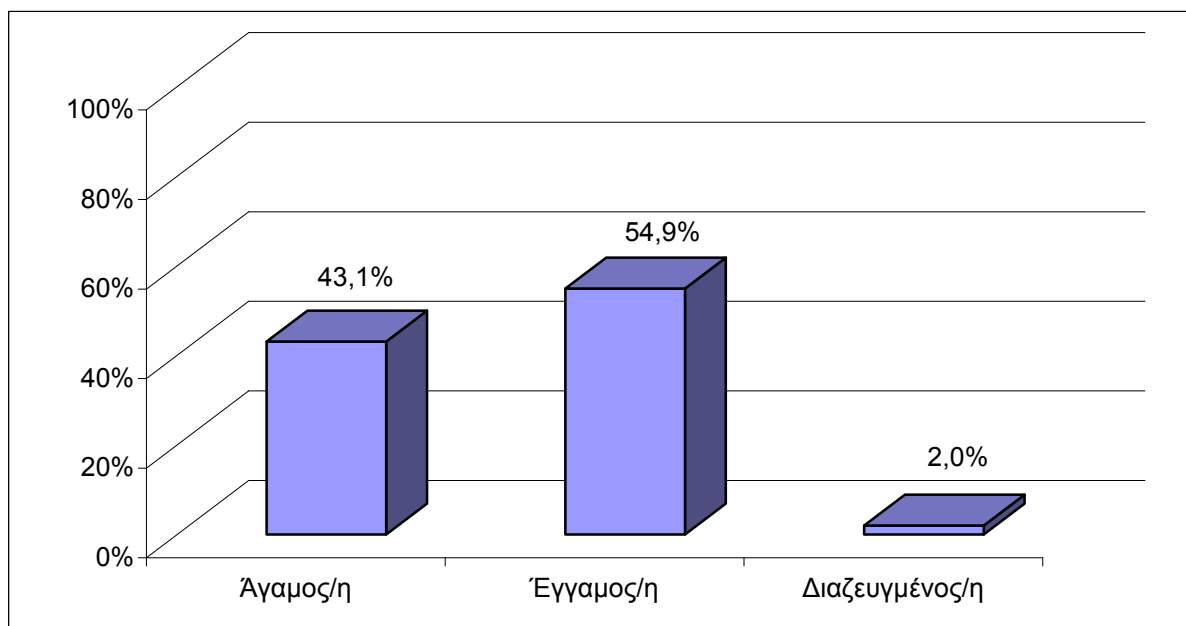


Διάγραμμα 4. Επίπεδο μεταπτυχιακής εκπαίδευσης συμμετεχόντων



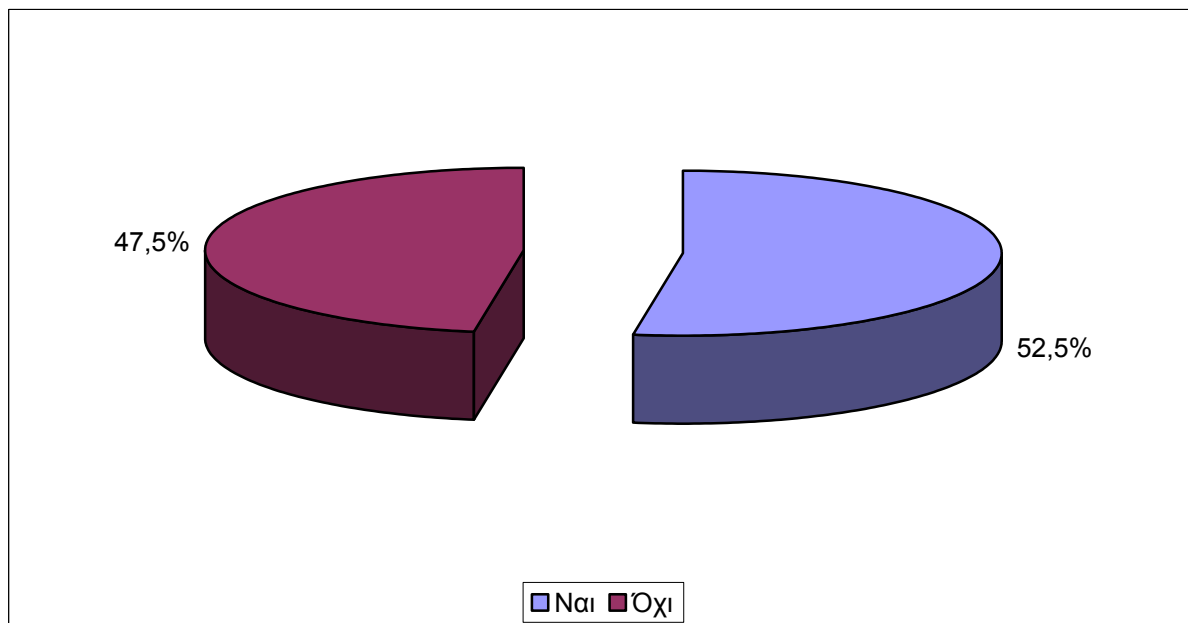
Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν παντρεμένοι, ενώ οι υπόλοιποι ήταν άγαμοι. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των διαζευγμένων στο δείγμα μας ήταν ιδιαίτερα μικρό, καθώς μόνο 2 νοσηλευτές δήλωσαν ότι έχουν πάρει διαζύγιο (Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

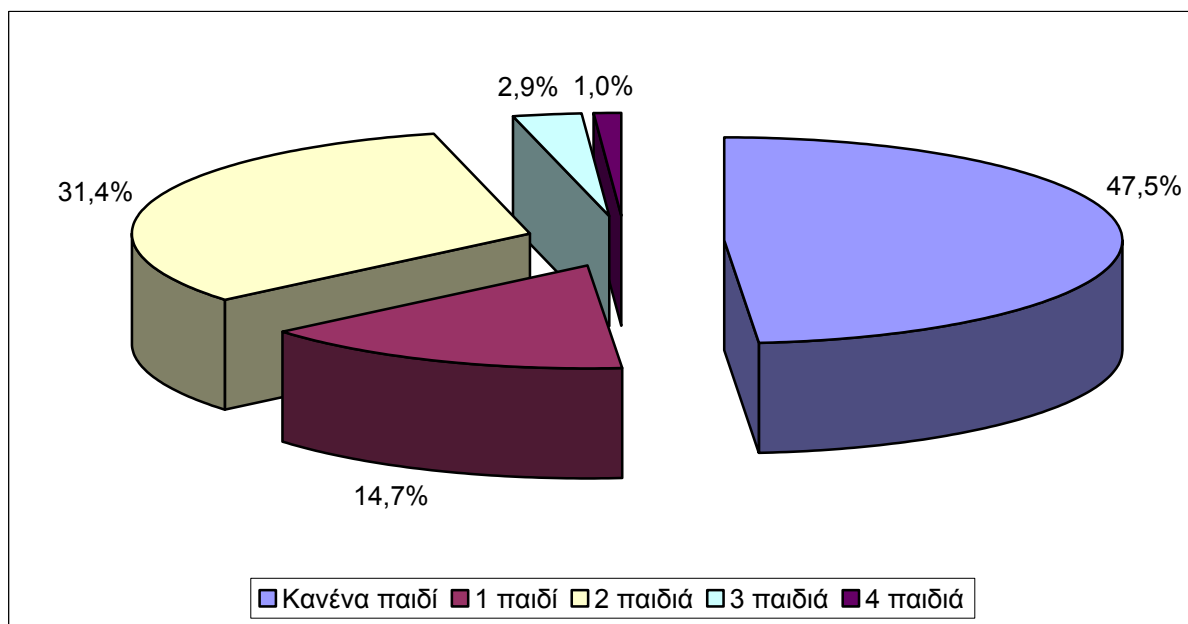


Στα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζονται το ποσοστό των συμμετεχόντων που έχουν παιδιά και ο αριθμός των παιδιών τους. Όπως φαίνεται στο σχετικό διάγραμμα, το 52,5% των νοσηλευτών δήλωσαν ότι είναι γονείς (Διάγραμμα 6). Αναλυτικότερα, περίπου τα δύο τρίτα από αυτούς έχουν δύο παιδιά, ενώ ενδιαφέρον είναι ότι μόνο τρεις νοσηλευτές δήλωσαν ότι έχουν τρία παιδιά και μόνο ένας δήλωσε ότι έχει τέσσερα (Διάγραμμα 7).

Διάγραμμα 6. Ποσοστό συμμετεχόντων που έχουν παιδιά



Διάγραμμα 7. Αριθμός παιδιών συμμετεχόντων

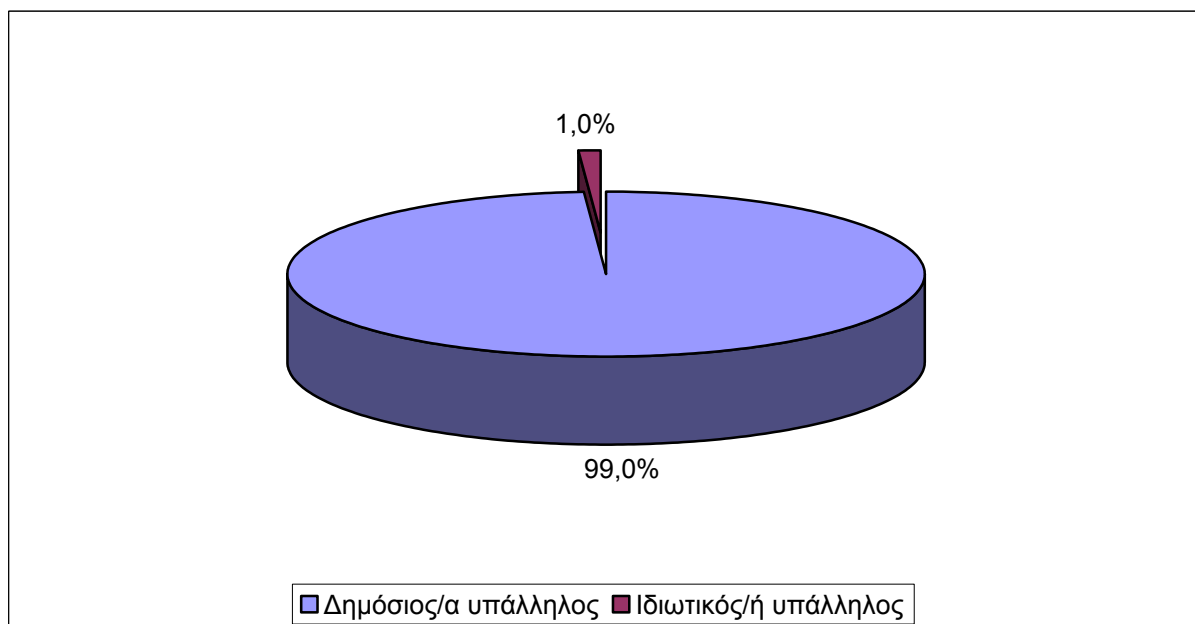


Η διερεύνηση της επαγγελματικής κατάστασης των συμμετεχόντων έδειξε ότι η συντριπτική τους πλειοψηφία εργαζόταν σε δημόσιο φορέα, ενώ μόνο ένας ήταν

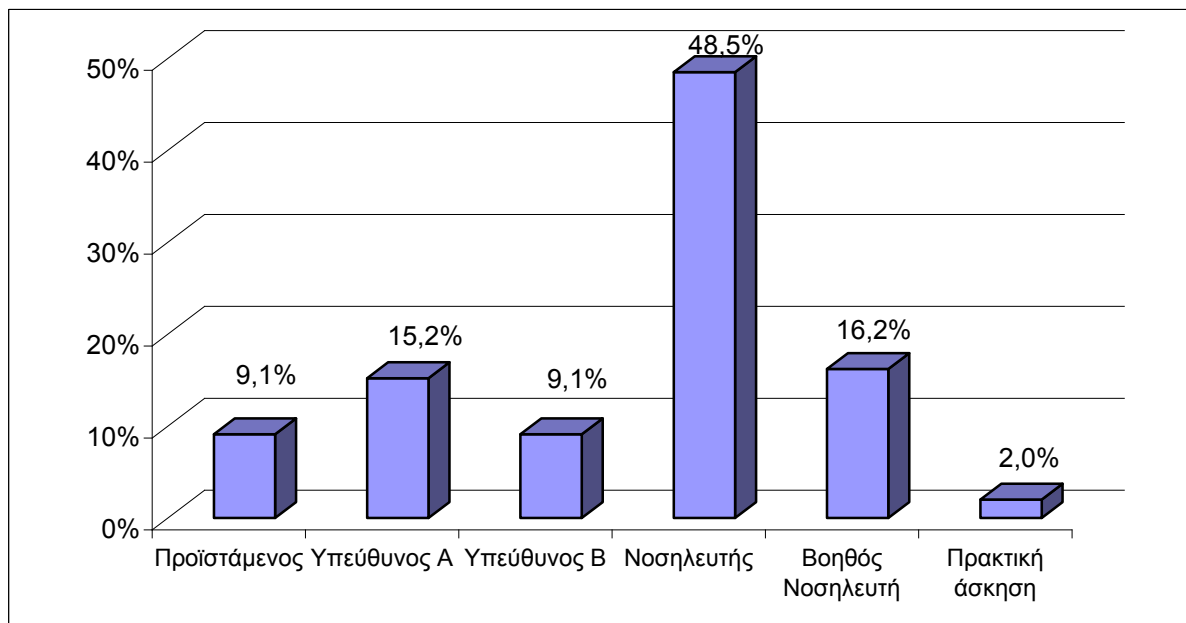
εργαζόμενος σε ιδιωτική κλινική (Διάγραμμα 8). Επιπλέον, αναφορικά με την εργασιακή θέση των συμμετεχόντων περίπου οι μισοί κατείχαν θέση Νοσηλεύτη στην παθολογική κλινική που εργάζονταν. Οι υπόλοιποι νοσηλευτές κατείχαν θέσεις Προϊστάμενου (9,1%), Υπεύθυνου Α' (15,2%), Υπεύθυνου Β' (9,1%) και Βοηθού Νοσηλεύτη (16,2%). Τέλος, το 2% του δείγματός μας αποτελούταν από φοιτητές νοσηλευτικής που κατά το διάστημα συλλογής των δεδομένων πραγματοποιούσαν την πρακτική τους άσκηση στις εκάστοτε παθολογικές κλινικές (Διάγραμμα 9).

Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζεται η κατανομή των νοσηλευτών με βάση το συνολικό χρόνο εργασίας τους στο χώρο της νοσηλευτικής (Διάγραμμα 10). Όπως φαίνεται, τη μεγαλύτερη αντιπροσώπευση έχουν οι κατηγορίες 0-5, 10-15 και 20 και άνω ετών εργασίας στο χώρο της νοσηλευτικής [$\chi^2(4)=18,196, p=0,001$].

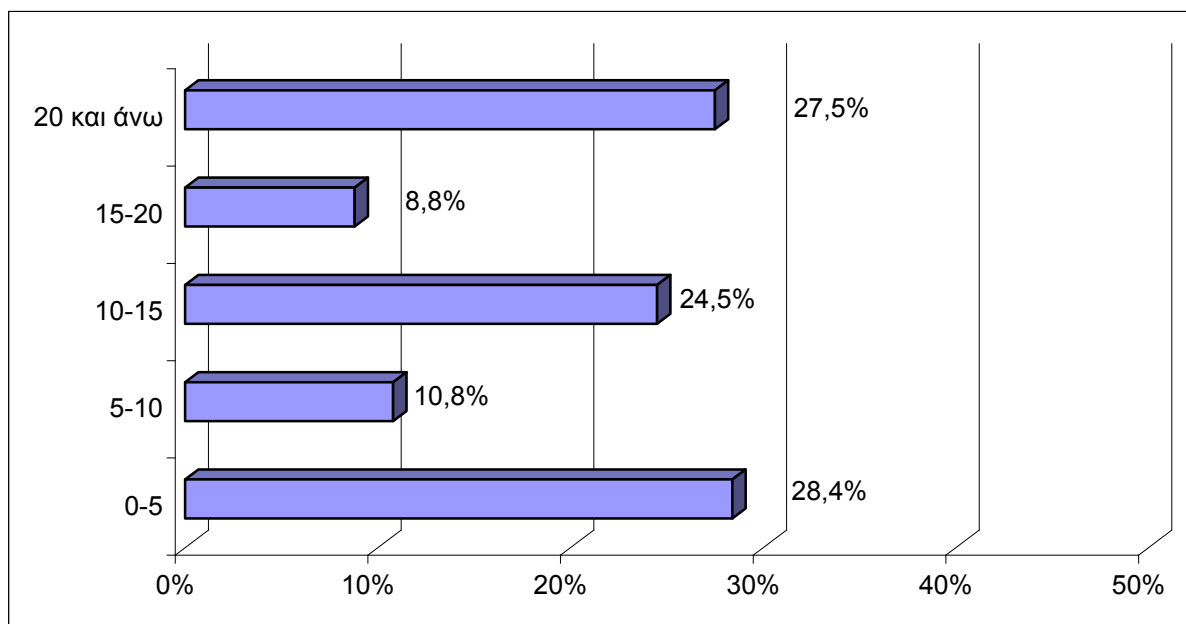
Διάγραμμα 8. Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων



Διάγραμμα 9. Θέση εργασίας συμμετεχόντων



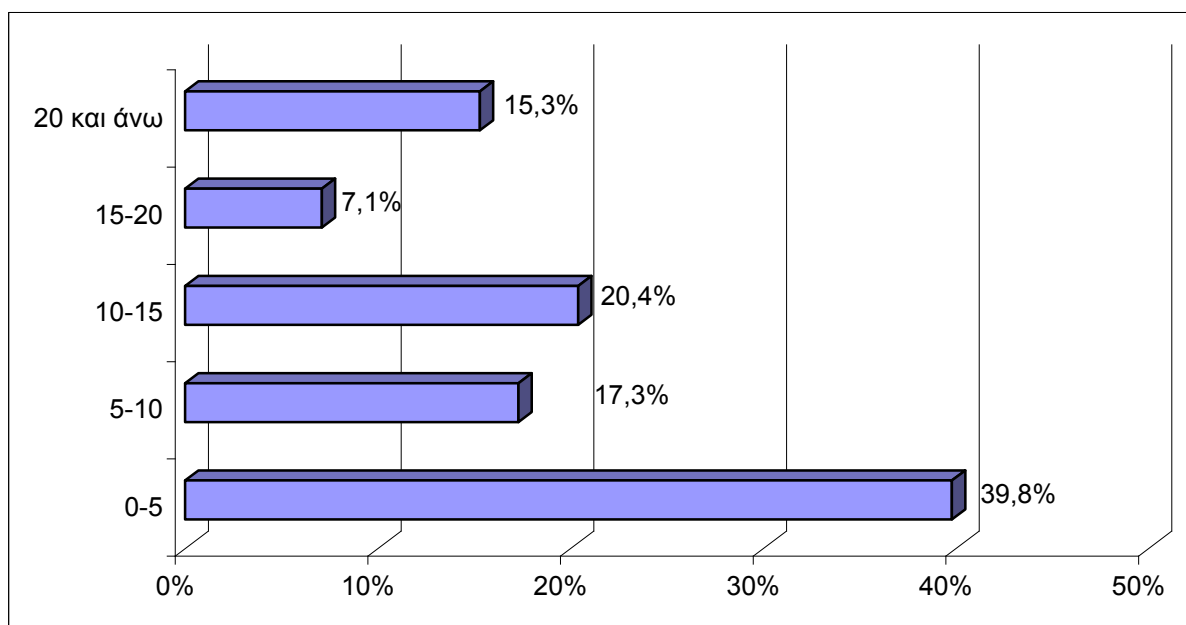
Διάγραμμα 10. Χρόνια εργασίας στο χώρο της νοσηλευτικής



Ακολουθεί η παρουσίαση των ετών εργασίας των συμμετεχόντων συγκεκριμένα σε παθολογική κλινική (Διάγραμμα 11). Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η

πλειοψηφία του δείγματος (39,8%) εργαζόταν σε παθολογική κλινική έως και 5 χρόνια [$\chi^2(3)=28,735, p<0,001$]. Το μικρότερο μερίδιο είχε η κατηγορία των 15-20 ετών εργασίας σε παθολογική κλινική (7,1%), ενώ οι κατηγορίες των 5-10, 10-15 και 20 και άνω ετών εργασίας είχαν παρόμοια αντιπροσώπευση.

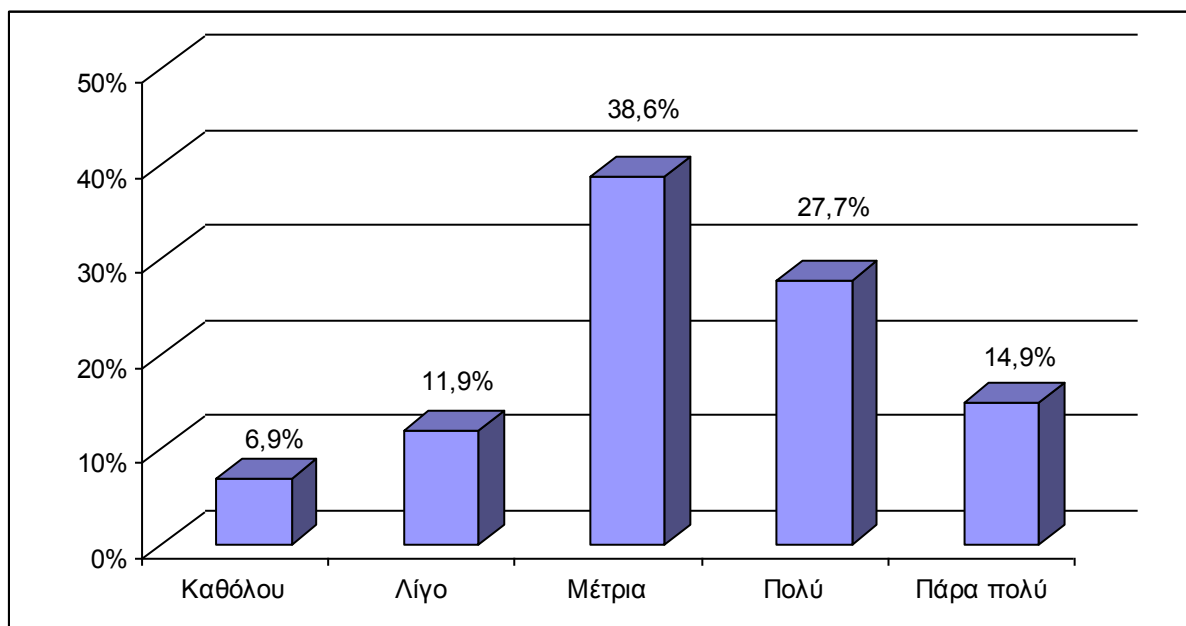
Διάγραμμα 11. Χρόνια εργασίας σε παθολογική κλινική



6.2 Ικανοποίηση από την εργασία, αλληλεπίδραση εργασίας – οικογένειας και επαγγελματική εξέλιξη

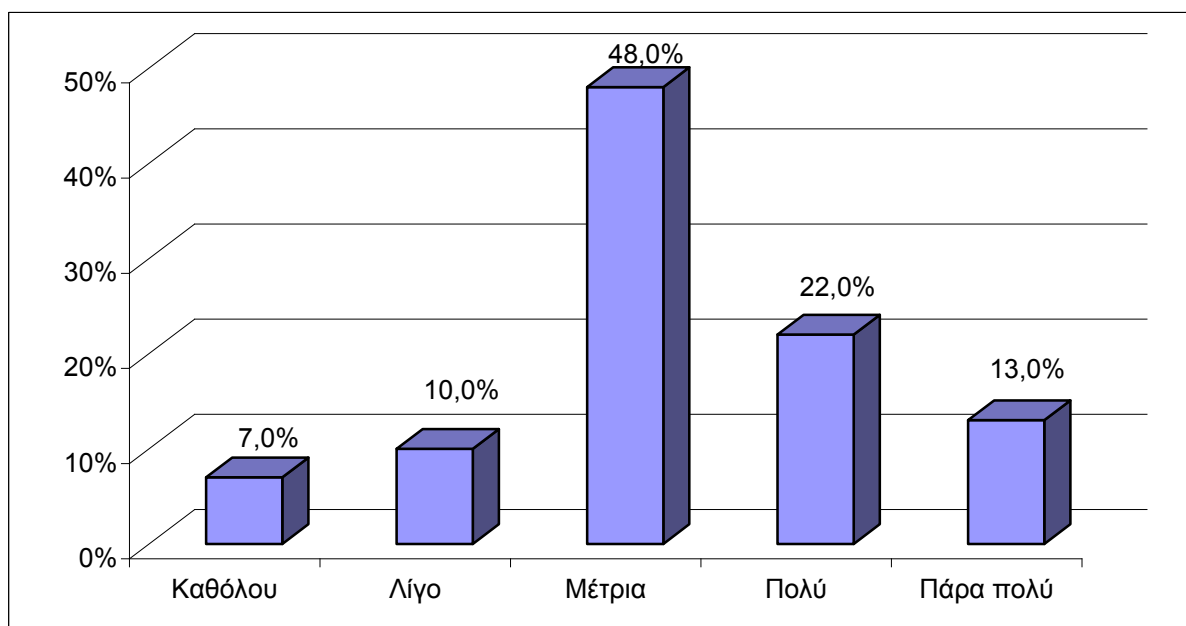
Η διερεύνηση της «ικανοποίησης των νοσηλευτών από το αντικείμενο εργασίας τους» έδειξε ότι το 42,4% ήταν πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι από αυτό. Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι βιώνουν από καθόλου έως και μέτριο βαθμό ικανοποίησης (Διάγραμμα 12). Ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων δε φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο ή το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, αλλά από την ηλικία τους. Αναλυτικότερα διαπιστώθηκε ότι όσο αυξανόταν η ηλικία των νοσηλευτών αυξανόταν αντίστοιχα και ο βαθμός ικανοποίησης από το αντικείμενο εργασίας τους [Pearson's $r=0,245, p=0,014$].

Διάγραμμα 12. Ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας



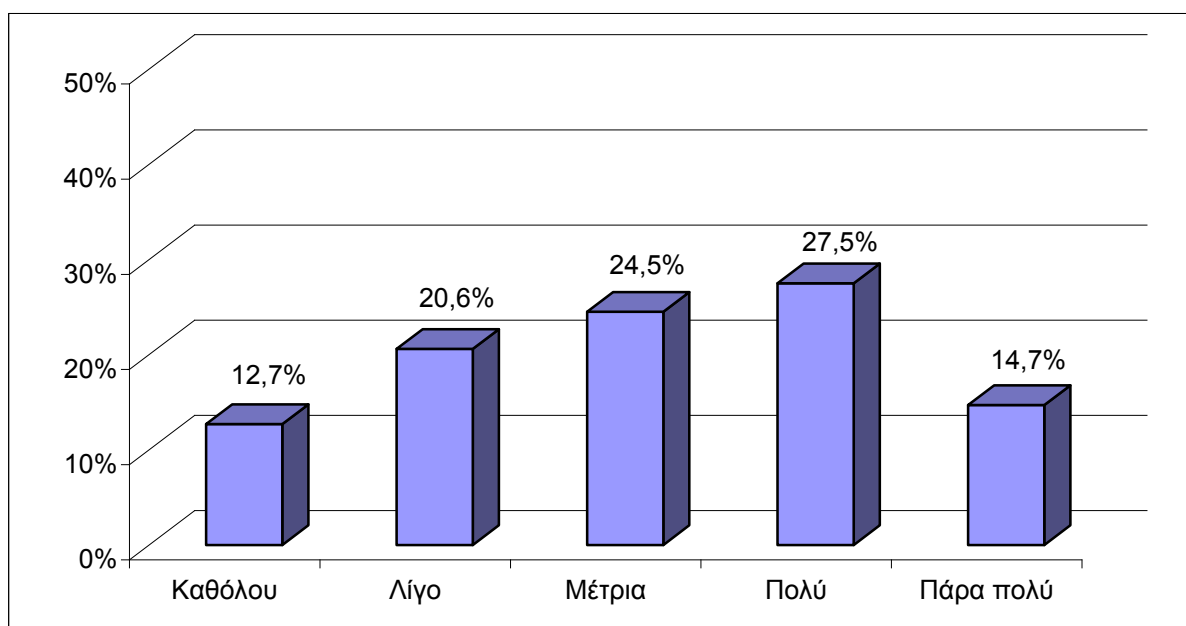
Στην περίπτωση του βαθμού «ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη θέση εργασίας τους» διαπιστώθηκαν λίγο χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, καθώς το 35% του δείγματος βίωνε πολλή ή πάρα πολλή ικανοποίηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου οι μισοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι βιώνουν μέτρια ικανοποίηση από τη θέση εργασίας τους, ενώ το 18,8% καθόλου ή λίγη (Διάγραμμα 13). Ο παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης από τη θέση εργασίας ήταν και πάλι η ηλικία. Έτσι, όπως και στην περίπτωση της ικανοποίησης από το αντικείμενο εργασίας, φάνηκε ότι όσο αυξανόταν η ηλικία τόσο αυξανόταν και ο βαθμός ικανοποίησης από τη θέση εργασίας (Pearson's $r=0,210$, $p=0,036$).

Διάγραμμα 13. Ικανοποίηση από τη θέση εργασίας



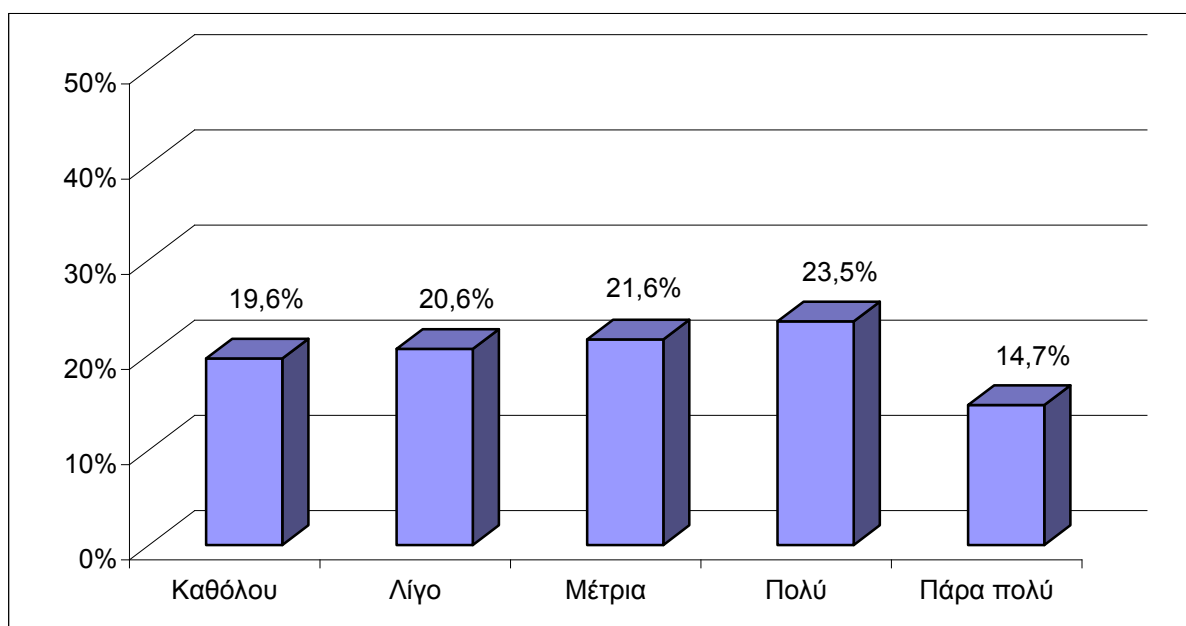
Μετά τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευτών από τη θέση και το αντικείμενο εργασίας τους έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν οι νοσηλευτές στον εαυτό τους και στην οικογένεια τους αλλά και ο βαθμός στον οποίο οι οικογενειακές τους υποχρεώσεις έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο χρόνο και στην ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους (Διαγράμματα 14-16). Ειδικότερα, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 14, το 42,2% των νοσηλευτών θεωρούσαν ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς τους επηρέαζαν πολύ ή πάρα πολύ αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιέρωναν στον εαυτό τους. Την άποψη αυτή φάνηκε να υιοθετούν ιδιαίτερα οι γυναίκες [$t(100)=-3,076$, $p=0,003$], καθώς και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές [Pearson's $r=0,275$, $p=0,005$]. Τέλος, ο παράγοντας της εκπαίδευσης δε φάνηκε να επηρεάζει τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το θέμα αυτό.

Διάγραμμα 14. Βαθμός που οι απαιτήσεις της δουλειάς επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν οι συμμετέχοντες στον εαυτό τους



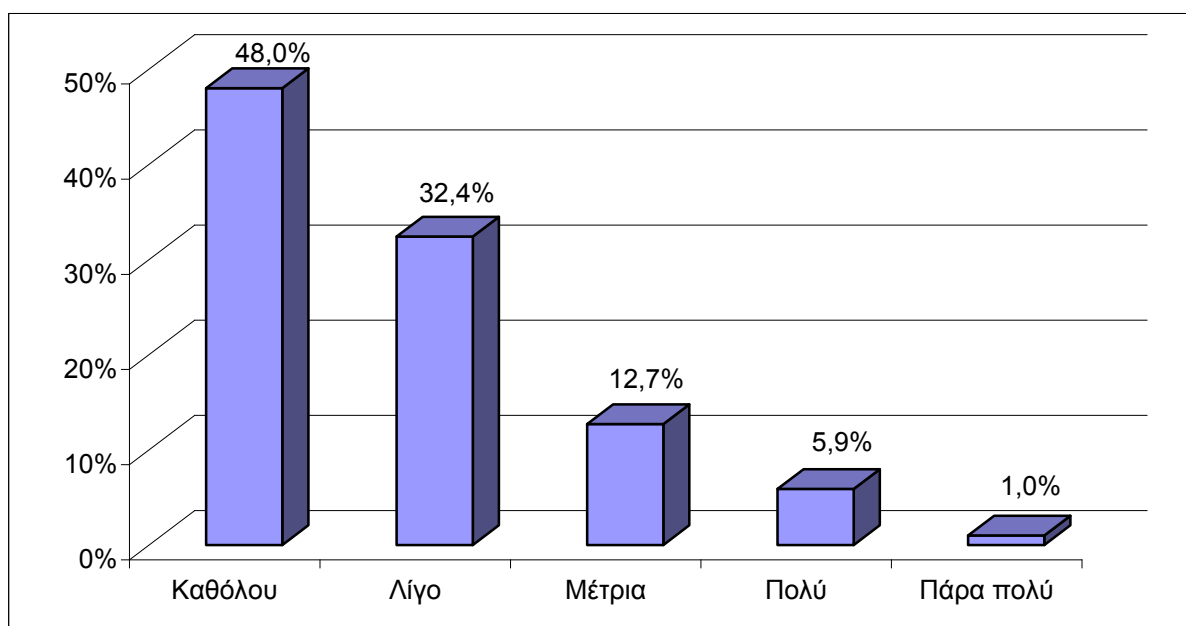
Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα για το βαθμό στον οποίο οι νοσηλευτές θεωρούσαν ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς τους επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην οικογένεια τους. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το 38,2% του δείγματος θεωρούσε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς του επηρέαζαν πολύ ή πάρα πολύ αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιέρωνε στον οικογένεια του (Διάγραμμα 15). Ειδικότερα οι γυναίκες ήταν αυτές που είχαν περισσότερο αυτή την πεποίθηση συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους [$t(100)=-2,359, p=0,020$]. Επίσης, διαπιστώθηκε μια τάση οι νοσηλευτές που έχουν μεγαλύτερη ηλικία να υιοθετούν αντίστοιχη στάση, αλλά δεν προέκυψε για αυτή στατιστική σημαντικότητα, πιθανόν λόγω του σχετικά μικρού μεγέθους του δείγματος (Pearson's $r=0,175, p=0,079$). Τέλος, ο παράγοντας της εκπαίδευσης δε φάνηκε να επηρεάζει τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων ούτε σχετικά με αυτό το θέμα.

Διάγραμμα 15. Βαθμός που οι απαιτήσεις της δουλειάς επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν οι συμμετέχοντες στην οικογένεια τους



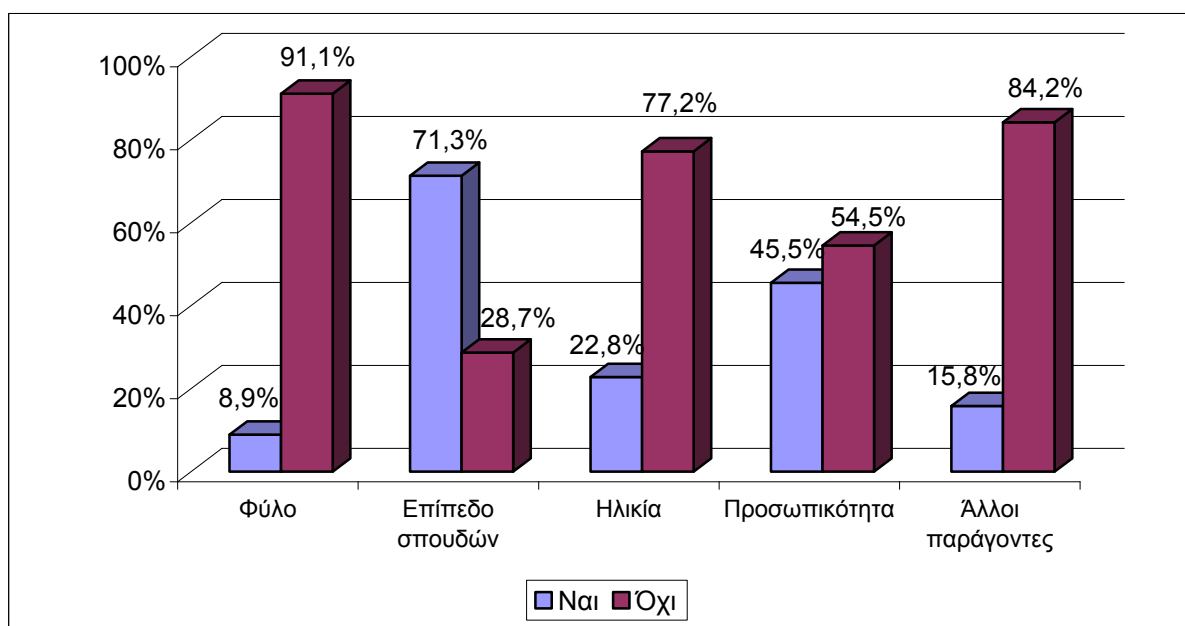
Τέλος, η μελέτη της πιθανής αρνητικής επίδρασης των οικογενειακών υποχρεώσεων στο χρόνο και στην ενέργεια που αφιέρωναν οι νοσηλευτές στην εργασία τους έδειξε ότι αφορούσε μόνο στο 6,9% των περιπτώσεων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η πλειοψηφία των νοσηλευτών θεωρούσε ότι οι οικογενειακές τους υποχρεώσεις δεν είχαν αρνητικό αντίκτυπο στον τομέα της εργασίας τους (Διάγραμμα 16). Οι πεποιθήσεις που διατύπωσαν οι συμμετέχοντες για την πιθανή αρνητική επίδραση των οικογενειακών τους υποχρεώσεων στην εργασία τους δε φάνηκε να σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία ή το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Διάγραμμα 16. Βαθμός που οι οικογενειακές υποχρεώσεις των συμμετεχόντων επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους



Το τρέχον τμήμα της έρευνας ολοκληρώνεται με τη μελέτη των παραγόντων που κατά τους συμμετέχοντες συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας τους. Με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προέκυψε ότι ο βασικότερος παράγοντας για την επαγγελματική τους εξέλιξη ήταν κατά την άποψή τους το επίπεδο των σπουδών τους (71,3%), ενώ το φύλο ήταν ο παράγοντας που θεωρήθηκε ότι την επηρεάζει λιγότερο (Διάγραμμα 17). Οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών του δείγματός μας δε φάνηκε να επηρεάζονται από το φύλο ή την ηλικία τους. Αντίθετα διαπιστώθηκε ότι οι απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. και Α.Ε.Ι. πίστευαν ότι η επαγγελματική εξέλιξη μπορεί να επηρεάζεται από την προσωπικότητα του νοσηλευτή [$t(99)=-3,014, p=0,003$] σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι πίστευαν οι απόφοιτοι Δ.Ε.

Διάγραμμα 17. Τομείς της δουλειάς που κατά τους συμμετέχοντες συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη



6.3 Αξιολόγηση επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης

Η αξιολόγηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών παθολογικών κλινικών πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου MBI (Maslach Burnout Inventory). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μελετά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και με βάση τη βαθμολογία των συμμετεχόντων σε καθεμία από αυτές αξιολογεί αν κυμαίνεται σε χαμηλό, μεσαίο ή υψηλό επίπεδο.

Με βάση τις οδηγίες της Maslach (1986), η βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μικρότερη ή ίση με 16 μονάδες, 17-26 μονάδες και μεγαλύτερη ή ίση με 27 μονάδες αντίστοιχα. Ομοίως, η βαθμολογία στη διάσταση «Αποπροσωποποίηση» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μικρότερη ή ίση με 6 μονάδες, 7-12 μονάδες και μεγαλύτερη ή ίση με 13 μονάδες αντίστοιχα. Τέλος, η βαθμολογία στη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μεγαλύτερη ή ίση με 39 μονάδες, 32-38 μονάδες και μικρότερη ή ίση με 31 μονάδες αντίστοιχα. Για καθεμία από τις τρεις διαστάσεις υπολογίστηκε ο

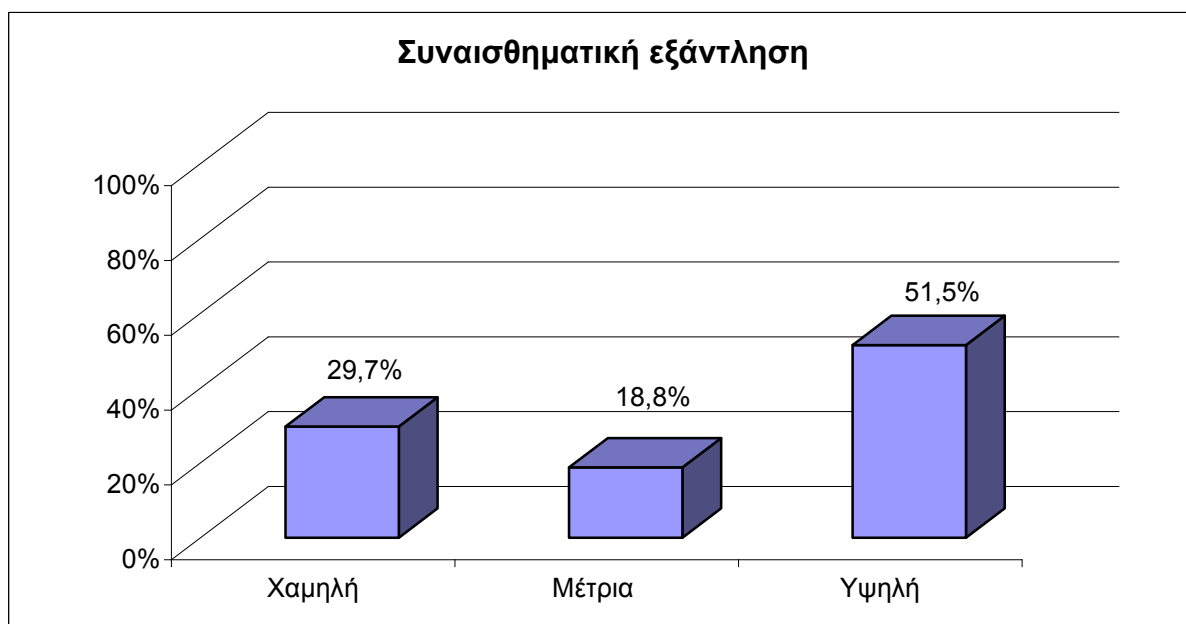
συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach, που όπως φαίνεται ήταν υψηλός σε όλες τις περιπτώσεις (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Συντελεστές αξιοπιστίας των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης

Διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης	Cronbach's α
«Συναισθηματική εξάντληση»	0,902
«Αποπροσωποποίηση»	0,704
«Προσωπικά επιτεύγματα»	0,717

Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα επίπεδα «Συναισθηματικής εξάντλησης» των νοσηλευτών στο δείγμα μας (Διάγραμμα 18). Όπως φαίνεται, περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές βιώνουν υψηλά επίπεδα «Συναισθηματικής εξάντλησης», ενώ μόνο το ένα τρίτο περίπου του δείγματός μας βιώνει χαμηλά επίπεδα «Συναισθηματικής εξάντλησης». Η συγκεκριμένη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο των συμμετεχόντων, καθώς διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα «Συναισθηματικής εξάντλησης» σε σύγκριση με τους άνδρες [$t(99)=-4,727, p<0,001$]. Αντίθετα, οι παράγοντες της ηλικίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου δε φάνηκε να επηρεάζουν τη βαθμολογία στη διάσταση αυτή.

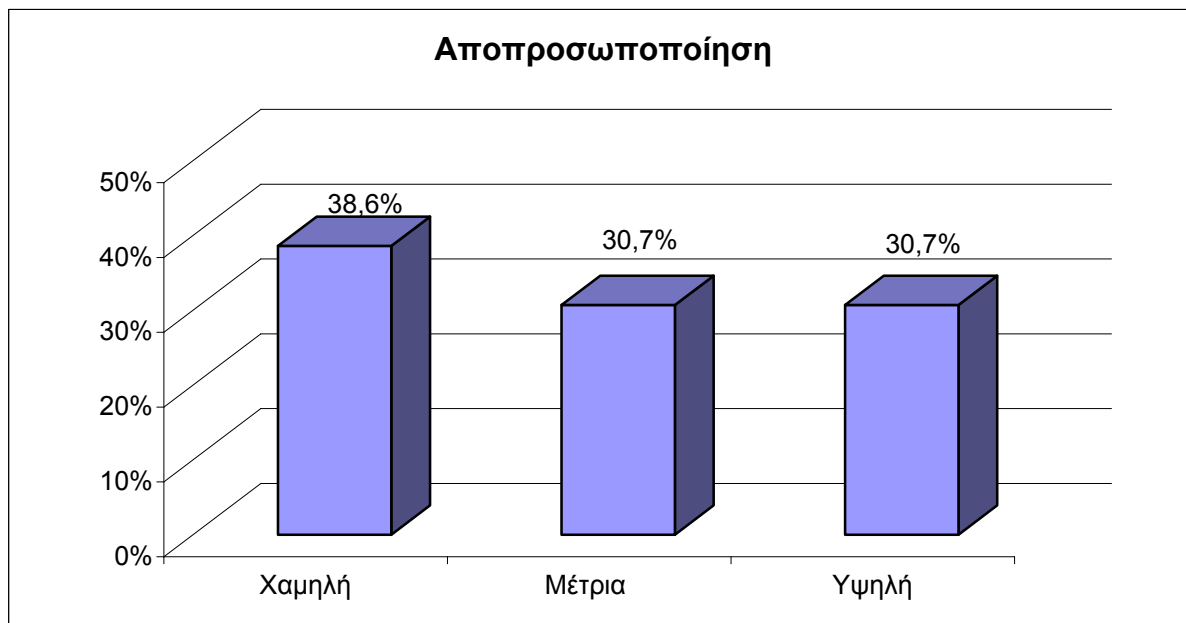
Διάγραμμα 18. Επίπεδα «Συναισθηματικής εξάντλησης»



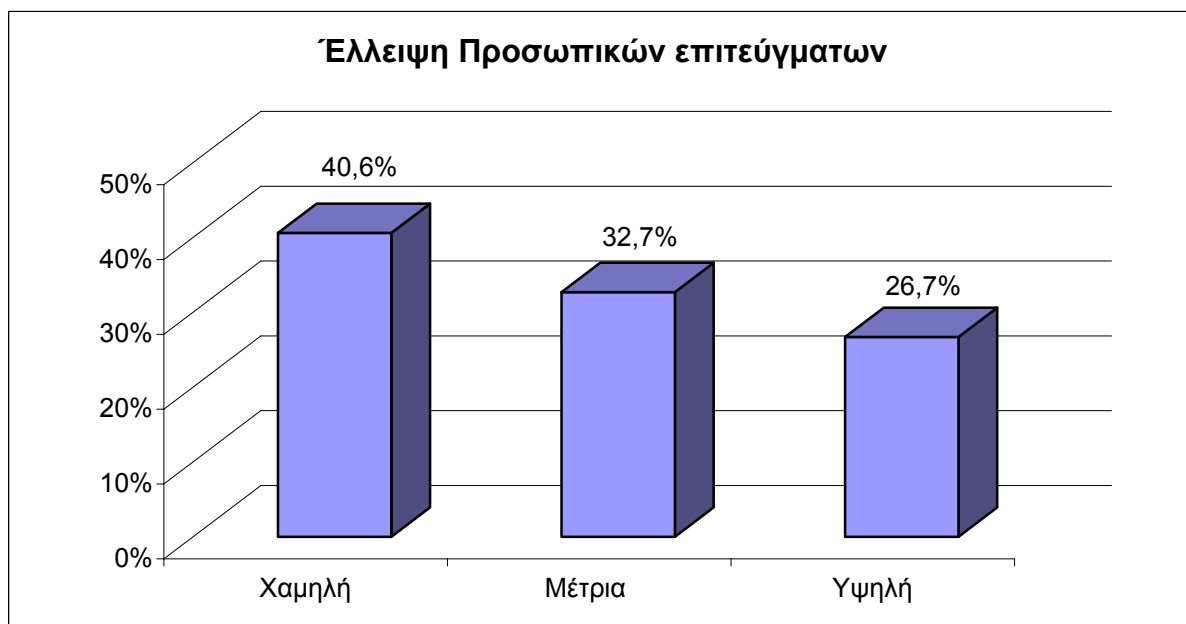
Στη διάσταση της «Αποπροσωποποίησης» το προφίλ των αποτελεσμάτων ήταν διαφορετικό συγκριτικά με αυτό της «Συναισθηματικής εξάντλησης». Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί, το 38,6% των συμμετεχόντων βίωναν χαμηλά επίπεδα «Αποπροσωποποίησης», ενώ οι υπόλοιποι συμμετέχοντες ήταν ισόποσα κατανεμημένοι στις κατηγορίες των μέτριων και υψηλών επιπέδων (Διάγραμμα 19). Αναφορικά με την πιθανή επίδραση δημογραφικών παραγόντων στα επίπεδα «Αποπροσωποποίησης» δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου, της ηλικίας ή του εκπαιδευτικού επιπέδου.

Τέλος, αναφορικά με τη διάσταση των «Προσωπικών επιτευγμάτων» διαπιστώθηκε ότι το 40,6% των νοσηλευτών βίωναν χαμηλά επίπεδα έλλειψης «Προσωπικών επιτευγμάτων», ενώ μόνο το 26,7% βίωναν υψηλά επίπεδα αντίστοιχης έλλειψης (Διάγραμμα 20). Η διάσταση των «Προσωπικών επιτευγμάτων» δε φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρά μόνο από την ηλικία τους, καθώς διαπιστώθηκε ότι όσο αυξανόταν η ηλικία των συμμετεχόντων αυξανόταν αντίστοιχα και η αίσθηση «Προσωπικών επιτευγμάτων» (Pearson's $r=0,226$, $p=0,023$).

Διάγραμμα 19. Επίπεδα «Αποπροσωποποίησης»



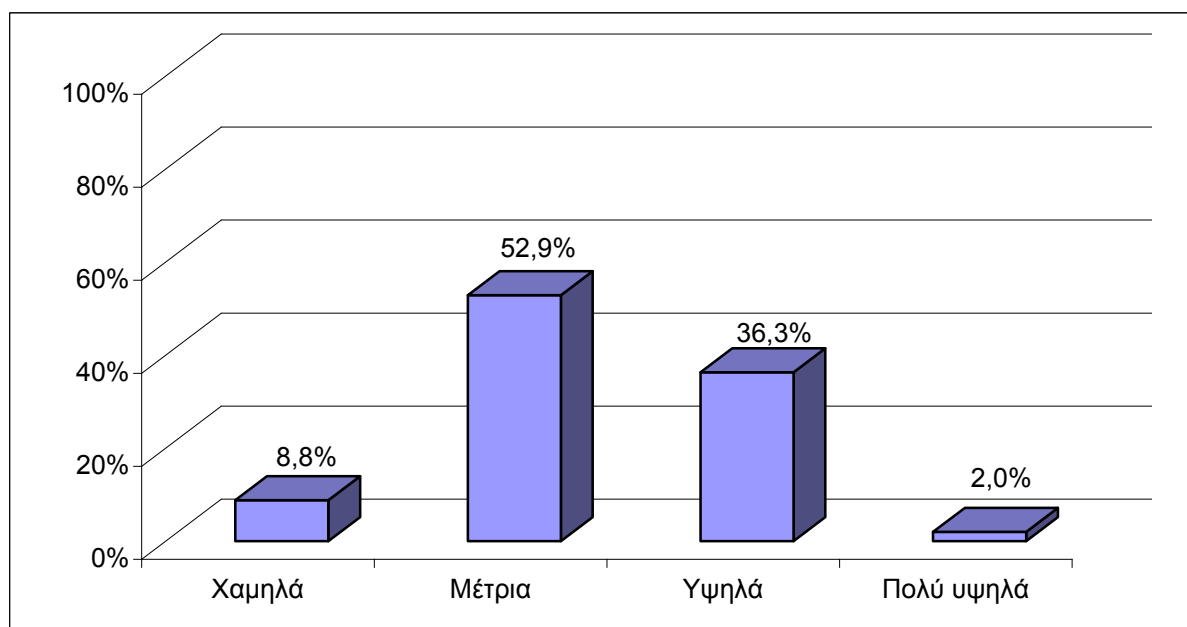
Διάγραμμα 20. Επίπεδα έλλειψης «Προσωπικών επιτευγμάτων»



6.4 Αξιολόγηση επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους

Η αξιολόγηση των επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ειδικής κλίμακας 30 ερωτήσεων. Για τη συγκεκριμένη κλίμακα ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach στο δείγμα μας υπολογίστηκε σε 0,910. Με βάση τις οδηγίες βαθμολόγησης της κλίμακας, σχηματίζονται 4 κατηγορίες αντιλαμβανόμενου άγχους (χαμηλό, μέτριο, υψηλό, πολύ υψηλό). Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες βίωναν μέτρια επίπεδα άγχους. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι μόνο το 8,8% του δείγματός μας δήλωσε ότι βιώνει χαμηλά επίπεδα άγχους (Διάγραμμα 21). Τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους φάνηκε να επηρεάζονται από το φύλο και την ηλικία των συμμετεχόντων αλλά όχι από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Πιο αναλυτικά διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες βίωναν υψηλότερα επίπεδα άγχους συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους [$t(100)=-2,736, p=0,007$] και ότι όσο αυξανόταν η ηλικία των νοσηλευτών αυξάνονταν αντίστοιχα και τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους (Pearson's $r=0,238, p=0,016$).

Διάγραμμα 21. Αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους



6.5 Συσχέτιση διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ τους και με τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους

Μετά από την παρουσίαση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης και των επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους στους νοσηλευτές παθολογικών κλινικών έγινε μια προσπάθεια εντοπισμού πιθανών συσχετίσεων μεταξύ τους. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2, τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους συσχετίστηκαν θετικά με τις διαστάσεις της «Συναισθηματικής εξουθένωσης» και της «Αποπροσωποποίησης». Αυτό συνεπάγεται ότι όσο αυξάνονταν τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους αντίστοιχα αυξάνονταν και αυτά της «Συναισθηματικής εξάντλησης» και της «Αποπροσωποποίησης» των συμμετεχόντων. Το αντιλαμβανόμενο άγχος συσχετίστηκε αρνητικά με τη διάσταση των «Προσωπικών επιτευγμάτων» αλλά η συσχέτιση αυτή δεν έφτασε το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας.

Επίσης, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση στις διαστάσεις της «Συναισθηματικής εξάντλησης» και της «Αποπροσωποποίησης» μεταξύ τους, δηλαδή όσο μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση βίωνε ένας συμμετέχων τόσο μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση βίωνε επίσης και αντίστροφα. Τέλος, διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση των «Προσωπικών επιτευγμάτων» με την «Αποπροσωποποίηση» και, λιγότερο σημαντική, με την «Συναισθηματική εξάντληση». Αυτό υποδεικνύει ότι όσο αυξανόταν η αίσθηση «Αποπροσωποποίησης» και «Συναισθηματικής εξάντλησης» των συμμετεχόντων αντίστοιχα μειωνόταν η αίσθηση των «Προσωπικών επιτευγμάτων» και το αντίστροφο.

Πίνακας 2. Συντελεστές συσχέτισης r του Pearson μεταξύ των διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ τους και με την κλίμακα αντιλαμβανόμενων επιπέδων άγχους

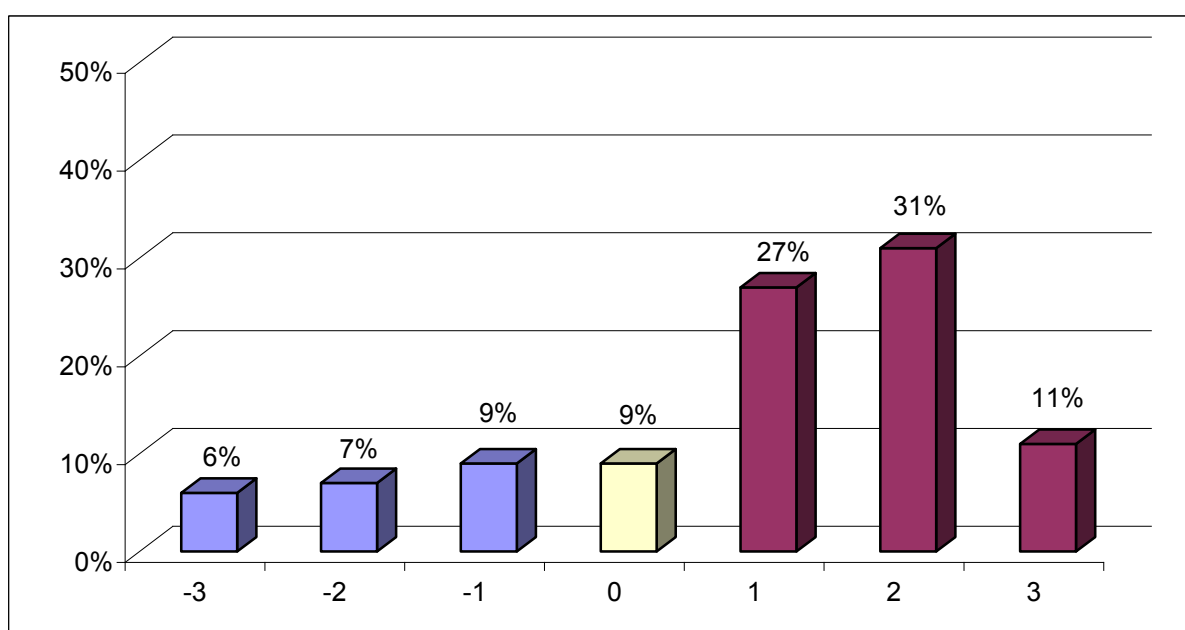
	1	2α	2β	2γ
1. Αντιλαμβανόμενο άγχος	1			
2α. Συναισθηματική εξάντληση	0,697	1		
2β. Αποπροσωποποίηση	0,337	0,472	1	
2γ. Προσωπικά επιτεύγματα	-0,194	-0,083	-0,268	1

Με σκούρα γράμματα σημειώνονται οι συντελεστές συσχέτισης που ήταν στατιστικά σημαντικοί

6.6 Αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία και της συσχέτισής της με τους άλλους παράγοντες

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των νοσηλευτών παθολογικών κλινικών από την εργασία τους πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση σχετικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο βαθμολογούνταν σε μια 7βαθμη κλίμακα Likert από το -3 (καθόλου ικανοποίηση) έως το 3 (απόλυτη ικανοποίηση). Η συνολική αξιολόγηση της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους, όπως προκύπτει από τη βασική ερώτηση του ερωτηματολογίου, αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 22. Όπως φαίνεται, το 69% των νοσηλευτών δήλωσε ότι νιώθει αρκετή έως απόλυτη ικανοποίηση από την εργασία του.

Διάγραμμα 22. Συνολική αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία

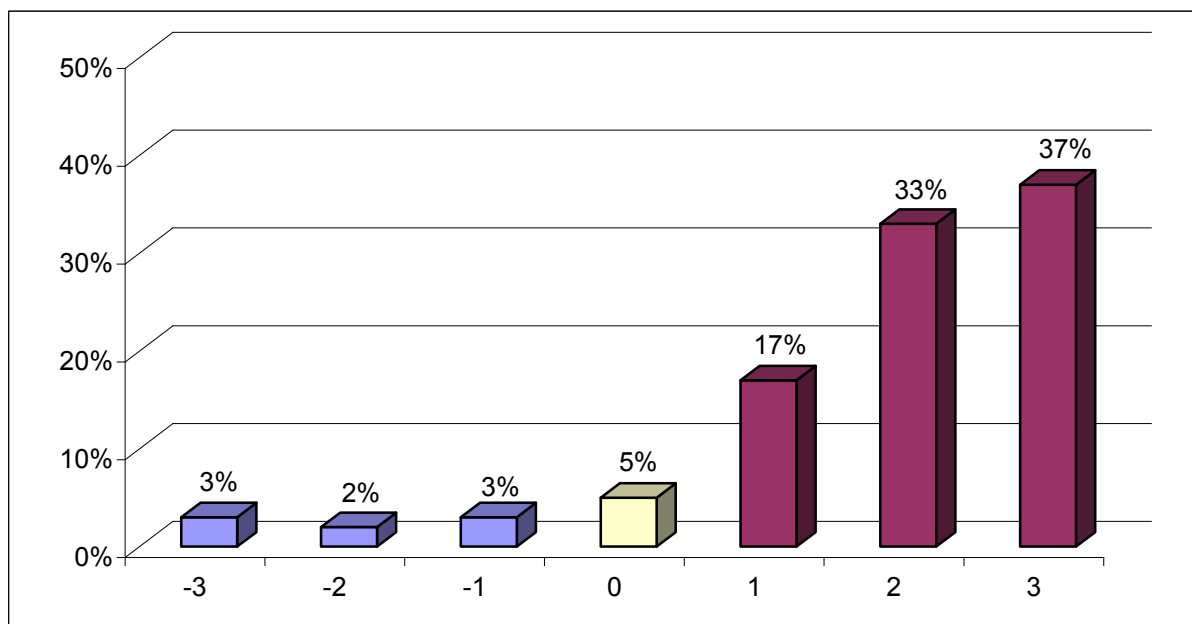


Ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία δε φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία ή το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Αντίθετα, συσχετίστηκε με όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και με τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους. Αναλυτικότερα, διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση από την εργασία είχε αρνητική συσχέτιση με τις διαστάσεις της «Συναισθηματικής εξάντλησης» (Pearson's $r=-0,380$,

$p < 0,001$) και της «Αποπροσωποποίησης» (Pearson's $r = -0,261$, $p = 0,009$), καθώς και με τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους (Pearson's $r = -0,360$, $p < 0,001$), ενώ είχε θετική συσχέτιση με τη διάσταση των «Προσωπικών επιτευγμάτων» (Pearson's $r = 0,271$, $p = 0,006$).

Αντίστοιχα αξιολογήθηκε ο βαθμός σημαντικότητας της ικανοποίησης από την εργασία. Κατ' αυτόν τον τρόπο διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών θεωρούσαν αρκετά έως απόλυτα σημαντική την ικανοποίηση από την εργασία τους (Διάγραμμα 23). Η πεποίθηση αυτή δε διαφοροποιήθηκε από το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο ή την ηλικία των συμμετεχόντων, αλλά συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά θετικά με τη διάσταση των «Προσωπικών επιτευγμάτων» (Pearson's $r = 0,230$, $p = 0,021$) και αρνητικά με τη διάσταση της «Συναισθηματικής εξάντλησης» (Pearson's $r = -0,211$, $p = 0,035$) και με τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους (Pearson's $r = -0,208$, $p = 0,037$).

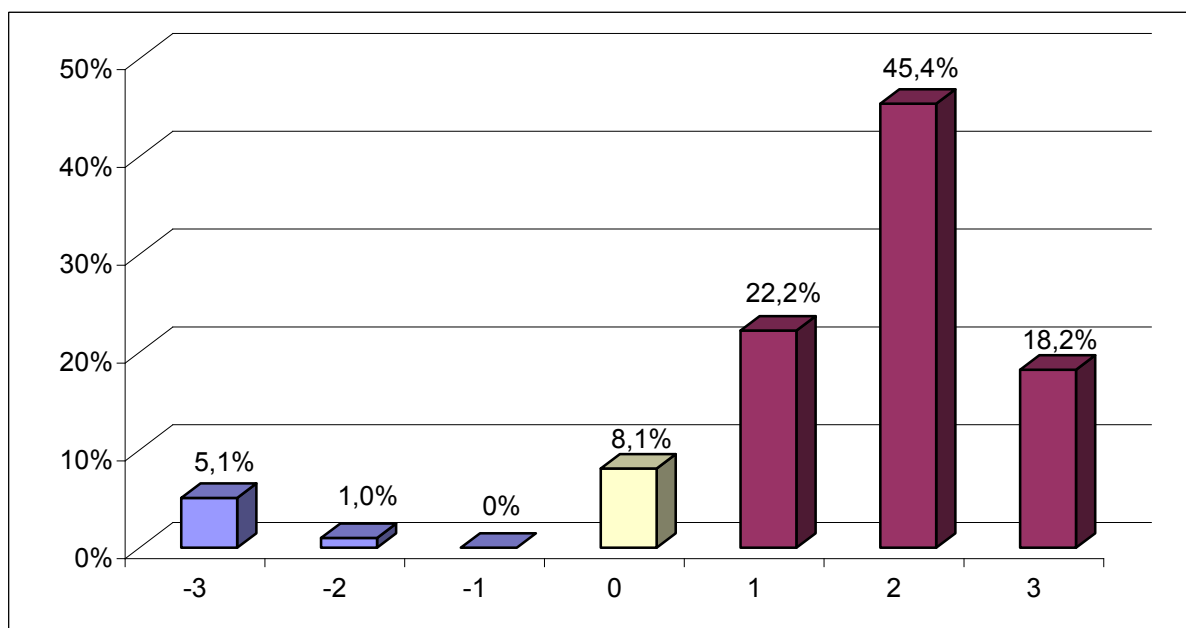
Διάγραμμα 23. Συνολική αξιολόγηση του βαθμού σημαντικότητας της ικανοποίησης από την εργασία



Ένας ακόμα παράγοντας, που μελετήθηκε στα πλαίσια του ερωτηματολογίου ικανοποίησης από την εργασία, ήταν ο βαθμός στον οποίο οι συμμετέχοντες ένιωθαν επιτυχημένοι στην εργασία τους. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 24, το 85,8% των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι ήταν αρκετά έως απόλυτα επιτυχημένο στον τομέα της εργασίας του. Η πεποίθηση αυτή δεν επηρεάστηκε σημαντικά από δημογραφικούς ή άλλους

παράγοντες παρά μόνο από τη διάσταση των «Προσωπικών επιτευγμάτων», με την οποία είχε θετική συσχέτιση (Pearson's $r=0,230$, $p=0,021$).

Διάγραμμα 24. Βαθμός στον οποίο οι συμμετέχοντες ένιωθαν επιτυχημένοι στην εργασία τους



Όσον αφορά στις επιμέρους διαστάσεις ικανοποίησης από την εργασία, όπως αξιολογήθηκαν από τις υπόλοιπες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, στον Πίνακα 3 καταγράφονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των συμμετεχόντων, τόσο ως προς την ικανοποίηση από το συγκεκριμένο παράγοντα όσο και από τη σημασία που του αποδίδουν. Έχοντας υπόψη ότι η βαθμολόγηση έγινε σε μια 7βαθμη κλίμακα Likert από το -3 (καθόλου ικανοποίηση) έως το 3 (απόλυτη ικανοποίηση) με το 0 να είναι το ουδέτερο σημείο, προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες δήλωσαν τη μικρότερη ικανοποίηση από την πληροφόρηση και ενημέρωση που δέχονται και την υψηλότερη από τις σχέσεις που αναπτύσσουν με τους συναδέλφους τους, ενώ αξιολογούν ως σημαντικές σε μεγάλο βαθμό όλες τις διαστάσεις της εργασιακής τους ζωής.

Πίνακας 3. Μέσοι όροι βαθμού ικανοποίησης και σημαντικότητας σχετικά με τις διάφορες διαστάσεις ικανοποίησης

Διάσταση ικανοποίησης	Βαθμός ικανοποίησης	Βαθμός σημαντικότητας
Ενημέρωση γενικά	-0,01	2,10
Πληροφόρηση για στόχους	-0,03	2,15
Πληροφόρηση για επιτεύγματα	0,26	2,06
Πληροφόρηση για πολιτική	-0,95	2,02
Τυπική επικοινωνία	0,89	2,22
Νόημα επιτυχίας	0,61	2,11
Προκλήσεις δουλειάς	0,53	2,09
Ευχαρίστηση από δουλειά	1,08	2,28
Χρήση ικανοτήτων	1,31	2,34
Παρεχόμενη εμπειρία	0,25	2,40
Σχέσεις με συναδέλφους	1,47	2,58
Βοήθεια από συναδέλφους	1,43	2,46
Φιλικότητα συναδέλφων	1,69	2,38
Αξία σχέσεων με συναδέλφους	1,29	2,04
Άτυπη επικοινωνία	0,61	1,89
Σχέση με ανώτερο	1,23	2,60
Επικοινωνία προς ανώτερο	1,26	2,58
Επικοινωνία από ανώτερο	1,12	2,57
Αναγνώριση από ανώτερο	1,21	2,50
Κατανόηση από ανώτερο	1,10	2,49
Οδηγίες από ανώτερο	0,99	2,48
Επικοινωνία με διευθυντή	0,25	2,20
Επικοινωνία μεταξύ κλινικών	0,04	2,00
Επικοινωνία με άλλες ειδικότητες	0,84	2,22
Επικοινωνία με εθελοντές	0,62	1,45

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις επιμέρους διαστάσεις ικανοποίησης από την εργασία δε φάνηκε να επηρεάζονται από δημογραφικούς παράγοντες και συγκεκριμένα από

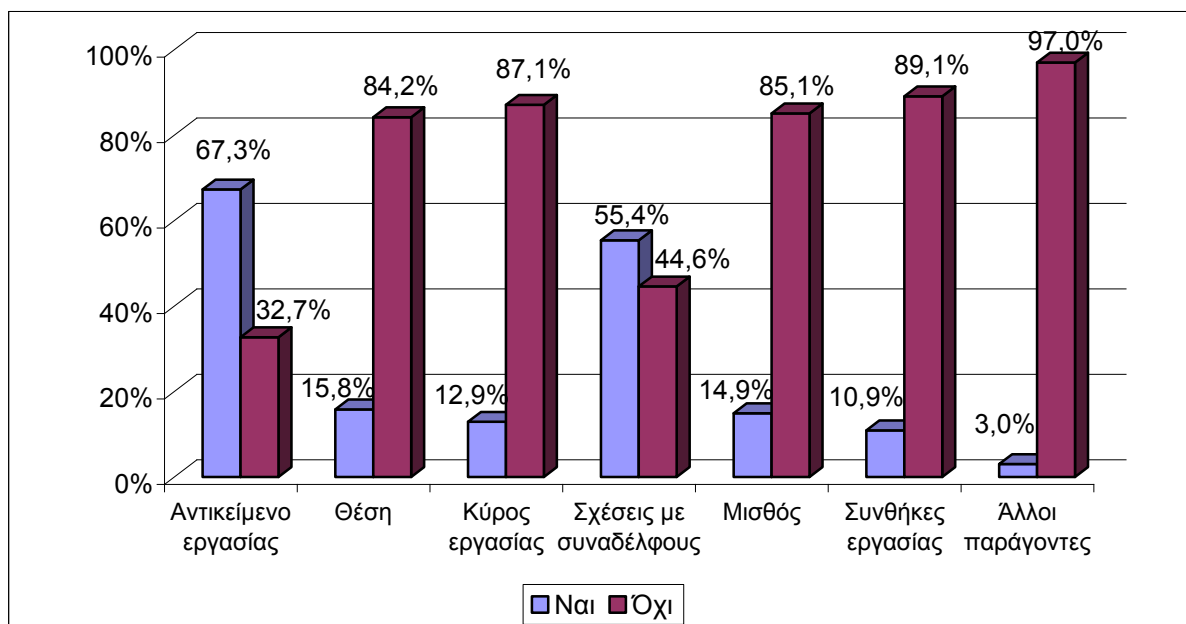
το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο ή την ηλικία των συμμετεχόντων. Διαπιστώθηκε όμως μια σειρά από συσχετίσεις με τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και με τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους. Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 4) αναφέρεται συγκεντρωτικά ο βαθμός συσχέτισης καθεμιάς από τις παραπάνω μεταβλητές με το σύνολο των ερωτήσεων ικανοποίησης. Στον Πίνακα αυτό καταγράφονται ο μεγαλύτερος συντελεστής συσχέτισης r που παρατηρήθηκε, ο μικρότερος, καθώς και ο διάμεσος (μεσαίος), ώστε να απεικονιστεί το εύρος της συσχέτισης κάθε μεταβλητής με το σύνολο των διαφόρων διαστάσεων ικανοποίησης. Όπως φαίνεται, το άγχος και οι αρνητικές πλευρές της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίστηκαν αρνητικά, ενώ τα «Προσωπικά επιτεύγματα» θετικά με τις διάφορες διαστάσεις της εργασιακής ζωής των συμμετεχόντων, ενώ οι βαθμοί συσχέτισης κυμάνθηκαν σε μικρά έως μέτρια μεγέθη.

Πίνακας 4. Συντελεστές συσχέτισης r του Pearson μεταξύ διαστάσεων ικανοποίησης από την εργασία με τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και την κλίμακα αντιλαμβανόμενων επιπέδων άγχους

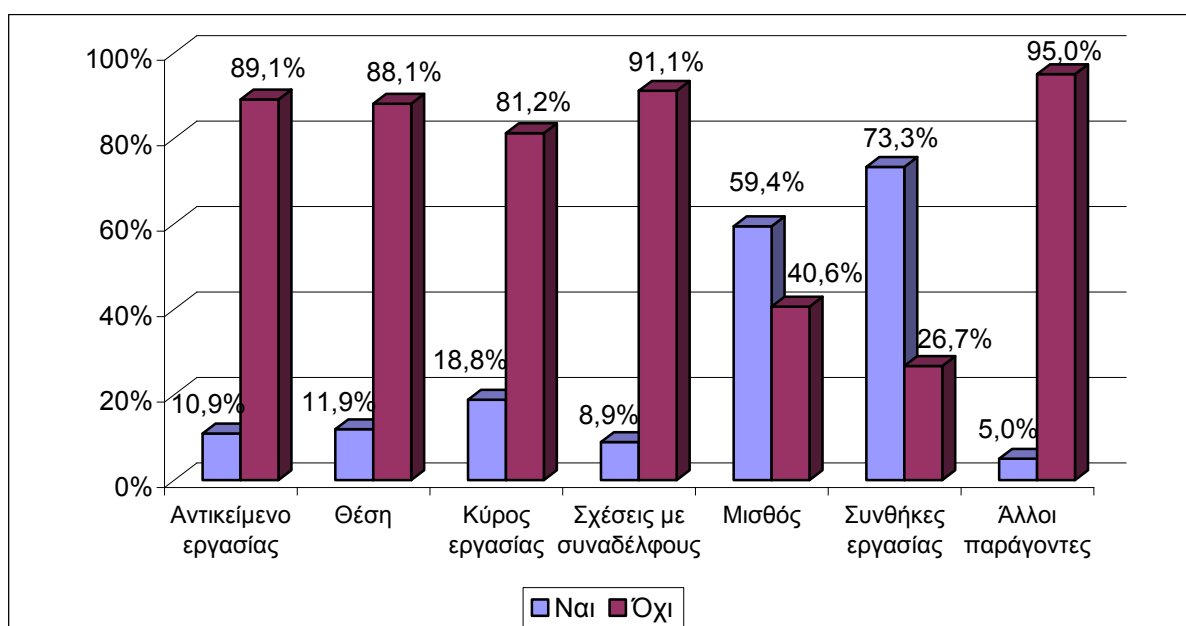
	Μικρότερος	Διάμεσος	Μεγαλύτερος
Συναισθηματική εξάντληση	-0,112	-0,283	-0,465
Αποπροσωποποίηση	-0,064	-0,226	-0,347
Προσωπικά επιτεύγματα	0,163	0,325	0,438
Αντιλαμβανόμενο άγχος	-0,170	-0,293	-0,491

Εκτός από τους προαναφερόμενους παράγοντες διερευνήθηκαν επίσης οι τομείς της εργασίας που προσφέρουν τη μεγαλύτερη και τη μικρότερη ικανοποίηση στους συμμετέχοντες, οι αλλαγές που θα τους έκαναν να νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, καθώς και η πιο σημαντική πλευρά της δουλειάς τους. Στα Διαγράμματα 26 και 27 παρουσιάζονται οι τομείς της δουλειάς που, κατά τους συμμετέχοντες, τους προσφέρουν τη μεγαλύτερη και τη μικρότερη ικανοποίηση αντίστοιχα. Ο τομέας που πρόσφερε τη μεγαλύτερη ικανοποίηση στους νοσηλευτές ήταν το αντικείμενο εργασίας τους, ακολουθούμενο από τις σχέσεις με τους συναδέλφους τους. Αντίθετα, οι τομείς που φάνηκε να δυσαρεστούν περισσότερο τους συμμετέχοντες ήταν οι συνθήκες εργασίας και ο μισθός τους.

Διάγραμμα 26. Τομείς της δουλειάς που κατά τους συμμετέχοντες προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση

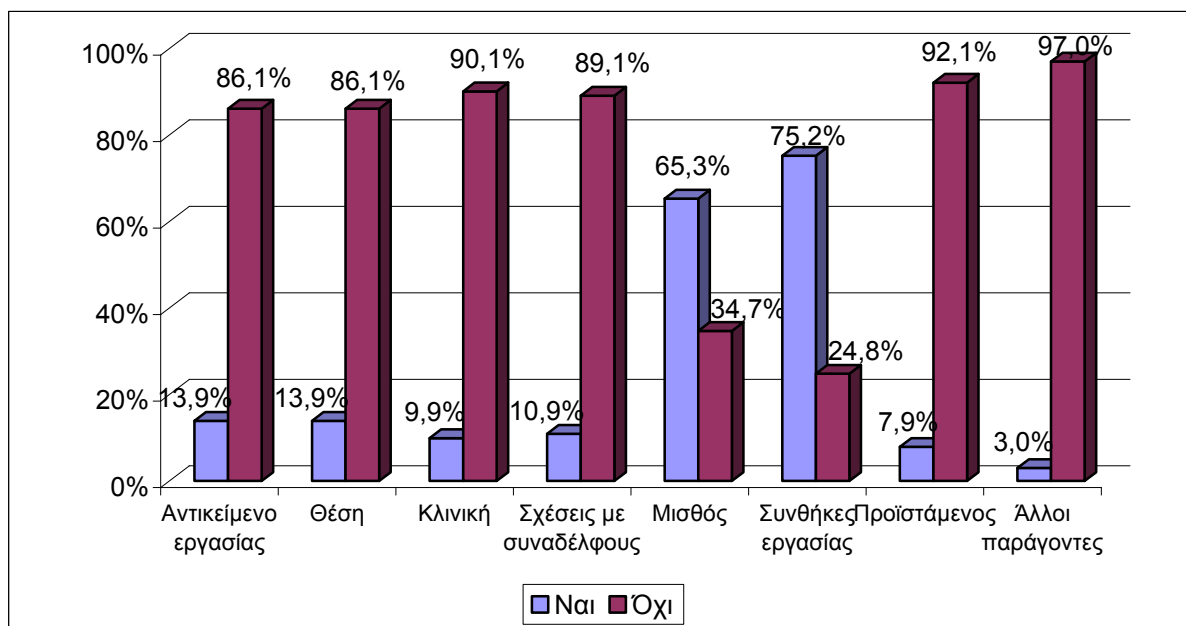


Διάγραμμα 27. Τομείς της δουλειάς που, κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων, τούς δυσαρεστούν περισσότερο



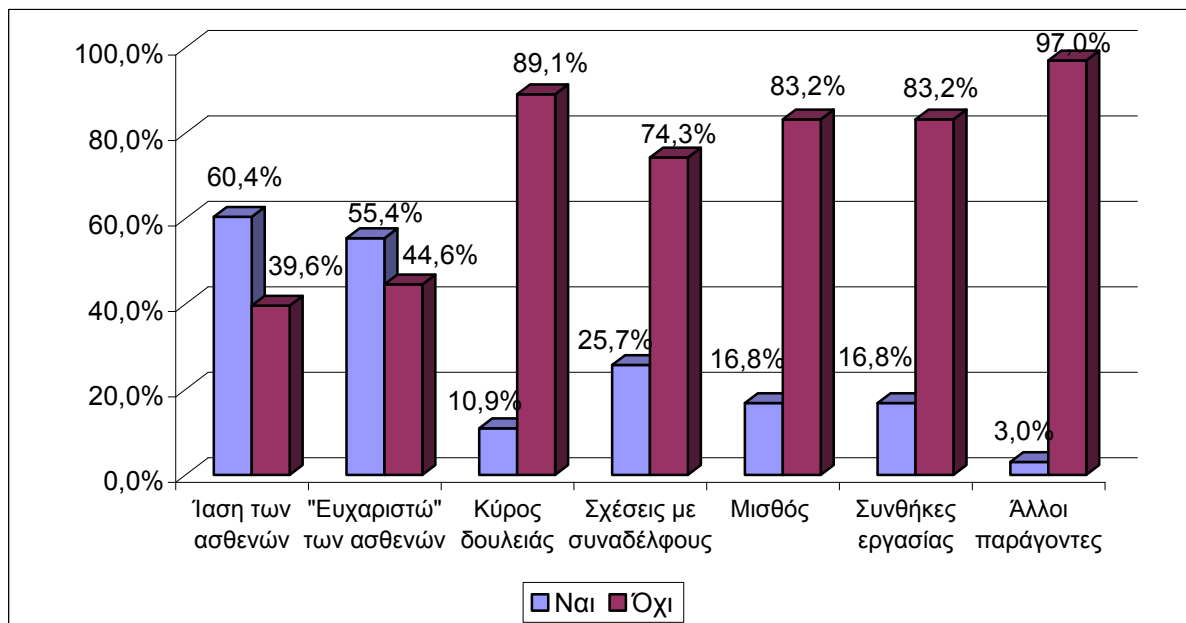
Σε αντιστοιχία με τα προηγούμενα αποτελέσματα, οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι οι αλλαγές που δυνητικά θα αύξαναν την ικανοποίηση από την εργασία τους θα αφορούσαν τους ίδιους δύο παράγοντες: τις συνθήκες εργασίας και το μισθό τους (Διάγραμμα 28).

Διάγραμμα 28. Αλλαγές στη δουλειά που θα έκαναν τους συμμετέχοντες να νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση



Τέλος, με βάση τις δηλώσεις των νοσηλευτών, ως πιο σημαντική πλευρά της δουλειάς τους αναδείχθηκε η ίαση των ασθενών καθώς και το «ευχαριστώ» που λαμβάνουν από αυτούς (Διάγραμμα 29).

Διάγραμμα 29. Η πιο σημαντική πλευρά της δουλειάς κατά τους συμμετέχοντες



7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τα επίπεδα άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την εργασία σε ένα δείγμα 102 νοσηλευτών παθολογικών κλινικών που εργάζονταν στην Αθήνα. Υπήρχε ικανοποιητική αντιπροσώπευση των φύλων, των ηλικιών αλλά και των εκπαιδευτικών επιπέδων στο δείγμα, ενώ για τη μέτρηση των βασικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν έγκυρα και αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία. Σε γενικές γραμμές οι συμμετέχοντες, και ιδιαίτερα οι γυναίκες και οι μεγαλύτερης ηλικίας, δήλωσαν ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς τους επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν οι συμμετέχοντες στον εαυτό τους και στην οικογένειά τους, ενώ δε συμβαίνει το αντίθετο, δηλαδή τα οικογενειακά τους θέματα δε φαίνεται να επηρεάζουν την εργασία τους. Σε ό,τι αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, υψηλά επίπεδα «συναισθηματικής εξάντλησης» δήλωσαν όλοι οι συμμετέχοντες και κυρίως οι γυναίκες, χαμηλά επίπεδα «προσωπικών επιτευγμάτων» δήλωσαν όλοι και ιδιαίτερα αυτοί με μικρότερη ηλικία, ενώ η «αποπροσωποποίηση» αναφέρθηκε ότι βιώνεται σε μέτριο βαθμό. Υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους καταγράφηκαν σε όλους τους συμμετέχοντες και συσχετίστηκαν κυρίως με το γυναικείο φύλο και τη μεγαλύτερη ηλικία. Η πλειονότητα των νοσηλευτών δήλωσε ότι βιώνει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης και επιτυχίας στην εργασία και απέδωσε μεγάλη σημασία στα θέματα αυτά. Σε γενικές γραμμές η ικανοποίηση από την εργασία και τα «προσωπικά επιτεύγματα» συσχετίστηκαν θετικά μεταξύ τους και αρνητικά με το αντιλαμβανόμενο άγχος, τη «συναισθηματική εξάντληση» και την «αποπροσωποποίηση». Συνολικά στις απόψεις των νοσηλευτών έπαιξαν ρόλο το φύλο και η ηλικία τους αλλά όχι το επίπεδο του ιδρύματος από το οποίο αποφοίτησαν.

Ένα από τα ισχυρά σημεία αυτής της μελέτης αποτέλεσαν τα ερευνητικά της εργαλεία. Για όλες τις βασικές μεταβλητές της (άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, ικανοποίηση από την εργασία) χρησιμοποιήθηκαν έγκυρες και δοκιμασμένες ψυχομετρικές κλίμακες. Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α κυμάνθηκαν στα υψηλά επίπεδα 0,7 - 0,9, κάτι που καταδεικνύει ότι τα εργαλεία λειτούργησαν ως αξιόπιστα όργανα μέτρησης και στην έρευνα αυτή.

Σχετικά με την αλληλεπίδραση εργασιακών και οικογενειακών ή προσωπικών ζητημάτων, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η εργασία τους επηρεάζει αρνητικά τη φροντίδα του εαυτού και της οικογένειάς τους αλλά όχι το αντίστροφο. Σε μια παρόμοια έρευνα βρέθηκε ότι οι συνθήκες εργασίας εμποδίζουν το προσωπικό να ανταποκριθεί στις

κοινωνικές του υποχρεώσεις λόγω των ωραρίων εργασίας, καθώς επίσης η κόπωση στην εργασία το δυσκολεύει να ανταποκριθεί στις οικογενειακές του υποχρεώσεις, ενώ τα προβλήματα της εργασίας συχνά το απασχολούν ακόμη και στο σπίτι (Δημητριάδου-Παντέκα, Λαβδανίτη, Μηνασίδου, Τσαλογλίδου, Καυκιά, Σαπουντζή-Κρέπια, 2009).

Λιγότερο από 10% των συμμετεχόντων ανέφερε χαμηλά επίπεδα άγχους, ενώ οι υπόλοιποι ταξινομήθηκαν στις υπόλοιπες κατηγορίες (κυρίως μέτριο και υψηλό). Παρότι δεν υπάρχει τρόπος άμεσης σύγκρισης, το εύρημα αυτό φαίνεται να συνάδει με τη γενική βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι ο χώρος της υγείας και ειδικότερα της νοσηλευτικής χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα άγχους (Anderson, Cooper, & Willmott 1996, MacDonald, Karasek, Punnett, & Scharf 2001, McGrath, Reid, & Boore 2003, Weinberg & Creed 2000).

Αν και δε διερευνήθηκαν άμεσα οι αιτίες του εργασιακού stress, οι συμμετέχοντες της έρευνας δήλωσαν δυσαρεστημένοι από την πληροφόρηση και ενημέρωσή τους σχετικά με οργανωτικά θέματα, όπως η πολιτική της διοίκησης του ιδρύματος, η πληροφόρηση για τους στόχους και τα σχέδια της κλινικής και γενικότερα η ενημέρωση από τη διεύθυνση. Η άνιση οργανωτική διαχείριση και η μη συμμετοχή και ενημέρωση στις λήψεις αποφάσεων είναι αποδεδειγμένα μια από τις πηγές εργασιακού stress στους νοσηλευτές (Kivimäki, Elovainio, Vahtera, & Ferrie 2003, Kirkcaldy & Martin 2000). Παρότι σε άλλες έρευνες (MacDonald et al., 2001) φάνηκε ότι η επικοινωνία με τους συναδέλφους αποτελεί πηγή προβλημάτων, τα υποκείμενα της μελέτης δήλωσαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με το θέμα αυτό, που όμως μειώνονταν όσο πιο μακριά στην ιεραρχία (προϊστάμενος, διευθυντής, άλλη κλινική) ήταν το άτομο που επικοινωνούσαν.

Το δείγμα μας είχε σχετικά υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, αφού πάνω από το 50% των συμμετεχόντων ανέφερε συναισθηματική εξάντληση, πάνω από το 40% ανέφερε χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα και πάνω από το 30% ανέφερε αποπροσωποποίηση. Το εύρημα αυτό, ότι δηλαδή οι νοσηλευτές έχουν υψηλά επίπεδα burn-out είναι αναμενόμενο και επιβεβαιωμένο (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002, Leiter, Harvie & Frizzell, 1998, Papadatou, Anagnostopoulos, & Monos, 1994), και εξηγεί το λόγο που η νοσηλευτική είναι ένα από τα πρώτα επαγγέλματα όπου η επαγγελματική εξουθένωση διαπιστώθηκε και μελετήθηκε.

Σε ό,τι αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, δε βρέθηκε συστηματική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, όπως μάλιστα αναμενόταν και με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία (Cordes & Dougherty, 1993). Η μόνη εκ των τριών διαστάσεων που διαφοροποιήθηκε

στατιστικά σημαντικά ήταν η «συναισθηματική εξάντληση» κάτι που συμφωνεί με το εύρημα της Byrne (1991), που υποστηρίζει ότι οι άντρες παρουσιάζουν χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση. Η συσχέτιση των νεαρότερων ηλικιών με χαμηλότερα επίπεδα «προσωπικών επιτευγμάτων» που βρέθηκε στην έρευνα αυτή υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία (π.χ. Cordes & Dougherty, 1993) και ερμηνεύεται λογικά: οι νέοι είναι περισσότερο ευάλωτοι στην απογοήτευση και την απομυθοποίηση της εξιδανικευμένης εικόνας με την οποία ξεκίνησαν την επαγγελματική τους καριέρα μετά τις σπουδές αλλά και έχουν λιγότερες ευκαιρίες να πραγματοποιήσουν επιτεύγματα για τα οποία θα αισθάνονται ικανοποίηση.

Σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση από την εργασία, οι συμμετέχοντες στην έρευνα έδειξαν να έχουν υψηλή ικανοποίηση (69% του δείγματος) και αίσθηση επιτυχίας (86%) και δίνουν ιδιαίτερη σημασία (87%) στα θέματα αυτά. Το εύρημα αυτό έρχεται σε μερική αντίθεση με άλλες μελέτες (Κάπελα, Μινέτου, Ζυγά, 2002), όπου οι νοσηλευτές δηλώνουν σχετικά απογοητευμένοι. Εντούτοις, όπως είναι γνωστό, η εργασιακή ικανοποίηση είναι δύσκολο να μετρηθεί αντικειμενικά, επειδή επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο τρόπος μέτρησης, το τρέχον κοινωνικό, οικονομικό και εργασιακό περιβάλλον και από άλλες παραμέτρους (Weisman & Nathanson, 1985) που πιθανόν διαφοροποιούνται από έρευνα σε έρευνα. Ως μεγαλύτερες πηγές ικανοποίησης αναφέρθηκαν το αντικείμενο της εργασίας και οι σχέσεις με τους συναδέλφους, κάτι που επιβεβαιώνει μερικά από τα ευρήματα του Locke (1976), που υποστήριξε ότι η ανάπτυξη σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της εργασίας καθώς και τα χαρακτηριστικά της πραγματοποιούμενης εργασίας είναι σημαντικοί παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση.

Στην ερώτηση για το ποιες αλλαγές στη δουλειά τους θα τους έδιναν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση, ακόμη και εν μέσω οικονομικής κρίσης, οι συμμετέχοντες έδωσαν στο «μισθό» τη δεύτερη θέση, μετά από τις «συνθήκες εργασίας». Στην έρευνα των Person, Allison, Kiefe, Weave & Williams (2004) ο μισθός ήταν και πάλι πίσω από τις συνθήκες εργασίας, στην τέταρτη θέση μετά τις «καλύτερες εγκαταστάσεις» και το «περισσότερο προσωπικό», επιλογές που δεν ήταν διαθέσιμες στο ερωτηματολόγιό μας. Ωστόσο, αποδεικνύεται και πάλι ότι στις αναπτυγμένες χώρες τα χρήματα καθίστανται σημαντικό ζήτημα μόνο κατά την απουσία άλλων πηγών ικανοποίησης (Weisman & Nathanson, 1985).

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει κανείς μελετώντας και τις πηγές δυσαρέσκειας των συμμετεχόντων, που ήταν ακριβώς τα δύο ίδια θέματα και μάλιστα με την ίδια σειρά σημασίας. Τα θέματα αυτά, δηλαδή η κακή αμοιβή και οι προβληματικές εργασιακές

συνθήκες, όπως η έλλειψη επαρκούς εξοπλισμού, είχαν αναφερθεί ως κυριότερα και στην έρευνα των Person, Allison, Kiefe, Weave & Williams (2004). Η άλλη σημαντική πηγή παραπόνων, δηλαδή η «ανεπαρκής εκπαίδευση και έλλειψη προσόντων» που αναφέρθηκε στη μελέτη αυτή, δεν ήταν διαθέσιμη ως επιλογή στο ερωτηματολόγιο JCSI, που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνά μας. Το ότι οι κακές συνθήκες εργασίας είναι η κυρίαρχη πηγή απογοήτευσης για τους νοσηλευτές φαίνεται να είναι μόνιμο εύρημα στις έρευνες που έχουν γίνει και στο Ελλαδικό επίπεδο (Δημητριάδου-Παντέκα, Λαβδανίτη, Μηνασίδου, Τσαλογλίδου, Καυκιά, & Σαπουντζή-Κρέπια, 2009, Κάπελα, Μινέτου, & Ζυγά, 2002).

Οι τρεις υπό μελέτη έννοιες (άγχος, επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από εργασία) συσχετίστηκαν σε σημαντικό βαθμό μεταξύ τους με βάση το αναμενόμενο πρότυπο. Πιο συγκεκριμένα τα υψηλά επίπεδα άγχους συσχετίστηκαν με χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία και με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως περιγράφονται από υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες «συναισθηματική εξάντληση» και «αποπροσωποποίηση» και χαμηλές βαθμολογίες στην κλίμακα «προσωπικών επιτευγμάτων». Το εύρημα αυτό είναι σε άμεση συμφωνία με ευρήματα που συσχετίζουν το χρόνιο στρες με την επαγγελματική εξουθένωση (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1995, McVicar, 2003), την επαγγελματική εξουθένωση με τη χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία (Faragher, Cass, & Cooper, 2005) και τη χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση με την κακή ψυχική υγεία (Cooper, 2007). Επομένως όλοι οι παραπάνω παράγοντες δείχνουν στενή αλληλεξάρτηση η οποία, εάν σε ορισμένες περιπτώσεις στην έρευνά μας δεν έφτασε στα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας, δεν οφείλεται στην απουσία της συσχέτισης αλλά στο σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος που δεν επέτρεψε τη στατιστική της ανίχνευση.

Συμπερασματικά τα αποτελέσματα των ερευνών στο πεδίο αυτό καταδεικνύουν ότι παρότι οι νοσηλευτές αναφέρουν αξιοσημείωτα επίπεδα άγχους και επαγγελματικής κόπωσης, εξακολουθούν να κινητοποιούνται από την αγάπη που έχουν για το αντικείμενο εργασίας τους αλλά και από τους στενούς διαπροσωπικούς δεσμούς που συνάπτουν με τους συναδέλφους και συλλειτουργούς τους. Η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και των οικονομικών απολαβών αλλά και η ψυχοεκπαίδευση σε ζητήματα άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι προτεινόμενες δράσεις που μπορούν να βελτιώσουν τον τρόπο που οι νοσηλευτές και γενικότερα οι φροντιστές υγείας βιώνουν την εργασιακή τους ζωή.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), pp 1987-1993.

American Heart Association (AHA) available at: <http://www.americanheart.org>

Anderson, W.J.R., Cooper, C.L. & Willmott, M. (1996). Research note. Sources of stress in the national health service: a comparison of seven occupational groups. *Work and Stress*, 10(1), pp 88-95.

Anselmio, M.L., Angerami, E.L. & Gomez, E. (1997). Rotatividade e condições de trabalho menfermagem nos hospitais do municipio de Ribeirao Preto (Rotas and working conditions of nurses in hospitals of the municipality of Ribeirao Preto). In: revista Brasileira de Salud Ocupacional (Brazilian Journal of Occupational Health). 23: 85/86: 31-41, Brazil.

Åström, S. (1990). *Attitudes, empathy and burn-out among staff in geriatric and psychogeriatric care*. University Medical Dissertations, New Series No 267.

Austin, W., Bergum, V. & Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, 10(3), pp 177-183.

Baumann, A., Blythe, J., Cleverley, K., Grinspun, D. & Tompkins, A. (2006). *Health Human Resource Series Number 3. Educated and underemployed: The paradox for nursing graduands*. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.

Berk A., Chondroleou A., Mentziou I., Schoretsaniti S., Thanasa G., Tountas I., Diamantopoulos M., Andreadis E. A Risk Health Behaviour Modification Programme Targeting Hypertensive Outpatient Population in a General Hospital Setting in Athens, *14th International Conference on Health Promoting Hospitals*, WHO, Lithuania, 2006

Berk A., Chondroleou A., Mentziou I., Schoretsaniti S., Thanasa G., Tountas I., Diamantopoulos M., Andreadis E. A Risk Health Behaviour Modification Programme Targeting Hypertensive Outpatient Population in a General Hospital Setting in Athens, *15th International*

Conference on Health Promoting Hospitals, WHO, Vienna, 2007

- Buunk, B. & Schaufeli, W. (1993). *Burnout: A perspective from social comparison theory*. Professional burnout: recent developments in theory and research. pp 53-69.
- Byrne, B.M. (1991). Burnout: investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary and university educators. *Teaching and Teacher Education*, 72, pp 197-209.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger Publisher.
- Cordes, C.L. & Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), pp 621-656.
- Correa, A., Palacio, M. & Serna, L. (2001). Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud del Municipio de Medellín (Employment situation of nursing professionals in health institutions in the Municipality of Medellín). In: Investigación y Educación en Enfermería (Research and Education in Nursing) XIX (2): 10-25, Medellín, Colombia
- Corley, M.C., Elswick, R.K., Gorman, M. & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), pp 250-256.
- Cranny, C.J., Smith, P.C. & Stone, E. F. (1992). *Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance*. New York: Publ Lexington Books.
- Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B.K. & Beaudet, L. (1994). Factors relating to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(4), pp 337-358.
- Edelwich J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), pp 7-14.

- Erlen, J.A., & Sereika, S.M. (1997). Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), pp 953-961.
- Faragher, E.B., Cass, M. & Cooper, C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), pp 105-112.
- Firth-Cozens, J. & Payne, R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. London, U.K.: John Wiley & Sons Ltd.
- Freudenberger, H. J.(1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, pp 159-165.
- Georges, J. & Grypdonck, M. (2002). Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nursing Ethics*, 9(2), pp 155-178.
- Geurts, S.A., Schaufeli, W.B. & Rutte, C.G. (1999). Absenteeism, turnover intention and inequity in the employment relationship. *Work and Stress*, 13(3), pp 253-267.
- Greene G. (1961). *A Burnout Case*. New York: Viking Press.
- Gouva M., Paschou A., Kaltsouda A. & Kotrotsiou E. (2010). Reliability and validity of the Greek version of the Job–Communication Satisfaction–Importance (JCSI). *Interscientific health care* (accepted – in press).
- Healy, C. & McKay, M. (1999). Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 17(2), pp 30-35.
- Hopkinson, P.J., Carson, J., Brown, D., Fagin, L., Bartlett, H. & Leary, J. (1998). Occupational stress and community mental health nursing: what CPNs really said. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), pp 707-712.
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. AWHONN's. *Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), pp 542-551.
- Jimmieson, N.L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 14 (3), pp 262-280.
- Kirkcaldy, B.D. & Martin, T. (2000). Job stress and satisfaction among nurses: individual

differences. *Stress Medicine*, 16(2), pp 77-89.

Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. & Ferrie, J.E. (2003). Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), pp 27-34.

Lambert, V.A. & Lambert, C.E. (2001). Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nursing and Health Sciences*, 3(3), pp 161-172.

Leiter, M.P., Harvie, P. & Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science and Medicine*, 47(10), pp 1611-1617.

Leiter, M. & Maslach, C. (2005). *Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mäkinen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M. & Virtanen, M. (2003). Organization of nursing care and stressful work characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), pp 197-205.

McDonald, L.A., Karasek, R.A., Punnett, L. & Scharf, T. (2001). Co-variation between workplace physical and psychosocial stressors: evidence and implications for occupational health research and prevention. *Ergonomics*, 44(7), pp 696-718.

McGrath, A., Reid, N. & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), pp 555-565.

McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), pp 633-642.

Markaki, A., Antonakis, N., Philalithis, A. & Lionis, C. (2006). Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. *International Nursing Review*, 53, pp 16-18.

Maslach C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Maslach C. & Jackson S.E. (1986). *Maslach burnout inventory manual*, 2nd ed. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal*

stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass.

- Meier, S.T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human Relations*, 36(10), pp 899-910.
- Nelson, J. (2005). Christina Maslach, *New Zealand Management*, 52(3), pp 43-46.
- O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alksnis, C. & Bruce, S. (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), pp 42-50.
- Ogden Jane (2004). *Ψυχολογία της Υγείας*. 2^η έκδοση. Επιμέλεια Λουμάκου Μαρία, Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος, Κεφ 10, σελ. 267-70. Αθήνα: εκδ Παριζιάνος.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. & Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in nursing oncology. *British Journal of Medical Psychology*, 67: pp 187-199.
- Person, S.D., Allison, J.J., Kiefe, C.I., Weave, M.T. & Williams, O.D. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), pp 4-2.
- Pines, A.M. & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health setting. *Hospital and community psychiatry*, 29: pp 233-237.
- Pines, A.M. (1986). *Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact*. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications.
- Pines, A.M. (1993). *Burnout*. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2nd ed.), pp 386-403. New York: Free Press
- Reid, Y., Johnson, S., Morant, N., Kuipers, E., Szmukler, G. & Bebbington, P. (1999). Improving support for mental health staff: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(6), pp 309-315.
- Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation*. Stanford: Stanford University Press.
- Schaubroek, J. & Merritt, D.E. (1997). Divergent effects of job control on coping with work stressors: The key role of self-efficacy. *Academy of Management Journal*, 40, pp 738-754.

- Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T. (Eds.) (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. & Enzman, D. (1998). *The burnout companion to study & practice; a critical analysis*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Scott, R.C. (2001). Communication, social support and burnout: A brief Literature Review. *Micro Organizational Communication Theory and Research*.
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In Quick, J. C. (Ed) & Tetrick, L. E. (Ed), *Handbook of occupational health psychology*, pp. 245-264. Washington: American Psychological Association.
- Spielberger C.D. (1983). *Manual for the State – Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.
- Tyler, P. & Cushway, D. (1995). Stress in nurses: the effects of coping and social support. *Stress Medicine*, 11(4), pp 243-251.
- Van der Arend, A.J.G. & Remmers-van den Hurk, C.H.M. (1999). Moral problems among Dutch nurses: a survey. *Nursing Ethics*, 6(6), pp 468-482.
- Warr P. (1990). Decision attitude, job demands, and employee well-being. *Work and Stress*, 4 (4): pp 285-294
- Weinberg, A. & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, 355(9203), pp 533-537.
- Weisman, C.S. & Nathanson, C.A. (1985). Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis. *Medical Care*, 23(10), pp 1179-1192.

8.1 Ελληνόφωνη Βιβλιογραφία

- Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1995). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Δημητριάδου, Α. (2008). *Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του*. Διδακτορική Διατριβή. Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.
- Δημητριάδου-Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ε., Τσαλογλίδου, Α., Καυκιά, Θ., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2009). Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8 (3), σελ. 222-239.
- Ευστράτιος Παπάνης, (2007) Από το διαδίκτυο 20 Δεκεμβρίου, 2009. http://eparanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_9672.html
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (Ι.Κ.Π.Ι) (2009). Από το διαδίκτυο 30 Σεπτεμβρίου, 2009. <http://www.mednet.gr/agogi/top.htm>
- Καλπάκογλου, Θ. (1998). *Άγχος και πανικός. Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Έκδοση 3^η.
- Κάντας, Α. 1995. *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία (Τόμ. Α' & Γ')*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάντας, Α. (1996). Το σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3 (2), σελ. 71-85.
- Κάπελα, Μ., Μινέτου, Ε., Ζυγά, Σ. (2002). Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτών από την εργασία τους. *Νοσηλευτική*, 2, σελ. 191-196.
- Κοτρώτσιου, Ε. (1998). Το επαγγελματικό προφίλ του σύγχρονου Έλληνα Νοσηλευτή. Πρακτικά 25^{ου} Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ηράκλειο Κρήτης.
- Λαμπριανίδου, Α. (2004). *Επαγγελματική εξουθένωση, Πανεπιστημιακές σημειώσεις*. Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

- Λύκουρας, Λ. (2002). Αγχολυτικά Φάρμακα. Στο Γ.Ν.Χριστοδούλου και συν, *Ψυχιατρική*, Τόμος 2^{ος}, σελ. 735-741. Αθήνα: εκδ. Βήτα.
- Μακρίδης, Μ. & Βαλσαματζής, Γ. (2002). *Ψυχανάλυση και οι ψυχαναλυτικές έμπνευσης ψυχοθεραπείες*. Στο Γ.Ν.Χριστοδούλου και συν, *Ψυχιατρική*, Τόμος 2^{ος}, σελ. 768-776. Αθήνα: εκδ. Βήτα.
- Σχορετσανίτη Η, Τούντας Γ. Πρόγραμμα τροποποίησης της καπνιστικής συμπεριφοράς σε ομάδα ασθενών Εξωτερικού Ιατρείου Υπέρτασης με χρήση της συνέντευξης παρώθησης και του διαθεωρητικού μοντέλου σταδίων της αλλαγής, *8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας*, Ερέτρια, 28-30 Σεπτεμβρίου 2006
- Τούντας, Γ. (2001). *Κοινωνία και Υγεία*. Νέα Υγεία 2^η έκδοση. *Τι είναι υγεία;*, σελ. 24.
- Τούντας, Γ. (2001). *Κοινωνία και Υγεία*. Νέα Υγεία 2^η έκδοση. *Σύγχρονες προσεγγίσεις*, σελ. 38-9.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2002). *Ψυχοσωματικές διαταραχές*. Στο Στο Γ.Ν.Χριστοδούλου και συν, *Ψυχιατρική*, Τόμος 2^{ος}, σελ. 412-415. Αθήνα: εκδ. Βήτα.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Γραμματεία:
Νέο Κτίριο Ιατρικής, Πτέρυγα 2, 4^{ος} Όροφος,
Περιοχή Βιόπολις, Λάρισα

Τηλ. 2410685710
Fax. 2410685554

Επιβλέπουσα: Γκούβα Μαίρη, ψυχολόγος, Ψυχοσωματικής & Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Επικ. Καθηγήτρια, ΤΕΙ Ηπείρου

Μελέτη της Σχέσης Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους, Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ικανοποίησης από την Εργασία σε Φροντιστές Υγείας – Νοσηλευτές Παθολογικών Κλινικών

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η ανωτέρω μελέτη αφορά στην διερεύνηση του άγχους και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές, και στην ικανοποίηση που αυτοί λαμβάνουν από την εργασία τους στο χώρο υγείας.

Η μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο του ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Για να καταστεί δυνατή η υλοποίηση της παρούσας μελέτης είναι απαραίτητη η μέτρηση των αντιλαμβανόμενων επιπέδων άγχους των νοσηλευτών, η μέτρηση των παραμέτρων σχετικών με την επαγγελματική εξουθένωση καθώς και η αξιολόγηση στοιχείων σχετικών με την ικανοποίηση από την εργασία.

Η συμμετοχή και η υποστήριξη σας στην συγκεκριμένη μελέτη είναι εξαιρετικά σημαντική.

Τα στοιχεία και οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων είναι αυστηρά ανώνυμα και εμπιστευτικά και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο από την συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα και για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

Σας ευχαριστώ για την βοήθεια και συμμετοχή σας
Κουράκος Μιχάλης, Νοσηλευτής - Μεταπτυχιακός φοιτητής

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../2009

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η ΑΕΙ _____
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η ΤΕΙ _____
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η ΔΕ _____

2. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΜΑΣΤΕΡ _____
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ _____

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η _____
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____
ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____
ΧΗΡΟΣ/Α _____

5. ΠΑΙΔΙΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ _____

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΔΗΜΟΣΙΟΣ/Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ _____
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ _____

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ

ΠΟΙΑ ΘΕΣΗ ΚΑΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ (π.χ. προϊστάμενος, υπεύθυνος Α, υπεύθυνος Β, νοσηλευτής, β. νοσηλευτής, πρακτική άσκηση κ.α.);

.....

7. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ; 0-5 _____
5-10 _____
10-15 _____
15-20 _____
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 20 _____

8. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ; 0-5 _____
5-10 _____
10-15 _____
15-20 _____
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 20 _____

9. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ

Α) ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ: ΚΑΘΟΛΟΥ _____
ΛΙΓΟ _____
ΜΕΤΡΙΑ _____
ΠΟΛΥ _____
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ _____

Β) ΤΗ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ: ΚΑΘΟΛΟΥ _____
ΛΙΓΟ _____
ΜΕΤΡΙΑ _____
ΠΟΛΥ _____
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ _____

10. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΕ

Α) ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ: ΚΑΘΟΛΟΥ _____
ΛΙΓΟ _____
ΜΕΤΡΙΑ _____
ΠΟΛΥ _____
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ _____

Β) ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ: ΚΑΘΟΛΟΥ _____
ΛΙΓΟ _____
ΜΕΤΡΙΑ _____
ΠΟΛΥ _____
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ _____

11. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΑΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;

ΚΑΘΟΛΟΥ _____
ΛΙΓΟ _____
ΜΕΤΡΙΑ _____
ΠΟΛΥ _____
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ _____

12. ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;

Α) ΦΥΛΟ _____

Β) ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ _____

Γ) ΗΛΙΚΙΑ _____

Δ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ _____

Ε) ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Προτάσεις Αξιολόγησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory – MBI)

Οι 22 προτάσεις που ακολουθούν αναφέρονται στα **αισθήματά** σας σχετικά με τη δουλειά σας. Σημειώστε δίπλα σε κάθε πρόταση τον **αριθμό** που εκφράζει καλύτερα το **πόσο συχνά** νοιώθετε το συναίσθημα της κάθε πρότασης.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Αισθάνομαι κατάθλιψη στη δουλειά μου -----0 (ΠΟΤΕ)-----

?

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ:

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ						ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ
1.	Νιώθω συναισθηματικά άδειος / α από τη δουλειά μου.					
2.	Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.					
3.	Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.					
4.	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).					
5.	Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα					
6.	Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους.					
7.	Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).					
8.	Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.					
9.	Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων.					
10.	Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.					
11.	Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα.					
12.	Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα.					
13.	Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.					
14.	Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.					
15.	Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.					
16.	Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω					

	υπερβολική ένταση (στρες).	
17.	Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
18.	Νιώθω αναζωογονημένος / η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
19.	Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή.	
20.	Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.	
21.	Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου.	
22.	Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.	

Εργαλείο Μέτρησης των Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους

Διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω ερωτήσεις και τσεκάρετε πόσο συχνά αισθάνεστε ή βιώνετε καταστάσεις που περιγράφονται στις ερωτήσεις 1-30.

Για να είναι έγκυρες οι απαντήσεις σας συμπληρώστε το παρακάτω ερωτηματολόγιο **όχι σε στιγμές έντασης και θυμού**.

ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ				
	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνήθως
1.	Αισθάνεστε ξεκούραστοι (γενικά)			
2.	Αισθάνεστε ότι απαιτούνται πολλά από εσάς			
3.	Είστε ευερέθιστοι ή κακόκεφοι			
4.	Έχετε να κάνετε πάρα πολλά πράγματα			
5.	Αισθάνεστε μόνοι ή απομονωμένοι			
6.	Βρίσκεστε σε καταστάσεις σύγκρουσης			
7.	Αισθάνεστε ότι κάνετε πράγματα που πραγματικά σας αρέσουν			
8.	Αισθάνεστε κουρασμένοι			
9.	Φοβάστε ότι πιθανόν να μην μπορέσετε να επιτύχετε τους στόχους σας			
10.	Αισθάνεστε ήρεμοι			
11.	Έχετε να πάρετε πολλές αποφάσεις			
12.	Είστε συγχυσμένοι (αναστατωμένοι)			
13.	Είστε γεμάτοι ενέργεια			
14.	Αισθάνεστε ένταση			
15.	Τα προβλήματα σας μοιάζουν να συσσωρεύονται			
16.	Αισθάνεστε να βιάζεστε			
17.	Αισθάνεστε ασφαλείς και προστατευμένοι			
18.	Έχετε πολλές ανησυχίες			
19.	Οι άλλοι σας πιέζουν			
20.	Αισθάνεστε αποθαρρυμένοι			
21.	Διασκεδάζετε			
22.	Φοβάστε για το μέλλον			
23.	Αισθάνεστε ότι κάνετε πράγματα επειδή πρέπει και όχι επειδή το θέλετε			
24.	Αισθάνεστε ότι σας κριτικάρουν ή ότι σας κρίνουν			
25.	Είστε ξέγνοιαστοι			
26.	Αισθάνεστε πνευματικά εξουθενωμένοι			
27.	Σας είναι δύσκολο να χαλαρώσετε			
28.	Αισθάνεστε ότι σας βαραίνουν οι ευθύνες			
29.	Έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας			
30.	Αισθάνεστε ότι σας πιέζουν οι προθεσμίες			

Εργαλείο μέτρησης – αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία : Job – Communication Satisfaction Importance (JCSI)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Οι ερωτήσεις που θα συναντήσετε στη συνέχεια αφορούν την ικανοποίηση που αντλούμε και τη σπουδαιότητα που αποδίδουμε σε διάφορους τομείς της εργασίας μας. Κάτω από κάθε πρόταση υπάρχει μια βαθμολογία από το -3 έως το +3.

Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη δουλειά σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
2. Πόσο σημαντική είναι για εσάς η ικανοποίηση που αντλείτε από τη δουλειά σας;									
Καθόλου σημαντική	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντική	
3. Πόσο επιτυχημένος/η νομίζετε ότι είστε στη δουλειά σας;									
Καθόλου επιτυχημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως επιτυχημένος/η	

Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στο βαθμό τόσο της **ικανοποίησης** που νιώθετε όσο και της **σπουδαιότητας** που αποδίδετε στο θέμα που περιγράφει κάθε ερώτηση.

4. Πώς νιώθετε σε σχέση με την ενημέρωση που λαμβάνετε από το διευθυντή σας (ή τον τομεάρχη για τους νοσηλευτές) για ό,τι συμβαίνει στο χώρο εργασίας σας γενικά;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
5. Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τους στόχους και τα σχέδια της κλινικής, όπου εργάζεστε;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
6. Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τα επιτεύγματα του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
7. Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για την πολιτική που ακολουθεί η διοίκηση του νοσοκομείου και αφορά την ομάδα σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
8. Πώς νιώθετε σε σχέση με τους 'τυπικούς' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. λογοδοσία, γραπτή πληροφόρηση, επίσκεψη, κλπ.) μεταξύ του προσωπικού;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
9. Πώς νιώθετε σε σχέση με το νόημα που δίνεται στην 'επιτυχία' στο χώρο εργασίας σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
10. Πώς νιώθετε σε σχέση με τις προκλήσεις που προσφέρει η δουλειά σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	

11. Πώς νιώθετε σε σχέση με το πόσο πολύ σας αρέσει η δουλειά σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
12. Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που χρησιμοποιείτε τις ικανότητές σας στο χώρο εργασίας σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
13. Πώς νιώθετε σε σχέση με την εκπαίδευση και την εμπειρία που σας παρέχει η δουλειά σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
14. Πώς νιώθετε για τις σχέσεις με τους συναδέλφους στην κλινική, όπου εργάζεστε;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
15. Πώς νιώθετε σε σχέση με τη βοήθεια που προσφέρεται στη δουλειά από τους συναδέλφους σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
16. Πώς νιώθετε σε σχέση με τη φιλικότητα των συναδέλφων σας στη δουλειά;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
17. Πώς νιώθετε για την αξία του να σχετίζεστε με τους συναδέλφους σας και με την υπηρεσία γενικά;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
18. Πώς νιώθετε για τους 'άτυπους' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. προφορικές οδηγίες) μεταξύ του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
19. Πώς νιώθετε για τη σχέση σας με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά (τον προϊστάμενο για τους νοσηλευτές);									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
20. Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχετε με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά (τον προϊστάμενο για τους νοσηλευτές);									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
21. Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχει ο άμεσα ανώτερός σας μαζί σας στη δουλειά (ο προϊστάμενος για τους νοσηλευτές);									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
22. Πώς νιώθετε σε σχέση με την αναγνώριση της δουλειά σας από τον άμεσα ανώτερό σας (τον προϊστάμενο για τους νοσηλευτές);									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
23. Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που ο άμεσα ανώτερός σας (ο προϊστάμενος για τους νοσηλευτές) δείχνει να σας ακούει και να σας καταλαβαίνει;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
24. Πώς νιώθετε για τον τρόπο που ο άμεσα ανώτερός σας (ο προϊστάμενος για τους νοσηλευτές) σας δίνει οδηγίες και σας κατευθύνει στη δουλειά σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	

25. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με το διευθυντή της υπηρεσίας (δηλ. ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής, κλπ.), όπου εργάζεστε;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
26. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ των κλινικών ή και των τμημάτων του νοσοκομείου, όπου εργάζεστε;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
27. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων (π.χ. ιατροί, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.α.);									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
28. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	

Παρακαλούμε, απαντήσετε στις ερωτήσεις που ακολουθούν, βάζοντας σε κύκλο **μια ή περισσότερες** από τις απαντήσεις που δίνονται.

29. Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση;

- | | |
|------------------------------------|--|
| A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό |
| B) Η θέση που κατέχω | E) Ο μισθός μου |
| Γ) Το κύρος της δουλειάς μου | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας |
| Z) Άλλο: | |
-

30. Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας δυσαρεστούν περισσότερο;

- | | |
|------------------------------------|--|
| A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό |
| B) Η θέση που κατέχω | E) Ο μισθός μου |
| Γ) Το κύρος της δουλειάς μου | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας |
| Z) Άλλο: | |
-

31. Ποια νομίζετε ότι είναι η πιο σημαντική πλευρά της δουλειάς σας;

- | | |
|-------------------------------|--|
| A) Η ίαση των ασθενών | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό |
| B) Το 'ευχαριστώ' των ασθενών | E) Ο μισθός μου |
| Γ) Το κύρος της δουλειάς μου | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας |
| Z) Άλλο: | |
-

32. Ποια αλλαγή στη δουλειά σας νομίζετε ότι θα σας έκανε να νιώθετε μεγαλύτερη ικανοποίηση;

- | | |
|--|--------------------------|
| A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου | E) Ο μισθός μου |
| B) Η θέση που κατέχω | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας |
| Γ) Η κλινική, όπου εργάζομαι | Z) Ο προϊστάμενός μου |
| Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό | |
| H) Άλλο: | |
-

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ