



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«Μελέτη της Σχέσης Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους,  
Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ικανοποίησης από την  
Εργασία σε Νοσηλευτές Στρατιωτικών Νοσοκομείων»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

**Μαλέτσικα Ελευθερία, Νοσηλεύτρια**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

**ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ**

**Λάρισα, Σεπτέμβριος 2010**



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



## ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«Μελέτη της Σχέσης Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους, Επαγγελματικής  
Εξουθένωσης και Ικανοποίησης από την Εργασία σε Νοσηλευτές Στρατιωτικών  
Νοσοκομείων»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

**Μαλέτσικα Ελευθερία, Νοσηλεύτρια**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι Ηπείρου

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ

Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Λάρισας

ΘΕΟΔΟΣΗΣ ΠΑΡΑΛΙΚΑΣ

Καθηγητής Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι Λάρισας

Λάρισα, Σεπτέμβριος 2010

## Πίνακας περιεχομένων

### 1. Γενικό Μέρος.....4

1.1. Το άγχος.....	4
1.1.1. Γενικά για το άγχος - Ορισμός.....	4
1.1.2. Φυσιολογία του στρες.....	6
1.1.3. Τέσσερις προσεγγίσεις στη μελέτη του στρες.....	9
1.1.4. Εργασιακό άγχος.....	14
1.2. Η συναισθηματική εξουθένωση.....	20
1.2.1. Γενικά για τη συναισθηματική εξουθένωση- Ορισμός.....	20
1.2.2. Τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	21
1.2.3. Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	23
1.2.4. Το μοντέλο της Maslach.....	24
1.3. Ικανοποίηση από την εργασία.....	26
1.3.1. Γενικά για την ικανοποίηση από την εργασία - Ορισμός.....	26
1.3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία.....	27
1.3.3. Τα επακόλουθα της ικανοποίησης από την εργασία.....	30
1.4. Η περίπτωση της νοσηλευτικής.....	33
1.4.1. Πηγές άγχους στους νοσηλευτές.....	33
1.4.2. Συναισθηματική εξουθένωση στα επαγγέλματα υγείας.....	34
1.4.3. Άγχος, επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία.....	35
1.4.4. Αλληλεπίδραση δουλειάς και οικογένειας.....	35

### 2. Ειδικό μέρος .....40

2.1. Στόχος.....	40
2.2. Μέθοδος.....	41
2.2.1. Πληθυσμός-στόχος.....	41
2.2.2. Διαδικασία.....	41
2.2.3. Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία.....	42
2.2.4. Στοιχεία Δεοντολογίας.....	45
2.2.5. Στατιστική Επεξεργασία.....	46
2.3. Αποτελέσματα.....	48

2.3.1. Περιγραφή δείγματος.....	48
2.3.2. Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	54
2.3.1. Αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους.....	58
2.3.1. Αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία.....	60
2.3.1. Αξιολόγηση οικογενειακού περιβάλλοντος.....	76
2.4. Συζήτηση.....	79
<b>3. Βιβλιογραφία.....</b>	<b>84</b>
<b>Περίληψη.....</b>	<b>88</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>89</b>

## 1. Γενικό Μέρος

### 1.1. Το άγχος

#### 1.1.1. Γενικά για το άγχος - Ορισμός

Η λέξη άγχος και η σχεδόν συνώνυμή της, το στρες (stress), έχουν κατακτήσει μια σταθερή θέση στο σύγχρονο λεξιλόγιο. Τις χρησιμοποιούν διάφοροι άνθρωποι, σε διάφορες κουλτούρες, κοινωνικές τάξεις και επαγγέλματα. Οι άνθρωποι εκφράζουν πολλά και συχνά διαφορετικά συναισθήματα με τον όρο άγχος/στρες, όπως π.χ. στις φράσεις "έχω άγχος/στρες", "είμαι αγχωμένος/στρεσαρισμένος", "η δουλειά μου είναι πολύ αγχωτική/στρεσογόνος".

Το άγχος είναι μια περίπλοκη διαδικασία στην οποία ένα άτομο ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, που λέγονται στρεσοπαράγοντες, οι οποίοι απειλούν το άτομο. Οι στρεσοπαράγοντες είναι περιβαλλοντικές απαιτήσεις ή καταστάσεις που προκαλούν αυτό το πρότυπο αντίδρασης από τον οργανισμό. Οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να είναι σωματικές, συμπεριφορικές, γνωσιακές, συναισθηματικές ή ένας συνδυασμός τους. Οι στρεσοπαράγοντες μπορεί να είναι γεγονότα της ζωής του ανθρώπου (π.χ. ο θάνατος ενός συντρόφου, το διαζύγιο) ή μικρά γεγονότα της καθημερινής ζωής (π.χ. το πρωινό ξύπνημα) (Rout & Rout, 2002).

Η λέξη «άγχος» προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα «άγχω» που σημαίνει «σφίγγω το λαιμό». Το Μείζον Ελληνικό Λεξικό των Τεγόπουλου-Φυτράκη (Μανδαλά, 2007) ορίζει το άγχος ως:

*αγωνία, παθολογική ψυχική κατάσταση που κλιμακώνεται από την έντονη δυσφορία ως τον πανικό, και της οποίας προηγούνται συνθήκες πραγματικής ή συμβολικής απειλής*

ενώ το Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας (Μπαμπινιώτης, 2005) το περιγράφει ως:

*συγκινησιακή κατάσταση (φόβου, αγωνίας, ανασφάλειας κλπ) είτε παροδική και χαμηλής έντασης (οπότε θεωρείται φυσιολογική) είτε επίμονη και μεγάλης έντασης (οπότε θεωρείται παθολογική, λ.χ. ως σύμπτωμα αγχώδους νευρώσεως), η οποία προκύπτει ως εναγώνια αναμονή επικείμενου κακού ή κινδύνου ή δυσάρεστης γενικά κατάστασης και έχει ιδιαίτερες εκδηλώσεις στο σώμα και στη συμπεριφορά (λ.χ. μεταβολές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα ή μεγάλη νευρικότητα)*

Αντίστοιχα, η λέξη στρες, που προκύπτει από τη Λατινική λέξη *stringere* (που σημαίνει τραβά δυνατά), ενώ ξεκίνησε να σημαίνει την πίεση, τη δύναμη, την έντονη προσπάθεια, τελικά κατέληξε να αναφέρεται στην απόκριση ενός ανθρώπου, όταν αντιμετωπίζει μια επικίνδυνη ή απειλητική κατάσταση. Από νευροφυσιολογικής άποψης το στρες είναι το σύνολο των αλλαγών που συμβαίνουν στον οργανισμό, όταν απειλείται ή κινδυνεύει από κάποιο ερέθισμα ή κατάσταση, όπου τα ερεθίσματα αυτά μπορεί να είναι φυσικά, ψυχικά ή συναισθηματικά, πραγματικά ή φανταστικά και προέρχονται είτε από το εξωτερικό είτε από το εσωτερικό περιβάλλον του ατόμου (Χρησιτίδης, 2001). Αν και ο όρος "στρες" είναι μάλλον γενικότερος του όρου "άγχος", αφού το τελευταίο αφορά μόνο την συναισθηματική απόκριση, στη συνέχεια θα αναφερόμαστε σε αυτούς ως συνώνυμους.

Παρότι το άγχος γίνεται αντιληπτό μάλλον ως δυσάρεστο συμβάν, στην πραγματικότητα είναι μια πολύ χρήσιμη αντίδραση του οργανισμού. Από λειτουργικής άποψης, το άγχος αποτελεί μηχανισμό προετοιμασίας και προστασίας (ασφάλειας και ετοιμότητας) του οργανισμού για καταστάσεις κινδύνου, όπου κινητοποιούνται όλα τα σωματικά συστήματα του οργανισμού, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αντιμετώπιση της απειλής και κατ' επέκταση η επιβίωση του οργανισμού (Guyton, 1998).

Στρεσοπαράγοντας καλείται οποιοδήποτε ερέθισμα ή κατάσταση που εκλύει την αντίδραση του στρες στον ανθρώπινο οργανισμό. Οι στρεσοπαράγοντες ταξινομούνται γενικά σε 3 κατηγορίες (Χρησιτίδης, 2001):

1. Αισθητηριακοί παράγοντες, που αφορούν ένα ξαφνικό ερέθισμα από το περιβάλλον (π.χ. ξαφνικός κρότος) και αποσβένονται εύκολα.
2. Σωματικοί παράγοντες, που σχετίζονται με τη φυσική ακεραιότητα, π.χ. τραύμα, εγχείρηση, σωματική ασθένεια.
3. Γνωσιακοί παράγοντες, που αναφέρονται σε κινδύνους και απειλές του «Γνωσιακού μηχανισμού» και του «Εγώ».
  - Σχετίζονται με οποιαδήποτε «παγίδα» κατασκευάζει ο γνωσιακός μηχανισμός και προκαλεί απόκλιση μεταξύ του πραγματικού και φανταστικού εαυτού.
  - Έχουν έντονη υποκειμενική διάσταση.

Ως προς τη διάρκεια και τον τρόπο δράσης τους οι στρεσοπαράγοντες μπορούν να είναι (Hubbard & Workman, 1998):

- οξείς, χρονικά περιορισμένοι,
- ακολουθίες από στρεσογόνα ερεθίσματα,
- χρόνιοι διαλείποντες στρεσοπαράγοντες ή
- χρόνιες στρεσογόνες συνθήκες.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί η ποικιλομορφία της αντίδρασης του άγχους των διαφόρων ανθρώπων στους διάφορους παράγοντες. Έτσι, ορισμένοι στρεσοπαράγοντες είναι δυνατόν να μην ενοχλήσουν καθόλου κάποια άτομα, ενώ ακόμα και ανάμεσα στα άτομα που θα ενοχληθούν, ο βαθμός της ενόχλησης μπορεί να διαφέρει και το άγχος τους θα εκφραστεί με διαφορετική ένταση και μορφή.

### *1.1.2. Φυσιολογία του στρες*

Εκτός κι όταν υπάρχουν ειδικές συνθήκες, το σώμα γενικώς προσπαθεί να διατηρήσει μια σταθερή κατάσταση. Όταν ένας στρεσοπαράγοντας αλλάξει τον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού, το σώμα φαίνεται να ενεργοποιεί αντισταθμιστικές διαδικασίες που αντιστέκονται στην αλλαγή. Αυτή η

λειτουργία του οργανισμού ονομάζεται "ομοιόσταση" από τις αρχαιοελληνικές λέξεις "ὅμοιος" και "στάσις". Η διαταραχή της σταθερής κατάστασης του οργανισμού μπορεί να συμβεί είτε στο βιολογικό είτε και στο συναισθηματικό επίπεδο, οι δε αντιδράσεις που προκαλούνται από τη διαταραχή της ομοιόστασης έχουν δύο μορφές.

- Το σώμα προσπαθεί να συνυπάρξει ειρηνικά με το ενοχλητικό ερέθισμα (αυτή η συνύπαρξη λέγεται "συντοξική αντίδραση").
- Το σώμα προσπαθεί επιθετικά να αντιμετωπίσει την ενοχλητική επίδραση (λέγεται "κατατοξική αντίδραση").

Παρότι αυτοί οι όροι γενικά χρησιμοποιούνται για βιολογικούς στρεσοπαράγοντες, όπως π.χ. οι μικροοργανισμοί, η χρήση τους και σε συναισθηματικούς στρεσοπαράγοντες είναι κατάλληλη (Rout & Rout, 2002).

Τα κύρια οργανικά συστήματα που ρυθμίζουν την αντίδραση του οργανισμού στη διαταραχή της ομοιόστασής του (αντίδραση στρες) είναι το νευρικό και το ενδοκρινικό σύστημα. Το νευρικό σύστημα, και πιο συγκεκριμένα η συμπαθητική μοίρα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ενεργοποιείται με την αντίληψη του στρεσογόνου ερεθίσματος και προκαλεί μια σειρά από αλλαγές στο σώμα (Χρησιτίδης, 2001, Guyton, 1998):

- Αναπνευστική λειτουργία: αύξηση του αναπνευστικού ρυθμού, βρογχοδιαστολή και κατά συνέπεια αύξηση του κατά λεπτόν αναπνεόμενου αέρα (ΚΛΑΑ). Όλες αυτές οι αλλαγές έχουν ως συνέπεια την αύξηση του προσφερόμενου οξυγόνου από τον αέρα προς την κυκλοφορία.
- Καρδιακή λειτουργία: αύξηση της έντασης σύσπασης του καρδιακού μυός, και κατά συνέπεια του όγκου παλμού της καρδιάς, αύξηση του κατά λεπτόν όγκου αίματος (ΚΛΟΑ) της καρδιάς, αύξηση της συχνότητας της καρδιακής λειτουργίας, αύξηση της ταχύτητας αγωγής του ερεθίσματος στην καρδιά. Όλες αυτές οι αλλαγές έχουν ως συνέπεια την αύξηση του κυκλοφορούντος οξυγόνου και άρα της



προσφοράς του οξυγόνου από την κυκλοφορία στα όργανα και τους ιστούς που το χρειάζονται.

- Αγγειακή λειτουργία: αγγειοσύσπαση (μείωση της διαμέτρου των αγγείων) στο δέρμα και στα μη σημαντικά σπλάγχνα, αύξηση της πίεσης του αίματος. Αυτές οι αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του αίματος από περιοχές όπου δεν είναι επείγον προς όργανα (μύες, καρδιά) που χρειάζονται επείγοντως μεγαλύτερη παροχή οξυγόνου.
- Μεταβολική λειτουργία: έκκριση κορτιζόλης και ενεργοποίηση του γλουκογεννητικού μηχανισμού με στόχο την παροχή ουσιών προς καύση στους ιστούς του σώματος.
- Παρασυμπαθητική λειτουργία: καταστολή της λειτουργίας του παρασυμπαθητικού αυτόνομου νευρικού συστήματος και των λειτουργιών που αυτό ρυθμίζει (πέψη, ανοσία, αναπαραγωγή). Αυτή η αλλαγή έχει ως στόχο την εξοικονόμηση ενέργειας από μη επείγουσες λειτουργίες, ώστε να τροφοδοτηθεί η πιο επείγουσα αντίδραση του οργανισμού στο στρεσογόνο ερέθισμα.
- Άλλες λειτουργίες: Γενική αύξηση του μυϊκού τόνου, ώστε το μυϊκό σύστημα να είναι έτοιμο για δράση. Ανόρθωση των τριχών, ώστε να φαίνεται αύξηση του όγκου του σώματος και να τρομοκρατηθεί ο εχθρός. Εφίδρωση, για ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και γλίστρημα από τα χέρια του εχθρού. Μυδρίαση (διαστολή της κόρης) για εντονότερη αντίληψη του περιβάλλοντος. Απελευθέρωση ενδορφινών για την αντιμετώπιση του (πιθανού) πόνου.

Όπως είναι φανερό, όλα τα παραπάνω στοιχεία της αντίδρασης του οργανισμού στο στρες είναι χρήσιμα στην αντιμετώπιση βιολογικών ή/και εξωτερικών κινδύνων και τον προετοιμάζουν για τη λεγόμενη «φυγή ή πάλη» (fight or flight) από έναν εξωτερικό απειλητικό παράγοντα (π.χ. ένα άγριο ζώο). Εντούτοις, στην σημερινή εποχή οι στρεσοπαράγοντες δεν είναι ερεθίσματα ή πληροφορίες άμεσα απειλητικές για τη ζωή μας και οι κίνδυνοι έχουν πάψει να είναι φυσικοί ή σωματικοί και είναι πλέον γνωστικοί. Όμως ο

οργανισμός γνωρίζει μόνο έναν τρόπο αντίδρασης στους στρεσοπαράγοντες (την πιο πάνω περιγραφείσα αντίδραση του στρες) με αποτέλεσμα να προκαλείται μια παρατεταμένη συμπαθητική διέγερση χωρίς εκτόνωση, πιθανή αιτία πολλών προβλημάτων υγείας (Χρησιτίδης, 2001).

### *1.1.3. Τέσσερις προσεγγίσεις στη μελέτη του στρες*

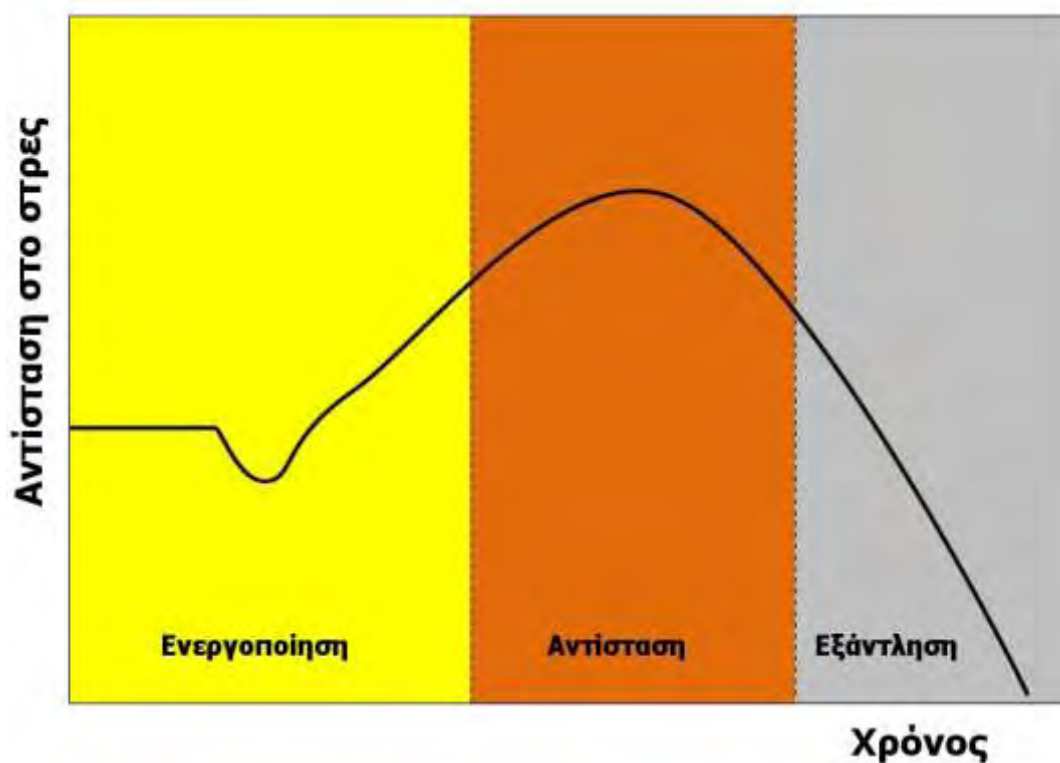
Έχουν προταθεί πολλά μοντέλα, που περιγράφουν την επίδραση των στρεσοπαράγοντων στον άνθρωπο (Falsetti & Ballenger, 1998). Στη συνέχεια θα περιγραφούν τα τέσσερα πιο βασικά από αυτά.

Το **Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής** είναι ένα μοντέλο που βλέπει το στρες ως απόκριση του οργανισμού σε ένα ενοχλητικό ερέθισμα (Response-based model). Ξεκίνησε από τον κλάδο της ιατρικής και βλέπει το άγχος από τη βιολογική του πλευρά. Το μοντέλο αναπτύχθηκε από τον Hans Selye και περιλαμβάνει τρία στάδια (Χρησιτίδης, 2001):

- Το στάδιο ενεργοποίησης. Στο στάδιο αυτό το σώμα προετοιμάζεται για άμεση δράση, δηλαδή οι μηχανισμοί άμυνας του οργανισμού ενεργοποιούνται με κυριότερη τη συμπαθητική διέγερση, που περιγράφηκε πιο πάνω. Περιγράφει το ξάφνιασμα, την πρώτη επαφή με το στρεσοπαράγοντα και το συναίσθημα που δημιουργείται.
- Το στάδιο της αντίστασης. Ο οργανισμός συνεχίζει να αντιστέκεται στην απειλή. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού, η πλήρης προσαρμογή του οργανισμού μπορεί να οδηγήσει σε μια επιτυχή επιστροφή στην ισορροπία. Αυτό το στάδιο περιγράφει την κόπωση του οργανισμού και σε επίπεδο βιολογίας και σε επίπεδο συναισθήματος, καθώς και αυτό που νιώθουμε σαν άγχος.
- Το στάδιο της εξάντλησης. Εάν ο στρεσογόνος παράγοντας είναι ασυνήθιστα δυνατός (σε ένταση και σε διάρκεια), ο οργανισμός εξαντλεί τα αποθέματα ενέργειάς του, επειδή η ενέργεια προσαρμογής του σώματος είναι πεπερασμένη. Η αντίσταση καταλύεται και οι

προσαρμοστικοί μηχανισμοί καταρρέουν ή μπορεί να προκληθεί θάνατος.

Στο Σχήμα 1 φαίνεται μια διαγραμματική παρουσίαση του συνδρόμου γενικής προσαρμογής. Δεν είναι απαραίτητο να εμφανιστούν και τα τρία στάδια. Μόνο το σοβαρό στρες μπορεί να οδηγήσει στο στάδιο της εξάντλησης και στο θάνατο. Τις περισσότερες φορές ο στρεσογόνος παράγοντας ενεργοποιεί τον οργανισμό ο οποίος τον αντιμετωπίζει επιτυχώς (Rout & Rout, 2002).

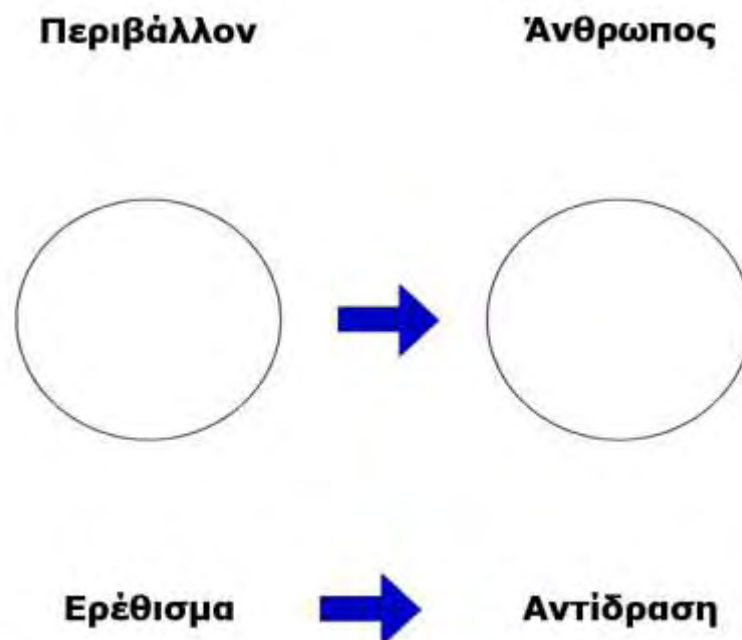


**Σχήμα 1.** Διαγραμματική αναπαράσταση του Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome) κατά Selye.

Λόγω της δραματικής αποδοχής του Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής, οι ερευνητές εστίασαν περισσότερο στους βιολογικούς μηχανισμούς που υπόκεινται στην αντίδραση του στρες. Με βάση τις πιο πρόσφατες θεωρίες, τα σήματα διαταραχής της ομοιόστασης από τα διάφορα οργανικά συστήματα καταλήγουν στον υποθάλαμο. Εκεί εκκρίνεται ο εκλυτικός παράγοντας της κορτικοτροπίνης (CRF) που με τη σειρά του δίνει το σήμα στην υπόφυση να

παράγει την φλοιοεπινεφριδιοτρόπο ορμόνη ή κορτικοτροπίνη (ACTH). Η ορμόνη αυτή ενεργοποιεί στην φλοιώδη μοίρα των επινεφριδίων την έκκριση κορτιζόλης και άλλων κορτικοστεροειδών. Οι ορμόνες αυτές και άλλες ορμόνες που σχετίζονται με το στρες προκαλούν τον καταρράκτη των βιοχημικών γεγονότων που τροποποιούν τη φυσιολογία του σώματος κατά το στρες (Hubbard & Workman, 1988).

Το **μοντέλο που βλέπει το στρες ως ερέθισμα** (Stimulus Based Model) περιγράφει το στρες ως χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος (Σχήμα 2). Έχει τις ρίζες του στη φυσική και πιο συγκεκριμένα στη μηχανική. Όταν ένα βάρος τοποθετηθεί πάνω σε ένα μέταλλο, προκαλεί παραμόρφωση λόγω της εσωτερικής τάσης του μετάλλου. Όταν το βάρος απομακρυνθεί, το μέταλλο θα επιστρέψει τελικά στην αρχική του κατάσταση, εφόσον η παραμόρφωση δεν ξεπέρασε το "ελαστικό όριο" του μετάλλου. Εάν η πίεση ήταν μεγαλύτερη από αυτό το όριο, τότε επέρχεται μόνιμη βλάβη. Επομένως, το στρες μπορεί να γίνει ανεκτό από κάποιο άτομο μέχρι ενός ορίου, πέραν του οποίου προκαλείται μόνιμη βλάβη (Rout & Rout, 2002).



**Σχήμα 2.** Διαγραμματική αναπαράσταση του μοντέλου που βλέπει το στρες ως ερέθισμα (Stimulus Based Model).

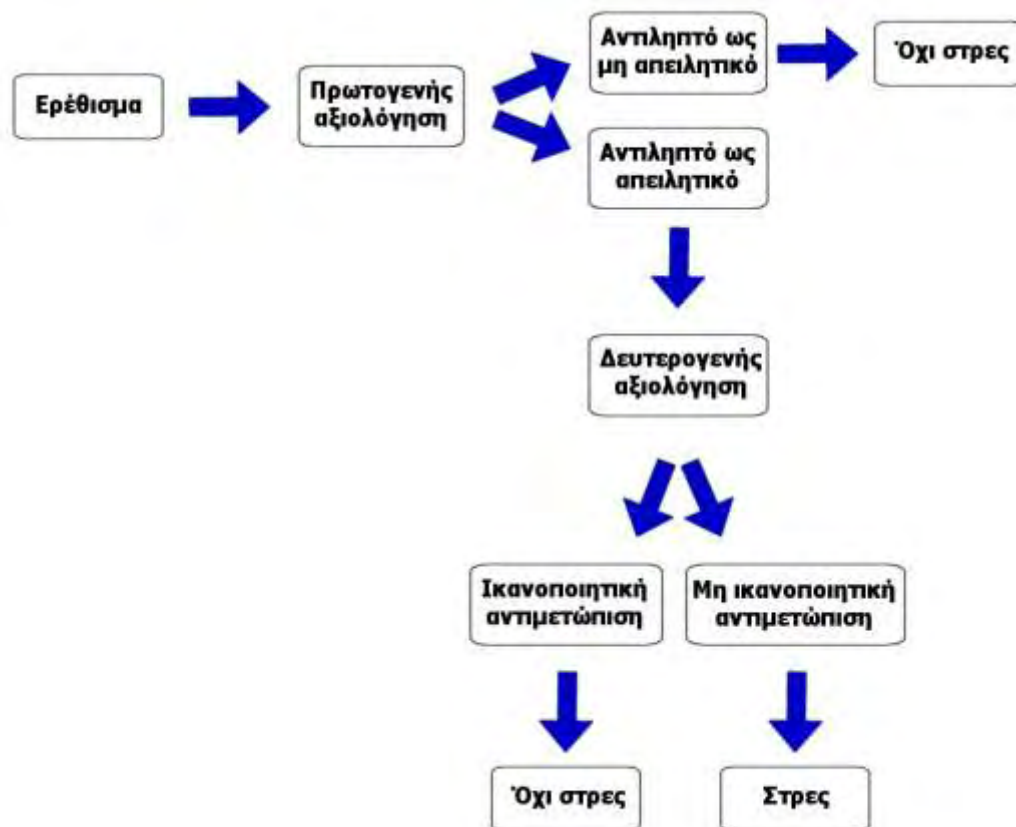
Το μειονέκτημα των δύο αυτών μοντέλων είναι ότι βλέπουν τον άνθρωπο ως "αθώο θύμα" που εκτίθεται στο στρεσογόνο γεγονός ή στο περιβάλλον κατά τύχη. Τα μοντέλα αυτά δεν λαμβάνουν υπόψη τους τους ψυχολογικούς παράγοντες στην ανάπτυξη της αντίδρασης του στρες (Falsetti & Ballenger, 1998).

Το **αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες** (Interactional Model of Stress) προέκυψε από την ψυχολογική θεώρηση του στρες ως ατομικού φαινομένου. Ενώ αντιμετωπίζουν την ίδια κατάσταση, ορισμένα άτομα βιώνουν άγχος και άλλα όχι. Και τα δύο προηγούμενα μοντέλα, που βλέπουν το στρες ως ερέθισμα ή ως απόκριση, αγνοούν το ρόλο του ατόμου στην εξίσωση του στρες. Με μια σειρά εργασίες των Cox και Mackay και του Lazarus υποστηρίχτηκε ότι το στρες είναι μια συναλλαγή μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Με βάση αυτή τη θεώρηση, το στρες είναι μια υποκειμενική εμπειρία που στηρίζεται στην αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση. Οι γνωσιακές λειτουργίες (σκέψεις, απόψεις, στάσεις, εικόνες) παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό εάν μια κατάσταση θα ερμηνευθεί ως στρεσογόνος (Rout & Rout, 2002).

Σύμφωνα με τον Lazarus, για να αποτελέσει ένα γεγονός στρεσοπαράγοντα, θα πρέπει να αξιολογηθεί ως απειλητικό. Όταν ένα άτομο εκτεθεί σε μια δυνητικά αγχογόνο κατάσταση, την αξιολογεί σχετικά με το πόσο επικίνδυνη είναι για αυτόν. Το στρες επέρχεται μόνο όταν το συγκεκριμένο άτομο αντιληφθεί την κατάσταση ως απειλητική στους σημαντικούς στόχους του και όταν προβλέψει ότι (το άτομο αυτό) δε θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις. Όλη αυτή η διαδικασία λέγεται *πρωτογενής αξιολόγηση* (Hubbard & Workman, 1998).

Εφόσον η κατάσταση κριθεί ότι είναι στρεσογόνος, το άτομο προχωρά σε *δευτερογενείς αξιολογήσεις*. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο αξιολογεί τους διαθέσιμους πόρους αντιμετώπισης και την πιθανότητα ότι θα μπορεί να τους χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά. Εάν το άτομο έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητες αντιμετώπισης που διαθέτει, τότε η απειλή είναι πιθανόν να είναι αμελητέα. Εάν όμως το άτομο δεν είναι σίγουρο για τις ικανότητές του να αντιμετωπίσει την απειλή, τότε είναι πιθανόν ότι θα νιώθει αβεβαιότητα

(Σχήμα 3). Σε γενικές γραμμές, αφότου αξιολογήσουμε ένα γεγονός ως αγχογόνο (πρωτογενής αξιολόγηση), στη συνέχεια αξιολογούμε και τους πόρους και τις ικανότητές μας (δευτερογενής αξιολόγηση). Στην πραγματικότητα οι δυο αυτές αξιολογήσεις δεν συμβαίνουν απαραίτητα διαδοχικά αλλά αλληλοσχετίζονται και αλληλεπιδρούν (Rout & Rout, 2002).



**Σχήμα 3.** Διαγραμματική αναπαράσταση του Αλληλεπιδραστικού Μοντέλου του Στρες (Interactional Model of Stress) κατά Lazarus.

Τέλος, το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες παρέχει τη βάση για την προσέγγιση της **Προσαρμογής Προσώπου-Περιβάλλοντος**. Αυτό το μοντέλο υποθέτει ότι το στρες προκαλείται από την έλλειψη ή κακή συναρμογή μεταξύ προσώπου και του περιβάλλοντός του. Η βασική έννοια αυτού του μοντέλου είναι ότι η προσωπική προσαρμογή αποτελείται από την "καλή συναρμογή μεταξύ των χαρακτηριστικών ενός ατόμου και των ιδιοτήτων του περιβάλλοντος αυτού του ατόμου". Δύο πλευρές της

συναρμογής αυτής έχουν εφαρμοστεί στο εργασιακό περιβάλλον (Rout & Rout, 2002).

1. Σε ποιο βαθμό οι στάσεις, αξίες, ικανότητες και δεξιότητες του ατόμου καλύπτουν τις απαιτήσεις της δουλειάς.
2. Σε ποιο βαθμό οι εργασιακή κατάσταση ικανοποιεί τις ανάγκες του ατόμου.

Σε γενικές γραμμές τα αλληλεπιδραστικά μοντέλα, που συμπεριλαμβάνουν τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και τους κοινωνικούς παράγοντες αλλά και τις ικανότητες του ανθρώπου για προσαρμογή και αντιμετώπιση του στρες, κερδίζουν ολοένα και περισσότερο έδαφος στη μελέτη του στρες ως πηγή ψυχολογικών και άλλων προβλημάτων υγείας (Falsetti & Ballenger, 1998).

#### *1.1.4. Εργασιακό άγχος*

Είναι γνωστό ότι υψηλά επίπεδα στρες μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρά, ακόμα και μοιραία ιατρικά προβλήματα. Υπολογίζεται ότι το 75%-90% όλων των επισκέψεων σε επαγγελματίες υγείας είναι για συμπτώματα και διαταραχές που σχετίζονται με το στρες. Από που όμως έρχεται όλο αυτό το στρες; Υπολογίζοντας ότι ο μέσος άνθρωπος περνά τις μισές ώρες που είναι ξύπνιος στη δουλειά του ή μετακινούμενος προς ή από αυτήν, είναι πιθανόν ότι σημαντική πηγή άγχους στη ζωή πολλών ανθρώπων είναι η εργασία τους (Neunan & Hubbard, 1998).

Αν και σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες θα περιέγραφαν την εργασία τους ως αγχωτική, είναι πραγματικότητα ότι ορισμένες εργασίες, όπως αυτή του νοσηλευτή, είναι πιο αγχογόνες από ό,τι άλλες. Σε γενικές γραμμές οι διάφορες πηγές στρες στους νοσηλευτές έχουν ταξινομηθεί σε έξι κατηγορίες (Rout & Rout, 2002):

## **Παράγοντες σχετικοί με την εργασία**

Οι παράγοντες οι σχετικοί με την εργασία αποτελούν μια ποικιλόμορφη ομάδα αιτιών του εργασιακού άγχους. Οι φυσικές συνθήκες εργασίας, όπως ο θόρυβος, ο φωτισμός και η θερμοκρασία του εργασιακού περιβάλλοντος μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση και τη νοητική κατάσταση ενός ανθρώπου. Ο φόρτος της εργασίας είναι επίσης δυνητική πηγή στρες είτε είναι υπερβολικά μεγάλος είτε είναι υπερβολικά μικρός. Ο ποσοτικός φόρτος εργασίας αναφέρεται στο να έχει κανείς να κάνει πάρα πολλά (ή πολύ λίγα) μέσα σε ένα δεδομένο χρονικό διάστημα (Neunan & Hubbard, 1998). Ο ποιοτικός φόρτος εργασίας αναφέρεται σε μια δουλειά που είναι υπερβολικά δύσκολη για ένα άτομο ή, αντίθετα, μια εργασία που δε χρησιμοποιεί τις δεξιότητες του ατόμου. Ανεξαρτήτως φόρτου εργασίας, οι υπερωρίες φαίνεται ότι επηρεάζουν αρνητικά την υγεία των εργαζομένων (Rout & Rout, 2002).

Μερικές συνθήκες εργασίας, ειδικά στο επάγγελμα των νοσηλευτών, είναι η αλλαγή βάρδιας και ιδιαίτερα η νυχτερινή βάρδια που μπορούν να αποπροσανατολίσουν τον κινκάρδιο ρυθμό των εργαζομένων με αποτέλεσμα κούραση, γαστρεντερικές διαταραχές και άγχος (Guyton, 1998). Επίσης, όσο οι ασθενείς και οι συγγενείς τους έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις και προσδοκίες, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να εκφράζουν απειλές απέναντι στους νοσηλευτές, όταν οι επιθυμίες τους δεν ικανοποιούνται. Τέλος, ένα ταχέως μεταβαλλόμενο εργασιακό περιβάλλον, όπου οι δεξιότητες γίνονται γρήγορα παρωχημένες και υπάρχει ανάγκη για εξοικείωση με τις ολοένα εξελισσόμενες νέες τεχνολογίες, αποτελεί μια ακόμα πηγή άγχους (Rout & Rout, 2002). Ιδιαίτερα στα νοσοκομεία όπου τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται υπολογιστές και δίκτυα για τη διαχείριση φαρμάκων και ασθενών, οι νοσηλευτές είναι αυτοί που επωμίζονται μεγάλο μέρος της αλληλεπίδρασης ανθρώπου-υπολογιστή και το στρες που φέρνει η εκμάθηση καινούριων προγραμμάτων και διαδικασιών.



## **Ανάπτυξη της καριέρας**

Καταρχήν, η απειλή για απώλεια της εργασίας είναι μια σημαντική πηγή άγχους και έχει συσχετιστεί με διάφορα προβλήματα υγείας, όπως έλκος δωδεκαδακτύλου, κολίτιδα και αλωπεκία. Επίσης η απουσία προοπτικής για προαγωγή μπορεί να είναι πηγή στρες, όταν ένα άτομο νιώθει ότι έχει γνωρίσει σε βάθος τη δουλειά του, με αποτέλεσμα την πλήξη και την ανία. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται μια αναδιοργάνωση της δουλειάς, ώστε να ανανεωθεί το ενδιαφέρον και να δημιουργηθούν καινούριες προκλήσεις. Αλλά και η ίδια η προαγωγή μπορεί να είναι εξαιρετικά αγχογόνος, εάν συμβεί πρόωρα, χωρίς να υπάρχουν οι απαιτούμενες δεξιότητες ή εάν η προηγούμενη δουλειά ήδη είναι πολύ απαιτητική, και μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη αυτοεκτίμηση (Neunan & Hubbard, 1998).

Η αξιολόγηση της εργασίας είναι μια δυνητική πηγή στρες τόσο για τον αξιολογητή όσο και για τον αξιολογούμενο, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα εργασίας, όπως αυτό του νοσοκομείου, που είναι μεν ιεραρχικά οργανωμένα, εντούτοις οι ρόλοι είναι μερικές φορές ασαφείς. Τέλος, ιδιαίτερα στρεσογόνος είναι η σύνταξη ή η "εθελουσία έξοδος" στις οποίες συχνά εξωθούνται να καταφύγουν οι εργαζόμενοι, ιδιαίτερα όταν χρειάζεται να αλλάξουν τρόπο εργασίας (Rout & Rout, 2002), όπως π.χ. συνέβη με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπου τα ψυχιατρικά ιδρύματα μετασχηματίστηκαν σε κοινοτικές δομές με εντελώς διαφορετική φιλοσοφία και τρόπο λειτουργίας.

## **Στρες που απορρέει από τους εργασιακούς ρόλους**

Σε αυτήν την κατηγορία παραγόντων εντάσσονται η σύγκρουση ρόλων, η ασάφεια των ρόλων και η υπευθυνότητα. Στη σύγκρουση ρόλων υπάρχουν αντικρουόμενες εργασιακές απαιτήσεις από διαφορετικά μέλη στο ίδρυμα ή υπάρχει μια σύγκρουση ανάμεσα στις εργασιακές απαιτήσεις και τις προσωπικές αξίες. Υπάρχουν 5 πρωταρχικές μορφές σύγκρουσης ρόλων (Neunan & Hubbard, 1998):

1. Ένα άτομο επικοινωνεί συγκρουόμενες ή ασύμβατες μεταξύ τους προσδοκίες.

2. Δύο ή περισσότερα άτομα απαιτούν διαφορετικές συμπεριφορές (π.χ. ιατρός και προϊσταμένη). Οι πολύπλοκοι οργανισμοί ή οι ρόλοι που αλληλεπιδρούν με τον εξωτερικό κόσμο συχνά καλλιεργούν τέτοιες μορφές σύγκρουσης.
3. Πολλαπλοί ρόλοι είναι ασύμβατοι μεταξύ τους.
4. Υπάρχουν πάρα πολλοί ρόλοι, ρόλοι που είναι υπερβολικά πολύπλοκοι, ή υπάρχουν πάρα πολλά εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν (υπερφόρτωση ρόλων).
5. Οι αξίες και τα πιστεύω ενός εργαζομένου είναι ασύμβατα με τον ρόλο του, (όπως για παράδειγμα η απαίτηση για εργασία σε μια ημέρα θρησκευτικής γιορτής ή η παθητική ευθανασία), η ανακριβής παρουσίαση των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος με σκοπό την πώλησή του ή η απαίτηση να πει κανείς ψέματα, για να καλύψει το αφεντικό του.

Η ασάφεια των ρόλων συμβαίνει, όταν έχουν δοθεί στο άτομο ανεπαρκείς πληροφορίες για τον εργασιακό του ρόλο και τη συμπεριφορά που αναμένεται να έχει προς τους συναδέλφους του. Τέλος, η προσωπική ευθύνη για αντικείμενα μεγάλης αξίας στον εργασιακό χώρο αλλά ακόμη περισσότερο η ευθύνη για ανθρώπους είναι ιδιαίτερα αγχογόνος (Rout & Rout, 2002).

Άλλες δουλειές απαιτούν μια επέκταση των ορίων της δουλειάς, δηλαδή τη συνεργασία με «ξένους» ανθρώπους από άλλα τμήματα ή οργανισμούς. Η επέκταση των ορίων είναι συχνά αγχογόνος και περιλαμβάνει π.χ. τις δημόσιες σχέσεις, τη διασυνδετική εργασία και την αλληλεπίδραση με περίπλοκα περιβάλλοντα που διαρκώς αλλάζουν (Neunan & Hubbard, 1998). Για παράδειγμα οι εργαζόμενοι σε διασυνδετικές υπηρεσίες του νοσοκομείου ή οι νοσηλευτές που μεταφέρονται από τμήμα σε τμήμα ή από ένα ψυχιατρικό άσυλο σε μια κοινοτική δομή αντιμετωπίζουν την επέκταση των ορίων της εργασίας τους.

## **Σχέσεις στην εργασία**

Το στυλ της ηγεσίας που υιοθετείται από τους μάνατζερ και τους προϊσταμένους μπορεί να προκαλέσει στρες στους υφισταμένους τους. Για παράδειγμα η αυταρχική συμπεριφορά των προϊσταμένων τείνει να προκαλεί πίεση και άγχος στους υφισταμένους, λόγω του υψηλού αριθμού παρεμβάσεων που κάνει ο προϊστάμενος. Οι υφιστάμενοι είτε θα γίνουν εξαιρετικά παθητικοί, καταπιέζοντας την πίεση και την εχθρικότητα, είτε θα παρουσιάσουν εκρήξεις θυμού και συγκρούσεις στο εργασιακό περιβάλλον. Παρότι το δεύτερο είναι πιο υγιές για το άτομο, οι συγκρούσεις θα προκαλέσουν άγχος στους υπόλοιπους εργαζόμενους (Neunan & Hubbard, 1998).

Οι αγχωτικοί συνάδερφοι μπορούν να προκαλέσουν διάχυση του στρες σε ολόκληρο τον οργανισμό. Η ανάγκη τους για τελειότητα σε κάθε εργασία προκαλεί αισθήματα κατωτερότητας στους συνεργάτες τους. Επίσης, αγνοούν τις διαπροσωπικές πλευρές της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης, όπως τα συναισθήματα και τις ευαισθησίες των υπόλοιπων εργαζομένων. Τείνουν να είναι υποτιμητικοί και επικριτικοί ως προς την απόδοση των συναδέρφων τους, ενώ ο εγωισμός τους αφήνει λίγη μόνον ενέργεια για να ενδιαφερθούν για τους άλλους. Τείνουν να θέλουν να εργάζονται μόνοι τους, αποκλείοντας τους άλλους από τις εργασίες και τις δραστηριότητές τους. Τέλος, η ανταγωνιστική τους διάθεση καλλιεργεί ένα κλίμα διαίρεσης και εχθρότητας που είναι πολύ στρεσογόνο (Neunan & Hubbard, 1998).

Η εργασία με άλλους ανθρώπους μπορεί να είναι είτε πηγή άγχους είτε πηγή υποστήριξης. Οι υποστηρικτικές σχέσεις στη δουλειά είναι ο κεντρικός παράγοντας της οργανωσιακής υγείας αλλά και της ατομικής ευεξίας. Οι ερευνητές έχουν βρει ότι οι υποστηρικτικές κοινωνικές σχέσεις με τους υφισταμένους, τους ομότιμους και τους προϊσταμένους στην εργασία μειώνουν την πιθανότητα διαπροσωπικής πίεσης και άμεσα ελαττώνουν το αντιλαμβανόμενο άγχος στη δουλειά (Rout & Rout, 2002).

### **Οργανωτική δομή και οργανωτικό κλίμα**

Ένας άλλος δυνητικός παράγοντας άγχους στα διάφορα επαγγέλματα ξεκινάει από το ίδρυμα εργασίας, τη δομή και το κλίμα του, που μπορούν να κάνουν την εργασιακή ζωή είτε ικανοποιητική είτε στρεσογόνο, όπως για παράδειγμα η μικρή ή καθόλου συμμετοχή στις διαδικασίες απόφασης, η απουσία αποτελεσματικής επικοινωνίας και εποπτείας και οι περιορισμοί στη συμπεριφορά (Καντάς, 1998). Ιδιαίτερα η μη συμμετοχή στις διαδικασίες απόφασης σχετίζεται με προβλήματα υγείας, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, έλλειψη κινητοποίησης στην εργασία, συχνές απουσίες και πρόθεση για παραίτηση από τη δουλειά.

## 1.2. Η συναισθηματική εξουθένωση

Κάθε ηλίθιος μπορεί να αντιμετωπίσει μια κρίση -  
είναι η καθημερινή ζωή που σε κουράζει.

Άντον Τσέχωφ

### 1.2.1. Γενικά για τη συναισθηματική εξουθένωση- Ορισμός

Η συναισθηματική εξουθένωση (burnout) είναι μια αρνητική ψυχολογική απόκριση που χαρακτηρίζεται από σωματική, πνευματική και συναισθηματική εξάντληση. Είναι μια "διάβρωση του ανθρώπινου πνεύματος" που προκύπτει από την παρατεταμένη έκθεση σε υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους (Baron, 1986). Οι Veniga & Spradley (1981) όρισαν το burnout ως "μία εξουθενωτική ψυχολογική κατάσταση που προκαλείται από εργασιακό άγχος που δεν έχει ανακουφιστεί και οδηγεί σε:

- μείωση των αποθεμάτων ενέργειας,
- χαμηλή αντίσταση στην ασθένεια,
- μειωμένη ικανοποίηση και αυξημένη απαισιοδοξία και
- αύξηση των απουσιών και της αναποτελεσματικότητας στην εργασία".

Στα ελληνικά, η λέξη "εξουθένωση" σημαίνει "εκμηδένιση, καταπόνηση, ταπείνωση, εξευτελισμός" (Μείζον Ελληνικό Λεξικό, Μανδαλά, 2007) και ετυμολογείται από το εξ + ουθέν (ουδέν = τίποτα). Αναφέρεται λοιπόν στην πλήρη αποστράγγιση των αποθεμάτων νοητικής και συναισθηματικής ενέργειας. Αντίστοιχη είναι η ερμηνεία της λέξης και στα αγγλικά, η οποία αναφέρεται στην εξάντληση όλων των καυσίμων (κάψιμο). Με βάση τους Veniga & Spradley (1981) η επαγγελματική εξουθένωση έχει 5 στάδια

1. Το στάδιο της ικανοποίησης από την εργασία, όπου το άτομο είναι ικανοποιημένο με τη δουλειά που κάνει αλλά δουλεύει όλο και πιο σκληρά και καταναλώνει ολοένα και περισσότερη ενέργεια χωρίς να την αντικαθιστά.

2. Το στάδιο της έλλειψης καυσίμων, όπου το άτομο ξεκινά να νιώθει κουρασμένο, λόγω της έλλειψης ενέργειας, και διαταράσσεται ο ύπνος του. Δεν είναι ικανό να κάνει όσες δραστηριότητες έκανε παλιότερα. Αρχίζει να έχει μια τάση να αποφεύγει τις αποφάσεις και του λείπει ο ενθουσιασμός.
3. Το στάδιο των χρόνιων συμπτωμάτων, όπου το άτομο νιώθει εξαντλημένο. Έχει συμπτώματα σωματικής ασθένειας, όπως κεφαλαλγία τάσης, πόνο στη μέση και ναυτία και μπορεί να ξυπνά νωρίς το πρωί νιώθοντας κουρασμένο. Δείχνει σημεία θυμού και χάνει τον αυτοέλεγχό του χωρίς λόγο.
4. Το στάδιο της κρίσης, όπου τα συμπτώματα γίνονται σοβαρά. Το μυαλό του απασχολείται συνέχεια με τα προβλήματα της εργασίας. Μερικές φορές νιώθει ότι θέλει να αποδράσει από τη δουλειά του και από τη ζωή του.
5. Το στάδιο της τελικής κατάρρευσης, όπου το άτομο δείχνει σημεία σοβαρής χειροτέρευσης, καταφεύγει σε σοβαρή χρήση αλκοόλ ή/και ουσιών ή φανερώνει συμπτώματα που δείχνουν σωματική ή πνευματική κατάρρευση. Σε αυτό το στάδιο το άτομο δείχνει να χειροτερεύει σοβαρά.

Οι επαγγελματίες που είναι εξουθενωμένοι δουλεύουν όλο και πιο σκληρά και πετυχαίνουν όλο και λιγότερα. Όταν τα συμπτώματα του στρες παρουσιάζονται, θα πρέπει κανείς να αντιδρά άμεσα, προτού το στρες μετατραπεί σε επαγγελματική εξουθένωση (Vance & Olson, 1998).

#### 1.2.2. Τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης

Γενικά η επαγγελματική εξουθένωση συμβαίνει σε εργαζομένους και σε επαγγέλματα που χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό προσωπικής επένδυσης στη δουλειά και προσδοκίες υψηλής επίδοσης. Επίσης συμβαίνει συχνότερα σε εργαζομένους που έχουν ισχυρή συναισθηματική δέσμευση προς την εργασία τους. Μεγάλο μέρος της αυτοεικόνας και της αίσθησης αξίας ενός ανθρώπου μπορεί να αποκομίζεται από το επάγγελμα. Όταν εμφανίζονται δυσκολίες στη δουλειά ή όταν οι αμοιβές και οι έπαινοι είναι περιορισμένοι, ενώ η εργασία αυξάνεται, οι εργαζόμενοι που είναι επιρρεπείς στην επαγγελματική

εξουθένωση συνεχίζουν να επενδύουν ακόμα περισσότερο χρόνο και προσπάθεια στη δουλειά τους, παραμελώντας δραστηριότητες που θα μπορούσαν να τους υποστηρίξουν ή να τους επιτρέψουν να εκτονώσουν την έντασή τους (Neunan & Hubbard, 1998).

Οι περισσότεροι ερευνητές και συγγραφείς στο θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν αναπτύξει τη δική τους λίστα με αιτίες (Κατάλογος 1), ωστόσο υπάρχει υψηλή αλληλεπικάλυψη μεταξύ τους και όλες αφορούν σε μια έλλειψη, που προκαλεί απογοήτευση. Μπορεί να είναι ανεπάρκεια π.χ. εκπαίδευσης, ευκαιριών, ελεύθερου χρόνου, ικανότητας, ισχύος, ποικιλίας, νοήματος, κριτηρίων, μηχανισμών αντιμετώπισης, επαγγελματικής και προσωπικής αναγνώρισης, κατανόησης του άλλου, ισορροπίας του προγράμματος, αρμονίας μεταξύ του προσωπικού κλπ. Επειδή αυτοί οι παράγοντες βρίσκονται πάντοτε σε κάποιο βαθμό σε κάθε περιβάλλον, όπου προσφέρονται υπηρεσίες σε ανθρώπους, η πιθανότητα για επαγγελματική εξουθένωση είναι πάντοτε παρούσα (Wicks, 2006).

1. Ανεπάρκεια χρόνου για ανάπαυση (σωματική ξεκούραση, πολιτισμική ποικιλία, επιπλέον εκπαίδευση και προσωπική, ψυχολογική ανανέωση).
2. Ασαφή κριτήρια επιτυχίας ή/και ανεπαρκής θετική ανατροφοδότηση για τις προσπάθειες που έχουν γίνει.
3. Ενοχή για αποτυχίες και για το χρόνο που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει κανείς τις δικές του λογικές ανάγκες.
4. Μη ρεαλιστικά ιδεώδη που περισσότερο απειλούν παρά κινητοποιούν.
5. Αδυναμία να αντιμετωπιστεί ο θυμός και άλλες διαπροσωπικές εντάσεις.
6. Υπερβολική ανάγκη για αποδοχή από τους άλλους, που υποδηλώνει μη ρεαλιστικές σχέσεις με τους άλλους.
7. Παραμέληση των συναισθηματικών, σωματικών και πνευματικών αναγκών.
8. Φτωχή κοινωνική ζωή ή μη ρεαλιστικές προσδοκίες και ανάγκες σχετικά με την υποστήριξη και την αγάπη των άλλων για εμάς.
9. Εργασία με ανθρώπους (ομότιμους, προϊσταμένους, όσους έρχονται για βοήθεια) που οι ίδιοι έχουν επαγγελματική εξουθένωση.

10. Υπερβολική αδυναμία να εφαρμοστούν οι αναγκαίες αλλαγές ή υπερβολική κατανάλωση ενέργειας σε γραφειοκρατικές και διοικητικές εργασίες.
11. Σοβαρή έλλειψη εκτίμησης από τους προϊσταμένους, συναδέλφους ή αυτούς που προσπαθούμε να εξυπηρετήσουμε.
12. Διακρίσεις με βάση το φύλο, την ηλικία, τη φυλή ή άλλα χαρακτηριστικά που βιώνονται καθημερινά στη ζωή και στην εργασία.
13. Μεγάλη σύγκρουση στην οικογένεια, το σπίτι, τη δουλειά ή στο χώρο διαμονής.
14. Μεγάλη αλλαγή στη ζωή σε στάδιο όπου συμβαίνουν διαδικασίες ωρίμανσης και αλλαγής (π.χ. ένας 48χρονος επαγγελματίας υγείας που πρέπει να εργαστεί με ανθρώπους που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, ενώ ο ίδιος έχει μόλις διαγνωστεί και ο ίδιος με καρκίνο).
15. Αδυναμία να αντιμετωπιστούν ή να αποφευχθούν στρεσογόνα γεγονότα που συμβαίνουν καθημερινά.
16. Αποτυχία να ξεπεράσει κανείς τους ανώριμους λόγους για τους οποίους διάλεξε κανείς τη δουλειά του και να καλλιεργήσει καινούριους πιο ώριμους.
17. Το «σύμπλεγμα του σωτήρα», η αδυναμία να αναγνωρίσουμε τι μπορούμε και τι δεν μπορούμε να κάνουμε, για να βοηθήσουμε αυτούς που μας χρειάζονται.
18. Υπερβολικά πολλά ερεθίσματα ή απομόνωση και αποξένωση.

**Κατάλογος 1.** Πιθανές αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης (από Wicks, 2006).

### 1.2.3. Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς στρες περιλαμβάνουν την απογοήτευση, την κατάθλιψη, την απάθεια, το αίσθημα αβοηθησίας, την τάση για αποχώρηση από τη δουλειά, το συναισθηματικό "στράγγισμα", τον κυνισμό, την απελπισία, τη μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης και την ανηδονία (Wicks, 2006). Μερικά σημεία της επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφονται στον Κατάλογο 2.



1. Αίσθημα πνευματικής κούρασης στο τέλος της μέρας.
2. Αίσθημα απογοήτευσης, πλήξης, έντασης ή θυμού ως αποτέλεσμα της επαφής με ασθενείς, συνεργάτες, προϊσταμένους, επόπτες, βοηθούς ή άλλους δυνητικά σημαντικούς ανθρώπους.
3. Σωματικά συμπτώματα π.χ. πονοκέφαλος, οσφυαλγία, στομαχικές ενοχλήσεις κλπ.
4. Ο ρυθμός των καθημερινών δραστηριοτήτων ή/και οι απαιτήσεις των τρεχουσών εργασιών φαίνεται να είναι μεγαλύτερα από τις διαθέσιμες προσωπικές και επαγγελματικές αντοχές.
5. Τα έργα που απαιτούνται από τη δουλειά είναι επαναλαμβανόμενα ή πέρα από τις ικανότητες του εργαζομένου ή απαιτούν ένταση σε συνεχή βάση.

**Κατάλογος 2.** Πιθανά συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης (από Wicks, 2006).

#### 1.2.4. Το μοντέλο της Maslach

Σύμφωνα με τη Maslach (1982), υπάρχουν τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου, οι οποίες και αντιπροσωπεύουν ανάλογες κατηγορίες συμπτωμάτων ή εκδηλώσεων.

1. Στην διάσταση της «συναισθηματικής εξάντλησης» ανήκουν συναισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, η απώλεια ενέργειας και η μειωμένη διάθεση.
2. Στην διάσταση της «αποπροσωποποίησης», ανήκουν συναισθήματα απομάκρυνσης και αποξένωσης του επαγγελματία από τους ανθρώπους (πελάτες, συνεργάτες) με τους οποίους έρχεται σε επαφή καθώς και η κατά κάποιο τρόπο ανάπτυξη εκ μέρους του απρόσωπων ή πολλές φορές και επιθετικών σχέσεων.
3. Στην 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 (Maslach, 1982).

Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach αφορά μια διαπροσωπική κυρίως θεώρηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και θεωρείται το πιο χαρακτηριστικό μοντέλο για τους εργαζόμενους στο τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τη Maslach, οι απαιτητικές σχέσεις των ασθενών, οδηγούν στη μείωση των συναισθημάτων του επαγγελματία υγείας και αναπόφευκτα στο γεγονός 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 δυσaréσκειας και δυστυχίας και κυρίως σε ό,τι αφορά την αποτελεσματικότητα και την αξία των υπηρεσιών τους. 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 συνειδητοποιήσει 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 (Καντάς, 1998).

### **1.3. Ικανοποίηση από την εργασία**

#### *1.3.1. Γενικά για την ικανοποίηση από την εργασία - Ορισμός*

Το θέμα της ικανοποίησης από την εργασία έχει ελκύσει το μακρόχρονο ενδιαφέρον των ερευνητών. Όλες οι θεωρίες κινητοποίησης συμπεριλαμβάνουν και την ικανοποίηση από την εργασία. Με βάση την πυραμίδα των αναγκών, όπως διατυπώθηκε από τον Maslow, πέρα από τις βασικές, φυσικές ανάγκες (βιολογικές, ασφάλεια), υπάρχουν οι ανθρωπινές ανάγκες (ανάπτυξη και επίτευξη). Για να μπορεί ένα επάγγελμα να ικανοποιεί και να κινητοποιεί τον εργαζόμενο, θα πρέπει να διεγείρει την ανάγκη του για ανάπτυξη (Millward, 2005).

Η ικανοποίηση από την εργασία ενός εργαζόμενου είναι τόσο σημαντική που η αύξησή της αποτελεί τον δεύτερο από τους δύο στόχους της οργανωτικής ψυχολογίας (ο πρώτος είναι η αύξηση της απόδοσης του εργαζόμενου, της ομάδας του και του οργανισμού) (Millward, 2005). Εξάλλου, από το 1932 που διευκρινίστηκε με τις έρευνες Hawthorne ότι "ο χαρούμενος εργαζόμενος είναι ένας παραγωγικός εργαζόμενος", η διοίκηση των οργανισμών λαμβάνει σοβαρά υπόψη το θέμα της ικανοποίησης των εργαζομένων, αφού αυξάνει την επίδοση, μειώνει τις απουσίες, κρατά τους ικανούς εργαζομένους στην επιχείρηση και εξασφαλίζει την ομαλή αλληλεπίδραση μεταξύ εργαζομένων (Bisen & Priya, 2010).

Σε γενικές γραμμές οι περισσότεροι ερευνητές ορίζουν την ικανοποίηση από την εργασία ως το γενικότερο συναίσθημα που έχει κανείς, όταν αξιολογεί την εργασία του και το πώς τη βιώνει. Άλλοι την ορίζουν ως τη στάση που έχει κάποιος απέναντι στην εργασία του, ένας ορισμός μάλλον ισοδύναμος, αφού οι στάσεις θεωρούνται κατά ένα μέρος συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι σε κάτι (Weiss & Ilgen, 2002). Επίσης, πολλοί ερευνητές διαχωρίζουν τη γενικότερη επαγγελματική ικανοποίηση σε τομείς, όπως ικανοποίηση από το μισθό, ικανοποίηση από τις διαδικασίες και δυνατότητες προαγωγής, ικανοποίηση από τις ευκαιρίες για ανάπτυξη ή ικανοποίηση από τους συναδέλφους. Όσο πιο σημαντική είναι μια συγκεκριμένη πλευρά της

ικανοποίησης, τόσο μεγαλύτερο το επίπεδο της ικανοποίησης που προέρχεται από την πλευρά αυτή (Millward, 2005).

Η ικανοποίηση από την εργασία είναι από μόνη της μια χρήσιμη έννοια που εκφράζει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα για το άτομο. Είναι όμως και ένα σημαντικός παράγοντας για άλλες σημαντικές πλευρές της εργασίας τόσο από την πλευρά του ατόμου όσο και του εργασιακού οργανισμού (Parker, 2007).

### *1.3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία*

Υπάρχει μια ποικιλία παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο της εργασιακής ικανοποίησης που νιώθουν οι εργαζόμενοι. Οι τρεις κατηγορίες παραγόντων είναι (Bisen & Priya, 2010):

#### **Παράγοντες που σχετίζονται με τους εργαζόμενους**

- **Ηλικία.** Οι νεαρότεροι εργαζόμενοι έχουν μικρότερη εργασιακή ικανοποίηση από τους μεγαλύτερους. Στις μεγαλύτερες ηλικίες οι μισθοί είναι συνήθως υψηλότεροι, η προσωπική ζωή είναι κατασταλαγμένη και οι στόχοι πιο αποκρυσταλλωμένοι από ό,τι στις μικρότερες ηλικίες. Επίσης οι πιο μεγάλοι εργαζόμενοι έχουν αναπτύξει περισσότερες δεξιότητες και επομένως μπορούν να διεκδικήσουν καλύτερες θέσεις (Parker, 2007).
- **Φύλο.** Σε γενικές γραμμές δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερες προσδοκίες σε σύγκριση με τους άντρες και γι' αυτό είναι πιο ικανοποιημένες. Μια ακόμη αιτία είναι το μικρότερο οικονομικό βάρος που έχουν από την κοινωνία, σε σύγκριση με τους άντρες.
- **Χρόνος υπηρεσίας/εργασίας.** Οι εργαζόμενοι με μικρό χρόνο υπηρεσίας είναι πιο ενθουσιασμένοι με τη νέα τους εργασία. Επίσης οι εργαζόμενοι που πλησιάζουν την ηλικία συνταξιοδότησης έχουν μικρότερες απαιτήσεις. Το χρονικό διάστημα ανάμεσα σε αυτές τις δύο περιόδους

χαρακτηρίζεται από μικρότερα επίπεδα ικανοποίησης (Bisen & Priya, 2010).

- Προσωπικότητα. Οι εργαζόμενοι που καταφέρνουν να διατηρούν καλές σχέσεις με τους προϊσταμένους, τους συναδέλφους αλλά και τις οικογένειές τους βιώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους. Υπάρχουν εντούτοις κάποιοι άνθρωποι που δεν είναι ποτέ ικανοποιημένοι από την εργασία τους, ανεξαρτήτως του ποια είναι αυτή (Parker, 2007).
- Προστατευόμενα άτομα. Όσο περισσότερα είναι τα προστατευόμενα άτομα στην οικογένεια ενός εργαζομένου τόσο μικρότερη και η ικανοποίηση που βιώνει από την εργασία του, πιθανότατα λόγω των μεγαλύτερων οικονομικών αναγκών και απαιτήσεων.
- Προσδοκίες. Όταν οι προσδοκίες ενός εργαζομένου είναι μεγαλύτερες από την επίδοσή του, τότε μειώνεται η εργασιακή του ικανοποίηση (Bisen & Priya, 2010).

### **Παράγοντες που σχετίζονται με τον εργοδότη**

- Μισθός. Σε γενικές γραμμές αυτή η μεταβλητή παίζει μικρό μόνον ρόλο. Αυτό όμως που είναι πιο σημαντικό είναι η δικαιοσύνη και η αξιοκρατία στις οικονομικές απολαβές σε ένα εργασιακό οργανισμό (Parker, 2007).
- Προαγωγές. Η μη έγκαιρη ή καθόλου προαγωγή στους εργαζόμενους που επιδεικνύουν υψηλή επίδοση και ικανότητες θα οδηγήσει σε μια στάση δυσαρέσκειας απέναντι στη διοίκηση, σε ενόχληση και αδιαφορία και τελικά σε έλλειψη ικανοποίησης.
- Ασφάλεια. Η κοινωνική, οικονομική και ψυχολογική ασφάλεια στη δουλειά σχετίζεται με τη μέγιστη ικανοποίηση ανάμεσα στους εργαζόμενους.
- Προϊστάμενος. Εάν ο προϊστάμενος είναι υποστηρικτικός, δίκαιος και έμπειρος, θα εμφυσήσει περισσότερη ικανοποίηση στους υφισταμένους του. Σε γενικές γραμμές όλη η στάση απέναντι στην εργασία μπορεί να αλλάξει, εφόσον ο προϊστάμενος είναι θετικός (Bisen & Priya, 2010).

## Παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία

- Εργασιακές συνθήκες. Οι εργαζόμενοι εκτιμούν τη δουλειά τους και αποδίδουν τα μέγιστα, όταν οι εργασιακές συνθήκες είναι ικανοποιητικές. Ο κατάλληλος φωτισμός, εξαερισμός, υγρασία, θερμοκρασία, καθαριότητα αλλά και οι ψυχολογικές συνιστώσες του εργασιακού περιβάλλοντος σχετίζονται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση.
- Δεξιότητες. Οι εργασίες που απαιτούν δεξιότητες για να εκτελεστούν από τους εργαζόμενους φέρνουν ισχυρά αισθήματα ικανοποίησης όταν εκτελούνται. Αντίθετα οι εύκολες, επαναλαμβανόμενες και πληκτικές εργασίες οδηγούν σε δυσαρέσκεια.
- Σχέση με τους συναδέλφους. Όσο καλύτερη είναι η σχέση ενός εργαζόμενου με τους συναδέλφους τους, όσο ισχυρότερες προσωπικές και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις αναπτύσσει με τους άλλους, τόσο μεγαλύτερο το αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία.
- Τα χαρακτηριστικά της εργασίας. Χαρακτηριστικά όπως η ποικιλία, η δυσκολία και η αυτονομία της εργασίας είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ικανοποίησης (Bisen & Priya, 2010).

Μάλιστα, με βάση το πιο επικρατές μοντέλο για την ικανοποίηση από την εργασία, το Μοντέλο των Χαρακτηριστικών της Εργασίας (Job Characteristics Model), η εργασία μπορεί να έχει ορισμένα χαρακτηριστικά που εγγενώς προκαλούν κινητοποίηση και οδηγούν σε ικανοποίηση αλλά και σε άλλα θετικά αποτελέσματα. Η θεωρία αυτή εστιάζει κυρίως σε πέντε χαρακτηριστικά της εργασίας (Parker, 2007):

1. Η ταυτότητα της εργασίας: ο βαθμός κατά τον οποίο μπορεί κάποιος να φροντίσει τη δουλειά του από την αρχή ως το τέλος.
2. Η σημασία της εργασίας: ο βαθμός κατά τον οποίο η εργασία κάποιου θεωρείται σημαντική και σπουδαία.
3. Ποικιλία δεξιοτήτων: η έκταση στην οποία μια εργασία επιτρέπει στον εργαζόμενο να εφαρμόσει ποικιλία δράσεων.

4. Αυτονομία: ο βαθμός στον οποίο ο εργαζόμενος έχει έλεγχο του πώς θα φέρει σε πέρας την εργασία.
5. Ανατροφοδότηση: ο βαθμός στον οποίο μια εργασία από μόνη της παρέχει ανατροφοδότηση για την επίδοση του εργαζομένου.

Σε μια μετα-ανάλυση 28 ερευνών της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών της εργασίας και της ικανοποίησης από αυτήν βρέθηκε ότι όντως υπάρχει σχέση μεταξύ αυτών των δύο και, μάλιστα, ανάμεσα σε όλα τα βασικά χαρακτηριστικά μιας εργασίας, ήταν η αυτονομία που έχει την υψηλότερη σχέση με την ικανοποίηση (Loher et al., 1985).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στην ικανοποίηση, ειδικά των νοσηλευτών, είναι η ύπαρξη μιας εποπτικής σχέσης. Η εποπτεία είναι η παροχή καθοδήγησης και ανατροφοδότησης ενός εκπαιδευόμενου ή εργαζόμενου νοσηλευτή με στόχο την καλύτερη φροντίδα του ασθενή. Ο επόπτης (ή η επόπτρια) παρακολουθεί την επίδοση, δίνει ανατροφοδότηση και επικοινωνεί με το υπόλοιπο προσωπικό. Η εποπτεία έχει τρεις στόχους: την καλύτερη διαχείριση των ασθενών, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του εποπτευόμενου νοσηλευτή και, τρίτο και σημαντικότερο, την υποστήριξή του στα ποικίλα εμπόδια και προκλήσεις που αντιμετωπίζει (Vance & Olson, 1998). Πράγματι, μια μελέτη περισσότερων από 500 ειδικευμένων νοσηλευτών έδειξε ότι αυτοί που είχαν εποπτικές σχέσεις είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία τους σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν επόπτες (Caine, 1989).

### *1.3.3. Τα επακόλουθα της ικανοποίησης από την εργασία*

Η ικανοποίηση από την εργασία, παρότι ξεχωριστή έννοια, χρησιμοποιείται από πολλούς ερευνητές ως ένδειξη της ύπαρξης (ή της απουσίας) του στρες από την εργασία. Για παράδειγμα, η συσχέτιση μεταξύ της ασάφειας των ρόλων (που είναι παράγοντας εργασιακού άγχους) και των απουσιών από την εργασία διαμεσολαβείται μέσω της ικανοποίησης της εργασίας. Με άλλα λόγια, η ασάφεια των ρόλων προκαλεί άγχος, που βιώνεται

από τον εργαζόμενο ως μείωση της ικανοποίησης από την εργασία του και οδηγεί, τελικά, σε αύξηση των απουσιών του από την εργασία του (Shabracq et al., 2003).

Σε γενικές γραμμές η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζει τον εργαζόμενο στα ακόλουθα πεδία (Bisen & Priya, 2010):

- Επίδοση στην εργασία. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ο ικανοποιημένος εργαζόμενος είναι ένας αποδοτικός εργαζόμενος, αν και αυτή η συσχέτιση είναι πολύ πιο αδύναμη απ' ό,τι αρχικά θεωρήθηκε (Parker, 2007).
- Απουσία από την εργασία. Υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ έλλειψης ικανοποίησης από την εργασία και συστηματικής καθυστέρησης, απουσιών στο χώρο εργασίας ή και παραίτησης. Φαίνεται ότι με αυτόν τον τρόπο οι εργαζόμενοι ψάχνουν μια διέξοδο για να ξεφύγουν από μια εργασία που τους αφήνει ανικανοποίητους και, εφόσον δεν μπορούν να την αποφύγουν εγκαταλείποντας εντελώς την εργασία τους, την αποφεύγουν προσωρινά με το να καθυστερούν και να απουσιάζουν. Ακόμα πιο ισχυρές ενδείξεις υπάρχουν ότι, εάν υπάρχουν εναλλακτικές, οι εργαζόμενοι παραιτούνται πιο εύκολα (για παράδειγμα, όταν η ανεργία είναι χαμηλή, οι δυσσαρεστημένοι εργαζόμενοι παραιτούνται πιο εύκολα παρά όταν η ανεργία είναι μεγάλη) (Parker, 2007).
- Κινητοποίηση. Η ισχύς του κινήτρου που έχει ένας εργαζόμενος για να πραγματοποιήσει μια εργασία είναι ανάλογη του πόσο ικανοποιημένος είναι από τη δουλειά του.
- Συγκρούσεις. Οι εργαζόμενοι που είναι ψυχολογικά ικανοποιημένοι βιώνουν σπανιότερα συγκρούσεις με την διοίκηση και τους συναδέλφους και είναι λιγότερο πιθανόν να φέρουν τις οικογενειακές, διαπροσωπικές ή ενδοπροσωπικές συγκρούσεις στην εργασία τους (Bisen & Priya, 2010).



- **Στάση.** Οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι έχουν θετική στάση απέναντι στην εργασία τους. Είναι πιο δεσμευμένοι απέναντι στη διοίκηση και στο πόστο τους. Η θετική στάση βοηθά στη διατήρηση υγιούς περιβάλλοντος στην εργασία. Αντίθετα, οι δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι είναι πιο πιθανόν να εμπλακούν σε αντιπαραγωγικές δράσεις μέσα στον οργανισμό (π.χ. επιθετικότητα, κλοπή, δολιοφθορά κλπ), ιδιαίτερα εάν πιστεύουν ότι έχουν χαμηλό έλεγχο στην εργασία τους (Parker, 2007).
- **Προβλήματα υγείας.** Συμπεριλαμβάνει όχι μόνο τα σωματικά αλλά και τα ψυχικά προβλήματα υγείας. Οι δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι πάσχουν από άγχος, κεφαλαλγία, μυϊκούς πόνους, κακή συγκέντρωση και διαταραχές ύπνου περισσότερο συχνά από όσους βιώνουν ικανοποίηση στην εργασία τους. Σε ό,τι αφορά την υγεία, υπάρχουν ξεκάθαρες συσχετίσεις μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και ψυχικής υγείας, όπως περιγράφονται από την κατάθλιψη και την επαγγελματική εξουθένωση (Parker, 2007).
- **Τάση για ατυχήματα.** Οι εργαζόμενοι με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης έχουν μεγαλύτερη τάση για ατυχήματα σε σύγκριση με τους ικανοποιημένους. Υπάρχουν πολλές αιτίες για αυτό, που συμπεριλαμβάνουν τη χαμηλή συγκέντρωση, την κακή υγεία, το στρες κλπ (Bisen & Priya, 2010).

## 1.4. Η περίπτωση της νοσηλευτικής

### 1.4.1. Πηγές άγχους στους νοσηλευτές

Υπάρχει ελάχιστη βιβλιογραφία σχετικά με τις πηγές του άγχους στους νοσηλευτές που δουλεύουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ το στρες στους νοσηλευτές που δουλεύουν σε νοσοκομεία έχει μελετηθεί περισσότερο.

Σχετικά με τις πηγές του άγχους, οι Tyler et al. (1991) βρήκαν ότι η σύγκρουση με τους γιατρούς ήταν ένας σημαντικός στρεσοπαράγοντας σε υψηλά εκπαιδευμένους νοσηλευτές και νοσηλευτές στον ιδιωτικό τομέα. Οι Parker & Kulik (1995) βρήκαν ότι τα επίπεδα της εργασιακής υποστήριξης και το εργασιακό στρες ήταν και τα δύο σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σχετιζόνταν σημαντικά με την επίδοση στη δουλειά, όπως βαθμολογούνταν από τους ίδιους τους νοσηλευτές και από τους προϊσταμένους τους, με μεγαλύτερο αριθμό αδειών υγείας και περισσότερες αναφερόμενες απουσίες για αιτίες ψυχικής υγείας.

Οι Leary et al. (1995) εξέτασαν το στρες και τις στρατηγικές αντιμετώπισης στους ψυχιατρικούς νοσηλευτές στην κοινότητα. Οι στρεσοπαράγοντες συμπεριλάμβαναν την επαγγελματική απομόνωση, τα μη αποτελεσματικά κανάλια επικοινωνίας και την ανεπαρκή υποστήριξη, εποπτεία και εκπαίδευση. Με βάση τους Cooper & Mitchell (1990) οι πηγές του άγχους για τους νοσηλευτές περιλαμβάνουν το βάρος της εργασίας, την οργανωτική υποστήριξη, την αντιμετώπιση ασθενών και συγγενών, την εμπιστοσύνη στο ρόλο τους και στις ικανότητές τους και τη σύγκρουση μεταξύ δουλειάς και σπιτιού.

Οι Gray-Toft & Anderson (1981) βρήκαν ότι ο θάνατος και η σύγκρουση με άλλους επαγγελματίες και συναδέλφους ήταν πηγές στρες. Άλλοι συγγραφείς (Snape & Cavanagh, 1993) ανέφεραν ότι η έλλειψη πόρων και το μειωμένο προσωπικό ήταν σημαντικές πηγές άγχους σε μια ομάδα νοσηλευτών νευροχειρουργικής. Μια μελέτη του McNeely (1995) δείχνει ότι η έλλειψη επικοινωνίας ήταν μια από τις πιο σημαντικές αιτίες στρες στους

νοσηλευτές. Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη σε δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία οι Bennett et al. (2001) βρήκαν ότι η έλλειψη διοικητικής υποστήριξης σχετίστηκε με την κακή διάθεση και τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης.

Οι Rout & Rout (2001) αναφέρουν ότι σε νοσηλευτές που εργάζονταν περιφερειακά νοσοκομεία οι αιτίες του στρες ήταν η πίεση χρόνου, οι διοικητικές υπευθυνότητες, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι παράγοντες που δεν ήταν υπό τον έλεγχό τους, η προσπάθεια για προσαρμογή στις οργανωτικές αλλαγές και η έλλειψη πόρων. Τη μεγαλύτερη ικανοποίηση λάμβαναν από την ποικιλία στην εργασία τους και τη μικρότερη από τις πιθανότητες προαγωγής τους.

Ο Bailey (1985) αναφέρει ότι οι πιο συχνές αιτίες του στρες φαίνεται ότι προκύπτουν από έξι τουλάχιστον περιοχές:

1. το βάρος της εργασίας,
2. τη φροντίδα των ασθενών,
3. τις διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους (π.χ. νοσηλευτής-νοσηλευτής ή νοσηλευτής-ιατρός),
4. τις γνώσεις και τις δεξιότητες στη νοσηλευτική,
5. το είδος της νοσηλευτικής δουλειάς που κάνουν και
6. τους περιορισμούς λόγω γραφειοκρατίας ή πολιτικής του ιδρύματος.

#### *1.4.2. Συναισθηματική εξουθένωση στα επαγγέλματα υγείας*

Η βασική αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η πρόσωπο-με-πρόσωπο αλληλεπίδραση με ανθρώπους. Ήδη από τις πρώτες έρευνές της η Maslach διαπίστωσε ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι συχνή σε επαγγέλματα υγείας και ιδιαίτερα στους νοσηλευτές (Maslach, 1982). Σε πιο πρόσφατες έρευνες (Molassiotis et al., 1995) μελετήθηκαν 129 νοσηλευτές και 29 ιατροί σε μονάδες μεταμόσχευσης μυελού των οστών. Το μισό δείγμα ήταν συναισθηματικά εξουθενωμένο και το 80% ανέφερε συναισθήματα χαμηλών επιτευγμάτων. Η πλειοψηφία αυτών των επαγγελματιών αντιμετώπιζαν

προβλήματα στην προσωπική τους ζωή, τα οποία σχετίζονταν άμεσα με το στρες στην εργασία.

#### *1.4.3. Άγχος, επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία*

Μια σχετικά πρόσφατη μελέτη βρήκε ότι το αντιλαμβανόμενο άγχος προβλέπει την έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης (Koleck et al., 2000). Η έλλειψη σωματικής και πνευματικής υγείας μειώνει την ικανοποίηση που λαμβάνεται από τη δουλειά και μπορεί να μειώσει και την εργασιακή απόδοση. Μελέτες έχουν δείξει τη σχέση ικανοποίησης από την εργασία και στεφανιαίας νόσου, ενώ η κακή σχέση με άλλα μέλη του εργασιακού οργανισμού μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογική πίεση με τη μορφή χαμηλότερης εργασιακής ικανοποίησης. Η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία σχετίζεται με την μη συμμετοχή στις διαδικασίες απόφασης, με την αδυναμία να παρέχει κανείς ανατροφοδότηση και με την απουσία της αναγνώρισης της καλής επίδοσης (Rout & Rout, 2002).

Αυτό το πρότυπο συσχετίσεων παρατηρείται και στους εργαζόμενους στον τομέα υγείας. Μια ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ εξάντλησης και έλλειψης ικανοποίησης παρατηρήθηκε στους φροντιστές (Bellani et al., 1996), ενώ στους νοσηλευτές η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης συσχετίστηκε σημαντικά με το αναφερόμενο άγχος από οργανωτικά χαρακτηριστικά (σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και διαθέσιμοι πόροι) παρά με παράγοντες που αφορούν άμεσα τη νοσηλευτική πρακτική (Guppy & Gutteridge, 1991).

#### *1.4.4. Αλληλεπίδραση δουλειάς και οικογένειας*

Η οικογενειακή ζωή είναι η πιο σημαντική πλευρά της ζωής τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες και, μαζί με την ικανοποίηση από την εργασία, είναι οι πιο σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή (Gutek et al., 1998). Ωστόσο, η αλληλεπίδραση δουλειάς και εργασίας είναι σημαντική πηγή στρες και για τα δύο φύλα, παρότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους (Davidson & Cooper, 1983). Επειδή οι γυναίκες έχουν ισχυρότερες προσωπικές και κοινωνικές πιέσεις να διατηρήσουν και τους δύο αυτούς ρόλους, οι εργαζόμενες γυναίκες νιώθουν πιο συχνά πίεση από ό,τι οι εργαζόμενοι άνδρες, να συμβιβάσουν τις

αντικρουόμενες απαιτήσεις της εργασίας και της οικογένειας (Beutell & Greenhaus, 1986). Οι παντρεμένες γυναίκες με μικρά παιδιά εισέρχονται όλο και περισσότερο στην αγορά εργασίας και η εργασία παντρεμένων γυναικών έχει κατηγορηθεί ως η αιτία για την αύξηση στον αριθμό των διαζυγίων (Lewis & Cooper, 1995). Οι μητέρες με εργασίες πλήρους απασχόλησης έχουν υπερβολικά μεγάλο μερίδιο των εργασιών στο σπίτι και της ευθύνης για την ανατροφή των παιδιών, σε σύγκριση με τους συζύγους τους (Lewis & Cooper, 1995). Επιπλέον, οι οικογενειακές υποχρεώσεις αυξάνονται με την τεκνοποίηση και η αύξηση αυτή είναι μεγαλύτερη για τις γυναίκες παρά για τους άντρες. Επομένως οι εργαζόμενες μητέρες αναμένεται να βιώνουν περισσότερο στρες και πίεση.

Σε μια απόπειρα ταξινόμησης, οι Beutell & Greenhaus (1986) αναγνωρίζουν τρεις διαφορετικούς τύπους σύγκρουσης που σχετίζονται με το δίλημμα των ρόλων εργασίας-οικογένειας.

1. Η σύγκρουση χρόνου περιλαμβάνει την κατανομή του χρόνου, της ενέργειας και των ευκαιριών ανάμεσα στους εργασιακούς και οικογενειακούς ρόλους. Ο σχεδιασμός είναι δύσκολος και ο χρόνος περιορισμένος, αφού οι ανάγκες και οι αντίστοιχες συμπεριφορές που απαιτούνται είναι συχνά ασύμβατες.
2. Η σύγκρουση του άγχους, που αναφέρεται στη μεταφορά του άγχους από τον ένα τομέα στον άλλον. Είναι γνωστό ότι το στρες της εργασίας μπορεί να "υπερχειλίσσει" και να επηρεάσει αρνητικά την οικογενειακή ζωή, ενώ το στρες στο σπίτι μπορεί να προκαλέσει εντάσεις στη δουλειά. Εντούτοις, τα εμπειρικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η δουλειά έχει πολύ μεγαλύτερη επίδραση στην οικογένεια παρά το αντίστροφο (Evans & Bartolome, 1984). Τα εξαιρετικά γεγονότα της ζωής (π.χ. διαζύγιο, θάνατος συντρόφου) μπορεί να επηρεάσουν την επαγγελματική ζωή.
3. Η σύγκρουση της συμπεριφοράς αναφέρεται σε ασύμβατες ιδιότητες της συμπεριφοράς ενός ατόμου στη δουλειά και στο σπίτι. Για παράδειγμα, από μια γυναίκα είναι δυνατόν να απαιτείται να είναι δυναμική, αυστηρή, ενίοτε και σκληρή στη δουλειά της, ενώ να είναι τρυφερή, υπομονετική και

υποχωρητική στο σπίτι. Λόγω αυτών των διαφορετικών τύπων συμπεριφοράς, οι γυναίκες είναι δυνατόν να δυσκολεύονται να μεταβούν από τον ένα ρόλο στον άλλο.

Η Pahl (1971) υποστηρίζει ότι η ανάγκη για συνδυασμό εργασιακών και οικογενειακών ρόλων μπορεί να είναι πολύ στρεσογόνος και κουραστική. Το στρες της διαχείρισης πολλαπλών ρόλων είναι μεγαλύτερο, όταν οι απαιτήσεις των ρόλων στην εργασία και στη δουλειά είναι μεγάλες (Emmons et al., 1990). Υπάρχει όλο και μεγαλύτερη ανησυχία για τις ψυχολογικές επιπλοκές που προκαλούνται όταν έχει κανείς ταυτόχρονα οικογενειακές και εργασιακές υποχρεώσεις (Barnett et al., 1992). Η Noor (1994) βρήκε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της εργασιακής κατάστασης μιας γυναίκας και της ευεξίας της. Ωστόσο άλλες έρευνες αποκάλυψαν ότι οι παντρεμένες γυναίκες με μικρά παιδιά είχαν χειρότερη ψυχική υγεία σε σύγκριση με αυτές χωρίς παιδιά (McLanahan & Adams, 1987). Έχει υποστηριχθεί ότι για αυτή την ομάδα, η προσπάθεια να ισορροπήσουν και τις απαιτήσεις της δουλειάς και τη φροντίδα πολύ μικρών παιδιών μπορεί να αυξήσει το εργασιακό στρες και να μειώσει τα θετικά του αποτελέσματα.

Η οικονομική πίεση αλλά και η ανάγκη να αναπτύξει κανείς την προσωπική του ταυτότητα είναι σημαντικά κίνητρα για τις γυναίκες, ώστε να επιδιώξουν καριέρες πλήρους απασχόλησης έξω από το σπίτι. Τα ζευγάρια όπου και οι δύο έχουν καριέρα μοιράζονται τρεις δουλειές σε δύο άτομα, δηλαδή δύο καριέρες και τη φροντίδα του σπιτιού. Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μια σύγκρουση, λόγω των παραδοσιακών απαιτήσεων της κοινωνίας σχετικά με το ρόλο τους (Rout & Rout, 2002). Ωστόσο σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, υποστηρίχθηκε ότι οι άνδρες αναλαμβάνουν μεγαλύτερο μερίδιο στις δουλειές του σπιτιού απ' ό,τι παλιότερα, αν και δεν έχουν υιοθετήσει τα οικογενειακά τους καθήκοντα στο βαθμό που οι γυναίκες έχουν αναλάβει τα εργασιακά τους καθήκοντα (Pleck, 1993). Αν και τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες υποστηρίζουν την ισότητα σε ό,τι αφορά τους εργασιακούς και τους οικογενειακούς ρόλους, στην πραγματικότητα η διαίρεση της εργασίας στο σπίτι συνεχίζει να είναι ανισότιμη. Όταν τα ζευγάρια γίνονται

αντίπαλοι, αντί να προσφέρουν αμοιβαία υποστήριξη, τότε οι σχέσεις τους μπορεί να υποφέρουν.

Για ορισμένες γυναίκες, η αφοσίωση στην εργασία οδηγεί σε διαφοροποιημένες προτεραιότητες, όπου την παραδοσιακή υπεροχή της οικογένειας έναντι της εργασίας την αντικαθιστά η ισότητα των δύο αυτών ρόλων. Μερικές λιγότερο παραδοσιακές γυναίκες αντιμετωπίζουν το δίλημμα, δίνοντας προτεραιότητα στην καριέρα τους, όποτε υπάρχει σύγκρουση με την οικογένεια, ενώ άλλες αποφασίζουν να μην έχουν καθόλου οικογένεια ή να έχουν οικογένεια χωρίς παιδιά (Gutek et al., 1998).



## 2. Ειδικό Μέρος

### 2.1. Στόχος

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο, τα οποία να αφορούν τη σχέση Νοσηλευτή/τριας Στρατιωτικών Νοσοκομείων, αντιλαμβανόμενου stress, επαγγελματικής εξουθένωσης, ικανοποίησης από την εργασία και οικογενειακών σχέσεων, 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.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της στάσης των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Στρατιωτικά Νοσοκομεία απέναντι στις δυσκολίες και τις 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, το αντιλαμβανόμενο stress, η επαγγελματική εξουθένωση καθώς και το οικογενειακό περιβάλλον. Ειδικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα που εξετάστηκαν είναι:

1. Αν οι άνδρες Νοσηλευτές Στρατιωτικών Νοσοκομείων διαφέρουν από τις γυναίκες Νοσηλεύτριες Παθολογικών Κλινικών ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
2. Αν οι απόφοιτοι ΤΕΙ και ΑΕΙ Νοσηλευτές Στρατιωτικών Νοσοκομείων διαφέρουν από τους απόφοιτους ΔΕ Νοσηλευτές Στρατιωτικών Νοσοκομείων ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
3. Αν οι νεότεροι σε ηλικία διαφέρουν από τους μεγαλύτερους ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
4. Η πιθανή συσχέτιση των μεταβλητών καθώς και των επιμέρους υποκλιμάκων τους μεταξύ τους.

## 2.2. Μέθοδος

### 2.2.1. Πληθυσμός-στόχος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας και στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου από τον Μάρτιο του 2010 έως τον Σεπτέμβριο του 2010.

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, ορίστηκε η αξιολόγηση νοσηλευτών/νοσηλευτριών που εργάζονταν σε τέσσερα συγκεκριμένα Στρατιωτικά νοσοκομεία κατά το χρονικό διάστημα Μάρτιος 2010 - Αύγουστος 2010. Ως κριτήριο αποκλεισμού από την έρευνα ορίστηκε η ανεπαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας, γεγονός που θα συνεπαγόταν σημαντική δυσκολία στην κατανόηση των ερωτήσεων των ψυχομετρικών εργαλείων.

Η απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα κάθε νοσηλευτή/νοσηλεύτριας λήφθηκαν από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο της παρούσας μελέτης σε συνεργασία με τον ερευνητή.

### 2.2.2. Διαδικασία

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Για κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος, ατομικός κωδικός, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη η διαδικασία διεκπεραιώθηκε από το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του ερευνητή και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

### 2.2.3. Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

Για την καταγραφή των *κοινωνικο-δημογραφικών* χαρακτηριστικών του δείγματος, χορηγήθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε 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 13 θεμάτων: α) *Δείκτες επαγγελματικής εξέλιξης* (π.χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση κ.α.), β) *Δείκτες επιστημονικής κατάρτισης* (π.χ. εκπαιδευτικό επίπεδο, επίπεδο μεταπτυχιακής εκπαίδευσης) και γ) *Σχέση οικογένειας-εργασίας* (δηλ. αρνητική επίδραση της εργασίας στην οικογένεια και αντίστροφα, αρνητική επίδραση στον εαυτό). Στους δυο πρώτους τομείς, οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν με ακρίβεια τα στοιχεία που ζητούνται (π.χ. επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση κλπ.). Στον τρίτο και τέταρτο τομέα, τους ζητείται να δηλώσουν το βαθμό, στον οποίο τους εκφράζει κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. καθόλου, λίγο, μέτρια, πολύ και πάρα πολύ).

### **Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos**

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η

Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
  - Συνοχή (Cohesion)
  - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
  - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
  - Ανεξαρτησία (Independence)
  - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
  - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
  - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
  - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
  - Οργάνωση (Organization)
  - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας.

Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην Ελληνική γλώσσα από την Κ. Μάτσα.

### **Job-Communication Satisfaction-Importance (JCSI) (Duldt-Batthey, 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-Batthey (Duldt-Batthey, 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 υπάρχοντων 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 (Gouva et al., 2010).

### **Εργαλείο μέτρησης των επιπέδων αντιλαμβανόμενου στρες**

Η Κλίμακα μέτρησης των επιπέδων αντιλαμβανόμενου στρες αφορά τη μέτρηση των αντιλαμβανόμενων επιπέδων άγχους και έχει δημιουργηθεί από

τους Σχορετσανίτη, & Τούντας (2006). Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές Ελληνικές μελέτες.

### **Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach & Jackson, 1986)**

Η Κλίμακα Maslach Burnout Inventory αφορά τη μέτρηση των παραμέτρων σχετικών με την επαγγελματική εξουθένωση και έχει δημιουργηθεί από τους Maslach & Jackson. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων

#### *2.2.4. 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 αφορούν τους εξεταζόμενους και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
2. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων.
3. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιούνται 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 προέκυψαν διασφαλίστηκε με την ακριβή και πλήρη περιγραφή των μεθόδων, του δείγματος, του υλικού και των γενικότερων συνθηκών διεξαγωγής της έρευνας.

### 2.2.5. Στατιστική Επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S. v.17.

Κατά την φάση της ανάλυσης, για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση, εύρος τιμών), καθώς και πίτες και ιστογράμματα του ποσοστού των Νοσηλευτών ως προς τις απαντήσεις τους στις διάφορες ερωτήσεις της έρευνας.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των αποτελεσμάτων των διαφόρων παραμέτρων ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των δύο κατανομών (π.χ. απαντήσεις γυναικών και ανδρών), 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 ήταν διπλάσια της σταθερής απόκλισης της άλλης) και επίσης καμία από τις δύο συγκρινόμενες κατανομές δεν ήταν σαφώς ασύμμετρη. Όταν οι κατανομές ήταν περισσότερες από δύο (π.χ. μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών θέσεων), χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) με post hoc test του Scheffé, για την ανεύρεση των μέσων όρων που διαφέρουν. Όταν, αντίθετα, οι δύο κατανομές ήταν ασύμμετρες, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία *U* των Mann-Whitney.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  και το *Fisher's Exact Test*. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν:

- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών ήταν  $<5$ , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν ήταν  $<1$  και το σύνολο των παρατηρήσεων ήταν  $>24$ .
- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές ήταν  $>10$ .
- το  $\chi^2$  του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν μεταξύ του 5 και 10.

- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν  $<1$  ή δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$ , 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 σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού.

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισεως των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισεως (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 όλων των ποσοτικών μεταβλητών ανά δύο για το σύνολο του δείγματος. Όταν οι κατανομές συχνοτήτων δεν ήταν κανονικές, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης  $\tau_b$  του Kendall.

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



## 2.3. Αποτελέσματα

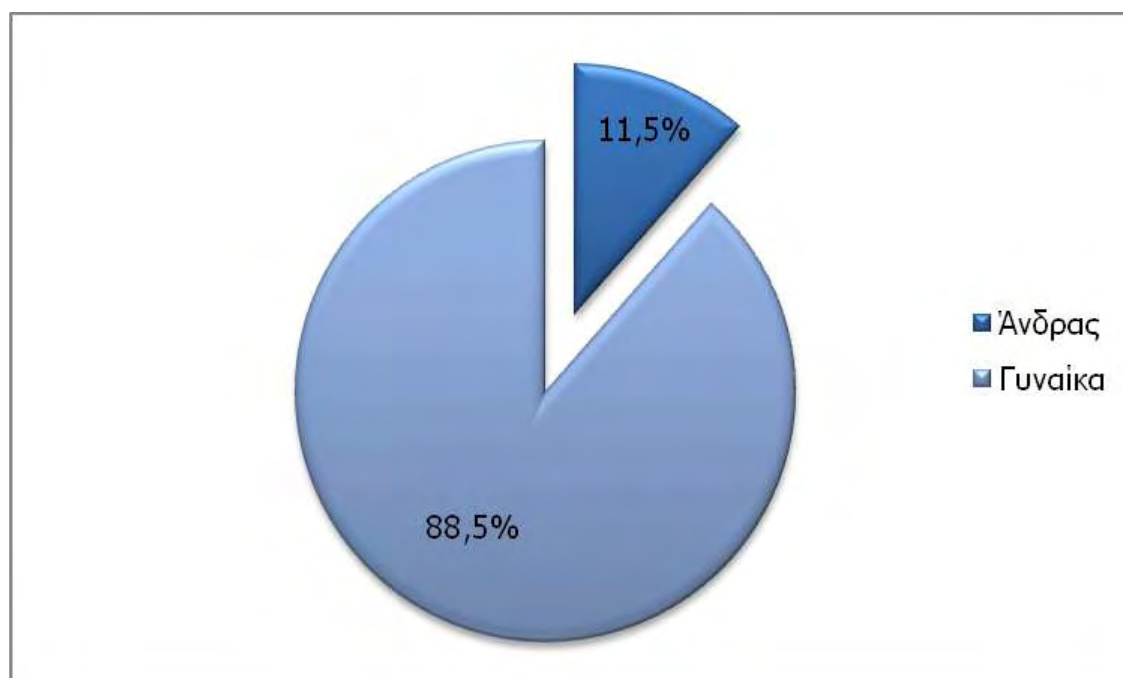
### 2.3.1. Περιγραφή δείγματος

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 122 εργαζόμενοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες των ακόλουθων νοσηλευτικών ιδρυμάτων:

- 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθήνας,
- 404 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Λάρισας,
- 492 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης και
- 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαίδευσης Θεσσαλονίκης.

Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί, η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες ( $n=108$ ) σε μια αναλογία περίπου 8:1.

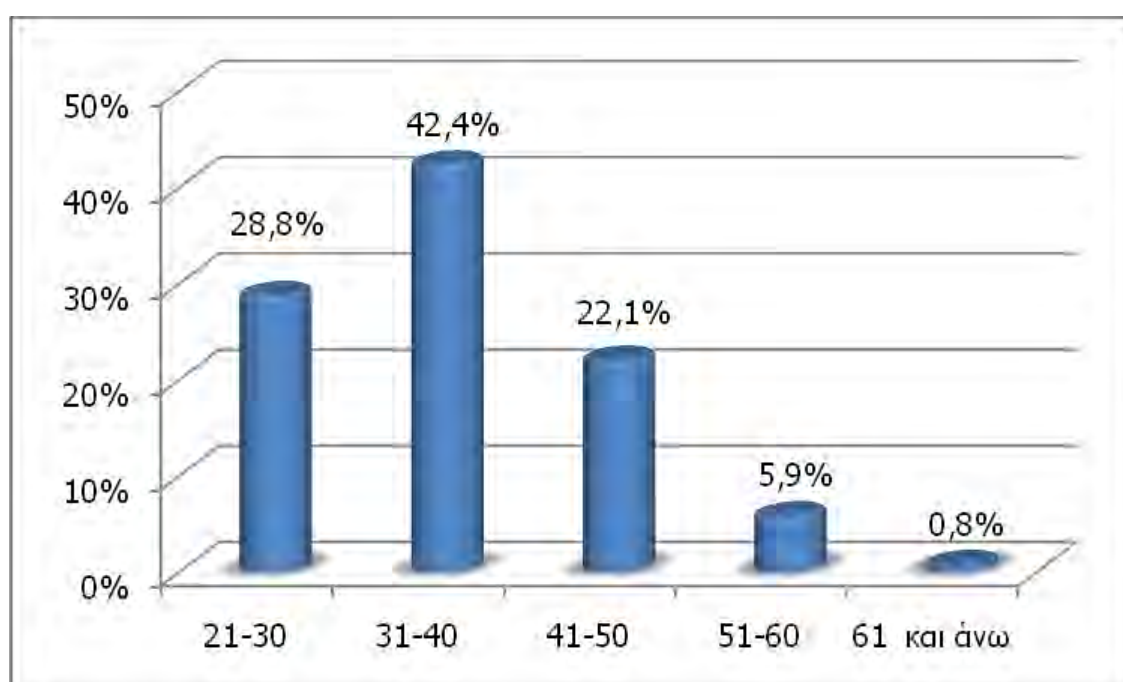
#### Διάγραμμα 1. Φύλο συμμετεχόντων



Ο μέσος όρος ( $\pm$  σταθερή απόκλιση) της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν  $36,97 \pm 7,86$  έτη. Το εύρος των ηλικιών ήταν από 21 έως 61 έτη και η διάμεσος τιμή ήταν τα 37,5 έτη. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά

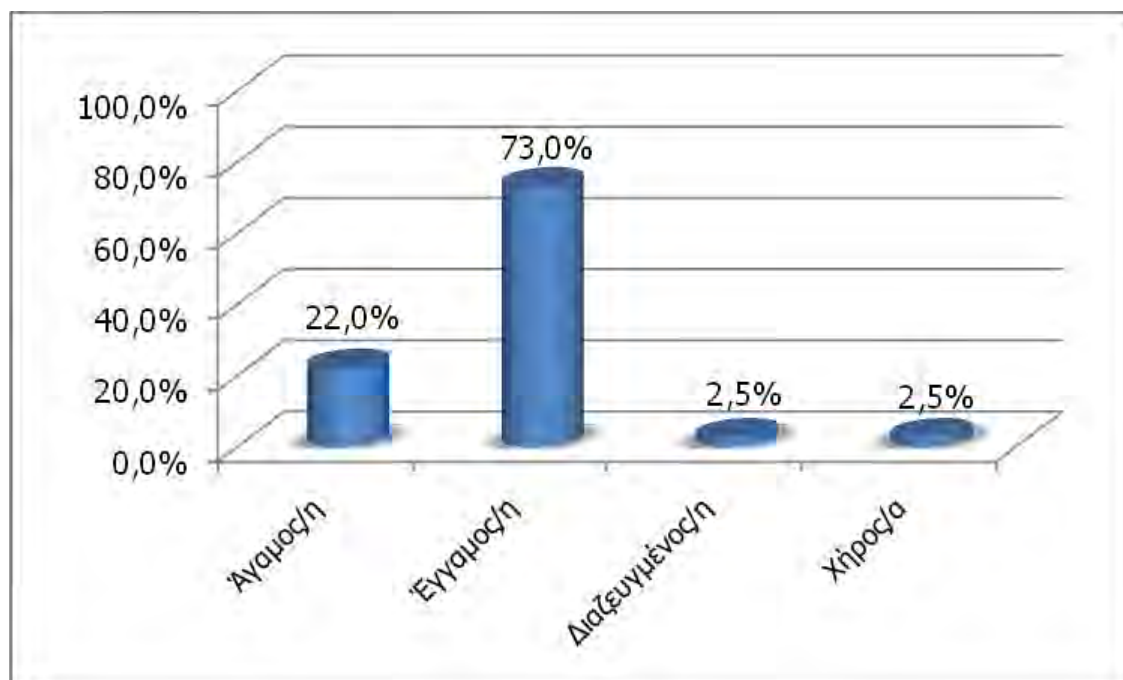
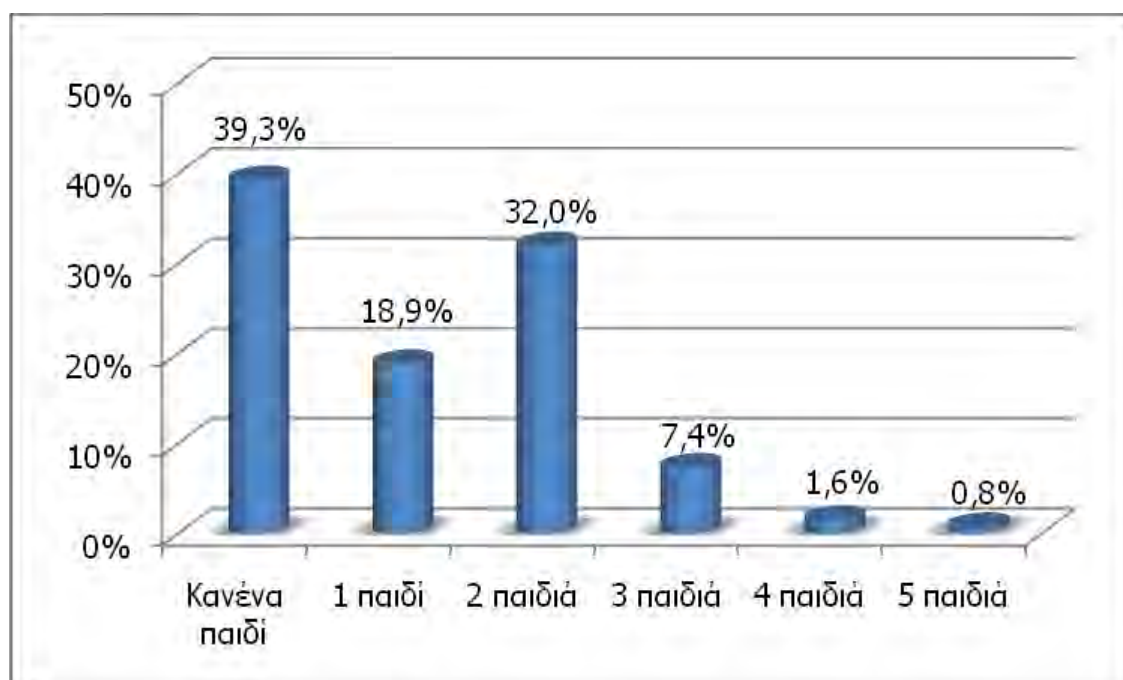
σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία ανδρών και γυναικών [ $t(120)=-0,960$ ,  $p=0,339$ ]. Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζεται γραφικά η ηλικία των συμμετεχόντων ανά ηλικιακή κατηγορία. Με βάση το διάγραμμα φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 31-40 ετών, ενώ οι συμμετέχοντες που ήταν μεγαλύτεροι των 50 ετών αποτελούσαν μόνο το 6,7% του δείγματος.

**Διάγραμμα 2.** Ηλικία συμμετεχόντων ανά δεκαετία



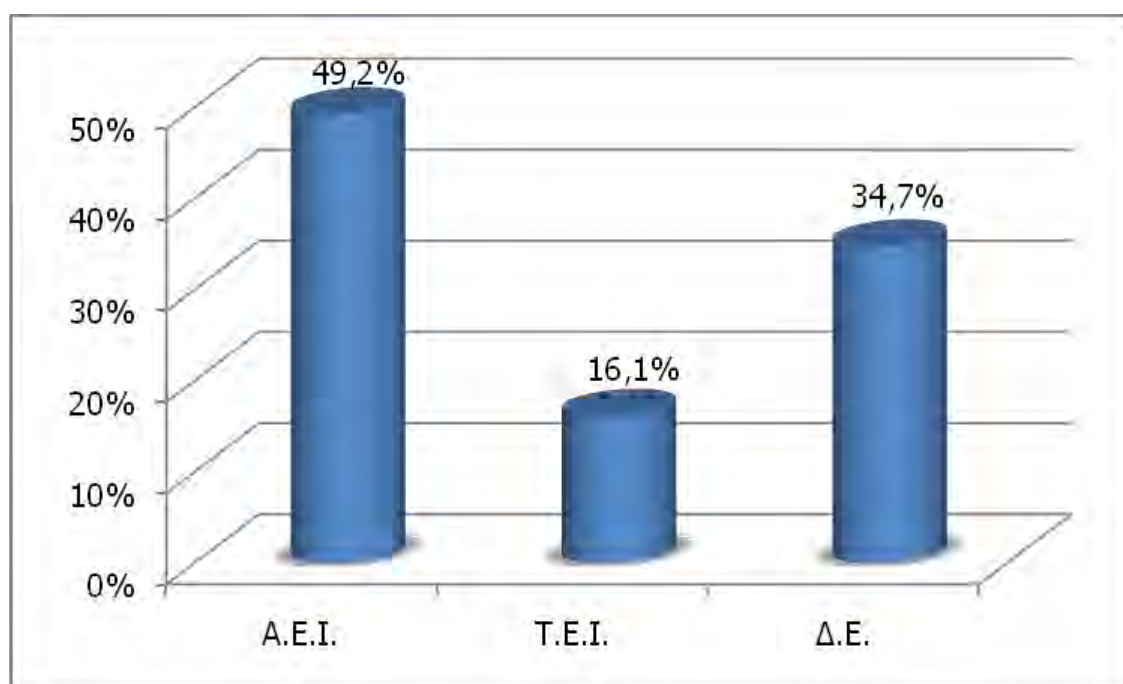
Το 73% του νοσηλευτικού προσωπικού ( $n=89$ ) δήλωσαν ότι είναι παντρεμένοι, ενώ το υπόλοιπο 27% δήλωσαν ότι δεν έχουν παντρευτεί, ότι έχουν πάρει διαζύγιο ή ότι έχουν χηλεύσει. Επίσης, το 60,7% των συμμετεχόντων ( $n=74$ ) δήλωσαν ότι έχουν παιδιά. Ο αριθμός των παιδιών κυμαινόταν από 1 έως 5, με μέσο όρο  $1,91 \pm 0,814$ .

Στα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζονται αναλυτικά η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και ο αριθμός των παιδιών τους.

**Διάγραμμα 3.** Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων**Διάγραμμα 4.** Αριθμός παιδιών συμμετεχόντων

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι περίπου οι μισοί ( $n=58$ ) από αυτούς ήταν απόφοιτοι τμημάτων Νοσηλευτικής Α.Ε.Ι. και οι υπόλοιποι ήταν απόφοιτοι τμημάτων Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. και Δ.Ε. Το εκπαιδευτικό ίδρυμα φοίτησης των συμμετεχόντων δε φάνηκε να σχετίζεται με το φύλο τους [ $\chi^2(2)=2,515$ ,  $p=0,284$ ]. Αξίζει να σημειωθεί ότι από το σύνολο των συμμετεχόντων, 10 άτομα ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, εκ των οποίων οι 9 ήταν γυναίκες, ενώ 2 γυναίκες νοσηλεύτριες διέθεταν διδακτορικό τίτλο σπουδών.

**Διάγραμμα 5.** Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων

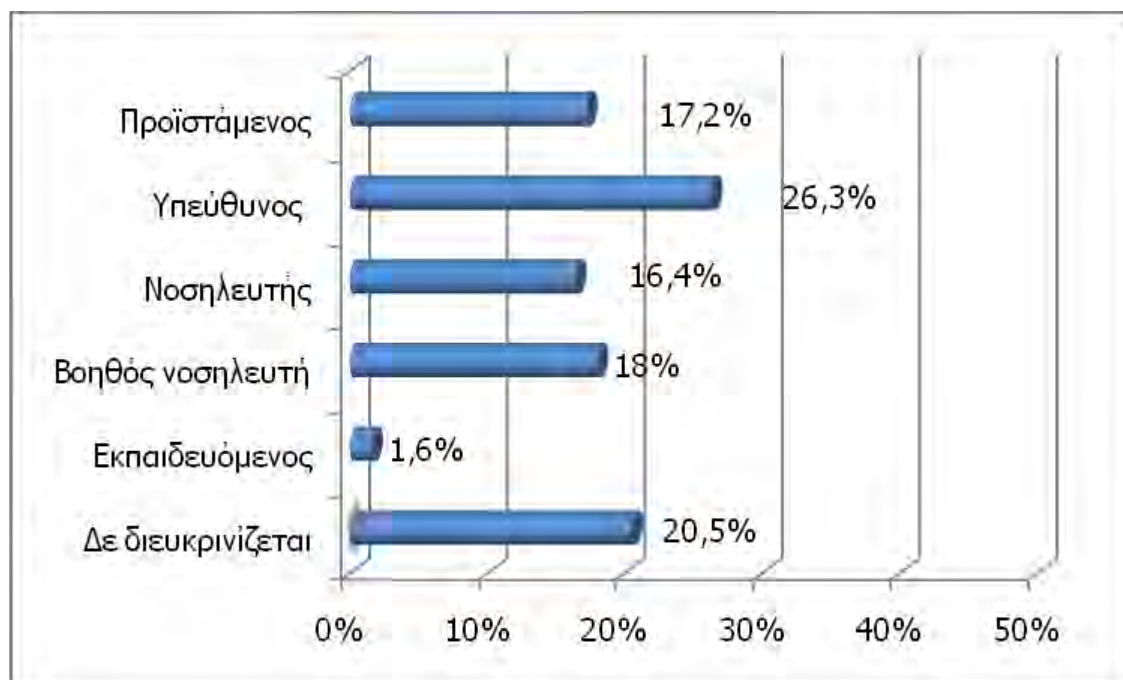


### Διάγραμμα 6. Μεταπτυχιακό επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων



Το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα κατείχε διάφορες θέσεις στις νοσηλευτικές υπηρεσίες των τεσσάρων Γενικών Στρατιωτικών Νοσοκομείων. Τη μεγαλύτερη αντιπροσώπευση στο δείγμα μας είχαν οι νοσηλευτές που κατείχαν θέση Υπεύθυνου ( $n=32$ ). Οι συμμετέχοντες που κατείχαν θέση Προϊστάμενου, Νοσηλεύτη και Βοηθού νοσηλεύτη είχαν παρόμοια εκπροσώπηση. Επίσης, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν 2 εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές, ενώ περίπου ένας στους πέντε συμμετέχοντες ( $n=25$ ) δε διευκρίνισε την ακριβή θέση εργασίας του στην εκάστοτε νοσηλευτική υπηρεσία.

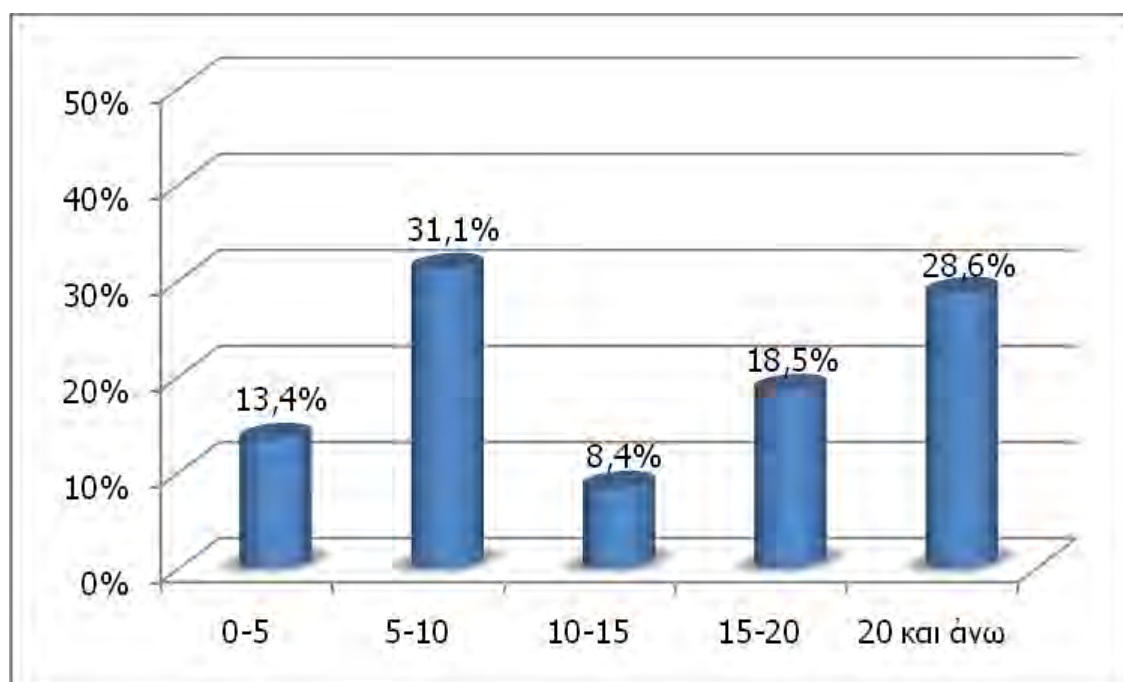
Η αναφερόμενη θέση εργασίας των συμμετεχόντων δε φάνηκε να σχετίζεται με το φύλο τους [ $\chi^2(6)=11,191$ ,  $p=0,083$ ]. Διαπιστώθηκε όμως με βάση την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) και του post hoc test του Scheffé ότι οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι κατέχουν θέση προϊστάμενου έχουν μεγαλύτερη ηλικία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι κατέχουν άλλες θέσεις εργασίας [ $F(4,110)=6,487$ ,  $p<0,001$ ].

**Διάγραμμα 7.** Θέση εργασίας συμμετεχόντων

Περίπου ένας στους τρεις συμμετέχοντες ( $n=37$ ) δήλωσε ότι εργάζεται σε νοσηλευτικό ίδρυμα από 5 έως 10 χρόνια. Την αμέσως μεγαλύτερη εκπροσώπηση είχε η κατηγορία 20 ετών και άνω ( $n=34$ ), ενώ μόνο το 8,4% ( $n=10$ ) του δείγματος δήλωσε ότι εργάζεται σε νοσηλευτικό ίδρυμα από 10 έως 15 χρόνια. Με άλλα λόγια το δείγμα είχε σχετική ποικιλία στον αριθμό ετών προϋπηρεσίας.

Ο συνολικός χρόνος προϋπηρεσίας των νοσηλευτών στο δείγμα μας φάνηκε να σχετίζεται με το φύλο τους, με τις γυναίκες να έχουν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους (Mann-Whitney  $U=500,5$ ,  $p=0,046$ ). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το εκπαιδευτικό ίδρυμα από το οποίο αποφοίτησαν οι συμμετέχοντες συνδεόταν άμεσα με τα χρόνια προϋπηρεσίας τους (Kendall's  $\tau_b=0,203$ ,  $p=0,012$ ). Αναλυτικότερα, φάνηκε ότι όσο πιο υψηλό ήταν το ίδρυμα αποφοίτησης, τόσο περισσότερα ήταν αντίστοιχα και τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας των νοσηλευτών. Με άλλα λόγια, οι απόφοιτοι Α.Ε.Ι. είχαν περισσότερα χρόνια συνολικής προϋπηρεσίας συγκριτικά με τους απόφοιτους Τ.Ε.Ι. και Δ.Ε.

### Διάγραμμα 8. Χρόνια προϋπηρεσίας συμμετεχόντων



#### 2.3.2. Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

Η μελέτη των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση της κλίμακας Maslach Burnout Inventory (MBI). Με τη βοήθεια της εν λόγω κλίμακας μπορέσαμε να αξιολογήσουμε τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως αυτές ορίστηκαν από τη Maslach (1986). Σύμφωνα με τις οδηγίες αξιολόγησης της κλίμακας, καθεμία από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Συναισθηματική εξάντληση, Αποπροσωποποίηση και Προσωπικά επιτεύγματα) κατηγοριοποιήθηκε ως «Χαμηλή», «Μέτρια» ή «Υψηλή». Επίσης, για όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach. Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί και οι τρεις υποκλίμακες είχαν εξαιρετικά υψηλό δείκτη αξιοπιστίας, πράγμα που σημαίνει ότι το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο επέδειξε αξιόλογη εσωτερική συνέπεια στην έρευνά μας.

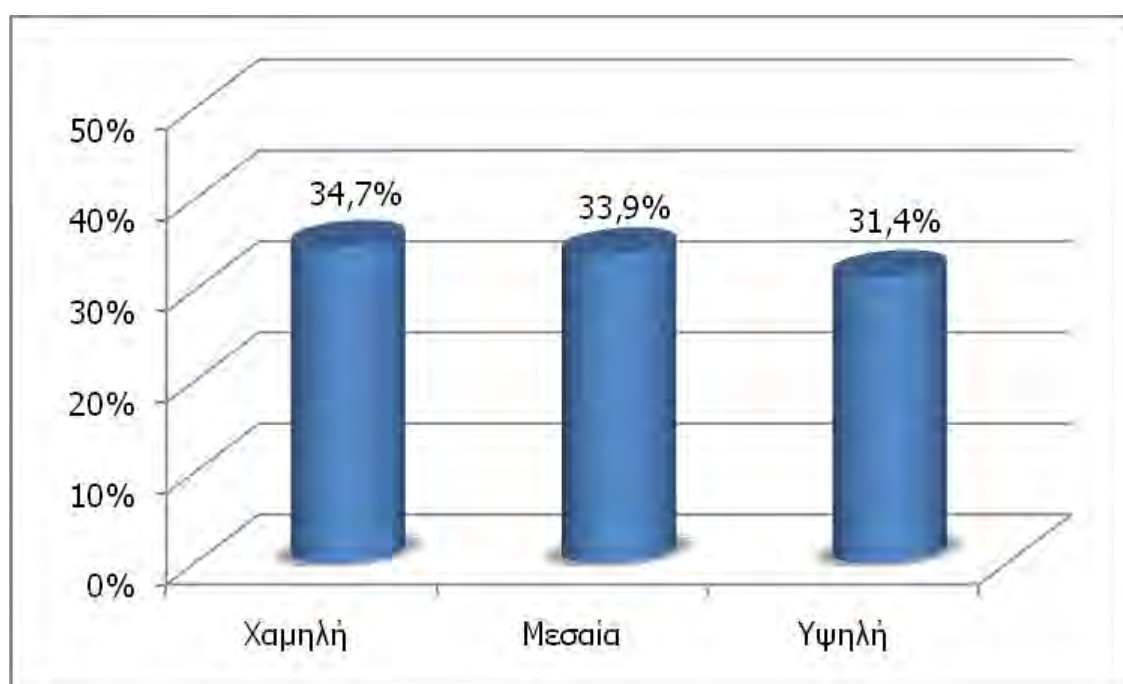


**Πίνακας 1.** Συντελεστές αξιοπιστίας για καθεμία από τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

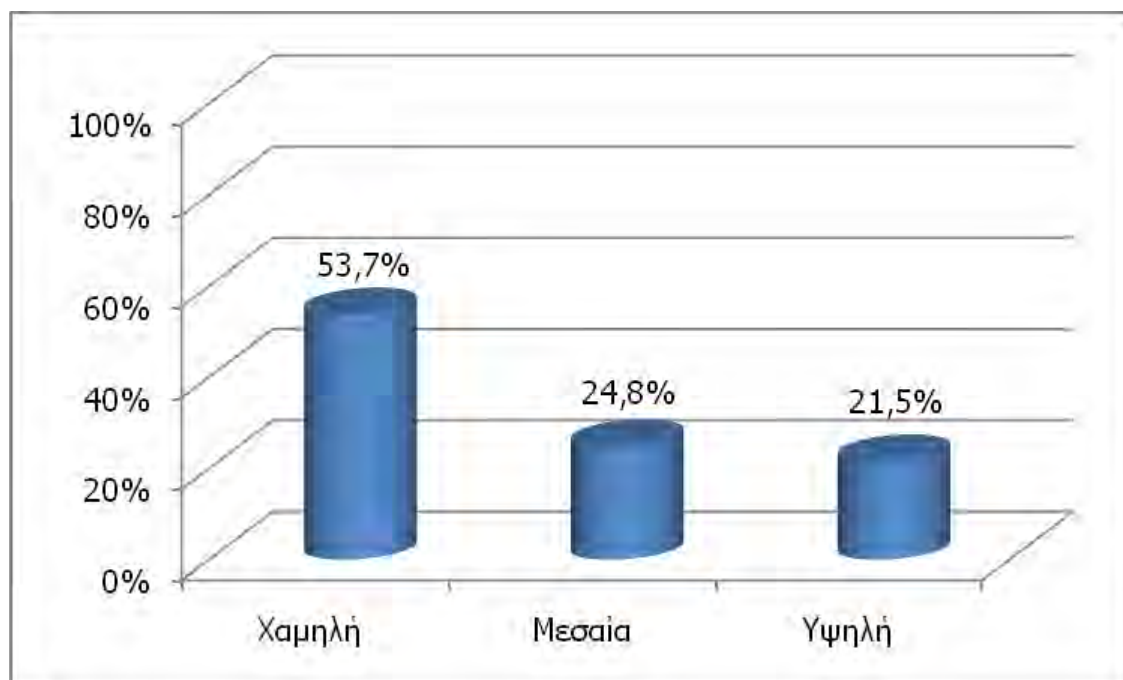
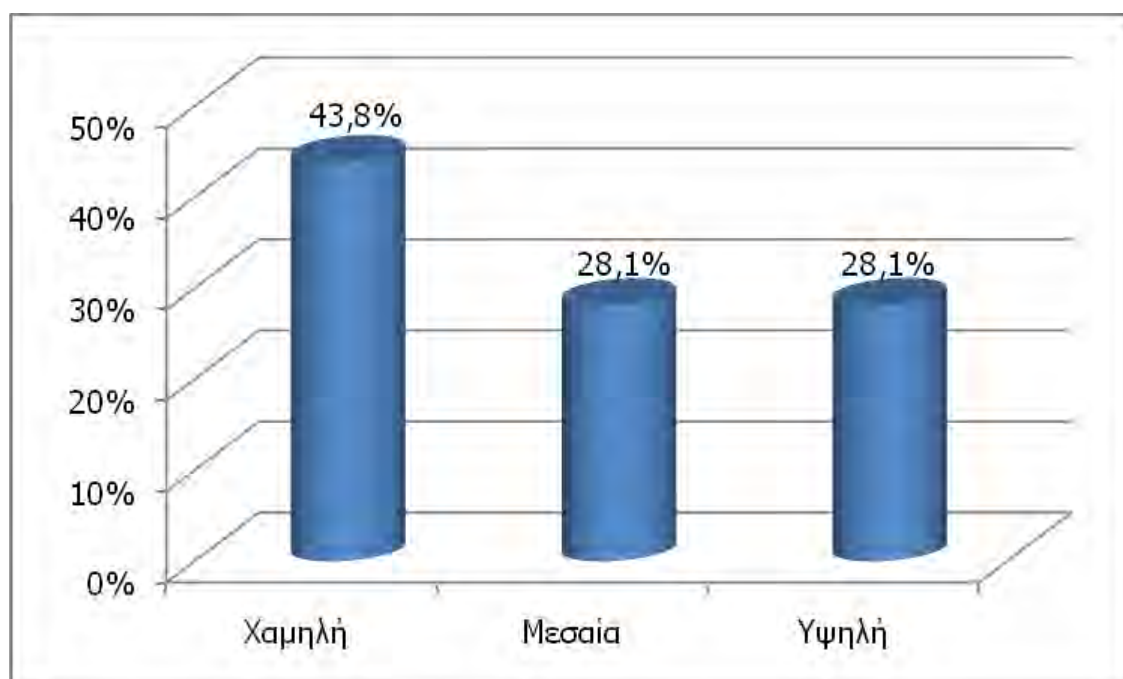
Διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης	Cronbach's α
Συναισθηματική εξάντληση	0,868
Αποπροσωποποίηση	0,766
Προσωπικά επιτεύγματα	0,798

Στα επόμενα τρία διαγράμματα παρουσιάζονται τα επίπεδα Συναισθηματικής εξάντλησης, Αποπροσωποποίησης και Προσωπικών επιτευγμάτων για τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα.

**Διάγραμμα 9.** Επίπεδα Συναισθηματικής εξάντλησης





**Διάγραμμα 10.** Επίπεδα Αποπροσωποποίησης**Διάγραμμα 11.** Επίπεδα Έλλειψης Προσωπικών επιτευγμάτων

Στο δείγμα μας το 31,4% ( $n=38$ ) των νοσηλευτών βίωνε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, ποσοστό που αντιστοιχεί περίπου σε έναν στους τρεις νοσηλευτές. Αναφορικά με τα επίπεδα της χαμηλής και της μεσαίας συναισθηματικής εξάντλησης αυτά φάνηκε να έχουν παρόμοια μεταξύ τους ποσοστά, καλύπτοντας συνολικά το υπόλοιπο ποσοστό των συμμετεχόντων. Από τη διερεύνηση της πιθανότητας για επίδραση του φύλου των συμμετεχόντων στα αντιλαμβανόμενα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, διαπιστώθηκε μόνο μια τάση οι γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους [ $t(120)=-1,664$ ,  $p=0,099$ ]. Είναι πιθανόν αυτή η τάση να αναδεικνυόταν στατιστικά σημαντική, εάν το ποσοστό των ανδρών νοσηλευτών στο δείγμα μας ήταν μεγαλύτερο. Οι παράγοντες της ηλικίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου των νοσηλευτών δε φάνηκαν να σχετίζονται με τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.

Αναφορικά με τα επίπεδα αποπροσωποποίησης φάνηκε ότι το 21,5% ( $n=26$ ) των νοσηλευτών βίωναν υψηλή αποπροσωποποίηση. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι το 53,7% ( $n=65$ ) του δείγματος δε φάνηκε να αντιμετωπίζει σχετικό πρόβλημα. Η αποπροσωποποίηση δε φάνηκε να επηρεάζεται από την ηλικία ή το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών, αλλά όπως και στην περίπτωση της συναισθηματικής εξάντλησης διαπιστώθηκε μια σημαντική τάση οι γυναίκες να έχουν υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης συγκριτικά με τους άνδρες [ $t(120)=-1,923$ ,  $p=0,057$ ].

Τέλος, σχετικά με τη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων διαπιστώθηκε ότι το 43,8% ( $n=53$ ) των νοσηλευτών δεν ένιωθαν ότι παρουσιάζουν έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ οι υπόλοιποι κατανέμονταν ισόποσα στις κατηγορίες μέτριας και υψηλής έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Στη διάσταση αυτή δε διαπιστώθηκε επίδραση του φύλου, της ηλικίας ή του εκπαιδευτικού επιπέδου των νοσηλευτών.

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την κλίμακα Maslach Burnout Inventory είναι χρήσιμο να αναφερθούμε στις συσχετίσεις που προέκυψαν ανάμεσα στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα, η

συναισθηματική εξάντληση συσχετίστηκε θετικά με την αποπροσωποποίηση και η αποπροσωποποίηση συσχετίστηκε αρνητικά με τα προσωπικά επιτεύγματα. Παρατηρήθηκε επίσης μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ προσωπικών επιτευγμάτων και συναισθηματικής εξάντλησης, η οποία όμως ήταν μικρή και στατιστικά μη σημαντική.

Επεξηγηματικά, οι νοσηλευτές που δήλωσαν ότι νιώθουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση δήλωσαν επίσης και μεγάλα επίπεδα αποπροσωποποίησης, ενώ αντίθετα όσοι είχαν υψηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων, ανέφεραν χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης. Συμπερασματικά, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές της έρευνας μας, όταν βίωναν συναισθηματική εξάντληση βίωναν αντίστοιχα και αποπροσωποποίηση και επίσης ένιωθαν ότι υπολείπονται στην εκπλήρωση των προσωπικών τους επιτευγμάτων.

**Πίνακας 2.** Συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1. Συναισθηματική εξάντληση</b>	1		
<b>2. Αποπροσωποποίηση</b>	0,558 <sup>α</sup>	1	
<b>3. Προσωπικά επιτεύγματα</b>	-0,080	-0,226 <sup>β</sup>	1

***α** στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο 0,05*

***β** στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο 0,01*

### 2.3.3. Αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους

Η αξιολόγηση των επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση σχετικής κλίμακας, που αποτελούνταν από 30 δηλώσεις. Για το συγκεκριμένο δείγμα νοσηλευτών, ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν 0,928. Η συγκεκριμένη τιμή υποδηλώνει ότι

η κλίμακα έχει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια κατά την εφαρμογή της στην έρευνά μας.

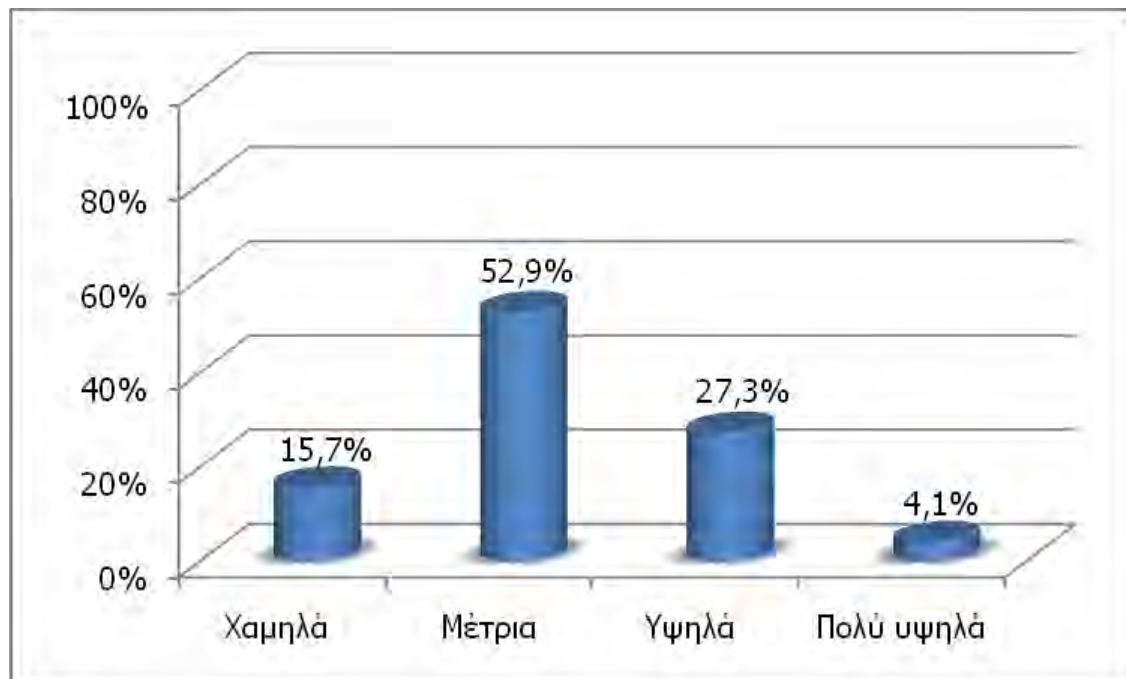
Με βάση τις τυποποιημένες οδηγίες βαθμολόγησης της κλίμακας αυτής σχηματίστηκαν 4 κατηγορίες σχετικά με τη βαρύτητα του αντιλαμβανόμενου άγχους των νοσηλευτών:

- χαμηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους,
- μέτρια επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους,
- υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους και
- πολύ υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους.

Στο διάγραμμα που ακολουθεί φαίνεται ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ( $n=64$ ) βίωναν μέτρια επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους, ενώ σχεδόν ένας στους τρεις ( $n=38$ ) βίωνε υψηλά και πολύ υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους. Το αρνητικό είναι ότι μόνο το 15,7% ( $n=19$ ) του δείγματος δήλωσε ότι βιώνει χαμηλά επίπεδα άγχους. Ο παράγοντας του αντιλαμβανόμενου άγχους φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο των συμμετεχόντων, με τις γυναίκες να σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα αυτή, με άλλα λόγια δηλώνουν ότι βιώνουν περισσότερο άγχος από ό,τι ανέφεραν οι άνδρες [ $t(120)=-2,211$ ,  $p=0,029$ ]. Η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων δε φάνηκε να επηρεάζουν τη βαθμολογία στην κλίμακα αυτή.

Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό εύρημα ήταν οι συσχετίσεις που διαπιστώθηκαν ανάμεσα στη βαθμολογία της κλίμακας αντιλαμβανόμενου άγχους και τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναλυτικότερα, εντοπίστηκαν θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα αντιλαμβανόμενου άγχους και τις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης (Pearson's  $r=0,637$ ,  $p<0,001$ ) και της αποπροσωποποίησης (Pearson's  $r=0,435$ ,  $p<0,001$ ) και αρνητική συσχέτιση με τη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων (Pearson's  $r=-0,345$ ,  $p<0,001$ ). Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές που βίωναν υψηλά επίπεδα άγχους, δήλωσαν επίσης ότι νιώθουν συναισθηματικά εξαντλημένοι, ότι έχουν συμπτώματα αποπροσωποποίησης και ότι τους λείπει η αίσθηση προσωπικής επίτευξης.

### Διάγραμμα 12. Επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους



#### 2.3.4. Αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία

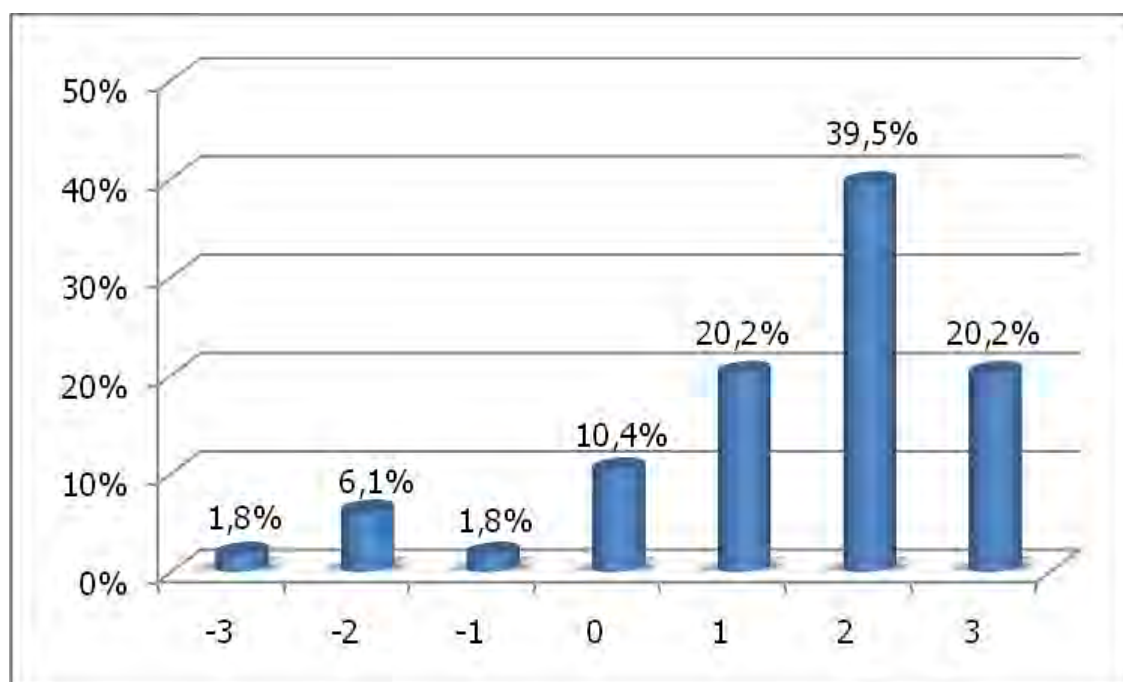
Η ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών των Γενικών Στρατιωτικών Νοσοκομείων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκε με τη χορήγηση ενός ειδικού σχετικού ερωτηματολογίου και με μια σειρά από κλειστού τύπου ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις αυτές αφορούσαν την ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας, τη θέση εργασίας, το βαθμό στον οποίο οι απαιτήσεις της εργασίας επηρέαζαν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν οι νοσηλευτές στους εαυτούς και στις οικογένειες τους και, αντίστροφα, το βαθμό στον οποίο οι οικογενειακές τους υποχρεώσεις επηρέαζαν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους. Τέλος, στα πλαίσια αυτής της ενότητας διερευνήθηκαν και οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με τη συμβολή ενός αριθμού παραγόντων στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο

εργασίας τους. Οι παράγοντες αυτοί ήταν το φύλο, το επίπεδο σπουδών, η ηλικία και η προσωπικότητα.

Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την εργασία αξιολογήθηκαν σε μια 7-βαθμη κλίμακα Likert από το -3 έως το 3. Όσο πιο χαμηλή ήταν η βαθμολογία που επέλεγε κάθε συμμετέχοντας τόσο πιο χαμηλή ήταν και η ικανοποίηση από την εργασία του και, αντίστροφα, όσο πιο υψηλή η βαθμολογία τόσο πιο μεγάλη η ικανοποίηση. Σχετικά με τις υπόλοιπες ερωτήσεις για την ικανοποίηση, που εντάχθηκαν σε αυτή την ενότητα, αυτές βαθμολογούνταν σε μια 5-βαθμη κλίμακα Likert από το «Καθόλου» έως το «Πάρα πολύ».

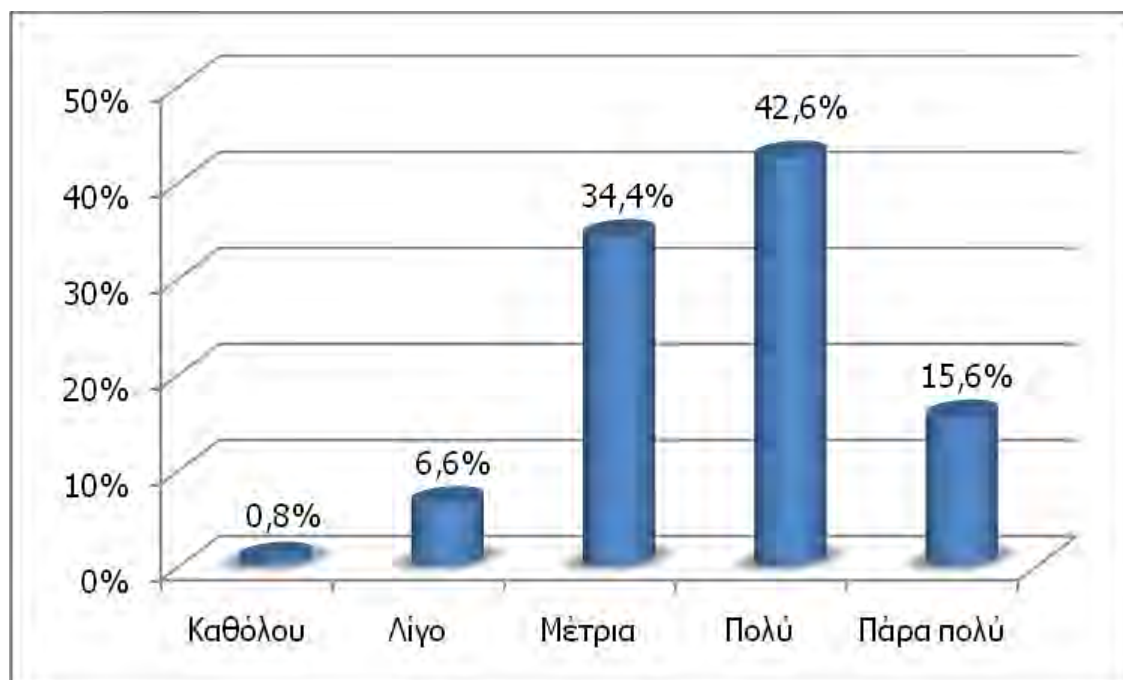
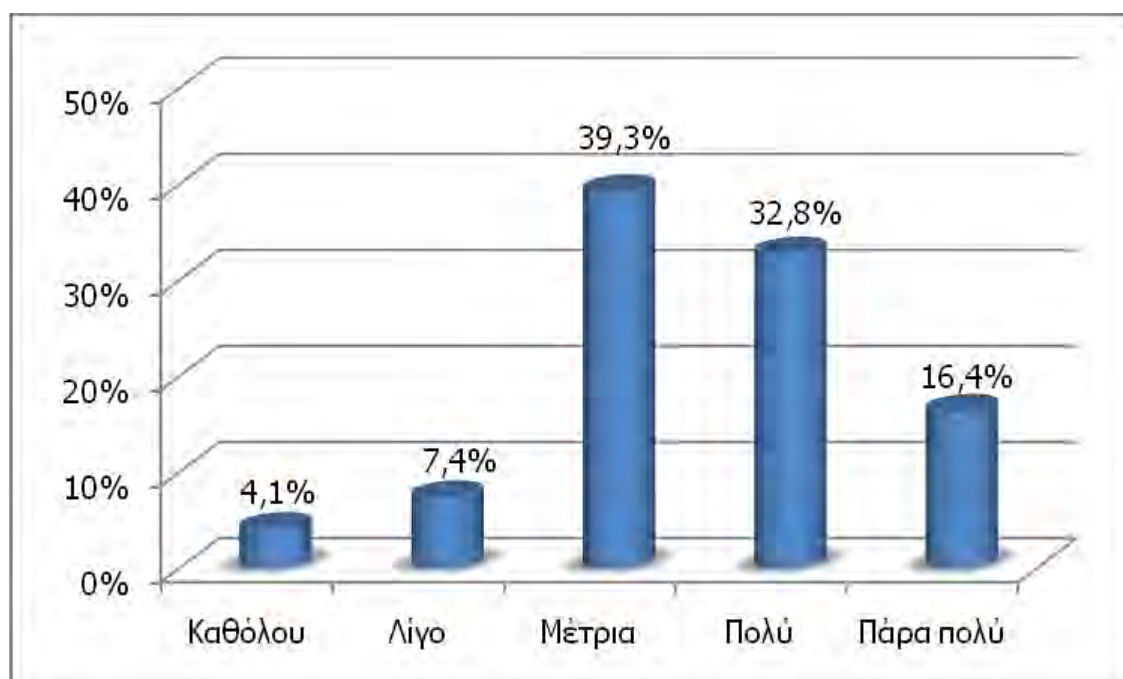
Το 79,9% ( $n=91$ ) των νοσηλευτών δήλωσαν ότι ήταν συνολικά αρκετά έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Όπως φαίνεται και στο σχετικό διάγραμμα, μόνο το 9,7% ( $n=11$ ) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου έως είναι λίγο ικανοποιημένο από την εργασία του. Η συνολική ικανοποίηση από την εργασία φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο των νοσηλευτών [ $t(120)=2,244$ ,  $p=0,027$ ], την ηλικία τους (Pearson's  $r=0,222$ ,  $p=0,020$ ), το συνολικό αντιλαμβανόμενο άγχος τους (Pearson's  $r=-0,419$ ,  $p<0,001$ ) και δύο από τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά όχι από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Πιο αναλυτικά, φάνηκε ότι αυτοί που δήλωσαν πιο χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία τους, ήταν περισσότερο συχνά γυναίκες, μικρότεροι σε ηλικία, με υψηλό αντιλαμβανόμενο άγχος, υψηλή συναισθηματική εξάντληση (Pearson's  $r=-0,483$ ,  $p<0,001$ ) και υψηλή αποπροσωποποίηση (Pearson's  $r=-0,383$ ,  $p<0,001$ ).

**Διάγραμμα 13.** Συνολική ικανοποίηση από την εργασία



Μετά τη συνολική ικανοποίηση παρουσιάζονται πληροφορίες πιο συγκεκριμένα για την ικανοποίηση των νοσηλευτών από το αντικείμενο και τη θέση εργασίας τους.

Και στις δύο περιπτώσεις, της ικανοποίησης από το αντικείμενο εργασίας και της ικανοποίησης από τη θέση εργασίας, η αξιολόγηση των συμμετεχόντων ήταν κατά βάση θετική. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν για τους δύο αυτούς παράγοντες είναι παρόμοια με αυτά για τη συνολική ικανοποίηση από την εργασία. Το μοναδικό εύρημα που διαφοροποιήθηκε ήταν ότι δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση με βάση το φύλο των συμμετεχόντων. Οι συσχετίσεις της ικανοποίησης από το αντικείμενο και τη θέση εργασίας με την ηλικία, τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση, τα προσωπικά επιτεύγματα και το συνολικό αντιλαμβανόμενο άγχος παρουσιάζονται συνοπτικά στον επόμενο πίνακα.

**Διάγραμμα 14.** Ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας**Διάγραμμα 15.** Ικανοποίηση από τη θέση εργασίας



**Πίνακας 3.** Συσχετίσεις ικανοποίησης από το αντικείμενο και τη θέση εργασίας με την ηλικία, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και το αντιλαμβανόμενο άγχος

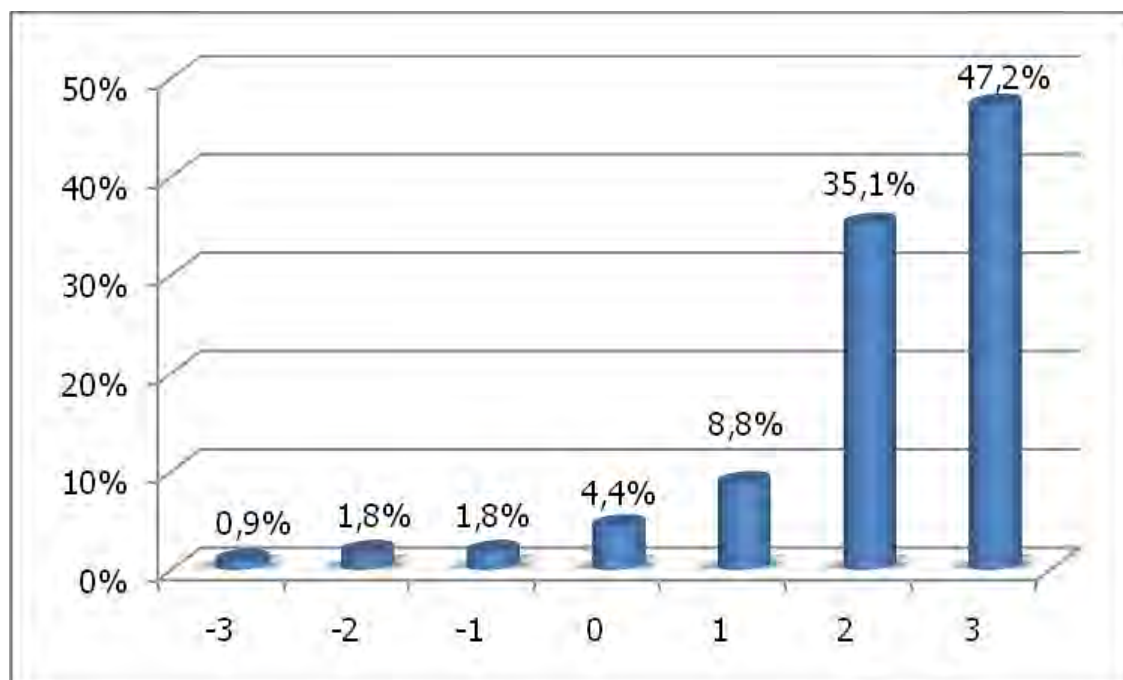
	<b>Αντικείμενο εργασίας</b>	<b>Θέση εργασίας</b>
<b>Ηλικία</b>	0,207 <sup>α</sup>	0,189 <sup>α</sup>
<b>Συναισθηματική εξάντληση</b>	-0,407 <sup>β</sup>	-0,389 <sup>β</sup>
<b>Αποπροσωποποίηση</b>	-0,397 <sup>β</sup>	-0,284 <sup>β</sup>
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	0,221 <sup>α</sup>	0,208 <sup>α</sup>
<b>Αντιλαμβανόμενο άγχος</b>	-0,327 <sup>β</sup>	-0,337 <sup>β</sup>

*α* στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο 0,05

*β* στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο 0,01

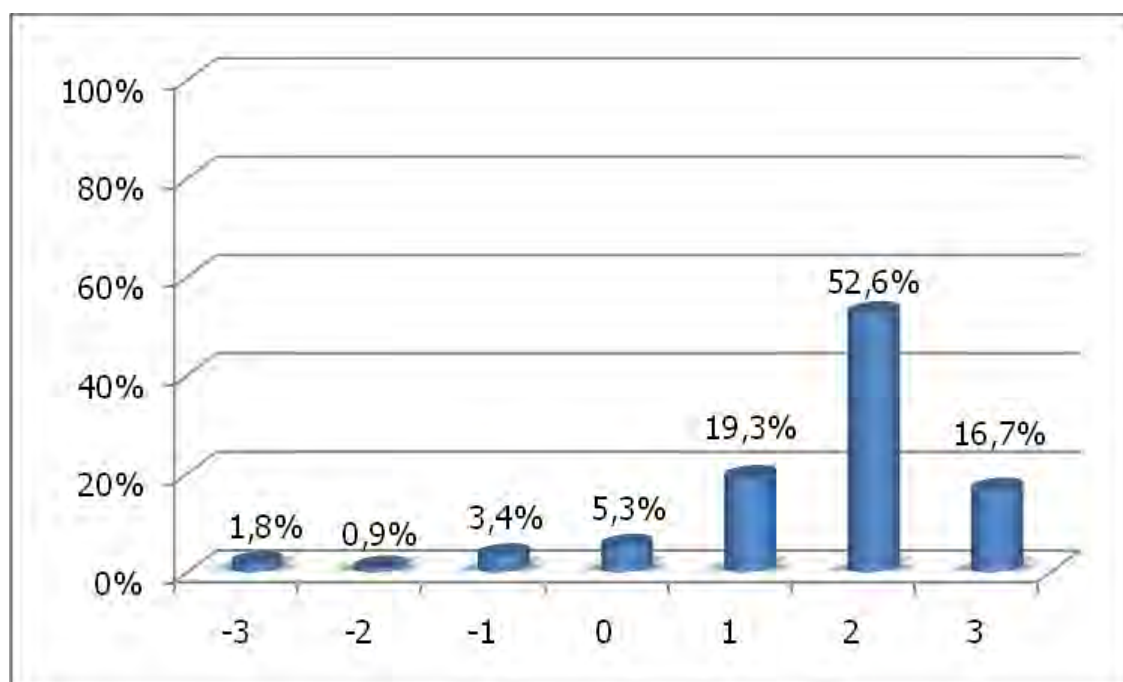
Η πλειοψηφία των νοσηλευτών θεωρούσε αρκετά έως πάρα πολύ σημαντική την ικανοποίηση που αντλεί από την εργασία του, ενώ μόνο το 4,5% (n=5) από αυτούς θεωρούσε ότι ήταν λίγο έως καθόλου σημαντική. Ο βαθμός σημαντικότητας της εργασίας διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται με το φύλο των νοσηλευτών [ $t(120)=2,103$ ,  $p=0,038$ ], την αποπροσωποποίηση (Pearson's  $r=-0,400$ ,  $p<0,001$ ) και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (Pearson's  $r=0,243$ ,  $p=0,010$ ). Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες νοσηλευτές, όσοι έχουν χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και όσοι έχουν υψηλή βαθμολογία στη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων φάνηκε να αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στην ικανοποίηση από την εργασία.

**Διάγραμμα 16.** Βαθμός σημαντικότητας της ικανοποίησης που αντλούν οι συμμετέχοντες από την εργασία τους



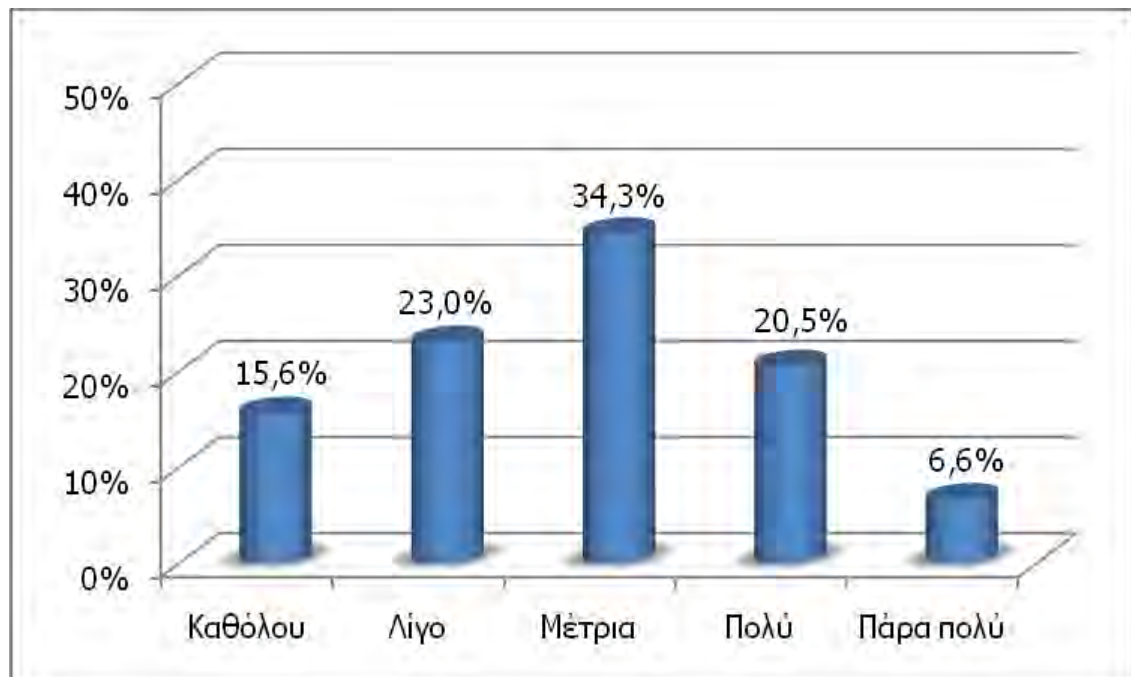
Σχετικά με το πόσο επιτυχημένοι νιώθουν οι νοσηλευτές στην εργασία τους, όπως αποτυπώνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι από αυτούς (88,6%,  $n=101$ ) πιστεύουν ότι είναι αρκετά έως πάρα πολύ επιτυχημένοι. Η πεποίθηση αυτή φάνηκε να επηρεάζεται από το συνολικό αντιλαμβανόμενο άγχος των συμμετεχόντων (Pearson's  $r=-0,266$ ,  $p=0,004$ ), την αποπροσωποποίηση (Pearson's  $r=-0,230$ ,  $p=0,014$ ) και τα προσωπικά επιτεύγματα (Pearson's  $r=0,395$ ,  $p<0,001$ ). Πιο επεξηγηματικά, όσοι νοσηλευτές είχαν υψηλό αντιλαμβανόμενο άγχος, έντονα αισθήματα αποπροσωποποίησης και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων θεωρούσαν ότι δεν είναι ιδιαίτερα επιτυχημένοι στην εργασία τους.

**Διάγραμμα 17.** Πεποιθήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το πόσο θεωρούν ότι είναι επιτυχημένοι στην εργασία τους

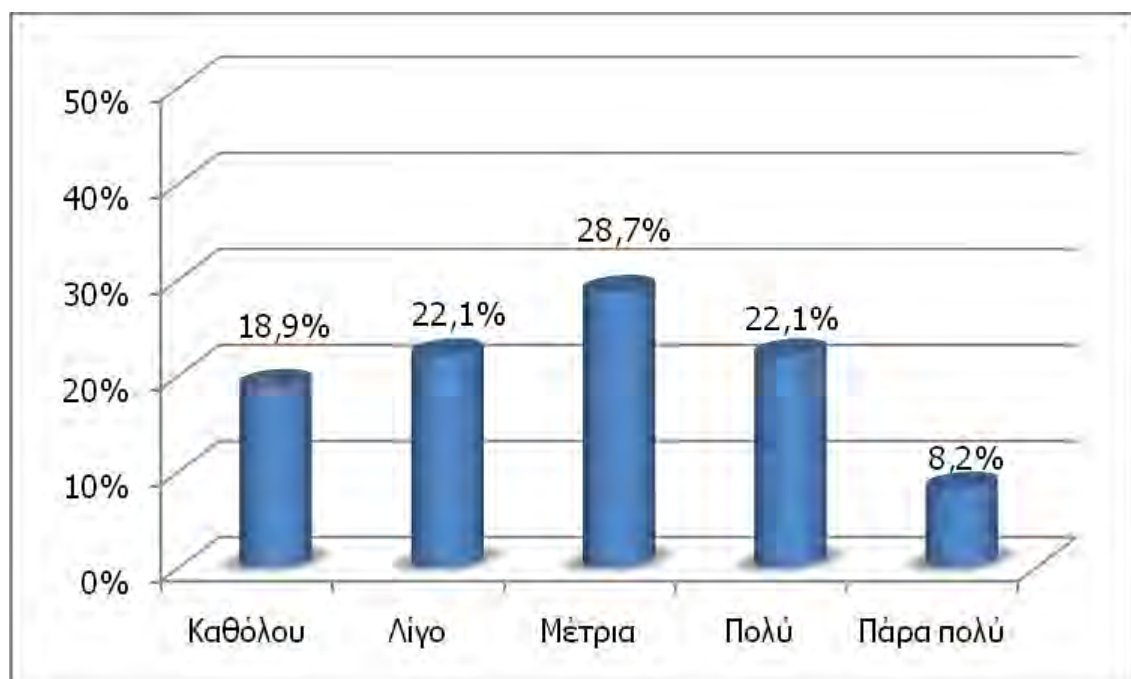


Στη συνέχεια θα περιγραφούν οι πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το βαθμό στον οποίο οι απαιτήσεις της εργασίας τους επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν α) στον εαυτό και β) στην οικογένεια τους και γ) σχετικά με το βαθμό στον οποίο οι οικογενειακές τους υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους. Τα επόμενα τρία διαγράμματα παρουσιάζουν τις εκτιμήσεις των συμμετεχόντων για τις προαναφερόμενες σχέσεις. Το 27,1% (n=33) πιστεύει ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς του επηρεάζουν πολύ ή πάρα πολύ το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνει στον εαυτό του, το 30,3% (n=37) πιστεύει ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς του επηρεάζουν πολύ ή πάρα πολύ το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνει στην οικογένεια του, ενώ μόνο το 8,2% (n=10) πιστεύει οι οικογενειακές του υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνει στην εργασία του.

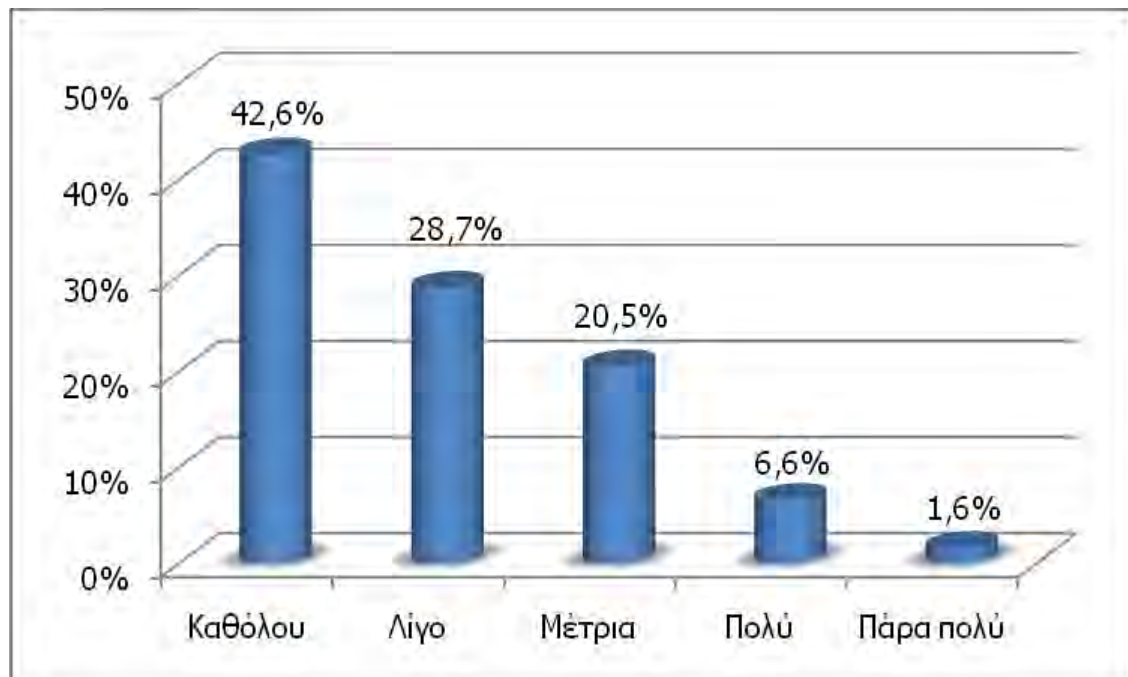
**Διάγραμμα 18.** Αρνητική επίδραση της εργασίας στο χρόνο και την ενέργεια για τον εαυτό



**Διάγραμμα 19.** Αρνητική επίδραση της εργασίας στο χρόνο και την ενέργεια για την οικογένεια



**Διάγραμμα 20.** Αρνητική επίδραση των οικογενειακών υποχρεώσεων στο χρόνο και την ενέργεια για την εργασία



Για καμία από αυτές τις πεποιθήσεις δε διαπιστώθηκε επίδραση του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων. Αυτό που διαπιστώθηκε όμως ήταν μια σειρά από συσχετίσεις ανάμεσα στις πεποιθήσεις αυτές και χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα αντιλαμβανόμενου άγχους και οι διάφορες διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι συσχετίσεις αυτές περιγράφονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί. Πιο συγκεκριμένα, το αντιλαμβανόμενο άγχος, η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση συσχετίστηκαν αρνητικά και με τις τρεις αυτές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων. Επίσης, όσοι ένιωθαν ότι τα προβλήματα στην οικογένεια επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους είχαν και μικρότερη αίσθηση προσωπικής επίτευξης. Τέλος, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές ήταν και πιο πιθανόν να νιώθουν ότι η δουλειά τους «ξοδεύει» πολύ χρόνο και ενέργεια που θα προτιμούσαν να αφιερώσουν στη φροντίδα του εαυτού τους.

**Πίνακας 4.** Συσχετίσεις ανάμεσα στις προαναφερόμενες πεποιθήσεις και την ηλικία, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους

	<b>Εργασία- Εαυτός</b>	<b>Εργασία- Οικογένεια</b>	<b>Οικογένεια- Εργασία</b>
<b>Ηλικία</b>	-0,277 <sup>β</sup>	-0,161	0,023
<b>Συναισθηματική εξάντληση</b>	0,545 <sup>β</sup>	0,493 <sup>β</sup>	0,220 <sup>α</sup>
<b>Αποπροσωποποίηση</b>	0,258 <sup>β</sup>	0,202 <sup>α</sup>	0,192 <sup>α</sup>
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	-0,051	-0,082	-0,250 <sup>α</sup>
<b>Αντιλαμβανόμενο άγχος</b>	0,399 <sup>β</sup>	0,404 <sup>β</sup>	0,243 <sup>β</sup>

*α* στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο 0,05

*β* στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο 0,01

Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται οι μέσοι όροι για το βαθμό ικανοποίησης και για το βαθμό σημαντικότητας για κάθε μια από τις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης JCSI. Υπενθυμίζεται ότι οι ερωτήσεις αυτές βαθμολογήθηκαν με βάση 7-βαθμη κλίμακα από το -3 έως το 3, γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο μέσος όρος σε κάποια ερώτηση τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση αντλείται με βάση το περιεχόμενό της και τόσο πιο σημαντική είναι για κάθε συμμετέχοντα.

**Πίνακας 5.** Μέσοι όροι των βαθμών ικανοποίησης και σημαντικότητας αναφορικά με τις διάφορες διαστάσεις της ικανοποίησης

<b>Διάσταση ικανοποίησης</b>	<b>Βαθμός ικανοποίησης</b>	<b>Βαθμός σημαντικότητας</b>
<b>Ενημέρωση γενικά</b>	0,84	2,10
<b>Πληροφόρηση για στόχους</b>	1,06	2,20

<b>Πληροφόρηση για επιτεύγματα</b>	0,97	1,93
<b>Πληροφόρηση για πολιτική</b>	0,24	1,92
<b>Τυπική επικοινωνία</b>	1,28	2,36
<b>Νόημα επιτυχίας</b>	0,94	1,98
<b>Προκλήσεις δουλειάς</b>	0,45	1,83
<b>Ευχαρίστηση από δουλειά</b>	1,42	2,37
<b>Χρήση ικανοτήτων</b>	1,24	2,24
<b>Παρεχόμενη εμπειρία</b>	0,75	2,24
<b>Σχέσεις με συναδέλφους</b>	1,57	2,54
<b>Βοήθεια από συναδέλφους</b>	1,57	2,39
<b>Φιλικότητα συναδέλφων</b>	1,56	2,41
<b>Αξία σχέσεων με συναδέλφους</b>	1,38	1,81
<b>Άτυπη επικοινωνία</b>	0,82	1,97
<b>Σχέση με ανώτερο</b>	1,68	2,56
<b>Επικοινωνία προς ανώτερο</b>	1,57	2,61
<b>Επικοινωνία από ανώτερο</b>	1,55	2,49
<b>Αναγνώριση από ανώτερο</b>	1,67	2,43
<b>Κατανόηση από ανώτερο</b>	1,45	2,46
<b>Οδηγίες από ανώτερο</b>	1,49	2,50
<b>Επικοινωνία με διευθυντή</b>	1,19	2,32
<b>Επικοινωνία μεταξύ κλινικών</b>	0,74	2,07
<b>Επικοινωνία με άλλες ειδικότητες</b>	1,25	2,25
<b>Επικοινωνία με εθελοντές</b>	1,09	1,87

Για κάθε μια από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ικανοποίησης διερευνήθηκε η πιθανότητα επίδρασης του παράγοντα του φύλου. Με βάση τις αναλύσεις προέκυψε ότι ο παράγοντας του φύλου επηρέαζε τη βαθμολογία σε 3 ερωτήσεις ικανοποίησης. Οι άνδρες νοσηλευτές φάνηκε να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σύγκριση με τις γυναίκες συναδέλφους τους σχετικά με «το νόημα που δίνουν στην επιτυχία στο χώρο εργασίας τους» [ $t(120)=1,987, p=0,049$ ], με «τις προκλήσεις που προσφέρει η δουλειά τους» [ $t(120)=2,450, p=0,016$ ] και με «την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές» [ $t(120)=2,069, p=0,041$ ].

Επιπλέον υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ικανοποίησης με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα του αντιλαμβανόμενου άγχους. Λόγω της έκτασης των σχετικών αναλύσεων παρουσιάζονται συγκεντρωτικά, στον πίνακα που ακολουθεί, η μικρότερη, η διάμεση και η μεγαλύτερη συσχέτιση που προέκυψε σε σχέση με κάθε μια από τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και του αντιλαμβανόμενου άγχους.

**Πίνακας 6.** Συντελεστές συσχέτισης  $r$  του Pearson ανάμεσα στις διαστάσεις ικανοποίησης από την εργασία και την ηλικία, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και την κλίμακα αντιλαμβανόμενων επιπέδων άγχους

	<b>Μικρότερη συσχέτιση</b>	<b>Διάμεση συσχέτιση</b>	<b>Μεγαλύτερη συσχέτιση</b>
<b>Συναισθηματική εξάντληση</b>	-0,050	-0,201	-0,483
<b>Αποπροσωποποίηση</b>	-0,066	-0,263	-0,447
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	0,077	0,209	0,424
<b>Αντιλαμβανόμενο άγχος</b>	-0,122	-0,292	-0,451

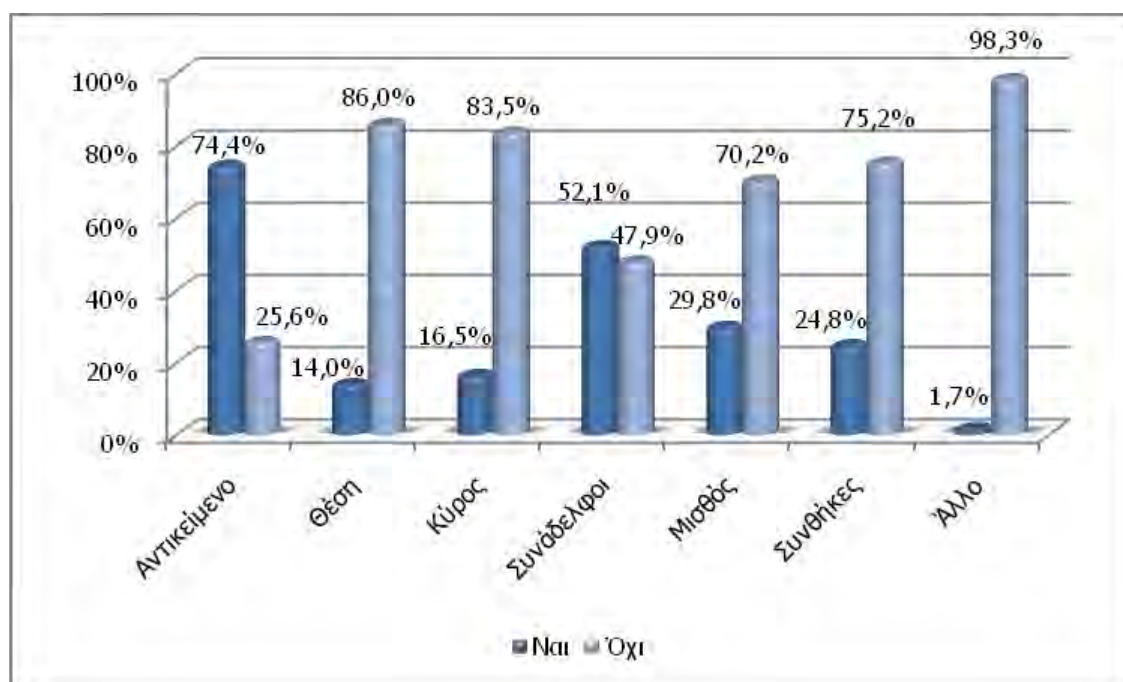


Από την ανάλυση του προτύπου των συσχετίσεων προκύπτει ότι τόσο το άγχος όσο και οι διάφορες διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης είχαν μέτρια αλλά σημαντική συσχέτιση με τις διάφορες διαστάσεις της ικανοποίησης από την εργασία. Όπως και στις προηγούμενες αναλύσεις, όσο μεγαλύτερη ήταν η αίσθηση προσωπικής επίτευξης τόσο μεγαλύτερη και η ικανοποίηση από τις διάφορες πλευρές της εργασίας, ενώ αντίστοιχα όσο μεγαλύτερη η συναισθηματική εξουθένωση, η αποπροσωποποίηση και το αντιλαμβανόμενο άγχος, τόσο μικρότερη η ικανοποίηση από την εργασία.

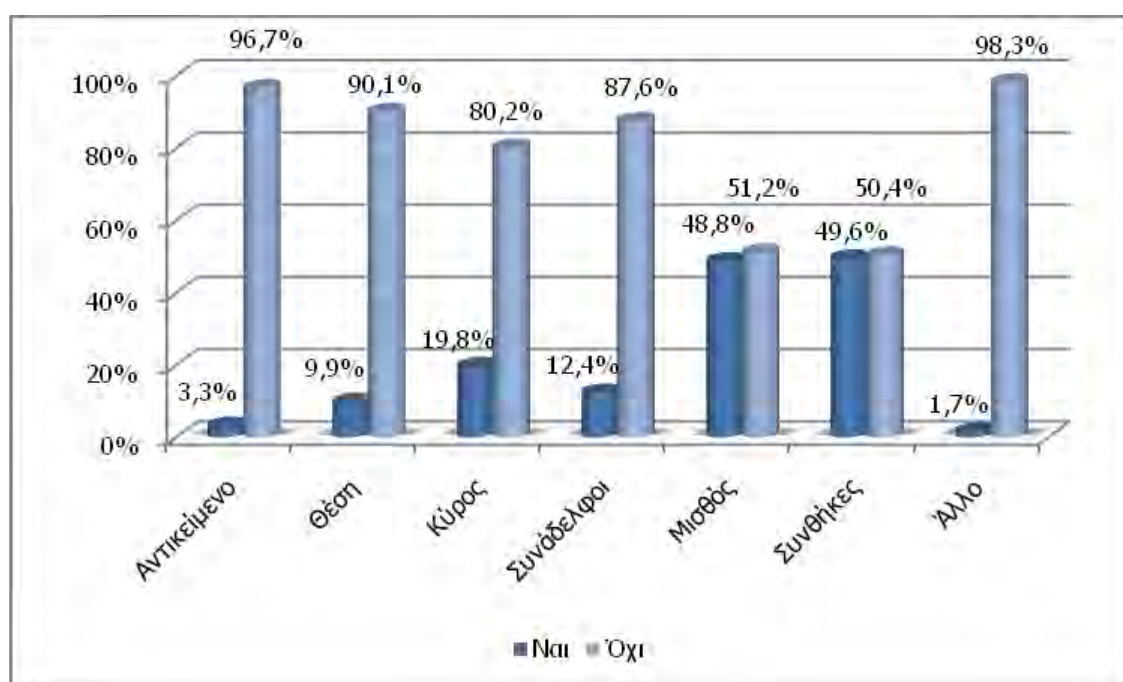
Η ανάλυση του ερωτηματολογίου ικανοποίησης ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των τομέων της εργασίας που προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση στους συμμετέχοντες, των τομέων που τους δυσαρεστούν περισσότερο, της πιο σημαντικής πλευράς της εργασίας και των αλλαγών στην εργασία που θα τους έκαναν να νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Τέλος, παρουσιάζονται οι παράγοντες που κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας.

Ως παράγοντας που προσφέρει τη μεγαλύτερη ικανοποίηση επισημάνθηκε το αντικείμενο της εργασίας ( $n=90$ ), ακολουθούμενο από τις σχέσεις με τους συναδέλφους ( $n=63$ ). Αντίθετα, η θέση που κατέχουν οι συμμετέχοντες θεωρήθηκε από τους νοσηλευτές ως ο λιγότερο σημαντικός τομέας της εργασίας τους που μπορεί να τους προσφέρει ικανοποίηση ( $n=17$ ) (Διάγραμμα 21). Όσον αφορά στους παράγοντες που δυσαρεστούν περισσότερο τους νοσηλευτές αυτοί φάνηκε να είναι περισσότερο οι συνθήκες εργασίας τους ( $n=60$ ) και ο μισθός τους ( $n=59$ ) (Διάγραμμα 22).

**Διάγραμμα 21.** Τομείς εργασίας που προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση

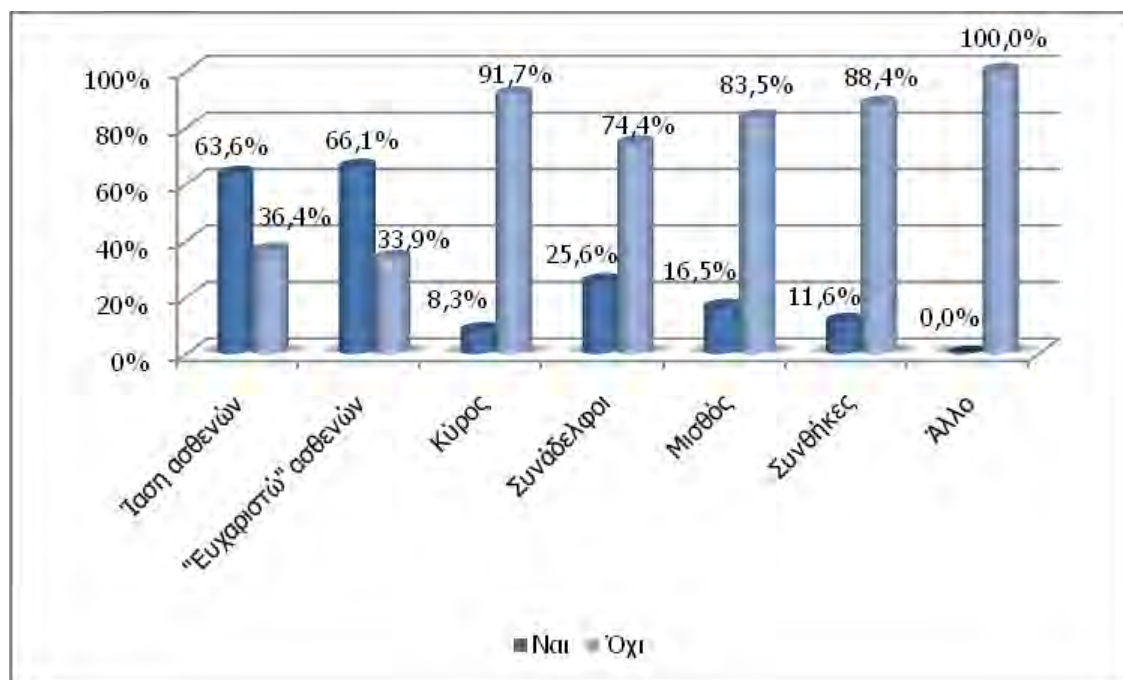
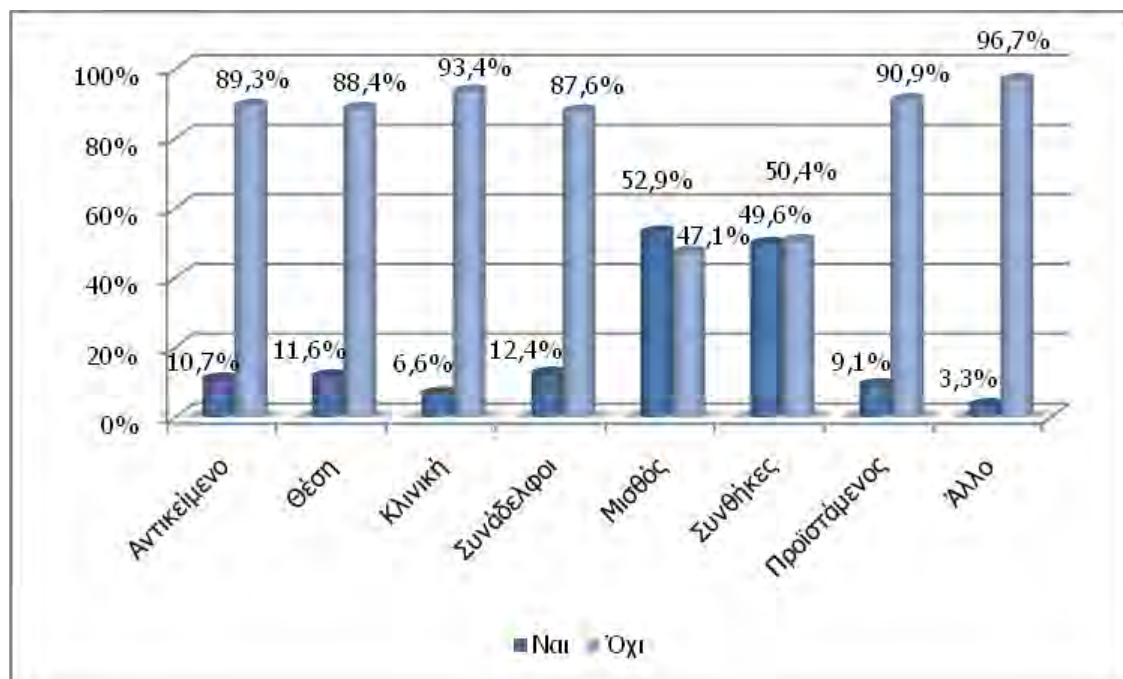


**Διάγραμμα 22.** Τομείς εργασίας που δυσχεραίνουν περισσότερο τους νοσηλευτές

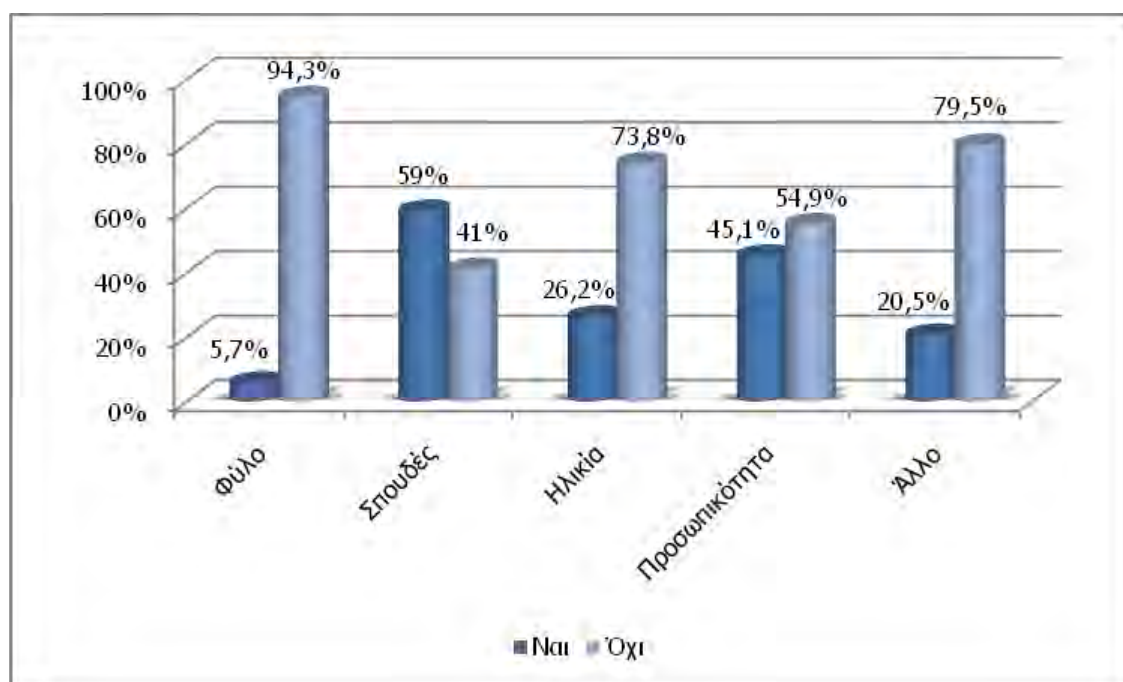


Η πιο σημαντική πλευρά της εργασίας των νοσηλευτών ήταν το «ευχαριστώ» από τους ασθενείς ( $n=80$ ) και η ίαση τους ( $n=77$ ), ενώ η λιγότερη σημαντική ήταν το κύρος της εργασίας τους ( $n=10$ ). Σε αντιστοιχία με τους παράγοντες που τους δυσαρεστούν περισσότερο, οι νοσηλευτές υπέδειξαν την αύξηση του μισθού τους ( $n=64$ ) και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους ( $n=60$ ) ως τους παράγοντες εκείνους που θα τους έκαναν να αντλούν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι αλλαγές σε εργασιακούς τομείς, όπως το αντικείμενο και η θέση εργασίας, η κλινική στην οποία εργάζονται, οι σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό και ο προϊστάμενος δε φάνηκε να θεωρούνται από τους συμμετέχοντες ως σημαντικές για την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία τους.

Τέλος, το επίπεδο σπουδών ( $n=72$ ) αναδείχθηκε ως ο πιο σημαντικός παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην επαγγελματική εξέλιξη των νοσηλευτών. Ο αμέσως πιο σημαντικός παράγοντας ήταν η προσωπικότητα κάθε νοσηλευτή ( $n=55$ ). Επίσης, περίπου 1 στους 5 νοσηλευτές ( $n=25$ ) θεώρησε ότι εκτός από παράγοντες, όπως το φύλο, το επίπεδο σπουδών, η ηλικία και η προσωπικότητα, μπορούν να συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας και άλλοι παράγοντες, όπως ο στρατιωτικός βαθμός, οι γνωριμίες και άλλοι παράγοντες.

**Διάγραμμα 23.** Οι πιο σημαντικές πλευρές της εργασίας**Διάγραμμα 24.** Αλλαγές σε πλευρές της εργασίας που θα έκαναν τους νοσηλευτές να νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση

**Διάγραμμα 25.** Παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας



#### 2.3.6. Αξιολόγηση οικογενειακού περιβάλλοντος

Η αξιολόγηση του οικογενειακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος των Moos και Moos (1987). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κλίμακα είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, που συνολικά περιλαμβάνουν δέκα υποκλίμακες. Ο μέσος όρος (Μ.Ο.) και οι σταθερές αποκλίσεις (Σ.Α.) της βαθμολογίας των συμμετεχόντων για τους τρεις τομείς και τις δέκα υποκλίμακες παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα.

Το βασικότερο χαρακτηριστικό των οικογενειών των νοσηλευτών είναι η υψηλή συνοχή και η μικρή παρουσία ενδοοικογενειακών συγκρούσεων. Επίσης, φάνηκε ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον χαρακτηρίζεται σε ικανοποιητικό βαθμό από εκφραστικότητα, ανεξαρτησία, προσανατολισμό σε επιτεύγματα και διανοήση, καθώς και οργάνωση.

**Πίνακας 7.** Βαθμολογίες στους τομείς και τις υποκλίμακες της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος

	<b>Αριθμός ερωτήσεων</b>	<b>M.O. ± Σ.Α.</b>
<b>Σχέσεις</b>	27	15,77±2,28
<i>Συνοχή</i>	9	7,55±1,42
<i>Εκφραστικότητα</i>	9	6,18±1,63
<i>Σύγκρουση</i>	9	2,00±1,94
<b>Προσωπική ανάπτυξη &amp; ωρίμανση</b>	45	28,70±5,15
<i>Ανεξαρτησία</i>	9	6,21±1,33
<i>Προσανατολισμός για επιτεύγματα</i>	9	6,07±1,37
<i>Προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση</i>	9	6,00±2,07
<i>Προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα</i>	9	5,44±2,22
<i>Ηθική και θρησκευτική έμφαση</i>	9	5,04±2,00
<b>Συντήρηση του συστήματος</b>	18	11,13±2,7
<i>Οργάνωση</i>	9	6,23±1,63
<i>Έλεγχος</i>	9	4,87±1,50

Ο παράγοντας του φύλου έδειξε να επηρεάζει τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες της ανεξαρτησίας [ $t(120)=1,956$ ,  $p=0,053$ ] και της οργάνωσης [ $t(120)=-1,992$ ,  $p=0,049$ ] και τη βαθμολογία στον τομέα της συντήρησης του συστήματος [ $t(120)=-2,015$ ,  $p=0,046$ ]. Οι άνδρες νοσηλευτές θεωρούσαν ότι στο οικογενειακό τους περιβάλλον υπήρχε μεγαλύτερος βαθμός ανεξαρτησίας

συγκριτικά με τις γυναίκες. Αντίθετα, οι γυναίκες θεωρούσαν ότι στο οικογενειακό τους περιβάλλον υπήρχε περισσότερη οργάνωση και έλεγχος.

Οι σχετικά μικρές συσχετίσεις ανάμεσα στους τρεις τομείς της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος με την ηλικία, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και το αντιλαμβανόμενο άγχος έδειξαν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές και όσοι είχαν υψηλή αίσθηση έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων είχαν αντίστοιχα και υψηλή βαθμολογία στον τομέα της συντήρησης του συστήματος. Τέλος, αυτοί που είχαν χαμηλή αίσθηση αποπροσωποποίησης και αντιλαμβανόμενου άγχους και υψηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων είχαν αντίστοιχα υψηλή βαθμολογία στον τομέα της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης.

**Πίνακας 8.** Συσχετίσεις τομέων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος με την ηλικία, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και το αντιλαμβανόμενο άγχος

	Σχέσεις	Προσωπική ανάπτυξη & ωρίμανση	Συντήρηση συστήματος
<b>Ηλικία</b>	-0,002	-0,041	0,255 <sup>β</sup>
<b>Συναισθηματική εξάντληση</b>	0,091	-0,075	-0,003
<b>Αποπροσωποποίηση</b>	-0,137	-0,216 <sup>α</sup>	-0,063
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	0,103	0,367 <sup>α</sup>	0,266 <sup>α</sup>
<b>Αντιλαμβανόμενο άγχος</b>	-0,073	-0,210 <sup>α</sup>	-0,046

<sup>α</sup> στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο 0,05

<sup>β</sup> στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο 0,01

## 2.4. Συζήτηση

Στην εργασία αυτή αξιολογήθηκε το αντιλαμβανόμενο άγχος, η επαγγελματική εξουθένωση, η ικανοποίηση από την εργασία και η αλληλεπίδραση αυτών των μεταβλητών με τις οικογενειακές σχέσεις 122 νοσηλευτών που εργάζονταν σε Στρατιωτικά Νοσοκομεία. Από τους συμμετέχοντες η σημαντική πλειονότητα ήταν έγγαμες γυναίκες περί την τρίτη δεκαετία της ζωής τους, με κατά μέσο όρο 2 παιδιά, απόφοιτοι είτε ΑΕΙ είτε ΤΕΙ ή ΔΕ και κατείχαν ποικίλες θέσεις στη νοσηλευτική υπηρεσία.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος πέραν της μεγαλύτερης ηλικίας των προϊσταμένων, κάτι αναμενόμενο, αφού χρειάζεται σχετικά μεγάλος χρόνος προϋπηρεσίας, για να καταλάβει κανείς παρόμοια θέση. Επίσης, οι γυναίκες νοσηλεύτριες και οι απόφοιτοι ΑΕΙ φάνηκε να έχουν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας από ό,τι οι άντρες συνάδερφοί τους και οι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΔΕ, αντίστοιχα.

Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό συμμετεχόντων στην έρευνά μας φάνηκε να έχει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Πράγματι ένας στους τρεις δήλωσε συναισθηματική εξάντληση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ ακόμα και η αποπροσωποποίηση βιώνονταν από έναν στους πέντε νοσηλευτές. Ομοίως, μέτρια ή υψηλά επίπεδα άγχους δήλωσε ότι βιώνει το 80% των συμμετεχόντων και ιδιαίτερα οι γυναίκες. Παραδόξως όμως, το ίδιο περίπου ποσοστό συμμετεχόντων δήλωσε ότι είναι αρκετά έως και πάρα πολύ ικανοποιημένο από την εργασία του (τόσο όσον αφορά το αντικείμενο της εργασίας όσο και τη θέση του), με περισσότερο ικανοποιημένους τους άνδρες και τους μεγαλύτερους σε ηλικία συμμετέχοντες. Η πλειονότητα των νοσηλευτών αποδίδουν μεγάλη σημασία στην ικανοποίηση από την εργασία τους και νιώθουν επιτυχημένοι. Το οικογενειακό τους περιβάλλον το αντιλαμβάνονται να έχει υψηλή συνοχή και με σχετική απουσία ενδοοικογενειακών συγκρούσεων.



Το πρότυπο των συσχετίσεων των κλιμάκων και υποκλιμάκων μεταξύ τους ήταν λογικό και συνεπές. Οι τρεις κλίμακες της Κλίμακας Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (1982) είχαν ικανοποιητικές συσχετίσεις μεταξύ τους, με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση (αρνητικά διατυπωμένες υποκλίμακες) να συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους και αρνητικά με την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων (θετικά διατυπωμένη υποκλίμακα). Αυτό είναι ένα αναμενόμενο συμπέρασμα αφού η εμφάνιση συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης καθώς και η απουσία αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων είναι όλα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης που εμφανίζονται κατά το μάλλον ή ήττον παράλληλα μεταξύ τους (Wicks, 2000).

Με όμοιο τρόπο, τόσο άγχος, όπως γίνεται αντιληπτό από τους νοσηλευτές, όσο και οι διάφορες αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία συσχετίστηκαν σταθερά με τις τρεις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι διάφορες συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν φανερώνουν ότι τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σημειώθηκαν παράλληλα με υψηλό άγχος, καθώς και χαμηλή αίσθηση επίτευξης, ικανοποίησης από την εργασία και αντίληψης ότι είναι επιτυχημένοι. Η παρατήρηση της συσχέτισης αυτής δεν είναι καινούρια, αφού έχει εδραιωθεί από ποικιλία ερευνών η σχέση άγχους, εξουθένωσης και χαμηλής ικανοποίησης από την εργασία, τόσο γενικά στους εργαζόμενους όσο και ειδικότερα στον χώρο της υγείας (π.χ. Koleck et al., 2000, Bellani et al., 1996, Guppy & Gutteridge, 1991, Rout & Rout, 2002).

Το spill-over, δηλαδή η μεταφορά άγχους και πίεσης από την εργασία στην προσωπική και οικογενειακή ζωή και αντίστροφα συσχετίστηκε ιδιαίτερα υψηλά με δύο από τις τρεις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξουθένωσης καθώς και με το αντιλαμβανόμενο άγχος. Η σύγκρουση ρόλων και πόρων μεταξύ δουλειάς και οικογένειας είναι ένα γεγονός που διαπιστωμένα προκαλεί άγχος και εξουθένωση στους εργαζόμενους (Cooper & Mitchell, 1990). Επίσης, ενδιαφέρον είναι ότι οι νοσηλευτές που νιώθουν χαμηλή την αίσθηση προσωπικής επίτευξης στην εργασία τους κατά ένα μέρος αποδίδουν αυτήν την αποτυχία τους στην μεταφορά πίεσης και άγχους από την οικογενειακή

στην επαγγελματική τους ζωή. Αντίθετα, οι νοσηλευτές που έχουν υψηλή την αίσθηση προσωπικής επίτευξης στην εργασία τους, αντιλαμβάνονται την οικογένειά τους να έχει οργάνωση και έλεγχο και να προάγει την προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση.

Παρότι η Maslach (1982) έδωσε παρόμοια σημασία στις τρεις πλευρές της επαγγελματικής εξουθένωσης που περιγράφει το μοντέλο της (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων), η υποκλίμακα προσωπικών επιτευγμάτων διαφοροποιήθηκε στο πρότυπο των συσχετίσεων της από τις υπόλοιπες δύο. Πιθανόν ειδικά οι νοσηλευτές, που όπως δηλώνουν είναι πολύ ικανοποιημένοι και δίνουν μεγάλη αξία στην εργασία τους, να παρουσιάζουν λιγότερο αυτή την πλευρά επαγγελματικής εξουθένωσης. Μια άλλη πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι η υποκλίμακα προσωπικών επιτευγμάτων είναι η μοναδική θετικά διατυπωμένη υποκλίμακα, όπου οι υψηλές βαθμολογίες είναι ευνοϊκές, ενώ οι χαμηλές υποδηλώνουν επαγγελματική εξουθένωση, σε αντίθεση με τις άλλες δύο, που είναι διατυπωμένες αρνητικά (και άρα οι υψηλές βαθμολογίες είναι αυτές που είναι ενδεικτικές επαγγελματικής εξουθένωσης).

Στο δείγμα μας στη συγκεκριμένη υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων είχαν χαμηλή βαθμολογία περίπου το ένα τρίτο των συμμετεχόντων, ένα ποσοστό πολύ μικρότερο από το 80% που αναφέρθηκε στην έρευνα των Molassiotis et al. (1995). Ομοίως συναισθηματική εξάντληση είχε και πάλι το ένα τρίτο των στρατιωτικών νοσηλευτών σε αντιπαραβολή με το ήμισυ των συμμετεχόντων στην έρευνα των Molassiotis et al. Εντούτοις, οι συμμετέχοντες στο δείγμα μας προέρχονταν από μια ποικιλία κλινικών και θέσεων στη νοσηλευτική υπηρεσία, σε αντιδιαστολή με το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας, που προέρχονταν από μονάδες μεταμόσχευσης μυελού των οστών, που λόγω της υψηλής θνητότητας των ασθενών είναι λογικό να έχουν και υψηλότερα επίπεδα απογοήτευσης και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μια εγγενής αδυναμία σε έρευνες που γίνονται σε νοσηλευτές είναι η υποαντιπροσώπηση του ανδρικού φύλου. Πράγματι και στη δική μας μελέτη, οι άνδρες αποτελούσαν μικρό μόνο ποσοστό του δείγματος (αναλογία περίπου

1:8 συγκριτικά με τις γυναίκες) με αποτέλεσμα τα αποτελέσματα να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικά των νοσηλευτριών παρά των νοσηλευτών. Κάποιες τάσεις για διαφοροποίηση των ανδρών π.χ. με μικρότερη συναισθηματική εξάντληση, μικρότερη αποπροσωποποίηση, μεγαλύτερη ικανοποίηση σε διάφορες πλευρές της εργασίας κλπ, δεν έφτασε στο επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας, πιθανότατα λόγω ακριβώς του μικρού μεγέθους της ομάδας των ανδρών.

Λαμβάνοντας υπόψη τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα αλλά και αυτά που έτειναν προς τη στατιστική σημαντικότητα, οι γυναίκες δήλωσαν μεγαλύτερα επίπεδα εξουθένωσης (και πιο συγκεκριμένα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης), μεγαλύτερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους και μικρότερη ικανοποίηση από την εργασία τους. Κατ' αντιστοιχία αποδίδουν μικρότερη σημασία στην ικανοποίηση από την εργασία τους και νιώθουν λιγότερο επιτυχημένες από ό,τι οι άντρες. Οι άντρες βρίσκουν περισσότερο νόημα στην επιτυχία στο χώρο εργασίας τους και αντιλαμβάνονται το οικογενειακό τους περιβάλλον ως περισσότερο ανεξάρτητο, ενώ οι γυναίκες το βιώνουν ως οργανωμένο και ελεγχόμενο.

Το εύρημα ότι οι άντρες στο δείγμα μας δηλώνουν περισσότερο επιτυχημένοι ικανοποιημένοι από την εργασία τους σε σύγκριση με τις γυναίκες έρχεται σε μερική αντίθεση με άλλους ερευνητές που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει διαφορά ή οι γυναίκες, λόγω χαμηλότερων προσδοκιών, είναι περισσότερο ικανοποιημένες (Bisen & Priya, 2010). Εντούτοις, στη σύγχρονη Ελλάδα, όπου εξακολουθούν να υπάρχουν τα στερεότυπα των δύο φύλων, είναι αναμενόμενο οι άντρες να αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στην εργασία, αφού αυτός είναι κατά παράδοση ο ρόλος τους στην οικογένεια και, επομένως, η αυτοεκτίμησή τους συνδέεται άμεσα με την αντιλαμβανόμενη επιτυχία τους στον τομέα αυτό (Beutell & Greenhaus, 1986). Από την άλλη μεριά, τα υψηλότερα επίπεδα άγχους, εξουθένωσης και γενικότερα παρόμοιας ψυχοπαθολογίας στις γυναίκες είναι ένα παγκόσμιο γεγονός και σταθερό εύρημα στις σχετικές έρευνες (Kaplan & Saddock, 1996) που επιβεβαιώθηκε και στη δική μας έρευνα.

Ένα ενδιαφέρον αποτέλεσμα της εργασίας ήταν η θετική συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση από την εργασία, είτε αφορούσε το πόστο είτε το αντικείμενο της εργασίας. Αυτό οφείλεται στο ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες οι μισθοί είναι συνήθως υψηλότεροι, η προσωπική ζωή είναι κατασταλαγμένη και οι στόχοι πιο αποκρυσταλλωμένοι από ό,τι στις μικρότερες ηλικίες. Επίσης οι πιο μεγάλοι εργαζόμενοι έχουν αναπτύξει περισσότερες δεξιότητες και επομένως μπορούν να διεκδικήσουν καλύτερες θέσεις στην εργασία (Parker, 2007), ειδικά στο στρατιωτικό περιβάλλον όπου η αρχαιότητα του βαθμού παίζει σημαντικό ρόλο. Αντίστοιχα, οι πιο ηλικιωμένοι συμμετέχοντες του δείγματός μας βίωναν περισσότερο την έλλειψη του χρόνου και της ενέργειας για τον εαυτό τους λόγω κατανάλωσης από την εργασία τους και βίωναν το οικογενειακό τους περιβάλλον με περισσότερη οργάνωση και έλεγχο. Πιθανότατα η έλευση της μέσης ηλικίας και η μείωση του ενδιαφέροντος για την εργασία να έχει αλλάξει την εστίαση των νοσηλευτών περισσότερο από την εργασία στον εαυτό τους και στην προσωπική τους ευεξία.

Τέλος, η παραδοχή των συμμετεχόντων ότι η εργασία τους επηρεάζει το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό και στην οικογένειά τους αλλά πολύ λιγότερο το αντίστροφο, δεν είναι αναπάντεχη αλλά είναι συμβατή με τα ευρήματα άλλων ερευνητών (Neunan & Hubbard, 1998).

Ένα πλεονέκτημα της εργασίας αυτής ήταν ότι μελέτησε ταυτόχρονα πολλές πλευρές της εργασιακής και οικογενειακής ζωής των νοσηλευτών, μια μέθοδος που επέτρεψε την περιγραφή των σύμπλοκων σχέσεων που εμφανίζονται μεταξύ άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την εργασία στον νοσηλευτικό χώρο. Εντούτοις, η μεγάλη έκταση των ερωτηματολογίων που απαιτούσε αρκετό χρόνο και προσπάθεια από τους συμμετέχοντες τους κούρασε αρκετά (όπως δήλωσαν αρκετοί), με αποτέλεσμα τη μειωμένη ακρίβεια ορισμένων από τις αξιολογήσεις.

Συμπερασματικά, η εργασία αυτή αναδεικνύει ότι σε γενικές γραμμές οι νοσηλευτές και στο στρατιωτικό περιβάλλον βιώνουν σημαντικά επίπεδα άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά λόγω του είδους της εργασίας τους αντλούν σημαντική ικανοποίηση και αξία από αυτήν, χωρίς να επηρεάζεται σημαντικά πολύ η οικογενειακή και προσωπική τους ζωή.

### 3. Βιβλιογραφία

**Bailey R.D.** (1985). *Coping with Stress in Caring*. Blackwell Scientific Publications: London.

**Barnett R.C., Marshall L.N., & Singer, J.D.** (1992). Job Experiences Over Time, Multiple Roles, and Women's Mental Health: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 634-644.

**Bellani M.L. Furlani F., Gneccchi M., Pezzotta P., Trotti E.M., & Bellotti G.G.** (1996). Burnout and Related Factors Among HIV/AIDS Health Care Workers. *Aids Care*, 8(2), 207- 221.

**Beutell N. & Greenhaus J.** (1986). Balancing acts: work-family conflict and the dual career couple. In: *Not As Far As You Think: The Realities of Working Women*, L.L. Moore (ed.). Lexington Books, Lexington, MA.

**Bisen V., & Priya** (2010). *Industrial Psychology*. New Age International Ltd: New Delhi.

**Caine R. M.** (1989). Mentoring the novice clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist*, 3(2), 76-78.

**Copper C.L., & Mitchell S.** (1990). Nursing the Critically Ill and Dying. *Human Relations*, 43(4), 297-311.

**Davidson M., & Cooper C.L.** (1983). *Stress and the Woman Manager*. Blackwell: Oxford.

**Duldt-Batley B.W.** (1997). *Manual for Nursing Communication Observation Tool (NCOT)*, Virginia.

**Duldt-Batley B.W.** (2004). *Humanism Nursing Communication and Holistic Care*. Antioch: California.

**Eckenrod J., & Gore S.** (1990). *Stress between Work and Family*. Plenum Press: New York.

**Emmons C., Biernat M., Tiedje L.B., Lang E.L., & Wortman C.B.** (1984). Stress, Support and Coping among Women Professionals with Pre-school Children. In *Must Success Cost So Much?* Evans, P., & Bartolome, F. (eds). Grand McIntyre: London.

**Falsetti S.A., & Ballenger J.C.** (1998). Stress and anxiety disorders. In: *Handbook of stress medicine: an organ system approach*, Hubbard, J.R., & Workman, E.A. (eds). CRC Press: Boca Raton, Florida.

**Gay-Toft P., & Anderson T.G.** (1981). The Nursing Stress Scale: Development of

an Instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3, 11-23.

**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).

**Guppy A. & Gutteridge T. (1991).** Job Satisfaction and Occupational Stress in UK General Hospital Nursing Staff. *Work and Stress*, 5(4), 315-323.

**Gutek B.A., Repetti R.L. & Silver D.L.** (1988). Nonwork roles and stress at work. In *Causes, Coping and Consequences of Stress at work*, C.L. Cooper & R. Payne (eds). John Wiley & Sons, New York.

**Guyton A.** (1998). *Φυσιολογία του ανθρώπου*. Λίτσας, Αθήνα.

**Hubbard J.R., & Workman E.A.** (1998). On the nature of stress. In: *Handbook of stress medicine: an organ system approach*, Hubbard, J.R., & Workman, E.A. (eds). CRC Press: Boca Raton, Florida.

**Kaplan H.I., & Sadock B.J.** (1999). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*, ninth edition. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, PA.

**Koleck M., Bruchon-Schweitzer M., Thiebaut E., Dumartin N., & Sifakis Y.** (2000). Job Stress, Coping and Burnout Among French General Practitioners. *European Review of Applied Psychology*, 50, 309-314.

**Leary J., Gallagher T. Carsen J., Fagin L., Bartlett H. & Brown D.** (1995). Stress and Coping Strategies in Community Psychiatric Nurses: a Q-Methodological Study. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 230-7.

**Lewis S.N., & Cooper C.L.** (1995). Balancing the Work-Home Interface: European Perspective. *Hum Res Man Rev*, 5(4), 289-305.

**Loher B. T., Noe R. A., Moeller N. L. & Fitzgerald, M. P.** (1985). A meta-analysis of the relation of job characteristics to job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 70(2), 280-9.

**Maslach C.** (1982). *Coping Strategies, Causes and Cost*. In: Burnout in the Nursing Profession, E.A. McConnell (Eds). Mosby: St Louis.

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

**McLanahan S. & Adams J.** (1987). Parenthood and Psychological Well-being. *Annual Review of Sociology*, 13, 921-36.

**McNeely S.** (1995). Communication: Another Source of Stress Among Nurses. *The Occupational Psychologist*, 25, 5-7.

**Millward L.** (2005). *Understanding occupational and organizational psychology*. Sage publications: London, England.

**Molassiotis A., Van-Den Akker O.B. & Boughton B.J.** (1995). Psychological Stress in Nursing and Medical Staff on Bone Marrow Transplant Units. *Bone-Marrow Transplant*, 15(3), 449-454.

**Moos R. H. & Moos B. S.** (1986). *Family Environment Scale manual*, 2nd edition. Palo Alto, CA: Consulting

**Neunan J.C. & Hubbard J.R.** (1998). Stress in the workplace: an overview. In: *Handbook of stress medicine: an organ system approach*, Hubbard, J.R., & Workman, E.A. (eds). CRC Press: Boca Raton, Florida.

**Noor N.M.** (1994). Children and Well-being; a Comparison of Employed and Non-Employed Women. *Work and Stress*, 8(1), 36-46.

**Pahl R.** (1971). Review of Dual-Career Families. *New Society*, 19, 1.

**Parker P.A. & Kulik, J.A.** (1995). Burnout, self and Supervisor-Rated Job Performance, and Absenteeism Among Nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(6), 581-99.

**Pleck J.H.** (1993). Are 'Family Supportive' Employer Policies Relevant to Men? In Men, Work and Families, J.C. Hood (Ed). Sage: Newbury Park, C.A.

**Rout U.R. & Rout J.K.** (2002). *Stress management for primary health care professionals*. Kluwer Academic/Plenum Publishers: New York.

**Shabracq M.J., Winnubst J.A.M. & Cooper C.L.** (2003). *The handbook of work and health psychology*, 2nd edition. John Wiley & Sons Ltd: West Sussex, England.

**Snape J. & Cavanagh S. J.** (1993). Occupational Stress in Neurosurgical Nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 9, 162-170.

**Tyler P.A., Carroll D.C. & Cunningham S.E.** (1991). Stress and Well-Being in Nurses: A Comparison of the Public and Private Sectors. *International Journal of Nursing Studies*, 28, 125-130.

**Vance C. & Olson R.K.** (1998). *The mentor connection in nursing*. Springer Publishing Company: New York.

**Veniga R.L. & Spradley J.P.** (1981). *The Work/Stress Connection*. Little, Brown: Boston

**Weiss H.M. & Ilgen D. R.** (2002). The ubiquity of evaluation: A hulinesque essay. In: *The psychology of work. Theoretically based empirical research*, J.M. Brett, & F. Drasgow (eds). Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ.

**Wicks R.J.** (2000). *Overcoming secondary stress in medical and nursing practice: a guide to professional resilience and personal well-being*. Oxford University Press: New York.

**Καντάς Α.** (1998). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα.

**Μανδαλά Μ.** (2007). *Μείζον Ελληνικό Λεξικό*. Τεγόπουλος-Φυτράκης: Αθήνα.

**Μπαμπινιώτης Γ.** (2005). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, Β' έκδοση. Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.: Αθήνα.

**Σχορετσανίτη Η., Τούντας Γ.** (2006). 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.

**Χρηστίδης Δ.** (2001). *Εφαρμογές βιοανατροφοδότησης*. Έλλην: Αθήνα.



## Περίληψη

Η εργασία αυτή είχε ως στόχο να αξιολογήσει το αντιλαμβανόμενο άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση, την ικανοποίηση από την εργασία και την αλληλεπίδραση αυτών των μεταβλητών με τις οικογενειακές σχέσεις των νοσηλευτών που εργάζονταν σε 4 Στρατιωτικά Νοσοκομεία. Από τους 122 συμμετέχοντες στην έρευνά μας, ένας στους τρεις δήλωσε συναισθηματική εξάντληση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ ακόμα και η αποπροσωποποίηση βιώνονταν από έναν στους πέντε νοσηλευτές. Ομοίως, μέτρια ή υψηλά επίπεδα άγχους δήλωσε ότι βιώνει το 80% των συμμετεχόντων και ιδιαίτερα οι γυναίκες. Παραδόξως όμως, το ίδιο περίπου ποσοστό συμμετεχόντων δήλωσε ότι είναι αρκετά έως και πάρα πολύ ικανοποιημένο από την εργασία του (τόσο όσον αφορά το αντικείμενο της εργασίας όσο και τη θέση του), με περισσότερο ικανοποιημένους τους άνδρες και τους μεγαλύτερους σε ηλικία συμμετέχοντες. Η πλειονότητα των νοσηλευτών αποδίδουν μεγάλη σημασία στην ικανοποίηση από την εργασία τους και νιώθουν επιτυχημένοι. Το οικογενειακό τους περιβάλλον το αντιλαμβάνονται να έχει υψηλή συνοχή και με σχετική απουσία ενδοοικογενειακών συγκρούσεων.

Τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σημειώθηκαν παράλληλα με υψηλό άγχος, καθώς και με χαμηλή αίσθηση επίτευξης, ικανοποίησης από την εργασία και αντίληψης ότι είναι επιτυχημένοι. Το spill-over, δηλαδή η μεταφορά άγχους και πίεσης από την εργασία στην προσωπική και οικογενειακή ζωή και αντίστροφα συσχετίστηκε ιδιαίτερα υψηλά με δύο από τις τρεις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξουθένωσης καθώς και με το αντιλαμβανόμενο άγχος. Οι νοσηλευτές που νιώθουν χαμηλή την αίσθηση προσωπικής επίτευξης στην εργασία τους κατά ένα μέρος αποδίδουν αυτήν την αποτυχία τους στην μεταφορά πίεσης και άγχους από την οικογενειακή στην επαγγελματική τους ζωή. Αντίθετα, οι νοσηλευτές που έχουν υψηλή την αίσθηση προσωπικής επίτευξης στην εργασία τους, αντιλαμβάνονται την οικογένειά τους να έχει οργάνωση και έλεγχο και να προάγει την προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση.

## Abstract

This study aimed at assessing the perceived stress, the burnout, the job satisfaction and their correlation with family relationships of nurses working in 4 Military Hospitals. Among the 122 participants, approximately one out of three stated having emotional exhaustion and lack of personal achievement, and even depersonalization was observed in one out of five nurses. Same wise, 80% of the participants, and especially women, recorded medium or high levels of anxiety. Surprisingly, about the same percentage of participants said they are enough to extremely satisfied with their jobs (both its domain and their position); men and older nurses were more satisfied. The majority of the nurses pay much attention to their job satisfaction and deem themselves successful. They perceive their family environment as highly cohesive and with a relative lack of intrafamily conflict.

High levels of emotional exhaustion and depersonalization were observed simultaneously with high anxiety, low personal achievement, job satisfaction and success perception. The spill-over of anxiety and tension from the work to the personal and family live and vice-versa was correlated with two of the three burnout subscales and with perceived anxiety. Nurses that feel they have low personal achievements in their work attribute their failure in part to the anxiety and tension that flows from their family to their work life. On the contrary, nurses that feel they accomplish a lot in their workplace perceive their family as organized, controlled and supporting their personal growth.