ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ - ΕΚΠΑ - ΠΜΣ

«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

ΘΕΜΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΉΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΘΑΝΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΜΑΡΙΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2017

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ - ΕΚΠΑ - ΠΜΣ

«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

ΘΕΜΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΉΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΘΑΝΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΜΑΡΙΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2017

ΤΡΙΜΕΛΗ ΕΞΕΤΑΣΤΗΚΗ ΕΠΗΤΡΟΠΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ:

ΘΕΜΑ:

«ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ: **ΘΑΝΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

ΤΡΙΜΕΛΗ ΕΞΕΤΑΣΤΗΚΗ ΕΠΗΤΡΟΠΗ :

Μ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΚΠΑ

Κ. ΚΟΛΙΑΣ ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΚΠΑ

Λ. ΤΣΑΛΤΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (professional burnout) επηρεάζει σημαντικά το νοσηλευτικό προσωπικό αφού μέσα από διεθνείς έρευνες έχει σημειωθεί πως ο κλάδος πάσχει σε παγκόσμιο επίπεδο. Πρώτη προσέγγιση της έννοιας της «επαγγελματικής εξουθένωσης» έγινε από τον Αμερικάνο ψυχίατρο Freudenberger, (1974) ο οποίος το προσδιόρισε ως την εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από την παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών αποθεμάτων. Το 1984 διατυπώθηκε ο πιο αποδεκτός ορισμός από την Αμερικανίδα Ψυχολόγο Christine Maslach και την συνεργάτη της Susan E. Jackson, αφού πρώτα έγινε αντικείμενο μελέτης από πολλούς άλλους ερευνητές. Προσδιορίστηκε ως ένα ψυχοσωματικό σύνδρομο εξελικτικής διεργασίας το οποίο χαρακτηρίζεται από τρις παράγοντες: α) συναισθηματική εξάντληση, β) αισθήματα αποπροσωποποίησης και γ) μείωση προσωπικών επιτευγμάτων.

Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές είναι επιρρεπείς στο σύνδρομο της εξουθένωσης, διότι το αντικείμενο εργασίας τους είναι ο άνθρωπος. Η καθημερινή επαφή με τους ασθενείς και ο συνδυασμός διαφόρων αρνητικών εργασιακών παραγόντων και προσωπικών χαρακτηριστικών έχουν ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να εμφανίζουν υψηλά ποσοστά εξουθένωσης, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την σωματική και την ψυχική τους υγεία και επηρεάζοντας την ποιότητα παροχής υπηρεσιών, καθώς και η ποιότητα ζωής των ίδιων των εργαζομένων. Η οικονομική κρίση που πλήττει στη σημερινή εποχή την Ελλάδα αποτελεί έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα.

Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολούνται σε διαφορετικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων της Αττικής σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια σε 525 νοσηλευτές, άνδρες και γυναίκες ηλικίας 24-60, των Γενικών Νοσοκομείων της Αττικής, (Γενικό Νοσοκομείο Βούλας

«Ασκληπιείο», Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο», Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»), σε διάφορα τμήματα όπως, στο ψυχιατρικό, χειρουργικό, παθολογικό καθώς και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Εξαιρέθηκαν οι νοσηλευτές του ιδιωτικού τομέα, οι επαγγελματίες που προέρχονται από αλλοδαπή χώρα, οι εργαζόμενοι που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές διαταραχές, οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης, οι φοιτητές, καθώς και οι εθελοντές. Για την έρευνα χρησιμοποιηθήκαν: το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory - M.B.I.), το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας - WHOQOL-BREF στη σύντομη μορφή του, το Ερωτηματολόγιο Γενικής (Ψυχικής) Υγείας (General Health Questionnaire –GHQ-28) και ο Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (Index of Personal Economic Distress).

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο κοινωνικών επιστημών SPSS 19.0 και για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών Student’s test και Anova.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με βάση τις τρεις διαστάσεις της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης, στο δείγμα φάνηκε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση.

Με βάση τις πέντε διαστάσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής, στο δείγμα καταγράφηκε μέτρια γενική, σωματική και ψυχολογική υγεία, μέτριες κοινωνικές σχέσεις και μέτριο προς χαμηλό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, υπήρξε αρνητική συσχέτιση της οικονομικής δυσχέρειας των συμμετεχόντων με τη γενική, σωματική και ψυχολογική υγεία τους.

Η συσχέτιση των διαστάσεων των δύο προαναφερθεισών κλιμάκων κατέδειξε σημαντική συσχέτιση των διαστάσεων της γενικής, της σωματικής και της ψυχολογικής υγείας με όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τέλος, με βάση την κλίμακα γενικής υγείας, καταγράφηκε υψηλή γενική υγεία του δείγματος.

Εντοπίστηκε σημαντική θετική συσχέτιση του δείκτη οικονομικής δυσχέρειας με τις διαστάσεις των σωματικών συμπτωμάτων, του άγχους και της αϋπνίας και της κοινωνικής δυσλειτουργίας της προηγούμενης κλίμακας.

Συνολικά, μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση συνοδεύεται με χειρότερη ποιότητα ζωής και χειρότερη κατάσταση υγείας. Αντιστοίχως, μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια οδηγεί σε χειρότερη ποιότητα ζωής και χειρότερη κατάσταση υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα από τα πλέον συχνά προβλήματα στους εργασιακούς χώρους παγκοσμίως, με τους νοσηλευτές να ανήκουν στις πλέον ευάλωτες ομάδες για την ανάπτυξη του.

Στη μελέτη μας η οποία συμπεριελάμβανε νοσοκομεία του πολυπληθέστερου νομού της χώρας φάνηκε ότι υπάρχει μέτρια επαγγελματική εξουθένωση και υψηλή επαγγελματική εξάντληση. Η έρευνα αυτή αποτελεί ένα καλό δείγμα το οποίο θα πρέπει να αποτελέσει πυλώνα για την διενέργεια και άλλων τέτοιων ερευνών σε μεγαλύτερο πληθυσμό νοσηλευτών, συμπεριλαμβάνοντας πιθανά νοσοκομεία της περιφέρειας, της επαρχίας κα ιδιωτικά νοσοκομεία.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, νοσηλευτικό προσωπικό, ποιότητα ζωής, γενική κατάσταση της υγείας, οικονομική κρίση.

ABSTRACT

Burnout Syndrome (professional burnout) significantly affects the nursing staff, especially through international surveys who have noted that the nursing industry is suffering globally. The first approach to the concept of "burnout" was by the American psychiatrist Freudenberger, (1974) who identified as the exhaustion of the person, which comes from prolonged use of energy reserves.

In 1984 the most accepted definition was propounded by the American Psychologist Christine Maslach and her partner, Susan E. Jackson, after the syndrome became the subject of study by many other researchers. It was identified as a psychosomatic process evolutionary syndrome which is characterized by three factors: a) emotional exhaustion, b) depersonalization, c) reduced personal accomplishment

Health and mental care professionals, in particular nurses, are prone to burnout syndrome, because their work is about human. The daily contact with patients, and the combination of various negative labour factors and personal characteristics, results in nurses to show high rates of burnout, thus putting at risk the physical and mental health and influencing the quality of service, and the quality of life of the workers themselves. The economic crisis affecting nowadays the Greece is another aggravating factor.

Aim of the survey is the study of burnout, quality of life and general health status of nursing staff employed in different departments of General Hospitals in Attica in times of economic crisis.

MATERIAL - METHODS

Questionnaires were distributed to about 525 nurses, men and women aged 24-60, from the General Hospitals of Attica, into different sections such as, in psychiatric, surgical, pathological and in emergency departments. Exempt nurses in the private sector, the professionals who come from a foreign country, workers suffering from chronic mental disorders, part-time workers, students, and volunteers.

For the research used: questionnaire the Maslach Burnout Log (Maslach Burnout Inventory-M.B.I.), Quality of life questionnaire of the World Health Organization-

WHOQOL-BREF in brief form, the General Questionnaire (Mental) health (General Health Questionnaire – GHQ-28) and the Personal financial distress Index (Index of Personal Economic Distress). For the analysis was used the statistical package for Social Sciences SPSS 19.0 and the comparison of quantitative variables Student's test and Anova.

RESULTS

Based on the three dimensions of Burnout scale, sampled seemed high burnout.

Based on five dimensions of quality of life scale, in the sample recorded moderate General, physical and psychological health, social relationships, and medium to low setting. In addition, there was a negative correlation of financial distress of the participants with the General, physical and psychological health.

The correlation of the dimensions of the two abovementioned scales showed significant correlation of the dimensions of the General, physical and psychological health in all dimensions of burnout.

Finally, on the basis of the general health scale, recorded high overall health of the sample.

Significant positive correlation detected the indicator of economic distress with the dimensions of somatic symptoms of anxiety and insomnia and social dysfunction of the previous scale. Overall, greater Burnout accompanied with worse quality of life and the worst health status. Accordingly, greater economic distress leads to worse quality of life and the worst health status.

CONCLUSIONS

The syndrome of professional Burnout is one of the most frequent problems in workplaces globally, with nurses belonging to the most vulnerable groups in the development of. In our study, which included numerous county hospitals in the country, showed that there is moderate burnout and high professional exhaustion.

This survey is a good sample that should become a pillar for the conduct and other such investigations in larger populations of nurses, including potential hospitals in the region, the province, and private hospitals.

KEY WORDS

Burnout Syndrome, nursing staff, quality of life, overall health status, economic crisis.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πρόλογος – Εισαγωγή…….....12

Ευχαριστίες…….....14

Α. Γενικό μέρος - Θεωρητικό υπόβαθρο

1. Ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης και ιστορική αναδρομή της μελέτης του συνδρόμου……..…….……15

2. Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης……....16

3.Παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης …….…….……...….....18

4. Θεωρητικά ερμηνευτικά μοντέλα……23

5. Όργανα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ……30

6. Ερευνητικά ευρήματα που αφορούνε το σύνδρομο εξουθένωσης επαγγελματιών υγείας και συσχετίσεις του με άλλες παραμέτρους……...33

7. Παρεμβάσεις προαγωγής και αντιμετώπισης του συνδρόμου της εξουθένωσης ……37

8. Ποιότητα ζωής: Εννοιολογικός προσδιορισμός, και αναφορά στον όρο.....42

9. Ποιότητα ζωής και Υγεία – Ερευνητικά ευρήματα ……...……45

10.Όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής……..... 48

11. Γενική κατάσταση της υγείας: Εννοιολογικός προσδιορισμός και Ερευνητική δραστηριότητα για την συσχέτιση με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.....……..54

12 Οικονομική ύφεση…….……56

13.Οικονομική ύφεση και επαγγελματική εξουθένωση……..…57

14. Οικονομική ύφεση και ποιότητα ζωής …….....60

15. Οικονομική ύφεση – σωματική και ψυχική υγεία…….....61

Β. Ειδικό μέρος

1. Σκοπός – Στόχοι της μελέτης …….....66

2. Υλικό – Μέθοδος…….....66

2.1. Δείγμα της μελέτης …….……66

2.2. Συλλογή δεδομένων – Ερωτηματολόγια……..……..…67

2.3. Υποθέσεις της μελέτης…….....69

2.4. Στατιστική ανάλυση……..….....70

3. Αποτελέσματα…….....71

4. Συζήτηση …….……..117

5. Περιορισμοί της μελέτης …….……..124

6. Συμπεράσματα …….……..…124

Γ. Βιβλιογραφία…….……126

Δ. Παράρτημα …….…….....146

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σύγχρονη εποχή, παρά τη ραγδαία ανάπτυξη που παρατηρείται σε όλους σχεδόν τους τομείς απασχόλησης, δεν εξασφαλίζονται πάντα οι κατάλληλες συνθήκες εργασίας ώστε να προφυλάσσεται η υγεία και η ψυχική ευεξία των εργαζομένων. Όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου και συν (2015) οι ολοένα αυξανόμενες εργασιακές απαιτήσεις σε συνδυασμό με άλλους ψυχοπιεστικούς παράγοντες, όπως είναι η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, που πλήττει δραματικά την χώρα μας, συμβάλλουν στην επιδείνωση του εργασιακού στρες, με σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, όπως και στην ποιότητα ζωής τους. Η παρατεταμένη επιβάρυνση στον χώρο εργασίας και το στρες, συμβάλλουν στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο επιστημονικός όρο «**Επαγγελματική Εξουθένωση**» (Ε.Ε) (professional burnout) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974, από τον Αμερικανό Ψυχίατρο Η. Freudenberger. Με τον όρο αυτό περιέγραψε την σταδιακή εκμηδένιση των ψυχικών και σωματικών ικανοτήτων, καθώς και την απώλεια κινήτρου για την ανάληψη υποχρεώσεων επαγγελματιών, που παρέχουν υπηρεσίες στο χώρο της υγείας.

Σχεδόν την ίδια εποχή, όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου (2013), «η ερευνήτρια Κοινωνική Ψυχολόγος, C Maslach, (1976; 1993) στο πλαίσιο μελέτης σχετικής με την ψυχολογική πίεση επαγγελματιών υγείας στην εργασία, κατέληξε σε σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τις διαστάσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, που το αντιμετώπιζε ως σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα, οφειλόμενο κυρίως σε διαπροσωπικούς παράγοντες, καθώς και στα χαρακτηριστικά οργάνωσης του εργασιακού πλαισίου» (σελ. 61-62). Έκτοτε και ιδιαίτερα κατά τις δεκαετίες του 1980 και 1990, αναπτύχθηκε συστηματική εμπειρική έρευνα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, με την εφαρμογή ποσοτικής ανάλυσης των δεδομένων και με τη χρησιμοποίηση μεγάλων δειγμάτων πληθυσμού.

Τα ερευνητικά ευρήματα διεθνών μελετών καταδεικνύουν ότι υψηλά ποσοστά νοσηλευτών βιώνουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. (Hulm, et.al., 2005; Poghosyan, Aiken, Sloan, 2009; Τριανταφύλλου, 2013;Νούλα και συν, 2010; κ.α.).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου, 2013), οι δυσμενείς κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες οι οποίες είναι η ανεργία, η οικονομική αστάθεια, και

το εργασιακό στρές, συμβάλλουν στην επιβάρυνση της ψυχικής υγείας και την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής (World Health Organization, 2004).

Η οικονομική κρίση που πλήττει την ελληνική κοινωνία (και όχι μόνο), τα τελευταία χρόνια έχει δραματικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Αν μάλιστα ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η εργασία και η οικονομική επιφάνεια ενός ατόμου συντελεί σε μεγάλο βαθμό στον προσδιορισμό της ταυτότητάς του αλλά και της εικόνας που έχει στο σύγχρονο κόσμο, γίνεται κατανοητό το πώς η οικονομική κρίση και η εργασιακή εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη συνολική ποιότητα ζωής του ατόμου (Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013).

Επιπλέον οι στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες και η επαγγελματική εξουθένωση, φαίνεται ότι επιδρά σημαντικά στην σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Στο πλαίσιο αυτό η παρούσα διπλωματική εργασία μελετά την επαγγελματική εξουθένωση, την ποιότητα ζωής και την γενική κατάσταση της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολούνται σε διαφορετικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων της Αττικής σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

Η δομή της έχει ως εξής: στο πρώτο και θεωρητικό μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, στα συμπτώματα και στους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, στα θεωρητικά ερμηνευτικά μοντέλα, στα ερωτηματολόγια εκτίμησης της εξουθένωσης, όπως και στα ερευνητικά ευρήματα που αφορούν το συνδρόμου και τις συσχετίσεις του με άλλες παραμέτρους . Στη συνέχεια αναλύεται το ζήτημα της ποιότητας ζωής (ΠΖ) , η σχέση της με την υγεία, καθώς και τα ερωτηματολόγια εκτίμησης της ΠΖ. Επίσης αναφέρεται η σχέση που έχει η γενική κατάσταση υγείας με την επαγγελματική εξουθένωση και την ποιότητα ζωής. Το τελευταίο κεφάλαιο του Α’ μέρους αναφέρεται στην οικονομική ύφεση και τη σχέση που έχει με την επαγγελματική εξουθένωση την ποιότητα ζωής και την σωματική και ψυχική υγεία. Καταλήγει ότι τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής και γενικής υγείας.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αναφέρεται στην μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με την ποιότητα ζωής και την γενική κατάσταση της υγείας νοσηλευτικού προσωπικού, που απασχολείτε σε διάφορα τμήματα Γενικών Νοσοκομείων της Αττικής σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικά την διδάσκουσα καθηγήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας – Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών» της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ Δρ. Ε. Τριανταφύλλου, Κοινωνιολόγο Ψυχικής Υγείας, για την συμβουλευτική στο θέμα το οποίο επέλεξα, για την μεθοδολογία της μελέτης και την σύνταξη του ερευνητικού πρωτοκόλλου , για την υποστήριξη στην συγγραφή άλλων εργασιών προβλεπόμενων από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα, για την καταχώρηση των δεδομένων της μελέτης στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS, για τον καθορισμό της στατιστική ανάλυσης, καθώς και για την τελική συγγραφή της εργασίας αυτής .Επίσης το θεωρητικό υπόβαθρο της εργασίας και τα ερευνητικά δεδομένα στηρίχτηκαν κατά μεγάλο βαθμό στο συγγραφικό της έργο.

Επιπλέον θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην Επιβλέπουσα της εργασίας αυτής Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Κα Μ. Οικονόμου για τις πολύτιμες συμβουλές της, κυρίως σε ζητήματα οικονομικής κρίσης. Η συμβολή της στην εργασία αυτή ήταν καθοριστική καθώς και το θεωρητικό μέρος για την οικονομική κρίση στηρίχτηκε στο συγγραφικό της έργο. Επίσης, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησα δηλαδή ο «Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (Index of Personal Economic Distress) κατασκευάστηκε από την ίδια και τους συνεργάτες της.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω το νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» (Γ.Ν.Ν.Π), του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό» (Γ.Ν.Α.), του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» (Γ.Ν.Α), του Γενικού Νοσοκομείου Βούλας «Ασκληπιείο», του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «Θριάσιο», του Γενικού Νοσοκομείου «Σισμανόγλειο», του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο», και του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ευαγγελισμός», που παρά τον φόρτο εργασίας δέχτηκαν να συμμετέχουν στην μελέτη.

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΘΕΟΡΙΤΙΚΌ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

1. Ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης και ιστορική αναδρομή της μελέτης του συνδρόμου.

Η λέξη burnout στην Αγγλική γλώσσα, όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου (2013), «σημαίνει προοδευτική καταστροφή – εξασθένηση λόγω εγκαύματος. Αποτελεί αλληγορία που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το «κάψιμο», δηλαδή την εξουθένωση που βιώνει το άτομο, όταν τα προσωπικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να ανταπεξέλθει στην πίεση των δυσμενών συνθηκών ή των αυξημένων περιβαλλοντικών απαιτήσεων» (σελ. 60).

Η πρώτη αναφορά της περιγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης» έγινε από τον Αμερικάνο Ψυχίατρο Η. Freudenberger (1974), ο οποίος κατέγραψε τα συμπτώματα της ψυχικής και σωματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας όπως και σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα. Έτσι περιέγραψε την σταδιακή εκμηδένιση των ψυχικών και σωματικών ικανοτήτων, όπως και την απώλεια κινήτρου από τους επαγγελματίες για την ανάληψη υποχρεώσεων στον εργασιακό χώρο.

Δυο χρόνια μετά αρχίζει τις μελέτες της για την επαγγελματική εξουθένωση και η ερευνήτρια κοινωνική ψυχολόγος Maslach, (1976), στα πλαίσια ερευνητικής μελέτης σχετικά με την ψυχολογική πίεση στην εργασία. Εστίασε στους αμυντικούς μηχανισμούς που δημιουργούνται από τους εργαζομένους σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το συμπέρασμά της ήταν ότι ένα μεγάλο ποσοστό εργαζομένων, εμφάνιζε αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς και εκδηλώσεις αισθήματος έντονης δυσαρέσκειας στην επαγγελματική ικανοποίηση και την αποδοτικότητα (Maslach, 1976),

Κατά την δεκαετία του 1980 και αργότερα, αναπτύχθηκε συστηματική εμπειρική έρευνα του συνδρόμου, και αναπτύχθηκαν ειδικά ερωτηματολόγια, αξιόπιστα και έγκυρα για την εκτίμηση του συνδρόμου. Στη συνέχεια στην προσπάθεια των ερευνητών να εντοπίσουν παράγοντες εμφάνισης και μία γενικά πιο ολοκληρωμένη

εικόνα για το σύνδρομο αναπτύχθηκαν διάφορα ερευνητικά μοντέλα και διατυπώθηκαν διάφορες θεωρίες. Τα μοντέλα αυτά χρησίμευσαν ως βάση για έρευνες ενώ έγιναν και κάποιες προσπάθειες να ενοποιηθούν (Lee & Ashforth, 1993; Leiter, 1993).

Αρχικά η επαγγελματική εξουθένωση μελετήθηκε στους επαγγελματίες υγείας καθώς θεωρήθηκε ότι ήταν πιο επιρρεπείς στην εκδήλωσή του. Κατά τη δεκαετία του 1990 όμως προστέθηκαν επιπλέον κατευθύνσεις και η έρευνα επεκτάθηκε και σε άλλες επαγγελματικές. (Κάντας 1996;Maslach & Pines, 1997).

Ως εκ τούτου πολλοί ορισμοί, πολυάριθμες έρευνες και ποικιλία θεωρητικών μοντέλων έχουν αναπτυχθεί για την ερμηνεία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο πλέον διαδεδομένος και ευρέως αποδεκτός ορισμός του συνδρόμου διατυπώθηκε από τις ερευνήτριες Maslash και Jackson (1984; 1986), οι οποίες σύμφωνα με τα αποτελέσματα εκτεταμένης έρευνας, όρισαν την «επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης, και περιορισμένης προσωπικής εκπλήρωσης, που αναπτύσσεται κυρίως στους επαγγελματίες που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε άλλους ανθρώπους» (1986, p1). Επίσης, σύμφωνα με τις Maslach και Jackson (1986), «το φαινόμενο της εξουθένωσης θεωρείται ως αποτέλεσμα χρόνιου συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον εργαζόμενο και τον αποστερεί των ψυχικών αποθεμάτων, που τον καθιστούν ικανό να ανταπεξέλθει στην πίεση των ειδικών εργασιακών συνθηκών» (όπως αναφέρεται από τους Τριανταφύλλου & Τομαρά, 2011, την Τριανταφύλλου, 2013 κ.α.).

2. Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως αναφέρονται από την Τριανταφύλλου, 2013 (σελ. 71), μπορεί να εμφανίζονται σε:

- **Συναισθηματικό επίπεδο**, ο εργαζόμενος παρουσιάζει αίσθημα δυσφορίας για την εργασία του, αναπτύσσει χαμηλή αυτοεκτίμηση, εμφανίζει καταθλιπτική διάθεση, βιώνει αρνητικά συναισθήματα για τον ίδιο, για τους ασθενείς, αλλά και για τους συναδέρφους του, έχει καταθλιπτική διάθεση, αυξάνεται στο άγχος

και εμφανίζει αίσθημα έντασης τόσο απέναντι στους συναδέρφους του όσο και στους αποδέκτες των υπηρεσιών.

- **Νοητικό επίπεδο,** παρουσιάζει δυσκολίες στη συγκέντρωση, στη μνήμη, στην προσοχή και στην λήψη αποφάσεων, αισθάνεται πως δεν είναι ικανός στην εργασία του και πως δεν μπορεί ανταπεξέρθει στις αρχικές του προσδοκίες, αισθάνεται αβοήθητος και ανεπαρκής. Εμφανίζει επιρρέπεια στις απροσεξίες και στα ατυχήματα, όπως και μειώνεται η αντοχή του στις ματαιώσεις. Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας χάνουν σταδιακά την ικανότητα τους να κατανοούν τους ασθενείς τους, περιορίζεται η ενσυναίσθηση (empathy),και παρουσιάζουν κυνικές και στιγματικές συμπεριφορές.
- **Σωματικό επίπεδο**, ο επαγγελματίας μπορεί να εμφανίσει σωματικά ενοχλήματα, ναυτία, ζάλη, πονοκεφάλους, έντονες εφιδρώσεις, δυσκολία στην αναπνοή, διαταραχές στον ύπνο, απότομες μεταβολές στο βάρος του, αίσθημα κόπωσης, αύξηση της αρτηριακής πιέσεως σε επίπεδο υπέρτασης, και αύξηση χοληστερόλης στο αίμα. Επίσης μπορεί να παρουσιάσει ψυχοσωματικές διαταραχές όπως καρδιαγγειακά προβλήματα και γαστρεντερολογικές διαταραχές.
- **Συμπεριφορικό επίπεδο**, μπορεί να εμφανιστεί παρορμητικότητα, αναβλητικότητα, επιθετικότητα προς τους ασθενείς, βίαια ξεσπάσματα, και συχνές απουσίες από την εργασία του. Συμπεριφέρεται απρόσωπα και αδιάφορα. Παρουσιάζει χαμηλή απόδοση, αποξενώνεται από τους συναδέλφους, και πολλές φορές συγκρούεται τους. (Schaufeli & Buunk, 1996, Maslach & Jackson, 1986; Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Πλουμπίδης, 2015; κ.ά.)

Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζουν μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση (Τριανταφύλλου, 2013), αυξημένη βραδύτητα στην εκτέλεση του έργου τους, απουσίες από την εργασία, μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών από την νοσηλευτική φροντίδα, αύξηση κινδύνου λαθών και παραλείψεων, μειωμένη απόδοση κ.α. (Μάρκου, 2005; Παπαδημητρίου & Κουστέλιος, 2008; Παππά Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008; Θεοφίλου, 2009; Γώγος, 2011; Τριανταφύλλου 2013).

Σύμφωνα με μεγάλη έρευνα της Estryn – Behar et.al.,(2007),στην οποία συμμετείχαν πάνω από 28.500 χιλιάδες νοσηλευτές από 10 χώρες, βρέθηκε πως το Σύνδρομο επαγγελματικής Εξουθένωσης αποτελεί τον δεύτερο λόγο, στην πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας τους, και πως οι νοσηλευτές που σημείωσαν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζουν τρεις φορές μεγαλύτερη διάθεση να αποχωρήσουν από αυτήν.

3. Παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο ΕΕ είναι συχνότερο στους επαγγελματίες υγείας. Για το λόγο αυτόν μάλιστα αρχικά θεωρήθηκε ότι ήταν αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής που έχουν οι επαγγελματίες υγείας με τον ανθρώπινο πόνο (Θεοφίλου, 2009).

Σύμφωνα με πολλές ερευνητικές μελέτες και θεωρητικά μοντέλα, πλήθος παραγόντων επιδρούν σημαντικά στην εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης οι οποίοι μπορούν να ταξινομηθούν σε **ατομικούς** καθώς και σε **περιβαλλοντικούς-εργασιακούς παράγοντες** (Demerouti, Bakker, Nachreiner&Schaufeli, 2001; Παππάς, Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008; Θεοφίλου 2009, Τριανταφύλλου Οικονόμου Πλουμπίδης, 2015 κ.α).

I. **Οι ατομικοί παράγοντες** αναφέρονται στα ατομικά-δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους. Μεταξύ αυτών είναι:

α)<u>Ατομικά – δημογραφικά στοιχεία.</u>

Η ηλικία αποτελεί ένα από τα βασικά δημογραφικά που σχετίζονται με την Ε.Ε. Τα ευρήματα αρκετών μελετών έχουν καταδείξει πως η επαγγελματική εξουθένωση διάφορων ειδικοτήτων, και κυρίως επαγγελματιών υγείας, σημειώνουν υψηλά σκορ στα άτομα μικρότερης ηλικίας σε σύγκριση με τις ηλικίες άνω 30 με 40 (Παππάς, Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008; Brewer&Shapard, 2004; Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007; Γώγος 2011; Τριανταφύλλου, 2013).

Τα ευρήματα που αφορούν στην σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και **φύλλου,** όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου (2013), είναι αντιφατικά.

Τα αποτελέσματα αρκετών μελετών καταδεικνύουν ότι η εξουθένωση παρατηρείται περισσότερο στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (Maslach &Jackson1981; Ξένου και Αντωνίου, 2008, κ.α). «Συγκεκριμένα στις γυναίκες παρατηρούνται ελαφρός υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ οι άντρες παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης» (Τριανταφύλλου, 2013 σελ. 77)

Επίσης σχετικά με την **οικογενειακή κατάσταση** «φαίνεται ότι οι άγαμοι (ιδιαίτερα οι άντρες) είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση συμπτωμάτων εξουθένωσης, συγκριτικά με τους έγγαμους, δεδομένου ότι οι τελευταίοι πλαισιώνονται από το υποστηρικτικό δίκτυο της οικογένειας (Maslach & Jackson, 1985).Επιπλέον οι άγαμοι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης συγκριτικά με τους διαζευγμένους (Maslach et. al., 1996). Εν τούτοις σύμφωνα με άλλα ερευνητικές μελέτες στις οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί δήγμα επαγγελματιών υγείας, δεν έχει παρατηρηθεί καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εξουθένωσης και τις οικογενειακής κατάστασης (Διλιντάς, 2010; Ξένου και Αντωνίου 2008)» (Τριανταφύλλου, 2013, σελ. 78).

β)<u>Χαρακτηριστικά προσωπικότητας.</u>

Τα πιο κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση με την εξουθένωση είναι

Η ανθεκτικότητα στο στρες (hardiness). Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών οι επαγγελματίες οι οποίοι έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν τις εργασιακές δυσκολίες βλέποντας το από την πλευρά της πρόκληση και όχι ως απειλή και είναι πιο δεκτικοί σε αλλαγές, φαίνεται πως παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα στους παράγοντες της αποπροσωποποίησης και της συναισθηματικής εξάντλησης όπως και υψηλότερα ποσοστά στον παράγοντα των προσωπικών επιτευγμάτων (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1992; Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Πλουμπίδης,2015).

Το εργασιακό στρες, στις νέες ψυχοπιεστικές συνθήκες εργασίας, καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση μετά τις μυοσκελετικές παθήσεις. Άξιο

αναφοράς είναι πως το έτος 2005, μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων που ανέφεραν εργασιακό στρες ήταν οι Έλληνες (55%), ενώ το μικρότερο ποσοστό ήταν εργαζόμενοι στη Γερμανία (16%) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (12%) (European Agency for Safety and Health at Work, 2009) (όπως αναφέρεται από τους Τριανταφύλλου, Οικονόμου & Πλουμπίδης, 2015).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (copingstrategies). Τα άτομα που εφαρμόζουν ενεργητικές στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων παρουσιάζεται να εμφανίζουν πιο χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης σε σχέση με τα άτομα που εφαρμόζουν παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η αποφυγή επίλυσης του προβλήματος. (Lazarus & Folkman, 1984;Τριανταφύλλου, 2013; Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Πλουμπίδης, 2015).

Εξωτερική ή εσωτερική εστία ελέγχου (external orinternal locus of control). Κατά τον Rotter, (1966) η έννοια της εστίας ελέγχου αφορά τον βαθμό που πιστεύει ένας άνθρωπος πως τα γεγονότα στην ζωή του, όπως πχ η πορεία μίας ασθένειας, εξαρτάται από τον ίδιο (εσωτερική εστία ελέγχου), ή εξαρτάται από την τύχη και εξωτερικές δυνάμεις που σημαίνει πως δεν μπορεί να τα ελέγξει (εξωτερική εστία ελέγχου). Η δεύτερη περίπτωση παρουσιάζει και την θετική συσχέτιση με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού στρες (Rotter, 1966; Τριανταφύλλου, Οικονόμου Πλουμπίδης, 2015)

II. **Οι εργασιακούς παράγοντες**. Μέσα από μελέτες δείχνεται πως οι βασικοί εργασιακοί παράγοντες είναι

α) Οι εργασιακές απαιτήσεις όπως ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (work overload), (Maslach & Jackson, 1986; Demerouti et. al., 2000; Γώγος, 2011;Jenkins&Elliott, 2004Τριανταφύλου, Οικονόμου, Πλουμπίδης, 2015 και συν),

β) Η σύγκρουση και η ασάφεια των εργασιακών ρόλων (role conflict tandrole ambiguity) (Maslach & Jackson, 1986; Demerouti et. al., 2000; Τριανταφύλου, 2013; και συν),

γ)Η έλλειψη ευκαιριών για μάθηση και επιμόρφωση στην εργασία (lack of learning opportunities) (Maslach & Jackson, 1986; Demerouti et. al., 2000; Τριανταφύλου, Οικονόμου, Πλουμπίδης, 2015 και συν)

δ) Η έλλειψη υποστήριξης από επόπτες και υπευθύνους και συναδέρφους όπως και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις (weak social support and interpersonal stressors) (Maslach & Jackson, 1986; Demerouti et. al., 2000;Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007; Κουράκος, και συν, 2012; Μπαλτζή, και συν, 2012; Adali & Priami, 2002; Τριανταφύλλου, Οικονόμου Πλουμπίδης, 2015και συν).

ε) Περιορισμένη αυτονομία των επαγγελματιών όπως και η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων (reduced participation indecisions making and autonomy) (Maslach & Jackson, 1986; Demerouti et. al., 2000; Κουράκος και συν, 2012; Τριανταφύλλου, 2013; Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Πλουμπίδης, 2015και συν)

Επιπλέων επιβαρυντικοί εργασιακοί παράγοντες θεωρούνται η πίεση, η απαιτητική επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών, η μονοτονία στην εργασία (Τριανταφύλλου, 2013), οι ανεπιθύμητες βάρδιες, (Κουράκος, και συν., 2012), η ικανοποίηση που λαμβάνει ο νοσηλευτής από την δουλεία του (Kalliath & Morris, 2002), και η ισορροπία (Jenkins&Elliott, 2004), που μπορεί να επιτύχει ανάμεσα στην εργασία, την οικογένεια και την προσωπική του ανάπτυξη.

Επίσης φαίνεται πως είναι η ανεπάρκεια προσωπικού (Aiken, Clarke&Sloane, 2002), καθώς και θέματα που άπτονται του διοικητικού μοντέλου που εφαρμόζεται, όπως η οργανωτική υποστήριξη (Aiken, Clarke & Sloane, 2002), η υποτίμηση του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και η έλλειψη κινήτρων (Γώγος, 2011; Jenkıns&Elliott, 2004) περιλαμβάνονται σε αυτήν την κατηγορία.

Άλλοι παράγοντες που, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών, φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση υψηλών ποσοστών ΕΕ στους νοσηλευτές είναι η επιδίωξη για άνοδο στις ιεραρχικές βαθμίδες, οι ελλείψεις στην οργανωτική δομή, σε συνδυασμό με τα ατομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών, καθώς και οι λοιπές εργασιακές συνθήκες, όπως η έλλειψη ρεπό κ.α. (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007; Μπαλτζή και συν, 2012).

Παράλληλα όπως φαίνεται, στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΕΕ, συμβάλουν και οι απαιτήσεις των ασθενών και των συγγενών που διαρκώς αυξάνονται όπως και αυτές

του ιατρικού προσωπικού και της διοίκησης, η οποία απαιτεί υψηλή απόδοση. Το γεγονός ότι οι νοσηλευτές και ειδικά οι γυναίκες αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο, δηλαδή του γονιού, συζύγου, επαγγελματία δείχνει να συνδράμει στην εμφάνιση του συνδρόμου, δεδομένης της δυσκολίας του ωραρίου του επαγγέλματος (Δριμάλα, & Μικρόπουλος , 2015).

Σημαντικό κρίνεται, επίσης, το τμήμα εργασίας του νοσοκομείου στο οποίο απασχολείται ο νοσηλευτής καθώς φαίνεται να σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων του συνδρόμου. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα. Πρόκειται για ένα εξαιρετικά στρεσογόνο τμήμα στο οποίο κύριο καθήκον των νοσηλευτών είναι να παράσχουν πρώτες βοήθειες σε καταστάσεις που είναι δυνητικά απειλητικές για τη ζωή. Η θανατηφόρα κατάληξη ενός ασθενή είναι συχνά αιφνίδιος και προκαλεί στο νοσηλευτή αμφιβολίες για τις ικανότητές του, αίσθημα ανεπάρκειας και αποτυχίας και πιθανώς ενοχές (Θεούλης & Κατσιγιάννη, 2015; Παγκοζίδου, Κατσιγιάννη, Ρώτα & Μήτση, 2015).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής καλείται να βοηθήσει στην ενημέρωση των συγγενών του νεκρού και αμέσως μετά να επιστρέψει στο ίδιο περιβάλλον, όπου υπάρχουν ασθενείς που τον χρειάζονται. Προκειμένου να αποφευχθεί όλη αυτή η συναισθηματική φόρτιση ο νοσηλευτής αναπτύσσει άμυνες, μία από τις οποίες είναι και η συναισθηματική απομόνωση και αποφυγή συναισθηματικής ανάμιξης με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Θεούλης & Κατσιγιάννη, 2015).

Η πορεία του ασθενή, η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής, η χρήση της νέας και σύνθετης τεχνολογίας, αποτελούν παράγοντες που επιβαρύνουν τους νοσηλευτές με άγχος οδηγώντας τελικά στην ΕΕ. Επιπλέον, παράγοντες που καθιστούν ευάλωτους τους νοσηλευτές στην ΕΕ είναι ο χρόνος που καλούνται να αφιερώσουν στη φροντίδα ασθενών που η νόσος τους έχει κακή πρόγνωση ή κάποιες ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνδυασμό με τον μεγάλο φόρτο εργασίας και το άγχος του θανάτου (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Η συνεχής αλληλεπίδραση που έχουν οι νοσηλευτές με τους ασθενείς και με τα άτομα που ανήκουν στο υποστηρικτικό τους περιβάλλον τους δημιουργεί συχνά θυμό, φόβο, αμηχανία και απόγνωση. Ειδικά στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν άμεσα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες λύσεις για τα προβλήματα των ασθενών, η κατάσταση

περιπλέκεται και καθίσταται περισσότερο απογοητευτική (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Συνοψίζοντας, μπορεί να ειπωθεί ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο επάγγελμα το οποίο από τη φύση του συνδέεται με αυξημένο άγχος και ΕΕ. Το άγχος συνδυαζόμενο με τις όποιες ψυχολογικές αναζητήσεις των νοσηλευτών, τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν και τις απαιτήσεις που έχουν οι ασθενείς από αυτούς τους επιβαρύνει ψυχικά. Το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών δημιουργεί ένταση, η οποία με τη σειρά της επιδρά σε διάφορα επίπεδα (σωματικό, κοινωνικό και ψυχολογικό) (Μαρβάκη και συν., 2007; Καλογεροπούλου & Παπαθανοσοπούλου, 2013; Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007; Μπαλτζή και συν., 2012; Σταυριανόπουλος και συν., 2011).

Γίνεται αντιληπτό λοιπόν ότι είναι απαραίτητο να βρεθούν άμεσα αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης προκειμένου να βελτιωθεί τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία των εργαζομένων αλλά και να λειτουργήσουν αποτελεσματικά και αποδοτικά οι οργανισμοί υγείας, αυξάνοντας και διατηρώντας υψηλό το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4. Θεωρητικά ερμηνευτικά μοντέλα

Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1986)

Σύμφωνα την Maslach & Jackson (1986), οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι :

- Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion). Αποτελεί την βασική διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης και αναφέρεται επί το πλείστον σε αίσθημα κόπωσης και μείωσης ψυχικών αποθεμάτων του επαγγελματία. Σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος αισθάνεται πως στερείτε πια ψυχικής ενέργειας που χρειάζεται να διαθέσει στην εργασίας του, ώστε να αντιμετωπίσει άλλους τους ανθρώπους που χρειάζονται την φροντίδα του.
- Αποπροσωποποίηση (depersonalization). Χαρακτηρίζεται από αρνητικά και κυνικά συναισθήματα που καταβάλουν τον επαγγελματία για τους ασθενείς, που εκφράζονται με αρνητικές στάσεις του καθώς και απόμακρες και

απρόσωπες σχέσεις που διαμορφώνει με αυτούς. Η παράμετρος της αποπροσωποποίησης θεωρείτε από τους ερευνητές ως επακόλουθο της συναισθηματικής εξάντλησης.

- Μείωση προσωπικών επιτευγμάτων (reduced personal accomplishment). Σε αυτήν την διάσταση ο επαγγελματίας αξιολογεί αρνητικά τον εαυτό του και είναι δυσαρεστημένος με την απόδοση του στην εργασία. Αρκετές φορές παραιτείται από οποιαδήποτε προσπάθεια στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών. Η αίσθηση της περιορισμένης προσωπικής αποτελεσματικότητας και της εκπλήρωσης φαίνεται να σχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης, και την πιθανότητα επιδείνωσης όταν ο εργαζόμενος βιώνει επιπλέον έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και περιορισμένη δυνατότητα εξέλιξης στην καριέρα του.

Οι τρείς αυτοί παράγοντες είναι δυνατόν να συνυπάρχουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. (Maslach & Jackson, 1986; Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Πλουμπίδης, 2015).

Αναλυτικότερα σύμφωνα με το μοντέλο, όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου (2013, σελ. 104 – 106), προγνωστικοί παράγοντες ανάπτυξης συμπτωμάτων εξουθένωσης θεωρούνται οι εργασιακές απαιτήσεις και η έλλειψη πόρων (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

Οι εργασιακές απαιτήσεις, δηλαδή οι στρεσογόνες συνθήκες εργασίας αναφέρονται στον φόρτο εργασίας (work overload) και στις διαπροσωπικές συγκρούσεις (personal conflict)

Ηέλλειψη πόρων αναφέρεται κυρίως:

- Στις μειωμένες στρατηγικές ελέγχου των αγχογόνων καταστάσεων
- Στην μειωμένη κοινωνική υποστήριξη
- Στην περιορισμένη αξιοποίηση των ικανοτήτων
- Περιορισμένη αυτονομία
- Στην μειωμένη συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων

Οι συνέπειες του συνδρόμου, σύμφωνα με το μοντέλο αναφέρονται σε σωματικές παθήσεις, που συχνά εκδηλώνονται με σημεία απόσυρσης των εργαζομένων όπως: οι μειωμένες εργασιακές δεσμεύσεις και οι συχνές απουσίες από την εργασία.

Σύμφωνα με την Maslach κα τους συνεργάτες της (1996) η αρνητική επίδραση του συνδρόμου της εξουθένωσης στην συμπεριφορά των θεραπευτών, έχει σοβαρό αντίκτυπο και επηρεάζει την ικανότητα τους να αναπτύξουν και να διατηρήσουν την θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς.

Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky (1980)

Σύμφωνα με τους *Edelwich και Brodsky* (1980), η Επαγγελματική Εξουθένωση εξελίσσεται προοδευτικά μέσα σε τέσσερα στάδια.

- Το στάδιο του ενθουσιασμού (Enthusiasm). Ο επαγγελματίας υγείας κατά το ξεκίνημα της καριέρας του έχει υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Επίσης αφιερώνει μεγάλη ενεργητικότητα στην εργασία του από την οποία προσδοκά να αντλήσει ικανοποίηση η και ηθική ανταμοιβή.
- Το στάδιο της αδράνειας (Stagnation). Ο επαγγελματίας συνειδητοποιεί πως η επάγγελμα του δεν μπορεί να καλύψει όλες τις προσδοκίες και ανάγκες του, αρχίζει να απογοητεύεται και να αμφιβάλλει για τις ικανότητες του, αναζητώντας τα αίτια της απογοήτευσης του στο εργασιακό περιβάλλον (π.χ. υπερβολικός φόρτος εργασίας, χαμηλός μισθός, ασάφεια ρόλων και καθηκόντων)
- Το στάδιο της ματαίωσης (Frustation). Ο επαγγελματίας αποθαρρύνεται και νιώθει απογοήτευση και ματαίωση διότι παρά της έντονες προσπάθειες που έχει καταβάλει δεν έχουν πραγματοποιηθεί οι στόχοι του. Ως εκ τούτου κατά το στάδιο αυτό εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα σε συναισθηματικό, γνωστικό και οργανικό επίπεδο.
- Το στάδιο της απάθειας (Apathy). Ο εργαζόμενος χαρακτηρίζεται από απόμακρη συμπεριφορά και κυνισμό του απέναντι στα προβλήματα των ασθενών. Ως εκ τούτου συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους.

Το υπαρξιακό - ψυχοδυναμικό θεωρητικό μοντέλο της A.M. Pines (The existential – Psychodynamic model of Burnout).

Σύμφωνα με τους Pınes & Aronson (1988), η Επαγγελματική Εξουθένωση αφορά μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης η οποία προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε απαιτητικές συνθήκες οι οποίες είναι αρκετά ψυχοφθόρες. Με την προσέγγιση αυτή η Pinesστηριζόμενη στην υπαρξιακή ψυχολογία, τονίζει ότι, σημαντική ανάγκη του ανθρώπου είναι να βρει νόημα στην ζωή του και να πιστεύει ότι αυτά που κάνει είναι χρήσιμα και σημαντικά (Pines&Aronson, 1988; Pines, 1993), (όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου, 2013).

Η Επαγγελματική Εξουθένωση σύμφωνα με τους ερευνητές, εμφανίζεται όταν ο επαγγελματίας φτάσει στο σημείο να αισθάνεται πως η εργασία του είναι χωρίς νόημα δηλαδή σχετίζεται με το πόσο ικανός η αδύναμος είναι ένας εργαζόμενος να αντλήσει νόημα και ευχαρίστηση από το επάγγελμά του. Η βασική αρχή του υπαρξιακού μοντέλου της Pines, (1993) είναι ότι «σε εργαζόμενους με υψηλούς στόχους, ιδανικά και προσδοκίες, εμφανίζονται συνήθως συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης κυρίως όταν το εργασιακό περιβάλλον είναι στρεσογόνο» (pp. 42).

Όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου, (2013) «Η προσδοκίες και οι στόχοι του εργαζομένου σύμφωνα με την Pines (1993) διακρίνονται σε:

Α) Καθολικούς στόχους – κίνητρα, δηλαδή σε στόχους που έχουν από κοινού οι περισσότεροι άνθρωποι όταν ξεκινάνε την καριέρα τους.

Β) Στόχους – κίνητρα που αφορούν σε κάποιο συγκεκριμένο επάγγελμα.

Γ) Στόχους που αναφέρονται στα προσωπικά, εργασιακά κίνητρα και βασίζονται κυρίως σε μια εσωτερικευμένη ρομαντική εικόνα που έχει το άτομο για το συγκεκριμένο επάγγελμα ... η εκπλήρωση των στόχων αυτών βοηθάει το άτομο αυτό να βιώσει την ολοκλήρωση μέσω της εργασίας του» (Τριανταφύλλου, 2013 σελ. 98).

Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Κατά τον *Cherniss* (1980), το σύνδρομο επαγγελματική εξουθένωση, παρουσιάζεται ώς μια διαδικασία απεμπλοκής του επαγγελματία από τους στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες. Επισήμανε, ότι η μη ισορροπία μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και των διαθέσιμων πηγών ενέργειας του κάθε επαγγελματία μπορεί να οδηγήσει σε μια συναισθηματική αντίδραση, την οποία την χαρακτηρίζει η πίεση, η κούραση, το άγχος, και η εξάντληση. Αυτό συνήθως με την σειρά του έχει ως αποτέλεσμα τις αλλαγές στη συμπεριφορά και στη στάση του ανθρώπου (π.χ. αποπροσωποποίηση), καθώς ο επαγγελματίας προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που παρουσιάζονται στον εργασιακό του περιβάλλον (Λερίδης, 2013).

Σύμφωνα με το μοντέλο η διαδικασία της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ακολουθεί τα παρακάτω στάδια:

- Την φάση του εργασιακού στρες.
- Την φάση της εξάντλησης και
- Την φάση της αμυντικής κατάληξης

Στον Πίνακα που ακολουθεί, (Πίνακας Α) αναφέρονται ενδείξεις και συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης σύμφωνα με το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss.

Πίνακας Α Ενδείξεις και συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με τον Cherniss (1980).

Έντονη αντίσταση στην αναχώρηση από την οικία για το χώρο εργασίας σε καθημερινό επίπεδο	Αίσθηση αποτυχίας
Οργή και μνησικακία	Αίσθημα ενοχής και χαμηλή αυτοεκτίμηση
Αρνητισμός	Απομόνωση και απόσυρση
Αίσθηση κόπωσης και εξάντλησης κατά τη διάρκεια της ημέρας	Αξιοσημείωτη κούραση μετά την εργασία
Συχνό κοίταγμα του ρολογιού	Απώλεια θετικών συναισθημάτων προς τους πελάτες
Αλλαγές στο χρόνο επαφών με τους πελάτες	Υιοθεσία ενός στερεότυπου μοντέλου με τους πελάτες
Αδυναμία συγκέντρωσης και ακρόασης	Αίσθηση ακινησίας
Κυνισμός προς τους πελάτες	Εφαρμογή άκαμπτων διαδικασιών
Αϋπνίες	Αποφυγή συζητήσεων με συναδέλφους στην εργασία
Ανησυχία για τον εαυτό	Πιο εύκολη υιοθεσία χρήσης μέτρων ελέγχου της συμπεριφοράς όπως είναι τα φάρμακα
Συχνά συνάχια, γρίπη, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές	Ακαμψία σκέψης και αντίσταση στην αλλαγή
Καχυποψία και παράνοια	Συχνή χρήση φαρμάκων
Οικογενειακές συγκρούσεις	Μεγάλος αριθμός απουσιών από την εργασία

(Αυγενάκης, Παπαδάκη & Τοράκη, (2012)

Σύμφωνα με τον Cherniss (1998, pp. 158-180), όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου (2013, σελ. 119-121) τα αρνητικά χαρακτηριστικά του εργασιακού πλαισίου που συμβάλλουν στην πρόκληση στρες και στην εξουθένωση είναι:

- Απουσία ανταπόκρισης στις ανάγκες των νεοπροσλαμβανόμενων επαγγελματιών
- Φόρτος εργασίας
- Περιορισμένο πεδίο επαφής με τους υποφελούμενους
- Έλλειψη αυτονομίας
- Δυσαρμονία μεταξύ θεσμικών κανόνων και υποκειμενικών αξιών – μεθόδων
- Κοινωνική απομόνωση
- Ελλιπής ισορροπία μεταξύ του διαθέσιμου υποστηρικτικού συστήματος και των απαιτήσεων εκτός εργασίας
- Οι αντιλήψεις και νοοτροπίες που έχουν οι νέοι επαγγελματίες σχετικά με τον προσανατολισμό της επαγγελματικής τους εξέλιξης, συμβάλουν στην αρμονική ή μη προσαρμογή τους στην εργασία.

Το μοντέλο της Κοπεγχάγης (2005)

Αποτελεί το πιο σύγχρονο μοντέλο θεωρητικής προσέγγισης της επαγγελματικής εξουθένωσης το οποίο προτάθηκε από τους Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, το 2005. Η Θεωρία του στηρίζεται στον ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης που παρουσίασαν οι Schaufeli & Greenglass, το 2001, και σύμφωνα με αυτούς Επαγγελματική Εξουθένωση ορίζεται μία κατάσταση σωματικής συναισθηματικής, και πνευματικής κόπωσης, που προέρχεται λόγω της μακροχρόνιας έκθεσης του επαγγελματία σε συναισθηματικά απαιτητικές εργασιακές καταστάσεις. Μέσω αυτού, μελετώνται τρία άλλοι παράγοντες. Η προσωπική εξουθένωση, η επαγγελματική, και η εξουθένωση που σχετίζεται με την ανθρώπινη επαφή (όπως αναφέρεται από τους Γεωργοπούλου, Κλαψή & Κούζη, 2015).

5. Όργανα μέτρησης Επαγγελματική Εξουθένωσης

Η συστηματική μελέτη και καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται στη χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων. Στις περισσότερες μελέτες η αξιολόγηση του φαινομένου γίνεται με τη χρήση του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI), που μετράει τις τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα εργαλεία αυτά αποτυπώνουν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης με βάση συγκεκριμένες κλίμακες μέτρησης ή αυτή συσχετίζεται με άλλες παραμέτρους, όπως το εργασιακό άγχος και την εργασιακή ικανοποίηση, τα οποία υποδεικνύουν άμεσα ή έμμεσα την επαγγελματική εξουθένωση (Παπακωσταντίνου, Παναγοπούλου & Φλουρέντζος, 2016).

Ακολουθεί ένα δείγμα μέσων συλλογής δεδομένων του Burnout που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως.

<u>Ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory - M.B.I.).</u>

Το πιο διαδεδομένο μέσω συλλογής δεδομένων αποτελεί η Κλίμακα MBI των Maslash και Jackson.Κατά τους Kristensen, Borritz,Villadsen & Christensen, (2005) έχει χρησιμοποιηθεί κατά το 90% των ερευνών που αφορούν την Επαγγελματική Εξουθένωση των εργαζομένων. Περιλαμβάνει 22 θέματα που ομαδοποιούνται σε τρις παράγοντες: α) Τη συναισθηματική εξάντληση, β) Την αποπροσωποποίηση και γ) Τα προσωπικά επιτεύγματα. Οι επαγγελματίες κλίνονται να απαντήσουν σε μια κλίμακα 7 σημείων, η οποία ξεκινάει από το 0 (ποτέ) έως το 6 (κάθε μέρα) (Maslach &J ackson, 1986;1996).

Η βαθμολογία σε κάθε διάσταση υπολογίζεται με το άθροισμα των απαντήσεων. Υψηλά επίπεδα Ε.Ε εμφανίζουν τα άτομα που σκοράρουν άνω των 27 στον παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης, άνω των 13 στον παράγοντα της αποπροσωποποίησης, και κάτω του 31 στον παράγοντα των προσωπικών επιτευγμάτων. Μέτρια επίπεδα εξουθένωσης σημειώνουν οι συμμετέχοντες που

σκοράρουν από 17 – 26 στον παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης, από 7 – 12 στον παράγοντα της αποπροσωποποίησης και από 38 – 32 στον παράγοντα των προσωπικών επιτευγμάτων. Χαμηλή έως καθόλου σημειώνεται οι συμμετέχοντες που σκοράρουν κάτω του 16 στην διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης, κάτω του 6 στην αποπροσωποποίηση, και άνω του 39 στον παράγοντα των προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach & Jackson, 1986; 1996).

Κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout Inventory – BI)

Η κλίμακα BI αυτή δημιουργήθηκε από τους Pines, Aronson και Kafry το 1981 και αποτελείται από 21 ερωτήματα, τα οποία βαθμολογούνται και αυτά με μια κλίμακα Likert με το 0 να σημαίνει «ποτέ» και το 6 να σημαίνει «πάντα». Η συνολική βαθμολογία είναι ο μέσος όρος των απαντήσεων. Τα ερωτήματα αντιπροσωπεύουν τα τρία δομικά συστατικά στοιχεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και αντίθετα με το MBI, δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένο τύπο εργασίας (Schaufeli & Enzmann 1988 ; Παπακωσταντίνου, Παναγοπούλου & Φλουρέντζος, 2016).

Ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης των Shirom & Melamed (Shimon Melamed Burnout Measurement – SMBM)

Δημιουργήθηκε από τους Shirom & Melamed, το 2003 στην πρώτη του μορφή και περιλάμβανε 12 ερωτήσεις. Μελετούσε την διάσταση της *σωματικής κόπωσης* (εκδηλώνεται στον επαγγελματία ως αίσθημα χαμηλής ενέργειας και κούρασης), της *συναισθηματικής εξάντλησης* (εμφανίζεται με χαμηλά επίπεδα ενέργειας του ασθενούς και απουσία αισθήματος συμπάθειας προς τους άλλους) και της *γνωστικής κόπωσης*(παρουσιάζει μειωμένη διανοητική ευκινησία). Η δεύτερη εξελιγμένη μορφή του περιλάμβανε 22 ερωτήσεις που αφορούσαν τις διαστάσεις της σωματικής κόπωσης, της γνωστικής φθοράς, της έντασης και τέταρτη της ατονίας που βιώνει ο επαγγελματίας.(Shirom & Melamed, 2006;Γεωργοπούλου και συν, 2015)

Κλίμακα προσωπικού (Stuff Burnout Scale – SBS)

Η κλίμακα προσωπικού αναφέρεται στο προσωπικό των επαγγελματιών υγείας (Jones 1980). Αποτελείται από 30 ερωτήματα βασισμένα στην θεωρητική προσέγγιση της Maslach, αλλά περιέχει και ερωτήματα που αφορούν τη συμπεριφορά και τη φυσιολογία. Τα δέκα τελευταία ερωτήματα αποτελούν μια κλίμακα ψεύδους, προκειμένου να ανιχνευθούν τάσεις για «καλές απαντήσεις».

Το SBS αξιολογεί τις αρνητικές γνωστικές, συναισθηματικές, ψυχολογικές, συμπεριφοριστικές και κοινωνιολογικές αντιδράσεις του ατόμου που προκαλούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο Jones αναφέρει την ύπαρξη τεσσάρων παραγόντων: την δυσαρέσκεια για την εργασία, την ψυχολογική και διαπροσωπική ένταση, τη φυσική ασθένεια και των κίνδυνό καθώς και την μη επαγγελματική σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών (Παπακωσταντίνου, Παναγοπούλου & Φλουρέντζος, 2016) .

Κλίμακα Oldenburg (Oldenburg Burnout Inventory – OLBI)

Η κλίμακα OLBI δημιουργήθηκε σχετικά πρόσφατα και περιλαμβάνει τα δομικά στοιχεία της εξουθένωσης, της αποδέσμευσης μαζί με τον κυνισμό και την μειωμένη προσωπική επίτευξη. Το OLBI αποτελείται από μισές αρνητικές και μισές θετικές διατυπώσεις, προκειμένου να καλύψει την περιγραφή των δομικών στοιχείων αμφίπλευρα. Ενώ το MBI έχει μόνο αρνητικές διατυπώσεις στις ερωτήσεις του. Η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετρήσει την επαγγελματική εξουθένωση στο σύνολο των εργαζομένων δηλαδή και για επαγγέλματα στα οποία δεν υπάρχουν επαφές και σχέσεις τύπου πάροχος - πελάτης (Demerouti & Bakker 2008; Παπακωσταντίνου, Παναγοπούλου & Φλουρέντζος, 2016).

Κλίμακατης Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory – CBI)

Το CBI δημιουργήθηκε από τους Kristensen et. al. το 2005 κατά τη διάρκεια της μελέτης PUMA σε εργαζόμενους παροχής υπηρεσιών στη Δανία. Είναι σχεδιασμένο μετά από προσεκτική έρευνα και βασίζεται σε ένα σύνολο θεωρητικών υποθέσεων.

Περιέχει τρεις διαφορετικές κλίμακες: μια κλίμακα που μετράει τη γενική εξουθένωση και ονομάζεται προσωπικό σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωση, μια δεύτερη που σχετίζεται με το εργασιακό κομμάτι και μια Τρίτη που σχετίζεται με την σχέση εργαζόμενου-πελάτη. Τα ερωτήματα της πρώτης κλίμακας εμπνέονται από το BI, της δεύτερης από την υποκλίμακα συναισθηματικής εξουθένωσης των MBI και MBI-GS, ενώ οι ερωτήσεις της τρίτης κλίμακας διατυπώθηκαν πρόσφατα και είναι καινούργιες. Οι ήδη υπάρχουσες μελέτες δείχνουν ότι η μέτρηση του συνδρόμου σε διαφορετικά επαγγέλματα είναι δυνατή με τη χρήση του CBI (Παπακωσταντίνου, Παναγοπούλου & Φλουρέντζος, 2016) .

Το ψυχοκοινωνικό ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II)

Το ερωτηματολόγιο COPSOQ II αποτελεί την εξέλιξη του COPSOQ I και είναι ένα πλήρες εργαλείο που καταγράφει πλήθος ψυχολογικών, προσωπικών και οργανωτικών παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου, αλλά και την εμφάνιση των επιπτώσεων στο σωματικό, ψυχολογικό και διανοητικό επίπεδο

τουεργαζόμενου (Kristensen et al. 2005; Pejitersen et al. 2010). Αποτελείται από 41 υποκλίμακες με συνολικά 127 ερωτήματα. Το COPSOQ II είναι ένα πολυπαραγοντικό εργαλείο μέτρησης ψυχοκοινωνικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε μία από τις υποκλίμακες του (Παπακωσταντίνου, Παναγοπούλου & Φλουρέντζος, 2016).

6. Ερευνητικά ευρήματα που αφορούνε το σύνδρομο εξουθένωσης επαγγελματιών υγείας και συσχετίσεις του με άλλες παραμέτρους.

Τα επαγγέλματα που πλήττονται περισσότερο από την Επαγγελματική Εξουθένωση (Ε.Ε) σύμφωνα με ποικίλες ερευνητικές μελέτες, είναι το νοσηλευτικό προσωπικό, οι εκπαιδευτικοί, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και γενικότερα εργαζόμενοι που ασκούν ανθρωπιστικά επαγγέλματα.

Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι υψηλά ποσοστά νοσηλευτών στη Βόρεια Αμερική, την Ευρώπη και την Ασία βιώνουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Hulm et al, 2005; Poghosyan, Aiken, & Sloan, 2009; Τριανταφύλλου 2013). Επίσης, σύμφωνα με έρευνα στην Ιαπωνία, οι επαγγελματίες που έχουν αντικείμενο εργασίας τον άνθρωπο (36,1%), συμπεριλαμβανόμενων και των νοσηλευτών, φαίνεται πως είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου, σε σχέση με τους δημόσιους υπαλλήλους (17,8%) και με τους υπαλλήλους εταιρίας (12,2%) (Kitaoka & Masuda, 2013).

Οι νοσηλευτές λόγω της φύσης του επαγγέλματος του έρχονται στις πρώτες θέσεις αναφοράς της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ιταλοί ερευνητές έχουν εκτιμήσει πως η επικράτηση της εξουθένωσης των νοσηλευτών κυμαίνεται μεταξύ 2% και 10%. (Pisanti, et. al., 2013; Yatasa, 2014). Επιπλέον, σε έρευνα των Hulm και συνεργατών, που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές που εργάζονται στις κεντροδυτικές πολιτείες των Η.Π.Α το 25% του δείγματος παρουσίαζε υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης (Hulm et al, 2005).

Κατά τους Firth-Cozens και Payne (1999), το 1/3 των νοσηλευτριών σε παγκόσμια κλίμακα παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από την αρχή της καριέρας τους.

Σύμφωνα με ελληνική έρευνα των Νούλα και συν (2010), βρέθηκε πως το 34% των νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 44% υψηλό αίσθημα αποπροσωποποίησης και το 60% χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα. Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να εξαρτάται από τον τομέα εργασίας και διαφοροποιείτε μεταξύ πρωτεύουσας και αστικών κέντρων.

Τα αποτελέσματα εκτεταμένης συγκριτικής ερευνητικής μελέτης της Τριανταφύλλου (2013), που αφορούσε συγκριτική αξιολόγηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (ΕΕ) των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικού τύπου ψυχιατρικές δομές, κατέδειξαν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ανέφεραν ότι είχαν σε μικρό βαθμό ή καθόλου υποστήριξη, των υπευθύνων και των συναδέλφων τους, εκείνοι που αντιμετώπιζαν φόρτο εργασίας, προβλήματα διαπροσωπικών συγκρούσεων και έκριναν ότι η εργασία τους ήταν μονότονη, βίωναν σημαντικά επίπεδα εξουθένωσης σε όλους τους παράγοντες. Επίσης εκείνοι που ήταν δυσαρεστημένοι εξαιτίας μειωμένων κινήτρων,

όπως η περιορισμένη δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών και λήψης αποφάσεων, παρουσίασαν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ίδιας μελέτης, «οι νοσηλευτές στις ψυχιατρικές υπηρεσίες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ήταν σε σημαντικό βαθμό λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, συγκριτικά με τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους εργοθεραπευτές. Η ειδικότητα, δηλαδή των νοσηλευτών παρουσίασε τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (στους δύο παράγοντες της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων).

Τα υψηλότερα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης, που παρατηρούνται στους νοσηλευτές, όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου (2013) μάλλον συνδέονται με το εύρημα της μελέτης μας ότι αντιμετώπιζαν περισσότερο δυσμενείς και στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες (π.χ. φόρτο εργασίας και διαπροσωπικές συγκρούσεις) και είχαν στη διάθεσή τους μειωμένους εργασιακούς πόρους και ανταμοιβές (όπως μειωμένη υποστήριξη και αναγνώριση από τους συναδέλφους και υπευθύνους), συγκριτικά με τους επαγγελματίες των άλλων ειδικοτήτων.

Έρευνες όπως αυτή των Demerouti et al, (2000) κατέδειξαν ότι οι δυσμενείς εργασιακές συνθήκες έχουν αρνητική επίδραση στην συνολική ικανοποίηση του ανθρώπου για τη ζωή, μέσω διαμεσολάβησης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Κατά τις μελέτες των Constable&Russell (1986) καιStone, Jebsen,, Walk & Belsham, (1984) βρέθηκε πως υπάρχει μέτρια στατιστική σημαντικότητα μεταξύ τη Ε.Ε και των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με την μελέτη της Τριανταφύλλου. οι παράγοντες της Επαγγελματικής Εξουθένωσης παρουσιάζουν σημαντικού βαθμού συσχέτιση, με τη γενική κατάσταση της υγείας των εργαζομένων, με τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής, με τα χαρακτηριστικά και την ποιότητα των συνθηκών εργασίας, όπως και με την ικανοποίηση από την εργασία. (Τριανταφύλλου, 2013).

Σε έρευνα του Μπελλάλη και συνεργατών (2007),ο γάμος φαίνεται πως αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την διάσταση της αποπροσωποποίηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως επίσης φαίνεται πως αποτελεί προστατευτικό παράγοντα και στην ψυχική υγεία. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν

περισσότερα χρόνια προϋπηρεσία παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σωματικής καταπόνησης. Επίσης φάνηκε πως η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται σημαντικά με την ψυχική υγεία, όπως και η σωματική υγεία σχετίζεται μόνο με τον παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης.

Σύμφωνα με τους Firth-Cozens και Payne (1999), μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών παγκόσμια παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ υπάρχει πολύ υψηλός κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον φαίνεται πως οι νοσηλευτές καθώς και οι ψυχίατροι, παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (Λερίδης, 2013).

Επίσης οι Khamisa et al, (2015) έχει εντοπιστεί συσχέτιση μεταξύ παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης με την ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα, η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται κατά 4% με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης ενώ η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση σχετίζονται κατά 31% με το άγχος και την αϋπνία και 14% με την κοινωνική δυσλειτουργία. Κατά την ίδια έρευνα εξίσου σημαντικό εύρημα είναι η συσχέτιση των παραγόντων της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευμάτων, 21% με τα σωματικά ενοχλήματα και 14% με την κοινωνική δυσλειτουργία. (Khamisa, Oldenburg, Peltzer & Ilic, 2015)

Επιπλέον, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης της Τριανταφύλλου (2013), αναφορικά με «τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης (N=365) εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των τριών παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης μόνο με το εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών και όχι με το φύλο, την ηλικία και με στοιχεία της οικογενειακής κατάστασης. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου ή ΤΕΕ/ΙΕΚ εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης καθώς, επίσης, χαμηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων, συγκριτικά με τους πτυχιούχους ΑΕΙ και ΤΕΙ, καθώς και με εκείνους που είχαν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές».

Ακόμα, «οι παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίζονται σημαντικά με παράγοντες, όπως οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής, η ικανοποίηση από την εργασία, η γενική κατάσταση της (ψυχικής) υγείας, αλλά και με εργασιακές μεταβλητές, που αναφέρονται στα χαρακτηριστικά και στην ποιότητα των εργασιακών συνθηκών».(Τριανταφύλλου, 2013).

Συγκεκριμένα, «οι επαγγελματίες που ανέφεραν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής (σε όλες τις διαστάσεις: σωματική και ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον), παρουσίασαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων». Επίσης, «στην περίπτωση των επαγγελματιών που η ψυχική τους υγεία ήταν επιβαρυμένη, δηλαδή εμφάνισαν υψηλά επίπεδα σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου GHQ-28 (σωματικά ενοχλήματα, άγχος & αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και κατάθλιψη), παρουσιάστηκαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, καθώς και χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων» (Τριανταφύλλου,2013).

7. Παρεμβάσεις προαγωγής και αντιμετώπισης του συνδρόμου της εξουθένωσης.

Στην προσπάθεια εξεύρεσης αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης αρκετοί ερευνητές εστιάζουν στις ενέργειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο εργαζόμενος. Σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli & Leiter, (2001) αυτό δεν είναι αρκετό, καθώς η έρευνα έχει δείξει ότι οι παράγοντες που παίζουν, επίσης, σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι οργανωτικοί – εργασιακοί παράγοντες. Φαίνεται, εντούτοις, ότι οι παρεμβάσεις πρόληψης σε επίπεδο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας είναι περισσότερο δαπανηρές και επιπλέον υπάρχει η παραδοχή ότι ενδέχεται ευκολότερα να αλλάζουν οι άνθρωποι παρά οι οργανισμοί (Maslach et al, 2001).

Σε κάθε περίπτωση τα μέτρα που προτείνονται ποικίλουν. Πιο συγκεκριμένα οι παρεμβάσεις έχουν προταθεί σε δύο επίπεδα: α) σε ατομικό επίπεδο- επίπεδο αλληλεπίδρασης του επαγγελματία με το περιβάλλον εργασίας και β) σε οργανωτικό επίπεδο.

Α) Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο αλληλεπίδρασης του επαγγελματία με το περιβάλλον εργασίας

Αφορά παρεμβάσεις που στοχεύουν στην υποστήριξη και την ενδυνάμωση της προσωπικότητας του επαγγελματία ώστε να μπορεί να διαχειριστεί και να αντιμετωπίσει τους στρεσογόνους παράγοντες στον εργασιακό χώρο (δευτερογενής πρόληψη), όσο και την θεραπεία των εργαζομένων που παρουσιάζουν τα συμπτώματα του συνδρόμου (τριτογενής πρόληψη) (Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Πλουμπίδης, 2015).

Αρκετά σημαντική θεωρείται η έγκαιρη ανίχνευση και αναγνώριση των πρώϊμων σημείων της εξουθένωσης. Επίσης, σημαντικές στρατηγικές πρόληψης στο επίπεδο αυτό είναι: η υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής που εστιάζει στην σωματική άσκηση και διατροφή, η εκμάθηση της αλλαγής του τρόπο με τον οποίο επεξεργάζεται τις αρνητικές καταστάσεις, η βελτίωση του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς μέσω τεχνικών γνωσιακής – συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας, η βελτίωση των δεξιοτήτων διαπροσωπικής επικοινωνίας κ.ά.. (Οικονόμου, Τριανταφύλλου & Πλουμπίδης, 2013).

Αρκετά σημαντικό θεωρείται, επίσης, ότι ο εργαζόμενος θα πρέπει να μάθει τον σωστό τρόπο ελέγχου και διαχείρισης του χρόνου του τον οποίο διαθέτει στον εργασιακό του χώρο. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω συγκεκριμένων ενεργειών, όπως είναι ο σχεδιασμός της εργασίας, η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, ο σχεδιασμό του χρόνου, αποφυγή περισπασμών προσοχής και ενοχλήσεων, και τέλος ο καταμερισμός των καθηκόντων (Sutherland & Cooper, 2003).

Ο καθορισμός των στόχων του και προτεραιοτήτων από τον επαγγελματία βοηθούν στο να νιώθει ότι έχει το έλεγχο και να επαναπροσδιορίζει τις προσδοκίες του (καθώς μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα) ώστε να μην είναι ευάλωτος σε απογοητεύσεις όταν η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται σε αυτές. (Sutherland & Cooper, 2003; Antoniou, Davidson & Cooper, 2003; Μουστάκα & Μαλλιαρού, 2008; Τσίρος, 2009; Διλιντάς, 2010;).Η ενασχόληση του επαγγελματία με δραστηριότητες πέραν των εργασιακών συμβάλλει στην εκτόνωση και πιθανόν στην προαγωγή της κοινωνικής του ζωής (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2007).

Σε επίπεδο τριτογενούς πρόληψης, η αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης από φίλους, συνεργάτες αλλά και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, μπορεί να συμβάλλει στην

θεραπεία των επαγγελματιών που βιώνουν συμπτώματα εξουθένωσης, καθώς μειώνεται η συναισθηματική εξάντληση, το στρες αλλά και το αίσθημα της αποπροσωποποίησης. Θετικά φαίνεται, επίσης, ότι συμβάλλει η επιλογή της θέσης εργασίας από το ίδιο το άτομο καθώς και η επιλογή αλλαγής της κλινικής που εργάζεται καθώς έτσι αυξάνεται η αίσθηση ελέγχου. (Αδαλή, 2002; Αδαλή, Πριάμη, Ευαγγέλου, Υφαντή & Μούγια 2002; Μουστάκα & Μαλλιαρού, 2008).

Η φυσική δραστηριότητα και οι τεχνικές χαλάρωσης αλλά και άλλου είδους εναλλακτικές θεραπείες, όπως η μουσικοθεραπεία (με σημαντικά θετικά αποτελέσματα μάλιστα), φαίνεται ότι επιδρούν θετικά στη συναισθηματική ισορροπία του εργαζομένου βοηθώντας τον να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Antoniou, Davidson, Cooper, 2003; Branders .et.al., 2009).

Β) Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο

Περιλαμβάνει παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αλλαγή και βελτίωση των συνθηκών (πρωτογενής πρόληψη) και στην εξασφάλιση καλύτερης προσαρμογής του επαγγελματία (Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Πλουμπίδης, 2015; Οικονόμου, Τριανταφύλλου & Πλουμπίδης, 2013).

Οι αλλαγές που μπορούν να γίνουν στον εργασιακό χώρο είναι αρκετές αν και αυτό εξαρτάται πάντα από το αν και κατά πόσο μπορεί η διοίκηση ενός νοσοκομείου (ειδικά ενός δημόσιου ελληνικού νοσοκομείο σε περίοδο οικονομικής κρίσης) να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες.

Ο εμπλουτισμός της εργασίας με τρόπο που να προωθεί την αυτονομία, τον αυτοέλεγχο και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική στρατηγική για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, η καθιέρωση συναντήσεων των μελών της ομάδας προκειμένου να επιλύουν τα προβλήματα και τις συγκρούσεις που ανακύπτουν μεταξύ τους συμβάλλει στην πρόληψη των συμπτωμάτων εξουθένωσης (Armstrong- Stassen, 2004; Γώγος, 2009).

Σημαντική έχει αποδειχτεί ότι είναι επίσης η ανανέωση και εναλλαγή των καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς με την παροχή προσδοκιών αλλαγής και τις

διαφορετικές κλινικές δραστηριότητες ο εργαζόμενος επανακτά τη θετική του στάση απέναντι στην εργασία του, αφού κεντρίζεται εκ νέου το ενδιαφέρον του και του δίνονται επιπλέον κίνητρα. Παράλληλα η δημιουργία αισθήματος κοινής ευθύνης και η διοχέτευση των αντιπαραθέσεων σε άλλες δημιουργικές δραστηριότητες φαίνεται να μειώνει αισθητά την επαγγελματική εξουθένωση (Lewallen, etal. , 2003; Espeland, 2006).

Συμβολή σε αυτό το επίπεδο μπορεί να έχει η δημιουργία ομάδων Balint οι οποίες έχουν ως σκοπό την εκπαίδευση των επαγγελματιών στο να αντιλαμβάνονται τα ψυχολογικά προβλήματα, την βελτίωση της επικοινωνίας με τον ασθενή, όπως και την βελτίωση της διαπροσωπικής σχέσης του με αυτόν. Σε έρευνα Γενικών Ιατρών στην Σουηδία οι οποίοι συμμετείχαν σε ομάδα Balint, φάνηκε να υπάρχει βελτίωση των ικανοτήτων τους, αύξηση της αντοχής τους στον επαγγελματικό χώρο, καθώς και στην εύρεση της εργασιακής ικανοποίησης και θετικής πρόκλησης πάνω στην σχέση ιατρού – θεραπευόμενου, συμβάλλοντας έτσι στην πρόληψη της Ε.Ε. (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2007; Kjeldmand & Holmstrom, 2008).

Η πρώτη παρέμβαση που μπορεί να πραγματοποιηθεί είναι η θέσπιση προγραμμάτων εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού ώστε να είναι ικανό να αναγνωρίσει και να διαγνώσει έγκαιρα τα συμπτώματα της εξουθένωσης ώστε να προλάβει να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα αλλά και τις αιτίες πριν λάβουν μεγάλες διαστάσεις. Προκειμένου να υπάρχει καλύτερη συνεργασία και αντιμετώπιση των προβλημάτων τα προγράμματα αυτά πρέπει να αφορούν παλιούς και νέους εργαζόμενους (Lewallen, Crane, Letvak, Jones & Hu, 2003; Shirey, 2006).

Η οργάνωση σεμιναρίων, προγραμμάτων γνωσιακής - συμπεριφορικής, και η δυνατότητα συνεχόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, φαίνεται να συμβάλει στην αντιμετώπιση του εργασιακού στρες, προφυλάσσοντας την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών. (Marine, Ruotsalainen, Serra, Verbeek, 2009;Van Wyk and Pillay-Van Wyk, 2010).

Επιπλέον, η διοργάνωση ομάδων που έχουν σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού, η ατομική και ομαδική εποπτεία, το σαφές καθηκοντολόγιο του κάθε εργαζόμενου, ο προγραμματισμός συγκεντρώσεων των συναδέλφων για την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και η αποτελεσματική συνεργασία, οι προσλήψεις κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού για τον συντονισμό και την επίλυση των

παραγόντων που προκαλούν την Ε.Ε, η επικέντρωση των οργανισμών-νοσοκομείων και των υπευθύνων στην πρόληψη και την αντιμετώπιση - θεραπεία των συμπτωμάτων της εξουθένωσης αποτελούν σημαντικές στρατηγικές πρόληψης σε οργανωτικό επίπεδο (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, καθίσταται αναγκαίος ο συνδυασμός παρεμβάσεων πρόληψης της εξουθένωσης, σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο. Φαίνεται πως η παράλληλη εφαρμογή παρεμβάσεων σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο οργανωτικό, έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη αποτελεσματικότητα βοηθώντας στην αποδοτικότητα, την ενεργητικότητα και την ενδυνάμωση του εγραζομένου και στην βελτίωση της σχέσης του με τους ασθενείς , με αποτέλεσμα την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται στην υγεία και ψυχική υγεία. (Οικονόμου, Τριανταφύλλου & Πλουμπίδης, 2013).

Η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας έχει κριθεί, επίσης, αποτελεσματική όπως και οι ομάδες εργασίας στις οποίες συμμετέχουν διάφοροι επαγγελματίες υγείας. Έχουν ερευνηθεί ακόμη και έχουν κριθεί αποτελεσματικά διάφορα σεμινάρια διαχείρισης του στρες (προγράμματα εκπαίδευσης χρήσης ατομικών πόρων, συναντήσεων τα Σαββατοκύριακα και υποστηρικτικών ομάδων), προγράμματα διδασκαλίας χρήσης της κοινωνικής υποστήριξης και ατομικών πόρων, εκπαιδευτικά προγράμματα σε θεραπευτικές ικανότητες, προγράμματα εκπαίδευσης στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (για νοσηλευτές ψυχικής υγείας) και προγράμματα συνδυασμού ατομικής συμβουλευτικής και ομαδικών συνεδριών με χρήση γνωστικών και συμπεριφορικών τεχνικών παρέμβασης, φαίνεται ότι συμβάλλουν σημαντικά στην μείωση των επιπέδων της Επαγγελματικής Εξουθένωσης. (Ospina-Kammerer & Figley, 2003; Shimizu, Mizoue, Kubota, Mishima &Nagata, 2003; Embriaco , Papazian, Kentish-Barnes, Pochard & Azoulay, 2007; Παππά, Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008).

Επίσης η θεραπεία της εξουθένωσης με συμβουλευτικού τύπου παρεμβάσεις αποτελεί σημαντική μορφή στρατηγική αντιμετώπισης του συνδρόμου. Σύμφωνα με την μελέτη των Gorter et. al., σε οδοντιάτρους στην Ολλανδία διερευνήθηκε η επίδραση ενός προγράμματος συμβουλευτικής καριέρας στην ΕΕ. Το πρόγραμμα περιελάμβανε ατομική συμβουλευτική και ομαδικές συνεδρίες, Στη σύγκριση των βαθμολογιών των συμμετεχόντων πριν και μετά από το πρόγραμμα φάνηκε στατιστικά σημαντική

βελτίωση στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων (Gorter,Eijkman & Hoogstraten, 2001).

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα των ερευνών, στην καλύτερη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων συμβάλλει ο συνδυασμός των δυο επιπέδων παρεμβάσεων. Ωστόσο όμως δεν μπορούμε να προβούμε σε γενίκευση των αποτελεσμάτων γιατί θεωρούμε πως ο αριθμός των νέων μελετών πάνω στην επαγγελματική εξουθένωση, τις παρεμβάσεις και την αποτελεσματικότητα αυτών είναι ελλιπή. Μελλοντικά θα πρέπει να πραγματοποιηθούν περισσότερες μελέτες, κυρίως διαχρονικές και να χρησιμοποιείται ικανοποιητικός αριθμός δείγματος για την εξαγωγή αξιόπιστων αποτελεσμάτων και την περαιτέρω εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβάσεων σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο.

8. Ποιότητα ζωής:Εννοιολογικός προσδιορισμός και αναφορές στον όρο.

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι ευρύτατη, και μπορεί να αφορά διάφορες πλευρές της ζωής του ανθρώπου, όπως την υγεία, την καθημερινή διατροφή, τον χώρο εργασίας, την κατοικία, τη διασκέδαση το περιβάλλον, τις μεταφορές. Επίσης, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, αλλά θεωρητικά εμπεριέχει όλες τις πλευρές της ζωής ενός ανθρώπου. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει αντιλήψεις και στάσεις του ατόμου που σχετίζονται με πολιτιστικές, πολιτικές, οικονομικές, ψυχολογικές, φιλοσοφικές, πνευματικές, και διαπροσωπικές διαστάσεις της ζωής όπως και προσωπικές προτιμήσεις και εμπειρίες αυτού. (YFANTOPOULOS,2001; Υφαντόπουλος, 2007).

Όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου, η ποιότητα ζωής σαν έννοια φαίνεται πως δεν είναι πρωτόγνωρος, και απασχόλησε από αρχαιοτάτων χρόνων. Ο μεγάλος φιλόσοφος Αριστοτέλης (384-322) ασχολήθηκε και όρισε την ευδαιμονία ως ένα είδος λογικής ψυχικής ενέργειας στα πλαίσια της τέλειας αρετής. Δηλαδή η έννοια αφορά την συνύπαρξή στοιχείων ψυχικής και συναισθηματικής κατάστασης με ένα είδος λογικής ενέργειας του ανθρώπου. Η ‘’Ευδαιμονία’’, συνώνυμη του «ευ ζην» και «ευ πράττειν», έχει μεταφραστεί από πολλούς ως ‘’Ευτυχία’’. Ο Άγγλος κριτικός και συγγραφέας George Bernand Shaw (1856-1950) πίστευε πως η ευτυχία δεν είναι ο αντικειμενικός σκοπός της ζωής και πως σχετίζεται με την προθυμία που έχει κάποιος

να θυσιάσει την ευτυχία του για αυτή. Το «ευ ζην» θα μπορούσε να αποδοθεί στην νέο ελληνική ως ποιότητα ζωής, παρόλο που αυτή δεν έχει καθοριστεί συγκεκριμένα και δομημένα ως μια έννοια (Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2005).

Ο όρος «ποιότητα ζωή αναδείχτηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) και στις προηγμένες χώρες της Ευρώπης στα τέλη του 19^{ου} αιώνα και στις αρχές του 20^{ου}, μέσα από έρευνες οι οποίες αφορούσαν τις συνθήκες ζωής. Το 1929 ιδρύθηκε στις ΗΠΑ η πρώτη προεδρική επιτροπή με σκοπό να καταγράψει τις συνθήκες ζωής διάφορων στρωμάτων της κοινωνίας καθώς και των τάσεων διαφοροποίησης που εμφάνιζαν (Βακαλιός, 1984).

Ο όρος αρχίζει σιγά – σιγά να χρησιμοποιείται πιο συχνότερα από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα ενώ από τη δεκαετία του 1950 στις ΗΠΑ, η ποιότητα ζωής ταυτίζεται με το βιοτικό επίπεδο και προσδιορίζεται από δείκτες που σχετίζονται με την κατοχή υλικών αγαθών. Με την πάροδο του χρόνου προστίθενται και άλλοι δείκτες και προσδιοριστικοί παράγοντες, όπως η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου, η ευκερία για δραστηριότητες αναψυχής και διακοπών. Την επόμενη δεκαετία (1960), διευρύνθηκε και άλλο η έννοια του όρου περιλαμβάνοντας την υγεία και ευεξία, την παιδεία, όπως και την οικονομική και βιομηχανική ανάπτυξη (Θεοφίλου, 2010).

Την ίδια εποχή και κατά την δεκαετία του ’70 το ενδιαφέρον για την προαγωγή και την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας ώθησε σχετική ερευνητική δραστηριότητα στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Στις Η.Π.Α οι Andrews & Withey, (1976) όπως και οι Campbell et. al., (1976) πραγματοποίησαν σημαντικές μελέτες για τον καθορισμό κοινωνικών δεικτών ποιότητας ζωής, όπως οι συνθήκες εργασίας, η στέγη, η οικογενειακή ζωή, το οικονομικό επίπεδο, η πρόσβαση στις υπηρεσίες κ.α. Έτσι ορισμένοι συγγραφείς έχουν συσχετίσει και ερμηνεύσει τον όρο ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων, προς την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Ένας από αυτούς είναι και ο McCall (1975), κατά τον οποίο η έννοια επηρεάζεται από αντικειμενικούς παράγοντες και έχει να κάνει με την ικανότητα εξασφάλισης των συνθηκών που συμβάλουν στην ευτυχία, σε μία δεδομένη κοινωνία. (Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2005).

Από την άλλη σύμφωνα με τους συγγραφείς οι οποίοι εστιάζουν στις υποκειμενικές παραμέτρους, φαίνεται πως η ποιότητα ζωής να παρουσιάζεται ως η στάση που έχει ο κάθε άνθρωπος απέναντι στα συναισθήματα της ευτυχία, της δυστυχία, της

ικανοποίηση και της δυσαρέσκειας που μπορεί να αισθάνεται για την ζωή. Η συνολική εικόνα της έννοιας απαιτεί αναγκαία την συνύπαρξη και των δυο παραμέτρων (Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2005).

Σύμφωνα με τους Zautra & Goodhart, (1979), ο όρος της ποιότητας ζωής εκτιμάται από τον συνδυασμό αντικειμενικών και υποκειμενικών κριτηρίων, όπως και εξωτερικών παραγόντων. Δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητα ζωής είναι σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, η ποιότητα του χώρου διαμονής, η ύπαρξη υλικών αγαθών, και το περιβάλλον. Ένας από τους υποστηρικτές της απαραίτητης συνύπαρξης υποκειμενικών-αντικειμενικών κριτηρίων και δεικτών προσδιορισμού της ποιότητας ζωής ήταν ο Lehman (1983), ο οποίος βοήθησε στο να γίνει πιο σαφή η σημασία του όρου της ποιότητα ζωής (Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2005).

Τέλος σύμφωνα με άλλους ερευνητές (όπως οι Galtung και Wirakto 1976 και ο Inglehart το 1977) οι προσεγγίσεις εστίασαν τις προσπάθειές τους στο να προσδιορίσουν τις πρωταρχικές και τις δευτερεύουσες ανάγκες και υπηρεσίες αλλά και τις υλιστικές και μετα-υλιστικές αξίες (Committee oft he Regions, 2015).

Τέλος, υπάρχουν και άλλες προσεγγίσεις οι οποίες είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού του ατομικού – συλλογικού διαχωρισμού και του υλικού – μη υλικού διαχωρισμού. Προκειμένου να γίνει κατανοητός ο συνδυασμός αυτός κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ένα παράδειγμα μίας τέτοιας προσέγγισης το οποίο βασίζεται στις εξής διαστάσεις(Committee of the Regions, 2015):

- Διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα σε δημόσιες (ή βασικές όπως αναφέρονται εναλλακτικά) υπηρεσίες. Παράδειγμα αυτών των υπηρεσιών είναι τα σχολεία, τα κρεβάτια σε νοσοκομεία, οι μεταφορικές και οι κοινωνικές εν γένει υπηρεσίες.
- Οι υλικές – φυσικές πλευρές της ποιότητας ζωής περιλαμβάνουν οτιδήποτε σχετικό με την προσωπική και οικογενειακή κατάσταση του ατόμου αλλά με όρους εισοδήματος, εργασίας, στέγασης κ.α.
- Οι μη υλικές πτυχές περιλαμβάνουν την ύπαρξη και οργάνωση δημόσιων υπηρεσιών (όπως θέατρα και γενικότερα χώροι ψυχαγωγίας, αθλητικά κέντρα κ.α.) και την ποσότητα αλλά και την ποιότητα που έχουν οι ανθρώπινες σχέσεις

τόσο σε προσωπικό όσο και σε οικογενειακό αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο. Βέβαια, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι συνήθως ο διαχωρισμός μεταξύ συλλογικών και ατομικών ελλείψεων και προβλημάτων, στην συγκεκριμένη περίπτωση, είναι δύσκολος.

- Περιβαλλοντικές μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται τόσο με το κλίμα όσο και με την αρχιτεκτονική και τα μνημεία, το φυσικό τοπίο αλά και τις τουριστικές υποδομές και ανέσεις.

9. Ποιότητα ζωής και Υγεία - Ερευνητικά ευρήματα

Στον χώρο της Υγείας ο όρος ποιότητα ζωής απευθύνεται σε εκείνες τις ανθρωπιστικές ανάγκες που έχουν παραμεληθεί από το σύστημα υγείας και την κοινωνική πρόνοια. Κρίνεται σκόπιμο να διευκρινιστεί ότι δεν υφίσταται ακόμα ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της έννοιας της ποιότητας ζωής. Για την καλύτερη κατανόηση της διάκρισης μεταξύ της ποιότητας ζωής με την γενικότερη έννοια , και της ποιότητας ζωής που αφορά τις απαιτήσεις της Ιατρικής γίνεται χρήση του όρου «ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία» (health - related quality of life -HRQOL) (Τριανταφύλλου, Οικονόμου & Χριστοδούλου, 2005). Ο όρος αυτός συνήθως συμπεριλαμβάνει την γενική κατάσταση της υγείας, την κοινωνική, συναισθηματική, γνωστική και σεξουαλική λειτουργικότητα, τα σωματικά ενοχλήματα, όπως και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου, ενώ όπως προαναφέρθηκε δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός. Σύμφωνα με τον Kaplan (1985), χρησιμοποίησε τον όρο θέλοντας να δήξει την επιρροή που έχει στην λειτουργικότητα του ανθρώπου, η ασθένεια και η αναπηρία (Τριανταφύλλου Οικονόμου & Χριστοδούλου, 2005).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (Π.Ο.Υ) (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-100, 1995), «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως την αντίληψη που έχει το άτομο για την θέση στην ζωή, μέσα στο πλαίσιο του συστήματος αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς του στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του» (Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2005 σελ. 581).

Βιβλιογραφικά φαίνεται πως διαφορετικοί ερευνητές έχουν αναφέρει διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και θα μπορούσαν να ενταχθούν στην προσπάθεια ορισμού της. Θεωρείται λοιπόν ότι σχετίζεται και περιγράφεται με βάση το βαθμό στον οποίο ικανοποιούνται οι ανάγκες του ατόμου αναφορικά με διάφορους τομείς της ζωής του (σωματικός, ψυχολογικός, κοινωνικός, υλικός και διαρθρωτικός). Θεωρείται επίσης ότι αποτελεί τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο διαθέτει αυτοεκτίμηση, σκοπό στη ζωή του και πολύ λίγο άγχος (Παπάνης και συν, 2011).

Σύμφωνα με τον Παπάνη , ποιότητα ζωής έχει οριστεί ως η αίσθηση που έχει το άτομο για τον βαθμό ευεξίας και την ικανοποίησή του από τη ζωή και για την ευτυχία του σχετικά με την υγεία, τη δράση, το άγχος, τη στοχοθεσία, την κατάθλιψη, την αυτοεκτίμηση, την οικογενειακή και την κοινωνική στήριξη. Η έννοια της ευτυχίας, όμως, δεν μπορεί να μετρηθεί εύκολα ενώ ταυτόχρονα διαφέρει ανάλογα με το πολιτιστικό και γλωσσικό πλαίσιο αναφοράς (Παπάνης και συν, 2011).

Αφαιρέθηκε λοιπόν η έννοια της ευτυχίας και αντικαταστάθηκε από την έννοια της ικανοποίησης η οποία θεωρείται ότι είναι ευκολότερο να μετρηθεί. Η ικανοποίηση όμως είναι μία ασταθής έννοια που δεν μένει αμετάβλητη. Για το λόγο αυτό υποστηρίχτηκε ότι η ικανοποίηση, όταν αναφέρεται στην ποιότητα ζωής αναφέρεται στην υποκειμενική εμπειρία του ατόμου για τη ζωή (Παπάνηςκαι συν, 2011).

Στο πλαίσιο αυτό η ποιότητα ζωής ορίζεται ως εκείνη η σωματική αλλά και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου η οποία του δίνει την αίσθηση ότι είναι ικανοποιημένο ζώντας και δρώντας σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον. Κατά κάποιον τρόπο λοιπόν θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί το βαθμό στον οποίο ένα δεδομένο περιβάλλον διαθέτει τις συνθήκες οι οποίες προσφέρουν στο άτομο ικανοποίηση (Θεοφίλου, 2010; Παπάνης και συν, 2011).

Από τη στιγμή που η ποιότητα ζωής θεωρείται μία μετρήσιμη μεταβλητή αναφέρεται όχι μόνο στο υποκείμενο αλλά και στο αντικείμενο της έρευνας και περιλαμβάνει την υποκειμενική αξιολόγηση που κάνουν τα άτομα (ή οι ομάδες) σχετικά με το πόσο ικανοποιημένα είναι από τις συνθήκες διαβίωσής τους αλλά και γενικότερα τον τρόπο ζωής τους στο περιβάλλον στο οποίο ζουν. Αυτός είναι και ο λόγος που λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες, οι προσδοκίες και οι αξίες που έχουν τα άτομα (ή μια κοινότητα) όταν μελετάται η ποιότητα ζωής (Παπάνης και συν, 2011).

Όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου και συν (2005), οι κύριες μεθοδολογικές προσεγγίσεις της ποιότητας ζωής στον χώρο της υγείας είναι:

α. **Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία γενικά.** Αναφέρεται στις επιδράσεις που ασκούν η ίδια η νόσος, η πρόληψη και η θεραπεία της νόσου, προς την λειτουργική κατάσταση και ψυχική ευεξία του ανθρώπου.

β. **Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με μία συγκεκριμένη ασθένεια.** Επισημαίνονται οι επιδράσεις που έχει μία συγκεκριμένη ασθένεια στην ποιότητα ζωής του πάσχοντος.

γ. **Εκτίμηση ενός συγκεκριμένου τομέα της ποιότητας ζωής**. Αξιολογούνται συγκεκριμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής όπως η σωματική λειτουργικότητα, τα επίπεδα πόνου και κόπωσης, το άγχος και η κατάθλιψη, κ.α.

Η ποιότητα ζωής είναι αναπόσπαστα δεμένη και με την ψυχική υγεία αυτό γίνεται πιο φανερό αν ληφθεί υπόψη ότι η ψυχική υγεία ορίζεται μεταξύ άλλων και ως η δυνατότητα του ατόμου να αντιστέκεται στο stress, να είναι ενεργητικό κι ανεξάρτητο από εξωτερικές επιρροές να ελέγχει το περιβάλλον του και να επιλύει τα προβλήματά του (Οικονόμου και συν, 2001).

Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών βλέπουμε τις συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων της Ποιότητας ζωής με αυτών της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Demerouti et al, (2000) κατέδειξαν ότι οι δυσμενείς εργασιακές συνθήκες έχουν αρνητική επίδραση στην συνολική ικανοποίηση του ανθρώπου για τη ζωή, μέσω διαμεσολάβησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ σύμφωνα με τους Μπελλάλη και συν, (2007), η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται σημαντικά με την ψυχική υγεία, όπως και η σωματική υγεία σχετίζεται μόνο με τον παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης, (όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου, 2013).

Σύμφωνα με την έρευνα της Τριανταφύλλου (2013). οι επαγγελματίες που ανέφεραν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής (σε όλες τις διαστάσεις: σωματική και ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον), παρουσίασαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων και οι νοσηλευτές στις ψυχιατρικές υπηρεσίες ήταν αυτοί παρουσίασαν τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (στις περισσότερες διαστάσεις)

συγκριτικά με τις άλλες ειδικότητες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και κυρίως με τους ψυχιάτρους».

10.Όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής

Κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά και διάφορα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Εδώ κρίθηκε σκόπιμο να παρουσιαστεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα όσων έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες και τα οποία χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να μετρηθεί η ποιότητα ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών.

Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofski Performance Index, KPI)

Ο συγκεκριμένος δείκτης εστιάζει κατά κύριο λόγο στη σωματική λειτουργία και δεν κάνει καμία αναφορά στην ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενή. Η εκτίμηση γίνεται από τον ιατρό ή από κάποιον άλλον επαγγελματία υγείας και γίνεται σε μία ποσοστιαία κλίμακα από το 0 έως το 100. Στην κλίμακα αυτή υπάρχουν 10 επίπεδα σωματικής λειτουργίας και το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική λειτουργία του σώματος χωρίς κανέναν περιορισμό ή χωρίς νόσο ενώ το 0% αντιπροσωπεύει το θάνατο. Όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο χειρότερη ποιότητα ζωής υποτίθεται ότι έχει ο ασθενής (Karnofski & Burchenal 1949; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί ότι η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιείται πολύ συχνά στην ιατρική βιβλιογραφία αλλά δεν έχει σχεδιαστεί ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής οπότε η εκτίμηση που αποφέρει είναι πολύ αδρή (Karnofski & Burchenal 1949; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (The WHO Performance Status)

Πρόκειται για παρόμοιο δείκτη με τον προηγούμενο μόνο που εδώ η κλίμακα είναι 5 βαθμοί. Η βαθμίδα 4 αντιπροσωπεύει την παντελή ανικανότητα του ασθενή να κάνει οτιδήποτε ενώ η βαθμίδα 0 αντιπροσωπεύει την κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής μπορεί να κάνει τα πάντα χωρίς κανέναν περιορισμό. Η εκτίμηση γίνεται και εδώ από τον ιατρό ενώ δεν υπάρχει αναφορά στην ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενή (World Health Organization, 1979; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living)

Πρόκειται για έναν δείκτη με καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τη μέτρηση της λειτουργικής κατάστασης ηλικιωμένων ατόμων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται είτε από ιατρούς είτε από νοσηλευτές και βασίζεται σε 6 ερωτήσεις διαβαθμισμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας, οι οποίες αναφέρονται στη δυνατότητα του ασθενή να αυτοεξυπηρετηθεί και να φροντίσει τον εαυτό του. η βαθμολογία προκύπτει από το αν οι ασθενείς είναι εξαρτημένοι ή όχι σε συγκεκριμένα θέματα που αφορούν την καθημερινή φροντίδα. Ο συγκεκριμένος δείκτης δεν είναι όμως ιδιαίτερα κατάλληλος για μελέτες που αφορούν την ποιότητα ζωής (Katz, et. al., 1963; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας - WHOQOL-BREF - σύντομη μορφή.

Δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1995, με στόχο την ανάπτυξη ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις. Εξ' αυτών οι 24 ερωτήσεις εξετάζουν 24 διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής του ατόμου και οι 2 εξετάζουν τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας του ατόμου. Το εύρος βαθμολογίας είναι 0 ως 100. Οι υψηλότερες βαθμολογίες στο σκορ

του ερωτηματολογίου αποκαλύπτουν καλύτερη ποιότητα ζωής. (WHOQOL Group, 1995).

Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index)

Αν και κατασκευάστηκε για χρήση ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής που έχουν οι καρκινοπαθείς ο συγκεκριμένος δείκτης χρησιμοποιήθηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. η εκτίμηση γίνεται με βάση πέντε βασικούς τομείς που είναι οι εξής: δραστηριότητες, καθημερινή ζωή, αντίληψη της υγείας, κοινωνική υποστήριξη και άποψη για τη ζωή. Η βαθμολόγηση γίνεται είτε από τον ιατρό είτε από τον ίδιο τον ασθενή και περιλαμβάνει μία κλίμακα 3 βαθμίδων από το 0 μέχρι το 2 (Spitzer, Dobson & Hall, 1981; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Αναφέρεται ότι σαν δείκτης εμφανίζει καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών αλλά και μεταξύ διαφόρων επιπέδων μίας ασθένειας ενώ συμπληρώνεται εύκολα και γρήγορα καθιστώντας τον ιδανικό για ιατρούς ή νοσηλευτές που δεν διαθέτουν αρκετό χρόνο (Spitzer, Dobson & Hall, 1981; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (The McGill Pain Questionnaire)

Το ερωτηματολόγιο McGrill δημιουργήθηκε το 1971 από τους Melzack και Torgerson, και περιγράφει κατηγορίες καταστάσεων όπου ο κάθε ασθενής εκφράζει το πώς νιώθει τον πόνο που βιώνει. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα αρκετά αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για τη μέτρηση του πόνου και μπορεί να χορηγηθεί σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Είναι κατανοητό το πόσο σημαντικό συνιστά η μέτρηση του ανθρώπινου πόνου, μιας και φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. (Melzack, Torgerson, 1971; Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (The Nottingham HeaIth Profile)

Το συγκεκριμένο όργανο μέτρησης, δημιουργήθηκε το 1980 από τους Hunt & McEwen και μελετά τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Πρόκειται για ένα αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία. Ουσιαστικά, μέσω της επισκόπησης υγείας του Nottingham, διερευνώνται μόνο οι αρνητικές πλευρές της υγείας. Χωρίζεται σε δύο μέρη, όπου το πρώτο αποτελείται από 38 καταστάσεις που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων: κοινωνική απομόνωση, πόνος, ενέργεια - ενεργητικότητα, ύπνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, και σωματική κίνηση και το δεύτερο μέρος αποτελείτε απο επτά τομείς της καθημερινής ζωής: προσωπικές σχέσεις, αμειβόμενη εργασία, κοινωνική ζωή, σεξουαλική ζωή, οικιακή εργασία, ασχολίες ελεύθερου χρόνου και ενδιαφέροντα. (Hunt & McEwen, 1980; Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The GeneraI HeaIth Questionnaire)

Αναπτύχθηκε από τον Goldberg το 1978, πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς της (ψυχικής) υγείας του ατόμου και χρησιμοποιείται ευρέως για την ανίχνευση ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή γενικών εξωτερικών ιατρείων και δομών, αλλά και στο γενικό πληθυσμό . Περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, με τις οποίες εκτιμώνται 4 παράγοντες: α) σωματικά ενοχλήματα, β) άγχος και αϋπνία, γ) κοινωνική δυσλειτουργία και δ) κατάθλιψη Παρουσιάζει το μειονέκτημά του είναι ότι ασχολείται μόνο στη σωματική και ψυχολογική υγεία του ασθενούς, παραμερίζοντας τις υπόλοιπες διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής (Goldberg, 1978).

Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (The PsychoIogicaI Adjustment to Illness ScaIe)

Η συγκεκριμένη Κλίμακα δημιουργήθηκε από τους Morrow, Chiarello, &Derogatis, το 1978 και πρόκειται για ένα όργανο συλλογής δεδομένων, αρκετά έγκυρο όπως και αξιόπιστο. Αποτελείται από 45 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε 7 μέρη: α) φροντίδα υγείας δηλαδή οι προσδοκίες και οι συμπεριφορές προς τον ιατρό και την θεραπεία), β) ο χώρος εργασιακής απασχόλησης, που αφορά την ικανοποίηση από το επάγγελμα

και προσαρμογή στην εργασία, γ) οικιακό περιβάλλον, που το οποίο αφορά την επιρροή της ασθένειας στην επικοινωνία και στα οικονομικά της οικογένειας, δ) σεξουαλικές σχέσεις δηλαδή η επίδραση της αρρώστιας στη ικανοποίηση και συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας), ε) ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις, που αφορά τα προβλήματα από την αρρώστια στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος, στ) κοινωνικό περιβάλλον, δηλαδή η διατήρηση του ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες και ζ) ψυχολογική κατάπτωση όπως το στρες, η κατάθλιψη, το άγχος κ.ά. Η κλίμακα βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου είναι 4βαθμια και είτε αυτό-συμπληρώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς είτε χορηγείται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας με ημιδομημένες συνεντεύξεις προς τους ασθενείς. Εφαρμόζεται σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων πασχόντων (π.χ. νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς κ.ά.) (Morrowetal., 1978; Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey)

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (Ware, 1992) εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας. Συγκρίνει επίπεδα υγείας μεταξύ διάφορων ομάδων πληθυσμού, ασθενών και υγιών ανθρώπων ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μια κατηγορίας ασθενών. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις που αφορούν 8 κλίμακες, όπου η κάθε μια αποτελείται από 2 εώς 10 ερωτήσεις: α) Σωματική Λειτουργικότητα, β) Ρόλος-Σωματικός, γ) Σωματικός Πόνος, δ) Γενική Υγεία, ε) Ζωτικότητα, στ) Κοινωνική Λειτουργικότητα, ζ) Ρόλος-Συναισθηματικός και η) Ψυχική Υγεία. Οι συγκεκριμένες επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας. Το SF-36 μπορεί να συμπληρωθεί είτε από τον επαγγελματία υγείας με τη μορφή συνέντευξης για άτομα ηλικίας άνω των 14 ετών, είτε από τον ίδιο τον εξεταζόμενο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την Ποιότητα Ζωής του γενικού πληθυσμού τόσο στην Ευρωπαική Ένωση όσο και στις Η.Π.Α. Φαίνεται να έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και ο χρόνος που χρειάζεται για να συμπληρωθεί κυμαίνεται από 5-10 λεπτά. Η ευρεία χρήση του ερωτηματολογίου τόσο σε υγιείς όσο και σε χρόνιους πάσχοντες το καθιστά αξιόπιστο, καθώς δύναται να προσφέρει μια σφαιρική άποψη των βασικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και, τέλος, να αξιολογήσει το

αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων (Ware, 1993; Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Επισκόπηση υγείας EQ-5D (EuroQol)

Σχεδιάστηκε στα τέλη την δεκαετίας του 1980 και αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα και έγκυρα εργαλεία μέτρησης με καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Βασίζεται σε ένα σύστημα εκτίμησης των πέντε βασικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Οι διαστάσεις αυτές αφορούν 1) την κινητικότητα, 2) την αυτοεξυπηρέτηση, 3) τις καθημερινές δραστηριότητες, 4) τον πόνο ή/και ενόχληση και, τέλος, 5) το άγχος ή/και κατάθλιψη. Η κάθε παράμετρος αποτελείται από 3 άλλες ερωτήσεις και η συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση μάας οπτικής αναλογικής κλίμακας με τη μορφή θερμομέτρου υγείας λαμβάνοντας τιμές από το 0 μέχρι το 100. Πρόκειται για ένα όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής το οποίο χρησιμοποιήται τόσο σε ομάδες ασθενών όσο και σε φυσιολογικό πληθυσμό. Στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί και έχει σταθμιστεί από τους Υφαντόπουλος και την ομάδα του στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (Sickness Impact Profile)

Δημιουργήθηκε από τους Bergner, Bobbit, Carter, Gilson,to 1976 και αποτελεί ένα από τα πιο γνωστά και πιο συχνά όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Αποτελείτε από 136 ερωτήσεις που χωρίζονται 12 υποκατηγορίες οι οποίες αφορούν 2 κύριες ανεξάρτητες κατηγορίες της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και της σωματική λειτουργικότητας. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις γίνονται με ένα ναι ή όχι, και η βαθμολογία υπολογίζεται σύμφωνα με δείκτες οι οποίοι έχουν σταθμιστεί, και κατά τους οποίους λαμβάνεται υπόψιν η ειδική βαρύτητα κάθε ερώτησης. Ο προσδιορισμός αυτής της βαρύτητας είναι αποτέλεσμα συνεργασίας μεταξύ 25 επαγγελματιών υγείας, επιστημόνων αλλά και ασθενών. Ως μέσο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Μειονέκτημα του αποτελεί ο αριθμός των ερωτήσεων, το οποίο το καθιστά χρονοβόρο και κουραστικό στην συμπλήρωσή του. (Bergner, Bobbit, Carter & Gilson, 1981;Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

11. Γενική κατάσταση της υγείας: Εννοιολογικός προσδιορισμός και ερευνητική δραστηριότητα για την συσχέτιση με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης

Κατά τον ΠΟΥ (World Health Organization, WHO), υγεία ορίζεται «η κατάσταση ευημερίας, κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητες του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα συνηθισμένα άγχη της ζωή , μπορεί να εργασθεί παραγωγικά και αποτελεσματικά, και είναι ικανό να συμβάλει (θετικά) στην κοινωνία. Η ψυχική υγεία αποτελεί προϋπόθεση για τη σωματική υγεία» (Κονταξάκη, Τζινιέρη, & Βασιλειάδου, 2013 σελ. 1014).

Η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα & Βανδώρου, 2003).

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 2011), καθοριστικοί παράγοντες για την κατάσταση της υγείας του ατόμου είναι το κοινωνικό οικονομικό και φυσικό περιβάλλον, καθώς και τα προσωπικά χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές. Επίσης, ψυχοπιεστικές εργασιακές συνθήκες όπως η κόπωση και η επαγγελματική εξουθένωση, αλλά και η ανεργία, και το εργασιακό στρες φαίνεται ότι συνδέονται σημαντικά με την κατάσταση της σωματικής και της ψυχικής υγείας των εργαζομένων(Τριανταφύλλου, 2013).

Μείζονος σημασίας θεωρείται επίσης η συσχέτιση και αλληλεξάρτηση παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου, συντελεστές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου. Η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας και συνδέεται άρρηκτα με το επίπεδο ποιότητας ζωής (Δημητρόπουλος, Ντάγανου & Αλεξιάς, 2008).

Ερευνητική Δραστηριότητα

Η Κατάσταση της Υγείας των νοσηλευτών μέσα από αποτελέσματα ερευνών φαίνεται πως επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες.

Από αποτελέσματα ερευνών βλέπουμε, λόγο της εργασιακής πίεσης , και της σωματικής καταπόνησης, παρατηρούνται σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Έρευνες όπως των Wasiak et al, (2004) και Yassi, et al., (2002) έχουν δείξει πως οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μυοσκελετικές παθήσεις, ιδιαίτερα οσφυαλγία, σε μεγαλύτερη συχνότητα από τον γενικό πληθυσμό, ενώ σύμφωνα με τον Miller, et al, (2005) αποτελούν την μεγαλύτερη πηγή Ε.Ε στον τομέα της υγείας σε Καναδά, Αμερική και Ευρώπη (Αντωνίου & Βασιλοπούλου, 2009).

Σε έρευνα της η Vasiliadou et al, (1995), που αφορούσε την επίπτωση της οσφυαλγίας στους νοσηλευτές βρέθηκε πως η οφειλόμενη στην εργασία οσφυαλγία τις δυο πρώτες βδομάδες έφτανε το 63% και τους επόμενους 6 μήνες το 67%, (Αντωνίου & Βασιλοπούλου, 2009).

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Cole (1991), παράλληλα με τα αυξημένα ποσοστά των ψυχικών σημείων κόπωσης, οι νοσηλευτές παρουσίασαν και 30% γαστρεντερολογικές διαταραχές, 64% κεφαλαλγίες, και 30% αύξηση βάρους σώματος (Μαυρίδου, 2012).

Επιπρόσθετα πρέπει να σημειωθεί, πως το 38% των εργαζόμενων νοσηλευτών, πάσχουν από οσφυαλγία σε σημείο επαγγελματικής απόσυρσης (Owen, 2000), ενώ κατά τον Trinkoff et al, (2003), αναφέρεται αναλυτικά πως η αλλαγή εργασίας οφείλεται 6% σε προβλήματα του αυχένα, 8% σε ενοχλήσεις της ωμοπλάτης και 11% λόγο πόνων της μέσης, (Αντωνίου & Βασιλοπούλου, 2009).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης της Τριανταφύλλου (2013) οι νοσηλευτές στις ψυχιατρικές υπηρεσίες παρουσίασαν την μεγαλύτερη επιβάρυνση στη γενική κατάσταση της υγείας ,στο συνολικό score του GHQ-28, αλλά και στις υποκλίμακες των σωματικών ενοχλημάτων και της κοινωνικής δυσλειτουργίας, συγκριτικά με τις άλλες ειδικότητες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και κυρίως με τους ψυχιάτρους.

Τα αποτελέσματα ελληνικών μελετών (Bouras & Lykouras, 2011, Καρανικόλα & Κλεάνθους, 2011) , καταδεικνύουν ότι η πιθανότητα εμφάνισης ψυχιατρικών

διαταραχών φαίνεται να συνδέεται, με την οικογενειακή κατάσταση , το φύλο, εκπαίδευση, ηλικία, και την προϋπηρεσία των επαγγελματιών

Σύμφωνα με την Estryn - Behar et al (2007), το 30,1% του προσωπικού που αναπτύσσει ψυχολογικά προβλήματα και το 19,3% που αναπτύσσει μυοσκελετικά, εκφράζουν πρόθεση επαγγελματικής εγκατάλειψης της εργασίας.

12. Οικονομική ύφεση

Η πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα αρχικά σημαδεύτηκε από μια παγκόσμια πολιτική κρίση, με αφετηρία την 11η Σεπτεμβρίου και στη συνέχεια από μία παγκόσμια χρηματοοικονομική κρίση. Η χρηματοοικονομική παγκοσμιοποίηση σε συνδυασμό με το ελλιπές ρυθμιστικό πλαίσιο οδήγησε στη χρηματοοικονομική κρίση του δυτικού κόσμου με αφετηρία τις τραπεζικές επισφάλειες, αλλά εξελίχθηκε σε παγκόσμια οικονομική κρίση της πλειονότητας των χωρών του πλανήτη λαμβάνοντας διαστάσεις επιδημίας (Κότιος και συν,2012). Η σημερινή δημοσιονομική κρίση της Ελλάδας αναμφισβήτητα οφείλεται κυρίως σε εγχώρια αίτια αλλά είναι και αποτέλεσμα της διεθνούς οικονομικής ύφεσης.

Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης εμφανίζονται στον τομέα της υγείας κυρίως μέσα από μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες και μειώσεις του εισοδήματος του νοικοκυριού (Stuckler et al., 2009), γεγονός που υπέστη απότομα η Ελλάδα και στις δύο περιπτώσεις. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η κρίση και η λιτότητα να πλήξει ιδιαίτερα τις ευάλωτες ομάδες.

Οι επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης έχουν σαφώς και μια κοινωνική διάσταση. Η περιστολή των μισθών και η κατά συνέπεια μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος οδηγεί στη φτωχοποίηση και επιφέρει κοινωνική κατάρρευση. Ως σημαντικότερες κοινωνικές επιπτώσεις προσδιορίζονται οι ακόλουθες (Μουρίκη κ.ά., 2012):

- Ανεργία
- Μετανάστευση
- Εγκληματικότητα
- Αυτοκτονίες
- Θνησιμότητα

Αποτέλεσμα αυτής της οικονομικής ύφεσης, στην Ελλάδα, όπως φαίνεται και μέσα από διερεύνηση δημοσιεύσιμων άρθρων, είναι οι αρνητικές επιδράσεις πάνω στην επαγγελματική εξουθένωση, στην ποιότητα ζωής, και στην γενική κατάσταση της υγείας των επαγγελματιών. Η μαζική επιρροή της οικονομικής κρίσης, συμπεριλαμβάνει και τους επαγγελματιές υγείας των των οποίων η ποιότητα ζωής άρχισε να φθίνει. Οι αλλαγές ξεκίνησαν μετά το 2009 από τις μηνιαίες αποδοχές των εργαζομένων.

13. Οικονομική ύφεση και επαγγελματική εξουθένωση

Το επαγγελματικό άγχος αποτελεί ένα ιδιαίτερα επίκαιρο αντικείμενο μελέτης κι έρευνας, καθώς η οικονομική κρίση που αντιμετωπίζουν αρκετά κράτη σε παγκόσμιο επίπεδο από το 2008 και εξής έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον χώρο της εργασίας, με κύρια χαρακτηριστικά την ανασφάλεια, τη μείωση των αποδοχών και των παροχών, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας κλπ., καταστάσεις που επιτείνουν την εμφάνισή του. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι οι συνέπειες του επαγγελματικού άγχους στο εργατικό δυναμικό επιφέρουν υψηλό οικονομικό κόστος στα εθνικά συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς συνδέονται με ψυχοσωματικές ασθένειες και κατά συνέπεια με αυξημένες δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, χαμηλή παραγωγικότητα και ποιότητα έργου, πρόωρη συνταξιοδότηση κ.ά. (Ganster & Rosen, 2013).

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί συνέπεια του παρατεταμένου εργασιακού άγχους, και έχει καθιερωθεί ως όρος της ιατρικής της εργασίας. Πλήττει κυρίως τα άτομα που απασχολούνται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών και συνδέεται με σωματικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα (Maslach et al, 2001).

Όπως προαναφέρθηκε, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, έχει περιγραφεί ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της μειωμένης αποτελεσματικότητας στην εργασία, ειδικά σε περιβάλλοντα εργασίας υψηλού στρες. Το φαινόμενο είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας (Salpigktidis et al, 2016).

Η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική ύφεση έχει εγείρει σημαντικούς προβληματισμούς για το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό σε όλο τον κόσμο, σχετικά με τις απολύσεις και

μειώσεις μισθών που μπορεί να οδηγήσουν σε μια αναπόφευκτη έλλειψη προσωπικού και αύξηση του φόρτου εργασίας (Wray, 2013), επηρεάζοντας έτσι τις συνθήκες εργασίας του νοσηλευτή. Στοιχεία της έρευνας δείχνουν ότι τα δυσμενή εργασιακά περιβάλλοντα συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση (Leiter, 2009).

Σύμφωνα με μελέτες των Matsagiani, (2011), Houston et al, (2011) οι επαγγελματίες υγείας επηρεάστηκαν οικονομικά, με περικοπές των μισθών στον δημόσιο τομέα σε ποσοστό 15% όπως και των συντάξεων στο 10% καθώς και κατάργηση του 13ου και 14ου μισθού, ενώ κατά την Kalafati, (2012) ο χαμηλότερος μισθός, καθώς και οι συνταξιοδοτικές αλλαγές, εκτός από την επιρροή που έχουν στην ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, οδηγούν σε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής απογοήτευσης και Σ.Ε.Ε των νοσηλευτών (Simou & Koutsogeorgiou, 2014).

Στην Ελλάδα ειδικότερα, από το 2010, έχουν επιβληθεί μέτρα αυστηρής δημοσιονομικής λιτότητας στον δημόσιο τομέα. Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό. Το 2011 ο προϋπολογισμός για την υγεία ήταν €1,4 δις και μειώθηκε κυρίως μέσα από τις περικοπές μισθών και τη μείωση του λειτουργικού κόστους (Karanikolos et al, 2013), ενώ το επόμενο σχέδιο αφορούσε περαιτέρω μείωση της τάξης του 2,1 δις ευρώ από τον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης μέχρι το 2015 (Stuckler et al, 2011).

Οι εισαγωγές σε ιδιωτικά νοσοκομεία μειώθηκαν κατά 40% . Από την άλλη πλευρά, υπήρξε μεγαλύτερη ζήτηση για υπηρεσίες δημόσιου νοσοκομείου. Οι εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 24% το 2010 σε σύγκριση με το 2009 και με την επιπλέον κατά 8% κατά το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σύγκριση με το πρώτο εξάμηνο του 2010. Εκτός αυτού, 26.000 επαγγελματίες υγείας απολύθηκαν (Kentikelenis et al, 2011). Επιπλέον, μια μείωση 40% στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, προκάλεσε έλλειψη φαρμακευτικών και ιατρικών εφοδίων. Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, η Ελλάδα είχε πάντοτε έλλειψη νοσηλευτών. Το 2009, πριν από την έναρξη της παρούσας κρίσης, υπήρχαν μόνο 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους με το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ στο 8,4 (OECD, 2013).

Κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι νέες προσλήψεις στο δημόσιο τομέα έχουν παγώσει, ενώ πολλοί νοσηλευτές έχουν επιλέξει πρόωρες συνταξιοδοτήσεις λόγω μειώσεων στον ακαθάριστο μισθό και αλλαγών στο συνταξιοδοτικό σύστημα. Τα ποσοστά ανεργίας τριπλασιάστηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης από 8,6% το 2009 , σε 27,8%

το 2013. Οι μειώσεις των μισθών και η αύξηση της φορολογίας έχουν μειώσει σοβαρά το εισόδημα των δημοσίων υπαλλήλων, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών. Σύμφωνα με μια έκθεση του ΟΟΣΑ, οι αποδοχές του ακαθάριστου μισθού του ελληνικού πληθυσμού μειώθηκε κατά 25,3% το 2011. Άλλα μέτρα για τη μείωση των προϋπολογισμού στο χώρο της υγείας περιλαμβάνουν κατάργηση ή συγχώνευση 370 εξειδικευμένων μονάδων και μείωση των δημόσιων νοσοκομειακών κλινών από 35.000 σε 33.000 (Papathanasopoulou et al, 2012).

Υπό αυτές τις συνθήκες το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας αντιμετωπίζει τεράστιες προκλήσεις για να βρείτε μια ισορροπία μεταξύ μειωμένων πόρων και αυξημένων απαιτήσεων για υπηρεσίες. Οι Έλληνες νοσηλευτές αποτελούν τον πυρήνα του συστήματος φροντίδας υγείας και είναι εκτεθειμένοι σε μεγάλο φόρτο εργασίας και μια σειρά από άλλες αλλαγές στις συνθήκες εργασίας τους, οι οποίες παραμένουν ανεξερεύνητες και μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Karanikolos et al, 2013).

Μεταξύ των αιτιών της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι: το μακροχρόνιο στρες στη δουλειά, η έλλειψη προσωπικού, οι χαμηλές ανταμοιβές, ο υψηλός φόρτος εργασίας, η απουσία δικαιοσύνης, οι ανταμοιβές που αντανακλούν τόσο υλικών ανταμοιβών και ανταμοιβών που σχετίζονται με την ικανοποίηση από την εργασία, την κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, της δικαιοσύνης και της ισότητας σε σχέση με τις άλλες τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης και την ικανότητα να εκπληρώσει τις προσωπικές προσδοκίες και στόχους για τη δουλειά. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συσχετιστεί με συμπτώματα κατάθλιψης, χρόνιας κόπωσης, ψυχοσωματικά συμπτώματα και χαμηλή ικανοποίηση από την προσωπική και οικογενειακή ζωή (Burke et al, 2010).

Οι Morgan και Lynn (2009), επεσήμαναν ότι, όταν ο φόρτος εργασίας είναι μεγάλος, οι νοσηλευτές έχουν λιγότερες ευκαιρίες να λαμβάνουν εγγενείς ανταμοιβές από τη δουλειά τους μέσα από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που θα ήταν πρόθυμοι να παρέχουν στους ασθενείς τους.

Οι νέες συνθήκες εργασίας που έχουν δημιουργηθεί για τους νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα κατά τα χρόνια της αυστηρής λιτότητας, αύξησαν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ποιότητα της περίθαλψης έχει μειωθεί

κατά τη διάρκεια της κρίσης, παρά τις προσπάθειες των νοσηλευτών, που στην συντριπτική πλειοψηφία μοιάζουν ικανοποιημένοι από την παροχή της ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας που οι ίδιοι προσφέρουν (Poghosian et al, 2010). Αναφορικά με τις μειωμένες αποδοχές, έρευνες τονίζουν ότι η επίδραση του μειωμένου εισοδήματος στην επαγγελματική εξουθένωση, στηρίζεται στο γεγονός ότι οι μειωμένες αποδοχές ταυτίζονται με την μειωμένη αποδοτικότητα και τη μειωμένη επίτευξη των προσωπικών στόχων (Skefales et al, 2014).

Η υποβάθμιση της ποιότητας της περίθαλψης είναι αρνητική συνέπεια των μέτρων λιτότητας και επηρεάζει όχι μόνο τους ασθενείς αλλά και τους νοσηλευτές. Οι κυβερνητικοί μηχανισμοί θα πρέπει να λαμβάνουν άμεσα μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης στα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα, ώστε για να προστατεύουν την ασφάλεια των ασθενών και να διατηρούν την ευημερία των εργαζομένων.

14. Οικονομική ύφεση και ποιότητα ζωής

Είναι προφανές ότι η Ελλάδα πλήττεται περισσότερο από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα από την οικονομική κρίση. Η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, η μείωση του εισοδήματος, η φτώχεια και η αύξηση των ψυχικών διαταραχών είναι από τις πιο σοβαρές συνέπειες της κρίσης στην κοινωνικοοικονομική ζωή. Το σύστημα υγείας έχει πληγεί ιδιαίτερα από τα αυστηρά μέτρα λιτότητας. Η δραστική περικοπή των κρατικών δαπανών έχει επηρεάσει σημαντικά τη δομή και τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων, που αντιμετωπίζουν έλλειψη προσωπικού, φαρμάκων και βασικών ιατρικών προμηθειών. Επιπλέον, οι επαγγελματίες περιορίζονται, αναστέλλοντας έτσι τις σχετικές πρωτοβουλίες προς την κατεύθυνση πρακτικών εκπαίδευσης για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Σε η σημερινή οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της στην πραγματική ζωή και την υγειονομική περίθαλψη σχετίζονται άμεσα (Ifanti et al, 2013).

Η τρέχουσα οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την καθημερινότητα των επαγγελματιών. Λόγω της ανεργίας, της εργασιακής ανασφάλειας,η ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας επηρεάζεται έντονα η ποιότητα ζωής του πληθυσμού. (Vandoros et al, 2013; Millonis, 2013)

Επίσης σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., σημειώνεται ότι το εργασιακό στρες, η οικονομική αστάθεια, και η ανεργία, και συμβάλλουν και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. (με βάση την αναφορά της Τριανταφύλλου, (2013).

Σύμφωνα με μελέτες των Matsagiani, (2011), Houston et al, (2011) (όπως αναφέρεται από τις Simou & Koutsogeorgou, 2014), οι επαγγελματίες υγείας επηρεάστηκαν οικονομικά, με περικοπές των μισθών στον δημόσιο τομέα σε ποσοστό 15% όπως και των συντάξεων στο 10% καθώς και κατάργηση του 13ου και 14ου μισθού.

Κατάτον Millonis(2013), τα άτομα με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τείνουν να έχουν υψηλότερη HRQoL (HealthRelatedQualityofLife).

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής δεν θα πρέπει να αγνοήσει τις επιπτώσεις της λιτότητας και των δημοσιονομικών πολιτικών στον τομέα της υγείας και της διασφάλισης της ποιότητας ζωής. Μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται ώστε να εξασφαλιστεί ότι τα άτομα θα συνεχίσουν να λαμβάνουν τη φροντίδα της δημόσιας υγείας και να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και κοινωνικής υποστήριξης. Για να αντιμετωπίσουν την οικονομική δυσπραγία, οι φορείς χάραξης πολιτικής αναμένεται να εφαρμόσουν ανθρωποκεντρική προσέγγιση, προκειμένου να διαφυλάξουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τις ηθικές αξίες (Ifanti et al, 2013).

Η βελτίωση του επιπέδου της HRQoL πρέπει να κατευθύνεται προς την πρόληψη χρόνιων ασθενειών, τη διά βίου μάθηση, την καλύτερη πληροφόρηση και τη μείωση της ανεργίας. Η HRQoL είναι όχι μόνο ένα ζήτημα της πολιτικής υγείας, αλλά κυρίως ένα θέμα οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής (Mechili et al, 2016).

15. Οικονομική ύφεση και σωματική - ψυχική υγεία

Αν και θα χρειαστούν αρκετά χρόνια για την πλήρη αξιολόγηση των συνεπειών της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι βασικοί δείκτες έχουν επιδεινωθεί ήδη σημαντικά. Σε σχέση με την υγεία του πληθυσμού, τα πρώτα αποτελέσματα της κρίσης έχουν σημειωθεί στην αυτό-αναφερθείσα υγεία, την ψυχική υγεία και τις μολυσματικές ασθένειες. Σχετικές μελέτες που χρησιμοποίησαν ένα σημείο αναφοράς πριν από την κρίση, εντόπισαν την αύξηση στην επικράτηση των ατόμων αναφέρουν την υγεία τους ως κακή, και που συνδέονται με την εξέλιξη της οικονομικής κρίσης (Zavras et al.,

2012, Vandoros et al., 2013). Επιπλέον, παρατηρείται μια σημαντική αύξηση σε ανθρώπους που αναφέρουν ανικανοποίητες ιατρικές και οδοντιατρικές ανάγκες (Kentikelenis et al., 2011).

Χαρακτηριστική είναι αύξηση των επισκέψεων στα Εξωτερικά Ιατρεία των ΩΡΛ, διαταραχών , όσο αφορά τον ίλιγγο και τις εμβολές σύμφωνα με τους Karatzani et al, (2012). Πιθανολογείται πως σχετίζεται με την εκδηλώσεις άγχους και θλίψης λόγω οικονομικής κρίσης. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί άνοδος στα περιστατικά με HIV από 10-15 μεταξύ των ετών 2007-2010 σε 314, τους πρώτους 8 μήνες του 2012 (Kantikelenis et al, 2011, McKee et al, 2012, Poulopoulos, 2012, Stuckler & McKee, 2012, Karanikolos et al, 2013,Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Η κρίση και οι πολιτικές αντιμετώπισης της έχουν επηρεάσει την υγεία των ευάλωτων ομάδων ειδικότερα (Rechel et al., 2011). Το πιο εντυπωσιακό εύρημα αφορά την αύξηση στη συχνότητα των μολύνσεων από τον HIV, και οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών αποτελεί τη βασική κινητήρια δύναμη για την αύξηση αυτού του δεδομένου. Η αύξηση αυτή ήταν κατά 12,3 φορές μεγαλύτερη από το 2010 έως το 2011, και 1,6 φορές από το 2011-2012. Η αύξηση αυτή συνδέεται άμεσα με την κρίση, καθώς η χρηματοδότηση που διατίθεται για την πρόληψη του HIV και τις υπηρεσίες θεραπείας περιορίστηκε την εποχή της κρίσης. Η δωρεάν διανομή των συρίγγων και προφυλακτικών μειώθηκε μεταξύ του 2009 και το 2010. Ωστόσο, σε απάντηση στην εκτίναξη του αριθμού κρουσμάτων που σημειώθηκαν, ο αριθμός των συρίγγων που διανέμονται, αυξήθηκε σε 45 το 2012.

Ενώ αυτή είναι μια ευπρόσδεκτη αύξηση, είναι ακόμα αρκετά κάτω από το ελάχιστο όριο των 200 συρίγγων που προτείνεται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και ελέγχου (2012). Οι μολυσματικές ασθένειες έχει αποδειχθεί ότι εξαπλώνονται σε περιόδους οικονομικής αναταραχής (Stuckler et al, 2008) και σύμφωνα με τους ερευνητές του ΚΕΕΛΠΝΟ, η Ελλάδα έχει υποφέρει από δυσανάλογα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας διαφορετικής κλίμακας επιδημιών από την αρχή της οικονομικής κρίσης (Bonovas & Nikolopoulos, 2012).

Για παράδειγμα, η Ελλάδα κατετάγη 4η από 30 χώρες σε θανάτους από τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και το ξέσπασμα του ιού της γρίπης (H1N1), καθώς και από τα πρόσθετα κρούσματα ελονοσίας και του ιού του Δυτικού Νείλου, που παρατηρήθηκαν κατά την περίοδο 2009-2012. Σε ένα πιο θετικό επίπεδο,

οι θάνατοι από τα τροχαία ατυχήματα και οι τραυματισμοί είναι σε πτώση, καθώς τα άτομα στρέφονται σε εναλλακτικούς, οικονομικότερους τρόπους ταξιδιού και μετακινήσεων, ή απλώς χρησιμοποιούν τα αυτοκίνητα λιγότερο. Μεταξύ 2008 και 2010, οι τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα μειώθηκαν κατά 23,5% και οι θάνατοι κατά 37% (Michas & Micha, 2013).

Η ψυχική υγεία είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στις ταχείες οικονομικές διακυμάνσεις (Durkheim, 2006), και τα πρώτα διαθέσιμα στοιχεία αποκαλύπτουν ανησυχητικές τάσεις. Υπήρχε ένα αυξητικό ποσοστό της τάξης του 45%, των αυτοκτονιών μεταξύ 2007 και 2011 (ELSTAT, 2013), και η αύξηση αυτή ήταν ιδιαίτερα έντονη σε άνδρες παραγωγικής ηλικίας (Kondilis et al., 2013).

Ψυχιατρικές έρευνες αποκαλύπτουν επίσης μια επιδείνωση της κατάστασης της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με έρευνες των Economou, et al, (2013), που αφορούσε την σχέση μαζικής κατάθλιψης και οικονομικής κρίσης βρέθηκε ότι το 2011 πως οι Έλληνες παρουσιάζουν 2,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με το 2008.

Η επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης βρέθηκε να είναι 8,2% το 2011· σχεδόν 5% αύξηση από το 2008. Αυτή η άνοδος ήταν σημαντική και συνδέεται με την οικονομική δυσπραγία, συνδέοντας έτσι την ανάπτυξη της κρίσης με την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας (Economou et al., 2012). Επιπλέον, μια ακόμη έρευνα βρήκε μια αύξηση του 36% μεταξύ 2009 και 2011, σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που αναφέρουν μια αποπειραθείσα αυτοκτονία, με μια υψηλότερη πιθανότητα για εκείνους που αντιμετωπίζουν υψηλή οικονομική δυσπραγία (Economou et al., 2011).

Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι οι συνθήκες που εντείνουν κατά τη διάρκεια της ύφεσης, όπως η ανεργία, και η εργασιακή ανασφάλεια έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία (Vandoros et al, 2013).

Η οικονομική κρίση φαίνεται να επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία, κυρίως μέσω της ανεργίας και της μείωσης του εισοδήματος. Ωστόσο, το είδος της σχέσης αυτής καθώς και η ερμηνεία της δεν αποτελεί πάντοτε ένα εύκολο εγχείρημα. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., σημειώνεται ότι η ανεργία και η οικονομική αστάθεια, συμβάλλουν τόσο στην επιβάρυνση της ψυχική υγεία, όσο και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. (Τριανταφύλλου, 2013).

Κατά τους Aro S, Aro H, & Keskimaki, (1995) η κατάθλιψη έχει άμεση σχέση με την οικονομική ανέχεια, και κατά τους Stuckler et al (2009), η απότομη πτώση του βιοτικού επιπέδου του εργαζομένου μπορεί να τον οδηγήσει στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών και κυρίως της κατάθλιψη.

Πράγματι, όπως φαίνεται από έρευνες που έλαβαν χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σημειώνεται ραγδαία αύξηση των αυτοκτονιών και των καταθλιπτικών διαταραχών, κατά την διάρκεια της παρούσης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης (όπως αναφέρεται από τις Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013). Σύμφωνα με την μελέτη των ίδιων ερευνητών, σε ερωτήσεις που αφορούν στην κατάθλιψη των νοσηλευτών, το 80,6% απάντησε πως δεν αισθανόταν ευτυχισμένοι σε γενικές γραμμές και το 75,7% αυτών δεν ένιωθαν αισιόδοξοι για το μέλλον. Ο ένας στους επτά νοσηλευτές εμφάνισαν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Σε μελέτες που αφορούν στην αυτοκτονικότητα και στον αυτοκτονικό ιδεασμό (Economou et al, 2011 & Economou et al, 2013) εντοπίστηκε αύξηση του 36% σε αυτό-αναφορές απόπειρας αυτοκτονίας μεταξύ 2009 και 2011, ενώ σε έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2008 από την Economou A., Nikolaou & Theodossiou η αύξηση κατά 1% της ανεργίας συνεπάγονταν και αύξηση κατά 1,54 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους (όπως αναφέρουν οι Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013).

Επιπλέον, κοινωνικοί παράγοντες όπως ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση, η διάβρωση των κοινωνικών σχέσεων, η τρέχουσα κοινωνική νόρμα και η ύπαρξη δικτύων κοινωνικής προστασίας φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα τελευταία χρόνια ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» καταλαμβάνει κεντρική θέση στη συζήτηση της κοινωνικής πολιτικής και των ανισοτήτων στην Ευρώπη. Η ακριβής έννοια του όρου, ενώ η έννοια έχει αποκτήσει σημαντικό στρατηγικό συνδηλώσεις, υπογραμμίζοντας τις διαρθρωτικές και πολιτιστικές/κοινωνικές διεργασίες, παραμένει κάπως ασαφής (Fountoulakis et al, 2012).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια σύνθετη και πολυδιάστατη διαδικασία. Πρόκειται για την έλλειψη ή την άρνηση σε πόρους, δικαιώματα, αγαθά και υπηρεσίες, καθώς και για την ανικανότητα να συμμετάσχουν περιθωριοποιημένα άτομα στην κανονική ροή σχέσεων και δραστηριοτήτων, που είναι διαθέσιμες για την πλειοψηφία των ατόμων σε μια κοινωνία, είτε σε οικονομικό, κοινωνικό, πολιτιστικό ή πολιτικό επίπεδο. Επηρεάζει τόσο την ποιότητα ζωής των ατόμων και την ισότητα, όπως και τη

συνοχή της κοινωνίας ως σύνολο. Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού έχει παίξει έναν θετικό ρόλο στη διατήρηση θεμάτων όπως η ανισότητα και η φτώχεια στην πολιτική ατζέντα (de Haan, 2001).

Η ευρεία χρήση του όρου συμπυκνώνει πολυδιάστατες διαδικασίες με κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές διαστάσεις. Ο κοινωνικός αποκλεισμός αφορά κοινωνικές ανισότητες και αναπτύσσεται μέσα στα κοινωνικά συστήματα, τους θεσμούς και τους μηχανισμούς ένταξης, αναπτύσσοντας άνισες ευκαιρίες στην εκπαίδευση και την εργασία (Γουδήρος, 2011). Παρά τις ποικίλες ερμηνείες, η θεωρητική βάση του κοινωνικού αποκλεισμού υποδηλώνει αφενός μια διάκριση των πολιτών σε ενταγμένους και αποκλεισμένους, και αφετέρου μια δυναμική διαδικασία που ωθεί τα άτομα ή τις ομάδες που περιθωριοποιούνται, στις παρυφές των κοινωνικών συστημάτων, θεωρώντας ότι απειλείται η κοινωνική συνοχή (Tsakloglou, 2000).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν αφορά πάντα τη φτώχεια, αλλά καλύπτει τόσο τις αιτίες όσο και τα αποτελέσματα της φτώχειας, της διάκρισης και του μειονεκτήματος. Στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων, διαδράσεων και μηχανισμών που συνθέτουν τον όρο κοινωνικός αποκλεισμός, η έννοια της φτώχειας εμφανίζεται διευρυμένη, συμπεριλαμβάνοντας γενικευμένη κοινωνική στέρηση από πρόσβαση σε βασικά υλικά αγαθά και οικονομικούς πόρους για την ικανοποίηση βασικών αναγκών (Μπαλούρδος και Πετράκη, 2012).

Επιπλέον, ο ορισμός του φαινομένου εμπλουτίζεται όταν αντιμετωπίζεται στη βάση της κοινωνικής διαφοροποίησης. Οι κοινωνικά αποκλεισμένοι δεν είναι μόνο οι οικονομικά φτωχοί, αλλά και όσοι ανήκουν σε ομάδες των οποίων η εθνικότητα, η κουλτούρα και η ταυτότητα ενέχει ελάχιστο ποσοστό αναγνώρισης και επιρροής στην κοινωνία. Η ανισότητα στην κοινωνική ιεραρχία επιφέρει περιορισμένη πρόσβαση στις κοινωνικές δομές και περιορίζει τις ίσες ευκαιρίες (Room, 2000).

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολούνται σε διαφορετικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων της Αττικής σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα οι στόχοι της μελέτης είναι:

- Η διερεύνηση της συσχέτισης των τριών παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μείωση προσωπικών επιτευγμάτων) με τους παράγοντες της ποιότητας ζωής.
- Η διερεύνηση της συσχέτισης των τριών παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη γενική κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών.
- Η διερεύνηση της συσχέτισης και της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην επαγγελματική εξουθένωση, την ποιότητα ζωής και τη γενική κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών.
- Η εκτίμηση της συσχέτισης των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών και των εργασιακών συνθηκών με τους άνω παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας τους.
- Εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων – μεταβλητών που σχετίζονται και προβλέπουν την επαγγελματική εξουθένωση, την ποιότητα ζωής και την γενική κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών.

2. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 525 νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης σε δημόσια νοσοκομεία του Νομού Αττικής. Αρχικά διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε 810 επαγγελματίες εκ των οποίων οι 525 συμμετείχαν τελικά στην μελέτη. Το δείγμα των νοσηλευτών προήλθε από τα εξής Νοσοκομεία: το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό

(Γ.Ν.Α.), το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» (Γ.Ν.Α), το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» (Γ.Ν.Ν.Π), το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο», το Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», και το Γενικό Νοσοκομείο Βούλας «Ασκληπιείο». Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε όλα τα τμήματα των Νοσοκομείων, όπως παθολογικό χειρουργικό, ψυχιατρικό, παιδιατρικό, στα ιατρεία (τακτικά εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα), καθώς και στο Γραφείο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε κάθε νοσηλευτή μετά την έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονταν. Μαζί με τα ερωτηματολόγια συν-χορηγήθηκε και κενός φάκελος στον οποίον ο επαγγελματίας υγείας αφού τα συμπλήρωνε τα εσώκλειε, και τον σφράγιζε. Πριν την χορήγηση οι εργαζόμενοι ενημερώθηκαν μέσω ενημερωτικού εγγράφου για τους στόχους της μελέτης, την ανωνυμία των δεδομένων και για το δικαίωμα τους να μη συμμετέχουν, εάν δεν το επιθυμούν. Επίσης υπέγραψαν και στο έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής, το οποίο συνόδευε το πακέτο των ερωτηματολογίων.

Τα κριτήρια αποκλεισμού από την μελέτη ήταν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι οι οποίοι προέρχονται από χώρα της αλλοδαπής.
- Οι επαγγελματίες μερικής απασχόλησης, εθελοντές και φοιτητές που πραγματοποιούν την πρακτική τους άσκηση στα συγκεκριμένα Νοσοκομεία.

2.2 Συλλογή δεδομένων – Ερωτηματολόγια

Α.Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory - M.B.I.).

Αναπτύχθηκε από τις Maslach & Jackson (1986,1996) και έχει χρησιμοποιηθεί στις περισσότερες έρευνες για την εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης Περιλαμβάνει 22 θέματα που ομαδοποιούνται σε τρις παράγοντες: α) Τη συναισθηματική εξάντληση, β) Την αποπροσωποποίηση και γ) Τα προσωπικά επιτεύγματα. Η προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά και ο έλεγχος των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων (εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής με παραγοντική

ανάλυση και αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής) πραγματοποιήθηκε από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992).

Τα κριτήρια για την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου ήταν ότι είναι αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση του, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες του κόσμου και σε διάφορους εργασιακούς χώρους (Maslach, Jackson&Leiter, 1996)

Β.Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας-WHOQOL-BREF - σύντομη μορφή.

Δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHOQOL Group, 1995), με στόχο την ανάπτυξη ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις. Εξ' αυτών οι 24 ερωτήσεις εξετάζουν 24 διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής του ατόμου και οι 2 εξετάζουν τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας του ατόμου. Οι 24 ερωτήσεις συνθέτουν 4 θεματικές ενότητες: 1) Σωματική υγεία (2) Ψυχολογική υγεία 3) Κοινωνικές σχέσεις και 4) Περιβάλλον.

Η μελέτη για την προσαρμογή στα ελληνικά και τον έλεγχο των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τους Ginieri-Coccossis, Triantafillou, Tomaras, Soldatos, Mavreas, & Christodoulou (2012) και παειλαμβάνει 30 ερωτήσεις, εκτιμώντας επιπλέον 4 παράγοντες: 1) Διατροφή , 2) Κοινωνική Ζωή 3) Οικογενειακή Ζωή και 4) Εργασιακή Ικανοποίηση.

Γ.Ερωτηματολόγιο Γενικής (Ψυχικής) Υγείας (General Health Questionnaire –GHQ-28)

Αναπτύχθηκε από τον Goldberg το 1978, πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς της (ψυχικής) υγείας του ατόμου και χρησιμοποιείται ευρέως για την ανίχνευση ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή γενικών εξωτερικών ιατρείων και δομών, αλλά και στο γενικό πληθυσμό (Goldberg, 1978). Περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, με τις οποίες εκτιμώνται 4 παράγοντες: α) σωματικά ενοχλήματα, β) άγχος και αϋπνία, γ) κοινωνική δυσλειτουργία και δ) κατάθλιψη.

Η μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά πραγματοποιήθηκαν από τους Garyfallos, Karastergiou, Adamopoulou, Moutzoukis, Alagiozidou, Mala, & Garyfallos (1991).

Δ.Το ερωτηματολόγιο που αναφέρεται στον Δείκτη Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (Index of Personal Economic Distress).

Δημιουργήθηκε το 2011 από τους Madianoς, Economou, Alexiou & Stefanis. Αποτελείται από 9 ερωτήσεις – πεδία, εκ των οποίων η κάθε μία περιλαμβάνει 4 επίπεδα δυσκολίας στα οποία ο ασθενής τσεκάροντας στο αντίστοιχο πεδίο, εκφράζει την οικονομική δυσχέρεια απέναντι σε έξοδα που υπάρχουν, εκφράζοντας έτσι τον βαθμό που τα βιώνει. Το πλεονέκτημα του είναι η μικρή έκταση του και η ευκολία στην συμπλήρωση του.

2.3. Υποθέσεις της μελέτης

- Οι παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης πιθανόν να συσχετίζονται αρνητικά με τους παράγοντες της ποιότητας ζωής και θετικά με τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα, όπως εκτιμώνται από το Ερωτηματολόγιο Γενικής (Ψυχικής) Υγείας.
- Ο δείκτης της οικονομικής δυσχέρειας πιθανόν να συσχετίζεται θετικά με τους παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης και της γενικής κατάστασης της υγείας και αρνητικά με την ποιότητα της ζωής των νοσηλευτών.
- Πιθανόν οι νοσηλευτές των ψυχιατρικών τμημάτων - κλινικών να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και μεγαλύτερη επιβάρυνση στη σωματική και ψυχική υγεία και χαμηλότερα επίπεδα στην ποιότητα ζωής, συγκριτικά με τους νοσηλευτές των άλλων τμημάτων.

2.4. Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν, οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange), ενώ για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student'st-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσοτέρων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA).Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου Ι, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (line arregression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες επαγγελματικής εξουθένωσης, ποιότητας ζωής και κατάστασης υγείας από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE).Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 525 νοσηλευτές με μέση ηλικία τα 41,9 έτη (SD=7,9 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 1), δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία (N=525).

		N	%
Φύλο	Άντρες	72	13,7
	Γυναίκες	453	86,3
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		41,9 (7,9)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	323	61,5
	Άγαμος	155	29,5
	Διαζευγμένος	38	7,2
	Χήρος	3	0,6
	Σε διάσταση	6	1,1
Παιδιά	Όχι	211	40,3
	Ναι	312	59,7

Το 86,3% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 61,5% ήταν έγγαμοι και το 59,7% είχε παιδιά. Όλοι οι συμμετέχοντες της μελέτης ήταν Έλληνες.

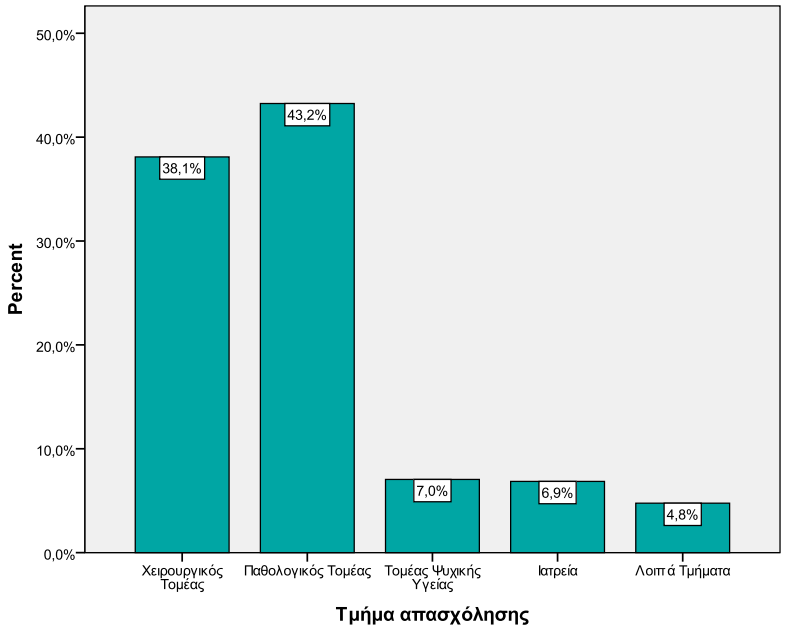
Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 2), δίνονται στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 2: Στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος (N=525).

		N	%
Νοσοκομεία απασχόλησης Νοσηλευτών	Γενικό Νοσοκομείο Βούλας «Ασκληπιειο».	27	5,2
	Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» (Γ.Ν.Ν.Π)	183	34,8
	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» (Γ.Ν.Α)	99	18,9
	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»	18	3,4
	Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»	53	10,1
	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό» (Γ.Ν.Α.)	80	15,2
	Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο»	52	9,9
	Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»	13	2,5
Επάγγελμα	Νοσηλευτής	525	100,0
Τμήμα απασχόλησης	Χειρουργικός Τομέας	200	38,1
	Παθολογικός Τομέας	227	43,2
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	37	7,0
	Ιατρεία	36	6,9
	Λοιπά Τμήματα	25	4,8
Ψυχιατρικό τμήμα	Όχι	488	93,0
	Ναι	37	7,0
Σύνολο ετών απασχόλησης στο συγκεκριμένο επάγγελμα, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		17,2 (8,3)	16 (10 - 25)
Χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο φορέα (σε έτη), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		14,1 (9,1)	13 (6,5 - 20,6)
Χρόνος προϋπηρεσίας στην συγκεκριμένη πτέρυγα(σε έτη), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		9,6 (8,1)	7 (3 - 14)
Αριθμός ημερών αναρρωτικής αδείας κατα το τελευταίο έτος, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,4 (8,9)	0 (0 - 3)

Το 34,8% των συμμετεχόντων εργάζονταν στο Γενικό Κρατικό Νίκαιας. Επίσης, το 43,2% των νοσηλευτών εργάζονταν σε παθολογικό τμήμα, το 38,1% σε χειρουργικό, το 7,0% σε ψυχιατρικό, και το 4,8% σε λοιπά τμήματα. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα ήταν 17,2 έτη (SD=8,3 έτη), στο συγκεκριμένο φορέα ήταν 14,1 έτη (SD=9,1 έτη) και στην συγκεκριμένη πτέρυγα ήταν 9,6 έτη (SD=8,1 έτη). Ο διάμεσος αριθμός ημερών αναρρωτικής αδείας κατά το τελευταίο έτος ήταν 0 (0-3).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το τμήμα απασχόλησης των συμμετεχόντων.



Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 3), δίνονται στοιχεία που αφορούν στην οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων.

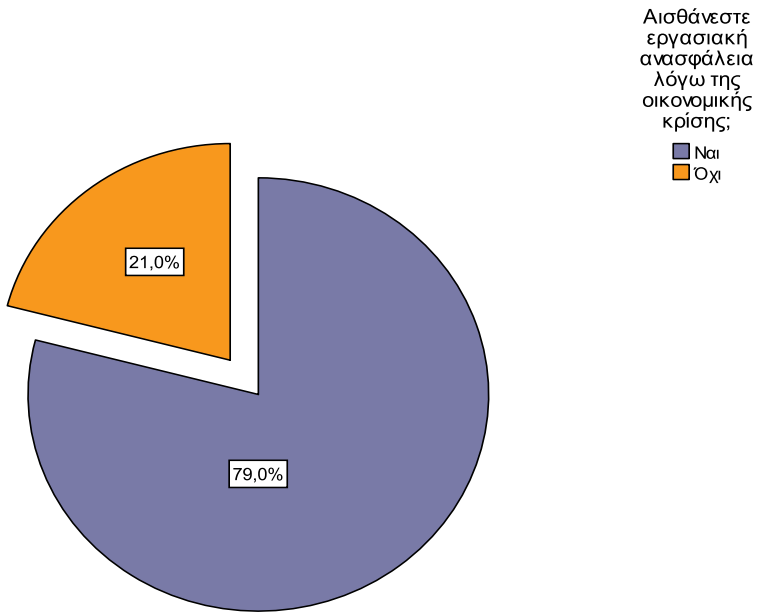
Πίνακας 3: Στοιχεία οικονομικής κατάστασης του δείγματος. Δείκτης οικονομικής δυσχέρειας (IPED).

		N	%
Μηνιαίο εισόδημα	<500ευρώ	11	2,1
	501ευρώ-700ευρώ	29	5,5
	701ευρώ-1000ευρώ	303	57,9
	>1000ευρώ	180	34,4
Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών σας;	Ναι	511	97,3
	Όχι	14	2,7
Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης;	Ναι	415	79,0
	Όχι	110	21,0
Σύνολο IPED, μέση τιμή (SD)		10,6 (5,2)	

Το 57,9% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχαν μηνιαίο εισόδημα 701-1000ευρώ. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες πίστευαν ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών τους με το ποσοστό να φτάνει το 97,3%. Επίσης, το 79,0% των συμμετεχόντων αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής

κρίσης. Ο μέσος δείκτης οικονομικής δυσχέρειας (IPED) ήταν 10,6 μονάδες (SD=5,2 μονάδες).

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.



Επαγγελματική εξουθένωση – Ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach- MBI

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 4), περιγράφεται η εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου MBI (Maslach Burnout Inventory).

Πίνακας 4: Εκτίμηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης με το MBI (N=525)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Συναισθηματική εξάντληση	0,0	54,0	26,8	11,4
Αποπροσωποποίηση	0,0	27,0	9,6	6,6
Προσωπικά επιτεύγματα	0,0	48,0	34,7	7,9

Σύμφωνα με την κλίμακα της Maslach η διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 54 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Στο συγκεκριμένο δείγμα, η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 54 με τη μέση τιμή να είναι 26,8 μονάδες (SD=11,4 μονάδες).

Η διάσταση «Αποπροσωποποίηση» μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 30 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης. Στο συγκεκριμένο δείγμα, η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 27 με τη μέση τιμή να είναι 9,6 μονάδες (SD=6,6 μονάδες). Το 5,2% των συμμετεχόντων (N=27) είχαν μηδενική βαθμολογία.

Η διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα» μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 48 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα προσωπικά επιτεύγματα. Στο συγκεκριμένο δείγμα, η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 48 με τη μέση τιμή να είναι 34,7 μονάδες (SD=7,9 μονάδες).

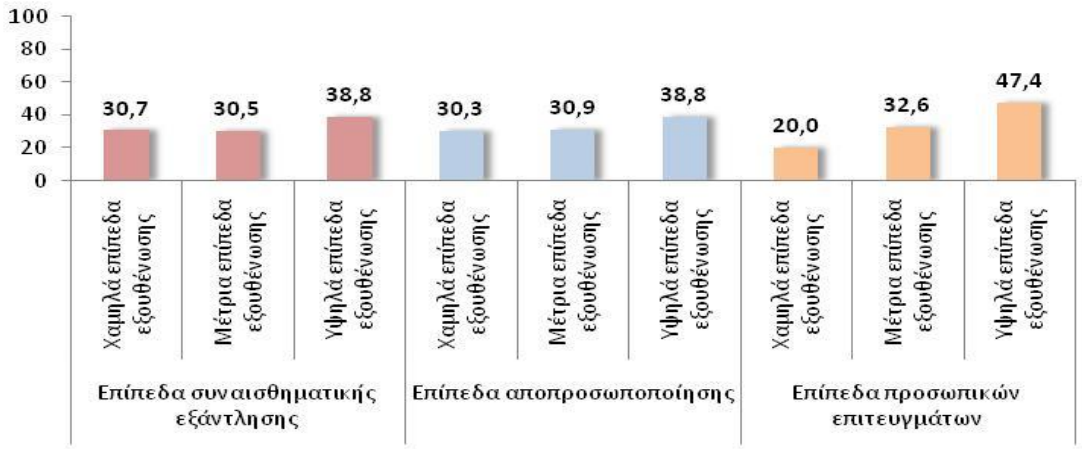
Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5), δίνονται τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου MBI, στις τρις διαστάσεις (πολυπαραγοντική ανάλυση).

Πίνακας5: Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) των συμμετεχόντων (N=525)

		N	%
Επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης	Χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης	160	30,7
	Μέτρια επίπεδα εξουθένωσης	159	30,5
	Υψηλά επίπεδα εξουθένωσης	202	38,8
Επίπεδα αποπροσωποποίησης	Χαμηλά επίπεδα	158	30,3
	Μέτρια επίπεδα	161	30,9
	Υψηλά επίπεδα	202	38,8
Επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων	Χαμηλά επίπεδα	104	20,0
	Μέτρια επίπεδα	170	32,6
	Υψηλά επίπεδα	247	47,4

Όπως είναι εμφανές σύμφωνα με την πολυπαραγοντική ανάλυση, που αποτελεί και την αρκετά σημαντικότερη ανάλυση, τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται. Έτσι σε όλες τις διαστάσεις παρουσιάζονται υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα στην διάστασης της «Συναισθηματικής εξάντλησης» το 38,8% των συμμετεχόντων, στην διάσταση «Αποπροσωποποίηση» το 38,8% και στην διάστασης των «Προσωπικών επιτευγμάτων» το 47,4% των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην μελέτη παρουσίασε υψηλά επαγγελματική εξουθένωση .

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βάσει των διαστάσεών της.



Ποιότητα ζωής με το ερωτηματολόγιο WHO-QoL BREF

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 6) δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας 6: Εκτίμηση της Ποιότητας ζωής με το WHOQoL-BREF (N=525).

WHO QoI Bref	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Συνολική ΠΖ και Γενική Κατάσταση της Υγείας	0,0	100,0	63,9	17,4
Σωματική υγεία	16,7	97,2	61,5	14,3
Ψυχολογική υγεία	8,3	100,0	63,9	14,8
Κοινωνικές σχέσεις	10,0	100,0	65,6	16,4
Περιβάλλον	6,3	96,9	51,7	13,6

Η βαθμολογία στη διάσταση «Συνολική Ποιότητα Ζωής και Γενική Κατάσταση της Υγείας» κυμαινόταν από 0 έως 100 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 63,9 μονάδες (SD=17,4 μονάδες). Επίσης, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» ήταν 61,5 μονάδες (SD=14,3 μονάδες), στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» ήταν 63,9 μονάδες (SD=14,8 μονάδες), στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» ήταν 65,6 μονάδες (SD=16,4 μονάδες) και στη διάσταση «Περιβάλλον» ήταν 51,7 μονάδες (SD=13,6 μονάδες)

Γενική Κατάσταση της Υγείας με το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας GHQ-28

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 7), δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις γενικής υγείας. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη (ψυχική) υγεία.

Πίνακας 7:Εκτίμηση της Γενικής Κατάστασης της Υγείας με το GHQ-28 (N=525)

GHQ-28	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Σωματικά συμπτώματα	0,0	20,0	8,0	4,5
Άγχος και αϋπνία	0,0	21,0	7,9	4,7
Κοινωνική δυσλειτουργία	0,0	18,0	7,5	2,9
Σοβαρή κατάθλιψη	0,0	19,0	2,4	3,4
Συνολικό score	0,0	62,0	25,7	12,6

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» ήταν 8,0 μονάδες (SD=4,5 μονάδες), στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» ήταν 7,9 μονάδες (SD=4,7 μονάδες), στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» ήταν 7,5 μονάδες (SD=2,9 μονάδες) και στη διάσταση «Σοβαρή κατάθλιψη» ήταν 2,4 μονάδες (SD=3,4 μονάδες). Η μέση βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία GHQ-28 ήταν 25,7 μονάδες (SD=12,6 μονάδες).

Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 8), δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης των συμμετεχόντων.

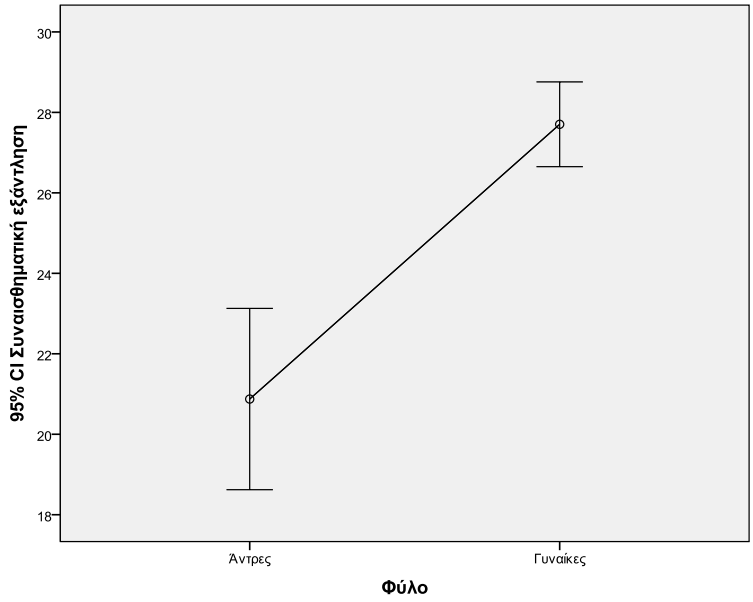
Πίνακας 8: Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης (N=525).

		Συναισθηματική εξάντληση		**Αποπροσωποποίηση**		**Προσωπικά επιτεύγματα**	
		Μέση τιμή (SD)	**P Student's t-test**	**Μέση τιμή (SD)**	**P Student's t-test**	**Μέση τιμή (SD)**	**P Student's t-test**
Φύλο	Άντρες	20,9 (9,6)	**<0,001**	8,6 (6)	0,168	36,4 (6,8)	**0,048**
	Γυναίκες	27,7 (11,4)		9,8 (6,7)		34,4 (8,1)	
Έγγαμοι	Όχι	27 (11,4)	0,680	10,2 (6,9)	0,101	33,8 (8,5)	0,027
	Ναι	26,6 (11,4)		9,2 (6,4)		35,3 (7,5)	
Παιδιά	Όχι	27,5 (12,1)	0,212	10,6 (6,9)	**0,008**	33,6 (8)	**0,010**
	Ναι	26,3 (10,9)		9 (6,3)		35,5 (7,8)	
Τμήμα απασχόλησης	Χειρουργικός Τομέας	26,4 (11)	0,576*	10,1 (7)	0,700*	34,1 (8,2)	0,151*
	Παθολογικός Τομέας	26,5 (11,8)		9,2 (6,2)		35,2 (7,7)	
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	28,7 (10,6)		10 (6,7)		33,6 (8,6)	
	Ιατρεία	29,1 (11,5)		9,2 (7,1)		33,9 (7,9)	
	Λοιπά Τμήματα	26,1 (11)		10,2 (6,9)		37,6 (5,9)	
Ψυχιατρικό τμήμα	Όχι	26,6 (11,4)	0,297	9,6 (6,6)	0,743	34,8 (7,9)	0,384
	Ναι	28,7 (10,6)		10 (6,7)		33,6 (8,6)	
Μηνιαίο εισόδημα	<700ευρώ	22,4 (11,1)	**0,013***	9,2 (6,1)	0,758*	37,3 (5,9)	**0,001***
	701ευρώ-1000ευρώ	27,7 (11)		9,8 (6,7)		33,7 (7,8)	
	>1000ευρώ	26,1 (11,9)		9,4 (6,7)		35,8 (8,2)	
Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών σας;	Ναι	26,9 (11,3)	0,055	9,7 (6,6)	0,239	34,8 (7,8)	0,140
	Όχι	21 (12,6)		7,6 (5,9)		31,6 (12,1)	
Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης;	Ναι	28 (10,9)	**<0,001**	10,1 (6,7)	**0,001**	34,4 (7,8)	0,054
	Όχι	22,1 (12)		7,8 (6,1)		36 (8,1)	

*ANOVA

Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση», δηλαδή παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, βρέθηκε να διαφέρει η βαθμολογία της διάστασης αυτής ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα κάτω των 700 ευρώ είχαν σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντληση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα 701-1000 ευρώ (p=0,016). Ακόμα, οι συμμετέχοντες που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης είχαν σε σημαντικό βαθμό υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

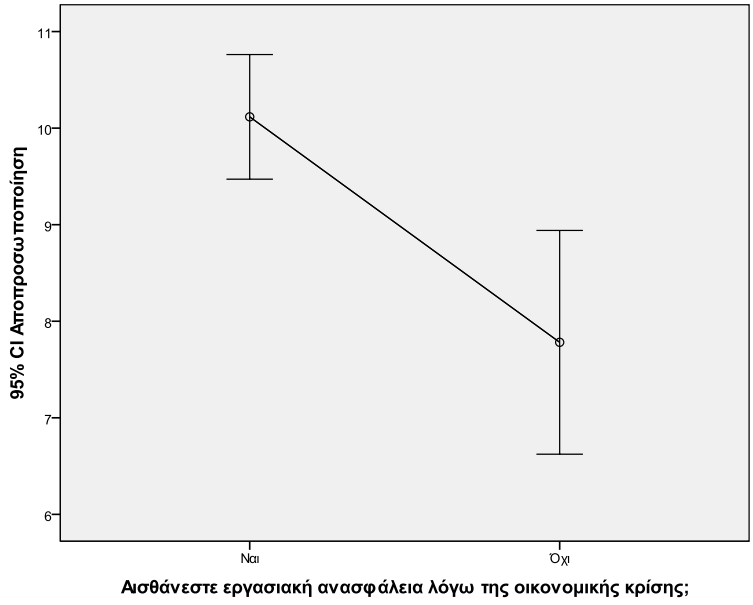
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» ανάλογα με το φύλο τους.



Οι συμμετέχοντες με παιδιά παρουσίασαν σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερα επίπεδα στην «Αποπροσωποποίηση», σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά. Επίσης, οι συμμετέχοντες που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα

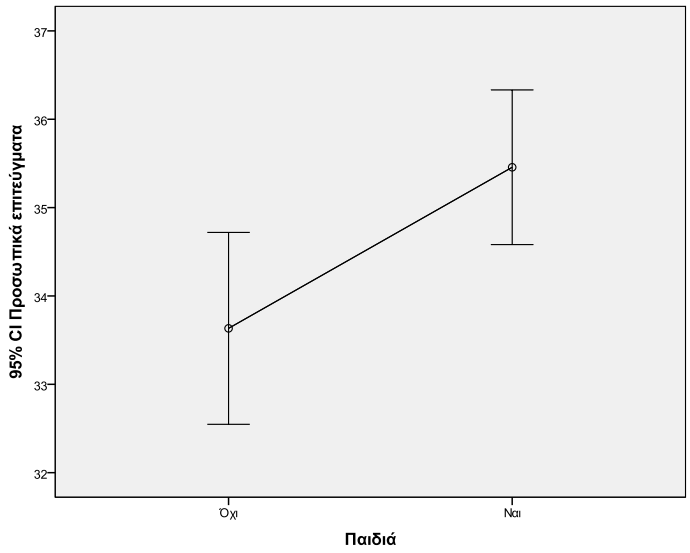
αποπροσωποποίησης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποπροσωποποίηση» ανάλογα με το αν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης ή όχι.



Οι γυναίκες παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα», σε σύγκριση με τους άντρες. Οι συμμετέχοντες με παιδιά εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτεύγματων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά. Επίσης, βρέθηκε να διαφέρει η βαθμολογία της διάστασης αυτής ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα 701-1000 παρουσίασαν σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων σε σύγκριση τόσο με τους συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα κάτω των 700 ευρώ όσο και με τους συμμετέχοντες που είχαν πάνω από 1000ευρώ (p=0,020 και p=0,011 αντίστοιχα).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα» ανάλογα με το αν είχαν παιδιά.



Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 9), δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης με τα λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

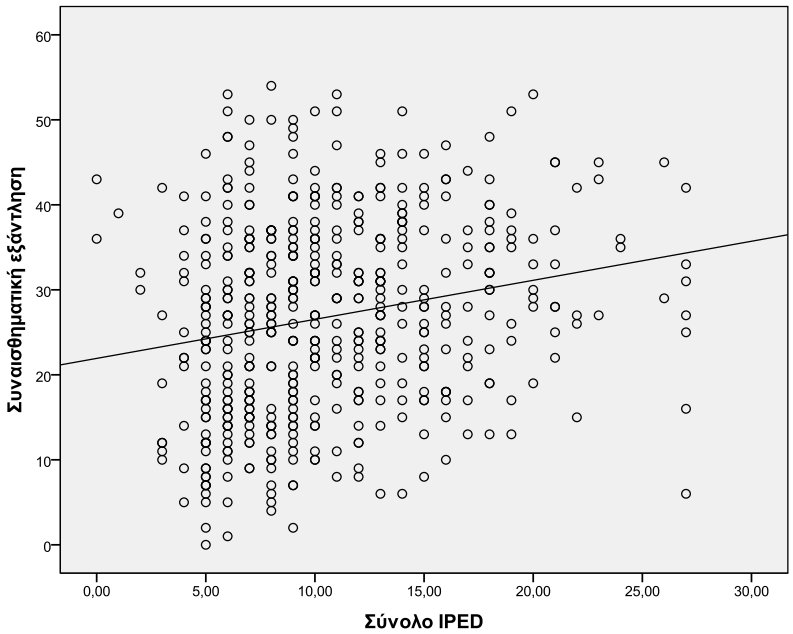
Πίνακας 9: Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με τα λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας (IPED) N=525

		Συναισθηματική εξάντληση	**Αποπροσωποποίηση**	**Προσωπικά επιτεύγματα**
Ηλικία	r+	-0,06	-0,08	0,12
	P	0,238	0,116	**0,018**
Σύνολο ετών απασχόλησης στο συγκεκριμένο επάγγελμα	r+	0,00	-0,08	0,10
	P	0,989	0,071	**0,028**
Χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο φορέα (σε έτη)	r+	-0,03	-0,06	0,06
	P	0,439	0,200	0,173
Χρόνος προϋπηρεσίας στην συγκεκριμένη πτέρυγα(σε έτη)	r+	0,01	-0,07	0,01
	P	0,873	0,122	0,741
Αριθμός ημερών αναρρωτικής αδείας κατα το τελευταίο έτος	r++	0,03	0,04	-0,03
	P	0,545	0,330	0,490
Σύνολο IPED	r+	0,21	0,07	-0,13
	P	**<0,001**	0,102	**0,004**

+συντελεστής συσχέτισης του Pearson ++συντελεστής συσχέτισης του Spearman

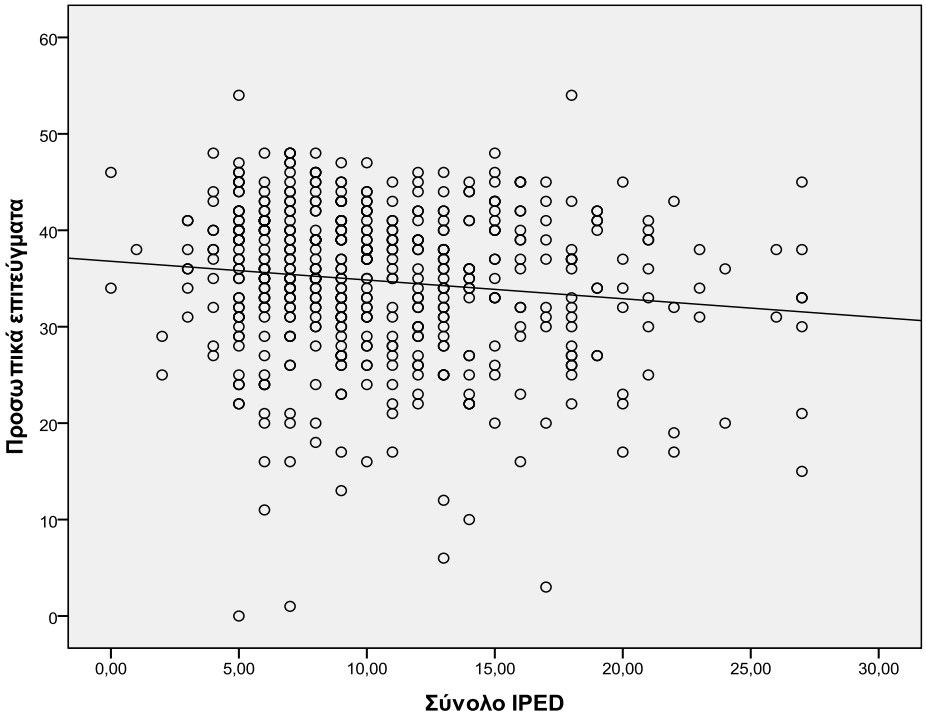
Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση του δείκτη οικονομικής δυσχέρειας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση». Φαίνεται λοιπόν πως όσο μεγαλύτερη ήταν η οικονομική δυσχέρεια των συμμετεχόντων τόσο βίωναν σε μεγαλύτερο βαθμό συναισθηματική εξάντληση.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» με το δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.



Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας στο επάγγελμα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα». Οπότε όσο μεγαλύτερη η ηλικία των συμμετεχόντων και όσο περισσότερα έτη είχαν προϋπηρεσία στο επάγγελμα τόσο βίωναν σε μεγαλύτερο βαθμό προσωπικά επιτεύγματα. Αντίθετα, όσο μεγαλύτερη ήταν η οικονομική δυσχέρεια των συμμετεχόντων τόσο λιγότερα προσωπικά επιτεύγματα βίωναν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα» με το δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.



Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων

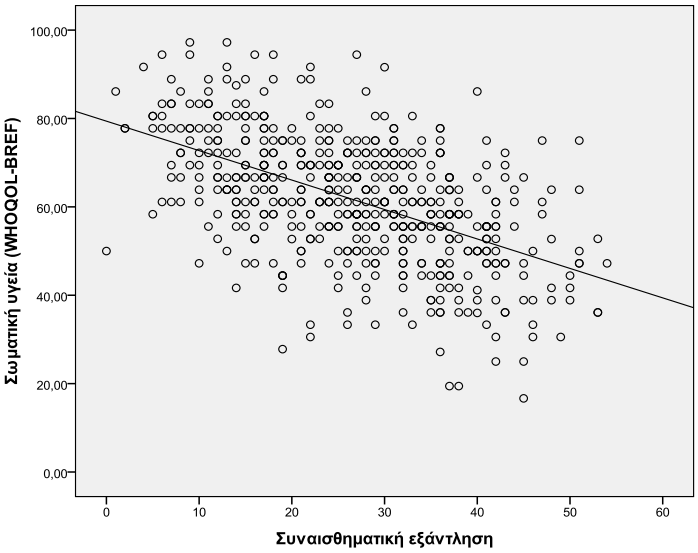
Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακα 10), δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής.

Πίνακας 10:Συσχέτιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (MBI) με τις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής (WHOQoL-BREF) (N=525)

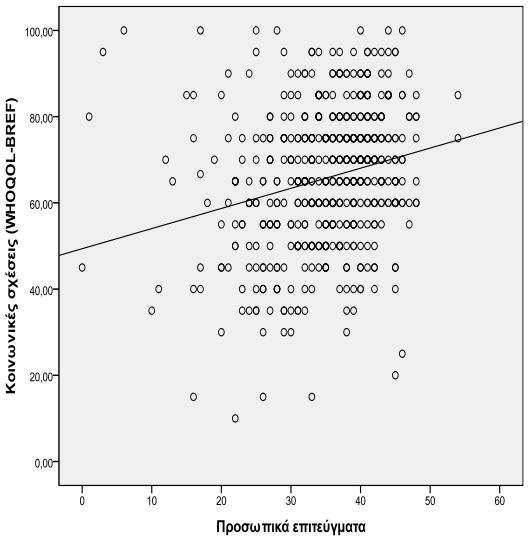
		Συνολική ΠΖ και Γενική Κατάσταση της Υγείας	**Σωματική υγεία**	**Ψυχολογική υγεία**	**Κοινωνικές σχέσεις**	**Περιβάλλον**
Συναισθηματική εξάντληση	r	-0,42	-0,53	-0,48	-0,28	-0,36
	P	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Αποπροσωποποίηση	r	-0,18	-0,29	-0,28	-0,24	-0,19
	P	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα	r	0,21	0,34	0,31	0,23	0,21
	P	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

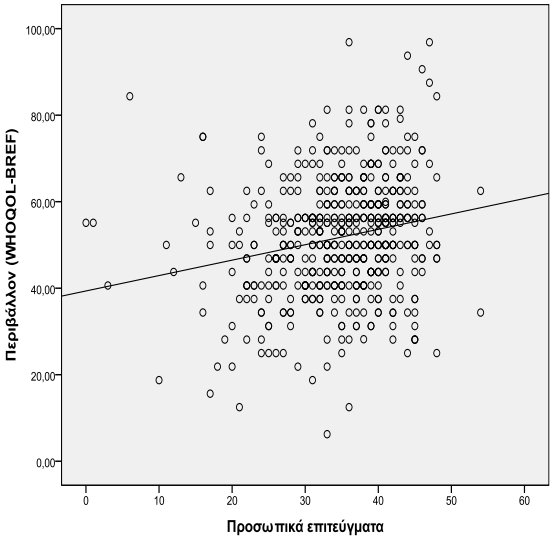
Υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις των διαστάσεων «Συνολική ΠΖ και Γενική Κατάσταση της Υγείας», «Σωματική υγεία», «Ψυχολογική υγεία», «Κοινωνικές σχέσεις» και «Περιβάλλον» με τις διαστάσεις συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης και σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τον παράγοντα των προσωπικών επιτευγμάτων του MBI. Συνεπώς, μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική υγεία» με τη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση».



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι συσχετίσεις των βαθμολογιών των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Κοινωνικές σχέσεις» και «Περιβάλλον» με τη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα».





Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την γενική κατάσταση της υγείας GHQ- 28

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 11) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις διαστάσεις «Σωματικά συμπτώματα», «Άγχος και αϋπνία», «Κοινωνική δυσλειτουργία», «Κατάθλιψη» και «Συνολική βαθμολογία» της γενική κατάστασης της υγείας.

Πίνακας 11: Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με τους παράγοντες της διαστάσεις της γενικής κατάστασης της υγείας (GHQ-28) (N=525).

		Σωματικά συμπτώματα	**Άγχος και αϋπνία**	**Κοινωνική δυσλειτουργία**	**Κατάθλιψη**	**Συνολική βαθμολογία**
Συναισθηματική εξάντληση	r	0,49	0,53	0,38	0,27	0,53
	P	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Αποπροσωποποίηση	r	0,27	0,31	0,19	0,17	0,30
	P	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα	r	-0,22	-0,27	-0,22	-0,26	-0,29
	P	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις όλων των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις διαστάσεις «Σωματικά συμπτώματα», «Άγχος και αϋπνία» και «Κοινωνική δυσλειτουργία», «Κατάθλιψη» και «Συνολική βαθμολογία της κλίμακας» της γενικής κατάστασης της υγείας. Συνεπώς, μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα της κατάστασης της υγείας των νοσηλευτών σε όλες τις διαστάσεις.

Συσχέτιση των διαστάσεων ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 12), δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής (ΠΖ) «Συνολική ποιότητα ζωής και γενική κατάσταση της υγείας», «Σωματική υγεία» και «Ψυχολογική υγεία» ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης.

Πίνακας 12: Συσχέτιση των διαστάσεων «Συνολική Ποιότητα Ζωής και γενική κατάσταση της υγείας», «Σωματική υγεία» και «Ψυχολογική υγεία», της ποιότητας ζωής (WHOQoL-BREF),με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης (N=525).

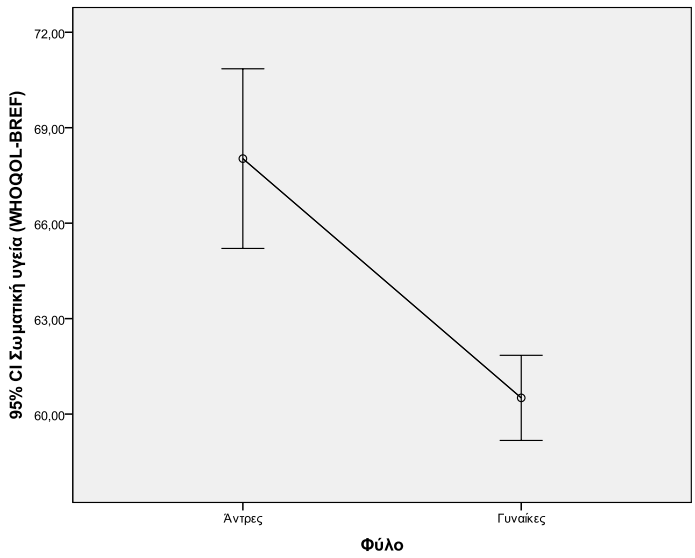
		Συνολική ΠΖ και γενική κατάσταση της υγείας		**Σωματική υγεία**		**Ψυχολογική υγεία**	
		Μέση τιμή (SD)	**P Student's t-test**	**Μέση τιμή (SD)**	**P Student's t-test**	**Μέση τιμή (SD)**	**P Student's t-test**
Φύλο	Άντρες	69,6 (14,2)	**0,003**	68 (11,9)	**<0,001**	70,7 (11,4)	**<0,001**
	Γυναίκες	63 (17,7)		60,5 (14,4)		62,8 (15)	
Έγγαμοι	Όχι	63,2 (18,2)	0,471	60,8 (13,6)	0,370	63,9 (15)	0,952
	Ναι	64,4 (16,9)		62 (14,7)		63,8 (14,8)	
Παιδιά	Όχι	62,4 (19,9)	0,105	60,4 (14,4)	0,148	64,3 (15,7)	0,624
	Ναι	65 (15,6)		62,3 (14,3)		63,6 (14,3)	
Τμήμα απασχόλησης	Χειρουργικός Τομέας	63,9 (17)	0,802*	61,6 (14,9)	0,097*	63,6 (14,9)	0,121*
	Παθολογικός Τομέας	64,8 (17,5)		62,9 (13,3)		64,9 (14)	
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	61,7 (19)		56,7 (13,5)		60,9 (16,7)	
	Ιατρεία	61,9 (16,1)		59,6 (15,6)		59,3 (17,2)	
	Λοιπά Τμήματα	63,3 (19,5)		58,7 (15,7)		67,4 (14,7)	
Ψυχιατρικό τμήμα	Όχι	64,1 (17,3)	0,420	61,9 (14,3)	**0,035**	64,1 (14,7)	0,219
	Ναι	61,7 (19)		56,7 (13,5)		60,9 (16,7)	
Μηνιαίο εισόδημα	<700ευρώ	67,7 (20)	0,133*	63,5 (15)	**0,003***	68,2 (14,9)	0,078*
	701ευρώ-1000ευρώ	62,8 (17,5)		59,7 (14)		62,9 (15,1)	
	>1000ευρώ	65,1 (16,7)		64,2 (14,3)		64,5 (14,3)	
Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών σας;	Ναι	63,9 (17,5)	0,969	61,3 (14,2)	**0,041**	63,7 (14,8)	0,273
	Όχι	63,8 (15,9)		69,2 (16,4)		68,2 (14,6)	
Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης;	Ναι	62,4 (17,6)	**<0,001**	60,2 (13,7)	**<0,001**	62,4 (14,9)	**<0,001**
	Όχι	69,6 (15,4)		66,5 (15,5)		69,2 (13,5)	

*ANOVA

Οι γυναίκες παρουσίασαν χαμηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Συνολικής ποιότητας της ζωής και γενική κατάσταση της υγείας», σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, οι Νοσηλευτές που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης, παρουσίασαν σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερα επίπεδα στην διάσταση «Συνολική ποιότητα της ζωής και γενική κατάσταση της υγείας», σε σύγκριση με τους Νοσηλευτές που δεν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

Οι γυναίκες είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Σωματική υγεία», δηλαδή χαμηλότερα επίπεδα σωματικής υγείας σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στην σωματική υγεία βίωναν οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ψυχιατρικό τμήμα, εκείνοι που θεωρούσαν ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών τους καθώς και εκείνοι που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης. Ακόμα, βρέθηκε μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni ότι οι συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα 701-1000 ευρώ παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στην σωματική υγεία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000 ευρώ (p=0,003).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική υγεία» ανάλογα με το φύλο.



Οι γυναίκες παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία», δηλαδή χειρότερη ψυχολογική υγεία, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, οι συμμετέχοντες που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης παρουσίασαν σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στην διάσταση «ψυχολογική υγεία» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακα 13), δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής «Κοινωνικές σχέσεις» και «Περιβάλλον» ανάλογα με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους.

Πίνακας 13: Συσχέτιση των διαστάσεων «Κοινωνικές σχέσεις» και «Περιβάλλον», της ποιότητας ζωής (WHOQoL-FREF), με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης (N=525).

		Κοινωνικές σχέσεις		**Περιβάλλον**	
		Μέση τιμή (SD)	**P Student's t-test**	**Μέση τιμή (SD)**	**P Student's t-test**
Φύλο	Άντρες	69,4 (13,8)	**0,035**	57,7 (12,6)	**<0,001**
	Γυναίκες	65 (16,7)		50,8 (13,5)	
Έγγαμοι	Όχι	63,3 (17,4)	**0,014**	53,5 (13,5)	**0,022**
	Ναι	67 (15,6)		50,7 (13,6)	
Παιδιά	Όχι	63,8 (16,8)	**0,047**	52,8 (13,6)	0,153
	Ναι	66,8 (16)		51 (13,6)	
Τμήμα απασχόλησης	Χειρουργικός Τομέας	65,2 (17,1)	0,786*	51,8 (13,9)	0,139*
	Παθολογικός Τομέας	66,5 (15,4)		53 (13,2)	
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	63,3 (17,9)		49,9 (12,9)	
	Ιατρεία	65,3 (17,4)		48,7 (14,7)	
	Λοιπά Τμήματα	64,2 (15,6)		47,2 (12,6)	
Ψυχιατρικό τμήμα	Όχι	65,8 (16,3)	0,393	51,9 (13,6)	0,397
	Ναι	63,3 (17,9)		49,9 (12,9)	
Μηνιαίο εισόδημα	<700ευρώ	67,9 (15,6)	0,236*	53,1 (15,6)	**0,004***
	701ευρώ-1000ευρώ	64,6 (16,9)		50 (13,6)	
	>1000ευρώ	66,8 (15,6)		54,2 (12,8)	
Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών σας;	Ναι	65,5 (16,3)	0,657	51,6 (13,5)	0,086
	Όχι	67,5 (18,4)		57,9 (13,8)	
Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης;	Ναι	65,2 (16,4)	0,288	50,5 (13,1)	**<0,001**
	Όχι	67,1 (16,1)		56,3 (14,3)	

*ANOVA

Οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις», σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής στην διάσταση «κοινωνικές σχέσεις» παρουσίασαν οι συμμετέχοντες που δεν ήταν έγγαμοι και εκείνοι που δεν είχαν παιδιά.

Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον» σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον» κατέδειξαν οι συμμετέχοντες που ήταν έγγαμοι καθώς και εκείνοι που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης. Ακόμα, βρέθηκε μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni ότι οι συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα 701-1000 ευρώ βίωναν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ στην διάσταση «Περιβάλλον» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000 ευρώ (p=0,003).

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 14), δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης όλων των διαστάσεων της ποιότητας ζωής, με λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης των νοσηλευτών καθώς και με το δείκτη οικονομικής δυσχέρειας

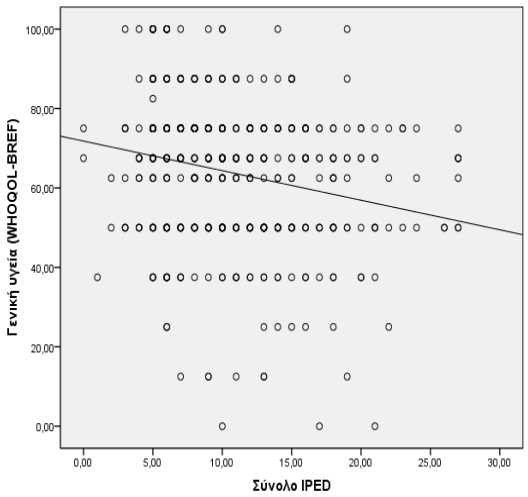
Πίνακας 14: Συσχέτιση της ποιότητας ζωής (WHOQoL-BREF) με τα λοιπά χαρακτηριστικά, τα στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας IPED

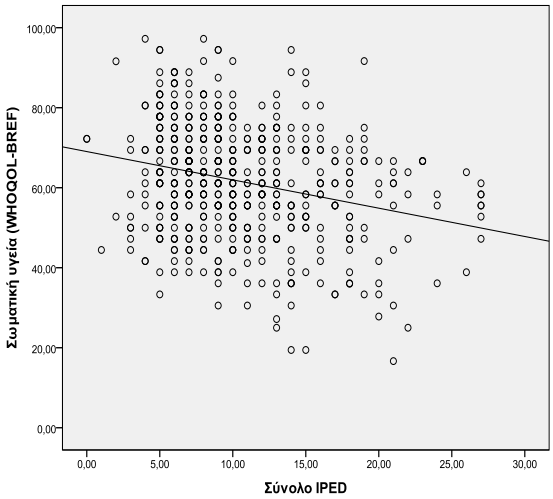
		Συνολική ΠΖ και Γ.Κ.Υ	**Σωματική υγεία**	**Ψυχολογική υγεία**	**Κοινωνικές σχέσεις**	**Περιβάλλον**
Ηλικία	r+	-0,01	0,08	-0,04	-0,02	-0,03
	P	0,837	0,089	0,459	0,754	0,504
Σύνολο ετών απασχόλησης στο συγκεκριμένο επάγγελμα	r+	-0,05	0,06	-0,07	-0,05	-0,03
	P	0,213	0,142	0,093	0,262	0,555
Χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο φορέα (σε έτη)	r+	-0,02	0,07	-0,04	-0,04	-0,03
	P	0,670	0,093	0,399	0,388	0,473
Χρόνος προϋπηρεσίας στην συγκεκριμένη πτέρυγα(σε έτη)	r+	-0,01	0,09	0,02	0,02	0,01
	P	0,899	**0,032**	0,613	0,726	0,832
Αριθμός ημερών αναρρωτικής αδείας κατα το τελευταίο έτος	r++	-0,10	-0,08	-0,06	-0,06	0,02
	P	**0,018**	0,058	0,201	0,155	0,656
Σύνολο IPED	r+	-0,22	-0,25	-0,25	-0,18	-0,29
	P	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

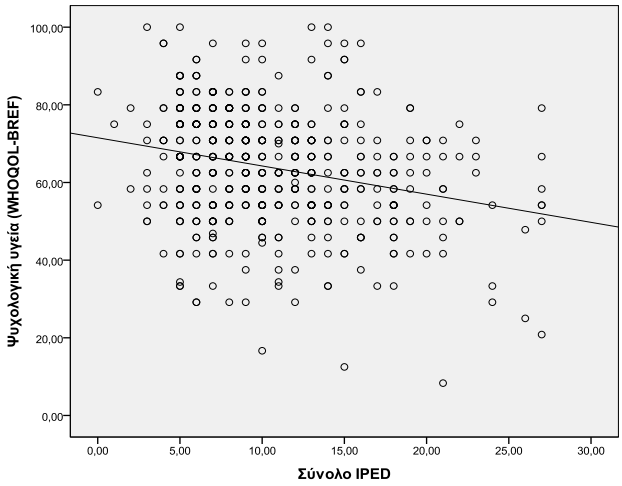
+συντελεστής συσχέτισης του Pearson ++συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση του δείκτη οικονομικής δυσχέρειας με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Οπότε όσο μεγαλύτερη ήταν η οικονομική δυσχέρεια των συμμετεχόντων τόσο βίωναν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε όλες τις διαστάσεις. Επίσης, όσο περισσότερο οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν ήμερες αναρρωτικής αδείας κατά το τελευταίο έτος, τόσο παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα συνολικής ποιότητας ζωής και γενικής κατάστασης της υγείας. Αντίθετα, όσο μεγαλύτερος ήταν ο χρόνος προϋπηρεσίας στην συγκεκριμένη πτέρυγα εργασίας τόσο υψηλότερα ήταν και τα επίπεδα της ποιότητας ζωής στην διάσταση «σωματική υγεία» των νοσηλευτών.

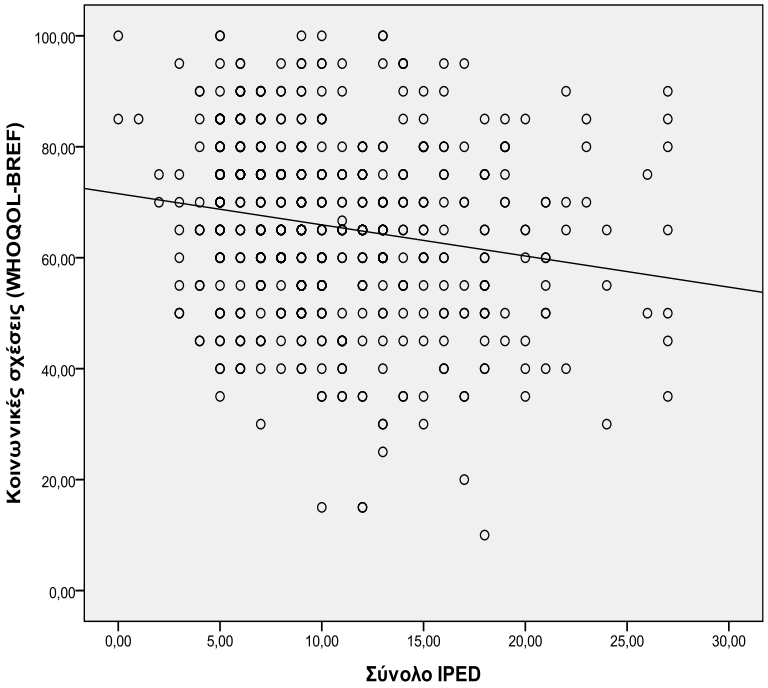
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση των βαθμολογιών των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Συνολική ΠΖ και Γενικής Κατάστασης της Υγείας», «Σωματική υγεία» και «Ψυχολογική υγεία», με το δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

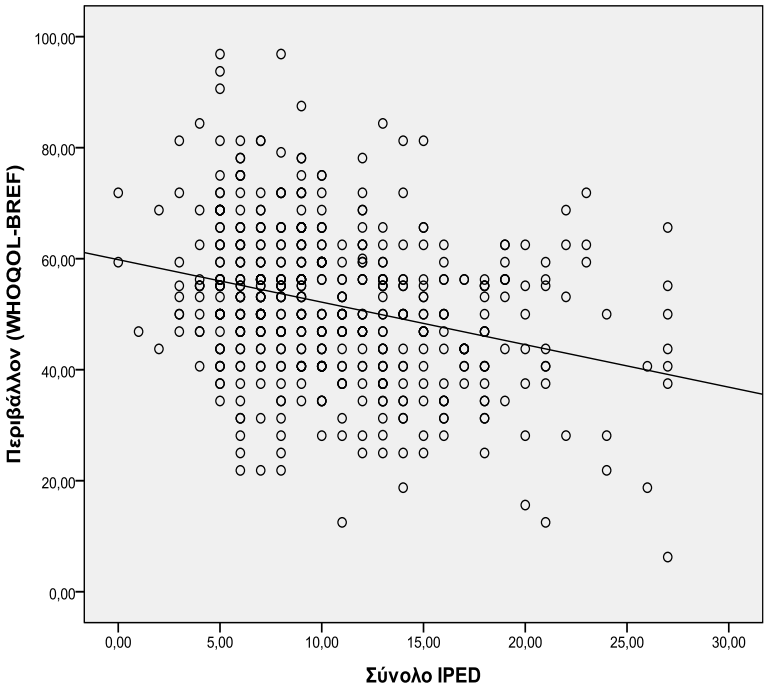






Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι συσχετίσεις των βαθμολογιών των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Κοινωνικές σχέσεις» και «Περιβάλλον» με το δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.





Συσχέτιση των διαστάσεων της γενικής υγείας των συμμετεχόντων με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακα 15), δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου της γενική κατάστασης της υγείας: «Σωματικά συμπτώματα», «Άγχος και αϋπνία» και «Κοινωνική δυσλειτουργία», ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης.

Πίνακας 15: Συσχέτιση των διαστάσεων «Σωματικά συμπτώματα», «Άγχος και αϋπνία» και «Κοινωνική δυσλειτουργία», της γενική κατάστασης της υγείαςGHQ-28 με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης (N=525).

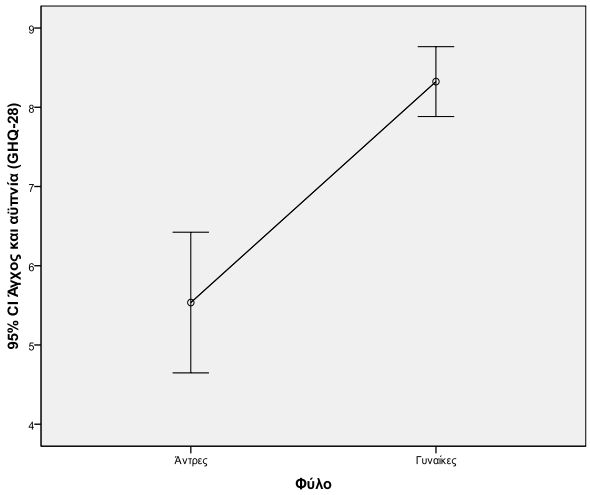
		Σωματικά συμπτώματα		**Άγχος και αϋπνία**		**Κοινωνική δυσλειτουργία**	
		Μέση τιμή (SD)	**P Student's t-test**	**Μέση τιμή (SD)**	**P Student's t-test**	**Μέση τιμή (SD)**	**P Student's t-test**
Φύλο	Άντρες	5,1 (3,4)	**<0,001**	5,5 (3,8)	**<0,001**	6,4 (2,5)	**0,001**
	Γυναίκες	8,4 (4,5)		8,3 (4,7)		7,7 (3)	
Έγγαμοι	Όχι	7,9 (4,5)	0,923	8 (4,8)	0,811	7,4 (2,8)	0,641
	Ναι	8 (4,5)		7,9 (4,7)		7,5 (3)	
Παιδιά	Όχι	8,2 (4,7)	0,332	8,2 (5)	0,318	7,6 (3)	0,350
	Ναι	7,8 (4,4)		7,8 (4,5)		7,4 (2,9)	
Τμήμα απασχόλησης	Χειρουργικός Τομέας	7,8 (4,5)	0,474*	7,8 (4,8)	0,090*	7,3 (3)	**0,032***
	Παθολογικός Τομέας	7,8 (4,4)		7,7 (4,4)		7,4 (2,7)	
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	9,2 (4,5)		10 (6)		8,3 (3,5)	
	Ιατρεία	8,3 (5,1)		8 (4,9)		8,7 (3)	
	Λοιπά Τμήματα	8,2 (4,4)		8,3 (4)		7,2 (3,4)	
Ψυχιατρικό τμήμα	Όχι	7,9 (4,5)	0,083	7,8 (4,6)	**0,006**	7,4 (2,9)	0,074
	Ναι	9,2 (4,5)		10 (6)		8,3 (3,5)	
Μηνιαίο εισόδημα	<700ευρώ	7,8 (4,4)	0,556*	7,5 (4,1)	0,517*	6,6 (3)	**0,045***
	701ευρώ-1000ευρώ	8,1 (4,5)		8,1 (4,9)		7,7 (2,8)	
	>1000ευρώ	7,7 (4,5)		7,7 (4,5)		7,3 (3,2)	
Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών σας;	Ναι	8 (4,5)	0,574	7,9 (4,8)	0,900	7,5 (2,9)	0,169
	Όχι	7,3 (4,2)		7,8 (3,6)		6,4 (3,2)	
Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης;	Ναι	8,4 (4,5)	**<0,001**	8,3 (4,8)	**<0,001**	7,7 (3)	**0,001**
	Όχι	6,3 (4,2)		6,5 (4,2)		6,7 (2,7)	

*ANOVA

Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα», δηλαδή εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα γενικής κατάστασης της υγείας στα σωματικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, οι συμμετέχοντες που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης εμφάνισαν σε σημαντικό βαθμό υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «σωματικά συμπτώματα», σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

Οι γυναίκες εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος και αϋπνία», δηλαδή χαμηλότερα επίπεδα γενικής κατάστασης της υγείας στο άγχος και αϋπνία, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «άγχος και αϋπνία», παρουσίασαν οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ψυχιατρικό τμήμα καθώς και εκείνοι που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Άγχος και Αϋπνία» ανάλογα με το φύλο τους.



Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία», δηλαδή παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα γενικής κατάστασης της υγείας στην κοινωνική δυσλειτουργία, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά η βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» ανάλογα με το τμήμα απασχόλησης και το μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων. Ακόμα, οι συμμετέχοντες

που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης εμφάνισαν σε σημαντικό βαθμό υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «κοινωνική δυσλειτουργία» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακα 16), δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της γενική κατάστασης της υγείας «Κατάθλιψη» και «Συνολική βαθμολογία», ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης.

Πίνακας 16: Συσχέτιση των διαστάσεων «Κατάθλιψη» και «Συνολική βαθμολογία», της γενική κατάστασης της υγείας GHQ-28 με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης (N=525).

		Κατάθλιψη		**Συνολική βαθμολογία**	
		Μέση τιμή (SD)	**P Student's t-test**	**Μέση τιμή (SD)**	**P Student's t-test**
Φύλο	Άντρες	1,8 (2,9)	0,150	18,9 (10)	**<0,001**
	Γυναίκες	2,5 (3,4)		26,7 (12,6)	
Έγγαμοι	Όχι	2,4 (3,3)	0,848	25,7 (12,5)	0,951
	Ναι	2,3 (3,4)		25,6 (12,6)	
Παιδιά	Όχι	2,5 (3,3)	0,513	26,4 (13,2)	0,283
	Ναι	2,3 (3,4)		25,2 (12,1)	
Τμήμα απασχόλησης	Χειρουργικός Τομέας	2 (2,9)	0,241*	24,8 (12,3)	0,080*
	Παθολογικός Τομέας	2,4 (3,6)		25,2 (12)	
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	3,1 (3,8)		30,6 (15,5)	
	Ιατρεία	3 (3,8)		28,1 (14,3)	
	Λοιπά Τμήματα	2,3 (2,9)		26 (11)	
Ψυχιατρικό τμήμα	Όχι	2,3 (3,3)	0,149	25,3 (12,2)	**0,012**
	Ναι	3,1 (3,8)		30,6 (15,5)	
Μηνιαίο εισόδημα	<700ευρώ	2,3 (3,1)	0,605*	24 (11,6)	0,257*
	701ευρώ-1000ευρώ	2,5 (3,5)		26,4 (12,7)	
	>1000ευρώ	2,2 (3,2)		24,7 (12,5)	
Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών σας;	Ναι	2,3 (3,3)	0,078	25,7 (12,6)	0,942
	Όχι	3,9 (4)		25,4 (10,5)	
Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης;	Ναι	2,5 (3,4)	**0,047**	26,8 (12,7)	**<0,001**
	Όχι	1,8 (3,3)		21,3 (11)	

*ANOVA

Οι συμμετέχοντες που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης παρουσίασαν σε σημαντικό βαθμό στη διάσταση «Κατάθλιψη», δηλαδή χαμηλότερα επίπεδα γενικής κατάστασης της υγείας στην κατάθλιψη, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

Οι γυναίκες εμφάνισαν σε σημαντικό βαθμό υψηλότερη συνολική βαθμολογία, δηλαδή χαμηλότερα επίπεδα στην κατάσταση της υγείας τους, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, σε σημαντικό βαθμό υψηλότερη συνολική βαθμολογία, δηλαδή χαμηλότερα επίπεδα γενικής κατάστασης της υγείας τους, παρουσίασαν οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ψυχιατρικό τμήμα καθώς και εκείνοι που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 17) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων της γενικής κατάστασης της υγείας με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης.

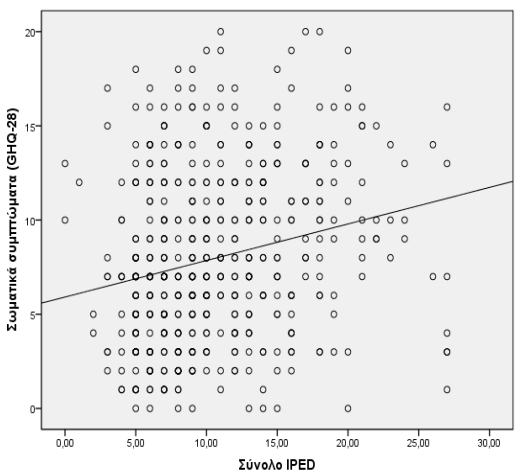
Πίνακας 17: Συσχέτιση της γενικής κατάστασης της υγείας, με τα λοιπά δημογραφικά χαρακτηρι, τα στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας

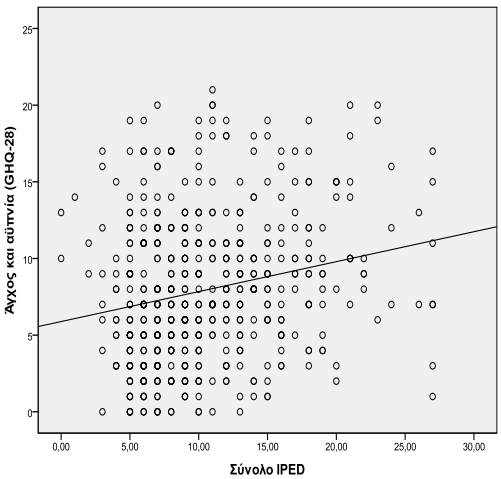
		Σωματικά συμπτώματα	**Άγχος και αϋπνία**	**Κοινωνική δυσλειτουργία**	**Κατάθλιψη**	**Συνολική βαθμολογία**
Ηλικία	r+	-0,10	-0,05	-0,06	0,06	-0,06
	P	**0,041**	0,302	0,206	0,205	0,249
Σύνολο ετών απασχόλησης στο συγκεκριμένο επάγγελμα	r+	-0,04	0,02	-0,02	0,06	0,01
	P	0,399	0,575	0,598	0,171	0,812
Χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο φορέα (σε έτη)	r+	-0,05	0,01	-0,04	0,03	-0,01
	P	0,297	0,876	0,309	0,555	0,737
Χρόνος προϋπηρεσίας στην συγκεκριμένη πτέρυγα(σε έτη)	r+	-0,02	-0,03	-0,03	-0,04	-0,04
	P	0,591	0,558	0,544	0,362	0,422
Αριθμός ημερών αναρρωτικής αδείας κατα το τελευταίο έτος	r++	0,18	0,10	0,07	0,02	0,13
	P	**<0,001**	**0,019**	0,093	0,578	**0,003**
Σύνολο IPED	r+	0,22	0,21	0,13	0,22	0,24
	P	**<0,001**	**<0,001**	**0,003**	**<0,001**	**<0,001**

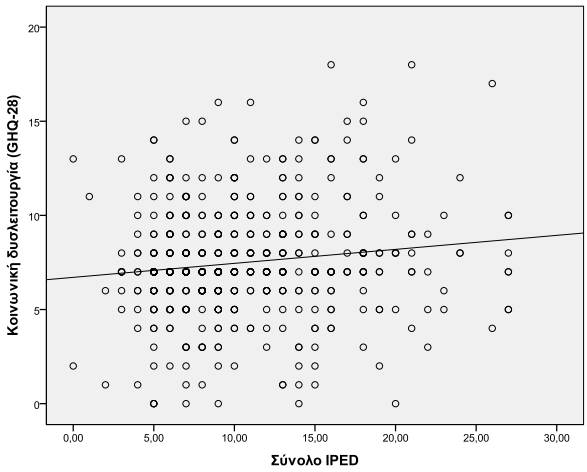
+συντελεστής συσχέτισης του Pearson ++συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Παρατηρήθηκε σε σημαντικό βαθμό θετική συσχέτιση του δείκτη οικονομικής δυσχέρειας με τις βαθμολογίες σε όλες τις παραμέτρους της γενικής κατάστασης της υγείας. Οπότε όσο μεγαλύτερη ήταν η οικονομική δυσχέρεια των συμμετεχόντων τόσο παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα γενικής κατάστασης της υγείας σε όλες τις παραμέτρους. Επίσης, όσο περισσότερες ήμερες αναρρωτικής αδείας χρησιμοποίησαν οι συμμετέχοντες κατά το τελευταίο έτος, τόσο εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα γενικής κατάστασης της υγείας στις διαστάσεις «σωματικά συμπτώματα», «στο άγχος και αϋπνία», όπως και στην συνολική βαθμολογία της κλίμακας. Επίσης, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «σωματική συμπτώματα» εμφάνισαν, δηλαδή χαμηλότερα επίπεδα στην γενική κατάσταση υγείας.

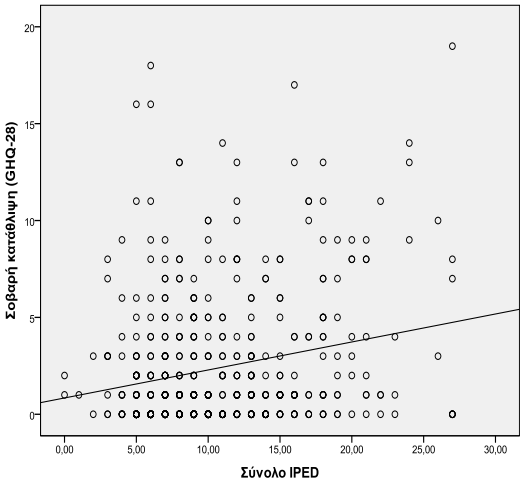
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι συσχετίσεις των βαθμολογιών των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Σωματικά συμπτώματα», «Άγχος και αϋπνία» και «Κοινωνική δυσλειτουργία» με το δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

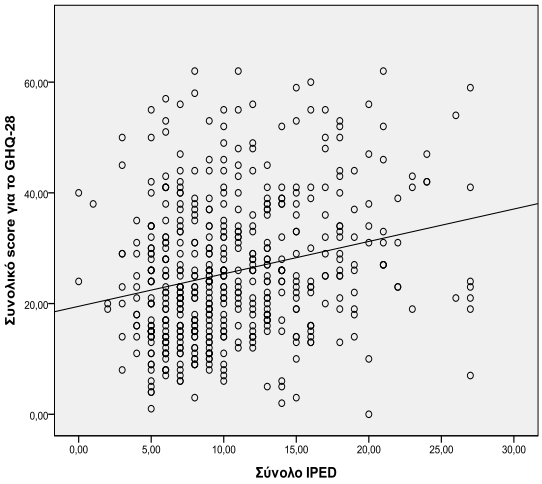






Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι συσχετίσεις της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κατάθλιψη» και «Συνολική βαθμολογία» με το δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.





Εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται και προβλέπουν τις διαστάσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης σύμφωνα με την ανάλυση πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης (line arregression analysis).

1. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Συναισθηματική Εξάντληση» του ερωτηματολογίου MBI.

Μετά την εφαρμογή πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» και ανεξάρτητες δημογραφικά χαρακτηριστικά - στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομική δυσχέρειας.

		β+	SE++	P
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	5,92	1,38	**<0,001**
Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	5,17	1,16	**<0,001**
Σύνολο IPED		0,41	0,09	**<0,001**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, το μηνιαίο εισόδημα, το αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας λόγω της οικονομικής κρίσης και ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 5,92 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης είχαν κατά 5,17 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην συναισθηματική εξάντληση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.
- Όσο μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια είχαν οι συμμετέχοντες τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα συναισθηματικής τους εξάντλησης.

2. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Αποπροσωποποίηση» του ερωτηματολογίου MBI

Σύμφωνα με την πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποπροσωποποίηση» και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τα στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, με τη μέθοδο διαδοχικής

ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα. (Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποπροσωποποίηση» και ανεξάρτητες δημογραφικά χαρακτηριστικά στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

		β^{+}	SE^{++}	P
Παιδιά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,49	0,58	**0,011**
Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	2,26	0,70	**0,001**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η ύπαρξη παιδιών και το αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας λόγω της οικονομικής κρίσης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Αποπροσωποποίηση». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά είχαν κατά 1,49 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή βίωναν χαμηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά.
- Οι συμμετέχοντες που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης είχαν κατά 2,26 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση της αποπροσωποποίησης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης.

3. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Προσωπικών Επιτεύγματα» του ερωτηματολογίου MBI

Μετά την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα» και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τα στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, με τη

μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικά Επιτεύγματα» και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

		β+	**SE++**	**P**
Παιδιά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	2,20	0,71	**0,002**
Σύνολο IPED		-0,23	0,07	**0,001**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η ύπαρξη παιδιών και ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά είχαν κατά 2,20 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, στην διάσταση «Προσωπικά Επιτεύγματα» του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά.
- Όσο μεγαλύτερα επίπεδα οικονομικής δυσχέρειας παρουσίαζαν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερα επίπεδα εμφάνιζαν στην διάσταση των «προσωπικών επιτευγμάτων», δηλαδή παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται και προβλέπουν τις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής σύμφωνα με την ανάλυση πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis).

1.Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Συνολική Ποιότητα Ζωής και Γενική Κατάσταση της Υγείας» του ερωτηματολογίου WHOQol-Bref.

Μετά την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συνολική Ποιότητα Ζωής και Γενική Κατάσταση της Υγείας » και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συνολική Ποιότητα Ζωής και Γενική Κατάσταση της Υγείας» και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

	β+	SE++	P
Σύνολο IPED	-0,45	0,14	**0,001**
Συναισθηματική εξάντληση	-0,56	0,06	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα	0,21	0,09	**0,023**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και οι διαστάσεις «Συναισθηματική εξάντληση» και «Προσωπικά επιτεύγματα» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Συνολική Ποιότητα Ζωής και Γενική Κατάσταση της Υγείας». Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια είχαν οι συμμετέχοντες τόσο παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα στην διάσταση «Συνολική Ποιότητα Ζωής και Γενική Κατάσταση της Υγείας».

- Όσο υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης βίωναν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερα επίπεδα στην διάσταση «Συνολική Ποιότητα Ζωή και Γενική Κατάσταση της Υγείας» εμφάνιζαν.
- Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα των προσωπικών επιτευγμάτων των συμμετεχόντων τόσο υψηλότερα ήταν και τα επίπεδα στην διάσταση «Συνολική Ποιότητα Ζωή και Γενική Κατάσταση της Υγείας», που εμφάνιζαν οι νοσηλευτές.

2. **Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Σωματική Υγεία» του ερωτηματολογίου WHOQol-Bref.**

Μετά την εφαρμογή της πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική Υγεία» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 22).

Πίνακας 22: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική Υγεία» και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, της διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

		β+	SE++	P
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	-3,06	1,54	**0,047**
Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών σας;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-6,33	3,20	**0,048**
Σύνολο IPED		-0,40	0,10	**<0,001**
Συναισθηματική εξάντληση		-0,53	0,05	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα		0,36	0,07	**<0,001**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, η μείωση των μηνιαίων αποδοχών λόγω της κρίσης, ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και οι διαστάσεις «Συναισθηματική εξάντληση» και «Προσωπικά επιτεύγματα» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Σωματική υγεία». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 3,06 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, στην διάσταση «σωματική υγεία» της Ποιότητας Ζωής, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών τους είχαν κατά 6,33 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «σωματική υγεία» της Ποιότητας Ζωής, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν το πίστευαν.
- Όσο μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια παρουσίαζαν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στην διάσταση «σωματική υγεία» εμφάνιζαν.
- Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης που βίωναν οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στη στην διάσταση «σωματική υγεία εμφάνιζαν.
- Όσο υψηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων εμφάνιζαν οι νοσηλευτές, τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στην διάσταση «σωματική υγεία».

3. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Ψυχολογικής Υγείας» του: WHOQoL-BREF.

Μετά την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ψυχολογική Υγεία» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 23).

Πίνακας 23: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ψυχολογική Υγεία» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

		β+	SE++	P
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	-3,44	1,64	**0,037**
Σύνολο IPED		-0,44	0,11	**<0,001**
Συναισθηματική εξάντληση		-0,51	0,05	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα		0,34	0,07	**<0,001**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και οι διαστάσεις «Συναισθηματική Εξάντληση» και «Προσωπικά Επιτεύγματα» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Ψυχολογική Υγεία». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 3,44 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στην διάσταση «ψυχολογική υγεία», σε σύγκριση με τους άντρες.
- Όσο μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια βίωναν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής εμφάνιζαν στην διάσταση «ψυχολογική υγεία».
- Όσο υψηλότερα επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης παρουσίασαν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στην διάσταση «ψυχολογική υγεία» παρουσίαζαν.
- Όσο υψηλότερα επίπεδα Προσωπικών Επιτευγμάτων εμφάνισαν οι νοσηλευτές, τόσο υψηλότερα ήταν και τα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στην διάσταση «ψυχολογική υγεία».

4. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις του ερωτηματολογίου WHOQoL-BREF

Μετά την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

		β+	SE++	P
Έγγαμοι	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	3,17	1,40	**0,024**
Σύνολο IPED		-0,40	0,14	**0,003**
Συναισθηματική εξάντληση		-0,25	0,07	**<0,001**
Αποπροσωποποίηση		-0,28	0,12	**0,019**
Προσωπικά επιτεύγματα		0,25	0,09	**0,007**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η οικογενειακή κατάσταση, ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και οι διαστάσεις «Συναισθηματική εξάντληση», «Αποπροσωποποίηση» και «Προσωπικά επιτεύγματα» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις».

Συγκεκριμένα:

- Οι έγγαμοι είχαν κατά 3,17 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή υψηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στην διάσταση «κοινωνικές σχέσεις», σε σύγκριση με τους άγαμους.

- Όσο μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια είχαν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερα ήταν και τα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στην διάσταση «κοινωνικές σχέσεις».
- Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης των συμμετεχόντων τόσο χαμηλότερα ήταν τα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στην διάσταση «κοινωνικές σχέσεις» που παρουσίαζαν.
- Όσο υψηλότερα επίπεδα Αποπροσωποποίησης εμφάνιζαν οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής βίωναν, στην διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις».
- Όσο υψηλότερα ήταν επίπεδα των Προσωπικών Επιτεύγμάτων των συμμετεχόντων τόσο υψηλότερα ήταν και τα επίπεδα της Ποιότητας Ζωής στην διάσταση « κοινωνικές σχέσεις».

5. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση « Περιβάλλον» του ερωτηματολογίου WHOQoL-BREF.

Με την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

		β+	SE++	P
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	-3,99	1,59	**0,013**
Έγγαμοι	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,11	1,11	**0,005**
Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγω της οικονομικής κρίσης;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,02	1,34	**0,025**
Σύνολο IPED		-0,56	0,11	**<0,001**
Συναισθηματική εξάντληση		-0,30	0,05	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα		0,18	0,07	**0,013**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας λόγω της κρίσης, ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και οι διαστάσεις «Συναισθηματική εξάντληση» και «Προσωπικά επιτεύγματα» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Περιβάλλον».

Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 3,99 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία δηλαδή χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στη διάσταση «Περιβάλλον», σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι έγγαμοι είχαν κατά 3,11 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία δηλαδή εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας ζωής στην διάσταση «Περιβάλλον», σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.
- Οι συμμετέχοντες που αισθάνονταν εργασιακή ανασφάλεια λόγω της κρίσης είχαν κατά 3,02 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ποιότητα ζωής στην διάσταση «Περιβάλλον», σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν το αισθάνονταν.
- Όσο μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια είχαν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής εμφάνισαν στη διάσταση «Περιβάλλον».

- Όσο υψηλότερα επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης εμφάνισαν οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερα ήταν τα επίπεδα της Ποιότητας Ζωής στην διάσταση «Περιβάλλον».
- Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα των Προσωπικών Επιτευγμάτων των συμμετεχόντων τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα Ποιότητας Ζωής στη διάσταση «Περιβάλλον».

Εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται και προβλέπουν τις διαστάσεις της Γενικής Κατάστασης της Υγείας σύμφωνα με την ανάλυση πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis).

1.Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» του ερωτηματολογίου GHQ-28.

Με την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας. με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

		β+	SE++	P
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	-3,06	1,54	**0,047**
Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών σας;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-6,33	3,20	**0,048**
Σύνολο IPED		-0,40	0,10	**<0,001**
Συναισθηματική εξάντληση		-0,53	0,05	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα		0,36	0,07	**<0,001**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και η διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα».

Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 1,97 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» του ερωτηματολογίου της γενικής κατάστασης της υγείας, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Όσο μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια είχαν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερα επίπεδα εμφάνιζαν στην διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» του ερωτηματολογίου της Γενικής Κατάστασης της Υγείας.
- Όσο υψηλότερα επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης παρουσίασαν τόσο περισσότερα υψηλότερα επίπεδα εμφάνιζαν στην διάσταση «σωματικά συμπτώματα» του ερωτηματολογίου Γενικής Κατάστασης της Υγείας.

2. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Άγχος και Αϋπνία» του ερωτηματολογίου GHQ-28.

Αφού εφαρμόστηκε η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Άγχος και Αϋπνία» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 27).

Πίνακας 27: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Άγχος και Αϋπνία» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

		β+	SE++	P
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	1,24	0,51	**0,016**
Ψυχιατρικό τμήμα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,62	0,68	**0,017**
Σύνολο IPED		0,09	0,03	**0,007**
Συναισθηματική εξάντληση		0,19	0,02	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα		-0,07	0,02	**0,004**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, η εργασία σε ψυχιατρικό τμήμα, ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και οι διαστάσεις «Συναισθηματική Εξάντληση» και «Προσωπικά Επιτεύγματα» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Άγχος και αϋπνία». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 1,24 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, στην διάσταση «άγχος και αϋπνία» του ερωτηματολογίου Γενικής Κατάστασης της Υγείας, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ψυχιατρικό τμήμα είχαν κατά 1,62 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, , στην διάσταση «άγχος και αϋπνία» του

ερωτηματολογίου Γενικής Κατάστασης της Υγείας, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν σε ψυχιατρικό τμήμα.

- Όσο μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια παρουσίαζαν οι συμμετέχοντες τόσο υψηλότερα επίπεδα στην διάσταση «Άγχος και Αϋπνία» εμφάνιζαν.
- Όσο υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης εμφάνισαν οι νοσηλευτές, τόσο χαμηλότερα επίπεδα στην διάσταση «Άγχος και Αϋπνία» εμφάνιζαν.
- Όσο υψηλότερα επίπεδα Προσωπικών Επιτευγμάτων βίωναν οι νοσηλευτές, τόσο υψηλότερα χαμηλότερα επίπεδα στην διάσταση «άγχος και αϋπνία» εμφάνιζαν.

3. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Κοινωνική Δυσλειτουργία» του ερωτηματολογίου GHQ-28.

Μετά την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Δυσλειτουργία» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Δυσλειτουργία» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

	β+	**SE++**	**P**
Συναισθηματική εξάντληση	0,09	0,01	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα	-0,04	0,02	**0,006**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Οι διαστάσεις «Συναισθηματική Εξάντληση» και «Προσωπικά Επιτεύγματα» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Κοινωνική Δυσλειτουργία». Συγκεκριμένα:

- Όσο υψηλότερα επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης βίωναν οι συμμετέχοντες, τόσο υψηλότερα επίπεδα στην διάσταση «Κοινωνική Δυσλειτουργία» του ερωτηματολογίου Γενικής Κατάστασης της Υγείας, εμφάνιζαν.
- Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα των Προσωπικών Επιτευγμάτων των νοσηλευτών, τόσο χαμηλότερα επίπεδα στην διάσταση της «Κοινωνικής Δυσλειτουργίας» εμφάνιζαν.

4. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την διάσταση «Κατάθλιψη» του ερωτηματολογίου GHQ-28.

Αφού εφαρμόστηκε η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κατάθλιψη» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κατάθλιψη» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

	β+	SE++	P
Σύνολο IPED	0,10	0,03	**<0,001**
Συναισθηματική εξάντληση	0,06	0,01	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα	-0,08	0,02	**<0,001**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και οι διαστάσεις «Συναισθηματική Εξάντληση» και «Προσωπικά επιτεύγματα» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Κατάθλιψη». Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια είχαν οι συμμετέχοντες τόσο υψηλότερα επίπεδα στην διάσταση «Κατάθλιψης» του ερωτηματολογίου Γενικής Κατάστασης της Υγείας, εμφάνιζαν.
- Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα της Συναισθηματικής Εξάντλησης που βίωναν οι συμμετέχοντες τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα στην διάσταση «Κατάθλιψη» που βίωναν.
- Όσο υψηλότερα επίπεδα Προσωπικών Επιτευγμάτων βίωναν οι νοσηλευτές, τόσο χαμηλότερα επίπεδα στην διάσταση «Κατάθλιψης» του ερωτηματολογίου Γενικής Κατάστασης της Υγείας βίωναν.

5. Ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν την Συνολική Βαθμολογία του ερωτηματολογίου GHQ-28

Μετά την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Βαθμολογία του ερωτηματολογίου GHQ- 28 και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα (Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη «Συνολική Βαθμολογία της Γενικής Κατάστασης της Υγείας» και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία επαγγελματικής κατάστασης, τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

		β+	SE++	P
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	3,71	1,35	**0,006**
Ψυχιατρικό τμήμα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	3,81	1,78	**0,033**
Σύνολο IPED		0,30	0,09	**0,001**
Συναισθηματική εξάντληση		0,49	0,04	**<0,001**
Προσωπικά επιτεύγματα		-0,22	0,06	**<0,001**

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, η εργασία σε ψυχιατρικό τμήμα, ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και οι διαστάσεις «Συναισθηματική Εξάντληση» και «Προσωπικά Επιτεύγματα» της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 3,71 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, στην συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου της Γενικής Κατάστασης της Υγείας, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ψυχιατρικό τμήμα είχαν κατά 3,81 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν σε ψυχιατρικό τμήμα.
- Όσο μεγαλύτερη ήταν η οικονομική δυσχέρεια που είχαν οι συμμετέχοντες τόσο υψηλότερα επίπεδα στην συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου Γενικής Κατάστασης της Υγείας παρουσίαζαν.
- Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα της Συναισθηματικής Εξάντληση των νοσηλευτών τόσο υψηλότερα επίπεδα εμφάνιζαν στην συνολική βαθμολογία της Γενικής Κατάστασης της Υγείας.
- Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα των Προσωπικών Επιτευγμάτων των συμμετεχόντων τόσο χαμηλότερα επίπεδα στην συνολική βαθμολογία της κλίμακας εμφάνιζαν.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την παρουσία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές νοσοκομείων της Αττικής και τη συσχέτιση του με την ποιότητα ζωής και τη γενική υγεία τους, καθώς και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να την αντιμετώπιση του, επιχειρώντας να ελέγξει την αποτελεσματικότητα τους. Όλα τα προηγούμενα μελετήθηκαν στο πλαίσιο της τρέχουσας οικονομικής κρίσης, η οποία έχει άμεσο αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας (Σαρίδη και συν., 2016) και της οποίας απότοκη είναι η οικονομική δυσχέρεια των φυσικών προσώπων, αντικείμενο της έρευνας μας. Πρόσθετοι στόχοι ήταν η εκτίμηση της συσχέτισης των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των εργασιακών συνθηκών των συμμετεχόντων με τους παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης υγείας, καθώς και η σύγκριση των επιπέδων τους στους νοσηλευτές διαφορετικών κλινικών τμημάτων και, ειδικότερα, των ψυχιατρικών.

Η Αττική, όπου βρίσκεται η πρωτεύουσα της χώρας, αποτελεί τον πολυπληθέστερο νομό της, κάνοντας εξαιρετικά ενδιαφέρουσα τη διεξαγωγή έρευνας στους εργασιακούς χώρους της και δη στον ευαίσθητο χώρο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Αντιστοίχως, οι νοσηλευτές συνιστούν την πολυπληθέστερη επαγγελματική ομάδα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Ζαχαρή & Ντουράι, 2015. Σιδέρης, 2013), καθιστώντας ιδιαίτερης σημασίας τη διενέργεια μελέτης για την επαγγελματική εξουθένωση στους συγκεκριμένους εργαζόμενους. Ήδη σημειώθηκε, στο γενικό μέρος του παρόντος, ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης πλήττει, κατά κύριο λόγο, τους επαγγελματίες υγείας (Νάνου και συν., 2015), ενώ το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα αγχογόνο, συνδεόμενο από τη φύση του με αυξημένο άγχος και επαγγελματική εξουθένωση (Νούλα και συν, 2010).

Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία της Αττικής έχει ερευνηθεί εδώ και αρκετά χρόνια (Νούλα και συν, 2010). Επιπρόσθετα, το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory) είναι αυτό που χρησιμοποιηθεί κατά κύριο λόγο. (Τούκας & Τούκα, 2011). Στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε πρόσθετη συσχέτιση των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τους παράγοντες ποιότητα ζωής και τους παράγοντες της γενική κατάσταση υγείας των εργαζομένων, με σύγχρονη διερεύνηση των

στρατηγικών αντιμετώπισης του συνδρόμου, κατά τη διανυόμενη περίοδο της οικονομικής κρίσης. Στους νοσηλευτές των νοσοκομείων, λοιπόν, διανεμήθηκαν 620 ερωτηματολόγια, ικανά μεγαλύτερου αριθμού από τον προβλεθέν τα του πρωτοκόλλου (περίπου 200, ως αναφέρεται). Από τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν επιστράφηκαν συμπληρωμένα 525. Το ποσοστό της ανταπόκρισης δηλαδή ήταν 84,67% και κρίθηκε υψηλό. Η απώλεια θεωρήθηκε αναμενόμενη, δεδομένου ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελούσια και, επιπρόσθετα, δεδομένου ότι έπρεπε να συμπληρωθούν τέσσερα ερωτηματολόγια, πέραν του δελτίου δημογραφικών στοιχείων. Ενδεχομένως δε να ήταν και μικρή.

Με βάση τα ευρήματα, καταδείχθηκαν τα εξής για τις τρεις υποθέσεις της μελέτης **σύμφωνα με το πρωτόκολλο.**

Με βάση τις τρεις διαστάσεις της κλίμακας **επαγγελματικής εξουθένωσης**, οι νοσηλευτές παρουσίασαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων. Συνολικά, δηλαδή βλέπουμε να σημειώνονται **υψηλά σκορ επαγγελματική εξουθένωσης και στους τρις παράγοντες.** Τα εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα πολύ διεθνών μελετών καθώς και ευρήματα που μελετήθηκαν στην Ελλάδα. (Hulm et al, 2005; Poghosyan, Aiken, & Sloan, 2009; Estryn – Behar, et. al., 2007; Νούλα και συν, 2010; Τριανταφύλλου 2013).

Σχετικά με τον πρώτο στόχο της μελέτης δηλαδή την διερεύνηση των τριών παραγόντων της Ε.Ε με την ΠΖ και την γενική κατάσταση της υγείας εντοπίστηκαν τα εξής:

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση των διαστάσεων «συναισθηματική εξάντληση» και της «αποπροσωποποίηση» της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις όλες της ποιότητας ζωής και σημαντική θετική συσχέτιση της διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα» με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής ($p<0,050$), **επιβεβαιώνοντας το πρώτο σκέλος της πρώτης υπόθεσης.** Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να συμφωνούν με εκείνα της Τριανταφύλλου (2013), σύμφωνα με την οποία οι παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίζονται σημαντικά με τις

διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ενώ σύμφωνα με την Μπελλάλη και συν (2007), η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται σημαντικά με την ψυχική υγεία και η σωματική υγεία σχετίζεται μόνο με τον παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης.

Σχετικά με τον δεύτερο στόχο της μελέτης που αφορά την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των τριών παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης με την γενική κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών εντοπίστηκαν τα εξής:

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «συναισθηματική εξάντληση» και «αποπροσωποποίηση» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας με όλες τις διαστάσεις της ΓΚΥ και σημαντικά αρνητική συσχέτιση της διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα» με όλες τις διαστάσεις της γενικής κατάστασης της υγείας ($p<0,050$), **επιβεβαιώνοντας και το δεύτερο σκέλος της πρώτης υπόθεσης**, συμφωνώντας με τα αποτελέσματα της Τριανταφύλλου, (2013). Η θετική συσχέτιση μεταξύ διάστασης «συναισθηματικής εξάντλησης» με τις διαστάσεις «κατάθλιψη» και «άγχος και αϋπνία» φαίνεται να συμφωνεί και με τα αποτελέσματα έρευνας κατά τους Khamisa et. al. (2015).

Σχετικά με τον τρίτο στόχο της μελέτης που αφορά την διερεύνηση της οικονομικής κρίσης στην επαγγελματική εξουθένωση την ποιότητα ζωής και την γενική κατάσταση της υγείας εντοπίστηκαν τα εξής:

- Υπήρξε σημαντικά θετική συσχέτιση του της διάστασης «συναισθηματική εξάντληση», θετική συσχέτιση της «αποπροσωποποίησης» και αρνητική συσχέτιση της διάστασης «προσωπικά επιτεύγματα» της επαγγελματικής εξουθένωσης με τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας **επιβεβαιώνοντας το πρώτο σκέλος της δεύτερης υπόθεσης**. Παρόμοιο εύρημα φαίνεται να υπάρχει και στην έρευνα των Bosman et al (2005), όπου κατέδειξε πως τα υψηλά επίπεδα Επαγγελματικής Εξουθένωσης σχετίζονται με τα υψηλά ποσοστά Επαγγελματικής Ανασφάλειας.
- Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση του δείκτη οικονομικής δυσχέρειας με τις διαστάσεις των σωματικών συμπτωμάτων, του άγχους και της αϋπνίας, της κοινωνικής δυσλειτουργίας και της σοβαρής κατάθλιψης της κλίμακας γενικής

υγείας ($p<0,050$)**, επιβεβαιώνοντας το δεύτερο σκέλος της δεύτερης υπόθεσης**.

- Υπήρξε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του δείκτη οικονομικής δυσχέρειας με όλες τι διαστάσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής (γενική, σωματική και ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον, $p<0,001$) **επιβεβαιώνοντας το τρίτο σκέλος της δεύτερης υπόθεσης.**

Σχετικά με το τέταρτο στόχο της μελέτης που αναφέρεται στην εκτίμηση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών και εργασιακών συνθηκών με τους παράγοντες της Επαγγελματικής εξουθένωσης, της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας εντοπίστηκαν τα εξής:

- Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση» και χαμηλότερα επίπεδα στα «προσωπικά επιτεύγματα» σε σχέση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα κάτω των 700 Ε είχαν σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν 701-1000 Ε
- Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας στο επάγγελμα με τη βαθμολογία στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα» Οπότε όσο μεγαλύτερη η ηλικία και όσο περισσότερα έτη είχαν προϋπηρεσία τόσο βίωναν σε μεγάλο βαθμό προσωπικά επιτεύγματα.
- Οι γυναίκες παρουσίασαν χαμηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Συνολική Ποιότητα ζωής και ΓΚΥ», «σωματική υγεία», «ψυχική υγεία», «κοινωνικές σχέσεις» και «περιβάλλον» σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα 701-1000 Ε παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στην σωματική υγεία και στην διάσταση περιβάλλον, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000^{E}.
- Όσο περισσότερο οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούσαν ημέρες αναρρωτικής άδειας κατά το τελευταίο έτος τόσο παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα συνολικής ποιότητας ζωής.

- Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «σωματικά συμπτώματα «κοινωνική δυσλειτουργία» «άγχος και αϋπνία» καθώς και στην συνολική βαθμολογία σε σύγκριση με τους άντρες.

Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην παράμετρο του άγχους και της αϋπνίας, της γενικής κατάστασης της υγείας, στους νοσηλευτές των ψυχιατρικών τμημάτων, συγκριτικά με τους νοσηλευτές που δουλεύουνε στα υπόλοιπα τμήματα. Δηλαδή οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές βιώνουν τον παράγοντα σε μεγαλύτερη συχνότητα (p=0,006**), επιβεβαιώνοντας ένα σκέλος της τρίτης υπόθεσης.**

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά σχεδόν όλων των διαστάσεων της κλίμακας ποιότητας ζωής με την εργασία σε ψυχιατρικό τμήμα. Εξαίρεση αποτέλεσε η διάσταση της σωματικής υγείας.

Υπήρξε μεγαλύτερη επιβάρυνση στον παράγοντα της σωματικής υγείας της ποιότητας ζωής, στους νοσηλευτές των ψυχιατρικών τμημάτων. Στα αποτελέσματα παρουσιάζεται να έχουν μικρότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη σωματική υγεία (p=0,035), **Επιβεβαιώνοντας** ακόμα **ένα σκέλος της τρίτης υπόθεσης,** δείχνοντας πως σε αυτόν τον παράγοντα βιώνουν κατώτερα επίπεδα ποιότητας ζωής συγκριτικά με τους υπόλοιπους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλα τμήματα.

Από τα προαναφερθέντα συνάγεται το συμπέρασμα, ότι οι δύο πρώτες υποθέσεις του πρωτοκόλλου της μελέτης επιβεβαιώθηκαν. **Η τρίτη υπόθεση, που αφορούσε αποκλειστικά τους νοσηλευτές των ψυχιατρικών τμημάτων, επιβεβαιώθηκε μερικώς** με τη χρήση των κλιμάκων της έρευνας.

Σύμφωνα με τον τελευταίο στόχο της μελέτης που αναφαίρετε στην εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων μεταβλητών που σχετίζονται και προβλέπουν τη Επαγγελματική εξουθένωση, ποιότητα ζωής και γενική κατάσταση των νοσηλευτών εντοπίζονται τα εξής:

- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**συναισθηματική εξάντληση**» της επαγγελματικής εξουθένωσης, βρέθηκε ότι σχετίζονται

ανεξάρτητα το **φύλο, το μηνιαίο εισόδημα, το αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας** λόγω της οικονομικής κρίσης, και ο δείκτη οικονομικής δυσχέρειας.

- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**αποπροσωποίηση**» της επαγγελματικής εξουθένωσης, βρέθηκε ότι σχετίζονται ανεξάρτητα η **ύπαρξη παιδιών** και η **εργασιακή ανασφάλεια** λόγο οικονομικής κρίσης.
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**προσωπικά επιτεύγματα**» της επαγγελματικής εξουθένωσης, βρέθηκε ότι σχετίζονται ανεξάρτητα η **ύπαρξη παιδιών** και ο **δείκτης οικονομική δυσχέρεια.**
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση **«σωματική υγεία»** του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής WHOQoL-BREF βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με **το φύλο, την μείωση μηνιαίων αποδοχών, τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας** και τις διαστάσεις «**συναισθηματική εξάντληση**» και «**προσωπικά επιτεύγματα**» της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**Ψυχολογική Υγεία**» του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής WHOQoL-BREF βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με το **φύλο, τον δείκτης οικονομικής δυσχέρειας** και τις διαστάσεις **«Συναισθηματική Εξάντληση» και «Προσωπικά Επιτεύγματα»** της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**Κοινωνικές Σχέσεις»** του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής WHOQoL-BREF βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με την **οικογενειακή κατάσταση, τον δείκτης οικονομικής δυσχέρειας και τις τρις διαστάσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.**
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**Περιβάλλον»** του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής WHOQoL-BREF βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με **το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας, ο δείκτης οικονομικής δυσχέρειας** και οι διαστάσεις **«Συναισθηματική Εξάντληση» και «Προσωπικά Επιτεύγματα»,** της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση **Συνολική ποιότητα ζωής και γενική κατάσταση της υγείας** του ερωτηματολογίου της ποιότητας

ζωής WHOQoL-BREF βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας και τις διαστάσεις «συναισθηματική εξάντληση» και «προσωπικά επιτεύγματα» της επαγγελματικής εξουθένωσης.

- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**Σωματικά Σωμπτώματα**» του ερωτηματολογίου της Γενικής Κατάστασης της Υγείας GHQ-28, βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με **το φύλο, τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας** και την διάσταση **«Συναισθηματικής Εξάντλησης»** της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**Άγχος και Αϋπνία**» του ερωτηματολογίου της Γενικής Κατάστασης της Υγείας GHQ-28, βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με **το φύλο, την εργασία σε ψυχιατρικό τμήμα, τον δείκτης οικονομικής δυσχέρειας** και τις διαστάσεις **«Συναισθηματική Εξάντληση» και «Προσωπικά Επιτεύγματα»**, της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**Κοινωνική Δυσλειτουργία** » του ερωτηματολογίου της Γενικής Κατάστασης της Υγείας GHQ-28, βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με τις διαστάσεις **«Συναισθηματική Εξάντληση» και «Προσωπικά Επιτεύγματα»** της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την διάσταση «**Κατάθλιψη**» του ερωτηματολογίου της Γενικής Κατάστασης της Υγείας GHQ-28, βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με **τον δείκτης Οικονομικής Δυσχέρεια** και τις διαστάσεις **«Συναισθηματική Εξάντληση»** και των **«Προσωπικά Επιτεύγματα»** της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Με ανεξάρτητη μεταβλητή την Συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου της Γενικής Κατάστασης της Υγείας GHQ-28, βρέθηκε ότι σχετίζετε ανεξάρτητα με το φύλο, την εργασία σε ψυχιατρικό τμήμα, τον δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, και τις διαστάσεις «συναισθηματική εξάντληση» και «προσωπικά επιτεύγματα» της επαγγελματικής εξουθένωσης.

5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Υπήρξαν συγκεκριμένοι περιορισμοί στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι πρέπει να ληφθούν κατά νου για την καλύτερη επεξεργασία και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Το δείγμα της μελέτης προήλθε από τα Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία της Αττικής της Ελλάδας, και όχι από νοσοκομεία της επαρχεία.

Επίσης προκείμένου να εξαχθούν περισσότερο έγκυρα αποτελέσματα μιας μελλοντικής μελέτης το δείγμα θα μπορούσε να περιλάβει και επαγγελματίες από ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Αυτό θα έδινε άλλη διάσταση στην έρευνα με περισσότερο γενικευμένα αποτελέσματα.

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μία προσέγγιση για τα ελληνικά δεδομένα στο συγκεκριμένο πεδίο, ειδικά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, και σαφέστατα υπάρχουν σημαντικά περιθώρια για περαιτέρω διερεύνηση και πιθανόν δυνατότητα εξέλιξη της ίδιας μελέτης.

Σημειώνεται πως ήδη έχει συγκεντρωθεί επιπλέον αριθμός ερωτηματολογίων από μεγαλύτερο δείγμα νοσηλευτών τα οποία δεν συμπεριλήφθηκαν λόγο πίεσης χρόνου και τα οποία δεν έχουν συμπεριληφθεί στην εν λόγω έρευνα, λόγω χρονικής πίεσης, και υπάρχει πρόθεση αξιοποίησης τους προς προσεχή συνέχισης της μελέτης.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα από τα πλέον συχνά προβλήματα στους εργασιακούς χώρους παγκοσμίως, με τους νοσηλευτές να ανήκουν στις πλέον ευάλωτες ομάδες για την ανάπτυξη του, καθώς σχετίζεται σημαντικά με την Ποιότητα ζωής και την γενική κατάσταση της υγείας των επαγγελματιών.

Η οικονομική κρίση φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά την Επαγγελματική εξουθένωσης των επαγγελματιών σε όλες τις διαστάσεις της την Ποιότητα Ζωής όπως και την Γενική κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών.

Ο τομέας της υγείας αποτελεί ενδεχομένως τον τομέα εκείνον στον οποίο η πολιτεία θα πρέπει να παρέμβει άμεσα, βελτιώνοντας τόσο τις συνθήκες όσο και τις υποδομές, ενισχύοντας ταυτόχρονα το έμψυχο δυναμικό, σε όλους τους τομείς. Δε πρέπει να λησμονείται για τις στρατηγικές διαχείρισης του εργασιακού άγχους ότι οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο πρέπει να γίνονται, αφού εξαντληθούν ενδεχόμενες παρεμβάσεις σε οργανωτικό και συλλογικό.

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Αδαλή, Ε. (2002). Πρόληψη – αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, *2*, 169-173.

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

Αντωνίου, Κ., Βασιλοπούλου, Γ. (2009). Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(1), 15-24. http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2009/VOLUME%2001_09/VA_REV_2_08_01_09.pdf

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

Αυγενάκης Α., Παπαδάκη Ε., Τοράκη Μ. (2012). *Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (The burnout syndrome) σε επαγγελματίες υγείας: επιπτώσεις στην ψυχική υγεία καθώς και στις επαγγελματικές και οικογενειακέςσχέσεις*. Πτυχιακή εργασία.ΣΕΥΠ - Τμήμα Κοινωνική Εργασίας, ΑΤΕΙ Ηρακλείου. Καθηγήτρια: Κα Μ. Τριγώνη.

Βακαλιός, Θ.(1984).*Ποιότητα ζωής: προβληματισμοί –κατευθύνσεις*, Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.

Βασιλόπουλος, Σ. (2012). Η επαγγελματική εξουθένωση και η σχέση της με το κοινωνικό άγχος στους εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. *Hellenic Journal of Psychology*, 9: 18-44.

Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» (Γ.Ν.Ν.Π., 2017). Το Νοσοκομείο: Ιστορία και δομή. Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 17/06/2017: http://www.nikaia-hosp.gr/

Γεωργοπούλου Χ., Κλαψη Ζ., Κούζη Α. (2015). *Η επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομειακό χώρο.* Πτυχιακή εργασία.ΣΕΥΠ - Τμήμα Κοινωνική εργασίας, ΑΤΕΙ Πάτρας. Καθηγήτρια: Α. Σιακαμπένη.

Γουδήρος, Δ. , Καραμήτρου, Λ. (2011). *Εκπαίδευση και κοινωνική ένταξη ευάλωτων ομάδων*, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Γώγος, Χ. (2009). Η διαδικασία ελέγχου της απόδοσης στην παροχή υπηρεσιών υγείας. η περίπτωση των εξωτερικών ιατρείων ενός γενικού νοσοκομείου. *Επιθεώρηση Υγείας,20*(118), 15-19.

Γώγος Χ. (2011). Εργασιακό στρες του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου και στρατηγικές διαχείρισης. *Υγιεινή & Ασφάλεια της Εργασίας*,46:12-16.

Δημητρόπουλος Χ., Ντάγανου Μ., Αλεξιάς Γ.(2008). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής από τη θεωρία στην πράξη. *Inforespiratory&internalmedicine, 49* (5): 31-41.

Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. (2007). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,25*(5):642-647.

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

Δριμάλα Δ., Μικρόπουλος Θ. (2015). Τάση αποχώρησης του νοσηλευτικού προσωπικού από το επάγγελμα. *Νοσοκομειακά Χρονικά, Πρακτικά 20ου Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα 16-20 Φεβρουαρίου77*(Συμπληρωματικό Τεύχος 1):33-45.

Ζαχαρή, Ε., Ντουράι, Α. (2015*). Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στην οικονομική κρίση.* Μεταπτυχιακή εργασία. ΣΕΥΠ – Σχολή Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Πάτρας. Καθηγητής: Ν. Στεφανόπουλος.

Θεοφίλου Π. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *e - Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας* 2009;4(4):41-50 http://e-jst.teiath.gr/dekatria_teuxos.htm (πρόσβαση: 26/04/16)

Θεοφίλου, Π. (2010). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: Έννοια και αξιολόγηση. *e–Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*, *5*(4), 43-53.

Θεούλης Ι., Κατσιγιάννη Φ. (2015). Θάνατος στο ΤΕΠ: Η διαχείριση του αιφνιδίου θανάτου. *Νοσοκομειακά Χρονικά, Πρακτικά 20ου Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα 16-20 Φεβρουαρίου* 77(Συμπληρωματικό Τεύχος 1):175-186.

Κάβουρα Μ., Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Βανδώρου Χ. (2003). *Ποιότητα ζωής.* Αθήνα: Εκδ. Janssen–Cilag.

Καλογεροπούλου, Μ., & Παπαθανασοπούλου, Ε. (2013). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, *30*(5), 587-594.

Κάντας Α., (1996). Επαγγελματικό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζομένους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία, 3(*2): 71-85.

Καρανικόλα, Κ., Κλεάνθους, Ε. (2011). Διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση επαγγελματικής Εξουθένωσης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. *Νοσηλευτική,* 50, 163–176.

Κονταξάκης Β., Τζινιέρη-Κοκκώση Μ., & Βασιλειάδου Μ. (2013). *Προληπτική ψυχιατρική, προαγωγή ψυχικής υγείας, ποιότητα ζωής και υγεία.* Στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας Ε. Λύκουρας (Επιμ. έκδ.), Σύγχρονη ψυχιατρική (1010-1020). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Κότιος , Ά., Γαλανός, Γ. και Ρουκανάς, Σ. (2012). Η Ελληνική Κρίση και η Κρίση του Συστήματος Διακυβέρνησης της Ευρωζώνης. *Σειρά Ερευνητικών Εργασιών*, *18*(1): 1- 26.

Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (BurnOutSyndrome). *Το Βήμα του Ασκληπιού*, *6*(1), 10-16.

Κουράκος Ι.Μ., Καυκιά Β.Θ., Θανασά Π.Γ., Κυλούδης Γ.Π., Σταθαρού Κ.Α., Ρεκλείτη Δ.Μ., Σαρίδη Ι.Μ. (2012). Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ): Διερεύνηση

αντιλαμβανομένου άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό. *Το Βήμα του Ασκληπιού11*(4), 563-576.

Λερίδης Ι. (2013). *Επαγγελματική Ικανοποίηση και Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών Νεφρολογικών Κέντρων.* Μεταπτυχιακή Διατριβή. Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ασκηση και Ποιότητα Ζωής» των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Καθηγητές: Α. Κουστέλιος, Β. Γεροδήμος, Α. Λάϊος.

Μαρβάκη Χ, Δημουλά Υ, Καμπισιούλη Ε, Χριστοπούλου Ι, Βασταρδής Λ, Καλογιάννη Α. (2007). Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική46*(3), 406-413.

Μαυρίδου, Α.Θ. (2012). *Διερεύνηση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό Γενικών Νοσοκομείων*. Διδακτορική Διατριβή. Σχολή Ιατρικής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Διευθυντής: Καθηγητής Απόστολος Στ. Ιακωβίδης.

Μπαλούρδος, Δ., Πετράκη, Μ. (2012). Νέα φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: πολιτικές καταπολέμησης και καθιέρωση ενός ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος. Αθήνα: Βουλή των Ελλήνων.Μουστάκα, Ε & Μαλλιαρού, Μ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση στις μονάδες εντατικής θεραπείας. *Νοσηλευτική, 47*(2), 125-134.

Μπαλτζή Ε., Χαρή – Παπαϊωάννου Φ., Πολυκανδριωτη Μ., Γουρνή Μ., Χαραλάμπους Γ.(2012). Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του γενικού νοσοκομείου Λάρνακας Κύπρου. *Το Βήμα του Ασκληπιού11*(4), 531-548.

Μουρίκη Α., Μπαλούρδος Δ., Παπαλιού Ο., Σπυροπούλου Ν., Φαγαδάκη Ε.και Φρονίμου Ε. (2012). Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας – 2012. Όψεις της κρίσης. *Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών*. ISSN 1109-5989.

Μάρκου Π. (2005). .Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16:21-25.

Μουστάκα, Ε & Μαλλιαρού, Μ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση στις μονάδες εντατικής θεραπείας. *Νοσηλευτική, 47*(2), 125-134.

Μουστάκα, Ε., Μαλλιαρού, Μ., Αντωνιάδου, Φ., Ζάντζος, Ε.Ι., Κυριάκη, Κ., Κωνσταντινίδης, Κ.Θ. (2010). Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού: συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Η υγεία εργασία,1* (1), 45-54. http://utopia.duth.gr/~tconstan/hygErg1-1s.pdf

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

Νάνου, Χ., Γουρουντή, Κ., Παλάσκα, Ε., Μαλλίδου, Α., Σαραντάκη, Α. (2015). Επαγγελματική εξουθένωση μαιών που εργάζονται σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 4* (3): 138-151.

Νούλα, Μ., Μουχάκη, Σ., Αργυροπούλου, Δ., Υφαντή, Ε., Κυριακίδου, Β., Τσιρίγκα, Σ., Γκεσούλη, Ε. (2010). Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2* (2): 99-103.

Ξένου Μ., Αντωνίου Α.Σ. (2008). Επιδράσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στα επίπεδα γενικής υγείας των εργαζομένων και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες στο Α.Σ. Αντωνίου (Επιτμ Εκδ), Burnout Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (σελ. 289-303). Θεσσαλονίκη: Unoversıty Studıo Press A.E.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριαντάφυλλου, Ε., Χριστοδούλου(2001). Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγειά, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,18*(3): 239-253.

Οικονόμου, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Πλουμπίδης, Δ. (2013). *Το Στίγμα της ψυχιατρικής νόσου, Ψυχοεκπαίδευση. Επαγγελματική εξουθένωση*. Στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε Λύκουρας (Επιμ. Έκδ.), Σύγχρονη ψυχιατρική (648-661). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Παγκοζίδου Α., Κατσιγιάννη Φ., Ρώτα Μ., Μήτση Λ. (2015). Άσκηση νοσηλευτικού έργου στο ΤΕΠ: Επιδράσεις στην ψυχική και σωματική υγεία. *Νοσοκομειακά Χρονικά, Πρακτικά 20ου Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης*

Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα 16-20 Φεβρουαρίου77(Συμπληρωματικό Τεύχος 1), 187-197.

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

Παπαδημητρίου Χ., Κουστέλιος Α. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση και φυσική δραστηριότητα εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας. *Διοίκηση Αθλητισμού και Αναψυχής 5*(1), 17-28.

Παπακωσταντίνου Κ., Παναγοπούλου Μ., Φλουρέντζος Κ. (2016). *Επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό.* Πτυχιακή εργασία. ΣΕΥΠ – Σχολή Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Πάτρας. Καθηγητής: Π. Καλιανέζος.

Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π. & Μπαλάσα, Α. (2011). *Άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, ποιότητα ζωής των εργαζομένων και εργασιακή ικανοποίηση*, σελ. 349- 384.

Ποτήρα, Σ. (2016). *Προσδιοριστές της πρόθεσης των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν την εργασία τους σε νοσοκομεία κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης: Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας*. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Καθηγήτρια: Ο. Σίκου.

Πουλοπούλου- Έμκε, Η. (2015). *Το κόστος της κρίσης και η άδικη κατανομή του στην Ελλάδα 2009-2014*. Αθήνα : Βογιατζή.

Σαρίδη, Μ., Καρρά, Α., Σουλιώτης, Κ. (2016). Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 33* (1): 73-83.

Σιδέρης, Β. (2013). *Η οικονομική κρίση και οι αμοιβές των επαγγελματιών της υγείας στην Ευρώπη.* Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιά. Καθηγήτρια: Σ. Χατζηδήμα.

Σταυριανόπουλος Θ., Σταμάτη Σ., Γκεβρέκη Ε., Γκουρβέλου Ο., Παπαδημητρίου Μ. (2011). Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού10*(1), 118-133.

Σταυροπούλου, Α., Παπαδάκη, Ε., Φτυλάκη, Α., & Καμπά, Ε. (2010). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-outsyndrome): κατανόηση και πρώιμη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. *Το Βήμα του Ασκληπιού9*(3), 359-374.

Τριανταφύλλου Ε.Σ., Οικονόμου Μ.Π., Χριστοδούλου (2005). *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές Αναφορές και θεωρητικά Μοντέλα*. Στο Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Ι. Χαβάκη - Κονταξάκη, Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ. Έκδ.), Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή (577-591). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Τριανταφύλλου Ε, Τομαράς Β. (2011). *Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας και ψυχικής υγείας. Θεωρητικό υπόβαθρο*. Στο Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Επιμ έκδ) Τιμητικός τόμος Καθηγητού Γεωργίου Ν. Χριστοδούλου, (238-247). Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Τριανταφύλλου, Ε. (2013). *Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας: Συγκριτική αξιολόγηση της εξουθένωσης τω ν επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικού τύπου ψυχιατρικές δομές*. Διδακτορική διατριβή. Ιατρική Σχολή – Α' Ψυχιατρική Κλινική. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Τριανταφύλλου Ε, Οικονόμου Μ, Πλουμπίδης Δ.(2015). *Επαγγελματική Εξουθένωση*. Στο Κ-Λ Κουντή – Χρονοπούλου, Μ. Τζεδάκη (επιμ έκδ). Η Συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην Ψυχιατρική Θεραπευτική (470-479). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Τσίρος, Χ. (2009). Επαγγελματική εξουθένωση και αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών. *Επιθεώρηση υγείας, 20*(118), 38-47.

Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής18*(3), 218-229.

Υφαντόπουλος Γ.Ν. (2007).Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24*(Συμπλ 1), 6-18.

2. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

AdaliE, PriamiM. (2002). Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal* 11, 1–19.

Andrews FM., Withey SB. *Social indicator of well – being: America's perception of life quality.* Plenum Press, New York, 1976.

Antoniou, A.-E.G. Davidson, M.J., Cooper, C.L. (2003). Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology, 18*(6), 592 – 621.

Aro S., Aro H., Keskimaki, I. (1995). Socio - economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *Br J Psychiatry, 16*(6), 759-767.

Armstrong-Stassen, M. (2004). The influence of prior commitment on the reactions of layoff survivors to organizational downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology, 9*(1), 46-60.

Aiken L, Clarke SP, Sloane DM. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Int J Qual HealthCare* 14, 5–13.

Bergner M., Bobbit R.A., Carter W.B., Gilson B.S. (1981). The Sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care,* 19:787-805.

Berger - Schimmit, R., Noll, H.-H. (2000). *Conceptual framework and structure of a European System of Social Indicators.* EuReporting Working Paper, No. 9, subproject "European System of Social Indicators". Centre for Survey Research and Methothology (ZUMA), Social Indicators Department, 24-25.

Bouras G., Lykouras L. (2011). The economic crisis and its impact on mental health. *Encephalos Journal, 48* (2), 54-61.

Branders, V., Terris, D.D., Fischer, C., Schuessler, M.N., Pttowitz, G., Titscher, G. Thayer, J.E. (2009). Music programs designed to remedy burnout symptoms show significant effects after five weeks. In: Bella, S.D., Kraus, N., Overy, K.,

Pantev, C., Snyder, J.S., Tervaniemi, M., Schlaug, G. (eds), The Neurosciences and Music III: Disorders and Plasticity (pp. 422-425). *Annnals of the New York Academy of Sciences,* Volume 1169. Boston, Massachusetts: Blackwell Publishing.

Brewer E, Shapard L. (2004). Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between burnout age or years of experience. *Human Resources Development Review* 3, 102–123.

Burke, R., Koyuncu, M. and Fiksenbaum, L. (2010). Burnout, Work Satisfactions and Psychological Well-Being among Nurses in Turkish Hospitals. *Europe's Journal of Psychology,* 6, 63-81.

Campbell A., Converse R., Rodgers W. *The quality of American life. Russell Sage.* New York, 1976.

Cherniss, C. *Professional burnout in human service organizations*, New York: Preager Publisher, 1980.

Cole A., (1991). *Stress: Pressure Point. Nursing Times, 13,*87, (46), 24-27.

Constable J.F., Russell Dw. (1986). The effects of social support and the work environment upon burnout among nurse. *J Human Stress*, 12, 20-26.

Committee of the Regions, (2015). *Evaluating Quality of Life in the European regions and cities*. Mograph Series, Office for Official Publications of the European Communities.

De Haan, A. (2001). Social Exclusion: Enriching the Understanding of Deprivation. Available in citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi...pdf. Retrieved in 10/06/2017.

Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.B.(2000). A model of burnout and life satisfaction among nurse. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 454-464.

Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.B. (2001). The Job Demands – Resources model of Burnout. *Journal of Applied Psychology86*(3), 499-512.

Demerouti E., Bakker A.B. (2008). The oldenburg burnout inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. In J. Halbesleben (Ed.) , Stress and bournout in health care, *Nova Sciences*, 65-78.

Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I.(2008). Are recessions harmful to health after all? *J Econ Stud*, 35, 368-384.

Economou, Ch. (2010). *Greece: Health System Review:Health Systems in Transition.* Copenhagen:European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou M., Madianos M, Theleritis C., Peppou, L.E., Stefanis C. N.(2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet, 378*, (9801): 1459.

Economou M et al. (2012). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders, 145*(3): 308–14.

Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Theleritis C., Patelakis A., Stefanis C. (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. World Psychiatry, 12, 53-9.

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burrn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.

Elstat (2013). *Suicide data*. Athens, Hellenic Statistical Service.

Embriaco N., Papazian L., Kentish-Barnes N., Pochard F., Azoulay E.(2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers.*PubMed, 13* (5): 482-8.

European Agency for Safety and Health at work (2009). European risk observatory report. OSH in figures: stress at work - facts and figures . Luxemburg: Officer for Official Publications of the European Communities. https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work

European Federation of Nurses Associations, (E.F.N., 2012). Caring in crisis: The impact of financial crisis on Nurses and Nursing/ A comparative review of 34 European countries. Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 17/06/2017: http://www.efnweb.be/

Espeland, K.E. (2006). Overcoming burnout: how to revitalize your career. *Journal of Continuing Education, 37*(4), 178-784.

Estryn-Behar M., Van der Heijden B.I.J.M., Oginska H., Camerino D., Le Nezet O., Conway P.M., Fry C., Hasselhon H.M. and Next Study Group. (2007). The Impact of Social Work Environment, Teamwork Characteristics. Burnout and Personal Factors Upon Intent To Leave Among European Nurses. *Medical Care, 45*(10), 939-950.

Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B.I.J.M., Oginska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P.M., Fry, C., Hasselhon, H.M. and Next Study Group. (2007). The Impact of Social Work Environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and Personal Factors Upon Intent To Leave Among European Nurses. *Medical Care 45(*10):939-950.

Firth-Cozens, J. & Payne, R. (1999). *Stress in Heallh Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.

Freundenberger, H.J. (1974). Staff Burnout.*Journal of Social Issues,* 30: 159-165.

Fountoulakis K, Grammatikopoulos I, Koupidis S, Siamouli M, Theodorakis P. (2012). Health and the financial crises in Greece. *Lancet,* 379:1001.

Ganster D. & Rosen, C. (2013). Work stress and employee health: a multidisciplinary review. *Journal of management, 39*(5), 1085-1122.

Galtung J., Wirak AH. (1976). *Human needs, human rights, and the theory of development*. Oslo, University of Oslo.

Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor : NFER - Nelson.

Gorter, R.C., Eijkman, M.A.J., Hoogstraten, J. A. (2001). Career counseling program for dentists: Effects on burnout. *Patient Educ Couns*, 43, 23–30.

Halm, M., Peterson, M., Kandels, M., Sabo, J., Blalock, M., Braden, R., Gryczman, A., KriskoHagel, K., Larson, D., Lamay, D., Sisler, B., Strom, L., Topham, D. (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Clin Nurse Spec, 19*(5), 241-251.

Houston M., Day M., De Lago M., Zarocostas J.(2011). Health services across Europe face cuts as debt crisis Begins to bite. *British Medical Journal*, 343, d5266.

Hunt S.M., McEwen J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Social Health Illness*, 2, 231-246.

Inglehart R.(1977). *The silent revolutuion: Changing values and political styles among western publics*. The Princeton legacy library.

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

Jones J.W. (1980). *Preliminary test manual for the staff burnout scale for health professionals.* House management consultants Inc, Illinois, London.

Kalliath T, Morris R. (2002). Job satisfaction among nurses. A predictor of burnout levels. *JONA* 32, 648–654.

Kalafati M. (2012). How Greek healthcare services are affected by the Eurocrisis Emergency *Nurs.* 20, 26-7.

Kaplan R.M. (1985). *Quality of life measurements. In: Karoly P. (ed) Measurement strategies in health Psychology*. 115-146. New York: Willey.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P. and McKee, M.(2013). Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe. *Lancet*, 381, 1323-133.

Karatzanis A.D., Symvoulakis E.K., Nikolaou V., Velegrakis G.A.(2012). Potential impact of the financial crisis on outpatient hospital visits due to otorhinolaryngologic disorders in Crete, Greece. *International Journal of Medical Science*, 9, 126-128.

Karnofsky D.A., Burchenal J.H..*The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. In: McLeod (ed) Cancer in evaluation of chemotherapeutic agents.* Columbia University press. New York. 1949.

Katz S.T., Ford A.B., Mosowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W.(1963). Studies of illness in the aged. *Jama*. 185: 914-919.

Kash, K.M., Holland, J.C., Breitbar,t W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S.& Lesko, L.(2000). Stress and burnout in oncology.*Oncology(Williston Park), 14*(11), 1621-1637.

Kentikelenis A., Karanikolos G., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis : omens of a Greek tragedy. *Lancet, 378*, (9801): 1457-1458.

Khamisa N., Oldenburg B., Peltzer K. and Ilic D.(2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses.*Europe PubMed Central, 12*(1), 652-666 http://europepmc.org/articles/pmc4306884

Kitaoka K., Masuda S.(2013). Academic report on burnout among Jananese nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 273-279.

Kjeldmand, D. & Holmstorm, I. (2008). Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners. *Annals Journal Club, 6*(2), 138-145.

Kondilis E et al. (2013). Suicide mortality and economic crisis in Greece: men's Achilles' heel. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67: e1.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for assessment of burnout. *Work & Stress 19*(3):192-207.

Lazasus, R.S., Folkman, S. (1984*). Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer.

Lee R.T., Ashforth B.E.(1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*, 14:3-20.

Lehman AF. The well-being of chronic mental patlents: Assessing their quality of life. *Arch Gen Psychiatry*. 1983, 40, 369-373.

Leiter, MP. (1993). *Burnout as a developmental process: Consideration of models*. See Schaufeli et al 1993, pp. 237–50.

Leiter, M.P. and Maslach C. (2009) Nurse Turnover: The Mediating Role of Burnout. Journal of Nursing Management, 17, 331-339.

Lewallen, L.P., Crane, P.B., Letvak, S., Jones, E. & Hu, J. (2003). An innovative strategy to enhance new faculty success. *Nursing education Perspectives, 24*(5), 257-260.

Marine, A., Ruotsalainen, J.H.,Serra, C., Verbeek, JH. (2009). Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. *The Cochrane Library,* Issue 1.

Maslach C.(1976). Burned out, *Human behavior*, Vol 9.

Maslach C., Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior,* 2:99-113.

Maslash, C. & Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology*, 5:133-153.

Maslach C., & Jackson S.E. (1985). The role of the sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851

Maslach C., Jackson, S.E. Maslach *Burnout Inventory* (2nd edition). U.S.A: Consulting Psychologists Press, 1986.

Maslach, C.(1993). Burnout: a Multidimensional Perspective. In W. B. Schaufeli, C.Maslach & T. Marek (eds.), *Professional Burnout: Recent developments in Theory and Research* (pp. 19-32). London: Taylor & Francis.

Maslach C, Jackson ES, Leiter PM. (1996). *Maslach burnout inventory manual.* 3rd editin. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press Inc.

Maslach C., & Pines A. (1997). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P.(2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P.(2001). Job burnout. In S.T. Fiske, D.L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (Ed.), *Annual review of psychology*, 52 (pp. 397-422).

Maslach C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. ISHK, Cambridge, pp. 2.

Matsaganis M. (2011). The welfare state and the crisis: The case of Greece. *Journal of European Policy*, 21, 501-512.

McCall S. (1975). Quality of life. *Social indicators research* 2,229-248.

Melzack R., Torgerson W.S.(1971). On the language of pain. *Anaesthesiology,* 34:50-59.

Michas G, Micha R (2013). Road traffic accidents in Greece: have we benefited from the financial crisis? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67(10):894.

McKee M., Karanikolos M., Belcher P., Stuckler D. (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, 12, 356-50.

Miller A., Engst C., Tate R., Yassi A.(2005). Evaluation of the effectiveness of portable ceiling lifts in a new long-term care facility.Applied Ergonomics, 37, 377-385.

Morgan, J.C. and Lynn, M.R. (2009). Satisfaction in Nursing in the Context of Shortage. *Journal of Nursing Management*, 17, 401-410.

Morrow G.R., Chiarello R.J., Derogatis L.R.(1978). A new scale for assessing patients, psychological adjustment to medical illness. *Psychol Med*, 8:605-610.

OECD Health Data (2013). How Does Greece Compare. http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2013.pdf

Ospina-Kammerer, V., & Figley, C.R. (2003). An evaluation of the respiratory one method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5, 29–32.

Owen B. (2000). Preventing injuries using an ergonomic approach. *AORN Journal, 72* (6), 1031-1036.

Papathanassoglou, E. and Mpouzika, M. (2012) Critical Care in the Era of Global Economic Crisis: A Nursing Ethics Perspective. *Nursing in Critical Care*, 17, 275-278.

Pejitersen J., Allermann L., Kristensen T.S., Poulsen O.M. (2010). Indoor climate, Psychosocial Work Environment and Symptoms in Open – Plan Offices. *Indoor air*, 16: 392 – 401.

Pines, A.M., Kanner, AD. (1982). Nurses burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as tow Independent sources of stress. *Journal of Phychosocial Nursing and Mental Health Services 20*(8):30-35.

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

Pines, A. M. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (pp. 386-403). New York: Free Press.

Pisanti R., Lombardo C., Lucidi F., Violani C., & Lazzari D. (2013). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Human Services among Italian nurses: a test of alternative models. *Journal of Advanced Nursing, 69* (3), 697–707.

Poghosyan,L., Aiken, L., & Sloane, DM. (2009). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurse from eight countries. *International Journal of Nursing Studies, 46*(7), 894-902. [PMC free article] [PubMed] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700194/

Poghosyan, L., Clarke, S., Finlayson, M. and Aiken, L. (2010) Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. Research in *Nursing & Health*, 33, 288-298.

Poncet M.C., Toullic P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit J-F., Pochard F., Chevret S., Schlemmer B., Azoulay E. (2007). Burnout syndrome in Critical Care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 175, 698-704.

Poulopoulos C. (2012). Economic crisis in Greece: risks and challenges for drug policy and strategy. *Journal Drugs and alcohol Today,* 12, 132-40.

Rechel B et al. (2011). Economic crisis and communicable disease control in Europe: a scoping study among national experts. *Health Policy,* 103: 168–175.

Room, G. (2000) *Trajectories of social exclusion* in Gordon, D. and Townsend, P. (eds) Breadline Europe, Bristol: The Policy Press.

Rotter J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versur external control of enforcement. *Psychological monographs:General and applied*, 80:1-28.

Salpigktidis, I. I., Paliouras, D., Gogakos, A. S., et al. (2016). Burnout syndrome and job satisfaction in Greek residents: exploring differences between trainees inside and outside the country. *Annals of Translational Medicine, 4*(22), 444.

Schaufeli W.B., Buunk B.P. (1996). *Professional burnout.* In "Handbook of Work and Health Psychology" (Eds. M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, C.L. Cooper), John Wiley & Sons, Chichester.

Schaufeli W.B., Enzmann D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis, Taylor & Francis*, London.

Schaufeli W. B. & Greenglass E. R.(2001). Introduction on a special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16,501-510.

Skefales A., Plakas S., Fouka,et al. (2014.) Burnout and Its Association with Working Conditions among Greek Hospital Nurses in a Time of Financial Crisis. Open*Journal of Nursing*, 4, 548-563.

Somarriba-Arechavala, N., Zarzosa-Espina, P., Pena-Trapero, B. (2015). The Economic Crisis and its Effects on the Quality of Life in the European Union. *Soc Indic Res* 120: 323-343.

Spitzer W.O., Dobson A.J., Hall J. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients. *J Chron Dis*. 34:595-597.

Stone GL., Jebsen P., Walk P., Belsham R. (1984). Identification of stress and coping skills within a critical care setting. *West J nurs Res, 6* (2), 201-211.

Stuckler D, King LP, Basu S (2008). International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Medicine, 5(*7): e143.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009). The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet, 374,* (9686): 315−323.

Stuckler, D. and McKee, M. (2011). There Is an alternative: Public Health Professionals Must Not Remain Silent at a Time of Financial Crisis. *European Journal of Public Health*, 22, 2-3.

Stuckler D., McKee M. (2012). There is an alternative: public health professionals must not remain silent at time of financial crisis. *European Journal of Public Health*, 22, 2-3

Shirey, M.R. (2006). Stress and burnout in nursing faculty. *Nurse Educator, 31*(3), 95-97.

Shirom, A. & Ezrachi, Y. (2003).On the discriminant validity of Burnout, Depression and Anxiety: A re-examination of Burnout Measure. Anxiety, Stress & Coping: *An International Journal, 16* (1): 83-97.

Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N., & Nagata, S. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: A pilot study. *Journal of Occupational Health*, 45, 185–190.

Simou E., Koutsogeorgiou E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. Department of Epidemiology and Biostatistics. *National School of Public Health of Athens. Journal Health Policy, 115* (2-3), 111-119 http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(14)00047-5/references

Sutherland, V., & Cooper, C.L. (2003). *Destressing doctors: a self – management guide*. London: Butterworth Heinemann.

Shirom A., & Melamed S.(2006). A comparison of the construct validity of twoburnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13, 176-200.

Szalai A., Andrews F.M. (1980). *The quality of life, comparative studies*. Sage studies in international sociology. Oxford, 20:289.

Tsakloglou, P. (2000*). Poverty and anti-poverty policies in greece and comparisons with other mediterranean eu member states*. Contemporary greece and Europe.

Trinkoff A.M., Lipscomb J.A., Geiger-Brown J., Storr C.L., Brady B.A. (2003). Perceived physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. *American Journal of Preventive Medicine, 24* (3), 270-275.

Vasiliadou A., Karvountzis G., Soumilas A., Roumeliotis D., Theodosopoulou E. (1995). Occupational Low back In nursing staff in a Greek hospital. *Journal of Advanced Nursing,* 21, 125-130.

Van WykB.E., Pillay-Van WykV. (2010). *Preventive staff-support interventions for health workers.*Cochrane Database of Systematic Reviews, 3.

Vandoros S et al. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *European Journal of Public Health, 23*(5): 727–731.

Wasiak R., Verma, S., Pransky G., Webster B. (2004). Risk factors for recurrent episodes of care and work disability: case of low-back pain. *J. Occup Environ Med, 46* (1), 68-76.

Ware J.E. (1993). The FS-36 Health Survery: *A manual and interpretation guide. The health institute.* New england medical center. Boston.

Wray, J. (2013). The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing. *Journal of Advanced Nursing,* 69, 497-499.

WHOQOL Group(1995). World Health Organization Quality of the Llife Assessment (WHOQOL): Position Peper from World Health Organization. *Soc Scl Med,* 41, 1403-1409.

World Health Organization (1979). Handbook for reporting results of cancer treatment. *WHO offset Publ.,* No 48. Genova, 1979.

World Health Organization (1995). World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from World Health Organization. *Soc Scl Med,* 41, 1403-1409.

World Health Organization (Europe), (2004). Prevention of Mental Disorder: Effective Interventions and Policy Option. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2011). *Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region.* Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.

Yatasa Y.N. (2014). Levels of Burnout among EU & ICU Nurses - Addis Ababa, Ethiopia : A Cross - sectional Descriptive Study. Erasmus Mundus Master Course in Emergency and Critical Care Nursing (Emmecc nursing). http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70684/Yavello_Yatasa_Final_Thesis.pdf?sequence=1

Yassi A., Ostry A.S., Spiegel J., Walsh G., de Boer H.M. (2002). Collaborative evidence - based approach to making healthcare a healthier place to work. *Healthcare Quarterly, 5* (3), 70-78.

YFANTOPOULOS J.(2001). Health-related quality of life. Part I and II. Guest Editor Yfantopoulos J. *Arch Hellen Med* (18, 19).

Zautra A., Goodhart D. (1979).Quality of life indicator: A review of the literature. *Commun ment Health*. Rev 4,1-10.

Zavras D et al. (2012). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health, 23*(2): 206–210.

Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟΕΓΓΡΑΦΟ

Αθήνα,

Αξιότιμε(η) κ. συνάδελφε,

Θα επιθυμούσα να ζητήσω την συμβολή σας στην διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης, στο πλαίσιο διπλωματικής μου εργασίας με τίτλο: «Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, ποιότητα ζωής και γενική κατάσταση της υγείας των εργαζομένων νοσηλευτών σε Νοσοκομεία της Αττικής σε περίοδο οικονομικής κρίσης», με Επιβλέπουσα την κα Μαρίνα Οικονόμου, Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Η εν λόγω διπλωματική εργασία αποτελεί προϋπόθεση για την ολοκλήρωση των σπουδών μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα με τίτλο: «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών», της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ).

Συγκεκριμένα και κατόπιν της σχετικής έγκρισης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου σας, θα σας παρακαλούσα όπως συμπληρώσετε ένα δελτίο δημογραφικών χαρακτηριστικών και στοιχείων επαγγελματικής κατάστασης, καθώς και τέσσερα ερωτηματολόγια: α) το «Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach» (Maslach Burnout Inventory - M.B.I.), β) το «Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας - WHOQOL-BREF» - σύντομη μορφή, γ) το «Ερωτηματολόγιο Γενικής (Ψυχικής) Υγείας» (General Health Questionnaire – GHQ-28) και δ) το «Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας» (Index of Personal Economic Distress).

Στο πλαίσιο διατήρησης της ανωνυμίας των προσωπικών δεδομένων, δεν θα αναγράψετε το ονοματεπώνυμό σας στα ως άνω ερωτηματολόγια. Επίσης, θα έχετε τη δυνατότητα να εσωκλείσετε και να σφραγίσετε όλα τα έντυπα σε φάκελο που θα σας διανεμηθεί μαζί με τα ερωτηματολόγια. Θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι προαιρετική.

Σας ευχαριστώ για την συνεργασία σας και είμαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνηση.

Με εκτίμηση
Γεώργιος Θάνος
Νοσηλευτής ΤΕ
Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά
«Άγιος Παντελεήμων»

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6974338737

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Με το παρόν έντυπο δηλώνω, ότι δέχομαι να συμμετέχω στην έρευνα με τίτλο: «Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, ποιότητα ζωής και γενική κατάσταση της υγείας των εργαζομένων νοσηλευτών σε Νοσοκομεία της Αττικής σε περίοδο οικονομικής κρίσης», που διεξάγεται στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών (ΠΜΣ) «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας-Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με Επιβλέπουσα την κα Μαρίνα Οικονόμου, Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Στο πλαίσιο συμβολής μου στην διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας, έχω ενημερωθεί για το αντικείμενο αυτής, καθώς και για τα ερωτηματολόγια, τα οποία καλούμαι να συμπληρώσω. Επίσης, υπάρχει η διαβεβαίωση ότι η συμμετοχή μου στο εν λόγω εγχείρημα είναι προαιρετική και έχω ενημερωθεί για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των προσωπικών δεδομένων, καθώς δεν θα χρειαστεί να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του κάθε συμμετέχοντος στα ερωτηματολόγια και θα δίδεται η δυνατότητα να σφραγίζονται όλα τα έντυπα σε φάκελο που θα διανέμεται συνοδευτικά. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων θα έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα και θα κοινοποιηθούν μόνον συνοπτικά αποτελέσματα, όπως αυτά θα προκύψουν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Τέλος, θα δίδεται η δυνατότητα διευκρινήσεων σε τυχόν απορίες που θα προκύψουν, έχοντας επιπλέον το δικαίωμα διακοπής της συμμετοχής μου στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή κριθεί από την πλευρά μου αναγκαίο.

……

(Υπογραφή)

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ημερομηνία:

1. Φύλο: **'Αρρεν** ☐ **Θήλυ** ☐

2. 'Ετος Γέννησης:

3. Οικογενειακή κατάσταση: **Έγγαμος** ☐ **'Αγαμος** ☐ **Διαζευγμένος** ☐ **Σε διάσταση** ☐ **Σε χηρεία** ☐

4. Αριθμός Τέκνων(αν υπάρχουν):

5. Εκπαιδευτικό επίπεδο: **Δημοτικο** ☐ **Ι.Ε.Κ** ☐ **Γυμνάσιο** ☐ **Α.Τ.Ε.Ι** ☐ **Λύκειο / ΕΠΑΛ (Τ.Ε.Ε - Τ.Ε.Λ)** ☐ **Α.Ε.Ι** ☐ **Μεταπτυχιακό** ☐ **Διδακτορικό** ☐

6. Τίτλοι σπουδών:

7. Εθνικότητα:

8. Φορέας που εργάζεστε:

9. Τμήμα απασχόλησης:

10. Θέση εργασίας (π.χ προϊστάμενος, τομεάρχης κ.α.):

11. Συνολικός αριθμός ετών ή μηνών απασχόλησης: **Έτη: _____ ή Μήνες: _____**

12. Συνολικός αριθμός ετών ή μηνών απασχόλησης στον συγκεκριμένο φορέα: **Έτη: _____ ή Μήνες: _____**

13. Συνολικός αριθμός ετών ή μηνών απασχόλησης στο συγκεκριμένο τμήμα: **Έτη: _____ ή Μήνες: _____**

14. Αριθμός ημερών αναρρωτικής άδειας που έχετε πάρει τους τελευταίους 12 μήνες: **Ημέρες: _____**

15. Μηνιαίες αποδοχές: **< 500 €** ☐ **501-700 €** ☐ **701-1000 €** ☐ **>1000 €** ☐

16. Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μείωση των μηνιαίων αποδοχών σας; **Ναι** ☐ **Όχι** ☐

17. Αισθάνεστε εργασιακή ανασφάλεια λόγο της οικονομικής κρίσης; **Ναι** ☐ **Όχι** ☐

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 1°

Με αυτό το ερωτηματολόγιο θέλουμε να καταλάβουμε καλύτερα πώς οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιλαμβάνονται τη δουλειά τους και τους ασθενείς που φροντίζουν. Οι παρακάτω 22 προτάσεις αναφέρονται στα συναισθήματα των εργαζομένων σχετικά με το επάγγελμα τους. Αφού διαβάσετε προσεκτικά κάθε πρόταση, αποφασίστε εάν έχετε νιώσει τέτοια συναισθήματα στο χώρο εργασίας σας. Εάν **δεν** έχετε νιώσει ποτέ κάποιο από αυτά τα συναισθήματα, τοποθετείστε τον αριθμό **μηδέν** (0) μπροστά από την πρόταση. Εάν όμως έχετε νιώσει κάποιο συγκεκριμένο συναίσθημα, διευκρινείστε **πόσο συχνά** το αισθάνεστε τοποθετάντας μπροστά από την πρόταση έναν αριθμό από το 1 έως το 6 που εκφράζει τη συχνότητα με την οποία νιώθετε αυτό το συναίσθημα. Η κλίμακα αντιστοιχίας των αριθμών με τη συχνότητα είναι η ακόλουθη:

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Δύο τρεις φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

Το παρακάτω είναι μονάχα ένα παράδειγμα. Δεν χρειάζεται να το απαντήσετε εσείς.

Συχνότητα
0-6

3 - Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.

Το παράδειγμα σας δείχνει ότι ο/η επαγγελματίας που το απάντησε νιώθει απογοητευμένος/η από τη δουλειά του/της δύο τρεις φορές το μήνα (3).

Copyright 1991 Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Μόνος

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

Πόσο συχνά
0-6

1. _____Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου.
2. _____Νιώθω άδειος/α, σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάω από τη δουλειά.
3. _____Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά.
4. _____Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.
5. _____Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σαν να ήταν αντικείμενα.
6. _____Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα.
7. _____Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.
8. _____Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου.
9. _____Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.
10. _____Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτήν τη δουλειά.
11. _____Με προβληματίζει ότι σιγά - σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.
12. _____Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.
13. _____Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.
14. _____Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.
15. _____Στην ουσία, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.
16. _____Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.
17. _____Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.
18. _____Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.
19. _____Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτήν τη δουλειά.
20. _____Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια..νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.
21. _____ Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.
22. _____Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματα τους.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2° WHOQOL-BREF

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας** και **την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής του ατόμου, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα της ζωής του.
Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.** Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σάς αντιπροσωπεύει καλύτερα.** Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.
Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε **να** σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες.** Για παράδειγμα, εάν κρίνετε οτι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **"Απόλυτα".** Εάν εκτιμάτε οτι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **"Καθόλου".**

Παρακαλούμε αφού διαβάσετε τις δύο ακόλουθες ερωτήσεις, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε γενικά για την υγεία και την ποιότητα της ζωής σας. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιό βαθμό βιώνετε ορισμένες καταστάσεις (π.χ. σωματικούς πόνους). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σάς εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
5	Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιό βαθμό έχετε την δυνατότητα ή και την ικανότητα να βιώνετε ορισμένες καταστάσεις που αφορούν σε ένα συγκεκριμένο τομέα της ζωής σας (π.χ. την δυνατότητα ή και ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρανται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγα	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Πόσο καλά μπορείτε να αποδεχτείτε τη εξωτερική σας εμφάνιση;	1	2	3	4	5
12	Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε πρόσβαση σε πληροφορίες που χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να τα βγάζετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά έχετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε οτι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τους ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις επιδιώξεις και τα προσόντα σας)	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 3°

General Health Questionnaire –GHQ-28

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά:

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα και γενικά πώς ήταν η υγεία σας **τις τελευταίες εβδομάδες.** Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν, **υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα.**

Προσέξτε: Θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν.

Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις!

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας!

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ

	0	1	2	3
Α -1 Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
Α -2 Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Α-3 Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Α-4 Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος /η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Α-5 Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Α-6 Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Α -7 Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Β-1 Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος /η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Β-2 Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Β-3 Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Β-4 Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Β-5 Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

	0	1	2	3
B-6 Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B-7Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
C-1 Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
C-2 Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγοράτερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
C-3 Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C-4 Είσαι ικανοποιημένος με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο ικανοποιημέ-νος/η	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημέ-νος/η απ'ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημέ-νος/η
C-5Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως
C-6 Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
C-7 Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
D-1 Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D-2 Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D-3 Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D-4 Σου έχει περάσει από το μυαλό σου η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσ'ει
D-5 Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D-6 Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος ή και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D-7 Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι
A B	C	D	ΣΥΝΟΛΟ:	

ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ

(Index of Personal Economic Distress)

Πόσο συχνά θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να καλύψετε κάθε μια από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό σας κατά τους τελευταίους 6 μήνες;

	Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια – Σχεδόν ποτέ	Δεν έχω αυτό το έξοδο
Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κλπ)				
Τη δόση κάποιου δανείου				
Την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας				
Τη δόση του αυτοκινήτου				
Το ενοίκιο της κατοικίας				
Τα δίδακτρα φροντιστηρίων				
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης				
Τα ψώνια στο Supermarket				
Φορολογικές/ασφαλιστικές υποχρεώσεις				

Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc. Psychiat. Epidemiol.* 46:943-952