



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ»

Διπλωματική Εργασία

**«Διερεύνηση των επιδράσεων της επαγγελματικής
εξουθένωσης, στην εργασιακή ικανοποίηση και στη
σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού
προσωπικού σε νοσοκομεία της Αττικής»**

Αγγελική Κουτσομπού

Επιβλέπων Καθηγητής: Θεόδωρος Φούσκας

Πάτρα, Ιούνιος 26

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή/φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

**«Διερεύνηση των επιδράσεων της επαγγελματικής
εξουθένωσης, στην εργασιακή ικανοποίηση και στη
σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού
προσωπικού σε νοσοκομεία της Αττικής»**

Αγγελική Κουτσουμπού

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Θεόδωρος Φούσκας

Αναπληρωτής Καθηγητής

Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Ελένη Σαζακλή

Επίκουρη Καθηγήτρια

Τμήμα Ιατρικής

Πανεπιστημίου Πατρών

ΣΕΠ ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 26

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Θεόδωρο Φούσκα, για την εμπιστοσύνη, την καθοδήγηση και τις ουσιαστικές παρατηρήσεις του κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Επιπλέον, ευχαριστώ θερμά τη συνεπιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Ελένη Σαζακλή για τη στήριξη και τη συμβολή της. Τέλος, η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την αμέριστη συμπαράσταση της οικογένειάς μου και των φίλων μου, που με στήριξαν σε κάθε βήμα αυτής της διαδρομής.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:	Η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί ένα μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη λειτουργικότητα και την ευημερία των ίδιων των εργαζομένων όσο και στην ποιότητα, ασφάλεια και συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο σχετίζεται με τη χρόνια έκθεση σε υψηλό εργασιακό στρες, τη συναισθηματική και σωματική κόπωση, τη μείωση της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας, την αποστασιοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας, καθώς και τη δυσκολία διατήρησης θετικής στάσης και ουσιαστικής δέσμευσης. Στον χώρο της νοσηλευτικής, όπου οι απαιτήσεις είναι έντονες και η αλληλεπίδραση με ασθενείς σταθερά παρούσα, οι συνέπειες της εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Παράλληλα, η εργασιακή ικανοποίηση και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελούν κρίσιμους δείκτες της ευημερίας και της επαγγελματικής λειτουργικότητας των νοσηλευτών. Η συστηματική διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των τριών αυτών μεταβλητών είναι απαραίτητη για τον εντοπισμό των βασικών παραγόντων κινδύνου και για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων.
ΣΚΟΠΟΣ:	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση, την εργασιακή ικανοποίηση και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της Αττικής. Επιμέρους στόχοι ήταν η καταγραφή των επιπέδων των παραπάνω μεταβλητών, η ανάλυση των μεταξύ τους συσχετίσεων, η διερεύνηση της διαφοροποίησης των επιπέδων αυτών βάσει δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών και η διατύπωση προτάσεων πολιτικής και οργανωτικής παρέμβασης.
ΜΕΘΟΔΟΣ:	Η έρευνα υιοθέτησε ποσοτική συγχρονική (cross-sectional) μεθοδολογία. Το δείγμα αποτέλεσαν 114 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού από νοσοκομεία της Αττικής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ανώνυμου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, καθώς και τρεις σταθμισμένες κλίμακες: το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) για την εξουθένωση, το Job Satisfaction Survey (JSS) για την εργασιακή ικανοποίηση και το SF-36 για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με περιγραφική στατιστική, συσχετίσεις Pearson και πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:	Το προφίλ του δείγματος αντανάκλούσε την έντονη εργασιακή καταπόνηση (κυκλικό ωράριο, εννέα ή περισσότερες βάρδιες μηνιαίως) και την ευρεία αντίληψη ανεπαρκούς στελέχωσης. Η συνολική εργασιακή ικανοποίηση ήταν χαμηλή, ενώ η πλειοψηφία ήταν δυσαρεστημένη κυρίως ως προς τον μισθό, τις προαγωγές, τις παροχές

	και τις ανταμοιβές. Η εξουθένωση, όπως μετρήθηκε με το OLBI, βρέθηκε σε σχετικά υψηλά επίπεδα, με την εξάντληση να υπερτερεί της αποστασιοποίησης. Οι δείκτες της ποιότητας ζωής (SF-36) ήταν μέτριοι προς χαμηλοί, με ιδιαίτερη επιβάρυνση στη ζωτικότητα, την ψυχική υγεία και τον κοινωνικό ρόλο. Οι στατιστικές αναλύσεις ανέδειξαν ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ συνολικής επαγγελματικής εξουθένωσης και συνολικής εργασιακής ικανοποίησης. Αντίστοιχα, η εξουθένωση συνδέθηκε αρνητικά με τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας, ενώ η εργασιακή ικανοποίηση συνδέθηκε θετικά με αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, κυρίως με την ψυχική υγεία και τη ζωτικότητα. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις επιβεβαίωσαν ότι η αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ανεξάρτητο αρνητικό παράγοντα για τις περισσότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ακόμη και μετά τον έλεγχο των δημογραφικών και επαγγελματικών μεταβλητών. Παράγοντες όπως το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας και τα κίνητρα επιλογής του επαγγέλματος διαφοροποίησαν σημαντικά τα επίπεδα εξουθένωσης, ικανοποίησης και ποιότητας ζωής.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:	Η μελέτη ανέδειξε τη στενή αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, επιβεβαιώνοντας ότι η εξουθένωση λειτουργεί ως βασικός αρνητικός μηχανισμός με επιπτώσεις στην ψυχική και κοινωνική ευημερία. Η χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται κυρίως με τους θεσμικούς και ανταποδοτικούς όρους της εργασίας. Η ενίσχυση της στελέχωσης, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας, η αναγνώριση, η υποστηρικτική ηγεσία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν κρίσιμες παρεμβάσεις για τη μείωση της εξουθένωσης και τη βελτίωση της ευημερίας του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για συστημικές παρεμβάσεις στον χώρο της υγείας, με επίκεντρο τους ανθρώπινους πόρους και την ποιότητα της φροντίδας.

Λέξεις – Κλειδιά

επαγγελματική εξουθένωση, εργασιακή ικανοποίηση, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, νοσηλευτικό προσωπικό, νοσοκομεία, Αττικής OLBI, JSS, SF-36

“Investigation of the effects of professional burnout on job satisfaction and health-related
quality of life among nursing staff in hospitals in Attica ”

Aggeliki Koutsoumpou

Abstract

INTRODU- CTION:	Professional burnout among nursing staff constitutes a major public health issue, with significant repercussions not only on the functionality and well-being of the workers themselves but also on the quality, safety, and continuity of healthcare services provided. The phenomenon is associated with chronic exposure to high work-related stress, emotional and physical exhaustion, reduced professional effectiveness, detachment from the nature of the work, and difficulty in maintaining a positive attitude and meaningful engagement. In the field of nursing, where demands are intense and interaction with patients is constant, the consequences of burnout are particularly significant. At the same time, job satisfaction and health-related quality of life are critical indicators of nurses' well-being and professional functionality. Systematic investigation of the relationships among these three variables is essential for identifying key risk factors and designing effective interventions.
OBJECTIVE:	The aim of this study was to investigate the relationship between professional burnout, job satisfaction, and health-related quality of life among nursing staff in hospitals in Attica. Specific objectives included recording the levels of the above variables, analyzing their interrelations, exploring how these levels vary according to demographic and professional characteristics, and formulating policy and organizational intervention proposals.
METHODS:	A quantitative cross-sectional methodology was adopted. The sample consisted of 114 nursing staff members from hospitals in Attica. Data were collected via an anonymous electronic questionnaire, which included demographic and occupational characteristics as well as three standardized scales: the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for burnout, the Job Satisfaction Survey (JSS) for job satisfaction, and the SF-36 for health-related quality of life. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlations, and multiple linear regression.
RESULTS:	The profile of the sample reflected significant work strain (rotating shifts, nine or more shifts per month) and a widespread perception of

	inadequate staffing. Overall job satisfaction was low, with most participants expressing dissatisfaction mainly regarding salary, promotions, benefits, and rewards. Burnout, as measured by the OLBI, was relatively high, with exhaustion prevailing over disengagement. Quality of life indices (SF-36) were moderate to low, with particular burden on vitality, mental health, and social functioning. Statistical analyses revealed a strong negative correlation between overall professional burnout and overall job satisfaction. Similarly, burnout was negatively associated with the mental health summary score, while job satisfaction was positively associated with several quality of life dimensions, especially mental health and vitality. Multiple regression analyses confirmed that increased professional burnout was an independent negative predictor for most dimensions of quality of life, even after controlling for demographic and professional variables. Factors such as gender, educational level, presence of chronic health problems, and motivation for choosing the profession significantly differentiated levels of burnout, satisfaction, and quality of life.
CONCLUSIONS:	The study highlighted the close interrelationship among professional burnout, job satisfaction, and quality of life of nurses, confirming that burnout acts as a key negative mechanism affecting mental and social well-being. Low job satisfaction is primarily related to institutional and reward-related aspects of work. Strengthening staffing, improving working conditions, enhancing recognition, supportive leadership, and access to mental health services are critical interventions to reduce burnout and improve the well-being of nursing staff. The findings underscore the need for systemic interventions in the healthcare sector, focusing on human resources and quality of care.

Keywords

professional burnout, job satisfaction, health-related quality of life, nursing staff, hospitals, Attica, OLBI, JSS, SF-36

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	iv
Περίληψη.....	v
Abstract	vii
Περιεχόμενα	ix
Κατάλογος Πινάκων	xii
Κατάλογος Γραφημάτων.....	xiv
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	20
1. Θεωρητικό πλαίσιο	20
1.1. Το σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	20
1.1.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	21
1.1.2. Μέτρηση.....	24
1.1.3. Παράγοντες ανάπτυξης	26
1.1.4. Εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία	27
1.1.5. Προϋπάρχουσα έρευνα.....	28
1.2. Εργασιακή Ικανοποίηση.....	30
1.2.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	31
1.2.2. Μέτρηση.....	32
1.2.3. Παράγοντες επηρεασμού	34
1.2.4. Εργασιακή ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία.....	35
1.2.5. Προϋπάρχουσα έρευνα.....	36
1.3. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	38
1.3.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	38
1.3.2. Μέτρηση.....	40
1.3.3. Παράγοντες επηρεασμού	41
1.3.4. Ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία	43
1.3.5. Προϋπάρχουσα έρευνα.....	44
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	48
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	48

2.2.	Εισαγωγή	48
2.3.	Σκοπός και στόχοι της έρευνας	48
2.4.	Ερευνητικά ερωτήματα	48
2.5.	Η επιλογή μεθοδολογίας.....	49
2.6.	Ερευνητικά εργαλεία	49
2.6.1.	Ερωτηματολόγιο με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά	49
2.6.2.	Ερωτηματολόγιο ρωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (OLBI) Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)	50
2.6.3.	Ερωτηματολόγιο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (SF-36) SF-36 (Short Form Health Survey).....	50
2.6.4.	Ερωτηματολόγιο Εργασιακής Ικανοποίησης (Job Satisfaction Survey - JSS) Job Satisfaction Survey (JSS)	51
2.7.	Η κύρια ερευνητική διαδικασία.....	52
2.8.	Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας	52
2.9.	Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ		54
3.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ	54
3.1.	Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία	54
3.2.	Επαγγελματική εξουθένωση.....	60
3.3.	Εργασιακή ικανοποίηση	63
3.4.	Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	73
3.5.	Περιγραφικά μέτρα και συντελεστές αξιοπιστίας.....	81
3.6.	Συσχετίσεις μεταξύ των υπό μελέτη κλιμάκων.....	85
3.7.	Πολυπαραγοντικές αναλύσεις	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ		112
4.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....		119
5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	119
5.1.	Συμπεράσματα.....	119
5.2.	Προτάσεις Δημόσιας Υγείας	120
5.3.	Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	122
5.4.	Περιορισμοί έρευνας	122
Βιβλιογραφία.....		124

Ξενόγλωσση	124
Ελληνόγλωσση	130
Παράρτημα Α: «Ερωτηματολόγιο»	131

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων	54
Πίνακας 2: Εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων	56
Πίνακας 3: Απόψεις των συμμετεχόντων για την εργασία τους	59
Πίνακας 4: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης (OLBI)	61
Πίνακας 5: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας ικανοποίησης από την εργασία (JSS)	65
Πίνακας 6: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής (SF-36)	74
Πίνακας 7: Περιγραφικά μέτρα και συντελεστές αξιοπιστίας των υπό μελέτη κλιμάκων .	82
Πίνακας 8: Επίπεδα ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τους επιμέρους τομείς της εργασίας	84
Πίνακας 9: Συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής ικανοποίησης	85
Πίνακας 10: Συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας ζωής και της εργασιακής ικανοποίησης	87
Πίνακας 11: Συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας ζωής και της επαγγελματικής εξουθένωσης	90
Πίνακας 12: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική λειτουργικότητα»	92
Πίνακας 13: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματικός ρόλος»	94
Πίνακας 14: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματικός πόνος»	95
Πίνακας 15: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Γενική υγεία»	97
Πίνακας 16: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη ζωτικότητα	99
Πίνακας 17: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνικός ρόλος»	101
Πίνακας 18: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ρόλος συναισθηματικός»	103

Πίνακας 19: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία	105
Πίνακας 20: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	107
Πίνακας 21: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	109
Πίνακας 22: Άλλος νοσηλευτικός τομέας στον οποίο εργάζονταν οι συμμετέχοντες.....	111

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: Σχέση εργασιακών απαιτήσεων και πόρων με τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	23
Γράφημα 2: Ποσοστά ικανοποίησης από τους διάφορους εργασιακούς τομείς αλλά και συνολικά.....	84
Γράφημα 3: Συσχέτιση μεταξύ συνολικών βαθμολογιών κλιμάκων εργασιακής εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης.....	86
Γράφημα 4: Συσχέτιση μεταξύ βαθμολογίας συνολικής εργασιακής ικανοποίησης και συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.	89
Γράφημα 5: Συσχέτιση μεταξύ βαθμολογίας συνολικής εργασιακής εξουθένωσης και συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.	91
Γράφημα 6: Βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική λειτουργικότητα» ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν ή όχι κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας.....	93
Γράφημα 7: Βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικός ρόλος» ανάλογα με το φύλο τους ...	94
Γράφημα 8: Βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικός πόνος» ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν ή όχι κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας.....	96
Γράφημα 9: Βαθμολογία στη διάσταση «Γενική υγεία» ανάλογα με το φύλο τους.....	98
Γράφημα 10: Συσχέτιση της διάστασης «Ζωτικότητα» με τη συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI.....	100
Γράφημα 11: Συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνικός ρόλος» με τη συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI.....	102
Γράφημα 12: Συσχέτιση της διάστασης «Ρόλος συναισθηματικός» με τη συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI.....	104
Γράφημα 13: Συσχέτιση της διάστασης «Ψυχική υγεία» με τη συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI.....	106
Γράφημα 14: Βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν ή όχι κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας.....	108
Γράφημα 15: Βαθμολογία στη Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το φύλο τους.....	110

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

MBI	Maslach Burnout Inventory	Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Maslach
OLBI	Oldenburg Burnout Inventory	Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Oldenburg
ΠΕΖ	Professional Quality of Life	Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής
ΠΖ	Quality of Life	Ποιότητα Ζωής
ΠΟΥ	World Health Organization	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
SF-36	Short Form- 36 Health Survey	Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Υγείας Short Form-36

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ψυχοκοινωνικά φαινόμενα στον χώρο της υγείας, καθώς συνδέεται με τη χρόνια έκθεση σε εργασιακό στρες, τη συναισθηματική και σωματική κόπωση, την αποστασιοποίηση από την εργασία και τη μείωση της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας (Maslach & Leiter, 2016; World Health Organization, 2019). Στις υπηρεσίες υγείας δεν συνιστά απλώς παροδική κόπωση, αλλά σύνθετη επαγγελματική αντίδραση που αναπτύσσεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας παραμένουν υψηλές και οι διαθέσιμοι ατομικοί και οργανωτικοί πόροι δεν επαρκούν για την αντιμετώπισή τους (Demerouti et al., 2001; Bakker & de Vries, 2021). Στο νοσηλευτικό επάγγελμα το φαινόμενο αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, επειδή η εργασία πραγματοποιείται σε περιβάλλοντα υψηλής ευθύνης, συνεχούς αλληλεπίδρασης με ασθενείς και συχνής έκθεσης στον πόνο, την αβεβαιότητα και την ανάγκη άμεσης λήψης αποφάσεων. Επομένως, η διερεύνηση της εξουθένωσης δεν αφορά μόνο την ατομική ευημερία των εργαζομένων, αλλά και την ποιότητα, την ασφάλεια και τη συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Jun et al., 2021; Li et al., 2024). Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί βασικό πυλώνα της νοσοκομειακής φροντίδας και αναλαμβάνει σύνθετους κλινικούς, οργανωτικούς, επικοινωνιακούς και υποστηρικτικούς ρόλους (Dall’Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Η καθημερινή εργασία επηρεάζεται από τον φόρτο, τη στελέχωση, το κυκλικό ωράριο, τις νυχτερινές βάρδιες, τις σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους, τις αμοιβές, την αναγνώριση και τις δυνατότητες εξέλιξης. Όταν οι εργασιακές απαιτήσεις υπερβαίνουν συστηματικά τους διαθέσιμους πόρους, αυξάνεται ο κίνδυνος εξάντλησης, μειώνεται η παρακίνηση και δυσχεραίνεται η διατήρηση θετικής στάσης απέναντι στην εργασία (Demerouti et al., 2001; Dall’Ora et al., 2020).

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί κρίσιμη διάσταση της εργασιακής εμπειρίας, καθώς αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίο ο εργαζόμενος αξιολογεί το περιεχόμενο της εργασίας, τις συνθήκες άσκησης της, την εποπτεία, την επικοινωνία, τις ανταμοιβές και τις επαγγελματικές προοπτικές (Locke, 1976; Spector, 1985). Στη νοσηλευτική η ικανοποίηση δεν περιορίζεται σε μια γενική θετική ή αρνητική στάση, αλλά περιλαμβάνει επιμέρους πτυχές που συνδέονται με τη δυνατότητα παροχής ποιοτικής φροντίδας, την αίσθηση επαγγελματικού

νοήματος, την αυτονομία, τη συνεργασία με την ομάδα και την αναγνώριση της προσπάθειας. Η υψηλότερη ικανοποίηση έχει συσχετιστεί με ισχυρότερη οργανωτική δέσμευση, καλύτερη συνεργασία, μικρότερη πρόθεση αποχώρησης και ευνοϊκότερη αντίληψη της υγείας, ενώ η χαμηλή ικανοποίηση μπορεί να λειτουργήσει ως ένδειξη δυσλειτουργιών στο εργασιακό περιβάλλον (Ioannou et al., 2015; Lu et al., 2019). Για τον λόγο αυτό, η μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης σε νοσοκομειακούς νοσηλευτές έχει ιδιαίτερη σημασία τόσο για τη δημόσια υγεία όσο και για τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Παράλληλα, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εκφράζει τον βαθμό στον οποίο η σωματική και ψυχική υγεία επηρεάζει τη λειτουργικότητα, την ενέργεια, την κοινωνική ζωή και τον συναισθηματικό ρόλο του ατόμου (Ware & Sherbourne, 1992; Lu et al., 2019). Στο νοσηλευτικό προσωπικό η έννοια αποκτά ιδιαίτερη ερευνητική αξία, διότι οι επαγγελματίες απαιτήσεις μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τον ύπνο, τη ζωτικότητα, τον σωματικό πόνο, την ψυχική διάθεση και την ικανότητα συμμετοχής σε οικογενειακές και κοινωνικές δραστηριότητες. Η ποιότητα ζωής συνδέεται επομένως με την καθημερινή εμπειρία της εργασίας και με την ικανότητα του εργαζομένου να ανακάμπτει μετά από έντονη σωματική και συναισθηματική προσπάθεια. Η ταυτόχρονη διερεύνηση της εξουθένωσης, της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής επιτρέπει την πληρέστερη κατανόηση των μηχανισμών μέσω των οποίων το νοσοκομειακό περιβάλλον επηρεάζει την ευημερία και την επαγγελματική λειτουργικότητα των νοσηλευτών (Khatatbeh et al., 2022; Sarafis et al., 2016).

Η παρούσα εργασία εστιάζει στο νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείων της Αττικής και εξετάζει τις επιδράσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στην εργασιακή ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Το θέμα παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία, επειδή τα νοσοκομεία της Αττικής αποτελούν δομές με υψηλή προσέλευση ασθενών, αυξημένη κλινική πολυπλοκότητα και έντονες οργανωτικές απαιτήσεις. Οι ελλείψεις προσωπικού, η πίεση χρόνου, η βαρύτητα των περιστατικών, η ανάγκη συνεχούς επαγγελματικής ετοιμότητας και η διαχείριση πολλαπλών ρόλων μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την ευημερία των εργαζομένων και, έμμεσα, την ποιότητα της φροντίδας. Η ταυτόχρονη μελέτη των τριών μεταβλητών επιτρέπει να διερευνηθεί εάν η αυξημένη εξουθένωση σχετίζεται με χαμηλότερη ικανοποίηση και με δυσμενέστερη ποιότητα ζωής, αλλά και εάν συγκεκριμένα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά διαφοροποιούν αυτή τη σχέση. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τις σχέσεις ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση, την εργασιακή ικανοποίηση και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της Αττικής. Ειδικότερα, εξετάζονται τα επίπεδα εξουθένωσης, οι επιμέρους

διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης, οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής και οι μεταξύ τους συσχετίσεις. Επιπλέον, διερευνάται εάν δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας, η θέση ευθύνης και τα κίνητρα επιλογής του επαγγέλματος, σχετίζονται με τη διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής.

Η εργασία διαρθρώνεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό, και περιλαμβάνει συνολικά πέντε κεφάλαια. Στο Κεφάλαιο Πρώτο παρουσιάζεται το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης. Αναλύονται η επαγγελματική εξουθένωση, οι θεωρητικές της προσεγγίσεις, τα εργαλεία μέτρησης, οι παράγοντες ανάπτυξης και η προϋπάρχουσα έρευνα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στο ίδιο κεφάλαιο εξετάζονται η εργασιακή ικανοποίηση και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, με έμφαση στις θεωρητικές προσεγγίσεις, στη μέτρηση, στους παράγοντες επηρεασμού και στα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα. Στο Κεφάλαιο Δεύτερο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, δηλαδή ο σκοπός, οι επιμέρους στόχοι, τα ερευνητικά ερωτήματα, η επιλογή του ποσοτικού συγχρονικού σχεδιασμού, τα ερευνητικά εργαλεία, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας και η μεθοδολογία της στατιστικής ανάλυσης. Στο Κεφάλαιο Τρίτο παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας, με παρουσίαση των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών του δείγματος, των περιγραφικών ευρημάτων των κλιμάκων, των συσχετίσεων Pearson και των μοντέλων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Στο Κεφάλαιο Τέταρτο ακολουθεί η συζήτηση, όπου τα ευρήματα ερμηνεύονται σε σχέση με τη βιβλιογραφία και με τους θεωρητικούς άξονες της εργασίας. Στο Κεφάλαιο Πέμπτο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα, οι προτάσεις δημόσιας υγείας, οι προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και οι περιορισμοί της μελέτης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. Θεωρητικό πλαίσιο

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τον πολυπληθέστερο επαγγελματικό κλάδο των υπηρεσιών υγείας και αναλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κλινικών, οργανωτικών, εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών λειτουργιών (Dall’Ora et al., 2020; Jun et al., 2021). Η συνεχής επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, την ασθένεια, την αναπηρία και τον θάνατο, σε συνδυασμό με τις ελλείψεις προσωπικού, την κυκλική εργασία και την αυξημένη ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών, δημιουργεί ένα ιδιαίτερα απαιτητικό επαγγελματικό περιβάλλον (Dall’Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Οι συνθήκες αυτές συνδέονται με την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, τη μείωση της εργασιακής ικανοποίησης και την επιβάρυνση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Dall’Ora et al., 2020; Jun et al., 2021; Khatatbeh et al., 2022). Οι τρεις έννοιες παρουσιάζουν διακριτό θεωρητικό περιεχόμενο, ενώ παράλληλα αλληλεπιδρούν σε ατομικό, διαπροσωπικό και οργανωτικό επίπεδο (Dall’Ora et al., 2020; Jun et al., 2021). Η επαγγελματική εξουθένωση εκφράζει τη σταδιακή εξάντληση των ψυχικών και σωματικών αποθεμάτων του εργαζομένου εξαιτίας παρατεταμένων εργασιακών απαιτήσεων (Maslach & Leiter, 2016; Demerouti et al., 2001). Η εργασιακή ικανοποίηση αφορά τη συναισθηματική και γνωστική αξιολόγηση της εργασίας και των επιμέρους χαρακτηριστικών της (Locke, 1976; Spector, 1985). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίο η σωματική και ψυχική κατάσταση επηρεάζει τη λειτουργικότητα, την κοινωνική ζωή και την καθημερινή εμπειρία του ατόμου (Ware & Sherbourne, 1992; The WHOQOL Group, 1998). Η παράλληλη διερεύνησή τους επιτρέπει την κατανόηση των μηχανισμών μέσω των οποίων το νοσοκομειακό περιβάλλον επηρεάζει την υγεία και την επαγγελματική συμπεριφορά των νοσηλευτών (Maslach & Leiter, 2016; Lu et al., 2019; Khatatbeh et al., 2022).

1.1. Το σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σύνδρομο που αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα χρόνιας έκθεσης σε εργασιακό στρες το οποίο παραμένει ανεπαρκώς διαχειριζόμενο (Maslach & Leiter, 2016; Dall’Ora et al., 2020). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την εντάσσει στη

Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων ICD-11 ως επαγγελματικό φαινόμενο και όχι ως αυτοτελή ιατρική πάθηση (World Health Organization, 2019). Η περιγραφή της περιλαμβάνει τρεις κεντρικές διαστάσεις: αίσθημα εξάντλησης ή απώλειας ενέργειας, αυξημένη ψυχική απόσταση από την εργασία ή αρνητική στάση απέναντί της και μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα (World Health Organization, 2019). Η ταξινόμηση αυτή τονίζει την εργασιακή προέλευση του φαινομένου και διαφοροποιεί την εξουθένωση από γενικότερες καταστάσεις κόπωσης που εμφανίζονται ανεξάρτητα από την απασχόληση (World Health Organization, 2019; Maslach & Leiter, 2016). Η ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης ακολουθεί συνήθως σταδιακή πορεία (Maslach & Leiter, 2016; Dall’Ora et al., 2020). Ο εργαζόμενος καταβάλλει αρχικά αυξημένη προσπάθεια προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις, περιορίζοντας την ανάπαυση και τις δραστηριότητες αποκατάστασης (Bakker & de Vries, 2021; Hobfoll et al., 2018). Η παρατεταμένη κινητοποίηση συνοδεύεται από σωματική κόπωση, συναισθηματική ένταση, δυσκολίες συγκέντρωσης και περιορισμό του αισθήματος ελέγχου (Maslach & Leiter, 2016; Hobfoll et al., 2018). Σε επόμενο στάδιο μπορεί να εμφανιστεί αποστασιοποίηση από τους αποδέκτες της φροντίδας, κυνισμός και αίσθημα μειωμένης επαγγελματικής επάρκειας (Maslach & Leiter, 2016; Dall’Ora et al., 2020). Η πορεία αυτή επηρεάζεται από τη διάρκεια και την ένταση των απαιτήσεων, από τη διαθεσιμότητα εργασιακών πόρων και από τα προσωπικά αποθέματα του εργαζομένου (Maslach & Leiter, 2016). Στο νοσηλευτικό επάγγελμα η εξουθένωση αποκτά ιδιαίτερη σημασία, επειδή οι επιδράσεις της εκτείνονται πέρα από την ατομική ευημερία (Jun et al., 2021; Li et al., 2024). Η μειωμένη προσοχή, η συναισθηματική απομάκρυνση, η κόπωση και η αποδυνάμωση της επαγγελματικής δέσμευσης επηρεάζουν την επικοινωνία με τους ασθενείς, τη συνεργασία με την ομάδα και την τήρηση των διαδικασιών ασφάλειας (Jun et al., 2021; Li et al., 2024). Η εξουθένωση συνδέεται επίσης με αυξημένες απουσίες, πρόθεση αποχώρησης, μειωμένη παραγωγικότητα και δυσκολία διατήρησης έμπειρου προσωπικού. Επομένως, αποτελεί ζήτημα επαγγελματικής υγείας, ποιότητας φροντίδας και βιωσιμότητας των υπηρεσιών υγείας (Jun et al., 2021).

1.1.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Η πλέον διαδεδομένη θεωρητική προσέγγιση είναι το τρισδιάστατο μοντέλο των Maslach και Jackson (Maslach & Leiter, 2016). Σύμφωνα με αυτό, η επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνει τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση ή τον κυνισμό και το μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης (Maslach & Leiter, 2016). Η

συναισθηματική εξάντληση εκφράζει την αίσθηση ότι οι συναισθηματικοί και σωματικοί πόροι έχουν περιοριστεί (Maslach & Leiter, 2016). Η αποπροσωποποίηση εκδηλώνεται μέσα από ψυχρή, απρόσωπη ή αρνητική αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών (Maslach & Leiter, 2016). Η μειωμένη προσωπική επίτευξη αφορά την αρνητική αξιολόγηση της επαγγελματικής επάρκειας και της συνεισφοράς (Maslach & Leiter, 2016). Στη σύγχρονη εκδοχή του μοντέλου, οι τρεις διαστάσεις αποδίδονται συχνά με τους όρους εξάντληση, κυνισμός και μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα (Maslach & Leiter, 2016).

Το μοντέλο των περιοχών της επαγγελματικής ζωής συμπληρώνει την τρισδιάστατη προσέγγιση, συνδέοντας την εξουθένωση με την ασυμφωνία ανάμεσα στον εργαζόμενο και στο εργασιακό περιβάλλον (Maslach & Leiter, 2016). Οι βασικές περιοχές ασυμφωνίας είναι ο φόρτος εργασίας, ο έλεγχος, η ανταμοιβή, η κοινότητα, η δικαιοσύνη και οι αξίες. Υπερβολικός φόρτος, περιορισμένη δυνατότητα λήψης αποφάσεων, ανεπαρκής αναγνώριση, συγκρουσιακές σχέσεις, αίσθημα αδικίας και σύγκρουση προσωπικών και οργανωτικών αξιών αυξάνουν τον κίνδυνο εξουθένωσης (Maslach & Leiter, 2016). Στο νοσοκομειακό περιβάλλον οι περιοχές αυτές εκφράζονται μέσα από την αναλογία νοσηλευτών και ασθενών, την αυτονομία της νοσηλευτικής πρακτικής, την υποστήριξη της διοίκησης, τις δυνατότητες εξέλιξης και τη συμμετοχή στις αποφάσεις (Maslach & Leiter, 2016).

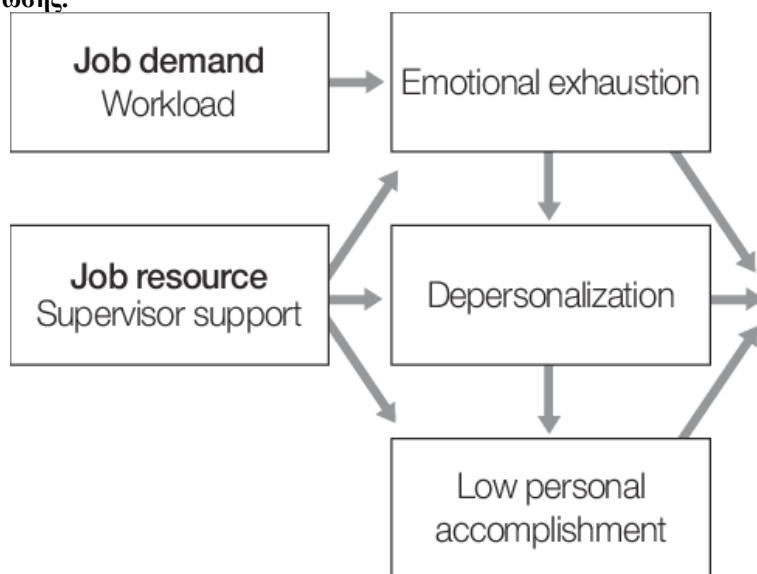
Το μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων και Πόρων θεωρεί ότι κάθε επάγγελμα χαρακτηρίζεται από απαιτήσεις που καταναλώνουν ενέργεια και από πόρους που διευκολύνουν την επίτευξη των στόχων (Demerouti et al., 2001). Οι εργασιακές απαιτήσεις περιλαμβάνουν τον φόρτο, τη συναισθηματική πίεση, τις χρονικές προθεσμίες, τις νυχτερινές βάρδιες, τις συγκρούσεις ρόλων και την έκθεση σε δύσκολα περιστατικά (Dall'Ora et al., 2020; Demerouti et al., 2001). Οι πόροι περιλαμβάνουν την αυτονομία, την κοινωνική υποστήριξη, την επαρκή στελέχωση, την ανατροφοδότηση, την εκπαίδευση και τη δίκαιη ηγεσία (Bakker & de Vries, 2021; Demerouti et al., 2001). Η παρατεταμένη υπεροχή των απαιτήσεων ενεργοποιεί μια διαδικασία επιβάρυνσης της υγείας, ενώ οι επαρκείς πόροι ενισχύουν την παρακίνηση και την εργασιακή δέσμευση (Demerouti et al., 2001). Το μοντέλο παρουσιάζει ιδιαίτερη χρησιμότητα στη νοσηλευτική, καθώς αναδεικνύει την οργανωτική προέλευση πολλών παραγόντων εξουθένωσης (Dall'Ora et al., 2020; Jun et al., 2021).

Η θεωρία διατήρησης των πόρων υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι επιδιώκουν να αποκτούν, να προστατεύουν και να ανανεώνουν πόρους όπως η ενέργεια, ο χρόνος, η αυτοεκτίμηση, η κοινωνική υποστήριξη και η επαγγελματική ασφάλεια (Hobfoll et al., 2018). Η απειλή απώλειας, η πραγματική απώλεια ή η ανεπαρκής απόδοση μετά από μεγάλη

επένδυση πόρων δημιουργεί στρες (Hobfoll et al., 2018). Η συνεχής απώλεια μπορεί να οδηγήσει σε «σπείρα απωλειών», κατά την οποία η κόπωση περιορίζει την ικανότητα του εργαζομένου να ανακτήσει νέους πόρους (Hobfoll et al., 2018; Bakker & de Vries, 2021). Για έναν νοσηλευτή, η έλλειψη ανάπαυσης μπορεί να μειώσει την ψυχική ανθεκτικότητα, γεγονός που δυσκολεύει τη διαχείριση των απαιτητικών περιστατικών και ενισχύει περαιτέρω την εξάντληση (Hobfoll et al., 2018).

Η προσέγγιση της ανισορροπίας προσπάθειας και ανταμοιβής εστιάζει στην αμοιβαιότητα της εργασιακής σχέσης (Siegrist, 1996). Υψηλή προσπάθεια σε συνδυασμό με χαμηλή οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική ανταμοιβή δημιουργεί αίσθημα αδικίας και χρόνια ψυχοκοινωνική ένταση (Siegrist, 1996). Η ανταμοιβή περιλαμβάνει τις αποδοχές, την αναγνώριση, την ασφάλεια της θέσης και τις προοπτικές εξέλιξης (Siegrist, 1996; Maslach & Leiter, 2016). Η θεωρία έχει ιδιαίτερη εφαρμογή σε νοσοκομεία όπου το προσωπικό καλείται να αναλαμβάνει αυξημένη ευθύνη με περιορισμένες δυνατότητες επιβράβευσης (Siegrist, 1996; Dall’Ora et al., 2020). Η σύνθεση των θεωρητικών προσεγγίσεων υποδεικνύει ότι η εξουθένωση προκύπτει από τη δυναμική σχέση ανάμεσα στις απαιτήσεις του επαγγέλματος, στους διαθέσιμους πόρους και στον τρόπο αξιολόγησης της εργασιακής εμπειρίας (Siegrist, 1996). Η σχέση αυτή αποτυπώνεται σχηματικά στο Γράφημα 1, όπου παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο οι εργασιακές απαιτήσεις και οι εργασιακοί πόροι συνδέονται με τις κεντρικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Γράφημα 1: Σχέση εργασιακών απαιτήσεων και πόρων με τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.



Πηγή: Yom, 2013

1.1.2. Μέτρηση

Παρακάτω αναφέρονται, ενδεικτικά, τα κύρια εργαλεία μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης:

Το Maslach Burnout Inventory αποτελεί το συχνότερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach & Leiter, 2016; Schaufeli et al., 2020). Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων συναισθημάτων ή στάσεων (Maslach & Leiter, 2016). Υψηλές βαθμολογίες στην εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση, μαζί με χαμηλή βαθμολογία στην προσωπική επίτευξη, υποδηλώνουν αυξημένη επιβάρυνση (Maslach & Leiter, 2016). Η πολυδιάστατη βαθμολόγηση θεωρείται προτιμότερη από την παραγωγή ενός μοναδικού διαγνωστικού αποτελέσματος, καθώς οι τρεις διαστάσεις μπορούν να εμφανίζουν διαφορετική εξέλιξη (Maslach & Leiter, 2016).

Το Copenhagen Burnout Inventory αποτελεί εναλλακτική κλίμακα 19 ερωτήσεων και αξιολογεί την προσωπική εξουθένωση, την εργασιακή εξουθένωση και την εξουθένωση που σχετίζεται με την επαφή με ασθενείς ή άλλους αποδέκτες υπηρεσιών (Kristensen et al., 2005). Η προσωπική διάσταση μετρά τη γενική σωματική και ψυχική κόπωση, η εργασιακή διάσταση αποδίδει την κόπωση που το άτομο συνδέει με την απασχόλησή του και η τρίτη διάσταση επικεντρώνεται στην επιβάρυνση από τη φροντίδα των ασθενών (Kristensen et al., 2005). Η διάκριση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη νοσηλευτική, επειδή επιτρέπει τη σύγκριση της γενικής κόπωσης με την κόπωση που αποδίδεται ειδικά στην εργασία και στη θεραπευτική σχέση (Kristensen et al., 2005; Papaefstathiou et al., 2019). Η ελληνική εκδοχή έχει παρουσιάσει ικανοποιητική εγκυρότητα και υψηλή εσωτερική συνέπεια, με προτεινόμενο μοντέλο 16 ερωτήσεων για τον ελληνικό πληθυσμό (Kristensen et al., 2005; Papaefstathiou et al., 2019).

Το Oldenburg Burnout Inventory βασίζεται στις διαστάσεις της εξάντλησης και της αποδέσμευσης από την εργασία. Η εξάντληση περιλαμβάνει σωματικά, συναισθηματικά και γνωστικά στοιχεία, ενώ η αποδέσμευση αφορά την απομάκρυνση από το αντικείμενο και την ανάπτυξη αρνητικής στάσης (Demerouti et al., 2003). Η χρήση θετικά και αρνητικά διατυπωμένων προτάσεων περιορίζει την επίδραση της ομοιόμορφης απάντησης (Demerouti et al., 2003). Νεότερα εργαλεία, όπως το Burnout Assessment Tool, αξιολογούν την εξάντληση, την ψυχική απόσταση, τη γνωστική εξασθένηση και τη συναισθηματική εξασθένηση, προσφέροντας ευρύτερη αποτύπωση των συμπτωμάτων (Demerouti et al., 2003; Schaufeli et al., 2020). Η επιλογή του εργαλείου εξαρτάται από τον θεωρητικό

προσανατολισμό, τον πληθυσμό και τον σκοπό της έρευνας (Demerouti et al., 2003; Schaufeli et al., 2020). Η χρήση σταθμισμένων ελληνικών εκδοχών, η εξέταση της εσωτερικής συνέπειας και η σαφής παρουσίαση των κριτηρίων βαθμολόγησης αποτελούν βασικές προϋποθέσεις (Demerouti et al., 2003; Schaufeli et al., 2020). Η ερμηνεία χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη ότι οι κλίμακες αποτελούν εργαλεία εκτίμησης και έρευνας και όχι αυτοτελή διαγνωστικά μέσα (Demerouti et al., 2003; Papaefstathiou et al., 2019). Η βαθμολογία επηρεάζεται από την επαγγελματική ειδικότητα, την περίοδο συλλογής των δεδομένων και τις ιδιαίτερες συνθήκες του νοσοκομείου (Dall'Ora et al., 2020; Schaufeli et al., 2020).

Τα τελευταία χρόνια, η μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) έχει αποτελέσει αντικείμενο εντατικής ερευνητικής δραστηριότητας, οδηγώντας στην ανάπτυξη και χρήση διαφόρων αξιόπιστων εργαλείων εκτός του Maslach Burnout Inventory (MBI) και του Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Ένα από τα πιο γνωστά και διαδεδομένα εργαλεία είναι το Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Το CBI αναπτύχθηκε από τους Kristensen και συνεργάτες (2005) και εστιάζει σε τρεις βασικές διαστάσεις: την προσωπική εξουθένωση (personal burnout), την επαγγελματική εξουθένωση (work-related burnout) και την εξουθένωση που σχετίζεται με τους πελάτες/ασθενείς (client-related burnout). Το εργαλείο αυτό έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες και επαγγελματικές ομάδες, παρουσιάζοντας υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Kristensen et al., 2005; Milfont, Denny, Ameratunga, Robinson & Merry, 2008).

Ένα άλλο σημαντικό εργαλείο είναι το Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM), το οποίο εστιάζει κυρίως στη διάσταση της σωματικής, συναισθηματικής και γνωστικής εξουθένωσης. Το SMBM έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε διεθνείς μελέτες και θεωρείται ευαίσθητο στην ανίχνευση διαφορετικών πτυχών της εξουθένωσης πέραν των παραδοσιακών ορισμών της Maslach (Shirom & Melamed, 2006). Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει 14 ερωτήματα και απευθύνεται σε ευρύ φάσμα επαγγελματιών, ειδικά στον χώρο της υγείας.

Επιπλέον, το Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ) έχει αναπτυχθεί για να αναγνωρίζει τις διαφορετικές υποκατηγορίες του συνδρόμου εξουθένωσης, όπως η υπερβολική αφοσίωση (frenetic), η έλλειψη πρόκλησης (under-challenged) και η παραμέληση (worn-out). Το BCSQ επιτρέπει μια πιο λεπτομερή κατανόηση των προφίλ εξουθένωσης μεταξύ εργαζομένων, παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες για την πρόληψη και την παρέμβαση (Montero-Marín & García-Campayo, 2010).

Τέλος, εργαλεία όπως το Professional Quality of Life Scale (ProQOL), αν και εστιάζουν κυρίως στη μέτρηση της συμπόνιας και της δευτερογενούς τραυματικής

καταπόνησης, ενσωματώνουν και διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης, ειδικά σε επαγγελματίες φροντίδας υγείας (Stamm, 2010).

1.1.3. Παράγοντες ανάπτυξης

Οι οργανωτικοί παράγοντες κατέχουν κεντρική θέση στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Dall'Ora et al., 2020; Maslach & Leiter, 2016). Ο υψηλός φόρτος εργασίας, η ανεπαρκής στελέχωση, η φροντίδα μεγάλου αριθμού ασθενών και η πίεση χρόνου αυξάνουν την κατανάλωση ενέργειας (Dall'Ora et al., 2020; Jun et al., 2021). Οι συνεχείς διακοπές, η ανάγκη εκτέλεσης πολλών εργασιών παράλληλα και η υποχρέωση άμεσης ανταπόκρισης σε επείγοντα συμβάντα ενισχύουν τη γνωστική και συναισθηματική επιβάρυνση (Dall'Ora et al., 2020). Οι μακρές βάρδιες, οι συχνές νυχτερινές υπηρεσίες και οι περιορισμένες περίοδοι ανάπαυσης επηρεάζουν τον ύπνο, τη σωματική αποκατάσταση και την ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής (Dall'Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Η παρατεταμένη έκθεση στις συνθήκες αυτές δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για εξάντληση (Dall'Ora et al., 2020).

Η περιορισμένη αυτονομία και η αδυναμία συμμετοχής στις αποφάσεις αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες (Maslach & Leiter, 2016; Dall'Ora et al., 2020). Οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερη πίεση όταν φέρουν ευθύνη για το αποτέλεσμα της φροντίδας, αλλά διαθέτουν περιορισμένο έλεγχο στην κατανομή του προσωπικού, στον προγραμματισμό των βαρδιών ή στην επιλογή των διαδικασιών (Dall'Ora et al., 2020). Η ασάφεια ρόλων, οι αντικρουόμενες οδηγίες και η συστηματική ανάθεση μη νοσηλευτικών καθηκόντων εντείνουν την αίσθηση απώλειας επαγγελματικού ελέγχου (Dall'Ora et al., 2020; Demerouti et al., 2001). Παράλληλα, η ανεπαρκής υλικοτεχνική υποδομή και η έλλειψη βασικών πόρων υποχρεώνουν το προσωπικό να επενδύει πρόσθετη προσπάθεια για την ολοκλήρωση της εργασίας (Dall'Ora et al., 2020; Maslach & Leiter, 2016).

Οι διαπροσωπικές σχέσεις επηρεάζουν σημαντικά την εμπειρία της εξουθένωσης. Η υποστηρικτική ηγεσία, η συνεργασία, η αμοιβαία εμπιστοσύνη και η αναγνώριση λειτουργούν προστατευτικά (Jun et al., 2021; Niskala et al., 2020). Αντίθετα, οι συγκρούσεις με προϊσταμένους, ιατρούς ή συναδέλφους, η παρενόχληση, η άνιση μεταχείριση και η απουσία δίκαιης διαχείρισης ενισχύουν την ψυχική ένταση (Dall'Ora et al., 2020; Jun et al., 2021). Η έλλειψη ανατροφοδότησης περιορίζει το αίσθημα επαγγελματικής επίτευξης, ενώ η ανεπαρκής αναγνώριση ενισχύει την αντίληψη ότι η προσπάθεια παραμένει αόρατη (Maslach & Leiter, 2016; Jun et al., 2021). Η οργανωτική κουλτούρα επηρεάζει επομένως τόσο την έκθεση στις

απαιτήσεις όσο και την πρόσβαση σε πόρους υποστήριξης (Dall’Ora et al., 2020; Jun et al., 2021).

Η συναισθηματική εργασία αποτελεί ιδιαίτερο γνώρισμα της νοσηλευτικής (Dall’Ora et al., 2020; Mangoulia et al., 2015). Οι νοσηλευτές διαχειρίζονται φόβο, πόνο, αγωνία, επιθετικότητα και πένθος, ενώ καλούνται να διατηρούν επαγγελματική στάση και συναισθηματική διαθεσιμότητα (Dall’Ora et al., 2020; Mangoulia et al., 2015). Η συχνή επαφή με τον θάνατο, η παροχή φροντίδας σε βαρέως πάσχοντες και η επικοινωνία με οικογένειες σε κρίση αυξάνουν τον κίνδυνο συναισθηματικής κόπωσης (Dall’Ora et al., 2020; Mangoulia et al., 2015). Η ηθική δυσφορία εμφανίζεται όταν ο εργαζόμενος γνωρίζει την κατάλληλη ενέργεια, αλλά οργανωτικοί ή θεσμικοί περιορισμοί εμποδίζουν την εφαρμογή της (Dall’Ora et al., 2020; Mangoulia et al., 2015). Η επαναλαμβανόμενη εμπειρία τέτοιων καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει σε ενοχή, απογοήτευση και κυνισμό (Dall’Ora et al., 2020; Mangoulia et al., 2015). Οι ατομικοί παράγοντες λειτουργούν σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον (Bakker & de Vries, 2021; Hobfoll et al., 2018). Η ηλικία, η επαγγελματική εμπειρία, η οικογενειακή κατάσταση, η κατάσταση υγείας και οι στρατηγικές αντιμετώπισης επηρεάζουν την ευαλωτότητα (Bakker & de Vries, 2021; Hobfoll et al., 2018). Η τελειοθηρία, η υπερβολική επαγγελματική αφοσίωση και η δυσκολία θέσπισης ορίων μπορεί να αυξήσουν την επένδυση ενέργειας. Η ψυχική ανθεκτικότητα, η αυτοαποτελεσματικότητα, η κοινωνική υποστήριξη και η δυνατότητα ψυχολογικής αποσύνδεσης από την εργασία λειτουργούν ως προστατευτικοί πόροι (Bakker & de Vries, 2021; Hobfoll et al., 2018). Η έμφαση στους ατομικούς παράγοντες χρειάζεται να συνοδεύεται από αξιολόγηση των οργανωτικών συνθηκών, ώστε η ευθύνη για την εξουθένωση να μην αποδίδεται αποκλειστικά στον εργαζόμενο (Bakker & de Vries, 2021; Hobfoll et al., 2018).

1.1.4. Εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία

Το νοσοκομείο αποτελεί σύνθετο οργανισμό στον οποίο η φροντίδα παρέχεται σε εικοσιτετράωρη βάση και απαιτεί συνεχή συντονισμό διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων (Dall’Ora et al., 2020; Jun et al., 2021). Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε άμεση και διαρκή επαφή με τους ασθενείς, παρακολουθούν μεταβολές στην κατάσταση της υγείας, εκτελούν θεραπευτικές οδηγίες, παρέχουν ενημέρωση και υποστηρίζουν τις οικογένειες (Dall’Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016; Τσολακίδου κ.ά, 2024). Η ευθύνη αυτή συνδυάζεται με σημαντικό διοικητικό έργο, καταγραφή δεδομένων και τήρηση πρωτοκόλλων (Dall’Ora et al., 2020; Ριζόπουλος et al., 2020). Η ταυτόχρονη διαχείριση κλινικών και οργανωτικών υποχρεώσεων

αυξάνει τον φόρτο και την πιθανότητα εξάντλησης (Dall’Ora et al., 2020; Ριζόπουλος et al., 2020). Ο κίνδυνος παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ανάλογα με το τμήμα (Dilig-Ruiz et al., 2018; Konstantinou et al., 2018). Οι μονάδες εντατικής θεραπείας, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, οι ογκολογικές, ψυχιατρικές και παρηγορικές δομές χαρακτηρίζονται από υψηλή συναισθηματική ένταση (Dilig-Ruiz et al., 2018; Mangoulia et al., 2015). Στις μονάδες εντατικής θεραπείας κυριαρχούν η πολυπλοκότητα της τεχνολογίας, η ταχεία μεταβολή της κατάστασης και οι αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής (Konstantinou et al., 2018; Mangoulia et al., 2015). Στα επείγοντα επικρατούν ο απρόβλεπτος φόρτος, η ανάγκη ταχείας διαλογής και η επαφή με περιστατικά βίας (Dilig-Ruiz et al., 2018; Mangoulia et al., 2015). Στην ψυχιατρική νοσηλευτική η συστηματική έκθεση σε τραυματικές αφηγήσεις και επιθετικές συμπεριφορές αυξάνει τον κίνδυνο δευτερογενούς τραυματικού στρες (Dilig-Ruiz et al., 2018; Konstantinou et al., 2018; Mangoulia et al., 2015). Η εξουθένωση εκδηλώνεται μέσα από κόπωση πριν ή κατά τη διάρκεια της βάρδιας, μειωμένη υπομονή, αίσθημα συναισθηματικής απομάκρυνσης και περιορισμένη ικανοποίηση από την προσφορά φροντίδας (Maslach & Leiter, 2016; Jun et al., 2021). Σε οργανωτικό επίπεδο συνδέεται με πρόθεση παραίτησης, συχνές απουσίες και δυσκολίες στελέχωσης (Jun et al., 2021; Li et al., 2024). Η αποχώρηση έμπειρων νοσηλευτών αυξάνει τον φόρτο όσων παραμένουν, δημιουργώντας έναν αυτοτροφοδοτούμενο κύκλο (Jun et al., 2021; Li et al., 2024). Η αντιμετώπιση απαιτεί παρεμβάσεις στη στελέχωση, στη διάρκεια των βαρδιών, στην υποστηρικτική εποπτεία, στην αναγνώριση, στην ασφάλεια και στη συμμετοχή του προσωπικού στις αποφάσεις (Jun et al., 2021; Li et al., 2024; Τσομάκου et al., 2022; Tsolakidou et al. 2024).

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε με ιδιαίτερη ένταση την ευαλωτότητα του νοσηλευτικού προσωπικού (Galanis et al., 2021). Ο φόβος μόλυνσης, η χρήση απαιτητικού προστατευτικού εξοπλισμού, η αβεβαιότητα, οι αυξημένες εισαγωγές και η περιορισμένη επαφή των ασθενών με τις οικογένειές τους αύξησαν τη συναισθηματική επιβάρυνση (Galanis et al., 2021; Galanis et al., 2023). Παρότι η οξεία φάση της πανδημίας υποχώρησε, οι συνέπειες στη στελέχωση, στην επαγγελματική κόπωση και στην πρόθεση αποχώρησης παραμένουν σημαντικές. Η εξουθένωση χρειάζεται επομένως να αντιμετωπίζεται ως διαχρονικός δείκτης της ποιότητας του εργασιακού περιβάλλοντος (Galanis et al., 2021).

1.1.5. Προϋπάρχουσα έρευνα

Οι Woo et al. (2020) πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση με σκοπό την εκτίμηση της παγκόσμιας συχνότητας συμπτωμάτων επαγγελματικής

εξουθένωσης στους νοσηλευτές. Στη συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν 113 μελέτες, ενώ στη μετα-ανάλυση εντάχθηκαν 61 μελέτες με 45.539 νοσηλευτές από 49 χώρες και διαφορετικές ειδικότητες. Η συνδυασμένη συχνότητα συμπτωμάτων εξουθένωσης υπολογίστηκε σε 11,23%. Παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά γεωγραφική περιοχή, κλινική ειδικότητα και εργαλείο μέτρησης. Τα ευρήματα ανέδειξαν τη διεθνή διάσταση του φαινομένου και την ανάγκη ενιαίας παρουσίασης των κριτηρίων ταξινόμησης.

Οι Dall’Ora et al. (2020) εκπόνησαν θεωρητική ανασκόπηση με σκοπό τη σύνθεση των στοιχείων για τις αιτίες και τις συνέπειες της εξουθένωσης στη νοσηλευτική. Η αναζήτηση σε MEDLINE, CINAHL και PsycINFO οδήγησε στην ένταξη 91 ποσοτικών εμπειρικών μελετών. Η ανάλυση έδειξε συνεπή συσχέτιση του υψηλού φόρτου, της ανεπαρκούς στελέχωσης, των μακρών βαρδιών και του περιορισμένου ελέγχου με αυξημένη εξουθένωση. Θετικό εργασιακό περιβάλλον, υποστήριξη και επαρκής αυτονομία παρουσίασαν προστατευτική λειτουργία. Οι συγγραφείς επισήμαναν επίσης επιδράσεις στην πρόθεση αποχώρησης, στην υγεία του προσωπικού και στην ποιότητα της φροντίδας.

Οι Galanis et al. (2021) διερεύνησαν τη συχνότητα και τους παράγοντες κινδύνου της εξουθένωσης στους νοσηλευτές κατά την πανδημία COVID-19. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση περιέλαβε 16 μελέτες και 18.935 νοσηλευτές. Η εκτιμώμενη συχνότητα υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης ήταν 34,1%, της αποπροσωποποίησης 12,6% και της χαμηλής προσωπικής επίτευξης 15,2%. Παράγοντες όπως η εργασία σε τμήματα COVID-19, η περιορισμένη κοινωνική και οργανωτική υποστήριξη, η ανεπαρκής ετοιμότητα και η αυξημένη αντίληψη απειλής συνδέθηκαν με μεγαλύτερη επιβάρυνση. Η μελέτη ανέδειξε τη σημασία της οργανωτικής προστασίας σε περιόδους υγειονομικής κρίσης.

Οι Mangoulia et al. (2015) εξέτασαν τη δευτερογενή τραυματική καταπόνηση, την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση από τη συμπίνα σε 174 ψυχιατρικούς νοσηλευτές από 12 δημόσια νοσοκομεία. Χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα Professional Quality of Life και ερωτηματολόγιο δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 49,4% παρουσίαζε υψηλό κίνδυνο εξουθένωσης και το 44,8% υψηλό κίνδυνο δευτερογενούς τραυματικού στρες ή κόπωσης συμπίνας. Η έκθεση σε απαιτητικές θεραπευτικές σχέσεις και οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας αναδείχθηκαν ως βασικές πηγές επιβάρυνσης.

Οι Konstantinou et al. (2018) διερεύνησαν την επαγγελματική εξουθένωση και τους οργανωτικούς προγνωστικούς παράγοντες σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Η συγχρονική έρευνα απευθύνθηκε σε 232 νοσηλευτές τεσσάρων ιδιωτικών ψυχιατρικών

κλινικών στη Θεσσαλία και βασίστηκε σε 78 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες εξουθένωσης, σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων, οργανωτικής δέσμευσης και εργασιακής ικανοποίησης. Υψηλή συναισθηματική εξάντληση καταγράφηκε στο 53,8% του δείγματος και υψηλή αποπροσωποποίηση στο 24,4%. Ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες ήταν η σύγκρουση ρόλων, η ικανοποίηση από τον φόρτο, την εκπαίδευση και την αμοιβή, η ασάφεια ρόλων και η παρουσία σοβαρών οικογενειακών δυσκολιών.

Οι Li et al. (2024) εξέτασαν τη σχέση της εξουθένωσης των νοσηλευτών με την ασφάλεια, την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση περιέλαβε 85 μελέτες και 288.581 νοσηλευτές από 32 χώρες. Η αυξημένη εξουθένωση συσχετίστηκε με δυσμενέστερο κλίμα ασφάλειας, περισσότερα σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής, πτώσεις, νοσοκομειακές λοιμώξεις και ανεπιθύμητα συμβάντα. Παράλληλα, συνδέθηκε με χαμηλότερη αξιολόγηση της ποιότητας από τους νοσηλευτές και χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών. Τα αποτελέσματα ενισχύουν την άποψη ότι η εξουθένωση αποτελεί οργανωτικό ζήτημα με άμεσες συνέπειες στη λειτουργία των νοσοκομείων.

1.2.Εργασιακή Ικανοποίηση

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί τη θετική ή αρνητική αξιολόγηση που διαμορφώνει ο εργαζόμενος για την εργασία του (Locke, 1976; Spector, 1985). Περιλαμβάνει συναισθηματικές αντιδράσεις, γνωστικές κρίσεις και αντιλήψεις σχετικά με τον βαθμό στον οποίο η απασχόληση ανταποκρίνεται στις ανάγκες, στις προσδοκίες και στις αξίες του ατόμου. Πρόκειται για πολυδιάστατη έννοια, καθώς ένας νοσηλευτής μπορεί να αισθάνεται ικανοποίηση από το αντικείμενο και τις σχέσεις με τους ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα να αξιολογεί αρνητικά τις αποδοχές, τη στελέχωση ή τις δυνατότητες εξέλιξης (Locke, 1976; Spector, 1985). Η εργασιακή ικανοποίηση παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία στις υπηρεσίες υγείας, επειδή συνδέεται με την παραμονή στο επάγγελμα, την οργανωτική δέσμευση, τη συνεργασία και την ποιότητα της φροντίδας (Ioannou et al., 2015; Lu et al., 2019). Η θετική αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος ενισχύει την παρακίνηση και την προθυμία ανάληψης πρωτοβουλιών (Lu et al., 2019; Niskala et al., 2020). Η χαμηλή ικανοποίηση σχετίζεται με πρόθεση αποχώρησης, απουσίες, μειωμένη εργασιακή εμπλοκή και αρνητικότερη αντίληψη της ποιότητας (Lu et al., 2019; Karaferis et al., 2022). Η έννοια

λειτουργεί επομένως ως σημαντικός δείκτης τόσο της ευημερίας του προσωπικού όσο και της οργανωτικής αποτελεσματικότητας (Lu et al., 2019).

1.2.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg διακρίνει τους παράγοντες παρακίνησης από τους παράγοντες υγιεινής (Herzberg et al., 1959). Οι παράγοντες παρακίνησης συνδέονται με το περιεχόμενο της εργασίας και περιλαμβάνουν την επίτευξη, την αναγνώριση, την υπευθυνότητα, την εξέλιξη και τη δυνατότητα ανάπτυξης (Herzberg et al., 1959). Η παρουσία τους ενισχύει τη θετική ικανοποίηση (Herzberg et al., 1959). Οι παράγοντες υγιεινής αφορούν το πλαίσιο, όπως οι αποδοχές, οι πολιτικές του οργανισμού, η εποπτεία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η ασφάλεια και οι συνθήκες εργασίας (Herzberg et al., 1959). Η ανεπαρκής κάλυψή τους δημιουργεί δυσαρέσκεια (Herzberg et al., 1959). Για το νοσηλευτικό προσωπικό, η θεωρία υποδεικνύει ότι η βελτίωση της αμοιβής και των συνθηκών περιορίζει τη δυσαρέσκεια, ενώ η αυτονομία, η αναγνώριση και η επαγγελματική ανάπτυξη ενισχύουν την ουσιαστική ικανοποίηση (Herzberg et al., 1959).

Η θεωρία της αξιακής αντίληψης του Locke ερμηνεύει την ικανοποίηση ως αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα σε όσα επιθυμεί ο εργαζόμενος και σε όσα θεωρεί ότι λαμβάνει (Locke, 1976). Η σημασία κάθε χαρακτηριστικού εξαρτάται από τις προσωπικές αξίες (Locke, 1976). Η έλλειψη ενός στοιχείου προκαλεί μεγαλύτερη δυσαρέσκεια όταν το στοιχείο αυτό κατέχει υψηλή θέση στο αξιακό σύστημα του ατόμου (Locke, 1976). Ένας νοσηλευτής που αποδίδει έμφαση στην επαγγελματική αυτονομία επηρεάζεται περισσότερο από αυστηρά ιεραρχικές διαδικασίες, ενώ ένας εργαζόμενος που δίνει προτεραιότητα στην ασφάλεια επηρεάζεται περισσότερο από την προσωρινή σύμβαση ή την αβεβαιότητα απασχόλησης (Locke, 1976).

Το μοντέλο χαρακτηριστικών της εργασίας των Hackman και Oldham εστιάζει στην ποικιλία δεξιοτήτων, στην ταυτότητα του έργου, στη σημασία του έργου, στην αυτονομία και στην ανατροφοδότηση (Hackman & Oldham, 1976). Τα χαρακτηριστικά αυτά διαμορφώνουν την εμπειρία νοήματος, ευθύνης και γνώσης των αποτελεσμάτων. Η νοσηλευτική διαθέτει υψηλή κοινωνική σημασία και απαιτεί ευρύ φάσμα δεξιοτήτων, στοιχεία που μπορούν να υποστηρίξουν υψηλή εσωτερική παρακίνηση (Hackman & Oldham, 1976). Ωστόσο, η κατάτμηση της φροντίδας, η ανάθεση επαναλαμβανόμενων εργασιών και η περιορισμένη αυτονομία μπορεί να μειώσουν τα θετικά οφέλη του επαγγελματικού περιεχομένου (Hackman & Oldham, 1976).

Η θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής και η έννοια της αντιλαμβανόμενης οργανωτικής υποστήριξης προτείνουν ότι οι εργαζόμενοι ανταποκρίνονται θετικά όταν θεωρούν ότι ο οργανισμός εκτιμά τη συνεισφορά τους και ενδιαφέρεται για την ευημερία τους (Eisenberger et al., 1986). Η δίκαιη μεταχείριση, η αναγνώριση, η υποστηρικτική ηγεσία και η πρόσβαση σε πόρους δημιουργούν αίσθημα αμοιβαιότητας και ενισχύουν τη δέσμευση (Eisenberger et al., 1986; Niskala et al., 2020). Στα νοσοκομεία η υποστήριξη αποτυπώνεται στην επαρκή στελέχωση, στην προστασία από τη βία, στη δίκαιη κατανομή βαρδιών, στην πρόσβαση σε εκπαίδευση και στην ουσιαστική ακρόαση των επαγγελματικών αναγκών (Eisenberger et al., 1986).

Το μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων και Πόρων συνδέει την ικανοποίηση με την ισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις και στους διαθέσιμους πόρους (Demerouti et al., 2001; Bakker & de Vries, 2021). Οι πόροι, όπως η αυτονομία, η εποπτική υποστήριξη, η σαφήνεια ρόλου και η δυνατότητα ανάπτυξης, ενισχύουν την εργασιακή δέσμευση και την ικανοποίηση (Demerouti et al., 2001; Lu et al., 2019). Οι υπερβολικές απαιτήσεις και η παρατεταμένη εξάντληση περιορίζουν τη θετική αξιολόγηση της εργασίας (Demerouti et al., 2001; Lu et al., 2019). Η εργασιακή ικανοποίηση λειτουργεί έτσι ως δυναμικό αποτέλεσμα της σχέσης εργαζομένου και οργανισμού και μπορεί να μεταβάλλεται όταν αλλάζουν οι συνθήκες, η ηγεσία ή οι επαγγελματικές προσδοκίες (Bakker & de Vries, 2021; Demerouti et al., 2001).

1.2.2. Μέτρηση

Η εργασιακή ικανοποίηση μετράται με γενικές ή πολυδιάστατες κλίμακες (Spector, 1985; Tsounis & Sarafis, 2018). Παρακάτω αναλύονται οι κύριες κλίμακες που αποτυπώνουν τη γενική στάση απέναντι στην εργασία, ενώ οι πολυδιάστατες εξετάζουν επιμέρους περιοχές:

Το Job Satisfaction Survey περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις και εννέα διαστάσεις: αμοιβή, προαγωγή, εποπτεία, πρόσθετες παροχές, ενδεχόμενες ανταμοιβές, λειτουργικές διαδικασίες, συναδέλφους, φύση της εργασίας και επικοινωνία (Spector, 1985; Tsounis & Sarafis, 2018). Η ελληνική μετάφραση έχει αξιολογηθεί ψυχομετρικά και θεωρείται κατάλληλη για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης στον ελληνικό πληθυσμό (Spector, 1985; Tsounis & Sarafis, 2018).

Το Minnesota Satisfaction Questionnaire διακρίνει την εσωτερική από την εξωτερική ικανοποίηση (Lakatamitou et al., 2020). Η εσωτερική διάσταση αφορά την αξιοποίηση ικανοτήτων, την υπευθυνότητα, την επίτευξη, την κοινωνική προσφορά και την αυτονομία (Lakatamitou et al., 2020). Η εξωτερική διάσταση αφορά τις αποδοχές, τις πολιτικές, την

εποπτεία, την εξέλιξη και τις συνθήκες (Lakatamitou et al., 2020). Η σύντομη μορφή περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις και προσφέρει βαθμολογίες εσωτερικής, εξωτερικής και γενικής ικανοποίησης (Lakatamitou et al., 2020). Η ελληνική σύντομη εκδοχή έχει αξιολογηθεί σε ελληνόφωνους επαγγελματίες υγείας, με αποτελέσματα που υποστηρίζουν τη χρήση της για τη διερεύνηση της εποπτείας, της αυτονομίας και του εμπλουτισμού της εργασίας (Lakatamitou et al., 2020).

Η McCloskey/Mueller Satisfaction Scale σχεδιάστηκε ειδικά για νοσηλευτές και εξετάζει περιοχές όπως οι εξωγενείς ανταμοιβές, ο προγραμματισμός, η ισορροπία εργασίας και οικογένειας, οι σχέσεις με συναδέλφους, οι ευκαιρίες αλληλεπίδρασης, η επαγγελματική ανάπτυξη, η αναγνώριση και ο έλεγχος (Lee et al., 2016). Η νοσηλευτική εξειδίκευση του εργαλείου αποτελεί πλεονέκτημα, καθώς αποτυπώνει στοιχεία όπως η ευελιξία των βαρδιών και οι σχέσεις με την ομάδα (Lee et al., 2016; Dilig-Ruiz et al., 2018). Η νεότερη ψυχομετρική αξιολόγηση υποστηρίζει την αξιοπιστία του, ενώ αναδεικνύει την ανάγκη επιβεβαίωσης της παραγοντικής δομής σε κάθε πολιτισμικό περιβάλλον (Lee et al., 2016).

Στην επιλογή κλίμακας χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη η διαθεσιμότητα ελληνικής στάθμισης, η διάρκεια συμπλήρωσης, η σύνθεση του δείγματος και ο ερευνητικός σκοπός (Spector, 1985; Tsounis & Sarafis, 2018). Η εξέταση μόνο μιας γενικής ερώτησης προσφέρει ταχεία εικόνα, αλλά περιορίζει την αναγνώριση των οργανωτικών πεδίων που χρειάζονται παρέμβαση (Spector, 1985; Lee et al., 2016). Οι πολυδιάστατες κλίμακες διευκολύνουν τη σύνδεση της ικανοποίησης με τις αποδοχές, την ηγεσία, τη στελέχωση, την επικοινωνία και το περιεχόμενο της εργασίας (Lee et al., 2016; Tsounis & Sarafis, 2018).

Ένα από τα πλέον αξιόπιστα και διαδεδομένα εργαλεία είναι το Index of Work Satisfaction (IWS), το οποίο αναπτύχθηκε από την Patricia Stamps. Το IWS μετρά την επαγγελματική ικανοποίηση μέσα από έξι βασικές διαστάσεις: αμοιβή, αυτονομία, επαγγελματικές σχέσεις, αλληλεπίδραση, επαγγελματικό κύρος και οργανωτικές πολιτικές. Το εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε μελέτες στον χώρο της υγείας, παρουσιάζοντας υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Stamps & Piedmonte, 1986).

Ένα ακόμη σημαντικό εργαλείο είναι το Warr-Cook-Wall Job Satisfaction Scale, που αναπτύχθηκε από τους Warr, Cook, και Wall (1979). Αυτή η κλίμακα αποτελείται από 15 ερωτήματα και αξιολογεί πτυχές όπως οι συνθήκες εργασίας, η αμοιβή, η αναγνώριση, η προαγωγή και οι σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους. Η Warr-Cook-Wall Scale χρησιμοποιείται εκτενώς σε διεθνείς έρευνες για τη μέτρηση της γενικής και ειδικής

εργασιακής ικανοποίησης διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, μεταξύ αυτών και των επαγγελματιών υγείας (Warr, Cook, & Wall, 1979).

Στον χώρο της υγείας, ιδιαίτερα για τους ιατρούς, το Physician Job Satisfaction Scale (PJSS) αποτελεί ένα ειδικά σχεδιασμένο εργαλείο που λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητες του ιατρικού επαγγέλματος, όπως η αυτονομία, ο φόρτος εργασίας, η σχέση με τη διοίκηση, οι ευκαιρίες εξέλιξης και η ισορροπία εργασίας-ζωής. Το PJSS έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες σε ΗΠΑ, Ευρώπη και Ασία, παρουσιάζοντας υψηλή εσωτερική συνοχή και εγκυρότητα (Williams et al., 1999).

Επιπλέον, το Job Descriptive Index (JDI) είναι ένα από τα πιο παλαιά και συστηματικά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης. Το JDI αξιολογεί πέντε βασικές διαστάσεις: εργασία, αμοιβή, προαγωγή, συνάδελφοι και προϊστάμενοι, προσφέροντας λεπτομερή εικόνα για τις πηγές ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας στον χώρο εργασίας (Smith, Kendall, & Hulin, 1969).

1.2.3. Παράγοντες επηρεασμού

Το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης των νοσηλευτών (Lu et al., 2019; Niskala et al., 2020). Η επαρκής στελέχωση, η διαθεσιμότητα υλικών, η ασφαλής οργάνωση της εργασίας και η δυνατότητα παροχής ποιοτικής φροντίδας ενισχύουν τη θετική αξιολόγηση (Lu et al., 2019; Dilig-Ruiz et al., 2018). Όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι διαθέτουν χρόνο και μέσα για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών, βιώνουν μεγαλύτερη επαγγελματική επίτευξη (Lu et al., 2019). Ο υπερβολικός φόρτος, η συστηματική παράλειψη φροντίδας και η συνεχής πίεση δημιουργούν σύγκρουση ανάμεσα στις επαγγελματικές αξίες και στην πραγματική πρακτική, περιορίζοντας την ικανοποίηση (Lu et al., 2019). Η ηγεσία επηρεάζει την καθημερινή εμπειρία μέσα από την κατανομή των καθηκόντων, τη διαχείριση των συγκρούσεων και την αναγνώριση (Lu et al., 2019; Sarafis et al., 2016). Ο μετασχηματιστικός και υποστηρικτικός τρόπος διοίκησης ενισχύει την εμπιστοσύνη, την αυτονομία και τη συμμετοχή (Niskala et al., 2020). Η δίκαιη αντιμετώπιση των αιτημάτων, η σαφής επικοινωνία και η συνεπής εφαρμογή των κανόνων περιορίζουν την αίσθηση αβεβαιότητας (Niskala et al., 2020; Lu et al., 2019). Οι σχέσεις με συναδέλφους και ιατρούς διαμορφώνουν επίσης την ικανοποίηση, καθώς η συνεργασία και ο αμοιβαίος σεβασμός διευκολύνουν τη φροντίδα και ενισχύουν το αίσθημα ένταξης στην ομάδα (Lu et al., 2019; Niskala et al., 2020). Οι αποδοχές, οι πρόσθετες παροχές και οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικές εξωτερικές διαστάσεις (Lu et al., 2019;

Niskala et al., 2020). Η αξιολόγησή τους επηρεάζεται από την αντιλαμβανόμενη αναλογία ανάμεσα στην προσπάθεια και στην ανταμοιβή, καθώς και από τη σύγκριση με άλλες επαγγελματικές ομάδες (Siegrist, 1996; Lu et al., 2019). Η περιορισμένη δυνατότητα προαγωγής, η απουσία σύνδεσης της απόδοσης με αναγνώριση και η αβεβαιότητα της σύμβασης μειώνουν τη θετική στάση (Karaferis et al., 2022; Katsaouni et al., 2024). Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η δυνατότητα ανάληψης προηγμένων ρόλων και η αξιοποίηση των προσόντων ενισχύουν την επαγγελματική ανάπτυξη και την παραμονή στο επάγγελμα (Lu et al., 2019; Siegrist, 1996).

Η οργάνωση του χρόνου εργασίας επηρεάζει την ισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (Dall'Ora et al., 2020; Lu et al., 2019). Οι συχνές αλλαγές στο πρόγραμμα, οι συνεχόμενες νυχτερινές βάρδιες, η δυσκολία λήψης άδειας και η ανάκληση κατά τις ημέρες ανάπαυσης περιορίζουν την προβλεψιμότητα (Dall'Ora et al., 2020; Lu et al., 2019). Η μεγαλύτερη συμμετοχή στον σχεδιασμό του προγράμματος και η έγκαιρη γνωστοποίηση των βαρδιών ενισχύουν το αίσθημα ελέγχου (Dall'Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Η εργασία σε σταθερό πρωινό ωράριο μπορεί να διευκολύνει την οικογενειακή ζωή, ενώ ορισμένοι εργαζόμενοι προτιμούν κυκλικά προγράμματα λόγω οικονομικών ή προσωπικών αναγκών (Dall'Ora et al., 2020; Lu et al., 2019). Οι ατομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την ηλικία, την εμπειρία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και τις επαγγελματικές προσδοκίες (Niskala et al., 2020; Lu et al., 2019). Η σχέση τους με την ικανοποίηση παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ανά μελέτη και οργανισμό (Lu et al., 2019; Galanis et al., 2023). Οι νεότεροι εργαζόμενοι μπορεί να διαθέτουν υψηλές προσδοκίες ανάπτυξης, ενώ οι έμπειροι μπορεί να βιώνουν απογοήτευση από περιορισμένες προοπτικές ή μεγαλύτερη ικανοποίηση λόγω επαγγελματικής αυτοπεποίθησης (Karaferis et al., 2022; Katsaouni et al., 2024). Η κατάσταση υγείας, η εξουθένωση και το εργασιακό στρες επηρεάζουν άμεσα την αξιολόγηση της εργασίας. Η υψηλή εξουθένωση περιορίζει την ικανότητα άντλησης ικανοποίησης ακόμη και από πλευρές που παλαιότερα λειτουργούσαν θετικά (Lu et al., 2019).

1.2.4. Εργασιακή ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία

Η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών στα νοσοκομεία χαρακτηρίζεται συχνά από αντιφατικές αξιολογήσεις (Ioannou et al., 2015; Lu et al., 2019). Η άμεση προσφορά προς τον ασθενή, η κοινωνική σημασία της εργασίας και η ανάπτυξη κλινικών δεξιοτήτων δημιουργούν υψηλή εσωτερική ικανοποίηση (Lu et al., 2019; Niskala et al., 2020). Οι νοσηλευτές συχνά αντλούν νόημα από τη βελτίωση της κατάστασης ενός ασθενούς, από την ανακούφιση του

πόνου και από την υποστήριξη των οικογενειών. Η φύση της εργασίας και οι σχέσεις με τους συναδέλφους αποτελούν συχνά τις θετικότερα αξιολογούμενες διαστάσεις (Dilig-Ruiz et al., 2018; Lu et al., 2019). Οι εξωτερικές διαστάσεις εμφανίζουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε πολλά νοσοκομειακά συστήματα (Karaferis et al., 2022; Τσομάκου et al., 2022). Οι αποδοχές, οι δυνατότητες προαγωγής, οι πρόσθετες παροχές, η γραφειοκρατία και η ανεπαρκής στελέχωση αποτελούν συχνές πηγές δυσαρέσκειας (Μολλάς et al., 2023; Τσομάκου et al., 2022). Η εμπειρία ότι η διοίκηση ενδιαφέρεται περισσότερο για την τήρηση των διαδικασιών παρά για την υποστήριξη του προσωπικού περιορίζει την οργανωτική ταύτιση (Ιοαννου et al., 2015; Lu et al., 2019). Η αρνητική αξιολόγηση ενισχύεται όταν οι νοσηλευτές θεωρούν ότι η έλλειψη πόρων επηρεάζει την ασφάλεια και τους υποχρεώνει να παρέχουν φροντίδα χαμηλότερη από τα επαγγελματικά τους πρότυπα (Karaferis et al., 2022; Lu et al., 2019; Μολλάς et al., 2023; Τσομάκου et al., 2022).

Η ικανοποίηση συνδέεται στενά με την πρόθεση παραμονής (Lu et al., 2019; Niskala et al., 2020). Οι εργαζόμενοι που αξιολογούν θετικά την ηγεσία, τις σχέσεις, την αυτονομία και τις ευκαιρίες ανάπτυξης εμφανίζουν ισχυρότερη οργανωτική δέσμευση (Lu et al., 2019; Niskala et al., 2020). Η πρόθεση αποχώρησης αυξάνεται όταν η χαμηλή ικανοποίηση συνδυάζεται με εξουθένωση και αντίληψη ύπαρξης εναλλακτικών επιλογών (Ιοαννου et al., 2015; Jun et al., 2021). Η αποχώρηση έμπειρων νοσηλευτών επιβαρύνει τις ομάδες, αυξάνει το κόστος εκπαίδευσης και περιορίζει τη συνέχεια της φροντίδας (Li et al., 2024; Jun et al., 2021). Η παρακολούθηση της ικανοποίησης προσφέρει επομένως χρήσιμο εργαλείο έγκαιρης αναγνώρισης οργανωτικών προβλημάτων (Lu et al., 2019; Niskala et al., 2020).

Στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, οι οικονομικοί περιορισμοί, η υποστελέχωση, η γήρανση του προσωπικού και η περιορισμένη κινητικότητα εξέλιξης επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης (Karaferis et al., 2022; Μολλάς et al., 2023; Τσομάκου et al., 2022). Παράλληλα, οι ισχυρές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και η αίσθηση κοινωνικής προσφοράς μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά (Ιοαννου et al., 2015; Sarafis et al., 2016). Η διερεύνηση στα νοσοκομεία της Αττικής αποκτά ιδιαίτερη σημασία λόγω του μεγάλου όγκου περιστατικών, της λειτουργίας τριτοβάθμιων και εξειδικευμένων μονάδων και της ετερογένειας των οργανωτικών συνθηκών (Ιοαννου et al., 2015; Karaferis et al., 2022).

1.2.5. Προϋπάρχουσα έρευνα

Οι Lu et al. (2019) πραγματοποίησαν βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό την επικαιροποίηση της γνώσης για την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών νοσοκομείων. Η

ανασκόπηση κάλυψε μελέτες σχετικές με τις πηγές, τις επιδράσεις και τους μηχανισμούς διαμόρφωσης της ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ως βασικούς παράγοντες το εργασιακό περιβάλλον, τη δομική ενδυνάμωση, την οργανωτική και επαγγελματική δέσμευση, το εργασιακό στρες, την αναλογία ασθενών και νοσηλευτών και το κοινωνικό κεφάλαιο. Η ικανοποίηση συσχετίστηκε με την παραμονή στην εργασία, την ποιότητα και την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα. Οι Dilig-Ruiz et al. (2018) εξέτασαν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας μέσα από συστηματική ανασκόπηση. Από 1.995 τίτλους επιλέχθηκαν 61 μελέτες, ενώ εντοπίστηκαν 42 διαφορετικά ποσοτικά εργαλεία μέτρησης. Ο σταθμισμένος μέσος δείκτης έδειξε ότι περίπου το 56% των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας δήλωνε ικανοποίηση. Η μεγάλη ποικιλία εργαλείων και εννοιολογικών ορισμών δυσχέρανε τη σύγκριση. Οι σχέσεις με την ομάδα, η αναγνώριση, το πρόγραμμα, η αυτονομία και η υποστήριξη της διοίκησης εμφανίστηκαν ως σημαντικοί παράγοντες.

Οι Niskala et al. (2020) διεξήγαγαν συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση για να αξιολογήσουν παρεμβάσεις βελτίωσης της ικανοποίησης των νοσηλευτών. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις CINAHL, Medic και PubMed και η ανάλυση περιέλαβε οργανωτικές, εκπαιδευτικές και ατομικές παρεμβάσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι προγράμματα που ενισχύουν την επαγγελματική αυτονομία, τη συμμετοχή, την ομαδικότητα και την εσωτερική παρακίνηση μπορούν να επιφέρουν θετικές μεταβολές. Οι συγγραφείς υπογράμμισαν ότι οι οργανωτικές στρατηγικές παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυνατότητα διατηρήσιμης επίδρασης σε σύγκριση με αποσπασματικές δράσεις. Οι Ioannou et al. (2015) διερεύνησαν την εργασιακή ικανοποίηση και τη σχέση της με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε 508 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών από τρία γενικά νοσοκομεία και τις αντίστοιχες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Χρησιμοποιήθηκαν το Measure of Job Satisfaction και το SF-36. Η γενική ικανοποίηση ήταν χαμηλή, με θετικότερες αξιολογήσεις στην προσωπική ικανοποίηση και στην υποστήριξη, ενώ η αμοιβή, οι προοπτικές και ο φόρτος αξιολογήθηκαν αρνητικότερα. Η υψηλότερη ικανοποίηση συσχετίστηκε με καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία.

Οι Karaferis et al. (2022) εξέτασαν την εργασιακή ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας σε 13 δημόσια νοσοκομεία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Συλλέχθηκαν 3.278 ερωτηματολόγια, από τα οποία 1.736 προέρχονταν από νοσηλευτικό προσωπικό. Χρησιμοποιήθηκε το Job Satisfaction Survey, με υψηλή εσωτερική συνέπεια. Η μέση ικανοποίηση βρέθηκε σε μέτριο επίπεδο. Οι χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στις

αποδοχές, στην προαγωγή, στις πρόσθετες παροχές και στις λειτουργικές διαδικασίες, ενώ θετικότερα αξιολογήθηκαν η εποπτεία, η φύση της εργασίας και οι συνάδελφοι.

Οι Galanis et al. (2023) σύγκριναν την επαγγελματική εξουθένωση και την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών με άλλους επαγγελματίες υγείας μετά την οξεία φάση της πανδημίας. Η συγχρονική μελέτη χρησιμοποίησε κλίμακες εξουθένωσης και ικανοποίησης μαζί με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Οι νοσηλευτές παρουσίασαν υψηλότερη εξουθένωση και χαμηλότερη ικανοποίηση από άλλες επαγγελματικές ομάδες. Ο αυξημένος φόρτος, οι δυσμενείς συνθήκες, η μικρότερη υποστήριξη και η μεγαλύτερη πρόθεση αποχώρησης συνδέθηκαν με αρνητικότερες εκβάσεις. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι επιδράσεις των κρίσεων μπορεί να παραμένουν ενεργές μετά την υποχώρηση της άμεσης απειλής.

1.3.Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με την προσέγγιση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ποιότητα ζωής αποτελεί ευρεία έννοια που περιλαμβάνει την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πολιτισμικό και αξιακό πλαίσιο στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (The WHOQOL Group, 1998). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εστιάζει στις πλευρές που επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από τη σωματική και ψυχική υγεία και περιλαμβάνει τη λειτουργικότητα, τον πόνο, την ενέργεια, τη συναισθηματική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις και την ικανότητα εκπλήρωσης καθημερινών ρόλων (Ware & Sherbourne, 1992; The WHOQOL Group, 1998). Η έννοια βασίζεται στην υποκειμενική αξιολόγηση, καθώς δύο άτομα με παρόμοια αντικειμενική κατάσταση υγείας μπορεί να αναφέρουν διαφορετική ποιότητα ζωής ανάλογα με τις προσδοκίες, τους πόρους, την κοινωνική υποστήριξη και την προσαρμογή τους (Ojelabi et al., 2017; Sprangers & Schwartz, 1999). Η αυτοαναφερόμενη υγεία συμπληρώνει τους κλινικούς δείκτες, καθώς αποτυπώνει την καθημερινή επίδραση των συμπτωμάτων και των περιορισμών. Στους νοσηλευτές, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται τόσο από γενικούς παράγοντες υγείας όσο και από τη σωματική, ψυχική και κοινωνική επιβάρυνση της εργασίας (Ojelabi et al., 2017; The WHOQOL Group, 1998).

1.3.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση αντιμετωπίζει την υγεία ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η σωματική

κατάσταση επηρεάζει τη διάθεση και τη λειτουργικότητα, ενώ το εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να ενισχύσει ή να περιορίσει τις συνέπειες των συμπτωμάτων (Engel, 1977). Για έναν νοσηλευτή, ο μυοσκελετικός πόνος μπορεί να δυσχεράνει τις μετακινήσεις ασθενών, να μειώσει τη συμμετοχή σε δραστηριότητες αναψυχής και να επηρεάσει τον ύπνο (Sarafis et al., 2016; Ojelabi et al., 2017). Η μειωμένη ανάπαυση μπορεί στη συνέχεια να ενισχύσει τον πόνο και την ψυχική ένταση, δημιουργώντας αλληλοτροφοδοτούμενη επιβάρυνση (Engel, 1977).

Το μοντέλο των Wilson και Cleary συνδέει τα βιολογικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά με τα συμπτώματα, τη λειτουργική κατάσταση, τη γενική αντίληψη της υγείας και την ποιότητα ζωής (Ojelabi et al., 2017). Ατομικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν κάθε επίπεδο και τις μεταξύ τους σχέσεις. Το μοντέλο υποδεικνύει ότι οι αντικειμενικές ενδείξεις αποτελούν μόνο την αφετηρία (Ojelabi et al., 2017). Η ένταση της κόπωσης ή του πόνου, η επίδρασή τους στη λειτουργικότητα και η υποκειμενική αξιολόγηση καθορίζουν την τελική εμπειρία. Η εφαρμογή του σε έρευνες υγείας έχει υποστηρίξει τη σημασία των συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας ως μεσολαβητικών μηχανισμών (Ojelabi et al., 2017).

Η προσέγγιση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υιοθετεί πολυδιάστατη και διαπολιτισμική αντίληψη (The WHOQOL Group, 1998). Η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον (The WHOQOL Group, 1998). Η σωματική διάσταση καλύπτει την ενέργεια, τον πόνο, τον ύπνο και την κινητικότητα. Η ψυχολογική περιλαμβάνει τη διάθεση, την αυτοεκτίμηση και τις γνωστικές λειτουργίες (The WHOQOL Group, 1998). Η κοινωνική διάσταση αφορά τις προσωπικές σχέσεις και την υποστήριξη, ενώ η περιβαλλοντική περιλαμβάνει την ασφάλεια, τους οικονομικούς πόρους, την πρόσβαση σε υπηρεσίες και τις ευκαιρίες αναψυχής (The WHOQOL Group, 1998).

Η θεωρία διατήρησης των πόρων προσφέρει επίσης ερμηνευτικό πλαίσιο για τη σχέση εργασίας και ποιότητας ζωής (Hobfoll et al., 2018). Η παρατεταμένη επένδυση ενέργειας χωρίς επαρκή αποκατάσταση περιορίζει τους διαθέσιμους πόρους για την οικογενειακή, κοινωνική και προσωπική ζωή (Hobfoll et al., 2018; Yang et al., 2020). Η εξουθένωση μπορεί να λειτουργεί ως μηχανισμός μέσω του οποίου οι εργασιακές απαιτήσεις μεταφέρονται εκτός εργασίας (Hobfoll et al., 2018; Yang et al., 2020). Η ψυχολογική αποσύνδεση, ο ύπνος, η χαλάρωση και οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου υποστηρίζουν την ανάκτηση ενέργειας (Yang et al., 2020). Η δυνατότητα αποκατάστασης εξαρτάται όμως και από το πρόγραμμα, τις

οικογενειακές υποχρεώσεις και την προβλεψιμότητα των βαρδιών (Hobfoll et al., 2018; Yang et al., 2020). Η έννοια της προσαρμογής εξηγεί γιατί οι αξιολογήσεις μπορεί να μεταβάλλονται χωρίς αντίστοιχη αντικειμενική μεταβολή της υγείας (Sprangers & Schwartz, 1999). Με την πάροδο του χρόνου, τα άτομα αναπροσαρμόζουν τα πρότυπα και τις προτεραιότητές τους. Ένας έμπειρος νοσηλευτής μπορεί να αναπτύξει αποτελεσματικότερες στρατηγικές και να διατηρεί καλή ποιότητα ζωής παρά την έκθεση σε απαιτήσεις (Sprangers & Schwartz, 1999; Yang et al., 2020). Αντίθετα, η παρατεταμένη εξάντληση μπορεί να περιορίσει σταδιακά τις προσδοκίες, με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να θεωρεί φυσιολογική μια κατάσταση σημαντικής κόπωσης (Sprangers & Schwartz, 1999). Η αξιολόγηση χρειάζεται επομένως να συνδυάζει υποκειμενικούς δείκτες με δεδομένα υγείας και εργασιακών συνθηκών (Sprangers & Schwartz, 1999).

1.3.2. Μέτρηση

Το SF-36 αποτελεί ένα από τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα γενικά εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Ware & Sherbourne, 1992). Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις και εξετάζει οκτώ διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, περιορισμούς ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων, σωματικό πόνο, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, περιορισμούς ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και ψυχική υγεία (Ware & Sherbourne, 1992; Pappa et al., 2005). Οι διαστάσεις μπορούν να οργανωθούν σε συνοπτικούς δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας, ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε θετικότερη αντιλαμβανόμενη υγεία (Ware & Sherbourne, 1992; Pappa et al., 2005). Η ελληνική έκδοση έχει επικυρωθεί και διαθέτει τιμές αναφοράς για τον γενικό πληθυσμό (Pappa et al., 2005; Ware & Sherbourne, 1992).

Το WHOQOL-BREF αποτελεί σύντομη έκδοχή του WHOQOL-100 και περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις (The WHOQOL Group, 1998). Δύο ερωτήσεις αξιολογούν τη γενική ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από την υγεία, ενώ οι υπόλοιπες κατανέμονται στις διαστάσεις της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος (The WHOQOL Group, 1998). Το εργαλείο αποτυπώνει ευρύτερες πτυχές από το SF-36, όπως οι οικονομικοί πόροι, η ασφάλεια, η πρόσβαση σε πληροφορίες και οι δυνατότητες αναψυχής (The WHOQOL Group, 1998). Η διαπολιτισμική του ανάπτυξη το καθιστά κατάλληλο για συγκρίσεις σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια (The WHOQOL Group, 1998).

Το EQ-5D-5L αποτελεί σύντομο γενικό εργαλείο, με πέντε διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοφροντίδα, συνήθειες δραστηριότητες, πόνο ή δυσφορία και άγχος ή κατάθλιψη. Κάθε

διάσταση διαθέτει πέντε επίπεδα σοβαρότητας (Herdman et al., 2011). Συμπληρώνεται από οπτική αναλογική κλίμακα γενικής υγείας (Herdman et al., 2011). Το εργαλείο προσφέρεται για μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες και οικονομικές αξιολογήσεις, καθώς επιτρέπει την παραγωγή ενιαίου δείκτη κατάστασης υγείας (Herdman et al., 2011). Η συντομία του αποτελεί πλεονέκτημα, αλλά προσφέρει μικρότερη λεπτομέρεια για τις εργασιακές και κοινωνικές πτυχές (Herdman et al., 2011).

Ένα από τα σημαντικότερα είναι το Sickness Impact Profile (SIP), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Bergner et al. (1981) και αποτελεί ένα εκτενές ερωτηματολόγιο 136 ερωτήσεων που αξιολογεί τη λειτουργική υγεία σε 12 διαστάσεις, όπως η σωματική κινητικότητα, η αυτοφροντίδα, η επικοινωνία και η κοινωνική αλληλεπίδραση. Το SIP έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε χρόνιες νόσους και σε πληθυσμούς με σοβαρούς περιορισμούς λειτουργικότητας, παρουσιάζοντας υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Bergner et al., 1981).

Ένα άλλο αξιόλογο εργαλείο είναι το Nottingham Health Profile (NHP). Το NHP αναπτύχθηκε στη Μεγάλη Βρετανία και αποτελείται από 38 ερωτήσεις που καλύπτουν έξι τομείς: ενέργεια, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και σωματική κινητικότητα. Το NHP είναι ιδιαίτερα εύχρηστο για ηλικιωμένους και για άτομα με χρόνιες παθήσεις, ενώ έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε πολλές γλώσσες και χώρες (Hunt et al., 1980).

Επιπλέον, το Health Utilities Index (HUI) αποτελεί ένα πολυδιάστατο εργαλείο που μετρά την ποιότητα ζωής σε οκτώ τομείς, συμπεριλαμβανομένων της όρασης, της ακοής, της ομιλίας, της κινητικότητας, της συναισθηματικής κατάστασης, του πόνου και της γνωστικής λειτουργίας. Το HUI παρέχει τόσο προφίλ υγείας όσο και συνολικό δείκτη χρησιμότητας, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας σε μελέτες υγείας (Feeny et al., 2002).

Τέλος, το Quality of Well-Being Scale (QWB) είναι ένα γενικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που συνδυάζει μετρήσεις για τα συμπτώματα, τη λειτουργική κατάσταση και την αυτοαντίληψη υγείας, προσφέροντας έναν ενιαίο δείκτη ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (Kaplan & Anderson, 1988).

1.3.3. Παράγοντες επηρεασμού

Η σωματική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από τις απαιτήσεις της εργασίας. Η μετακίνηση και ανύψωση ασθενών, η παρατεταμένη ορθοστασία, οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις και η ανεπαρκής εργονομία αυξάνουν τον κίνδυνο μυοσκελετικών προβλημάτων

(Dall'Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Ο πόνος στη μέση, στον αυχένα και στα κάτω άκρα περιορίζει τη λειτουργικότητα και επηρεάζει τις δραστηριότητες εκτός εργασίας (Sarafis et al., 2016). Η έκθεση σε λοιμώξεις, χημικούς παράγοντες και τραυματισμούς από αιχμηρά αντικείμενα δημιουργεί πρόσθετη επιβάρυνση (Dall'Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Η παρουσία χρόνιας νόσου, η παχυσαρκία, το κάπνισμα και η περιορισμένη σωματική δραστηριότητα μπορούν να επιδεινώσουν τη σωματική διάσταση (Dall'Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Η κυκλική εργασία επηρεάζει τον καρδιακό ρυθμό και την ποιότητα του ύπνου (Dall'Ora et al., 2020). Οι νυχτερινές βάρδιες, οι γρήγορες εναλλαγές και τα περιορισμένα διαστήματα ανάπαυσης συνδέονται με κόπωση, υπνηλία, πεπτικές ενοχλήσεις και δυσκολίες συγκέντρωσης (Dall'Ora et al., 2020). Η χρόνια διαταραχή του ύπνου επηρεάζει τη διάθεση, την ενέργεια και την κοινωνική λειτουργικότητα (Dall'Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Το απρόβλεπτο πρόγραμμα δυσχεραίνει τη συμμετοχή σε οικογενειακές και κοινωνικές δραστηριότητες, περιορίζοντας την ισορροπία των ρόλων. Η δυνατότητα επιλογής ή ανταλλαγής βαρδιών μπορεί να μετριάσει μέρος της επιβάρυνσης (Dall'Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Η ψυχική ποιότητα ζωής επηρεάζεται από το εργασιακό στρες, την εξουθένωση, το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Dall'Ora et al., 2020; Sarafis et al., 2016). Η συχνή επαφή με σοβαρή νόσο και θάνατο δημιουργεί συναισθηματική πίεση, ιδιαίτερα όταν απουσιάζουν δομές αποφόρτισης (Sarafis et al., 2016; Voskou et al., 2020). Η βία από ασθενείς ή συνοδούς, η λεκτική επιθετικότητα και ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας επηρεάζουν το αίσθημα ασφάλειας και την αυτοεκτίμηση (Mangoulia et al., 2015; Sarafis et al., 2016; Voskou et al., 2020). Η ηθική δυσφορία, η αίσθηση αδυναμίας παροχής κατάλληλης φροντίδας και οι συγκρούσεις αξιών μπορούν να προκαλέσουν ενοχή και απώλεια νοήματος (Mangoulia et al., 2015; Sarafis et al., 2016; Voskou et al., 2020).

Οι κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες λειτουργούν ως πηγές υποστήριξης αλλά και ως πρόσθετες απαιτήσεις (Hobfoll et al., 2018; Voskou et al., 2020). Η υποστήριξη από σύντροφο, οικογένεια και συναδέλφους διευκολύνει την αντιμετώπιση (Voskou et al., 2020). Οι ευθύνες φροντίδας παιδιών ή ηλικιωμένων, σε συνδυασμό με κυκλικό ωράριο, περιορίζουν τον διαθέσιμο χρόνο ανάπαυσης (Dall'Ora et al., 2020; Katsaouni et al., 2024). Οι γυναίκες, οι οποίες αποτελούν την πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, συχνά αναλαμβάνουν αυξημένο ποσοστό οικογενειακής φροντίδας (Katsaouni et al., 2024; Voskou et al., 2020). Η σύγκρουση εργασίας και οικογένειας μπορεί να περιορίσει την ικανοποίηση και να επιβαρύνει την ψυχική και κοινωνική ποιότητα ζωής (Katsaouni et al., 2024; Voskou et al., 2020). Οι οικονομικές συνθήκες, η εργασιακή ασφάλεια και η μορφή της σύμβασης επηρεάζουν την

περιβαλλοντική και ψυχολογική διάσταση (Karaferis et al., 2022; Katsaouni et al., 2024). Η αβεβαιότητα ανανέωσης της σύμβασης, η δυσκολία μακροπρόθεσμου προγραμματισμού και οι περιορισμένες αποδοχές δημιουργούν ανασφάλεια (Katsaouni et al., 2024). Η πρόσβαση σε εκπαίδευση, υποστήριξη ψυχικής υγείας, άδεια και ευέλικτο προγραμματισμό λειτουργεί προστατευτικά (Niskala et al., 2020; Katsaouni et al., 2024). Η εργασιακή ικανοποίηση και η εξουθένωση αποτελούν κρίσιμους συνδετικούς μηχανισμούς: η θετική εμπειρία εργασίας υποστηρίζει την ψυχική υγεία, ενώ η εξουθένωση αποτελεί έναν από τους μηχανισμούς μέσω των οποίων η εργασιακή επιβάρυνση συνδέεται με τη σωματική, κοινωνική και προσωπική ζωή (Ioannou et al., 2015; Katsaouni et al., 2024; Khatatbeh et al., 2022).

1.3.4. Ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία

Η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στα νοσοκομεία παρουσιάζει συχνά μεγαλύτερη επιβάρυνση στις διαστάσεις της ζωτικότητας, της ψυχικής υγείας, του πόνου και της κοινωνικής λειτουργικότητας (Ioannou et al., 2015; Khatatbeh et al., 2022). Η κόπωση μπορεί να παραμένει μετά τη λήξη της βάρδιας και να περιορίζει τη συμμετοχή σε οικογενειακές, κοινωνικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Ioannou et al., 2015; Khatatbeh et al., 2022). Η ανάγκη ανάπαυσης κατά τις ημέρες εκτός εργασίας μειώνει τον χρόνο που διατίθεται για προσωπική φροντίδα και σχέσεις (Khatatbeh et al., 2022; Μπελλάλη et al., 2007). Η κατάσταση αυτή μπορεί να γίνει χρόνια όταν το πρόγραμμα περιλαμβάνει συχνές νυχτερινές βάρδιες και έκτακτες αλλαγές (Ioannou et al., 2015; Khatatbeh et al., 2022; Μπελλάλη et al., 2007). Η ψυχική διάσταση επηρεάζεται από την ευθύνη, την αβεβαιότητα και τη συναισθηματική εργασία (Dall'Ora et al., 2020). Οι νοσηλευτές καλούνται να διατηρούν προσοχή και αυτοέλεγχο ακόμη και όταν βιώνουν κόπωση ή προσωπική πίεση (Mangoulia et al., 2015; Voskou et al., 2020). Η περιορισμένη δυνατότητα επεξεργασίας δύσκολων περιστατικών μπορεί να οδηγήσει σε συσσώρευση συναισθημάτων (Mangoulia et al., 2015). Η υποστηρικτική ομάδα, η κλινική εποπτεία και η δυνατότητα συζήτησης μετά από τραυματικά συμβάντα συμβάλλουν στην αποκατάσταση (Voskou et al., 2020). Η κουλτούρα που αναγνωρίζει την ψυχολογική επιβάρυνση διευκολύνει την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας (Mangoulia et al., 2015; Voskou et al., 2020). Η καλή ποιότητα ζωής συνδέεται με ευνοϊκότερες συνθήκες για ασφαλή και ανθρωποκεντρική φροντίδα (Jun et al., 2021; Li et al., 2024). Η επαρκής ενέργεια, η ψυχική ισορροπία και η κοινωνική υποστήριξη ενισχύουν την προσοχή, την ενσυναίσθηση και τη συνεργασία (Jun et al., 2021; Li et al., 2024). Η χαμηλή ποιότητα ζωής μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμένη υπομονή, δυσκολία επικοινωνίας και

αυξημένη πρόθεση αποχώρησης (Jun et al., 2021; Li et al., 2024). Η βελτίωσή της απαιτεί μέτρα που καλύπτουν τη στελέχωση, την εργονομία, τη διαχείριση των βαρδιών, την πρόληψη της βίας, την ψυχολογική υποστήριξη και την επαγγελματική αναγνώριση (Jun et al., 2021; Li et al., 2024).

Στα νοσοκομεία της Αττικής, η ποιότητα ζωής μπορεί να επηρεάζεται και από το αστικό περιβάλλον, τις μεγάλες μετακινήσεις, το κόστος διαβίωσης και τον χρόνο πρόσβασης στην εργασία (Karaferis et al., 2022; Katsaouni et al., 2024). Η λειτουργία μεγάλων νοσοκομείων αναφοράς συνεπάγεται υψηλό αριθμό περιστατικών και αυξημένη κλινική πολυπλοκότητα (Karaferis et al., 2022; Ioannou et al., 2015). Η διερεύνηση χρειάζεται να εξετάζει τόσο τα ατομικά χαρακτηριστικά όσο και το νοσοκομείο, το τμήμα, το ωράριο, τη στελέχωση και την εργασιακή σχέση (Karaferis et al., 2022; Katsaouni et al., 2024). Η σύνδεση των στοιχείων αυτών με την εξουθένωση και την ικανοποίηση μπορεί να αναδείξει ομάδες αυξημένου κινδύνου (Karaferis et al., 2022; Katsaouni et al., 2024).

1.3.5. Προϋπάρχουσα έρευνα

Οι Khatatbeh et al. (2022) πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην εξουθένωση και στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών. Η αναζήτηση σε πέντε ηλεκτρονικές βάσεις οδήγησε στην επιλογή 21 μελετών της περιόδου 2009–2021. Οι περισσότερες έρευνες εντόπισαν σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα σε μία ή περισσότερες διαστάσεις εξουθένωσης και στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Η συναισθηματική εξάντληση παρουσίασε ιδιαίτερα σταθερή σχέση με τη χαμηλή ψυχική υγεία, τη μειωμένη ζωτικότητα και την κοινωνική δυσλειτουργία. Η ανασκόπηση ανέδειξε επίσης ετερογένεια στα εργαλεία και στις μεθόδους βαθμολόγησης.

Οι Yang et al. (2020) διερεύνησαν τη σχέση εξουθένωσης, εμπειρίας αποκατάστασης και ποιότητας ζωής σε 1.068 γυναίκες νοσηλεύτριες τριτοβάθμιων νοσοκομείων της Κίνας. Χρησιμοποιήθηκε συγχρονικός σχεδιασμός και μοντέλο δομικών εξισώσεων. Η εξουθένωση συσχετίστηκε με χαμηλότερους δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας του SF-36, ενώ η ψυχική διάσταση παρουσίασε μεγαλύτερη επιβάρυνση. Η εμπειρία αποκατάστασης, η οποία περιλαμβάνει την ψυχολογική αποσύνδεση, τη χαλάρωση, την αίσθηση ελέγχου και τις δραστηριότητες ανάπτυξης, μεσολάβησε μερικώς στη σχέση. Το εύρημα υποστηρίζει τη σημασία επαρκούς χρόνου ανάπαυσης.

Οι Sarafis et al. (2016) εξέτασαν το επαγγελματικό στρες, τις συμπεριφορές φροντίδας και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής νοσηλευτών στην Ελλάδα. Η συγχρονική

μελέτη χρησιμοποίησε την Expanded Nursing Stress Scale, το Caring Behaviors Inventory και το SF-36. Υψηλότερο στρες προκάλεσαν η επαφή με τον θάνατο, οι ασθενείς και οι οικογένειες, οι συγκρούσεις με προϊσταμένους και η αβεβαιότητα για τη θεραπεία. Το στρες συσχετίστηκε αρνητικά με τη σωματική και ψυχική υγεία. Οι διακρίσεις και οι συγκρούσεις με προϊσταμένους αναδείχθηκαν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες επιμέρους δεικτών ποιότητας ζωής. Οι Voskou et al. (2020) μελέτησαν την ποιότητα ζωής, τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε 302 νοσηλευτές δύο γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας. Χρησιμοποιήθηκαν το WHOQOL-BREF, εργαλείο ανίχνευσης ψυχιατρικής επιβάρυνσης και κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης. Η χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία συσχετίστηκε με χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις. Οι στρατηγικές θετικής επαναξιολόγησης και επίλυσης προβλημάτων συνδέθηκαν με καλύτερη γενική υγεία, ενώ η αποφυγή και η ευχολογική σκέψη συνδέθηκαν με δυσμενέστερη ψυχική κατάσταση.

Οι Ioannou et al. (2015), εκτός από την εργασιακή ικανοποίηση, αξιολόγησαν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής 508 Ελλήνων νοσηλευτών με το SF-36. Η γενική κατάσταση υγείας χαρακτηρίστηκε μέτρια, με χαμηλές βαθμολογίες στη ζωτικότητα, στην ενέργεια και σε πλευρές της ψυχικής υγείας, καθώς και αυξημένη παρουσία σωματικού πόνου. Οι άνδρες και όσοι επιθυμούσαν να παραμείνουν στην εργασία παρουσίαζαν καλύτερους δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας. Η εργασιακή ικανοποίηση εμφάνισε θετική και ανεξάρτητη σχέση με τις δύο συνοπτικές διαστάσεις, υποστηρίζοντας τη σύνδεση εργασιακού περιβάλλοντος και υγείας.

Οι Katsaouni et al. (2024) αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής, την εργασιακή ανασφάλεια, την ικανότητα εργασίας και την ευημερία νοσηλευτών σε ελληνικό τριτοβάθμιο νοσοκομείο, συγκρίνοντας εργαζομένους με προσωρινές και μόνιμες συμβάσεις. Η μελέτη είχε συγχρονικό, περιγραφικό και συγκριτικό σχεδιασμό και χρησιμοποίησε δομημένο ερωτηματολόγιο, τον δείκτη WHO-5, τον Job Insecurity Index και τον Work Ability Index. Οι προσωρινά απασχολούμενοι παρουσίασαν χαμηλότερη αίσθηση εργασιακής ασφάλειας και δυσμενέστερους δείκτες ευημερίας. Η μορφή της σύμβασης αναδείχθηκε ως σημαντικό στοιχείο της ψυχοκοινωνικής ποιότητας της εργασίας. Οι παραπάνω μελέτες υποστηρίζουν τη στενή αλληλεπίδραση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση, στην εργασιακή ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Η υψηλή εξουθένωση συνδέεται με περιορισμένη ενέργεια, δυσμενέστερη ψυχική υγεία και μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα. Η εργασιακή ικανοποίηση λειτουργεί ως θετικός δείκτης της σχέσης

εργαζομένου και οργανισμού και συνδέεται με καλύτερη αντιλαμβανόμενη υγεία. Το οργανωτικό περιβάλλον, η στελέχωση, οι βάρδιες, η υποστήριξη και η εργασιακή ασφάλεια αποτελούν κοινούς προσδιοριστικούς παράγοντες. Η παράλληλη μελέτη των τριών εννοιών στα νοσοκομεία της Αττικής μπορεί να υποστηρίξει τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που προστατεύουν το προσωπικό και ενισχύουν την ποιότητα της φροντίδας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

2.2.Εισαγωγή

Στην παρούσα μελέτη, η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας κρίθηκε απαραίτητη για τη συστηματική διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης, της εργασιακής ικανοποίησης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Το συγκεκριμένο κεφάλαιο περιγράφει λεπτομερώς το πλαίσιο σχεδιασμού, τη λογική επιλογής των εργαλείων και τις διαδικασίες που διασφαλίζουν την εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

2.3.Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης, της εργασιακής ικανοποίησης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στους νοσηλευτές νοσοκομείων της Αττικής. Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι: Η καταγραφή των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης, εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ανάλυση των σχέσεων μεταξύ των τριών μεταβλητών και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων. Η εξέταση του ρόλου δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών (όπως φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, χρόνια προβλήματα υγείας, θέση ευθύνης, κίνητρα επιλογής επαγγέλματος) στη διαφοροποίηση των υπό μελέτη δεικτών. Η διατύπωση προτάσεων για τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης και την ενίσχυση της εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής των νοσηλευτών.

2.4. Ερευνητικά ερωτήματα

Κύριο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης είναι: «Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση, την εργασιακή ικανοποίηση και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της Αττικής;» Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα που θα διερευνηθούν είναι τα εξής:

1. Ποια είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής στους νοσηλευτές;
2. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των τριών μεταβλητών;
3. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά σχετίζονται με υψηλότερα ή χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, ικανοποίησης και ποιότητας ζωής;
4. Ποιος είναι ο ρόλος της επαγγελματικής εξουθένωσης στην πρόβλεψη της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής;

2.5. Η επιλογή μεθοδολογίας

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί ποσοτική προσέγγιση, μέσω συγχρονικού (cross-sectional) ερευνητικού σχεδιασμού. Η επιλογή αυτή επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων από μεγάλο δείγμα σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή και διευκολύνει τη στατιστική ανάλυση συσχετίσεων και διαφοροποιήσεων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ανώνυμου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου μέσω ειδικής πλατφόρμας. Η μέθοδος αυτή διασφάλισε την ανωνυμία των συμμετεχόντων, τη διευκόλυνση της πρόσβασης, τη μείωση του κόστους και την ταχύτητα καταγραφής των απαντήσεων. Ωστόσο, η ηλεκτρονική συλλογή δεδομένων ενέχει και περιορισμούς, κυρίως τον πιθανό αποκλεισμό ατόμων χωρίς πρόσβαση ή δεξιότητες χρήσης ηλεκτρονικών μέσων, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων.

2.6. Ερευνητικά εργαλεία

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ανώνυμου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε 4 διακριτές ενότητες, καθεμία εκ των οποίων αξιολογήθηκε με τη χρήση σταθμισμένων διεθνώς αναγνωρισμένων εργαλείων. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα τρία βασικά ερευνητικά εργαλεία της μελέτης, με επεξήγηση της δομής, της θεωρητικής τους βάσης και των ενδείξεων αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

2.6.1. Ερωτηματολόγιο με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

Περιλάμβανε ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα χρόνια εργασίας, τη θέση ευθύνης, την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας, τη μορφή σύμβασης, το τμήμα εργασίας και τα κίνητρα επιλογής επαγγέλματος.

2.6.2. Ερωτηματολόγιο ρωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (OLBI) Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

Το εργαλείο Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία για την έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο στο γενικό εργατικό δυναμικό όσο και σε ειδικές ομάδες επαγγελματιών υγείας. Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του OLBI είναι η διδιάστατη προσέγγισή του, η οποία ξεχωρίζει τη συναισθηματική/σωματική εξάντληση από την αποδέσμευση (disengagement), δηλαδή τη συναισθηματική απομάκρυνση από την εργασία. Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει την πληρέστερη κατανόηση της εξουθένωσης και την αναγνώριση διαφορετικών προφίλ εργαζομένων. Το OLBI αναπτύχθηκε από τους Demerouti et al. (2003) και στηρίζεται στη διδιάστατη προσέγγιση της εξουθένωσης, εστιάζοντας στη «συναισθηματική/σωματική εξάντληση» και στην «αποδέσμευση από την εργασία» (disengagement). Η πρώτη διάσταση αφορά το αίσθημα κόπωσης, εξάντλησης ενέργειας και μείωσης της ψυχικής αντοχής, ενώ η δεύτερη εστιάζει στην απομάκρυνση και στην αποξένωση του εργαζομένου από το αντικείμενο της εργασίας του και τους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Το OLBI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες, συμπεριλαμβανομένων των ελληνικών, παρουσιάζοντας υψηλή εσωτερική συνέπεια και εγκυρότητα περιεχομένου (Demerouti et al., 2003; Papaefstathiou et al., 2019). Η χρήση θετικά και αρνητικά διατυπωμένων προτάσεων αυξάνει την ακρίβεια των απαντήσεων και μειώνει το φαινόμενο της μονομερούς απάντησης. Στην παρούσα μελέτη, το OLBI αξιοποιείται για την αξιολόγηση των επιπέδων εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού, παρέχοντας τη δυνατότητα συγκριτικής ανάλυσης με διεθνή και ελληνικά δεδομένα. Επιλέχθηκε για την αξιοπιστία του, την επικαιροποιημένη ψυχομετρική του τεκμηρίωση και τη δυνατότητα σύγκρισης των ευρημάτων με άλλες μελέτες, αποτελώντας το πλέον κατάλληλο εργαλείο για τον στόχο αυτής της έρευνας. Το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) αποτελεί ένα σύγχρονο, αξιόπιστο και ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) στον χώρο της υγείας, αλλά και σε άλλους επαγγελματικούς κλάδους. Για τη χρήση του λήθηκε άδεια.

2.6.3. Ερωτηματολόγιο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (SF-36) SF-36 (Short Form Health Survey)

Το SF-36 είναι ένα διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQoL), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Ware και Sherbourne

(1992) και έχει επικυρωθεί σε πλήθος γλωσσών και πολιτισμικών πλαισίων, συμπεριλαμβανομένου του ελληνικού (Pappa et al., 2005). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις και αξιολογεί οκτώ βασικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, περιορισμούς λόγω σωματικών προβλημάτων, σωματικό πόνο, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, περιορισμούς λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και ψυχική υγεία. Αυτές οι διαστάσεις συνδυάζονται σε δύο συνοπτικούς δείκτες: τον δείκτη σωματικής υγείας και τον δείκτη ψυχικής υγείας, διευκολύνοντας τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Το SF-36 χρησιμοποιείται ευρέως σε ερευνητικά πρωτόκολλα για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα, επαγγελματιών υγείας και γενικού πληθυσμού. Η ελληνική εκδοχή του εργαλείου παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha > 0,80$ για όλες τις κλίμακες) και συγκριτική εγκυρότητα με τα διεθνή δεδομένα (Pappa et al., 2005). Η επιλογή του SF-36 στην παρούσα μελέτη επιτρέπει τη συστηματική και συγκρίσιμη αποτίμηση της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, λαμβάνοντας υπόψη τις σύνθετες επιδράσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής ικανοποίησης. Το εργαλείο αυτό είναι ευέλικτο, εύκολο στη χρήση και κατάλληλο για αυτοσυμπληρούμενες ηλεκτρονικές έρευνες, ενώ η διαθεσιμότητα εθνικών τιμών αναφοράς διευκολύνει τη στατιστική ανάλυση και τη σύγκριση με άλλους πληθυσμούς (Ware & Sherbourne, 1992; Pappa et al., 2005). Για τη χρήση του λήθηκε άδεια.

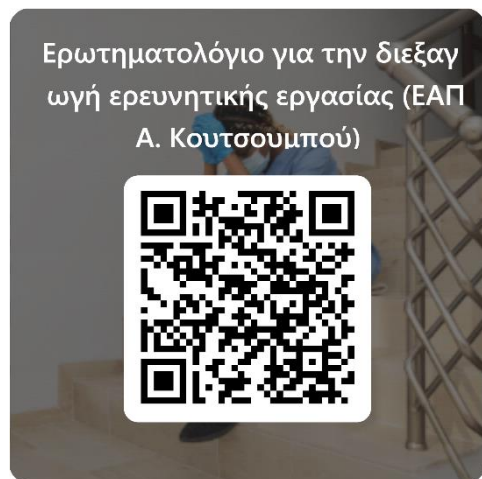
2.6.4. Ερωτηματολόγιο Εργασιακής Ικανοποίησης (Job Satisfaction Survey - JSS) Job Satisfaction Survey (JSS)

Το Job Satisfaction Survey (JSS) αναπτύχθηκε από τον Spector (1985) και αποτελεί ένα πολυδιάστατο εργαλείο μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα υπηρεσιών και υγείας. Το JSS περιλαμβάνει 36 ερωτήματα που καλύπτουν εννέα διαστάσεις: αμοιβή, προαγωγή, εποπτεία, πρόσθετες παροχές, ενδεχόμενες ανταμοιβές, λειτουργικές διαδικασίες, συναδέλφους, φύση της εργασίας και επικοινωνία. Κάθε διάσταση αποτυπώνεται με τέσσερις ερωτήσεις, με πενταβάθμια κλίμακα Likert. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα του JSS έχει τεκμηριωθεί σε διεθνές επίπεδο, ενώ η ελληνική εκδοχή έχει επίσης αξιολογηθεί και θεωρείται κατάλληλη για χρήση στον πληθυσμό των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας (Tsounis & Sarafis, 2018). Το εργαλείο επιτρέπει την ανάλυση τόσο της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης όσο και των επιμέρους συνιστωσών, προσφέροντας τη δυνατότητα εντοπισμού συγκεκριμένων τομέων παρέμβασης στην εργασιακή εμπειρία. Το JSS επιλέχθηκε

λόγω της ευρείας χρήσης, της πολυδιάστατης προσέγγισης και της ψυχομετρικής του επάρκειας (Spector, 1985; Tsounis & Sarafis, 2018). Για τη χρήση του λήθηκε άδεια.

2.7. Η κύρια ερευνητική διαδικασία

Το ερωτηματολόγιο της μελέτης αναρτήθηκε σε διαδικτυακή πλατφόρμα στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης με μέλη της ομάδας στόχου που διασφαλίζει την πλήρη ανωνυμία των



συμμετεχόντων, νοσηλευτές/τριες σε νοσοκομεία της Αττικής. Η πρόσκληση συμμετοχής διανεμήθηκε μέσω συνδέσμου στην πλατφόρμα MS Forms (<https://forms.cloud.microsoft/e/QnNSwSeM7a>) και QR code. Οι ενδιαφερόμενοι ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και συμμετείχαν εθελοντικά. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ατομική, χωρίς τη δυνατότητα ταυτοποίησης των απαντήσεων. Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν αυτόματα στη βάση της

πλατφόρμας, εξαλείφοντας τον κίνδυνο λαθών κατά τη μεταφορά.

2.8. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με πλήρη σεβασμό στις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας και κανόνων GDPR. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τον σκοπό και τα στάδια της μελέτης, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής, τη δυνατότητα αποχώρησης οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία επίπτωση, καθώς και για τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας των απαντήσεων. Τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, τηρώντας όλους τους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

2.9. Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (n) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των κατηγορικών και των διατάξιμων μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής

συσχέτισης του Pearson (r). Ο συντελεστής θεωρείται πολύ υψηλός όταν είναι άνω του 0,9, υψηλός όταν είναι 0,7-0,9, μέτριος όταν είναι 0,5-0,7, χαμηλός όταν είναι 0,3-0,5 και πολύ χαμηλός όταν είναι κάτω του 0,3 [1]. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . Τιμές άνω του 0,7 υποδηλώνουν αποδεκτή αξιοπιστία. [2] Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 27.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

3.1. Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία

Το δείγμα αποτελείται από 114 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού, τα δημογραφικά στοιχεία των οποίων δίνονται στον Πίνακα 1. Το 91,2% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 39,5% ήταν 31-40 ετών. Έγγαμοι ήταν το 54,4% και το ίδιο ποσοστό είχε παιδιά. Ο διάμεσος αριθμός παιδιών ήταν 1 (ενδ. εύρος: 0-2). Ακόμα, το 35,1% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 30,7% αντιμετώπιζε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

		n	%
Φύλο	Γυναίκες	104	91,2
	Άνδρες	10	8,8
Ηλικία	21-30	11	9,6
	31-40	45	39,5
	41-50	40	35,1
	51-60	17	14,9
	>60	1	0,9
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	36	31,6
	Έγγαμος/η	62	54,4
	Διαζευγμένος/η	9	7,9
	Χήρος/α	0	0,0
	Συμβίωση	7	6,1
Αριθμός τέκνων, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,0 (1,0)	1 (0 - 2)
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος/η Λυκείου	2	1,8
	Απόφοιτος/η Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	37	32,5

	Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	40	35,1
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος (MSc)	33	28,9
	Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος (Phd)	2	1,8
Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας;	Όχι	79	69,3
	Ναι	35	30,7

Τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων δίνονται στον Πίνακα 2. Το 54,4% των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές γενικής νοσηλευτικής, το 26,3% ήταν νοσηλευτές χειρουργείου και 32,5% εργαζόταν σε άλλον τομέα, ο οποίος περιγράφεται αναλυτικά στον Πίνακα 22. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων εργαζόταν σε δημόσιο νοσοκομείο (60,5%) και το 21,1% εργαζόταν στο χειρουργικό τομέα. Ένας τους τέσσερις συμμετέχοντες (25,4%) εργαζόταν 1-4 έτη στο νοσοκομείο και το 26,3% 5-9 έτη. Ο κυριότερος λόγος που επέλεξαν το επάγγελμα του νοσηλευτή ήταν η προσφορά φροντίδας στο συνάνθρωπο (57,9%) και το 43,0% ήταν μόνιμοι. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν πλήρη απασχόληση και το 8,8% κατείχε κάποια θέση ευθύνης. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο (73,7%) και έκαναν 2-3 σαββατοκύριακα το μήνα (57,9%). Ακόμα, το 43,9% είχε 1000-1300 ευρώ μισθό.

Πίνακας 2: Εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

		n	%
Ειδικότητα	Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια Γενικής Νοσηλευτικής	62	54,4
	Νοσηλεύτης /Νοσηλεύτρια Εντατικής	15	13,2
	Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια Ογκολογίας	4	3,5
	Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια Χειρουργείου	30	26,3
	Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας	3	2,6
Νοσοκομείο	Δημόσιο	69	60,5
	Ιδιωτικό	45	39,5
Νοσηλευτικός τομέας	Παθολογικός	19	16,7
	Χειρουργικός	24	21,1
	Γυναικολογικός	4	3,5
	Ψυχιατρικός	2	1,8
	Ορθοπαιδικός	1	0,9
	Παιδιατρικός	1	0,9
	Παιδοψυχιατρικός	0	0,0
	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας	3	2,6
	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	14	12,3
	Εξωτερικά Ιατρεία	9	7,9
	Άλλο	37	32,5
Έτη εργασίας στο νοσοκομείο	1-4 έτη	29	25,4
	5-9 έτη	30	26,3
	10-14 έτη	13	11,4
	15-19 έτη	13	11,4
	20-24 έτη	15	13,2
	25-29 έτη	10	8,8

	30-34 έτη	0	0,0
	35 έτη και άνω	4	3,5
Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που επιλέξατε το επάγγελμά σας;	Η προσφορά φροντίδας στο συνάνθρωπο	66	57,9
	Η επαγγελματική αποκατάσταση	20	17,5
	Παρότρυνση από οικείους	10	8,8
	Τυχαία επιλογή	17	14,9
	Άλλο	1	0,9
Αν άλλος, ποιος	Το αγάπησα ενόσω φοιτούσα	1	0,9
Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμά σας, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		14,7 (9,2)	13 (8 - 22)
Σχέση εργασίας	Μόνιμος δημόσιος υπάλληλος	49	43,0
	Σύμβαση αορίστου χρόνου	44	38,6
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	21	18,4
Μορφή απασχόλησης	Πλήρης απασχόληση	114	100,0
	Μερική απασχόληση	0	0,0
Κατέχετε κάποια θέση ευθύνης; (π.χ. διευθυντής/ντρία, προϊστάμενος/η κλπ)	Όχι	104	91,2
	Ναι	10	8,8
Ωράριο απασχόλησης	Πρωινό ωράριο	27	23,7
	Απογευματινό ωράριο	1	0,9
	Βραδινό ωράριο	0	0,0
	Κυκλικό	84	73,7
	Πρωινό και απογευματινό	2	1,8
Βάρδια εργασίας	Πρωινή	30	26,3
	Απογευματινή	2	1,8
	Κυκλική	80	70,2
	Πρωινή και απογευματινή	2	1,8
Πόσες βάρδιες κάνετε το μήνα;	0	20	17,5
	1-4	11	9,6
	5-8	20	17,5

	9+	63	55,3
Πόσες απογευματινές βάρδιες κάνετε μηνιαίως;	0	25	21,9
	1-4	28	24,6
	5-8	36	31,6
	9+	25	21,9
Πόσα Σαββατοκύριακα και αργίες εργάζεστε μηνιαίως;	0-1	36	31,6
	2-3	66	57,9
	4+	12	10,5
Μισθός	700-1000	45	39,5
	1000-1300	50	43,9
	1300-1600	14	12,3
	>1600	5	4,4

Οι απόψεις των συμμετεχόντων για την εργασία τους δίνονται στον Πίνακα 3. Το 32,5% των συμμετεχόντων δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους, το 28,9% ήταν ευχαριστημένοι με τη νοσηλευτική στελέχωση του τμήματός τους και το 20,2% θεωρούσαν ότι η δομή στην οποία εργάζονται διαθέτει επαρκές προσωπικό για την εύρυθμη λειτουργία της. Μέτρια ικανοποιητική θεωρούσε το 49,1% των συμμετεχόντων τις συνθήκες εργασίας σε ότι αφορά τις υλικοτεχνικές υποδομές. Ως προς τη συνεργασία τους με τους λοιπούς εργαζομένους, το 43,0% ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τον προϊστάμενό τους, το 49,1% πολύ ικανοποιημένοι από τους συναδέλφους τους και το 43,9% πολύ ικανοποιημένοι από τους γιατρούς.

Πίνακας 3: Απόψεις των συμμετεχόντων για την εργασία τους

		n	%
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την αμοιβή σας;	Καθόλου	37	32,5
	Λίγο	29	25,4
	Μέτρια	42	36,8
	Πολύ	4	3,5
	Πάρα πολύ	2	1,8
Είστε ευχαριστημένος/η με τη νοσηλευτική στελέχωση του τμήματός σας;	Όχι	81	71,1
	Ναι	33	28,9
Θεωρείτε ότι η δομή στην οποία εργάζεστε διαθέτει επαρκές προσωπικό για την εύρυθμη λειτουργία της;	Όχι	91	79,8
	Ναι	23	20,2
Πόσο ικανοποιητικές είναι οι συνθήκες εργασίας σε ότι αφορά τις υλικοτεχνικές υποδομές (π.χ. εξοπλισμός, καθαριότητα, θέρμανση, προσβασιμότητα, παροχές κ.α.);	Καθόλου	10	8,8
	Λίγο	16	14,0
	Μέτρια	56	49,1
	Πολύ	25	21,9
	Πάρα πολύ	7	6,1
Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε την συνεργασία σας με τους προϊστάμενούς σας;	Καθόλου	1	0,9
	Λίγο	15	13,2
	Μέτρια	36	31,6
	Πολύ	49	43,0
	Πάρα πολύ	13	11,4
Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε την συνεργασία σας με τους υπόλοιπους συναδέλφους;	Καθόλου	1	0,9
	Λίγο	7	6,1
	Μέτρια	42	36,8
	Πολύ	56	49,1
	Πάρα πολύ	8	7,0
Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε την συνεργασία σας με τους ιατρούς;	Καθόλου	6	5,3
	Λίγο	18	15,8
	Μέτρια	33	28,9
	Πολύ	50	43,9
	Πάρα πολύ	7	6,1

3.2. Επαγγελματική εξουθένωση

Στον πίνακα 4 περιγράφονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης (OLBI). Τα ποσοστά υψηλής συμφωνίας κυμαίνονταν από 11,4% μέχρι 82,5%.

Συγκεκριμένα, το 11,4% συμφωνούσε/ συμφωνούσε απόλυτα με την πρόταση «Υπάρχουν μέρες που νιώθω κουρασμένος/η πριν καν φτάσω στη δουλειά» και το 16,7% με την πρόταση «Συνήθως μπορώ να διαχειριστώ καλά τον όγκο της δουλειάς μου».

Επίσης, το 82,5% συμφωνούσε/ συμφωνούσε απόλυτα με την πρόταση «Μετά τη δουλειά, έχω αρκετή ενέργεια για τις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου μου» και το 67,5% με την πρόταση «Αυτός είναι ο μόνος τύπος εργασίας που μπορώ να φανταστώ ότι θα κάνω».

Το 28,1% δηλώνει πως βρίσκει πάντα νέα και ενδιαφέροντα στοιχεία στη δουλειά του. Ωστόσο, ένα σημαντικό 36,0% των ερωτηθέντων παραδέχεται ότι συμβαίνει όλο και πιο συχνά να μιλάει αρνητικά για τη δουλειά του, ενώ το 26,3% επισημαίνει ότι μετά το πέρας του ωραρίου χρειάζεται περισσότερο χρόνο από ό,τι στο παρελθόν για να χαλαρώσει και να νιώσει καλύτερα.

Όσον αφορά τη διαχείριση των απαιτήσεων, το 38,6% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι μπορεί να αντέξει την πίεση της δουλειάς του πολύ καλά.

Στον αντίποδα, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό, της τάξης του 43,0%, αναφέρει ότι τον τελευταίο καιρό τείνει να σκέφτεται λιγότερο στη δουλειά και να εκτελεί τα καθήκοντά του σχεδόν μηχανικά.

Παρά τις δυσκολίες αυτές, το 45,6% εξακολουθεί να βλέπει το αντικείμενό του ως μια θετική πρόκληση, αν και το 28,1% των εργαζομένων έρχεται συχνά αντιμέτωπο με το αίσθημα της συναισθηματικής εξάντλησης κατά τη διάρκεια της εργασίας του.

Επιπλέον, το 25,4% εκτιμά ότι με την πάροδο του χρόνου κάποιος μπορεί τελικά να αποστασιοποιηθεί από αυτό το είδος εργασίας, το 43,9% παραδέχεται ότι μερικές φορές νιώθει αποστροφή για τα εργασιακά του καθήκοντα, ενώ ένα μικρότερο αλλά υπαρκτό ποσοστό (22,8%) νιώθει συνήθως εξαντλημένο και καταβεβλημένο μετά την εργασία.

Τέλος, η τάση αφοσίωσης παραμένει ισχυρή, καθώς το 46,5% αισθάνεται όλο και πιο αφοσιωμένο στη δουλειά του, με το 51,8% να επιβεβαιώνει ότι όταν εργάζεται, συνήθως νιώθει γεμάτο ενέργεια.

Πίνακας 4: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης (OLBI)

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα (%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
α) Πάντα βρίσκω νέα και ενδιαφέροντα στοιχεία στη δουλειά μου.	13 (11,4)	69 (60,5)	28 (24,6)	4 (3,5)	28,1
β) Υπάρχουν μέρες που νιώθω κουρασμένος/η πριν καν φτάσω στη δουλειά.	67 (58,8)	34 (29,8)	11 (9,6)	2 (1,8)	11,4
γ) Συμβαίνει όλο και πιο συχνά να μιλάω αρνητικά για τη δουλειά μου.	34 (29,8)	39 (34,2)	27 (23,7)	14 (12,3)	36,0
δ) Μετά τη δουλειά, χρειάζομαι περισσότερο χρόνο από ό,τι στο παρελθόν για να χαλαρώσω και να νιώσω καλύτερα.	55 (48,2)	29 (25,4)	24 (21,1)	6 (5,3)	26,3
ε) Μπορώ να αντέξω την πίεση της δουλειάς μου πολύ καλά	20 (17,5)	50 (43,9)	36 (31,6)	8 (7)	38,6
στ) Τον τελευταίο καιρό, τείνω να σκέφτομαι λιγότερο στη δουλειά και να εκτελώ τα καθήκοντά μου σχεδόν μηχανικά.	17 (14,9)	48 (42,1)	35 (30,7)	14 (12,3)	43,0
ζ) Θεωρώ τη δουλειά μου μια θετική πρόκληση.	14 (12,3)	48 (42,1)	37 (32,5)	15 (13,2)	45,6

η) Κατά τη διάρκεια της εργασίας μου, συχνά νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος/η.	37 (32,5)	45 (39,5)	28 (24,6)	4 (3,5)	28,1
θ) Με την πάροδο του χρόνου, κάποιος μπορεί να αποστασιοποιηθεί από αυτό το είδος εργασίας.	31 (27,2)	54 (47,4)	19 (16,7)	10 (8,8)	25,4
ι) Μετά τη δουλειά, έχω αρκετή ενέργεια για τις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου μου.	2 (1,8)	18 (15,8)	49 (43)	45 (39,5)	82,5
κ) Μερικές φορές νιώθω αποστροφή για τα εργασιακά μου καθήκοντα.	24 (21,1)	40 (35,1)	37 (32,5)	13 (11,4)	43,9
λ) Μετά τη δουλειά, συνήθως νιώθω εξαντλημένος/η και καταβεβλημένος/η.	43 (37,7)	45 (39,5)	23 (20,2)	3 (2,6)	22,8
μ) Αυτός είναι ο μόνος τύπος εργασίας που μπορώ να φανταστώ ότι θα κάνω.	16 (14)	21 (18,4)	41 (36)	36 (31,6)	67,5
ν) Συνήθως μπορώ να διαχειριστώ καλά τον όγκο της δουλειάς μου.	24 (21,1)	71 (62,3)	16 (14)	3 (2,6)	16,7
ξ) Νιώθω όλο και πιο αφοσιωμένος/η στη δουλειά μου.	13 (11,4)	48 (42,1)	40 (35,1)	13 (11,4)	46,5
ο) Όταν εργάζομαι, συνήθως νιώθω γεμάτος/η ενέργεια.	4 (3,5)	51 (44,7)	41 (36)	18 (15,8)	51,8

3.3. Εργασιακή ικανοποίηση

Στον πίνακα 5 περιγράφονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας ικανοποίησης από την εργασία (JSS). Τα ποσοστά υψηλής συμφωνίας κυμαίνονταν από 2,6% μέχρι 90,4%.

Συγκεκριμένα, το 2,6% συμφωνούσε/ συμφωνούσε απόλυτα με την πρόταση «Νιώθω ότι πληρώνομαι όσο πρέπει για τη δουλειά που κάνω» και το 3,5% με την πρόταση «Οι πρόσθετες παροχές που λαμβάνουμε είναι τόσο καλές όσο αυτές που παίρνουν άλλοι υπάλληλοι σε άλλες δουλειές».

Επίσης, το 90,4% συμφωνούσε/ συμφωνούσε απόλυτα με την πρόταση «Οι αυξήσεις είναι ελάχιστες και δυσανάλογες» και το 87,7% με την πρόταση «Νιώθω ότι οι προσπάθειές μου δεν αμείβονται όσο θα έπρεπε».

Το 80,7% αισθάνεται ότι ο οργανισμός δεν εκτιμά την προσφορά του, όταν σκέφτεται τον μισθό που λαμβάνει, αν και το 36,8% δηλώνει ικανοποιημένο από τις γενικότερες δυνατότητές του για κάποια μελλοντική μισθολογική αύξηση.

Το 75,4% δηλώνει ανοιχτά ότι δεν είναι ικανοποιημένο με τις παροχές που λαμβάνει. Παράλληλα, μόνο το 7,0% αξιολογεί το πακέτο πρόσθετων παροχών πέραν του μισθού ως δίκαιο, με το συντριπτικό 82,5% να επισημαίνει ότι υπάρχουν πρόσθετες παροχές που δεν λαμβάνουν, ενώ θα έπρεπε.

Σχετικά με τις προοπτικές καριέρας, το 57,0% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι υπάρχει πολύ μικρή πιθανότητα για προαγωγή στη δουλειά του, ενώ μόλις το 7,0% δηλώνει ικανοποιημένο από τις ευκαιρίες προαγωγής που του παρέχονται.

Μόνο το 23,7% θεωρεί ότι όσοι κάνουν καλή δουλειά έχουν πολλές πιθανότητες να προαχθούν, ενώ το 17,5% βρίσκει την εξέλιξη των εργαζομένων στον οργανισμό ανάλογη με αυτή σε αντίστοιχους χώρους.

Η έλλειψη ηθικής επιβράβευσης είναι επίσης εμφανής, καθώς το 85,1% συμφωνεί ότι οι επιβραβεύσεις για όσους εργάζονται εκεί είναι λίγες. Μόλις το 14,9% νιώθει ότι λαμβάνει την αναγνώριση που πρέπει όταν κάνει καλή δουλειά, την ίδια στιγμή που το 75,4% των εργαζομένων αισθάνεται ότι η δουλειά του δεν εκτιμάται όπως θα έπρεπε.

Στο κομμάτι της διοίκησης, το 52,6% των ερωτηθέντων θεωρεί τον/την προϊστάμενό/η του αρκετά ικανό/η στη δουλειά του/της, και μάλιστα το 58,8% δηλώνει ότι τον/την συμπαθεί προσωπικά.

Επιπλέον, μόνο το 16,7% νιώθει ότι ο/η προϊστάμενός/η του είναι άδικος/η μαζί του, αν και ένα 31,6% επισημαίνει ότι δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της.

Όσον αφορά τη ροή της πληροφορίας, η γενική επικοινωνία μέσα στον οργανισμό κρίνεται καλή από το 28,9% των συμμετεχόντων.

Ωστόσο, υπάρχουν ελλείψεις, καθώς το 43,0% αναφέρει ότι συχνά νιώθει να μην ξέρει τι συμβαίνει στον οργανισμό, το 35,1% δηλώνει ότι οι στόχοι του οργανισμού δεν του είναι ξεκάθαροι, ενώ το 40,4% τονίζει ότι τα εργασιακά καθήκοντα ανατίθενται χωρίς να επεξηγούνται πλήρως.

Το 55,3% πιστεύει ότι πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ακολουθούνται εμποδίζουν την καλή δουλειά. Το 25,4% δηλώνει ότι οι προσπάθειές του σπάνια παρεμποδίζονται από τη γραφειοκρατία, ενώ το 52,6% επιβεβαιώνει ότι έχει πολλή γραφειοκρατική δουλειά.

Το 79,8% δηλώνει ότι έχει πάρα πολλά να κάνει στη δουλειά του και το 51,8% αισθάνεται ότι αναγκάζεται να εργάζεται πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των ανθρώπων με τους οποίους συνεργάζεται.

Το 54,4% δηλώνει ότι συμπαθεί τους ανθρώπους με τους οποίους εργάζεται και το 50,0% περνάει καλά με τους συναδέλφους του, παρά το γεγονός ότι το 53,5% αναφέρει πως υπάρχουν πολλές διαφωνίες και διαπληκτισμοί στη δουλειά.

Σχετικά με το ίδιο το αντικείμενο εργασίας, το 58,8% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι του αρέσουν αυτά που κάνει στη δουλειά του και το 57,0% νιώθει περήφανο κάνοντας αυτή τη δουλειά.

Παρόλα αυτά, το 38,6% νιώθει μερικές φορές ότι η δουλειά του δεν έχει νόημα, ενώ μόλις το 19,3% χαρακτηρίζει τη δουλειά του ως απολαυστική.

Πίνακας 5: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας ικανοποίησης από την εργασία (JSS)

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ/Συμφωνώ απόλυτα (%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1 Νιώθω ότι πληρώνομαι όσο πρέπει για τη δουλειά που κάνω.	61 (53,5)	39 (34,2)	11 (9,6)	2 (1,8)	1 (0,9)	2,6
2 Υπάρχει πολύ μικρή πιθανότητα για προαγωγή στη δουλειά μου.	12 (10,5)	11 (9,6)	26 (22,8)	34 (29,8)	31 (27,2)	57,0
3 Ο/Η Προϊστάμενός/η μου είναι αρκετά ικανός/η στη δουλειά του/της.	6 (5,3)	10 (8,8)	38 (33,3)	41 (36)	19 (16,7)	52,6
4 Δεν είμαι ικανοποιημένος με τις παροχές που λαμβάνω από τη δουλειά μου.	2 (1,8)	5 (4,4)	21 (18,4)	45 (39,5)	41 (36)	75,4

5 Όταν κάνω καλή δουλειά, λαμβάνω την αναγνώριση που πρέπει.	21 (18,4)	49 (43)	27 (23,7)	16 (14)	1 (0,9)	14,9
6 Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ακολουθούνται σε αυτόν τον χώρο εργασίας, εμποδίζουν την καλή δουλειά.	1 (0,9)	11 (9,6)	39 (34,2)	47 (41,2)	16 (14)	55,3
7 Συμπαθώ τους ανθρώπους με τους οποίους εργάζομαι.	0 (0)	9 (7,9)	43 (37,7)	54 (47,4)	8 (7)	54,4
8 Μερικές φορές νιώθω ότι η δουλειά μου δεν έχει νόημα.	14 (12,3)	32 (28,1)	24 (21,1)	31 (27,2)	13 (11,4)	38,6
9 Η επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	11 (9,6)	29 (25,4)	41 (36)	31 (27,2)	2 (1,8)	28,9

φαίνεται να είναι καλή.						
10 Οι αυξήσεις είναι ελάχιστες και δυσανάλογες.	0 (0)	3 (2,6)	8 (7)	44 (38,6)	59 (51,8)	90,4
11 Όσοι κάνουν καλή δουλειά, έχουν πολλές πιθανότητες να προαχθούν.	34 (29,8)	54 (47,4)	16 (14)	10 (8,8)	17 (14,9)	23,7
12 Ο/Η προϊστάμενός/η μου είναι άδικος/η μαζί μου.	17 (14,9)	39 (34,2)	39 (34,2)	15 (13,2)	4 (3,5)	16,7
13 Οι πρόσθετες παροχές που λαμβάνουμε είναι τόσο καλές όσο αυτές που παίρνουν άλλοι υπάλληλοι σε άλλες δουλειές.	62 (54,4)	36 (31,6)	12 (10,5)	3 (2,6)	1 (0,9)	3,5
14 Δεν νιώθω ότι η δουλειά	2 (1,8)	7 (6,1)	19 (16,7)	38 (33,3)	48 (42,1)	75,4

μου εκτιμάται όπως πρέπει.						
15 Οι προσπάθειές μου να κάνω καλή δουλειά, σπάνια παρεμποδίζοντ αι από τη γραφειοκρατία .	15 (13,2)	28 (24,6)	42 (36,8)	24 (21,1)	5 (4,4)	25,4
16 Αισθάνομαι ότι πρέπει να εργάζομαι πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των ανθρώπων με τους οποίους εργάζομαι.	1 (0,9)	22 (19,3)	32 (28,1)	31 (27,2)	28 (24,6)	51,8
17 Μου αρέσουν αυτά που κάνω στη δουλειά μου.	3 (2,6)	11 (9,6)	33 (28,9)	45 (39,5)	22 (19,3)	58,8
18 Οι στόχοι του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι δεν	7 (6,1)	17 (14,9)	50 (43,9)	35 (30,7)	5 (4,4)	35,1

μου είναι ξεκάθαροι.						
19 Νιώθω ότι ο οργανισμός μου δεν εκτιμά αυτό που προσφέρω, όταν σκέφτομαι το μισθό που λαμβάνω.	0 (0)	7 (6,1)	15 (13,2)	48 (42,1)	44 (38,6)	80,7
20 Η εξέλιξη των εργαζομένων σε αυτό τον οργανισμό είναι ανάλογη με αυτή σε αντίστοιχους χώρους.	22 (19,3)	44 (38,6)	28 (24,6)	18 (15,8)	2 (1,8)	17,5
21 Ο/Η προϊστάμενός/ η μου δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της.	10 (8,8)	31 (27,2)	37 (32,5)	24 (21,1)	12 (10,5)	31,6
22 Το πακέτο πρόσθετων	40 (35,1)	52 (45,6)	14 (12,3)	8 (7)	1 (0,9)	7,0

παροχών πέραν του μισθού είναι δίκαιο.						
23 Οι επιβραβεύσεις για όσους εργάζονται εδώ είναι λίγες.	1 (0,9)	2 (1,8)	14 (12,3)	59 (51,8)	38 (33,3)	85,1
24 Έχω πάρα πολλά να κάνω στη δουλειά μου.	1 (0,9)	4 (3,5)	18 (15,8)	46 (40,4)	45 (39,5)	79,8
25 Περνάω καλά με τους συναδέλφους μου.	3 (2,6)	7 (6,1)	47 (41,2)	51 (44,7)	6 (5,3)	50,0
26 Συχνά νιώθω ότι δεν ξέρω τι συμβαίνει στον οργανισμό που εργάζομαι.	4 (3,5)	20 (17,5)	41 (36)	39 (34,2)	10 (8,8)	43,0
27 Νιώθω περήφανος/η κάνοντας αυτή τη δουλειά.	7 (6,1)	11 (9,6)	31 (27,2)	35 (30,7)	30 (26,3)	57,0
28 Νιώθω ικανοποιημένο ς/η από τις	27 (23,7)	23 (20,2)	22 (19,3)	32 (28,1)	10 (8,8)	36,8

δυνατότητές μου για μισθολογική αύξηση.						
29 Υπάρχουν πρόσθετες παροχές που δεν λαμβάνουμε, ενώ θα έπρεπε.	1 (0,9)	7 (6,1)	12 (10,5)	40 (35,1)	54 (47,4)	82,5
30 Συμπαθώ τον /την προϊστάμενό/η μου.	3 (2,6)	9 (7,9)	35 (30,7)	42 (36,8)	25 (21,9)	58,8
31 Έχω πολλή γραφειοκρατική δουλειά.	4 (3,5)	21 (18,4)	29 (25,4)	42 (36,8)	18 (15,8)	52,6
32 Νιώθω ότι οι προσπάθειές μου δεν αμείβονται όσο θα έπρεπε.	0 (0)	4 (3,5)	10 (8,8)	41 (36)	59 (51,8)	87,7
33 Είμαι ικανοποιημένος/η με τις ευκαιρίες προαγωγής που μου παρέχονται.	41 (36)	41 (36)	24 (21,1)	7 (6,1)	1 (0,9)	7,0
34 Υπάρχουν πολλές	2 (1,8)	19 (16,7)	32 (28,1)	40 (35,1)	21 (18,4)	53,5

διαφωνίες και διαπληκτισμοί στη δουλειά.						
35 Η δουλειά μου είναι απολαυστική.	17 (14,9)	30 (26,3)	45 (39,5)	17 (14,9)	5 (4,4)	19,3
36 Τα εργασιακά καθήκοντα ανατίθενται χωρίς να επεξηγούνται πλήρως.	3 (2,6)	23 (20,2)	42 (36,8)	33 (28,9)	13 (11,4)	40,4

3.4. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Στον πίνακα 6 περιγράφονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής (SF-36).

Καλή υγεία θεωρούσε ότι είχε το 50,9% των συμμετεχόντων και το 51,8% θεωρούσε ότι είχε ίδια υγεία με ένα χρόνο πριν.

Ο μεγαλύτερος περιορισμός ήταν σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ και στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο.

Συγκεκριμένα, το 48,2% αναφέρει ότι περιορίζεται λίγο σε κουραστικές δραστηριότητες όπως το τρέξιμο ή το σήκωμα βαριών αντικειμένων, το 60,5% δηλώνει ότι δεν περιορίζεται καθόλου σε μέτριας έντασης δραστηριότητες και το 55,3% δεν αντιμετωπίζει κανέναν περιορισμό όταν μεταφέρει τα ψώνια από την αγορά.

Το 47,4% περιορίζεται λίγο όταν ανεβαίνει μερικούς ορόφους, όμως η κατάσταση βελτιώνεται αισθητά στον έναν όροφο, όπου το 64,9% απαντά ότι δεν περιορίζεται καθόλου.

Σχετικά με την ευλυγισία του σώματος, το 36,0% νιώθει λίγο περιορισμένο στο λύγισμα, το γονάτισμα ή το σκύψιμο.

Στο κομμάτι των μετακινήσεων, οι συμμετέχοντες ανταποκρίνονται ικανοποιητικά, με το 61,4% να μην περιορίζεται καθόλου όταν περπατά περίπου ένα χιλιόμετρο, ποσοστό που ανεβαίνει στο 67,5% για μερικές εκατοντάδες μέτρα και αγγίζει το 83,3% όταν πρόκειται για μια μικρή απόσταση εκατό μέτρων.

Το 86,0% δηλώνει ότι δεν έχει κανέναν περιορισμό όταν κάνει μπάνιο ή ντύνεται.

Το 63,2% αναφέρει ότι δεν μείωσε τον χρόνο που συνήθως ξοδεύει στη δουλειά.

Παρ' όλα αυτά, το 51,8% παραδέχεται ότι τελικά επιτέλεσε λιγότερα από όσα θα ήθελε, το 55,3% αναγκάστηκε να περιορίσει τα είδη της δουλειάς ή των δραστηριοτήτων του και το 52,6% αντιμετώπισε αντικειμενική δυσκολία κατά την εκτέλεσή τους.

Το 51,8% δηλώνει ότι δεν περιέκοψε τον χρόνο εργασίας του.

Ωστόσο, η ποιότητα της απόδοσης επηρεάζεται, με το 60,5% να επισημαίνει ότι επιτέλεσε λιγότερα από όσα θα ήθελε εξαιτίας της ψυχολογικής του κατάστασης, ενώ το 52,6% παραδέχεται ότι έκανε τη δουλειά του λιγότερο προσεκτικά απ' ό,τι συνήθως.

Το 39,5% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι η σωματική ή συναισθηματική του κατάσταση επηρέασε μέτρια τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια και τους φίλους κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

Το 34,2% ένιωθε μέτριο σωματικό πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες και το 31,6% δήλωσε ότι ο πόνος αυτός επηρέασε μέτρια τη συνηθισμένη του εργασία, τόσο εντός όσο και εκτός σπιτιού.

Το 34,2% των συμμετεχόντων αισθανόταν μερικές φορές γεμάτο ζωντάνια, ενώ το 36,0% είχε μερικές φορές έντονο εκνευρισμό.

Επιπλέον, το 35,1% ένιωθε μερικές φορές τόσο πολύ πιεσμένο ψυχολογικά, που τίποτα δεν μπορούσε να του φτιάξει το κέφι.

Το 33,3% ένιωθε μερικές φορές ηρεμία και γαλήνη και το 36,0% είχε μερικές φορές υψηλή ενεργητικότητα.

Το 36,8% ένιωθε μερικές φορές απελπισία και μελαγχολία.

Το 35,1% αισθανόταν μερικές φορές εξάντληση, το 35,1% ένιωθε μερικές φορές ευτυχισμένο και το 34,2% ένιωθε αρκετά συχνά κούραση.

Το 36,0% δήλωσε ότι οι κοινωνικές του δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε φίλους και συγγενείς) επηρεάζονται μερικές φορές.

Το 28,9% θεωρεί μάλλον λάθος την άποψη ότι αρρωσταίνει λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.

Το 41,2% δεν ήξερε αν είναι τόσο υγιείς όσο όλοι οι γνωστοί τους και αν η υγεία τους πρόκειται να χειροτερεύσει στο μέλλον.

Τέλος, το 33,3% των ερωτηθέντων κρίνει ως μάλλον σωστό το ότι η υγεία του είναι εξαιρετική.

Πίνακας 6: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής (SF-36)

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	n (%)
1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:	1 (0,9)	29 (25,4)	58 (50,9)	22 (19,3)	4 (3,5)	
	Πολύ καλύτερη απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	

2. Σε

σύγκριση με
ένα χρόνο
πριν, πώς θα
αξιολογούσατε
ε την υγεία
σας τώρα;

9 (7,9)

8 (7)

59 (51,8)

34 (29,8)

4 (3,5)

Ναι,
περιορίζοντ
αι πολύ

Ναι,
περιορίζοντ
αι λίγο

Όχι, δεν
περιορίζοντ
αι καθόλου

α) Σε
κουραστικές
δραστηριότητες
ς, όπως το
τρέξιμο, το
σήκωμα
βαριών
αντικειμένων,
η συμμετοχή
σε δυναμικά
σπορ

28 (24,6)

55 (48,2)

31 (27,2)

β) Σε μέτριας
έντασης
δραστηριότητες
ς, όπως η
μετακίνηση
ενός
τραπεζιού, το
σπρώξιμο μιας
ηλεκτρικής
σκούπας, ο
περίπατος
στην εξοχή ή
όταν παίζετε
ρακέτες στην
παραλία

7 (6,1)

38 (33,3)

69 (60,5)

γ) Όταν
σηκώνετε ή
μεταφέρετε
ψώνια από την
αγορά

10 (8,8)

41 (36)

63 (55,3)

δ) Όταν
ανεβαίνετε
μερικούς
ορόφους

20 (17,5)

54 (47,4)

40 (35,1)

ε) Όταν
ανεβαίνετε
έναν όροφο

8 (7)

32 (28,1)

74 (64,9)

στ) Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	30 (26,3)	41 (36)	43 (37,7)
ζ) Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	14 (12,3)	30 (26,3)	70 (61,4)
η) Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	8 (7)	29 (25,4)	77 (67,5)
θ) Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	3 (2,6)	16 (14)	95 (83,3)
ι) Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	2 (1,8)	14 (12,3)	98 (86)
	Ναι	Όχι	
α) Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	42 (36,8)	72 (63,2)	
β) Επιτέλεσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	59 (51,8)	55 (48,2)	
γ) Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτ ων σας	63 (55,3)	51 (44,7)	
δ) Δυσκολευτήκ ατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητέ	60 (52,6)	54 (47,4)	

ς σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια)					
α) Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	55 (48,2)	59 (51,8)			
ς2					
β) Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε2	69 (60,5)	45 (39,5)			
γ) Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες ς λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	60 (52,6)	54 (47,4)			
	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματι κά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες ς με την οικογένεια, τους...	13 (11,4)	24 (21,1)	45 (39,5)	22 (19,3)	10 (8,8)

	Καθόλου	Πολύ λίγο	Λίγο	Μέτριο	Έντονο	Πολύ έντονο
7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	8 (7)	20 (17,5)	22 (19,3)	39 (34,2)	18 (15,8)	7 (6,1)
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ	
8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);	25 (21,9)	22 (19,3)	36 (31,6)	23 (20,2)	8 (7)	
	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
α) Αισθανόσαστε γεμάτος /η ζωντάνια;	0 (0,0)	13 (11,4)	32 (28,1)	39 (34,2)	20 (17,5)	10 (8,8)
β) Είχατε πολύ εκνευρισμό;	8 (7)	15 (13,2)	26 (22,8)	41 (36)	18 (15,8)	6 (5,3)
γ) Αισθάνεστε τόσο πολύ πιεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει τι κέφι;	5 (4,4)	8 (7)	26 (22,8)	40 (35,1)	25 (21,9)	10 (8,8)
δ) Αισθάνεστε ηρεμία και γαλήνη;	1 (0,9)	12 (10,5)	22 (19,3)	38 (33,3)	27 (23,7)	14 (12,3)
ε) Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	4 (3,5)	13 (11,4)	19 (16,7)	41 (36)	31 (27,2)	6 (5,3)

στ) Αισθάνεστε απελπισία και μελαγχολία;	5 (4,4)	8 (7)	19 (16,7)	42 (36,8)	20 (17,5)	20 (17,5)
ζ) Αισθάνεστε εξάντληση;	8 (7)	21 (18,4)	30 (26,3)	40 (35,1)	13 (11,4)	2 (1,8)
η) Ήσαστε ευτυχισμένος/ η;	4 (3,5)	25 (21,9)	26 (22,8)	40 (35,1)	13 (11,4)	6 (5,3)
θ) Αισθάνεστε κούραση;	16 (14)	35 (30,7)	39 (34,2)	21 (18,4)	3 (2,6)	0 (0,0)
	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ	
10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητε ς (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματι κά προβλήματα	3 (2,6)	29 (25,4)	41 (36)	29 (25,4)	12 (10,5)	
	Απόλυτα Σωστό	Μάλλον Σωστό	Δεν Ξέρω	Μάλλον Λάθος	Τελείως Λάθος	
α) Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	6 (5,3)	21 (18,4)	32 (28,1)	33 (28,9)	22 (19,3)	
β) Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	5 (4,4)	36 (31,6)	47 (41,2)	19 (16,7)	7 (6,1)	

γ) Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	8 (7)	30 (26,3)	48 (42,1)	11 (9,6)	17 (14,9)
δ) Η υγεία μου είναι εξαιρετική	8 (7)	38 (33,3)	30 (26,3)	24 (21,1)	14 (12,3)

3.5. Περιγραφικά μέτρα και συντελεστές αξιοπιστίας

Στον πίνακα 7 δίνονται τα περιγραφικά μέτρα και οι δείκτες αξιοπιστίας των διαστάσεων των κλιμάκων ικανοποίησης από την εργασία (JSS), επαγγελματικής εξουθένωσης (OLBI) και ποιότητας ζωής (SF-36).

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις ικανοποίησης από την εργασία (JSS) μπορούν να κυμανθούν από 4 έως 24 ενώ η συνολική βαθμολογία από 36 έως 216 μονάδες.

Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Η βαθμολογία στη διάσταση «Μισθός» κυμαινόταν από 4 έως 18 μονάδες με μέση τιμή 9,07 μονάδες (SD=3,41 μονάδες), στη διάσταση «Προαγωγή» κυμαινόταν από 4 έως 18 μονάδες με μέση τιμή 9,66 μονάδες (SD=3,07 μονάδες) και στη διάσταση «Εποπτεία-Επίβλεψη» κυμαινόταν από 4 έως 24 μονάδες με μέση τιμή 15,89 μονάδες (SD=4,28 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Προνόμια-Οφέλη» κυμαινόταν από 4 έως 21 μονάδες με μέση τιμή 8,47 μονάδες (SD=3,36 μονάδες), στη διάσταση «Ενδεχόμενες ανταμοιβές» κυμαινόταν από 4 έως 19 μονάδες με μέση τιμή 9,51 μονάδες (SD=3,35 μονάδες) και στη διάσταση «Συνθήκες λειτουργίας» κυμαινόταν από 4 έως 17 μονάδες με μέση τιμή 11,99 μονάδες (SD=2,86 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Συνάδελφοι» κυμαινόταν από 6 έως 21 μονάδες με μέση τιμή 13,6 μονάδες (SD=3,49 μονάδες), στη διάσταση «Φύση εργασίας» κυμαινόταν από 5 έως 24 μονάδες με μέση τιμή 14,33 μονάδες (SD=4,36 μονάδες) και στη διάσταση «Επικοινωνία» κυμαινόταν από 5 έως 22 μονάδες με μέση τιμή 13,97 μονάδες (SD=3,18 μονάδες). Η συνολική βαθμολογία κυμαινόταν από 56 έως 173 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 106,49 μονάδες (SD=20,68 μονάδες).

Υψηλότερες τιμές στις βαθμολογίες των διαστάσεων της κλίμακας OLBI υποδηλώνουν περισσότερη εξουθένωση. Η μέση τιμή στη διάσταση «Αποστασιοποίηση από την εργασία» ήταν 2,62 μονάδες (SD=0,59 μονάδες) και στη διάσταση «Εξάντληση» ήταν 2,86 μονάδες (SD=0,55 μονάδες). Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα είχε μέση τιμή 2,74 μονάδες (SD=0,53 μονάδες).

Υψηλότερες τιμές στις βαθμολογίες των διαστάσεων της κλίμακας SF-36 υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Η μέση τιμή στη διάσταση «Σωματική Λειτουργικότητα» ήταν 73,25 μονάδες (SD=23,22 μονάδες), στη διάσταση «Σωματικός Ρόλος» ήταν 50,88 μονάδες (SD=40,32 μονάδες) και στη διάσταση «Σωματικός Πόνος» ήταν 50,08 μονάδες (SD=25,53 μονάδες). Ακόμα, η μέση τιμή στη διάσταση «Γενική Υγεία» ήταν 54,11 μονάδες (SD=20,05 μονάδες), στη διάσταση «Ζωτικότητα» ήταν 41,18 μονάδες (SD=17,9 μονάδες) και στη διάσταση «Κοινωνικός Ρόλος» ήταν 52,85 μονάδες (SD=24,27

μονάδες). Η μέση τιμή στη διάσταση «Ρόλος Συναισθηματικός» ήταν 46,2 μονάδες (SD=42,65 μονάδες) και στη διάσταση «Ψυχική Υγεία» ήταν 52,18 μονάδες (SD=19,18 μονάδες). Τέλος, η μέση βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ήταν 43,74 μονάδες (SD=9,81 μονάδες) και στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ήταν 38,61 μονάδες (SD=11,3 μονάδες).

Οι συντελεστές αξιοπιστίας των κλιμάκων κυμαίνονταν από 0,68 μέχρι 0,91.

Πίνακας 7: Περιγραφικά μέτρα και συντελεστές αξιοπιστίας των υπό μελέτη κλιμάκων

Κλίμακα	Διάσταση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's alpha
Ικανοποίηση από εργασία (JSS)	Μισθός	4,00	18,00	9,07 (3,41)	9 (7 – 12)	0,74
	Προαγωγή	4,00	18,00	9,66 (3,07)	9,5 (7 – 12)	0,75
	Εποπτεία-Επίβλεψη	4,00	24,00	15,89 (4,28)	16 (13 – 19)	0,86
	Προνόμια-Οφέλη	4,00	21,00	8,47 (3,36)	8,5 (6 – 10)	0,72
	Ενδεχόμενες ανταμοιβές	4,00	19,00	9,51 (3,35)	9 (7 – 12)	0,69
	Συνθήκες λειτουργίας	4,00	17,00	11,99 (2,86)	13 (10 – 14)	0,73
	Συνάδελφοι	6,00	21,00	13,6 (3,49)	14 (11 – 16)	0,73
	Φύση εργασίας	5,00	24,00	14,33 (4,36)	14 (11 – 17)	0,82
	Επικοινωνία	5,00	22,00	13,97 (3,18)	14 (12 – 16)	0,68
	Συνολική βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία	56,00	173,00	106,49 (20,68)	104,5 (94 – 120)	0,90
Επαγγελματική εξουθένωση (Olbi)	Αποστασιοποίηση από την εργασία	1,25	4,00	2,62 (0,59)	2,63 (2,25 – 3)	0,82
	Εξάντληση	1,50	4,00	2,86 (0,55)	2,88 (2,5 – 3,25)	0,83
	Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI	1,56	3,94	2,74 (0,53)	2,75 (2,38 – 3,06)	0,89
Ποιότητας ζωής (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα	0,00	100,00	73,25 (23,22)	80 (55 – 95)	0,90

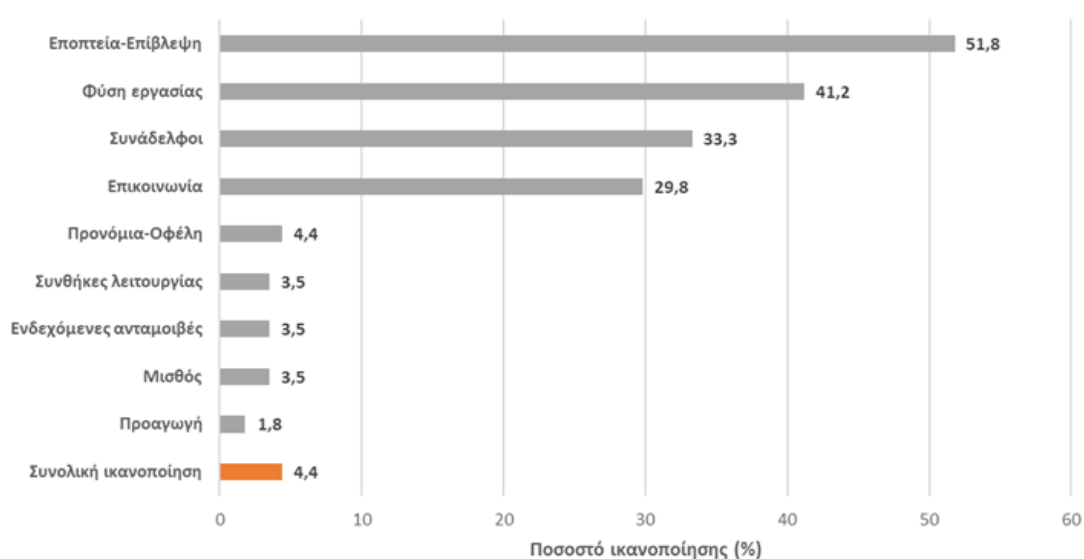
Σωματικός ρόλος	0,00	100,00	50,88 (40,32)	50 (0 – 100)	0,83
Σωματικός πόνος	0,00	100,00	50,08 (25,53)	46,5 (31 – 72)	0,88
Γενική υγεία	5,00	97,00	54,11 (20,05)	52 (40 – 72)	0,81
Ζωτικότητα	0,00	85,00	41,18 (17,9)	40 (30 – 50)	0,81
Κοινωνικός ρόλος	0,00	100,00	52,85 (24,27)	50 (37,5 – 62,5)	0,81
Ρόλος συναισθηματικός	0,00	100,00	46,2 (42,65)	33,33 (0 – 100)	0,82
Ψυχική υγεία	0,00	92,00	52,18 (19,18)	52 (40 – 68)	0,83
Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	20,22	67,93	43,74 (9,81)	43,99 (35,03 – 51,99)	0,91
Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας	12,60	66,40	38,61 (11,3)	36,72 (30,6 – 46,75)	0,91

Στον Πίνακα 8 δίνονται τα επίπεδα ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την εργασία τους. Τα επίπεδα ικανοποίησης κυμαίνονταν από 1,8% μέχρι 51,8%. Συγκεκριμένα, το 1,8% των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιημένοι από την προαγωγή και το 3,5% από τον μισθό, τις ενδεχόμενες ανταμοιβές και τις συνθήκες λειτουργίας. Συνολικά, το 4,4% των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Το 51,8% των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιημένοι από την εποπτεία και την επίβλεψη και το 41,2% από τη φύση της εργασίας (Γράφημα 2).

Πίνακας 8: Επίπεδα ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τους επιμέρους τομείς της εργασίας

	Δυσανεστημένοι	Ούτε δυσανεστημένοι, ούτε ευχαριστημένοι	Ευχαριστημένοι
	n (%)	n (%)	n (%)
Μισθός	96 (84,2)	14 (12,3)	4 (3,5)
Προαγωγή	91 (79,8)	21 (18,4)	2 (1,8)
Εποπτεία-Επίβλεψη	22 (19,3)	33 (28,9)	59 (51,8)
Προνόμια-Οφέλη	104 (91,2)	5 (4,4)	5 (4,4)
Ενδεχόμενες ανταμοιβές	93 (81,6)	17 (14,9)	4 (3,5)
Συνθήκες λειτουργίας	51 (44,7)	59 (51,8)	4 (3,5)
Συνάδελφοι	42 (36,8)	34 (29,8)	38 (33,3)
Φύση εργασίας	42 (36,8)	25 (21,9)	47 (41,2)
Επικοινωνία	34 (29,8)	46 (40,4)	34 (29,8)
Συνολική ικανοποίηση	65 (57)	44 (38,6)	5 (4,4)

Γράφημα 2: Ποσοστά ικανοποίησης από τους διάφορους εργασιακούς τομείς αλλά και συνολικά



3.6. Συσχετίσεις μεταξύ των υπό μελέτη κλιμάκων

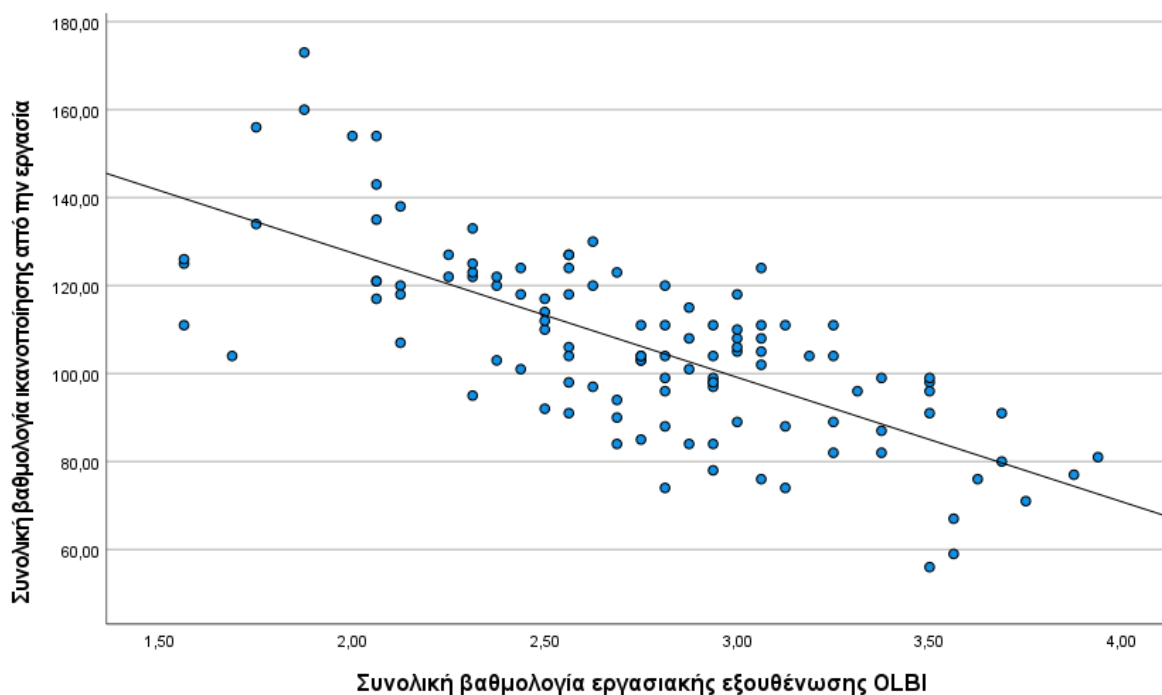
Στον Πίνακα 9 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson (r) μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την εργασία τους. Σημαντικές και αρνητικές συσχετίσεις υπήρξαν μεταξύ όλων των διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την εργασία ($p < 0,05$). Συνεπώς, περισσότερη εργασιακή εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη ικανοποίηση από την εργασία (Γράφημα 3).

Πίνακας 9: Συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής ικανοποίησης

		Αποστασιοποίηση από την εργασία	Εξάντληση	Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI
Μισθός	r	-0,39	-0,45	-0,45
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Προαγωγή	r	-0,25	-0,37	-0,33
	P	0,007	<0,001	<0,001
Εποπτεία-Επίβλεψη	r	-0,38	-0,27	-0,35
	P	<0,001	0,004	<0,001
Προνόμια-Οφέλη	r	-0,31	-0,37	-0,37
	P	0,001	<0,001	<0,001
Ενδεχόμενες ανταμοιβές	r	-0,46	-0,49	-0,51
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Συνθήκες λειτουργίας	r	-0,41	-0,43	-0,45
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Συνάδελφοι	r	-0,52	-0,57	-0,59
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Φύση εργασίας	r	-0,77	-0,55	-0,72
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Επικοινωνία	r	-0,39	-0,42	-0,44

	P	<0,001	<0,001	<0,001
Συνολική βαθμολογία	r	-0,67	-0,66	-0,72
ικανοποίησης από την	P	<0,001	<0,001	<0,001
εργασία				

Γράφημα 3: Συσχέτιση μεταξύ συνολικών βαθμολογιών κλιμάκων εργασιακής εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης.



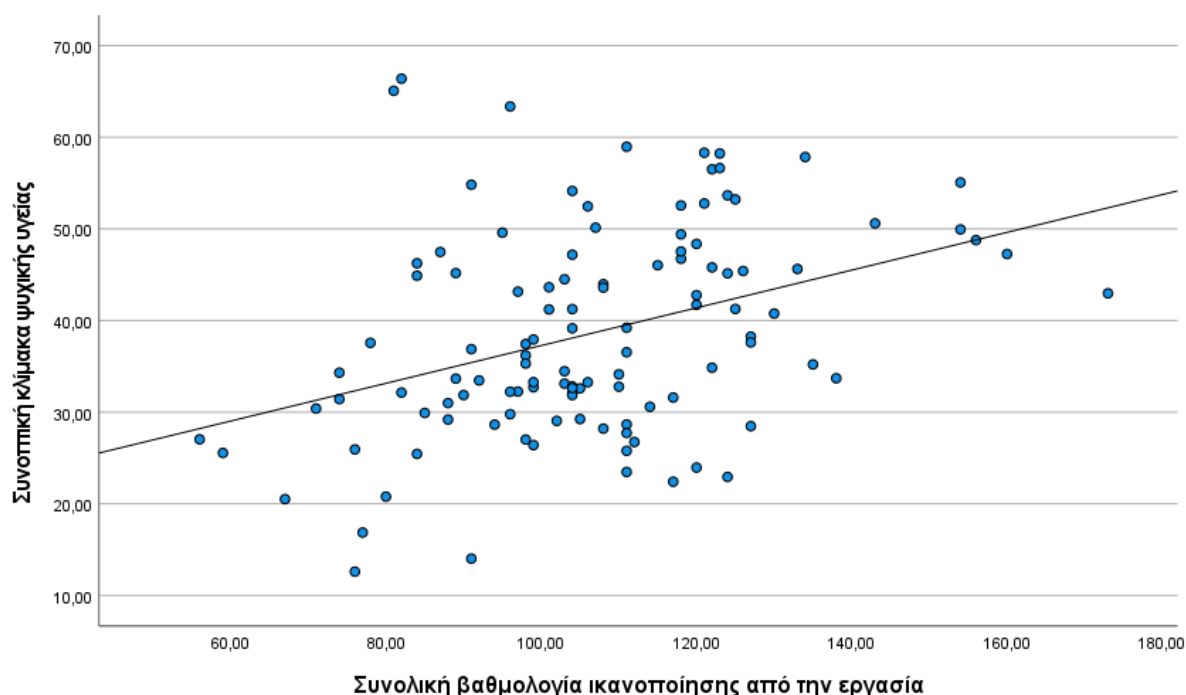
Στον Πίνακα 10 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson (r) μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων ποιότητας ζωής και εργασιακής ικανοποίησης. Σημαντικές και θετικές συσχετίσεις υπήρξαν μεταξύ αρκετών διαστάσεων ποιότητας ζωής και ικανοποίησης από την εργασία ($p < 0,05$). Αναφορικά με τις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας, περισσότερη συνολική ικανοποίηση από την εργασία σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη ψυχική υγεία ($r = 0,38$, $p < 0,001$, Γράφημα 4) ενώ δεν σχετιζόταν με την φυσική υγεία ($r = 0,11$, $p = 0,238$).

Πίνακας 10: Συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας ζωής και της εργασιακής ικανοποίησης

		Σωματική λειτουργικότ ητα	Σωματι κός ρόλος	Σωματι κός πόνος	Γενι κή υγεία	Ζωτικότ ητα	Κοινωνικ ός ρόλος	Ρόλος συναισθηματι κός	Ψυχι κή υγεία	Συνοπτι κή κλίμακα φυσικής υγείας	Συνοπτι κή κλίμακα ψυχικής υγείας
Μισθός	r	0,14	0,16	0,14	0,16	0,23	0,19	0,20	0,27	0,11	0,18
	P	0,147	0,082	0,151	0,096	0,014	0,048	0,032	0,003	0,266	0,056
Προαγωγή	r	0,08	0,08	0,16	0,18	0,22	0,23	0,19	0,27	0,06	0,15
	P	0,422	0,391	0,088	0,054	0,019	0,015	0,039	0,003	0,532	0,109
Εποπτεία- Επίβλεψη	r	0,05	0,11	0,07	0,09	0,15	0,13	0,26	0,20	0,01	0,27
	P	0,568	0,225	0,459	0,352	0,117	0,165	0,006	0,029	0,936	0,004
Προνόμια- Οφέλη	r	0,23	0,18	0,24	0,28	0,27	0,19	0,15	0,28	0,23	0,15
	P	0,013	0,049	0,010	0,003	0,004	0,044	0,120	0,002	0,013	0,100
Ενδεχόμενε ς ανταμοιβές	r	0,21	0,20	0,21	0,12	0,33	0,29	0,25	0,38	0,13	0,31
	P	0,028	0,036	0,027	0,197	<0,001	0,002	0,007	<0,001	0,170	0,001
Συνθήκες λειτουργίας	r	0,20	0,14	0,12	0,20	0,28	0,28	0,20	0,32	0,12	0,26
	P	0,037	0,126	0,218	0,034	0,003	0,003	0,036	<0,001	0,220	0,005

Συνάδελφοι	r	0,15	0,26	0,16	0,15	0,35	0,40	0,33	0,44	0,09	0,39
	P	0,112	0,005	0,092	0,113	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,352	<0,001
Φύση εργασίας	r	0,03	0,07	0,09	0,14	0,36	0,20	0,26	0,40	-0,04	0,20
	P	0,742	0,450	0,327	0,137	<0,001	0,037	0,006	<0,001	0,662	0,030
Επικοινωνία	r	0,07	0,18	0,04	0,07	0,19	0,16	0,29	0,24	0,02	0,32
	P	0,429	0,049	0,658	0,468	0,041	0,095	0,002	0,011	0,855	0,001
Συνολική βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία	r	0,19	0,23	0,20	0,23	0,40	0,34	0,36	0,47	0,11	0,38
	P	0,047	0,013	0,031	0,015	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,238	<0,001

Γράφημα 4: Συσχέτιση μεταξύ βαθμολογίας συνολικής εργασιακής ικανοποίησης και συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.

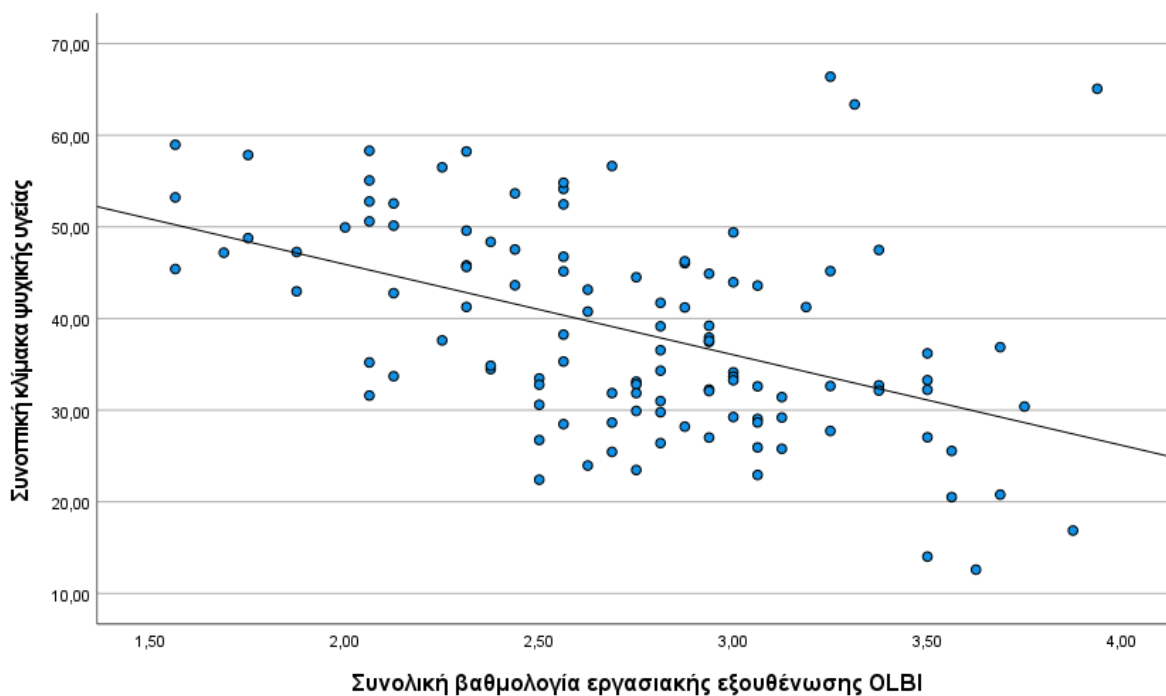


Στον Πίνακα 11 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson (r) μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων ποιότητας ζωής και εργασιακής εξουθένωσης. Σημαντικές και αρνητικές συσχετίσεις υπήρξαν μεταξύ των περισσότερων διαστάσεων ποιότητας ζωής και εργασιακής εξουθένωσης ($p < 0,05$). Αναφορικά με τις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας, περισσότερη συνολική εργασιακή εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη ψυχική υγεία ($r = -0,46$, $p < 0,001$, Γράφημα 5) ενώ δεν σχετιζόταν με την φυσική υγεία ($r = -0,13$, $p = 0,164$).

Πίνακας 11: Συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας ζωής και της επαγγελματικής εξουθένωσης

		Αποστασιοποίηση από την εργασία	Εξάντληση	Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI
Σωματική λειτουργικότητα	r	-0,10	-0,35	-0,24
	P	0,297	<0,001	0,012
Σωματικός ρόλος	r	-0,18	-0,39	-0,30
	P	0,059	<0,001	0,001
Σωματικός πόνος	r	-0,12	-0,29	-0,22
	P	0,196	0,002	0,020
Γενική υγεία	r	-0,13	-0,35	-0,26
	P	0,161	<0,001	0,006
Ζωτικότητα	r	-0,46	-0,62	-0,58
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Κοινωνικός ρόλος	r	-0,33	-0,50	-0,45
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Ρόλος συναισθηματικός	r	-0,36	-0,44	-0,43
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Ψυχική υγεία	r	-0,47	-0,65	-0,60
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	r	0,00	-0,25	-0,13
	P	0,994	0,007	0,164
Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας	r	-0,31	-0,56	-0,46
	P	0,001	<0,001	<0,001

Γράφημα 5: Συσχέτιση μεταξύ βαθμολογίας συνολικής εργασιακής εξουθένωσης και συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.



3.7. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

Προκειμένου να βρεθούν οι παράγοντες που σχετίζονταν με την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων έγιναν πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τις κλίμακες επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα που δίνονται ακολούθως.

Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική λειτουργικότητα» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το αν αντιμετώπιζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, το αν επέλεξαν το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο και η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 12). Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν κατά 20,22 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στον συγκεκριμένο τομέα, σε σύγκριση με τις γυναίκες ($p=0,001$). Όσο αυξανόταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο χειρότερη ήταν η σωματική τους λειτουργικότητα ($\beta=-7,14$, $p=0,001$). Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος είχαν κατά 17,68 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους απόφοιτους Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ($p<0,001$). Τα άτομα που αντιμετώπιζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας είχαν κατά 8,51 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p=0,030$), Γράφημα 6. Όσοι είχαν επιλέξει το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο είχαν κατά 12,34 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p=0,001$). Επίσης, περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη σωματική λειτουργικότητα ($\beta=-14,62$, $p<0,001$).

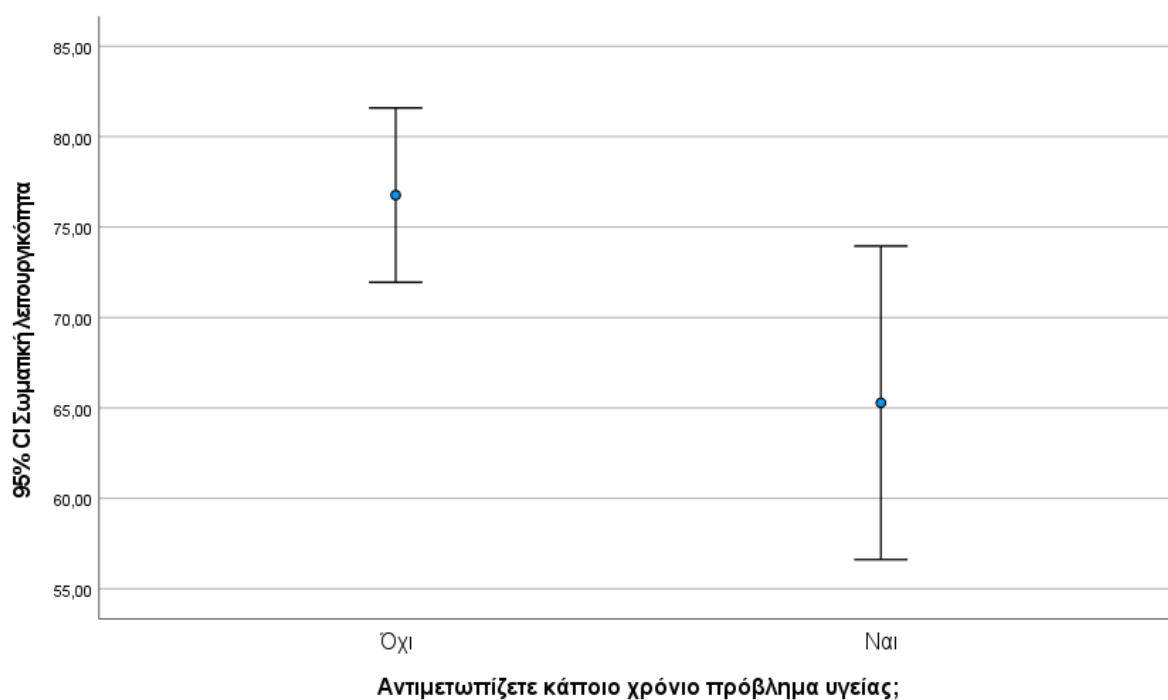
Πίνακας 12: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική λειτουργικότητα»

	β	SE	P
Φύλο (Άντρες vs Γυναίκες)	20,22	6,18	0,001
Ηλικία	-7,14	2,06	0,001
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	3,44	4,21	0,416
vs Απόφοιτος/η Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης			

Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος(MSc)/ Διδακτορικού Διπλώματος (Phd) vs Απόφοιτος/η Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	17,68	4,35	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (ναι vs όχι)	-8,51	3,87	0,030
Επιλέξατε το επάγγελμα εξαιτίας της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο (ναι vs όχι)	-12,34	3,77	0,001
Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI	-14,62	3,45	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Γράφημα 6: Βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική λειτουργικότητα» ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν ή όχι κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας



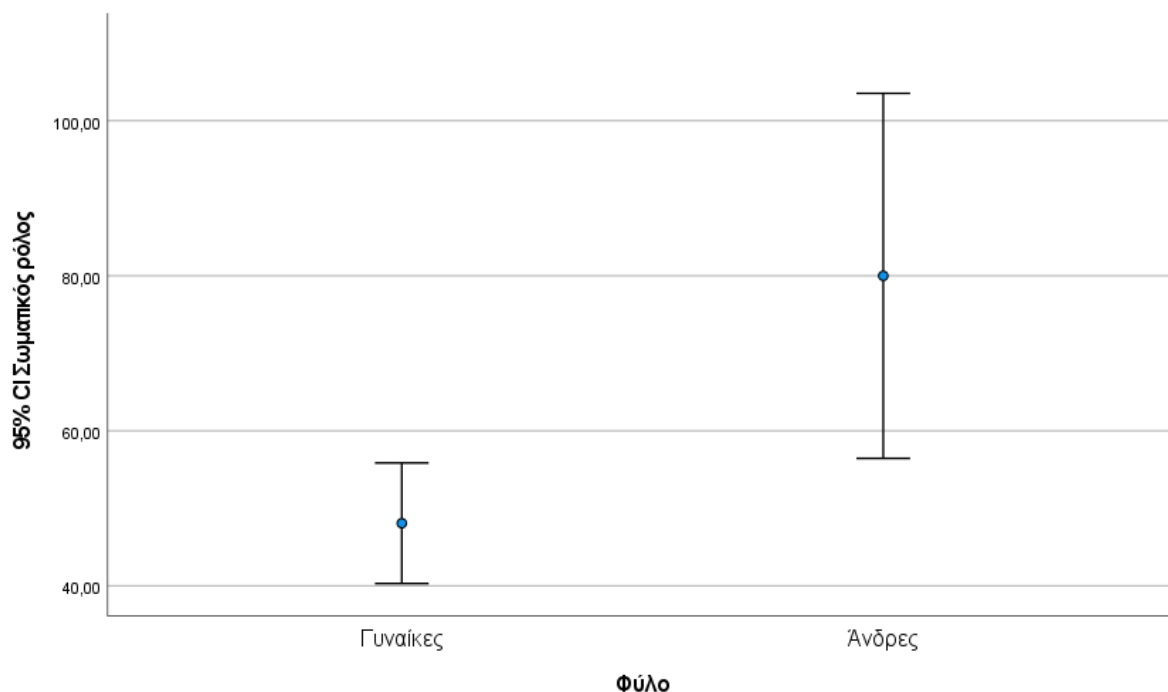
Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματικός ρόλος» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το φύλο και η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 13). Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν κατά 35,53 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στον συγκεκριμένο τομέα, σε σύγκριση με τις γυναίκες ($p=0,005$), Γράφημα 7. Ακόμα, περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερο σωματικό ρόλο ($\beta=-24,41$, $p<0,001$).

Πίνακας 13: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματικός ρόλος»

	$\beta+$	SE++	P
Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης	-24,41	6,70	<0,001
OLBI			
Φύλο (Άντρες vs Γυναίκες)	35,53	12,44	0,005

+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Γράφημα 7: Βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικός ρόλος» ανάλογα με το φύλο τους



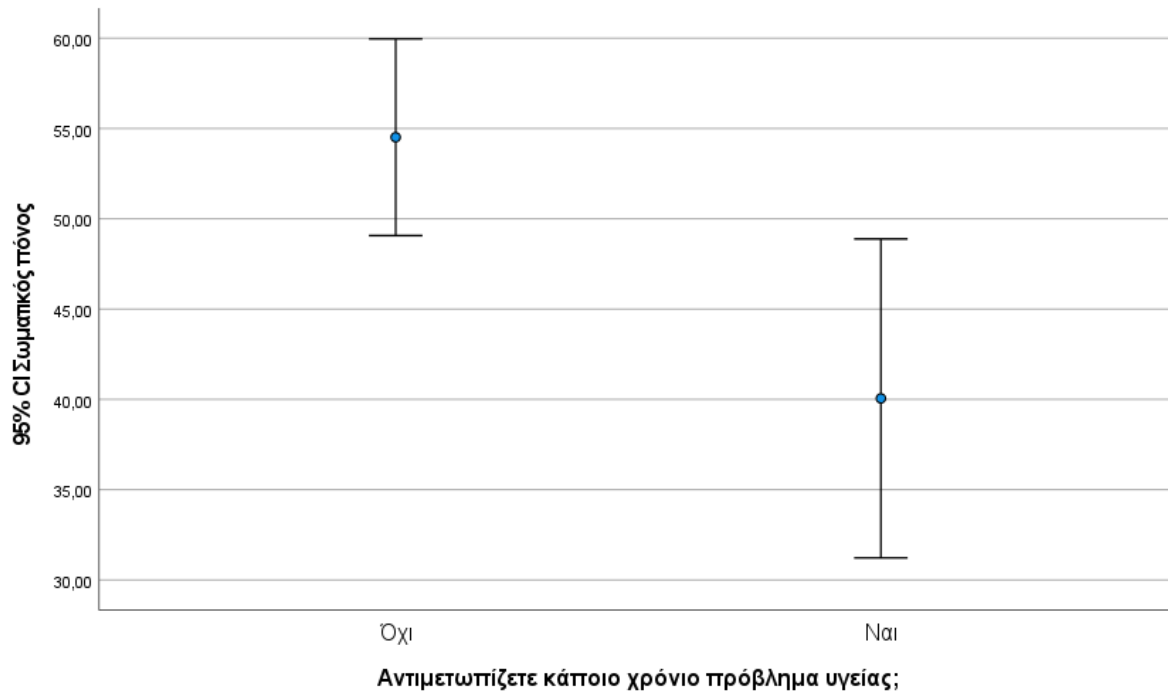
Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματικός πόνος» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το αν αντιμετώπιζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, το αν επέλεξαν το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο και η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 14). Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν κατά 15,24 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στον συγκεκριμένο τομέα, σε σύγκριση με τις γυναίκες ($p=0,040$). Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού διπλώματος είχαν κατά 18,75 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους απόφοιτους Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ($p<0,001$). Τα άτομα που αντιμετώπιζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας είχαν κατά 14,52 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p=0,002$), Γράφημα 8. Όσοι είχαν επιλέξει το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο είχαν κατά 11,29 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p=0,011$). Επίσης, περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερο σωματικό πόνο ($\beta=-14,13$, $p=0,001$).

Πίνακας 14: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματικός πόνος»

	$\beta+$	SE++	P
Φύλο (Άντρες vs Γυναίκες)	15,24	7,31	0,040
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	2,31	4,97	0,643
vs Απόφοιτος/η Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης			
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος(MSc)/	18,75	5,12	<0,001
Διδακτορικού Διπλώματος (Phd) vs Απόφοιτος/η			
Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης			
Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας	-14,52	4,47	0,002
(ναι vs όχι)			
Επιλέξατε το επάγγελμα εξαιτίας της προσφοράς	-11,29	4,34	0,011
φροντίδας στο συνάνθρωπο (ναι vs όχι)			
Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης	-14,13	4,07	0,001
OLBI			

+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Γράφημα 8: Βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικός πόνος» ανάλογα με το αν αντιμετωπίζουν ή όχι κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας

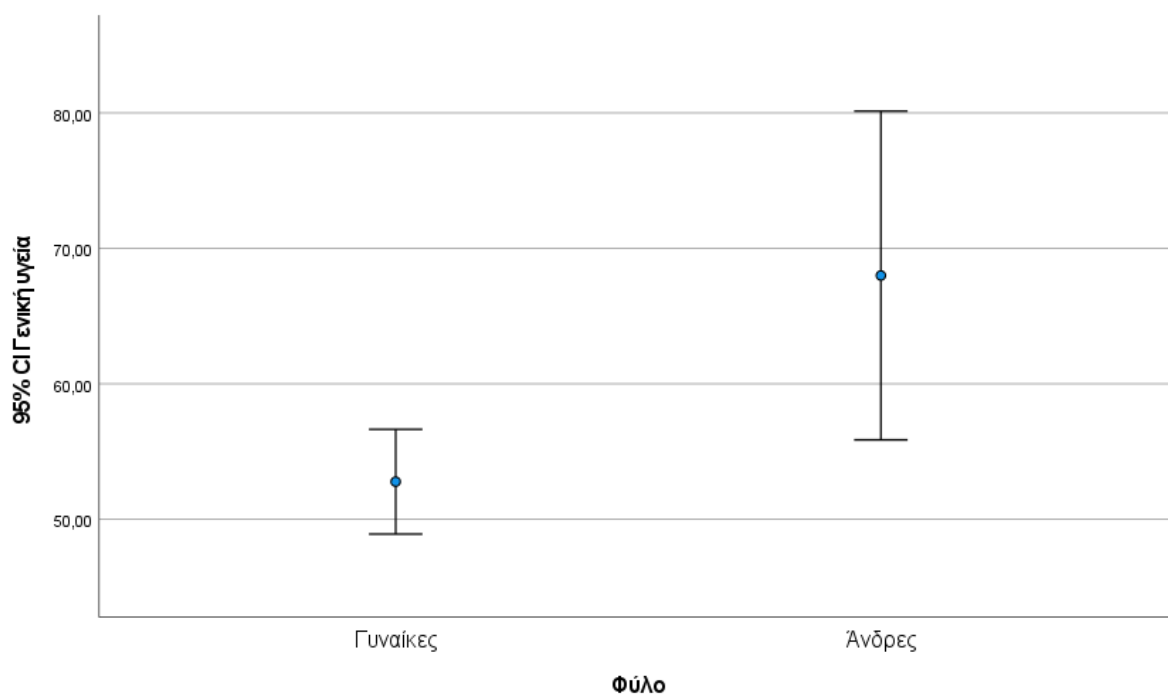


Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Γενική υγεία» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το φύλο, το αν αντιμετώπιζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, το αν επέλεξαν το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο και η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 15). Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν κατά 14,50 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στον συγκεκριμένο τομέα, σε σύγκριση με τις γυναίκες ($p=0,012$), Γράφημα 9. Τα άτομα που αντιμετώπιζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας είχαν κατά 16,61 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p<0,001$). Όσοι είχαν επιλέξει το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο είχαν κατά 7,26 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p=0,034$). Επίσης, περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη σωματική λειτουργικότητα ($\beta=-12,57$, $p<0,001$).

Πίνακας 15: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Γενική υγεία»

	$\beta+$	SE++	P
Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (ναι vs όχι)	-16,61	3,49	<0,001
Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης	-12,57	3,18	<0,001
OLBI			
Φύλο (Άντρες vs Γυναίκες)	14,50	5,70	0,012
Επιλέξατε το επάγγελμα εξαιτίας της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο (ναι vs όχι)	-7,26	3,38	0,034
+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης			

Γράφημα 9: Βαθμολογία στη διάσταση «Γενική υγεία» ανάλογα με το φύλο τους



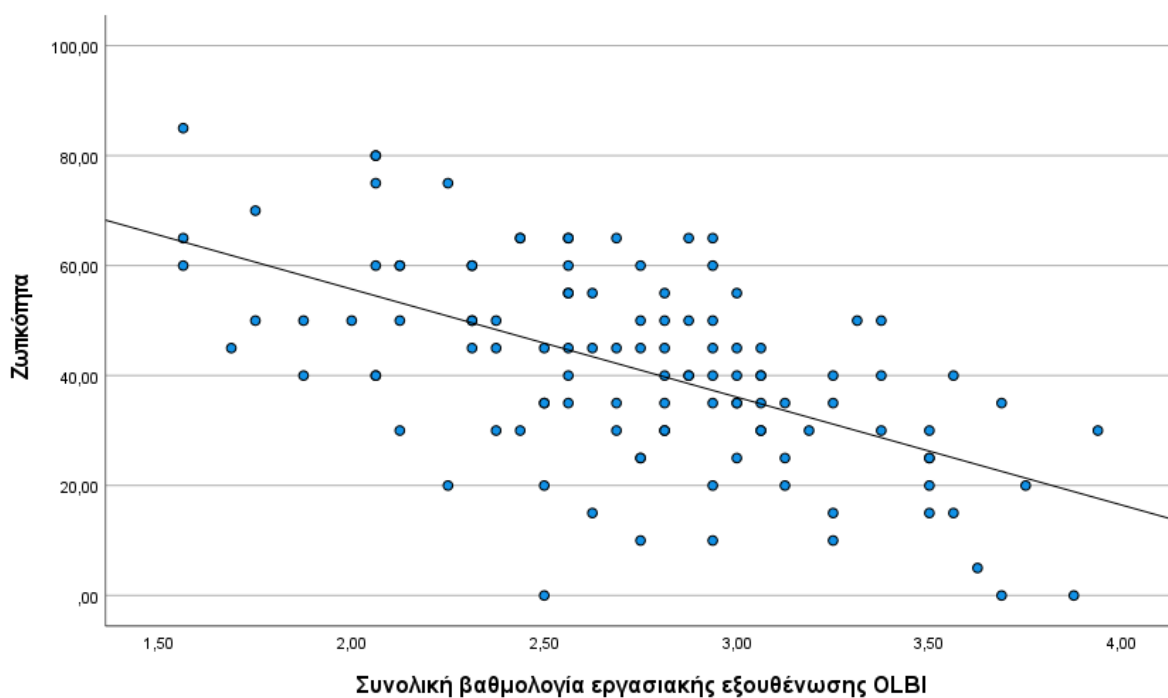
Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ζωτικότητα» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το εκπαιδευτικό επίπεδο και η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 16). Συγκεκριμένα, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού διπλώματος είχαν κατά 6,78 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους απόφοιτους Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ($p=0,047$). Ακόμα, περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη ζωτικότητα ($\beta=-19,57$, $p<0,001$), Γράφημα 10.

Πίνακας 16: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη ζωτικότητα

	$\beta+$	SE++	P
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (AEI/TEI) vs	1,63	3,27	0,619
Απόφοιτος/η Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης			
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος(MSc)/	6,78	3,38	0,047
Διδακτορικού Διπλώματος (Phd) vs Απόφοιτος/η			
Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης			
Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI	-19,57	2,59	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Γράφημα 10: Συσχέτιση της διάστασης «Ζωτικότητα» με τη συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI



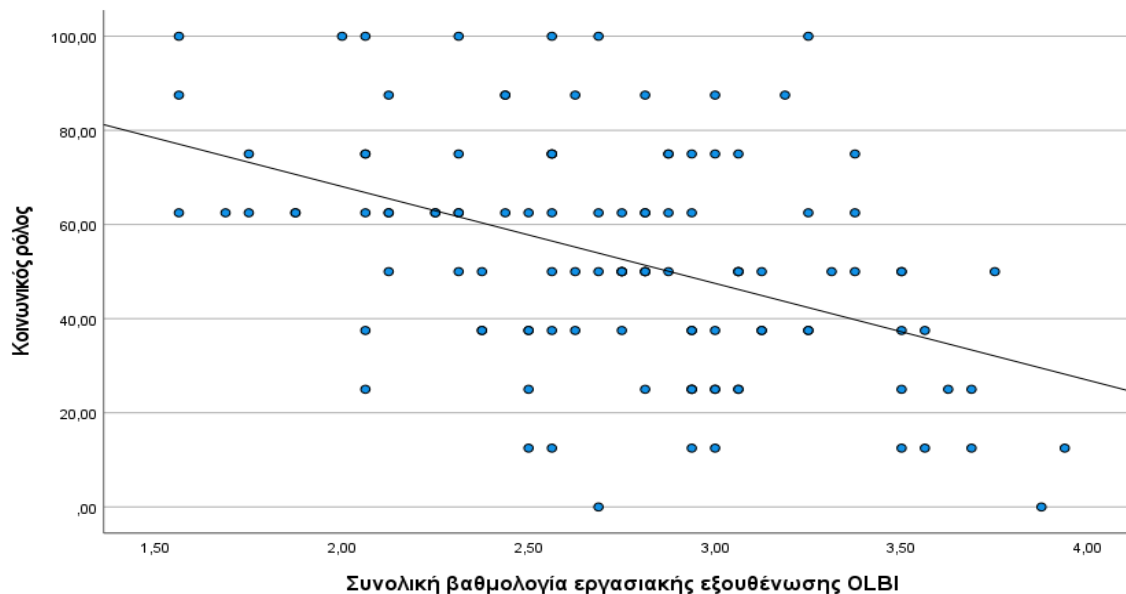
Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνικός ρόλος» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το εκπαιδευτικό επίπεδο, το αν επέλεξαν το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο και η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 17). Συγκεκριμένα, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού διπλώματος είχαν κατά 10,60 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερη ποιότητα ζωής στον συγκεκριμένο τομέα, σε σύγκριση με τους απόφοιτους Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ($p=0,033$). Τα άτομα που είχαν επιλέξει το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο είχαν κατά 10,39 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p=0,014$). Επίσης, περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερο κοινωνικό ρόλο ($\beta=-23,10$, $p<0,001$), Γράφημα 11.

Πίνακας 17: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνικός ρόλος»

	$\beta+$	SE++	P
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ) vs Απόφοιτος/η Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	2,68	4,75	0,573
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος(MSc)/ Διδακτορικού Διπλώματος (Phd) vs Απόφοιτος/η Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	10,60	4,90	0,033
Επιλέξατε το επάγγελμα εξαιτίας της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο (ναι vs όχι)	-10,39	4,16	0,014
Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI	-23,10	3,89	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Γράφημα 11: Συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνικός ρόλος» με τη συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI



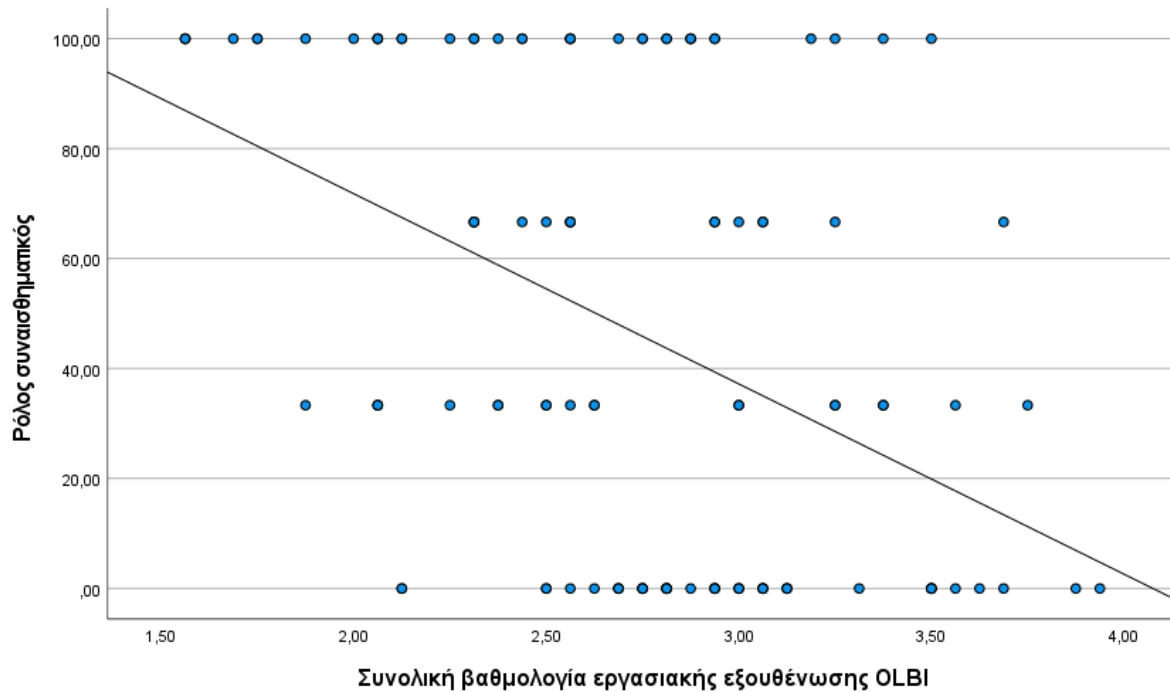
Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ρόλος συναισθηματικός» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το αν είχαν θέση ευθύνης και η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 18). Συγκεκριμένα, τα άτομα που θέση ευθύνης είχαν κατά 29,38 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία ($p=0,021$), υποδηλώνοντας καλύτερη ποιότητα ζωής στον συγκεκριμένο τομέα. Επίσης, περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερο συναισθηματικό ρόλο ($\beta=-35,39$, $p<0,001$), Γράφημα 12.

Πίνακας 18: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ρόλος συναισθηματικός»

	β +	SE++	P
Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης	-35,39	6,78	<0,001
OLBI			
Κατέχετε κάποια θέση ευθύνης; (π.χ. διευθυντής/ντρία, προϊστάμενος/η κλπ) (ναι vs όχι)	29,38	12,59	0,021

+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Γράφημα 12: Συσχέτιση της διάστασης «Ρόλος συναισθηματικός» με τη συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI



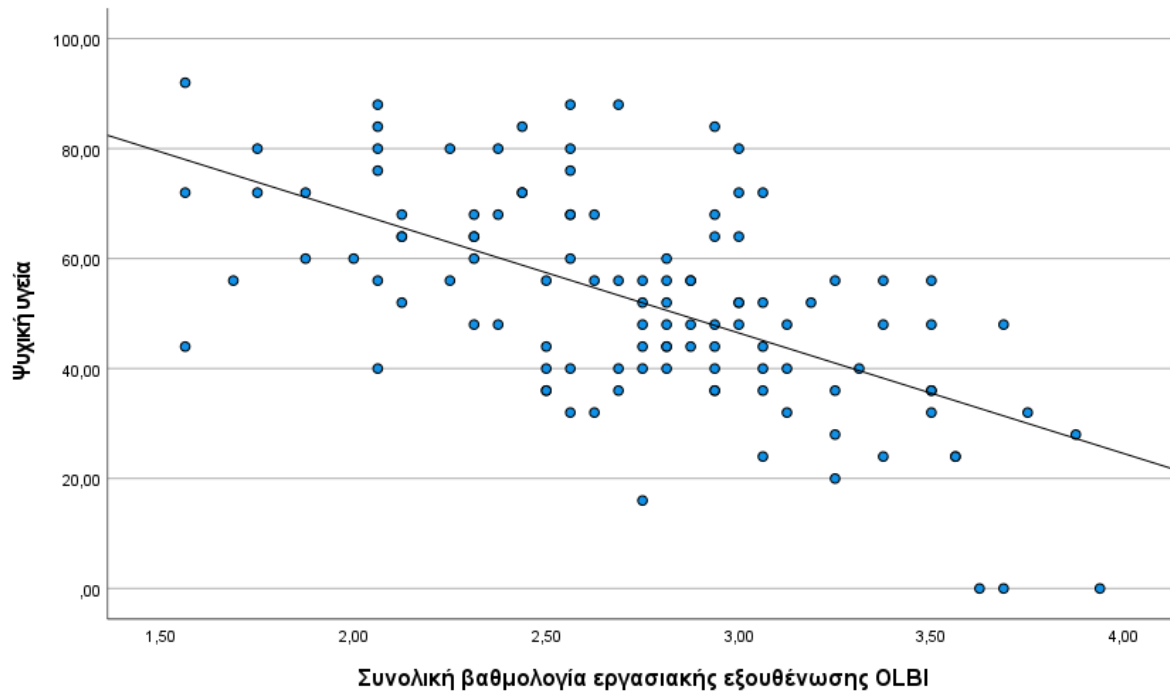
Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ψυχική υγεία» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το αν επέλεξαν το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο και η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 19). Συγκεκριμένα, τα άτομα που είχαν επιλέξει το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο είχαν κατά 7,24 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p=0,016$), υποδηλώνοντας χειρότερη ψυχική υγεία. Επίσης, περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη ψυχική υγεία ($\beta=-23,77$, $p<0,001$), Γράφημα 13.

Πίνακας 19: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία

	$\beta+$	SE++	P
Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI	-23,77	2,78	<0,001
Επιλέξατε το επάγγελμα εξαιτίας της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο (ναι vs όχι)	-7,24	2,96	0,016

+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Γράφημα 13: Συσχέτιση της διάστασης «Ψυχική υγεία» με τη συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης OLBI



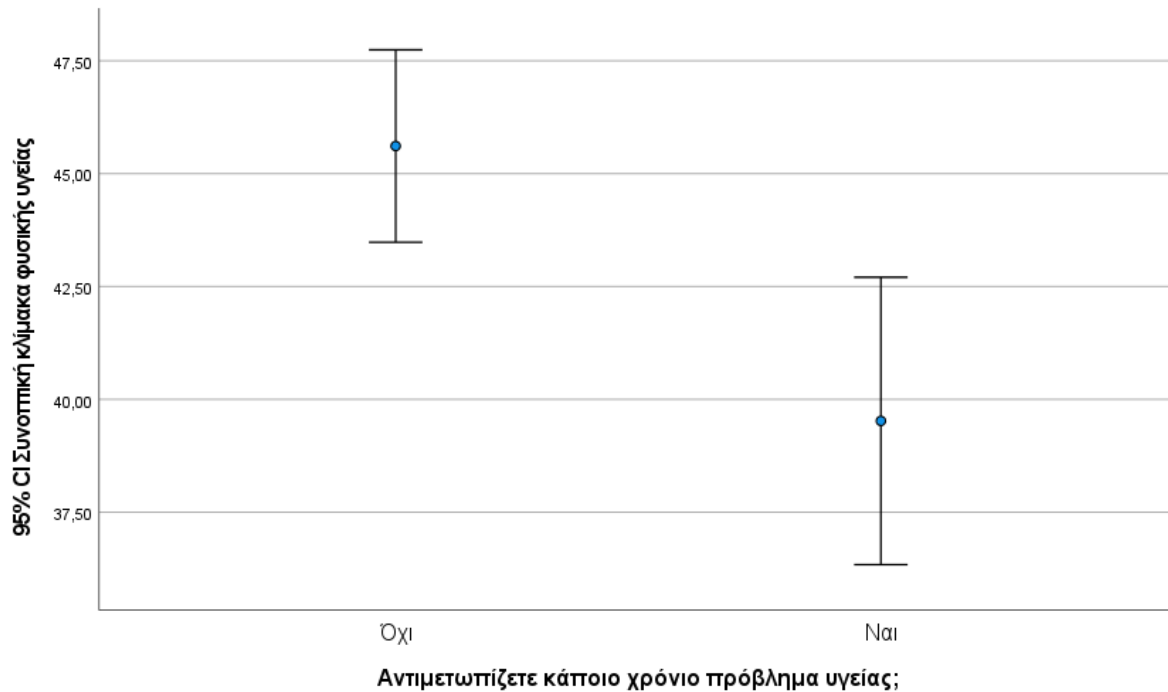
Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το αν αντιμετώπιζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα (Πίνακας 20). Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν κατά 9,79 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη φυσική υγεία συνολικά, σε σύγκριση με τις γυναίκες ($p=0,001$). Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού διπλώματος είχαν κατά 8,15 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους απόφοιτους Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ($p<0,001$). Τα άτομα που αντιμετώπιζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα είχαν κατά 5,83 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p=0,001$), Γράφημα 14.

Πίνακας 20: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας

	β+	SE++	P
Φύλο (Άντρες vs Γυναίκες)	9,79	2,82	0,001
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (AEI/TEI) vs	2,91	1,91	0,131
Απόφοιτος/η Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης			
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος(MSc)/	8,15	1,98	<0,001
Διδακτορικού Διπλώματος (Phd) vs Απόφοιτος/η			
Λυκείου/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης			
Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας	-5,83	1,73	0,001
(ναι vs όχι)			

+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Γράφημα 14: Βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το αν αντιμετωπίζουν ή όχι κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας



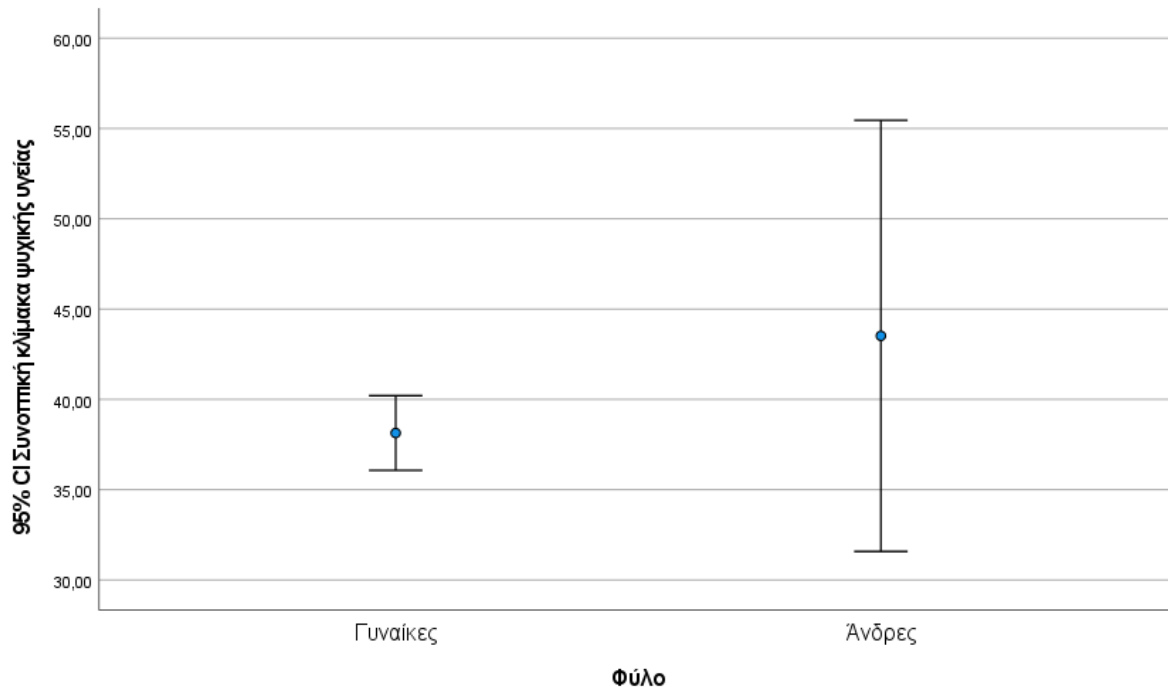
Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το φύλο, το αν επέλεξαν το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο και η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 21). Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν κατά 6,64 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ψυχική υγεία συνολικά, σε σύγκριση με τις γυναίκες ($p=0,041$), Γράφημα #. Τα άτομα που είχαν επιλέξει το επάγγελμά τους λόγω της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο είχαν κατά 4,91 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία ($p=0,011$). Επίσης, περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη ψυχική υγεία συνολικά ($\beta=-11,40$, $p<0,001$).

Πίνακας 21: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας

	β+	SE++	P
Συνολική βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης	-11,40	1,80	<0,001
OLBI			
Επιλέξατε το επάγγελμα εξαιτίας της προσφοράς φροντίδας στο συνάνθρωπο (ναι vs όχι)	-4,91	1,91	0,011
Φύλο (Άντρες vs Γυναίκες)	6,64	3,22	0,041

+συντελεστής εξάρτησης, ++τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Γράφημα 15: Βαθμολογία στη Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το φύλο τους



Πίνακας 22: Άλλος νοσηλευτικός τομέας στον οποίο εργάζονταν οι συμμετέχοντες

Αν άλλος τομέας, ποιος	n	%
Αναισθησιολογικό	4	3,5
Γενικός όροφος	1	0,9
Γραφείο Λοιμώξεων	1	0,9
Εκπ/ση	1	0,9
Κεντρο Υγείας	2	1,8
ΜΕΘ	13	11,4
Μικτό τμήμα	1	0,9
Μονάδα εμφραγμάτων	1	0,9
Νευροακτινολογίας	1	0,9
Οροφο	1	0,9
ΟΤΑ	1	0,9
Προϊσταμένη επίβλεψης	1	0,9
Πρωτοβάθμια	1	0,9
Σχολείο	1	0,9
Χειρουργείο	6	5,3
ΩΡΛ και εργαστήρια	1	0,9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Κύρια ευρήματα

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε ταυτόχρονα την επαγγελματική εξουθένωση, την εργασιακή ικανοποίηση και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής 114 μελών νοσηλευτικού προσωπικού. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν τρία βασικά ευρήματα. Πρώτον, η εργασιακή ικανοποίηση ήταν χαμηλή, κυρίως ως προς τον μισθό, τις δυνατότητες προαγωγής, τα προνόμια και τις ενδεχόμενες ανταμοιβές. Δεύτερον, η επαγγελματική εξουθένωση παρουσίασε ισχυρή αντίστροφη σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση. Τρίτον, η αυξημένη εξουθένωση συνδέθηκε συστηματικά με χαμηλότερες βαθμολογίες στις περισσότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, με εντονότερη επιβάρυνση στη ζωτικότητα, την ψυχική υγεία, την κοινωνική λειτουργικότητα και τους περιορισμούς που αποδίδονται στη συναισθηματική κατάσταση.

Η εικόνα του δείγματος αντανακλά ορισμένα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής εργασίας. Η μεγάλη πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, περισσότεροι από επτά στους δέκα εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο και πάνω από τους μισούς πραγματοποιούσαν εννέα ή περισσότερες βάρδιες τον μήνα. Παράλληλα, το 79,8% θεωρούσε ότι η δομή εργασίας δεν διέθετε επαρκές προσωπικό και το 71,1% δεν ήταν ικανοποιημένο από τη νοσηλευτική στελέχωση του τμήματος. Οι συνθήκες αυτές συνιστούν υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, οι οποίες, όταν δεν αντισταθμίζονται από επαρκείς πόρους, αναγνώριση και δυνατότητα ανάκαμψης, μπορούν να ενισχύσουν την εξάντληση και να μειώσουν τη θετική σύνδεση με την εργασία (Demerouti et al., 2001; Dall’Ora et al., 2020).

4.2. Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακή ικανοποίηση

Η συνολική μέση βαθμολογία της JSS ήταν 106,49 μονάδες, δηλαδή βρισκόταν στο ανώτερο όριο της ζώνης δυσαρέσκειας. Η κατηγοριοποίηση των βαθμολογιών έδειξε ότι το 57,0% των συμμετεχόντων ήταν συνολικά δυσανεσθημένο από την εργασία και μόλις το 4,4% ικανοποιημένο. Η δυσανεσθεια ήταν ιδιαίτερα έντονη στα προνόμια και οφέλη

(91,2%), στον μισθό (84,2%), στις ενδεχόμενες ανταμοιβές (81,6%) και στις δυνατότητες προαγωγής (79,8%). Αντίθετα, ευνοϊκότερη εικόνα καταγράφηκε για την εποπτεία-επίβλεψη και τη φύση της εργασίας. Το εύρημα δείχνει ότι οι συμμετέχοντες διατηρούσαν σε σημαντικό βαθμό θετική στάση προς το περιεχόμενο της νοσηλευτικής και τις άμεσες εργασιακές σχέσεις, αλλά αξιολογούσαν αρνητικά τους θεσμικούς και ανταποδοτικούς όρους της απασχόλησης.

Η χαμηλή ικανοποίηση από αμοιβές, εξέλιξη και οργανωτικές παροχές συμφωνεί με τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, στην οποία οι αποδοχές, η στελέχωση, η διοικητική υποστήριξη, η αυτονομία και οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης αναδεικνύονται ως βασικοί προσδιοριστές της ικανοποίησης των νοσηλευτών (Lu et al., 2019; Karaferis et al., 2022). Αντίστοιχα, ελληνικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται θετικά από την υποστήριξη, τις σχέσεις συνεργασίας και τη φύση του επαγγέλματος, ενώ οι περιορισμένες οικονομικές και επαγγελματικές ανταμοιβές λειτουργούν ως σταθερές πηγές δυσαρέσκειας (Ioannou et al., 2015; Τσομάκου et al., 2022). Η συγκεκριμένη διαφοροποίηση μπορεί να ερμηνευτεί και μέσω της θεωρίας των δύο παραγόντων του Herzberg: το περιεχόμενο και το νόημα της εργασίας μπορούν να λειτουργούν ως παράγοντες παρακίνησης, χωρίς όμως να αναιρούν τη δυσαρέσκεια που προκαλούν ανεπαρκείς αμοιβές και δυσμενείς οργανωτικοί όροι (Herzberg et al., 1959).

Η συνολική επαγγελματική εξουθένωση παρουσίασε ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τη συνολική εργασιακή ικανοποίηση ($r=-0,72$, $p<0,001$). Όλες οι διαστάσεις της JSS συνδέθηκαν αρνητικά τόσο με την εξάντληση όσο και με την αποστασιοποίηση. Ιδιαίτερα ισχυρή ήταν η σχέση της φύσης της εργασίας με την αποστασιοποίηση ($r=-0,77$), ενώ σημαντικές σχέσεις καταγράφηκαν για τους συναδέλφους, τις ενδεχόμενες ανταμοιβές, τις συνθήκες λειτουργίας και τον μισθό. Η ισχυρή σχέση με τη φύση της εργασίας υποδηλώνει ότι η αποστασιοποίηση δεν αφορά μόνο την κόπωση, αλλά και τη σταδιακή απώλεια ενδιαφέροντος, νοήματος και θετικής ταύτισης με τον επαγγελματικό ρόλο.

Το εύρημα είναι συμβατό με το μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων και Πόρων. Οι υψηλές απαιτήσεις καταναλώνουν σωματική και ψυχική ενέργεια, ενώ οι πόροι, όπως η υποστήριξη, η δίκαιη ανταμοιβή, η αυτονομία και η αναγνώριση, προστατεύουν από την εξάντληση και ενισχύουν την εργασιακή δέσμευση. Όταν οι πόροι είναι ανεπαρκείς, η συνεχής προσπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση και αποστασιοποίηση, οι οποίες με τη σειρά τους μειώνουν την ικανοποίηση από την εργασία (Demerouti et al., 2001; Bakker & de Vries, 2021). Παράλληλα, η έντονη δυσαρέσκεια από τις ανταμοιβές υποστηρίζει την

προσέγγιση της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής, σύμφωνα με την οποία η υψηλή προσφορά εργασίας χωρίς αντίστοιχη οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική αναγνώριση δημιουργεί αίσθημα αδικίας και χρόνια ψυχοκοινωνική ένταση (Siegrist, 1996).

4.3. Επαγγελματική εξουθένωση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Στην OLBI η μέση βαθμολογία της εξάντλησης ήταν υψηλότερη από την αποστασιοποίηση (2,86 έναντι 2,62), ενώ η συνολική μέση βαθμολογία ήταν 2,74. Επειδή η OLBI αποτυπώνει την εξουθένωση ως συνεχές και δεν αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο, οι τιμές αυτές δεν πρέπει να ερμηνεύονται με αυθαίρετα κλινικά όρια. Ωστόσο, η υπεροχή της εξάντλησης υποδεικνύει ότι η απώλεια ενέργειας και η κόπωση ήταν περισσότερο εμφανείς από την ψυχολογική απομάκρυνση από την εργασία. Η εικόνα αυτή είναι αναμενόμενη σε ένα δείγμα με συχνή κυκλική εργασία, πολλές βάρδιες και εκτεταμένη αντίληψη ανεπαρκούς στελέχωσης. Διεθνείς ανασκοπήσεις έχουν επίσης καταγράψει υψηλή συχνότητα συμπτωμάτων εξουθένωσης στους νοσηλευτές, με τον φόρτο εργασίας, τις βάρδιες, την έλλειψη προσωπικού και την περιορισμένη οργανωτική υποστήριξη να αποτελούν σταθερούς παράγοντες κινδύνου (Woo et al., 2020; Galanis et al., 2021).

Οι βαθμολογίες του SF-36 έδειξαν ότι η σωματική λειτουργικότητα ήταν η σχετικά καλύτερα διατηρημένη διάσταση, με μέση τιμή 73,25. Αντίθετα, χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στη ζωτικότητα (41,18), στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (38,61), στον συναισθηματικό ρόλο (46,20), στον σωματικό πόνο (50,08) και στον σωματικό ρόλο (50,88). Το πρότυπο αυτό υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες διατηρούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό τη βασική ικανότητα εκτέλεσης σωματικών δραστηριοτήτων, αλλά βίωναν σημαντική έλλειψη ενέργειας και περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργικότητα λόγω σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων. Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί σε ελληνικό νοσηλευτικό προσωπικό, όπου η ζωτικότητα και οι ψυχικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής εμφανίζονται συχνά περισσότερο επιβαρυνμένες από τη σωματική λειτουργικότητα (Ioannou et al., 2015; Sarafis et al., 2016; Voskou et al., 2020).

Η επαγγελματική εξουθένωση συνδέθηκε αρνητικά με σχεδόν όλες τις διαστάσεις του SF-36. Οι ισχυρότερες συσχετίσεις της συνολικής βαθμολογίας OLBI παρατηρήθηκαν με την ψυχική υγεία ($r=-0,60$), τη ζωτικότητα ($r=-0,58$), τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ($r=-0,46$), την κοινωνική λειτουργικότητα ($r=-0,45$) και τον συναισθηματικό ρόλο ($r=-0,43$). Η εξάντληση παρουσίασε γενικά ισχυρότερες σχέσεις με την ποιότητα ζωής από την αποστασιοποίηση. Αυτό είναι θεωρητικά συνεπές, καθώς η εξάντληση περιλαμβάνει

απώλεια ενέργειας, γνωστική κόπωση και συναισθηματική υπερφόρτιση, στοιχεία που επηρεάζουν άμεσα τη ζωτικότητα, την ψυχική ισορροπία, τις κοινωνικές δραστηριότητες και την ικανότητα ανταπόκρισης στους καθημερινούς ρόλους.

Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τη συστηματική ανασκόπηση των Khatatbeh et al. (2022), σύμφωνα με την οποία η αυξημένη εξουθένωση συνδέεται σταθερά με χαμηλότερη ποιότητα ζωής των νοσηλευτών, ιδίως στις ψυχικές και κοινωνικές διαστάσεις. Αντίστοιχη σχέση έχει καταγραφεί σε ελληνικούς πληθυσμούς νοσηλευτών, όπου η προσωπική και εργασιακή εξουθένωση σχετίστηκαν με χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία (Μπελλάλη et al., 2007). Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν την άποψη ότι η εξουθένωση δεν περιορίζεται στην εργασιακή εμπειρία, αλλά επεκτείνεται στη λειτουργικότητα, στις κοινωνικές σχέσεις, στην ενέργεια και στη γενικότερη αντίληψη υγείας.

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις επιβεβαίωσαν ότι η σχέση της εξουθένωσης με την ποιότητα ζωής παρέμενε σημαντική μετά τη συνεκτίμηση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών. Αύξηση κατά μία μονάδα στη συνολική βαθμολογία OLBΙ συνδέθηκε με χαμηλότερη βαθμολογία κατά 35,39 μονάδες στον συναισθηματικό ρόλο, 24,41 στον σωματικό ρόλο, 23,77 στην ψυχική υγεία, 23,10 στην κοινωνική λειτουργικότητα και 19,57 στη ζωτικότητα. Αρνητικές ανεξάρτητες σχέσεις παρατηρήθηκαν επίσης με τη σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία και τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Η συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας δεν συνδέθηκε ανεξάρτητα με τη συνολική εξουθένωση, γεγονός που υποδηλώνει ότι η επίδραση της εξουθένωσης ήταν εντονότερη στην ψυχική, ενεργειακή και κοινωνική λειτουργικότητα παρά στη συνολική σωματική υγεία.

4.4. Εργασιακή ικανοποίηση και ποιότητα ζωής

Η εργασιακή ικανοποίηση παρουσίασε θετική σχέση με αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Η συνολική βαθμολογία JSS συσχετίστηκε περισσότερο με την ψυχική υγεία ($r=0,47$), τη ζωτικότητα ($r=0,40$), τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ($r=0,38$), τον συναισθηματικό ρόλο ($r=0,36$) και την κοινωνική λειτουργικότητα ($r=0,34$). Αντίθετα, η σχέση με τη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι η θετική αξιολόγηση της εργασίας συνδέεται κυρίως με ψυχολογική ευεξία, ενέργεια, κοινωνική συμμετοχή και συναισθηματική λειτουργικότητα και λιγότερο με τη συνολική σωματική κατάσταση.

Η σχέση αυτή μπορεί να είναι αμφίδρομη. Ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, η δίκαιη μεταχείριση και οι ικανοποιητικές σχέσεις μπορούν να περιορίζουν το στρες και να ενισχύουν την ψυχική ευεξία. Ταυτόχρονα, εργαζόμενοι με καλύτερη υγεία και περισσότερη ενέργεια ενδέχεται να αξιολογούν θετικότερα την εργασία και να συμμετέχουν περισσότερο στις επαγγελματικές σχέσεις. Η συγχρονική μελέτη δεν επιτρέπει να καθοριστεί η κατεύθυνση της σχέσης. Παρ' όλα αυτά, το εύρημα είναι σύμφωνο με ελληνική έρευνα που κατέδειξε θετική σχέση της εργασιακής ικανοποίησης με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των νοσηλευτών (Ioannou et al., 2015), καθώς και με τη διεθνή βιβλιογραφία που συνδέει την ικανοποίηση με καλύτερη ψυχική υγεία, μειωμένη πρόθεση αποχώρησης και ευνοϊκότερη οργανωτική λειτουργία (Lu et al., 2019).

Μεταξύ των επιμέρους διαστάσεων, η ικανοποίηση από τους συναδέλφους, τις ανταμοιβές και τις συνθήκες λειτουργίας παρουσίασε επαναλαμβανόμενες θετικές σχέσεις με τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία. Η συνεργασία με συναδέλφους μπορεί να λειτουργεί ως ουσιαστικός εργασιακός πόρος, προσφέροντας πρακτική βοήθεια, συναισθηματική υποστήριξη και αίσθημα συμμετοχής. Αντίστοιχα, η αναγνώριση και οι δίκαιες ανταμοιβές ενισχύουν την αντίληψη ότι η προσπάθεια έχει αξία. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν επομένως μια ευρύτερη αντίληψη της εργασιακής ικανοποίησης, η οποία δεν εξαρτάται μόνο από τον μισθό αλλά και από τις σχέσεις, την

επικοινωνία, την ανατροφοδότηση και το νόημα της εργασίας.

4.5. Δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες

Το φύλο αναδείχθηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας αρκετών διαστάσεων της ποιότητας ζωής, με τους άνδρες να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στη σωματική λειτουργικότητα, στον σωματικό ρόλο, στον σωματικό πόνο, στη γενική υγεία και στις συνοπτικές κλίμακες. Η ερμηνεία απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, επειδή οι άνδρες ήταν μόνο δέκα και η αριθμητική ανισορροπία μπορεί να επηρεάζει τη σταθερότητα των εκτιμήσεων. Οι διαφορές ενδέχεται επίσης να αντανακλούν διαφορετική κατανομή καθηκόντων, κοινωνικών ρόλων, έκθεσης σε διπλό φόρτο εργασίας και οικογενειακών υποχρεώσεων και όχι επίδραση του φύλου καθεαυτού.

Η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας συνδέθηκε, όπως αναμενόταν, με χαμηλότερη σωματική λειτουργικότητα, περισσότερο πόνο, χειρότερη γενική υγεία και χαμηλότερη συνοπτική φυσική υγεία. Η σχέση αυτή επιβεβαιώνει ότι οι βαθμολογίες του SF-36 αντανακλούν όχι μόνο τις εργασιακές συνθήκες αλλά και το προϋπάρχον επίπεδο

υγείας. Η εκπαίδευση συνδέθηκε θετικά με ορισμένες διαστάσεις, καθώς οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου εμφάνισαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, λιγότερο πόνο, μεγαλύτερη ζωτικότητα, καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα και υψηλότερη συνοπτική φυσική υγεία. Πιθανές εξηγήσεις είναι η πρόσβαση σε θέσεις με μεγαλύτερη αυτονομία, η ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης, οι διαφορετικές επαγγελματικές προοπτικές ή άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που δεν μετρήθηκαν.

Η κατοχή θέσης ευθύνης συνδέθηκε με καλύτερο συναισθηματικό ρόλο. Η μεγαλύτερη αυτονομία, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και το αίσθημα επαγγελματικής αποτελεσματικότητας ενδέχεται να λειτουργούν προστατευτικά, αν και το εύρημα πρέπει να ερμηνευτεί με επιφύλαξη επειδή μόνο το 8,8% του δείγματος κατείχε τέτοια θέση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός ότι η επιλογή του επαγγέλματος λόγω της προσφοράς φροντίδας συνδέθηκε με χαμηλότερες βαθμολογίες σε αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Το αποτέλεσμα δεν σημαίνει ότι το αλτρουιστικό κίνητρο επιβαρύνει από μόνο του την υγεία. Πιθανόν τα άτομα με ισχυρότερη ταύτιση με τον ρόλο της φροντίδας να επενδύουν περισσότερη συναισθηματική και προσωπική ενέργεια, να δυσκολεύονται να θέσουν όρια ή να βιώνουν εντονότερα την απόσταση ανάμεσα στη φροντίδα που επιθυμούν να παρέχουν και σε εκείνη που επιτρέπουν οι οργανωτικοί περιορισμοί.

4.6. Ερμηνεία και οργανωτικές προεκτάσεις

Συνολικά, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση, η εργασιακή ικανοποίηση και η ποιότητα ζωής αποτελούν αλληλένδετες διαστάσεις της εργασιακής εμπειρίας. Η εξουθένωση συνδέθηκε ταυτόχρονα με χαμηλότερη ικανοποίηση και χειρότερη ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα. Η μεγάλη δυσaráσκεια από τις ανταμοιβές και τη στελέχωση, σε συνδυασμό με τις σχετικά θετικότερες αξιολογήσεις της εποπτείας και της φύσης της εργασίας, δείχνει ότι οι νοσηλευτές δεν απορρίπτουν απαραίτητα το επάγγελμα ή την αποστολή του, αλλά επιβαρύνονται από τον τρόπο οργάνωσης και ανταμοιβής της εργασίας.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος δεν μπορεί να στηριχθεί αποκλειστικά σε ατομικές τεχνικές διαχείρισης του στρες. Απαιτούνται οργανωτικές παρεμβάσεις που μειώνουν τις υπερβολικές απαιτήσεις και ενισχύουν τους διαθέσιμους πόρους: επαρκής στελέχωση, προβλέψιμη και δικαιότερη κατανομή βαρδιών, ουσιαστική συμμετοχή των

νοσηλευτών στις αποφάσεις, υποστηρικτική ηγεσία, αναγνώριση της προσπάθειας, ευκαιρίες εκπαίδευσης και εξέλιξης και πρόσβαση σε υποστήριξη ψυχικής υγείας. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στο εργασιακό περιβάλλον και στη διοικητική πρακτική έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να βελτιώσουν διατηρήσιμα την ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με αποσπασματικές ατομικές δράσεις (Niskala et al., 2020). Η μείωση της εξουθένωσης έχει σημασία όχι μόνο για την ευημερία του προσωπικού αλλά και για την ασφάλεια, την ποιότητα της φροντίδας και τη διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού (Jun et al., 2021; Li et al., 2024).

4.7. Μεθοδολογικές επισημάνσεις

Η ερμηνεία των ευρημάτων πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον συγχρονικό σχεδιασμό, ο οποίος δεν επιτρέπει την απόδοση αιτιότητας ή τον προσδιορισμό της χρονικής ακολουθίας των μεταβλητών. Η ηλεκτρονική δειγματοληψία ευκολίας μπορεί να έχει οδηγήσει σε αυτοεπιλογή συμμετεχόντων και περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού της Αττικής. Όλα τα δεδομένα βασίστηκαν σε αυτοαναφορά και είναι πιθανή η επίδραση κοινής μεθόδου μέτρησης ή κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων. Επιπλέον, η πολύ μικρή αναλογία ανδρών και ατόμων σε θέσεις ευθύνης απαιτεί προσοχή στην ερμηνεία των αντίστοιχων διαφορών. Παρά τους περιορισμούς, η ταυτόχρονη χρήση των OLBI, JSS και SF-36 και η εξέταση τόσο απλών συσχετίσεων όσο και πολυπαραγοντικών μοντέλων προσφέρουν μια συνεκτική εικόνα της σχέσης ανάμεσα στην εργασιακή εμπειρία και την υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε με σαφήνεια τη στενή αλληλεπίδραση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης, της εργασιακής ικανοποίησης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία της Αττικής. Τα ευρήματα τεκμηριώνουν ότι το φαινόμενο της εξουθένωσης δεν αποτελεί απλώς ένα ατομικό πρόβλημα ευεξίας, αλλά ένα πολυδιάστατο ψυχοκοινωνικό ζήτημα με σοβαρές συνέπειες τόσο για τον εργαζόμενο όσο και για τη συνοχή και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Πρώτον, η εργασιακή ικανοποίηση του δείγματος βρέθηκε χαμηλή, ειδικά στις διαστάσεις που αφορούν τον μισθό, τις δυνατότητες προαγωγής, τις παροχές και τις ενδεχόμενες ανταμοιβές. Συνολικά, μόλις το 4,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ικανοποιημένο από την εργασία του, ενώ το 57,0% ήταν ξεκάθαρα δυσαρεστημένο. Η δυσαρέσκεια αυτή εστιάζεται κυρίως στους θεσμικούς και ανταποδοτικούς όρους της απασχόλησης και λιγότερο στη φύση του επαγγέλματος ή στις διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους, όπου παρατηρήθηκαν θετικότερες αξιολογήσεις (Dall'Ora et al., 2020; Lu et al., 2019). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg, σύμφωνα με την οποία οι παράγοντες υγιεινής (π.χ. αμοιβή, πολιτικές, ασφάλεια) καθορίζουν τη δυσαρέσκεια, ενώ οι παράγοντες παρακίνησης (νόημα, αναγνώριση, φύση εργασίας) ενισχύουν τη θετική σύνδεση με το επάγγελμα (Herzberg et al., 1959).

Δεύτερον, η επαγγελματική εξουθένωση αναδείχθηκε ως κεντρικός αρνητικός παράγοντας για την εργασιακή εμπειρία και την υγεία. Η μέση τιμή της συνολικής εξουθένωσης στην κλίμακα OLBI ήταν υψηλή (2,74 σε κλίμακα 1–4), με την εξάντληση να υπερτερεί της αποστασιοποίησης. Η εξουθένωση συσχετίστηκε αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση ($r=-0,72$, $p<0,001$) και με τις περισσότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα με τη ζωτικότητα, την ψυχική υγεία, την κοινωνική λειτουργικότητα και τους συναισθηματικούς ρόλους (Khatatbeh et al., 2022; Woo et al., 2020). Το πρότυπο αυτό συνάδει με το μοντέλο

Εργασιακών Απαιτήσεων και Πόρων (Demerouti et al., 2001), σύμφωνα με το οποίο οι υπερβολικές απαιτήσεις και οι ανεπαρκείς πόροι οδηγούν σε εξάντληση, η οποία με τη σειρά της μειώνει την εργασιακή ικανοποίηση και υποσκάπτει την ευημερία.

Τρίτον, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, όπως μετρήθηκε με το SF-36, ήταν μέτρια προς χαμηλή, με τη ζωτικότητα, την ψυχική υγεία και τις κοινωνικές διαστάσεις να εμφανίζουν τη μεγαλύτερη επιβάρυνση. Η σωματική λειτουργικότητα διατηρείται σε σχετικά καλύτερα επίπεδα, γεγονός που πιθανόν αντανακλά την ανάγκη των νοσηλευτών να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του επαγγέλματος ακόμα και υπό συνθήκες κόπωσης. Ωστόσο, η χρόνια απώλεια ενέργειας, η συναισθηματική εξάντληση και η δυσκολία αποκατάστασης μετά τη βάρδια αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου εξουθένωσης και έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ψυχική και κοινωνική τους υγεία (Ioannou et al., 2015; Sarafis et al., 2016). Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις ενίσχυαν τα παραπάνω ευρήματα, αναδεικνύοντας την εξουθένωση ως ανεξάρτητο αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για τις περισσότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ακόμα και μετά τη συνεκτίμηση των δημογραφικών και επαγγελματικών μεταβλητών.

Τέλος, οι συσχετίσεις των επιμέρους διαστάσεων ανέδειξαν ιδιαίτερο ρόλο για τα ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Το φύλο, η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τα κίνητρα επιλογής του επαγγέλματος διαφοροποιούν σημαντικά τη σχέση μεταξύ εξουθένωσης, ικανοποίησης και ποιότητας ζωής. Οι άνδρες, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού και όσοι δεν αντιμετώπιζαν χρόνια πρόβλημα υγείας εμφάνισαν ευνοϊκότερες εκβάσεις, ενώ η επιλογή του επαγγέλματος λόγω αλτρουιστικών κινήτρων φάνηκε να συνδέεται με χαμηλότερες βαθμολογίες σε αρκετές ψυχοκοινωνικές διαστάσεις, πιθανόν λόγω της μεγαλύτερης συναισθηματικής επένδυσης και του κινδύνου απογοήτευσης όταν δεν ικανοποιούνται οι προσδοκίες (Katsaouni et al., 2024; Karaferis et al., 2022).

5.2. Προτάσεις Δημόσιας Υγείας

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη για σχεδιασμό και υλοποίηση πολυεπίπεδων παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, την ενίσχυση της εργασιακής ικανοποίησης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι προτάσεις δημόσιας υγείας που προκύπτουν είναι οι ακόλουθες:

Ενίσχυση της στελέχωσης και βελτίωση του προγραμματισμού βαρδιών: Η επαρκής στελέχωση αποτελεί το σημαντικότερο μέτρο για τη μείωση της εξουθένωσης και την αύξηση της ικανοποίησης, καθώς μειώνει τον φόρτο, προσφέρει περισσότερες δυνατότητες ανάπαυσης και ενισχύει την αίσθηση ασφάλειας (Dall’Ora et al., 2020· Jun et al., 2021).

Προώθηση της δίκαιης και επαρκούς ανταμοιβής: Η βελτίωση των αμοιβών, των πρόσθετων παροχών και των ευκαιριών προαγωγής μπορεί να περιορίσει τη δυσαρέσκεια και να ενισχύσει την παραμονή στο επάγγελμα (Herzberg et al., 1959· Karaferis et al., 2022).

Ενίσχυση της υποστηρικτικής ηγεσίας και της οργανωτικής κουλτούρας: Η εφαρμογή πρακτικών εποπτείας που στηρίζονται στην αναγνώριση του έργου, τη δίκαιη αντιμετώπιση και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ενισχύει την εργασιακή δέσμευση, περιορίζει την αποστασιοποίηση και βελτιώνει την ψυχική υγεία (Niskala et al., 2020· Maslach & Leiter, 2016).

Παροχή πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και προαγωγής της ψυχικής υγείας: Η τακτική εκπαίδευση στις στρατηγικές διαχείρισης του στρες, η ομαδική εποπτεία και η δυνατότητα συμβουλευτικής παρέμβασης μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά έναντι της εξουθένωσης (Voskou et al., 2020· Sarafis et al., 2016).

Ενίσχυση των επαγγελματικών προοπτικών και ευκαιριών ανάπτυξης: Η συστηματική εκπαίδευση, η ανάθεση ρόλων με μεγαλύτερη αυτονομία και η προώθηση προηγμένων ρόλων ενισχύουν την επαγγελματική ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής (Lu et al., 2019· Lee et al., 2016).

Βελτίωση των υλικοτεχνικών υποδομών και των συνθηκών εργασίας: Ο εκσυγχρονισμός του εξοπλισμού και η διασφάλιση ασφαλών και λειτουργικών χώρων εργασίας περιορίζουν την καθημερινή επιβάρυνση και ενισχύουν την απόδοση (Dall’Ora et al., 2020).

Επαναξιολόγηση των πολιτικών βαρδιών και ενίσχυση της προβλεψιμότητας του ωραρίου: Η δυνατότητα μεγαλύτερης συμμετοχής στον σχεδιασμό των βαρδιών και η εφαρμογή εύελικτων προγραμμάτων διευκολύνουν την ισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (Sarafis et al., 2016· Dall’Ora et al., 2020).

Οι προτάσεις αυτές εναρμονίζονται με τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, η οποία αναδεικνύει την ανάγκη μετάβασης από ατομικές σε συστημικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης και τη βελτίωση της εργασιακής εμπειρίας των νοσηλευτών (Jun et al., 2021· Li et al., 2024· Niskala et al., 2020).

5.3. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν στη χρήση ποιοτικών μεθόδων, όπως συνεντεύξεις ή ομάδες εστίασης, προκειμένου να διερευνηθούν εις βάθος οι ατομικοί και οργανωτικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση των νοσηλευτών. Επιπλέον, προτείνεται η υιοθέτηση διαχρονικών (longitudinal) σχεδιασμών για την καλύτερη κατανόηση της εξέλιξης αυτών των φαινομένων και των αιτιακών συσχετίσεών τους. Η διεύρυνση του δείγματος και η χρήση τυχαιοποιημένων μεθόδων δειγματοληψίας θα ενισχύσουν τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Τέλος, η ενσωμάτωση αντικειμενικών δεικτών, όπως δεδομένα από την κλινική πρακτική, θα μπορούσε να συμβάλει στην ενίσχυση της αξιοπιστίας των ευρημάτων..

5.4. Περιορισμοί έρευνας

Το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά μικρό ($n=114$) και παρουσιάστηκε αριθμητική ανισορροπία ως προς το φύλο (91,2% γυναίκες), τον τύπο νοσηλευτικού τομέα και τις θέσεις ευθύνης. Αυτό μπορεί να έχει επιδράσει στη στατιστική ισχύ και να περιορίζει την ερμηνεία των διαφορών ανάμεσα στις υποομάδες (Katsaouni et al., 2024). Η χρήση ερωτηματολογίων σταθμισμένων στον ελληνικό πληθυσμό αποτελεί ισχυρό σημείο, ωστόσο δεν επιτρέπει τη διερεύνηση όλων των ποιοτικών πτυχών της επαγγελματικής εμπειρίας. Η ενσωμάτωση ποιοτικών μεθόδων ή συνεντεύξεων θα μπορούσε να προσφέρει βαθύτερη κατανόηση των ατομικών και οργανωτικών παραγόντων της εξουθένωσης και της ικανοποίησης. Η μελέτη βασίστηκε σε συγχρονικό σχεδιασμό, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων ή την ανίχνευση της χρονικής ακολουθίας των παραγόντων επαγγελματικής εξουθένωσης, ικανοποίησης και ποιότητας ζωής (Woo et al., 2020· Lu et al., 2019). Επομένως, οι συσχετίσεις που καταγράφηκαν αντικατοπτρίζουν στιγμιαίες καταστάσεις και όχι απαραίτητα αιτιακές σχέσεις. Όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο υποκειμενικής προκατάληψης, επιρροής κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων και φαινομένων κοινής μεθόδου μέτρησης (Lu et al., 2019). Παράλληλα, η διασταύρωση με αντικειμενικά ή παρατηρησιακά δεδομένα θα μπορούσε να ενισχύσει την αξιοπιστία των συμπερασμάτων. Η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν μη τυχαιοποιημένη και βασίστηκε στην αυτοεπιλογή μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου. Αυτό ενέχει τον κίνδυνο συστηματικών σφαλμάτων, καθώς είναι πιθανό να συμμετείχαν κυρίως άτομα με αυξημένο

προσωπικό ενδιαφέρον ή διαθεσιμότητα, περιορίζοντας τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στο σύνολο του νοσηλευτικού πληθυσμού της Αττικής (Ioannou et al., 2015).

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Bakker, A. B., & de Vries, J. D. (2021). Job demands–resources theory and self-regulation: New explanations and remedies for job burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, 34(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695>
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19(8), 787-805.
- Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18, Article 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands–resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.1.12>
- Dilig-Ruiz, A., MacDonald, I., Demery Varin, M., Vandyk, A., Graham, I. D., & Squires, J. E. (2018). Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.014>
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Feeny, D., Furlong, W., Torrance, G. W., Goldsmith, C. H., Zhu, Z., DePauw, S., Denton, M., & Boyle, M. (2002). Multiattribute and single-attribute utility functions for the health utilities index mark 3 system. *Medical Care*, 40(2), 113-128.

- Galanis, P., Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Vraha, I., Siskou, O., Konstantakopoulou, O., Meimeti, E., & Kaitelidou, D. (2023). Increased job burnout and reduced job satisfaction for nurses compared to other healthcare workers after the COVID-19 pandemic. *Nursing Reports*, 13(3), 1090–1100. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030095>
- Galanis, P., Vraha, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3286–3302. <https://doi.org/10.1111/jan.14839>
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250–279. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonnel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. John Wiley & Sons.
- Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103–128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
- Hunt, S. M., McEwen, J., & McKenna, S. P. (1980). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 30(210), 185–188.
- Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou, D., & Sourtzi, P. (2015). Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Safety and Health at Work*, 6(4), 324–328. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.010>
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>

- Kaplan, R. M., & Anderson, J. P. (1988). A general health policy model: update and applications. *Health Services Research*, 23(2), 203–235.
- Karaferis, D., Aletras, V., & Niakas, D. (2022). Job satisfaction and associated factors in Greek public hospitals. *Acta Biomedica*, 93(5), e2022230. <https://doi.org/10.23750/abm.v93i5.13095>
- Katsaouni, M., Tripsianis, G., Constantinidis, T., Vadikolias, K., Kontogiorgis, C., Serdari, A., Arvaniti, A., Theodorou, E., & Nena, E. (2024). Assessment of quality of life, job insecurity and work ability among nurses, working either under temporary or permanent terms. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 37(1), 98–109. <https://doi.org/10.13075/ijom.eh.1896.02245>
- Khatatbeh, H., Pakai, A., Al-Dwaikat, T., Onchonga, D., Amer, F., Prémusz, V., & Oláh, A. (2022). Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing Open*, 9(3), 1564–1574. <https://doi.org/10.1002/nop.2.936>
- Konstantinou, A.-K., Bonotis, K., Sokratous, M., Siokas, V., & Dardiotis, E. (2018). Burnout evaluation and potential predictors in a Greek cohort of mental health nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 449–456. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.01.002>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207.
- Lakatamitou, I., Lambrinou, E., Kyriakou, M., Paikousis, L., & Middleton, N. (2020). The Greek versions of the TeamSTEPPS teamwork perceptions questionnaire and Minnesota satisfaction questionnaire short form. *BMC Health Services Research*, 20, Article 587. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05451-8>
- Lee, S. E., Dahinten, V. S., & MacPhee, M. (2016). Psychometric evaluation of the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(4), 487–495. <https://doi.org/10.1111/jjns.12128>
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., & Mathur, M. B. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-

- analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297–1349). Rand McNally.
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21–31.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 333–338.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Milfont, T. L., Denny, S., Ameratunga, S., Robinson, E., & Merry, S. (2008). Burnout and well-being: Testing the Copenhagen Burnout Inventory in New Zealand teachers. *Social Indicators Research*, 89(1), 169–177.
- Montero-Marín, J., & García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". *BMC Public Health*, 10, 302.
- Niskala, J., Kanste, O., Tomietto, M., Miettunen, J., Tuomikoski, A.-M., Kyngäs, H., & Mikkonen, K. (2020). Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1498–1508. <https://doi.org/10.1111/jan.14342>
- Ojelabi, A. O., Graham, Y., Haighton, C., & Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, Article 241.
<https://doi.org/10.1186/s12955-017-0818-2>
- Papaefstathiou, E., Tsounis, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2019). Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health Psychology Research*, 7(1), 7678. <https://doi.org/10.4081/hpr.2019.7678>

- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14(5), 1433–1438. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-6014-y>
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., Niakas, D., & Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health-related quality of life. *BMC Nursing*, 15, Article 56. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0178-y>
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176-200.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Smith, P. C., Kendall, L. M., & Hulin, C. L. (1969). The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement: A Strategy for the Study of Attitudes. Rand McNally.
- Spector, P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, 13(6), 693–713. <https://doi.org/10.1007/BF00929796>
- Sprangers, M. A. G., & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. *Social Science & Medicine*, 48(11), 1507–1515. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00045-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00045-3)
- Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual (2nd Ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Stamps, P. L., & Piedmonte, E. B. (1986). Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement. Health Administration Press.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Tsolakidou, A., Fouskas, T., Koulirakis, G., & Liarigkovinou, A. (2024). Unravelling the effects of burnout on mental health nurses: a qualitative approach. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 44(11-12), 1040-1059.

- Tsounis, A., & Sarafis, P. (2018). Validity and reliability of the Greek translation of the Job Satisfaction Survey (JSS). *BMC Psychology*, 6, Article 27. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0241-4>
- Voskou, P., Bougea, A., Economou, M., Douzenis, A., & Ginieri-Coccossis, M. (2020). Relationship of quality of life, psychopathologic symptoms and ways of coping in Greek nursing staff. *Enfermería Clínica*, 30(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.10.006>
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52(2), 129-148.
- Williams, E. S., Konrad, T. R., Scheckler, W. E., Pathman, D. E., Linzer, M., McMurray, J. E., ... & Schwartz, M. (1999). Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: The role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Management Review*, 24(2), 7-19.
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>
- World Health Organization. (2019, May 28). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Yang, F., Ding, J., Ma, R., Song, W., Jia, Y., Zhao, J., & Yang, X. (2020). Recovery experience: A concept for maintaining quality of life and its mediating effect among female nurses in China. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 831–841. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S261666>
- Yom, Y. H. (2013). Analysis of burnout and job satisfaction among nurses based on the job demand-resource model. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(1), 114-122.

Ελληνόγλωσση

- Μολλάς, Ν., Θεοδώρου, Π., Πιστόλας, Δ., & Πλατής, Χ. (2023). Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών στην εξουθένωση και στην ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της COVID-19. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 40(3), 332–340. <https://www.mednet.gr/archives/2023-3/pdf/332.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(Συμπλ. 1), 75–84. <https://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/75.pdf>
- Ριζόπουλος, Θ., Γούλα, Α., & Σταμούλη, Μ. Α. (2020). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές δημόσιου γενικού νοσοκομείου της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(3), 376–383. <https://www.mednet.gr/archives/2020-3/pdf/376.pdf>
- Τσολακίδου, Α., Φούσκας, Θ., Κουλιεράκης, Γ., & Λιαριγκοβινού, Α. (2024). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας και επαγγελματική εξουθένωση: Διερεύνηση των επιδράσεων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στην ψυχοσωματική υγεία, στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή νοσηλευτικού προσωπικού στον τομέα ψυχικής υγείας. *Νοσηλευτική*, 63(4). <https://www.hjn.gr/hjn/article/download/762/703>
- Τσομάκου, Α., Θεοδώρου, Π., Καραγιάννη, Ρ., & Γαλάνης, Π. (2022). Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού τριτοβάθμιου δημόσιου νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 39(2), 236–244. <https://www.mednet.gr/archives/2022-2/pdf/236.pdf>

Παράρτημα Α: «Ερωτηματολόγιο»

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ερωτηματολόγιο για την διεξαγωγή ερευνητικής εργασίας (ΕΑΠ Α. Κουτσουμπού)

Διερεύνηση των επιδράσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης, στην εργασιακή ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της Αττικής

* Απαιτείται

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Καλείται να συμμετάσχετε σε επιστημονική έρευνα με τίτλο **«Διερεύνηση των επιδράσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης, στην εργασιακή ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της Αττικής»**, στο πλαίσιο εκπαιδευτικής, διδακματικής έρευνας του Τμήματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διεύθυνσης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Σκοπός της παρούσας επιστημονικής έρευνας είναι η διερεύνηση των επιδράσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης, στην εργασιακή ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της Αττικής.

Η έρευνα απευθύνεται σε νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείων. Προσκαλούμε να συμμετάσχετε στην έρευνα αυτή μαζί εργάζομαι ως νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείων. Συμμετέχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα και μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιαν διάκριση κίνηση ή οικονομική επιβάρυνση για εσάς. Όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν για στατιστική επεξεργασία μαζί με τα αποτελέσματα των άλλων συμμετεχόντων στη μελέτη, χωρίς να φαίνονται τα προσωπικά σας στοιχεία. Η συνεισφορά σας διασφαλίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, καθώς και κατά τη δημοσίευσή των αποτελεσμάτων σε συνέδρια, επιστημονικά περιοδικά κ.λπ. Συμμετέχετε έτσι σε σημαντικές δεν δίδονται σε ταυτόχρονη, ούτε μόνο των αποτελεσμάτων τους ούτε με ποσοδωμένα άλλο τρόπο, καθώς δεν ζητούνται προσωπικά στοιχεία ταυτότητας και δεν συλλέγονται διευκρίσεις. Η βίαιη διαδομένη με τις απαιτήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα θα φυλάσσεται σε ασφαλή μέρος με πρόσβαση σε αυτό μόνο από την ερευνητική ομάδα.

Για περισσότερα πληροφορίες, διευκρινίσεις ή παράπονα σχετικά με την έρευνα, παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@open.ac.gr.

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθύνεστε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής: www.aphp.gr

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Οδύσσεος Φούκας & Κίριας Κρεμνίνας Αγγελική Κουτσουμπού

Συγκριτική συμμετοχής στην παρούσα μελέτη *

Επιλέξτε 2 επιλογές:

- ☐ Αποδέχομαι τη συμμετοχή
- ☐ Αποδέχομαι την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων

Φύλο: *

- ☐ Γυναίκα
- ☐ Άνδρας
- ☐ Άλλο/δεν απαντώ

Ηλικία: *

- ☐ 21-30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ >60

Οικογενειακή κατάσταση: *

- ☐ Άγαμος/η
- ☐ Τυγχευός/η
- ☐ Δοξογνημένος/η
- ☐ Χήρας/α
- ☐ Συμβίωση

Αριθμός τέκνων: *

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ >3

Επίπεδο εκπαίδευσης: *

- ☐ Ανώτατος/η Λυκείου
- ☐ Ανώτατος/η Διευθυντής/Διευθύντρια (Bachelor Nursing)
- ☐ Ανώτατος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (MSc/TE)
- ☐ Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος (MSc)
- ☐ Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος (PhD)

Ειδιότητα: *

- ☐ Νοσηλεύτρια/Νοσηλεύτρια Πρωτοβάθμιας Νοσηλευτικής
- ☐ Νοσηλεύτρια/Νοσηλεύτρια Ειδικότητας
- ☐ Νοσηλεύτρια/Νοσηλεύτρια Ογκολογίας
- ☐ Νοσηλεύτρια/Νοσηλεύτρια Χειρουργείου
- ☐ Νοσηλεύτρια/Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας

Εργάζομαι σε ... νοσοκομείο: *

- ☐ Δημόσιο
- ☐ Ιδιωτικό

Νοσηλευτικός τομέας που εργάζομαι: *

- ☐ Παιδιατρικός
- ☐ Χειρουργικός
- ☐ Γυναικολογικός
- ☐ Ψυχιατρικός
- ☐ Ορθοπαιδικός
- ☐ Παιδιατρικός
- ☐ Παιδοψυχιατρικός
- ☐ Μονάδα Ανάταξης Φροντίδας
- ☐ Τμήμα Επεμβατικών Παρακέντρων
- ☐ Ειδικότητα Ιατρείας
- ☐ Άλλο

Πόσο καιρό εργάζομαι στο νοσοκομείο: *

- ☐ 1-4 έτη
- ☐ 5-9 έτη
- ☐ 10-14 έτη
- ☐ 15-19 έτη
- ☐ 20-24 έτη
- ☐ 25-29 έτη
- ☐ 30-34 έτη
- ☐ 35 έτη και άνω

Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που επιλέξατε το επάγγελμά σας: *

- ☐ Η προσωπική φροντίδα στο συνάθροισμα
- ☐ Η επαγγελματική αποκατάσταση
- ☐ Παρότρυνση από οικείους
- ☐ Τυχρή επιλογή
- ☐ Άλλο

Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμά σας (συμπληρώστε αριθμό) *

Ποια είναι η σχέση εργασίας: *

- ☐ Μόνιμος/η Διόριστος/η υπάλληλος
- ☐ Σύμβαση αορίστου χρόνου
- ☐ Σύμβαση ορισμένου χρόνου
- ☐ Άλλο

Ποια είναι η μορφή της απασχόλησης: *

- ☐ Πλήρης απασχόληση
- ☐ Μερική απασχόληση

Κατέχετε κάποια θέση ευθύνης (π.χ. διευθυντής/ντρεϊ, προϊστάμενος/η κλπ) *

- ☐ Ναι
☐ Όχι

Παράνο απασχόλησης *

- ☐ Πρωινό ωράριο
☐ Απογευματινό ωράριο
☐ Βραδινό ωράριο
☐ Εκκλιθε
☐ Άλλο

Σε ποια βάρδια εργάζεστε; *

- ☐ Πρωινή
☐ Απογευματινή
☐ Βραδινή
☐ Εκκλιθε
☐ Άλλο

Πόσες βάρδιες κάνετε το μήνα; *

- ☐ 0
☐ 1-4
☐ 5-8
☐ 9+

Πόσες απογευματινές βάρδιες κάνετε μηνιαίως; *

- ☐ 0
☐ 1-4
☐ 5-8
☐ 9+

Πόσο ικανοποιητικός είναι ο συνθήκες εργασίας σε ότι αφορά τις υλικοτεχνικές υποδομές (π.χ. εξοπλισμός, καθαριότητα, θέρμανση, προσαρμοσμένο, παροχές κ.α.) *

- ☐ Καθόλου
☐ Λίγο
☐ Μέτρια
☐ Πολύ
☐ Πάρα πολύ

Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε την συνεργασία σας με τους προϊστάμενους σας; *

- ☐ Καθόλου
☐ Λίγο
☐ Μέτρια
☐ Πολύ
☐ Πάρα πολύ

Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε την συνεργασία σας με τους υπόλοιπους συναδέλφους; *

- ☐ Καθόλου
☐ Λίγο
☐ Μέτρια
☐ Πολύ
☐ Πάρα πολύ

Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε την συνεργασία σας με τους ιατρούς; *

- ☐ Καθόλου
☐ Λίγο
☐ Μέτρια
☐ Πολύ
☐ Πάρα πολύ

Πόσα Σαββατοκύριακα και αργίες εργάζεστε μηνιαίως; *

- ☐ 0-1
☐ 2-3
☐ 4+

Η αμειβόμενη εργασία σας κυμαίνεται; *

- ☐ 700-1000
☐ 1000-1300
☐ 1300-1600
☐ 1600>

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την αμοιβή σας; *

- ☐ Καθόλου
☐ Λίγο
☐ Μέτρια
☐ Πολύ
☐ Πάρα πολύ

Είστε ευχαριστημένος/η με τη νοσηλευτική στελέχωση του τμήματός σας; *

- ☐ Ναι
☐ Όχι

Θεωρείτε ότι η δομή στην οποία εργάζεστε διαθέτει επαρκές προσωπικό για την εύρυθμη λειτουργία της; *

- ☐ Ναι
☐ Όχι

Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνο πρόβλημα υγείας; *

- ☐ Ναι
☐ Όχι

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

Demerouti E., Bakker AB., Vardaki I., & Kantak A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multistate multitrait study. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 12-23.

Το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί είναι το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), το οποίο αξιολογεί την εργασιακή εξουθένωση μέσα από δύο βασικούς άξονες: την εξάντληση και την αποστασιοποίηση από την εργασία. Το OLBI περιλαμβάνει 16 δηλώσεις με 8 ερωτήσεις για κάθε άξονα, όπου καλείστε να αξιολογήσετε τη συχνότητα των συναισθημάτων σας σε μια κλίμακα Likert.

Οδηγίες: Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν τα συναισθήματα και τις στάσεις σας κατά τη διάρκεια της εργασίας. Παρακαλώ δηλώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με καθένα από τις παρακάτω δηλώσεις, επιλέγοντας τον αριθμό που αντιστοιχεί στη δήλωσή.

1 = Διαιφηνώνω απόλυτα, 2 = Διαιφηνώνω, 3 = Συμφωνώ, 4 = Συμφωνώ απόλυτα

	1	2	3	4
α) Πάντα βρίσκομαι στα καλύτερα μου στην δουλειά μου.	☐	☐	☐	☐
β) Υπάρχουν μέρες που νιώθω καταπονημένη/ ή και στο σπίτι μου.	☐	☐	☐	☐
γ) Συμβαίνει ότι αν και συχνά να μένω αρνητικά για τη δουλειά μου.	☐	☐	☐	☐
δ) Μερικά τη δουλειά, χρειάζομαι περισσότερο χρόνο από ό,τι στο παρελθόν, για να ολοκληρώσω και να νιώσω καλύτερα.	☐	☐	☐	☐
ε) Μερικά να απλά την πάση της, δουλεύω για πολύ καλά.	☐	☐	☐	☐
στ) Την τελευταία φορά, τόσο να σκέφτομαι λογικά στη δουλειά και να ασχολώ με καθημερινά μου πράγματα.	☐	☐	☐	☐
ζ) Ολοένα τη δουλειά μου με θέλω καλύτερα.	☐	☐	☐	☐
η) Κατά τη διάρκεια της εργασίας μου, συχνά νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένη/ ή.	☐	☐	☐	☐
θ) Με την πάροδο του χρόνου, είμαι μπερδεμένη/ ή να αποστασιοποιηθεί από αυτό το είδος εργασίας.	☐	☐	☐	☐

	1	2	3	4
α) Μερικά τη δουλειά, έχω αρκετά πρόβλημα για τις απαιτήσεις μου.	☐	☐	☐	☐
β) Μερικά από τα πράγματα απαιτητικά για να ολοκληρώσω τη δουλειά μου.	☐	☐	☐	☐
γ) Μερικά τη δουλειά, νιώθω εξαντλημένη/ ή και καταπονημένη.	☐	☐	☐	☐
δ) Ακόμα είναι ο μέγιστος κόπος, ακόμα και αν ήθελα να κοιμηθώ όλη τη νύχτα.	☐	☐	☐	☐
ε) Συνήθως, σκέφτομαι να διαγράψω αυτό τον τύπο της δουλειάς, από.	☐	☐	☐	☐
ς) Συνήθως, και αν καταπονημένη/ ή στη δουλειά μου.	☐	☐	☐	☐
ζ) Όταν σκέφτομαι, νιώθω, ημιαπονημένη/ ή.	☐	☐	☐	☐

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
SF-36 Health Survey**

Copyright 1988 New England Medical Care. All rights reserved (DCA 9 SF-36 Greek (General) standard version 1.0) Ware JE, & Sherbourne CD (1993). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I: Conceptual framework and item selection. Medical Care, 31 (6), 473-482.
Papa E, Kontogiorgos N, Ntaka D (2010). Validating and testing of the Greek SF-36 health survey. Open Ark Rev, 1(4): 1423-4.

Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να απαντήσει στα ερωτήματα που ακολουθούν για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να αξιολογήσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να αντιμετωπίσετε με τις συνήθεις δραστηριότητες της ζωής σας. Σε κάθε ερώτηση επιλέγεται την απάντησή για σας από αυτές. Αν δεν είναι σίγουρος βάλτε για το πώς να απαντήσετε να είστε ειλικρινής, προσπαθήστε να βρείτε την απάντησή που νιώθετε ότι παραβιάζει λιγότερο στην πραγματικότητα.

1. Πόσο θα λήγατε ότι η υγεία σας είναι: *

- ☐ Εξαιρετική
- ☐ Πολύ καλή
- ☐ Καλή
- ☐ Μέτρια
- ☐ Κακή

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα: *

- ☐ Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
- ☐ Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
- ☐ Παρόμοια ή διαφέρει λίγο ένα χρόνο πριν
- ☐ Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
- ☐ Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνθηματικής ημέρας. Η τυχόν κατάσταση της υγείας σας σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες. Εάν ναι, πάλι: *

	Ναι, με παραβιάζει πολύ	Ναι, με παραβιάζει λίγο	Όχι, δεν με παραβιάζει καθόλου
α) Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το περπατάει, να στέκεται, να σηκώνει βάρη, να ανεβαίνει σκάλες, ή να δουλεύει σκληρά	☐	☐	☐
β) Σε μέτριες έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τροχήλατου, να σηκώνει μερικές ηλεκτρικές συσκευές, ή να περπατάει στην ελαφριά ή μέτρια παχυντα ρούχα στην παραλία	☐	☐	☐
γ) Όταν περπατάτε ή μετακινείστε φέρει από την αγκαλιά	☐	☐	☐
δ) Όταν ασκείται μεμονωμένα αθλήματα	☐	☐	☐
ε) Όταν ασκείται με άλλους	☐	☐	☐
στ) Σε θέματα που απαιτούν στο μυαλό σας ή στο σώμα	☐	☐	☐
ζ) Όταν περπατάτε περπατάτε ένα βήμα	☐	☐	☐
η) Όταν περπατάτε μεμονωμένα αθλήματα	☐	☐	☐
θ) Όταν περπατάτε περπατάτε με άλλα μέλη	☐	☐	☐
ι) Όταν κινείται μεμονωμένα ή όταν κινείται	☐	☐	☐

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στη δουλειά σας είτε σε άλλη συνθηματική καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας: *

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α) Μειώσατε το χρόνο που αφιέρωνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐	☐
β) Επισκέπτεστε λιγότερο από όσα θα θέλατε	☐	☐
γ) Παραλείπετε να κάνετε τη δουλειά ή να κάνετε άλλες δραστηριότητες	☐	☐
δ) Δυσκολεύεστε να ακολουθήσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες	☐	☐

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στη δουλειά σας είτε σε άλλη συνθηματική καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιασδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος): *

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α) Μειώσατε το χρόνο που αφιέρωνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐	☐
β) Επισκέπτεστε λιγότερο από όσα θα θέλατε	☐	☐
γ) Κάνετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες	☐	☐

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρεάζει η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνθηματικές κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες: *

- ☐ Καθόλου
- ☐ Ελάχιστα
- ☐ Μέτρια
- ☐ Αρκετά
- ☐ Πάρα πολύ

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες: *

- ☐ Καθόλου
- ☐ Πολύ (πολύ)
- ☐ Ίσως
- ☐ Μέτρια
- ☐ Έξαιρετα
- ☐ Πολύ έντονα

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο επηρεάζει ο πόνος τη συνθηματική εργασία σας (πόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό): *

- ☐ Καθόλου
- ☐ Λίγο
- ☐ Μέτρια
- ☐ Αρκετά
- ☐ Πάρα πολύ

9. Οι παρακάτω κριτηριακές αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε κριτήριο, παρακαλείστε να δώσετε απάντηση την απάντηση που πληροί περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα: *

	Συνήθως	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σποραδικά	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α) Αισθάνομαι γεμάτος ή δυνατός	☐	☐	☐	☐	☐	☐
β) Είχατε πολύ ενεργητικό	☐	☐	☐	☐	☐	☐
γ) Αισθάνομαι τόσο πολύ κουρασμένος, που νιώθετε ότι πρέπει να ξεκουραστείτε	☐	☐	☐	☐	☐	☐
δ) Είχατε πολλές ενεργητικές	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ε) Αισθάνομαι αρνητικά και μελαγχολικά	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ς) Αισθάνομαι αδύνατος	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ζ) Νιώσατε κουρασμένος/η	☐	☐	☐	☐	☐	☐
θ) Αισθάνομαι κουρασμένος	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρεάζουν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα: *

- ☐ Συνήθως
- ☐ Το μεγαλύτερο διάστημα
- ☐ Μερικές φορές
- ☐ Μικρό διάστημα
- ☐ Καθόλου

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.