



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ - ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΖΟΥΡΝΑΤΖΗ ΙΟΥΛΙΑ

ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΠΑΤΡΑ
ΜΑΙΟΣ, 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία τη φοιτήτριας Ζουρνατζή Ιουλίας που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η 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 τον 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 της 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 της συγγραφέα/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών της δικαιωμάτων.



ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ - ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ
ΜΕΛΕΤΗ

Ιουλία Ζουρνατζή

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Παπαθανασίου Ιωάννα

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Μαρία Θεοδωράτου

Πάτρα, Μάιος 2026

Περίληψη

Εισαγωγή: Στο περιβάλλον των νοσοκομείων, και ειδικότερα στα χειρουργεία, οι απαιτήσεις αυξάνονται σημαντικά. Οι νοσηλευτές χειρουργείου καλούνται να λειτουργούν σε συνθήκες υψηλού ρυθμού, αυξημένης πίεσης, άμεσης λήψης αποφάσεων, συνεργασίας με πολυεπιστημονικές ομάδες και διαχείρισης κρίσεων.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων.

Μέθοδος: Για την επίτευξη του σκοπού υιοθετείται η ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση, καθώς διεξήχθη έρευνα με το εργαλείο του ερωτηματολογίου σε 150 νοσηλευτές που εργάζονται στον τομέα των χειρουργείων. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι το περιβάλλον του χειρουργείου αποτελεί ιδιαίτερα απαιτητικό χώρο εργασίας, όπου το άγχος που σχετίζεται με την ευθύνη απέναντι στον ασθενή, τις διαπροσωπικές συγκρούσεις και τον φόρτο εργασίας συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, η εργασιακή σχέση και το ωράριο εργασίας φαίνεται να επηρεάζουν ουσιαστικά τόσο τα επίπεδα άγχους όσο και τα επίπεδα εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, η εφαρμογή παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, στην επαρκή στελέχωση, στην εκπαίδευση και υποστήριξη του προσωπικού, καθώς και στην αποτελεσματική διαχείριση του εργασιακού άγχους, κρίνεται απαραίτητη για την προστασία της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών και τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: εργασιακό άγχος, συναισθηματική εξάντληση, βάρδιες, επαγγελματική εξουθένωση, νοσηλευτές, χειρουργεία



Abstract

Introduction: In the hospital environment, and especially in operating rooms, the demands are increasing significantly. Operating room nurses are required to operate in conditions of high pace, increased pressure, immediate decision-making, collaboration with multidisciplinary teams and crisis management.

Purpose: The purpose of this paper is to study the work stress and burnout of operating room nursing staff.

Method: The quantitative methodological approach is adopted, as a survey was conducted with the questionnaire tool on 150 nurses working in the operating room sector. The data collected were analyzed with the SPSS statistical package.

Results: The results demonstrate that the operating room environment is a particularly demanding workplace, where the stress related to responsibility towards the patient, interpersonal conflicts and workload contributes significantly to the development of burnout. In addition, factors such as age, marital status, education, employment relationship and working hours seem to substantially influence both the stress levels and the burnout levels of surgical nursing staff.

Conclusion: In conclusion, the implementation of interventions aimed at improving working conditions, adequate staffing, training and support of staff, as well as the effective management of work-related stress, is considered essential for the protection of nurses' mental health and ensuring the quality of the health services provided.

Keywords: work-related stress, emotional exhaustion, shifts, burnout, nurses, operating rooms



Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract.....	5
Κατάλογος Πινάκων	8
Κατάλογος Γραφημάτων.....	11
Εισαγωγή	13
Κεφάλαιο 1. Εργασιακό Άγχος: Ορισμός και Θεωρητικές Προσεγγίσεις.....	15
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση εργασιακού άγχους.....	15
1.2 Το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής.....	16
1.3 Η θεωρία του ανεστραμμένου	18
1.4 Μοντέλο σχέσεων Απαιτήσεων/Ελέγχου.....	20
1.5 Το συναλλακτικό μοντέλο αξιολόγησης	22
1.6 Οι 3 προσεγγίσεις του Cox.....	24
1.7 Το δυναμικό μοντέλο του εργασιακού άγχους	26
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση επαγγελματικής εξουθένωσης.....	28
2.2 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach	30
2.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Chemiss.....	32
2.4 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky	34
2.5 Το μονοδιάστατο μοντέλο της Pines	36
2.6 Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων-πόρων.....	38
Κεφάλαιο 3. Το Στρες και η Εξουθένωση στον Νοσηλευτικό Τομέα	41
3.1 Παράγοντες που προκαλούν στρες στους νοσηλευτές	41
3.2 Αίτια και παράγοντες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης	43
3.3 Επιπτώσεις του στρες και της εξουθένωσης στους νοσηλευτές και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.....	45
Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία Έρευνας.....	48
4.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα	48
4.2 Ερευνητική στρατηγική	48
4.3 Ερευνητικό εργαλείο.....	49
4.3.1 Αξιοπιστία	52
4.3.2 Εγκυρότητα.....	53
4.3.3 Εργασιακό άγχος.....	53



4.3.4 Επαγγελματική εξουθένωση	55
4.4 Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας.....	56
4.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	58
4.6 Τεχνικές ανάλυσης	59
4.7 Ηθική και δεοντολογία	60
Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα	62
5.1 Περιγραφική στατιστική	62
5.1.1 Εργασιακό άγχος.....	62
5.1.2 Επαγγελματική εξουθένωση	68
5.2 Επαγωγική στατιστική	71
5.2.1 Επίπεδα εργασιακού άγχους και εξουθένωσης.....	71
5.2.2 Επίδραση δημογραφικών στοιχείων στο εργασιακό άγχος.....	73
5.2.3 Επίδραση επαγγελματικών στοιχείων στο εργασιακό άγχος	80
5.2.4 Επίδραση δημογραφικών στοιχείων στην επαγγελματική εξουθένωση	89
5.2.5 Επίδραση επαγγελματικών στοιχείων στην επαγγελματική εξουθένωση	94
5.2.6 Επίδραση εργασιακού άγχους στην επαγγελματική εξουθένωση	101
5.2.7 Προβλεπτικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης	102
Κεφάλαιο 6. Συζήτηση-Συμπεράσματα	105
6.1 Περιορισμοί της μελέτης	112
6.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα/κλινική πράξη	112
Βιβλιογραφία	114
Παράρτημα	123



Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Ανάλυση αξιοπιστίας παραγόντων εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης	52
Πίνακας 2: Παραγοντική ανάλυση για το εργασιακό άγχος (NSS).....	54
Πίνακας 3: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων του εργασιακού άγχους (NSS)	55
Πίνακας 4: Παραγοντική ανάλυση για την επαγγελματική εξουθένωση (CBI)	56
Πίνακας 5: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης ...	56
Πίνακας 6: Δημογραφικά στοιχεία	57
Πίνακας 7: Επαγγελματικά στοιχεία.....	58
Πίνακας 8: Έλεγχος κανονικότητας.....	59
Πίνακας 9: Θάνατος.....	62
Πίνακας 10: Σύγκρουση με γιατρούς.....	63
Πίνακας 11: Ανεπαρκής προετοιμασία	64
Πίνακας 12: Έλλειψη υποστήριξης	65
Πίνακας 13: Σύγκρουση με συναδέλφους	66
Πίνακας 14: Φόρτος εργασίας	67
Πίνακας 15: Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	68
Πίνακας 16: Προσωπική εξουθένωση	69
Πίνακας 17: Εξουθένωση εργασίας	69
Πίνακας 18: Εξουθένωση πελατών.....	70
Πίνακας 19: Επίπεδα εργασιακού άγχους και εξουθένωσης	71
Πίνακας 20: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς το φύλο	73
Πίνακας 21: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με την ηλικία.....	74
Πίνακας 22: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς την οικογενειακή κατάσταση	75
Πίνακας 23: «Θάνατος» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni	76
Πίνακας 24: «Σύγκρουση με γιατρούς» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni.....	76
Πίνακας 25: «Ανεπαρκής προετοιμασία» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni.....	77
Πίνακας 26: «Έλλειψη υποστήριξης» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni	77
Πίνακας 27: «Σύγκρουση με συναδέλφους» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni.....	77
Πίνακας 28: «Φόρτος εργασίας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni	78
Πίνακας 29: «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni.....	78
Πίνακας 30: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με τον αριθμό παιδιών	78
Πίνακας 31: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.....	79
Πίνακας 32: «Σύγκρουση με γιατρούς» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, Post Hoc Bonferonni	80



Πίνακας 33: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με τα συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας	80
Πίνακας 34: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με τα έτη εργασίας στο χειρουργείο	81
Πίνακας 35: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο νοσοκομείου	81
Πίνακας 36: «Θάνατος» ως προς τον τύπο νοσοκομείου, Post Hoc Bonferonni	82
Πίνακας 37: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς την επαγγελματική θέση.....	82
Πίνακας 38: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης.....	83
Πίνακας 39: «Θάνατος» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni	84
Πίνακας 40: «Σύγκρουση με γιατρούς» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni.....	84
Πίνακας 41: «Ανεπαρκής προετοιμασία» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni.....	84
Πίνακας 42: «Έλλειψη υποστήριξης» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni	85
Πίνακας 43: «Σύγκρουση με συναδέλφους» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni.....	85
Πίνακας 44: «Φόρτος εργασίας» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni	86
Πίνακας 45: «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni	86
Πίνακας 46: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο απασχόλησης.....	87
Πίνακας 47: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με τις ώρες εργασίας/εβδομάδα.....	88
Πίνακας 48: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο ωραρίου	89
Πίνακας 49: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς το φύλο	89
Πίνακας 50: Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με την ηλικία.....	90
Πίνακας 51: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	90
Πίνακας 52: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni.....	90
Πίνακας 53: «Εξουθένωση εργασίας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni	91
Πίνακας 54: «Εξουθένωση πελατών» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni	91
Πίνακας 55: Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με τον αριθμό παιδιών	92
Πίνακας 56: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης	92
Πίνακας 57: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, Post Hoc Bonferonni	93
Πίνακας 58: «Εξουθένωση εργασίας» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, Post Hoc Bonferonni	93
Πίνακας 59: «Εξουθένωση πελατών» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, Post Hoc Bonferonni	93
Πίνακας 60: Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με τα συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας.....	94



Πίνακας 61: Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με τα έτη εργασίας στο χειρουργείο.....	94
Πίνακας 62: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο νοσοκομείου	94
Πίνακας 63: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς τον τύπο νοσοκομείου, Post Hoc Bonferonni	95
Πίνακας 64: «Εξουθένωση εργασίας» ως προς τον τύπο νοσοκομείου, Post Hoc Bonferonni	95
Πίνακας 65: «Εξουθένωση πελατών» ως προς τον τύπο νοσοκομείου, Post Hoc Bonferonni	95
Πίνακας 66: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς την επαγγελματική θέση.....	96
Πίνακας 67: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης	96
Πίνακας 68: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni.....	97
Πίνακας 69: «Εξουθένωση εργασίας» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni	97
Πίνακας 70: «Εξουθένωση πελατών» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni	98
Πίνακας 71: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο απασχόλησης	98
Πίνακας 72: Συσχέτιση των παραγόντων επαγγελματικής εξουθένωσης με τις ώρες εργασίας/εβδομάδα	99
Πίνακας 73: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο ωραρίου	99
Πίνακας 74: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς τον τύπο ωραρίου, Post Hoc Bonferonni	100
Πίνακας 75: «Εξουθένωση πελατών» ως προς τον τύπο ωραρίου, Post Hoc Bonferonni	100
Πίνακας 76: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με την επαγγελματική εξουθένωση	102
Πίνακας 77: Προβλεπτικοί παράγοντες «Προσωπικής εξουθένωσης»	102
Πίνακας 78: Προβλεπτικοί παράγοντες «Εξουθένωσης εργασίας».....	103
Πίνακας 79: Προβλεπτικοί παράγοντες «Εξουθένωσης πελατών»	103



Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: Ερευνητικό μοντέλο.....	49
Γράφημα 2: Θάνατος	63
Γράφημα 3: Σύγκρουση με γιατρούς	64
Γράφημα 4: Ανεπαρκής προετοιμασία.....	65
Γράφημα 5: Έλλειψη υποστήριξης	66
Γράφημα 6: Σύγκρουση με συναδέλφους.....	67
Γράφημα 7: Φόρτος εργασίας.....	67
Γράφημα 8: Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία.....	68
Γράφημα 9: Προσωπική εξουθένωση	69
Γράφημα 10: Εξουθένωση εργασίας.....	70
Γράφημα 11: Εξουθένωση πελατών	71
Γράφημα 12: Εργασιακό άγχος.....	72
Γράφημα 13: Επαγγελματική εξουθένωση	72
Γράφημα 14: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εργασιακού άγχους ως προς το φύλο.....	74
Γράφημα 15: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εργασιακού άγχους ως προς την οικογενειακή κατάσταση	75
Γράφημα 16: «Σύγκρουση με γιατρούς» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.....	79
Γράφημα 17: «Θάνατος» ως προς τον τύπο νοσοκομείου.....	82
Γράφημα 18: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης.....	87
Γράφημα 19: Σημαντικές διαφορές εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο απασχόλησης.....	88
Γράφημα 20: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς την οικογενειακή κατάσταση	92
Γράφημα 21: Σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης	94
Γράφημα 22: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο νοσοκομείου.....	96
Γράφημα 23: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης	98
Γράφημα 24: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο απασχόλησης.....	99
Γράφημα 25: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο ωραρίου.....	101



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.



Εισαγωγή

Στη σύγχρονη εργασιακή πραγματικότητα, η ταχύτητα των αλλαγών και η αυξανόμενη πολυπλοκότητα των οργανισμών δεν συνεπάγονται απαραίτητα βελτίωση των συνθηκών εργασίας ή της ψυχοκοινωνικής ευημερίας των εργαζομένων. Το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των επαγγελματιών, καθώς σε αυτό αφιερώνουν σημαντικό μέρος της καθημερινότητάς τους (Κάντας, 1998). Η αυξημένη πίεση, ο φόρτος εργασίας, οι απαιτητικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και η συνεχής ανάγκη για αποτελεσματική διαχείριση προβλημάτων, δημιουργούν συνθήκες έντονου εργασιακού στρες, το οποίο αποτελεί πλέον βασικό αντικείμενο μελέτης της επιστημονικής κοινότητας (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Το εργασιακό άγχος έχει συνδεθεί με μια σειρά δυσμενών σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, όπως μυοσκελετικά προβλήματα, γαστρεντερικές διαταραχές, καρδιαγγειακές παθήσεις, νευρώσεις και γενικευμένη ψυχολογική εξάντληση (Κάντας, 1996). Σε αυτό το πλαίσιο, η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) εμφανίζεται ως απόρροια παρατεταμένης έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης, σύμφωνα με το κλασικό τριαδικό μοντέλο των Maslach & Jackson (1986).

Στο περιβάλλον των νοσοκομείων, και ειδικότερα στα χειρουργεία, οι απαιτήσεις αυξάνονται σημαντικά. Οι νοσηλευτές χειρουργείου καλούνται να λειτουργούν σε συνθήκες υψηλού ρυθμού, αυξημένης πίεσης, άμεσης λήψης αποφάσεων, συνεργασίας με πολυεπιστημονικές ομάδες και διαχείρισης κρίσεων. Όλα αυτά καθιστούν τον χώρο των χειρουργείων έναν από τους πιο στρεσογόνους εργασιακούς τομείς του συστήματος υγείας (Demerouti et al., 2000).

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης ειδικά στο νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς τα άτομα αυτά λειτουργούν σε απαιτητικά και συχνά υποστελεχωμένα περιβάλλοντα, με υψηλό αντίκτυπο τόσο στη δική τους υγεία όσο και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η ανίχνευση των παραγόντων που συνδέονται με το στρες και το burnout μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση στοχευμένων παρεμβάσεων που ενισχύουν την επαγγελματική ανθεκτικότητα και την



ευημερία των νοσηλευτών, ενώ παράλληλα προάγουν την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας.

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται οι θεωρητικές προσεγγίσεις για το εργασιακό άγχος, ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο μελετάται η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης με βάση θεωρητικά μοντέλα. Στο τρίτο κεφάλαιο δίνεται έμφαση στους παράγοντες που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Έπειτα, το πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της έρευνας και αυτή ολοκληρώνεται με το έκτο κεφάλαιο, δηλαδή τη συζήτηση και τα συμπεράσματα.



Κεφάλαιο 1. Εργασιακό Άγχος: Ορισμός και Θεωρητικές Προσεγγίσεις

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση εργασιακού άγχους

Το εργασιακό άγχος αποτελεί ένα από τα πλέον μελετημένα και σημαντικά ζητήματα της οργανωσιακής ψυχολογίας και της επιστήμης της υγείας, καθώς επηρεάζει άμεσα τόσο την ευημερία των εργαζομένων όσο και την αποτελεσματικότητα των οργανισμών. Στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο χαρακτηρίζεται από αυξημένες απαιτήσεις, ταχύτητα αλλαγών και εντεινόμενη αβεβαιότητα, το άγχος αναδεικνύεται σε κρίσιμο παράγοντα κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία (Cooper et al., 2001).

Η έννοια του εργασιακού άγχους είναι πολυδιάστατη και προσεγγίζεται μέσα από διαφορετικά θεωρητικά πλαίσια. Σύμφωνα με τον Κάντα (1998), το εργασιακό άγχος προκύπτει όταν οι απαιτήσεις της εργασίας υπερβαίνουν τις ικανότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου, δημιουργώντας μια κατάσταση ανισορροπίας. Η ανισορροπία αυτή μπορεί να αφορά τόσο αντικειμενικούς παράγοντες, όπως ο φόρτος εργασίας και οι συνθήκες απασχόλησης, όσο και υποκειμενικούς παράγοντες, όπως η προσωπική αντίληψη και αξιολόγηση της κατάστασης.

Σημαντική συμβολή στην κατανόηση του φαινομένου προσφέρει το συναλλακτικό μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984), το οποίο αντιμετωπίζει το άγχος ως μια δυναμική διαδικασία αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το άγχος εξαρτάται από τη γνωστική αξιολόγηση του ατόμου, η οποία περιλαμβάνει την εκτίμηση της απειλής (πρωτογενής αξιολόγηση) και των διαθέσιμων πόρων αντιμετώπισης (δευτερογενής αξιολόγηση). Όταν οι απαιτήσεις εκλαμβάνονται ως υπερβαίνουσες τους διαθέσιμους πόρους, τότε ενεργοποιείται η εμπειρία του άγχους.

Παράλληλα, το εργασιακό άγχος συνδέεται στενά με τα χαρακτηριστικά της οργάνωσης της εργασίας. Παράγοντες όπως η ασάφεια ρόλων, η έλλειψη ελέγχου, οι υψηλές απαιτήσεις και οι περιορισμένες δυνατότητες υποστήριξης αποτελούν βασικές πηγές στρες (Karasek, 1979; Johnson & Hall, 1988). Η σημασία των παραγόντων αυτών επιβεβαιώνεται και από σύγχρονες μελέτες, οι οποίες



αναδεικνύουν ότι η ανισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και πόρων αποτελεί βασικό μηχανισμό εμφάνισης εργασιακού άγχους (Dall'Ora et al., 2020).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διάκριση μεταξύ «θετικού» (eustress) και «αρνητικού» άγχους (distress). Το θετικό άγχος μπορεί να λειτουργήσει ως κινητήρια δύναμη, ενισχύοντας την απόδοση και τη δημιουργικότητα, ενώ το αρνητικό άγχος, όταν είναι έντονο ή παρατεταμένο, οδηγεί σε ψυχολογική εξάντληση, μειωμένη απόδοση και προβλήματα υγείας (Quick & Quick, 1984). Η διάκριση αυτή υπογραμμίζει ότι το άγχος δεν είναι κατ' ανάγκη αρνητικό, αλλά εξαρτάται από την ένταση και τη διάρκειά του.

Οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους είναι ιδιαίτερα σημαντικές τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο. Το χρόνιο άγχος συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, ψυχικών διαταραχών και επαγγελματικής δυσάρεσκειας, ενώ παράλληλα επηρεάζει αρνητικά την παραγωγικότητα και την ποιότητα της εργασίας. Σύγχρονες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι οι δυσμενείς ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και ψυχικής επιβάρυνσης (Almroth et al., 2022).

Συνοψίζοντας, το εργασιακό άγχος αποτελεί ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και των δυνατοτήτων του ατόμου. Η κατανόηση των μηχανισμών που το διέπουν είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και διαχείρισης, ιδιαίτερα σε απαιτητικά επαγγελματικά περιβάλλοντα, όπως ο τομέας της υγείας.

1.2 Το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής

Το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome – GAS), όπως διατυπώθηκε από τον Hans Selye, αποτελεί μία από τις πρώτες και πλέον επιδραστικές θεωρητικές προσεγγίσεις για την κατανόηση της βιολογικής διάστασης του άγχους. Ο Selye όρισε το άγχος ως τη μη ειδική αντίδραση του οργανισμού σε κάθε απαίτηση που του επιβάλλεται, ανεξάρτητα από τη φύση ή την προέλευση του στρεσογόνου παράγοντα (Viner, 1999). Η προσέγγιση αυτή σηματοδότησε μια ουσιαστική μετατόπιση από τις καθαρά ψυχολογικές ερμηνείες του άγχους προς μια



πιο ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική κατανόηση, αναδεικνύοντας τη στενή αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικών και ψυχικών διεργασιών.

Σύμφωνα με το μοντέλο του Selye, η αντίδραση του οργανισμού στο άγχος εξελίσσεται σε τρία διακριτά και διαδοχικά στάδια: το στάδιο του συναγερμού, το στάδιο της αντίστασης (resistance) και το στάδιο της εξάντλησης. Κατά το στάδιο του συναγερμού, ο οργανισμός αντιλαμβάνεται τον στρεσογόνο παράγοντα ως απειλή και ενεργοποιεί άμεσα τον μηχανισμό «μάχης ή φυγής» (Gorban et al., 2021). Η αντίδραση αυτή συνοδεύεται από την έκκριση ορμονών του στρες, όπως η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη, οι οποίες αυξάνουν την καρδιακή συχνότητα, ενισχύουν την εγρήγορση και προετοιμάζουν το άτομο για άμεση δράση.

Στο στάδιο της αντίστασης, ο οργανισμός επιχειρεί να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις που επιβάλλει ο στρεσογόνος παράγοντας. Αν και τα αρχικά συμπτώματα του συναγερμού υποχωρούν, η φυσιολογική ενεργοποίηση παραμένει σε αυξημένα επίπεδα, επιτρέποντας τη διατήρηση της λειτουργικότητας του ατόμου. Ωστόσο, η παρατεταμένη παραμονή σε αυτή τη φάση συνεπάγεται σημαντική κατανάλωση ενεργειακών και ψυχικών πόρων, οδηγώντας σε σταδιακή φθορά του οργανισμού (Cooper et al., 2001).

Όταν η έκθεση στο στρες συνεχίζεται και οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί εξαντλούνται, το άτομο εισέρχεται στο στάδιο της εξάντλησης. Σε αυτό το στάδιο, οι φυσιολογικές άμυνες του οργανισμού αποδυναμώνονται, με αποτέλεσμα αυξημένη ευλωτότητα σε σωματικές και ψυχικές διαταραχές. Η φάση αυτή έχει συνδεθεί με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος και ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Griffiths, 2003).

Η συμβολή του μοντέλου του Selye στην κατανόηση του εργασιακού άγχους είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς αναδεικνύει τις επιπτώσεις της παρατεταμένης έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον (Gorban et al., 2021). Σε επαγγελματικά πλαίσια υψηλών απαιτήσεων, όπως ο τομέας της υγείας, οι εργαζόμενοι συχνά λειτουργούν σε κατάσταση παρατεταμένης αντίστασης, προσπαθώντας να ανταποκριθούν σε αυξημένες ευθύνες και έντονη χρονική πίεση. Σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η χρόνια ενεργοποίηση των μηχανισμών στρες αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας (De Hert, 2020; Yamasaki et al., 2025).



Παρά τη διαχρονική του αξία, το μοντέλο του Selye έχει δεχθεί κριτική, κυρίως επειδή εστιάζει κυρίως στις βιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού και δεν λαμβάνει επαρκώς υπόψη τις γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις του άγχους. Μεταγενέστερες θεωρίες, όπως το συναλλακτικό μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984), εμπλούτισαν σημαντικά την κατανόηση του φαινομένου, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο της υποκειμενικής αξιολόγησης και των στρατηγικών αντιμετώπισης.

Ωστόσο, το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής εξακολουθεί να αποτελεί θεμελιώδη θεωρητική βάση για την κατανόηση των φυσιολογικών μηχανισμών του άγχους και της σχέσης του με την υγεία. Η σημασία του έγκειται στο γεγονός ότι ανέδειξε το άγχος ως μια δυναμική διαδικασία προσαρμογής, η οποία, όταν καθίσταται χρόνια, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές συνέπειες για το άτομο, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο.

1.3 Η θεωρία του ανεστραμμένου U

Η θεωρία του ανεστραμμένου U, γνωστή και ως νόμος των Yerkes–Dodson, αποτελεί μία από τις σημαντικότερες θεωρητικές προσεγγίσεις για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ άγχους (ή διέγερσης) και απόδοσης. Η θεωρία αυτή διατυπώθηκε αρχικά από τους Yerkes & Dodson (1908) και υποστηρίζει ότι η σχέση μεταξύ άγχους και απόδοσης δεν είναι γραμμική, αλλά καμπυλόγραμμη, λαμβάνοντας τη μορφή ενός ανεστραμμένου U. Η προσέγγιση αυτή συνέβαλε καθοριστικά στην αναθεώρηση της αντίληψης ότι το άγχος είναι αποκλειστικά επιβλαβές, αναδεικνύοντας τη διττή και λειτουργική του διάσταση.

Σύμφωνα με το μοντέλο, η απόδοση του ατόμου αυξάνεται καθώς αυξάνεται το επίπεδο διέγερσης ή άγχους, έως ότου επιτευχθεί ένα σημείο βέλτιστης ενεργοποίησης. Στο σημείο αυτό, το άτομο παρουσιάζει υψηλά επίπεδα συγκέντρωσης, εγρήγορσης και αποτελεσματικής αξιοποίησης των γνωστικών και σωματικών του πόρων, γεγονός που οδηγεί στη μέγιστη δυνατή απόδοση. Ωστόσο, όταν το επίπεδο άγχους υπερβεί το βέλτιστο αυτό σημείο, η απόδοση αρχίζει να μειώνεται, καθώς η υπερδιέγερση προκαλεί γνωστική αποδιοργάνωση, συναισθηματική ένταση και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων (Beerendonk et al., 2025). Η θεωρία εισάγει μια ουσιαστική διάκριση μεταξύ χαμηλού, μέτριου και



υψηλού επιπέδου άγχους. Σε χαμηλά επίπεδα διέγερσης, το άτομο ενδέχεται να εμφανίζει μειωμένο ενδιαφέρον, έλλειψη κινήτρων και περιορισμένη συγκέντρωση, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την απόδοση. Αντίθετα, τα μέτρια επίπεδα άγχους λειτουργούν ενισχυτικά, αυξάνοντας την προσοχή, την ενεργητικότητα και την αποτελεσματικότητα. Σε υψηλά επίπεδα άγχους, παρατηρούνται φαινόμενα όπως έντονο στρες, σύγχυση και μείωση της απόδοσης, ιδιαίτερα σε σύνθετες και γνωστικά απαιτητικές εργασίες.

Η εφαρμογή της θεωρίας στον εργασιακό χώρο είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς αναδεικνύει την ανάγκη διατήρησης ενός ισορροπημένου επιπέδου απαιτήσεων και πίεσης. Σε επαγγελματικά περιβάλλοντα υψηλής έντασης, όπως ο τομέας της υγείας, οι εργαζόμενοι καλούνται συχνά να λειτουργούν κοντά στο σημείο της βέλτιστης απόδοσης. Ωστόσο, η παρατεταμένη έκθεση σε αυξημένες απαιτήσεις και έντονη πίεση μπορεί να οδηγήσει σε υπέρβαση αυτού του σημείου, προκαλώντας μείωση της αποτελεσματικότητας και αυξημένο κίνδυνο λαθών, με πιθανές συνέπειες για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των υπηρεσιών (Cooper et al., 2001; Griffiths, 2003). Σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η υπερβολική εργασιακή επιβάρυνση συνδέεται με μειωμένη απόδοση και αυξημένο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (Dall’Ora et al., 2020; De la Fuente-Solana et al., 2021).

Επιπλέον, η θεωρία συνδέεται στενά με τη διάκριση μεταξύ «ευεργετικού» και «δυσλειτουργικού» άγχους. Το ευεργετικό άγχος αντιστοιχεί στα μέτρια επίπεδα διέγερσης που ενισχύουν την απόδοση και προάγουν την προσαρμοστικότητα, ενώ το δυσλειτουργικό άγχος σχετίζεται με υψηλά επίπεδα έντασης που οδηγούν σε αρνητικές συνέπειες, όπως συναισθηματική εξάντληση και μειωμένη λειτουργικότητα (Quick & Quick, 1984).

Παρά τη σημαντική της συμβολή, η θεωρία του ανεστραμμένου U έχει δεχθεί κριτική, κυρίως λόγω της γενικότητάς της. Συγκεκριμένα, δεν λαμβάνει επαρκώς υπόψη τις ατομικές διαφορές, όπως η προσωπικότητα, η εμπειρία και οι δεξιότητες, οι οποίες επηρεάζουν το σημείο βέλτιστης απόδοσης. Επιπλέον, η σχέση άγχους–απόδοσης διαφοροποιείται ανάλογα με τη φύση της εργασίας, καθώς σε σύνθετες και υψηλής ευθύνης δραστηριότητες, ακόμη και μικρές αυξήσεις στο άγχος μπορεί να έχουν δυσανάλογα μεγάλες επιπτώσεις (Theorell, 1992).

Συνοπτικά, η θεωρία των Yerkes–Dodson (1908) αποτελεί ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εννοιολογικό εργαλείο για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ άγχους και απόδοσης,



αναδεικνύοντας τη σημασία της ισορροπίας στη διαχείριση των εργασιακών απαιτήσεων. Η συμβολή της έγκειται στο ότι υπογραμμίζει πως ούτε η πλήρης απουσία άγχους ούτε η υπερβολική ένταση αποτελούν ιδανικές συνθήκες για την αποτελεσματική λειτουργία του ατόμου.

1.4 Μοντέλο σχέσεων Απαιτήσεων/Ελέγχου

Το μοντέλο Απαιτήσεων–Ελέγχου (Job Demand–Control Model), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Karasek (1979), αποτελεί μία από τις πλέον επιδραστικές και ευρέως χρησιμοποιούμενες θεωρητικές προσεγγίσεις για την κατανόηση του εργασιακού άγχους στο πλαίσιο της οργανωσιακής ψυχολογίας. Το μοντέλο αυτό εστιάζει στη δυναμική σχέση μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και του βαθμού ελέγχου ή αυτονομίας που διαθέτει ο εργαζόμενος, υποστηρίζοντας ότι το άγχος δεν προκύπτει απλώς από υψηλές απαιτήσεις, αλλά κυρίως από τον συνδυασμό υψηλών απαιτήσεων και χαμηλού ελέγχου.

Σύμφωνα με τον Karasek (1979), οι εργασιακές απαιτήσεις περιλαμβάνουν παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας, οι χρονικοί περιορισμοί, η πολυπλοκότητα των καθηκόντων και η πίεση για υψηλή απόδοση. Αντίστοιχα, ο έλεγχος (job control ή decision latitude) αφορά τη δυνατότητα του εργαζομένου να επηρεάζει τον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας του, να λαμβάνει αποφάσεις και να αξιοποιεί τις δεξιότητές του (Sérole et al., 2021). Η ισορροπία μεταξύ αυτών των δύο διαστάσεων θεωρείται καθοριστική για την εμπειρία του εργασιακού άγχους και τη συνολική ευημερία του ατόμου.

Το μοντέλο προτείνει τέσσερις βασικούς τύπους εργασιακών καταστάσεων, οι οποίοι προκύπτουν από τον συνδυασμό υψηλών και χαμηλών επιπέδων απαιτήσεων και ελέγχου:

- **Υψηλές απαιτήσεις – χαμηλός έλεγχος:** Οι πιο επιβαρυντικές συνθήκες, που συνδέονται με υψηλά επίπεδα άγχους και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοσωματικών προβλημάτων.
- **Υψηλές απαιτήσεις – υψηλός έλεγχος:** Παρά τις αυξημένες απαιτήσεις, η αυτονομία επιτρέπει την ανάπτυξη δεξιοτήτων, τη μάθηση και την υψηλή απόδοση.



- **Χαμηλές απαιτήσεις – χαμηλός έλεγχος:** Συνδέονται με μειωμένη κινητοποίηση, απώλεια ενδιαφέροντος και πιθανή αποδυνάμωση δεξιοτήτων.
- **Χαμηλές απαιτήσεις – υψηλός έλεγχος:** Θεωρούνται οι λιγότερο στρεσογόνες συνθήκες, με χαμηλή ψυχολογική επιβάρυνση (Karasek, 1979).

Το αρχικό μοντέλο εμπλουτίστηκε με την προσθήκη της διάστασης της κοινωνικής υποστήριξης από τους Johnson & Hall (1988), οδηγώντας στο μοντέλο Απαιτήσεων–Ελέγχου–Υποστήριξης. Η κοινωνική υποστήριξη από συναδέλφους και προϊσταμένους λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας, μειώνοντας τις αρνητικές επιπτώσεις του εργασιακού άγχους και ενισχύοντας την ανθεκτικότητα των εργαζομένων.

Η σημασία του μοντέλου επιβεβαιώνεται και από τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η οποία δείχνει ότι η ανισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και ελέγχου σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, καθώς και με την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης (Almroth et al., 2022). Επιπλέον, η αλληλεπίδραση απαιτήσεων, ελέγχου και υποστήριξης αποτελεί βασικό μηχανισμό που επηρεάζει τόσο την υγεία όσο και την απόδοση των εργαζομένων.

Η εφαρμογή του μοντέλου στον χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι νοσηλεύτες, ειδικά σε απαιτητικά περιβάλλοντα όπως τα χειρουργικά τμήματα, καλούνται να ανταποκριθούν σε υψηλές απαιτήσεις, όπως έντονο φόρτο εργασίας, αυστηρά χρονικά πλαίσια και αυξημένη ευθύνη για την υγεία των ασθενών (Bouillon-Minois et al., 2021). Όταν οι απαιτήσεις αυτές συνδυάζονται με περιορισμένο έλεγχο και ανεπαρκή υποστήριξη, δημιουργούνται συνθήκες υψηλού στρες, οι οποίες αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας.

Παρά τη σημαντική του συμβολή, το μοντέλο του Karasek (1979) έχει δεχθεί κριτική, κυρίως επειδή απλοποιεί την πολυπλοκότητα του εργασιακού περιβάλλοντος. Δεν λαμβάνει επαρκώς υπόψη άλλους κρίσιμους παράγοντες, όπως τα ατομικά χαρακτηριστικά, οι συναισθηματικές απαιτήσεις της εργασίας και η οργανωσιακή κουλτούρα. Για τον λόγο αυτό, σύγχρονες προσεγγίσεις, όπως το μοντέλο Απαιτήσεων–Πόρων (JD-R), επιχειρούν να προσφέρουν μια πιο ολοκληρωμένη ανάλυση.

Τέλος, το μοντέλο Απαιτήσεων–Ελέγχου αναδεικνύει τη σημασία της ισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και αυτονομίας, υπογραμμίζοντας ότι η ενίσχυση του ελέγχου και



της κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί βασικό μηχανισμό πρόληψης του εργασιακού άγχους και προαγωγής της ψυχικής υγείας των εργαζομένων.

1.5 Το συναλλακτικό μοντέλο αξιολόγησης

Το συναλλακτικό μοντέλο αξιολόγησης των Lazarus & Folkman (1984) αποτελεί μία από τις πιο ολοκληρωμένες και επιδραστικές θεωρητικές προσεγγίσεις για την κατανόηση του άγχους, καθώς μετατοπίζει την έμφαση από τις εξωτερικές συνθήκες στις γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες του ατόμου. Σε αντίθεση με προγενέστερες θεωρίες που αντιμετώπιζαν το άγχος ως απλή αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα, το συγκεκριμένο μοντέλο υποστηρίζει ότι το άγχος αποτελεί προϊόν μιας δυναμικής και συνεχούς αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (Lazarus & Folkman, 1984).

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το άγχος δεν προκύπτει άμεσα από τα ίδια τα γεγονότα, αλλά από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο τα αντιλαμβάνεται και τα αξιολογεί. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει δύο βασικά στάδια: την πρωτογενή και τη δευτερογενή αξιολόγηση, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο της υποκειμενικής εμπειρίας (Lazarus, 1991).

Κατά την πρωτογενή αξιολόγηση, το άτομο εκτιμά αν ένα γεγονός είναι άσχετο, θετικό ή στρεσογόνο. Όταν αξιολογείται ως στρεσογόνο, κατηγοριοποιείται περαιτέρω ως απειλή, πρόκληση ή ζημία/απώλεια. Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη, καθώς επηρεάζει άμεσα τη συναισθηματική και συμπεριφορική αντίδραση. Ειδικότερα, η αντίληψη μιας κατάστασης ως πρόκλησης μπορεί να ενισχύσει την κινητοποίηση και την απόδοση, ενώ η αντίληψη ως απειλής συνδέεται με αυξημένο άγχος και ανασφάλεια.

Κατά τη δευτερογενή αξιολόγηση, το άτομο εξετάζει τους διαθέσιμους πόρους και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που έχει στη διάθεσή του. Οι πόροι αυτοί μπορεί να είναι προσωπικοί (δεξιότητες, εμπειρία, αυτοπεποίθηση), κοινωνικοί (υποστήριξη από συναδέλφους ή οικογένεια) ή οργανωσιακοί (εκπαίδευση, επαρκής στελέχωση, σαφείς διαδικασίες). Όταν οι διαθέσιμοι πόροι εκλαμβάνονται ως επαρκείς, το άγχος μειώνεται· αντίθετα, όταν οι απαιτήσεις υπερβαίνουν τους πόρους, το άγχος εντείνεται (Cooper et al., 2001). Σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η αντίληψη ανεπάρκειας πόρων αποτελεί βασικό παράγοντα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους (Cahill et al., 2021).



Ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο του μοντέλου είναι η έννοια της επανεκτίμησης, δηλαδή της συνεχούς αναθεώρησης της κατάστασης με βάση νέα δεδομένα. Η διαδικασία αυτή υποδηλώνει ότι το άγχος δεν είναι στατικό, αλλά εξελίσσεται δυναμικά, γεγονός που καθιστά το μοντέλο ιδιαίτερα χρήσιμο για την κατανόηση χρόνιων εργασιακών συνθηκών.

Παράλληλα, το μοντέλο εισάγει την έννοια των στρατηγικών αντιμετώπισης, οι οποίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση του άγχους. Οι στρατηγικές αυτές διακρίνονται σε:

- **Στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα:** Στοχεύουν στην αντιμετώπιση της πηγής του άγχους μέσω ενεργητικών παρεμβάσεων.
- **Στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα:** Στοχεύουν στη ρύθμιση της συναισθηματικής αντίδρασης, όπως η αποφόρτιση ή η γνωστική αναπλαισίωση.

Η σημασία του μοντέλου για το εργασιακό άγχος είναι ιδιαίτερα μεγάλη, καθώς αναδεικνύει ότι οι ίδιοι εργασιακοί παράγοντες δεν επηρεάζουν όλους τους εργαζόμενους με τον ίδιο τρόπο. Για παράδειγμα, δύο νοσηλεύτες που εργάζονται στο ίδιο απαιτητικό περιβάλλον μπορεί να βιώνουν διαφορετικά επίπεδα άγχους, ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που διαθέτουν (Griffiths, 2003).

Επιπλέον, το μοντέλο συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική εξουθένωση, καθώς η χρόνια αντίληψη ότι οι απαιτήσεις υπερβαίνουν τους διαθέσιμους πόρους οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα (Maslach et al., 2001). Η κατανόηση των γνωστικών διεργασιών που εμπλέκονται στο άγχος είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που ενισχύουν την ανθεκτικότητα και την ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Παρά την ευρεία αποδοχή του, το μοντέλο έχει δεχθεί κριτική, κυρίως λόγω της δυσκολίας εμπειρικής μέτρησης των γνωστικών αξιολογήσεων και της πολυπλοκότητας της διαδικασίας. Ωστόσο, παραμένει ένα από τα πιο ολοκληρωμένα θεωρητικά πλαίσια, καθώς ενσωματώνει βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, προσφέροντας μια σφαιρική κατανόηση του άγχους.

Συνοψίζοντας, το συναλλακτικό μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984) προσφέρει μια δυναμική και πολυεπίπεδη προσέγγιση του εργασιακού άγχους, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο της υποκειμενικής αξιολόγησης και των στρατηγικών



αντιμετώπισης στη διαμόρφωση της εμπειρίας του άγχους και στην προσαρμογή του ατόμου στο εργασιακό περιβάλλον.

1.6 Οι 3 προσεγγίσεις του Cox

Η συμβολή του Cox (1993) στη μελέτη του εργασιακού άγχους θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επιχειρεί να συνθέσει τις διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις του φαινομένου σε ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο πλαίσιο. Σε αντίθεση με προγενέστερες θεωρίες που εστίαζαν είτε αποκλειστικά στο περιβάλλον είτε αποκλειστικά στο άτομο, ο Cox προτείνει μια πολυδιάστατη θεώρηση του άγχους, η οποία λαμβάνει υπόψη τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ εξωτερικών και εσωτερικών παραγόντων.

Συγκεκριμένα, ο Cox (1993) διακρίνει τρεις βασικές προσεγγίσεις για την κατανόηση του εργασιακού άγχους: την περιβαλλοντική, την ατομική και τη διαδραστική προσέγγιση. Η κατηγοριοποίηση αυτή συμβάλλει στη συστηματοποίηση της θεωρητικής γνώσης και επιτρέπει την κατανόηση του άγχους ως πολυπαραγοντικού φαινομένου.

Η **περιβαλλοντική προσέγγιση (engineering approach)** εστιάζει στους εξωτερικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που λειτουργούν ως στρεσογόνοι παράγοντες. Το άγχος αποδίδεται σε χαρακτηριστικά της εργασίας, όπως ο αυξημένος φόρτος, οι χρονικές πιέσεις, η ασάφεια ρόλων και οι δυσμενείς συνθήκες. Η προσέγγιση αυτή έχει σημαντική πρακτική αξία, καθώς επιτρέπει τον εντοπισμό και την τροποποίηση των στρεσογόνων παραγόντων μέσω οργανωσιακών παρεμβάσεων. Ωστόσο, επικρίνεται επειδή δεν λαμβάνει επαρκώς υπόψη τις ατομικές διαφορές και την υποκειμενική εμπειρία του άγχους (Cooper et al., 2001).

Η **ατομική προσέγγιση (physiological/psychological approach)** επικεντρώνεται στις αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στο άγχος, δίνοντας έμφαση στις βιολογικές και ψυχολογικές διεργασίες. Σε αυτή εντάσσονται θεωρίες όπως το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής του Selye. Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει τη σημασία παραγόντων όπως η προσωπικότητα, η ανθεκτικότητα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης. Παράλληλα, όμως, θεωρείται περιορισμένη όταν απομονώνει το άτομο από το ευρύτερο κοινωνικό και οργανωσιακό πλαίσιο (Griffiths, 2003).



Η **διαδραστική προσέγγιση (interactional approach)** αποτελεί τη πιο ολοκληρωμένη εκδοχή, καθώς συνδυάζει στοιχεία από τις δύο προηγούμενες. Σύμφωνα με αυτή, το εργασιακό άγχος προκύπτει από τη συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με το συναλλακτικό μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984), αναγνωρίζοντας ότι οι γνωστικές αξιολογήσεις και οι διαθέσιμοι πόροι διαμορφώνουν την εμπειρία του άγχους. Σύγχρονες έρευνες ενισχύουν αυτή την οπτική, δείχνοντας ότι η αλληλεπίδραση απαιτήσεων και ατομικών πόρων αποτελεί βασικό μηχανισμό εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Dall’Ora et al., 2020).

Η σημασία της διαδραστικής προσέγγισης έγκειται στο ότι προσφέρει μια πιο ρεαλιστική και ολιστική κατανόηση του εργασιακού άγχους. Δεν περιορίζεται στον εντοπισμό των στρεσογόνων παραγόντων, αλλά εξετάζει και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο προσαρμόζεται και αναπτύσσει στρατηγικές αντιμετώπισης. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε απαιτητικά περιβάλλοντα, όπως ο τομέας της υγείας, όπου οι ίδιες συνθήκες μπορεί να επηρεάζουν διαφορετικά τους εργαζόμενους.

Επιπλέον, το πλαίσιο του Cox (1993) έχει σημαντικές πρακτικές εφαρμογές, καθώς υποστηρίζει την ανάγκη για πολυεπίπεδες παρεμβάσεις. Σε οργανωσιακό επίπεδο, περιλαμβάνονται η βελτίωση των συνθηκών εργασίας, η μείωση των απαιτήσεων και η ενίσχυση της υποστήριξης. Σε ατομικό επίπεδο, δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης άγχους και στην ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας.

Στον χώρο της υγείας, και ιδιαίτερα στα χειρουργικά τμήματα, η προσέγγιση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι νοσηλευτές λειτουργούν σε περιβάλλοντα υψηλής έντασης, όπου συνυπάρχουν αυξημένες απαιτήσεις, συναισθηματική φόρτιση και ανάγκη για άμεσες αποφάσεις. Η κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ περιβαλλοντικών και ατομικών παραγόντων είναι κρίσιμη για την πρόληψη του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παρά τη συνολική της αποδοχή, η θεωρία του Cox (1993) έχει δεχθεί κριτική, κυρίως λόγω της γενικότητάς της και της έλλειψης συγκεκριμένων εργαλείων μέτρησης. Ωστόσο, η αξία της έγκειται στη συνθετική της φύση, καθώς ενοποιεί διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις και προσφέρει ένα ευρύ και ευέλικτο πλαίσιο κατανόησης του εργασιακού άγχους.

Τέλος, οι τρεις προσεγγίσεις του Cox (1993) παρέχουν ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό υπόβαθρο για τη μελέτη του εργασιακού άγχους, αναδεικνύοντας τη σημασία τόσο



των περιβαλλοντικών όσο και των ατομικών παραγόντων, καθώς και της δυναμικής αλληλεπίδρασής τους.

1.7 Το δυναμικό μοντέλο του εργασιακού άγχους

Το δυναμικό μοντέλο του εργασιακού άγχους αποτελεί μία σύγχρονη και ολοκληρωμένη θεωρητική προσέγγιση, η οποία επιχειρεί να συνθέσει τα βασικά στοιχεία των προηγούμενων θεωριών και να αποδώσει το άγχος ως μία διαρκώς εξελισσόμενη διαδικασία. Σε αντίθεση με στατικές προσεγγίσεις, το μοντέλο αυτό αντιμετωπίζει το εργασιακό άγχος ως αποτέλεσμα συνεχούς και αμφίδρομης αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του εργασιακού περιβάλλοντος, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις μεταβαλλόμενες συνθήκες όσο και τις προσαρμοστικές δυνατότητες του εργαζομένου (Cox et al., 2000).

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση, το άγχος δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο ή στιγμιαίο γεγονός, αλλά μία δυναμική διαδικασία που εξελίσσεται στον χρόνο. Η διαδικασία αυτή ξεκινά από την παρουσία στρεσογόνων παραγόντων στο εργασιακό περιβάλλον, όπως ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η πίεση χρόνου, η ασάφεια ρόλων, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις και η συναισθηματική επιβάρυνση. Ωστόσο, οι παράγοντες αυτοί δεν επηρεάζουν άμεσα το άτομο, αλλά διαμεσολαβούνται από γνωστικές διεργασίες αξιολόγησης, όπως περιγράφονται στο συναλλακτικό μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984).

Κεντρικό στοιχείο του μοντέλου αποτελεί η αλληλεπίδραση μεταξύ απαιτήσεων και πόρων, η οποία συνδέεται άμεσα με σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, όπως το μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων-Πόρων (JD-R). Οι απαιτήσεις της εργασίας αντιπαραβάλλονται με τους διαθέσιμους πόρους του ατόμου -προσωπικούς, κοινωνικούς και οργανωσιακούς- και η ανισορροπία μεταξύ αυτών οδηγεί στην εμφάνιση άγχους. Όταν οι απαιτήσεις υπερβαίνουν τους διαθέσιμους πόρους, ενεργοποιείται μια διαδικασία ενεργειακής εξάντλησης, η οποία, εάν παραταθεί, μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (Bakker & Demerouti, 2007).

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο του μοντέλου είναι η έννοια της ανατροφοδότησης και της προσαρμογής. Το άτομο δεν αποτελεί παθητικό δέκτη των στρεσογόνων επιδράσεων, αλλά ενεργό παράγοντα που αναπτύσσει στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι στρατηγικές αυτές μπορούν να τροποποιήσουν είτε τις αντικειμενικές συνθήκες είτε



την υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης. Η αποτελεσματικότητα αυτών των στρατηγικών επηρεάζει τη μελλοντική αντίδραση του ατόμου, δημιουργώντας έναν συνεχή και δυναμικό κύκλο αλληλεπίδρασης και προσαρμογής (Griffiths, 2003).

Το δυναμικό μοντέλο ενσωματώνει στοιχεία από το μοντέλο Απαιτήσεων–Ελέγχου του Karasek (1979), το συναλλακτικό μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984) και τη συνθετική προσέγγιση του Cox (1993), υπογραμμίζοντας ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί αποτέλεσμα σύνθετων και πολυεπίπεδων διεργασιών. Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με σύγχρονες έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι η μακροχρόνια ανισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και πόρων οδηγεί σε εξάντληση, μειωμένη απόδοση και αυξημένο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (De Hert, 2020).

Η εφαρμογή του μοντέλου στον χώρο της υγείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν σε περιβάλλοντα υψηλής έντασης και συνεχών μεταβολών. Οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν σε απαιτητικές συνθήκες, όπως η διαχείριση κρίσιμων περιστατικών, η πίεση χρόνου και η συναισθηματική επιβάρυνση (Jetha et al., 2017). Η αδυναμία αποτελεσματικής προσαρμογής σε αυτές τις συνθήκες μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια ενεργοποίηση του στρες και, τελικά, στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παρά τη θεωρητική του πληρότητα, το δυναμικό μοντέλο παρουσιάζει προκλήσεις όσον αφορά την εμπειρική του εφαρμογή, καθώς η πολυπλοκότητα των μεταβλητών καθιστά δύσκολη τη μέτρηση και την ποσοτικοποίηση των σχέσεων μεταξύ τους. Ωστόσο, η αξία του έγκειται στην ολιστική του προσέγγιση, η οποία επιτρέπει την κατανόηση του άγχους ως μιας εξελισσόμενης και πολυπαραγοντικής διαδικασίας. Συνοψίζοντας, το δυναμικό μοντέλο του εργασιακού άγχους προσφέρει ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό πλαίσιο που συνδέει τις απαιτήσεις της εργασίας, τους διαθέσιμους πόρους και τις γνωστικές διεργασίες του ατόμου. Η κατανόηση αυτής της δυναμικής είναι καθοριστικής σημασίας για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης και διαχείρισης του εργασιακού άγχους, ιδιαίτερα σε απαιτητικά επαγγελματικά περιβάλλοντα όπως ο τομέας της υγείας.



Κεφάλαιο 2. Επαγγελματική Εξουθένωση: Ορισμός και Θεωρητικές Προσεγγίσεις

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα πολυδιάστατο ψυχολογικό σύνδρομο, το οποίο αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της χρόνιας έκθεσης σε εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες, ιδιαίτερα σε επαγγέλματα που χαρακτηρίζονται από έντονη διαπροσωπική αλληλεπίδραση. Ο όρος εισήχθη για πρώτη φορά από τον Freudenberger (1974), ο οποίος περιέγραψε την εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης σε άτομα που εργάζονται σε απαιτητικά και συναισθηματικά φορτισμένα περιβάλλοντα, θέτοντας τις βάσεις για τη συστηματική μελέτη του φαινομένου.

Η πιο διαδεδομένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη προσέγγιση είναι αυτή των Maslach & Jackson (1981), σύμφωνα με την οποία η επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από τρεις βασικές διαστάσεις: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη προσωπική επίτευξη. Η συναισθηματική εξάντληση αφορά την εξάντληση των συναισθηματικών πόρων, η αποπροσωποποίηση εκδηλώνεται μέσω κυνισμού και αποστασιοποίησης από τους αποδέκτες των υπηρεσιών, ενώ η μειωμένη προσωπική επίτευξη συνδέεται με αισθήματα αναποτελεσματικότητας και χαμηλής επαγγελματικής ικανοποίησης (Maslach et al., 2001). Το μοντέλο αυτό αποτελεί μέχρι σήμερα το κυρίαρχο πλαίσιο κατανόησης και μέτρησης του φαινομένου.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν ταυτίζεται με την απλή κόπωση ή το άγχος, αλλά συνιστά ένα σύνθετο φαινόμενο που σχετίζεται με τη μακροχρόνια δυσαρμονία μεταξύ του ατόμου και του εργασιακού του περιβάλλοντος. Οι Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) υποστηρίζουν ότι η εξουθένωση προκύπτει όταν υπάρχει ασυμφωνία σε βασικούς τομείς, όπως ο φόρτος εργασίας, ο έλεγχος, η ανταμοιβή, η κοινότητα, η δικαιοσύνη και οι αξίες. Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει τη σημασία των οργανωσιακών παραγόντων και μετατοπίζει την εστίαση από το άτομο στο εργασιακό σύστημα.

Στο ίδιο πλαίσιο, το μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων–Πόρων (JD-R) προσφέρει μία σύγχρονη ερμηνεία της εξουθένωσης, υποστηρίζοντας ότι το burnout εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι υψηλές και οι διαθέσιμοι πόροι ανεπαρκείς



(Demerouti et al., 2001). Οι αυξημένες απαιτήσεις οδηγούν κυρίως σε συναισθηματική εξάντληση, ενώ η έλλειψη πόρων επηρεάζει αρνητικά την επαγγελματική αποτελεσματικότητα και τη δέσμευση. Σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η ανισορροπία αυτή αποτελεί βασικό μηχανισμό εμφάνισης burnout, ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας (Bakker & Demerouti, 2023).

Παράλληλα, εναλλακτικές προσεγγίσεις, όπως αυτή του Shirom (2003), αντιμετωπίζουν την εξουθένωση κυρίως ως μορφή ενεργειακής εξάντλησης, δίνοντας έμφαση στη μείωση των σωματικών, συναισθηματικών και γνωστικών ενεργειακών αποθεμάτων. Αντίστοιχα, οι Pines & Aronson (1988) προσεγγίζουν την εξουθένωση ως μια κατάσταση συνολικής εξάντλησης που συνδέεται με τη ματαίωση των προσδοκιών και τη διάψευση του νοήματος της εργασίας, αναδεικνύοντας την υπαρξιακή διάσταση του φαινομένου.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα εκτεταμένο και αυξανόμενο πρόβλημα στον χώρο της υγείας. Συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν υψηλά επίπεδα burnout στους νοσηλευτές, τα οποία σχετίζονται με αυξημένες απαιτήσεις, συναισθηματική επιβάρυνση και ανεπαρκείς πόρους (Dall'Ora et al., 2020; Woo et al., 2020). Οι νοσηλευτές, και ειδικότερα όσοι εργάζονται σε απαιτητικά περιβάλλοντα όπως τα χειρουργικά τμήματα, καλούνται να λειτουργούν υπό έντονη πίεση, διαχειριζόμενοι ταυτόχρονα τον ανθρώπινο πόνο, την ευθύνη για τη ζωή των ασθενών και την ανάγκη για άμεσες αποφάσεις, γεγονός που αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης εξουθένωσης (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολυεπίπεδες. Σε ατομικό επίπεδο, συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, σωματικών συμπτωμάτων και μειωμένη ποιότητα ζωής. Σε οργανωσιακό επίπεδο, οδηγεί σε μειωμένη απόδοση, αυξημένα λάθη, χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και υψηλότερη πρόθεση αποχώρησης (Maslach & Leiter, 1997). Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν τη συσχέτιση της εξουθένωσης με τη μείωση της ποιότητας φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών (De Hert, 2020).

Παρά τις επιμέρους διαφοροποιήσεις στις θεωρητικές προσεγγίσεις, υπάρχει ευρεία επιστημονική συναίνεση ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί αποτέλεσμα χρόνιας έκθεσης σε στρεσογόνες συνθήκες και ανεπαρκούς προσαρμογής στις απαιτήσεις της εργασίας. Η κατανόηση του φαινομένου είναι ιδιαίτερα σημαντική,



καθώς επιτρέπει τον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου και τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης και διαχείρισης.

Συνοψίζοντας, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τόσο την ψυχική υγεία των εργαζομένων όσο και τη λειτουργία των οργανισμών. Η μελέτη της είναι ιδιαίτερα κρίσιμη στον χώρο της υγείας, όπου οι αυξημένες απαιτήσεις και η συναισθηματική επιβάρυνση καθιστούν τους εργαζόμενους ιδιαίτερα ευάλωτους στην εμφάνισή της.

2.2 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach

Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach αποτελεί την πιο ευρέως αποδεκτή και εδραιωμένη θεωρητική προσέγγιση για την κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Maslach και οι συνεργάτες της ανέπτυξαν το μοντέλο αυτό με στόχο την αποτύπωση της πολυδιάστατης φύσης του φαινομένου, υποστηρίζοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι ένα μονοδιάστατο φαινόμενο, αλλά ένα σύνδρομο που περιλαμβάνει τρεις διακριτές αλλά αλληλένδετες διαστάσεις (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001). Η προσέγγιση αυτή αποτέλεσε σημείο αναφοράς στη διεθνή βιβλιογραφία και συνέβαλε καθοριστικά τόσο στη θεωρητική κατανόηση όσο και στην εμπειρική διερεύνηση του φαινομένου.

Η πρώτη και κεντρική διάσταση είναι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), η οποία θεωρείται ο πυρήνας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναφέρεται στο αίσθημα έντονης ψυχικής κόπωσης και εξάντλησης των συναισθηματικών πόρων του ατόμου, ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης έκθεσης σε απαιτητικές εργασιακές συνθήκες. Τα άτομα που βιώνουν συναισθηματική εξάντληση συχνά αισθάνονται «άδεια», χωρίς ενέργεια και ανίκανα να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους. Η διάσταση αυτή εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονα σε επαγγέλματα φροντίδας, όπως η νοσηλευτική, όπου η συνεχής συναισθηματική εμπλοκή αποτελεί βασικό στοιχείο της επαγγελματικής δραστηριότητας (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Η δεύτερη διάσταση είναι η αποπροσωποποίηση (depersonalization), η οποία εκφράζεται μέσω αρνητικών, κυνικών ή αποστασιοποιημένων στάσεων απέναντι στους αποδέκτες των υπηρεσιών, όπως ασθενείς ή πελάτες. Στον χώρο της υγείας, η αποπροσωποποίηση μπορεί να εκδηλωθεί ως ψυχρή και απρόσωπη συμπεριφορά



απέναντι στους ασθενείς. Η διάσταση αυτή θεωρείται συχνά ως ένας μηχανισμός ψυχολογικής άμυνας, μέσω του οποίου το άτομο επιχειρεί να προστατευτεί από τη συνεχή συναισθηματική επιβάρυνση (Cordes & Dougherty, 1993).

Η τρίτη διάσταση είναι η μειωμένη προσωπική επίτευξη (reduced personal accomplishment), η οποία αφορά την αίσθηση μειωμένης αποτελεσματικότητας και επιτυχίας στον επαγγελματικό ρόλο. Τα άτομα βιώνουν αμφιβολίες για τις ικανότητές τους, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και απώλεια νοήματος στην εργασία τους, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμηση και την επαγγελματική τους δέσμευση (Maslach & Leiter, 1997).

Οι τρεις αυτές διαστάσεις δεν λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά αλληλεπιδρούν δυναμικά μεταξύ τους. Η συναισθηματική εξάντληση συχνά προηγείται και οδηγεί στην ανάπτυξη αποπροσωποποίησης, ενώ η παρατεταμένη έκθεση σε αυτές τις συνθήκες καταλήγει σε μειωμένη προσωπική επίτευξη. Έτσι, η επαγγελματική εξουθένωση εξελίσσεται ως μια προοδευτική διαδικασία επιδείνωσης, η οποία ενισχύεται με την πάροδο του χρόνου (Maslach et al., 2001).

Η σημασία του μοντέλου ενισχύεται από την ανάπτυξη του εργαλείου Maslach Burnout Inventory (MBI), το οποίο αποτελεί το πιο διαδεδομένο μέσο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Soares et al., 2023). Η χρήση του έχει επιτρέψει τη συστηματική μελέτη του φαινομένου σε διαφορετικά επαγγελματικά πλαίσια και πολιτισμικά περιβάλλοντα, συμβάλλοντας στην ευρεία αποδοχή του μοντέλου.

Η εφαρμογή του μοντέλου στον χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς οι νοσηλευτές εκτίθενται σε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής πίεσης, λόγω της συνεχούς επαφής με τον πόνο, την ασθένεια και την απώλεια. Η παρατεταμένη αυτή επιβάρυνση οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ η αποπροσωποποίηση μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός προστασίας. Παράλληλα, οι οργανωσιακές δυσκολίες, όπως η υποστελέχωση και οι περιορισμένοι πόροι, συμβάλλουν στη μείωση της αίσθησης επαγγελματικής αποτελεσματικότητας (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Η σύγχρονη βιβλιογραφία επιβεβαιώνει τη διαχρονική ισχύ του μοντέλου, ενώ παράλληλα αναδεικνύει τη σημασία των οργανωσιακών παραγόντων στην εμφάνιση της εξουθένωσης. Μελέτες δείχνουν ότι παράγοντες όπως η υπερφόρτωση εργασίας, η έλλειψη ελέγχου και η περιορισμένη υποστήριξη αποτελούν βασικούς



προγνωστικούς δείκτες burnout στους επαγγελματίες υγείας (Dall’Ora et al., 2020; De Hert, 2020).

Παρά τη μεγάλη του αποδοχή, το μοντέλο έχει δεχθεί κριτική, κυρίως ως προς τη σαφή διάκριση των τριών διαστάσεων και τη γραμμική εξέλιξή τους. Επιπλέον, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η εξουθένωση μπορεί να εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το επαγγελματικό πλαίσιο. Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς του, το μοντέλο της Maslach παραμένει το πιο ισχυρό και ευρέως χρησιμοποιούμενο θεωρητικό πλαίσιο, καθώς συνδυάζει θεωρητική πληρότητα και εμπειρική τεκμηρίωση.

Συνοψίζοντας, το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach προσφέρει μια ολοκληρωμένη και πολυεπίπεδη κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναδεικνύοντας τόσο τις διαφορετικές εκφάνσεις του φαινομένου όσο και τη σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατομικών και οργανωσιακών παραγόντων.

2.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss

Το διαδραστικό μοντέλο της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως διατυπώθηκε από τον Cherniss (1980), αποτελεί μία από τις πρώτες συστηματικές προσπάθειες κατανόησης της εξουθένωσης ως εξελισσόμενης διαδικασίας. Σε αντίθεση με στατικές προσεγγίσεις, το μοντέλο αυτό αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως αποτέλεσμα μιας δυναμικής και συνεχούς αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του εργασιακού περιβάλλοντος, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη διαδικασία προσαρμογής του εργαζομένου στις απαιτήσεις της εργασίας.

Σύμφωνα με τον Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί ένα στιγμιαίο φαινόμενο, αλλά μια σταδιακή και προοδευτική διαδικασία που εξελίσσεται στον χρόνο. Η διαδικασία αυτή ξεκινά όταν το άτομο εισέρχεται στο επαγγελματικό περιβάλλον με συγκεκριμένες προσδοκίες, αξίες και ιδανικά, τα οποία συχνά δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές συνθήκες εργασίας. Η ασυμφωνία μεταξύ προσδοκιών και πραγματικότητας αποτελεί έναν κρίσιμο μηχανισμό εκκίνησης της εξουθένωσης, καθώς οδηγεί σε απογοήτευση και διάψευση επαγγελματικών προσδοκιών (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Κεντρικό στοιχείο του μοντέλου αποτελεί η έννοια της προσαρμογής. Όταν οι απαιτήσεις της εργασίας υπερβαίνουν τους διαθέσιμους πόρους, το άτομο βιώνει



άγχος, απογοήτευση και αίσθημα ανεπάρκειας (Lim & Ooi, 2025). Στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί, αναπτύσσει στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες δεν είναι πάντα λειτουργικές. Συχνά παρατηρείται συναισθηματική απόσυρση, αποστασιοποίηση και μείωση της επαγγελματικής εμπλοκής, στρατηγικές που αρχικά λειτουργούν προστατευτικά, αλλά μακροπρόθεσμα ενισχύουν την εξουθένωση.

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο της προσέγγισης του Cherniss είναι η έμφαση στην απώλεια κινήτρων και επαγγελματικής δέσμευσης (Ozturk, 2020). Η εξουθένωση δεν περιορίζεται μόνο σε συναισθηματική κόπωση, αλλά περιλαμβάνει μια σταδιακή αποδυνάμωση της επαγγελματικής ταυτότητας και της ψυχολογικής επένδυσης στην εργασία. Το άτομο παύει να αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη απόδοση και αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση.

Σε θεωρητικό επίπεδο, το μοντέλο διαφοροποιείται ουσιαστικά από αυτό της Maslach, καθώς δεν εστιάζει κυρίως στις διαστάσεις της εξουθένωσης, αλλά στη διαδικασία ανάπτυξής της. Προσφέρει, έτσι, μια χρονική και εξελικτική διάσταση, συμβάλλοντας στην κατανόηση του burnout ως μιας πορείας που διαμορφώνεται μέσα από την εμπειρία του εργαζομένου και την αλληλεπίδρασή του με το περιβάλλον. Η προσέγγιση αυτή προσεγγίζει σύγχρονες θεωρίες οργανωσιακού στρες, οι οποίες αντιλαμβάνονται την εξουθένωση ως δυναμικό και πολυπαραγοντικό φαινόμενο (Bakker & Demerouti, 2017; Dall’Ora et al., 2020).

Η εφαρμογή του μοντέλου στον χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι επαγγελματίες υγείας, και ειδικότερα οι νοσηλευτές, εισέρχονται συχνά στο επάγγελμα με υψηλά ιδανικά, όπως η φροντίδα και η προσφορά. Ωστόσο, η καθημερινή έκθεση σε απαιτητικές συνθήκες, όπως η υποστελέχωση, η πίεση χρόνου και η συναισθηματική επιβάρυνση, μπορεί να οδηγήσει σε σταδιακή απογοήτευση και απώλεια κινήτρων. Η διαδικασία αυτή αντανάκλα πλήρως τη δυναμική που περιγράφει ο Cherniss (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Επιπλέον, το μοντέλο συνδέεται άμεσα με οργανωσιακούς παράγοντες, καθώς αναγνωρίζει ότι η ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος επηρεάζει καθοριστικά την πορεία της εξουθένωσης. Παράγοντες όπως η έλλειψη υποστήριξης, η περιορισμένη αυτονομία, οι αυξημένες απαιτήσεις και η ανεπαρκής αναγνώριση μπορούν να επιταχύνουν τη διαδικασία και να ενισχύσουν την ψυχολογική επιβάρυνση των εργαζομένων (Cooper et al., 2001).



Παρά τη σημαντική του συμβολή, το μοντέλο έχει δεχθεί κριτική, κυρίως λόγω της δυσκολίας σαφούς οριοθέτησης των σταδίων της εξουθένωσης και της έλλειψης συγκεκριμένων εργαλείων μέτρησης. Επιπλέον, η πορεία της εξουθένωσης δεν είναι απαραίτητα γραμμική, καθώς διαφορετικά άτομα μπορεί να βιώνουν διαφορετικές τροχίες εξέλιξης. Ωστόσο, η αξία του μοντέλου έγκειται στην έμφαση που δίνει στη διαδικασία και στη δυναμική φύση του φαινομένου.

Συνοψίζοντας, το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss προσφέρει μια ουσιαστική θεωρητική συμβολή στην κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναδεικνύοντας τον ρόλο της προσαρμογής, της διάψευσης προσδοκιών και της σταδιακής αποδυνάμωσης της επαγγελματικής δέσμευσης μέσα στο εργασιακό περιβάλλον.

2.4 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky

Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980) αποτελεί μία σημαντική θεωρητική προσέγγιση για την κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς εστιάζει στη σταδιακή εξέλιξη του φαινομένου μέσα από διακριτά στάδια. Σε αντίθεση με προσεγγίσεις που περιγράφουν την εξουθένωση κυρίως μέσω επιμέρους διαστάσεων, το συγκεκριμένο μοντέλο την αντιμετωπίζει ως μια δυναμική και αναπτυξιακή διαδικασία, η οποία συνδέεται με τη μεταβολή των προσδοκιών, των συναισθημάτων και της στάσης του εργαζομένου απέναντι στην εργασία του. Με τον τρόπο αυτό, εισάγει μια χρονική διάσταση στη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Σύμφωνα με τους Edelwich & Brodsky (1980), η επαγγελματική εξουθένωση εξελίσσεται μέσα από τέσσερα βασικά στάδια: τον ενθουσιασμό, τη στασιμότητα, την απογοήτευση και την απάθεια. Τα στάδια αυτά δεν αποτελούν αυστηρά διακριτές ή γραμμικές φάσεις, αλλά περιγράφουν μια τυπική πορεία που μπορεί να ακολουθήσουν οι εργαζόμενοι υπό συνθήκες παρατεταμένου εργασιακού στρες.

Το πρώτο στάδιο, ο ενθουσιασμός, χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα ιδεαλισμού, προσδοκιών και επαγγελματικής δέσμευσης. Το άτομο εισέρχεται στο επάγγελμα με έντονα κίνητρα, ενέργεια και επιθυμία προσφοράς, ιδιαίτερα σε επαγγέλματα φροντίδας, όπως η νοσηλευτική. Ωστόσο, οι προσδοκίες αυτές είναι συχνά υπερβολικά υψηλές ή μη ρεαλιστικές, γεγονός που δημιουργεί τις βάσεις για



μελλοντική απογοήτευση όταν έρθουν σε σύγκρουση με την πραγματικότητα του εργασιακού περιβάλλοντος (Κάντας, 1998).

Στο δεύτερο στάδιο, τη στασιμότητα, το άτομο αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι η εργασία δεν ανταποκρίνεται πλήρως στις αρχικές του προσδοκίες. Οι απαιτήσεις αυξάνονται, ενώ οι ανταμοιβές τόσο υλικές όσο και ψυχολογικές δεν είναι ανάλογες της προσπάθειας. Ως αποτέλεσμα, μειώνεται σταδιακά ο ενθουσιασμός και εμφανίζονται τα πρώτα σημάδια επαγγελματικής δυσaráεσκειας και απογοήτευσης.

Το τρίτο στάδιο, η απογοήτευση, αποτελεί κρίσιμο σημείο στην εξέλιξη της εξουθένωσης. Το άτομο βιώνει έντονο άγχος, ματαιώση και αίσθημα αδυναμίας να επηρεάσει τις συνθήκες εργασίας του. Η εργασία αρχίζει να εκλαμβάνεται ως πηγή πίεσης και ψυχολογικής επιβάρυνσης, ενώ μειώνεται σημαντικά η επαγγελματική ικανοποίηση. Σε αυτό το στάδιο εμφανίζονται στοιχεία που συνδέονται με άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις της εξουθένωσης, όπως η συναισθηματική εξάντληση και η αρνητική στάση απέναντι στην εργασία (Maslach et al., 2001).

Τέλος, στο στάδιο της απάθειας, το άτομο παρουσιάζει έντονη συναισθηματική αποστασιοποίηση και μειωμένη εμπλοκή με την εργασία. Η απάθεια λειτουργεί ως μηχανισμός ψυχολογικής άμυνας, μέσω του οποίου το άτομο επιχειρεί να προστατευτεί από τη συνεχή επιβάρυνση. Η εργασία εκτελείται πλέον μηχανικά, χωρίς ενδιαφέρον ή προσωπική επένδυση, γεγονός που αντανakλά την πλήρη εγκατάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η σημασία του μοντέλου έγκειται στο γεγονός ότι αναδεικνύει τη χρονική και εξελικτική φύση της εξουθένωσης, υπογραμμίζοντας ότι πρόκειται για μια διαδικασία που αναπτύσσεται σταδιακά και όχι για ένα στιγμιαίο φαινόμενο. Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων ενδείξεων εξουθένωσης και την ανάπτυξη προληπτικών παρεμβάσεων. Παράλληλα, συνδέεται με σύγχρονες θεωρήσεις του burnout ως δυναμικής διαδικασίας που επηρεάζεται από τη συνεχή αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος (Dall'Ora et al., 2020).

Η εφαρμογή του μοντέλου στον χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι νοσηλευτές συχνά ξεκινούν την επαγγελματική τους πορεία με υψηλά ιδανικά και έντονη επιθυμία προσφοράς. Ωστόσο, η συνεχής έκθεση σε απαιτητικές συνθήκες, όπως η υποστελέχωση, η πίεση χρόνου και η συναισθηματική επιβάρυνση, μπορεί να οδηγήσει σταδιακά στη μετάβαση από τον ενθουσιασμό στην απογοήτευση και τελικά στην απάθεια (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).



Επιπλέον, το μοντέλο αναδεικνύει τη σημασία των οργανωσιακών παραγόντων, καθώς η αποτυχία ικανοποίησης των προσδοκιών συνδέεται με παράγοντες όπως η έλλειψη υποστήριξης, η περιορισμένη αυτονομία και η ασυμφωνία μεταξύ προσπαθειών και ανταμοιβών. Οι παράγοντες αυτοί επιταχύνουν τη μετάβαση μεταξύ των σταδίων και ενισχύουν την εμπειρία της εξουθένωσης (Cooper et al., 2001).

Παρά τη σημαντική του συμβολή, το μοντέλο έχει δεχθεί κριτική, κυρίως λόγω της γραμμικής απεικόνισης της εξέλιξης της εξουθένωσης, ενώ στην πράξη η διαδικασία μπορεί να είναι πιο σύνθετη και μη γραμμική. Επιπλέον, δεν λαμβάνει επαρκώς υπόψη τις ατομικές διαφορές και τους προστατευτικούς παράγοντες. Ωστόσο, παραμένει ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εννοιολογικό εργαλείο για την κατανόηση της πορείας της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Συνοψίζοντας, το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980) προσφέρει μια σαφή και αναπτυξιακή προσέγγιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναδεικνύοντας τον ρόλο των προσδοκιών, της απογοήτευσης και της σταδιακής αποστασιοποίησης του εργαζομένου από την εργασία, καθώς και τη σημασία των οργανωσιακών συνθηκών στη διαμόρφωση του φαινομένου.

2.5 Το μονοδιάστατο μοντέλο της Pines

Το μονοδιάστατο μοντέλο της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως διατυπώθηκε από την Pines (Pines & Aronson, 1988), αποτελεί μία εναλλακτική θεωρητική προσέγγιση σε σχέση με το πολυδιάστατο μοντέλο της Maslach. Σε αντίθεση με την άποψη ότι η εξουθένωση αποτελείται από πολλαπλές διαστάσεις, η Pines υποστηρίζει ότι πρόκειται για ένα ενιαίο και συνολικό φαινόμενο, το οποίο εκφράζεται κυρίως ως γενικευμένη κατάσταση εξάντλησης. Η προσέγγιση αυτή εστιάζει περισσότερο στη βιωματική και υποκειμενική εμπειρία του ατόμου, παρά στη διάκριση επιμέρους συνιστωσών (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης, η οποία προκύπτει από τη μακροχρόνια εμπλοκή του ατόμου σε απαιτητικές και συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις (Pines & Aronson, 1988). Η εξάντληση αυτή δεν περιορίζεται αποκλειστικά στο εργασιακό πλαίσιο, αλλά επηρεάζει



συνολικά τη λειτουργικότητα, την ψυχική ισορροπία και την ποιότητα ζωής του ατόμου, γεγονός που αναδεικνύει τη γενικευμένη φύση του φαινομένου.

Κεντρικό στοιχείο του μοντέλου αποτελεί η υπαρξιακή διάσταση της εργασίας. Η Pines υποστηρίζει ότι η εργασία δεν αποτελεί μόνο μέσο βιοπορισμού, αλλά και βασική πηγή νοήματος, ταυτότητας και προσωπικής ολοκλήρωσης. Όταν το εργασιακό περιβάλλον δεν επιτρέπει την ικανοποίηση αυτών των αναγκών, δημιουργείται ένα αίσθημα υπαρξιακής ματαιώσης, το οποίο συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση της εξουθένωσης. Με τον τρόπο αυτό, η εξουθένωση δεν ερμηνεύεται μόνο ως αποτέλεσμα στρες, αλλά και ως απώλεια νοήματος στη σχέση του ατόμου με την εργασία (Fountouki & Theofanidis, 2022).

Η θεωρία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο των προσδοκιών και των προσωπικών αξιών. Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται κυρίως όταν υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των ιδανικών του εργαζομένου και της πραγματικότητας του εργασιακού περιβάλλοντος. Η διάσταση αυτή συνδέεται στενά με το συναλλακτικό μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984), καθώς αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο της υποκειμενικής αξιολόγησης και της συναισθηματικής επένδυσης στην εργασία.

Επιπλέον, η εξουθένωση στο μοντέλο της Pines προσεγγίζεται ως αποτέλεσμα μιας χρόνιας διαδικασίας φθοράς, η οποία συνδέεται με την παρατεταμένη έκθεση σε στρεσογόνες συνθήκες και την αδυναμία ικανοποίησης βασικών ψυχολογικών αναγκών. Η διαδικασία αυτή οδηγεί σε συναισθήματα κόπωσης, απογοήτευσης, απελπισίας και απώλειας νοήματος, επηρεάζοντας τόσο την επαγγελματική όσο και την προσωπική ζωή του ατόμου (Κάντας, 1998).

Η εφαρμογή του μοντέλου στον χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι επαγγελματίες υγείας, και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, επιλέγουν συχνά το επάγγελμά τους με έντονα ιδεαλιστικά κίνητρα, όπως η προσφορά και η φροντίδα των ασθενών. Όταν όμως οι πραγματικές συνθήκες εργασίας, όπως η υποστελέχωση, η πίεση χρόνου και οι οργανωσιακές δυσλειτουργίες, δεν επιτρέπουν την υλοποίηση αυτών των αξιών, δημιουργείται έντονη συναισθηματική απογοήτευση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εξουθένωση (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Παράλληλα, το μοντέλο της Pines παρουσιάζει ομοιότητες με σύγχρονες προσεγγίσεις, όπως το μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων–Πόρων, καθώς αναγνωρίζει ότι η ανισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και πόρων αποτελεί βασικό παράγοντα εξουθένωσης. Ωστόσο, διαφοροποιείται ως προς την έμφαση που δίνει στη



νοηματοδότηση της εργασίας και στη συναισθηματική εμπλοκή του ατόμου, προσδίδοντας μια πιο ανθρωποκεντρική και υπαρξιακή διάσταση στο φαινόμενο (Bakker & Demerouti, 2007; Dall’Ora et al., 2020).

Παρά τη σημαντική της συμβολή, η θεωρία έχει δεχθεί κριτική, κυρίως επειδή προσεγγίζει την εξουθένωση ως μονοδιάστατο φαινόμενο, παραβλέποντας τις επιμέρους εκφάνσεις που έχουν αναδειχθεί από άλλες θεωρίες, όπως αυτή της Maslach. Επιπλέον, η έμφαση στην υποκειμενική εμπειρία καθιστά πιο δύσκολη την αντικειμενική μέτρηση και σύγκριση των επιπέδων εξουθένωσης μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών.

Ωστόσο, το μοντέλο των Pines & Aronson (1988) παραμένει ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς αναδεικνύει τη βαθύτερη, υπαρξιακή διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τονίζει ότι η απώλεια νοήματος στην εργασία αποτελεί κεντρικό στοιχείο του φαινομένου (Bakker & Demerouti, 2007). Με τον τρόπο αυτό, συμβάλλει στην κατανόηση της εξουθένωσης όχι μόνο ως εργασιακού προβλήματος, αλλά και ως ευρύτερης ψυχολογικής εμπειρίας.

Συνοψίζοντας, το μονοδιάστατο μοντέλο της Pines προσφέρει μια εναλλακτική και συμπληρωματική προσέγγιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, εστιάζοντας στην εξάντληση ως κεντρικό στοιχείο και αναδεικνύοντας τον ρόλο των προσωπικών αξιών, των προσδοκιών και της νοηματοδότησης της εργασίας στη διαμόρφωση του φαινομένου.

2.6 Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων-πόρων

Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων-πόρων (Job Demands–Resources Model – JD-R), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Demerouti et al. (2001), αποτελεί μία από τις πλέον σύγχρονες και ολοκληρωμένες θεωρητικές προσεγγίσεις για την κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το μοντέλο αυτό επιχειρεί να ενοποιήσει προηγούμενες θεωρίες του εργασιακού άγχους και της εξουθένωσης, προσφέροντας ένα ευέλικτο και εμπειρικά τεκμηριωμένο πλαίσιο για την ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία, την απόδοση και τη δέσμευση των εργαζομένων (Bakker & Demerouti, 2007).

Σύμφωνα με το JD-R μοντέλο, κάθε επάγγελμα μπορεί να περιγραφεί μέσω δύο βασικών κατηγοριών παραγόντων: των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών



πόρων. Οι δύο αυτές κατηγορίες βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και καθορίζουν αν το αποτέλεσμα θα είναι η επαγγελματική εξουθένωση ή, αντίθετα, η εργασιακή δέσμευση (Kwon & Tim, 2020).

Οι εργασιακές απαιτήσεις αναφέρονται στις φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή οργανωσιακές πτυχές της εργασίας που απαιτούν συνεχή προσπάθεια και συνδέονται με σωματικό ή ψυχικό κόστος. Τέτοιες απαιτήσεις περιλαμβάνουν τον υψηλό φόρτο εργασίας, την πίεση χρόνου, τη συναισθηματική επιβάρυνση, τις διαπροσωπικές συγκρούσεις και την ευθύνη για κρίσιμες αποφάσεις. Όταν οι απαιτήσεις αυτές είναι έντονες και παρατεταμένες, οδηγούν σε εξάντληση των ενεργειακών αποθεμάτων και, τελικά, σε συναισθηματική εξουθένωση, που αποτελεί βασικό πυρήνα του burnout (Demerouti et al., 2001).

Αντίθετα, οι εργασιακοί πόροι περιλαμβάνουν εκείνα τα στοιχεία της εργασίας που συμβάλλουν στην επίτευξη στόχων, μειώνουν τις αρνητικές επιπτώσεις των απαιτήσεων και ενισχύουν την προσωπική ανάπτυξη. Παραδείγματα αποτελούν η κοινωνική υποστήριξη, η αυτονομία, η αναγνώριση, η σαφήνεια ρόλων και οι ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης. Οι πόροι αυτοί λειτουργούν τόσο προστατευτικά απέναντι στην εξουθένωση όσο και ενισχυτικά ως προς την κινητοποίηση και την επαγγελματική δέσμευση (Bakker & Demerouti, 2007).

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του JD-R μοντέλου είναι η διάκριση μεταξύ δύο θεμελιωδών ψυχολογικών διαδικασιών: της διαδικασίας ενεργειακής εξάντλησης και της διαδικασίας κινητοποίησης. Στην πρώτη, οι υψηλές απαιτήσεις οδηγούν σε εξάντληση και ψυχοσωματική επιβάρυνση. Στη δεύτερη, οι επαρκείς πόροι ενισχύουν το κίνητρο, τη δέσμευση και την απόδοση. Η συνύπαρξη αυτών των δύο διαδικασιών καθιστά το μοντέλο ιδιαίτερα ολοκληρωμένο, καθώς εξηγεί τόσο τις αρνητικές όσο και τις θετικές εκβάσεις της εργασιακής εμπειρίας (Bakker & Demerouti, 2017).

Η σύγχρονη εξέλιξη του μοντέλου έχει αναδείξει και τον ρόλο των προσωπικών πόρων (personal resources), όπως η αυτοαποτελεσματικότητα, η ανθεκτικότητα και η αισιοδοξία, οι οποίοι επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται τις εργασιακές απαιτήσεις. Οι πόροι αυτοί λειτουργούν ενισχυτικά, αυξάνοντας την ανθεκτικότητα απέναντι στο στρες και μειώνοντας την πιθανότητα εμφάνισης εξουθένωσης (Bakker & Demerouti, 2023).

Το JD-R μοντέλο παρουσιάζει σημαντική συνάφεια με προηγούμενες θεωρίες. Συνδέεται με το μοντέλο Απαιτήσεων–Ελέγχου του Karasek (1979), καθώς και τα



δύο δίνουν έμφαση στην ισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και ελέγχου. Παράλληλα, ευθυγραμμίζεται με το συναλλακτικό μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984), αναγνωρίζοντας τον ρόλο της υποκειμενικής αξιολόγησης. Επιπλέον, συνδέεται άμεσα με το μοντέλο της Maslach, καθώς η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί βασικό αποτέλεσμα της ανισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και πόρων (Maslach et al., 2001).

Η εφαρμογή του μοντέλου στον χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι νοσηλευτές, και ειδικότερα όσοι εργάζονται σε απαιτητικά περιβάλλοντα όπως τα χειρουργικά τμήματα, αντιμετωπίζουν υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, όπως έντονο φόρτο εργασίας, πίεση χρόνου, ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών και συναισθηματική επιβάρυνση. Όταν οι απαιτήσεις αυτές δεν συνοδεύονται από επαρκείς πόρους, αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Αντίθετα, η ενίσχυση των εργασιακών πόρων μπορεί να λειτουργήσει ως βασικός προστατευτικός μηχανισμός. Ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, η ενίσχυση της αυτονομίας και η παροχή ευκαιριών ανάπτυξης συμβάλλουν στη μείωση του άγχους και στην ενίσχυση της επαγγελματικής δέσμευσης. Σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η ενίσχυση των πόρων αποτελεί έναν από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους πρόληψης της εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας (Dall’Ora et al., 2020; De Hert, 2020).

Παρά τη μεγάλη του αποδοχή, το μοντέλο JD-R έχει δεχθεί ορισμένες κριτικές, κυρίως επειδή οι έννοιες των απαιτήσεων και των πόρων μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με το επάγγελμα και το πολιτισμικό πλαίσιο (Kwon & Tim, 2020). Ωστόσο, η ευελιξία αυτή αποτελεί ταυτόχρονα και βασικό πλεονέκτημα, καθώς επιτρέπει την προσαρμογή του μοντέλου σε διαφορετικά εργασιακά περιβάλλοντα και επαγγελματικές ομάδες.

Συνοψίζοντας, το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων-πόρων προσφέρει ένα σύγχρονο, δυναμικό και ολοκληρωμένο θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναδεικνύοντας τη σημασία της ισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και πόρων. Η εφαρμογή του είναι ιδιαίτερα κρίσιμη στον χώρο της υγείας, όπου οι αυξημένες απαιτήσεις καθιστούν απαραίτητη την ύπαρξη ισχυρών υποστηρικτικών μηχανισμών για τη διασφάλιση της ευημερίας των εργαζομένων και της ποιότητας των υπηρεσιών.



Κεφάλαιο 3. Το Στρες και η Εξουθένωση στον Νοσηλευτικό Τομέα

3.1 Παράγοντες που προκαλούν στρες στους νοσηλευτές

Το εργασιακό άγχος στον νοσηλευτικό τομέα αποτελεί ένα από τα πλέον διαδεδομένα και κρίσιμα φαινόμενα που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την επαγγελματική λειτουργικότητα των εργαζομένων. Οι νοσηλευτές δραστηριοποιούνται σε ένα ιδιαίτερα απαιτητικό περιβάλλον, το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο ευθύνης, έντονη συναισθηματική επιβάρυνση και συνεχή έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του εργασιακού άγχους είναι πολυδιάστατοι και σχετίζονται τόσο με το ίδιο το αντικείμενο της εργασίας όσο και με τις οργανωσιακές συνθήκες (McVicar, 2003).

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες είναι ο υψηλός φόρτος εργασίας. Η ανεπαρκής στελέχωση των υγειονομικών μονάδων, σε συνδυασμό με την αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, οδηγεί σε υπερφόρτωση των νοσηλευτών, οι οποίοι καλούνται να ανταποκριθούν σε πολλαπλές και συχνά ταυτόχρονες απαιτήσεις. Η κατάσταση αυτή συνδέεται άμεσα με αυξημένα επίπεδα στρες και εξουθένωσης, ενώ έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει και την ασφάλεια των ασθενών (Aiken et al., 2002; Dall'Ora et al., 2020).

Η πίεση χρόνου και η ανάγκη για ταχεία λήψη αποφάσεων αποτελούν επίσης κρίσιμους παράγοντες. Η διαχείριση επειγόντων περιστατικών και η ευθύνη για τη ζωή των ασθενών απαιτούν υψηλό επίπεδο συγκέντρωσης και ακρίβειας, ενισχύοντας την ψυχολογική ένταση και το αίσθημα ευθύνης (Pradas-Hernández et al., 2018). Σε περιβάλλοντα υψηλής έντασης, όπως τα νοσοκομεία, ακόμη και μικρές καθυστερήσεις μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες, γεγονός που αυξάνει περαιτέρω το άγχος.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η συναισθηματική επιβάρυνση, η οποία αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής εργασίας. Η συνεχής επαφή με τον πόνο, την ασθένεια και τον θάνατο δημιουργεί έντονη ψυχολογική πίεση, η οποία, όταν είναι παρατεταμένη, οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση και ψυχική κόπωση (Piko, 2006). Σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η συναισθηματική εργασία αποτελεί βασικό προγνωστικό παράγοντα στρες και burnout στους νοσηλευτές (Woo et al., 2020).



Οι διαπροσωπικές σχέσεις στον χώρο εργασίας αποτελούν επίσης καθοριστικό παράγοντα. Συγκρούσεις με συναδέλφους ή ιατρούς, η έλλειψη συνεργασίας και η ανεπαρκής επικοινωνία επιβαρύνουν το εργασιακό κλίμα και εντείνουν την ψυχολογική πίεση. Η ποιότητα των επαγγελματικών σχέσεων έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει άμεσα τόσο την ευημερία των εργαζομένων όσο και την αποτελεσματικότητα των ομάδων υγείας (Leiter & Maslach, 1988).

Η περιορισμένη αυτονομία και ο χαμηλός βαθμός ελέγχου επί της εργασίας αποτελούν επιπλέον σημαντικούς παράγοντες στρες. Οι νοσηλευτές συχνά έχουν περιορισμένη δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, γεγονός που ενισχύει το αίσθημα αδυναμίας και μειώνει την εργασιακή ικανοποίηση. Το φαινόμενο αυτό ερμηνεύεται αποτελεσματικά από το μοντέλο Απαιτήσεων–Ελέγχου, σύμφωνα με το οποίο ο συνδυασμός υψηλών απαιτήσεων και χαμηλού ελέγχου οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα εργασιακού άγχους (Karasek, 1979).

Παράλληλα, οι οργανωσιακοί παράγοντες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο. Η έλλειψη υποστήριξης, η ασάφεια ρόλων, η ανεπαρκής αναγνώριση και οι περιορισμένοι πόροι δημιουργούν ένα δυσλειτουργικό εργασιακό περιβάλλον, το οποίο ενισχύει το στρες. Σύμφωνα με το μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων–Πόρων (JD-R), η ανισορροπία μεταξύ αυξημένων απαιτήσεων και περιορισμένων πόρων αποτελεί βασικό μηχανισμό εμφάνισης εργασιακού άγχους και εξουθένωσης (Bakker & Demerouti, 2007).

Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν έναν ακόμη κρίσιμο παράγοντα. Η εργασία σε βάρδιες, ιδιαίτερα η νυχτερινή απασχόληση, καθώς και η έλλειψη επαρκούς ανάπαυσης διαταράσσουν τον κιρκάδιο ρυθμό και επηρεάζουν αρνητικά τη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Οι παράγοντες αυτοί συνδέονται με αυξημένα επίπεδα κόπωσης, μειωμένη συγκέντρωση και υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης στρες.

Επιπλέον, τα ατομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν σημαντικά την εμπειρία του στρες. Η προσωπικότητα, η επαγγελματική εμπειρία, η ανθεκτικότητα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται τις στρεσογόνες καταστάσεις (Lazarus & Folkman, 1984). Η διαφοροποίηση αυτή εξηγεί γιατί εργαζόμενοι που εκτίθενται στις ίδιες συνθήκες μπορεί να βιώνουν διαφορετικά επίπεδα άγχους.



Στο ελληνικό πλαίσιο, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και οι διαρθρωτικές αδυναμίες του συστήματος υγείας έχουν επιδεινώσει σημαντικά τις εργασιακές συνθήκες. Η υποστελέχωση, η έλλειψη πόρων και η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας δημιουργούν ένα ιδιαίτερα επιβαρυντικό περιβάλλον για τους νοσηλευτές, ενισχύοντας τα επίπεδα εργασιακού άγχους (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Συνοψίζοντας, το εργασιακό άγχος στον νοσηλευτικό τομέα αποτελεί αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλαπλών παραγόντων που σχετίζονται με τις απαιτήσεις της εργασίας, τις οργανωσιακές συνθήκες, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τα ατομικά χαρακτηριστικά. Η κατανόηση των παραγόντων αυτών είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και διαχείρισης, με στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

3.2 Αίτια και παράγοντες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση στον νοσηλευτικό τομέα αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας έκθεσης σε στρεσογόνες συνθήκες εργασίας και της περιορισμένης δυνατότητας του ατόμου να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις απαιτήσεις του επαγγελματικού του ρόλου. Τα αίτια της εξουθένωσης δεν αποδίδονται σε έναν μεμονωμένο παράγοντα, αλλά προκύπτουν από τη σύνθετη αλληλεπίδραση οργανωσιακών, επαγγελματικών και ατομικών παραμέτρων (Maslach et al., 2001).

Κεντρικό ρόλο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης διαδραματίζουν οι αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις και ο υψηλός φόρτος εργασίας. Οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν σε πολλαπλές και συχνά αντικρουόμενες ευθύνες, υπό συνθήκες έντονης χρονικής πίεσης και περιορισμένων πόρων. Η συνεχής αυτή επιβάρυνση οδηγεί σε σταδιακή εξάντληση των σωματικών και ψυχικών αποθεμάτων, αποτελώντας βασικό μηχανισμό ανάπτυξης της εξουθένωσης, όπως περιγράφεται και στο μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων–Πόρων (Demerouti et al., 2001; Dall’Ora et al., 2020).

Εξίσου σημαντική είναι η έλλειψη εργασιακών πόρων, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η αναγνώριση και η αυτονομία. Σύμφωνα με το JD-R μοντέλο, όταν οι υψηλές απαιτήσεις δεν συνοδεύονται από επαρκείς πόρους, ενεργοποιείται η διαδικασία ενεργειακής εξάντλησης, η οποία οδηγεί σε burnout. Η απουσία



υποστήριξης από συναδέλφους και προϊσταμένους ενισχύει το αίσθημα απομόνωσης και μειώνει την ικανότητα του εργαζομένου να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις εργασιακές δυσκολίες (Bakker & Demerouti, 2007).

Η περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου και συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων αποτελεί επίσης κρίσιμο παράγοντα. Οι νοσηλευτές συχνά διαθέτουν περιορισμένη αυτονομία, γεγονός που ενισχύει το αίσθημα αδυναμίας και μειώνει την επαγγελματική ικανοποίηση. Η κατάσταση αυτή ερμηνεύεται από το μοντέλο Απαιτήσεων–Ελέγχου, σύμφωνα με το οποίο ο συνδυασμός υψηλών απαιτήσεων και χαμηλού ελέγχου οδηγεί σε αυξημένο εργασιακό άγχος και εξουθένωση (Karasek, 1979).

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας είναι η ασυμφωνία μεταξύ προσωπικών αξιών και εργασιακής πραγματικότητας. Οι επαγγελματίες υγείας εισέρχονται συχνά στο επάγγελμα με ισχυρά ιδεαλιστικά κίνητρα, όπως η φροντίδα και η προσφορά. Όταν οι συνθήκες εργασίας δεν επιτρέπουν την υλοποίηση αυτών των αξιών, δημιουργείται έντονη απογοήτευση και ματαίωση, που οδηγεί σε απώλεια νοήματος και ενισχύει την εξουθένωση, όπως υποστηρίζει και η θεωρία της Pines (Pines & Aronson, 1988).

Η συναισθηματική επιβάρυνση της εργασίας αποτελεί έναν από τους πλέον επιβαρυντικούς παράγοντες. Η καθημερινή επαφή με τον πόνο, την ασθένεια και τον θάνατο απαιτεί συνεχή συναισθηματική εμπλοκή, η οποία, όταν είναι παρατεταμένη, οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση (Maslach et al., 2001). Σύγχρονες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η συναισθηματική εργασία αποτελεί βασικό προγνωστικό παράγοντα burnout στους νοσηλευτές (Woo et al., 2020).

Παράλληλα, οι οργανωσιακοί παράγοντες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο. Η κακή οργάνωση της εργασίας, η ασάφεια ρόλων, η ανεπαρκής στελέχωση και η περιορισμένη αναγνώριση ενισχύουν την επαγγελματική δυσαρέσκεια. Επιπλέον, η έλλειψη οργανωσιακής δικαιοσύνης και η άνιση κατανομή πόρων δημιουργούν αισθήματα αδικίας, τα οποία συνδέονται με αυξημένα επίπεδα εξουθένωσης (Leiter & Maslach, 2004).

Οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας, όπως η εργασία σε βάρδιες και η νυχτερινή απασχόληση, αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Η διαταραχή του κιρκάδιου ρυθμού και η ανεπαρκής ανάπαυση οδηγούν σε σωματική κόπωση και μειωμένη ανθεκτικότητα, αυξάνοντας την ευαλωτότητα των εργαζομένων στο στρες και την εξουθένωση (Ungurianu & Marina, 2025).



Τα ατομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση της εξουθένωσης. Η προσωπικότητα, η ανθεκτικότητα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και η επαγγελματική εμπειρία καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται τις απαιτήσεις της εργασίας. Άτομα με περιορισμένες δεξιότητες διαχείρισης στρες εμφανίζουν αυξημένη ευαλωτότητα στην ανάπτυξη burnout (Marković et al., 2024).

Στο ελληνικό πλαίσιο, οι παραπάνω παράγοντες ενισχύονται λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών του συστήματος υγείας. Η υποστελέχωση, οι περιορισμένοι πόροι και η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών δημιουργούν ένα περιβάλλον υψηλής πίεσης, το οποίο ευνοεί την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Συνοψίζοντας, η επαγγελματική εξουθένωση στον νοσηλευτικό τομέα αποτελεί αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης αυξημένων εργασιακών απαιτήσεων, περιορισμένων πόρων, οργανωσιακών δυσλειτουργιών και ατομικών χαρακτηριστικών. Η εις βάθος κατανόηση των παραγόντων αυτών είναι καθοριστικής σημασίας για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης και διαχείρισης της εξουθένωσης, με στόχο τη διασφάλιση της ευημερίας των εργαζομένων και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

3.3 Επιπτώσεις του στρες και της εξουθένωσης στους νοσηλευτές και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Το εργασιακό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση έχουν εκτεταμένες και πολυεπίπεδες επιπτώσεις, οι οποίες επηρεάζουν τόσο τους ίδιους τους νοσηλευτές όσο και τη συνολική λειτουργία των οργανισμών υγείας. Οι συνέπειες αυτές υπερβαίνουν το επίπεδο της ατομικής εμπειρίας, επηρεάζοντας άμεσα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (Maslach et al., 2001; De Hert, 2020).

Σε ατομικό επίπεδο, μία από τις σημαντικότερες επιπτώσεις είναι η επιδείνωση της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών. Η χρόνια έκθεση σε στρεσογόνες συνθήκες συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, συναισθηματικής εξάντλησης και γενικευμένης ψυχολογικής δυσφορίας. Οι εργαζόμενοι βιώνουν συχνά έντονη κόπωση, απώλεια ενδιαφέροντος και μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη συνολική τους ευημερία (Piko, 2006; Cahill et al., 2021).



Παράλληλα, το στρες και η εξουθένωση έχουν σημαντικές επιπτώσεις και στη σωματική υγεία. Η παρατεταμένη ενεργοποίηση του οργανισμού σε κατάσταση στρες οδηγεί σε διαταραχές ύπνου, χρόνια κόπωση, πονοκεφάλους και γαστρεντερικά προβλήματα, ενώ συνδέεται και με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Η σωρευτική αυτή επιβάρυνση οδηγεί σε σταδιακή αποδυνάμωση των φυσιολογικών λειτουργιών και μείωση της ανθεκτικότητας του οργανισμού.

Σε γνωστικό και επαγγελματικό επίπεδο, οι επιπτώσεις είναι εξίσου σημαντικές. Οι νοσηλευτές που βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους εμφανίζουν μειωμένη συγκέντρωση, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και περιορισμένη ικανότητα διαχείρισης σύνθετων καταστάσεων. Η κατάσταση αυτή αυξάνει την πιθανότητα λαθών, γεγονός ιδιαίτερα κρίσιμο στον χώρο της υγείας, όπου η ασφάλεια των ασθενών εξαρτάται από την ακρίβεια και την εγρήγορση των επαγγελματιών (Aiken et al., 2002; Dall’Ora et al., 2020).

Σε επίπεδο συμπεριφοράς, η εξουθένωση οδηγεί συχνά σε αποστασιοποίηση από την εργασία και μείωση της επαγγελματικής δέσμευσης. Οι νοσηλευτές ενδέχεται να αναπτύξουν στάσεις κυνισμού, αδιαφορίας και μειωμένης ενσυναίσθησης απέναντι στους ασθενείς, στοιχείο που συνδέεται με τη διάσταση της αποπροσωποποίησης. Η εξέλιξη αυτή υποβαθμίζει τη θεραπευτική σχέση και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Maslach & Leiter, 1997).

Σε οργανωσιακό επίπεδο, οι συνέπειες είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές. Παρατηρείται μείωση της παραγωγικότητας, αύξηση των απουσιών και ενίσχυση της πρόθεσης αποχώρησης από την εργασία. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί με αυξημένη κινητικότητα προσωπικού και υψηλότερα ποσοστά εγκατάλειψης του επαγγέλματος, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά τα συστήματα υγείας (Leiter & Maslach, 2009; De Hert, 2020).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η επίδραση των φαινομένων αυτών στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης στους νοσηλευτές σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα ιατρικών λαθών, μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών και συνολική υποβάθμιση της ποιότητας φροντίδας (Montgomery et al., 2021; Betsiou et al., 2022). Η εξουθένωση επηρεάζει αρνητικά την προσοχή, την επικοινωνία και την ικανότητα παροχής ασφαλούς και ολοκληρωμένης φροντίδας (Vahey et al., 2004).



Παράλληλα, η εξουθένωση διαταράσσει τις διαπροσωπικές σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον. Η μειωμένη συνεργασία, οι αυξημένες συγκρούσεις και η έλλειψη εμπιστοσύνης δημιουργούν ένα δυσλειτουργικό εργασιακό κλίμα, το οποίο ενισχύει περαιτέρω το στρες και οδηγεί στη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου επιβάρυνσης (Cooper et al., 2001).

Σε επίπεδο συστήματος υγείας, οι επιπτώσεις είναι ακόμη πιο εκτεταμένες. Η αυξημένη εξουθένωση του προσωπικού οδηγεί σε μειωμένη αποδοτικότητα, αυξημένο οικονομικό κόστος και υποβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών. Στο ελληνικό πλαίσιο, οι συνέπειες αυτές εντείνονται λόγω της υποστελέχωσης, των περιορισμένων πόρων και της αυξημένης ζήτησης υπηρεσιών υγείας, γεγονός που δημιουργεί ένα ιδιαίτερα επιβαρυντικό περιβάλλον για τους νοσηλευτές (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Αξίζει να επισημανθεί ότι οι επιπτώσεις του στρες και της εξουθένωσης δεν λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά αλληλοτροφοδοτούνται. Η επιδείνωση της ψυχικής και σωματικής υγείας οδηγεί σε μειωμένη απόδοση, η οποία με τη σειρά της ενισχύει το άγχος και επιταχύνει την εξουθένωση, δημιουργώντας έναν αυτοτροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο (Bakker & Demerouti, 2007).

Συνοψίζοντας, το εργασιακό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση έχουν σοβαρές και πολυδιάστατες συνέπειες που επηρεάζουν το άτομο, τον οργανισμό και το σύστημα υγείας συνολικά. Η κατανόηση των επιπτώσεων αυτών είναι σημαντική για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και διαχείρισης, με στόχο τη βελτίωση της ευημερίας των νοσηλευτών και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, για αυτό και κρίνεται σημαντική η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.



Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία Έρευνας

4.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων. Συγκεκριμένα, να διερευνήσει τα επίπεδα εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης, πως διαφοροποιούνται αυτά τα επίπεδα ανάλογα τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων και την επίδραση του εργασιακού άγχους στην επαγγελματική εξουθένωση. Κατά αναλογία με τον σκοπό, τα ερευνητικά ερωτήματα είναι:

- 1)*Ποια είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων;*
- 2)*Ποια είναι τα επίπεδα εργασιακού άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων;*
- 3)*Το εργασιακό άγχος αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα κινδύνου αύξησης της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων;*
- 4)*Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες κινδύνου αύξησης της επαγγελματικής εξουθένωσης;*
- 5)*Πως σχετίζονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά με τα επίπεδα εργασιακού άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων;*

4.2 Ερευνητική στρατηγική

Για την διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε η ποσοτική προσέγγιση με χρήση ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, διεξήχθη μία πρωτογενής, διατομεακή ποσοτική έρευνα συσχέτισης και σύγκρισης.

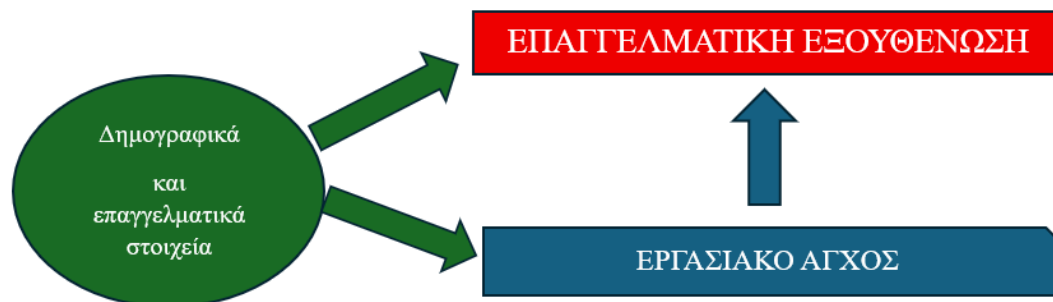
Η έρευνα είναι πρωτογενής καθώς τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού άγχους εκτιμήθηκαν απευθείας από το νοσηλευτικό προσωπικό χειρουργείων και διατομεακή καθώς η συλλογή των δεδομένων έγινε σε ορισμένο



χρονικό διάστημα και όχι σε βάθος χρόνου (Creswell & Creswell, 2018) και συγκεκριμένα από 20/4/2026 έως 11/5/2026.

Επιπλέον, η ποσοτική προσέγγιση θεωρήθηκε κατάλληλη καθώς οι έννοιες που μελετώνται είναι μετρήσιμες (DeVellis, 2016) και συγκεκριμένα η επαγγελματική εξουθένωση (Kristensen et al., 2005) και το εργασιακό άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού (Gray-Toft & Anderson, 1981).

Το ερευνητικό μοντέλο παρουσιάζεται στο παρακάτω Γράφημα. Η έρευνα συσχέτισης αφορά στην επίδραση του εργασιακού άγχους (ανεξάρτητη μεταβλητή) στην επαγγελματική εξουθένωση (εξαρτημένη μεταβλητή), ενώ η έρευνα σύγκρισης αφορά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων στην σύγκριση των επιπέδων του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων που προκύπτουν με βάση τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά (μεταβλητές ελέγχου). Γενικότερα, η ποσοτική προσέγγιση δίνει την δυνατότητα στον ερευνητή μέσω στατιστικών επαγωγικών τεχνικών να διερευνήσει σχέσεις μεταξύ εξαρτημένων, ανεξάρτητων μεταβλητών και μεταβλητών ελέγχου (Muijs, 2013) και να γενικεύσει τα συμπεράσματα για τον ευρύτερο πληθυσμό εφόσον το δειγματοληπτικό σφάλμα είναι μικρό ή για πληθυσμό με χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά του δείγματος (Cohen, Manion & Morrison, 2017).



Γράφημα 1: Ερευνητικό μοντέλο

4.3 Ερευνητικό εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας (βλέπε Παράρτημα) αποτελείται από 66 ερωτήσεις και τις ακόλουθες 4 ενότητες:

Α) Δημογραφικά στοιχεία: Η ενότητα περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις (3 κατηγορικές, 2 σύντομης απάντησης) σχετικά με το φύλο (άντρας, γυναίκα), την ηλικία (έτη), την οικογενειακή κατάσταση (άγαμος/η, έγγαμος/η, σε σχέση/συμβίωση, διαζευγμένος),



τον αριθμό παιδιών και το επίπεδο εκπαίδευσης (Δευτεροβάθμια, ΤΕΙ/ΑΕΙ, Μεταπτυχιακό).

Β) Επαγγελματικά στοιχεία: Η ενότητα περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις (5 κατηγορικές, 3 σύντομης απάντησης) σχετικά με την συνολική επαγγελματική εμπειρία (έτη) και την εμπειρία στο χειρουργείο (έτη), τον τύπο νοσοκομείου (Δημόσιο (ΕΣΥ), Ιδιωτικό, Πανεπιστημιακό) την επαγγελματική θέση (νοσηλεύτης/τρια, βοηθός νοσηλεύτη), τον τύπο εργασιακής σχέσης (μόνιμος/η, επικουρικός/ή, σύμβαση ορισμένου χρόνου, άλλο) τον τύπο απασχόλησης (πλήρης, μερική) τις ώρες εργασίες ανά εβδομάδα και τον τύπος ωραρίου (σταθερό πρωινό, κυλιόμενο, βάρδιες με νυχτερινά).

Γ) Εργασιακό άγχος: Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “The Nursing Stress Scale” (NSS) των Gray-Toft & Anderson (1981) η οποία θεωρείται ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο μέτρησης του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών. Η κλίμακα περιλαμβάνει 34 ερωτήσεις κλίμακας Likert 1-5 (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συχνά, 5=Πάντα) και τους ακόλουθους 7 παράγοντες-αιτίες εργασιακού άγχους:

1)Θάνατος: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις που εστιάζουν στον θάνατο ως αιτία εργασιακού άγχους των νοσηλευτών, όπως π.χ. «Αισθάνομαι άγχος όταν οι ασθενείς βιώνουν επώδυνες διαδικασίες» και «Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο ανέπτυξα στενή σχέση, μου προκαλεί άγχος».

2)Σύγκρουση με γιατρούς: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις που εστιάζουν στις συγκρούσεις με γιατρούς ως αιτία εργασιακού άγχους των νοσηλευτών, όπως π.χ. «Η κριτική από έναν γιατρό, μου προκαλεί άγχος» αλλά και στις συγκρούσεις με γιατρούς για να μη γίνει λάθος στη θεραπεία όπως π.χ. «Ο φόβος μήπως γίνει κάποιο λάθος στη θεραπεία ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος».

3) Ανεπαρκής προετοιμασία: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις που αναφέρουν ως αιτία άγχους των νοσηλευτών την ανεπαρκή προετοιμασία τους να καλύψουν τις απορίες και τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους όπως π.χ. «Αισθάνομαι άγχος όταν μου κάνει μια ερώτηση ένας ασθενής για την οποία δεν έχω μια ικανοποιητική απάντηση» και «Το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για να βοηθηθώ σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες της οικογένειας ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος».

4) Έλλειψη υποστήριξης: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις που αναφέρουν την έλλειψη υποστήριξης από το προσωπικό ως αιτία εργασιακού άγχους των



νοσηλευτών όπως π.χ. «*Η έλλειψη ευκαιρίας για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με άλλο προσωπικό της μονάδας, μου προκαλεί άγχος*».

5) Σύγκρουση με συναδέλφους: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις που εστιάζουν στις συγκρούσεις με συναδέλφους και προϋσταμένους ως αιτία εργασιακού άγχους των νοσηλευτών, όπως π.χ. «*Η δυσκολία στην εργασία με άλλους νοσηλευτές/τριες εκτός της μονάδας μου προκαλεί άγχος*» και «*Η κριτική από έναν προϊστάμενο νοσοκόμο, μου προκαλεί άγχος*».

6) Φόρτος εργασίας: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις που αναφέρουν τον φόρτο εργασίας ως αιτία εργασιακού άγχους των νοσηλευτών, όπως π.χ. «*Αισθάνομαι άγχος όταν απαιτούνται πάρα πολλές μη νοσηλευτικές εργασίες, όπως γραφειακή εργασία*» και «*Αισθάνομαι άγχος όταν δεν έχω αρκετό χρόνο για να ολοκληρώσω όλες τις νοσηλευτικές μου εργασίες*».

7) Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις που εστιάζουν στην αβεβαιότητα για τη θεραπεία ως αιτία εργασιακού άγχους των νοσηλευτών, όπως π.χ. «*Οι ανεπαρκείς πληροφορίες από γιατρό σχετικά με την ιατρική κατάσταση ενός ασθενούς, μου προκαλούν άγχος*» και «*Η αβεβαιότητα σχετικά με τη λειτουργία εξειδικευμένου εξοπλισμού, μου προκαλεί άγχος*».

Δ) Επαγγελματική εξουθένωση: Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “The Copenhagen Burnout Inventory” (CBI) των Kristensen et al. (2005) η οποία θεωρείται ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η κλίμακα περιλαμβάνει 19 ερωτήσεις κλίμακας Likert 1-5 οι οποίες αξιολογούν είτε τη συχνότητα (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συχνά, 5=Πάντα) είτε τον βαθμό (1=Πολύ μικρό βαθμό, 2=Μικρό βαθμό, 3=Κάπως, 4=Μεγάλο βαθμό, 5=Πολύ μεγάλο βαθμό) και τους ακόλουθους 3 παράγοντες-μορφές επαγγελματικής εξουθένωσης:

1) Προσωπική εξουθένωση: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν το προσωπικό βίωμα της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως π.χ. «*Αισθάνομαι εξαντλημένος/η σωματικά*» και «*Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η συναισθηματικά*».

2) Εξουθένωση εργασίας: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις όπου οι 6 αφορούν την ύπαρξη εργασιακής εξουθένωσης, όπως π.χ. «*Κουράζομαι το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάω στη δουλειά*» και 1 την απουσία της: «*Έχω αρκετή ενέργεια να*



αφιερώνω στην οικογένεια και τους φίλους στον ελεύθερο μου χρόνο» η οποία αντιστρέφεται κατά τον υπολογισμό του παράγοντα ($1 \leftrightarrow 5$, $2 \leftrightarrow 4$).

3)Εξουθένωση πελατών: Ο παράγοντας περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω της επαφής με τους πελάτες-ασθενείς όπως π.χ. «Με ενοχλεί να δουλεύω με ασθενείς» και «Αναρωτιέμαι για πόσο ακόμα θα αντέχω να εργάζομαι με ασθενείς».

4.3.1 Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία των εργαλείων του εργασιακού άγχους (NSS) και της επαγγελματικής εξουθένωσης αξιολογήθηκε με τον δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach Alpha ο οποίος μετράει την σταθερότητα των μετρήσεων και την ύπαρξη συστηματικών σφαλμάτων, με ικανοποιητικές να θεωρούνται οι τιμές του συντελεστή στο διάστημα $[0,7,1]$. Τιμές στο διάστημα $[0,8,0,9]$ θεωρούνται υψηλές και τιμές στο $[0,9,1]$ θεωρούνται άριστες (Γαλάνης, 2013).

Αναφορικά με το εργασιακό άγχος, άριστη αξιοπιστία παρατηρήθηκε στους παράγοντες «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($\alpha=0,95$), «Σύγκρουση με γιατρούς» ($\alpha=0,94$), «Θάνατος» ($\alpha=0,93$), «Έλλειψη υποστήριξης» ($\alpha=0,93$), «Σύγκρουση με συναδέλφους» ($\alpha=0,92$), «Φόρτος εργασίας» ($\alpha=0,92$) και «Ανεπαρκής προετοιμασία» ($\alpha=0,90$).

Σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση άριστη αξιοπιστία παρατηρήθηκε στην «Εξουθένωση πελατών» ($\alpha=0,94$) και στην «Προσωπική εξουθένωση» ($\alpha=0,92$) ενώ υψηλή αξιοπιστία παρατηρήθηκε για την «Εξουθένωση εργασίας» ($\alpha=0,89$).

Πίνακας 1: Ανάλυση αξιοπιστίας παραγόντων εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης

Ενότητα	Παράγοντες	Ερωτήσεις	Cronbach Alpha
Εργασιακό άγχος (NSS)	Θάνατος	14-20	0,93
	Σύγκρουση με γιατρούς	21-25	0,94
	Ανεπαρκής προετοιμασία	26-28	0,90
	Έλλειψη υποστήριξης	29-31	0,93
	Σύγκρουση με συναδέλφους	32-36	0,92
	Φόρτος εργασίας	37-42	0,92
	Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	43-47	0,95
Επαγγελματική Εξουθένωση (CBI)	Προσωπική εξουθένωση	48-53	0,92
	Εξουθένωση εργασίας	54-56, 57R, 58-60	0,89
	Εξουθένωση πελατών	61-66	0,94



4.3.2 Εγκυρότητα

Η εγκυρότητα μίας κλίμακας είναι μία έννοια πιο ισχυρή «στατιστικά» από την αξιοπιστία. Μία κλίμακα μπορεί να είναι αξιόπιστη αλλά όχι έγκυρη. Ωστόσο αν είναι έγκυρη τότε σίγουρα θα είναι αξιόπιστη. Η εγκυρότητα αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο μία κλίμακα μετράει την έννοια την οποία ισχυρίζεται ότι μετράει. Υπάρχουν διάφορες μορφές εγκυρότητας όπως

α) η εγκυρότητα όψης η οποία αφορά τον βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες που το συμπλήρωσαν το θεώρησαν κατάλληλο για να μετρήσει την υπομελέτη έννοια.

β) η εγκυρότητα περιεχομένου η οποία αφορά τον βαθμό στον οποίο μία κλίμακα καλύπτει το περιεχόμενο της έννοιας που μελετάει.

γ) η παραγοντική εγκυρότητα η οποία αφορά στην ύπαρξη διακριτών παραγόντων-εννοιών στο εργαλείο, κάτι το οποίο αποδεικνύεται με την τεχνική της Παραγοντικής ανάλυσης (Γαλάνης, 2013).

δ) η συγκλίνουσα εγκυρότητα, η οποία αφορά στη μονοδιάστατη φύση των παραγόντων του εργαλείου, δηλαδή ότι δεν αναλύονται σε επιμέρους. Η συγκεκριμένη μορφή εγκυρότητας αποδεικνύεται μέσω του συντελεστή AVE (Average Variance Extracted) όπου ικανοποιητικές θεωρούνται οι τιμές 50% και άνω (Hair et al., 2019).

ε) η διακρίνουσα εγκυρότητα η οποία αφορά στον βαθμό στον οποίο οι παράγοντες ενός εργαλείου διακρίνονται μεταξύ τους. Η συγκεκριμένη μορφή εγκυρότητας αποδεικνύεται όταν η $\sqrt{AVE}$ είναι για κάθε παράγοντα μεγαλύτερη από οποιαδήποτε άλλη συσχέτιση με άλλους παράγοντες του ίδιου εργαλείου (Hair et al., 2019).

στ) εγκυρότητα κριτηρίου η οποία αφορά στην ύπαρξη θετικής ισχυρής συσχέτισης του εξεταζόμενου εργαλείου με ένα άλλο εργαλείο που αποδεδειγμένα μετράει την ίδια έννοια με ισχυρή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Γαλάνης, 2013).

4.3.3 Εργασιακό άγχος

Η κλίμακα NSS σύμφωνα με τους κατασκευαστές (Gray-Toft & Anderson, 1981) θεωρείται έγκυρη μέσω της εγκυρότητας περιεχομένου και της παραγοντικής εγκυρότητας.

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση με Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών, υποχρεωτική εξαγωγή 7 παραγόντων και περιστροφή Varimax. Τα δεδομένα ήταν κατάλληλα για την διεξαγωγή της Παραγοντικής ανάλυσης καθώς ο



συντελεστής ΚΜΟ (Kaiser-Meyer-Olkin test) ήταν πολύ υψηλός ($0,92 > 0,8$) (Καρλής, 2005). Οι 7 παράγοντες ερμήνευσαν συνολικά ένα υψηλό 80,89% της συνολικής διακύμανσης. Οι φορτίσεις σε κάθε παράγοντα ήταν ικανοποιητικές και συγκεκριμένα στο διάστημα $[0,46, 0,87]$ (Bryant & Yarnold, 1995). Ο 1^{ος} παράγοντας αφορά το «Θάνατο», ο 2^{ος} την «Αβεβαιότητα θεραπείας», ο 3^{ος} τον «Φόρτος εργασίας», ο 4^{ος} τη Σύγκρουση με συναδέλφους», ο 5^{ος} τη «Σύγκρουση με γιατρούς», ο 6^{ος} την «Έλλειψη υποστήριξης» και ο 7^{ος} την «Ανεπαρκή προετοιμασία».

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα ικανοποιήθηκε σε όλους τους παράγοντες καθώς οι τιμές του συντελεστή AVE ήταν στο διάστημα $[70,12\%, 88,03\%]$. Επιπλέον, μέσα από τον πίνακα συσχετίσεων αποδεικνύεται και η διακρίνουσα εγκυρότητα των παραγόντων του εργασιακού άγχους (NSS) καθώς η $\sqrt{AVE}$ για κάθε παράγοντα (στην κύρια διαγώνιο) είναι μεγαλύτερη από οποιαδήποτε άλλη συσχέτιση με άλλους παράγοντες του εργασιακού άγχους.

Πίνακας 2: Παραγοντική ανάλυση για το εργασιακό άγχος (NSS)

Ερωτήσεις	1. Θάνατος	2. Αβεβαιότητα θεραπείας	3. Φόρτος εργασίας	4. Σύγκρουση με συναδέλφους	5. Σύγκρουση με γιατρούς	6. Έλλειψη υποστήριξης	7. Ανεπαρκής προετοιμασία
18. Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο ανέπτυξα στενή σχέση, μου προκαλεί άγχος	0,87						
15. Αισθάνομαι άγχος στην περίπτωση ασθενούς που δεν βελτιώνεται	0,75						
17. Ο θάνατος ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος	0,74						
19. Η απουσία γιατρού κατά τον θάνατο ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος	0,71						
16. Αισθάνομαι άγχος όταν ακούω ή μιλάω σε έναν ασθενή σχετικά με τον επικείμενο θάνατό του	0,70						
14. Αισθάνομαι άγχος όταν οι ασθενείς βιώνουν επώδυνες διαδικασίες	0,70						
20. Αισθάνομαι άγχος όταν παρακολουθώ έναν ασθενή να υποφέρει	0,66						
44. Αισθάνομαι άγχος όταν ένας γιατρός που συνταγογραφεί μία θεραπεία που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή		0,78					
46. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν γνωρίζω τι να πω σε έναν ασθενή ή στην οικογένειά του σχετικά με την πάθηση και τη θεραπεία του		0,76					
45. Η απουσία γιατρού σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού, μου προκαλεί άγχος		0,75					
43. Οι ανεπαρκείς πληροφορίες από γιατρό σχετικά με την ιατρική κατάσταση ενός ασθενούς, μου προκαλούν άγχος		0,72					
47. Η αβεβαιότητα σχετικά με τη λειτουργία εξειδικευμένου εξοπλισμού, μου προκαλεί άγχος		0,70					
39. Αισθάνομαι άγχος όταν απαιτούνται πάρα πολλές μη νοσηλευτικές εργασίες, όπως γραφειακή εργασία			0,75				
37. Η βλάβη υπολογιστή στην εργασία, μου προκαλεί άγχος			0,75				
40. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης σε έναν ασθενή			0,72				
41. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν έχω αρκετό χρόνο για να ολοκληρώσω όλες τις νοσηλευτικές μου εργασίες			0,64				
38. Αισθάνομαι άγχος όταν υπάρχει απρόβλεπτη στελέχωση και χρονοδιάγραμμα			0,62				
42. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν υπάρχει αρκετό προσωπικό για την επαρκή κάλυψη της μονάδας			0,54				
34. Η δυσκολία στην εργασία με άλλους νοσηλευτές/τριες εκτός της μονάδας μου προκαλεί άγχος				0,80			
33. Αισθάνομαι άγχος όταν μεταφέρομαι σε άλλες μονάδες που έχουν περιορισμένο προσωπικό				0,73			
36. Η δυσκολία στην εργασία με άλλους νοσηλευτές/τριες εντός της μονάδας μου προκαλεί άγχος				0,68			
32. Η σύγκρουση με προϊστάμενο νοσοκόμο, μου προκαλεί άγχος				0,63			
35. Η κριτική από έναν προϊστάμενο νοσοκόμο, μου προκαλεί άγχος				0,60			
22. Η σύγκρουση με γιατρό, μου προκαλεί άγχος					0,80		
23. Ο φόβος μήπως γίνει κάποιο λάθος στη θεραπεία ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος					0,79		
21. Η κριτική από έναν γιατρό, μου προκαλεί άγχος					0,75		
24. Η διαφωνία σχετικά με τη θεραπεία ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος					0,58		
25. Αισθάνομαι άγχος όταν πρέπει να λάβω απόφαση σχετικά με έναν					0,55		



ασθενή και ο γιατρός δεν είναι διαθέσιμος

30. Η έλλειψη ευκαιρίας για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με άλλο προσωπικό της μονάδας, μου προκαλεί άγχος

0,74

31. Η έλλειψη ευκαιρίας να εκφράσω σε άλλο προσωπικό της μονάδας τα αρνητικά μου συναισθήματα απέναντι στους ασθενείς, μου προκαλεί άγχος

0,67

29. Η έλλειψη ευκαιρίας για ανοιχτή συζήτηση με άλλο προσωπικό της μονάδας σχετικά με προβλήματα στη μονάδα, μου προκαλεί άγχος

0,60

27. Αισθάνομαι άγχος όταν μου κάνει μια ερώτηση ένας ασθενής για την οποία δεν έχω μια ικανοποιητική απάντηση

0,61

28. Το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για να βοηθηθώ σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος

0,53

26. Το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για τη στήριξη των συναισθηματικών αναγκών της οικογένειας ασθενούς μου προκαλεί άγχος.

0,46

Ιδιοτιμή
Διακύμανση (%)
AVE (%)

5,97

17,55%

4,93

14,50%

4,49

13,21%

4,15

12,21%

4,02

11,83%

2,36

6,94%

1,58

4,64%

70,12%

83,80%

73,02%

76,15%

80,73%

88,03%

83,22%

Μέθοδος: Ανάλυση σε Κύριες Συνιστώσες, Εξαγωγή 7 παραγόντων, Περιστροφή Varimax,

KMO=0,92

Πίνακας 3: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων του εργασιακού άγχους (NSS)

Εργασιακό άγχος	1	2	3	4	5	6	7
1.Θάνατος	0,84 ⁽¹⁾						
2.Σύγκρουση με γιατρούς	0,72**	0,90 ⁽¹⁾					
3.Ανεπαρκής προετοιμασία	0,77**	0,78**	0,91 ⁽¹⁾				
4.Έλλειψη υποστήριξης	0,67**	0,67**	0,65**	0,94 ⁽¹⁾			
5.Σύγκρουση με συναδέλφους	0,60**	0,76**	0,67**	0,72**	0,87 ⁽¹⁾		
6.Φόρτος εργασίας	0,54**	0,65**	0,64**	0,74**	0,76**	0,85 ⁽¹⁾	
7.Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	0,63**	0,69**	0,68**	0,72**	0,68**	0,75**	0,92 ⁽¹⁾

**p<0,01, (1) Οι τιμές στην κύρια διαγώνιο αφορούν την $\sqrt{AVE}$

4.3.4 Επαγγελματική εξουθένωση

Η κλίμακα CBI σύμφωνα με τους κατασκευαστές εμφάνισε εγκυρότητα περιεχομένου, διακριτική και εγκυρότητα κριτηρίου (Kristensen et al., 2005). Στην Ελλάδα σταθμίστηκε από τους Papaefstathiou et al. (2019) και ανέδειξε εγκυρότητα όψης, συγκλίνουσα, διακρίνουσα και παραγοντική εγκυρότητα.

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση με Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών, εξαγωγή παραγόντων με το κριτήριο της ιδιοτιμής (>1) και περιστροφή Varimax. Τα δεδομένα ήταν κατάλληλα για την διεξαγωγή της Παραγοντικής ανάλυσης καθώς ο συντελεστής KMO (Kaiser-Meyer-Olkin test) ήταν πολύ υψηλός (0,87>0,8) (Καρλής, 2005). Οι 3 παράγοντες ερμήνευσαν συνολικά ένα υψηλό 72,99% της συνολικής διακύμανσης. Οι απόλυτες φορτίσεις σε κάθε παράγοντα ήταν ικανοποιητικές και συγκεκριμένα στο διάστημα [0,52, 0,93] (Bryant & Yarnold, 1995). Η συγκλίνουσα εγκυρότητα ικανοποιήθηκε σε όλους τους παράγοντες καθώς οι τιμές του συντελεστή AVE ήταν στο διάστημα [61,66%, 77,13%]. Επιπλέον, μέσα από τον πίνακα συσχετίσεων αποδεικνύεται και η διακρίνουσα εγκυρότητα των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης (CBI) καθώς η $\sqrt{AVE}$ για κάθε



παράγοντα (στην κύρια διαγώνιο) είναι μεγαλύτερη από οποιαδήποτε άλλη συσχέτιση με άλλους παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 4: Παραγοντική ανάλυση για την επαγγελματική εξουθένωση (CBI)

Ερωτήσεις	2.		
	1.Εξουθένωση πελατών	Προσωπική εξουθένωση	3.Εξουθένωση εργασίας
63. Με ενοχλεί να δουλεύω με ασθενείς	0,93		
66. Αναρωτιέμαι για πόσο ακόμα θα αντέχω να εργάζομαι με ασθενείς	0,92		
65. Έχω κουραστεί να δουλεύω με ασθενείς	0,90		
62. Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά μου	0,88		
61. Το βρίσκω δύσκολο να εργάζομαι με ασθενείς	0,82		
64. Αισθάνομαι ότι προσφέρω περισσότερα απ' όσα παίρνω όταν εργάζομαι με ασθενείς	0,75		
49. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η σωματικά		0,89	
50. Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η συναισθηματικά		0,85	
48. Αισθάνομαι κουρασμένος/η		0,85	
52. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η		0,82	
51. Σκέφτομαι ότι «δεν αντέχω άλλο»		0,80	
53. Αισθάνομαι αδύναμος/η και ευάλωτος/η σε ασθένειες		0,65	
60. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η εξαιτίας της δουλειά μου			0,82
57. Έχω αρκετή ενέργεια να αφιερώσω στην οικογένεια και τους φίλους στον ελεύθερο μου χρόνο			-0,76
55. Κουράζομαι το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάω στη δουλειά			0,76
56. Αισθάνομαι ότι κάθε ώρα στην δουλειά είναι κουραστική			0,73
54. Αισθάνομαι εξουθενωμένος από τη δουλειά στο τέλος της ημέρας			0,62
58. Η δουλειά μου είναι εξαντλητική συναισθηματικά			0,54
59. Είμαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου			0,52
Ιδιοτιμή	5,08	5,00	3,79
Διακύμανση (%)	26,76%	26,29%	19,94%
AVE (%)	77,13%	72,91%	61,66%

Μέθοδος: Ανάλυση σε Κύριες Συνιστώστες, Εξαγωγή με ιδιοτιμή, Περιστροφή Varimax, KMO=0,87

Πίνακας 5: Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης

Επαγγελματική εξουθένωση	1	2	3
1.Προσωπική εξουθένωση	0,85 ⁽¹⁾		
2.Εξουθένωση εργασίας	0,54**	0,79 ⁽¹⁾	
3.Εξουθένωση πελατών	0,09	0,29**	0,88 ⁽¹⁾

**p<0,01, (1) Οι τιμές στην κύρια διαγώνιο αφορούν την $\sqrt{AVE}$

4.4 Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας

Πληθυσμός της έρευνας είναι το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε χειρουργικό τμήμα στην Ελλάδα. Το δείγμα αποτέλεσαν 150 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των 150 συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας, οι οποίοι ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό χειρουργείων. Η



πλειοψηφία αποτελείται από γυναίκες (74,00%, $N=111$), απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ (65,33%, $N=98$), μέσης ηλικίας 35 χρονών ($M.O.=35,07$, $T.A.=7,64$). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 42,00% ($N=63$) των νοσηλευτών/τριών είναι έγγαμοι/ες, το 38,00% ($N=57$) άγαμοι/ες και λίγο περισσότεροι από τους μισούς (54,00%, $N=81$) δεν έχουν παιδιά.

Πίνακας 6: Δημογραφικά στοιχεία

Κατηγορική μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Φύλο	Άντρας	39	26,00
	Γυναίκα	111	74,00
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	57	38,00
	Έγγαμος/η	63	42,00
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	18,00
	Διαζευγμένος/η	3	2,00
Αριθμός παιδιών	0	81	54,00
	1	30	20,00
	2	30	20,00
	3+	9	6,00
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δευτεροβάθμια	20	13,33
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	98	65,33
	Μεταπτυχιακό	32	21,33
Ποσοτική μεταβλητή	Ελ-Μέγ	M.O.	T.A.
Ηλικία	23-52	35,07	7,64

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα επαγγελματικά στοιχεία του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα. Η πλειοψηφία είναι νοσηλευτές (80,00%, $N=120$), εργάζονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία (88,00%, $N=132$) ως μόνιμοι (58,00%, $N=87$) ή με σύμβαση ορισμένου χρόνου (30%, $N=45$), με πλήρη απασχόληση (98,00%, $N=147$) και σε κυλιόμενο ωράριο (83,33%, $N=125$). Κατά μέσο όρο οι νοσηλευτές εργάζονται 39,5 ώρες ανά εβδομάδα ($M.O.=39,54$, $T.A.=4,02$), έχουν 11,5 έτη συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας ($M.O.=11,44$, $T.A.=7,67$) και 9 έτη εργασίας σε χειρουργείο ($M.O.=8,86$, $T.A.=6,73$).



Πίνακας 7: Επαγγελματικά στοιχεία

Κατηγορική μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Τύπος νοσοκομείου	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	8,00
	Ιδιωτικό	132	88,00
	Πανεπιστημιακό	6	4,00
Επαγγελματική θέση	Νοσηλεύτης/τρια	120	80,00
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	20,00
Τύπος εργασιακής σχέσης	Μόνιμος/η	87	58,00
	Επικουρικός/ή	9	6,00
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	30,00
	Άλλο	9	6,00
Τύπος απασχόλησης	Πλήρης	147	98,00
	Μερική	3	2,00
Τύπος ωραρίου	Σταθερό πρωινό	12	8,00
	Κυλιόμενο	125	83,33
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	8,67
Ποσοτική μεταβλητή	Ελ-Μέγ	M.O.	T.A.
Συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας	1-32	11,44	7,67
Έτη εργασίας στο χειρουργείο	0-25	8,86	6,73
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	10-45	39,54	4,02

4.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας παράλληλα με την μέθοδο της χιονοστιβάδας (Creswell & Creswell, 2018). Η ερευνήτρια κοινοποίησε το ερωτηματολόγιο σε νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών που γνώριζε από το κοντινό της επαγγελματικό και φιλικό περιβάλλον και σε σχετικές ιατρικές και νοσηλευτικές ομάδες στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και μετά ζήτησε από τους αρχικούς συμμετέχοντες να κοινοποιήσουν το ερωτηματολόγιο σε άλλους. Από τα 150 ερωτηματολόγια, τα 50 συμπληρώθηκαν ηλεκτρονικά και τα 100 δια ζώσης.

Οι συμμετέχοντες νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών ενημερώθηκαν ότι η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας και ότι σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε χειρουργεία. Επιπλέον, ενημερώθηκαν ότι συμμετέχουν στην έρευνα εθελοντικά, ανώνυμα και με την δική τους συναίνεση και ότι έχουν το δικαίωμα αποχώρησης οποτεδήποτε το θελήσουν (APA, 2010).



4.6 Τεχνικές ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση ήταν περιγραφική και επαγωγική και πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 26. Η κωδικοποίηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο λογισμικό Microsoft Office Excel 2011.

Στην Περιγραφική Στατιστική, οι μεταβλητές του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάστηκαν με μέσο όρο, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή.

Η Επαγωγική Στατιστική πραγματοποιήθηκε σε σημαντικότητα 5%. Τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού άγχους εκτιμήθηκαν με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης της μέσης τιμής. Οι παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους ελέγχθηκαν για ύπαρξη κανονικής κατανομής μέσω του Shapiro Wilk test (Field, 2017). Από τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας προκύπτει πως η υπόθεση της κανονικότητας απορρίφθηκε για όλους τους παράγοντες ($p \leq 0,018$).

Πίνακας 8: Έλεγχος κανονικότητας

Ενότητα	Παράγοντες	W (103)	p-value
Εργασιακό άγχος	Θάνατος	0,97	0,007
	Σύγκρουση με γιατρούς	0,96	<0,001
	Ανεπαρκής προετοιμασία	0,96	<0,001
	Έλλειψη υποστήριξης	0,95	<0,001
	Σύγκρουση με συναδέλφους	0,97	0,004
	Φόρτος εργασίας	0,97	0,006
	Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	0,98	0,011
Επαγγελματική Εξουθένωση	Προσωπική εξουθένωση	0,96	<0,001
	Εξουθένωση εργασίας	0,93	<0,001
	Εξουθένωση πελατών	0,98	0,018

Λόγω μη κανονικών κατανομών για έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης, του εργασιακού άγχους, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, όπως και για συσχετίσεις αυτών των παραγόντων με ποσοτικές δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, αριθμός παιδιών) και μεταβλητές επαγγελματικών στοιχείων (επαγγελματική εμπειρία γενικά και στα χειρουργεία και ώρες εργασίας) (Field, 2017).

Επιπλέον, για σύγκριση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων με βάση το φύλο (άντρας, γυναίκα) την επαγγελματική θέση (νοσηλεύτης, βοηθός νοσηλεύτη) τον τύπο



απασχόλησης (μερική, πλήρης), χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann Whitney (Field, 2017).

Ακόμη, για σύγκριση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους μεταξύ 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων με βάση την οικογενειακή κατάσταση (άγαμος/η, έγγαμος/η, σε σχέση/συμβίωση, διαζευγμένος/η), το επίπεδο εκπαίδευσης (Δευτεροβάθμια, ΤΕΙ/ΑΕΙ, Μεταπτυχιακό), τον τύπο νοσοκομείου (Δημόσιο (ΕΣΥ), Ιδιωτικό, Πανεπιστημιακό) τον τύπο εργασιακής σχέσης (Μόνιμος/η, Επικουρικός/ή, Σύμβαση ορισμένου χρόνου, Άλλο) και τον τύπο ωραρίου (Σταθερό πρωινό, Κυλιόμενο, Βάρδιες με νυχτερινά) χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis (Field, 2017).

Τέλος για εύρεση των προβλεπτικών παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης εκτιμήθηκαν τα παρακάτω μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης:

$$\text{Επαγγελματική εξουθένωση (l)} = \alpha_0 + \sum_{i=1}^5 \alpha(i) * \text{Δημογραφικό στοιχείο}(i) + \sum_{j=1}^8 \beta(j) * \text{Επαγγελματικό στοιχείο}(j) + \sum_{k=1}^7 \gamma(k) * \text{Εργασιακό άγχος}(k), \\ l=1,2,3.$$

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές δεν χρησιμοποιήθηκαν όλες αλλά μόνο όσες εμφάνισαν γραμμικότητα με τους παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές μετατράπηκαν σε ψευδομεταβλητές. Τα μοντέλα ελέγχθηκαν για τον βαθμό προσαρμογής τους μέσω του συντελεστή VIF (Variance Inflation Factor) όπου ανώτερη επιτρεπτή τιμή θεωρήθηκε η τιμή 3 και για τον βαθμό προσαρμογής με τους συντελεστές R^2 και $\text{Adj}R^2$ (Field, 2017).

4.7 Ηθική και δεοντολογία

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις βασικές αρχές της ερευνητικής ηθικής και δεοντολογίας, με σκοπό τη διασφάλιση των δικαιωμάτων, της αξιοπρέπειας και της προστασίας των συμμετεχόντων. Πριν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα, οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν αναλυτικά για τον σκοπό της μελέτης, τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων, καθώς και για την εθελοντική φύση της συμμετοχής τους (Γαλάνης, 2017). Επιπλέον, τους διευκρινίστηκε ότι είχαν



το δικαίωμα να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία επίπτωση.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ανώνυμων ερωτηματολογίων, διασφαλίζοντας ότι δεν καταγράφηκαν προσωπικά στοιχεία ή πληροφορίες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Όλα τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και τηρήθηκε πλήρης εμπιστευτικότητα κατά τη διαχείριση, αποθήκευση και επεξεργασία τους. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε συγκεντρωτική μορφή, ώστε να μην είναι δυνατή η αναγνώριση οποιουδήποτε συμμετέχοντα.



Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφική στατιστική

5.1.1 Εργασιακό άγχος

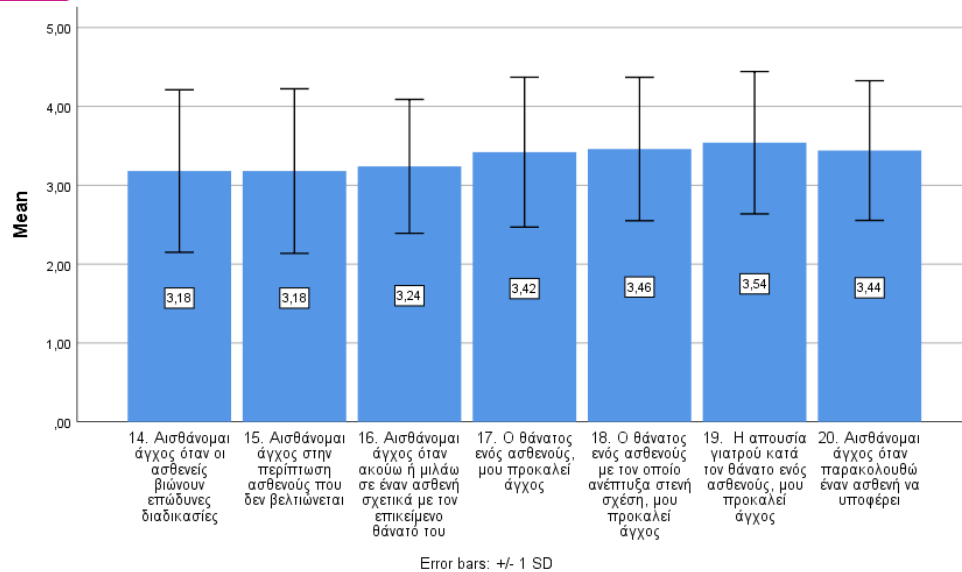
Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το εργασιακό άγχος μέσω των αιτιών-παραγόντων: 1) Θάνατος, 2) Σύγκρουση με γιατρούς, 3) Ανεπαρκής προετοιμασία, 4) Έλλειψη υποστήριξης, 5) Σύγκρουση με συναδέλφους, 6) Φόρτος εργασίας και 7) Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν την συχνότητα με την οποία αισθάνονται άγχος στην εργασία τους μέσω πενταβάθμιας κλίμακας Likert 1-5 (1= Ποτέ, 2= Σπάνια, 3= Μερικές φορές, 4= Συχνά, 5=Πάντα).

5.1.1.1 Θάνατος

Κατά μέσο όρο οι νοσηλευτές/τριες απάντησαν ότι μερικές φορές έως συχνά τους προκαλεί άγχος, η απουσία γιατρού κατά τον θάνατο ενός ασθενούς ($M.O.=3,54$, $T.A.=0,90$), ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο ανέπτυξαν στενή σχέση ($M.O.=3,46$, $T.A.=0,91$), το να παρακολουθούν έναν ασθενή να υποφέρει ($M.O.=3,44$, $T.A.=0,89$) και γενικά ο θάνατος ενός ασθενούς ($M.O.=3,42$, $T.A.=0,95$)

Πίνακας 9: Θάνατος

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
19. Η απουσία γιατρού κατά τον θάνατο ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,54	0,90
18. Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο ανέπτυξα στενή σχέση, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,46	0,91
20. Αισθάνομαι άγχος όταν παρακολουθώ έναν ασθενή να υποφέρει	1	5	3,44	0,89
17. Ο θάνατος ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,42	0,95
16. Αισθάνομαι άγχος όταν ακούω ή μιλάω σε έναν ασθενή σχετικά με τον επικείμενο θάνατό του	1	5	3,24	0,85
15. Αισθάνομαι άγχος στην περίπτωση ασθενούς που δεν βελτιώνεται	1	5	3,18	1,04
14. Αισθάνομαι άγχος όταν οι ασθενείς βιώνουν επώδυνες διαδικασίες	1	5	3,18	1,03



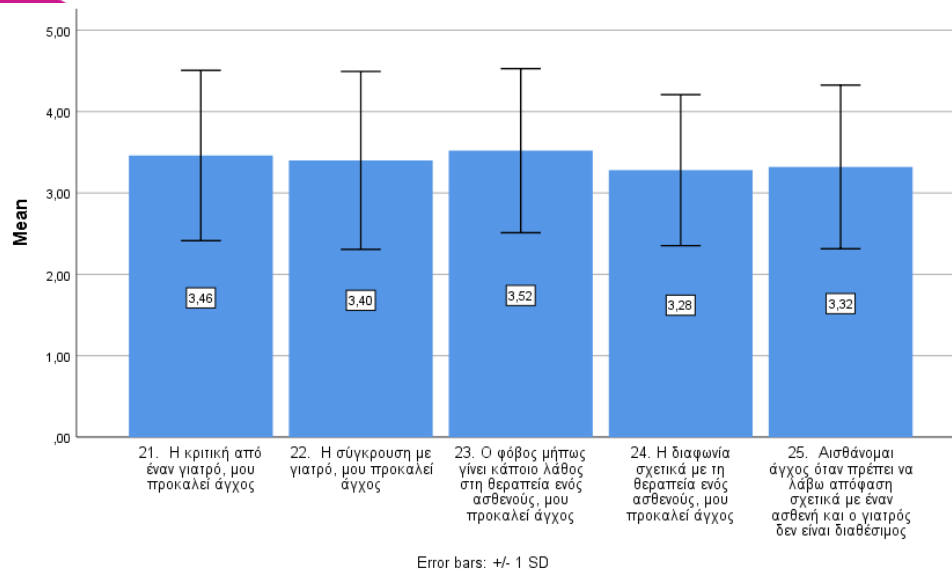
Γράφημα 2: Θάνατος

5.1.1.2 Σύγκρουση με γιατρούς

Οι νοσηλεύτριες ανέφεραν ότι μερικές φορές έως συχνά τους προκαλεί άγχος, ο φόβος μήπως γίνει κάποιο λάθος στη θεραπεία ενός ασθενούς ($M.O.=3,52$, $T.A.=1,01$), η κριτική από έναν γιατρό ($M.O.=3,46$, $T.A.=1,05$) και η σύγκρουση με γιατρό ($M.O.=3,40$, $T.A.=1,09$).

Πίνακας 10: Σύγκρουση με γιατρούς

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
23. Ο φόβος μήπως γίνει κάποιο λάθος στη θεραπεία ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,52	1,01
21. Η κριτική από έναν γιατρό, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,46	1,05
22. Η σύγκρουση με γιατρό, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,40	1,09
25. Αισθάνομαι άγχος όταν πρέπει να λάβω απόφαση σχετικά με έναν ασθενή και ο γιατρός δεν είναι διαθέσιμος	1	5	3,32	1,01
24. Η διαφωνία σχετικά με τη θεραπεία ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,28	0,93



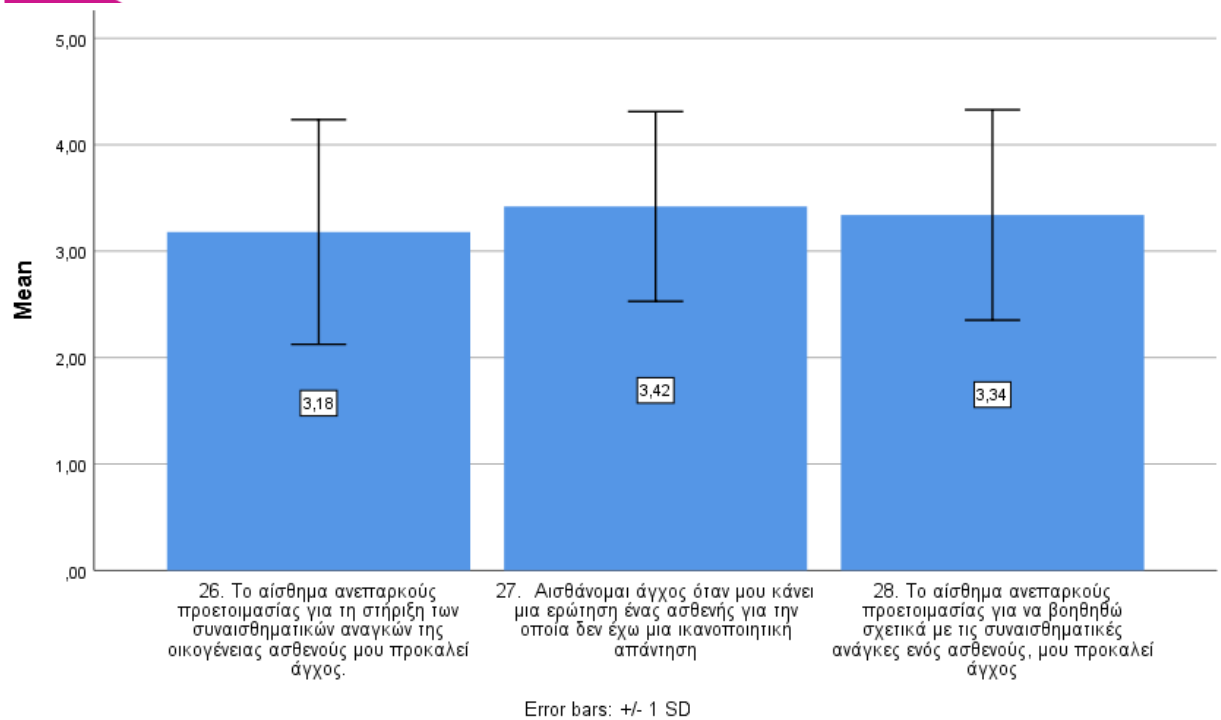
Γράφημα 3: Σύγκρουση με γιατρούς

5.1.1.3 Ανεπαρκής προετοιμασία

Σχετικά με το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας, οι νοσηλευτές/τριες ανέφεραν ότι μερικές φορές έως συχνά αισθάνονται άγχος όταν τους κάνει μια ερώτηση ένας ασθενής για την οποία δεν έχουν μια ικανοποιητική απάντηση ($M.O.=3,42$, $T.A.=0,89$).

Πίνακας 11: Ανεπαρκής προετοιμασία

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
27. Αισθάνομαι άγχος όταν μου κάνει μια ερώτηση ένας ασθενής για την οποία δεν έχω μια ικανοποιητική απάντηση	1	5	3,42	0,89
28. Το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για να βοηθηθώ σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,34	0,99
26. Το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για τη στήριξη των συναισθηματικών αναγκών της οικογένειας ασθενούς μου προκαλεί άγχος.	1	5	3,18	1,06



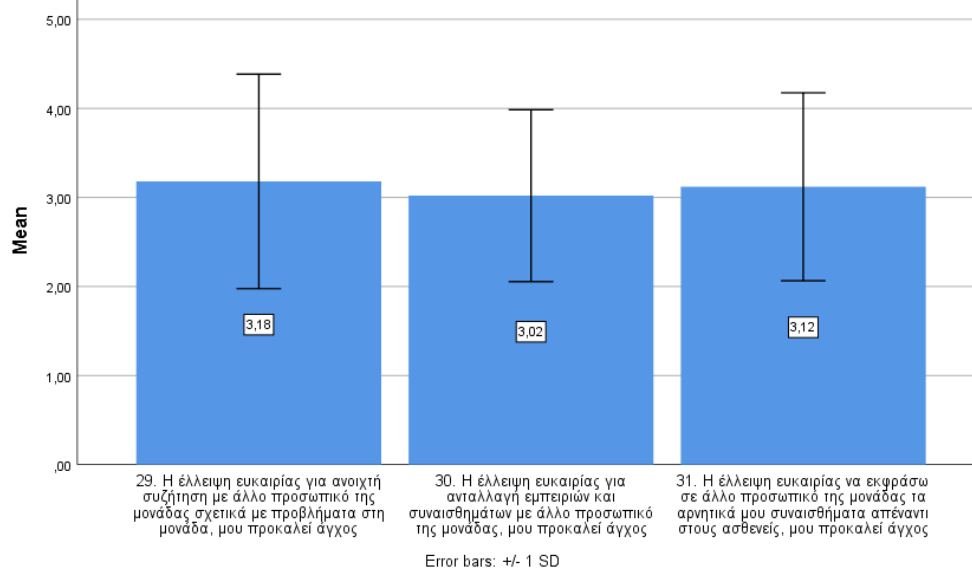
Γράφημα 4: Ανεπαρκής προετοιμασία

5.1.1.4 Έλλειψη υποστήριξης

Οι συμμετέχοντες νοσηλευτές/τριες απάντησαν ότι μερικές φορές αισθάνονται άγχος σε όλες τις προτάσεις που αφορούν έλλειψη υποστήριξης από το προσωπικό της μονάδας.

Πίνακας 12: Έλλειψη υποστήριξης

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
29. Η έλλειψη ευκαιρίας για ανοιχτή συζήτηση με άλλο προσωπικό της μονάδας σχετικά με προβλήματα στη μονάδα, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,18	1,20
31. Η έλλειψη ευκαιρίας να εκφράσω σε άλλο προσωπικό της μονάδας τα αρνητικά μου συναισθήματα απέναντι στους ασθενείς, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,12	1,05
30. Η έλλειψη ευκαιρίας για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με άλλο προσωπικό της μονάδας, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,02	0,97



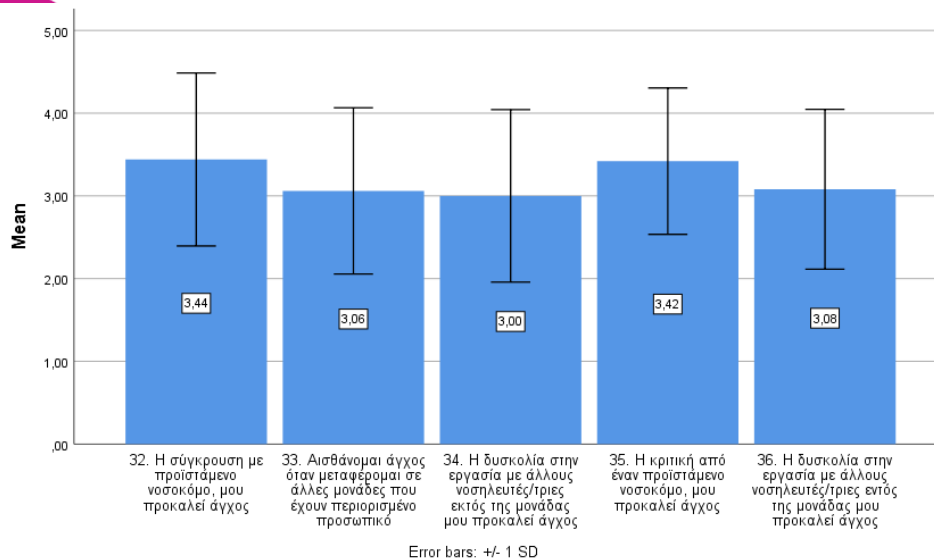
Γράφημα 5: Έλλειψη υποστήριξης

5.1.1.5 Σύγκρουση με συναδέλφους

Οι νοσηλεύτριες/τριες δήλωσαν ότι μερικές φορές έως συχνά τους προκαλεί άγχος η σύγκρουση με προϊστάμενο νοσοκόμο ($M.O.=3,44$, $T.A.=1,05$) και η κριτική από αυτόν ($M.O.=3,42$, $T.A.=0,88$).

Πίνακας 13: Σύγκρουση με συναδέλφους

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
32. Η σύγκρουση με προϊστάμενο νοσοκόμο, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,44	1,05
35. Η κριτική από έναν προϊστάμενο νοσοκόμο, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,42	0,88
36. Η δυσκολία στην εργασία με άλλους νοσηλεύτριες/τριες εντός της μονάδας μου προκαλεί άγχος	1	5	3,08	0,97
33. Αισθάνομαι άγχος όταν μεταφέρομαι σε άλλες μονάδες που έχουν περιορισμένο προσωπικό	1	5	3,06	1,00
34. Η δυσκολία στην εργασία με άλλους νοσηλεύτριες/τριες εκτός της μονάδας μου προκαλεί άγχος	1	5	3,00	1,04



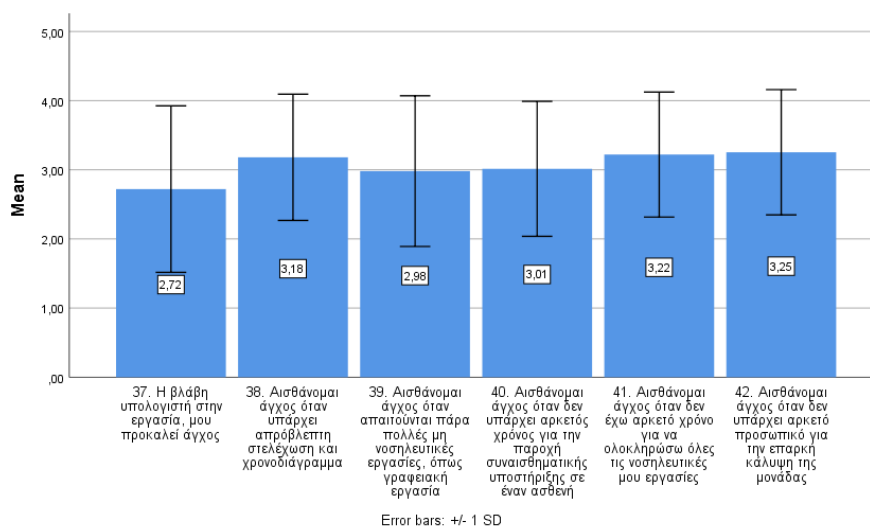
Γράφημα 6: Σύγκρουση με συναδέλφους

5.1.1.6 Φόρτος εργασίας

Οι συμμετέχοντες νοσηλευτές/τριες δήλωσαν ότι μερικές φορές αισθάνονται άγχος σε όλες τις προτάσεις που αφορούν τον φόρτο εργασίας ως αιτία άγχους.

Πίνακας 14: Φόρτος εργασίας

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
42. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν υπάρχει αρκετό προσωπικό για την επαρκή κάλυψη της μονάδας	1	5	3,25	0,91
41. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν έχω αρκετό χρόνο για να ολοκληρώσω όλες τις νοσηλευτικές μου εργασίες	1	5	3,22	0,90
38. Αισθάνομαι άγχος όταν υπάρχει απρόβλεπτη στελέχωση και χρονοδιάγραμμα	2	5	3,18	0,91
40. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης σε έναν ασθενή	1	5	3,01	0,98
39. Αισθάνομαι άγχος όταν απαιτούνται πάρα πολλές μη νοσηλευτικές εργασίες, όπως γραφειακή εργασία	1	5	2,98	1,09
37. Η βλάβη υπολογιστή στην εργασία, μου προκαλεί άγχος	1	5	2,72	1,20



Γράφημα 7: Φόρτος εργασίας

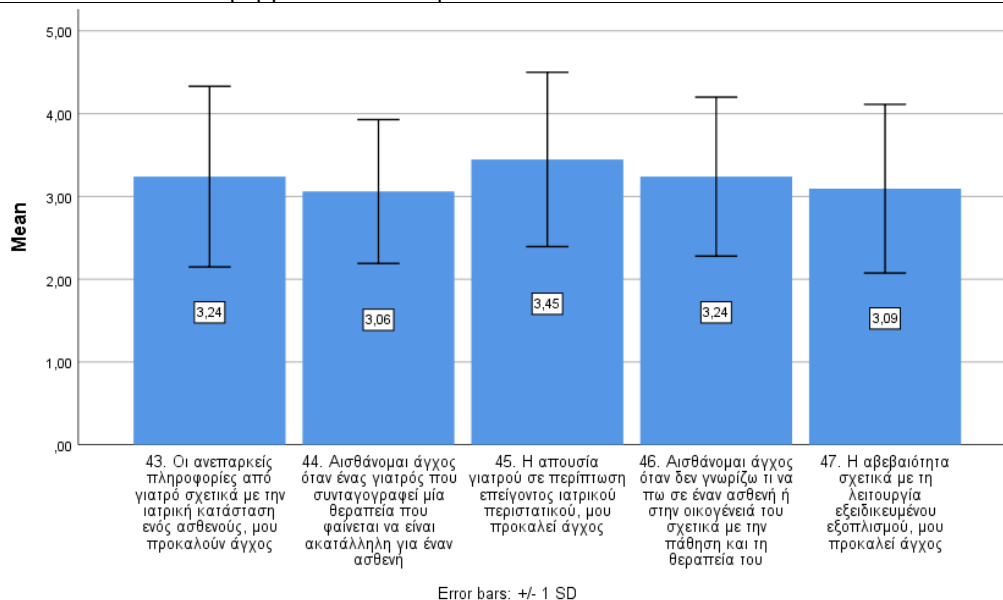


5.1.1.7 Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία

Αναφορικά με την αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία, οι νοσηλεύτριες/τριες απάντησαν ότι μερικές φορές έως συχνά αγχώνονται εάν απουσιάζει γιατρός σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού ($M.O.=3,45$, $T.A.=1,05$).

Πίνακας 15: Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
45. Η απουσία γιατρού σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,45	1,05
46. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν γνωρίζω τι να πω σε έναν ασθενή ή στην οικογένειά του σχετικά με την πάθηση και τη θεραπεία του	1	5	3,24	0,96
43. Οι ανεπαρκείς πληροφορίες από γιατρό σχετικά με την ιατρική κατάσταση ενός ασθενούς, μου προκαλούν άγχος	1	5	3,24	1,09
47. Η αβεβαιότητα σχετικά με τη λειτουργία εξειδικευμένου εξοπλισμού, μου προκαλεί άγχος	1	5	3,09	1,02
44. Αισθάνομαι άγχος όταν ένας γιατρός συνταγογραφεί μία θεραπεία που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή	1	5	3,06	0,87



Γράφημα 8: Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία

5.1.2 Επαγγελματική εξουθένωση

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση μέσω των παραγόντων 1) Προσωπική εξουθένωση, 2) Εξουθένωση εργασίας, 3) Εξουθένωση πελατών. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert 1-5 για τη συχνότητα 1: (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συχνά, 5=Πάντα) και τον βαθμό 2: (1=Πολύ μικρό βαθμό, 2=Μικρό βαθμό, 3=Κάπως, 4=Μεγάλο βαθμό, 5=Πολύ μεγάλο βαθμό).

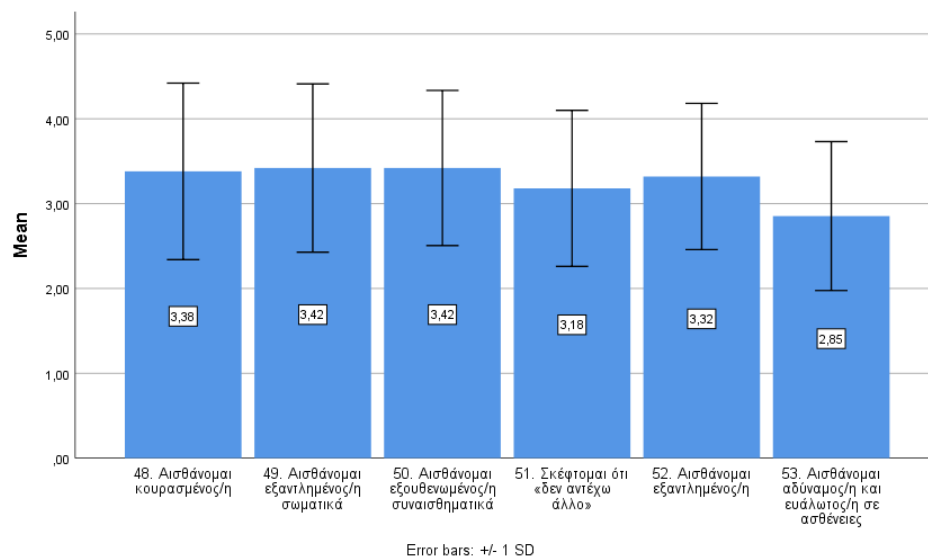


5.1.2.3 Προσωπική εξουθένωση

Όσον αφορά την προσωπική εξουθένωση, οι νοσηλεύτριες δήλωσαν ότι μερικές φορές έως συχνά αισθάνονται εξαντλημένοι/ες σωματικά ($M.O.=3,42$, $T.A.=0,99$) και εξουθενωμένοι/ες συναισθηματικά ($M.O.=3,42$, $T.A.=0,91$).

Πίνακας 16: Προσωπική εξουθένωση

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
49. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η σωματικά	1	5	3,42	0,99
50. Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η συναισθηματικά	1	5	3,42	0,91
48. Αισθάνομαι κουρασμένος/η	1	5	3,38	1,04
52. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η	1	5	3,32	0,86
51. Σκέφτομαι ότι «δεν αντέχω άλλο»	1	5	3,18	0,92
53. Αισθάνομαι αδύναμος/η και ευάλωτος/η σε ασθένειες	1	5	2,85	0,88



Γράφημα 9: Προσωπική εξουθένωση

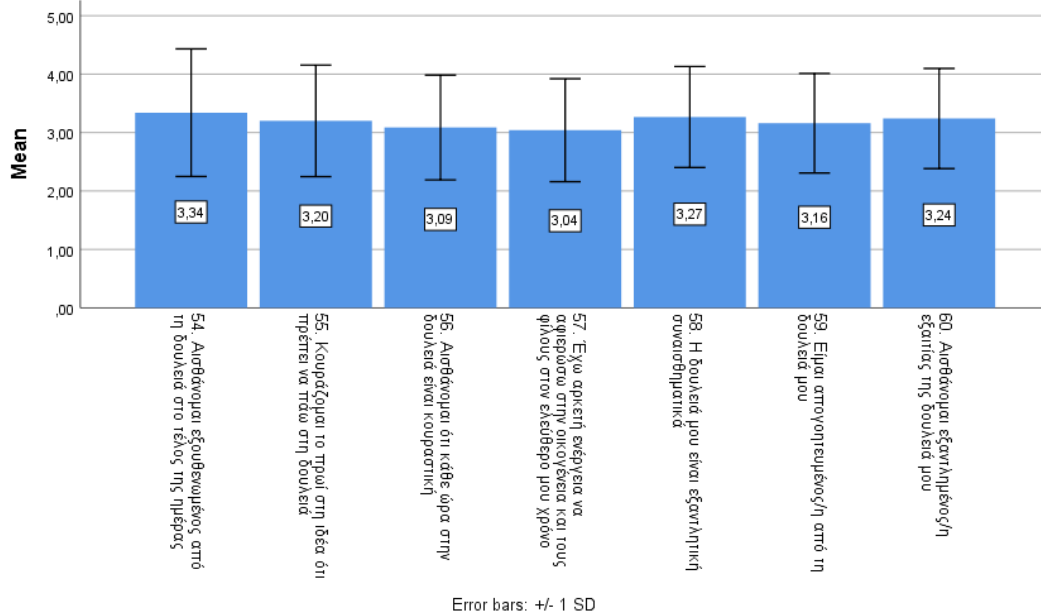
5.1.2.4 Εξουθένωση εργασίας

Οι συμμετέχοντες νοσηλεύτριες δήλωσαν σε όλες τις ερωτήσεις πως αισθάνονται μέτρια επίπεδα ή μερικές φορές εξουθένωση εργασίας.

Πίνακας 17: Εξουθένωση εργασίας

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	Μ.Ο.	Τ.Α.
54. Αισθάνομαι εξουθενωμένος από τη δουλειά στο τέλος της ημέρας	1	5	3,34	1,09
58. Η δουλειά μου είναι εξαντλητική συναισθηματικά	1	5	3,27	0,86
60. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η εξαιτίας της δουλειά μου	1	5	3,24	0,86
55. Κουράζομαι το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάω στη δουλειά	1	5	3,20	0,96
59. Είμαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	1	5	3,16	0,85
56. Αισθάνομαι ότι κάθε ώρα στην δουλειά είναι κουραστική	1	5	3,09	0,90
57. Έχω αρκετή ενέργεια να αφιερώσω στην οικογένεια και τους φίλους στον ελεύθερο μου χρόνο [R]	1	5	3,04	0,88

R: Ερώτηση η οποία αντιστρέφεται κατά τον σχηματισμό του παράγοντα



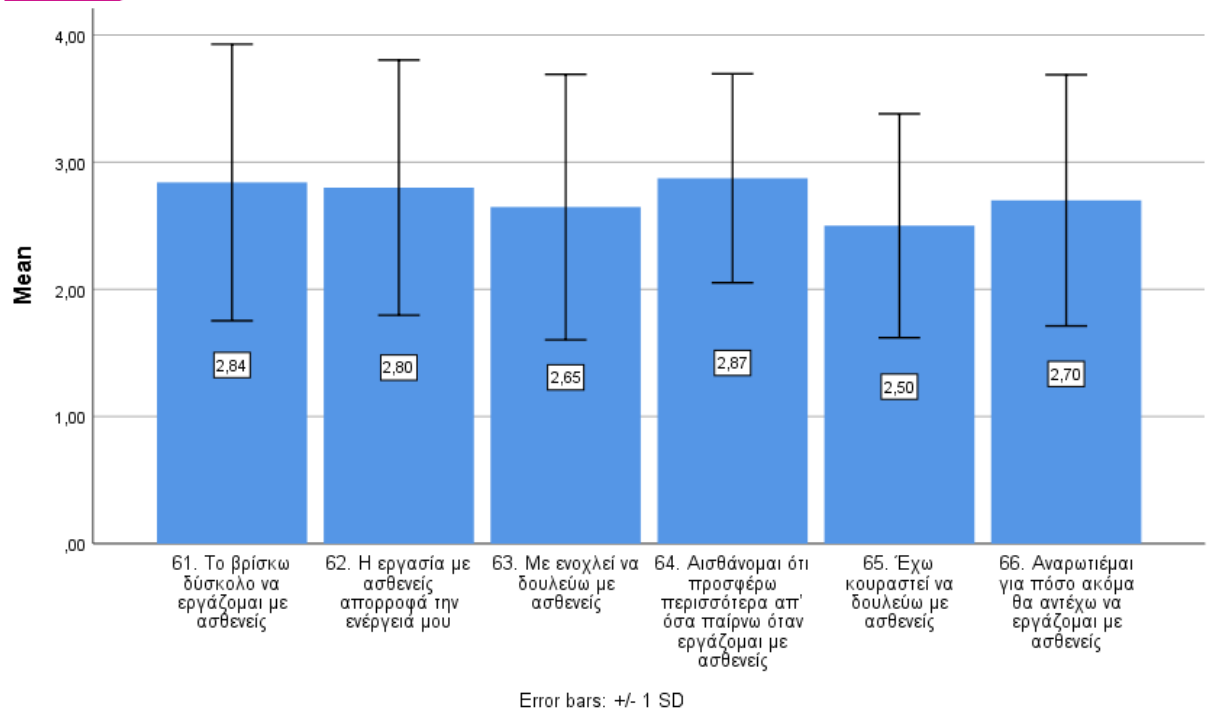
Γράφημα 10: Εξουθένωση εργασίας

5.1.2.5 Εξουθένωση πελατών

Οι νοσηλεύτριες/τριες παρουσίασαν κάτω του μετρίου επίπεδα εξουθένωσης λόγω των πελατών τους, δηλώνοντας πως μάλλον σπάνια αισθάνονται πως έχουν κουραστεί να δουλεύουν με ασθενείς ($M.O.=2,50$, $T.A.=0,88$).

Πίνακας 18: Εξουθένωση πελατών

Ερώτηση	Ελ.	Μέγ.	M.O.	T.A.
64. Αισθάνομαι ότι προσφέρω περισσότερα απ' όσα παίρνω όταν εργάζομαι με ασθενείς	1	5	2,87	0,82
61. Το βρίσκω δύσκολο να εργάζομαι με ασθενείς	1	5	2,84	1,09
62. Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά μου	1	5	2,80	1,00
66. Αναρωτιέμαι για πόσο ακόμα θα αντέχω να εργάζομαι με ασθενείς	1	5	2,70	0,99
63. Με ενοχλεί να δουλεύω με ασθενείς	1	5	2,65	1,04
65. Έχω κουραστεί να δουλεύω με ασθενείς	1	5	2,50	0,88



Γράφημα 11: Εξουθένωση πελατών

5.2 Επαγωγική στατιστική

5.2.1 Επίπεδα εργασιακού άγχους και εξουθένωσης

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τα επίπεδα του εργασιακού άγχους και της εξουθένωσης.

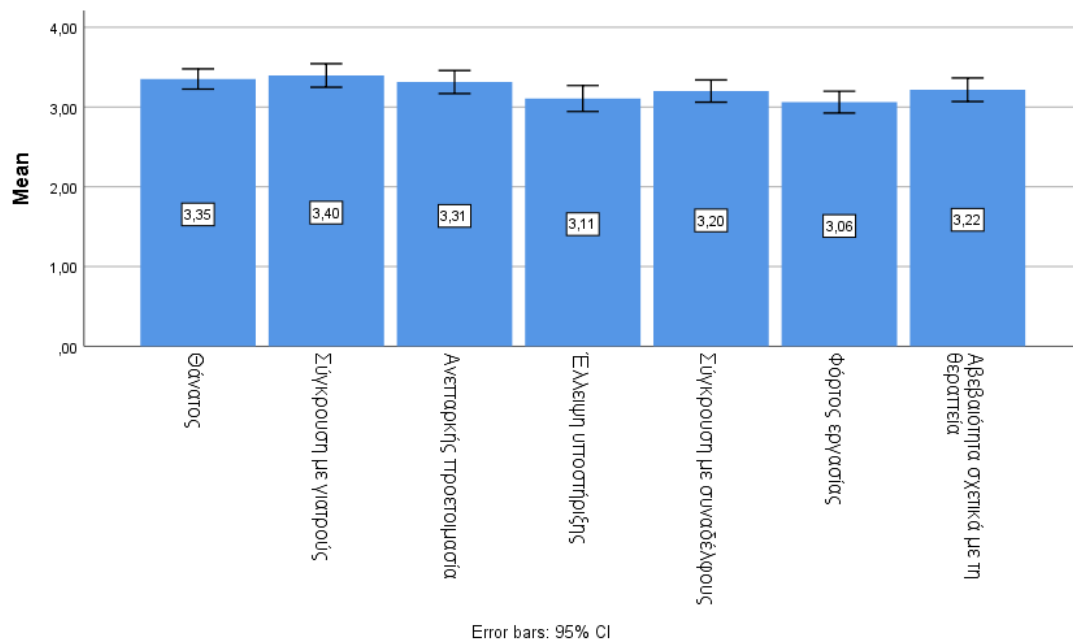
Πίνακας 19: Επίπεδα εργασιακού άγχους και εξουθένωσης

Ενότητα	Παράγοντες	M.O.	T.A.	95% δ. ε.
Εργασιακό άγχος	Θάνατος	3,35	0,79	[3,22, 3,48]
	Σύγκρουση με γιατρούς	3,40	0,91	[3,25, 3,54]
	Ανεπαρκής προετοιμασία	3,31	0,89	[3,17, 3,46]
	Έλλειψη υποστήριξης	3,11	1,01	[2,94, 3,27]
	Σύγκρουση με συναδέλφους	3,20	0,86	[3,06, 3,34]
	Φόρτος εργασίας	3,06	0,85	[2,92, 3,20]
	Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	3,22	0,91	[3,07, 3,36]
Επαγγελματική εξουθένωση	Προσωπική εξουθένωση	3,26	0,80	[3,13, 3,39]
	Εξουθένωση εργασίας	3,18	0,71	[3,06, 3,29]
	Εξουθένωση πελατών	2,73	0,85	[2,59, 2,86]

Σχετικά με το εργασιακό άγχος, μέτρια προς υψηλά επίπεδα παρατηρήθηκαν στη «Σύγκρουση με γιατρούς» (95% δ.ε.= [3,25, 3,54]) και μέτρια στους παράγοντες «Θάνατος» (95% δ.ε.= [3,22, 3,48]), «Ανεπαρκής προετοιμασία» (95% δ.ε.= [3,17, 3,46]), «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» (95% δ.ε.= [3,07, 3,36]), «Σύγκρουση

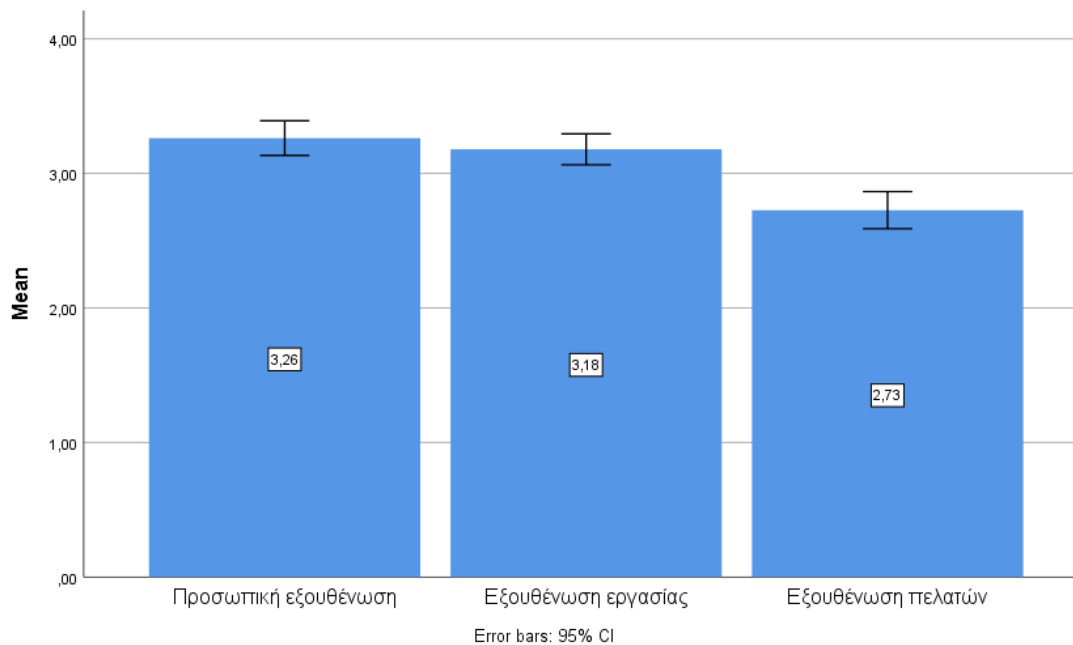


με συναδέλφους» (95% δ.ε.= [3,06, 3,34]), «Έλλειψη υποστήριξης» (95% δ.ε.= [2,94, 3,27]) και «Φόρτος εργασίας» (95% δ.ε.= [2,92, 3,20]).



Γράφημα 12: Εργασιακό άγχος

Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, μέτρια επίπεδα παρατηρήθηκαν στην «Προσωπική εξουθένωση» (95% δ.ε.= [3,13, 3,39]), στην «Εξουθένωση εργασίας» (95% δ.ε.= [3,06, 3,29]) και κάτω του μετρίου στην «Εξουθένωση πελατών» (95% δ.ε.= [2,59, 2,86]).



Γράφημα 13: Επαγγελματική εξουθένωση



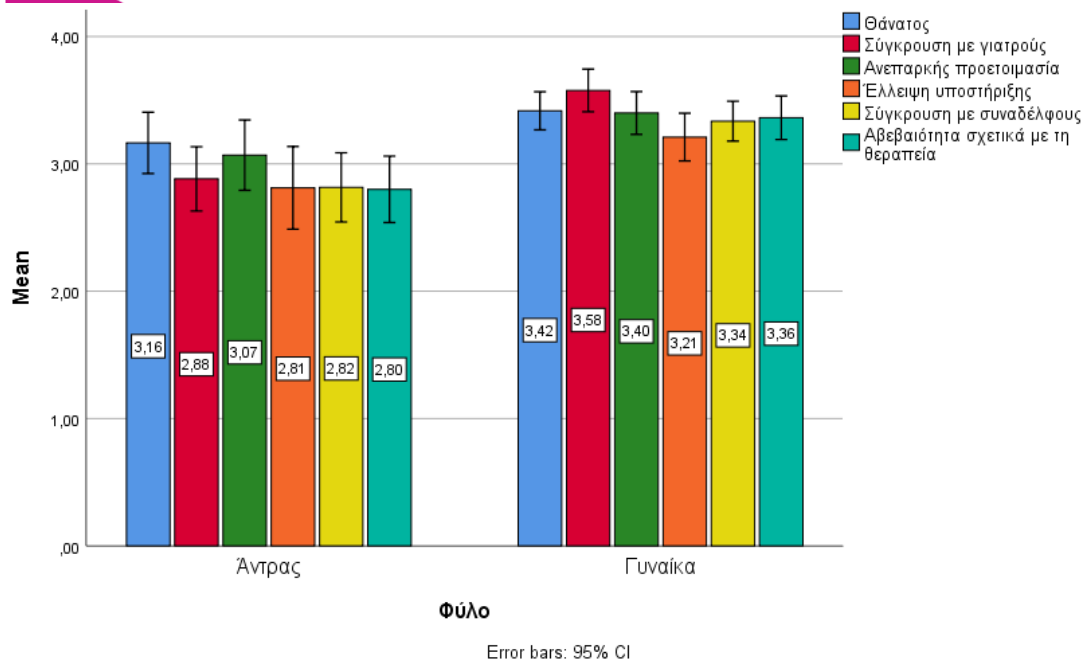
5.2.2 Επίδραση δημογραφικών στοιχείων στο εργασιακό άγχος

5.2.2.3 Φύλο

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το φύλο με υψηλότερες τιμές να καταγράφονται στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες στους παράγοντες «Θάνατος» ($M.O. \text{ Άνδρας}=3,16$ vs $M.O. \text{ Γυναίκα}=3,42$, $Z=-2,13$, $p=0,033$), «Σύγκρουση με γιατρούς» ($M.O. \text{ Άνδρας}=2,88$ vs $M.O. \text{ Γυναίκα}=3,58$, $Z=-4,13$, $p<0,001$), «Ανεπαρκής προετοιμασία» ($M.O. \text{ Άνδρας}=3,07$ vs $M.O. \text{ Γυναίκα}=3,40$, $Z=-2,15$, $p=0,031$), «Έλλειψη υποστήριξης» ($M.O. \text{ Άνδρας}=2,81$ vs $M.O. \text{ Γυναίκα}=3,21$, $Z=-2,18$, $p=0,029$), «Σύγκρουση με συναδέλφους» ($M.O. \text{ Άνδρας}=2,82$ vs $M.O. \text{ Γυναίκα}=3,34$, $Z=-3,20$, $p=0,001$) και «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($M.O. \text{ Άνδρας}=2,80$ vs $M.O. \text{ Γυναίκα}=3,36$, $Z=-3,37$, $p=0,001$).

Πίνακας 20: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς το φύλο

Παράγοντας	Φύλο	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Θάνατος	Άντρας	39	3,16	0,74	-2,13	0,033
	Γυναίκα	111	3,42	0,80		
Σύγκρουση με γιατρούς	Άντρας	39	2,88	0,78	-4,13	<0,001
	Γυναίκα	111	3,58	0,89		
Ανεπαρκής προετοιμασία	Άντρας	39	3,07	0,85	-2,15	0,031
	Γυναίκα	111	3,40	0,89		
Έλλειψη υποστήριξης	Άντρας	39	2,81	1,00	-2,18	0,029
	Γυναίκα	111	3,21	0,99		
Σύγκρουση με συναδέλφους	Άντρας	39	2,82	0,84	-3,20	0,001
	Γυναίκα	111	3,34	0,83		
Φόρτος εργασίας	Άντρας	39	2,86	0,76	-1,91	0,057
	Γυναίκα	111	3,13	0,87		
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	Άντρας	39	2,80	0,80	-3,37	0,001
	Γυναίκα	111	3,36	0,91		



Γράφημα 14: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εργασιακού άγχους ως προς το φύλο

5.2.2.4 Ηλικία

Η «Ηλικία» εμφάνισε αρνητική συσχέτιση μέτριας έντασης με το «Φόρτο εργασίας» ($\rho(148)=-0,50, p<0,01$), τη «Σύγκρουση με συναδέλφους» ($\rho(148)=-0,48, p<0,01$), την «Έλλειψη υποστήριξης» ($\rho(148)=-0,37, p<0,01$), την «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($\rho(148)=-0,36, p<0,01$), την «Ανεπαρκή προετοιμασία» ($\rho(148)=-0,34, p<0,01$) και τη «Σύγκρουση με γιατρούς» ($\rho(148)=-0,30, p<0,01$) και αρνητική συσχέτιση χαμηλής έντασης με το «Θάνατο» ($\rho(148)=-0,18, p<0,05$).

Πίνακας 21: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με την ηλικία

Παράγοντας	Ηλικία
Θάνατος	-0,18*
Σύγκρουση με γιατρούς	-0,30**
Ανεπαρκής προετοιμασία	-0,34**
Έλλειψη υποστήριξης	-0,37**
Σύγκρουση με συναδέλφους	-0,48**
Φόρτος εργασίας	-0,50**
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	-0,36**

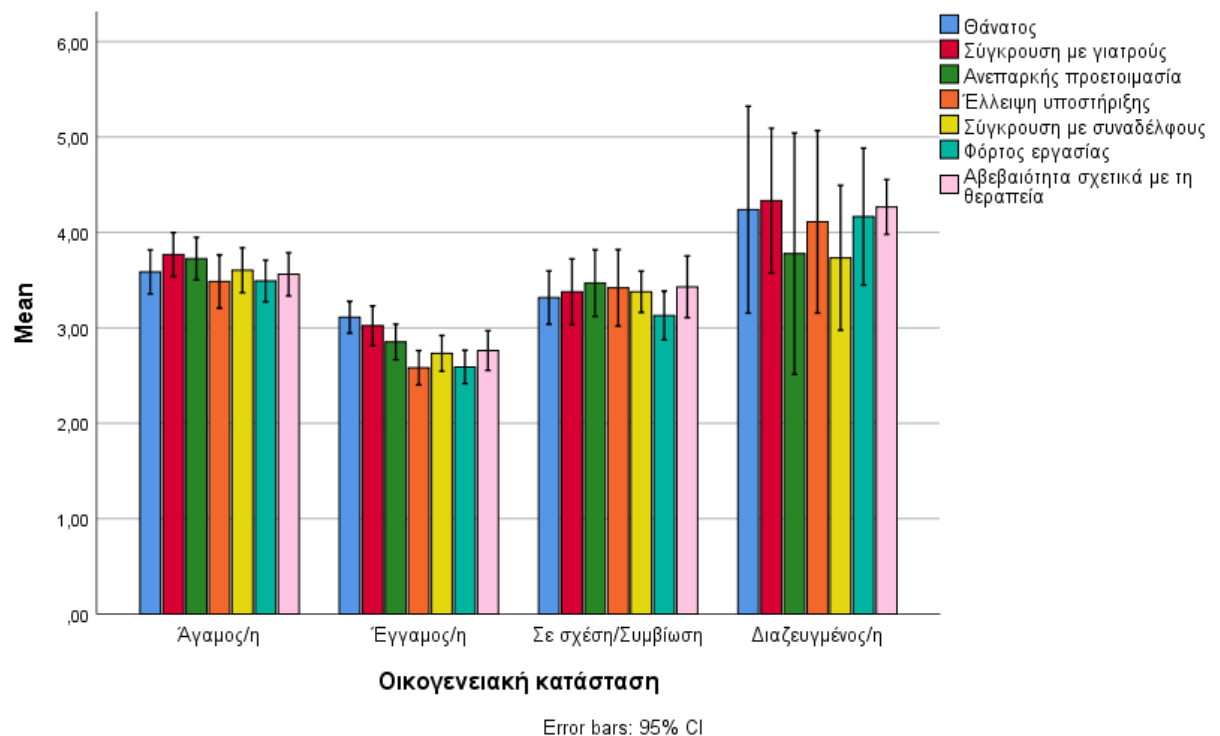
* $p<0,05$, ** $p<0,01$

5.2.2.5 Οικογενειακή κατάσταση

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση στους παράγοντες: «Θάνατος» ($H(3,150)=20,30, p<0,001$), «Σύγκρουση με γιατρούς» ($H(3,150)=24,75, p<0,001$), «Ανεπαρκής προετοιμασία» ($H(3,150)=33,44, p<0,001$), «Έλλειψη υποστήριξης» ($H(3,150)=31,29, p<0,001$), «Σύγκρουση με συναδέλφους» ($H(3,150)=33,18, p<0,001$), «Φόρτος εργασίας»



($H(3,150)=39,29$, $p<0,001$) και «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($H(3,150)=29,52$, $p<0,001$).



Γράφημα 15: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εργασιακού άγχους ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 22: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Παράγοντας	Οικογενειακή κατάσταση	N	M.O.	T.A.	H (3,150)	p-value
Θάνατος	Άγαμος/η	57	3,59	0,87	20,30	<0,001
	Έγγαμος/η	63	3,11	0,66		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	3,32	0,71		
	Διαζευγμένος/η	3	4,24	0,44		
Σύγκρουση με γιατρούς	Άγαμος/η	57	3,77	0,87	24,75	<0,001
	Έγγαμος/η	63	3,02	0,83		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	3,38	0,87		
	Διαζευγμένος/η	3	4,33	0,31		
Ανεπαρκής προετοιμασία	Άγαμος/η	57	3,73	0,84	33,44	<0,001
	Έγγαμος/η	63	2,85	0,74		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	3,47	0,88		
	Διαζευγμένος/η	3	3,78	0,51		
Έλλειψη υποστήριξης	Άγαμος/η	57	3,49	1,05	31,29	<0,001
	Έγγαμος/η	63	2,58	0,71		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	3,42	1,01		
	Διαζευγμένος/η	3	4,11	0,38		
Σύγκρουση με συναδέλφους	Άγαμος/η	57	3,60	0,89	33,18	<0,001
	Έγγαμος/η	63	2,73	0,74		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	3,38	0,55		



	Διαζευγμένος/η	3	3,73	0,31		
Φόρτος εργασίας	Άγαμος/η	57	3,49	0,82	39,29	<0,001
	Έγγαμος/η	63	2,59	0,69		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	3,13	0,65		
	Διαζευγμένος/η	3	4,17	0,29		
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	Άγαμος/η	57	3,56	0,85	29,52	<0,001
	Έγγαμος/η	63	2,76	0,82		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	3,43	0,82		
	Διαζευγμένος/η	3	4,27	0,12		

Στον παράγοντα «Θάνατος» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που είναι έγγαμοι/ες ($M.O.=3,11$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο των άγαμων ($M.O.=3,59$, $p<0,001$) και διαζευγμένων νοσηλευτών ($M.O.=4,24$, $p=0,006$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,32$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο των διαζευγμένων ($M.O.=4,24$, $p=0,048$).

Πίνακας 23: «Θάνατος» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Έγγαμος/η-Σε σχέση/Συμβίωση	-17,63	0,077
Έγγαμος/η-Άγαμος/η	31,21	<0,001
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-69,76	0,006
Σε σχέση/Συμβίωση-Άγαμος/η	13,58	0,179
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-52,13	0,048
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-38,55	0,133

Στον παράγοντα «Σύγκρουση με γιατρούς» ο μέσος όρος των έγγαμων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=3,02$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο των άγαμων ($M.O.=3,77$, $p<0,001$) και διαζευγμένων ($M.O.=4,33$, $p=0,008$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,38$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο των άγαμων ($M.O.=3,77$, $p=0,043$) και των διαζευγμένων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=4,33$, $p=0,046$).

Πίνακας 24: «Σύγκρουση με γιατρούς» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Έγγαμος/η-Σε σχέση/Συμβίωση	-15,41	0,121
Έγγαμος/η-Άγαμος/η	35,82	<0,001
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-67,91	0,008
Σε σχέση/Συμβίωση-Άγαμος/η	20,41	0,043
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-52,50	0,046
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-32,09	0,210

Στον παράγοντα «Ανεπαρκής προετοιμασία» ο μέσος όρος των έγγαμων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=2,85$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών



που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,47$, $p=0,003$) και των άγαμων νοσηλευτών ($M.O.=3,73$, $p<0,001$).

Πίνακας 25: «Ανεπαρκής προετοιμασία» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Έγγαμος/η-Σε σχέση/Συμβίωση	-29,138	0,003
Έγγαμος/η-Άγαμος/η	44,376	<0,001
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-45,008	0,077
Σε σχέση/Συμβίωση-Άγαμος/η	15,239	0,129
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-15,870	0,544
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-0,632	0,980

Στον παράγοντα «Έλλειψη υποστήριξης» ο μέσος όρος των έγγαμων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=2,58$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,42$, $p<0,001$), των άγαμων ($M.O.=3,49$, $p<0,001$) και των διαζευγμένων ($M.O.=4,11$, $p=0,008$).

Πίνακας 26: «Έλλειψη υποστήριξης» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Έγγαμος/η-Σε σχέση/Συμβίωση	-36,01	<0,001
Έγγαμος/η-Άγαμος/η	38,54	<0,001
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-67,48	0,008
Σε σχέση/Συμβίωση-Άγαμος/η	2,52	0,801
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-31,46	0,228
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-28,94	0,255

Στον παράγοντα «Σύγκρουση με συναδέλφους» ο μέσος όρος των έγγαμων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=2,73$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,38$, $p=0,001$), των άγαμων ($M.O.=3,60$, $p<0,001$) και των διαζευγμένων ($M.O.=3,73$, $p=0,044$).

Πίνακας 27: «Σύγκρουση με συναδέλφους» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Έγγαμος/η-Σε σχέση/Συμβίωση	-32,53	0,001
Έγγαμος/η-Άγαμος/η	43,52	<0,001
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-51,42	0,044
Σε σχέση/Συμβίωση-Άγαμος/η	10,99	0,277
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-18,89	0,473
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-7,90	0,758

Στον παράγοντα «Φόρτος εργασίας» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που είναι έγγαμοι/ες ($M.O.=2,59$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,13$, $p=0,011$), των άγαμων ($M.O.=3,49$, $p<0,001$) και των διαζευγμένων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=4,17$, $p=0,002$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,13$) ήταν στατιστικά μικρότερος



από το μέσο όρο των άγαμων ($M.O.=3,49$, $p=0,038$) και των διαζευγμένων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=4,17$, $p=0,042$).

Πίνακας 28: «Φόρτος εργασίας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Έγγαμος/η-Σε σχέση/Συμβίωση	-25,21	0,011
Έγγαμος/η-Άγαμος/η	46,21	<0,001
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-78,84	0,002
Σε σχέση/Συμβίωση-Άγαμος/η	21,00	0,038
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-53,63	0,042
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-32,63	0,203

Στον παράγοντα «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ο μέσος όρος των έγγαμων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=2,76$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,43$, $p=0,002$), των άγαμων ($M.O.=3,56$, $p<0,001$) και των διαζευγμένων ($M.O.=4,27$, $p=0,003$).

Πίνακας 29: «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Έγγαμος/η-Σε σχέση/Συμβίωση	-31,39	0,002
Έγγαμος/η-Άγαμος/η	37,67	<0,001
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-75,13	0,003
Σε σχέση/Συμβίωση-Άγαμος/η	6,28	0,535
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-43,74	0,097
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-37,46	0,144

5.2.2.6 Αριθμός παιδιών

Ο «Αριθμός παιδιών» εμφάνισε αρνητική συσχέτιση μέτριας έντασης με το «Φόρτο εργασίας» ($\rho(148)=-0,38$, $p<0,01$), την «Έλλειψη υποστήριξης» ($\rho(148)=-0,35$, $p<0,01$), την «Ανεπαρκή προετοιμασία» ($\rho(148)=-0,35$, $p<0,01$), τη «Σύγκρουση με συναδέλφους» ($\rho(148)=-0,33$, $p<0,01$), την «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($\rho(148)=-0,32$, $p<0,01$) και αρνητική συσχέτιση χαμηλής έντασης με τη «Σύγκρουση με γιατρούς» ($\rho(148)=-0,24$, $p<0,01$).

Πίνακας 30: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με τον αριθμό παιδιών

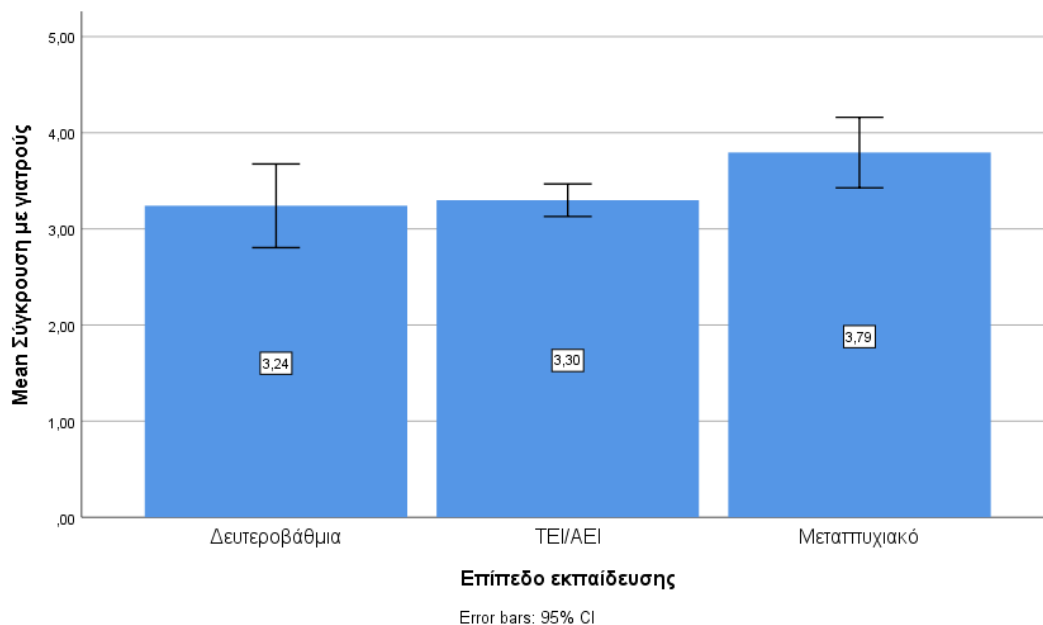
Παράγοντας	Αριθμός παιδιών
Θάνατος	-0,11
Σύγκρουση με γιατρούς	-0,24**
Ανεπαρκής προετοιμασία	-0,35**
Έλλειψη υποστήριξης	-0,35**
Σύγκρουση με συναδέλφους	-0,33**
Φόρτος εργασίας	-0,38**
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	-0,32**

** $p<0,01$



5.2.2.7 Επίπεδο εκπαίδευσης

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης στο εργασιακό άγχος παρατηρήθηκαν στον παράγοντα «Σύγκρουση με γιατρούς» ($H(2,150)=10,42$, $p=0,005$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των κατόχων μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών ($M.O.=3,79$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από το μέσο όρο των αποφοίτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($M.O.=3,24$, $p=0,019$) και των πτυχιούχων ΤΕΙ/ΑΕΙ ($M.O.=3,30$, $p=0,002$).



Γράφημα 16: «Σύγκρουση με γιατρούς» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης
Πίνακας 31: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Παράγοντας	Επίπεδο εκπαίδευσης	N	M.O.	T.A.	H (2,150)	p-value
Θάνατος	Δευτεροβάθμια	20	3,18	0,89	0,99	0,611
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	98	3,38	0,63		
	Μεταπτυχιακό	32	3,38	1,11		
Σύγκρουση με γιατρούς	Δευτεροβάθμια	20	3,24	0,93	10,42	0,005
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	98	3,30	0,84		
	Μεταπτυχιακό	32	3,79	1,02		
Ανεπαρκής προετοιμασία	Δευτεροβάθμια	20	3,18	1,05	1,00	0,606
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	98	3,32	0,84		
	Μεταπτυχιακό	32	3,38	0,98		
Έλλειψη υποστήριξης	Δευτεροβάθμια	20	2,98	1,18	0,17	0,917
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	98	3,13	0,93		
	Μεταπτυχιακό	32	3,11	1,15		
Σύγκρουση με συναδέλφους	Δευτεροβάθμια	20	3,04	0,97	3,55	0,170
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	98	3,15	0,80		
	Μεταπτυχιακό	32	3,46	0,94		
Φόρτος εργασίας	Δευτεροβάθμια	20	2,92	1,12	0,61	0,736



	ΤΕΙ/ΑΕΙ	98	3,07	0,71		
	Μεταπτυχιακό	32	3,12	1,04		
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	Δευτεροβάθμια	20	2,80	1,03	4,69	0,096
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	98	3,31	0,84		
	Μεταπτυχιακό	32	3,18	1,02		

Πίνακας 32: «Σύγκρουση με γιατρούς» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, Post Hoc Bonferonni

Επίπεδο εκπαίδευσης 1-Επίπεδο εκπαίδευσης 2	Στατιστικό	p-value
Δευτεροβάθμια-ΤΕΙ/ΑΕΙ	-1,36	0,898
Δευτεροβάθμια-Μεταπτυχιακό	-28,89	0,019
ΤΕΙ/ΑΕΙ-Μεταπτυχιακό	-27,54	0,002

5.2.3 Επίδραση επαγγελματικών στοιχείων στο εργασιακό άγχος

5.2.3.3 Συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας

Τα «Συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας» εμφάνισαν αρνητική συσχέτιση μέτριας έντασης με το «Φόρτο εργασίας» (ρ (148)=-0,48, $p<0,01$), τη «Σύγκρουση με συναδέλφους» (ρ (148)=-0,47, $p<0,01$), την «Ανεπαρκή προετοιμασία» (ρ (148)=-0,41, $p<0,01$), τη «Σύγκρουση με γιατρούς» (ρ (148)=-0,39, $p<0,01$), την «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» (ρ (148)=-0,39, $p<0,01$), την «Έλλειψη υποστήριξης» (ρ (148)=-0,36, $p<0,01$) και αρνητική συσχέτιση χαμηλής έντασης με το «Θάνατο» (ρ (148)=-0,25, $p<0,01$).

Πίνακας 33: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με τα συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας

Παράγοντας	Συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας
Θάνατος	-0,25**
Σύγκρουση με γιατρούς	-0,39**
Ανεπαρκής προετοιμασία	-0,41**
Έλλειψη υποστήριξης	-0,36**
Σύγκρουση με συναδέλφους	-0,47**
Φόρτος εργασίας	-0,48**
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	-0,39**

** $p<0,01$

5.2.3.4 Έτη εργασίας στο χειρουργείο

Τα «Έτη εργασίας στο χειρουργείο» εμφάνισαν αρνητική συσχέτιση μέτριας έντασης με την «Ανεπαρκή προετοιμασία» (ρ (148)=-0,43, $p<0,01$), τη «Σύγκρουση με συναδέλφους» (ρ (148)=-0,43, $p<0,01$), τη «Σύγκρουση με γιατρούς» (ρ (148)=-0,42, $p<0,01$), το «Φόρτο εργασίας» (ρ (148)=-0,35, $p<0,01$), την «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» (ρ (148)=-0,35, $p<0,01$) και χαμηλής έντασης αρνητική



συσχέτιση με το «Θάνατο» ($r_{ho} (148)=-0,27, p<0,01$) και την «Έλλειψη υποστήριξης» ($r_{ho} (148)=-0,25, p<0,01$) .

Πίνακας 34: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με τα έτη εργασίας στο χειρουργείο

Παράγοντας	Έτη εργασίας στο χειρουργείο
Θάνατος	-0,27**
Σύγκρουση με γιατρούς	-0,42**
Ανεπαρκής προετοιμασία	-0,43**
Έλλειψη υποστήριξης	-0,25**
Σύγκρουση με συναδέλφους	-0,43**
Φόρτος εργασίας	-0,35**
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	-0,35**

** $p<0,01$

5.2.3.5 Τύπος νοσοκομείου

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς τον τύπο νοσοκομείου παρατηρήθηκαν στον παράγοντα «Θάνατος» ($H(2,150)=9,56, p=0,008$). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο (ΕΣΥ) ($M.O.=3,88$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο αυτών που εργάζονται στο πανεπιστημιακό ($M.O.=2,86, p=0,024$) και ιδιωτικό νοσοκομείο ($M.O.=3,33, p=0,003$).

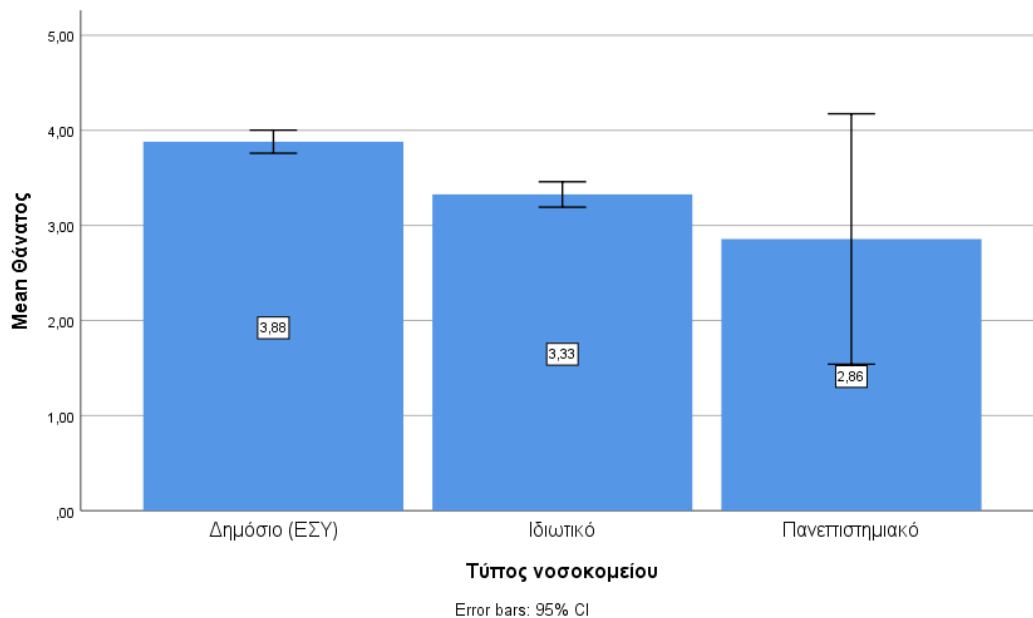
Πίνακας 35: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο νοσοκομείου

Παράγοντας	Τύπος νοσοκομείου	N	M.O.	T.A.	H (2,150)	p-value
Θάνατος	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	3,88	0,19	9,56	0,008
	Ιδιωτικό	132	3,33	0,78		
	Πανεπιστημιακό	6	2,86	1,26		
Σύγκρουση με γιατρούς	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	3,73	0,49	1,45	0,486
	Ιδιωτικό	132	3,37	0,95		
	Πανεπιστημιακό	6	3,33	0,73		
Ανεπαρκής προετοιμασία	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	3,69	0,30	2,41	0,299
	Ιδιωτικό	132	3,29	0,91		
	Πανεπιστημιακό	6	3,00	1,10		
Έλλειψη υποστήριξης	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	3,33	0,45	2,65	0,266
	Ιδιωτικό	132	3,11	1,05		
	Πανεπιστημιακό	6	2,56	0,50		
Σύγκρουση με συναδέλφους	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	3,17	0,31	1,09	0,579
	Ιδιωτικό	132	3,19	0,90		
	Πανεπιστημιακό	6	3,53	0,67		
Φόρτος εργασίας	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	2,99	0,40	1,17	0,558
	Ιδιωτικό	132	3,09	0,88		
	Πανεπιστημιακό	6	2,61	0,74		
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	3,47	0,34	2,79	0,248
	Ιδιωτικό	132	3,21	0,96		
	Πανεπιστημιακό	6	2,80	0,61		



Πίνακας 36: «Θάνατος» ως προς τον τύπο νοσοκομείου, Post Hoc Bonferonni

Τύπος νοσοκομείου 1-Τύπος νοσοκομείου 2	Στατιστικό	p-value
Πανεπιστημιακό-Ιδιωτικό	9,66	0,593
Πανεπιστημιακό-Δημόσιο (ΕΣΥ)	48,92	0,024
Ιδιωτικό-Δημόσιο (ΕΣΥ)	39,25	0,003



Γράφημα 17: «Θάνατος» ως προς τον τύπο νοσοκομείου

5.2.3.6 Επαγγελματική θέση

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στο εργασιακό άγχος ως προς την επαγγελματική θέση ($p \geq 0,250$).

Πίνακας 37: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς την επαγγελματική θέση

Παράγοντας	Επαγγελματική θέση	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Θάνατος	Νοσηλεύτης/τρια	120	3,37	0,75	-0,16	0,876
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	3,28	0,93		
Σύγκρουση με γιατρούς	Νοσηλεύτης/τρια	120	3,41	0,90	-0,53	0,593
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	3,33	0,97		
Ανεπαρκής προετοιμασία	Νοσηλεύτης/τρια	120	3,28	0,83	-0,85	0,394
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	3,44	1,11		
Έλλειψη υποστήριξης	Νοσηλεύτης/τρια	120	3,05	1,00	-1,15	0,250
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	3,32	1,03		
Σύγκρουση με συναδέλφους	Νοσηλεύτης/τρια	120	3,19	0,88	-0,32	0,748
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	3,23	0,80		
Φόρτος εργασίας	Νοσηλεύτης/τρια	120	3,08	0,83	-0,46	0,645
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	2,97	0,93		
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	Νοσηλεύτης/τρια	120	3,19	0,88	-0,92	0,358
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	3,33	1,07		



5.2.3.7 Τύπος εργασιακής σχέσης

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης στους παράγοντες: «Θάνατος» ($H(3,150)=41,59$, $p<0,001$), «Σύγκρουση με γιατρούς» ($H(3,150)=42,51$, $p<0,001$), «Ανεπαρκής προετοιμασία» ($H(3,150)=38,14$, $p<0,001$), «Έλλειψη υποστήριξης» ($H(3,150)=26,54$, $p<0,001$), «Σύγκρουση με συναδέλφους» ($H(3,150)=30,48$, $p<0,001$), «Φόρτος εργασίας» ($H(3,150)=38,33$, $p<0,001$) και «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($H(3,150)=25,05$, $p<0,001$).

Πίνακας 38: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης

Παράγοντας	Τύπος εργασιακής σχέσης	N	M.O.	T.A.	H (3,150)	p-value
Θάνατος	Μόνιμος/η	87	3,04	0,78	41,59	<0,001
	Επικουρικός/ή	9	3,49	0,42		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	3,71	0,52		
	Άλλο	9	4,41	0,50		
Σύγκρουση με γιατρούς	Μόνιμος/η	87	3,02	0,94	42,51	<0,001
	Επικουρικός/ή	9	3,38	0,47		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	3,95	0,52		
	Άλλο	9	4,33	0,33		
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μόνιμος/η	87	2,95	0,87	38,14	<0,001
	Επικουρικός/ή	9	3,63	0,35		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	3,81	0,72		
	Άλλο	9	4,04	0,39		
Έλλειψη υποστήριξης	Μόνιμος/η	87	2,82	0,92	26,54	<0,001
	Επικουρικός/ή	9	2,81	0,38		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	3,47	1,06		
	Άλλο	9	4,30	0,35		
Σύγκρουση με συναδέλφους	Μόνιμος/η	87	2,90	0,77	30,48	<0,001
	Επικουρικός/ή	9	3,58	0,85		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	3,50	0,83		
	Άλλο	9	4,20	0,54		
Φόρτος εργασίας	Μόνιμος/η	87	2,73	0,68	38,33	<0,001
	Επικουρικός/ή	9	3,65	0,41		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	3,33	0,89		
	Άλλο	9	4,30	0,38		
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	Μόνιμος/η	87	2,97	0,84	25,05	<0,001
	Επικουρικός/ή	9	3,07	0,68		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	3,48	0,91		
	Άλλο	9	4,44	0,43		

Στον παράγοντα «Θάνατος» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=3,04$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,71$, $p<0,001$) και αυτών που



ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,41$, $p<0,001$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,41$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο αυτών που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=3,49$, $p=0,012$) και αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,71$, $p=0,023$).

Πίνακας 39: «Θάνατος» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Μόνιμος/η-Επικουρικός/ή	-24,13	0,111
Μόνιμος/η-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-39,10	<0,001
Μόνιμος/η-Άλλο	-75,13	<0,001
Επικουρικός/ή-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-14,97	0,344
Επικουρικός/ή-Άλλο	-51,00	0,012
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Άλλο	-36,03	0,023

Στον παράγοντα «Σύγκρουση με γιατρούς» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=3,02$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,95$, $p<0,001$) και αυτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,33$, $p<0,001$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=3,38$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,33$, $p<0,001$).

Πίνακας 40: «Σύγκρουση με γιατρούς» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Μόνιμος/η-Επικουρικός/ή	-17,24	0,254
Μόνιμος/η-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-43,58	<0,001
Μόνιμος/η-Άλλο	-67,08	<0,001
Επικουρικός/ή-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-26,33	0,095
Επικουρικός/ή-Άλλο	-49,83	0,014
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Άλλο	-23,50	0,136

Στον παράγοντα «Ανεπαρκής προετοιμασία» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=2,95$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,81$, $p<0,001$), που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=3,63$, $p=0,029$) και αυτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,04$, $p<0,001$).

Πίνακας 41: «Ανεπαρκής προετοιμασία» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Μόνιμος/η-Επικουρικός/ή	-32,80	0,029
Μόνιμος/η-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-42,24	<0,001



Μόνιμος/η-Άλλο	-57,36	<0,001
Επικουρικός/ή-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-9,43	0,548
Επικουρικός/ή-Άλλο	-24,56	0,226
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Άλλο	-15,12	0,336

Στον παράγοντα «Έλλειψη υποστήριξης» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,30$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από το μέσο όρο των νοσηλευτών που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=2,81$, $p=0,002$), μόνιμο προσωπικό ($M.O.=2,82$, $p<0,001$) και αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,47$, $p=0,022$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=2,82$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,47$, $p<0,001$).

Πίνακας 42: «Έλλειψη υποστήριξης» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferroni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Επικουρικός/ή-Μόνιμος/η	0,05	0,997
Επικουρικός/ή-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-27,73	0,077
Επικουρικός/ή-Άλλο	-63,61	0,002
Μόνιμος/η-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-27,68	<0,001
Μόνιμος/η-Άλλο	-63,56	<0,001
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Άλλο	-35,88	0,022

Στον παράγοντα «Σύγκρουση με συναδέλφους» ο μέσος όρος των νοσηλευτών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=2,90$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,50$, $p<0,001$), αυτών που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=3,58$, $p=0,012$) και των νοσηλευτών/τριών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,20$, $p<0,001$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,50$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,20$, $p=0,041$).

Πίνακας 43: «Σύγκρουση με συναδέλφους» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferroni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Μόνιμος/η-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-31,16	<0,001
Μόνιμος/η-Επικουρικός/ή	-37,87	0,012
Μόνιμος/η-Άλλο	-63,43	<0,001
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Επικουρικός/ή	6,71	0,671
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Άλλο	-32,27	0,041
Επικουρικός/ή-Άλλο	-25,56	0,210

Στον παράγοντα «Φόρτος εργασίας» ο μέσος όρος των νοσηλευτών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=2,73$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που



εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,33$, $p=0,001$), αυτών που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=3,65$, $p<0,001$) και των νοσηλευτών/τριών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,30$, $p<0,001$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,33$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,30$, $p=0,003$).

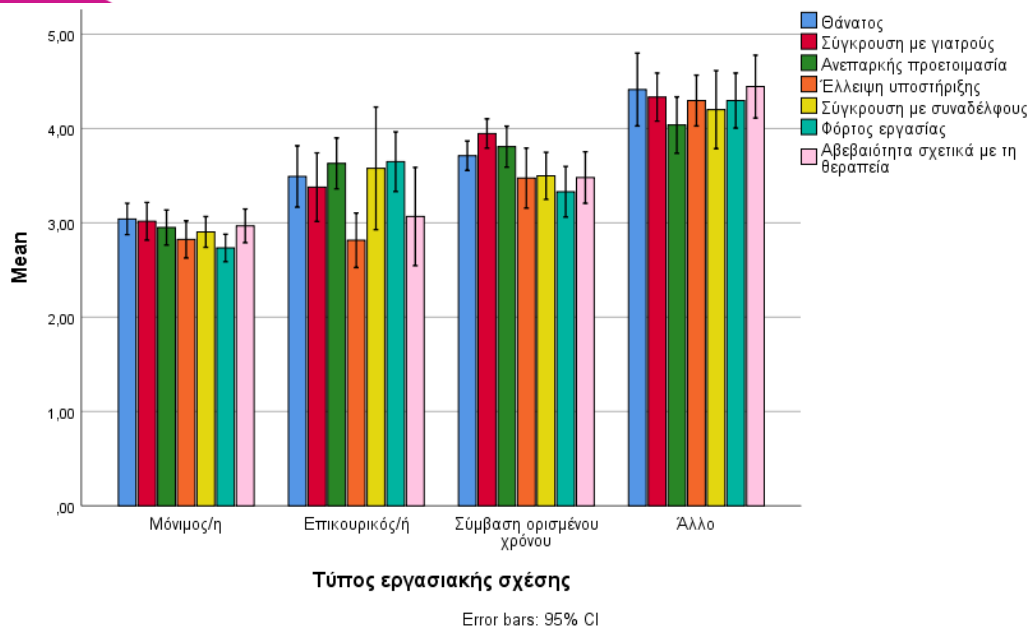
Πίνακας 44: «Φόρτος εργασίας» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Μόνιμος/η-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-27,54	0,001
Μόνιμος/η-Επικουρικός/ή	-52,93	<0,001
Μόνιμος/η-Άλλο	-74,81	<0,001
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Επικουρικός/ή	25,39	0,108
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Άλλο	-47,28	0,003
Επικουρικός/ή-Άλλο	-21,89	0,283

Στην «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=2,97$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,48$, $p=0,004$) και αυτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,44$, $p<0,001$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,44$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο αυτών που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=3,07$, $p=0,003$ και αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,48$, $p=0,004$).

Πίνακας 45: «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Μόνιμος/η-Επικουρικός/ή	-6,82	0,653
Μόνιμος/η-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-23,04	0,004
Μόνιμος/η-Άλλο	-68,49	<0,001
Επικουρικός/ή-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-16,22	0,305
Επικουρικός/ή-Άλλο	-61,67	0,003
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Άλλο	-45,44	0,004



Γράφημα 18: Στατιστικά σημαντικές διαφορές εργασιακού άγχος ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης

5.2.3.8 Τύπος απασχόλησης

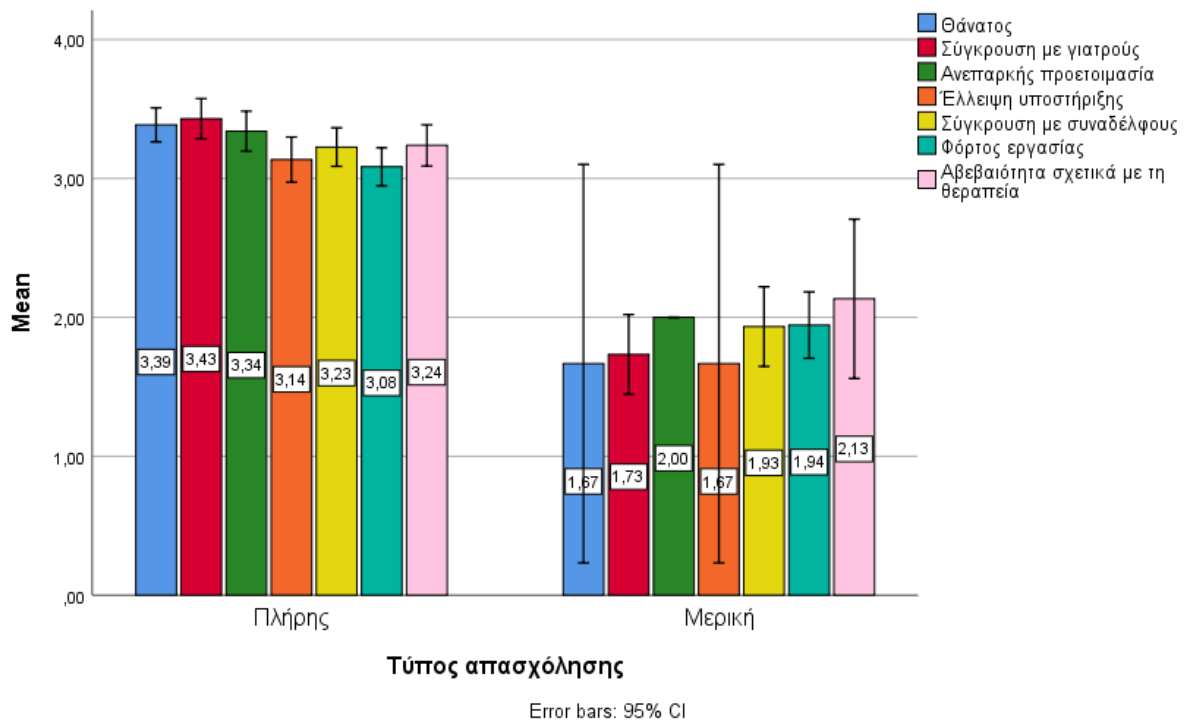
Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς τον τύπο απασχόλησης, με τις υψηλότερες τιμές να καταγράφονται στους νοσηλευτές/τριες που εργάζονται με πλήρη απασχόληση συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται με μερική στους παράγοντες «Θάνατος» ($M.O.$ Πλήρης=3,39 vs $M.O.$ Μερική=1,67, $Z=-2,73$, $p=0,006$), «Σύγκριση με γιατρούς» ($M.O.$ Πλήρης=3,43 vs $M.O.$ Μερική=1,73, $Z=-2,85$, $p=0,004$), «Ανεπαρκής προετοιμασία» ($M.O.$ Πλήρης=3,34 vs $M.O.$ Μερική=2,00, $Z=-2,42$, $p=0,015$), «Έλλειψη υποστήριξης» ($M.O.$ Πλήρης=3,14 vs $M.O.$ Μερική=1,67, $Z=-2,35$, $p=0,019$), «Σύγκριση με συναδέλφους» ($M.O.$ Πλήρης=3,23 vs $M.O.$ Μερική=1,93, $Z=-2,55$, $p=0,011$), «Φόρτος εργασίας» ($M.O.$ Πλήρης=3,08 vs $M.O.$ Μερική=1,94, $Z=-2,40$, $p=0,016$) και «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($M.O.$ Πλήρης=3,24 vs $M.O.$ Μερική=2,13, $Z=-2,11$, $p=0,035$).

Πίνακας 46: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο απασχόλησης

Παράγοντας	Τύπος απασχόλησης	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Θάνατος	Πλήρης	147	3,39	0,75	-2,73	0,006
	Μερική	3	1,67	0,58		
Σύγκριση με γιατρούς	Πλήρης	147	3,43	0,89	-2,85	0,004
	Μερική	3	1,73	0,12		
Ανεπαρκής προετοιμασία	Πλήρης	147	3,34	0,88	-2,42	0,015
	Μερική	3	2,00	0,00		
Έλλειψη υποστήριξης	Πλήρης	147	3,14	1,00	-2,35	0,019
	Μερική	3	1,67	0,58		



Σύγκρουση με συναδέλφους	Πλήρης	147	3,23	0,85	-2,55	0,011
	Μερική	3	1,93	0,12		
Φόρτος εργασίας	Πλήρης	147	3,08	0,84	-2,40	0,016
	Μερική	3	1,94	0,10		
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	Πλήρης	147	3,24	0,91	-2,11	0,035
	Μερική	3	2,13	0,23		



Γράφημα 19: Σημαντικές διαφορές εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο απασχόλησης

5.2.3.9 Ώρες εργασίας/εβδομάδα

Οι «Ώρες εργασίας/εβδομάδα» εμφάνισαν θετική συσχέτιση χαμηλής έντασης με τη «Σύγκρουση με γιατρούς» ($\rho(148)=0,22, p<0,01$), την «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($\rho(148)=0,21, p<0,05$) και το «Θάνατο» ($\rho(148)=0,20, p<0,05$).

Πίνακας 47: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με τις ώρες εργασίας/εβδομάδα

Παράγοντες	Ώρες εργασίας/εβδομάδα
Θάνατος	0,20*
Σύγκρουση με γιατρούς	0,22**
Ανεπαρκής προετοιμασία	0,12
Έλλειψη υποστήριξης	0,13
Σύγκρουση με συναδέλφους	0,15
Φόρτος εργασίας	0,14
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	0,21*

* $p<0,05$, ** $p<0,01$



5.2.3.10 Τύπος ωραρίου

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων εργασιακού άγχους ως προς την επαγγελματική θέση ($p \geq 0,298$).

Πίνακας 48: Σύγκριση εργασιακού άγχους ως προς τον τύπο ωραρίου

Παράγοντας	Τύπος ωραρίου	N	M.O.	T.A.	H (2,150)	p-value
Θάνατος	Σταθερό πρωινό	12	3,48	0,73	0,04	0,981
	Κυλιόμενο	125	3,34	0,78		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	3,33	0,96		
Σύγκρουση με γιατρούς	Σταθερό πρωινό	12	3,43	1,18	2,42	0,298
	Κυλιόμενο	125	3,44	0,85		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	2,91	1,14		
Ανεπαρκής προετοιμασία	Σταθερό πρωινό	12	3,56	1,23	1,40	0,498
	Κυλιόμενο	125	3,27	0,87		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	3,46	0,71		
Έλλειψη υποστήριξης	Σταθερό πρωινό	12	3,25	1,38	0,12	0,940
	Κυλιόμενο	125	3,08	0,99		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	3,21	0,87		
Σύγκρουση με συναδέλφους	Σταθερό πρωινό	12	3,25	0,80	1,79	0,409
	Κυλιόμενο	125	3,16	0,87		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	3,49	0,81		
Φόρτος εργασίας	Σταθερό πρωινό	12	3,04	0,82	0,05	0,973
	Κυλιόμενο	125	3,07	0,84		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	3,00	0,97		
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	Σταθερό πρωινό	12	3,37	0,98	1,43	0,488
	Κυλιόμενο	125	3,23	0,89		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	2,97	1,07		

5.2.4 Επίδραση δημογραφικών στοιχείων στην επαγγελματική εξουθένωση

5.2.4.3 Φύλο

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στην επαγγελματική εξουθένωση ως προς το φύλο ($p \geq 0,510$).

Πίνακας 49: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς το φύλο

Παράγοντας	Φύλο	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Προσωπική εξουθένωση	Αντρας	39	3,39	0,78	-0,44	0,658
	Γυναίκα	111	3,22	0,80		
Εξουθένωση εργασίας	Αντρας	39	3,19	0,73	-0,66	0,510
	Γυναίκα	111	3,18	0,71		
Εξουθένωση πελατών	Αντρας	39	2,74	0,91	-0,17	0,861
	Γυναίκα	111	2,72	0,84		



5.2.4.4 Ηλικία

Η «Ηλικία» εμφάνισε θετική συσχέτιση χαμηλής έντασης με την «Προσωπική εξουθένωση» ($\rho(148)=0,29, p<0,01$).

Πίνακας 50: Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με την ηλικία

Παράγοντας	Ηλικία
Προσωπική εξουθένωση	0,29**
Εξουθένωση εργασίας	0,02
Εξουθένωση πελατών	-0,09

** $p<0,01$

5.2.4.5 Οικογενειακή κατάσταση

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση στους παράγοντες «Προσωπική εξουθένωση» ($H(3,150)=20,22, p<0,001$), «Εξουθένωση εργασίας» ($H(3,150)=7,89, p=0,048$) και «Εξουθένωση πελατών» ($H(3,150)=13,33, p=0,004$).

Πίνακας 51: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Παράγοντας	Οικογενειακή κατάσταση	N	M.O.	T.A.	H (3,150)	p-value
Προσωπική εξουθένωση	Άγαμος/η	57	3,22	0,65	20,22	<0,001
	Έγγαμος/η	63	3,46	0,79		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	2,76	0,82		
	Διαζευγμένος/η	3	4,61	0,25		
Εξουθένωση εργασίας	Άγαμος/η	57	3,17	0,71	7,89	0,048
	Έγγαμος/η	63	3,19	0,61		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	3,03	0,85		
	Διαζευγμένος/η	3	4,43	0,52		
Εξουθένωση πελατών	Άγαμος/η	57	2,43	0,84	13,33	0,004
	Έγγαμος/η	63	2,75	0,65		
	Σε σχέση/Συμβίωση	27	3,25	1,06		
	Διαζευγμένος/η	3	3,28	0,19		

Στον παράγοντα «Προσωπική εξουθένωση» ο μέσος όρος των νοσηλευτών που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=2,76$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο των έγγαμων ($M.O.=3,46, p<0,001$), των άγαμων ($M.O.=3,22, p=0,027$) και των διαζευγμένων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=4,61, p=0,001$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των διαζευγμένων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=4,61$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από το μέσο όρο των άγαμων ($M.O.=3,22, p=0,009$) και έγγαμων ($M.O.=3,46, p=0,038$).

Πίνακας 52: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferroni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Σε σχέση/Συμβίωση-Άγαμος/η	22,28	0,027
Σε σχέση/Συμβίωση-Έγγαμος/η	36,31	<0,001
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-89,17	0,001



Άγαμος/η-Έγγαμος/η	-14,03	0,075
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-66,89	0,009
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-52,86	0,038

Στον παράγοντα «Εξουθένωση εργασίας» ο μέσος όρος των διαζευγμένων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=4,43$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από το μέσο όρο αυτών που είναι άγαμοι/ες ($M.O.=3,17$, $p=0,019$), έγγαμοι/ες ($M.O.=3,19$, $p=0,009$) και αυτών που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,03$, $p=0,007$).

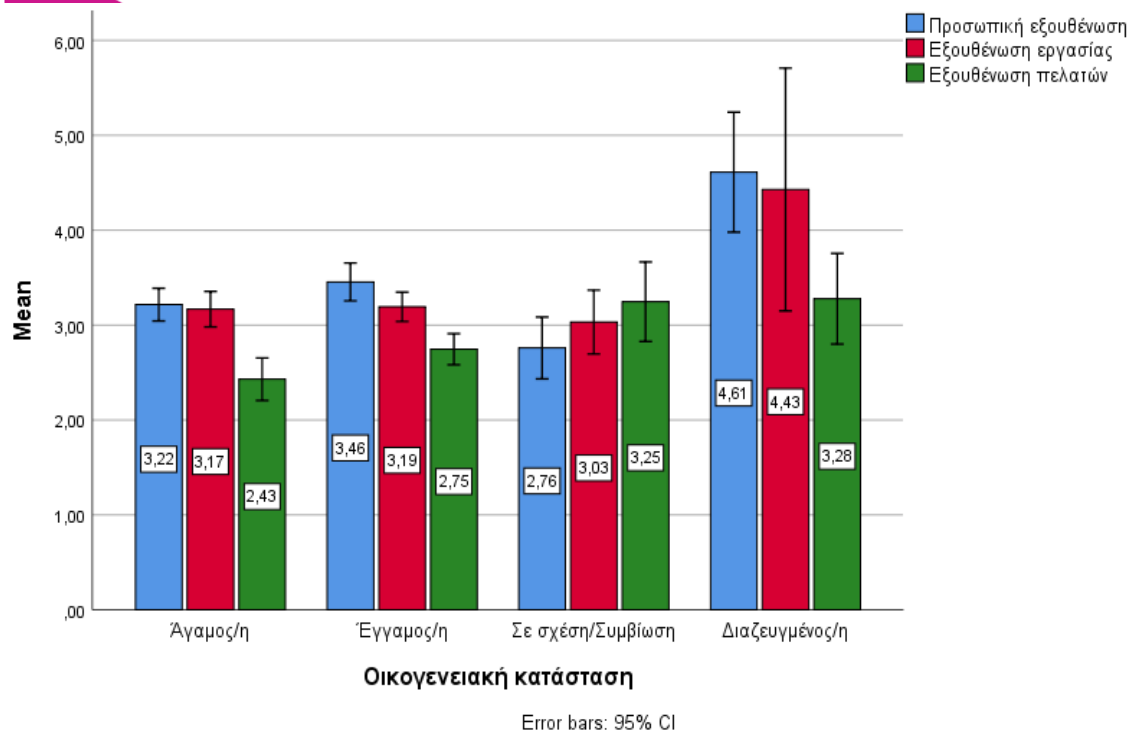
Πίνακας 53: «Εξουθένωση εργασίας» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Σε σχέση/Συμβίωση-Έγγαμος/η	4,19	0,671
Σε σχέση/Συμβίωση-Άγαμος/η	10,58	0,291
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-70,19	0,007
Έγγαμος/η-Άγαμος/η	6,39	0,415
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-65,99	0,009
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-59,61	0,019

Στον παράγοντα «Εξουθένωση πελατών» ο μέσος όρος των άγαμων νοσηλευτών/τριών ($M.O.=2,43$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο των διαζευγμένων ($M.O.=3,28$, $p=0,044$) και αυτών που είναι σε σχέση/συμβίωση ($M.O.=3,25$, $p=0,001$).

Πίνακας 54: «Εξουθένωση πελατών» ως προς την οικογενειακή κατάσταση, Post Hoc Bonferonni

Οικογενειακή κατάσταση 1- Οικογενειακή κατάσταση 2	Στατιστικό	p-value
Άγαμος/η-Έγγαμος/η	-14,19	0,072
Άγαμος/η-Σε σχέση/Συμβίωση	-32,89	0,001
Άγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-51,58	0,044
Έγγαμος/η-Σε σχέση/Συμβίωση	-18,70	0,060
Έγγαμος/η-Διαζευγμένος/η	-37,39	0,143
Σε σχέση/Συμβίωση-Διαζευγμένος/η	-18,69	0,477



Γράφημα 20: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς την οικογενειακή κατάσταση

5.2.4.6 Αριθμός παιδιών

Ο «Αριθμός παιδιών» εμφάνισε θετική συσχέτιση μέτριας έντασης με την «Προσωπική εξουθένωση» ($\rho(148)=0,34, p<0,01$).

Πίνακας 55: Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με τον αριθμό παιδιών

Παράγοντας	Αριθμός παιδιών
Προσωπική εξουθένωση	0,34**
Εξουθένωση εργασίας	0,04
Εξουθένωση πελατών	0,09

** $p<0,01$

5.2.4.7 Επίπεδο εκπαίδευσης

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων όρων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης παρατηρήθηκαν στους παράγοντες «Προσωπική εξουθένωση» ($H(2,150)=27,06, p<0,001$), «Εξουθένωση εργασίας» ($H(2,150)=16,01, p<0,001$) και «Εξουθένωση πελατών» ($H(2,150)=9,87, p=0,007$).

Πίνακας 56: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Παράγοντας	Επίπεδο εκπαίδευσης	N	M.O.	T.A.	H (2,150)	p-value
Προσωπική εξουθένωση	Δευτεροβάθμια	20	4,18	0,71	27,06	<0,001
	ΤΕΙ/AEI	98	3,11	0,63		
	Μεταπτυχιακό	32	3,17	0,95		
Εξουθένωση εργασίας	Δευτεροβάθμια	20	3,94	0,85	16,01	<0,001
	ΤΕΙ/AEI	98	3,09	0,45		



	Μεταπτυχιακό	32	2,97	0,97		
Εξουθένωση πελατών	Δευτεροβάθμια	20	2,83	0,78	9,87	0,007
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	98	2,85	0,81		
	Μεταπτυχιακό	32	2,30	0,92		

Στον παράγοντα «Προσωπική εξουθένωση» ο μέσος όρος των αποφοίτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($M.O.=4,18$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από το μέσο όρο των πτυχιούχων ΤΕΙ/ΑΕΙ ($M.O.=3,11$, $p<0,001$) και των κατόχων μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών ($M.O.=3,17$, $p<0,001$).

Πίνακας 57: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, Post Hoc Bonferonni

Επίπεδο εκπαίδευσης 1-Επίπεδο εκπαίδευσης 2	Στατιστικό	p-value
ΤΕΙ/ΑΕΙ-Μεταπτυχιακό	-2,91	0,741
ΤΕΙ/ΑΕΙ-Δευτεροβάθμια	54,54	<0,001
Μεταπτυχιακό-Δευτεροβάθμια	51,63	<0,001

Στον παράγοντα «Εξουθένωση εργασίας» ο μέσος όρος των αποφοίτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($M.O.=3,94$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από το μέσο όρο των πτυχιούχων ΤΕΙ/ΑΕΙ ($M.O.=3,09$, $p<0,001$) και των νοσηλευτών που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ($M.O.=2,97$, $p=0,002$).

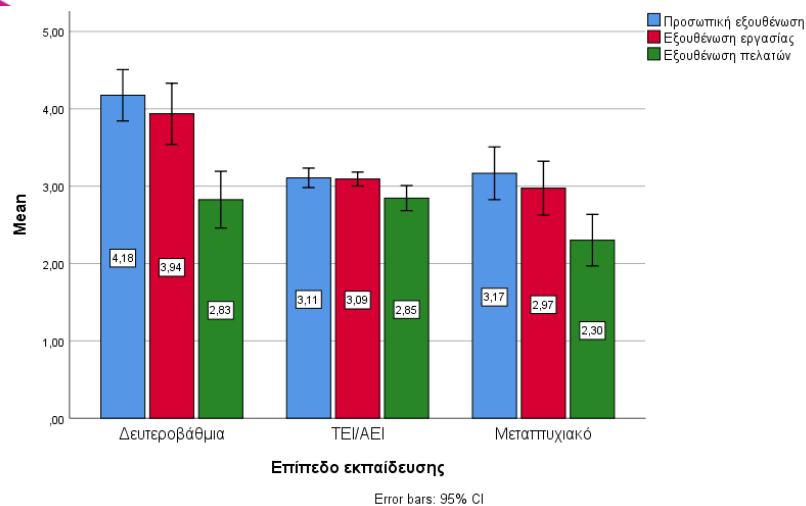
Πίνακας 58: «Εξουθένωση εργασίας» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, Post Hoc Bonferonni

Επίπεδο εκπαίδευσης 1-Επίπεδο εκπαίδευσης 2	Στατιστικό	p-value
ΤΕΙ/ΑΕΙ-Μεταπτυχιακό	-4,15	0,635
ΤΕΙ/ΑΕΙ-Δευτεροβάθμια	41,95	<0,001
Μεταπτυχιακό-Δευτεροβάθμια	37,80	0,002

Στον παράγοντα «Εξουθένωση πελατών» ο μέσος όρος των νοσηλευτών που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ($M.O.=2,30$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο των πτυχιούχων ΤΕΙ/ΑΕΙ ($M.O.=2,85$, $p=0,002$) και των αποφοίτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($M.O.=2,83$, $p=0,021$).

Πίνακας 59: «Εξουθένωση πελατών» ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, Post Hoc Bonferonni

Επίπεδο εκπαίδευσης 1-Επίπεδο εκπαίδευσης 2	Στατιστικό	p-value
Μεταπτυχιακό-ΤΕΙ/ΑΕΙ	26,72	0,002
Μεταπτυχιακό-Δευτεροβάθμια	28,43	0,021
ΤΕΙ/ΑΕΙ-Δευτεροβάθμια	1,70	0,873



Γράφημα 21: Σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

5.2.5 Επίδραση επαγγελματικών στοιχείων στην επαγγελματική εξουθένωση

5.2.5.3 Συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας

Τα «Συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας» δεν παρουσίασαν καμία συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση ($p \geq 0,057$).

Πίνακας 60: Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με τα συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας

Παράγοντας	Συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας
Προσωπική εξουθένωση	$\rho(148) = 0,16, p = 0,057$
Εξουθένωση εργασίας	$\rho(148) = -0,02, p = 0,775$
Εξουθένωση πελατών	$\rho(148) = -0,09, p = 0,257$

5.2.5.4 Έτη εργασίας στο χειρουργείο

Τα «Έτη εργασίας στο χειρουργείο» δεν παρουσίασαν καμία συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση ($p \geq 0,083$).

Πίνακας 61: Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με τα έτη εργασίας στο χειρουργείο

Παράγοντας	Έτη εργασίας στο χειρουργείο
Προσωπική εξουθένωση	$\rho(148) = -0,01, p = 0,864$
Εξουθένωση εργασίας	$\rho(148) = -0,14, p = 0,083$
Εξουθένωση πελατών	$\rho(148) = -0,04, p = 0,660$

5.2.5.5 Τύπος νοσοκομείου

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς τον τύπο νοσοκομείου παρατηρήθηκαν στους παράγοντες «Προσωπική εξουθένωση» ($H(2,150) = 9,18, p = 0,010$), «Εξουθένωση εργασίας» ($H(2,150) = 9,76, p = 0,008$) και «Εξουθένωση πελατών» ($H(2,150) = 8,04, p = 0,018$).

Πίνακας 62: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο νοσοκομείου

Παράγοντας	Τύπος νοσοκομείου	N	M.O.	T.A.	H (2,150)	p-value
------------	-------------------	---	------	------	-----------	---------



Προσωπική εξουθένωση	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	3,63	0,73	9,18	0,010
	Ιδιωτικό	132	3,20	0,80		
	Πανεπιστημιακό	6	3,94	0,23		
Εξουθένωση εργασίας	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	3,65	0,71	9,76	0,008
	Ιδιωτικό	132	3,12	0,70		
	Πανεπιστημιακό	6	3,62	0,48		
Εξουθένωση πελατών	Δημόσιο (ΕΣΥ)	12	2,53	0,71	8,04	0,018
	Ιδιωτικό	132	2,71	0,87		
	Πανεπιστημιακό	6	3,47	0,19		

Στον παράγοντα «Προσωπική εξουθένωση» ο μέσος όρος των νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικό νοσοκομείο ($M.O.=3,20$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που εργάζονται στο πανεπιστημιακό ($M.O.=3,94, p=0,006$)

Πίνακας 63: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς τον τύπο νοσοκομείου, Post Hoc Bonferonni

Τύπος νοσοκομείου 1-Τύπος νοσοκομείου 2	Στατιστικό	p-value
Ιδιωτικό-Δημόσιο (ΕΣΥ)	18,77	0,149
Ιδιωτικό-Πανεπιστημιακό	-49,48	0,006
Δημόσιο (ΕΣΥ)-Πανεπιστημιακό	-30,71	0,155

Στον παράγοντα «Εξουθένωση εργασίας» ο μέσος όρος των νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικό νοσοκομείο ($M.O.=3,12$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που εργάζονται στο πανεπιστημιακό ($M.O.=3,62, p=0,020$) και σε δημόσιο νοσοκομείο (ΕΣΥ) ($M.O.=3,65, p=0,026$).

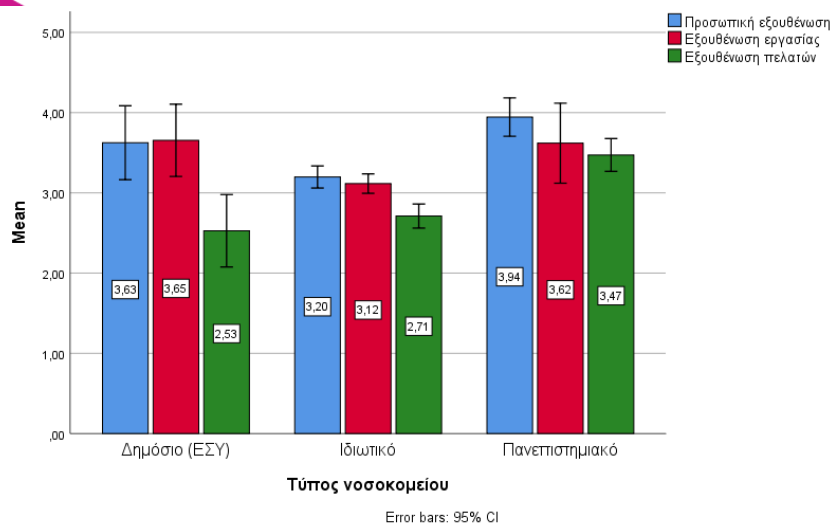
Πίνακας 64: «Εξουθένωση εργασίας» ως προς τον τύπο νοσοκομείου, Post Hoc Bonferonni

Τύπος νοσοκομείου 1-Τύπος νοσοκομείου 2	Στατιστικό	p-value
Ιδιωτικό-Δημόσιο (ΕΣΥ)	28,76	0,026
Ιδιωτικό-Πανεπιστημιακό	-41,63	0,020
Δημόσιο (ΕΣΥ)-Πανεπιστημιακό	-12,88	0,548

Στον παράγοντα «Εξουθένωση πελατών» ο μέσος όρος των νοσηλευτών που εργάζονται σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο ($M.O.=3,47$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο αυτών που εργάζονται σε ιδιωτικό ($M.O.=2,71, p=0,007$) και σε δημόσιο νοσοκομείο (ΕΣΥ) ($M.O.=2,53, p=0,007$).

Πίνακας 65: «Εξουθένωση πελατών» ως προς τον τύπο νοσοκομείου, Post Hoc Bonferonni

Τύπος νοσοκομείου 1-Τύπος νοσοκομείου 2	Στατιστικό	p-value
Δημόσιο (ΕΣΥ)-Ιδιωτικό	-9,99	0,443
Δημόσιο (ΕΣΥ)-Πανεπιστημιακό	-58,29	0,007
Ιδιωτικό-Πανεπιστημιακό	-48,30	0,007



Γράφημα 22: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο νοσοκομείου

5.2.5.6 Επαγγελματική θέση

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στην επαγγελματική εξουθένωση ως προς την επαγγελματική θέση ($p \geq 0,197$).

Πίνακας 66: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς την επαγγελματική θέση

Παράγοντας	Επαγγελματική θέση	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Προσωπική εξουθένωση	Νοσηλεύτης/τρια	120	3,24	0,82	-0,98	0,329
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	3,36	0,71		
Εξουθένωση εργασίας	Νοσηλεύτης/τρια	120	3,15	0,73	-0,70	0,484
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	3,28	0,65		
Εξουθένωση πελατών	Νοσηλεύτης/τρια	120	2,67	0,83	-1,29	0,197
	Βοηθός νοσηλεύτη	30	2,94	0,93		

5.2.5.7 Τύπος εργασιακής σχέσης

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης στους παράγοντες «Προσωπική εξουθένωση» ($H(3,150)=13,90$, $p=0,003$), «Εξουθένωση εργασίας» ($H(3,150)=46,63$, $p<0,001$) και «Εξουθένωση πελατών» ($H(3,150)=12,37$, $p=0,006$).

Πίνακας 67: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης

Παράγοντας	Τύπος εργασιακής σχέσης	N	M.O.	T.A.	H (3,150)	p-value
Προσωπική εξουθένωση	Μόνιμος/η	87	3,06	0,70	13,90	0,003
	Επικουρικός/ή	9	4,09	0,73		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	3,47	0,82		
	Άλλο	9	3,37	0,98		
Εξουθένωση εργασίας	Μόνιμος/η	87	2,86	0,56	46,63	<0,001
	Επικουρικός/ή	9	3,94	0,62		



Εξουθένωση πελατών	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	3,47	0,66	12,37	0,006
	Άλλο	9	4,05	0,53		
	Μόνιμος/η	87	2,64	0,79		
	Επικουρικός/ή	9	3,52	0,43		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	45	2,64	0,76		
	Άλλο	9	3,20	1,55		

Στον παράγοντα «Προσωπική εξουθένωση» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=4,09$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από το μέσο όρο αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,47$, $p=0,014$), αυτών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=3,06$, $p<0,001$) και αυτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=3,37$, $p=0,019$).

Πίνακας 68: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferroni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Μόνιμος/η-Άλλο	-5,40	0,721
Μόνιμος/η-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-14,42	0,069
Μόνιμος/η-Επικουρικός/ή	-53,23	<0,001
Άλλο-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	9,02	0,567
Άλλο-Επικουρικός/ή	47,83	0,019
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Επικουρικός/ή	38,81	0,014

Στον παράγοντα «Εξουθένωση εργασίας» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=2,86$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,47$, $p<0,001$), που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=3,94$, $p<0,001$) και αυτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,05$, $p<0,001$). Επιπλέον, ο μέσος όρος των νοσηλευτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=3,47$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=3,94$, $p=0,043$) και αυτών που ανήκουν σε κάποια άλλη κατηγορία εργασιακής σχέσης ($M.O.=4,05$, $p=0,021$).

Πίνακας 69: «Εξουθένωση εργασίας» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferroni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Μόνιμος/η-Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-34,37	<0,001
Μόνιμος/η-Επικουρικός/ή	-66,01	<0,001
Μόνιμος/η-Άλλο	-70,56	<0,001
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Επικουρικός/ή	31,63	0,043
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Άλλο	-36,19	0,021
Επικουρικός/ή-Άλλο	-4,56	0,822

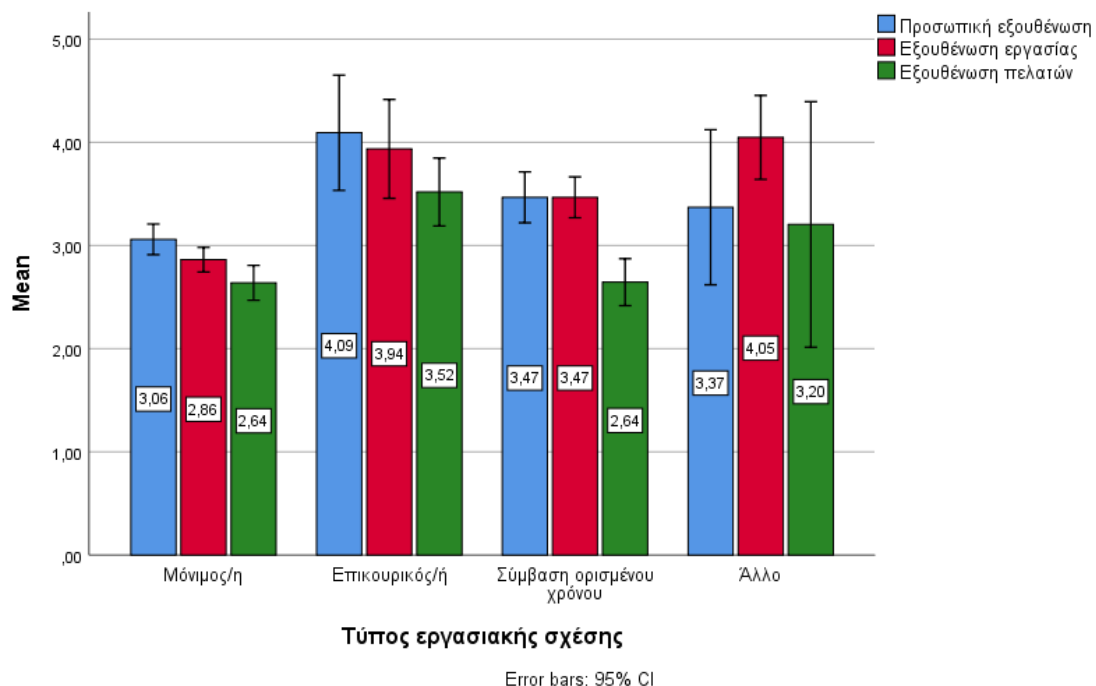
Στον παράγοντα «Εξουθένωση πελατών» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που είναι επικουρικό προσωπικό ($M.O.=3,52$) ήταν στατιστικά μεγαλύτερος από το μέσο



όρο αυτών που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου ($M.O.=2,64$, $p=0,001$) και αυτών που είναι μόνιμο προσωπικό ($M.O.=2,64$, $p=0,001$).

Πίνακας 70: «Εξουθένωση πελατών» ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης, Post Hoc Bonferonni

Τύπος εργασιακής σχέσης 1-Τύπος εργασιακής σχέσης 2	Στατιστικό	p-value
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Μόνιμος/η	1,38	0,862
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Άλλο	-20,57	0,192
Σύμβαση ορισμένου χρόνου-Επικουρικός/ή	50,51	0,001
Μόνιμος/η-Άλλο	-19,18	0,205
Μόνιμος/η-Επικουρικός/ή	-49,13	0,001
Άλλο-Επικουρικός/ή	29,94	0,141



Γράφημα 23: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο εργασιακής σχέσης

5.2.5.8 Τύπος απασχόλησης

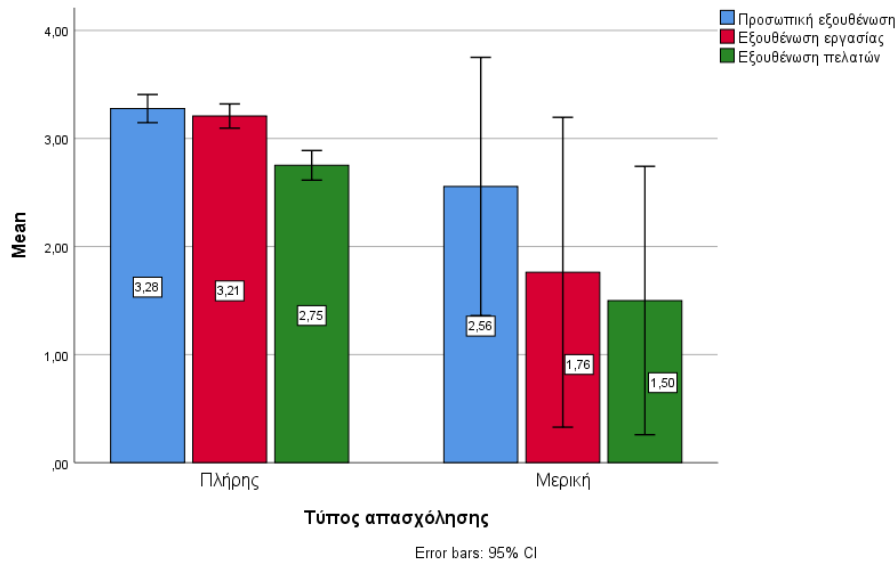
Στατιστικά σημαντικές υψηλότερες τιμές καταγράφηκαν στους νοσηλευτές/τριες που εργάζονται με πλήρη απασχόληση συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται με μερική στους παράγοντες «Προσωπική εξουθένωση» ($M.O.$ Πλήρης=3,28 vs $M.O.$ Μερική=2,56, $Z=-2,06$, $p=0,039$), «Εξουθένωση εργασίας» ($M.O.$ Πλήρης=3,21 vs $M.O.$ Μερική=1,76, $Z=-2,79$, $p=0,005$) και «Εξουθένωση πελατών» ($M.O.$ Πλήρης=2,75 vs $M.O.$ Μερική=1,50, $Z=-2,43$, $p=0,015$).

Πίνακας 71: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο απασχόλησης

Παράγοντας	Τύπος απασχόλησης	N	M.O.	T.A.	Z	p-value
Προσωπική εξουθένωση	Πλήρης	147	3,28	0,80	-2,06	0,039
	Μερική	3	2,56	0,48		



Εξουθένωση εργασίας	Πλήρης	147	3,21	0,69	-2,79	0,005
	Μερική	3	1,76	0,58		
Εξουθένωση πελατών	Πλήρης	147	2,75	0,84	-2,43	0,015
	Μερική	3	1,50	0,50		



Γράφημα 24: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο απασχόλησης

5.2.5.9 Ώρες εργασίας/εβδομάδα

Οι «Ώρες εργασίας/εβδομάδα» δεν παρουσίασαν καμία συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση ($p \geq 0,448$).

Πίνακας 72: Συσχέτιση των παραγόντων επαγγελματικής εξουθένωσης με τις ώρες εργασίας/εβδομάδα

Παράγοντες	Ώρες εργασίας/εβδομάδα
Προσωπική εξουθένωση	$\rho(148) = 0,06, p = 0,448$
Εξουθένωση εργασίας	$\rho(148) = 0,06, p = 0,480$
Εξουθένωση πελατών	$\rho(148) = 0,04, p = 0,632$

5.2.5.10 Τύπος ωραρίου

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων ως προς τον τύπο ωραρίου στους παράγοντες «Προσωπική εξουθένωση» ($H(2,150) = 7,65, p = 0,022$) και «Εξουθένωση πελατών» ($H(2,150) = 14,82, p = 0,001$).

Πίνακας 73: Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο ωραρίου

Παράγοντας	Τύπος ωραρίου	N	M.O.	T.A.	H (2,150)	p-value
Προσωπική εξουθένωση	Σταθερό πρωινό	12	2,72	0,46	7,65	0,022
	Κυλιόμενο	125	3,30	0,80		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	3,36	0,92		
Εξουθένωση εργασίας	Σταθερό πρωινό	12	2,85	0,56	2,88	0,236
	Κυλιόμενο	125	3,19	0,69		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	3,37	0,96		



Εξουθένωση πελατών	Σταθερό πρωινό	12	2,08	0,63	14,82	0,001
	Κυλιόμενο	125	2,70	0,77		
	Βάρδιες με νυχτερινά	13	3,56	1,20		

Στον παράγοντα «Προσωπική εξουθένωση» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που έχουν σταθερό πρωινό ωράριο εργασίας ($M.O.=2,72$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που έχουν κυλιόμενο ωράριο ($M.O.=3,30$, $p=0,006$) και αυτών που κάνουν βάρδιες με νυχτερινά ($M.O.=3,36$, $p=0,049$).

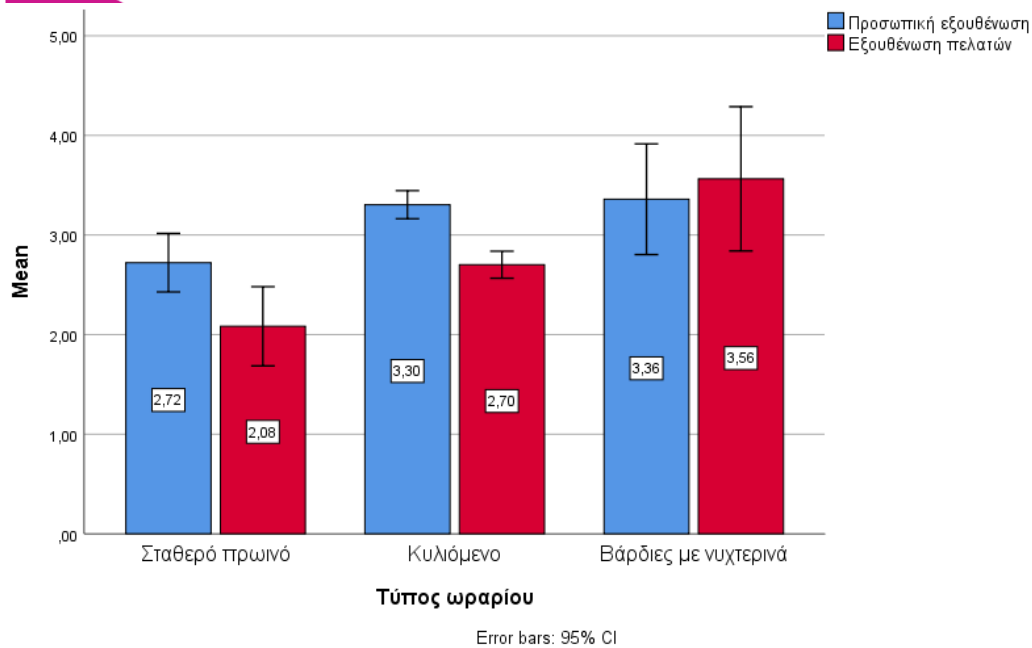
Πίνακας 74: «Προσωπική εξουθένωση» ως προς τον τύπο ωραρίου, Post Hoc Bonferonni

Τύπος ωραρίου 1-Τύπος ωραρίου 2	Στατιστικό	p-value
Σταθερό πρωινό-Βάρδιες με νυχτερινά	-34,00	0,049
Σταθερό πρωινό-Κυλιόμενο	-36,06	0,006
Βάρδιες με νυχτερινά-Κυλιόμενο	2,06	0,870

Στον παράγοντα «Εξουθένωση πελατών» ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που έχουν σταθερό πρωινό ωράριο εργασίας ($M.O.=2,08$) ήταν στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο αυτών που έχουν κυλιόμενο ωράριο ($M.O.=2,70$, $p=0,010$) και αυτών που κάνουν βάρδιες με νυχτερινά ($M.O.=3,56$, $p<0,001$). Ο μέσος όρος των νοσηλευτών/τριών που έχουν κυλιόμενο ωράριο αυτών που κάνουν βάρδιες με νυχτερινά ($M.O.=2,70$) ήταν στατιστικά μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που κάνουν βάρδιες με νυχτερινά ($M.O.=3,56$, $p=0,009$).

Πίνακας 75: «Εξουθένωση πελατών» ως προς τον τύπο ωραρίου, Post Hoc Bonferonni

Τύπος ωραρίου 1-Τύπος ωραρίου 2	Στατιστικό	p-value
Σταθερό πρωινό-Κυλιόμενο	-33,83	0,010
Σταθερό πρωινό-Βάρδιες με νυχτερινά	-66,57	<0,001
Κυλιόμενο-Βάρδιες με νυχτερινά	-32,75	0,009



Γράφημα 25: Στατιστικά σημαντικές διαφορές επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον τύπο ωραρίου

5.2.6 Επίδραση εργασιακού άγχους στην επαγγελματική εξουθένωση

- ❖ Η «Προσωπική εξουθένωση» εμφάνισε θετική συσχέτιση χαμηλής έντασης με την «Ανεπαρκή προετοιμασία» ($\rho(148)=0,25, p<0,01$) και με το «Θάνατο» ($\rho(148)=0,22, p<0,01$).
- ❖ Η «Εξουθένωση εργασίας» εμφάνισε θετική συσχέτιση μέτριας έντασης με την «Ανεπαρκή προετοιμασία» ($\rho(148)=0,55, p<0,01$), το «Θάνατο» ($\rho(148)=0,50, p<0,01$), το «Φόρτο εργασίας» ($\rho(148)=0,45, p<0,01$), την «Έλλειψη υποστήριξης» ($\rho(148)=0,44, p<0,01$), τη «Σύγκρουση με γιατρούς» ($\rho(148)=0,39, p<0,01$), τη «Σύγκρουση με συναδέλφους» ($\rho(148)=0,37, p<0,01$) και την «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($\rho(148)=0,33, p<0,01$).
- ❖ Η «Εξουθένωση πελατών» εμφάνισε θετική συσχέτιση μέτριας έντασης με το «Φόρτο εργασίας» ($\rho(148)=0,38, p<0,01$), τη «Σύγκρουση με συναδέλφους» ($\rho(148)=0,34, p<0,01$), την «Έλλειψη υποστήριξης» ($\rho(148)=0,31, p<0,01$) και θετική συσχέτιση χαμηλής έντασης με την «Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία» ($\rho(148)=0,25, p<0,01$) και την «Ανεπαρκή προετοιμασία» ($\rho(148)=0,23, p<0,01$).



Πίνακας 76: Συσχέτιση εργασιακού άγχους με την επαγγελματική εξουθένωση

Παράγοντας	Προσωπική εξουθένωση	Εξουθένωση εργασίας	Εξουθένωση πελατών
Θάνατος	0,22**	0,50**	0,15
Σύγκρουση με γιατρούς	0,14	0,39**	0,15
Ανεπαρκής προετοιμασία	0,25**	0,55**	0,23**
Έλλειψη υποστήριξης	-0,04	0,44**	0,31**
Σύγκρουση με συναδέλφους	0,03	0,37**	0,34**
Φόρτος εργασίας	-0,09	0,45**	0,38**
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	-0,04	0,33**	0,25**

**p<0,01

5.2.7 Προβλεπτικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης

5.2.7.3 Προβλεπτικοί παράγοντες προσωπικής εξουθένωσης

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Προσωπική εξουθένωση» και ανεξάρτητες το εργασιακό άγχος, τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία. Προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχτηκαν η «Ανεπαρκής προετοιμασία» ($\beta=0,44$, $t=6,70$, $p<0,001$), η «Ηλικία» ($\beta=0,30$, $t=3,78$, $p<0,001$), η οικογενειακή κατάσταση «Σε σχέση/Συμβίωση» ($\beta=-0,17$, $t=-2,59$, $p=0,011$), η «Δευτεροβάθμια εκπαίδευση» ($\beta=0,32$, $t=5,11$, $p<0,001$), ο «Επικουρικός/ή» ($\beta=0,13$, $t=2,10$, $p=0,038$) και το ωράριο «Σταθερό πρωινό» ($\beta=-0,22$, $t=-3,56$, $p=0,001$). Ο βαθμός προσαρμογής του μοντέλου ήταν υψηλός ($R^2=52,5\%$) και δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF\leq 2,08$).

Πίνακας 77: Προβλεπτικοί παράγοντες «Προσωπικής εξουθένωσης»

Ανεξάρτητη	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	0,81	-	1,35	0,179	-
Ανεπαρκής προετοιμασία	0,39	0,44	6,70	<0,001	1,27
Ηλικία	0,03	0,30	3,78	<0,001	1,83
Σε σχέση/Συμβίωση	-0,35	-0,17	-2,59	0,011	1,23
Αριθμός παιδιών	0,06	0,10	1,19	0,235	2,08
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0,76	0,32	5,11	<0,001	1,18
Ιδιωτικό	-0,04	-0,02	-0,27	0,784	1,11
Επικουρικός/ή	0,45	0,13	2,10	0,038	1,20
Τύπος απασχόλησης	0,02	0,00	0,06	0,949	1,11
Σταθερό πρωινό	-0,64	-0,22	-3,56	0,001	1,10

F (9,140) = 17,78, $p<0,001$, $R^2=52,5\%$, $AdjR^2=49,4\%$

5.2.7.4 Προβλεπτικοί παράγοντες εξουθένωσης εργασίας

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εξουθένωση εργασίας» και ανεξάρτητες το εργασιακό άγχος, τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία. Προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχτηκαν η «Ανεπαρκής προετοιμασία» ($\beta=0,26$, $t=2,92$, $p=0,004$), η «Δευτεροβάθμια εκπαίδευση» ($\beta=0,26$, $t=2,92$, $p<0,001$) και ο



τύπος εργασιακής σχέσης «Μόνιμος/η» ($\beta = -0,21$, $t = -3,20$, $p = 0,002$). Ο βαθμός προσαρμογής του μοντέλου ήταν υψηλός ($R^2 = 57,8\%$) και δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,91$).

Πίνακας 78: Προβλεπτικοί παράγοντες «Εξουθένωσης εργασίας»

Ανεξάρτητη	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	2,61	-	5,87	<0,001	-
Θάνατος	0,16	0,17	1,98	0,050	2,76
Ανεπαρκής προετοιμασία	0,21	0,26	2,92	0,004	2,91
Φόρτος εργασίας	0,06	0,07	0,91	0,364	1,89
Διαζευγμένος/η	0,06	0,01	0,20	0,838	1,29
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0,84	0,40	6,70	<0,001	1,28
Ιδιωτικό	-0,24	-0,11	-1,91	0,058	1,13
Μόνιμος/η	-0,30	-0,21	-3,20	0,002	1,50
Τύπος απασχόλησης	-0,55	-0,11	-1,93	0,056	1,13

$$F(8,141) = 26,53, p < 0,001, R^2 = 60,1\%, \text{Adj}R^2 = 57,8\%$$

5.2.7.5 Προβλεπτικοί παράγοντες εξουθένωσης πελατών

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Εξουθένωση πελατών» και ανεξάρτητες το εργασιακό άγχος, τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία. Προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχτηκαν ο «Φόρτος εργασίας» ($\beta = 0,33$, $t = 3,29$, $p = 0,001$), η οικογενειακή κατάσταση «Άγαμος» ($\beta = -0,41$, $t = -5,63$, $p < 0,001$), το επίπεδο εκπαίδευσης «Μεταπτυχιακό» ($\beta = -0,29$, $t = -4,54$, $p < 0,001$), ο τύπος νοσοκομείου «Πανεπιστημιακό» ($\beta = 0,18$, $t = 2,43$, $p = 0,016$) και ο τύπος ωραρίου «Βάρδιες με νυχτερινά» ($\beta = 0,24$, $t = 3,66$, $p < 0,001$). Ο βαθμός προσαρμογής του μοντέλου ήταν υψηλός ($R^2 = 48,1\%$) και δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,98$).

Πίνακας 79: Προβλεπτικοί παράγοντες «Εξουθένωσης πελατών»

Ανεξάρτητη	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	0,80	-	1,49	0,140	-
Ανεπαρκής προετοιμασία	0,11	0,11	1,30	0,195	2,05
Σύγκρουση με συναδέλφους	0,16	0,17	1,58	0,117	2,98
Φόρτος εργασίας	0,33	0,33	3,29	0,001	2,64
Άγαμος/η	-0,73	-0,41	-5,63	<0,001	1,46
Μεταπτυχιακό	-0,60	-0,29	-4,54	<0,001	1,10
Πανεπιστημιακό	0,76	0,18	2,43	0,016	1,41
Επικουρικός/ή	0,24	0,07	0,97	0,334	1,31
Τύπος απασχόλησης	0,33	0,05	0,80	0,423	1,21
Βάρδιες με νυχτερινά	0,72	0,24	3,66	<0,001	1,13

$$F(9,140) = 14,43, p < 0,001, R^2 = 48,1\%, \text{Adj}R^2 = 44,8\%$$

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν πως το νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων βιώνει μέτρια έως υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι το εργασιακό



άγχος συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Ειδικότερα, η ανεπαρκής προετοιμασία παρουσίασε τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την εξουθένωση εργασίας ($r=0,55$, $p<0,001$), ενώ σημαντικές θετικές συσχετίσεις καταγράφηκαν επίσης για τον θάνατο ασθενών ($r=0,50$, $p<0,001$), τον φόρτο εργασίας ($r=0,45$, $p<0,001$), την έλλειψη υποστήριξης ($r=0,44$, $p<0,001$) και τις συγκρούσεις με τους ιατρούς ($r=0,39$, $p<0,001$).

Επιπλέον, τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά επηρέασαν σημαντικά τόσο το εργασιακό άγχος όσο και την επαγγελματική εξουθένωση. Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο τύπος εργασιακής σχέσης και το ωράριο εργασίας εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με επιμέρους διαστάσεις της εξουθένωσης.

Τέλος, η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι οι σημαντικότεροι προβλεπτικοί παράγοντες της προσωπικής εξουθένωσης ήταν η ανεπαρκής προετοιμασία ($\beta=0,44$, $p<0,001$), η ηλικία ($\beta=0,30$, $p<0,001$), η δευτεροβάθμια εκπαίδευση ($\beta=0,32$, $p<0,001$), η επικουρική εργασιακή σχέση ($\beta=0,13$, $p=0,038$) και το σταθερό πρωινό ωράριο ($\beta=-0,22$, $p=0,001$). Το μοντέλο εξήγησε το 52,5% της διακύμανσης της προσωπικής εξουθένωσης ($R^2=52,5\%$), γεγονός που υποδηλώνει υψηλή ερμηνευτική ικανότητα.



Κεφάλαιο 6. Συζήτηση-Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων. Στην έρευνα συμμετείχαν 150 εργαζόμενοι χειρουργείου, στην πλειοψηφία τους νοσηλευτές, γυναίκες, απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ, μέσης ηλικίας 35 χρονών, με 11,5 έτη συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας και 9 σε χειρουργείο, οι οποίοι εργάζονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία, κυρίως ως μόνιμοι, με πλήρη απασχόληση (40 ώρες/εβδομάδα).

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS. Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος, καθώς και των επιπέδων εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε επαγωγική στατιστική, με ελέγχους διαφορών μεταξύ ομάδων (t-test και ANOVA), αναλύσεις συσχέτισης (Pearson) και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, προκειμένου να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών και να εντοπιστούν οι σημαντικότεροι προβλεπτικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$.

Στο **1^ο ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκαν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων. Στα σημαντικότερα ευρήματα συγκαταλέγονται τα μέτρια προς υψηλά επίπεδα α) σωματικής και β) συναισθηματικής εξάντλησης και γ) τα μέτρια προς χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης που οφείλονται στην κούραση λόγω της εργασίας με ασθενείς-πελάτες. Συναφή ευρήματα αναφέρονται στη μελέτη των Sillero & Zabalegui (2018) σε 130 περιεγχειρητικούς νοσηλευτές σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Βαρκελώνης, όπου η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίστηκε συνολικά ως μέτρια, ενώ το 43,1% των νοσηλευτών εμφάνισε μέτρια προς υψηλή συναισθηματική εξάντληση και το 21,5% μέτρια προς υψηλή αποπροσωποποίηση. Οι συγγραφείς συνέδεσαν την εξάντληση κυρίως με οργανωτικούς παράγοντες, όπως η ανεπαρκής στελέχωση, οι περιορισμένοι πόροι και η ελλιπής ηγετική υποστήριξη, στοιχεία που ενισχύουν την ερμηνεία ότι η εξουθένωση των νοσηλευτών χειρουργείου προκύπτει περισσότερο από τις απαιτήσεις και την πίεση της εργασίας παρά αποκλειστικά από την επαφή με τους ασθενείς.



Παρόμοια, σε πολυκεντρική μελέτη στην Πολωνία (Jarzynkowski et al., 2022) σε 325 νοσηλευτές και ιατρούς χειρουργείων, η επαγγελματική εξουθένωση καταγράφηκε και στις τρεις διαστάσεις της, με την αποπροσωποποίηση σε μέσο επίπεδο και την εξουθένωση να αυξάνεται όσο αυξανόταν ο φόρτος εργασίας. Η ίδια μελέτη επισημαίνει ότι το περιβάλλον του χειρουργείου συνοδεύεται από έντονα σωματικά και ψυχικά φορτία, όπως πολύωρες επεμβάσεις, αναγκαστικές στάσεις σώματος, μεταφορά ασθενών και εργαλείων, ευθύνη για τη ζωή του ασθενούς και ανάγκη συνεχούς συνεργασίας με τη χειρουργική και αναισθησιολογική ομάδα.

Αντίστοιχα, η πρόσφατη μελέτη του Ferraiuolo (2025) σε Ιταλούς νοσηλευτές χειρουργείου κατά την περίοδο της πανδημίας έδειξε υψηλή συναισθηματική εξάντληση στο 39,9% των συμμετεχόντων και μέτρια προς υψηλή αποπροσωποποίηση στο 56,7%, ενώ οι παράγοντες που συνέβαλαν ήταν η αποδιοργάνωση του χώρου εργασίας, το αρνητικό κλίμα στην ομάδα και η ένταση του φόρτου εργασίας.

Στο **2^ο ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκαν τα επίπεδα εργασιακού άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων. Στις σημαντικότερες αιτίες εργασιακού άγχους συγκαταλέγονται α) ο φόβος λάθους στη θεραπεία ενός ασθενούς, β) η σύγκρουση με προϊστάμενο νοσοκόμο ή γιατρό και η κριτική από αυτούς, γ) η παρακολούθηση ενός ασθενή που υποφέρει και ο θάνατος ενός ασθενούς, δ) η μη δυνατότητα των νοσηλευτών και βοηθών να δώσουν ικανοποιητική απάντηση σε ερωτήσεις ασθενών, ε) η απουσία ιατρού σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού ή θανάτου. Ειδικότερα, η ανεπαρκής προετοιμασία παρουσίασε τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την εξουθένωση εργασίας ($r=0,55$, $p<0,001$), ενώ σημαντικές θετικές συσχετίσεις καταγράφηκαν επίσης για τον θάνατο ασθενών ($r=0,50$, $p<0,001$), τον φόρτο εργασίας ($r=0,45$, $p<0,001$), την έλλειψη υποστήριξης ($r=0,44$, $p<0,001$) και τις συγκρούσεις με τους ιατρούς ($r=0,39$, $p<0,001$).

Οι Soltanmoradi et al. (2017) διεξήγαγαν έρευνα σε 250 νοσηλευτές χειρουργείων στο Ιράν, όπου οι σημαντικότερες πηγές εργασιακού άγχους ήταν η αντιμετώπιση του θανάτου και του ετοιμοθάνατου ασθενούς, καθώς και η αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία. Ιδιαίτερα αγχογόνες καταστάσεις ήταν η παρακολούθηση του πόνου και της ταλαιπωρίας του ασθενούς και η εκτέλεση επώδυνων παρεμβάσεων, εύρημα που συμφωνεί με το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ως προς το άγχος που προκαλεί η



επαφή με ασθενείς που υποφέρουν ή καταλήγουν. Επιπλέον, η ίδια μελέτη έδειξε ότι η σύγκρουση με ιατρούς και η ανεπαρκής προετοιμασία αποτέλεσαν επίσης σημαντικές πηγές άγχους, γεγονός που συνδέεται με τον φόβο λάθους, την αδυναμία παροχής επαρκών απαντήσεων στους ασθενείς και την ανασφάλεια γύρω από τη θεραπευτική διαδικασία.

Παρόμοια, η μελέτη των Bashar et al. (2024) στο χειρουργικό προσωπικό τριτοβάθμιου νοσοκομείου στη Νιγηρία έδειξε ότι το 65% των συμμετεχόντων εμφάνιζε μέτρια επίπεδα εργασιακού άγχους, ενώ οι βασικοί προσδιοριστικοί παράγοντες ήταν ο φόρτος εργασίας, η πολυπλοκότητα των καθηκόντων, οι αντικρουόμενες γνωστικές απαιτήσεις, τα προβλήματα επικοινωνίας και η αντιμετώπιση του θανάτου και του ετοιμοθάνατου ασθενούς. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι το χειρουργείο αποτελεί περιβάλλον υψηλής ευθύνης, όπου ο φόβος σφάλματος, η ανάγκη άμεσης λήψης αποφάσεων και η συνεργασία με ιατρούς και προϊσταμένους αποτελούν σημαντικές πηγές άγχους.

Ακόμη, στη μελέτη των Akansel, Akansel & Yanik (2019) που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές χειρουργείου στην Τουρκία, το χειρουργείο περιγράφεται ως έντονα στρεσογόνο περιβάλλον, λόγω της ανάγκης συνεχούς προσοχής, της μεγάλης ευθύνης, της έντασης, των απαιτητικών βαρδιών και των προβλημάτων επικοινωνίας, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τόσο την απόδοση των νοσηλευτών όσο και την ασφάλεια των ασθενών.

Στο **3^ο ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκε η επίδραση του εργασιακού άγχους στην επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν πως υψηλά επίπεδα άγχους που οφείλονται σε ανεπαρκή προετοιμασία (μη δυνατότητα κάλυψης αναγκών και αποριών των ασθενών και των οικογενειών τους), εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής και εργασιακής εξουθένωσης. Επιπλέον, υψηλά επίπεδα άγχους που οφείλονται στο φόρτο εργασίας συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης που οφείλονται στην επαφή με ασθενείς. Συγκεκριμένα, οι σημαντικότεροι προβλεπτικοί παράγοντες της προσωπικής εξουθένωσης ήταν η ανεπαρκής προετοιμασία ($\beta=0,44$, $p<0,001$), η ηλικία ($\beta=0,30$, $p<0,001$), η δευτεροβάθμια εκπαίδευση ($\beta=0,32$, $p<0,001$), η επικουρική εργασιακή σχέση ($\beta=0,13$, $p=0,038$) και το σταθερό πρωινό ωράριο ($\beta=-$



0,22, $p=0,001$). Το μοντέλο εξήγησε το 52,5% της διακύμανσης της προσωπικής εξουθένωσης ($R^2=52,5\%$), γεγονός που υποδηλώνει υψηλή ερμηνευτική ικανότητα.

Παρομοίως, στη μελέτη των Sillero & Zabalegui (2018) η στελέχωση, οι πόροι και η ηγετική υποστήριξη προέβλεπαν και τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης σε περιεγχειρητικούς νοσηλευτές. Παράλληλα, στην έρευνα των Teymoori et al. (2022) οι νοσηλευτές χειρουργείου συνέδεσαν την εξουθένωση με υψηλό φόρτο, στρες και πίεση βαρδιών, ενώ στην έρευνα των Li et al. (2025) η εξουθένωση των νοσηλευτών χειρουργείου αποδόθηκε σε υπερβολικό φόρτο, ανεπαρκή συναισθηματική υποστήριξη και πιεστικές εργασιακές σχέσεις.

Στο **4^ο ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκε η επίδραση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων.

Όσον αφορά την ηλικία, εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής εξουθένωσης. Στη μελέτη των Li et al. (2025) που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές χειρουργείου στην Κίνα, η εξουθένωση αποδόθηκε σε υπερβολικό φόρτο εργασίας, ανεπαρκή συναισθηματική υποστήριξη, στασιμότητα στην επαγγελματική εξέλιξη, οικογενειακές πιέσεις και υψηλή πίεση στο εργασιακό περιβάλλον, ενώ οι ερευνητές τόνισαν ότι η ηλικία, η εκπαίδευση και η επαγγελματική εμπειρία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην κατανόηση του φαινομένου.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι διαζευγμένοι εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής εξουθένωσης σε σύγκριση με όσους είναι σε σχέση ή συμβιώνουν και υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης που οφείλονται στην επαφή με τους ασθενείς σε σύγκριση με τους άγαμους. Παρομοίως, η έρευνα των Cañadas-De la Fuente et al. (2018) έδειξε ότι οι άγαμοι ή διαζευγμένοι επαγγελματίες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, ιδιαίτερα στην αποπροσωποποίηση, εύρημα που συμφωνεί με την αυξημένη εξουθένωση των διαζευγμένων στην παρούσα μελέτη.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής και εργασιακής εξουθένωσης, ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακού εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης που σχετίζονται με την επαφή με ασθενείς. Ο τύπος του νοσοκομείου διαφοροποίησε τα επίπεδα



εξουθένωσης που σχετίζονται με την επαφή με ασθενείς καθώς υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν σε εργαζομένους του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Αντιστοίχως, η μελέτη των Sillero & Zabalegui (2018) σε περιεγχειρητικούς νοσηλευτές πανεπιστημιακού νοσοκομείου έδειξε ότι η εξουθένωση σχετίζεται με το εργασιακό περιβάλλον, τη στελέχωση, τους διαθέσιμους πόρους και την οργανωτική υποστήριξη.

Ο τύπος εργασιακής σχέσης επηρέασε τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς υψηλότερα επίπεδα προσωπικής εξουθένωσης εμφάνισε το επικουρικό προσωπικό και χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης εργασίας οι μόνιμοι. Τέλος, το ωράριο εργασίας επηρέασε τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς χαμηλότερα επίπεδα προσωπικής εξουθένωσης εμφάνισαν οι εργαζόμενοι σταθερού πρωινού ωραρίου ενώ υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης που σχετίζονται με την επαφή με ασθενείς εμφάνισαν όσοι εργάζονται σε νυχτερινές βάρδιες.

Για παράδειγμα, σε μελέτη σε νοσηλευτικό προσωπικό στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία, η ανεπαρκής στελέχωση και η μικρότερη δυνατότητα επιλογής βάρδιας συσχετίστηκαν με υψηλότερη εξουθένωση, ενώ η εργασία σε μεγάλης διάρκειας ή νυχτερινές βάρδιες έχει συσχετιστεί στη βιβλιογραφία με μεγαλύτερη κόπωση και επαγγελματική επιβάρυνση (Dall’Ora et al., 2023). Συνεπώς, το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι σε σταθερό πρωινό ωράριο εμφάνισαν χαμηλότερη προσωπική εξουθένωση, ενώ όσοι εργάζονταν σε νυχτερινές βάρδιες παρουσίασαν υψηλότερη εξουθένωση που σχετίζεται με την επαφή με ασθενείς, είναι εύρημα συμβατό με την άποψη ότι η σταθερότητα του ωραρίου λειτουργεί προστατευτικά, ενώ η νυχτερινή εργασία εντείνει τη σωματική, ψυχική και διαπροσωπική κόπωση.

Στο **5^ο ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκε η σχέση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με το εργασιακό άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων. Υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους παρατηρήθηκαν σε γυναίκες, σε εργαζομένους μικρότερης ηλικίας με λιγότερη συνολική επαγγελματική προϋπηρεσία γενικότερα αλλά και στο χειρουργείο, στους εργαζομένους πλήρης απασχόλησης και στους διαζευγμένους σε σύγκριση με τους έγγαμους που έχουν περισσότερα παιδιά. Το εργασιακό άγχος που οφείλεται στη σύγκρουση με γιατρούς ήταν υψηλότερο σε νοσηλευτικό προσωπικό με υψηλότερο



μορφωτικό επίπεδο και συγκεκριμένα στους κατόχους μεταπτυχιακού. Το εργασιακό άγχος που οφείλεται στο φόβο θανάτου ήταν υψηλότερο σε εργαζομένους νοσηλευτικού προσωπικού του δημοσίου (ΕΣΥ). Χαμηλότερο εργασιακό άγχος παρατηρήθηκε στους μόνιμους εργαζομένους του νοσηλευτικού προσωπικού, ακολούθησαν με υψηλότερα επίπεδα το επικουρικό προσωπικό και οι εργαζόμενοι με σύμβαση ορισμένου χρόνου ενώ τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους παρατηρήθηκαν σε νοσηλευτές με άλλο τύπο εργασιακής σχέσης.

Παρομοίως, στη μελέτη των Babarour, Gahassab-Mozaffari & Fathnezhad-Kazemi (2022) διαπιστώθηκε ότι το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία, το φύλο, την εργασιακή κατάσταση και το τμήμα εργασίας, ενώ οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερες τιμές άγχους από τους άνδρες. Επίσης, η έρευνα των Kakeman et al. (2019) σε νοσηλευτές έδειξε ότι παράγοντες κινδύνου για υψηλότερο εργασιακό άγχος ήταν το γυναικείο φύλο, οι αυξημένες ώρες εργασίας και η απασχόληση σε απαιτητικά νοσοκομειακά τμήματα, στοιχεία που συμφωνούν με την αυξημένη επιβάρυνση των γυναικών και των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης στην παρούσα μελέτη.

Επιπλέον, τα υψηλότερα επίπεδα άγχους στους νεότερους εργαζομένους και σε όσους έχουν μικρότερη συνολική και χειρουργική προϋπηρεσία μπορούν να ερμηνευθούν από τη μικρότερη επαγγελματική εμπειρία, την περιορισμένη εξοικείωση με επείγουσες ή σύνθετες καταστάσεις και τη χαμηλότερη αυτοπεποίθηση στη λήψη αποφάσεων. Οι Dziedzic et al. (2025) σημειώνουν πως το εργασιακό άγχος στους νοσηλευτές επηρεάζεται από την ηλικία, την εκπαίδευση και την επαγγελματική εμπειρία, ενώ οι νεότεροι νοσηλευτές και όσοι εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλής έντασης χρειάζονται συχνά περισσότερη υποστήριξη.

Η αυξημένη επιβάρυνση των διαζευγμένων σε σύγκριση με τους έγγαμους με περισσότερα παιδιά μπορεί να συνδεθεί με τη μικρότερη κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη, καθώς ο Restila (2015) αναφέρει ότι η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί παράγοντα που μελετάται συστηματικά σε σχέση με το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών. Αντίστοιχα, σε ελληνική μελέτη σε νοσηλευτές γενικού νοσοκομείου, το εργασιακό άγχος αξιολογήθηκε με βάση κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η επαγγελματική



εμπειρία, επιβεβαιώνοντας ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές βιώνουν τις εργασιακές πιέσεις (Chatzigianni et al., 2018).

Όσον αφορά το υψηλότερο άγχος λόγω σύγκρουσης με γιατρούς στους κατόχους μεταπτυχιακού, το εύρημα μπορεί να ερμηνευθεί από το ότι οι νοσηλευτές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο συχνά διαθέτουν μεγαλύτερη επαγγελματική αυτονομία, αυξημένη κλινική κρίση και υψηλότερες προσδοκίες συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, γεγονός που μπορεί να εντείνει τις συγκρούσεις σε ιεραρχικά περιβάλλοντα όπως το χειρουργείο. Η Arseniou (2024) που διεξήγαγε έρευνα για το χειρουργείο δείχνει ότι οι συγκρούσεις μεταξύ νοσηλευτών, χειρουργών και αναισθησιολόγων, η ανεπαρκής επικοινωνία και οι διαταραχές στη συνεργασία επιβαρύνουν το εργασιακό κλίμα και αυξάνουν το άγχος.

Τέλος, η ανασκοπική μελέτη των Tjugum et al. (2025) για τους νοσηλευτές χειρουργείου αναφέρει ότι το άγχος επηρεάζεται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως ο φόρτος εργασίας, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, οι χρονικές πιέσεις, η έλλειψη πόρων και οι οργανωτικές απαιτήσεις. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν την άποψη ότι το εργασιακό άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων δεν αποτελεί μόνο ατομική αντίδραση, αλλά διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση προσωπικών χαρακτηριστικών, επαγγελματικής εμπειρίας, οικογενειακής υποστήριξης, μορφωτικού επιπέδου, εργασιακής σταθερότητας και οργανωτικών συνθηκών.

Συνοπτικά, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι οι νοσηλευτές των χειρουργείων βιώνουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι υψηλότερες μέσες τιμές εργασιακού άγχους καταγράφηκαν στη σύγκρουση με τους ιατρούς (M.O.=3,40), στον παράγοντα θάνατος (M.O.=3,35) και στην ανεπαρκή προετοιμασία (M.O.=3,31), ενώ ως προς την επαγγελματική εξουθένωση υψηλότερη ήταν η προσωπική εξουθένωση (M.O.=3,26), ακολουθούμενη από την εξουθένωση εργασίας (M.O.=3,18), με χαμηλότερη την εξουθένωση που σχετίζεται με τους ασθενείς (M.O.=2,73).

Η ανάλυση συσχέτισης έδειξε ότι το εργασιακό άγχος συνδέεται θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Οι ισχυρότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της ανεπαρκούς προετοιμασίας και της εξουθένωσης εργασίας ($r=0,55$, $p<0,01$), του



θανάτου ασθενών και της εξουθένωσης εργασίας ($r=0,50$, $p<0,01$), καθώς και του φόρτου εργασίας και της εξουθένωσης εργασίας ($r=0,45$, $p<0,01$).

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο τύπος εργασιακής σχέσης και το ωράριο εργασίας, επηρεάζουν σημαντικά τα επίπεδα τόσο του εργασιακού άγχους όσο και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ανέδειξε ως σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες της προσωπικής εξουθένωσης την ανεπαρκή προετοιμασία ($\beta=0,44$, $p<0,001$), την ηλικία ($\beta=0,30$, $p<0,001$), τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ($\beta=0,32$, $p<0,001$), την επικουρική εργασιακή σχέση ($\beta=0,13$, $p=0,038$) και το σταθερό πρωινό ωράριο ($\beta=-0,22$, $p=0,001$), με το μοντέλο να εξηγεί το 52,5% της διακύμανσης της προσωπικής εξουθένωσης ($R^2=52,5\%$).

6.1 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς όσον αφορά τον χώρο διεξαγωγής της. Συγκεκριμένα, η μελέτη εστίασε αποκλειστικά σε προσωπικό χειρουργείων και επομένως τα ευρήματα δεν μπορούν να επεκταθούν σε άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες ή τμήματα νοσοκομείων. Επίσης, τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία χρονική στιγμή, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων αιτιότητας μεταξύ εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης συσχετίσεων.

6.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα/κλινική πράξη

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Θα ήταν χρήσιμο να διεξαχθούν έρευνες που θα περιλαμβάνουν νοσηλευτές από διαφορετικές νοσοκομειακές μονάδες, όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, οι Παθολογικές και Χειρουργικές Κλινικές, ώστε να διερευνηθούν πιθανές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών περιβαλλόντων.



Παράλληλα, προτείνεται η υλοποίηση διαχρονικών (longitudinal) μελετών, οι οποίες θα επιτρέψουν την παρακολούθηση της εξέλιξης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης με την πάροδο του χρόνου και θα συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση των αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Τέλος, προτείνονται παρεμβατικές μελέτες που θα αξιολογούν την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων διαχείρισης του εργασιακού άγχους, όπως η εκπαίδευση σε τεχνικές διαχείρισης στρες, η ανάπτυξη δεξιοτήτων ανθεκτικότητας, η ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού και οι οργανωσιακές παρεμβάσεις για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Τα αποτελέσματα τέτοιων παρεμβάσεων θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για τον σχεδιασμό πολιτικών που θα προάγουν την ψυχική υγεία και την επαγγελματική ευημερία των νοσηλευτών.

Όσον αφορά την κλινική πράξη, αρχικά, προτείνεται η ανάπτυξη και εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων διαχείρισης του εργασιακού άγχους, τα οποία να περιλαμβάνουν εκπαίδευση σε τεχνικές διαχείρισης στρες, ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και προγράμματα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Εξίσου σημαντική είναι η τακτική αξιολόγηση των επιπέδων εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης μέσω έγκυρων εργαλείων αξιολόγησης, ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα οι εργαζόμενοι υψηλού κινδύνου και να εφαρμόζονται στοχευμένες παρεμβάσεις υποστήριξης.

Τέλος, η συνεχής επαγγελματική εκπαίδευση σε θέματα διαχείρισης δύσκολων περιστατικών, αποτελεσματικής επικοινωνίας, ομαδικής συνεργασίας και διαχείρισης κρίσεων μπορεί να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών και να συμβάλει στη μείωση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.



Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Γαλάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*, 30(1), 97-110. <https://www.mednet.gr/archives/2013-1/pdf/97.pdf>

Κάντας, Α. (1996). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και τους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας-πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3, 71-85.

Κάντας, Α. (1998). *Οργανωτική και βιομηχανική ψυχολογία*. Ελληνικά Γράμματα.

Καρλής, Δ. (2005). *Πολυμεταβλητή στατιστική ανάλυση*. Εκδόσεις Α. Σταμούλης.

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

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

Akansel, N., Akansel, M., & Yanik, H. B. S. N. R. N. (2019). Association of organisational stress with fatigue in operating room nurses. *Int J Caring Sci*, 12(2), 627-638.

https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/5_akansel_original_12_2.pdf

Almroth, M., Hemmingsson, T., Wallin, A. S., Kjellberg, K., Burström, B., & Falkstedt, D. (2022). Psychosocial working conditions and the risk of diagnosed depression: A Swedish register-based study. *Psychological Medicine*, 52(15), 3730-3738. <https://doi.org/10.1017/S003329172100060X>

APA, (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association.



Arseniou, K. (2024). CONFLICT MANAGEMENT IN OPERATING ROOMS. *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 13(3 July-September 2024), 206-212. <https://doi.org/10.5281/zenodo.18074535>

Babapour, A. R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 21(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2023). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 28(1), 1–20.

Bashar, J. M., Aliyu, D., Anyebe, E. E., Gabriel, I., Nasir, A., Mangari, A. S., ... & H. Wada, Y. (2024). Perceived work-related stress and associated factors among the surgical workforce in a Nigerian tertiary health facility: A cross-sectional study. *PLOS global public health*, 4(11), e0003959. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003959>

Beerendonk, L., Mejías, J. F., Nuiten, S. A., de Gee, J. W., Zantvoord, J. B., Fahrenfort, J. J., & van Gaal, S. (2025). Adaptive arousal regulation: Pharmacologically shifting the peak of the Yerkes–Dodson curve by catecholaminergic enhancement of arousal. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 122(28), e2419733122. <https://doi.org/10.1073/pnas.2419733122>

Betsiou, S., Pitsiou, G., Panagiotidou, E., Sarriou, D., Kioumis, I., & Boutou, A. K. (2022). Nursing errors in intensive care unit and their association with burnout, anxiety, insomnia and working environment: a cross-sectional study. *Hippokratia*, 26(3), 110. PMID: 37324040

Bouillon-Minois, J. B., Trousselard, M., Pereira, B., Schmidt, J., Clinchamps, M., Thivel, D., ... & Dutheil, F. (2021). Protocol of the study on emergency health care workers' responses evaluated by karasek questionnaire: The SEEK-Study Protocol. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4068. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084068>



Bryant, F. B., & Yarnold, P. R. (1995). Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 99–136). American Psychological Association.

Cahill, J., Cullen, P., Anwer, S., Wilson, S., & Gaynor, K. (2021). Work-related stress (WRS), effects on wellbeing and mental health, and coping methods. *The International Journal of Aerospace Psychology*, 31(2), 87–109. <https://doi.org/10.1080/24721840.2020.1858714>

Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2021). Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2102. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102102>

Chatzigianni, D., Tsounis, A., Markopoulos, N., & Sarafis, P. (2018). Occupational stress experienced by nurses working in a Greek Regional Hospital: A cross-sectional study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(6), 450-457. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_120_17

Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Praeger.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2017). *Research Methods in Education* (8th ed.). London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315456539>

Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to reduce burnout in healthcare professionals. *BMJ Open*, 13(6), e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>

Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress*. Sage.

Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621–656. <https://doi.org/10.5465/amr.1993.9402210153>

Cox, T. (1993). *Stress research and stress management*. HSE Books.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.



- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Dall'Ora, C., Ejebu, O. Z., Ball, J., & Griffiths, P. (2023). Shift work characteristics and burnout among nurses: cross-sectional survey. *Occupational Medicine*, 73(4), 199-204. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqad046>
- De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence and prevention. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- De la Fuente-Solana, E. I., Pradas-Hernández, L., González-Fernández, C. T., Velando-Soriano, A., Martos-Cabrera, M. B., Gómez-Urquiza, J. L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Burnout syndrome in paediatric nurses: a multi-centre study. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 1324. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031324>
- 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>
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development. Theory and applications* (4th Ed.). Los Angeles. Sage Publications.
- Dziedzic, B., Łodziana, K., Marcysiak, M., & Kryczka, T. (2025). Occupational stress and social support among nurses. *Frontiers in public health*, 13, 1621312. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1621312>
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment*. Human Sciences Press.
- Ferraiuolo, F. (2025). Burnout and patient safety in operating room nurses during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Journal of Perioperative Nursing*, 38(4), 31-39. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1345>
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS* (5th edition). Sage Publications Ltd.
- Fountouki, A., & Theofanidis, D. (2022). Professional burnout: models explaining the phenomena in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 15(2), 1587-1597.



Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.

<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout during COVID-19. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3286–3302.

<https://doi.org/10.1111/jan.14839>

Gorban, A. N., Tyukina, T. A., Pokidysheva, L. I., & Smirnova, E. V. (2021). Dynamic and thermodynamic models of adaptation. *Physics of life reviews*, 37, 17–64.

<https://doi.org/10.1016/j.plrev.2021.03.001>

Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11–23.

<https://doi.org/10.1007/BF01321348>

Griffiths, A., Randall, R., Santos, A., & Cox, T. (2003). Senior nurses: interventions to reduce work stress. In M. Dollard, H. R. Winefield, A. H. Winefield (eds), *Occupational stress in the service professions* (pp. 169–190). CRC Press.

<https://doi.org/10.4324/9780203422809>

Hair, J. F., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Black, W. C. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

<https://www.cengage.uk/c/multivariate-data-analysis-8e-hair-babin-anderson-black/9781473756540/?searchIsbn=9781473756540>

Jarzynkowski, P., Piotrkowska, R., Mędrzycka-Dąbrowska, W., & Książek, J. (2021, December). Areas of work life as predictors of occupational burnout of nurses and doctors in operating theaters in Poland—Multicenter studies. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 1, p. 26). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010026>

Jetha, A., Kernan, L., Kurowski, A., & Pro-Care Research Team cphnew@uml.edu. (2017). Conceptualizing the dynamics of workplace stress: a systems-based study of nursing aides. *BMC Health Services Research*, 17(1), 12.

<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1955-8>

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain and social support. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336–1342. <https://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336>



- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Nurse burnout and outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>
- Kakemam, E., Raeissi, P., Raoofi, S., Soltani, A., Sokhanvar, M., Visentin, D. C., & Cleary, M. (2019). Occupational stress and associated risk factors among nurses: a cross-sectional study. *Contemporary nurse*, 55(2-3), 237-249. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1647791>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands and mental strain. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- 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>
- Kwon, K., & Kim, T. (2020). An integrative literature review of employee engagement and innovative behavior: Revisiting the JD-R model. *Human resource management review*, 30(2), 100704. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2019.100704>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). Interpersonal environment and burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). *Areas of worklife*. Elsevier.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover and burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331–339. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>
- Li, Y., Xiang, D., Jiang, Y., & Gu, S. (2025). Understanding burnout among operating room nurses: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 13, 1604631. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1604631>
- Lim, H. Y., & Ooi, S. B. S. (2025). A systems thinking approach to tackle the national challenge of burnout among healthcare workers. *Singapore Medical Journal*, 66(10), 551-556. <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2021-317>



- Marković, S., Kostić, O., Terzić-Supic, Z., Tomic Mihajlovic, S., Milovanović, J., Radovanovic, S., ... & Šorak, M. (2024). Exposure to stress and burnout syndrome in healthcare workers, expert workers, professional associates, and associates in social service institutions. *Medicina*, 60(3), 499. <https://doi.org/10.3390/medicina60030499>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). Measurement of burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633–642. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x>
- Montgomery, A. P., Azuero, A., Baernholdt, M., Loan, L. A., Miltner, R. S., Qu, H., ... & Patrician, P. A. (2021). Nurse burnout predicts self-reported medication administration errors in acute care hospitals. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 43(1), 13-23. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000274>
- Muijs, D. (2013). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*. UK: SAGE. <https://methods.sagepub.com/book/mono/preview/doing-quantitative-research-in-education-with-spss-2e.pdf>
- Ozturk, Y. E. (2020). A theoretical review of burnout syndrome and perspectives on burnout models. *Bussecon Review of Social Sciences* (2687-2285), 2(4), 26-35. <https://doi.org/10.36096/brss.v2i4.235>
- 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>
- Piko, B. F. (2006). Burnout among healthcare staff. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout*. Free Press.
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in



paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 13(4), e0195039.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>

Restila, R. (2015). Systematic review: Occupational stress and related factors among hospital nurses. *Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Daulan*, 9(2), 25031. <https://media.neliti.com/media/publications/25031-EN-systematic-review-occupational-stress-and-related-factors-among-hospital-nurses.pdf>

Schaufeli, W. B. (2021). *Burnout: A socio-cultural history*. Springer.

Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion*. Taylor & Francis.

Sérole, C., Auclair, C., Prunet, D., Charkhabi, M., Lesage, F. X., Baker, J. S., ... & Dutheil, F. (2021). The forgotten health-care occupations at risk of burnout—a burnout, job demand-control-support, and effort-reward imbalance survey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(7), e416-e425. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002235>

Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. *JAMA network open*, 4(2), e2036469. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>

Shirom, A. (2003). Burnout review. APA.

Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). Organizational factors and burnout of perioperative nurses. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 14, 132. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010132>

Soares, J. P., Lopes, R. H., de Souza Mendonça, P. B., Silva, C. R. D. V., Rodrigues, C. C. F. M., & de Castro, J. L. (2023). Use of the Maslach burnout inventory among public health care professionals: scoping review. *JMIR mental health*, 10(1), e44195. <https://doi.org/10.2196/44195>

Soltanmoradi, Y., Ansari, A., & Heidari, S. (2017). Occupational stress among operating room nurses of hospitals affiliated to Kerman universities of medical sciences, Iran (2016): A cross-sectional study. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*, 6(4), 225-233. https://www.researchgate.net/publication/338036506_Original_Article_225_JOHE



Teymoori, E., Zareiyan, A., Babajani-Vafsi, S., & Laripour, R. (2022). Viewpoint of operating room nurses about factors associated with the occupational burnout: A qualitative study. *Frontiers in psychology*, 13, 947189. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.947189>

Theorell, T. (1992). *Healthy work*. Basic Books.

Tjugum, V., Kolstad, L. R., Larsen, M. H., & Steindal, S. A. (2026). Psychosocial Factors That Influence Occupational Stress in Operating Room Nurses' Working Environment: A Scoping Review. *Workplace Health & Safety*, 74(3), 107-123. <https://doi.org/10.1177/21650799251377451>

Ungurianu, A., & Marina, V. (2025). The Biological Clock Influenced by Burnout, Hormonal Dysregulation and Circadian Misalignment: A Systematic Review. *Clocks & Sleep*, 7(4), 63. <https://doi.org/10.3390/clockssleep7040063>

Vahey, D. C., et al. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42(2), II57–II66.

Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Burnout prevalence in nurses. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>

Yamasaki, H., Naomasa, R. F., Mizumoto, K. B., & Cohen, M. F. (2025). The Three-Body Problem in Stress Biology: The Balance Between O₂, NO, and H₂S in the Context of Hans Selye's Stress Concept. *Stresses*, 5(2), 37. <https://doi.org/10.3390/stresses5020037>

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). Stimulus strength and habit formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459–482.



Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο

- ☐ Άντρας
- ☐ Γυναίκα

2. Ηλικία.....

3. Οικογενειακή κατάσταση

- ☐ Άγαμος/η
- ☐ Έγγαμος/η
- ☐ Σε σχέση/Συμβίωση
- ☐ Διαζευγμένος/η
- ☐ Χήρος/α

4. Αριθμός παιδιών.....

5. Επίπεδο εκπαίδευσης

- ☐ Δευτεροβάθμια
- ☐ ΤΕΙ/ΑΕΙ
- ☐ Μεταπτυχιακό
- ☐ Διδακτορικό

Β. Επαγγελματικά στοιχεία

6. Συνολικά έτη επαγγελματικής εμπειρίας.....

7. Έτη εργασίας στο χειρουργείο.....

8. Τύπος νοσοκομείου

- ☐ Δημόσιο (ΕΣΥ)
- ☐ Ιδιωτικό
- ☐ Πανεπιστημιακό
- ☐ Στρατιωτικό

9. Επαγγελματική θέση

- ☐ Νοσηλεύτης/τρια
- ☐ Βοηθός νοσηλεύτη

10. Τύπος εργασιακής σχέσης

- ☐ Μόνιμος/η
- ☐ Επικουρικός/ή



- ☐ Σύμβαση ορισμένου χρόνου
☐ Άλλο

11. Τύπος απασχόλησης

- ☐ Πλήρης
☐ Μερική

12. Ώρες εργασίας/εβδομάδα.....

13. Τύπος ωραρίου

- ☐ Σταθερό πρωινό
☐ Κυλιόμενο
☐ Βάρδιες με νυχτερινά

Γ)Εργασιακό άγχος (NSS)

Σημειώστε από 1-5 τη συχνότητα (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συχνά, 5=Πάντα) με την οποία αισθάνεστε άγχος στην εργασία σας, λόγω των παρακάτω αιτιών.

Θάνατος	1	2	3	4	5
14. Αισθάνομαι άγχος όταν οι ασθενείς βιώνουν επώδυνες διαδικασίες					
15. Αισθάνομαι άγχος στην περίπτωση ασθενούς που δεν βελτιώνεται					
16. Αισθάνομαι άγχος όταν ακούω ή μιλάω σε έναν ασθενή σχετικά με τον επικείμενο θάνατό του					
17. Ο θάνατος ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος					
18. Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο ανέπτυξα στενή σχέση, μου προκαλεί άγχος					
19. Η απουσία γιατρού κατά τον θάνατο ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος					
20. Αισθάνομαι άγχος όταν παρακολουθώ έναν ασθενή να υποφέρει					
Σύγκρουση με γιατρούς	1	2	3	4	5
21. Η κριτική από έναν γιατρό, μου προκαλεί άγχος					
22. Η σύγκρουση με γιατρό, μου προκαλεί άγχος					
23. Ο φόβος μήπως γίνει κάποιο λάθος στη θεραπεία ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος					
24. Η διαφωνία σχετικά με τη θεραπεία ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος					
25. Αισθάνομαι άγχος όταν πρέπει να λάβω απόφαση σχετικά με έναν ασθενή και ο γιατρός δεν είναι διαθέσιμος					
Ανεπαρκής προετοιμασία	1	2	3	4	5
26. Το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για να βοηθηθώ σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες της οικογένειας ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος					
27. Αισθάνομαι άγχος όταν μου κάνει μια ερώτηση ένας ασθενής για την οποία δεν έχω μια ικανοποιητική απάντηση					
28. Το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για να βοηθηθώ σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες ενός ασθενούς, μου προκαλεί άγχος					
Έλλειψη υποστήριξης	1	2	3	4	5
29. Η έλλειψη ευκαιρίας για ανοιχτή συζήτηση με άλλο προσωπικό της μονάδας σχετικά με προβλήματα στη μονάδα, μου προκαλεί άγχος					
30. Η έλλειψη ευκαιρίας για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με άλλο προσωπικό της μονάδας, μου προκαλεί άγχος					
31. Η έλλειψη ευκαιρίας να εκφράσω σε άλλο προσωπικό της μονάδας τα αρνητικά μου					



συναισθήματα απέναντι στους ασθενείς, μου προκαλεί άγχος					
Σύγκρουση με συναδέλφους	1	2	3	4	5
32. Η σύγκρουση με προϊστάμενο νοσοκόμο, μου προκαλεί άγχος					
33. Αισθάνομαι άγχος όταν μεταφέρομαι σε άλλες μονάδες που έχουν περιορισμένο προσωπικό					
34. Η δυσκολία στην εργασία με άλλους νοσηλευτές/τριες εκτός της μονάδας μου προκαλεί άγχος					
35. Η κριτική από έναν προϊστάμενο νοσοκόμο, μου προκαλεί άγχος					
36. Η δυσκολία στην εργασία με άλλους νοσηλευτές/τριες εντός της μονάδας μου προκαλεί άγχος					
Φόρτος εργασίας	1	2	3	4	5
37. Η βλάβη υπολογιστή στην εργασία, μου προκαλεί άγχος					
38. Αισθάνομαι άγχος όταν υπάρχει απρόβλεπτη στελέχωση και χρονοδιάγραμμα					
39. Αισθάνομαι άγχος όταν απαιτούνται πάρα πολλές μη νοσηλευτικές εργασίες, όπως γραφειακή εργασία					
40. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης σε έναν ασθενή					
41. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν έχω αρκετό χρόνο για να ολοκληρώσω όλες τις νοσηλευτικές μου εργασίες					
42. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν υπάρχει αρκετό προσωπικό για την επαρκή κάλυψη της μονάδας					
Αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία	1	2	3	4	5
43. Οι ανεπαρκείς πληροφορίες από γιατρό σχετικά με την ιατρική κατάσταση ενός ασθενούς, μου προκαλούν άγχος					
44. Αισθάνομαι άγχος όταν ένας γιατρός που συνταγογραφεί μία θεραπεία που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή					
45. Η απουσία γιατρού σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού, μου προκαλεί άγχος					
46. Αισθάνομαι άγχος όταν δεν έχω γνώση του τι πρέπει να ειπωθεί σε έναν ασθενή ή στην οικογένειά του σχετικά με την πάθηση του ασθενούς και τη θεραπεία του					
47. Η αβεβαιότητα σχετικά με τη λειτουργία εξειδικευμένου εξοπλισμού, μου προκαλεί άγχος					

Δ)Επαγγελματική εξουθένωση (CBI)

Σημειώστε από 1-5 τη συχνότητα (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συχνά, 5=Πάντα) ή τον βαθμό (1=Πολύ μικρό βαθμό, 2=Μικρό βαθμό, 3=Κάπως, 4=Μεγάλο βαθμό, 5=Πολύ μεγάλο βαθμό) στον οποίο ισχύουν τα παρακάτω στην εργασία σας.

Προσωπική εξουθένωση	1	2	3	4	5
48. Αισθάνομαι κουρασμένος/η ¹					
49. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η σωματικά ¹					
50. Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η συναισθηματικά ¹					
51. Σκέφτομαι ότι «δεν αντέχω άλλο» ¹					
52. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η ¹					
53. Αισθάνομαι αδύναμος/η και ευάλωτος/η σε ασθένειες ¹					
Εξουθένωση εργασίας	1	2	3	4	5



54. Αισθάνομαι εξουθενωμένος από τη δουλειά στο τέλος της ημέρας ¹					
55. Κουράζομαι το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάω στη δουλειά ¹					
56. Αισθάνομαι ότι κάθε ώρα στην δουλειά είναι κουραστική ¹					
57. Έχω αρκετή ενέργεια να αφιερώσω στην οικογένεια και τους φίλους στον ελεύθερο μου χρόνο ¹					
58. Η δουλειά μου είναι εξαντλητική συναισθηματικά ²					
59. Είμαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου ²					
60. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η εξαιτίας της δουλειά μου ²					
Εξουθένωση σχετιζόμενη με πελάτες	1	2	3	4	5
61. Το βρίσκω δύσκολο να εργάζομαι με ασθενείς ²					
62. Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά μου ²					
63. Με ενοχλεί να δουλεύω με ασθενείς ²					
64. Αισθάνομαι ότι προσφέρω περισσότερα απ' όσα παίρνω όταν εργάζομαι με ασθενείς ²					
65. Έχω κουραστεί να δουλεύω με ασθενείς ¹					
66. Αναρωτιέμαι για πόσο ακόμα θα αντέχω να εργάζομαι με ασθενείς ¹					

1: (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συχνά, 5=Πάντα)

2: (1=Πολύ μικρό βαθμό, 2=Μικρό βαθμό, 3=Κάπως, 4=Μεγάλο βαθμό, 5=Πολύ μεγάλο βαθμό)