



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

«Διερεύνηση της Κόπωσης Συμπόνιας και εκτίμηση της επίδρασής της στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών των νοσοκομείων της Αττικής “Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ” (Ερυθρός Σταυρός) και Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών “Άγιος Σάββας”»

**ΕΛΕΝΗ ΜΑΓΚΑ**

Νοσηλεύτρια ΤΕ

Σεπτέμβριος 2016

ΣΠΑΡΤΗ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση της Κόπωσης Συμπόνιας και εκτίμηση της επίδρασής της στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών των νοσοκομείων της Αττικής “Κοργιαλέναιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ” (Ερυθρός Σταυρός) και Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών “Άγιος Σάββας”»**

**ΕΛΕΝΗ ΜΑΓΚΑ**

**Νοσηλεύτρια ΤΕ**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

Επιβλέπουσα: Φωτεινή Τζαβέλλα, Λέκτορας

Μέλος: Σοφία Ζυγά, Αν.Καθηγήτρια

Μέλος: Στυλιανός Κατσαραγάκης, Λέκτορας

Σεπτέμβριος 2016

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΕΛΕΝΗ ΜΑΓΚΑ, 2016

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Ελένη Μάγκα

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

κ. Φωτεινή Τζαβέλλα: Λέκτορας

κ. Σοφία Ζυγά: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

κ. Στυλιανός Κατσαραγάκης: Λέκτορας

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό, έχοντας ολοκληρώσει την προσπάθειά μου, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στους ανθρώπους που με βοήθησαν και συνέβαλαν, με κάθε τρόπο, στην ολοκλήρωσή της.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσά μου Λέκτορα κ. Φωτεινή Τζαβέλλα για την καθοδήγηση και την πολύτιμη βοήθειά της. Οι συμβουλές που μου παρείχε, η εν γένει επιστημονική της βοήθεια αλλά και η ενθάρρυνσή της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας συνέβαλαν ιδιαίτερα στην ολοκλήρωσή της.

Ευχαριστώ την κ. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια για την ιδέα εκπόνησης του παρόντος θέματος και την παρότρυνσή της.

Ευχαριστώ επίσης, το εκπαιδευτικό και διοικητικό προσωπικό του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τη βοήθειά τους στα χρόνια της μεταπτυχιακής μου δραστηριότητας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου που με μεγάλη προθυμία συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια και με βοήθησαν στην περαίωση της έρευνας. Χωρίς τη βοήθειά τους και τη σημαντική συμβολή τους δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση του πονήματος.

Ευχαριστώ τη φίλη μου Αθανασία Κωνσταντινοπούλου για τη βοήθεια και την παρότρυνσή της σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου αλλά και για τη σημαντική βοήθειά της στη στατιστική ανάλυση της παρούσας εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και ειδικότερα τον σύζυγό μου που με υπομονή με στήριξε και με βοήθησε όλα αυτά τα χρόνια.

Με τιμή,  
Ελένη Μάγκα  
Σπάρτη, Σεπτέμβριος 2016

*Στον σύζυγό μου Δημήτρη*

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μία έννοια με ευρύ περιεχόμενο (Yfandopoulos, 2001a; Yfandopoulos, 2001b; Δημητρόπουλος και συν., 2008). Αν και αποτελεί αντικείμενο έρευνας από τα αρχαία χρόνια παρόλα αυτά ο εννοιολογικός της προσδιορισμός επιχειρήθηκε πολύ αργότερα. Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της βασίζεται στην αντίληψη ότι είναι απαραίτητος ο συνδυασμός αντικειμενικών και υποκειμενικών παραγόντων (Zautra & Goodhart, 1979; Lehman, 2007; Δημητρόπουλος και συν., 2008). Στο χώρο της υγείας χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως σημαντική παράμετρος για την αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης (ποιότητα και αποτελέσματα) (Moons et al., 2006). Πλέον, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου.

Σημαντική παράμετρο της ποιότητας ζωής αποτελεί η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής που αναφέρεται στην ευημερία των εργαζομένων μέσω της εκπλήρωσης των στόχων τους και προκύπτει από την αλληλεπίδραση προσωπικών και οργανωτικών παραγόντων. Αντικατοπτρίζεται στη θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ατόμου και εν γένει όλης της κοινωνίας (Sirgy et al., 2001; Martel & Dupuis, 2006).

Οι συνέπειες της ποιότητας επαγγελματικής ζωής είναι ατομικές (σωματικές, ψυχολογικές) και οργανωτικές. Έτσι, η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής μπορεί να επιδρά στην συμπεριφορά του ατόμου στο χώρο εργασίας (π.χ. συμμετοχή, προσπάθεια, αποτελεσματικότητα κ.λπ.) (Sirgy et al., 2001). Όταν το επίπεδο της επαγγελματικής ευημερίας είναι χαμηλό ο εργαζόμενος επιλέγει να απουσιάζει από την εργασία του αλλά και να απαιτεί υψηλές αποζημιώσεις και να κάνει χρήση υψηλού κόστους ιατρικών υπηρεσιών (Danna & Griffin, 1999).

Στα πλαίσια του μη ικανοποιητικού περιβάλλοντος εργασίας, εμφανίζεται η κόπωση συμπόνιας. Ειδικότερα, η ικανοποίηση συμπόνιας και η κόπωση συμπόνιας (που περιλαμβάνει το δευτερογενές τραυματικό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση) αποτελούν δύο πτυχές της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (Stamm, 2010).



Οι νοσηλευτές λόγω της συνεχούς προσφοράς βοήθειας και εξυπηρέτησης των ασθενών (Krisman-Scott & McCorkle, 2002) βρίσκονται συχνά εκτεθειμένοι στον πόνο και τα βάσανα των ασθενών και αντιμέτωποι με τη θλίψη και την απομόνωσή τους (Lamendola, 1996). Έτσι, αν και η συμπόνια συμβάλλει στη διαμόρφωση των σχέσεων με τους ασθενείς, μακροπρόθεσμα αποτελεί συναισθηματικό βάρος που κάνει τους νοσηλευτές τρωτούς και ευπρόσβλητους (McHolm, 2006). Φυσικά η πρόληψη και δη η μείωση των συνεπειών και η βελτίωση της κατάστασης, είναι σαφώς καλύτερη από τη θεραπεία (Clemans, 2004).

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των στάσεων, πεποιθήσεων, συμπεριφορών, αλλά και ιδιαίτερων γνωρισμάτων των νοσηλευτών σχετικά με την κόπωση συμπόνιας, σε δύο νοσοκομεία της περιοχής των Αθηνών, το «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.» και το Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας». Περαιτέρω μελετάται η επίδραση που η κόπωση συμπόνιας έχει στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών.

**Υλικό και μέθοδος:** Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση τριών (3) δομημένων ερωτηματολογίων κλειστών ερωτήσεων τα οποία διερευνούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL-CSF) και την υγεία και παραγωγικότητα στην εργασία (HPQ). Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι νοσηλευτές των δύο (2) νοσοκομείων στους οποίους διανεμήθηκαν 224 ερωτηματολόγια. Τα 114 διανεμήθηκαν στο Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός και τα υπόλοιπα 110 στο Νοσοκομείο Άγιος Σάββας. Συμμετείχαν και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια οικειοθελώς 200 νοσηλευτές. Ειδικότερα, από τα 114 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στον Ερυθρό Σταυρό συμπληρώθηκαν και επεστράφησαν τα 100 (ποσοστό απόκρισης 87,7%). Από τα 110 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στον Άγιο Σάββα συμπληρώθηκαν και επεστράφησαν τα 100 (ποσοστό απόκρισης 90,9%). Το συνολικό ποσοστό συμμετοχής απόκρισης ανήλθε στο 89,3%. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 10-15 λεπτά.

**Αποτελέσματα:** Χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης συμπόνιας. Τα θετικά συναισθήματα και οι σκέψεις για τους συναδέλφους και το εργασιακό περιβάλλον οδηγούν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με την ικανότητά τους να είναι αποτελεσματικοί στην δουλειά τους. Περισσότερο ικανοποιημένες φάνηκαν οι γυναίκες και όσοι θεωρούσαν ότι αμείβονται ικανοποιητικά. Σημαντικός παράγοντας ικανοποίησης είναι το εργασιακό κλίμα. Παρουσιάζεται μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (45%) ιδιαίτερα επικίνδυνος όταν συνδυάζεται με χαμηλή ικανοποίηση συμπόνιας. Τέλος, το 33,5% βρίσκεται σε μέσο κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας και το 51,5% σε υψηλό.

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός χαμηλής ικανοποίησης συμπόνιας και του κινδύνου εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης συμπόνιας είναι επιβαρυνμένος. Οι νοσηλευτές των δύο υπό διερεύνηση νοσοκομείων αντιμετωπίζουν προβλήματα με την

εργασία τους και δεν αποκομίζουν ικανοποίηση από τις δραστηριότητες εντός του εργασιακού τους χώρου. Θα πρέπει να υπάρξει προβληματισμός όσον αφορά τα θέματα που τους δυσχεραίνουν αλλά και για όσους άλλους παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη υψηλής κόπωσης. Συμπερασματικά, το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει την ψυχική και σωματική τους κατάσταση.

**Λέξεις κλειδιά:** κόπωση συμπόνιας, επαγγελματική εξουθένωση, παραγωγικότητα στην εργασία, νοσηλευτές, στρες

## **ABSTRACT**

**Objective:** To investigate the attitudes, beliefs, behaviors and special features of nurses about compassion fatigue in two hospitals of Athens, "Korgialenio-Benakio EES" and the Oncology Hospital "Agios Savvas". Further it is studied the effect of compassion fatigue on employees' productivity.

**Material and method:** Data were collected by using 3 structured questionnaires of closed questions that explored the nurses' demographic characteristics, the scale of professional quality of life (ProQOL-CSF) and the health and productivity at work (HPQ). The study population consisted by nurses of the two hospitals where 224 questionnaires were distributed (114 to "Korgialenio-Benakio EES" and 110 to "Agios Savvas"). Voluntarily participated and completed the questionnaires 200 nurses (100 nurses of EES and 100 nurses of Agios Savvas). The response rate of participation was 89.3% (87.7% of EES and 90.9% of Agios Savvas). The time completion of the questionnaire was 10-15 minutes.

**Results:** Low level of compassion satisfaction. Positive feelings and thoughts for the colleagues and the working environment lead to higher satisfaction with respect to their ability to be effective in their work. Most satisfied were women and those who considered themselves as satisfactory paid. Important satisfaction factor is the working environment. There is a considerable risk of burnout (45%) particularly dangerous when combined with low satisfaction compassion. Finally, 33.5% are at average risk of appearing compassion fatigue and 51.5% high.

**Conclusions:** The combination of low satisfaction compassion and the risk of occurrence burnout and compassion fatigue is dangerous. The nurses of the two hospitals have problems with their work and derive no satisfaction from activities within their workplace. They should think of what scares them and those factors that may contribute to higher fatigue development. In conclusion, the stress experienced by nurses in conjunction with psychological searches, moral dilemmas and requirements of the patients burden their psyche.

**Keywords:** compassion fatigue, burnout, work productivity, nurses, stress

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	III
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	IV
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	IV
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ.....	6
1.1. Ποιότητα ζωής .....	6
1.2. Ποιότητα επαγγελματικής ζωής.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ .....	9
2.1. Ορισμός και ιστορική αναδρομή.....	9
2.2. Αιτίες και παράγοντες κινδύνου .....	10
2.3. Συμπτώματα.....	14
2.4. Θεωρητικά μοντέλα .....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ .....	21
3.1. Ορισμός και ιστορική αναδρομή.....	21
3.2. Αιτίες εμφάνισης και παράγοντες κινδύνου .....	25
3.3. Θεωρητικά μοντέλα .....	28
3.4. Συμπτώματα.....	29
3.5. Στάδια ανάπτυξης .....	32
3.6. Ικανοποίηση συμπόνιας .....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ .....	35
4.1. Επαγγελματική ικανοποίηση .....	35
4.2. Θεωρητικά μοντέλα .....	36
4.3. Παράγοντες ικανοποίησης.....	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	42
5.1. Ταυτότητα της έρευνας.....	42
5.2. Μέθοδος δειγματοληψίας - δείγμα .....	42
5.3. Μέσα συλλογής δεδομένων.....	44
5.3.1. Ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών .....	45
5.3.2. Ερωτηματολόγιο διερεύνησης κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL-CSF) .....	45
5.3.3. Ερωτηματολόγιο διερεύνησης υγείας και παραγωγικότητας στην εργασία (HPQ) .....	46

5.4. Συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας .....	51
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>54</b>
6.1. Εισαγωγή.....	54
6.2. Στατιστική Κατανομή Δείγματος.....	55
6.3. Κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL-CSF) .....	63
6.4. Ερωτηματολόγιο υγείας και παραγωγικότητας στην εργασία (HPQ) .....	69
6.5. Συσχετίσεις.....	88
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>95</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>98</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>115</b>
Α. ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....	115
Β. ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ.....	119
Γ. ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ.....	120
Δ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	121
Ε. ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ..	130
ΣΤ. ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ .....	136
Ζ. ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	142
Η. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ .....	147

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2. 1. Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης .....	16
Πίνακας 3. 1. Συμπτώματα κόπωσης συμπίονιας .....	31
Πίνακας 6. 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος .....	56
Πίνακας 6. 2. Εργασιακά χαρακτηριστικά δείγματος .....	58
Πίνακας 6. 3. Κατανομή δείγματος .....	60
Πίνακας 6. 4. Συνθήκες εργασίας δείγματος .....	61
Πίνακας 6. 5. Ικανοποίηση από το επάγγελμα .....	63
Πίνακας 6. 6. Κατανομή συνολικού δείγματος για την επαγγελματική ποιότητας ζωής .....	64
Πίνακας 6. 7. Ταξινόμηση συνολικού δείγματος επιπέδου επαγγελματικής ποιότητας ζωής .....	65
Πίνακας 6. 8. Διαβαθμισμένο επίπεδο επαγγελματικής ποιότητας ζωής .....	66
Πίνακας 6. 9. Κατανομή δείγματος ερωτήσεων ικανοποίησης συμπίονιας .....	66
Πίνακας 6. 10. Κατανομή δείγματος ερωτήσεων για την επαγγελματική εξουθένωση .....	68
Πίνακας 6. 11. Κατανομή δείγματος ερωτήσεων για την κόπωση συμπίονιας .....	69
Πίνακας 6. 12. Κατανομή δείγματος ως προς το ωράριο εργασίας .....	70
Πίνακας 6. 13. Κατανομή δείγματος ως προς τα άτομα που εποπτεύει ο νοσηλευτής .....	70
Πίνακας 6. 14. Κατανομή δείγματος ως προς την απώλεια ημερών εργασίας .....	71
Πίνακας 6. 15. Κατανομή δείγματος ως προς την επιτυχία/αποτυχία που βίωσαν .....	71
Πίνακας 6. 16. Κατανομή απαντήσεων για αξιολόγηση υγείας .....	72
Πίνακας 6. 17. Κατανομή απαντήσεων για θεραπεία χρόνιων νοσημάτων .....	72
Πίνακας 6. 18. Κατανομή απαντήσεων για κάπνισμα .....	73
Πίνακας 6. 19. Κατανομή απαντήσεων για αλκοόλ .....	74
Πίνακας 6. 20. Κατανομή απαντήσεων για περίοδο ευφορίας .....	74
Πίνακας 6. 21. Κατανομή απαντήσεων για επεισόδια γκρίνιας και επιθετικότητας .....	75
Πίνακας 6. 22. Κατανομή απαντήσεων για τα επεισόδια .....	75
Πίνακας 6. 23. Κατανομή απαντήσεων για επεισόδια έκρηξης θυμού .....	75
Πίνακας 6. 24. Κατανομή απαντήσεων για επεισόδια έκρηξης θυμού/επιθετικότητας .....	76
Πίνακας 6. 25. Κατανομή απαντήσεων για ατυχήματα/τραυματισμούς .....	76
Πίνακας 6. 26. Κατανομή απαντήσεων σχετικά με προσοχή και συγκέντρωση .....	77
Πίνακας 6. 27. Κατανομή απαντήσεων για συχνότητα κούρασης από «μικρά καθήκοντα» ...	78
Πίνακας 6. 28. Κατανομή απαντήσεων για αντιμετώπιση κούρασης .....	78
Πίνακας 6. 29. Κατανομή απαντήσεων για την κόπωση σε σοβαρότερη κατάσταση .....	79
Πίνακας 6. 30. Κατανομή απαντήσεων για το πώς αισθάνθηκαν τις τελευταίες 4 εβδομάδες	79
Πίνακας 6. 31. Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τον ύπνο κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών .....	80
Πίνακας 6. 32. Κατανομή ωρών εργασίας κατά την τελευταία εβδομάδα .....	81
Πίνακας 6. 33. Εργασιακά χαρακτηριστικά δείγματος τις 4 προηγούμενες εβδομάδες .....	81
Πίνακας 6. 34. Κατανομή ωρών εργασίας εβδομαδιαία και μηνιαία .....	82
Πίνακας 6. 35. Κατανομή σκορ απουσίας / παραγωγικότητας .....	84
Πίνακας 6. 36. Κατανομή αξιολόγησης παραγωγικότητας .....	85
Πίνακας 6. 37. Κατανομή σύγκρισης παραγωγικότητας .....	86
Πίνακας 6. 38. Μέτρα αξιολόγηση παραγωγικότητας .....	86
Πίνακας 6. 39. Απόλυτη και σχετική παραγωγικότητα .....	87
Πίνακας 6. 40. Συσχέτιση φύλου – ικανοποίηση φροντίδας .....	88
Πίνακας 6. 41. Συσχέτιση εργασιακού κλίματος – ικανοποίηση φροντίδας .....	89

Πίνακας 6. 42. Συσχέτιση επιθυμίας αποχώρησης από νοσοκομείο – ικανοποίηση φροντίδας .....	90
Πίνακας 6. 43. Συσχέτιση επιλογής ίδιου επαγγέλματος – ικανοποίηση προσφοράς φροντίδας .....	91
Πίνακας 6. 44. Συσχέτιση φύλου - μελαγχολίας.....	91
Πίνακας 6. 45. Συσχέτιση μόρφωσης - Δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής .....	92
Πίνακας 6. 46. Συσχέτιση τμήματος εργασίας - Δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής .....	93

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 3. 1. Στάδια ανάπτυξης.....	33
Διάγραμμα Η. 1. Κατανομή φύλου .....	147
Διάγραμμα Η. 2. Κατανομή ημερομηνίας γέννησης.....	147
Διάγραμμα Η. 3. Κατανομή οικογενειακής κατάστασης .....	148
Διάγραμμα Η. 4. Κατανομή αριθμού παιδιών .....	148
Διάγραμμα Η. 5. Κατανομή τμήματος εργασίας .....	148
Διάγραμμα Η. 6. Κατανομή ωραρίου εργασίας.....	149

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ESS	Epworth Sleeping Scale (ESS)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
HPQ	Health and work performance questionnaire
MBI	Maslach Burnout Inventory
ProQOL-CSF	Professional Quality of Life Scale – Compassion Fatigue Self-Test
PTSD	Post traumatic stress disorder
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ΜΕΘ	Μονάδα εντατικής θεραπείας
ΜΜΜΟ	Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού Οστών
ΜΤΕΝΣ	Μέση Τεχνολογική Επαγγελματική Νοσηλευτική Σχολή
ΠΖ	Ποιότητα ζωής
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΧΑΠ	Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η «**κόπωση συμπόνιας**» (compassion fatigue) ως έννοια χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από την Joinson (1992), σε νοσηλευτικό περιοδικό, προκειμένου να περιγραφεί η εξάντληση των νοσηλευτών που εργάζονταν στα επείγοντα περιστατικά. Αποτελεί μια σχετικά καινούργια έννοια στον τομέα της «τραυματολογίας» και σχετίζεται με το «κόστος της φροντίδας» για τους επαγγελματίες υγείας (Figley, 1982). Η «κόπωση συμπόνιας» η οποία όλο και περισσότερο εμφανίζεται και ως «**δευτερογενές τραυματικό στρες**» (secondary traumatic stress), η «**ικανοποίηση συμπόνιας**» (compassion satisfaction) και η **επαγγελματική εξουθένωση** (burnout), αποτελούν βασικούς παράγοντες στον καθορισμό της «**επαγγελματικής ποιότητας ζωής**» (Stamm, 2010).

Οι νοσηλευτές, ως επαγγελματίες υγείας, έρχονται σε επαφή, σε καθημερινή βάση, με ανθρώπους διαφορετικής ψυχοσύνθεσης ενώ παράλληλα εργάζονται για πολλές ώρες με στόχο την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας (McHolm, 2006). Συχνά νιώθουν **ικανοποίηση** από την εργασία τους και την παροχή βοήθειας σε ανθρώπους που το έχουν ανάγκη (Stamm, et al., 2002) όμως το στρες που προκαλείται από αυτές τις συνθήκες ενδέχεται να έχει αρνητική επίδραση (Figley, 1995a; Figley, 2002a). Έτσι, ενώ διακατέχονται από την έντονη ανάγκη για προσφορά βοήθειας και εξυπηρέτηση των ασθενών (Krisman-Scott & McCorkle, 2002) παράλληλα, βρίσκονται εκτεθειμένοι στον πόνο και τα βάσανά τους και αντιμέτωποι με τη θλίψη και την απομόνωσή τους για μακρές χρονικές περιόδους (Lamendola, 1996). Αν και η συμπόνια είναι αναγκαία για την καλλιέργεια εμπιστοσύνης και θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς, μακροπρόθεσμα αποτελεί ένα «συναισθηματικό φόρο», που καθιστά τους επαγγελματίες υγείας τρωτούς και ευπρόσβλητους (McHolm, 2006) και την έλλειψη συμπόνιας αναπόφευκτη (Lamendola, 1996) ενώ θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι ίδιες εμπειρίες που οδηγούν στη συμπόνια, οδηγούν και στην κόπωση συμπόνιας (Chase, 2005). Οι μεγάλες προσδοκίες των νοσηλευτών από τον εαυτό τους έχουν ως αποτέλεσμα τον αποκλειστικό προσανατολισμό τους στις ανάγκες των ασθενών, την παραμέληση των προσωπικών τους αναγκών ακόμα και άρνηση του δικού τους συναισθηματικού πόνου (Freudenberger, 1990). Η κόπωση συμπόνιας μπορεί να είναι το τελικό στάδιο μιας μακράς στρεσογόνου περιόδου (McCann & Pearlman, 1990) μπορεί όμως και να αποτελεί άμεση αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός (Badger, 2001).

Στρεσογόνοι παράγοντες, στους οποίους περιλαμβάνεται και η ανεπαρκής εκπαίδευση, σχετίζονται με χαμηλή παραγωγικότητα και προβλήματα υγείας. Ειδικά η **κόπωση συμπόνιας** είναι μια φυσιολογική αντίδραση, σε μια μη φυσιολογική κατάσταση, με δυσάρεστες συνέπειες για τους εργαζόμενους. Αποτελεί τη φυσική συνέπεια της παροχής φροντίδας σε ανθρώπους που μπορεί να πονούν, να υποφέρουν ή να είναι τραυματισμένοι. Μελέτες έδειξαν ότι το ανεκπαίδευτο και ελλιπώς ενημερωμένο προσωπικό, υποφέρει περισσότερο από τις σχετιζόμενες με την εργασία ασθένειες (Rowe, 2000). Εκτός από τους νοσηλευτές, ιδιαίτερα ευάλωτοι είναι και όσοι καλούνται να προσφέρουν βοήθεια κατά τη διάρκεια ενός δυσάρεστου συμβάντος ή και μετά (π.χ. κληρικοί, εθελοντές, κοινωνικοί λειτουργοί, δάσκαλοι, πυροσβέστες κ.λπ.) (Friedman, 2000; Gentry, et al., 2002).

Τα **συμπτώματα** της κόπωσης συμπόνιας μπορεί να περιλαμβάνουν αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, προσπάθεια αποφυγής σκέψεων, συναισθημάτων και συζητήσεων που προκαλούν αναμνήσεις, αυξημένη νευρικότητα αλλά και αλλαγές στο πως αντιλαμβάνεται το άτομο τον εαυτό του και τους άλλους, κατάθλιψη, χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών ακόμα και αυτοκτονικές σκέψεις (Μαδιανός, 2004; Reese, 2008).

Αν και έχει περιγραφεί μεγάλη ποικιλία **συμπτωμάτων και θεραπειών**, ωστόσο υπάρχει έλλειψη εμπειρικών μελετών που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των διάφορων προτεινόμενων μέσων πρόληψης και θεραπείας. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση για την κατανόηση των αιτιών και των συνεπειών αλλά και των στρατηγικών πρόληψης και θεραπείας (Wastell, 2002; Davis, 2003; Roberts, et al., 2003). Φυσικά η **πρόληψη** και η μέριμνα για τη μείωση των συνεπειών και τη βελτίωση της κατάστασης, είναι σαφώς προτιμότερες από τη θεραπεία (Clemans, 2004).

**Σκοπός** της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της κόπωσης συμπόνιας στους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα στους νοσηλευτές, σε δύο νοσοκομεία της περιοχής των Αθηνών, το «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.» και το Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας». Περαιτέρω μελετάται η επίδραση που η κόπωση συμπόνιας έχει στην παραγωγικότητα των εργαζομένων.

Στους **επιμέρους στόχους** της παρούσας εργασίας εντάσσονται:

- Ο προσδιορισμός και κατανόηση της κόπωσης συμπόνιας.

- Η ανάδειξη του προβλήματος που παρατηρείται στην επαγγελματική άσκηση των νοσηλευτών.
- Η αξιολόγηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής των νοσηλευτών.
- Η αξιολόγηση του επιπέδου υγείας των νοσηλευτών.
- Η εκτίμηση και συσχέτιση της παραγωγικότητας των νοσηλευτών σε σχέση με την κόπωση συμπίονιας.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από επτά (7) κεφάλαια και χωρίζεται σε **δύο μέρη**: το γενικό και το ειδικό. Στο πρώτο μέρος, το γενικό, που αποτελείται από τέσσερα (4) κεφάλαια γίνεται η βιβλιογραφική επισκόπηση και διερεύνηση γνωστικών περιοχών που σχετίζονται με την κόπωση συμπίονιας. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε με βάση τους ακόλουθους όρους: κόπωση συμπίονιας, δευτερογενές τραυματικό στρες, επαγγελματίας υγείας, νοσηλεύτης, παραγωγικότητα, απουσίες, compassion fatigue, secondary traumatic stress, health professional, nurse, productivity, absenteeism. Το δεύτερο μέρος, το ειδικό, αποτελείται από τρία (3) κεφάλαια, τη μεθοδολογία έρευνας, τα αποτελέσματα και τη συζήτηση, και περιλαμβάνει την ερευνητική τεκμηρίωση του θεωρητικού μέρους.

Αναλυτικά, η εργασία αποτελείται από την εισαγωγή και επτά (7) κεφάλαια με την εξής δομή:

Στην Εισαγωγή που προηγήθηκε, αναλύθηκαν το θεωρητικό υπόβαθρο της εργασίας, οι στόχοι, ο σκοπός και η σπουδαιότητα της έρευνας. Στη συνέχεια, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ο προσδιορισμός των εννοιών ποιότητα ζωής και ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από την ιστορική του αναδρομή, οι αιτίες και οι παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα και τα θεωρητικά μοντέλα. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η κόπωση συμπίονιας. Παρουσιάζεται ο ορισμός και η ιστορική αναδρομή, οι αιτίες εμφάνισης και οι παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα, τα θεωρητικά μοντέλα και τα στάδια ανάπτυξης. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά και στην ικανοποίηση συμπίονιας. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η παραγωγικότητα στην εργασία, η επαγγελματική ικανοποίηση και οι παράγοντες ικανοποίησης. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται διεξοδικά η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας. Παρέχονται πληροφορίες για το ερωτηματολόγιο, τον τρόπο συλλογής των δεδομένων αλλά και τους περιορισμούς της έρευνας. Στο έκτο κεφάλαιο

περιγράφονται οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης και τα αποτελέσματα της έρευνας. Τα στοιχεία επεξεργάστηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 17 και η απεικόνισή τους έγινε με χρήση πινάκων και γραφημάτων. Στο κεφάλαιο έβδομο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και τα κύρια ευρήματα της έρευνας και δίνονται απαντήσεις στους ερευνητικούς στόχους που τέθηκαν στην αρχή της εργασίας. Επιπλέον, γίνονται προτάσεις για μελλοντική διεύρυνση του θέματος. Τέλος, ακολουθεί η παράθεση της βιβλιογραφίας και των παραρτημάτων.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ

## 1.1. Ποιότητα ζωής

Η **Ποιότητα Ζωής (ΠΖ)** είναι μία έννοια με ευρύ περιεχόμενο που περιλαμβάνει επιδημιολογικές, βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις, καθώς και προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες (Yfandopoulos, 2001a; Yfandopoulos, 2001b; Δημητρόπουλος και συν., 2008).

Απαντάται και φαίνεται να έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους. Ο Αριστοτέλης, στα «Ηθικά Νικομάχεια», απέδιδε τους όρους ΠΖ (ευ ζην) και ευημερία (ευ πράττειν) με τη λέξη «ευδαιμονία», δηλαδή «το τέλειο και αυτάρκες αγαθό», που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου (Ηθικά Νικομάχεια, 1993; Δημητρόπουλος και συν., 2008). Πολύ αργότερα επιχειρήθηκε η αποσαφήνιση του εννοιολογικού προσδιορισμού της ΠΖ υιοθετώντας την αντίληψη ότι είναι απαραίτητος ο συνδυασμός τόσο αντικειμενικών (τί είναι το άτομο ικανό να κάνει, σε ποιους πόρους έχει πρόσβαση και τι ευκαιρίες έχει) όσο και υποκειμενικών παραγόντων και δεικτών (το αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο) (Zautra & Goodhart, 1979; Lehman, 2007; Δημητρόπουλος και συν., 2008). Στο χώρο της υγείας χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως μια σημαντική παράμετρος για την αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης ως προς την ποιότητα και τα αποτελέσματά της (Moons et al., 2006). Η αναζήτηση ενός σαφέστερου προσδιορισμού συνεχίζεται με εμφανείς τις διαφορές απόψεων μεταξύ επιστημόνων και την απουσία ενός γενικά αποδεκτού ορισμού. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, του δυτικού κυρίως κόσμου, αντιλαμβάνονται ενστικτωδώς τί περιλαμβάνει η έννοια της ΠΖ. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως *«Η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του»* (The WHOQOL Group, 1995).

Οι Schalock et al. (2008) προτείνουν ένα μοντέλο στο οποίο περιλαμβάνονται τρεις βασικές συνιστώσες: α) η προσωπική ανάπτυξη (εκπαίδευση, δεξιότητες, προσαρμοστικότητα) και ο αυτοπροσδιορισμός (αυτονομία, αυτοέλεγχος, επιλογές, προσωπικοί στόχοι· β) η κοινωνική

συμμετοχή (διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνικές δραστηριότητες, κοινωνική ένταξη, σεβασμός και αξιοπρέπεια) και γ) η ευεξία (συναισθηματική, ασφάλεια, σωματική, διατροφή, ψυχαγωγία, ξεκούραση, υλική, οικονομική και επαγγελματική κατάσταση) (Schalock et al., 2008).

Προσεκτική παρατήρηση φανερώνει ότι η ΠΖ σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους, που αποδίδουν μάλιστα κάθε φορά και άλλη σημασία, ανάλογα με το εκάστοτε αντικείμενο του ενδιαφέροντός τους (οικονομολόγοι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι) (Δημητρόπουλος και συν., 2008). Για παράδειγμα, η προσέγγιση των οικονομολόγων για την ποιότητα ζωής επικεντρώνεται κυρίως στη σύγκριση οικονομικών δεικτών, στην κατανομή οικονομικών πόρων, στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και στη φτώχεια (Νάκου, 2001). Τα πιο πρόσφατα μοντέλα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας συνδυάζουν τους ψυχολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις σφαίρες: τις εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, στέγη), τις διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, σχέση) και την εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση) (Νάκου, 2001; Οικονόμου και συν., 2001; Δημητρόπουλος και συν., 2008).

Εν τέλει, η ΠΖ **διαμορφώνεται** από τη φυσική υπόσταση και τη σωματική υγεία των ατόμων, την ψυχική τους κατάσταση, το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν, καθώς και από τις σχέσεις που αναπτύσσουν. Η υγεία αναγνωρίζεται ως ένας μόνο από τους παράγοντες που προσδιορίζουν την ΠΖ (Σαρρής και συν., 2001). Πολλοί άλλοι επιμέρους παράγοντες προσδίδουν ποιοτικά χαρακτηριστικά στη ζωή των ατόμων όπως το κλίμα και οι συνθήκες του τόπου διαμονής, το οικιστικό περιβάλλον, οι διατροφικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής, η κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών, οι όποιες σωματικές αναπηρίες ή τα χρόνια νοσήματα, οι πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, η εκπαίδευση και η επιμόρφωση, οι υπαρξιακές ανησυχίες, το εισόδημα και οι επαγγελματικές ανησυχίες (Δημητρόπουλος και συν., 2008).

Η **Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (Health Related Quality of Life)** ενέχει ασάφειες και είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστούν τα στοιχεία που την συνθέτουν. Γενικά, η Ποιότητα Ζωής σε σχέση με την υγεία μπορεί να περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου.

## 1.2. Ποιότητα επαγγελματικής ζωής

Η Ποιότητα της Επαγγελματικής Ζωής αποτελεί σημαντική παράμετρο της ποιότητας ζωής. Αναφέρεται στην ευημερία των εργαζομένων μέσω της εκπλήρωσης των στόχων τους και προκύπτει από την αλληλεπίδραση προσωπικών και οργανωτικών παραγόντων. Αντικατοπτρίζεται στη θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ατόμου και εν γένει όλης της κοινωνίας (Sirgy et al., 2001; Martel & Dupuis, 2006).

Σύμφωνα με τους Sirgy et al. (2001) η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής ορίζεται ως «η ικανοποίηση διαφόρων αναγκών του εργαζομένου μέσω πηγών, δραστηριοτήτων και αποτελεσμάτων που απορρέουν από τη συμμετοχή του στο χώρο εργασίας». Θεωρητικά, λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως το εργασιακό περιβάλλον, οι εργασιακές απαιτήσεις και η συμπεριφορά του προϊσταμένου (Sirgy et al., 2001).

Οι συνέπειες της ποιότητας επαγγελματικής ζωής χωρίζονται στις ατομικές (σωματικές, ψυχολογικές) και τις οργανωτικές. Έτσι, η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής μπορεί να επιδρά σημαντικά στον τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου στο χώρο εργασίας του, όπως για παράδειγμα η συμμετοχή του, η προσπάθεια, η αποτελεσματικότητα και η προσωπική του αλλοτρίωση (Sirgy et al., 2001). Όταν το επίπεδο της επαγγελματικής ευημερίας είναι χαμηλό ο εργαζόμενος επιλέγει να απουσιάζει από την εργασία του αλλά και να απαιτεί υψηλές αποζημιώσεις και να κάνει χρήση υψηλού κόστους ιατρικών υπηρεσιών (Danna & Griffin, 1999).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

### 2.1. Ορισμός και ιστορική αναδρομή

Ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) στην αγγλική γλώσσα προσδιορίζεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Bakker et al., 2000; Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώς, 2005).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες αλλά και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης. Πλέον, έχει αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις που αυτό επιφέρει όχι μόνο στο άτομο αλλά και στην οικονομία και στην παραγωγή γενικότερα (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007).

Ο Freudenberger (1974) περιέγραψε για πρώτη φορά το σύνδρομο της «επαγγελματικής εξουθένωσης» καταγράφοντας τα συμπτώματα σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας αλλά και σε άλλες ειδικότητες, οι οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος ανέπτυσαν διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα (Watkins, 1983; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007). Υποθέτει ότι η επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνει σωματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα όπως μειωμένη αλληλεπίδραση με τους αποδέκτες φροντίδας, αναποτελεσματικότητα, απουσίες και υψηλά επίπεδα κύκλου εργασιών (Maslach, 1982; Maslach & Leiter, 1997). Η επαγγελματική εξουθένωση έχει επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στην επαγγελματική του συμπεριφορά (Κάντας, 1995). Σχετίζεται με συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία τους ακόμα και με εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Χαραλαμπίδου, 1996; Lee et al., 2004; Halm et al., 2005; Leiter & Laschinger, 2006). Η ψυχολόγος Christine Maslach (1982) περιέγραψε ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα για τους ασθενείς, είναι ανικανοποίητος από την εργασία και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Παρόλα αυτά δεν υπάρχει ένας απολύτως αποδεκτός ορισμός. Συχνά ως επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται «η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται

από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς». Η **Maslach (1982)** πρόσφερε τον πιο κοινά αποδεκτό ορισμό ως «σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης που μπορεί να προκύψει στα άτομα που ασκούν κάποιου είδους ανθρωπιστική εργασία».

Οι **Garrosa et al. (2008)** επεσήμαναν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια ειδική μορφή χρόνιου και επαγγελματικού άγχους και οι μελέτες των Westman & Eden (1996) κατέδειξαν την ύπαρξη ισχυρής συσχέτισης του εργασιακού άγχους με την εξάντληση σε πολλά επαγγέλματα. Ειδικότερα, η επαγγελματική εξουθένωση έχει επανειλημμένα συνδεθεί με το εργασιακό άγχος στον τομέα των ανθρωπίνων υπηρεσιών λόγω των συχνών και έντονων αλληλεπιδράσεων με τους ασθενείς (Cordes & Doughery, 1993; Lee & Ashforth, 1996). Επιπλέον, μελέτες έδειξαν ότι οι νοσηλευτές που βιώνουν επαγγελματικό στρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση (Stechmiller & Yarandi, 1993). Έτσι, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με το στρες αποτελώντας ουσιαστικά μία αντίδραση σε αυτό. Το παρατεταμένο και έντονο εργασιακό στρες συχνά οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση που με τη σειρά της οδηγεί σε αρνητική στάση απέναντι στην εργασία (Maslach, 1982; Maslach & Leiter, 1997).

Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι το burnout δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η «ματιά» του νοσηλευτή έχει καταστραφεί ή ότι έχει χάσει την ικανότητά του να αισθάνεται συμπόνια για τους άλλους, ενώ μπορεί να εμφανιστεί και σε εργαζόμενους άλλων χώρων και όχι μόνο σε νοσηλευτές ή επαγγελματίες υγείας (π.χ. σε εργαζόμενους στη βαριά τοξική βιομηχανία). Το burnout μπορεί εύκολα να θεραπευτεί με την αλλαγή εργασίας που παρέχει άμεση ανακούφιση σε κάποιον που υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση.

## **2.2. Αιτίες και παράγοντες κινδύνου**

Κατά τη μελέτη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο **προσωπικοί** όσο και **περιβαλλοντικοί** παράγοντες. Συγκεκριμένα, η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση σχετίζονται περισσότερο με περιβαλλοντικές μεταβλητές ενώ η προσωπική ολοκλήρωση με διάφορες μεταβλητές της

προσωπικότητας (Kokkinos, 2007). Στην επαγγελματική εξουθένωση συμβάλλουν ο φόρτος εργασίας, η πίεση χρόνου, η σύγκρουση και η ασάφεια των ρόλων, οι ανεπαρκείς ανταμοιβές και η απουσία δικαιοσύνης (Maslach & Goldberg, 1998; Maslach et al., 2001). Η επαγγελματική εξουθένωση επιτείνεται με την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, τη μικρή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και την έλλειψη ανατροφοδότησης και αυτονομίας (Maslach et al., 2001) ενώ αντίθετα ο ευχάριστος και άνετος εργασιακός χώρος συμβάλλει στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Talmor et al., 2005). Συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να έχει η ηλικία καθώς οι νεότεροι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από τους μεγαλύτερους ίσως γιατί οι νεότεροι υπομένουν και το στάδιο της διάψευσης των προσδοκιών τους (Κάντας, 1995).

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο παράγοντας της αποτελεσματικότητας. Σύμφωνα με τον Bandura (1997) τα άτομα με έντονη την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις ως λιγότερο στρεσογόνες. Η Pines (2002) υποστηρίζει ότι η βασική αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η ανάγκη των ανθρώπων να πιστεύουν ότι αυτά που κάνουν είναι σημαντικά και ουσιαστικά.

Αρχικά, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρήθηκε ως το αποτέλεσμα έντονης και στενής συνεργασίας με άλλους ανθρώπους για μεγάλο χρονικό διάστημα και η χρήση του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, για παράδειγμα γενικούς γιατρούς, οδοντίατρους, νοσηλευτές/ριες, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς (Jimmieson, 2000; Maslach, 2001; Gentry, et al., 2002). Όμως πλέον η μελέτη του συγκεκριμένου συνδρόμου έχει επεκταθεί και σε άλλα επαγγέλματα, όπως δασκάλους (Travers & Cooper, 1996), αστυνομικούς (Burke & Deszca, 1986) και πανεπιστημιακό προσωπικό (Van Emmerik, 2002; Demir, et al., 2003).

Η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται από επανειλημμένη επαφή με παράγοντες κινδύνου στον χώρο της εργασίας αλλά και από συνεχή θεραπευτική επαφή με άτομα που παρουσιάζουν συναισθηματικά και προσωπικά προβλήματα (Watkins, 1983). Υποστηρίζεται επίσης ότι είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού συναισθηματικού στρες και μακρόχρονης επαφής με τους ασθενείς (Pines, et al., 1981). Παράλληλα επιτείνεται από την απογοήτευση, την αδυναμία και την ανικανότητα του νοσηλευτή να επιτύχει τους εργασιακούς του στόχους

ή να ανταπεξέλθει σε ιεραρχικές, διοικητικές πιέσεις, εξαναγκασμούς, περιορισμούς και έλλειψη κατανόησης (Valent, 2002).

Αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν και τα **ατομικά χαρακτηριστικά** των νοσηλευτών, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κ.λπ. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007) αλλά και **ενδοατομικοί** όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, τα κίνητρα, η συναισθηματική ωριμότητα, οι επιθυμίες, οι προσδοκίες, οι στρατηγικές αντιμετώπισης κ.λπ. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007). Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με άλλους εργαζόμενους καθώς η έκθεσή τους στον αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης κάποιας ασθένειας ή πρόκλησης ενός τραυματισμού είναι αυξημένη (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005). Οι πράξεις και παραλείψεις τους, όντας υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα (Caplan, et al., 1975; Sutherland & Cooper, 1990) μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο (Rees & Cooper, 1991; Beechman, 2000; Cooper, et al., 2001). Οι στρεσογόνοι αυτοί παράγοντες είναι δυνατόν να επιδεινωθούν από την έντονη προσπάθεια που καταβάλλουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της δουλειάς τους (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005). Σε αντίθεση δε με άλλους εργαζόμενους, η επαγγελματική τους επάρκεια ή ανεπάρκεια τελεί υπό τη συνεχή επίβλεψη και κριτική των ασθενών και των συναδέλφων τους. Παράγοντες όπως το ενδιαφέρον, η «μετάδοση συναισθημάτων» (emotional contagion), η ενσυναίσθηση (empathy), η δεκτικότητα επικοινωνίας, η ανταπόκριση και κατανόηση φαίνεται ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση.

Οι **διαπροσωπικές σχέσεις** με τους συναδέλφους, το υπόλοιπο προσωπικό και τη διοίκηση του νοσοκομείου καθώς και το υποστηρικτικό δίκτυο σχετίζονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής, και οι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση επαγγελματικής εξουθένωσης (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007).

Ενοχοποιούνται επίσης και οι **οργανωτικοί παράγοντες εργασίας**. Ειδικότερα, η δομή και η λειτουργία του εργασιακού περιβάλλοντος καθώς και οι επικρατούσες συνθήκες εργασίας επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου (Mearns & Cain, 2003). Όταν ο χώρος εργασίας σέβεται την ανθρώπινη πλευρά του εργαζόμενου, ο κίνδυνος εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης μειώνεται (Maslach & Leiter, 1997). Οι **εργασιακοί παράγοντες** που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η υψηλή αναλογία ασθενών ανά νοσηλευτή, η έλλειψη προσωπικού, το εξαντλητικό ωράριο, η ασάφεια των ρόλων, οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς και οι αυξημένες απαιτήσεις αυτών και των οικογενειών τους που κάποιες φορές εκφράζεται και με λεκτική βία εναντίον τους εν ώρα εργασίας, καθώς και η συχνή έκθεση του επαγγελματία υγείας στο θάνατο των ασθενών (Cherniss, 1980; Wandelt, et al., 1981; Rosenthal, et al., 1983; Duxbury, et al., 1984; Maslach & Jackson, 1984; Constable & Russel, 1986; Roeske, 1986; Cole, 1992; Fong, 1993; Bakker et al., 2000; Alderman, 2001; Aiken, et al., 2002; Murray, 2002; Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007). Επιβαρυντικό παράγοντα αποτελεί και το τμήμα στο οποίο ο επαγγελματίας υγείας εργάζεται. Μελέτες έχουν διεξαχθεί σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας όπως τα ογκολογικά τμήματα (Papadatou, et al., 1994; Kash, et al., 2000), σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Chen & McMurray, 2001; Lederer, et al., 2008; Verdon, et al., 2008), σε τμήματα επειγόντων περιστατικών (Gillespie & Melby, 2003; Ersoy-Kart, 2009; Hooper, et al., 2010), σε ψυχιατρικές κλινικές ή άλλες δομές ψυχικής υγείας (Kilfedder, et al., 2001), σε παιδιατρικά τμήματα ή μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών (Kennedy & Barloon, 1997), σε μονάδες ειδικών λοιμώξεων που νοσηλεύονται κυρίως ασθενείς με AIDS (Bennett, et al., 1991) κ.λπ. Επίσης, η επαγγελματική εξουθένωση έχει μελετηθεί σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με συγκεκριμένους πληθυσμούς, όπως τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι οικονομικά αδύναμοι (Felton, 1998). Η ένταση που δημιουργείται από τους εργασιακούς παράγοντες επιδρά σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα. Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται ότι δεν αυξάνεται με τα χρόνια προϋπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα (Omdahl και O'Donnell, 1999).

Πρόσθετο παράγοντα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί η **άμεση επικοινωνία με τους ασθενείς** και τους συγγενείς τους (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής

Αλληλεγγύης, 2005). Η συχνή και μακρόχρονη επαφή με ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας και ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι δε στενή η αλληλεπίδραση με δέκτες που πολύ συχνά εκδηλώνουν αρνητική συμπεριφορά επιθετικότητας, παθητικότητας και αδράνειας (Muldary, 1983). Επιπλέον, η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς άλλα και με τους συνοδούς, δημιουργεί στους νοσηλευτές συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, έως και απογοητευτική (Vahey et al., 2004; Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007).

Τέλος, επίδραση έχουν και οι **κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες** όπως οι κοινωνικές προσδοκίες από το ρόλο του επαγγελματία, η φιλοσοφία εργασίας, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την ασθένεια, τον ασθενή, το θάνατο κ.λπ. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007).

### **2.3. Συμπτώματα**

Τα συμπτώματα του burnout ομαδοποιούνται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Δεν εκδηλώνουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας τα ίδια συμπτώματα.

Στα αρχικά στάδια, τα **συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης** περιλαμβάνουν συχνά κρυολογήματα, μειωμένη αίσθηση ολοκλήρωσης, πονοκεφάλους, κόπωση, μειωμένη ευθυμία και κατήφεια και αύξηση των διαπροσωπικών συγκρούσεων. Αν δεν αντιμετωπιστεί, η επαγγελματική εξουθένωση οδηγείται σταδιακά σε προχωρημένο στάδιο εμφανίζοντας κοινωνική απόσυρση, αποπροσωποποίηση, κυνισμό, εξάντληση, ευερεθιστότητα, χαμηλή κατανάλωση ενέργειας, αίσθημα υποτίμησης και καταπόνησης. Με τον καιρό, ο νοσηλευτής εμφανίζεται απογοητευμένος, σκληρός και συγκλονισμένος. Συχνά, δεν συνειδητοποιεί τις

αρνητικές επιπτώσεις μέχρι να αντιμετωπίσει μια κρίση υγείας ή κάποιο άλλο σημαντικό τραύμα (Portnou, 2011).

Πιο συγκεκριμένα εμφανίζονται πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, διαταραχές ύπνου, υπέρταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διατροφικές διαταραχές και μυοσκελετικοί πόνοι (Tyler & Cushway, 1998; Θεοφίλου, 2009). Η σωματική υγεία επηρεάζει και την ψυχολογική υγεία και συμπεριφορά του νοσηλευτή. Έτσι εκδηλώνονται στρες, ανία, χαμηλή αυτοπεποίθηση και εργασιακή ικανοποίηση, παραίτηση και συγκρούσεις. Πλήττεται η προσωπική και κοινωνική του ζωή και αυξάνονται οι εντάσεις με άτομα του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Το άτομο γίνεται ευέξαπτο και έχει υπερβολικό πείσμα, οι ενέργειές του χαρακτηρίζονται από ενόχληση και απογοήτευση και συχνά οδηγείται στην αυξημένη χρήση αλκοόλ και φαρμάκων (Maslach & Jackson, 1981; Θεοφίλου, 2009). Πέρα από την επιδείνωση των διαπροσωπικών, οικογενειακών, κοινωνικών και εργασιακών σχέσεων, μειώνονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες (Maslach & Jackson, 1981). Ο μειωμένος ενθουσιασμός και η αυτοπεποίθηση συμβάλλουν στην καταβολή, εξάντληση και άγχος του εργαζομένου αλλά και στην εξαφάνιση του αρχικού πάθους του για την εργασία (Maslach & Leiter, 2007). Γενικότερα, η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, αύξηση των απουσιών από την εργασία και πρόθεση ακόμα και για αλλαγή επαγγέλματος (Maslach et al., 2001; Figley, 2002).

Οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν συναισθηματική εξάντληση, αισθάνονται συναισθηματικά «στεγνωμένοι» και απογοητευμένοι (Burke & Greenglass, 2001), αδυνατούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους. Τις περισσότερες φορές δεν είναι σε θέση να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη και έτσι κρατούν «απόσταση ασφαλείας» από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής τους (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

Τα σημαντικότερα συμπτώματα που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία παραθέτονται στον πίνακα 2.1 (Θεοφίλου, 2009).

**Πίνακας 2. 1. Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης**

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/ κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/ απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/ αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ Ευερεθιστικότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Αισθήματα αδυναμίας	
	Καχυποψία	
	Αισθήματα ενοχής/αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	
	Υπερβολική αυτοπεποίθηση/ λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	
	Αποτελμάτωση	

Πηγή: Θεοφίλου, 2009 (Προσαρμογή από Don Unger, 1980)



## 2.4. Θεωρητικά μοντέλα

Στη βιβλιογραφία αναλύονται πολλά μοντέλα για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Κάθε ένα από αυτά παρουσιάζει μια διαφορετική άποψη για τον τρόπο ανάπτυξης του συνδρόμου αν και υπάρχει περιορισμένη πληροφόρηση για την επιτυχή τεχνική παρέμβασης για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Richardsen & Burke, 1995).

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon, 1987). Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού (Pines, 1986). Άλλοι πάλι ερευνητές (Leiter & Maslach, 1988; Dekker & Schaufeli, 1995; Antoniou, 1999) τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που ο επαγγελματίας έχει από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται (Firth-Cozens & Payne, 1999). Ακολουθεί μία συνοπτική παρουσίαση των σημαντικότερων μοντέλων ερμηνείας της επαγγελματικής εξουθένωσης:

Ο **Cherniss (1980)** ήταν από τους πρώτους που περιέγραψαν την επαγγελματική εξουθένωση στο τομέα των ανθρωπίνων υπηρεσιών ως «μια διαδικασία που οδηγεί σε αλλαγή στη συμπεριφορά με αρνητικό τρόπο ως απάντηση στο εργασιακό στρες». Για τον Cherniss η επαγγελματική εξουθένωση είναι μία «διαδικασία» και όχι ένα μεμονωμένο «συμβάν». Ειδικότερα ο **Cherniss (1980)** και οι συνεργάτες του διενήργησαν πολλαπλές συνεντεύξεις για 1-2 έτη, σε είκοσι οκτώ (28) νέους επαγγελματίες τεσσάρων (4) διαφορετικών πεδίων: επαγγελματίες προερχόμενοι από το χώρο της ψυχικής υγείας, της νομικής επιστήμης, της νοσηλευτικής επιστήμης και της εκπαίδευσης. Στο μοντέλο του υποστήριξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από τρία (3) στάδια:

- Το στάδιο του «εργασιακού στρες» που δημιουργείται όταν οι προσωπικοί στόχοι των εργαζομένων δεν μπορούν να υλοποιηθούν λόγω έλλειψης πόρων. Κατά το στάδιο αυτό παρατηρείται διατάραξη στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του νοσηλευτή,

ανάμεσα δηλαδή στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους, από την οποία προκύπτει το εργασιακό στρες. Η διατάραξη αυτή μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

- Το στάδιο της «εξάντλησης» όπου ο εργαζόμενος βιώνει συγκινησιακή ανταπόκριση, αντίδραση στο πρώτο στάδιο και διατάραξη της ισορροπίας. Εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, συνεχούς στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψη ενδιαφέροντος και απάθειας. Η προσοχή του διαφεύγει των αναγκών της εργασίας του και στρέφεται σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Αν ο νοσηλευτής δεν καταφέρει να διαχειριστεί σωστά την ένταση στην οποία βρίσκεται, οδηγείται συνήθως σε απογοήτευση και εξάντληση, δηλαδή σταδιακά στο τρίτο στάδιο.
- Το στάδιο της «αμυντικής κατάληξης», όπου ο εργαζόμενος σταματά να επενδύει συναισθηματικά στην εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια. Κατά το στάδιο αυτό πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του νοσηλευτή που συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών προκειμένου να μπορέσει ο εργαζόμενος να «επιβιώσει» επαγγελματικά.

Οι **Edelwich & Brodsky (1980)** υποστήριξαν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από πέντε (5) στάδια:

- Κατά το 1<sup>ο</sup> στάδιο, ο εργαζόμενος διακατέχεται από ενθουσιασμό για το επάγγελμα και θέτει υψηλούς στόχους και προσδοκίες (idealistic enthusiasm). Στο στάδιο αυτό ο νοσηλευτής υπερεπενδύει στην εργασία του, της αφιερώνεται αποκλειστικά ενώ παράλληλα αναπτύσσει συναισθηματικούς δεσμούς με τους ασθενείς.
- Κατά το 2<sup>ο</sup> στάδιο, τη στασιμότητα (stagnation), ο νοσηλευτής διαπιστώνει με την πάροδο του χρόνου ότι η εργασία του δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, οι στόχοι του διαψεύδονται και απογοητεύεται. Στο στάδιο αυτό ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται για την ικανοποίηση των προσωπικών του αναγκών, τις ώρες εργασίας και τη δυνατότητα εξέλιξης.
- Κατά το 3<sup>ο</sup> στάδιο επέρχεται η ματαίωση (frustration). Πρόκειται για το στάδιο «της αμφιβολίας και της αδράνειας» κατά το οποίο ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται, οι προσδοκίες του διαψεύδονται και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται. Ως αντίδραση, κατηγορεί τον εαυτό του αν και συνεχίζει να επενδύει στο

επάγγελμά του χωρίς όμως αποτέλεσμα. Σταδιακά η εργασία του αποϊδανικοποιείται ενώ αυτός συνεχίζει να μην αναθεωρεί τις προσδοκίες του.

- Στο 4<sup>ο</sup> στάδιο, η μη ικανοποίηση τον ωθεί στην «απογοήτευση και τη ματαίωση» (Edelwich & Brodsky, 1980; Bakker et al., 2000; Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007). Κατά το στάδιο αυτό ο νοσηλευτής κατανοεί ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει πρέπει ή να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του ή να απομακρυνθεί από την εργασιακό του χώρο που του προκαλεί στρες.
- Στο 5<sup>ο</sup> στάδιο επέρχεται η απάθεια. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους προσπαθώντας να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Η ανάγκη βιοπορισμού τον ωθεί να συνεχίσει να εργάζεται αλλά αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών.

Η **Maslach (1982)**, κοινωνική ψυχολόγος, βασίστηκε στον κλασικό ορισμό και περιέγραψε το burnout ως «τριδιάστατο σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικής επίτευξης». Το εργασιακό περιβάλλον και ο νοσηλευτής βρίσκονται σε μία σχέση συνεχούς αλληλεπίδρασης που διαρκώς εξελίσσεται και διαμορφώνεται ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες. Συγκεκριμένα (Leiter & Maslach, 2005; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007):

- Στάδιο συναισθηματικής εξάντλησης. Εκδηλώνεται ως ψυχική κόπωση του επαγγελματία ο οποίος δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια. Πρόκειται για επώδυνες συναισθηματικές εμπειρίες που συχνά εμφανίζονται στους επαγγελματίες υγείας και περιλαμβάνει συναισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Οι νοσηλευτές αισθάνονται συναισθηματικά εξαντλημένοι και «στραγγισμένοι». Στο στάδιο αυτό οι συνθήκες στο εργασιακό περιβάλλον είναι στρεσογόνες και δημιουργείται συναισθηματική υπερφόρτιση στον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να μη διαθέτει την απαιτούμενη ενέργεια και τα ψυχικά αποθέματα για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας.
- Στάδιο αποπροσωποποίησης. Προσπαθώντας να απεγκλωβιστεί από την φόρτιση που δημιουργήθηκε στο προηγούμενο στάδιο, ως αμυντικό μηχανισμό, αναπτύσσει μια απρόσωπη σχέση με τον ασθενή που πολλές φορές είναι αρνητική έως κυνική. Πρόκειται

για την απομάκρυνση και αποξένωση του νοσηλευτή από τους ασθενείς του και την υιοθέτηση επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς και τους συνοδούς τους.

- Στάδιο έλλειψης προσωπικής επίτευξης. Στο στάδιο αυτό πλήττεται η προσωπική ικανότητα του νοσηλευτή με αποτέλεσμα τη δημιουργία συναισθημάτων αποτυχίας για την ικανότητά του. Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων σε συνδυασμό με την απάθεια για τις ανάγκες του ασθενή, οδηγεί σε πλήρη ή μερική παραίτηση προς τις απαιτήσεις του ασθενή.

Ως συνέπεια των σταδίων αυτών ο εργαζόμενος αναπτύσσει λανθασμένη επικοινωνία σε κάθε επίπεδο (ατομικό, κοινωνικό, επαγγελματικό) όχι μόνο με τον ασθενή και τους συγγενείς του αλλά και με τους συναδέλφους του (Bakker et al., 2000; Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007). Αυτά τα τρία στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης αργότερα αξιολογήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη χρήση του Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1986; Maslach et al., 1996) που μεταφράστηκε στα ελληνικά και σταθμίστηκε το 1992 από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999; Gentry, et al., 2002).

Όποιο από τα ανωτέρω μοντέλα περιγραφής του συνδρόμου και να γίνει αποδεκτό, η επαγγελματική εξουθένωση υποδηλώνει την απώλεια του ενδιαφέροντος του εργαζόμενου για την φύση και το χώρο της εργασίας, η οποία καταλήγει σε διαταραχή των σχέσεων με τους ασθενείς και γενικότερα το περιβάλλον (Bakker et al., 2000; Vahey et al., 2004; Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ

### 3.1. Ορισμός και ιστορική αναδρομή

Χαρακτηριστικό των επαγγελματιών υγείας είναι ο σταθερός προσανατολισμός τους για προσφορά προς τους άλλους ανθρώπους και η ελπίδα ότι μέσω της εργασίας τους θα καταφέρουν να κάνουν τη διαφορά και να ανακουφίσουν τον ανθρώπινο πόνο. Οι ανθρωπιστικοί αυτοί στόχοι είναι μεγάλης προσωπικής αξίας και σημασίας όπως πολύ μεγάλοι είναι και οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν στην προσπάθεια ανακούφισης του μαρτυρίου των άλλων (Rodrigo, 2005).

Η φύση της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή είναι πολύ σημαντική στη διερεύνηση του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Οι ασθενείς εκμυστηρεύονται στους νοσηλευτές τις πιο τραυματικές τους εμπειρίες (Pearlman & Saakvitne, 1995) θέτοντας τα θεμέλια για την αξιοποίηση της θεραπευτικής σχέσης. Η Perla (1952) ανέφερε ότι η νοσηλευτική θα πρέπει να αξιολογείται ως διαπροσωπική και θεραπευτική, υποστηρίζοντας ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν τους εαυτούς τους μέσω της παρατήρησης, να εξετάζουν και να καταγράφουν τα δικά τους συναισθήματα και αντιδράσεις τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην θεραπευτική σχέση με τον ασθενή (Tomey & Alligood, 2002). Οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι ανταμείβονται για το έργο τους μέσα από την ανθρώπινη θεραπευτική διασύνδεση. Εξίσου τεράστια όμως μπορεί να είναι και τα ρίσκα, καθώς αυτή η βαθιά, συμπονετική διασύνδεση είναι που κάνει τους επαγγελματίες υγείας τρωτούς και ευπρόσβλητους.

Το στρες που προκαλείται από τις συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας ενδέχεται να έχει αρνητική επίδραση σε αυτούς (Figley, 1995a; Figley, 2002a). Η ταύτιση με τον ασθενή και η «απορρόφηση» του πόνου του οδηγεί στην «**κόπωση συμπόνιας**» (compassion fatigue) που ως έννοια χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από την Joinson (1992) στο νοσηλευτικό περιοδικό Nursing προκειμένου να περιγραφεί η εξάντληση των νοσηλευτών που εργάζονταν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Ο Figley (1995) όρισε την κόπωση συμπόνιας ως το αρνητικό συναίσθημα που δημιουργείται από την έμμεση έκθεση σε εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα στο χώρο εργασίας. Πρόκειται για τις συναισθηματικές, νοητικές και σωματικές απαιτήσεις για την αντιμετώπιση του

τραυματικού και συναισθηματικού υπόβαθρου των ασθενών (Figley, 1995a, 2002a; Stamm, 2009). Είναι η φυσική συμπεριφορά και τα συναισθήματα που προκύπτουν από τη γνώση ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσε κάποιος και από το στρες που προκύπτει από την παροχή βοήθειας ή την επιθυμία να παρασχεθεί βοήθεια σε κάποιον που είναι τραυματισμένος ή που πονάει (Figley, 1995a, 1999; Baranowsky, 2002). Είναι το αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας και του ενδιαφέροντος για αυτούς που βιώνουν συναισθηματικό πόνο (Figley, 1995a, 2002a).

Η κόπωση συμπόνιας εμφανίζεται σε ένα σύστημα τουλάχιστον δύο ανθρώπων, όπου ο ένας βιώνει κάποιο τραυματικό γεγονός και ο δεύτερος επιθυμεί να βοηθήσει (Cornille & Meyers, 1999). Δεν είναι το αποτέλεσμα της υπερβολικής σωματικής κόπωσης από τα βάρη της εργασίας αλλά περιγράφει «την συναισθηματική, σωματική, κοινωνική και πνευματική εξάντληση που καταλαμβάνει ένα άτομο και προκαλεί μια διάχυτη μείωση της επιθυμίας, της ικανότητας και της ενέργειας του να συμπονέσει και να φροντίσει τους άλλους, ενώ παράλληλα χάνει την ικανότητα του να νιώσει ικανοποίηση ή χαρά, επαγγελματική ή προσωπική. Η κόπωση συμπόνιας δεν είναι παθολογική με την έννοια της ψυχικής νόσου, αλλά θεωρείται μια υπερβολική φυσική συμπεριφορική και συναισθηματική ανταπόκριση που προκύπτει από την παροχή βοήθειας ή την επιθυμία να παρασχεθεί βοήθεια σε κάποιο άλλο πρόσωπο που υποφέρει από τραύμα ή πόνο» (Figley, 1995a).

Η **Stamm (1999)** υποστήριξε ότι η κόπωση συμπόνιας είναι η σύγκλιση του πρωτογενούς στρες, του δευτερογενούς τραυματικού στρες και του σωρευτικά άγχους στη ζωή των επαγγελματιών υγείας και των ατόμων που παρέχουν φροντίδα (Stamm, 1999; Portnou, 2011).

Η **κόπωση συμπόνιας** είναι το συναισθηματικό κατάλοιπο της έκθεσης μέσω της εργασίας στο μαρτύριο κυρίως εκείνων που υποφέρουν από τις συνέπειες τραυματικών καταστάσεων. Οι επαγγελματίες που εργάζονται με ανθρώπους που πονάνε και υποφέρουν πρέπει να αντιμετωπίσουν όχι μόνο το φυσιολογικό στρες και τη δυσαρέσκεια για την εργασία τους, αλλά πρέπει να έρθουν αντιμέτωποι και με τα προσωπικά τους συναισθήματα για τον άνθρωπο που πονάει και υποφέρει. Τα άτομα που εργάζονται σε επαγγέλματα παροχής βοήθειας απορροφούν το τραύμα των πελατών τους με τα μάτια και τα αυτιά τους (δευτερογενές τραυματικό στρες), δεν τραυματίζονται δηλαδή από κάτι που έχουν πραγματικά ζήσει (Thompson, 2003).

**Προκύπτει** από το γεγονός ότι τα άτομα δίνουν για μια παρατεταμένη περίοδο, υψηλά επίπεδα ενέργειας και συμπόνιας σε αυτούς που υποφέρουν, συχνά χωρίς να βιώνουν τα θετικά αποτελέσματα αυτών των προσπαθειών με το να βλέπουν π.χ. τους ασθενείς τους να καλυτερεύουν (McHolm, 2006). Η κόπωση συμπόνιας αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και μπορεί να περάσουν εβδομάδες ή και χρόνια για να έρθει στην επιφάνεια. Με την πάροδο του χρόνου, διαβρώνεται η ικανότητα να αισθάνεσαι και να νοιάζεσαι τους άλλους μέσω της υπερχρησιμοποίησης των ικανοτήτων έκφρασης συμπόνιας. Οι επαγγελματίες παροχής φροντίδας μπορεί τότε να βιώσουν συναισθηματική ωμότητα, αντιδρώντας στις καταστάσεις με απότομο τρόπο αλλά και πολύ διαφορετικά από ότι θα περίμεναν κανονικά οι άλλοι. Η κόπωση συμπόνιας συμβαίνει όταν τα άτομα «αποστραγγίζονται» συναισθηματικά με το να ακούνε αλλά και εκτίθενται στον πόνο και στο τραύμα εκείνων που βοηθούν (Thompson, 2003).

Στη βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται και άλλοι όροι για να περιγράψουν την ίδια κατάσταση, την έκθεση δηλαδή ενός ατόμου στην τραυματική εμπειρία κάποιου άλλου. Έτσι, εμφανίζεται και ως «δευτερογενές τραυματικό στρες» (secondary traumatic stress) (Cornille & Meyers, 1999; Figley, 2002a), «αντιμεταβίβαση» (countertransference), «τραύμα ταύτισης» (vicarious traumatization) και «δευτερογενής κατατροπή» (secondary victimization) (Stamm, 1997; Figley, 2002a).

Το **δευτερογενές τραυματικό στρες** αποτελεί πρόκληση για την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς, χωρίς να διαταράσσονται οι προσωπικές και επαγγελματικές τους σχέσεις (Collins & Long, 2003a). Είναι σημαντικό να ενημερωθούν οι επαγγελματίες για τους κινδύνους που εμπεριέχονται στην εμπλοκή με ασθενείς που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός (Munroe, 1999; Kottler, 2000).

Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η κόπωση συμπόνιας είναι ευρύτερη έννοια και εμπεριέχει την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες (Adams et al., 2006; Stamm, 2009). Το θεωρητικό αυτό μοντέλο δεν θεωρείται επαρκώς τεκμηριωμένο και έτσι η πλειοψηφία των δημοσιεύσεων χρησιμοποιούν τους όρους «κόπωσης συμπόνιας» και «δευτερογενές τραυματικό στρες» ως ταυτόσημους. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι η κόπωση συμπόνιας θεωρείται πιο «φιλικός» όρος από το δευτερογενές τραυματικό στρες το

οποίο είναι αντιληπτό περισσότερο ως παθολογική κατάσταση και είναι σχεδόν ταυτόσημο με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Figley 2002a; Collins & Long, 2003b).

Η **διαταραχή μετατραυματικού στρες** (post traumatic stress disorder - PTSD) αναγνωρίστηκε ουσιαστικά στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) και είναι δυνατόν να συμβεί μετά από άμεσο ή έμμεσο τραυματισμό κάποιου ατόμου.

Υπάρχει συσχέτιση των υψηλών επιπέδων **δευτερογενούς τραυματικού στρες** με την **επαγγελματική εξουθένωση** και τη χαμηλή ψυχολογική ευεξία ενώ και τα δύο σχετίζονται με προβλήματα ψυχολογικά (Adams et al., 2006).

Σύμφωνα με την Stamm (2010), τόσο η **ικανοποίηση συμπόνιας** (compassion satisfaction) όσο και η **κόπωση συμπόνιας** (compassion fatigue), που περιλαμβάνει το **δευτερογενές τραυματικό στρες** (secondary traumatic stress) και την **επαγγελματική εξουθένωση** (burnout), αποτελούν πτυχές της **επαγγελματικής ποιότητας ζωής**.

Έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες αλλά καμία δεν κατάφερε να αποδείξει με πειστικό τρόπο το **μηχανισμό** που αιτιολογεί τη μετάδοση του **τραυματικού στρες** από το ένα άτομο στο άλλο (Gentry, 2002). Προφανώς το επίπεδο της συναισθηματικής ταύτισης με το τραυματισμένο άτομο παίζει σημαντικό ρόλο σε αυτή την μετάδοση (Figley, 1995a) και μάλιστα υπάρχουν και κάποια εμπειρικά στοιχεία που στηρίζουν αυτή την υπόθεση (Salston, 2000).

Οι **συνέπειες** για τον επαγγελματία που παρέχει φροντίδα και συνεχώς αναπαριστά νοερώς τις τραυματικές εικόνες του ασθενή, προστίθενται στις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης και μπορεί να προκληθεί έτσι μια κατάσταση που προοδευτικά τον καταβάλλει (Figley, 1995a).

Αν και συχνά επηρεάζει τους εργαζόμενους σε επαγγέλματα παροχής φροντίδας, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους και ιερείς, ωστόσο μπορεί να προσβάλλει ανθρώπους σε οποιαδήποτε κατάσταση ή χώρο εργασίας όπου τα άτομα ασχολούνται με την παροχή φροντίδας και ξοδεύουν πνευματική και σωματική ενέργεια σε καθημερινή βάση.

Μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης συμπόνιας υπάρχει επικάλυψη και ένα άτομο μπορεί να υποφέρει και από τα δύο. Μοιράζονται κάποια συμπτώματα επιβαρύνοντας



την υγεία και τις σχέσεις. Και τα δύο επηρεάζουν το χώρο εργασίας με χαμηλό ηθικό, απουσίες, μειωμένη διάθεση και απάθεια, αν και στην πραγματικότητα οι άνθρωποι που υποφέρουν από κόπωση συμπόνιας αγαπούν τη δουλειά τους (Portnau, 2011). Η κόπωση συμπόνιας συνδέεται με την ενσυναίσθηση (empathy) και είναι η φυσική συνέπεια του άγχους που προκύπτει από τη φροντίδα τραυματισμένων ή πασχόντων ατόμων. Περιλαμβάνει την ενασχόληση με ένα άτομο ή το τραύμα του και δεν απαιτεί την παρουσία στο στρεσογόνο γεγονός. Μπορεί να είναι αρκετή η απλή έκθεση στην οδυνηρή αφήγηση ενός άλλου ατόμου.

### **3.2. Αιτίες εμφάνισης και παράγοντες κινδύνου**

Για την **εμφάνιση** της κόπωσης συμπόνιας ενοχοποιούνται πολλοί παράγοντες ατομικοί και εργασιακοί, όπως τα υψηλά ποσοστά των ασθενών που είναι σε κρίσιμη κατάσταση, το κυκλικό ωράριο και η αλλαγή των καθηκόντων. Οι νοσηλευτές «αποστραγγίζονται» συναισθηματικά, αναπτύσσουν σωματικές ασθένειες που σχετίζονται με το στρες και τελικά μπορεί ακόμα και να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους εάν δεν αντιμετωπιστεί η κατάσταση (McHolm, 2006).

Έτσι, ενώ διακατέχονται από την έντονη ανάγκη για προσφορά βοήθειας και εξυπηρέτηση των ασθενών (Krisman-Scott & McKorkle, 2002) πολλές φορές για μακρά χρονική περίοδο βρίσκονται εκτεθειμένοι στον πόνο και τα βάσανα των ασθενών και αντιμέτωποι με τη θλίψη και την απομόνωσή τους (Lamendola, 1996). Αν και η συμπόνια είναι αναγκαία για την καλλιέργεια εμπιστοσύνης και θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς, μακροπρόθεσμα αποτελεί ένα «συναισθηματικό φόρο», που κάνει τους επαγγελματίες υγείας τρωτούς και ευπρόσβλητους (McHolm, 2006) και την έλλειψη συμπόνιας αναπόφευκτη (Lamendola, 1996). Μάλιστα, οι ίδιες εμπειρίες που οδηγούν στη συμπόνια, οδηγούν και στην κόπωση συμπόνιας (Chase, 2005). Οι μεγάλες προσδοκίες των νοσηλευτών από τον εαυτό τους, οδηγούν τελικά σε εστίαση της προσοχής τους στις ανάγκες των ασθενών, παραμέληση των προσωπικών αναγκών, ακόμα και άρνηση του δικού τους συναισθηματικού πόνου (Freudenberger, 1990). Η κόπωση συμπόνιας μπορεί να είναι το τελικό στάδιο μιας μακράς στρεσογόνας περιόδου (McCann & Pearlman, 1990) μπορεί όμως και να αποτελεί άμεση αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός (Badger, 2001).

- **Ατομικοί παράγοντες**

Σύμφωνα με τον Figley (1995a), σημαντικοί ατομικοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας είναι το **ιστορικό προσωπικών τραυματικών εμπειριών** κατά την παιδική ηλικία ή αργότερα, καθώς και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης των γεγονότων αυτών. Εάν οι νοσηλευτές δεν αντιμετώπισαν αποτελεσματικά παλαιότερες, προσωπικές τραυματικές εμπειρίες τότε η οποιαδήποτε έκθεση σε τραυματισμένους ασθενείς μπορεί να ανασύρει μνήμες του παλαιότερου τραύματος με συνέπεια την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας. Από τα συμπτώματα του φαινομένου είναι πιθανότερο να υποφέρουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα όργανα της πολιτείας και οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται με παιδιά και έχουν ιστορικό προσωπικού τραύματος (Cornille & Meyers, 1999; Meyers & Cornille, 2002; Nelson-Gardell & Harris, 2003). Ο κίνδυνος φαίνεται να αυξάνει αν ο ασθενής τους θυμίζει με κάποιο τρόπο το παλιότερο, προσωπικό τραυματικό γεγονός.

Ο ρόλος των παρελθουσών προσωπικών τραυματικών εμπειριών οδηγεί σε διάσταση απόψεων εφόσον ορισμένοι ερευνητές (Arvay 2001; Marcus & Dubi, 2006) υποστηρίζουν ότι οι παλαιότερες τραυματικές εμπειρίες δεν οδηγούν σε σοβαρή συμπτωματολογία αλλά και ότι θα μπορούσε να λειτουργήσει έως και προστατευτικά καθώς το άτομο θα είχε την ευκαιρία να μάθει και να εφαρμόσει στρατηγικές αντιμετώπισης (Rudolph et al., 1997). Σύμφωνα με τους Rudolph, et al. (Rudolph, et al., 1997) όσοι δεν έχουν προηγούμενη έκθεση σε τραυματικά γεγονότα μπορεί να νιώσουν κατάργηση των προσδοκιών τους, να επηρεαστούν αρνητικά ή να γίνουν δυνατώτεροι ενώ και σύμφωνα με τους Robins, et al. (Robins, et al., 2009) οι παρελθούσες καταστάσεις δεν μπορούν να είναι αποκομμένες από αυτές που το άτομο βιώνει στην παρούσα φάση της ζωής του.

Άλλος παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης κόπωσης συμπόνιας είναι η **χαμηλή κοινωνική υποστήριξη** και η **ανικανότητα αντιμετώπισης των απαιτήσεων** της παροχής φροντίδας (Figley, 1995a, 2002b; Nelson-Gardell & Harris, 2003; Sabin-Farrell & Turpin, 2003; Saslton & Figley, 2003).

Στους ατομικούς παράγοντες κινδύνου εντάσσονται το **φύλο** (συχνότερα στις γυναίκες), **το επίπεδο εκπαίδευσης**, **η ηλικία**, **τα έτη προϋπηρεσίας** του νοσηλευτή και ο αριθμός των ασθενών που έχει περιθάλψει (Arvay, 2001; Baird & Jenkins, 2003; O'Connor & Jeavons,

2003; Jonsson, et al., 2003; Hooper, et al., 2010). Η επανειλημμένη και παρατεταμένη έκθεση σε ανθρώπινες ιστορίες αυξάνουν την ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας.

- **Εργασιακοί παράγοντες**

Σημαντικός εργασιακός παράγοντας είναι η **συναισθηματική ταύτιση** του νοσηλευτή με τον ασθενή (Figley, 1995a; Abendroth & Flannery, 2006). Όσο περισσότερο ο νοσηλευτής κατανοεί και «βιώνει» την εμπειρία του ασθενή, τόσο αποτελεσματικότερη είναι η φροντίδα και τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας ειδικά αν είναι διατεθειμένος να θυσιάσει τις δικές του ψυχολογικές ανάγκες για να ικανοποιήσει τις ανάγκες των ασθενών (Abendroth & Flannery, 2006). Ο κίνδυνος αυξάνει αν ο ασθενής είναι παιδί, έχει βιώσει πολύ έντονη κακοποίηση, πεθαίνει ή είναι θύμα αποτρόπαιων εγκλημάτων (Figley, 1995a; Cornille & Meyers, 1999; O'Connor & Jeavons, 2003; Laposa & Alden, 2003; Crabbe, 2004; Maytum et al., 2004; Sabo, 2008). Η πιθανότητα εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας αυξάνει στην περίπτωση των δοτικών νοσηλευτών. Ο βαθμός της δικής τους ευαισθησίας επιδεινώνει την κατάσταση καθώς φαίνεται να υπερεπενδύουν στις σχέσεις τους με τους ασθενείς συνειδητοποιώντας τη δική τους φθαρτότητα (Keidel, 2002).

Αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κόπωσης συμπόνιας, λόγω της συχνής επαφής τους με **βίαια τραυματισμένους ασθενείς**, εμφανίζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Chase, 2005; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Hooper, et al., 2010), στη ΜΕΘ (Mealer, et al., 2007; Paliswat & Hostetler, 2009), σε ψυχιατρικές (Rudolph, et al., 1997; Lauvrud, et al., 2009) και ογκολογικές κλινικές (Sinclair & Hamill, 2007; Potter, et al., 2010) καθώς και σε τμήματα υποστήριξης σεξουαλικά κακοποιημένων ατόμων (Townsend & Campbell, 2009). Η συνεχής επαφή με δύσκολα περιστατικά και θανάτους ασθενών σε μικρό χρονικό διάστημα, έχει αθροιστικές συνέπειες στους αμυντικούς μηχανισμούς του νοσηλευτή και στις ικανότητες αντιμετώπισης των γεγονότων (Keidel, 2002). Η έκθεση, η γνώση ή η μαρτυρία ενός τραυματικού γεγονότος και η ενσυναίσθηση με το τραυματισμένο άτομο αποτελούν παράγοντες κινδύνου (Figley, 1995a, 2002a; Gentry, et al., 2002; Stamm, 2002; Valent, 2002).

Άλλοι επιβαρυντικοί εργασιακοί παράγοντες είναι ο **αυξημένος φόρτος εργασίας** (Frank & Karioth, 2006), οι **σχέσεις με τους συναδέλφους και το εργασιακό περιβάλλον** (Murray, et al., 2009; Robins, et al., 2009) και τα **ωράρια εργασίας**. Συγκεκριμένα, οι απογευματινές και

βραδινές βάρδιες καθώς το κυκλικό ωράριο, φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας (Mealer, et al., 2007).

### 3.3. Θεωρητικά μοντέλα

Η θεωρία για την ανθρώπινη φροντίδα της **Watson (1985)** περιγράφει τη νοσηλευτική ως ανθρωπιστική επιστήμη και στηρίζεται στη βασική κατανόηση της προσπάθειας του νοσηλευτή να βοηθήσει τους «άλλους», τους ασθενείς, να αυξήσουν την ισορροπία του μυαλού, του σώματος και της ψυχής τους και να οδηγηθούν στον αυτοσεβασμό και την αυτογνωσία. Αν κάποιος φροντίζει τον εαυτό του θα είναι σε θέση να φροντίζει και τους άλλους, συνεπώς στον πυρήνα της σχέσης βρίσκεται η ενσυναίσθηση και η επικοινωνία του νοσηλευτή πρώτα με τον ίδιο τον εαυτό του και στη συνέχεια με τον ασθενή και την οικογένειά του (Watson, 2010). Για την επίτευξη του σκοπού θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα ανάλογο ανθρωπιστικό κλίμα, να καλλιεργηθεί η ευαισθησία και η ελπίδα και να αναπτυχθεί βαθιά ανθρώπινη σχέση εμπιστοσύνης. Σύμφωνα με τη **Watson (1985)** η σχέση νοσηλευτή και ασθενή ενέχει τη συναισθηματική τους εμπλοκή. Η κόπωση συμπόνιας αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στη «φύση» και την ικανότητα του νοσηλευτή να φροντίζει τον ασθενή (Watson & Foster, 2003).

Ο **Figley (1995)** προσδιόρισε και εξήγησε την εργασία των νοσηλευτών με τους ασθενείς ερμηνεύοντας τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται από τους επαγγελματίες η κόπωση συμπόνιας. Οι νοσηλευτές μπορεί να τραυματιστούν μέσα από τις προσπάθειές να συμπάσχουν και να δείχνουν συμπόνια γεγονός που συχνά οδηγεί σε ανεπαρκείς συμπεριφορές φροντίδας του ίδιου του εαυτού τους και αύξηση της αυτοθυσίας τους. Το αιτιολογικό μοντέλο που ανέπτυξε ο **Figley** βασίζεται στην υπόθεση ότι η ενσυναίσθηση και η συναισθηματική ενέργεια, απαραίτητες προϋποθέσεις για να εργάζεται σωστά ο νοσηλευτής έχουν ως αποτέλεσμα με την πάροδο του χρόνου να βασανίζονται και οι ίδιοι οι νοσηλευτές.

Η κόπωση συμπόνιας, σύμφωνα με το **μοντέλο του Figley (Figley, 2002)** περιλαμβάνει δέκα (10) μεταβλητές, οι οποίες περιγράφονται στη συνέχεια, σχετικά με τις αιτίες, την πρόληψη και τη θεραπεία της που αν συνδυαστούν μπορούν τελικά να αποτρέψουν την εμφάνισή της. Οι μεταβλητές αυτές είναι: *η έκθεση του νοσηλευτή, η ικανότητα ενσυναίσθησης, το*

ενδιαφέρον που προκαλείται από την ενσυναίσθηση και η άμεση έκθεση στα άτομα που το έχουν ανάγκη, το συμπονετικό άγχος που μπορεί να τεθεί υπό έλεγχο με την αίσθηση της επαγγελματικής επιτυχίας και την απαγκίστρωση, την απομάκρυνση δηλαδή από στρεσογόνες σκέψεις και συναισθήματα. Εάν το συμπονετικό άγχος δεν αντιμετωπιστεί σωστά, τότε υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της κόπωσης συμπόνιας την οποία επιδεινώνουν η εκτεταμένη έκθεση, οι τραυματικές αναμνήσεις και τα απρόοπτα γεγονότα. (Figley, 2002).

Ο **Koloroutis (2007)** προσδιόρισε τη σχέση του νοσηλευτή με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, τη σχέση του νοσηλευτή με τον εαυτό του και τη σχέση του νοσηλευτή με τους συναδέλφους του. Η σχέση του νοσηλευτή με τον εαυτό του είναι βασική στη διαχείριση της κόπωσης συμπόνιας καθώς πρέπει να είναι διεκδικητικός, να εκφράζει τις προσωπικές του ανάγκες και αξίες και να θεωρεί εφικτές τις ισορροπημένες σχέσεις εργασίας-προσωπικής ζωής. Η σχέση αυτή είναι απαραίτητη για τη βελτιστοποίηση της υγείας του ατόμου, για την ανάπτυξη ενσυναίσθησης και για την αύξηση της παραγωγικότητας ως μέλος μίας ομάδας υγειονομικής περίθαλψης.

### **3.4. Συμπτώματα**

Η **κόπωση συμπόνιας** προκύπτει ξαφνικά και με ελάχιστη προειδοποίηση και είναι συνήθως πιο έντονη από την επαγγελματική εξουθένωση. Εκτός από τα συνήθη συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, το άτομο που βιώνει κόπωση συμπόνιας μπορεί να αισθάνεται απώλεια νοήματος και ελπίδας και μπορεί να έχει αντιδράσεις που σχετίζονται με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) όπως έντονα συναισθήματα άγχους, δυσκολία συγκέντρωσης, νευρικότητα ή να ξαφνιάζεται εύκολα, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου, ενοχλητικές εικόνες από το τραύμα άλλου. Μπορεί επίσης να ενεργοποιηθούν παρελθόντα τραύματα (Portnou, 2011).

Τα **συμπτώματα** της κόπωσης συμπόνιας συχνά αποσυνδέονται από τις πραγματικές τους αιτίες. Συνήθως έχουν μια απότομη έναρξη και συνδέονται με συγκεκριμένο γεγονός. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι ο φόβος, η διαταραχή του ύπνου, η αποφυγή ενθύμησης του γεγονότος κ.λπ. (Stamm, 2009), αισθήματα απελπισίας, μοναξιάς, άγχους, κατάθλιψης (Conrad et al., 2006), σύγχυσης και απομόνωσης (Figley, 2002).

Τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά της μετατραυματικής διαταραχής και μπορεί να περιλαμβάνουν (Figley, 1995a, 2002a; Stamm, et al., 2002; Saltson & Figley, 2003; Μαδιανός, 2004; Reese, 2008):

- Αναβίωση του πρωταρχικού τραυματικού γεγονότος και των αναμνήσεων (Courtois, 2004). Πρόκειται για επανάληψη ζωνρών αναμνήσεων του γεγονότος και εφιάλτες που προκαλούν αναταραχή, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και έντονη ψυχολογική ενόχληση.
- Αποφυγή συναισθημάτων, σκέψεων και ανθρώπων που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός (Simon, et al., 2005). Πρόκειται για προσπάθεια αποφυγής σκέψεων, συναισθημάτων, συζητήσεων, δραστηριοτήτων και οποιασδήποτε κατάστασης ενεργοποιεί επώδυνες αναμνήσεις ενώ παράλληλα εμφανίζεται μία αίσθηση «απουσίας του μέλλοντος».
- Αυξημένη αρνητική διέγερση με τη μορφή βίας, διαταραχών ύπνου, εκρήξεων θυμού, ευερεθιστότητας και αδυναμία συγκέντρωσης (Figley, 1995a).

Στα συμπτώματα μπορούν να περιλαμβάνονται αλλαγές στην αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του και τους άλλους, αλλαγές στο αίσθημα ασφάλειας, αυξημένος κυνισμός, ανησυχία, σύγχυση και αίσθημα αδυναμίας. Μπορεί τα άτομα να οδηγούνται σε κατάθλιψη και αυξημένη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών ή ακόμα και αυτοκτονικές και αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Συχνή είναι η σωματοποίηση, με την εμφάνιση ασθενειών που οδηγούν στην ανάγκη χρήσης αναρρωτικών αδειών ή ακόμα και εγκατάλειψης του επαγγέλματος και του εργασιακού χώρου (Figley, 1995a; Cornille & Meyers, 1999; Stamm, et al., 2002; McHolm, 2006; White, 2006).

Τα συμπτώματα συνδέονται επίσης με χαμηλό ηθικό και μειωμένη παραγωγικότητα που μπορεί τελικά να οδηγήσει σε λάθος διαγνώσεις και κρίσεις στην φροντίδα των ασθενών (Figley, 1995a; Cornille & Meyers, 1999; Stamm, et al., 2002; McHolm, 2006; White, 2006).

Μερικά συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κόπωσης συμπίπτουν είναι παρόμοια. Εντούτοις, οι παράγοντες που τα διακρίνουν περιλαμβάνουν την έναρξη των συμπτωμάτων και την επίδρασή τους στους νοσηλευτές. Στην επαγγελματική εξουθένωση η εμφάνιση είναι πιο προοδευτική και μπορεί να προκαλέσει αδιαφορία και απομάκρυνση από τους ασθενείς και το περιβάλλον εργασίας. Στην κόπωση συμπίπτουν μπορεί να είναι πιο οξεία

η έναρξη και να «εγκαθίσταται» στη φροντίδα των ασθενών (Anewalt, 2009). Ο Figley (1995) υποστήριξε ότι η παρουσία της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα ανάπτυξης κόπωσης συμπίονιας.

Οι μακροπρόθεσμες **επιπτώσεις** περιλαμβάνουν μειωμένη ενσυναίσθηση και αίσθηση προσωπικής ασφάλειας, μειωμένη αίσθηση ελέγχου, απελπισία, αυξημένη συμμετοχή σε δραστηριότητες διαφυγής και χρόνια υπερκατανάλωση τροφής, ναρκωτικών ή χρήση αλκοόλ (Aycocock & Boyle, 2009; Portnou, 2011).

Τα σημαντικότερα από τα συμπτώματα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.1 που ακολουθεί (Thompson, 2003; Saltson & Figley, 2003; Lombardo & Eyre, 2011):

**Πίνακας 3. 1. Συμπτώματα κόπωσης συμπίονιας**

<b>Εργασιακά</b>	<b>Συναισθηματικά</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απόδοση ευθυνών – κατηγοριών σε άλλους</li> <li>• Αποφυγή ή φόβος της εργασίας με ορισμένους ασθενείς</li> <li>• Έλλειψη χαράς</li> <li>• Μειωμένη ικανότητα να αισθάνονται συμπάθεια προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους</li> <li>• Συχνή χρήση αναρρωτικής άδειας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Άγχος</li> <li>• Ανασφάλεια</li> <li>• Ανησυχία</li> <li>• Απαισιοδοξία</li> <li>• Αποπροσανατολισμός</li> <li>• Απώλεια αντικειμενικότητας</li> <li>• Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά</li> <li>• Δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής – προσωπικής ζωής</li> <li>• Δυσκολία επίλυσης προβλημάτων</li> <li>• Δυσπιστία</li> <li>• Ενοχλητικές σκέψεις / εικόνες από καταστάσεις/τραύματα ασθενών</li> <li>• Ευερεθιστότητα</li> <li>• Ζητήματα μνήμης</li> <li>• Θυμός και αγανάκτηση</li> <li>• Κατάθλιψη</li> <li>• Κατάχρηση ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά)</li> <li>• Μειωμένη ικανότητα να αισθανθεί χαρά</li> </ul>
<b>Σωματικά</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαταραχές του ύπνου, αϋπνία, υπνηλία</li> <li>• Εξάντληση</li> <li>• Καρδιακά συμπτώματα: πόνος στο στήθος / υπέρταση, αίσθημα παλμών,</li> </ul>	

<b>Εργασιακά</b>	<b>Συναισθηματικά</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ταχυκαρδία</li> <li>• Κόπωση</li> <li>• Μυϊκή ένταση</li> <li>• Πεπτικά προβλήματα: διάρροια, δυσκοιλιότητα, στομαχικές διαταραχές</li> <li>• Πονοκέφαλοι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μειωμένη λειτουργικότητα σε μη επαγγελματικές καταστάσεις</li> <li>• Μεταβολές στη διάθεση</li> <li>• Μοναξιά</li> <li>• Προβλήματα συγκέντρωσης, εστίασης, και κρίσης</li> <li>• Υπερεργήγορη και Υπερευαίσθησία</li> <li>• Χαμηλή αυτοεκτίμηση</li> </ul>

Πηγή: Lombardo & Eyre, 2011

### 3.5. Στάδια ανάπτυξης

Σύμφωνα με τον Wood (1990) υπάρχει μια τυπική διαδικασία ανάπτυξης της κόπωσης συμπίονιας. Σε κάθε επίπεδο το πρόβλημα μπορεί να διαγνωστεί, να προληφθεί ή/και να θεραπευτεί. Τα στάδια ανάπτυξης είναι τα εξής (διάγραμμα 3.1) (Wood, 1990; Hicks, 2010):

1. Το στάδιο του φανατισμού (zealot phase)
  - Το άτομο δεσμεύεται, εμπλέκεται και είναι διαθέσιμο
  - Επιλύει προβλήματα / κάνει τη διαφορά
  - Δείχνει προθυμία να προχωρήσει περαιτέρω
  - Επιδεικνύει υψηλά επίπεδα ενθουσιασμού
  - Συμμετέχει εθελοντικά χωρίς να ρωτάει
  
2. Το στάδιο της ευερεθιστότητας (irritability phase)
  - Απλοποίηση χρονοβόρων διαδικασιών
  - Αποφυγή ασθενών
  - Κοροϊδία σε συναδέλφους και ασθενείς
  - Υποτίμηση των ανθρώπων που βοηθά
  - Ακατάλληλο χιούμορ
  - Απροσεξίες, λάθη και αυξημένα προβλήματα συγκέντρωσης
  - Απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους

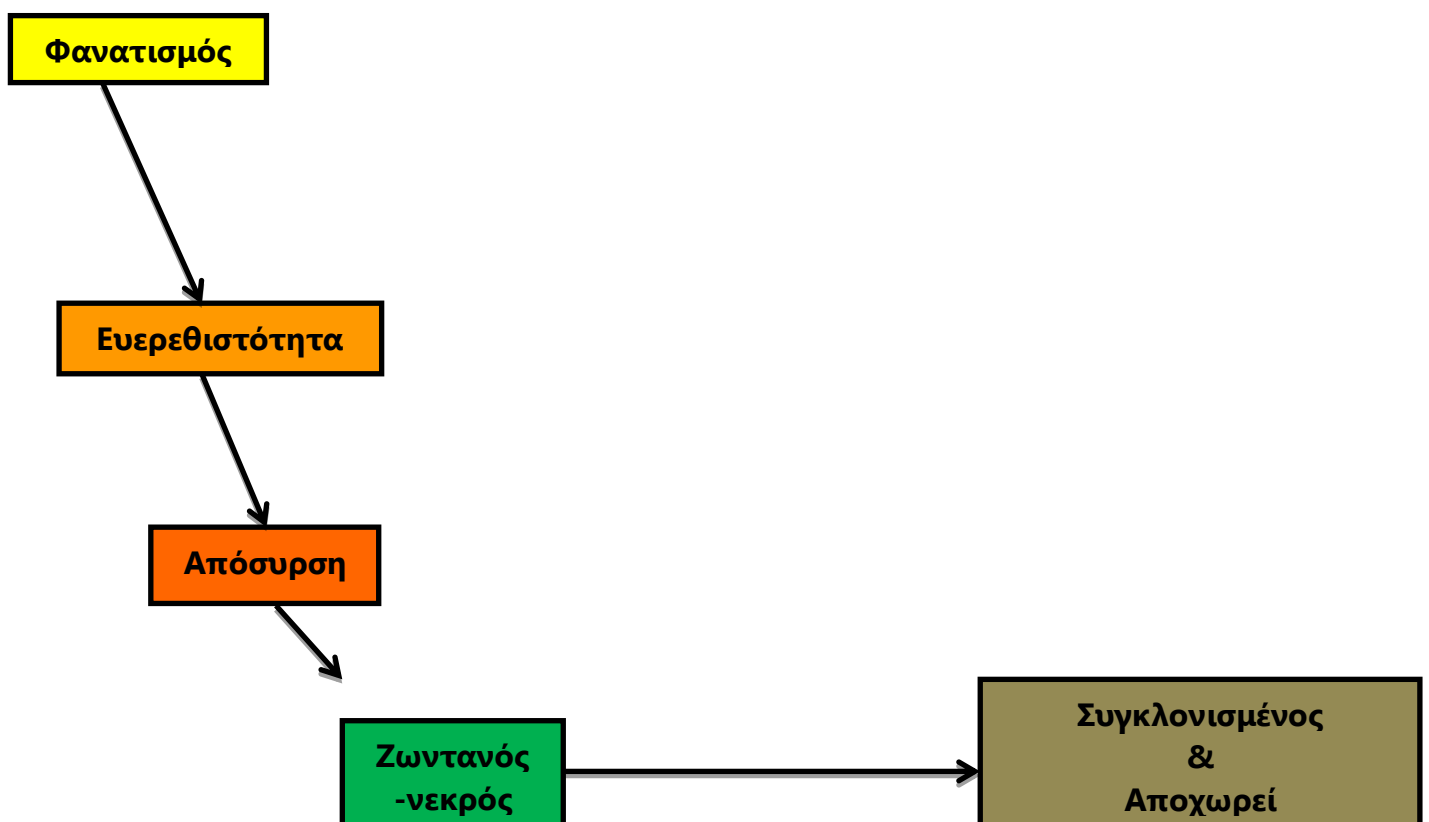


3. Το στάδιο της απόσυρσης (withdrawal phase)

- Ο ενθουσιασμός «βγαίνει ξινός»
- Οι ασθενείς θεωρούνται πλέον αντί για άνθρωποι σε ανάγκη, ενοχλητικοί
- Παράπονα για την επαγγελματική και την προσωπική ζωή
- Προσπαθεί συνεχώς να μη μιλά για την εργασία του
- Αρχίζει να παραμελεί την οικογένεια, τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τον εαυτό του
- Αποφεύγει το δικό του πόνο και τη θλίψη

4. Το στάδιο του ζωντανού-νεκρού (zombie phase)

- Η απόγνωση μετατρέπεται σε οργή
- Αρχίζει να μισεί τους ανθρώπους (κάποιους ή όλους)
- Θεωρεί τους άλλους ανίκανους ή αμαθείς
- Αναπτύσσει πραγματική απόσταση από τους ασθενείς
- Δεν έχει υπομονή, αίσθηση του χιούμορ ούτε και χρόνο για διασκέδαση



Διάγραμμα 3. 1. Στάδια ανάπτυξης

Πηγή: Wood, 1990; Hicks, 2010

### 3.6. Ικανοποίηση συμπόνιας

Ο όρος **ικανοποίηση συμπόνιας** χρησιμοποιήθηκε από τους Stamm & Figley (2002) για να περιγραφεί η ικανότητα κάποιου να «αντέχει» σε ένα δυνητικά «καταθλιπτικό» επάγγελμα. Πρόκειται για την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση που αποκομίζει ο νοσηλευτής από την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της εργασίας του, να παρέχει βοήθεια στους άλλους και να είναι αποτελεσματικός ακολουθώντας τις εξελίξεις της τεχνολογίας και τα πρωτόκολλα. Στην περίπτωση αυτή οι νοσηλευτές αγαπούν τη δουλειά τους και παίρνουν δύναμη από αυτήν. Κάνουν ευχάριστες σκέψεις, νιώθουν επιτυχημένοι και ευτυχισμένοι και θέλουν να συνεχίσουν να εξασκούν το ίδιο επάγγελμα (Stamm, 2009) Όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εργασία τους ή ελλοχεύουν άλλοι λόγοι, η ικανοποίηση συμπόνιας είναι μικρή (Stamm, 2005).

Τα άτομα που βιώνουν κόπωση συμπόνιας λόγω της εργασίας τους, μπορεί ταυτόχρονα να βιώνουν και επαγγελματική ικανοποίηση που προέρχεται από την παροχή βοήθειας σε άτομα που το έχουν ανάγκη. Είναι δυνατόν δηλαδή, οι δύο αυτές φαινομενικά αντικρουόμενες έννοιες (επαγγελματική ικανοποίηση, δευτερογενές τραυματικό στρες) να εμφανίζονται ταυτόχρονα αν και η αύξηση του στρες περιορίζει την επαγγελματική ικανοποίηση (Stamm, 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

### 4.1. Επαγγελματική ικανοποίηση

Η παραγωγικότητα στην εργασία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ικανοποίηση που ο εργαζόμενος αποκομίζει από αυτήν. Συνεπώς, προκειμένου να αυξηθεί η παραγωγικότητα, θα πρέπει να αυξηθεί η ικανοποίηση που οι νοσηλευτές αποκομίζουν από την εργασία τους. Η ικανοποίηση από την εργασία δεν είναι μονοδιάστατη έννοια αλλά πρόκειται για ένα σύνολο από συσχετιζόμενες μορφές συμπεριφοράς στην εργασία το οποίο διαιρείται σε κατηγορίες (Ζαβλανός, 1999). Η προσπάθεια διερεύνησης της επαγγελματικής ικανοποίησης ως αποτέλεσμα των διεργασιών και των συνθηκών που επικρατούν στο χώρο εργασίας, δυσχεραίνεται από το γεγονός ότι δεν υπάρχει γενικά αποδεκτός ορισμός ή τρόπος μέτρησής της (Κάντας, 1997).

Ο Locke (1976, αναφορά στον Κάντα, 1997: 110) συνδέει την ικανοποίηση και τη δυσαρέσκεια από την εργασία με το σύστημα αξιών του ατόμου υποστηρίζοντας ότι η επαγγελματική ικανοποίηση, είναι μια θετική συναισθηματική απόκριση προς το συγκεκριμένο έργο, η οποία πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό παρέχει ή επιτρέπει την πλήρωση των εργασιακών αξιών του ατόμου.

Οι Robbins et al. (2003) θεωρούν την ικανοποίηση από την εργασία ως υποκειμενική μέτρηση στάσεων και συμπεριφορών απέναντι στην εργασία. Ένα άτομο με υψηλή ικανοποίηση από την εργασία έχει θετική συμπεριφορά προς αυτήν ενώ αντίθετα ένα όχι ικανοποιημένο άτομο έχει αρνητική.

Η Γιαννακούρου (2004) δίνει ένα γενικό ορισμό για την ικανοποίηση από την εργασία ως το πόσο ευνοϊκά βλέπει ο εργαζόμενος την εργασία του σε σχέση με το βαθμό στον οποίο ικανοποιούνται οι ανάγκες και οι προσδοκίες του. Στην ακραία μορφή της, η χαμηλή ικανοποίηση κρύβεται πίσω από απεργίες, απουσίες και παράπονα, χαμηλή παραγωγικότητα, προβλήματα πειθαρχίας, κ.λπ. Βέβαια, αν και η ικανοποίηση είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας ούτε εξαγοράζεται ούτε χειραγωγείται (δεν μπορούμε να πειθαναγκάσουμε κάποιον να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του) έτσι, ο βαθμός ικανοποίησης είναι αποτέλεσμα καλών διοικητικών και οργανωτικών μεθόδων διοίκησης αλλά όχι μόνο. Συνήθως επιτυγχάνεται όταν τα χαρακτηριστικά της εργασίας και οι επιθυμίες των

εργαζομένων και στη συγκεκριμένη περίπτωση των νοσηλευτών ταιριάζουν, όταν δηλαδή υπάρχει συμβατότητα ανάμεσα στις προσδοκίες των νοσηλευτών και τις ανταμοιβές που προσφέρει η εργασία (Γιαννακούρου, 2004).

## 4.2. Θεωρητικά μοντέλα

Ο **Maslow (1954)** εξέδωσε το Motivation and Personality στο οποίο, βασισμένος σε παρατηρήσεις που έκανε ως ψυχολόγος, διατύπωνε μία θεωρία σχετικά με τον τρόπο που οι άνθρωποι ικανοποιούν τις ποικίλες προσωπικές τους ανάγκες στα πλαίσια της εργασίας τους και ότι υπάρχει συγκεκριμένο πρότυπο αναγκών αναγνώρισης και ικανοποίησης που οι άνθρωποι ακολουθούν, σε γενικές γραμμές, με την ίδια σειρά (Zimmerman, 2002). Σύμφωνα με τον **Maslow** οι ανθρώπινες ανάγκες κλιμακώνονται κατά σειρά προτεραιότητας, σχηματίζοντας μία πυραμίδα ιεραρχίας. Μια ανάγκη εμφανίζεται συνήθως μετά την ικανοποίηση, έστω και μερική, κάποιας άλλης ανάγκης που προηγείται στην κλίμακα ιεράρχησης των αναγκών (Ζαβλανός, 2002) καθώς οι άνθρωποι δεν αναγνωρίζουν ή δεν επιδιώκουν την επόμενη ιεραρχικά ανώτερη ανάγκη μέχρι η ήδη αναγνωριζόμενη ανάγκη να ικανοποιηθεί μερικώς ή ολικώς (prepotency) (Zimmerman, 2002). Η ικανοποίηση μιας ανάγκης παύει να αποτελεί κίνητρο συμπεριφοράς και μια άλλη κατηγορία αναγκών, η αμέσως ανώτερη στην ιεραρχία εμφανίζεται και παρακινεί τον άνθρωπο στη συγκεκριμένη συμπεριφορά για την ικανοποίησή της (Ζαβλανός, 2002; Zimmerman, 2002).

Στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι βασικές ανάγκες (βιολογικές και ασφάλειας) και ακολουθούν οι ανώτερες ανάγκες που ικανοποιούνται κυρίως με άυλα αγαθά (κοινωνικότητα, αναγνώριση, αυτοπραγμάτωση). Οι φυσιολογικές ανάγκες που αφορούν την εργασία περιλαμβάνουν το ημερομίσθιο και τις βασικές συνθήκες εργασίας (π.χ. θέρμανση, κλιματισμός). Η αμέσως ανώτερη βαθμίδα είναι η ανάγκη για ασφάλεια και σταθερότητα. Εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για προστασία από τον κίνδυνο και τα ατυχήματα, για αύξηση αποδοχών και άλλα οφέλη που σχετίζονται με την υγεία. Στην κορυφή των αναγκών βρίσκεται η ανάγκη για αναγνώριση και αυτοπραγμάτωση (Ζαβλανός, 2002; Πατρινός, 2005).

Ο βαθμός στον οποίο αντιλαμβάνονται ότι οι ανάγκες αυτές ικανοποιούνται, διαμορφώνεται από ένα πολυδιάστατο σύστημα παραγόντων που έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συναισθημάτων που κλιμακώνονται από την ικανοποίηση ως τη δυσαρέσκεια.

Ο **Herzberg (1959)**, παρουσίασε μια ολοκληρωμένη θεωρία κινήτρων που στηριζόταν στην έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης (Κάντας, 1997) και ξεχώρισε δυο κατηγορίες παραγόντων που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται κατά βάση οι προσωπικοί παράγοντες ή κίνητρα (επίτευξη, η αναγνώριση του έργου, η φύση της εργασίας, η υπευθυνότητα και η δυνατότητα προαγωγής) και εμφανώς συντελούν στη δημιουργία θετικών αισθημάτων ικανοποίησης (Κάντας, 1997). Η δεύτερη κατηγορία παραγόντων σχετίζεται με τη δυσαρέσκεια από την εργασία. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται ο σχεδιασμός της εργασίας, το περιβάλλον εργασίας, φυσικές και ψυχολογικές συνθήκες εργασίας, ο μισθός, η ασφάλεια, η πολιτική της επιχείρησης, η εποπτεία, ο τρόπος διοίκησης και οι διαπροσωπικές σχέσεις (Γιαννακούρου, 2004).

Σύμφωνα με τον Κάντα (1997: 114) και με βάση τις θεωρίες των Maslow και Herzberg είναι δυνατόν να διακριθούν δύο είδη ικανοποίησης από την εργασία: η εξωγενής ικανοποίηση και η εσωγενής ικανοποίηση. Η εξωγενής ικανοποίηση έχει σχέση με το περιέχον πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγεται η εργασία, το σχεδιασμό της εργασίας, και αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας, το ωράριο, την ασφάλεια, τις αμοιβές, εργασιακό κλίμα κ.λπ. Η εσωγενής ικανοποίηση έχει σχέση με τους προσωπικούς παράγοντες και το περιεχόμενο της εργασίας και αναφέρεται σε εκείνες τις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με αυτή την ίδια τη διεξαγωγή της π.χ. ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο εκτέλεσης του έργου, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων, δημογραφικά χαρακτηριστικά εργαζομένων κ.λπ. Ο διαχωρισμός αυτός έχει κάποια αντιστοιχία με την ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow και με το διαχωρισμό του Herzberg σε παράγοντες κινήτρων και παράγοντες υγιεινής (Κάντας, 1997).

### 4.3. Παράγοντες ικανοποίησης

**Βασικοί παράγοντες** που συμβάλλουν στην ικανοποίηση του ατόμου από την εργασία είναι οι εξής (Λιάντας, 2000):

- **Συνάδελφοι:** Οι συνάδελφοι παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην άσκηση της ομαδικής εργασίας ως μέλη της ομάδας. Η υψηλή ικανοποίηση επιτυγχάνεται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την σχέση των εργαζομένων μεταξύ τους.

Σημαντικό ρόλο μπορεί να διαδραματίσει η ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος από τους συναδέλφους (Myers & Wee, 2002) και η συμμετοχή σε δημιουργικές απασχολήσεις ή κοινωνικές δραστηριότητες (Valent, 2002).

- **Προϊστάμενος:** Ο προϊστάμενος μπορεί να επιδράσει θετικά ή αρνητικά στον εργαζόμενο ως προς την εργασία του, παρέχοντας σε αυτόν βοήθεια και στήριξη με σκοπό ο τελευταίος να ικανοποιείται και να αποδίδει περισσότερο.
- **Οργάνωση και Πολιτική του οργανισμού:** Η ικανοποίηση του εργαζομένου εξαρτάται και από την οργάνωση και πολιτική της επιχείρησης στην οποία ανήκει. Εδώ εντάσσονται το ωράριο εργασίας, ο τρόπος ελέγχου, οι αμοιβές, το εργασιακό περιβάλλον, η φήμη της επιχείρησης, οι ευκαιρίες εξέλιξης εργαζομένων και η ασφάλεια της εργασίας.

Ένα χαρακτηριστικό του νοσηλευτικού επαγγέλματος, καθοριστικό για την παραγωγικότητα των νοσηλευτών, είναι η αναγκαιότητα παρουσίας τους στον οργανισμό είκοσι τέσσερις (24) ώρες την ημέρα, γεγονός που επιβάλλει την οργάνωση της εργασίας τους σε **βάρδιες**. Οι βάρδιες και ο τρόπος εναλλαγής τους, σε συνάρτηση με τις επιπτώσεις τους στην σωματική και ψυχική υγεία και ευεξία των νοσηλευτών αποτέλεσαν αντικείμενο πολλών ερευνών (Fitzpatrick et al., 1999; Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir, 2008). Τα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετικά με την επίδραση του κυκλικά εναλλασσόμενου ωραρίου στην ποιότητα ύπνου, στην εργασιακή απόδοση των νοσηλευτών και εν τέλει στην ασφάλεια των ασθενών (Barton et al., 1995) είναι ανησυχητικά. Οι έρευνες καταδεικνύουν ότι το **κυκλικό ωράριο**, σε σύγκριση με την εργασία σταθερής βάρδιας, έχει περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις (Gold et al., 1992; Doi, 2005). Ακόμα και η σταθερά νυχτερινή βάρδια βελτιώνει την διάρκεια και την ποιότητα ύπνου αφού παρατηρούνται λιγότερα παράπονα για διαταραχές ύπνου σε

εργαζόμενους σε μόνιμη νυχτερινή βάρδια σε σύγκριση με αυτά των εργαζομένων σε κυκλικό ωράριο (Barton et al., 1995). Βέβαια αυτό δεν σημαίνει ότι η βραδινή βάρδια είναι η πιο ανώδυνη για το προσωπικό, αφού αποτελέσματα έρευνας μιλούν για υψηλότερα ποσοστά κόπωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό εργαζόμενο σε νυχτερινή βάρδια, έναντι αυτών που εργάζονται σε πρωινό ωράριο (Kunert et al., 2007). Έτσι, η εναλλαγή πρωινής και νυχτερινής βάρδιας φαίνεται να ευθύνεται για διαταραχές και προβλήματα υγείας, αφού οι νοσηλευτές που εργάζονται σε πρωινό ωράριο εναλλασσόμενο με νυχτερινό βιώνουν σοβαρότερα γαστρεντερικά και μυοσκελετικά προβλήματα έναντι των υπολοίπων (Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir, 2008). Πολλές μελέτες κατατάσσουν τις σωματικές ενοχλήσεις (Sharkey et al., 2001), την κατάθλιψη, την επαγγελματική εξουθένωση και τις συμπεριφορικές αλλαγές στις πρώτες σημαντικότερες επιπτώσεις της εργασίας σε βάρδιες (Iskra-Golec et al., 1996). Τα συμπτώματα εξάντλησης των νοσηλευτών είναι ισχυρά σχετιζόμενα με την ποιότητα ύπνου και συχνά προτείνεται ένα πρόγραμμα για τη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου ως κύρια κατευθυντήρια οδηγία προκειμένου να επιτευχθεί μείωση της εξάντλησης που βιώνουν οι νοσηλευτές (So et al., 2008; Μουστάκα και συν., 2010).

Έρευνες στην χώρα μας, με τη χρήση της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας Epworth Sleeping Scale (ESS) έδειξαν ότι αυτή σχετίζεται με την εργασιακή παραγωγικότητα (Nena et al., 2010; Μουστάκα και συν., 2010).

Όσον αφορά το θέμα της αμοιβής, εάν οι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι αδικούνται στο οικονομικό ζήτημα τότε δεν θα είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Η ικανοποίηση από την αμοιβή στηρίζεται στη σύγκριση που κάνει ο εργαζόμενος ανάμεσα στην προσδοκώμενη και την πραγματική αμοιβή. Η προσδοκώμενη αμοιβή διαμορφώνεται αφενός από αυτά που ο εργαζόμενος θεωρεί ότι προσφέρει και τη συνεισφορά του στην επιχείρηση, και αφετέρου από το ύψος στο οποίο κυμαίνονται οι αμοιβές στην αγορά για παρεμφερείς θέσεις εργασίας. Η ικανοποίηση από την αμοιβή επηρεάζεται επίσης από την προσωπική οικονομική κατάσταση του εργαζομένου, το ύψος της αμοιβής που ο εργαζόμενος λάμβανε σε προηγούμενες, ανάλογες θέσεις εργασίας καθώς και από τις γενικότερες οικονομικές συνθήκες (Smith et al, 1969). Στην περίπτωση αυτή διενεργείται μία κυκλική διαδικασία όπου η ανταμοιβή συνδέεται με την εργασιακή

απόδοση που οδηγεί στην εργασιακή ικανοποίηση, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε αύξηση παραγωγικότητας.

Άλλος παράγοντας που μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών και η συμμετοχή τους σε προγράμματα που τους προετοιμάζουν ψυχολογικά για τα γεγονότα που πρόκειται να αντιμετωπίσουν, δίνοντάς τους γνώση για τους τρόπους διαχείρισης και παρέχοντας ειδική εκπαίδευση για φροντίδα σε άτομα που έχουν βίαια τραυματιστεί (O'Connor & Jeavons, 2003).

- **Κοινωνική θέση και αναγνώριση:** Ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ιεραρχία στην οποία βρίσκεται ο εργαζόμενος μέσα στον οργανισμό· όσο πιο υψηλός είναι ιεραρχικά, τόσο πιο υψηλός είναι και ο βαθμός ικανοποίησής του (υψηλή θέση συνεπάγεται κύρος και αναγνώριση, συνεπάγεται υψηλότερες αποδοχές).

Η κοινωνική αναγνώριση, ως εργασιακό χαρακτηριστικό του νοσηλευτικού επαγγέλματος, δεν έχει μελετηθεί συστηματικά αν και στις έρευνες που μέχρι σήμερα έχουν γίνει φαίνεται να εξετάζεται ως παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία (Καραθάνου και Αλετράς, 2007). Επιπλέον, η κοινωνική αναγνώριση φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα ενθάρρυνσης για παραμονή σε κάποιο επάγγελμα, υπογραμμίζοντας έτσι ότι η αποχώρηση από το νοσηλευτικό επάγγελμα οφείλεται στην έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης του συγκεκριμένου επαγγέλματος (Lawrence et al, 1996). Επιπλέον, η έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης συμβάλλει στην αύξηση της έντασης του εργασιακού στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές (Καραθάνου και Αλετράς, 2007; Μουστάκας και Νένα, 2010)

Τέλος, οι έρευνες δείχνουν ότι αν ο νοσηλευτής είναι ευχαριστημένος από το ρόλο του και νιώθει κατανόηση για τους ασθενείς, χωρίς όμως να φτάνει σε επίπεδα ενσυναίσθησης, μπορεί να αυξηθεί και η γενικότερη ικανοποίησή του (Figley, 1995a; Sabo, 2006).



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 5.1. Ταυτότητα της έρευνας

Συνοπτικά, η ταυτότητα της έρευνας που διεξοδικά αναλύεται στο κεφάλαιο αυτό και στο επόμενο, είναι η εξής:

- ✓ **Σκοπός της Έρευνας:** Διερεύνηση της κόπωσης συμπίνας σε επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στους νοσηλευτές, σε δύο νοσοκομεία της περιοχής των Αθηνών και η επίδραση που αυτή έχει στην παραγωγικότητά τους.
- ✓ **Τόπος Έρευνας:** Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ» (Ερυθρός Σταυρός) και Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας»
- ✓ **Χρόνος Έρευνας:** Δεκέμβριος 2015 έως Μάιος 2016.
- ✓ **Μέθοδος Διεξαγωγής Έρευνας:** Για τη διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκε η μέθοδος των δομημένων ερωτηματολογίων κλειστών ερωτήσεων.
- ✓ **Δείγμα και Βαθμός Ανταπόκρισης:** Διανεμήθηκαν 224 ερωτηματολόγια. Απαντήθηκαν τα 200 ερωτηματολόγια. Ποσοστό ανταπόκρισης 89,3%.
- ✓ **Διάρκεια Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου:** 10-15 λεπτά.
- ✓ **Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων:** Χρήση του SPSS 17. Παρουσίαση πινάκων κατανομής ποσοστών κάθε απάντησης, απεικόνιση σε πίνακες, ιστογράμματα ή πίττες.

### 5.2. Μέθοδος δειγματοληψίας - δείγμα

Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο της έρευνας είναι ο καθορισμός του δείγματος (Saunders et al., 2003), που στην παρούσα μελέτη έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία, χωρίς επανατοποθέτηση. Στην περίπτωση αυτή κάθε στοιχείο του πληθυσμού έχει ίση πιθανότητα επιλογής με κάθε άλλο μέλος του πληθυσμού με στόχο το σχηματισμό του δείγματος. Δεν επιτρέπεται επανεκλογή μέλους του πληθυσμού το οποίο έχει μία φορά εκλεγεί. Έτσι μειώνεται κάθε συστηματική τάση προτίμησης ενός στοιχείου εις βάρος κάποιου άλλου (Κιόχος, 1993; Krowinski & Steiber, 1996).

Τον πληθυσμό του δείγματος αποτελεί το νοσηλευτικό προσωπικό δύο μεγάλων νοσοκομείων της Αθήνας: του Νοσοκομείου «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ» (Ερυθρός Σταυρός) και του Αντικαρκινικού-Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «Άγιος Σάββας».

Τα **κριτήρια εισδοχής** των νοσηλευτών στη μελέτη ήταν:

- Ηλικία 18 ετών και άνω.
- Να εργάζονται σε ένα από τα δύο νοσοκομεία.
- Να έχουν προϋπηρεσία στο αντίστοιχο τμήμα τουλάχιστον έξι (6) μήνες, περίοδος βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη (Price & Mueller, 1981; Sanger, et al., 1986) ως ελάχιστο όριο συμμετοχής σε μελέτη καθώς κάποιος που εργάστηκε σε κάποιο τμήμα για διάστημα μικρότερο των έξι (6) μηνών, ίσως να μην έχει τις απαιτούμενες εμπειρίες από την επαναλαμβανόμενη έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, που οδηγούν στην ανάπτυξη της κόπωσης συμπίνας των νοσηλευτών (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).
- Να μιλούν και να κατανοούν επαρκώς την ελληνική γλώσσα.
- Να έχουν ικανότητα επικοινωνίας με την ερευνήτρια.
- Να συναινούν για την εθελοντική συμμετοχή τους στην έρευνα.

Τα **κριτήρια αποκλεισμού** από τη μελέτη ήταν:

- Η μη συγκατάθεση του ερωτώμενου.
- Η απόφασή του ερωτώμενου να αποσυρθεί από την έρευνα.

Για τις ανάγκες της έρευνας διανεμήθηκαν 224 ερωτηματολόγια σε νοσηλευτές των νοσοκομείων που πληρούσαν τις ανωτέρω προϋποθέσεις. Τα 114 διανεμήθηκαν στο Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός και τα υπόλοιπα 110 στο Νοσοκομείο Άγιος Σάββας. Συμμετείχαν και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια οικειοθελώς 200 νοσηλευτές. Ειδικότερα, από τα 114 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στον Ερυθρό Σταυρό συμπληρώθηκαν και επεστράφησαν τα 100 (ποσοστό απόκρισης 87,7%). Από τα 110 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στον Άγιο Σάββα συμπληρώθηκαν και επεστράφησαν τα 100 (ποσοστό απόκρισης 90,9%). Συνολικό ποσοστό απόκρισης 89,3%

Η επιλογή δείγματος από 2 νοσοκομεία της Αττικής ενδεχόμενα να περιορίζει την εγκυρότητα της μελέτης (συστηματικό σφάλμα επιλογής) (Ahlbom & Norell, 1997). Ωστόσο

δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι το νοσηλευτικό προσωπικό της Αττικής έχει συστηματικές διαφορές από αυτό της υπόλοιπης Ελλάδας (ΕΣΝΕ, 2006).

Η έρευνα έλαβε χώρα τους μήνες Δεκέμβριο 2015 έως και Ιανουάριο 2016 στο Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός και τους μήνες Φεβρουάριο 2016 έως Μάιο 2016 στο Νοσοκομείο Άγιος Σάββας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 10-15 λεπτά. Η θετική ανταπόκριση των ερωτηθέντων ήταν σημαντική για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την ολοκλήρωση της έρευνας.

### **5.3. Μέσα συλλογής δεδομένων**

Ως μέσο συλλογής δεδομένων στη συγκεκριμένη έρευνα, επιλέχθηκε η μέθοδος των ερωτηματολογίων με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Στόχος ήταν η διερεύνηση των στάσεων, πεποιθήσεων, συμπεριφορών, αλλά και ιδιαίτερων γνωρισμάτων των συμμετεχόντων νοσηλευτών μέσα από την παροχή γρήγορων και σαφών απαντήσεων (Saunders et al., 2003). Αν και λιγότερο χρονοβόρα και κοστοβόρα μέθοδος, ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις που οι ερωτώμενοι εκφράζουν ανεμπόδιστα, με συγκεκριμένο τρόπο (Ζαφειρίου, 2003). Βέβαια η χρήση των ερωτηματολογίων δεν επιτρέπει στον ερευνητή επανασυλλογή στοιχείων καθώς η συμπλήρωσή τους γίνεται άπαξ. Συνεπώς, για τη σωστή διεξαγωγή της έρευνας είναι σημαντικός ο σχεδιασμός και η χρήση του ερωτηματολογίου (Saunders et al., 2003).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρία (3) δομημένα ερωτηματολόγια τα οποία διερευνούσαν: τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL-CSF) και την υγεία και παραγωγικότητα στην εργασία (HPQ). Συγκεκριμένα, το πακέτο που δόθηκε προς συμπλήρωση περιελάμβανε τη **συνοδευτική επιστολή** στην πρώτη σελίδα, όπου δίνονταν λεπτομέρειες για τη διενέργεια της έρευνας (όνομα ερευνήτριας, εκπαιδευτικό ίδρυμα), για το σκοπό της έρευνας και ευχαριστίες για τη συμμετοχή του ερωτώμενου. Ακολουθούσε η **δήλωση συγκατάθεσης** συμμετοχής στη δεύτερη σελίδα. Υπήρχε σαφής διαβεβαίωση για την εθελοντική συμμετοχή των συμμετεχόντων καθώς και

διασφάλιση της διατήρησης της ανωνυμίας τους λόγω μη αναγραφής προσωπικών στοιχείων στα έντυπα των ερωτηματολογίων.

Στη συνέχεια δόθηκε το ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις **διερεύνησης των δημογραφικών ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών**, το ερωτηματολόγιο διερεύνησης της **Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL-CSF)** και τέλος το **Ερωτηματολόγιο Υγείας και Παραγωγικότητας στην Εργασία (HPQ)** του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Τα ερωτηματολόγια και η συνοδευτική επιστολή παρατίθενται στα Παραρτήματα Α-Γ.

### **5.3.1. Ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών**

Το **πρώτο ερωτηματολόγιο** καταγράφει τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και συντάχθηκε με βάση τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία (Lepore, 2004; Abendroth, 2005; Chase, 2005). Περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση του νοσηλευτή και τον αριθμό των παιδιών και το μορφωτικό του επίπεδο. Επιπλέον περιλαμβάνει ερωτήσεις για την καταγραφή των επαγγελματικών χαρακτηριστικών, όπως θέση και τμήμα εργασίας, ωράριο, συμμετοχή σε σωματεία, επιλογή τμήματος εργασίας, αμοιβή, διαδρομή από το σπίτι στο νοσοκομείο και την ενδεχόμενη επιθυμία τους να φύγουν από το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

### **5.3.2. Ερωτηματολόγιο διερεύνησης κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL-CSF)**

Το **δεύτερο ερωτηματολόγιο** μετρά την Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (Professional Quality of Life Scale - ProQOL-CSF) (Stamm, 2009) και αποτελεί αναθεώρηση της παλαιότερης Κλίμακας Κόπωσης Συμπόνιας (Compassion Fatigue Self-Test) (Figley, 1995a). Οι ερωτήσεις αναπτύχθηκαν με βάση την πρόσφατη βιβλιογραφία και αποτελείται από **τρεις υποκλίμακες**: Ικανοποίηση Συμπόνιας, Επαγγελματική Εξουθένωση και Κόπωση Συμπόνιας. Κάθε υποκλίμακα είναι ψυχομετρικά μοναδική και δεν αποτελεί δεσμευτικό παράγοντα για τις υπόλοιπες. Για παράδειγμα μπορεί ο ερωτώμενος να έχει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας και κόπωσης συμπόνιας, δηλαδή να διατηρεί την επιθυμία του να βοηθάει αν και δουλεύει σε εξαιρετικά άσχημες καταστάσεις. Συνήθως όμως, τα υψηλά σκορ

στην υποκλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωση δεν συνδυάζονται με υψηλή ικανοποίηση συμπόνιας.

Στην **υποκλίμακα ικανοποίησης συμπόνιας**, αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 και 30. Τα μεγαλύτερα σκορ αντανακλούν μεγαλύτερη ικανοποίηση που σχετίζεται με την ικανότητα κάποιου να είναι αποτελεσματικός στην δουλειά του. Το μέσο σκορ είναι 37. Εάν είναι μεγαλύτερο από 42 νιώθει επαγγελματική ικανοποίηση ενώ εάν είναι μικρότερο του 33 φαίνεται ότι αντιμετωπίζει προβλήματα με την εργασία του (Stamm, 2005).

Στην **υποκλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης**, αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 και 29. Το μέσο σκορ είναι 22. Εάν το σκορ είναι μικρότερο από 18 πιθανώς αντανακλά τα θετικά συναισθήματα του ατόμου ενώ εάν είναι μεγαλύτερο από 27 θα πρέπει το άτομο να σκεφτεί τι είναι αυτό που το ενοχλεί στην εργασία του (Stamm, 2005).

Στην **υποκλίμακα της κόπωσης συμπόνιας**, αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 και 28. Το μέσο σκορ είναι 13. Εάν το σκορ είναι μεγαλύτερο από 17, αποτελεί ένδειξη για το πώς νιώθει στην εργασία του και πρέπει να σκεφτεί σοβαρά τι είναι αυτό που το τρομάζει προκειμένου να βρει λύση ίσως και να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό.

Για το **σκορ της κάθε υποκλίμακας**, η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση των 5 σημείων της κλίμακας Likert, που εκτείνεται από το 0 («ποτέ») έως το 5 («πολύ συχνά»). Αντιστρέφονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων 1, 4, 15, 17 και 29. Δηλαδή το 0=0 (παραμένει ως έχει αφού δηλώνει την απουσία κάποιας κατάστασης), το 1 αντικαθίσταται με 5, το 2 αντικαθίσταται με 4, 3 αντικαθίσταται με 3, το 4 αντικαθίσταται με 2 και το 5 αντικαθίσταται με 1. Στη συνέχεια υπολογίζεται η κάθε υποκλίμακα, αθροίζοντας τις αντίστοιχες ερωτήσεις, αντεστραμμένες όπου έγινε η αντιστροφή.

### **5.3.3. Ερωτηματολόγιο διερεύνησης υγείας και παραγωγικότητας στην εργασία (HPQ)**

Το **τρίτο ερωτηματολόγιο**, αφορά τη διερεύνηση της υγείας και παραγωγικότητας στην εργασία (HPQ) του WHO (World Health Organization) (Kessler et al., 2003) και σταθμίστηκε στα ελληνικά από τους Soldatos et al. (2000). Το HPQ εστιάζει αποκλειστικά στον τομέα της εργασίας. Σχεδιάστηκε για την εκτίμηση του κόστους προβλημάτων υγείας στον εργασιακό χώρο με όρους μειωμένης εργασιακής απόδοσης, απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας και σχετιζόμενων με την εργασία ατυχημάτων και τραυματισμών (Kessler, et

al., 2003). Μέσω του ερωτηματολογίου διερεύνησης της υγείας των νοσηλευτών, εξάγονται πληροφορίες για τα προβλήματα υγείας του προσωπικού και τη συχνότητά τους, για τις συνέπειες των προβλημάτων στην απουσία από την εργασία, στην απόδοση και στα εργατικά ατυχήματα και τους τραυματισμούς, για την οικονομική επίπτωση της μειωμένης παραγωγικότητας και για τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Αποτελείται από 2 τμήματα (Α και Β) όπου:

- Το πρώτο τμήμα περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις και διερευνά το **επίπεδο της υγείας** των νοσηλευτών. Η σημαντικότητά του έγκειται στο γεγονός ότι απώτερος σκοπός της μελέτης παραγωγικότητας και υγείας είναι η συλλογή πληροφοριών και ο εντοπισμός του κρυμμένου κόστους.
- Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις και διερευνά τις **εργασιακές συνθήκες** των νοσηλευτών και την αξιολόγηση της παραγωγικότητας. Δηλαδή παρέχει πληροφορίες σχετικά με την **απουσία από την εργασία** (absenteeism), την **απόδοση στην εργασία** (ποιότητα και ποσότητα εργασίας) (presenteeism) και τα **κρίσιμα γεγονότα στην εργασία**, δηλαδή τις σχετιζόμενες με την εργασία επιτυχίες, αποτυχίες και ατυχήματα.

Αρχικά οι ερωτώμενοι αξιολογούν τη σωματική και ψυχική τους υγεία (**ερώτηση Α1**). Στη συνέχεια, καλούνται να απαντήσουν, για κάθε πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, αν λαμβάνουν θεραπεία κατά την παρούσα χρονική στιγμή ή είχαν δεχτεί στο παρελθόν, αλλά όχι τώρα ή δεν είχαν λάβει ποτέ θεραπεία. Αυτό επιτρέπει τη διενέργεια στατιστικών αναλύσεων για την εκτίμηση του κόστους για τον εργοδότη από τη χαμένη παραγωγικότητα που σχετίζεται με τα χρόνια προβλήματα υγείας. Καθορίζει επίσης τις ενέργειες που θα πρέπει να γίνουν σε περίπτωση μείωσης της παραγωγικότητας (**ερώτηση Α2**). Επιπλέον, διερευνώνται οι επιβλαβείς και επιβαρυντικές συνήθειες των νοσηλευτών όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ (**ερωτήσεις Α3-Α4**).

#### **Απουσία από την εργασία (ερωτήσεις Β3-Β6):**

Υπάρχουν λεπτομερείς ερωτήσεις σχετικά με την απουσία από την εργασία. Το ερωτηματολόγιο εστιάζει στις ώρες και όχι στις ημέρες εργασίας κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών ή 4 εβδομάδων, δεδομένου ότι οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές ως προς τον αριθμό των ωρών που εργάζονται και ως προς το εάν δουλεύουν ίδιο αριθμό ωρών καθημερινά (οχτάωρο, ημιαπασχόληση, σπαστό, κυκλικό

ωράριο, βάρδιες κ.λπ.). Επιπλέον, γίνεται καταγραφή και των ημερών εργασίας που χάθηκαν από άλλους λόγους π.χ. αν προσέρχεται αργά ή αποχωρεί ο εργαζόμενος νωρίς από την εργασία του. Αυτό είναι σημαντικό γιατί μεγάλο ποσοστό του χαμένου εργασιακού χρόνου καταγράφεται σε ημέρες που οι εργαζόμενοι προσέρχονται στην εργασία τους. Στο ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις για τις επιπλέον ώρες εργασίας, όπου αποχωρεί από την εργασία του αργότερα από το κανονικό ή εργάζεται κατά τις διακοπές. Επίσης γίνεται διάκριση στο λόγω απουσίας του εργαζομένου (π.χ. ασθένεια, διακοπές, οικογενειακές υποχρεώσεις κ.λπ.) (Kessler, 2003).

Από τις ερωτήσεις B3-B6 υπολογίζεται το **σκορ απουσίας** από την εργασία (absenteeism) εκφράζοντας τον αριθμό των ωρών που χάνονται. Πρόκειται δηλαδή για τις ώρες που εργάστηκε κάποιος είτε σε περίοδο τεσσάρων (4) εβδομάδων είτε σε περίοδο επτά (7) ημερών. Ο πρώτος τρόπος θεωρείται αντικειμενικότερος καθώς εξομαλύνει τυχόν υπερτιμήσεις ή υποτιμήσεις που προκύπτουν στο εβδομαδιαίο σκορ λόγω συγκεκριμένων καταστάσεων που μπορεί να συμβούν σε μια εβδομάδα. Από την άλλη βέβαια, είναι δύσκολο να υπολογιστούν οι ώρες εργασίας για περίοδο τεσσάρων (4) εβδομάδων. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων δίνει μία αίσθηση αξιοπιστίας των δεδομένων. Όσο μεγαλύτερο είναι το **σκορ απουσίας** από την εργασία τόσο μεγαλύτερη είναι η απουσία. Το **απόλυτο σκορ απουσίας** από την εργασία εκφράζεται σε ώρες και κυμαίνεται από αρνητικό ελάχιστο (εάν το άτομο εργάζεται περισσότερο από το αναμενόμενο) έως μέγιστο θετικό αριθμό ίσο με τον αριθμό των ωρών που το άτομο αναμένεται να εργαστεί. Το **σχετικό σκορ απουσίας** από την εργασία εκφράζεται ως ποσοστό επί των ωρών που αναμένεται να εργάζεται το άτομο και υπολογίζεται ως ο λόγος των ωρών εργασίας που χάθηκαν προς τις ώρες που αναμένεται να εργάζεται το άτομο. Κυμαίνεται μεταξύ μιας αρνητικής τιμής (όταν το άτομο εργάζεται περισσότερο από το αναμενόμενο) και της τιμής 1.0 (όταν το άτομο είναι συνεχώς απών) (Kessler, 2003; Kessler, et al., 2007).

Για τον υπολογισμό του σκορ χρησιμοποιούνται οι απαντήσεις στις ερωτήσεις **B3-B6**. Συγκεκριμένα:

- Υπολογισμός του σκορ απουσίας από την εργασία τις προηγούμενες 4 εβδομάδες  
Απόλυτο σκορ απουσίας από την εργασία:  $4*40-B6$   
Σχετικό μέτρο της απουσίας από την εργασία:  $(4*40-B6)/(4*40)$



Σχετικός αριθμός ωρών εργασίας:  $B6/(4*40)$

- Υπολογισμός του σκορ της απουσίας από την εργασία τις προηγούμενες 7 ημέρες  
Απόλυτο μέτρο της απουσίας από την εργασία:  $4*40-4*B3$   
Σχετικό μέτρο της απουσίας από την εργασία:  $(4*40-4*B3)/(4*40)$   
Σχετικός αριθμός ωρών εργασίας:  $B3/40$
- Σύγκριση των απαντήσεων στις ερωτήσεις B4 και B6  
Συγκρίνουμε το σκορ  $(4*40-8*B4.1-8*B4.2-4*B4.3-4*B4.4+4*B4.5)$  με την B6

### **Απόδοση στην εργασία (ερωτήσεις B10-B12):**

Γίνεται αξιολόγηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων από τους ίδιους κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τεσσάρων (4) εβδομάδων σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10 όπου 0 είναι η «χειρότερη παραγωγικότητα» και 10 είναι η «κορυφαία παραγωγικότητα» (ερωτήσεις B10-B12).

Αυτό γίνεται γιατί οι εργαζόμενοι φαίνεται να είναι σε θέση, σε σχέση με τους ερευνητές, να αξιολογούν με μεγαλύτερη ακρίβεια την επαγγελματική τους παραγωγικότητα (Kessler, et al., 2003). Επιπλέον, οι απαντήσεις που δίνονται σε κλίμακες της μορφής «0 έως 10» συμβάλλουν στο να αντιληφθεί ο ερωτώμενος-νοσηλευτής τη διαφορετικότητα των ενδιάμεσων τιμών μεταξύ του 0 και του 10 (Sudman, et al., 1996) αλλά και να κάνει έναν «απολογισμό» των συνιστωσών εκείνων της απόδοσής του.

Οι ερωτήσεις **B9-B12** λειτουργούν ως σημεία αναφοράς επιτρέποντας τη σύγκριση της πρόσφατης παραγωγικότητας του νοσηλευτή σε σχέση με τη συνήθη παραγωγικότητά του καθώς και με αυτή άλλων εργαζομένων. Η ερώτηση **B11** εκφράζει το ποσοστό της παραγωγικότητας. Η ερώτηση **B12** ζητάει από τους ερωτώμενους να συγκρίνουν την δική τους παραγωγικότητα με αυτή των άλλων εργαζομένων με παρόμοιο τύπο εργασίας χρησιμοποιώντας μία επταβάθμια κλίμακα από το «πολύ καλύτεροι» έως το «πολύ χειρότεροι» (Kessler, 2003).

Το **σκορ απόδοσης στην εργασία** είναι μέτρο πραγματικής παραγωγικότητας. Σε αντίθεση με την απουσία από την εργασία, όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο μικρότερο είναι το

ποσό της χαμένης παραγωγικότητας. Το **απόλυτο σκορ απόδοσης στην εργασία** κυμαίνεται από το 0 (πλήρης έλλειψη παραγωγικότητας κατά την διάρκεια της εργασίας) έως το 100 (καμία έλλειψη παραγωγικότητας κατά τη διάρκεια της εργασίας).

Το **σχετικό σκορ απόδοσης στην εργασία** είναι ο λόγος της πραγματικής παραγωγικότητας (B11) προς την παραγωγικότητα των περισσότερων εργαζομένων στην ίδια εργασία (B10). Κυμαίνεται στο διάστημα από 0,25-2,0, όπου 0,25 είναι η χειρότερη σχετική παραγωγικότητα (25% ή λιγότερο από την παραγωγικότητα των άλλων εργαζομένων) και 2,0 είναι η καλύτερη παραγωγικότητα (200% ή περισσότερο από την παραγωγικότητα των άλλων εργαζομένων) (Kessler, et al., 2007).

Για τον υπολογισμό αυτών των σκορ χρησιμοποιούνται οι απαντήσεις στις ερωτήσεις B9 και B11. Συγκεκριμένα:

- Υπολογισμός απόλυτου σκορ απόδοσης στην εργασία:  $10 \cdot B11$
- Σχετικό μέτρο απόδοσης στην εργασία:  $B11/B10$  (περιορισμένο στο διάστημα 0.25 έως 2.0)

**Συνδυασμός σκορ απουσίας και απόδοσης στην εργασία:** Ο συνδυασμός του απόλυτου σκορ απουσίας από την εργασία με το απόλυτο ή σχετικό σκορ απόδοσης στην εργασία δεν είναι εύκολος. Το συνδυασμένο αυτό σκορ υπολογίζει τις χαμένες ώρες εργασίας καταδεικνύοντας αν οι χαμένες ώρες εργασίας κατά την διάρκεια τεσσάρων (4) εβδομάδων θα πρέπει να μειωθούν ή να αυξηθούν κατά (απόλυτο ή σχετικό) μέγεθος. Ουσιαστικά, αν ο εργαζόμενος είναι ιδιαίτερα παραγωγικός κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι χαμένες ώρες εργασίας θα μέτραγαν για περισσότερες, ενώ αν δεν ήταν παραγωγικός, οι χαμένες ώρες εργασίας θα είχαν λιγότερη αξία. Συνεπώς, το συνολικό σκορ αυξάνει με την παραγωγικότητα. Από την άλλη, οι νοσηλευτές μπορούν να αναπληρώνουν τις χαμένες ώρες εργασίας με μεγαλύτερη απόδοση και έτσι το συνολικό σκορ (συνδυασμός των απόλυτων μέτρων της απουσίας και της απόδοσης) να μειώνεται με την παραγωγικότητα (Kessler, et al., 2007).

Δεδομένων των προβλημάτων, στην πράξη χρησιμοποιείται:

- Ο συνδυασμός του σχετικού σκορ απουσίας από την εργασία και της σχετικής απόδοσης στην εργασία. Αρχικά υπολογίζεται το **σχετικό σκορ ωρών εργασίας** με βάση τον τύπο:

### **1-σχετικό σκορ απουσίας**

**Συνδυασμένο σκορ= Σχετικό σκορ ωρών εργασίας x Σχετικό σκορ απόδοσης στην εργασία**

Εφόσον το σκορ αυτό είναι μεγαλύτερο από την μονάδα, τότε ο ερωτώμενος αναπληρώνει τις χαμένες ώρες εργασίας με μεγαλύτερη παραγωγικότητα.

- Ο συνδυασμός του απόλυτου σκορ απόδοσης στην εργασία και του σχετικού σκορ ωρών εργασίας. Το σκορ αυτό εκφράζει την μείωση του σχετικού σκορ των ωρών εργασίας κατά το ποσό της χαμένης απόδοσης. Αυτό το σκορ θα είναι πάντα μικρότερο από το συνδυασμένο σκορ των σχετικών μέτρων της απουσίας από την εργασία και της απόδοσης στην εργασία, διότι το απόλυτο μέτρο της απόδοσης στην εργασία δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερο από 100%.

**Συνολικό σκορ: Απόλυτο σκορ απόδοσης στην εργασία (σε δεκαδικό) x Σχετικό σκορ ωρών εργασίας**

## **5.4. Συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας**

Η παρούσα εργασία είναι συγχρονική (cross-sectional) μελέτη περιγραφικής επιδημιολογίας. Στόχος της είναι η μελέτη των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών (ασθενειών και παραγόντων κινδύνου), χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η χρονική τους αλληλουχία. Δίνεται η δυνατότητα μέσω αυτών των μελετών να εκτιμηθεί με ακρίβεια ο επιπολασμός της ασθένειας. Τέλος, δίνονται πληροφορίες για την αιτιολογία των ασθενειών αλλά σε περιορισμένο επίπεδο. Πρόκειται για ποσοτική έρευνα και βασίζεται στη στατιστική ανάλυση. Έτσι, με τη χρήση ποσοτικών μεθόδων εξάγονται συμπεράσματα σχετικά με την κόπωση συμπίνας, το επίπεδο επαγγελματικής ποιότητας ζωής και την υγεία και παραγωγικότητά τους στην εργασία. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων έγινε χρήση των ίδιων ερωτηματολογίων σε όλους τους νοσηλευτές που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

Ολοκληρώθηκε σε χρονικό διάστημα πέντε (5) μηνών συνολικά (Δεκέμβριος 2015 έως Μάιο 2016). Ειδικότερα, Στο Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν την

περίοδο 23/12/2015-23/1/2016 (1 μήνας) ενώ στο Νοσοκομείο Άγιος Σάββας την περίοδο 19/2/2016-19/3/2016 (1 μήνας) και 5/4/2016-5/5/2016 (1 μήνας).

Πριν τη διανομή των ερωτηματολογίων και στα πλαίσια της ερευνητικής ηθικής και δεοντολογίας ζητήθηκε και δόθηκε έγγραφη άδεια (έγκριση) από το Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο των νοσοκομείων, ανάλογα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του ιδρύματος (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη.

Η συλλογή των στοιχείων, η διανομή και παραλαβή των ερωτηματολογίων, έγινε με φυσική παρουσία στο χώρο, που αν και θεωρητικά φαίνεται εύκολη, στην πραγματικότητα είναι ιδιαίτερα απαιτητική. Σύμφωνα όμως με έρευνες έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης που φτάνει μέχρι και το 98% (Saunders et al., 2003). Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε αφού πρώτα ενημερώθηκε η προϊσταμένη του τμήματος και οι νοσηλεύτές της βάρδιας για τον σκοπό της μελέτης και τη διαδικασία της συλλογής των δεδομένων.

Η διενεργούσα την έρευνα ενημέρωνε τους νοσηλεύτές για τη διεξαγωγή της έρευνας και ρωτούσε αν ήθελαν να λάβουν μέρος σε αυτήν. Εάν συμφωνούσαν, ακολουθούσε προσωπική ενημέρωση του κάθε νοσηλευτή ώστε να είναι πλήρως ενημερωμένος και συνειδητά να συναινέσει για τη συμμετοχή του στην έρευνα. Δίνονταν πληροφορίες σχετικά με την ερευνήτρια, το θέμα της εργασίας και τα κριτήρια επιλογής του δείγματος. Στη συνέχεια ερωτούνταν αν συναινούν για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Όσοι συμφωνούσαν ελέγχονταν ώστε να πληρούν τα κριτήρια εισδοχής στη μελέτη. Εφόσον αυτά ίσχυαν, διανέμονταν τα ερωτηματολόγια και οι δηλώσεις συγκατάθεσης ενώ παράλληλα τους δίνονταν οι απαραίτητες πληροφορίες, οδηγίες συμπλήρωσης και διευκρινήσεις για σημεία που μπορεί να αντιμετώπιζαν δυσκολίες αλλά και πληροφορίες σε πρακτικά θέματα όπως ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, διαβεβαίωση για τήρηση της ανωνυμίας και προστασία των προσωπικών στοιχείων. Επισημάνθηκε η σπουδαιότητα της σωστής και έγκυρης συμπλήρωσής του.

Στο Νοσοκομείο Άγιος Σάββας οι νοσηλεύτές παρείχαν γραπτή υπογεγραμμένη συγκατάθεση (έχοντας διαβάσει και πλήρως κατανοήσει τις πληροφορίες) για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις του Νοσοκομείου.

Αφού δίνονταν οι απαραίτητες πληροφορίες και οδηγίες συμπλήρωσης και διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια η ερευνήτρια αποχωρούσε. Κρίθηκε πιο φρόνιμο η επιστροφή των ερωτηματολογίων να γίνεται εντός εύλογου χρονικού διαστήματος (μίας εβδομάδας). Η επιλογή αυτή βασίστηκε στο ότι η συμπλήρωση την ώρα της διανομής ήταν αδύνατη καθώς ο φόρτος εργασίας ήταν μεγάλος και οι νοσηλευτές ήταν αρνητικοί. Επιπλέον, η μέθοδος αυτή ενδείκνυται σε περιπτώσεις που η διατήρηση της ανωνυμίας του ερωτώμενου είναι αναγκαία. Θεωρήθηκε ότι θα ήταν ιδιαίτερα ενοχλητικό και αγενές να «επιβάλλεται» η άμεση συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (Δημητριάδη, 2000) ενώ παράλληλα οι συμμετέχοντες δεν αισθάνονταν πιεσμένοι. Στο διάστημα αυτό η ερευνήτρια επισκεπτόταν το νοσοκομείο και το ανάλογο τμήμα ώστε να συνδράμει και να λύσει τυχόν απορίες των συμμετεχόντων.

Τόσο κατά τη διανομή και συμπλήρωση των δηλώσεων συγκατάθεσης όσο και κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων, οι συμμετέχοντες δέχθηκαν τις ευχαριστίες για τη βοήθειά τους στη διεξαγωγή της.

Για τις ανάγκες της έρευνας διανεμήθηκαν 224 ερωτηματολόγια Από αυτά συμπληρώθηκαν 200. Οι νοσηλευτές των δύο (2) νοσοκομείων ανταποκρίθηκαν με μεγάλη προθυμία στο αίτημα συμμετοχής στην έρευνα ενώ τους επισημάνθηκε πόσο σημαντικό ήταν που τους δινόταν η ευκαιρία να εκφράσουν τη γνώμη τους. Η έρευνα έλαβε χώρα από το Δεκέμβριος 2015 έως Μάιο 2016.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 6.1. Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στα πλαίσια της παρούσας εργασίας για τη διερεύνηση της κόπωσης συμπίνας και εκτίμηση της επίδρασής της στην παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας δύο νοσοκομείων της Αττικής. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και επεξεργάστηκαν με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 17 (Statistical Package for Social Sciences).

Επιλέχθηκαν οι παρακάτω δοκιμασίες:

- Παρουσίαση των πινάκων συχνοτήτων με τις κατανομές των ποσοστών της κάθε απάντησης (ποσοστιαία ανάλυση) και διαγραμματική απεικόνιση αυτών.
- Υπολογισμός του σκορ απουσίας από την εργασία (απόλυτο, σχετικό).
- Υπολογισμός του σκορ παραγωγικότητας στην εργασία (απόλυτο, σχετικό).

Για την κωδικοποίηση των απαντήσεων επιλέχθηκαν συγκεκριμένοι αριθμοί οι οποίοι αντιστοιχίστηκαν στις απαντητικές κατηγορίες. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την κωδικοποίηση είναι η εξής:

- Στις διχοτομημένου τύπου ερωτήσεις (ΝΑΙ, ΟΧΙ / ΑΝΔΡΑΣ, ΓΥΝΑΙΚΑ) η πρώτη απάντηση αντιστοιχούσε στο 1 και η δεύτερη στο 2. Επιπλέον υπήρχε η επιλογή 0 για όσες δεν θα έπρεπε να απαντηθούν (not answerable) λόγω προηγούμενης διερευνητικής ερώτησης και η επιλογή 18 (missing value) σε περίπτωση που διέφευγε της προσοχής και δεν συμπληρωνόταν ή αν ερωτώμενος δεν ήθελε να απαντήσει.
- Στις ερωτήσεις επιλογής είτε η κάθε επιλογή κωδικοποιήθηκε ξεχωριστά ως διχοτομημένη (αν ο ερωτώμενος μπορούσε να επιλέξει περισσότερες από μία απαντήσεις) είτε σε κάθε απάντηση αντιστοιχίστηκε ένας αριθμός π.χ. 1. έγγαμος, 2 άγαμος κ.λπ. Υπήρχαν και εδώ οι επιλογές 0 (not answerable) και 18 (missing value).
- Στις ερωτήσεις με ποσοτικά δεδομένα π.χ. αριθμός ωρών εργασίας εβδομαδιαία, γινόταν καταχώρηση του αντίστοιχου αριθμού προκειμένου να επεξεργαστεί.

Μετά την κωδικοποίηση και την καταχώρηση των στοιχείων, τα δεδομένα επεξεργάστηκαν και εξάχθηκαν οι πίνακες συχνοτήτων και όπου ήταν αναγκαίο περιγράφηκαν οι μεταβλητές με τη χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής, υπολογίστηκε η μέση τιμή (mean), η τυπική απόκλιση (standard deviation) και καταγράφηκε η μέγιστη (maximum) και η ελάχιστη τιμή (minimum).

## 6.2. Στατιστική Κατανομή Δείγματος

Στους πίνακες συχνοτήτων υπολογίζεται ο αριθμός (N) των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση (συχνότητα) και εκτιμάται το αντίστοιχο ποσοστό (%) ανά αριθμό απαντήσεων. Περιγράφονται και αναλύονται οι πίνακες με τις κατανομές των ποσοστών της κάθε απάντησης (ποσοστιαία ανάλυση) και απεικονίζονται σε ιστογράμματα ή πίτες (ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε ερώτησης).

Από τη μελέτη των παραμέτρων εξάγεται το συμπέρασμα ότι από τους 200 νοσηλευτές που έλαβαν μέρος στην έρευνα, οι 100 νοσηλευτές (50%) εργάζονται στον ΕΕΣ και οι 100 (50%) στον Άγιο Σάββα.

Ως προς το **φύλο**, η κατανομή του δείγματος της έρευνας δεν είναι ομοιογενής καθώς οι 31 νοσηλευτές (15,5%) ήταν άνδρες και οι 169 νοσηλευτές (84,5%) ήταν γυναίκες. Φαίνεται ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι γυναίκες και οφείλεται στο ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα παραμένει κατά κύριο λόγο γυναικοκρατούμενο, σύμφωνα με τα αρχεία της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος, όπου το 88,25% των νοσηλευτών είναι γυναίκες (ENE, 2010). Η κατανομή των συμμετεχόντων ως προς το φύλο παρουσιάζεται στον πίνακα 6.1 και απεικονίζεται γραφικά στο διάγραμμα Η.1.

Ως προς την **ημερομηνία γέννησης**, 5 νοσηλευτές ήταν γεννημένοι τη δεκαετία 1951-1960, 85 νοσηλευτές (42,5%) ήταν γεννημένοι τη δεκαετία 1961-1970, 80 νοσηλευτές (40%) ήταν γεννημένοι τη δεκαετία 1971-1980, 27 νοσηλευτές (13,5%) είναι γεννημένοι τη δεκαετία 1981-1990 και 3 νοσηλευτές (1,5%) ήταν γεννημένοι τη δεκαετία 1991-2000. Η μέση χρονολογία γέννησης ήταν το έτος 1973 και το δείγμα κυμάνθηκε από το έτος 1955 (61 ετών) έως το έτος 1995 (21 ετών) (πίνακα 6.1 & 6.3, διάγραμμα Η.2).

Όσον αφορά στην **οικογενειακή κατάσταση**, οι 55 νοσηλευτές (27,5%) ήταν άγαμοι, οι 117 νοσηλευτές (58,5%) ήταν έγγαμοι, οι 11 νοσηλευτές (5,5%) ζούσαν με σύντροφο, οι 3 νοσηλευτές (1,5%) ήταν χήροι/ες και οι 14 νοσηλευτές (7%) ήταν διαζευγμένοι ή σε διάσταση (πίνακα 6.1, διάγραμμα Η.3).

Ως προς τον **αριθμό των παιδιών**, οι 86 νοσηλευτές (43%) δεν είχαν κανένα παιδί, οι 30 νοσηλευτές (15%) είχαν 1 παιδί, οι 73 νοσηλευτές (36,5%) είχαν 2 παιδιά, οι 6 νοσηλευτές (3%) είχαν 3 παιδιά, οι 4 νοσηλευτές (2%) είχαν 4 παιδιά και ο 1 νοσηλευτής (0,5%) είχε 5 παιδιά (πίνακα 6.1, διάγραμμα Η.4).

Όσον αφορά το **επίπεδο εκπαίδευσης** των νοσηλευτών, οι 29 νοσηλευτές (14,5%) ήταν απόφοιτοι ΤΕΛ Νοσηλευτικής, οι 14 νοσηλευτές (7%) προέρχονταν από ΙΕΚ Νοσηλευτικής, οι 102 νοσηλευτές (7,5%) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, οι 15 νοσηλευτές (7,5%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, οι 23 νοσηλευτές (11,5%) κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο, οι 16 νοσηλευτές (8%) είχαν τελειώσει τη ΜΤΕΝΣ και 1 νοσηλευτής (0,5%) ήταν απόφοιτος ΕΠΑΣ/ΟΑΕΔ (πίνακα 6.1).

**Πίνακας 6. 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ N</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>		
ΕΕΣ	100	50%
ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ	100	50%
<b>ΦΥΛΟ</b>		
ΑΝΔΡΑΣ	31	15,5%
ΓΥΝΑΙΚΑ	169	84,5%
<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>		
1951-1960	5	2,5%
1961-1970	85	42,5%
1971-1980	80	40%
1981-1990	27	13,5%
1991-2000	3	1,5%
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>		
Άγαμος	55	27,5%
Έγγαμος/η	117	58,5%
Ζω με σύντροφο	11	5,5%
Χήρος/α	3	1,5%
Διαζευγμένος/η, σε διάσταση	14	7%
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ</b>		
0 παιδιά	86	43%
1 παιδί	30	15%



	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>
2 παιδιά	73	36,5%
3 παιδιά	6	3%
4 παιδιά	4	2%
5 παιδιά	1	0,5%
<b>ΜΟΡΦΩΣΗ</b>		
ΤΕΛ Νοσηλευτική	29	14,5%
ΙΕΚ Νοσηλευτική	14	7%
ΤΕΙ	102	51%
ΑΕΙ	15	7,5%
Μεταπτυχιακό	23	11,5%
ΜΤΕΝΣ	16	8%
ΕΠΑΣ/ΟΑΕΔ	1	0,5%

Ως προς το **τμήμα στο οποίο εργάζονται**, οι 47 νοσηλευτές (23,5%) εργάζονται στο παθολογικό, οι 10 νοσηλευτές (5%) στο νευροχειρουργικό, οι 51 νοσηλευτές (25,5%) στο χειρουργικό, οι 15 νοσηλευτές (7,5%) στο καρδιολογικό, οι 6 νοσηλευτές (3%) στο ορθοπεδικό, 6 νοσηλευτές (3%) στο νεφρολογικό-MTN, οι 4 νοσηλευτές (2%) στο ΩΡΛ, οι 9 νοσηλευτές (4,5%) στο οφθαλμολογικό, οι 9 νοσηλευτές (4,5%) στο ΤΕΠ, οι 6 νοσηλευτές (3%) στο αιμοδυναμικό, οι 10 νοσηλευτές (5%) στη νοσηλευτική υπηρεσία, οι 13 νοσηλευτές (6,5%) στη ΜΕΘ, οι 9 νοσηλευτές (4,5%) στην αποστείρωση και οι 5 νοσηλευτές (2,5%) στη ΜΜΜΟ (πίνακα 6.2, διάγραμμα Η.5).

Ως προς τα **έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα**, οι 93 νοσηλευτές (46,5%) εργάζονται 1-5 έτη, οι 44 νοσηλευτές (22%) 6-10 έτη, οι 18 νοσηλευτές (9%) 11-15 έτη, οι 13 νοσηλευτές (6,5) 16-20 έτη, οι 7 νοσηλευτές (3,5%) 21-30 έτη και οι 12 νοσηλευτές (6%) 26-30 έτη (Πίνακας 6.2). Ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας στο τμήμα είναι 7,84 έτη, με μέγιστο αριθμό ετών προϋπηρεσίας στο τμήμα τα 30 έτη (πίνακα 6.3).

Ως προς τα **έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο**, οι 15 νοσηλευτές (7,5%) εργάζονται 1-5 έτη, οι 32 νοσηλευτές (16%) 6-10 έτη, οι 23 νοσηλευτές (11,5%) 11-15 έτη, οι 17 νοσηλευτές (8,5) 16-20 έτη, οι 24 νοσηλευτές (12%) 21-30 έτη και οι 19 νοσηλευτές (9,5%) 26-30 έτη και οι 7 νοσηλευτές (3,5%) 31-35 έτη (Πίνακας 6.2). Ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο είναι 11,27 έτη, με μέγιστο αριθμό ετών προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο τα 35 έτη (πίνακα 6.3).

Ως προς τα **έτη προϋπηρεσίας αλλού**, οι 33 νοσηλευτές (16,5%) εργάζονται 1-5 έτη, οι 11 νοσηλευτές (5,5%) 6-10 έτη, οι 2 νοσηλευτές (1%) 11-15 έτη, ο 1 νοσηλευτής (0,5) 16-20 έτη και 1 νοσηλευτής (0,5%) 21-35 έτη (Πίνακας 6.2). Ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο είναι 1,21 έτη, με μέγιστο αριθμό ετών προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο τα 24 έτη (πίνακα 6.3).

Ως προς το **ωράριο εργασίας**, οι 44 νοσηλευτές (22%) εργάζονται πρωινό, οι 8 νοσηλευτές (4%) απογευματινό, οι 2 νοσηλευτές (1%) νυχτερινό, οι 3 νοσηλευτές (1,5%) κανονικό και οι 143 νοσηλευτές (71,5%) κυλιόμενο (πίνακα 6.2, διάγραμμα Η.6).

Ως προς τη **θέση εργασίας**, οι 61 νοσηλευτές (30,5%) εργάζονται ως βοηθοί νοσηλευτές, οι 121 νοσηλευτές (60,5%) εργάζονται ως νοσηλευτές, οι 15 νοσηλευτές (7,5%) είναι προϊστάμενοι, οι 2 νοσηλευτές (1%) ως επισκέπτες υγείας και 1 νοσηλευτής (0,5%) δήλωσε ότι απασχολείται σε κάτι άλλο (κλιβανιστής) (πίνακα 6.2).

Ως προς τον **αριθμό των νυχτερινών ανά μήνα**, οι 60 νοσηλευτές (30%) κάνουν 1-5 νυχτερινά, οι 61 νοσηλευτές (30,5%) 6-10, οι 7 νοσηλευτές (3,5%) 11-15 και οι 2 νοσηλευτές (1%) 16-20 νυχτερινά μηνιαίως (Πίνακας 6.2). Ο μέσος όρος των νυχτερινών μηνιαίως είναι 4 και μέγιστος αριθμός νυχτερινών ανά μήνα τα 17 (πίνακα 6.3).

Ως προς τα **σαββατοκύριακα ανά μήνα**, οι 13 νοσηλευτές (6,5%) εργάζονται 1 σαββατοκύριακο ανά μήνα, οι 33 νοσηλευτές (16,5%) 2 σαββατοκύριακα, οι 81 νοσηλευτές (40,5%) 3 σαββατοκύριακα και οι 43 νοσηλευτές (21,5%) 4 σαββατοκύριακα μηνιαίως (Πίνακας 6.2). Ο μέσος όρος των νυχτερινών μηνιαίως είναι 2,53 σαββατοκύριακα μηνιαίως (πίνακα 6.3).

#### Πίνακας 6. 2. Εργασιακά χαρακτηριστικά δείγματος

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
<b>ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>		
Παθολογικό	47	23,5%
Νευροχειρουργικό	10	5%
Χειρουργικό	51	25,5%
Καρδιολογικό	15	7,5%
Ορθοπαιδικό	6	3%
Νεφρολογικό-MTN	6	3%
ΩΡΛ	4	2%

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>
Οφθαλμολογικό	9	4,5%
ΤΕΠ	9	4,5%
Αιμοδυναμικό	6	3%
Νοσηλευτική Υπηρεσία	10	5%
ΜΕΘ	13	6,5%
Αποστείρωση	9	4,5%
ΜΜΜΟ	5	2,5%
<b>ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ</b>		
1-5	93	46,5%
6-10	44	22%
11-15	18	9%
16-20	13	6,5%
21-25	7	3,5%
26-30	12	6%
<b>ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>		
1-5	15	7,5%
6-10	32	16%
11-15	23	11,5%
16-20	17	8,5%
21-25	24	12%
26-30	19	9,5%
31-35	7	3,5%
<b>ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΑΛΛΟΥ</b>		
1-5	33	16,5%
6-10	11	5,5%
11-15	2	1%
16-20	1	0,5%
21-25	1	0,5%
<b>ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>		
Πρωινό	44	22%
Απογευματινό	8	4%
Νυχτερινό	2	1%
Κανονικό	3	1,5%
Κυλιόμενο	143	71,5%
<b>ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>		
Βοηθός νοσηλευτή	61	30,5%
Νοσηλεύτης/τρια	121	60,5%
Προϊστάμενος	15	7,5%
Άλλο	3	1,5%
<b>ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΑΝΑ ΜΗΝΑ</b>		
1-5	60	30%
6-10	61	30,5%
11-15	7	3,5%
16-20	2	1%

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b> N	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b> %
<b>ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΑ ΑΝΑ ΜΗΝΑ</b>		
1	13	6,5%
2	33	16,5%
3	81	40,5%
4	43	21,5%

**Πίνακας 6. 3. Κατανομή δείγματος**

	<b>Ελάχιστο</b>	<b>Μέγιστο</b>	<b>Μέσος</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>
Ημερομηνία γέννησης	1955	1995	1973,01	7,214
Έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα	0	30	7,84	7,860
Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο	0	35	11,27	10,661
Έτη προϋπηρεσίας αλλού	0	24	1,21	3,132
Νυχτερινά ανά μήνα	0	17	4,05	3,717
ΣΚ ανά μήνα	0	8	2,53	1,439

Ως προς το **εργασιακό κλίμα**, οι 84 νοσηλευτές (42%) δήλωσαν ότι είναι πολύ καλό, οι 73 νοσηλευτές (36,5%) ότι είναι καλό, οι 26 νοσηλευτές (13%) ουδέτερο, οι 9 νοσηλευτές (4,5%) κακό και οι 8 νοσηλευτές (4%) πολύ κακό (Πίνακας 6.4).

Ως προς το αν οι νοσηλευτές είναι **μέλη εργατικού σωματείου**, οι 88 νοσηλευτές (44%) δήλωσαν ότι δεν ανήκουν σε κανένα σωματείο ενώ οι 4 (2%) σε όλα. Επιπλέον, οι 32 νοσηλευτές (16%) δήλωσαν ότι είναι μέλη επιστημονικού σωματείου, οι 48 νοσηλευτές (24%) ότι είναι μέλη επαγγελματικού σωματείου, οι 21 νοσηλευτές (10,5%) είναι μέλη συνδικαλιστικού οργάνου, 1 νοσηλευτής (0,5%) ανήκει σε επιστημονικό και συνδικαλιστικό σωματείο, οι 4 (2%) σε επιστημονικό και επαγγελματικό (Πίνακας 6.4).

Ως προς την **εκπαίδευση και ενημέρωση σχετικά με τη μείωση του στρες**, οι 130 νοσηλευτές (65%) δήλωσαν ότι δεν έχουν λάβει καμία εκπαίδευση ενώ μόλις οι 70 νοσηλευτές (35%) απάντησαν θετικά (Πίνακας 6.4).

Ως προς την **επιλογή θέσης εργασίας**, οι 175 νοσηλευτές (87,5%) δήλωσαν ότι τοποθετήθηκαν στη θέση τους χωρίς να το επιλέξουν ενώ μόνο οι 25 νοσηλευτές (12,5%) δήλωσαν ότι ήταν δική τους επιλογή (Πίνακας 6.4).

Ως προς την **αμοιβή** οι 132 νοσηλευτές (66%) δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιητική, οι 50 (25%) λίγο ικανοποιητική, οι 15 (7,5%) αρκετά ικανοποιητική και οι 3 (1,5%) πολύ ικανοποιητική (Πίνακας 6.4).

Ως προς τον **χρόνο που χρειάζονται για τη διαδρομή σπίτι-νοσοκομείο**, οι 25 νοσηλευτές (12,5%) χρειάζονται 25 λεπτά, οι 38 νοσηλευτές (19%) 11-20 λεπτά, οι 41 νοσηλευτές (20,5%) 21-30 λεπτά, οι 13 νοσηλευτές (6,5%) 31-40 λεπτά, οι 25 νοσηλευτές (12,5%) 41-50 λεπτά και οι 58 (29%) περισσότερο από 61 λεπτά (Πίνακας 6.4).

**Πίνακας 6. 4. Συνθήκες εργασίας δείγματος**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ (%)</b>
<b>ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ</b>		
Πολύ καλό	84	42%
Καλό	73	36,5%
Ουδέτερο	26	13%
Κακό	9	4,5%
Πολύ Κακό	8	4%
<b>ΜΕΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ</b>		
Επιστημονικό	32	16%
Επαγγελματικό	48	24%
Συνδικαλιστικό	21	10,5%
Επιστημονικό, Συνδικαλιστικό	1	0,5%
Επιστημονικό, Επαγγελματικό	4	2%
Κανένα	88	44%
Όλα	4	2%
<b>ΣΥΝΕΔΡΙΑ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b>		
ΝΑΙ	70	35%
ΟΧΙ	130	65%
<b>ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΣΗΣ</b>		
Δική μου επιλογή	25	12,5%
Τοποθετήθηκα εδώ	175	87,5%
<b>ΑΜΟΙΒΗ</b>		
Καθόλου ικανοποιητική	132	66%
Λίγο ικανοποιητική	50	25%
Αρκετά ικανοποιητική	15	7,5%
Πολύ ικανοποιητική	3	1,5%
<b>ΔΙΑΔΡΟΜΗ</b>		
5-10 λεπτά	25	12,5%
11-20 λεπτά	38	19%
21-30 λεπτά	41	20,5%
31-40 λεπτά	13	6,5%
41-50 λεπτά	25	12,5%
> 61 λεπτά	58	29%

Ως προς την **επιθυμία αποχώρησης από το τμήμα**, οι 26 νοσηλευτές (13%) επιθυμούν να φύγουν το συντομότερο, οι 25 νοσηλευτές (12,5%) επιθυμούν να φύγουν σύντομα, οι 35 νοσηλευτές (17,5%) επιθυμούν να φύγουν σε 1 χρόνο, οι 71 (35,5%) σε μερικά χρόνια και οι 43 νοσηλευτές (21,5%) να μη φύγουν ποτέ (Πίνακας 6.5).

Ως προς την **επιθυμία αποχώρησης από το νοσοκομείο**, οι 25 νοσηλευτές (12,5%) επιθυμούν να φύγουν το συντομότερο, οι 35 νοσηλευτές (17,5%) επιθυμούν να φύγουν σύντομα, οι 2 νοσηλευτές (1%) επιθυμούν να φύγουν σε 1 χρόνο, οι 53 (26,5%) σε μερικά χρόνια και οι 85 νοσηλευτές (42,5%) να μη φύγουν ποτέ (Πίνακας 6.5).

Επίσης, οι 51 νοσηλευτές (25,5%) δηλώνουν ότι **επιθυμούν τα παιδιά τους** να ακολουθήσουν το ίδιο επάγγελμα ενώ οι 149 νοσηλευτές (74,5%) ότι δεν θα επιθυμούσαν τα παιδιά τους να ακολουθήσουν το επάγγελμα αυτό (Πίνακας 6.5).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα καταγράφεται μία ισοκατανομή ως προς το αν **θα επέλεγαν το ίδιο επάγγελμα** καθώς οι 100 νοσηλευτές (50%) θα το επέλεγαν ξανά ενώ οι άλλοι 100 νοσηλευτές (50%) δεν θα το επέλεγαν (Πίνακας 6.5). Αυτό συμβαίνει γιατί η νοσηλευτική τους αρέσει, παρά το ότι εργάζονται σκληρά. Οι νοσηλευτές που δεν θα επέλεγαν ξανά το νοσηλευτικό επάγγελμα το δικαιολόγησαν στην ερώτηση 22. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, οι αιτίες που ανέφεραν αφορούσαν περισσότερο το ωράριο, την έλλειψη προσωπικού, τις χαμηλές αποδοχές και τη μικρή αναγνώριση του έργου τους, τον φόρτο εργασίας που επιδεινώνεται από την έλλειψη προσωπικού καθώς και την επικινδυνότητα του επαγγέλματος. Κάποιοι θεωρούν το επάγγελμα του νοσηλευτή ιδιαίτερα ψυχοφθόρο, επιβαρυντικά στρεσογόνο και συναισθηματικά φορτισμένο ενώ δεν δίνονται τα ανάλογα κίνητρα εξέλιξης. Φάνηκε επίσης να τους ενοχλεί το γεγονός ότι δεν αξιοποιούνται οι γνώσεις τους καθώς τα καθήκοντά τους δεν συνάδουν με την εκπαίδευσή τους και ο ρόλος τους είναι μόνο εκτελεστικός (Πίνακας 6.5).

**Πίνακας 6. 5. Ικανοποίηση από το επάγγελμα**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ N</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
<b>ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ</b>		
Να φύγω το συντομότερο	26	13%
Να φύγω σύντομα	25	12,5%
Να φύγω σε 1 χρόνο	35	17,5%
Να μείνω μερικά χρόνια	71	35,5%
Να μην φύγω ποτέ	43	21,5%
<b>ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>		
Να φύγω το συντομότερο	25	12,5%
Να φύγω σύντομα	35	17,5%
Να φύγω σε 1 χρόνο	2	1%
Να μείνω μερικά χρόνια	53	26,5%
Να μην φύγω ποτέ	85	42,5%
<b>ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</b>		
ΝΑΙ	51	25,5%
<u>ΟΧΙ</u>	149	74,5%
<b>ΕΠΙΛΟΓΗ ΙΔΙΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΗΜΕΡΑ, N (%)</b>		
ΝΑΙ	100	50%
<u>ΟΧΙ</u>	100	50%

### **6.3. Κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL-CSF)**

Προκειμένου να υπολογιστεί η **ικανοποίηση συμπίναξης** προστέθηκαν οι ερωτήσεις 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 και 30. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το μέσο σκορ είναι 29,83. Στη μελέτη της Stamm (2005) το μέσο σκορ είναι 37 ενώ το 25% των ατόμων έχουν σκορ μεγαλύτερο από 42 και το 25% μικρότερο από 33. Επειδή το σκορ στην παρούσα έρευνα είναι μικρότερο από 33 ( $29,83 < 33$ ) φαίνεται ότι οι ερωτώμενοι αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εργασία τους. Όσο μεγαλύτερα είναι τα σκορ τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση αντανακλούν η οποία σχετίζεται με την ικανότητα του νοσηλευτή να είναι αποτελεσματικός στη δουλειά του (πίνακας 6.6).

Για τον υπολογισμό της **επαγγελματικής εξουθένωσης** προστέθηκαν οι ερωτήσεις 1 (αντεστρ.), 4 (αντεστρ.), 8, 10, 15 (αντεστρ.), 17 (αντεστρ.), 19, 21, 26 και 29 (αντεστρ.). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το μέσο σκορ είναι 26,27. Στη μελέτη της Stamm (2005), το μέσο σκορ είναι 22 ενώ το 25% των ατόμων έχουν σκορ μεγαλύτερο από 27 (αρνητικά συναισθήματα) και το 25% έχουν σκορ μικρότερο του 18. Επειδή το σκορ στην παρούσα

έρευνα είναι σχεδόν 27 (26,27) φαίνεται ότι ο ερωτώμενος έχει αρνητικά συναισθήματα και θα πρέπει να σκεφτεί τι είναι αυτό που τον ενοχλεί στην εργασία του (πίνακας 6.6).

Για τον υπολογισμό της **κόπωσης συμπόνιας**, προστέθηκαν οι ερωτήσεις 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 και 28. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το μέσο σκορ είναι 18,38. Στη μελέτη της Stamm (2005), το μέσο σκορ είναι 13 ενώ το 25% των ατόμων έχουν σκορ μεγαλύτερο από 17 και το 25% έχουν σκορ μικρότερο του 8. Επειδή το σκορ στην παρούσα έρευνα είναι μεγαλύτερο του 17 ( $18,38 > 17$ ) αποτελεί ένδειξη για το πώς νιώθει στην εργασία του και πρέπει να σκεφτεί σοβαρά τι είναι αυτό που τον δυσκολεύει προκειμένου να βρει λύση ίσως και να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό. Το μεγάλο σκορ αν και δεν αποτελεί απόδειξη του τι συμβαίνει αποτελεί όμως ένδειξη (πίνακας 6.6).

**Πίνακας 6. 6. Κατανομή συνολικού δείγματος για την επαγγελματική ποιότητας ζωής**

	<b>Sum_</b> <b>Ικανοπ συμπόνιας</b>	<b>Sum</b> <b>Επαγγ. Εξουθένωση</b>	<b>Sum</b> <b>Κόπωση συμπόνιας</b>
Mean	29,83	26,27	18,38
Std. Deviation	10,56	7,26	9,28
Minimum	0	4	0
Maximum	50	47	46

Ο συνδυασμός χαμηλής ικανοποίησης συμπόνιας και μεγάλου κίνδυνου για επαγγελματική εξουθένωση και κόπωση συμπόνιας είναι ο πιο επιβαρυντικός και βασανιστικός. Οι νοσηλευτές όχι μόνο νιώθουν ότι υποφέρουν από τη δουλειά τους αλλά αισθάνονται άχρηστοι και τρομάζουν. Όσοι ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία ίσως να βοηθηθούν εάν μετακινηθούν σε ένα άλλο χώρο εργασίας ακόμα και σε ένα άλλο τμήμα. Πρέπει λοιπόν να αξιολογηθούν τα άτομα αυτά για διαταραχή μετατραυματικού στρες και κατάθλιψη. Η θεραπεία έχει θετικά αποτελέσματα, αλλά η επιστροφή των ατόμων σε ένα αμετάβλητο εργασιακό περιβάλλον, είναι αδύνατον να αποβεί γόνιμη. Ωστόσο, εάν το άτομο είναι πρόθυμο, θα μπορούσε να τροποποιήσει την αποτελεσματικότητά του, επανακαθορίζοντας τις προσωπικές του ικανότητες και χρησιμοποιώντας τα υποστηρικτικά εργαλεία, όπως είναι η επιπλέον εκπαίδευση ή αναθεωρώντας και επανεξετάζοντας σε συνεργασία με τους επικεφαλής τις ανατεθείσες εργασίες (Stamm, 2009; Μαγγούλια, 2011).



Όπως διαμορφώνεται η κλίμακα, το επίπεδο της επαγγελματικής ποιότητας ζωής έχει ως εξής (πίνακας 6.7):

**Πίνακας 6. 7. Ταξινόμηση συνολικού δείγματος επιπέδου επαγγελματικής ποιότητας ζωής**

	<b>Ικανοποίηση συμπόνιας</b>	<b>Επαγγ. Εξουθ.</b>	<b>Κόπωση συμπόνιας</b>
<b>Χαμηλή</b>	Σκορ <33	Σκορ <18	Σκορ <8
<b>Μέση</b>	33< Σκορ <42	18< Σκορ <27	8< Σκορ <17
<b>Υψηλή</b>	Σκορ >42	Σκορ >27	Σκορ >17

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι 117 νοσηλευτές (58,5%) βιώνουν χαμηλή ικανοποίηση συμπόνιας, οι 28 νοσηλευτές (14%) βρίσκονται στο μέσο επίπεδο και οι 55 νοσηλευτές (27,5%) βιώνουν υψηλή ικανοποίηση. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές των δύο υπό διερεύνηση νοσοκομείων αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εργασία τους και δεν αποκομίζουν ικανοποίηση από δραστηριότητες εντός του εργασιακού τους χώρου (πίνακας 6.8).

Επιπλέον, οι 90 νοσηλευτές (45%) βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ οι 81 νοσηλευτές (45%) βρίσκονται σε μέτριο κίνδυνο και οι 29 νοσηλευτές (14,5%) του δείγματος είναι σε χαμηλό κίνδυνο για επαγγελματική εξουθένωση. Στην περίπτωση αυτή οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναλογιστούν και να σκεφτούν τι τους ενοχλεί στον εργασιακό τους χώρο και πιστεύουν ότι είναι αναποτελεσματικοί στην άσκηση των καθηκόντων τους. Όσοι βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο κινδύνου για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (14,5%) αυτό ίσως αντανακλά θετικά συναισθήματα των νοσηλευτών για την αποτελεσματικότητά τους στην εργασία (Stamm, 2005) (πίνακας 6.8).

Τέλος, οι 67 νοσηλευτές (33,5%) βρίσκονται σε μέσο κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας και οι 103 νοσηλευτές (51,5%) σε υψηλό. Χαμηλή κόπωση συμπόνιας εμφανίζουν οι 30 νοσηλευτές (15%). Θα πρέπει να σκεφτούν σοβαρά αυτό που τους τρομάζει στον εργασιακό τους χώρο καθώς και άλλους παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη υψηλής κόπωσης συμπόνιας (πίνακας 6.8).

**Πίνακας 6. 8. Διαβαθμισμένο επίπεδο επαγγελματικής ποιότητας ζωής**

	<b>Sum</b> <b>Ικανοπ. συμπόνιας</b>	<b>Sum</b> <b>Επαγγ. Εξουθένωση</b>	<b>Sum</b> <b>Κόπωση συμπόνιας</b>
<b>Χαμηλή</b>	117 (58,5%)	29 (14,5%)	30 (15%)
<b>Μέση</b>	28 (14%)	81 (40,5%)	67 (33,5%)
<b>Υψηλή</b>	55 (27,5%)	90 (45%)	103 (51,5%)
<b>Σύνολο</b>	200 (100%)	200 (100%)	200 (100%)

Στις ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση συμπόνιας, οι 74 νοσηλευτές (37%) πολύ συχνά και οι 73 νοσηλευτές (36,5%) συχνά λαμβάνουν ικανοποίηση από τη φροντίδα των ανθρώπων. Οι 51 νοσηλευτές (25,5%) αισθάνονται συχνά και οι 19 (9,5%) πολύ συχνά αναζωογονημένοι από την εργασία τους με αυτούς που φροντίζουν. Επιπλέον οι 56 νοσηλευτές (28%) νιώθουν συχνά και οι 23 (11,5%) πολύ συχνά ευχαριστημένοι με τις τεχνικές που χρησιμοποιούν. Οι 61 νοσηλευτές (30,5%) απάντησαν ότι συχνά και οι 44 νοσηλευτές (22%) πολύ συχνά είναι ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους. Οι 52 νοσηλευτές (26%) συχνά και οι 30 νοσηλευτές (15%) πολύ συχνά πιστεύουν ότι μπορούν να κάνουν τη διαφορά μέσω της δουλειάς τους. Οι 76 νοσηλευτές (38%) είναι συχνά υπερήφανοι για τη δουλειά τους και οι 62 νοσηλευτές (31%) πολύ συχνά νιώθουν υπερήφανοι. Επίσης, οι 62 νοσηλευτές (31%) σκέφτονται μερικές φορές ότι είναι επιτυχημένοι επαγγελματίες, οι 50 νοσηλευτές (25%) συχνά και οι 28 νοσηλευτές (14%) πολύ συχνά. Τέλος, οι 57 νοσηλευτές (28,5%) νιώθουν μερικές φορές ότι είναι ευτυχισμένοι που επέλεξαν να εξασκούν αυτή την εργασία, οι 54 νοσηλευτές (27%) συχνά και οι 37 νοσηλευτές (18,5%) πολύ συχνά. Οι απαντήσεις παρουσιάζονται αναλυτικότερα στον Πίνακα 6.9.

**Πίνακας 6. 9. Κατανομή δείγματος ερωτήσεων ικανοποίησης συμπόνιας**

<b>Ερωτήσεις Ικανοποίησης συμπόνιας</b>	<b>Ποτέ</b> <b>(N, %)</b>	<b>Σπάνια</b> <b>(N, %)</b>	<b>Μερικές</b> <b>φορές</b> <b>(N, %)</b>	<b>Συχνά</b> <b>(N, %)</b>	<b>Πολύ</b> <b>συχνά</b> <b>(N, %)</b>
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να φροντίζω ανθρώπους.	4 (2)	11 (5,5)	38 (19)	73 (36,5)	74 (37)
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω με αυτούς που φροντίζω.	20 (10)	44 (22)	66 (33)	51 (25,5)	19 (9,5)
12. Μου αρέσει η δουλειά μου	12 (6)	14 (7)	27 (13,5)	72 (36)	75 (37,5)
16. Είμαι ευχαριστημένος γιατί νιώθω ικανός να παρακολουθώ τεχνικές υποστήριξης και πρωτόκολλα.	25 (12,5)	44 (22)	52 (26)	56 (28)	23 (11,5)

Ερωτήσεις Ικανοποίησης συμπόνιας	Ποτέ (N, %)	Σπάνια (N, %)	Μερικές φορές (N, %)	Συχνά (N, %)	Πολύ συχνά (N, %)
18. Η δουλειά μου με κάνει να νιώθω ικανοποιημένη/ος.	17 (8,5)	20 (10)	58 (29)	61 (30,5)	44 (22)
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για αυτούς που φροντίζω και πως θα μπορούσα να τους βοηθήσω.	8 (4)	13 (6,5)	62 (31)	78 (39)	39 (19,5)
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.	28 (14)	31 (15,5)	59 (29,5)	52 (26)	30 (15)
24. Είμαι υπερήφανη/ος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω.	5 (2,5)	8 (4)	49 (24,5)	76 (38)	62 (31)
27. Σκέφτομαι ότι είμαι επιτυχημένος/η επαγγελματίας.	21 (10,5)	39 (19,5)	62 (31)	50 (25)	28 (14)
30. Είμαι ευτυχισμένη/ος που επέλεξα να κάνω αυτήν τη δουλειά.	18 (9)	34 (17)	57 (28,5)	54 (27)	37 (18,5)

Στον Πίνακα 6.10 παρουσιάζεται η κατανομή του συνολικού δείγματος στις ερωτήσεις για την επαγγελματική εξουθένωση. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών δήλωσε ότι συχνά (73 νοσηλευτές, 36,5%) και πολύ συχνά (35 νοσηλευτές, 17,5%) είναι ευτυχισμένοι. Οι 67 νοσηλευτές (33,5%) νιώθουν μερικές φορές συνδεδεμένοι με τους άλλους αλλά οι 61 νοσηλευτές (30,5%) σπάνια χάνουν τον ύπνο τους σκεπτόμενοι τις τραυματικές εμπειρίες του ατόμου που φροντίζουν. Οι 67 νοσηλευτές (33,5%) αισθάνονται μερικές φορές εγκλωβισμένοι από τη δουλειά τους. Το ίδιο νιώθουν συχνά οι 38 νοσηλευτές (19%) και πολύ συχνά 25 (12,5%) νοσηλευτές. Το 32,5% των ερωτηθέντων (65 νοσηλευτές) συχνά θεωρούν ότι έχουν πεποιθήσεις που τους στηρίζουν και οι 79 νοσηλευτές (39,5%) είναι συχνά το άτομο που πάντα θα ήθελαν να είναι. Από την άλλη, 67 νοσηλευτές (33,5%) συχνά νιώθουν εξαντλημένοι εξαιτίας της εργασίας τους και οι 64 νοσηλευτές (32%) μερικές φορές αισθάνονται καταβεβλημένοι από το φόρτο εργασίας ή βαλτωμένοι από το σύστημα (58 νοσηλευτές, 29%). Τέλος, οι 77 νοσηλευτές (38,5%) θεωρούν συχνά ότι είναι πολύ ευαίσθητα άτομα (πίνακας 6.10).

**Πίνακας 6. 10. Κατανομή δείγματος ερωτήσεων για την επαγγελματική εξουθένωση**

Ερωτήσεις επαγγελματικής εξουθένωσης	Ποτέ (N, %)	Σπάνια (N, %)	Μερικές φορές (N, %)	Συχνά (N, %)	Πολύ συχνά (N, %)
1. Είμαι ευτυχισμένος/η.	5 (2,5)	25 (12,5)	62 (31)	73 (36,5)	35 (17,5)
4. Νιώθω συνδεδεμένος/η με τους άλλους.	20 (10)	34 (17)	67 (33,5)	53 (26,5)	26 (13)
8. Χάνω τον ύπνο μου σκεπτόμενη/ος τραυματικές εμπειρίες ενός ατόμου που φροντίζω.	56 (28)	61 (30,5)	49 (24,5)	22 (11)	12 (6)
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένη/ος από τη δουλειά μου.	40 (20)	30 (15)	67 (33,5)	38 (19)	25 (12,5)
15. Έχω πεποιθήσεις που με στηρίζουν.	10 (5)	12 (6)	60 (30)	65 (32,5)	53 (26,5)
17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	13 (6,5)	16 (8)	41 (20,5)	79 (39,5)	51 (25,5)
19. Εξαιτίας της δουλειάς μου νιώθω εξαντλημένη/ος.	7 (3,5)	7 (3,5)	58 (29)	67 (33,5)	61 (30,5)
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένη/ος από το φόρτο εργασίας που έχω να διεκπεραιώσω.	4 (2)	18 (9)	64 (32)	52 (26)	62 (31)
26. Αισθάνομαι «βαλτωμένη/ος» από το σύστημα.	17 (8,5)	27 (13,5)	58 (29)	41 (20,5)	57 (28,5)
29. Είμαι ένα πολύ ευαίσθητο άτομο.	10 (5)	27 (13,5)	41 (20,5)	77 (38,5)	45 (22,5)

Στον Πίνακα 6.11 παρουσιάζεται η κατανομή του συνολικού δείγματος στις ερωτήσεις για την κόπωση συμπόνιας. Οι 82 νοσηλευτές (41%) δήλωσαν ότι συχνά ανησυχούν για τα άτομα που φροντίζουν αν και οι 69 νοσηλευτές (34,5%) δεν παρουσιάζουν καμία δυσκολία διαχωρισμού προσωπικής και επαγγελματικής ζωής. Οι 58 (29%) σπάνια αναπηδούν ή ξαφνιάζονται από ήχους και οι 61 νοσηλευτές (30,5%) μερικές φορές νομίζουν ότι έχουν επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που φροντίζουν. Επίσης, οι 59 νοσηλευτές (29,5%) αισθάνονται μελαγχολικοί μερικές φορές, λόγω των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθούν και οι 71 νοσηλευτές (35,5%) σπάνια νιώθουν σαν να βιώνουν την τραυματική εμπειρία κάποιου που φροντίζουν. Οι 58 νοσηλευτές (29%) σπάνια αποφεύγουν συγκεκριμένες καταστάσεις επειδή τους θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που φροντίζουν και οι 63 νοσηλευτές (31,5%) ποτέ δεν έχουν ανεπιθύμητες και τρομακτικές σκέψεις. Τέλος, 75 νοσηλευτές (37,5%) μερικές φορές δεν μπορούν να ανακαλέσουν σημαντικά σημεία της δουλειάς τους για άτομα με τραυματικές εμπειρίες.

**Πίνακας 6. 11. Κατανομή δείγματος ερωτήσεων για την κόπωση συμπίνας**

Ερωτήσεις κόπωσης συμπίνας	Ποτέ (N, %)	Σπάνια (N, %)	Μερικές φορές (N, %)	Συχνά (N, %)	Πολύ συχνά (N, %)
2. Ανησυχώ έντονα για πολλά από τα άτομα που φροντίζω.	8 (4)	25 (12,5)	50 (25)	82 (41)	35 (17,5)
5. Αναπηδών ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους.	40 (20)	58 (29)	48 (24)	33 (16,5)	21 (10,5)
7. Δυσκολία διαχωρισμού προσωπικής – επαγγελματικής ζωής	69 (34,5)	66 (33)	33 (16,5)	21 (10,5)	11 (5,5)
9. Νομίζω ότι ίσως έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που φροντίζω.	48 (24)	55 (27,5)	61 (30,5)	24 (12)	12 (6)
11. Εξαιτίας της βοήθειας που παρέχω, έχω αισθανθεί εκνευρισμένη/ος για διάφορα θέματα.	18 (9)	32 (16)	79 (39,5)	52 (26)	19 (9,5)
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.	40 (20)	56 (28)	59 (29,5)	31 (15,5)	14 (7)
14. Νιώθω σαν να βιώνω την τραυματική εμπειρία κάποιου που έχω φροντίσει.	51 (25,5)	71 (35,5)	58 (29)	11 (5,5)	9 (4,5)
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που φροντίζω.	80 (40)	58 (29)	39 (19,5)	11 (5,5)	12 (6)
25. Ως αποτέλεσμα της δουλειάς μου, έχω ενοχλητικές, ανεπιθύμητες και τρομακτικές σκέψεις.	63 (31,5)	53 (26,5)	45 (22,5)	28 (14)	11 (5,5)
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά σημεία της δουλειάς μου που αφορούν άτομα με τραυματικές εμπειρίες.	29 (14,5)	59 (29,5)	75 (37,5)	28 (14)	9 (4,5)

#### **6.4. Ερωτηματολόγιο υγείας και παραγωγικότητας στην εργασία (HPQ)**

Σχετικά με τα ωράρια εργασίας και το ποσοστό των συνολικών ωρών εργασίας εβδομαδιαίως, οι 179 νοσηλευτές (89,5%) εργάζονται 0-10% ώρες σε απογευματινή βάρδια και οι 95 νοσηλευτές (47,5%) νύχτα. Πρωί εργάζονται 42 νοσηλευτές (21%) για 11-20% ώρες και απόγευμα οι 73 νοσηλευτές (36,5%) αντίστοιχα (πίνακας 6.12).

**Πίνακας 6. 12. Κατανομή δείγματος ως προς το ωράριο εργασίας**

	<b>Πρωί N (%)</b>	<b>Απόγευμα N (%)</b>	<b>Νύχτα N (%)</b>
<b>0-10%</b>	27 (13,5)	179 (89,5)	95 (47,5)
<b>11-20%</b>	42 (21)	73 (36,5)	41 (20,5)
<b>21-30%</b>	25 (12,5)	55 (27,5)	18 (9)
<b>31-40%</b>	33 (16,5)	53 (26,5)	26 (13)
<b>41-50%</b>	20 (10)	22 (11)	5 (2,5)
<b>51-60%</b>	10 (5)	10 (5)	8 (4)
<b>61-70%</b>	8 (4)	1 (0,5)	1 (0,5)
<b>71-80%</b>	9 (4,5)	3 (1,5)	3 (1,5)
<b>81-90%</b>	3 (1,5)	0 (0)	0 (0)
<b>91-100%</b>	23 (11,5)	4 (2)	3 (1,5)

Ως προς τον **αριθμό των ατόμων που ο νοσηλευτής εποπτεύει προσωπικά στην εργασία του**, οι 169 νοσηλευτές (84,5%) εποπτεύουν 0-10 άτομα, οι 17 νοσηλευτές (8,5%) 11-20 άτομα ενώ περισσότερα από 100 άτομα εποπτεύουν μόνο 3 νοσηλευτές (1,5%) (πίνακας 6.13).

**Πίνακας 6. 13. Κατανομή δείγματος ως προς τα άτομα που εποπτεύει ο νοσηλευτής**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>0-10 άτομα</b>	169	84,5
<b>11-20 άτομα</b>	17	8,5
<b>21-30 άτομα</b>	4	2
<b>31-40 άτομα</b>	5	2,5
<b>41-50 άτομα</b>	0	0
<b>51-60 άτομα</b>	1	0,5
<b>61-70 άτομα</b>	0	0
<b>71-80 άτομα</b>	0	0
<b>81-90 άτομα</b>	0	0
<b>91-100 άτομα</b>	1	0,5
<b>&gt;100 άτομα</b>	3	1,5
<b>Σύνολο</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Ως προς τις **ημέρες που ξόδεψαν οι εργαζόμενοι σε διάφορες καταστάσεις**, οι 194 νοσηλευτές (97%) έχασαν 0-5 ημέρες εργασίας λόγω σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων, οι 199 νοσηλευτές (99,5%) έχασαν 0-5 ολόκληρες ημέρες εργασίας για οποιοδήποτε άλλο λόγο, οι 197 νοσηλευτές (98,5%) έχασαν 0-5 τμήματα της ημέρας λόγω σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων, και οι 168 νοσηλευτές (84%) έφθασαν 0-5 ημέρες νωρίτερα στην εργασία τους ή επέστρεψαν αργά στο σπίτι ή εργάστηκαν στο ρεπό τους (πίνακας 6.14).

**Πίνακας 6. 14. Κατανομή δείγματος ως προς την απώλεια ημερών εργασίας**

	<b>0-5</b> N (%)	<b>6-10</b> N (%)	<b>11-15</b> N (%)	<b>16-20</b> N (%)	<b>21-25</b> N (%)	<b>26-30</b> N (%)	<b>&gt;30</b> N (%)
Χάσατε ολόκληρη ημέρα εργασίας εξαιτίας σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων;	194 (97)	2 (1)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	3 (1,5)
Χάσατε μια ολόκληρη ημέρα εργασίας για οποιοδήποτε άλλο λόγο;	199 (99,5)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Χάσατε μέρος της ημέρας εργασίας λόγω σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων;	197 (98,5)	3 (1,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Χάσατε μέρος μιας ημέρας εργασίας για οποιοδήποτε άλλο λόγο	197 (98,5)	3 (1,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Φθάσατε νωρίς στη δουλειά / επιστρέψατε αργά στο σπίτι / εργαστήκατε στο ρεπό σας;	168 (84)	14 (7)	10 (5)	7 (3,5)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)

Ως προς το αν τις προηγούμενες εβδομάδες **είχαν κάποια επιτυχία ή αποτυχία στην εργασία τους**, η πλειονότητα των νοσηλευτών (176 νοσηλευτές, 88%) δεν είχαν κάτι διαφορετικό, θετικό ή αρνητικό (πίνακας 6.15).

**Πίνακας 6. 15. Κατανομή δείγματος ως προς την επιτυχία/αποτυχία που βίωσαν**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>%</b>
ΝΑΙ	24	12
<u>ΟΧΙ</u>	176	88
<b>Σύνολο</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

## ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Ως προς την **σωματική υγεία**, οι 79 νοσηλευτές (39,5%) θεωρούν ότι είναι καλή, οι 44 νοσηλευτές (22%) ότι είναι μέτρια και οι 53 νοσηλευτές (26,5%) πολύ καλή. Ως προς την ψυχική υγεία, οι 72 νοσηλευτές (36%) θεωρούν ότι είναι καλή, οι 46 νοσηλευτές (23%) ότι είναι μέτρια και οι 55 νοσηλευτές (27,5%) πολύ καλή (πίνακας 6.16).

**Πίνακας 6. 16. Κατανομή απαντήσεων για αξιολόγηση υγείας**

	<b>Εξαιρετική (N, %)</b>	<b>Πολύ καλή (N, %)</b>	<b>Καλή (N, %)</b>	<b>Μέτρια (N, %)</b>	<b>Κακή (N, %)</b>
Σωματική υγεία	11 (5,5)	53 (26,5)	79 (39,5)	44 (22)	13 (6,5)
Ψυχική υγεία	15 (7,5)	55 (27,5)	72 (36)	46 (23)	12 (6)

Ως προς τη **θεραπεία που δέχτηκαν ή δέχονται για χρόνια προβλήματα** υγείας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα η πιο σπάνια ασθένεια από την οποία υποφέρουν αλλά δεν έχουν δεχτεί ποτέ επαγγελματική θεραπεία είναι η καρδιακή ανεπάρκεια (3 νοσηλευτές, 1,5%), το άσθμα (3 νοσηλευτές, 1,5%), η ΧΑΠ (1 νοσηλευτής, 0,5%) και ο καρκίνος (1 νοσηλευτής, 0,5%). Το μικρότερο ποσοστό ασθενειών όπου δήλωσαν ότι πάσχουν και δέχτηκαν επαγγελματική θεραπεία στο παρελθόν είναι η αρτηριακή πίεση (8 νοσηλευτές, 4%), η καρδιακή ανεπάρκεια (1 νοσηλευτής, 0,5%), η χρόνια βρογχίτιδα (5 νοσηλευτές, 2,5%) και ο διαβήτης (2 νοσηλευτές, 1%). Για τα προβλήματα υγείας που δέχονται επαγγελματική θεραπεία κατά την παρούσα περίοδο το μικρότερο ποσοστό παρουσιάζουν η αρθρίτιδα (4 νοσηλευτές, 2%), η καρδιακή ανεπάρκεια (2 νοσηλευτές, 1%) και η χρόνια κόπωση (2 νοσηλευτές, 1%) (πίνακας 6.17).

**Πίνακας 6. 17. Κατανομή απαντήσεων για θεραπεία χρόνιων νοσημάτων**

	<b>ΟΧΙ, δεν έχω αυτή την κατάσταση (N, %)</b>	<b>ΝΑΙ, αλλά δεν έχω δεχτεί ποτέ επαγγελματική θεραπεία (N, %)</b>	<b>ΝΑΙ, έχω δεχτεί κατά το παρελθόν επαγγελματική θεραπεία (όχι τώρα) (N, %)</b>	<b>ΝΑΙ, δέχομαι κατά την παρούσα περίοδο επαγγελματική θεραπεία (N, %)</b>
Αρθρίτιδα	165 (82,5)	17 (8,5)	14 (7)	4 (2)
Πόνος σε μέση /αυχένα	42 (21)	91 (45,5)	59 (29,5)	8 (4)
Μυϊκό άλγος	72 (36)	90 (45)	30 (15)	8 (4)
Ημικρανίες / συχνούς ή σοβαρούς πονοκεφάλους	86 (43)	77 (38,5)	28 (14)	9 (4,5)
Άλλο χρόνιο πόνο	161 (80,5)	17 (8,5)	12 (6)	10 (5)



	<b>ΟΧΙ, δεν έχω αυτή την κατάσταση</b>	<b>ΝΑΙ, αλλά δεν έχω δεχτεί ποτέ επαγγελματική θεραπεία</b>	<b>ΝΑΙ, έχω δεχτεί κατά το παρελθόν επαγγελματική θεραπεία (όχι τώρα)</b>	<b>ΝΑΙ, δέχομαι παρούσα περίοδο επαγγελματική θεραπεία</b>
	<b>(N, %)</b>	<b>(N, %)</b>	<b>(N, %)</b>	<b>(N, %)</b>
Υψηλή αρτηριακή πίεση ή υπέρταση	173 (86,5)	11 (5,5)	8 (4)	8 (4)
Καρδιακή ανεπάρκεια	194 (97)	3 (1,5)	1 (0,5)	2 (1)
Υψηλή χοληστερόλη	168 (84)	17 (8,5)	4 (2)	11 (5,5)
Έλκος στομάχου / εντέρου	172 (86)	10 (5)	10 (5)	8 (4)
Συχνή διάρροια / δυσκοιλιότητα	159 (79,5)	28 (14)	10 (5)	3 (1,5)
Στομαχικά προβλήματα (ναυτία / δυσπεψία)	128 (64)	47 (23,5)	21 (10,5)	4 (2)
Εποχιακές αλλεργίες	138 (69)	34 (17)	22 (11)	6 (3)
Άσθμα	189 (94,5)	3 (1,5)	7 (3,5)	1 (0,5)
Χρόνια βρογχίτιδα	193 (96,5)	2 (1)	5 (2,5)	0 (0)
ΧΑΠ	194 (97)	1 (0,5)	4 (2)	1 (0,5)
Ουρητικά/κυστικά προβλήματα	182 (91)	7 (3,5)	10 (5)	1 (0,5)
Διαβήτη	189 (94,5)	4 (2)	2 (1)	5 (2,5)
Χρόνιες διαταραχές ύπνου	166 (83)	24 (12)	6 (3)	4 (2)
Χρόνια κόπωση ή χαμηλή ενεργητικότητα	125 (62,5)	65 (32,5)	8 (4)	2 (1)
Οστεοπόρωση	189 (94,5)	9 (4,5)	0 (0)	2 (1)
Σκλήρυνση κατά πλάκας	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Καρκίνο	195 (97,5)	1 (0,5)	2 (1)	2 (1)
Αγχώδεις / συναισθηματικές διαταραχές	135 (67,5)	52 (26)	11 (5,5)	2 (1)
Κατάθλιψη	177 (88,5)	16 (8)	6 (3)	1 (0,5)

Ως προς το αν **καπνίζουν**, οι 75 νοσηλευτές (37,5%) δήλωσαν ότι καπνίζουν καθημερινά, οι 15 νοσηλευτές (7,5%) ότι ήταν πρώην καπνιστές και οι 22 νοσηλευτές (11%) ότι καπνίζουν μερικές φορές. Τέλος, οι 73 νοσηλευτές (36,5%) δήλωσαν ότι δεν καπνίζουν ποτέ (πίνακας 6.18).

#### **Πίνακας 6. 18. Κατανομή απαντήσεων για κάπνισμα**

	<b>N</b>	<b>%</b>
ΝΑΙ περιστασιακά	15	7,5
ΝΑΙ καθημερινά	75	37,5
Πρώην καπνιστής/τρια	15	7,5
Μερικές φορές	22	11,0
Ποτέ	73	36,5

Ως προς το αν **κάνουν κατάχρηση αλκοόλ**, οι 102 νοσηλευτές (51%) καταναλώνουν αλκοόλ λιγότερο από 1 φορά το μήνα, οι 56 νοσηλευτές (28%) ποτέ και οι 3 νοσηλευτές (1,5%) καθημερινά (πίνακας 6.19).

**Πίνακας 6. 19. Κατανομή απαντήσεων για αλκοόλ**

	N	%
Σχεδόν καθημερινά	3	1,5
Αρκετές ημέρες εβδομάδα	6	3,0
1-3 ημέρες/εβδομάδα	33	16,5
Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	102	51,0
Ποτέ	56	28,0

Ως προς την περίοδο **ευφορίας**, οι 139 νοσηλευτές (69,5%) δήλωσαν ότι κατά το προηγούμενο έτος είχαν 0-5 εβδομάδες, οι 24 νοσηλευτές (12%) 6-10 εβδομάδες και μόνο 3 νοσηλευτές (1,5%) είχαν περισσότερες από 41 εβδομάδες (πίνακας 6.20). Την περίοδο αυτή ένιωθαν ευφορία και ήταν γεμάτοι ενεργητικότητα. Η σκέψη τους έτρεχε γρήγορα, ήταν ανήσυχοι και δεν μπορούσαν να μένουν ακίνητοι. Κατά μέσο όρο βίωναν επεισόδια ευφορίας για 7,55 εβδομάδες και ο χρόνος κυμαινόταν από 0-52 (πίνακας 6.22).

**Πίνακας 6. 20. Κατανομή απαντήσεων για περίοδο ευφορίας**

	N	%
0-5	139	69,5
6-10	24	12
11-15	4	2
16-20	8	4
21-25	4	2,0
26-30	10	5
31-35	1	0,5
36-40	7	3,5
> 41	3	1,5

Ως προς τα επεισόδια **γκρίνιας και επιθετικότητας**, οι 149 νοσηλευτές (74,5%) δήλωσαν ότι κατά το προηγούμενο έτος είχαν 0-5 εβδομάδες επεισόδια γκρίνιας και επιθετικότητας, οι 16 νοσηλευτές (8%) 6-10 εβδομάδες και μόνο 3 νοσηλευτές (1,5%) είχαν περισσότερες από 41 εβδομάδες. Την περίοδο αυτή ξεκινούσαν λογομαχίες, φώναζαν ή χτυπούσαν ανθρώπους

(πίνακας 6.21). Κατά μέσο όρο βίωναν επεισόδια γκρίνιας και επιθετικότητας για 6,31 εβδομάδες και ο χρόνος κυμαινόταν από 0-52 (πίνακας 6.22).

**Πίνακας 6. 21. Κατανομή απαντήσεων για επεισόδια γκρίνιας και επιθετικότητας**

	N	%
0-5	149	74,5
6-10	16	8
11-15	10	5
16-20	7	3,5
21-25	4	2,0
26-30	5	2,5
31-35	2	1
36-40	3	1,5
41-50	1	0,5
> 50	3	1,5

**Πίνακας 6. 22. Κατανομή απαντήσεων για τα επεισόδια**

	Ευφορία_ενεργητικότητα	Ευέξαπτος_γκρινιάρης
Mean	7,55	6,31
Std. Deviation	11,515	10,801
Minimum	0	0
Maximum	52	52

Ως προς τα επεισόδια έκρηξης θυμού με θραύση αντικειμένου, οι 152 νοσηλευτές (76%) δήλωσαν ότι δεν είχαν κάποιο τέτοιο επεισόδιο. Οι 15 νοσηλευτές (7,5%) δήλωσαν 1 επεισόδιο κατά το προηγούμενο έτος, και μόνο 1 νοσηλευτής (0,5%) δήλωσε 50 επεισόδια (πίνακας 6.23).

**Πίνακας 6. 23. Κατανομή απαντήσεων για επεισόδια έκρηξης θυμού**

	N	%
0	152	76,0
1	15	7,5
2	17	8,5
3	3	1,5
4	1	0,5
5	3	1,5
6	1	0,5

	N	%
10	5	2,5
15	2	1,0
50	1	0,5

Ως προς τα επεισόδια **έκρηξης θυμού με απώλεια ελέγχου και επίθεση σε άτομο**, οι 158 νοσηλευτές (79%) δήλωσαν ότι δεν είχαν κάποιο τέτοιο επεισόδιο, οι 15 νοσηλευτές (7,5%) δήλωσαν 1 επεισόδιο κατά το προηγούμενο έτος, και μόνο 1 νοσηλευτής (0,5%) δήλωσε 50 επεισόδια (πίνακας 6.24).

**Πίνακας 6. 24. Κατανομή απαντήσεων για επεισόδια έκρηξης θυμού/επιθετικότητας**

	N	%
0	158	79,0
1	15	7,5
2	8	4,0
3	2	1,0
4	3	1,5
5	4	2,0
6	1	0,5
10	5	2,5
20	2	1,0
35	1	0,5
50	1	0,5

Ως προς τα επεισόδια **ατυχημάτων/τραυματισμών/δηλητηριάσεων**, οι 182 νοσηλευτές (91%) δήλωσαν ότι δεν είχαν κάποιο τέτοιο επεισόδιο, οι 9 νοσηλευτές (4,5%) δήλωσαν 1 επεισόδιο κατά το προηγούμενο έτος, και μόνο 1 νοσηλευτής (0,5%) δήλωσε 10 επεισόδια (πίνακας 6.25).

**Πίνακας 6. 25. Κατανομή απαντήσεων για ατυχήματα/τραυματισμούς**

	N	%
0	182	91,0
1	9	4,5
2	5	2,5
3	1	0,5
4	1	0,5
5	1	0,5
10	1	0,5

Σχετικά με την **προσοχή και τη συγκέντρωση**, οι 83 νοσηλευτές (41,5%) δήλωσαν ότι σπάνια έχουν δυσκολία ολοκλήρωσης των τελικών λεπτομερειών μιας εργασίας αφού έχουν τελειώσει το δύσκολο κομμάτι ενώ οι 31 νοσηλευτές (15,5%) μερικές φορές αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους δυσκολία. Μόνο 4 νοσηλευτές (2%) δήλωσαν ότι το αντιμετωπίζουν πολύ συχνά ενώ 68 νοσηλευτές (34%) δεν το αντιμετωπίζουν ποτέ. Ανάλογα, οι 65 νοσηλευτές (32,5%) δήλωσαν ότι σπάνια έχουν δυσκολία να βάλουν τα πράγματα σε σειρά όταν πρέπει να κάνουν κάτι που απαιτεί οργάνωση ενώ οι 35 νοσηλευτές (17,5%) μερικές φορές αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους δυσκολία. Μόνο 4 νοσηλευτές (2%) δήλωσαν ότι το αντιμετωπίζουν πολύ συχνά ενώ 83 νοσηλευτές (41,5%) δεν το αντιμετωπίζουν ποτέ. Επιπλέον, οι 61 νοσηλευτές (30,5%) δήλωσαν ότι σπάνια έχουν προβλήματα να θυμηθούν ραντεβού ή υποχρεώσεις ενώ οι 41 νοσηλευτές (20,5%) μερικές φορές αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους δυσκολία. Μόνο 10 νοσηλευτές (5%) δήλωσαν ότι το αντιμετωπίζουν πολύ συχνά ενώ 71 νοσηλευτές (35,5%) δεν το αντιμετωπίζουν ποτέ. Οι 75 νοσηλευτές (37,5%) δήλωσαν ότι σπάνια αποφεύγουν ή καθυστερούν να ξεκινήσουν ένα καθήκον που απαιτεί πολύ σκέψη, ενώ οι 41 νοσηλευτές (20,5%) μερικές φορές αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους δυσκολία. Μόνο 11 νοσηλευτές (5,5%) δήλωσαν ότι το αντιμετωπίζουν πολύ συχνά ενώ 61 νοσηλευτές (30,5%) δεν το αντιμετωπίζουν ποτέ. Τέλος οι 52 νοσηλευτές (26%) δήλωσαν ότι σπάνια κινούνται νευρικά όταν πρέπει να καθίσουν για πολύ ώρα ενώ οι 30 νοσηλευτές (15%) μερικές φορές αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους δυσκολία. Μόνο 6 νοσηλευτές (3%) δήλωσαν ότι το αντιμετωπίζουν πολύ συχνά ενώ 95 νοσηλευτές (47,5%) δεν το αντιμετωπίζουν ποτέ (πίνακας 6.26).

**Πίνακας 6. 26. Κατανομή απαντήσεων σχετικά με προσοχή και συγκέντρωση**

	<b>Ποτέ</b> N (%)	<b>Σπάνια</b> N (%)	<b>Μερικές φορές</b> N (%)	<b>Συχνά</b> N (%)	<b>Πολύ συχνά</b> N (%)
... έχετε δυσκολία ολοκλήρωσης των τελικών λεπτομερειών μιας εργασίας, αφού το δύσκολο κομμάτι έχει γίνει;	68 (34)	83 (41,5)	31 (15,5)	14 (7)	4 (2)
... έχετε δυσκολία να βάλετε τα πράγματα σε μία σειρά όταν έχετε να κάνετε κάτι που απαιτεί οργάνωση;	83 (41,5)	65 (32,5)	35 (17,5)	13 (6,5)	4 (2)
... έχετε προβλήματα να θυμηθείτε ραντεβού ή υποχρεώσεις;	71 (35,5)	61 (30,5)	41 (20,5)	17 (8,5)	10 (5)
... αποφεύγετε ή καθυστερείτε να ξεκινήσετε ένα καθήκον που απαιτεί πολύ σκέψη;	61 (30,5)	75 (37,5)	41 (20,5)	12 (6)	11 (5,5)

	<b>Ποτέ</b>	<b>Σπάνια</b>	<b>Μερικές φορές</b>	<b>Συχνά</b>	<b>Πολύ συχνά</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
... κινείστε νευρικά και κουλουριάζεστε όταν πρέπει να καθίσετε για πολύ ώρα;	95 (47,5)	52 (26)	30 (15,5)	17 (8,5)	6 (3)

Σχετικά με το **αν κουράστηκαν κατά το τελευταίο έτος εκτελώντας «μικρά καθημερινά καθήκοντα»**, οι 72 νοσηλευτές (36%) δήλωσαν ότι μερικές φορές κουράζονται εκτελώντας σωματικά καθήκοντα (π.χ. εργασία, ψώνια κ.λπ.), 52 νοσηλευτές (26%) συχνά και 44 νοσηλευτές (22%) σπάνια. Ως προς τα πνευματικά καθήκοντα 69 νοσηλευτές (34,5%) δήλωσαν ότι μερικές φορές κουράζονται από τα πνευματικά καθήκοντα (π.χ. γραφική εργασία), οι 56 (28%) σπάνια κουράζονται και οι 30 νοσηλευτές (15%) συχνά. Από την άλλη οι 26 νοσηλευτές (13%) δεν κουράζονται ποτέ (πίνακας 6.27).

**Πίνακας 6. 27. Κατανομή απαντήσεων για συχνότητα κόπωσης από «μικρά καθήκοντα»**

	<b>Ποτέ</b>	<b>Σπάνια</b>	<b>Μερικές φορές</b>	<b>Συχνά</b>	<b>Πολύ συχνά</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
... <u>σωματικά καθήκοντα</u> (π.χ. εργασία, ψώνια,)	8 (4)	44 (22)	72 (36)	52 (26)	24 (12)
... <u>πνευματικά καθήκοντα</u> (π.χ. ανάγνωση, γράψιμο, γραφική εργασία)	26 (13)	56 (28)	69 (34,5)	30 (15)	19 (9,5)

Σχετικά με την **ξεκούραση ή χαλάρωση όταν αισθάνθηκαν κουρασμένοι**, οι 143 νοσηλευτές (71,5%) δήλωσαν ότι αν προσπαθούσαν να ξεκουραστούν ή να χαλαρώσουν θα επανακτούσαν πλήρως την ενέργειά τους ενώ οι 57 νοσηλευτές (28,5%) δήλωσαν ότι εξακολουθούσαν να αισθάνονται ακόμα κουρασμένοι (πίνακας 6.28).

**Πίνακας 6. 28. Κατανομή απαντήσεων για αντιμετώπιση κόπωσης**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Επανάκτηση ενέργειας	143	71,5
Ακόμα κουρασμένος/αδύναμος	57	28,5
<b>Σύνολο</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Σχετικά με την **συχνότητα της κόπωσης όταν κάποιο πρόβλημα έγινε σοβαρότερο**, κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, οι 61 νοσηλευτές (30,5%) δήλωσαν ότι αισθάνονται κουρασμένοι αρκετές ημέρες την εβδομάδα, οι 49 νοσηλευτές (24,5%) 1-2 ημέρες/εβδομάδα και οι 27 νοσηλευτές (13,5%) σχεδόν καθημερινά (πίνακας 6.29).

**Πίνακας 6. 29. Κατανομή απαντήσεων για την κόπωση σε σοβαρότερη κατάσταση**

	N	%
Σχεδόν καθημερινά	27	13,5
Αρκετές ημέρες/εβδομάδα	61	30,5
1-2 ημέρες/εβδομάδα	49	24,5
1-3 ημέρες/μήνα	33	16,5
Λιγότερο 1 φορά/μήνα	30	15,0
<b>Σύνολο</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Σχετικά με το πώς **αισθάνθηκαν τις τελευταίες 4 εβδομάδες**, οι 53 νοσηλευτές (26,5%) αισθάνθηκαν λίγες φορές λυπημένοι, αλλά οι 84 νοσηλευτές (42%) δεν αισθάνθηκαν καμία φορά έτσι. Οι 84 νοσηλευτές (42%) αισθάνθηκαν μερικές φορές εκνευρισμένοι, οι 67 (33,5%) ανήσυχοι ή νευρικοί και οι 109 νοσηλευτές (54,5%) καμία φορά απελπισμένοι. Επίσης, οι 80 νοσηλευτές (40%) δεν ένιωσαν καμία φορά αδύναμοι και απογοητευμένοι αν και οι 57 (28,5%) ένιωσαν έτσι λίγες φορές. Τέλος, οι 84 νοσηλευτές (42%) δεν ένιωσαν καμία φορά ανίκανοι να χαλαρώσουν και οι 60 (30%) καμία φορά ανυπόμονοι ή ευέξαπτοι (πίνακας 6.30).

**Πίνακας 6. 30. Κατανομή απαντήσεων για το πώς αισθάνθηκαν τις τελευταίες 4 εβδομάδες**

	Όλες N (%)	Περισσότερες N (%)	Μερικές N (%)	Λίγες N (%)	Καμία N (%)
... τόσο λυπημένος που τίποτα δεν θα μπορούσε να σας δώσει χαρά;	4 (2)	12 (6)	47 (23,5)	53 (26,5)	84 (42)
... εκνευρισμένος;	3 (1,5)	33 (16,5)	84 (42)	66 (33)	14 (7)
... ανήσυχος ή νευρικός;	2 (1)	27 (13,5)	67 (33,5)	63 (31,5)	41 (20,5)
... απελπισμένος;	4 (2)	9 (4,5)	31 (15,5)	47 (23,5)	109 (54,5)
... αδύναμος και απογοητευμένος;	3 (1,5)	12 (6)	48 (24)	57 (28,5)	80 (40)
... ανάξιος;	2 (1)	2 (1)	14 (7)	35 (17,5)	147 (73,5)
... ανίκανος να χαλαρώσετε;	5 (2,5)	21 (10,5)	41 (20,5)	49 (24,5)	84 (42)
... ανυπόμονος ή ευέξαπτος;	2 (1)	17 (8,5)	58 (29)	63 (31,5)	60 (30)

Σχετικά με τα προβλήματα στον ύπνο, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών, πολλοί από τους νοσηλευτές είχαν προβλήματα με τον ύπνο τους. Συγκεκριμένα, οι 43 νοσηλευτές (21,5%) περνούσαν κάθε νύχτα 2 ή περισσότερες ώρες άπνοι για 1-2 εβδομάδες, οι 45 νοσηλευτές (22,5%) περνούσαν 1 ώρα ή περισσότερο κάθε νύχτα μέχρι να ξανακοιμηθούν για το ίδιο διάστημα και οι 37 νοσηλευτές (18,5%) ξυπνούσαν τουλάχιστον 2 ώρες νωρίτερα από το επιθυμητό. Τέλος, οι 59 νοσηλευτές (29,5%) αισθάνονταν υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας για 1-2 εβδομάδες και οι 27 (13,5%) για 3-4 εβδομάδες (πίνακας 6.31).

**Πίνακας 6. 31. Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τον ύπνο κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών**

	<b>0 εβδ. N (%)</b>	<b>1-2 εβδ. N (%)</b>	<b>3-4 εβδ. N (%)</b>	<b>5-8 εβδ. N (%)</b>	<b>9-12 εβδ. N (%)</b>	<b>13-26 εβδ. N (%)</b>	<b>27-51 εβδ. N (%)</b>	<b>52 εβδ. N (%)</b>
Καταφέρετε να κοιμηθείτε, ενώ σχεδόν κάθε νύχτα περνούσαν 2 ή περισσότερες ώρες άπνοιας	106 (43)	43 (21,5)	16 (8)	10 (5)	8 (4)	9 (4,5)	8 (4)	0 (0)
Παραμείνατε κοιμισμένος, όταν ξυπνούσατε σχεδόν κάθε νύχτα και περνούσε 1 ώρα ή περισσότερο για να ξανακοιμηθείτε;	113 (45)	45 (22,5)	13 (6,5)	8 (4)	6 (3)	8 (4)	7 (3,5)	0 (0)
... με το να ξυπνάτε πάρα πολύ νωρίς, ενώ ξυπνούσατε σχεδόν κάθε πρωί τουλάχιστον 2 ώρες νωρίτερα από ότι θέλατε;	123 (61,5)	37 (18,5)	16 (8)	3 (1,5)	6 (3)	7 (3,5)	6 (3)	2 (1)
... με το να αισθάνεστε υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας	49 (24,5)	59 (29,5)	27 (13,5)	16 (8)	11 (5,5)	21 (10,5)	10 (5)	7 (3,5)



## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΑΠΟΥΣΙΕΣ

Ως προς τις ώρες εργασίας κατά την τελευταία εβδομάδα, οι 127 νοσηλευτές (63,5%) εργάστηκαν 31-40 ώρες, οι 35 νοσηλευτές (17,5%) 41-50 ώρες και 1 νοσηλευτής (0,5%) περισσότερο από 100 ώρες εβδομαδιαία (πίνακας 6.32). Οι νοσηλευτές εργάστηκαν κατά μέσο όρο 41,43 ώρες την τελευταία εβδομάδα (πίνακας 6.34).

**Πίνακας 6. 32. Κατανομή ωρών εργασίας κατά την τελευταία εβδομάδα**

	N	%
<b>0-10 ώρες</b>	5	2,5
<b>11-20 ώρες</b>	3	1,5
<b>21-30 ώρες</b>	5	2,5
<b>31-40 ώρες</b>	127	63,5
<b>41-50 ώρες</b>	35	17,5
<b>51-60 ώρες</b>	20	10
<b>61-70 ώρες</b>	3	1,5
<b>71-80 ώρες</b>	1	0,5
<b>81-90 ώρες</b>	0	0
<b>91-100 ώρες</b>	0	0
<b>&gt;100 ώρες</b>	1	0,5
<b>Σύνολο</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Ως προς τις ώρες που συνολικά εργάστηκαν τις 4 προηγούμενες εβδομάδες, οι 104 νοσηλευτές (52%) εργάστηκαν 151-160 ώρες, οι 17 νοσηλευτές (8,5%) 161-170 ώρες και 8 νοσηλευτές (4%) περισσότερες από 201 ώρες (πίνακας 6.33). Η μέση τιμή ωρών εργασίας τις 4 προηγούμενες εβδομάδες είναι 151,97 ώρες με μέγιστο τις 420 ώρες και ελάχιστο τις 16 (πίνακας 6.34).

**Πίνακας 6. 33. Εργασιακά χαρακτηριστικά δείγματος τις 4 προηγούμενες εβδομάδες**

	Συχνότητα	%
0-10	0	0
11-20	3	1,5
21-30	1	0,5
31-40	12	6

	Συχνότητα	%
41-50	2	1
51-60	0	0
61-70	1	0,5
71-80	0	0
81-90	1	0,5
91-100	3	1,5
101-110	0	0
111-120	5	2,5
121-130	5	2,5
131-140	11	5,5
141-150	7	3,5
151-160	104	52
161-170	17	8,5
171-180	10	5
181-190	3	1,5
191-200	7	3,5
> 201	8	4
<b>Σύνολο</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Πίνακας 6. 34. Κατανομή ωρών εργασίας εβδομαδιαία και μηνιαία**

	Ώρες εργασίας τελευταία εβδομάδα	Ώρες εργασίας προηγούμενες 4 εβδομάδες
Mean	41,43	151,97
Std. Deviation	11,386	50,473
Minimum	0	16
Maximum	105	420

Στον πίνακα που παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ παρουσιάζεται η κατανομή του συνολικού δείγματος ως προς τα **σκορ απουσίας από την εργασία**. Το **απόλυτο σκορ απουσίας\_1** από την εργασία (εκτίμηση με βάση τις 4 τελευταίες εβδομάδες) εκφράζει τις ώρες που χάνονται από την εργασία. Συνεπώς όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερη είναι και η απουσία του εργαζομένου. Η μέση τιμή είναι 8,03 χαμένες ώρες εργασίας για τις προηγούμενες 4 εβδομάδες, με μέγιστο τις 144 ώρες και ελάχιστο -260

(πίνακας 6.35). Οι 144 ώρες είναι ο αριθμός των ωρών που αναμένεται να εργάζεται το άτομο ενώ το -260 (αρνητικό ελάχιστο) δείχνει ότι το άτομο εργάζεται περισσότερο από το αναμενόμενο. Ο τύπος που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του απόλυτου σκορ απουσίας από την εργασία είναι ο εξής:

$$\text{Απόλυτο σκορ απουσίας}_1 = \frac{\text{Αριθμός εβδομάδων x αναμενόμενες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας} - \text{πραγματικές ώρες εργασίας}, (4*40 - B6)}{B6}$$

Το **σχετικό σκορ απουσίας\_1** από την εργασία (εκτίμηση με βάση τις 4 τελευταίες εβδομάδες) εκφράζεται ως ποσοστό επί των ωρών που αναμένεται να εργαστεί ο νοσηλευτής (ο λόγος των ωρών εργασίας που χάθηκαν προς τις ώρες που αναμένεται να εργάζεται το άτομο) και κυμαίνεται μεταξύ μίας αρνητικής τιμής (όταν το άτομο εργάζεται περισσότερο από το αναμενόμενο) και της τιμής 1 (όταν το άτομο είναι συνεχώς απών). Στο δείγμα, το σχετικό σκορ απουσίας έχει μέση τιμή 0,05, με μέγιστο 0,9 και ελάχιστο -1,63 (πίνακας 6.35).

Ο τύπος που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του σχετικού σκορ απουσίας από την εργασία είναι ο εξής:

$$\text{Σχετικό σκορ απουσίας}_1 = \frac{\text{Αριθμός εβδομάδων x αναμενόμενες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας} - \text{πραγματικές ώρες εργασίας}}{\text{αριθμός εβδομάδων x αναμενόμενες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας}, (4*40 - B6)/(4*40)}$$

Η μέση τιμή στις **σχετικές ώρες εργασίας\_1** είναι 0,95 με μέγιστη τιμή τις 2,63 ώρες και ελάχιστη τις 0,10 ώρες (πίνακας 6.35).

$$\text{Σχετικές ώρες εργασίας}_1 = \frac{\text{Πραγματικές ώρες εργασίας}}{\text{αριθμός εβδομάδων x αναμενόμενες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας}, [B6 / (4*40)]}$$

Το **απόλυτο σκορ απουσίας\_2** για τις ώρες εργασίας των προηγούμενων 7 ημερών (εκτίμηση με βάση τις 7 τελευταίες ημέρες) έχει μέση τιμή -5,72, με μέγιστο τις 160 χαμένες ώρες εργασίας και ελάχιστο -260 ώρες (πίνακας 6.35). Η αρνητική τιμή στο ελάχιστο σημαίνει ότι το άτομο εργάζεται περισσότερο από το αναμενόμενο και το μέγιστο ισούται με τον αριθμό των ωρών που το άτομο αναμένεται να εργάζεται σε 4 εβδομάδες. Ο υψηλός αρνητικός αριθμός δικαιολογείται από τις ώρες εργασίας κάποιων νοσηλευτών που αγγίζουν και τις 15 ημερησίως.

Ο τύπος που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του απόλυτου μέτρου απουσίας τις τελευταίες 7 ημέρες είναι ο εξής:

$$\text{Απόλυτο σκορ απουσίας}_2 = (\text{Αριθμός εβδομάδων} \times \text{αναμενόμενες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας}) - (\text{αριθμός εβδομάδων} \times \text{πραγματικές ώρες 7ήμερης εργασίας}), (4 \cdot 40 - 4 \cdot B3)$$

Το **σχετικό σκορ απουσίας<sub>2</sub>** για τις ώρες εργασίας των προηγούμενων 7 ημερών (**εκτίμηση με βάση τις 7 τελευταίες ημέρες**) έχει μέση τιμή -0,035 ώρες, μέγιστη τιμή 1 ώρα και ελάχιστη τιμή -1,63 (πίνακας 6.35).

Ο τύπος που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του σχετικού μέτρου ωρών εργασίας είναι ο εξής:

$$\text{Σχετικό σκορ απουσίας}_2 = (\text{Αριθμός εβδομάδων} \times \text{αναμενόμενες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας} - \text{αριθμός εβδομάδων} \times \text{πραγματικές ώρες 7ήμερης εργασίας}) / \text{αριθμός εβδομάδων} \times \text{αναμενόμενες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας}, (4 \cdot 40 - 4 \cdot B3) / (4 \cdot 40)$$

Η μέση τιμή στις **σχετικές ώρες εργασίας<sub>2</sub>** είναι 1,04 με μέγιστη τιμή τις 2,63 ώρες και ελάχιστη τις 0 ώρες (πίνακας 6.35).

$$\text{Σχετικές ώρες εργασίας}_2 = \text{Πραγματικές ώρες 7ήμερης εργασίας} / \text{αναμενόμενες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας}, [B3 / 40]$$

**Πίνακας 6. 35. Κατανομή σκορ απουσίας / παραγωγικότητας**

	ΑΠΟΛΥΤΟ ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣΙΑΣ _1	ΣΧΕΤΙΚΟ ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣΙΑΣ _1	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ _1	ΑΠΟΛΥΤΟ ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣΙΑΣ _2	ΣΧΕΤΙΚΟ ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣΙΑΣ _2	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ _2
Mean	8,03	0,05	0,95	-5,72	-0,035	1,04
Std. Deviation	50,473	0,31598	0,31574	45,544	0,28530	0,28462
Minimum	-260	-1,63	0,10	-260	-1,63	0,00
Maximum	144	0,90	2,63	160	1,00	2,63

Συμπερασματικά, ως προς την εβδομαδιαία απουσία από την εργασία, σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι στο δείγμα υπήρχαν άτομα που είτε δεν εργάστηκαν καθόλου τις προηγούμενες 7 ημέρες, είτε εργάστηκαν λιγότερες ώρες από το αναμενόμενο αλλά και νοσηλευτές που εργάστηκαν περισσότερο από το αναμενόμενο. Υπάρχουν δηλαδή κάποιοι

που εργάζονται πέραν του ωραρίου τους, πιθανώς όχι μόνο σαν υπερωρία στην εργασία τους ή εργασία σε ρεπό αλλά και σαν εργασία κάπου αλλού πέραν της κύριας απασχόλησης τους, καθώς είναι γνωστό ότι αρκετοί νοσηλευτές εργάζονται ταυτόχρονα και σε ιδιωτικές κλινικές με ημιαπασχόληση ή σε σχολές νοσηλευτικής σαν εργαστηριακοί ή επιστημονικοί συνεργάτες ή σε άλλους χώρους. Όσον αφορά τη μηνιαία απουσία από την εργασία, παρατηρήθηκε ότι στο δείγμα δεν υπήρχε κανείς που να ήταν συνεχώς απών τις προηγούμενες 4 εβδομάδες, υπήρχαν όμως κάποιοι με κανονικό ωράριο που εργάστηκαν 16 έως 280 ώρες τον περασμένο μήνα.

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΑΠΟΛΟΣΗ**

Στον πίνακα που παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ παρουσιάζεται η κατανομή του συνολικού δείγματος ως προς τα σκορ (απόλυτα και σχετικά) της παραγωγικότητας. Ειδικότερα, ως προς την **αξιολόγηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων**, οι 42 νοσηλευτές (21%) αξιολογούνται με 7, οι 38 νοσηλευτές (19%) αξιολογούνται με 8 και κανένας νοσηλευτής δεν αξιολογείται με 0 και 1 (πίνακας 6.36). Η μέση τιμή αξιολόγησης της παραγωγικότητας των εργαζομένων είναι 6,88, η ελάχιστη 2 και η μέγιστη 10 (πίνακας 6.38). Ως προς την αξιολόγηση της ατομικής παραγωγικότητας, οι 60 νοσηλευτές (30%) την αξιολογούν με 8, οι 48 νοσηλευτές (24%) με 9 και κανένας νοσηλευτής δεν την αξιολογεί με 0 (πίνακας 6.36). Η μέση τιμή αξιολόγησης της ατομικής παραγωγικότητας του νοσηλευτή είναι 7,83, η ελάχιστη 1 και η μέγιστη 10 (πίνακας 6.38).

**Πίνακας 6. 36. Κατανομή αξιολόγησης παραγωγικότητας**

	Αξιολόγηση παραγωγικότητας εργαζομένων		Αξιολόγηση ατομικής παραγωγικότητας	
	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%
0	0	0	0	0
1	0	0	1	0,5
2	3	1,5	2	1
3	6	3,0	1	0,5
4	6	3,0	5	2,5
5	38	19,0	11	5,5
6	25	12,5	8	4
7	42	21,0	39	19,5

	Αξιολόγηση παραγωγικότητας εργαζομένων		Αξιολόγηση ατομικής παραγωγικότητας	
	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%
8	38	19,0	60	30
9	31	15,5	48	24
10	11	5,5	25	12,5
<b>Σύνολο</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Ως προς τη σύγκριση της συνολικής παραγωγικότητας με αυτήν των περισσότερων άλλων εργαζομένων, οι 87 νοσηλευτές (43,5%) θεωρούν ότι βρίσκονται στο μέσο όρο, οι 44 νοσηλευτές (22%) κάπως καλύτεροι, ενώ οι 38 νοσηλευτές (19%) πολύ καλύτεροι (πίνακας 6.37). Η μέση τιμή σύγκρισης της ατομικής παραγωγικότητας του νοσηλευτή με αυτή άλλων είναι 2,85, η ελάχιστη 1 και η μέγιστη 5 (πίνακας 6.38).

**Πίνακας 6. 37. Κατανομή σύγκρισης παραγωγικότητας**

	Συχνότητα	%
Πολύ καλύτεροι	38	19,0
Κάπως καλύτεροι	44	22,0
Λίγο καλύτεροι	30	15,0
Στο μέσο όρο	87	43,5
Λίγο χειρότεροι	1	0,5
<b>Σύνολο</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Πίνακας 6. 38. Μέτρα αξιολόγηση παραγωγικότητας**

	Αξιολόγηση παραγωγικότητας εργαζομένων	Αξιολόγηση ατομικής παραγωγικότητας	Σύγκριση ατομικής παραγωγικότητας με αυτή άλλων
Mean	6,88	7,83	2,85
Std. Deviation	1,821	1,645	1,191
Minimum	2	1	1
Maximum	10	10	5

Η απόδοση στην εργασία είναι ένα μέτρο της πραγματικής παραγωγικότητας σε σχέση με την πιθανή. Σε αντίθεση με την απουσία από την εργασία, τα μεγαλύτερα σκορ δείχνουν μικρότερο ποσό χαμένης παραγωγικότητας.

Το **απόλυτο σκορ παραγωγικότητας** της απόδοσης στην εργασία εκφράζει το ποσοστό της παραγωγικότητας κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων και έχει κατώτερο άκρο το 0% (πλήρης έλλειψη παραγωγικότητας κατά τη διάρκεια της εργασίας) και ανώτερο όριο το 100% (καμία έλλειψη παραγωγικότητας κατά τη διάρκεια της εργασίας). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η μέση τιμή είναι 78,30%, με ελάχιστο το 10% και μέγιστο το 100% (πίνακας 6.39).

Ο τύπος που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του απόλυτου μέτρου παραγωγικότητας εργασίας είναι ο εξής:

$$\text{Απόλυτο σκορ παραγωγικότητας} = \frac{10 \times \text{Αξιολόγηση συνολικής ατομικής παραγωγικότητας}}{10 \times B11}$$

Το **σχετικό σκορ παραγωγικότητας** της απόδοσης στην εργασία είναι ο λόγος της πραγματικής παραγωγικότητας προς την παραγωγικότητα των περισσότερων εργαζομένων στην ίδια εργασία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η σχετική απόδοση έχει μέση τιμή 1,23 (δηλαδή 123% από την παραγωγικότητα των άλλων εργαζομένων) με ελάχιστη 0,20 και μέγιστη 5, πολύ μεγαλύτερη τιμή από την τιμή της μονάδας, γεγονός που σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες στην μελέτη αποζημιώνουν για τις χαμένες ώρες δουλειάς με μεγαλύτερη παραγωγικότητα στην εργασία (πίνακας 6.39).

Ο τύπος που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του σχετικού μέτρου παραγωγικότητας εργασίας είναι ο εξής:

$$\text{Σχετικό σκορ παραγωγικότητας} = \frac{\text{Συνολική ατομική παραγωγικότητα}}{\text{παραγωγικότητα άλλων εργαζομένων, (B11/B10)}}$$

**Πίνακας 6. 39. Απόλυτη και σχετική παραγωγικότητα**

	<b>ΑΠΟΛΥΤΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ</b>
Mean	78,30	1,23
Std. Deviation	16,44	0,53
Minimum	10	0,20
Maximum	100	5,00

## 6.5. Συσχετίσεις

Στη συνέχεια, διενεργήθηκε έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών και της κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ικανοποίηση συμπόνιας, επαγγελματική εξουθένωση, κόπωση συμπόνιας) και υπολογίστηκε το  $\chi^2$  (Chi-square test).

Με τη διενέργεια του ελέγχου  $\chi^2$  (Pearson Chi-square) διερευνάται η σχέση δύο μεταβλητών που εμφανίζονται σε έναν πίνακα συνάφειας και διαπιστώνεται η ύπαρξη στατιστικής εξάρτησης ή ανεξαρτησίας των δύο διερευνούμενων μεταβλητών, από τις οποίες η μία μπορεί να θεωρηθεί ως ανεξάρτητη και η άλλη ως εξαρτημένη (Γναρδέλλης, 2006).

Η συσχέτιση των μεταβλητών ελέγχεται μέσω του  $\chi^2$  και της πιθανότητας  $p$  με την προϋπόθεση να ισχύει  $p < 0,05$ . Από την ανάλυση απομακρύνονται οι παρατηρήσεις που έχουν missing value για μία τουλάχιστον από τις δύο μεταβλητές που συσχετίζονται (listwise) (Γναρδέλλης, 2006).

Στη σχέση του φύλου με την ικανοποίηση φροντίδας φαίνεται ότι οι γυναίκες συχνά (32%) και πολύ συχνά (33%) νιώθουν ικανοποίηση. Η τιμή του κριτηρίου είναι  $\chi^2=9,586$  και η πιθανότητα είναι  $p=0,048 < 0,05$ . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του βαθμού συσχέτισης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ικανοποίησης που λαμβάνουν από τη φροντίδα των ανθρώπων (Πίνακας 6.40).

**Πίνακας 6. 40. Συσχέτιση φύλου – ικανοποίηση φροντίδας**

		Φύλο			Total
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ		
Ικανοποίηση φροντίδας	Ποτέ	Count	0	4	4
		% of Total	0,0%	2,0%	2,0%
	Σπάνια	Count	4	7	11
		% of Total	2,0%	3,5%	5,5%
	Μερικές φορές	Count	10	28	38
		% of Total	5,0%	14,0%	19,0%
	Συχνά	Count	9	64	73
		% of Total	4,5%	32,0%	36,5%
	Πολύ συχνά	Count	8	66	74



		% of Total	4,0%	33,0%	37,0%
Total		Count	31	169	200
		% of Total	15,5%	84,5%	100,0%
<b>Chi-Square Tests</b>					
		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square		9,586 <sup>a</sup>	4	0,048	

Στη σχέση του εργασιακού κλίματος με την ικανοποίηση φροντίδας φαίνεται ότι όσοι θεωρούν πολύ καλό το εργασιακό κλίμα (18,5%) λαμβάνουν ικανοποίηση πολύ συχνά από τη φροντίδα ασθενών. Η τιμή του κριτηρίου είναι  $\chi^2=41,908$  και η πιθανότητα είναι  $p=0,000<0,05$ . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του βαθμού συσχέτισης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού κλίματος και της ικανοποίησης που λαμβάνουν από τη φροντίδα των ασθενών (Πίνακας 6.41).

**Πίνακας 6. 41. Συσχέτιση εργασιακού κλίματος – ικανοποίηση φροντίδας**

			Εργασιακό_κλίμα					Total	
			Πολύ καλό	Καλό	Ουδέτερο	Κακό	Πολύ Κακό		
Ικανοποίηση φροντίδας	Ποτέ	Count	1	1	1	0	1	4	
		% of Total	0,5%	0,5%	0,5%	0,0%	0,5%	2,0%	
	Σπάνια	Count	3	3	0	4	1	11	
		% of Total	1,5%	1,5%	0,0%	2,0%	0,5%	5,5%	
	Μερικές φορές	Count	14	15	8	1	0	38	
		% of Total	7,0%	7,5%	4,0%	0,5%	0,0%	19,0%	
	Συχνά	Count	29	29	10	3	2	73	
		% of Total	14,5%	14,5%	5,0%	1,5%	1,0%	36,5%	
	Πολύ συχνά	Count	37	25	7	1	4	74	
		% of Total	18,5%	12,5%	3,5%	0,5%	2,0%	37,0%	
	Total		Count	84	73	26	9	8	200
			% of Total	42,0%	36,5%	13,0%	4,5%	4,0%	100,0%
<b>Chi-Square Tests</b>									
		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)					
Pearson Chi-Square		41,908 <sup>a</sup>	16	0,000					

Στη σχέση της επιθυμίας αποχώρησης από το νοσοκομείο με την ικανοποίηση φροντίδας φαίνεται ότι όσοι δεν επιθυμούν να αποχωρήσουν, πολύ συχνά λαμβάνουν ικανοποίηση από

τη φροντίδα των ασθενών (19,5%) ενώ όσοι θέλουν να αποχωρήσουν το συντομότερο δεν λαμβάνουν ποτέ ικανοποίηση (1%). Η τιμή του κριτηρίου είναι  $\chi^2=30,560$  και η πιθανότητα είναι  $p=0,015<0,05$ . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του βαθμού συσχέτισης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιθυμίας αποχώρησης από το νοσοκομείο και της ικανοποίησης που λαμβάνουν από τη φροντίδα των ασθενών (Πίνακας 6.42).

**Πίνακας 6. 42. Συσχέτιση επιθυμίας αποχώρησης από νοσοκομείο – ικανοποίηση φροντίδας**

			Αποχώρηση από νοσοκομείο					Total	
			Το συντομότερο	Σύντομα	Σε 1 χρόνο	Σε μερικά χρόνια	Ποτέ		
Ικανοποίηση φροντίδας	Ποτέ	Count	2	2	0	0	0	4	
		% of Total	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	
	Σπάνια	Count	3	2	1	3	2	11	
		% of Total	1,5%	1,0%	0,5%	1,5%	1,0%	5,5%	
	Μερικές φορές	Count	5	10	0	7	16	38	
		% of Total	2,5%	5,0%	0,0%	3,5%	8,0%	19,0%	
	Συχνά	Count	8	11	0	26	28	73	
		% of Total	4,0%	5,5%	0,0%	13,0%	14,0%	36,5%	
	Πολύ συχνά	Count	7	10	1	17	39	74	
		% of Total	3,5%	5,0%	0,5%	8,5%	19,5%	37,0%	
	Total		Count	25	35	2	53	85	200
			% of Total	12,5%	17,5%	1,0%	26,5%	42,5%	100,0%
	<b>Chi-Square Tests</b>								
			Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)				
Pearson Chi-Square		30,560 <sup>a</sup>	16	0,015					

Στη σχέση της επιλογής του ίδιου επαγγέλματος με την ικανοποίηση προσφοράς φροντίδας φαίνεται ότι όσοι θα επέλεγαν ξανά το ίδιο επάγγελμα πολύ συχνά λαμβάνουν ικανοποίηση από τη φροντίδα των ασθενών (27,5%) ενώ αυτοί που δεν θα το επέλεγαν ξανά δηλώνουν ότι μερικές φορές λαμβάνουν ικανοποίηση από τη φροντίδα προς τους ασθενείς (13,5%). Η τιμή του κριτηρίου είναι  $\chi^2=31,362$  και η πιθανότητα είναι  $p=0,000<0,05$ . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του βαθμού συσχέτισης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιλογής του ίδιου επαγγέλματος και της ικανοποίησης που λαμβάνουν από τη φροντίδα των ασθενών (Πίνακας 6.43).

**Πίνακας 6. 43. Συσχέτιση επιλογής ίδιου επαγγέλματος – ικανοποίηση προσφοράς φροντίδας**

		Επιλογή ίδιου επαγγέλματος				
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total		
Ικανοποίηση προσφοράς φροντίδας	Ποτέ	Count	1	3	4	
		% of Total	0,5%	1,5%	2,0%	
	Σπάνια	Count	2	9	11	
		% of Total	1,0%	4,5%	5,5%	
	Μερικές φορές	Count	11	27	38	
		% of Total	5,5%	13,5%	19,0%	
	Συχνά	Count	31	42	73	
		% of Total	15,5%	21,0%	36,5%	
	Πολύ συχνά	Count	55	19	74	
		% of Total	27,5%	9,5%	37,0%	
	Total		Count	100	100	200
			% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,362 <sup>a</sup>	4	0,000

Στη σχέση φύλου με την αίσθηση μελαγχολίας φαίνεται ότι οι γυναίκες μερικές φορές (26%) αισθάνονται μελαγχολικές. Η τιμή του κριτηρίου είναι  $\chi^2=9,979$  και η πιθανότητα είναι  $p=0,041<0,05$ . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του βαθμού συσχέτισης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της αίσθησης μελαγχολίας. (πίνακας 6.44).

**Πίνακας 6. 44. Συσχέτιση φύλου - μελαγχολίας**

		Μελαγχολικός					Total	
		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά		
Φύλο	ΑΝΔΡΑΣ	Count	12	7	7	5	0	31
		% of Total	6,0%	3,5%	3,5%	2,5%	0,0%	15,5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	28	49	52	26	14	169
		% of Total	14,0%	24,5%	26,0%	13,0%	7,0%	84,5%
Total		Count	40	56	59	31	14	200
		% of Total	20,0%	28,0%	29,5%	15,5%	7,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,979 <sup>a</sup>	4	0,041

Στη σχέση μόρφωσης με τη δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, φαίνεται ότι οι απόφοιτοι ΤΕΙ ποτέ (16%) ή σπάνια (19%) καταφέρνουν να κάνουν το διαχωρισμό. Η τιμή του κριτηρίου είναι  $\chi^2=39,231$  και η πιθανότητα είναι  $p=0,026<0,05$ . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του βαθμού συσχέτισης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόρφωσης και δυσκολίας διαχωρισμού επαγγελματικής με προσωπική ζωή (πίνακας 6.45).

**Πίνακας 6. 45. Συσχέτιση μόρφωσης - Δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής**

			Δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής προσωπικής ζωής					Total	
			Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά		
Μόρφωση	ΤΕΛ Νοσηλευτική	Count	14	9	3	1	2	29	
		% of Total	7,0%	4,5%	1,5%	0,5%	1,0%	14,5%	
	ΙΕΚ Νοσηλευτική	Count	8	3	0	3	0	14	
		% of Total	4,0%	1,5%	0,0%	1,5%	0,0%	7,0%	
	ΤΕΙ	Count	32	38	18	8	6	102	
		% of Total	16,0%	19,0%	9,0%	4,0%	3,0%	51,0%	
	ΑΕΙ	Count	4	6	3	2	0	15	
		% of Total	2,0%	3,0%	1,5%	1,0%	0,0%	7,5%	
	Μεταπτυχιακό	Count	7	6	5	5	0	23	
		% of Total	3,5%	3,0%	2,5%	2,5%	0,0%	11,5%	
	ΜΤΕΝΣ	Count	4	4	4	2	2	16	
		% of Total	2,0%	2,0%	2,0%	1,0%	1,0%	8,0%	
	ΕΠΑΣ/ΟΑΕΔ	Count	0	0	0	0	1	1	
		% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	,5%	
	Total		Count	69	66	33	21	11	200
			% of Total	34,5%	33,0%	16,5%	10,5%	5,5%	100,0%
	<b>Chi-Square Tests</b>								
			Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)				
Pearson Chi-Square		39,231 <sup>a</sup>	24	0,026					

Στη σχέση του τμήματος εργασίας με τη δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, φαίνεται ότι ποτέ δεν κάνουν διαχωρισμό οι εργαζόμενοι στο παθολογικό (10%) και το χειρουργικό (9,5%). Η τιμή του κριτηρίου είναι  $\chi^2=77,046$  και η πιθανότητα

είναι  $p=0,014 < 0,05$ . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του βαθμού συσχέτισης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τμήματος εργασίας και δυσκολίας διαχωρισμού επαγγελματικής με προσωπική ζωή (πίνακας 6.46).

**Πίνακας 6. 46. Συσχέτιση τμήματος εργασίας - Δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής**

			Δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής					Total
			Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	
Τμήμα Εργασίας	Παθολογικό	Count	20	13	6	4	4	47
		% of Total	10,0%	6,5%	3,0%	2,0%	2,0%	23,5%
	Νευροχειρουργικό	Count	2	6	2	0	0	10
		% of Total	1,0%	3,0%	1,0%	,0%	,0%	5,0%
	Χειρουργικό	Count	19	17	7	6	2	51
		% of Total	9,5%	8,5%	3,5%	3,0%	1,0%	25,5%
	Καρδιολογικό	Count	4	1	4	4	2	15
		% of Total	2,0%	,5%	2,0%	2,0%	1,0%	7,5%
	Ορθοπαιδικό	Count	4	0	2	0	0	6
		% of Total	2,0%	,0%	1,0%	,0%	,0%	3,0%
	Νεφρολογικό-MTN	Count	4	2	0	0	0	6
		% of Total	2,0%	1,0%	,0%	,0%	,0%	3,0%
	ΩΡΛ	Count	0	0	2	2	0	4
		% of Total	,0%	,0%	1,0%	1,0%	,0%	2,0%
	Οφθαλμολογικό	Count	2	3	1	1	2	9
		% of Total	1,0%	1,5%	,5%	,5%	1,0%	4,5%
	ΤΕΠ	Count	4	5	0	0	0	9
		% of Total	2,0%	2,5%	,0%	,0%	,0%	4,5%
	Αιμοδυναμικό	Count	0	2	4	0	0	6
		% of Total	,0%	1,0%	2,0%	,0%	,0%	3,0%
	Νοσηλευτική Υπηρεσία	Count	2	6	2	0	0	10
		% of Total	1,0%	3,0%	1,0%	,0%	,0%	5,0%
	ΜΕΘ	Count	4	5	2	1	1	13
		% of Total	2,0%	2,5%	1,0%	,5%	,5%	6,5%

	Αποστείρωση	Count	2	6	0	1	0	9
		% of Total	1,0%	3,0%	,0%	,5%	,0%	4,5%
	ΜΜΜΟ	Count	2	0	1	2	0	5
		% of Total	1,0%	,0%	,5%	1,0%	,0%	2,5%
Total	Count	69	66	33	21	11	200	
	% of Total	34,5%	33,0%	16,5%	10,5%	5,5%	100,0%	
<b>Chi-Square Tests</b>								
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)					
Pearson Chi-Square	77,046 <sup>a</sup>	52	0,014					

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της κόπωσης συμπίονιας στους επαγγελματίες υγείας, συγκεκριμένα στους νοσηλευτές, δύο νοσοκομείων της Αθήνας, του «Κοργιαλένιου-Μπενάκειου Ε.Ε.Σ.» και του Αντικαρκινικού-Ογκολογικού Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» και η επίδραση που η κόπωση συμπίονιας έχει στην παραγωγικότητα των εργαζομένων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε ο προσδιορισμός και η κατανόηση της κόπωσης συμπίονιας, η ανάδειξη του προβλήματος που παρατηρείται στην επαγγελματική άσκηση των καθηκόντων των νοσηλευτών, η αξιολόγηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής τους καθώς και του επιπέδου υγείας τους και τέλος, η εκτίμηση και συσχέτιση της παραγωγικότητας των νοσηλευτών με την κόπωση συμπίονιας.

Στην μελέτη συμμετείχαν 200 νοσηλευτές (100 από τον ΕΕΣ και 100 από τον Άγιο Σάββα), κυρίως γυναίκες (84,5%) ηλικίας 21-61 ετών, στην πλειονότητά τους έγγαμοι (58,5%), όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης (51% νοσηλευτές ΤΕΙ). Η προϋπηρεσία στο αντίστοιχο τμήμα ήταν τουλάχιστον 1 έτος, το οποίο τέθηκε και ως προϋπόθεση συμμετοχής στην έρευνα καθώς θεωρείται ότι κάποιος που έχει εργαστεί λιγότερο από 1 έτος, ίσως να μην έχει αρκετές εμπειρίες ακόμα και από τραυματικά γεγονότα που θα οδηγήσουν στη μελέτη της κόπωσης συμπίονιας.

Σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία, η **ικανοποίηση συμπίονιας**, η ευχαρίστηση που αποκομίζει ο εργαζόμενος από το να είναι ικανός να κάνει καλά και σωστά τη δουλειά του, κυμαίνεται σε χαμηλό επίπεδο, καθώς ο μέσος για τους νοσηλευτές είναι 29,83 ενώ το 25% των ατόμων στη μελέτη της Stamm (2005) είχαν σκορ μικρότερο από 33. Φάνηκε επίσης ότι θετικά συναισθήματα και σκέψεις για συναδέλφους και το εργασιακό περιβάλλον οδηγούν σε **μεγαλύτερα σκορ** σε αυτή την υποκλίμακα με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ικανότητα κάποιου να είναι αποτελεσματικός στην δουλειά του.

Υψηλότερα επίπεδα **ικανοποίησης συμπίονιας** συνδέονται με άτομα γυναικείου φύλου, που δεν θέλουν να φύγουν από το συγκεκριμένο νοσοκομείο, θα επέλεγαν ξανά το νοσηλευτικό επάγγελμα και θα ήθελαν το παιδί τους να ακολουθήσει το επάγγελμα τους. Μεγαλύτερη

είναι η ικανοποίηση συμπόνιας εκείνων που θεωρούν αρκετά ικανοποιητική την αμοιβή τους για την εργασία και τις ευθύνες που αυτή συνεπάγεται. Θετική ήταν και η συσχέτιση με τα χρόνια προϋπηρεσίας αλλού λόγω της ασφάλειας από την πρόσληψη στο δημόσιο τομέα. Σημαντικός παράγοντας στην ικανοποίηση συμπόνιας βρέθηκε να είναι το εργασιακό κλίμα που επικρατεί. Επιπλέον, μεγαλύτερη ικανοποίηση συμπόνιας έχουν αυτοί που δεν έχουν ημικρανίες, χρόνιο πόνο σε μέση ή αυχένα, κάποιο άλλο χρόνιο πόνο, χρόνιες διαταραχές ύπνου, χρόνια κόπωση ή χαμηλή ενεργητικότητα και κατάθλιψη σε σχέση με εκείνους που έχουν αυτές τις καταστάσεις αλλά δεν έχουν δεχτεί ποτέ επαγγελματική θεραπεία.

Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε σχεδόν οριακά μεγάλο κίνδυνο για εκδήλωση **επαγγελματικής εξουθένωσης**, καθώς ο μέσος του δείγματος είναι 26,27, ενώ το 25% των ατόμων στη μελέτη της Stamm (2005) είχαν σκορ μεταξύ 18 και 27. Βρίσκονται επίσης σε μεγάλο κίνδυνο για εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας, καθώς ο μέσος του δείγματος είναι 18,38, ενώ το 25% των ατόμων στη μελέτη της Stamm (2005) είχαν σκορ μεγαλύτερο από 17. Ο συνδυασμός χαμηλής ικανοποίησης συμπόνιας και κινδύνου εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης συμπόνιας είναι επικίνδυνος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 58,5% των νοσηλευτών βιώνουν χαμηλή ικανοποίηση συμπόνιας, το 14% βρίσκονται στο μέσο επίπεδο και το 27,5% βιώνουν υψηλή ικανοποίηση. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές των δύο υπό διερεύνηση νοσοκομείων αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εργασία τους και δεν αποκομίζουν ικανοποίηση από δραστηριότητες εντός του εργασιακού τους χώρου.

Επιπλέον, το 45% των νοσηλευτών βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ το 40,5% βρίσκονται σε μέτριο κίνδυνο και το 14,5% των νοσηλευτών είναι σε χαμηλό κίνδυνο για επαγγελματική εξουθένωση. Στην περίπτωση αυτή οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναλογιστούν και να σκεφτούν τι τους ενοχλεί στον εργασιακό τους χώρο και πιστεύουν ότι είναι αναποτελεσματικοί στην άσκηση των καθηκόντων τους. Όσοι βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο κινδύνου για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (14,5%) αυτό ίσως αντανakλά θετικά συναισθήματά τους για την αποτελεσματικότητά τους στην εργασία. Οι περισσότεροι έχουν μια γενική αντίληψη για το τι είναι **η επαγγελματική εξουθένωση**. Τα αρνητικά συναισθήματα συνήθως έχουν βαθμιαία εγκαθίδρυση και αντανakλούν το αίσθημα ότι οι προσπάθειες κάποιου δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα και δεν μπορούν να κάνουν κάποια διαφορά, ή μπορεί να σχετίζονται με μεγάλο φόρτο εργασίας ή με τη μη ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος στον εργασιακό χώρο.



Τέλος, το 33,5% βρίσκονται σε μέσο κίνδυνο εμφάνισης **κόπωσης συμπόνιας** και το 51,5% σε υψηλό. Χαμηλή κόπωση συμπόνιας εμφανίζει το 15%. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει οι νοσηλευτές να σκεφτούν αυτό που τους τρομάζει στον εργασιακό τους χώρο αλλά και όσους άλλους παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη υψηλής κόπωσης. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο για **κόπωση συμπόνιας** είναι όσοι εργάζονται περισσότερες ώρες τις προηγούμενες 7 ημέρες. Θετική συσχέτιση βρέθηκε με τα χρόνια προϋπηρεσίας στην συγκεκριμένη θέση εργασίας, στο τμήμα και στο νοσοκομείο.

Η **κόπωση συμπόνιας** σχετίζεται με το τραύμα ταύτισης και αφορά την έκθεση μέσω της εργασίας (δευτερογενώς) σε εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα, όπως για παράδειγμα το να ακούει συνεχώς ιστορίες για τραυματικές καταστάσεις που έχουν συμβεί σε άλλους ανθρώπους. Τα συμπτώματα συνήθως έχουν ραγδαία εγκαθίδρυση και σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο γεγονός. Μπορεί να περιλαμβάνουν φόβο, δυσκολία στο ύπνο, εικόνες από το γεγονός που έρχονται συνεχώς στο μυαλό ή αποφυγή πραγμάτων και καταστάσεων που θυμίζουν το γεγονός. Ως προς την αξιολόγηση των απουσιών που έκαναν οι εργαζόμενοι υπολογίστηκε το απόλυτο και σχετικό σκορ απουσίας από την εργασία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η κόπωση συμπόνιας συνδέεται με υψηλά επίπεδα σωματικών ασθενειών και χρήση αναρρωτικών αδειών.

Συμπερασματικά, το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξενόγλωσσες αναφορές**

Abendroth, M. & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), pp. 346-356.

Abendroth, M. (2005). Predicting the risk of compassion fatigue: An empirical study of hospice nurses. *MSc Thesis*. Florida State University, School of Nursing.

Adams, R.E., Boscarino, J.A. & Figley, C.R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1): 103-108.

Ahlbom, A. & Norell, S. (1997). Εισαγωγή στη σύγχρονη επιδημιολογία. 2<sup>η</sup> έκδοση. Μεταφρασμένο από τα Αγγλικά από Γ. Δημολιάτης, Σ. Χουλιάρη, Π. Αναστασόπουλος. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

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

Alderman, M.C. (2001). Nursing in the new millennium: Challenges and opportunities. *Dermatology Nursing*, 13, pp. 44-45, 49-50.

Altun, I. (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nurs Ethics*, 9(3):269-78.

Anewalt, P. (2009). Fired up or burned out? Understanding the importance of professional boundaries in home healthcare and hospice. *Home Health Nurse*, 27(10):590-7.

Antoniou, A.S. & Antonodimitrakis, P. (2001). Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. *Proceedings of the 8<sup>th</sup> Greek Conference of Psychological Research*, Alexandroupoli.

Arnold, J., Cooper, C.L. & Robertson, I.T. (1995). *Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place*. 2<sup>nd</sup> ed, Pitman, London.

Arvay, M.J. (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 23, pp. 283-293.

Aycock, N. & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), pp. 183-191.

Badger, J.M. (2001). Understanding secondary traumatic stress. *American Journal of Nursing*, 101 (7), pp. 26-32.

- Baird, S. & Jenkins, S.R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 18(1), pp. 71-86.
- Bakker, A.B., Killmer, C.H., Siegriest, J. & Schaufeli, W.B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31:884-891.
- Baranowsky, A. (2002). *The silencing response in clinical practice: On the road to dialog*. In: C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner/Mazel, pp. 155-170.
- Barton, J., Spelten, E., Totterdell, P. Smith, L., Folkard. S. & Giovanni Costa (1995). The Standard Shiftwork Index: a battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Work & Stress*, vol. 9, issue 1
- Beechman, L. (2000). BMA warns of stress suffered by senior doctors. *British Medical Journal (Medicopolitical digest)*, 321, p. 56.
- Bennett, L., Michie, P. & Kippax, S. (1991). Quantitative analysis of burnout and its associated factors in AIDS nursing. *AIDS Care*, 3(2), pp. 181-192.
- Bernardi, M., Catania, G. & Marceca, F. (2005). The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Inferm.*, 58(2):75-9
- Bonomi, A.E., Patrick, D.L, Bushnell, D.M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J. Clin Epidem.*, 53:19-23.
- Boumans, N.P.G. & Landeweerd, J.A. (1996). A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced Nursing*, 24:16-23.
- Brooks, B.A., Anderson, M.A. (2004). Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual.*, 19(3):269-75.
- Burke, R.J. & Deszca, E. (1986). Correlates of Psychological Burnout Phases among Police Officers. *Human relations*, 39(6):487-501
- Burke, R.J., & Greenglass, E.R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 32:126-138
- Caplan, R.D., Cobb, S., French Jr, J.R.P., Harrison, R.V. & Pinneau Jr, S.R. (1975). Job demands and worker health: Main effects and occupational difference. US Department of Health, Education and Welfare, *HEW Publication*, No (NIOSH) 75-160.
- Chase, M. (2005). Emergency Department nurses' lived experience with compassion fatigue. MSc Thesis. Florida State University, School of Nursing.
- Chen, S.M. & McMurray, A. (2001). Burnout in intensive care nurses. *The Journal of Nursing Research*, 9(5), pp. 152-164.

- Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger Publisher.
- Clemans, S.E. (2004). Recognizing vicarious traumatization: A single session group model for trauma workers. *Social Work with Groups*, 27(2/3), pp. 55-74
- Cole, A. (1992). Stress: High anxiety. *Nursing Times*, 88(12), pp. 26-30.
- Collins, S. & Long, A. (2003a). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, pp. 17-23.
- Collins, S. & Long, A. (2003b). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers-A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, pp. 417-424.
- Constable, C.J. & Russel, D.W. (1986). The effects of social support and work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, pp. 22-26.
- Cooper, C.L., Dewe, P. & O'Driscoll, M. (2001). *Organisational Stress: A review and critique of theory, research and application*. London: Sage, 2001.
- Cordes, C.L. & Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Cornille, T.A. & Meyers, T.N. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5 (1), pp. 3-16.
- Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, pp. 412-425.
- Crabbe, J.M., Bowley, D.M., Boffard, K.D., Alexander, D.A. & Klein, S. (2004). Are health professionals getting caught in the crossfire? The personal implications of caring for trauma victims. *Emergency Medicine Journal*, 21, pp. 568-572.
- Cubrilo-Turek, M., Urek, R. & Turek, S. (2006). Burnout syndrome assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol.*, 30(1):131-5.
- Danna, K. & Griffin, R.W. (1999). Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384.
- Davis, S. (2003). Can caregivers care too much? Studies assess relatively new condition known as compassion fatigue that can emotionally drain benevolent practitioner. *DVM New Magazine*, 34 (8), pp. 58-59.
- Dekker, S.W.A. & Schaufeli, W.B. (1995). The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist*, 30 (1), pp. 57-63.

- Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M.F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40: 807-827.
- Doi, Y. (2005). An epidemiologic review on occupational sleep research among Japanese workers. *Ind. Health*, 43 (1), 3–10.
- Dominguez-Gomez, E. & Rutledge, D.N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35 (3), pp. 199-204.
- Duxbury, M. et al., 1984. Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. *Nursing Research*, 33, pp. 97-101.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A. & Hannigan, B. (2001). A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (6):805-813
- Ersoy-Kart, M. (2009). Relations among social support, burnout and experiences of anger: An investigation among emergency nurses. *Nursing Forum*, 44(3), pp. 165-174.
- Felton, J.S. (1998). Burnout as a clinical entity: Its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, 48, pp. 237-250.
- Figley, C.R. (1982). *Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health*. In: Texas Tech University, Conference on families and close relationships: Individuals insocial interaction. Lubbock, Texas February.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. In: C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. New York: Brunner Mazel, pp. 1-20.
- Figley, C.R. (2002a). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner - Routledge.
- Figley, C.R. (2002b). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), pp. 1433-1441.
- Firth-Cozens, J. & Payne, R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd,1999.
- Fitzpatrick, J.M., While, A.E. & Roberts, J.D. (1999). Shift work and its impact upon nurse performance: current knowledge and research issues. *J Adv Nurs*, 29: 18–27.
- Fong, C.M. (1993). A longitudinal study of relationships between overload, social support, and burnout among nursing educators. *Journal of Nursing Education*, 32, pp. 24-29.

- Frank, D.I. & Karioth, S.P. (2006). Measuring compassion fatigue in public health nurses providing assistance to hurricane victims. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 4(7), pp. 1-13.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social issues*, 30:159- 165.
- Freudenberger, H.J. (1990). Hazards of psychotherapy practice. *Psychotherapy in Private Practice*, 8 (1), pp. 31–34.
- Friedman, M.J. (2000). *PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians*. In: M. Scott & J. Palmer, eds. *Trauma and post-traumatic stress disorder*. New York: Cassell, pp. 1–14.
- Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Liang, Y. & Gonzalez, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (3), 418-427.
- Gentry, J.E. (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3/4), pp. 37-61.
- Gentry, J.E., Baranowsky, A. & Dunning, K. (2002). *ARP: The accelerated recovery program (ARP) for compassion fatigue*. In: C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner – Routledge, pp. 123–138.
- Gillespie, M. & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: *A comparative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), pp. 842-851.
- Gold, D.R., Rogacz, S., Bock, N., Tosteson, T.D., Baum, T.M., Speizer, F.E., Czeisler, C.A. (1992). Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *Am J Public Health*, 82(7):1011-4.
- Greco, P., Laschinger, H.K. & Wong, C. (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Can J Nurs Leadersh.*, 19(4):41-56.
- Halm, M., Peterson, M., Kandels, M., Sabo, J., Blalock, M., Braden, R., Gryczman, A., Krisko-Hagel, K., Larson, D., Lemay, D., Sisler, B., Strom, L. & Topham, D. (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clin Nurse Spec.*, 19(5):241-51.
- Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A., & Burnard, P. (2000). Burnout in mental health nurses: findings from the allWales stress study. *Journal of psychiatric Mental Health Nursing*, 7 (2):127-34.
- Hicks, T. (2010). Compassion Fatigue. Ohio Christian University, FEMA Higher Education Conference

- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D.R., Wetsel, M.A. & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), pp. 420-427.
- Iskra-Golec, I., Folkard, S., Marek, T. & Noworol, C. (1996). Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12- and 8-h shifts. *Work & Stress*, 3, 251–256.
- Janssen, P.P.M., de Jonge, J. & Bakker A.B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29:1360-1369.
- Jaracz, K., Gorna, K. & Konieczna, J. (2005). Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst.*, 50 Suppl 1:216-9.
- Jenkins, R. & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs.*, 48(6):622-31.
- Jimmieson, N.L. (2000). Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 14 (3): 262-280
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22 (4), pp. 116–122.
- Jonsson, A., Segesten, K. & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20, pp. 79-84.
- Kash, K.M., Holland, J.C., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S. & Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*. 14(11):1621-33.
- Keidel, G.C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(3), pp. 200-205.
- Kennedy, D. & Barloon, L.F. (1997). Managing burnout in pediatric critical care: The human care environment. *Critical Care Nursing Quarterly*, 20, pp. 63-71, 81-82.
- Kessler, R.C., Barber, C., Beck, A., Berglund, P., Cleary, P.D., McKeenas, D., Pronk, N., Simon, G., Stang, P., Üstün, T.U. & Wang, P. (2003). The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (2), 156-174.
- Kessler, R.C., Petukhova, M. & McInnes K. (2007). *Content and scoring rules for the WHO HPQ absenteeism and presenteeism questions*. Harvard Medical School, Department of Health Care Policy. Διαθέσιμο στο: <http://www.hpq.org>
- Kilfedder, C.J., Power, K.G. & Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs.*, 34(3):383-96.

Koloroutis (2007) Koloroutis, M. (2007). *Relationship-based care: A model for transforming practice*. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management, Inc.

Kottler, J.A. (2000). *Doing good: Passion and commitment for helping others*. Philadelphia: Brunner – Routledge.

Krisman-Scott, M.A. & McCorkle, R. (2002). The tapestry of hospice. *Holistic Nursing Practice*, 16 (2), pp. 32–39.

Krowinski, W.J. & Steiber, S.R. (1996)). *Measuring and Managing Patient Satisfaction*. American Hospital Publishing Inc

Kunert, K., King, M.I. & Kolkhorst, F.W. (2007). Fatigue and sleep quality in nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 45(8):30-7.

Lamendola, F. (1996). Keeping your compassion alive. *American Journal of Nursing*, 96 (1), pp. 16R–16T.

Laposa, J.M. & Alden, L.E. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behavior Research and Therapy*, 41, pp. 49-65.

Lauvrud, C., Nonstad, K. & Palmstierna, T. (2009). Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQOL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, p. 31.

Lawrence, J.A., Wearing, A.J. & Dodds, A.E. (1996). Nurses' representations of the positive and negative features of nursing. *J. Adv. Nurs.*, 24(2):375-84.

Lederer, W., Kinzl, J.F., Traweger, C., Dosch, J. & Sumann, G. (2008). Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. *Anaesthesia and Intensive Care*, 36(2), pp. 208-213.

Lee, H., Hwang, S., Kim, J. & Daly B. (2004). Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs.*, 48(6):632-41

Lee, T.R. & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, Vol 81(2), Apr 1996, 123-133.

Lehman, F. (1997). *Instruments for measuring quality of life in mental illness*. In: Katsching H, Freeman H, Santorius N (eds). *Quality of life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 79-80.

Leiter, M. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour*, 9, pp. 297-308.



Leiter, M. & Maslach, C. (2005). *A mediation model of job burnout*. In A.S. Antoniou & C.L. Cooper, eds. *Research Companion to Organizational Health Psychology*. Northampton, MA: Edward Elgar.

Leiter, M.P., Spence Laschinger, H.K. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nurs Res.*, 55(2):137-46.

Lepore, M. (2004). Assessing the frequency and influences of secondary traumatic stress symptoms among crisis intervention workers. *PhD Dissertation*. Duquesne University, School of Education.

Lombardo & Eyre, 2011):Lombardo, B. & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (1), 1

Marcus, S. & Dubi, M. (2006). The relationship between resilience and compassion fatigue in counsellors. American Counseling Association. Διαθέσιμο στο: <http://www.counseling.org/Resources/Library/VISTAS/vistas06/vistas06.50.pdf>

Martel, J. P. and Dupuis, G. (2006). Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77, 333-368.

Maslach, C. & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, pp. 63-74.

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

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

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (manual). 2<sup>nd</sup> ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall Inc.

Maslach, C., & Leiter, M.P. (2007). *Burnout*. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress*, 2<sup>nd</sup> ed. (358-362). Oxford, UK: Elsevier.

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

Maytum, J.C., Heiman, M.B. & Garwick, A.W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, pp. 171-179.

- McCann, L. & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), pp. 131–149.
- McHolm, F. (2006). Rx for Compassion Fatigue. *Journal of Christian Nursing*, 23(4), pp. 12-19.
- Mealer, M.L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B. & Moss M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, pp. 693-697.
- Mearns, J. & Cain, J.E. (2003). Relationships between teachers' occupational stress and their burnout and distress: Roles of coping and negative mood regulation expectancies. *Anxiety, Stress and Coping*, 16, 71-82.
- Meyers, T. & Cornille, T. (2002). *The trauma of working with traumatized children*. In: C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge, pp. 39-55.
- Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E., Dierckx de Casterle, B. & Belimage group (2006). Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud*. 43(6):745-54.
- Moons, P., Buts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901
- Muldary, T.W. (1983). *Burnout and Health Professionals: manifestations and management*. USA: Appleton-Century-Crofts.
- Munroe, J.F. (1999). *Ethical issues associated with secondary trauma in therapists*. In B.H. Stamm, ed. *Secondary traumatic stress: Selfcare issues for clinicians, researchers and educators*. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Sidran Press, pp. 211-229.
- Murray, M., Logan, T., Simmons, K., Kramer, M. B., Brown, E., Hake, S., & Madsen, M. (2009). Secondary traumatic stress, burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in trauma nurses. *American Journal of Critical Care*, 18(3), e1-e17
- Murray, M.K. (2002). The nursing shortage: Past, present and future. *Journal of Nursing Administration*, 32, pp. 79-84.
- Myers, D. & Wee, D. (2002). *Strategies for managing disaster mental health worker stress*. In C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge, pp. 181-211.
- Nelson-Gardell, D. & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 82, pp. 5-26.
- Nena, E., Steiropulos, P., Constantinidis, T., Perantoni, E. & Tsara, V. (2010). Work productivity in obstructive Sleep Apnea Patients. *J. Occup. Environ. Med.*, 52(6):622-625

- O'Connor, J. & Jeavons, S. (2003). Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*, 41, pp. 53-62.
- Omdahl, B. & O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29, pp. 1351-1359.
- Paliswat, A.M. & Hostetler, C. (2009). *The level of risk for compassion fatigue in neonatal nurses*. In: AWHONN Convention: Connecting the heart and science of caring. San Diego, CA 27 June - 1 July 2009.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. & Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67, pp. 187-199.
- Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Company.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Pines, A. M. (1986). *Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact*. In: C. D. Scott & J. Hawk, eds. *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications.
- Pines, A.M. (2002). Teacher burnout: A psychodynamic existential perspective. *Teachers and Training: Theory and Practice*, 8:121-140.
- Pines, A.M., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs.*, 20(3):135-43
- Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med.*, 1;175(7):698-704.
- Portnou, 2011. Portnoy, D. (2011). Burnout and compassion fatigue: Watch for the signs. *Journal of the Catholic Health Association of the United States Health Progress*, 46-50.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L. & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), pp. E56-E62.

- Price, J.L. & Mueller, C.W. (1981). *Professional turnover: the case of nurses*. New York: S.P. Medical and Scientific Books.
- Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., Calligaris, L., Brusaferrò, S. (2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum*, 1;33(4):815-20.
- Rees, D. W. & Cooper, C. L. (1991). A criterion orientated validation study of the OSI outcomes measures on a sample of health service employees. *Stress Medicine*, 7, (2), pp. 125-127.
- Reese, M. (2008). Faith & therapy. Regent University: School of Psychology and Counselling, II(4), pp. 1-4.
- Richardsen, A.M. & Burke, R.J. (1995). Models of burnout - implications for interventions. *International Journal of Stress Management*, 2, 31-43.
- Robbins et al. (2003) Robbins, S.P., Odendaal, A. & Roodt, G. (2003). *Organizational Behavior. Global and Southern African Perspectives*. 9<sup>th</sup> ed. Cape Town: Pearson Education.
- Roberts, S.B., Flannelly, K.J., Weaver, A.J., Figley, C.R. (2003). Compassion fatigue among chaplains, clergy and other respondents after September 11<sup>th</sup> *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (11), pp. 756–758.
- Robins, P.M., Meltzer, L. & Zelikovsky, N. (2009). The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(4), pp. 270-279.
- Rodrigo, W.D. (2005). Conceptual dimensions of compassion fatigue and vicarious trauma. *MSc Thesis*. Simon Fraser University, School of Education.
- Roeske, N.C. (1986). *Risk factors: Predictable hazards of health care career*. In: C.D. Scott & J. Hawk, eds. *Heal thyself: The health of health care professionals*. New York: Brunner/Mazel.
- Rosenthal, D., Teague, M., Retish, P., West, J. & Vessell, R. (1983). The relationship between work environment attributes and burnout. *Journal of Leisure Research*, 15, pp. 125-135.
- Rowe, M. (2000). Skills training in the long-term management of stress and occupational burnout. *Current Psychology*, 19(3), p. 215.
- Rudolph, J.M., Stamm, B. H. & Stamm, H.E. (1997). Compassion fatigue: A concern for mental health policy, providers & administration. *13<sup>th</sup> Annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, Montreal, PQ, CA November.
- Sabin-Farrell, R. & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers. *Clinical Psychology Review*, 23, pp. 449-480.

- Sabo, B.M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12 (3), pp. 136–142.
- Sabo, B.M. (2008). Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indian Journal of Palliative*, 14(1), pp. 23-29.
- Salston, M. & Figley, C.R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, pp. 167-174.
- Salston, M.G. (2000). Secondary traumatic stress: A study exploring empathy and the exposure to the traumatic material of survivors of community violence. *Dissertation*. Florida State University.
- Sanger, E. Richardson, J. & Larson, E. (1986). What satisfies nurses enough to keep them. *Nursing Management*, 16, pp. 43-46.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2003). Research method for business students. 3<sup>rd</sup> edition, New York: Prentice Ha
- Schalock, R.L., Verdugo, M.A., Bonham, G.S., Fantova, F. & van Loon, J. (2008) Enhancing personal outcomes: organizational strategies, guidelines, and examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5, 18–28
- Schraub, S. & Marx, E. (2004). Burn out syndrome in oncology. *Bull Cancer*. 91(9):673-6
- Schuler, R.C. (1983). Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organization, Behavior and Human Performance*, 25:184-215.
- Sharkey, K.M., Fogg, L.F. & Eastman, C.I. (2001). Effects of melatonin administration on daytime sleep after simulated night shiftwork. *J Sleep Res*, 10: 181-92.
- Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S. & Mehta, P. (2006). Care-giver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*. 4(1):65-80. Review
- Simon, C.E., Pryce, J.G., Roff, L.L. & Klemmack, D. (2005). Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), pp. 1-14.
- Sinclair, H.A. & Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, pp. 348-356.
- Sirgy, M.J., Efraty, D., Siegel, P. & Dong-Jin, L. (2001). A New Measure of Quality of Work Life (Qwl) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. *Social Indicators Research*, vol. 55, pp. 241–302.

- Smith, P.C., Kendall, L.M. & Hulin, C.L. (1969). *The measurement of satisfaction in work and retirement*. Chicago: Rand McNally
- So, H.Y., Yoon, H.S. & Cho, Y.C. (2008). Effects of Quality of Sleep and Related Factors for Fatigue Symptoms of Nurses in an University Hospital. *J Korean Acad Adult Nurs*, 20(4):513-525.
- Soldatos, C.R., Dikeos, D.G. & Paparrigopoulos, T.J. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J. Psychosom. Res.*, 48: 555–560
- Stamm, B.H. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. 2<sup>nd</sup> ed. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Stamm, B.H. (2002). *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental History of the compassion fatigue and satisfaction test*. In: C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner Mazel, pp. 107-119.
- Stamm, B.H. (2005). *The ProQOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. [e-book] Lutherville, MD: Sidran Press. Διαθέσιμο στο: <http://www.isu.edu/~bhstamm>
- Stamm, B.H. (2009). *The concise manual for the professional quality of life scale*. [e-book] Lutherville, MD: Sidran Press. Διαθέσιμο στο: <http://www.isu.edu/~bhstamm>
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual, 2<sup>nd</sup> Ed.* Pocatello, Διαθέσιμο στο [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
- Stamm, B.H., (1997). Work related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8 (2). Διαθέσιμο στο: [http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/RQ\\_Spring\\_1997.html](http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/RQ_Spring_1997.html)
- Stamm, B.H.,Varra, E.M., Pearlman, L.A. & Giller, E. (2002). The helper's power to heal and to be hurt – or helped – by trying. Register Report: A publication of the National Register of Health Service Providers in Psychology. United Nations: Washington DC.
- Stechmiller, J.K. & Yarandi, H.N. (1993). Predictors of burnout in critical care nurses. *Heart and Lung*, 22 (6), 534–541
- Sutherland V.J. & Cooper C.L. (1990). *Understanding stress: a psychological perspective for health professionals*. London: Chapman and Hall.
- Sveinsdottir, H., & Gunnarsdottir, H. K. (2008). Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Results from a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1479-1489.
- Talmor et al., 2005Talmor, R., Reiter, S. & Feigin, N. (2005). Factors relating to regular education teacher burnout in inclusive education. *European Journal of Special Needs Education*, Volume 20, Issue 2

The THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*: 41: 1403-1409.

Thompson, R. (2003). *Compassion fatigue: The professional liability for caring too much*. In: The Human Side of School Crises, A Public Entity Risk Institute Symposium. Διαθέσιμο στο: <http://www.riskinstitute.org/symposiumdocs/CompassionFatigue-PERISymposiumPaper.pdf>

Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2002). *Nursing theorists and their work*. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.

Townsend & Campbel, 2009 Townsend, S.M. & Campbel, R. (2009). Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. *Journal of Forensic Nursing*, 5(2), pp. 97-106.

Travers & Cooper, 1993), Travers, C. J. & Cooper, C. L. (1996). *Teachers under pressure-stress in the teaching profession*. London: Routledge.

Tyler & Cushway, 1998 Tyler, P. & Cushway, D. (1998). Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, 14, pp. 99-107.

Vachon, 1987 M.L.S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. New York: Hemisphere Publ. Co.

Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*. 2004 Feb;42(2 Suppl): II57-66.

Valent, 2002). Valent, P. (2002). *Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses*. In: C.R. Figley, ed. Treating compassion fatigue. New York: Brunner-Routledge, pp. 17-37.

Van Emmerik, I.J.H. (2002). Gender differences in the effects of coping assistance on the reduction of burnout. *Work and Stress*, Vol. 16 No. 3, pp. 251-63

Verdon, et al., 2008 Verdon, M., Merlani, P. Perneger, T., Ricou, B. (2008). Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Medicine*, 34(1), pp. 152-156.

Wandelt, et al., 1981 Wandelt, M.A., Pierce, P.M. & Widdowson, R.R. (1981). Why nurses leave nursing and what can be done about it. *American Journal of Nursing*, pp. 72-77.

Wastell, C.A. (2002). Exposure to trauma: The long term effects of suppressing emotional reactions. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 190, (12), pp. 839-845.

Watkins, 1983; Watkins, C.E. (1983). Burnout in counseling practice: Some potential, professional and personal hazards of becoming a counselor. (*Personnel & Guidance Journal*), 61(5), pp. 304-308.

Watson & Foster, 2003 Watson, J. & Foster, R. (2003). The attending nurse caring model: Integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, pp. 360-365.

Watson (1985) Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado.

Watson, J. (2010). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, 1, 49-52.

Westman, M. & Eden, D. (1996) The inverted-U relationship between stress and performance: A field study. *Work and Stress*, 10(2):165-173

Whippen, D., & Canellos, G.P . (1991). Burn out syndrome in the practice of oncology : Results of a random survey of 1.000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 1991, 9,(10):1916-1921.

White, 2006 White, D. (2006). The hidden costs of caring: What managers need to know. *The Health Care Manager*, 25(4), p.. 341-347.

Wood, S. (1990). Compassion Fatigue: Caring for the Caregiver (An introductory workshop on Compassion Fatigue). Dawson United Methodist Church Wichita, KS, Διαθέσιμο στο [https://www.healthfund.org/reportspubs/wood\\_hcar07\\_04142007.pdf](https://www.healthfund.org/reportspubs/wood_hcar07_04142007.pdf)

Yfandopoulos, J. (2001a). *Quality of life and QUALYs in the measurement of health*. Archives of Hellenic Medicine, 2001a; 18(2):114-130.

Yfandopoulos, J. (2001b). The “social” quality of life. Archives of Hellenic Medicine 2001b; 18(2):108-113.

Zautra, A., & Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: A Review of the literature. *Commun Mental Health Rev* 1979; 4:1-10.

Zhu, W., Wang, Z.M., Wang, M.Z., Lan, Y.J., & Wu, S.Y. (2006). Job burnout and contributing factors for nurses. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* , 2006, 37(4):632-5.

Zimmerman, 2002 Zimmerman, M. (2002), Abraham Maslow: a theory of human motivation, *Psychological Review*, vol. 50, no. 4, pp. 370-396

### **Ελληνικές αναφορές**

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

Γιαννακούρου Μ., (2004). Κοινωνιολογία. Τμήμα Βιομηχανικής Διοίκησης και Τεχνολογίας, Πανεπιστήμιο Πειραιά



- Δημητριάδη, Ζ. (2000), *Μεθοδολογία Επιχειρηματικής Έρευνας*, Αθήνα, εκδόσεις Interbooks
- Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ. & Αλεξιάς, Γ. (2008). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής από τη θεωρία στην πράξη. *Info Respiratory & Internal Medicine*, Vol. 49, No 5, pp 31-41.
- ΕΣΝΕ, (2006). Ανθρωπογραφία του ΕΣΥ. Νοσηλευτικό δελτίο ΕΣΝΕ, 113:9
- Ζαβλανός, Μ. (1999), *Οργανωτική Συμπεριφορά*, Αθήνα, Εκδόσεις ΙΩΝ
- Ζαβλανός, Μ. (2002), *Μάνατζμεντ*, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα
- Ζαφειρίου, Γ. (2003). Μέθοδοι έρευνας στη Βιβλιοθηκονομία . Διδακτικές σημειώσεις, Σίνδος, Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης
- Ηθικά Νικομάχεια Α. Κάκτος. Αριστοτέλης. Άπαντα. Αθήνα, 1993:31-39 & 51.
- Θεοφίλου, Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*, σελ. 41-50 Διαθέσιμο στο: <http://e-jst.ath.gr>
- Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ. & Μόσχος Ν. (2004). Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. *Νοσηλευτική*, 43(1):116-125
- Κάντας, Α. (1995). *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία: 3ο μέρος: Διεργασίες ομάδας - Σύγκρουση, Ανάπτυξη και αλλαγή - Κουλτούρα, Επαγγελματικό άγχος*, β' έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Κάντας, Α. (1997). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία, Μέρος 1<sup>ο</sup>*, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Καραθάνου, Α. & Αλετράς, Β. (2007). Μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία του Νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ. Διπλωματική εργασία, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκησης Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
- Κιόχος, Π. (1993). *Στατιστική*. Interbooks
- Κουτελέκος, Ι. & Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 1, σελ. 1-7.
- Λιάντας, Μ. (2000), *Ψυχολογία της Εργασίας, Εφαρμογές της ψυχολογίας στο χώρο της εργασίας*, εκδ. Ζήτη
- Μαδιανός, Μ.Γ. (2004). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός (2005). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Β. φάση. Αθήνα

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ε.Ι., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ. & Κούβελα, Θ.Ο. (2010). Η χαμηλή κοινωνική αναγνώριση του νοσηλευτικού επαγγέλματος ως παράγοντας εργασιακού στρες του νοσηλευτικού προσωπικού. *hygeia @ ergasia*, 1(2): 65-76

Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 254-266.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. και Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 239-253.

Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Επαγγελματική εξουθένωση*. 3<sup>η</sup> εκδ. Στο: Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος, επιμ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πατρινός, Δ. (2005), *Μάνατζμεντ ΙΙ, Διοίκηση και Εποπτεία Προσωπικού*, Αθήνα, εκδ. Παπαζήση

Σαπουντζή Δ. & Λεμονίδου Χ. (1994). *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές*. Εκδόσεις: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3):230-238.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας & ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Διαθέσιμο από: <http://www.msu.gr/files/odigoι/BurnOut.doc>

Χαραλαμπίδου, Ε. (1996). *Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο χώρο του Νοσοκομείου*. Διδακτορική Διατριβή.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Α. ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΕΕΣ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΙΟΙΚ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
Αριθ. Πρωτ. 1752

#### ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 33<sup>ης</sup> ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ

Στην Αθήνα, σήμερα 22 Δεκεμβρίου 2015 ημέρα Τρίτη και ώρα 13.00μμ, συνήλθε σε έκτακτη συνεδρίαση, το Διοικητικό Συμβούλιο υπό την προεδρία της Προέδρου του Δ.Σ. κ. Βελέντζα – Ζουρούδη Ευαγγελίας στο οποίο παρευρέθησαν, ο Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας κ. Ανδρουτσόπουλος Δημήτριος ως αναπληρωματικό μέλος του κ. Τίγκα Μάριου, ο Διοικητής και μέλος κ. Ιωάννης Πετρόχειλος, τα μέλη, Εμμανουήλ Κωπτάκης, Παπαντωνίου Βασίλειος, Αντώνιος Κουλουβράκης και Δημητρόπουλος Λεωνίδα.

Το μέλος Τιμπισράνης Μιχαήλ απουσίαζε εκτάκτως. Το μέλος Μυλωνά Σοφία δήλωσε κώλυμα όπως επίσης και το αναπληρωματικό της μέλος, Μπουρμπούλης Νικόλαος.

Στη συνεδρίαση παρευρέθηκαν μετά από σχετική πρόσκληση για θέματα των υπηρεσιών που προΐστανται, ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας κ. Ζωγάνας Λεωνίδα, η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κα Κασνακτσόγλου Γεσθημανή, η Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου κα Μαυρομάτη Ελένη και ο Νομικός Σύμβουλος του Νοσοκομείου κ. Ζουμπούλης Κωνσταντίνος.

Επίσης συμμετείχε η Γραμματέας του Δ.Σ. κ. Παναγιώτα Καρακώστα

.....  
**Θέμα 24<sup>ο</sup> : Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου της κας Μάγκα Ελένης, Νοσηλεύτριας ΤΕ, Φοιτήτριας Μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών, στα πλαίσια εκπόνησης ερευνητικής εργασίας.**

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου έχοντας υπόψη :

1. Την αίτηση της Μάγκα Ελένης, Νοσηλεύτριας ΤΕ, Φοιτήτριας Μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων », για έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης της ερευνητικής εργασίας με θέμα « Διερεύνηση της κόπωσης και της εκτίμησής της στην παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Α Κοργιαλένιο Μπενάκειο και του Ογκολογικού Ν.Α. Άγιος Σάββας»
2. Την εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου

#### **Αποφασίζει**

Ομόφωνα :

1. Την έγκριση διανομής ερωτηματολογίου της κας Μάγκα Ελένης, Νοσηλεύτριας ΤΕ και Φοιτήτριας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος σπουδών « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» και αφορά την εκπόνηση της ερευνητικής εργασίας με θέμα « Διερεύνηση της κόπωσης και εκτίμησής της στην παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Α Κοργιαλένιο Μπενάκειο και του Αντικαρκινικού –Ογκολογικού Ν.Α. Άγιος Σάββας».

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΙΟΙΚ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
12/12/2015

Η ανωτέρω μελέτη θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο θα απευθύνεται σε εργαζόμενους των δύο Νοσοκομείων.

2. Η κα. Μάγκα Ελένη, να ενημερωθεί ότι απαγορεύεται να δημοσιοποιηθεί το όνομα και άλλα στοιχεία των Νοσοκομείων καθώς και τα προσωπικά δεδομένα που θα αναφέρονται στα ερωτηματολόγια.
3. Για την πρόοδο και την περαίωση της εργασίας θα ενημερώνετε απαραίτητως το Επιστημονικό Συμβούλιο.

ΕΝΕΡΓΕΙΑ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ  
ΓΡ. ΠΡΟΕΔΡΟΥ  
ΓΡ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ  
ΓΡ. ΑΝΑΠΛ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ  
ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟ  
ΓΡΑΜ. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ  
ΑΘΗΝΑ 27 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2016  
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Δ.Σ.  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΒΕΛΛΗ  
ΓΡ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» Ν.Π.Δ.Δ.

Δ/ση: Λεωφ. Αλεξάνδρας 171 - 115 22 ΑΘΗΝΑ

Τηλ: 210 64 09 9000, Fax: 210 64 20 146

Αθήνα, 18-2-16

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ : Θ. ΚΟΡΜΑΣ

Προς  
Την κ. Μάγκα Ελένη

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατά τη συνεδρίαση στις 17-2-16, συζήτησε το αίτημα για διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης στα μεταπτυχιακού προγράμματος.

«Διερεύνηση της κόπωσης συμπίνας και εκτίμησής της στην παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας στο ΓΝΑ Κοργιαλένιο - Μπενάκιο Ε.Ε.Σ. και στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Άγιοι Σάββας»

Την επίβλεψη της εργασίας θα έχει η Τομεάρχης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Κ. Τσαγκούρια.

Το δείγμα ανέρχεται στα 50 ερωτηματολόγια.

**Εγκρίνονται όλα τα συνημμένα έγγραφα ήτοι:**

1. Το πρωτόκολλο
2. Το ερωτηματολόγιο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης.

**Ο ερευνητής υποχρεούται στα κάτωθι:**

1. Δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο.
2. Η διεξαγωγή της μελέτης θα γίνει σύμφωνα με τις οδηγίες της Διεθνούς Συνδιάσκεψης Εναρμόνισης (ICH) για την Ορθή Κλινική Πρακτική (Good Clinical Practice), τη Διακήρυξη του Ελσίνκι και τις κείμενες κανονιστικές απαιτήσεις και νομοθετικό πλαίσιο.

Μετά το πέρας της πραγματοποίησης της έρευνας, παρακαλούμε να κατατεθεί αντίγραφο της στο νοσοκομείο όπου σαφώς να αναφέρεται ότι το υλικό και τα δεδομένα της μελέτης σας έχουν ληφθεί από ασθενείς ή υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας μετά από έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Κοινοποίηση  
Πρόεδρος Δ.Σ. - Διοικητής

Ο Πρόεδρος  
του Επιστημονικού Συμβουλίου

Θ. ΚΟΡΜΑΣ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
Γ.Α.Ο.Ν.Α.

Επιστημονικό Συμβούλιο: Θ. Κορμάς (Συντ. Δ/της ιατρός), Δ. Μαυρουδέας (Δ/της ιατρός), Χ. Ζαμπάτης (Δ/της ιατρός), Α. Μηλιάδου (Επιμ. Α' ιατρός), Γ. Ιωαννίδου (Επιμ. Β' ιατρός), Θ. Αποστόλου (Ειδικευόμενος ιατρός), Κ. Τσαγκούρια (ΠΕ Νοσηλ.), Ι. Τσαλαφούτας (Επιστημ. ΠΕ), Β. Πολυζώη (Επιστημ. ΤΕ)



ΑΙΤΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ ΜΑΓΚΑ ΕΛΕΝΗ

Αθήνα, 05-04-2016

Προς: Επιστημονικό Συμβούλιο Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου  
Άγιος Σάββας

Κατά τη συνεδρίαση της 17/2/2016, το Επιστημονικό Συμβούλιο συζήτησε και ενέκρινε το αίτημα διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διερεύνηση της κόπωσης συμπίονιας και εκτίμησής της στην παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας στο Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο Μπενάκειο Ε.Ε.Σ. και στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Άγιος Σάββας».

Την επίβλεψη της εργασίας έχει η Τομεάρχης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Κ. Τσαγκούρια.

Το δείγμα που εγκρίθηκε ανέρχεται στα 50 ερωτηματολόγια.

Λόγω των αναγκών της ανωτέρω ερευνητικής μελέτης αιτούμαι την επέκταση του δείγματος και τη συμπλήρωση 50 επιπλέον ερωτηματολογίων (σύνολο 100 ερωτηματολόγια).

Με εκτίμηση

Ελένη Μάγκα

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΦΙΑΣ:  
ΜΑΓΚΑ ΕΛΕΝΗ ΤΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ  
ΔΙΕΥΘ: ΣΟΛΩΝΟΣ 10, ΑΓΓΑΛΕΦ  
ΤΗΛ: 6937656122  
email : magkaeleni@ammi0.com

Προεδρο ΔΣ  
Διευθ. Δ.Ο.  
Διευθ. Νοσηλ. Υπ.σ.  
Προεδρο Επι.ε.τ.  
Τοτ. κ. Τσαγκούρια  
6/4/16

## **B. ΣΥΝΟΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ**

Αξιότιμε Κύριε / Κυρία

Ονομάζομαι Ελένη Μάγκα και στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων που παρακολουθώ στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ανέλαβα τη διεκπεραίωση της Διπλωματικής Εργασίας με θέμα «Διερεύνηση της Κόπωσης Συμπόνιας και εκτίμηση της επίδρασής της στην παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας δύο νοσοκομείων της Αττικής» (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: κ. Φωτεινή Τζαβέλλα).

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της κόπωσης συμπόνιας σε επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στους νοσηλευτές και η επίδραση που αυτή έχει στην παραγωγικότητά τους. Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός της εργασίας θα διεξαχθεί έρευνα, με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Η «κόπωση συμπόνιας» περιγράφει όχι μόνο την εξάντληση των νοσηλευτών που εργάζονται στα επείγοντα περιστατικά αλλά, όλο και περισσότερο, εμφανίζεται ως «δευτερογενές τραυματικό στρες». Η ικανοποίηση συμπόνιας και η κόπωση συμπόνιας (δηλαδή το δευτερογενές τραυματικό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση) αποτελούν δύο πτυχές της επαγγελματικής ποιότητας ζωής.

Η συμμετοχή στην έρευνα, αν και εθελοντική, είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή της έρευνας και διασφαλίζεται από την ανωνυμία των απαντήσεων όσων λάβουν μέρος στην έρευνα.

Έχοντας υπόψη την πίεση στο διαθέσιμο χρόνο σας, θα σας παρακαλούσα να παραχωρήσετε λίγο από αυτόν για να απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο.

Θα ήθελα να σας εκφράσω τις ευχαριστίες μου για τη βοήθειά σας.

Με εκτίμηση

ΕΛΕΝΗ ΜΑΓΚΑ

## **Γ. ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Αξιότιμε Κύριε / Κυρία

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα γίνει αφού υπογράψετε την Δήλωση Συγκατάθεσης Συμμετοχής.

Η υπογραφή είναι απολύτως τυπική και αποδεικνύει ότι έχετε ενημερωθεί για τη μελέτη και ότι δέχεστε να συμμετάσχετε.

Διευκρινίζεται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε ανακοινώσεις συνεδρίων ή/και δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά. ΟΜΩΣ, τα δεδομένα της έρευνας δεν θα κοινοποιηθούν σε κανέναν άλλον εκτός από τον ερευνητή, θα παραμείνουν ανώνυμα και δεν θα είναι κανένας από τους συμμετέχοντες αναγνωρίσιμος.

Η συμμετοχή είναι εθελοντική και είστε ελεύθερος(-η) να αποσυρθείτε από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή, ακόμα και μετά από την υπογραφή της παρούσας δήλωσης, χωρίς να δώσετε εξηγήσεις ή το λόγο της απόσυρσής σας και με την υποχρέωση να καταστραφούν τα δεδομένα.

Απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου: 10 λεπτά.

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συνεργασία σας.

### **ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ**

Επιβεβαιώνω ότι σήμερα την \_\_/\_\_/\_\_ διάβασα και κατάλαβα το Έντυπο Δήλωσης Συγκατάθεσης Συμμετοχής, ενημερώθηκα για τη μελέτη και είχα την δυνατότητα να κάνω ερωτήσεις.

Η διαδικασία καθώς και τα προοριζόμενα αποτελέσματα της έρευνας έχουν εξηγηθεί σε μένα από την Ελένη Μάγκα.

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στην παρούσα ερευνητική μελέτη.

---

(Υπογραφή)

(Ημερομηνία)



## Α. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα
2. Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_
3. Οικογενειακή κατάσταση;
- |                |                          |                             |                          |
|----------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Άγαμος/η       | <input type="checkbox"/> | Παντρεμένος/η               | <input type="checkbox"/> |
| Ζω με σύντροφο | <input type="checkbox"/> | Σύμφωνο συμβίωσης           | <input type="checkbox"/> |
| Χήρος/α        | <input type="checkbox"/> | Διαζευγμένος/η, σε διάσταση | <input type="checkbox"/> |
4. Αριθμός παιδιών: \_\_\_\_\_
5. Μορφωτικό επίπεδο:
- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο (Τ.Ε.Λ.) Νοσηλευτικής Κατεύθυνσης | <input type="checkbox"/> |
| Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) Νοσηλευτικής     | <input type="checkbox"/> |
| ΤΕΙ  | <input type="checkbox"/> |
| Πανεπιστήμιο   | <input type="checkbox"/> |
| Μεταπτυχιακό   | <input type="checkbox"/> |
| Διδακτορικό  | <input type="checkbox"/> |
| Άλλη εκπαίδευση ονομαστικά: _____                              |                          |
6. Νοσηλευτικό Τμήμα Εργασίας: \_\_\_\_\_
7. Έτη υπηρεσίας:
- |                              |       |
|------------------------------|-------|
| Στο τμήμα που εργάζεστε τώρα | _____ |
| Σε νοσοκομείο                | _____ |
| Άλλού                        | _____ |
8. Ωράριο εργασίας:
- |              |                          |           |                          |
|--------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Πρωινό       | <input type="checkbox"/> | Κανονικό  | <input type="checkbox"/> |
| Απογευματινό | <input type="checkbox"/> | Μειωμένο  | <input type="checkbox"/> |
| Νυχτερινό    | <input type="checkbox"/> | Κυλιόμενο | <input type="checkbox"/> |
9. Θέση εργασίας:
- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| Βοηθός Νοσηλεύτη | <input type="checkbox"/> |
| Νοσηλεύτης /τρια | <input type="checkbox"/> |
| Προϊστάμενος     | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο _____       |                          |
10. Πόσες νυχτερινές βάρδιες κάνετε κατά μέσο όρο τον μήνα; \_\_\_\_\_
11. Πόσα Σαββατοκύριακα εργάζεστε κατά μέσο όρο τον μήνα; \_\_\_\_\_
12. Πως θα χαρακτηρίζατε το εργασιακό κλίμα (σχέση με συναδέλφους) στο τμήμα σας;
- |           |                          |      |                          |          |                          |      |                          |           |                          |
|-----------|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Πολύ καλό | <input type="checkbox"/> | Καλό | <input type="checkbox"/> | Ουδέτερο | <input type="checkbox"/> | Κακό | <input type="checkbox"/> | Πολύ κακό | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------|--------------------------|-----------|--------------------------|

- 13. Είστε μέλος σε κάποιο σωματείο:**  
 Επιστημονικό  Επαγγελματικό  Συνδικαλιστικό
- 14. Έχετε παρακολουθήσει συνέδρια ή έχετε λάβει άλλου είδους ενημέρωση για τεχνικές μειώσης του στρες από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες;**  
 Ναι  Όχι
- 15. Επιλέξατε να εργάζεστε στο συγκεκριμένο τμήμα που είστε τώρα ή τοποθετηθήκατε εκεί;**  
 Δική μου επιλογή  Τοποθετήθηκα εδώ
- 16. Θεωρείτε ότι η αμοιβή σας είναι ικανοποιητική για την εργασία σας και τις ευθύνες που αυτή συνεπάγεται;**  
 Καθόλου ικανοποιητική   
 Λίγο ικανοποιητική   
 Αρκετά ικανοποιητική   
 Πολύ ικανοποιητική   
 Πάρα πολύ ικανοποιητική
- 17. Πόσο χρόνο χρειάζεστε για τη διαδρομή σπίτι - νοσοκομείο; \_\_\_\_\_ λεπτά**
- 18. Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο τμήμα;**  
 Θέλω να φύγω όσο το δυνατόν συντομότερα.   
 Θα ήθελα να φύγω σύντομα.   
 Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο.   
 Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια.   
 Δεν θέλω να φύγω από εδώ.
- 19. Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο νοσοκομείο;**  
 Θέλω να φύγω όσο το δυνατόν συντομότερα.   
 Θα ήθελα να φύγω σύντομα.   
 Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο.   
 Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια.   
 Δεν θέλω να φύγω από εδώ.
- 20. Θα θέλατε κάποιο από τα παιδιά σας να ακολουθήσει το επάγγελμά σας;**  
 Ναι  Όχι
- 21. Αν σας ρωτούσαν σήμερα, θα επιλέγατε το νοσηλευτικό επάγγελμα;**  
 Ναι  Όχι
- 22. Αν ΟΧΙ γιατί; \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## **B. Κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL-CSF)<sup>1</sup>**

Όταν υποστηρίζεις ανθρώπους, έχεις άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε διαπιστώσει η συμπόνια σας για αυτούς που βοηθάτε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, και θετικές και αρνητικές, ως επαγγελματίας. Σκεφτείτε την κάθε μια από τις ακόλουθες ερωτήσεις σε σχέση με σας και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε τον αριθμό που ειλικρινά αντικατοπτρίζει το πόσο συχνά βιώνετε αυτά τα πράγματα τις τελευταίες 30 μέρες.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
1. Είμαι ευτυχισμένος/η.					
2. Ανησυχώ έντονα για πολλά από τα άτομα που φροντίζω.					
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να φροντίζω ανθρώπους.					
4. Νιώθω συνδεδεμένος/η με τους άλλους.					
5. Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους.					
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω με αυτούς που φροντίζω.					
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από την ζωή μου ως νοσηλεύτρια/τής.					
8. Χάνω τον ύπνο μου σκεπτόμενη/ος τραυματικές εμπειρίες ενός ατόμου που φροντίζω.					
9. Νομίζω ότι ίσως έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που φροντίζω.					
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένη/ος από τη δουλειά μου.					
11. Εξαιτίας της βοήθειας που παρέχω, έχω αισθανθεί εκνευρισμένη/ος για διάφορα θέματα.					
12. Μου αρέσει η δουλειά μου.					
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.					
14. Νιώθω σαν να βιώνω την τραυματική εμπειρία κάποιου που έχω φροντίσει.					
15. Έχω πεποιθήσεις που με στηρίζουν.					
16. Είμαι ευχαριστημένος γιατί νιώθω ικανός να παρακολουθώ τεχνικές υποστήριξης και πρωτόκολλα.					
17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.					
18. Η δουλειά μου με κάνει να νιώθω ικανοποιημένη/ος.					
19. Εξαιτίας της δουλειάς μου νιώθω εξαντλημένη/ος.					
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για αυτούς					

<sup>1</sup> Stamm, H.B. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). /www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
που φροντίζω και πως θα μπορούσα να τους βοηθήσω.					
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένη/ος από το φόρτο εργασίας που έχω να διεκπεραιώσω.					
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.					
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που φροντίζω.					
24. Είμαι υπερήφανη/ος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω.					
25. Ως αποτέλεσμα της δουλειάς μου, έχω ενοχλητικές, ανεπιθύμητες και τρομακτικές σκέψεις.					
26. Αισθάνομαι «βαλτωμένη/ος» από το σύστημα.					
27. Σκέφτομαι ότι είμαι επιτυχημένος/η επαγγελματίας.					
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά σημεία της δουλειάς μου που αφορούν άτομα με τραυματικές εμπειρίες.					
29. Είμαι ένα πολύ ευαίσθητο άτομο.					
30. Είμαι ευτυχισμένη/ος που επέλεξα να κάνω αυτήν τη δουλειά.					

## Γ. Ερωτηματολόγιο Υγείας και Παραγωγικότητας στην Εργασία (ΗΡΟ)

### Α. ΥΓΕΙΑ

**A1.** Γενικά πώς θα αξιολογούσατε την ...

		Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<b>A1.1</b>	... συνολική <b>σωματική</b> σας υγεία τώρα;					
<b>A1.2</b>	... την συνολική <b>ψυχική</b> σας υγεία τώρα;					

**A2.** Έχετε κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις; Εάν ΝΑΙ σημειώστε αν έχετε δεχτεί θεραπεία με την επίβλεψη επαγγελματία υγείας. Εάν δεν είστε βέβαιοι παρακαλώ σημειώστε την απάντηση ΟΧΙ

		ΟΧΙ, δεν έχω αυτή την κατάσταση	ΝΑΙ, αλλά δεν έχω δεχτεί ποτέ επαγγελματική θεραπεία	ΝΑΙ, έχω δεχτεί <u>κατά το παρελθόν</u> επαγγελματική θεραπεία (όχι τώρα)	ΝΑΙ, δέχομαι <u>κατά την παρούσα περίοδο</u> επαγγελματική θεραπεία
<b>A2.1</b>	Αρθρίτιδα				
<b>A2.2</b>	Πόνο σε μέση / αυχένα				
<b>A2.3</b>	Μυϊκό άλγος				
<b>A2.4</b>	Ημικρανίες / συχνούς ή σοβαρούς πονοκεφάλους				
<b>A2.5</b>	Άλλο χρόνιο πόνο				
<b>A2.6</b>	Υψηλή αρτηριακή πίεση ή υπέρταση				
<b>A2.7</b>	Καρδιακή ανεπάρκεια				
<b>A2.8</b>	Υψηλή χοληστερόλη				
<b>A2.9</b>	Έλκος στομάχου / εντέρου				
<b>A2.10</b>	Συχνή διάρροια / δυσκοιλιότητα				
<b>A2.11</b>	Στομαχικά προβλήματα (ναυτία / δυσπεψία / γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση)				
<b>A2.12</b>	Εποχιακές αλλεργίες				
<b>A2.13</b>	Άσθμα				
<b>A2.14</b>	Χρόνια βρογχίτιδα				
<b>A2.15</b>	ΧΑΠ				
<b>A2.16</b>	Ουρητικά/κυστικά προβλήματα				
<b>A2.17</b>	Διαβήτη				
<b>A2.18</b>	Χρόνιες διαταραχές ύπνου				
<b>A2.19</b>	Χρόνια κόπωση ή χαμηλή ενεργητικότητα				
<b>A2.20</b>	Οστεοπόρωση				
<b>A2.21</b>	Σκλήρυνση κατά πλάκας				
<b>A2.22</b>	Καρκίνο				
<b>A2.23</b>	Αγχώδεις / συναισθηματικές διαταραχές				
<b>A2.24</b>	Κατάθλιψη				

**A3. Καπνίζετε τσιγάρο;**

- Ναι, περιστασιακά κατά την παρούσα περίοδο  
 Ναι, σε καθημερινή βάση κατά την παρούσα περίοδο  
 Είμαι πρώην καπνιστής/στρια  
 Κάπνισα μόνο μερικές φορές  
 Ποτέ

**A4. Πίνετε αλκοολούχο ποτό;**

- Σχεδόν καθημερινά  
 Αρκετές ημέρες την εβδομάδα  
 1-3 ημέρες την εβδομάδα  
 Λιγότερο από μία φορά το μήνα  
 Ποτέ

**A5. Περίπου πόσες εβδομάδες το προηγούμενο έτος είχατε ...**

		Αριθμός εβδομάδων (0-52)
<b>A5.1</b>	... επεισόδιο μεγάλης ευφορία, ενεργητικότητας ή νιώθατε πιο ανεβασμένος από συνήθως και κάνατε ασυνήθιστα πράγματα (σπατάλη χρημάτων κ.λπ.);	
<b>A5.2</b>	... επεισόδιο όπου νιώθατε πολύ ευέξαπτος και γκρινιάρης και ξεκινήσατε λογομαχίες, φωνάζατε ή χτυπούσατε ανθρώπους;	

**A6. Περίπου φορές το προηγούμενο έτος είχατε ...**

		Αριθμός φορές
<b>A6.1</b>	... έκρηξη θυμού, χάσατε τον έλεγχο και σπάσατε ή συντρίψατε κάτι που είχε μεγαλύτερη αξία από μερικά ευρώ;	
<b>A6.2</b>	... έκρηξη θυμού, χάσατε τον έλεγχο και απειλήσατε, χτυπήσατε ή πληγώσατε κάποιον;	
<b>A6.3</b>	... ατυχήματα / τραυματισμούς / δηλητηριάσεις είχατε που απαιτούσαν ιατρική φροντίδα;	

**A7. Προβλήματα σχετικά με την προσοχή και τη συγκέντρωσή σας; Πόσο συχνά...**

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
<b>A7.1</b>	... έχετε δυσκολία ολοκλήρωσης των τελικών λεπτομερειών μιας εργασίας, αφού το δύσκολο κομμάτι έχει γίνει;					
<b>A7.2</b>	... έχετε δυσκολία να βάλετε τα πράγματα σε μία σειρά όταν έχετε να κάνετε κάτι που απαιτεί οργάνωση;					
<b>A7.3</b>	... έχετε προβλήματα να θυμηθείτε ραντεβού ή υποχρεώσεις;					
<b>A7.4</b>	... αποφεύγετε ή καθυστερείτε να ξεκινήσετε ένα καθήκον που απαιτεί πολύ σκέψη;					
<b>A7.5</b>	... κινείστε νευρικά και κουλουριάζεστε όταν πρέπει να καθίσετε για πολύ ώρα;					

**A8.** Πόσο συχνά **κουραστήκατε**, κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, εκτελώντας μικρά καθημερινά...

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
<b>A8.1</b>	... <u>σωματικά καθήκοντα</u> (π.χ. εργασία, ψώνια,)					
<b>A8.2</b>	... <u>πνευματικά καθήκοντα</u> (π.χ. ανάγνωση, γράψιμο, γραφική εργασία)					

**A9.** Όταν νιώσατε πολύ κουρασμένος/η εκτελώντας μικρά καθημερινά καθήκοντα, τι θα συνέβαινε αν προσπαθούσατε να ξεκουραστείτε ή να χαλαρώσετε; Θα...

- ... επανακτούσατε πλήρως την ενέργεια και τη δύναμή σας;  
 ... νιώθατε ακόμα κουρασμένος/η και αδύναμος.

**A10.** Όταν κάποιο πρόβλημα έγινε σοβαρότερο, κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, πόσο συχνά νιώθατε κουρασμένος/η;

- Σχεδόν καθημερινά  
 Αρκετές ημέρες την εβδομάδα  
 1-2 ημέρες την εβδομάδα  
 1-3 ημέρες το μήνα  
 Λιγότερο από 1 φορά το μήνα

**A11.** Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων, πόσες φορές αισθανθήκατε...

		Όλες τις φορές	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καμία φορά
<b>A11.1</b>	... τόσο λυπημένος που τίποτα δεν θα μπορούσε να σας δώσει χαρά;					
<b>A11.2</b>	... εκνευρισμένος;					
<b>A11.3</b>	... ανήσυχος ή νευρικός;					
<b>A11.4</b>	... απελπισμένος;					
<b>A11.5</b>	... αδύναμος και απογοητευμένος;					
<b>A11.6</b>	... ανάξιος;					
<b>A11.7</b>	... ανίκανος να χαλαρώσετε;					
<b>A11.8</b>	... ανυπόμονος ή ευέξαπτος;					

**A12.** Προβλήματα **σχετικά με τον ύπνο**. Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους, πόσες εβδομάδες είχατε προβλήματα...

		0 εβδ.	1-2 εβδ.	3-4 εβδ.	5-8 εβδ.	9-12 εβδ.	13-26 εβδ.	27-51 εβδ.	52 εβδ.
<b>A12.1</b>	... να καταφέρετε να κοιμηθείτε, ενώ σχεδόν κάθε νύχτα περνούσαν 2 ή περισσότερες ώρες προτού αποκοιμηθείτε;								
<b>A12.2</b>	... να παραμείνετε κοιμισμένος, όταν ξυπνούσατε σχεδόν κάθε νύχτα και περνούσε 1 ώρα ή περισσότερο για να ξανακοιμηθείτε;								
<b>A12.3</b>	... με το να ξυπνάτε πάρα πολύ νωρίς, ενώ ξυπνούσατε σχεδόν κάθε πρωί τουλάχιστον 2 ώρες νωρίτερα από ότι θέλατε;								

<b>A12.4</b>	... με το να αισθάνεστε υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας								
--------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

## **B. ΕΡΓΑΣΙΑ**

**B1.** Τι ποσοστό (%) των συνολικών ωρών εργασίας σας εβδομαδιαίως εντάσσονται σε κάθε μία από τις ακόλουθες ώρες της ημέρας;

	%
Πρωί (6:00 π.μ. – 12 μ.μ.)	
Μεσημέρι (2 μ.μ. – 6:00 μ.μ.)	
Απόγευμα (6:00 μ.μ. – 12:00 π.μ.)	
Νύχτα (12:00 π.μ. – 6:00 π.μ.)	
ΣΥΝΟΛΟ	100

**B2.** Πόσα άτομα εποπτεύετε προσωπικά στην εργασία σας; \_\_\_\_\_ Αριθμός ατόμων

**B3.** Περίπου πόσες ώρες συνολικά εργαστήκατε τις τελευταίες 7 ημέρες; \_\_\_\_\_ Αριθμός ωρών

**B4.** Πόσες ημέρες ξοδέψατε σε κάθε μία από τις ακόλουθες εργασιακές καταστάσεις κατά τις προηγούμενες 4 εβδομάδες;

		Αριθμός ημερών
<b>B4.1</b>	Χάσατε ολόκληρη ημέρα εργασίας εξαιτίας σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων;	
<b>B4.2</b>	Χάσατε μια ολόκληρη ημέρα εργασίας για οποιοδήποτε άλλο λόγο;	
<b>B4.3</b>	Χάσατε μέρος της ημέρας εργασίας λόγω σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων;	
<b>B4.4</b>	Χάσατε μέρος μιας ημέρας εργασίας για οποιοδήποτε άλλο λόγο	
<b>B4.5</b>	Φθάσατε νωρίς στη δουλειά / επιστρέψατε αργά στο σπίτι / εργαστήκατε στο ρεπό σας;	

**B5.** Σκεφτείτε όλες τις ημέρες των προηγούμενων 4 εβδομάδων όπου χάσατε είτε 1 ολόκληρη ημέρα εργασίας είτε μέρος της ημέρας (θα υπολογιστούν και αυτές ως ολόκληρες ημέρες). Για πόσες από αυτές τις ημέρες...

		Αριθμός ημερών
<b>B5.1</b>	... δεν λάβατε αμοιβή;	
<b>B5.2</b>	... πληρωθήκατε τμήμα του κανονικού μισθού;	
<b>B5.3</b>	... χρησιμοποιήσατε αναρρωτική άδεια (ενώ λαμβάνατε κανονικό μισθό);	
<b>B5.4</b>	... χρησιμοποιήσατε άδεια διακοπών (ενώ λαμβάνατε κανονικό μισθό);	
<b>B5.5</b>	... πληρωθήκατε για βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη ανικανότητα;	
<b>B5.6</b>	... πληρωθήκατε ως αποτέλεσμα ενός τραυματισμού στην εργασία;	

**B6.** Περίπου πόσες ώρες συνολικά εργαστήκατε τις προηγούμενες 4 εβδομάδες; \_\_\_\_\_ Αριθμός ωρών

**B7.** Τις προηγούμενες 4 εβδομάδες είχατε κάποια ιδιαίτερη επιτυχία ή αποτυχία στην εργασία;  
 Ναι  
 Όχι

**B8.** Περιγράψτε περιληπτικά τι συνέβη.

---



**B9.** Ως προς τις ώρες που ξοδεύατε όταν ήσασταν στην εργασία σας, τις προηγούμενες 4 εβδομάδες πόσο συχνά...

		Όλες τις φορές	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καμία φορά
<b>B9.1</b>	... η παραγωγικότητα σας ήταν μεγαλύτερη από των περισσότερων συναδέλφων σας;					
<b>B9.2</b>	...η παραγωγικότητα σας ήταν μικρότερη από των περισσότερων συναδέλφων σας;					
<b>B9.3</b>	... δεν εργαζόσασταν σε στιγμές που υποτίθεται ότι θα έπρεπε να εργάζεστε;					
<b>B9.4</b>	... βρήκατε τον εαυτό σας να μην εργάζεται τόσο προσεκτικά όσο θα έπρεπε;					
<b>B9.5</b>	... ήταν η ποιότητα της εργασίας σας χαμηλότερη από ότι θα έπρεπε να είναι;					
<b>B9.6</b>	... δεν συγκεντρωνόσασταν αρκετά στην εργασία σας;					
<b>B9.7</b>	... προβλήματα υγείας περιόρισαν το είδος ή το ποσό της εργασίας που θα μπορούσατε να κάνετε;					

**B10.** Πώς θα αξιολογούσατε την συνήθη παραγωγικότητα των περισσότερων εργαζομένων σε μια εργασία παρόμοια με τη δική σας; (0 η χειρότερη παραγωγικότητα και 10 η καλύτερη παραγωγικότητα)

Χειρότερη παραγωγικότητα											Κορυφαία Παραγωγικότητα
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**B11.** Πώς θα αξιολογούσατε την συνολική παραγωγικότητά σας τις ημέρες που εργαστήκατε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων; (0 η χειρότερη παραγωγικότητα και 10 η καλύτερη παραγωγικότητα)

Χειρότερη παραγωγικότητα											Κορυφαία Παραγωγικότητα
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**B12.** Πώς θα συγκρίνατε την συνολική σας παραγωγικότητα στην εργασία σας τις ημέρες που εργαστήκατε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων (28 ημέρες) με την παραγωγικότητα των περισσότερων άλλων εργαζομένων που έχουν έναν παρόμοιο τύπο εργασίας; (Επιλέξτε μόνο ένα.)

- Ήσασταν **πολύ καλύτεροι** από άλλους εργαζόμενους.
- Ήσασταν **κάπως καλύτεροι** από άλλους εργαζόμενους.
- Ήσασταν **λίγο καλύτεροι** από άλλους εργαζόμενους.
- Ήσασταν περίπου **στο μέσο όρο**.
- Ήσασταν **λίγο χειρότεροι** από άλλους εργαζόμενους.
- Ήσασταν **κάπως χειρότεροι** από άλλους εργαζόμενους.
- Ήσασταν **πολύ χειρότεροι** από άλλους εργαζόμενους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ

**Ε. ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>	<b>SUM_ΙΚΑΝΟΠ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30)	<b>SUM_ΕΠΑΓΓΕΛΜ. ΕΞΟΥΘ.</b> (ΕΡ. 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29)	<b>SUM_ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28)
1	42	32	46
2	35	22	6
3	30	27	27
4	49	13	5
5	10	33	4
6	40	27	1
7	24	39	39
8	22	36	26
9	19	32	23
10	11	19	7
11	13	37	27
12	39	30	20
13	30	23	18
14	25	32	18
15	40	26	10
16	14	28	15
17	30	37	27
18	24	29	18
19	20	35	35
20	4	30	7
21	41	15	14
22	32	32	29
23	40	19	28
24	32	30	23
25	26	21	18
26	40	23	22
27	32	30	30
28	32	30	30
29	21	29	28
30	4	33	17
31	35	40	35
32	25	27	23
33	45	11	8
34	29	31	22

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>	<b>SUM_ΙΚΑΝΟΗ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30)	<b>SUM_ΕΠΑΓΓΕΛΜ. ΕΞΟΥΘ.</b> (ΕΡ. 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29)	<b>SUM_ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28)
35	12	38	22
36	20	37	25
37	45	19	4
38	12	34	32
39	44	25	15
40	25	29	11
41	19	34	10
42	46	14	5
43	13	20	9
44	41	23	14
45	30	22	7
46	38	31	21
47	42	20	27
48	40	27	34
49	34	24	10
50	42	19	4
51	25	15	7
52	24	15	6
53	47	22	13
54	31	26	18
55	20	27	14
56	38	24	14
57	23	19	24
58	22	38	32
59	50	18	24
60	33	36	38
61	38	22	12
62	38	18	11
63	32	25	12
64	29	30	33
65	40	27	28
66	43	30	33
67	49	9	10
68	35	22	12
69	41	25	36
70	19	37	17
71	20	32	24
72	19	21	19
73	14	37	34

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>	<b>SUM_ΙΚΑΝΟΠ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30)	<b>SUM_ΕΠΑΓΓΕΛΜ. ΕΞΟΥΘ.</b> (ΕΡ. 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29)	<b>SUM_ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28)
74	36	23	9
75	32	31	17
76	29	37	24
77	19	42	37
78	6	41	14
79	36	33	10
80	40	14	6
81	22	27	23
82	0	4	0
83	26	24	6
84	31	36	24
85	28	18	13
86	28	32	18
87	34	21	13
88	27	25	10
89	28	16	8
90	34	22	9
91	43	23	19
92	43	19	7
93	19	32	16
94	27	18	3
95	29	31	18
96	41	12	7
97	30	29	14
98	36	32	7
100	10	27	27
101	28	17	12
102	28	31	22
103	21	39	31
104	21	36	16
105	11	37	24
106	7	24	21
107	8	34	22
108	42	18	26
109	11	25	10
110	33	26	22
111	48	18	13
112	47	20	21
113	24	36	22

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>	<b>SUM_ΙΚΑΝΟΠ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30)	<b>SUM_ΕΠΑΓΓΕΛΜ. ΕΞΟΥΘ.</b> (ΕΡ. 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29)	<b>SUM_ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28)
114	35	19	21
115	34	31	20
116	39	19	10
117	37	34	30
118	17	32	23
119	28	32	23
120	40	36	17
121	36	20	8
122	41	27	36
123	17	27	3
123	17	27	3
124	33	31	10
125	35	28	14
126	42	28	10
127	23	35	12
128	25	33	25
129	31	28	27
130	25	28	32
131	38	22	14
132	19	29	18
133	44	19	14
134	29	18	6
135	37	33	28
136	42	26	25
137	15	24	22
138	35	24	12
139	29	27	17
140	42	18	17
141	41	17	11
142	38	33	24
143	22	26	16
144	28	15	9
145	16	28	7
146	16	30	13
147	22	31	29
148	20	47	44
149	21	22	23
150	23	24	19
151	23	24	19

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>	<b>SUM_ΙΚΑΝΟΠ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30)	<b>SUM_ΕΠΑΓΓΕΛΜ. ΕΞΟΥΘ.</b> (ΕΡ. 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29)	<b>SUM_ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28)
152	36	21	4
153	41	27	20
154	34	29	31
155	41	24	24
156	39	24	21
157	34	21	17
158	29	25	19
159	43	13	11
160	50	15	5
161	42	12	4
162	26	24	26
163	30	24	12
164	34	34	14
165	31	22	5
166	32	28	25
167	39	32	29
168	37	28	13
169	47	14	10
170	37	24	22
171	23	25	19
172	22	40	40
173	30	28	25
174	41	25	13
175	28	13	12
176	15	12	21
177	22	30	13
178	35	22	13
179	40	27	33
180	22	19	9
181	23	24	19
182	21	29	17
183	32	30	20
184	27	30	22
185	24	36	30
186	34	28	16
187	23	24	14
188	21	30	16
189	25	30	31
190	24	21	25

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>	<b>SUM_ΙΚΑΝΟΠ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30)	<b>SUM_ΕΠΑΓΓΕΛΜ. ΕΞΟΥΘ.</b> (ΕΡ. 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29)	<b>SUM_ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠ</b> (ΕΡ. 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28)
191	28	24	22
192	35	28	21
193	32	22	30
194	5	22	11
195	35	37	23
196	35	24	13
197	32	28	25
198	39	32	29
199	37	28	13
200	47	14	10

## ΣΤ. ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 7 ΗΜ.	ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 4 ΕΒΔ.	ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 1	ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 1	ΣΧΕΤ. ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ 1	ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 2	ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 2	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ 2
40	16	144	0,90	0,10	0	0,00	1,00
48	168	-8	-0,05	1,05	-32	-0,20	1,20
48	18	142	0,89	0,11	-32	-0,20	1,20
40	32	128	0,80	0,20	0	0,00	1,00
48	168	-8	-0,05	1,05	-32	-0,20	1,20
40	165	-5	-0,03	1,03	0	0,00	1,00
48	160	0	0,00	1,00	-32	-0,20	1,20
48	160	0	0,00	1,00	-32	-0,20	1,20
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
16	120	40	0,25	0,75	96	0,60	0,40
42	130	30	0,19	0,81	-8	-0,05	1,05
37	130	30	0,19	0,81	12	0,08	0,93
40	168	-8	-0,05	1,05	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
35	120	40	0,25	0,75	20	0,13	0,88
35	170	-10	-0,06	1,06	20	0,13	0,88
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	180	-20	-0,13	1,13	0	0,00	1,00
40	40	120	0,75	0,25	0	0,00	1,00
40	170	-10	-0,06	1,06	0	0,00	1,00
56	160	0	0,00	1,00	-64	-0,40	1,40
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	180	-20	-0,13	1,13	0	0,00	1,00
50	180	-20	-0,13	1,13	-40	-0,25	1,25
50	180	-20	-0,13	1,13	-40	-0,25	1,25
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
32	152	8	0,05	0,95	32	0,20	0,80
35	40	120	0,75	0,25	20	0,13	0,88
35	120	40	0,25	0,75	20	0,13	0,88
30	30	130	0,81	0,19	40	0,25	0,75
38	120	40	0,25	0,75	8	0,05	0,95
35	140	20	0,13	0,88	20	0,13	0,88



<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 7 ΗΜ.</b>	<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 4 ΕΒΔ.</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ_1</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_2</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_2</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ_2</b>
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
30	40	120	0,75	0,25	40	0,25	0,75
56	160	0	0,00	1,00	-64	-0,40	1,40
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
32	160	0	0,00	1,00	32	0,20	0,80
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
16	88	72	0,45	0,55	96	0,60	0,40
30	130	30	0,19	0,81	40	0,25	0,75
50	200	-40	-0,25	1,25	-40	-0,25	1,25
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
32	65	95	0,59	0,41	32	0,20	0,80
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
56	160	0	0,00	1,00	-64	-0,40	1,40
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
45	180	-20	-0,13	1,13	-20	-0,13	1,13
60	125	35	0,22	0,78	-80	-0,50	1,50
50	200	-40	-0,25	1,25	-40	-0,25	1,25
45	160	0	0,00	1,00	-20	-0,13	1,13
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	400	-240	-1,50	2,50	0	0,00	1,00
55	200	-40	-0,25	1,25	-60	-0,38	1,38
40	145	15	0,09	0,91	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
42	168	-8	-0,05	1,05	-8	-0,05	1,05
24	144	16	0,10	0,90	64	0,40	0,60
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
56	168	-8	-0,05	1,05	-64	-0,40	1,40
40	152	8	0,05	0,95	0	0,00	1,00
45	160	0	0,00	1,00	-20	-0,13	1,13
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
35	140	20	0,13	0,88	20	0,13	0,88
40	100	60	0,38	0,63	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	144	16	0,10	0,90	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00

<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 7 ΗΜ.</b>	<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 4 ΕΒΔ.</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ_1</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_2</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_2</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ_2</b>
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	40	120	0,75	0,25	0	0,00	1,00
46	210	-50	-0,31	1,31	-24	-0,15	1,15
0	160	0	0,00	1,00	160	1,00	0,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
35	140	20	0,13	0,88	20	0,13	0,88
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
48	168	-8	-0,05	1,05	-32	-0,20	1,20
50	170	-10	-0,06	1,06	-40	-0,25	1,25
40	180	-20	-0,13	1,13	0	0,00	1,00
40	162	-2	-0,01	1,01	0	0,00	1,00
0	160	0	0,00	1,00	160	1,00	0,00
63	260	-100	-0,63	1,63	-92	-0,58	1,58
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
66	225	-65	-0,41	1,41	-104	-0,65	1,65
40	196	-36	-0,23	1,23	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
48	40	120	0,75	0,25	-32	-0,20	1,20
45	160	0	0,00	1,00	-20	-0,13	1,13
40	32	128	0,80	0,20	0	0,00	1,00
35	140	20	0,13	0,88	20	0,13	0,88
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
35	140	20	0,13	0,88	20	0,13	0,88
60	250	-90	-0,56	1,56	-80	-0,50	1,50
40	130	30	0,19	0,81	0	0,00	1,00
40	40	120	0,75	0,25	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	40	120	0,75	0,25	0	0,00	1,00
32	152	8	0,05	0,95	32	0,20	0,80
40	152	8	0,05	0,95	0	0,00	1,00
105	420	-260	-1,63	2,63	-260	-1,63	2,63
35	16	144	0,90	0,10	20	0,13	0,88
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00

<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 7 ΗΜ.</b>	<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 4 ΕΒΔ.</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ_1</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_2</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ_2</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ_2</b>
0	160	0	0,00	1,00	160	1,00	0,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
24	96	64	0,40	0,60	64	0,40	0,60
32	160	0	0,00	1,00	32	0,20	0,80
32	150	10	0,06	0,94	32	0,20	0,80
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
42	160	0	0,00	1,00	-8	-0,05	1,05
40	40	120	0,75	0,25	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
45	160	0	0,00	1,00	-20	-0,13	1,13
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	48	112	0,70	0,30	0	0,00	1,00
43	170	-10	-0,06	1,06	-12	-0,08	1,08
60	260	-100	-0,63	1,63	-80	-0,50	1,50
40	180	-20	-0,13	1,13	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
48	170	-10	-0,06	1,06	-32	-0,20	1,20
56	160	0	0,00	1,00	-64	-0,40	1,40
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
42	140	20	0,13	0,88	-8	-0,05	1,05
42	42	118	0,74	0,26	-8	-0,05	1,05
56	32	128	0,80	0,20	-64	-0,40	1,40
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
42	140	20	0,13	0,88	-8	-0,05	1,05
40	150	10	0,06	0,94	0	0,00	1,00
40	150	10	0,06	0,94	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
56	40	120	0,75	0,25	-64	-0,40	1,40
13	192	-32	-0,20	1,20	108	0,68	0,33
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
80	168	-8	-0,05	1,05	-160	-1,00	2,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00

<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 7 ΗΜ.</b>	<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 4 ΕΒΔ.</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ 1</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 2</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 2</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ 2</b>
60	120	40	0,25	0,75	-80	-0,50	1,50
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
56	160	0	0,00	1,00	-64	-0,40	1,40
52	160	0	0,00	1,00	-48	-0,30	1,30
52	160	0	0,00	1,00	-48	-0,30	1,30
52	160	0	0,00	1,00	-48	-0,30	1,30
40	152	8	0,05	0,95	0	0,00	1,00
50	180	-20	-0,13	1,13	-40	-0,25	1,25
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
35	140	20	0,13	0,88	20	0,13	0,88
40	184	-24	-0,15	1,15	0	0,00	1,00
49	160	0	0,00	1,00	-36	-0,23	1,23
35	140	20	0,13	0,88	20	0,13	0,88
50	180	-20	-0,13	1,13	-40	-0,25	1,25
42	163	-3	-0,02	1,02	-8	-0,05	1,05
48	200	-40	-0,25	1,25	-32	-0,20	1,20
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
42	140	20	0,13	0,88	-8	-0,05	1,05
40	280	-120	-0,75	1,75	0	0,00	1,00
56	168	-8	-0,05	1,05	-64	-0,40	1,40
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
0	160	0	0,00	1,00	160	1,00	0,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
56	160	0	0,00	1,00	-64	-0,40	1,40
50	158	2	0,01	0,99	-40	-0,25	1,25
60	180	-20	-0,13	1,13	-80	-0,50	1,50
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
40	150	10	0,06	0,94	0	0,00	1,00
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
56	168	-8	-0,05	1,05	-64	-0,40	1,40
70	200	-40	-0,25	1,25	-120	-0,75	1,75
40	100	60	0,38	0,63	0	0,00	1,00
5	160	0	0,00	1,00	140	0,88	0,13
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00
45	190	-30	-0,19	1,19	-20	-0,13	1,13
40	160	0	0,00	1,00	0	0,00	1,00

<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 7 ΗΜ.</b>	<b>ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ. 4 ΕΒΔ.</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 1</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ 1</b>	<b>ΑΠΟΛ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 2</b>	<b>ΣΧΕΤ. ΣΚΟΡ ΑΠΟΥΣ 2</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣ 2</b>
35	140	20	0,13	0,88	20	0,13	0,88
40	184	-24	-0,15	1,15	0	0,00	1,00
49	160	0	0,00	1,00	-36	-0,23	1,23

## Ζ. ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΛΛΩΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΠΟΛΥΤΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ	ΣΧΕΤΙΚΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ
6	8	80	1,33
8	10	100	1,25
5	5	50	1,00
10	10	100	1,00
7	9	90	1,29
9	10	100	1,11
7	7	70	1,00
7	7	70	1,00
7	8	80	1,14
9	9	90	1,00
2	7	70	3,50
10	9	90	0,90
7	8	80	1,14
4	7	70	1,75
9	10	100	1,11
3	8	80	2,67
6	8	80	1,33
5	5	50	1,00
8	8	80	1,00
5	1	10	0,20
5	7	70	1,40
9	9	90	1,00
5	5	50	1,00
7	8	80	1,14
6	8	80	1,33
2	8	80	4,00
7	9	90	1,29
7	9	90	1,29
9	8	80	0,89
5	7	70	1,40
4	2	20	0,50
7	7	70	1,00
10	9	90	0,90
8	8	80	1,00
8	7	70	0,88
6	7	70	1,17
2	10	100	5,00
7	8	80	1,14

<b>ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΛΛΩΝ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΑΠΟΛΥΤΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ</b>
7	8	80	1,14
5	9	90	1,80
5	7	70	1,40
10	10	100	1,00
5	4	40	0,80
8	8	80	1,00
5	10	100	2,00
8	8	80	1,00
7	7	70	1,00
5	3	30	0,60
8	8	80	1,00
9	7	70	0,78
8	10	100	1,25
5	5	50	1,00
9	9	90	1,00
6	5	50	0,83
10	10	100	1,00
7	9	90	1,29
9	9	90	1,00
7	8	80	1,14
3	9	90	3,00
7	8	80	1,14
7	7	70	1,00
6	9	90	1,50
6	9	90	1,50
7	8	80	1,14
8	9	90	1,13
7	7	70	1,00
8	7	70	0,88
9	9	90	1,00
6	4	40	0,67
5	8	80	1,60
6	9	90	1,50
8	8	80	1,00
5	5	50	1,00
5	7	70	1,40
9	10	100	1,11
8	8	80	1,00
5	4	40	0,80
3	2	20	0,67
6	8	80	1,33

ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΛΛΩΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΠΟΛΥΤΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ	ΣΧΕΤΙΚΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ
5	5	50	1,00
9	9	90	1,00
6	10	100	1,67
6	8	80	1,33
6	6	60	1,00
8	8	80	1,00
7	9	90	1,29
6	7	70	1,17
4	7	70	1,75
8	8	80	1,00
7	8	80	1,14
6	9	90	1,50
7	8	80	1,14
7	10	100	1,43
3	10	100	3,33
9	8	80	0,89
10	10	100	1,00
7	7	70	1,00
7	9	90	1,29
6	8	80	1,33
9	9	90	1,00
6	8	80	1,33
10	9	90	0,90
5	9	90	1,80
9	5	50	0,56
5	8	80	1,60
4	9	90	2,25
5	8	80	1,60
5	7	70	1,40
5	7	70	1,40
9	8	80	0,89
9	9	90	1,00
9	7	70	0,78
7	9	90	1,29
8	6	60	0,75
8	8	80	1,00
7	10	100	1,43
10	10	100	1,00
8	7	70	0,88
10	10	100	1,00
8	9	90	1,13

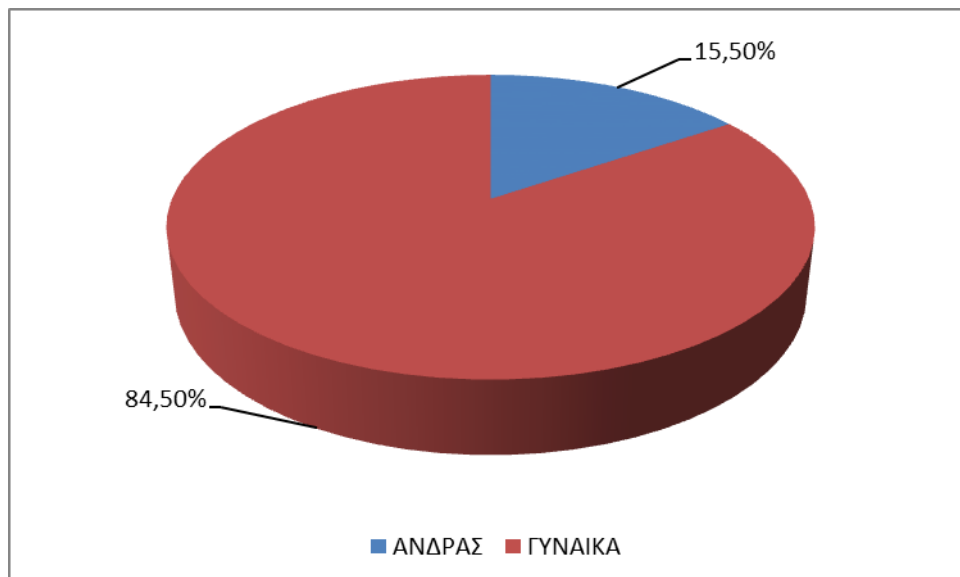


<b>ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΛΛΩΝ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΑΠΟΛΥΤΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ</b>
6	6	60	1,00
6	7	70	1,17
5	6	60	1,20
8	8	80	1,00
7	7	70	1,00
5	8	80	1,60
8	10	100	1,25
7	7	70	1,00
7	8	80	1,14
7	9	90	1,29
7	7	70	1,00
7	7	70	1,00
8	8	80	1,00
8	8	80	1,00
5	8	80	1,60
9	8	80	0,89
9	10	100	1,11
6	8	80	1,33
6	7	70	1,17
6	8	80	1,33
9	10	100	1,11
9	10	100	1,11
8	8	80	1,00
5	5	50	1,00
9	8	80	0,89
7	4	40	0,57
5	6	60	1,20
3	4	40	1,33
9	8	80	0,89
7	7	70	1,00
7	7	70	1,00
8	9	90	1,13
8	7	70	0,88
4	8	80	2,00
9	9	90	1,00
10	10	100	1,00
6	8	80	1,33
6	7	70	1,17
8	8	80	1,00
5	7	70	1,40
5	9	90	1,80

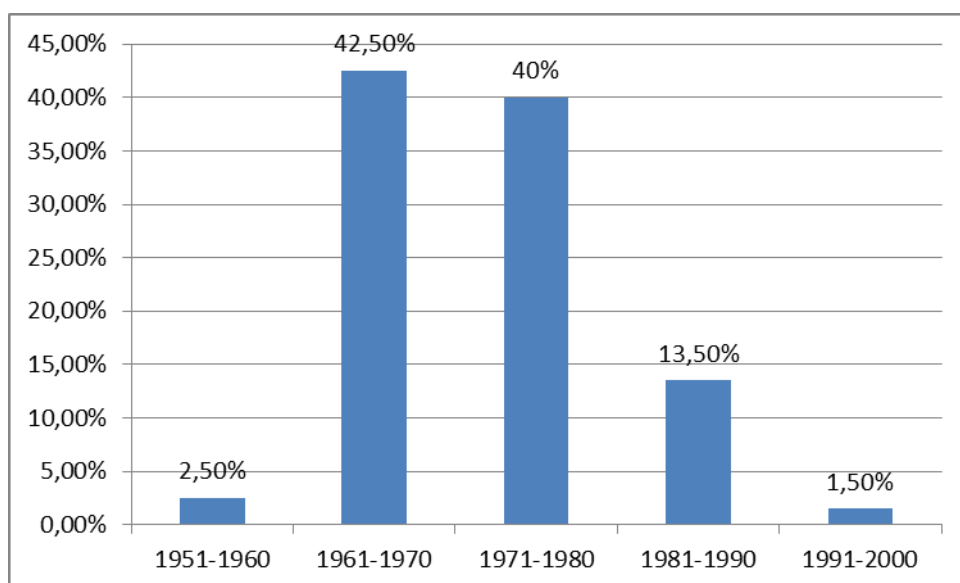
<b>ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΛΛΩΝ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΑΠΟΛΥΤΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΟ ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓ</b>
5	9	90	1,80
5	9	90	1,80
6	9	90	1,50
8	7	70	0,88
5	8	80	1,60
8	8	80	1,00
5	6	60	1,20
8	9	90	1,13
8	9	90	1,13
3	7	70	2,33
7	9	90	1,29
7	9	90	1,29
5	8	80	1,60
9	5	50	0,56
9	8	80	0,89
8	8	80	1,00
8	7	70	0,88
9	9	90	1,00
4	9	90	2,25
5	9	90	1,80
8	8	80	1,00
8	8	80	1,00
7	6	60	0,86
9	10	100	1,11
9	9	90	1,00
10	10	100	1,00
7	9	90	1,29
9	10	100	1,11
5	7	70	1,40
9	9	90	1,00
8	9	90	1,13
8	8	80	1,00
7	7	70	1,00
7	9	90	1,29
7	5	50	0,71
5	8	80	1,60
8	8	80	1,00
5	6	60	1,20
8	9	90	1,13

## Η. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

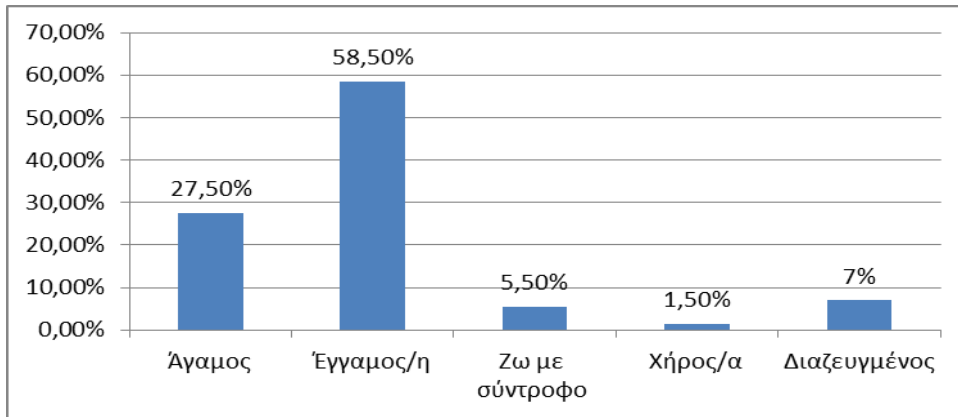
Διάγραμμα Η. 1. Κατανομή φύλου



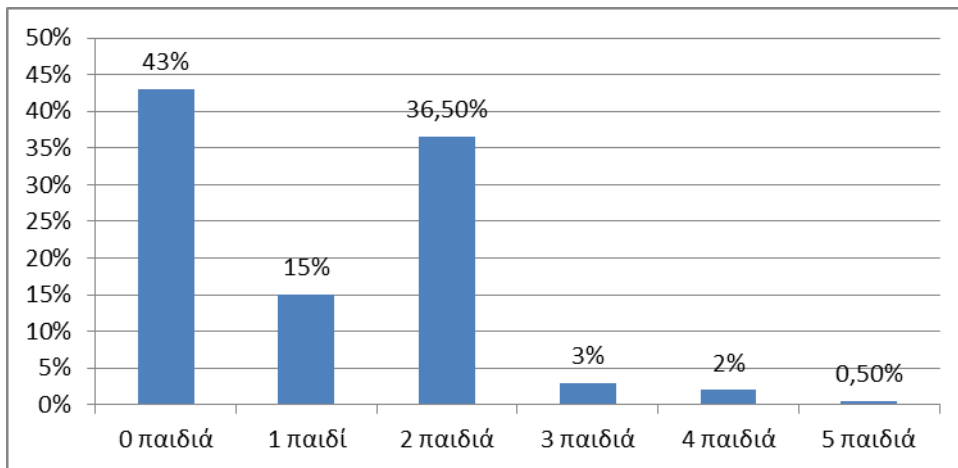
Διάγραμμα Η. 2. Κατανομή ημερομηνίας γέννησης



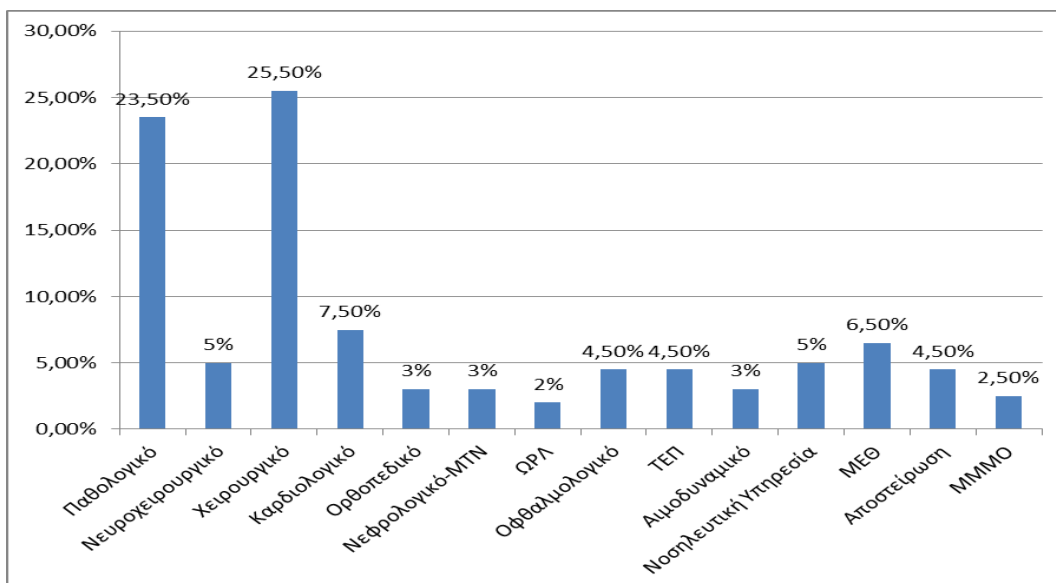
**Διάγραμμα Η. 3. Κατανομή οικογενειακής κατάστασης**



**Διάγραμμα Η. 4. Κατανομή αριθμού παιδιών**



**Διάγραμμα Η. 5. Κατανομή τμήματος εργασίας**



**Διάγραμμα Η. 6. Κατανομή ωραρίου εργασίας**

