



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ
ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΕΚΚΑΣ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Κυριακός Σουλιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής (επιβλέπων)
2. Μαίρη Γείτονα, Καθηγήτρια
3. Μαρία Σαρίδη

Ιανουάριος 2019

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους ανθρώπους που ήταν αρωγοί αυτής της προσπάθειας και την επηρέασαν. Σε αυτούς τους ανθρώπους θέλω να αναφερθώ και να τους ευχαριστήσω για τη σημαντική βοήθεια που μου προσέφεραν στα διάφορα στάδια της μεταπτυχιακής μου ειδίκευσης.

Ευχαριστώ θερμά τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος.

Θα ήθελα να εκφράσω ξεχωριστά τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Κυριάκο Σουλιώτη για την πολύτιμη συνεισφορά του στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ την καθηγήτρια κα. Μαρία Γείτονα για την άριστη συνεργασία και την άμεση ανταπόκριση.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες ανήκουν και στην κ. Μαρία Σαρρίδη κα για την πολύτιμη βοήθεια και την έντονη δραστηριότητά της κατά την διάρκεια της φοίτησης στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	3
Περιεχόμενα Πινάκων	6
Περιεχόμενα Διαγραμμάτων	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ABSTRACT.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ	14
1.1. Νοσηλευτική φροντίδα σε μονάδα τεχνητού νεφρού	15
1.2. Νοσηλευτική φροντίδα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς	15
1.3. Εργασιακό περιβάλλον νοσηλευτών αιμοκάθαρσης	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ...	18
2.1. Ορισμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης	18
2.2. Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης	19
2.3 Ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης	21
2.4. Αιτίες της Επαγγελματικής Εξουθένωσης	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	29
3.1. Παρεμβάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	34
4.1. Σκοπός Έρευνας.....	34
4.2. Μέθοδος Έρευνας.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	37
5.1. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος.....	37
5.2. Ανάλυση Ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	38

5.3. Ανάλυση Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής	41
5.4. Συγκρίσεις Ερωτηματολόγιων με Κοινωνικοδηγραφικά χαρακτηριστικά	43
5.4. Συσχέτιση Ερωτηματολόγιων Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ποιότητας Ζωής	52
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'	67

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος	37
Πίνακας 2: Επαγγελματική εξουθένωση	39
Πίνακας 3: Αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα	43
Πίνακας 4: Αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με Μορφωτικό επίπεδο	44
Πίνακας 5: Αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με Τομέα Απασχόληση	44
Πίνακας 6: Συναισθηματική εξάντληση σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα	45
Πίνακας 7: Συναισθηματική εξάντληση σε σύγκριση με Τομέας Απασχόλησης	45
Πίνακας 8: Συναισθηματική εξάντληση σε σύγκριση με προϋπηρεσία σε MTN.....	46
Πίνακας 9: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα.....	46
Πίνακας 10: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με φύλο	47
Πίνακας 11: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση (1).....	47
Πίνακας 12: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση (2).....	48
Πίνακας 13: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με Μορφωτικό επίπεδο (1)	49
Πίνακας 14: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με Μορφωτικό επίπεδο (2)	49
Πίνακας 15: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με Τομέας Απασχόλησης	50
Πίνακας 16: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με προϋπηρεσία σε MTN.....	51
Πίνακας 17: Συσχέτιση Ερωτηματολογίων Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ποιότητας Ζωής	52

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Επαγγελματική εξουθένωση Νοσηλευτικού Προσωπικού	38
Διάγραμμα 2: Ποιότητα Ζωής Νοσηλευτικού Προσωπικού	41
Διάγραμμα 3: Βαθμολογήστε την κατάσταση της υγείας σας συνολικά (σωματικά και ψυχικά), σήμερα, κατά την προσωπική σας γνώμη	42

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο με 3 διαστάσεις την συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μείωση προσωπικών επιτευγμάτων. Είναι πολύ συχνή μεταξύ των νοσηκόμων που εργάζονται σε μονάδα τεχνητού νεφρού (MTN). **Σκοπός:** Η διερεύνηση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN). **Μεθοδολογία:** Διεξήχθη έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό. Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας και η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 50 νοσηλευτές. Η διάρκεια της έρευνας ήταν από τον Απρίλιο έως και τον Νοέμβριο 2018. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach και το ερωτηματολόγιο μέτρησης ποιότητας ζωής Short-Form 36. Η περιγραφική και η επαγωγική ανάλυση των δεδομένων στηρίχθηκε στο S.P.S.S. 25. **Αποτελέσματα:** Το 50% του δείγματος είχε υψηλή αποπροσωποποίηση, το 62% υψηλή συναισθηματική εξάντληση και το 60% υψηλά προσωπικά επιτεύγματα. Αρά το δείγμα φαίνεται να έχει υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Μέτρια ήταν η ποιότητα ζωής του δείγματος, με υψηλότερη βαθμολογία στην ψυχική υγεία (63,44) και χαμηλότερη στην γενική υγεία (43,58). Η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και ο τομέας απασχόλησης φάνηκαν να επηρεάζουν την αποπροσωποποίηση, την συναισθηματική εξάντληση και την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του σωματικού πόνου και της συναισθηματικής εξάντλησης, της κλίμακας VAS και των προσωπικών επιτευγμάτων, αλλά και της συναισθηματικής εξάντλησης. **Συμπεράσματα:** Η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων, καθώς και η παροχή περαιτέρω εκπαίδευσης σε νοσηλευτές που εργάζονται σε MTN είναι απαραίτητες για την ελαχιστοποίηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα προγράμματα μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να επικεντρώνονται κυρίως στους νέους επαγγελματίες.

ABSTRACT

Introduction: Burnout is a syndrome with 3 dimensions, emotional exhaustion, depersonalization, and reduction of personal achievement. It is very common among nurses working in an artificial kidney unit. **Purpose:** Exploring the psycho-emotional burden of health professionals working in Artificial Kidney Unit. **Methodology:** Research was conducted on nursing staff. The sampling of convenience was chosen and the questionnaire was collected using the self-filling method. The sample of the survey consisted of 50 nurses. The duration of the survey was from April to November 2018. The questionnaires used were a) the Maslach burnout questionnaire and b) the questionnaire for quality of life Short-Form 36. The descriptive and inductive analysis of the data was based on S.P.S. 25. **Results:** 50% of the sample had high depersonalization, 62% high emotional exhaustion and 60% high personal achievements. So the sample seems to have a high burnout. The quality of life of the sample was moderate, with a higher score on mental health (63.44) and lower in general health (43.58). Age, educational level and employment sector seemed to affect depersonalization, emotional exhaustion and the quality of life of nursing staff. Correlation was found between physical pain and emotional exhaustion, VAS scale, personal achievements and emotional exhaustion. **Conclusions:** Improving working conditions and relationships between colleagues, as well as providing further training to nurses working in artificial kidney unit are essential to minimizing burnout. Programs to reduce burnout should focus mainly on young health professionals.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από 3 κύρια συστατικά: την συναισθηματική εξάντληση, έλλειψη της συμπάθειας στους ασθενείς και στους συναδέλφους και μειωμένο προσωπικό επίτευγμα που οδηγεί σε μειωμένη αποτελεσματικότητα στην εργασία (Maslach & Jackson 1981, Gundersen 2001) Αυτό το σύνδρομο περιλαμβάνει διάφορες εκδηλώσεις όπως κόπωση, αϋπνία, ευερεθιστότητα, αδυναμία, μειωμένο ηθικό, απώλεια ποιότητας στην εκτέλεση της εργασίας, και αυξημένη χρήση αλκοόλ ή καπνού (Klersy et al., 2007). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει εντοπιστεί σε πολλούς οργανισμούς και υπηρεσίες και διαπιστώθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberg (1974). Αυτό το φαινόμενο μπορεί να έχει ιδιαίτερη σημασία στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, όχι μόνο λόγω της φύσης του έργου, αλλά και λόγω του υψηλού επιπέδου συχνότητας. Πράγματι, ο επιπολασμός αυτής της κατάστασης μεταξύ των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας αναφέρεται ότι κυμαίνεται από 25% έως 70% (Catalan et al., 1996, Gillespie et al., 2003, Adriaenssens et al., 2015).

Η νοσηλευτική είναι μία από τις πιο αγχωτικές εργασίες και σχετίζεται με τη βοήθεια των ασθενών. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οφείλεται σε υποβάθμιση και αλλοίωση της σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς, άλλους συναδέλφους, την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον (Adali et al., 2002). Επιπλέον, η εξουθένωση σχετίζεται στενά με την απουσία και εγκατάλειψη της εργασίας (Hansen et al., 2009). Τέλος, η εξουθένωση των νοσηλευτών μπορεί να οδηγήσει σε κακή φροντίδα των ασθενών και να αυξήσει τον κίνδυνο ιατρικού σφάλματος (Jenkins et al., 2004). Η βελτίωση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί οδηγούν σε καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία με αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγικότητας που οδηγεί τελικά σε καλύτερη φροντίδα για τους ασθενείς (Firth 2003).

Τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης ποικίλλουν μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε διαφορετικούς χώρους. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδα τεχνητού νεφρού (MTN) αντιμετωπίζουν την χρόνια ασθένεια, της νεφρικής ανεπάρκεια. Αυτό συμβαίνει σε έναν αυξανόμενο αριθμό ηλικιωμένων με συχνές

παράλογες απαιτήσεις και μη συμμόρφωση με την αγωγή, φτωχή πρόγνωση, ακόμη και υψηλό κίνδυνο θανάτου (Klersy et al., 2007). Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδα τεχνητού νεφρού πρέπει να αντιμετωπίσουν πολύπλοκες τεχνικές αιμοκαθάρσεις, αυστηρή εφαρμογή του ελέγχου των λοιμώξεων, πολύπλοκες και διαδικασίες, αυξημένες απαιτήσεις εργασίας λόγω του αυξανόμενου αριθμού των ασθενών που χρειάζονται θεραπεία αιμοκάθαρσης, και μακροπρόθεσμες αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους (Kotzabassaki & Parissopoulos 2003, Brokalaki et al. 2001, Rivaes et al. 2004). Όλα αυτά μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή εξουθένωσης.

ΤΑ υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε γιατρούς και νοσηλευτές συνδέονται με την ικανοποίηση των ασθενών. Ως εκ τούτου, ο εντοπισμός και η πρόληψη της εξουθένωσης του προσωπικού μπορεί να βελτιώσει την ικανοποίηση του ασθενή και την φροντίδα υγείας (Argentero et al. 2008).

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN).

Η παρούσα διπλωματική αποτελείται από δυο κύριες ενότητες. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και στην δεύτερη ενότητα παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας. Ειδικότερα:

Στο κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται η νοσηλευτική φροντίδα των χρονίων πασχόντων και συγκεκριμένα η νοσηλευτική φροντίδα σε μονάδα τεχνητού νεφρού και σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Ακόμη γίνεται αναφορά στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών αιμοκάθαρσης.

Στο κεφάλαιο 2 περιγράφεται η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ειδικότερα, αναφέρεται ο ορισμός, τα συμπτώματα, η ανάπτυξη και οι αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στο κεφάλαιο 3 αναφέρεται η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού σε μονάδα τεχνητού νεφρού και οι παρεμβάσεις που μπορούν να πραγματοποιηθούν για την μείωση αυτής.

Στο κεφάλαιο 4 παρατίθεται ο σκοπός και μέθοδος της έρευνας, όπου αναφέρονται τα ερευνητικά ερωτήματα και η συλλογή των δεδομένων, το δείγμα, τα ερωτηματολόγια της παρούσας έρευνας και οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν.

Στο κεφάλαιο 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και συγκεκριμένα τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών, η περιγραφική στατιστική των ερωτήσεων και η επαγωγική στατιστική.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και γίνεται σύγκριση με άλλες έρευνες της διεθνής βιβλιογραφίας. Επίσης παρατίθεται κάποια προτάσεις για την διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο του νοσοκομείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Η χρόνια κατάσταση υγείας είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει και να συμπεριλάβει χρόνιες ασθένειες, χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες. Οι χρόνιες καταστάσεις υγείας είναι συχνά πολυπαραγοντικές, με την ανάπτυξη αυτών των συνθηκών να εξαρτάται από σύνθετες συσχετίσεις μεταξύ συμπεριφοράς, περιβάλλοντος και γενετικής (Laatikainen et al., 2009). Ενώ οι χρόνιες συνθήκες υγείας μπορούν να διαρκέσουν επ' αόριστόν ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, η εμφάνιση ποικίλλει. Αυτές οι καταστάσεις μπορούν να εμφανιστούν ξαφνικά ή σταδιακά (ΠΟΥ, 2014). Τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις υποφέρουν συχνά από εξασθενητικά συμπτώματα που αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους (Wolff, Starfield, & Anderson, 2002). Η φροντίδα και η υποστήριξη ατόμων με χρόνιες παθήσεις πρέπει να είναι προληπτική, επικεντρωμένη στον ασθενή, πολυεπιστημονική και διαχρονική (Williams & Kralik, 2008).

Οι νοσηλευτές έχουν ουσιαστικό ρόλο στη διαχείριση ατόμων με χρόνιες παθήσεις υγείας (Kralik & Lee, 2009) και είναι συχνά ηγέτες στη διαχείριση της χρόνιας φροντίδας εξαιτίας της ικανότητας παροχής ολιστικής φροντίδας και της ενσωμάτωσης των μελών της διεπιστημονικής ομάδας για την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (Hekkink et al., 2005). Οι Forbes και While (2009) υποδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές συνεισφέρουν με δύο σημαντικούς τρόπους: α) οριζόντια με την πλοήγηση ατόμων μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για πολλά χρόνια και β) κατακόρυφη με βάση την παροχή φροντίδας για την πρόληψη, την παροχή υποστήριξης και εκπαίδευσης για την αυτοδιαχείριση, τον εντοπισμό προβλημάτων και επιπλοκών, τη διαχείριση προβλημάτων, τη βελτιστοποίηση των θεραπειών και τη διαχείριση περιπτώσεων σε πιο πολύπλοκες περιπτώσεις. Για τη φροντίδα της χρόνιας περίθαλψης, το απαιτούμενο σύνολο δεξιοτήτων είναι παρόμοιο με εκείνο του μοντέλου οξείας φροντίδας, αλλά η διάρκεια της περίθαλψης και η καθιέρωση της συνεχιζόμενης σχέσης μέσω της παροχής συμβουλών στους ασθενείς είναι αυτό που καθιστά μοναδική τη φροντίδα της χρόνιας φροντίδας.

1.1. Νοσηλευτική φροντίδα σε μονάδα τεχνητού νεφρού

Οι νοσηλευτές στις μονάδες τεχνητού νεφρού παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς καθ' όλη την διάρκεια της χρόνιας αυτής κατάστασης υγείας. Η χρόνια νεφρική νόσο ταξινομείται σε πέντε στάδια, με τα πρώτα 3 στάδια να διαχειρίζονται συνήθως στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα στάδια 4 και 5 απαιτούν ειδική φροντίδα.

Ο Gomez (2011) ορίζει τη νεφρική νοσηλεία ως μια "εξειδικευμένη πρακτική που ασχολείται με την προστασία, την προώθηση και τη βελτιστοποίηση της υγείας και ευεξίας των ατόμων με νεφρική νόσο". Οι νοσηλευτές στις μονάδες τεχνητού νεφρού παρέχουν φροντίδα σε συνεργασία με την πολυεπιστημονική ομάδα για ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο, ασθενείς που χρειάζονται θεραπεία αντικατάστασης νεφρού με περιτοναϊκή κάθαρση ή αιμοκάθαρση και σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε νεφρική μεταμόσχευση (Bonner, 2007). Οι νοσηλευτές αυτοί παρέχουν φροντίδα σε ιδρύματα πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, αλλά και κατ' οίκον φροντίδα (American Nephrology Nurses Association, 2010, Bonner, 2007) σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς. Δεδομένης της πολυπλοκότητας των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο, οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν μια τεράστια εξειδικευμένη βάση γνώσεων, καθώς και κλινική και τεχνική εμπειρογνωμοσύνη (Bonner & Lloyd, 2011). Οι νοσηλευτές καλούνται να εκπληρώσουν πολλούς απαιτητικούς ρόλους, όπως τον φροντιστή, τον εκπαιδευτή, τον μέντορα και τον τεχνικό, σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (Tranter et al., 2009). Οι νοσηλευτές στις μονάδες τεχνητού νεφρού έχουν εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου, μια ξεχωριστή ειδικότητα της νοσηλευτικής επιστήμης (Lauder et al., 2011), επιτρέποντάς να αναπτύξουν ένα σύνολο τεκμηριωμένων ερευνών ειδικά για νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτόν τον τομέα.

1.2. Νοσηλευτική φροντίδα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς

Οι νοσηλευτές αιμοκάθαρσης παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς στο στάδιο 5 οι οποίοι χρειάζονται θεραπεία νεφρικής αντικατάστασης με αιμοκάθαρση. Η αιμοκάθαρση παρέχει μακροχρόνια θεραπεία διατήρησης της ζωής έως ότου ο ασθενής λάβει νεφρική μεταμόσχευση ή πεθαίνει (Agar et al., 2007). Οι περισσότεροι ασθενείς

λαμβάνουν θεραπεία τρεις φορές την εβδομάδα για 4-5 ώρες σε κάθε περίπτωση (Polkinghorne et al., 2012), αν και ο συνολικός χρόνος που απαιτείται για την προετοιμασία και διακοπή της θεραπείας είναι περίπου 6 ώρες. Για τους νοσηλευτές αιμοκάθαρσης, αυτό σημαίνει ότι θα μπορούσαν να φροντίζουν τον ίδιο ασθενή, μέχρι τρεις φορές την εβδομάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα, οδηγώντας στη σφυρηλάτηση στενών σχέσεων νοσηλευτή-ασθενή (Bonner, 2007, Brown et al., 2013, Polaschek, 2003). Το περιβάλλον της αιμοκάθαρσης είναι εξαιρετικά τεχνικό (Bennett 2011), με τους νοσηλευτές να χρειάζεται να ελέγξουν τον περίπλοκο εξοπλισμό της αιμοκάθαρσης, προκειμένου να παρέχουν ασφαλή, αποτελεσματική και αποδοτική φροντίδα στους ασθενείς. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην αιμοκάθαρση πρέπει επίσης να φροντίζουν τους σύνθετους ασθενείς τελικού σταδίου, συχνά με πολλαπλές ταυτόχρονες παθήσεις. Όλοι αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται εξειδικευμένη εμπειρογνωμοσύνη αιμοκάθαρσης που αποκτήθηκε επί χρόνια εργασίας στο περιβάλλον αιμοκάθαρσης (Bonner, 2007).

Οι νοσηλευτές αιμοκάθαρσης εργάζονται σε τρία διαφορετικά κλινικά περιβάλλοντα: σε κέντρο, σε μονάδες αιμοκάθαρσης ή στο σπίτι. Στα κέντρα η θεραπεία παρέχεται σε άτομα που είναι ιατρικά ασταθή και απαιτούν σημαντική φροντίδα με υποστήριξη στη νεφρολογία (Agar et al., 2007). Το κέντρο βρίσκεται κοντά σε νοσοκομείο και είναι αναγνωρισμένη νεφρική μονάδα. Η αιμοκάθαρση στο σπίτι πραγματοποιείται στο σπίτι χωρίς άμεση νοσηλευτική παρακολούθηση και ο ασθενής βοηθάται από εκπαιδευμένο βοηθό όπως ο σύζυγος ή το μέλος της οικογένειας (Agar et al., 2007). Η νοσηλεία στο σπίτι παρέχεται από έμπειρους νοσηλευτές σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο χωριστά είτε σε κέντρο είτε σε μονάδα. Η αιμοκάθαρση στο κέντρο και στο στη μονάδα απαιτεί από το νοσηλευτή να φροντίζει τον ίδιο ασθενή σε καθημερινή σχεδόν βάση για μεγάλο χρονικό διάστημα (Bonner, 2007, Polaschek, 2003). Οι δομές αυτές μπορούν να εντοπιστούν σε μεγάλες πόλεις, προάστια, περιφερειακές πόλεις, μικρές αγροτικές πόλεις και απομακρυσμένες τοποθεσίες. Κάθε δομή παρέχει διαφορετικές απαιτήσεις για το νοσηλευτικό προσωπικό και σε διαφορετικά περιβάλλοντα εργασίας. Ορισμένες δομές εργασίας, όπως η αιμοκάθαρση στο σπίτι, όπου η πρόσβαση σε πόρους, όπως η πολυεπιστημονική ομάδα, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής υποστήριξης, είναι περιορισμένη, επιτρέπει

μεγαλύτερη αυτονομία και λήψη αποφάσεων από ό, τι οι δομές στο κέντρο (Polaschek et al., 2009).

1.3. Εργασιακό περιβάλλον νοσηλευτών αιμοκάθαρσης

Οι νοσηλευτές αιμοκάθαρσης αντιμετωπίζουν μοναδικές προκλήσεις που συνδέονται με τις συχνές, έντονες και παρατεταμένες σχέσεις με τους πολύπλοκους ασθενείς (Hayes & Bonner, 2010). Λόγω της μοναδικότητας της νοσηλευτικής αιμοκάθαρσης και των γνώσεων που απαιτούνται για την εξασφάλιση της ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας των ασθενών, είναι πρωταρχικής σημασίας η παραμονή αυτών των νοσηλευτών.

Η παραμονή των νοσηλευτών στο εργατικό δυναμικό αποτέλεσε το επίκεντρο πολλών ερευνών (Hyrcas & Morton, 2013, Twigg & McCulloch, 2013). Η δομή της αιμοκάθαρσης δεν ήταν ανοσοποιητική από την έλλειψη νοσηλείας, σε μια έρευνα εργατικού δυναμικού αιμοκάθαρσης διαπιστώθηκε ότι το 25% των μονάδων αιμοκάθαρσης αντίστοιχα σπάνια ή ποτέ δεν είχαν αρκετό προσωπικό για να καλύψουν τις νοσηλευτικές ανάγκες (Polaschek et al. 2009). Η αύξηση της έλλειψης εργατικού δυναμικού είναι μια αυξανόμενη ανάγκη για την παροχή αιμοκάθαρσης για έναν πληθυσμό με χρόνια νεφρική νόσο που αναπτύσσεται (Jha et al., 2013). Η παγκόσμια συχνότητα εμφάνισης της χρόνιας νεφρικής νόσου εκτιμάται ότι είναι 8-16% και αυξάνεται λόγω του αυξανόμενου επιπολασμού της υπέρτασης και του διαβήτη (Jha et al., 2013).

Τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, μαζί με χαμηλά επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης, έχουν δείξει βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και παραμονή του νοσηλευτών (Aiken et al., 2011, Ingersoll et al., 2002). Η προηγούμενη έρευνα έχει προσδιορίσει το εργασιακό περιβάλλον ως βασικό παράγοντα στην ανάπτυξη της ικανοποίησης από την εργασία, του στρες και της εξουθένωσης (Goh et al., 2014, Van Bogaert et al., 2013, Yang et al., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

2.1. Ορισμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης πρωτοεμφανίστηκε και εφαρμόστηκε στον άνθρωπο από τον ψυχίατρο Freudenberger το 1974 που χρησιμοποίησε τον όρο για να περιγράψει το καθεστώς των εργαζόμενων εθελοντών σε δωρεάν νοσοκομειακές κλινικές. Ο Freudenberger συνέκρινε την απώλεια του ιδεαλισμού στους εθελοντές και χαρακτήρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως την προοδευτική απώλεια του ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού που βιώνουν οι επαγγελματίες σε ιδρύματα ανθρώπινων υπηρεσιών ως αποτέλεσμα των συνθηκών εργασίας τους. Ο Freudenberger περιέγραψε τις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης είτε ως φυσικές είτε ως συμπεριφορικές εκβάσεις και παρατήρησε ότι τα άτομα που εργάζονται πάρα πολύ εργάζονται πολλές ώρες και εντατικά χωρίς η επαρκής ανάπαυση ήταν πιο επιρρεπής στην επαγγελματική εξουθένωση (Kacmaz, 2005).

Οι Maslach και Jackson (Hogan & McKnight 2007), καθόρισαν την επαγγελματική εξουθένωση το 1981 με ένα γενικό όρο που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμό σε απάντηση σε στρεσογόνους παράγοντες, αλλά το 2003 ο Maslach εξευγενίζει τον ορισμό της εξουθένωσης ως η παρατεταμένη απάντηση σε χρόνιους συναισθηματικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες άγχους στην εργασία.

Το 2000, ο Faber επικρίνει τους περισσότερους ερευνητές που έχουν περιγράψει την επαγγελματική εξουθένωση ως ενιαίο φαινόμενο και σύνδρομο με συνεπή αιτιολογία και συμπτώματα σε όλα τα άτομα. Αντίθετα ο Faber (Montero -Marin et al., 2011) περιγράφει την εξάντληση ως εμπειρία κατά τη διάρκεια της οποίας τα άτομα γνωρίζουν μια σημαντική απόκλιση μεταξύ των συνεισφορών τους και των ανταμοιβών και μεταξύ των επενδύσεων που καταβάλλουν και των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται κατά την εργασία.

Η Maslach et al. (2001), αναφέρει την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα πολυδιάστατο σύνδρομο που προκλήθηκε λόγω παρατεταμένης έκθεσης σε χρόνιους προσωπικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες άγχους στην εργασία και καθορίζεται από τρεις συνιστώσες και συγκεκριμένα:

- ❖ Συναισθηματική εξάντληση
- ❖ Κυνισμός
- ❖ Μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα

Η Maslach εξηγεί τη συναισθηματική εξάντληση ως ένα αίσθημα του ότι δεν μπορεί πλέον να προσφέρει τον εαυτό του σε συναισθηματικό επίπεδο. Ο κυνισμός αντικατοπτρίζει την αδιαφορία ή μια μακρινή στάση απέναντι στην εργασία και η επαγγελματική αποτελεσματικότητα του ατόμου που περιλαμβάνει κοινωνικά και μη κοινωνικά επιτεύγματα στην εργασία (Maslach et al., 2001).

Σύμφωνα με τους Kristensen et al., (2005), η κόπωση και η εξάντληση είναι ο πυρήνας της εξουθένωσης και χωρίζεται σε τρεις διαφορετικούς τύπους και συγκεκριμένα: προσωπική εξουθένωση, εξουθένωση που σχετίζονται με την εργασία και την εξουθένωση που σχετίζεται με τον πελάτη.

Η προσωπική εξουθένωση ορίζεται ως ο βαθμός της ψυχολογικής και σωματικής κόπωσης και η συναισθηματική εξάντληση που βιώνει ένα άτομο. Η εργασία και η επαγγελματική εξουθένωση αφορά τον βαθμό της ψυχολογικής και σωματικής κόπωσης και της συναισθηματικής εξάντλησης που γίνεται αντιληπτή από ένα άτομο που σχετίζεται με την εργασία. Η επαγγελματική εξουθένωση που σχετίζεται με τον πελάτη είναι ο βαθμός της ψυχολογικής και σωματικής κόπωσης και η συναισθηματική εξάντληση, που γίνεται αντιληπτή από ένα ατομικό ως σχετικό με την εργασία.

2.2. Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι Scaufeli και Enzman πραγματοποίησαν διάφορες κλινικές παρατηρήσεις και συνεντεύξεις το 1998 και έλαβαν 132 πιθανά συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με αυτά οι εξουθενωμένοι παρατηρητές δεν είναι μόνο έμπειροι σε προσωπικό επίπεδο, αλλά και σε διαπροσωπικές σχέσεις, οργανωτικά επίπεδα με βάση 5 τύπους συμπτωμάτων, συγκεκριμένα: συναισθηματικές,

γνωστικές, φυσικές, συμπεριφορικές και κινητήριες (Mbuthia, 2009). Η Maslach (2003) διαίρεσε τα συμπτώματα της εξουθένωσης σε 3 κατηγορίες, δηλαδή σωματική, ψυχολογική και διαπροσωπική / κοινωνική. Τα συμπτώματα είναι εκ πρώτης όψεως λεπτά αλλά αυτά εξελίσσονται όσο περνά ο καιρός.

Παρά την ταξινόμηση των συμπτωμάτων της εξουθένωσης σε πέντε διαφορετικές κατηγορίες από τους Scaufeli και Enzman και σε τρεις κατηγορίες από την Maslach's, υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ των συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, τα φυσικά συμπτώματα που περιλαμβάνονται σε αμφότερες τις ταξινομήσεις είναι συχνά πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές, αναπνευστικές νόσοι και μεταβολές της όρεξης και των συνήθειων του ύπνου. Η Maslach πρόσθεσε την υπέρταση, έλλειψη αυτο-φροντίδας, ενώ ο Scaufeli και Enzman πρόσθεσαν την ανησυχία, νευρικότητα, σεξουαλικά προβλήματα και στεφανιαία νοσήματα στον κατάλογο των φυσικών συμπτωμάτων. Οι Ομοιότητες μεταξύ των ψυχολογικών συμπτωμάτων της Maslach και τα συναισθηματικών συμπτώματα του Scaufeli και Enzman περιλαμβάνουν τον θυμό, την κατάθλιψη, το άγχος, τις μεταβαλλόμενες διαθέσεις και τη συναισθηματική απόσπαση. Η Maslach πρόσθεσε απογοήτευση, ενοχή, εθιστική συμπεριφορά, απώλεια ιδεαλισμού, έλλειψη κίνησης, αδυναμία συγκέντρωσης, μείωση ικανοτήτων αντιμετώπισης και απόσυρση, στον ψυχολογικό κατάλογο των συμπτωμάτων. Οι ομοιότητες μεταξύ του διαχωρισμού των διαπροσωπικών / κοινωνικών συμπτωμάτων της Maslach και του Scaufeli και του Enzman είναι ο κυνισμός και η οικογενειακή δυσλειτουργία. Η Maslach πρόσθεσε την αδυναμία επικοινωνίας και την αραμέλωση των οικογενειακών και κοινωνικών υποχρεώσεων στον κατάλογο των συμπτωμάτων.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι αναγνωρισμένη διαταραχή στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Kraft, 2006), αν και αναγνωρίζεται στη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών 10 (ICD 10) και χρησιμοποιείται για δυσανεξία απόκριση σε παράγοντες άγχους. Οι διαταραχές της διανοητικής προσαρμογής χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη κλινικά σημαντικών συναισθηματικών ή συμπεριφορικών συμπτωμάτων ως απάντηση σε ένα αναγνωρίσιμο ψυχοκοινωνικό άγχος ή στρες. Τα συμπτώματα πρέπει να αναπτυχθούν εντός 3 μηνών της εμφάνισης του στρες (DSM IV-TR, 2000).

2.3 Ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Σύμφωνα με τους Demerouti et al. (2001), η ανάπτυξη της εξουθένωσης ακολουθεί δύο διαδικασίες. Η πρώτη διαδικασία σχετίζεται με τις απαιτήσεις της εργασίας που οδηγεί σε υπερβολική επιβάρυνση και κατά συνέπεια σε εξάντληση. Η δεύτερη διαδικασία, η οποία είναι η έλλειψη θέσεων εργασίας, οδηγεί στην αποδέσμευση της εργασίας. Αν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν προσεγγίζονται από τους διαθέσιμους πόρους, τότε λαμβάνει χώρα η συμπεριφορά απόσυρσης από την εργασία. Η συμπεριφορά απόσυρσης από την εργασία οδηγεί σε απεμπλοκή που περιλαμβάνει αποστασιοποίηση από τη δουλειά και βιώνει αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία. Η μειωμένη προσωπική κλίμακα επίτευξης της εξουθένωσης δεν θεωρείται κεντρικό τμήμα της εξουθένωσης (Demerouti et al., 2001). Αν και οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση ακολουθεί μια διαδικασία σταδίων, κάθε ερευνητής προϋποθέτει μια διαφορετική τάξη σταδίων. Σύμφωνα με τον Burisch (2006), οι βασικές πτυχές της διαδικασίας επαναλαμβάνονται στα ακόλουθα τέσσερα στάδια:

Στάδιο 1: Υψηλός φόρτος εργασίας, υψηλό επίπεδο άγχους εργασίας, υψηλές προσδοκίες εργασίας

- Οι απαιτήσεις της εργασίας υπερβαίνουν τους πόρους εργασίας
- Η δουλειά δεν εκπληρώνει τις προσδοκίες της

Στάδιο 2: Φυσική / συναισθηματική εξάντληση

- Χρόνια εξάντληση: υψηλότερες επενδύσεις ενέργειας για την εκτέλεση όλων των καθηκόντων εργασίας, διαταραχές του ύπνου, ευαισθησία σε πονοκεφάλους και άλλους σωματικούς πόνους
- Συναισθηματική εξάντληση: κόπωση ακόμα και όταν η δουλειά είναι απλώς μια σκέψη στο μυαλό

Στάδιο 3: Κυνισμός

- Απάθεια, κατάθλιψη, πλήξη

- Μια αρνητική στάση απέναντι στην εργασία, τους συναδέλφους και τους ασθενείς
- Απόσυρση από την εργασία, τα προβλήματα: μειωμένη προσπάθεια εργασίας

Στάδιο 4: Απόγνωση, Αδυναμία

- Αποτροπή του εαυτού, των άλλων ανθρώπων
- Αίσθημα ενοχής και ανεπάρκειας

Ο ψυχολόγος Herbert Freudenberger και Gail North διαιρούσαν τη διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης σε δώδεκα διαφορετικές φάσεις, οι οποίες δεν ακολουθούν απαραίτητα η μια την άλλη. Πολλά άτομα παραλείπουν ορισμένες φάσεις, άλλοι βρίσκονται σε διάφορες φάσεις για μια στιγμή. Το μήκος κάθε φάσης ποικίλλει από άτομο σε άτομο (Kraft, 2006).

Ο Kraft (2006) περιγράφει τις ακόλουθες φάσεις ως εξής:

Φάση 1: Ο καταναγκασμός να αποδείξει στον εαυτό του

Το άτομο ξεκινά αρχικά την καριέρα του με υψηλά επίπεδα ενέργειας, ενθουσιασμό και υπερβολική φιλοδοξία. Η επιθυμία να αποδείξει κανείς στον εαυτό του και στη δουλειά μετατρέπεται σε αποφασιστικότητα, για να δείξουν στους συναδέλφους και στον εαυτό τους ότι κάνουν εξαιρετική δουλειά.

Φάση 2: Σκληρή εργασία

Στη δεύτερη φάση δημιουργούνται υψηλές προσωπικές προσδοκίες. Το άτομο μετατοπίζει την κύρια εστίασή του στην εργασία και παίρνει περισσότερες εργασίες. Το άτομο γίνεται εμμονικό για να αποδείξει ότι είναι αναντικατάστατο.

Φάση 3: Παραμέληση αναγκών

Το άτομο αφιερώνει όλο τον διαθέσιμο χρόνο στην εργασία και οι ανάγκες όπως φίλοι, οικογένεια, ύπνος και το φαγητό γίνονται ασήμαντα. Τα άτομα πιστεύουν ότι αυτές οι θυσίες αποδεικνύονται την καλή τους απόδοση.

Φάση 4: Μετατόπιση των συγκρούσεων

Στη φάση τέσσερα το άτομο συνειδητοποιεί ότι κάτι δεν είναι σωστό αλλά δεν μπορεί να ταυτοποιήσει τις πηγές του προβλήματος. Όταν αντιμετωπίζετε τις αιτίες του

προβλήματος, η δυστυχία μπορεί να οδηγήσει σε μια κρίση. Τα φυσικά συμπτώματα εμφανίζονται συχνά αρχικά σε αυτή τη φάση.

Φάση 5: Αναθεώρηση των αξιών

Κατά τη διάρκεια της φάσης πέντε αναθεωρούνται οι αξίες. Απομόνωση, αποφυγή συγκρούσεων και άρνηση και οι βασικές φυσικές ανάγκες αλλάζουν την αντίληψη του ατόμου. Το πρότυπο για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης είναι δουλειά.

Φάση 6: Άρνηση αναδυόμενων προβλημάτων

Η μισαλλοδοξία αναπτύσσεται σε αυτή τη φάση, το άτομο αντιλαμβάνεται τους συναδέλφους τους ως τεμπέλης, απαιτητικούς ή απείθαρχους. Η κοινωνική αλληλεπίδραση γίνεται αφόρητη, ενώ ο κυνισμός και η επιθετικότητα γίνονται πιο εμφανείς. Τα άτομα αντιμετωπίζουν τα αυξανόμενα προβλήματα τους ως αποτέλεσμα της πίεσης του χρόνου.

Φάση 7: Απόσυρση

Τα άτομα μειώνουν την κοινωνική αλληλεπίδραση στο ελάχιστο και απομονώνονται. Τα συναισθήματα όπως απελπισία και καμιά κατεύθυνση δεν υπάρχουν. Επιπλέον, εργάζονται εμμονικά. Μερικοί αναζητούν απελευθέρωση μέσω της χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών.

Φάση 8: Προφανείς αλλαγές συμπεριφοράς

Οι αλλαγές στη συμπεριφορά παρατηρούνται από τους φίλους, την οικογένεια και τους συναδέλφους. Το άτομο αισθάνεται όλο και πιο άχρηστο και γίνεται ντροπαλό, φοβισμένο και απαθές.

Φάση 9: Κυνισμός

Το άτομο χάνει την επαφή και θεωρεί ότι δεν είναι πολύτιμο. Σε αυτή τη φάση η προοπτική του χρόνου περιορίζεται στο παρόν και η ζωή γίνεται μια σειρά από μηχανικές λειτουργίες.

Φάση 10: Εσωτερική κενότητα

Στη φάση δέκα το συναίσθημα της εσωτερικής κενότητας επεκτείνεται αμείλικτα. Για να ξεπεραστεί αυτό το συναίσθημα, αναδύονται υπερβολικές αντιδράσεις όπως

υπερβολική σεξουαλικότητα, υπερκατανάλωση τροφής και φάρμακα ή αλκοόλ συνήθως.

Φάση 11: Κατάθλιψη

Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης η επαγγελματική εξάντληση οδηγεί σε κατάθλιψη. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να εκδηλωθούν με τη μορφή αναταραχής και απάθειας.

Φάση 12: Εξάντληση

Τα θύματα της επαγγελματικής εξάντλησης έχουν σκέψεις αυτοκτονίας και τελικά αντιμετωπίζουν μια συνολική ψυχική και σωματική κατάρρευση. Στην τελική φάση του κύκλου εκκένωσης είναι εξαιρετικά σημαντικό το άτομο να λάβει ιατρική φροντίδα.

2.4. Αιτίες της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Οι έρευνες των Pontec et al., (2007: 701) έχουν δείξει μια θετική συσχέτιση μεταξύ των επιμέρους και των περιστασιακών παραγόντων και της εμφάνιση της εξουθένωσης σε νοσηλευτές.

Εγγενείς παράγοντες

Οι παράγοντες κατάστασης αναφέρονται στους εγγενείς παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας του νοσηλευτή. Η Maslach et al. (2001: 407), αναφέρεται σε αυτούς τους παράγοντες ως εργασία, επάγγελμα και οργανωτικά χαρακτηριστικά στα οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις λειτουργίες τους. Σύμφωνα με τους Maslach et al. (2001), τα χαρακτηριστικά της εργασίας αναφέρονται σε ποσοτικές και ποιοτικές απαιτήσεις μιας συγκεκριμένης εργασία και στην απουσία των αναγκαίων πόρων για την εκτέλεση της εργασίας. Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά αντικατοπτρίζουν τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες μιας συγκεκριμένης εργασίας, ενώ τα οργανωτικά χαρακτηριστικά επικεντρώνονται στις αξίες που εμπεριέχονται στις οργανωτικές διαδικασίες και δομές μιας εργασίας (Maslach et al., 2001).

➔ Φόρτος εργασίας

Σύμφωνα με την Maslach et al. (2001), ο φόρτος εργασίας σχετίζεται άμεσα με την επαγγελματική εξουθένωση. Μια αναντιστοιχία στον φόρτο εργασίας οφείλεται

συνήθως σε υπερβολικό φόρτο εργασίας με πολλές απαιτήσεις που οδηγούν στην εξάντληση της ενέργειας του ατόμου (Maslach et al., 2001). Σε μελέτες έχει συσχετισθεί θετικά η ανεπαρκής στελέχωση με τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Μια άλλη μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το κακό εργασιακό περιβάλλον συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμό (Vahey 2004). Ο αυξημένος φόρτος εργασίας σχετίζεται με άλλα στοιχεία εκτός από τον πραγματικό όγκο του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων εκτεταμένων βαρδιών, υπερωριών (συχνά υποχρεωτικών), πολλών διαδοχικών ημερών εργασίας, περιστρεφόμενες βάρδιες, εργασίες το Σαββατοκύριακο και απαιτήσεις ετοιμότητας. Ο αριθμός των νοσηλευτών που εργάζονται 12ωρες βάρδιες και οι υπερωρίες εργασίας έχουν αυξηθεί. Οι πολλές ώρες εργασίας έχουν δύο σοβαρές συνέπειες κόπωση που συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο σφαλμάτων και πρόθεση να αποχωρήσουν (Rogers et al., 2004).

→ Έλεγχος

Μια αίσθηση ελέγχου είναι σημαντική για τους νοσηλευτές. Επιπλέον, η ικανοποίηση από την εργασία είναι μεγαλύτερη όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι έχουν κάποιο έλεγχο για το πώς εκτελούν τη δουλειά τους (Hoffman & Scott, 2003). Δυστυχώς, η αίσθηση του ελέγχου φαίνεται να λείπει σε μερικούς νοσηλευτές. Οι Maslach et al. (2001) έδειξε ότι όταν οι άνθρωποι δεν έχουν τον έλεγχο της εργασίας τους, αυτό τους εμποδίζει να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που εντοπίζουν και δεν μπορούν να εξισορροπήσουν τα ενδιαφέροντα τους με αυτά του οργανισμού.

→ Ανεπαρκής ανταμοιβή

Η ανεπαρκής ανταμοιβή σχετίζεται με αρκετές πτυχές, όπως η αναγνώριση των συνεισφορών, επαρκής μισθός και ευκαιρίες για πρόοδο. Οι επιβραβεύσεις και οι αναγνωρίσεις για την συνεισφορά τους είναι σημαντικές για τους νοσηλευτές και εκείνοι που αντιλαμβάνονται το σεβασμό και την αναγνώριση είναι πιο πιθανό να είναι ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους και να έχουν χαμηλότερη εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (Hoffman & Scott, 2003). Σύμφωνα με τον Mafalo (2003), οι χαμηλοί μισθοί, οι κακές συνθήκες εργασίας και η αδυναμία αναγνώρισης της αξίας των νοσηλευτών σχετίζεται με τη μετανάστευση των νοσηλευτών. Ο Pillay

(2009) κατέδειξε στη μελέτη του ότι οι νοσηλευτές είναι δυσαρεστημένοι από τον μισθό και τη σταδιοδρομία τους.

→ Απουσία υποστήριξης

Η έρευνα αποκάλυψε τη σημασία της κοινωνικής στήριξης για την αντιμετώπιση της εργασίας, του στρες και του άγχους (Maslach et al., 2001). Η έλλειψη συνοχής μεταξύ των ομοτίμων, οι δυσκολίες με τις αλληλεπιδράσεις νοσηλευτή-ιατρού και η ανεπαρκής διοικητική και εποπτική αρχή έχουν συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ειδικά για το συναισθηματικό και τον κυνισμού (Raiger, 2005).

→ Έλλειψη δικαιοσύνης

Η δικαιοσύνη επικοινωνεί με το σεβασμό και επιβεβαιώνει την αυτοεκτίμηση των ανθρώπων. Η αθέμιτη συμπεριφορά μπορεί να συμβεί όταν υπάρχει φόβος εργασίας ή αμοιβής, όταν υπάρχει εξαπάτηση. Η έλλειψη δικαιοσύνης επιδεινώνει την επαγγελματική εξουθένωση με δύο τρόπους και συγκεκριμένα οδηγεί σε μια αίσθηση αποπροσωποποίησης στο χώρο εργασίας και στην εμπειρία της άδικης μεταχείρισης (Maslach, et al., 2001).

→ Σύγκρουση αξιών

Σύμφωνα με τους Maslach et al. (2001), μπορεί να υπάρξει αναντιστοιχία σε ένα άτομο και τις προσδοκίες για την καριέρα του και τις αξίες του θεσμού. Οι Flynn και Aiken (2002), εξέτασαν κατά πόσο οι νοσηλευτές από τις Ηνωμένες Πολιτείες και άλλες χώρες αποτιμούν τις ιδιότητες του οργανισμού που υποστηρίζουν μια επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική. Οι νοσηλευτικές αξίες που βρέθηκαν σημαντικές για την ικανοποίηση από την εργασία τους περιλάμβαναν την αυτονομία των νοσηλευτών, τον έλεγχο του περιβάλλοντος πρακτικής και τις σχέσεις τους με τους γιατρούς.

Μεμονωμένοι παράγοντες

➤ Ηλικία

Σύμφωνα με τους Maslach et al. (2001), η ηλικία συσχετίζεται σταθερά με την επαγγελματική εξουθένωση και συγγέεται με την επαγγελματική εμπειρία, και έτσι η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να αποτελεί περισσότερο κίνδυνο σε νωρίτερα άτομα. Ο Elkoni και van der Vyver (2011) περιγράφουν θετικά και αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με την εργασία που βιώνουν οι νοσηλευτές εντατικής θεραπείας που εργάζονται σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης στο ανατολικό Λονδίνο και επιβεβαίωσαν ότι η ηλικία συσχετίζεται αντίστροφα με την εξάντληση, ενώ οι νεότεροι εργαζόμενοι είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, ο Patrick και Lavery (2007), πραγματοποίησαν μια τυχαίοποιημένη έρευνα σε ένα δείγμα νοσηλευτών στο Ηνωμένο Βασίλειο και κατέληξαν ότι η ηλικία συνδέεται αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση και τον κυνισμό, δείχνοντας ότι η ηλικία των νοσηλευτών αυξάνει τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και μειώνει την αποπροσωποποίηση.

➤ Φύλο

Το φύλο δεν συσχετίστηκε στενά με την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Η μοναδική διαφορά είναι ότι οι άνδρες συχνά βαθμολογούν υψηλότερα τον κυνισμό και οι γυναίκες βαθμολογούν ελαφρά υψηλότερα την συναισθηματική εξάντληση (Maslach et al., 2001).

➤ Οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση. Τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψηλότερα μεταξύ των ανύπαντρων εργαζομένων και των εργαζομένων χωρίς παιδιά, παρά μεταξύ των παντρεμένων εργαζομένων και εκείνων με παιδιά (Maslach et al., 2001). Οι Gulalp, et al., (2008) έδειξαν ότι οι παντρεμένοι νοσηλευτές είχαν υψηλότερα επίπεδα μειωμένης προσωπικής επίτευξης και χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και του κυνισμού σε σύγκριση με τους ανύπαντρους νοσηλευτές.

➤ Εκπαιδευτικά προσόντα

Σύμφωνα με τους Maslach et al. (2001), τα εκπαιδευτικά προσόντα διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης. Υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνουν οι εργαζόμενοι με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι Patrick και Lavery (2007), βρήκα ότι οι νοσηλευτές με πανεπιστημιακή εκπαίδευση έχουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμού. Ο Elkoni και van der Vyver (2011) έδειξαν ότι νοσηλευτές με επιπρόσθετη προσόντα, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, τα οποία μπορούν να αποδοθούν στη φύση και την έκταση της περίθαλψης που απαιτείται από τους ασθενείς.

➤ Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας

Οι Maslach et al. (2001) σημείωσε ότι τα χαρακτηριστικά όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση ή εμπιστοσύνη, αδυναμία αναγνώρισης των προσωπικών ορίων, υπέρβαση, ανάγκη αυτονομίας, ανυπομονησία, μισαλλοδοξία και η ενσυναίσθηση αύξησαν την ευαισθησία στην επαγγελματική εξουθένωση. Αρκετά χαρακτηριστικά γνωρίσματα έχουν συσχετιστεί θετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης. Η νεύρωση και η συνείδηση καταδεικνύουν τους υψηλότερους συσχετισμούς στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al., 2001). Η νεύρωση ορίζεται σε αυτές τις θεωρίες από την άποψη του άγχους της συμπεριφοράς, της εχθρότητας, της κατάθλιψης, της αυτοσυνείδησης και της ευπάθειας, ενώ τα νευρωτικά άτομα θεωρούνται ως εκείνα που είναι συναισθηματικά ασταθή και επιρρεπής σε ψυχολογικά προβλήματα. Η συνείδηση αναφέρεται στη διαμόρφωση μιας υψηλής αξίας στην αυτοπειθαρχία, την υποχρέωση, τα ορατά επιτεύγματα και την προσεκτικά προγραμματισμένη παρά την αυθόρμητη συμπεριφορά. Επιπλέον, ο Keidel (2002) πρόσθεσε ότι η ακραία ευσυνειδησία, η τελειομανία αυξάνουν επίσης την ευαισθησία στην επαγγελματική εξουθένωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Η επαγγελματική εξουθένωση αναγνωρίζεται ως επαγγελματικός κίνδυνος που οφείλεται σε παρατεταμένη έκθεση σε εργασιακό άγχος που μπορεί να έχει επιζήμιες επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία των επαγγελματιών (Laschinger & Fida, 2014, Maslach, 2003), καθώς και στην ικανοποίηση από την εργασία τους (Rosales et al., 2013). Οι νοσηλευτές είναι πιο ευάλωτες στην επαγγελματική εξουθένωση από ορισμένους άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας λόγω της σιωπηρής σχέσης μεταξύ άγχους εργασίας και εξάντλησης (Raftopoulos et al. 2012). Μια μελέτη σύγκρινε την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ νοσηλευτών σε μονάδες τεχνητού νεφρού και διαπίστωσε ότι 30% αυτών είχαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σύγκριση με 18% των ιατρών (Klersy et al., 2007). Παρά την εκτεταμένη έρευνα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, υπάρχουν λίγα στοιχεία για τους νοσηλευτές σε μονάδες τεχνητού νεφρού. Μια διεθνής ανασκόπηση ανέφερε μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού.

Ειδικότερα, μελέτες της Βόρειας Αμερικής αποκάλυψαν σοβαρά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε 30-41% των νοσηλευτών σε μονάδες τεχνητού νεφρού (Flynn et al. 2009, Harwood et al., 2010, O'Brien, 2011, Ridley et al. 2009). Άλλη μελέτη έχει δείξει ότι συχνά είναι υπερφορτωμένοι με εργασία, λειτουργούν στο όριο της ικανότητάς τους και συχνά αδυνατούν να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους (Saint-Arnaud et al., 2003). Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού συναντούν στην επαγγελματική τους πρακτική πολλούς παράγοντες άγχους, οι οποίοι παρουσιάζονται σε έξι κύριες κατηγορίες:

1. ασθενείς (κίνδυνος μόλυνσης, θάνατος ασθενών,
2. ρόλος εργασίας (μεγάλη ευθύνη, χαμηλή επαγγελματική κατάσταση)
3. συνθήκες εργασίας (έλλειψη νοσηλείας, φόρτο εργασίας, πρότυπο νοσηλευτικής εργασίας, έλλειψη εργασιακής εμπειρίας και περιορισμένος εξοπλισμός),

4. διεπαγγελματική συνεργασία (κακή επικοινωνία με συναδέλφους και διευθυντές) (Bohmert et al., 2011, Hayes & Bonner, 2010)
5. βία ασθενών με νεφρική νόσο (π.χ. διαταραχές προσαρμογής και διαταραχές ηλεκτρολυτών) και απογοήτευση των ασθενών που σχετίζεται με τη φροντίδα τους και απώλεια ελέγχου της ζωής τους
6. έλλειψη πρόσβασης σε ευκαιρίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και υποστήριξης (Hayes & Bonner, 2010).

Συνοπτικά, διάφοροι παράγοντες έχουν εντοπιστεί και συμβάλλουν τόσο στο στρες όσο και στην εξάντληση των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού. Αυτοί περιλαμβάνουν τις δύσκολες διαπροσωπικές σχέσεις με τους γιατρούς, τις πτυχές της φροντίδας των ασθενών, τη βία και την κακομεταχείριση από τους ασθενείς, τους οργανωτικούς παράγοντες και την έλλειψη πρόσβασης στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους γιατρούς αναγνωρίστηκαν ως έχουσες τόσο θετική όσο και αρνητική επίδραση στο άγχος της εργασίας και στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι Arıkan et al. (2007) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού είχαν καλή σχέση εργασίας με τους γιατρούς, με αποτέλεσμα τα χαμηλότερα επίπεδα στρες. Ωστόσο, ο Murphy (2004) διαπίστωσε ότι εάν οι γιατροί είχαν μια συγκαταβατική ή απρόσιτη στάση τότε υψηλότερα επίπεδα στρες και που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού εμφανίστηκαν σε αυτές τις μονάδες αιμοκάθαρσης. Επίσης, οι νοσηλευτές ανέφεραν μεγαλύτερα επίπεδα στρες όταν οι γιατροί τους άφηναν εκτός διαδικασίας λήψης αποφάσεων (Brokalaki et al., 2001).

Η υποστήριξη από τους συναδέλφους διαπιστώθηκε ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη μείωση του στρες, ιδιαίτερα αν μια νοσηλεύτρια μπορεί να μιλήσει με συναδέλφους σχετικά με τον άγχος ή τις προκλήσεις στην εργασία (Dermondy & Bennett, 2008). Ο Murphy (2004) πρότεινε ότι μια ομάδα υποστήριξης του προσωπικού της ομάδας αιμοκάθαρσης που μπορεί να είναι ευεργετική στη μείωση του στρες. Παρά το γεγονός ότι τα οφέλη των ομάδων υποστήριξης έχουν αναφερθεί, οι Dermondy και Bennett (2008) διαπίστωσαν ότι το 25% των

νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού ανέφεραν ότι είχαν την τάση να «στραγγίζουν» σε αρνητικά θέματα εργασίας.

Η έρευνα έχει εντοπίσει επίσης παράγοντες άγχους που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς, όπως ο κίνδυνος μόλυνσης από την έκθεση σε παθογόνα που μεταδίδονται στο αίμα (HIV ή ηπατίτιδα), ο θάνατος ενός ασθενούς και η προοδευτική επιδείνωση της υγείας του ασθενούς (Brokalaki et al., 2001, Murphy, 2004). Ομοίως, μπορεί να προκύψει αυξημένο στρες για νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού επειδή έχουν παρατεταμένη επαφή με ασθενείς επί πολλά χρόνια και, μερικοί νοσηλευτές, εμπλέκονται συναισθηματικά στη φροντίδα των ασθενών (Murphy, 2004).

Η σωματική βία και η λεκτική επιθετικότητα από τους ασθενείς είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές σε μονάδες τεχνητού νεφρού. Οι Brokalaki et al. (2001) διαπίστωσαν ότι η απογοήτευση των ασθενών συμβάλλει στη βία και την επιθετικότητα λόγω της ύπαρξης νεφρικής ανεπάρκειας, καθυστερήσεων στη θεραπεία, άφιξης αργά για θεραπεία, αναμονής για νοσηλευτές ή / και μηχανές, μη τακτική παρακολούθηση από γιατρό, αίσθηση ότι κανείς δεν ακούει, καθώς και έλλειψη πληροφόρησης και ελέγχου. Η λεκτική βία από ασθενείς αναφέρθηκε σε δύο μελέτες (Dermondy & Bennett, 2008, Murphy, 2004). Ο Murphy (2004) διαπίστωσε ότι το 70% των νοσηλευτών σε μονάδες τεχνητού νεφρού είχε υποβληθεί σε λεκτική βία από ασθενείς και ότι η συμπεριφορά του ασθενούς σπάνια παρακολουθήθηκε από τους διαχειριστές των νοσηλευτών με αποτέλεσμα να αναφέρουν ότι έπρεπε να υπομείνουν την βία.

Οι οργανωτικές επιρροές όπως η στελέχωση και η πρόσβαση σε εκπαιδευτικές ευκαιρίες για τους νοσηλευτές συνέβαλαν επίσης στο στρες και την επαγγελματική εξάντληση για τους νοσηλευτές σε μονάδες τεχνητού νεφρού. Οι αγχωτικοί παράγοντες συμπεριλάμβαναν υψηλό φόρτο εργασίας, υψηλό αριθμό ασθενών και ανεπαρκή διαλείμματα μεταξύ των βαρδιών. Τα ζητήματα φόρτου εργασίας εντοπίστηκαν ως ιδιαίτερα επαχθείς (Dermondy & Bennett, 2008). Το γεγονός ότι ήταν πολύ απασχολημένοι είχε ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να μην μπορούν να κάνουν γεύματα κατά τη διάρκεια των βαρδιών (Brokalaki et al., 2001) ή να χρειαστούν βραχύτερα διαλείμματα (Murphy, 2004). Ο υψηλός φόρτος εργασίας και

η αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ασθενών συνέβαλαν επίσης στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Οι Flynn et al. (2009) ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές με το υψηλότερο φόρτο εργασίας είχαν πενταπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν επαγγελματική εξουθένωση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που ανέφεραν χαμηλότερο φόρτο εργασίας. Οι νοσηλευτές ανέφεραν επίσης ότι η διαχείριση των νοσοκομείων συνέβαλε στο άγχος της εργασίας μέσω της αναποτελεσματικής επικοινωνίας (Brokalaki et al., 2001, Murphy, 2004).

Η ικανότητα συμμετοχής στην τρέχουσα εκπαίδευση νεφρολογικής νοσηλευτικής αναδείχθηκε ως ένας παράγοντας που επηρεάζει το άγχος της εργασίας και ότι η αυξημένη πρόσβαση στην εκπαίδευση μειώνει τα επίπεδα άγχους (Uğur et al., 2007). Ο Murphy (2004) ανέφερε ότι η έλλειψη κατάλληλου προσανατολισμού για νέο προσωπικό, η έλλειψη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, και η μη υποστήριξη από τους διαχειριστές των νοσηλευτών για να παρακολουθήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα, ήταν επίσης παράγοντες που προκάλεσαν αυξημένο άγχος.

3.1. Παρεμβάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο αντίκτυπος και το κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο του ατόμου όσο και της οργάνωσης έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη και υλοποίηση διαφόρων παρεμβάσεων. Ενώ μερικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στη θεραπεία της επαγγελματικής εξουθένωσης μετά την εμφάνισή της, άλλες επικεντρώνονται περισσότερο στο πώς να αποτρέψουν την επαγγελματική εξουθένωση (Maslach & Leiter, 2016). Οι Maslach et al. (2001) εξήγησαν ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζονται στα άτομα λόγω της γνωστής ατομικής αιτιότητας ως προς την εξάντληση και της πεποίθησης ότι είναι ευκολότερο και λιγότερο δαπανηρό να αλλάζουν οι εργαζόμενοι από ό, τι οι οργανισμοί. Οι παρεμβάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης που επικεντρώνονται στο περιβάλλον εργασίας και στην προσωπική εφαρμογή είναι επίσης σημαντικές. Ωστόσο, είναι πολύπλοκες για να αναπτυχθούν και να υλοποιηθούν και να απαιτούν χρόνο, προσπάθεια, πόρους και χρήμα. Αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειονότητα των συστηματικών βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων επικεντρώθηκε στην επίδραση των

παρεμβάσεων για τη μείωση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας (Ruotsalainen et al., 2015, van Wyk & Pillay-Van Wyk, 2010 και των νοσηλευτών (Minura & Griffiths, 2003) και ανέφεραν την αδυναμία προσδιορισμού της πιο αποτελεσματικής προσέγγισης λόγω ανεπαρκών στοιχείων και μελετών χαμηλής ποιότητας. Μια συστηματική ανασκόπηση υπογράμμισε την ανάγκη για περισσότερες μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης και μια καλύτερη προσέγγιση αξιολόγησης αυτών των παρεμβάσεων μετά την εφαρμογή τους, υποδεικνύοντας τη χρήση μεγάλων ομάδων δειγμάτων (Ruotsalainen et al., 2015).

Τα περιορισμένα αποδεικτικά στοιχεία υποστηρίζουν μια ατομική προσέγγιση στη διαχείριση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης που σχετίζονται με την εργασία (Mimura & Griffith, 2003, Ruotsalainen et al., 2015). Ωστόσο, συνιστάται μια συνδυασμένη (ατομική και οργανωτική) προσέγγιση των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού για να εξασφαλιστεί ότι θα αντιμετωπίσουν οι ποικίλοι και σύνθετοι παράγοντες πίεσης (Mimura & Griffith, 2003). Επιπρόσθετα, οι ατομικές παρεμβάσεις βρέθηκαν να είναι αποτελεσματικές για λιγότερο από έξι μήνες και οι παρεμβάσεις που κατευθύνονται από την οργάνωση ή οι συνδυασμένες προσεγγίσεις (ατομικές-οργανωτικές) είχαν πιο μακροχρόνια αποτελέσματα (πάνω από 12 μήνες) (Awa et al. 2010). Μια προσέγγιση με συμμετοχική δράση μπορεί να είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για την ανάπτυξη στρατηγικών μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού, δεδομένου ότι προηγουμένως παρεμβάσεις χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη και την εφαρμογή οργανωτικών στρατηγικών για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και βρέθηκαν ότι είναι αποτελεσματικές (Bourbonnais et al. 2011, Bourbonnais et al. 2006, Bourbonnais et al. 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός Έρευνας

Κύριος σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι η διερεύνηση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN).

Ερευνητικές Υποθέσεις

- Έχει υψηλή επαγγελματική εξουθένωση το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε MTN;
- Έχει καλή ποιότητα ζωής το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε MTN;
- Επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος την επαγγελματική εξουθένωση και αντίστοιχα την ποιότητα ζωής του;
- Επιδρά η επαγγελματική εξουθένωση στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε MTN;

4.2. Μέθοδος Έρευνας

Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδα τεχνητού νεφρού. Ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας εφαρμόστηκε η δειγματοληψία ευκολίας. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τους επαγγελματίες υγείας. Η διάρκεια της έρευνας ήταν από τον Απρίλιο έως και τον Νοέμβριο 2018.

Δείγμα έρευνας

Ως δείγμα της έρευνας τέθηκαν οι ιατροί και οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδα τεχνητού νεφρού. Ωστόσο κατά την πορεία της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι ιατροί δεν ήταν πρόθυμοι να συμπληρώσουν το εν λόγω ερωτηματολόγιο και έτσι οι έρευνα επικεντρώθηκε κυρίως στους νοσηλευτές. Αυτό είναι συναφές και με τη βιβλιογραφία καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό έχει περισσότερο φόρτο εργασίας σε τέτοιες μονάδες, σε σύγκριση με το ιατρικό προσωπικό. Έτσι τελικά το δείγμα της έρευνα αποτέλεσαν 50 νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδα τεχνητού νεφρού.

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε μέσω της φόρμας *Google form* σε νοσηλευτές που εργάζονται είτε σε δημόσια είτε σε ιδιωτική μονάδα τεχνητού νεφρού.

Εργαλεία έρευνας

Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν με τη διαδικασία αυτό-συμπλήρωσης ανώνυμων ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια τα οποία επιλέχθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη είναι:

- ❖ **Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης:** Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Maslach (Maslach & Jackson, 1986) για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά από τον Kokkinos, (2006).
- ❖ **Ερωτηματολόγιο μέτρησης ποιότητας ζωής:** Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα **Short-Form 36 (SF-36)**. Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού (Hays 1993, Ware 1992). Σε έρευνες γενικού πληθυσμού έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού (70–90%), καθώς και η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου με ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων, οι οποίες, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου, συνοψίζονται στις ακόλουθες 8 διαστάσεις: Σωματική λειτουργικότητα, Σωματικός ρόλος, Σωματικός πόνος, Γενική υγεία, Ζωτικότητα Κοινωνική λειτουργικότητα, Συναισθηματικός ρόλος και Ψυχική υγεία. Η ελληνική μετάφραση και επικύρωση του SF-36 έχει δοκιμαστεί με επιτυχία σε επανειλημμένες έρευνες (Sarris et al. 2001, 2008).

Επίσης προστέθηκαν και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο και τομέας απασχόλησης.

Στατιστική Ανάλυση

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences), όπου και πραγματοποιήθηκε η περιγραφική και επαγωγική ανάλυση.

- ❖ Παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό.
- ❖ Σύγκριση με βάση τις ποσοστιαίες κατανομές και τις μέσες τιμές μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο.
- ❖ Έλεγχος υποθέσεων στοχεύοντας στη στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων. Όταν τα αποτελέσματα παρουσιάζονται υπό την μορφή ποσοστιαίων κατανομών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Pearson's χ^2 test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test, ενώ για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Η πλειοψηφία του δείγματος (70%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 35,8 έτη. Το 64% των νοσηλευτών ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής. Το 52% ήταν έγγαμοι. Το 74% εργαζόταν σε ιδιωτικό τομέα και το ίδιο ποσοστό είχε προϋπηρεσία σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού πάνω από 3 έτη.

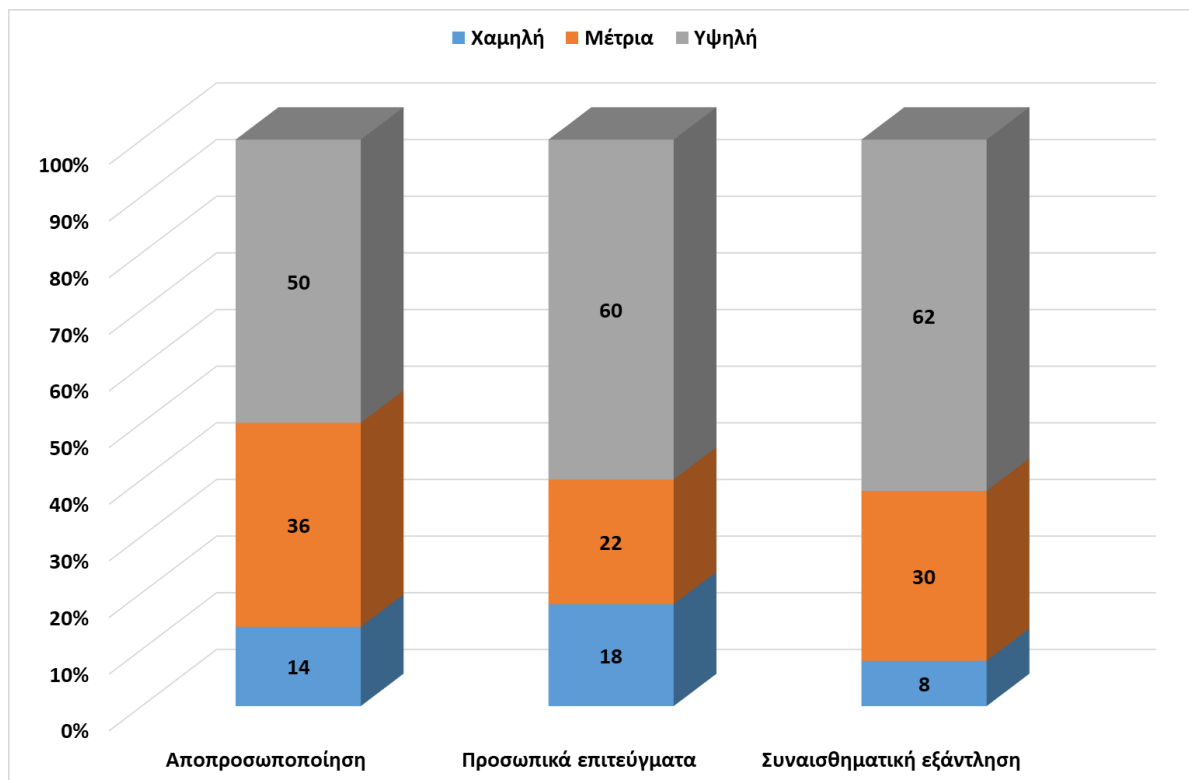
Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

	Αριθμός	Ποσοστό
Φύλο		
Γυναίκα	35	70,0
Άνδρας	15	30,0
Ηλικία: μέση τιμή: 35,8 (±7,8)		
Επίπεδο σπουδών		
Απόφοιτος ΔΕ	11	22,0
Απόφοιτος ΤΕ	32	64,0
Απόφοιτος ΠΕ	7	14,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	18	36,0
Έγγαμος/η (ή Σύμφωνο συμβίωσης)	26	52,0
Διαζευγμένος/η	6	12,0
Τομέας Απασχόλησης		
Δημόσιος Τομέας	13	26,0
Ιδιωτικός Τομέας	37	74,0
Έχετε προϋπηρεσία σε MTN πάνω από 3 έτη		
ΟΧΙ	13	26,0
ΝΑΙ	37	74,0

5.2. Ανάλυση Ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος το 50% είχε υψηλή αποπροσωποποίηση, που σημαίνει υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο η συναισθηματική εξάντληση ήταν υψηλή με ποσοστό 62%. Τέλος, το 60% των ατόμων είχε υψηλά προσωπικά επιτεύγματα. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία στην υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, τόσο υψηλότερο είναι τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης, άρα το δείγμα του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να έχει υψηλή επαγγελματική εξουθένωση.

Διάγραμμα 1: Επαγγελματική εξουθένωση Νοσηλευτικού Προσωπικού



Ειδικότερα, από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου φαίνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μερικές φορές το μήνα και μερικές φορές την εβδομάδα νιώθει εξαντλημένο από την εργασία του.

Πίνακας 2: Επαγγελματική εξουθένωση

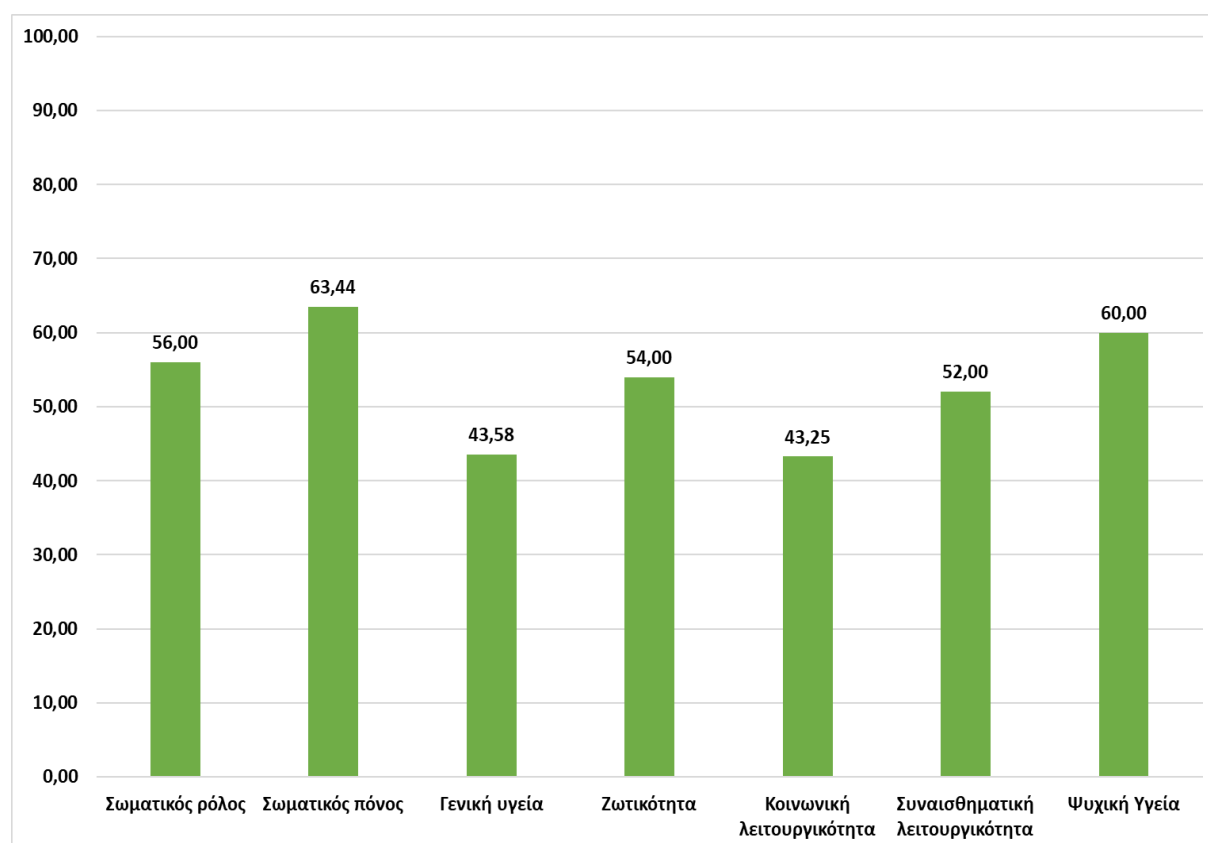
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Νιώθω συναισθηματικά στραγγισμένος/η από τη δουλειά μου	3,90	2,07	1,00	7,00
Νιώθω εξαντλημένος/η στο τέλος της εργάσιμης μέρας	4,48	2,15	1,00	7,00
Νιώθω κουρασμένος/η όταν σηκώνομαι το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια μέρα ακόμη στη δουλειά μου	3,88	2,06	1,00	7,00
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως αισθάνονται οι ασθενείς μου	5,20	2,13	1,00	7,00
Αισθάνομαι ότι μεταχειρίζομαι τους μου σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	2,48	2,22	1,00	7,00
Το να εργάζομαι με τους ίδιους ασθενείς σε εβδομαδιαία βάση μου προκαλεί συναισθηματική κόπωση	4,14	2,26	1,00	7,00
Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	5,22	2,05	2,00	7,00
Αισθάνομαι ξοφλημένος/η εξαιτίας της δουλειάς μου	2,08	1,79	1,00	7,00
Νιώθω ότι πραγματικά επηρεάζω τη ζωή άλλων ανθρώπων μέσα από την δουλειά μου	4,42	2,33	1,00	7,00
Έγινα σκληρότερος προς τους ανθρώπους από τότε που είμαι σε αυτή τη δουλειά	3,98	2,45	1,00	7,00
Ανησυχώ ότι η δουλειά αυτή συναισθηματικά με σκληραίνει	3,96	2,52	1,00	7,00
Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	2,78	2,27	1,00	7,00
Αισθάνομαι ότι εργάζομαι πολύ σκληρά	4,88	2,22	1,00	7,00
Δεν νοιάζομαι πραγματικά για το τι συμβαίνει σε κάποιους από τους ασθενείς μου	2,58	2,12	1,00	7,00
Το να κάνω μια εργασία που με φέρνει σε άμεση σχέση με	2,34	1,57	1,00	7,00

ανθρώπους μου προκαλεί υπερβολικό άγχος				
Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	5,44	1,92	2,00	7,00
Αισθάνομαι τονωμένος/η μετά από μια καλή συνεργασία με τους ασθενείς μου	5,60	1,97	1,00	7,00
Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς μου με κατηγορούν για κάποια από τα προβλήματα τους	4,48	2,32	1,00	7,00
Νιώθω ότι έχω επιτύχει πολλά αξιοσημείωτά πράγματα στη δουλειά αυτή	1,82	1,53	1,00	7,00
Νιώθω σα να είμαι στο τέλος μου	5,10	2,20	1,00	7,00
Στη δουλειά μου χειρίζομαι τα συναισθηματικά προβλήματα πολύ ήρεμα	2,90	1,84	1,00	7,00

5.3. Ανάλυση Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής

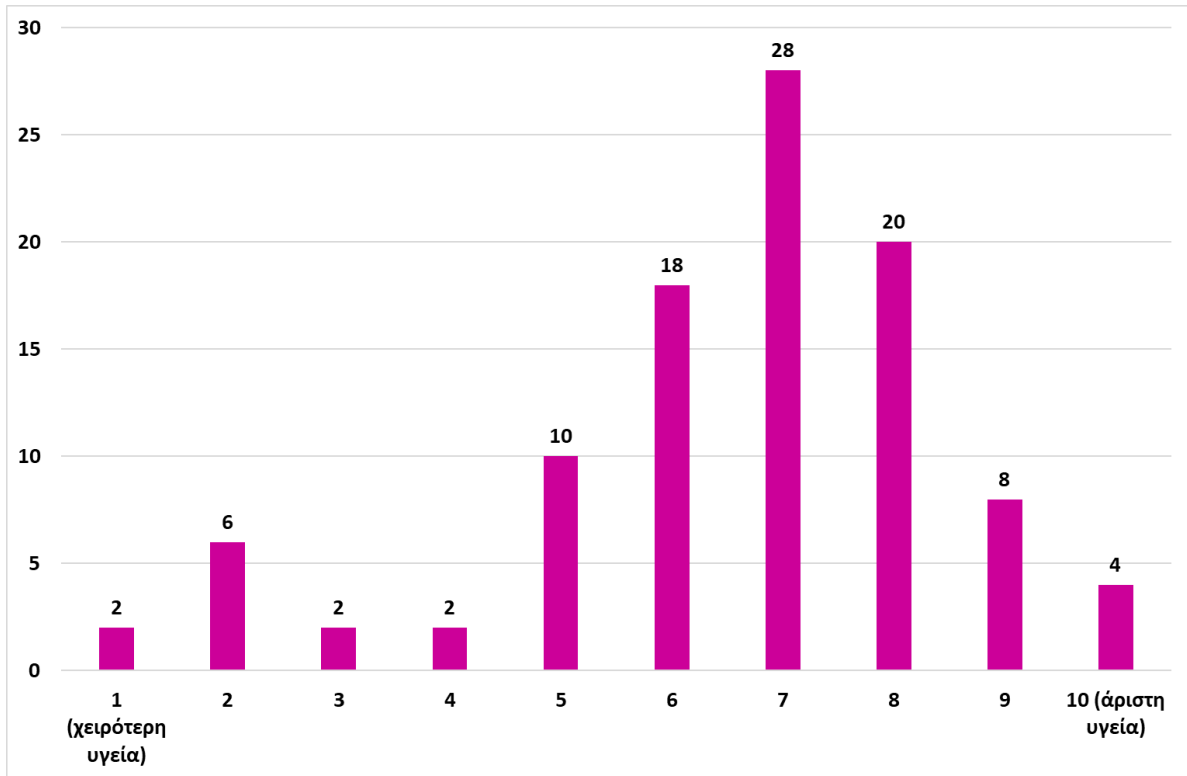
Μέτρια φαίνεται να είναι η ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ψυχική υγεία και ο σωματικός πόνος βαθμολογήθηκαν με την υψηλότερη τιμή (63,44 και 60 αντίστοιχα), ενώ η γενική υγεία και κοινωνική λειτουργικότητα με την χαμηλότερη τιμή (43,58 και 43,25 αντίστοιχα).

Διάγραμμα 2: Ποιότητα Ζωής Νοσηλευτικού Προσωπικού



Το 28% του δείγματος βαθμολόγησε την κατάσταση της υγείας του με 7, και το 20% με 8. Αντίθετα, το 18% βαθμολόγησε την υγεία του με 6 και το 10% με 5.

Διάγραμμα 3: Βαθμολογήστε την κατάσταση της υγείας σας συνολικά (σωματικά και ψυχικά), σήμερα, κατά την προσωπική σας γνώμη



5.4. Συγκρίσεις Ερωτηματολόγιων με Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιείται σύγκριση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Το 63,3% των ατόμων ηλικίας κάτω των 35 ετών παρουσίασαν υψηλή αποπροσωποποίηση, σε σύγκριση με το χαμηλότερο 31,6% των ατόμων άνω των 35 ετών. Η ηλικία και η αποπροσωποποίηση βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,05$).

Πίνακας 3: Αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία	
		<35 ετών	>35 ετών
Χαμηλή	Αριθμός	2	5
	%	6,7%	26,3%
Μέτρια	Αριθμός	9	8
	%	30,0%	42,1%
Υψηλή	Αριθμός	19	6
	%	63,3%	31,6%

Το 56,3% των ατόμων με τεχνολογική εκπαίδευση παρουσίασαν υψηλή αποπροσωποποίηση, σε σύγκριση με το 63,6% των ατόμων με δευτεροβάθμια εκπαίδευση παρουσίασαν μέτρια αποπροσωποποίηση και το 57,1% των ατόμων με πανεπιστημιακή εκπαίδευση παρουσίασαν επίσης μέτρια. Η μορφωτικό επίπεδο και η αποπροσωποποίηση βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,047$).

Πίνακας 4: Αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με Μορφωτικό επίπεδο

		Μορφωτικό επίπεδο		
		Απόφοιτος ΔΕ	Απόφοιτος ΤΕ	Απόφοιτος ΠΕ
Χαμηλή	Αριθμός	0	7	0
	%	0,0%	21,9%	0,0%
Μέτρια	Αριθμός	7	7	4
	%	63,6%	21,9%	57,1%
Υψηλή	Αριθμός	4	18	3
	%	36,4%	56,3%	42,9%

Το 46.2% των ατόμων που εργάζεται στον δημόσιο τομέα παρουσίασαν υψηλή αποπροσωποποίηση, σε σύγκριση με το υψηλότερο 51,4% των ατόμων που εργάζεται σε ιδιωτικό τομέα. Ο τομέας απασχόλησης και η αποπροσωποποίηση βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,008$).

Πίνακας 5: Αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με Τομέα Απασχόλησης

		Τομέας Απασχόλησης	
		Δημόσιος Τομέας	Ιδιωτικός Τομέας
Χαμηλή	Αριθμός	5	2
	%	38,5%	5,4%
Μέτρια	Αριθμός	2	16
	%	15,4%	43,2%
Υψηλή	Αριθμός	6	19
	%	46,2%	51,4%

Συναισθηματική εξάντληση σε σύγκριση με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Το 63,3% των ατόμων ηλικίας κάτω των 35 ετών παρουσίασαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση, σε σύγκριση με το χαμηλότερο 31,6% των ατόμων άνω των 35 ετών. Η ηλικία και η συναισθηματική εξάντληση βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,029$).

Πίνακας 6: Συναισθηματική εξάντληση σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία	
		<35 ετών	>35 ετών
Χαμηλή	Αριθμός	2	5
	%	6,7%	26,3%
Μέτρια	Αριθμός	9	8
	%	30,0%	42,1%
Υψηλή	Αριθμός	19	6
	%	63,3%	31,6%

Το 53,8% των ατόμων που εργάζεται στον δημόσιο τομέα παρουσίασαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση, σε σύγκριση με το υψηλότερο 64,9% των ατόμων που εργάζεται σε ιδιωτικό τομέα. Ο τομέας απασχόλησης και η συναισθηματική εξάντληση βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,05$).

Πίνακας 7: Συναισθηματική εξάντληση σε σύγκριση με Τομέας Απασχόλησης

		Τομέας Απασχόλησης	
		Δημόσιος Τομέας	Ιδιωτικός Τομέας
Χαμηλή	Αριθμός	3	1
	%	23,1%	2,7%
Μέτρια	Αριθμός	3	12
	%	23,1%	32,4%
Υψηλή	Αριθμός	7	24
	%	53,8%	64,9%

Το 46,2% των ατόμων που δεν έχουν προϋπηρεσία σε MTN πάνω από 3 χρόνια παρουσίασαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση, σε σύγκριση με το υψηλότερο 67,6% των ατόμων που έχουν προϋπηρεσία. Η προϋπηρεσία και η συναισθηματική εξάντληση βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,05$).

Πίνακας 8: Συναισθηματική εξάντληση σε σύγκριση με προϋπηρεσία σε MTN

		Έχετε προϋπηρεσία σε MTN πάνω από 3 έτη	
		ΟΧΙ	ΝΑΙ
Χαμηλή	Αριθμός	0	4
	%	0,0%	10,8%
Μέτρια	Αριθμός	7	8
	%	53,8%	21,6%
Υψηλή	Αριθμός	6	25
	%	46,2%	67,6%

Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ της διάστασης ζωτικότητας και συναισθηματική λειτουργικότητα και της ηλικιακής ομάδας. Τα άτομα ηλικίας κάτω των 35 ετών έχουν χαμηλότερη ζωτικότητα και συναισθηματική λειτουργικότητα από τα άτομα ηλικίας άνω των 35 ετών.

Πίνακας 9: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα

	Ηλικία	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματικός ρόλος	<35 ετών	30	51,67	27,02	0,235
	>35 ετών	19	61,84	31,59	
Σωματικός πόνος	<35 ετών	30	61,53	24,71	0,585
	>35 ετών	19	65,37	22,17	
Γενική υγεία	<35 ετών	30	42,77	16,64	0,493
	>35 ετών	19	46,11	16,23	
Ζωτικότητα	<35 ετών	30	48,50	21,54	0,031
	>35 ετών	19	62,37	20,77	
Κοινωνική λειτουργικότητα	<35 ετών	30	47,92	18,30	0,090
	>35 ετών	19	38,16	20,61	
Συναισθηματική λειτουργικότητα	<35 ετών	30	43,33	37,29	0,050
	>35 ετών	19	64,91	39,24	
Ψυχική Υγεία	<35 ετών	30	57,20	21,81	0,331
	>35 ετών	19	63,58	22,70	
VAS	<35 ετών	30	6,47	2,03	0,920
	>35 ετών	19	6,53	2,01	

Δεν εντοπίστηκε διαφορά μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας ζωής και του φύλου.

Πίνακας 10: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με φύλο

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματικός ρόλος	Γυναίκα	35	55,71	25,79	0,916
	Άνδρας	15	56,67	35,94	
Σωματικός πόνος	Γυναίκα	35	61,77	21,58	0,450
	Άνδρας	15	67,33	28,01	
Γενική υγεία	Γυναίκα	35	41,14	15,51	0,113
	Άνδρας	15	49,27	18,14	
Ζωτικότητα	Γυναίκα	35	51,86	21,29	0,295
	Άνδρας	15	59,00	23,24	
Κοινωνική λειτουργικότητα	Γυναίκα	35	46,79	20,19	0,060
	Άνδρας	15	35,00	19,02	
Συναισθηματική λειτουργικότητα	Γυναίκα	35	53,33	38,94	0,714
	Άνδρας	15	48,89	39,57	
Ψυχική Υγεία	Γυναίκα	35	57,83	22,07	0,292
	Άνδρας	15	65,07	21,88	
VAS	Γυναίκα	35	6,26	2,02	0,130
	Άνδρας	15	7,20	1,90	

Δεν εντοπίστηκε διαφορά μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας ζωής και της οικογενειακής κατάστασης.

Πίνακας 11: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση (1)

Οικογενειακή Κατάσταση		Σωματικός ρόλος	Σωματικός πόνος	Γενική υγεία	Ζωτικότητα
Άγαμος/η	Μέση τιμή	62,50	65,72	43,94	56,11
	N	18,00	18,00	18,00	18,00
	Τυπική απόκλιση	26,08	21,22	17,82	23,17
	Μέση τιμή	48,08	61,08	43,46	49,23
	N	26,00	26,00	26,00	26,00

Έγγαμος/η (ή Σύμφωνο συμβίωσης)	Τυπική απόκλιση	28,22	25,48	16,39	20,72
Διαζευγμέν ος/η	Μέση τιμή	70,83	66,83	43,00	68,33
	N	6,00	6,00	6,00	6,00
	Τυπική απόκλιση	33,23	24,29	16,44	18,62
P value		0,106	0,765	0,992	0,137

Πίνακας 12: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση (2)

Οικογενειακή Κατάσταση		Κοινωνική λειτουργικότητα	Συναισθηματική λειτουργικότητα	Ψυχική Υγεία	VAS
Άγαμος/η	Μέση τιμή	39,58	51,85	61,78	6,6
	N	18,00	18,00	18,00	18
	Τυπική απόκλιση	19,29	38,30	22,09	2,14
Έγγαμος/η (ή Σύμφωνο συμβίωσης)	Μέση τιμή	47,60	50,00	55,54	6,23
	N	26,00	26,00	26,00	26
	Τυπική απόκλιση	18,38	39,16	21,51	2,00
Διαζευγμέν ος/η	Μέση τιμή	35,42	61,11	74,00	7,50
	N	6,00	6,00	6,00	6
	Τυπική απόκλιση	30,02	44,31	20,98	1,51
P value		0,271	0,825	0,166	0,366

Δεν εντοπίστηκε διαφορά μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας ζωής και του μορφωτικού επιπέδου.

Πίνακας 13: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με Μορφωτικό επίπεδο (1)

Μορφωτικό επίπεδο		Σωματικός ρόλος	Σωματικός πόνος	Γενική υγεία	Ζωτικότητα
Απόφοιτος ΔΕ	Μέση τιμή	54,55	65,45	45,73	56,36
	N	11,00	11,00	11,00	11,00
	Τυπική απόκλιση	24,54	23,40	14,28	21,69
Απόφοιτος ΤΕ	Μέση τιμή	57,81	61,19	44,56	54,53
	N	32,00	32,00	32,00	32,00
	Τυπική απόκλιση	31,39	24,71	17,26	22,59
Απόφοιτος ΠΕ	Μέση τιμή	50,00	70,57	35,71	47,86
	N	7,00	7,00	7,00	7,00
	Τυπική απόκλιση	25,00	19,07	16,74	20,99
P value		0,802	0,611	0,400	0,714

Πίνακας 14: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με Μορφωτικό επίπεδο (2)

Μορφωτικό επίπεδο		Κοινωνική λειτουργικότητα	Συναισθηματική λειτουργικότητα	Ψυχική Υγεία	VAS
Απόφοιτος ΔΕ	Μέση τιμή	36,36	48,48	6,45	64,00
	N	11,00	11,00	11,00	11,00
	Τυπική απόκλιση	22,68	40,45	1,86	23,93
Απόφοιτος ΤΕ	Μέση τιμή	44,14	54,17	6,69	61,25
	N	32,00	32,00	32,00	32,00

	Τυπική απόκλιση	18,23	38,57	1,94	20,33
Απόφοιτος ΠΕ	Μέση τιμή	50,00	47,62	6,00	48,00
	N	7,00	7,00	7,00	7,00
	Τυπική απόκλιση	26,02	42,41	2,71	25,92
P value		0,360	0,874	0,715	0,286

Διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ της διάστασης ζωτικότητας και του τομέα απασχόλησης. Τα άτομα που εργάζονται σε δημόσιο τομέα βαθμολόγησαν υψηλότερα την διάσταση ζωτικότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονται σε ιδιωτικό τομέα. Επίσης, η κλίμακα VAS βαθμολογήθηκε υψηλότερα από τα που εργάζονται σε δημόσιο τομέα, σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονται σε ιδιωτικό τομέα.

Πίνακας 15: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με Τομέας Απασχόλησης

	Τομέας Απασχόλησης	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματικός ρόλος	Δημόσιος Τομέας	13	65,38	29,82	0,196
	Ιδιωτικός Τομέας	37	52,70	28,13	
Σωματικός πόνος	Δημόσιος Τομέας	13	65,46	24,30	0,729
	Ιδιωτικός Τομέας	37	62,73	23,57	
Γενική υγεία	Δημόσιος Τομέας	13	44,23	17,30	0,871
	Ιδιωτικός Τομέας	37	43,35	16,56	
Ζωτικότητα	Δημόσιος Τομέας	13	63,46	16,63	0,040
	Ιδιωτικός Τομέας	37	50,68	22,74	
Κοινωνική λειτουργικότητα	Δημόσιος Τομέας	13	40,38	21,14	0,561

	Ιδιωτικός Τομέας	37	44,26	20,33	
Συναισθηματική λειτουργικότητα	Δημόσιος Τομέας	13	61,54	38,12	0,307
	Ιδιωτικός Τομέας	37	48,65	38,96	
Ψυχική Υγεία	Δημόσιος Τομέας	13	64,62	16,80	0,386
	Ιδιωτικός Τομέας	37	58,38	23,60	
VAS	Δημόσιος Τομέας	13	7,46	1,27	0,050
	Ιδιωτικός Τομέας	37	6,22	2,14	

Διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ της διάστασης γενική υγεία και κοινωνική λειτουργικότητα και της προϋπηρεσίας σε MTN. Τα άτομα που έχουν προϋπηρεσία βαθμολόγησαν χαμηλότερα την διάσταση γενική υγεία και την διάσταση κοινωνική λειτουργικότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν προϋπηρεσία.

Πίνακας 16: Ποιότητα Ζωής σε σύγκριση με προϋπηρεσία σε MTN

	Έχετε προϋπηρεσία σε MTN πάνω από 3 έτη	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματικός ρόλος	ΝΑΙ	37	56,08	31,95	0,966
	ΟΧΙ	13	55,77	18,13	
Σωματικός πόνος	ΝΑΙ	37	62,89	25,23	0,753
	ΟΧΙ	13	65,00	18,71	
Γενική υγεία	ΝΑΙ	37	41,27	17,34	0,050
	ΟΧΙ	13	50,15	12,56	
Ζωτικότητα	ΝΑΙ	37	54,46	24,74	0,729
	ΟΧΙ	13	52,69	10,92	
Κοινωνική λειτουργικότητα	ΝΑΙ	37	40,88	23,13	0,030
	ΟΧΙ	13	50,00	5,10	
Συναισθηματική λειτουργικότητα	ΝΑΙ	37	55,86	40,10	0,239
	ΟΧΙ	13	41,03	33,76	
Ψυχική Υγεία	ΝΑΙ	37	61,08	24,78	0,564

	OXI	13	56,92	11,33	
VAS	NAI	37	6,59	2,14	0,750
	OXI	13	6,38	1,66	

5.4. Συσχέτιση Ερωτηματολόγιων Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ποιότητας Ζωής

- ❖ Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του σωματικού πόνου και της συναισθηματικής εξάντλησης ($r=0.315$). Όσο αυξάνει η συναισθηματική εξάντληση αυξάνεται και ο σωματικός πόνος του νοσηλευτικού προσωπικού.
- ❖ Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της κλίμακας VAS και των προσωπικών επιτευγμάτων ($r=-0.345$). Όσο αυξάνει η κλίμακα VAS προς την καλύτερη υγεία, τόσο αυξάνουν και τα προσωπικά επιτεύγματα του νοσηλευτικού προσωπικού.
- ❖ Αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της κλίμακας VAS και της συναισθηματικής εξάντλησης ($r=-0.292$). Όσο αυξάνει η κλίμακα VAS προς την καλύτερη υγεία, τόσο μειώνεται και η συναισθηματική εξάντληση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 17: Συσχέτιση Ερωτηματολόγιων Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ποιότητας Ζωής

		Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά επιτεύγματα	Συναισθηματική εξάντληση
Σωματικός ρόλος	Correlation Coefficient	-0,191	0,052	-0,241
	Sig. (2-tailed)	0,183	0,717	0,092
	N	50	50	50
Σωματικός πόνος	Correlation Coefficient	-0,176	0,137	0,315*
	Sig. (2-tailed)	0,223	0,344	0,026
	N	50	50	50
Γενική υγεία	Correlation Coefficient	0,053	-0,032	0,157
	Sig. (2-tailed)	0,716	0,825	0,275

	N	50	50	50
Ζωτικότητα	Correlation Coefficient	-0,055	0,008	-0,261
	Sig. (2-tailed)	0,704	0,954	0,067
	N	50	50	50
Κοινωνική λειτουργικότητα	Correlation Coefficient	-0,004	-0,143	0,256
	Sig. (2-tailed)	0,979	0,321	0,073
	N	50	50	50
Συναισθηματική λειτουργικότητα	Correlation Coefficient	0,072	-0,135	-0,036
	Sig. (2-tailed)	0,617	0,349	0,801
	N	50	50	50
Ψυχική Υγεία	Correlation Coefficient	0,033	-0,026	-0,022
	Sig. (2-tailed)	0,819	0,86	0,882
	N	50	50	50
VAS	Correlation Coefficient	-0,221	0,345*	-0,292*
	Sig. (2-tailed)	0,123	0,014	0,040
	N	50	50	50

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής ήταν η διερεύνηση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε τελικά μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς οι ιατροί δεν ήταν πρόθυμοι να συμπληρωσουν το ερωτηματολόγιο. Επίσης, η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των νοσηλευτών μετρήθηκε με βάση το ερωτηματολόγιο της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach και με βάση το γενικό εργαλείο της ποιότητας ζωής SF -36.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το δείγμα του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να έχει υψηλή επαγγελματική εξουθένωση καθώς υψηλά βαθμολογήθηκαν οι κλίμακες συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Επίσης, μέτρια εκτιμήθηκε η ποιότητα ζωής του προσωπικού. Οι διαστάσεις ψυχική υγεία και σωματικός πόνος βαθμολογήθηκαν με την υψηλότερη τιμή, ενώ οι διαστάσεις γενική υγεία και κοινωνική λειτουργικότητα με την χαμηλότερη. Ακόμη, η αποπροσωποποίηση βρέθηκε να έχει διαφορά μεταξύ της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου και του τομέα απασχόλησης. Αντίστοιχα η συναισθηματική εξάντληση είχε διαφορά ως προς την ηλικία, του τομέα απασχόλησης και της προϋπηρεσίας σε MTN πάνω από 3 χρόνια. Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία, τομέας απασχόλησης και προϋπηρεσία σε MTN πάνω από 3 χρόνια είχαν διαφορά σε σχέση με την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του σωματικού πόνου και της συναισθηματικής εξάντλησης, της κλίμακας VAS και των προσωπικών επιτευγμάτων, αλλά και της συναισθηματικής εξάντλησης.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με την αντίστοιχη βιβλιογραφία. Ειδικότερα, ένα σημαντικό εύρημα αυτής της μελέτης ήταν τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε MTN. Οι βαθμολογίες είναι παρόμοιες με άλλες διεθνείς μελέτες (Argentero et al., 2008, Flynn et al., 2009, Klersy et al., 2007, O'Brien, 2011, Ross et al. 2009). Τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης που βρέθηκαν μεταξύ των νοσηλευτών της έρευνας μπορεί να σχετίζεται με την υψηλότερη οξύτητα των ασθενών, την έλλειψη υποστήριξης και την αύξηση του φόρτου εργασίας. Τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές που εργάζονται σε MTN έχουν

αποδειχθεί ότι επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών (Argentero et al., 2008), την παραμονή των νοσηλευτών (Gardner et al., 2007) και την οργανωτική δέσμευση (Keyser, 2011).

Σχετικά με την συναισθηματική εξάντληση 6 στους 10 νοσηλευτές ανάφεραν υψηλή συναισθηματική εξάντληση. Από την άλλη πλευρά άλλες μελέτες έχουν αναφέρει χαμηλά επίπεδα (Arikan et al. 2007, Karucu et al. 2009, Klersy et al. 2007), μέτρια (Kavurmaci et al. 2014, Ross et al. 2009) ή υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Flynn et al. 2009, Harwood et al. 2010, Hayes et al. 2011). Συγκεκριμένα, μελέτη στην Αυστραλία απέδειξε ότι το 53% των νοσηλευτών σε MTN είχαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Hayes et al., 2015), ενώ μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στη Βόρεια Αμερική έδειξαν σοβαρά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης μεταξύ 30-41 % των νοσηλευτών σε MTN (Flynn et al., 2009, Harwood et al., 2010, O'Brien, 2011).

Όσον αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά διάφορες μελέτες προσπάθησαν να αποσαφηνίσουν πώς αυτοί οι παράγοντες όπως η ηλικία, η εκπαίδευση και η εργασιακή εμπειρία επηρέασαν την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ νοσηλευτών σε MTN, με αντιφατικά ευρήματα (Bohmert et al., 2011). Μια μελέτη έδειξε ότι ο επιπολασμός της εξουθένωσης ήταν υψηλότερος μεταξύ των παλαιότερων νοσηλευτών με μεγαλύτερη προϋπηρεσία σε MTN (Ross et al., 2009), ενώ άλλες μελέτες διαπίστωσαν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ νεότερων νοσηλευτών σε MTN (ηλικίας κάτω των 30 ετών) με μικρότερη προϋπηρεσία (Arikan et al., 2007 Hayes et al., 2015). Έτσι, δεν είναι σαφές πώς η ηλικία και η προϋπηρεσία μπορεί να συνέβαλαν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών σε MTN. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εκπαίδευση αναγνωρίστηκε επίσης ως ένας παράγοντας που συμβάλλει. Οι Karucu et al. (2009) αποκάλυψαν ότι οι νοσηλευτές χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ήταν λιγότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση, ενώ ο Harwood et al. (2010) διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές με πτυχίο πανεπιστημίου γνώρισαν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση. Οι Flynn et al. (2009) εντόπισαν τους βασικούς καθοριστικούς παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε MTN και ανέφεραν ότι είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον και η διαταραχή της διαδικασίας φροντίδας (λόγω έλλειψης χρόνου).

Ως προς την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών σε MTN, αποδείχθηκε ότι είναι μέτρια και επηρεάζει σημαντικά την επαγγελματική εξουθένωση. Παρόμοια μελέτη των Shahdadi & Rahnama (2018) έδειξε ότι οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε τμήμα αιμοκάθαρσης έχουν αρνητικά προσωπικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και ψυχικής βλάβης. Επιβεβαιώνοντας αυτό το συμπέρασμα, ο Kazemi διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα στρες και φόρτος εργασίας, έχοντας ως αποτέλεσμα της εμφάνιση κατάθλιψης, η οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία των ασθενών (2018). Επίσης, ο Letvak ανέφερε ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης ήταν υψηλότερος από σε νοσηλευτές που εργάζονται σε MTN σε σύγκριση με άλλους νοσηλευτές (2012).

Περιορισμός της έρευνας

Ένας σημαντικός περιορισμός που πρέπει να αναφερθεί στην παρούσα έρευνα είναι το γεγονός ότι η δειγματοληψία ήταν ευκολίας, και δεν συμπεριλήφθηκε μεγάλο δείγμα νοσηλευτών. Ένας ακόμη περιορισμός είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος που δεν το καθιστά αντιπροσωπευτικό για όλες τους νοσηλευτές που εργάζονται σε MTN στην χώρα, απλά αποδεικνύει μια τάση ως προς την επαγγελματική εξουθένωση και την ποιότητα ζωής αυτών των νοσηλευτών.

Προτάσεις

Η παρούσα έρευνα υποδηλώνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό ζήτημα για τους νοσηλευτές σε MTN και η ενδυνάμωση θεωρείται σημαντική στρατηγική για την αντιμετώπιση αυτής και την προώθηση της υγείας και της ευημερίας τους. Κύριοι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες επιρροής της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας ζωής αποτέλεσαν η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η προϋπηρεσία σε MTN.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η συνεχής εκπαίδευση είναι γνωστό ότι αυξάνει την αίσθηση της αυτοεκτίμησης των νοσηλευτών και ενισχύει την πρακτική τους, η οποία παίζει κεντρικό ρόλο στην καύση. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να ενημερώνουν τακτικά τις δεξιότητές τους και τις γνώσεις τους ώστε να εξασφαλίσουν αποτελεσματική διαχείριση περίπλοκων προβλημάτων υγείας, βοηθώντας τους

ασθενείς να βελτιώσουν την εκπαίδευση και υποστηρίζοντας αυτούς και τις οικογένειες τους.

Έτσι, οι διαχειριστές πρέπει να σχεδιάσουν κατάλληλα προγράμματα προετοιμασίας και καθοδήγησης. Επίσης είναι σημαντικό να αναπτυχθούν επιτροπές βελτίωσης της ποιότητας που επικεντρώνονται στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, παρέχοντας μια ασφαλή εργασιακή κουλτούρα, ενισχύοντας τη διαπανεπιστημιακή συνεργασία, διασφαλίζοντας ότι το προσωπικό είναι καλά προσαρμοσμένο στους εργασιακούς τους ρόλους και παρέχοντας πόρους για συνεχή εκπαίδευση. Επιπλέον, οι MTN θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο σχηματισμού άτυπων ομάδων συζήτησης για το προσωπικό των νοσηλευτών προκειμένου να μοιράζονται εμπειρίες, συναισθήματα, γνώμες και πληροφορίες.

Μια συνδυασμένη προσέγγιση (μεμονωμένη και οργανωμένη) φαίνεται να έχει τη δυνατότητα για μακροχρόνια θετική επίδραση στην μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αντιμετωπίζοντας συγκεκριμένους οργανωτικούς παράγοντες άγχους. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα με τη συμμετοχή των νοσηλευτών για τον προσδιορισμό του προβλήματος και την εξεύρεση λύσεων.

Επίσης, η ενδυνάμωση αποτελεί μια ενθαρρυντική στρατηγική για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών σε MTN, διότι μπορεί να στοχεύει τόσο στα άτομα όσο και στον οργανισμό. Έρευνες αποδεικνύουν τις σχέσεις μεταξύ της ψυχολογικής ενδυνάμωσης και της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και της ικανοποίησης από την εργασία και της που είναι αντιπροσωπευτικά της ψυχολογικής ευεξίας στην εργασία και της μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι διαχειριστές είναι σημαντικό να αξιολογούν και να εφαρμόζουν στρατηγικές για την ενίσχυση της ψυχολογικής υποστήριξης στον εργασιακό χώρο των MTN για την αύξηση της υγείας και της ευεξίας μεταξύ των νοσηλευτών .

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adali E, Priami M. Burnout among nurses in Intensive care units. Internal medicine Wards and Emergency departments in Greek Hospital. *Icus Nurs Web J.* 2002;11:1-19.
- Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:649-61.
- Agar, J. W. M., MacGregor, M. S., & Blagg, C. R. (2007). Chronic maintenance hemodialysis: Making sense of terminology. *Hemodialysis International, 11*, 252-262.
- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nursing staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environment. *Medical Care, 49*(12), 1047-1053.
- Argentero, P., Dell'Olivo, B., & Ferretti, M. S. (2008). Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care. *American Journal of Kidney Diseases, 51*(1), 80-92. doi:10.1053/j.ajkd.2007.09.011
- Arikan, F., Köksal, C.D., Gökçe, Ç., 2007. Work-related stress, burnout, and job satisfaction of dialysis nurses in association with perceived relations with professional contacts. *Dialysis & Transplantation 36* (4), 182-191.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling, 78*(2), 184-190. doi:10.1016/j.pec.2009.04.008
- Bennett, P. N. (2011). Technological intimacy in haemodialysis nursing. *Nursing Inquiry, 18*(3), 247-252.
- Bohmert, M., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2011). Psychological stress and strain in dialysis staff: a systematic review. *Journal of Renal Care, 37*(4), 178-189. doi:10.1111/j.1755-6686.2011.00236.x
- Bonner, A. (2007). Understanding the role of knowledge in the practice of expert nephrology nurses in Australia. *Nursing and Health Sciences, 9*, 161-167.

- Bourbonnais, R., Brisson, C., & Vezina, M. (2011). Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(7), 479-486. doi:10.1136/oem.2010.055202
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M., Abdous, B., & Gaudet, M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 335-342. doi:10.1136/oem.2004.018077
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vezina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 95-107.
- Brokalaki H, Matziou V, Thanou J, Ziropiannis P, Dafni U, Papadatou D. Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. *EDTNA ERCA J*. 2001;27:181-6.
- Brown, S., Bain, P., Broderick, P., & Sully, M. (2013). Emotional effort and perceived support in renal nursing: A comparative interview study. *Journal of Renal Care*, 1-10. doi: 10.1111/j.1755-6686.2013.12023.x
- Burisch, M. 2006. A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experiences. *Work and Stress*, 16: 1–17.
- Catalan J, Burgess A, Pergami A, Hulme N, Gazzard B, Phillips R. The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *J Psychosom Res*. 1996;40:425-35.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Scaufeli, W.B. 2001. The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3): 499-512.
- Dermondy K. & Bennett P.N. (2008) Nurse stress in hospital and satellite haemodialysis units. *Journal of Renal Care*, 34(1), 28-32.
- Elkonin, D. & van der Vyver, L. 2011. Positive and negative emotional responses to workrelated trauma of intensive care nurses in private care facilities. *Health South Africa*, 16(1): 436-544.
- Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ*. 2003;326:670-1.

- Flynn, L. & Aiken, L. 2002. Does international nurse recruitment influence practice values in U.S. hospitals? *Journal of Nursing Scholarship*, 34(1):67-77.
- Flynn, L., Thomas-Hawkins, C., & Clarke, S. P. (2009). Organizational traits, care processes, and burnout among chronic hemodialysis nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 31(5), 569-582. doi:10.1177/0193945909331430
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Gardner, J.K., Thomas-Hawkins, C., Fogg, L., Latham, C.E., 2007. The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis units work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrology Nurses Journal* 34 (3), 271-281.
- Gillespie M, Melby V. Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *J Clin Nurs*. 2003;12:842-51.
- Goh, Y.-S., Lee, A., Chan, S. W.-C., & Chan, M. F. (2014). Profiling nurses' job satisfaction, acculturation, work environment, stress, cultural values and coping abilities: A cluster analysis. *International Journal of Nursing Practice*. doi/10.1111/ijn.12318/full
- Gomez, N. J., Castner, D., & Dennison, H. A. (2011). Incorporating the nephrology nursing scope and standards of practice into clinical practice. *Nephrology Nursing Journal*, 38(4), 311-317.
- Gulalp, B., Karcioğlu, O., Sari, A. & Koseoğlu, Z. 2008. Burnout: need help? *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 3:32-37.
- Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med*. 2001;135:145-8.
- Hansen N, Sverke M, Näswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2009;46:95-106.
- Harwood L., Ridley J., Wilson B. & Laschinger H.K.S. (2010) Workplace empowerment and burnout in Canadian nephrology nurses. *CANNT*, 20(2), 12-17.

- Harwood, L., Ridley, J., Wilson, B., & Laschinger, H. K. (2010a). Occupational burnout, retention and health outcomes in nephrology nurses. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Journal*, 20(4), 18-23.
- Harwood, L., Ridley, J., Wilson, B., & Laschinger, H. K. (2010b). Workplace empowerment and burnout in Canadian nephrology nurses. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Journal*, 20(2), 12-17.
- Harwood, L., Ridley, J., Wilson, B., Laschinger, H.K.S., 2010. Occupational burnout, retention and health outcomes in nephrology nurses. *The CANNT Journal* 20 (4), 18-23.
- Harwood, L., Ridley, J., Wilson, B., Laschinger, H.K.S., 2010. Workplace empowerment and burnout in Canadian nephrology nurses. *CANNT* 20 (2), 12-17.
- Hayes, B., & Bonner, A. (2010). Job satisfaction, stress and burnout associated with haemodialysis nursing: A review of literature. *Journal of Renal Care*, 36(4), 174-179.
- Hayes, B., Bonner, A., & Douglas, C. (2013). An introduction to mixed methods research for nephrology nurses. *Renal Society of Australasia Journal*, 9(1), 8-14.
- Hekkink, C. F., Wigtersma, L., Yzermans, C. J., & Bindels, P. J. E. (2005). HIV nursing consultants: Patients' preferences and experiences about the quality of care. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 327-333.
- Hoffman, A.J. & Scott, L.D. 2003. Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. *Journal of Nursing Administration*, 33(6):337-342.
- Hogan, R.L. & McKnight, M.A. 2007. Exploring burnout: an initial investigation. *Internet and Higher Education*, 10:117-124.
- Hyrkas, K., & Morton, J. (2013). International perspectives on retention, stress and burnout. *Journal of Nursing Management*, 21, 603-604.
- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C., & Davis, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration*, 32(5), 250-263.

- Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs*. 2004;48:622-31.
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., . . . Yang, C.-W. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, 1-13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X)
- Kacmaz, N. 2005. Burnout syndrome. *Journal of Istanbul Faculty Medicine*, 68(1):29-32.
- Kapucu, S., Akkus, Y., Akdemir, N., Karacan, Y., 2009. The burnout levels and exhaustion levels of nurses working in haemodialysis units. *Journal of Renal Care* 35 (3), 134-140.
- Kavurmaci, M., Cantekin, I., & Curcani, M. (2014). Burnout levels of hemodialysis nurses. *Renal Failure*. doi: 10.3109/0886022X.2014.917559
- Keidel, G.C. Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. 2002. *American Journal of Hospital Palliative Medicine*, 19(3):200-205.
- Klersy C, Callegari A, Martinelli V et al; Working Group on Burnout and Dialysis. Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy a multicentre study. *Nephrol Dial Transplant*. 2007;22:2283-90.
- Kotzabassaki S, Parissopoulos S. Burnout in renal care professionals. *EDTNA ERCA J*. 2003;29:209-13.
- Kraft, U. 2006. Burned out. *Scientific American mind*,2(6): 29 – 33.
- Kralik, D., & Lee, D. (2009). Editorial: Managing chronic illness - challenges and opportunities for practice and research. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1(1), 1-3.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K.B. 2005. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3):192-207.
- Laatikainen, T., Janus, E., Kilkinen, A., Heistaro, S., Tideman, P., Baird, A., . . . Dunbar, J. (2009). Chronic disease risk factors in rural Australia: Results from the Greater

- Green Triangle risk factors survey. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 21(1), 51-62.
- Lauder, L. A., Ludlow, M. J., Hawley, C. M., Richardson, E. P., Mathew, T. H., & Munro, C. E. (2011). Australian nephrology nurses views on home haemodialysis: A national survey. *Renal Society of Australasia Journal*, 7(1), 6-12.
- Letvak, S.; Ruhm, C.J.; McCoy, T. Depression in hospital-employed nurses. *Clin. Nurse Spec.* 2012, 26, 177–182.
- Manojlovich M. & Spence Laschinger H.K. (2002) The relationship of empowerment and selected personality characteristics to nursing job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 586-595.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113.
- Mbuthia, N.N. 2009. An investigation into the factors that nurses working in critical care units perceive. Unpublished thesis, South Africa: University of South Africa.
- Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J, Marta, F.P & Jose, M. 2011. Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross sectional University of Zaragoza study. *BMC Psychiatry*, 11:49-61.
- Murphy, F. (2004). Stress among nephrology nurses in Northern Ireland. *Nephrology Nursing Journal*, 31(4), 423-431.
- O'Brien, J. L. (2011). Relationships among structural empowerment, psychological empowerment, and burnout in registered staff nurses working in outpatient dialysis centers. *Nephrology Nursing Journal*, 38(6), 475-481.
- Patrick, K. & Lavery, J.F. 2007. Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3): 43 – 48.
- Pillay, R. 2009. Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. *Human resources for health*, 7: 15-22.
- Polaschek, N. (2003). Negotiated care: A model for nursing work in the renal setting. *Journal of Advanced Nursing*, 42(4), 355-363.

- Polkinghorne, K., Gulyani, A., McDonald, S. P., & Hurst, K. (2012). ANZDATA Registry Report 2010: Haemodialysis. Adelaide, South Australia: Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry.
- Pontec, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Barnes, N. & Timsit, J. 2007. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory Critical Care*, 175:698-704.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A., & Talias, M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: A census report. *BMC Public Health*, 12, 457. doi:10.1186/1471-2458-12-457
- Raiger, J. 2005. Applying a cultural lens to the concept of burnout. *Journal of Transcultural Nursing*, 16:71 – 76.
- Ridley, J., Wilson, B., Harwood, L., & Laschinger, H. K. (2009). Work environment, health outcomes and magnet hospital traits in the Canadian nephrology nursing scene. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Journal*, 19(1), 28-35.
- Rivares AV, Navarrete IG, Pueyo CG, et al. Evaluation of relationships between haemodialysis unit professionals. *EDTNA ERCA J*. 2004;30:27-30.
- Rogers, A.E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Aiken, L.H. & Dinges D.F. 2004. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4):202-212.
- Rosales, R., Rosales, G., & Labrague, L. (2013). Nurses' job satisfaction and burnout : Is there a connection? *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 2(1), 1-10. doi:10.14419/ijans.v2i1.583
- Ross, J., Jones, J., Callaghan, P., Eales, S., & Ashman, N. (2009). A survey of stress, job satisfaction and burnout among haemodialysis staff. *Journal of Renal Care*, 35(3), 127-133.
- Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Marine, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), Cd002892. doi:10.1002/14651858.CD002892.pub5

- Saint-Arnaud, J., Gignac, S., Gourdeau, P., Pelletier, M., & Vézina, M. (2010). Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 12(3). DOI : 10.4000/pistes.2639
- Shahdadi, H., & Rahnama, M. (2018). Experience of Nurses in Hemodialysis Care: A Phenomenological Study. *Journal of clinical medicine*, 7(2), 30.
- Survey the Prevalence of Depression in Nurses of Some Tehran Hospitals. Available online: <http://npwjm. ajaums.ac.ir/article-1-102-fa.html>.
- Tranter, S. A., Donoghue, J., & Baker, J. (2009). Nursing the machine: An ethnography of a hospital haemodialysis unit. *Journal of Nephrology and Renal Transplantation*, 2(3), 28-41.
- Twigg, D., & McCulloch, K. (2013). Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.015>
- Uğur S., Acuner A.M., Göktaş B. & Şenoğlu B. (2007) Effects of physical environment on the stress levels of hemodialysis nurses in Ankara Turkey. *Journal of Medical Systems*, 31, 283-287.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P.& Vargas, D. 2004. Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42(2):57–66.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: A structural equation model approach. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1515-1524.
- van Wyk, B. E., & Pillay-Van Wyk, V. (2010). Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), Cd003541. doi:10.1002/14651858.CD003541.pub2

Williams, A., & Kralik, D. (2008). Working with people with chronic conditions. In D. Kralik & A. van Loon (Eds.), *Community nursing in Australia*. Carlton: Blackwell Publishing.

Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, *162*, 2269-2279

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ		
1. Φύλο	Άνδρας <input type="checkbox"/>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>
2. Ηλικία		
3. Επίπεδο σπουδών	Απόφοιτος ΔΕ <input type="checkbox"/>	Απόφοιτος ΤΕ <input type="checkbox"/>
	Απόφοιτος ΠΕ <input type="checkbox"/>	
4. Οικογενειακή κατάσταση:	Άγαμος/η <input type="checkbox"/>	Έγγαμος/η (ή Σύμφωνο συμβίωσης) <input type="checkbox"/>
	Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/>	
5. Τομέας Απασχόλησης:	Δημόσιος Τομέας <input type="checkbox"/>	Ιδιωτικός Τομέας <input type="checkbox"/>
6. Έχετε προϋπηρεσία σε MTN πάνω από 3 έτη	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Βαθμολογήστε στην παρακάτω κλίμακα, πόσο καλή ή άσχημη είναι η υγεία σας σήμερα κατά την προσωπική σας γνώμη . Η καλύτερη κατάσταση υγείας βαθμολογείται με 100 και η χειρότερη με 0.

Κυκλώστε έναν αριθμό της κλίμακας που εκφράζει τη σημερινή κατάσταση της υγείας σας

Χειρότερη κατάσταση													Καλύτερη κατάσταση
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	

Ερωτηματολόγιο καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Δύο-τρεις φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

Πόσο συχνά:

1.	- Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
2.	- Νιώθω άδειος/α, σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.	1	2	3	4	5	6	7
3.	- Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μία μέρα στη δουλειά.	1	2	3	4	5	6	7
4.	- Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	1	2	3	4	5	6	7
5.	- Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σαν να ήταν αντικείμενα.	1	2	3	4	5	6	7
6.	- Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα.	1	2	3	4	5	6	7
7.	- Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.	1	2	3	4	5	6	7
8.	- Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
9.	- Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
10.	- Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	1	2	3	4	5	6	7
11.	- Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.	1	2	3	4	5	6	7
12.	- Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.	1	2	3	4	5	6	7
13.	- Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
14.	- Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
15.	- Στην ουσία, δεν μ' ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.	1	2	3	4	5	6	7
16.	- Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
17.	- Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.	1	2	3	4	5	6	7

18.	- Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.	1	2	3	4	5	6	7
19.	- Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά.	1	2	3	4	5	6	7
20.	- Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.	1	2	3	4	5	6	7
21.	- Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
22.	- Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματα τους.	1	2	3	4	5	6	7

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36

1. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή

2. Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με την υγεία που είχατε **ένα χρόνο πριν**, θα λέγατε ότι τώρα είναι

Πολύ καλύτερη	Κάπως καλύτερη	Περίπου ίδια	Κάπως χειρότερη	Πολύ χειρότερη

▪ **Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει ...**

	Πολύ	Λίγο	Καθόλου
3. Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα κλπ.			
4. Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο, ελαφρό τροχάδην κλπ.			
5. Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ			
6. Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες			
7. Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες			
8. Να σκύβετε ή να γονατίζετε			
9. Να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο			
10. Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα			
11. Να περπατάτε ένα τετράγωνο			
12. Να πλένεσθε ή να ντύνεστε μόνος/η σας			

▪ Τον **τελευταίο μήνα** είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα **σαν αποτέλεσμα της υγείας σας;**

	Ναι	Όχι
13. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας		
14. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε		
15. Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών σας		
16. Χρειάστηκε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας		

- Τον **τελευταίο μήνα** είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα **σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης** π.χ. εάν αισθανθήκατε καταθλιπτικά ή αγχωμένα

	Ναι	Όχι
17. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας		
18. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε		
19. Δεν κάνατε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως		

20. Τον **τελευταίο μήνα** σε ποιο βαθμό η **υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση** επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλους;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ

21. Τον **τελευταίο μήνα** πόσο **σωματικό πόνο** είχατε;

Καθόλου	Πολύ Λίγο	Λίγο	Αρκετό	Πολύ	Πάρα πολύ

22. Τον **τελευταίο μήνα** κατά πόσο ο **σωματικός σας πόνος** επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ

- Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο **πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα...**

	Συνέχεια	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
23. Αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα						
24. Ήσασταν πολύ νευρικός						
25. Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά						
26. Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια						
27. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα						
28. Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός						
29. Αισθανθήκατε εξαντλημένος						
30. Νοιώσατε ευτυχισμένος						

31. Αισθανθήκατε κουρασμένος						
------------------------------	--	--	--	--	--	--

32. Τον **τελευταίο μήνα** πόσο συχνά **η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση** επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες π.χ. με φίλους, συγγενείς κλπ.

Συνέχεια	Πολύ συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ

Πόσο Σωστό ή Λάθος είναι για σας οι παρακάτω καταστάσεις

	Εντελώς σωστό	Μάλλον σωστό	Δεν γνωρίζω	Μάλλον λάθος	Εντελώς λάθος
33. Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους					
34. Είμαι υγιής όπως κάθε άλλον που γνωρίζω					
35. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει					
36. Η υγεία μου είναι εξαιρετική					