



**ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**

**«Η επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού ενός Γενικού Νοσοκομείου της νήσου Κρήτης»**

**Σπουδάστες/τριες:** Γκόβα Ήβη, Α.Μ. 6323

Διακαινισάκης Κωνσταντίνος, Α.Μ. 6470

Κουντουράκης Κωνσταντίνος, Α.Μ.6626

**Επιβλέπων εκπαιδευτικός:** κ. Ροβίθης Μιχαήλ, Λέκτορας,

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2019



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας κ. Ροβίθη Μιχαήλ για όλα όσα μας μετέδωσε δια της θεωρίας και της πράξης κατά τη φοίτηση μας αλλά και για την καθοδήγηση του καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της παρούσης πτυχιακής εργασίας

*«Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει τον καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος<sup>1</sup>».*

---

<sup>1</sup> Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Προεδρικό Διάταγμα Υπ' αριθμ.216/25-7-2001 ΦΕΚ167, Τεύχος Α.

## Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	6
ABSTRACT.....	8
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	9
Κεφάλαιο 1ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ .....	10
1.1.Εισαγωγικά .....	10
1.2. Η έννοια της επαγγελματική ικανοποίησης.....	10
1.3 Θεωρίες για τα κίνητρα της εργασίας.....	12
1.3.1 Η θεωρία αναγκών του Maslow.....	12
1.3.2. Η θεωρία του Aldefer Erg.....	14
1.3.3. Η θεωρία για τα κίνητρα επίτευξης .....	14
1.4. Η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg .....	15
Κεφάλαιο 2ο ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .....	18
A. 2.1 Ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού .....	18
A. 2.2 Ικανοποίηση από το επάγγελμα των νοσηλευτών .....	26
A. 2.3 Επαγγελματική εξουθένωση .....	32
A. 2.3.1 Σωματική άσκηση και εξουθένωση .....	36
A. 2.4 Εργαλεία μέτρησης του επιπέδου υγείας- ποιότητας ζωής.....	40
2.4.1 Κλίμακα Ικανοποίησης Νοσοκόμων (NSS) .....	40
A. 2.4.2 SF-36.....	41
A. 2.4.3 Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (QOLS).....	42
A. 2.4.4ΓενικόΕρωτηματολόγιοΥγείας (GHQ).....	43
A. 2.4.5 Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο.....	43
A. 2.4.6 Κλίμακακαευεξίας (quality of well-being scale, QWB).....	44
A. 2.4.7 EuroQoL (Europeanqualityoflifefscale).....	45
A. 2.4.8Εργαλείο Μέτρησης 15-D.....	47
A. 2.4.9 Κλίμακες μέτρησης του πόνου(McGillpainquestionnaire).....	48
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	49
A.3.1. Η αλληλεπίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης με την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών/τριων.....	49
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	50
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	51
B. 1.1 Σκοπός Έρευνας.....	51

B.1.2 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	51
B.1.3. Είδος Μελέτης.....	51
B.1.4. Ιστορικό Έρευνας.....	52
B.1.5 Ερευνητικό Πεδίο.....	52
B.1.6. Δειγματοληπτική Μέθοδος .....	52
B.1.7. Μεθοδολογικές Σημειώσεις .....	53
B.1.8. Στατιστική Ανάλυση .....	54
B.1.9. Θέματα Δεοντολογίας στην Ποσοτική Έρευνα .....	55
B.1.10. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα .....	55
B.11. Αποτελέσματα.....	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	71
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	83
ΑΝΑΘΕΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΕΙ.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ2.....	84
ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΠΟ 7 <sup>H</sup> Υ.Π.Ε.....	84

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία μελετήθηκε βιβλιογραφικά η επαγγελματική ικανοποίηση και η ποιότητα ζωής. Αναφέρθηκαν ορισμοί σχετικά με τις δύο αυτές έννοιες και θεωρίες που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση και τη σύνδεση της με την κουλτούρα καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Επιπλέον, κατεγράφησαν μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την ποιότητα ζωής, τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητα ζωής, ενώ έγινε λόγος και για την επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων ερευνητικά προσεγγίσαμε την επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων.

**Σκοπός:** Η παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνά την επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων.

**Υλικό –Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από 146 άτομα που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος» (σκόπιμη δειγματοληψία ευκολίας). Χρησιμοποιήθηκαν δε, τα ερωτηματολόγια του Job Satisfaction Survey (JSS) και το ερωτηματολόγιο SF-36. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 25.0.

**Αποτελέσματα:** Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού συνδέεται πιο άμεσα με την ηγεσία και λιγότερο με την μισθοδοσία. Αναφορικά με την ποιότητα ζωής, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αναφέρει ως θετικό χαρακτηριστικό του την φυσική του λειτουργία, ενώ η ζωτικότητα τους παρουσιάζει λιγότερο θετικό πρόσημο. Επιπλέον, φάνηκε μία συσχέτιση φύλου και ηλικίας ως προς την ύπαρξη ή μη της ποιότητας ζωής. Σε επίπεδο αυτοαναφοράς, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων κρίνει ότι το επίπεδο υγείας τους είναι πολύ καλό. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι η συνολική επαγγελματική ικανοποίηση ενδεχομένως δύναται να επηρεάζει τη ποιότητα ζωής

**Προτάσεις:** Η έρευνα κατέδειξε την ανάγκη αφενός να αυξηθεί ο μισθός του

νοσηλευτικού προσωπικού, αφετέρου να υπάρξουν πρόσθετες παροχές. Επιπλέον, αναδείχθηκε η ανάγκη για διασφάλιση της επικοινωνίας και εκτίμησης της εργασίας που προσφέρουν. Τέλος, αναδείχθηκε η ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση προσωπικού.

**Λέξεις- κλειδιά:** επαγγελματική ικανοποίηση, ποιότητα ζωής, επαγγελματική εξουθένωση, ερωτηματολόγιο του Job Satisfaction Survey (JSS) και το ερωτηματολόγιο SF-36.

## **ABSTRACT**

This diploma thesis deals with the professional satisfaction and quality of life. Definitions of these two concepts and theories related to the professional satisfaction and its connection with culture as well as the factors influencing the above term are mentioned. In addition, studies have been carried out on quality of life, life quality measurement tools and professional burnout. Finally, using questionnaires we have approached the impact of professional satisfaction on the health and the quality of life of the nursing staff of the Chania General Hospital.

**Aim:** This diploma thesis explores the impact of professional satisfaction on the health and quality of life of the nursing staff of the General Hospital of Chania.

**Material and Methods:** The target population consisted of 146 nurses of the Chania General Hospital "St. George". The Job Satisfaction Survey (JSS) questionnaires and the SF-36 questionnaire were used. The IBM SPSS 25.0 program was used for statistical analysis of the data.

**Results:** The results of the survey found that the professional satisfaction of nursing staff is related more to leadership and less to payment. Regarding the quality of life, most of the sample refers to its natural function as a positive feature, while its vitality is less positive. In addition, there was a gender and age correlation as to the existence of quality of life. On the self-referral level, the majority of participants think that their level of health is very good. Finally, it has been found that overall professional satisfaction can potentially affect the quality of life.

**Suggestions:** The survey showed on the one hand the need to increase the salary of nursing staff and on the other hand to provide additional benefits. Moreover, the need for ensuring communication and assessment of their work has been highlighted. Finally, the need for continuous training of staff was pointed out.

**Key words:** professional satisfaction, quality of life, professional burnout, Job Satisfaction Survey (JSS) questionnaire and the SF-36 questionnaire.



## **A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Κεφάλαιο 1ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ**

### **1.1.Εισαγωγικά**

Η εργασία ως όρος και πρακτική έχει λάβει διαφορετικές εννοιολογήσεις, θετικές και αρνητικές, ανάλογα με το χρόνο, τόπο και λόγο αναφοράς. Αποτελεί δε, πεδίο μελέτης της κοινωνιολογίας δίνοντας έμφαση στην εξέλιξη του φαινομένου, τους παράγοντες διαμόρφωσης και τα αποτελέσματα της στην αναδιάρθρωση της παραγωγής, στην μεταβιομηχανική κοινωνία. Η εξέλιξη της εργασίας από έναν καθαρά νομικό όρο που όριζε ότι ένας εκ των δύο μερών (εργάτης) προσφέρει την πνευματική ή και σωματική του υπόσταση και ο δεύτερος (εργοδότης) τον ανταμείβει για το προσφερόμενο έργο, το οποίο γίνεται προς όφελος του, πλέον αποκτά ερευνητικό ενδιαφέρον και σε άλλες επιστήμες όπως την ψυχολογία (Δημαράς,2007).

Η αστική κοινωνία μετέτρεψε τους όρους ύπαρξης της εργασίας από τους καθαρά όρους επιβίωσης, σε όρους κάλυψης αναγκών. Από την άλλη πλευρά, η ίδια η φύση της εργασίας στην μετανεωτερικότητα, δημιουργεί ανισότητες, εργαζόμενους θύματα mobbing, εργαζόμενους με επισφαλείς συνθήκες και όρους εργασίας, δεδομένο που τους οδηγεί σε μειωμένη εργασιακή απόδοση, σε burnout, σε παραίτηση. Η οργανωσιακή ψυχολογία καλείται να μελετήσει την αλληλεπίδραση των ατόμων και ομάδων οι οποίες: *«επεξεργάζονται ή δομούν γνωστικά (νοητικά) τις μεταξύ τους σχέσεις και αντιλήψεις»* (Κάντας, 1998,σελ.38).

### **1.2. Η έννοια της επαγγελματική ικανοποίησης**

Αρκετοί θεωρητικοί έχουν αναφερθεί στο ερευνητικό και θεωρητικό τους έργο στην έννοια της εργασιακής ικανοποίησης. Ο ορισμός της συχνά συνδέεται με την θεωρία των κινήτρων, των αναγκών αλλά και των αξιών.

Ο Vroom θέτει πως η επαγγελματική ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα προσωπικών-υποκειμενικών απόψεων του ατόμου αναφορικά με τη συντελεστικότητα της συγκριμένης εργασίας στο να αποφέρει κάποια επιθυμητά αποτελέσματα (Lawler & Suttle,1973). Ο Locke, αντίστοιχα συνέδεσε το αποτέλεσμα της εργασίας με τις αξίες του ατόμου. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι η «επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια θετική συναισθηματική απόκριση προς το συγκεκριμένο έργο που πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό παρέχει πλήρωση ή επιτρέπει την πλήρωση των εργασιακών αξιών του ατόμου (Κάντας. 1998, σελ.110).

Σύμφωνα με τον Herzberg (1935), «Η ικανοποίηση από την εργασία είναι οποιοσδήποτε συνδυασμός ψυχολογικών, φυσιολογικών και περιβαλλοντικών συνθηκών» που προκαλούν σε κάθε εργαζόμενο την εργασιακή ικανοποίηση. Μια τέτοια περιγραφή υποδεικνύει την ποικιλία μεταβλητών που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία. Ο Blum (1968) θεωρούσε την ικανοποίηση από την εργασία ως «μια στάση που προκύπτει από την εξισορρόπηση και την αθροιστική εκτίμηση πολλών συγκεκριμένων συμπαθειών και αντιπαθειών που έχουν σχέση με τη δουλειά(Thiagaraj & Thangaswamy,2017, σελ.465)».

Ο Price (1997), δίνει ένα συνοπτικό ορισμό της εργασιακής ικανοποίησης ερμηνεύοντας την ως ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι έχουν έναν θετικό συναισθηματικό προσανατολισμό προς την απασχόληση από τον οργανισμό.

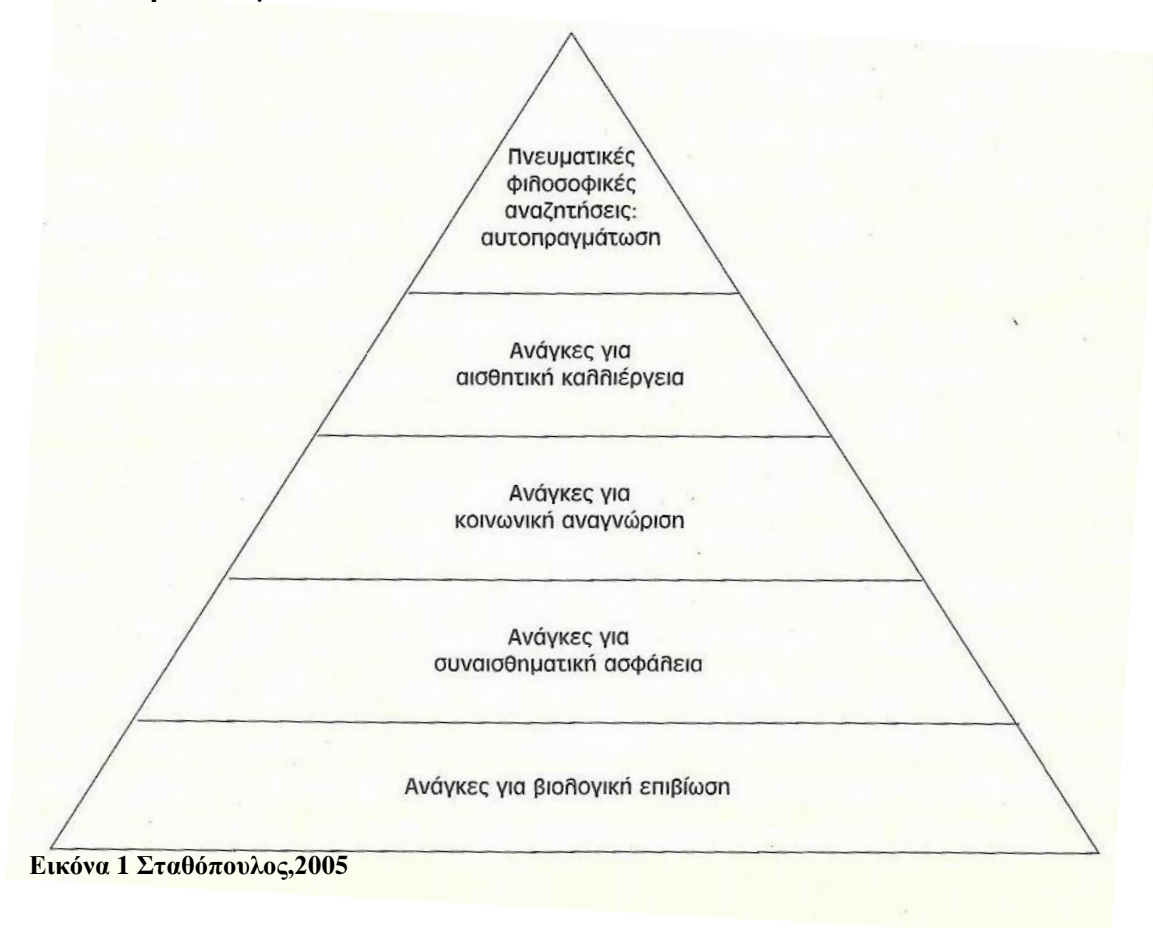
Στην παρούσα εργασία υιοθετούμε τον ορισμό που δίνει ο Allport (1954) και σύμφωνα με τον οποίο η επαγγελματική ικανοποίηση αφορά μία στάση του ατόμου ως προς την εργασία. Συγκεκριμένα, «η στάση πρέπει να θεωρείται μια νοητική και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσα από την εμπειρία, που ασκεί κατευθυντική ή δυναμική επίδραση στην απόκριση του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις στα οποία αυτή αναφέρεται (Κάντας, 1998, σελ.1109-110).

### 1.3.Η θεωρητική βάση της επαγγελματικής ικανοποίησης

Από θεωρητική άποψη, η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει επηρεαστεί από τις θεωρίες των κινήτρων, την θεωρία προσδοκίας, αλλά και από θεωρητικούς όπως ο Maslow, ο Locke και οι Landy & Warr.

### 1.3 Θεωρίες για τα κίνητρα της εργασίας

#### 1.3.1 Η θεωρία αναγκών του Maslow



Στην πυραμίδα των αναγκών όπως αυτή παρουσιάστηκε από τον Maslow (1943) παρουσιάζεται μία ολοκληρωμένη ανάλυση των βασικών ανθρώπινων αναγκών υπό το πρίσμα της ανθρωπιστικής ψυχολογικής θεώρησης. Όπως παρουσιάζεται και στο παραπάνω σχήμα, ο Maslow θέτει πως οι άνθρωποι έχουν ανάγκες «οι οποίες όμως εντάσσονται σε μία ιεραρχική σχέση μεταξύ τους (Σταθόπουλος, 2005, σελ. 41)».

Οι ανάγκες διακρίνονται σε:

A. Ανάγκες για βιολογική επιβίωση: τροφή, ύπνος, ενδυμασία κτλ. Είναι οι πλέον στοιχειώδεις ανάγκες επιβίωσης. Οι φυσιολογικές ανάγκες σε κάθε άτομο

καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία ,το κοινωνικό του περιβάλλον και φυσικά την προσωπικότητα του.

Β. Συναισθηματικές ανάγκες για ανθρώπινη επαφή, υποστήριξη, ασφάλεια. Το άτομο επιθυμεί να εξασφαλίσει την ευημερία του, όχι μόνο για το σήμερα αλλά και για το μέλλον. Ενδιαφέρεται για την προστασία της υγείας του, την εξασφάλιση των γηρατειών του κτλ. Μετά την κάλυψη των στοιχειωδών αναγκών για την βιολογική μας επιβίωση η βασική ανάγκη των ανθρώπων είναι η ανάγκη να αγαπούν και να αγαπιώνται. Η ανάγκη αυτή καλύπτεται μέσα από μία ουσιαστική σχέση με την μορφή της γονικής αγάπης, της οικογενειακής αγάπης, της φιλίας, του έρωτα.

Γ. Κοινωνικές ανάγκες για αναγνώριση, κοινωνική καταξίωση, επαγγελματική αναγνώριση. Οι ανάγκες αυτές ικανοποιούνται με την συμμετοχή του ατόμου σε διάφορες ομάδες ανάλογα με την προσωπικότητα, τα ενδιαφέροντα του και τις αξίες του. Μέσα από τη συμμετοχή του αυτή δημιουργεί σχέσεις φιλίας μέσα από τις οποίες αποκτά κοινωνική αναγνώριση.

Δ. Αισθητικές Ανάγκες για ανάπτυξη καλλιτεχνικών ενδιαφερόντων. Το άτομο επιζητεί επίσης αναγνώριση για τις επιτυχίες του στην προσωπική και επαγγελματική ζωή. Επιθυμεί την φήμη, το κύρος, την αναγνώριση και την εκτίμηση.

Ε. Πνευματικές Ανάγκες – αναζητήσεις για μεταφυσικές, θρησκευτικές, πνευματικές αξίες. Οι ανάγκες αυτές αναφέρονται στην εσωτερική πληρότητα του ατόμου και την αποκατάσταση του. Ιδιαίτερη σημασία για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών παίζει η δημιουργικότητα του ατόμου (Wahba & Bridwell, 1973, Σταθόπουλος, 2005).

Γίνεται κατανοητό, ότι οι ανάγκες που βρίσκονται στη βάση της πυραμίδας έχουν την απόλυτη προτεραιότητα εκπλήρωσης καθώς η μη ύπαρξη τους σηματοδοτεί και τον θάνατο του ατόμου. Βάζοντας την πυραμίδα του Maslow στην έννοια της εργασίας θα λέγαμε ότι οι εργαζόμενοι αφενός έχουν καλύψει τις ανάγκες για επιβίωση καθώς

βρίσκονται σε κατάσταση εργασίας, ενώ πλέον αποζητούν ικανοποίηση, δηλαδή αναγνώριση και αυτοεκτίμηση, ανάγκες που ανάγονται στα ανώτερα στρώματα της πυραμίδας των αναγκών του Maslow.

Ωστόσο, η θεωρία του Maslow παρόλο που είναι η πρώτη θεωρία που βοήθησε την επιχειρηματική και μη εργοδοσία να στραφεί στην κάλυψη όχι μόνο των αναγκών επιβίωσης των εργαζομένων τους, αλλά κυρίως στην κάλυψη αναγκών που ανάγονται σε μεγαλύτερο επίπεδο όπως στην δημιουργικότητα, την ασφάλεια και την υπευθυνότητα, έχει δεχθεί κριτική ως προς το γεγονός ότι οι ανάγκες των ανθρώπων πολλές φορές είναι αλληλένδετες και άρα δεν είναι σαφής ο διαχωρισμός τους. Επιπλέον, όπως τόνισαν και οι Wahba & Bridwell (1973), η ικανοποίηση μίας ανάγκης που ανάγεται σε ένα μεγαλύτερο επίπεδο δεν σηματοδοτεί απόλυτα και καθολικά ότι έχει καλύψει όλες τις ανάγκες που αναφέρονται σε πρότερα στάδια.

### **1.3.2. Η θεωρία του Alderfer Erg**

Ο Alderfer εκινούμενος από την θεωρία του Maslow, μείωσε τις πέντε κατηγορίες των αναγκών του Maslow, σε ανάγκες ύπαρξης, σχέσης και ανάπτυξης. Η ταυτόχρονη μείωση των κατηγοριών έδωσε μεγαλύτερη ευρύτητα στην εννοιολόγηση τους. Αυτό βοήθησε στο να ισχύσουν οι κατηγορίες αυτές και σε κοινωνίες με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (για παράδειγμα κάποιες κοινωνίες θεωρούν ότι οι κοινωνικές ανάγκες ανάγονται σε μεγαλύτερο επίπεδο). Επιπλέον, ο Alderfer τόνισε ότι μπορεί μία ανάγκη να συσχετίζεται σε περισσότερες από μία κατηγορίες και κάποιιο πολίτες να έχουν καλύψει ανάγκη που αφενός ανάγονται σε μεγαλύτερο επίπεδο, εντούτοις δεν έχουν καταφέρει να καλύψουν άλλες ανάγκες σε βασικό επίπεδο (Κάντας, 1998).

### **1.3.3. Η θεωρία για τα κίνητρα επίτευξης**

Η γνωστική θεωρία των κινήτρων επίτευξης αποτελεί προϊόν θεωρητικής εργασίας των Atkinson και McClelland. Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία ο κάθε εργαζόμενος, ορμώμενος από τις πρότερες εμπειρίες και την εκπαίδευση του διαμορφώνεται ώστε να επιτυγχάνει στόχους. Η εν λόγω θεωρία εξετάζει την ανάγκη που έχουν κάποιοι εργαζόμενοι – πολίτες για εξουσία αλλά και για κοινωνική συναναστροφή. Η θεωρία για τα κίνητρα επίτευξης, εξηγεί πως άτομα που τείνουν να είναι ανταγωνιστικοί

έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για επιτυχία αναλαμβάνοντας πολλές φορές επιχειρηματικά ρίσκα, ενώ αντίστοιχα άτομα που προτιμούν να μην θέτουν υψηλούς στόχους συνήθως ασχολούνται με μικρής κλίμακας, άμεσα συνδεδεμένης με την πρότερη γνώση τους, έργα.

#### **1.4. Η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg**

Η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg, αναφέρεται σε μία θεωρία κινήτρων άμεσα συνυφασμένης με την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης. Μέσα από ερωτηματολόγια που συνέλεξε, ο Herzberg, διέκρινε δύο κατηγορίες παραγόντων που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση. Στην πρώτη κατηγορία ανάγονται παράγοντες που συνδέονται με κίνητρα των υπαλλήλων όπως «η επίτευξη, η αναγνώριση του έργου, η φύση της εργασίας, η υπευθυνότητα και η δυνατότητα προαγωγής», ενώ στη δεύτερη κατηγορία ανάγονται παράγοντες «υγιεινής», δηλαδή τομείς που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον όπως «η πολιτική της επιχείρησης και ο τρόπος διοίκησης της, η εποπτεία, η χρηματική αμοιβή, οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι συνθήκες εργασίας (Κάντας, 1998, σελ.57)».

Ουσιαστικά, ο Herzberg, μέσα από τη θεωρία του διέκρινε δύο συστήματα αναγκών, αφενός η ανάγκη για αποφυγή αρνητικών συναισθημάτων και αφετέρου η ανάγκη για προσωπική ανάπτυξη. Ωστόσο, και η θεωρία του Herzberg, επικρίθηκε καθώς υπήρχαν μεθοδολογικά σφάλματα στην έρευνα του.

#### **1.5. Η θεωρία της ισότητας**

Ο Adams, στη θεωρία περί ισότητας υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι παρακινούνται από την ανισότητα, να συγκρίνουν τις προσπάθειές τους με τις προσπάθειες που καταβάλλουν άλλοι γύρω τους στο χώρο εργασίας ώστε να αποκομίσουν ακόμα μεγαλύτερα οφέλη.

Η θεωρία της ισότητας βασίζεται στην αντίληψη των προσπαθειών και των ανταμοιβών που δίδονται στους συναδέλφους στο χώρο εργασίας. Σε έναν επαγγελματικό χώρο όπου όλοι οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζονται ισότιμα θα έχουν αντίστοιχες ανταμοιβές. Σε αντίθετη περίπτωση, αν δηλαδή διαπιστώσουν μεροληπτική στάση των εργοδοτών απέναντι σε συγκεκριμένα άτομα τότε οι εργαζόμενοι θα αποφύγουν να καταβάλουν την ίδια προσπάθεια.. Επομένως, σύμφωνα με τη θεωρία της ισότητας, κρίσιμο στοιχείο αποτελεί όχι μόνο η παροχή

κινήτρων αλλά και η ισότητα απέναντι στην αξιολόγηση και την ανταμοιβή. το κίνητρο είναι πολύ δύσκολο χωρίς την καθιέρωση της δικαιοσύνης στη διαδικασία αξιολόγησης και ανταμοιβής (Thiagaraj & Thangaswamy,2017).

#### **1.6. Παράγοντες που σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση**

Όπως διαπιστώθηκε και παραπάνω η εργασιακή ικανοποίηση, έχει λάβει πολλούς ορισμούς λόγω των πολλών διαστάσεων που περιλαμβάνει η έννοια. Οι διαστάσεις που θα αναφερθούν και παρακάτω είναι αλληλένδετοι και μεταβλητοί και επηρεάζουν όπως είναι φυσικό την ύπαρξη θετικής ή μη εργασιακής ικανοποίησης. Οι παράγοντες σχετίζονται με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο (οι γυναίκες τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένες με την εργασία που κάνουν), η ηλικία, ο χρόνος έναρξης της εργασίας και το μορφωτικό επίπεδο. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζοντας την είναι παράγοντες σχετικοί με την εργασία όπως το εργασιακό καθεστώς, οι εργασιακές ευθύνες και οι δεξιότητες. Τέλος, παράγοντες που σχετίζονται με την εργοδοσία και επηρεάζουν άμεσα την επαγγελματική ικανοποίηση είναι ο μισθός, οι εργασιακές συνθήκες, τα προνόμια, το αίσθημα ασφάλειας και η δυνατότητα προαγωγής (Mishra, 2013).

#### **1.7. Από τη θεωρία στην πράξη. Σημάδια υψηλής εργασιακής ικανοποίησης**

Ο dr. Rane (2011), υποστηρίζει ότι κάθε οργανισμός που επιτυγχάνει υψηλή εργασιακή ικανοποίηση στους εργαζομένους του αποκομίζει μεγαλύτερο όφελος καθώς αυξάνεται η απόδοση του προσωπικού. Ως στοιχεία εργασιακής ικανοποίησης θέτει τα εξής:

- Ευκαιρία για ανάπτυξη: ο εργαζόμενος παίρνει μεγαλύτερη ικανοποίηση από την δουλειά του όταν έχει προσωπικές ευκαιρίες ανάπτυξης και εξέλιξης εντός του οργανισμού
- Μισθολόγιο: εκτός από τον μηνιαίο μισθό, οι υπάλληλοι που λαμβάνουν επιπρόσθετες παροχές τείνουν να είναι ικανοποιημένοι και άρα πιο αποδοτικοί στην εργασία τους.
- Ο Προϊστάμενος ως μέντορας
- Εργασία και ηθική ως αναπόσπαστα μέρη



- Θετική εργασιακή κουλτούρα
- Καινοτομία
- Τεχνολογική υποστήριξη
- Αξίες

### **1.8. Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής ικανοποίησης**

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης. Η πιο συνηθισμένη μέθοδος για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία είναι η κλίμακα Likert, ενώ χρησιμοποιούνται και άλλες μέθοδοι μέτρησης όπως Σωστό- Λάθος, Ναι- Όχι..

Ο Περιγραφικός Δείκτης Εργασίας- Job Descriptive Index (JDI), που δημιουργήθηκε από τους Smith, Kendall & Hulin (1969), είναι ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την εργασία που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως. Μετράει την ικανοποίηση ενός ατόμου σε πέντε πτυχές: τις αμοιβές, τις προαγωγές και τις ευκαιρίες προώθησης, τους συναδέλφους, την εποπτεία και την ίδια τη δουλειά. Η κλίμακα είναι απλή, οι συμμετέχοντες απαντούν είτε ναι, όχι, είτε να μην απαντήσουν. Επιπλέον, χρησιμοποιείται συχνά και το ερωτηματολόγιο Job in General Index, το Minnesota Satisfaction Questionnaire, το οποίο διερευνά την επαγγελματική ικανοποίηση σε 20 πτυχές της απασχόλησης μέσω 100 ερωτήσεων και μια; Σύντομη; Φόρμα; με 20 ερωτήσεις (Mishra,2013).

Τέλος, στην παρούσα εργασία επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε το ερωτηματολόγιο για την εργασιακή ικανοποίηση Job Satisfaction Survey (JSS), το οποίο μέσα από 36 ερωτήσεις μετρά τις εξής εννέα πτυχές ικανοποίησης από την εργασία: το μισθό, την προαγωγή, την διεύθυνση, τις πρόσθετες παροχές, τις έκτακτες ανταμοιβές, τις ισχύουσες διαδικασίες, τους συνεργάτες, τη φύση της εργασίας και την επικοινωνία.

## **Κεφάλαιο 2ο ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται οι πιο πρόσφατες έρευνες της διεθνούς αρθρογραφίας, που εξετάζουν την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο στον χώρο εργασίας τους όσο και στο σπίτι τους και παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία, σχετικά με τα θέματα αυτά.. Επιπλέον, αναφέρεται ο όρος της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout syndrome) και της επαγγελματικής ικανοποίησης, όσο και τα συναισθήματα που έχουν μέσα και έξω από το χώρο εργασίας τους οι νοσηλευτές.

### **A. 2.1 Ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού**

Η ποιότητα ζωής θεωρείται ότι σχετίζεται με την επίτευξη ενός υγιούς και παραγωγικού τρόπου ζωής και ως εκ τούτου έχει εξεταστεί ως μια παράμετρος σε πολλές μελέτες. Ο ΠΟΥ (1997) ορίζει την ποιότητα ζωής ως «αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους». Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τη σχέση τους με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος τους. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια έχουν σχέση με τις παραμέτρους άλλων, όπως η ικανοποίηση από την ζωή, η ευτυχία και η κατάθλιψη σε διάφορους πληθυσμούς, όπως οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι σπουδαστές και οι μετανάστες.

Οι Conrad & Guentgher (2006) εξέτασαν τη σχέση της κόπωσης με τη συμπόνια, την εξουθένωση και την ικανοποίηση των εργαζομένων σε κέντρα προστασίας παιδιών του Κολοράντο. Οι Bryant & Modanna (2006) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της ισορροπίας ρόλων, της ικανοποίησης από την εργασία και της ικανοποίησης από τη ζωή των γυναικών σχολικών συμβούλων.

Σίγουρα, η εξάντληση, το άγχος και το στρες που σχετίζεται με την εργασία είχαν αρνητική επίδραση σε πολλά από τα υποκείμενα της ποιότητας ζωής - QoL. Σε πρόσφατη μελέτη φαίνεται ότι το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να διαφοροποιούν την ποιότητα ζωής (Uchino, 2009). Πολλές μελέτες έχουν

καταδειξεί ότι η ύπαρξη ενός δικτύου υποστηρικτικών σχέσεων συμβάλλει στην ψυχολογική ευημερία του νοσηλευτικού προσωπικού. Ένα δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να δώσει μια αίσθηση του «ανήκειν» και να αποφευχθεί η μοναξιά, να υπάρχει αυξημένη αίσθηση αυτοπεποίθησης και μπορεί να προσφέρει ένα αίσθημα ασφάλειας. Το κοινωνικό δίκτυο δίνει πρόσβαση σε πληροφορίες, συμβουλές, καθοδήγηση και άλλα είδη βοήθειας. Είναι παρήγορο να γνωρίζεις κανείς ότι έχει ανθρώπους στους οποίους μπορεί να απευθυνθεί σε μια κατάσταση ανάγκης (Uchino, 2009). Οι δυσκολίες του επαγγέλματος καθώς και τα θετικά αποτελέσματα που έχει το κοινωνικό περιβάλλον στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν γνωστά και μελετήθηκαν. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Fradelo et al, (2014) δείχνουν τα ευεργετικά αποτελέσματα του κοινωνικού περιβάλλοντος στη μείωση της συναισθηματικής εξάντλησης και των επιπέδων αποπροσωποποίησης σε νοσηλευτές και είναι παρόμοια με τα ευρήματα παλαιότερης έρευνας (Jenkins & Elliott, 2004). Επίσης, θετικά αποτελέσματα μπορεί να έχει η κοινωνική υποστήριξη για την προαγωγή της ψυχικής υγείας (Uchino, 2009) και της υγείας γενικότερα (Umberson & Montez, 2010).

Από την πλευρά τους, οι Ioannou et. al, (2015), τόνισαν ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονταν την ποιότητα της ζωής τους ως προς την υγεία στο μέσο όρο ενώ ανέμεναν περαιτέρω επιδείνωση στο εγγύς μέλλον. Οι παράγοντες που λήφθηκαν υπόψη ότι επηρεάζουν θετικά τη σωματική υγεία του δείγματος, ήταν το φύλο, με το ανδρικό φύλο να υπερτερεί του γυναικείου, η τεχνολογική εκπαίδευση, η δυνατότητα να παρακολουθούν συνεχή εκπαίδευση και η εργασία μόνο τις καθημερινές (Ioannou et al. 2015). Τα ευρήματα αυτά αντιστοιχούν σε αυτά που αναφέρθηκαν παλαιότερα από τους Karanikola et al., (2009), Kheiraoui et al., (2012), Lindo et a., (2009), Westphal-Guittietal, (2007), Bellali et al. (2007), Shen et al., (2005) και Pappas et al., (2005), οι οποίοι ανέφεραν επίσης τα μέσα επίπεδα υγείας, ιδίως όσον αφορά τις διαστάσεις ψυχικής υγείας.

Στην έρευνα των Ioannou et al., (2015) φαίνεται ότι η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζει την ποιότητα της ζωής των νοσηλευτών. Τα ευρήματα αυτά αντιστοιχούν στα ευρήματα που αναφέρθηκαν στη διεθνή μελέτη των Faragher et al., (2005), όπου σε δείγμα μελέτης 267.995 υπαλλήλων, διαπίστωσαν ότι ο συσχετισμός μεταξύ της

ικανοποίησης από την εργασία και της υγείας ήταν θετικός και στατιστικά σημαντικός.

Επιπλέον, αποκαλύφθηκε ότι το ανδρικό φύλο παρέμεινε ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες πρόβλεψης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και η υγεία σχετίζεται με την αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία, η οποία είναι επίσης ισχυρή πρόβλεψη της υψηλότερης ποιότητας ζωής, που σχετίζεται με την υγεία και αυτά τα ευρήματα είναι επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα άλλων μελετών (Kheiraoui et al, 2012 & Faragher et al., 2005). Αυτή η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία και της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία, μπορεί να σημαίνει ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε θετικό εργασιακό περιβάλλον αισθάνονται καλύτερα τόσο από την άποψη της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας. Υποδηλώνει επίσης, ότι οι νοσηλευτές είναι ικανοποιημένοι με την αξία της δουλειάς τους, την υγεία και την αξιολόγησή τους, διότι τη συγκρίνουν με την κακή υγεία των ασθενών που φροντίζουν στην καθημερινή τους ζωή. Τέλος, οι Έλληνες νοσηλευτές ήταν ικανοποιημένοι από την υποστήριξη που λαμβάνουν στην εργασία, αλλά ήταν δυσαρεστημένοι με το φόρτο εργασίας, τον μισθό, τις επαγγελματικές τους προοπτικές και την παρεχόμενη εκπαίδευση. Θεωρώντας ότι η ικανοποίηση από την εργασία συνδέεται με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, οι διευθυντές των νοσηλευτών πρέπει να εξετάζουν τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας έτσι ώστε οι νοσηλευτές όχι μόνο να αισθάνονται εκτιμημένοι αλλά και να ενθαρρύνονται να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες σε εκείνους που τις χρειάζονται (Ioannou et al, 2015).

Παράλληλα, στην πρόσφατη έρευνα των Zavala et al, (2016) φαίνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με μόνιμες συμβάσεις έχει καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας από ό, τι το νοσηλευτικό προσωπικό με συμβάσεις εργασίας καθορισμένης διάρκειας. Η κατάσταση αυτή επηρεάζει το 30% των συμμετεχόντων στη μελέτη, ειδικά τους νεότερους συμμετέχοντες (63% της ηλικιακής ομάδας 19-29 ετών, που έχουν σύμβαση ορισμένου χρόνου) για τους οποίους η διαδικασία επίτευξης μεγαλύτερης σταθερότητας στο χώρο εργασίας είναι όλο και πιο δύσκολη λόγω της έλλειψης νέων θέσεων εργασίας.

Χαμηλή ή μεσαία ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συνδεθεί με την πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Ως εκ τούτου, η πιθανότητα των νοσοκόμων που αναζητούν άλλη εργασία και αποφασίζουν να φύγουν από το συγκεκριμένο επάγγελμα θα μειωθεί αν η ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας βελτιώνεται για το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτός ο στόχος θα απαιτήσει μια οργανωτική αλλαγή με στόχο την υιοθέτηση μιας διαφορετικής μορφής εργασίας που χρησιμοποιεί το πρότυπο της ποιότητας του ζωής στο χώρο εργασίας (Lawler & Mohrman, 1994).

Στη μελέτη των Zavala et al, (2016) το 13% των μελών του νοσηλευτικού ιδρύματος πραγματοποίησε άλλο είδος αμειβόμενης δραστηριότητας. Αυτό το εύρημα είναι ανησυχητικό διότι ένα άτομο κατέχει δύο επίσημες θέσεις εργασίας, γεγονός που απαιτεί φυσικές και ψυχολογικές θυσίες που οδηγούν μεν σε μεγαλύτερη οικονομική αμοιβή, αλλά παράλληλα και σε μείωση του ελεύθερου χρόνου για άλλες δραστηριότητες. Έτσι, το νοσηλευτικό προσωπικό που εκτελεί άλλη αμειβόμενη δραστηριότητα, έξω από το νοσοκομείο, έχει χαμηλότερη συνολική ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας από ό, τι εκείνο που δεν εκτελεί άλλη αμειβόμενη δραστηριότητα. Επιπλέον, αυτή η κατάσταση οδηγεί σε κόπωση, που μπορεί να έχει επιπτώσεις στην υγεία του εργαζομένου και μπορεί σχετίζεται άμεσα με λάθη στην εργασία. Αυτό, ιδιαίτερα, το ζήτημα δημιουργεί μια επικίνδυνη κατάσταση για τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας, τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους ασθενείς, στους οποίους παρέχουν φροντίδα (Zavala et al, 2016).

Η παραπάνω μελέτη κατέδειξε ότι τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει συμβάσεις ορισμένου χρόνου όσο και εκείνο που εκτελεί άλλες αμειβόμενες δραστηριότητες, έχουν κατά μέσο όρο χαμηλότερη συνολική ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας από ό, τι οι εργαζόμενοι οι οποίοι έχουν μόνιμες συμβάσεις και δεν εκτελούν άλλες αμειβόμενες δραστηριότητες. Επιπλέον, η μελέτη έδειξε ότι υπάρχουν διαφορές στο μέσο όρο συνολικά για την ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας ανάλογα με τον τομέα που εργάζεται ένας υπάλληλος. Οι μέσοι όροι κυμαίνονται από υψηλοί έως μέτριοι ή έως χαμηλοί της ποιότητας ζωής στο χώρο εργασίας, η οποία μπορεί να αποδοθεί σε διαφορές στα χαρακτηριστικά των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ άλλων μεταβλητών. Συγκεκριμένα, η συνολική ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού διαφέρει

ανάλογα με το ίδρυμα αλλά και τη μονάδα όπου εργάζεται ένας υπάλληλος, με εκείνους που εργάζονται στα ΤΕΠ ή στη ΜΕΘ, να παρουσιάζουν χαμηλότερη συνολική ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας. Η έρευνα αυτή των Zavala et al, (2016) επίσης διαπίστωσε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν μέτρια ικανοποιημένο από τη συνολική ποιότητα ζωής του στο χώρο εργασίας. Αυτό το εύρημα είναι συνεπές με τα αποτελέσματα που λαμβάνονται σε άλλες συναφείς μελέτες, στις οποίες η πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζει μέτρια επίπεδα ικανοποίησης με την ποιότητα ζωής τους στον εργασιακό χώρο (Nirali et al, 2010; Acevedo & Castañeda 2008).

Ο ισχυρότερος δείκτης δυσαρέσκειας παρατηρήθηκε όταν σχετίζονταν με τους μισθούς και τα συμβατικά δικαιώματα. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να είναι το νοσηλευτικό προσωπικό ευχαριστημένο από τις οικονομικές απολαβές. Παρομοίως, η βελτίωση της ποιότητας ζωής στην περιοχή του χώρου εργασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσει τα ιδρύματα να διατηρήσουν το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό. Αυτό το θέμα πρέπει να εξεταστεί από τους διαχειριστές του ανθρώπινου δυναμικού, με τη θέσπιση προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Αναλόγως, η κάλυψη των αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να είναι η πρώτη προτεραιότητα για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, διότι αντιπροσωπεύει ένα πρότυπο ποιότητας που έχει άμεσες επιπτώσεις για τα άτομα που λαμβάνουν φροντίδα. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (δηλ. το όργανο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού) είναι υπεύθυνο για τις απαιτήσεις των νοσοκόμων, παρέχοντάς τους έναν αξιοπρεπή μισθό αλλά και να τους δίνει τη δυνατότητα να λαμβάνουν συνεχή κατάρτιση (Acevedo & Castañeda, 2008). Η προσέγγιση αυτή θα ενισχύσει την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης από την πλευρά τόσο του νοσηλευτικού προσωπικού όσο και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας ώστε να προωθηθεί μεγαλύτερη συνεργασία για την επίτευξη κοινών στόχων (Zolli & Healy, 2012).

Σε παλαιότερη μελέτη, (Brooks & Anderson, 2004) μελετήθηκε ξεχωριστά η ποιότητα της ζωής της νοσηλευτικής εργασίας (QNWL) και η ικανοποίηση από την εργασία. Η ποιότητα της ζωής της νοσηλευτικής εργασίας επικεντρώνεται στην παροχή ευκαιριών για τους νοσηλευτές να κάνουν νόημα ζωής τη συνεισφορά τους

στους ασθενείς. Η έννοια της QNWL χρησιμοποιείται για να περιγράψει την αλληλεπίδραση των νοσοκόμων στην εργασία με τη ζωή στο σπίτι. Οι παράγοντας αυτοί αλληλεπιδρούν για να επηρεάσουν την παραγωγικότητα της υγειονομικής περίθαλψης όπως το κόστος, η ποιότητα και ο ασθενής. Η εργασία της QNWL επικεντρώνεται σε εκείνες τις περιοχές στις οποίες τα συμφέροντα των νοσοκόμων και της οργάνωσης συμπίπτουν και προτείνονται πτυχές του χώρου εργασίας ή το ίδιο το έργο του νοσηλευτή, που θα μπορούσε να τροποποιηθεί να βελτιώσει τη ζωή της νοσηλευτικής εργασίας και την οργανωτική παραγωγικότητα. Κλασικά εμπειρικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι προσπάθειες για τη βελτίωση της παραγωγικότητας επιτυγχάνεται μέσω αλλαγών στην οργανωτική δομή, την επικοινωνία και την ανατροφοδότηση, στυλ διαχείρισης, αποζημίωση, τις σχέσεις μέσα στην εργασία, τον επανασχεδιασμό της εργασίας και τη συμμετοχή του εργαζομένου.

Φαίνεται ότι υπάρχει ένα βασικό σύνολο αναγκών και χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος εργασίας, τα οποία είναι παγκοσμίως σημαντικά και αφορούν σε όλους τους νοσηλευτές, αλλά η σημασία οποιασδήποτε ιδιαίτερης ανάγκης δεν είναι γνωστή. Απαιτείται καλύτερη κατανόηση των χαρακτηριστικών ενός ποιοτικού εργασιακού περιβάλλοντος από την πλευρά των νοσοκόμων (Brooks & Anderson, 2004). Στην έρευνά των Brooks & Anderson, (2004), όπου η πλειοψηφία ήταν γυναίκες νοσηλεύτριες (n = 391, 93%), ηλικίας μεταξύ 31 και 65 ετών (n = 289, 82%), συμφώνησαν ότι το διάλλειμα είναι σημαντικό κατά τη διάρκεια της εργασίας σε ποσοστό 65%, ενώ το 67% δήλωσε ότι δεν είχε ενέργεια μετά την εργασία. Σημαντική επίσης είναι η δήλωση του 66%, που θεωρεί ότι δεν κατάφερε να εξισορροπήσει την εργασία με τις οικογενειακές του ανάγκες.

Ο φόρτος εργασίας, η στελέχωση και η ποιότητα της περίθαλψης ήταν ανησυχητικά. 67% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ο φόρτος εργασίας τους ήταν υπερβολικά βαρύς, το 59% απάντησε ότι δεν υπάρχει αρκετό νοσηλευτικό προσωπικό στις μονάδες τους και μόνο το 47% δήλωσε ότι είχε αρκετό χρόνο ώστε να κάνει σωστά τη δουλειά τους. Ακόμη, όμως και υπό το πρίσμα αυτών των αποτελεσμάτων, το 78% ανέφερε ότι παρείχε καλής ποιότητας φροντίδα των ασθενών (Brooks & Anderson, 2004).

Πολλά νοσοκομεία έχουν αλλάξει το μίγμα δεξιοτήτων τους από ειδικευμένους σε ανειδίκευτους εργαζόμενους, προκειμένου να εξοικονομήσουν τις δαπάνες. Μόνο το

54% των ερωτώμενων νοσοκόμων στη μελέτη των Brooks & Anderson, (2004) συμφώνησε ότι είχαν επαρκή ποσά βοήθειας από το μη αδειοδοτημένο βοηθητικό προσωπικό (UAP) και μόλις 59% συμφώνησε ότι έλαβε ποιοτική βοήθεια από τους UAP.

Όσον αφορά τις σχέσεις με τη διαχείριση μονάδων, το 72% συμφώνησε ότι είχε καλή επικοινωνία με τον προϊστάμενο των νοσοκόμων και ότι το 72% έλαβε υποστήριξη από αυτόν. Λιγότερο θετική ήταν η συμμετοχή των νοσηλευτών στις αποφάσεις (50%) και πόσο συχνά αναγνωρίζονταν για τα επιτεύγματά τους από τον προϊστάμενο των νοσοκόμων (62%). Μόνο το 37% των νοσοκόμων σε αυτό το δείγμα θεωρήθηκε σεβαστό από την ανώτερη διοίκηση. Παραδόξως, το 70% αυτού του δείγματος θεωρήθηκε σεβαστό από τους γιατρούς και το 80% δήλωσε ότι επικοινωνούσε καλά με τους γιατρούς (Brooks & Anderson, 2004).

Τέλος, το 78% των ερωτηθέντων, στην ίδια έρευνα, θεώρησε ότι είναι σημαντικό να υπάρχει άμεση φροντίδα των παιδικών ασθενών και ότι το 70% θεωρούσε την άμεση φροντίδα των άρρωστων παιδιών πολύ σημαντική. Μόνο το 56% αυτών των ερωτηθέντων σκέφτηκε ότι η φροντίδα για ηλικιωμένους ασθενείς ήταν σημαντική. Επίσης, οι ερωτηθέντες συμφώνησαν ότι οι φιλίες με τους συναδέλφους, η ομαδική εργασία, το συναίσθημα του "ανήκειν" και η επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας ήταν σημαντική (Brooks & Anderson, 2004).

Σχεδόν το 74% των νοσοκόμων σε αυτή τη μελέτη συμφώνησε ότι η κοινωνία δεν έχει ακριβή εικόνα της εργασίας των νοσοκόμων. Εντούτοις, ανησυχητικό είναι ότι μόνο το 65% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι το τμήμα νοσοκομειακής ασφάλειας παρείχε ένα ασφαλές περιβάλλον ή ότι ήταν ασφαλές. Επιπλέον, πολλοί ανησυχούσαν για την ασφάλειά τους στο χώρο εργασίας.

Σε γενικές γραμμές, οι ερωτηθέντες είχαν υψηλότερο από το μέσο όρο βαθμολογία για την ποιότητα ζωής στην εργασία, γεγονός που υποδηλώνει ότι ήταν γενικά ευχαριστημένοι με τις εργασιακές τους καταστάσεις (Brooks & Anderson, 2004). Και σε αυτήν την μελέτη, οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν συνεχή κατάρτιση και ανταγωνιστικούς μισθούς και μια ποικιλία επιλογών χρονοδιαγράμματος. Σε συνεργασία με τους συναδέλφους τους



στο ανθρώπινο δυναμικό, τα στελέχη των νοσοκόμων μπορούν να αναπτυχθούν και να εφαρμόσουν προγράμματα παροχών για τους εργαζόμενους που θα βελτιώσει την εργασιακή ζωή των νοσοκόμων.

Μια μελέτη για το νοσοκομειακό προσωπικό, που εργάζεται σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία του Rawalpindi και του Islamabad, διαπιστώθηκε ότι το 80,4% είναι ικανοποιημένο με την καριέρα τους ως νοσοκόμοι (Shaikh, 2004). Μια άλλη μελέτη αποκάλυψε ότι η ικανοποίηση από την εργασία και η διατήρηση της καλής σχέσης μεταξύ των νοσοκόμων μπορεί να προωθηθεί με την ενσωμάτωση της κοινωνικής υποστήριξης. Η ανάγκη για βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές και η παροχή περισσότερων εκπαιδευτικών ευκαιριών, παράγοντες που έχουν δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην ένταση της ικανοποίησης από την εργασία των νοσοκόμων και στην μείωση του κύκλου εργασιών τους (Baernholdt & Mark, 2009).

Η νοσηλευτική είναι ένα κατεξοχήν γυναικείο επάγγελμα, και δεν αποτελεί έκπληξη ότι πολλές νοσηλεύτριες δεν ήταν σε θέση να εξισορροπήσουν την εργασία με τις οικογενειακές ανάγκες. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφώνησε ότι το ωράριο έχει αυξηθεί ενώ οι μισθοί έχουν μειωθεί, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ζωή τους. Παράλληλα, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι αλληλεπιδράσεις και η αναγνώριση στο χώρο εργασίας αποτελούν σημαντικά συστατικά της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής. Οι νοσηλευτές του προσωπικού έθεσαν πολλά θέματα επικεντρωμένα στις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις τους με τον προϊστάμενο του νοσηλευτικού προσωπικού, συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης για τα επιτεύγματα και την ανάγκη επαρκούς υποστήριξης και προμήθειας. Η συμμετοχική λήψη αποφάσεων δεν ήταν μέρος του μεγαλύτερου μέρους του χώρου εργασίας των νοσηλευτών. Λιγότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες μπόρεσαν να συμμετάσχουν στις αποφάσεις του νοσηλευτή. Η ικανοποίηση από την εργασία, ο κύκλος εργασιών, ο φόρτος εργασίας, τα ζητήματα στελέχωσης, το μείγμα δεξιοτήτων, η επικοινωνία, η αυτονομία, οι ανταμοιβές, η αναγνώριση και η ενδυνάμωση παραμένουν προβληματικές (Brooks & Anderson, 2004).

Οι συνεχόμενες και θεμελιώδεις ανησυχίες για την επαγγελματική ζωή των νοσοκόμων συνεχίζονται και το επάγγελμα του νοσηλευτή δεν μπόρεσε να επιλύσει τέτοιες ανησυχίες με κανέναν ουσιαστικό, μακροπρόθεσμο τρόπο. Ίσως εάν είχαν

αντιμετωπιστεί τα ζητήματα που έθεσαν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια προηγούμενων ελλείψεων, τα μέλη του επαγγέλματος δεν θα σχολιάζονταν για το φόρτο εργασίας, την εργασιακή ζωή σε σχέση με την ισορροπία της προσωπικής ζωής και την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών όπως περιγράφεται εδώ. Απαιτείται επίσης έρευνα με γνώμονα τα αποτελέσματα που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα και το κόστος-ωφέλεια συγκεκριμένων στρατηγικών που στοχεύουν στη βελτίωση της παραγωγικότητας της QNWL και της οργανωτικής παραγωγικότητας. Η καλύτερη κατανόηση της QNWL είναι θεμελιώδους σημασίας για τη διαδικασία (Brooks & Anderson, 2004).

### **A. 2.2 Ικανοποίηση από το επάγγελμα των νοσηλευτών**

Οι ανησυχίες των νοσοκόμων σχετικά με την επαγγελματική τους ζωή παραμένουν άλυτες και σε ορισμένες περιπτώσεις δε λαμβάνονται υπόψη με αποτέλεσμα να διαιωνίζονται. Η ικανοποίηση από την εργασία, ο κύκλος εργασιών, ο φόρτος εργασίας, τα ζητήματα στελέχωσης, οι δεξιότητες, η επικοινωνία, η αυτονομία, οι ανταμοιβές, η αναγνώριση και η ενδυνάμωση παραμένουν προβληματικές. Οι συνεχόμενες και θεμελιώδεις ανησυχίες για την επαγγελματική ζωή των νοσοκόμων συνεχίζονται και το επάγγελμα του νοσηλευτή δεν μπόρεσε να επιλύσει τέτοιες ανησυχίες με κανέναν ουσιαστικό, μακροπρόθεσμο τρόπο. Ίσως εάν είχαν αντιμετωπιστεί τα ζητήματα που έθεσαν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια προηγούμενων ελλείψεων, τα μέλη του επαγγέλματος δεν θα σχολιάζονταν για το φόρτο εργασίας, την εργασιακή ζωή / την ισορροπία της προσωπικής ζωής και την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.

Η σύγκρουση μεταξύ εργασίας και οικογένειας είχε αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση από την εργασία. Η σχέση μεταξύ εργασίας-οικογένειας, οι συγκρούσεις και η ικανοποίηση από την εργασία εξηγήθηκαν χρησιμοποιώντας τη θεωρία του άγχους ρόλων (Luis, 1964), η οποία υποθέτει μια διαφωνία μεταξύ των απαιτήσεων και των αξιών ενός ατόμου στο ρόλο της εργασίας και τον οικογενειακό ρόλο. Πίεση από αυτή τη διαφωνία θα επηρέαζε ιδιαίτερα τις οργανωτικές συμπεριφορές όταν η εργασία (νυχτερινή βάρδιες, υπερωρίες) αποτελεί απειλή για τον οικογενειακό ρόλο (Grandey et al, 2005).

Στην έρευνα των Ioannou et al, (2015), όπου το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν κυρίως γυναίκες (85,4%), παντρεμένες (66,1%), με παιδιά (65%) και ηλικίας μεταξύ 22 και 64 ετών (μέσος όρος  $\frac{1}{4}$  39,35, τυπική απόκλιση  $\frac{1}{4}$  7,45), δήλωσαν, σε ποσοστό 63% ότι θα ήθελαν να αλλάξουν χώρο εργασίας εάν τους προσφέρονταν μια τέτοια ευκαιρία και το 60% θα ήθελε να αλλάξει το επάγγελμά του. Ειδικότερα, όσον αφορά στην ικανοποίηση από την εργασία, οι νοσοκόμοι του δείγματος ήταν μέτρια ικανοποιημένοι. Εκείνοι που είχαν τη δυνατότητα να έχουν συνεχή εκπαίδευση, εκείνοι που εργάζονταν μόνο πρωινά και μόνο κατά τις εργάσιμες ημέρες ήταν οι πιο ικανοποιημένοι και απάντησαν ότι δε θα ήθελαν να φύγουν από αυτό το επάγγελμα. Σχετικά με τη φυσική υγεία, οι άνδρες νοσοκόμοι, απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης, που έχουν τη δυνατότητα να έχουν συνεχή εκπαίδευση, που εργάζονται μόνο τις εργάσιμες ημέρες, σε αστικό νοσοκομείο, εμφάνισαν υψηλότερη σωματική υγεία. Τα ίδια αποτελέσματα είχαν οι βαθμολογίες για την ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Σύμφωνα με την έρευνα των Ioannou et al, (2015) η αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία σχετίζεται με αύξηση στη σωματική και ψυχική υγεία. Από την άλλη πλευρά, τα ευρήματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είναι δυσαρεστημένοι με τον φόρτο εργασίας, την εκπαίδευση που λαμβάνουν, τον μισθό και τις προοπτικές του επαγγέλματός τους. Ωστόσο, ανέφεραν ότι ήταν ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους σε προσωπικό επίπεδο καθώς και με την υποστήριξη που έλαβαν από το εργασιακό τους περιβάλλον, ευρήματα που συμφωνούν με τα αναφερόμενα από προηγούμενη μελέτη (Karanikola et al, (2007). Όσον αφορά τη γενική αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία, διαπιστώθηκε ότι οι νοσοκόμοι είναι δυσαρεστημένοι. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν παλαιότερες έρευνες (Chirwa et al, 2009 & Korac et al, 2010), που βρήκαν παρόμοια αποτελέσματα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία, όπως διαπιστώθηκε στη μελέτη των Ioannou et al, (2015), σχετίζονται με τις ευθύνες, τη δυνατότητα συνεχούς εκπαίδευσης, την εργασία τις πρωινές μόνο ώρες και μόνο κατά τις εργάσιμες ημέρες όπου νιώθει το δείγμα πιο ικανοποιημένο. Τα ευρήματα αυτά αντιστοιχούν στα ευρήματα άλλων ερευνητών τόσο στην Ελλάδα (Karanikola et al, 2007) όσο και σε άλλες χώρες (Utriainen & Kyngas, 2009).

Σύμφωνα με τους Yong et al, (2016) η υψηλή ικανοποίηση που λαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό από την εργασία μπορεί να βελτιώσει τον ενθουσιασμό του και είναι επωφελής για την επιτυχία και την πρόοδο της οργάνωσης στην εργασία.

Μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του κύκλου εργασιών(Ahmed, 2010) και την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών(Kvist et al, 2014).

Το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης, που έχει χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία του, μπορεί να υποφέρει από ιατρικά προβλήματα(Sundquist & Johansson, 2000)και η ατομική υγεία των εργαζομένων μπορεί να επηρεάσει τη συνολική σταθερότητα όλου του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης(Fahrenkopf et al, 2008). Οι δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι είναι πιο πιθανό να εγκαταλείψουν τον οργανισμό, και ως εκ τούτου, οι εναπομείναντες εργαζόμενοι ενδέχεται να είναι αντιπαραγωγικοί με δραστηριότητες χαμηλής ποιότητας και να προκαλέσουν βλάβες τόσο στον εξοπλισμό όσο και στους ίδιους ή τους ασθενείς(Yong et al, 2016).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συνδέονται με την ικανοποίηση από την εργασία. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Maissiat et al (2015) έδειξε ότι η ικανοποίηση από την εργασία συνδέεται με την επαγγελματική ολοκλήρωση, την ελευθερία της έκφρασης και της εκτίμησης.

Έρευνα που διεξήγαγαν οι Atif et al (2015) αποκάλυψε ότι η ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, τα έτη υπηρεσίας και το εισόδημα ήταν σημαντικά και σχετίζονται με την ικανοποίηση από την εργασία. Άλλες μελέτες ανέφεραν επίσης ότι οι γενικές προοπτικές, το φύλο, το επάγγελμα, οι τομείς εργασίας, το αστικό έναντι του αγροτικού περιβάλλοντος, οι επαγγελματικές γνώσεις και η επάρκεια του προσωπικού επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία, το άγχος (Fangetal, 2015& Grahametal, 2011& Geetal, 2011),προκαλούν συγκρούσεις μεταξύ εργασίας-οικογένειας (Filomena&Marcello, 2013, Nickietal, 2013) και επηρεάζουν τη σχέση του προσωπικού με τους ασθενείς.

Οι Huang et al (2011) ανέφεραν ότι η ικανοποίηση σε σχέση με την δουλειά, σε εργαζόμενους σε υποανάπτυκτες περιοχές, δεν ήταν υψηλή. Ο κίνδυνος για την ευθύνη ήταν ο παράγοντας που συνδέεται με το υψηλότερο επίπεδο δυσαρέσκειας. Οι αναπτυξιακές προοπτικές, τα επιτεύγματα, η δημιουργία θέσεων εργασίας, η ηγεσία, η σταθερότητα της εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον και το μισθολογικό σύστημα ήταν οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία. Μια μελέτη που διεξήχθη από τους Wei et al (2005) αποκάλυψε ότι το φύλο, η ηλικία, το

εκπαιδευτικό υπόβαθρο, το επαγγελματικό καθεστώς, το επάγγελμα και τα έτη προϋπηρεσίας ήταν σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν το νοσηλευτικό προσωπικό.

Στην μελέτη των Yong et al, (2016) η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (87,2%) ανέφερε ότι ήταν ικανοποιημένη με τους συναδέλφους της, ενώ το 84,9% ήταν ικανοποιημένο με τους ανωτέρους του και το 78,0% ήταν ικανοποιημένο με την ίδια τη δουλειά. Ωστόσο, μόνο το 40,5% των ερωτηθέντων ήταν ικανοποιημένοι με τις αμοιβές και μόνο το 56,2% και το 51,5% ήταν ικανοποιημένοι με το εργασιακό του περιβάλλον και τις εγκαταστάσεις, αντίστοιχα. Όσοι είχαν πτυχίο ανώτερης βαθμίδας ήταν λιγότερο πιθανό να είναι ικανοποιημένοι με τους εργασιακούς εκείνους με εκπαιδευτικό υπόβαθρο Λυκείου. Υπάλληλοι που ανήκουν σε υψηλότερο επαγγελματικό καθεστώς ήταν λιγότερο πιθανό να ικανοποιηθούν με τη δουλειά τους. Το υγειονομικό προσωπικό που εργάζεται κάτω από 20 έτη ήταν 1,27 φορές πιο πιθανό να ικανοποιηθεί με τη δουλειά του απ' ό,τι οι εργαζόμενοι που είχαν εργαστεί περισσότερο από 20 χρόνια. Από την άλλη πλευρά, οι εργαζόμενοι με υψηλότερο εισόδημα ήταν περισσότερο πιθανόν να είναι ικανοποιημένοι με την εργασία τους. Το υγειονομικό προσωπικό, που εργάστηκε στη νυχτερινή βάρδια περισσότερο από ή ίσο με 5 φορές το μήνα ήταν λιγότερο πιθανό να είναι ικανοποιημένοι με την εργασία τους. Η σχέση μεταξύ εργασίας και οικογένειας οδήγησε στα αποτελέσματα που έδειξαν ότι το προσωπικό που κουράζεται στην εργασία δεν είναι ιδιαίτερα αποδοτικό στο σπίτι του και εμφανίστηκε λιγότερο πιθανό να είναι ικανοποιημένο από τη δουλειά του.

Στην έρευνα αυτή ο μέσος όρος της συνολικής αντίληψης της ικανοποίησης από την εργασία του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης ήταν 3,99σε κλίμακα ενός έως έξι. Το στοιχείο που σχετίζεται με τα υψηλότερα επίπεδα δυσαρέσκειας ήταν κι εδώ η αμοιβή. Η απώλεια εισοδήματος από την προσαύξηση της πρωτογενούς φροντίδας αντικαταστάθηκε από σταθερούς μισθούς, και σε ορισμένες περιπτώσεις, το εισόδημα που προέκυψε ήταν χαμηλότερο από αυτό που είχε ο εργαζόμενος πριν από τις μεταρρυθμίσεις (Guan et al, 2011). Οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται πιο ευαίσθητοι στο θέμα τους εισοδήματος, διότι έχει άμεσο αντίκτυπο στη ζωή τους. Στη μελέτη των Yong et al, (2016) η ικανοποίηση με το εισόδημα διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση από την εργασία, η οποία ήταν σύμφωνη με τα

ευρήματα προηγούμενων μελετών (Asegid et al, 2014; Joyce et al, 2011; Okerlund et al, 1994). Το ετήσιο εισόδημα έδειξε θετική και σημαντική συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση από την εργασία. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν επίσης ότι όταν μειώθηκαν οι περισσότερες νυχτερινές βάρδιες, οδήγησε σε ικανοποίηση από την εργασία του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Παρόμοια αποτελέσματα επίσης διαπιστώθηκαν από ερευνητές στη Γερμανία και την Ινδία (Sehlenetal, 2009& Kauretal, 2009).

Στη μελέτη των Abida et al, (2011), από το σύνολο των 70 νοσοκόμων, μόλις το 24,28% ήταν ικανοποιημένο με το μισθό του. Οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία τριτοβάθμιας φροντίδας φαίνονται πάντα υπερφορτωμένοι και δεν πληρώνονται σύμφωνα με την τεταμένη εργασία τους. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι περισσότεροι αφήνουν τη συγκεκριμένη δουλειά και αναζητούν μια εργασία με καλύτερο μισθό.

Μια μελέτη από το Κουβέιτ έδειξε ότι οι νοσηλευτές που δούλευαν σε πέντε γενικά νοσοκομεία του Κουβέιτ ήταν δυσαρεστημένοι με τις επαγγελματικές ευκαιρίες και τις εξωτερικές ανταμοιβές, αλλά εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για το χρονοδιάγραμμα των καθηκόντων, το σεβασμό και την αναγνώριση (Al-Enezi et al, 2009). Σε άλλη μελέτη, περισσότεροι άνδρες έφυγαν από το επάγγελμα του νοσηλευτή, εξαιτίας των χαμηλών μισθών και του ωραρίου (Rajapaksa & Rothstein, 2009). Πιθανώς αυτά τα αποτελέσματα οφείλονται στο γεγονός ότι οι άνδρες αποτελούν τα κυρίαρχα μέλη της κοινωνίας και έχουν το κύριο οικογενειακό εισόδημα. Οι νοσηλευτές δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στους ασθενείς την ημέρα και τη νύχτα και πρέπει επίσης να εκτιμούνται από τους επιβλέποντες και τους ηλικιωμένους για τα καθήκοντά τους και να ανταμείβονται ανάλογα (Abida etal, 2011).

Από την πλευρά τους οι Rezaei et al (2018) στη μελέτη τους με δείγμα 200 νοσηλευτών, υποστήριξαν ότι το φύλο και η κατάσταση εργασίας είναι βασικοί καθοριστικοί παράγοντες της εμφάνισης του συνδρόμου εξάντλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με μια προηγούμενη μελέτη στην Ελλάδα (Stavropoulou et al, 2010) ο αυξημένος φόρτος εργασίας, οι χαμηλοί μισθοί και το περιβάλλον εργασίας είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Ένας άλλος σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας εμφάνισης του συνδρόμου αυτού στο

προσωπικό υγείας, είναι η πίεση από τους ασθενείς. Ο Beechman (2000) υποστήριξε ότι οι νοσηλευτές σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα, εκτίθενται σε κριτική σχετικά με την ικανότητά τους. Ως εκ τούτου, οι Chakraborty et al (2012) υποστήριξαν τη συναισθηματική ωριμότητα των ψυχιατρικών νοσοκόμων και την ικανότητά τους να προσαρμόζονται στις συνθήκες εργασίας, αποτελούν βασικούς εσωτερικούς προγνωστικούς δείκτες του συνδρόμου.

Η καλή σχέση με τους συναδέλφους και η υποστήριξη από ανώτερους και υφισταμένους βοηθούν στη βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία. Έρευνα επίσης έδειξε ότι η κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους επηρέασε την αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία (Joyce et al, 2011).

Μερικοί από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη δυσαρέσκεια εργασίας όπως το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, το επαγγελματικό καθεστώς και τα έτη υπηρεσίας δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με την πολιτική μεταρρύθμιση ή άλλες παρεμβάσεις. Ωστόσο, η μείωση του φόρτου εργασίας(π.χ. νυχτερινές βάρδιες) και η αυξημένη οικονομική αποζημίωση, αποτελούν αποτελεσματικές μεθόδους για την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία από το υγειονομικό προσωπικό (Yong et al, 2016).

Η ικανοποίηση από την εργασία συσχετίστηκε σημαντικά με το άγχος από την εργασία (Ho, 2014). Σύμφωνα με προηγούμενη μελέτη του Meng, (2004), το άγχος εργασίας δεν ήταν μια ενιαία ιδέα, αλλά θα μπορούσε να χωριστεί σε «καλή πίεση» και «κακή πίεση». Το καλό άγχος ήταν στενά συνδεδεμένο με την ίδια τη δουλειά ή το κίνητρο των εργαζομένων. Έκανε τους εργαζομένους να αισθάνονται σίγουροι, ενεργητικοί και θετικοί. Από την άλλη πλευρά, το κακό άγχος ήταν επιβλαβές για τη σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι Yong et al, (2016) αναφέρουν ότι όταν ο εργαζόμενος αισθάνεται νευρικός λόγω της εργασίας είχε τότε έχει αρνητικό αντίκτυπο. Το δείγμα της έρευνας θεωρούσε την ένταση από την εργασία ως καλό στρες, αλλά η νευρικότητα που προκαλείται από αυτό, χαρακτηρίζεται ως κακό στρες. Ως εκ τούτου, στη διαδικασία της υγειονομικής περίθαλψης το καλό στρες θα πρέπει να αυξηθεί κατάλληλα και διατηρηθεί σε ένα ορισμένο επίπεδο για την ενίσχυση της ικανότητας στην εργασία και τη ρύθμιση της πίεσης. Όσον αφορά στο κακό άγχος, οι συνεισφέροντες παράγοντες θα πρέπει να

προσδιοριστούν σε μια προσπάθεια να μειώσουν τις δυσμενείς επιπτώσεις της κακής πίεσης (Yong et al, 2016). Και σε άλλη μια μελέτη, από νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης, παρόλο που οι περισσότεροι νοσηλευτές αισθάνονταν ασφαλείς στην οργάνωσή τους, διαπιστώθηκε ότι έχουν αυξημένο επαγγελματικό άγχος (Nizami et al, 2006).

### **A. 2.3 Επαγγελματική εξουθένωση**

Ο όρος «εξουθένωση (burnout)» αποσαφηνίζει την κατάσταση της σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης, η οποία προκύπτει από μακροχρόνια συμμετοχή σε καταστάσεις, μέσα στο πλαίσιο της εργασίας, που είναι τόσο συναισθηματικά όσο και σωματικά απαιτητικές. Πολλές έρευνες έχουν αφιερωθεί στην κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εξουθένωση και στις συνέπειές της για τα άτομα και την υγεία τους. Οι έρευνες δείχνουν ότι το άγχος και η εξάντληση είναι σημαντικοί παράγοντες στην ανάπτυξη σωματικών και ψυχολογικών ασθενειών (Fradelos et al, 2014).

Η πρώτη φορά που ο όρος «εξουθένωση» χρησιμοποιήθηκε ήταν το 1975, από τον Herbert Freudenberger, στην προσπάθειά του να περιγράψει τη σωματική και συναισθηματική κατάσταση που ο ίδιος και οι συνάδελφοί του ένιωθαν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Αυτή η ομάδα ανθρώπων εργάζονταν εντατικά στο ελεύθερο κλινικό κίνημα της δεκαετίας του 1960 και στις αρχές της δεκαετίας του 1970 (Daley, 1979). Σύμφωνα με τον Freudenberger (1975) ο όρος ‘‘εξουθένωση - burnout’’ χρησιμοποιείται για να καθορίσει την κατάσταση της κόπωσης ή της απογοήτευσης που προκαλείται από την αφοσίωση σε έναν τρόπο ζωής ή σχέσης που απέτυχε να παράγει την αναμενόμενη ανταμοιβή (Freudenberger, 1975). Από τότε και μέχρι και σήμερα έχουν διεξαχθεί έρευνες σχετικά με την εξάντληση και τις επιπτώσεις που μπορούν να έχουν σε μια ποικιλία επαγγελμάτων όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές.

Το επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρείται ένα από τα σκληρότερα επαγγέλματα παγκοσμίως και χαρακτηρίζεται από μεγάλο φόρτο εργασίας, γρήγορο ρυθμό και ένταση εργασίας. Οι νοσηλευτές κατέχουν κεντρικό ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες, αν και οι χώρες ενδέχεται να έχουν διαφορετικά



συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μεθόδους πληρωμής. Δυστυχώς, οι μελέτες για τις εργασιακές εμπειρίες και τις ικανοποιήσεις των νοσοκόμων σε αρκετές χώρες δείχνουν ότι η ικανοποίηση των νοσηλευτών είναι μέτρια. Πολλοί αναφέρουν αρνητικές στάσεις και μειωμένη ψυχολογική και σωματική ευεξία, και αρκετοί από αυτούς θα ήθελαν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (Kalandyk & Penar-Zadarko, 2013). Σύμφωνα με έρευνες μέχρι στιγμής, η εξάντληση δεν συμβαίνει βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, δημιουργώντας μακροπρόθεσμα προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυστυχίας και ανικανότητας προς την εργασία, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής (Bakker et al, 2000). Κατά τη διάρκεια του χρόνου, έχουν διερευνηθεί πολλές παράμετροι προκειμένου να αποκτήσουν πλήρη επίγνωση της εξουθένωσης όπως η ηλικία, το φύλο, η εργασιακή εμπειρία. Επιπλέον, οι διαφορές μεταξύ των διαφόρων θαλάμων των νοσοκομείων, όπως οι ψυχιατρικές μονάδες, οι μονάδες εντατικής θεραπείας και οι χειρουργικές αίθουσες που θεωρούνται αίθουσες υψηλής απαιτητικότητας, έχουν μελετηθεί πολλές φορές σε συνδυασμό με την εξουθένωση (Sahraian et al, 2008).

Η βιβλιογραφία σχετικά με τον επιπολασμό της εξάντλησης σε πολλά επαγγέλματα ανθρώπινων υπηρεσιών είναι εκτενής. Στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου εξουθένωσης, έχουν προταθεί διάφορες στρατηγικές. Η κοινωνική υποστήριξη έχει τεκμηριωθεί καλά ως μια πολύ αποτελεσματική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Η κοινωνική στήριξη αναφέρεται στην αντίληψη ότι η βοήθεια που παρέχεται από άλλους είναι επαρκής ή στην αντιληπτή ποιότητα της υποστήριξης που μπορεί να επηρεάσει την προσαρμογή (Fradelos et al, 2014).

Οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο συγκεκριμένες πτυχές για την κοινωνική στήριξη: αντιληπτή και ληφθείσα κοινωνική στήριξη. Η αντιληπτή κοινωνική στήριξη αναφέρεται στην αντίληψη ότι το άτομο φροντίζεται, αποτιμάται και αποτελεί μέρος μιας ομάδας. Η αντιληπτή κοινωνική στήριξη έχει βρεθεί ότι έχει σταθερά θετικό αντίκτυπο στην ευημερία, έτσι ώστε η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη θα προστατεύει τα θύματα των τραυματικών γεγονότων από την κατάθλιψη, το άγχος και το stress. Αντίθετα, τα άτομα με χαμηλότερη αντίληψη κοινωνικής υποστήριξης έχουν βρεθεί ότι έχουν υψηλότερα επίπεδα κινδύνου (Yap & Devilly, 2004). Επιπλέον, υποδεικνύεται ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που

λαμβάνουν κοινωνική στήριξη εκτός της εργασίας από την άποψη της οικογένειας, των φίλων και των συναδέλφων τους, μπορούν να δράσουν θετικά στην πρόληψη του συνδρόμου εξάντλησης. Ο Maslach(1996) συνέστησε τις ανεπίσημες συναντήσεις κατά τη διάρκεια του διαλείματος στη εργασία και κοινωνικοποίηση μετά την εργασία, όπως συναντήσεις προσωπικού, συνέδρια, εκδρομές και επίσημες ομάδες στήριξης υπό την καθοδήγηση ενός εκπαιδευμένου ατόμου για τη διευκόλυνση της βελτίωσης των σχέσεων των συνεργατών. Παλαιότερα, οι Cherniss και Dantzig (1986) παρείχαν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την ομάδα αμοιβαίας βοήθειας ως μια άλλη στρατηγική για την επέκταση της κοινωνικής στήριξης. Οι ομάδες αμοιβαίας βοήθειας μπορούν να ενθαρρύνουν την κοινωνική υποστήριξη μεταξύ των συναδέλφων, παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων, της υλικής βοήθειας, της διορθωτικής ανάδρασης, της διαβεβαίωσης και της επιβεβαίωσης (Cherniss & Dantzig, 1986).

Εκτός από το γεγονός ότι έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες σχετικά με την εκτίμηση της εξάντλησης, υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών στην Ελλάδα που διερευνούν την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην εξουθένωση των νοσοκόμων και την ποιότητα ζωής τους (QOL). Στη μελέτη τους οι Fradelos et al, (2014) αξιολόγησαν τα επίπεδα εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε νοσοκομεία στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας ενώ εξέτασαν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ εξουθένωσης, ποιότητας ζωής(QOL) και κοινωνικού περιβάλλοντος. Παράλληλα, διερεύνησαν τις διαφορές των επιπέδων εξουθένωσης και ποιότητας ζωής μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε Γενικά και Ψυχικά νοσοκομεία αντίστοιχα.

Στα αποτελέσματά τους αναφέρουν, μεταξύ άλλων, ότι τα αυξημένα επίπεδα εξουθένωσης έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής στους επαγγελματίες νοσηλευτές (Fradelos et al, 2014). Όπως τονίζουν στο άρθρο τους, η έννοια της εξουθένωσης έχει εξεταστεί κυρίως από τις κοινωνικές επιστήμες. Επιπλέον, οι ειδικοί στη διοίκηση και την οργάνωση γνωρίζουν πλήρως τη σημασία του συνδρόμου και τις επιπτώσεις που έχει στο άτομο, στην οικονομία και στη γενική παραγωγή. Μέσα από χρόνια, το σύνδρομο εξουθένωσης ήταν στο επίκεντρο της έρευνας μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, λόγω των επιπτώσεων που έχουν στη ζωή τους. Διάφοροι παράγοντες φαίνεται να σχετίζονται με την εξάντληση,

όπως το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία και τα έτη εργασίας. Πρέπει να επισημανθεί ότι συχνά οι νοσηλευτές φροντίζουν ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας ή με συναισθηματικές ειδικές ανάγκες και όλα αυτά συσχετίζονται με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και το άγχος του θανάτου, γεγονότα που μπορεί να αυξήσουν την εμφάνιση της εξουθένωσης (Fradelos et al, 2014).

Σε προηγούμενη έρευνα που διενήργησε ο Douvanas και οι συνεργάτες του, το 2011, μεταξύ των νοσηλευτών στην Ελλάδα ανέφεραν ότι οι παραπάνω παράγοντες σχετίζονται με τη νευροεξουθένωση (Douvanas et al, 2011). Οι ίδιοι δημογραφικοί παράγοντες έχουν επισημανθεί και σε άλλες έρευνες στην Ελλάδα (Bellali et al, 2007). Και οι τρεις έρευνες συμφωνούν στο συμπέρασμα ότι συγκεκριμένοι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία και τα έτη εργασίας αυξάνουν τα επίπεδα εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στην έρευνα των Fradelos et al, (2014), το φύλο φαίνεται να μην επηρεάζει τα επίπεδα εξουθένωσης παρά το γεγονός ότι σε άλλες μελέτες φαίνεται να επηρεάζει (Celalettin & Keziban, 2013).

Η έρευνα κατά τη διάρκεια των ετών έδειξε ότι η εξουθένωση μπορεί να δημιουργήσει συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απελπισίας στους νοσηλευτές, ειδικά όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντοτε ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, έτσι ώστε η κατάσταση να γίνεται πιο περίπλοκη και απογοητευτική. Σύμφωνα με τους Firth-Cozens et al (1999), το 1/3 των νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο έχει συμπτώματα εξουθένωσης ακόμη και στα πρώτα στάδια της καριέρας του. Έτσι, ο κίνδυνος ανάπτυξης σοβαρών ψυχικών διαταραχών σε αυτή την επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλευτές και οι ψυχίατροι φαίνεται να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας (Ptacek et al, 2011). Είναι σαφές ότι οι συνέπειες που μπορεί να έχει το σύνδρομο εξάντλησης στην ψυχική υγεία είναι τεράστιες. Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτών των μελετών που δείχνουν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης μπορεί να μειώσουν τα επίπεδα σε πολλές από τις υποκλίμακες της QoL που σχετίζονται με την υγεία. Οι Suñer-Soler et al (2013) στην έρευνά τους συνέκριναν την εξάντληση, την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία μεταξύ του νοσηλευτικού και του υγειονομικού προσωπικού και είχαν τις ίδιες συσχετίσεις μεταξύ των επιπέδων εξουθένωσης και QoL (Suñer-Soler et al, 2013).

### **A. 2.3.1 Σωματική άσκηση και εξουθένωση**

Η σωματική δραστηριότητα είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται σε όλες τις μορφές κίνησης του ανθρώπινου σώματος, δηλαδή κάθε φυσική άσκηση ή/και ο αθλητισμός που ενεργοποιεί τους μυς του σώματος και απαιτεί αυξημένη κατανάλωση ενέργειας. Ο όρος «άθλημα» αναφέρεται αυστηρά σε μια δομημένη φυσική δραστηριότητα, με αυστηρούς κανόνες, υψηλό ανταγωνισμό και εξειδίκευση, ο κύριος σκοπός του οποίου είναι η μεγιστοποίηση και η καλύτερη εκτέλεση. Ο όρος «σωματική άσκηση» ή προπόνηση σύμφωνα με τους Berger et al, αναφέρεται σε οποιαδήποτε συστηματική άσκηση, η σωματική κίνηση ή συμμετοχή του ατόμου σε σωματικές δραστηριότητες, οι οποίες έχουν κάποια διάρκεια, αλλά χαμηλότερα επίπεδα ανταγωνισμού και χρησιμοποιούνται κυρίως μεγάλα μυϊκά μέρη του σώματος (Berger et al, 2007).

Η σωματική άσκηση θεωρείται από τους πιο σημαντικούς ρυθμιστές της ανθρώπινης υγείας. Επαγγελματίες υγείας καταγράφουν γενικά τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας όταν αξιολογούν τους ασθενείς τους και από την αξιολόγησή τους καθορίζουν την αγωγή που προτείνουν στους ασθενείς. Επίσης, οι Khan et al., δήλωσαν ότι η συμμετοχή σε σωματικές δραστηριότητες συνδέεται με τη μείωση σε ποσοστό 20-40% όλων των αιτιών θνησιμότητας (Khan et al, 2012). Κάθε μορφή φυσικής δραστηριότητας και ιδιαίτερα η τακτική και οργανωμένη άσκηση θεωρείται σήμερα ως το καλύτερο μέσο πρόληψη ασθενειών (Paniora et al., 2017). Επιπλέον, τα πρόσφατα ευρήματα δείχνουν ότι η άσκηση φαίνεται να έχει σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις όχι μόνο στην ποιότητα της ζωής των ανθρώπων εν γένει, αλλά και στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων που υποφέρουν από χρόνια ή οξεία προβλήματα υγείας (Theodorakis, 2010 & Theodorakis & Hassandra, 2005).

Ο όρος «εξάντληση» χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο από τους ψυχολόγους, κοινωνιολόγους και άλλους ειδικούς επιστήμονες. Όπως είδαμε στην προηγούμενη ενότητα, ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger, για να περιγράψει τη σωματική και ψυχική εξάντληση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται σε στενή σχέση με τους ασθενείς (Freudenberger, 1974). Χαρακτηριστικά, ακόμη και πριν από σχεδόν 20 χρόνια, οι Hannigan et al (2000) και Kilfedder et al, (2001) διαπίστωσαν ότι η εξάντληση συναντάται ιδιαίτερα συχνά

μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού στον τομέα ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τα ευρήματά τους, το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο αντιμετωπίζει έντονα συναισθηματικά συμπτώματα εξάντλησης λόγω των δυσκολιών που συναντά στην εργασία και υπάρχει αισθητή απουσία (άδειες) και ποσοστό του κύκλου εργασιών μεταξύ των ψυχιατρικών νοσοκόμων με υψηλή συναισθηματική εξάντληση, υψηλή αποπροσωποποίηση και χαμηλό προσωπικό επίτευγμα.

Παλαιότερα αποτελέσματα του Fallowfield(1990) υποδηλώνουν ότι οι νοσοκόμοι βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες και συχνά υποφέρουν από την εξάντληση της εργασίας. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής καθορίζεται από την αλληλεπίδραση τριών διαστάσεων, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας.

Ο όρος της «ποιότητας ζωής», προσδιορίστηκε αρχικά με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, που καθορίζεται από την κατοχή των πραγμάτων που σχετίζονται με την καταναλωτική κοινωνία όπως οι ηλεκτρικές συσκευές, το αυτοκίνητο και το σπίτι. Στοιχεία όπως ο ελεύθερος χρόνος, η ευκαιρία για διακοπές και αναψυχή προστέθηκαν αργότερα. Στις αρχές της δεκαετίας του '60 ο όρος επεκτάθηκε περαιτέρω ώστε να συμπεριλάβει την εκπαίδευση, την υγεία, την ευεξία, την οικονομική κατάσταση και τη βιομηχανική ανάπτυξη. Ο Khanetal, (2012) ισχυρίζονται ότι υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να βελτιώσει την ψυχική ευεξία. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές νοσηλευτικής εξέτασε τη σχέση μεταξύ της σωματικής δραστηριότητας και της ψυχικής ευεξίας. Η σωματική δραστηριότητα μετρήθηκε με τη χρήσηερωτηματολογίου φυσικής δραστηριότητας. Τα αποτελέσματα από τον Hawker (2012) έδειξαν ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να ασκήσει μια θετική επίδραση στη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας στους φοιτητές νοσηλευτικής. Επίσης, η συμμετοχή στη σωματική δραστηριότητα συνδέεται με μείωση κατά 20-40% σε όλες τις αιτίες θνησιμότητας (Hawker, 2012). Επιπρόσθετα, οι Booth et al, (2011) απέδειξαν ότι η καθιστική ζωή συνδέεται με έναν αριθμό παθολογικών ασθενειών, όπως παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, μεταβολικό σύνδρομο.

Επιπλέον, οι Anokye et al (2012) στην έρευνά τους για την επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων, έδειξε ότι όσο υψηλότερα είναι

τα επίπεδα της σωματικής δραστηριότητας τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα της ζωής.

Επιπρόσθετα, η άσκηση θεωρείται πολύ αποτελεσματική στη θεραπεία του άγχους, από οποιαδήποτε άλλη ψυχοθεραπεία ή φαρμακευτική μέθοδο και ότι μερικές φορές ακόμη, έχει καλύτερα αποτελέσματα. Οι Levert et al (2000) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η δουλειά του νοσοκόμου σε ψυχιατρική μονάδα είναι πολύ αγχωτική με βάση τα υψηλά αποτελέσματα που εμφάνισαν στην έρευνά τους για την επαγγελματική εξουθένωση.

Χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης έδειξαν τα αποτελέσματα της έρευνας των Paniora et al, (2017). Πιο συγκεκριμένα η μέση βαθμολογία για συναισθηματική εξάντληση ήταν 24,3, η βαθμολογία για αποπροσωποποίηση ήταν 9,5 όπου ως βαθμολογία για τον παράγοντα της προσωπικής επίτευξης ήταν 30,8. Όσον αφορά στο επίπεδο άσκησης του δείγματος τα περιγραφικά χαρακτηριστικά για το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας ήταν: Έντονη άσκηση ( $1,37 \pm 1,54$ ), Μέτρια άσκηση ( $1,85 \pm 1,53$ ), Ήπια άσκηση ( $3,46 \pm 1,78$ ) και Συνολική βαθμολογία Σωματικής δραστηριότητας ( $31,96 \pm 17,19$ ). Τόσο η "έντονη άσκηση" ( $F = 3,405, p = 0,009$ ) όσο και η "ήπια άσκηση" ( $F = 2,973, p = 0,014$ ) είχαν θετική επίδραση στη σωματική λειτουργία. Συμπτώματα πόνου βρέθηκαν ότι επηρεάζουν την ήπια σωματική δραστηριότητα ( $F = 2,395, p = 0,040$ ). Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σε τι βαθμό και για πόσο καιρό τυχόν προβλήματα υγείας τους έχουν αποτρέψει από τις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Η πλειοψηφία των νοσοκόμων, οι οποίοι συνδυάζουν έντονη και μέτρια άσκηση απάντησαν «απολύτως καμία αρνητική συμπεριφορά». Επίσης, καμία αρνητική επίπτωση στη δουλειά τους ή στις καθημερινές τους δραστηριότητες δε φάνηκε να τους επηρεάζει. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι η επίπτωση της εξάντλησης ήταν αρκετά χαμηλή μεταξύ των ψυχιατρικών νοσηλευτών και ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ διάφορων μεταβλητών φυσικής δραστηριότητας και διαστάσεις της στην ποιότητα ζωής τους. Γενικά, η έρευνα έδωσε αποδείξεις, όπως υποστηρίζονται και από άλλες μελέτες, ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να ενισχύσει την ψυχική ευεξία και συνεπώς την ποιότητα ζωής (Paniora et al, 2017). Οι Kheiraoui et al (2012) κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι η σωματική δραστηριότητα ενεργεί θετικά στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, παρά το γεγονός ότι ειδικά οι νοσοκόμοι επηρεάζονται λιγότερο σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας. Σε πρόσφατη μελέτη με 215 προπτυχιακούς φοιτητές

νοσηλευτές, ο Hawker (2012) υποστηρίζει ότι η συμμετοχή στη σωματική δραστηριότητα μπορεί να είναι ωφέλιμη για τη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας αυξάνοντας την αυτοεκτίμηση και την ικανοποίηση από τη ζωή ή / και ρύθμιση του άγχους και διαφόρων άλλων ψυχοκοινωνικών διαταραχών.

Τα αποτελέσματά των Paniora et al (2017) δείχνουν ότι τα επίπεδα της σωματικής δραστηριότητας συσχετίζονται με τις διαφορετικές διαστάσεις των συμμετεχόντων στην ποιότητα ζωής των ψυχιατρικών νοσοκόμων. Συγκεκριμένα, τα επίπεδα εξουθένωσης στο δείγμα νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών ψυχικής υγείας της μελέτης ήταν χαμηλά. Διαπιστώσανε επίσης ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας δεν αντιμετωπίζουν υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξάντλησης. Επιπλέον, ότι η σωματική δραστηριότητα δεν φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα εξουθένωσης. Ωστόσο, ήταν η μόνη μεταβλητή που επηρέασε θετικά την υποκλίμακα των ατομικών επιτευγμάτων ( $F=2.296$ ,  $p=0,041$ ). Επίσης, βρέθηκε ότι η σωματική δραστηριότητα είχε αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, οι μέσες τιμές ήταν  $81,15\pm 19,42$  για τη φυσική λειτουργία,  $68,75\pm 35,6$  για το σωματικό ρόλο,  $51,80\pm 17,28$  για τον σωματικό πόνο,  $50,38\pm 9,5$  για την υποκλίμακα γενικής υγείας,  $71,87\pm 21,93$  για τη ζωτικότητα,  $61,66\pm 40,8$  για τον συναισθηματικό ρόλο και τέλος  $61,64\pm 10,63$  για την ψυχική υγεία. Οπότε, σύμφωνα με τους ερευνητές, η σωματική δραστηριότητα φαίνεται ότι δεν έχει καμία επίδραση στα επίπεδα εξουθένωσης, ωστόσο, φαίνεται να έχει αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών ψυχικής υγείας (Paniora et al, 2017).

Αυτά τα ευρήματα είναι σύμφωνα με εκείνα των Apokye et al(2012), οι οποίοι επίσης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας έχουν μια θετική επίδραση στην ποιότητα της ζωής. Επίσης, βρέθηκε ότι η μέτρια άσκηση επηρεάζει τον δεύτερο παράγοντα του "φυσικού ρόλου". Όταν ερωτήθηκαν οι συμμετέχοντες αν έχουν περιορίσει τις μορφές εργασίας ή άλλες δραστηριότητες, κάνοντας μέτρια σωματική δραστηριότητα απάντησαν αρνητικά. Η ήπια άσκηση από την άλλη πλευρά, έδειξε θετική επίδραση στον παράγοντα «φυσικό πόνο» και στο αν αυτός ο πόνος επηρεάζει το έργο των νοσοκόμων. Σε γενικές γραμμές, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι νοσηλευτές που κάνουν τουλάχιστον ήπια άσκηση νιώθουν υγιείς. Οι Chin et al (2016) στη μελέτη τους με δείγμα 394 νοσοκόμων κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματικοί παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο φυσικής

δραστηριότητας μεταξύ των νοσοκόμων. Μια άλλη μελέτη με 394 Ισλανδούς νοσηλευτές ανέφερε ότι περισσότερες από 1/5 των νοσηλευτών αυτοαξιολόγησαν τη φυσική τους κατάσταση ως «φτωχή» ή «πολύ φτωχή» και ανέφερε μια ποικιλία από συμπτώματα που σχετίζονται με την εξάντληση και την κακή ποιότητα ζωής, όπως διαταραχές του ύπνου, απουσία εργασίας, υπερβολικό άγχος-στρες και άλλα (Sveinsdóttir et al, 2008). Επιπλέον, πρόσφατη μελέτη με 623 εγγεγραμμένους νοσοκόμους, ανέφερε ότι η πλειοψηφία του δείγματος απέτυχε να επιτύχει το συνιστώμενο καθημερινό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Η ποιότητα ζωής τους επηρεάστηκε από τη σωματική δραστηριότητα και συσχετίστηκε με την εκληφθείσα κατάσταση υγείας, την εργασιακή εμπειρία και άλλους επαγγελματικούς παράγοντες (Bakhshi et al, 2015). Σχετικά με την κατάσταση της υγείας, φαίνεται ότι επηρεάζεται από τη σωματική δραστηριότητα, αλλά επίσης, αποτελεί πρόβλεψη για την εμφάνιση του συνδρόμου εξουθένωσης των νοσοκόμων (Chakraborty et al, 2012).

Η επίσημη αρθρογραφία προτείνει ότι το σύνδρομο εξουθένωσης παρουσιάζεται κυρίως στους επαγγελματίες υγείας, όπως γιατροί και νοσηλευτές ως αποτέλεσμα της καθημερινής τους επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Υποστηρίζεται ότι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων(μειωμένη αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης)συνιστούν τα τρία συστατικά που οδηγούν στην εξουθένωση (Demir et al, 2003; Jimmieson, 2000).

#### **A. 2.4 Εργαλεία μέτρησης του επιπέδου υγείας- ποιότητας ζωής**

##### **2.4.1 Κλίμακα Ικανοποίησης Νοσοκόμων (NSS)**

Η NSS (Nurse Satisfaction Scale)αναπτύχθηκε από την Ng(1993) για τη μέτρηση της ικανοποίησης στην εργασία των νοσοκόμων. Το ερωτηματολόγιο είναι πολυδιάστατο και αποτελείται από 24 στοιχεία. Η μορφή απαντήσεων αποτελείται από την κλίμακα Likert επτά σημείων, η οποία κυμαίνεται από το 1 που είναι η απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» μέχρι την 7 «διαφωνώ απόλυτα». Η αξιοπιστία δοκιμής-επανεξέτασης μετρήθηκε σε 5 μήνες. Για να ελεγχθεί η εγκυρότητα της δοκιμής, ηNg(1993) συνέκρινε το εργαλείο με την Κλίμακα Οργανωτικής Δέσμευσης (Organizational Commitment Scale).



Η εγκυρότητα του εργαλείου αποδείχθηκε με μέσα διασταυρούμενης εγκυρότητας. Παρόλο που η NSS θεωρήθηκε ότι ήταν ένα έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης για τις μελέτες παρέμβασης, δεν υπάρχει κάποιο ερευνητικό στοιχείο που να υποστηρίζει αυτή την υπόθεση. Η NSS περιλαμβάνει επτά παράγοντες εργασίας: Διαχείριση (νοσοκόμοι υποστήριξης, φροντίδα για νοσηλευτές, νοσηλευτές και νοσηλευτικοί στόχοι της διοίκησης), Συνεργάτες, Καριέρα, Φροντίδα ασθενούς, σχέση με τον προϊστάμενο, εκπαίδευση και επικοινωνία. Εννέα πτυχές από τους 11 συνήθεις παράγοντες εργασίας πληρούνται, αν και η αυτονομία και το περιεχόμενο εργασίας μετρήθηκε ελάχιστα (Sluiter et al, 2003).

#### **A. 2.4.2 SF-36**

Το ερωτηματολόγιο Short Form Health Survey(SF-36) είναι ένα πολύ δημοφιλές εργαλείο για την αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής σε σχέση με την Υγεία. Το SF-36 μετρά οκτώ κλίμακες: τη φυσική λειτουργία (physical functioning - PF), τον φυσικό ρόλο (rolephysical - RP), τον σωματικό πόνο (bodilypain- BP), τη γενική υγεία (generalhealth- GH), τη ζωτικότητα (vitality- VT), την κοινωνική λειτουργία (socialfunctioning- SF), ψυχική υγεία (mentalhealth - MH). Οι αναλύσεις έδειξαν ότι υπάρχουν δύο διαφορετικές έννοιες που μετρήθηκαν από το SF-36: μια φυσική διάσταση που αντιπροσωπεύεται από την Περίληψη Φυσικών Συνιστωσών (PhysicalComponentSummary - PCS) και μια διανοητική διάσταση που αντιπροσωπεύεται από την Περίληψη Ψυχικών Συνιστωσών (MentalComponentSummary - MCS). Όλες οι κλίμακες συμβάλλουν σε διαφορετικές αναλογίες με τη βαθμολόγηση τόσο των μετρήσεων PCS όσο και MCS. Ο σωστός υπολογισμός των συνοπτικών μέτρων SF-36 PCS και MCS απαιτεί τη χρήση ειδικών αλγορίθμων, οι οποίοι ελέγχονται αυστηρά από ιδιωτική εταιρεία.

Το εγχειρίδιο βαθμολόγησης SF-363 δεν παρέχει υποστήριξη για τον υπολογισμό ενός μέτρου ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, όπως το "SF-36 Σύνολο / Παγκόσμια / Συνολική Βαθμολογία". Σύμφωνα με τους προγραμματιστές του, είναι άσκοπο να προσπαθήσουμε να συνδυάσουμε τα δύο συνοπτικά μέτρα SF-36 για την επίτευξη συνολικής βαθμολογίας σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Παρά ταύτα, ορισμένοι ερευνητές εξακολουθούν να χρησιμοποιούν και να παρεκκλίνουν εσφαλμένα από τα μέτρα αυτά (Lins & Carvalho, 2016).

#### A. 2.4.3 Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (QOLS)

Η συγκεκριμένη κλίμακα (TheQualityofLifeScale), δημιουργήθηκε αρχικά από τον αμερικανικό ψυχολόγο John Flanagan στη δεκαετία του '70, αλλά έχει προσαρμοστεί για χρήση σε ομάδες χρόνιων ασθενειών. Το QOLS έχει χαμηλές έως μέτριες συσχετίσεις με τη φυσική κατάσταση της υγείας και τα μέτρα για την ασθένεια. Ωστόσο, η ανάλυση της εγκυρότητας του περιεχομένου υποδηλώνει ότι το όργανο μετράει τομείς που οι διαφορετικές ομάδες ασθενών με χρόνιες ασθένειες ορίζουν ως «ποιότητα ζωής». Το QOLS είναι ένα έγκυρο όργανο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ομάδες και πολιτισμούς ασθενών και εννοιολογικά διαφέρει από την κατάσταση υγείας ή από άλλους αιτιώδεις δείκτες ποιότητας ζωής. Το QOLS ήταν αρχικά ένα μέσο 15 στοιχείων που μετρούσε πέντε εννοιολογικούς τομείς ποιότητας ζωής: υλική και σωματική ευεξία, σχέσεις με άλλους ανθρώπους, κοινωνικές, κοινοτικές και πολιτικές δραστηριότητες, προσωπική ανάπτυξη και εκπλήρωση και αναψυχή. Μετά από περιγραφική έρευνα που διερεύνησε άτομα με χρόνιες ασθένειες σχετικά με τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα ζωής, το όργανο επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει ένα ακόμη στοιχείο: την ανεξαρτησία. Έτσι, το QOLS στην παρούσα μορφή του περιέχει 16 στοιχεία. Το αρχικό έργο για το QOLS πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες στα μέσα της δεκαετίας του '70. Χρησιμοποιώντας την τεχνική κρίσιμων περιστατικών, ζητήθηκε από περίπου 3.000 άτομα διαφορετικών ηλικιών και εθνικών ομάδων από όλες τις περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών να συνεισφέρουν εμπειρίες σημαντικές ή ικανοποιητικές για 'αυτές. Καταβλήθηκαν σημαντικές προσπάθειες για να συμπεριληφθούν οι εθνικές μειονότητες, οι κάτοικοι της υπαίθρου, οι ηλικιωμένοι και οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος. Με την πιθανή εξαίρεση της κλίμακας Cantril, κανένα άλλο εργαλείο QOL που κυκλοφορούσε σήμερα δεν έχει αναπτυχθεί με τόσο μεγάλη προσοχή στην ποικιλομορφία και την ατομική προοπτική. Το αρχικό QOLS περιείχε 15 αντικείμενα που αντιπροσώπευαν 5 εννοιολογικούς τομείς του QOL που προέκυπταν εμπειρικά από τα 6500 κρίσιμα περιστατικά που συγκέντρωσε ο Flanagan και η ομάδα του (Burckhardt & Anderson, 2003).

Σε ένα δεύτερο βήμα, ο Flanagan χρησιμοποίησε το όργανο για να εξετάσει συνολικά 3.000 άτομα ηλικίας 30, 50 και 70ετών, χρησιμοποιώντας κλίμακες 5 σημείων με "σημασία" και "ανάγκες που πληρούνται". Τα αποτελέσματα αυτής της εθνικής έρευνας αποκάλυψαν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι και των δύο φύλων και των τριών ηλικιών θεώρησαν ότι τα αντικείμενα ήταν σημαντικά γι 'αυτούς. Οι μοναδικές εξαιρέσεις ήταν οι τομείς της συμμετοχής στην τοπική και εθνική κυβέρνηση και τις δημόσιες υποθέσεις (στοιχείο # 8), τις οποίες η πλειοψηφία των 30 ετών δεν πίστευαν ότι ήταν σημαντική, και δημιουργική έκφραση (Στοιχείο # 12), κοινωνικοποίηση (Στοιχείο # 13 ) και παθητική αναψυχή (στοιχείο # 14), τα οποία θεωρήθηκαν σημαντικά από την πλειοψηφία των ανδρών. Παρ 'όλα αυτά, η πλειοψηφία όλων των ανθρώπων και των δύο φύλων και όλων των ηλικιακών ομάδων ήταν ικανοποιημένη ότι οι ανάγκες τους εκπληρώθηκαν σε όλους τους τομείς (Burckhardt & Anderson, 2003).

#### **A. 2.4.4 Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας (GHQ)**

Το Γενικό ερωτηματολόγιο Υγείας (General Health Questionnaire) αναπτύχθηκε από τον Goldberg (1978) και αποτελεί εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, που λαμβάνει υπόψη το επίπεδο υγείας του εργαζόμενου.

#### **A. 2.4.5 Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο**

Το 2000, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισαβόνας έθεσε τις βάσεις για τη μεταρρύθμιση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στις χώρες-μέλη. Πρότεινε μια νέα μέθοδο συνεργασίας μεταξύ των κρατών και των διαφόρων οργανισμών και ιδρυμάτων, τα οποία συμμετέχουν στη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής, και την ονόμασε «ανοικτή μέθοδο συντονισμού». Η μέθοδος αυτή προάγει τις εταιρικές σχέσεις μεταξύ όλων των φορέων που εμπλέκονται στην υγεία, στην κοινωνική πρόνοια, στο συνταξιοδοτικό σύστημα και γενικότερα στο σύστημα κοινωνικής προστασίας (Υφαντόπουλος, 2007).

Έναν χρόνο μετά, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Goettenborg εξέδωσε μια ανακοίνωση της Οικονομικής, της Κοινωνικής και της Επιτροπής των περιφερειών με θέμα «το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους». Στην ανακοίνωση αυτή επισημαίνονται οι προκλήσεις:

Της γήρανσης  
Της μακροχρόνιας περίθαλψης  
Της ιατρικής τεχνολογίας  
Του αυξανόμενου κόστους περίθαλψης,

Η έκθεση προτείνει την υιοθέτηση της νέας «ανοικτής μεθόδου συντονισμού» στον τομέα της υγείας και την επικέντρωση της υγειονομικής πολιτικής της Ευρώπης σε τρεις θεμελιώδεις άξονες-στόχους, που αφορούν στη Διασφάλιση της προσπέλασης όλων των πολιτών στο σύστημα της περίθαλψης, ανεξάρτητα από οικονομικά ή κοινωνικά κριτήρια, την Ποιοτική αναβάθμιση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας και την Οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Οι στόχοι αυτοί ικανοποιούν το γενικότερο ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο και σηματοδοτούν τη νέα πολιτική στον τομέα της υγείας, η οποία βασίζεται στην άμεση συνεργασία και αλληλεξάρτηση της φιλοσοφίας της ισότητας, της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας (Υφαντόπουλος, 2007).

#### **A. 2.4.6 Κλίμακα ευεξίας (quality of well-being scale, QWB)**

Η QWB είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων καθώς και τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας: κινητικότητα, σωματική δραστηριότητα και κοινωνική δραστηριότητα. Η κλίμακα ευεξίας συνοψίζει σε ένα δείκτη το σύνολο των συμπτωμάτων του ατόμου και το επίπεδο ανικανότητάς του. Χρησιμοποιείται τόσο ως δείκτης αποτελέσματος όσο και στην εκτίμηση της παρούσας και της μελλοντικής ανάγκης για φροντίδα. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεμονωμένα άτομα αλλά και στο σύνολο του πληθυσμού, καθώς και για ειδικότερους πληθυσμούς, όπως σε ασθενείς με αρθρίτιδα και φορείς HIV (Υφαντόπουλος, 2007).

Σκοπός της κλίμακας είναι η ποσοτικοποίηση του υγειονομικού αποτελέσματος οποιασδήποτε θεραπείας σε όρους ποιοτικά προσδιορισμένων χρόνων ζωής. Ένα

«έτος ευεξίας» της κλίμακας είναι ισοδύναμο με ένα έτος σε κατάσταση πλήρους υγείας. Η κλίμακα βασίζεται σε ένα τρισδιάστατο μοντέλο για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας. Επίσης, η αξιολόγηση της υγείας αρχίζει με μια αντικειμενική εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας, ενώ, στη συνέχεια, για κάθε επίπεδο λειτουργικότητας αποδίδεται ένας βαθμός, ο οποίος αντιπροσωπεύει τη χρησιμότητα του συγκεκριμένου επιπέδου για το άτομο. Τέλος, η αξιολόγηση της υγείας βασίζεται στην εκτίμηση όχι μόνο της παρούσας κατάστασης υγείας αλλά και της μελλοντικής πρόγνωσης (Υφαντόπουλος, 2007).

#### **A. 2.4.7 EuroQoL (European quality of life scale)**

Το 1987, στο αγγλικό Πανεπιστήμιο του York συναντήθηκε μια ομάδα έμπειρων ερευνητών από πέντε ευρωπαϊκές χώρες με κύριο στόχο τη δημιουργία ενός «απλού» και «κατανοητού» εργαλείου για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Μετά από πολλές συναντήσεις και «πειραματικές» εφαρμογές σε κοινωνικές έρευνες πεδίου και σε κλινικές μελέτες κατέληξαν σε ένα επιστημονικό εργαλείο, το οποίο ονομάστηκε EuroQoL (European quality of life). Ο πνευματικός πατέρας του εργαλείου αυτού ήταν ο καθηγητής Alan Williams. Σε προηγούμενες μελέτες είχε συζητήσει εκτεταμένα την αναγκαιότητα μέτρησης των υγειονομικών αναγκών και την αποτίμηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού με τη χρήση διαφορετικών κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών δεικτών (Υφαντόπουλος, 2007). Η ομάδα του EuroQoL πρότεινε ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη:

Στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του ατόμου όπου χρησιμοποιούνται πέντε διαστάσεις, που αναφέρονται

- (α) στην κινητικότητα,
- (β) στην αυτοεξυπηρέτηση,
- (γ) στις συνήθειες δραστηριότητες,
- (δ) στον πόνο-δυσφορία και
- (ε) στο άγχος-κατάθλιψη.

Καθεμιά από τις διαστάσεις αυτές λαμβάνει τρεις τιμές: 1=κανένα πρόβλημα, 2=κάποια προβλήματα και 3=σημαντικά προβλήματα. Στο σύνολό τους

καταγράφονται τρεις καταστάσεις υγείας, που αντιπροσωπεύουν 243 περιπτώσεις. Η καλύτερη νοητή κατάσταση υγείας περιγράφεται με (11111), που σημαίνει ότι δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα όσον αφορά στην κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο και το άγχος. Η χειρότερη νοητή κατάσταση υγείας λαμβάνει τις τιμές (33333), που σημαίνει σημαντικά προβλήματα στις πέντε παραπάνω διαστάσεις.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται υπό τη μορφή ενός «θερμομέτρου υγείας» μια οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale, VAS), που λαμβάνει τιμές από 0=χειρότερη νοητή υγεία μέχρι 100=άριστη νοητή υγεία. Ενδιάμεσες τιμές της οπτικής αναλογικής κλίμακας, π.χ. VAS=50, δηλώνουν ενδιάμεσες καταστάσεις υγείας. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του.

Χρησιμοποιώντας το EQ-5D είναι δυνατή η εκτίμηση της ωφελιμότητας που απολαμβάνει το άτομο από διαφορετικές καταστάσεις υγείας. για να αποδοθεί καλύτερα η έννοια της ωφελιμότητας, στην εικόνα 6 παρουσιάζεται ένας συνδυασμός δύο διαστάσεων του EQ-5D που αναφέρονται στον πόνο-δυσφορία (οριζόντιος άξονας) και στην κινητικότητα (κάθετος άξονας). Κάθε άξονας λαμβάνει τις τιμές 1=κανένα πρόβλημα, 2=μερικά προβλήματα και 3=σημαντικά προβλήματα. Η πλέον επιθυμητή κατάσταση υγείας παρουσιάζεται στο άκρο δεξιό μέρος της εικόνας όπου οι τιμές (1,1) αντιστοιχούν σε κανένα πρόβλημα πόνου και κανένα πρόβλημα κινητικότητας. Στην περίπτωση αυτή, η ωφελιμότητα που απολαμβάνει το άτομο είναι ίση με 1,00, δηλαδή «άριστη επιθυμητή κατάσταση υγείας». Άλλες καταστάσεις υγείας που συνδυάζουν τις τιμές πόνος=1 (κανένα πρόβλημα) και κινητικότητα=2 (κάποια προβλήματα) λαμβάνουν τιμές ωφελιμότητας ίσες με 0,81. Με τον ίδιο τρόπο, σχεδιάζονται άλλες «καμπύλες κοινωνικής ευημερίας» που παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ωφελιμότητας και λαμβάνουν τις τιμές 0,68 και 0,54, αντίστοιχα. αυτές οι καμπύλες κοινωνικής ευημερίας δείχνουν το επίπεδο της ωφελιμότητας που απολαμβάνει το άτομο από τους εναλλακτικούς συνδυασμούς ανάμεσα στην «κινητικότητα» και τον «πόνο-δυσφορία». Όσο απομακρυνόμαστε από το σημείο 1,1 «άριστη επιθυμητή κατάσταση υγείας» και μετακινούμαστε προς το σημείο 3,3 «χειρότερη νοητή κατάσταση υγείας» τόσο χαμηλότερο επίπεδο ωφελιμότητας ή κοινωνικής ευημερίας απολαμβάνουμε.

Το EuroQoL ενσωματώνει σε ένα δείκτη ωφελιμότητας το επίπεδο υγείας του ατόμου. Έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ευρύτατα ανά την Ευρώπη και την υφήλιο (Υφαντόπουλος, 2007).

#### **A. 2.4.8Εργαλείο Μέτρησης 15-D**

Το 15-D παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με το EQ-5D. Ιστορικά, όμως, το 15-D προϋπάρχει του EQ-5D, γιατί διαμορφώνεται ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ενώ το EQ-5D ιστορικά ανάγει τη γέννησή του το Μάιο του 1987. Η ιστορία του 15-D αρχίζει το 1981 στη Φινλανδία. Αρχικά, προτείνεται από τον Harry Sintonen ένα «εργαλείο-ερωτηματολόγιο» που βασίζεται σε 12 διαστάσεις. Περαιτέρω έρευνες και αναλύσεις, που έγιναν από τον ίδιο και τους συναδέλφους του, ανέδειξαν τη μετατροπή του οργάνου αυτού στις 15 διαστάσεις. Το 1986 διενεργούνται οι πρώτες πιλοτικές εφαρμογές, οι οποίες τελειοποιούν το 15-D στις 15 διαστάσεις. Το 1992, παρουσιάζεται η τελική μορφή του 15-D, η οποία χρησιμοποιείται και σήμερα σε πολλές έρευνες που αναφέρονται σε φυσιολογικό πληθυσμό καθώς και σε κλινικές έρευνες. Το 1995, συμπεριλαμβάνεται στη φινλανδική εθνική έρευνα υγείας<sup>28</sup> και συλλέγονται 1.237 έγκυρες απαντήσεις. Η σημαντικότητα του οργάνου αναδεικνύεται από την έρευνα αυτή και το υπουργείο υγείας της Φινλανδίας σε συνδυασμό με τη στατιστική της υπηρεσία αποφασίζουν τη διεξαγωγή μιας νέας εθνικής έρευνας υγείας, που έγινε το 1996 σε δείγμα 4.800 ατόμων. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί μεταφράσεις-αποδόσεις του 15-D σε πολλές χώρες με διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον και διαφορετικά επίπεδα κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω χώρες, στις οποίες υπάρχουν αξιόπιστες αποδόσεις του 15-D: Φινλανδία, Σουηδία, Αγγλία, Νορβηγία, Ελλάδα, Τσεχία, Ιαπωνία, Ρωσία, Ισραήλ, αραβικά Εμιράτα.

Πέρα από τις έρευνες που έχουν γίνει σε φυσιολογικό δείγμα πληθυσμού, αξίζει να αναφέρουμε ένα ευρύ φάσμα κλινικών ερευνών στις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί το 15-D για τη μέτρηση της κλινικής αποδοτικότητας. Ενδεικτικά, αναφέρουμε την επιληψία, την κατάθλιψη, τις γενετικές και τις μυοσκελετικές δυσπλασίες, καθώς και τα παιδικά νεοπλάσματα. Επίσης, έχουν διενεργηθεί συσχετίσεις μεταξύ του 15-D και του EQ-5D, χρησιμοποιώντας φινλανδικά και ελληνικά δεδομένα (Υφαντόπουλος, 2007).

#### **A. 2.4.9 Κλίμακες μέτρησης του πόνου(McGillpainquestionnaire)**

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής συγκεκριμένων ομάδων ασθενών αποτελεί η μείωση του πόνου. Η εκτίμηση του πόνου, όμως, είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς ο πόνος είναι υποκειμενικός και η μέτρησή του επηρεάζεται από ένα πλήθος βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η πιο διαδεδομένη κλίμακα που χρησιμοποιείται για το σκοπό αυτόν είναι τοMcGillpainquestionnaire. Πρόκειται για μια διαβαθμισμένη κλίμακα, βασισμένη σε 102 ερωτήσεις, που είναι ομαδοποιημένες σε τρεις κατηγορίες:

- (α) την αίσθηση του πόνου,
- (β) τη συναισθηματική εκδήλωσή του και
- (γ) την έντασή του.

Σύμφωνα με τον Melzack, ο οποίος σχεδίασε το ερωτηματολόγιο, ο πόνος δεν είναι απλά μια αισθητηριακή εμπειρία, όπως η όραση και η ακοή, αλλά περιλαμβάνει τρεις σημαντικές ψυχολογικές διαστάσεις: την αισθητηριακή, τη συναισθηματική και τη γνωστική-αξιολογική(Υφαντόπουλος, 2007).



## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

### **A.3.1. Η αλληλεπίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης με την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών/τριων**

Στο υγειονομικό τομέα, η επαγγελματική ικανοποίηση, παίζει κυρίαρχο ρόλο στην ευημερία των εργαζομένων ως προς την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα τους. Επιχειρώντας δε τη σύνδεση του όρου με την ποιότητα ζωής, βλέπουμε πως ως έννοια ενέχει πολλαπλές διαστάσεις σε υποκειμενικό και αντικειμενικό επίπεδο και επηρεάζεται άμεσα από το κάθε φορά υπό μελέτη θέμα (Yfantopoulos & Sarris, 2001). Στον ορισμό του Young (1983), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως ο βαθμός ικανοποίησης σύμφωνα με τις παρούσες συνθήκες ζωής, έτσι όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο άνθρωπος.

Μεγάλος αριθμός ερευνών έχει καταγράψει την επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε διαφορετικά κλινικά περιβάλλοντα και έχει διερευνήσει τους παράγοντες εκείνους που οδηγούν ή όχι στην επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού. (Pillay, 2009 & Asuquo et. al. 2016 & Saiti, 2016).

Η επαγγελματική ικανοποίηση ειδικότερα, των νοσηλευτών, συνδέεται άμεσα με «*το πώς νιώθει το νοσηλευτικό προσωπικό για την εργασιακή του ζωή*» (Κουράκος και συν. 2012 ,σελ.62)».

## **Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **B. 1.1 Σκοπός Έρευνας**

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση της επίδρασης της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων.

### **B.1.2 Ερευνητικά Ερωτήματα**

Τα ερευνητικά ερωτήματα που εξετάστηκαν είναι:

1. Πως επιδρά η επαγγελματική ικανοποίηση στην υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού
2. Πως επιδρά η επαγγελματική ικανοποίηση στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού
3. Ποια η συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης, της υγείας και της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού.

### **B.1.3. Είδος Μελέτης**

Θέλοντας να μελετήσουμε την επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού ενός Γενικού Νοσοκομείου στην Κρήτη πραγματοποιήθηκε μία περιγραφική – συγχρονική μελέτη με μερικές συσχετίσεις. Η περιγραφική έρευνα οδηγεί τους ερευνητές/τριες στο να ασχοληθούν με την «περιγραφή των ειδικών χαρακτηριστικών δεδομένων περιστάσεων (Φίλιας, 1996, σελ.31)». Στις συγχρονικές μελέτες (cross sectional studies), τα δεδομένα αναφέρονται σε συγκεκριμένο χρόνο. Διερευνούμε τη συσχέτιση των μεταβλητών αναφορικά με συγκεκριμένη χρονική στιγμή χωρίς να εξάγουμε «συμπερασματολογία σχετικά με την πιθανή αιτιολογική κατεύθυνση της όποιας σχέσης (Bowers, 2011, σελ. 115)». Τα ευρήματα της έρευνας αναδεικνύουν σχέσεις και όχι αποδείξεις (Levin,2006). Μέσω της περιγραφικής, συγχρονικής μελέτης, ανιχνεύονται σχέσεις ανάμεσα σε φαινόμενα και υπό αυτό το δεδομένο μπορούν οι ερευνητές/τριες να προτείνουν αποτελεσματικά μέτρα για την άρση αρνητικών χαρακτηριστικών όπως στην περίπτωση που μελετάμε άρση ή μείωση παραγόντων που λειτουργούν ανασταλτικά ως προς την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών. Γενικεύοντας το παράδειγμα, οι συγχρονικές μελέτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό της Δημόσιας Υγείας (Levin,2006).

#### **B.1.4. Ιστορικό Έρευνας**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό Δευτεροβάθμιας, Τεχνολογικής και Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», κατά τα διαστήματα Μάιος –Ιούνιος 2018, έπειτα από έγκριση της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Αναλυτικά αναφέρουμε ότι με την υπ'αριθμ.32/16-1-2018 μας ανατέθηκε η εκπόνηση πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής, παραρτήματος ΤΕΙ Κρήτης, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, με την υπ' αριθμ. 06/30-04-2018 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων και εντέλει με την υπ' αριθμ. 9414/16-05-2018 έγκριση της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης λάβαμε την έγκριση διεξαγωγής της μελέτης .

#### **B.1.5 Ερευνητικό Πεδίο**

Ως τόπος διεξαγωγής της έρευνας ορίστηκε το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος», το οποίο αποτελεί κατάλληλο πλαίσιο ώστε οι ερευνητές να μελετήσουν το υπό εξέταση φαινόμενο.

#### **B.1.6. Δειγματοληπτική Μέθοδος**

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήσαμε δείγματα μη πιθανοτήτων και συγκεκριμένα δειγματοληψία ευκολίας. Στη δειγματοληψία ευκολίας, «επιλέγονται τα πλησιέστερα άτομα, για να χρησιμεύσουν ως απαντώντες, και αυτή η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι να αποκτηθεί το απαιτούμενο μέγεθος του δείγματος (Cohen & Manion, 2000, σελ.130).

Το δείγμα της παρούσας έρευνας είναι το νοσηλευτικό προσωπικό Δευτεροβάθμιας, Τεχνολογικής και Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», ενώ λήφθηκε υπόψη η καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας, αποτελώντας κριτήριο αποκλεισμού σε περιπτώσεις που δεν υπήρχε επάρκεια γνώσης.

### B.1.7. Μεθοδολογικές Σημειώσεις

Από τους 158 που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, έγκυρα ερωτηματολόγια βρέθηκαν τα 146 καθώς στα υπόλοιπα υπήρχαν ελλείπουσες απαντήσεις στις δυο κλίμακες του Job Satisfaction Survey (JSS) & SF-36.

Το ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey (JSS) μπορεί να αποδώσει 10 βαθμολογίες υποκλιμάκων ή συνιστωστών (scores) από 36 ερωτήσεις (Ματάπα, 2015). Κάθε μια από τις εννιά υποκλίμακες καθορίζει διαφορετικό score. Η άθροιση τους, εκτιμά τη συνολική βαθμολογία ενώ αποτελεί συνδυασμό (συνάθροιση) 4 ερωτήσεων, ορισμένες εκ των οποίων σε αντίστροφη εννοιολογική δομή (συμβολίζεται με 'r' στον παρακάτω πίνακα).

Υποκλίμακες	Ερωτήσεις			
Pay - Μισθός	1	10r	19r	28
Promotion - Προαγωγή	2r	11	20	33
Supervision - Διεύθυνση	3	12r	21r	30
Fringe Benefits – Πρόσθετες παροχές	4r	13	22	29r
Contingent rewards – Έκτακτες ανταμοιβές	5	14r	23r	32r
Operating Conditions – Ισχύουσες διαδικασίες	6r	15	24r	31r
Co-workers - Συνεργάτες	7	16r	25	34r
Nature of work – Φύση της εργασίας	8r	17	27	35
Communication - Επικοινωνία	9	18r	26r	36r

Η αντίστροφη εννοιολογική δομή γίνεται στις απαντήσεις των ερωτήσεων καθώς είναι σε 6-βαθμη κλίμακα Likert με 1=διαφωνώ απόλυτα έως 6=συμφωνώ απόλυτα. Το εύρος του score για κάθε μια υποκλίμακα δύναται να κυμαίνεται έτσι από 4 έως 24 ενώ στη συνολική βαθμολογία από 36-216. Ο έλεγχος αξιοπιστίας του έδειξε υψηλή συνεκτικότητα (Cronbach  $\alpha=0,859$ ).

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο SF-36, ο έλεγχος αξιοπιστίας έδειξε υψηλή συνεκτικότητα (Cronbach  $\alpha=0,932$ ). Η βαθμονόμηση του έγινε σύμφωνα με τις

οδηγίες του Κουτσούμπα (2016), με αντιστροφή των αποκρίσεων ορισμένων ερωτήσεων από τις 36, σε 8 συνιστώσες σωματικής και ψυχικής υγείας:

- Φυσική Λειτουργία (Physical Functioning, PF) (3-12),
- Φυσικού Ρόλου (Role Physical, RP) (13-16)
- Σωματικού Πόνου (Bodily Pain, BP) (21,22),
- Γενικής Υγείας (General Health, GH) (1 & 33-36),
- Ζωτικότητας (Vitality, VT) (23,27,29,31),
- Κοινωνικής Λειτουργίας (Social Functioning, SF) (20,32),
- Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional, RE) (24,25,26,28,30),
- Διανοητική υγεία (Mental Health, MH) (24,25,26,28,30) ενώ η ερώτηση 2 (*Κάνοντας σύγκριση με την κατάστασή σας πριν από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα.*) είναι ανεξάρτητη και δεν εντάσσεται σε κάποια συνιστώσα.

#### **B.1.8. Στατιστική Ανάλυση**

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 25.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των 146 συμμετεχόντων νοσηλευτών και νοσηλευτριών. Στις κλίμακες επαγγελματικής ικανοποίησης & ποιότητας ζωής υπολογίστηκαν για λόγους συγκρισιμότητας περιγραφικά μέτρα θέσεως και διασποράς. Στην εκτίμηση συχνοτήτων, υπολογίστηκαν επίσης για σύγκριση και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω τεχνικών bootstrap. Ως προς συσχέτιση των υποκλιμάκων και συνιστωσών των δυο βασικών κλιμάκων με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική μέθοδος Spearman. Με τη μέθοδο των Kruskal-Wallis αξιολογήθηκαν τα επίπεδα των υποκλιμάκων ικανοποίησης ως προς την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας τους. Ακολούθηθηκε ωστόσο ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της Σωματικής & Ψυχικής συνιστώσας της Ποιότητας Ζωής SF-36 με τις υποκλίμακες της επαγγελματικής ικανοποίησης των 146 συμμετεχόντων της μελέτης αλλά και τα χαρακτηριστικά τους. Τέλος, αναπαραστάθηκε γραφικά μέσω η απλή γραμμική συσχέτιση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής με τη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση (Job Satisfaction Survey).

### **B.1.9. Θέματα Δεοντολογίας στην Ποσοτική Έρευνα**

Κάθε κοινωνικός επιστήμονας, ο οποίος διεξάγει μία έρευνα έχει ευθύνη τόσο απέναντι στην επιστήμη την οποία υπηρετεί, όσο και στα υποκείμενα που συμμετέχουν στην έρευνα που πραγματοποιεί. Ένας από τους δεοντολογικούς κανόνες που πρέπει να τηρείται αναφέρεται στην πρόσβαση στον φορέα ή οργανισμό όπου πρόκειται να διεξαχθεί η έρευνα και η αποδοχή του προγράμματος από τα άτομα των οποίων απαιτείται η άδεια (Cohen&Manion,2000). Στην παρούσα έρευνα, τηρώντας τον παραπάνω κανόνα λάβαμε τις σχετικές εγκρίσεις.

Ακόμη ένα δεοντολογικό ζήτημα που λήφθηκε υπόψη ήταν το γεγονός ότι σεβαστήκαμε το ατομικό απόρρητο, το οποίο αναφέρεται στις πληροφορίες που παρέχονται στους συμμετέχοντες και οι οποίες δεν πρέπει να αποκαλύπτουν την ταυτότητα των ερωτώμενων( Robson,2007). Πέραν των σχετικών εγκρίσεων που λάβαμε και του σεβασμού του απορρήτου, η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική.

### **B.1.10. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα**

Η εγκυρότητα έχει σχέση με το πόσο σωστή είναι η εξαγωγή συμπερασμάτων που προκύπτει από την έρευνα μας. Επίσης έχει σχέση και με το όργανο μέτρησης της θεωρίας μας. Το όργανο μέτρησης πρέπει να καλύπτει αποκλειστική την θεωρητική έννοια για την οποία κατασκευάστηκε (Κυριαζή,1999,σελ.87). Η αξιοπιστία της έρευνας σχετίζεται με τη σταθερότητα του αποτελέσματος κάθε φορά που θα επαναλαμβάνεται η έρευνα (Κυριαζή, 1999).

Στην παρούσα έρευνα για την έγκυρη και σωστή διεξαγωγή των αποτελεσμάτων, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό όλων των βαθμίδων του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος» με τη χρήση σταθμισμένου ερωτηματολογίου.

### **B.11. Αποτελέσματα**

Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 146 άτομα, νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων εκ των οποίων 132 (ποσοστό 90,4%) ήταν γυναίκες και 14 (ποσοστό 9,6%) ήταν άνδρες. Όσον αφορά την ηλικία, ο μέσος όρος ήταν τα

44,1 έτη με τυπική απόκλιση τα  $\pm 9,6$  έτη. Επιπλέον, το 3,4% κυμαίνεται από 22-29 έτη, το 28,8% κυμαίνεται ηλικιακά από 30-39 έτη, το 41,1 % κυμαίνεται από 40-49 έτη, ενώ το 26,7% κυμαίνεται από τα 50 έως τα 60 έτη.

Ως προς το εκπαιδευτικό στάτους των συμμετεχόντων στην έρευνα, το 69,2% είναι απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, το 4,1% είναι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, το 19,9% είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ενώ μόλις το 6,8 % είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα το 67,8% είναι έγγαμοι, το 19,2% είναι άγαμοι, το 4,1% συζούν με το/τη σύντροφο τους, το 8,9% είναι διαζευγμένοι, ενώ ο μέσος όρος των αριθμών μελών της οικογένειας είναι 3,2 με τυπική απόκλιση  $\pm 1,3$ .

Ως προς την παρούσα θέση εργασίας του δείγματος, το 19,9% υπηρετούν ως βοηθοί νοσηλευτών, το 68,5% υπηρετούν ως νοσηλεύτές/τριες, το 8,9% υπηρετούν ως προϊστάμενοι και το 2,7% είναι τομεάρχες.

Θέλοντας να διερευνήσουμε στα δημογραφικά στοιχεία και τα χρόνια προϋπηρεσίας του δείγματος, το 9,6% έχει από 3-5 έτη προϋπηρεσίας. Αντίστοιχο ποσοστό παρατηρείται και για όσους εργάζονται 6-10 χρόνια. Το 20,5% έχει από 11-15 έτη προϋπηρεσίας, το 17,8% έχει 16-20 έτη προϋπηρεσίας και το 10,3% έχει από 21-25 έτη προϋπηρεσίας. Μεγαλύτερο ποσοστό προϋπηρεσίας εμφανίζει το δείγμα μας που δουλεύει από 26-30 έτη με ποσοστό 23,3%, ενώ το μικρότερο ποσοστό προϋπηρεσίας, της τάξης του 8,9% έχει πάνω από 31 έτη προϋπηρεσία.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι το 31,5% του δείγματος είναι καπνιστές (Πίνακας 1).



**Πίνακας 1** Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στη μελέτη

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>γυναίκες</i>	132	90,4
	<i>άνδρες</i>	14	9,6
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>μέση ηλικία±τυπ.αποκλ.</i>	44,1±9,6	
	<i>22-29</i>	5	3,4
	<i>30-39</i>	42	28,8
	<i>40-49</i>	60	41,1
	<i>50-60</i>	39	26,7
<b>Εκπαίδευση</b>	<i>απόφοιτος/η σχολής</i>	29	19,9
	<i>TEI</i>	101	69,2
	<i>AEI</i>	6	4,1
	<i>μεταπτυχιακό ή διδακτορικό</i>	10	6,8
		10	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>έγγαμος/η</i>	99	67,8
	<i>άγαμος/η</i>	28	19,2
	<i>συζεί</i>	6	4,1
	<i>διαζευγμένος/η</i>	13	8,9
<b>Αριθμός μελών οικογένειας</b>	<i>μέση τιμή±τυπ.αποκλ.</i>	3,2±1,3	
<b>Παρούσα θέση εργασίας</b>	<i>Βοηθός νοσηλεύτη</i>	29	19,9
	<i>Νοσηλεύτης/τρια</i>	100	68,5
	<i>Προϊστάμενος/η</i>	13	8,9
	<i>Τομεάρχης</i>	4	2,7
<b>Προϋπηρεσία, χρόνια</b>	<i>3-5</i>	14	9,6
	<i>6-10</i>	14	9,6

	<i>11-15</i>	30	20,5
	<i>16-20</i>	26	17,8
	<i>21-25</i>	15	10,3
	<i>26-30</i>	34	23,3
	<i>31+</i>	13	8,9
<b>Συνήθεια καπνίσματος</b>	<i>Ναι</i>	46	31,5

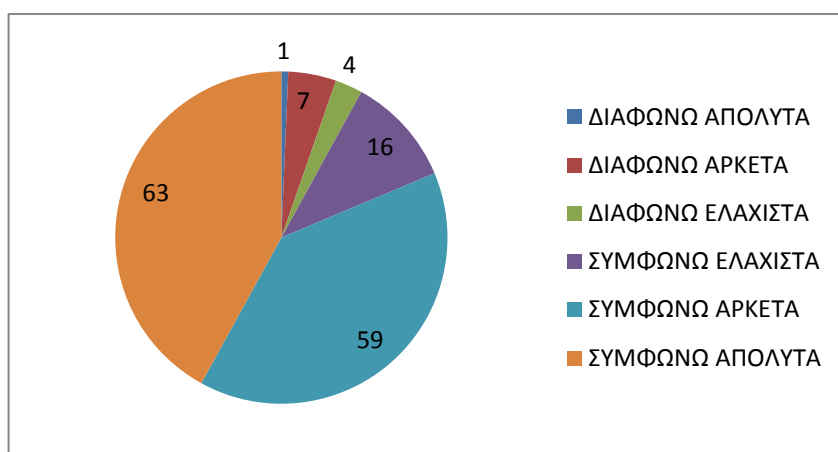
**Πίνακας 2.** Επίπεδα υποκλιμάκων ή συνιστωσών του ερωτηματολογίου Job Satisfaction Survey (JSS) που προσδιορίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση των 146 συμμετεχόντων της μελέτης.

<i>Υποκλίμακες Ικανοποίησης</i>	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Ασυμμετρία
<b>Μισθός</b>	8,2	3,7	8	4	18	0,65
<b>Προαγωγή</b>	9,3	3,7	9	4	19	0,25
<b>Διεύθυνση</b>	19,6	4,0	20	7	24	-0,87
<b>Πρόσθετες παροχές</b>	8,7	3,8	8	4	22	0,58
<b>Έκτακτες ανταμοιβές</b>	10,5	4,2	10	4	24	0,42
<b>Ισχύουσες διαδικασίες</b>	11,2	3,5	11	5	23	0,39
<b>Συνεργάτες</b>	17,3	3,5	17	6	24	-0,11
<b>Φύση της εργασίας</b>	17,4	4,2	17	4	24	-0,61
<b>Επικοινωνία</b>	14,2	4,3	14	4	24	0,16
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	116,4	21,9	117	66	171	0,16

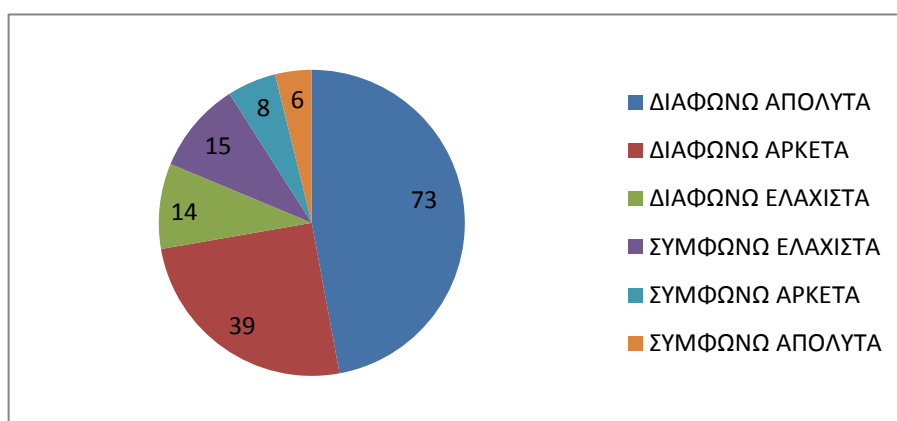
Έλεγχος Friedman μεταξύ των 9 υποκλιμάκων,  $p < 0.001$

Διερευνώντας τις υποκλίμακες που προσδιορίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση του δείγματος της μελέτης, ήτοι το μισθό, την προαγωγή, τη διεύθυνση, τις πρόσθετες παροχές, τις έκτακτες ανταμοιβές, τις ισχύουσες διαδικασίες, τους συνεργάτες, τη φύση της εργασίας και την επικοινωνία βλέπουμε ότι το δείγμα έχει θετικό πρόσημο ως προς την διεύθυνση και λιγότερο θετικό πρόσημο ως προς τη μισθοδοσία.

Για να γίνει κατανοητό το παραπάνω συμπέρασμα θα πρέπει να δούμε τά παρακάτω γραφήματα.



**Εικόνα 2 Ο/Η προϊστάμενος μου είναι πολύ ικανός στη δουλειά του**

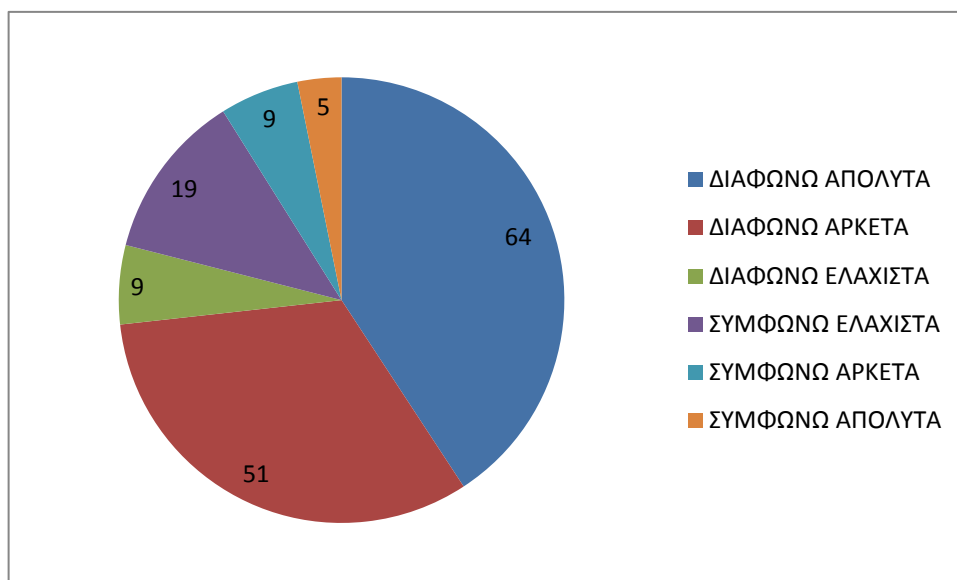


**Εικόνα 3 Ο προϊστάμενος μου είναι άδικος μαζί μου**

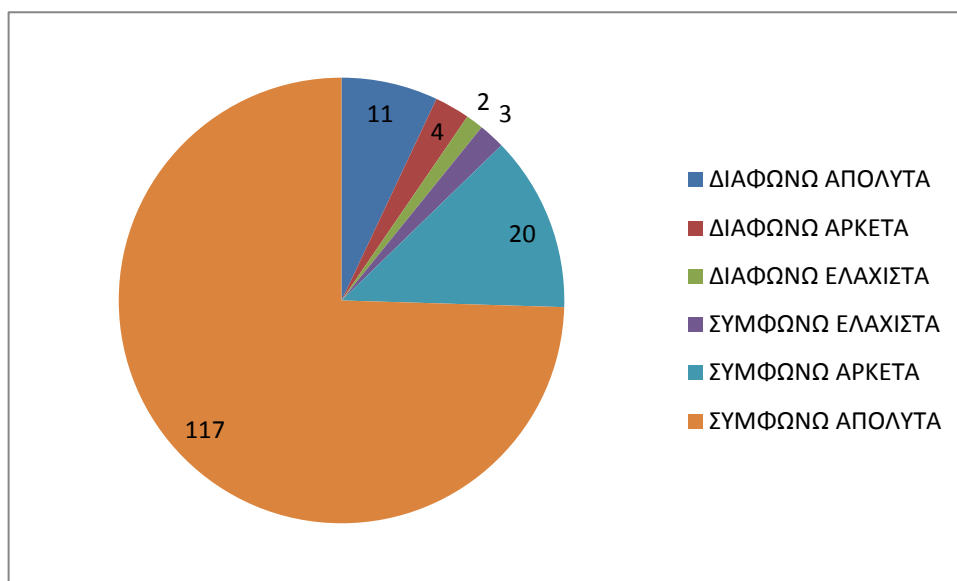
Τα παραπάνω δύο γραφήματα (Εικόνα 1 και 2), είναι απεικόνιση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου Job Satisfaction Survey (JSS) που προσδιορίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση των 146 συμμετεχόντων της μελέτης. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες

κλήθηκαν να απαντήσουν, κατά πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν ως προς τα αν ο προϊστάμενος είναι πολύ ικανός στη δουλειά του και το αν ο προϊστάμενος είναι άδικος με το προσωπικό.

Τα παρακάτω δύο γραφήματα (Εικόνα 3 και 4), είναι μέρος της απεικόνιση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου Job Satisfaction Survey (JSS) που προσδιορίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση των 146 συμμετεχόντων της μελέτης. Συγκεκριμένα, το δείγμα της μελέτης κλήθηκε να απαντήσει ως προς την ικανοποίηση του για την μισθολογική του θέση. Παρατηρήθηκε και στο πίνακα 2, ότι το μικρότερο ποσοστό επαγγελματικής ικανοποίησης το λαμβάνουν το νοσηλευτικό προσωπικό από το μισθό του.



**Εικόνα 4 Πιστέω ότι αμείβομαι δίκαια για την εργασία που κάνω**



**Εικόνα 5** Οι αυξήσεις του μισθού μου είναι λίγες και σπάνιες

**Πίνακας 3.** Επίπεδα υποκλιμάκων ή συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF-36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 146 συμμετεχόντων της μελέτης.

Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Ασυμμετρία
Φυσικής Λειτουργίας (Physical Functioning, PF)	74,3	26,3	82,5	0,0	100,0	-0,95
Φυσικού Ρόλου (Role Physical, RP)	67,8	36,7	75,0	0,0	100,0	-0,70
Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional, RE)	69,0	38,2	100,0	0,0	100,0	-0,74
Ζωτικότητας (Vitality, VT)	51,7	17,3	50,0	10,0	100,0	0,28
Διανοητική υγεία (Mental Health, MH)	62,2	16,2	60,0	4,0	100,0	-0,20
Κοινωνικής	67,5	22,8	75,0	12,5	100,0	-0,26

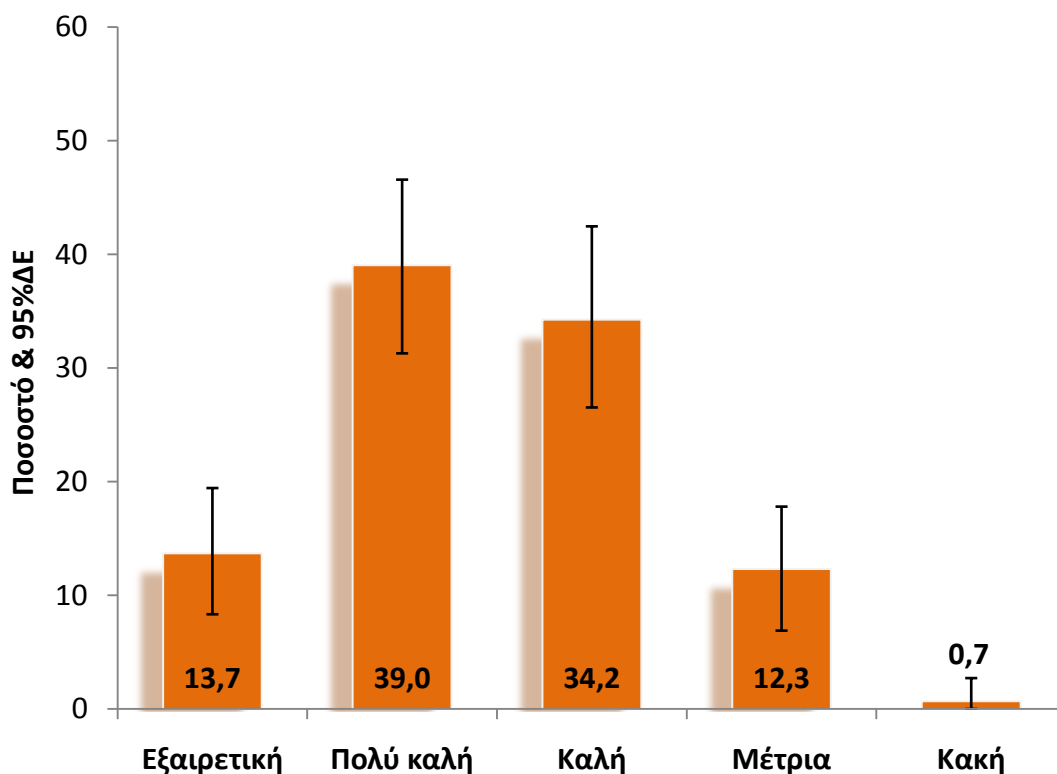
Λειτουργίας (Social Functioning, SF)						
Σωματικού Πόνου (Bodily Pain, BP)	71,8	24,8	77,5	10,0	100,0	-0,60
Γενικής Υγείας (General Health, GH)	65,1	19,4	65,0	20,0	100,0	-0,09
Σωματική συνιστώσα (Physical component)	69,8	21,0	72,8	20,0	100,0	-0,41
Ψυχική συνιστώσα (Mental component)	62,6	19,3	64,3	18,8	100,0	-0,30

Έλεγχος Friedman των 9 συνιστωσών,  $p < 0.001$ .

Διερευνώντας τις υποκλίμακες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής του δείγματος της μελέτης, ήτοι της φυσικής λειτουργίας, του φυσικού ρόλου, του συναισθηματικού ρόλου, της ζωτικότητας, της διανοητικής υγείας, της κοινωνικής λειτουργίας, του σωματικού πόνου και της γενικής υγείας βλέπουμε ότι το δείγμα έχει θετικό πρόσημο ως προς την φυσική λειτουργία και λιγότερο θετικό πρόσημο ως προς τη ζωτικότητα.

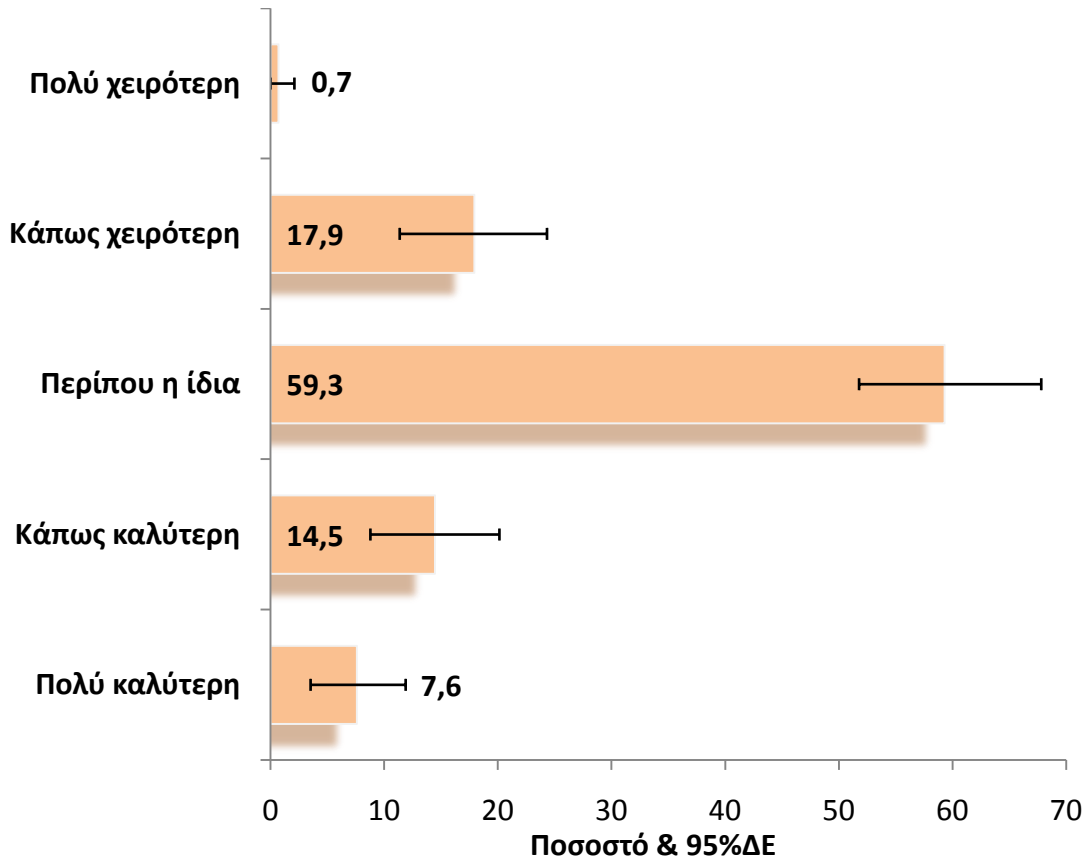
Ρωτώντας τους 146 συμμετέχοντες αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους, όπως φανερώνεται και στο σχήμα 1, το 39% αναφέρει ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή, το 34,2% αναφέρει ότι το επίπεδο της υγείας τους είναι καλό. Μόλις το 13,7% δηλώνει εξαιρετική την υγεία τους και το 12,3% δηλώνει πως είναι μέτρια, ενώ το 0,7 δηλώνει πως η υγεία τους είναι κακή.

**Σχήμα 1.** Συχνότητα αυτοαναφοράς επιπέδου υγείας των 146 συμμετεχόντων της μελέτης (ερώτηση 1 του SF-36: «Σε γενικές γραμμές, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:»).



Στο παρακάτω σχήμα (σχήμα 2) ζητήθηκε από τους 146 συμμετέχοντες της μελέτης να αυτοαναφερθούν ως προς το επίπεδο της υγείας τους σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος. Το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 59,3% αναφέρει ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι περίπου η ίδια, ενώ μόλις το 7,6% δηλώνει ότι είναι πολύ καλύτερη. Το 17,9% αναφέρει ότι είναι κάπως χειρότερη, ενώ μόλις το 0,7% δηλώνει ότι είναι πολύ χειρότερη.

**Σχήμα 2.** Συχνότητα αυτοαναφοράς επιπέδου υγείας των 146 συμμετεχόντων της μελέτης σε σύγκριση με έναν χρόνο πριν (ερώτηση 2 του SF-36: «Κάνοντας σύγκριση με την κατάσταση σας πριν από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα;»).





Στο παρακάτω πίνακα (πίνακας 4) βλέπουμε τους συντελεστές συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου Job Satisfaction Survey (JSS) που προσδιορίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση των 146 συμμετεχόντων της μελέτης, ως προς τα βασικά τους χαρακτηριστικά. Ωστόσο, δεν διαφαίνεται μια συστηματική συσχέτιση κάποιου χαρακτηριστικού με τις υποκλίμακες ικανοποίησης.

Οι γυναίκες για παράδειγμα είναι περισσότερο ικανοποιημένες με τη Διεύθυνση ( $r=0.165$ ,  $p<0.05$ ) ή όσοι βρίσκονται σε «ελεύθερη» οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να έχουν χαμηλότερη ικανοποίηση από τη φύση της εργασίας ( $r=-0.243$ ,  $p<0.05$ ) ή την επικοινωνία ( $r=-0.174$ ,  $p<0.05$ ) (αντίστροφα οι έγγαμοι ή όσοι συζούν είναι περισσότερο ικανοποιημένοι στις δυο συνιστώσες).

Συμπερασματικά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι με τη γενικότερη ικανοποίηση δεν σχετίζεται σημαντικά κανένα χαρακτηριστικό.

**Πίνακας 4.**

	Υποκλίμακες Ικανοποίησης											
	Αισθός	Προαγωγή	Διεύθυνση	Πρόσθετες	αρχές	έκτακτες	νταμοιβές	σχύουσες	ιαδικασίες	υνεργάτες	η φύση της εργασίας	επικοινωνία
	rho-Spearman											
<b>Φύλο</b> (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	-0,020	0,047	0,165*	0,007	0,102	0,007	0,043	-0,050	0,009	0,056		
<b>Ηλικία</b> (χρόνια)	0,056	-0,004	-0,054	0,145	-0,022	-0,086	-0,018	0,107	0,107	0,045		
<b>Εκπαίδευση</b> (1: απόφοιτος/η σχολής, 2:ΤΕΙ, 3:ΑΕΙ, 4: μεταπτυχιακό ή	-0,033	-0,150	-0,048	-0,015	-0,005	0,171*	-0,096	-	0,189*	-0,036	-0,074	

διδακτορικό)											
<b>Οικογ. κατάσταση</b>											
(1:έγγαμος/η ή συζεί,	0,066	-0,070	-0,022	0,060	-0,053	0,062	-0,089	-	-	-	-0,089
2:διαζευγμένος/η ή άγαμος/η)								0,243*	0,174*		
<b>Αριθμός μελών οικογένειας</b>											
<b>Παρούσα θέση εργασίας</b>											
(1:Βοηθός νοσηλευτή, 2:	0,122	-0,038	-0,019	0,156	0,063	-0,001	0,159	0,080	0,227*	0,135	
Νοσηλευτής/τρια, 3: Προϊστάμενος/η, 4: Τομεάρχης)											
<b>Προϋπηρεσία (χρόνια)</b>	0,025	-0,042	-0,102	0,148	-0,084	-0,143	-0,115	0,052	0,126	-0,019	
<b>Συνήθεια καπνίσματος</b>											
(1:όχι, 2:ναι)	-0,092	-0,093	-0,039	-0,113	-0,092	-0,113	0,022	0,063	0,038	-0,071	

\* p<0.05

Από τον παρακάτω πίνακα (πίνακας 5) βλέπουμε τους συντελεστές συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 146 συμμετεχόντων της μελέτης, ως προς τα βασικά τους χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα βλέπουμε ότι το το γυναικείο φύλο σχετίζεται σημαντικά με καλύτερη ποιότητα ζωής σωματικού πόνου ( $r=0.164$ ,  $p<0.05$ ), ζωτικότητας ( $r=0.223$ ,  $p<0.05$ ) ή γενικότερα σωματικής υγείας ( $r=0.171$ ,  $p<0.05$ ) σε αντίθεση με την αυξημένη ηλικία που σχετίζεται με χαμηλότερη σωματικής υγείας ( $r=-0.250$ ,  $p<0.05$ ). Ανάλογα συμβαίνει με την προϋπηρεσία καθώς περισσότερα χρόνια σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα φυσικής λειτουργίας ή ρόλου και σωματικής υγείας.

## Πίνακας 5.

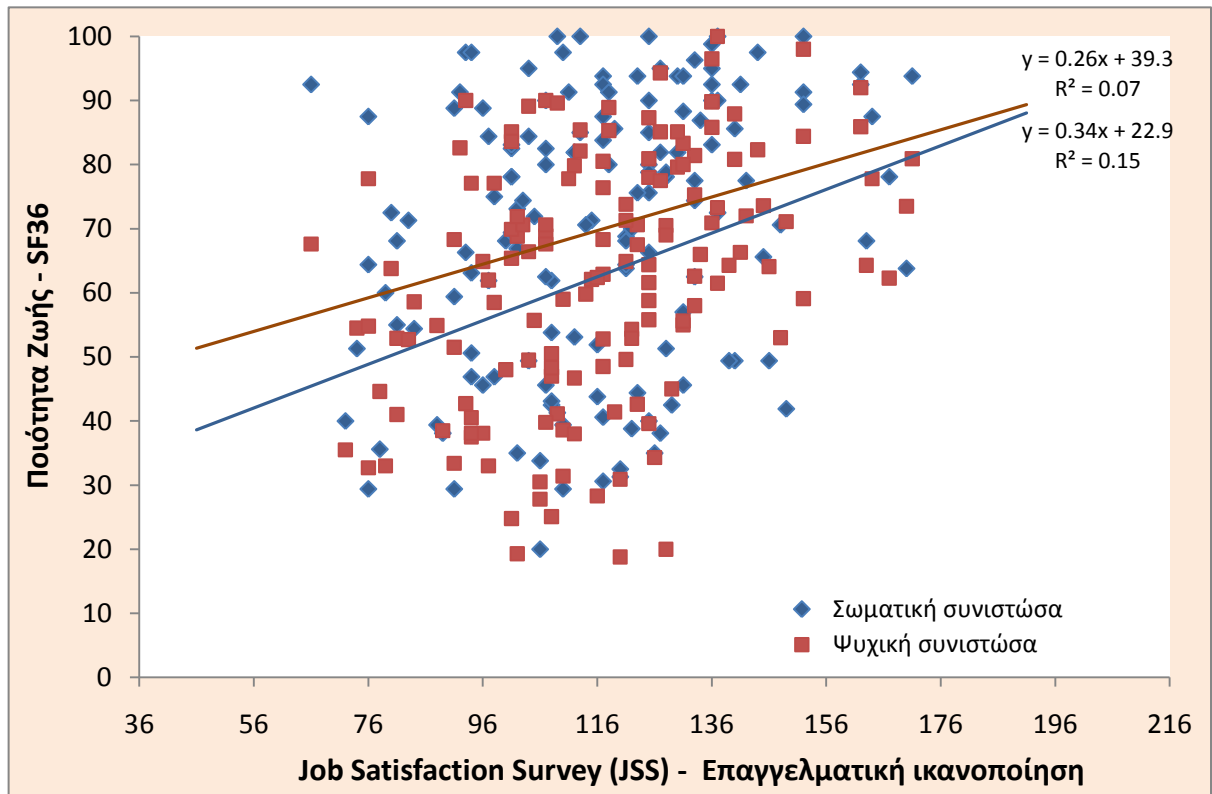
### Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής SF-36

	ψυχικής επιθυμίας	ψυχικού βόλου	σωματικού βόλου	ενικής γείας	οπτικότητας	οιωνικής Λειτουργίας	πν/κού βόλου	ικανοητική υγεία	σωματική υγιεινότητα	ψυχική υγιεινότητα
	rho-Spearman									
<b>Φύλο</b> (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,102	0,143	0,164*	0,124	0,223*	0,134	0,082	0,117	0,171*	0,155
<b>Ηλικία</b> (χρόνια)	-0,352*	-0,140	-0,150	-0,149	-0,020	-0,040	0,050	-0,069	-0,250*	-0,006
<b>Εκπαίδευση</b> (1: απόφοιτος/η σχολής, 2:ΤΕΙ, 3:ΑΕΙ, 4: μεταπτυχιακό ή διδακτορικό)	0,249*	0,078	0,053	-0,020	0,033	-0,015	-0,024	-0,046	0,123	-0,018
<b>Οικογ. κατάσταση</b> (1:έγγαμος/η ή συζεί, 2:διαζευγμένος/η ή άγαμος/η)	-0,046	0,081	-0,051	0,039	0,030	-0,061	0,029	-0,112	0,015	-0,021
<b>Αριθμός μελών οικογένειας</b>	-0,021	-0,057	-0,008	-0,116	-0,114	0,026	-0,084	0,011	-0,061	-0,057
<b>Παρούσα θέση εργασίας</b> (1:Βοηθός νοσηλεύτη, 2: Νοσηλεύτης/τρια, 3: Προϊστάμενος/η, 4: Τομέαρχης)	0,145	0,161	0,051	-0,104	0,050	-0,023	0,071	-0,069	0,107	0,025
<b>Προϋπηρεσία</b> (χρόνια)	-0,346*	-0,169*	-0,106	-0,113	-0,070	-0,054	-0,058	-0,154	-0,240*	-0,093
<b>Συνήθεια καπνίσματος</b> (1:όχι, 2:ναι)	0,055	0,012	-0,015	0,033	-0,094	-0,018	-0,067	-0,159	0,026	-0,093

\* p<0.05

Από τα στατιστικά δεδομένα που έχουμε διαθέσιμα από τις απαντήσεις των 146 συμμετεχόντων της έρευνας, διαπιστώνεται ότι η συνολική επαγγελματική ικανοποίηση ενδεχομένως δύναται να επηρεάζει τη ποιότητα ζωής καθώς αυξανόμενη σχετίζεται θετικώς σημαντικά (**σχήμα 3**) με καλύτερη σωματική ( $r=0.277$ ,  $p=0.001$ ) αλλά και ψυχική υγεία ( $r=0.388$ ,  $p<0.001$ ).

**Σχήμα 3.** Γραμμική συσχέτιση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 146 συμμετεχόντων της μελέτης, ως προς τη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση (Job Satisfaction Survey).



Αναλύοντας το παρακάτω πίνακα ως προς τη σωματική και ψυχική συνιστώσα της ποιότητας ζωής (SF-36) με τις υποκλίμακες της επαγγελματικής ικανοποίησης, φανερώνεται ότι μόνο η υποκλίμακα ικανοποίησης από τους Συνεργάτες σχετίζεται (ή δύναται να επηρεάζει) τη καλύτερη σωματική ( $\beta=0.238$ ,  $p=0.015$ ) αλλά και ψυχική υγεία ( $\beta=0.296$ ,  $p=0.003$ ).

**Πίνακας 6.** Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της Σωματικής & Ψυχικής συνιστώσας της Ποιότητας Ζωής SF-36 με τις υποκλίμακες της επαγγελματικής ικανοποίησης των 146 συμμετεχόντων της μελέτης\*.

<i>Υποκλίμακες Ικανοποίησης</i>	<b>Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής SF-36</b>			
	<b>Σωματική συνιστώσα</b>		<b>Ψυχική συνιστώσα</b>	
	stand. beta	p-value	stand. beta	p-value
<b>Μισθός</b>	-0,117	0,260	0,018	0,864
<b>Προαγωγή</b>	0,145	0,143	0,022	0,822
<b>Διεύθυνση</b>	0,037	0,656	-0,066	0,429
<b>Πρόσθετες παροχές</b>	-0,088	0,352	-0,132	0,165
<b>Έκτακτες ανταμοιβές</b>	0,044	0,718	0,220	0,074
<b>Ισχύουσες διαδικασίες</b>	-0,118	0,152	-0,107	0,195
<b>Συνεργάτες</b>	<b>0,238</b>	<b>0,015</b>	<b>0,296</b>	<b>0,003</b>
<b>Φύση της εργασίας</b>	0,065	0,507	0,141	0,151
<b>Επικοινωνία</b>	0,154	0,120	0,057	0,569

\* Στα δυο μοντέλα παλινδρομήσεων έχουν χρησιμοποιηθεί και τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 7.** Επίπεδα υποκλιμάκων επαγγελματικής ικανοποίησης ως προς την αυτοαναφορά του επιπέδου υγείας των 146 συμμετεχόντων της μελέτης (ερώτηση 1 του SF-36: «Σε γενικές γραμμές, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:»).

	Εξαιρετική, Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια, Κακή	p-value
	μέση τιμή±τυπ.αποκλ.			
Μισθός	8,3±3,4	8,3±3,8	7,3±4,3	0,288
Προαγωγή	9,4±3,9	9,5±3,2	7,8±4,0	0,135
Διεύθυνση	20,3±3,6	18,9±4,4	18,8±4,6	0,174
Πρόσθετες παροχές	8,6±3,4	9,2±4,6	7,7±3,5	0,489
Έκτακτες ανταμοιβές	10,8±4,2	11,0±4,2	8,1±3,6	<b>0,019</b>
Ισχύουσες διαδικασίες	11,4±3,4	11,1±3,1	10,6±4,8	0,446
Συνεργάτες	17,7±3,6	17,5±3,2	14,7±2,7	<b>0,003</b>
Φύση της εργασίας	17,6±3,8	17,4±4,6	16,8±4,6	0,765
Επικοινωνία	14,7±4,4	14,2±4,4	12,6±3,5	0,212
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>118,9±21,6</b>	<b>117,1±22,1</b>	<b>104,3±19,4</b>	<b>0,036</b>

Kruskal-Wallis έλεγχοι

Είναι εμφανές από τον πίνακα 7 ότι όσοι δηλώνουν «μέτρια, κακή» κατάσταση της υγείας τους έχουν και σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από έκτακτες αμοιβές, συνεργάτες ή συνολική ικανοποίηση από την εργασία.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνήθηκε η επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων.

Το δείγμα αποτέλεσαν 146 νοσηλευτές Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής και βοηθοί νοσηλευτών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, εκ των οποίων 132 άτομα ήταν γυναίκες και 14 ήταν άνδρες.

Τα συμπεράσματα της μελέτης μας είναι τα ακόλουθα:

- Η επαγγελματική ικανοποίηση του δείγματος συνδέεται πιο άμεσα με την Διεύθυνση της εργασίας τους και λιγότερο με την μισθολογική τους κατάσταση.
- Αναφορικά με την ποιότητα ζωής, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αναφέρει ως θετικό χαρακτηριστικό του την φυσική του λειτουργία, ενώ η ζωτικότητα τους παρουσιάζει λιγότερο θετικό πρόσημο.
- Σε επίπεδο αυτοαναφοράς, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων κρίνει ότι το επίπεδο υγείας τους είναι πολύ καλό και πάνω από το μισό δείγμα ανέφερε ότι σε σχέση με το προηγούμενο έτος το επίπεδο της υγείας τους είναι το ίδιο. Ωστόσο, το δείγμα της μελέτης που δήλωσε ότι η κατάσταση της υγείας του είναι «μέτρια» ή κακή και σε συσχέτιση με τις υποκλίμακες της επαγγελματικής ικανοποίησης δείχνει σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από έκτακτες αμοιβές, συνεργάτες ή συνολική ικανοποίηση από την εργασία.
- Μελετώντας τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και συσχετίζοντας τα με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Job Satisfaction Survey (JSS) που προσδιορίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση των 146 συμμετεχόντων της μελέτης δεν διαφάνηκε συστηματική συσχέτιση κάποιου χαρακτηριστικού με τις υποκλίμακες ικανοποίησης.
- Μελετώντας τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και συσχετίζοντας τα με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των

146 συμμετεχόντων της μελέτης, φάνηκε μία συσχέτιση φύλου και ηλικίας ως προς την ανάπτυξη ή μη της ποιότητας ζωής.

- Επιπλέον, από τα στατιστικά δεδομένα που έχουμε διαθέσιμα από τις απαντήσεις των 146 συμμετεχόντων της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι η συνολική επαγγελματική ικανοποίηση ενδεχομένως δύναται να επηρεάζει τη ποιότητα ζωής καθώς αυξανόμενη σχετίζεται θετικώς σημαντικά με καλύτερη σωματική ( $r=0.277$ ,  $p=0.001$ ) αλλά και ψυχική υγεία ( $r=0.388$ ,  $p<0.001$ ).
- Τέλος, συσχετίζοντας την ποιότητα ζωής με την υποκλίμακα της επαγγελματικής ικανοποίησης φανερώθηκε ότι μόνο η υποκλίμακα ικανοποίησης από τους Συνεργάτες σχετίζεται ή δύναται να επηρεάζει τη καλύτερη σωματική αλλά και ψυχική υγεία.



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εργασία ως όρος και πρακτική έχει λάβει διαφορετικές θεωρητικές έννοιες, θετικές και αρνητικές, ανάλογα με το χρόνο, τόπο και λόγο αναφοράς. Αποτελεί δε, πεδίο μελέτης της κοινωνιολογίας δίνοντας έμφαση στην εξέλιξη του φαινομένου, τους παράγοντες διαμόρφωσης και τα αποτελέσματα της στην αναδιάρθρωση της παραγωγής, στην μεταβιομηχανική κοινωνία. Η εξέλιξη της εργασίας από έναν καθαρά νομικό όρο που όριζε ότι ένας εκ των δύο μερών (εργάτης) προσφέρει την πνευματική ή και σωματική του υπόσταση και ο δεύτερος (εργοδότης) τον ανταμείβει για το προσφερόμενο έργο, το οποίο γίνεται προς όφελος του, πλέον αποκτά ερευνητικό ενδιαφέρον και σε άλλες επιστήμες όπως την ψυχολογία. Η αστική κοινωνία μετέτρεψε τους όρους ύπαρξης της εργασίας από τους καθαρά όρους επιβίωσης, σε όρους κάλυψης αναγκών. Από την άλλη πλευρά, η ίδια η φύση της εργασίας στην μετανεωτερικότητα, δημιουργεί ανισότητες, εργαζόμενους θύματα mobbing, εργαζόμενους με επισφαλείς συνθήκες και όρους εργασίας, δεδομένο που τους οδηγεί σε μειωμένη εργασιακή απόδοση, σε burnout και σε παραίτηση.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία μελετήθηκε βιβλιογραφικά η επαγγελματική ικανοποίηση και η ποιότητα ζωής. Αναφέρθηκαν ορισμοί σχετικά με τις δύο αυτές έννοιες και θεωρίες που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση, και τη σύνδεση της με την κουλτούρα καθώς και παράγοντες που την επηρεάζουν. Επιπλέον, κατεγράφησαν μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την ποιότητα ζωής, τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητα ζωής, ενώ έγινε λόγος και για την επαγγελματική εξουθένωση.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, στο ερευνητικό κομμάτι διερευνήσαμε την επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων, τα αποτελέσματα της οποίας κατεγράφησαν παραπάνω.

Ορμώμενοι βιβλιογραφικά και ερευνητικά, από τα στοιχεία που έχουμε συλλέξει θεωρούμε αναγκαία την λήψη των εξής μέτρων:

- Να επανακαθοριστούν διοικητικές λειτουργίες που θα δίνουν τη δυνατότητα στους εργαζόμενους να εκφράζουν την άποψή του και να ενισχύουν την

ομαδική εργασία και το πνεύμα συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων.

- Να διασφαλίζεται η αξιολόγηση των εργαζομένων αλλά και των προϊσταμένων τους μέσα από σαφείς δημοκρατικές και αμερόληπτες διαδικασίες κρίσεων και ύπαρξη περισσότερων ευκαιριών προαγωγής του προσωπικού
- Αύξηση του μισθού στο νοσηλευτικό προσωπικό
- Πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού, με ολοκληρωμένη ασφαλιστική κάλυψη, άδειες μετ' αποδοχών, συνταξιοδοτικές προοπτικές
- Ανταμοιβή του προσωπικού, δηλαδή να εκτιμάται η εργασία που προσφέρουν
- Την διασφάλιση ενός ασφαλούς επικοινωνιακού μέρους, με ξεκάθαρους στόχους που πρέπει να διεκπεραιωθούν από την διοίκηση του νοσοκομείου προς το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Την συνεχή επιμόρφωση του προσωπικού με την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων για επιμόρφωση του προσωπικού των νοσοκομείων για την ομαλή συνεργασία τους στο εργασιακό περιβάλλον

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Acevedo G, Castañeda H. Importancia de la satisfacción como indicador de la calidad de enfermería. México, DF, Ed. Universum; 2008.
- Ahmed I. Effects of motivational factors on employees job satisfaction: a case study of University of the Punjab, Pakistan. *Int J Bus Manag* 2010, 5:70–80.
- Al-Enezi N, Chowdhury R, Shah M, Al-Otobi M. Job satisfaction of nurses with multicultural backgrounds: a questionnaire survey in Kuwait. *Appl Nurs Res* 2009, 22:94-100
- Anokye NK, Trueman P, Green C, Pavey TG, Taylor RS. Physical activity and health related quality of life. *BMC Public Health* 2012, 12:624
- Asegid A, Belachew T, Yimam E. Factors influencing job satisfaction and anticipated turnover among nurses in Sidama zone public health facilities, South Ethiopia. *Nurs Res Pract* 2014, 2014:909768
- Atif K, Khan HU, Maqbool S. Job satisfaction among doctors, a multi-faceted subject studied at a tertiary care hospital in Lahore. *Pak J Med Sci* 2015, 31:610–14.
- Baernholdt M, Mark BA. The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *J Nurs Manag* 2009, 17:994-1001.
- Bakhshi S, Sun F, Murrells T, While A. Nurses' health behaviours and physical activity-related health-promotion practices. *Br J Commun Nurs* 2015, 20:289–296
- Bakker AB, Killmer CH, Siegrist J, Schaufeli WB. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *J Adv Nurs*. 2000, 31:884-91.
- Beechman L. BMA warns of stress suffered by senior doctors. *Br Med J* 2000, 29:42–43
- Bellali Th, Kontodimopoulos N, Kalafati M, Niakas D. Exploring the effect of professional burnout on health-related quality of life in Greek nurses. *Arch Hell Med*. 2007,24(Suppl 1):75–84.
- Berger B, Pargman D, Weinberg RS. *Foundations of exercise psychology*. 2nd ed. Morgantown: Fitness information technology, 2007
- Booth JN, Bromley LE, Darukhanavala AP, Whitmore HR, Imperial JG, Penev PD. Reduced physical activity in adults at risk for type 2 diabetes who curtail their sleep. *Obesity* 2011, 20:278–284
- Brazier, J.E., Roberts, J.& Deverill, M. (2002) The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics*, 21 (2). pp. 271-292. ISSN 0167-6296, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://eprints.whiterose.ac.uk/474/1/brazierje10.pdf> (12/01/2019)

- Brooks Beth A. & Anderson Mary Ann. Assessing the Quality of Nursing Work Life. *J Nurs Care Qual* 2004, Vol. 19, No. 3, pp. 269–275.
- Bryant R, Madonna G. Multiple role balance, job satisfaction and life satisfaction in women school counselors. 2006.
- Burckhardt Carol S, Kathryn L Anderson (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. *Health Qual Life Outcomes*. 2003, 1: 60.
- Celalettin S, Keziban K. Defining the Quality of Life Levels of the Nurses: A Study in Pamukkale University. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2013, 89:580 - 4.
- Chakraborty R, Chatterjee A, Chaudhury S. Internal predictors of burnout in psychiatric nurses: An Indian study. *Ind Psychiatry J* 2012, 21:119–124
- Cherniss C, Dantzig S. Preventing and managing job-related stress. In R R. Kilburg, PE. Nathan, RW Thoreson (Eds.), *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology*. Washington D.C.: American Psychological Association. 1986.
- Chin DL, Nam S, Lee SJ. Occupational factors associated with obesity and leisure-time physical activity among nurses: A cross sectional study. *Int J Nurs Stud* 2016, 57:60–69
- Chirwa ML, Greeff M, Kohi TW, Naidoo JR, Makoe LN, Dlamini PS, Kaszubski C, Cuca YP, Uys LR, Holzemer WL. HIV stigma and nurse job satisfaction in five African countries. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2009, 20:14e21
- Cohen & Manion, *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Αθήνα, Μεταίχμιο, 2000: 475
- Conrad D, Guentgher YK. Compassion fatigue burnout and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse Negl*. 2006, 30(10):1071-80.
- Daley MR. Burnout: Smoldering problems in protective services. *Social Work*. 1979, 24(5): 375-9.
- Demir A, Ulosoy M, Ulosoy MF. Investigation of factors influencing burn out levels in professional and private lives of nurses. *Intern J Nurs Stud* 2003, 40:807–827
- Δημαράς, Ν. (2007) Εισαγωγή στο Εργατικό Δίκαιο. Πάτρα: Μελέτες Αστικού Δικαίου
- Douvanas A, Mpaliou M, Pandelaki A, Pousderki P, Marvaki Ch. A pilot study about the burn out investigation of PICU medical and nursing personnel for a pediatric hospital. *Rostrum of Asclepius*. 2011, 10(3):373-88.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008, 336:488–91

- Fallowfield L. Quality of life: the missing measurement in health care. London, Human horizon, Series souvenir Press, 1990
- Fang PQ, Luo ZN, Fang Z. What is the job satisfaction and active participation of medical staff in public hospital reform: a study in Hubei province of China. *Hum Resour Health* 2015, 13:34–47.
- Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005, 62:105e12.
- Filomena B, Marcello R. Reducing the effects of work–family conflict on job satisfaction: the kind of commitment matters. *Hum Resource Manag J* 2013, 23:91–108.
- Firth-Cozens J, Payne R. *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K. John Wiley & Sons Ltd, 1999.
- Fradelos E, Mpelegrinos S, Mparo Ch, Vassilopoulou Ch., Argyrou P., Tsironi M., Zyga S., Theofilou P. (2014). Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support. *Prog Health Sci* 2014, Vol 4
- Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychol Psychother Theor Res Pract*. 1975, 12(1):73-82.
- Ge C, Fu J, Chang Y, et al. Factors associated with job satisfaction among Chinese community health workers: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011, 11:884–96.
- Graham KR, Davies BL, Woodend AK, et al. Impacting Canadian public health nurses' job satisfaction. *Can J Public Health* 2011, 102:427–31
- Grandey AA, Cordeiro BL, Crouter AC. A longitudinal and multi-source test of the work–family conflict and job satisfaction relationship. *J Occup Organ Psychol* 2005,3:305–23.
- Guan X, Liang H, Xue Y, et al. An analysis of China's national essential medicines policy. *J Public Health Policy* 2011, 32: 305–19.
- Hannigan B, Edwards D, Coyle D, Fothergill A, Burnard P. Burnout in mental health nurses: findings from the all Wales stress study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000, 7:127–134
- Hawker CL. Physical activity and mental well-being in student nurses. *Nurs Educ Tod* 2012, 32:325–31

- Ho C-C, Hung C-T, Liu W-W, et al. Job stress, job satisfaction and propensity to leave: moderating effect of support at work-taking one regional hospital employee as an example. *Med Health J* 2014, 3:25–36.
- Huang WX, Wang JY, Zhang LW. Studying the grass-roots core doctors' satisfaction on their job in underdeveloped area of Guangdong. *Chin Health Serv Manag* 2011, 4:304–6.
- Ioannou Panagiotis, Katsikavali Vassiliki, Galanis Petros, Velonakis Emmanuel, Papadatou Danai, Sourtzi Panayota Impact of Job Satisfaction on Greek Nurses' Health-Related Quality of Life. *Safety and Health at Work*. 2015, 6 324e328
- Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs*. 2004, 48(6):622-31.
- Jimmieson NL. Employee reactions to behavioural control under conditions of stress the moderating role of self-efficacy. *Work & Stress* 2000, 14:262–280
- Joyce CM, Humphreys J, Schurer S, et al. Australian doctors' satisfaction with their work: results from the MABEL longitudinal survey of doctors. *Med J Aust* 2011, 194:30–3
- Kalandyk H, Penar-Zadarko B. A perception of professional problems by nurses. *Prog Health Sci*. 2013, 3(2):100-9.
- Κάντας, Α.(1998) Οργανωτική βιομηχανική ψυχολογία: Κίνητρα- επαγγελματική ικανοποίηση- ηγεσία (τομος Α, γ' εκδ). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Karanikola MN, Papathanassoglou EDE, Giannakopoulou M, Koutroubas A. Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic nurses. *J Nurs Manage* 2007, 15:78e90.
- Kaur S, Sharma R, Talwar R, et al. A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a tertiary hospital in Delhi. *Indian J Med Sci* 2009, 63:139–44
- Khan KM, Thompson AM, Blair SN, Sallis JF, Powell KE, Bull FC, Baumam AE. Sport and exercise as contributors to the health of nations. *Lancet* 2012, 380:59–64
- Kheiraoui F, Gualano MR, Mannocci A, Boccia A, La Torre G. Quality of life among healthcare workers: A multi centre cross-sectional study in Italy. *Pub Health* 2012, 126:624e9
- Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Advanc Nurs* 2001, 34:383–396
- Kheiraoui F, Gualano MR, Mannocci A, Boccia G. Quality of life among healthcare workers: a multicenter cross sectional study in Italy. *Publ Health* 2012, 126:624–629

- Korac V, Vasic M, Krstic M, Markovic R. Job satisfaction among health care workers in Serbia. *Cah Sociol Demogr Med* 2010, 50:319e43.
- Κουτσούμπας Α. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. (Διπλωματική Εργασία), ΕΑΠ,1996
- Kvist T, Voutilainen A, Mäntynen R, et al.. The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Serv Res* 2014, 14:466–75
- Κυριαζή, Νότα, *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999:87,97,272
- Lawler E, Mohrman A. The diffusion of QWL as a paradigm shift. Center for effective Organizations. USA. CEO Publication G; 1994
- Levert T, Marilyn L, Ortlepp K. Burnout in psychiatric nurses: contributions of the work environment and a sense of coherence. *South Africa J Psychol* 2000, 30:36–43
- Levin, Kate. Study Design III: cross-sectional studies. *Evidence-based dentistry*. 7. 24-5. 10.1038/sj.ebd.6400375,2006
- Lindo JL, LaGrenade J, McCaw-Binns A, Eldemire-Shearer D. Health status and health maintenance practices among doctors and nurses at two hospitals in Jamaica. *West Indian Med J* 2009, 58:539e45
- Lins Liliane and Carvalho Fernando Martins . SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Med*. 2016, 4: 2050312116671725.
- Louis Robert K. Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity. New York: Wiley, 1964.
- Lawler, E.& Suttle, L. Expectancy theory and Job behavior. *Organizational behavior and human performance*, 1973,482-503
- Maissiat GS, Lautert L, Pai DD, et al. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. *Revista Gaúcha De Enfermagem* 2015, 36:42–9.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter, MP. Maslach Burnout Inventory manual. 3th ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Ματάπα Ε. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ικανοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Στη Διοίκηση Επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Ιανουάριος,2015

- Meng XB. A study of relationship among work stress, self-efficacy and work performance of managers. [MD thesis]. Zhejiang University, 2004.
- Mishra, P.K. Job satisfaction. *Journal of humanities and Social Science*, vol.14,issue 5, Oct.2013, pp.45-54
- Μίτλεττον,Ν.(Επιμ.). Θεμελιώδεις έννοιες στη βιοστατιστική: Εισαγωγή για επαγγελματίες υγείας. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης,2011:113-116
- Ng Sh. (1993). A job satisfaction scale for nurses. *N Z J Psychol* 1993, 22:46–53.
- Niki G, Eleonora K, Kostas Z. Relationships among three facets of family-supportive work environments, work–family conflict and job satisfaction: a research in Greece. *Int J Hum Resource Manag* 2013, 24:3757–71.
- Nirali P, Rashmi P. Study of Quality of Work Life of Nurses and its Impact on their Job Satisfaction in Selected Private & Government Hospitals of Gujarat. *IJBR*. 2010, 10(3):172-7.
- Nizami A, Rafique I, Aslam F, Minhas FA, Najam N. Occupational stress and job satisfaction among nurses at a tertiary care hospital. *J Pak Psych Soc* 2006, 3:25-9
- Okerlund VW, Jackson PB, Parsons RJ. Factors affecting recruitment of physical therapy personnel in Utah. *Phys Ther* 1994, 74:177–84.
- Paniora,Rallou Matsouka Ourania, Theodorakis Yannis . The Effect of Physical Activity on the "Burnout" Syndrome and the Quality of Life of Nurses Working in Psychiatric CentersΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 56(3): 225–232 • *Hellenic Journal of Nursing* 2017, 56(3): 225–232
- Pappas NA, Alamanos Y, Dimoliatis ID. Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. *BMC Nurs* 2005, 4:8.
- Price, J.L.(1997). Handbook of organizational measurement. *International journal of manpower*, 18.305-358
- Ptacek R, Celedova L, Kuzelova H, Cevela H, Kebza V, Solcova I. Stress and burnout syndrome in medical professions in the Czech Republic. *Eur Psychiatry*. 2011, 26(Suppl 1): 1598.
- Rane, P.B. Employee job satisfaction An essence of organization. *HRM Review*, VolXI, N.7,2011,1-16
- Rajapaksa S, Rothstein W. Factors that influence the decisions of men and women nurses to leave nursing. *Nurs Forum* 2009;44:195-206



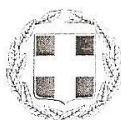
- Rezaei O, Habibi K, Arab Ghahestany D, Sayadnasiri M, Armoon B et al. Factors related to job burnout among nurses in the Razi Psychiatric Hospital, Iran. *Int J Adolesc Med Health*, 2018
- Robson, C, *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες*
- Sahraian A, Fazelzadeh A, Mehdizadeh AR, Toobae SH. Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *Int Nurs Rev*. 2008, 55(1):62-7.
- Sehlen S, Vordermark D, Schäfer C, et al. Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiat Oncol* 2009, 4:1–9.
- Shaikh MA. Career satisfaction among female nurses. *JCPSP* 2004, 14:72-4.
- Shen HC, Cheng Y, Tsai PJ, Lee SH, Guo YL. Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. *J Occup Health* 2005, 47:218e25
- Sluiter Judith K, Jos H Verbeek, Monique H W Frings-Dresen (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction - A systematic review. *Occupational Medicine* 2003, 53:191–200
- Σταθόπουλος, Π.(2005) Κοινωνική Πρόνοια: Ιστορική εξέλιξη- νέες κατευθύνσεις. Αθήνα: Παπαζήση
- Stavropoulou A, Papadaki E, Fylaki A, Kambas E. Burnout syndrome: Understanding and Early Recognition of Syndrome by Nursing Staff in Public and Private Hospitals. *Step Asklip* 2010, 3
- Sundquist J, Johansson SE. (2000). High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of Swedish general practitioners. *Scand J Public Health*; 28:123–31.
- Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras E, Bertran C, Sullman M. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Apr; 20(4):305-13.
- Sveinsdóttir H, Gunnarsdóttir HK. Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: results from a national survey. *Int J Nurs Stud* 2008, 45:1479–1489
- Theodorakis G. Exercise, mental health and quality of life. Thessaloniki, Christodoulides, 2010
- Theodorakis G, Hassandra M. Smoking and exercise. Part 2: Disputes between trainees and non-trainees. *Search Physic Educ Sport* 2005, 3:239–248

- Thiagaraj, D.& Thangaswamy, A. Theoretical concept of job satisfaction A study, Vol.5, issue6, June 2017,464-470
- Uchino BN. Understanding the links between social support and physical health a life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspect Psychol Sci.* 2009, 4(3): 236-55.
- Utriainen K, Kyngas H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *J Nurs Manage* 2009, 17:1002e10
- Wahba, M.& Bridwell, L.(1976). Maslow reconsidered A review of research on the need hierarchy theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, Vol.15, issue 2, pp.212-240
- Wei YT, Pang YS, Huang JL, et al. A survey on job satisfaction of health care staff worked in township health center of Guangdong province. *Chin J Health Stat* 2005, 1:82-5
- Westphal-Guitti AC, Alonso NB, Migliorini RC, da Silva TI, Azevedo AM, Caboclo LO, Sakamoto AC, Yacubian EM. Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy. *J Neurosci Nurs* 2007, 39:354e60
- WHO. Measuring quality of life. The world health organization quality of life instruments. Geneva 1997, p 1- 13.
- Yap MB, Devilly GJ. The role of perceived social support in crime victimization. *Clin Psychol Rev.* 2004, 24(1):1-14.
- Yong Lu, Xiao-Min Hu, Xiao-Liang Huang, Xiao-Dong Zhuang, Pi Guo, Li-Fen Feng, Wei Hu, Long Chen, Yuan-Tao Hao. Job satisfaction and associated factors among healthcare staff: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMJ* 2016, Open 6: e011388
- Υφαντόπουλος Γ. (). Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής και το Ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Archives of Hellenic Medicine.* 2007, ISSN 11-05-3992
- Φίλιας, Β. Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών. Αθήνα: Gutenberg, 1996:31
- Zavala María Olga Quintana, Klinj Tatiana Paravic, Carrillo Katia Lorena Saenz. Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. *Revista Latino-Am. Enfermagem* 2016, 24:e2713
- Zolli A, Healy A. Resiliencia por qué las cosas vuelvan a su lugar. Colombia: Norma, 2012.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### ΑΝΑΘΕΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΕΙ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ  
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 16/1/2018

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη  
Τηλέφ.: 2810-379538  
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 32

ΠΡΟΣ:  
Γκόβα Ήβη  
Διακαινισάκης Κωνσταντίνος  
Κουντουράκης Κωνσταντίνος

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής  
Ροβίθης Μιχαήλ

#### **ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.**

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6323 Γκόβα Ήβη  
ΥΝ6470 Διακαινισάκης Κωνσταντίνος  
ΥΝ6626 Κουντουράκης Κωνσταντίνος

με θέμα: «Η επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Ροβίθης Μιχαήλ**.

Παρατηρήσεις:

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Πρόεδρος του Τμήματος

Ευριδίκη Πατελάρου  
Αναπλ. Καθηγήτρια

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ2

### ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΠΟ 7<sup>Η</sup> Υ.Π.Ε.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>Η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
Ταχ. Δ/ση: 3<sup>ο</sup> χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,  
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης  
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη  
Τηλ: 2813 404411  
Fax: 2810 331570  
Email: [mpateraki@hc-crete.gr](mailto:mpateraki@hc-crete.gr),  
[dprogram@hc-crete.gr](mailto:dprogram@hc-crete.gr)

Ηράκλειο, 16 /05/18  
Αρ. Πρωτ.: 9414  
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κ Κουντουράκη Κ., Διακιανισάκη Κ. και  
Γκόβα Ηβ., σπουδαστές του Τμήματος  
Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης.

ΚΟΙΝ:

1. Διοικήτή ΓΝΧ
2. Πρόεδρο του Ε. Σ.
3. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας

**4. ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο ΓΝΧ «Αγ. Γεώργιος» στα πλαίσια Πτυχιακής εργασίας»**  
**ΣΧΕΤΙΚΑ:** Η με υπ' αρ. 06/πρκ. 06/30-04-2018 απόφαση του Ε. Σ. του Γ.Ν. Χανίων

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη το ανώτερο σχετικό έγγραφο, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή μελέτης στο Γ.Ν.Χ «Αγ. Γεώργιος» και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου, στα πλαίσια του πτυχιακής εργασίας, από τους κ Κουντουράκη Κωνσταντίνο, Διακιανισάκη Κωνσταντίνο και Γκόβα Ηβη, σπουδαστές του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Κρήτης, με τίτλο: «**Η επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και την ποιότητα ζωής του Νοσηλευτικού Προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων**», υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κου Ροβίθη Εμμανουήλ.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Χ. «Αγ. Γεώργιος»**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7<sup>η</sup> ΥΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο [www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx](http://www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx). Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της **έγγραφης συγκατάθεσης** των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ  
α/α

ΣΤΕΛΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ  
Υποδιοικήτης 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης