

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών

ΣΚΟΠΟΣ Τα αποτελέσματα πολλών μελετών δείχνουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού stress και συχνά εμφανίζουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το άγχος, στο χώρο εργασίας, επηρεάζει τη σωματική και την ψυχική ευεξία τους, μειώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση συνύπαρξης και συσχέτισης των παραπάνω φαινομένων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων νοσηλευτών. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα αποτέλεσαν 347 νοσηλευτές/τριες και η συλλογή των δεδομένων έγινε με δύο ευρέως διαδεδομένα ψυχομετρικά όργανα, την Επισκόπηση Υγείας SF-36 και το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach, τα οποία έχουν μεταφραστεί και εγκυροποιηθεί για χρήση σε ελληνικό πληθυσμό. Η ανάλυση των δεδομένων περιελάμβανε παραμετρικούς ελέγχους (t-test και ANOVA) και διμεταβλητές συσχετίσεις. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Επιβεβαιώθηκε η αρχική υπόθεση ότι η σωματική και η ψυχική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από το άγχος που βιώνουν στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τους τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (συναισθηματική εξάντληση, επαγγελματικά επιτεύγματα και αποπροσωποποίηση). Όσον αφορά στη σωματική υγεία, μόνον ο παράγοντας της συναισθηματικής εξάντλησης βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά ($P < 0,001$). Επίσης, τα δύο όργανα εμφάνισαν υψηλούς συντελεστές εσωτερικής συνοχής. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Λαμβάνοντας υπόψη και τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων της επίδρασης δημογραφικών και άλλων παραγόντων (φύλο, ηλικία, θέση εργασίας, έτη προϋπηρεσίας κ.λπ.) στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των εργαζόμενων νοσηλευτών, διατυπώνονται προτάσεις που αφορούν στη λήψη μέτρων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, τόσο σε ατομικό όσο και σε διοικητικό επίπεδο.

Στη βιβλιογραφία ανευρίσκεται πλήθος θεωρητικών μοντέλων που ερμηνεύουν κυρίως τα αίτια, αλλά και τα συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, προσδιορίζοντας αντίστοιχα και τον ορισμό του. Αιτιολογικά, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρείται, από ορισμένους ερευνητές, ως μια κατάσταση (state-centered)¹⁻³ και από άλλους ως μια διεργασία-διαδικασία (process-centered).⁴ Σύμφωνα με τους πρώτους, το σύνδρομο πηγάζει από τη φύση και τη μορφή των διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζουν τα επαγγέλματα που απαιτούν άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους (π.χ.

ιατροί, νοσηλευτές, δάσκαλοι, δικηγόροι), καθώς και από διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες στο χώρο εργασίας, όπως η ασάφεια των καθηκόντων, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κ.λπ. Οι δεύτεροι θεωρούν ότι το σύνδρομο οφείλεται τόσο στον τρόπο που χειρίζεται ο επαγγελματίας τις στρεσογόνες καταστάσεις, δηλαδή σε προσωπικούς παράγοντες, όσο και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή, την οργάνωση και την κουλτούρα της κάθε εργασιακής μονάδας.

Ο πλέον διαδεδομένος και αποδεκτός ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδιαίτερα για το χώρο των

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2007, 24(Συμπλ 1):75-84
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2007, 24(Suppl 1):75-84

Θ. Μπελλάλη,¹
Ν. Κοντοδημόπουλος,²
Μ. Καλαφάτη,¹
Δ. Νιάκας²

¹Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα
²Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα

Exploring the effect of professional burnout on health-related quality of life in Greek nurses

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Επαγγελματική εξουθένωση
Ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach
Νοσηλευτές
Ποιότητα ζωής
SF-36

επαγγελματιών υγείας, είναι αυτός της Maslach, που ορίζει το φαινόμενο ως μια εξελικτική διεργασία, όπου ο εργαζόμενος νιώθει σωματική και ψυχική εξάντληση, στα πλαίσια της οποίας χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς/πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα εαυτού.⁵ Οι τρεις κύριοι παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν στη συναισθηματική εξάντληση, στην αποπροσωποποίηση και στη μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων του εργαζόμενου.⁶

Τα όρια μεταξύ άγχους και εξουθένωσης στο χώρο εργασίας είναι ασαφή και συχνά επικαλυπτόμενα, ενώ πολλοί ερευνητές επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ τους.^{3,7,8} Υπό το πρίσμα της θεώρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ως εξελικτικής διεργασίας, μπορεί να δεχθεί κανείς ότι ακολουθείται μια μεταβατική διαδικασία όπου ο εργαζόμενος περνά διάφορες φάσεις, κατά τις οποίες βιώνει άγχος, χρόνιο συσσωρευμένο άγχος και τελικά εξουθένωση. Στη φάση αυτή νιώθει ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν είναι αρκετά για να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου.⁹ Ο διαχωρισμός όμως μεταξύ των διαφόρων φάσεων στα ψυχολογικά φαινόμενα ή η διάκριση μεταξύ του «φυσιολογικού και παθολογικού» όσον αφορά στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά του ανθρώπου δεν είναι εμφανής, καθώς σχετίζεται με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση, το στατιστικό κριτήριο του «μέσου όρου» και τις εκάστοτε κοινωνικοπολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες. Όμως, οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, τόσο στον εργαζόμενο όσο και στο εργασιακό του περιβάλλον, είναι εμφανείς.

Από πολλές μελέτες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, έχει διαπιστωθεί ότι οι νοσηλευτές αποτελούν την επαγγελματική ομάδα που είναι περισσότερο επιρρεπής σε υψηλά επίπεδα stress και συχνά εμφανίζει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης.¹⁰⁻¹³ Το άγχος και η εξουθένωση μπορεί να προέρχονται (α) από τον ίδιο το νοσηλευτή, π.χ. δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, εκπαίδευση, προϋπηρεσία, θέση εργασίας), χαρακτηριστικά προσωπικότητας (κίνητρα, προσδοκίες, τρόπος διαχείρισης του άγχους, αυτοεκτίμηση, ενσυναίσθηση) και προηγούμενες εμπειρίες (επαγγελματικής ή προσωπικής φύσης),¹⁴⁻¹⁶ (β) από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας, π.χ. συνθήκες δουλειάς (φύση εργασίας, επαφή με πόνο και θάνατο, καθήκοντα προσωπικής φροντίδας ασθενούς, δυσάρεστο φυσικό περιβάλλον), οργανωτικά/διοικητικά θέματα (φόρτος και ωράριο εργασίας, τρόπος διοίκησης, αποδοχές, ασάφεια ρόλων και καθηκόντων), συναδελφικές σχέσεις (προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου)¹⁷⁻²⁶ και (γ) από την επαφή

με τον ασθενή και τους συγγενείς του, π.χ. φύση αρρώστιας (σοβαρότητα, χρονιότητα, απειλή θανάτου), σχέσεις με ασθενή και συγγενείς (παθητική στάση ή στάση εξάρτησης του ασθενούς, αρνητική κριτική, αυξημένες απαιτήσεις και έλλειψη αναγνώρισης).^{18,20,24,27-31}

Οι επιπτώσεις των παραπάνω παραγόντων στη σωματική και την ψυχική υγεία του νοσηλευτή γίνονται αντιληπτές μέσω διαφόρων συμπτωμάτων/ενδειξεων. Σε οργανικό επίπεδο, συνήθως εκδηλώνονται μέσω ήπιων ή σοβαρότερων ψυχοσωματικών προβλημάτων,^{20,32,33} ενώ σε ψυχολογικό επίπεδο τα συμπτώματα του stress και της επαγγελματικής εξουθένωσης εκδηλώνονται (α) σε επίπεδο συμπεριφοράς, με αυξημένη ανησυχία και ευερεθιστότητα, επιρρέπεια σε λάθη/ατυχήματα, προβλήματα στην προσωπική ζωή, επιθετικές διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς/συγγενείς, απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, αργοπορία, απουσίες και συχνές αλλαγές τμήματος εργασίας, καθώς και με συμπεριφορές εξάρτησης (οινόπνευμα, ηρεμιστικά, κάπνισμα), (β) σε συναισθηματικό επίπεδο, με αυξημένο άγχος, συναισθηματικές μεταπτώσεις, δυσθυμία έως και κατάθλιψη, συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, αποδιοργάνωση, θυμό, έλλειψη ενδιαφέροντος, απάθεια, αδιαφορία, απογοήτευση και έλλειψη ικανοποίησης από εαυτό και εργασία και (γ) σε γνωστικό επίπεδο, με διαταραχές αυτοσυγκέντρωσης, ονειροπόληση, σκέψεις αποτυχίας, και δυσκολία ανεύρεσης νοήματος στον εργασιακό τους ρόλο.^{9,32-39} Τέλος, σε κοινωνικό επίπεδο, συχνά αναφέρεται η απόσυρση και ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων, καθώς και η μεταφορά των εργασιακών προβλημάτων στην οικογένεια, με επακόλουθο τις συχνές συγκρούσεις.^{40,41}

Φαίνεται λοιπόν ότι το επαγγελματικό άγχος/εξουθένωση επηρεάζει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία του νοσηλευτή, μειώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά τη –σχετιζόμενη με την υγεία– ποιότητα ζωής του. Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αποσαφηνιστεί το εννοιολογικό της περιεχόμενο για να δοθεί ένας πλήρης και ικανοποιητικός ορισμός. Σύμφωνα με τον Fallowfield, η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται από ένα σύμπλεγμα παραγόντων που αλληλεπιδρούν και αφορούν σε 3 διαστάσεις: (α) τη σωματική ευεξία του ατόμου, (β) την ψυχική ευεξία και (γ) την κοινωνική ευεξία.⁴² Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί τελευταία στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής με τη δημιουργία μεθόδων για την περιγραφή της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας, κυρίως με τη μορφή έγκυρων και αξιόπιστων οργάνων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος Ελλήνων

νοσηλευτών που εργάζονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, με την αυτοεκτίμηση της υγείας τους. Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, αλλά και διεθνώς, επιχειρείται να διερευνηθεί αν η σωματική και η ψυχική υγεία των εργαζομένων επηρεάζεται από παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης, χορηγώντας τα συγκεκριμένα ψυχομετρικά όργανα. Λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση των διαφόρων παραγόντων στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων νοσηλευτών, είναι δυνατόν να διατυπωθούν προτάσεις που να αφορούν στη λήψη μέτρων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, τόσο σε ατομικό όσο και σε διοικητικό επίπεδο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Στόχος ήταν η επιλογή όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικού δείγματος των Ελλήνων νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που εργάζεται σε γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ της Αθήνας και της επαρχίας, αναφορικά με τη δυναμικότητα του νοσοκομείου, το χώρο και τη θέση εργασίας τους (κλειστό-ανοικτό τμήμα) και τα έτη προϋπηρεσίας τους. Με τους κανόνες της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, το ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από δύο ψυχομετρικά όργανα και από μια σειρά κοινών δημογραφικών ερωτήσεων, διανεμήθηκε σε 495 νοσηλευτές που εργάζονταν σε

10 νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Αθήνα και την επαρχία. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 70,1% και το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 347 νοσηλευτές.

Το 83% του δείγματος ήταν γυναίκες (n=283) και η μέση ηλικία των συμμετασχόντων ήταν περίπου 36 έτη (SD=5,88). Στην πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι (n=207, 59,6%), με μέση προϋπηρεσία περίπου 12 έτη (SD=6,51). Το 86,4% των νοσηλευτών ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης και το 26,8% αυτών είχε παρακολουθήσει πρόγραμμα νοσηλευτικής ειδικότητας. Το 14% ασκούσε διοικητικό έργο και, όσον αφορά στο χώρο εργασίας, για την ευκολότερη στατιστική επεξεργασία του δείγματος οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες. Σε αυτές περιλαμβάνονται νοσηλευτές που εργάζονται σε (α) γενικά τμήματα 35,4% (παθολογικό, χειρουργικό κ.λπ.), (β) κλειστά/εξειδικευμένα τμήματα 42,9% (μονάδα εντατικής θεραπείας, χειρουργείο, αναισθησιολογικό, τμήμα επειγόντων περιστατικών) και (γ) άλλα τμήματα 21,6% (νοσηλευτική διοίκηση, γραφείο εκπαίδευσης, γραφείο νοσηλευτικών λοιμώξεων, τακτικά ιατρεία, αιμοδοσία). Τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Όργανα μέτρησης

Ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach burnout inventory, MBI) είναι ένα ερωτηματολόγιο για αυτοσυμπλήρωση, το οποίο αποτελείται από 22 ερωτήματα που ομαδοποιούνται σε τρεις

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος (n=347).

Δημογραφικά στοιχεία	n (% έγκυρο)	Επαγγελματικά στοιχεία	n (% έγκυρο)
Φύλο (γυναίκα)	283 (83,0)	Γενικό νοσοκομείο	300 (86,7)
Ηλικία (ΜΟ±ΤΑ)	35,74±5,88	Δυναμικότητα νοσοκομείου	
Εκπαίδευση		<200 κλίνες	64 (19,9)
ΤΕΙ	298 (86,4)	200–400 κλίνες	100 (31,2)
ΑΕΙ	24 (7,0)	>400 κλίνες	157 (48,9)
Μεταπτυχιακό	18 (5,2)	Χώρος εργασίας	
Διδακτορικό	5 (1,4)	Γενικό τμήμα	123 (35,4)
Νοσηλευτική ειδικότητα	93 (26,8%)	Κλειστό/εξειδικευμένο τμήμα	149 (42,9)
Παθολογία	41 (11,8)	Άλλο	75 (21,6)
Χειρουργική	41 (11,8)	Θέση εργασίας	
Παιδιατρική	5 (1,5)	Νοσηλευτής/τρια	295 (86,0)
Ψυχική Υγεία	6 (1,7)	Προϊστάμενος/μήνη ΝΥ	42 (12,2)
Οικογενειακή κατάσταση		Τομέαρχης ΝΥ	4 (1,2)
Άγαμοι	129 (37,2)	Διευθυντής/τρια ΝΥ	2 (0,6)
Έγγαμοι	207 (59,6)	Έτη προϋπηρεσίας (ΜΟ±ΤΑ)	
Διαζευγμένοι	9 (2,6)	Νοσηλευτικό επάγγελμα	11,71±6,51
Χήροι	2 (0,6)	Συγκεκριμένο νοσοκομείο	9,40±6,77
		Συγκεκριμένος χώρος εργασίας	5,94±4,84

ΜΟ: Μέσος όρος, ΤΑ: Τυπική απόκλιση, ΝΥ: Νοσηλευτική υπηρεσία

γενικούς παράγοντες: (α) τη συναισθηματική εξάντληση, που εκτιμά τη συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και της κατάπτωσης του εργαζόμενου λόγω της δουλειάς του, (β) την αποπροσωποποίηση, που αντανακλά στις αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών και (γ) την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, που αναφέρεται στην αίσθηση επάρκειας, αποδοτικότητας και πραγματοποίησης επιτευγμάτων του ατόμου στον επαγγελματικό τομέα.⁶ Οι απαντήσεις δίνονται σε ισο-διαστημική κλίμακα 7 σημείων τύπου Likert.

Τα κριτήρια για την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου ήταν ότι είναι αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση του, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες του κόσμου και σε διάφορους εργασιακούς χώρους.⁸ Η στάθμιση της ελληνικής έκδοσης έδειξε ότι «πρόκειται για ένα σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στην εργασία του και της στάσης του απέναντι σε όσους παρέχουν υπηρεσίες, τουλάχιστον νοσηλευτικές».⁴³ Η αξιοπιστία του οργάνου υπολογίστηκε μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha, ο οποίος βρέθηκε ίσος με $\alpha=0,84$ για τον παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης, $\alpha=0,56$ για τον παράγοντα της αποπροσωποποίησης και $\alpha=0,74$ για τον παράγοντα των προσωπικών επιτευγμάτων.

Επισκόπηση Υγείας SF-36. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey) είναι ένα πολλαπλών εφαρμογών και μικρής, σχετικά, έκτασης ψυχομετρικό όργανο, που εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας, χωρίς να χαρακτηρίζονται ως ειδικές κάποιες ασθένειας. Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες για την αυτοεκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων πληθυσμού, υγιών και ασθενών, διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, οι οποίες επιλέχθηκαν μετά από αξιολόγηση διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.⁴⁴ Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε οκτώ κλίμακες μέτρησης: (α) σωματική λειτουργικότητα με 10 ερωτήσεις, (β) ρόλος-σωματικός με 4 ερωτήσεις, (γ) σωματικός πόνος με 2 ερωτήσεις, (δ) γενική υγεία με 5 ερωτήσεις, (ε) ζωτικότητα με 4 ερωτήσεις, (στ) κοινωνική λειτουργικότητα με 2 ερωτήσεις, (ζ) ρόλος-συναισθηματικός με 3 ερωτήσεις και (η) ψυχική υγεία με 5 ερωτήσεις. Υπάρχει μία ακόμη ερώτηση, που αναφέρεται στη μεταβολή της υγείας και δεν συμπεριλαμβάνεται σε κάποιο κλίμακα. Οι οκτώ επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικότερες κλίμακες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας.

Το SF-36 έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, μεταξύ αυτών και στην Ελληνική, και οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης είχαν επιτυχή αποτελέσματα, τόσο με χρήση μικρού δείγματος άνεσης⁴⁵ όσο και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού.⁴⁶ Επιπρόσθετα, σε κάθε ερώτηση αντιστοιχεί ένα σύνολο εναλλακτικών απαντήσεων που ερμηνεύονται ποσοτικά, σε διαβαθμίσεις που καλύπτουν το θεωρητικό φάσμα από το ελάχιστο έως το μέγιστο. Η διαστημική αυτή κλίμακα επιτρέπει τον υπολογισμό των ενδιάμεσων, μεταξύ των ακραίων τιμών, απαντήσεων και καθιστά δυνατή την ερμηνεία των προστιθέμενων αποτελεσμάτων. Είναι σημαντικό ότι στη

βιβλιογραφία υπάρχουν περισσότερες από 400 δημοσιευμένες μελέτες στις οποίες χρησιμοποιείται το SF-36 και τουλάχιστον 140 ακόμη που αφορούν στη μετάφραση και υιοθέτησή του σε διάφορες χώρες.⁴⁷

Ανάλυση. Η διαχείριση των απαντήσεων έγινε σύμφωνα με τεκμηριωμένες διαδικασίες και οι τελικές βαθμολογίες εκφράστηκαν σε κλίμακες από 0–100. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση των κλιμάκων των δύο οργάνων και υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha. Για τις συγκρίσεις των βαθμολογιών χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλες δοκιμασίες της επαγωγικής στατιστικής (t-test, ANOVA). Πραγματοποιήθηκαν διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων του SF-36 και των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης και υπολογίστηκε ο συντελεστής Pearson's r. Η επεξεργασία των δεδομένων και όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν με το SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αξιοπιστία οργάνων

Η αξιοπιστία των επιμέρους κλιμάκων των δύο χορηγούμενων οργάνων εκτιμήθηκε βάσει του συντελεστή εσωτερικής συνοχής. Στο MBI, η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha βρέθηκε 0,87 για συναισθηματική εξάντληση, 0,78 για τα προσωπικά επιτεύγματα και 0,68 για την αποπροσωποποίηση. Αντίστοιχα, για όλες τις κλίμακες του SF-36 βρέθηκε μεταξύ 0,70 και 0,86, υπερβαίνοντας το προτεινόμενο όριο αξιοπιστίας 0,70 για ομαδικές συγκρίσεις και δίνοντας σαφή ένδειξη ότι οι κλίμακες μετρούν διαφορετικές έννοιες⁴⁸ (πίν. 2).

Μέσες βαθμολογίες

Οι μέσες βαθμολογίες των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν (α) 54,57 για τη συναισθηματική εξάντληση, (β) 71,68 για τα προσωπικά επιτεύγματα και (γ) 67,69 για την αποπροσωποποίηση. Αντίστοιχα, για τις 8 κλίμακες του SF-36: (α) 79,50 για τη σωματική λειτουργικότητα, (β) 62,70 για το σωματικό ρόλο, (γ) 60,45 για το σωματικό πόνο, (δ) 62,44 για τη γενική υγεία, (ε) 50,64 για τη ζωτικότητα, (στ) 61,01 για την κοινωνική λειτουργικότητα, (ζ) 58,97 για το συναισθηματικό ρόλο και (η) 57,08 για την ψυχική υγεία (πίν. 2).

Σύγκριση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των κλιμάκων SF-36 και MBI ($P<0,05$). Από τις 8 κλίμακες του SF-36, οι 6 βρήκαν να επηρεάζονται από τον παράγοντα του φύλου ($P<0,05$). Συγκεκριμένα, οι άνδρες εμφάνισαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, επίτευξη σωματικών

Πίνακας 2. Περιγραφική στατιστική και αξιοπιστία SF-36 και MBI.

	% Έγκυρο	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση	% κατώτατης τιμής	% ανώτατης τιμής	Συντελεστής εσωτερικής συνοχής*
<i>Κλίμακες SF-36</i>							
Σωματική λειτουργικότητα	93,9	79,50	85,00	18,94	0,30	16,30	0,86
Ρόλος σωματικός	91,9	62,70	75,00	38,66	15,00	42,90	0,82
Σωματικός πόνος	99,1	60,45	62,00	26,61	1,70	18,30	0,88
Γενική υγεία	92,5	62,44	62,00	18,43	0,30	0,90	0,70
Ζωτικότητα	96,3	50,64	50,00	18,05	0,00	0,30	0,81
Κοινωνική λειτουργικότητα	98,8	61,01	62,50	24,15	0,30	12,00	0,74
Ρόλος συναισθηματικός	91,1	58,97	66,67	38,70	19,60	38,60	0,73
Ψυχική υγεία	95,7	57,08	56,00	17,95	0,00	0,30	0,82
<i>Παράγοντες MBI</i>							
Συναισθηματική εξάντληση	90,0	54,57	55,56	20,59	0,00	0,30	0,87
Προσωπικά επιτεύγματα	85,6	71,68	72,92	15,80	0,00	1,30	0,78
Αποπροσωποποίηση	87,0	67,69	70,00	20,71	0,00	3,00	0,68

*Εκφράζεται με το συντελεστή Cronbach's alpha

ρόλων, σωματικό πόνο, ζωτικότητα, επιτέλεση συναισθηματικών ρόλων, καθώς και ψυχική υγεία. Όσον αφορά στους παράγοντες της εξουθένωσης, για κανένα δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών νοσηλευτών. Η ηλικία δεν φάνηκε να επηρεάζει κάποια από τις 8 κλίμακες του SF-36, ενώ ο μόνος παράγοντας εξουθένωσης που φάνηκε να επηρεάζεται οριακά από την ηλικία ήταν τα προσωπικά επιτεύγματα ($P=0,052$). Όσον αφορά στον παράγοντα της *οικογενειακής κατάστασης*, φάνηκε επίσης να υπάρχει οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στην κλίμακα της ψυχικής υγείας ($P=0,055$), όσο και στην αποπροσωποποίηση ($P=0,053$). Συγκεκριμένα, οι έγγαμοι νοσηλευτές παρουσίασαν καλύτερη ψυχική υγεία και μικρότερη αποπροσωποποίηση. Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Σύγκριση με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η επαγγελματική εξουθένωση φάνηκαν να μην επηρεάζονται από το χώρο και από τη θέση εργασίας των νοσηλευτών. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε όμως μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της σωματικής λειτουργικότητας ($P=0,044$), της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων ($P<0,0005$). Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές με <5 έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, ενώ οι νοσηλευτές με >15 έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν μικρότερη αποπροσωποποίηση και υψηλότερο βαθμό επιτευγμάτων (πίν. 3).

Διμεταβλητές συσχετίσεις

Από τις συσχετίσεις μεταξύ των δύο οργάνων βρέθηκε ότι οι τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίζονται σημαντικά με τέσσερις κλίμακες και, συγκεκριμένα, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, το συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία, οι οποίες συνοψίζονται στη γενικότερη περιληπτική κλίμακα της ψυχικής υγείας. Οι υπόλοιπες τέσσερις κλίμακες του SF-36, που συνοψίζονται στην περιληπτική κλίμακα της σωματικής υγείας, δηλαδή σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος και γενική υγεία, συσχετίζονται σημαντικά μόνο με τη συναισθηματική εξάντληση. Επίσης, η κλίμακα της γενικής υγείας βρέθηκε να συσχετίζεται με τους παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης που αφορούν στα προσωπικά επιτεύγματα και στην αποπροσωποποίηση ($P<0,01$) (πίν. 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο και με ποιον τρόπο η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών –όπως οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται– επηρεάζεται από στρεσογόνους παράγοντες προερχόμενους από το νοσοκομειακό περιβάλλον. Με άλλα λόγια, κατά πόσο η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί προγνωστικός δείκτης της κατάστασης της σωματικής και ψυχικής υγείας του νοσηλευτή.

Οι βαθμολογίες των τριών παραγόντων του MBI, για

Πίνακας 3. Μέσες βαθμολογίες κλιμάκων SF-36 και παραγόντων MBI ως προς δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά.

	n (%)	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	ΖΤ	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ	ΣΕ	ΠΕ	ΑΠΡ
<i>Φύλο</i>												
Άνδρες	58 (17,0)	86,10	71,88	67,33	60,95	56,90	65,95	68,48	62,95	55,41	72,13	63,14
Γυναίκες	283 (83,0)	77,95	60,31	58,95	62,46	49,25	59,68	56,99	55,82	54,25	71,61	68,79
<i>Ηλικία</i>												
21–30	61 (18,0)	83,37	68,86	61,77	62,43	49,32	62,30	61,49	56,41	56,11	66,89	62,62
31–40	228 (67,5)	79,31	61,24	60,29	61,60	49,74	60,51	58,65	56,39	53,99	71,52	68,22
41–55	49 (14,5)	72,75	58,06	54,86	61,98	54,44	59,03	53,76	59,33	49,74	75,32	70,38
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>												
Άγαμοι	129 (37,2)	80,88	64,36	61,05	60,85	48,84	59,67	59,44	53,63	54,88	69,53	64,10
Έγγαμοι	207 (59,6)	78,28	60,88	59,88	62,98	51,78	61,89	57,93	59,27	54,55	73,11	70,02
<i>Χώρος εργασίας</i>												
Τμήμα/Κλινική	123 (35,4)	79,25	64,22	61,73	61,00	47,70	60,67	57,01	55,26	51,60	71,08	65,77
Κλειστό Τμήμα/ΤΕΠ	149 (42,9)	78,23	59,57	57,51	62,71	50,80	59,42	58,51	57,61	55,45	70,50	66,74
Άλλα	75 (21,6)	82,39	66,67	64,09	64,30	55,33	64,70	62,86	59,07	58,13	75,61	73,50
<i>Έτη προϋπηρεσίας</i>												
1–5	59 (17,6)	82,31	66,07	62,22	62,37	47,99	58,69	56,55	54,41	54,70	67,39	61,31
6–10	99 (29,6)	82,01	63,19	59,40	62,21	50,49	62,12	58,97	56,88	51,93	66,86	63,90
11–15	86 (25,7)	78,99	59,25	60,04	62,18	49,18	59,71	52,26	55,00	55,65	74,14	69,44
>15	91 (27,2)	74,75	62,71	61,46	62,77	54,32	61,10	64,14	60,53	56,25	78,35	75,69

ΣΛ: Σωματική λειτουργικότητα, ΡΣ: Ρόλος σωματικός, ΣΠ: Σωματικός πόνος, ΓΥ: Γενική υγεία, ΖΤ: Ζωτικότητα, ΚΛ: Κοινωνική λειτουργικότητα, ΡΣΘ: Ρόλος συναισθηματικός, ΨΥ: Ψυχική υγεία, ΣΕ: Συναισθηματική εξάντληση, ΠΕ: Προσωπικά επιτεύγματα, ΑΠΡ: Αποπροσωποποίηση

Πίνακας 4. Συντελεστές συσχέτισης (Pearson's r) SF-36 και MBI.

Κλίμακες SF-36	Παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach		
	Συναισθηματική εξάντληση	Προσωπικά επιτεύγματα	Αποπροσωποποίηση
Σωματική λειτουργικότητα	0,35**	0,02	0,08
Ρόλος σωματικός	0,40**	0,06	0,09
Σωματικός πόνος	0,36**	-0,02	0,06
Γενική υγεία	0,44**	0,16**	0,12*
Ζωτικότητα	0,60**	0,27**	0,27**
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,45**	0,10	0,16**
Ρόλος συναισθηματικός	0,35**	0,16**	0,19**
Ψυχική υγεία	0,61**	0,29**	0,26**

*P<0,05, **P<0,01

τους νοσηλευτές της παρούσας μελέτης, βρέθηκαν να είναι πολύ κοντά σε αυτές που υπολογίστηκαν από μεγαλύτερο δείγμα γυναικείου νοσηλευτικού προσωπικού, με διετή τουλάχιστον εκπαίδευση, που εργάζονταν σε 6 δημόσια

νοσοκομεία της Αττικής, προκειμένου να σταθμιστεί η ελληνική έκδοση του οργάνου.⁴³ Σχετικά με τις βαθμολογίες των κλιμάκων του SF-36, η κλίμακα της ζωτικότητας παρουσίασε τη μικρότερη βαθμολογία κατά τη σύγκριση των τιμών. Δηλαδή, στο δείγμα της παρούσας μελέτης που αφορά σε εργαζόμενους νοσηλευτές, φάνηκε ότι η ζωτικότητα επηρεάζεται από το επάγγελμα. Αυτό συμβαίνει γιατί η ζωτικότητα σχετίζεται με την ενέργεια που έχει κάποιος και διαθέτει κατά την εργασία του και, όπως αναφέρουν άλλοι ερευνητές, οι εξουθενωμένοι νοσηλευτές συχνά εμφανίζουν απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, αδιαφορία και απάθεια προς τον άρρωστο και τους συγγενείς του, έλλειψη διάθεσης για κοινωνικές επαφές κ.λπ.^{38–41}

Αναφορικά με την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής και την επαγγελματική εξουθένωση, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων. Αν και το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με εκείνα άλλων μελετών,^{8,49,50} μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι μεγαλύτεροι νοσηλευτές έχουν κατά κανόνα και περισσότερα χρόνια στο επάγγελμα, οπότε μέσα από την εξελικτική τους πορεία κατάφεραν, για παράδειγμα, να καταλαβαίνουν καλύτερα πώς νιώθουν οι ασθενείς τους,

να κανονίζουν πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών τους και να επηρεάζουν θετικά τη ζωή τους και γενικότερα να αντιμετωπίζουν ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά τους.

Επίσης, οι έγγαμοι νοσηλευτές παρουσίασαν καλύτερη ψυχική υγεία και μικρότερη αποπροσωποποίηση. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι έγγαμοι αφοσιώνονται λιγότερο στη δουλειά τους σε σχέση με τους άγαμους, οι οποίοι επενδύουν σε αυτή περισσότερο, ή γιατί οι έγγαμοι διαθέτουν ευρύτερο υποστηρικτικό σύστημα και επωφελούνται περισσότερο της κοινωνικής στήριξης, που, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σχετίζεται σημαντικά με τα χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.^{24,50}

Όσον αφορά στο φύλο, στο δείγμα της παρούσας μελέτης δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για κανέναν από τους τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ ανδρών και γυναικών νοσηλευτών. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη Maslach, η οποία υποστηρίζει ότι το φύλο αποτελεί έναν από τους δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σχετίζονται με την προκαθορισμένη φύση κάποιων επαγγελμάτων ως ανδρικών ή γυναικείων. Επίσης, το φύλο επηρεάζει, σε κάποιο βαθμό, τον τρόπο θεώρησης της ζωής γενικότερα και ειδικότερα της διαχείρισης των ψυχοπαιστικών καταστάσεων, που μπορεί να είναι αποτελεσματικές ή όχι.⁵¹ Όσον αφορά στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες του SF-36, εκτός από αυτή της γενικής υγείας.

Σχετικά με το χώρο/τμήμα εργασίας των νοσηλευτών, ενώ κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η εργασία σε κλειστό ή ανοικτό τμήμα, σε ογκολογικό ή άλλο τμήμα σχετίζεται με την εξουθένωση,^{29,52} κάποιοι άλλοι συμπέραναν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση αυτών των δύο παραγόντων.^{20,53,54} Σε συμφωνία με τους δεύτερους, από το δείγμα της παρούσας μελέτης βρέθηκε ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η επαγγελματική εξουθένωση δεν επηρεάζονται από το χώρο εργασίας. Επίσης, δεν βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας ζωής με τη θέση εργασίας των νοσηλευτών. Πιθανή εξαίρεση αποτελεί η σχετικά μικρότερη αποπροσωποποίηση ($P=0,059$) που βρέθηκε να εμφανίζουν οι εργαζόμενοι σε διοικητικές και άλλες θέσεις, ίσως επειδή αυτοί είναι και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και έχουν παραμείνει στο επάγγελμα, έχοντας αναπτύξει καλύτερες στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων τους και επίλυσης των προβλημάτων τους.

Όσον αφορά στα έτη προϋπηρεσίας, οι νοσηλευτές με

λιγότερα έτη στο επάγγελμα εμφάνισαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα. Στην Ελλάδα, δεδομένου ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, ο μικρός αριθμός των ετών προϋπηρεσίας είναι ανάλογος της μικρής ηλικίας του εργαζόμενου, η οποία σχετίζεται με την καλύτερη σωματική λειτουργικότητα. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές, που, ως αναμενόμενο, έχουν και περισσότερα έτη προϋπηρεσίας στο ενεργητικό τους, εμφανίζουν σωματική καταπόνηση σε υψηλότερα επίπεδα λόγω της φύσης του επαγγέλματος.

Από τις διμεταβλητές συσχετίσεις, βρέθηκε ότι και οι τρεις παράγοντες του MBI συσχετίζονται σημαντικά με τις τέσσερις διαστάσεις της ψυχικής υγείας του SF-36, όπως ορίστηκαν αρχικά, ενώ οι τέσσερις άλλες κλίμακες, που αφορούν στη σωματική υγεία, επηρεάζονται μόνο από την κλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης. Δηλαδή, η μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση μεταφράζεται ως χειρότερη σωματική υγεία. Η επαγγελματική εξουθένωση, λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί ως προγνωστικός δείκτης της κατάστασης της σωματικής και της ψυχικής υγείας του νοσηλευτή. Με άλλα λόγια, το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ένα επάγγελμα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι νοσηλευτές.

Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική και την ψυχική υγεία των νοσηλευτών και συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντικός, προκειμένου να είναι σε θέση κάποιος να διατυπώσει τεκμηριωμένες προτάσεις που αφορούν στην πρόληψη ή στην αντιμετώπιση του φαινομένου. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην αύξηση των προσωπικών επιτευγμάτων των νοσηλευτών, στη μείωση της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, καθώς και στην ενίσχυση της ζωτικότητάς τους. Για να επιτευχθούν τα παραπάνω, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα σε ατομικό επίπεδο από τον κάθε νοσηλευτή, όπως επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και των προσδοκιών, αναζήτηση υποστήριξης, εξεύρεση χώρου και χρόνου «αποσυμπίεσης» μεταξύ εργασίας και σπιτιού κ.ά. Αλλά και σε διοικητικό επίπεδο, θα πρέπει να εφαρμοστούν παρεμβάσεις όπως ενθάρρυνση ανάληψης πρωτοβουλιών, δημοκρατική διοίκηση και συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων, λειτουργία ομάδας εποπτείας και ψυχολογικής στήριξης, πολυμορφία στην εργασία με δυνατότητα «διαλειμμάτων», συνεχιζόμενη επιμόρφωση και κατάρτιση κ.ά.⁵⁵

Τέλος, επισημαίνεται ότι για την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η θεώρηση της ποιότητας ζωής του εργαζό-

μενου μπορεί να είναι υποκειμενική. Τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής βασίζονται κυρίως σε αντικειμενικούς και σε υποκειμενικούς δείκτες, αλλά και στο συνδυασμό/σύνθεση ανάμεσά τους. Ενώ, λοιπόν, αντικειμενικές παράμετροι θεωρούνται οι εκτιμήσεις που αφορούν στη σωματική υγεία, υποκειμενικές θεωρούνται οι εκτιμήσεις που αφορούν στην ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία. Η ικανότητα για εργασία, η ζωτικότητα και η γενική υγεία θεωρούνται τόσο αντικειμενικές, όσο και υποκειμενικές παράμετροι.

Επειδή λοιπόν με την καθιερωμένη ερευνητική μεθοδολογία προσέγγισης και εκτίμησης της ποιότητας ζωής

δεν προσδιορίζεται επαρκώς ποιες εμπειρίες και με ποιον τρόπο ασκούν βαρύτητα στην υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής, μελλοντικές έρευνες, ποιοτικής ίσως προσέγγισης, οφείλουν να επικεντρωθούν στον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και σχετίζονται με τη δομή της προσωπικότητας του εργαζόμενου, τις προσδοκίες, τις προηγούμενες εμπειρίες του κ.λπ.⁵⁶ Με άλλα λόγια, θα πρέπει επιπλέον να διερευνηθούν οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του εργαζόμενου νοσηλευτή που επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας της ζωής του.

ABSTRACT

Exploring the effect of professional burnout on health-related quality of life in Greek nurses

T. BELLALI,¹ N. KONTODIMOPOULOS,² M. KALAFATI,¹ D. NIAKAS²

¹National and Capodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Athens, ²Hellenic Open University, Faculty of Social Sciences, Patras, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2007, 24(Suppl 1):75–84

OBJECTIVE Many studies have demonstrated that nurses often suffer from professional burnout. Job-induced stress affects their physical and mental well-being and influences negatively both health-related quality of life and job performance. The purpose of this study was to investigate the coexistence potential correlation of these phenomena in a representative sample of Greek nurses. **METHOD** The sample comprised 347 nurses, and data collection was performed via completion of two well-known psychometric instruments, the SF-36 health survey and the Maslach burnout inventory (MBI), both of which have been translated and validated for use with Greek samples. Correlation coefficients were computed to indicate the strength and direction of relationships between variables, and parametric tests (t-test, ANOVA) were performed to ascertain the statistical significance of the observed score differences. **RESULTS** SF-36 and MBI scales showed high internal consistency reliability. Strong positive correlations ($P < 0.01$) were observed between MBI factors (emotional burnout, depersonalization and lack of achievement) and SF-36 scales addressing mostly mental health, i.e. mental health, role emotional, social functioning and vitality. The physical health scales, i.e. physical functioning, role physical, bodily pain and general health, demonstrated significant associations ($P < 0.01$) only with emotional burnout. **CONCLUSIONS** The findings confirm the initial hypothesis that the physical and mental health of nurses is affected by the stress they experience in the workplace. Taking into consideration also the observed effects of demographic and work-related factors on health-related quality of life, proposals are formulated to prevent professional burnout at the individual nurse level and to address the issue in terms of policy making.

Key words: Health-related quality of life, Maslach burnout inventory, Nurses, Professional burnout, SF-36

Βιβλιογραφία

- SEUNTJENS A. Burnout in nursing. What it is and how to prevent it. *Nurs Adm Q* 1982, 1:12–19
- MASLACH C, JACKSON SE. Patterns of burnout among a rational sample of public contract worker. *J Health Hum Admin* 1984, 7:189–212
- SHAUFELI WB, MASLACH C, MAREKT. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, London, 1993
- EDELWICH J, BRODSKY A. *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*. Human Sciences Press, New York, 1980
- MASLACH C. *Burnout. The cost of caring*. Prentice-Hall Inc, New Jersey, 1982
- MASLACH C, JACKSON SE. *Maslach burnout inventory manual*. 2nd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1986
- COOPER C, PAYNE R. *Causes, coping and consequences of stress at work*. St Edmundsbury Press, Great Britain, 1988

8. MASLACH C, JACKSON ES, LEITER PM. *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1996
9. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ, ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
10. JAYARATNE S, CHESS WA. Job satisfaction, burnout and turnover: A national study. *Soc Work* 1984, 24:448–453
11. HEIM E. Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom* 1991, 55:90–99
12. SODERFELDT M, SODERFELDT B, WARG L. Burnout in social work. *J Natl Assoc Soc Work* 1995, 40:638–647
13. BOURBONNAIS R, COMEAU M, VEZINA M, GUYLAINE D. Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *Am J Ind Med* 1998, 34:20–28
14. MADDI SR, KOBASA SC. *The hardy executive: Health under stress*. Dow-Jones-Irvin, Homewood IL, 1984
15. ANTONIOU AS. Personal traits and professional burnout in health professional. *Arch Hellen Med* 1999, 16:20–28
16. ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ Μ, ΜΠΕΚΟΣ Β, ΣΚΥΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Γ. Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική* 2003, 42:479–496
17. NUMEROF RE, ABRAMS MN. Sources of stress among nurses: An empirical investigation. *J Hum Stress* 1984, 10:88–100
18. MUNLEY A. Sources of hospice staff stress and how to cope with it. *Nurs Clin North Am* 1985, 20:230–239
19. CONSTABLE JF, RUSSEL DW. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *J Hum Stress* 1986, 12:20–26
20. FOXALL MJ, ZIMMERMAN R, STANDLEY R, CAPTAIN BB. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *J Adv Nurs* 1990, 15:577–584
21. FORNES VIVES J, GALLEGO CAMINERO G, BARCELO OLIVER M, CRESPI CAPO M, GUTTIEREZ CASADO A. Causal and emotional factors related to work stress in ICU nursing staff. The importance of accurate measurement. *Intensive Crit Care Nurs* 1994, 10:41–50
22. KEIJUSERS GJ, SCHAUFELI WB, Le BLANC PM, ZWERTS C, REIS-MIRANDA D. Performance and burnout in intensive care units. *Work Stress* 1995, 9:513–527
23. Ο'HARA P, HARPER DW, CHARTRAND LD, JOHNSTON SF. Patient death in a long-term care hospital: A study of the effect on nursing staff. *J Gerontol Nurs* 1996, 22:27–35
24. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ, ΠΑΡΑΖΟΓΛΟΥ Ι, ΠΕΤΡΑΚΙ Δ, ΒΕΛΛΑΛΙΤ. Mutual support among nurses who provide care to dying children illness. *Crisis and Loss* 1999, 7:37–48
25. DEMEROUTI E, BAKKER AB, NACHREINER F, SCHAUFELI WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs* 2000, 32:454–464
26. TUMMERS G, VAN MEROD G, LANDEWEERD J. The diversity of work: Differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *Int J Nurs Stud* 2002, 39:841–855
27. VACHON M. *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. Hemisphere, New York, 1987
28. BRAM PJ, KATZ LF. Study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncol Nurs Forum* 1989, 16:555–560
29. OEHLER JM, DAVIDSON MG. Job stress and burnout in acute and non-acute pediatric nurses. *Am J Crit Care* 1992, 1:81–90
30. WILSON A. Exhaustion syndrome in palliative care. *Support Care Cancer* 1996, 4:408–415
31. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ, ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ, ΜΟΝΟΣ Δ. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *Br J Med Psychol* 1994, 67:187–199
32. PINES AM, KANNER AD. Nurses' burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. *J Psychiatr Nurs* 1982, 20:30–35
33. MATRUNOLA P. Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? *J Adv Nurs* 1996, 23:877–834
34. GRAY-TOFT P, ANDERSON JG. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Soc Sci Med* 1981, 159:639–647
35. ΚΑΗΙΛΛ Σ. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Can Psychol* 1988, 29:284–297
36. ΚΑΝΤΑΣ Α. *Οργανωτική-βιομηχανική ψυχολογία. Μέρος 3ο: Διεργασίες ομάδας, σύγκρουση, ανάπτυξη και αλλαγή, κουλτούρα, επαγγελματικό άγχος*. 5η έκδοση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995
37. FAGIN L, BROWN D, BARTLETT H, LEARY J, CARSON J. The Glaybury community psychiatric nurse stress study: Is it more stressful to work in hospital or the community? *J Adv Nurs* 1996, 22:347–358
38. COFFEY M. Stress and burnout in forensic community mental health nurses: An investigation of its causes and effects. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999, 6:433–443
39. OLOFSSON B, BENGTSSON C, BRINK E. Absence of response: A study of nurses; experience of stress in the workplace. *J Nurs Manag* 2003, 11:351–358
40. LEITER MP, MASLACH C. The impact of interpersonal environment on burnout: An organizational commitment. *J Org Behav* 1988, 9:297–308
41. CORDES CL, DOUGHERTY TW. A review and integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev* 1993, 18:621–656
42. FALLOWFIELD L. *Quality of life: The missing measurement in health care*. Human Horizon Series-Souvenir Press, London, 1990
43. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ, ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα* 1992, 5:183–202
44. WARE JE, SHERBOURNE CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992, 30:473–483
45. ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΦΡΑΓΚΟΥΛΗ Δ, ΠΑΠΠΑ Ε, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ελληνικού SF-36. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2004, 21:451–462
46. ΠΑΡΡΑ Ε, ΚΟΝΤΟΔΙΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Qual Life Res* (in press)
47. GANDEK B, WARE JE, AARONSON NK, ALONSO J, APOLONE G, BJORNER J ET AL. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven countries: Results from the IQOLA project. *J Clin Epidemiol* 1998, 51:1149–1158
48. NUNNALLY JC, BERNSTEIN IR. *Psychometric theory*. 3rd ed. McGraw-

- Hill, New York, 1994
49. BARTZ C, MALONEY PC. Burnout among intensive care nurses. *Res Nurs Health* 1986, 9:147–153
 50. CHIRIBOGA DA, BAILEY J. Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: A comparative study. *Crit Care Nurse Q* 1986, 9:84–92
 51. ΙΓΓΛΕΣΗ Χ. *Πρόσωπα γυναικών*. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα, 1989
 52. MALLETT K, PRICE JH, JURTS SG, SLENKER S. Relationships among burnout, death anxiety and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol Rep* 1991, 68:1347–1359
 53. KEANE A, DUCETTE J, ADLER DC. Stress in ICU and non-ICU nurses. *Nurse Res* 1985, 34:231–236
 54. VAN SERVELLEN G, LEAKE B. Burn-out in hospital nurses: A comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples. *J Prof Nurs* 1993, 9:169–177
 55. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α, ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΗΣ Ε, ΦΡΥΔΑΣ Α, ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Είναι αναγκαία μια πολιτική ανθρώπινων πόρων για το νοσηλευτικό προσωπικό στη βάση των θεωριών υποκίνησης; Στο: *Υπηρεσίες υγείας, μάνατζμεντ και τεχνολογία*. Εκδόσεις MediForce, 2004:111–125
 56. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ. Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων και μεταμοσχευμένων νεφροπαθών. Μια κριτική προσέγγιση. *Ιατρική* 2001, 79:158–163

Corresponding author:

D. Niakas, Hellenic Open University, Faculty of Social Sciences, 169 Riga Ferriaiou & Tsamadou street, GR-262 22 Patras, Greece
e-mail: niakas@eap.gr