



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
στη Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Burnout & Οργανωσιακή Επίδοση. Ο Αντίκτυπος της πανδημίας COVID-19 στο νοσηλευτικό προσωπικό των Δημόσιων Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης».

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΡΙΘΑΡΙΔΗΣ

αριθμός μητρώου: hrm21027

e-mail: hrm21027@uom.edu.gr

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Α.ΚΑΤΟΥ

**Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος
στη Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2022

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ τους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που ξόδεψαν από το απόθεμα του περιορισμένου ελεύθερου χρόνου τους για να πάρουν μέρος στην παρούσα έρευνα.

Ευχαριστώ επίσης τους καθηγητές μου στο Πανεπιστήμιο Μακεδονίας για όλη τη βοήθεια και τις γνώσεις που μας μετέδωσαν.

Όλως ιδιαίτερος, ευχαριστώ την επιβλέπουσα την παρούσα Διπλωματική εργασία καθηγήτρια Αναστασία Κάτου, που με καθοδήγησε στη μελέτη και τη συγγραφή και εν τέλει με έμαθε «να γράφω διαφορετικά».

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή μου Οδυσσέα Μοσχίδη που με τόση υπομονή κι επιμονή με έμαθε «να μετράω διαφορετικά».

Τέλος, ευχαριστώ τον Πρόεδρο του Μεταπτυχιακού καθηγητή Δημήτριο Μιχαήλ, που υπήρξε για εμένα πρότυπο και πηγή έμπνευσης και δημιουργίας και στο τέλος αυτής της υπέροχης διαδρομής με έμαθε «να σκέφτομαι διαφορετικά»!

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αξιολογήσει τα επίπεδα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης / Burnout και τον αντίκτυπο πρακτικών των Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης στο επίπεδο του Burnout που βιώνουν οι Νοσηλευτές,τριες που εργάζονται στα δημόσια Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID-19.

Μέθοδος και Υλικό: Η έρευνα είναι μια Έρευνα Πεδίου. Πραγματοποιήθηκε με διανομή ειδικού εργαλείου - ερωτηματολογίου και στη συνέχεια ανάλυση δεδομένων βάσει παραγόντων με τη χρήση του στατιστικού εργαλείου Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 3 ενότητες σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τους οργανωτικούς παράγοντες και το Maslach Burnout Inventory (MBI). Συνολικά διανεμήθηκαν 350 ερωτηματολόγια σε νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της πόλης της Θεσσαλονίκης και συλλέχθηκαν 265.

Αποτελέσματα: Οι νοσηλευτές στα δημόσια Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID-19 βιώνουν μέτριο προς αυξημένο Burnout. Ειδικότερα, διαπιστώνεται μέτριο προς χαμηλό επίπεδο Συναισθηματικής Εξάντλησης, μέτριο προς υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενης Αποπροσωποποίησης και μέτριο προς χαμηλό επίπεδο Προσωπικών Επιτευγμάτων.

Οι αντιλαμβανόμενες από τους νοσηλευτές πρακτικές των Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης / HPWS σχετίζονται έντονα θετικά με τον αντιλαμβανόμενο συνδυασμό επαγγελματικής ασφάλειας και διοίκησης απόδοσης/ανταμοιβών, που αποτελούν τις συνιστώσες των εργασιακών κινήτρων και επίσης πολύ έντονα θετικά με τις ακολουθούμενες πρακτικές κατάρτισης των νοσηλευτών από το νοσοκομείο. Επιπλέον οι πρακτικές των HPWS σχετίζονται μέτρια θετικά με το αντιλαμβανόμενο επίπεδο σαφήνειας των αρμοδιοτήτων των θέσεων εργασίας καθώς επίσης και με τις εφαρμοζόμενες πολιτικές προσλήψεων. Σύμφωνα με τις απόψεις των νοσηλευτών, προκύπτει άνω της μέτριας έντασης, θετική σχέση, μεταξύ των αντιληπτών πρακτικών HPWS και του επιπέδου συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων.

Συμπεράσματα: Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης / Burnout πλήττει τους νοσηλευτές που εργάζονται στα Δημόσια Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, κατά κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID-19. Προκειμένου να αποφευχθεί και να αντιστραφεί το σύνδρομο, είναι ζωτικής σημασίας να σχεδιαστούν, να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν νέες καινοτόμες δέσμες πρακτικών HPWS, καθώς τα υπάρχοντα κίνητρα δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των νοσηλευτών.

Λέξεις Κλειδιά: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης / Burnout, Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης / HPWS, Νοσηλευτές, Δημόσια Νοσοκομεία

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to evaluate the degree of burnout and the impact of HPWS practices to the level of experienced burnout, among nurses working at Public Hospitals in Thessaloniki, during the COVID-19 pandemic.

Method and material: The research is a study survey - fieldwork. Held by distributing a special tool - questionnaire, followed by a factor-based data analysis by the use of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) statistic tool. The questionnaire consists of 3 sections on demographic and social characteristics, organizational factors and the Maslach Burnout Inventory (MBI). A total of 350 questionnaires were distributed to nurses working at public hospitals in the city of Thessaloniki-Greece and 265 collected.

Results: Nurses in public hospitals in Thessaloniki during the COVID-19 pandemic experience moderate to increased Burnout. In particular, there is a moderate to low level of Emotional Exhaustion, a moderate to high level of perceived Depersonalization and a moderate to low level of Personal Achievements.

Nurses' perceptions of High Performance Work Systems / HPWS practices are strongly positively related to the perceived combination of occupational safety and performance management, which are the components of work motivation, and also very strongly positive with nursing training practices followed by the hospital. In addition, HPWS practices are moderately positively related to the perceived level of clarity of job responsibilities, as well as to the recruitment policies implemented. According to the nurses, there is an above moderate intensity, positive relationship, between the perceived HPWS practices and their level of participation in decision making.

Conclusions: The syndrome of Burnout affects the nurses working at Public Hospitals in Thessaloniki, during the COVID-19 pandemic. In order to prevent and reverse the syndrome, it is crucial to design, develop and implement new innovative bundles of HPWS practices, as the existing perceived incentives do not meet expectations.

Keywords: Burnout Syndrome, High Performance Work Systems, Nurses, Public Hospitals

Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακες.....	8
Γραφήματα.....	10
1. Εισαγωγή.....	11
2. Επισκόπηση βιβλιογραφίας.....	13
2.1 Αποσαφήνιση εννοιών.....	13
2.2 Το Burn out στους επαγγελματίες υγείας: ανασκόπηση θεωρητικής βιβλιογραφίας.....	19
2.2.1 Burn out στους επαγγελματίες υγείας και COVID-19.....	21
2.3 Το Burn out στους επαγγελματίες υγείας: ανασκόπηση εμπειρικής βιβλιογραφίας.....	27
2.4 Συμπεράσματα και προτάσεις.....	30
3. Ερευνητικό Ερώτημα, Υπόδειγμα, Υποθέσεις.....	33
4. Μεθοδολογία.....	34
5. Ανάλυση δεδομένων και ερμηνεία των ευρημάτων.....	35
Περιγραφική Στατιστική.....	35
Δείγμα.....	35
Ικανότητες/Abilities / Προσλήψεις & Επιλογή Προσωπικού.....	35
Ικανότητες/Abilities / Κατάρτιση & Ανάπτυξη.....	37
Κίνητρα/Motivation / Εργασιακή Ασφάλεια.....	38
Κίνητρα/Motivation / Διοίκηση Απόδοσης-Ανταμοιβής.....	39
Ευκαιρίες και Αυτονομία Εργαζομένων.....	41
Ευκαιρίες και Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.....	42
Ευκαιρίες και Σαφής περιγραφή της θέσης εργασίας και των καθηκόντων.....	44
Κίνητρα.....	45
Συνολικό σκορ HPWS.....	46
Burnout / Συναισθηματική Εξάντληση.....	47
Burnout / Αποπροσωποποίηση.....	49
Burnout / Προσωπικά Επιτεύγματα.....	51
Γενική Επισκόπηση Burnout.....	53
Σχέσεις.....	55
Ερευνητικές Υποθέσεις.....	57
Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης / Φύλο.....	59
Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης / Ηλικία.....	60

Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης / Οικογενειακή κατάσταση.....	61
Εργασιακά κίνητρα και δημογραφικά ή εργασιακά χαρακτηριστικά.....	63
Burnout και Δημογραφικά - Εργασιακά Χαρακτηριστικά	64
Υπόδειγμα πολλαπλής Παλινδρόμησης	66
6. Συμπεράσματα και Προτάσεις.....	73
Επισκόπηση Βιβλιογραφίας.....	77
Παράρτημα	93

Πίνακες

Πίνακας 1. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για τη Πολιτική Προσλήψεων.....	36
Πίνακας 2. Περιγραφικά - Σκορ Προσλήψεις.....	36
Πίνακας 3. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για τη Πολιτική Κατάρτισης.....	37
Πίνακας 4. Περιγραφικά - Σκορ Κατάρτιση.....	38
Πίνακας 5. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για την Εργασιακή Ασφάλεια.....	38
Πίνακας 6. Περιγραφικά - Σκορ Ασφάλεια.....	39
Πίνακας 7. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για τις πρακτικές Διοίκησης Απόδοσης/Ανταμοιβής.....	40
Πίνακας 8. Περιγραφικά - Σκορ Διοίκησης Απόδοσης/Ανταμοιβής.....	41
Πίνακας 9. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για το Επίπεδο Αυτονομίας Νοσηλευτή.....	41
Πίνακας 10. Περιγραφικά - Σκορ Αυτονομίας.....	42
Πίνακας 11. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων.....	43
Πίνακας 12. Περιγραφικά – Σκορ Λήψη Αποφάσεων.....	43
Πίνακας 13. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για τη Σαφήνεια περιγραφής της θέσης εργασίας και των καθηκόντων.....	44
Πίνακας 14. Περιγραφικά – Σκορ Σαφήνεια Θέσης.....	45
Πίνακας 15. Κίνητρα Σκορ.....	45
Πίνακας 16. Σκορ - HPWS.....	46
Πίνακας 17. Αποκρίσεις στο σύνολο των δηλώσεων Συναισθηματικής Εξάντλησης.....	47
Πίνακας 18. Κατηγοριοποίηση Burnout / Συναισθηματική Εξάντληση (Σύνολο Δηλώσεων).....	48
Πίνακας 19. Περιγραφικά Σκορ Συναισθηματικής Εξάντλησης.....	49
49	
Πίνακας 21. Κατηγοριοποίηση Σκορ Αποπροσωποποίησης.....	50
Πίνακας 22. Περιγραφικά Σκορ Αποπροσωποποίησης.....	51
Πίνακας 23. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου Προσωπικά Επιτεύγματα (Σύνολο Ερωτήσεων).....	51
Πίνακας 24. Κατηγοριοποίηση Σκορ Προσωπικά Επιτεύγματα (Σύνολο Ερωτήσεων).....	52
Πίνακας 25. Σκορ Προσωπικά Επιτεύγματα.....	53
Πίνακας 26. Περιγραφικά Στατιστικά Σκορ Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	54
Πίνακας 27. Σχέσεις.....	56
Πίνακας 28. Διαμεσολάβηση Κινήτρων στη Σχέση HPWS / Burnout.....	57

Πίνακας 29. Σχέση HPWS / Burnout	58
Πίνακας 30. Τεταρτημόρια Κατανομής HPWS	58
Πίνακας 31. Σχέση HPWS / Εργασιακά Κίνητρα	59
Πίνακας 32. Περιγραφικά Στατιστικά HPWS / Φύλο	59
Πίνακας 33. Έλεγχος Κανονικότητας Σκορ HPWS / Φύλο	60
Πίνακας 34. Μη παραμετρικό Τεστ Mann-Whitney HPWS / Φύλο	60
Πίνακας 35. Περιγραφικά Στατιστικά HPWS / Ηλικία.....	60
Πίνακας 36. Έλεγχος Κανονικότητας Σκορ HPWS / Ηλικία.....	61
Πίνακας 37. Μη παραμετρικό Τεστ Kruskal-Wallis HPWS / Ηλικία.....	61
Πίνακας 38. Περιγραφικά Στατιστικά HPWS / Οικογενειακή Κατάσταση.....	61
Πίνακας 39. Έλεγχος Κανονικότητας Σκορ HPWS / Οικογενειακή Κατάσταση.....	62
Πίνακας 40. Μη παραμετρικό Τεστ Kruskal-Wallis HPWS/Οικογενειακή Κατάσταση.....	62
Πίνακας 41. Μη παραμετρικά τεστ HPWS / Εκπαίδευση, Προϋπηρεσία, Θέση εργασίας, Εργασιακή σχέση.	62
Πίνακας 42. Εργασιακά Κίνητρα / Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, Εκπαίδευση, Προϋπηρεσία, Θέση εργασίας, Σχέση Εργασίας	63
Πίνακας 43. Burnout και Δημογραφικά -Εργασιακά Χαρακτηριστικά	64
Πίνακας 44. Πολλαπλές Συγκρίσεις.....	65
Πίνακας 45. Συντελεστές Συσχέτισης Burnout / Κίνητρα, Προσλήψεις, Κατάρτιση, Αυτονομία, Λήψη Αποφάσεων, Σαφήνεια Θέσης	66
Πίνακας 46. Διαγνωστικά Πολυσυγγραμμικότητας.....	67
Πίνακας 47. Ανεξαρτησία Παρατηρήσεων	67
Πίνακας 48. Στατιστικά Κατανομής Απόστασης Cook.	69
Πίνακας 49. Περίληψη Μοντέλου.....	70
Πίνακας 50. Παλινδρόμηση - Πίνακας ANOVA	70
Πίνακας 51. Συντελεστές Παλινδρόμησης.....	70
Πίνακας 52. Επισκόπηση Υποδείγματος β.....	71
Πίνακας 53. Παλινδρόμηση - Πίνακας ANOVA.....	71
Πίνακας 54. Συντελεστές Παλινδρόμησης.....	72

Γραφήματα

Γράφημα 1. Ιστόγραμμα Συχνοτήτων HPWS	47
Γράφημα 2. Ιστόγραμμα Συχνοτήτων Burnout	55
Γράφημα 3. Γράφημα Διασποράς Τυπικές Προβλεπόμενες / Τυπικές Καταλοίπων Burnout	68
Γράφημα 4. Γράφημα QQ-Plot Κατάλοιπα.....	69

1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τις τελευταίες αναφορές στη βιβλιογραφία, στη Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού (ΔΑΔ), επικρατούν δύο εναλλακτικές προσεγγίσεις. Σύμφωνα με την θετική προσέγγιση, τα ολοκληρωμένα συστήματα πρακτικών Ανθρώπινου Δυναμικού (HPWS) παρέχουν στους εργαζόμενους τους αναγκαίους πόρους (job resources), οι οποίοι βοηθούν με τη σειρά τους στη μείωση της συναισθηματικής εξάντλησης (burnout) των υπαλλήλων. Σύμφωνα με την αρνητική προσέγγιση, τα ολοκληρωμένα συστήματα πρακτικών Ανθρώπινου Δυναμικού (HPWS) επιφέρουν την αύξηση των απαιτήσεων (job demands) προς τους εργαζόμενους, οι οποίες κατά συνέπεια αυξάνουν την συναισθηματική εξάντληση (burnout). Επιπροσθέτως, εμπειρικές έρευνες φανερώνουν διαφορετικά αποτελέσματα της επίδρασης του HPWS ως σύστημα σε σχέση με την μελέτη του ως «δέσμη πρακτικών» (bundles of practices).

Βάσει των παραπάνω δύο προσεγγίσεων, η παρούσα έρευνα στοχεύει στην μελέτη του αντίκτυπου της επίδρασης του Εργασιακού Στρες, το οποίο εκφράζεται με την μορφή της Σωματικής και Συναισθηματικής Εξάντλησης / Burnout, στην οργανωσιακή επίδοση των υπαλλήλων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των Δημόσιων Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, στις συνθήκες αντιμετώπισης της πανδημίας του κορονοϊού Covid-19. Ειδικότερα, η έρευνα εστιάστηκε στα ερωτήματα α) αν οι νοσηλεύτριες στα δημόσια νοσοκομεία, την περίοδο της πανδημίας, βιώνουν burnout; β) αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου του burnout που βιώνουν οι νοσηλεύτριες στα δημόσια νοσοκομεία, την περίοδο της πανδημίας, με τις προσλαμβανόμενες που έχουν για τις πρακτικές της Διοίκησης; και γ) αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου του burnout που βιώνουν οι νοσηλεύτριες στα δημόσια νοσοκομεία, την περίοδο της πανδημίας και ανεξάρτητων μεταβλητών όπως το φύλο, η εργασιακή σχέση, το επίπεδο εκπαίδευσης και η θέση (ευθύνης) στον Οργανισμό.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας παρατίθεται το θεωρητικό υπόβαθρο και οι τρέχουσες απόψεις της βιβλιογραφίας που αφορούν στην έρευνα του εργασιακού στρες, της επαγγελματικής εξουθένωσης / burnout και ειδικότερα του burnout των επαγγελματιών υγείας.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται το αντικείμενο, οι στόχοι, τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα και οι υποθέσεις της συγκεκριμένης έρευνας. Αναφέρονται η μέθοδος και τα

ερευνητικά εργαλεία συλλογής, επεξεργασίας και ανάλυσης των δεδομένων.

Στο τρίτο μέρος περιγράφονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων και τα συμπεράσματα, σχετικά με τις υποθέσεις που εξ αρχής τέθηκαν.

Τέλος, αναφέρονται οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντική διερεύνηση.

2. Επισκόπηση βιβλιογραφίας

2.1 Αποσαφήνιση εννοιών

Το στρες αποτελεί τη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει το άτομο ως αντίδραση σε απαιτήσεις που προέρχονται από το περιβάλλον και αδυνατεί να τις διαχειριστεί. Ως εργασιακό στρες ορίζουμε τις αρνητικές ψυχοσωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που βιώνουν τα άτομα στην εργασία τους (Κάτου, 2017). Το εργασιακό στρες χαμηλής έντασης ή θετικό-εποικοδομητικό στρες, είναι προϊόν μέτριου άγχους και λειτουργεί υποκινητικά στην αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων. Το επίπεδο έντασης του εποικοδομητικού στρες ονομάζεται «ζώνη άνεσης» και έχει ως όριο το σημείο «κορεσμού ή κόπωσης» (Κάτου, 2017).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση συνάγεται το συμπέρασμα πως εάν το επίπεδο του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος υπερβεί το όριο «κόπωσης», επέρχεται το αρνητικό-καταστρεπτικό στρες, με σημαντικό αντίκτυπο στο εργασιακό κλίμα και στην απόδοση των εργαζομένων. Μειώνει την εργασιακή εμπλοκή και αφοσίωση, το αίσθημα ασφάλειας και ευζωίας. Ενισχύει αρνητικές συμπεριφορές όπως η εργασιακή δυσαρέσκεια, οι τάσεις παραίτησης και φυγής (Demerouti et al., 2001; Iglesias, et al., 2010; Wang, et al., 2015; Κάτου, 2017; Chang, 2017).

Η εξουθένωση αποτελεί σήμερα μια παγκόσμια ανησυχία που σχετίζεται με την εργασία. Το άγχος έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει αρνητικά την ψυχολογική και σωματική υγεία του ατόμου και επομένως να επηρεάσει και την αποτελεσματικότητά του. Έτσι, αναγνωρίζεται παγκοσμίως ως μια σημαντική πρόκληση για την υγεία των εργαζομένων και τη λειτουργία των οργανώσεών τους. Μελέτες έχουν δείξει ότι το εργασιακό στρες διαμεσολαβεί μεταξύ των παραγόντων πρόκλησης άγχους και της μειωμένης εργασιακής επίδοσης (Maslach, et al., 2001; Iglesias, et al., 2010). Επίσης έρευνες δείχνουν ότι η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων μπορεί με δέσμες πρακτικών διαχείρισης του στρες, να διαφοροποιεί την επίδραση των παραγόντων στην ένταση του στρες, μειώνοντας τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την επίδοση των εργαζομένων (Dubrin, 2002; Κάτου, 2017; Kloutsiniotis and Mihail, 2018; Χυτήρης 2018).

Η αδυναμία του ατόμου να προσαρμοστεί στο εργασιακό περιβάλλον εξαιτίας του χρόνιου στρες που προκαλεί η εργασιακή πίεση, που υπερβαίνει τα όρια του, οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση / Burnout. Το burnout δεν είναι μια παροδική κατάσταση που προκαλεί το εργασιακό άγχος και η κούραση, αλλά οδηγεί σε αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς του ατόμου τόσο απέναντι σε αυτήν καθ' εαυτήν την εργασία που εκτελεί, όσο και στους αποδέκτες του προϊόντος/υπηρεσιών του και δύναται να έχει μόνιμες επιπτώσεις με μειωμένη επίδοση (Cherniss, 1993; Maslach & Schaufeli, 1993).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1970 και αρχικά αναφέρθηκε ως η αντίδραση σε διαπροσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες στην εργασία (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2008). Ειδικότερα, ο όρος «burnout» επινοήθηκε στις ΗΠΑ πριν 2 δεκαετίες. Ο ψυχαναλυτής Freudenberger (1974), για παράδειγμα, δημοσίευσε μια από τις πρώτες επιστημονικές περιγραφές του BOS ως ψυχιατρική και σωματική κατάρρευση. Το 1981, η Maslach εισήγαγε έναν περαιτέρω εκτεταμένο ορισμό και ένα όργανο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι ακόμα το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο σήμερα, το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981; Burisch, 1994).

Ένας από τους κυριότερους και ευρέως χρησιμοποιούμενους ορισμούς του Burn out syndrome / BOS είναι αυτός των Maslach, Jackson και Leiter (1996) ο οποίος ορίζει το BOS «ως ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, με μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα που μπορεί να εμφανιστούν μεταξύ των ατόμων που εργάζονται με άτομα με κάποια ιδιότητα» (σ. 4). Αναλυτικότερα, η Εξάντληση προκύπτει ως αποτέλεσμα των συναισθηματικών απαιτήσεων κάποιου, ενώ ο Κυνισμός / Αποπροσωποποίηση αναφέρεται σε ένα κυνικό, αρνητικό συναίσθημα ή σε μη ανταπόκριση. Όσον αφορά τα Μειωμένα Προσωπικά Επιτεύγματα, αναφέρεται στην πεποίθηση ότι δεν μπορεί κανείς πλέον να εργαστεί αποτελεσματικά με τους πελάτες, ασθενείς ή τους λήπτες φροντίδας.

Γενικότερα, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί ως «μια κατάσταση εξάντλησης στην οποία βρίσκεται κανείς με μια κυνική αίσθηση για την αξία του επαγγέλματός του και αμφίβηλος για την ικανότητά του να αποδώσει σε αυτήν» (Maslach et al., 1996, σελ. 20). Οι ερευνητές συμφωνούν ότι οι στρεσογόνοι

παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε εξουθένωση έναν εργαζόμενο σε όλα τα πιθανά επαγγέλματα (Burisch, 2006; Demerouti et al., 2001). Ένας από τους πιο ριζοσπαστικούς ορισμούς που αντιπροσωπεύουν τη γενική φύση της επαγγελματικής εξουθένωσης παρέχονται από τους Maslach και Leiter (1997), σύμφωνα με τον οποίο «Η εξουθένωση είναι ο δείκτης της αποσύνδεσης του τι είναι οι άνθρωποι και τι πρέπει να κάνουν. Αντιπροσωπεύει μια διάβρωση της αξίας, της αξιοπρέπειας και της θέλησης της ανθρώπινης ψυχής και έχει ειπωθεί ότι αποτελεί μια ασθένεια της σύγχρονης κοινωνίας που εξαπλώνεται διαρκώς με την πάροδο του χρόνου, βάζοντας τους ανθρώπους σε μια καθοδική σπείρα από την οποία είναι δύσκολο να ανακάμψουν».

Το Burnout μπορεί να εντοπιστεί σε οποιοδήποτε επαγγελματικό περιβάλλον (Hammig & Bauer, 2014). Συνήθως αξιολογείται σε επαγγελματικές ομάδες, όπως δημοσίου υπαλλήλους, εκπαιδευτικούς καθώς και επαγγελματίες υγείας (Felton, 1998; Valente et al., 2011). Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν βρει υψηλό επιπολασμό του συνδρόμου επαγγελματικού στρες / Burnout στις δυτικές και αναπτυσσόμενες χώρες και ιδιαίτερα μεταξύ επαγγελματιών των οποίων η εργασία περιλαμβάνει συνεχείς απαιτήσεις και έντονες αλληλεπιδράσεις με άτομα που έχουν σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες, όπως οι γιατροί, νοσηλευτές, επαγγελματίες κοινωνικής εργασίας κ.α. (Maslach, Schaufeli and Leiter, 2001; Maslach and Leiter, 2008; Mateen & Dorji, 2009).

Συμπερασματικά, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οριστεί ως ένα αίσθημα εξάντλησης, μια κυνική στάση απέναντι στην εργασία και τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτήν καθώς και μειωμένης προσωπικής επιτυχίας ή αποδοτικότητας στην εργασία. Με μια ριζική έννοια η επαγγελματική εξουθένωση αφαιρεί το πνεύμα και τη θέληση ενός ατόμου και εμφανίζεται εντονότερη σε επαγγέλματα όπου οι εργαζόμενοι αλληλεπιδρούν περισσότερο με άλλα άτομα αντί αυτών που ασχολούνται με αντικείμενα ή πληροφορίες (Maslach et al., 2001).

Οι ερευνητές συμφωνούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν συμβαίνει «εν μία νυκτί», αλλά αποτελεί αποτέλεσμα μιας παρατεταμένης και αργής διαδικασίας που μπορεί να διαρκέσει ακόμη και χρόνια. Σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς (Burisch, 2006) οι «πυροδοτήσεις» του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ξεκινούν από τις υπερβολικές απαιτήσεις εργασίας και την αδυναμία του εργαζομένου να επενδύει συνεχώς ενέργεια για να ικανοποιεί τις απαιτήσεις αυτές. Η ανάπτυξη εξουθένωσης

συνήθως ξεκινά σε πρώιμο στάδιο ως συναισθηματική εξάντληση. Υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης κατά συνέπεια μπορούν να οδηγήσουν σε απόσυρση από τους ανθρώπους / πελάτες / ασθενείς / μαθητές. Μια τέτοια απόσυρση έχει ως αποτέλεσμα αποπροσωποποιημένες αντιδράσεις και κυνική στάση απέναντι σε όλα τα ζητήματα της δουλειάς (Taris, Le Blanc, Schaufeli και Schreurs, 2005). Με άλλα λόγια, συναισθηματική εξάντληση μπορεί να οδηγήσει στο στάδιο της αποπροσωποποίησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al., 2001). Ωστόσο, αρκετοί συγγραφείς ισχυρίζονται ότι η εξάντληση και ο κυνισμός/αποπροσωποποίηση αναπτύσσονται μάλλον παράλληλα (Demerouti et al., 2001).

Σύμφωνα με τους Demerouti et al. (2001) η ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης ακολουθεί δύο διαδικασίες. Η πρώτη διαδικασία σχετίζεται με τις απαιτήσεις εργασίας που οδηγούν σε συχνή υπερφόρτωση του εργαζομένου και κατά συνέπεια στην εξάντληση του. Η έλλειψη πόρων εργασίας (π.χ. έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης), από την άλλη πλευρά, αντιπροσωπεύει μια δεύτερη διαδικασία που στο τέλος οδηγεί σε αποσύνδεση από την εργασία. Αν οι πόροι δεν είναι λειτουργικοί για την ικανοποίηση των απαιτήσεων εργασίας, θα λάβει χώρα η συμπεριφορά απόσυρσης του εργαζομένου. Η συμπεριφορά απόσυρσης οδηγεί κατά συνέπεια σε «αποστασιοποίηση του εαυτού του από την εργασία του που έχει ως αποτέλεσμα το να βιώνει αρνητικές στάσεις απέναντι στο αντικείμενο εργασίας, το περιεχόμενο της εργασίας και γενικά τη δουλειά κάποιου (Demerouti et al., 2001), ενώ το τρίτο συστατικό της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι η μειωμένη προσωπική επιτυχία.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι αρνητικές αντιλήψεις που σχετίζονται με την υψηλή πίεση μπορεί να προκαλέσουν εξουθένωση. Με αποτέλεσμα να μειωθεί η αποτελεσματικότητα και τα κίνητρα των εργαζομένων. Η εξουθένωση λοιπόν αποτελεί μια ψυχική κατάσταση που αναπτύσσεται σε ένα εργασιακό περιβάλλον με συνεχές άγχος και σχετίζεται με τις εργασιακές απαιτήσεις. Η ψυχική αυτή κατάσταση αν κρατήσει για μεγάλη διάρκεια, μπορεί να προκαλέσει σωματική και συναισθηματική δυσφορία. Η Εξουθένωση έχει τρεις διαστάσεις : συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μείωση προσωπικών επιτευγμάτων. Επιπλέον, η διεθνής ταξινόμηση των ασθενειών έχει κατηγοριοποιήσει την εξουθένωση πλέον ως επαγγελματικό φαινόμενο και όχι ως μια ιατρική κατάσταση, με τις τρεις διαστάσεις, να είναι η εξάντληση, ο κυνισμός σχετικά με τη δουλειά και η απώλεια επαγγελματικής αποτελεσματικότητας (Boersma & Lindblom, 2009) .

Αρχικά, όπως προαναφέρθηκε η συναισθηματική εξάντληση είναι ο πρωταρχικός παράγοντας της εξουθένωσης που οδηγεί τον εργαζόμενο στην εξάντληση των αντιληπτών προσωπικών πόρων, με αποτέλεσμα το άτομο να αισθάνεται εξαντλημένο λόγω της εργασίας. Έπειτα, η αποπροσωποποίηση αποτελεί την απώλεια της αίσθησης απέναντι σε ζητήματα που σχετίζονται με την εργασία (Smoktunowicz et al., 2019), με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να απομακρύνεται από όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την εργασία (Αντωνίου, 2008). Όταν ένας εργαζόμενος βιώνει συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, επόμενο είναι ότι θα χάσει την επιθυμία επίτευξης αλλά και την ικανότητα για εκτέλεση. (Potter, 2009).

Η συναισθηματική εξάντληση είναι όταν ο εργαζόμενος στερείται σωματικών και συναισθηματικών προσωπικών πόρων (Maslach, 1982) με άμεσο αποτέλεσμα την κόπωση και απώλεια εργασιακών κινήτρων (Leichtling, 2004). Τέλος, η απροσωποποίηση δηλώνει την στάση αποστασιοποίησης από την εργασία. Η αδιάφορη και ψυχρή συμπεριφορά κατακλύζει τον εργαζόμενο (Θεοφίλου, 2009) παράλληλα με συναισθήματα απογοήτευσης και ανικανότητας (Boersma & Lindblom, 2009; Schaufeli & Buunk, 2003).

Γενικά, υπάρχει μικρή συμφωνία για το πώς εξελίσσεται η επαγγελματική εξουθένωση και ποια είναι τα στάδια που περιλαμβάνει (Burisch, 2006). Οι βασικές πτυχές της διαδικασίας εξουθένωσης μπορεί να περνάει από τα ακόλουθα στάδια (προσαρμογή από Burisch, 2006):

- Στάδιο 1:
 - Υψηλός φόρτος εργασίας, υψηλό επίπεδο εργασιακού άγχους, υψηλές εργασιακές προσδοκίες
 - Οι απαιτήσεις για εργασία υπερβαίνουν τους πόρους εργασίας.
 - Η δουλειά δεν εκπληρώνει τις προσδοκίες κάποιου.

- Στάδιο 2:
 - Σωματική / συναισθηματική εξάντληση
 - Χρόνια εξάντληση. ακόμη υψηλότερη επένδυση ενέργειας για την εκτέλεση όλων των εργασιών, διαταραχές ύπνου, ευαισθησία σε πονοκεφάλους και άλλους σωματικούς πόνους.

- Συναισθηματική εξάντληση. κόπωση ακόμα και όταν η δουλειά έρχεται μόνο στο μυαλό.
- Στάδιο 3:
 - Αποπροσωποποίηση / Κυνισμός / Αδιαφορία
 - Απάθεια, κατάθλιψη, πλήξη
 - Αρνητική στάση απέναντι στην εργασία, τους συναδέλφους και τους πελάτες / αποδέκτες υπηρεσιών / ασθενείς
 - Απόσυρση από τη δουλειά, τα προβλήματα. μειωμένη εργασιακή προσπάθεια.
- Στάδιο 4:
 - Απελπισία / Αδυναμία / Αποστροφή
 - Αποστροφή προς τον εαυτό, προς τους άλλους ανθρώπους, προς τα πάντα
 - Αισθήματα ενοχής και ανεπάρκειας

Κατά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για το πώς τα χαρακτηριστικά της οργάνωσης της εργασίας επηρεάζουν διαφορετικά τα αποτελέσματα της ιατρικής περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών (Dall’Ora et al., 2016, Griffiths et al., 2016, Cummings et al., 2010). Όσον αφορά στην οργανωσιακή επίδοση, με στόχο να κατανοήσουμε καλύτερα τον αντίκτυπο των διαφορετικών πρακτικών της Διοίκησης στη Συναισθηματική Εξάντληση, θα τις εξετάσουμε τόσο ως ενιαίο σύνολο, όσο και ως ξεχωριστές δέσμες πρακτικών (bundles of practices) όπως αυτές σχετίζονται με τις 3 μεταβλητές της θεωρίας AMO (Abilities-Motivation-Opportunities) και διαμεσολαβούν μεταξύ ενός HPWS και της Συναισθηματικής Εξάντλησης (Kloutsiniotis and Mihail, 2020).

Βάσει της βιβλιογραφίας, ως πρακτικές που ενισχύουν τις Ικανότητες/Abilities αναφέρονται α) η πρόσληψη και επιλογή και β) η κατάρτιση και ανάπτυξη. Μέσω αυτών, η ΔΑΠ διασφαλίζει ότι οι εργαζόμενοι εξοπλίζονται με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας τους (Takeuchi et al., 2007; Oppenauer & Van de Voorde, 2016).

Ως πρακτικές που ενισχύουν τα Κίνητρα/Motivation αναφέρονται α) οι σχετιζόμενες με παροχές που αυξάνουν την Εργασιακή Ασφάλεια και β) στις Ανταμοιβές που συνδέονται με την Απόδοση (Bakker & Demerouti, 2007; Jiang et al., 2012; Ogbonnaya

et al., 2017; Ogbonnaya & Messersmith, 2019)

Τέλος, ως πρακτικές που ενισχύουν τις Ευκαιρίες/Opportunities αναφέρονται α) η δυνατότητα να εργάζεσαι αυτόνομα, β) η ύπαρξη σαφούς περιγραφής της θέσης εργασίας και των καθηκόντων και γ) η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (Ryan & Deci, 2000; Wood et al., 2012; Conway et al., 2016)

2.2 Το Burn out στους επαγγελματίες υγείας: ανασκόπηση θεωρητικής βιβλιογραφίας

Ειδικότερα σε ορισμένες επαγγελματικές κατηγορίες όπως οι επαγγελματίες υγείας, κάνει συχνότερα την εμφάνισή του το σύνδρομο του χρόνιου εργασιακού στρες / burnout, το οποίο οδηγεί σε υπέρμετρη σωματική και συναισθηματική εξάντληση. Παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες μπορεί να είναι οι ανεπαρκείς συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας, οι ιδιαίτερες απαιτήσεις του αντικειμένου της εργασίας, η εντατικοποίηση λόγω ανεπάρκειας υλικών μέσων και ανθρώπινων πόρων το στυλ Διοίκησης, το κακό εργασιακό κλίμα και η εργασιακή ανασφάλεια (Maslach and Jackson, 1981; Lu, et al., 2015).

Μελέτες ανέφεραν ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές που επηρεάζονται από εξουθένωση τείνουν να εμπλέκονται σε κατάχρηση ουσιών, κατάθλιψη ή υψηλά ποσοστά προσωπικού στρες. Επιπλέον, οι ασθενείς διατρέχουν επίσης κίνδυνο καθώς λαμβάνουν θεραπείες από εξουθενωμένους επαγγελματίες υγείας. Το κόστος της εξουθένωσης επιβαρύνει τους ασθενείς, την οικογένεια του ασθενούς και τα νοσοκομεία. Οι νοσηλευτές έχουν υψηλό επίπεδο εργασιακού άγχους περίπου 49,3% (Maslach & Leiter, 1997) .

Γίνεται λοιπόν σαφές, ότι το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο εξουθένωσης λόγω της φύσης του επαγγέλματος του. Κατά την εξέταση των παραγόντων που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας, μπορούν να ληφθούν υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες (Kacmaz, 2005; Tunk, 2008):

- ο ασαφής ορισμός της θέσης
- η έλλειψη οργανωτικής υποστήριξης από άτομα με εκπαίδευση σε διαφορετικά επίπεδα
- το σύστημα εργασίας (βάρδια)
- η εργασία με χαμηλό μισθό
- η υπερβολική εβδομαδιαία διάρκεια εργασίας
- ο μεγάλος αριθμός ασθενών

Στις μελέτες που διερεύνησαν το επίπεδο εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας στην Τουρκία, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες επαγγελματίες βίωσαν συναισθηματική εξάντληση πιο έντονη από τους άνδρες επαγγελματίες. Μάλιστα καθώς αυξανόταν ο αριθμός των νυχτερινών βαρδιών και η εβδομαδιαία περίοδος εργασίας, η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση αυξάνονταν επίσης (Barutcu & Serinkan, 2008; Demir et al., 2003). Οι μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών είναι υψηλότερα από τους άλλους επαγγελματίες υγείας, καθώς επικοινωνούν με ασθενείς για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και αυτοί οι ασθενείς είναι άτομα που είναι παιδιά, ηλικιωμένοι, ακόμη και άρρωστοι σε τελικό στάδιο που χάνουν την υγεία τους (Gandi et al., 2011; Rushton et al., 2015). Στη μελέτη που διεξήχθη από τον Tunç σε γιατρούς και νοσηλευτές, διαπιστώθηκε ότι ενώ οι γιατροί είχαν χαμηλό επίπεδο εξουθένωσης, οι νοσηλευτές είχαν ένα μέτριο επίπεδο εξουθένωσης (Tunk, 2008).

Επιπρόσθετα, έχει διαπιστωθεί ότι τα επίπεδα εξουθένωσης των νοσηλευτών που εργάζονταν στην εντατική κλινική ογκολογικού νοσοκομείου ήταν υψηλά (Tunkel et al., 2014). Στη μελέτη που διεξήχθη σε 2245 νοσηλευτές από τους Gandi et al. (2011), προσδιορίστηκε ότι το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών ήταν υψηλό και ιδιαίτερα η συναισθηματική εξάντληση ήταν υψηλότερη στις γυναίκες νοσηλεύτριες από τους άνδρες νοσηλευτές. Επίσης, στη μελέτη των Rushton et al (2015) που διεξήχθη με 114 νοσηλευτές, διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική εξάντληση ήταν υψηλότερη μεταξύ των γυναικών νοσοκόμων και καθώς αυξάνονταν τα χρόνια εργασίας, αυξανόταν και η αποπροσωποποίηση. Στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι όσοι εργάζονταν σε υπηρεσίες με μεγαλύτερη πίεση, όπως η ογκολογία, η παιδιατρική και το τμήμα επειγόντων περιστατικών, βρέθηκαν με υψηλότερο επίπεδο εξουθένωσης (Rushton et al, 2015).

Όσον αφορά στις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, μελέτες έχουν αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση θα προκαλέσει μεγάλο κόστος τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο. Για παράδειγμα, μερικά από τα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η εξασθενημένη υγεία του ατόμου, η επιδείνωση της κοινωνικής ζωής και των οικογενειακών σχέσεων του, η μειωμένη απόδοση στην εργασία και η αυξημένη απουσία και άδειες εργασίας (Helvacı & Turhan, 2015; Barutcu & Serinkan, 2008; Demir et al., 2003, Garrosa et al., 2010). Στη μελέτη που διεξήχθη από τους Kanai et al. (2008) σε 100 νοσηλευτές, διαπιστώθηκε ότι όταν η επαγγελματική εξουθένωση ήταν σε υψηλό επίπεδο, η εργασιακή ικανοποίηση και τα κίνητρα εργασίας μειώνονταν. Αυτά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση, θα μπορούσε να επηρεάσει όχι μόνο τα ίδια τα άτομα αλλά και άτομα στα οποία παρείχαν φροντίδα. Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται επαγγελματικός κίνδυνος σε επαγγέλματα που προσανατολίζονται στον άνθρωπο, όπως το υγειονομικό προσωπικό (Ergin, 1993).

2.2.1 Burn out στους επαγγελματίες υγείας και COVID-19

Την πρόσφατη περίοδο λόγω της πανδημίας της νόσου του κορωνοϊού 2019 (COVID-19) (OWH, 2019) ο κόσμος βιώνει μια άνευ προηγουμένου παγκόσμια κρίση δημόσιας υγείας με σημαντική πίεση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Στην πραγματικότητα, ο πολύ υψηλός αριθμός παγκοσμίως επιβεβαιωμένων κρουσμάτων (195.266.156) και θανάτων (4.180.161) (WHO, 2021) και τα πιθανά πρόσθετα «κύματα» που θα έρθουν καθώς εμφανίζονται νέες παραλλαγές παρά την αυξημένη κάλυψη εμβολιασμού (Planas et al., 2021) έχουν σοβαρό αντίκτυπο στα συστήματα υγείας, όπως τη διακοπή υπηρεσιών ρουτίνας, την επανατοποθέτηση κλινικών περιοχών, την αναδιάταξη προσωπικού σε άγνωστα κλινικά περιβάλλοντα, την έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, τις εκτεταμένες ευθύνες, τον συνεχή κίνδυνο καταγγελιών για αμέλεια (Denning et al., 2021, Elghazally et al., 2020) με ελάχιστους ιατρικούς πόρους και υπηρεσίες στη μέγιστη χωρητικότητα λόγω των άνευ προηγουμένου απαιτήσεων, ειδικά για τμήματα έκτακτης ανάγκης (Tuan et al., 2021).

Οι επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής που εμπλέκονται στη διαχείριση και τη

διάγνωση του COVID-19 εκτίθενται περισσότερο σε υπέρογκη πίεση με επακόλουθο ψυχολογικό στρες. Όπως αναφέρεται σε πρόσφατες δημοσιεύσεις, το ιατρικό προσωπικό αναφέρει σωματική και ψυχική εξάντληση - λόγω των ηθικών διλημάτων για τις αποφάσεις «ζωής ή θανάτου» που απαιτούνται να λαμβάνονται γρήγορα και χωρίς την υποστήριξη των βέλτιστων πρωτοκόλλων φροντίδας, τον πόνο της απώλειας ασθενών και συναδέλφων και τον κίνδυνο μόλυνσης για τους ίδιους και τις οικογένειές τους (The Lancet, 2020; Savold et al., 2021). Όλα αυτά τα ζητήματα ισχύουν ιδιαίτερα για τους νέους επαγγελματίες υγείας που, όπως συζητήθηκε στο Zoogob et al. (2021), λάμβαναν συνεχώς μεταβαλλόμενες πληροφορίες σχετικά με τα προστατευτικά μέτρα και καλούνταν να εργαστούν σε υπηρεσίες διαφορετικές από την ειδικότητά τους, ιδιαίτερα σε καταστάσεις πρώτης γραμμής (Lasalvia et al., 2021).

Πριν από τον COVID-19, ο Rodrigues και οι συνεργάτες του (2018) ανέφεραν υψηλή μεταβλητότητα του επιπολασμού της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ ειδικοτήτων, όπως:

- υψηλός επιπολασμός (42,5%), όταν ομαδοποιούσαν τη γενική χειρουργική, την αναισθησιολογία, τη μαιευτική και γυναικολογία και την ορθοπαιδική
- μέτριο επιπολασμό (29,4%), για την παθολογία, την πλαστική χειρουργική και την παιδιατρική
- χαμηλό επιπολασμό (23,5%), για την ωτορινολαρυγγολογία και νευρολογία.

Ο επιπολασμός νοσούντων με COVID-19 βρέθηκε να είναι υψηλότερος μεταξύ των πολιτών από σχολές ιατρικής ειδικότητας που αντιμετωπίζουν άμεσα απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις και υπερφόρτωση των βαρδιών. Η ηλικία αναδεικνύεται ως προστατευτικός παράγοντας, διότι τα επίπεδα εξουθένωσης στους γιατρούς τείνουν να μειώνονται με την αύξηση της ηλικίας, πιθανώς λόγω της πιο «ιδεαλιστικής» και ενσυναίσθητης προσέγγισης στους νεότερους γιατρούς (Wiederhold et al., 2018).

Η εξουθένωση αποτελούσε σημαντική ανησυχία για τους HCW από πριν από την πανδημία COVID-19. Το τρέχον πλαίσιο έκτακτης ανάγκης έχει προσθέσει νέους κοινωνικούς και εργασιακούς παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης με συναφείς επιπτώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης και την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Με βάση τις γνώσεις μας, αυτή είναι η πρώτη εργασία που πραγματεύεται έννοιες που αναδύονται πρόσφατα με μια ολοκληρωμένη

άποψη. Έχουν προταθεί διάφορα μέτρα για την πρόληψη ή τη μείωση αυτής της παράλληλης επιδημίας που απαιτεί δράση σε ατομικό, οργανωτικό ή πολιτιστικό επίπεδο. Η βασική σύσταση είναι να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις που επιβάλλει η έκτακτη ανάγκη και να συγκεντρωθούν οι ικανότητες στην υγεία, την ευημερία και την επιστήμη της συμπεριφοράς μέσω αυστηρά σχεδιασμένων και αναφερόμενων μακροπρόθεσμων ερευνών για την καθοδήγηση της απαραίτητης πολιτισμικής αλλαγής και τη βελτίωση των συστημάτων δημόσιας υγείας.

Η νέα πανδημία του κοροναϊού-19 (COVID-19) είναι μια άνευ προηγουμένου παγκόσμια κρίση υγείας (Jarrahi et al., 2020), η οποία οδήγησε σε αυξημένη κατάθλιψη, άγχος ή επιδείνωση υφιστάμενων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Πέρα από τις σημαντικές απώλειες ζωών και τον οικονομικό αντίκτυπο σε όλη την κοινωνία, ο συναισθηματικός και σωματικός αντίκτυπος του είναι έντονος στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (HCW) (Burkhark et al., 2020).

Για τον τομέα της υγείας, οι επαγγελματικοί κίνδυνοι που συνδέονται με την έκθεση στον ιό, οδήγησε σε αυξημένη σωματική και πνευματική κόπωση καθώς και σε εξουθένωση (Burkhark et al., 2020). Η κόπωση, όπως προαναφέρθηκε, περιγράφεται ιατρικά ως μια κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από μειωμένη ικανότητα εργασίας καθώς και μειωμένη απόδοση στην εργασία (Stedmat, 2005). Η κόπωση που σχετίζεται με την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού έχει αναγνωριστεί ως απειλή για την υγεία του, αλλά συνδέεται επίσης αρνητικά και με την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης που λαμβάνουν (Zhan et al., 2020). Η κατάσταση που δημιουργήθηκε λόγω της πανδημίας αποτελεί μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη κατάσταση με συναισθηματικό, φυσιολογικό, γνωστικό, νοητικό και αισθητηριακό αντίκτυπο που προκύπτει ως αποτέλεσμα υπερβολικών απαιτήσεων εργασίας και ανεπαρκούς ανάκτησης ενέργειας (Graham & Cvach, 2010).

Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση, κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, ο αθροιστικός επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας βρέθηκε να φτάνει το 37,4% (Batra et al., 2020). Η επαγγελματική εξουθένωση αναφέρεται σε ένα επαγγελματικό σύνδρομο που σχετίζεται με συναισθηματικές και γνωστικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης ή κινισμού και των μειωμένων συναισθημάτων προσωπικής αποτελεσματικότητας που προκύπτουν από το χρόνιο εργασιακό στρες (Austen &

Shanafelt, 2021). Σύμφωνα με τους Schaufeli & Greenglass (2021), η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως «μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που προκύπτει από μακροχρόνια εμπλοκή σε εργασιακές καταστάσεις που είναι συναισθηματικά απαιτητικές».

Τόσο η κούραση όσο και η εξάντληση μπορεί να οδηγήσουν σε ένα αίσθημα πνευματικής και σωματικής εξάντλησης. Η κόπωση μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες από τον τρόπο ζωής μέχρι το περιβάλλον, ενώ η εξουθένωση οφείλεται σε παρατεταμένες περιόδους συναισθηματικού στρες και απογοήτευσης (ICD-10, 2010). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τα προσδιορίζει ως δύο διακριτές καταστάσεις στο ICD-10. Αναγνωρίζει την κόπωση ως ασθένεια και την εντάσσει στους κωδικούς F48.0 (Νευρασθένεια) ή R53 (Καθαρία και κόπωση) ενώ η επαγγελματική εξάντληση περιλαμβάνεται στον κωδικό Z 73.0 (Burn-out) (ICD-10, 2010). Είναι ένα θέμα που επικρατεί στον νοσηλευτικό τομέα, ειδικά σε συνθήκες αβεβαιότητας μιας πανδημίας που απαιτεί κοινωνική απόσταση, περισσότερο χρόνο για χρήση μέσων ατομικής προστασίας και αλλαγές στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τους ασκούμενους κλινικούς νοσηλευτές, η μη διαθεσιμότητα διαλειμμάτων κατά τις βάρδιες αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης κόπωσης και εξάντλησης και μπορεί να οδηγήσει σε ψυχική εξάντληση (Singh et al., 2020).

Στην πανδημία του COVID-19, περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή τους, έκθεση σε παθογόνους παράγοντες και υπερφόρτωση με βάρδιες και άλλες σημαντικές αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας (Denning et al., 2021). Επιπλέον, η αυξημένη επίβλεψη μείωσε την αυτονομία των επαγγελματιών υγείας και τον χρόνο τους με τους ασθενείς (Kalmoe et al., 2019). Ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν υψηλότερος στις μονάδες εντατικής θεραπείας και στους θαλάμους υποεντατικής θεραπείας καθώς και στους νοσηλευτές. Σε μια ιταλική έρευνα, υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βρέθηκαν στις γυναίκες, στους νέους (ηλικίας <30 ετών) και σε αυτούς που αλλάζουν συχνά επαγγελματικά καθήκοντα και οικογενειακές συνήθειες (Gramaglia et al., 2021).

Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, ο Prasad και οι συνεργάτες του (2021) βρήκαν υψηλότερα σκορ άγχους στους οργανισμούς υγείας των ΗΠΑ μεταξύ γυναικών, μαύρων και Λατίνων ατόμων, νοσοκομείων και βοηθών νοσηλευτών, ιατρικών βοηθών και κοινωνικών λειτουργών. Το άγχος και η εξουθένωση συσχετίστηκαν με φόβο

έκθεσης ή μετάδοσης στον ιό και άγχος/κατάθλιψη που λόγω υπερφόρτωσης εργασίας.

Αντίστοιχα, στο νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα, η πιθανότητα κόπωσης και εξουθένωσης ήταν ιδιαίτερα πιθανή λόγω έλλειψης εξοπλισμού ατομικής προστασίας, ελλείψεων προσωπικού, αυξημένου φόρτου εργασίας και σημαντικού κινδύνου μόλυνσης από τον ιό. Αξίζει να σημειωθεί ότι τη στιγμή της μελέτης, ο ελληνικός πληθυσμός βρισκόταν στον τέταρτο μήνα του δεύτερου lockdown. Εκείνη την εποχή καταγράφονταν περίπου 1500 νέα κρούσματα κορωνοϊού καθημερινά, 300–350 ασθενείς νοσηλεύονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας και 25–30 θάνατοι ημερησίως αποδίδονταν στον COVID-19, με αυξητική τάση, η οποία ήταν δύσκολο να αντιμετωπιστεί από την εθνική σύστημα υγείας (Sikaras et al., 2021).

Συνεπώς οι κατακλυσμικές αλλαγές που έφερε η πανδημία στα συστήματα υγείας, ξαναφέρνουν στην επιφάνεια κάθε άλλο παρά ποτέ σήμερα, την έννοια της κόπωσης και τη σχέση της με την εξουθένωση. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Sikaras et al (2021) έδειξαν υψηλό επιπολασμό κόπωσης και εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία τον Φεβρουάριο του 2021 κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ο επιπολασμός της κόπωσης ήταν υψηλότερος στους νοσηλευτές που φρόντιζαν ασθενείς με COVID-19 παρά σε εκείνους που φρόντιζαν ασθενείς με άλλες ασθένειες.

Οι ειδικές συνθήκες νοσοκομειακής εργασίας για ασθενείς με άγνωστη νόσο (με κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις) μπορούν να δικαιολογήσουν αυτή τη διαπίστωση. Το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρθηκε ότι είχε σχετικά υψηλά επίπεδα κόπωσης (Barker & Nussbaum, 2011) ακόμη και πριν από τον COVID-19. Η εργασία τη νύχτα, σε κυλιόμενες ή εκτεταμένες βάρδιες, με μειωμένες ποσότητες και ποιότητα ύπνου (Geiger-Brown et al., 2011; Hirsch et al., 2014; Sagherian et al., 2020), είχε ως αποτέλεσμα κόπωση, υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και μειωμένη απόδοση εργασίας (Dorrial et al., 2008; Johnson et al., 2010; Tselebis et al., 2020).

Ανάλογα αποτελέσματα υπάρχουν και σε μελέτες από την Κίνα, την Ισπανία, την Ιταλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες (Zhan et al., 2020; Sagherian et al., 2020; Liu et al., 2020; Yitan et al., 2020; Al – Masaeed et al., 2020), οι οποίες δείχνουν υψηλά ποσοστά κόπωσης και εξουθένωσης (Luceño –Moreno, 2020) στο νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, καθώς και σε συστηματικές μελέτες πριν από τον COVID-19, οι οποίες είχαν δείξει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παγκοσμίως είχε

μέτρια έως υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Galanis et al., 2021; Ownor et al., 2020; Woo et al., 2020). Τα επίπεδα εξουθένωσης και κόπωσης ήταν υψηλότερα στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, με το πιο σημαντικό χάσμα στην προσωπική και επαγγελματική εξουθένωση. Αυτά τα ευρήματα συνάδουν με ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, οι οποίες έδειξαν ότι οι νεότερες γυναίκες νοσοκόμες με λιγότερη κλινική εμπειρία είναι πιο ευάλωτες σε δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία (Galanis et al., 2021; Shriharan et al., 2021).

Αν και η επαγγελματική εξουθένωση έχει ερευνηθεί εκτενώς σε σχέση με την κατάθλιψη (Tselebis et al., 2001) ή ακόμα και την αλεξιθυμία (Bratis et al., 2009; Fernández -de-Las-Peñas, 2021), λίγα είναι γνωστά για τη συσχέτισή της με την κόπωση. Από όσο γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν νέες σχετικές μελέτες που να εξετάζουν αυτή τη σχέση, κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η πρόσφατη μελέτη των Sikaras et al (2021) έδειξε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο παραμέτρων και απέδειξε ότι η κόπωση και η εξουθένωση ήταν αλληλένδετες και αμοιβαίως μεσολαβούσαν τυχόν επιπτώσεις του εργασιακού χώρου COVID-19/non-COVID-19 ή του φύλου σε αυτά.

Η έντονη κόπωση και εξάντληση στο νοσηλευτικό προσωπικό ως συνέπεια της πανδημίας πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα. Για τη μείωση του ψυχολογικού αντίκτυπου της πανδημίας COVID-19 στους νοσηλευτές, μια σειρά από μελέτες και μετα-αναλύσεις υπογραμμίζουν τον θετικό ρόλο των παρεμβάσεων, όπως ο σχεδιασμός προγραμμάτων για την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας, η πρόληψη των συμπτωμάτων PTSD (Hou et al., 2020; Cui et al., 2021), οι παρεμβάσεις για βελτίωση της ανθεκτικότητας (Heath et al., 2020) και η εφαρμογή στρατηγικών θετικής συμπεριφοράς (Kanekar & Sharma, 2020).

Η έρευνα διαδραματίζει βασικό ρόλο στη μετατροπή των προκλήσεων που θέτει η εποχή του COVID-19 στην κοινωνία, ιδιαίτερα στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, δίνοντας ευκαιρίες βελτίωσης. Παρόλο που ένας μεγάλος όγκος μελετών από το ξέσπασμα του COVID-19 και έπειτα έχει εξετάσει τον αντίκτυπο της πανδημίας στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας (Serrano-Rioill et al., 2020), στέρεες αποδείξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την υποστήριξη της ψυχικής ευεξίας σε στρεσογόνες καταστάσεις είναι διαθέσιμες μόνο από προηγούμενες αξιολογήσεις στον τομέα της υγείας (Pollock et al., 2020).

Για να αντιμετωπιστεί επαρκώς το ζήτημα της επαγγελματικής εξουθένωσης σε περιόδους κρίσης, απαιτούνται τόσο μεγάλου μεγέθους ποσοτικές διαχρονικές μελέτες όσο και ποιοτικές μελέτες. Αυτά θα επέτρεπαν την καλύτερη κατανόηση του αντίκτυπου στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια και μετά της πανδημίας και θα συντελούσαν στον εντοπισμό των καλύτερων λύσεων (Amanullah & Sharika, 2020). Λόγω της δυσκολίας διεξαγωγής έρευνας κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας, μια μεγάλη ετερογένεια και υποβέλτιστα σχέδια χαρακτηρίζουν το σημερινό σύνολο αποδεικτικών στοιχείων. Συνιστάται, για μελλοντικές έρευνες, να εφαρμόζονται αυστηρά, τυποποιημένα και διαφανή πρωτόκολλα για την ανάπτυξη κοινών ορισμών της επαγγελματικής εξουθένωσης, και επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης μαζί με πιο αντιπροσωπευτικά μεγέθη δειγμάτων (Rotenstein et al., 2018; Salazar de Pablo et al., 2020, Luo et al., 2020; Salari et al., 2020).

2.3 Το Burn out στους επαγγελματίες υγείας: ανασκόπηση εμπειρικής βιβλιογραφίας

Αν και ορισμένοι συγγραφείς ισχυρίστηκαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει φτάσει σε επίπεδα επιδημίας στον κλάδο των γιατρών (West, Dyrbye, Erwin, & Shanafelt, 2016), έχει παρατηρηθεί ότι ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν μπορεί να εκτιμηθεί σαφώς για τον βασικό λόγο ότι δεν μπορεί να διαγνωστεί (Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2015; Bianchi, Schonfeld, Vandel, & Laurent, 2017; Doulougeri, Georganta & Montgomery, 2016). Πράγματι, παρά τις δεκαετίες συνεχούς έρευνα και της υποτιθέμενης πανταχού παρουσίας του συνδρόμου, μέχρι στιγμής δεν έχει υπάρξει σαφής και συναινετική προδιαγραφή των συμπτωμάτων που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στις κλινικές αξιολογήσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ελάχιστης απαιτούμενης διάρκειας και συχνότητας αυτών των συμπτωμάτων, της αναμενόμενης επίδρασης των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων στην εργασιακή ζωή του ασθενούς ή των διαδικασιών διαφορικής διάγνωσης.

Πολλές από τις προηγούμενες έρευνες σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο της υγείας, βασίστηκαν σε ετερογενή κριτήρια που δεν ήταν ούτε κλινικά αλλά ούτε θεωρητικά θεμελιωμένα (Bianchi, 2015; Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2017;

Schears, 2017). Οι Garrouste-Orgeas et al. (2015) διαπίστωσαν ότι, ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο ορίστηκε η επαγγελματική εξουθένωση, ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα επαγγελματιών της μονάδας εντατικής θεραπείας κυμαινόταν από 3% έως 40%! Ομοίως, σε μια μελέτη των Η.Π.Α. σε ασκούμενους γενικής χειρουργικής, η επαγγελματική εξουθένωση βρέθηκε να έχει επικράτηση είτε 10% είτε 69% ανάλογα με τον ορισμό που επιλέχθηκε (Elmore, Jeffe, Jin, Awad, & Turnbull, 2016).

Πολυάριθμες μελέτες συνεχίζουν να δείχνουν ολοένα αυξανόμενα ποσοστά burnout χωρίς οποιαδήποτε ουσιαστική συζήτηση σχετικά με το τι σημαίνουν αυτοί οι αριθμοί και πώς κανείς θα πρέπει να τους ερμηνεύσει (Balon, 2017). Μια κοινή πρακτική στις έρευνες εξουθένωσης συνίστατο στη χρήση των βαθμολογιών που παρουσιάζονται στο εγχειρίδιο MBI (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) ως αναγνωριστικά «περιπτώσεων» εξουθένωσης. Αυτές οι βαθμολογίες, ωστόσο, αντικατοπτρίζουν απλώς περιγραφικά στατιστικά στοιχεία και δεν προορίζονταν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη μιας διάγνωσης (Maslach et al., 1996). Όπως αναφέρουν οι Schaufeli et al. (2009), οι βαθμολογίες αυτές βασίζονται σε κατανομές συχνοτήτων.

Έτσι λοιπόν, η εξουθένωση αποτελεί ένα σύνδρομο τριών συστατικών που συνδυάζει τη συναισθηματική εξάντληση, τον κυνισμό/αποπροσωποποίηση και τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (Maslach et al., 1996; Schaufeli & Enzmann, 1998). Αυτή η σύσταση έχει οδηγήσει πολλούς ερευνητές που μελετούν την επαγγελματική εξουθένωση να θεωρούν τα άτομα ως άτομα με burnout με βάση το γεγονός ότι πέτυχαν υψηλό σκορ μόνο σε μία από τις τρεις υποκλίμακες του MBI (Elmore et al., 2016· Shanafelt et al., 2015). Τέτοιες ερευνητικές πρακτικές έχουν αμφισβητηθεί γιατί υπονοούν ότι τα άτομα που υποφέρουν μόνο από συναισθηματική εξάντληση, μόνο από κυνισμό/αποπροσωποποίηση, ή μόνο από μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα θα μπορούν να θεωρηθούν ότι πάσχουν από το «burnout», αν και παρουσιάζουν προφίλ συμπτωμάτων που είναι, εξ ορισμού, διαφορετικά και δυνητικά απαιτούν διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης (Brisson & Bianchi, 2017).

Όσον αφορά στην παράμετρο κυνισμού/αποπροσωποποίησης, χρήζει μεγάλης προσοχής ειδικά στις έρευνες με επαγγελματίες υγείας, διότι μπορεί να οδηγήσει σε παραπλανητικά αποτελέσματα (Orton, Orton, & Pereira Gray, 2012). Καταφατικές απαντήσεις σε στοιχεία της υποκλίμακας Κυνισμός/Αποπροσωποποίησης MBI όπως

π.χ «Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που ανέλαβα αυτή τη δουλειά», συχνά μπορεί να δείχνουν στρατηγικές αντιμετώπισης που βασίζονται στην απόσταση κάτι που είναι φυσιολογικό σε ιατρικό περιβάλλον, παρά σύμπτωμα burn out και μορφή κυνισμού. Οι γιατροί πρέπει να καθιερώσουν και να διατηρήσουν μια ισορροπία μεταξύ απόστασης και ενσυναίσθησης από τον ασθενή, έτσι ώστε να είναι αποτελεσματικοί, ενώ ταυτόχρονα προστατεύουν τον εαυτό τους από πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες που συνεπάγεται η εργασία τους. Έτσι, κάποιος βαθμός απόστασης δεν αντικατοπτρίζει απαραίτητα μια αδιάφορη στάση ή μορφή κυνισμού. Όπως και σημειώθηκε από τους Rose, Duschinsky και Macnaughton (2017), ο μετριασμένος κυνισμός μπορεί να προστατεύσει τον εσωτερικό πυρήνα της φροντίδας και της καλής πρακτικής στον ιατρικό κλάδο. Αυτό το είδος του μετριασμένου κυνισμού (π.χ. εκπαιδευτική απευαισθητοποίηση) θεωρείται προστατευτικό σε άλλους επαγγελματίες υγείας όπως τους τεχνικούς επειγόντων περιστατικών, οι οποίοι συχνά συναντούν φρικιαστικά τραυματισμοί κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (Palmer, 1983). Σύμφωνα με τα ευρήματα των Orton et al. (2012) η αποπροσωποποίηση δεν συσχετίστηκε με φτωχότερες αξιολογήσεις ασθενών για τη διαπροσωπική τους σχέση με τον γιατρό ή μειωμένη επικέντρωση στον ασθενή.

Επιπρόσθετα, η υποκλίμακα αποπροσωποποίησης του MBI περιλαμβάνει και άλλες μορφές ασάφειας. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να κινητοποιηθεί χρήσιμα. Για παράδειγμα, ένα στοιχείο όπως το «Νιώθω οι ασθενείς να με κατηγορούν για κάποια από τα προβλήματά τους» μπορεί να μην συνεπάγεται πάντα αποπροσωποποίηση, αλλά μια καταφατική απάντηση σε ένα τέτοιο στοιχείο μπορεί να αντικατοπτρίζει μια σαφή κρίση. Οι επαγγελματίες υγείας μερικές φορές κατηγορούνται για κάποια προβλήματα των ασθενών τους, είτε δικαιολογημένα είτε αδικαιολόγητα και αυτό αποτελεί ένα παρατηρημένο γεγονός. Δεδομένου ότι η υποκλίμακα Κυνισμού/Αποπροσωποποίησης του MBI περιέχει μόνο πέντε στοιχεία, η ασάφεια ακόμη και σε ένα στοιχείο είναι πιθανόν να επηρεάσει σημαντικά τόσο την εσωτερική συνέπεια της υποκλίμακας όσο και το πώς μπορούν να ερμηνευτούν οι απαντήσεις ενός γιατρού ή νοσηλευτή. Όπως και προτείνεται από τους Schaufeli και Enzmann (1998), αυτό δεν οφείλεται μόνο στον μικρό αριθμό στοιχείων της υποκλίμακας, αλλά μπορεί επίσης να αντικατοπτρίζει εννοιολογικά προβλήματα. Ο Taris (2006), σε μια μετα-ανάλυση 16 μελετών, δεν βρήκε ότι ο κυνισμός/αποπροσωποποίηση συνδέεται αρνητικά με την απόδοση στην εργασία.

2.4 Συμπεράσματα και προτάσεις

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί πλέον μια ανησυχία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Είναι στην ουσία μια απάντηση στην παρατεταμένη έκθεση σε εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες με σοβαρές συνέπειες για τους επαγγελματίες υγείας και τους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται (Maslach & Leiter, 2016). Η εξουθένωση σχετίζεται κυρίως με στέρηση ύπνου (Vela-Bueno et al., 2008), ιατρικά λάθη (Fahrenkopf et al., 2008; Prius et al., 2009; Shanafelt et al., 2010) κακή ποιότητα φροντίδας (Linzer, 2018; Shirom et al., 2006) και χαμηλές βαθμολογίες ικανοποίησης των ασθενών (Vahey et al., 2004). Ωστόσο, συχνά οι πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης επικεντρώνονται σε άτομα και όχι σε μια συστημική προσέγγιση του προβλήματος.

Όπως αναλύθηκε εκτενώς παραπάνω, τα στοιχεία για τη συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με αντικειμενικούς δείκτες απόδοσης (σε αντίθεση με την αυτοαναφορά) είναι σπάνια σε όλα τα επαγγέλματα, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης (Tarris, 2006). Όμως τα λίγα παραδείγματα μελετών που χρησιμοποιούν αντικειμενικούς δείκτες ασφάλειας των ασθενών σε επίπεδο συστήματος επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και της μη βέλτιστης φροντίδας. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Welp et al (2015), οι μονάδες εντατικής θεραπείας στις οποίες το προσωπικό είχε υψηλή συναισθηματική εξάντληση είχαν υψηλότερους τυποποιημένους λόγους θνησιμότητας των ασθενών, ακόμη και μετά τον έλεγχο των αντικειμενικών χαρακτηριστικών της μονάδας όπως ο φόρτος εργασίας.

Η σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της απόδοσης στην υγειονομική περίθαλψη πιθανώς υποτιμάται: η εργασιακή απόδοση μπορεί να διατηρηθεί ακόμη και όταν το εξαντλημένο προσωπικό δεν έχει ψυχική ή σωματική ενέργεια (Demerouti et al., 2014) καθώς υιοθετεί στρατηγικές «προστασίας της απόδοσης» σε κλινικές εργασίες υψηλής προτεραιότητας, παραμελώντας αυτές της χαμηλής προτεραιότητας καθώς και τις δευτερεύουσες εργασίες (όπως η καθησυχασμός των ασθενών) Έτσι, οι ενδείξεις ότι το σύστημα είναι κατεστραμμένο καλύπτονται μέχρι να φτάσει η κατάσταση σε κρίσιμα σημεία (Hockey, 1993).

Η μέτρηση και η αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης εντός ενός συστήματος

θα μπορούσε να λειτουργήσει ως σήμα για την τόνωση της παρέμβασης προτού διαβρώσει την ποιότητα της περίθαλψης και καταλήξει σε αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς. Μάλιστα, όπως έγινε σαφές η εξουθένωση δεν επηρεάζει μόνο την ασφάλεια των ασθενών. Η αποτυχία αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερη εναλλαγή προσωπικού, απώλεια εσόδων που σχετίζεται με μειωμένη παραγωγικότητα, οικονομικό κίνδυνο και απειλές για τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του εκάστοτε οργανισμού υγείας λόγω των επιπτώσεων της επαγγελματική εξουθένωση στην ποιότητα της περίθαλψης, την ικανοποίηση των ασθενών και την ασφάλεια (Shanafelt et al., 2017).

Δεδομένου ότι περίπου το 10% του ενεργού εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης απασχολείται στον τομέα της υγείας με την ευρεία του έννοια, το άμεσο και έμμεσο κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα σημαντικό (EOHSP, 2010).

Από όλα τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι απαιτούνται αποτελεσματικές στρατηγικές για την πρόληψη και τη βελτίωση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Οι πιο συνηθισμένες προτάσεις έχουν αναθέσει την ευθύνη στους επαγγελματίες υγείας να φροντίζουν καλύτερα τον εαυτό τους, να γίνονται πιο ανθεκτικοί και να αντιμετωπίζουν μόνοι τους, τους στρεσογόνους παράγοντες της εργασίας τους. Αλλά μια τέτοια ατομικιστική προσέγγιση μπορεί να αγνοήσει τις πηγές των χρόνιων στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο εργασίας, όπως η ανομία, οι ελλείψεις προσωπικού και τα μέτρα λιτότητας, τα οποία συχνά είναι πέρα από τον έλεγχο του ατόμου και λειτουργούν εις βάρος των ορίων αντοχής του. Η εξάντληση, ο κυνισμός και τα συνακόλουθα συναισθήματα αναποτελεσματικότητας που βιώνουν τα άτομα με επαγγελματική εξουθένωση είναι συχνά μια κοινή εμπειρία ως απάντηση σε κοινούς εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες, κάτι που πρέπει να αντιμετωπιστεί ως πρόβλημα συστήματος και όχι απλώς ως μεμονωμένο ζήτημα κάποιων επαγγελματιών υγείας (Maslach & Leiter, 2016).

Οι λύσεις που εστιάζουν στο άτομο είναι σημαντικές για την υποστήριξη του υπερφορτωμένου προσωπικού, αλλά είναι λιγότερο πιθανό να έχουν μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα σε σχέση με λύσεις που είναι ενσωματωμένες σε κάποιο οργανωτικό επίπεδο. Μακροπρόθεσμα μπορεί ακόμη και να επιδεινώσουν προβλήματα, ενισχύοντας μια δυσλειτουργική προσέγγιση αντιμετώπισης που

ερμηνεύει την αποτυχία ως κάτι το εντελώς προσωπικό (Bolier et al., 2018; Doulougeri et al., 2016; Laws et al., 2019).

Εάν λοιπόν η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί δείκτης οργανωτικής δυσλειτουργίας, θα πρέπει να συμπεριληφθεί στην αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Η πρόσφατη αναγνώριση της επαγγελματικής εξουθένωσης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως επαγγελματικό φαινόμενο και όχι ιατρική ασθένεια, ανοίγει το δρόμο για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να χρηματοδοτήσουν οργανωτικές στρατηγικές με στόχο την έρευνα και τη βελτίωση του (WHO, 2019).

Επιπλέον, η συμπερίληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης ως μέτρησης ποιότητας μπορεί να σηματοδοτήσει προβλήματα που είναι δύσκολο να αποτυπωθούν. Για παράδειγμα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η κούραση από τη συμπίνα και ενσυναίσθηση και η αποπροσωποποίηση από την εξάντληση του προσωπικού συνδέονται με την αμέλεια φροντίδας (Reader & Gillespie, 2013). Αν και δεν επαρκούν για να ενεργοποιήσουν τις τρέχουσες θεσμικές διαδικασίες, η αμέλεια φροντίδας μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς, την οικογένεια και το κοινό να πιστέψουν ότι το προσωπικό δεν ενδιαφέρεται για τη συναισθηματική και σωματική ευημερία των ασθενών.

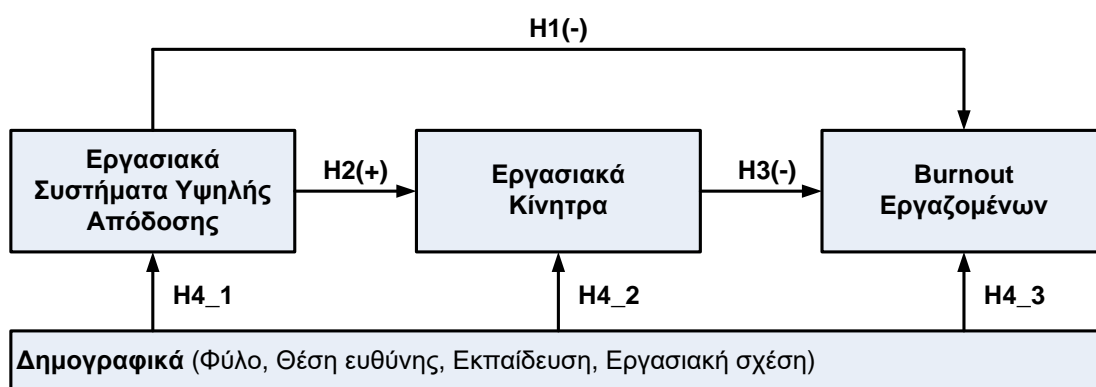
Η εξουθένωση λοιπόν θα πρέπει να αξιολογείται σε επίπεδο τμήματος ή μονάδας και ως μέτρο το καλύτερο διαθέσιμο είναι η Κλίμακα εξουθένωσης της Maslach, αν και συχνά ορισμένοι ερευνητές το χρησιμοποιούν ακατάλληλα, εστιάζοντας για παράδειγμα μόνο στη διάσταση της Εξάντλησης, ή χρησιμοποιώντας την ως εργαλείο διάγνωσης, για το οποίο δεν σχεδιάστηκε. Οι περισσότερες ερευνητικές προσπάθειες για τη σύνδεση της ερευνητικής ατζέντας της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ασφάλειας των ασθενών έχουν επικεντρωθεί αντιθετικά στην απόδοση των ατόμων και όχι στο τμήμα ή την μονάδα υγείας στην οποία εργάζονται. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες εξέτασαν τις διαφορές μεταξύ των οργανισμών στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης (Kruskal et al., 2018; Schwartz et al., 2019; Tawfik et al., 2018) κάτι που δίνει έναυσμα να εξετάζονται και τα επίπεδα εξουθένωσης στην κάθε υγειονομική μονάδα, για να κατανοηθούν οι βασικοί οδηγοί συστημάτων (Gonzalez-Morales et al., 2012; Moliner et al., 2005).

3. Ερευνητικό Ερώτημα, Υπόδειγμα, Υποθέσεις

Τα κύρια ερευνητικό ερώτημα που εξετάζεται σε αυτή την έρευνα είναι:

Ερώτημα / RQ1: «Υπάρχει σχέση μεταξύ του επιπέδου του burnout που βιώνει το προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία την περίοδο της πανδημίας, αναφορικά με διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (π.χ. φύλο, θέση ευθύνης στον Οργανισμό, επίπεδο εκπαίδευσης, εργασιακή σχέση);

Υπόδειγμα / Μοντέλο



Οι υποθέσεις που συνοδεύουν το υπόδειγμα είναι οι εξής:

Γενική Υπόθεση / H: Τα «εργασιακά κίνητρα» μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ των «Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης» και του «Burnout των εργαζομένων».

Η Γενική αυτή υπόθεση μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις υπο-υποθέσεις:

Υπο-υπόθεση / H1: Υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ των «Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης» και του «Burnout των εργαζομένων».

Υπο-υπόθεση / H2: Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των «Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης» και των «Εργασιακών κινήτρων».

Υπο-υπόθεση / H3: Υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ των «Εργασιακών κινήτρων» και του «Burnout των εργαζομένων».

Υπο-υπόθεση / H4: Τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων επηρεάζουν τα «Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης», τα «εργασιακά κίνητρα» και το «Burnout των εργαζομένων».

4. Μεθοδολογία

Για την επεξεργασία του συνόλου των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS® v.26. Στους επαγωγικούς ελέγχους το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο σύνηθες $\alpha=0,05$. Για την παρουσίαση ποιοτικών μεταβλητών (κατηγορικών, ονομαστικών ή διατακτικών) χρησιμοποιήθηκαν πίνακες των σχετικών και απόλυτων τιμών καθώς και τα κατάλληλα γραφήματα όπου κρινόταν απαραίτητο. Για τη παρουσίαση ποσοτικών μεταβλητών εμφανίζονται σε όλες τις περιπτώσεις ο μέσος (ως βασικό μέτρο κεντρικής θέσης ή τάσης) και η τυπική απόκλιση ως βασικό μέτρο διασποράς. Ενίοτε δε, ενδέχεται η εμφάνιση και άλλων μέτρων όπως ενδεικτικά και μη περιοριστικά αναφέρουμε η διάμεσος τιμή μιας ποσοτικής κατανομής, το τυπικό σφάλμα μέτρησης, η μέγιστη και ελάχιστη τιμή κλπ.

Για τους επαγωγικούς ελέγχους σχέσεων μεταξύ ποσοτικών κατανομών δηλαδή ποσοτικών μεταβλητών (έλεγχοι συσχέτισης) πραγματοποιήθηκε αρχικώς έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών. Σε περίπτωση που η κανονικότητα και των δύο ελεγχόμενων κατανομών γινόταν αποδεκτή τότε εφαρμόστηκε ο παραμετρικός έλεγχος συσχέτισης Pearson (Pearson's r) ενώ σε άλλη περίπτωση εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Spearman's ρ .

Για τους ελέγχους σχέσης μεταξύ ποιοτικής μεταβλητής (κατηγορικής, ονομαστικής ή διατακτικής) με ποσοτική, αρχικώς γινόταν έλεγχος κανονικότητας για κάθε ποσοτική κατανομή κάθε κατηγορίας (επιπέδου) της ποιοτικής μεταβλητής. Για παράδειγμα στον έλεγχο της σχέσης του φύλου με το επίπεδο της εξουθένωσης, με το φύλο να είναι κατηγορική και την εξουθένωση ποσοτική, ελεγχόταν η κατανομή της εξουθένωσης των αντρών και η κατανομή εξουθένωσης των γυναικών. Εάν ο έλεγχος κανονικότητας υποδείκνυε κανονικότητα για όλες τις κατανομές τότε εφαρμόζοταν το παραμετρικό τεστ Student's t -test σε περιπτώσεις δύο κατηγοριών (όπως πχ το φύλο) ή το παραμετρικό oneway-ANOVA σε περίπτωση που η κατηγορική είχε άνω των δύο κατηγοριών (όπως πχ η οικογενειακή κατάσταση). Σε περίπτωση που δεν μπορούσε να υποδειχτεί η κανονικότητα είτε μέσω των τεστ Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk είτε μέσω των διαγραμμάτων (ιστογράφημα, QQ-Plot, PP-Plot) τότε εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney (ποιο γνωστό ως U-test) σε περιπτώσεις δύο κατηγοριών της ποιοτικής μεταβλητής είτε το Kruskal-Wallis σε περιπτώσεις άνω των δύο κατηγοριών της ποιοτικής. Για την μελέτη υποδείγματος εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ενώ παρουσιάζονται οι προϋποθέσεις εφαρμογής της.

5. Ανάλυση δεδομένων και ερμηνεία των ευρημάτων

Περιγραφική Στατιστική

Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται συνολικά από 265 συμμετέχοντες εκ των οποίων η μεγάλη πλειοψηφία 78,1% (N=207) ήταν γυναίκες, ενώ οι υπόλοιποι άντρες (21,9%, N=58). Πάνω από έξι στα δέκα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν ηλικία άνω των 40 ετών. Παντρεμένοι δήλωσαν 174 συμμετέχοντες (65,7%) ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν απλοί εργαζόμενοι νοσηλευτές (89,8%) χωρίς να κατέχουν κάποια θέση. Το 57,7% (N=153) ήταν μόνιμοι ενώ το 22,6% (N=60) επικουρικοί. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ενώ περίπου ένας στους τέσσερις απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ένας στους τρεις συμμετέχοντες (32,5%) είχαν 16 με 25 χρόνια προϋπηρεσίας ενώ πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες από έξι έως 25 χρόνια προϋπηρεσίας. Αναλυτικά τους πίνακες και τα γραφήματα των δημογραφικών μπορείτε να δείτε στο παράρτημα του παρόντος.

Ικανότητες/Abilities / Προσλήψεις & Επιλογή Προσωπικού

Αναφορικά με τις διαδικασίες πρόληψης και επιλογής προσωπικού, οι συμμετέχοντες συμφωνούν μερικώς ή απολύτως ότι οι διαδικασίες είναι αμερόληπτες σε ποσοστό άνω του 70%, ενώ το 60% περίπου υποστηρίζει λίγο έως πολύ ότι δεν είναι εμφανής κάποια εύνοια προς κάποιο πρόσωπο ή πρόσωπα κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης για πρόσληψη. Πάραυτα, περίπου ένας στους τρεις συμφωνεί λίγο έως πολύ ότι η επιλογή προσωπικού είναι αξιοκρατική ενώ μόλις το 13% θεωρεί λίγο έως πολύ ότι προσλαμβάνονται οι καλύτεροι (Πίνακας 1). Επομένως εδώ θα διακρίναμε το εξής: Οι συμμετέχοντες ενώ ναι μεν αποδέχονται την αμεροληψία γενικά, με λίγες αμφιβολίες, τα κριτήρια επιλογής προσωπικού δεν θεωρούνται τα δέοντα ή τα κατάλληλα για τις θέσεις. Η «αποκρυπτογράφηση» του συγκεκριμένου πίνακα θεωρούμε ότι είναι σημαντική. Διότι για παράδειγμα εάν ο βαθμός του πτυχίου είναι κριτήριο επιλογής και αμερόληπτα αποφασίζεται πρόσληψη βάση (και) αυτού, ίσως να μην είναι το κριτήριο εκείνο που οδηγεί σε καλύτερο επαγγελματία νοσηλεύτη .

	Συμφωνώ απολύτως		Συμφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Διαφωνώ απολύτως	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Οι διαδικασίες πρόσληψης και επιλογής είναι αμερόληπτες	113	42,6	76	28,7	53	20,0	18	6,8	5
Η εύνοια δεν είναι εμφανής σε καμία από τις αποφάσεις προσλήψεων που λαμβάνονται	84	31,7	73	27,5	63	23,8	34	12,8	11	4,2
Οι επιλογές προσωπικού είναι αξιοκρατικές	32	12,1	59	22,3	67	25,3	66	24,9	41	15,5
Μόνο οι καλύτεροι άνθρωποι προσλαμβάνονται για να εργαστούν	3	1,1	31	11,7	70	26,4	70	26,4	91	34,3

Πίνακας 1. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για τη Πολιτική Προσλήψεων

Μετά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης οι δηλώσεις που συνθέτουν τον παράγοντα είναι οι δύο πρώτες: «Οι διαδικασίες πρόσληψης και επιλογής είναι αμερόληπτες» και «Η εύνοια δεν είναι εμφανής σε καμία από τις αποφάσεις προσλήψεων που λαμβάνονται».

Με βάση την ακολουθούμενη κωδικοποίηση η ανώτερη θετική στάση απέναντι στη πολιτική προσλήψεων είναι 2 δηλώσεις * 5 (Συμφωνώ απολύτως) = 10 ενώ η αρνητικότερη στάση αντιπροσωπεύεται από το σκορ 2 δηλώσεις * 1 (Διαφωνώ απολύτως) = 2.

Statistics		
Σκορ Προσλήψεις		
N	Valid	265
	Missing	0
Mean		7,732
Median		8,000
Std. Deviation		1,996

Πίνακας 2. Περιγραφικά - Σκορ Προσλήψεις

Με βάση το πίνακα 2, η μέση τιμή για τη στάση απέναντι στην εφαρμοσμένη συνολική πρακτική των προσλήψεων είναι 7,732 (SD=1,996). Η κεντρική τιμή του εύρους 2 (αρνητικότερη) και 10 (θετικότερη) είναι 6. Συνεπώς, ως σύνολο, διακρίνεται μικρή θετική στάση συνολικά από τους νοσηλευτές για την πρακτική εφαρμογή της πολιτικής των προσλήψεων από το νοσοκομείο.

Ικανότητες/Abilities / Κατάρτιση & Ανάπτυξη

Ουδέτερα εμφανίζονται τα ποσοστά αναφορικά με τις παρεχόμενες ευκαιρίες κατάρτισης και ανάπτυξης των νοσηλευτών. Σε όλες τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου διακρίνεται περίπου ίση αναλογία μεταξύ γενικής συμφωνίας, διαφωνίας και πλήρους ουδετερότητας. Μόνο ένας στους τέσσερις συμφωνεί λίγο έως πολύ ότι το νοσοκομείο δεσμεύεται για την εκπαίδευση και ανάπτυξη των υπαλλήλων του ενώ το 44% διαφωνεί γενικά. Το 39% συμφωνεί γενικά ότι εντός του νοσοκομείου ενθαρρύνονται πρακτικές για την επέκταση των ικανοτήτων των νοσηλευτών αν και το 46% διαφωνεί γενικά ότι το νοσοκομείο επιδοτεί τους εργαζόμενους για εκπαίδευση ή μαθήματα που πραγματοποιούνται εκτός του χώρου εργασίας.

	Συμφωνώ απολύτως		Συμφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Διαφωνώ απολύτως	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Η παροχή κατάρτισης αποτελεί προτεραιότητα	23	8,7	70	26,4	75	28,3	62	23,4	35	13,2
Το νοσοκομείο επιδοτεί τους εργαζόμενους για εκπαίδευση ή μαθήματα που πραγματοποιούνται εκτός του χώρου εργασίας	20	7,5	56	21,1	67	25,3	57	21,5	65	24,5
Οι υπάλληλοι αυτού του νοσοκομείου ενθαρρύνονται να επεκτείνουν τις ικανότητές τους	34	12,8	69	26,0	74	27,9	51	19,2	37	14,0
Παρέχονται στους εργαζόμενους ευκαιρίες κατάρτισης που τους επιτρέπουν να επεκτείνουν το φάσμα των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων τους	25	9,4	63	23,8	78	29,4	63	23,8	36	13,6
Οι εργαζόμενοι σε αυτό το νοσοκομείο έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν τις απαιτήσεις εκπαίδευσης και ανάπτυξης με τον άμεσο διευθυντή τους	37	14,0	80	30,2	67	25,3	49	18,5	32	12,1
Αυτό το νοσοκομείο δεσμεύεται για την εκπαίδευση και ανάπτυξη των υπαλλήλων του	11	4,2	57	21,5	80	30,2	65	24,5	52	19,6

Πίνακας 3. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για την Πολιτική Κατάρτισης

Μετά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης οι δηλώσεις που συνθέτουν τον παράγοντα «Κατάρτιση» είναι όλες οι δηλώσεις. Με βάση την ακολουθούμενη κωδικοποίηση η ανώτερη θετική στάση απέναντι στη πολιτική κατάρτισης είναι 6 δηλώσεις * 5 (Συμφωνώ απολύτως) = 30 ενώ η αρνητικότερη στάση αντιπροσωπεύεται από το σκορ 6 δηλώσεις * 1 (Διαφωνώ απολύτως) = 6.

Statistics		
Σκορ Κατάρτιση		
N	Valid	265
	Missing	0
Mean		17,374
Median		18,000
Std. Deviation		5,633

Πίνακας 4. Περιγραφικά - Σκορ Κατάρτιση

Με βάση το πίνακα 4, η μέση τιμή για τη στάση απέναντι στην εφαρμοσμένη συνολική πρακτική κατάρτισης είναι 17,374 (SD=5,633). Η κεντρική τιμή του εύρους 6 (αρνητικότερη) και 30 (θετικότερη) είναι 18. Συνεπώς, ως σύνολο, διακρίνεται ουδετερότητα ως προς την στάση που κρατάνε συνολικά οι νοσηλευτές για την πρακτική της κατάρτισης των νοσηλευτών που ακολουθείται από το νοσοκομείο.

Κίνητρα/Motivation / Εργασιακή Ασφάλεια

Αναφορικά με την εργασιακή ασφάλεια, πάνω από 60% υποστηρίζει λίγο έως πολύ ότι είναι δύσκολο να απολυθεί κάποιος υπάλληλος, γεγονός μάλλον αναμενόμενο αφού η έρευνα αφορά δημόσια δομή και πολύ μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει συμβάσεις μόνιμης εργασίας (Μόνιμες Οργανικές θέσεις ή συμβάσεις εργασίας Αορίστου χρόνου). Η ασφάλεια της εργασίας θεωρείται λίγο έως πολύ εγγυημένη για το 37% περίπου των εργαζομένων ενώ το 40% αναφέρει ότι οι υπάλληλοι μπορούν να παραμείνουν στον οργανισμό για όσο διάστημα επιθυμούν. Ένας στους τρεις πιστεύει ότι σε μια δύσκολη οικονομική συγκυρία, οι περικοπές στο προσωπικό θα ήταν οι τελευταίες που θα λάμβαναν χώρα.

	Συμφωνώ απολύτως		Συμφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Διαφωνώ απολύτως	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Σε αυτό το νοσοκομείο οι εργαζόμενοι μπορούν να αναμένουν ότι θα παραμείνουν στον οργανισμό για όσο διάστημα επιθυμούν	50	18,9	61	23,0	60	22,6	44	16,6	50
Σε αυτό το νοσοκομείο είναι πολύ δύσκολο να απολυθεί ένας υπάλληλος	87	32,8	77	29,1	53	20,0	33	12,5	15	5,7

Σε αυτό το νοσοκομείο η ασφάλεια της εργασίας είναι σχεδόν εγγυημένη στους εργαζόμενους	32	12,1	67	25,3	67	25,3	64	24,2	35	13,2
Εάν αυτό το νοσοκομείο αντιμετώπιζε οικονομικά προβλήματα, οι εργαζόμενοι θα ήταν οι τελευταίοι που θα περικοπούν	37	14,0	49	18,5	99	37,4	42	15,8	38	14,3

Πίνακας 5. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για την Εργασιακή Ασφάλεια

Μετά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης οι δηλώσεις που συνθέτουν τον παράγοντα «Επαγγελματική Ασφάλεια» είναι: «Σε αυτό το νοσοκομείο οι εργαζόμενοι μπορούν να αναμένουν ότι θα παραμείνουν στον οργανισμό για όσο διάστημα επιθυμούν» και «Σε αυτό το νοσοκομείο είναι πολύ δύσκολο να απολυθεί ένας υπάλληλος».

Με βάση την ακολουθούμενη κωδικοποίηση η ανώτερη θετική στάση απέναντι στη αντιλαμβανόμενη εργασιακή ασφάλεια είναι 2 δηλώσεις * 5 (Συμφωνώ απολύτως) = 10 ενώ η αρνητικότερη στάση αντιπροσωπεύεται από το σκορ 2 δηλώσεις * 1 (Διαφωνώ απολύτως) = 2.

Statistics

Σκορ Ασφάλεια

N	Valid	265
	Missing	0
Mean		6,774
Median		7,000
Std. Deviation		2,206

Πίνακας 6. Περιγραφικά - Σκορ Εργασιακή Ασφάλεια

Με βάση το πίνακα 6, η μέση τιμή για τη στάση απέναντι στην αντιλαμβανόμενη συνολική εργασιακή ασφάλεια είναι 6,774 (SD=2,206). Η κεντρική τιμή του εύρους 2 (αρνητικότερη) και 10 (θετικότερη) είναι 6. Συνεπώς, ως σύνολο, διακρίνεται ελαφρώς θετική στάση των νοσηλευτών για την αντιλαμβανόμενη επαγγελματική ασφάλεια.

Κίνητρα/Motivation / Διοίκηση Απόδοσης-Ανταμοιβής

Γενικά θα λέγαμε ότι περίπου ένας στους τέσσερις θεωρεί ότι υπάρχει ένα σύστημα διαχείρισης απόδοσης ενώ περίπου 40% γενικά διαφωνεί ότι υπάρχει ένα τέτοιο σύστημα ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (35%) δεν γνωρίζει την ύπαρξη του. Πιο

συγκεκριμένα, το 30% αναφέρει την ύπαρξη, λίγο έως πολύ, ενός συστήματος διαχείρισης επιδόσεων ενώ το 21% θεωρεί ότι οι επιδόσεις του προσωπικού αναθεωρούνται σύμφωνα με τους συμφωνημένους ετήσιους στόχους και τις απαιτήσεις του οργανισμού.

	Συμφωνώ απολύτως		Συμφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Διαφωνώ απολύτως	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Το πρωτόκολλο-κανονισμός της πολιτικής της Διοίκησης για τη διαχείριση απόδοσης είναι άμεσα διαθέσιμο σε όλο το προσωπικό	17	6,4	51	19,2	103	38,9	43	16,2	51
Οι επιδόσεις του προσωπικού αναθεωρούνται σύμφωνα με τους συμφωνημένους ετήσιους στόχους και τις απαιτήσεις του οργανισμού	8	3,0	47	17,7	100	37,7	57	21,5	53	20,0
Υπάρχει ένα σύστημα διαχείρισης επιδόσεων που διασφαλίζει ότι το προσωπικό είναι ικανό και υπόλογο για την εργασία του	14	5,3	64	24,2	72	27,2	63	23,8	52	19,6
Υπάρχει ένα σύστημα διαχείρισης απόδοσης για να διασφαλιστεί ότι εντοπίζονται μελλοντικές ανάγκες ανάπτυξης και εξέλιξης	5	1,9	57	21,5	91	34,3	65	24,5	47	17,7
Οι καταστάσεις λογαριασμών και ευθυνών αναθεωρούνται σύμφωνα με τις τρέχουσες οργανωτικές ανάγκες και στόχους	14	5,3	41	15,5	104	39,2	60	22,6	46	17,4

Πίνακας 7. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για τις πρακτικές Διοίκησης Απόδοσης/Ανταμοιβής

Μετά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης οι δηλώσεις που συνθέτουν τον παράγοντα «Διοίκηση Απόδοσης-Ανταμοιβής» είναι: «Υπάρχει ένα σύστημα διαχείρισης επιδόσεων που διασφαλίζει ότι το προσωπικό είναι ικανό και υπόλογο για την εργασία του», «Υπάρχει ένα σύστημα διαχείρισης απόδοσης για να διασφαλιστεί ότι εντοπίζονται μελλοντικές ανάγκες ανάπτυξης και εξέλιξης» και «Οι καταστάσεις λογαριασμών και ευθυνών αναθεωρούνται σύμφωνα με τις τρέχουσες οργανωτικές ανάγκες και στόχους».

Με βάση την ακολουθούμενη κωδικοποίηση η ανώτερη θετική στάση απέναντι στις

εφαρμοσμένες πρακτικές διοίκησης Απόδοσης-Ανταμοιβής είναι 3 δηλώσεις * 5 (Συμφωνώ απολύτως) = 15 ενώ η αρνητικότερη στάση αντιπροσωπεύεται από το σκορ 3 δηλώσεις * 1 (Διαφωνώ απολύτως) = 3.

Statistics		
Σκορ Διοίκηση Απόδοσης		
N	Valid	265
	Missing	0
Mean		8,057
Median		8,000
Std. Deviation		2,941

Πίνακας 8. Περιγραφικά - Σκορ Διοίκησης Απόδοσης/Ανταμοιβής

Με βάση το πίνακα 8, η μέση τιμή για τη στάση απέναντι στη διοίκηση απόδοσης/ανταμοιβής είναι 8,057 (SD=2,941). Η κεντρική τιμή του εύρους 3 (αρνητικότερη στάση) και 15 (θετικότερη) είναι 9. Συνεπώς, ως σύνολο, διακρίνεται μια μικρή έκφραση μομφής ως προς τη λειτουργικότητα του όποιου συστήματος απόδοσης/ανταμοιβών που ακολουθείται από το νοσοκομείο συνολικά.

Ευκαιρίες και Αυτονομία Εργαζομένων

Αναφορικά με την αυτονομία των υπαλλήλων, σχεδόν το 40% των συμμετεχόντων υποστηρίζει λίγο έως πολύ ότι ο εργαζόμενος ασκεί επιρροή για τις αποφάσεις που τον επηρεάζουν στο χώρο εργασίας του ενώ ένας στους τρεις υποστηρίζει ότι ο εργαζόμενος ασκεί επιρροή για το πότε ξεκινάει και πότε τελειώνει μια δουλειά. Γενικά υπάρχει μια γενική ουδετερότητα για το καθεστώς αυτονομίας.

	Συμφωνώ απολύτως		Συμφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Διαφωνώ απολύτως	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ο εργαζόμενος ασκεί επιρροή ή συμβουλεύει για το είδος της εργασίας που κάνει.	21	7,9	48	18,1	100	37,7	71	26,8	25	9,4
Ο εργαζόμενος ασκεί επιρροή για το πως να κάνει τη δουλειά του;	12	4,5	42	15,8	96	36,2	92	34,7	23	8,7

Ο εργαζόμενος ασκεί επιρροή για το πότε ξεκινάει και πότε τελειώνει μια δουλειά;	37	14,0	50	18,9	66	24,9	91	34,3	21	7,9
Ο εργαζόμενος ασκεί επιρροή για τον ρυθμό με τον οποίο κάνει τη δουλειά του.	29	10,9	42	15,8	77	29,1	100	37,7	17	6,4
Ο εργαζόμενος ασκεί επιρροή για τις αποφάσεις που τον επηρεάζουν στο χώρο εργασίας	38	14,3	90	34,0	85	32,1	44	16,6	8	3,0

Πίνακας 9. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για το Επίπεδο Αυτονομίας Νοσηλευτή

Μετά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης οι δηλώσεις που συνθέτουν τον παράγοντα «Αυτονομία» είναι όλες οι δηλώσεις. Με βάση την ακολουθούμενη κωδικοποίηση η ανώτερη θετική στάση απέναντι στο επίπεδο αυτονομίας είναι 5 ερωτήσεις * 5 (Συμφωνώ απολύτως) = 25 ενώ η αρνητικότερη στάση αντιπροσωπεύεται από το σκορ 5 ερωτήσεις * 1 (Διαφωνώ απολύτως) = 5.

Statistics

Σκορ_Αυτονομία

N	Valid	265
	Missing	0
Mean		14,849
Median		15,000
Std. Deviation		4,173

Πίνακας 10. Περιγραφικά - Σκορ Αυτονομίας

Με βάση το πίνακα 10, η μέση τιμή για τη στάση απέναντι στην αυτονομία που παρέχεται στο νοσηλευτή είναι 14,85 (SD=4,17). Η κεντρική τιμή του εύρους 5 (αρνητικότερη στάση) και 25 (θετικότερη) είναι 15. Συνεπώς, ως σύνολο, διακρίνεται ουδετερότητα στις απόψεις των νοσηλευτών αναφορικά με το επίπεδο της αυτονομίας στο χώρο εργασίας συνολικά.

Ευκαιρίες και Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

Η επικοινωνία μεταξύ προϊσταμένων και υπαλλήλων φαίνεται να αποτελεί δυνατό σημείο αφού σε ποσοστό περίπου 69% οι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι υπάρχει από λίγο έως πολύ. Στον αντίποδα, το 44% διαφωνεί, λίγο έως πολύ, ότι οι εργαζόμενοι επιτρέπεται να λαμβάνουν πολλές αποφάσεις. Γενικά και εδώ διαφαίνεται μια περισσότερο ουδέτερη κατάσταση παρά κάποια τάση προς κάποια κατεύθυνση.

	Συμφωνώ απολύτως		Συμφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Διαφωνώ απολύτως	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Οι εργαζόμενοι σε αυτό το νοσοκομείο επιτρέπεται να λαμβάνουν πολλές αποφάσεις	8	3,0%	58	21,9%	82	30,9%	73	27,5%	44
Οι εργαζόμενοι σε αυτό το νοσοκομείο καλούνται συχνά από τον προϊστάμενό τους να συμμετέχουν στις αποφάσεις	16	6,0%	79	29,8%	75	28,3%	59	22,3%	36	13,6%
Σε αυτό το νοσοκομείο παρέχεται η δυνατότητα στους εργαζόμενους να προτείνουν βελτιώσεις στον τρόπο με τον οποίο γίνονται τα πράγματα	17	6,4%	94	35,5%	76	28,7%	51	19,2%	27	10,2%
Σε αυτό το νοσοκομείο οι προϊστάμενοι διατηρούν ανοιχτές επικοινωνίες με τους εργαζόμενους	68	25,7%	114	43,0%	49	18,5%	23	8,7%	11	4,2%

Πίνακας 11. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για τη Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων

Μετά την εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης, στη μέτρηση του παράγοντα ελήφθησαν υπόψη οι πρώτες τρεις δηλώσεις.

Με βάση την ακολουθούμενη κωδικοποίηση η ανώτερη θετική στάση απέναντι στο επίπεδο συμμετοχής των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων είναι 3 δηλώσεις * 5 (Συμφωνώ απολύτως) = 15 ενώ η αρνητικότερη στάση αντιπροσωπεύεται από το σκορ 3 δηλώσεις * 1 (Διαφωνώ απολύτως) = 3.

Statistics		
Σκορ_ΛήψηΑποφάσεων		
N	Valid	265
	Missing	0
Mean		8,683
Median		9,000
Std. Deviation		2,660

Πίνακας 12. Περιγραφικά – Σκορ Λήψη Αποφάσεων

Με βάση το πίνακα 12, η μέση τιμή για το επίπεδο συμμετοχής που παρέχεται στους νοσηλευτές είναι 8,683 (SD=2,66). Η κεντρική τιμή του εύρους 3 (αρνητικότερη

στάση) και 15 (θετικότερη) είναι 9. Συνεπώς, ως σύνολο, διακρίνεται ουδετερότητα στις απόψεις των νοσηλευτών αναφορικά με το επίπεδο της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων συνολικά.

Ευκαιρίες και Σαφής περιγραφή της θέσης εργασίας και των καθηκόντων

Πραγματικά εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το 53% των συμμετεχόντων συμφωνεί λίγο έως πολύ με το ότι τα πραγματικά καθήκοντα διαμορφώνονται από τον εργαζόμενο και όχι από τη περιγραφή της θέσεως εργασίας. Το 45% περίπου διαφωνεί ότι τα καθήκοντα των εργαζομένων είναι σαφώς καθορισμένα αλλά επίσης άλλο ένα 37% συμφωνεί ότι υπάρχει σαφής καθορισμός. Υπάρχει μια ελαφρά δυσαρέσκεια για την σαφήνεια προσδιορισμού των αρμοδιοτήτων των θέσεων που όμως δεν είναι έντονη.

	Συμφωνώ απολύτως		Συμφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Διαφωνώ απολύτως	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Σε αυτό το νοσοκομείο τα καθήκοντα των εργαζομένων είναι σαφώς καθορισμένα	27	10,2%	71	26,8%	46	17,4%	79	29,8%	42	15,8%
Σε αυτό το νοσοκομείο υπάρχει ένα ενημερωμένο περίγραμμα των θέσεων εργασίας	23	8,7%	65	24,5%	93	35,1%	44	16,6%	40	15,1%
Η περιγραφή της θέσης εργασίας περιέχει όλα τα καθήκοντα που εκτελούνται από μεμονωμένους υπαλλήλους	13	4,9%	50	18,9%	119	44,9%	45	17,0%	38	14,3%
Τα πραγματικά καθήκοντα εργασίας διαμορφώνονται περισσότερο από τον εργαζόμενο παρά από τη συγκεκριμένη περιγραφή εργασίας	40	15,1%	98	37,0%	75	28,3%	42	15,8%	10	3,8%

Πίνακας 13. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου για τη Σαφήνεια περιγραφής της θέσης εργασίας και των καθηκόντων

Μετά την εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης, στη μέτρηση του παράγοντα ελήφθησαν υπόψη οι τελευταίες τρεις δηλώσεις.

Με βάση την ακολουθούμενη κωδικοποίηση η ανώτερη θετική στάση απέναντι στη σαφήνεια των αρμοδιοτήτων της θέσης εργασίας είναι 3 δηλώσεις * 5 (Συμφωνώ

απολύτως) = 15 ενώ η αρνητικότερη στάση αντιπροσωπεύεται από το σκορ 3 δηλώσεις * 1 (Διαφωνώ απολύτως)=3.

Statistics		
Σκορ Σαφήνεια Θέσης		
N	Valid	265
	Missing	0
Mean		9,219
Median		9,000
Std. Deviation		2,172

Πίνακας 14. Περιγραφικά – Σκορ Σαφήνεια Αρμοδιοτήτων Θέσης.

Με βάση το πίνακα 14, η μέση τιμή για τη σαφήνεια της θέσης εργασίας είναι 9,219 (SD=2,172). Η κεντρική τιμή του εύρους 3 (αρνητικότερη στάση) και 15 (θετικότερη) είναι 9. Συνεπώς, ως σύνολο, διακρίνεται ουδετερότητα στις απόψεις των νοσηλευτών αναφορικά με το επίπεδο σαφήνειας καθηκόντων της θέσης εργασίας.

Κίνητρα

Τα κίνητρα των εργαζομένων αποτελούνται από δύο υποκλίμακες (παράγοντες). Την επαγγελματική ασφάλεια και τη διοίκηση απόδοσης/ανταμοιβών. Για την μέτρηση του επιπέδου επαγγελματική ασφάλειας όπως είδαμε χρησιμοποιήθηκαν 2 δηλώσεις με ανώτερο θετικό επίπεδο το σκορ 10 (2*5 πλήρη συμφωνία) ενώ για τη διοίκηση απόδοσης/ανταμοιβών χρησιμοποιήθηκαν 3 δηλώσεις με ανώτερο θεωρητικό θετικό επίπεδο το 15 (3*5). Συνεπώς το σκορ 25 (10+15) είναι το θεωρητικό μέγιστο θετικό σκορ που δείχνει πλήρη εκπλήρωση των εργασιακών κινήτρων των εργαζομένων ενώ η πλήρης δυσαρέσκεια επί των εργασιακών κινήτρων εκφράζεται θεωρητικά με το 5 (5 συνολικά δηλώσεις*1 πλήρης διαφωνία). Το κεντρικό τμήμα της υποκλίμακας είναι το 15 ((25+5)/2) το οποίο υποδηλώνει και την πλήρη θεωρητική ουδετερότητα.

Statistics		
Σκορ_Κίνητρα		
N	Valid	265
	Missing	0
Mean		14,830
Median		15,000
Std. Deviation		3,830

Πίνακας 15. Κίνητρα Σκορ

Σύμφωνα με το πίνακα 15 παρατηρείται ουδετερότητα αναφορικά με την ικανοποίηση των εργασιακών κινήτρων με μέση τιμή σκορ κινήτρων 14,83 (sd=3,83) ενώ οι μισοί ερωτώμενοι είχαν σκορ έως 15 (δηλαδή ακριβώς την κεντρική του δυνατού εύρους σκορ).

Συνολικό σκορ HPWS

Αναφορικά τώρα με το συνολικό σκορ του HPWS, αυτό μετρήθηκε ως άθροισμα των συνιστωσών, Αντίληψη για τις Προσλήψεις, την Κατάρτιση, την επαγγελματική ασφάλεια, τη διοίκησης Απόδοσης/Ανταμοιβών, της παρεχόμενης αυτονομίας, το επίπεδο συμμετοχής στη Λήψη αποφάσεων και τη σαφήνεια των αρμοδιοτήτων κατά την περιγραφή της θέσης. Συνολικά 24 δηλώσεις (μετά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης) με ανώτερο θεωρητικό σκορ το 5 (Πλήρης Συμφωνία με την εκάστοτε δήλωση). Το σκορ 120 υποδηλώνει την πλήρη θετική αποδοχή των πρακτικών του HPWS ενώ το σκορ 24 (24*1 Διαφωνώ απολύτως) την πλήρη δυσaréσκεια. Το κεντρικό σημείο του εύρους 24 με 120 είναι 72 το οποίο ισοδυναμεί με μια πλήρη ουδετερότητα.

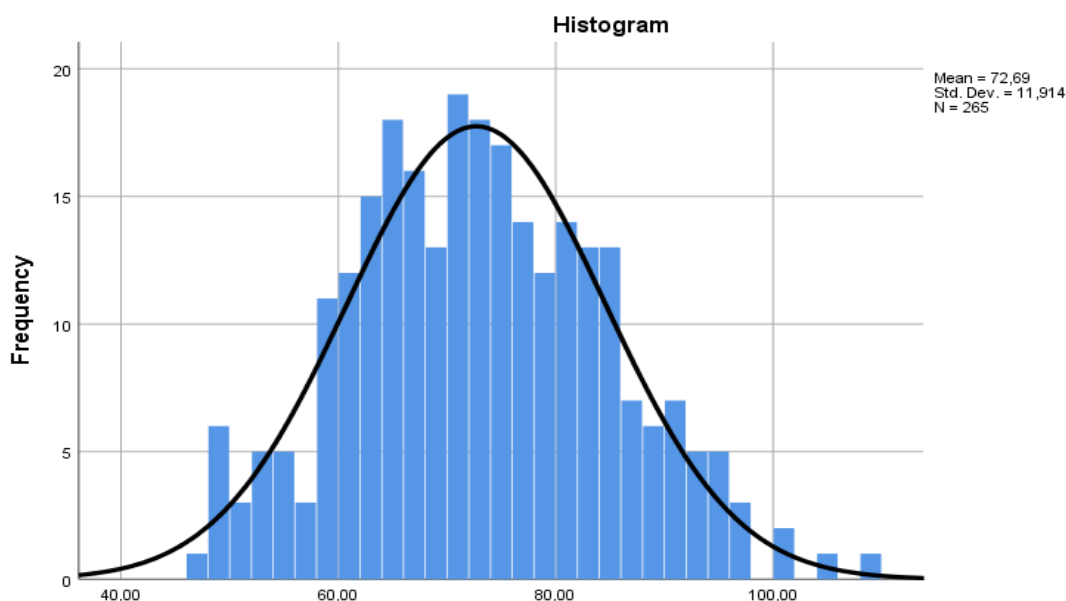
Statistics

Σκορ HPWS

N	Valid	265
	Missing	0
Mean		72,687
Median		72,000
Std. Deviation		11,914

Πίνακας 16. Σκορ - HPWS

Θεωρούμε ότι η ερμηνεία των περιγραφικών είναι εξαιρετικά εύκολη και αναφέρουμε ότι διαπιστώνεται μέση απόδοση του HPWS σύμφωνα με τις απόψεις των νοσηλευτών (M=72,687, SD=11,914).



Γράφημα 1. Σκορ HPWS

Burnout / Συναισθηματική Εξάντληση

Γενικά οι συμμετέχοντες παρουσιάζονται κάτω από μια μέτρια κατάσταση συναισθηματικής εξάντλησης. Το ότι απαιτείται μεγάλη προσπάθεια για να εργαστεί κάποιος με ανθρώπους όλη τη μέρα συμβαίνει μερικές φορές το χρόνο σύμφωνα με το 67% των ερωτηθέντων ενώ το 72% των ερωτηθέντων αισθάνεται εξάντληση στο τέλος της ημέρας, μερικές φορές το χρόνο έως το πολύ μια φορά το μήνα. Απογοητευμένο από τη δουλειά του μερικές φορές την εβδομάδα δηλώνει το 15,8% του δείγματος ενώ το 11,7% αισθάνεται ότι συναισθηματικά εξαντλείται από την εργασία του σε συχνότητα μερικών φορές την εβδομάδα. Το 77% θεωρεί ότι εργάζεται πάρα πολύ σκληρά μερικές φορές το χρόνο έως μια φορά το μήνα ενώ επίσης μερικές φορές το χρόνο έως μια φορά το μήνα το 69% θεωρεί ότι αισθάνεται γενική εξάντληση.

	Ποτέ		Μερικές Φορές το χρόνο		Έως μία φορά το μήνα		Μερικές φορές το μήνα		Μία φορά την εβδομάδα		Μερικές φορές την εβδομάδα		Κάθε μέρα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Αισθάνομαι συναισθηματικά αποστραγγισμένος/η από την δουλειά μου	0	0,0	88	33,2	91	34,3	45	17,0	27	10,2	14	5,3	0	0,0
Αισθάνομαι εξάντληση στο τέλος της εργάσιμης ημέρας μου	0	0,0	98	37,0	97	36,6	33	12,5	30	11,3	7	2,6	0	0,0

Αισθάνομαι κουρασμένος/η όταν σηκωθώ το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια άλλη ημέρα εργασία	0	0,0	77	29,1	95	35,8	38	14,3	35	13,2	20	7,5	0	0,0
Η εργασία (φροντίδα) με ανθρώπους όλη την ημέρα, απαιτεί μεγάλη προσπάθεια	0	0,0	179	67,5	57	21,5	18	6,8	11	4,2	0	0,0	0	0,0
Αισθάνομαι ότι έχω καεί λόγω της δουλειάς μου	0	0,0	53	20,0	75	28,3	59	22,3	47	17,7	31	11,7	0	0,0
Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από την δουλειά μου	0	0,0	36	13,6	70	26,4	70	26,4	47	17,7	42	15,8	0	0,0
Αισθάνομαι ότι εργάζομαι "πάρα πολύ σκληρά" στο έργο μου	0	0,0	108	40,8	97	36,6	37	14,0	21	7,9	2	0,8	0	0,0
Η εργασία σε άμεση επαφή με τους ανθρώπους με γεμίζει με στρες	0	0,0	41	15,5	66	24,9	67	25,3	61	23,0	30	11,3	0	0,0
Αισθάνομαι εξάντληση	0	0,0	87	32,8	96	36,2	41	15,5	22	8,3	19	7,2	0	0,0

Πίνακας 17. Αποκρίσεις στο σύνολο των δηλώσεων Συναισθηματικής Εξάντλησης

Συνεπώς, θα αναφέραμε ότι σε επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης δεν παρουσιάζεται έντονη συχνότητα και σύμφωνα με τον ακόλουθο πίνακα κατηγοριοποίησης κινούνται κυρίως σε μέτριο επίπεδο.

Burnout / Συναισθηματική Εξάντληση (Σύνολο Δηλώσεων)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Χαμηλό (<=16)	86	32,5	32,5	32,5
Μέτριο (17-26)	115	43,4	43,4	75,8
Υψηλό (>=27)	64	24,2	24,2	100,0
Total	265	100,0	100,0	

Πίνακας 18. Κατηγοριοποίηση Burnout / Συναισθηματική Εξάντληση (Σύνολο Δηλώσεων)

Ωστόσο, και σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση, στη μέτρηση του παράγοντα «Συναισθηματική Εξάντληση» συμπεριελήφθησαν οι δηλώσεις: 1) Αισθάνομαι συναισθηματικά αποστραγγισμένος/η από την δουλειά μου, 2) Αισθάνομαι κουρασμένος/η όταν σηκωθώ το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια άλλη ημέρα εργασία 3) Αισθάνομαι ότι έχω καεί λόγω της δουλειάς μου 4) Αισθάνομαι ότι εργάζομαι "πάρα πολύ σκληρά" στο έργο μου 5) Αισθάνομαι εξάντληση.

Συνεπώς και σύμφωνα με την ακολουθούμενη κωδικοποίηση, το σκορ 30 (5 δηλώσεις * 6 κάθε μέρα) υποδεικνύει το ανώτερο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης ενώ το

σκορ 0 (5 δηλώσεις * 0 Ποτέ) υποδεικνύει ανύπαρκτη συναισθηματική εξάντληση. Το κεντρικό σκορ 15 υποδεικνύει ένα μέσο συνολικό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης.

Statistics

Σκορ Συναισθηματικής Εξάντλησης	
N Valid	265
Missing	0
Mean	11,392
Median	10,000
Std. Deviation	4,735

Πίνακας 19. Περιγραφικά Σκορ Συναισθηματικής Εξάντλησης

Σύμφωνα με το πίνακα 19 διαπιστώνεται μέτριο προς χαμηλό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης από τη πλευρά των νοσηλευτών με μέση τιμή 11,392 (SD=4,735) με τους μισούς συμμετέχοντες να έχουν σκορ έως και 10.

Burnout / Αποπροσωπότητα

Πιο έντονο είναι το πρόβλημα της αποπροσωπότητας δεδομένου ότι το 60,8% δηλώνει δεν το νοιάζει τι θα συμβεί σε μερικούς από τους ασθενείς τους μερικές φορές την εβδομάδα, το 37% δηλώνει ότι μερικές φορές την εβδομάδα αισθάνονται ότι φροντίζουν μερικούς ασθενείς με έναν απρόσωπο τρόπο, σαν να ήταν αντικείμενα ενώ το 30,2% έχουν την αίσθηση, μερικές φορές την εβδομάδα, ότι οι ασθενείς τους θεωρούν υπεύθυνους για την κατάστασή τους.

	Ποτέ		Μερικές Φορές το χρόνο		Έως μία φορά το μήνα		Μερικές φορές το μήνα		Μία φορά την εβδομάδα		Μερικές φορές την εβδομάδα		Κάθε μέρα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Αισθάνομαι ότι φροντίζω μερικούς ασθενείς με έναν απρόσωπο τρόπο, σαν να ήταν αντικείμενα	0	0,0	6	2,3	55	20,8	43	16,2	63	23,8	98	37,0	0	0,0

Έχω γίνει πιο ευαίσθητος/η στους ανθρώπους από τότε που έχω αυτή τη δουλειά	0	0,0	74	27,9	82	30,9	65	24,5	32	12,1	12	4,5	0	0,0
Φοβάμαι ότι η δουλειά μου θα με σκληρύνει συναισθηματικά	0	0,0	26	9,8	91	34,3	49	18,5	53	20,0	46	17,4	0	0,0
Δεν με νοιάζει τι θα συμβεί σε μερικούς από τους ασθενείς μου	0	0,0	4	1,5	11	4,2	34	12,8	55	20,8	161	60,8	0	0,0
Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς μου με θεωρούν υπεύθυνο/η για κάποια από τα προβλήματά τους	0	0,0	19	7,2	53	20,0	70	26,4	43	16,2	80	30,2	0	0,0

Πίνακας 20. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου Αποπροσωποποίησης (Σύνολο Δηλώσεων)

Γενικά και με βάση τον ακόλουθο πίνακα κατηγοριοποίησης φαίνεται η ύπαρξη φαινομένου Burnout από τη συνιστώσα «Αποπροσωποποίηση».

Burnout / Αποπροσωποποίηση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μέτριο (7-12)	22	8,3	8,3	8,3
	Υψηλό (>=13)	243	91,7	91,7	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Πίνακας 21. Κατηγοριοποίηση Σκορ Αποπροσωποποίησης

Ωστόσο, και σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση, στη μέτρηση του παράγοντα «Επίπεδο Αντιλαμβανόμενης Αποπροσωποποίησης» συμπεριελήφθησαν οι δηλώσεις:

- 1) Αισθάνομαι ότι φροντίζω μερικούς ασθενείς με έναν απρόσωπο τρόπο, σαν να ήταν αντικείμενα
- 2) Φοβάμαι ότι η δουλειά μου θα με σκληρύνει συναισθηματικά
- 3) Δεν με νοιάζει τι θα συμβεί σε μερικούς από τους ασθενείς μου.

Συνεπώς και σύμφωνα με την ακολουθούμενη κωδικοποίηση, το σκορ 18 (3 δηλώσεις * 6 κάθε μέρα) υποδεικνύει το ανώτερο επίπεδο Αποπροσωποποίησης ενώ το σκορ 0 (3 δηλώσεις * 0 Ποτέ) υποδεικνύει ανύπαρκτη Αποπροσωποποίηση. Το κεντρικό σκορ 9 υποδεικνύει ένα μέσο συνολικό επίπεδο Αποπροσωποποίησης.

Statistics		
Σκορ Αποπροσωποίησης		
N	Valid	265
	Missing	0
Mean		11,083
Median		11,000
Std. Deviation		2,597

Πίνακας 22. Περιγραφικά Σκορ Αποπροσωποίησης

Σύμφωνα με το πίνακα 22 διαπιστώνεται μέτριο προς υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενης αποπροσωποίησης από τη πλευρά των νοσηλευτών με μέση τιμή 11,083 (SD=2,597) με τους μισούς συμμετέχοντες να έχουν σκορ έως και 11.

Burnout / Προσωπικά Επιτεύγματα

Τα προσωπικά επιτεύγματα δεν φαίνεται επίσης να γίνονται συχνά αντιληπτά από τους νοσηλευτές. Τα υψηλότερα ποσοστά συγκεντρώνει πολύ έντονα και με διαφορά, η συχνότητα «έως μια φορά τον μήνα» σε όλες τις δηλώσεις ενώ η συχνότητα αυτή ακολουθείται από τη συχνότητα «Μερικές φορές το χρόνο» επίσης σε όλες τις δηλώσεις. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 55% των ερωτηθέντων μπορούν εύκολα να καταλάβουν τι αισθάνονται οι ασθενείς, να νιώθουν να επηρεάζονται θετικά από την εργασία και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα των ασθενών πολύ αποτελεσματικά έως μια φορά το μήνα.

	Ποτέ		Μερικές Φορές το χρόνο		Έως μία φορά το μήνα		Μερικές φορές το μήνα		Μία φορά την εβδομάδα		Μερικές φορές την εβδομάδα		Κάθε μέρα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Μπορώ εύκολα να καταλάβω τι αισθάνονται οι ασθενείς μου	0	0,0	54	20,4	146	55,1	56	21,1	8	3,0	1	0,4	0	0,0
Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	0	0,0	44	16,6	145	54,7	68	25,7	7	2,6	1	0,4	0	0,0
Νιώθω, μέσα από την εργασία μου, να επηρεάζω θετικά	0	0,0	65	24,5	146	55,1	43	16,2	9	3,4	2	0,8	0	0,0

Αισθάνομαι γεμάτος/η ενέργεια	0	0,0	32	12,1	70	26,4	74	27,9	56	21,1	33	12,5	0	0,0
Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια χαλαρή ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	0	0,0	54	20,4	120	45,3	64	24,2	23	8,7	4	1,5	0	0,0
Αισθάνομαι ενεργοποιημένος/η όταν βρίσκομαι στην εργασία μου κοντά σε ασθενείς	0	0,0	59	22,3	106	40,0	68	25,7	25	9,4	7	2,6	0	0,0
Έχω καταφέρει πολλά πράγματα που αξίζει σε αυτό το έργο	0	0,0	82	30,9	119	44,9	59	22,3	4	1,5	1	0,4	0	0,0
Στην δουλειά μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά προβλήματα πολύ ήρεμα	0	0,0	49	18,5	118	44,5	72	27,2	22	8,3	4	1,5	0	0,0

Πίνακας 23. Αποκρίσεις Ερωτηματολογίου Προσωπικά Επιτεύγματα (Σύνολο Ερωτήσεων)

Η κατάσταση αυτή φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα όπου ξεκάθαρα φαίνεται η θεώρηση από πλευράς νοσηλευτών περί μη ύπαρξης προσωπικών επιτευγμάτων και συνακόλουθα την ένδειξη υψηλής επαγγελματικής εξουθένωσης.

Burnout / Προσωπικά Επιτεύγματα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μέτριο (32-38)	2	0,8	0,8	0,8
	Υψηλό <=31	263	99,2	99,2	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Πίνακας 24. Κατηγοριοποίηση Σκορ Προσωπικά Επιτεύγματα (Σύνολο Ερωτήσεων)

Ωστόσο, και σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση, στη μέτρηση του παράγοντα «Προσωπικά Επιτεύγματα» συμπεριελήφθησαν όλες οι δηλώσεις εκτός από τη δήλωση 4 (Αισθάνομαι γεμάτος/η ενέργεια)

Συνεπώς και σύμφωνα με την ακολουθούμενη κωδικοποίηση, το σκορ 42 (7 δηλώσεις * 6 κάθε μέρα) υποδεικνύει το ανώτερο επίπεδο Προσωπικών Επιτευγμάτων ενώ το σκορ 0 (7 δηλώσεις * 0 Ποτέ) υποδεικνύει ανυπαρξία Προσωπικών επιτευγμάτων. Το κεντρικό σκορ 21 υποδεικνύει ένα μέσο συνολικό επίπεδο Προσωπικών Επιτευγμάτων.

Statistics

Σκορ Επιτεύγματα		
N	Valid	265
	Missing	0
Mean		15,053
Median		15,000
Std. Deviation		3,967

Πίνακας 25. Σκορ Προσωπικά Επιτεύγματα

Όπως επισημάναμε και προηγούμενα με βάση τις αποκρίσεις των συμμετεχόντων, τα προσωπικά επιτεύγματα δεν φαίνονται γίνονται ιδιαίτερα παραδεκτά από τους συμμετέχοντες. Δηλαδή οι συμμετέχοντες δεν θεωρούν γενικά ως σύνολο ότι έχουν επιτύχει προσωπικά επιτεύγματα ($M=15,053$, $SD=3,967$).

Γενική Επισκόπηση Burnout

Η κλίμακα Burnout ως σύνολο αποτελείται από τρεις υποκλίμακες:

Η πρώτη υποκλίμακα αφορά τη συναισθηματική εξάντληση και μετά την παραγοντική ανάλυση αποτελείται από 5 δηλώσεις. Το ανώτερο θεωρητικό σκορ το οποίο θα υποδήλωνε το πλήρες Burnout από συναισθηματική πλευρά, είναι 5 δηλώσεις *6 κάθε μέρα=30 σύμφωνα με την κλίμακα 0=Ποτέ έως 6=Κάθε μέρα. Δηλαδή αν και στις 5 δηλώσεις, η απόκριση ήταν ότι το αρνητικό περιεχόμενο της δήλωσης εμφανίζεται κάθε μέρα.

Η δεύτερη υποκλίμακα αφορά την αποπροσωποποίηση και αποτελείται από 3 δηλώσεις (μετά την παραγοντική ανάλυση). Το ανώτερο θεωρητικό σκορ το οποίο θα υποδήλωνε το πλήρες Burnout από πλευράς ενδείξεων αποπροσωποποίησης είναι 3*6=18 σύμφωνα με την κλίμακα 0=Ποτέ έως 6=Κάθε μέρα. Δηλαδή αν και στις 3 δηλώσεις, η απόκριση ήταν ότι το αρνητικό περιεχόμενο της δήλωσης εμφανίζεται κάθε μέρα.

Η τρίτη υποκλίμακα αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα και αποτελείται από 7 δηλώσεις. Το κατώτερο θεωρητικό σκορ το οποίο θα υποδήλωνε το πλήρες Burnout από πλευράς προσωπικών επιτευγμάτων είναι 0*7=0 σύμφωνα με την κλίμακα 0=Ποτέ έως 6=Κάθε μέρα. Δηλαδή αν και στις 7 δηλώσεις, η απόκριση ήταν ότι το θετικό περιεχόμενο της δήλωσης δεν εμφανίζεται ποτέ.

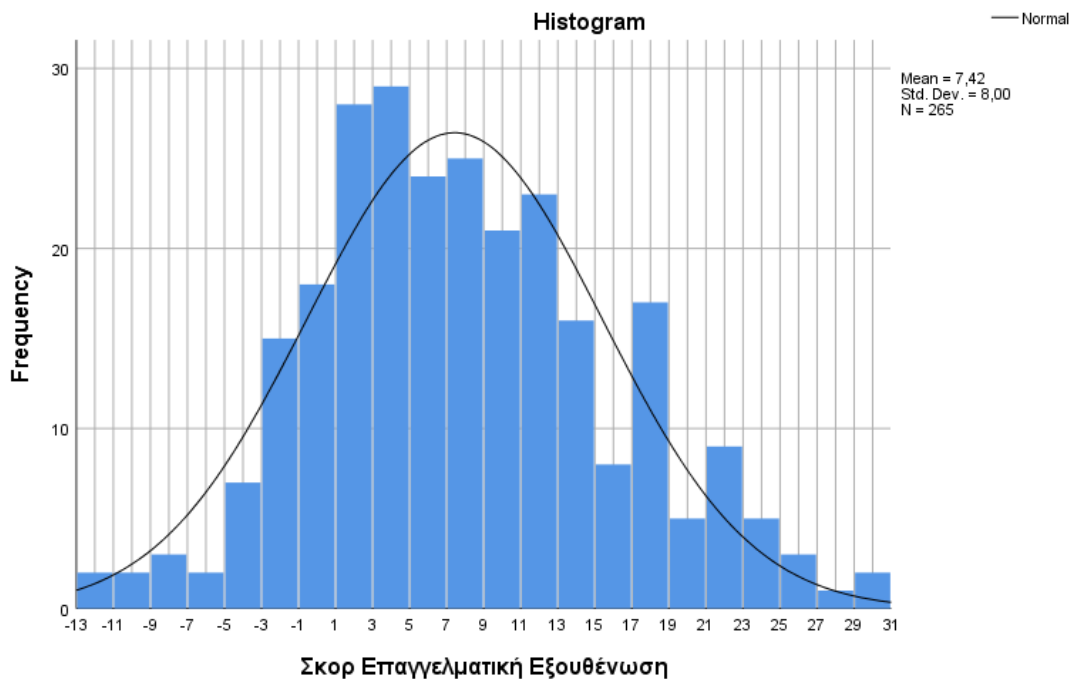
Το γενικό σκορ της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το άθροισμα των δύο πρώτων υποκλιμάκων μείον τη τρίτη. Δηλαδή το μέγιστο σκορ που θα μπορούσε να επιτευχθεί είναι $30+18-0 = 48$. Το σκορ 48 υποδηλώνει θεωρητικά την πλήρη εξουθένωση ενώ αντίστοιχα το σκορ που θα υποδήλωνε πλήρης απουσία του είναι το $0+0-42 = -42$ (ουσιαστικά στις δύο πρώτες υποκλίμακες η απόκριση είναι «Ποτέ» ενώ στη τρίτη «Κάθε μέρα»). Συνεπώς το θεωρητικό εύρος είναι 90 με κεντρική τιμή του εύρους τη τιμή 3 (Δηλαδή η κεντρική τιμή του εύρους από το -42 έως το 48). Τα προαναφερόμενα έχουν σημασία για να δούμε το ακόλουθο:

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Σκορ Επαγγελματικής Εξουθένωσης	Mean	7,4226	0,49142
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6,4550
		Upper Bound	8,3902
	5% Trimmed Mean	7,3019	
	Median	7,0000	
	Variance	63,995	
	Std. Deviation	7,99968	
	Minimum	-12,00	
	Maximum	29,00	
	Range	41,00	
	Interquartile Range	10,50	
	Skewness	0,304	0,150
	Kurtosis	-0,140	0,298

Πίνακας 26. Περιγραφικά Στατιστικά Σκορ Burnout

Με βάση το πίνακα και για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα αναφορικά με την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών θα αναφέραμε ότι κινείται στο μέτριο επίπεδο με μικρή κίνηση προς αυξημένο χωρίς όμως κάτι το έντονο. Η μέση τιμή είναι 7,422 (SD=7,999).



Γράφημα 2. Ιστόγραμμα Σκορ Burnout.

Όπως βλέπουμε και στο γράφημα υπάρχει έντονη συχνότητα σε τιμές κοντά και λίγο πάνω από το 3 που όπως προαναφέραμε είναι το κεντρικό σημείο του εύρους.

Σχέσεις

Οι πρακτικές των Συστημάτων Υψηλής Εργασιακής Απόδοσης / HPWS σχετίζονται θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση / Burnout. Πρόκειται όμως για μια χωρίς πρακτικό νόημα σχέση, δεδομένου ότι ο συντελεστής είναι 0,122 ενώ το ακριβές επίπεδο σημαντικότητας (p-value) είναι ίσο με 0,047. Η τιμές αυτές είναι άνευ πρακτικής σημασίας για να αναφέρουμε ότι πράγματι υπάρχει θετική σχέση.

Εκεί όμως που ξεκάθαρα έχουμε θετική σχέση είναι πρακτικές των HPWS με τα κίνητρα ($\rho=0,721$, $p\text{-value}<0,001$). Το πόρισμα είναι σημαντικό: Οι αντιλαμβανόμενες από τους νοσηλευτές πρακτικές των HPWS σχετίζονται έντονα με τον υψηλό συνδυασμό αντιλαμβανόμενης επαγγελματικής ασφάλειας και διοίκησης απόδοσης/ανταμοιβών που αποτελούν τις συνιστώσες των κινήτρων. Ακόμα πιο έντονη είναι η σχέση των HPWS και των πολιτικών κατάρτισης του νοσηλευτικού προσωπικού από το νοσοκομείο ($\rho=0,846$, $p\text{-value}<0,001$). Οι αντιλαμβανόμενες από τους νοσηλευτές πρακτικές των HPWS σχετίζονται πολύ έντονα με τις θετικές απόψεις, που έχουν οι ίδιοι, αναφορικά με τις ακολουθούμενες πρακτικές κατάρτισης των νοσηλευτών από το νοσοκομείο.

Επίσης άνω της μέτριας έντασης, θετική σχέση προκύπτει μεταξύ της έντασης της συμμετοχής των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων και των HPWS σύμφωνα με τις απόψεις των νοσηλευτών ($\rho=0,588$, $p\text{-value}<0,001$). Οι αντιληπτές από τους νοσηλευτές πρακτικές των HPWS συνδέονται με αυξημένη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων. Επιπλέον υψηλές εκτιμώμενες τιμές των HPWS σχετίζονται μέτρια (αλλά σημαντικά) με υψηλές τιμές της σαφήνειας των αρμοδιοτήτων των θέσεων εργασίας ($\rho=0,539$, $p\text{-value}<0,001$) καθώς επίσης και με τις εφαρμοζόμενες πολιτικές προσλήψεων ($\rho=0,439$, $p\text{-value}<0,001$).

Συνοπτικά ένα αντιλαμβανόμενο εργασιακό σύστημα υψηλής απόδοσης συνοδεύεται σε λιγότερο ή μεγαλύτερο βαθμό από θετικές αντιλήψεις σχετικά με τα εργασιακά κίνητρα, τη κατάρτιση, τις προσλήψεις, τη μεγαλύτερη συμμετοχή στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και τη σαφήνεια των αρμοδιοτήτων της θέσης εργασίας αλλά σε ελάχιστο βαθμό με την παρεχόμενη αυτονομία.

Correlations

		HPW S	Burnou t	Κίνητρ α	Προσλ ήψεις	Κατά ρτιση	Αυτον ομία	Λήψη Αποφ άσεων	Σαφήνεια Αρμοδιο τήτων
Spearman n's rho	HPWS	rho 1,000							
		p .							
		N 265							
Burnout	HPWS	rho 0,122	1,000						
		p 0,047	.						
		N 265	265						
Κίνητρα	HPWS	rho 0,721	0,129	1,000					
		p 0,000	0,036	.					
		N 265	265	265					
Προσλήψ εις	HPWS	rho 0,439	0,055	0,245	1,000				
		p 0,000	0,373	0,000	.				
		N 265	265	265	265				
Κατάρτισ η	HPWS	rho 0,846	0,145	0,533	0,332	1,000			
		p 0,000	0,018	0,000	0,000	.			
		N 265	265	265	265	265			
Αυτονομί α	HPWS	rho 0,140	-0,142	-0,142	-0,066	-0,130	1,000		
		p 0,022	0,021	0,021	0,281	0,034	.		
		N 265	265	265	265	265	265		
Λήψη Αποφάσε ων	HPWS	rho 0,588	0,142	0,411	0,154	0,510	-0,212	1,000	
		p 0,000	0,020	0,000	0,012	0,000	0,001	.	
		N 265	265	265	265	265	265	265	
Σαφήνεια Αρμοδιοτ ήτων	HPWS	rho 0,539	0,107	0,395	0,145	0,384	-0,080	0,297	1,000
		p 0,000	0,083	0,000	0,018	0,000	0,195	0,000	.
		N 265	265	265	265	265	265	265	265

Πίνακας 27. Σχέσεις

Ερευνητικές Υποθέσεις

Γενική Υπόθεση: H: Τα «εργασιακά κίνητρα» μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ των «Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης» και του «Burnout των εργαζομένων».

Correlations			HPWS	Burnout
Κίνητρα	HPWS	rho	1,000	0,001
		p	.	0,990
		df	0	71
Burnout	Burnout	rho	0,001	1,000
		p	0,990	.
		df	71	0

Πίνακας 28. Διαμεσολάβηση Κινήτρων στη Σχέση HPWS / Burnout

Όπως είχαμε αναφέρει, ορίστηκε αυθαίρετα ως HPWS τις πρακτικές HR με τιμή άνω του 80 διότι 81 είναι το τρίτο τεταρτημόριο της κατανομής. (Δηλαδή με άλλα λόγια το κορυφαίο 25% του δείγματος με βάση Το HPWS.

Σύμφωνα με το πίνακα 28, δεν διαπιστώνεται καμία στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των συστημάτων υψηλής απόδοσης (>80) και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$ όταν μεσολαβούν στη σχέση τα κίνητρα ($\rho=0,001$, $p\text{-value}=0,99$).

Υπο-υπόθεση H1: Υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ των «Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης / HPWS» και του «Burnout των εργαζομένων».

Σύμφωνα με το πίνακα 27, δεν διαπιστώνεται αρνητική σχέση μεταξύ HPWS και του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πάραυτα και για να είμαστε απόλυτα συνεπείς με την υπόθεση, λάβαμε υπόψη τις πρακτικές των HPWS που είχαν σκορ άνω του 80¹ (81 είναι το τρίτο τεταρτημόριο της κατανομής των σκορ). Ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης (δεδομένης της μη κανονικότητας της κατανομής των σκορ HPWS) δίνεται στον ακόλουθο πίνακα.

¹ Η τιμή 80 είναι αυθαίρετη τιμή και χρησιμοποιήθηκε απλώς για να ορίσει την «Υψηλή Απόδοση». Δηλαδή θεωρήσαμε αυθαίρετα ως HPWS τα εργασιακά συστήματα άνω του 80.

Correlations

			HPWS	Burnout
Spearman's rho	HPWS	rho	1,000	0,224
		p	.	0,060
		N	71	71
	Burnout	rho	0,224	1,000
		p	0,060	.
		N	71	71

Πίνακας 29. Σχέση HPWS / Burnout

Σύμφωνα με το πίνακα 29, δεν διαπιστώνεται καμία στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των HPWS (>80) και της επαγγελματικής εξουθένωσης ($\rho=0,224$, $p\text{-value}=0,06$) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

Υπο-υπόθεση H2: Υπάρχει **θετική** σχέση μεταξύ των «Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης» και των «Εργασιακών κινήτρων».

Είχαμε αναφέρει την ισχυρή θετική σχέση μεταξύ των αντιλαμβανόμενων πρακτικών των HPWS και των εργασιακών κινήτρων ($\rho=0,721$, $p\text{-value}<0,001$).

Για να είμαστε απόλυτα συνεπείς ορίσαμε ως κατώφλι (threshold) για τον προσδιορισμό HPWS τηΝ τιμή άνω του 80 διότι 81 είναι το τρίτο τεταρτημόριο της κατανομής (Πίνακας 30).

Statistics

HPWS

N	Valid	265
	Missing	0
Percentiles	25	64
	50	72
	75	81

Πίνακας 30. Τεταρτημόρια Κατανομής HPWS

Με βάση τον πίνακα 31, υπάρχει μέτριας έντασης θετική συσχέτιση μεταξύ των κινήτρων και των Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης ($\rho=0,543$, $p\text{-value}<0,001$). Η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται²

² ...θα πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα η ένταση της σχέσης. Άλλο είναι θετική σχέση, σημαντική μεν, με συντελεστή 0,2, άλλο με συντελεστή 0,5 και άλλο με 0,9.

Correlations

			HPWS	Κίνητρα
Spearman's rho	HPWS	rho	1,000	0,543**
		p	.	0,000
		N	71	71
	Κίνητρα	rho	0,543**	1,000
		p	0,000	.
		N	71	71

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 31. Σχέση HPWS / Εργασιακά Κίνητρα

Υπο-υπόθεση H3: Υπάρχει **αρνητική** σχέση μεταξύ των «Εργασιακών κινήτρων» και του «Burnout των εργαζομένων».

Σύμφωνα με το πίνακα 27 όχι μόνο δεν υπάρχει αρνητική σχέση αλλά η σχέση είναι σημαντική σε $\alpha=0,05$, θετική αλλά εξαιρετικά χαμηλής έντασης ($\rho=0,129$, $p\text{-value}=0,036$).

Υπο-υπόθεση H4: Τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων επηρεάζουν τα «Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης», τα «εργασιακά κίνητρα» και το «Burnout των εργαζομένων».

Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης / Φύλο

Και πάλι ως HPWS επιλέξαμε τις πρακτικές με σκορ απόδοσης άνω του 80.

Descriptives

HPWS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Αντρας	16	87,4375	5,12470	1,28117	84,7067	90,1683	81,00	96,00
Γυναίκα	55	87,8545	6,20459	0,83663	86,1772	89,5319	81,00	108,00
Total	71	87,7606	5,94610	0,70567	86,3531	89,1680	81,00	108,00

Πίνακας 32. Περιγραφικά Στατιστικά HPWS / Φύλο

Δεν θεωρούμε ότι χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη αναφορά. Ο μέσος είναι σχεδόν ο ίδιος και για τα δύο φύλα ενώ και οι διασπορές δεν έχουν ιδιαίτερες διαφορές.

Tests of Normality

	Gender	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HPWS	Άντρας	0,183	16	0,157	0,901	16	0,084
	Γυναίκα	0,150	55	0,003	0,891	55	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 33. Έλεγχος Κανονικότητας Σκορ HPWS / Φύλο

Και οι δύο οι έλεγχοι απορρίπτουν την κανονικότητα για την κατανομή του σκορ απόδοσης συστήματος για τις γυναίκες (p -value<0,05). Επομένως εφαρμόζουμε μη παραμετρικό τεστ.

Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	71
Mann-Whitney U	431,500
Wilcoxon W	1971,500
Test Statistic	431,500
Standard Error	72,453
Standardized Test Statistic	-0,117
Asymptotic Sig.(2-sided test)	0,907

Πίνακας 34. Μη παραμετρικό Τεστ Mann-Whitney HPWS / Φύλο

Όπως αναμέναμε το φύλο δεν επηρεάζει το σκορ για τα HPWS ($z=-0,117$, p -value=0,907). (Το Mann-Whitney U Test είναι το μη παραμετρικό αντίστοιχο του παραμετρικού Student's t-test. Αντίστοιχο αλλά όχι ισοδύναμο. Τα παραμετρικά είναι πιο δυνατά αλλά έχουν προϋποθέσεις εφαρμογής).

Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης / Ηλικία

Επίσης πολύ κοντινές οι τιμές του μέσου και των διασπορών. Δύσκολα και εδώ να προκύψει σημαντική διαφορά.

Descriptives

HPWS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<30	11	85,91	5,82	1,76	82,00	89,82	81,00	96,00
31-40	19	87,37	5,55	1,27	84,69	90,04	81,00	101,00
41-50	25	87,96	5,91	1,18	85,52	90,40	81,00	108,00

>50	16	89,19	6,68	1,67	85,63	92,74	81,00	104,00
Total	71	87,76	5,95	0,71	86,35	89,17	81,00	108,00

Πίνακας 35. Περιγραφικά Στατιστικά HPWS / Ηλικία

Για τουλάχιστον μια κατανομή η κανονικότητα απορρίπτεται (p-value<0,05)

Tests of Normality

	Age	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HPWS	<30	0,289	11	0,011	0,776	11	0,005
	31-40	0,158	19	0,200*	0,903	19	0,054
	41-50	0,132	25	0,200*	0,868	25	0,004
	>50	0,183	16	0,153	0,918	16	0,156

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 36. Έλεγχος Κανονικότητας Σκορ HPWS / Ηλικία

Και σε αυτή την περίπτωση δεν επηρεάζει η ηλικία τις τιμές των HPWS ή με άλλα λόγια το σκορ για τα HPWS δεν διαφέρει μεταξύ των ηλικιακών ομάδων (p-value=0,456). (Το Kruskal-Wallis Test είναι το μη παραμετρικό αντίστοιχο του παραμετρικού oneway-ANOVA).

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	71
Test Statistic	2,609 ^{a,b}
Degree Of Freedom	3
Asymptotic Sig.(2-sided test)	0,456

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

Πίνακας 37. Μη παραμετρικό Τεστ Kruskal-Wallis HPWS / Ηλικία

Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης / Οικογενειακή κατάσταση

Και σε αυτή την περίπτωση οι μέσες τιμές είναι πολύ κοντά και είναι δύσκολο να προκύψει κάποια σημαντική διαφορά.

Descriptives

HPWS	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Ελεύθερος,η	13	88,85	4,96	1,38	85,85	91,85	81,00	96,00
Σε σχέση	8	86,25	6,02	2,13	81,22	91,28	81,00	95,00
Παντρεμένος,η	47	87,43	5,82	0,85	85,72	89,14	81,00	108,00

Διαζευγμένος,η	3	92,33	11,50	6,64	63,76	120,91	81,00	104,00
Total	71	87,76	5,95	0,71	86,35	89,17	81,00	108,00

Πίνακας 38. Περιγραφικά Στατιστικά HPWS / Οικογενειακή Κατάσταση

Και σε αυτή την περίπτωση, τουλάχιστον μία εξεταζόμενη κατανομή διαφέρει σημαντικά από την κανονική.

Tests of Normality

	MaritalStatus	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HPWS	Ελεύθερος,η	0,165	13	0,200*	0,945	13	0,530
	Σε σχέση	0,330	8	0,010	0,791	8	0,023
	Παντρεμένος,η	0,151	47	0,009	0,870	47	0,000
	Διαζευγμένος,η	0,178	3	.	0,999	3	0,952

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 39. Έλεγχος Κανονικότητας Σκορ HPWS / Οικογενειακή Κατάσταση

Και σε αυτή την περίπτωση δεν επηρεάζει η οικογενειακή κατάσταση τις τιμές των συστημάτων υψηλής εργασιακής απόδοσης ή με άλλα λόγια το σκορ για τα συστήματα υψηλής απόδοσης δεν διαφέρει μεταξύ ατόμων διαφορετικής οικογενειακής κατάστασης (p-value=0,433).

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	71
Test Statistic	2,741 ^{a,b}
Degree Of Freedom	3
Asymptotic Sig.(2-sided test)	0,433

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

Πίνακας 40. Μη παραμετρικό Τεστ Kruskal-Wallis HPWS / Οικογενειακή Κατάσταση

Για λόγους οικονομίας της εργασίας οι υπόλοιποι έλεγχοι θα αποτυπώνονται σε ενιαίο πίνακα και θα σχολιάζονται καταλλήλως.

		HPWS		
		Mean	Standard Deviation	p
Education	Δευτεροβάθμια	88,43	5,10	0,526*
	ΑΕΙ / ΤΕΙ	87,78	6,89	
	Μεταπτυχιακό	86,62	4,27	
	Διδακτορικό	.	.	

Professional Experience	0-5	86,53	5,07	0,207*
	6-15	86,40	5,37	
	16-25	89,52	6,14	
	>26	89,00	7,50	
Job Position	Διευθύνων/ουσα	.	.	0,146*
	Τομεάρχης	83,00	.	
	Προϊστάμενος/η	92,25	5,80	
	Επιστημονικά υπεύθυνος,η	95,50	12,02	
Employment Relationship	Εργαζόμενος/η	87,31	5,63	0,346*
	Μόνιμος	87,97	5,34	
	Αορίστου Χρόνου	89,15	7,78	
	Ορισμένου Χρόνου	90,00	4,16	
	Επικουρικός	86,12	6,12	
	Ασκούμενος/η	86,25	5,32	

***Μη Παραμετρικό**

Πίνακας 41. Μη παραμετρικά τεστ HPWS / Εκπαίδευση, Προϋπηρεσία, Θέση εργασίας, Εργασιακή σχέση.

Με βάση τον πίνακα 41 δεν προκύπτει κάποια σχέση των σκορ HPWS με κάποια δημογραφική ή εργασιακή μεταβλητή ($p\text{-value}>0,05$).

Εργασιακά κίνητρα και δημογραφικά ή εργασιακά χαρακτηριστικά.

		Κίνητρα		p
		Mean	Standard Deviation	
Gender	Αντρας	14,43	3,88	0,37
	Γυναίκα	14,94	3,82	
Age	<30	14,02	3,64	0,478
	31-40	14,95	3,59	
	41-50	15,01	4,16	
	>50	15,03	3,73	
Marital Status	Ελεύθερος,η	14,83	4,32	0,488
	Σε σχέση	14,00	3,29	
	Παντρεμένος,η	15,03	3,81	
	Διαζευγμένος,η	14,71	3,89	
Education	Χήρος,α	11,50	0,71	0,859
	Δευτεροβάθμια	15,17	3,93	
	ΑΕΙ / ΤΕΙ	14,72	3,82	
	Μεταπτυχιακό	14,67	3,82	
Professional Experience	Διδακτορικό	15,00	.	0,118*
	0-5	14,08	3,57	
	6-15	15,51	3,45	
	16-25	15,12	4,05	
Job Position	>26	14,57	4,01	0,569
	Διευθύνων/ουσα	.	.	
	Τομεάρχης	15,25	5,32	
	Προϊστάμενος/η	14,89	4,61	

Employment Relationship	Επιστημονικά υπεύθυνος,η	17,20	4,02	0,91
	Εργαζόμενος/η	14,77	3,75	
	Μόνιμος	14,90	3,88	
	Αορίστου Χρόνου	16,46	4,31	
	Ορισμένου Χρόνου	14,00	3,18	
	Επικουρικός	14,12	3,57	
	Ασκούμενος/η	14,88	3,09	

*Μη παραμετρικό

Πίνακας 42. Εργασιακά Κίνητρα / Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση Εκπαίδευση, Προϋπηρεσία, Θέση εργασίας, Σχέση Εργασίας

Σύμφωνα με το πίνακα 42 τα εργασιακά κίνητρα δεν φαίνεται να διαφέρουν μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου, ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, εκπαίδευσης, εργασιακής προϋπηρεσίας, θέσης εργασίας και εργασιακής σχέσης. Δηλαδή με άλλα λόγια δεν σχετίζονται τα προαναφερόμενα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά με το επίπεδο των εργασιακών κινήτρων. Όλα τα τεστ ήταν παραμετρικά (εκτός από ένα) δηλαδή Student's t-test σε περίπτωση μόνο δύο κατηγοριών της ποιοτικής μεταβλητής όπως είναι το φύλο και Oneway-ANOVA σε περίπτωση περισσότερων των δύο κατηγοριών ή επιπέδων της ποιοτικής μεταβλητής όπως είναι η εκπαίδευση ή οικογενειακή κατάσταση).

Burnout και Δημογραφικά - Εργασιακά Χαρακτηριστικά

		Burnout		p
		Mean	Standard Deviation	
Gender	Άντρας	8,05	7,63	0,338*
	Γυναίκα	7,25	8,11	
Age	<30	7,93	7,01	0,011
	31-40	5,52	8,38	
	41-50	6,35	7,88	
	>50	9,65	7,99	
Marital Status	Ελεύθερος,η	7,24	7,81	0,245*
	Σε σχέση	8,74	7,29	
	Παντρεμένος,η	6,93	8,19	
	Διαζευγμένος,η	10,53	7,12	
Education	Χήρος,α	7,50	13,44	0,163
	Δευτεροβάθμια	7,23	7,75	
	ΑΕΙ / ΤΕΙ	6,70	7,96	
	Μεταπτυχιακό	9,43	8,24	
Professional Experience	Διδακτορικό	3,00	.	0,212*
	0-5	8,08	6,92	
	6-15	7,15	8,47	

	16-25	6,22	8,35	
	>26	8,67	7,99	
Job Position	Διευθύνων/ουσα	.	.	
	Τομεάρχης	9,00	7,12	
	Προϊστάμενος/η	10,17	8,25	0,35
	Επιστημονικά υπεύθυνος,η	10,40	7,16	
Employment	Εργαζόμενος/η	7,13	8,00	
	Μόνιμος	7,25	7,93	
Relationship	Αορίστου Χρόνου	7,07	8,34	
	Ορισμένου Χρόνου	6,38	8,42	0,764
	Επικουρικός	7,87	8,07	
	Ασκούμενος/η	10,63	7,95	

*Μη παραμετρικό

Πίνακας 43. Burnout και Δημογραφικά -Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία (p-value=0,011).

Για να διευκρινίσουμε επακριβώς μεταξύ ποιων ηλικιακών ομάδων υπάρχει διαφορά στο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να κάνουμε POST HOC πολλαπλές συγκρίσεις. Για λόγους οικονομίας θα εμφανίσουμε μόνο τους ελέγχους που υπάρχουν διαφορές.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Burnout

Tukey HSD

(I) Age	(J) Age	Mean Difference (I-J)			95% Confidence Interval	
		J	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
>50	<30	1,72	1,46	0,64	-2,07	5,51
	31-40	4,14*	1,38	0,02	0,57	7,70
	41-50	3,30*	1,24	0,04	0,11	6,49

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας 44. Πολλαπλές Συγκρίσεις

Οι άνω των 50 (M=9,65 , SD=7,99) έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τα άτομα ηλικία από 31 έως 40 (M=5,52 , SD=8,38) (p-value=0,02). Οι άνω των 50 έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τα άτομα ηλικία από 41 έως 50 (M=6,35 , SD=7,88) (p-value=0,04).

Δεν έχουν διαπιστωθεί άλλες σχέσεις δημογραφικών ή εργασιακών χαρακτηριστικών με το συνολικό Burnout αφού σε όλες τις περιπτώσεις p-value>0,05.

Υπόδειγμα πολλαπλής Παλινδρόμησης

Ένα από τα πιο ουσιαστικά θέματα είναι η κατασκευή υποδείγματος κατά το οποίο θα ερμηνεύεται η επαγγελματική εξουθένωση μέσα από μια σειρά άλλων παραγόντων όπως είναι το επίπεδο εκπλήρωσης εργασιακών κινήτρων, οι αντιλήψεις για τις προσλήψεις, την κατάρτιση, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την αυτονομία.

Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να δημιουργήσουμε ένα τέτοιο υπόδειγμα με εξαρτημένη μεταβλητή την επαγγελματική εξουθένωση και ως ερμηνευτικές (ανεξάρτητες) μεταβλητές τις προσλήψεις, την κατάρτιση, τα εργασιακά κίνητρα, την αυτονομία, την λήψη αποφάσεων, τη σαφήνεια της θέσης. Η εφαρμογή βέβαια της πολλαπλής παλινδρόμησης απαιτεί κάποιες προϋποθέσεις οι οποίες με τη σειρά και αναλυτικά εμφανίζονται στη συνέχεια.

Προϋποθέσεις:

1. Linearity: Η σχέση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της εξαρτημένης πρέπει είναι γραμμική.

Ο έλεγχος της γραμμικότητας μπορεί να γίνει είτε με τα γραφήματα διασποράς είτε με το συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Pearson.

Pearson Correlation

		Burnout
r	Κίνητρα	0,169
	Προσλήψεις	0,041
	Κατάρτιση	0,160
	Αυτονομία	-0,153
	Λήψη Αποφάσεων	0,163
	Σαφήνεια Θέσης	0,130
	p	Κίνητρα
Προσλήψεις		0,252
Κατάρτιση		0,005
Αυτονομία		0,006
Λήψη Αποφάσεων		0,004
Σαφήνεια Θέσης		0,017

Πίνακας 45. Συντελεστές Συσχέτισης Burnout / Κίνητρα, Προσλήψεις, Κατάρτιση, Αυτονομία, Λήψη Αποφάσεων, Σαφήνεια Θέσης

Οι σχέσεις αν και σημαντικές είναι πολύ χαμηλές ενώ οι αντιλήψεις για τις προσλήψεις δεν φαίνονται να σχετίζονται καθόλου με την επαγγελματική εξουθένωση. Θα συνεχίσουμε τον έλεγχο και των προϋποθέσεων.

2. Multicollinearity: Δεν πρέπει να υπάρχει πολυσυγγραμμικότητα. (δηλαδή δεν πρέπει οι ανεξάρτητες μεταβλητές να συσχετίζονται έντονα μεταξύ τους).

Model	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
1		
Κίνητρα	0,639	1,565
Προσλήψεις	0,891	1,122
Κατάρτιση	0,553	1,809
Αυτονομία	0,940	1,064
Λήψη Αποφάσεων	0,689	1,452
Σαφήνεια Θέσης	0,773	1,294

Πίνακας 46. Διαγνωστικά Πολυσυγγραμμικότητας

Για να ικανοποιηθεί η υπόθεση, ορίζουμε τα στατιστικά VIF να είναι κάτω από το 3 (αν και κάποιοι προτείνουν κάτω από 10!) και τα στατιστικά ανοχής να είναι πάνω από 0,2 κάτι που συμβαίνει σε αυτό το υπόδειγμα.

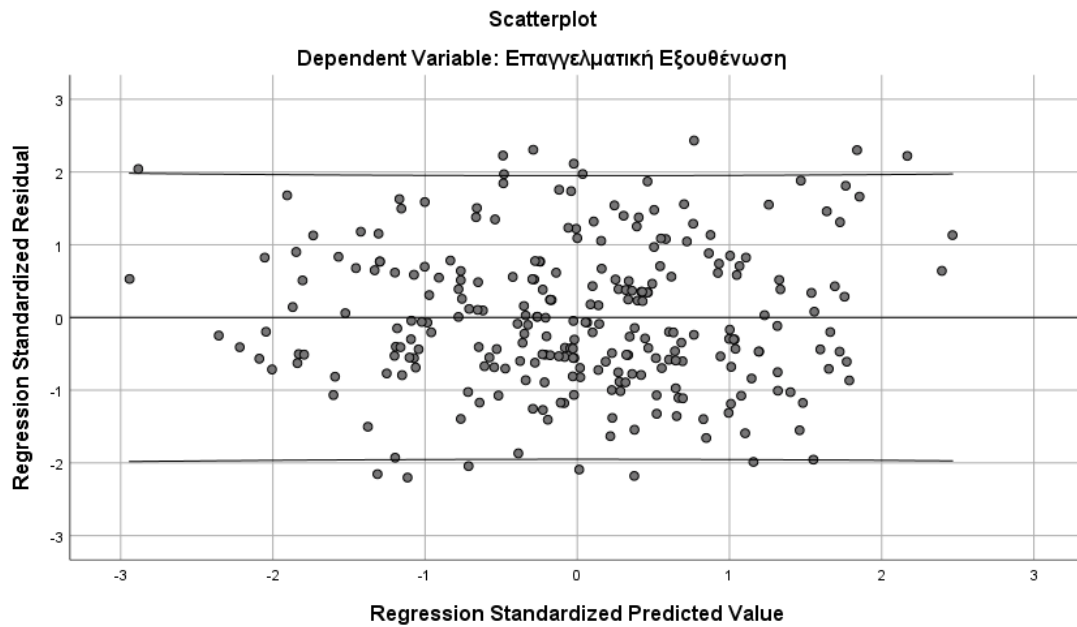
3. Ανεξαρτησία καταλοίπων. Οι τιμές των υπολειμμάτων πρέπει είναι ανεξάρτητες (Ανεξαρτησία παρατηρήσεων). Αν και αυτός ο έλεγχος έχει νόημα σε χρονολογικές σειρές εντούτοις είναι βασικός στη γραμμική πολλαπλή. Έστω και θεωρητικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι παρατηρήσεις είναι ανεξάρτητες δηλαδή η άποψη ενός ερωτώμενου δεν επηρεάζεται από τις απόψεις του ή των προηγούμενων του.

Model	Durbin-Watson
1	1,794

Πίνακας 47. Ανεξαρτησία Παρατηρήσεων

Αν και η τιμή γίνεται αποδεκτή (σε πρακτικό επίπεδο μια τιμή ανάμεσα στο 1,6 και το 2,4 είναι αποδεκτή τιμή) εντούτοις έστω και σε ελάχιστο βαθμό υπάρχουν κάποιες ελαφριές υπόνοιες για αυτοσυσχέτιση πρώτου βαθμού. Αναμέναμε η τιμή να είναι πολύ κοντά στο δύο (που είναι η ιδανική τιμή).

4. Homoscedasticity: Η διακύμανση των υπολειμμάτων είναι σταθερή
Καθώς οι προβλεπόμενες τιμές αυξάνονται (κατά μήκος του άξονα Χ στο σχήμα), η διακύμανση των καταλοίπων (residuals) θα πρέπει να είναι περίπου ίδια. Πάρα πολύ σημαντική προϋπόθεση.

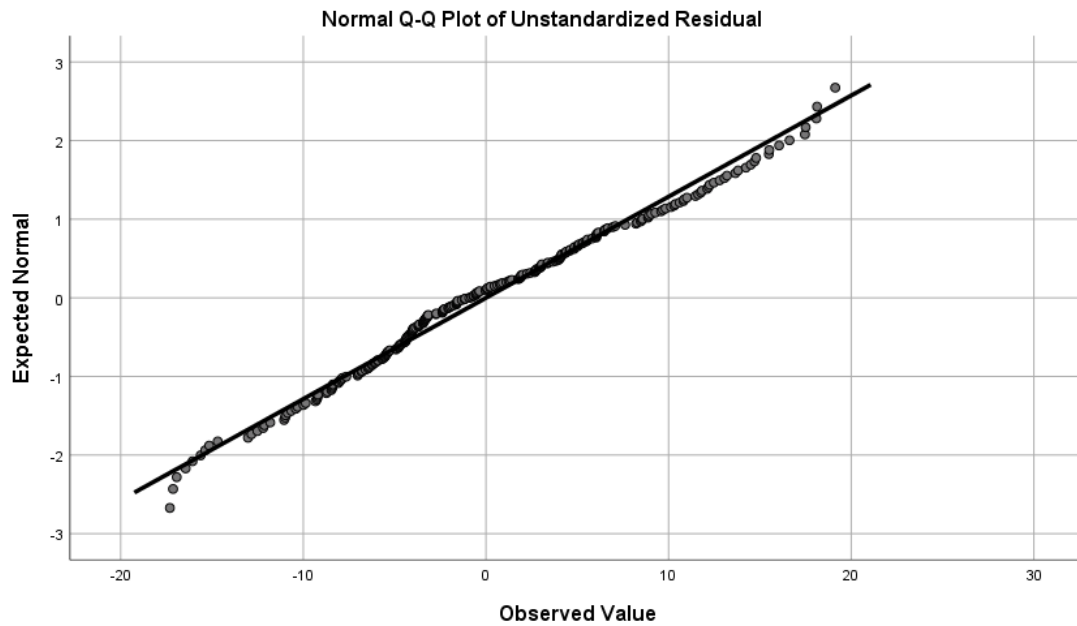


Γράφημα 3. Γράφημα Διασποράς Τυπικές Προβλεπόμενες / Τυπικές Καταλοίπων Burnout

Με βάση το σχήμα όπου τα σημεία δεν παρουσιάζουν σχήμα χωνιού (ή ρόμβου) και περισσότερο εμφανίζονται να μην ακολουθούν κάποιο μοτίβο ενώ βρίσκονται εντός ενός «κουτιού» με παράλληλες πλευρές μπορούμε να θεωρήσουμε ότι αυτή η υπόθεση ικανοποιείται.

5. Τα κατάλοιπα (residuals) πρέπει να κατανέμονται κανονικά

Αν και υπάρχουν κάποιες μικρές ενδείξεις απομάκρυνσης από την κανονικότητα (που εκπροσωπείται στο παρακάτω γράφημα από την ευθεία μαύρη γραμμή) θεωρούμε έστω και οριακά ότι τα κατάλοιπα κατανέμονται κανονικά.



Γράφημα 4. QQ-Plot Κατάλοιπα

6. Δεν υπάρχουν περιπτώσεις που να επηρεάζουν το υπόδειγμα (ακραίες τιμές). Η πιθανή ύπαρξη ακραίων τιμών μελετήθηκε με την κατανομή των αποστάσεων Cook. Δεν υπήρξε τιμή απόστασης άνω της μονάδας αλλά και ούτε καν άνω του 0,1 (που κατά την γνώμη μας τιμές άνω του 0,1 αποτελεί ένδειξη πιθανής ακραίας τιμής).

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean
Cook's Distance	265	0,000	0,053	0,004
Valid N (listwise)	265			

Πίνακας 48. Στατιστικά Κατανομής Απόστασης Cook.

Εφαρμογή

Όπως είδαμε και στις σχέσεις μεταξύ της εξαρτημένης (Εξουθένωσης) και των ανεξάρτητων δεν θα μπορούσαμε να περιμένουμε κάτι καλύτερο από το ακόλουθο. Το υπόδειγμα δηλαδή όλες οι ανεξάρτητες μαζί ως σύνολο ερμηνεύουν μόλις το 3,4% της συνολικής διακύμανσης των τιμών της επαγγελματικής εξουθένωσης (Προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού = 0,034).

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,237 ^a	0,056	0,034	7,86137

a. Predictors: (Constant), Σαφήνεια Θέσης, Αυτονομία, Προσλήψεις, Λήψη Αποφάσεων, Κίνητρα, Κατάρτιση

b. Dependent Variable: Burnout

Πίνακας 49. Περίληψη Μοντέλου

Το μοντέλο βέβαια είναι σημαντικό, δηλαδή τουλάχιστον ένας συντελεστής είναι διάφορος του μηδενός ή αλλιώς το μοντέλο έχει (έστω και ελάχιστη) ερμηνευτική ικανότητα ($F(6, 258)=2,562$, $p\text{-value}=0,02$).

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	949,981	6	158,330	2,562	0,020 ^b
	Residual	15944,683	258	61,801		
	Total	16894,664	264			

a. Dependent Variable: Burnout

b. Predictors: (Constant), Σαφήνεια Θέσης, Αυτονομία, Προσλήψεις, Λήψη Αποφάσεων, Κίνητρα, Κατάρτιση

Πίνακας 50. Παλινδρόμηση - Πίνακας ANOVA

Ωστόσο εδώ βρισκόμαστε σε μια όχι συχνή περίπτωση. Ενώ το μοντέλο είναι σημαντικό (δηλαδή έχει έστω και ελάχιστη ερμηνευτική ικανότητα δηλαδή ένας τουλάχιστον συντελεστής να είναι διάφορος τους μηδενός) ουδείς από τους συντελεστές να μην είναι στατιστικά σημαντικός (δηλαδή να μην διαφέρει σημαντικά από το μηδέν) όπως βλέπουμε στο πίνακα των συντελεστών!

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	4,143	3,614		1,146	0,253
Κίνητρα	0,177	0,158	0,085	1,123	0,263
Προσλήψεις	-0,070	0,257	-0,018	-0,273	0,785
Κατάρτιση	0,073	0,116	0,052	0,634	0,527
Αυτονομία	-0,225	0,120	-0,117	-1,881	0,061

Λήψη Αποφάσεων	0,187	0,219	0,062	0,851	0,395
Σαφήνεια Θέσης	0,178	0,253	0,048	0,701	0,484

a. Dependent Variable: Burnout

Πίνακας 51. Συντελεστές Παλινδρόμησης

Αυτό προκύπτει από ένα σύνολο πραγμάτων και πρώτα από όλα από την ελάχιστη σχέση όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών με την επαγγελματική εξουθένωση.

Στο σημείο αυτό και για να δούμε λίγο διαφορετικά την δημιουργία του υποδείγματος ακολουθήσαμε την ακόλουθη μεθοδολογία:

Ως απόδοση του εργασιακού συστήματος λάβαμε υπόψη τις Προσλήψεις, τη Κατάρτιση, την Αυτονομία, τη λήψη Αποφάσεων και την Σαφήνεια Θέσης. Ως εργασιακά κίνητρα αυτά που έχουμε ήδη ως συνιστώσες δηλαδή την εργασιακή ασφάλεια και τις διοίκηση απόδοσης/ανταμοιβών και είχαμε τα ακόλουθα αποτελέσματα (οι προϋποθέσεις ισχύουν όπως και πριν).

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	0,171 ^a	0,029	0,022	7,91191	1,840

a. Predictors: (Constant), Κίνητρα, HPWS

b. Dependent Variable: Burnout

Πίνακας 52. Επισκόπηση Υποδείγματος β

Η μεταβλητότητα των τιμών της επαγγελματικής εξουθένωσης ερμηνεύεται μόλις σε ποσοστό 2,2% από τις αντιλαμβανόμενες πρακτικές HPWS και το επίπεδο εκπλήρωσης των εργασιακών κινήτρων.

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	493,913	2	246,956	3,945	0,021 ^b
	Residual	16400,751	262	62,598		
	Total	16894,664	264			

a. Dependent Variable: Burnout

b. Predictors: (Constant), Κίνητρα, HPWS

Πίνακας 53. Παλινδρόμηση - Πίνακας ANOVA

Η ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος είναι σημαντική ($F(2, 262)=3,945$, p -value=0,021).

Coefficient	Unstandardized		Standardized	Collinearity			
	Coefficients		Coefficients	Statistics			
Model	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
1 (Constant)	1,136	3,044		0,373	0,709		
HPWS	0,027	0,061	0,032	0,453	0,651	0,725	1,379
Κίνητρα	0,317	0,149	0,152	2,123	0,035	0,725	1,379

a. Dependent Variable: Burnout

Πίνακας 54. Συντελεστές Παλινδρόμησης

Στο πίνακα των συντελεστών τα HPWS δεν είναι στατιστικώς σημαντική μεταβλητή αφού ο συντελεστής 0,027 αυτής δεν διαφέρει σημαντικά από την τιμή 0 ($t=0,453$, $p\text{-value}=0,651$). Τα κίνητρα σχετίζονται σημαντικά και θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση αφού ο συντελεστής 0,317 διαφέρει σημαντικά από το 0 (δηλαδή είναι σημαντικός) ($t=2,123$, $p\text{-value}=0,035$).

(Όταν λέμε ότι ο συντελεστής είναι σημαντικός αφενός εννοούμε ότι διαφέρει σημαντικά από το 0 και αφετέρου η μεταβλητής της οποίας είναι συντελεστής επιδρά στη μεταβλητότητα των τιμών της εξαρτημένης)

Το τελευταίο σημείο και για την μεταβλητή εργασιακά κίνητρα το είχαμε επισημάνει και για τα HPWS στην υπόθεση H3.

Επαγγελματική Εξουθένωση / Burnout = $1,136 + 0,027* \text{HPWS} + 0,317* \text{Κίνητρα}$

6. Συμπεράσματα και Προτάσεις

Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης / HPWS

- Διακρίνεται μικρή θετική στάση συνολικά από τους νοσηλευτές για την πρακτική εφαρμογή της πολιτικής των προσλήψεων από το νοσοκομείο.
- Διακρίνεται ουδετερότητα ως προς την στάση των νοσηλευτών για την πρακτική της κατάρτισης των νοσηλευτών που ακολουθείται από το νοσοκομείο.
- Διακρίνεται ελαφρώς θετική στάση για την αντιλαμβανόμενη επαγγελματική ασφάλεια.
- Διακρίνεται μια μικρή έκφραση μομφής ως προς τη λειτουργικότητα του συστήματος απόδοσης/ανταμοιβών που ακολουθείται από το νοσοκομείο συνολικά.
- Διακρίνεται ουδετερότητα στις απόψεις των νοσηλευτών αναφορικά με το επίπεδο της παρεχόμενης αυτονομίας στο χώρο εργασίας.
- Διακρίνεται ουδετερότητα στις απόψεις των νοσηλευτών αναφορικά με το επίπεδο της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων συνολικά.
- Διακρίνεται ουδετερότητα στις απόψεις των νοσηλευτών αναφορικά με το επίπεδο σαφήνειας καθηκόντων της θέσης εργασίας.
- Συνολικά διακρίνεται ότι σύμφωνα με τις απόψεις των νοσηλευτών οι πρακτικές των HPWS κινούνται σε ουδέτερα πλαίσια χωρίς σαφή κατεύθυνση (θετική ή αρνητική).

Εργασιακά Κίνητρα (Εργασιακή Ασφάλεια και Διοίκηση Απόδοσης/Ανταμοιβών)

- Διαπιστώνεται ουδετερότητα αναφορικά με το επίπεδο εκπλήρωση ή ικανοποίησης των εργασιακών κινήτρων.

Επαγγελματική Εξουθένωση

- Διαπιστώνεται μέτριο προς χαμηλό επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης.
- Διαπιστώνεται μέτριο προς υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενης αποπροσωπότητας.

- Διαπιστώνεται μέτριο προς χαμηλό επίπεδο επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων.
- Η επαγγελματική εξουθένωση συνολικά κινείται σε μέτριο επίπεδο με μικρή τάση προς αυξημένο χωρίς όμως η τάση να είναι έντονη.

Σχέσεις

Οι αντιλαμβανόμενες από τους νοσηλευτές πρακτικές των Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης σχετίζονται έντονα θετικά με τον αντιλαμβανόμενο συνδυασμό επαγγελματικής ασφάλειας και διοίκησης απόδοσης/ανταμοιβών που αποτελούν τις συνιστώσες των εργασιακών κινήτρων και επίσης πολύ έντονα θετικά με τις ακολουθούμενες πρακτικές κατάρτισης νοσηλευτών από το νοσοκομείο. Επιπλέον σχετίζονται μέτρια θετικά με το αντιλαμβανόμενο επίπεδο σαφήνειας των αρμοδιοτήτων των θέσεων εργασίας και με τις εφαρμοζόμενες πολιτικές προσλήψεων. Άνω της μέτριας έντασης, θετική σχέση προκύπτει μεταξύ του επιπέδου συμμετοχής των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων και των HPWS.

Συνεπώς οι αντιλαμβανόμενες από τους νοσηλευτές πρακτικές των HPWS συνοδεύονται σε λιγότερο ή μεγαλύτερο βαθμό από θετικές αντιλήψεις σχετικά με τα εργασιακά κίνητρα, τη κατάρτιση, τις προσλήψεις, τη μεγαλύτερη συμμετοχή στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, τη σαφήνεια των αρμοδιοτήτων της θέσης εργασίας αλλά σε ελάχιστο βαθμό με την παρεχόμενη αυτονομία.

Έλεγχος Υποθέσεων:

- Γενική Υπόθεση: Η: Τα «εργασιακά κίνητρα» μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ των «Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης / HPWS» και του «Burnout των εργαζομένων». **Η Υπόθεση Απορρίπτεται.**
- Υπο-υπόθεση H1: Υπάρχει **αρνητική** σχέση μεταξύ των «Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης / HPWS» και του «Burnout των εργαζομένων». **Η Υπόθεση Απορρίπτεται.**

- Υπο-υπόθεση H2: Υπάρχει **θετική** σχέση μεταξύ των «Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης / HPWS» και των «Εργασιακών κινήτρων». **Η Υπόθεση Επιβεβαιώνεται.**
- Υπο-υπόθεση H3: Υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ των «Εργασιακών κινήτρων» και του «Burnout των εργαζομένων». **Η Υπόθεση Απορρίπτεται.**
- Υπο-υπόθεση H4: Τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων επηρεάζουν τα «Εργασιακά Συστήματα Υψηλής Απόδοσης / HPWS», τα «εργασιακά κίνητρα» και το «Burnout των εργαζομένων». **Η Υπόθεση Απορρίπτεται.** (Επιβεβαιώνεται μόνο στην περίπτωση της συνολικής επαγγελματικής εξουθένωσης / Burnout όπου: α) Οι άνω των 50 έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα Burnout συγκριτικά με τα άτομα ηλικία από 31 έως 40. β) Οι άνω των 50 έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα Burnout συγκριτικά με τα άτομα ηλικία από 41 έως 50).

Παλινδρόμηση - Υπόδειγμα

Εξαρτημένη: Συνολική Επαγγελματική Εξουθένωση / Burnout και ανεξάρτητες τις α) αντιλαμβανόμενες πρακτικές των Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης / HPWS με συνιστώσες τις Προσλήψεις, τη Κατάρτιση, την Αυτονομία, τη λήψη Αποφάσεων και την Σαφήνεια Θέσης και β) Τα εργασιακά κίνητρα με συνιστώσες την εργασιακή ασφάλεια και την διοίκηση απόδοσης/ανταμοιβών.

Το υπόδειγμα ερμηνεύει μόλις το 2,2% της συνολικής μεταβλητότητας της επαγγελματικής εξουθένωσης / Burnout. Η συνολική επαγγελματική εξουθένωση / Burnout βρίσκεται σε μικρή θετική σχέση με το αντιλαμβανόμενο επίπεδο των εργασιακών κινήτρων και δεν βρίσκεται σε σημαντική σχέση με τις αντιλαμβανόμενες πρακτικές των Εργασιακών Συστημάτων Υψηλής Απόδοσης / HPWS.

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης / Burnout πλήττει τους νοσηλευτές που εργάζονται στα Δημόσια Νοσοκομεία. Η Δημόσια Διοίκηση οφείλει να εισάγει και να

εφαρμόσει πιλοτικά νέες καινοτόμες δέσμες πρακτικών ΗΡWS, με έμφαση στη Διοίκηση Αποδοτικότητας, καθώς τα υπάρχοντα κίνητρα δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των νοσηλευτών. Η μελλοντική έρευνα της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων, μπορεί να εξετάσει την αποτελεσματικότητα τέτοιων εφαρμογών, με στόχο την καθολική αναμόρφωση του Δημόσιου Συστήματος Υγείας.

Επισκόπηση Βιβλιογραφίας

Ελληνόγλωσση

- Αντωνίου, Α. (2003). Επαγγελματική εξουθένωση. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. UniversityStudioPress
- Κάτου, Α.Α. (2017). Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζυγός.
- Χυτήρης, Λ. (2018). Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Αθήνα: Interbooks.

Ξενόγλωσση

- Al-Masaeed M, Al-Soud M, Alkhlaifat E, et al. (2020) An investigation of the impacts of Covid-19 pandemic spread on nurses fatigue: an integrated literature review. World J Innov Res 9: 20–24.
- Amanullah S, Ramesh Shankar R. The impact of COVID-19 on physician burnout globally: a review. Healthc. (2020) 8:421. doi: 10.3390/healthcare8040421
- Arnsten AFT, Shanafelt T (2021) Physician distress and burnout: the neurobiological perspective. Mayo Clin Proc Mar 96: 763–769.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Balon, R. (2017). What about burnout? *Annals of Clinical Psychiatry*, 29, 81– 82.
- Barker LM, Nussbaum MA (2011) Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. *J Adv Nurs* 67: 1370–1382.
- Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizlide yapılan bir araştırma, *Ege Akademik Bakış*. 2008;8:541-61.
- Batra K, Singh TP, Sharma M, et al. (2020) Investigating the psychological impact of

- COVID-19 among healthcare workers: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 17: 9096.
- Bianchi, R. (2015). What is “severe burnout” and can its prevalence be assessed? *Intensive Care Medicine*, 41, 166. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-014-3534->
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout: Absence of binding diagnostic criteria hampers prevalence estimates. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 789–790. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.008>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2017). Physician burnout is better conceptualised as depression. *The Lancet*, 389, 1397–1398. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30897-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30897-8)
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., Vandel, P., & Laurent, E. (2017). On the depressive nature of the “burnout syndrome”: A clarification. *European Psychiatry*, 41, 109–110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.10.008>.
- Boersmaa, K., & Lindbloma, K. (2009). Stability and change in επαγγελματική εξουθένωση profiles over time: A prospective study in the working population. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 23(3): 14-32.
- Bolier M, Doulougeri K, de Vries J, Helmich E. ‘You put up a certain attitude’: a 6-year qualitative study of emotional socialisation. *Med Educ* 2018;52:1041-51. 10.1111/medu.13650 30058715.
- Bratis D, Tselebis A, Sikaras C, et al. (2009) Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Hum Resour Health* 7: 72.
- Brisson, R., & Bianchi, R. (2017). On the inconsistency of burnout conceptualization and measurement. *Journal of the American College of Surgeons*, 224, 87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.09.006>
- Burisch M. *Das Burnout-Syndrom—Theorie der inneren Erschöpfung* 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 1994.

- Burisch, M. (2006). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung* [The Burnout-Syndrome: A Theory of inner Exhaustion]. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Burkhart Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, et al. (2020) Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: lessons learned from a high-volume intensive care unit. *Anesth Analg* 131: 106–111.
- Chang, Y. (2017). Benefits of Being a Healthy Perfectionist: Examining Profiles in Relation to Nurses' Well-Being, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 2017 Apr 1;55(4):22-28.
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout*, 135-150. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Conway, E., Fu, N., Monks, K., Alfes, K., & Bailey, C. (2016). Demands or resources? The relationship between HR practices, employee engagement, and emotional exhaustion within a hybrid model of employment relations. *Human Resource Management*, 55, 901e917.
- Cui, PP, Wang, PP, Wang, K, et al. (2021) Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against COVID-19. *Occup Environ Med* 78: 129–135.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., ... & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 47(3), 363-385.
- Dall’Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A., & Griffiths, P. (2016). Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review. *International journal of nursing studies*, 57, 12-27.
- Demerouti E, Bakker AB, Leiter M. Burnout and job performance: the moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. *J Occup Health Psychol* 2014;19:96-107. 10.1037/a0035062 24447224.

- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout, *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512
- Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Inter J Nurs Stud*. 2003;40:807-27.
- Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: a multinational cross-sectional study. *PLoS ONE*. (2021) 16:e0238666. doi: 10.1371/journal.pone.0238666
- Dorrian J, Tolley C, Lamond N, et al. (2008) Sleep and errors in a group of Australian hospital nurses at work and during the commute. *Appl Ergon* 39: 605–613.
- Doulougeri K, Panagopoulou E, Montgomery A. (How) do medical students regulate their emotions? *BMC Med Educ* 2016;16:312. 10.1186/s12909-016-0832-9 27955653.
- Doulougeri, K., Georganta, K., & Montgomery, A. (2016). “Diagnosing” burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? *Co- gent Medicine*, 3, 1. <http://dx.doi.org/10.1080/2331205X.2016.1237605>
- Dubrin, A.J. (2002). *Fundamentals of Organizational Behavior*, Second Edition. Copyright © 2002 by South-Western.
- Elghazally SA, Alkarn AF, Elkhayat H, Ibrahim AK, Elkhayat MR. Burnout impact of COVID-19 pandemic on health-care professionals at assiut university hospitals, 2020. *Int J Environ Res Public Health*. (2021) 18:5368. doi: 10.3390/ijerph18105368
- Elmore, L. C., Jeffe, D. B., Jin, L., Awad, M. M., & Turnbull, I. R. (2016). National survey of burnout among US general surgery residents. *Journal of the American College of Surgeons*, 223, 440 – 451. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.05.014>
- Ergin C. Burnout in nurses and physicians and adaptation of the maslach burnout scale. VIIth National Congress of Psychology, Scientific Studies and Publication of Turkish Psychologists Associations pp.1993;22–5.
- European Observatory on Health Systems and Policies. Investing in Europe’s health

- workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration: summary report of the three policy dialogues. Publication of the Centre for Health Services and Nursing Research, Catholic University Leuven, Belgium, 2010. <https://www.enpam.it/wp-content/uploads/Report-PD-Leuven-FINAL.pdf>.
- 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. 10.1136/bmj.39469.763218.BE 18258931.
- Felton JS. Burnout as a clinical entity - its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)*. 1998;48(4): 237-50.
- Fernández -de-Las-Peñas C, Palacios -Ceña D, Gómez -Mayordomo V, et al. (2021) Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med* 92: 55–70.
- Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974;30:159-65.
- Galanis P, Vraika I, Fragkou D, et al. (2021) Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* 77: 3286–3302.
- Gandi JC, Wai PS, Karick H, et al. The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Ment Health Fam Med*. 2011;8:181-4.
- Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jimenez B, et al. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *Int J Nurs Stud*. 2010;47:205–15.
- Garrouste-Orgeas, M., Perrin, M., Soufir, L., Vesin, A., Blot, F., Maxime, V., Timsit, J.-F. (2015). The Iatroref study: Medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Medicine*, 41, 273–284. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-014-3601-4>
- Geiger-Brown J, Trinkoff A, Rogers VE (2011) The impact of work schedules, home, and work demands on self-reported sleep in registered nurses. *J Occup Environ Med* 53: 303–307.

- González-Morales MG, Peiró JM, Rodríguez I, Bliese PD. Perceived collective burnout: a multilevel explanation of burnout. *Anxiety Stress Coping* 2012;25:43-61. 10.1080/10615806.2010.542808 21229404.
- Graham KC, Cvach M (2010) Monitor alarm fatigue: standardizing use of physiological monitors and decreasing nuisance alarms. *Am J Crit Care* 19: 28–34.
- Gramaglia C, Marangon D, Azzolina D, Guerriero C, Lorenzini L, Probo M, et al. The mental health impact of 2019-nCOVID on healthcare workers from north-eastern piedmont, Italy. *Focus on burnout front public. Heal.* (2021) 9:667379. doi: 10.3389/fpubh.2021.667379.
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall’Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., & Simon, M. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International journal of nursing studies*, 63, 213-225.
- Hämmig O, Bauer GF. Work, work-life conflict and health in an industrial work environment. *Occup Med (Lond)*. 2014;64(1):34-8.
- Heath C, Sommerfield A, Von Ungern-Sternberg BS (2020) Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia* 75: 1364–1371.
- Helvacı I, Turhan M. Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke’de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*. 2013;4:58-68.
- Hirsch Allen AJ, Park JE, Adhami N, et al. (2014) Impact of work schedules on sleep duration of critical care nurses. *Am J Crit Care* 23: 290–295.
- Hockey GRJ. Cognitive-energetical control mechanisms in the management of work demands and psychological health. In: Baddely A, Weiskrantz L, eds. *Attention: selection, awareness, and control*. Clarendon Press, 1993: 328-45.
- Hou T, Zhang R, Song X, et al. (2020) Self-efficacy and fatigue among non-frontline health

care workers during COVID-19 outbreak: a moderated mediation model of posttraumatic stress disorder symptoms and negative coping. *PLoS One* 15: e0243884.

ICD-10 Version: 2010. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2010/en>.

Iglesias, M.E., Vallejo, R.B. and Fuentes, P.S., (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 47, Issue 1, January 2010, Pages 30-37.

JAMA Intern Med 2017;177:1826-32. 10.1001/jamainternmed.2017.4340 28973070.

Jarrahi A, Ahluwalia M, Khodadadi H, et al. (2020) Neurological consequences of COVID-19: what have we learned and where do we go from here? *J Neuroinflammation* 17: 286.

Jiang, K., Lepak, D. P., Hu, J., & Baer, J. C. (2012). How does human resource management influence organizational outcomes? A meta-analytic investigation of mediating mechanisms. *Academy of Management Journal*, 55, 1264e1294.

Johnson AL, Brown K, Weaver MT (2010) Sleep deprivation and psychomotor performance among night-shift nurses. *AAOHN J* 58: 147–154.

Kaçmaz N. “Tükenmişlik (Burnout) Sendromu”. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;68:29-32.

Kalmoe MC, Chapman MB, Gold JA, Giedinghagen AM. Physician suicide: a call to action. *Mo Med*. (2019) 116:211–6.

Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM, Poghosyan L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *J Clin Nurs*. 2008;17:3324-9.

Kanekar A, Sharma M (2020) COVID-19 and mental well-being: guidance on the application of behavioral and positive well-being strategies. *Healthcare* 8: 336.

- Kloutsiniotis, P. and Mihail, D. (2018). “The link between perceived high-performance work practices, employee attitudes and service quality. The mediating and moderating role of trust”, *Employee Relations*, Vol. 40 No. 5, 801-821.
- Kloutsiniotis, P. V., & Mihail, D. M. (2020). Is it worth it? Linking perceived high-performance work systems and emotional exhaustion: The mediating role of job demands and job resources. *European Management Journal*, 38(4), 565–579.
- Kruskal JB, Shanafelt T, Eby P, et al . A road map to foster wellness and engagement in our workplace—a report of the 2018 summer intersociety meeting. *J Am Coll Radiol* 2019;16:869-77. 10.1016/j.jacr.2018.10.025 30559039.
- Lasalvia A, Amadeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*. (2021) 11:e045127. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045127
- Laws E, Samuriwo R, Webb K, Bullock A. Emotional socialisation and burnout in medicine and the role of medical educators. *Med Educ* 2019;53:320-2.
- Linzer M. Clinician burnout and the quality of care. 10.1001/jamainternmed.2018.3708 301933708
- Liu Q, Luo D, Haase JE, et al. (2020) The experiences of healthcare providers during the COVID- 19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health* 8: e790–e798.
- Lu, M., Ruan, H., Xing, W. and Hu, Y. (2013). Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction, and quality of care. *Journal of Nursing Management*, Volume 23, Issue 4, p.p. 440-447.
- Luceño -Moreno L, Talavera-Velasco B, García -Albuérne Y, et al. (2020) Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 17: 5514.
- Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. (2020) 291:113190. doi:

- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113.
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15:103-11.10.1002/wps.20311 27265691.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey Bass.
- Maslach, C. and Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behavior*, Vol 2, 99-113, 1981.
- Maslach, C. Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). *MBI: The Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington: Taylor and Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. In S. T. Fiske, D. L. Schachter & C. Zahn-Waxer (Eds.), *Annual Review of Psychology*, 53, 397-422.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93 (3), 498-512.
- Mateen FJ, Dorji C. Health-care worker burnout and the mental health imperative. *Lancet.* 2009;374(9690):595-7.
- Moliner C, Martinez-Tur V, Peiro JM, Ramos J, Cropanzano R. Relationships between organizational justice and burnout at the work-unit level. *Int J Stress Manag* 2005;12:99-116. 10.1037/1072-5245.12.2.99.
- Ogbonnaya, C., & Messermith, J. (2019). Employee performance, well-being, and differential effects of human resource management subdimensions: Mutual gains or conflicting outcomes? *Human Resource Management Journal*, 29, 509-526.

- Ogbonnaya, C., Daniels, K., & Nielsen, K. (2017). Does contingent pay encourage positive employee attitudes and intensity work? *Human Resource Management Journal*, 27, 94e112.
- Oppenauer, V., & Van de Voorde, K. (2016). Exploring the relationships between high involvement work system practices, work demands and emotional exhaustion: A multi-level study. *International Journal of Human Resource Management*, 29, 311-337.
- Organization WH. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 51. Geneva PP - Geneva: World Health Organization Available online at:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>
- Orton, P., Orton, C., & Pereira Gray, D. (2012). Depersonalised doctors: A cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in U.K. general practice. *British Medical Journal Open*, 2, e000274.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000274>
- Owuor RA, Mutungi K, Anyango R, et al. (2020) Prevalence of burnout among nurses in sub-Saharan Africa: a systematic review. *JBIEvid Synth* 18: 1189–1207.
- Palmer, C. E. (1983). A note about paramedics' strategies for dealing with death and dying. *Journal of Occupational Psychology*, 56, 83– 86. [http:// dx.doi.org/10.1111/j.2044-8325.1983.tb00114.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8325.1983.tb00114.x)
- Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al . Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018;178:1317-30.
- Planas D, Veyer D, Baidaliuk A, Staropoli I, Guivel-Benhassine F, Rajah MM, et al. Reduced sensitivity of SARS-CoV-2 variant Delta to antibody neutralization. *Nature*. (2021) 596:276–80 doi: 10.1038/s41586-021-03777-9
- Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane database. Syst Rev*. (2020) 11:CD013779. doi:

10.1002/14651858.CD013779.

Potter, B. A. (2009). *Overcoming job επαγγελματική εξουθένωση: How to renew enthusiasm for work*. Ronin Publishing.

Prasad K, McLoughlin C, Stillman M, Poplau S, Goelz E, Taylor S, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among US healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey study. *E Clin Med*. (2021) 35:100879. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100879.

Prins JT, van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE, et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med* 2009;14:654-66. 10.1080/13548500903311554 20183538.

Reader TW, Gillespie A. Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Serv Res* 2013;13:156. 10.1186/1472-6963-13-156 23631468.

Rettig AE, Moore K, Savona E, et al. (2021) Take-a-break intervention: improving oncology nurse wellness. *Clin J Oncol Nurs* Apr 25: 210–214.

Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. (2018) 13:e0206840. doi: 10.1371/journal.pone.0206840

Rose, A., Duschinsky, R., & Macnaughton, J. (2017). Cynicism as a strategic virtue. *The Lancet*, 389, 692– 693. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30349-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30349-5)

Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. (2018) 320:1131–50. doi: 10.1001/jama.2018.12777

Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, et al. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care*. 2015;24:412-20.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.

Sagherian K, Steege LM, Cobb SJ, et al. (2020) Insomnia, fatigue and psychosocial well-

- being during COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *J Clin Nurs*.
- Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*. (2020) 18:100. doi: 10.1186/s12960-020-00544-1
- Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. (2020) 275:48–57. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.022
- Schaufeli WB, Greenglass ER (2021) Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health* 16: 501–510.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London, United Kingdom: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204-220.
- Schaufeli, W.B., & Buunk, B. P. (2003). Επαγγελματική εξουθένωση: an overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*. West Sussex, UK: Wiley.
- Schears, R. M. (2017). Defining physician burnout, and differentiating between burnout and depression—II. *Mayo Clinic Proceedings*, 92, 1455–1456. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.07.006>
- Schwartz SP, Adair KC, Bae J, et al . Work-life balance behaviours cluster in work settings and relate to burnout and safety culture: a cross-sectional survey analysis. *BMJ Qual Saf* 2019;28:142-50. 10.1136/bmjqs-2018-007933 30309912.
- Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. (2020) 277:347–57. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.034

- Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The business case for investing in physician well-being.
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al . Burnout and medical errors among American
be an indicator of organisational wellbeing. The accumulated evidence points
towards prevention strategies surgeons. *Ann Surg* 2010;251:995-1000.
10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3 19934755.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P.
(2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians
and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic
Proceedings*, 90, 1600 –1613. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Shirom A, Nirel N, Vinokur AD. Overload, autonomy, and burnout as predictors of
physicians' quality of care. *J Occup Health Psychol* 2006;11:328-42.
- Singh A, Jha A, Purbey S (2020) Identification of measures affecting job satisfaction and
levels of perceived stress and burnout among home health nurses of a developing
Asian country. *Hosp Top* 99: 64–74.
- Smoktunowicz, E., Lesnierowska, M., Cieslak, R., Carlbring, P., & Andersson, G. (2019).
Efficacy of an Internet-based intervention for job stress and επαγγελματική
εξουθένωση among medical professionals: study protocol for a randomized
controlled trial. *Trials*, 20(1), 338.
- Søvdal LE, Naslund JA, Kousoulis AA, Saxena S, Qoronfleh MW, Grobler C, et al.
Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: an urgent global
public health priority. *Front Public Heal.* (2021) 9:514. doi:
10.3389/fpubh.2021.679397
- Sriharan A, West KJ, Almost J, et al. (2021) COVID-19-related occupational burnout and
moral distress among nurses: a rapid scoping review. *Nurs Leadersh* 34: 7–19.
- Stedman T (2005) *Stedman's medical dictionary*. Dalcassian publishing company, 28 Eds.
- Takeuchi, R., Lepak, D. P., Wang, H., & Takeuchi, K. (2007). An empirical examination of
the mechanisms mediating between high-performance work systems and the
performance of Japanese organizations. *Journal of Applied Psychology*, 92, 1069-
1083.

- Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work and Stress*, 20, 316 –334. <http://dx.doi.org/10.1080/02678370601065893>
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B. & Schreurs, P. J. G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 238 – 255
- Tawfik DS, Profit J, Morgenthaler TI, et al . Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *Mayo Clin Proc* 2018;93:1571-80. 10.1016/j.mayocp.2018.05.014 30001832.
- The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. (2020) 395:922. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30644-9
- Tselebis A, Lekka D, Sikaras C, et al. (2020) Insomnia, perceived stress, and family support among nursing staff during the pandemic crisis. *Healthcare* 8: 434.
- Tselebis A, Moulou A, Ilias I (2001) Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nurs Health Sci* 3: 69–71.
- Tuan NQ, Phuong ND, Co DX, Son DN, Chinh LQ, Dung NH, et al. Prevalence and factors associated with psychological problems of healthcare workforce in vietnam: findings from COVID-19 hotspots in the national second wave. *Healthc*. (2021) 9:718. doi: 10.3390/healthcare9060718
- Tunç T. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ile rol çatışması ve rol belirsizliği arasındaki ilişki: bir üniversite hastanesi örneği, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, 2008.
- Tunçel Yİ, Kaya M, Kuru RN, et al. Onkoloji hastanesi yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin tükenmişlik sendromu, *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. 2014;12:57-62.
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004;42(Suppl):II57-66. 10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a 14734943.

- Valente LE, Truzzi A, Souza WF, Alves GS, Alves CE, Sudo FK, et al. Health self-perception by dementia family caregivers: sociodemographic and clinical factors. *Arq Neuropsiquiatr.* 2011;69(5):739-44.
- Vela-Bueno A, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, et al. . Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J Psychosom Res* 2008;64:435-42. 10.1016/j.jpsychores.2007.10.014 18374744.
- Wang, S., Liu, Y. and Wang, L. (2015). Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors, Wiley online library, *International Journal of Nursing Practice*, volume 21, February 2015, 78-86.
- Welp A, Meier LL, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Front Psychol* 2015;5:1573.10.3389/fpsyg.2014.01573 25657627
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388, 2272–2281. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Wiederhold BK, Cipresso P, Pizzioli D, Wiederhold M, Riva G. Intervention for physician burnout: a systematic review. *Open Med.* (2018) 13:253–63. doi: 10.1515/med-2018-0039
- Woo T, Ho R, Tang A, et al. (2020) Global prevalence of burnout symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 123: 9–20.
- Wood, S. M., van Veldhoven, Croon, M., & de Menezes, L. M. (2012). Enriched job design, high involvement management and organizational performance: The mediating roles of job satisfaction and well-being. *Human Relations*, 65, 419-445.
- World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon:” International Classification of Diseases. 2019 https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.
- World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Available online at: <https://covid19.who.int>. (accessed July 29, 2021)

Yifan T, Ying L, Chunhong G, et al. (2020) Symptom cluster of ICU nurses treating COVID-19 pneumonia patients in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* 60: 48–53.

Zhan YX, Zhao SY, Yuan J, et al. (2020) Prevalence and influencing factors on fatigue of first- line nurses combating with COVID-19 in China: a descriptive cross-sectional study. *Curr Med Sci* 40: 625–635.

Zhou S, Wenjuan, HE, Guoping W, et al. Job dissatisfaction and burnout of nurses in Hunan, China: A Cross-sectional survey. *Nurs Health Sci.* 2015;17:444-50.

Zoorob D, Shah S, La Saevig D, Murphy C, Aouthmany S, Brickman K. Insight into resident burnout, mental wellness, and coping mechanisms early in the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE.* (2021) 16:e0250104. doi: 10.1371/journal.pone.0250104

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δημογραφικά Στοιχεία

1 Φύλλο

- ο Άνδρας
- ο Γυναίκα
- ο Άλλο

2 Ηλικία (έτη)

- ο <30
- ο 31-40
- ο 41-50
- ο >51

3 Οικογενειακή κατάσταση

- ο Ελεύθερος,η
- ο Σε σχέση
- ο Παντρεμένος,η
- ο Διαζευγμένος,η
- ο Χήρος,α

4 Εκπαίδευση

- ο Δευτεροβάθμια
- ο ΑΕΙ / ΤΕΙ
- ο Μεταπτυχιακό
- ο Διδακτορικό

5 Επαγγελματική εμπειρία (έτη)

- ο 0-5
- ο 6-15
- ο 16-25
- ο >26

6 Θέση στον Οργανισμό

- ο Διευθύνων, Διευθύνουσα
- ο Τομέαρχης, Τομέαρχισα
- ο Προϊστάμενος, Προϊσταμένη
- ο Επιστημονικά υπεύθυνος,η
- ο Εργαζόμενος,η

7 Σχέση Εργασίας-Σύμβαση με τον Οργανισμό

- ο Μόνιμος,η
- ο Αορίστου χρόνου
- ο Ορισμένου χρόνου
- ο Επικουρικός,ή
- ο Ασκούμενος,η

1. Ικανότητες/Abilities

1.1 Προσλήψεις & Επιλογή

8 Οι διαδικασίες πρόσληψης και επιλογής σε αυτό το νοσοκομείο είναι αμερόληπτες

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

9 Η εύνοια δεν είναι εμφανής σε καμία από τις αποφάσεις προσλήψεων που λαμβάνονται σε αυτό το νοσοκομείο

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

Προσλήψεις & Επιλογή (συνέχεια)

10 Όλες οι επιλογές προσωπικού σε αυτό το νοσοκομείο βασίζονται στην αξία (δηλαδή το καλύτερο άτομο για τη δουλειά επιλέγεται ανεξάρτητα από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά)

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

11 Μόνο οι καλύτεροι άνθρωποι προσλαμβάνονται για να εργαστούν σε αυτό το νοσοκομείο

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

1.2 Κατάρτιση & Ανάπτυξη

12 Η παροχή κατάρτισης στους υπαλλήλους πέρα από αυτήν που επιβάλλεται από τους κυβερνητικούς κανονισμούς αποτελεί προτεραιότητα σε αυτό το νοσοκομείο

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

13 Αυτό το νοσοκομείο επιδοτεί, βοηθά ή αποζημιώνει τους εργαζόμενους για εκπαίδευση ή μαθήματα που πραγματοποιούνται εκτός του χώρου εργασίας

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

Κατάρτιση & Ανάπτυξη (συνέχεια)

- 14** Οι υπάλληλοι αυτού του νοσοκομείου ενθαρρύνονται να επεκτείνουν τις ικανότητές τους
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως
- 15** Παρέχονται στους εργαζομένους ευκαιρίες κατάρτισης που τους επιτρέπουν να επεκτείνουν το φάσμα των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων τους
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως
- 16** Οι εργαζόμενοι σε αυτό το νοσοκομείο έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν τις απαιτήσεις εκπαίδευσης και ανάπτυξης με τον άμεσο διευθυντή τους
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως
- 17** Αυτό το νοσοκομείο δεσμεύεται για την εκπαίδευση και ανάπτυξη των υπαλλήλων του
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως

2. Κίνητρα/Motivation

2.1 Εργασιακή Ασφάλεια

- 18** Σε αυτό το νοσοκομείο οι εργαζόμενοι μπορούν να αναμένουν ότι θα παραμείνουν στον οργανισμό για όσο διάστημα επιθυμούν
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως
- 19** Σε αυτό το νοσοκομείο είναι πολύ δύσκολο να απολυθεί ένας υπάλληλος
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως
- 20** Σε αυτό το νοσοκομείο η ασφάλεια της εργασίας είναι σχεδόν εγγυημένη στους εργαζόμενους
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως
- 21** Εάν αυτό το νοσοκομείο αντιμετώπιζε οικονομικά προβλήματα, οι εργαζόμενοι θα ήταν οι τελευταίοι που θα περικοπούν
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς

- ο Διαφωνώ απολύτως

2.2 Διοίκηση Απόδοσης-Ανταμοιβής

22 Σε αυτό το νοσοκομείο, το πρωτόκολλο-κανονισμός της πολιτικής της Διοίκησης για τη διαχείριση απόδοσης είναι άμεσα διαθέσιμο σε όλο το προσωπικό

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

23 Σε αυτό το νοσοκομείο, οι επιδόσεις του προσωπικού αναθεωρούνται σύμφωνα με τους συμφωνημένους ετήσιους στόχους και τις απαιτήσεις του οργανισμού και παρέχεται άτυπη ανατροφοδότηση

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

24 Σε αυτό το νοσοκομείο, υπάρχει ένα σύστημα διαχείρισης επιδόσεων που διασφαλίζει ότι το προσωπικό είναι ικανό και υπόλογο για την εργασία του

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

25 Σε αυτό το νοσοκομείο, υπάρχει ένα σύστημα διαχείρισης απόδοσης για να διασφαλιστεί ότι εντοπίζονται μελλοντικές ανάγκες ανάπτυξης και εξέλιξης

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

Διοίκηση Απόδοσης-Ανταμοιβής (συνέχεια)

- 26** Σε αυτό το νοσοκομείο, οι καταστάσεις λογαριασμών και ευθυνών αναθεωρούνται τακτικά για να διασφαλιστεί ότι είναι σχετικές με τις τρέχουσες οργανωτικές ανάγκες και στόχους
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως

3. Ευκαιρίες/Opportunities

3.1 Αυτονομία Εργαζομένων

- 27** πόση επιρροή ή συμβολή έχετε για το είδος της εργασίας που κάνετε;
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως
- 28** πόση επιρροή ή συμβολή έχετε για το πώς κάνετε τη δουλειά σας;
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως
- 29** πόση επιρροή ή συμβολή έχετε για το πότε ξεκινάτε και πότε τελειώνετε τη δουλειά;

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

Αυτονομία Εργαζομένων (συνέχεια)

30 πόση επιρροή ή συμβολή έχετε για τον ρυθμό με τον οποίο κάνετε τη δουλειά σας;

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

31 πόση επιρροή ή συμβολή έχετε για τις αποφάσεις που σας επηρεάζουν σε αυτόν τον χώρο εργασίας;

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

3.2 Σαφής περιγραφή της θέσης εργασίας και των καθηκόντων

32 Οι εργαζόμενοι σε αυτό το νοσοκομείο επιτρέπεται να λαμβάνουν πολλές αποφάσεις

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

33 Οι εργαζόμενοι σε αυτό το νοσοκομείο καλούνται συχνά από τον προϊστάμενό τους να συμμετέχουν στις αποφάσεις

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

Σαφής περιγραφή της θέσης εργασίας και των καθηκόντων (συνέχεια)

34 Σε αυτό το νοσοκομείο παρέχεται η δυνατότητα στους εργαζόμενους να προτείνουν βελτιώσεις στον τρόπο με τον οποίο γίνονται τα πράγματα

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

35 Σε αυτό το νοσοκομείο οι προϊστάμενοι διατηρούν ανοιχτές επικοινωνίες με τους εργαζόμενους

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

3.3 Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

36 Σε αυτό το νοσοκομείο τα καθήκοντα των εργαζομένων είναι σαφώς καθορισμένα

- ο Συμφωνώ απολύτως
- ο Συμφωνώ μερικώς
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ μερικώς
- ο Διαφωνώ απολύτως

- 37** Σε αυτό το νοσοκομείο υπάρχει ένα ενημερωμένο περίγραμμα των θέσεων εργασίας
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως

Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (συνέχεια)

- 38** Σε αυτό το νοσοκομείο η περιγραφή της θέσης εργασίας περιέχει όλα τα καθήκοντα που εκτελούνται από μεμονωμένους υπαλλήλους
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως
- 39** Σε αυτό το νοσοκομείο τα πραγματικά καθήκοντα εργασίας διαμορφώνονται περισσότερο από τον εργαζόμενο παρά από τη συγκεκριμένη περιγραφή εργασίας
- ο Συμφωνώ απολύτως
 - ο Συμφωνώ μερικώς
 - ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - ο Διαφωνώ μερικώς
 - ο Διαφωνώ απολύτως

4. Burnout

(κυκλώστε τον αριθμό πάνω από την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει)

4.1 Συναισθηματική Εξάντληση

- 40** Αισθάνομαι συναισθηματικά αποστραγγισμένος/η από την δουλειά μου
- | | | | | | | |
|------|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ποτέ | Μερικές φορές το χρόνο | Έως μία φορά το μήνα | Μερικές φορές το μήνα | Μία φορά την εβδομάδα | Μερικές φορές την εβδομάδα | Κάθε μέρα |

- 41** Αισθάνομαι εξάντληση στο τέλος της εργάσιμης ημέρας μου
- | | | | | | | |
|------|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ποτέ | Μερικές φορές το χρόνο | Έως μία φορά το μήνα | Μερικές φορές το μήνα | Μία φορά την εβδομάδα | Μερικές φορές την εβδομάδα | Κάθε μέρα |

Συναισθηματική Εξάντληση (συνέχεια)

- 42** Αισθάνομαι κουρασμένος/η όταν σηκωθώ το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια άλλη ημέρα εργασίας
- | | | | | | | |
|------|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ποτέ | Μερικές φορές το χρόνο | Έως μία φορά το μήνα | Μερικές φορές το μήνα | Μία φορά την εβδομάδα | Μερικές φορές την εβδομάδα | Κάθε μέρα |

- 43** Η εργασία (φροντίδα) με ανθρώπους όλη την ημέρα, απαιτεί μεγάλη προσπάθεια
- | | | | | | | |
|------|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ποτέ | Μερικές φορές το χρόνο | Έως μία φορά το μήνα | Μερικές φορές το μήνα | Μία φορά την εβδομάδα | Μερικές φορές την εβδομάδα | Κάθε μέρα |

- 44** Αισθάνομαι ότι έχω καεί λόγω της δουλειάς μου
- | | | | | | | |
|------|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ποτέ | Μερικές φορές το χρόνο | Έως μία φορά το μήνα | Μερικές φορές το μήνα | Μία φορά την εβδομάδα | Μερικές φορές την εβδομάδα | Κάθε μέρα |

45 Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από την δουλειά μου

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

46 Αισθάνομαι ότι εργάζομαι "πάρα πολύ σκληρά" στο έργο μου

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

47 Η εργασία σε άμεση επαφή με τους ανθρώπους με γεμίζει με στρες

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

48 Αισθάνομαι εξάντληση

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

4.2 Αποπροσωποποίηση

49 Αισθάνομαι ότι φροντίζω μερικούς ασθενείς με έναν απρόσωπο τρόπο, σαν να ήταν αντικείμενα

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

50 Έχω γίνει πιο ευαίσθητος/η στους ανθρώπους από τότε που έχω αυτή τη δουλειά

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

51 Φοβάμαι ότι η δουλειά μου θα με σκληρύνει συναισθηματικά

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

52 Δεν με νοιάζει τι θα συμβεί σε μερικούς από τους ασθενείς μου

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

53 Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς μου με θεωρούν υπεύθυνο/η για κάποια από τα προβλήματά τους

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

4.3 Προσωπικά Επιτεύγματα

54 Μπορώ εύκολα να καταλάβω τι αισθάνονται οι ασθενείς μου

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

55 Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

56 Νιώθω, μέσα από την εργασία μου, να επηρεάζω θετικά

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

57 Αισθάνομαι γεμάτος/η ενέργεια

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

58 Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια χαλαρή ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

59 Αισθάνομαι ενεργοποιημένος/η όταν βρίσκομαι στην εργασία μου κοντά σε ασθενείς

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

60 Έχω καταφέρει πολλά πράγματα που αξίζει σε αυτό το έργο

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

61 Στην δουλειά μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά προβλήματα πολύ ήρεμα

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Έως μία φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

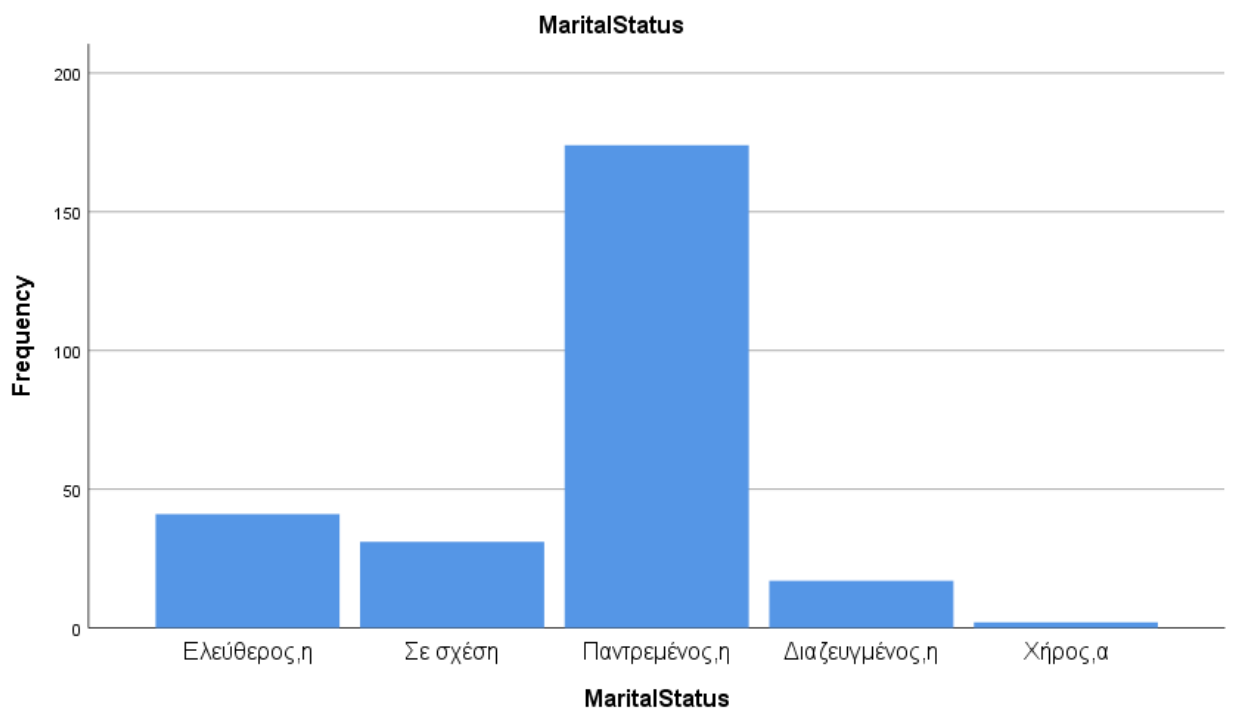
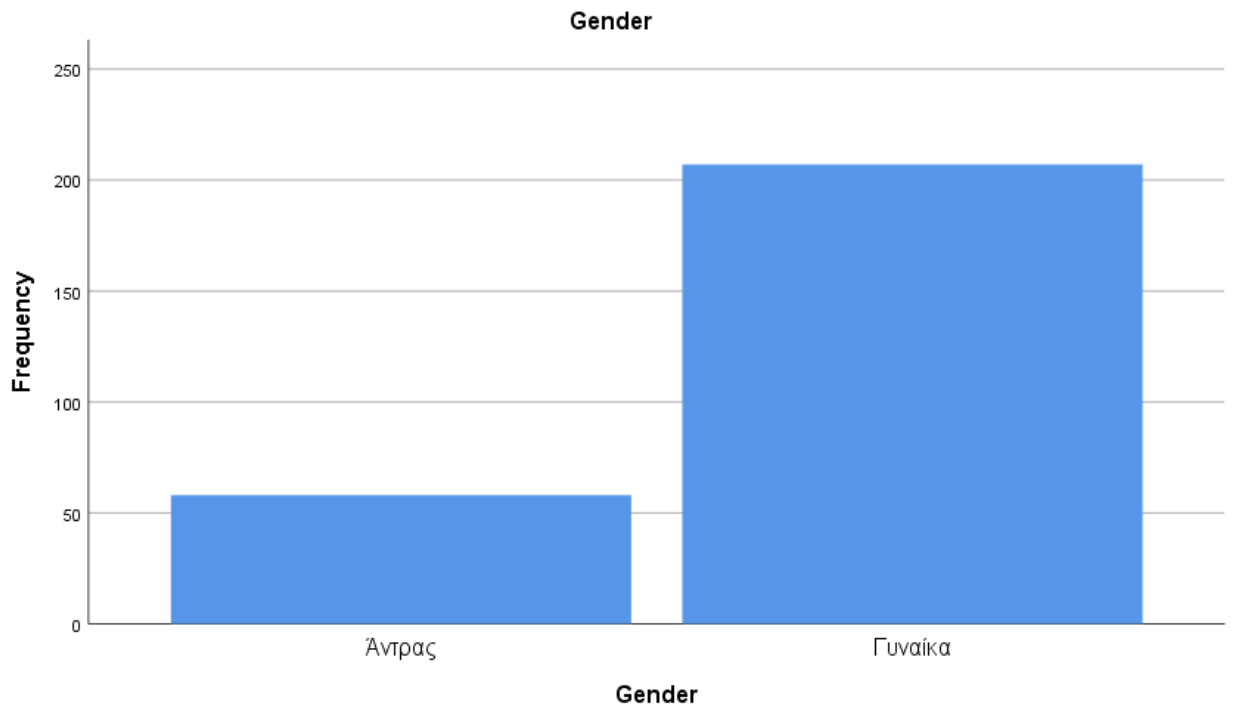
Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας στην έρευνα

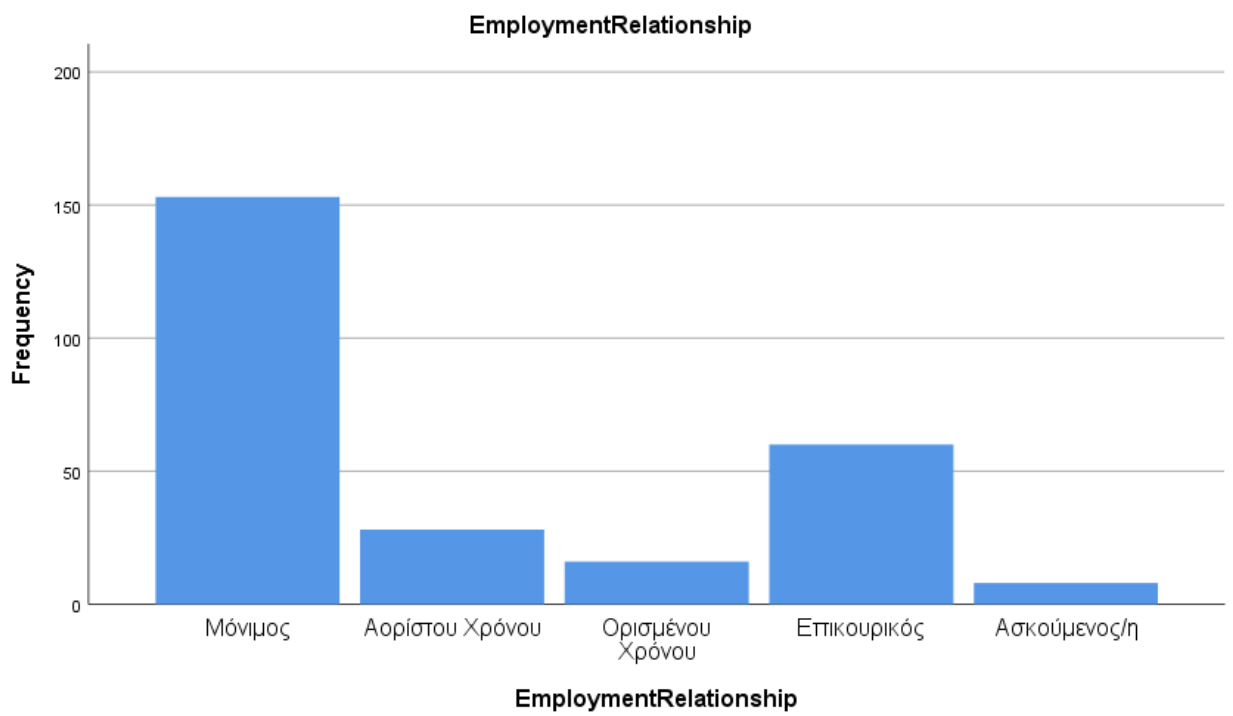
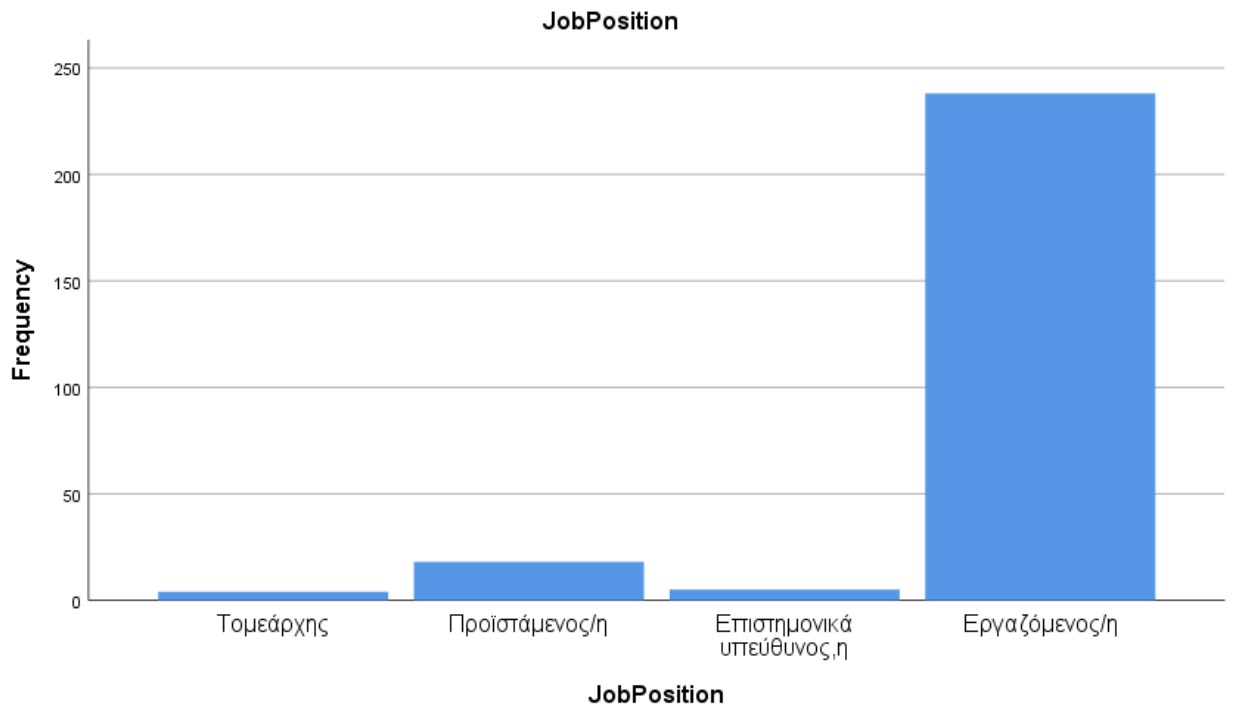
Gender		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αντρας	58	21,9	21,9	21,9
	Γυναίκα	207	78,1	78,1	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

MaritalStatus		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελεύθερος,η	41	15,5	15,5	15,5
	Σε σχέση	31	11,7	11,7	27,2
	Παντρεμένος,η	174	65,7	65,7	92,8
	Διαζευγμένος,η	17	6,4	6,4	99,2
	Χήρος,α	2	0,8	0,8	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

JobPosition		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Τομέαρχης	4	1,5	1,5	1,5
	Προϊστάμενος/η	18	6,8	6,8	8,3
	Επιστημονικά υπεύθυνος,η	5	1,9	1,9	10,2
	Εργαζόμενος/η	238	89,8	89,8	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

EmploymentRelationship		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μόνιμος	153	57,7	57,7	57,7
	Αορίστου Χρόνου	28	10,6	10,6	68,3
	Ορισμένου Χρόνου	16	6,0	6,0	74,3
	Επικουρικός	60	22,6	22,6	97,0
	Ασκούμενος/η	8	3,0	3,0	100,0
	Total	265	100,0	100,0	





Frequency Table

Age

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<30	46	17,4	17,4	17,4
	31-40	56	21,1	21,1	38,5
	41-50	85	32,1	32,1	70,6
	>50	78	29,4	29,4	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Education

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δευτεροβάθμια	70	26,4	26,4	26,4
	ΑΕΙ / ΤΕΙ	136	51,3	51,3	77,7
	Μεταπτυχιακό	58	21,9	21,9	99,6
	Διδακτορικό	1	0,4	0,4	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

Professional Experience

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5	61	23,0	23,0	23,0
	6-15	55	20,8	20,8	43,8
	16-25	86	32,5	32,5	76,2
	>26	63	23,8	23,8	100,0
	Total	265	100,0	100,0	

