

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
ΣΤΙΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Υπεύθυνη καθηγήτρια
Κα Τριγώνη Μαρία

Σπουδάστριες
Αντωνίου Κούλα
Γεωργίου Δήμητρα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	2
ΚΕΦ.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	3-4
ΚΕΦ.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ	5-8
ΚΕΦ.3 ΑΙΤΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ	9-21
3.1 Συνθήκες εργασίας	
3.2 Σχέσεις εργαζομένου με τον ασθενή	
3.3 Προσωπικότητα του εργαζομένου	
ΚΕΦ.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ	22-27
ΚΕΦ.5 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	28-37
5.1 Παράγοντες επαγγελματικού άγχους	
5.1.1 Εσωτερικοί παράγοντες στην εργασία	
5.1.2 Άλλοι παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη άγχους	
ΚΕΦ.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ	38-39
ΚΕΦ.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	40-43
ΚΕΦ.8 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	44-49
8.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο	
8.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο	
ΚΕΦ.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ	50-54
ΚΕΦ.10 ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ	55-58
ΚΕΦ.11 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ 59	
11.1 Ανάλυση υποθέσεων και πινάκων	
11.2 Ανάλυση ανοιχτών απαντήσεων	
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιλογή μας για πραγματοποίηση της Πρακτικής μας Άσκησης στο χώρο του ΠΑ.Γ.Ν.Η και συγκεκριμένα στην Κοινωνική Υπηρεσία μας έδωσε την ευκαιρία να συνεργαστούμε με διάφορους επαγγελματίες υγείας. Η συνεργασία αυτή και η επικοινωνία η οποία αναπτύχθηκε μεταξύ μας, αποτέλεσαν το μέσο διαπίστωσης του φαινομένου της «Επαγγελματικής Κόπωσης».

Με τον όρο «Επαγγελματική Κόπωση» (ή σύνδρομο burn out) ορίζεται από τους Pines και Maslach σαν μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης όπου ο εργαζόμενος αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, χάνει το ενδιαφέρον του και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους άρρωστους και παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά του.

Σκοπός της έρευνας μας είναι η διερεύνηση των απόψεων του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού των Ογκολογικών κλινικών και Μονάδων Εντατικής Θεραπείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Όσον αφορά την ύπαρξη του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης θα διερευνήσουμε τις επιπτώσεις και επιδράσεις που προκύπτουν από την εκδήλωση του φαινομένου σε διάφορα επίπεδα της ζωής του επαγγελματία(προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό). Επίσης τα αίτια που προκαλούν την εμφάνιση της επαγγελματικής κόπωσης και τους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης της.

Το πρώτο μέρος της πτυχιακής εργασίας θα περιλαμβάνει το θεωρητικό κομμάτι το οποίο θα αναφέρεται: στην ιστορική αναδρομή, στους ορισμούς του συνδρόμου, στα αίτια και τους παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση του, στα συμπτώματα, στο εργασιακό άγχος, στις επιπτώσεις, στην διάγνωση, στα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης, στην θεραπεία και σε ορισμένες μαρτυρίες. Η ελληνική βιβλιογραφία η οποία αναφέρεται στο σύνδρομο «επαγγελματικής κόπωσης» όπως διαπιστώσαμε είναι περιορισμένη με αποτέλεσμα να αναζητήσουμε ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές πηγές για την διεκπεραίωση του θεωρητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στην έρευνα, η οποία διεξάχθηκε στις ογκολογικές κλινικές και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Θα αναλύσουμε την μεθοδολογία της έρευνας, θα παρουσιάσουμε τα δεδομένα, θα μελετήσουμε τις υποθέσεις εργασίας και τέλος θα περιγράψουμε μεμονωμένες καθώς και συγκριτικές ερωτήσεις μέσω πινάκων.

Κεφάλαιο 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η εμφάνιση του Σ.Χ.Κ δεν αποτελεί φαινόμενο των τελευταίων χρόνων, όπως υποστηρίζεται από πολλούς μελετητές, αλλά προϋπήρχε από τις αρχές του 17ου αιώνα και πρωτοονομάστηκε από την ιατρική φιλολογία ως «νευρασθένεια». Κατά καιρούς, έχουν δοθεί πολλά διαφορετικά ονόματα στη νόσο όπως λοίμωξη Epstein-Barr, λοιμώδης μονοπυρήνωση, μυαλγική εγκεφαλομυελίτιδα (ME), μεταλοιμώδης νευρομυασθένεια (post-in-fectious neuromyasthenia, pin), γρίπη των γιάπηδων (yuppie-flu) και μεταϊογενές σύνδρομο κόπωσης.(Φωτιάδου Α, 1999, σελ74)¹².

Το 1750 γράφτηκε από τον γιατρό Richard Menningham ένα εγχειρίδιο στο οποίο περιγράφει μια ασθένεια ονομαζόμενη «μικρός πυρετός» όπου τα συμπτώματα της ήταν όμοια με αυτά του συνδρόμου. Τα ίδια συμπτώματα με κύριο την κόπωση αναφέρθηκαν να χαρακτηρίζουν και μια άλλη ασθένεια, την ίδια περίοδο, καλούμενη «αναθυμίαση». Γύρω στο 1871 μια ομάδα γιατρών μετά από παρατήρηση, διέγνωσαν σε στρατιώτες την ύπαρξη εξάντλησης σαν επακόλουθο του «άγχους της μάχης». Η εκδοχή αυτή για το σύνδρομο κόπωσης έγινε γνωστή ως «σύνδρομο προσπάθειας».

Ενώ η συνειδητοποίηση του συνδρόμου αυξανόταν συνεχώς στις αρχές του 20ου αιώνα, ακολουθήθηκε μια περίοδος ύφεσης κατά την διάρκεια του Α' Παγκόσμιου Πολέμου. Βέβαια περιστατικά χρόνιας κόπωσης σημειώθηκαν και κατά το διάστημα αυτό, χωρίς όμως να τους δίνεται η πρέπουσα σημασία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η αποχώρηση 44.000 στρατιωτών από τις 60.000 του Βρετανικού στρατού που συμμετείχαν, λόγω αδυναμίας να ανταποκριθούν στα στρατιωτικά τους καθήκοντα.

Η αφετηρία για μια πιο οργανωμένη μελέτη και διερεύνηση του νοσήματος έγινε το 1934 με αφορμή την έξαρση μιας παραλυτικής νόσου που προσέβαλε τους εργαζομένους στο Γενικό Νοσοκομείο του Λος Άντζελες αλλά και αργότερα του Royal Free Hospital του Λονδίνου το 1955. Στις εκδηλώσεις αυτές δόθηκε ο χαρακτηρισμός «επιδημική νευρασθένεια» και στη συνέχεια η κλινική αυτή εικόνα μετονομάστηκε σε μυαλγική εγκεφαλομυελίτιδα (ME). Ακολούθως η διάγνωση των περιστατικών του Σ.Χ.Κ, διαχωρίστηκε από αυτό της μυαλγικής εγκεφαλομυελίτιδας αφού ορισμένοι ασθενείς συνέχισαν να παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα ενώ άλλοι παρουσίαζαν υποτροπιάζουσα κόπωση και μυϊκούς πόνους. Παράλληλα το 1934 μια αμερικανίδα γιατρός η Alice Evans εισηγήθηκε ότι η χρόνια κόπωση προκαλείται από μόλυνση βακτηρίου η οποία μεταφέρεται από ζώα της φάρμας. Τον ίδιο χρόνο, ξέσπασε μια άγνωστη ασθένεια ονομαζόμενη

«καλοήθης μυαλγική εγκεφαλίτιδα» η οποία συνδύαζε τόσο την εξασθένηση της λειτουργίας του μυαλού όσο και των πόνων των μυών.

Λόγω της ασάφειας του συνδρόμου όσο αφορά την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση καθώς και την έκβαση που το χαρακτηρίζει παρατηρείται κατά καιρούς σύγχυση στο να αποδοθεί ξεκάθαρα η εννοιολογική προσέγγιση του. Κατ' επέκταση, διαπιστώνεται ένα «μπέρδεμα» εννοιών μεταξύ των διαφόρων νοσημάτων, διαταραχών και του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης λόγω των αλληλεπικαλυπτόμενων συμπτωμάτων που παρουσιάζουν.

Βιβλιογραφικά ο όρος «επαγγελματική κόπωση – εξουθένωση», εμφανίστηκε το 1974 από τον Freudenberger όταν προσπάθησε να περιγράψει ένα σύνολο συμπτωμάτων εξουθένωσης όπου παρατήρησε σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Στη συνέχεια το 1976 καταχωρείται βιβλιογραφία η περιγραφή του συνδρόμου εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο από την Maslach, με κύρια διαπίστωση ότι το σύνδρομο αυτό εκδηλώνεται με μεγάλη συχνότητα σε όσους ασκούν κοινωνικό λειτούργημα (ιατρούς, νοσοκόμους, κοινωνικούς λειτουργούς, δασκάλους κ.τ.λ.).

Κεφάλαιο 2

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗ

Η κόπωση σύμφωνα με τον Bergio είναι ένα χαρακτηριστικό του συνδρόμου του Burn Out. Σωματική η νοητική κόπωση επιδεινούμενη και από την ελάχιστη σωματική ή πνευματική προσπάθεια, είναι παρούσα στην ζωή του ασθενούς με συνεχή διάρκεια, τουλάχιστον έξι μηνών. Το σύμπτωμα αυτό εκδηλώνεται ως μια βαθιά έλλειψη ενέργειας, μια εξουθενωτική κατάσταση, εύκολα επιβαρυνόμενη αρκετά σοβαρή, ώστε να ελαττώσει την δραστηριότητα του ατόμου κάτω από το 50% (σε σύγκριση με τα προηγούμενα της νόσου επίπεδα), με συνέπεια την πτώση της απόδοσης του. Επιπλέον δεν υφίσταται με ανάπαυση στο κρεβάτι.

Μετά από προσπάθειες χρόνων για αναγνώριση και συγκεκριμενοποίηση της κλινικής αυτής κατάστασης, οι διάφοροι μελετητές δεν κατάφεραν να καταλήξουν σε ένα κοινά αποδεκτό ορισμό του συνδρόμου. Η αδυναμία αυτή οφειλόταν στην ασάφεια της αιτιοπαθογένειας καθώς και στα αλληλεπικαλυπτόμενα συμπτώματα που παρουσιάζει το σύνδρομο με άλλες ψυχικές διαταραχές.

Ο αυθεντικός ορισμός που αναπτύχθηκε από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (Center of Diseases Control and Prevention, C.D.C.) καθιέρωσε τα μείζονα και ελάσσονα κριτήρια ως απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση της νόσου. Τα *μείζονα κριτήρια* αναφέρονται τόσο στην διάρκεια και βαρύτητα της κόπωσης όσο και στην καταγραφή άλλων νοσημάτων τα οποία απέκλειαν την ύπαρξη του συνδρόμου. Τα *ελάσσονα κριτήρια* αναφέρονται σε συμπτώματα τα οποία πρέπει να υφίστανται για να επιτευχθεί η αναγνώριση.

Όσον αφορά τα *μείζονα κριτήρια* απαιτείται:

(α) η έναρξη επίμονης ή υποτροπιάζουσας, εξαντλητικής κόπωσης ή εύκολη κόπωση, που δεν βελτιώνεται με ανάπαυση στο κρεβάτι και είναι αρκετά σοβαρή, ώστε να μειώσει την μέση ημερήσια δραστηριότητα κάτω από το 50% σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο, έχει δε διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών.

(β) ο αποκλεισμός άλλων νοσημάτων που εμφανίζουν παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις.

Όσον αφορά τα *ελάσσονα κριτήρια* απαιτούνται τουλάχιστον έξι από τα παρακάτω **συμπτώματα** και δύο από τα παρακάτω **αντικειμενικά ευρήματα**:

Συμπτώματα:

1. Πυρετική κίνηση ή ρίγος
2. Κυνάγχη

3. Επώδυνοι τραχηλικοί (πρόσθιοι και οπίσθιοι) ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες
4. Γενικευμένη μυϊκή αδυναμία
5. Μυαλγία
6. Παρατεταμένη κόπωση μετά από άσκηση
7. Κεφαλαλγίες
8. Μεταναστευτικές αρθραλγίες
9. Αιτιάσεις για νευρολογικά ή ψυχιατρικά συμπτώματα
10. Διαταραχές του ύπνου
11. Αιφνίδια έναρξη των συμπτωμάτων.

Αντικειμενικά ευρήματα:

1. Δεκατική Πυρετική Κίνηση
2. Φαρυγγίτιδα
3. Ψηλαφητοί τραχηλικοί (πρόσθιοι και οπίσθιοι ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες).

Τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας (National Institutes of Health, NIH) σε συνεργασία με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, CDC, προέβησαν σε συνεχείς προσπάθειες βελτίωσης της έννοιας του συνδρόμου, προτείνοντας κάποιες αλλαγές στον αρχικό ορισμό, όπως του αποκλεισμού των αντικειμενικών ευρημάτων καθώς και την μείωση των απαιτούμενων συμπτωμάτων σε τέσσερα. Μια σημαντική διαφωνία η οποία προέκυψε και υπήρξε η αιτία για την δημιουργία αντιπαραθέσεων ήταν εάν η χρόνια κόπωση θα έπρεπε να παραμείνει το μόνο κριτήριο για την διάγνωση. Η μια ομάδα μελετητών υποστήριξε την δημιουργία μιας περισσότερο περιοριστικής προσέγγισης και η άλλη υποστήριξε την επικράτηση ενός ευρύτερου ορισμού. Οι παρούσες απόψεις προέρχονται από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής όπου δίδεται σημασία σε ορισμένα σωματικά συμπτώματα και από το Ηνωμένο Βασίλειο όπου εστιάζεται στην έννοια της σωματικής και πνευματικής κόπωσης.

Το κυρίαρχο στοιχείο της κλινικής εικόνας του συνδρόμου είναι η κόπωση. Η οποία μπορεί να εκδηλωθεί είτε ως σωματική είτε ως συναισθηματική. Οι μελετητές οι οποίοι ασχολήθηκαν με το φαινόμενο της κόπωσης στον εργασιακό χώρο τον όρισαν ως «επαγγελματική κόπωση». Σύμφωνα με την Maslach ο όρος «επαγγελματική κόπωση (professional burn out) περιγράφεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους ή πελάτες του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά και την απόδοσή του, και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του» (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ.242)². Πρόκειται για μια κατάσταση υπερκόπωσης που αντιμετωπίζει ένας αποθαρρυσμένος εργαζόμενος ο οποίος καταφεύγει στην αδιαφορία. Χαρακτηρίζεται από γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσωματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων. Η κατάσταση αυτή δεν εκδηλώνεται από ένα μεμονωμένο περιστατικό αλλά αποτελεί την έκβαση ενός χρόνιου στρες. Τα άτομα τα οποία υποφέρουν από

επαγγελματική κόπωση χαρακτηρίζονται από μια βαθιά εξάντληση και αναγκάζονται να λειτουργήσουν σε ένα πολύ χαμηλότερο επίπεδο δραστηριότητας από αυτό που συνηθίζουν να έχουν πριν την εκδήλωση του φαινομένου. Χαρακτηριστικά, μετά από μελέτη των Wagner & Jason (1997) σε νοσηλευτές, ως το καταλληλότερο δείγμα στους εργασιακούς χώρους υγείας, διαπιστώθηκε ότι ένα μικρό ποσοστό παρουσίαζε διάρκεια κόπωσης > των έξι μηνών και ένα μεγαλύτερο ποσοστό συνεχής κόπωσης > του ενός μήνα, καθώς και αυξημένο βαθμό άγχους λόγω εργασιακών υποχρεώσεων.

Βιβλιογραφικά, τα άτομα που παρουσιάζουν το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, εκδηλώνουν τα εξής **κλινικά χαρακτηριστικά**:

-Συμπτώματα: τα άτομα εκδηλώνουν συμπτώματα επιδεινούμενης σωματικής και πνευματικής κόπωσης, ως αποτέλεσμα μιας δραστηριότητας.

-Συναισθήματα: τα άτομα παρά την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων που προέρχονται από το άγχος, αποφεύγουν να εκφράσουν τα συναισθήματα τους.

-Συγκεκριμένα πιστεύω για την νόσο: τα άτομα ηθελημένα εκλαμβάνουν ότι η κατάσταση τους αποδίδεται σε οργανικά αίτια και δεν σχετίζονται με ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

-Συμπεριφορά: τα άτομα αρνούνται να δεχθούν την κατάστασή τους, με αποτέλεσμα ενώ βρίσκονται σε περίοδο ανάπαυσης να επιδιώκουν την επίτευξη προηγούμενων επιπέδων λειτουργικότητας.

Κατ' επέκταση οι μελετητές Edelwich & Brodsky περιγράφουν την ανάπτυξη του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης μέσα από τέσσερα στάδια:

-Το στάδιο του ενθουσιασμού. Ένας νέος επαγγελματίας στο χώρο της υγείας έχει πάντα μεγάλες προσδοκίες και υψηλούς στόχους τόσο από τον εαυτό του όσο και από τους αρρώστους, τους συναδέλφους καθώς και από τις συνθήκες εργασίας. Αφιερώνει πολλές ώρες ενέργειας και αναπτύσσει σχέσεις μέγιστης σημασίας με τους ασθενείς του, επιδιώκοντας ηθική ικανοποίηση.

-Το στάδιο της αμφιβολίας και αδράνειας. Ο επαγγελματίας σε αυτό το στάδιο αρχίζει να συνειδητοποιεί πως η εργασία του δεν ανταποκρίνεται στις μέγιστες δικές του προσδοκίες που έθεσε αρχικά. Δουλεύει σκληρότερα και προσπαθεί να δημιουργήσει στενότερες σχέσεις με τους ασθενείς του, εμπλουτίζει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του και κατ' επέκταση προσπαθεί να ανακαλύψει τις αιτίες της απογοήτευσής του έξω από το εργασιακό του περιβάλλον. Δυσανασχετεί με το εξουθενωτικό του ωράριο, με το χαμηλό του μισθό, την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους κ.τ.λ..

-Το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης. Στο στάδιο αυτό ο επαγγελματίας αρχίζει να αναρωτιέται κατά πόσο πρέπει να συνεχίσει να εργάζεται σε μια εργασία που του προκαλεί άγχος χωρίς ικανοποίηση. Απογοητεύεται και βιώνει συνεχώς κατάθλιψη. Η φάση

αυτή αποτελεί ένα μεταβατικό στάδιο για τον επαγγελματία αφού πρόκειται είτε να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του και να τροποποιήσει την συμπεριφορά του, είτε να απομακρυνθεί από το χώρο εργασίας του και τους αρρώστους του, που του προκαλούν έντονο στρες.

-Το στάδιο της απάθειας. Ο επαγγελματίας αφού νιώθει ανίκανος να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ασθενή αρχίζει στο στάδιο αυτό να αποστασιοποιείται, να αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, να επιθυμεί αλλαγή στο χώρο εργασίας του και να παραμένει απλά στην θέση του για λόγους επιβίωσης. Αρχίζει να χαρακτηρίζεται από μια απάθεια.

Κεφάλαιο 3

ΑΙΤΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Η αιτιολογία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξάντλησης παραμένει ακόμα σχετικά αδιευκρίνιστη και ασαφής λόγω της πολυπαραγοντικής προέλευσης της. Οι διαφωνίες για το εάν πρόκειται για μια «συναισθηματική» ή «σωματική» διαταραχή οδήγησαν στην εκδήλωση δύο ακραίων θέσεων. Οι υποστηρικτές της πρώτης τοποθέτησης αναφέρουν ότι το σύνδρομο αποτελεί μια εκδήλωση ψυχικής πάθησης (όπως μείζων ή άτυπη κατάθλιψη, σωματοποιητική διαταραχή, υποχονδρίαση). Την άποψη αυτή υποστηρίζουν και οι Jane και Menu μετά από μελέτες τους στις οποίες τα αποτελέσματα παρουσίαζαν συννοσηρότητα κατάθλιψης και χρόνιας κόπωσης. Οι υποστηρικτές της αντίθετης άποψης αναφέρουν ότι το σύνδρομο αποτελεί μια οργανική νόσο όπου σχετίζεται με εξωτερικούς παράγοντες (όπως ιογενές ή λοιμώδες αίτιο). Την άποψη αυτή ενισχύουν οι μελετητές Notelson και Schwartz, αναφέροντας ότι μερικές από τις εκδηλώσεις (γνωσιακές διαταραχές), οφείλονται σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Στο ενδεχόμενο να ισχύει η υπόθεση αυτή, οι μελετητές θεωρούν απαραίτητη την εμπλοκή περισσοτέρων του ενός παραγόντων. Ως συχνότερα λοιμώδη αίτια που προκαλούν την ανάπτυξη του συνδρόμου αναφέρονται ο ιός Epstein-Barr, ο ιός του απλού έρπητα-6, ο μεγαλοκυτταροϊός και οι εντεροϊοί. Επιπρόσθετα η ανοσοποιητική δυσλειτουργία συνδέεται με την αιτιολογία του συνδρόμου και παρόλα τα σχετικά ευρήματα της, δεν έχει επικρατήσει ούτε και αυτή σαν άποψη. Εκτενέστερα θα αναφερθούμε στη συνέχεια.

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα τα οποία αναπτύσσονται και επιχειρούν να αναλύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής κόπωσης, επικεντρώνουν την αιτιολογία τους στην δυναμική της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Αναπτύσσεται έτσι μια αμφίδρομη σχέση όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τόσο του ατόμου όσο και του περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί. Συγκεκριμένα το άτομο μέσα από την εργασία του προσφέρει γνώσεις, αναπτύσσει ικανότητες και δεξιότητες από τις οποίες προσδοκεί αναγνώριση, κύρος, επιβράβευση, οικονομικές απαιτήσεις, δυνατότητες εξέλιξης κ.τ.λ.. Αντίστροφα το εργασιακό περιβάλλον απαιτεί από τους εργαζόμενους να συμμετέχουν ενεργά στην ολοκλήρωση της παραγωγικής διαδικασίας. Όταν αυτή η σχέση «ανταλλαγής», δεν λειτουργεί αρμονικά, τότε δημιουργείται ανισορροπία η οποία μπορεί να εντείνει τις ήδη υπάρχουσες στρεσογόνες καταστάσεις με μακροχρόνιο αποτέλεσμα την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο βαθμός ανάπτυξης του στρες που βιώνει ο επαγγελματίας ουσιαστικά δεν καθορίζεται από τις συνθήκες εργασίας που υπάρχουν αλλά από τον τρόπο που ο ίδιος τις αντιμετωπίζει.

Κατά καιρούς, διάφοροι μελετητές προσπάθησαν να καταγράψουν τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν στη εκδήλωση του συνδρόμου, με αποτέλεσμα οι απόψεις να ποικίλουν. Με αφορμή την ποικιλομορφία αυτή επιχείρησαν να κατηγοριοποιήσουν τους παράγοντες, παρουσιάζοντας τους τρεις παρακάτω ως τους πιο ευρέως διαδεδομένους:

(α) τις συνθήκες εργασίας, που περιλαμβάνουν σοβαρές απαιτήσεις, τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές που έχει η απασχόληση στο χώρο της υγείας, καθώς και τις σχέσεις με τους συνεργάτες τους,

(β) τις σχέσεις του εργαζομένου με τους αρρώστους και τους συγγενείς τους και

(γ) ορισμένα προσωπικά χαρακτηριστικά του ίδιου του εργαζομένου που τον κάνουν να μην μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το στρες και να νιώθει αποθαρρυσμένος (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999, σελ135)².

«Για να μπορούν να είναι οι άνθρωποι ευτυχισμένοι στη δουλειά τους χρειάζονται αυτά τα τρία πράγματα: -πρέπει να είναι κατάλληλοι για αυτήν, -δεν πρέπει να κάνουν πολλά πράγματα για αυτήν και -πρέπει να έχουν την αίσθηση επιτυχίας σε αυτή». (Cooper L, Cooper R., Eaker L., 2002, σελ.193)¹³.

3.1. Συνθήκες εργασίας

«Οι εργοδότες έχουν την νόμιμη υποχρέωση να παίρνουν μέτρα που θα εξασφαλίζουν, ότι δεν τίθεται σε κίνδυνο η υγεία των εργαζομένων από υπερβολικά και παρατεταμένα επίπεδα στρες που προκύπτουν από το τρόπο οργάνωσης της δουλειάς, τον τρόπο συνεργασίας των εργαζομένων ή τις καθημερινές απαιτήσεις στο χώρο της δουλειάς», όπως αναφέρεται στις Εγκυκλίους Υγείας και Ασφάλειας για το Προσωπικό. (Jones H., 1999, σελ.122)¹⁶.

Οι αυξημένες απαιτήσεις, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας καθώς και το εξαντλητικό ωράριο αποτελούν για τον επαγγελματία αίτια τα οποία προκαλούν έντονο στρες. Το στρες και το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης διαφέρουν μεταξύ τους, στο γεγονός ότι, η αδιαφορία και η μειωμένη προσωπική ικανότητα αξιολογούνται σαν στοιχεία που δείχνουν την επικράτηση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης και όχι του στρες. Το μακροχρόνιο στρες όμως γίνεται σαφές από διάφορες μελέτες των αιτιών και των συμπτωμάτων, πως αποτελεί μια από τις αιτίες του συνδρόμου. Επίσης άλλες στρεσογόνες καταστάσεις που εκδηλώνονται στον εργασιακό χώρο είναι οι σχέσεις του ατόμου με συναδέλφους και προϊσταμένους από τους οποίους προσδοκεί αναγνώριση και επιβράβευση για την προσφορά του. Ο εργαζόμενος επιδιώκει να διαδραματίζει ενεργό ρόλο, συμμετέχοντας σε συλλογικές αποφάσεις, εκφράζοντας την γνώμη του

και αναλαμβάνοντας ευθύνες ώστε να αποτρέψει τον εαυτό του να λειτουργήσει σαν «απλό εκτελεστικό όργανο».

«Μου αρέσει η καθημερινή εργασία στον οργανισμό, μαζί με τους ανθρώπους. Είναι ωραίο να σε χρειάζονται. Υπάρχει μια φανερή ανάγκη ύπαρξης της δουλειάς, επομένως φαίνεται ότι αξίζει τον κόπο. Για να είμαι ειλικρινής, απολαμβάνω το να είμαι το κέντρο των πραγμάτων και αυτό ικανοποιεί πολλές από τις προσωπικές μου ανάγκες, το να είμαι ενεργός και να γνωρίζω τι συμβαίνει. Επίσης, μου αρέσει να ολοκληρώνω τις δουλειές και να βλέπω το αποτέλεσμα της δουλειάς μου. Απολαμβάνω επίσης την ελευθερία να ενεργώ από μόνος μου...δεν υπάρχουν κανόνες σχετικά με το πως πρέπει να δίνει η δουλειά και αυτό μου δίνει ικανοποίηση». (Cooper C., Cooper R., Eaker L., 2002, σελ125)¹³. Αναζητά από τους συνεργάτες του ψυχολογική στήριξη για αποφόρτιση του όταν οι καταστάσεις τον κάνουν να νιώθει πιεσμένος, αναζητά δημιουργική συνεργασία για αποδοτικότερα αποτελέσματα, καθώς και ανάπτυξη σωστής επικοινωνίας για αποφυγή εντάσεων και συγκρούσεων που θα τον οδηγήσουν να βιώσει έντονο στρες. Όταν υπάρχουν ανταγωνισμοί, συγκρούσεις, έλλειψη εμπιστοσύνης ή όταν επικρατεί κλίμα σύγκρισης και κριτικής όπου τονίζονται τα λάθη χωρίς να αναγνωρίζεται η προσφορά, τότε γίνεται δύσκολη μια εποικοδομητική συνεργασία γιατί καθένας απομονώνεται για να αποφύγει τις συνέπειες από την ένταση των σχέσεων αυτών.

Μια άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση μπορεί να αυξήσει τα ήδη υπάρχοντα επίπεδα στρες του εργαζομένου. Σύμφωνα με τον Dr. Hillary Jones, *οι νοσηρές απρόσωπες ιεραρχίες μπορεί να είναι το φιλί του θανάτου για πολλούς υπαλλήλους.* Στην προσπάθεια προσφοράς του ο εργαζόμενος έχει την ανάγκη να νιώθει ικανοποιημένος από το επίπεδο των γνώσεων του και γενικότερα της εκπαίδευσης του, έτσι ώστε οι συνθήκες εργασίας να μην γίνονται δυσκολότερες για αυτόν όταν καλείται να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του χώρου. Μερικές έρευνες έχουν καταλήξει, ότι οι εργαζόμενοι με υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα εμφάνισης της επαγγελματικής κόπωσης. Τα άτομα αυτά κατέχουν υψηλότερες θέσεις εργασίας με αυξημένες υπευθυνότητες και βιώνουν έντονο στρες. (Maslach C., Schaufeli W., Leiter M., 2001, σελ.11)¹¹. Έχουν υψηλότερες προσδοκίες για την εργασία τους. Η μετεκπαίδευση μπορεί να θεωρηθεί ένα βοηθητικό εργαλείο τόσο για την συνεχή ενημέρωση των εργαζομένων στα θέματα που τους αφορούν όσο και για την αποφυγή της εκδήλωσης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σε έρευνα των Maslach και Leiter διαπιστώνεται πως το σύνδρομο δεν είναι μονάχα θέμα αδυναμίας και αδιαφορίας του εργαζομένου. Ο υπερβολικά λανθασμένος συνδυασμός, μεταξύ της φύσης του ανθρώπου που εργάζεται και της φύσης της εργασίας που ασκεί, αποτελούν δυσλειτουργικό γεγονός στο εργασιακό περιβάλλον. Όσο λανθασμένος είναι ο συνδυασμός αυτός τόσο αυξάνεται και η εκδήλωση του συνδρόμου. Σύμφωνα με τους παραπάνω μελετητές οι κυριότεροι

λανθασμένοι συνδυασμοί που μπορεί να παρατηρηθούν στο χώρο εργασίας και μπορούν να εντείνουν την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης είναι οι παρακάτω:

- **Υπερβολικό επαγγελματικό πρόγραμμα:** Στην περίπτωση αυτή η εργασία συνοδεύεται από ελάχιστους υποστηρικτικούς πόρους και περιορισμένο χρόνο. Οι απαιτήσεις εργασίας από το άτομο περιορίζονται σε στενά χρονικά πλαίσια σε αντίθεση με το υπερβολικά φορτωμένο πρόγραμμα. Το άτομο εξαντλεί όλη την ενέργεια του και τελικά φτάνει σε ένα σημείο να μην μπορεί να αντεπεξέλθει ούτε στα φυσιολογικά επίπεδα εργασίας. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα που προκαλεί την εκδήλωση της επαγγελματικής κόπωσης.
- **Έλλειψη ελέγχου:** Οι εργοδότες αγνοώντας τις ανάγκες και μερικές φορές τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των υπαλλήλων ή των πελατών τους, στοχεύουν με προτεραιότητα στην μείωση του κόστους παραγωγής. Δεν λαμβάνουν υπόψη μέχρι που μπορούν να αντεπεξέλθουν οι εργαζόμενοι τους και συχνά οι απαιτήσεις τους ξεπερνούν τα φυσιολογικά επίπεδα.
- **Διάρρηξη της συνοχής της κοινότητας:** Οι εντάσεις και οι πιέσεις οι οποίες υποβάλλονται οι εργαζόμενοι μέχρι την ολοκλήρωση μιας δουλειάς πολλές φορές καταστρέφει την ανάπτυξη της σωστής επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων. Καταστρέφει την αίσθηση της κοινότητας και κατά συνέπεια καταλήγουν στην κακή ποιότητα εργασίας.
- **Άδικη αντιμετώπιση των εργαζομένων:** Πάρα πολλές φορές η αξιολόγηση του εργαζόμενου, η προαγωγή και τα επιδόματα του δεν διανέμονται με δίκαιο τρόπο. Εάν ο φορέας εργασίας πραγματοποιεί τέτοιου είδους ανισότητες ο εργαζόμενος χάνει την εμπιστοσύνη προς τον φορέα.
- **Σύγκρουση αξιών:** Και σε αυτήν την περίπτωση ο εργαζόμενος χάνει την πίστη του προς τον φορέα εργασίας αφού παρατηρείται σε πάρα πολλές περιπτώσεις οι εργαζόμενοι να αναλαμβάνουν εργασίες που θεωρούνται ότι είναι εκτός της επαγγελματικής τους δεοντολογίας ή ότι είναι ενάντια στις προσωπικές τους αξίες.

(Maslach C., 2001, σελ.14-15)¹¹, (Δούκα Μ.,2003,σελ.100)³.

Το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης κοστίζει πάρα πολλά τόσο σε ένα εργαζόμενο όσο και σε ένα οργανισμό. Κατά την εκδήλωση του συνδρόμου οι επαγγελματικές συνήθειες αρχίζουν να επηρεάζονται αρνητικά αφού παρατηρούνται κάποιες δυσλειτουργικές εκδηλώσεις από μέρους των εργαζομένων. Αρχίζουν να καταφθάνουν στην δουλεία τους με σχετική καθημερινή καθυστέρηση, και να επιδιώκουν να αναχωρούν νωρίτερα από την λήξη του ωραρίου τους. Η παραγωγικότητα εργασίας τους μειώνεται και αποφεύγουν ολοένα τις συναντήσεις με τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους τους. Τους φαίνονται κουραστικές όλες αυτές οι συναντήσεις και προτιμούν να μην εμπλέκονται και να αποστασιοποιούνται.

Τρεις ακόμα παράγοντες που συνδέονται άμεσα με το σύνδρομο και την εργασία του ατόμου, είναι:

- **Σύγκρουση ρόλου:** οι αυξημένες αντικρουόμενες υπευθυνότητες που έχει ένα άτομο τον παροτρύνουν να σύρεται σε πολλές κατευθύνσεις και προσπαθώντας να τα ολοκληρώσει όλα δεν προγραμματίζεται σωστά, δεν θέτει προτεραιότητες, και το αποτέλεσμα όλου αυτού θα είναι το αίσθημα της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- **Ασάφεια ρόλου:** το άτομο δεν γνωρίζει συγκεκριμένα την πορεία την οποία πρέπει να ακολουθήσει ώστε να επιτύχει να είναι ένας καλός επαγγελματίας, αφού δεν υπάρχει κάποιο μοντέλο ρόλου ή οδηγίες που να μπορεί να ακολουθήσει. Το αποτέλεσμα είναι πως ποτέ δεν αισθάνεται να ολοκληρώνει κάτι που να αξίζει.
- **Απαιτήσεις ρόλου:** πολλές φορές το άτομο βρίσκεται σε δύσκολη θέση να πει «όχι» και αναγκάζεται να συνεχίσει να αναλαμβάνει ευθύνες που στην πραγματικότητα δεν μπορεί να διεκπεραιώσει. Αποτέλεσμα της πράξης αυτής είναι η ανάπτυξη του συνδρόμου.

Εκτός όμως από τις συνθήκες εργασίας οι οποίες προκαλούν την ανάπτυξη του συνδρόμου έχουμε παράλληλα την ανάπτυξη παραγόντων που προέρχονται τόσο από τις διαπροσωπικές σχέσεις του εργαζόμενου όσο και από την προσωπικότητα του. Θα αναφερθούμε εκτενέστερα στην συνέχεια.

3.2. Σχέσεις εργαζομένου με τον ασθενή.

Στο χώρο της υγείας το είδος της σχέσης, της επαφής, της επικοινωνίας όπου αναπτύσσει ο εργαζόμενος με τον ασθενή, μπορεί να καθορίσει το βαθμό άγχους και πίεσης τον οποίο υφίσταται. Ο ασθενής με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο συνήθως ενσωματώνει ένα ρόλο εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Προσπαθεί να οργανωθεί σαν προσωπικότητα, να συγκεντρώσει όλες του τις δυνάμεις για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις όποιες εξελίξεις αλλά και τις συνέπειες της ασθένειας. Σε αυτή την προσπάθεια του ο ασθενής έχει ανάγκη να νιώσει ουσιαστικά την παρουσία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στο πλάι του. Από την αντίπερα όχθη *το προσωπικό υγείας* είναι ο γνώστης της κατάστασης του ασθενή, είναι το στήριγμα του όπου εναποθέτει τις ελπίδες του για όσο το δυνατό γρηγορότερη ανάρρωση. Κατά το διάστημα παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο η επίτευξη της ανάπτυξης μιας ουσιαστικής σχέσης και επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είναι το πιο σημαντικό στην ψυχολογία του. Με βάση την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση η σχέση αυτή δεν χαρακτηρίζεται από την επιβολή μιας άκαμπτης ιεραρχίας, αλλά διακρίνεται από διάθεση ουσιαστικής συνεργασίας (Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., 1999, σελ21)². Επιδιώκεται να είναι κοινωνικά ισότιμη με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Το άτομο συμμετέχει ενεργά και με βούληση κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας αλληλομεταδίδοντας,

πολλές φορές χρήσιμες πληροφορίες με το προσωπικό. Από την πλευρά του προσωπικού μια τέτοια σχέση οφείλει να χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια, υπευθυνότητα, μια αίσθηση αυτοελέγχου, αυτοεκτίμησης και αξιοπρέπειας στο πρόσωπο του ασθενούς. Ο Carl Rogers τόνισε ότι τα χαρακτηριστικά για την δημιουργία της σχέσης αυτής περιλαμβάνουν τα εξής: (α) την άνευ όρων αποδοχή του ατόμου: η οποία εκφράζεται μέσα από το πηγαίο ενδιαφέρον του επαγγελματία της υγείας που δέχεται τον άρρωστο με όλες του τις ικανότητες, αδυναμίες ή ανεπάρκειες, χωρίς να θέτει όρους. (β) την ενσυναίσθηση: που εκφράζεται με την προσπάθεια του επαγγελματία να αντιληφθεί την πραγματικότητα που χαρακτηρίζει τον ασθενή, μεταφέροντας του το μήνυμα ότι τον κατανοεί, γεγονός που συνειδητοποιεί ο άρρωστος, και (γ) την αυθεντικότητα: η οποία προϋποθέτει την «διαφάνεια» και την «ειλικρίνεια» από την πλευρά του επαγγελματία ο οποίος συνειδητοποιεί πως επηρεάζεται από την σχέση με το συνομιλητή του, ενώ αποφεύγει να εκπέμπει «διπλά μηνύματα», προβάλλοντας κάτι διαφορετικό από αυτό που βιώνει.

Ο επαγγελματίας υγείας έχοντας απέναντι του ένα άτομο και το πρόβλημα του, νιώθει την υποχρέωση να τον στηρίξει, να τον ενθαρρύνει, να τον βοηθήσει να διαμορφώσει με τέτοιο τρόπο την συμπεριφορά του που η ψυχολογική του κατάσταση να μην επιβαρύνει την σωματική, και κατ' επέκταση την ασθένεια του. Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο επαγγελματίας και μάλιστα ο πρωτοεργαζόμενος επενδύει και προσδοκεί πολλά από τον χώρο εργασίας, όπου σε αυτόν συμπεριλαμβάνεται και ο ασθενής. Η συμπεριφορά αυτή ενέχει δύο ακραίους βασικούς κινδύνους με κοινή κατάληξη την εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από την μια εμφανίζεται ο κίνδυνος της υπερεπένδυσης και ταύτισης με το άτομο, όπου ο επαγγελματίας πιστεύει ότι μπορεί να μοιραστεί τον πόνο και το βάρος της κατάστασης. Από την άλλη ο κίνδυνος της αποξένωσης και αποστασιοποίησης, όπου ο επαγγελματίας στην προσπάθεια του να προστατεύσει τον εαυτό του από την συναισθηματική οδύνη που βιώνει, απομακρύνεται ή ελαχιστοποιεί την σοβαρότητα της κατάστασης. Η απομάκρυνση αυτή οφείλεται ακριβώς στη σχέση του με το άτομο και η οποία επηρεάζεται από:

- ◆ Τη φύση της αρρώστιας του ασθενούς
- ◆ Την κατάσταση και σοβαρότητα της υγείας του
- ◆ Την προσωπικότητα του αρρώστου
- ◆ Τις προσδοκίες που έχει ο άρρωστος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
- ◆ Τις προσδοκίες που έχει το προσωπικό από τον άρρωστο
- ◆ Τις προσωπικές εμπειρίες και προβλήματα στη ζωή του εργαζομένου που αναβιώνουν όταν βρίσκεται μπρος σε ορισμένους αρρώστους ή καταστάσεις.

Έμμεσα ή άμεσα, ο εργαζόμενος επηρεάζεται από την κατάσταση του ασθενή όταν ειδικά αυτός βρίσκεται σε κρίση, όπως για παράδειγμα σε ογκολογικές κλινικές ή εντατικά τμήματα θεραπείας. Αδυνατώντας πολλές φορές να αντιμετωπίσει τα προσωπικά συναισθήματα του,

ιδιαίτερα γύρω από τον θάνατο, αναλαμβάνει να βοηθήσει, να στηρίξει και να ελέγξει την κατάσταση και τον ίδιο τον ασθενή. Επιδιώκει να «κρύψει» τα συναισθήματα αδυναμίας, φόβου, άγχους ή θλίψης και να τα μετατρέψει σε συναισθήματα δυναμικότητας και ενθάρρυνσης. Γνωρίζοντας την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, οι προσπάθειες του επικεντρώνονται στο να ενισχύσουν το ηθικό του και να τον προστατεύσουν από οποιαδήποτε ενημέρωση η οποία μπορεί να καταλήξει στην ψυχοκοινωνική απαρτίωση του. Όταν όμως ο επαγγελματίας αντιληφθεί ότι αδυνατεί να βοηθήσει τον ασθενή και να τροποποιήσει τη συναισθηματική του κατάσταση, τότε νιώθει αδύναμος με αποτέλεσμα να αποστασιοποιείται και ένα αίσθημα «κενού» να τον καταβάλλει. Παράλληλα η εκδήλωση θυμού άλλοτε προς τον ίδιο του τον εαυτό του, και άλλοτε προς τον ασθενή, αποτελεί το μέσο εκτόνωσης της αποτυχίας του. «Επιτίθεται» στον εαυτό του για την αδυναμία του να ανταποκριθεί στα καθήκοντα του, είτε λόγω μορφωτικής ανεπάρκειας είτε λόγω έλλειψης εμπειρίας και ανικανότητας.

Η διαπίστωση αυτή γίνεται και μέσω των αποτελεσμάτων έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 37 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομείο με καρκινοπαθείς. Οι μελετητές επέλεξαν τον συγκεκριμένο χώρο υγείας γιατί πίστευαν ότι η φροντίδα ασθενών με καρκίνων μπορεί να αποτελέσει ιδιαίτερη πηγή άγχους. Η μελέτη αναγνώρισε επικίνδυνους παράγοντες για το στρες και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Το ερωτηματολόγιο επίσης εξέταζε το χρόνο εργασίας, την δουλεία της οργάνωσης, τις σχέσεις, τις στρεσογόνες καταστάσεις και την μεταχείριση του πόνου. Μια ιδιαίτερη ανάλυση έδειξε ότι το στρες σχετίζεται με την ανεπαρκή εκπαίδευση, την έλλειψη χρόνου για συναλλαγή ψυχολογικής φροντίδας και τις δυσκολίες στις σχέσεις με το λοιπό προσωπικό.

Μια πολλαπλή ανάλυση έδειξε, ότι αντικατοπτρίζοντας το στρες, οι επικίνδυνοι παράγοντες για το επαγγελματικό σύνδρομο κόπωσης είναι η υψηλή ψυχιατρική συμπτωματολογία, η φτωχή αντίληψη της υγείας, οι δύσκολες σχέσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους και η αστάθεια στον χώρο εργασίας. Επίσης κάποιες φορές ο επαγγελματίας αποδίδει ευθύνες στον ασθενή για την ατυχή εξέλιξη της ασθένειας του με την δικαιολογία ότι ίσως δεν προσπάθησε αρκετά και δεν υπήρξε συνεργάσιμος. Το αίσθημα θυμού αυτό το οποίο τον καταβάλλει, οδηγεί αναπόφευκτα στη δημιουργία αισθημάτων ενοχών και τύψεων για τον τρόπο συμπεριφοράς του απέναντι στο άτομο. Η παραπάνω διαδικασία την οποία μπορεί το άτομο να βιώσει ως επαγγελματίας, είναι πιθανόν να τον οδηγήσει στην εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

3.3. Προσωπικότητα του εργαζομένου

Η προσωπικότητα του εργαζομένου όπως προαναφέραμε, θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την εκδήλωση του

συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα ατομικά χαρακτηριστικά είναι αυτά που προσδίδουν τον τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων στρεσογόνων καταστάσεων που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες τα άτομα νεαρής ηλικίας, χωρίς πείρα με υπερβολικά ψηλούς στόχους και ιδανικά, καθώς επίσης ανύπαντροι, χωρισμένοι, χωρίς οικογενειακή και κοινωνική στήριξη είναι περισσότερο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση. Πολλοί υποστηρίζουν ότι το φύλο ως ατομικό χαρακτηριστικό δεν διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για την εκδήλωση του συνδρόμου. (Κάντας Α., 1995, σελ. 117)⁵. Όμως στο εγχειρίδιο του CDC του 1991, αναφέρει ότι σε έρευνα που έγινε κατέληξαν πως οι περισσότεροι ασθενείς ήταν λευκές γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας μεταξύ 30 - 40 χρόνων. Επίσης όμως ότι οι γυναίκες υπερτερούν στις κλινικές για σύνδρομο χρόνιας κόπωσης με ποσοστό 60% - 80% (Φωτιάδου Α., 1999, σελ. 37-38)¹². Σε μια άλλη μελέτη, σημειώθηκε ότι η ηλικία αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή για το φαινόμενο αυτό.

Μία σημαντική διάσταση που συνδέεται με την εμφάνιση του άγχους και στην συνέχεια του συνδρόμου της κόπωσης είναι η «έδρα ελέγχου». Τα άτομα τα οποία έχουν εσωτερική έδρα ελέγχου, πιστεύουν ότι έχουν έλεγχο σε όλα όσα τους συμβαίνουν και ότι αυτά είναι αποτελέσματα των δικών τους αποφάσεων. Για το λόγο ότι αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους στα χέρια τους, παρουσιάζουν περισσότερα επιτεύγματα και λιγότερο άγχος, καθώςσον βρίσκουν τον τρόπο να αντιμετωπίζουν κατά μέτωπο τις πηγές του άγχους τους. Τα άτομα τα οποία έχουν εξωτερική έδρα ελέγχου, πιστεύουν ότι δεν έχουν την δυνατότητα ελέγχου αυτών που τους συμβαίνουν, αλλά ότι αυτά είναι προϊόντα της τύχης ή της μοίρας τους, για αυτό και περιορίζονται στο να υπομένουν τις συνέπειες τους. (Maslach C., Schaufeli W., Leiter M., 2001, σελ. 11)¹¹.

«Όχι δεν βρίσκω εύκολο το να παραχωρώ αρμοδιότητες, αυτό είναι μια μεγάλη αδυναμία μου. Στην πραγματικότητα, αποτελεί μία αιτία στρες για μένα το να προτιμώ να κάνω ο ίδιος κάτι, την στιγμή που θα μπορούσε να το κάνει κάποιος άλλος. Ένα πρόσφατο παράδειγμα μου έρχεται ξαφνικά στο νου. Οργανώνω μια εκδρομή για τη Γαλλία, όπως κάνω κάθε χρόνο και προτιμώ να μαζεύω τα λεφτά εγώ παρά να αφήσω κάποιον άλλο να το κάνει. Δεν είναι το ότι δεν εμπιστεύομαι άλλους ανθρώπους, απλώς προτιμώ να ελέγχω τα πράγματα κάθε στιγμή, ώστε να ξέρω ακριβώς τι πρόκειται να γίνει. Ίσως έχει να κάνει με το γεγονός ότι θα με κατηγορήσουν αν κάτι δεν πάει καλά». (Cooper C., Cooper R., Eaker L., 2002, σελ. 101)¹³. Η παραπάνω μαρτυρία, αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο ποσοστό συμπεριφοράς των εργαζομένων, οι οποίοι λειτουργούν με τέτοιο τρόπο ώστε να καθιστούν τους εαυτούς τους επιρρεπείς στις καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από υψηλά κριτήρια εργασιακής απόδοσης και υπευθυνότητας, διακρίνονται από προσανατολισμούς υψηλών επιτεύξεων, τελειοθηρία, είναι ανταγωνιστικοί, φιλόδοξοι και θέλουν απελπισμένα να πετύχουν. Για τον συνεπή και υπεύθυνο εργαζόμενο η απογοήτευση είναι μεγαλύτερη. Μοιάζουν πάντα ανυπόμονοι, βιαστικοί

με επίγνωση του χρόνου, δεν αντέχουν τις καθυστερήσεις και διακατέχονται από επιθετική διάθεση. Πιστεύουν ότι αξίζουν ως άτομα μονάχα αν είναι «οι πρώτοι», «οι καλύτεροι», «οι ανώτεροι» και κάθε λάθος ή αποτυχία τους αποτελεί πλήγμα στο γόητρο τους, αντιμετωπίζοντας το σαν κάτι το καταστροφικό, που τους προκαλεί έντονο στρες. Είναι εσωστρεφής άτομα όσον αφορά την εκδήλωση του θυμού τους, με αποτέλεσμα να ρίχνονται με τα «μούτρα» στην δουλειά καταβάλλοντας συνεχώς μεγαλύτερη προσπάθεια, αγνοώντας την ήδη υπάρχουσα εξάντληση τους. Στις διάφορες υπηρεσίες πολλές φορές παρατηρείται το φαινόμενο της δημιουργίας πολλών εντάσεων και αντεγκλήσεων μεταξύ των εργαζομένων και των εξυπηρετούμενων. Η πίεση των ενοχών που αισθάνεται ο εργαζόμενος και το αίσθημα της αποτυχίας που τον διακατέχει, σε συνδυασμό με τον φόβο ότι μπορεί να κατηγορηθεί για τις επιλογές του, μετατρέπουν πολλές φορές την εκδήλωση θυμού απέναντι στον εξυπηρετούμενο. Οι εργαζόμενοι αναλαμβάνουν ολοένα και περισσότερες ευθύνες και πρωτοβουλίες, από αυτές που έχουν την δυνατότητα να ανταποκριθούν, καταπιέζοντας ή πολλές φορές «τιμωρώντας» έτσι τον εαυτό τους. Δίνουν μεγάλη σημασία στη γνώμη των άλλων και βρίσκονται σε μια συνεχή πάλη για να ανταποκριθούν στις προσωπικές και κοινωνικές προδιαγραφές «δείχνοντας πάντα θαρραλέοι και δυνατοί» και «καταπιέζοντας τα συναισθήματα τους» (Φωτιάδου Α., 1999, σελ.57)¹². Επιδιώκουν να είναι το επίκεντρο, στερώντας πολλές φορές το δικαίωμα συμμετοχής και ανάληψης ευθυνών στους συναδέλφους τους, προβάλλοντας τις δυνατότητες τους, εκφραζόμενοι πάντα με το «εγώ» ή «ο εαυτός μου». Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εργαζομένου που έχουμε αναφέρει, περιγράφηκαν από τους Friedman και Rosenman, μετά από μελέτη 1500 ατόμων, ως περιγραφή του ανθρώπου «Τύπου Α» (Jones H., 1999, σελ.76)¹⁶. Σύμφωνα με το βιβλίο τους «Συμπεριφορά Τύπου Α και Καρδιακή Λειτουργία» τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εργαζομένων είναι τα ακόλουθα:

- Αισθάνονται ή φανερώνουν στους άλλους μια ανυπομονησία για το ρυθμό με τον οποίο λαμβάνουν χώρα τα περισσότερα γεγονότα. Δυσκολεύονται να συγκρατηθούν και βιάζουν τους άλλους στην ομιλία τους καταφεύγοντας στο εφεύρημα του να λένε πολύ γρήγορα ξανά και ξανά «α χα!» ή και «ναι, ναι, ναι» σε κάποιον που μιλάει, πιέζοντας τον να συντομεύσει την συζήτηση. Συχνά κλείνουν οι ίδιοι τις προτάσεις των συνομιλητών τους.
- Συχνά προσπαθούν να κάνουν δύο ή περισσότερα πράγματα ταυτόχρονα, όπως το να σκέφτονται για κάποιο άσχετο θέμα παρόλο που θα έπρεπε να ακούν κάποιον άλλον που μιλάει.
- Επιδιώκουν πάντα να παίρνουν το λόγο ή να στρέφουν τη συζήτηση σε θέματα που έχουν προσωπικό ενδιαφέρον για αυτούς. Μερικές φορές όταν το τέχνασμα αυτό αποτυγχάνει, προσποιούνται ότι ακούν αλλά στη πραγματικότητα παραμένουν απορροφημένοι από αυτές τις προσωπικές τους σκέψεις.

- Σχεδόν πάντα έχουν ένα απροσδιόριστο αίσθημα ενοχής, όταν προσπαθούν να χαλαρώσουν ή να μην κάνουν τίποτα, ακόμη και για λίγες ώρες.
- Δεν διαθέτουν καθόλου χρόνο για να κάνουν αξιόλογα πράγματα, γιατί είναι απολύτως απορροφημένοι στο να αποκτήσουν τα πράγματα που επιθυμούν.
- Προσπαθούν να προγραμματίσουν όλο και περισσότερα σε όλο και λιγότερο χρόνο. Αφήνουν μικρά περιθώρια για απρόβλεπτα γεγονότα που ίσως διαταράξουν το πρόγραμμα. Επίσης, έχουν «μια διαρκή αίσθηση του επειγόντος» μια βασική πλευρά της προσωπικότητας του Τύπου Α.
- Καταφεύγουν σε ορισμένες «χαρακτηριστικές χειρονομίες ή νευρικά τικ», όπως οι σφιγμένες γροθιές ή τα χτυπήματα του χεριού πάνω στο τραπέζι με έμφαση.
- Όταν συναντώνται με κάποιο άλλο έντονα ταλαιπωρημένο άτομο προσωπικότητας Τύπου Α, αντί να νιώθουν συμπάθεια για την ταλαιπωρία του, «συλλαμβάνουν» τον εαυτό τους να αισθάνεται υποχρεωμένος να τον «προκαλέσουν». Αυτό αποτελεί χαρακτηριστικό τους γνώρισμα, επειδή κανένας άλλος δεν διεγείρει τα επιθετικά, εχθρικά συναισθήματα ενός υποκειμένου Τύπου Α ευκολότερα από ένα άλλο υποκείμενο Τύπου Α.
- Αισθάνονται όλο και περισσότερο υποχρεωμένοι να μεταφράζουν και να αξιολογούν τις προσωπικές τους ενέργειες και τις ενέργειες των άλλων με «αριθμούς».
- «Πάντα κινούνται, περπατούν και τρως γρήγορα».
- Έχουν την συνήθεια να τονίζουν διάφορες λέξεις-κλειδιά στην καθημερινή τους ομιλία, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερη ανάγκη για κάτι τέτοιο και έχουν την τάση να προφέρουν τις τελευταίες λέξεις των προτάσεων πολύ πιο γρήγορα από τις αρχικές λέξεις. Ο Friedman και Rosenman πιστεύουν ότι η πρώτη αντανακλά μια βαθύτερη επιθετικότητα ή εχθρότητα, ενώ η δεύτερη «καθρεφτίζει» την βαθύτερη ανυπομονησία που τους διακρίνει, ακόμη και στη ομιλία.

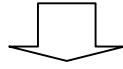
Αν καταφέρουμε να κατανοήσουμε τους ανθρώπους στο χώρο εργασίας τους τότε μπορεί να θεωρηθεί ότι κατέχουμε το κλειδί για την επιτυχία τους στο αντικείμενο τους. Ο Hochheiser επεσήμανε έξι σημεία της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων, όπου εάν αναγνωριστούν και διατηρηθούν θα αποφευχθεί σε μεγάλο βαθμό η εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης. Ο εργαζόμενος καλείται (α) να ικανοποιεί τις ανάγκες του όταν ταυτόχρονα προσπαθεί να ικανοποιήσει τα αιτήματα των άλλων, (β) να παραμένει επικεντρωμένος στο αντικείμενο του, (γ) να μαθαίνει από τα λάθη του και να μην τα επαναλαμβάνει, (δ) να αξιολογεί την καριέρα του, (ε) να

καλλιεργεί εναλλακτικές μορφές ικανοποίησης και (στ) να μη θυσιάζει διακινδυνεύει την επαγγελματική του ακεραιότητα. Πρέπει να θέτει σε προτεραιότητα τον εαυτό του και να μάθει να λει «όχι». Επίσης να αποφεύγει να δημιουργεί αντιπαραθέσεις στον χώρο εργασίας του.(Δούκα Μ.,2003,σελ.105)³.

Στην προσπάθεια επίτευξης των υψηλών στόχων του, ο εργαζόμενος βρίσκεται αρκετές φορές αντιμέτωπος με την αποτυχία και την ματαιώση. Αν και εξαντλημένος από προηγούμενες δραστηριότητες, προκαλεί την διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος για ολοκλήρωση των στόχων αυτών. Οι συνεχείς προσπάθειες συνοδευόμενες από συνεχείς αποτυχίες οδηγούν στην ανάπτυξη ενός σταδίου χρονίζουσας εξάντλησης και αποθάρρυνσης. Κατ' επέκταση σύμφωνα με τον Sharpe το επαναλαμβανόμενο βίωμα της αποτυχίας καθώς και ο φόβος επιβάρυνσης της νόσου εξυπηρετούν την ενδυνάμωση των ήδη διαμορφωμένων αντιλήψεων και αυτό προκαλεί ακόμη περισσότερο ψυχολογικό άγχος. (Η διαδικασία αυτή φαίνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί, στην επόμενη σελίδα):

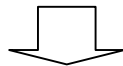
Εάν θέλω να είμαι αποδεκτός από τον εαυτό μου και τους άλλους θα πρέπει:

- A. Να επιτύχω υψηλά standards απόδοσης και υπευθυνότητας
- B. Να ελέγχω τα συναισθήματά μου και να μην επιδεικνύω αδυναμία



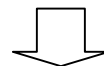
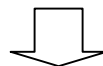
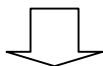
Συμπεριφορά προ της νόσου

Πάλεψε για υψηλά standards. Μην παραπονείσαι. Μην παραδέχεσαι οποιεσδήποτε αδυναμίες. Παραμέλησε τις δικές σου ανάγκες.



Εκλυτικά αίτια

Υπερβολικές απαιτήσεις(π.χ. παρατεταμένο εργασιακό άγχος) ή ελαττωμένη ικανότητα ανταπόκρισης στις απαιτήσεις (π.χ. συναισθηματικές συνέπειες γεγονότων ζωής, ιογενείς λοιμώξεις), που τελικά οδηγούν στην αποτυχία ανταπόκρισης στις προαπαιτήσεις των υποθέσεως του ασθενούς:



Συμπεριφορά	Συναίσθημα	Συμπτώματα	Συμπέρασμα
Προσπάθησε περισσότερο Μην παραπονείσαι	Ματαιώση Άγχος	Κόπωση Διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος	Εφόσον δεν μπορώ να ανταποκριθώ θα πρέπει να έχω σωματική νόσο

(Φωτιάδου Α.,1999,σελ58)¹²

Όπως προαναφέραμε διάφοροι μελετητές υποστηρίζουν ότι η αιτιολογία του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης έχει οργανικό υπόβαθρο, δημιουργώντας έτσι κάποιες υποθέσεις που αφορούν την αιτιολογία αυτή. Μια πρώτη εστιάζεται στο ότι η νόσος αποτελεί μια πρωτογενή, συναισθηματικής φύσης διαταραχή. Δηλαδή αν αποτελεί μια μορφή κατάθλιψης ή μια μορφή σωματόμορφης ή αγχώδους διαταραχής. Μια δεύτερη εστιάζεται στην επίμονη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία συνήθως οφείλεται στην εμφάνιση κάποιου λοιμώδους αιτίου. Τέλος η αίτια μπορεί να αναζητηθεί σε ενδοκρινική δυσλειτουργία του υποθαλάμου- υποφυσαιο- επινεφριδιακού άξονα. Οι ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης όπως καταγράφεται, εμφανίζουν δύο κοινά χαρακτηριστικά τα οποία είναι η διαταραγμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και η παρουσία ενός μολυσματικού παράγοντα και/ ή του ωιδίου του λευκάζοντος, το οποίο είναι ένα είδος μύκητα που προσβάλλει το γαστρεντερικό σωλήνα. (Πατρικ Χ., 2002, σελ.129)¹⁰. Επίσης οι ασθενείς αναφέρουν ότι ήταν αρκετά καλά πριν την έναρξη της νόσου, την οποία την συσχετίζουν με κάποια συγκεκριμένη λοίμωξη. Συνήθως αναφέρονται σε μικροοργανισμούς, μύκητες, εντεροϊούς και ιούς όπως τον Candida, τον Coxsackie, τον Epstein-Barr κ.τ.λ.. Σύμφωνα με τις ακόλουθες έρευνες οι παραπάνω διαπιστώσεις τεκμηριώνονται: «στην μελέτη Υγείας και Τρόπου Ζωής στην Μεγάλη Βρετανία, ποσοστό 25%-40% των ενηλίκων ανέφεραν ότι είχαν εμφανίσει κάποιο «κρυολόγημα» τον προηγούμενο μήνα, ενώ από την Εθνική Έρευνα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών καταγράφηκαν 90 λοιμώξεις ιογενούς φύσης ανά 100 άτομα, ηλικίας από 18-44 ετών. Οι υποκλινικές ιογενείς λοιμώξεις είναι συνήθεις και στην περίπτωση των ιών Coxsackie και Echo, η πλειονότητα των προσβολών δεν συνοδεύεται από σημαντικές εκδηλώσεις. Στην περίπτωση ενός άλλου ενοχοποιημένου ιού, του Epstein-Barr(EBV), το αντίσωμα EBV-EA ανιχνεύθηκε στο 18% συμπτωματικών αιμοδοτών στην Κλινική Mayo και σε μια άλλη μελέτη, στο 43% των ατόμων ελέγχου (Φωτιάδου Α., 1999, σελ50)¹². Πέρα από αυτές τις κοινές απόψεις όσον αφορά την αίτια του συνδρόμου, υπάρχουν απόψεις ότι πρόκειται για ένα ιό ή μια τραυματική κατάσταση που ενεργοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα και προκαλεί κόπωση, όπως και για ασθένεια που σχετίζεται με το ενδοκρινικό σύστημα. (Reyes M, Dobbins JG, Mawle AC, Steele L, Gary HE, Malani H, Schmid S, Fukuda K, Stewart J, Nisenbaum R, Reeves WC, 1996, 17-33)¹⁵

Κεφάλαιο 4

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Η αναγνώριση κάποιας κατάστασης, νόσου ή διαταραχής προϋποθέτει την εκδήλωση ορισμένων συμπτωμάτων. Η προειδοποίηση μπορεί να επιτευχθεί τόσο με την εκδήλωση συναισθηματικών και σωματικών συμπτωμάτων όσο και με την εκδήλωση ψυχιατρικών και νευρολογικών συμπτωμάτων.

Μελετητές οι οποίοι ασχολήθηκαν αποκλειστικά με την ύπαρξη και ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης (syndrome of burn out), στους εργασιακούς χώρους, αναγνώρισαν και διαπίστωσαν τρία συμπτώματα ως τα κύρια του φαινομένου, από συναισθηματικής άποψης. Βιβλιογραφικά αναφέρετε ως πρώτο η συναισθηματική εξουθένωση, ως δεύτερο ο κυνισμός και ως τρίτον το μειωμένο αίσθημα της προσωπικής επίτευξης. Οι εργαζόμενοι σε κοινωνικές υπηρεσίες, στην υγεία, στην εκπαίδευση και σε υπηρεσίες όπου σχετίζονται με την εκτέλεση και επιβολή νόμων είναι πιο επιρρεπείς επαγγελματίες, αφού η εργασία τους χαρακτηρίζεται από ατομική και ψυχολογική συμμετοχή στην λύση προβλημάτων. Οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες συχνά αισθάνονται συναισθηματικά άδειοι, χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης, αυξημένες υπευθυνότητες και τον φόβο ότι θα κατηγορηθούν για τυχόν λάθη τους.

Η **συναισθηματική εξουθένωση** όπως αναφέραμε αποτελεί την πιο κεντρική και εμφανή εκδήλωση του συνδρόμου. Έχει μελετηθεί και αναλυθεί περισσότερο από τα άλλα συμπτώματα σε βαθμό που να θεωρούνται δευτερεύοντα χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το πρώτο είναι επαρκές. Ο επαγγελματίας αρχίζει να νιώθει «κενός». Τα συναισθήματα του για τους ασθενείς και την κατάστασή τους αρχίζουν να μειώνονται και με το πέρασμα του χρόνου να εκμηδενίζονται. Η στενότερη σχέση με τον ασθενή, η οποία αρχικά ήταν η επιδίωξη του επαγγελματία ως πρωτοεργαζόμενου, παγιώνεται και το ενδιαφέρον χάνεται. Νιώθει ότι πια δεν έχει ούτε τις δυνάμεις αλλά ούτε και την ικανότητα να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του και γενικότερα στις απαιτήσεις της εργασίας του παρόλο που μέχρι τώρα πλημμυριζόταν από αισιοδοξία. Νιώθει αδύναμος να προσφέρει στους ασθενείς και στην οικογένειά του. Η σκέψη της επόμενης μέρας στο χώρο εργασίας τον τρομάζει και προσπαθεί να βρει λύσεις για την αντιμετώπιση της.

Ο **κυνισμός ή αποπροσοποίηση**, ως δεύτερο κύριο σύμπτωμα της κόπωσης αναφέρεται στην πλήρη συναισθηματική απομάκρυνση του επαγγελματία από τον ασθενή. Αρχίζει να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως μια κατάσταση ή μια ασθένεια και όχι σαν άνθρωπο που βιώνει μια περίοδο κρίσης. Αποφεύγει να αναπτύξει οποιαδήποτε σχέση με τον

ασθενή και την οικογένεια του, κρατώντας τους σε μια απόσταση. Οι συχνές επισκέψεις του στα δωμάτια μειώνονται και δείχνει πάντα απασχολημένος. Διατηρεί ίσως ως άμυνα, ένα πρόσωπο ψυχρό, επιθετικό, απότομο, αδιάφορο, ευερέθιστο πολλές φορές ειρωνικό και κυνικό. Τα πάντα στην εργασία τους αποτελούν για αυτούς ένα βάρος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η αναφορά σε ένα ασθενή ως «καρκίνος μαστού στο δωμάτιο 18».

Στο **μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης** ο επαγγελματίας αρχίζει να νιώθει ενοχές για τον τρόπο συμπεριφοράς του και τις στάσεις του απέναντι στους ασθενείς, αφού πιστεύει ότι άρχισε να χάνει την «ανθρωπιά του». Έτσι αρχίζει να αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα τόσο για τον εαυτό του όσο για τους ασθενείς και τους συναδέλφους του, δημιουργώντας έτσι αρνητικό κλίμα. Ένα αίσθημα δυστυχίας και δυσαρέσκειας αρχίζει να γίνεται ολοένα και εντονότερο με αποτέλεσμα να καταβάλλει τον επαγγελματία όσον αφορά την απόδοση και την ποιότητα της εργασίας του.

Τα πιο πάνω συμπτώματα μπορούν να θεωρηθούν και ως τρεις διαστάσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης. Δημιουργήθηκαν ερωτήματα για την χρονική σειρά με την οποία εκδηλώνονται οι διαστάσεις αυτές, δημιουργώντας έτσι για την καλύτερη ερμηνεία της δύο αναπτυξιακά μοντέλα. Το πρώτο μοντέλο αναφερόμενο ως *μοντέλο φάση*, πρότεινε να διασπαστεί η κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις σε ψηλά και χαμηλά αποτελέσματα, έτσι ώστε όλοι οι πιθανοί συνδυασμοί των τριών διαστάσεων να καταλήγουν στα οκτώ πρότυπα ή φάσεις της χρόνιας κόπωσης. Από την άποψη της ανάπτυξης, μια επιλογή ήταν ότι ο κυνισμός είναι η πρώτη φάση του συνδρόμου (burn out), ακολουθούμενος από την αναποτελεσματικότητα (μειωμένη προσωπική επίτευξη) και τέλος από την εξασθένηση. Μια άλλη επιλογή ήταν ότι οι διαφορετικές διαστάσεις αναπτύσσονται ταυτόχρονα αλλά ανεξάρτητα, και έτσι θα μπορούσαν να καταλήξουν στα οκτώ διαφορετικά πρότυπα. Η έρευνα, βασισμένη στο μοντέλο φάσης, υποστήριξε ότι η πρόοδος των φάσεων από τα χαμηλά στα υψηλότερα επίπεδα του συνδρόμου συσχετίζεται με την επιδείνωση των ενδείξεων της εργασίας αλλά και της προσωπικής ευημερίας.

Ένα άλλο μοντέλο των τριών διαστάσεων υπέθεσε μια διαφορετική διαδοχική πρόοδο κατά την διάρκεια του χρόνου στο οποίο η εμφάνιση της μιας διάστασης εμποδίζει την εμφάνιση της άλλης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η εξασθένηση συμβαίνει πρώτη, οδηγώντας στην ανάπτυξη του κυνισμού και στην συνέχεια οδηγεί στην ανάπτυξη της αναποτελεσματικότητας. Για παράδειγμα μια μελέτη σε νοσοκομείο, οι νοσηλευτές απόδωσαν τις ακόλουθες διαδοχές: (α) οι αγχωτικές αλληλεπιδράσεις με τους επόπτες αυξάνουν τα συναισθήματα εξουθένωσης των εργαζομένων. (β) τα υψηλά επίπεδα εξασθένησης οδηγούν στον κυνισμό, ειδικά εάν οι εργαζόμενοι στερούνται την ενθαρρυντική επαφή με τους συναδέλφους τους. (γ) καθώς ο κυνισμός εμμένει, τα συναισθήματα των εργαζομένων για δραστηριότητα μειώνονται, παρόλο που η ενθαρρυντική επαφή με τους συναδέλφους

μπορεί να βοηθήσει να επιβραδύνει αυτή τη διαδικασία (Maslach, 2001, σελ 27)¹¹

Οι συνεχείς πιέσεις οι οποίες δέχεται ο επαγγελματίας στις σχέσεις του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τις συνθήκες εργασίας γενικότερα, καθώς και διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες, οι οποίοι ολοένα και αναπτύσσονται όταν υπάρχει προδιάθεση, οδηγούν σε αντίδραση του οργανισμού, με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαφόρων σωματικών συμπτωμάτων. Η εξέλιξη τους καθορίζεται από τον βαθμό κατανόησης και τον τρόπο αντιμετώπισης τους από το ίδιο το άτομο. Τις περισσότερες φορές μπορούν να εξελιχθούν και σε χρόνιες ενοχλήσεις ή ασθένειες.

Σύμφωνα με τους μελετητές Schaufeli και Buunk (1992) τα συμπτώματα κατατάσσονται στις 5 παρακάτω κατηγορίες: στα ψυχολογικά συμπτώματα, στα σωματικά, συμπεριφορικά, κοινωνικά, και στις ευρύτερα προβληματικές συμπεριφορές. Παράλληλα με αυτά τα συμπτώματα η Maslach και Leiter προσθέτουν και τα οργανωτικά συμπτώματα:

- 1. Ψυχολογικά συμπτώματα:** Στην κατηγορία αυτή κατατάσσονται αισθήματα θυμού, κατάθλιψη, απογοήτευσης, έντονης κριτικής, έλλειψης της συγκέντρωσης και της ηρεμίας του ατόμου. Επίσης αισθήματα γνωστικής και ψυχικής δυσκαμψίας. Τα αισθήματα αυτά της απογοήτευσης συνδέονται άμεσα με τις υπέρογκες προσδοκίες του εργαζόμενου από το εργασιακό περιβάλλον του, τους συναδέλφους του και τους προϊστάμενους του. Αυτά τα συμπτώματα καταλήγουν σε ένα συναίσθημα «μειωμένης ατομικής ικανότητας» δίνοντας το έναυσμα για την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης. Όταν αυτό το σύμπτωμα γενικευτεί στον χώρο της εργασίας τότε αυτό μπορεί να οδηγήσει στην κόπωση του ίδιου του επαγγελματικού χώρου κοστίζοντας ακόμα και στον οικονομικό τομέα της εργασίας.
- 2. Σωματικά συμπτώματα:** τα συμπτώματα αυτά τα χώρισαν σε τρεις κατηγορίες: α) ασαφή σωματικά συμπτώματα έντασης, όπως πονοκέφαλοι, αϋπνία, πόνοι στους μυς και υπερβολική ή χρόνια κόπωση β) ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως έλκη, γαστρικές διαταραχές και προβλήματα καρδιολογικά, γ) φυσιολογικές σωματικές αντιδράσεις του στρες, όπως συχνότητα αναπνοής και καρδιολογικών παλμών, υπέρταση και υψηλά επίπεδα χοληστερόλης.
- 3. Συμπεριφορικά συμπτώματα:** στην κατηγορία αυτή διαχωρίζεται η συμπεριφορά του εργαζόμενου μεταξύ της συμπεριφοράς αυτής που είναι αποτέλεσμα της έντασης και της χαρακτηριστικής συμπεριφοράς μέσα στο εργασιακό περιβάλλον που εμφανίζεται με την μειωμένη παραγωγικότητα και την αύξηση του αριθμού απουσιών. Η υπερενεργητικότητα, το υπερβολικό κάπνισμα, καθώς και η σταδιακή αύξηση της κατανάλωσης καφεΐνης, αλκοόλ και

φαρμάκων, αποτελούν μερικά συμπεριφορικά συμπτώματα του ατόμου. Τελικά τα άτομα που εμφανίζουν το σύνδρομο απομονώνονται από το επαγγελματικό τους περιβάλλον και αποστασιοποιούνται από το αντικείμενο εργασίας τους.

4. **Κοινωνικά συμπτώματα:** η εκδήλωση των κοινωνικών συμπτωμάτων συμβαίνει κυρίως στον χώρο εργασίας. Όπως είπαμε όσοι υποφέρουν από το σύνδρομο τείνουν να απομονώνονται από το επαγγελματικό τους περιβάλλον και από τους συναδέλφους τους, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά, ιδιαίτερα όταν η εργασία τους απαιτεί επαφή με άλλους, π.χ. ασθενείς, εξυπηρετούμενους, μαθητές κ.τ.λ. Με την αποστασιοποίηση αυτή, ο εργαζόμενος αδυνατεί να επηρεάσει το κοινωνικό του περιβάλλον και έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης του συνδρόμου. Όσο η κοινωνική απομόνωση μεγαλώνει τόσο και η ανικανότητα του ατόμου αυξάνεται. Αυτό επιβεβαιώνει την τεραστία σημασία που έχει ο τρόπος που το άτομο προσλαμβάνει τις εμπειρίες του στο κοινωνικό του περιβάλλον και πως αλληλεπιδρά με αυτό.
5. **Προβληματικές συμπεριφορές:** οι πιο συνήθεις προβληματικές συμπεριφορές που εκδηλώνονται στα άτομα που εμφανίζουν το σύνδρομο κόπωσης, είναι: αρνητισμός, κυνισμός, αδιαφορία, πεσσιμισμός και θυμός. Εκδηλώνουν ακόμα δυσαρέσκεια για την εργασία τους, όπου συνεπάγεται την αρνητική στάση προς τους συναδέλφους και την κακή εξυπηρέτηση των πελατών ή των ασθενών τους. Η αντίδραση αυτή αποτελεί χαρακτηριστικό του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης.
6. **Οργανωτικά συμπτώματα:** το 1998 οι Maslach και Leiter αναφέρουν ένα σημαντικό αριθμό αιτιών που προκαλούν το σύνδρομο όπου μερικά από αυτά είναι: ο υπερβολικός αριθμός εργασιακών υποχρεώσεων η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η μειωμένη ικανοποίηση και απόσταση μεταξύ ατομικών και υπηρεσιακών αξιών. Το σύνδρομο συνδέεται άμεσα με τον εργασιακό φόρτο εργασίας, και την σωματική και ψυχολογική πίεση του εργαζομένου που υφίσταται στον εργασιακό του χώρο. (Δούκα Μ., 2003, σελ.101)³

Τα συχνότερα σωματικά συμπτώματα τα οποία καταγράφονται και όπου ορισμένα από αυτά θεωρούνται κριτήρια για την διάγνωση του συνδρόμου από το CDC (CENTER FOR DISEASE CONTROL) σύμφωνα με την Maslach, Holmes, Daygherty et al., είναι τα ακόλουθα:

- κεφαλαλγίες
- μυαλγίες
- κινάγχη
- επώδυνοι τραχηλικοί ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες
- βήχα
- πυρετικό ρίγος
- γενικευμένη μυϊκή αδυναμία
- υπέρταση

- έλκος
- γαστρεντερικές διαταραχές
- καρδιαγγειακές διαταραχές
- παρατεταμένες ημικρανίες
- άσθμα
- ανορεξία σεξουαλική ανικανότητα,
- αύξηση καπνίσματος
- αύξηση αλκοόλ
- συχνουρία
- αφυδάτωση
- χάσιμο βάρους
- διαταραχές ύπνου
- διόγκωση αδένων του λαιμού κ.α.

Σύμφωνα με τον Potter (1995) κατατάσσει τα συμπτώματα του ως εξής:

- **Αρνητικά συναισθήματα:** περιλαμβάνουν συναισθήματα θυμού, κατάθλιψης, μη ικανοποίηση, και αγωνία, καθώς και χρόνια αρνητικά συναισθήματα και διαμαρτυρίες.
- **Διαπροσωπικά προβλήματα:** οι διαπροσωπικές σχέσεις ολοένα και δυσκολεύουν με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να επικοινωνεί με υπερβολές, νεύρα, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία του και στο εργασιακό του περιβάλλον.
- **Προβλήματα υγείας:** η συναισθηματική επικοινωνία του ατόμου μειώνεται και απομακρύνεται από το περιβάλλον του, μειώνεται αντίστοιχα και η σωματική του ικανότητα. Αρχίζουν να παρουσιάζονται συμπτώματα κρυολογήματος, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, πόνοι στην μέση και γενικά συμπτώματα κόπωσης.
- **Μειωμένη αποδοτικότητα:** το άτομο χάνει το ενδιαφέρον του για την εργασία του, βαριέται και δεν ενθουσιάζεται στον χώρο εργασίας του. Επίσης δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα και να αποδώσει κατάλληλα την δουλειά του.
- **Κατάχρηση ουσιών:** το άτομο ώστε να αντιμετωπίσει το στρες που τον καταβάλλει αρχίζει να καταναλώνει αλκοόλ, να τρωει περισσότερο ή λιγότερο, να χρησιμοποιεί φάρμακα, να καπνίζει τσιγάρα και άλλα συμπτώματα όπου αυτά υποδηλώνουν την ύπαρξη του συνδρόμου.
- **Αισθήματα κατωτερότητας:** όσοι εργαζόμενοι στα πρώτα στάδια της καριέρας τους έχουν σπαταλήσει πραγματικά πάρα πολλή ενέργεια και ενθουσιασμό αρχίζει να μετατρέπεται σε κυνισμό και η εργασία για αυτούς πλέον δεν έχει νόημα. (Δούκα Μ., 2003, σελ 102.)³

Εκτός από την εκδήλωση των διαφόρων συμπτωμάτων, από τις συνεχείς πιέσεις καθώς και τους διάφορους στρεσογόνους παράγοντες που δέχεται ο επαγγελματίας, έχουμε την εκδήλωση νευρολογικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Επίσης παρατηρούνται και κάποιες γνωστικές λειτουργίες που αποτελούν ένα σημαντικό μέρος των συμπτωμάτων του συνδρόμου.

Τα νευρολογικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης σύμφωνα με τον Holmes, περιλαμβάνουν εκδηλώσεις όπως τη φωτοφοβία, παροδικά οπτικά σκοτώματα, διαταραχή της μνήμης, σύγχυση καθώς και φτωχή ικανότητα συγκέντρωσης. επιπλέον παρατηρώντας μια ομάδα πληθυσμού με Σ.Χ.Κ. και βασιζόμενοι σε βιβλιογραφικές αναφορές, οι Komaroff & Buchwald κατέληξαν στα παρακάτω νευρολογικά συμπτώματα: παραισθήσεις(30% - 50%), κινητική δυσχέρεια(50% - 60%), αίσθημα ζάλης(30% - 50%), μυαλγίες(20% - 95%), διαταραχές ύπνου(15% - 90%), παροδικά οπτικά σκοτώματα(50% - 60%) και κεφαλαλγία(35% - 85%). Επίσης από τους ίδιους ερευνητές περιγράφηκαν ως τα συνηθέστερα νευρολογικά ευρήματα, η ευαισθησία των μυών και οι διαταραχές του συστήματος ισορροπίας.

Τα ψυχιατρικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν ήταν η μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή, οι διαταραχές της προσωπικότητας οι αγχώδεις και οι σωματόμορφες διαταραχές. Σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες για την εξέλιξη του συνδρόμου, αποτελούν η στάση απέναντι στην νόσο, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής. Ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο όμως το οποίο παρουσιάζει τα ίδια συμπτώματα με το σύνδρομο θα αποτελέσει εμπόδιο στην διάγνωση του συνδρόμου. Βέβαια σε άτομα με διαγνωσμένο το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν συναισθηματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η δυσθυμία. Τα καταθλιπτικά επεισόδια έχουν συχνότητα 35% - 70% και οι αγχώδεις διαταραχές 50% - 70%.

Μετά από πολλές μελέτες για τις γνωστικές λειτουργίες που συνδέονται με το σύνδρομο, παρόλο που το ποσοστό το οποίο παρατηρούνται αποτελεί το 85%, δεν έχει αποφέρει συνεπή αποτελέσματα. Σε μερικές μελέτες αναφέρονται: η διαταραχή της μνήμης, η επιβραδυνόμενη διεκπεραίωση ανταπόκρισης, ο φτωχός εντοπισμός ερεθισμάτων-στόχων και μια υψηλή ευαλωτότητα στις παρεμβολές. Ο κλινικός πρέπει να αξιολογεί αντικειμενικά τις γνωστικές λειτουργίες κατευθυνόμενος προς: (α) τη διευκόλυνση της διαφορικής διάγνωσης, (β) τη στοιχειοθέτηση των διαταραχών (εάν υπάρχουν), έτσι ώστε να γίνεται επιτυχέστερη αντιμετώπιση, (γ) τη διαφοροποίηση των αιτιάσεων, δηλαδή αν είναι «οργανικής» ή «ψυχιατρικής» προέλευσης (Φωτιάδου Α.,1999,σελ.79)¹²

Κεφάλαιο 5

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

« Η εργασία είναι η αναζήτηση για καθημερινό νόημα, ...για αναγνώριση καθώς και για χρήματα, για ευχαρίστηση παρά για αποχαύνωση, με άλλα λόγια για κάποιο είδος ζωής παρά για ένα είδος θανάτου από Δευτέρα ως Παρασκευή».

Studs Terkel

Σε αυτόν το βιαστικό και εξουθενωτικό κόσμο που ζούμε, το άγχος βρίσκεται σε συνεχή ανοδική πορεία. Πόσοι όμως από εμάς, μπορούμε να σταματήσουμε για λίγο το καθημερινό «κυνήγι» και να ακούσουμε το σώμα μας που διαμαρτύρεται; Ο ρυθμός της ζωής γίνεται ακόμα πιο γρηγορότερος και πιεστικός και κατά συνέπεια ο σύγχρονος άνθρωπος αγωνίζεται να επιβιώσει σε ιδιαίτερα δύσκολες και απαιτητικές συνθήκες, όπως οι προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις στην οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή οι οποίες συνθέτουν ένα πολύπλοκο πλαίσιο καταστάσεων. Το άτομο καλείται να αντεπεξέλθει με επιτυχία καταπολεμώντας το στρες αρχικά, και στην συνέχεια ευρίσκοντας τις καταλληλότερες για αυτόν λύσεις. Το στρες που δημιουργείται από το σύνολο των διαστάσεων του ανθρώπινου βίου καθίσταται σοβαρός ανασταλτικός παράγοντας για το σύνολο των δραστηριοτήτων του. Πάρα πολλές φορές το στρες κατέστη ικανό να διαταράξει την πνευματική ισορροπία και σωματική υγεία των ατόμων και να απειλήσει επίσης την ψυχική τους γαλήνη. Το στρες όμως δεν είναι κάποια σταθερή πραγματικότητα όπου δεν υπάρχει διαφυγή. Υπάρχει ένα αναγκαίο ποσοστό στρες που χρειάζεται για να μας βοηθήσει να δουλεύουμε ικανοποιητικά και αποτελεσματικά ώστε να αποφεύγεται η μείωση της αποδοτικότητας του ατόμου και να μην επηρεάζεται η σωματική και πνευματική του υγεία. Για να αντιμετωπιστούν οι τυχόν στρεσογόνες καταστάσεις που δημιουργούνται, θα πρέπει το άτομο να επιδείξει ψυχραιμία και υπομονή, να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση του και να αναλάβει πρωτοβουλίες. Όλο το στρες της σύγχρονης ζωής, μας φέρνει σε μια κατάσταση υψηλής ετοιμότητας, που δεν μπορεί, όμως, να εκτονωθεί από την σωματική δράση. Έτσι, η ένταση και το στρες συσσωρεύονται μέσα μας και αρχίζουν να παίρνουν το πάνω χέρι στην υγεία μας, με μια όλο και μεγαλύτερη θνησιμότητα, από καρδιακά επεισόδια, διανοητικές διαταραχές, καρκίνο και μια στρατιά παθήσεις που καταλήγουν σε ανικανότητα ή σε εκφυλισμό. (Jones H,1999,σελ 58)¹⁶

Σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Μπαμπινιώτη στο έγκριτο *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας(1998)*, **Άγχος** σημαίνει: συγκινησιακή κατάσταση (φόβου , αγωνίας, ανασφάλειας κ.τ.λ.) είτε παροδική και χαμηλής έντασης (οπότε θεωρείται φυσιολογική), είτε επίμονη και μεγάλης έντασης (οπότε θεωρείται παθολογική, λ.χ. ως σύμπτωμα αγχώδους νευρώσεως), η οποία προκύπτει ως εναγώνια αναμονή

επικείμενου κακού ή κινδύνου ή δυσάρεστης γενικά κατάστασης και έχει ιδιαίτερα σωματικά και συμπεριφερολογικά γνωρίσματα (λ.χ. οι μεταβολές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα ή η μεγάλη νευρικότητα).

Σύμφωνα με τον Μάνο Ν. στο βιβλίο του *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*(1997), το Άγχος αναφέρεται σε δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις που περιλαμβάνουν αισθήματα ανησυχίας-αναστάτωσης, φόβου, ή ακόμα και τρόμου ως αντίδραση σε ακαθόριστες μη αναγνωρίσιμες κατά το πλείστον απειλές.

Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ζώντος οργανισμού, εφόσον συνδέεται άμεσα με την επιβίωση του. Ο άνθρωπος στις διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνει δεν μπορεί να προσφύγει στους φυσιολογικούς μηχανισμούς μείωσης του άγχους, με φυγή, επίθεση, ή με τον έλεγχο της αγχογόνας κατάστασης, -όπως αντιδρούν σε παρόμοιες καταστάσεις τα ζώα- εφόσον οι περισσότερές πηγές άγχους βρίσκονται έξω από τον έλεγχό μας ή η αντιμετώπιση τους συνεπάγεται τη δημιουργία νέων αγχογόνων καταστάσεων λόγω των κανόνων που ρυθμίζουν την κοινωνική μας ζωή. Το άγχος πηγάζει από την σχέση και από την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον του. Μπορεί να οριστεί ως η πίεση που ασκεί το περιβάλλον στο άτομο. Ο βαθμός επίδρασης των συνθηκών αυτών που προκαλούν πηγές άγχους διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο. Ο βαθμός αυτός επίδρασης τους καθορίζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου τόσο ως προς την σοβαρότητα της κατάστασης, όσο και ως προς τις δυνατότητες που έχει για την αντιμετώπιση της. (Κάντας Α., 1995, σελ.101, 102)⁵

Ο Hans Selye περιέγραψε τρία στάδια τα οποία προέρχονται από στρεσογόνες καταστάσεις:

1. *Την αντίδραση συναγερμού*, πρόκειται για μια φάση μειωμένης αντίστασης που ακολουθείται από ένα «αντί-σοκ», κατά την διάρκεια του οποίου δραστηριοποιούνται οι αμυντικοί μηχανισμοί του ατόμου.
2. *Την αντίσταση*, πρόκειται για το στάδιο της μέγιστης προσαρμογής μέχρι και της επιτυχούς επανόδου ισορροπίας του ατόμου. Σε περίπτωση που ο παράγοντας στρες συνεχίζει να υφίσταται και ο αμυντικός μηχανισμός δεν λειτουργεί, το άτομο θα συνεχίσει με το τρίτο στάδιο.
3. *Την εξουθένωση*, στο στάδιο αυτό οι μηχανισμοί προσαρμογής του ατόμου καταρρέουν.

Ένα από τα περιβάλλοντα τα οποία συναναστρέφεται μεγάλο χρονικό διάστημα της ζωής του ο άνθρωπος, είναι το επαγγελματικό. Στην σημερινή βιομηχανοποιημένη κοινωνία που ζούμε, το μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων εργάζονται με αποτέλεσμα να αφιερώνουν ένα σημαντικό κομμάτι του χρόνου τους στην εργασία και όχι στην οικογένεια τους, και κατά συνέπεια η εργασία να ασκεί αρκετή πίεση στον επαγγελματία αφού αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι στην ζωή του καθενός. Είναι ένας χώρος επιβεβαίωσης τόσο των κοινωνικών του όσο

και των επαγγελματικών του ικανοτήτων. Δυστυχώς όμως ζούμε σε μια εποχή που ο ένας τείνει να νικήσει και να υπερισχύσει τον συνάδελφο του αναπτύσσοντας έτσι τον «ατομικιστικό ανταγωνισμό». Αποτέλεσμα αυτού του «ανταγωνισμού» είναι η διόγκωση του άγχους. Το άγχος δημιουργείται από την απρόσωπη εχθρότητα που είναι συνοδευτικό στοιχείο του ανταγωνιστικού μέρους.(Ιωάννου Α., 2003, σελ.28)¹⁸

Μαρτυρίες στην Μεγάλη Βρετανία δηλώνουν πως οι περισσότεροι εργαζόμενοι ζούνε για να δουλεύουνε αντί να δουλεύουν για να ζούνε! Χάνουν το νόημα και το ενδιαφέρον της εργασίας και ξεχνούν τον πραγματικό λόγο που δουλεύουν. Η νέα τεχνολογία στην οποία ζούμε που υποτίθεται θα μας παρείχε περισσότερο χρόνο για ψυχαγωγία, μακροζωία και ευδαιμονία, στην πραγματικότητα φόρτωσε την κοινωνία μας με μεγαλύτερες πιέσεις και έκανε την εβδομάδα εργασίας μας πιο «μεγάλη» από ποτέ. Πολλοί χαρακτηρίζουν την εργασία τους ως πολύ στρεσογόνο παράγοντα για την ζωή τους αλλά βέβαια αυτό καθορίζεται και διαφοροποιείται από το είδος του επαγγέλματος που ασκεί το άτομο.

Το επαγγελματικό άγχος συγκεκριμένα θεωρείται η κατάσταση όπου συσσωρεύονται αγχογόνες καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία, ή αποτελεί το άγχος που εκδηλώνεται από μια επαγγελματική κατάσταση. Το επαγγελματικό άγχος προκαλεί κυρίως έμμεσες συνέπειες: όπως αλκοολισμό, ψυχικές ασθένειες, συχνές απουσίες, αργοπορημένες αφίξεις και πρόωρες αναχωρήσεις, αδικαιολόγητα λάθη, οικογενειακά προβλήματα, έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης κ.τ.λ.. Για πολλούς ανθρώπους η εργασία τους, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες στρες και δυστυχίας στην ζωή τους. Πάρα πολλοί νιώθουν αναγκασμένοι να δουλεύουν αφού έχουν να καλύψουν τα έξοδα τους. Μεταξύ των συναδέλφων και των προϊσταμένων υπάρχει μια εχθρότητα και μίσος. Δημιουργούνται συγκρούσεις ανάμεσα τους και κατά συνέπεια αυξάνονται τα επίπεδα του στρες.

Μερικά επαγγέλματα από την φύση τους τείνουν να παρουσιάζονται περισσότερο αγχογόνα από κάποια άλλα. Τα επαγγέλματα τα οποία αφορούν παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους, και αναπτύσσεται κάποιου είδους ανθρώπινη σχέση ανάμεσα στον επαγγελματία και στον εξυπηρετούμενο, καθώς και επαγγέλματα που αφορούν ταχύτητα στην λήψη αποφάσεων που έχουν σαν συνέπεια τους σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες, αποτελούν ιδιαίτερα αγχογόνα επαγγέλματα. Τα επαγγέλματα υγείας: οδοντίατροι, γιατροί (ιδιαίτερα χειρουργοί), νοσοκόμες καθώς και επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών: δάσκαλοι και κοινωνικοί λειτουργοί, αναφέρονται σύμφωνα με τους Cooper & Eaker, 1988, ως επαγγέλματα που κατατάσσονται στα έξι πρώτα πιο στρεσογόνα.

5.1 Παράγοντες επαγγελματικού άγχους

Κάθε επάγγελμα που ασκείται υποκρύπτει όπως αναφέραμε τους δικούς του πιθανούς παράγοντες στρες. Οι παράγοντες που περιγράφονται παρακάτω, είναι κοινοί για όλα τα επαγγέλματα, αλλά ποικίλλει ο βαθμός αιτιακής σύνδεσης τους

1. Οι εσωτερικοί παράγοντες στην εργασία
2. Ο ρόλος στον οργανισμό / εταιρεία.
3. Οι σχέσεις στην εργασία.
4. Η προώθηση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας.
5. Η διάρθρωση και το κλίμα του οργανισμού / εταιρείας
(Cooper et al., 2002, σελ91)¹³

5.1.1 Εσωτερικοί παράγοντες στην εργασία

«Το επαγγελματικό άγχος αποτελεί φαινόμενο της εποχής μας και ταυτόχρονα ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας τόσο ψυχικής όσο και σωματικής. Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι ένα στα τρία άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα άγχους που οφείλονται στην εργασία τους.»

(Ιωάννου Α., 2003, σελ28)¹⁸

Για να κατανοήσουμε όμως καλύτερα το εργασιακό στρες πρέπει πρώτα να λάβουμε υπόψη τους εξής **εσωτερικούς παράγοντες**:

- Απαράδεκτες εργασιακές συνθήκες.
- Δουλεία σε βάρδιες.
- Παρατεταμένο ωράριο.
- Ταξίδια.
- Κίνδυνος.
- Νέα τεχνολογία.
- Υπεραπασχόληση.
- Υποαπασχόληση.

(Cooper C., Cooper R, Eaker L., 2002,σελ. 95)¹³

-Απαράδεκτες εργασιακές συνθήκες: Σε πάρα πολλές έρευνες αποδείχθηκε πως οι συνθήκες εργασίας συνδέονται άμεσα με την ψυχική υγεία του επαγγελματία. Το φυσικό περιβάλλον στο οποίο εργαζόμαστε και περνάμε ένα σημαντικό μέρος της ζωής μας μπορεί να επηρεάσει τόσο άμεσα όσο και έμμεσα την ψυχική και πνευματική μας κατάσταση. Επηρεάζονται οι διαθέσεις μας και καθημερινά πολιορκούνται οι αισθήσεις μας. Η θερμοκρασία, ο φωτισμός, ο θόρυβος των μηχανημάτων, οι οσμές, ο μη επαρκής εξοπλισμός, και πολλές φορές οι μη ικανοποιητικές κτιριακές εγκαταστάσεις στον χώρο εργασίας, σίγουρα επηρεάζουν δυσλειτουργικά τις διαθέσεις του επαγγελματία για να ασκεί την εργασία του. Τα κακοσχεδιασμένα

γραφεία, τα μηχανήματα που τοποθετούνται τυχαία στον χώρο εργασίας χωρίς εργονομική πρόβλεψη και ίχνος αισθητικής, συμβάλουν στην διαμόρφωση ενός «εχθρικού» θα λέγαμε περιβάλλοντος για τον εργαζόμενο. Αν ένα γραφείο δεν διαθέτει κατάλληλο προσαρμοσμένο σχεδιασμό για τις ανάγκες του προσωπικού και δεν διευκολύνεται η σωστή επικοινωνία τότε ως αποτέλεσμα θα έχουμε τον περιορισμό του δικτύου επικοινωνίας και θα επιφέρει αμφισβήτηση των ρόλων και κατ' επέκταση δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Ανάλογα πάντα διαφοροποιούνται οι συνθήκες εργασίας, και οι πιθανές περιβαλλοντικές πηγές στρες από το είδος του επαγγέλματος που ασχολείται το άτομο. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν επίσης ένα εύρος επιβλαβών συνθηκών εργασίας. Για παράδειγμα ο φωτισμός των νοσοκομείων είναι συνήθως τεχνητός, μονότονος και εκτυφλωτικός. Στις Ηνωμένες Πολιτείες έγιναν κάποιες μελέτες όσον αφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτριες σε μονάδες εντατικής θεραπείας και βρέθηκε ότι ένα καταθλιπτικό οπτικό περιβάλλον απέβη ιδιαίτερος στρεσογόνο για τις νοσηλεύτριες. Συνδυασμένος ο παράγοντας αυτός με την καθημερινή ρουτίνα οδήγησε σε αισθήματα αυτοπαγίδευσης και απανθρωποποίησης. Επίσης οι οσμές που συναντούμε πολλές φορές σε χώρους νοσοκομείων αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα δυσλειτουργίας στο εργασιακό περιβάλλον για τους επαγγελματίες υγείας αν και από τα χρόνια υπηρεσίας πολλές φορές παθαίνουν ανοσία. Όσον αφορά επίσης τον εξερισμό στα νοσοκομεία επιδεινώνει επίσης το πρόβλημα καθώς και τα υψηλά επίπεδα θορύβου που σε μια νοσοκομειακή πτέρυγα δημιουργούν πρόσθετο στρες στους επαγγελματίες. Συνολικά τα παραπάνω και συνυπολογίζοντας το στρες που βιώνουν καθημερινά στο χώρο του νοσοκομείου, με την αντιμετώπιση του πόνου και του θανάτου πολλές φορές, οι επαγγελματίες υγείας, βιώνουν έντονο άγχος. (Cooper C., Cooper R, Eaker L., 2002,σελ. 95)¹³

-Δουλειά με βάρδιες: Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στον άνθρωπο έχουν και οι εναλλαγές των διαστημάτων εργασίας, ημέρας και νύχτας. Η ανάπτυξη της μεγάλης βιομηχανίας μας, μας κατέστησε ικανούς να διεξάγουμε τις δραστηριότητες μας 24 ώρες το 24ωρο. Αντίθετα όμως από τις μηχανές και τον εξοπλισμό, το ανθρώπινο σώμα δεν είναι προγραμματισμένο να εργάζεται όλο το 24ωρο και να ακολουθεί την ίδια απόδοση ή σε εργασία ακανόνιστου ή εκτεταμένου ωραρίου. Το ανθρώπινο σώμα είναι βιολογικά προγραμματισμένο να βρίσκεται σε επαγρύπνηση την ημέρα και να κοιμάται τις νυχτερινές ώρες, διότι ο κύκλος ύπνου/ ξύπνιος κατευθύνεται από το εσωτερικό βιολογικό σιρκαδιανό μας «ρολόι» και οι περίοδοι φυσικής επαγρύπνησης και ύπνου συνδέονται με την εναλλαγή του φωτός και του σκοταδιού.

Η εργασία με βάρδιες μπορεί να επηρεάσει τη θερμοκρασία του αίματος το ρυθμό μεταβολισμού, την πνευματική διαύγεια και τα κίνητρα για εργασία. Επίσης επηρεάζει τόσο τον ύπνο όσο και την

οικογενειακή και κοινωνική ζωή. Η αλλαγή των βιορυθμών επηρεάζεται από την αποδοτικότητα του εργαζομένου και τον κάνει πιο επιρρεπή σε ατυχήματα. Μειώνεται σημαντικά η ικανότητα της απόδοσης του. Προβλήματα του πεπτικού συστήματος, καρδιακά προβλήματα και στρες από την αλληλεπίδραση από την οικογένεια και την κοινωνική ζωή, έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με την εργασία με βάρδιες. Οι αλλαγές βάρδιας έχουν κοινωνικές συνέπειες διότι διαταράσσουν την οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζομένου αφού διαταράσσονται οι φυσιολογικές λειτουργίες του ατόμου όπως η παρακολούθηση των παιδιών, οι κοινωνικές επαφές, οι επαφές με την σύντροφο, οι έξοδοι, η ψυχαγωγία, και άλλα.

Το Ερευνητικό Ινστιτούτο του Stanford πραγματοποίησε μια μεγάλη μελέτη με Αμερικανίδες νοσηλεύτριες και συμπέρανε ότι η εργασία με βάρδιες αποτελεί μέγιστο πρόβλημα για την εργασία και τον εργαζόμενο. Βρέθηκε ότι νοσηλεύτριες με εναλλασσόμενες βάρδιες είχαν χειρότερα αποτελέσματα από αυτές που εργάζονταν με ένα καθορισμένο ωράριο. Οι νοσηλεύτριες με εναλλασσόμενες βάρδιες παρουσίασαν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, όπως προβλήματα του πεπτικού συστήματος, ανωμαλίες στην περίοδο κ.α., καθώς επίσης ανέφεραν περισσότερη χρήση αλκοόλ, υψηλότερη συχνότητα προβλημάτων στην σεξουαλική ζωή, και διακατέχονται από μεγαλύτερη σύγχυση, αγωνία και κατάθλιψη. (Cooper et al., 2002, σελ.99)¹³

Το κυλιόμενο ωράριο είναι ιδιαίτερα δύσκολο και προβληματικό κυρίως όταν είναι ακατάστατο, καθώς το βιολογικό ρολόι δεν μπορεί να προσαρμοστεί σε αυτό.

-Παρατεταμένο ωράριο: Ανάμεσα στον συνολικό εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας και στην εκδήλωση του άγχους, έχει παρατηρηθεί πολλές φορές μια έκδηλη σημαντικότητα. Παρά την πρόοδο της νέας τεχνολογίας οι άνθρωποι σήμερα εργάζονται ολοένα και περισσότερες ώρες εργασίας. Τα ανώτερα στελέχη επιχειρήσεων και γενικά άτομα με υψηλότερες θέσεις εξουσίας στη εργασία, εργάζονται περισσότερες ώρες από ότι θα έπρεπε. Πολλές φορές το εβδομαδιαίο ωράριο ξεπερνά τις 48 ώρες και αυτό έχει το ανάλογο κόστος και στις ανθρώπινες σχέσεις. Είναι τόσο κουρασμένοι μετά από μια τόσο πολύωρη εργασία που επιστρέφουν στο σπίτι και δεν τους μένει όρεξη να ασχοληθούν ούτε με την σύντροφο τους, ούτε με τα παιδιά τους, ούτε με φίλους ή ακόμα και με κάποιο χόμπι τους.

Μερικοί άνθρωποι όπως οι ειδικευόμενοι γιατροί σε νοσοκομεία μπορεί να δουλεύουν ακόμα και εκατό ώρες την εβδομάδα, μένοντας μερικές φορές άγρυπνοι για τριάντα έξι ή και περισσότερες ώρες. (Jones H., 1999, σελ.125)¹⁶. Πολλές φορές οι εργαζόμενοι επιδιώκουν με την πολύωρη εργασία είτε περισσότερες αμοιβές είτε περισσότερη εμπειρία, γεγονός που λειτουργεί σαν «μπούμερανγκ» στον άνθρωπο. Εκτός όμως από τις αρνητικές επιπτώσεις που αντιμετωπίζει το ίδιο το άτομο στην σωματική και ψυχική του υγεία, δουλεύοντας τόσες πολλές

ώρες την εβδομάδα το άτομο γίνεται ολοένα και λιγότερο αποδοτικός στην εργασία του.

-Ταξίδια: για άτομα που αναγκάζονται να ταξιδεύουν κάθε τόσο και να μετακινούνται λόγω της εργασίας του, μπορεί να αποδειχτούν ως σοβαρή πηγή στρες. Οι γάμοι και οικογένειες συνήθως αναστατώνονται αφού πρόκειται ο ένας εκ των δύο γονιών να απουσιάζει για κάποια χρονικά διαστήματα. Η ομαλή ζωή του σπιτιού διαταράσσεται σημαντικά αφού ο εργαζόμενος που ταξιδεύει αφιερώνει λιγότερο χρόνο στην οικογένεια του. Επιπλέον αφιερώνει λιγότερο χρόνο στους συναδέλφους του και ίσως χάνει ευκαιρίες, ή νιώθει αποκομμένος από τον χώρο εργασίας του.

« Δεν έχω ταξιδέψει πολύ. Αν και μου αρέσει να βλέπω μέρη και νέα πράγματα, δεν μου αρέσει ιδιαίτερα να ταξιδεύω για επαγγελματικούς λόγους, επειδή θεωρώ ότι δεν προσφέρει ιδιαίτερη ικανοποίηση - το μόνο που βλέπω είναι το γραφείο και το δωμάτιο του ξενοδοχείου, επομένως συνηθίζω να μην ταξιδεύω τόσο όσο θα έπρεπε.

Μερικοί άνθρωποι ταξιδεύουν, παρόλο που θα μπορούσαν να χρησιμοποιούν τηλέφωνο. Μερικές φορές υπάρχει πίεση από την εταιρεία: αν δείξω ότι δεν θέλω να πάω, μπορεί να θεωρήσουν ότι δεν ενδιαφέρομαι. Είμαι διατεθειμένος να νομίζουν πως δεν ενδιαφέρομαι αυτές τις μέρες, για χάρη της οικογένειας μου. Μερικές φορές είναι καλύτερο να συναντάς τους ανθρώπους πρόσωπο με πρόσωπο, αλλά τα ταξίδια πρέπει να αποφασίζονται με σύνεση».(Cooper et al., 2002 σελ.102) ¹³.

-Κίνδυνοι: Όσα επαγγέλματα διακατέχονται από ένα ρίσκο επικινδυνότητας, κατά την φύση τους, τότε διατρέχουν τον κίνδυνο για υψηλότερη εκδήλωση άγχους. Σε μακροπρόθεσμη βάση, αυτή η καθημερινή πίεση για την εργασία λόγω των φυσικών κινδύνων που διατρέχουν οι εργαζόμενοι μπορεί να θεωρηθεί σαν ενδεχόμενη απειλή κατά της υγείας του.

-Νέα τεχνολογία: Η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας πιέζει συνεχώς τους εργαζόμενους να προσαρμοστούν στις ιδιαίτερες απαιτήσεις της, στους νέους εξοπλισμούς ή και στον τρόπο εργασίας τους. Μέχρι να μπορέσουν να ενημερωθούν και να καταφέρουν να αντεπεξέλθουν στα επίπεδα της ανάπτυξης της τεχνολογίας, οι εργαζόμενοι πιέζονται ολοένα και περισσότερο αφού εμπλέκονται και στον ανταγωνισμό μεταξύ των εταιριών και των συναδέλφων τους. Επίσης αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι με την συνεχή εισαγωγή της τεχνολογίας στο χώρο εργασίας, πολλοί εργαζόμενοι απομονώνονται.

-Υπεραπασχόληση: η υπεραπασχόληση και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας είναι δυο έννοιες που τις χρησιμοποιούμε πολύ συχνά στις μέρες μας. Ο υπερβολικός φόρτος επηρεάζει τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά τον εργαζόμενο. Πιο συγκεκριμένα ποσοτικά: αφορά τον υπερβολικό φόρτο εργασίας σε δουλειά, και ποιοτικά: αναφέρεται στο κατά πόσον η εργασία είναι πολύ δύσκολη να πραγματοποιηθεί από ένα

άτομο. Καταλήγει δηλαδή ο εργαζόμενος σε παρατεταμένα ωράρια εργασίας και περιορίζεται ο χρόνος του για ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής, γεγονός που συμβάλλει στην εκδήλωση ασθενειών από την πίεση του εργαζόμενου ώστε να καταφέρει να ανταποκριθεί στις υψηλές απαιτήσεις της εργασίας του. Μια πολύ σκληρή εργασία έχει συνδεθεί επίσης με αυξημένο κάπνισμα.

«Συνηθίζω να εργάζομαι πολλές ώρες και μερικές φορές αυτό γίνεται αντιπαραγωγικό. Θεωρώ ότι τις μισές φορές δεν δουλεύω υπερβολικά και τις άλλες μισές, άγχομαι τόσο ώστε να διαβρώνεται η προσωπική και κοινωνική μου ζωή. Αυτό σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις πιέσεις τις οποίες μπορείς ελάχιστα να ελέγξεις, ο έλεγχος είναι ένα μείζον ζήτημα που σχετίζεται με το στρες.» (Cooper et al., 2002, σελ. 104)¹³.

-Υποαπασχόληση: Το αντίθετο της υπεραπασχόλησης, επίσης μπορεί να επιφέρει υψηλά επίπεδα άγχους. Όπως περιγράφει ο ψυχολόγος Tom Cox «Η υποαπασχόληση συνδέεται με την συνεχή ρουτίνα και η βαρετή, με μειωμένα κίνητρα εργασία έχει συνδεθεί με την κακή υγεία».

5.1.2 Άλλοι παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη άγχους.

Εκτός από τους εσωτερικούς παράγοντες που αναλύσαμε παραπάνω και συμβάλουν στην ανάπτυξη του αθέμιτου άγχους στον χώρο εργασίας, αναφέραμε την ύπαρξη άλλων τεσσάρων παραγόντων που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο: ο ρόλος στον οργανισμό/ εταιρεία, οι σχέσεις στην εργασία, η προώθηση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας και τέλος η διάρθρωση και το κλίμα του οργανισμού/ εταιρείας.

-Ο ρόλος στον οργανισμό/ εταιρεία.

Όσον αφορά την **αμφισβήτηση ρόλου**, ο επαγγελματίας δεν γνωρίζει με σαφήνεια το πεδίο δράσης του και τις υπευθυνότητες της δουλειάς του. Δεν αναγνωρίζει με σαφήνεια τους αντικειμενικούς του στόχους και τον εργασιακό του ρόλο. Πολλές φορές ο προϊστάμενος δεν εξηγεί στον εργαζόμενο τον ρόλο του σωστά. Επίσης μετά από μια αλλαγή του χώρου εργασίας, αλλαγή θέσης εξουσίας καθώς και αλλαγή προϊσταμένων μπορούν να προκαλέσουν ασάφεια ρολού του επαγγελματία. Με την σύγχυση αυτή ο επαγγελματίας αρχίζει να εμφανίζει υψηλά επίπεδα έντασης στην εργασία του, σωματική κόπωση, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, μειωμένη αυτοπεποίθηση, μειωμένα κίνητρα για εργασία, κατάθλιψη και άλλα. Επίσης ένας άλλος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει το επαγγελματικό άγχος είναι η **σύγκρουση ρόλων** ανάμεσα στους εργαζόμενους. Οι αντιμαχόμενες εργασιακές απαιτήσεις, η εργασία που δεν εμπίπτει στο μέρος της δουλειάς του καθώς και η εργασία που δεν ανταποκρίνεται

στις πραγματικές του επιθυμίες προκαλεί την σύγκρουση ρόλων σε ένα εργασιακό πλαίσιο. Υπάρχουν *εσωτερικές συγκρούσεις, συγκρούσεις μεταξύ φορέων* που αφορούν το ίδιο το άτομο και κάποιο συνάδελφο του όπου αντιμετωπίζουν συγκρουόμενες απαιτήσεις, υπάρχουν *συγκρούσεις ατομικών και γενικότερων ρόλων* που αφορούν τις προσδοκίες και τις πεποιθήσεις του ατόμου που δεν καλύπτονται, υπάρχουν *συγκρούσεις ατομικών ρόλων* που αφορούν αλληλοσυγκρουόμενες απαιτήσεις και προσδοκίες περισσότερες των δύο, και *υπερφόρτωση ρόλων* όπου η σύγκρουση αυτή συμβαίνει σε περιπτώσεις που απαιτείται από το άτομο να αντεπεξέλθει σε υπερβολικό αριθμό συμπεριφορών. Οι συνέπειες που προκύπτουν από την σύγκρουση των ρόλων είναι η σωματική κόπωση των εργαζομένων, η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, και ανάπτυξη ανεπιθύμητης έντασης στον χώρο εργασίας.

-Οι σχέσεις στην εργασία

Όσον αφορά επίσης τις **σχέσεις** που αναπτύσσονται στον χώρο εργασίας, μπορούν επίσης να προκαλέσουν την δημιουργία υπερβολικού άγχους. Οι σχέσεις αυτές περιλαμβάνουν τις σχέσεις με τους προϊσταμένους, σχέσεις με τους υφισταμένους και σχέσεις με τους συναδέλφους. Η διαφορετικότητα των προσωπικοτήτων των εργαζομένων, ο συναγωνισμός που δημιουργείται ανάμεσά τους, η μη ικανοποιητική κοινωνική συμπαράσταση, ο τρόπος με τον οποίο ο προϊστάμενος επιβλέπει τους εργαζόμενους και τους κριτικάρει, καθώς επίσης και ο τρόπος ο οποίος τους αναθέτει πρωτοβουλίες πολλές φορές αποτελούν σημαντικούς λόγους που θα καθορίσουν την ποιότητα των σχέσεων που θα αναπτυχθούν. Σε περίπτωση που οι σχέσεις που αναπτύσσονται είναι δυσλειτουργικές προκαλούν την ανάπτυξη υψηλών επιπέδων στρες. Όσον αφορά την εκτενή ανάλυση των σχέσεων αναφερθήκαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο.

-Η προώθηση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας.

Οι Ivancenich και Matteson ισχυρίζονται ότι τα άτομα που υποφέρουν από «στρες καριέρας» συχνά εμφανίζουν υψηλή εργασιακή δυσαρέσκεια, εργασιακή κινητικότητα, επαγγελματική εξουθένωση, μειωμένη εργασιακή απόδοση, περιορισμένη αποτελεσματικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία και άλλα.(Cooper et al., 2002, σελ.120)¹³. Η απουσία ασφάλειας της εργασίας, ο ενδεχόμενος φόβος για απόλυση λόγω πλεονάζοντος προσωπικού, ή λόγω συνταξιοδότησης αποτελούν πολλές φορές αιτίες έντασης και πίεσης.

Η διάρθρωση και το κλίμα του οργανισμού/ εταιρείας.

Πολλοί εργαζόμενοι νιώθουν απειλούμενοι στον χώρο εργασίας τους, και νιώθουν πως δεν περιλαμβάνονται στο δίκτυο επικοινωνίας και στις συνελεύσεις τους. Νιώθουν πως απειλείται η αυτονομία τους, η ελευθερία τους και η ταυτότητα τους, αφού δεν συμμετέχουν πολλές φορές σε όλες τις αποφάσεις και αισθάνονται μη ενεργητικοί.

Περιορίζεται η συμπεριφορά τους και νιώθουν ότι μπαίνουν σε «καλούπια». Τέτοιου είδους αισθήματα οδηγούν στην εκδήλωση άσχημης σωματικής υγείας, κατάθλιψης, μειωμένης αυτοεκτίμησης, απουσία από την εργασία, κατανάλωση περισσότερου αλκοόλ, και άλλα.

Κεφάλαιο 6

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ:

Η εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης ακολουθούμενη από τις επιπτώσεις της, έχουν άμεσο αντίκτυπο στο άτομο το οποίο προσβάλλεται. Οι επιπτώσεις δεν αργούν να κάνουν την εμφάνιση τους, αφού ορισμένες από αυτές προΐδεάζουν μέσω των συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τους Cordes και Dougherty η εκδήλωση του συνδρόμου μπορεί να επηρεάσει το άτομο σε τρία επίπεδα όπως περιγράφονται παρακάτω:

- (α) Στη ψυχική και σωματική υγεία
- (β) Στις διαπροσωπικές σχέσεις
- (γ) Στην εργασιακή συμπεριφορά (Κάντας Α., 1998, σελ.117)⁵

(α) **Ψυχική και σωματική υγεία:** Οι επιπτώσεις όπως περιγράφονται στην ψυχική και σωματική υγεία είναι αντίστοιχες των συμπτωμάτων αλλά σε αυξημένο βαθμό. Τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης εκδηλώνουν από ψυχικής πλευράς διάφορες καταστάσεις όπως: κατάθλιψη, διαρκή εκνευρισμό, ευερεθιστότητα και από σωματικές καταστάσεις όπως: υπέρταση, έντονους μυϊκούς πόνους, υπερθυρεοειδισμό, σεξουαλικές διαταραχές, πονοκεφάλους, αϋπνίες, σωματική κόπωση, γαστρεντερικά προβλήματα, διαταραχές ύπνου κ.τ.λ.. Οι επιπτώσεις οι οποίες παρουσιάζονται στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου ποικίλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα με το οργανικό του σύστημα. Η εμφάνιση κάποιας μεμονωμένης ή μιας ομάδας από τις παραπάνω καταστάσεις αποτελούν κατά κάποιο τρόπο εκτόνωση των εσωτερικών διεργασιών οι οποίες πυροδοτούνται από την εξουθένωση.

(β) **Διαπροσωπικές σχέσεις:** Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι «προβληματικές» οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις αποτελούν χαρακτηριστικό των ατόμων με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης. Με αυτό δεν εννοούμε ότι οι σχέσεις αυτές δεν υφίστανται αλλά ότι παρουσιάζουν μια δυσλειτουργία η οποία επιβαρύνει ακόμα περισσότερο το ίδιο το άτομο. Ο επαγγελματίας ο οποίος νοσεί από αυτή την κατάσταση αδυνατεί να ανταποκριθεί τόσο στα οικογενειακά όσο και στα κοινωνικά του καθήκοντα. Η εξουθένωση η οποία τον καταβάλλει και τον χαρακτηρίζει, τον καθιστά ανίκανο να εμφανίσει το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας του. Δεν έχει την δυνατότητα λόγω της εξουθένωσης να συμμετάσχει σε δραστηριότητες τις οποίες παλαιότερα συνήθιζε να ασκεί είτε μαζί με την οικογένεια του είτε με φίλους. Επίσης από την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης επηρεάζονται συχνά και οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους. Η κόπωση καθώς και η γενικευμένη πίεση την οποία νιώθει ο ασθενής έχει αντίκτυπο στην συμπεριφορά του την οποία ασυνείδητα μεταφέρει στο χώρο της εργασίας και συγκεκριμένα στους συναδέλφους του. Αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς είναι η

επιδείνωση των σχέσεων και η δημιουργία ενός κλίματος αντιπαράθεσης και έντασης.

(γ) **Εργασιακή συμπεριφορά:** Τέλος οι επιπτώσεις της ύπαρξης του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης παρουσιάζονται στη λειτουργία του ατόμου ως επαγγελματία μέσα στο χώρο εργασίας του. Συναισθήματα και συμπεριφορές όπως δυσαρέσκεια, απογοήτευση, ματαιώση, αποπροσωποποίηση, κυνισμός δηλώνουν την εμφάνιση αλλά και την εξέλιξη του. Οι επαγγελματίες οι οποίοι εμφανίζουν το σύνδρομο παρουσιάζουν την ανάγκη για συχνή απουσία και απομάκρυνση από το χώρο εργασίας αναζητώντας περισσότερα διαλείμματα και άδειες. Επίσης πολλές φορές επιδιώκουν να αλλάξουν ακόμα το χώρο και το αντικείμενο εργασίας τους με την προϋπόθεση να ξεφύγουν από αυτό που νιώθουν «παγιδευμένοι».

Κεφάλαιο 7

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το σύνδρομο χρόνιας κόπωση, αποτελεί μια νόσο όπου η αιτιοπαθογένεια της, όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, δεν έχει πλήρως εξακριβωθεί και ορισθεί. Οι διάφοροι μελετητές, οι οποίοι ασχολήθηκαν εξ' ολοκλήρου με την διερεύνηση του συνδρόμου, αναζήτησαν τα αίτια του τόσο σε ατομικό, σε εργασιακό, όσο και σε οργανικό επίπεδο. Κατ' επέκταση, λόγω αυτής της ανακρίβειας, τοποθετήθηκε ένα μεγάλο ερωτηματικό στο θέμα της αιτιοπαθογένειας. Απ' αυτό το «κενό», η διάγνωση είναι κάτι που επηρεάζεται άμεσα. Για να επιτευχθεί μία σωστή διάγνωση και εκτίμηση και αργότερα η αρμόζουσα θεραπευτική διαδικασία, θα πρέπει να είναι γνωστά στους ειδικούς τα αίτια της νόσου. Ουσιαστικά, η διάγνωση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης πραγματοποιείται μέσω του αποκλεισμού, όλων των άλλων οργανικών ή ψυχικών καταστάσεων, των οποίων τα συμπτώματα τους παρουσιάζουν ομοιότητα με αυτά του συνδρόμου. Ο ειδικός στην προσπάθεια του, για αυτή την διερεύνηση θεωρεί απαραίτητο ως πρώτο βήμα την λήψη ενός λεπτομερέστατου ιατρικού ιστορικού και την διεξαγωγή μιας ολοκληρωμένης σειράς σωματικών εξετάσεων. Επίσης η διαδικασία αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο πνευματική όσο ψυχολογική και νευροψυχιατρική εξέταση. Απαραίτητο για την διάγνωση είναι ο ασθενής να παρουσιάζει παρατεταμένη κόπωση (διάρκειας μικρότερης ή ίσου του ενός μήνα) ή χρόνια κόπωση (διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών), και να γίνει συνεκτίμηση με τα εξής:

- (α) Ένα διεξοδικό ιστορικό, όπου να περιγράφεται:
- ◆ Η οργανική κατάσταση και οι ψυχοκοινωνικές παραμέτροι στην έναρξη της κόπωσης
 - ◆ Η πιθανή ύπαρξη κατάθλιψης ή άλλων ψυχικών διαταραχών
 - ◆ Πιθανά επεισόδια ανεξήγητων κλινικών καταστάσεων
 - ◆ Κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών
 - ◆ Πιθανή φαρμακευτική αγωγή ή χρήση εξωιατρικών σκευασμάτων ή συμπληρωματικών της διατροφής
- (β) Μια διεξοδική αντικειμενική εξέταση
- (γ) Εργαστηριακός έλεγχος
- (δ) Απεικονιστικός έλεγχος του κεντρικού νευρικού συστήματος

Μετά τον επίσημο καθορισμό της έννοιας του «συνδρόμου χρόνιας κόπωσης», οι μελετητές επιχείρησαν να ορίσουν κάποια κοινώς αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για μια πιο σωστή και αντικειμενική διάγνωση. Η πρώτη προσπάθεια καθορισμού των κριτηρίων έγινε το 1988 από τους Fukuda et al., όπου και τα αναθεώρησαν το 1994 ορίζοντας τα παρακάτω:

1. Κλινικά εκτιμημένη, ανεξήγητη, επίμονη ή υποτροπιάζουσα χρόνια κόπωση πρόσφατης ή συγκεκριμένης έναρξης (δεν υπήρχε πάντα),

που δεν είναι αποτέλεσμα συνεχούς άσκησης, δε βελτιώνεται με την ανάπαυση και οδηγεί σε σημαντική μείωση των προηγούμενων επιπέδων επαγγελματικής, εκπαιδευτικής, κοινωνικής ή προσωπικής δραστηριότητας.

2. Συνύπαρξη τεσσάρων ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα, τα οποία πρέπει να επιμένουν ή να υποτροπιάζουν για 6 ή περισσότερους συνεχείς μήνες και δεν πρέπει να προϋπήρχαν της κόπωσης:
 - ◆ Αυτοαναφερόμενη διαταραχή της πρόσφατης μνήμης ή της συγκέντρωσης αρκετά σοβαρή, ώστε να δημιουργεί σημαντική μείωση στα προηγούμενα επίπεδα επαγγελματικής, εκπαιδευτικής, κοινωνικής ή προσωπικής δραστηριότητας
 - ◆ Κυνάγχη
 - ◆ Επώδυνοι τραχηλικοί (πρόσθιοι ή οπίσθιοι) ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες
 - ◆ Μυϊκοί πόνοι
 - ◆ Γενικευμένες αρθραλγίες, χωρίς στοιχεία φλεγμονής
 - ◆ Κεφαλαλγίες νέου τύπου και εντάσεως
 - ◆ Μη αναζωογονητικός ύπνος
 - ◆ Παρατεταμένη κόπωση (διάρκειας μεγαλύτερης των 24 ωρών) μετά από άσκηση.

(Φωτιάδου Α., 1999, σελ101,104)¹²

Πέρα από την παρουσία αυτών των κριτηρίων, απαραίτητη είναι και η διεξαγωγή διαφόρων εξετάσεων, όπου θα αποκλείσουν άλλες οργανικές καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να εμφανίσουν κόπωση. Μερικές από τις πιο κοινά αναφερόμενες όπως ορίστηκαν από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών είναι οι εξής:

- ◆ Πλήρης αιματολογική εκτίμηση(CBC)
- ◆ Έλεγχος ρυθμού ιζηματοποίησης ερυθρών αιμοσφαιρίων(ESR)
- ◆ Έλεγχος επιπέδου γλυκόζης(αίματος)
- ◆ Έλεγχος θυροτροπίνης
- ◆ Έλεγχος χημικού καταλόγου
- ◆ Ανάλυση ούρων
- ◆ Έλεγχος για ηπατίτιδα
- ◆ Εξέταση αντινεοπλασματικού αντισώματος για έλεγχο ύπαρξης λύκου(δερματικής ασθένειας)
- ◆ Εξέταση ρευματοειδών παραγόντων για ύπαρξη ρευματοειδούς αρθρίτιδας
- ◆ Έλεγχος αν το άτομο παρουσιάζει τικ
- ◆ Δερματολογικός έλεγχος για φυματίωση

Όπως προαναφέραμε η πραγματοποίηση ψυχολογικών και νευροψυχιατρικών εξετάσεων είναι εξίσου απαραίτητη και σημαντική για την διευκρίνηση της κατάστασης του ασθενή. Σε μερικές προσωπικότητες μπορεί να είναι προνομιούχο να αποτιμηθεί η επίδραση της ασθένειας της κόπωσης σε ιδιαίτερα γνωστικές ή λογικές

ικανότητες, όπως η συγκέντρωση, η μνήμη και η οργάνωση. Η αποτίμηση της προσωπικότητας μπορεί να βοηθήσει στον καθορισμό των δυνατοτήτων καθώς και στην ύπαρξη μιας καθορισμένης θεραπείας για την συναισθηματική διαταραχή.

Κατά διαστήματα παρατηρείται ότι ένας αριθμός εξετάσεων, μερικές από τις οποίες είναι και εμπορικές, δεν έχουν αποδεικτική αξία για την διάγνωση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης. Αυτές οι εξετάσεις δεν μπορούν να παρουσιαστούν εκτός εάν απαιτούνται για την διάγνωση μιας ύποπτης απαγορευτικής κατάστασης ή εάν είναι μέρος μιας επιστημονικής μελέτης. Διαγνωστικές εξετάσεις για μεταδοτικούς παράγοντες, όπως ο ιός Epstein-Barr, οι εντεροϊοί, ο ιός του ανθρώπινου έρπη και ο Candida δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του συνδρόμου της χρόνιας κόπωσης. Επιπρόσθετα ούτε ανοσολογικές εξετάσεις, περιλαμβάνοντας εξετάσεις με το προφίλ των κυττάρων δεν έχουν δείξει σημαντικές για την διάγνωση του συνδρόμου. (Reyes M, Dobbins JG, Mawle AC, Steele L, Gary HE, Malani H, Schmid S, Fukuda K, Stewart J, Nisenbaum R, Reeves WC, 1996, 17-33)¹⁵.

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών(CDC), στα πλαίσια για εγκυρότητα της διάγνωσης του συνδρόμου, καθόρισε ορισμένες καταστάσεις που επεξηγούν πλήρως την ύπαρξη και παραμονή της κόπωσης, αποκλείοντας έτσι την διάγνωση του. Οι συνθήκες κατηγοριοποιούνται ως εξής:

Συνθήκες που αποκλείουν την διάγνωση της ανεξήγητης κόπωση:

1. Οποιαδήποτε ενεργός οργανική κατάσταση, η οποία μπορεί να εξηγήσει την παρουσία χρόνιας κόπωσης, όπως μη ρυθμιζόμενος υποθυρεοειδισμός, υπνική άπνοια και ναρκοληψία, μυοπάθειες, περιφερικές πολυνευροπάθειες, σκλήρυνση κατά πλάκας ή ιατρογενείς καταστάσεις, όπως είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων.
2. Οποιαδήποτε προηγουμένως εκδηλωθείς νόσος που δεν έχει αποδεδειγμένα αποθεραπευτεί και της οποίας η ενεργός παραμονή μπορεί να ερμηνεύσει την χρόνια κόπωση. Τέτοιες καταστάσεις είναι, π.χ. ήδη αντιμετωπιζόμενες κακοήθειες και οι χρόνιες μορφές ηπατίτιδας Β και C.
3. Οποιαδήποτε παρελθούσα ή τρέχουσα διάγνωση κάποιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής με ψυχωσικά ή μελαγχολικά στοιχεία, διπολικές συναισθηματικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, παραληρητικές διαταραχές οποιουδήποτε τύπου, άνοιες οποιουδήποτε τύπου, νευρογενής ανορεξία ή νευρογενής βουλιμία.
4. Χρήση ουσιών ή αλκοόλ την προηγούμενη διατροφή από την έναρξη της χρόνιας κόπωσης και σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα μετέπειτα.
5. Σοβαρή παχυσαρκία όπως ορίζεται από το δείκτη σωματικής μάζας ίσο ή μεγαλύτερο του 45.

Συνθήκες που δεν αποκλείουν την διάγνωση της ανεξήγητης κόπωσης:

1. Οποιαδήποτε κατάσταση ορίζεται πρωταρχική από συμπτώματα που δεν επιβεβαιώνονται από εργαστηριακές εξετάσεις, όπως ινομυαλγία, αγγώδεις διαταραχές (γενικευμένη ή διαταραχή πανικού), σωματόμορφες διαταραχές (σωματοποιητική ή υποχονδρίαση), μη ψυχωσική κατάθλιψη.
2. Οποιαδήποτε κατάσταση υπό συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή, η αποτελεσματικότητα της οποίας τεκμηριώνεται αντικειμενικά. Τέτοιες καταστάσεις περιλαμβάνουν τον υποθυρεοειδισμό (η επάρκεια της θεραπείας υποκατάστασης επιβεβαιώνεται από τα φυσιολογικά επίπεδα της TSH) ή το άσθμα (η καταλληλότητα της θεραπείας ελέγχεται από τη σπιρομέτρηση ή από άλλες δοκιμασίες).
3. Οποιαδήποτε κατάσταση, όπως η νόσος Lyme ή η σύφιλη, που είχαν πλήρως αποκατασταθεί πριν από την εμφάνιση της χρόνιας επακόλουθης συμπτωματολογίας.
4. Οποιοδήποτε μεμονωμένο και ανεξήγητο κλινικό, εργαστηριακό ή απεικονιστικό εύρημα, που είναι ανεπαρκές για την πιστοποίηση ασθένειας, η ύπαρξης της οποίας αποκλείει την διάγνωση Χ.Κ. Τέτοιο παράδειγμα είναι ο αυξημένος τίτλος αντιπυρηνικών αντισωμάτων, που όμως δεν επιβεβαιώνει την παρουσία νοσήματος του συνδετικού ιστού, αν δε συνυπάρχουν και άλλα κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα.

(Φωτιάδου Α.,1999,σελ108,110-111)¹²

Το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης αποτελεί μια νόσο η οποία αναπτύσσεται με ραγδαίο ρυθμό ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια ή τουλάχιστον έτσι πιστεύεται. Ουσιαστικά είναι η διάγνωση των περιστατικών που δίδει αυτή την εικόνα. Είναι μια κατάσταση την οποία ο ασθενής δεν αποδέχεται εύκολα χαρακτηρίζοντας αυτό που νιώθει ως μια απλή κόπωση. Ταυτόχρονα οι ειδικοί(ιατροί) είναι μια άλλη ομάδα η οποία εκφράζει δυσκολία στη πιστοποίηση του συνδρόμου. Οι λόγοι που προκαλούν την δυσκολία αυτή μπορεί να είναι (α) η αμφιβολία του επαγγελματία όσο αφορά το νοσολογικό status (β) η θέληση του να αποφύγει τη συγκεκριμένη ιατρική ετικέτα και την ενίσχυση μη βοηθητικών πεποιθήσεων σχετικά με την διαταραχή και (γ) η απουσία οποιουδήποτε παθολογικού συμπτώματος, σημείου ή εργαστηριακής εξέτασης, μπορεί να δυσχεραίνει τη διαγνωστική του δυνατότητα. Η επιδίωξη αυτή του επαγγελματία που αποσκοπεί κατά την γνώμη του στη ψυχολογική προστασία του ατόμου, μάλλον δεν είναι ωφέλιμη ως προς την κλινική κατάσταση. Τα άτομα χρειάζονται μια ειλικρινή διάγνωση για να κατανοήσουν τα συμπτώματα τους και να επιτύχουν την οργάνωση της κοινωνικής και εργασιακής τους προσαρμογής.

Κεφάλαιο 8

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης, όπως αναφέρεται σε πληθώρα ερευνητικών αναφορών, αποτελεί μια νοσο η οποία προσβάλλει σε μεγαλύτερο βαθμό άτομα τα οποία ασκούν λειτούργημα. Άτομα δηλαδή τα οποία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον άνθρωπο. Οποιοδήποτε από αυτά τα επαγγέλματα καθιστούν τα άτομα περισσότερο ευάλωτα και επιρρεπή στις διάφορες καταστάσεις. Ο σκοπός και κατ' επέκταση η κάθε ενέργεια τους περιστρέφεται γύρω από τον άνθρωπο και απαιτείται από αυτούς η σωστή και συνειδητή αντιμετώπιση του ως οντότητα. Στην θεωρία, αναφερόμαστε στην μη ταύτιση του επαγγελματία με τον ασθενή ή τον οποιοδήποτε εξυπηρετούμενο, αλλά η προσπάθεια αυτή δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο ψυχικός κόσμος του επαγγελματία παραμένει ανεπηρέαστος από τα γεγονότα που βιώνει καθημερινά, καθώς και απόμακρος από τις διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις. Το μακροχρόνιο άγχος και κόπωση οδηγούν συνήθως αναπόφευκτα στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τότε η μόνη επιλογή του επαγγελματία είναι να λάβει δραστικά μέτρα για να αποφευχθεί η αύξηση των επιπέδων αυτών. Οι περισσότεροι μελετητές κατηγοριοποιούν αυτά τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης σε ατομικές και οργανωτικές παρεμβάσεις. Αναφερόμενοι στις ατομικές παρεμβάσεις εννοούμε τις προσπάθειες του ίδιου του ατόμου και των οποίων έχει την ευθύνη. Κατά τον ίδιο τρόπο με τις οργανωτικές εννοούμε τις παρεμβάσεις οι οποίες πραγματοποιούνται από την Υπηρεσία ή το Τμήμα στο οποίο εργάζεται το άτομο (Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., 1999, σελ250)².

8.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Α. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων: Όπως σε κάθε νόσο έτσι και στο σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης η ιδανική θεραπεία είναι η ίδια η πρόληψη. Το σύνδρομο αυτό είναι γνωστό ότι εκδηλώνει κάποια συμπτώματα ως περιγραφή της ανισορροπίας του συστήματος του οργανισμού. Είναι πολύ σημαντικό ο εργαζόμενος ο οποίος προσβάλλεται από το σύνδρομο αυτό, να συνειδητοποιήσει και να αντιληφθεί έγκαιρα την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Δεν πρέπει να θεωρήσει την κατάσταση εξουθένωσης του ως μια απλή φυσιολογική κόπωση η οποία μπορεί να βελτιωθεί και να επανέλθει στα προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας μέσω μιας περιόδου ανάπαυλας. Οφείλει να εξετάσει τις ενδείξεις τις οποίες παρουσιάζει και να μην συνεχίσει να εργάζεται με τον ίδιο σκληρό ρυθμό θέλοντας να αποδείξει την ψυχική δύναμη και αντοχή του τόσο στον ίδιο του τον εαυτό όσο στους συναδέλφους και προϊσταμένους του.

Β. Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών: Ο κάθε νέος εργαζόμενος με την είσοδο του σε μια υπηρεσία επιδιώκει να εκπληρώσει τους στόχους καθώς και τις προσδοκίες τις οποίες είχε ήδη θέσει. Στο χώρο της υγείας οι προσδοκίες και οι στόχοι αυτοί περιστρέφονται γύρω από τον ασθενή και την κάλυψη των αναγκών του. Ο εργαζόμενος είναι διατεθειμένος να προσφέρει ότι περισσότερο μπορεί στο άτομο αλλά παράλληλα έχει την προσδοκία να εισπράττει και αυτός κάτι από την προσπάθεια του. Η αναγνώριση αυτή, του ικανοποιεί πολλές φορές το «είναι» του, χωρίς αυτό να κρίνεται εγωιστικό. Ίσως ο επαγγελματίας να επιδιώκει μέσα από την δουλειά του να γίνεται απαραίτητος για τους ασθενείς, ικανοποιώντας έτσι την προσωπική του ανάγκη να γίνεται αναγκαίος στους άλλους. Πολλές φορές όμως ο εργαζόμενος δεν εισπράττει αυτό που έχει ανάγκη είτε από τους ασθενείς τους οποίους εξυπηρετεί είτε από τους συναδέλφους ή τους προϊστάμενους του με αποτέλεσμα να αναπτύσσει ένα συναίσθημα απογοήτευσης και ματαιώσης. Το συνεχές αυτό συναίσθημα μπορεί να οδηγήσει στην επαγγελματική κόπωση, για αυτό ο επαγγελματίας για να την αντιμετωπίσει και να αποφύγει την εξέλιξη της θα πρέπει να αναθεωρήσει τις προσδοκίες και τους στόχους του.

Γ. Αναζήτηση υποστήριξης: Ο χώρος στον οποίο εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας, το νοσοκομείο δηλαδή, χαρακτηρίζεται τις πλείστες φορές από πόνο, αγωνία, ένταση και τη σκιά του θανάτου έξω από τις πόρτες. Οι επαγγελματίες δεν είναι υπεράνθρωποι και τα συναισθήματα τους μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές και να χαρακτηρίσουν τα πρόσωπα τους. Άλλοτε μπορούν να είναι ευτυχισμένα για μια επίτευξη τους και άλλοτε να εκφράζουν την απόγνωση. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι επαγγελματίες αναζητούν στήριξη, ενθάρρυνση, κατανόηση και γενικά συμπαράσταση είτε από τους συναδέλφους τους είτε από τον οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον. Είναι πολύ σημαντικό για αυτούς να υπάρχει κάποιο άτομο που ξέρει να ακούει και να βρίσκεται κοντά του όταν αυτός είναι ψυχολογικά φορτισμένος. Πολλές φορές ενώ ο εργαζόμενος μπορεί να προσφέρει υποστήριξη στους ασθενείς, αδυνατεί να αναγνωρίσει ότι έχει και αυτός ανάγκη για στήριξη. Διάφορες έρευνες τονίζουν ότι το άτομο που δέχεται στήριξη από το περιβάλλον του δεν βρίσκεται σε τόσο έντονο στρες και δεν είναι εύκολο να νοσήσει.

Δ. Σωστή διατροφή, άσκηση καθώς και η επαρκής ανάπαυση: Όπως θα αναφέρουμε εκτενέστερα στο κεφάλαιο 9, η διατροφή, η άσκηση συνοδευόμενη από την απαραίτητη ανάπαυση μπορούν να ενισχύσουν τον οργανισμό αποτρέποντας την εμφάνιση αλλά και την εξέλιξη του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης. Έχουν τη δυνατότητα το κάθε ένα ξεχωριστά με το δικό του τρόπο να μειώνει αισθητά τα επίπεδα ανάπτυξης του άγχους και έτσι το άτομο να μην οδηγείται στο χρόνιο στρες.

Ε. Επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας: Η δυνατότητα επιλογής του χώρου στον οποίο εργάζεται το άτομο αποτελεί βασικό κίνητρο για την πορεία του ως επαγγελματία.

Αν του δοθεί η δυνατότητα αυτή, η απόδοση του παρουσιάζεται αυξημένη και χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το αντικείμενο του. Είναι προετοιμασμένος για τις περιπτώσεις τις οποίες θα αντιμετωπίσει και περισσότερο σε θέση να αντεπεξέλθει σε μια στρεσογόνα κατάσταση. Ο ίδιος κρίνει τον εαυτό του κατάλληλο για αυτή τη θέση πράγμα το οποίο τον ενισχύει ψυχολογικά και του τονώνει το ηθικό ότι μπορεί να τα καταφέρει. Κατ' επέκταση είναι σημαντική η επιλογή της σωστής θέσης εργασίας για να αποφευχθεί η ύπαρξη επιπλέον άγχους στον επαγγελματία και στη συνέχεια η εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης. Επίσης ένας άλλος τρόπος ο οποίος λαμβάνει χώρα για την αντιμετώπιση είναι η αλλαγή του εργασιακού χώρου. Η αλλαγή αυτή δεν θεωρείται απαραίτητα αντίδραση φυγής από τον επαγγελματία όταν γίνεται συνειδητά. Συνήθως επιδιώκεται μετά από χρόνια εργασίας σε ένα χώρο ο οποίος προκάλεσε κόπωση στο άτομο με αποτέλεσμα να αναζητήσει κάτι άλλο για ξεκούραση ή για να αποφύγει την καθημερινή μονοτονία. Η προσπάθεια όμως αυτή για αντιμετώπιση της εξουθένωσης πρέπει να βρίσκει προετοιμασμένο τον επαγγελματία για να αποφύγει την εμφάνιση της ίδιας κατάστασης στην νέα του εργασία.

ΣΤ. Διαχωρισμός μεταξύ εργασίας και σπιτιού: Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από την έναρξη της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας, θέτουν ως αρχή τη διαχώριση της προσωπικής τους ζωής από την εργασία. Επιδιώκουν να μην εμπλέκουν τα δύο και να ασχολούνται με τον καθένα την πρόποσα στιγμή. Προσπαθούν να μην καλύπτει ο ένας χώρος τον άλλο γιατί αυτό πιέζει ψυχολογικά τον επαγγελματία. Αυτό βέβαια ισχύει όταν η εργασία με την ένταση και το άγχος της έχει τη δυνατότητα, αν της δώσει το δικαίωμα ο επαγγελματίας, να καλύψει την προσωπική του ζωή. Η κάλυψη αυτή κατ' επέκταση σημαίνει την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε μακροχρόνιο διάστημα. Για αυτό τόσο προληπτικά όσο και ως μέτρο αντιμετώπισης πολλοί εργαζόμενοι καταλήγουν στο να αφήνουν ένα κενό μεταξύ της εργασίας και σπιτιού, διαθέτοντας ορισμένο χρόνο στον εαυτό τους για εκτόνωση. Σε αυτό το χρόνο μπορούν αν ασχοληθούν με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που θα τους αναζωογονήσουν. Πολύ σημαντικό κομμάτι πρόληψης και αντιμετώπισης είναι και η κατανομή του χρόνου στις σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους, τη σχέση με τον εαυτό και τη διασκέδαση.

8.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο

A. Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στη κατάλληλη θέση: Η κάθε οργάνωση οφείλει να στελεχώνει τα τμήματα της όχι μόνο με εξειδικευμένο και ικανό προσωπικό αλλά να τα ενισχύει με τα κατάλληλα άτομα. Αναφέροντας αυτό εννοούμε, ότι η οργάνωση πρέπει να κάνει τις σωστές επιλογές ατόμων για την διάθεση των θέσεων της. Ως αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής, η ίδια η οργάνωση θα λειτουργεί πιο ολοκληρωμένα και αποδοτικά και το άτομο γνωρίζοντας τα καθήκοντα του δεν θα βιώνει καθημερινά άγχος που θα τον οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωση.

B. Δημοκρατική διοίκηση: Έχει καταγραφεί από διάφορους μελετητές ότι η ύπαρξη μιας δημοκρατικής διοίκησης σε μια Υπηρεσία, μειώνει αισθητά την πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης, σε αντίθεση με την ύπαρξη μιας διοίκησης αυστηρής και άκαμπτης. Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής κόπωσης. Σε αυτή την διοίκηση ο κάθε εργαζόμενος έχει την δικιά του αξία. Έχει δυνατότητα να εκφράσει τις απόψεις του και να διαφωνήσει χωρίς ενδοιασμούς με κάποιο συνάδελφο. Μια πιθανή απροσεξία ή ένας λάθος χειρισμός, δεν γίνεται εύκολα η αιτία παρατήρησης ή κριτικής. Υπάρχει σεβασμός και συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού. Παράλληλα δίδονται ευθύνες και πρωτοβουλίες σε όλους τους εργαζόμενους, κάνοντας τους έτσι να νιώσουν σημαντικοί και ότι τόσο οι δυνατότητες όσο και οι ικανότητες τους είναι αναγνωρισμένες. Είναι σημαντικό ότι σε αυτού του είδους την διοίκηση δεν προωθούνται τα προσωπικά συμφέροντα. Επίσης παρουσιάζεται ένα κλίμα συμπράστασης και στήριξης των εργαζομένων μεταξύ τους. Έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν διάφορες περιπτώσεις αλλά και δικούς του προβληματισμούς, γεγονός που θα τους βοηθήσει να ξεπεράσουν προσωπικές ψυχολογικές πιέσεις στο χώρο.

Γ. Η πολυμορφία στην εργασία: Όταν ένα άτομο εργάζεται χρόνια σε μια συγκεκριμένη θέση εργασίας, κάποια στιγμή η κατάσταση αυτή τον κουράζει και αρχίζει να αποστασιοποιείται συναισθηματικά. Για αυτό το λόγο η υπηρεσία θα βοηθούσε ιδιαίτερα εάν εφαρμόζε ένα πρόγραμμα μετακίνησης των εργαζομένων σε όλα τα τμήματα. Το σημαντικό είναι ο εργαζόμενος να μην νιώσει παγιδευμένος σε μια κατάσταση η οποία θα του προκαλεί άγχος (Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., 1986, σελ142)¹. Για παράδειγμα μια νοσοκόμα να μην ασχολείται συνεχώς με ασθενείς που πεθαίνουν αλλά να ασχοληθεί με ασθενείς με καλή πρόγνωση, να συμμετάσχει σε ερευνητικά προγράμματα ή να έχει διοικητικές ευθύνες. Επίσης βοηθητικό στη μείωση του άγχους άρα και της εμφάνισης της επαγγελματικής κόπωσης μπορούν να αποβούν τα διαλείμματα και οι άδειες. Με αυτό το τρόπο δίνουν την ευκαιρία στους εργαζόμενους να απομακρυνθούν για λίγο από το χώρο και την καθημερινότητα και έτσι να ηρεμήσουν.

Δ. Ομάδες υποστήριξης: Οι εργαζόμενοι σε Υπηρεσίες Υγείας όπως έχουμε προαναφέρει, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με καταστάσεις οι οποίες αναστατώνουν σε μεγάλο βαθμό τον ψυχικό τους κόσμο εάν δεν έχουν επεξεργαστεί τα συναισθήματα τα οποία προκαλούνται. Η λειτουργία μιας ομάδας υποστήριξης από την υπηρεσία, έχει την δυνατότητα να οδηγήσει στην βελτίωση της ψυχικής αυτής διάθεσης των ατόμων (Δούκα Μ., 2003, σελ106)³. Οι καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις τις οποίες βιώνουν, έχουν τέτοια ποικιλία που μπορεί να προκαλέσει στο άτομο σύγχυση και αδυναμία για να τις επεξεργαστεί και να τις αντιμετωπίσει ταυτόχρονα. Αποτέλεσμα αυτής της αδυναμίας είναι τα συναισθήματα τα οποία θα αναπτυχθούν να τον καταβάλουν, και να οδηγήσουν στην ανισορροπία του ψυχικού του κόσμου. Το ενδιαφέρον όμως της υπηρεσίας υγείας για τους εργαζόμενους της και η λειτουργία μιας ομάδας στήριξης δίνει την ευκαιρία στα άτομα (α) να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, το θάνατο και τη ζωή (β) να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας (γ) αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και (δ) να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθηση τους(Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., 1999, σελ.258)². Ταυτόχρονα τέτοια ομάδα, έχει την δυνατότητα ανάπτυξης δεσμών μεταξύ των μελών της. Δεσμοί οι οποίοι σημαίνουν αλληλοκατανόηση, αλληλοϋποστήριξη, αλληλοσεβασμό και έχουν την ευκαιρία να οδηγήσουν τόσο στην αποφυγή της αύξησης του επιπέδου της απομόνωσης, του άγχους και κατ' επέκταση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η λειτουργία μιας τέτοιας ομάδας δεν έχει θετικό αντίκτυπο μόνο στο προσωπικό υγείας αλλά και στους ασθενείς και τις οικογένειες τους, αφού με αυτό τον τρόπο θα γίνονται χρήστες μιας πιο ποιοτικής και ανθρώπινης φροντίδας.

Ε. Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης: Ολοκληρώνοντας οι επαγγελματίες υγείας την βασική εκπαίδευση τους, δεν έχουν επαρκείς ουσιαστικές γνώσεις γύρω από την ψυχολογία του ασθενή. Η έλλειψη τους αυτή έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για το τι θα αντιμετωπίσουν στον χώρο εργασίας τους, ιδιαίτερα εάν αυτός είναι κάποιο Ογκολογικό ή Εντατικό Τμήμα Παρακολούθησης. Οι ασθενείς καθώς και οι οικογένειες τους σε τέτοιες περιπτώσεις έχουν ανάγκη τους επαγγελματίες όχι μόνο στο ιατρικό κομμάτι αλλά και στο ψυχολογικό. Η απόγνωση αυτή που πιθανόν νιώθει ο εργαζόμενος λόγω της αδυναμίας του να ανταποκριθεί στις ανάγκες καθώς και στις προσδοκίες των ασθενών του, αυξάνει ολοένα τα επίπεδα άγχους του. Σε αυτό το σημείο καλείται η διοίκηση να οργανώνει και να πραγματοποιεί εκπαιδευτικά σεμινάρια και διαλέξεις γύρω από θέματα που αφορούν την ψυχική φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους, καθώς και γύρω από θέματα που αφορούν νέες γνώσεις και δυνατότητες στον τομέα της ιατρικής και νοσηλευτικής. Επίσης πρέπει

να διοργανώνονται εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια όπως αυτά των Kobasa et al., για αύξηση του προσωπικού ελέγχου του επαγγελματία και στη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης των δυσκολιών εστιάζοντας στους εξής τομείς:

(α) επικέντρωση στις ενδείξεις που υποδηλώνουν σωματικό στρες και έγκαιρη αναγνώριση των πιθανών αιτιών.

(β) επικέντρωση στις δυνάμεις του ατόμου και στην αξιοποίηση τους για την αντιμετώπιση μιας δύσκολης κατάστασης την οποία μαθαίνει να αξιολογεί ως «πρόκληση».

(γ) αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό των στρεσογόνων καταστάσεων, γεγονός που επιτρέπει στον εργαζόμενο να αναζητήσει εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης τους και να ασκήσει περισσότερο έλεγχο πάνω σε καταστάσεις που τον αφορούν. (Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., 1999 ,σελ259)².

Η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση του προσωπικού υγείας κρίνεται απαραίτητη κατά πρώτο λόγο για τον εμπλουτισμό των γνώσεων, την διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς των ατόμων και κατά δεύτερο για να έχουν οι ασθενείς και οι οικογένειες τους την πρέπουσα αντιμετώπιση. Τόσο η αυτοϊκανοποίηση όσο και η ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από τον επαγγελματία θα οδηγήσουν στη πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Κεφάλαιο 9

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Η προσπάθεια για εξεύρεση της κατάλληλης θεραπείας για το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης αποτελεί πρόκληση για τους μελετητές των οποίων οι θεραπευτικές προσεγγίσεις ποικίλουν. Η μέχρι στιγμής άγνωστη αιτιοπαθογένεια και παθοφυσιολογία του συνδρόμου, έχει ως αποτέλεσμα τα θεραπευτικά προγράμματα να απευθύνονται αποκλειστικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Η ανάκτηση ενός επιπέδου λειτουργικότητας και ευημερίας για το άτομο, όπως αυτό που είχε πριν την νόσο αποτελεί σκοπό των θεραπευτικών αυτών προγραμμάτων. Πρέπει όμως να τονιστεί ότι η επιστροφή στην ακριβή παρελθούσα κατάσταση υγείας ίσως να μην είναι ρεαλιστική και οι ασθενείς περιμένοντας αυτή την ανάκτηση να λειτουργήσουν αρνητικά, επιδεινώνοντας τα συμπτώματά τους, λόγω της υπερπροσπάθειας. Ταυτόχρονα αρνητικά μπορεί να λειτουργήσουν και όσον αφορά το θέμα της αποκατάστασης της υγείας τους.

Επομένως οι αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία του συνδρόμου πρέπει να λαμβάνονται σε συνεργασία των δύο ενδιαφερομένων, δηλαδή του επαγγελματία που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας και του ασθενούς. Όπως σε όλες τις συνεργασίες έτσι και στην προκειμένη περίπτωση πρέπει να υπάρχει συμφωνία μεταξύ τους όσον αφορά την αμοιβαία κατανόηση της νόσου. Η συνεργασία αυτή θα επιχειρήσει να προωθήσει μόνο τα πιστεύω και τα μοντέλα που εμπεριέχουν μια θετική άποψη. Ο γενικότερος σκοπός του γιατρού είναι να διευρύνει και όχι να αντικρούσει τις ήδη εγκατεστημένες απόψεις, έτσι ώστε να υπάρχει διαθέσιμος ένας ικανός αριθμός πιθανών ερμηνειών, ως προς την αιτιοπαθογένεια, και επομένως αρκετές θεραπευτικές επιλογές (Φωτιάδου Α., 1999, σελ 144)¹². Στη συνέχεια ο επαγγελματίας μαζί με τον ασθενή, θα αναπτύξουν ένα ατομικό πρόγραμμα στο οποίο θα προάγονται τα ωφέληματα του δευτέρου. Το θεραπευτικό αυτό πρόγραμμα θα βασιστεί στην εκτίμηση των εξωτερικών ιατρικών καταστάσεων του ασθενούς και των τρέχων συμπτωμάτων του. Η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την περίπτωση και σύμφωνα με το αποτέλεσμα της αξιολόγησης. Η θεραπεία η οποία θα κρίνεται ως κατάλληλη για την κατάσταση του ασθενούς θα είναι αυτή που δεν θα επιδεινώνει τα υπάρχοντα αλλά ούτε θα δημιουργεί νέα συμπτώματα. Επίσης η επιλεγόμενη θεραπεία δεν πρέπει να καλύπτει άλλη ασθένεια της οποίας η διάγνωση χρειάζεται αναγνώριση και επομένως ειδική θεραπεία. Ορισμένες από τις προτεινόμενες θεραπείες είναι μη αποδεδειγμένες με κίνδυνο να αποβούν βλαβερές για την εξέλιξη της υγείας τους ασθενούς.

Σύμφωνα με τους μελετητές, οι θεραπείες διαχωρίζονται σε αυτές που στηρίζονται στην προσπάθεια του ίδιου του ατόμου και σε αυτές που στηρίζονται στη λήψη φαρμάκων. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει

την προσπάθεια του ατόμου για φυσική άσκηση, για ανάπαυση, για διατροφή καθώς και για δραστηριοποίηση του επιπέδου της εκπαίδευσης με τέτοιο τρόπο για επίτευξη της καλύτερης δυνατής αποκατάστασης και επανένταξης.

(α) Φυσική άσκηση: Η επιθυμία για μια ολοκληρωμένη φυσική και συναισθηματική κατάσταση αποτελεί επιδίωξη του καθενός, για αυτό η άσκηση τείνει να λαμβάνει όλο και περισσότερο χώρο στην ζωή μας. Τα άτομα με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης δεν αποτελούν εξαίρεση, αλλά οφείλουν να γνωρίζουν τα όρια ώστε να μην τα υπερβαίνουν και να επιφέρουν το αντίθετο επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή την κόπωση. Βραχυπρόθεσμα όπως πολλές μελέτες επέδειξαν η κλινική εικόνα βελτιώνεται με αυτή την τακτική, ενώ μακροπρόθεσμα οι μύες εξασθενούν και μπορεί να προκληθεί επιδείνωση των συμπτωμάτων. Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι μια ομαλή, ευχέριστη καθημερινή ρουτίνα βοηθά στο να αποφευχθεί το φαινόμενο «σύγκρουσης» που χαρακτηρίζεται από υπερπροσπάθεια, ακολουθώμενη από μια υποτροπίαση των συμπτωμάτων που ίσως προκλήθηκε από την υπερβολική άσκηση. Παρόλο τον κίνδυνο που υφίσταται ο ασθενής να επιδεινώσει την κατάσταση του εάν υπερβεί τα όρια, πρέπει η άσκηση να παραμείνει κύριο μέρος της καθημερινότητας του. Το πρόγραμμα άσκησης αυτό θα πρέπει να επιβλέπεται είτε από επαγγελματία που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας, είτε από θεραπευτή. Εάν ο ασθενής είναι τυπικός και ακολουθεί πιστά το πρόγραμμα αυτό, της θεραπείας του, η προσπάθεια για ανακούφιση των συμπτωμάτων θα επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

(β) Ανάπαυση: «Διαμορφώνοντας τη θεραπευτική στρατηγική, προτείνεται ότι ο γιατρός καλό θα είναι να εισάγει την έννοια της οργανωμένης ανάπαυσης και της αποφυγής της ασυνεπώς μεταβαλλόμενης δραστηριότητας» (Φωτιάδου Α.,1999,σελ146)¹². Η καθιέρωση της οργανωμένης ανάπαυσης όπως περιγράφεται μπορεί να προωθηθεί και να εφαρμοστεί από τους επαγγελματίες υγείας ως μια θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Αποτελεί μια μέθοδο εκτόνωσης της καθημερινής έντασης λόγω των διαφόρων στρεσογόνων καταστάσεων τις οποίες βιώνει το άτομο, και οι οποίες επιδεινώνουν τα συμπτώματα του. Επιδιώκεται με την ανάπαυση, το μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας το οποίο παρουσίασε ο ασθενής ως αποτέλεσμα της εκδήλωσης των συμπτωμάτων αλλά και γενικότερα της νόσου, να ανακτηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό. Ένας σωστός συνδυασμός δραστηριότητας και ανάπαυσης είναι ότι πιο ιδανικό για να αποδώσει η προσπάθεια αυτή.

(γ) Διατροφή: Η εκδοχή η οποία υποστηρίχτηκε από πολλούς μελετητές ότι το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής που σημειώθηκε στα τέλη του εικοστού αιώνα και η οποία χαρακτηρίστηκε από την ανθυγιεινή διατροφή, την υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων και την έκθεση σε πληθώρα βλαβερών ουσιών, αποδεικνύεται βάσιμη. Ο οργανισμός οδηγείται στη αποδυνάμωση και την απαρτίωση αφού στερείται θρεπτικών και γενικότερα υγιεινών

ουσιών. Από την δικιά τους επιστήμη οι διαιτολόγοι επιχείρησαν να προτείνουν μια αποτελεσματική θεραπεία. Η θεραπεία αυτή περιλαμβάνει το συνδυασμό κατάλληλης διατροφής με συμπληρώματα, που οδηγούν στη βελτίωση της λειτουργίας του εντέρου και ήπατος καθώς και στην τόνωση του ανοσοποιητικού συστήματος (Πατρικ Χ.,1999,σελ131)¹⁰. Επίσης από πλευράς διαιτολογίας, μελέτες έδειξαν ότι η κατάσταση υγείας των ασθενών με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης παρουσίασε σημαντική βελτίωση μετά από χορήγηση μαγνησίου, βιταμίνης Β12 και βασικών λιπών. Κατ' επέκταση, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω ένα πρόγραμμα διατροφής προσαρμοσμένο στις ανάγκες και ελλείψεις του ασθενή, αποτελεί ευκαιρία για μια αποτελεσματική θεραπεία.

(δ) Εκπαίδευση: Το ενδιαφέρον του ασθενούς να αποκτήσει μια πλήρη εικόνα της κατάστασης της υγείας του, να γνωρίζει τι ακριβώς καλείται το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και τις πιθανές εξελίξεις του, αποτελεί μια κρίσιμη σύνθεση της θεραπείας. Η προσέγγιση αυτή ουσιαστικά περιλαμβάνει γνώσεις για το πώς το άτομο θα διευθετήσει τις δραστηριότητες και τις συμπεριφορές του οι οποίες μπορούν να επιδεινώσουν την ασθένεια. Μια τυπική μέθοδος η οποία μπορεί να μεταδώσει την «πληροφορία» αυτή είναι γνωστή ως γνωσιακή - συμπεριφεριολογική θεραπεία. Η θεραπεία αυτή, «στοχεύει στην εντόπιση και κατόπιν τροποποίηση των υποκειμενικών αιτιάσεων για τη νόσο, καθώς και στις δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων» (Φωτιάδου Α.,1999,σελ149)¹². Επίσης χρησιμοποιείται για να διευκολύνει την ετικέτα των ασθενών και να επιτρέψει την αύξηση των δραστηριοτήτων χωρίς όμως να προκαλείται η αύξηση των συμπτωμάτων. Οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια, περιλαμβάνοντας και το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, μπορεί να επηρεάσει την οικογένεια του ασθενή. Ένα υψηλό όμως επίπεδο εκπαίδευσης της οικογένειας μπορεί να επιτύχει τόσο την επικοινωνία με τον ασθενή όσο και την μείωση της πιθανής επίδρασης του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης στην οικογένεια.

Η δεύτερη κατηγορία όπως προαναφέραμε περιλαμβάνει τη λήψη φαρμάκων ως μέσο θεραπείας του συνδρόμου. Ουσιαστικά η φαρμακολογική θεραπεία αποτελεί άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Επίσης η ευαισθησία η οποία παρουσιάζεται στους ασθενείς κατά την διάρκειας ορισμένων θεραπειών, οφείλεται στη επιρροή που ασκούν οι ίδιες στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Για αυτό το λόγο, η συνηθισμένη θεραπευτική στρατηγική καθοδηγεί το άτομο να ξεκινά με πολύ χαμηλές δόσεις όπου βαθμιαία θα τις αυξάνει όσο χρειάζεται και όσο το ίδιο το άτομο τις ανέχεται. Είναι σημαντικό ο επαγγελματίας να ενημερώσει τον ασθενή ότι σε όλες τις φαρμακευτικές θεραπείες εγκυμονεί ο κίνδυνος για ανάπτυξη αντίθετων επιδράσεων και εκδήλωση νέων συμπτωμάτων. Μερικές από τις πιο ευρέως διαδεδομένες θεραπείες και φάρμακα είναι οι εξής:

- ◆ Αντιφλεγμονώδες φάρμακα: Αυτά τα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ανακουφίσουν το πόνο των ασθενών με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Γενικά είναι ασφαλή φάρμακα αν χρησιμοποιηθούν με την σωστή καθοδήγηση, αλλά μπορούν να επιφέρουν μια πληθώρα αντίθετων επιδράσεων, περιλαμβάνοντας ζημιά στους νεφρούς, γαστρεντερική αιμορραγία, κοιλιακούς πόνους, αναγούλες και εμετούς. Ορισμένοι ασθενείς μπορούν να εξαρτηθούν από αυτά.
- ◆ Χαμηλή δόση αγχολυτικού: Το Tricyclic ως αγχολυτικό μπορεί να εξασφαλίσει στους ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης βελτιωμένο ύπνο και ανακούφιση του πόνου. Οι αποτελεσματικές δόσεις είναι συχνά πιο μειωμένες από αυτές οι οποίες χρησιμοποιούνται για να θεραπεύσουν την κατάθλιψη. Κάποιες αρνητικές αντιδράσεις συμπεριλαμβάνουν: ξηρότητα του στόματος, νύστα, αύξηση βάρους και υπερύψωση της καρδιακής πίεσης.
- ◆ Άλλα αγχολυτικά: Το Newer ως αγχολυτικό χρησιμοποιήθηκε για να θεραπεύσει την κατάθλιψη στους ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, παρόλο που οι μη καταθλιπτικοί ασθενείς λάμβαναν θεραπεία με σεροτονίνη η οποία κρίνεται από τους επαγγελματίες που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας ως καλύτερη θεραπεία. Ένας αριθμός ενάντιων αντιδράσεων, διαφοροποιούμενα από τα ειδικά φάρμακα μπορεί να είναι έμπειρα αλλά έχουν ως αποτέλεσμα: ταραχή, διαταραχή ύπνου και αύξηση της κόπωσης.
- ◆ Διεγερτικά: Η κόπωση από μόνη της δεν αποτελεί μια καλή ένδειξη για θεραπεία των συμπτωμάτων. Οι προσπάθειες για τις αγρυπνίες, έχουν ολοκληρωθεί αλλά τα αποτελέσματα δεν έχουν ακόμα δημοσιευτεί. Σε μια μικρή ομάδα ασθενών με υπερβολικές υπνηλίες, το φάρμακο μείωσε τα συμπτώματα συγκρινόμενο με το εικονικό φάρμακο(placebo). Αυτό το φάρμακο επί του παρόντος είναι ενδεικνυόμενο μόνο για διαγνώσεις με ναρκοληψία και υπερβολική καθημερινή υπνηλία όταν αυτή αποδειχθεί από μελέτες ύπνου.
- ◆ Αντιμικροβιακά: Δεν έχει αναγνωρισθεί μέχρι τώρα μια μολυσματική αιτία για το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, έτσι τα αντιβιοτικά, τα φάρμακα εναντίων των ιών και τα μυκητοκτόνα δεν πρέπει να επιτρέπονται για την θεραπεία του συνδρόμου, εκτός εάν ο ασθενής έχει διαγνωσθεί με παράλληλη μόλυνση. Μια ελεγχόμενη προσπάθεια με φάρμακο ενάντια των ιών, έχει βρεθεί ότι είναι αναποτελεσματική για θεραπεία ασθενών με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.
- ◆ Αντιαλλεργική θεραπεία: Μερικοί ασθενείς με σύνδρομο έχουν προηγούμενα με αλλεργίες και αυτά τα συμπτώματα μπορεί να φλέγονται περιοδικά. Κανένα αντισταμνικό δεν μπορεί να είναι βοηθητικό για ασθενείς με σύνδρομο που παρουσιάζουν παράλληλα και αλλεργίες. Εντούτοις, η αντιαλλεργική θεραπεία δεν έχει δύναμη στη θεραπεία για το σύνδρομο από μόνη της. Μερικές

από τις αρνητικές επιδράσεις τις οποίες εμφανίζει είναι: η νύστα, η κόπωση και οι πονοκεφάλοι.

- ♦ Αντικαταθλιπτικά : Τα αντικαταθλιπτικά χορηγούνται στα άτομα με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης πολύ συχνά, τονίζοντας όμως πάντοτε ο επαγγελματίας που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας και τις πιθανές αρνητικές τους επιδράσεις. Η χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μετά από αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς από τους ειδικούς θα πρέπει να βασιστεί:
 - (α) Στην συνύπαρξη καταθλιπτικής διαταραχής, στο 50% των περιστατικών
 - (β) Στην πιθανή διαταραχή των υποδοχέων 5-HT και άλλων μονοαμινών
 - (γ) Στη διαφαινόμενη από προκλινικές και κλινικές μελέτες επίδραση των αντικαταθλιπτικών στην λειτουργία του HPA-άξονα.

Τα αντικαταθλιπτικά σε μικρή δόση πολλές φορές αποτελούν λύση για βραχεία περίοδο όσον αφορά την ανακούφιση από τον πόνο και την κόπωση. Για αυτές ακριβώς τις ανακουφιστικές δυνατότητες δικαιολογείται η χρήση τους, αφού πιστεύεται ότι η κατάθλιψη αποτελεί συνέπεια του συνδρόμου (με τα χαρακτηριστικά της για ύπνο, πόνο, ενέργεια, διάθεση) και αφού βρέθηκαν ευρήματα για πρόσφατη σεροτονινεργική δυσλειτουργία στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (Φωτιάδου Α., 1999, σελ 154)¹².

- ♦ Ηλεκτροεγκεφαλογραφική βιοεπανατροφοδότηση ή βιοανάδραση: Η ηλεκτροεγκεφαλογραφική βιοανάδραση περιγράφεται ως μια δυνητική μέθοδος διάγνωσης αλλά και θεραπείας των συμπτωμάτων του συνδρόμου. Ουσιαστικά ο χειρισμός της σκοπεύει ιδιαίτερα στη βελτίωση του γνωστικού επιπέδου του ασθενούς μέσω της κλίμακας Wechsler. Οι διάφορες μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν μέχρι στιγμής για την κατανόηση και την καταγραφή των αποτελεσμάτων που είχε η μέθοδος αυτή, υπέδειξαν σχετική βελτίωση στις γνωστικές ικανότητες καθώς και στο επίπεδο λειτουργικής δεξιότητας.

Η επιλογή της θεραπείας την οποία θα ακολουθήσει ο ασθενής για την βελτίωση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής-συναισθηματικής του υγείας, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική και καθοριστική. Για αυτήν την επιλογή όπως προαναφέραμε τον πιο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η σχέση που θα δημιουργήσει ο ασθενής με τον επαγγελματία, μια σχέση ειλικρίνειας και κοινής προσπάθειας. Ο επαγγελματίας οφείλει να έχει πλήρη εικόνα του ασθενή, δηλαδή μια πλήρη αξιολόγηση για να επιλέξει ένα ιδανικό πρόγραμμα θεραπείας προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ατόμου. Όπως έχουμε αντιληφθεί με τις παραπάνω αναφορές στις θεραπείες, δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη που ακολουθείται για τους ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Αυτό βέβαια οφείλεται στην άγνωστη αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου, η οποία δεν δίνει τη δυνατότητα στους ειδικούς να δουλεύουν με καθορισμένες και ασφαλείς σε επιδράσεις θεραπείες.

Κεφάλαιο 10

MARTYRIΕΣ

Το εργασιακό στρες στους χειρουργούς

Του ΔΙΟΝΥΣΙΟΥ Σ. ΜΠΟΤΣΕΑ*

Είναι γνωστό από τη Φυσιολογία, την επιστήμη που μελετά τη λειτουργία των ζώντων οργανισμών, ότι όταν ο άνθρωπος αντιμετωπίζει έναν κίνδυνο, μια απειλή ή έναν εχθρό, όπως ένα άγριο θηρίο (π.χ. ένα λιοντάρι), αντιδρά με αμυντικούς μηχανισμούς που εκδηλώνονται με άνοδο της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, ωχρότητα λόγω αγγειοσύσπασης κ.λπ. Οι μηχανισμοί αυτοί σχετίζονται με την αυξημένη έκκριση από τα επινεφρίδια (αδένες που βρίσκονται πάνω από τα νεφρά) μιας ορμόνης, η οποία ονομάζεται αδρεναλίνη.

Κάτι παρόμοιο συμβαίνει και στο χειρουργό, ο οποίος αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση, όπως με έναν τραυματία από τροχαίο ατύχημα, ο οποίος μπορεί να έχει ανοικτά τραύματα τα οποία χρειάζεται να πλυθούν και να συρραφούν επειγόντως, ενώ συγχρόνως πρέπει να εκτιμηθεί η συνυπάρχουσα κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η οποία μπορεί να υποκρύπτει ένα υποσκληρίδιο αιμάτωμα μέσα στο κρανίο, το οποίο, εάν υπάρχει, θα χρειαστεί να αφαιρεθεί με επέμβαση μέσα στο κρανίο. Συγχρόνως, ο ασθενής, ο οποίος παρουσιάζει και ευαισθησία όταν ψηλαφάται η αριστερή μεριά της κοιλιάς του, πιθανόν να πάσχει και από ρήξη σπλήνας, πράγμα που σημαίνει ότι χρειάζεται να γίνουν επειγόντως εργαστηριακές, μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις, παρακέντηση κοιλιάς κ.λπ. Επίσης, είναι επείγουσα ανάγκη να ενεργοποιηθούν οι συγγενείς ώστε κάποιοι να δώσουν αίμα ώστε, εφόσον χρειαστεί επέμβαση, να αντισταθμιστεί η απώλεια αίματος. Συγχρόνως, οι συγγενείς μπορεί να μην είναι δυνατόν να βρεθούν εύκολα ή όταν βρεθούν να δυσκολεύονται ν' αποφασίσουν.

Το χειρουργείο, εν τω μεταξύ, μπορεί να είναι πολύ φορτωμένο με προγραμματισμένες περιπτώσεις και να υπάρχει μεγάλη δυσκολία στο να βρεθεί άδεια αίθουσα για να χειρουργηθεί ο ασθενής, ενώ την ίδια στιγμή οι συγγενείς του ασθενούς μπορεί να είναι άκρως απαιτητικοί ή και επιθετικοί διότι ο χειρουργός δεν έχει ακόμη χειρουργήσει το συγγενή τους, ο οποίος κινδυνεύει από απώλεια αίματος, που είναι δυνατόν να προκαλέσει υπόταση και νεφρική ανεπάρκεια.

Με όλες αυτές τις πιέσεις, τα εμπόδια, τις δυσκολίες και τις απειλές, ο χειρουργός βρίσκεται σε μεγάλη υπέρταση και στρες. Τα επινεφρίδιά του εκκρίνουν αδρεναλίνη περισσότερο από ό,τι συνήθως, η πίεσή του ανεβαίνει, οι καρδιακοί παλμοί αυξάνονται, το πρόσωπό του είναι ωχρό λόγω σύσπασης των μικρών αγγείων και οι κόρες των ματιών του διαστέλλονται.

Κατά τη διάρκεια των 35 ετών της σταδιοδρομίας μου ως χειρουργού καθώς και κατά τα χρόνια της εκπαίδευσής μου σε διάφορα νοσοκομεία

των ΗΠΑ και της χώρας μας, έχω παρατηρήσει ενδιαφέρουσες αντιδράσεις αρκετών συναδέλφων χειρουργών σε καταστάσεις υπερέντασης ή στρες κατά την άσκηση της χειρουργικής.

Παρακάτω, αναφέρω μερικές απ' αυτές:

1. Ορισμένοι χειρουργοί, παρά την υπερένταση που αντιμετωπίζουν, κατορθώνουν και δαμάζουν την ανησυχία ή την αγωνία τους με εκπληκτικό τρόπο. Μπορεί να μιλούν σιγά ή απλώς ψιθυριστά λέγοντας τις σκέψεις και οδηγίες τους προς τους βοηθούς τους. Με τον ίδιο ήπιο τρόπο δίνουν τις εντολές τους στην εργαλειοδότρια και στην αδελφή γύρας.

2. Άλλοι χειρουργοί παρουσιάζουν έντονη επίδρωση, ώστε να χρειάζεται η αδελφή της γύρας να τους σπογγίζει περιοδικώς το μέτωπο για να μη στάζει ο ιδρώτας στο χειρουργικό πεδίο. Είναι φανερό ότι και αυτοί οι χειρουργοί αισθάνονται έντονη ψυχολογική υπερένταση, την οποία είναι δύσκολο να κατανοήσουν οι ασθενείς τους και ιδίως οι συγγενείς των ασθενών, οι οποίοι χειρουργούνται. Όσο και αν είναι σπάνιο, έχω δει χειρουργό, ο οποίος ετοιμαζόταν να χειρουργήσει κάποιον ασθενή, να λιποθυμάει και παρά όλες τις προσπάθειες των συναδέλφων του να τον αναζωογονήσουν, να «ξεψυχάει» στην αίθουσα ανανήψεως του χειρουργείου.

3. Ορισμένοι χειρουργοί, όταν αντιμετωπίζουν μια σημαντική δυσκολία, δεν διστάζουν να συγκαλέσουν ακόμη και έκτακτο συμβούλιο ή και να ζητούν τη συμπαράσταση κάποιου συναδέλφου, τον οποίον εκτιμούν ιδιαίτερος, ή κάποιου που να έχει πιο μεγάλη πείρα στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ασθενής.

Και μόνο η συζήτηση του θέματος με κάποιο πεπειραμένο συνάδελφο, συχνά μπορεί να δώσει τη λύση του προβλήματος.

4. Υπάρχουν και βίαιοι χειρουργοί, οι οποίοι όταν βρεθούν σε μεγάλη δυσκολία κατά τη διάρκεια μιας εγχείρησης μπορεί να ξεσπάσουν πετώντας κάποιο εργαλείο στο δάπεδο του χειρουργείου ή φωνάζοντας έντονα προς τους συνεργάτες τους ή χτυπώντας τα πόδια τους στο δάπεδο του χειρουργείου με εμφανή θυμό, ιδίως αν ο βοηθός δεν κάνει άμεμπτα τη δουλειά του ώστε να είναι ορατό καλά το χειρουργικό πεδίο ή η εργαλειοδότης δεν βρίσκει κάποιο εργαλείο που είναι αναγκαίο για την επέμβαση.

Μου έχει μείνει αξέχαστος ένας πλαστικός χειρουργός στο Νοσοκομείο Παιδών της Πολιτείας Seattle Ουάσιγκτον των ΗΠΑ, ο οποίος χειρουργούσε σχετικά ήπια και ακούοντας μουσική από ραδιόφωνο, αλλά τη στιγμή που τελείωνε την εγχείρηση έβαζε μια κραυγή τόσο δυνατή ώστε να ακουστεί στην άλλη άκρη του ορόφου των χειρουργείων, όπου ήταν το γραφείο της προϊσταμένης. Η κραυγή αυτή θύμιζε την κραυγή του—Ταρζάν και αποτελούνταν από μία λέξη, η οποία πιθανώς εκτόνωνε την υπερένταση που είχε περάσει. Η κραυγή αυτή ήταν— «Καφέεε», «Προϊσταμένη—. καφέεεε—». Συνήθως, μας έκανε όλους να γελάμε.

5. Εντύπωση προκαλούσε επίσης ένας καρδιοχειρουργός παιδών του ίδιου νοσοκομείου, ο οποίος σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης εξηγούσε με κάθε λεπτομέρεια και έδειχνε τα ευρήματα της περιπτώσεως που χειρουργούσε, διδάσκοντας τους παρισταμένους και συγχρόνως εκτονώνοντας την υπερένταση, η οποία πιθανώς τον κατείχε, με αυτό τον ακαδημαϊκό τρόπο.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν και σπάνιες περιπτώσεις όπου σε ένα έκτακτο επείγον χειρουργείο, το οποίο γίνεται με την ένδειξη π.χ. οξείας κοιλίας, τα ευρήματα μπορεί να είναι τόσο σπάνια ώστε και όλη τη βιβλιογραφία να ψάξει κανείς να υπάρχουν ελάχιστες τέτοιες περιπτώσεις. Κάτι τέτοιο μπορεί να δημιουργήσει επιπρόσθετη από τη συνήθη υπερένταση στο χειρουργό και τους συνεργάτες του. Μου μένει αξέχαστη η περίπτωση ενός ασθενούς ο οποίος χρειάστηκε να χειρουργηθεί εκτάκτως μέσα στη νύκτα για εντερική απόφραξη. Το ασυνήθιστο και σπάνιο εύρημα ήταν ότι ένα μικρό τμήμα εντέρου του έμοιαζε με κόμπο. Επειτα από επισταμένη έρευνα βρέθηκε ότι όλο το λεπτό έντερο ήταν μέσα σε ένα σάκο από μεσόκολο πίσω από το στομάχι και το παχύ έντερο. Υστερα από μεγάλη προσπάθεια έγινε δυνατό να ενταχθεί το λεπτό έντερο στο κοίτος της κοιλίας και να κλειστεί το άνοιγμα στο μεσόκολο. Ο ασθενής επέζησε. Η περίπτωση αυτή δημοσιεύτηκε σε ιατρικό περιοδικό μαζί με μία άλλη παρόμοια περίπτωση που μας έτυχε μετά πολλά χρόνια.

6. Τέλος, υπάρχουν και οι χειρουργοί οι οποίοι για να ηρεμούν οι ίδιοι και οι συνεργάτες τους, ζητούν από τη προϊσταμένη του χειρουργείου ή τον αναισθησιολόγο να ανοίξει ένα μικρό ραδιόφωνο ώστε ν' ακούγεται ήπια κλασική μουσική ή ακόμη και βυζαντινή ψαλμωδία. Γνωστός μάλιστα χειρουργός των Αθηνών δεν διστάζει να ψέλνει και ο ίδιος, και κάποιος άλλος λέει το «Κύριε ελέησον». Είναι ενδιαφέρον να βλέπει κανείς πώς ηρεμούν οι πάντες και πώς εκτονώνεται η υπερένταση. Τα αντίθετα αποτελέσματα μπορεί να προκαλέσει η θορυβώδης μουσική. Διάσημος καρδιοχειρουργός των Αθηνών χειρουργούσε έναν ασθενή με στένωση των στεφανιαίων αρτηριών κάνοντας μια παρακαμπτήριο επέμβαση χρησιμοποιώντας τη λεγόμενη μαζική αρτηρία (by pass).

Το γεγονός ότι η ορμόνη αδρεναλίνη αναφέρεται ότι μεταβολίζεται σύντομα από τον οργανισμό ίσως εξηγεί γιατί όσοι αντιστέκονται στην τάση που δημιουργείται κατά την υπερένταση να ξεσπάσουν με φωνές και βίαιη συμπεριφορά, γρήγορα ξεπερνούν τη δυσκολία πιο άνετα. Εάν επρόκειτο να χειρουργηθώ θα προτιμούσα να με χειρουργούσε ιατρός της ομάδας 1 ή 6, που διακρίνονται από ήπιο χαρακτήρα και σεβασμό προς το συνάνθρωπο και τον πάσχοντα. Με την πείρα και την υπομονετική προσπάθεια, οι πιο πολλοί χειρουργοί δαμάζουν την υπερένταση που τους προκαλεί η αγωνία τους για την τύχη του ασθενούς. Μερικοί βρίσκουν διέξοδο στα ευρήματα και το ιστορικό της περιπτώσεως ή με άλλες μεθόδους, όπως σιγανή μουσική ή ακόμη και ψαλμωδίες της βυζαντινής μας παράδοσης.

*Ο ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ Σ. ΜΠΟΤΣΕΑΣ είναι ιατρός χειρουργός στη Γενική Κλινική Αθηνών & ΔΘΚ Υγεία.

Κεφάλαιο 11

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δεύτερο μέρος της Πτυχιακής μας εργασίας περιλαμβάνει την διεξαγωγή της έρευνας. Όπως διαπιστώνεται και στον τίτλο μας θέλαμε να ερευνήσουμε την επαγγελματική κόπωση των εργαζομένων στις Ογκολογικές κλινικές και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Η πραγματοποίηση της έρευνας μας διεξάχθηκε με ερωτηματολόγιο που διαμορφώσαμε με βάση την θεωρία μας, και τα στοιχεία μας τα αναλύσαμε μέσω ενός προγράμματος του υπολογιστή το SPSS. Για την σωστή πραγματοποίηση της έρευνας ακολουθήσαμε τα παρακάτω στάδια:

1) Προσδιορισμός του αντικειμένου της έρευνας.

Στην περίπτωση της έρευνας μας η οποία αποσκοπούσε στην διερεύνηση των απόψεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης στις Ογκολογικές κλινικές και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η., καταλήξαμε να μελετήσουμε τις παρακάτω κλινικές. Η επιλογή μας για να διερευνήσουμε το φαινόμενο της επαγγελματικής κόπωσης προέκυψε από το γεγονός της πραγματοποίησης της Πρακτικής μας Άσκησης στον χώρο του νοσοκομείου. Παρατηρήσαμε την ψυχολογική φόρτιση που βιώνουν καθημερινά οι επαγγελματίες υγείας και θελήσαμε να την ερευνήσουμε. Για την πραγματοποίηση του σκοπού μας αυτού επισκεφτήκαμε όλες τις κλινικές και συναντήσαμε τις προϊσταμένες των κλινικών και ζητήσαμε να καταγράψουμε τον πληθυσμό που εργάζεται στις κλινικές αυτές. Επιλέξαμε τις παρακάτω κλινικές και βρήκαμε ότι στην Παθολογική Ογκολογική κλινική εργάζονται 16 νοσηλεύτες, 10 ιατροί και 4 άτομα διοικητικό προσωπικό, στο τμήμα Χημειοθεραπείας εργάζονται 6 νοσηλεύτες και 2 ιατροί, στο τμήμα Ακτινοθεραπείας εργάζονται 4 ιατροί 1 νοσηλεύτης και 1 άτομο του διοικητικού προσωπικού, στην Παιδιατρική κλινική Αιματολογίας Ογκολογίας εργάζονται 13 νοσηλεύτες 6 ιατρούς και 2 άτομα διοικητικού προσωπικού, στην Χειρουργική Ογκολογική κλινική εργάζονται 21 νοσηλεύτες 12 ιατροί και 2 άτομα διοικητικό προσωπικό, στην Μονάδα Νεφρού και στην Περιτοναϊκή Σ.Φ.Π.Κ. εργάζονται 14 νοσηλεύτες, 8 ιατροί και 2 άτομα διοικητικό προσωπικό., στην Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιάς εργάζονται 16 νοσηλεύτες και 3 ιατρούς, στην Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Ενηλίκων εργάζονται 15 νοσηλεύτες 3 ιατροί και 1 άτομο του διοικητικού προσωπικού και τέλος στην Μονάδα Εντατικής Παίδων εργάζονται 12 νοσηλεύτες και 4 ιατρούς.

Βέβαια είχαμε εκ των υστέρων διαπιστώσει πως σε κάποιες κλινικές κάποια άτομα υπολογίστηκαν δύο φορές, ή αναφέρθηκαν παραπάνω άτομα. Για παράδειγμα στην Χειρουργική Ογκολογική κλινική αρχικά υπολογίσαμε άτομα που εργάζονταν και στην Νευροχειρουργική κλινική η οποίες συστεγαζόταν κατά το διάστημα που

πραγματοποιήσαμε την καταμέτρηση των εργαζομένων, ενώ κατά την διάρκεια της έρευνας μας διαχωρίστηκαν σε δυο ανεξάρτητους χώρους.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας μας εντός των κλινικών, χρειάστηκε να υποβάλουμε ανάλογη αίτηση προς το Συμβούλιο Διοίκησης του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου, όπου αναφέραμε το θέμα της Πτυχιακής μας Εργασίας με τον αριθμό Πρωτοκόλλου από την σχολή μας καθώς και την βεβαίωση της εκπόνησης του θέματος μας. Σκοπός της αίτησης αυτής ήταν για να μας χορηγηθεί η ανάλογη άδεια από το Συμβούλιο Διοίκησης ώστε να μπορέσουμε να διεκπεραιώσουμε την άδεια μας χωρίς προβλήματα.

2) Επιλογή των υλικών μέσων που θα διατεθούν στην έρευνα.

Ο χρόνος το χρήμα και το προσωπικό είναι μερικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη σε μεγάλες έρευνες με ερωτηματολόγιο. Στην δική μας περίπτωση δεν είχαμε να αντιμετωπίσουμε τέτοιου είδους προβλήματα αφού το δείγμα μας δεν απαιτούσε μεγάλη έκταση αλλά ήταν σε φυσιολογικά πλαίσια. Εμείς αφού ολοκληρώσαμε και εκτυπώσαμε τα ερωτηματολόγια μας, με την ανάλογη έγκριση στο «χέρι» από το Συμβούλιο Διοίκησης, τότε διαθέσαμε επτά ημέρες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Αρχικά προσεγγίσαμε την προϊστάμενη ώστε να ενημερωθεί για την έναρξη της έρευνας μας και να πάρουμε την ανάλογη άδεια για ελεύθερη διακίνηση μέσα στην κλινική, καθώς και το δικαίωμα να προσεγγίσουμε τους επαγγελματίες προσωπικά. Σε κάθε κλινική δείχναμε την άδεια μας και την αφήναμε στο γραφείο της προϊσταμένης για να ενημερώνονται όλοι οι εργαζόμενοι. Ακολούθως ενημερώναμε προσωπικά τον κάθε επαγγελματία που συναντούσαμε ώστε να ενημερώνονται πιο υπεύθυνα και άμεσα.

Καθημερινά πηγαίναμε στο νοσοκομείο από τις 8:00π.μ. μέχρι και τις 3:30μ.μ. με σκοπό να καλύπτουμε καθημερινά δύο βάρδιες μοιράζοντας τα ερωτηματολόγια. Ο κάθε επαγγελματίας συμπλήρωνε μόνος του το ερωτηματολόγιο, ώστε να διαθέσει τον ανάλογο χρόνο που χρειαζόταν και να απαντήσει στις ερωτήσεις με ειλικρίνεια, χωρίς κανένα επηρεασμό από την δική μας παρουσία. Στην συνέχεια περνούσαμε καθημερινά και μαζεύαμε τα έτοιμα ερωτηματολόγια.

3) Προηγούμενες έρευνες.

Προσπαθήσαμε να ψάξουμε για προηγούμενες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο Τ.Ε.Ι. μας για το συγκεκριμένο θέμα αλλά παρατηρήσαμε πως δεν έχει ξανά μελετηθεί το φαινόμενο τη επαγγελματικής κόπωσης γενικότερα από άλλους φοιτητές στην σχολή μας. Γενικότερα επίσης στην Ελλάδα δυσκολευτήκαμε πάρα πολύ για να εντοπίσουμε βιβλιογραφικές πηγές και μερικά άρθρα που εντοπίσαμε βασίζονταν σε ξένη βιβλιογραφία. Ψάξαμε πάρα πολύ από το διαδίκτυο (internet) και βρήκαμε πάρα πολλές πληροφορίες οι οποίες βασίζονταν σε έρευνες του εξωτερικού. Όσον αφορά την

ελληνική βιβλιογραφία παρατηρήσαμε ότι είναι πάρα πολύ περιορισμένη αφού σε πάρα πολλές περιπτώσεις το φαινόμενο της επαγγελματικής κόπωσης το συμπεριλάμβαναν σε βιβλιογραφία με γενικότερο θέμα, κυρίως του άγχους.

4) Καθορισμός του αντικειμενικού σκοπού της έρευνας και των υποθέσεων εργασίας.

Ο σκοπός της έρευνάς μας ο οποίος όπως αναφέραμε είναι: η διερεύνηση των απόψεων του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού των Ογκολογικών κλινικών και Μονάδων Εντατικής Θεραπείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η. όσον αφορά την ύπαρξη του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης των επιπτώσεων και επιδράσεων που προκύπτουν από την εκδήλωση του φαινομένου σε διάφορα επίπεδα της ζωής του επαγγελματία (προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό) καθώς επίσης και τα αίτια που προκαλούν την εμφάνιση της επαγγελματική κόπωσης και τους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης της.

Για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού διατυπώσαμε τις παρακάτω υποθέσεις εργασίας που θα μας επιτρέψουν να διατυπώσουμε σαφείς ερωτήσεις, οι οποίες θα ανταποκρίνονται στους σκοπούς της έρευνας μας. Οι ερωτήσεις οι οποίες διατυπώσαμε πριν την διεξαγωγή της έρευνας μας ήταν το μέσο που χρησιμοποιήσαμε για να επιβεβαιώσουμε ή να διαψεύσουμε τις παρακάτω υποθέσεις εργασίας:

H.1. Η επαγγελματική κόπωση διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο.

H.2. Τα αυξημένα χρόνια υπηρεσίας επηρεάζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

H.3. Οι επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των εργαζομένων επηρεάζονται από την επαγγελματική κόπωση.

H.4. Η ηλικία του νοσηλευόμενου προκαλεί αυξημένη συναισθηματική πίεση στον επαγγελματία.

H.5. Το στάδιο ασθένειας του νοσηλευόμενου προκαλεί αυξημένη συναισθηματική πίεση στον επαγγελματία.

H.6. Η επαγγελματική κόπωση διαφοροποιείται ανάλογα με την ειδικότητα του επαγγελματία.

Στην πορεία της έρευνας αποφασίσαμε να τροποποιήσουμε τις υποθέσεις H.4 και H.5 ως εξής:

H.4) Η τροποποίηση της διάθεσης του επαγγελματία σε σχέση με την ηλικία του ασθενή διαφοροποιείται από την ηλικία του ίδιου.

H.5) Η τροποποίηση της διάθεσης του επαγγελματία σε σχέση με το στάδιο διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο.

5) Σύνταξη του ερωτηματολογίου

Μετά από προσεκτική μελέτη της θεωρίας μας κατασκευάσαμε ένα ερωτηματολόγιο που πιστεύαμε πως κάλυπτε την θεωρία την οποία επιθυμούσαμε να διερευνήσουμε. Το διορθώσαμε πάρα πολλές φορές και το τροποποιήσαμε μέχρι να ανταποκρίνεται στις ανάγκες μας. Όπως γνωρίζουμε και από την θεωρία μας υπάρχουν πολλά είδη ερωτήσεων οι οποίες αποσκοπούν σε διαφορετικό σκοπό. Το κάθε είδος σίγουρα μας δίνει την δυνατότητα να συλλέξουμε διαφορετικού τύπου απαντήσεις και με διαφορετικό τρόπο.

Αρχικά το ερωτηματολόγιο που φτιάξαμε προσπαθήσαμε να το χωρίσουμε σε ενότητες ώστε να προσδιορίζεται το περιεχόμενο του και να είναι πιο εύκολη και ξεκάθαρη η επιλογή των ερωτήσεων. Φτιάξαμε διάφορων ειδών ερωτήσεις ώστε να καλύψουμε αυτά που θέλαμε να διερευνήσουμε. Προσπαθήσαμε οι ερωτήσεις μας να διαμορφώνονται όσο το δυνατό πιο ξεκάθαρα αφού το ερωτηματολόγιο θα το απαντούσε ο κάθε επαγγελματίας μόνος του.

Οι πρώτες ερωτήσεις που τοποθετήσαμε στο ερωτηματολόγιο μας είναι «κλειστές ερωτήσεις» όπου καθορίζονται από πριν οι απαντήσεις και ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει από αυτές. Χρησιμοποιήσαμε τις ερωτήσεις αυτές για να συγκεντρώσουμε ορισμένες κατηγορίες πληροφοριών και αντικειμενικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων που επιτρέπουν την διάκριση μεταξύ τους (π.χ. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 18, 21, 22, 25, 28). Χρησιμοποιήσαμε επίσης «ερωτήσεις φίλτρου» όπου είναι επίσης κλειστές ερωτήσεις αλλά με μεταγενέστερες απαντήσεις.(π.χ.19-20α., 23-24, 26-26α., 27-27α.). Με τις «ανοιχτές ερωτήσεις» ο ερωτώμενος είναι ελεύθερος να απαντήσει ότι αυτός πιστεύει.(π.χ.29). Με τις « ερωτήσεις ημι-ανοιχτές ή ημι-κλειστές – cafeteria», προβλέπονται οι κυριότερες πιθανές ερωτήσεις σε μια κλειστή ερώτηση, αλλά αφήνεται εξίσου το περιθώριο να προσθέσει ο ερωτούμενος από μόνος του και άλλες.(π.χ.3, 10,). Τέλος χρησιμοποιήσαμε «ερωτήσεις με τακτικές κλίμακες» οι οποίες επιτρέπουν μια ταξινόμηση επιλογών. Παρατάξαμε διάφορες προτάσεις την μια κάτω από την άλλη, και ζητούσαμε την τοποθέτηση του ερωτώμενου.

6) Ανάλυση πινάκων.

Με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ακολουθήσαμε την διαδικασία της κωδικοποίησης. Κωδικοποιήσαμε μια προς μια τις πιθανές απαντήσεις ώστε να μπορέσουμε στην συνέχεια να καταχωρήσουμε τα δεδομένα μας σε πρόγραμμα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Χρησιμοποιήσαμε το SPSS το οποίο βοηθά κάθε ερευνητή να αναλύσει μια έρευνα. Αποτελεί το σημαντικότερο εργαλείο για τον ερευνητή αφού μπορεί κάποιος να το χρησιμοποιήσει και να διαπιστώσει αν οι υποθέσεις εργασίας του διαψεύδονται ή επιβεβαιώνονται.

Υπάρχουν δύο είδη έλεγχοι υποθέσεων. Τα παραμετρικά test και τα μη παραμετρικά test. Για να χρησιμοποιηθεί ένα παραμετρικό test τα δεδομένα πρέπει να ακολουθούν «κανονική κατανομή». Εάν δεν ακολουθείται κανονική κατανομή και χρησιμοποιηθεί παραμετρικό test τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να φτάσουμε σε λάθος συμπεράσματα. Με άλλα λόγια για να αποφύγουμε τέτοιου είδους λάθη χρησιμοποιούμε τα μη παραμετρικά test. Υπάρχουν πολλά είδη παραμετρικών test και ένα είδος παραμετρικού test που θα χρησιμοποιήσουμε εμείς στην ανάλυση των στοιχείων μας, είναι το Chi-Square test. Ο λόγος που χρησιμοποιήσαμε το Chi-Square test είναι επειδή με τον συσχετισμό των ερωτήσεων που θα εξετάσουμε φαίνεται εύκολα αν υπάρχει σημαντικότητα και κατά συνέπεια αν η υπόθεση μας επιβεβαιώνεται ή διαψεύδεται. Με τον συσχετισμό ερωτήσεων φαίνεται η μονάδα P στον πίνακα του Chi-Square test. Εάν το αποτέλεσμα που θα προκύψει δείχνει ότι $P > 0.05$ τότε το συμπέρασμα της υπόθεσης που προκύπτει είναι πως η μεταβλητή α με την μεταβλητή β οι οποίες συσχετίζονται δείχνουν ότι απορρίπτονται. Δεν αποτελούν μια στατιστικά σημαντική διαφορά. Στην προκειμένη περίπτωση αν υπάρχει υπόθεση εργασίας με τα αποτελέσματα αυτά θα διαψευστεί. Αντίθετα στην περίπτωση όπου $P < 0.05$ τότε οι μεταβλητές συσχετίζονται και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική. Σε αυτήν την περίπτωση αν υπάρχει υπόθεση εργασίας θα επιβεβαιωθεί.

Αρχικά επεξεργαστήκαμε τις υποθέσεις εργασίας μας αναλύοντας τις σχετικές ερωτήσεις με σκοπό την διάψευση ή την επιβεβαίωση τους. Στην συνέχεια αποφασίσαμε να προβούμε στην ανάλυση κάποιων μεμονωμένων ερωτήσεων οι οποίες κατά την γνώμη μας είχαν την δυνατότητα από μόνες τους να εξασφαλίσουν κάποια προσωπικά στοιχεία του πληθυσμού μας ή να περιγράψουν κάποιες στάσεις του. Επίσης επιλέξαμε ερωτήσεις οι οποίες ο συσχετισμός τους, προκαλούσε το ενδιαφέρον για μελέτη. Μερικοί από αυτούς τους συσχετισμούς, αναφέρονται και σε ξένες μελέτες, έχοντας εμείς έτσι την ευκαιρία να συγκρίνουμε τα δικά μας αποτελέσματα.

Τα δικά μας αποτελέσματα παρατίθενται κάτω από κάθε υπόθεση εργασίας καθώς και από κάθε συσχετισμό ερωτήσεων ώστε άμεσα να φαίνονται και τα αποτελέσματα από τους πίνακες. Όσον αφορά τις υποθέσεις εργασίας τις παρακολούθησαμε μια προς μια προσεκτικά και τις αναλύσαμε όλες. Όσον όμως αφορά τους υπόλοιπους συσχετισμούς ερωτήσεων θα διαπιστωθεί παρακάτω ότι σε μερικές περιπτώσεις δεν υπάρχουν σχόλια και ιστογράμματα, και αυτό για τον λόγο ότι ο συσχετισμός δεν αποτελούσε επίπεδο σημαντικότητας. Επίσης σε περιπτώσεις συσχετισμών με στατιστικά σημαντικές μεταβλητές φτιάχναμε και ιστογράμματα ώστε να φαίνονται και οπτικά τα αποτελέσματα.

7) Εκτίμηση δυσκολιών κατά την πραγματοποίηση της έρευνας.

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας μας το σημαντικότερο πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίσαμε ήταν η άρνηση ενός μεγάλου ποσοστού στο

σύνολο των εργαζομένων να συμμετάσχουν σε αυτήν. Η άρνηση τους προερχόταν από την καθημερινή πίεση και ένταση την οποία βίωναν στον χώρο εργασίας. Πολλοί επαγγελματίες επίσης δεν μας έδιναν καν το δικαίωμα να τους ενημερώσουμε για το θέμα της έρευνας μας.

11.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ:(Οι συγκεκριμένες αναλύσεις παρουσιάζονται σε μετέπειτα παραρτήματα)

11.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΟΙΧΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ:

20 α. Με ποίο τρόπο το επάγγελμα επηρέασε την οικογενειακή και κοινωνική ζωή.

- Περιορισμένο ελεύθερο χρόνο 25
- Δυσκολία συχνών επαφών με οικογένεια 21
- Περιορισμένος χρόνος με φίλους 14
- Ψυχολογική φόρτιση 13
- Σωματική κούραση 12
- Πολλά νεύρα 9
- Άγχος 6
- Έλλειψη διάθεσης 5
- Ευαισθησία – υπερπροστασία 5
- Ζουν μακριά από την οικογένεια 5
- Δυσκολεύονται να αντεπεξέλθουν σε δύσκολες καταστάσεις 4
- Περιορισμένες εκδρομές με την οικογένεια 4
- Συζητήσεις στην παρέα που αφορούν την δουλειά τους προκαλώντας δυσανασχέτηση στους γύρω 3
- Περιορισμένος χρόνος για χόμπυ 3
- Προσαρμόζουν την ζωή της οικογένειας ανάλογα με το ωράριο εργασίας 3
- Περιορισμένη ψυχαγωγία 2
- Παραμέληση του εαυτού του 2
- Απαράδεκτη συμπεριφορά στα παιδιά του 2
- Κατάθλιψη και μελαγχολία 1

26 α. Αν ναι, ποία μορφή πιστεύετε ότι έχει αυτή η στήριξη:

- Στήριξη μεταξύ εργαζομένων 10
- Καλή συνεργασία 6
- Κατανόηση κοινών προβλημάτων 6
- Διαρκή συζήτηση 5
- Συναδελφική αλληλεγγύη

27 α. Ποια κίνητρα δίνει το νοσοκομείο για συναισθηματική αποφόρτιση:

Δεν δόθηκε καμιά απάντηση αφού κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε θετικά

29. Δώστε μας δικές σας προτάσεις για προγράμματα που θα θέλατε να εφαρμοστούν στο χώρο που εργάζεστε:

- Ομάδες στήριξης- συζήτησης 22
- Ειδικό ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό 14
- Ψυχολογική στήριξη 8
- Αύξηση προσωπικού 6
- Ευκαιρίες για ψυχαγωγικές εκδηλώσεις εκτός χώρου εργασίας 6
- Ενημέρωση και εκπαίδευση στο χώρο εργασίας 6
- Σεμινάρια 4
- Συναισθηματική στήριξη 3
- Δημιουργία νοσηλευτικών ομάδων από διάφορες κλινικές με συζητήσεις για την εργασία 3
- Συζητήσεις με ψυχολόγους για τους τρόπους συμπεριφοράς απέναντι στα παιδιά και γονείς 2
- Συστηματικές συναντήσεις με προϊσταμένους για λύση προβλημάτων 1
- Περισσότερες άδειες 1
- Καλύτερη αντιμετώπιση εργαζομένων 1
- Καταγραφή και επίλυση προβλημάτων 1
- Αυξημένες αποδοχές και οικονομικά κίνητρα 1
- Κίνητρα για ανάπτυξη φιλικών σχέσεων 1
- Μείωση ωραρίου 1
- Διάθεση χώρων εργασίας 1

ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Crosstabs H1 (Α1ΦΥΛΟ*G.23 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A1FYLO * G.23	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

A1FYLO * G.23 Crosstabulation

Count		G.23		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	12	13	25
	gynaika	50	27	77
Total		62	40	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,271 ^b	1	,132		
Continuity Correction ^a	1,616	1	,204		
Likelihood Ratio	2,234	1	,135		
Fisher's Exact Test				,160	,102
Linear-by-Linear Association	2,248	1	,134		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,80.

Means

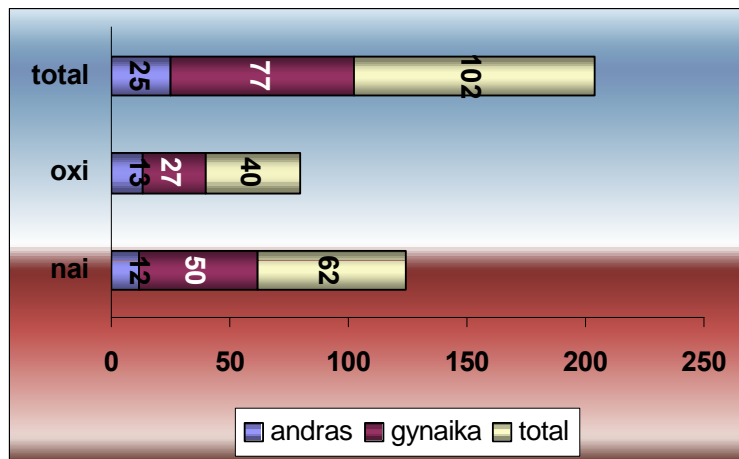
Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A1FYLO * G.23	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Report

A1FYLO			
G.23	Mean	N	Std. Deviation
nai	1,8065	62	,3983
oxi	1,6750	40	,4743
Total	1,7549	102	,4323

Για την πρώτη υπόθεση εργασίας μας η οποία είναι «η επαγγελματική κόπωση διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο», έχουμε κάνει τον συσχετισμό της ερώτησης του φύλου μαζί με αυτή της ύπαρξης για επαγγελματική κόπωση (AlFylo*G.23). Από τον παραπάνω πίνακα του **Chi-Square Tests** του **Crosstabs** αποδεικνύεται ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα αφού το ποσοστό **0.132 > 0.05**. Το αποτέλεσμα αυτό σημαίνει ότι απορρίπτουμε την υπόθεση μας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι το φύλο δεν σχετίζεται με την εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης. Η διαπίστωση αυτή μπορεί επίσης να γίνει ταυτόχρονα και από τον πίνακα του **Report** στο **Means**. Συγκεκριμένα ο πίνακας αυτός παρουσιάζει μέσο όρο των δύο μεταβλητών **1.8065** και **1.6750** γεγονός που αποδεικνύει την μη ύπαρξη σημαντικής στατιστικής διαφοράς.



Όπως παρατηρείται στο ιστόγραμμα, 13 άντρες και 27 γυναίκες απάντησαν ότι δεν εκδηλώνουν επαγγελματική κόπωση. Αντίθετα 12 άντρες και 50 γυναίκες απάντησαν ότι νιώθουν επαγγελματική κόπωση.

Crosstabs H2

(C8XRONIA EPΓAΣIAS*D.17.C.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΔΥΝΑΜΟΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
C8XR.ERG * D.17.C	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

C8XR.ERG * D.17.C Crosstabulation

Count

		D.17.C					Total
		katholy	ligo	arketa	poly	para poly	
C8XR.ERG	0 - 5	10	10	5	3		28
	6 - 10	14	7	6	1	1	29
	11 - 20	19	11	4	2	2	38
	20 kai anw	3	1	2	1		7
Total		46	29	17	7	3	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,342 ^a	12	,834
Likelihood Ratio	8,256	12	,765
Linear-by-Linear Association	,065	1	,799
N of Valid Cases	102		

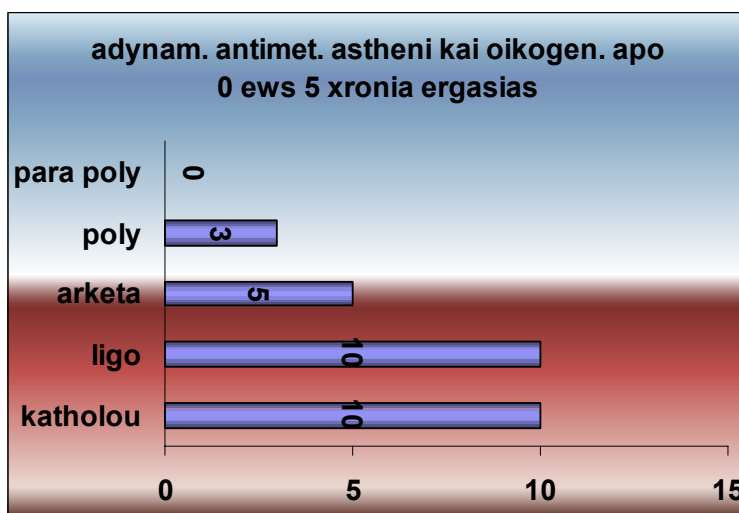
a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Means

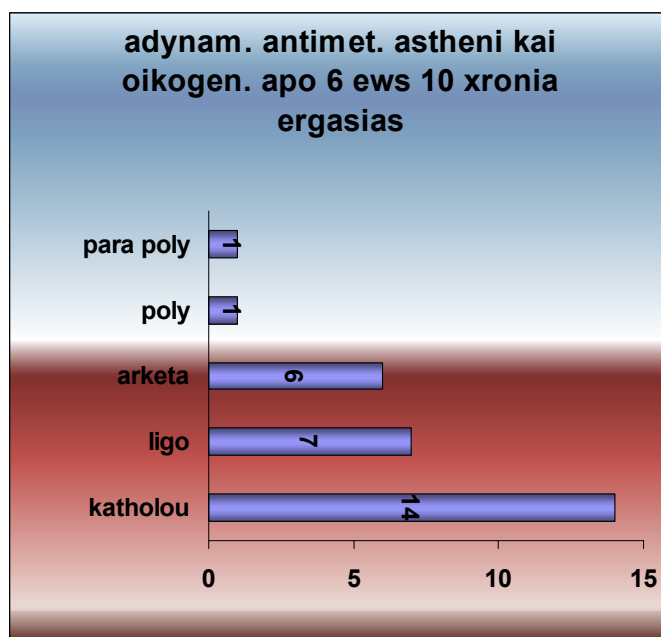
Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
C8XR.ERG * D.17.C	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

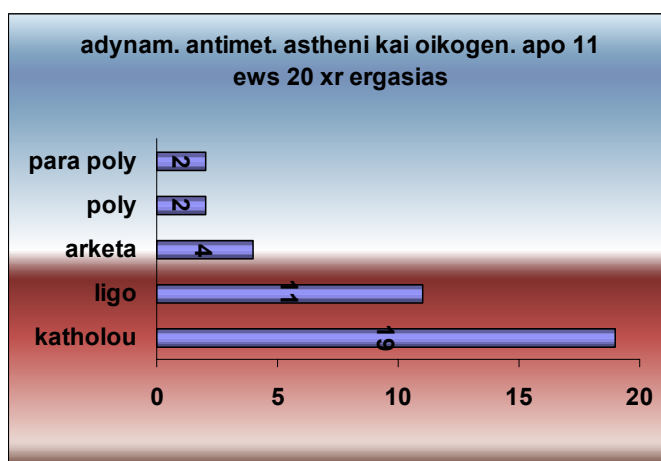
Για την δεύτερη υπόθεση εργασίας μας η οποία είναι «τα αυξημένα χρόνια υπηρεσίας επηρεάζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους», έχουμε κάνει τον συσχετισμό της ερώτησης για τα συνολικά χρόνια εργασίας μαζί με αυτή για ψυχολογική αδυναμία να αντιμετωπίσει τον ασθενή και την οικογένεια του (C8XR.ERG*D17C). Από τον παραπάνω πίνακα του **Chi-Square Tests** του **Crosstabs** αποδεικνύεται ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα αφού το ποσοστό **0.834 > 0.05**. Το αποτέλεσμα αυτό σημαίνει ότι απορρίπτουμε την υπόθεση μας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι τα αυξημένα χρόνια υπηρεσίας δεν επηρεάζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Η διαπίστωση αυτή μπορεί επίσης να γίνει ταυτόχρονα και από τον πίνακα του **Report** στο **Means**. Συγκεκριμένα ο πίνακας αυτός δεν παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφορά αφού οι μέσοι όροι των μεταβλητών κυμαίνονται από **2,1034** έως **2.6667**.



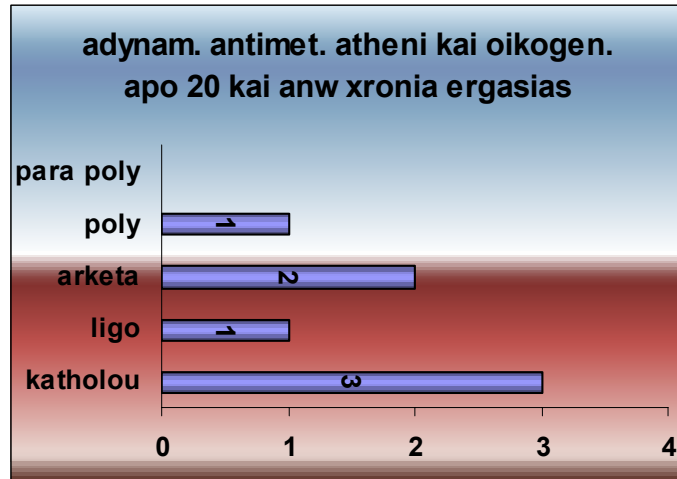
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα για τους εργαζόμενους από 0-5 χρόνια υπηρεσίας το αίσθημα ψυχολογικής αδυναμίας να αντιμετωπίσουν τον ασθενή και την οικογένεια του, δεν το νιώθουν **καθόλου** 10 άτομα, το νιώθουν **λίγο** 10 άτομα, 5 άτομα το νιώθουν **αρκετά**, 3 άτομα το νιώθουν **πολύ** αλλά κανένας εργαζόμενος δεν το νιώθει **πάρα πολύ**.



Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα για τους εργαζόμενους από 6-10 χρόνια υπηρεσίας το αίσθημα ψυχολογικής αδυναμίας να αντιμετωπίσουν τον ασθενή και την οικογένεια του, δεν το νιώθουν **καθόλου** 14 άτομα, το νιώθουν **λίγο** 7 άτομα, 6 άτομα το νιώθουν **αρκετά**, 1 άτομο το νιώθει **πολύ** και 1 άτομο το νιώθει **πάρα πολύ**.



Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα για τους εργαζόμενους από 11-20 χρόνια υπηρεσίας το αίσθημα ψυχολογικής αδυναμίας να αντιμετωπίσουν τον ασθενή και την οικογένεια του, δεν το νιώθουν **καθόλου** 19 άτομα, το νιώθουν **λίγο** 11 άτομα, 4 άτομα το νιώθουν **αρκετά**, 2 άτομα το νιώθουν **πολύ** και 2 άτομα το νιώθουν **πάρα πολύ**.



Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα για τους εργαζόμενους από 20-άνω χρόνια υπηρεσίας το αίσθημα ψυχολογικής αδυναμίας να αντιμετωπίσουν τον ασθενή και την οικογένεια του, δεν το νιώθουν **καθόλου** 3 άτομα, το νιώθει **λίγο** 1 άτομο, 2 άτομα το νιώθουν **αρκετά**, 1 άτομο το νιώθει **πολύ** αλλά κανένας εργαζόμενος δεν το νιώθει **πάρα πολύ**.

Crosstabs H3 (G.23 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ*E.19 ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ &ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
G.23 * E.19	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

G.23 * E.19 Crosstabulation

Count

		E.19		Total
		nai	oxi	
G.23	nai	48	14	62
	oxi	28	12	40
Total		76	26	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,705 ^b	1	,401		
Continuity Correction ^a	,368	1	,544		
Likelihood Ratio	,697	1	,404		
Fisher's Exact Test				,487	,271
Linear-by-Linear Association	,698	1	,404		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,20.

Means

Case Processing Summary

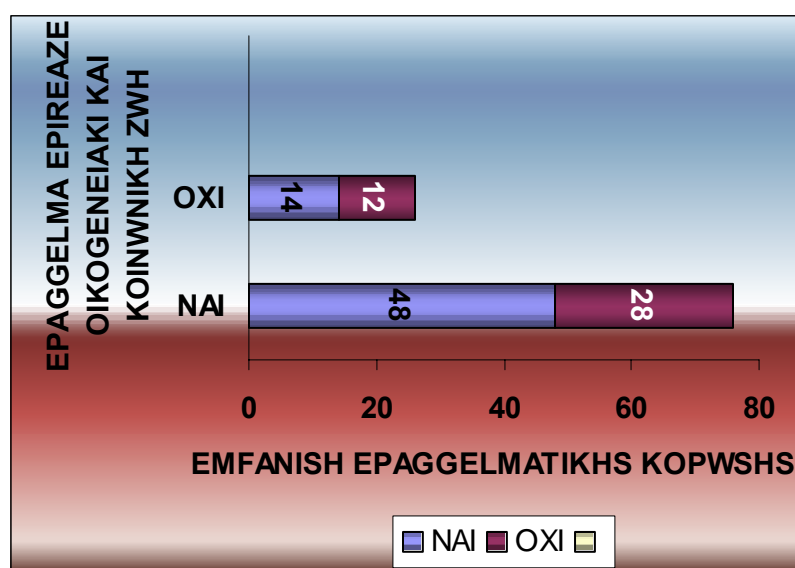
	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
G.23 * E.19	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Report

G.23

E.19	Mean	N	Std. Deviation
nai	1,3684	76	,4856
oxi	1,4615	26	,5084
Total	1,3922	102	,4906

Για την τρίτη υπόθεση εργασίας μας η οποία είναι «Οι επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των εργαζομένων επηρεάζονται από την επαγγελματική κόπωση», έχουμε κάνει τον συσχετισμό της ερώτησης αν το επάγγελμα έχει επηρεάσει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή με αυτή της ύπαρξης της επαγγελματικής κόπωσης (E.19*G.23). Από τον παραπάνω πίνακα του **Chi-Square Tests** του **Crosstabs** αποδεικνύεται ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα αφού το ποσοστό $0.401 > 0.05$. Το αποτέλεσμα αυτό σημαίνει ότι απορρίπτουμε την υπόθεση μας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των εργαζομένων δεν επηρεάζονται από την ύπαρξη της επαγγελματικής κόπωσης. Η διαπίστωση αυτή μπορεί επίσης να γίνει ταυτόχρονα και από τον πίνακα του **Report** στο **Means**. Συγκεκριμένα ο πίνακας αυτός δεν παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφορά αφού οι μέσοι όροι των δύο μεταβλητών κυμαίνονται από **1.3684** έως **1.4614**.



Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα 48 άτομα που δηλώνουν την ύπαρξη της επαγγελματικής κόπωσης αναφέρουν επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή ενώ 14 άτομα με επαγγελματική κόπωση δεν αναφέρουν επιπτώσεις. Αντίστοιχα 28 άτομα που δεν εμφανίζουν επαγγελματική κόπωση δηλώνουν την ύπαρξη επιπτώσεων στην οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή ενώ 12 χωρίς επαγγελματική κόπωση δεν αναφέρουν επιπτώσεις.

Crosstabs H4 (A2ILIKIA EPΓAZOMENOY*D.14.B ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΗ)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A2ILIKIA * D.14.B	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

A2ILIKIA * D.14.B Crosstabulation

Count

		D.14.B					Total
		katholou	ligo	arketa	poly	para poly	
A2ILIKIA	20 - 30	2	3	5	6	7	23
	31 - 40	8	8	11	20	19	66
	41 - 50	2		2	2	5	11
	51 kai anw			2			2
Total		12	11	20	28	31	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,969 ^a	12	,448
Likelihood Ratio	11,371	12	,497
Linear-by-Linear Association	,006	1	,937
N of Valid Cases	102		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.

Means

Case Processing Summary

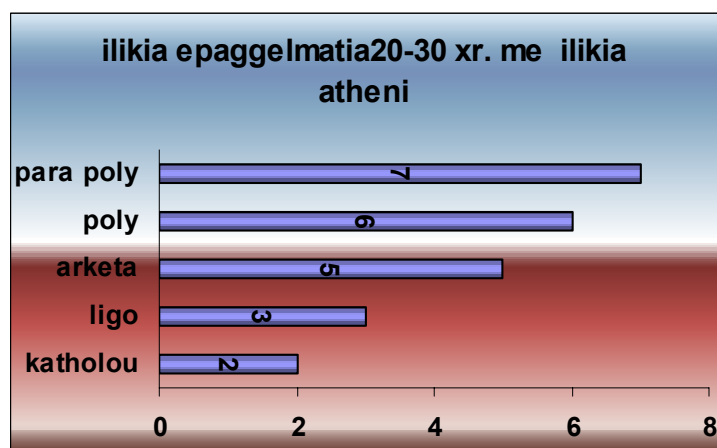
	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A2ILIKIA * D.14.B	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Report

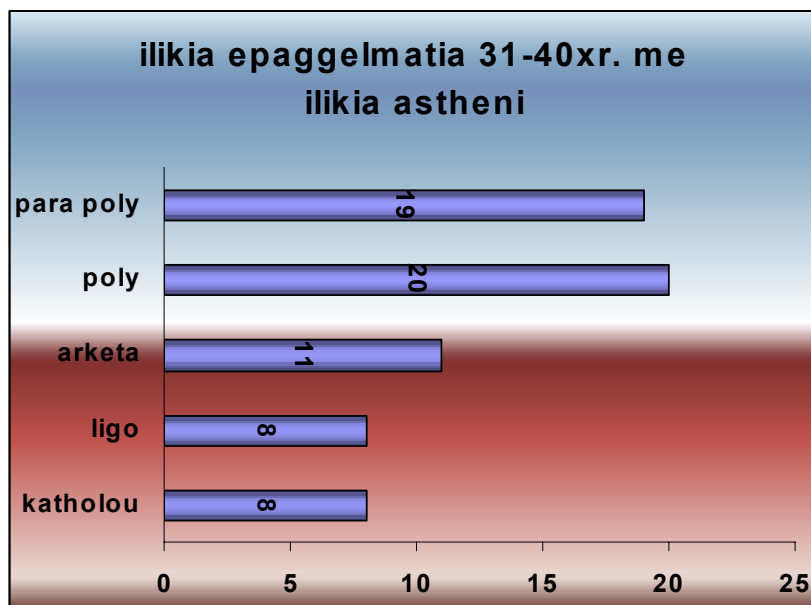
A2ILIKIA

D.14.B	Mean	N	Std. Deviation
katholou	2,0000	12	,6030
ligo	1,7273	11	,4671
arketa	2,0500	20	,8870
poly	1,8571	28	,5245
para poly	1,9355	31	,6290
Total	1,9216	102	,6400

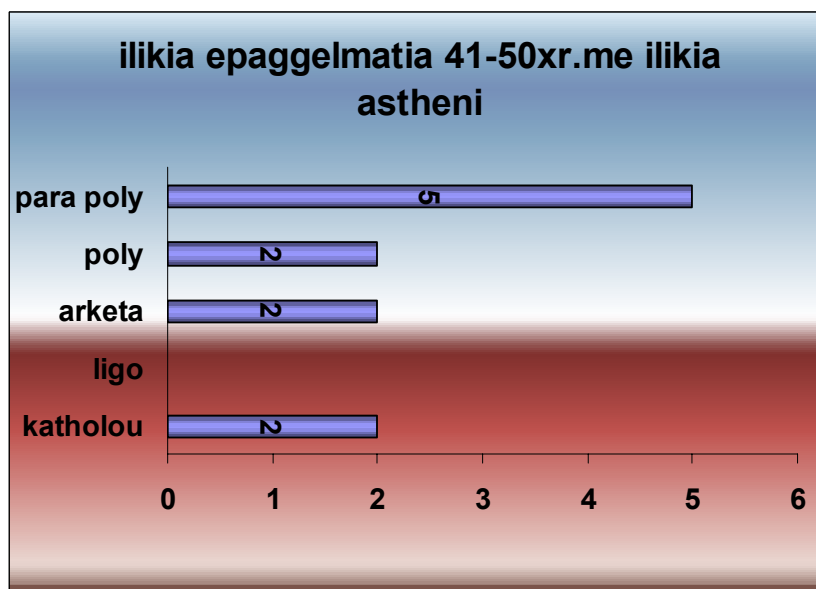
Για την τέταρτη υπόθεση εργασίας μας η οποία είναι «η τροποποίηση της διάθεσης του επαγγελματία ανάλογα με την ηλικία του ασθενή διαφοροποιείται από την ηλικία του ιδίου», έχουμε κάνει τον συσχετισμό της ερώτησης για την ηλικία του επαγγελματία και της ερώτησης για την διάθεση του σε σχέση με την ηλικία του ασθενή (A2ILIKIA*D.14.B). Από τον παραπάνω πίνακα του **Chi-Square Tests** του **Crosstabs** αποδεικνύεται ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα αφού το ποσοστό $0.448 > 0.05$. Το αποτέλεσμα αυτό σημαίνει ότι απορρίπτουμε την υπόθεση μας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η ηλικία του επαγγελματία δεν επηρεάζει την τροποποίηση της διάθεσης του ανάλογα με την ηλικία του ασθενή. Η διαπίστωση αυτή μπορεί επίσης να γίνει ταυτόχρονα και από τον πίνακα του **Report** στο **Means**. Συγκεκριμένα ο πίνακας αυτός δεν παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφορά αφού οι μέσοι όροι των μεταβλητών κυμαίνονται από **1.7273** έως **2.0500**.



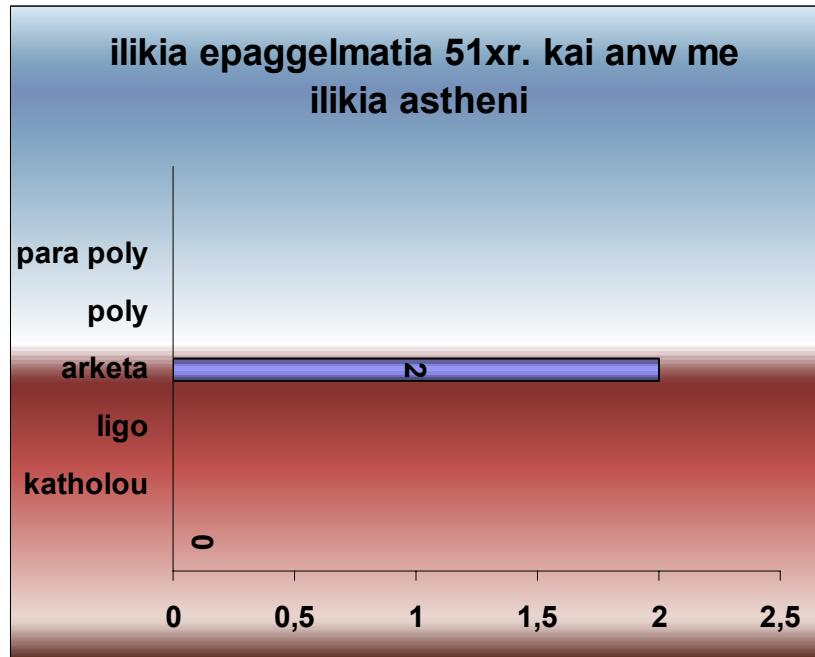
Όπως παρατηρείται από τον παραπάνω πίνακα 2 επαγγελματίες ηλικίας 20-30χρ αναφέρουν ότι δεν επηρεάζεται καθόλου η διάθεσή τους από την ηλικία του ασθενή, 3 αναφέρουν ότι επηρεάζεται λίγο, 5 αρκετά, 6 πολύ και 7 ότι επηρεάζεται πάρα πολύ.



Όπως παρατηρείται από τον παραπάνω πίνακα 8 επαγγελματίες ηλικίας 31-40χρ αναφέρουν ότι δεν επηρεάζεται καθόλου η διάθεσή τους από την ηλικία του ασθενή, 8 αναφέρουν ότι επηρεάζεται λίγο, 11 αρκετά, 20 πολύ και 19 ότι επηρεάζεται πάρα πολύ.



Όπως παρατηρείται από τον παραπάνω πίνακα 2 επαγγελματίες ηλικίας 41-50χρ αναφέρουν ότι δεν επηρεάζεται καθόλου η διάθεσή τους από την ηλικία του ασθενή, κανείς δεν αναφέρει ότι επηρεάζεται λίγο, 2 αναφέρουν αρκετά, 2 πολύ και 5 ότι επηρεάζεται πάρα πολύ.



Όπως παρατηρείται από τον παραπάνω πίνακα 2 επαγγελματίες ηλικίας 51χρ και άνω αναφέρουν ότι η διάθεση τους επηρεάζεται αρκετά από την ηλικία του ασθενή.

Crosstabs H5 (A1ΦΥΛΟ*D.14.C ΔΙΑΘΕΣΗ ΜΕ ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A1FYLO * D.14.C	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

A1FYLO * D.14.C Crosstabulation

Count

		D.14.C					Total
		katholoy	ligo	arketa	poly	para poly	
A1FYLO	andras	7	6	5	5	2	25
	gynaika	7	9	19	26	16	77
Total		14	15	24	31	18	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,960 ^a	4	,041
Likelihood Ratio	9,493	4	,050
Linear-by-Linear Association	9,060	1	,003
N of Valid Cases	102		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,43.

Means

Case Processing Summary

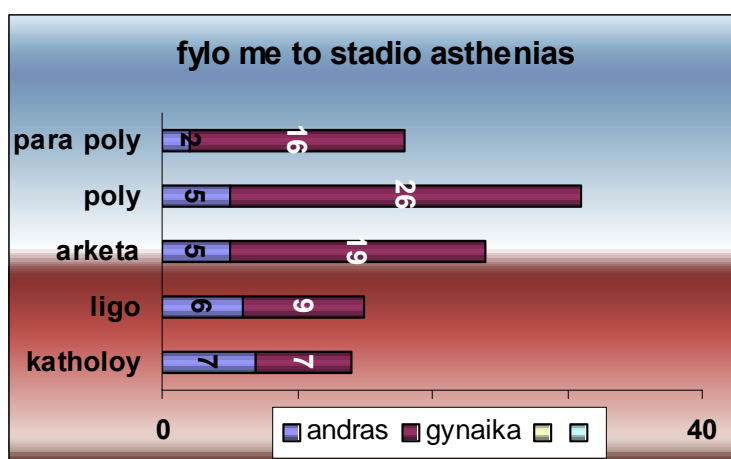
	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A1FYLO * D.14.C	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Report

A1FYLO

D.14.C	Mean	N	Std. Deviation
katholoy	1,5000	14	,5189
ligo	1,6000	15	,5071
arketa	1,7917	24	,4149
poly	1,8387	31	,3739
para poly	1,8889	18	,3234
Total	1,7549	102	,4323

Για την πέμπτη υπόθεση εργασίας μας η οποία είναι «η τροποποίηση της διάθεσης του επαγγελματία ανάλογα με το στάδιο ασθένειας διαφοροποιείται ανάλογα από το φύλο του επαγγελματία», έχουμε κάνει τον συσχετισμό της ερώτησης του φύλου του επαγγελματία και της ερώτησης για την διάθεση του σε σχέση με το στάδιο ασθένειας (Alfylo*D.14.C). Από τον παραπάνω πίνακα του **Chi-Square Tests** του **Crosstabs** αποδεικνύεται ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα αφού το ποσοστό **0.041 < 0.05**. Το αποτέλεσμα αυτό σημαίνει ότι αποδεχόμαστε την υπόθεση μας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι το φύλο του επαγγελματία επηρεάζει την τροποποίηση της διάθεσης του ανάλογα με το στάδιο ασθένειας. Η διαπίστωση αυτή μπορεί επίσης να γίνει ταυτόχρονα και από τον πίνακα του **Report** στο **Means**. Συγκεκριμένα ο πίνακας αυτός παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφορά αφού οι μέσοι όροι των μεταβλητών κυμαίνονται από **1.5000** έως **1.8881**.



Όπως παρατηρείται από τον παραπάνω πίνακα 7 άνδρες αναφέρουν ότι δεν επηρεάζεται καθόλου η διάθεσή τους από το στάδιο ασθένειας, 6 αναφέρουν ότι επηρεάζεται λίγο, 5 αρκετά, 5 πολύ και 2 ότι επηρεάζεται πάρα πολύ. Αντίστοιχα από τον παραπάνω πίνακα 7 γυναίκες αναφέρουν ότι δεν επηρεάζεται καθόλου η διάθεσή τους από το στάδιο ασθένειας, 9 αναφέρουν ότι επηρεάζεται λίγο, 19 αρκετά, 26 πολύ και 16 ότι επηρεάζεται πάρα πολύ.

Crosstabs H6 (A.3 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ*G.23 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A.3EPAGG * G.23	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

A.3EPAGG * G.23 Crosstabulation

Count		G.23		Total
		nai	oxi	
A.3EPAGG	iatros	7	12	19
	nosileyitis te	40	15	55
	boithoi nosileutwn	3	7	10
	dioikitiko proswpiko	5	4	9
	koinwnikos leitourgos	4		4
	fysiotherapeytis	1	1	2
	allo	2	1	3
Total		62	40	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,661 ^a	6	,023
Likelihood Ratio	15,982	6	,014
Linear-by-Linear Association	,607	1	,436
N of Valid Cases	102		

a. 8 cells (57,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,78.

Means

Case Processing Summary

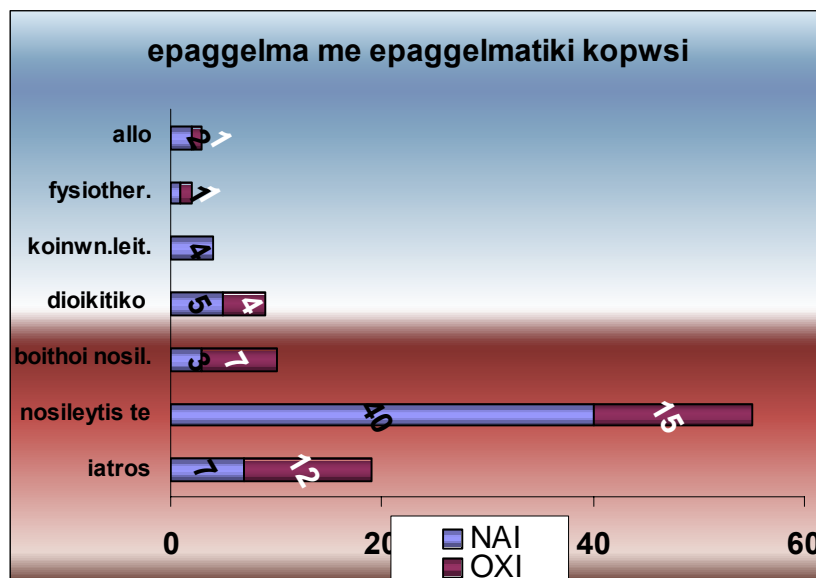
	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A.3EPAGG * G.23	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

Report

A.3EPAGG

G.23	Mean	N	Std. Deviation
nai	2,5161	62	1,3759
oxi	2,3000	40	1,3625
Total	2,4314	102	1,3680

Για την έκτη υπόθεση εργασίας μας η οποία είναι «η επαγγελματική κόπωση διαφοροποιείται ανάλογα με την ειδικότητα του επαγγελματία», έχουμε κάνει τον συσχετισμό της ερώτησης του επαγγέλματος και της ερώτησης για την επαγγελματική κόπωση (A3εραgg*G23). Από τον παραπάνω πίνακα του **Chi-Square Tests** του **Crosstabs** αποδεικνύεται ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα αφού το ποσοστό **0.023 < 0.05**. Το αποτέλεσμα αυτό σημαίνει ότι αποδεχόμαστε την υπόθεση μας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η ειδικότητα του επαγγελματία επηρεάζει την εκδήλωση της επαγγελματικής κόπωσης. Η διαπίστωση αυτή μπορεί επίσης να γίνει ταυτόχρονα και από τον πίνακα του **Report** στο **Means**. Συγκεκριμένα ο πίνακας αυτός παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφορά αφού οι μέσοι όροι των μεταβλητών κυμαίνονται από **2.5161** έως **2.3000**.



Όπως παρατηρείται στον παραπάνω πίνακα επαγγελματική κόπωση εμφανίζουν 7 ιατροί, 40 νοσηλευτές, 3 βοηθοί νοσηλευτών, 5 διοικητικοί, 4 κοινωνικοί λειτουργοί, 1 φυσιοθεραπευτής και 2 από άλλα επαγγέλματα. Ενώ 12 ιατροί, 15 νοσηλευτές, 7 βοηθοί νοσηλευτών, 4 διοικητικοί, κανένας κοινωνικός λειτουργός, 1 φυσιοθεραπευτής και 1 από άλλο επάγγελμα αναφέρουν ότι δεν παρουσιάζουν επαγγελματική κόπωση.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A1FYLO * C12ADEIE	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

A1FYLO * C12ADEIE Crosstabulation

Count		C12ADEIE			Total
		nai	oxi	3,00	
A1FYLO	andras	20	5		25
	gynaika	68	8	1	77
Total		88	13	1	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,843 ^a	2	,398
Likelihood Ratio	1,952	2	,377
Linear-by-Linear Association	,634	1	,426
N of Valid Cases	102		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

Όπως φαίνεται στο πιο πάνω πίνακα του Chi-Square Test, το φύλο δεν σχετίζεται με την ανάγκη για περισσότερες άδειες αφού $0.398 > 0.05$.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A1FYLO * F.21.A	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%
A1FYLO * F.21.B	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%
A1FYLO * F.21.C	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%
A1FYLO * F.21.D	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%
A1FYLO * F.21.E	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%
A1FYLO * F.21.F	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%
A1FYLO * F.21.G	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

A1FYLO * F.21.A

Crosstab

Count		F.21.A		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	15	10	25
	gynaika	58	19	77
Total		73	29	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,178 ^b	1	,140		
Continuity Correction ^a	1,490	1	,222		
Likelihood Ratio	2,088	1	,148		
Fisher's Exact Test				,201	,112
Linear-by-Linear Association	2,157	1	,142		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,11.

Όπως φαίνεται από τον συσχετισμό των ερωτήσεων η εμφάνιση του άγχους δεν διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο, όπως διαπιστώνουμε από τον πίνακα του Chi-Square $0.140 > 0.05$

A1FYLO * F.21.B

Crosstab

Count		F.21.B		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	2	23	25
	gynaika	22	55	77
Total		24	78	102

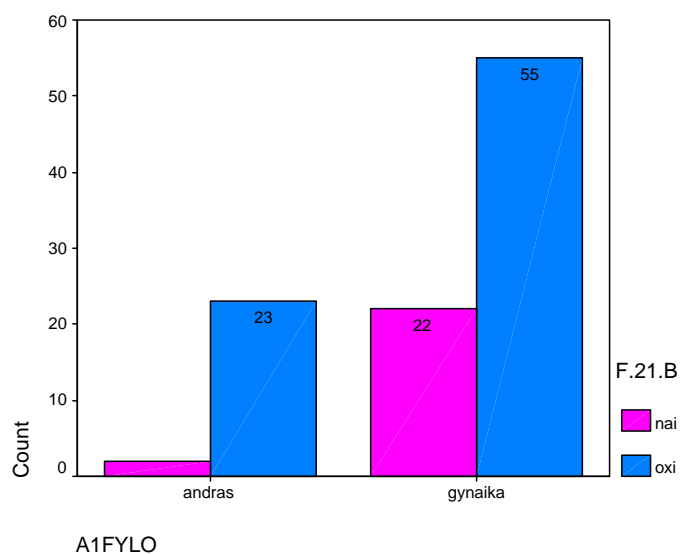
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,439 ^b	1	,035		
Continuity Correction ^a	3,369	1	,066		
Likelihood Ratio	5,229	1	,022		
Fisher's Exact Test				,055	,027
Linear-by-Linear Association	4,395	1	,036		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,88.

Όπως φαίνεται από τον συσχετισμό των ερωτήσεων η εμφάνιση της κατάθλιψης διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο, όπως διαπιστώνουμε από τον πίνακα του Chi-Square $0.035 < 0.05$



A1FYLO * F.21.C

Crosstab

Count		F.21.C		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	7	18	25
	gynaika	35	42	77
Total		42	60	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,374 ^b	1	,123		
Continuity Correction ^a	1,708	1	,191		
Likelihood Ratio	2,454	1	,117		
Fisher's Exact Test				,162	,094
Linear-by-Linear Association	2,351	1	,125		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,29.

Όπως φαίνεται από τον συσχετισμό των ερωτήσεων η εμφάνιση διαρκούς εκνευρισμού δεν διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο, όπως διαπιστώνουμε από τον πίνακα του Chi-Square $0.123 > 0.05$

A1FYLO * F.21.D

Crosstab

Count

		F.21.D		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	1	24	25
	gynaika	3	74	77
Total		4	98	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,001 ^b	1	,981		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,001	1	,981		
Fisher's Exact Test				1,000	,682
Linear-by-Linear Association	,001	1	,982		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

Όπως φαίνεται από τον συσχετισμό των ερωτήσεων η εμφάνιση της υπέρτασης δεν διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο, όπως διαπιστώνουμε από τον πίνακα του Chi-Square $0.981 > 0.05$

A1FYLO * F.21.E

Crosstab

Count

		F.21.E		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	7	18	25
	gynaika	35	42	77
Total		42	60	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,374 ^b	1	,123		
Continuity Correction ^a	1,708	1	,191		
Likelihood Ratio	2,454	1	,117		
Fisher's Exact Test				,162	,094
Linear-by-Linear Association	2,351	1	,125		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,29.

Όπως φαίνεται από τον συσχετισμό των ερωτήσεων η εμφάνιση έντονων μυϊκών πόνων δεν διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο, όπως διαπιστώνουμε από τον πίνακα του Chi-Square $0.123 > 0.05$

A1FYLO * F.21.F

Crosstab

Count		F.21.F		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	2	23	25
	gynaika	8	69	77
Total		10	92	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,122 ^b	1	,727		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,127	1	,722		
Fisher's Exact Test				1,000	,537
Linear-by-Linear Association	,121	1	,728		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,45.

Όπως φαίνεται από τον συσχετισμό των ερωτήσεων η εμφάνιση υπερθυροειδισμού δεν διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο, όπως διαπιστώνουμε από τον πίνακα του Chi-Square $0.727 > 0.05$

A1FYLO * F.21G

Crosstab

Count

		F.21G		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	1	24	25
	gynaika	13	64	77
Total		14	88	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,645 ^b	1	,104		
Continuity Correction ^a	1,669	1	,196		
Likelihood Ratio	3,272	1	,070		
Fisher's Exact Test				,179	,091
Linear-by-Linear Association	2,619	1	,106		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,43.

Όπως φαίνεται από τον συσχετισμό των ερωτήσεων η εμφάνιση σεξουαλικών διαταραχών δεν διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο, όπως διαπιστώνουμε από τον πίνακα του Chi-Square $0.104 > 0.05$

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A1FYLO * H.25	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

A1FYLO * H.25 Crosstabulation

Count		H.25		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	12	13	25
	gynaika	53	24	77
Total		65	37	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,543 ^b	1	,060		
Continuity Correction ^a	2,699	1	,100		
Likelihood Ratio	3,450	1	,063		
Fisher's Exact Test				,092	,052
Linear-by-Linear Association	3,508	1	,061		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,07.

Όπως παρουσιάζεται στο πίνακα του Chi-Square Test, το φύλο δεν σχετίζεται με την ανάγκη για ψυχολογική στήριξη αφού παρουσιάζει τιμή $0.60 > 0.05$. Βέβαια πλησιάζει το αποτέλεσμα του test να είναι στατιστικά σημαντικό αφού η τιμή κυμαίνεται σε πολύ στενά όρια.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A1FYLO * E.18.I	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

A1FYLO * E.18.I Crosstabulation

Count		E.18.I		Total
		nai	oxi	
A1FYLO	andras	15	10	25
	gynaika	61	16	77
Total		76	26	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,671 ^b	1	,055		
Continuity Correction ^a	2,729	1	,099		
Likelihood Ratio	3,455	1	,063		
Fisher's Exact Test				,068	,052
Linear-by-Linear Association	3,635	1	,057		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,37.

Ο συσχετισμός της ερώτησης του φύλου με την ύπαρξη κοινωνικής ζωής, παρουσιάζεται αρνητική παρόλο που η τιμή μας τείνει να πλησιάσει τη μηδενική. Ο πίνακας του Chi-Square Test παρουσιάζει $0.55 > 0.05$.

Frequencies

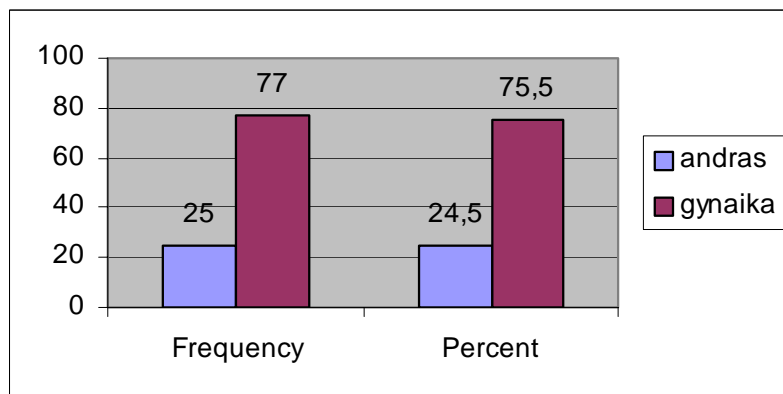
Statistics

A1FYLO

N	Valid	102
	Missing	0

A1FYLO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	andras	25	24,5	24,5	24,5
	gynaika	77	75,5	75,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	



Όπως παρατηρούμε στην έρευνα μας συμμετείχαν 25 άντρες με ποσοστό 24,5% και 77 γυναίκες με ποσοστό 75,5%.

Frequencies

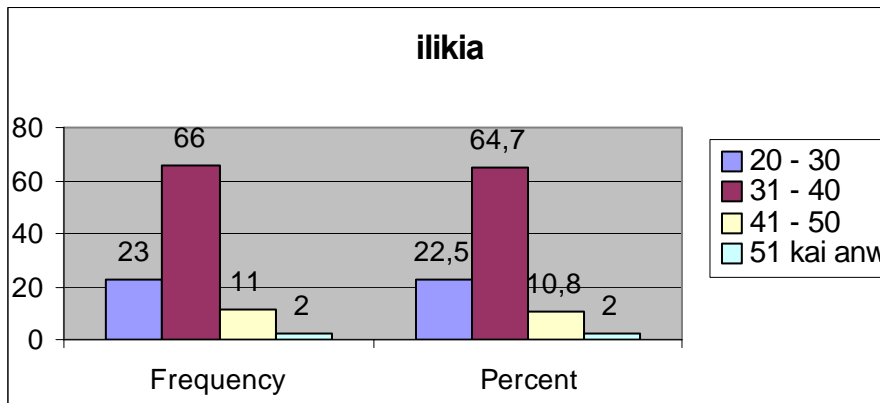
Statistics

A2ILIKIA

N	Valid	102
	Missing	0

A2ILIKIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20 - 30	23	22,5	22,5	22,5
31 - 40	66	64,7	64,7	87,3
41 - 50	11	10,8	10,8	98,0
51 kai anw	2	2,0	2,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	



Όπως παρατηρούμε στο πιο πίνακα στην έρευνα μας συμμετείχαν 23 άτομα ηλικίας 20 έως 30 χρόνων (22,5%), 66 άτομα ηλικίας 31 έως 40 χρόνων (64,7%), 11 άτομα ηλικίας 41 έως 50 χρόνων (10,8%) και 2 άτομα ηλικίας 51 χρόνων και άνω.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A.3EPAGG * H.25	102	91,1%	10	8,9%	112	100,0%

A.3EPAGG * H.25 Crosstabulation

Count		H.25		Total
		nai	oxi	
A.3EPAGG	iatros	7	12	19
	nosileyitis te	40	15	55
	boithoi nosileutwn	6	4	10
	dioikitiko proswpiko	6	3	9
	koinwnikos leitourgous	3	1	4
	fysiotherapeytis	2		2
	allo	1	2	3
Total		65	37	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,519 ^a	6	,104
Likelihood Ratio	10,918	6	,091
Linear-by-Linear Association	,558	1	,455
N of Valid Cases	102		

a. 8 cells (57,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,73.

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα η ανάγκη για συναισθηματική και ψυχολογική στήριξη δεν διαφοροποιείται σε σχέση με το επάγγελμα. Αυτό διαπιστώνεται από τον πίνακα του Chi-Square Test $0.104 > 0.05$.

Frequencies

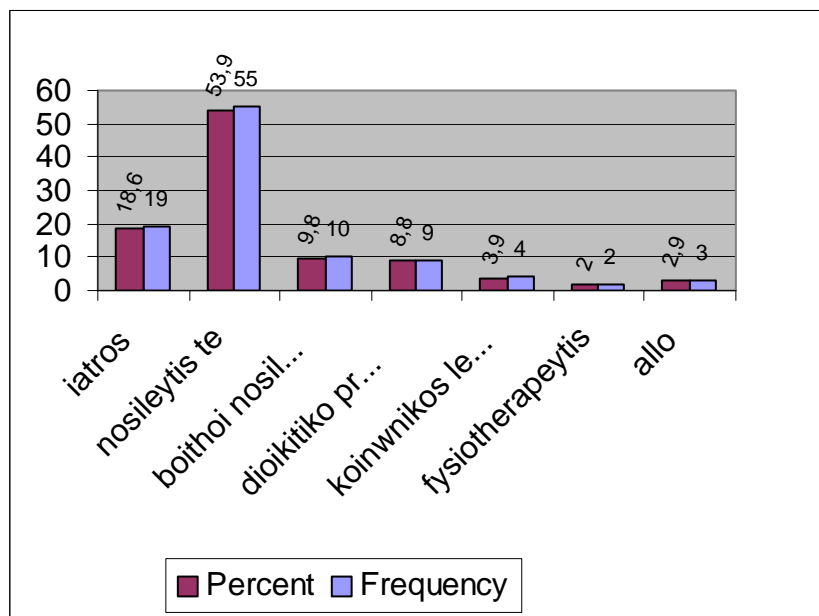
Statistics

A.3EPAGG

N	Valid	102
	Missing	0

A.3EPAGG

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	iatros	19	18,6	18,6	18,6
	nosileytis te	55	53,9	53,9	72,5
	boithoi nosileutwn	10	9,8	9,8	82,4
	dioikitiko proswpiko	9	8,8	8,8	91,2
	koinwnikos leitourgous	4	3,9	3,9	95,1
	fysiotherapeytis	2	2,0	2,0	97,1
	allo	3	2,9	2,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	



Όπως φαίνεται στην έρευνα μας συμμετείχαν 19 ιατροί, 55 νοσηλευτές ΤΕ, 10 βοηθοί νοσηλευτών, 9 διοικητικοί υπάλληλοι, 4 κοινωνικοί λειτουργοί, 2 φυσιοθεραπευτές και 3 εργαζόμενοι με άλλα επαγγέλματα από τις συγκεκριμένες κλινικές.

Frequencies

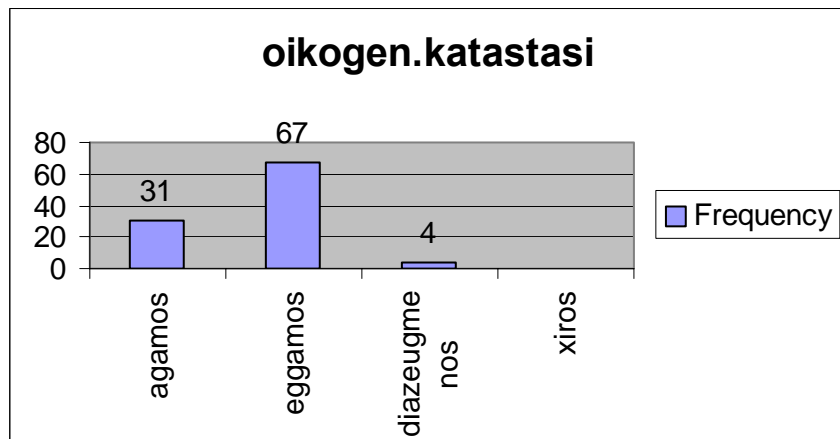
Statistics

B5OIKOGK

N	Valid	102
	Missing	0

B5OIKOGK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid agamos	31	30,4	30,4	30,4
eggamos	67	65,7	65,7	96,1
diazeugmenos	4	3,9	3,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	



Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα, οι 31 από τους ερωτηθέντες μας είναι άγαμοι, οι 67 είναι παντρεμένοι, οι 4 είναι διαζευγμένοι και κανένας δεν είναι χήρος/α.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
C10RARIO * G.23	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

C10RARIO * G.23 Crosstabulation

Count		G.23		Total
		nai	oxi	
C10RARIO	apokleistika prwino	21	10	31
	vardies	33	20	53
	allo	8	10	18
Total		62	40	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,694 ^a	2	,260
Likelihood Ratio	2,651	2	,266
Linear-by-Linear Association	2,280	1	,131
N of Valid Cases	102		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,06.

Στο συσχετισμό της ερώτησης του ωραρίου με αυτής της ύπαρξης της επαγγελματικής κόπωσης, παρατηρούμε ότι το ωράριο δεν επηρεάζει την εμφάνιση της επαγγελματικής κόπωσης. Αυτό μπορούμε να το διαπιστώσουμε από τον πίνακα του Chi-Square Test αφού $0.260 > 0.05$

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
C7KLINIK * D.15.A	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

C7KLINIK * D.15.A Crosstabulation

Count		D.15.A					Total
		katholou	ligo	arketa	poly	para poly	
C7KLINIK	pathologiki ogkologia	7	4	3	2		16
	tmima ximeiotherapias	3	1	1		1	6
	tmima aktinotherapias	4			1		5
	paidiatriki ogkologia	3	6	3	3		15
	xeiroyrgiki ogkologia	5	4	1	1		11
	monada nefrou	3	4	3	1		11
	peritonaiki sfpk	1	3				4
	entatiki kardias	4	4	1			9
	entatiki enilikvn	9	4	3	1		17
	enttiki paidwn	3	1	3	1		8
Total		42	31	18	10	1	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,239 ^a	36	,412
Likelihood Ratio	30,512	36	,727
Linear-by-Linear Association	,392	1	,531
N of Valid Cases	102		

a. 46 cells (92,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Στο συσχετισμό που επιχειρήσαμε, της ερώτησης για την κλινική και της ερώτησης για την εμφάνιση αρνητικής διάθεσης για το αντικείμενο εργασίας, οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι η κλινική στην οποία εργάζονται δεν επηρεάζει την εμφάνιση αρνητικής διάθεσης για το αντικείμενο εργασίας τους. Η άποψη αυτή φαίνεται στο πίνακα του Chi-Square Test αφού $0.412 > 0.05$.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
C7KLINIK * H.26	102	100,0%	0	,0%	102	100,0%

C7KLINIK * H.26 Crosstabulation

Count		H.26		Total
		nai	oxi	
C7KLINIK	pathologiki ogkologia	3	13	16
	tmima ximeiotherapias	2	4	6
	tmima aktinotherapias	2	3	5
	paidiatriki ogkologia	7	8	15
	xeiroyrgiki ogkologia	3	8	11
	monada nefrou	6	5	11
	peritonaiki sfpk	3	1	4
	entatiki kardias	3	6	9
	entatiki enilikvn	4	13	17
	enttiki paidwn	2	6	8
Total		35	67	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,176 ^a	9	,421
Likelihood Ratio	9,100	9	,428
Linear-by-Linear Association	,017	1	,896
N of Valid Cases	102		

a. 10 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,37.

Όπως παρατηρείται από τον πίνακα του Chi-Square Test $0.421 > 0.05$ η ύπαρξη συναισθηματικής και ψυχολογικής στήριξης μεταξύ των εργαζομένων δεν φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα την κλινική.

Frequencies

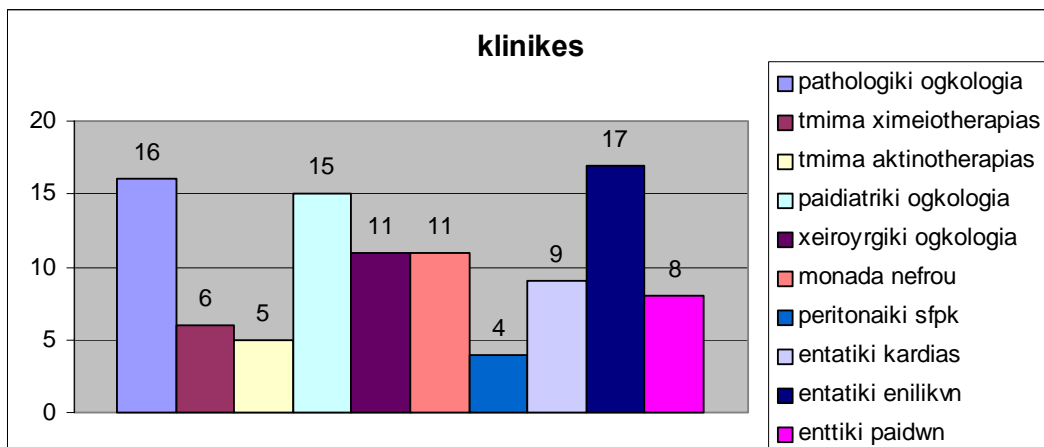
Statistics

C7KLINIK

N	Valid	102
	Missing	0

C7KLINIK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pathologiki ogkologia	16	15,7	15,7	15,7
	tmima ximeiotherapias	6	5,9	5,9	21,6
	tmima aktinotherapias	5	4,9	4,9	26,5
	paidiatriki ogkologia	15	14,7	14,7	41,2
	xeiroyrgiki ogkologia	11	10,8	10,8	52,0
	monada nefrou	11	10,8	10,8	62,7
	peritonaiki sfpk	4	3,9	3,9	66,7
	entatiki kardias	9	8,8	8,8	75,5
	entatiki enilikvn	17	16,7	16,7	92,2
	enttiki paidwn	8	7,8	7,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	



Όπως περιγράφεται στο παραπάνω πίνακα στην έρευνα μας συμμετείχαν 16 άτομα από την Παθολογική Ογκολογία(15,7%), 6 άτομα από το τμήμα της Χημειοθεραπείας(5,9%), 5 άτομα από το τμήμα Ακτινοθεραπείας(4,9%), 15 άτομα από την Παιδιατρική Κλινική Αιματολογίας Ογκολογία(14,7%), 11 άτομα από την Χειρουργική Ογκολογία(10,8%), 11 άτομα από την Μονάδα Νεφρού(10,8%), 4 άτομα από την Περιτοναϊκή Σ.Φ.Π.Κ(3,9%), 9 άτομα από την Εντατική Παρακολούθησης Καρδιάς(8,8%), 17 άτομα από την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων(16,7%) και τέλος 8 άτομα από την Μονάδα Εντατικής Παίδων(7,8%).

Frequencies

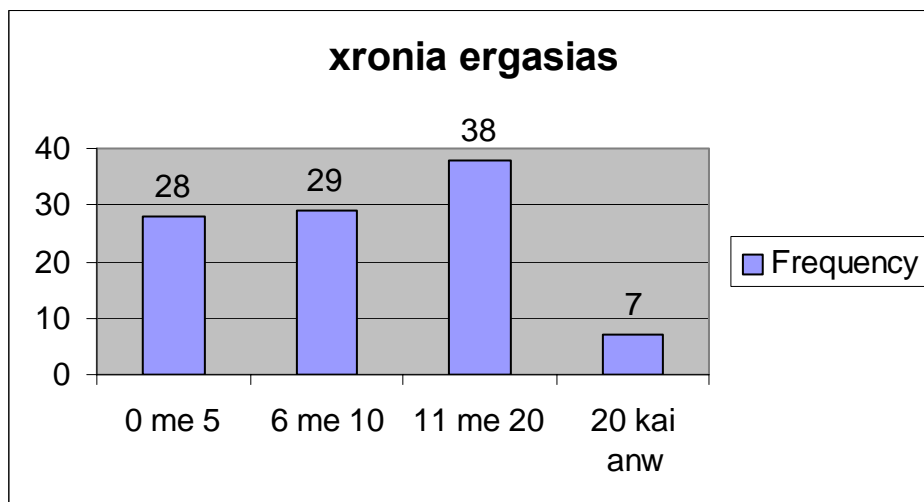
Statistics

C8XR.ERG

N	Valid	102
	Missing	0

C8XR.ERG

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 - 5	28	27,5	27,5	27,5
6 - 10	29	28,4	28,4	55,9
11 - 20	38	37,3	37,3	93,1
20 kai anw	7	6,9	6,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	



Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στην έρευνα συμμετείχαν 28 εργαζόμενοι από 0 έως 5 χρόνια υπηρεσίας, 29 εργαζόμενοι από 6 έως 10 χρόνια υπηρεσίας, 38 εργαζόμενοι από 11 έως 20 χρόνια υπηρεσίας και τέλος 7 εργαζόμενοι από 20 χρόνια υπηρεσίας και άνω.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
C8XR.ERG * H.28	102	91,1%	10	8,9%	112	100,0%

C8XR.ERG * H.28 Crosstabulation

Count		H.28		Total
		nai	oxi	
C8XR.ERG	0 - 5	22	6	28
	6 - 10	24	5	29
	11 - 20	32	6	38
	20 kai anw	5	2	7
Total		83	19	102

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,840 ^a	3	,840
Likelihood Ratio	,795	3	,851
Linear-by-Linear Association	,016	1	,898
N of Valid Cases	102		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,30.

Όπως παρατηρούμε από τον συσχετισμό του παραπάνω πίνακα, η συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα αποφόρτισης τους δεν επηρεάζεται από τα συνολικά χρόνια εργασίας τους. Η διαπίστωση αυτή παρουσιάζεται στον πίνακα του Chi-Square Test $0.840 > 0.05$.

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

D.13.A

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	2	20,4	-18,4
ligo	12	20,4	-8,4
arketa	35	20,4	14,6
poly	26	20,4	5,6
para po;y	27	20,4	6,6
Total	102		

D.13.B

	Observed N	Expected N	Residual
ligo	8	25,5	-17,5
arketa	40	25,5	14,5
poly	35	25,5	9,5
para poly	19	25,5	-6,5
Total	102		

D.13.C

	Observed N	Expected N	Residual
ligo	7	25,5	-18,5
arketa	33	25,5	7,5
poly	31	25,5	5,5
para poly	31	25,5	5,5
Total	102		

D.13.D

	Observed N	Expected N	Residual
ligo	17	25,5	-8,5
arketa	41	25,5	15,5
poly	26	25,5	,5
para poly	18	25,5	-7,5
Total	102		

D.13.E

	Observed N	Expected N	Residual
katholoy	3	20,4	-17,4
ligo	13	20,4	-7,4
arketa	37	20,4	16,6
poly	27	20,4	6,6
para poly	22	20,4	1,6
Total	102		

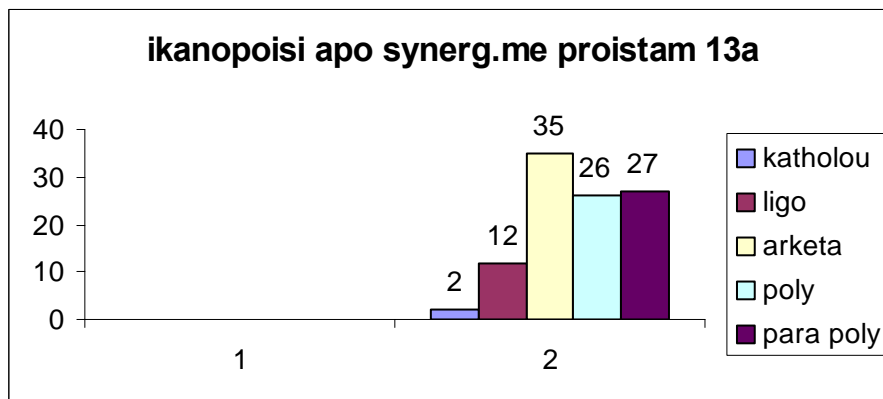
D.13.F

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	23	20,4	2,6
ligo	32	20,4	11,6
arketa	29	20,4	8,6
poly	13	20,4	-7,4
para poly	5	20,4	-15,4
Total	102		

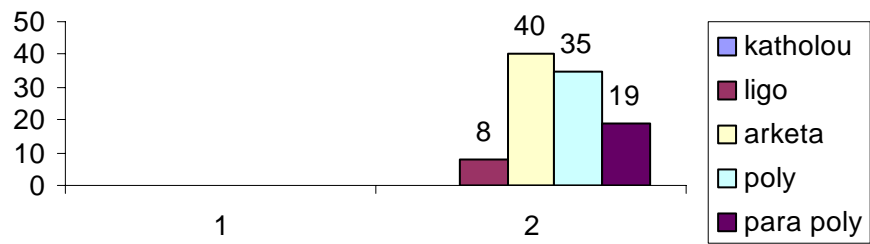
Test Statistics

	D.13.A	D.13.B	D.13.C	D.13.D	D.13.E	D.13.F
Chi-Square ^{a,b}	34,176	25,451	18,000	14,471	33,294	24,863
df	4	3	3	3	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,002	,000	,000

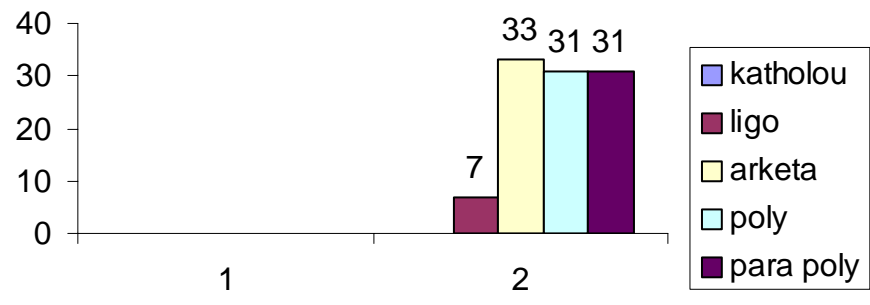
- a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 20,4.
- b. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 25,5.



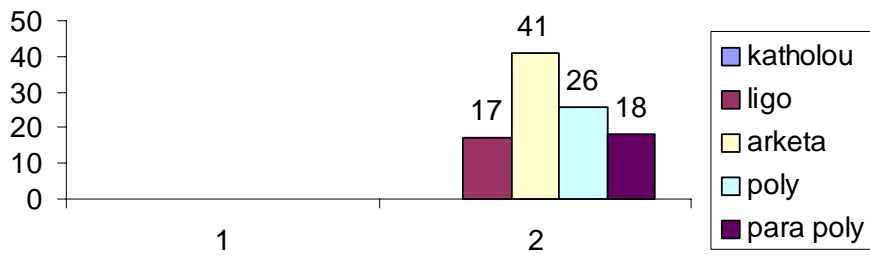
**ikanoposi apo synerg.me iatriko proswpik.
13b**



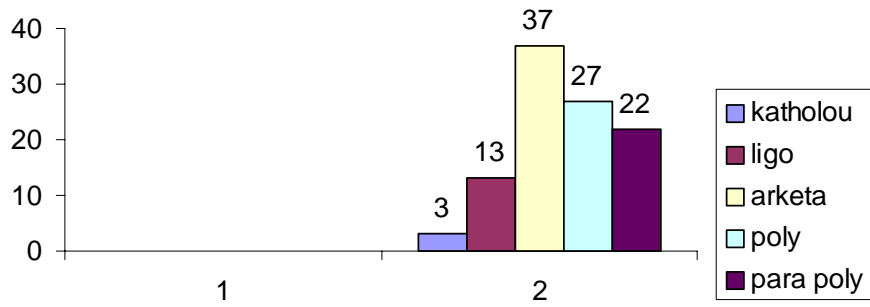
**ikanoposi apo synerg.me nosileyt.
proswpik. 13c**

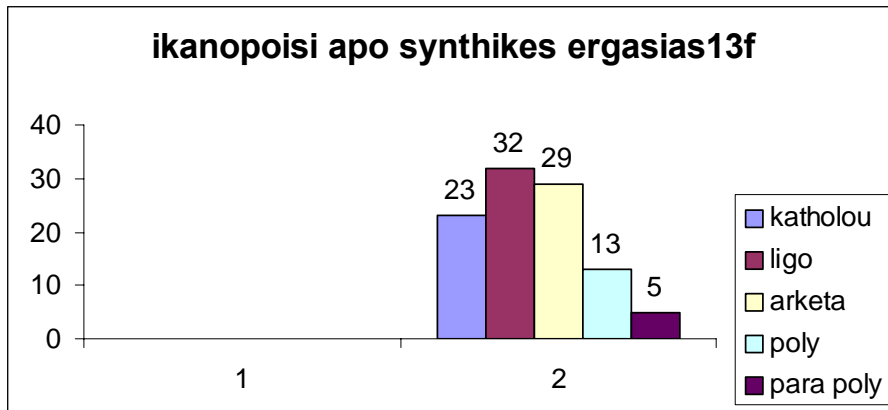


**ikanoposi apo synerg.me loipo
proswpik. 13d**



ikanoposi apo antikeimeno ergasias13e





πως παρατηρούμε στο πιο πάνω πίνακα του Chi-Square Test, η συνεργασία με τους Προϊσταμένους, με το ιατρικό προσωπικό, με το νοσηλευτικό προσωπικό, με το λοιπό προσωπικό, όπως επίσης το αντικείμενο εργασίας και οι συνθήκες εργασίας θεωρούνται από τους εργαζόμενους πολύ σημαντικά στοιχεία για την ικανοποίησή τους από το χώρο εργασίας.

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

D.14.A

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	19	20,4	-1,4
ligo	22	20,4	1,6
arketa	26	20,4	5,6
poly	17	20,4	-3,4
para poly	18	20,4	-2,4
Total	102		

D.14.B

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	12	20,4	-8,4
ligo	11	20,4	-9,4
arketa	20	20,4	-,4
poly	28	20,4	7,6
para poly	31	20,4	10,6
Total	102		

D.14.C

	Observed N	Expected N	Residual
katholoy	14	20,4	-6,4
ligo	15	20,4	-5,4
arketa	24	20,4	3,6
poly	31	20,4	10,6
para poly	18	20,4	-2,4
Total	102		

D.14.D

	Observed N	Expected N	Residual
katholoy	7	20,4	-13,4
ligo	14	20,4	-6,4
arketa	27	20,4	6,6
poly	32	20,4	11,6
para poly	22	20,4	1,6
Total	102		

D.14.E

	Observed N	Expected N	Residual
katholoy	14	20,4	-6,4
ligo	14	20,4	-6,4
arketa	30	20,4	9,6
poly	26	20,4	5,6
para poly	18	20,4	-2,4
Total	102		

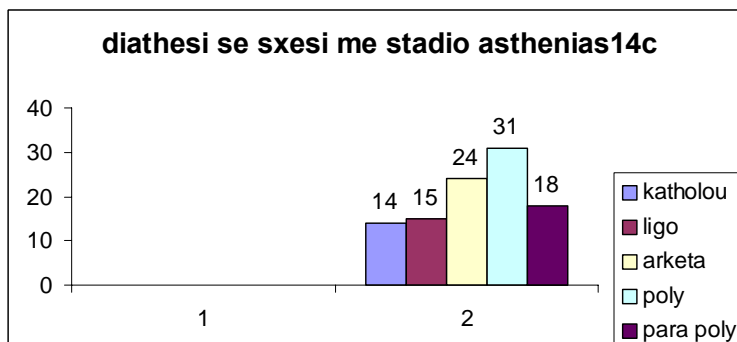
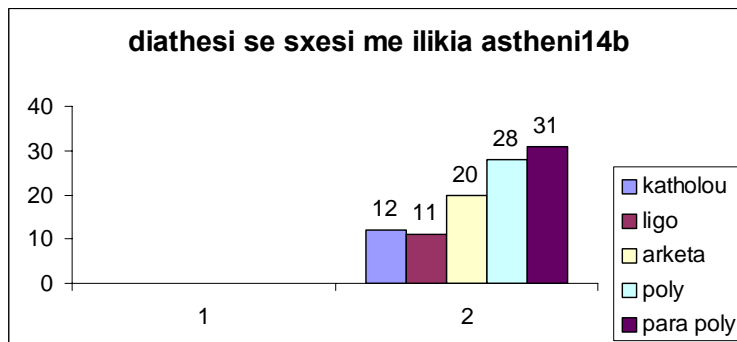
D.14.F

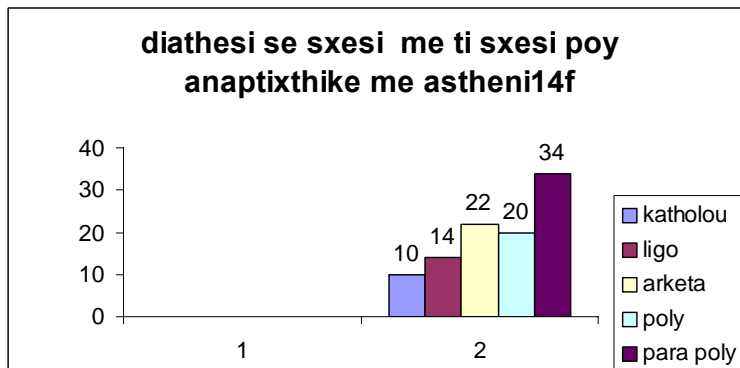
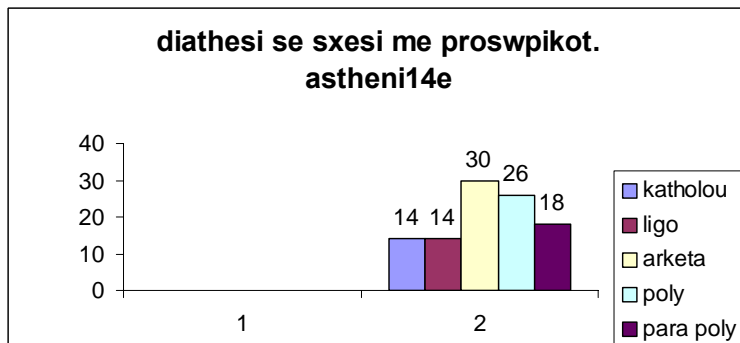
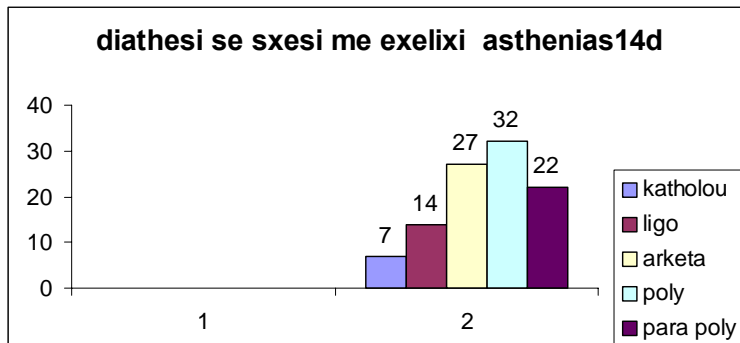
	Observed N	Expected N	Residual
katholoy	10	20,4	-10,4
ligo	14	20,4	-6,4
arketa	24	20,4	3,6
poly	20	20,4	-,4
para poly	34	20,4	13,6
Total	102		

Test Statistics

	D.14.A	D.14.B	D.14.C	D.14.D	D.14.E	D.14.F
Chi-Square ^a	2,608	16,137	9,863	19,667	10,353	17,020
df	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,625	,003	,043	,001	,035	,002

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 20,4.





Σύμφωνα με την ερώτηση μας κατά πόσο επηρεάζεται η διάθεση κατά την άσκηση του επαγγέλματος από την διάγνωση της ασθένειας, την ηλικία του ασθενή, το στάδιο ασθένειας, την εξέλιξη της, την προσωπικότητα του ασθενή καθώς και από την σχέση που ανέπτυξε ο εργαζόμενος, φαίνεται από τον πίνακα του Chi-Square Test ότι η διάθεση τους επηρεάζεται από όλες τις μεταβλητές εκτός από την διάγνωση της ασθένειας.

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

D.16.A

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	12	20,4	-8,4
ligo	16	20,4	-4,4
arketa	21	20,4	,6
poly	22	20,4	1,6
para poly	31	20,4	10,6
Total	102		

D.16.B

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	13	20,4	-7,4
ligo	14	20,4	-6,4
arketa	20	20,4	-,4
poly	25	20,4	4,6
para poly	30	20,4	9,6
Total	102		

D.16.C

	Observed N	Expected N	Residual
katholoy	3	20,4	-17,4
ligo	13	20,4	-7,4
arketa	22	20,4	1,6
poly	24	20,4	3,6
para poly	40	20,4	19,6
Total	102		

D.16.D

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	22	20,4	1,6
ligo	15	20,4	-5,4
arketa	16	20,4	-4,4
poly	17	20,4	-3,4
para poly	32	20,4	11,6
Total	102		

D.16.E

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	6	20,4	-14,4
ligo	17	20,4	-3,4
arketa	25	20,4	4,6
poly	23	20,4	2,6
para poly	31	20,4	10,6
Total	102		

D.16.F

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	7	20,4	-13,4
ligo	12	20,4	-8,4
arketa	33	20,4	12,6
poly	21	20,4	,6
para poly	29	20,4	8,6
Total	102		

D.16.G

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	44	20,4	23,6
ligo	22	20,4	1,6
arketa	17	20,4	-3,4
poly	5	20,4	-15,4
para poly	14	20,4	-6,4
Total	102		

D.16.H

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	12	20,4	-8,4
ligo	9	20,4	-11,4
arketa	30	20,4	9,6
poly	13	20,4	-7,4
para poly	38	20,4	17,6
Total	102		

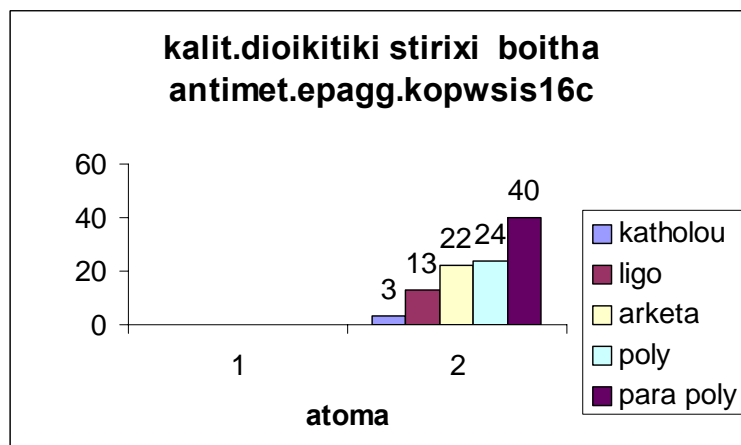
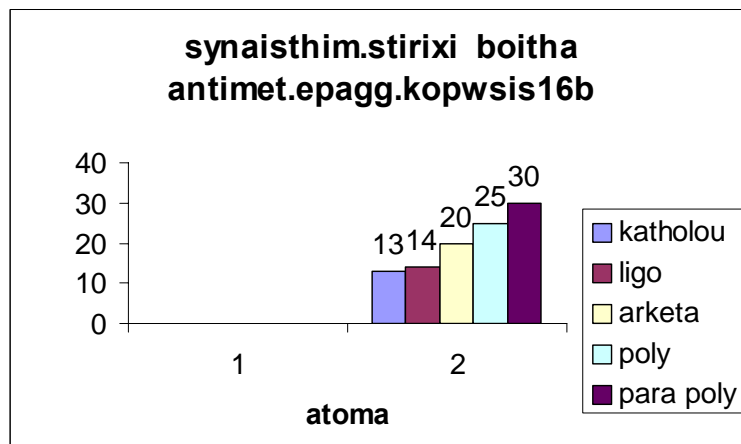
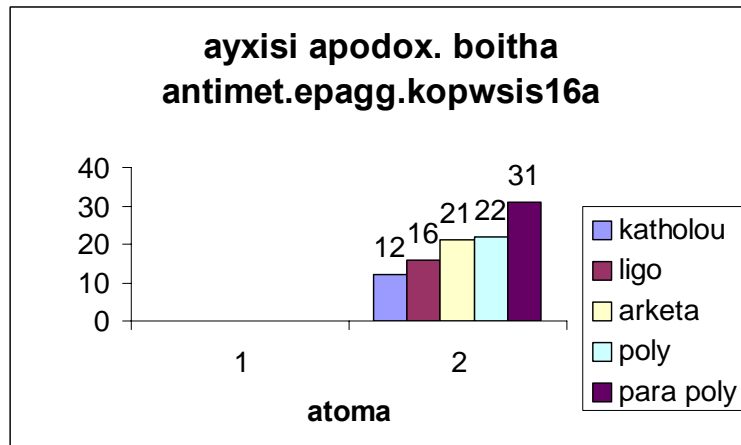
D.16.I

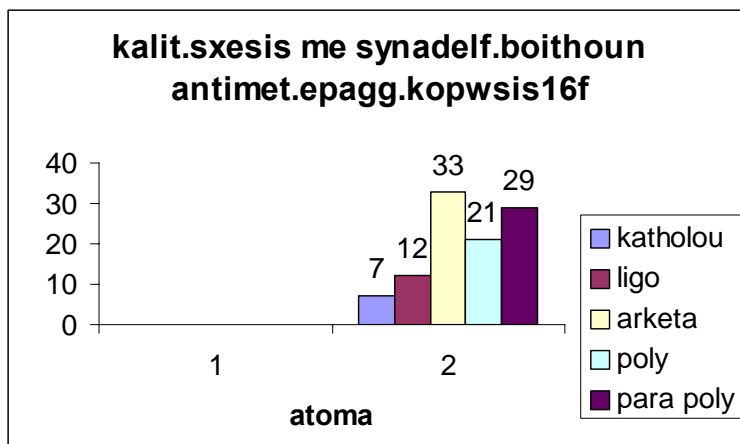
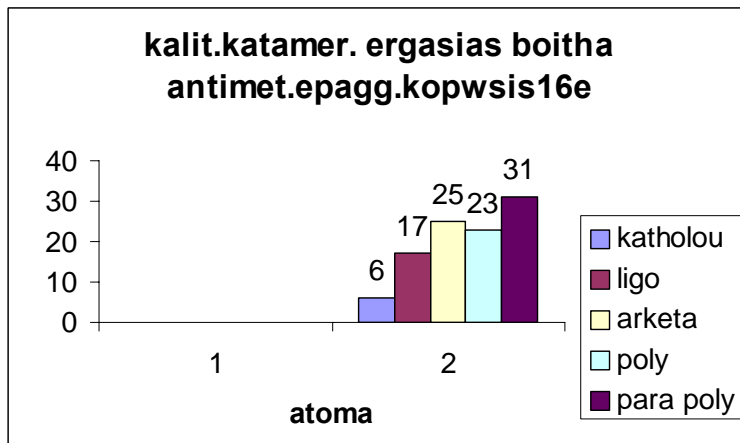
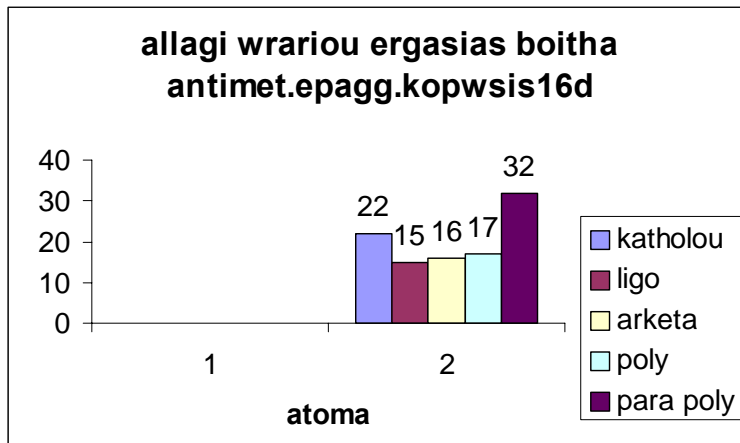
	Observed N	Expected N	Residual
katholoy	3	20,4	-17,4
ligo	7	20,4	-13,4
arketa	17	20,4	-3,4
poly	25	20,4	4,6
para poly	50	20,4	29,6
Total	102		

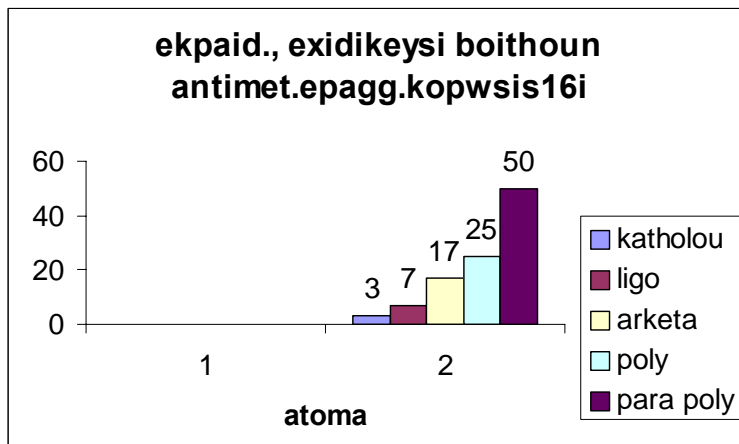
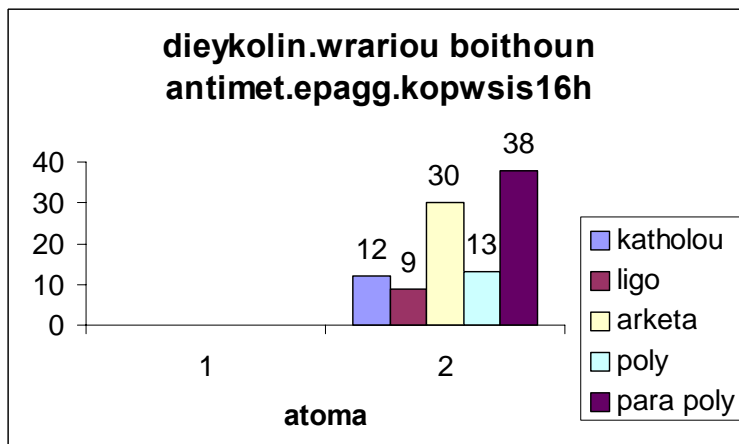
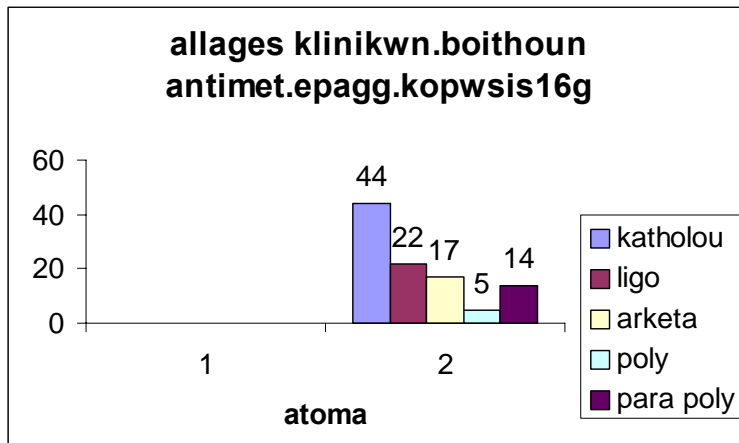
Test Statistics

	D.16.A	D.16.B	D.16.C	D.16.D	D.16.E	D.16.F	D.16.G	D.16.H	D.16.I
Chi-Square ^a	10,059	10,255	37,118	9,667	17,608	23,686	41,627	32,216	68,196
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,039	,036	,000	,046	,001	,000	,000	,000	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 20,4.







Παρατηρώντας τον πίνακα του Chi-Square Test, διαπιστώνεται ότι οι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι η αύξηση του ύψους αποδοχών, η συναισθηματική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα, η παροχή καλύτερης διοικητικής υποστήριξης, η αλλαγή ωραρίου εργασίας, ο καλύτερος καταμερισμός εργασίας, η ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέλφων, η δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα-κλινικές, οι διευκολύνσεις ωραρίου καθώς και οι παροχές κινήτων εκπαίδευσης-εξειδίκευσης, αποτελούν κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης.

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

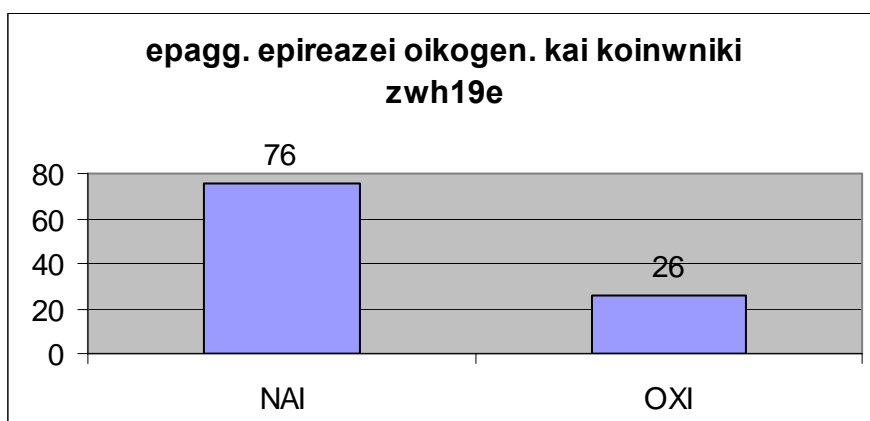
E.19

	Observed N	Expected N	Residual
nai	76	51,0	25,0
oxi	26	51,0	-25,0
Total	102		

Test Statistics

	E.19
Chi-Square ^a	24,510
df	1
Asymp. Sig.	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 51,0.



Όπως παρατηρούμε τόσο στο πίνακα του Chi-Square όσο και στο ιστόγραμμα μας, το επάγγελμα επηρεάζει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή.

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

G.24.A

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	1	13,0	-12,0
ligo	3	13,0	-10,0
arketa	12	13,0	-1,0
poly	13	13,0	,0
para poly	36	13,0	23,0
Total	65		

G.24.B

	Observed N	Expected N	Residual
katholoy	8	13,0	-5,0
ligo	4	13,0	-9,0
arketa	9	13,0	-4,0
poly	8	13,0	-5,0
para poly	36	13,0	23,0
Total	65		

G.24.C

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	1	13,0	-12,0
ligo	2	13,0	-11,0
arketa	9	13,0	-4,0
poly	13	13,0	,0
para poly	40	13,0	27,0
Total	65		

G.24.D

	Observed N	Expected N	Residual
ligo	3	16,3	-13,3
arketa	9	16,3	-7,3
poly	13	16,3	-3,3
para poly	40	16,3	23,8
Total	65		

G.24.E

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	5	13,0	-8,0
ligo	15	13,0	2,0
arketa	16	13,0	3,0
poly	15	13,0	2,0
para poly	14	13,0	1,0
Total	65		

G.24.F

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	7	13,0	-6,0
ligo	21	13,0	8,0
arketa	14	13,0	1,0
poly	14	13,0	1,0
para poly	9	13,0	-4,0
Total	65		

G.24.G

	Observed N	Expected N	Residual
katholou	9	13,0	-4,0
ligo	23	13,0	10,0
arketa	20	13,0	7,0
poly	4	13,0	-9,0
para poly	9	13,0	-4,0
Total	65		

G.24.H

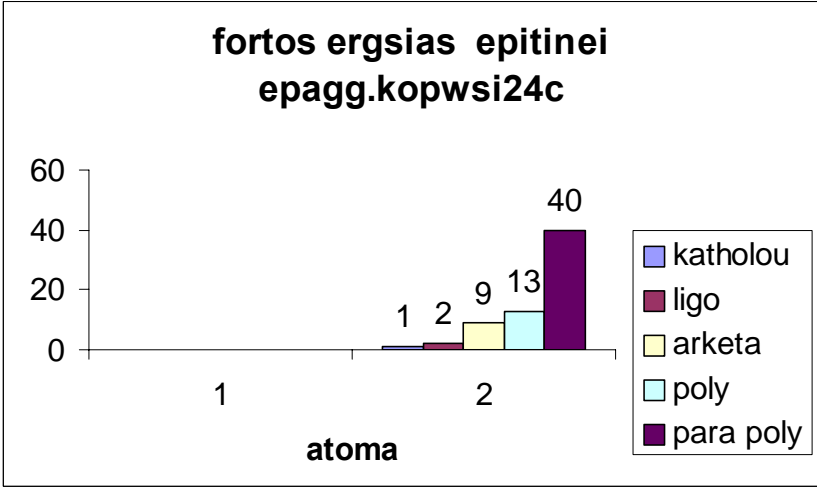
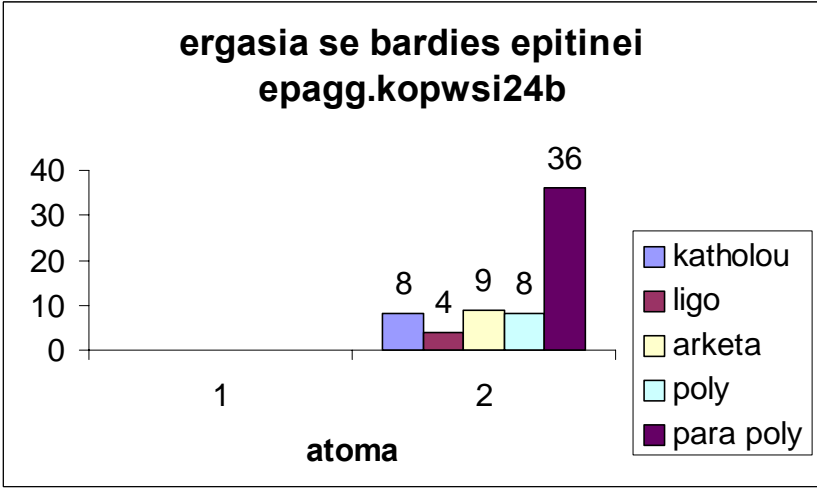
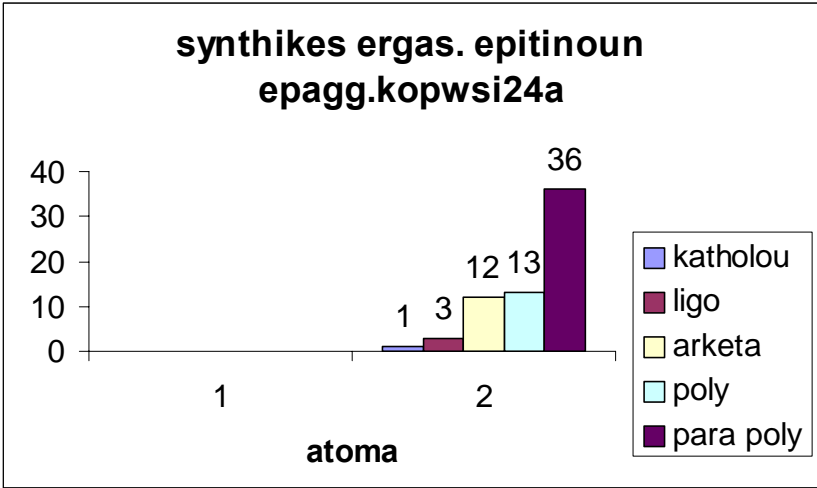
	Observed N	Expected N	Residual
katholou	19	13,0	6,0
ligo	15	13,0	2,0
arketa	11	13,0	-2,0
poly	8	13,0	-5,0
para poly	12	13,0	-1,0
Total	65		

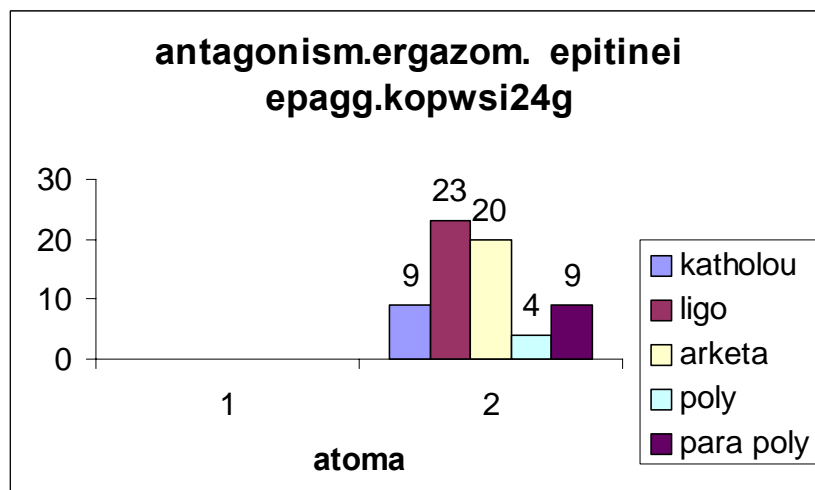
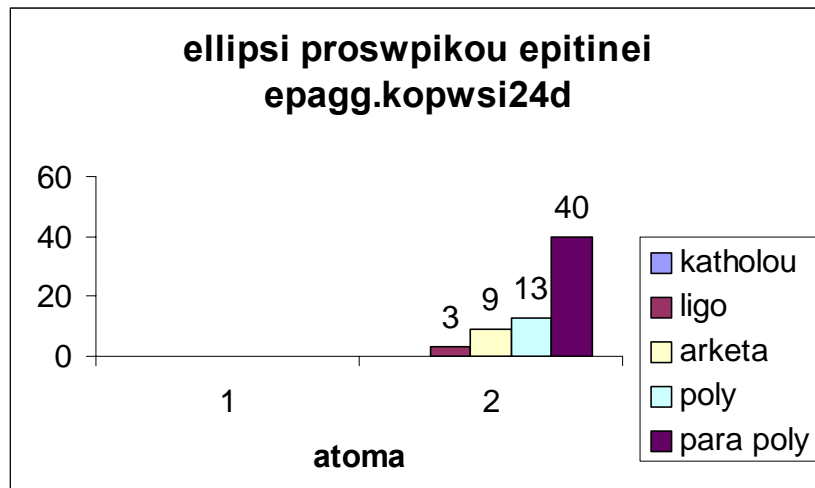
Test Statistics

	G.24.A	G.24.B	G.24.C	G.24.D	G.24.E	G.24.F	G.24.G	G.24.H
Chi-Square ^{a,b}	59,538	52,000	77,692	49,400	6,308	9,077	20,154	5,385
df	4	4	4	3	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000	,177	,059	,000	,250

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13,0.

b. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 16,3.





Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα του Chi-Square Test, οι 65 εργαζόμενοι οι οποίοι δήλωσαν ότι εμφανίζουν επαγγελματική κόπωση, φαίνεται να πιστεύουν ότι οι συνθήκες εργασίας, η εργασία σε βάρδιες, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού καθώς και ο ανταγωνισμός μεταξύ των εργαζομένων είναι οι κυριότεροι παράγοντες που επιτείνουν στην εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Θέμα:

Επαγγελματική κόπωση των εργαζόμενων
στις Ογκολογικές κλινικές και στις Μονάδες Εντατικής
Θεραπείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η

Υπεύθυνη καθηγήτρια

Τριγώνη Μαρία

Σπουδάστριες

**Αντωνίου Κούλλα
Γεωργίου Δήμητρα**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003

(Α) ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο
- άνδρας
- γυναίκα
2. Ηλικία
- 20 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 και άνω
3. Επάγγελμα
- Ιατρός
- Νοσηλεύτης ΤΕ
- Βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ
- Διοικητικό προσωπικό
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Φυσιοθεραπευτής
- Άλλο.....
4. Εκπαίδευση
- Απόφοιτος Γυμνασίου – Λυκείου
- Πτυχίο Τ.Ε.Ι.
- Πτυχίο Πανεπιστημίου
- Master
- PhD

(Β) Οικογενειακή Κατάσταση

- 5.
- Άγαμος/ η
- Έγγαμος/ η
-

Διαζευγμένος

Χήρος/ α

6. Παιδιά

Αριθμός παιδιών

(Γ)ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

7. Σε ποια κλινική υπηρετείτε:

Παθολογική Ογκολογία

Τμήμα Χημειοθεραπείας

Τμήμα Ακτινοθεραπείας

Παιδιατρική Κλινική Αιματολογίας Ογκολογίας

Χειρουργική Ογκολογία

Μονάδα Νεφρού

Περιτοναϊκή Σ.Φ.Π.Κ

Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιάς

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων

Μονάδα Εντατικής Παιδών

8. Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά :

0 – 5 χρόνια

6 – 10 χρόνια

11 –20 χρόνια

20 χρόνια και άνω

9. Πόσα χρόνια εργάζεστε στην συγκεκριμένη κλινική:

0 – 12 μήνες

1 – 3 χρόνια

3 – 6 χρόνια

6 – 9 χρόνια

9 χρόνια και άνω

10. Το ωράριο εργασίας σας είναι:

Αποκλειστικά Πρωινό

Βάρδιες

Άλλο.....

11. Θα θέλατε κάποια αλλαγή στο ωράριο εργασίας σας;

Ναι

Όχι

12. Νιώθετε την ανάγκη για συχνότερες άδειες ;

Ναι

Όχι

(Δ) ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

13. Κατά την διάρκεια εργασίας σας είστε ικανοποιημένος/ η από: (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Συνεργασία με Προϊσταμένους					
Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό					
Συνεργασία με νοσηλευτικό προσωπικό					
Συνεργασία με λοιπό προσωπικό					
Αντικείμενο εργασίας					

Συνθήκες εργασίας.					
--------------------	--	--	--	--	--

14. Πόσο επηρεάζεται η διάθεση σας κατά την άσκηση του επαγγέλματος σας από:
(τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Διάγνωση ασθένειας					
Ηλικία ασθενή					
Στάδιο ασθένειας					
Εξέλιξη ασθένειας					
Προσωπικότητα του ασθενή					
Από την σχέση που αναπτύξατε με τον ασθενή					

15. Ποιες από τις παρακάτω αντιδράσεις παρατηρείτε ότι συμβαίνουν στον εαυτό σας; (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Αρνητική διάθεση για το αντικείμενο εργασίας					
Άγχος					
Νεύρα					
Συναισθηματική φόρτιση					
Θυμός απέναντι στους συναδέλφους					
Θυμός απέναντι στους ασθενείς					
Αδιαφορία για τον ασθενή					

16. Πόσο θα βοηθούσε στην αντιμετώπιση της κατάστασης η :

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Αύξηση του ύψους αποδοχών					
Συναισθηματική υποστήριξη Από εξειδικευμένη ομάδα					
Παροχή καλύτερης διοικητικής υποστήριξης					
Αλλαγή ωραρίου εργασίας					
Καλύτερος καταμερισμός εργασίας					
Ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέλφων					
Δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα-κλινικές					
Διευκολύνσεις ωραρίου					
Παροχές κινήτρων εκπαίδευσης – εξειδίκευσης					

17. Τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο νιώθετε: (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Ικανοποιημένος από την απόδοση στην εργασία σας					
Εξουθενωμένος από την εργασία σας					
Ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσετε τον ασθενή και την οικογένεια του					
Επιθυμία για αλλαγή χώρου					

εργασίας					
----------	--	--	--	--	--

(Ε) ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

18.Τι συνήθειες έχετε:	<u>ΝΑΙ</u>	<u>ΟΧΙ</u>
α. Καπνίζετε;
α1. Αν Ναι πόσα τσιγάρα ημερησίως;		
β. Καταναλώνετε αλκοόλ;
β1. Αν Ναι πόσα ποτήρια ημερησίως;		
γ. Κοιμάστε πάνω από 6 ώρες;
δ. Γυμνάζεστε πάνω από 3 φορές εβδομαδιαίως;
ε. Επισκέπτεστε φίλους συχνά;
στ. Επισκέπτεστε συγγενείς συχνά;
ζ. Πραγματοποιείτε δραστηριότητες με την οικογένεια σας;.....
η. Ασχολείστε με κάποιο hobby;
θ. Έχετε κοινωνική ζωή;

19. Το επάγγελμά σας, έχει επηρεάσει την οικογενειακή και κοινωνική σας ζωή;

Ναι	<input type="checkbox"/>
Όχι	<input type="checkbox"/>

20 α. Αν ναι, με ποιο τρόπο;

(ΣΤ) ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΟΧΛΗΣΕΙΣ

21. Ποια από τα παρακάτω σας συμβαίνουν τον τελευταίο χρόνο;

	<u>ΝΑΙ</u>	<u>ΟΧΙ</u>
α. Άγχος
β. Κατάθλιψη
γ. Διαρκής εκνευρισμός
δ. Υπέρταση
ε. Έντονοι μυϊκοί πόνοι
στ. Υπερθυρεοειδισμό

ζ. Σεξουαλικές διαταραχές

.....

(Ζ) ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ.

22. Γνωρίζετε για τα συμπτώματα εκδήλωσης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης;

Ναι

Όχι

23. Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;

Ναι

Όχι

24. Αν ναι, ποιοι παράγοντες και πόσο θεωρείτε ότι επιτείνουν την εκδήλωση συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης; (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Συνθήκες εργασίας					
Εργασία με βάρδιες					
Φόρτος εργασίας					
Έλλειψη προσωπικού					
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους					
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας					
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων					
Σύγκριση και κριτική από την					

διεύθυνση της κλινικής					
---------------------------	--	--	--	--	--

(Η) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

25. Νιώθετε την ανάγκη για συναισθηματική - ψυχολογική στήριξη;

Ναι

Όχι

26. Πιστεύετε ότι υπάρχει συναισθηματική και ψυχολογική στήριξη μεταξύ των εργαζομένων;

Ναι

Όχι

26 α. Αν ναι, ποια μορφή έχει αυτή η στήριξη;

.....

.....

.....

.....

27. Πιστεύετε ότι το νοσοκομείο σας δίνει κίνητρα, δυνατότητες για συναισθηματική αποφόρτιση;

Ναι

Όχι

27 α. Αν ναι, ποια είναι αυτά;

.....

.....

.....

28. Θα συμμετείχατε σε προγράμματα που θα βοηθούσαν την συναισθηματική αποφόρτιση σας;

Ναι

Όχι

29. Δώστε μας δικές σας προτάσεις για προγράμματα που θα θέλατε να εφαρμοστούν στο χώρο που εργάζεστε:

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. Τίτλος Πτυχιακής Εργασίας

Επαγγελματική Κόπωση των εργαζομένων στις Ογκολογικές κλινικές και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

2. Βασικός προβληματισμός που οδήγησε στην επιλογή του θέματος.

Η επιλογή μας για πραγματοποίηση της Πρακτικής μας Άσκησης στο χώρο του ΠΑ.Γ.Ν.Η. και συγκεκριμένα στην Κοινωνική Υπηρεσία μας έδωσε την ευκαιρία να συνεργαστούμε με διάφορους επαγγελματίες υγείας. Η συνεργασία αυτή και η επικοινωνία η οποία αναπτύχθηκε μεταξύ μας αποτέλεσαν το μέσο διαπίστωσης του φαινομένου της « Επαγγελματικής Κόπωσης ».

Με τον όρο « Επαγγελματική Κόπωση » (ή σύνδρομο burn out) ορίζεται από τους Pines και Maslach σαν μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης όπου ο εργαζόμενος αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, χάνει το ενδιαφέρον του και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους άρρωστους και παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά του.¹

Καθημερινά παρατηρούσαμε τους επαγγελματίες υγείας να δυσανασχετούν και να προβληματίζονται για το πώς θα αντιμετωπίσουν τους ασθενείς τους την επόμενη μέρα. Απόφευγαν να αναπτύξουν μια στενή συναισθηματική σχέση και τους συμπεριφέρονταν κατά τρόπο απρόσωπο. Κατά την διάρκεια της εργασίας τους εστίαζαν την υπόδειξη τους στην ασθένεια και όχι στο νοσηλευόμενο πρόσωπο. (π.χ. καρκίνος μαστού στο δωμάτιο 16).

Επιλέξαμε να ερευνήσουμε ως πληθυσμό μελέτης τα ογκολογικά και κλειστά τμήματα του ΠΑ.Γ.Ν.Η., αφού το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται σε πιο έντονο βαθμό λόγω των περιστατικών με τα οποία ασχολείται το προσωπικό υγείας. Τα περιστατικά αυτά βρίσκονται σε μια ιδιαίτερα κρίσιμη φάση της ζωής τους, απαιτούν ένα καλά οργανωμένο σύστημα για ικανοποίηση τόσο των σωματικών όσο και των ψυχικών αναγκών τους, γεγονός το οποίο καθιστά πιο ευάλωτο τον επαγγελματία στο σύνδρομο. Πρέπει όμως να τονίσουμε ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης δεν χαρακτηρίζει ολόκληρο το σύνολο των επαγγελματιών.

1. Αναγνωστόπουλος Φ. Παπαδάτου Δ., 1986, «Επαγγελματική Κόπωση: κατανόηση πρόληψη και αντιμετώπιση ».

Αναγνωστόπουλος Φ. Παπαδάτου Δ., « Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με καρκίνο » σελ.133-144, εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα.

3. Αναφορά σε συναφείς έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το τμήμα.

Δεν έχει πραγματοποιηθεί από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης άλλη συναφή έρευνα.

4. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της έρευνας μας είναι η διερεύνηση των απόψεων του ιατρικό- νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού των Ογκολογικών κλινικών και Μονάδων Εντατικής Θεραπείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η. όσον αφορά την ύπαρξη του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης θα διερευνήσουμε τις επιπτώσεις και επιδράσεις που προκύπτουν από την εκδήλωση του φαινομένου σε διάφορα επίπεδα της ζωής του επαγγελματία (προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό). Επίσης τα αίτια που προκαλούν την εμφάνιση της επαγγελματική κόπωσης και τους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης της.

5. Διάγραμμα θεωρητικού μέρους.

Το πρώτο μέρος της πτυχιακής εργασίας θα περιλαμβάνει το θεωρητικό μέρος. Η ελληνική βιβλιογραφία η οποία αναφέρεται στο σύνδρομο «επαγγελματικής κόπωσης» όπως διαπιστώσαμε είναι περιορισμένη με αποτέλεσμα να αναζητήσουμε ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές πηγές για την διεκπεραίωση του θεωρητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας.

Αρχικά θα αναφερθούμε στην εννοιολογική προσέγγιση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης, προβαίνοντας στην ιστορική αναδρομή του καθώς και στους ορισμούς του.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στο εργασιακό στρες από το οποίο πηγάζει το σύνδρομο burn out καθώς και στην ιδανική ανάπτυξη επικοινωνίας ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και στον ασθενή.

Κατόπιν θα αναλύσουμε τα αίτια και τους παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση του φαινομένου καθώς και στα διαδοχικά στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τέλος θα περιγράψουμε τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης καθώς και τις παρεμβάσεις σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Το διάγραμμα του θεωρητικού μας μέρους μπορεί να τροποποιηθεί κατά την διάρκεια της συγγραφής του.

6. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας μας θα επιδιώξουμε να επιβεβαιώσουμε ή να διαψεύσουμε τις παρακάτω υποθέσεις εργασίας.

1. Η επαγγελματική κόπωση διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο.

2. Τα αυξημένα χρόνια υπηρεσίας επηρεάζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

3. Οι επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των εργαζομένων επηρεάζονται από την επαγγελματική κόπωση.

4. Η ηλικία του νοσηλευόμενου προκαλεί αυξημένη συναισθηματική πίεση στον επαγγελματία.

5. Το στάδιο ασθένειας του νοσηλευόμενου προκαλεί αυξημένη συναισθηματική πίεση στον επαγγελματία.

6. Η επαγγελματική κόπωση διαφοροποιείται ανάλογα με την ειδικότητα του επαγγελματία.

7. Μεθοδολογία έρευνας. Πεδίο μελέτης, επιλογή δείγματος, τεχνικές συλλογής στοιχείων, μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων.

Το δεύτερο μέρος της πτυχιακής εργασίας περιλαμβάνει το ερευνητικό μέρος. Η μέθοδος που θα ακολουθήσουμε για την έρευνα είναι η δημιουργία ερωτηματολογίων τα οποία θα συμπληρωθούν από το ιατρικό- νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των ογκολογικών και κλειστών τμημάτων του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Το ερωτηματολόγιό μας θα περιέχει τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές ερωτήσεις δικής μας κατασκευής. Συγκεκριμένα τα τμήματα στα οποία θα διεξαχθεί η έρευνα είναι: Μονάδα Εντατικής Παίδων, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων, Μονάδα Εντατική Παρακολούθησης Καρδιάς, Μονάδα Νεφρού-Περιτοναϊκής, Παιδοαιματολογίας, Χειρουργικής Ογκολογίας, Παθολογικής Ογκολογίας, Τμήμα Χημειοθεραπείας, Τμήμα Ακτινοθεραπείας. Από τον παρακάτω πληθυσμό τον οποίο αναφέρουμε θα επιλέξουμε το 70% για την διεξαγωγή της έρευνας μας. Η Μονάδα Εντατικής Παίδων αποτελείται από 12 νοσηλευτές και 4 ιατρούς. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων αποτελείται από 15 νοσηλευτές 3 ιατρούς και 1 διοικητικού προσωπικού. Η Μονάδα Εντατική Παρακολούθησης Καρδιάς αποτελείται από 16 νοσηλευτές και 3 ιατρούς. Η Μονάδα Νεφρού-Περιτοναϊκής αποτελείται από 14 νοσηλευτές, 8 ιατρούς και 4 διοικητικό προσωπικό. Η Παιδοαιματολογική κλινική αποτελείται από 13 νοσηλευτές 6 ιατρούς και 2 διοικητικό προσωπικό. Η Χειρουργική Ογκολογία αποτελείται από 21 Νοσηλευτές 12 ιατρούς και 2 διοικητικό προσωπικό. Η Παθολογική Ογκολογία αποτελείται από 16 νοσηλευτές, 10 ιατρούς και 4 διοικητικό προσωπικό. Το Τμήμα Ακτινοθεραπείας αποτελείται από 4 ιατρούς 1 νοσηλευτή και 1 διοικητικού προσωπικού. Το Τμήμα Χημειοθεραπείας αποτελείται από 6 νοσηλευτές και 2 ιατρούς. (το σύνολο του παραπάνω προσωπικού είναι 180 άτομα). Ο πληθυσμός μελέτης μας θα είναι το 70% του συνόλου άρα η έρευνα μας θα διεξαχθεί σε 126 άτομα.

Με την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων θα εισαγάγουμε τα στοιχεία σε πρόγραμμα σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και θα φτιάξουμε συγκριτικούς πίνακες οι οποίοι θα βοηθήσουν

στην καλύτερη δυνατή ανάλυση των αποτελεσμάτων. Με βάση τη στατιστική διάφορα θα διαψεύσουμε ή θα επιβεβαιώσουμε ανάλογα, τις υποθέσεις εργασίας που προαναφέραμε και αυτές που θα προκύψουν στη συνέχεια

8. Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης. Ενέργειες για άρση δυσκολιών.

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας υπάρχει μεγάλη πιθανότητα για άρνηση των επαγγελματιών για συμμετοχή ή καθυστέρηση στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης υπάρχει πιθανότητα να δώσουν μη πραγματικές απαντήσεις οι οποίες θα ανατρέψουν πιθανά τα αποτελέσματα μας.

Προτού να αρχίσουμε την διεξαγωγή της έρευνας θα προσπαθήσουμε να ευαισθητοποιήσουμε το προσωπικό ώστε να συμμετέχει ουσιαστικά στην έρευνα αυτή.

9. Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν.

Πιστεύουμε πως στην συγκεκριμένη έρευνα δεν θα υπάρξουν ηθικά ζητήματα διότι σκοπεύουμε πριν την έναρξη της έρευνας να φτιάξουμε μια αίτηση όπου θα ζητηθεί από το Συμβούλιο Διοίκησης η ενυπόγραφη συμφωνία τους. Μαζί με την αίτηση αυτή θα κατατεθεί και το ερωτηματολόγιο ώστε να τους γνωστοποιήσουμε το θέμα. Έτσι το προσωπικό θα ειδοποιηθεί και θα ενημερωθεί πριν να φτάσει στα χέρια του το ερωτηματολόγιο.

10. Χρονοδιάγραμμα.

Το χρονοδιάγραμμα το οποίο θα ακολουθήσουμε για την Πτυχιακή μας Εργασία είναι το παρακάτω: Από τα μέσα Απριλίου και για δύο βδομάδες θα συντάξουμε και θα ολοκληρώσουμε το ερωτηματολόγιο. Την τελευταία βδομάδα του Απριλίου θα ετοιμάσουμε την αίτηση για το Συμβούλιο Διοίκησης και μαζί με το ερωτηματολόγιο, θα περιμένουμε την έγκριση του. Από 1/5 μέχρι και τις 11/5 θα ενημερώσουμε τις κλινικές και θα μοιράσουμε τα ερωτηματολόγια στους εργαζομένους. Από 12/5 μέχρι 25/5 θα δοθεί περιθώριο για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την συγκομιδή τους. Κατά την διάρκεια της αναμονής θα αρχίσουμε την επεξεργασία της βιβλιογραφίας και την συγγραφή του θεωρητικού μέρους, η οποία υπολογίζουμε να ολοκληρωθεί μέχρι τις 12/7. Από 13/7 μέχρι 27/7 θα καταχωρήσουμε τα στοιχεία των ερωτηματολογίων σε πρόγραμμα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Από τις 28/7 μέχρι και τις 10/8 θα φτιάξουμε συγκριτικούς πίνακες και θα αναλύσουμε τα αποτελέσματα μας. Από τις 10/8 μέχρι και τις 7/9 θα ετοιμάσουμε τις τελευταίες λεπτομέρειες και θα προετοιμαστούμε για την παρουσίαση μας. Προτείνουμε η παρουσίαση της Πτυχιακής μας Εργασίας να πραγματοποιηθεί στις 8/9/2003.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Αναγνωστοπούλου Φ., Παπαδάτου Δ., 1986, Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο, εκδόσεις Φλόγα, ΑΘΗΝΑ
2. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., 1999, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, ΑΘΗΝΑ
3. Δούκα Μ., 2003, Το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης ή burn out στην Κοινωνική Εργασία, Κοινωνική Εργασία, Έτος 18, Τεύχος 70°, σελ 97-108, ΑΘΗΝΑ
4. Κανδύλης Δ., Σκέψεις γύρω από το έργο του μη ψυχιατρικού ξενώνα, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο44, σελ 24-33
5. Κάντας Αριστοτέλης, 1995, Οργανωτική-Βιομηχανική ψυχολογία, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, ΑΘΗΝΑ
6. Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., 1994, Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, εκδόσεις Ακαδημία Επαγγελματικής υγείας, ΑΘΗΝΑ
7. Μάνος Ν., 1997, Βασικά στοιχεία Κλινικής ψυχιατρικής, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη
8. Μπαμπινιώτης Γ., 1998, Λεξικό της Νέας Γλώσσας, εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας, ΑΘΗΝΑ
9. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1997, Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών διαταραχών και Διαταραχών της συμπεριφοράς, εκδόσεις Βήτα, ΑΘΗΝΑ Πάτρικ Χ, 2002, Πείτε όχι στο άγχος και στην κόπωση, εκδόσεις Κέδρος, ΑΘΗΝΑ
10. Πάτρικ Χ, 2002, Πείτε όχι στο άγχος και στην κόπωση, εκδόσεις Κέδρος, ΑΘΗΝΑ
11. Σαχίνη-Καρδάνη Α., Μεθοδολογία Έρευνας εφαρμογές στο χώρο της υγείας, εκδόσεις Κύρια Συλλογή, ΑΘΗΝΑ
12. Φωτιάδου Α., 1999, Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, εκδόσεις Βήτα, ΑΘΗΝΑ
13. Cooper C., Cooper R., Eaker L., 2002, Ζώντας με το στρες, εκδόσεις Παρισιανού, ΑΘΗΝΑ
14. Goleman D., 1995, Η συναισθηματική νοημοσύνη στην εργασία, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, ΑΘΗΝΑ
15. Janeau C., 1996, Η έρευνα με ερωτηματολόγιο, εκδόσεις Τυπωθήτω, ΑΘΗΝΑ
16. Jones H., Υπεραπασχόληση και Άγχος, εκδόσεις Θυμάρι, ΑΘΗΝΑ
17. Stearns S., 1997, Ψυχολογική πίεση και προσπάθεια αποφόρτισης. Ποίος στηρίζει τους επαγγελματίες, Κοινωνική Εργασία, Έτος 10°, Τεύχος 46, σελ 71-81

- 18.Ιωάννου Α., 24/10/2003, Άγχος στο χώρο της υγείας, Καλή ζωή, Φιλελεύθερος
- 19.Δρίβα Σ., 2003, Το σύνδρομο Burnout (ολοκληρωτικής εξάντλησης), Υγειονομικό Βήμα, Τεύχος 4, σελ 16, ΑΘΗΝΑ
- 20.Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της εργασίας, 2002, Πηγές εργασιακού στρες, εκδόσεις Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ΑΘΗΝΑ
- 21.Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία, 2003, Burnout σύνδρομο Επαγγελματικής εξάντλησης
- 22.Καρδιολογικό Ίδρυμα Κύπρου, 2001, Το 'στρες' και η καρδιά, Λευκωσία

ΕΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Beard D, Chronic fatigue syndrome clinical practice guidelines: psychological factors, *MJA*, 2002, 177(9): 526
2. Cocco E, Gatti M, Augusto C, Camus V, A Comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Volume 18, Issue 1, 2003, pages:78-85
3. Deborah E, Hannigan B, Fothergill A, Burnard P, Stress management for mental health professionals: a review of effective techniques, Volume 18, Issue 5, 2002, page:203-215
4. Dielman T, 1996, *Applied Regression Analysis for business and economics*, εκδόσεις Wadsworth Publishing Company, US of American
5. Escot C, Artero S, Gandubert C, Boulenger P, Ritchie K, Stress levels in nursing staff working in oncology, *Stress and Health*, Volume 17, Issue 5, 2001, page:273-279
6. Frey R, When Professional burnout syndrome leads to Dysthymia, *J Can Dent Assoc*, 2002; 66:33-4
7. Fukuda K, Gantz NM, Management strategies for chronic fatigue syndrome, *Federal Practitioner* 1995; July: 12-27
8. Gorkin M, The four stages of Burnout, *Selfhelp Magazine*, November 1, 1994
9. Holmes GP, Defining the chronic fatigue syndrome Reviews in infectious Diseases, Vol 13(supp11), pages 553-555, 1991
10. Larkins RG, Molesworth CR, Chronic Fatigue syndrome clinical practice guidelines (letter), *Med J Aust* 2002; 177: 51-52
11. Maslach Cr, Wilmar B, Leiter M, Job Burnout, *Annual Reviews*, 2001
12. Mennoia NV, Sacco S, Candura SM, Burn-out risk in health workers at Alzheimer's units, *G Ital Med Lav Ergon*, 2002 Jan-Mar;22(1);43-6; 62-3
13. National Institutes of Health, Chronic fatigue syndrome, Fact Sheet, January 2001
14. Nisanbaum R, Jones AB, Jones Jf Reeves WC, Longitudinal analysis of symptoms reported by patients with chronic fatigue syndrome, *Ann Epidemiol* 10:458, 2002
15. Reyes M, Dobbins JG, Mawle AC, Steele L, Gary HE, Malani H, Schmid S, Fukuda K, Stewart J, Nisenbaum R, Reeves WC, Risk Factors for CFS: a case control study, *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, Vol 2, pages 17-33, 1996

16. Reyes M, Dobbins JG, Senbaum R, Subedar N, Rand Cocco E, Gatti M, Augusto C, Camus V, A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards, International journal of Geriatric Psychiatry, Volume 18, Issue 1, 2003, pages;78-85
17. Sorensen B, Streim Je, Strand M, Make B, Giclas PC, Fleshnerm, Jones JF, Complement activation in a model of chronic fatigue syndrome, Journal of Allergy and clinical Immunology 2003; 112:397-403
18. Wellsley K, Are you suffering the Symptoms of Burnout?, Los Angeles business Journal, August 21, 2002

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΣΩ ΔΙΑΔΥΚΤΥΟΥ (INTERNET):

<http://www.cdc.gov>
<http://www.altavista.com/web/results?q=exhausted+syndrome+%22chronic+fatigue+syndrome%22&pptt=exhausted+syndrome%7Fchronic+fatigue+syndrome&ppps=0>
<http://www.aacfs.org/>
http://www.healthnewsflash.com/conditions/chronic_fatigue_syndrome.htm
<http://www.aacfs.org>
<http://www.ncfsfa.org>
<http://www.ncf-net.org>
<http://www.niaid.nih.gov/>
<http://www.cfids.org>
<http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/cfs>
<http://www.niaid.nih.gov/publications/cfs.htm>
<http://www4.od.nih.gov/cfs/finalmeeting.pdf>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
<http://www.niaid.nih.gov/factsheets/cfs.htm>
<http://www.holistichealthtopics.com/HMG/default.html>
<http://my.webmd.com/content/article/70/81021.htm?lastselectedguid={5FE84E90-BC77-4056-A91C-9531713CA348}>
<http://my.webmd.com/content/article/70/81020.htm?lastselectedguid={5FE84E90-BC77-4056-A91C-9531713CA348}>
http://my.webmd.com/content/article/19/1728_50442.htm
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001244.htm>
<http://www.ncf.carleton.ca/ip/social.services/cfseir/>
<http://chronicfatigue.about.com/>
<http://www.immunesupport.com/library/showarticle.cfm/id/5153>
<http://home.vicnet.net.au/~mecfs/>
<http://http://www2.rpa.net/~lrandall/web.ukonline.co.uk/ruth.livingstone/little/cfs2.htm>
A:\Health Psychology Christina Maslach.htm
<http://A:\Creative Burnout>
[http:// www.ucsf.edu/about.ucsf/](http://www.ucsf.edu/about.ucsf/)
http://www.stressdoc.com/safe_stress2.htm

<http://www.iherb.com/fatigue.html>

http://www.stressdoc.com/four_stages_burnout.htm