

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :

**Διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών
και της επίπτωσης της στη σωματική και ψυχική τους υγεία**



ΣΥΓΓΡΑΦΗ

ΣΧΟΙΝΑΡΑΚΗ ΑΜΑΛΙΑ ΥΝ6768

ΤΣΙΜΙΣΙΡΗ ΔΙΟΝΥΣΙΑ ΥΝ6775

ΧΑΙΡΕΤΗ ΜΑΡΙΝΑ ΥΝ6783

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΡΙΚΟΣ ΝΙΚΟΣ

-ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2019-

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	2
Περίληψη	4
Εισαγωγή.....	6
Θεωρητικό Μέρος.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Επαγγελματική εξουθένωση.....	7
1.1 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας επαγγελματικής εξουθένωσης.....	7
1.2 Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	9
1.2.1 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)	10
1.2.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980).....	10
1.2.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach & Jackson (1982)	11
1.2.4 Το μοντέλο της Pines (1980).....	12
1.2.5 Το μοντέλο απαιτήσεων- ελέγχου του Karasek (The demand-control model)	12
1.2.6 Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής (ERI: The effort-reward imbalance model)	13
1.2.7 Το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων – πόρων (JD: The Job Demands-Resourcer Model)	14
1.3 Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης	14
1.4 Παράγοντες που προκαλούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο :Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών	21
2.1 Μελέτες στην Ελλάδα	21
2.2 Μελέτες στο εξωτερικό.....	25
2.3 Επιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης στη σωματική και ψυχική υγεία	26
2.3.1 Ορισμός ψυχικής υγείας.....	26
2.3.2 Σωματική εξουθένωση	27
2.3.3 Ψυχική εξουθένωση	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	34

3.1 Διαχείριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.....	34
3.2 Παρεμβάσεις	36
3.2.1 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο	36
3.2.3 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο	37
Ειδικό Μέρος	45
Σκοπός.....	45
Ερευνητικά ερωτήματα	45
Μεθοδολογία.....	46
Δειγματοληψία	46
Ερευνητικό εργαλείο.....	47
Αποτελέσματα της έρευνας.....	50
Συζήτηση.....	73
Συμπεράσματα	75
Βιβλιογραφία.....	77
Παράρτημα 1	87
Παράρτημα 2.....	95
Παράρτημα 3.....	96
Παράρτημα 4.....	97

Περίληψη

Εισαγωγή: Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα ενδιαφέρον θέμα για έρευνα στα ελληνικά νοσοκομεία, διότι επιβαρύνει την ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών και την επαγγελματική τους και προσωπική τους ζωή. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ερευνά ήταν η καταγραφή και η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο και πόσο το συγκεκριμένο σύνδρομο έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία τους. Μέθοδος: Τον πληθυσμό στόχο αποτελούσαν 50 εργαζόμενοι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ). Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν τυχαία με βάση το αναρτημένο οργανόγραμμα του νοσοκομείου στο διαδίκτυο, 11 κλινικές. Ως εργαλείο μελέτης θα χρησιμοποιήσουμε ερωτηματολόγιο που αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και τις επιπτώσεις της στη σωματική και ψυχική τους υγεία, το οποίο συντέθηκε από την Δημητριάδου Χρυσή, και για τη σύνθεση του χρησιμοποιήθηκαν τα εξής διεθνώς χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια (Job Descriptive Index - General Health Questionnaire - Maslach) και για τη χρήση του οποίου μας έχει παραχωρηθεί εγγράφως η σχετική άδεια. Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS 25.0. Αποτελέσματα: Η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε αυξημένα επίπεδα. Το δείγμα μας εμφάνισε μέτρια γενική υγεία, αλλά καλή ψυχική υγεία. Τα χρόνια προϋπηρεσίας επηρεάζουν αρνητικά τη ζωτικότητα. Όσο τα χρόνια αυξάνονται η ζωτικότητα μειώνονται. Μη ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας αποτελούν ένα βασικό παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι νιώθει εξουθενωμένο από τη δουλειά του. Επίσης, το παραπάνω ποσοστό του δείγματος υποστήριξε ότι εργάζεται πολύ σκληρά κάθε μέρα. Συμπεράσματα: Η προκείμενη έρευνα ανέδειξε ακόμη μία φορά ότι η επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο της υγείας είναι μία διαπραγματέυτη πραγματικότητα. Η βιβλιογραφική έρευνα απέδειξε ότι ο παράγοντας της επαγγελματικής εξουθένωσης χρήζει περαιτέρω έρευνας και μελέτης. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπιστούν με παραπάνω ευαισθησία και οι κρατικοί φορείς οφείλουν να θεσπίσουν μέτρα πρόληψης του εν λόγω φαινομένου.

Λέξεις Κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, νοσηλευτική, Maslach, ψυχική υγεία, σωματική υγεία.

Abstract

Introduction: Occupational burnout, known as burnout syndrome, is an interesting topic for research in Greek hospitals since it affects the mental and physical health of professionals and consequently their professional and personal lives. **Aim:** The purpose of the present study is to record and investigate the burnout syndrome of nurses and assistant nurses in a tertiary hospital and the extent to which the examined syndrome has an impact on their physical and mental health. **Methods:** The target population was 50 working nurses and nursing assistants at Heraklion University General Hospital (PAGNI). Specifically, 11 clinics were randomly selected based on the hospital's organizational chart. As a study tool we use a questionnaire concerning occupational burnout of Greek nurses and its effects on their physical and mental health. The questionnaire, for which we have been granted written permission, was compiled by Dimitriadou Chrysi, who use for the composition internationally used questionnaires (Job Descriptive Index, General Health Questionnaire - Maslach). The data analysis of the present study conducted with the aid of SPSS 25.0. **Results:** Occupational exhaustion ranged at high levels. Our sample of nurses and nursing assistants showed moderate overall health but good enough mental health. The years of professional service adversely affect vitality. As the years increase, the vitality decreases. The unsatisfactory working conditions constitute a key factor for the burnout syndrome. The majority of the sample stated that they work very hard every day and that they feel exhausted due to their work. **Conclusion:** This research has once again highlighted that occupational exhaustion in the field of health is a non-negotiable reality. The bibliographic research has proved that the burnout syndrome needs further research and study. The Healthcare professionals must be treated with greater sensitivity and the public authorities must take measures to prevent the examined phenomenon.

Key Words: Occupational burnout, Nursing, Maslach, Mental Health, Physical Health.

Εισαγωγή

Η επαγγελματική εξουθένωση, σύνδρομο burnout, αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί αντικείμενο μελέτης και έρευνας των επιστημόνων ανά τον κόσμο. Ως εξελικτική διεργασία, ακολουθείται από μια μεταβατική διαδικασία όπου ο εργαζόμενος περνά διάφορες φάσεις, κατά τις οποίες βιώνει άγχος, χρόνιο συσσωρευμένο άγχος και τελικά εξουθένωση. Οι τρεις κύριοι παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τη μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων του εργαζόμενου. Επίσης, η επαγγελματική εξουθένωση έχει πολλές δυσάρεστες συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου, όπως είναι οι συχνοί πονοκέφαλοι, οσφυαλγίες, πόνος στο στομάχι, η μειωμένη σεξουαλική ικανότητα, αίσθημα κενού, μειωμένη απόλαυση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Σκοπός της παρούσας ερευνά ήταν η καταγραφή και η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο και πόσο το συγκεκριμένο σύνδρομο έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία τους. Γίνεται αναφορά στους παράγοντες που ευθύνονται για την επαγγελματική εξουθένωση, οι οποίοι μπορεί να είναι είτε ατομικοί είτε από το εργασιακό περιβάλλον. Αναφέρεται, επίσης, η διαχείριση και οι παρεμβάσεις που γίνονται ώστε το συγκεκριμένο σύνδρομο να εξαλειφθεί ή τουλάχιστον να μειωθεί.

Θεωρητικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Επαγγελματική εξουθένωση

1.1 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) μελετήθηκε για πρώτη φορά ως ψυχολογικό σύνδρομο στις αρχές της δεκαετίας του 1970 από τον βραβευμένο με Νόμπελ Herbert Freudenberger και ορίζεται ως **εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών του αποθεμάτων.**

Ο Freudenberger το 1974 κατέληξε σε αυτόν τον ορισμό για να περιγράψει μια κατάσταση εξάντλησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο εργασιακό τους περιβάλλον. Παραλλήλως την έννοια του όρου επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) με ένα κτίριο που έχει καταστραφεί από πυρκαγιά. Οι παρατηρήσεις του βασίστηκαν σε επαγγελματίες και εθελοντές εργαζόμενους της κλινικής του. Καθόρισε την κατάσταση αυτή ως αδυναμία για επίδοση ή εξουθένωση λόγω υπερβολικών απαιτήσεων που αφορούν την ενέργεια, τη δύναμη ή τις δυνατότητες. Το άτομο γίνεται άκαμπτο, ξεροκέφαλο και ανελαστικό, εμποδίζει την πρόοδο και τις δομικές αλλαγές επειδή οι αλλαγές αυτές απαιτούν προσπάθεια και προσαρμογή. Ο Freudenberger θεωρεί ότι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση είναι οι αφοσιωμένοι και οι απορροφημένοι από την εργασία τους, εκείνοι δηλαδή που αισθάνονται μια εσωτερική πίεση να προσφέρουν όσο και μία εξωτερική να αποδώσουν. Περιέγραψε τον αφοσιωμένο εργαζόμενο (dedicated), ο οποίος αναλαμβάνει υπερβολικά πολλή δουλειά, τον υπέρ-δεσμευμένο εργαζόμενο (overcommitted), του οποίου η ζωή έξω από την εργασία δεν δίνει ικανοποίηση και τον αυταρχικό εργαζόμενο (authoritarian), ο οποίος νιώθει ότι κανείς άλλος εκτός από αυτόν δεν μπορεί να κάνει τη δουλειά το ίδιο αποτελεσματικά (Freudenberger, 1975).

Η Jones (1980) χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως σύνδρομο συναισθηματικού και σωματικού κενού, το οποίο εμπεριέχει την αρνητική στάση για εργασία, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την έλλειψη ενδιαφέροντος για τους ασθενείς. Συνήθως εκδηλώνεται ως συχνός εκνευρισμός και θυμός προς τους ασθενείς, απόσυρση

από την εργασία, απουσίες, παραίτηση του εργαζομένου, χαμηλή παραγωγικότητα, εργασιακή δυσαρέσκεια και έλλειψη δημιουργικότητας.

Η Seuntjens (1982) ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως εξασθένηση της ψυχολογικής κατάστασης, η οποία προκαλείται από τη διάψευση των επαγγελματικών ελπίδων, με αποτέλεσμα τη μειωμένη αποδοτικότητα και το χαμηλό ηθικό, τα οποία οδηγούν σε απουσίες, αποχώρηση από την εργασία και ψυχοσωματικές αρρώστιες. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια απάντηση στο στρες, είναι μια σωματική και ψυχολογική εξάντληση. Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι αναπτύσσουν επαγγελματική εξουθένωση δεν έχουν πια θετικά αισθήματα για τον εαυτό τους και τους ασθενείς και ίσως να τους συμπεριφέρονται με απάνθρωπο κυνισμό (Seuntjens, 1982).

Άλλοι συγγραφείς περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως την προοδευτική απώλεια του ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού, η οποία βιώνεται από ανθρώπους που εργάζονται σε επαγγέλματα προσφοράς, ως αποτέλεσμα της εργασίας τους (Sturgess et al., 1983). Ο Cherniss (1980) περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως την αρρώστια των υπέρ-αφοσιωμένων. Οι Cronin-Stubbs & Rooks (1985) την ορίζουν ως ψυχοβιολογική δυσκολία προσαρμογής και συμπεριφοριστική απάντηση στους επαγγελματικούς στρεσογόνους παράγοντες. Οι Brezniak & Ben Yalr (1989) πιστεύουν ότι οφείλεται στην ανισορροπία μεταξύ των δυνατοτήτων, των αξιών, των προσδοκιών και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος.

Η κλινική ψυχολόγος Christina Maslach (1978 & 1982) έδωσε τον πιο περιεκτικό ίσως ορισμό περιλαμβάνοντας τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική και νοητική εξουθένωση, η οποία παρατηρείται σε κάθε επαγγελματία που η δουλειά του απαιτεί τη συνεχή επαφή με άλλους ανθρώπους. Η Maslach αναφέρει ότι το σύνδρομο αυτό δεν εμφανίζεται ξαφνικά αλλά είναι το αποτέλεσμα παρατεταμένης εργασίας υπό πίεση. Περιγράφει το σύνδρομο ως δείκτη φθοράς των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζομένου. Σύμφωνα με τις Christina Maslach και Jackson Susan (1986), υπάρχουν τρεις διαστάσεις που περιγράφουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης: η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων. Στην αρχή του συνδρόμου εμφανίζεται πρώτη η συναισθηματική εξάντληση. Ο εργαζόμενος αισθάνεται κουρασμένος από τη δουλειά του και δεν έχει την ψυχολογική δύναμη να επενδύσει σε αυτήν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την προσπάθειά του να αμυνθεί και να προστατέψει τον εαυτό του μονώνοντας τα συναισθήματα του και αναπτύσσοντας απρόσωπες σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς

για να αποφύγει την πίεση. Αυτός ο μηχανισμός οδηγεί στην τελική φάση της εξουθένωσης, δηλαδή στην πτώση της απόδοσης της δουλειάς. Όπως το έθεσε ένας επαγγελματίας, «δεν είναι ότι δεν θέλω να βοηθήσω, αλλά δεν μπορώ, φαίνεται ότι έχω κουραστεί να συμπάσχω» (Firth-Cozens & Payne, 1999).

Ο παραπάνω ορισμός των Maslach & Jackson σε συνδυασμό με την ανάπτυξη και τεκμηρίωση ενός μεθοδολογικού εργαλείου για τη μελέτη και τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτέλεσε ορόσημο για την εμπειρική μελέτη. Το τυποποιημένο αυτό εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ονομάζεται MBI (Maslach Burnout Inventory, 1981 & 1986) και δίνει στους ερευνητές τα απαραίτητα εφόδια για τη μελέτη του συνδρόμου.

Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει η ερμηνεία που δόθηκε από την Pines (1993) για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Pines υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με την ανάγκη του ανθρώπου να πιστεύει ότι η ζωή του έχει νόημα και ό,τι κάνει έχει σημασία. Οι άνθρωποι προσπαθούν να ικανοποιήσουν αυτή την ανάγκη μέσα από τη δουλειά τους. Όσοι δεν είναι ιδιαίτερα αφοσιωμένοι στη δουλειά τους έχουν λιγότερες πιθανότητες να βιώσουν την επαγγελματική εξουθένωση. Αντίθετα τα άτομα που είναι αφοσιωμένα στη δουλειά τους που αισθάνονται ότι η εργασία τους δίνει νόημα στη ζωή τους, αλλά, παράλληλα αισθάνονται ότι έχουν αποτύχει στο εργασιακό τους τομέα, είναι επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση.

1.2 Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα προσπαθούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις των ερευνητών:

- Η πρώτη ομάδα τονίζει τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που έχει ο επαγγελματίας από τον ίδιο του τον εαυτό, αλλά και από τον χώρο στον οποίο εργάζεται.

- Η δεύτερη ομάδα υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερο φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού (Dekker & Schaufeli, 1995; Antoniou, 1999).

1.2.1 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Σύμφωνα με το Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μια διαδικασία παρά ένα μεμονωμένο συμβάν και ακολουθεί τρεις φάσεις.

i. **Φάση εργασιακού στρες:** το εργασιακό στρες είναι αποτέλεσμα της διατάραξης της ισορροπίας ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιηθούν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα του εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτή η διατάραξη μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, αλλά δεν οδηγεί απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

ii. **Φάση εξάντλησης:** Η προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης, η οποία, εάν δεν καταφέρει να την διαχειριστεί σωστά, μπορεί να οδηγηθεί σε απογοήτευση και παραίτηση.

iii. **Φάση αμυντική κατάληξης:** Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζόμενου. Εκδηλώνεται κυνισμός, άρνηση, οργή, καχυποψία, οικογενειακές συγκρούσεις και απάθεια για τους άλλους συνεργάτες του, έτσι ώστε να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

1.2.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Οι Edelwich & Brodsky περιέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του.

i. **Στάδιο ενθουσιασμού:** Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό, έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Σε αυτό το στάδιο υπέρ-επενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας τον χρόνο και την ψυχή του. Διαπιστώνοντας, όμως, ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

ii. **Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας:** η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται μέσα από την δουλειά. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί να επενδύσει ακόμα περισσότερο στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Σταδιακά η εργασία παύει να φαντάζει ιδανική, όμως δεν έχει αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

iii. **Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης:** ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειες του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από αυτήν την κατάσταση θα πρέπει είτε να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του, είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο.

iv. **Στάδιο απάθειας:** ο εργαζόμενος αποποιείται κάθε υπευθυνότητας ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμα του. Συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, όμως επενδύει ελάχιστη ενέργεια στην εργασία του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του.

1.2.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach & Jackson (1982)

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το μοντέλο αυτό αναδεικνύει τρεις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, που κάθε μια αντιπροσωπεύει και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων.

Πρώτη διάσταση : Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion):

Θεωρείται η πιο σημαντική από τις τρεις διαστάσεις. Ο εργαζόμενος αισθάνεται ψυχική και σωματική κόπωση, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Συνήθως συνοδεύεται από συναισθήματα απογοήτευσης και έντασης. Οι προσδοκίες διαψεύδονται, πηγές ανανέωσης της ενέργειας δεν υπάρχουν και τα άτομα δεν είναι ικανά να προσφέρουν.

Δεύτερη διάσταση: Αποπροσωποποίηση (depersonalization):

Ο εργαζόμενος απομακρύνεται και αποξενώνεται από τους ασθενείς/πελάτες και έχει απρόσωπες, επιθετικές και κυνικές στάσεις με αυτούς. Ο νοσηλευτής είναι αγενής, έχει αναποτελεσματική επικοινωνία μαζί τους, τους βλέπει μόνο σαν «νούμερα». Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η τάση να αναφέρεται στους ασθενείς όχι με τα

ονόματα τους αλλά με το αριθμό του δωματίου τους ή την ασθένεια τους. Η αποπροσωποποίηση θεωρείται ως ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της εξουθένωσης από πλευράς εργαζομένων.

Τρίτη διάσταση: Έλλειψη προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment):

Ο εργαζόμενος έχει την αίσθηση ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του και να έχει θετικές αλληλεπιδράσεις με το εργασιακό του περιβάλλον. Ακόμη και εάν έχει επιτυχίες τις υποτιμά και αισθάνεται ανεπαρκής.

1.2.4 Το μοντέλο της Pines (1980)

Η Pines τονίζει περισσότερο το ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος. Θεωρεί ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα κίνητρα παίζουν ρόλο μόνο για την πυροδότηση και τον καθορισμό της βαρύτητας του συνδρόμου. Ωστόσο τονίζει ότι οι περισσότεροι αφοσιωμένοι εργαζόμενοι εμφανίζουν βαρύτερες μορφές εξουθένωσης και κατά τη γνώμη της η εξουθένωση είναι αναπόφευκτη. Η Pines και οι συνεργάτες της δεν περιορίστηκαν μόνο στους επαγγελματίες υγείας, αλλά διερεύνησαν και άλλους τομείς, όπως οι οικογενειακές σχέσεις. Η Pines αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μια μόνο κλίμακα που δίνει συνολική βαθμολογία (Burnout Measure, 2005).

1.2.5 Το μοντέλο απαιτήσεων- ελέγχου του Karasek (The demand-control model)

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου-κοινωνικής στήριξης (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Johnson & Hall, 1988) είναι ένα από τα πιο γνωστά και ευρέως διαδεδομένα μοντέλα. Το μοντέλο αυτό ορίζει τρεις βασικούς παράγοντες άγχους οι οποίοι επηρεάζουν την ευεξία των εργαζομένων:

- i. Ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας.
- ii. Έλεγχος ή εύρος λήψης αποφάσεων.
- iii. Κοινωνική στήριξη από προϊστάμενους, συναδέλφους και υφιστάμενους.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο οι αρνητικές αντιδράσεις άγχους (όπως η κόπωση, η αγωνία, η κατάθλιψη και η σωματική ασθένεια) εμφανίζονται όταν οι ψυχολογικές

απαιτήσεις είναι υψηλές και ο έλεγχος της εργασίας κατά τη λήψη αποφάσεων είναι χαμηλός. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να λειτουργήσει ως ενισχυτικός παράγοντας. Η εργασία προκαλεί στρες στον εργαζόμενο όταν δεν του κεντρίζει το ενδιαφέρον, είναι βαρετή, μονότονη και δεν τον βοηθά να αναπτύσσει και να αξιοποιεί τις κλίσεις και τις γνώσεις του ή να αποκτήσει νέες γνώσεις και δεξιότητες. Το μοντέλο αυτό συσχετίζει τα διάφορα επαγγέλματα με το εργασιακό άγχος και με τον κίνδυνο ασθένειας. Έχει χρησιμοποιηθεί σε επιδημιολογικές μελέτες χρόνιων νόσων, όπως είναι η στεφανιαία νόσος.

1.2.6 Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής (ERI: The effort-reward imbalance model)

Το 1990 οι Siegrist et al πρότειναν ένα νέο μοντέλο για τη σχέση εργασιακών συνθηκών και υγείας των εργαζομένων. Η βασική υπόθεση είναι ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που ο εργαζόμενος επενδύει στη δουλειά του και σε αυτό που παίρνει πίσω ως ανταπόδοση. Στην αντίθετη περίπτωση νιώθει πιεσμένος και δυσαρεστημένος και αυτό μακροπρόθεσμα επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας του. Ο όρος προσπάθεια έχει δύο διαστάσεις σύμφωνα με τον Siegrist:

- i. Την εξωγενή προσπάθεια, δηλαδή το έργο που καταβάλλει ο εργαζόμενος προκειμένου να εκπληρώσει τα βασικά εργασιακά του καθήκοντα και
- ii. Την ενδογενή προσπάθεια, δηλαδή τα εσωτερικά κίνητρα του εργαζόμενου που τον ωθούν να αποδώσει στον εργασιακό του χώρο.

Τέτοια κίνητρα είναι η ανάγκη του για λήψη πρωτοβουλιών, η ανάγκη του για κοινωνική αναγνώριση, η ανταγωνιστικότητα του, ο βαθμός ευερεθιστότητας του και η ικανότητα του να αποσυνδέει την επαγγελματική από την προσωπική του ζωή. Ως ανταπόδοση ο εργαζόμενος λαμβάνει από τη δουλειά του κοινωνική αναγνώριση, χρηματική ανταμοιβή, τη δυνατότητα διατήρησης της εργασιακής του θέσης και επαγγελματική/οικονομική ασφάλεια. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, κυρίως από τους Siegrist, Peter, Cremer & Seidel συμφωνούν με τις υποθέσεις που αρχικά είχαν γίνει ότι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ αυτών των παραγόντων συνδέεται συχνά με υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων.

1.2.7 Το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων – πόρων (JD: The Job Demands-Resourcer Model)

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι τόσες ώστε να μην μπορούν να καλυφθούν από τις πηγές και από το σύνολο των ευεργετημάτων που αυτή προσφέρει. Οι εργασιακές απαιτήσεις αναφέρονται στις σωματικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες απαιτούν διαρκή σωματική ή πνευματική προσπάθεια και σχετίζονται με συγκεκριμένες σωματικές και ψυχολογικές θυσίες (Demerouti et al., 2001).

Οι εργασιακοί πόροι αναφέρονται στις σωματικές, ψυχολογικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες μπορούν να :

- i. Είναι λειτουργικές προς την επίτευξη των εργασιακών στόχων.
- ii. Μειώνουν τις εργασιακές απαιτήσεις που συνδέονται με τις φυσικές και ψυχολογικές θυσίες.
- iii. Προωθούν την προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη (Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti et al., 2001).

1.3 Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης

Τρεις είναι οι συνιστώσες που συνθέτουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης :

- **Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion):** είναι το πρώτο στάδιο του συνδρόμου. Χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας, αδυναμία συγκέντρωσης στα εργασιακά καθήκοντα και την αίσθηση ότι έχουν εξαντληθεί οι συναισθηματικές εφεδρείες του εργαζόμενου. Στην πορεία της εξάντλησης τα άτομα νοιώθουν ανίκανα να δώσουν κάτι από τον εαυτό τους στους άλλους, πιστεύουν ότι δεν είναι τόσο υπεύθυνα στην εργασία τους όσο παλιά και υπάρχει η αίσθηση διάψευσης των προσδοκιών τους.

- **Αποπροσωποποίηση (depersonalization):** ο νοσηλευτής μεταχειρίζεται τους ασθενείς περισσότερο ως αντικείμενα παρά ως ανθρώπους. Κρατάει απόμακρη, αρνητική και κυνική στάση απέναντι τους, γίνεται αντικοινωνικός και αγενής. Παύει να αναφέρεται στους ασθενείς με το όνομά τους, και χρησιμοποιεί

την ασθένεια ή τον αριθμό του κρεβατιού του. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να βρίσκεται όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο μακριά από τους ασθενείς και τα διαλείμματα μεγαλώνουν.

- **Μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων (loss of personal accomplishment):** έχει να κάνει με τον τρόπο που βλέπει ο νοσηλευτής τον εαυτό του και την σχέση του με τους ασθενείς και την εργασία. Νοιώθει αποτυχημένος στην εργασία του, μειώνεται η αυτοεκτίμησή του και μπορεί να οδηγηθεί στην κατάθλιψη, στην αναζήτηση μίας νέας εργασίας που δεν απαιτεί στενή επαφή με ανθρώπους ή στην παραίτηση από την εργασία του (Maslach et al., 1996).

1.4 Παράγοντες που προκαλούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

Αρχικά όλες οι μελέτες για τη διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση επιστράφηκαν γύρω από τους παράγοντες εργασίας και τους προσωπικούς παράγοντες. Οι δύο αυτοί παράγοντες καθορίζουν το μέγεθος και την ένταση της εξουθένωσης για το κάθε άτομο. Η Maslach (1978) θεώρησε ότι η κύρια αιτία της εξουθένωσης για τους εργαζόμενους στα επαγγέλματα που παράγουν ανθρωπιστικής μορφής εργασία είναι η συνεχής επαφή με ανθρώπους και τα προβλήματά τους.

Σήμερα επικρατεί η άποψη ότι **η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού των απαιτήσεων της εργασίας, αλλά και των**

προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων. Σύμφωνα με τους Maslach et al. (2001) η εξουθένωση είναι μια ατομική εμπειρία. Αυτό σημαίνει ότι οτιδήποτε ικανοποιεί έναν εργαζόμενο μπορεί να εξουθενώσει κάποιον άλλο. Ομοίως η Vachon (1987) αναφέρει πως υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, και έχουν ως πυρήνα ατομικά κριτήρια. Πιστεύει ότι η αντοχή του εργαζόμενου στο στρες μειώνεται από συνθήκες όπως:

- Ατομικά χαρακτηριστικά (φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.α.).
- Ατομικοί παράγοντες (κίνητρα του ατόμου, επιθυμίες και απαιτήσεις, προσωπικότητα)
- Διαπροσωπικοί παράγοντες (στήριξη του περιβάλλοντος).
- Κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες.

Άλλες μελέτες, όπως αυτή του κοινωνικού-ψυχολογικού μοντέλου της Pines (1988) θεωρούν ότι οι συνθήκες εργασίας είναι αυτές που καθορίζουν το κατά πόσο ένα άτομο θα εμφανίσει επαγγελματική εξουθένωση. Οι ατομικοί παράγοντες επηρεάζουν μόνο τον χρόνο εμφάνισης και την ένταση των συμπτωμάτων. Οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλούς στόχους όταν ξεκινούν την καριέρα τους, όταν ενταχθούν σε ένα «θετικό» εργασιακό χώρο αποδίδουν στον μέγιστο βαθμό. Αντίθετα, όταν ενταχθούν σε ένα πιεστικό για τον ψυχισμό τους χώρο εργασίας, τότε είναι επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται μια σειρά από προσωπικά χαρακτηριστικά τα οποία φαίνεται ότι συντελούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης:

- i. **Ηλικία:** φαίνεται ότι οι νεότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Maslach, 1982; Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001; Chang, Daly & Hancock, 2006). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν και μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία, είναι πιο ώριμοι και σταθεροί, πιθανόν έχουν πιο ισορροπημένη άποψη για τη ζωή και επομένως είναι λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση.
- ii. **Φύλλο:** Η Maslach (1982) υποστηρίζει ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλλα οι οποίες είναι αποτέλεσμα κυρίως των επαγγελμαμάτων που ακολουθούν και όχι των διαφορετικών χαρακτηριστικών του αρσενικού με το θηλυκό φύλο. Η Martin (2000) από την άλλη υποστηρίζει ότι πράγματι υπάρχει θέμα φύλου στην εξουθένωση λόγω όμως διαφορετικότητας των συναισθημάτων που διέπουν τα δύο φύλα. Το γυναικείο φύλο έχει μεγαλύτερη επιθυμία να καταθέσει και να εκφράσει συναισθήματα.
- iii. **Οικογενειακή κατάσταση:** Οι παντρεμένοι αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από ό,τι οι εργένηδες και οι εργαζόμενοι με μικρά παιδιά λιγότερα συμπτώματα εξουθένωσης από ό,τι οι εργαζόμενοι χωρίς παιδιά. Το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται ότι συχνά στηρίζει συναισθηματικά τους εργαζόμενους, ενώ παράλληλα οι εργαζόμενοι που έχουν οικογένεια είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία, πιο ώριμοι και με πιο ρεαλιστικούς στόχους (Lemkau, Rafferty & Gordon, 1994; Maslach, 1982). Από την άλλη, οι απαιτήσεις της εργασίας πολλές φορές δεν συμβαδίζουν με τις απαιτήσεις της οικογένειας. Όταν τα προβλήματα της

εργασίας μεταφέρονται στο σπίτι, τότε προκαλείται μεγαλύτερο άγχος (Αντωνίου, 2006).

- iv. **Επάγγελμα:** Το επάγγελμα ως παράγοντας επαγγελματικής εξουθένωσης έχει μελετηθεί πάρα πολύ. Φαίνεται ότι το εργασιακό περιβάλλον σχετίζεται πιο ισχυρά με την επαγγελματική εξουθένωση απ' ό,τι η προσωπικότητα και οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες (Burke et al., 1984; Maslach & Jackson, 1986). Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο βαθμός εξουθένωσης δεν είναι ο ίδιος για κάθε χώρο εργασίας. Ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν απ' ό,τι άλλες, επειδή οι εργασιακές τους θέσεις:
- Απαιτούν μεγαλύτερη κατανάλωση ενέργειας.
 - Παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους.
 - Η επαφή με τους πελάτες είναι περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη.

Παράγοντες του επαγγέλματος που συντελούν στην εξουθένωση:

Φόρτος εργασίας: Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων πρέπει να εξυπηρετηθεί σε πολύ λίγο χρόνο από ένα μικρό αριθμό εργαζομένων. Σύμφωνα με τους Maslach & Pines 1977 όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ατόμων που έχει να εξυπηρετήσει ένας εργαζόμενος, τόσο υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνει και ταυτόχρονα δεν έχει την αίσθηση της ολοκλήρωσης και της επιτυχίας (Pines & Kanner, 1982). Εκτός από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και η υποαπασχόληση συνδέεται με άγνοια, μειωμένα κίνητρα για την εργασία και συχνά με υψηλά επίπεδα άγχους (Occupational Wellbeing Group, 2007; Health and Safety Executive, 2004; Cooper et al., 2002).

Κακές συνθήκες εργασίας: Ο χώρος που ζούμε, αλλά και ο χώρος που εργαζόμαστε, επηρεάζει τις σωματικές, εγκεφαλικές και ψυχικές μας λειτουργίες. Στους περισσότερους χώρους εργασίας οι συνθήκες είναι συχνά δυσάρεστες και πολλές φορές επικίνδυνες. Ο έντονος τεχνητός φωτισμός ή ο ανύπαρκτος φωτισμός, ο έντονος και διαρκής θόρυβος, οι ακραίες θερμοκρασίες, οι δυσάρεστες μυρωδιές, το ανύπαρκτο ή ελλιπές σύστημα εξαερισμού, ο «καταθλιπτικός» χρωματισμός του χώρου, τα κακοσχεδιασμένα γραφεία, οι κίνδυνοι από τοξικές ουσίες, καρκινογόνα υλικά,

ακτινοβολία, όλα αυτά δημιουργούν ένα εχθρικό για τον εργαζόμενο περιβάλλον, το οποίο επηρεάζει την παραγωγικότητά του. Επιπλέον ένα τέτοιο περιβάλλον δημιουργεί ενοχλήσεις, όπως πονοκεφάλους, εκνευρισμό, υπερένταση, αδυναμία συγκέντρωσης και τέλος έντονο άγχος. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν επηρεάζονται το ίδιο όλα τα άτομα από τις κακές συνθήκες εργασίας (Occupational Wellbeing Group, 2007; Health and Safety Executive, 2004).

Εργασία σε βάρδιες: Σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις έχουν και οι εναλλαγές των διαστημάτων εργασίας. Το ανθρώπινο σώμα δεν είναι προγραμματισμένο να εργάζεται όλο το 24ωρο και να έχει την ίδια απόδοση. Είναι προγραμματισμένο να βρίσκεται σε επαγρύπνηση την ημέρα και να κοιμάται τις νυχτερινές ώρες. Ο νυχτερινός ύπνος θεωρείται πολύ σημαντικός για την ξεκούραση και την καλή λειτουργία του εγκεφάλου και δεν μπορεί να αναπληρωθεί από τον ημερήσιο ύπνο, ο οποίος δεν είναι το ίδιο ποιοτικός. Η εργασία σε νυχτερινές βάρδιες έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με υψηλά ποσοστά υπνηλίας και κόπωσης, με προβλήματα στον ρυθμό του μεταβολισμού, με διαταραχές του ύπνου, με βιολογικά και συναισθηματικά προβλήματα (Αντωνίου, 2006). Η εργασία σε βάρδιες αποτελεί σημαντική πηγή εργασιακού άγχους καθώς επηρεάζει άμεσα τις φυσικές λειτουργίες και την πνευματική διαύγεια και καθιστά το άτομο επιρρεπές σε ατυχήματα. Από την άλλη, η εργασία σε βάρδιες μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος μέσω των κοινωνικών επιπτώσεων καθώς διαταράσσεται η οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου.

Παρατεταμένο ωράριο εργασίας: Πολύ συχνά το εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας ξεπερνά τις 48 ώρες και αυτό έχει τις ανάλογες συνέπειες στις ανθρώπινες σχέσεις και ευνοεί την εκδήλωση του άγχους (Occupational Wellbeing Group, 2007). Οι γάμοι και οι οικογένειες αναστατώνονται και η ομαλή ζωή του σπιτιού διαταράσσεται. Ο εργαζόμενος αφιερώνει λιγότερο χρόνο στην οικογένεια, αλλά και στους συναδέλφους, και ίσως νιώθει αποκομμένος από τον χώρο εργασίας του (Cooper et al., 2002).

Σύγκρουση ρόλων: Ο εργαζόμενος λαμβάνει πολλές φορές αντικρουόμενες απαιτήσεις από τα άτομα στον εργασιακό του χώρο και δεν έχει αρκετή πληροφόρηση ώστε να λειτουργήσει αποτελεσματικά (Maslach & Leiter, 1997). Πολλές φορές οι απαιτήσεις του εργασιακού ρόλου βρίσκονται σε σύγκρουση με

τις προσωπικές αξίες του εργαζόμενου και με το κοινωνικό ή οικογενειακό περιβάλλον (Αντωνίου, 2006; Layne, 2001).

Ασάφεια εργασιακού ρόλου: Ασάφεια ρόλου μπορεί να υπάρξει όταν ένα άτομο προσλαμβάνεται σε μια θέση εργασίας και δεν γίνει πλήρης πληροφόρηση σχετικά με το ρόλο του και τα καθήκοντά του. Επίσης, ασάφεια μπορεί να υπάρξει όταν ο ίδιος ο εργαζόμενος δεν αντιληφθεί ή δεν κατανοήσει τους στόχους της εταιρείας και τις απαιτήσεις των ανωτέρων του (Occupational Wellbeing Group, 2007; Health and Safety Executive, 2004; Layne, 2001).

Περιεχόμενο της εργασίας: Όταν τα καθήκοντα που ανατίθενται στους εργαζόμενους χαρακτηρίζονται από εντατική αλληλεπίδραση και σχέση μεταξύ των δύο πλευρών είναι πιθανότερο να οδηγήσουν σε εξουθένωση τον εργαζόμενο (Cordes & Dougherty, 1993).

Τρόπος λειτουργίας της επιχείρησης: Όταν δεν επιτρέπεται στους εργαζόμενους να παίρνουν πρωτοβουλίες, αυξάνεται η συναισθηματική εξουθένωση (Maslach & Leiter, 1997).

Ανεπάρκειά μισθολογικών αποδοχών: Η ανεπάρκεια αυτή εκτός από τη μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση δημιουργεί επίσης άγχος ανασφάλεια και μικρότερο εργασιακό γόητρο (Rice et al., 1990).

Απουσία δικαιοσύνης: Η θεωρία αυτή, εισηγητής της οποίας είναι ο J. Stacy Adams (1965), υποστηρίζει, όπως έχει αποδείξει και η εμπειρική έρευνα, πως οι εργαζόμενοι ακολουθούν στην εργασία τους τις νόρμες της ισότητας και της δικαιοσύνης. Οι εργαζόμενοι συγκρίνουν όλα όσα επενδύουν για την επιχείρηση με τα αποτελέσματα που λαμβάνουν από αυτή και ταυτόχρονα με τα αποτελέσματα ενός άλλου ατόμου ή ομάδας που προσφέρει εξίσου με τους ίδιους. Ο εργαζόμενος, μπορεί να δυσαρεστηθεί όταν υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα σε αυτά που ο ίδιος προσφέρει για την επιχείρηση και στην αμοιβή (εξωγενή ή ενδογενή) που λαμβάνει από αυτή. Όταν ένας οργανισμός λειτουργεί ως κοινότητα, οι εργαζόμενοι έχουν εμπιστοσύνη ο ένας προς τον άλλο, επικοινωνούν ανοιχτά και σέβονται την εργασία ο ένας του άλλου. Η

δικαιοσύνη περιλαμβάνει την ενημέρωση των εργαζομένων και την κατανόηση των λόγων για αλλαγές, στοιχεία τα οποία όταν απουσιάζουν μπορούν να αποτελέσουν αιτία για την εμφάνιση εξουθένωσης.

Συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων: Τα συστήματα που υιοθετούνται από τον οργανισμό συχνά περιορίζουν την προσωπική επαφή και ευνοούν τις συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων (Αντωνίου, 2006). Επιπλέον, όταν η ομάδα των συναδέλφων αποτελείται από άτομα ανταγωνιστικά και επιθετικά, τα οποία έχει αποδειχθεί ότι είναι επιρρεπή στο άγχος, δεν καλλιεργούνται σχέσεις αλληλεγγύης και αλληλοσυμπαραστάσης, κυριαρχεί η επιφυλακτικότητα και δεν λύνονται τα προβλήματα. Αυτή η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην ομάδα εργασίας αποτελεί σημαντική πηγή άγχους (Molnar, 2009). Τέλος, ας μην ξεχνάμε τα φαινόμενα σεξουαλικής παρενόχλησης και βίας στους εργασιακούς χώρους μεταξύ εργαζόμενων ανεξαρτήτου ιεραρχικής βαθμίδας. Τα φαινόμενα αυτά προκαλούν μεγάλο άγχος στα θύματα και επηρεάζουν τόσο τη διανοητική όσο και την ψυχική τους υγεία (PRIMA-EF Guidance Sheet, 2008).

Μορφωτικό επίπεδο: Σύμφωνα με την Maslach οι πτυχιούχοι εργαζόμενοι σε τομείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε σύγκριση με εκείνους που έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλότερα επίπεδα για τα προσωπικά επιτεύγματα.

Τύπος της προσωπικότητας: Ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζόμενου και η ικανότητά του να προσαρμόζεται σε στρεσογόνες καταστάσεις έχει μεγάλη σημασία για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Gomez & Michaelis, 1995). Συνήθως όσοι πλήττονται είναι άτομα ιδιαίτερα σχολαστικά που έχουν ανάγκη να αποδεικνύουν στον εαυτό τους και στους άλλους ότι είναι ικανά, θέλουν να απολαμβάνουν την επιδοκιμασία, την εκτίμηση και την αγάπη των συνανθρώπων τους. Τα άτομα αυτά εμφανίζονται ως αγχώδη, εσωστρεφή, ψυχαναγκαστικά, σε υπερβολικό βαθμό ενθουσιώδη και με ταύτιση προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο τους.

Κίνητρα: Τα κίνητρα που οδήγησαν τον εργαζόμενο στο επάγγελμα, οι προσδοκίες που έχει από αυτό και η ικανοποίηση από την εργασία μπορούν να βοηθήσουν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Η εξουθένωση αρχίζει να εμφανίζεται όταν δεν

ανταποκρίνονται τα «όνειρα» του εργαζόμενου με την πραγματικότητα (Cordes & Dougherty, 1993). Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης συνδέεται στενά με την επαγγελματική εξουθένωση (Aiken et al, 2002; Bennett et al, 2005). Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει άμεση σχέση τόσο με την ψυχική υγεία του εργαζόμενου όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων να έχουν υψηλή αποδοτικότητα και σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό (Καντάς, 1998).

Επαγγελματική εξέλιξη: Η επαγγελματική εξέλιξη είναι σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση του συνδρόμου (Cordes & Dougherty, 1993). Τα άτομα που προάγονται στην εργασία τους βιώνουν μικρότερα επίπεδα εξουθένωσης. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στη μικρότερη σε συχνότητα και ένταση επαφή με τους πελάτες, αλλά και στο υψηλότερο συναίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων, το οποίο αντισταθμίζει τα επίπεδα εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο :Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών

2.1 Μελέτες στην Ελλάδα

Αρκετές μελέτες έχουν εστιάσει στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του ψυχικών αποθεμάτων, στην προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυσφορίας και ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής.

Αναφέρεται λοιπόν ότι τα άτομα που αντιλαμβάνονται μια ασυμφωνία ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μια κατάσταση και στα αποθέματα (βιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά) που διαθέτουν για να την αντιμετωπίσουν, τότε βιώνουν stress. Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια μορφή χρόνιου και παρατεταμένου

επαγγελματικού stress, όπου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται (Δημητριάδου & Φιλίππου, 2008).

Το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο. Επιπλέον, το περιβάλλον εργασίας όπου δραστηριοποιούνται οι νοσηλευτές δημιουργεί ένταση, η οποία επιδρά στα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Σε έρευνα που έκανε ο Δίλιντας (2009) βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με την αποπροσωποποίηση ($p=0,028$). Επιπλέον το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλότερες τιμές συναισθηματικής εξάντλησης λόγω του εργασιακού άγχους και του φόρτου εργασίας ($p=0,001$). Το 54,5% των εργαζομένων με χαμηλή συναισθηματική εξάντληση δεν διαπληκτιζόταν ποτέ με τους συναδέλφους του, ενώ το 10,9% του προσωπικού με υψηλή εξάντληση συγκρουόταν πολύ με τους συναδέλφους του ($p<0,001$). Τέλος το 89,1% των εργαζομένων που βίωναν υψηλή συναισθηματική εξάντληση θεωρούσαν ότι δεν τους παρεχόταν κάποιο κίνητρο για να εργάζονται αποδοτικότερα ($p=0,016$).

Επίσης η Αδαλή (2000) εκπόνησε μελέτη με δείγμα 233 νοσηλευτές που εργάζονταν σε παθολογικά τμήματα πέντε κρατικών νοσοκομείων της Αθήνας. Σκοπός ήταν να μελετηθεί το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και η σχέση της με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το φύλο φάνηκε να έχει σχέση με τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η ηλικία δεν φάνηκε να έχει ιδιαίτερο ρόλο. Η οικογενειακή κατάσταση έχει σχέση με την αποπροσωποποίηση και το επίπεδο εκπαίδευσης με την αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση. Σε μεταγενέστερη μελέτη οι Αδαλή et al. (2002) βρήκαν ότι οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Λόγων των υψηλών ποσοστών συναισθηματικής εξάντλησης που βρέθηκε στο δείγμα, οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται κόπωση, δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους, δεν αναπτύσσουν στενότερες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική και τη συναισθηματική τους στήριξη. Προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από τα άτομα που θεωρούν πηγή της εξάντλησής τους

Σε αντίθεση με τα παραπάνω συμπεράσματα έρχεται η μελέτη των Κανδρή και συν (2004), η οποία υποστηρίζει ότι η καλή συνεργασία, η υγιής επικοινωνία, η

καλή οργάνωση της εργασίας και ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, βοηθούν τον νοσηλευτή να αντισταθεί στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης δυσμενείς συνθήκες εργασίας, όπως βεβαρημένο εργασιακό πρόγραμμα, έλλειψη αυτονομίας, αυταρχική διοίκηση, ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη, οδηγούν σε αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Αντωνίου, 2003).

Η Αντωνίου και συν (2005) σε μελέτη εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία συνέδεσε τα υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες με τη συναισθηματική και τη σωματική δυσλειτουργία, κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών. Η εργασία των Σιουρούνη και συν (2006) για την επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, παρατηρεί υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε άτομα που εργάζονται σε χώρους όπου έχουν ως κύριο σκοπό τη θεραπεία, σε σύγκριση με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης. Σημαντική θεωρείται και η εργασία του Σταύρου και συν (2005) για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) της επαρχίας και την ικανοποίηση των διακομιζομένων ασθενών. Φαίνεται ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την εργασιακή απόδοση των εργαζομένων. Η αποπροσωποποίηση επηρεάζει τη συμπεριφορά των πληρωμάτων απέναντι στους ασθενείς, αλλά και την επικοινωνία με τον γιατρό υποδοχής. Τέλος και οι τρεις μαζί διαστάσεις του συνδρόμου έχουν σαν αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών.

Σε μελέτη της Καδδά (2005) σε 42 δημόσια νοσοκομεία διαπιστώνεται η ύπαρξη του στρες κυρίως στα ογκολογικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το σημαντικότερο σε αυτή τη μελέτη είναι η διαπίστωση ότι υπάρχουν θετικά αποτελέσματα στα λίγα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης, όπως συζητήσεις με ειδικούς επιστήμονες, δημιουργία ομάδων εργασίας και υλοποίηση σεμιναρίων και ημερίδων.

Ο Καντάς (1998), όπως και οι Cooper et al. (2002), αναφέρουν ότι δυσμενείς συνθήκες εργασίας, όπως ακατάλληλη αρχιτεκτονική διαρρύθμιση ή φωτισμός, τοξικές ουσίες/ακτινοβολία, δυσάρεστες μυρωδιές, ακραίες θερμοκρασίες ζεστές ή κρύες, έντονος θόρυβος, κακός αερισμός των νοσοκομείων δημιουργούν ενοχλήσεις, επηρεάζουν την παραγωγικότητά και προκαλούν αισθήματα κλειστοφοβίας στο νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης ο Καντάς στην ίδια έρευνα αναφέρεται και σε μια ακόμη ιδιαιτερότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, το κυκλικό ωράριο εργασίας, έχει

σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες στον εργαζόμενο. Η αλλαγή των βιορυθμών επηρεάζει την αποδοτικότητα του εργαζόμενου και τον κάνει πιο ευάλωτο στα εργατικά ατυχήματα. Οι εναλλαγές βαρδιών έχουν επίδραση στη θερμοκρασία του σώματος, στον ρυθμό μεταβολισμού, στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, στη νοητική απόδοση, αλλά και στα κίνητρα των εργαζομένων. Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις που έχουν στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου. Σε μελέτη των Cooper et al. (1996) φαίνεται ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο παρουσίασαν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, περισσότερα προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή και χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης από την προσωπική τους ζωή.

Στην Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών είναι περίπου 10.700, αναλογία 1.79/1000 κατοίκους, και φέρνει τη χώρα μας στην τελευταία θέση μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών (Κυριόπουλος και συν, 2012).

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι το φαινόμενο αυτό οφείλεται σε τρεις λόγους, οι οποίοι συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση:

- Έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- Χαμηλές αποδοχές.
- Αντίξοες συνθήκες εργασίας.

Το 1995 οι Πατεράκη και συν αναφέρθηκαν όχι μόνο στα αίτια αλλά και στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής κόπωσης των νοσηλευτών. Παρουσίασαν κάποια μέτρα για την πρόληψη της κόπωσης, όπως πολυμορφία στην εργασία, βελτίωση εργασιακών σχέσεων κ.α. Λίγες είναι οι φορές που έχουν μελετηθεί οι παράγοντες που αφορούν στην πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σε μελέτη των Παπαδοπούλου και συν (1997) που έγινε σε εργαζόμενους στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις» φαίνεται ότι η καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας με σαφώς καθορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, η ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, η συνεργασία και τα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης μπορούν να βοηθήσουν τους εργαζόμενους.

Η Μιχαλοπούλου (2003) μελέτησε τους παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Τόνισε την σημασία της εκμάθησης του προσωπικού να διαχειρίζεται το άγχος του ώστε να αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση.

2.2 Μελέτες στο εξωτερικό

Οι στάσεις ζωής καθορίζουν τη συχνότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ιδιαίτερα επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση είναι, μεταξύ άλλων, οι νοσηλευτές που βιώνουν άγχος λόγω σημαντικού φόρτου εργασίας και λόγω της ανάγκης να παρέχουν στους ασθενείς βοήθεια. Δυστυχώς οι μελέτες για τις εργασιακές εμπειρίες και τις ικανοποιήσεις των νοσηλευτών σε αρκετές χώρες δείχνουν ότι η ικανοποίησή τους είναι μέτρια. Πολλοί αναφέρουν αρνητικές στάσεις και μειωμένη ψυχολογική και σωματική ευεξία και αρκετοί θα ήθελαν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (Aiken et al., 2001).

Ο Bakker et al. (2000) ανέφεραν ότι τα υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης του νοσηλευτή συνδέονται με μεγαλύτερη ανισορροπία μεταξύ της προσπάθειας και της ανταμοιβής.

Τα υψηλά αποτελέσματα του συνδρόμου burnout είναι πιθανότερο να συσχετιστούν με ορισμένους παράγοντες, όπως η κόπωση, η ηλικία, το εργασιακό στρες, η κυριαρχία των γιατρών, η συχνότητα εμφάνισης σωματικών βλαβών και οι ανεπαρκείς εγκαταστάσεις (Raftopoulos et al., 2012; Karimyar Jahromi et al., 2014).

Για παράδειγμα, η μελέτη από τους Embriaco et al. (2012) διαπίστωσε ότι τα άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης έδειξαν υψηλότερα επίπεδα burnout. Ομοίως, αυτό-αποτελεσματικότητα και αυτοεκτίμηση ως προσωπικές μεταβλητές είναι επίσης προστατευτικά κατά την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Vázquez-Ortiz et al., 2012).

Σε έρευνα που έγινε στην Κύπρο βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της αυτοαναφερόμενης κόπωσης σε νοσηλευτές που εργάζονται στον δημόσιο τομέα ήταν 92,4% έναντι 82,2% στον ιδιωτικό τομέα ($p = 0,021$). Οι νοσηλευτές που ισχυρίστηκαν ότι η δουλειά τους δεν ήταν δική τους επιλογή, αλλά ορισμένες περιστάσεις τους ώθησαν να γίνουν νοσηλευτές, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά πιο συναισθηματικά εξαντλημένοι σε σύγκριση με εκείνους που απάντησαν ότι ήταν δική τους επιλογή ($p < 0.001$). Οι νοσηλευτές που τόνισαν ότι η κόπωσή τους παρεμβαίνει στην ποιότητα των υπηρεσιών τους είχαν λιγότερη εργασιακή εμπειρία ($p < 0,001$) και ήταν νεότεροι ($p < 0,001$) και ο επιπολασμός της κόπωσης ήταν υψηλότερος στις γυναίκες (93%) ($p = 0,003$), ενώ η αποπροσωπιοποίηση ήταν αρκετά υψηλότερη στους άνδρες ($p < 0.001$) (Raftopoulos et al., 2012).

2.3 Επιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης στη σωματική και ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) οι διαταραχές υγείας του γενικού πληθυσμού που σχετίζονται με το στρες, είναι η κυριότερη αιτία πρόωρων θανάτων στην Ευρώπη. Μπορεί γενικά το στρες να είναι μια υποκειμενική κατάσταση δυσφορίας, το εργασιακό όμως στρες είναι αποτέλεσμα της αντίληψης του εργαζόμενου ότι υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας του και την ικανότητά του να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Το εργασιακό στρες είναι η αντίδραση του εργαζόμενου όταν δέχεται πιέσεις στον χώρο εργασίας για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Η επαγγελματική εξουθένωση, όπως έχουμε αναφέρει ήδη, είναι μια κατάσταση χρόνιας μείωσης των προσωπικών ενεργειακών πόρων λόγω παρατεταμένης έκθεσης στο εργασιακό στρες (Freudenberger, 1974; Maslach & Jackson, 1981).

Τα όρια μεταξύ στρες και εξουθένωσης στον χώρο εργασίας είναι ασαφή, ενώ πολλοί ερευνητές επιβεβαιώνουν τη μεταξύ τους σχέση (Shaufeli et al., 1993; Cooper & Payne, 1988; Maslach et al., 1996). Εμφανές είναι οι συνέπειες τόσο στον εργαζόμενο όσο και στο εργασιακό περιβάλλον. Οι επιπτώσεις της εξουθένωσης γίνονται αντιληπτές με την εμφάνιση συμπτωμάτων. Σε οργανικό επίπεδο εκδηλώνονται ήπια ή σοβαρότερα προβλήματα που αφορούν το καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό, το γαστρεντερικό, το μυοσκελετικό, το ενδοκρινικό και το αναπαραγωγικό. Σε ψυχολογικό επίπεδο εκδηλώνονται συμπτώματα σε επίπεδο συμπεριφοράς, σε συναισθηματικό επίπεδο και σε γνωστικό επίπεδο. Τέλος, σε κοινωνικό επίπεδο αναφέρεται συχνά η απόσυρση, ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων και η μεταφορά των εργασιακών προβλημάτων στην οικογένεια.

2.3.1 Ορισμός ψυχικής υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την ύπαρξη ψυχικής υγείας ως «μια κατάσταση ευεξίας στην οποία ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται τη δική

του δυναμική, μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά και είναι άξιος να συνεισφέρει στη δική του κοινωνία».

2.3.2 Σωματική εξουθένωση

Στρες και καρδιαγγειακό σύστημα

Η έκθεση του νοσηλευτή σε συνεχές έντονο στρες μπορεί μακροπρόθεσμα να επιφέρει σοβαρά καρδιολογικά νοσήματα. Άτομα με μεγάλη ανταγωνιστικότητα, διαρκή αίσθηση του επείγοντος, φιλοδοξία για ταχεία κοινωνική άνοδο, υψηλές προσδοκίες για τον εαυτό του και τους άλλους, αδυναμία χαλάρωσης, τάση για γρήγορο περπάτημα και χαμηλή αυτοεκτίμηση, έχουν προδιάθεση για υψηλή αρτηριακή πίεση και στεφανιαία νόσο (Friedman & Rosenman, 1959; Τούντας, 1999; Robin & Leslie, 2006).

Η εχθρική συμπεριφορά συνδέεται με μεγαλύτερη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας και του επιπέδου ορμονών του στρες στο αίμα. Οι Suarez et al. (1998) και Richards et al. (2000) μελέτησαν άτομα με αισθήματα θυμού, επιθετική και ανταγωνιστική συμπεριφορά και συμπέραναν ότι αυτά τα πρότυπα συμπεριφοράς συνδέονται με την αύξηση της ολικής χοληστερόλης και τη χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη. Το χρόνιο στρες αυξάνει επίσης τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης του πλάσματος και της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων δημιουργώντας χρόνια αιμοσυμπύκνωση και αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων. Οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν καθοριστικά στο σχηματισμό θρόμβων στο αίμα και στην εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων (Muldoon et al., 1995; Stoney, 1999). Η ομοκυστεΐνη είναι ένα μη πρωτεϊνικό αμινοξύ που τα υψηλά της επίπεδα έχουν συσχετιστεί με καρδιαγγειακές παθήσεις, καταστροφή των νευρώνων και επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη.

Σύμφωνα με μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες, όπως η Whitehall II (1982-University College London) σε 10.308 δημοσίους υπαλλήλους, 35 έως 55 χρόνων και η Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP-1992 έως 1994) σε όλους τους Σουηδούς πολίτες 45 έως 70 χρονών, χωρίς προηγούμενη εμφάνιση εμφράγματος, έδειξαν ότι ανεξάρτητα από την συνύπαρξη των κλασικών παραγόντων κινδύνου, η εργασία υψηλών απαιτήσεων-χαμηλού ελέγχου απόφασης (high demand- low decision control), όπως και η εργασία υψηλών απαιτήσεων-χαμηλής απολαβής (high demand-low reward),

αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου. Η έννοια της εργασίας χαμηλής απολαβής στις παραπάνω μελέτες δεν ορίζεται μόνο ως χαμηλή χρηματική αμοιβή, αλλά επίσης και ως χαμηλή πιθανότητα προαγωγής και εξέλιξης. Αρκετές έρευνες εξέτασαν την σχέση του εργασιακού στρες με φυσιολογικούς μηχανισμούς εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Το εργασιακό στρες μπορεί να επιδράσει στο καρδιαγγειακό σύστημα όχι μόνο μέσω των βιολογικών μεταβολών που προκαλεί, αλλά και μέσω της διατροφικής συμπεριφοράς του ατόμου. Τα περισσότερα άτομα, όταν έχουν στρες, αναζητούν ως ψυχολογική διέξοδο την απόλαυση φαγητού πλούσιου σε λιπαρά, αλάτι και ζάχαρη (Olszewski & Levine, 2007).

Στρες και ανοσοποιητικό σύστημα

Η μελέτη των Ader & Cohen (1975) ήταν από τις πρώτες που ανέφεραν ότι το ανοσοποιητικό σύστημα δεν είναι αυτόνομο, αλλά αλληλοεπιδρά με άλλα οργανικά συστήματα. Η μελέτη αυτή αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη της ψυχονευροανοσολογίας (psychoneuroimmunology), η οποία θεωρεί ότι η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου μπορεί να επηρεάσει το ανοσοποιητικό του σύστημα μέσω του νευρικού συστήματος. Μια από τις απαντήσεις του εγκεφάλου στο στρες είναι η αύξηση της παραγωγής στον υποθάλαμο μιας ορμόνης που ονομάζεται εκλυτικός παράγοντας κορτικοτροπίνης (CRF). Η CRF μεταφέρεται από τον υποθάλαμο στην υπόφυση για να απελευθερώσει μια άλλη ορμόνη, τον εκλυτικό παράγοντα της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH). Η ορμόνη αυτή μεταφέρεται μέχρι τα επινεφρίδια για να απελευθερώσει τις στεροειδείς ορμόνες, οι οποίες είναι από τους πλέον ισχυρούς αναστολείς της λειτουργίας του ανοσοποιητικού. Το εργασιακό στρες ενοχοποιείται και για αυτοάνοσες θυρεοειδοπάθειες, όπως η χρόνια θυρεοειδίτιδα Hashimoto και η θυρεοειδίτιδα της λοχείας, οι οποίες είναι πλέον οι πιο συχνές αυτοάνοσες διαταραχές που προσβάλλουν σχεδόν το 5% του συνολικού πληθυσμού. Σύμφωνα με ευρήματα ερευνών σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτών των νοσημάτων κατέχει το επίμονο στρες (Ferracci et al., 2003; Brent, 2008).

Το στρες έχει επίσης συνδεθεί με την αύξηση των κρουσμάτων από ιογενείς λοιμώξεις και είναι σύνηθες να εκδηλώνονται μετά από πολυάσχολη και αγχωτική εβδομάδα (McEwen & Stellar, 1993). Ο μηχανισμός και ο σχηματισμός του καρκίνου

είναι πάντα ένα θέμα που προκαλεί το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Επιστήμονες αναφέρουν πως σε μεγάλη διάρκεια στρεσογόνων γεγονότων ο υποθάλαμος ενεργοποιεί τον βλεννογόνο αδένα, ο οποίος με τη σειρά του ενεργοποιεί τους επινεφρίδιους αδένες να παράγουν ορμόνες που προκαλούν χημικές αλλαγές σε κύτταρα και ιστούς. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «αντίδραση μάχης ή φυγής» (Fight or Flight response). Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να κατασταλεί. Η καταστολή του ανοσοποιητικού οδηγεί στην προδιάθεση ανάπτυξης ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου (National Cancer Institute, 2012). Επίσης σύμφωνα με τους Conti et al. (2011) ένας ανώμαλος ρυθμός έκκρισης κορτιζόλης υπονοεί μια αντίδραση άγχους και έχει σαν αποτέλεσμα την καταστολή της ανοσοποιητικής αντίδρασης, μειώνοντας τη δραστηριότητα των λεμφοκυττάρων. Μελέτες έχουν δείξει ότι η κακή ρύθμιση της κορτιζόνης συνδέεται με ραγδαία εξέλιξη του καρκίνου του μαστού. Επίσης η μείωση της δραστηριότητας των λεμφοκυττάρων έχει συνδυαστεί με τη μείωση της δραστηριότητας των φονικών κυττάρων (natural killers) (Glaser et al., 1986).

Στρες και γαστρεντερικό σύστημα

Η αλληλεπίδραση του στομάχου με τον εγκέφαλο δεν έχει κατανοηθεί πλήρως από τους επιστήμονες. Οι ορμόνες του στρες προκαλούν υπερδιέγερση στις περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη λειτουργία του εντέρου, με αποτέλεσμα τη ναυτία και τον ερεθισμό του στομάχου. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο UCLA της Καλιφόρνια ο Wolff (1962) εκτίμησε τη γαστρική έκκριση κάτω από διαφορετικές καταστάσεις συναισθηματικού στρες. Το οξύ στρες μπορεί να προκαλέσει επιβράδυνση της γαστρικής κένωσης, επηρεάζει την πέψη των τροφίμων, αλλά και την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών από το έντερο. Οι εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διάρροιας αποτελούν χαρακτηριστικό σύμπτωμα στρες. Οι απαιτητικοί και εξοντωτικοί ρυθμοί εργασίας σε συνδυασμό με το στρες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση πεπτικού έλκους.

Στρες και μυοσκελετικό σύστημα

Ως μυοσκελετικές παθήσεις που οφείλονται στην εργασία θεωρούνται οι βλάβες του σώματος, όπως οι μύες, οι σύνδεσμοι, οι τένοντες, οι αρθρώσεις, τα νεύρα, τα οστά και τα αγγεία, οι οποίες προκαλούνται ή επιδεινώνονται κυρίως από το εργασιακό περιβάλλον (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία; FACTS 71, 2007). Τα μυοσκελετικά νοσήματα αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή επαγγελματικής εξουθένωσης και ανικανότητας των εργαζομένων σε χώρους υγείας σε Ευρώπη, Αμερική και Καναδά. Η κακή ψυχολογική κατάσταση είναι αιτία άλγους στην αυχενική, θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Σε συνθήκες στρες, οι μύες «τεντώνονται», δηλαδή συσπώνται. Η σύσπαση αυτή για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία, ημικρανία και διάφορα μυοσκελετικά προβλήματα (π.χ. πόνο στη μέση).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (FACTS 75, 2007) αναγνωρίζει και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην εργασία που μπορούν να συμβάλλουν στην εκδήλωση μυοσκελετικών παθήσεων. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Απαιτητική εργασία, έλλειψη ελέγχου επί των εκτελούμενων καθηκόντων και χαμηλός βαθμός αυτονομίας.
- Χαμηλός βαθμός ικανοποίησης από την εργασία.
- Έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους, προϊστάμενους και διευθυντές.
- Έντονος ρυθμός εργασίας και πίεση χρόνου.

Στρες και ενδοκρινικό σύστημα

Όταν ο οργανισμός βρίσκεται σε κατάσταση στρες, τα επινεφρίδια παράγουν κορτιζόλη και επινεφρίνη (αδρεναλίνη), τις λεγόμενες «ορμόνες του στρες». Η κορτιζόλη έχει αντιφλεγμονώδη δράση, επηρεάζει το μεταβολισμό και συμμετέχει σε διαδικασίες αντιμετώπισης καταστάσεων συναισθηματικής φόρτισης. Η αδρεναλίνη συμμετέχει και αυτή στην αντιμετώπιση καταστάσεων έντονης συναισθηματικής φόρτισης και ενεργοποιεί τον οργανισμό (αύξηση καρδιακού και μεταβολικού ρυθμού, αύξηση του ρυθμού της αναπνοής και της αρτηριακής πίεσης). Το παρατεταμένο στρες είναι επικίνδυνο για τον οργανισμό. Η κορτιζόλη αυξάνει το σάκχαρο του αίματος διασπώντας

το γλυκογόνο και προωθώντας τη μετατροπή των αμινοξέων σε γλυκόζη στο ήπαρ· η διαδικασία αυτή ονομάζεται γλυκονεογένεση. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο αυτό η κορτιζόλη είναι μια διαβητογόνος ορμόνη. Από την άλλη πλευρά ενισχύει τον καταβολισμό των πρωτεϊνών, με συνέπεια τη μείωση της μυϊκής μάζας και την παρουσία οστεοπόρωσης. Παρόλο που η κορτιζόνη ενισχύει τη λιπόλυση, με την παρουσία της το λίπος έχει την τάση να συγκεντρώνεται στον τράχηλο και στον κορμό. Η κορτιζόλη καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα, και κυρίως τα λεμφοκύτταρα, ενώ περιορίζει την εκδήλωση της φλεγμονώδους απάντησης. Με αποτέλεσμα ο οργανισμός να είναι πιο επιρρεπής στις λοιμώξεις. Όταν υπάρχει υπερέκκριση κορτιζόλης, μπορεί να παρατηρηθούν ψυχικές διαταραχές (Τούντας, 1999). Τέλος, η κορτιζόλη μπορεί να προκαλέσει νέο έλκος στο γαστρεντερικό σύστημα ή να αναζωπυρώσει παλαιό έλκος. Στα επινεφρίδια εκκρίνεται επίσης και η ορμόνη αλδοστερόνη, η οποία ρυθμίζει την ομοιόσταση νατρίου (Na^+) και καλίου (K^+). Σε παρατεταμένης διάρκειας στρες η ομοιόσταση Na^+ - K^+ διαταράσσεται με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης λόγω κατακράτησης χλωριούχου νατρίου.

Σε μελέτη στην Αγγλία το 2006 εξετάστηκε η σχέση του εργασιακού στρες με το μεταβολικό σύνδρομο. Οι Chandola *et al* διεξήγαγαν έρευνα σε 10.308 δημόσιους υπαλλήλους από το 1985 έως το 1999. Τα ευρήματά τους υποστηρίζουν ότι η έκθεση σε εργασιακό στρες για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να επηρεάσει το αυτόνομο νευρικό σύστημα και να προκαλέσει διαταραχές νευρο-ενδοκρινικού τύπου, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη του μεταβολικού συνδρόμου. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία, αυξημένη περίμετρο κοιλιάς, υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, υψηλή χοληστερόλη (LDL), ανθεκτικότητα στην ινσουλίνη και αυξημένη γλυκόζη αίματος νηστείας και έχουν διπλάσια πιθανότητα να το εμφανίσουν όσοι έχουν εργασιακό στρες.

Στρες και αναπαραγωγικό σύστημα

Στις γυναίκες το στρες μπορεί να προκαλέσει διαταραχή του εμμήνου κύκλου, διακοπή της εμμήνου ρήσεως, πόνο στη διάρκεια της περιόδου και ελάττωση της ερωτικής επιθυμίας. Στους άνδρες η υπερβολική έκκριση κορτιζόλης λόγω στρες μπορεί να επηρεάσει τη φυσιολογική λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος. Η

έκθεση σε χρόνια στρες μπορεί να προκαλέσει διαταραχή στα επίπεδα τεστοστερόνης και στην παραγωγή σπερματοζωαρίων με συνέπεια την υπογονιμότητα.

Σύμφωνα με έρευνα του περιοδικού «Fertility and Sterility» (2011) γυναίκες που είχαν στο σάλιο υψηλή συγκέντρωση άλφα αμυλάσης (ενός βιολογικού δείκτη στρες) είχαν 12% λιγότερη πιθανότητα να συλλάβουν από αυτές που είχαν χαμηλότερη συγκέντρωση. Ο μηχανισμός που δημιουργεί υπογονιμότητα έχει πιθανόν να κάνει με τη φυσιολογία της κατάθλιψης, δηλαδή με τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης, τη διατάραξη του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, καθώς και με τη δυσλειτουργία του θυρεοειδούς.

2.3.3 Ψυχική εξουθένωση

Η ΠΟΥ υπολογίζει ότι μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα καταστεί η δεύτερη πιο σημαντική αιτία ανικανότητας στον κόσμο. Το κόστος του εργοδότη από την απώλεια της παραγωγικότητας που οφείλεται σε ψυχολογικά προβλήματα υγείας είναι υψηλότερο από ότι εκείνο που οφείλεται σε άλλα προβλήματα υγείας. Έρευνα των Tsutsumi et al. (2000) έρχεται να επιβεβαιώσει ότι το καταθλιπτικό συναίσθημα στους εργαζόμενους σχετίζεται με στρεσογόνες συνθήκες στην εργασία τους. Το στρες γίνεται έντονο όταν ζητείται από ένα άτομο να πράξει περισσότερα από όσα πιστεύει ότι μπορεί να κατορθώσει. Πολλές ημιτελείς ή δύσκολα επιτεύξιμες εργασίες μπορούν να προκαλέσουν στρες. Εάν μια αγχώδης κατάσταση συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης.

Στους επιβαρυντικούς παράγοντες, εκτός του φύλου, του οικογενειακού ιστορικού για ψυχιατρική νόσο και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου εντάσσεται και το είδος του επαγγέλματος (Lorant et al., 2003; Muntaner et al., 2004).

Πλήθος ερευνών υποστηρίζουν αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών σε απασχολούμενους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα με τους επαγγελματίες υγείας να καταλαμβάνουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά (Edwards et al., 2000; Tennant, 2001). Ο αυξημένος κίνδυνος ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών στους επαγγελματίες υγείας ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα των ιδιαίτερων εργασιακών παραγόντων στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι σε αυτά, όπως ασταθές ωράριο εργασίας, επαφή με τον θάνατο, λήψη σημαντικών αποφάσεων, διάπραξη σφαλμάτων και απειλή δικαστικών μηνύσεων από τους ασθενείς,

σύγκρουση μεταξύ οικογένειας και εργασίας (Kandri et al., 2004). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής, γιατί είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους (Sapountzi & Lemonidou, 1994). Ο βαθμός συναισθηματικής καταπόνησης, το στρες και η ένταση που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας είναι τόσο έντονα, που μπορεί να εκδηλώσουν καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά και αυτοκτονικές ιδέες (Pompili et al., 2006). Σε μελέτη στις ΗΠΑ η συχνότητα των αυτοκτονιών ήταν 1.15 φορές υψηλότερη για τους άνδρες γιατρούς/νοσηλευτές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και 3 φορές υψηλότερη για τις γυναίκες γιατρούς/νοσηλεύτριες (Firth-Cozens, 1997). Ο ΠΟΥ επισημαίνει ότι το 75% των ατόμων που αναζητούν ψυχιατρική υποστήριξη είναι άτομα με μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και έντονο εργασιακό στρες. Το εργασιακό στρες μπορεί να προκαλέσει καταστάσεις, όπως ανησυχία, κατάθλιψη, αϋπνίες και αισθήματα ανεπάρκειας (American Psychological Association- APA, 2005). Η συχνότητα και η ένταση αυτών των ψυχολογικών προβλημάτων καθορίζει τη μετέπειτα εξέλιξή τους σε διάφορες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες ενίοτε χρήζουν και θεραπευτικής αγωγής.

Τέλος εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα και τις ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται εξαρτημένες συμπεριφορές που οφείλονται στο στρες, όπως διατροφικές διαταραχές, τυχερά παιχνίδια, χρήση παράνομων ουσιών, κατανάλωση οινοπνεύματος (Arnold et al., 1995), κάπνισμα, άτομα που είναι επιρρεπή σε ατυχήματα και έχουν βίαιη συμπεριφορά (Sinha, 2009). Σοβαρή κατάχρηση οινοπνεύματος πολύ συχνά σχετίζεται με την κατάθλιψη. Η κατάχρηση του οινοπνεύματος περιπλέκει την πορεία της κατάθλιψης. Η κατάχρηση οινοπνεύματος συνδυάζεται συχνά με κατάχρηση και άλλων ουσιών-φαρμάκων και με υψηλή συχνότητα αυτοκτονιών. Οι νοσηλευτές/τριες δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών και χρήσης αλκοόλ (Arnold et al., 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

3.1 Διαχείριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει σοβαρό κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο. Αναφέρεται ότι μεγάλος αριθμός εργαζομένων εγκαταλείπει την εργασία του πρόωρα λόγω εξουθένωσης (Claxton et al., 1998; Molassiotis et al., 1996). Οι ημέρες εργασίας που χάνονται και η απώλεια παραγωγικότητας είναι σημαντικές. Μελέτες του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000) δείχνουν ότι το 50-60% του συνόλου των χαμένων ημερών εργασίας οφείλεται στο εργασιακό άγχος και στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία. Πρόκειται για το δεύτερο συχνότερο πρόβλημα υγείας που συνδέεται με την εργασία στην Ευρώπη μετά τις μυοσκελετικές διαταραχές. Στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά την περίοδο 2009-2010 χάθηκαν περίπου 9,8 εκατομμύρια ημέρες εργασίας λόγω του εργασιακού άγχους και οι εργαζόμενοι απουσίασαν κατά μέσο όρο 22,6 ημέρες από την εργασία τους. Στην Αυστρία το 42% των περιπτώσεων πρόωρης συνταξιοδότησης εργαζομένων σε θέσεις στελεχών αναφέρουν ως κύριο λόγο τις ψυχολογικές διαταραχές.

Στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το εξουθενωμένο νοσηλευτικό προσωπικό επιδεινώνεται. Το νοσηλευτικό προσωπικό αναπτύσσει κυνική διάθεση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση προβληματικών και επικίνδυνων συμπεριφορών στον χώρο της υγείας. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να βλάψει τις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις του εργαζόμενου και να τον οδηγήσει σε μια αρνητική διάθεση απέναντι στη ζωή. Υπό αυτή την έννοια μπορεί να έχει κάποια κοινά στοιχεία με την κλινική κατάθλιψη (Iacovides et al., 1999).

Για την πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου ο επαγγελματίας υγείας καλείται να αναγνωρίσει αρχικά μόνος του τις αδυναμίες και τα όρια του, έτσι ώστε να προλάβει ή να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η διοίκηση των νοσοκομείων έχει υποχρέωση να ενδιαφερθεί για την ανεύρεση αποτελεσματικών τρόπων χειρισμού των προβλημάτων και την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους χρήστες. Η μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης επιτυγχάνεται με:

- την **πρόληψη** και τη σύντομη αναγνώριση των συμπτωμάτων πριν εμφανιστούν η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.

- την **σωστή και γρήγορη αντίδραση** σε συνδυασμό με μια σειρά ενεργειών, που βασίζεται στην επίλυση προβλημάτων από την ηγεσία ή την ομάδα. Στόχος είναι να βελτιωθεί η οργανωτική και διοικητική ικανότητα εντοπισμού και αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν.

- την **αποκατάσταση**, η οποία περιλαμβάνει διαδικασίες στήριξης, όπως είναι η παροχή συμβουλών και θεραπείας, ώστε οι εργαζόμενοι να μπορέσουν να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους

Στο παρελθόν, η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης στηριζόταν σε παρεμβάσεις οι οποίες αφορούσαν μεμονωμένες προβληματικές καταστάσεις (π.χ. οργανωτικό κλίμα). Σήμερα η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση των συνθηκών εργασίας. Υιοθετούνται στρατηγικές περισσότερο ευρείες που μπορούν να αξιολογούν προβλήματα, που αφορούν τόσο σε ατομικό όσο και σε διαπροσωπικό και οργανωτικό επίπεδο. Οι παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι σύνθετοι και διαφορετικοί μεταξύ τους με αποτέλεσμα, τις περισσότερες φορές, αν αντιμετωπιστούν αποσπασματικά ή όλοι μαζί στο σύνολο τους, η αντιμετώπιση του προβλήματος να είναι επιφανειακή.

Είναι αναγκαίο η εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης να υλοποιείται σε φάσεις αναδεικνύοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι με την σειρά τους θα οδηγήσουν στη λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων (Cox et al., 2000). Πρέπει να αναπτυχθούν διαφοροποιημένες στρατηγικές παρέμβασης σε οργανωτικό, συλλογικό και ατομικό επίπεδο (Leka et al., 2008).

3.2 Παρεμβάσεις

3.2.1 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο (πρωτογενείς παρεμβάσεις) στοχεύουν στη μείωση των πηγών έντασης στον οργανισμό μέσω της εργονομίας και στον εργασιακό, διοικητικό και περιβαλλοντικό ανασχεδιασμό. Τα μέτρα που λαμβάνονται αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον, στον εξοπλισμό εργασίας τεχνολογίας, στους ρυθμούς της εργασίας, στα ωράρια, στο σύστημα επιβράβευσης ανέλιξης (Wiili-Peltola et al., 2007). Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο αποσκοπούν στον περιορισμό των αιτιών του εργασιακού άγχους και περιλαμβάνουν μέτρα όπως (Elkin & Rosch, 1990).

Επανασχεδιασμός της εργασίας

Ο επανασχεδιασμός της εργασίας περιλαμβάνει τη μεταβολή των εργασιακών απαιτήσεων διασφαλίζοντας ότι οι εργαζόμενοι διαθέτουν ή πρόκειται να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις για την εκτέλεση της εργασίας τους. Με τον επανασχεδιασμό της εργασίας βελτιώνεται η εκτέλεση της δουλειάς από τον εργαζόμενο καθώς και η ποσότητα και η ποιότητα της εργασίας. Οι ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση στοχεύουν:

i. Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η απόδοση του νοσηλευτή και παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες. Αναγκαίο είναι να μελετηθούν τα προσωπικά κίνητρα του επαγγελματία, τα οποία επηρεάζουν άμεσα την προσαρμογή και την απόδοση του στο χώρο εργασίας.

ii. Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του νοσηλευτή και η συμμετοχή του στην λήψη αποφάσεων. Αυξάνεται ο αυτοέλεγχος, η υπευθυνότητα και η ανεκτικότητα στις ιδιαίτερα αγχογόνες συνθήκες του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Παράλληλα δημιουργείται ένα εργασιακό περιβάλλον το οποίο διοικείται δημοκρατικά.

iii. Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη σε εργασίες που επηρεάζουν ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Τα νέα ερεθίσματα στο χώρο εργασίας ικανοποιούν και αναζωογονούν τους εργαζόμενους.

iv. Η δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για τον εργαζόμενο.

ν. Η δυνατότητα διαλειμάτων και ειδικών αδειών βοηθούν τον νοσηλευτή να απομακρυνθεί από το αγχογόνο περιβάλλον και να επαναφορτίσει τις δυνάμεις του.

3.2.3 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αφορούν στον εντοπισμό των εργαζομένων που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση και στη λήψη μέτρων **επανορθωτικού-θεραπευτικού χαρακτήρα**. Στοχεύουν στην εξάλειψη ή μείωση της έντασης των συμπτωμάτων της εργασιακής εξουθένωσης σε ατομικό επίπεδο και στις διαδικασίες ανάρρωσης προκειμένου ο εργαζόμενος να επιστρέψει και να επανενταχθεί στην εργασία του. Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο πρέπει να γίνονται αφού εξαντληθούν ενδεχόμενες παρεμβάσεις σε οργανωτικό και συλλογικό (μικρής ομάδας) επίπεδο. Υπάρχει μια πληθώρα προτεινόμενων στρατηγικών παρέμβασης σε ατομικό επίπεδο που είτε επικεντρώνονται στην άμεση θεραπεία των συμπτωμάτων της εργασιακής εξουθένωσης είτε επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των αιτιών και όχι απλά στην αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας.

Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων

Συνήθως οι πρώιμες ενδείξεις αγνοούνται, είτε γιατί ο εργαζόμενος πιστεύει ότι «αντέχει», είτε γιατί θέλει να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας. Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση σωματικής και ψυχικής δυσλειτουργίας.

Επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών

Μη ρεαλιστικοί στόχοι και προσμονές ενδέχεται να οδηγήσουν σε σύγχυση, απογοήτευση και αίσθηση προσωπικής αποτυχίας και αδυναμίας, που καθιστούν τον εργαζόμενο ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση.

Αναγνώριση στρατηγικών αντιμετώπισης

Η αναγνώριση των στρατηγικών αυτών επιτρέπει στον επαγγελματία να

- Αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης
- Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες
- Διαχείριση του χρόνου

Η υποστήριξη τόσο από φίλους και συνεργάτες όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μειώνει το στρες που βιώνει το άτομο, αλλά και τις πιθανότητες να νοσήσει. Οι Jaffe & Scott (1984) αναφέρονται στην σημασία της κατανομής του χρόνου και της ενέργειας σε τέσσερις τομείς της ζωής του ατόμου: την εργασία, τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, την σχέση με τον εαυτό και την διασκέδαση. Οι δραστηριότητες αυτές δεν αρκούν για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, είναι δυνατό όμως να ανακουφίσουν αρκετά το άτομο, δίνουν την δυνατότητα εκτόνωσης και προάγουν την επικοινωνία. Σε επαγγελματικές στρεσογόνες συνθήκες η διαχείριση του χρόνου αποτελεί μια από τις πιο βασικές τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους, καθώς αυτό πηγάζει όχι από την ποσότητα του διαθέσιμου εργασιακού χρόνου αλλά από τον μη ορθό τρόπο αξιοποίησής του και από την αίσθηση έλλειψης ελέγχου πάνω σε αυτόν.

Η σωστή διαχείριση του χρόνου σύμφωνα με τους Sutherland & Cooper (2003) μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες:

- Να αναπτύξουν μια προσωπική αίσθηση του χρόνου
- Να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους
- Να μειώνουν τις χρονικές πιέσεις
- Να απαλλαγούν από άσκοπες και χρονοβόρες δραστηριότητες
- Να αναθέτουν δραστηριότητες
- Να κάνουν τον χρόνο σύμμαχο τους

Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας

Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας δίνει στον εργαζόμενο την αίσθηση ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις. Η αλλαγή χώρου εργασίας θεωρείται

μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αλλαγή πρέπει να συνοδεύεται από την απαραίτητη αυτογνωσία, που βοηθά το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και συχνά ασυνείδητες αιτίες που του δημιουργούν άγχος. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1994).

Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης

Οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης παρέχουν βοήθεια τόσο στους επαγγελματίες, όσο και στους συγγενείς τους. Βοηθούν τους εργαζόμενους στο:

- Να μοιράζονται τα συναισθήματά τους και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, τον θάνατο και τη ζωή.
- Να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας.
- Να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων.
- Να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις, ενισχύοντας έτσι την αυτοπεποίθησή τους.

Προγράμματα στήριξης των εργαζομένων

Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και στην Αμερική λειτουργούν εξωτερικά γραφεία παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και παραπομπής των εργαζομένων, γνωστά ως Προγράμματα Στήριξης Εργαζομένων (Murphy, 1999). Βοηθούν τους εργαζόμενους να αντιμετωπίσουν τόσο τα προσωπικά τους προβλήματα όσο και αυτά που απορρέουν άμεσα από την εργασία. Σύμφωνα με την BNA Policy and Practice Series (1996-1999) και την WHO (2001), τα προγράμματα αυτά πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου και διαδικτύου
- Παραπομπή για ψυχολογικά συμπτώματα ή διαταραχές
- Οικογενειακή στήριξη
- Συμβουλευτική για την αντιμετώπιση νομικών ή οικονομικών προβλημάτων
- Στήριξη σε σοβαρά ιατρικά προβλήματα
- Προετοιμασία για την συνταξιοδότηση των επαγγελματιών υγείας

- Δυσκολίες που σχετίζονται με την επιλογή της καριέρας

Φαρμακευτική αγωγή

Το άτομο που βιώνει έντονα τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να βοηθηθεί με φαρμακευτική θεραπεία με:

- Ελάσσονα ηρεμιστικά, που είναι χρήσιμα για την καταστολή του άγχους.
- Αντικαταθλιπτικά με αγχολυτικές ιδιότητες.
- Αντιψυχωτικά.

Τα αγχολυτικά φάρμακα συστήνεται να χορηγούνται μόνο όταν η συμπτωματολογία είναι βαριά και για μικρό χρονικό διάστημα με στόχο να έρθει το άτομο σε ένα τέτοιο επίπεδο που θα είναι δυνατή η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της εξουθένωσης.

Βιοανάδραση

Η μέθοδος της βιοανάδρασης βασίζεται σε ένα μηχανικό σύστημα με το οποίο, μέσω ηλεκτροδίων που τοποθετούνται σε διάφορα σημεία του σώματος, το άτομο λαμβάνει σήμα να εκδηλώσει μια συγκεκριμένη σωματική αντίδραση, συνήθως όχι άμεσα ορατή. Αυτή η αντίδραση στόχο έχει να μεταβάλλει, για παράδειγμα, την ένταση των μυών του μετώπου, την ποσότητα του αίματος που ρέει προς τα άνω και κάτω άκρα ή την θερμοκρασία του δέρματος. Οι λειτουργίες αυτές μπορούν να μετρηθούν με ηλεκτρόδια, τα οποία τοποθετούνται στα αντίστοιχα σημεία του σώματος. Υπάρχουν διαφορετικά είδη βιοανάδρασης η ηλεκτρομυογραφική (ΗΜΓ) και η θερμική βιοανάδρασης. Οι μέθοδοι αυτοί βασίζονται στις αρχές της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης. Τα άτομα εκπαιδεύονται να αποκτούν επίγνωση των σωματικών λειτουργιών τους και να τις τροποποιούν συνειδητά. Μαθαίνουν να ενεργοποιούν το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, το οποίο προκαλεί χαλάρωση, ως αντίδραση στην ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος κατά την διάρκεια μιας κατάστασης που προκαλεί φόβο ή άγχος (DiMatteo & Martin, 2006).

Ψυχανάλυση

Η ψυχανάλυση αποβλέπει στην αλλαγή της εκτίμησης για την απειλή, η οποία οδηγεί σε νευρωτικές- αγχωτικές αντιδράσεις. Η ψυχανάλυση διερευνά τα βαθύτερα αίτια των προβλημάτων. Ο ψυχαναλυτής βοηθά το άτομο να ανακαλύψει τραυματικές εμπειρίες της παιδικής του ηλικίας που συνεχίζουν να επηρεάζουν τις σκέψεις, τα αισθήματα και την συμπεριφορά του. Ο στόχος είναι να αποκτήσει το άτομο επίγνωση του πώς τα απωθημένα αισθήματα συνδέονται με τα τωρινά προβλήματά του (Spielberger, 1980).

Μηχανισμοί άμυνας

Με τους μηχανισμούς άμυνας μειώνεται η συναισθηματική ένταση που δημιουργείται λόγω των ματαιώσεων, μειώνεται το άγχος και προστατεύεται το «εγώ». Είναι επίκτητες αντιδράσεις και βοηθούν το άτομο να αποφύγει τα προβλήματα εκείνα που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά. Οι κυριότεροι μηχανισμοί άμυνας είναι (Ποταμιάνος, 2002):

- **Μετουσίωση:** με αυτήν η παρόρμηση στρέφεται σε άλλη διέξοδο, περισσότερο χρήσιμη και παραδεκτή.
- **Απόθηση:** με αυτήν ασυνείδητα αλλά σκόπιμα ξεχνιούνται οδυνηρά γεγονότα.
- **Προβολή:** είναι το «κατηγορώ» που αποδίδουμε στους άλλους για δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε, ενώ η ευθύνη ανήκει μόνο σε εμάς.
- **Άρνηση:** με τον μηχανισμό αυτό το άτομο αρνείται επιθυμίες, συναισθήματα και ιδέες.
- **Ενδοβολή:** είναι το αντίθετο της προβολής. Στην προβολή το άτομο αποδίδει δικά του συναισθήματα σε άλλους, ενώ στην ενδοβολή ενσωματώνει χαρακτήρες και συναισθήματα άλλων.
- **Ταυτοποίηση:** είναι η προσπάθεια ταύτισης με κάποιον που κατέχει εξέχουσα θέση ή με κάποια ευχάριστη κατάσταση.
- **Εκλογίκευση:** είναι η αντικατάσταση ενός απαράδεκτου λόγου με παραδεκτό.
- **Απομόνωση:** είναι ο διαχωρισμός της αρχικής μνήμης από το αποτέλεσμα.
- **Αντίδραση ή υπεραναπλήρωση:** προλαβαίνει την ανάδυση μιας οδυνηρής σκέψης με άμεση αντικατάσταση της με μια ευχάριστη.

Ψυχοθεραπεία

Είναι η εφαρμογή ψυχοφυσικών μεθόδων με σκοπό την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς. Είναι μεθοδική και συγκεκριμένη επιστημονική προσπάθεια για θεραπεία του ψυχικά πάσχοντα. Υπάρχουν διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, όπως (Ποταμιάνος, 2002):

- **Ατομική:** είναι η βάση κάθε μορφής ψυχοθεραπείας, ασκείται μεταξύ του ψυχοθεραπευτή και του ασθενούς και βοηθάει τον ασθενή να προσαρμοστεί καλύτερα στις εντάσεις της ζωής. Βασική προϋπόθεση η θέληση του ασθενή να θεραπευτεί.
- **Ομαδική:** οι θεραπευτικές ομάδες (6-8 άτομα) είναι συνήθως «κλειστές». Ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει, δέχεται παραινέσεις και δημιουργεί δεσμούς με τους συνασθενείς του.
- **Συμπεριφοράς:** στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης. Για την θεραπεία χρησιμοποιείται η ενίσχυση και η επιβράβευση.
- **Περιβάλλον και ψυχοθεραπεία:** χρησιμοποιείται το περιβάλλον για να επέλθει αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς. Η συνεργασία με άλλους, η εξάσκηση εξουσίας και η πρακτική στην ανάληψη ευθυνών ενθαρρύνει τον αυτοσεβασμό του ασθενούς.
- **Ψυχόδραμα:** οι ασθενείς ασχολούνται όλοι μαζί με παιχνίδια, θέατρο, χορούς, χορωδία, ασκήσεις κτλ. Το ψυχόδραμα είναι μια μέθοδος ομαδικής ψυχοθεραπείας κατά την οποία μέσα από κάποιους συγκεκριμένους δραματικούς ρόλους ανιχνεύονται στοιχεία της δομής της προσωπικότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, συγκρούσεις και ψυχικά προβλήματα.
- **Φυσική άσκηση:** η σωστή διατροφή, η άσκηση, οι υγιεινές συνήθειες και η επαρκής ανάπαυση συμβάλλουν στην προστασία του εργαζόμενου από τις επιπτώσεις του χρόνιου στρες. Ειδικά η αεροβική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά την κατάθλιψη, το άγχος, την συναισθηματική δυσφορία και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνει την διάθεση, τη γνωστική λειτουργία και την αυτοεικόνα (Anthony, 1991; Travers & Cooper, 1996).
- **Εργοθεραπεία:** είναι η μετά από ιατρική σύσταση και κάτω από επαγγελματική καθοδήγηση δραστηριότητα που αποσκοπεί στο να βοηθήσει τον ασθενή να

προσαρμοστεί στα διάφορα προβλήματα, να διατηρήσει, ξαναβρεί ή αναπτύξει καλές συνήθειες εργασίας. Να βοηθήσει στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας μετά από σωματικό ατύχημα ή ασθένεια.

- **Γνωστική θεραπεία:** αναπτύχθηκε από τον Aaron T. Beck ως μέθοδος κατανόησης και θεραπείας της κατάθλιψης. Μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λανθασμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν την ζωή τους. Εστιάζει στην πράξη και όχι στο πρόβλημα. Θεωρεί ότι μια αλλαγή της συμπεριφοράς μπορεί να αλλάξει τις σκέψεις και τα συναισθήματα (Beck, 2000).

Θεραπεία της μουσικής

Με την πρόοδο της τεχνολογίας έχει αποδειχθεί η επίδραση της μουσικής στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Πολλοί γιατροί χρησιμοποιούν την μουσική ως φάρμακο για την αντιμετώπιση του πόνου, του στρες και της κατάθλιψης. Ασυνείδητα η ακρόαση ενός γρήγορου μουσικού τέμπο αυξάνει την συχνότητα της αναπνοής και τον καρδιακό παλμό, ενώ αντίθετα η ακρόαση ενός αργού τέμπο τα ελαττώνει. Η μουσικοθεραπεία είναι μια τεχνική μουσικά υποβοηθούμενης ψυχοθεραπείας, η οποία χρησιμοποιεί τη δύναμη της μουσικής για να εγείρει νοητικές εικόνες, συναισθήματα, σωματικές αισθήσεις, σκέψεις ή αναμνήσεις. (American Music Therapy Association, 2014).

Τεχνικές χαλάρωσης

Η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση αποτελεί μια τεχνική μέσω της οποίας το άτομο εστιάζει την προσοχή του σε συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες και συσφίγγει και χαλαρώνει εναλλάξ τους μύες του. Για κάθε μυϊκή ομάδα απαιτείται σύσφιξη των μυών για περίπου 10 δευτερόλεπτα, η οποία ακολουθείται από χαλάρωση ίδιας χρονικής διάρκειας. Κατά την φάση της χαλάρωσης ζητείται από το άτομο να σκεφτεί κάτι ευχάριστο. Συνήθως μετά από ένα χρονικό διάστημα εκπαίδευσης, το άτομο είναι σε θέση να επιτύχει να χαλαρώσει ενθουσιάζοντα τα συναισθήματα που το διακατείχαν και τις σκέψεις που έκανε κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης (DiMatteo & Martin, 2006).

Διαλογισμός

Ο διαλογισμός περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές, στόχος των οποίων είναι η εστίαση της προσοχής σε μία συγκεκριμένη σκέψη ή εικόνα. Η πρακτική του διαλογισμού έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην μείωση του στρες και του άγχους, στην υπέρταση και στην εξάλειψη κάποιων φόβων (Shapiro, 1989).

Ειδικό Μέρος

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η καταγραφή και η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο και κατά πόσο το συγκεκριμένο σύνδρομο έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία τους.

Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποια η συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου;
- Ποιες είναι οι αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ατομικό και οργανικό επίπεδο ;
- Ποιες είναι οι σχέσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς, κοινωνικούς-οικονομικούς παράγοντες και παράγοντες που αφορούν τις συνθήκες εργασίας;
- Ποιες είναι οι σχέσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών με τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης;

Περιγραφή του δείγματος

Η έρευνα διεξήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ). Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν τυχαία με βάση το αναρτημένο οργανόγραμμα του νοσοκομείου στο διαδίκτυο, 11 κλινικές οι οποίες ήταν: παιδιατρική, μαιευτική, αιματολογική, ουρολογική, ωτορινολαρυγγολογική, γαστρεντερολογική, χειρουργική, παιδοχειρουργική, παθολογική, πνευμονολογική και ενδοκρινολογική. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνα στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών ζητήθηκε η άδεια, η οποία και εγκρίθηκε, από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου δια μέσω της νοσηλευτικής διεύθυνσης.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Αύγουστο έως και τον Σεπτέμβριο 2019. Το δείγμα ήταν 50 νοσηλευτές από τις κλινικές που προαναφέρθηκαν. Επιλέχθηκε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, δηλαδή βοηθοί νοσηλευτών, απόφοιτοι ΤΕΙ και Πανεπιστημίου Νοσηλευτικής. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και αυτοσυμπληρούμενα και μοιράστηκαν, μετά από πολλές επισκέψεις και προσωπική επαφή, στους συμμετέχοντες. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν γραπτά και προφορικά και τους παρέχονταν διευκρινήσεις σε τυχόν απορίες. Ο χρόνος που απαιτούνταν για την συμπλήρωσή του ήταν 15 περίπου λεπτά.

Μεθοδολογία

Είδος Μελέτης

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε ήταν μια περιγραφική μελέτη (descriptive research). Επιλέξαμε αυτό το είδος μελέτης επειδή το συγκεκριμένο είδος χρησιμοποιείται για τη μέτρηση φαινομένων, όπως γεγονότα, συμπεριφορές και στάσεις στον πληθυσμό ενδιαφέροντος με τα οποία επιθυμούμε να ασχοληθούμε και εμείς (Μερκούρης, 2008).

Δειγματοληψία

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας (Purposive sampling) καθώς σκοπός μας είναι να διατηρήσουμε την ομοιογένεια του δείγματος (νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών). Το δείγμα μας αποτέλεσαν Νοσηλευτές και Βοηθοί Νοσηλευτών που εργάζονταν στο ΠΑΓΝΗ Σύμφωνα με το οργανόγραμμα του νοσοκομείου λειτουργούν 33 κλινικές και ακολουθώντας την λειτουργία των κλινικών διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια στους νοσηλευτές που θα πραγματοποιούν τη βάρδια τους τη συγκεκριμένη ημέρα, τα οποία θα είναι ανώνυμα, η συμπλήρωσή τους δεν είναι υποχρεωτική και οι ερευνητές θα είναι παρόντες για τυχόν απορίες. Το συνολικό δείγμα της εργασίας ήταν 32 νοσηλευτές που είχαν τελειώσει τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα και 18 ήταν βοηθοί νοσηλευτών.

Ηθική και δεοντολογία της μελέτης

Για την πραγματοποίηση της μελέτης λήφθηκαν άδειες από την επιτροπή βιοηθικής του Τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος (ΤΕΙ) με αριθμό πρωτοκόλλου 2492 καθώς και από τη επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου με αριθμό πρωτοκόλλου 11353. Το εργαλείο της έρευνας συνοδευόταν από ένα έντυπο συγκατάθεσης που ενημέρωνε ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και τα στοιχεία της μελέτης που συλλέχθηκαν ήταν ανώνυμα.

Ερευνητικό εργαλείο

Ως εργαλείο μελέτης θα χρησιμοποιήσουμε ερωτηματολόγιο που αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση των ελλήνων νοσηλευτών και τις επιπτώσεις της στη σωματική και ψυχική τους υγεία, το οποίο συντέθηκε από την Δημητριάδου Χρυσή, και για τη σύνθεση του χρησιμοποιήθηκαν τα εξής διεθνώς χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια (Job Descriptive Index - General Health Questionnaire - Maslach) και για τη χρήση του οποίου μας έχει παραχωρηθεί εγγράφως η σχετική άδεια.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις (4) ομάδες κλειστού τύπου:

1. Ομάδα Α : Αναφέρεται στα κοινωνικά – δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των εργαζομένων.
2. Ομάδα Β : Οι ερωτήσεις είναι βασισμένες στο Job Descriptive Index JDI, το οποίο αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων.
3. Ομάδα Γ: Οι ερωτήσεις είναι βασισμένες στο General Health Questionnaire-GHQ, το οποίο αναφέρεται στην σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Από τις πρώτες 25 ερωτήσεις, οι 24 αφορούν τη Σωματική υγεία, ενώ η 25^η αποτελείται από 12 ερωτήματα που αφορούν τη Ψυχική υγεία. Οι ΥΠΟ κλίμακες είναι:

Σωματική λειτουργικότητα (6, 9, 10, 11, 12, 19, 21)

Σωματικός πόνος (8, 13, 14, 20)

Γενική υγεία (15, 17, 18, 22, 23, 24)

Ζωτικότητα (16)

Τρόπος ζωής (1, 3, 5, 7)

Ψυχική υγεία (όλη η 25^η με τα 12) (στο scoring να γίνει rescaled σε 0-3)

Ακολουθήθηκε το σύστημα βαθμονόμησης 0-1 (μη καπνιστές – καπνιστές, ναι-όχι) ή 0-0-1-1 ανάλογα με τα επίπεδα αποκρίσεων (ενδιέφεραν τα αρνητικά επίπεδα), οπότε για κάθε ΥΠΟ κλίμακα αθροίστηκαν οι αποκρίσεις και διαιρέθηκαν δια τον αριθμό τους (μέσος όρος).

4. Ομάδα Δ: Οι ερωτήσεις είναι βασισμένες στο Maslach (MBI), το οποίο αναφέρεται στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων. Η κλίμακα της Maslach Burnout Inventory περιέχει τρεις υποκλίμακες: α) της συναισθηματικής εξάντλησης (ερωτήσεις 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 και 20), β) της αποπροσωποποίησης (ερωτήσεις 5, 10, 11, 15 και 22) και γ) της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων ή προσωπικής ολοκλήρωσης (ερωτήσεις 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 και 21). Συνεπώς, η κλίμακα ταξινομεί τους ανθρώπους στις τρεις υποκατηγορίες επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα με το πως αυτοί ανταποκρίνονται σε κάθε μια από τις 22 καταστάσεις. Όσο υψηλότερη βαθμολογία σημειώνουν οι ερωτώμενοι στην κλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η υποκλίμακα της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων οδηγεί μετρώντας προς την αντίθετη κατεύθυνση. Δηλαδή, όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία της κλίμακας τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συνολικά η κλίμακα περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβαθμίσεις 7 σημείων της κλίμακας Likert που εκτείνεται από το 0 («ποτέ») έως το 6 («κάθε μέρ»). Το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα, επέλεξε μία απάντηση για κάθε μια από τις 22 καταστάσεις της συγκεκριμένης κλίμακας. Αναλυτικότερα, όταν το εύρος τιμών της «συναισθηματικής εξάντλησης» κυμαίνεται από 19 έως 26 χαρακτηρίζεται ως μετρίου επιπέδου, ≥ 27 ως υψηλού επιπέδου και ≤ 18 ως χαμηλού επιπέδου. Ως προς την ΥΠΟ κλίμακα της «αποπροσωποποίησης» όταν το εύρος τιμών κυμαίνεται από 6 έως 9 χαρακτηρίζεται ως μετρίου επιπέδου, ≥ 10 ως υψηλού επιπέδου και ≤ 5 ως χαμηλού. Χαρακτηρίζεται ως έλλειψη όταν το εύρος τιμών κυμαίνεται από 39 έως 34 μετρίου επιπέδου, ≥ 40 ως χαμηλού επιπέδου και ≤ 33 ως υψηλού.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Περιγραφή της διαδικασίας συλλογής

Αρχικά πήραμε άδεια από τους διευθυντές των κλινικών και από τη διεύθυνση του ΠΑΓΝΗ. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από νοσηλευτές και βοηθούς, εθελοντικά και με τη συγκατάθεσή τους. Παραμέναμε στον ίδιο χώρο για τυχόν απορίες για να δοθούν οι κατάλληλες διευκρινήσεις. Μετά τη συμπλήρωσή τους συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και περάστηκαν σε μια βάση δεδομένων για να γίνει η στατιστική ανάλυση.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS 25.0. Εκτιμήθηκαν κατανομές απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των περιγραφικών χαρακτηριστικών των 50 νοσηλευτών/τριων που συμμετείχαν στη μελέτη. Στις κατανομές συχνοτήτων εκτιμήθηκαν για λόγους συγκρισιμότητας τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (με τεχνικές bootstrap). Στους ελέγχους διαφοράς στην κατανομή απαντήσεων χρησιμοποιήθηκε επίσης η μέθοδος χ^2 ανεξαρτησίας ή και η δυνωμικής κατανομής. Στη συσχέτιση των χαρακτηριστικών και εκείνων της εργασίας τους με τα επίπεδα κλιμάκων Σωματικής & Ψυχικής Υγείας (GHQ) και εξουθένωσης (Maslach) έγινε με τη μέθοδο κατά Spearman. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

Αποτελέσματα της έρευνας

Πίνακας 1. Προσωπικά χαρακτηριστικά 50 νοσηλευτών/τριων που συμμετείχαν στη μελέτη.

		N	%
Φύλο	<i>άνδρας</i>	5	10,0
	<i>γυναίκα</i>	45	90,0
Ηλικία, χρόνια	<i>22-39</i>	18	36,0
	<i>40-55</i>	32	64,0
	<i>μέση ηλικία±τυπ. απόκλ.</i>	42,0±8,9	
Οικογενειακή κατάσταση	<i>άγαμος/η, διαζευγμένος/η, χήρος/α</i>	14	28,0
	<i>έγγαμος/η, συμβίωση</i>	36	72,0
παιδιά	<i>όχι</i>	12	24,0
	<i>1</i>	12	24,0
	<i>2</i>	20	40,0
	<i>3</i>	3	6,0
	<i>4</i>	3	6,0
Εκπαίδευση	<i>ΔΕ</i>	18	36,0
	<i>ΤΕΙ</i>	32	64,0
Εκπαίδευση εκτός βασικής	<i>ειδικότητα</i>	13	26,0
	<i>MSc</i>	3	6,0

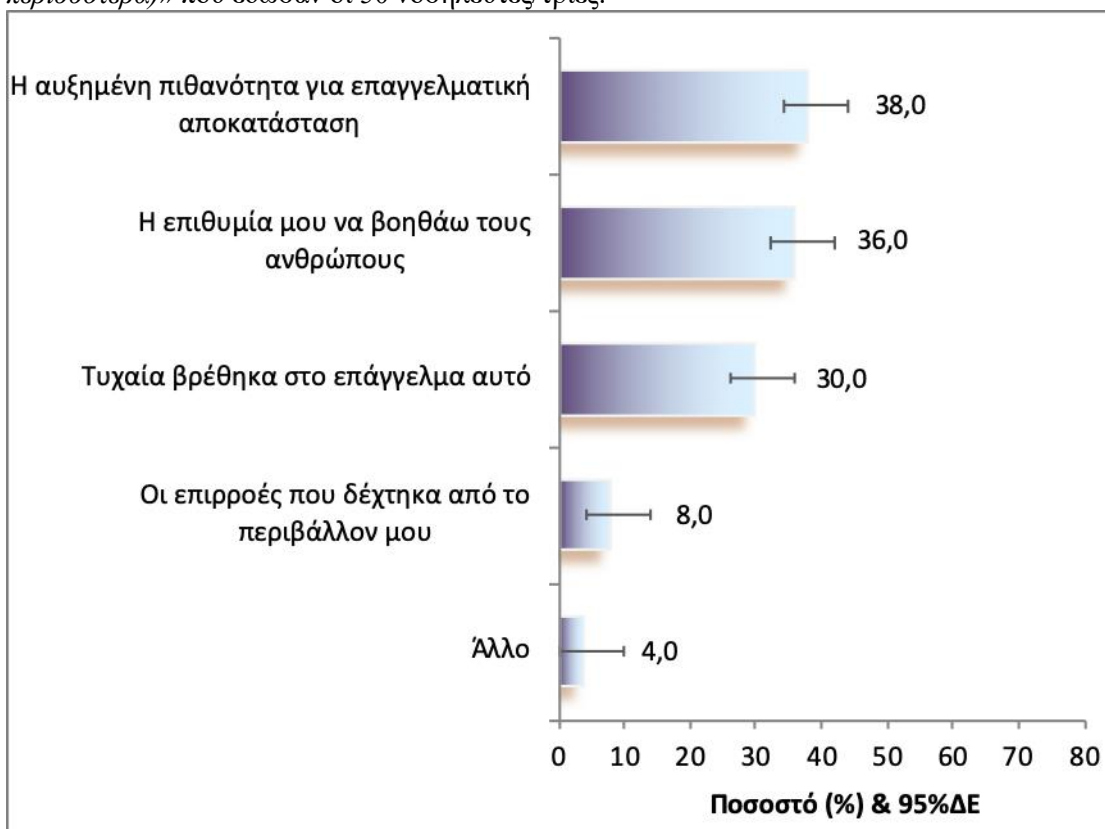
Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία του δείγματος, το οποίο αποτελείται από 50 νοσηλευτές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών ήταν γυναίκες 90%. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 42,0±8,9, το 64% των νοσηλευτών ήταν σε ηλικία μεταξύ 40 έως 55. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 72% είναι έγγαμοι ή σε συμβίωση ενώ το 28% του δείγματος είναι άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι. Το 40% του δείγματος είχαν 2 και μόνο το 6% είχαν 3 παιδιά. Το 64% των νοσηλευτών είχαν αποφοιτήσει ΤΕΙ νοσηλευτικής ενώ το 36% ήταν βοηθοί νοσηλευτών, μόνο το 6% είχαν μάστερ.

Πίνακας 2. Εργασιακά χαρακτηριστικά των 50 νοσηλευτών/τριων.

		N	%
Τμήμα-χώρος εργασίας	<i>Αιματολογική</i>	7	14,0
	<i>Γαστρεντερολογική</i>	2	4,0
	<i>Γενική Χειρουργική</i>	7	14,0
	<i>Γυναικολογική-Μαιευτική</i>	3	6,0
	<i>Ουρολογική</i>	6	12,0
	<i>Παθολογική</i>	5	10,0
	<i>Παιδιατρική</i>	2	4,0
	<i>Πνευμονολογική</i>	3	6,0
	<i>Χειρουργική Παίδων</i>	10	20,0
	<i>ΩΡΛ</i>	5	10,0
Χρόνια προϋπηρεσίας	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ. (ελ., μεγ.)</i>	15,9±10,4 (0-34)	
	<i>0-5</i>	13	26,0
	<i>6-10</i>	4	8,0
	<i>11-20</i>	13	26,0
	<i>21+</i>	20	40,0

Στο πίνακα 2 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο δείγμα ήταν από τους νοσηλευτές που εργαζόντουσαν στην παιδοχειρουργική κλινική 20%, το 14% ήταν από την αιματολογική κλινική, 14% από την γενική χειρουργική, ενώ μόνο το 4% ήταν από την γαστρεντερολογική κλινική. Η μέση τιμή των χρόνων προϋπηρεσίας ήταν 15,9±10,4 (0-34) . Το 40% του δείγματος είχαν προϋπηρεσία πάνω από 21 χρόνια.

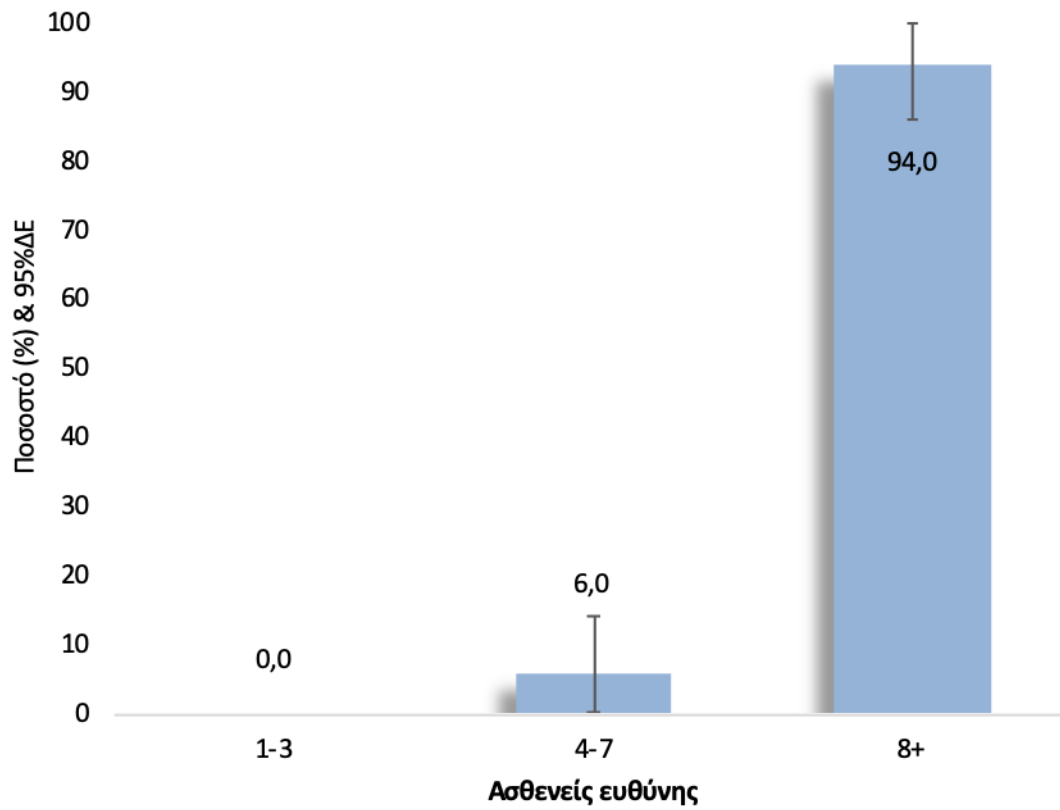
Σχήμα 1. Κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση «Τι σας οδήγησε στο επάγγελμα; (σημειώστε ένα ή περισσότερα)» που έδωσαν οι 50 νοσηλευτές/τριες.



Στο σχήμα 1 παρατηρούμε τα αποτελέσματα της ερώτησης «τι σας οδήγησε στο να επιλέξετε το επάγγελμα». Το 38% των νοσηλευτών απάντησε ότι ήταν η αυξημένη πιθανότητα για άμεση επαγγελματική αποκατάσταση, το 36% ανέφερε ότι ήταν η επιθυμία τους να βοηθήσουν το συνάνθρωπό τους, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό 30% βρέθηκε τυχαία σε αυτό το επάγγελμα.

Συνθήκες εργασίας

Σχήμα 2. Κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση που αφορά τους ασθενείς με τους οποίους ασχολούνται καθημερινά οι 50 νοσηλευτές/τριες.



Στο σχήμα 2 παρατηρούμε ότι το 94% των νοσηλευτών είναι υπεύθυνοι για περισσότερους από 8 ασθενείς.

Πίνακας 3. Κατανομή νυχτερινών και απογευματινών βαρδιών των 50 νοσηλευτών/τριών.

		<i>Κατηγορίες αποκρίσεων</i>			
		Καμία	1-4	5-8	9+
Νυχτερινές βάρδιες το μήνα	v	7	10	29	4
	%	14,0	20,0	58,0	8,0
	p-value	<0,001			
Απογευματινές βάρδιες το μήνα	v	5	9	26	10
	%	10,0	18,0	52,0	20,0
	p-value	<0,001			

Έλεγχος χ^2 ομοιογένειας

Στο πίνακα 3 παρατηρούμε ότι είναι στατιστικά σημαντικό (p-value <0,001) τα μεγαλύτερα ποσοστά των νυχτερινών και των απογευματινών βαρδιών 5 έως 8 βάρδιες των μήνα, το 58% και το 52% αντίστοιχά

Πίνακας 4. Βαθμός ικανοποίησης από τις συνθήκες εργασίας, την αμοιβή, την ανάπαυση και τη συνεργασία.

		<i>Βαθμός ικανοποίησης</i>			
		Καθόλου	Λίγο	αρκετά	Πολύ
Ικανοποίηση από					
... τις συνθήκες του χώρου εργασίας (υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής, φωτισμός, εξαερισμός, άνεση του χώρου κλπ.)	%	18,0	46,0	36,0	--
	95%ΔΕ	8,0-30,0	34,0-60,0	22,0-50,0	
... την αμοιβή	%	40,0	44,0	14,0	2,0
	95%ΔΕ	26,0-54,0	30,0-58,0	4,0-24,0	0,1-6,0
... το σχεδιασμό των αδειών/διακοπών	%	24,0	48,0	26,0	2,0
	95%ΔΕ	12,0-36,0	34,0-62,0	14,0-39,9	0,1-6,0
... τη συνεργασία με συναδέλφους	%	6,0	24,0	60,0	10,0
	95%ΔΕ	0,1-14,0	12,0-36,0	46,0-74,0	2,0-20,0
... τη σχέση με ανωτέρους	%	10,0	28,0	50,0	12,0
	95%ΔΕ	2,0-18,0	16,0-40,0	36,0-64,0	4,0-22,0

Στον πίνακα 4 διαπιστώνουμε ότι το 46% των νοσηλευτών ήταν λίγο ικανοποιημένο από τον χώρο εργασίας του, όπως είναι η υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής, φωτισμός, εξαερισμός άνεση χώρου. Το 44% των νοσηλευτών ήταν λίγο ικανοποιημένο από την αμοιβή του. Ενώ Το 60% είναι αρκετά ικανοποιημένο από τη συνεργασία με τους συναδέλφους του. Οι μισοί νοσηλευτές έχουν αρκετά ικανοποιητική σχέση με τους ανωτέρους τους.

Πίνακας 5. Κατανομή αποκρίσεων σε ερωτήσεις απόψεων και πεποιθήσεων για την εργασία τους που εκφράζουν οι νοσηλευτές/τριες.

Ερωτήσεις		<i>Βαθμός ισχύς</i>			
		Καθόλου	Λίγο	αρκετά	Πολύ
<i>Σας παρέχεται από την υπηρεσία σας επαρκής εκπαίδευση για τη θέση εργασίας σας;</i>	%	40,0	48,0	12,0	--
	95%ΔΕ	26,1-54,0	34,1-62,0	4,0-22,0	
<i>Αισθάνεστε ασφάλεια και σταθερότητα στην εργασία σας;</i>	%	24,0	56,0	18,0	2,0
	95%ΔΕ	12,0-37,9	42,0-70,0	8,0-28,0	0,1-6,0
<i>Σας έχει εξηγηθεί κατανοητά ο ρόλος σας στο χώρο εργασίας;</i>	%	12,0	26,0	58,0	4,0
	95%ΔΕ	4,0-22,0	14,0-40,0	44,0-70,0	0,1-10,0
<i>Αναγνωρίζεται η προσφορά σας στην εργασία από τους γύρω σας;</i>	%	18,0	52,0	24,0	6,0
	95%ΔΕ	8,0-28,0	38,0-66,0	12,0-36,0	0,1-12,0
<i>Υπάρχει ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής/οικογενειακής ζωής;</i>	%	26,0	50,0	22,0	2,0
	95%ΔΕ	14,0-40,0	36,0-64,0	12,0-34,0	0,1-6,0

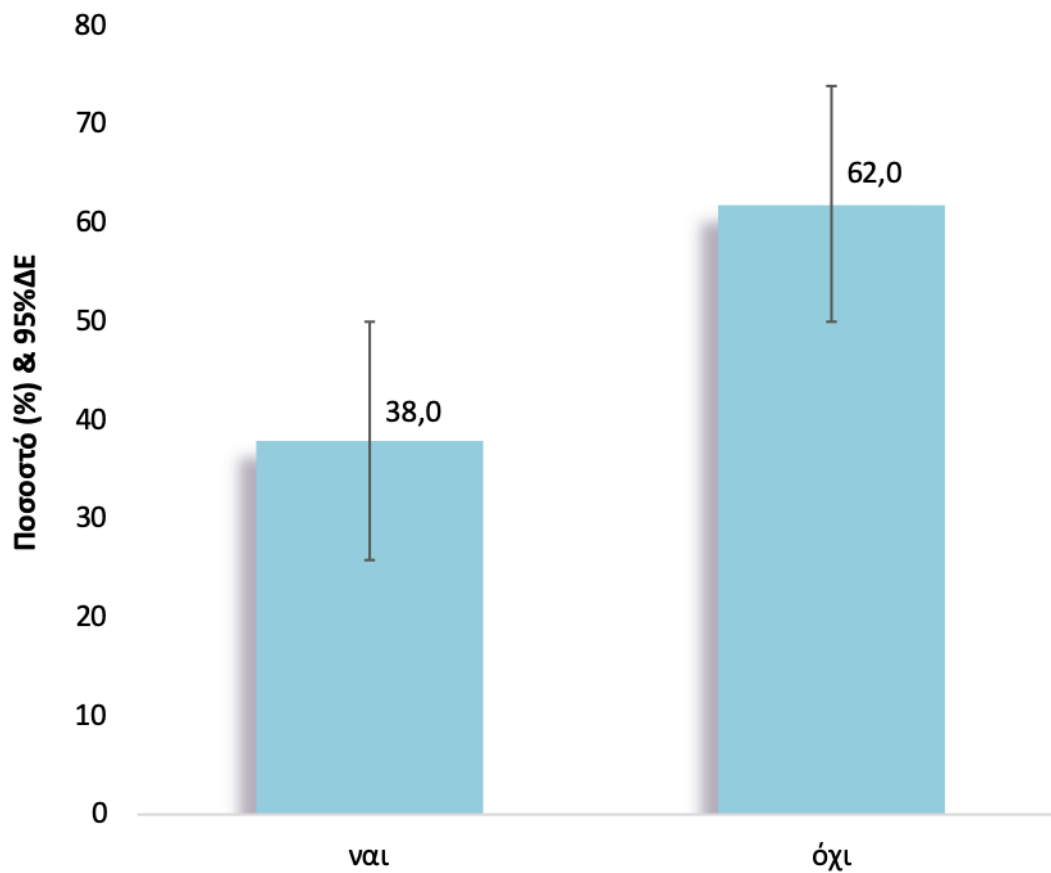
Σύμφωνα με τον πίνακα 5, το 48% των νοσηλευτών θεωρεί ότι του παρέχεται λίγη εκπαίδευση για τη θέση εργασίας του. Το 56% αισθάνεται λίγη ασφάλεια και σταθερότητα στην εργασία του. Στο 58% τους είχαν εξηγήσει αρκετά κατανοητά τον ρόλο τους στο χώρο εργασίας. ενώ στο 26% των νοσηλευτών ήταν λιγότερο κατανοητός ο ρόλος τους. Το 52% των εργαζόμενων αισθάνεται ότι η προσφορά του στην εργασία αναγνωρίζεται λίγο από τους συνάνθρωπους του. Οι μισοί εργαζόμενοι νιώθουν ότι υπάρχει λίγη ισορροπία μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής/οικογενειακής ζωής.

Πίνακας 6. Κατανομή απόψεων που εκφράζουν οι νοσηλευτές/τριες της μελέτης για το προσωπικό στην εργασία τους.

		N	%	95%ΔΕ
Επαρκές προσωπικό στο Τμήμα	<i>Καθόλου</i>	2	4,0	0,1-10,0
	<i>Λίγο</i>	48	96,0	90,0-100,0
Συναντήσεις προσωπικού στο χώρο εργασίας	<i>Ποτέ</i>	5	10,0	2,0-20,0
	<i>Σπάνια</i>	33	66,0	52,0-78,0
	<i>Συχνά</i>	12	24,0	12,0-36,0
Χρησιμότητα συναντήσεων προσωπικού	<i>Ναι</i>	45	90,0	82,0-98,0
	<i>Όχι</i>	5	10,0	2,0-18,0

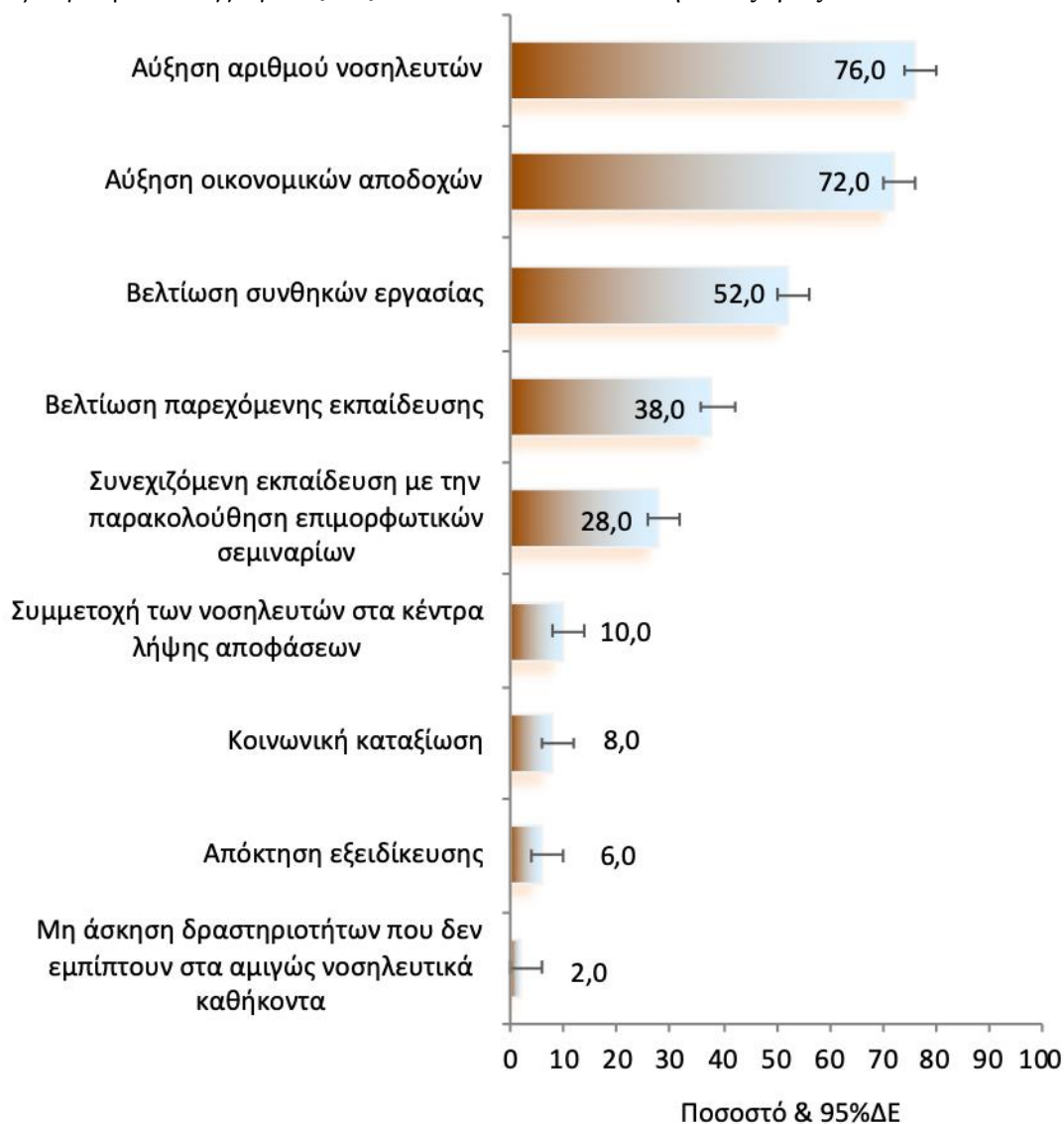
Στον πίνακα 6 διαπιστώνουμε ότι το 96% των νοσηλευτών νιώθει ότι το προσωπικό στο τμήμα που εργάζονται είναι λίγο. Το 66% των εργαζόμενων αναφέρει ότι γίνονται σπάνια συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας του. Το 10% αναφέρει ότι δεν γίνονται ποτέ οι συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας τους. Ενώ το 90% των εργαζόμενων πιστεύει στη χρησιμότητα των συναντήσεων του προσωπικού.

Σχήμα 3. Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση «Θέλετε να εγκαταλείψετε το επάγγελμά σας;» που έδωσαν οι 50 νοσηλευτές/τριες που συμμετείχαν στην έρευνα



Στο σχήμα 3 βλέπουμε ότι πάνω από τους μισούς νοσηλευτές (62%) που ρωτήθηκαν «εάν επιθυμούν να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους» απάντησαν «όχι» παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Σχήμα 4. Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση «Ποιές αλλαγές προτείνετε για την βελτίωση και αναβάθμιση του επαγγέλματός σας;» που έδωσαν οι 50 νοσηλευτές/τριες.



Οι νοσηλευτές πρότειναν αλλαγές για να βελτιώσουν και να αναβαθμίσουν το επάγγελμά τους, το 76% από αυτών αναφέρθηκαν στην αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών, το 72% πρότεινε να αυξηθούν οι οικονομικές αποδοχές. Το 6% αναφέρθηκε στην απόκτηση εξειδίκευσης και το 2% να μην ασκούνται αμιγώς νοσηλευτικά καθήκοντα.

Υγεία των συμμετεχόντων της μελέτης

Ερωτηματολόγιο GHQ Σωματικής Υγείας

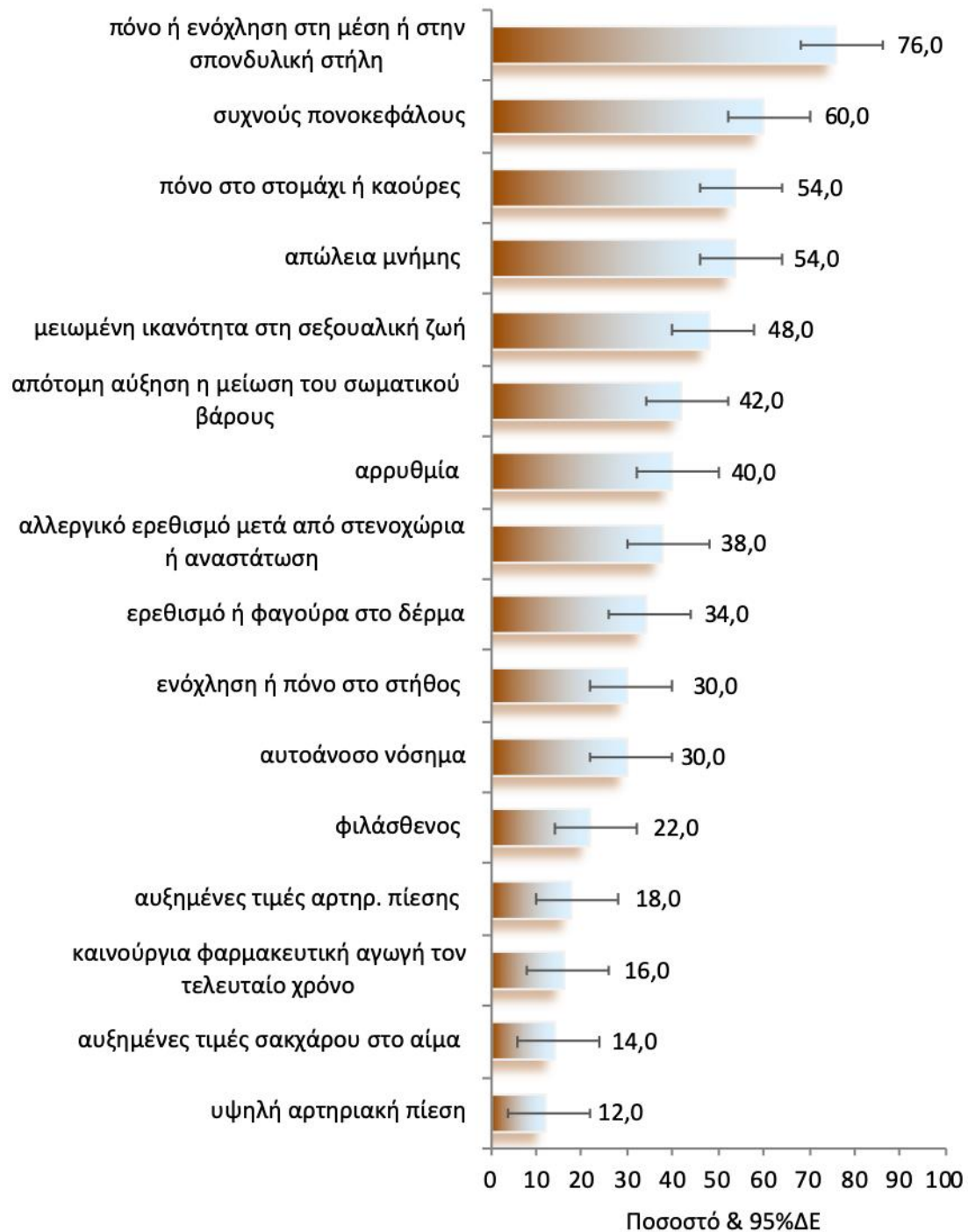
Πίνακας 7. Συνήθειες υγείας των 50 νοσηλευτών/τριων σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο General Health Questionnaire.

		v	%	p-value
Κάπνισμα	<i>ναι</i>	14	28,0	0,003
	<i>όχι</i>	36	72,0	
Αριθμός τσιγάρων/ημέρα	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ. (ελ., μεγ.)</i>	15,2±8,9 (5-40)		
Κατανάλωση οινοπνεύματος	<i>ναι</i>	12	24,0	<0,001
	<i>όχι</i>	38	76,0	
Αριθμός μονάδων/ημέρα*	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ. (ελ., μεγ.)</i>	1,8±1,0 (1-4)		
Συχνότητα σωματικής άσκησης	<i>3 φ./εβδ.</i>	5	10,0	<0,001
	<i>1-2 φ./εβδ.</i>	8	16,0	
	<i><1 φ./εβδ.</i>	4	8,0	
	<i>καθόλου</i>	33	66,0	
Ημέρες αναρρωτικής άδειας τον τελευταίο χρόνο	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ. (ελ., μεγ.)</i>	3,5±5,1 (0-25)		
Ώρες ύπνου κάθε βράδυ	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ. (ελ., μεγ.)</i>	6,1±1,1 (4-9)		

* 1 μονάδα: 1 ποτήρι αντίστοιχα κρασιού, μπίρας κλπ
Έλεγχος διωνυμικής κατανομής και χ^2 .

Με το ερωτηματολόγιο General Health Questionnaire καταγράφουμε τις συνήθειες υγείας των νοσηλευτών. Στον πίνακα 7 παρατηρούμε ότι το 72% των νοσηλευτών δεν καπνίζουν το οποίο είναι στατιστικά σημαντικό από αυτούς που καπνίζουν. Η μέση τιμή αυτών που καπνίζουν είναι 15,2±8,9 (5-40%). Αντιστοίχως οι νοσηλευτές που δεν καταναλώνουν οινόπνευμα είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο το ποσοστό από αυτούς που καταναλώνουν, 76% και 24% αντίστοιχά με p-value <0,001. Η μέση τιμή αυτών που καταναλώνουν οινόπνευμα είναι 1,8±1,0 (1-4%). Το μεγαλύτερο ποσοστό δεν κάνει καμία σωματική άσκηση και έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά με αυτούς που ασκούνται, 66% και 10% αντίστοιχα. Η μέση τιμή των ημερών αναρρωτικής άδειας που πήραν τον τελευταίο χρόνο είναι 3,5±5,1. Οι ώρες που κοιμόντουσαν κάθε βραδύ οι νοσηλευτές είχαν μέση τιμή 6,1±1,1.

Σχήμα 5. Επιπολλασμός των νοσημάτων ή συμπτωμάτων που είχαν οι 50 νοσηλευτές τους τελευταίους 6 μήνες.



Στο σχήμα 5 παρατηρούμε τα νοσήματα ή συμπτώματα που είχαν οι νοσηλευτές τους τελευταίους 6 μήνες. Οι περισσότεροι 76% ένιωθαν πόνο ή ενόχληση της σπονδυλικής στήλης ή της μέσης, το 60% είχε συχνούς πονοκεφάλους, το 54% είχε πόνο

στο στομάχι καούρες και απώλεια μνήμης. Το 48% είχε μειωμένη ικανότητα στην σεξουαλική ζωή. Το 14% είχε αυξημένη τιμή σακχάρου στο αίμα, ενώ το 12% είχε αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Ερωτηματολόγιο GHQ Ψυχικής Υγείας

Πίνακας 8. Συχνότητα διαβαθμισμένων αποκρίσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τη ψυχική κατάσταση των 50 νοσηλευτών/τριων που συμμετείχαν στην έρευνα, τις τελευταίες εβδομάδες.

	Καλύτερα από το συνηθισμένο	Ίδιο ως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
		%		
Μπορέσατε να συγκεντρωθείτε σε αυτό που κάνατε	6,0	62,0	26,0	6,0
Νιώσατε ότι είστε χρήσιμος	20,0	70,0	4,0	6,0
Αισθανθήκατε ικανός να πάρετε αποφάσεις σχετικά με διάφορα πράγματά	20,0	64,0	8,0	8,0
Αισθανθήκατε ικανός να απολαύσετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες	12,0	48,0	26,0	14,0
Αισθανθήκατε ικανός να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας	14,0	56,0	24,0	6,0
Αισθανθήκατε χαρούμενος σε λογικά πλαίσια	16,0	72,0	6,0	6,0
	Καθόλου	Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο	Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο	Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο
		%		
Αισθανθήκατε συνεχώς υπό πίεση	12,0	30,0	32,0	26,0
Αισθανθήκατε ότι δεν θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες	16,0	54,0	16,0	14,0
Αισθανθήκατε δυστυχισμένος ή κατάθλιψη	30,0	34,0	22,0	14,0
Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας	62,0	26,0	8,0	4,0
Αισθανθήκατε ότι δεν αξίζετε σαν άτομο	74,0	18,0	4,0	4,0
Δεν μπορέσατε να κοιμηθείτε λόγω ανησυχίας	22,0	36,0	34,0	8,0
Έλεγχος χ^2 :σημαντικές διαφοροποιήσεις σε όλες τις ερωτήσεις ($p < 0,05$).				

Στον παραπάνω πίνακα ως γενική διαπίστωση παρατηρήθηκε ότι σε όλες τις ερωτήσεις έχουμε σημαντικές διαφοροποιήσεις. Ιδιαίτερα παρατηρούμε ότι στην ερώτηση «Νιώσατε ότι είστε χρήσιμος τις τελευταίες εβδομάδες;». Το 70% των εργαζομένων ένιωθε το ίδιο ως συνήθως, το 20% ένιωθε καλύτερα από ότι το συνηθισμένο. Το 6% ένιωθε πολύ λίγο χρήσιμος από ότι συνήθως, ενώ το 4% ένιωθε λιγότερο χρήσιμος από ότι συνήθως. «Αισθανθήκατε ικανός να απολαύσετε τις καθημερινές σας δραστηριότητές τις τελευταίες εβδομάδες;». Εδώ παρατηρούμε ότι το 48% των νοσηλευτών αισθάνθηκε το ίδιο ικανό να απολαύσει της δραστηριότητες ως συνήθως τις τελευταίες εβδομάδες, το 26% αισθάνθηκε λιγότερο ικανό να απολαύσει τις καθημερινές δραστηριότητες του τις τελευταίες εβδομάδες, ενώ το 14%

αισθάνεται πολύ λιγότερο ικανό να απολαύσει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Τέλος, μόνο το 12% αισθάνθηκε καλύτερα ικανό να απολαύσει τις καθημερινές δραστηριότητες του.

Το 34% δεν αισθάνθηκε περισσότερο από το συνηθισμένο δυστυχισμένο τις τελευταίες εβδομάδες, ενώ το 30% δεν αισθάνεται καθόλου δυστυχισμένο. Το 22% αισθάνεται μάλλον περισσότερο δυστυχισμένο από το συνηθισμένο. Το 14% αναφέρει ότι είναι πολύ περισσότερο δυστυχισμένο τις τελευταίες εβδομάδες από ότι το συνηθισμένο.

Είναι πολύ ευχάριστο το γεγονός ότι το 62% των νοσηλευτών δεν έχουν χάσει καθόλου την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους τις τελευταίες εβδομάδες. Το 26% δεν έχει χάσει την εμπιστοσύνη τους περισσότερο από το συνηθισμένο. Το 8% των νοσηλευτών έχει χάσει μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο την εμπιστοσύνη του εαυτού τους, ενώ μόνο το 4% των ερωτηθέντων έχει χάσει πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο την εμπιστοσύνη του εαυτού τους τις τελευταίες εβδομάδες.

Εξουθένωση των συμμετεχόντων - Ερωτηματολόγιο Maslach

Πίνακας 9. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων της κλίμακας εξουθένωσης Maslach Burnout Inventory που έδωσαν οι 50 νοσηλεύτριες/τριες.

	Ποτέ (0)	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο (1)	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο (2)	Μερικές φορές το μήνα (3)	Μία φορά την εβδομάδα (4)	Μερικές φορές την εβδομάδα (5)	Κάθε μέρα (6)
1.Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από την δουλειά μου.	6,0	18,0	4,0	10,0	16,0	34,0	12,0
2.Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά .	22,0	22,0	6,0	8,0	12,0	20,0	10,0
3.Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.	4,0	18,0	10,0	18,0	8,0	28,0	14,0
4.Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	4,0	6,0	4,0	10,0	12,0	44,0	20,0
5.Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	20,0	26,0	8,0	14,0	14,0	12,0	6,0
6.Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα.	28,0	24,0	12,0	14,0	4,0	10,0	8,0
7.Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	4,0	6,0	2,0	8,0	12,0	40,0	28,0
8.Νιώθω εξουθενωμένος/η από την δουλειά μου.	2,0	18,0	4,0	6,0	10,0	30,0	30,0
9.Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.	8,0	6,0	4,0	16,0	12,0	28,0	26,0
10.Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	36,0	20,0	0,0	6,0	12,0	12,0	14,0
11.Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/η.	18,0	24,0	6,0	6,0	10,0	18,0	18,0
12.Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.	8,0	34,0	12,0	12,0	14,0	14,0	6,0
13.Νιώθω απογοητευμένος/η από την δουλειά μου.	18,0	24,0	8,0	6,0	4,0	18,0	22,0
14.Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.	2,0	2,0	8,0	8,0	16,0	28,0	36,0
15.Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.	54,0	18,0	6,0	6,0	2,0	10,0	4,0
16.Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.	38,0	22,0	8,0	6,0	6,0	8,0	12,0
17.Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.	8,0	4,0	4,0	16,0	4,0	34,0	30,0
18.Στο τέλος της μέρας έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.	10,0	8,0	4,0	22,0	16,0	28,0	12,0
19.Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.	6,0	12,0	12,0	10,0	10,0	34,0	16,0
20.Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια...νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.	22,0	24,0	6,0	12,0	8,0	16,0	12,0
21.Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά.	10,0	6,0	12,0	8,0	16,0	20,0	28,0
22.Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.	38,0	22,0	6,0	10,0	4,0	12,0	8,0

Έλεγχος χ^2 . Σημαντικές διαφορές ($p < 0.05$) παρατηρούνται στις απαντήσεις όλων των ερωτήσεων.

Στον παραπάνω πίνακα ως γενική διαπίστωση παρατηρήθηκε σε όλες τις ερωτήσεις ότι έχουμε σημαντικές διαφοροποιήσεις. Το 34% των νοσηλευτών νιώθει ψυχικά εξαντλημένο από τη δουλειά του μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ το 12% των νοσηλευτών αισθάνεται έτσι κάθε μέρα. Το 20% νιώθει άδειος σαν να μην του έχει μείνει τίποτα μέσα του την ώρα που σχολάει από τη δουλειά μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ το 10% αισθάνεται έτσι κάθε μέρα. Το 28% των ερωτηθέντων μερικές φορές την εβδομάδα νιώθει κουρασμένο να αντιμετωπίσει μια ακόμα μέρα στη δουλειά, ενώ το 18% νιώθει έτσι μερικές φορές το μήνα. Το 8% των νοσηλευτών αντιμετωπίζουν καθημερινά τη δυσκολία να δουλεύουν με ανθρώπους, ενώ το 10% αντιμετωπίζουν αυτήν τη δυσκολία μερικές φορές την εβδομάδα. Το 30% των εργαζομένων νιώθουν εξουθενωμένοι από τη δουλειά τους κάθε μέρα, ενώ το άλλο 30% νιώθει εξουθενωμένο μερικές φορές την εβδομάδα. Το 18% των νοσηλευτών κάθε μέρα έχει τον προβληματισμό ότι σιγά σιγά γίνεται συναισθηματικά πιο σκληρό, ενώ το άλλο 18% έχει αυτόν τον προβληματισμό μερικές φορές την εβδομάδα. Είναι πολύ δυσάρεστο που μόνο το 6% των νοσηλευτών αισθάνεται δυνατό και με ενέργεια κάθε μέρα, ενώ το 8% δεν έχει αισθανθεί έτσι ποτέ. Το 22% νιώθει απογοητευμένο από τη δουλειά του καθημερινά. Το 18% είναι απογοητευμένο από την εργασία του μερικές φορές την εβδομάδα. Το 36% των εργαζομένων νιώθουν κάθε μέρα ότι δουλεύουν σκληρά, το 28% των εργαζομένων νιώθουν έτσι μερικές φορές την εβδομάδα. Το 10% δεν έχει ποτέ καλή διάθεση που δούλεψε στενά με τους ασθενείς του. Το 12% νιώθει καθημερινά ότι δεν αντέχει άλλο. Το 10% των νοσηλευτών δεν αντιμετωπίζει τα προβλήματα ποτέ με ήρεμο τρόπο.

Πίνακας 10. Επίπεδα κλίμακων Σωματικής & Ψυχικής Υγείας (GHQ) και εξουθένωσης (Maslach) των 50 συμμετεχόντων της έρευνας.

Κλίμακα	Εύρος κλίμακας	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Cronbach's α
Σωματικής Υγείας (GHQ) #					0,718
Σωματική λειτουργικότητα	0 έως 1,00	0,30	0,22	0,29	
Σωματικός πόνος	0 έως 1,00	0,55	0,31	0,50	
Γενική υγεία	0 έως 1,00	0,35	0,23	0,33	
Ζωτικότητα	0 έως 1,00	0,78	0,41	1,00	
Τρόπος ζωής	0 έως 1,00	0,40	0,23	0,25	
Ψυχικής Υγείας (GHQ) #	0 έως 34	13,4	6,5	13,0	0,876
Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory)					0,797
συναισθηματικής εξάντλησης ↑	0 έως 54	28,0	12,6	29,5	
αποπροσωποποίησης ↑	0 έως 30	10,8	7,5	10,5	
έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων ↓	0 έως 48	30,9	10,8	33,5	

Αυξημένες τιμές υποδηλώνουν έλλειψη σχετικής υγείας ή χειρότερο τρόπο ζωής.

Τα βελάκια δείχνουν την παρουσία του χαρακτηριστικού σε σχέση με τη βαθμολογία (π.χ. χαμηλή βαθμολογία κλίμακας επιτευγμάτων εκτιμά έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

Σύμφωνα με τον πίνακα 10 στην κλίμακα η οποία αφορά στα επίπεδα της σωματικής υγείας, το δείγμα παρουσιάζει μέτρια ως χαμηλή λειτουργικότητα (0,30), όπως, επίσης, μέτριο πόνο (0,55), γενική υγεία (0,35) και τρόπο ζωής (0,40), ενώ, αντίθετα, αναφέρει καλύτερη ζωτικότητα (0,78). Όσον αφορά στην κλίμακα ψυχικής υγείας διαπιστώνουμε ότι έχουμε μια σχετικά καλή ψυχική υγεία (13,4) και, επομένως, έναν καλό τρόπο ζωής. Στο δείγμα παρατηρούμε αυξημένη συναισθηματική εξάντληση (28,0) και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη αποπροσωποποίηση (10,8) και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (30,9).

Πίνακας 11. Επιπολασμός εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory) που παρατηρήθηκαν στους/στις 50 νοσηλευτές/τριες που συμμετείχαν στην έρευνα..

	<i>Επιπέδου</i>	N	%	95%ΔΕ
Συναισθηματική εξάντληση	<i>Χαμηλού</i>	15	30,0	16,0-42,0
	<i>Μέτριου</i>	7	14,0	6,0-24,0
	<i>Υψηλού</i>	28	56,0	42,0-70,0
Αποπροσωποποίηση	<i>Χαμηλού</i>	18	36,0	22,1-48,0
	<i>Μέτριου</i>	6	12,0	4,0-22,0
	<i>Υψηλού</i>	26	52,0	38,0-66,0
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	<i>Χαμηλού</i>	13	26,0	14,0-38,0
	<i>Μέτριου</i>	12	24,0	14,0-36,0
	<i>υψηλού (έως 33)</i>	25	50,0	38,0-64,0

Στον πίνακα 11 αναλύονται η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Πιο συγκεκριμένα 28 νοσηλευτές είχαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση, οι 26 είχαν αυξημένη αποπροσωποποίηση και 25 είχαν έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

Πίνακας 12. Συσχέτιση χαρακτηριστικών και επιπέδων κλιμάκων Σωματικής & Ψυχικής Υγείας (GHQ) και εξουθένωσης (Maslach) των 50 συμμετεχόντων της έρευνας.

Κλίμακα	Φύλο (1:άνδρας, 2:γυναίκα)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογ. κατ.	Εκπαίδευση	
			(1: άγαμος/η, διαζευγμένος/η, χήρος/α, 2: έγγαμος/η, συμβίωση)	(1:ΔΕ, 2:ΤΕΙ)	
rho-Spearman					
Σωματικής Υγείας (GHQ) #					
Σωματική λειτουργικότητα	0,045	0,121	-0,242	-0,432*	
Σωματικός πόνος	0,174	0,054	-0,064	-0,118	
Γενική υγεία	0,153	0,160	0,001	-0,441*	
Ζωτικότητα	0,145	0,354*	0,206	-0,097	
Τρόπος ζωής	-0,022	-0,139	-0,031	-0,056	
Ψυχικής Υγείας (GHQ) #					
	0,060	0,015	-0,270*	-0,202	
Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory)	<i>συναισθηματική εξάντληση ↑</i>	-0,014	0,181	-0,131	-0,207
	<i>αποπροσωποποίηση ↑</i>	-0,227	0,029	-0,105	-0,301*
	<i>έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ↓</i>	0,199	-0,039	0,049	0,013

Αυξημένες τιμές υποδηλώνουν έλλειψη σχετικής υγείας ή χειρότερο τρόπο ζωής.

Τα βελάκια δείχνουν την παρουσία του χαρακτηριστικού σε σχέση με τη βαθμολογία (π.χ. χαμηλή βαθμολογία κλίμακας επιτευγμάτων εκτιμά έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

* p-value≤0.05, ** p-value<0.001

Στον πίνακα 12 διαπιστώνουμε ότι η σωματική και ψυχική υγεία δεν συσχετίζεται με το φύλο. Όσο μικρότερη ηλικία είναι ο νοσηλευτής τόσο καλύτερη ζωτικότητα έχει. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση δεν υπάρχει συσχέτιση με την σωματική υγεία. Η βοήθοι νοσηλευτών εμφανίζουν χαμηλή συσχέτιση με την σωματική και γενική υγεία. Οι νοσηλευτές οι οποίοι είναι άγαμοι ή διαζευγμένοι ή χήροι εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με τη ψυχική υγεία. Στην κλίμακα της εξουθένωσης δεν υπάρχει συσχέτιση με όλες τις παραμέτρους, όπως, για παράδειγμα, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, αλλά συσχετίζεται με την εκπαίδευση, οι βοήθοι νοσηλευτών εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την αποπροσωποποίηση.

Πίνακας 13. Συσχέτιση χαρακτηριστικών συνθηκών εργασίας και επιπέδων κλιμάκων Σωματικής & Ψυχικής Υγείας (GHQ) και εξουθένωσης (Maslach) των 50 συμμετεχόντων της έρευνας.

Κλίμακα	Νυχτερινές βάρδιες το μήνα (1:καμία, 2:1-4, 3:5-8, 4:9+)	Απογευματινές βάρδιες το μήνα (1:καμία, 2:1-4, 3:5-8, 4:9+)	Ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής - οικογενειακής ζωής (1:καθόλου, 2:λίγο, 3:αρκετά, 4:πολύ)
	rho-Spearman		
Σωματικής Υγείας (GHQ) #			
Σωματική λειτουργικότητα	-0,047	0,215	-0,138
Σωματικός πόνος	0,258	0,243	0,129
Γενική υγεία	0,049	0,168	-0,015
Ζωτικότητα	-0,152	-0,149	-0,147
Τρόπος ζωής	-0,019	-0,187	0,251
Ψυχικής Υγείας (GHQ) #	-0,136	0,009	-0,298*
Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory)	<i>συναισθηματική εξάντληση ↑</i>	0,063	0,104
	<i>αποπροσωποποίηση ↑</i>	-0,002	0,022
	<i>έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ↓</i>	0,255	0,229

Αυξημένες τιμές υποδηλώνουν έλλειψη σχετικής υγείας ή χειρότερο τρόπο ζωής.

Τα βελάκια δείχνουν την παρουσία του χαρακτηριστικού σε σχέση με τη βαθμολογία (π.χ. χαμηλή βαθμολογία κλίμακας επιτευγμάτων εκτιμά έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

* p-value≤0.05, ** p-value<0.001

Με τις νυχτερινές και απογευματινές βάρδιες παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την σωματική, ψυχική υγεία και την εξουθένωση. Αυτό που έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση είναι ότι η αδυναμία ισορροπίας μεταξύ της οικογένειας και της προσωπικής-οικογενειακής ζωής προκαλεί διαταραχή της ψυχικής υγείας, αυξημένη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση.

Πίνακας 14. Συσχέτιση χαρακτηριστικών εργασίας και επιπέδων κλιμάκων Σωματικής & Ψυχικής Υγείας (GHQ) και εξουθένωσης (Maslach) των 50 συμμετεχόντων της έρευνας.

Κλίμακα	Χρόνια Προϋπηρεσίας	Ικανοποίηση από (1:καθόλου, 2:λίγο, 3:αρκετά, 4:πολύ)					από τη σχέση με ανωτέρους
		από τις συνθήκες του χώρου εργασίας	από την αμοιβή	από το σχεδιασμό των αδειών/διακοπών	από τη συνεργασία με συναδέλφους		
rho-Spearman							
Σωματικής Υγείας (GHQ) #							
Σωματική λειτουργικότητα	0,050	-0,152	-0,125	-0,188	-0,282*	-0,200	
Σωματικός πόνος	0,050	0,025	-0,076	-0,315*	0,053	-0,250	
Γενική υγεία	0,214	-0,028	-0,167	-0,124	-0,218	-0,206	
Ζωτικότητα	0,308*	0,031	-0,193	-0,320*	-0,263	-0,301*	
Τρόπος ζωής	-0,057	0,051	0,025	0,141	-0,185	-0,122	
Ψυχικής Υγείας (GHQ) #	0,035	-0,180	-0,190	-0,077	-0,384*	-0,144	
Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory)	<i>συναισθηματική εξάντληση ↑</i>	0,192	-0,313*	-0,200	-0,300*	-0,138	-0,320*
	<i>αποπροσωποποίηση ↑</i>	-0,010	-0,276*	-0,200	-0,060	-0,129	-0,096
	<i>έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ↓</i>	-0,047	0,033	0,108	0,049	0,354*	0,177

Αυξημένες τιμές υποδηλώνουν έλλειψη σχετικής υγείας ή χειρότερο τρόπο ζωής.

Τα βελάκια δείχνουν την παρουσία του χαρακτηριστικού σε σχέση με τη βαθμολογία (π.χ. χαμηλή βαθμολογία κλίμακας επιτευγμάτων εκτιμά έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

* p-value≤0.05, ** p-value<0.001

Τα χρόνια προϋπηρεσίας είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη ζωτικότητα του νοσηλευτή. Όσα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας είχαν οι νοσηλευτές τόσο χαμηλότερη ζωτικότητα είχαν. Η μη ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας αυξάνουν την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Η ικανοποίηση από το σχεδιασμό των αδειών έχει αρνητική συσχέτιση με τον σωματικό πόνο, τη ζωτικότητα και την συναισθηματική εξάντληση. Η ικανοποίηση από την συνεργασία με τους συναδέλφους έχει αρνητική συσχέτιση με την σωματική λειτουργικότητα, τη ψυχική υγεία και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Η ικανοποίηση από την σχέση τους με τους

ανώτερους τους έχει αρνητική συσχέτιση με τη ζωτικότητα και την συναισθηματική εξάντληση.

Συζήτηση

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματός, ήταν το 90% γυναίκες, 64% ήταν ηλικίας ανάμεσα από 40 έως 55 με μέση τιμή $42\pm 8,9$. Το 72% των νοσηλευτών ήταν έγγαμοι, ενώ το 24% δεν είχαν κανένα παιδί και το 6% είχαν 3 παιδιά. Το 64% είχε αποφοιτήσει από την τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ). Στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (γυναίκα-άνδρας) με την σωματική, ψυχική υγεία και την εξουθένωση. Ομοίως και στην έρευνα του Διλιντά (2010) προέκυψε ότι δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και το φύλο (γυναίκα-άνδρας). Αντίθετα σε άλλη έρευνα προέκυψε ότι η άνδρες εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης (Hraiech et al., 2012). Όπως επίσης άλλη έρευνα αναφέρει ότι η κόπωση ήταν υψηλότερη στις γυναίκες, ενώ η αποπροσωποποίηση ήταν αρκετά υψηλότερη στους άνδρες (Raftopoulos et al., 2012).

Οι γυναίκες παρατηρήθηκαν να έχουν χειρότερη γενική υγεία. Ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι η γυναίκες συνήθως έχουν πολλούς διαφορετικούς ρόλους, όπως της μητέρας, της συζύγου, της εργαζόμενης, κάθε ένας από τους οποίους συνεπάγεται αυξημένες υποχρεώσεις (Σαρίδη και συν., 2014).

Στην συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι όσο μικρότερη ηλικία έχει ο νοσηλευτής τόσο αυξημένη ζωτικότητα νιώθει. Αντίθετα η Αντωνίου και συν (2005) σε μελέτη εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία συνέδεσε τα υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες με τη συναισθηματική και τη σωματική δυσλειτουργία, κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών. Επίσης στην έρευνα του Διλιντά (2010) αναφέρεται ότι όσο μεγαλύτερη ηλικία έχουν οι νοσηλευτές τόσο μικρότερη συναισθηματική εξάντληση νιώθουν. Σε άλλη έρευνα οι νοσηλευτές που τόνισαν ότι η κόπωσή τους παρεμβαίνει στην ποιότητα των υπηρεσιών τους είχαν λιγότερη εργασιακή εμπειρία και ήταν νεότεροι (Raftopoulos et al., 2012).

Η ηλικιακή ομάδα των 20 έως 30 εμφανίζουν αυξημένη αποπροσωποποίηση και η ηλικία των 30 έως 40 εμφανίζουν αυξημένη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση (International Journal of Nursing Science [IJNS], 2017). Οι βοηθοί νοσηλευτών εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την σωματική υγεία, δηλαδή η σωματική τους υγεία είναι χειρότερη από τους νοσηλευτές. Παρόμοια διαπιστώθηκε σε άλλη έρευνα

ότι το επίπεδο εκπαίδευσης έχει σχέση με την αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση (Αδαλή et al., 2002). Στην έρευνα που έκανε ο Διλιντάς (2010) παρατήρησε ότι οι βοηθοί νοσηλευτών εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και θετικά με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Οι άγαμοι εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με τη ψυχική τους υγεία και, ίσως, αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά νιώθουν μοναξιά. Σε παρόμοια έρευνα οι παντρεμένοι παρουσιάζουν αυξημένη αποπροσωποποίηση (Nateghi et al., 2017). Σε άλλο άρθρο οι έγγαμοι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να οφείλεται στο ότι οι έγγαμοι έχουν περισσότερες οικογενειακές υποχρεώσεις (Τσίλιας, 2014).

Οι βοηθοί νοσηλευτών εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την αποπροσωποποίηση. Αντίθετα, σε άλλη έρευνα, οι νοσηλευτές που είχαν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση εμφάνιζαν υψηλή αποπροσωποποίηση (Nateghi et al., 2017). Στην έρευνά μας διαπιστώθηκε ότι όσα περισσότερα είναι τα χρόνια προϋπηρεσίας τόσο μειώνεται η ζωτικότητα του νοσηλευτή. Σε παρόμοια έρευνα του Διλιντά (2010) παρατηρήθηκε ότι όσο αυξημένα είναι τα χρόνια προϋπηρεσίας τόσο μεγαλύτερη είναι η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση. Ο συνδυασμός του γυναικείου φύλου με τα αυξημένα χρόνια προϋπηρεσίας, εμφάνισε χειρότερη γενική υγεία από τους άλλους νοσηλευτές (Σαρίδη και συν., 2014). Αντιθέτως, σε άλλη έρευνα, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που είχαν λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας εμφάνιζαν αυξημένη αποπροσωποποίηση (Naz et al, 2017).

Στην έρευνα μας διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές που δεν είχαν ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας είχαν σαν αποτέλεσμα αυξημένη αποπροσωποποίηση και συναισθηματική εξάντληση. Σε άλλη έρευνα αναφέρθηκε ότι όσο περισσότερα οικονομικά κίνητρα υπήρχαν τόσο μειωμένη συναισθηματική εξάντληση είχαν (Naz, 2016). Στην παρούσα έρευνα οι βάρδιες (απογευματινές- νυχτερινές) δεν συσχετίζονται σημαντικά με την σωματική, ψυχική υγεία και την εξουθένωση. Σε άλλες έρευνες βρέθηκαν ότι τα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης υπήρχαν στους νοσηλευτές που έκαναν νυχτερινές βάρδιες (Σαρίδη και συν., 2014) (Naz et al, 2017). Μια ακόμη ιδιαιτερότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, το κυκλικό ωράριο εργασίας, έχει σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες στον εργαζόμενο. Επίσης οι νοσηλευτές παρουσίασαν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ,

περισσότερα προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή και χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης από την προσωπική τους ζωή (Cooper et al. 2002).

Οι περισσότεροι νοσηλευτές είχαν συμπτώματα, όπως είναι ο πόνος στην μέση ή στην σπονδυλική στήλη, ο πονοκέφαλος, πόνος στο στομάχι, απώλεια μνήμης και μειωμένη σεξουαλική ζωή. Ενώ σε άλλη έρευνα τα κυριότερα συμπτώματα των νοσηλευτών ήταν οι αλλεργίες, οσφυαλγία, ημικρανία και το έλκος (Σαρίδη, 2014). Επιπλέον, το περιβάλλον εργασίας όπου δραστηριοποιούνται οι νοσηλευτές δημιουργεί ένταση, η οποία επιδρά στα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Επιπλέον μελέτη των Κανδρή και συν (2004), η οποία υποστηρίζει ότι η καλή συνεργασία, η υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση της εργασίας και ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, βοηθούν τον νοσηλευτή να αντισταθεί στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος στην έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι το δείγμα μας είχε καλή ψυχική υγεία σε αντίθεση με άλλη έρευνα που παρουσίασε μειωμένη ψυχολογική και σωματική ευεξία και αρκετοί θα ήθελαν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (Aiken et al., 2001).

Περιορισμός μελέτης

Οι ώρες συλλογή των δεδομένων λόγω της πρακτικής άσκησης ήταν απογευματινές και συχνά συναντούσαμε το ίδιο προσωπικό με αποτέλεσμα μικρού αριθμού συμπλήρωσης ερωτηματολογίων. Υπήρχαν χρονικοί περιορισμοί για την ολοκληρώσεις της έρευνας εντός δύο μηνών. Λόγου του φόρτου εργασίας η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους νοσηλευτές την ώρα εργασίας του ήταν συχνά ανέφικτη. Η έρευνα μας περιορίστηκε σε έντεκα κλινικές λόγω γραφειοκρατικών δυσκολιών.

Συμπεράσματα

Οι νοσηλευτές που μελετήσαμε είχαν μέτρια έως χαμηλή λειτουργικότητα και γενική υγεία και εμφάνιζαν συχνά πόνο. Αντίθετα, είχαν καλή ζωτικότητα και ψυχική υγεία. Εμφάνισαν αυξημένη εξουθένωση, δηλαδή συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Διαπιστώθηκε στο δείγμα μας ότι οι μικρότερη σε ηλικία νοσηλευτές εμφάνιζαν αυξημένη ζωτικότητα. Μέρος του

δείγματος που ανέφερε ότι δεν έχει σύντροφο εμφάνισε χειρότερη ψυχική υγεία. Οι εργαζόμενοι που δεν έχουν βρει την ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής παρουσίασαν χειρότερη ψυχική υγεία, συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνονται τα χρόνια προϋπηρεσίας τόσο μειώνεται η ζωτικότητα. Επίσης, οι μη ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Τα περισσότερα άτομα επέλεξαν τη νοσηλευτική είτε τυχαία είτε της αυξημένης πιθανότητας για επαγγελματική αποκατάσταση. Ως προς την σωματικής τους υγεία πάνω από το μισό του δείγματος εμφάνισε πόνο στη μέση ή στην σπονδυλική στήλη, συχνούς πονοκεφάλους, πόνο ή καούρες στο στομάχι, απώλεια μνήμης και μειωμένη σεξουαλική ικανότητα. Ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι μερικές φορές την εβδομάδα νιώθει ψυχικά εξαντλημένο από τη δουλειά του και κουρασμένο όταν ξυπνάει το πρωί και έχει να αντιμετωπίσει άλλη μία μέρα εργασίας. Πάνω από το μισό του δείγματος νιώθει εξουθενωμένο από τη δουλειά του κάθε μέρα ή μερικές φορές την εβδομάδα. Ένα αξιόλογο ποσοστό από το δείγμα μας πιστεύει ότι εργάζεται πολύ σκληρά κάθε μέρα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική :

- Αδαλή, Ε. (1999)**, *Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών. Έννοια, Συνιστώσες, Συνέπειες*, Νοσηλευτική, 3, 292-297.
- Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλλου, Ε., Υφαντή, Μ., Μουγιά, Β. (2002)**, *Επαγγελματική Εξουθένωση και Εργασιακό Περιβάλλον Ψυχιατρικού Νοσηλευτικού Προσωπικού*, Νοσηλευτική, 1, 105-114.
- Αντωνίου, Α., Τζαράβα, Χ. (2005)**, *Ψυχοσωματική Υγεία και Εργασιακό Stress των Εργαζομένων σε Ελληνικά Νοσοκομεία*, Νέα Υγεία, 47, 8.
- Αντωνίου, Α.Σ. (2003)**, *Σύγχρονα Θεωρητικά Μοντέλα Στρες και Ενδεχόμενες Συνέπειες Εργασιακών Στρεσογόνων Παραγόντων*, Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, 13, 11-24.
- Αντωνίου, Α.Σ. (2006)**, *Εργασιακό Στρες*, Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα.
- Δημητρόπουλος, Χ., Φιλίππου (2008), Ν.**, *Η Επαγγελματική Εξουθένωση στο Χώρο της Υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5), 642-647.
- Διλιντάς, Α. (2010)**, *Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3):498-508.
- Καδδά, Α. (2005)**, *Τρόποι Διαχείρισης του Stress των Επαγγελματιών Υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία*, Επιθεώρηση Υγείας, 16, 23-26.
- Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ., Μόσχος, Ν. (2004)**, *Το Φαινόμενο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης “Burnout Syndrome” στο Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας*, Νοσηλευτική, 43(1), 116-125.
- Καντάς, Α. (1998)**, *Οργανωτική και Βιομηχανική Ψυχολογία*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κοΐνης Α., Σαρίδη Μ., (2014)**, *Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας*, Περιοδικό το ΒΗΜΑ του ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 13(4), 300-315.
- Μιχαλοπούλου, Α. (2003)**, *Το Άγχος των Νοσηλευτών που Εργάζονται στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών*, Νοσηλευτική, 42, 293-298.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1994)**, *Επαγγελματική Εξουθένωση. Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παπαδοπούλου, Κ., Χριστογιώργος, Σ., Ζαχαρίας, Β., Τσιαντής, Ι. (1997), *Ανάγκες Υποστήριξης και Επαγγελματική Εξουθένωση Προσωπικού. Η Εμπειρία των Εργαζομένων στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις», Τετράδια Ψυχιατρικής, 57, 84-89.*

Πατεράκη, Α., Πανταζής, Ι., Ιακωβίδης, Α., Ιεροδιακόνου, Χ. (1995), *Επαγγελματική Κόπωση Νοσηλευτών: Αίτια, Πρόληψη και Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική, 1, 28-39.*

Ποταμιάνος, Γ. Α., (2002), *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.*

Σιουρούνη, Ε., Θεωδόρου, Μ., Χόνδρος, Π. (2006), *Διερεύνηση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης, Επιθεώρηση Υγείας, 17, 31-35.*

Σταύρου, Σ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2005), *Επαγγελματική Εξουθένωση του Προσωπικού του ΕΚΑΒ και Ικανοποίηση των Διακομιζόμενων Ασθενών, Επιθεώρηση Υγείας, 16, 11-25.*

Τούντας, Γ. (1999), *Οι Επιπτώσεις του Στρες στην Υγεία, Νέα Υγεία, 24, 9-13.*

Τσίλιας, Δ., Μπιλάλη, Α., Γαλάνης, Π., Σαλεμή, Γ., Γιαννέλης, Α., Ευαγγέλου, Ε., Κυρίτση-Κουκουλάρη Ε. (2014), *Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία, 53(2): 204–212.*

Ξενόγλωσση :

Adams, J.S. (1965), *Inequality in Social Exchange in Advances in Experimental Psychology*, L. Berkowitz (ed.), Academic Press, New York, NY.

Ader, R., Cohen, N. (1975), *Behaviorally Conditioned Immuno- Suppression*, *Psychosomatic Med*, 37, 333-340.

Aiken, L., Clarke, S., Douglas, M., Sochalski, J., Reinhard, B., Clarke, H., ... Shamian, J. (2001). *Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries*. *Health Affairs*, 20(3):43-53.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.S., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002), *Hospital Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Satisfaction*, *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.

Anthony, J. (1991), *Psychological Aspects of Exercise*, *Clinics in Sports Medicine*, 10, 171–180.

Antoniou, A.S. (1999), *Personal Traits and Professional Burnout in Health Professionals*, *Archives of Hellenic Medicine*, 16(1), 20-28.

Arnold, J., Cooper, C., Robertson, I.T. (1995), *Work Psychology: Understanding Human Behavior in the Work Place*, Pitman, London.

Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H. J. (2000), *Patient Demands, Lack of Reciprocity and Burnout: A Five-Year Longitudinal Study among General Practitioners*, *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.

Bakker, B., Schaufeli, W., Demerouti, E., Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 247-268.

Bennett, S., Plint, A., Clifford, T.J. (2005), *Burnout, Psychological Morbidity, Job Satisfaction and Stress: a Survey of Canadian Hospital Based Child Protection Professionals*, *Archives of Disease in Childhood*, 90, 1112-1116.

Brent, G.A.(2008), *Clinical Practice: Grave's Disease*, *New England Journal of Medicine*, 358, 2594-2605.

Brezniak, N., Ben, Ya'lr S. (1989), *Patient Burnout Behavior of Young Adults Undergoing Orthodontic Treatment*, *Stress Med*, 5, 183-187.

Burke, R.J., Shearer, J., Deszca, G. (1984), *Correlates of Burnout Phases among Police Officers*, *Group & Organization Studies*, 9, 451-466. *Care Quarterly*, 7, 100-113.

Hashmi A. M. (2016), *Burnout and quality of life in nurses of tertiary care hospital in Pakistan*, Journal of the Pakistan Medical Association, Vol.66, No.5.

Chandola, T., Bartley, M., Sacker, A. et al., (2003), *Health Selection in the Whitehall II Study*, UK, Social science and medicine (1982), 56(10), 2059-2072.

Chandola, T., Brunner, E., Marmot, M. (2006), *Chronic Stress at Work and the Metabolic Syndrome: Prospective Study*, British Medical Journal, 332, 521-525.

Chang, E.M., Daly, J., Hancock, K.M. (2006), *The Relationships among Workplace Stressors, Coping Methods, Demographic Characteristics and Health in Australian Nurses*, Journal of Professional Nursing, 22, 30-38.

Chemiss, C. (1980), *Professional Burnout in Human Nurses Organizations*, Praeger, New York.

Cherniss, C. (1980), *Staff Burnout – Job Stress in the Human Services*, Sage publications, Sage Studies in Community Mental Health, 2, 11-191.

Claxton, R.P., Catalan, J., Burgess, A.P. (1998), *Psychological Distress and Burnout among Buddies: Demographic, Situational and Motivational Factors*, AIDS Care, 10 (2), 175-190.

Conti, C. M., Angelucci, D., Ferri, M., Maccauro, G., Caraffa, A., Doyle, R., Fuicheri, M., Cianchutti, E. (2011), *Relationship between cancer and Psychology: an Updated History*, Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents, 25(3), 331-339.

Cooper T.G, Bjorndahl L., Vreeburg J., Nieschlag E. (2002), *Semen Analysis and External Quality Control Schemes for Semen Analysis Need Global Standardization*. International Journal Androl, 25, 306-311.

Cordes, C.L., Dougherty, T.W. (1993), *A Review and Integration of Research on Job Burnout*, Academy of Management Review, 18, 621-656.

Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R., Thomson, L., Rial-Gonzales, E. (2000), *Organizational Interventions for work Stress: A Risk Management Approach*, HSE Books, Sheffield.

Cronin - Stubbs, D., Rooks, C.A. (1985), *The Stress, Social Support and Burnout of Critical Care Nurses. The Result of Research*, Heart and Lung, 14(1), 31-39.

Dekker, S.W.A., Schaufeli, W.B. (1995), *The Effects of Job Insecurity on Psychological Health and Withdrawal: A Longitudinal Study*, Australian Psychologist, 30(1), 57-63.

- Demerouti, E., Bakker, A.B. (2008)**, *The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement*, In J. Halbesleben (Ed.), *Stress and burnout in health care*, Nova Sciences, 65-78.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2001)**, *The Job Demands-Resources Model of Burnout*, *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1980)**, *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, Human Services Press, New York.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D. (2000)**, *Stress and Burnout in Community Mental Health Nursing: A Review of the Literature*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 7-14.
- Elkin, A.J., Rosch, P.J. (1990)**, *Promoting Mental Health at the Workplace: the Prevention Side of Stress Management*, *Occupational Medicine*, 5(4), 739-754.
- Embriaco, N., Hraiech, S., Azoulay, E., Baumstarck-Barrau, K., Papazian, L. (2012)**, *Symptoms of depression in ICU physicians*. *Annals of Intensive Care*, 2:34.
- Ferracci, F., Moretto, G., Candeago, R.M., Cimini, N., Conte, F., Gentile, M., (2003)**, *Antithyroid Antibodies in the CSF: their Role in the Pathogenesis of Hashimoto's Encephalopathy*, *Neurology*, 60, 712-714.
- Firth-Cozens, J. (1997)**, *Interventions to Improve Physicians' Well-Being and Patient Care*, *Social Science & Medicine*, 52(2), 215-222.
- Firth-Cozens, J., Payne, R. (1999)**, *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*, John Wiley & Sons Ltd, UK.
- Freudenberger, H.J. (1974)**, *Staff Burnout*, *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.
- Freudenberger, H.J. (1975)**, *The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions*, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 73-82.
- Friedman, M., Rosenman, R.H. (1959)**, *Association of Specific Overt Behavior Pattern with Blood and Cardiovascular Findings*, *J Am Med Association*, 169, 1286-1296.
- Glaser, R., Rise, J., Speicher, C.E., Stout, J.C., Kiecott-Glaser, J.K. (1986)**, *Stress Depresses Interferon Production by Leukocytes Concomitant with a Decrease in Natural Killer Cell Activity*, *Behavioral Neuroscience*, 100, 675-678.
- Gomez, J.S., Michaelis, R.C. (1995)**, *The Assessment of Burnout in Human Service Providers*, *Journal of Rehabilitation*, 61(1), 23-26.
- Iakovides, A., Fountoulakis, K.N., Moysidou, C. et al (1999)**, *Burnout in Nursing Staff: is there a Relationship between Depression and Burnout?* *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(4), 421-433.

Jaffe, T.D., Scott, D.C. (1984), *From Burnout to Balance: A Workbook for Peak Performance and Self-Renewal*, McGraw - Hill, New York.

Johnson, J.V., Hall, E.M. (1988), *Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease: A Cross Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population*, *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.

Jones, J.W.(1980), *Preliminary Test Manual for the Staff Burnout Scale for Health Professionals*, House Management Consultants Inc, Illinois, London.

Kandri, T., Kalemi, G., Moschos, N. (2004), *The Phenomenon of Burnout, "Burnout Syndrome" in the Medical-Nursing Staff Trauma Units of GH Nice*, *Nursing*, 43(1), 116-125.

Karasek, R. (1979), *Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign*, *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Karasek, R., Theorell, T. (1990), *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction on working Life*, Basic Books, New York.

Karimyar Jahromi, M., Hojat, M. (2014). *The Etiology of burnout syndrome and the levels of stress among nurses*. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 12(1):49-57.

Layne, C.M. (2001), *The Relationship of Occupational Stress, Psychological Strain and Coping Resources to the Turnover Intentions of Rehabilitation Counselors*, Psychological Assessment Resources, USA.

Leka, S., Vartia, M., Hassard, J., Pahkin, K., Sutela, S., Cox, T., Lindstrom, K. (2008), *Best practice in interventions for the prevention and management of work-related stress and workplace violence and bullying*, in S. Leka and T. Cox (eds), *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*, I-WHO Publications, Nottingham, 136-173.

Lemkau, J., Rafferty, J., Gordon, R. J. (1994), *Burnout and Career-Choice Regret among Family Practice Physicians in Early Practice*, *Family Practice Research Journal*, 14, 213-22.

Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., (2003), *Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-analysis*, *American Journal of Epidemiology*, 157, 98-112.

Martin, J. (2000), *Hidden Gendered Assumptions in Mainstream Organizational Theory and Research*, *Journal of Management Inquiry*, 9,207-216.

Martin, J.K. (2000), *Unrewarding Work, Coworker Support, and Job Satisfaction: A Test of the „Buffering“ Hypothesis*, *Work and Occupations: An International Sociological Journal* 27(2), 223-43.

Maslach, C. (1978), *Job Burnout: How People Cope*, *Public Welfare*, 36, 56-58.

- Maslach, C. (1982)**, *Burnout-The Cost of Caring*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C., Jackson, E.S (1981)**, *The measurement of experienced burnout*, Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, E.S. (1986)**, *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Maslach, C., Jackson, E.S., Leiter, P.M. (1996)**, *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Maslach, C., Leiter, P.M. (1997)**, *The Truth about Burnout*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Maslach, C., Pines A. (1977)**, *The Burn-Out Syndrome in the Day Care Setting*, Child
- Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, P.M. (2001)**, *Job Burnout*, Annual Review of Psychology, 52, 397-422.
- McEwen, B.S., Stellar, E. (1993)**, *Stress and the Individual, Mechanisms Leading to Disease*, Archives of Internal Medicine, 153, 2093-2101.
- Molassiotis, A., Haberman, M. (1996)**, *Evaluation of Burnout and Job Satisfaction in Marrow Transplant Nurses*, Cancer Nursing, 19(5), 360-367.
- Molnar, M. (2009)**, *Assessment and Prevention of Work-related Stress with the IMPULS - Tools*, Stockholm.
- Muldoon, M.F., Herbert, T.B., Patterson, S.M., Kameneva, M., Raible, R., Mamuck, S.B. (1995)**, *Effects of Acute Psychological Stress on Serum Lipid Levels, Hemoconcentration and Blood Viscosity*, Archives of Internal Medicine, 155, 615-620.
- Muntaner, C., Eaton, W., Miech, R., (2004)**, *Socioeconomic Position and Major Mental Disorders*, Epidemiologic Reviews, 26, 53-62.
- Murphy, L.R. (1999)**, *The Relationship of Organizational Factors to Employee Health and Overall Effectiveness*, American Journal of Industrial Medicine, 36, 64-65.
- Mushonga B., Dube-Mawerewere V. (2017)**, *Factors that Contribute to Burnout Syndrome among Critical Care Nurses in Intensive Care Units*, International Journal of Nursing Science 2017, 7(4): 91-95.
- Olszewski, P.K., Levine, A.S. (2007)**, *Central Opioids and Consumption of Sweet Tastants: When Reward Outweighs Homeostasis*, Physiological Behavior, 91, 506-512.
- Pines, A.M. (1993)**, *Burnout*, L. Goldberg & S. Breznitz, Handbook of Stress (2nded), Free Press, New York, 386-403.

- Pines, A.M., Kanner, A. (1982),** *Nurses Burnout: Lack of Positive Conditions and Presence of Negative Conditions as two Independent Sources of Burnout*, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 20(8), 30-35.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., Tatarelli, R. (2006),** *Hopelessness and Suicide Risk Emerge in Psychiatric Nurses Suffering from Burnout and Using Specific Defense Mechanisms*, Archives of Psychiatric Nursing, 20, 135-143.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A., & Talias, M. (2012).** *The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report*. BMC Public Health, 12:457.
- Rice, R.W., Phillips, S.M., McFarlin, D.B. (1990),** *Multiple Discrepancies and Pay Satisfaction*, Journal of Applied Psychology, 75, 386-393.
- Richards, J.D., Hof, A., Alvarenga, M. (2000),** *Serum Lipids and their Relationships with Hostility and Angry Affect and Behaviors in Men*, Health Psychology, 19, 393-398.
- Robin, M, Leslie, R.M. (2006),** *Introduction to Health Psychology*, Greek Letters, Athens.
- Sapountzi, D., Lemonidou, C. (1994),** *Nursing in Greece, Developments and Prospects*, Academy of Health Professions, Athens.
- Seuntjens, A. (1982),** *Burnout in Nursing. What it is and how to Prevent it*, Nursing Administration Quarterly, Fall, 12-19.
- Shapiro, F. (1989),** *Efficacy of the Eye Movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories*, Journal of Traumatic Stress, 2, 199-223.
- Siegrist, J. (1996),** *Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions*, Journal of Occupational Health Psychology, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P., Seidel, D (1997),** *Chronic Work Stress is Associated with Atherogenic Lipids and Elevated Fibrinogen in Middle-Aged Men*, Journal of Internal Medicine, 242(2), 149-156.
- Sinha, R., (2009),** *Stress and Addiction: A Dynamic Interplay of Genes, Environment and Drug Intake*, Biological Psychiatry, 66, 100-101.
- Stoney, C.M. (1999),** *Plasma Homocysteine Levels Increase in Women during Psychological Distress*, Life Sciences, 64, 2359-2365.
- Sturgess, J., Poulsen, A. (1983),** *The Prevalence of Burnout in Occupational Therapists*, Occupational Therapy in Mental Health, 3(4), 47-60.

Suarez, E.C., Bates, M.P., Harralson, T.L. (1998), *The Relation of Hostility to Lipids and Lipoproteins in Women: Evidence for the Role of Antagonistic Hostility*, *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 59-63.

Sutherland, V.J., Cooper, C.L (2003), *De-Stressing Doctors: A Self-Management Guide*, Betterworth-Heinemann, London.

Tennant, C. (2001), *Work-Related Stress and Depressive Disorders*, *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 697-704.

Travers, C.J., Cooper, C.L. (1996), *Teachers under Pressure-Stress in the Teaching Profession*, Routledge, London.

Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. (2000), *Association between Job Stress and Depression among Japanese Employees Threatened by Job Loss in a Comparison between two Complementary Job-Stress Model*, *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 27(2), 146-153.

Vachon, M.L.S. (1987), *Occupational Stress in the Care of the Critically Ill, the Dying and the Bereaved*, Hemisphere, New York.

Vázquez-Ortiz, M., A'lvaro-Lozano, M., Alsina, L., Garcia-Paba, M., Plaza-Martín, M. (2012). *Safety and predictors of adverse events during oral immunotherapy for milk allergy: severity of reaction at oral challenge, specific IgE and prick test*. *Clinical & Experimental Allergy*, 43, 92–102.

WHO (2001), *Mental Health in Europe* (Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe).

Wiili-Peltola, E., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M. (2007), *Organisational justice and employee perceptions on hospital management*, *Journal of Health, Organization and Management*, 21(3), 320-332.

Διαδικτυακές πηγές:

Occupational Wellbeing Group (2007), *The Psychosocial Workenvironment and Supervision of Harmful Stress*. Available at:
http://www.av.se/dokument/inenglish/European_Work/slic2009/Abstract_Rintala.pdf

Health and Safety Executive (2004), *“Management Standards” and Work-Related Stress in the UK: Practical Development*. Available at:
<http://www.hse.gov.uk/stress/techpart2.pdf>

PRIMA-EF (2008), *Guidance Sheet: Psychological Risk Management – European Framework: Enterprise Level*. Available at: <http://www.prima-ef.org>

National Cancer Institute (2012), *Psychological Stress and Cancer*. Available at:
<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/stress>

UCLA (2014), *Determining Biological Mechanisms Involved in Chronic Stress-Related Disorders*. Available at: <http://uclacns.org/about-cns/research/stress-related-disorders>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2007), *FACTS 71, Εισαγωγή στις Μυοσκελετικές Παθήσεις που Σχετίζονται με την Εργασία*. Διαθέσιμο: <http://osha.europa.eu>

American Psychological Association (APA) (2005), *From the American Psychological Association*. Available at: <http://www.apahelpcenter.org>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000), *Research on Work-related Stress*, Λουξεμβούργο, Διαθέσιμο: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>

World Health Organization (WHO) (2001), *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*, Available at: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurnursing.pdf

American Music Therapy Association (2014), *What is Music Therapy?* Available at: <http://www.musictherapy.org>

Παράρτημα 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

A. Κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία:

1.Φύλλο: Άνδρας Γυναίκα

2.Ηλικία:

3.Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α Συμβίωση

4.Αριθμός παιδιών:

Κανένα 1 2 3 4

5.Βασικός τίτλος πτυχίου

ΔΕ ΤΕΙ Πανεπιστήμιο

6.Έχετε κάνει κάποια εκπαίδευση εκτός της βασικής;

Ειδικότητα Μεταπτυχιακό Διδακτορικό Εξειδίκευση

7.Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;.....

8.Χρόνια προϋπηρεσίας:

9.Τι σας οδήγησε στο επάγγελμα; (σημειώστε ένα ή περισσότερα)

- Η επιθυμία μου να βοηθάω τους ανθρώπους.
- Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση
- Οι επιρροές που δέχτηκα από το περιβάλλον μου
- Τυχαία βρέθηκα στο επάγγελμα αυτό
- Άλλο

Εάν απαντήσατε «άλλο», διευκρινίστε το: _____

B. Συνθήκες εργασίας:

10.Με πόσους ασθενείς ασχολείστε καθημερινά;

1-3 4-7 8 και άνω

11. Κατά μέσο όρο νυχτερινές βάρδιες το μήνα:

0 1-4 5-8 9 και άνω

12. Κατά μέσο όρο απογευματινές βάρδιες το μήνα:

0 1-4 5-8 9 και άνω

13. Είστε ικανοποιημένος από τις συνθήκες που αφορούν τον χώρο εργασίας σας; (υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής, φωτισμός, εξαερισμός, άνεση του χώρου κλπ.)

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

14. Είστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

15. Είστε ικανοποιημένος από το σχεδιασμό των αδειών/διακοπών σας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

16. Σας παρέχεται από την υπηρεσία σας επαρκής εκπαίδευση για τη θέση εργασίας σας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

17. Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό;

Ναι Όχι

18. Αισθάνεστε ασφάλεια και σταθερότητα στην εργασία σας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

19. Σας έχει εξηγηθεί κατανοητά ο ρόλος σας στο χώρο εργασίας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

20. Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας;

Ποτέ Σπάνια Συχνά Καθημερινά

21. Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις του προσωπικού;

Ναι Όχι

22. Θεωρείτε τη συνεργασία με τους συναδέλφους σας ικανοποιητική;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

23. Θεωρείτε τη σχέση με τους ανωτέρους σας ικανοποιητική;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

24. Αναγνωρίζεται η προσφορά σας στην εργασία από τους γύρω σας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

25. Υπάρχει ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής/οικογενειακής ζωής;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

26.Θέλετε να εγκαταλείψετε το επάγγελμά σας;

Ναι Όχι

27.Ποιές αλλαγές προτείνετε για την βελτίωση και αναβάθμιση του επαγγέλματός σας;

(Σημειώστε μέχρι τρεις απαντήσεις, τις πιο σημαντικές)

- Βελτίωση παρεχόμενης εκπαίδευσης
- Αύξηση οικονομικών αποδοχών
- Βελτίωση συνθηκών εργασίας
- Αύξηση αριθμού νοσηλευτών
- Μη άσκηση δραστηριοτήτων που δεν εμπίπτουν στα αμιγώς νοσηλευτικά καθήκοντα
- Απόκτηση εξειδίκευσης
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με την παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων
- Συμμετοχή των νοσηλευτών στα κέντρα λήψης αποφάσεων
- Κοινωνική καταξίωση
- Άλλο

Εάν απαντήσατε «άλλο», διευκρινίστε το:

Γ. Στοιχεία της προσωπικότητας:

Κυκλώστε το νούμερο που ανταποκρίνεται καλύτερα στον τύπο της προσωπικότητάς σας.

	Καθόλου 0	Λίγο 1	Αρκετά 2	Πολύ 3
1.Είμαι απαιτητικός από τον εαυτό μου και τους άλλους.	0	1	2	3
2.Είμαι ακριβής στα ραντεβού μου.	0	1	2	3
3.Είμαι πολύ ανταγωνιστικός με τους άλλους.	0	1	2	3
4.Είμαι υπομονετικός.	0	1	2	3
5.Νομίζω πως ο χρόνος ποτέ δεν είναι αρκετός, έχω τόσα πολλά να κάνω.	0	1	2	3
6.Θεωρώ πως ότι είναι να γίνει πρέπει να γίνει τέλεια και αμέσως.	0	1	2	3
7.Είμαι φιλόδοξος/η, θέλω να εξελιχθώ και να αναβαθμιστώ γρήγορα.	0	1	2	3

8.Είμαι συνεχώς σε ένταση, δύσκολα χαλαρώνω.	0	1	2	3
9.Με ενδιαφέρει η αναγνώριση από τους άλλους για την καλή μου δουλειά.	0	1	2	3
10.Είμαι εξωστρεφής, εκδηλώνω τα συναισθήματά μου στους άλλους.	0	1	2	3

Δ. Ερωτήσεις που αφορούν την υγεία:

1.Καπνίζετε;

Ναι Όχι

2.Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα;

3.Πίνετε αλκοόλ;

Ναι Όχι

4.Πόσες μονάδες πίνετε κατά μέσο όρο εβδομαδιαίως;

(1 μονάδα αλκοόλ = 1 ποτήρι μπύρα ή 1 ποτήρι κρασί ή ½ ποτήρι ποτό)

5.Πόσο συχνά γυμνάζεστε το τελευταίο διάστημα;

3 φορές την εβδομάδα 1-2 φορές την εβδομάδα

Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα Δεν γυμνάζομαι

6.Πόσες ημέρες αναρρωτική άδεια πήρατε τον τελευταίο χρόνο;

7.Κατά μέσο όρο πόσες ώρες κοιμάστε κάθε βράδυ;

8.Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στο στήθος σας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;

Ναι Όχι

9.Νιώσατε αρρυθμία κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;

Ναι Όχι

10.Έχετε υψηλή αρτηριακή πίεση;

Ναι Όχι

11.Έχετε παρατηρήσει ερεθισμό ή φαγούρα στο δέρμα σας;

Ναι Όχι

12.Είχε εμφανίσει ποτέ το δέρμα σας αλλεργικό ερεθισμό μετά από στεναχώρια ή αναστάτωση;

Ναι Όχι

13.Αισθανθήκατε πόνο ή ενόχληση στη μέση ή στην σπονδυλική σας στήλη κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;

Ναι Όχι

14. Έχετε συχνούς πονοκεφάλους;
Ναι Όχι
15. Έχετε παρατηρήσει μειωμένη ικανότητα στη σεξουαλική σας ζωή;
Ναι Όχι
16. Κουράζεστε εύκολα;
Ναι Όχι
17. Έχετε παρατηρήσει απώλεια μνήμης τους τελευταίους 6 μήνες;
Ναι Όχι
18. Έχετε γίνει πιο φιλάσθενος τους τελευταίους 6 μήνες;
Ναι Όχι
19. Έχετε παρατηρήσει αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης τους τελευταίους 12 μήνες;
Ναι Όχι
20. Έχετε παρατηρήσει πόνο στο στομάχι ή καούρες τους τελευταίους 6 μήνες;
Ναι Όχι
21. Έχετε παρατηρήσει αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα τους τελευταίους 12 μήνες;
Ναι Όχι
22. Έχετε παρατηρήσει απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού σας βάρους τους τελευταίους 12 μήνες;
Ναι Όχι
23. Σας έχει απασχολήσει ποτέ κάποιο αυτοάνοσο νόσημα;
Ναι Όχι

24. Ποιά καινούργια φαρμακευτική αγωγή ξεκινήσατε τον τελευταίο χρόνο;

.....

25. Δώστε την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε τις τελευταίες εβδομάδες:

1. Μπορέσατε να συγκεντρωθείτε σε αυτό που κάνατε.
 Καλύτερα από το συνηθισμένο
 Ίδιο ως συνήθως
 Λιγότερο από ό,τι συνήθως
 Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
2. Δεν μπορέσατε να κοιμηθείτε λόγω ανησυχίας.

- Καθόλου
 - Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο
3. Νιώσατε ό,τι είστε χρήσιμος.
- Καλύτερα από το συνηθισμένο
 - Ίδιο ως συνήθως
 - Λιγότερο από ό,τι συνήθως
 - Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
4. Αισθανθήκατε ικανός να πάρετε αποφάσεις σχετικά με διάφορα πράγματα.
- Καλύτερα από το συνηθισμένο
 - Ίδιο ως συνήθως
 - Λιγότερο από ό,τι συνήθως
 - Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
5. Αισθανθήκατε συνεχώς υπό πίεση.
- Καθόλου
 - Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο
6. Αισθανθήκατε ότι δεν θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες.
- Καθόλου
 - Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο
7. Αισθανθήκατε ικανός να απολαύσετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες.
- Καλύτερα από το συνηθισμένο
 - Ίδιο ως συνήθως
 - Λιγότερο από ό,τι συνήθως
 - Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
8. Αισθανθήκατε ικανός να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας.
- Καλύτερα από το συνηθισμένο
 - Ίδιο ως συνήθως
 - Λιγότερο από ό,τι συνήθως
 - Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
9. Αισθανθήκατε δυστυχισμένος ή κατάθλιψη.
- Καθόλου
 - Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο
10. Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας.
- Καθόλου
 - Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο

- Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

11. Αισθανθήκατε ό,τι δεν αξίζετε σαν άτομο.

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

12. Αισθανθήκατε χαρούμενος σε λογικά πλαίσια.

- Καλύτερα από το συνηθισμένο
- Ίδιο ως συνήθως
- Λιγότερο από ό,τι συνήθως
- Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

Ε. Ερωτηματολόγιο εργασιακής εξουθένωσης

Κυκλώστε το νούμερο που ανταποκρίνεται καλύτερα στην κατάστασή σας αυτή τη στιγμή.

Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά / μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα	
0	1	2	3	4	5	6	
1.Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από την δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
2.Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάω από τη δουλειά .	0	1	2	3	4	5	6
3.Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.	0	1	2	3	4	5	6
4.Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	0	1	2	3	4	5	6
5.Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	0	1	2	3	4	5	6
6.Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα.	0	1	2	3	4	5	6
7.Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.	0	1	2	3	4	5	6
8.Νιώθω εξουθενωμένος/η από την δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
9.Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
10.Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	0	1	2	3	4	5	6
11.Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/η.	0	1	2	3	4	5	6

12.Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.	0	1	2	3	4	5	6
13.Νιώθω απογοητευμένος/η από την δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
14.Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
15.Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.	0	1	2	3	4	5	6
16.Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4	5	6
17.Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.	0	1	2	3	4	5	6
18.Στο τέλος της μέρας έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.	0	1	2	3	4	5	6
19.Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.	0	1	2	3	4	5	6
20.Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια...νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.	0	1	2	3	4	5	6
21.Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά.	0	1	2	3	4	5	6
22.Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.	0	1	2	3	4	5	6

Παράρτημα 2

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ημερομηνία 06 /02/2019

Αγαπητέ κύριε/ κυρία

Απευθυνόμαστε σε εσάς για να σας ενημερώσουμε ότι διεξάγεται έρευνα για τη διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και της επίπτωσης της στην σωματική και ψυχική τους υγεία, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η καταγραφή και η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο και κατά πόσο το συγκεκριμένο σύνδρομο έχει επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία τους. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και δεν εμπεριέχει κανένα κίνδυνο. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα ακολουθήσει μια συζήτηση μαζί με τις φοιτήτριες Σχοιναράκη Αμαλία, Τσιμισίρη Διονυσία και Χαιρέτη Μαρίνα που θα αφορά ερωτήσεις σχετικές με το θέμα που προαναφέρθηκε. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σας τονίσουμε ότι η συζήτηση θα είναι εντελώς εμπιστευτική και τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες αυτής της μελέτης. Επίσης κατά την δημοσίευση μέρους ή όλης της μελέτης δεν θα αναφέρονται τα προσωπικά σας στοιχεία. Μετά το τέλος της μελέτης αυτής όλα τα δεδομένα θα καταστραφούν. Σας ενημερώνουμε ότι η έρευνα δεν χρηματοδοτείται από κανένα κερδοσκοπικό ή μη, δημόσιο ή ιδιωτικό οργανισμό και διεξάγεται από τη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας και συγκεκριμένα το τμήμα Νοσηλευτικής.

Για οποιαδήποτε απορία, παρακαλώ επικοινωνείτε με το τηλ.6955446473 ή mail dionusiatsim@gmail.com

Σας ευχαριστώ πολύ για τον πολύτιμο χρόνο και τη βοήθεια σας.

Με εκτίμηση,

Σχοιναράκη Αμαλία

Τσιμισίρη Διονυσία

Χαιρέτη Μαρίνα

Ενημερώθηκα για την έρευνα και συμφωνώ να συμμετέχω.

Υπογραφή συνεντευξιαζόμενου _____

Παράρτημα 3



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Ηράκλειο, 22/2/2019

Αρ. Πρωτ. : _____ 2492

ΠΡΟΣ:

Σχοιναράκη Αμαλία
Τσιμισίρη Διονυσία
Χαιρέτη Μαρίνα

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ρίκος Νικόλαος

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας

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

ΥΝ6768 Σχοιναράκη Αμαλία
ΥΝ6775 Τσιμισίρη Διονυσία
ΥΝ6783 Χαιρέτη Μαρίνα

με θέμα: «Διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και της επίπτωσης στην σωματική και ψυχική τους υγεία».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται: Ρίκος Νικόλαος

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για τη υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Αναπλ. Πρόεδρος του Τμήματος



Γεώργιος Κριτοτάκης
Επιβ. Καθηγητής

Παράρτημα 4



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηράκλειου - Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Μανουράς Ανδρέας
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: amanouras@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Διευθυντής, Ν.Υ.
Δ/ση Ι.Υ.
Πρ. Επιτελ. Συμβούλου
Σφ 31/7/19

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΠΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΑΡΧΗΓΕΙΟ 11353
ΗΡΑΚΛΕΙΟ 31-7-19

Ηράκλειο,
Αρ. Πρωτ.: 14460
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ
23/07/19

ΠΡΟΣ: 1. Σχοινάρακη Αμαλία,
2. Τσιμοσίρη Διονυσία,
3. Χαϊρέτη Μαρίνα,
Φοιτήτριες Τμήματος Νοσηλευτικής
ΤΕΙ Κρήτης.

ΚΟΙΝ:
1) Διοικήτη ΠΑΓΝΗ,
2) Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας ΠΑΓΝΗ
3) Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
ΠΑΓΝΗ.

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αρ. πρωτ. 10057/15-7-19 έγγραφο του Ανακληρωτή Διοικήτη ΠΑΓΝΗ, κ. Ιωάννη Φανουργιάκη.

2. Την με αρ. πρωτ. 5792/17-4-19 θετική εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη το ανωτέρω σχετικό έγγραφο, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο Νοσηλευτικό προσωπικό των Κλινικών Γυναικολογικής - Μαιευτικής, Γενικής Χειρουργικής, Ουρολογικής, Αιματολογικής, ΟΡΛ, Παιδιατρικής, Γαστρεντερολογικής, Παιδοχειρουργικής, Πνευμονολογικής και Γενικής Παθολογίας του ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης, κ.κ. Σχοινάρακη Αμαλία, Τσιμοσίρη Διονυσία και Χαϊρέτη Μαρίνα, με θέμα: «Διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και της επίπτωσης της στη σωματική και ψυχική τους υγεία», με επιβλέποντα τον Καθηγητή Εφαρμογών κ. Ρίκο Νικόλαο.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.Π.Ε Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.Π.Ε, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

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



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
α.α.

Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΣΤΕΛΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

Εσωτερική Διανομή: 1. Γραφείο Διοικήτριας, 2. Υποδιοικήτες 7^{ης} Υ.Π.Ε Κρήτης