

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

Καρκίνος στο παιδί ηλικίας 5 έως 12 ετών. Επαγγελματική κόπωση (burn out) των επαγγελματιών Υγείας και Ψυχικής Υγείας σε Ογκολογικές Μονάδες Παίδων.»

Όνοματεπώνυμο Σπουδαστών: Αγιοργίτη Μαρία
Κοκορώνη Μαρία
Κουρκούμπα Χαρίκλεια

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Κα Σαπουνάκη Αλεξάνδρα

Ηράκλειο 2012

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	σελ.7
Εισαγωγή και Βασικές Έννοιες	σελ.9

1^ο Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο : Καρκίνος

1.1 Ο καρκίνος γενικά	σελ.12
1.2 Ο καρκίνος στην παιδική ηλικία.....	σελ.13
1.3 Είδη καρκίνου που παρουσιάζονται στην παιδική ηλικία	σελ.14
Λευχαιμίες	σελ.15
Οξεία μυελογενή λευχαιμία.....	σελ.18
Λεμφώματα.....	σελ.19
Όγκος Wilms (νεφροβλάστωμα).....	σελ.20
Νευροβλάστωμα.....	σελ.21
Κακοήθη νεοπλάσματα των οστών.....	σελ.22
Οστεοσάρκωμα.....	σελ.23
Σάρκωμα Ewing	σελ.24

Κεφάλαιο 2^ο : Καρκίνος στο παιδί και γονείς

Εισαγωγή.....	σελ.26
2.1 Συναισθηματικές αντιδράσεις του παιδιού σε συνάρτηση με τα στάδια της νόσου.....	σελ.27
Η περίοδος της διάγνωσης.....	σελ.27
Η περίοδος της ίασης	σελ.28
Η περίοδος της υποτροπής και η πορεία προς το θάνατο.....	σελ.28
2.2 Συναισθηματικές αντιδράσεις του παιδιού σε σχέση με την ηλικία και την αναπτυξιακή του ωριμότητα.....	σελ.30
Το νεογέννητο	σελ.31
Πρώτη νηπιακή ηλικία.....	σελ.31
Προσχολική ηλικία.....	σελ.32
Σχολική ηλικία.....	σελ.32
Εφηβεία.....	σελ.33
2.3 Παιδικός καρκίνος και η οικογένεια σε κρίση.....	σελ.34
2.4 Ψυχικές διεργασίες και αντιδράσεις των γονέων κατά τις κρίσιμες περιόδους της νόσου	σελ.36
Περίοδος της διάγνωσης.....	σελ.36
Περίοδος υποτροπής – Πορεία προς τον θάνατο	σελ.38
Τελικό στάδιο – Περίοδος πένθους.....	σελ.40

Κεφάλαιο 3° : Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Εισαγωγή.....	σελ.41
3.1 Ορισμός της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	σελ.42
Παράγοντες που συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση.....	σελ.43
3.2 Στάδια και χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ.43
Πρώτο στάδιο : Ενθουσιασμός.....	σελ.44
Δεύτερο στάδιο : Αμφιβολία και Αδράνεια.....	σελ.44
Τρίτο στάδιο : Απογοήτευση και Ματαίωση.....	σελ.45
Τέταρτο στάδιο : Απάθεια.....	σελ.45
3.3 Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ.46
Παράγοντες ρόλου που συνδέονται με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ.48
Αίτια σύγκρουσης.....	σελ.49
Παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία της ομάδας υγείας.....	σελ.49
Επιδράσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου.....	σελ.50

Κεφάλαιο 4° : Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Γιατρούς, Νοσηλευτές και Κοινωνικούς Λειτουργούς

Εισαγωγή.....	σελ.52
4.1 Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Γιατρούς.....	σελ.52
Οι γιατροί σε ογκολογικές μονάδες παιδών.....	σελ.53
Λόγοι δημιουργίας στρες στον επαγγελματία υγείας.....	σελ.55
Παρουσίαση Αληθινής Ιστορίας.....	σελ.56
4.2 Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Νοσηλευτές.....	σελ.58
4.3 Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Κοινωνικούς Λειτουργούς.....	σελ.60

Κεφάλαιο 5° : Τρόποι Αντιμέτωπισης του Συνδρόμου Επαγγελματικής Κόπωσης

Εισαγωγή.....	σελ.61
5.1 Παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο.....	σελ.62

5.2 Παρέμβαση σε οργανωτικό / διοικητικό επίπεδο	σελ.65
--	--------

2^ο Μέρος

Κεφάλαιο 6^ο : Έρευνα

Εισαγωγή.....	σελ.70
6.1 Μεθοδολογία της έρευνας.....	σελ.70
Μεθοδολογία	σελ.70
Εργαλείο	σελ.70
Μέθοδος Δειγματοληψίας	σελ.71
Τα βασικά ερεθίσματα	σελ.72
6.2 Προσδιορισμός του αντικειμένου της έρευνας.....	σελ.73
Σκοπός Έρευνας.....	σελ.73
Ερευνητικά ερωτήματα.....	σελ.74
Διαδικασίες.....	σελ.75
6.3 Θέματα που προέκυψαν	σελ.76
6.4 Αναφορά σε συναφείς έρευνες	σελ.76

Κεφάλαιο 7^ο : Αποτελέσματα έρευνας

7.1 Ανάλυση ευρημάτων.....	σελ.78
Δείγμα	σελ.79
7.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης	σελ.86
Συνέπειες – Συμπτώματα.....	σελ.87
Παράγοντες που επιδρούν στην κόπωση.....	σελ.94
Τρόποι αντιμετώπισης – Θεραπευτικές προσεγγίσεις	σελ.97
t – Κριτήριο	σελ.101
One way analysis.....	σελ.111
7.3 Ανάλυση υποθέσεων – Ερευνητικών Ερωτημάτων.....	σελ.124
7.4 Συμπεράσματα έρευνας.....	σελ.129
Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	σελ.138
Επίλογος	σελ.139

Βιβλιογραφία.....σελ.140

Παράρτημα.....σελ.144

Aφιερώνουμε αυτή την εργασία
στους γονείς μας και στους συντρόφους μας
οι οποίοι μας στήριξαν
σε αυτή μας την προσπάθειά...

Πρόλογος

Αυτή η πτυχιακή εργασία είναι καρπός σκληρής συγγραφικής δουλειάς ενός χρόνου και φιλοδοξεί να καλύψει ένα κενό στον υπάρχοντα χώρο των πτυχιακών εργασιών του τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος Ηρακλείου Κρήτης. Δεν ήταν στις προθέσεις των σπουδαστριών να κάνουν μια μηχανική συγγραφή εργασίας και έρευνας, ούτε αυστηρούς συμβολισμούς, ορισμούς και τις ενίοτε άγονες θεωρητικές συζητήσεις.

Αντίθετα, αυτό που είχαν ανάγκη ήταν, όντας κοινωνική επιστήμονες, να βρουν ένα θέμα που θα άγγιζε τις χορδές των ψυχών τους, έτσι ώστε να συνδυαστεί η ψυχική ικανοποίηση αλλά και η επιστημονική υποχρέωση. Αυτή η πτυχιακή αποτελεί καρπό αγάπης αλλά και κατάκτηση γνώσης, στατιστικών μεθόδων και όλων αυτών των στοιχείων που πρέπει να κατέχει ένας κοινωνικός επιστήμονας ως στοιχειώδεις γνώσεις.

Τέλος, θα ήταν επιθυμητό, επίσης, αυτή η δουλειά να δώσει το ερέθισμα και στους επόμενους σπουδαστές, αλλά και στους υπεύθυνους καθηγητές των προπτυχιακών εργασιών να αντιλαμβάνονται αυτήν την διαδικασία όχι ως “αγγαρεία”, αλλά ως το μέσο για την “ευδαιμονία” της γνώσης.

Η πτυχιακή αυτή περιλαμβάνει έξι κεφάλαια.

Το πρώτο περιλαμβάνει μια γενική αναφορά τι είναι ο καρκίνος, ξεκινώντας από μια ιστορική αναδρομή της ονομασίας της ασθένειας. Στην συνέχεια αναφέρεται τι προκαλεί την συγκεκριμένη ασθένεια και τέλος αναγράφονται τα είδη καρκίνου που παρουσιάζονται κατά την παιδική ηλικία.

Το δεύτερο κεφάλαιο φέρει τίτλο Καρκίνος στο παιδί και γονείς. Πιο αναλυτικά αναφέρεται στην συναισθηματική αντίδραση του παιδιού σε συνάρτηση με τα στάδια της νόσο, στην συναισθηματική αντιδράσει του παιδιού σε σχέση με το φύλο και την ηλικία. Επιπλέον γίνεται μια αναφορά στις Ψυχικές διεργασίες και αντιδράσεις των γονέων κατά

τις κρίσιμες περιόδους της νόσου, ενώ στο κλείσιμο αυτού του κεφαλαίου γίνεται ανάλυση στις Ψυχικές διεργασίες ανάλογα με το φύλο των γονέων.

Το τρίτο , περιλαμβάνει σε πρώτο στάδιο τον ορισμό της επαγγελματικής κόπωσης και στην συνέχεια τα στάδια και χαρακτηριστικά και τα αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το τέταρτο, αφορά την εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα στους γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς.

Στο τελευταίο κεφάλαιο της θεωρητικής ανασκόπησης αναφέρονται οι τρόποι αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα *Παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο και οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο. Ενώ στο έκτο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματα αυτής. Τέλος τα συμπεράσματα της έρευνας .*

Εισαγωγή και βασικές έννοιες

Κρίνεται απαραίτητο να αποσαφηνιστούν οι βασικές έννοιες που διέπουν όλα τα κεφάλαια της παρούσης εργασίας έτσι ώστε να γίνει μια σύντομη αλλά και ουσιαστική αναφορά στα σημαντικότερα μέρη αυτής της εργασίας.

Ο **καρκίνος** είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος και έχει τρία κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία: ανώμαλο, άσκοπο και αδιάκοπο πολλαπλασιασμό ενός κυτταρικού κλώνου και επέκταση αυτού στους παρακείμενους ιστούς.

Στις πιο πολλές περιπτώσεις η αιτιολογία εμφάνισης του καρκίνου δεν είναι γνωστή, αλλά πιθανολογείται αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών(ακτινοβολία, ιοί) και γενετικών παραγόντων (γονιδιακές μεταλλάξεις).

Οι μορφές **καρκίνου της παιδικής ηλικίας** διαφέρουν από εκείνες των ενηλίκων ως προς τον τρόπο ανάπτυξης, την ανταπόκριση στην θεραπεία και τα ιδιαίτερα προβλήματα που προκαλεί η νόσος κατά την παιδική ηλικία.

Οι τύποι των κακοηθών νοσημάτων στα παιδιά διαφέρουν από εκείνους των ενηλίκων, στους οποίους προεξάρχει ο καρκίνος του πνεύμονα, του εντέρου και του δέρματος (Hyll & Johnson 1993).

Ο **παιδικός καρκίνος** είναι μία χρόνια αρρώστια που απειλεί λιγότερο ή περισσότερο τη ζωή του παιδιού και χαρακτηρίζεται από αβέβαιη εξέλιξη. Όπως κάθε χρόνια ασθένεια, έτσι και ο καρκίνος, παρουσιάζει ιδιαιτερότητες οι οποίες δεν επηρεάζουν μόνο το παιδί, αλλά ολόκληρη την οικογένεια.

Μια από τις βασικότερες ανάγκες του παιδιού με καρκίνο είναι να γνωρίζει από τι πάσχει και πώς θα θεραπευτεί (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η γνώση του παιδιού για την αρρώστια, καθώς και η κατανόηση της φύσης της έχει σημαντικές συνέπειες τόσο, στην ατομική ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού, όσο και στη συμμόρφωση του με τις προτεινόμενες θεραπείες. Μάλιστα, θεωρείται ότι όσο

πληρέστερη είναι η πληροφόρηση που δίδεται στο παιδί για την κατάστασή του, τόσο περισσότερο θα συνεργαστεί κατά την πορεία της νόσου και την θεραπεία (Παπαγιάννης 2003).

Σημαντικά γεγονότα, όπως η διάγνωση, η υποτροπή, η αποθεραπεία και ο επικείμενος θάνατος, σηματοδοτούν της έναρξη σημαντικών, κρίσιμων περιόδων στον κύκλο της ζωής μίας οικογένειας, η οποία καλείται να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τους στόχους, τις αξίες, τις προτεραιότητες και την πορεία της (Παπαδάτου, 1991).

Σύμφωνα με την Maslach, ως **επαγγελματική εξουθένωση** περιγράφεται το σύνολο της ψυχικής και σωματικής εξάντλησης που βιώνει ο εργαζόμενος. Πιο συγκεκριμένα, χάνει το ενδιαφέροντα του σταδιακά παύει να παίρνει ευχαρίστηση από την εργασία του και την απόδοσή του, τα θετικά συναισθήματα του χάνονται και δημιουργεί μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Επιπλέον η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι μια κατάσταση που εκφράζεται απρόσμενα, ούτε η αιτία της εμφάνισης βρίσκεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός. Αντίθετα, θεωρείται απόρροια μακροχρόνιου συσσωρευμένου στρες που καταλαμβάνει τον επαγγελματία. Το συσσωρευμένο στρες ευθύνεται για τα μειωμένα ψυχικά αποθέματα του επαγγελματία και εξαιτίας αυτής της αδυναμίας αισθάνεται πως δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του εργασιακού του χώρου.

1^ο Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο: Καρκίνος

- 1.1 Ο καρκίνος γενικά
 - 1.2 Ο καρκίνος στην παιδική ηλικία
 - 1.3 Είδη καρκίνου που παρουσιάζονται κατά την παιδική ηλικία.
-

1.1 Ο καρκίνος γενικά

Προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού. Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος.

Πολύ αργότερα, ο Valsava (1704) υποστήριξε ότι αρχικά, ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά, ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο, ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαδένων να μεταφερθεί και αλλού στο σώμα.

Ο καρκίνος είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις, ωστόσο, αυτές έχουν τρία κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία: ανώμαλο, άσκοπο και αδιάκοπο πολλαπλασιασμό ενός κυτταρικού κλώνου και επέκταση αυτού στους παρακείμενους ιστούς. Η κανονική κυτταρική διαίρεση και αύξηση εξαρτάται από τη ρύθμιση των λειτουργιών του κυτταρικού κύκλου.

Ο καρκίνος θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα σειράς γενετικών αλλαγών που οδηγούν σε προοδευτική διαταραχή των φυσιολογικών μηχανισμών που ελέγχουν την αύξηση. Οι περισσότεροι από τους όγκους είναι κλωνικοί και πηγάζουν από ένα μεταλλαγμένο κύτταρο.

Η εξέλιξη του όγκου συχνά είναι αποτέλεσμα σειράς επίκτητων γενετικών μεταβολών μέσα στο νεοπλασματικό κλώνο που οδηγεί σε υπερπληθυσμό καρκινικών κυττάρων με αυξημένα επιθετικά χαρακτηριστικά. Η προκαρκινική αλλοίωση προέρχεται από τοπικά φαινόμενα που αφορούν πολλά κύτταρα, ενώ είναι δευτερογενές αποτέλεσμα, πολύ σπάνιο και αφορά ένα μόνο κύτταρο.

Ο καρκίνος δεν είναι απλά τοπικό πρόβλημα αλλά μια γενικευμένη κατάσταση. Πρέπει να καταστεί σαφές, επίσης, ότι ο καρκίνος σχετίζεται με πολλούς προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που μπορεί να είναι οργανικοί και ψυχολογικοί. Μια θεραπεία, λοιπόν, για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της όλους τους παραπάνω παράγοντες. Η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ολιστική, σφαιρική, σύνθετη και πολύπλευρη (Βασιλάτου – Κοσμίδη, 1990).

1.2 Ο καρκίνος στην παιδική ηλικία

Ο καρκίνος στα παιδιά δεν είναι συχνός. Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης του: 1 παιδί στα 650 θα αναπτύξει καρκίνο μέχρι την ηλικία των 15 ετών, 120-140 νέες περιπτώσεις παιδιών ηλικίας <15 ετών ανά 1.000.000 παιδιών εμφανίζονται κάθε χρόνο στις αναπτυγμένες χώρες (στην Ελλάδα 240-280 νέες περιπτώσεις ετησίως).

Στις πιο πολλές περιπτώσεις, η αιτιολογία εμφάνισης του καρκίνου δεν είναι γνωστή, αλλά πιθανολογείται αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών(ακτινοβολία, ιοί) και γενετικών παραγόντων(γονιδιακές μεταλλάξεις).

Οι πιο πολλοί καρκίνοι είναι αποτέλεσμα μεταλλαγμένων σωματικών γονιδίων (ογκογονίδια και ογκοκατασταλτικά γονίδια) που πιθανολογείται να είναι είτε κληρονομούμενα, είτε σποραδικά. Σήμερα, χρησιμοποιούνται σύγχρονες μοριακές τεχνικές για να καθορίσουν όχι μόνο την διάγνωση αλλά και την πρόγνωση.

Οι τύποι των κακοηθών νοσημάτων στα παιδιά διαφέρουν από εκείνους των ενηλίκων, στους οποίους προεξάρχει ο καρκίνος του πνεύμονα, του εντέρου και του δέρματος (Hyll & Johnson 1993).

Οι μορφές καρκίνου της παιδικής ηλικίας διαφέρουν από εκείνες των ενηλίκων ως προς τον τρόπο ανάπτυξης, την ανταπόκριση στην θεραπεία και τα ιδιαίτερα προβλήματα που προκαλεί η νόσος κατά την παιδική ηλικία. Αν και είναι σπάνιος, ο καρκίνος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας. Με την ανακάλυψη νέων φαρμάκων, την εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων και την συμμετοχή ιατρών πολλών ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση της νόσου, η εξέλιξη των μορφών καρκίνου της παιδικής ηλικίας βελτιώθηκε θεαματικά τις τελευταίες δεκαετίες (Hyll & Johnson 1993).

1.3 Είδη καρκίνου που παρουσιάζονται κατά την παιδική ηλικία

Η ηλικία των παιδιών εξαρτάται σημαντικά με τις διάφορες μορφές καρκίνου από τις οποίες προσβάλλονται. Έτσι:

- οι λευχαιμίες προσβάλλουν παιδιά όλων των ηλικιών.
- το νευροβλάστωμα και ο όγκος Wilms εμφανίζονται πιο συχνά στα 5 πρώτα χρόνια της ζωής.
- τα Hodgkin λεμφώματα και οι όγκοι των οστών έχουν υψηλότερη συχνότητα κατά την εφηβική ηλικία αλλά και σε νεαρούς ενήλικες.

Όπως αναφέρονται από τους Φ. Κανακούδη -Τσακαλίδου, Γ. Κάτζος ,2007 τα είδη του καρκίνου που προσβάλλουν τις παιδικές ηλικίες είναι:

A. Λευχαιμίες

Η λευχαιμία είναι συχνότερη κακοήθης νεοπλασματική νόσος της παιδικής ηλικίας. Είναι νόσημα με ευρύ και ετερογενές φάσμα, τόσο ως προς το αιματολογικό και κλινικό φαινότυπο, όσο και ως προς τους υποκείμενους βιολογικούς μηχανισμούς της παθογένειάς της.

Ανάλογα με την προέλευση των λευχαιμικών κυττάρων, η λευχαιμία διακρίνεται σε δύο ομάδες, τη λεμφοβλαστική και τη μη λεμφοβλαστική. Κάθε μια από τις ομάδες αυτές απαντάται στην οξεία και χρόνια μορφή. Η χρόνια λεμφοβλαστική δεν εμφανίζεται στα παιδιά και η χρόνια μυελογενής είναι σπάνια.

Επιδημιολογικά η οξεία παιδική λευχαιμία αποτελεί το 25-30% όλων των παιδικών νεοπλασιών, με συχνότητα εμφάνισης 3-4 περιπτώσεις ετησίως ανά 100.000 παιδικού πληθυσμού ηλικίας κάτω των 15 ετών.

Περίπου το 80% των περιπτώσεων ανήκουν στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία. Το 17% ανήκει στην οξεία μη λεμφοβλαστική λευχαιμία η οποία περιλαμβάνει, κυρίως την οξεία μυελογενή λευχαιμία (15%) και μερικές σπάνιες μορφές (2%) και το υπόλοιπο (3%) ανήκει στην χρόνια λευχαιμία.

Εμφανίζεται συχνότερα στις ηλικίες μεταξύ 2 και 6 ετών με μεγαλύτερη επίπτωση στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια (1,3:1) το 2,5- 5% της παιδικής λεμφοβλαστικής λευχαιμίας και το 6-14% της παιδικής οξείας μη λεμφοβλαστικής λευχαιμίας απαντά σε παιδιά ηλικίας κάτω του έτους.

Αιτιολογία

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει μέχρι και σήμερα αδιευκρίνιστη. Πιθανολογούνται διάφοροι παράγοντες που είναι ενδεχόμενο να σχετίζονται αιτιολογικά, όπως χρωμοσωμικά σύνδρομα (σύνδρομο Down, αναιμία Fanconi, σύνδρομο Bloom), έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία (επιβιώσαντες από πυρηνικά ατυχήματα) και διάφοροι ιοί που μπορεί να προκαλέσουν μια μη φυσιολογική ανοσιακή απάντηση.

Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα της νόσου οφείλονται στη διήθηση του μυελού των οστών ή άλλων οργάνων από τα λευχαιμικά βλαστικά κύτταρα. Στα πιο πολλά παιδιά η έναρξη της νόσου είναι ύπουλη και χρονολογείται από λίγες εβδομάδες έως μόλις λίγες ημέρες, με την εμφάνιση μερικών ή όλων των παρακάτω συμπτωμάτων και κλινικών ευρημάτων:

- αναιμία
- Πυρετός
- καταβολή
- συχνές λοιμώξεις
- ωχρότητα
- αιμορραγική διάθεση
- διόγκωση ήπατος/σπλήνα
- λεμφαδενοπάθεια
- οστικά άλγη (πόνος στα οστά)

Θεραπεία οξεία λεμφοβλαστικής λευχαιμίας (ΟΛΛ)

Τα μέτρα που λαμβάνονται πριν την έναρξη της αντί λευχαιμικής θεραπείας περιλαμβάνουν τη διόρθωση της αναιμίας, τη χορήγηση αντιβιοτικών και την χορήγηση υγρών αλλοπουρινόλης για προφύλαξη της νεφρικής λειτουργίας από την ταχεία λύση των κυττάρων.

Η χημειοθεραπεία της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας διέπεται από τέσσερις φάσεις:

- Χημειοθεραπεία εφόδου για επίτευξη αιματολογικής ύφεσης.
- Χημειοθεραπεία υποκλινικής λευχαιμίας στο κεντρικό νευρικό σύστημα.
- Χημειοθεραπεία εδραίωσης της ύφεσης.
- Χημειοθεραπεία συντήρησης με σκοπό τη ίαση.

Θεραπεία υποτροπής

Εφόσον η λευχαιμία υποτροπιάσει, η επιλογή της μεταμόσχευσης αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων είναι πλέον η μοναδική αντιμετώπιση, υπό την προϋπόθεση της τήρησης των βασικών προϋποθέσεων που δεν είναι άλλα από την επιλογή του δότη, ο προσδιορισμός του σωστού χρόνου και η κατάλληλη προετοιμασία του ασθενή.

Στο επίπεδο των μεταμοσχεύσεων, τα τελευταία χρόνια, έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος, όπως η πρόληψη της αντίδρασης μοσχεύματος κατά του ξενιστεί, η διεύρυνση των τραπεζών δοτών, η προαγωγή της επίδρασης του μοσχεύματος εναντίων της λευχαιμίας και η βελτίωση της υποστηρικτικής θεραπείας .

Πρόγνωση

Οι πρόοδοι στην διάγνωση της παιδικής οξείας λευχαιμίας τα τελευταία τριάντα χρόνια έχουν βελτιώσει θεαματικά την πρόγνωση της, έτσι ώστε τα ποσοστά της ίασης να αγγίζουν το 70-80%. Η επιτυχία αυτή θεωρείται το μεγαλύτερο επίτευγμα της σύγχρονης κλινικής ογκολογίας.

B. Οξεία μυελογενή λευχαιμία

Η οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ) αποτελεί το 15% της παιδικής λευχαιμίας. Αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι πως εμφανίζει την ίδια συχνότητα στα δυο φύλα και την ίδια κατανομή στις διάφορες ηλικίες.

Αιτιολογία

Η αιτιολογία την νόσου δεν είναι γνωστή. Είναι όμως πιθανολογικό ενδεχόμενο να εμφανιστεί ως απώτερη επιπλοκή μετά από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία για κάποια άλλη κακοήγη νόσο. Καταστάσεις που προδιαθέτουν επίσης την εμφάνισής της είναι η αναιμία Fanconi, τα σύνδρομα Bloom, Kostman κλ.

Κλινική εικόνα

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της οξείας μυελογενής λευχαιμίας (ΟΜΛ) είναι σχεδόν ίδια με εκείνα της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας. Μπορεί να υπάρχουν:

- Χλωρώματα (συμπαγής λευχαιμική μάζα) στον οφθαλμό ή στη σπονδυλική στήλη.
- Υπερτροφία των ούλων
- Λεμφαδενοπάθεια
- Όζοι του δέρματος
- διήθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος
- διάχυτη ενδογειακή πήξη

Θεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι πιο εντατική και μικρότερης διάρκειας από ότι στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία. Τα τελευταία χρόνια έχουν βελτιωθεί τα ποσοστά ύφεσης της νόσου με επιβίωση που φτάνει το 50%.

Στους ασθενείς με κακούς προγνωστικούς δείκτες η μεταμόσχευση μυελού των οστών ή αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων αποτελεί την θεραπεία εκλογής μετά την πρώτη ύφεση.

Γ. Λεμφώματα

Τα κακοήθη λεμφώματα αποτελούν την τρίτη σε συχνότητα νεοπλασία της παιδικής ηλικίας και αντιπροσωπεύουν το 10% των κακοηθειών στα παιδιά που είναι κάτω των 15 ετών .

Τα λεμφώματα διακρίνονται σε μη Hodgkin (ΜΗΛ), που είναι συχνότερα στην παιδική ηλικία και σε Hodgkin λεμφώματα (ΗΛ), που είναι συχνότερα στην εφηβική ηλικία. Ιστολογικά τα μη ΜΗΛ στα παιδιά είναι κυρίως υψηλής κακοήθειας και χωρίζονται σε τρεις ιστολογικές κατηγορίες:

- λέμφωμα Burkitt
- λεμφωβλαστικό
- ΜΗΛ από μεγάλα κύτταρα

Θεραπεία λεμφώματος Burkitt

Έντονη χημειοθεραπεία μικρής διάρκειας, επαναλαμβανόμενη, προστατεύοντας το κεντρικό νευρικό σύστημα. Σε εντοπισμένη νόσο υπάρχει επιβίωση 90-100% και σε προχωρημένη 75-85%. Η Υποτροπή μπορεί να υπάρξει μέσα σε ένα έτος έπειτα από την διακοπή της θεραπείας.

Προγνωστική δείκτες είναι το στάδιο της νόσου, το είδος της θεραπείας και η ανταπόκριση στην χημειοθεραπεία.

Θεραπεία λεμφωβλαστικού ΜΗΛ

Η θεραπεία του λεμφωβλαστικού λεμφώματος γίνεται με πρωτόκολλα ΟΛΛ με υψηλά ποσοστά (πενταετίας) ελεύθερης νόσου (80-90%). Αν υπάρξει ύφεση μικρότερη από τριάντα μήνες είναι πιθανό να ισοδυναμεί με ίαση. Αν υπάρξει υποτροπή δίνεται χημειοθεραπεία με αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών και ολική σωματική ακτινοβολία.

Θεραπεία ΜΗΛ μεγάλων κυττάρων

Για την θεραπεία της υποτροπής χρησιμοποιούνται φάρμακα δεύτερης γραμμής.

Δ. Όγκος Wilms (νεφροβλάστωμα)

Το νεφροβλάστωμα αποτελεί το συχνότερο ενδονεφρικό κακοήγη όγκο της παιδικής ηλικίας. Είναι συχνότερος σε ηλικία μικρότερη των πέντε ετών και σε ποσοστό 10% των περιπτώσεων είναι αμφοτερόπλευρος. Προέρχεται από τους ιστούς του εμβρυικού νεφρού. Ο όγκος είναι συχνότερος σε ορισμένες συγγενείς ανωμαλίες, όπως η ημιυπερτροφία, διαταραχές του ουροποιητικού και γεννητικού συστήματος. Στη σποραδική ανιριδία εμφανίζεται σε 2% των μελών των οικογενειών.

Κλινική εικόνα

Η κύρια κλινική εκδήλωση είναι η ψηλαφητή κοιλιακή μάζα. Περισσότερο από το 80% των παιδιών με νεφροβλάστωμα διαγιγνώσκονται με την διαπίστωση ενδοκοιλιακής μάζας, που ανακαλύπτεται από τους γονείς τυχαία στο μπάνιο ή κατά την ένδυση του παιδιού ή ακόμη στα πλαίσια εξέτασης από τον παιδίατρο.

Αλλά ευρήματα είναι:

- Η μακροσκοπική ή μικροσκοπική αιματουρία
- Κοιλιακοί πόνοι
- Υπέρταση
- Πυρετός
- Απώλεια βάρους
- Λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος
- Διάρροια

Θεραπεία

Ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας εξακολουθεί να είναι η χειρουργική εξαίρεση του όγκου μαζί με το νεφρό. Ακολουθεί μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία έχει βελτιώσει σημαντικά την πρόγνωση και είναι ανάλογη του σταδίου.

E. Νευροβλάστωμα

Το νευροβλάστωμα είναι ο πιο συχνός κακοήθεις όγκος της πρώτης παιδικής ηλικίας και αποτελεί το 7% όλων των κακοηθειών στα παιδιά. Ευθύνεται για το 15% των θανάτων από νεοπλασίες στα παιδιά. Η ετήσια συχνότητά του είναι εννέα περιπτώσεις προς 1.000.000 παιδιών.

Κλινική εικόνα

Συνήθως εμφανίζεται ως μάζα κατά μήκος της συμπαθητικής αλυσού. Η πιο συχνή εμφάνισή του είναι ανώδυνη κοιλιακή μάζα, με μεταστάσεις στο 75% των περιπτώσεων κατά την διάγνωση.

Συχνά στην απλή ακτινογραφία κοιλιάς ανευρίσκονται απασβεστώσεις λόγω παλαιότερης αιμορραγίας στο εσωτερικό του όγκου.

Τα συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα με την θέση που βρίσκεται ο όγκος.

Έτσι:

- Όταν εντοπίζεται στο κεφάλι προκαλεί ετεροχρωμία ίριδας, ενόφθαλμο και περικοχικό αιμάτωμα.
- Όταν εντοπίζεται στον θώρακα υπάρχει αναπνευστική δυσχέρεια, σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας και πνευμονικές λοιμώξεις.
- Όταν εντοπίζεται στην κοιλιακή χώρα υπάρχει ανορεξία, έμετοι, κοιλιακοί πόνοι και ψηλαφητή μάζα.

Θεραπεία

Τις περισσότερες ελπίδες ίασης δίνει η ολική χειρουργική εκτομή του όγκου, αλλά η ύπαρξη μεταστάσεων σε μεγαλύτερο του 70% των περιπτώσεων κατά την διάγνωση, περιορίζει την αποτελεσματικότητά της.

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας δεν έχει προσδιοριστεί με ακρίβεια, αν και έχει σαφή ρόλο στην ανακούφιση των ασθενών σε προχωρημένα στάδια. Πολλοί

χημειοθεραπευτικοί παράγοντες έχουν χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία του νευροβλαστώματος. Με την χρήση αυτών, υπάρχει αύξηση στα ποσοστά ύφεσης του όγκου, όμως τα ποσοστά ίασης παραμένουν ίδια.

Πρόγνωση

Σπουδαιότερος προγνωστικός παράγοντας είναι το στάδιο της νόσου κατά την διάγνωση. Επίσης, η ηλικία του ασθενή κατά τη διάγνωση σχετίζεται άμεσα με την πρόγνωση. Εκτενέστερα, παιδιά κάτω του ενός έτους έχουν καλύτερη πρόγνωση από ότι τα μεγαλύτερα, σε ηλικία, παιδιά, ανεξάρτητα του σταδίου της νόσου.

Επιπλέον, η θέση του όγκου επηρεάζει την πρόγνωση. Έτσι, καλύτερη πρόγνωση έχουν πρωτοπαθείς όγκοι του τραχήλου, του θώρακα και της πυέλου.

Στ. Κακοήθη νεοπλάσματα των οστών

Τα κακοήθη νεοπλάσματα των οστών στα παιδιά διακρίνονται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Οι πρωτοπαθείς όγκοι των οστών είναι σπάνιοι, αλλά είναι οι δεύτεροι πιο συχνοί στερεοί όγκοι στους εφήβους και στους νεαρούς ενήλικες. Το οστεοσάρκωμα και το σάρκωμα Ewing είναι οι πιο συχνοί όγκοι στα παιδιά και στους εφήβους και είναι συχνότεροι στα αγόρια.

1.Οστεοσάρκωμα

Είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος των οστών και αποτελεί την τρίτη συχνότερη κακοήθεια στους εφήβους .

Αιτιολόγηση

Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Η ηλικία εκδήλωσής του σχετίζεται πιθανών με την δραστηριότητα των οστεοβλαστών κατ' αυτήν (ταχεία ανάπτυξη οστών).

Επίσης σημαντικό ρόλο παίζουν και οι γενετικοί παράγοντες, αλλά και η ακτινοβολία θεωρείται προδιαθεσικός παράγοντας.

Κλινική εικόνα

- Τοπικός πόνος (90%)
- Τοπικό οίδημα (50%)
- Διαταραχές βαδίσματος (45%)
- Παθολογικά κατάγματα (8%)
- Ταχύτερη αύξηση του προσβεβλημένου οστού
- Προσβολή της άρθρωσης

Θεραπεία

Για την θεραπεία του όγκου προτιμώνται η εγχείρηση και η χημειοθεραπεία.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση εξαρτάται από:

- Θέση του πρωτοπαθούς όγκου
- Φύλλο (στους άνδρες χειρότερη)
- Διάρκεια συμπτωμάτων μεγαλύτερη των 70 ημερών έχει χειρότερη πρόγνωση
- Ύπαρξη μεταστάσεων (χειρότερη)
- Μάζα του όγκου
- Ανταπόκριση στην προεγχειρητική θεραπεία
- Ριζική χειρουργική επέμβαση (Φ. Κανακούδη -Τσακαλίδου, Γ. Κάτζος ,2007)

2.Σάρκωμα Ewing

Το σάρκωμα ewing είναι ο δεύτερος πιο συχνός κακοήθης όγκος των οστών στα παιδιά.

Κλινική εικόνα

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου είναι:

- Τοπικός πόνος (85%)
- Τοπικό οίδημα (60%)
- Πυρετός (30%)
- Παραπληγία (2%)

Οι εκδηλώσεις είναι παρόμοιες με αυτές του οστεοσαρκώματος, αλλά τα συστηματικά συμπτώματα, όπως πυρετός, απώλεια βάρους και κόπωση, είναι πιο συχνά στο σάρκωμα Ewing.

Θεραπεία

Συνιστάται τα εξής:

- Χειρουργική.
- Ακτινοθεραπεία τοπικής νόσου.
- Χημειοθεραπεία: έλεγχος μεταστάσεων.

Πρόγνωση

Την χειρότερη πρόγνωση έχουν:

- Ύπαρξη μεταστατικής νόσου κατά τη διάγνωση και οι θέσεις της
- Θέση όγκου
- Επέκταση στα μαλακά μόρια
- Φύλο (αγόρια χειρότερη)
- Ηλικία του ασθενούς μεγαλύτερη των 15 ετών (Φ. Κανακούδη -Τσακαλίδου, Γ. Κάτζος ,2007)

Κεφάλαιο 2: Καρκίνος στο παιδί και γονείς

- 2.1 Συναισθηματικές αντιδράσεις του παιδιού σε συνάρτηση με τα στάδια της νόσου
- 2.2. Συναισθηματικές Αντιδράσεις του παιδιού σε σχέση με την ηλικία και την αναπτυξιακή του ωριμότητα.
- 2.3 Παιδικός καρκίνος και η οικογένεια σε κρίση
- 2.3 Ψυχικές διεργασίες και αντιδράσεις των γονέων κατά τις κρίσιμες περιόδους της νόσου

Εισαγωγή

Ο παιδικός καρκίνος είναι μία χρόνια αρρώστια που απειλεί λιγότερο ή περισσότερο τη ζωή του παιδιού και χαρακτηρίζεται από αβέβαιη εξέλιξη. Όπως κάθε χρόνια ασθένεια, έτσι και ο καρκίνος, παρουσιάζει ιδιαιτερότητες οι οποίες δεν επηρεάζουν μόνο το παιδί, αλλά ολόκληρη την οικογένεια.

Μια από τις βασικότερες ανάγκες του παιδιού με καρκίνο είναι να γνωρίζει από τι πάσχει και πώς θα θεραπευτεί (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η γνώση του παιδιού για την αρρώστια, καθώς και η κατανόηση της φύσης της έχει σημαντικές συνέπειες τόσο, στην ατομική ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού, όσο και στη συμμόρφωση του με τις προτεινόμενες θεραπείες. Μάλιστα, θεωρείται ότι όσο πληρέστερη είναι η πληροφόρηση που δίδεται στο παιδί για την κατάστασή του, τόσο περισσότερο θα συνεργαστεί κατά την πορεία της νόσου και την θεραπεία (Παπαγιάννης 2003).

Σημαντικά γεγονότα, όπως η διάγνωση, η υποτροπή, η αποθεραπεία και ο επικείμενος θάνατος, σηματοδοτούν της έναρξη σημαντικών, κρίσιμων περιόδων στον κύκλο της ζωής μίας οικογένειας, η οποία καλείται να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τους στόχους, τις αξίες, τις προτεραιότητες και την πορεία της (Παπαδάτου, 1991).

2.1. Συναισθηματικές αντιδράσεις του παιδιού σε συνάρτηση με τα στάδια της νόσου

Η περίοδος της διάγνωσης

Η διάγνωση του καρκίνου επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού. Κατά την περίοδο της διάγνωσης, το παιδί δεν αντιλαμβάνεται εξ' ολοκλήρου το μέγεθος και τη φύση των αλλαγών που θα διαταράξουν το ρυθμό και τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής, καθώς και τις σχέσεις του με το οικογενειακό και το ευρύτερο περιβάλλον.

Κατά την περίοδο της διάγνωσης, μία εκ των βασικότερων αναγκών του παιδιού είναι να γνωρίζει από τι πάσχει και πως θα θεραπευτεί. Αφού το παιδί ενημερωθεί, συχνά τα συναισθήματά του, το οδηγούν να το κρατήσει μυστικό. Η ένταση αυτών των συναισθημάτων αυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα με τη στάση της οικογένειας και την αντίδραση του ευρύτερου περιβάλλοντος (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1989), όταν το παιδί δεν ενημερώνεται, στερείται ουσιαστικής υποστήριξης, αφού, ενώ αντιλαμβάνεται ότι κάτι σοβαρό του συμβαίνει και

βιώνει έντονα συναισθήματα, απομονώνεται συναισθηματικά σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από κλίμα προσποίησης. Αυτή του η απομόνωση, αυξάνει το άγχος του και τροφοδοτεί τις φαντασιώσεις του, οι οποίες συχνά τείνουν να είναι απειλητικότερες από την ίδια την πραγματικότητα. Η χρόνια, λοιπόν, αυτή αρρώστια παρεμβαίνει στη γενικότερη συναισθηματική και κοινωνική εξέλιξη του παιδιού (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η περίοδος τη ίασης

Ο Van Eyes (1987) στους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999), αναφέρει ότι η ίαση ενός παιδιού με καρκίνο περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις:

- τη βιολογική,
- την ψυχολογική και
- την κοινωνική.

Στις περισσότερες έρευνες δίδεται μεγαλύτερη έμφαση στην οργανική αποκατάσταση της υγείας ενός παιδιού, παραβλέποντας τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους. Όμως, οι Koosher και O'Malley (1981) αναφέρουν το παιδί που θεραπεύεται από τον καρκίνο ζει με τη απειλή της επανεμφάνισης της ασθένειας για αρκετά χρόνια μετά την αποθεραπεία του

Παρόλο που σε γενικές γραμμές, τα περισσότερα παιδιά που αποθεραπεύονται προσαρμόζονται ικανοποιητικά, αξιολογείται ότι και το ποσοστό εκείνων που παρουσιάζει διαταραχές οι οποίες εκδηλώνονται με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ταυτόχρονα με μία αρνητική εικόνα που διατηρεί το παιδί για τον εαυτό του (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999).

Η περίοδος της υποτροπής και η πορεία προς το θάνατο

Όταν το παιδί μπαίνει στο τελικό στάδιο της ζωής του, γνωρίζει ή διαισθάνεται ότι θα πεθάνει, ότι θα αποχαιρετίσει τα αγαπημένα του πρόσωπα και εκφράζει άμεσα, έμμεσα ή συμβολικά αυτή του τη γνώση ή τη διαίσθηση. Στην πραγματικότητα, το παιδί «γνωρίζει» ότι τι δεν γνωρίζει τι είναι ο θάνατος, αλλά βιώνει ορισμένα συναισθήματα,

φαντασιώσεις και πεποιθήσεις, τις οποίες διαμορφώνει επηρεασμένο από το περιβάλλον και τις προσωπικές εμπειρίες του σε σχέση με το θάνατο.

Έτσι, το παιδί μεταφέρει μέσα από τις ζωγραφιές, το παιχνίδι, τη συμπεριφορά και τη μη – λεκτική επικοινωνία, τα συναισθήματα, τους φόβους και τις ανάγκες που εμφανίζονται μπροστά στον επικείμενο χωρισμό (Παπαδάτου, 1989).

Με την επανεμφάνιση της αρρώστιας και με την αναγνώριση ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, το άρρωστο παιδί βιώνει μία διεργασία θρήνου η οποία χαρακτηρίζεται από έντονα συναισθήματα και εσωτερικές συγκρούσεις. Πιο συγκεκριμένα, το παιδί τη μία στιγμή αναγνωρίζει την κρισιμότητα της κατάστασης του, ενώ αργότερα μπορεί να την αρνείται. Από τη μία, μερικές φορές το παιδί εκφράζει ανοιχτά ή έμμεσα τους φόβους του και από την άλλη, υπάρχουν φορές που εκφράζει την ελπίδα και την αισιοδοξία ότι θα ξεπεράσει τη δυσκολία .

Ο θυμός, η αίσθηση αδυναμίας, η ματαίωση, η θλίψη, καθώς και οι ενοχές για τον πόνο που νιώθει να προκαλεί στους δικούς του ανθρώπους, αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις ενός παιδιού το οποίο θρηνεί που πεθαίνει (Παπαδάτου, 1986).

Σε αυτό το τελικό στάδιο της ζωής του, εξίσου φυσιολογική είναι η προοδευτική απόσυρση και η συναισθηματική αποεπένδυση από τις σχέσεις του με αγαπημένα άτομα. Τις περισσότερες φορές, το παιδί διατηρεί ή αναπτύσσει ένα στενό δεσμό με ένα άτομο που εμπιστεύεται και πιστεύει ότι θα το συνοδεύσει στην πορεία του προς το θάνατο.

Η γενικότερη ανάγκη του παιδιού να αποσυρθεί, μειώνοντας έτσι τον ψυχικό πόνο που του προκαλεί ο επικείμενος αποχωρισμός με τα αγαπημένα του άτομα, δεν παύει να συνυπάρχει με την ανάγκη του να ανήκει στο οικογενειακό σύστημα και να αναγνωρίζεται ως μέλος αυτού.

Επίσης, ένας σημαντικός αριθμός παιδιών επιλέγουν σε αυτό το στάδιο της ασθένειας, να ολοκληρώσουν κάποιο έργο ή κάποιο στόχο και συχνά αφήνουν κάποιο μήνυμα σε αγαπημένα τους άτομα, αναζητώντας έτσι να δώσουν νόημα στην ύπαρξη και στη ζωή τους

Μέσα από μία δυναμική διαδικασία αλληλεπίδρασης, το παιδί επηρεάζεται από το άμεσο περιβάλλον του (συγγενείς, προσωπικό, άλλα άρρωστα παιδιά), ενώ συγχρόνως, το επηρεάζει, δίνοντας νόημα στις σημαντικές αυτές στιγμές και επιλέγοντας, είτε συνειδητά, είτε ασυνείδητα, τις συνθήκες μέσα στις οποίες πεθαίνει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Πίνακας 1:

Διαμόρφωση εικόνας του εαυτού του παιδιού κατά τα στάδια της ασθένειας

Διάγνωση	Περίοδος Ύφεσης	1 ^η Υποτροπή	Αλληπάλληλες Υποτροπές	Τελική Φάση
«Είμαι σοβαρά άρρωστο.»	«Είμαι σοβαρά άρρωστο και θα γίνω καλά.»	«Είμαι πάντοτε άρρωστο αλλά θα γίνω καλά»	«Είμαι πάντοτε άρρωστο και δε θα γίνω ποτέ καλά»	«Θα πεθαίνω»

(Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

2.2. Συναισθηματικές Αντιδράσεις του παιδιού σε σχέση με την ηλικία και την αναπτυξιακή του ωριμότητα.

Η ηλικία και η αναπτυξιακή ωριμότητα του παιδιού παίζουν καθοριστικό ρόλο στο τι αντιλαμβάνεται το παιδί να συμβαίνει γύρω του.

Το νεογέννητο

Σύμφωνα με τον Παπαγιάννη (2003), το νεογέννητο εκδηλώνει τον πόνο ή τη δυσφορία με κλάμα και αντιδρά κινώντας τα πόδια ή και όλο του το σώμα. Το νεογέννητο, πριν από τον τρίτον μήνα, δεν μπορεί να εστιάσει τον πόνο του σε κάποιο συγκεκριμένο όργανο του σώματος του. Βέβαια, μετά τον έκτο μήνα της ζωής του μπορεί να ανακαλεί στη μνήμη του τον πόνο που αισθάνθηκε.

Σε αυτή την ηλικία, μετά τον έκτο μήνα ζωής, στο νεογέννητο ενυπάρχει συχνά το άγχος αποχωρισμού από τον γονέα και γι' αυτό είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η απότομη σωματική επαφή, εκτός από την εντελώς απαραίτητη, πριν το νεογέννητο δείξει να αισθάνεται ασφάλεια.

Στην ηλικία αυτή, τα νεογνά αισθάνονται ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει, καθώς αντιλαμβάνονται την ανησυχία που διακατέχει το άμεσο περιβάλλον τους (Παπαγιάννης, 2003).

Πρώτη νηπιακή ηλικία

Κατά την πρώτη νηπιακή ηλικία (μέχρι τα 3 πρώτα χρόνια), το παιδί συνδέει άμεσα τα συναισθήματά του με την παρουσία ή την απουσία των γονέων. Η γνωστική ανάπτυξη των νηπίων χαρακτηρίζεται από συμβολικές σκέψεις και φαντασιώσεις οι οποίες φτάνουν συχνά να είναι απειλητικότερες της πραγματικότητας. Έτσι, άρρωστο νήπιο οδηγείται στην ιδέα ότι με κάποιο τρόπο το ίδιο προκάλεσε την ασθένεια και συχνά κάνει σκέψεις, όπως: *«Αρρώστησα επειδή δεν ήμουν καλό παιδί»* ή *«Αρρώστησα επειδή δεν έκανα αυτό που μου λέγανε οι γονείς μου»*.

Γενικότερα, τα νήπια συνδέουν την αρρώστια με κάτι που προκαλεί πόνο, που τα χωρίζει από την οικογένεια, που απαιτεί επισκέψεις στο γιατρό και οδυνηρές θεραπείες που παρεμποδίζουν το παιχνίδι τους. Ο εγωκεντρισμός και η μαγική σκέψη αυτής της ηλικίας, τα οδηγεί στην ιδέα ότι με κάποιο τρόπο προκάλεσαν τα ίδια την αρρώστια τους (Παπαγιάννης, 2003).

Προσχολική ηλικία

Σε αυτή την ηλικία, η πεποίθηση της προσωπικής ενοχής ή έστω της ευθύνης του παιδιού στη δημιουργία της αρρώστιας το γίνεται ακόμη πιο έντονη. Πολλά παιδιά αυτής της ηλικία θεωρούν την αρρώστια ως τιμωρία για κάποια κακή συμπεριφορά που έχουν επιδείξει ή τιμωρία για την παρακοή στους γονείς (Παπαγιάννης, 2003) .

Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1986), πολλές φορές, τα παιδιά μεταφέρουν μέσα από το παιχνίδι και τις ζωγραφιές τους το έντονο άγχος τους, που συχνά καθρεφτίζει τις βαθύτερες, συνειδητές ή μη – συνειδητές ανησυχίες των γονέων, την απειλή της ασφάλειας και της σταθερότητας της ζωής τους, καθώς και την έλλειψη επικοινωνία που μπορεί να χαρακτηρίζει το οικογενειακό περιβάλλον.

Σχολική ηλικία

Κατά τη σχολική ηλικία, το παιδί αναπτύσσει τη λογική σκέψη. Έτσι, γύρο στα 8 – 9 χρόνια, το παιδί αρχίζει να κατανοεί ότι, γενικά, οι αρρώστιες οφείλονται σε κάποιες αλληλεπιδράσεις με εξωτερικού βλαπτικούς παράγοντες.

Επίσης, το παιδί, μεγαλύτερο των έξι ετών, συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα της κατάστασής του, ακόμη και αν δεν τη συζητά ανοιχτά με το περιβάλλον του. Τη συνειδητοποίηση αυτή συνοδεύει το αυξημένο άγχος που πηγάζει κυρίως από:

- την απειλή που νιώθει για τη σωματική του ακεραιότητα,
- την αίσθηση μειονεξίας που βιώνει επειδή «διαφέρει» από τους άλλους συνομηλίκους του,
- την αίσθηση μοναξιάς εξ' αιτίας της κοινωνικής και συναισθηματικής απομόνωσης,
- τις σκέψεις σχετικά με το θάνατο.

(Παπαδάτου, 1986).

Εφηβεία

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος (1999), ο έφηβος που πάσχει από μία χρόνια αρρώστια συχνά βιώνει ένα σύνολο προκλήσεων ή δυσκολιών που συνδέονται με τις ιδιαιτερότητες της εξελικτικής φάσης την οποία διέρχεται.

Οι σημαντικότερες από αυτές περιλαμβάνουν:

- την ανεξαρτητοποίηση και την αυτονομία που παρεμποδίζονται από την ασθένεια, τους περιορισμούς που επιβάλλει η θεραπεία και την υπερπροστατευτική στάση των γονέων και του προσωπικού υγείας,
- την αποδοχή της εικόνας σώματος και της εικόνας εαυτού που επηρεάζεται από την αρρώστια και την αντίληψη που έχει γι' αυτές,
- την ένταξή του στην «ευάλωτη» ομάδα των συνομηλίκων που απειλείται από την αναπηρία του εφήβου και
- την αβεβαιότητα με την οποία αντιμετωπίζει το μέλλον του.

Η συμμετοχή του παιδιού στη λήψη των αποφάσεων

Η αυξανόμενη συζήτηση σχετικά με την κατάσταση των παιδιών και η ευρύτερη συζήτηση σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων, έχουν επηρεάσει την ανάγκη να διασφαλίσουμε ότι στα παιδιά έχει δοθεί η ευκαιρία να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και να εμπλέκονται στη λήψη των αποφάσεων σχετικά με τις υποθέσεις τους.

Αυτή η κατάσταση έχει αναγνωριστεί και δε δημιουργεί πολλά προβλήματα στην καθημερινή φροντίδα του παιδιού με καρκίνο. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να εμπλέκεται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τις δραστηριότητες της καθημερινής διαβίωσης, για τον πλέον αποδεκτό τρόπο λήψης φαρμακευτικής αγωγής, για την υποβολή σε κάποιες διαγνωστικές και ιατρικές διαδικασίες και για το ποια παιχνίδια και εκπαιδευτικές εγκαταστάσεις κεντρίζουν το ενδιαφέρον τους.

Παρ' όλα αυτά υπάρχουν κι άλλα ζητήματα στη λήψη αποφάσεων και στη συναίνεση που προκαλούν δισταγμό. Μεγάλης σημασίας στη φροντίδα υγείας είναι το δικαίωμα ή όχι των παιδιών να συναινούν στις ιατρικές παρεμβάσεις και να συμμετέχουν

στην έρευνα. Σίγουρα, η πιο σημαντική συνεισφορά στη στήριξη της συμμετοχής του παιδιού ήταν η υιοθέτηση από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών το 1998 στο Συνέδριο των Ηνωμένων Εθνών των Δικαιωμάτων του Παιδιού.

2.3. Παιδικός Καρκίνος και η οικογένεια σε κρίση.

Όταν ένα ξαφνικό ή αναπόφευκτο γεγονός γίνεται αντιληπτό από την οικογένεια ή από μέλος αυτής ως «απώλεια», «απειλή» ή «πρόκληση», προκαλώντας έντονη αναστάτωση και ανατρέποντας την ισορροπία ολόκληρης της οικογένειας με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διαταραχές σε ένα ψυχολογικό, κοινωνικό και βιολογικό επίπεδο, τότε θεωρείται ότι η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση.

Σύμφωνα με τον Caplan (1961), η κρίση είναι μία μεταβατική περίοδος, χρονικά περιορισμένη, κατά τη διάρκεια της οποίας συμβαίνουν ορισμένες διεργασίες μέσα στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, σε αρχικό στάδιο, η οικογένεια κατακλύζεται από άγχος. Τα μέλη, στην προσπάθειά τους να λύσουν το πρόβλημα και να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες, κινητοποιούν τους γνώριμους τρόπου/ μεθόδους αντιμετώπισης. Όταν οι προσπάθειες τους δεν αποδίδουν το άγχος τους αυξάνεται περισσότερο και συνοδεύεται από μία αίσθηση πλήρους αδυναμίας, καθώς νιώθουν ότι δεν ελέγχουν όσα συμβαίνουν στη ζωή τους.

Επίσης, προβλήματα που προϋπήρχαν στις διαπροσωπικές σχέσεις της οικογένειας οξύνονται και έτσι, δημιουργείται μία παροδική αποδιοργάνωση κατά τη διάρκεια της οποίας επικρατεί η αίσθηση της ματαίωσης. Η οικογένεια ακινητοποιείται και παύει να έχει μία προοπτική που θα τη βοηθήσει να κινηθεί προς ένα συγκεκριμένο στόχο. Αν το άγχος και η συναισθηματική δυσφορία συνεχιστούν για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει στην αποδιοργάνωση ή ακόμη και στη διάλυση της οικογένειας.

Βέβαια, ίσως αυτή η κρίση θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως μία «επικίνδυνη ευκαιρία», καθώς προτρέπει τα μέλη της οικογένειας να υιοθετήσουν νέους τρόπους

αντιμετώπισης που μπορεί να συμβάλουν στην ωρίμανση και την αποτελεσματική λειτουργία της οικογένειας ως σύνολο(Παπαδάτου, 1999).

Τα προβλήματα που παρουσιάζει μία οικογένεια που δυσλειτουργεί πιθανότατα να οφείλονται στους παρακάτω παράγοντες:

- Απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή
- Έλλειψη υποστήριξης από συγγενείς, φίλους, μέλη της κοινότητας
- Συσσώρευση αποτυχημένων προσπαθειών προσαρμογής από προηγούμενες εμπειρίες και καταστάσεις κρίσης
- Ακαμψία μπροστά στις αλλαγές
- Έλλειψη επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας

Ο ρόλος των γονέων σε μία οικογένεια που βρίσκεται σε κρίση είναι καταλυτικός κατά τη διαδικασία επίλυσης της κρίσης και στην αναζήτηση μία νέας ισορροπίας. Πιο απλά, όταν οι γονείς έχουν σαφείς, διαφοροποιημένους ρόλους μεταξύ τους και συνεργάζονται στα πλαίσια μίας υποστηρικτικής σχέσης, παρέχουν στην οικογένεια ένα πρότυπο συναλλαγής που βοηθά και τα υπόλοιπα μέλη στην υιοθέτηση ωριμότερων τρόπων αντιμετώπισης των δυσκολιών (Παπαδάτου, 1999).

Η οικογένεια που λειτουργεί ως ομάδα αναθεωρεί διαρκώς και επαναπροσδιορίζει την ταυτότητα, τους στόχους και την πορεία της

(«ποιοι είμαστε, πως φτάσαμε εδώ και προς τα πού πηγαίνουμε»);).

Βέβαια, όταν η κρίση στην οικογένεια προέρχεται από τη διάγνωση καρκίνου, από τον επικείμενο θάνατο, ή ακόμη και από τον ίδιο το θάνατο του παιδιού, η οικογένεια φαίνεται να μην επανέρχεται ποτέ στην ίδια ισορροπία που προϋπήρχε της κρίσης. Οι εξωτερικές συνθήκες ζωής και τα εσωτερικά της βιώματα αλλάζουν με καταλυτικό τρόπο την ισορροπία και την πορεία της οικογένειας (Παπαδάτου, 1999).

2.4. Ψυχικές διεργασίες και αντιδράσεις των γονέων κατά τις κρίσιμες περιόδους της νόσου.

Η περίοδος της διάγνωσης

Η διάγνωση του καρκίνου σε ένα παιδί αναστατώνει και επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Αρχικά οι γονείς ενημερώνονται από το γιατρό σχετικά με τη φύση της αρρώστιας, τις απαιτήσεις της θεραπείας και τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του παιδιού τους (Παπαδάτου, 1986).

Οι αντιδράσεις τους ποικίλουν και συχνά περιλαμβάνουν:

- Σοκ
- Άρνηση («αποκλείεται κάποιο λάθος θα έχει γίνει»)
- Θυμό («γιατί να τύχει σε μας;»)
- Ενοχές («δεν ήμουν αρκετά καλός γονιός, ικανός να προστατεύσω το παιδί μου»)
- Άγχος («τι θα απογίνει το παιδί μου»)
- Απόγνωση («δεν θα τα βγάλουμε πέρα»).

Οι γονείς γρήγορα συνειδητοποιούν ότι παρόλο που η ιατρική διαθέτει θεραπευτικά μέσα για να αντιμετωπίσει την κρισιμότητα της κατάστασης και να ελέγξει την αρρώστια, δεν παρέχει καμία διαβεβαίωση σχετικά με την έκβαση της αρρώστιας.

Έτσι, λοιπόν, έρχονται αντιμέτωποι με απαιτητικές και δύσκολες συνθήκες ζωής στις οποίες για να προσαρμοστούν θα πρέπει να μάθουν να ζουν με την αβεβαιότητα εάν θα ζήσει ή εάν θα πεθάνει το παιδί τους.

Στην ουσία δεν απειλείται μονάχα η ζωή του παιδιού τους, και ολόκληρο το οικογενειακό τους σύστημα. Παράλληλα, απειλούνται ο ρόλος και η ταυτότητά τους ως «γονείς» που δεν κατάφεραν να προστατεύσουν το παιδί τους, καθώς και η φιλοσοφία τους για τη ζωή, οι αξίες, τα σχέδια, τα όνειρα, οι προσδοκίες και οι ελπίδες τους.

Βρίσκονται με σημαντικές αναθεωρήσεις και ριζικές αλλαγές που ανακινούν μία διεργασία θρήνου (Παπαδάτου, 1986).

Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1999), τρόπος που αντιμετωπίζουν τις αλλαγές και τις απώλειες επηρεάσει άμεσα το παιδί όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που αντιλαμβάνονται ότι κάτι σοβαρά συμβαίνει.

Παράλληλα, ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τα μέλη την αρρώστια και τις επιπτώσεις της καθορίζει και τους τρόπους/μεθόδους αντιμετώπισης που ενεργούν. Αυτοί θα διακρίνονται σε πέντε διαφορετικούς υποκειμενικούς τρόπους εκτίμησης της αρρώστιας και τρόπους/μεθόδους αντιμετώπισής της:

1. Οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «πρόκληση», κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, μαθαίνουν νέες δεξιότητες και έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους προσαρμόζονται αποτελεσματικά στην αρρώστια και στις επιπτώσεις της ακόμα και στο θάνατο του παιδιού.
2. Οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «δοκιμασία», συνήθως διακρίνονται για τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πιστεύω τους. Συχνά πιστεύουν ότι δοκιμάζεται η πίστη τους προς το Θεό, άλλοτε η αντοχή τους στις δυσκολίες της ζωής και άλλοτε πάλι η ποιότητα των σχέσεών τους.
3. Οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «κακοτυχία», συχνά βιώνουν πρόσθετες και απρόβλεπτες στρεσογόνες εμπειρίες παράλληλα με τη διάγνωση. Η αρρώστια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.
4. Οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως αποτέλεσμα «μοίρας», δέχονται παθητικά τις ιατρικές συμβουλές, χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς

να αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν ότι όσα συμβαίνουν είναι έξω από τον έλεγχό τους και θεωρούν χρέος τους να υπομένουν καρτερικά.

5. Οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «τιμωρία», έχουν συχνά μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη της ζωής. Μερικές βιώνουν ενοχές με αποτέλεσμα να δέχονται παθητικά τη θεραπεία, ενώ άλλες εξοργίζονται με την αδικία που σημαδεύει τη ζωή τους και εκδηλώνουν αρνητικά συναισθήματα προς το περιβάλλον τους. Δυσκολεύονται να εμπιστευτούν το προσωπικό, οικτίζουν το άρρωστο παιδί και παρουσιάζουν τις περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής.

Περίοδος Υποτροπής – Πορεία προς τον θάνατο

Με την επανεμφάνιση της αρρώστιας και τη συνειδητοποίηση της αναποτελεσματικότητας των θεραπευτικών σχημάτων, η οικογένεια μπαίνει σε μία κρίσιμη περίοδο. Σ' αυτή τη φάση οι ελπίδες για ίαση μειώνονται, ενώ η απειλή του θανάτου γίνεται έντονα αισθητή.

Όπως αναφέρει η Παπαδάτου (1999), με την αναγνώριση ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, η οικογένεια βιώνει μια διεργασία θρήνου που συμβάλλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της κρίσιμης αυτής περιόδου. Βέβαια, ο τρόπος που βιώνετε αυτή η διεργασία, η διάρκεια, η ένταση και η έκφραση των εκδηλώσεων θρήνου είναι διαφορετικές και μοναδικές για κάθε μέλος. Όταν αρνούνται να αποδεχτούν τον επικείμενο θάνατο, δεν είναι σε θέση να ολοκληρώσουν αυτή την τόσο απαραίτητη και σημαντική διεργασία που τους προετοιμάζει ψυχολογικά για τον αποχωρισμό και το θάνατο του αγαπημένου τους.

Αυτή η διεργασία θρήνου που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας περιλαμβάνει ορισμένες φυσιολογικές αντιδράσεις, οι σημαντικότερες των οποίων είναι:

- Αυξημένο άγχος, που οφείλεται στην αίσθηση αδυναμίας και ανημποριάς να ανατρέξει κανείς στις συνθήκες που οδηγούν στο θάνατο και που συχνά συνοδεύεται από θυμό, οργή, ενοχές και κατάθλιψη.
- Διαρκής ενασχόληση με σκέψεις όσον αφορά το θάνατο του παιδιού, ένα θάνατο που το άμεσο περιβάλλον μπορεί να φοβάται και παράλληλα να εύχεται.
- Έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα καθώς τα μέλη της οικογένειας από τη μία πλευρά, θέλουν να προσεγγίσουν το παιδί που πεθαίνει ενώ από την άλλη επιθυμούν να απομακρυνθούν από αυτό εξαιτίας του πόνου που τους προκαλεί η κατάστασή του και ο επικείμενος αποχωρισμός.
- Προοδευτική συναισθηματική από-επένδυση από τα όνειρα, τις ελπίδες και τις προσδοκίες που είχαν για το παιδί, καθώς και για τη σχέση τους μαζί του. Βέβαια, αυτή η από-επένδυση δεν οδηγεί στην εγκατάλειψη του παιδιού που πεθαίνει.
- Έντονος προβληματισμός και συχνά προγραμματισμός σχετικά με τις άμεσες ή απώτερες συνθήκες ζωής θα προκύψουν μετά το θάνατο του παιδιού.

Επίσης, όταν ο θρήνος εκδηλώνεται πρώιμα και με μεγάλη φόρτιση και ένταση, οδηγεί στην απομάκρυνση των συγγενών οι οποίοι απορροφημένοι από τα δικά τους συναισθήματα δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες του άρρωστου παιδιού.

Ωστόσο, σε καμία περίπτωση ο θρήνος μπροστά στον επικείμενο θάνατο του παιδιού δεν αντικαθιστά, ούτε μειώνει το θρήνο που ακολουθεί κατά την περίοδο του πένθους. Απλά, προετοιμάζει ψυχολογικά τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τις νέες συνθήκες ενεργοποιώντας τις ικανότητές τους για προσαρμογή (Παπαδάτου, 1999).

Τελικό στάδιο - Περίοδος πένθους

Με το θάνατο του παιδιού τα μέλη της οικογένειας δεν θρηνούν μονάχα τον αγαπημένο τους, αλλά θρηνούν παράλληλα και την απώλεια της ίδιας της οικογένειας, όπως ακριβώς την είχαν ζήσει και την ήξεραν τόσα χρόνια (Παπαδάτου, 1999).

Αν και όλα τα μέλη βρίσκονται αντιμέτωπα με το θάνατο ενός παιδιού που έπασχε από καρκίνο, παρόλα αυτά το καθένα θρηνεί την απώλεια μίας διαφορετικής και μοναδικής σχέσης που είχε με το συγκεκριμένο παιδί. Κατά συνέπεια και ο θρήνος τους δεν είναι ποτέ ίδιος. Ο καθένας ολοκληρώνει την δική του ατομική πορεία προσαρμογής σε μία απώλεια που έχει διαφορετική σημασία και νόημα στη ζωή του.

Στην ουσία, δεν υπάρχει ένας «σωστός» και «φυσιολογικός» θρήνος αλλά διαφορετικοί τρόποι έκφρασης των εκδηλώσεων θρήνου και διαφορετικοί ρυθμοί αποδοχής και προσαρμογής στις συνθήκες που προκύπτουν από την απώλεια (Παπαδάτου,1999).

Τέλος, κάθε γονιός δεν θρηνεί μονάχα το χαμό του παιδιού του, αλλά όλα τα όνειρα, τις προσδοκίες, τις ανάγκες, τις σκέψεις και τα συναισθήματα που είχε εναποθέσει σ' αυτό το παιδί από τη στιγμή της σύλληψής του. Θρηνεί ένα κομμάτι από τον εαυτό του που χάνεται με την απώλεια μίας πολύ στενής, βαθιάς και μοναδικής σχέσης που υπάρχει ανάμεσα σε κάθε γονιό και παιδί. Παράλληλα, θρηνεί την ταυτότητα που είχε ως «γονιός» του συγκεκριμένου παιδιού.

Κεφάλαιο 3: Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης

- 3.1 Ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης
- 3.2 Σταδία και χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης
- 3.3 Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

Εισαγωγή

Στη σημερινή και παράλληλα τόσο απαιτητική εποχή, κάθε εργαζόμενος θα ήταν σε θέση να υποστηρίξει πως ο εργασιακό χώρο που τον περιβάλλει, προκαλεί έντονο στρες και αυτό, γιατί, η γυμνή πραγματικότητα είναι μία: οι εργοδότες απαιτούν μεγαλύτερη παραγωγικότητα με το μικρότερο δυνατό κόστος, ενώ οι εργαζόμενοι δεν νοιώθουν ασφάλεια στην εργασία τους.

Επιπλέον το αίσθημα του ανταγωνισμού για την εξασφάλιση της περιζήτητης προαγωγής γίνεται ολοένα και μεγαλύτερο και τα προβλήματα ανεπαρκούς ηγεσίας, μη ορθολογικής διοίκησης και δυσλειτουργικής οργανωσιακής συμπεριφοράς πολλαπλασιάζονται επικίνδυνα.

Η παραπάνω πραγματικότητα, που βιώνει το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων της ελληνικής κοινωνίας, έχει ως συνέπεια να νοιώθει πλήρως εξουθενωμένο, ελάχιστα ικανοποιημένο αλλά και ανίκανο να επιτύχει τους επαγγελματικούς τους στόχους. (Schaufeli, & Enzmann, 1998).

Δεν θα ήταν καθόλου υπερβολικό, συνεπώς, να υποστηριχτεί το συμπέρασμα πως επαγγελματική εξουθένωση (burnout) ίσως αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους επαγγελματικούς κινδύνους του 21^ο αιώνα, καθώς αναφέρεται σε κάτι πολύ πιο σοβαρό από το να αισθάνεται κάποιος μελαγχολία ή να έχει μια άσχημη μέρα.

Η επαγγελματική εξουθένωση, ουσιαστικά, είναι μια χρόνια κατάσταση, σύμφωνα με την οποία ο εργαζόμενος δεν δείχνει ενδιαφέρον για την εργασία του και επομένως μπορεί να επιφέρει σοβαρή κρίση στην ζωή του.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) συνήθως παρουσιάζεται στους επαγγελματίες που η εργασία τους έχει άμεση σχέση με την φροντίδα του ατόμου. Θύματα του ανωτέρου συνδρόμου είναι συνήθως εκείνοι που ξεκίνησαν την εργασία τους με τεράστιο ενθουσιασμό και κατέληξαν να αδιαφορούν, να είναι μόνιμα κουρασμένοι, δυσαρεστημένοι, καθώς επίσης να παρουσιάζουν προβλήματα υγείας.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να οριστεί ως ο συνδυασμός σωματικών, ψυχολογικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών παραγόντων. Ο γιατρός, ο νοσηλεύτης, ο κοινωνικός λειτουργός και ο ψυχολόγος είναι μερικοί από τους επαγγελματίες που επηρεάζονται από το σύνδρομο, εξαιτίας του ενδιάμεσου ρόλου που καλούνται να πάρουν μεταξύ εξυπηρετημένου και οργάνωσης, καθώς και τον περιορισμό των πόρων σε σχέση με τις πιεστικές ανάγκες του κόσμου για βοήθεια.

3.1 Ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο Potter (1994,1995) αναφέρει ότι το «το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης είναι μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη ανικανότητα για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων» ενός εργαζομένου.

Η Louban (1997) ορίζει το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης ως «σταδιακή διάβρωση της ενέργειας και του πνεύματος του επαγγελματία λόγω του χρόνιου στρες».

Σύμφωνα με την Maslach (1982), ως επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται το σύνολο της ψυχικής και σωματικής εξάντλησης που βιώνει ο εργαζόμενος. Πιο συγκεκριμένα, χάνει το ενδιαφέροντα του σταδιακά παύει να παίρνει ευχαρίστηση από την εργασία του και την απόδοσή του, τα θετικά συναισθήματα του χάνονται και δημιουργεί μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι μια κατάσταση που εκφράζεται απρόσμενα, ούτε η αιτία της εμφάνισης βρίσκεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός. Αντίθετα, θεωρείται απόρροια μακροχρόνιου συσσωρευόμενου στρες που καταλαμβάνει τον επαγγελματία. Το συσσωρευμένο στρες ευθύνεται για τα μειωμένα ψυχικά αποθέματα του επαγγελματία και εξαιτίας αυτής της αδυναμίας αισθάνεται πως δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του εργασιακού του χώρου.

Παράγοντες που συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση

Η Maslach, και Jackson (1986) αναφέρουν, τους τρεις παράγοντες που συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση:

1. Συναισθηματική εξάντληση, που γίνεται έκδηλη με την μη διάθεση της απαιτούμενης ενέργειας, έτσι ώστε να επενδύσει στη δουλειά του.
2. Η αποπροσωποποίηση, που εκδηλώνεται με την απομάκρυνση του επαγγελματία από τους εξυπηρετούμενούς του και με την προσπάθεια ανάπτυξης απρόσωπων σχέσεων μαζί τους.
3. Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, που γίνεται φανερή με την απροθυμία του επαγγελματία να χειριστεί αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών του και την παραίτησή του για οποιαδήποτε προσπάθεια καλύτερης απόδοσης στην εργασία του.

3.2 Στάδια και χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με του Edelwich και Bradsky (1980) η εξουθένωση είναι μια σταδιακή και προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας, δηλαδή μια πραγματικότητα η οποία δεν καλύπτει τους υψηλούς στόχους και τα ιδανικά του επαγγελματία.

Οι ανωτέρω αυθεντίες περιγράφουν τα τέσσερα διαδοχικά στάδια που περνά ένας επαγγελματίας καθώς βιώνει την επαγγελματική κόπωση.

Πρώτο στάδιο: Ενθουσιασμός

Κατά το πρώτο στάδιο, που είναι του ενθουσιασμού, ο φρέσκο-διοριζόμενος επαγγελματίας εισέρχεται στον επαγγελματικό χώρο της υγείας έχοντας τοποθετήσει τον προσωπικό του πήχη πολύ ψηλά, πήχης ο οποίος πολλές φορές αγγίζει τα όρια του μη-реαλιστικού. Δαπανά ώρες και ενέργεια, καθώς επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις του με τους εξυπηρετούμενούς του, και με τους συναδέλφους του.

Τέλος, έχει φτάσει στο σημείο όπου ο μικρός κόσμος της δουλειάς του να γίνεται ολόκληρος ο κόσμος του και να έχει φρούδες ελπίδες πως θα αντλήσει μέσα από αυτόν κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή.

Δεύτερο στάδιο: Αμφιβολία

Κατά το δεύτερο στάδιο, που είναι της αμφιβολίας και της αδράνειας, ο επαγγελματίας αρχίζει να καταλαβαίνει και να συνειδητοποιεί, πως **ενώ προσφέρει πάρα** πολλά, η εργασία του **δεν ανταποκρίνεται** στις προσδοκίες που έχει θέσει ο ίδιος, αλλά ούτε καν στις βαθύτερες ανάγκες του. Αρχίζει λοιπόν μια εσωτερική αναζήτηση με το εξής κύριο ερώτημα: «μήπως φταίει ο ίδιος;»

Με το πέρασμα του χρόνου, αρχίζει και αναζητά τις αιτίες που του προκαλούν αυτήν την απογοήτευση έξω από τον εαυτό του. Τις αναζητά στο εργασιακό περιβάλλον το οποίο και σιγά-σιγά από-ιδανικοποιεί.

Ζητήματα που στο παρελθόν του περνούσαν αδιάφορα, τώρα αρχίζουν να φαντάζουν σημαντικά προβλήματα. Αισθάνεται άσχημα που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται, εκφράζει ενστάσεις για το χαμηλό μισθό που λαμβάνει, το εξουθενωτικό ωράριο, την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους. Σε αυτήν την διαδικασία αποφεύγει να αναθεωρήσει και να αναπλαισιώσει τις υψηλές ή παράλογες προσδοκίες του.

Τρίτο στάδιο: Απογοήτευση και Ματαιίωση

Σ' ένα τρίτο στάδιο, της απογοήτευσης και ματαίωσης ο επαγγελματίας μπαίνει στην διαδικασία να αναρωτηθεί αν και πόσο αξίζει να συνεχίσει να απασχολείται σε ένα επάγγελμα, το οποίο δεν του προσφέρει ευχαρίστηση, παρά μόνο άγχος.

Σ' αυτό το στάδιο βιώνει συχνά κατάθλιψη, καθώς πιστεύει πως οποιαδήποτε προσπάθειά του είναι μάταια. Η πραγματικότητα γίνεται αντιληπτή ως ένα αδιέξοδο και νιώθει παγιδευμένος σ' αυτό.

Στην ουσία, το στάδιο αυτό, θεωρείται μεταβατικό, καθώς η απογοήτευση του επαγγελματία τον ωθεί, είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους που είχε θέσει στο παρελθόν και να αναπλαισιώσει και να τροποποιήσει την συμπεριφορά του, είτε να απομακρυνθεί από τον χώρο εργασίας και τους ασθενείς που του προκαλούν έντονο στρες.

Τέταρτο στάδιο: Απάθεια

Στο τέταρτο στάδιο, της απάθειας, ο επαγγελματίας της υγείας καταναλώνει σχεδόν μηδαμινή ενέργεια στην δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών και των εξυπηρετούμενων, καθώς νοιώθει πως δεν πληρεί τις προϋποθέσεις, έτσι ώστε να ανταποκριθεί σ' αυτές επαρκώς, αποποιείται και δεν επιθυμεί οποιαδήποτε υπευθυνότητα και διατηρεί την εργασιακή του θέση μόνο για λόγους επιβίωσης(Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος,1986).

3.3 Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι Schahfeli και Buunk (1992) κατατάσσουν τα συμπτώματα σε πέντε διαφορετικές κατηγορίες: στα ψυχολογικά, σωματικά, συμπεριφορικά, κοινωνικά και στις ευρύτερα προβληματικές συμπεριφορές. Στα ανωτέρω προστίθενται και τα οργανικά αίτια.

1. Ψυχολογικά αίτια και συμπτώματα:

Τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορούν να καταταχθούν ως αισθήματα κατάθλιψης, θυμού και απογοήτευσης. Επίσης αισθήματα γνωστικής και ψυχικής δυσκαμψίας, έντονης κριτικής, έλλειψη συγκέντρωσης και ηρεμίας. Αυτά τα συμπτώματα καταλήγουν σε ένα συναίσθημα «μειωμένης ατομικής ικανότητας» και δίνουν το έναυσμα για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

2. Σωματικά αίτια και συμπτώματα:

Τα σωματικά αίτια κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες:

- ο απροσδιόριστα σωματικά συμπτώματα εντάσεις όπως είναι οι πονοκέφαλοι, αϋπνία, μυϊκοί πόνοι και υπερβολική χρόνια κόπωση,
- ο ψυχοσωματικές διαταραχές όπως είναι το έλκος, γαστρικές διαταραχές και καρδιολογικά προβλήματα.
- ο φυσιολογικές (σωματικές) επιδράσεις στρες, όπως συχνότητα ανάπαυσης και καρδιολογικών παλμών, υπέρταση και υψηλά επίπεδα χοληστερόλης.

3. Συμπεριφορικά αίτια και συμπτώματα :

Σε αυτήν την κατηγορία η συμπεριφορά του ατόμου διαχωρίζεται μεταξύ αυτής που είναι απόρροια της έντασης (όπως η υπερενεργητικότητα, υπερβολικό κάπνισμα, καθώς και η σταδιακή αύξηση στην κατανάλωση της καφεΐνης, αλκοόλ και φαρμάκων) και της χαρακτηριστικής συμπεριφοράς μέσα στο εργασιακό περιβάλλον με μειωμένη παραγωγικότητα και αύξηση του αριθμού απουσιών.

4. Κοινωνικά αίτια και συμπτώματα:

Η εμφάνιση των κοινωνικών συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζονται κυρίως στο χώρο εργασίας. Όσοι υποφέρουν έχουν την τάση να απομακρύνονται και να απομονώνονται ψυχολογικά και σωματικά από τους συναδέλφους τους, ιδιαίτερα όταν η εργασία τους απαιτεί να έρχονται σε επαφή με άλλους π.χ ασθενείς, εξυπηρετούμενους. Η αδυναμία του ατόμου να επηρεάσει το κοινωνικό περιβάλλον συμβάλλει στην ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής

εξουθένωσης. Όσο η κοινωνική απομόνωση μεγαλώνει, τόσο η αδυναμία να επηρεάσει το κοινωνικό του περιβάλλον αυξάνεται.

5. Προβληματικές συμπεριφορές:

Αρνητισμός, κυνισμός, αδιαφορία, απαισιοδοξία και θυμός είναι οι πιο συνήθεις συμπεριφορές του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Άλλοι παράγοντες είναι: η δυσαρέσκεια με την εργασία, σαν αιτία αλλά και σαν σύμπτωμα. Αυτή συνεπάγεται μια αρνητική στάση προς τους συναδέλφους και κακή εξυπηρέτηση ασθενών.

6. Οργανωτικά αίτια και συμπτώματα:

Οι Maslach και Leiter (1998) αναφέρουν ορισμένες αιτίες του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης που έχουν άμεση σχέση με τον φορέα. Μερικές από αυτές είναι: υπερβολικό αριθμός εργασιακών υποχρεώσεων, έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, μειωμένη ικανοποίηση και απόσταση μεταξύ ατομικών και υπερεσιακών αξιών. Άλλες αιτίες, που θα αναλυθούν εκτενέστερα στην συνέχεια συνδέονται με την σύγκρουση ρόλων που ο εργαζόμενος υποχρεώνεται να αναλάβει, τις φιλοδοξίες που δεν είναι εφικτό να ικανοποιηθούν, τον τρόπο διοίκησης και την απουσία συμμετοχής στις αποφάσεις.

Παράγοντες ρόλου που συνδέονται με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης

Συμπερασματικά, τρεις παράγοντες ρόλου συνδέονται με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και την εργασία:

- **Σύγκρουση ρόλου:** ένα άτομο που έχει αντίθετες υπευθυνότητες αρχίζει να νοιώθει ότι καλείται να βρίσκεται σε πολλές κατευθύνσεις και να προσπαθεί να τα κάνει όλα εξίσου χωρίς να θέτει προτεραιότητες. Το αποτέλεσμα θα είναι το συναίσθημα της κόπωσης και της εξουθένωσης.

- **Ασάφεια ρόλου:** το άτομο δεν γνωρίζει τι πρέπει να κάνει. Γνωρίζει ότι πρέπει να είναι ένα καλός επαγγελματίας, αλλά δεν είναι σίγουρο πώς θα το επιτύχει αυτό, διότι δεν υπάρχει κάποιο μοντέλο ρόλου ή οδηγίες για να ακολουθήσει. Το αποτέλεσμα είναι ότι ποτέ δεν αισθάνεται ότι ολοκληρώνει κάτι που να αξίζει.
- **Απαιτήσεις ρόλου:** το άτομο δεν δύναται να αρνηθεί και συνεχίζει να αναλαμβάνει ευθύνες που δεν μπορεί να διεκπεραιώσει μέχρι τελικά να αναπτύξει το σύνδρομο.

Ένας επιπλέον παράγοντας, που μπορεί να συμβάλλει αρνητικά και σαφώς στην δημιουργία της επαγγελματικής κόπωσης, είναι η σύγκρουση που μπορεί να υπάρχει μέσα στην διεπαγγελματική συνεργασία. Η σύγκρουση είναι φυσικό επακόλουθο να εμφανίζεται στην διεπαγγελματική συνεργασία. Είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί είτε ως θετικό, είτε ως αρνητικό στοιχείο για την ανάπτυξη της ομάδας. Η σύγκρουση μπορεί να επιδράσει στην ομάδα αρνητικά και θετικά.

Η έννοια της σύγκρουσης είναι παρεξηγημένη, διότι συνδέεται συνειρμικά με τον πόλεμο. Παρόλα αυτά, η σύγκρουση εμπεριέχει τις έννοιες της πάλης των ιδεών, της αντιπαράθεσης του παλιού και του καινούργιου, αλλά και της έννοιας της κάθαρσης μέσα από την διαδικασία της σύγκρουσης. Επομένως, η σύγκρουση στην διεπαγγελματική συνεργασία θα πρέπει να προσεγγίζεται σαν μια ευκαιρία για ανάπτυξη (αρκεί η διαχείριση να γίνεται με σύνεση), και όχι σαν οποιαδήποτε αποφευκταία περίπτωση (Σαπουντζή, 1992).

Αίτια σύγκρουσης

Όπως υποστηρίζει Rowson (1994), τα αίτια που δημιουργούν σύγκρουση μέσα στην διεπαγγελματική συνεργασία και συνεπώς επαγγελματική εξουθένωση είναι αρκετά:

1. Ελλιπής επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών και διαφορετική τρόποι προσέγγισης και χρήσης της γλώσσας (Kilcoyne 1991, Rietroni 1992).
2. Δημιουργία συγκρούσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες για θέματα εξουσίας (Blane 1991).
3. Διαφορές σε θέματα ιδεολογίας (Stevenson 1985).
4. Συγχύσεις σχετικά με τους ρόλους (Ross και Sambell 1992, Oruku 1992).

Παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία της ομάδας υγείας

Οι Rubin και Beckhard (1972) υποστηρίζουν πως υπάρχουν πέντε παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία της ομάδας υγείας και κάτω από ορισμένες συνθήκες. Είναι πιθανόν να λειτουργήσουν ως παράγοντες πρόκλησης σύγκρουσης. Αυτοί είναι:

1. Οι στόχοι της ομάδας.
2. Οι προσδοκίες από την λειτουργία της ομάδας.
3. Η επικοινωνία μέσα στην ομάδα.
4. Η ηγεσία και η διαδικασία λήψης αποφάσεων.
5. Οι κανονισμοί λειτουργίας της ομάδας.

Πιο αναλυτικά, Ένας σημαντικός παράγοντας που παρεμβαίνει στην λειτουργία της ομάδας και γίνεται αιτία για συγκρούσεις και για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αντίληψη. Αυτό συμβαίνει διότι, η αντίληψη είναι ένα βασικό στοιχείο της ανθρώπινης συμπεριφοράς, σαν ένας παράγοντας που παρεμβαίνει μεταξύ του ερεθίσματος και της εκδηλωμένης συμπεριφοράς(King 1962).

Το εύρος των στοιχείων που επηρεάζουν την αντίληψη διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, όμως υπάρχουν και παράγοντες που επηρεάζουν γενικότερα την αντίληψη. Τέτοιοι είναι οι στάσεις, οι αξίες, τα στερεότυπα, ψυχογενής ανάγκες και οι μηχανισμοί

άμυνας, η γενική κουλτούρα του ατόμου και η υποκουλτούρα της ομάδας που ανήκει, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, η ποικιλία της επαγγελματικής εμπειρίας, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου και η εκπαίδευση του (Benjamin 1955, Allport, King 1981, Molzham και Northcott 1989).

Μπορεί να ειπωθεί πως είναι ακόμη πολλοί άλλοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την λειτουργία της ομάδας υγείας και να δημιουργήσουν τριβές και επαγγελματική εξουθένωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτικές συγκυρίες, ζητήματα άσκησης εξουσίας, διαφορές στην επαγγελματική εμπειρία, διαφορετικοί προσδιορισμοί ενός προβλήματος, ανεπαρκής οδηγίες, ανεπαρκής περιγραφή επαγγελματικών καθηκόντων και αρμοδιοτήτων (Allport 1935, King 1962, Mason 1981, Molzham και Northcott 1989).

Επιδράσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις

Εκτός από το χώρο της εργασίας επηρεάζονται σταδιακά και οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου.

Οι πιέσεις που νιώθει το άτομο περιλαμβάνουν:

- Οικογενειακό στρες: αναπτύσσονται προβλήματα ενδοοικογενειακών σχέσεων, διότι το άτομο είναι μονίμως απασχολημένο με την εργασία του, απουσιάζει αρκετές ώρες από σπίτι του και μεταφέρει τα προβλήματα της εργασίας στο σπίτι. Ο χρόνος που διαθέτει για την οικογένειά του είναι αρκετά περιορισμένος, αφορά μόνο τα αναγκαία και δεν ευχαριστείται την παρουσία των άλλων. Δεν μπορεί να οργανώσει το καθημερινό πρόγραμμα, να κάνει δουλειές με τους άλλους ή να τρώει με τους άλλους.
- Η άρνηση της δημιουργίας σχέσεων: σπάνια βλέπει ή μιλά με τους φίλους του. Επίσης σπάνια βγαίνει έξω με άλλα άτομα. Οι φίλιες τις αφήνει να τελειώσουν από την άρνηση για επικοινωνία ή την έλλειψη ευκαιριών να συναντήσει νέα άτομα.

- Φτωχή ποιότητα σχέσεων στην εργασία: όταν η κατάσταση φτάνει στα άκρα το άτομο αρχίζει και βλέπει εχθρούς στην δουλειά, ξεκινώντας από το τί ο συνάδελφος σκέφτηκε ή κοίταξε περίεργα μέχρι τον διευθυντή που είναι εναντίον του/της. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, αν συνεχιστεί για αρκετό χρονικό διάστημα, πολύ πιθανόν να οδηγήσει το άτομο σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη και τότε είναι σκόφρον να λάβει ψυχοθεραπευτική βοήθεια ή φαρμακευτική αγωγή (Potter, 1998).

Κεφάλαιο 4^ο: **Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους γιατρούς, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς**

- 4.1 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε Γιατρούς
- 4.2 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε Νοσηλευτές
- 4.3 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε Κοινωνικούς
λειτουργούς

Εισαγωγή

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να οριστεί ως ο συνδυασμός σωματικών, ψυχολογικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών παραγόντων. Ο γιατρός, ο νοσηλευτής, ο κοινωνικός λειτουργός και ο ψυχολόγος είναι μερικοί από τους επαγγελματίες που επηρεάζονται από το σύνδρομο, εξαιτίας του ενδιάμεσου ρόλου που καλούνται να πάρουν μεταξύ εξυπηρετημένου και οργάνωσης, καθώς και τον περιορισμό των πόρων σε σχέση με τις πιεστικές ανάγκες του κόσμου για βοήθεια.

4.1 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους γιατρούς

Σύμφωνα με τους ερευνητές της ψυχοκοινωνικής ομάδας της διεθνούς εταιρίας Παιδιατρικής Ογκολογίας στα πλαίσια των οδηγιών (guidelines) δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο του επικεφαλής της ομάδας (team leader), στην πρόληψη αλλά και στην διευθέτηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως φαίνεται παρακάτω:

1. Προσοχή στην επιλογή του προσωπικού
2. Ανάθεση ρόλου στα μέλη της ομάδας
3. Δικαίωμα συμμετοχής στις αποφάσεις
4. Εναλλαγή υπευθυνότητας/ αρμοδιοτήτων (rotation)
5. Σύγκληση διεπιστημονικής ομάδας και συζήτηση προβλημάτων σε καθημερινή βάση.
6. Επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας σε καθημερινή βάση (κοινωνική στήριξη).
7. Επικοινωνία και συζήτηση με τον ψυχολόγο (εξατομικευμένα ή ομαδικά)
8. Εκπαιδευτική ή κοινωνική άδεια.
9. Συνεργασία με ομάδα γονέων- αλληλεγγύη.
10. Περιοδική επικοινωνία με τον επικεφαλής της ομάδας για εφ' όλης της ύλης θέματα.

Οι ίδιοι ερευνητές συνιστούν τα παρακάτω στον επαγγελματία υγείας:

- Αναζήτηση προσωπικών ορίων στη δραστηριότητα και στο χρόνο
- Αποφυγή υπερεμπλοκής.
- Συζήτηση με τους συναδέλφους για τις προσωπικές ανάγκες του καθενός
- Ανάπτυξη κοινωνικής σχέσης μεταξύ της ομάδας
- Διάθεση χρόνου για ανάπαυση, για προσωπικές επιλογές (τέχνες, αθλητισμός κ. α)
- Διατήρηση υγιούς ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (Emery, 1990).

Οι γιατροί σε ογκολογικές μονάδες παιδιών

Υπάρχει ιδιαιτερότητα στην φροντίδα παιδιών που πάσχουν από χρόνια και απειλητική για την ζωή αρρώστια. Ιδιαιτερότητα που προσδίδει ξεχωριστό πλαίσιο στη θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης του επαγγελματία υγείας γιατί ο εργαζόμενος:

- Βιώνει συναισθηματική φόρτιση που απορρέει από την μακροχρόνια ενασχόληση με συγκεκριμένα παιδιά και γονείς.
- Γίνεται μάρτυρας παιδιών και γονιών που υποφέρουν.
- Μπορεί να βιώνει περισσότερο από ένα θάνατος σε σύντομο χρονικό διάστημα και ο χρόνος που απαιτείται για την διεργασία θρήνου δεν επαρκεί.
- Πρέπει να ανασυντάξει τις δυνάμεις του για να προσφέρει στο επόμενο παιδί που έχει ανάγκη.
- Κατακλύζετε από ενοχικά συναισθήματα όταν οι προσδοκίες για να συγκεκριμένο παιδί δεν επαληθεύονται.
- Πρέπει να πείθει τους άλλους επαγγελματίες υγείας και μη συνεργάτες ότι «αξίζει τον κόπο»
- Μπορεί να συγκρούετε με συνεργάτες για θέματα απλά και καθημερινά.
- Μπορεί να είναι γονιός οπότε ταυτίζει αλλά και ταυτίζεται

- Πρέπει να συνεχίσει τις υπόλοιπες επιστημονικές δραστηριότητες και την προσωπική του ζωή όπου συχνά μεταφέρει άγχος και προβληματισμό.
- Αποκτά άλλη θεώρηση ζωής, διαχωρίζει το σημαντικό από το ασήμαντο και αποδέχεται ότι τίποτα δεν είναι δεδομένο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1986).

Οι απαιτήσεις της οικογένειας από τον γιατρό είναι μεγάλες και πολυεπίπεδες: θέλει γιατρό με βαθιά γνώση του αντικειμένου της Παιδικής Ογκολογίας, απαιτεί συνεχή ενημέρωση, προσδοκά ανθρώπινη σχέση και προσέγγιση και δεν συγχωρεί αβλεψία και αδιαφορία.

Για τον γονιό υπάρχει πάντοτε «άλλοθι» συμπεριφοράς, απαιτήσεων ακόμη ανυπακοής. Για τον γιατρό ποτέ. Η απειλή της εξουθένωσης έχει συνέπειες στο άτομο, την ομάδα και κατά επέκταση στα ίδια τα παιδιά και τις οικογένειες τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2002).

Λόγοι δημιουργίας στρες στους επαγγελματίες υγείας

Παρακάτω εκτίθενται **τέσσερις σοβαροί ιατρικοί λόγοι** που ενδέχεται να δημιουργήσουν σοβαρό στρες στον επαγγελματικό υγείας, ενώ παράλληλα περιγράφονται πιθανή μηχανισμοί περιορισμού ή και απόσβεσης (Spinetta, Jancovic, Ben Arush, Eden, 2000):

1. Όταν ένας επαγγελματίας υγείας αποφασίσει να ασχοληθεί με το παιδί που πάσχει από καρκίνο που σημαίνει ότι γνωρίζει πως κάποια από τα παιδιά που θα γνωρίσει, θα ζήσει και θα αγαπήσει δεν θα μπορέσουν να κερδίσουν την μάχη. Εάν αυτή η γνώση δεν τον αποτρέψει από την παιδιατρική ογκολογία σημαίνει φροντίζει το συγκεκριμένο παιδί, ότι στηρίζει παιδί και οικογένεια και προσφέρει ό, τι η γνώση και η εμπειρία επιβάλλουν χωρίς να τον επηρεάζει η πιθανά αναμενόμενη αρνητική πορεία.

Με την πάροδο χρόνου συνειδητοποιεί ότι σήμερα δεν ιώνται όλα τα παιδιά που πάσχουν από καρκίνο.

2. Θα πρέπει να αποδεχτεί ότι η δουλειά του προϋποθέτει μακρά ενασχόληση με γονείς και παιδιά χωρίς χρονικούς περιορισμούς και ότι εκπλήξεις και μη αναμενόμενες εξελίξεις είναι επώδυνες και ανατρέπουν συζητήσεις και προγνωστικά. Όταν ο γονιός ενημερώνετε ότι το παιδί του έχει 70% πιθανότητες ίασης, είναι ανθρώπινο και φυσιολογικό να μην υπάρχει ή να υπάρχει «λίγο» το 30%.

Με την πάροδο χρόνου συνειδητοποιεί ότι η συμπεριφορά κάθε νόσου δεν είναι πάντα προβλεπόμενη.

3. Θα πρέπει να αποδεχτεί ότι η θεραπεία που χρησιμοποιεί είναι τοξική που σημαίνει ότι κάποια παιδιά, παρά την πλήρη προσφορά προληπτικών μέτρων και υποστηρικτικής αγωγής μπορεί να χαθούν κατά την διάρκεια της θεραπείας και ενώ η νόσος τους βρίσκετε σε ύφεση.

Με την πάροδο του χρόνου συνειδητοποιεί ότι η άμυνα του κάθε παιδιού στην τοξικότητα δεν είναι ίδια και ότι θεραπεία για την ζωή έχει κόστος.

4. Θα πρέπει να γνωρίζει ότι αν και τα περισσότερα από τα παιδιά που πάσχουν από καρκίνο ιώνται, απαιτείται μακρά παρακολούθηση και ενημέρωση για τους κινδύνους που πιθανά απειλούν το μέλλον τους (Spinetta, Jancovic, Ben Arush, Eden, 2000).

Παρακάτω παρατείνονται προσωπικές απόψεις και εμπειρίες και «συμβουλές» πρόληψης, αποφυγής ή και αντιμετώπισης της εξουθένωσης:

Παρουσίαση αληθινής ιστορίας:

Σύμφωνα με την Βασιλάτου-Κοσμίδη, Σ.(2008:884-885), «Κορίτσι με οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία χαμηλού κινδύνου (καλής πρόγνωσης) σε ύφεση, ένα μήνα πριν

από την συμπλήρωση της θεραπείας προσέρχεται με έντονο πονοκέφαλο. Στα πλαίσια του ελέγχου γίνεται οσφιονωτιαία παρακέντηση και διαπιστώνεται υποτροπή.

Στον διάδρομο του εξωτερικού ιατρείου υπάρχει αναστάτωση, οι γονείς του παιδιού με βλέμμα γεμάτο αγωνία νιώθω να μας «ψάχνουν», περιμένουν να ακούσουν το αποτέλεσμα της εξέτασης ενώ οι άλλοι γονείς πλησιάζουν άλλοτε εύγλωττα βουβοί και άλλοτε έτοιμοι να ψελλίσουν δυο λέξεις.

Οι νοσηλεύτριες με κινήσεις αμηχανίας κυκλοφορούν ανάμεσα σε γονείς και παιδιά, η γιατρός κρυμμένη στα χαρτιά της σχολιάζει τα αποτελέσματα και συζητά με συντριβή με τους συναδέλφους της. Την ώρα εκείνη τα άλλα παιδιά, τα άλλα προβλήματα παραμερίζονται. Και εγώ κινούμαι ανάμεσα στο προσωπικό, γονείς και παιδιά ψάχνοντας να βρω αληθινά αλλά μαλακά, λιγότερο βαριά και νιώθω ακόμα μια φορά ότι χάνω τα όρια ομάδας υγεία- οικογένειας. Απαντώ και συμμετέχω στα άλλα προβλήματα του τμήματος μάλλον μηχανικά, οι κινήσεις μου είναι μηχανικές.

Η γραμματέας του τμήματος με δική της πρωτοβουλία δεν μεταφέρει τηλεφωνήματα αλλά κρατά ονόματα και αριθμό. Η εθελόντρια εργοθεραπεύτρια «μαζεύει» τα υπόλοιπα παιδιά κοντά της. Επιβεβαιώνω τα κακά νέα προσπαθώντας να βρω τις πιο απαλές λέξεις του πιο μεγάλου ειδικού βάρους και ελπίζω ο μυελός του παιδιού να είναι φυσιολογικός. Την ελπίδα αυτή καταθέτω στους γονείς. Οι γονείς επιλέγουν αν το πληροφορηθούν από το τηλέφωνο.

Στο γραφείο των γιατρών υπάρχει αναστάτωση. Ένα μούδιασμα και ένας θυμός που «βγαίνει» με όξυνση, ένταση φωνής και αντίδρασης. Η ψυχολόγος επισημαίνει: είναι φυσιολογική αντίδραση. Αργότερα, συναντώ νοσηλεύτρια της απογευματινής βάρδιας. Ήξερε ήδη! Τα αποτελέσματα από την εξέταση του μυελού είναι φυσιολογικά. Σπεύδω να τηλεφωνήσω τα νέα. Έχω (έχει το παιδί- έχουν οι γονείς- έχουμε όλοι) λόγο να παλέψουμε. Υπάρχει αύριο και η αίσθηση αυτή διαχέεται σε όλο το προσωπικό. Μιλάμε με τους άλλους γονείς, παίζουμε μα τα παιδιά, απαντάμε στις ερωτήσεις, επιλύουμε άλλα προβλήματα.

Εξακολουθούμε να «παίρνουμε» από την δουλεία μας, εξακολουθούμε να επενδύουμε στην δουλειά μας».

Πως θα ονόμαζε ο ειδικός αυτό που βίωσε η παραπάνω επαγγελματίας; Οξύ στρες; Οξεία ένταση; Οξεία κρίση; Πιθανά επί εδάφους συσσωρευμένου άγχους. Πάντως όχι εξουθένωση.

Ποιοι είναι λοιπόν οι παράγοντες κινδύνου δημιουργίας σοβαρής έντασης στον εργαζόμενο στο παιδιατρικό ογκολογικό τμήμα;

Πρόκειται για παράγοντες που σχετίζονται με το ίδιο το παιδί, την υποκείμενη νόσο και την πρόγνυσή της. Την στάση των γονέων και άλλες ειδικές συνθήκες.

Από όσα έχουν αναφερθεί γίνεται κατανοητό ότι στον χώρο της παιδιατρικής ογκολογίας η ένταση, το άγχος, το στρες και η ψυχική καταπόνηση σε διάφορα μεγέθη και αποχρώσεις είναι ο κανόνας. Σημασία έχει να δίδεται χώρος και χρόνο στον εργαζόμενο για να τα μεταβολίσει και να τα επεξεργαστεί μεθοδικά και αποτελεσματικά έτσι ώστε να περιορίζεται η έντασή τους και να αποφεύγεται η αθροιστική δράση στην εμφάνιση του επόμενου- αναμενόμενου ή μη ερεθίσματος.

Όσο τα παραπάνω «αποσυμπιέζονται» και η έντασή τους μειώνεται, ο εργαζόμενος απομακρύνεται από τα στάδια της απογοήτευσης και της απάθειας, συνεχίζει να επενδύει στο έργο του και δεν υφίσταται επαγγελματική εξουθένωση.

Σύμφωνα με την Βασιλάτου- Κοσμίδη, Σ. (2008:886) «απαντά στα ερωτήματα «πώς αντέχεις;», «πώς μπορείς;»

- *«Μπορώ και αντέχω γιατί βλέπω γύρω μου “τέως ασθενείς: παιδιά, εφήβους, άνδρες, γυναίκες με τα παιδιά τους, βλέπω την ζωή.»*
- *Μπορώ και αντέχω γιατί με τιμούν με τον σεβασμό και την φιλία του γονείς που μας συνδέει ένα παιδί που δεν είναι πια μαζί μας».*

4.2 Το σύνδρομο επαγγελματική εξουθένωσης στους νοσηλευτές

Στα μέσα τις δεκαετίας 1970 οι ερευνητές ασχολήθηκαν συστηματικά με τη επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Ο λόγος που δόθηκε τόσο προσοχή στην εξουθένωση των νοσηλευτών είναι προφανείς: οι νοσηλευτές θεωρούνται επαγγελματική ομάδα ιδιαίτερα ευάλωτη στον κίνδυνο της εξουθένωσης εξαιτίας της έντονης στρεσογόνου φύσης της εργασίας τους.

Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών διαπιστώθηκε ότι συνδέεται με χαρακτηριστικά του επαγγελματικού τους όπως ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, μια αντιλαμβανόμενη δυσαρμονία ανάμεσα στην συναισθηματική επένδυση και τα πραγματικά αποτελέσματα στις σχέσεις με τους ασθενείς και μια μειωμένη αίσθηση αυτοπραγμάτωσης (Αντωνίου,2008).

Σύμφωνα με την υπαρξιστική άποψη, η βασική αιτία της εξουθένωσης έχει τις ρίζες της, στην ανάγκη των ανθρώπων να πιστεύουν ότι η ζωή τους έχει νόημα, ότι αυτά που κάνουν είναι χρήσιμα ,σημαντικά, ακόμη και ηρωικά. Για αυτό το λόγω ξεκινούν συχνά την σταδιοδρομία τους με μεγάλες ελπίδες, προσδοκίες και στόχους γεμάτη ιδεαλισμό και κίνητρα. Όταν αυτά τα άτομα με τα ισχυρά κίνητρα και την μεγάλη αφοσίωση αισθάνονται ότι η εργασία τους είναι ασήμαντη αρχίζουν να νοιώθουν αδύναμοι και απελπισμένοι και ενδεχομένως καταλήγουν στην εξουθένωση (Αντωνίου,2008).

Σύμφωνα με την υπαρξιακή άποψη, η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών προκαλείται από την αίσθηση ότι η δουλειά τους είναι ασήμαντη και δεν έχει καμία σημασία για τους ασθενής. Για παράδειγμα, γιατί ο φόρτος εργασίας προκαλεί εξουθένωση στους νοσηλευτές; Επειδή τους εμποδίζει να κάνουν την δουλειά τους με τον τρόπο που πιστεύουν ότι θα έπρεπε να γίνετε και κατά συνέπεια τους εμποδίζει να αισθανθούν ότι η δουλειά τους γίνεται με επιτυχία και ότι έχει νόημα.

Η αντιλαμβανόμενη δυσαρμονία ανάμεσα στην συναισθηματική επένδυση και τα αποτελέσματα στις σχέσεις με τους ασθενείς, είναι μια αιτία επαγγελματικής εξουθένωσης για τον ίδιο λόγο: εμποδίζει τους νοσηλευτές να αισθανθούν ότι η δουλειά τους γίνεται με επιτυχία και ότι έχει νόημα. Η μειωμένη αίσθηση αυτοπραγμάτωσης

εκφράζει την ουσία της αποτυχίας να αντλήσει το άτομο υπαρξιακό νόημα από την δουλειά του (Αντωνίου,2008).

Αν γίνει δεκτό το γεγονός ότι οι νοσηλευτές κάνουν προσπάθεια να αντλήσουν μια αίσθηση υπαρξιακού νοήματος από την εργασία τους, το επόμενο ερώτημα που απομένει να απαντηθεί είναι γιατί επιλέγουν να το κάνουν αυτό μέσω της νοσηλευτικής. Όταν οι νοσηλευτές ερωτώνται γιατί διάλεξαν αυτό το επάγγελμα η απάντησή τους περιλαμβάνει σχεδόν πάντα μια αναφορά στη βοήθεια που ήθελαν να προσφέρουν στους αρρώστους και στους ετοιμοθάνατους.

Υποστηρίζοντας αυτήν την άποψη, έρευνες δείχνουν επίσης ότι η ανάγκη για έλεγχο, συνειδητά ή ασυνείδητα παίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση να γίνει κάποιος νοσηλευτής (Αντωνίου,2008).

4.3 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των κοινωνικών λειτουργών

Σύμφωνα με τον Davies (1998), η κοινωνική εργασία υπήρξε πάντα ένα επάγγελμα απέναντι στο οποίο η κοινωνία στέκεται αμφιθυμικά. Είναι ένα επάγγελμα που αμείβεται χαμηλά σε σύγκριση με τις υπηρεσίες που προσφέρει και ταυτόχρονα ένα επάγγελμα που υπάρχει έλλειψη θέσεων απασχόλησης. Η σύγχρονη κοινωνική εργασία βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης.

Σύμφωνα με τη Δούκα (2003) οι κοινωνικοί λειτουργοί που πάσχουν από το σύνδρομο, αισθάνονται ότι δεν υπάρχουν απαντήσεις στα αιτήματά τους και σ' αυτά που συμβαίνουν στην υπηρεσία τους. Αισθάνονται ότι οι συνάδελφοί τους δεν είναι συνεργάσιμοι ενώ ταυτόχρονα και οι ίδιοι αισθάνονται αδύναμοι να επιφέρουν αλλαγές στο χώρο τους. Αυτό οδηγεί στην μεγαλοποίηση των προβλημάτων στη δουλειά τους, στην παθητικότητα και στην αποστασιοποίηση.

Επιπλέον, η εργασία σε οργανισμούς ή υπηρεσίες μη κερδοσκοπικού ή δημόσιου χαρακτήρα έχει τη θετική της πλευρά, υπό την έννοια ότι ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά ανθρώπους, πράγμα που δίνει στο αντικείμενό του σκοπό και νόημα. Παρόλα αυτά οι

πιέσεις που απορρέουν από το αντικείμενο προερχόμενες από δύο πλευρές, τον εξυπηρετούμενο και την υπηρεσία, βρίσκουν τον κοινωνικό λειτουργό να ακροβατεί μεταξύ των δύο και άρα να εμφανίζει σημάδια κόπωσης.

Σύμφωνα με τη Δούκα (2003), το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης συνδέεται άμεσα με την κοινωνική εργασία και οφείλεται στην συστηματική επαφή με ανθρώπους που χρειάζονται βοήθεια. Συμβαίνει όταν ο εξυπηρετούμενος έχει χρόνια και πολύπλοκα προβλήματα ή όταν τα αιτήματά του είναι αδύνατον να ικανοποιηθούν από τις υπάρχουσες πηγές. Ο εξυπηρετούμενος που ζητά βοήθεια από μία υπηρεσία φροντίδας προσδοκά να του δοθούν λύσεις σε όλα του τα προβλήματα. Ο παρέχων την υπηρεσία επίσης έχει προσδοκίες από τις ικανότητές του να παρέχει βοήθεια. Όταν η σχέση μεταξύ των δύο δεν εκπληρώνει τις προσδοκίες τους δημιουργούνται ενοχές στον κοινωνικό λειτουργό που μπορεί να μην είναι συνειδητές, αλλά σίγουρα τον επιβαρύνουν συναισθηματικά.

Κεφάλαιο 5^ο: Τρόποι αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

5.1 Παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο

5.2 Παρέμβαση σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο

Εισαγωγή

Τα μέτρα που περιγράφονται στο κεφάλαιο αυτό αποτελούν εναλλακτικές προτάσεις που χρησιμεύουν ως κατευθυντήριες γραμμές στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Στην αρχή αναφέρονται ορισμένες ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας την ευθύνη των οποίων φέρει ο ίδιος ο εργαζόμενος. Στην

συνέχεια περιγράφονται μερικές οργανωτικές παρεμβάσεις την ευθύνη τον οποίο φέρει η διοίκηση ενός νοσοκομείου ή μιας υπηρεσίας.

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο (1999), συχνά επικρατεί η πεποίθηση 'ότι ο επαγγελματίας Υγείας και Ψυχικής Υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον ψυχικό και συναισθηματικό πόνο που βιώνει ο ασθενής που φροντίζει, αλλά αντιθέτως, να ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτουργήμα». Η παραπάνω πεποίθηση ενισχύει το μύθο της παντοδυναμίας του επαγγελματία και συνάμα τον καθιστά ιδιαίτερος ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση.

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της εξουθένωσης που υφίσταται ο επαγγελματίας προϋποθέτουν την αμφισβήτηση της παραπάνω πεποίθησης και την αναγνώριση πως, για να μπορέσει να φροντίσει και να συνοδεύσει τον ασθενή στην πορεία του ο επαγγελματίας οφείλει να φροντίζει παράλληλα και τον εαυτό του.

Σύμφωνα με τη Δούκα η κατανόηση του ατόμου στο χώρο της εργασίας του μπορεί να είναι το κλειδί τόσο για την επαγγελματική επιτυχία του, όσο και για την αποφυγή της εξουθένωσης. Επισημαίνονται έξι σημεία επαγγελματικής ικανοποίησης για κάθε εργαζόμενο στο χώρο της υγείας και της ψυχικής υγείας.

Ο επαγγελματίας:

- Να ικανοποιεί τις ανάγκες του ενώ ταυτόχρονα ικανοποιεί τα αιτήματα των άλλων.
- Να παραμένει επικεντρωμένος στο αντικείμενό του.
- Να μαθαίνει από τα λάθη του και να μην τα επαναλαμβάνει.
- Να αξιολογεί την καριέρα του.
- Να καλλιεργεί εναλλακτικές μορφές ικανοποίησης.
- Να μη θυσιάζει και να μη διακινδυνεύει την επαγγελματική του ακεραιότητα.

Βέβαια, σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο (1999), η καθημερινή αντιμετώπιση της ασθένειας της αναπηρίας, του πόνου και του θανάτου των ασθενών είναι που καθιστούν τον επαγγελματία ευάλωτο. Επομένως, ίσως παρόλα αυτά η εξουθένωση να μην μπορεί να αποφευχθεί πλήρως, αλλά τουλάχιστον τα αυξημένα επίπεδά της μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση.

5.1. Παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο

Σύμφωνα με τον Stearns (1997), οι επαγγελματίες που εργάζονται σε θέσεις με χρόνιο στρες είναι απαραίτητο να βρουν τους προσωπικούς τους υγιείς τρόπους για να το αντιμετωπίσουν. Υπάρχουν πολλά προληπτικά μέτρα που μπορούν να πάρουν οι επαγγελματίες ώστε να αποφύγουν τις υπερβολικές αντιδράσεις λόγω του στρες, όπως είναι για παράδειγμα το «Burn out».

Οι μηχανισμοί προσαρμογής

Οι επαγγελματίες που παρέχουν ανακούφιση δεν είναι πάντα επαρκώς προετοιμασμένοι για τις θέσεις που καταλαμβάνουν, ειδικότερα αν η οργάνωσή τους καλείται να αντιμετωπίσει επείγουσες καταστάσεις. Συνήθως, έχουν πολύ λίγο χρόνο για να προσαρμοστούν πριν αναγκαστούν να αναλάβουν πολλαπλές αρμοδιότητες. Ο καθένας επαγγελματίας έχει και πράγματι χρειάζεται, τους δικούς του προσαρμοστικούς μηχανισμούς που πρέπει να λειτουργούν επαρκώς (Stearns, 1997).

Η προγενέστερη γνώση

Η επαρκής προετοιμασία είναι κριτικής σημασίας για να γίνουν οι επαγγελματίες λιγότερο ευάλωτοι. Πριν τους ανατεθούν τα νέα τους καθήκοντα είναι βασικό να συγκεντρώσουν οι ίδιοι όσο το δυνατόν πιο πολλές και ουσιαστικές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Η προγενέστερη γνώση βοηθά έτσι τη συναισθηματική προετοιμασία του επαγγελματία (Stearns, 1997).

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο επαγγελματίας βιώνει στρες επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν ο ίδιος

οδηγηθεί προοδευτικά στην εξουθένωση. Στην ουσία, τα συμπτώματα της εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στη ζωή του (Stearns, 1997).

Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας για τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με τους συναδέλφους και προϊσταμένους, καθώς και τη δουλειά του γενικότερα συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών εξ αυτών.

Κάθε επαγγελματίας είναι σημαντικό να διερευνά τα προσωπικά κίνητρα που τον ώθησαν να επιλέξει ένα επάγγελμα άμεσα συνδεδεμένο με τη φροντίδα ατόμων που υποφέρουν και πονούν. Οι προσωπικές προσδοκίες, οι ανάγκες και οι στόχοι του επαγγελματία ανάλογα με το πώς αυτές διαμορφώνονται επηρεάζουν τη συμπεριφορά του και συχνά αποτελούν μία από τις σημαντικότερες πηγές πρόκλησης χρόνιου στρες (Stearns, 1997).

Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί ο επαγγελματίας του επιτρέπει να αξιολογήσει ποιες έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στη ρύθμιση των συναισθημάτων του και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας, καθώς και ποιες δυσχεραίνουν την προσαρμογή του, αυξάνοντας έτσι το στρες που βιώνει. Κάθε επαγγελματίας της υγείας καλείται να διαφοροποιήσει τις συνθήκες που μπορούν να τροποποιηθούν με την κατάλληλη παρέμβαση από εκείνες που δεν επιδέχονται αλλαγές, αλλά απαιτούν την προσαρμογή του σ' αυτές (Stearns, 1997).

Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Έρευνες τονίζουν ότι η υποστήριξη που ένα άτομο δέχεται από το περιβάλλον του μειώνει τόσο το στρες που βιώνει όσο και τις πιθανότητες να νοσήσει (Stearns, 1997).

Η υποστήριξη λειτουργεί προστατευτικά και θεραπευτικά πάνω στο άτομο. Τόσο η συχνότητα όσο και η ποιότητα της υποστήριξης αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της αποτελεσματικότητας της. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο επαγγελματίας να θέτει πολλαπλά υποστηρικτικά δίκτυα, έτσι ώστε να μην προσβλέπει στην αποκλειστική στήριξη ενός ατόμου (συνήθως του συντρόφου) (Stearns, 1997).

Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες

Για την ψυχική ισορροπία του επαγγελματία σημαντική είναι η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που του παρέχουν τη δυνατότητα να δημιουργήσει, να εκτονωθεί, να ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα. Σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο (1999) η σημασία της κατανομής του χρόνου και της ενέργειας εστιάζεται σε τέσσερις τομείς της ζωής ενός ατόμου:

- Την εργασία
- Τη σχέση με την οικογένεια και τους φίλους
- Τη σχέση με τον εαυτό
- Τη διασκέδαση

Στην προσωπική ζωή, η φροντίδα της σωματικής υγείας, η σωστή διατροφή, η τακτική σωματική άσκηση, ο έλεγχος των κακών συνηθειών, καθώς και η επάρκεια χαλάρωσης και ανάπαυσης συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην προστασία του επαγγελματία από τις επιπτώσεις χρόνιου στρες.

Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή του χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του. Η αλλαγή χώρου εργασίας θεωρείται μία εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης όταν αυτό δεν αποτελεί αντίδραση φυγής και δεν είναι αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

5.2. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο

Σύμφωνα με τον Stearns (1997), η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσής του καθώς και της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Ο χώρος εργασίας είναι σημαντικό θα θεσπίζει σαφή κριτήρια για την πρόσληψη προσωπικού που θεωρεί ως κατάλληλο να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες λειτουργίας του.

Πέρα από τις γνώσεις και την πείρα του επαγγελματία, πρέπει να συνεκτιμώνται οι διάφοροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αφού οι ίδιοι επηρεάζουν την προσαρμογή και την απόδοσή του σε ένα συγκεκριμένο χώρο εργασίας. Τα κίνητρα και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο χώρο εργασίας μπορεί να δράσουν θετικά στην απόδοσή του (Stearns, 1997).

Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν αυξάνουν τον αυτοέλεγχο, την υπευθυνότητα και την ανθεκτικότητά του, στις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας.

Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο τμήμα το οποίο διοικείται δημοκρατικά αναπτύσσονται στάσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του κάθε επαγγελματία και προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη τα οποία αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες στο πλαίσιο ορισμένων ή καθορισμένων κανονισμών που αφορούν τη λειτουργία του τμήματος (Stearns, 1997).

Επιπλέον, ο **προϊστάμενος έχει μεν ηγετικό ρόλο, αλλά ενδιαφέρεται** και για τις εμπειρίες, τις απόψεις και τις διαφορετικές γνώμες των εργαζομένων με τους οποίους συζητά από κοινού τα προβλήματα που προκύπτουν και μαζί αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισής τους.

Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη κυρίως σε τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζομένους. Η ενασχόληση με ασθεनेίς καλής πρόγνωσης, η συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα,

η παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων, η διδασκαλία, ακόμα και η ανάληψη γραφειοκρατικών ευθυνών συμβάλλουν στην πολυμορφία της εργασίας του επαγγελματία από την οποία αντλεί ικανοποιήσεις που τον αναζωογονούν (Stearns, 1997).

Η δυνατότητα διαλλειμάτων και ειδικών αδειών μετ' αποδοχών, δίνουν την ευκαιρία στον επαγγελματία να απομακρυνθεί για λίγο από το χώρο εργασίας, πριν εκδηλώσει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τους εργαζομένους οι οποίοι δεν νιώθουν ακινητοποιημένοι σε ένα συγκεκριμένο ρόλο και σε καθήκοντα που με την πάροδο του χρόνου ασκούνται μηχανικά.

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης δίνει την ευκαιρία στους επαγγελματίες:

- Να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την ασθένεια, την αναπηρία, το 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 περιστατικών και
- Να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους (Stearns, 1997).

Η συμβουλευτική εποπτεία απευθύνεται σε ένα εργαζόμενο ή μία ομάδα επαγγελματιών που με την υποστήριξη ειδικού συμβούλου αναγνωρίζουν και αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητές τους για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας. Η βοήθεια που παρέχει ο σύμβουλος δεν στηρίζεται στην άποψη ότι το μέλος του προσωπικού υγείας είναι προβληματικό και χρειάζεται ψυχοθεραπεία

αντιθέτως θεωρεί τον επαγγελματία ικανό και υπεύθυνο στο ρόλο του και συνεργάζεται μαζί του για την κατανόηση της κατάστασης που τον δυσκολεύει (Stearns, 1997).

Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης συμβάλλουν στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων, ιατρονοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων. Οι ψυχολογικές γνώσεις βοηθούν στην κατανόηση των αντιδράσεων του ασθενή και της οικογένειας και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξή τους. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οποιαδήποτε εκπαίδευση να ενθαρρύνει το βαθύτερο προβληματισμό σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών και τη φιλοσοφία που διέπει τη φροντίδα που παρέχουν στον ασθενή και την οικογένειά του (Stearns, 1997).

2^ο Μέρος

Κεφάλαιο 6^ο : Έρευνα

6.1 Μεθοδολογία της έρευνας

6.2 Προσδιορισμός του αντικειμένου της έρευνας

6.3 Θέματα που προέκυψαν

6.4 Αναφορά σε συναφείς έρευνες

Εισαγωγή

Το δεύτερο μέρος της Πτυχιακής εργασίας περιλαμβάνει την διεξαγωγή της έρευνας.

Όπως διαπιστώνεται και στον τίτλο, δημιουργήθηκε η επιθυμία να διερευνηθεί κατά πόσο η ενασχόληση με το παιδί που πάσχει από καρκίνο ενισχύει την επαγγελματική κόπωση των επαγγελματιών (γιατροί, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί) περισσότερο από ότι η ενασχόληση με άλλα θέματα υγείας και ψυχικής υγείας. Το πεδίο μελέτης που ορίστηκε ήταν:

- Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία (Αττική)
- Νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού (Αττική)
- Α.Χ.Ε.Π.Α. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο (Θεσσαλονίκη)
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (Ηράκλειο)

6.1. Μεθοδολογία της έρευνας

Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε για να διεκπεραιωθεί η έρευνα, ήταν η ΠΟΣΟΤΙΚΗ έρευνα.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο οι τελειόφοιτες το δανείστηκαν από την αξιότιμη κυρία Τριγώνη Μαρία, που το κατασκεύασε με τους

αξιόλογους απόφοιτους Αντωνίου Κούλα και Γεωργίου Δήμητρα, για την εκπόνηση της δικής τους πτυχιακής εργασίας με θέμα: “Επαγγελματική κόπωση των εργαζομένων στις Ογκολογικές κλινικές και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου”2003.

Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να αναφερθεί πως δεν χρησιμοποιήθηκε αυτούσιο το ερωτηματολόγιο, αλλά έγιναν τροποποιήσεις, ώστε να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της δικής μας έρευνας. Τροποποιήσεις που τις ενέκρινε η Κα Τριγώνη Μαρία.

Το **δείγμα** προς διερεύνηση συλλέχθηκε με την **μέθοδο** της μη τυχαίας δειγματοληψίας ευκολίας.

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009), κατά την δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία, προκύπτει και αξιοποιεί το λεγόμενο δείγμα ευκολίας, το οποίο αποτελείται από άτομα, τα οποία είναι διαθέσιμα ή εύκολα προσβάσιμα.

Ουσιαστικά, με αυτή την μέθοδο οι ερευνήτριες μπορούν να χρησιμοποιήσουν οποιαδήποτε ομάδα ατόμων του υπό μελέτη πληθυσμού. Βασικό κριτήριο για την συμμετοχή και την επιλογή των ατόμων στο δείγμα είναι : *το γεγονός ότι μπορεί να βρίσκονται σε ένα προσβάσιμο γεωγραφικό χώρο ή στο κατάλληλο σημείο την κατάλληλη ώρα.*

Η εισαγωγή των μελών ή των στοιχείων συνεχίζεται ώσπου να συμπληρωθεί ο αριθμός του δείγματος που έχουν ορίσει οι ερευνήτριες.

Έτσι λοιπόν, οι ερευνήτριες χρησιμοποιώντας την ανωτέρω μέθοδο δειγματοληψίας, για να διερευνήσουν την επαγγελματική κόπωση (burn out) που βιώνουν οι επαγγελματίες Υγείας (γιατροί, νοσηλευτές) και οι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας (Κοινωνικοί Λειτουργοί) σε ογκολογικές μονάδες παιδών Αττικής, Θεσσαλονίκης και Ηρακλείου, μπορεί να ειπωθεί πως θα κάνουν τα εξής βήματα:

Το δείγμα ευκολίας είναι δυνατόν να προκύψει εάν οι ερευνήτριες περιμένουν έξω από κάθε κλινική / υπό- τμήμα των νοσοκομείων (π.χ. αιματολογικό τμήμα, τμήμα χημειοθεραπείας, ογκολογικό τμήμα κ.α) και ζητούν από τους εξερχόμενους ιατρούς νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς από το εκάστοτε τμήμα, δείχνοντας πρωτίστως την επίσημη άδεια που θα έχουν για την εκπόνηση της ανωτέρω έρευνας, να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο της έρευνάς τους. Σε αυτή την περίπτωση το δείγμα των ερευνητριών δεν είναι τυχαίο, αλλά δείγμα ευκολίας.

Στα σημαντικότερα **μειονεκτήματα** της εν λόγω μεθόδου, συγκαταλέγεται η περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου των μεροληψιών, αποφυγή των συστηματικών σφαλμάτων και επομένως χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα τού δείγματος και εν τέλει αδυναμία διεξαγωγής γενικεύσεων για τον πληθυσμό.

Αντίθετα, στα **πλεονεκτήματα** της επάγονται, το σχετικά χαμηλό κόστος διεξαγωγής, η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα και ο μειωμένος χρόνος απόκτησης των απαραίτητων στοιχείων.

Εν κατακλείδι, η μέθοδος αυτή είναι χρήσιμη όταν επιδιώκεται η αξιολόγηση ενός πιλοτικού ερευνητικού εργαλείου όπως ένα ερωτηματολόγιο (Δαρβίρη, 2009).

Βασικά Ερεθίσματα

Τα βασικά ερεθίσματα που οδήγησαν τις σπουδάστριες στην επιλογή του θέματος ήταν:

- Κατά την διάρκεια του χειμερινού εξαμήνου 2009 (Ε΄ εξάμηνο) πραγματοποιήθηκε το μάθημα, με τίτλο «Κλινική Κοινωνική Εργασία», με υπεύθυνη διδάσκουσα την Κα. Σαπουνάκη Αλεξάνδρα. Το θέμα που επιλέχτηκε και παρουσιάστηκε είχε τίτλο «Ανίατες Ασθένειες (Aids-Καρκίνος- Σκλήρυνση κατά Πλάκας κ.α), (Υποστήριξη καρκινοπαθούς και της οικογένειάς του. Παιδί και καρκίνος. Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού στο αντικαρκινικό νοσοκομείο). Μέσα από αυτή την εργασία εκτός του ότι οι εκπαιδευόμενες εμπλουτίστηκαν με

περισσότερες γνώσεις που σχετίζονται με το ιατρικό κομμάτι, έγινε εμβάθυνση τόσο στις συναισθηματικές πτυχές του εαυτού τους έχοντας την ιδιότητα του απλού ανθρώπου, όσο και ως μελλοντικοί επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί. Επειδή, λοιπόν, τα συναισθήματα, έπειτα από την παρουσίασης της συγκεκριμένης εργασίας ήταν άκρως θετικά, και επειδή για τις εκπαιδευόμενες η συγκεκριμένη εργασία είχε έναν επιπλέον χαρακτήρα, τον βιωματικό, δόθηκε το ερέθισμα για την επιλογή του θέματος της πτυχιακής εργασίας που επρόκειτο να διεκπεραιωθεί.

- Επιπλέον, κατά την διαδικτυακή αναζήτηση των εκπαιδευόμενων βρέθηκε μια πτυχιακή εργασία που το ερευνητικό της μέρος αφορούσε στην επαγγελματική κόπωση των επαγγελματιών Υγείας που εργάζονται στην Ογκολογική κλινική και την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (θέμα: Η επαγγελματική κόπωση των εργαζομένων στις ογκολογικές κλινικές και στις μονάδες εντατικής θεραπείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Υπεύθυνη καθηγήτρια Κα Τριγώνη Μαρία

Σπουδάστριες: Αντωνίου Κούλα, Γεωργίου Δήμητρα, ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003).

Μέσα, λοιπόν, από την ανάγνωση της ανωτέρω πτυχιακής έρευνας δημιουργήθηκε η επιθυμία στις εκπαιδευόμενες να διερευνήσουν την επαγγελματική κόπωση που τυχόν βιώνουν οι επαγγελματίες, καθώς έρχονται καθημερινώς σε επαφή με τα παιδιά που καλούνται να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο.

6.2 Προσδιορισμός του αντικειμένου της έρευνας.

Σκοπός της έρευνας

Η διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών Υγείας και Ψυχικής υγείας (Ιατροί, Νοσηλευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί), οι οποίοι ασχολούνται με παιδιά που πάσχουν από καρκίνο και εργάζονται σε Ογκολογικές Μονάδες (σχετικά με την ύπαρξη του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης).

Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι επιπτώσεις και οι επιδράσεις που προκύπτουν σε διάφορα επίπεδα της ζωής του επαγγελματία (προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό) από την εκδήλωση του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης εξαιτίας της επαφής των ιδίων με το παιδί με καρκίνο.

Τέλος, η διερεύνηση εστιάστηκε και στους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης της επαγγελματικής κόπωσης την οποία βιώνουν οι επαγγελματίες.

Ερευνητικά ερωτήματα – Υποθέσεις

- 1.** Ποιες είναι οι επιπτώσεις που βιώνουν οι επαγγελματίες στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή τους έπειτα με την συστηματική συνεργασία τους με το παιδί που πάσχει από καρκίνο;
- 2.** Το παιδί, ως καρκινοπαθής, αποτελεί παράγοντα που επιτείνει την εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης;
- 3.** Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με την ειδικότητα του επαγγελματία;
- 4.** Το στάδιο της ασθένειας του παιδιού προκαλεί αυξημένη συναισθηματική πίεση στον επαγγελματία;
- 5.** Η ηλικία των επαγγελματιών επηρεάζει ψυχολογικά και συναισθηματικά τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους;
- 6.** Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με το φύλο;

7. Ποιές είναι οι προτάσεις των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας για την κάλυψη των δικών τους αναγκών (άδεια, μετάταξη, ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης);

Διαδικασίες

Για την πραγματοποίηση του σκοπού αυτού οι σπουδάστριες ακολούθησαν τις εξής διαδικασίες:

- Τον μήνα Απρίλιο 2011 οι εκπαιδευόμενες απέστειλαν τις υπογεγραμμένες αιτήσεις από το τμήμα, στα προαναφερόμενα νοσοκομεία, με απώτερο σκοπό την έγκριση της εισόδου των σπουδαστριών για να πραγματοποιήσουν την έρευνα τους.
- Οι σπουδάστριες ήταν σε συνεχόμενη τηλεφωνική επικοινωνία με τα νοσοκομεία για ενημερώνονται για το στάδιο του αιτήματός τους και ταυτόχρονα να υπενθυμίζουν στους αρμόδιους το αίτημά τους. Η προαναφερθείσα τοποθέτηση αναγράφεται, διότι για ακόμη μια φορά στην Ελλάδα αντιμετωπίστηκε τρομερή γραφειοκρατία. Έπειτα από αλλεπάλληλες υπενθυμίσεις, οι εγκρίσεις δόθηκαν στις σπουδάστριες το μήνα Ιούλιο.
- Τέλος, η έρευνα στα νοσοκομεία της Αττικής πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο, μιας και πιο μπροστά δεν ήταν εφικτό να γίνει, εφόσον μεσολαβούσαν μήνες καλοκαιρινής άδειας (Ιούλιος-Σεπτέμβριος) του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, δεδομένο που θα δυσκόλευε την εύρεση ατόμων για την έρευνα. Από την άλλη μεριά, η έρευνα στα νοσοκομεία του Ηρακλείου και της Θεσσαλονίκης έγινε τον μήνα Ιούνιο, μιας και οι εγκρίσεις ήταν έτοιμες νωρίτερα.

6.3 Θέματα που προέκυψαν

Θέματα που προέκυψαν κατά την διεξαγωγή της έρευνας, αλλά δεν δυσκόλεψαν καθόλου τις σπουδάστριες, ήταν η άρνηση της διεξαγωγής της έρευνας από το Ιπποκράτειο νοσοκομείο που βρίσκεται στην Θεσσαλονίκη. Ο λόγος που δεν τις δυσκόλεψε ήταν διότι ανταποκρίθηκε στο αίτημά τους το νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ).

Επιπλέον κατά την διάρκεια της έρευνας διαπιστώθηκε πως η ογκολογική μονάδα παιδών “ ΜΑΡΙΑΝΝΑ Β. ΒΑΡΔΙΝΟΓΙΑΝΝΗ-ΕΛΠΙΔΑ” έχει κοινά σημεία με τα νοσοκομεία Αγία Σοφία και Αγλαΐα Κυριακού. Ουσιαστικά επρόκειτο για συγχώνευση των ογκολογικών τμημάτων των ανωτέρω νοσοκομείων σε ένα κτήριο, όπου αυτό ονομάζεται “ ΜΑΡΙΑΝΝΑ Β. ΒΑΡΔΙΝΟΓΙΑΝΝΗ-ΕΛΠΙΔΑ”. Έτσι έγινε αντιληπτό πως στην ερώτηση του ερωτηματολογίου σε ποια κλινική εργάζεται το δείγμα, η επιλογή “ ΜΑΡΙΑΝΝΑ Β. ΒΑΡΔΙΝΟΓΙΑΝΝΗ-ΕΛΠΙΔΑ” ήταν περιττή καθώς υπήρχαν τα άλλα δύο Νοσοκομεία.

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

Ύστερα από την διερεύνηση του καταστατικού της γραμματείας της σχολής διαπιστώθηκε ότι δεν έχει εκπονηθεί κάποια συναφή έρευνα, προς το παρόν, από το τμήμα κοινωνικής εργασίας με το ανάλογο θέμα.

Παρακάτω γίνεται αναφορά στις καταχωρημένες έρευνες σχετικά με το καρκίνο και την Επαγγελματική Εξουθένωση:

- Ιστορίες ζωής γυναικών με καρκίνο . Αντιμετώπιση της νόσου & Ψυχ/κές επιπτώσεις.
- Ο καρκινοπαθής και ο ρόλος της οικογένειας.
- Μητέρες με καρκίνο στην Ελλάδα& στην Κύπρο . Αλλαγές που προκύπτουν στην άσκηση του γονεϊκού τους ρόλου μετά την διάγνωση της ασθένειας & η κάλυψη των αναγκών τους από τα δίκτυα φροντίδας.

- Μοιρολατρικές πεποιθήσεις για την πρόληψη & αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου: μελέτη στους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς.
- Τα δικαιώματα των ατόμων με καρκίνο.
- Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (The burnout syndrome) σε επαγγελματίες υγείας: Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Επαγγελματική Κόπωση των εργαζομένων στις Ογκολογικές κλινικές και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Κεφάλαιο 7^ο :

- 7.1 Ανάλυση ευρημάτων
- 7.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης
- 7.3 Ανάλυση υποθέσεων – Ερευνητικών ερωτημάτων
- 7.4 Συμπεράσματα έρευνας

7.1 Ανάλυση ευρημάτων

Στο παρόν, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το Statistical Package for Social Sciences (SPSS-13).

Σε πρώτη φάση υπολογίστηκαν η πίνακες συχνοτήτων (frequency tables) που απλώς μετρήθηκε πόσες φορές εμφανίστηκαν η διαφορετικές τιμές μιας μεταβλητής στα δεδομένα. Απλό παράδειγμα αποτελεί το πλήθος ανδρών και γυναικών του δείγματος.

Στην συνέχεια, υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του συνολικού δείγματος των εργαζομένων για τις κλίμακες των ερωτηματολογίων ανά κατηγορία (συνέπειες/ συμπτώματα – αίτια – αντιμετώπιση).

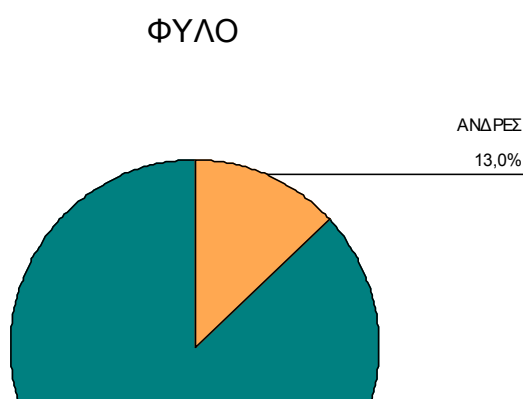
Επόμενο βήμα ήταν να υπολογιστεί αν υπάρχει αλλαγή σε συνήθειες στον τρόπο ζωής των ατόμων του δείγματος μετά την ανάληψη θέσης σε ογκολογική κλινική χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο (paired samples) T-test.

Επιπλέον, υπολογίστηκε το t-κριτήριο για τις διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους των απαντήσεων που δόθηκαν από διαφορετικές ομάδες του δείγματος (φύλο, ύπαρξη παιδιών).

Τέλος, για την διερεύνηση της στατιστικής σημαντικότητας ανάμεσα στις διαφορές των μέσων όρων των αριθμητικών κλιμάκων με κανονική κατανομή ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία που αφορούν στην ηλικία, επάγγελμα, εκπαιδευτικό επίπεδο, χρόνια εργασίας συνολικά, χρόνια εργασίας στη θέση και την οικογενειακή κατάσταση έγινε one way analysis ANOVA.

Δείγμα

Το δείγμα αποτέλεσαν 100 άτομα που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε δημόσιες κλινικές και ασχολούνται με παιδιά με καρκίνο. Συνολικά συμμετείχαν 13 άνδρες (13%) και 87 γυναίκες (87%).



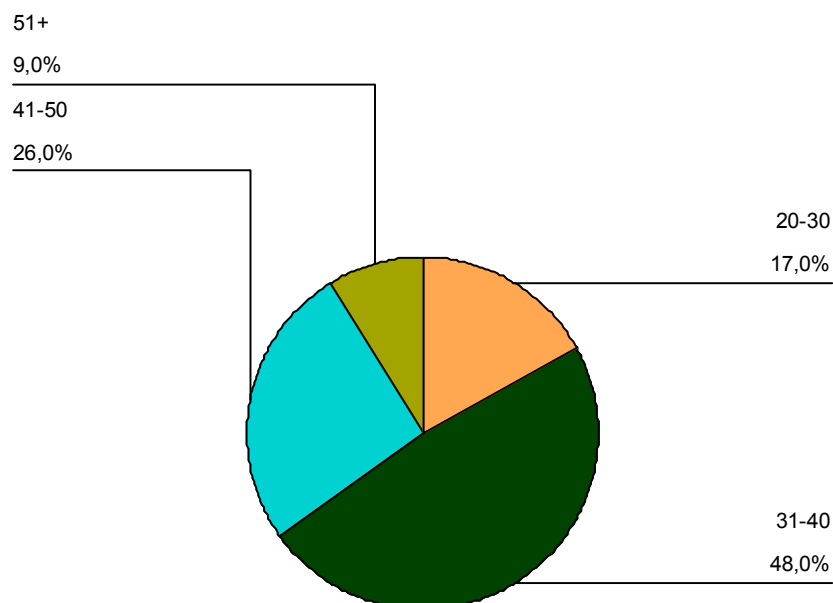
Διάγραμμα 1: Κατανομή υποκειμένων δείγματος ως προς το φύλο.

Όσον αφορά την ηλικία, η κατανομή των υποκειμένων κυμαίνεται ως εξής:

Πίνακας 1. Κατανομή των 100 ατόμων ως προς την ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό
20- 30	17	17%
31-40	48	48%
41-50	26	26%
51+	9	9%
Σύνολο	100	100,0%

ΗΛΙΚΙΑ



Διάγραμμα 2: Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία

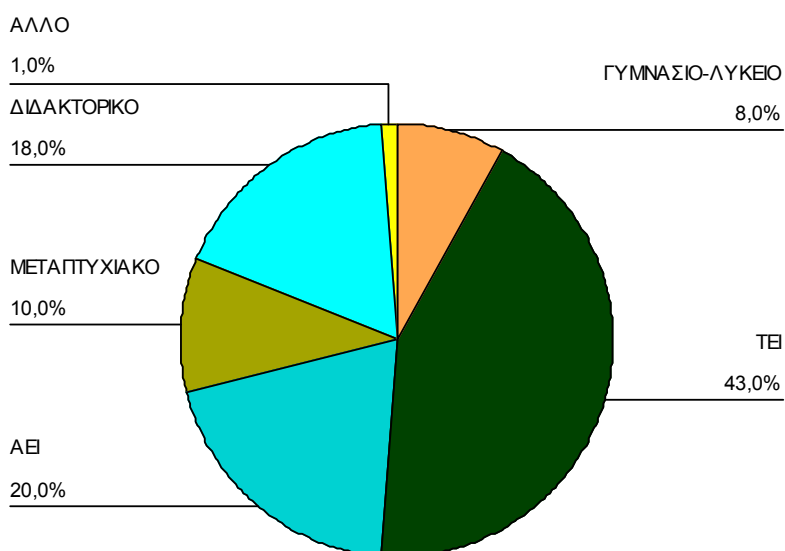
Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων του δείγματος, το 8% δήλωσε ότι ήταν απόφοιτος/η Γυμνασίου -Λυκείου, το 43% δήλωσε απόφοιτος/η Τ.Ε.Ι, το 20% απόφοιτος/η Α.Ε.Ι, το 10% κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου, το 18% κάτοχος διδακτορικού και 1% άλλο επίπεδο.

Πίνακας 2. Κατανομή των 100 ατόμων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	Συχνότητα	Ποσοστό
Γυμνάσιο – Λύκειο	8	8%

ΤΕΙ	43	43%
ΑΕΙ	20	20%
Μεταπτυχιακό	10	10%
Διδακτορικό	18	18%
Άλλο	1	1%
<i>Σύνολο</i>	100	100%

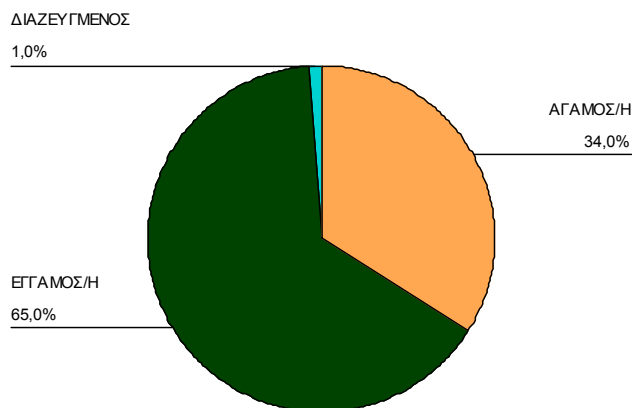
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



Διάγραμμα 3: Κατανομή του δείγματος ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση των υποκειμένων το 34% δήλωσαν άγαμοι, το 65% έγγαμοι και ένα 1% διαζευγμένοι, ενώ αναφορικά με την ύπαρξη παιδιών το σύνολο των ατόμων είναι μοιρασμένο ισόποσα. Τα ποσοστά που προσδιορίζουν την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος αναπαριστώνται στα διαγράμματα 4 και 5.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



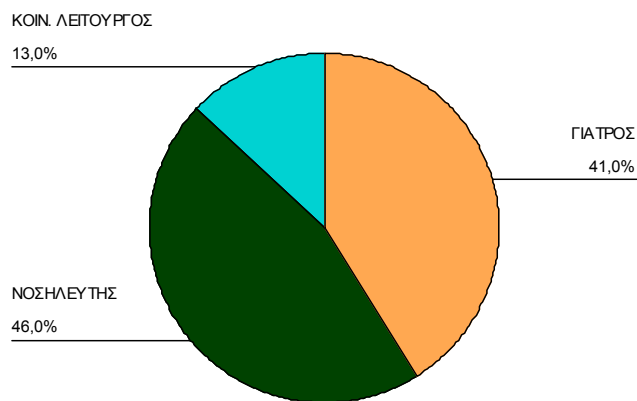
Διάγραμμα 4: Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση



Διάγραμμα 5: Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια

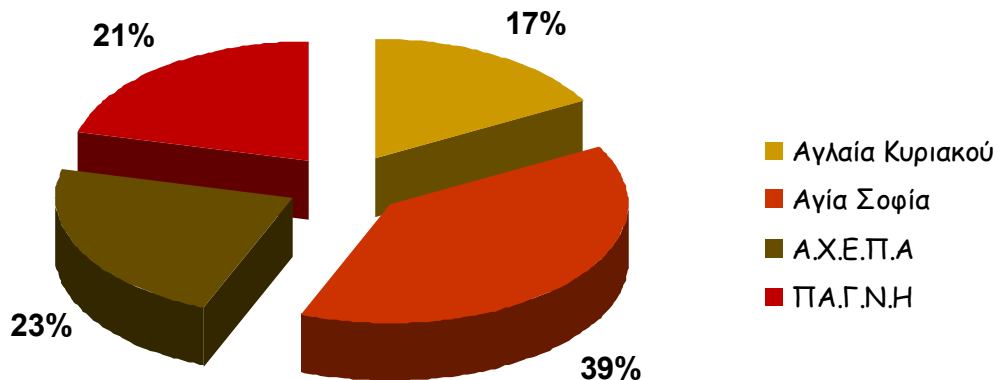
Επίσης, όσον αφορά στο επάγγελμα των ατόμων του δείγματος, 41 άτομα είναι γιατροί, 46 νοσηλευτές και 13 κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ ως προς την κλινική όπου υπηρετούν, το 17% εργάζεται στο Αγλαΐα Κυριακού, το 39% στο Αγία Σοφία, το 23% στο ΑΧΕΠΑ και το 21% στο ΠΑ.Γ.Ν.Η.. Διαγράμματα 6 & 7 αντίστοιχα.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ



Διάγραμμα 6: Κατανομή του δείγματος ως προς το επάγγελμα

ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ



Διάγραμμα 7: Κατανομή του δείγματος ως προς την κλινική που υπηρετεί

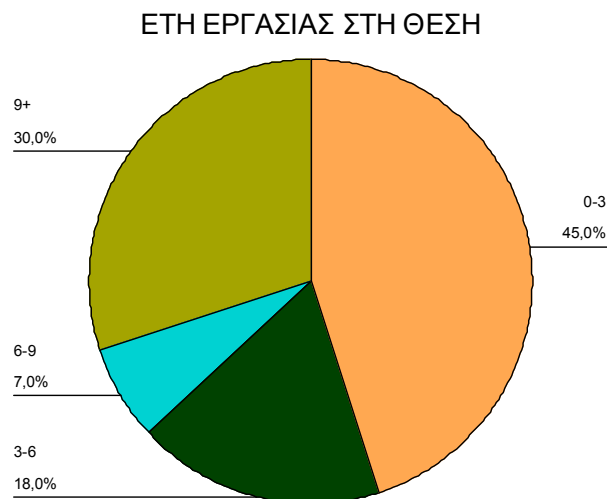
Ως προς τα συνολικά χρόνια εργασίας η κατανομή του δείγματος κυμαίνεται ως εξής:



0-5	22	22%
6-10	26	26%
11-20	27	27%
20+	25	25%
Σύνολο	100	100%

Πίνακας 3. Κατανομή των 100 ατόμων ως προς τα συνολικά χρόνια εργασίας

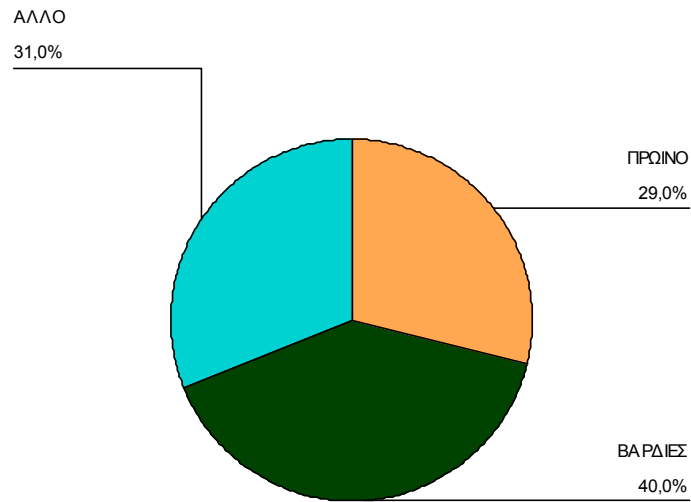
Ενώ, όσον αφορά στον χρόνο υπηρεσίας στη συγκεκριμένη θέση, το 45% δήλωσε ότι υπηρετεί 0-3 χρόνια, το 18% 3-6 χρόνια, το 7% 6-9 χρόνια και το 30% 9+ χρόνια.



Διάγραμμα 8: Κατανομή του δείγματος ως προς τα χρόνια που υπηρετεί στη συγκεκριμένη θέση

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 29% εργάζεται σε πρωινή βάρδια, το 40% έχει εναλλάξ βάρδιες, ενώ το 31% εργάζεται πρωινά αλλά έχει και εφημερίες.

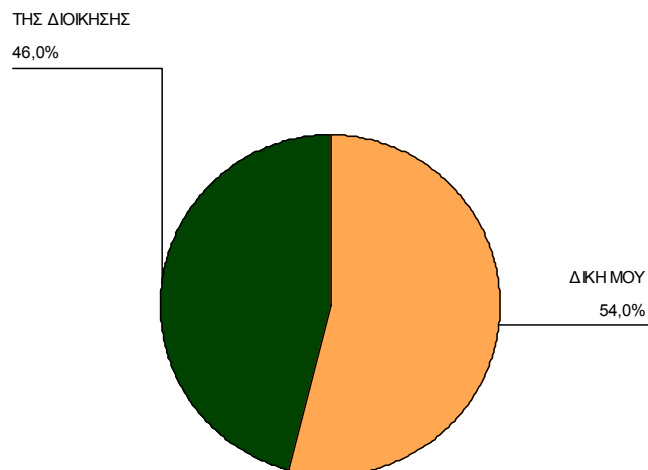
ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



Διάγραμμα 9: Κατανομή του δείγματος ως προς το ωράριο εργασίας

Τέλος, αναφορικά με την επιθυμία κατοχής της συγκεκριμένης θέσης, το 54% δήλωσε ότι ήταν δική του επιθυμία, ενώ το 46% επιθυμία της διοίκησης της κλινικής.

ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΚΑΤΟΧΗΣ ΘΕΣΗΣ



Διάγραμμα 10: Κατανομή του δείγματος ως προς την επιθυμία κατοχής της θέσης

7.2 Αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων

Σε πρώτη φάση υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του συνολικού δείγματος των εργαζομένων για τις κλίμακες των ερωτηματολογίων ανά κατηγορία (συνέπειες/συμπτώματα – αίτια – αντιμετώπιση).

1. Συνέπειες - Συμπτώματα

A. Συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο:

A1. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Πίνακας 4: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του συνολικού δείγματος ως προς την ικανοποίηση

Κλίμακες	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις
Συνεργασία με προσωπικό	3,12	0,56
Επαφή με ασθενείς	3,29	0,56
Συνθήκες εργασίας	2,61	0,71

Βάσει των δεδομένων του πίνακα οι επαγγελματίες φαίνεται να είναι σε αρκετά μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από το προσωπικό και την επαφή με τους ασθενείς, ενώ λιγότερο ικανοποιημένοι είναι με τις συνθήκες εργασίας.

A2. ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Πίνακας 5: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του συνολικού δείγματος ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διάθεσή τους

Κλίμακες	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις
Διάγνωση ασθένειας	2,90	0,81
Ηλικία παιδιών	2,73	0,83

Στάδιο ασθένειας	3,11	0,76
Εξέλιξη ασθένειας	3,40	0,65
Προσωπικότητα παιδιού	2,96	0,85
Σχέση με το παιδί	3,32	0,80

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει τη διάθεση των επαγγελματιών είναι η εξέλιξη της ασθένειας (μ.ο. 3,40), και έπονται η σχέση με το παιδί (μ.ο. 3,32) και το στάδιο της ασθένειας (μ.ο. 3,11).

Αρκετά σημαντικό παράγοντα θεωρούν την προσωπικότητα του παιδιού (μ.ο. 2,96), αμέσως επόμενος παράγοντας σε βαθμό σπουδαιότητας είναι η διάγνωση της ασθένειας (μ.ο. 2,90), ενώ τελευταίος σε σπουδαιότητα είναι η ηλικία των παιδιών (μ.ο. 2,73).

Α3. ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Πίνακας 6: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του συνολικού δείγματος ως προς τις αρνητικές αντιδράσεις που βιώνουν

Κλίμακες	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις
Αρνητική διάθεση από το αντικείμενο εργασίας	1,85	0,86
Άγχος	2,64	0,82
Νεύρα	2,26	0,82
Συναισθηματική Φόρτιση	3,00	0,79
Θυμός απέναντι στους συναδέλφους	1,64	0,72
Θυμός απέναντι στο παιδί	1,10	0,33
Αδιαφορία για το παιδί	1,06	0,28

Από τις αναλύσεις φαίνεται ότι σε μεγαλύτερο βαθμό οι επαγγελματίες βιώνουν συναισθηματική φόρτιση (μ.ο. 3,00) και έπεται το άγχος (μ.ο. 2,64) και τα νεύρα (μ.ο. 2,26).

Σε πολύ χαμηλότερο βαθμό εμφανίζεται η αρνητική διάθεση από το αντικείμενο εργασίας (μ.ο. 1,85), ο θυμός απέναντι στους συναδέλφους (μ.ο. 1,64), ο θυμός απέναντι στο παιδί (μ.ο. 1,10) και τη αδιαφορία για το παιδί (μ.ο. 1,06), αντιδράσεις που στην ουσία φαίνεται ότι δεν βιώνουν οι επαγγελματίες που ασχολούνται με παιδιά με καρκίνο.

A4. ΑΙΣΘΗΜΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Πίνακας 7: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του συνολικού δείγματος ως προς τα αισθήματα που βιώνουν την τελευταία περίοδο

Κλίμακες	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις
Ικανοποίηση από εργασία	2,97	0,63
Εξουθένωση από εργασία	2,54	0,77
Ψυχολογικά αδύναμος	1,86	0,79
Επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας	1,83	1,02

Αναφορικά με τα αισθήματα που βιώνουν την τελευταία περίοδο οι επαγγελματίες, φαίνεται ότι η ικανοποίηση από την εργασία (μ.ο. 2,97) είναι το κυρίαρχο και έπεται η εξουθένωση από την εργασία σε μέτριο ωστόσο επίπεδο (μ.ο. 2,54).

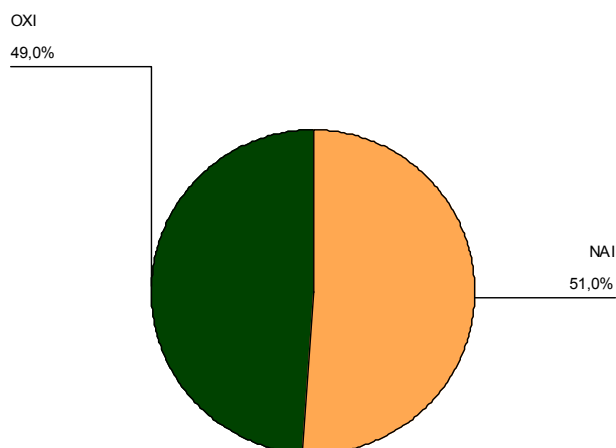
Αρκετά χαμηλά είναι το επίπεδο της ψυχολογικής αδυναμίας (μ.ο. 1,86) και της επιθυμίας αλλαγής χώρου εργασίας (μ.ο. 1,84).

A.5 ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΩΡΑΡΙΟΥ

Πίνακας 8: Κατανομή απαντήσεων ως προς την επιθυμία αλλαγής ωραρίου

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	51	51%
ΟΧΙ	49	49%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΩΡΑΡΙΟΥ



Αναφορικά με την επιθυμία αλλαγής ωραρίου, οι απαντήσεις του δείγματος είναι σχεδόν μοιρασμένες, με μικρή υπεροχή εκείνων που επιθυμούν την αλλαγή (51%).

A.6 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΔΕΙΕΣ

Πίνακας 9: Κατανομή απαντήσεων ως προς την ανάγκη για άδειες

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	81	81%
ΟΧΙ	19	19%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Αντίθετα, όσον αφορά στην ανάγκη για περισσότερες άδειες, η πλειοψηφία δήλωσε ότι επιθυμεί περισσότερες άδειες (81%).

B1. ΕΝΟΧΛΗΣΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ

Πίνακας 10: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του συνολικού δείγματος ως προς τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις

Κλίμακες	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις
Άγχος	2,67	0,88
Κατάθλιψη	1,62	0,74
Διαρκής εκνευρισμός	2,11	0,80
Κακή διάθεση	2,10	0,73
Σεξουαλικές δυσλειτουργίες	1,33	0,62

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 10, οι επαγγελματίες φαίνεται πως βιώνουν μέτριο προς υψηλό επίπεδο άγχους (2,67), μέτρια επίπεδα εκνευρισμού (μ.ο. 2,11) και κακής διάθεσης (μ.ο. 2,10) και χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης (μ.ο. 1,62) και σεξουαλικών δυσλειτουργιών (μ.ο. 1,33).

B2. ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Πίνακας 11 Εμφάνιση υπέρτασης

Υπέρταση	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	11	11%
Όχι	89	89%
Σύνολο	100	100,0%

Πίνακας 12. Εμφάνιση διαταραχών ύπνου

Διαταραχές ύπνου	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	31	31%
Όχι	69	69%
Σύνολο	100	100,0%

Πίνακας 13. Εμφάνιση διαταραχών βάρους

Διαταραχές βάρους	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	27	27%
Όχι	73	73%
Σύνολο	100	100,0%

Αναφορικά με τα οργανικά προβλήματα, οι επαγγελματίες που ασχολείται με το παιδί με καρκίνο φαίνεται να εμφανίζουν υπέρταση (11% ναι), διαταραχές ύπνου (31% ναι, και διαταραχές βάρους (27% ναι).

B3. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Πίνακας 14. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση ως προς την μεταφορά προβλημάτων της εργασίας στην οικογένεια

	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση
Μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια	2,36	0,68

Στην ερώτηση αν οι επαγγελματίες μεταφέρουν τα προβλήματα στην οικογένειά τους, από τον πίνακα φαίνεται ότι η μεταφορά προβλημάτων στο σπίτι γίνεται σε μέτριο επίπεδο (μ.ο. 2,36).

Πίνακας 15. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση ως προς την υποστήριξη από την οικογένεια

	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση
Στήριξη από την οικογένεια	3,03	0,82

Βάσει των στοιχείων του πίνακα, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες να έχουν σε μεγάλο βαθμό τη στήριξη της οικογένειάς τους.

B4. ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ

Για να υπολογιστεί αν υπάρχει αλλαγή σε συνήθειες στον τρόπο ζωής των ατόμων του δείγματος μετά την ανάληψη θέσης σε ογκολογική κλινική χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο (paired samples) T-test.

Πίνακας 16. T-test για συνήθειες στον τρόπο ζωής

	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	t	df	Στατιστική σημαντικότητα
Κάπνισμα πριν	1,59	0,75	-,942	99	
Κάπνισμα μετά	1,63	0,80			
Αλκοόλ πριν	1,40	0,49	-,815	99	
Αλκοόλ μετά	1,42	0,50			
Γυμναστική πριν	1,75	0,58	3,280	99	p<0,001
Γυμναστική μετά	1,61	0,57	2,514	99	p<0,05
Επαφές με φίλους πριν	2,34	0,56			
Επαφές με φίλους μετά	2,22	0,56			
Δραστηριότητες με	2,33	0,59	,624	99	

οικογένεια πριν				
Δραστηριότητες με				
οικογένεια μετά	2,30	0,61		
Χόμπι πριν	1,92	0,69	1,883	99
Χόμπι μετά	1,81	0,73		
Κοινωνική ζωή πριν	2,38	0,56	,894	99
Κοινωνική ζωή μετά	2,34	0,59		

Όπως προκύπτει από την ανάλυση αναφορικά με συνήθειες στον τρόπο ζωής των επαγγελματιών, υπάρχει σημαντική διαφορά ως προς την γυμναστική και τις επαφές με τους φίλους, καθώς φαίνεται ότι μετά την ανάληψη θέσης σε ογκολογική κλινική οι επαγγελματίες έχουν περιορίσει την γυμναστική και τις επαφές με τους φίλους τους.

2. Παράγοντες που επιδρούν στην κόπωση

Πίνακας 17. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ως προς τους παράγοντες που επιδρούν στην κόπωση των επαγγελματιών

Κλίμακες	Μ. όρος	Τυπική Απόκλιση
Αντικείμενο εργασίας	2,63	0,88
Βάρδιες	2,74	0,98
Φόρτος εργασίας	3,11	0,86
Έλλειψη προσωπικού	3,21	0,81
Έλλειψη στήριξης από συναδέλφους	2,33	0,94
Χαρακτηριστικά προσωπικότητας	2,40	0,84
Ανταγωνισμός μεταξύ συναδέλφων	2,10	0,94
Έλλειψη εποπτείας	2,10	0,99

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 17, οι παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν στην κόπωση των επαγγελματιών σε μεγάλο βαθμό είναι η έλλειψη προσωπικού (μ.ο. 3,21) και ο φόρτος εργασίας (μ.ο. 3,11).

Σε μέτριο προς υψηλό βαθμό κυμαίνονται οι βάρδιες (μ.ο. 2,74) και το αντικείμενο της εργασίας (μ.ο. 2,63), ενώ σε μέτριο βαθμό βρίσκονται τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (μ.ο. 2,40), και η έλλειψη στήριξης από συναδέλφους (μ.ο. 2,33). Τέλος, σε χαμηλότερο βαθμό φαίνεται να επιδρούν ο ανταγωνισμός μεταξύ συναδέλφων και η έλλειψη εποπτείας (μ.ο. 2,10).

Πίνακας 18. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση ως προς την επίδραση του παιδικού καρκίνου στην κόπωση

	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Παιδικός καρκίνος	2,91	0,76

Βάσει των αναλύσεων, η επίδραση του παιδικού καρκίνου στην κόπωση των επαγγελματιών εμφανίζεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

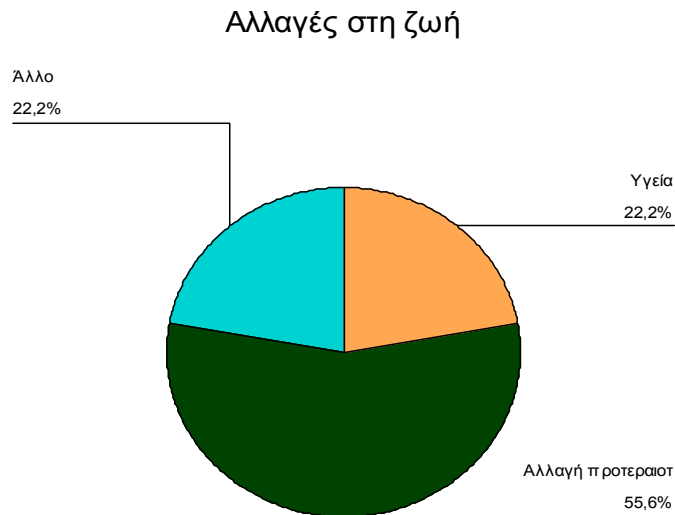
Πίνακας 19: Κατανομή απαντήσεων ως προς το πώς έχει επηρεάσει η ενασχόληση με τον παιδικό καρκίνο τη ζωή των επαγγελματιών.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Σημασία στην υγεία	6	22%
Αλλαγή προτεραιοτήτων	15	56%
Ψυχοσωματικά προβλήματα	6	22%
Σύνολο	27	100,0

Από τα 100 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, στην ερώτηση για τον τρόπο που ο παιδικός καρκίνο επηρεάζει τη ζωή τους απάντησαν οι 27.

Απ' αυτούς, το 22% δήλωσε ότι η ενασχόληση με παιδιά που έχουν καρκίνο τους έκανε να δώσουν μεγαλύτερη σημασία στην υγεία, το 56% ότι άλλαξαν οι προτεραιότητές τους κι ο τρόπος που αντιμετώπιζαν τη ζωή, ενώ ένα 22% δήλωσε ότι οι

αλλαγές που επέφερε η ενασχόληση με τον καρκίνο ήταν κυρίως ψυχοσωματικές επιβαρύνσεις, δηλαδή ψυχολογική φόρτιση, πονοκέφαλοι, εκνευρισμός και ανησυχία.



3. Τρόποι αντιμετώπισης – Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Α. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΒΟΗΘΟΥΣΑΝ

Πίνακας 20. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ως προς τους παράγοντες που θα βοηθούσαν στην αντιμετώπιση της κατάστασης

Κλίμακες	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση
Αύξηση αποδοχών	2,81	0,94

Υποστήριξη από ειδικούς	3,13	0,79
Διοικητική υποστήριξη	3,09	0,75
Αλλαγή ωραρίου	2,62	0,95
Καταμερισμός εργασίας	2,91	0,81
Ουσιαστικότερες σχέσεις με συναδέλφους	2,81	0,92
Αλλαγές σε τμήματα	2,20	1,05
Διευκολύνσεις ωραρίου	2,85	0,89
Κίνητρα για εκπαίδευση	3,08	0,90
Εποπτεία	2,39	1,04

Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι για την αντιμετώπιση της κατάστασης θα βοηθούσαν σε μεγάλο βαθμό η υποστήριξη από ειδικούς (μ.ο. 3,13), η διοικητική υποστήριξη (μ.ο. 3,09) και τα κίνητρα για εκπαίδευση (μ.ο. 3,08).

Σε μέτριο προς υψηλό επίπεδο οι επαγγελματίες θεωρούν ότι θα βοηθούσε ο καταμερισμός εργασίας (μ.ο. 2,91), οι διευκολύνσεις ωραρίου (μ.ο. 2,85) η αύξηση αποδοχών (μ.ο. 2,81) και οι ουσιαστικότερες σχέσεις με συναδέλφους (μ.ο. 2,81). Σε μέτριο βαθμό θα βοηθούσαν η αλλαγή ωραρίου (μ.ο. 2,62), η εποπτεία (μ.ο. 2,39) και οι αλλαγές σε τμήματα/rotation(μ.ο. 2,20).

B1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Πίνακας 21. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ως προς τις μεθόδους που θα προτιμούσαν οι επαγγελματίες ως θεραπευτική προσέγγιση της κόπωσης

Κλίμακες	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση
Συναισθηματική ψυχολογική στήριξη	2,46	,84
Ανάγκη για εποπτεία	1,87	,87

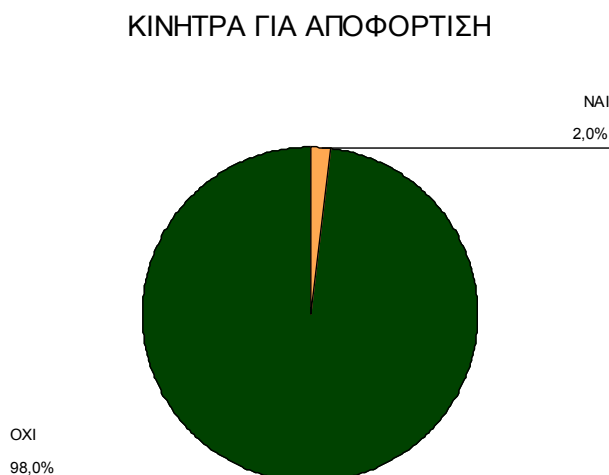
Ως προς την θεραπευτική προσέγγιση της κόπωσης, οι επαγγελματίες θεωρούν ότι έχουν ανάγκη σε μέτριο βαθμό τη συναισθηματική-ψυχολογική στήριξη, ενώ σε μέτριο προς χαμηλό την ανάγκη για εποπτεία.

B.2 ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΑΠΟΦΟΡΤΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Πίνακας 22: Κατανομή απαντήσεων ως προς την παροχή κινήτρων για αποφόρτιση

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	2	2%
ΟΧΙ	98	98%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Από την ανάλυση προέκυψε ότι στην συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (98%) δεν παρέχονται κίνητρα για συναισθηματική αποφόρτιση. Σχηματικά το εύρημα αυτό απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα.



B.3 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΦΟΡΤΙΣΗΣ

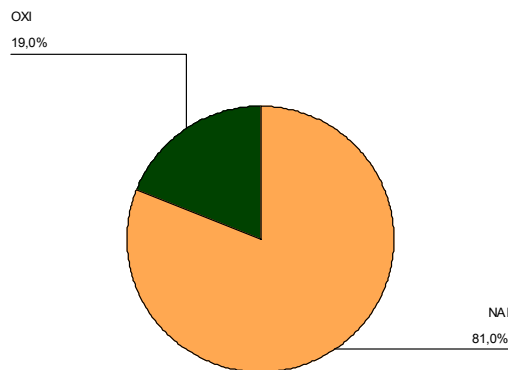
Πίνακας 23: Κατανομή απαντήσεων ως προς την πρόθεση συμμετοχής σε προγράμματα αποφόρτισης

	Συχνότητα	Ποσοστό
--	-----------	---------

ΝΑΙ	81	81%
ΟΧΙ	19	19%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Από τα δεδομένα του πίνακα 23, προκύπτει ότι η πλειοψηφία (81%) των επαγγελματιών προτίθεται να συμμετάσχει σε προγράμματα αποφόρτισης. Το παρόν εύρημα απεικονίζεται στο ακόλουθο διάγραμμα.

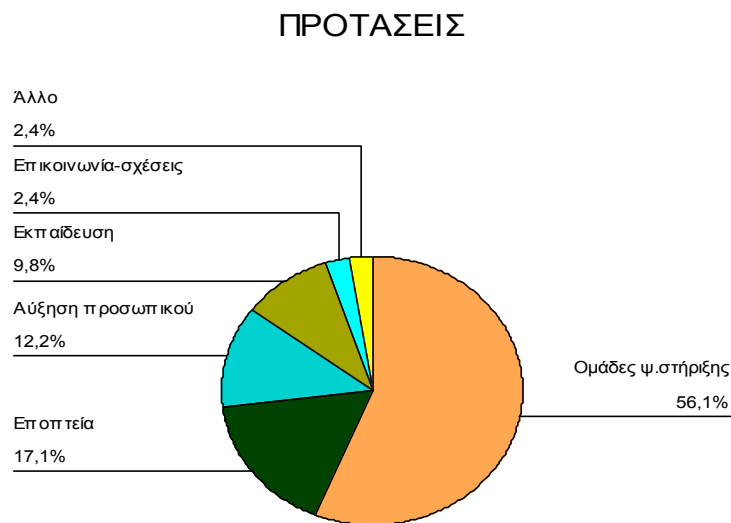
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ



Πίνακας 24: Κατανομή απαντήσεων ως προς τις προτάσεις των επαγγελματιών για την αντιμετώπιση της κατάστασης

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ομάδες στήριξης ψυχολογικής	23	56%
Εποπτεία	7	17%
Αύξηση προσωπικού	5	12%
Εκπαίδευση	4	10%
Καλύτερη επικοινωνία-σχέσεις με συναδέλφους	1	2,5%
Άλλο	1	2,5%
Σύνολο	41	100%

Από το σύνολο των 100 ατόμων που απάντησαν στην έρευνα, προτάσεις για την αντιμετώπιση της κατάστασης παρουσίασαν οι 41. Απ' αυτούς, το 51% πρότεινε την σύσταση ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, το 17% την εποπτεία, το 12% αύξηση προσωπικού, ώστε να μειωθεί ο φόρτος εργασίας, το 10% εκπαίδευση του προσωπικού και το 2,5% την καλύτερη επικοινωνία με συναδέλφους και διοίκηση, ώστε να συσφιχθούν οι σχέσεις τους. Τέλος, προτάθηκε (2,5%) να υπάρχει ισότιμη εργασία όλων των εργαζομένων, ώστε να μην επιβαρύνονται κάποιοι από την κωλυσιεργία κάποιων άλλων.



Έλεγχος του μέσου όρου σε δύο ομάδες του δείγματος (t – Κριτήριο)

Επόμενος στόχος ήταν να υπολογιστεί το t-κριτήριο για τις διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους των απαντήσεων που δόθηκαν από διαφορετικές ομάδες του δείγματος (φύλο, ύπαρξη παιδιών).

Παρακάτω παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σε κάθε κλίμακα για την κάθε ομάδα, καθώς και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας κάθε διαφοράς.

Πίνακας 25: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις μεταβλητές ως προς το φύλο

T –test –ικανοποίηση από εργασία

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Συνεργασία με προσωπικό	Ανδρες	2,92	,49	-1,376	,172
	Γυναίκες	3,15	,56		
Επαφή με ασθενείς	Ανδρες	3,38	,65	,656	,513
	Γυναίκες	3,28	,54		
Συνθήκες εργασίας	Ανδρες	2,61	,86	,050	,960
	Γυναίκες	2,61	,69		

T –test – επηρεασμός διάθεσης

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Διάγνωση ασθένειας	Ανδρες	2,85	,69	-,256	,799
	Γυναίκες	2,91	,83		
Ηλικία Παιδιών	Ανδρες	2,62	,96	-,526	,600
	Γυναίκες	2,75	,82		
Στάδιο Ασθένειας	Ανδρες	3,00	,71	-,564	,574
	Γυναίκες	3,13	,76		
Εξέλιξη ασθένειας	Ανδρες	3,38	,65	-,091	,928
	Γυναίκες	3,40	,66		
Προσωπικότητα παιδιού	Ανδρες	2,77	1,09	-,865	,389
	Γυναίκες	2,99	,81		
Σχέση με το παιδί	Ανδρες	3,31	,85	-,059	,953
	Γυναίκες	3,32	,79		

T –test –αρνητικές αντιδράσεις

	Φύλο	M. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Αντικείμενο εργασίας	Άνδρες	1,46	,96	-1,770	,080
	Γυναίκες	1,90	,83		
Άγχος	Άνδρες	2,23	,92	-2,001	,049
	Γυναίκες	2,70	,79		
Νεύρα	Άνδρες	2,30	,85	,223	,824
	Γυναίκες	2,25	,82		
Συναισθηματική φόρτιση	Άνδρες	2,69	,63	-1,513	,134
	Γυναίκες	3,05	,80		
Θυμός στους συναδέλφους	Άνδρες	1,24	,76	-,132	,895
	Γυναίκες	1,64	,71		
Θυμός στο παιδί	Άνδρες	1,15	,37	,623	,535
	Γυναίκες	1,09	,32		
Αδιαφορία για το παιδί	Άνδρες	1,08	,27	,234	,815
	Γυναίκες	1,06	,27		

T –test- παράγοντες που θα βοηθούσαν στην αντιμετώπιση

	Φύλο	M. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Αύξηση αποδοχών	Άνδρες	2,77	,92	-,167	,868
	Γυναίκες	2,82	,95		
Συναισθηματική στήριξη	Άνδρες	2,15	,89	-1,406	,163
	Γυναίκες	2,51	,83		
Ανάγκη για εποπτεία	Άνδρες	1,46	,66	-1,832	,070
	Γυναίκες	1,93	,88		
Υποστήριξη από ειδικούς	Άνδρες	2,85	1,06	-1,401	,164
	Γυναίκες	3,17	,73		
Διοικητική υποστήριξη	Άνδρες	2,92	,86	-,855	,394
	Γυναίκες	3,11	,74		
Αλλαγή ωραρίου	Άνδρες	2,38	,77	-,956	,341
	Γυναίκες	2,66	,97		
Καταμερισμός εργασίας	Άνδρες	3,15	,69	1,173	,244
	Γυναίκες	2,87	,81		
Σχέσεις με συναδέλφους	Άνδρες	2,69	1,03	-,494	,623
	Γυναίκες	2,82	,91		
Αλλαγές σε τμήματα	Άνδρες	1,85	1,07	-1,302	,196
	Γυναίκες	2,25	1,05		
Διευκολύνσεις ωραρίου	Άνδρες	2,69	,95	-,682	,497
	Γυναίκες	2,87	,89		
Κίνητρα εκπαίδευσης	Άνδρες	3,08	1,12	-,013	,989

	Γυναίκες	3,08	,86		
εποπτεία	Ανδρες	1,92	1,04	-1,748	,084
	Γυναίκες	2,45	1,03		

T –test- αισθήματα της τελευταίας περιόδου

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Ικανοποιημένος από εργασία	Ανδρες	2,8462	,3755	-,762	,448
	Γυναίκες	2,9885	,6558		
Εξουθένωση από εργασία	Ανδρες	2,6923	,9473	,762	,448
	Γυναίκες	2,5172	,7449		
Ψυχολογικά αδύναμος	Ανδρες	1,8462	,9871	-,067	,947
	Γυναίκες	1,8621	,7651		
Επιθυμία αλλαγής χώρου εργασίας	Ανδρες	1,8462	1,2142	,061	,951
	Γυναίκες	1,8276	,9907		

T –test- σωματικές & ψυχολογικές ενοχλήσεις

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Άγχος	Ανδρες	2,53	,66	-,578	,565
	Γυναίκες	2,68	,90		
κατάθλιψη	Ανδρες	1,84	,80	1,191	,237
	Γυναίκες	1,58	,72		
Διαρκής εκνευρισμός	Ανδρες	2,00	,57	-,528	,599
	Γυναίκες	2,12	,83		
Κακή διάθεση	Ανδρες	2,00	,57	-,526	,600
	Γυναίκες	2,11	,75		
Σεξουαλικές δυσλειτουργίες	Ανδρες	1,23	,59	-,616	,539
	Γυναίκες	1,34	,62		

T –test- επιβαρυντικοί παράγοντες

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Αντικείμενο εργασίας	Ανδρες	2,30	,75	-1,441	,153
	Γυναίκες	2,68	,88		

Βάρδιες	Ανδρες	2,23	1,16	-2,042	,044
	Γυναίκες	2,81	,92		
Φόρτος εργασίας	Ανδρες	2,69	1,10	-1,919	,058
	Γυναίκες	3,17	,79		
Έλλειψη προσωπικού	Ανδρες	3,07	,86	-,643	,522
	Γυναίκες	3,23	,80		
Έλλειψη στήριξης από συναδέλφους	Ανδρες	2,07	,75	-1,060	,292
	Γυναίκες	2,37	,95		
Χαρακτηριστικό προσωπικότητας	Ανδρες	2,15	,89	-1,148	,254
	Γυναίκες	2,44	,83		
ανταγωνισμός	Ανδρες	2,15	,98	,216	,830
	Γυναίκες	2,09	,94		
Έλλειψη εποπτείας	Ανδρες	1,69	,75	-1,602	,112
	Γυναίκες	2,16	1,01		

T –test- λοιπές μεταβλητές

	Φύλο	M. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια	Ανδρες	2,15	,68	-1,184	,239
	Γυναίκες	2,39	,67		
Στήριξη από οικογένεια	Ανδρες	3,23	1,01	,943	,348
	Γυναίκες	3,00	,79		
Παιδικό καρκίνος & κόπωση	Ανδρες	2,61	,96	-1,495	,138
	Γυναίκες	2,95	,72		

Βάσει των δεδομένων του πίνακα, στατιστικώς σημαντικές διαφορές αναφορικά με το φύλο των εργαζομένων παρατηρήθηκαν ως προς το άγχος που βιώνουν οι επαγγελματίες και τις βάρδιες ως ενισχυτικό παράγοντα στην κόπωση. Με βάση τα δεδομένα των πινάκων, προκύπτει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους, και θεωρούν περισσότερο επιβαρυντικό παράγοντα τις βάρδιες στην εργασία τους.

Πίνακας 26: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις μεταβλητές ως προς την ύπαρξη παιδιών

T –test –ικανοποίηση από εργασία

	Υπαρξη παιδιών	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Συνεργασία με προσωπικό	Ναι	3,24	,47	2,201	,030
	Όχι	3,00	,60		
Επαφή με ασθενείς	Ναι	3,40	,53	2,009	,047
	Όχι	3,18	,56		
Συνθήκες εργασίας	Ναι	2,54	,54	-,932	,353
	Όχι	2,60	,69		

T –test – επηρεασμός διάθεσης

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Διάγνωση ασθένειας	Ναι	3,02	,89	1,490	,139
	Όχι	2,78	,70		
Ηλικία Παιδιών	Ναι	2,90	,90	2,059	,042
	Όχι	2,56	,73		
Στάδιο Ασθένειας	Ναι	3,20	,78	1,202	,232
	Όχι	3,02	,71		
Εξέλιξη ασθένειας	Ναι	3,52	,64	1,865	,065
	Όχι	3,28	,64		
Προσωπικότητα παιδιού	Ναι	3,02	,82	,703	,484
	Όχι	2,90	,88		
Σχέση με το παιδί	Ναι	3,30	,83	-,248	,805
	Όχι	3,34	,77		

T –test –αρνητικές αντιδράσεις

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Αντικείμενο εργασίας	Ναι	1,76	,82	-1,050	,296
	Όχι	1,94	,89		
Άγχος	Ναι	2,64	,82	,000	1,000
	Όχι	2,64	,82		
Νεύρα	Ναι	2,28	,83	,242	,810
	Όχι	2,24	,82		
Συναισθηματική φόρτιση	Ναι	3,16	,71	2,054	,043
	Όχι	2,84	,84		
Θυμός στους συναδέλφους	Ναι	1,58	,67	-,834	,406

	Όχι	1,70	,76		
Θυμός στο παιδί	Ναι	1,04	,19		
	Όχι	1,16	,42	-1,821	,073
Αδιαφορία για το παιδί	Ναι	1,00	,00	-2,201	,030
	Όχι	1,12	,38		

T –test- παράγοντες που θα βοηθούσαν στην αντιμετώπιση

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Αύξηση αποδοχών	Ναι	2,52	,90	,708	,481
	Όχι	2,40	,78		
Συναισθηματική στήριξη	Ναι	1,80	,88	,801	,425
	Όχι	1,94	,86		
Ανάγκη για εποπτεία	Ναι	3,28	,70	1,932	,056
	Όχι	2,98	,84		
Υποστήριξη από ειδικούς	Ναι	3,12	,71	,397	,693
	Όχι	3,06	,79		
Διοικητική υποστήριξη	Ναι	2,54	,95	,840	,403
	Όχι	2,70	,95		
Αλλαγή ωραρίου	Ναι	2,88	,74	,371	,711
	Όχι	2,94	,86		
Καταμερισμός εργασίας	Ναι	2,72	,92	,980	,329
	Όχι	2,90	,90		
Σχέσεις με συναδέλφους	Ναι	2,16	1,05	,378	,706
	Όχι	2,24	1,06		
Αλλαγές σε τμήματα	Ναι	2,86	,85	,112	,911
	Όχι	2,84	,93		
Διευκολύνσεις ωραρίου	Ναι	3,22	,93	1,575	,118
	Όχι	2,94	,84		
Κίνητρα εκπαίδευσης	Ναι	2,36	1,02	,286	,775
	Όχι	2,42	1,07		
εποπτεία	Ναι	1,92	1,03	-1,748	,084
	Όχι	2,45	1,03		

T –test- αισθήματα της τελευταίας περιόδου

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Ικανοποιημένος από εργασία	Ναι	3,04	,60	1,118	,266
	Όχι	2,90	,64		
Εξουθένωση από εργασία	Ναι	2,48	,70	,777	,439

	Όχι	2,60	,83		
Ψυχολογικά αδύναμος	Ναι	1,76	,84	1,267	,208
	Όχι	1,96	,72		
Επιθυμία αλλαγής χώρου εργασίας	Ναι	1,80	,98	,294	,769
	Όχι	1,86	1,05		

T –test- σωματικές & ψυχολογικές ενοχλήσεις

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
άγχος	Ναι	2,58	,94	1,027	,307
	Όχι	2,76	,79		
κατάθλιψη	Ναι	1,48	,67	1,929	,057
	Όχι	1,76	,77		
Διαρκής εκνευρισμός	Ναι	2,04	,75	,871	,386
	Όχι	2,18	,84		
Κακή διάθεση	Ναι	1,98	,76	1,654	,101
	Όχι	2,22	,67		
Σεξουαλικές δυσλειτουργίες	Ναι	1,32	,62	,160	,873
	Όχι	1,34	,62		

T –test- επιβαρυντικοί παράγοντες

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	T	Στατιστική σημαντικότητα
Αντικείμενο εργασίας	Ναι	2,77	,82	1,624	,108
	Όχι	2,48	,91		
Βάρδιες	Ναι	2,92	,92	1,908	,059
	Όχι	2,55	1,00		
Φόρτος εργασίας	Ναι	3,26	,77	1,767	,080
	Όχι	2,95	,91		
Έλλειψη προσωπικού	Ναι	3,34	,77	1,596	,114
	Όχι	3,08	,83		
Έλλειψη στήριξης από συναδέλφους	Ναι	2,40	,88	,713	,477
	Όχι	2,26	,99		
Χαρακτηριστικά προσωπικότητας	Ναι	2,44	,97	,426	,671
	Όχι	2,36	,69		
ανταγωνισμός	Ναι	2,06	,93	,436	,664
	Όχι	2,14	,95		

Έλλειψη εποπτείας	Ναι	2,12	1,02	,191	,849
	Όχι	2,08	,97		

T –test- λοιπές μεταβλητές

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια	Ναι	2,46	,70	1,492	,139
	Όχι	2,26	,63		
Στήριξη από οικογένεια	Ναι	3,12	,82	1,096	,276
	Όχι	2,94	,81		
Παιδικό καρκίνος & κόπωση	Ναι	3,04	,78	1,712	,090
	Όχι	2,78	,73		

Σύμφωνα με τα δεδομένα που αναφέρονται στους παραπάνω πίνακες, παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφορές αναφορικά με την ύπαρξη παιδιών ή μη ως προς:

- Τη συναισθηματική φόρτιση και την αδιαφορία απέναντι στα παιδιά, όπου όσοι έχουν παιδιά φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερη φόρτιση και ταυτόχρονα να επιδεικνύουν μικρότερη αδιαφορία για τα παιδιά.
- Την ικανοποίηση από το προσωπικό και την επαφή με τους ασθενείς, όπου οι επαγγελματίες με παιδιά δηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης και στις δύο αυτές παραμέτρους

- Την αντίληψη ότι η ηλικία των παιδιών αποτελεί σημαντικό παράγοντα που ενισχύει την επαγγελματική κόπωση, με τους γονείς επαγγελματίες να επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την ηλικία των ασθενών παιδιών.

Σύγκριση περισσότερων από δύο υπό-ομάδων ως προς μια μεταβλητή (One way analysis ANOVA)

Για την διερεύνηση της στατιστικής σημαντικότητας ανάμεσα στις διαφορές των μέσων όρων των αριθμητικών κλιμάκων με κανονική κατανομή, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία που αφορούν στην ηλικία, επάγγελμα, εκπαιδευτικό επίπεδο, χρόνια εργασίας συνολικά, χρόνια εργασίας στη θέση και την οικογενειακή κατάσταση, έγινε one way analysis ANOVA. Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα $p > 0.05$.

Πίνακας 27: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις μεταβλητές ως προς το επάγγελμα ANOVA – Αρνητικές αντιδράσεις

	Επάγγελμα	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Sig.
Αρνητική διάθεση από αντικείμενο εργασίας	Γιατρός	1,58	,80	3,492	,034
	Νοσηλεύτης	2,04	,86		
	Κοινωνικός	2,00	,81		

	λειτουργός				
Νεύρα	Γιατρός	2,26	,89	5,466	,006
	Νοσηλεύτης	2,43	,74		
	Κοινωνικός λειτουργός	1,61	,50		

Βάσει των αναλύσεων προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές αναφορικά με το επάγγελμα ως προς την αρνητική διάθεση από το αντικείμενο εργασίας, το άγχος, τον εκνευρισμό και τα νεύρα. Από τις αναλύσεις φαίνεται ότι εντονότερη αρνητική διάθεση από το αντικείμενο εργασίας βιώνουν οι νοσηλευτές σε σύγκριση με τους γιατρούς, και περισσότερα νεύρα έχουν οι νοσηλευτές σε σύγκριση με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

ANOVA – Ψυχοσωματικές ενοχλήσεις

	Επάγγελμα	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Sig.
Άγχος τελευταία	Γιατρός	2,41	,86	3,361	,039
	Νοσηλεύτης	2,89	,82		
	Κοινωνικός λειτουργός	2,69	,94		
Διαρκής εκνευρισμός	Γιατρός	2,14	,85	4,186	,018
	Νοσηλεύτης	2,23	,76		
	Κοινωνικός λειτουργός	1,53	,51		

Σύμφωνα με τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα, υπάρχει διαφορά ως προς το άγχος και τον εκνευρισμό που βιώνουν την τελευταία περίοδο οι νοσηλευτές συγκριτικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

ANOVA – Επιβαρυντικοί παράγοντες/αίτια

	Επάγγελμα	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Sig.
Βάρδιες	Γιατρός	2,51	1,05	5,360	,006
	Νοσηλεύτης	3,06	,83		
	Κοινωνικός λειτουργός	2,30	,85		

Φόρτος εργασίας	Γιατρός	3,00	,92	4,691	,011
	Νοσηλεύτης	3,35	,67		
	Κοινωνικός λειτουργός	2,61	,96		
Έλλειψη προσωπικού	Γιατρός	3,02	,85	3,562	,032
	Νοσηλεύτης	3,44	,72		
	Κοινωνικός λειτουργός	3,00	,81		
Έλλειψη εποπτείας	Γιατρός	1,82	,77	7,789	,001
	Νοσηλεύτης	2,08	,99		
	Κοινωνικός λειτουργός	3,00	1,15		

Με βάση τις αναλύσεις που παρουσιάζονται στον πίνακα, σημειώνονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην αντίληψη ως προς τους επιβαρυντικούς παράγοντες των βαρδιών, του φόρτου εργασίας και της έλλειψης προσωπικού, τους οποίους οι νοσηλευτές θεωρούν σημαντικότερους συγκριτικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς. Αντίθετα, οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται συγκριτικά με τους γιατρούς να θεωρούν σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα την έλλειψη εποπτείας.

Τρόποι αντιμετώπισης

	Επάγγελμα	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Sig.
Αύξηση αποδοχών	Γιατρός	2,51	,92	8,346	,000
	Νοσηλεύτης	3,19	,88		
	Κοινωνικός λειτουργός	2,38	,65		
Υποστήριξη από ειδικούς	Γιατρός	2,85	,85	4,658	,012
	Νοσηλεύτης	3,30	,69		
	Κοινωνικός λειτουργός	3,38	,65		
Αλλαγή ωραρίου	Γιατρός	2,31	,81	10,426	,000
	Νοσηλεύτης	3,04	,86		
	Κοινωνικός λειτουργός	2,07	1,03		
Καταμερισμός	Γιατρός	3,07	,72	6,117	,003

εργασίας	Νοσηλεύτης	2,95	,81		
	Κοινωνικός λειτουργός	2,23	,72		
Διευκολύνσεις ωραρίου	Γιατρός	2,51	,86	12,467	,000
	Νοσηλεύτης	3,28	,68		
Εποπτεία	Κοινωνικός λειτουργός	2,38	,96	9,762	,000
	Γιατρός	2,12	,97		
	Νοσηλεύτης	2,32	,99		
	Κοινωνικός λειτουργός	3,46	,77		

Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και ως προς τους τρόπους αντιμετώπισης της κόπωσης αναφορικά με το επάγγελμα. Ειδικότερα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την αύξηση αποδοχών, την αλλαγή ωραρίου, τις διευκολύνσεις ωραρίου, μεταξύ των νοσηλευτών και των κοινωνικών λειτουργών, με τους πρώτους να αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στους εν λόγω παράγοντες για την αντιμετώπιση της κόπωσης.

Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν, επίσης, ως προς την στήριξη από ειδικούς και την εποπτεία μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών και των γιατρών, με τους πρώτους να αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στους παράγοντες αυτούς απ' ότι οι γιατροί. Τέλος, φάνηκε να διαφέρουν οι απαντήσεις μεταξύ γιατρών και κοινωνικών λειτουργών ως προς τον καταμερισμό εργασίας, στον οποίο αποδίδουν μεγαλύτερη αξία οι γιατροί συγκριτικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

ANOVA – Άλλες μεταβλητές

	Επάγγελμα	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Sig.
Στήριξη από οικογένεια	Γιατρός	3,29	,78	4,084	,020
	Νοσηλεύτης	2,89	,84		
Ανάγκη για εποπτεία	Κοινωνικός λειτουργός	2,69	,63	13,685	,000
	Γιατρός	1,70	,74		

Νοσηλεύτης	1,71	,77
Κοινωνικός λειτουργός	2,92	,86

Αναφορικά με το επάγγελμα παρατηρήθηκαν επίσης σημαντικές διαφορές ως προς την στήριξη που έχουν οι γιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί από την οικογένειά τους καθώς και την ανάγκη τους για εποπτεία. Ως προς την στήριξη από την οικογένεια οι γιατροί δηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά υποστήριξης σε σύγκριση με τους κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ ως προς την ανάγκη για εποπτεία οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη ανάγκη εποπτείας συγκριτικά με τους γιατρούς.

Πίνακας 28: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις μεταβλητές ως προς τα συνολικά χρόνια εργασίας

ANOVA– Συνέπειες στην εργασία

	Χρόνια εργασίας	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Στατιστική Σημαντικότητα
Αδιαφορία για το παιδί	0-5	1,04	,21	2,784	,045
	6-10	1,01	,12		
	11-20	1,58	,48		
	20+	1,00	,34		

Αναφορικά με τα συνολικά χρόνια εργασίας παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς την αδιαφορία απέναντι στο παιδί, όπου φάνηκε ότι οι διαφορές εντοπίζονται μεταξύ των επαγγελματιών που εργάζονται 11-20 έτη και εκείνων που εργάζονται 20+ έτη, με τους πρώτους να εμφανίζουν συγκριτικά μεγαλύτερα ποσοστά αδιαφορίας απέναντι στο παιδί, αλλά και πάλι σε πολύ χαμηλά επίπεδα.

Τρόποι αντιμετώπισης

	Χρόνια εργασίας	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Στατιστική Σημαντικότητα
Αλλαγή ωραρίου	0-5	2,77	,86	3,931	,011
	6-10	2,96	,82		
	11-20	2,62	,96		
	20+	2,12	,97		
rotation	0-5	2,54	,96	3,476	,019
	6-10	2,53	1,20		
	11-20	1,88	,93		
	20+	1,88	,92		

Επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας	0-5	2,04	,95	2,713	,049
	6-10	2,15	1,15		
	11-20	1,70	,99		
	20+	1,44	,82		

Στατιστικώς σημαντικές διαφορές προέκυψαν αναφορικά με τα συνολικά έτη εργασίας και ως προς τους τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασης, και ειδικά στις κλίμακες της αλλαγής ωραρίου, της αλλαγής τμημάτων, και της επιθυμίας για αλλαγή χώρου εργασίας.

Ως προς την αλλαγή ωραρίου, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σ' εκείνους που εργάζονται 6-10 χρόνια και σ' εκείνους που εργάζονται 20+ χρόνια, με τους πρώτους να αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στην αλλαγή ωραρίου. Αναφορικά με την αλλαγή τμημάτων/θέσεων, οι διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ εκείνων που εργάζονται 0-5 χρόνια και εκείνων που εργάζονται 20+ έτη, με τους πρώτους να θεωρούν σημαντικότερο βοηθητικό παράγοντα στην αντιμετώπιση της κόπωσης την αλλαγή τμημάτων.

Στην κλίμακα επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας, οι στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ομάδων που εργάζονται 20+ έτη και εκείνων που εργάζονται 6-10 έτη, με τους τελευταίους να εκδηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για αλλαγή του χώρου εργασίας.

Σωματικές- ψυχολογικές ενοχλήσεις

	Χρόνια εργασίας	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Στατιστική Σημαντικότητα.
Σεξουαλικές δυσλειτουργίες	0-5	1,09	,42	2,823	,043
	6-10	1,57	,75		
	11-20	1,37	,56		
	20+	1,24	,59		

Αναφορικά με τα συνολικά χρόνια εργασίας παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές και στην κλίμακα των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, όπου εντοπίστηκε η διαφορά μεταξύ εκείνων που εργάζονται 0-5 έτη και εκείνων που εργάζονται 6-10 έτη, με τους τελευταίους να εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό σεξουαλικών δυσλειτουργιών, ο οποίος ωστόσο κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα.

Επιβαρυντικοί παράγοντες - αίτια

	Χρόνια εργασίας	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Στατιστική Σημαντικότητα.
Κόπωση από έλλειψη προσωπικού	0-5	3,13	,83	2,825	,043
	6-10	3,57	,57		
	11-20	2,96	,87		
	20+	3,16	,85		

Στατιστικώς σημαντική διαφορά προέκυψε αναφορικά με τα συνολικά χρόνια εργασίας και στην κλίμακα της κόπωσης από έλλειψη προσωπικού, όπου η διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα σ' εκείνους που εργάζονται 6-10 έτη και εκείνους που εργάζονται 11-20 έτη με τους πρώτους να θεωρούν σημαντικότερο τον παράγοντα της έλλειψης προσωπικού στην κόπωση.

Άλλες μεταβλητές

	Χρόνια εργασίας	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Στατιστική Σημαντικότητα.
Στήριξη από οικογένεια	0-5	3,13	,88	2,789	,045
	6-10	3,26	,66		
	11-20	2,66	,78		
	20+	3,08	,86		
Ανάγκη για συναισθηματική στήριξη	0-5	2,09	,75	2,706	,050
	6-10	2,38	,85		
	11-20	2,74	,90		
	20+	2,56	,76		

Τέλος, ως προς τα συνολικά χρόνια εργασίας, βάσει των δεδομένων του πίνακα φαίνεται ότι παρουσιάστηκαν διαφορές σημαντικές και στις κλίμακες της στήριξης από την οικογένεια και στην ανάγκη για συναισθηματική-ψυχολογική στήριξη.

Στην στήριξη από την οικογένεια, οι διαφορές καταγράφονται μεταξύ των ομάδων που εργάζονται 11-20 έτη και εκείνων με 6-10 έτη, με τους τελευταίους να εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα στήριξης από την οικογένειά τους. Τέλος, αναφορικά με την ανάγκη για συναισθηματική-ψυχολογική στήριξη, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι 0-5 χρόνια έχουν λιγότερη ανάγκη υποστήριξης σε σχέση με εκείνους που εργάζονται 11-20 χρόνια.

Πίνακας 29: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις μεταβλητές ως προς τα χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη θέση

ANOVA– Αίτια/ Επιβαρυντικοί παράγοντες

	Χρόνια εργασίας στη θέση	Μ. όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Sig.
Χαρακτηριστικά ατόμου	0-3	2,20	,75	2,768	,046
	3-6	2,33	,84		
	6-9	2,42	,53		
	9+	2,75	,95		
Έλλειψη εποπτείας	0-3	1,88	,93	3,063	,032
	3-6	2,61	1,14		
	6-9	2,57	,97		
	9+	2,00	,88		

Αναφορικά με τα χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη θέση, στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ως προς τους παράγοντες που οδηγούν σε κόπωση, στις κλίμακες «προσωπικά χαρακτηριστικά ατόμου» και «έλλειψη εποπτείας».

Ως προς τα «προσωπικά χαρακτηριστικά» οι διαφορές παρατηρούνται ανάμεσα σ' εκείνους που εργάζονται περισσότερα από 9 χρόνια στη θέση και σ' εκείνους που εργάζονται 0-3, με τους πρώτους να αποδίδουν μεγαλύτερο βαθμό επίδρασης στην κόπωση στα προσωπικά χαρακτηριστικά, ενώ στην κλίμακα «έλλειψη εποπτείας», οι διαφορές παρατηρούνται μεταξύ εκείνων που εργάζονται 0-3 έτη και εκείνων που εργάζονται 3-6, με τους τελευταίους να θεωρούν ότι η έλλειψη εποπτείας επιδρά στην κόπωση σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι πιστεύουν οι πρώτοι.

\

ANOVA– Τρόποι αντιμετώπισης

	Χρόνια εργασίας στη θέση	Μ. όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Sig.
Rotation	0-3	2,53	1,09	2,905	,039
	3-6	1,88	,903		
	6-9	2,00	1,15		
	9+	1,93	,94		

Στους τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου, η μόνη στατιστικώς σημαντική διαφορά που βρέθηκε ως προς τα χρόνια εργασίας στη θέση, είναι στην κλίμακα της «αλλαγής τμημάτων-rotation», με τις διαφορές να εντοπίζονται ανάμεσα σ' εκείνους που εργάζονται στη θέση 3-6 χρόνια και εκείνους που εργάζονται 0-3 χρόνια, με τους τελευταίους να θεωρούν σημαντικότερο τρόπο αντιμετώπισης την αλλαγή τμημάτων, σε σύγκριση με τους πρώτους.

ANOVA – Άλλες μεταβλητές

	Χρόνια εργασίας στη θέση	Μ. όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Sig.
Μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια	0-3	2,44	,50	4,228	,007
	3-6	2,11	,67		
	6-9	1,71	,48		
	9+	2,53	,81		

Τέλος, ως προς τα χρόνια εργασίας στη θέση, στατιστικώς σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε και στην κλίμακα «μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια», με τη διαφορά να παρατηρείται ανάμεσα στους εργαζόμενους στη θέση 9+ έτη και σ' εκείνους που βρίσκονται στη θέση 6-9 έτη, με τους τελευταίους να δηλώνουν ότι μεταφέρουν σε μικρότερο βαθμό τα προβλήματα στην οικογένεια.

Πίνακας 30: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις μεταβλητές ως προς την ηλικία

ANOVA– Συμπτώματα/συνέπειες

Ηλικία	Μ. Όρος	Τυπική	F	Sig.
--------	---------	--------	---	------

			απόκλιση		
Αρνητική διάθεση από αντικείμενο εργασίας	20-30	2,29	,84	2,812	,049
	31-40	1,87	,89		
	41-50	1,65	,75		
	51+	1,55	,72		
Συναισθηματική φόρτιση	20-30	2,64	,86	3,071	,031
	31-40	3,22	,72		
	41-50	2,88	,71		
	51+	2,77	,97		
Ψυχολογικά αδύναμος	20-30	2,17	,80	3,038	,033
	31-40	1,87	,84		
	41-50	1,84	,67		
	51+	1,22	,44		

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα, ως προς την ηλικία παρατηρούνται διαφορές στις κλίμακες «αρνητική διάθεση από το αντικείμενο εργασίας», οι οποίες εντοπίζονται μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 20-30 και 51+ με τους νεότερους να εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό αρνητικής διάθεσης, ενώ διαφορές στις ίδιες ηλικιακές ομάδες παρατηρούνται και στην κλίμακα «ψυχολογική αδυναμία», με τους νεότερους να φαίνονται ψυχολογικά αδύναμοι σε μεγαλύτερο βαθμό. Σημαντική διαφορά παρατηρείται επίσης, ως προς τη συναισθηματική φόρτιση, μεταξύ ομάδων 20-30 και 31-40, με τους νεότερους ωστόσο, να εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά συναισθηματικής φόρτισης.

ANOVA– Αίτια

	Ηλικία	Μ. Όρος	Τυπική απόκλιση	F	Sig.
Προσωπικά χαρακτηριστικά	20-30	2,52	,79	3,181	,027
	31-40	2,35	,75		
	41-50	2,16	,85		
	51+	3,11	1,05		

Αναφορικά με τα αίτια της κόπωσης, σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία σημειώθηκε στην κλίμακα «προσωπικά χαρακτηριστικά», με τις διαφορές να παρατηρούνται μεταξύ 41-50 και 51+, με τους μεγαλύτερους ηλικιακά να αποδίδουν

μεγαλύτερη σημασία στα προσωπικά χαρακτηριστικά ως παράγοντα που επιδρά στην κόπωση.

ANOVA– Τρόποι αντιμετώπισης

	Ηλικία	Μ. Όρος	Τυπική απόκλιση	F	Sig.
Αλλαγή ωραρίου	20-30	2,94	,89	4,477	,005
	31-40	2,79	,84		
	41-50	2,38	,98		
	51+	1,77	,97		
Διευκολύνσεις ωραρίου	20-30	2,94	1,14	3,037	,033
	31-40	3,02	,72		
	41-50	2,73	,82		
	51+	2,11	1,05		

Από τις αναλύσεις προέκυψαν σημαντικές διαφορές και στους τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου της κόπωσης, και ειδικότερα στην «αλλαγή ωραρίου» και στις «διευκολύνσεις ωραρίου». Στην κλίμακα «αλλαγή ωραρίου» οι διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 51+ και 20-30, με τους τελευταίους να θεωρούν ότι η αλλαγή ωραρίου θα βοηθούσε περισσότερο στην αντιμετώπιση της κόπωσης. Ως προς τις «διευκολύνσεις ωραρίου» οι διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα 31-40 και 51+ , με τους νεότερους ηλικιακά να αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στις διευκολύνσεις ωραρίου ως παράγοντα αντιμετώπισης της κόπωσης.

ANOVA– Άλλες μεταβλητές

	Ηλικία	Μ. Όρος	Τυπική απόκλιση	F	Sig.
Ανάγκη για εποπτεία	20-30	1,52	,51	3,153	,028
	31-40	2,08	,96		
	41-50	1,88	,81		
	51+	1,33	,70		
Μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια	20-30	2,52	,51	5,711	,001
	31-40	2,22	,62		
	41-50	2,23	,65		
	51+	3,11	,78		

Τέλος, ως προς την ηλικία των ατόμων του δείγματος, παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις κλίμακες «ανάγκη για εποπτεία» και «μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια». Στην «ανάγκη για εποπτεία», φάνηκε ότι οι διαφορές υπάρχουν μεταξύ των ατόμων που είναι 51+ και εκείνων που είναι 31-40, με τους τελευταίους να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανάγκης για εποπτεία.

Στην κλίμακα «μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια» οι διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ομάδων 31-40, 41-50 και 51+, με τους μεγαλύτερους ηλικιακά να φαίνεται ότι μεταφέρουν τα προβλήματα στην οικογένειά τους σε μεγαλύτερο βαθμό από τις 2 νεότερες ηλικιακές ομάδες.

Πίνακας 31: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις μεταβλητές ως προς την εκπαίδευση ANOVA– Τρόποι αντιμετώπισης κόπωσης

Εκπαίδευση	Μ. Όρος	Τυπική απόκλιση	F	Sig.	
Υποστήριξη από ειδικούς	Γυμνάσιο-λύκειο	3,50	,55	2,632	,028
	ΤΕΙ	3,25	,72		
	ΑΕΙ	2,65	,93		
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	3,30	,48		
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	3,05	,80		
Διευκολύνσεις ωραρίου	Γυμνάσιο-λύκειο	3,62	,74	4,414	,001
	ΤΕΙ	3,00	,78		
	ΑΕΙ	2,50	,88		
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	3,10	,87		
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	2,33	,84		

Τέλος, αναφορικά με την εκπαίδευση των ατόμων του δείγματος, οι μόνες στατιστικώς σημαντικές διαφορές που παρατηρήθηκαν ήταν στις κλίμακες «στήριξη από ειδικούς» και «διευκολύνσεις ωραρίου» ως τρόποι αντιμετώπισης της κόπωσης.

Συγκεκριμένα, ως προς την «στήριξη από ειδικούς» διαφορές παρατηρούνται ανάμεσα σ' εκείνους που είναι απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου και στους αποφοίτους ΤΕΙ, με τους πρώτους να αποδίδουν μεγαλύτερο βαθμό σπουδαιότητας στην υποστήριξη από ειδικούς για την αντιμετώπιση της κόπωσης. Στην κλίμακα «διευκολύνσεις ωραρίου» οι

διαφορές εντοπίστηκαν μεταξύ των κατόχων μεταπτυχιακού τίτλου κι εκείνους που κατέχουν διδακτορικό τίτλο, με τους τελευταίους να μην θεωρούν τις διευκολύνσεις ωραρίου τόσο σημαντικές στην αντιμετώπιση του φαινομένου, όσο τις θεωρούν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού.

Έγινε επίσης one way analysis ANOVA για να διερευνηθεί η στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στις διαφορές των μέσων όρων των κλιμάκων ως προς την οικογενειακή κατάσταση, αλλά δεν προέκυψε καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά.

7.4 Ανάλυση υποθέσεων-ερευνητικών ερωτημάτων

1^η Ερευνητική υπόθεση

Ποιοι παράγοντες συμβάλουν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με το φύλο;

	Φύλο	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Αύξηση αποδοχών	Άνδρες	2,77	,92	-,167	,868
	Γυναίκες	2,82	,95		

Συναισθηματική στήριξη	Άνδρες	2,15	,89	-1,406	,163
	Γυναίκες	2,51	,83		
Ανάγκη για εποπτεία	Άνδρες	1,46	,66	-1,832	,070
	Γυναίκες	1,93	,88		
Υποστήριξη από ειδικούς	Άνδρες	2,85	1,06	-1,401	,164
	Γυναίκες	3,17	,73		
Διοικητική υποστήριξη	Άνδρες	2,92	,86	-,855	,394
	Γυναίκες	3,11	,74		
Αλλαγή ωραρίου	Άνδρες	2,38	,77	-,956	,341
	Γυναίκες	2,66	,97		
Καταμερισμός εργασίας	Άνδρες	3,15	,69	1,173	,244
	Γυναίκες	2,87	,81		
Σχέσεις με συναδέλφους	Άνδρες	2,69	1,03	-,494	,623
	Γυναίκες	2,82	,91		
Αλλαγές σε τμήματα	Άνδρες	1,85	1,07	-1,302	,196
	Γυναίκες	2,25	1,05		
Διευκολύνσεις ωραρίου	Άνδρες	2,69	,95	-,682	,497
	Γυναίκες	2,87	,89		
Κίνητρα εκπαίδευσης	Άνδρες	3,08	1,12	-,013	,989
	Γυναίκες	3,08	,86		
εποπτεία	Άνδρες	1,92	1,04	-1,748	,084
	Γυναίκες	2,45	1,03		

	Φύλο	M. Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	Στατιστική σημαντικότητα
Αντικείμενο εργασίας	Άνδρες	2,30	,75	-1,441	,153
	Γυναίκες	2,68	,88		
Βάρδια	Άνδρες	2,23	1,16	-2,042	,044
	Γυναίκες	2,81	,92		
Φόρτος εργασίας	Άνδρες	2,69	1,10	-1,919	,058
	Γυναίκες	3,17	,79		
Έλλειψη προσωπικού	Άνδρες	3,07	,86	-,643	,522
	Γυναίκες	3,23	,80		
Έλλειψη στήριξης από συναδέλφους	Άνδρες	2,07	,75	-1,060	,292
	Γυναίκες	2,37	,95		
Χαρακτηριστικά	Άνδρες	2,15	,89	-1,148	,254

προσωπικότητας	Γυναίκες	2,44	,83		
Ανταγωνισμός	Άνδρες	2,15	,98	,216	,830
	Γυναίκες	2,09	,94		
Έλλειψη εποπτείας	Άνδρες	1,69	,75	-1,602	,112
	Γυναίκες	2,16	1,01		
Καρκίνος στο παιδί & κόπωση	άνδρας	2,61	,96	-1,495	
	γυναίκα	2,95	,72		-,138

Βάσει των δεδομένων του πίνακα, στατιστικώς σημαντικές διαφορές αναφορικά με τους παράγοντες που συμβάλουν στην επαγγελματική κόπωση σε σχέση με το φύλο, προκύπτει, ότι, οι γυναίκες θεωρούν περισσότερο επιβαρυντικό παράγοντα τις βάρδιες στην εργασία τους.

2° Ερευνητικό ερώτημα

Η ηλικία των επαγγελματιών επηρεάζει ψυχολογικά και συναισθηματικά τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους;

Ψυχολογικά αδύναμος	Ηλικία	Μ. Όρος	Τυπική απόκλιση	F	Sig.
	20-30	2,17	,80	3,038	,033
	31-40	1,87	,84		
	41-50	1,84	,67		
	51+	1,22	,44		

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα, σημαντική διαφοροποίηση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 20-30 και 51+ , με τους νεότερους να φαίνονται ψυχολογικά αδύναμοι σε μεγαλύτερο βαθμό.

3° Ερευνητικό ερώτημα

Το στάδιο της ασθένειας του παιδιού προκαλεί αυξημένη συναισθηματική πίεση στον επαγγελματία;

Κλίμακες	Μέσοι όροι	Τυπικές
----------	------------	---------

αποκλίσεις		
Στάδιο ασθένειας	3,11	0,76

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι το στάδιο της ασθένειας (μ.ο. 3,11) του παιδιού προκαλεί αυξημένη συναισθηματική πίεση στον επαγγελματία σε υψηλό βαθμό.

4° Ερευνητικό ερώτημα

Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με την ειδικότητα του επαγγελματία;

	Επάγγελμα	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	Sig.
Βάρδια	Γιατρός	2,51	1,05	5,360	,006
	Νοσηλεύτης	3,06	,83		
	Κοινωνικός λειτουργός	2,30	,85		
Φόρτος εργασίας	Γιατρός	3,00	,92	4,691	,011
	Νοσηλεύτης	3,35	,67		
	Κοινωνικός λειτουργός	2,61	,96		
Έλλειψη προσωπικού	Γιατρός	3,02	,85	3,562	,032
	Νοσηλεύτης	3,44	,72		
	Κοινωνικός λειτουργός	3,00	,81		
Έλλειψη εποπτείας	Γιατρός	1,82	,77	7,789	,001
	Νοσηλεύτης	2,08	,99		
	Κοινωνικός λειτουργός	3,00	1,15		

Με βάση τις αναλύσεις που παρουσιάζονται στον πίνακα, σημειώνονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην αντίληψη ως προς τους επιβαρυντικούς παράγοντες των βαρδιών, του φόρτου εργασίας και της έλλειψης προσωπικού, τους οποίους οι νοσηλευτές θεωρούν σημαντικότερους συγκριτικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς. Αντίθετα, οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται συγκριτικά με τους γιατρούς να θεωρούν σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα την έλλειψη εποπτείας.

5° Ερευνητικό ερώτημα

Το παιδί, ως καρκινοπαθής, αποτελεί παράγοντα που επιτείνει την εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης;

	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Παιδικός καρκίνος	2,91	0,76

Βάσει της ανάλυσης, η επίδραση του παιδικού καρκίνου στην κόπωση των επαγγελματιών εμφανίζεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

6° Ερευνητικό ερώτημα

Ποιες είναι οι επιπτώσεις που βιώνουν οι επαγγελματίες στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή τους έπειτα από την συστηματική συνεργασία τους με το παιδί που πάσχει από καρκίνο;

	Συχνότητα	Ποσοστό
Σημασία στην υγεία	6	22%
Αλλαγή προτεραιοτήτων	15	56%
Ψυχοσωματικά προβλήματα	6	22%
Σύνολο	27	100,0

Από τα 100 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, στην ερώτηση για τον τρόπο που ο παιδικός καρκίνος επηρεάζει τη ζωή τους απάντησαν οι 27. Απ' αυτούς, το 22% δήλωσε ότι η ενασχόληση με παιδιά που έχουν καρκίνο τους έκανε να δώσουν μεγαλύτερη σημασία στην υγεία, το 56% ότι άλλαξαν οι προτεραιότητές τους κι ο τρόπος που αντιμετώπιζαν τη ζωή, ενώ ένα 22% δήλωσε ότι οι αλλαγές που επέφερε η ενασχόληση με τον καρκίνο ήταν κυρίως ψυχοσωματικές επιβαρύνσεις, δηλαδή ψυχολογική φόρτιση, πονοκέφαλοι, εκνευρισμός και ανησυχία.

7° Ερευνητικό ερώτημα

Ποιες είναι οι προτάσεις των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας για την κάλυψη των δικών τους αναγκών (άδεια, μετάταξη, ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης);

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ομάδες στήριξης ψυχολογικής	23	56%
Εποπτεία	7	17%
Αύξηση προσωπικού	5	12%
Εκπαίδευση	4	10%
Καλύτερη επικοινωνία-σχέσεις με συναδέλφους	1	2,5%
Άλλο	1	2,5%
Σύνολο	41	100%

Από το σύνολο των 100 ατόμων που απάντησαν στην έρευνα, προτάσεις για την αντιμετώπιση της κατάστασης παρουσίασαν οι 41.

Απ' αυτούς, το 51% πρότεινε την σύσταση ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, το 17% την εποπτεία, το 12% αύξηση προσωπικού, ώστε να μειωθεί ο φόρτος εργασίας, το 10% εκπαίδευση του προσωπικού και το 2,5% την καλύτερη επικοινωνία με συναδέλφους και διοίκηση, ώστε να συσφιχθούν οι σχέσεις τους. Τέλος, προτάθηκε (2,5%) να υπάρχει ισότιμη εργασία όλων των εργαζομένων, ώστε να μην επιβαρύνονται κάποιιοι από την κωλυσιεργία κάποιων άλλων.

7.4 Συμπεράσματα Έρευνας

Με την ολοκλήρωση της διεξαγωγής των αποτελεσμάτων υπήρξαν συμπεράσματα τα οποία αντιπροσωπεύουν τα πορίσματα της προπτυχιακής εργασίας.

Στην έρευνα συμμετείχαν 100 άτομα που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε δημόσιες κλινικές και ασχολούνται με παιδιά με καρκίνο. Συνολικά συμμετείχαν 13 άνδρες και 87 γυναίκες, χωριζόμενοι σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες 20-30 (17%), 31-40 (48%), 41-50(26%),51 και άνω (9%) και από αυτούς, τα 41 άτομα είναι γιατροί, 46 νοσηλευτές και 13 κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ ως προς την κλινική όπου υπηρετούν, το 17% εργάζεται στο Αγλαΐα Κυριακού, το 39% στο Αγία Σοφία, το 23% στο ΑΧΕΠΑ και το 21% στο ΠΑΓΝΗ. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων του δείγματος, το 8% δήλωσε ότι ήταν απόφοιτος/η Γυμνασίου -Λυκείου, το 43% δήλωσε απόφοιτος/η Τ.Ε.Ι, το 20% απόφοιτος/η Α.Ε.Ι, το 10% κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου, το 18% κάτοχος διδακτορικού και 1% άλλο επίπεδο.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση των υποκειμένων, το 34% δήλωσαν άγαμοι, το 65% έγγαμοι και 1% διαζευγμένοι, ενώ αναφορικά με την ύπαρξη παιδιών, το σύνολο των ατόμων είναι μοιρασμένο ισόποσα.

Ως προς τα συνολικά χρόνια εργασίας, η κατανομή του δείγματος κυμαίνεται ως εξής: 0-5(22%), 6-10(26%),11-20(27%), 20 και άνω (25%). Ενώ, όσον αφορά στον χρόνο υπηρεσίας στη συγκεκριμένη θέση που κατέχουν στο παρόν χρονικό διάστημα, το 45% δήλωσε ότι υπηρετεί 0-3 χρόνια, το 18% 3-6 χρόνια, το 7% 6-9 χρόνια και το 30% 9+ χρόνια. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 29% εργάζεται σε πρωινή βάρδια, το 40% έχει εναλλάξ βάρδιες, ενώ το 31% εργάζεται πρωινά αλλά έχει και τέσσερις εφημερίες την εβδομάδα.

Αναφορικά με την επιθυμία κατοχής της συγκεκριμένης θέσης, το 54% δήλωσε ότι ήταν δική του επιθυμία, ενώ το 46% επιθυμία της διοίκησης της κλινικής. Τέλος, σχετικά με την επιθυμία αλλαγής ωραρίου, οι απαντήσεις του δείγματος είναι σχεδόν μοιρασμένες, με μικρή υπεροχή εκείνων που επιθυμούν την αλλαγή (51%). Αντίθετα, όσον αφορά στην ανάγκη για περισσότερες άδειες, η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ότι επιθυμεί περισσότερες άδειες (81%).

Όσον αφορά στην ενότητα που συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την συμπεριφορά του δείγματος στον εργασιακό χώρο, τα συμπεράσματα που βγήκαν ήταν τα εξής:

Οι επαγγελματίες φαίνεται να είναι σε αρκετά μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από το προσωπικό και την επαφή με τους ασθενείς, ενώ λιγότερο ικανοποιημένοι είναι με τις συνθήκες εργασίας.

Στην ερώτηση κατά πόσο επηρεάζεται η διάθεση του δείγματος κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους, φαίνεται ότι είναι η εξέλιξη της ασθένειας (μ.ο. 3,40), και έπονται η σχέση με το παιδί (μ.ο. 3,32) και το στάδιο της ασθένειας (μ.ο. 3,11).

Αρκετά σημαντικό παράγοντα θεωρούν την προσωπικότητα του παιδιού (μ.ο. 2,96), αμέσως επόμενος παράγοντας σε βαθμό σπουδαιότητας είναι η διάγνωση της ασθένειας (μ.ο. 2,90), ενώ τελευταίος σε σπουδαιότητα είναι η ηλικία των παιδιών (μ.ο. 2,73).

Όσον αφορά στις αντιδράσεις που παρατηρούν να συμβαίνουν στον εαυτό τους φαίνεται ότι σε μεγαλύτερο βαθμό οι επαγγελματίες βιώνουν συναισθηματική φόρτιση (μ.ο. 3,00) και έπεται το άγχος (μ.ο. 2,64) και τα νεύρα (μ.ο. 2,26). Σε πολύ χαμηλότερο βαθμό εμφανίζεται η αρνητική διάθεση από το αντικείμενο εργασίας (μ.ο. 1,85), ο θυμός απέναντι στους συναδέλφους (μ.ο. 1,64), ο θυμός απέναντι στο παιδί (μ.ο. 1,10) και η αδιαφορία για το παιδί (μ.ο. 1,06), αντιδράσεις που στην ουσία φαίνεται ότι δεν βιώνουν οι επαγγελματίες που ασχολούνται με παιδιά με καρκίνο.

Στην ερώτηση του πώς νιώθουν την συγκεκριμένη περίοδο οι επαγγελματίες, φαίνεται ότι η ικανοποίηση από την εργασία (μ.ο. 2,97) είναι το κυρίαρχο και έπεται η εξουθένωση από την εργασία σε μέτριο ωστόσο επίπεδο (μ.ο. 2,54). Σε αρκετά χαμηλά είναι το επίπεδο της ψυχολογικής αδυναμίας (μ.ο. 1,86) και της επιθυμίας αλλαγής χώρου εργασίας (μ.ο. 1,84).

Η επόμενη ενότητα αφορούσε στον τρόπο ζωής του δείγματος. Μια από τις ερωτήσεις εξέτασε το αν υπάρχει διαφορά του πριν και του μετά της ενασχόλησής του δείγματος με το παιδί που πάσχει από καρκίνο. Όπως προκύπτει από την ανάλυση αναφορικά με συνήθειες στον τρόπο ζωής των επαγγελματιών, υπάρχει σημαντική διαφορά ως προς την γυμναστική και τις επαφές με τους φίλους, καθώς φαίνεται ότι μετά την ανάληψη θέσης σε ογκολογική κλινική οι επαγγελματίες έχουν περιορίσει την γυμναστική και τις επαφές με τους φίλους τους.

Επιπλέον, τα υποκείμενα του δείγματος ερωτήθηκαν με ποιο άλλο τρόπο έχει επηρεάσει την ζωή τους η τοποθέτησή τους στην συγκεκριμένη θέση(προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική ζωή) .

Φαίνεται ότι από τα 100 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, στην ερώτηση για τον τρόπο που ο παιδικός καρκίνο επηρεάζει τη ζωή τους απάντησαν οι 27. Απ' αυτούς, το 22% δήλωσε ότι η ενασχόληση με παιδιά που έχουν καρκίνο τους έκανε να δώσουν μεγαλύτερη σημασία στην υγεία, το 56% ότι άλλαξαν οι προτεραιότητές τους κι ο τρόπος που αντιμετώπιζαν τη ζωή, ενώ ένα 22% δήλωσε ότι οι αλλαγές που επέφερε η ενασχόληση με τον καρκίνο ήταν κυρίως ψυχοσωματικές επιβαρύνσεις, δηλαδή ψυχολογική φόρτιση, πονοκέφαλοι, εκνευρισμός και ανησυχία.

Στην συνέχεια, από τις ερωτήσεις: α) αν το δείγμα μεταφέρει επαγγελματικά προβλήματα στην οικογένεια του και β) αν υπάρχει στήριξη από την οικογένεια του στην επαγγελματική φόρτιση που βιώνει, διαπιστώνεται ότι οι επαγγελματίες έχουν σε μεγάλο βαθμό τη στήριξη της οικογένειάς τους και ότι η μεταφορά προβλημάτων στο σπίτι γίνεται σε μέτριο επίπεδο (μ.ο. 2,36)

Η επόμενη ενότητα αφορούσε ψυχολογικές και σωματικές ενοχλήσεις που βιώνουν οι επαγγελματίες. Φαίνεται πως βιώνουν μέτριο προς υψηλό επίπεδο άγχους (2,67), μέτρια επίπεδα εκνευρισμού (μ.ο. 2,11) και κακής διάθεσης (μ.ο. 2,10) και χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης (μ.ο. 1,62) και σεξουαλικών δυσλειτουργιών (μ.ο. 1,33).

Αναφορικά με τα οργανικά προβλήματα, οι επαγγελματίες που ασχολείται με το παιδί με καρκίνο φαίνεται να εμφανίζουν υπέρταση (11% ναι), διαταραχές ύπνου (31% ναι, και διαταραχές βάρους (27% ναι).

Η προτελευταία ενότητα αφορούσε τους παράγοντες που επιτείνουν την επαγγελματική κόπωση, διαπιστώνεται ότι οι παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν στην κόπωση των επαγγελματιών σε μεγάλο βαθμό είναι η έλλειψη προσωπικού (μ. ο. 3,21) και ο φόρτος εργασίας (μ. ο. 3,11).

Σε μέτριο προς υψηλό βαθμό κυμαίνονται οι βάρδιες (μ. ο. 2,74) και το αντικείμενο της εργασίας (μ. ο. 2,63), ενώ σε μέτριο βαθμό βρίσκονται τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (μ. ο. 2,40), και η έλλειψη στήριξης από

συναδέλφους (μ. ο. 2,33). Τέλος, σε χαμηλότερο βαθμό φαίνεται να επιδρούν ο ανταγωνισμός μεταξύ συναδέλφων και η έλλειψη εποπτείας (μ. ο. 2,10).

Όσον αφορά, στην καταλυτική ερώτηση της έρευνας των σπουδαστριών, δηλαδή, το αν η ενασχόληση με το παιδί που πάσχει από καρκίνο ενισχύει την επαγγελματική κόπωση περισσότερο από ότι η ενασχόληση με άλλα θέματα υγείας και ψυχικής υγείας, διαπιστώνεται ότι κυμαίνεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα (μ.ο 2,91).

Η τελευταία ενότητα αφορούσε τους τρόπους αντιμετώπισης και την θεραπευτική προσέγγιση. Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι για την αντιμετώπιση της κατάστασης θα βοηθούσαν σε μεγάλο βαθμό η υποστήριξη από ειδικούς (μ.ο. 3,13), η διοικητική υποστήριξη (μ.ο. 3,09) και τα κίνητρα για εκπαίδευση (μ.ο. 3,08). Σε μέτριο προς υψηλό επίπεδο οι επαγγελματίες θεωρούν ότι θα βοηθούσε ο καταμερισμός εργασίας (μ.ο. 2,91), οι διευκολύνσεις ωραρίου (μ.ο. 2,85) η αύξηση αποδοχών (μ.ο. 2,81) και οι ουσιαστικότητες σχέσεις με συναδέλφους (μ.ο. 2,81). Σε μέτριο βαθμό θα βοηθούσαν η αλλαγή ωραρίου (μ.ο. 2,62), η εποπτεία (μ.ο. 2,39) και οι αλλαγές σε τμήματα/rotation(μ.ο. 2,20). Ως προς την θεραπευτική προσέγγιση της κόπωσης, οι επαγγελματίες θεωρούν ότι έχουν ανάγκη σε μέτριο βαθμό τη συναισθηματική-ψυχολογική στήριξη, ενώ σε μέτριο προς χαμηλό την ανάγκη για εποπτεία.

Από την ανάλυση προέκυψε ότι στην συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (98%) δεν παρέχονται κίνητρα για συναισθηματική αποφόρτιση στο νοσοκομείο που εργάζονται. Επιπλέον προκύπτει ότι η πλειοψηφία (81%) των ερωτηθέντων προτίθεται να συμμετάσχει σε προγράμματα αποφόρτισης.

Από το σύνολο των 100 ατόμων που απάντησαν στην έρευνα, προτάσεις για την αντιμετώπιση της κατάστασης παρουσίασαν οι 41. Απ' αυτούς, το 51% πρότεινε την σύσταση ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, το 17% την εποπτεία, το 12% αύξηση προσωπικού, ώστε να μειωθεί ο φόρτος εργασίας, το 10% εκπαίδευση του προσωπικού και το 2,5% την καλύτερη επικοινωνία με συναδέλφους και διοίκηση, ώστε να συσφιχθούν οι σχέσεις τους. Τέλος, από το (2,5%) προτάθηκε να υπάρχει ισότιμη

εργασία όλων των εργαζομένων, ώστε να μην επιβαρύνονται κάποιιοι από την κωλυσιεργία κάποιων άλλων.

Επόμενος στόχος ήταν να υπολογιστεί το t-κριτήριο για τις διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους των απαντήσεων που δόθηκαν από διαφορετικές ομάδες του δείγματος (φύλο, ύπαρξη παιδιών) και να διερευνηθούν οι στατιστικές σημαντικές διαφορές ανάμεσα των μέσων όρων των αριθμητικών κλιμάκων με κανονική κατανομή ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία που αφορούν στην ηλικία, επάγγελμα, εκπαιδευτικό επίπεδο, χρόνια εργασίας συνολικά, χρόνια εργασίας στη θέση και την οικογενειακή κατάσταση έγινε one way analysis ANOVA.

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους, και θεωρούν περισσότερο επιβαρυντικό παράγοντα τις βάρδιες στην εργασία τους.

Ως προς την ηλικία παρατηρούνται διαφορές στις κλίμακες «αρνητική διάθεση από το αντικείμενο εργασίας», με τους νεότερους (20-30) να εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό αρνητικής διάθεσης, και «ψυχολογικής αδυναμίας», Ωστόσο, σημαντική διαφορά παρατηρείται επίσης, ως προς τη συναισθηματική φόρτιση, με τους νεότερους(20-30), να εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά συναισθηματικής φόρτισης.

Αναφορικά με τα αίτια της κόπωσης, σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία σημειώθηκε με τους μεγαλύτερους ηλικιακά να αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στα προσωπικά χαρακτηριστικά ως παράγοντα που επιδρά στην κόπωση.

Από τις αναλύσεις προέκυψαν σημαντικές διαφορές και στους τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου της κόπωσης, και ειδικότερα στην «αλλαγή ωραρίου» και στις «διευκολύνσεις ωραρίου». Στην κλίμακα «αλλαγή ωραρίου» 20-30χρονών, θεωρούν ότι η αλλαγή ωραρίου θα βοηθούσε περισσότερο στην αντιμετώπιση της κόπωσης. Ως προς τις «διευκολύνσεις ωραρίου», οι νεότεροι (31-40) θεωρούν μεγαλύτερης σημασίας ως παράγοντα αντιμετώπισης της κόπωσης πως είναι η διευκόλυνση ωραρίου.

Τέλος, ως προς την ηλικία των ατόμων του δείγματος, παρατηρήθηκαν ότι 31-40 χρόνων, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανάγκης για εποπτεία. Ακόμη, βλέπουμε ότι η «μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια» με τους μεγαλύτερους ηλικιακά (51+,) να γίνεται σε μεγαλύτερο βαθμό, από τις νεότερες ηλικιακές ομάδες.

Επιπλέον, βλέπουμε να υπάρχουν σημαντικές διαφορές και ως προς το επάγγελμα. Οι νοσηλευτές σε σύγκριση με τους γιατρούς βιώνουν εντονότερη αρνητική διάθεση από το αντικείμενο εργασίας και πως οι νοσηλευτές σε σύγκριση με τους κοινωνικούς λειτουργούς έχουν περισσότερα νεύρα.

Επιπροσθέτως, ως επιβαρυντικοί παράγοντες που θεωρούν οι επαγγελματίες για την επαγγελματική κόπωση είναι οι βάρδιες, ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού, τους οποίους οι νοσηλευτές θεωρούν σημαντικότερους συγκριτικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς. Αντίθετα, οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται συγκριτικά με τους γιατρούς να θεωρούν σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα την έλλειψη εποπτείας.

Ακόμη παρατηρούνται διαφορές και ως προς τους τρόπους αντιμετώπισης της κόπωσης αναφορικά με το επάγγελμα. Ειδικότερα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την αύξηση αποδοχών, την αλλαγή ωραρίου, τις διευκολύνσεις ωραρίου, μεταξύ των νοσηλευτών και των κοινωνικών λειτουργών, με τους πρώτους να αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στους εν λόγω παράγοντες για την αντιμετώπιση της κόπωσης.

Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν επίσης ως προς την στήριξη από ειδικούς και την εποπτεία όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στους παράγοντες αυτούς απ' ότι οι γιατροί. Τέλος, φάνηκε να διαφέρουν οι απαντήσεις μεταξύ γιατρών και κοινωνικών λειτουργών ως προς τον καταμερισμό εργασίας, στον οποίο αποδίδουν μεγαλύτερη αξία οι γιατροί συγκριτικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Ακόμη παρατηρούμε ότι οι γιατροί δηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά υποστήριξης από την οικογένεια σε σύγκριση με τους κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ ως προς την

ανάγκη για εποπτεία οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη ανάγκη συγκριτικά με τους γιατρούς.

Επίσης, φαίνεται η διαφορά αναφορικά με την ύπαρξη ή μη παιδιών, όπου όσοι έχουν παιδιά βιώνουν μεγαλύτερη φόρτιση και ταυτόχρονα επιδεικνύουν μικρότερη αδιαφορία για τα παιδιά. Επιπλέον, θεωρούν ότι η ηλικία των παιδιών αποτελεί σημαντικό παράγοντα που ενισχύει την επαγγελματική κόπωση, με τους γονείς επαγγελματίες να επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την ηλικία των ασθενών παιδιών.

Αναφορικά με τα συνολικά χρόνια εργασίας παρατηρήθηκαν εκείνοι που έχουν 11-20 χρόνια εργασίας εμφανίζουν συγκριτικά μεγαλύτερα ποσοστά αδιαφορίας απέναντι στο παιδί, αλλά και πάλι σε πολύ χαμηλά επίπεδα.

Αναφορικά με τα συνολικά χρόνια εργασίας παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές και στην κλίμακα των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, όπου εκείνοι που εργάζονται 6-10 έτη, να εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό σεξουαλικών δυσλειτουργιών, ο οποίος ωστόσο κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα.

Στατιστικώς σημαντική διαφορά προέκυψε αναφορικά με τα συνολικά χρόνια εργασίας και στην κλίμακα της κόπωσης από έλλειψη προσωπικού, όπου η διαφορά εντοπίζεται στους εργαζόμενους 6-10έτη να θεωρούν σημαντικότερο τον παράγοντα της έλλειψης προσωπικού στην κόπωση.

Στην στήριξη από την οικογένεια, οι επαγγελματίες που εργάζονται από 6-10 έτη, εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα στήριξης από την οικογένειά τους. Αναφορικά με την ανάγκη για συναισθηματική-ψυχολογική στήριξη, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι 0-5 χρόνια έχουν λιγότερη ανάγκη υποστήριξης.

Ως προς τους τρόπους αντιμετώπισης το δείγμα που εργάζεται συνολικά από 6-10 χρόνια θεωρούν την αλλαγή ωραρίου μεγαλύτερη σημασίας. Αναφορικά με την αλλαγή τμημάτων/θέσεων, εκείνοι που εργάζονται 0-5 χρόνια να θεωρούν σημαντικότερο βοηθητικό παράγοντα στην αντιμετώπιση της κόπωσης την αλλαγή

τμημάτων. Στην κλίμακα «επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας», παρατηρήθηκαν εκείνοι που εργάζονται 6-10 έτη, να εκδηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για αλλαγή του χώρου εργασίας.

Αναφορικά με τα χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη θέση, στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ως προς τους παράγοντες που οδηγούν σε κόπωση, στις κλίμακες «προσωπικά χαρακτηριστικά ατόμου» και «έλλειψη εποπτείας».

Ως προς τα «προσωπικά χαρακτηριστικά» οι διαφορές παρατηρούνται ανάμεσα σ' εκείνους που εργάζονται περισσότερα από 9 χρόνια να αποδίδουν μεγαλύτερο βαθμό επίδρασης στην κόπωση στα προσωπικά χαρακτηριστικά, ενώ στην κλίμακα «έλλειψη εποπτείας», εκείνων που εργάζονται 3-6, να θεωρούν ότι η έλλειψη εποπτείας επιδρά στην κόπωση σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι πιστεύουν οι πρώτοι.

Στους τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου, η μόνη στατιστικώς σημαντική διαφορά που βρέθηκε ως προς τα χρόνια εργασίας στη θέση, είναι στην κλίμακα της «αλλαγής τμημάτων-rotation», εκείνους που εργάζονται 0-3 χρόνια, να θεωρούν σημαντικότερο τρόπο αντιμετώπισης την αλλαγή τμημάτων, σε σύγκριση με εκείνους που εργάζονται στην συγκεκριμένη θέση από 3-6 χρόνια.

Τέλος, ως προς τα χρόνια εργασίας στη θέση, στατιστικώς σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε και στην κλίμακα «μεταφορά προβλημάτων στην οικογένεια», με τη διαφορά να παρατηρείται ανάμεσα στους εργαζόμενους στη θέση 9+ έτη και σ' εκείνους που βρίσκονται στη θέση 6-9 έτη, με τους τελευταίους να δηλώνουν ότι μεταφέρουν σε μικρότερο βαθμό τα προβλήματα στην οικογένεια.

Έγινε επίσης one way analysis ANOVA για να διερευνηθεί η στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στις διαφορές των μέσων όρων των κλιμάκων ως προς την οικογενειακή κατάσταση, αλλά δεν προέκυψε καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Μέσα από την διεξαγωγή της έρευνας οι σπουδάστριες έλαβαν τα αποτελέσματα των ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων που είχαν θέσει εξ αρχής . Όμως όπως συμβαίνει σε κάθε έρευνα έτσι και εδώ δημιουργήθηκαν σημαντικά ερωτηματικά, τα οποία μπορούν να χρησιμεύσουν σαν καινούργια ερευνητικά ερωτήματα για άλλους συναδέλφους, ώστε στο μέλλον να πραγματοποιήσουν μία καινούργια επιστημονική έρευνα η οποία να απαντά στις προτάσεις που παραθέτονται παρακάτω:

- Τα αυξημένα χρόνια υπηρεσίας επηρεάζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους;
- Τα χρόνια εργασίας στην συγκεκριμένη θέση επηρεάζουν την ανάγκη των επαγγελματιών για συχνότερες άδειες;
- Το φύλο επηρεάζεται από την ανάγκη για αλλαγή του ωραρίου εργασίας;
- Η ύπαρξη παιδιών στην οικογενειακή κατάσταση του επαγγελματία επηρεάζει την σχέση που αναπτύσσει με το παιδί που πάσχει από καρκίνο.
- Το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει τους τρόπους αντιμετώπισης της επαγγελματικής κόπωσης.
- Η τοποθέτηση των επαγγελματιών στο συγκεκριμένο τμήμα, ενισχύει την εμφάνιση της επαγγελματικής κόπωσης όταν γίνεται από δική τους επιθυμία ή της διοίκησης του νοσοκομείου;

Τέλος, μια πρόταση η οποία θα μπορούσε να αξιοποιηθεί από σπουδαστές, όπου επρόκειτο να διεκπεραιώσουν την πτυχιακή τους εργασία είναι να διερευνήσουν κατά

πόσο είναι ενημερωμένοι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας για το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης.

Επίλογος

Ενάμισης χρόνος διερεύνησης. Ενάμισης χρόνος αναζήτησης.
Ενάμισης χρόνος σκληρής δουλεία.

Μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα περάσαμε από μια διαδοχή συναισθημάτων αγωνίας και άγχους.

Αν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η όλη διαδικασία σαν μια βροχερή μέρα, παρόλα αυτά υπήρχε και το ουράνιο τόξο, το οποίο αποτέλεσαν οι επαφές που είχαμε με σημαντικούς επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, καθώς , διευρύναμε σε βάθος τους ορίζοντες των γνώσεων μας.











Σημαντική εμπειρία, συναισθηματικά και επαγγελματικά, αποτέλεσε η επαφή μας με την Δρ. Βασιλάτου- Κοσμίδη, η οποία μας αντιμετώπισε ως επαγγελματίες ισότιμους με εκείνη...










Κλείνοντας λοιπόν αυτόν τον επίλογο, ένας σημαντικός εκπαιδευτικός στόχος ολοκληρώθηκε, όπου το κυρίαρχο συναίσθημα που άφησε είναι η ικανοποίηση .

Βιβλιογραφία



Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1986), «Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με καρκίνο». Εκδόσεις Φλόγα




-  Αντωνίου, Α.Σ.,(2008),«*BURNOUT* Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ». Θεσσαλονίκη: University Studio Press
-  Βασιλάτου-Κοσμίδη Σ. (1990) *Ιοί και ογκογέννεση*. Δελτ. Α Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών 37:129
-  Cooper, C., Cooper, R. and Eaker, L. (2002) «*Ζώντας με το στρες*», Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού
-  DiMatteo, R. and Martin, L. (2003) «*Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*». Επιστ. Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος, Φ. και Ποτάμιος, Γ. (2009) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
-  Δαρβίρη, Χ. (2009) «*Μεθοδολογία έρευνα στον χώρο της υγείας*», Αθήνα: Πασχαλίδης
-  Δημόπουλος, Μ. – Λαγωνίκα. (2008), «*Μεθοδολογία Κοινωνικής Έρευνας. Μοντέλα Παρέμβασης*». Δ' Έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
-  Δούκα, Μ. (2003) «*Το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης ή Burn out*», Κοινωνική Εργασία, Έτος 18, Τεύχος 70^ο, σελ. 97 – 108, Αθήνα
-  Ελληνική Εταιρία Προληπτικής Ιατρικής. (1980), «*Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο*». Αθήνα
-  Golemman, D. (1999) «*Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο της Υγείας*». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
-  Jones H., (χ.χ) «*Υπερπασχόληση και Άγχος*», Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι

-  Κανακούση- Τσακαλίδου Φ.& Κατζός Γ.(2007) Βασική Παιδιατρική Δ' εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών Θεσσαλονίκης
-  Κυριόπουλος, Γ. και Γεωργούση, Ε. (1994) « *Ασθενείς και επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*». Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας
-  Λεσάν, Λ. (χ.χ.), «*Μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου*». Μετάφραση: Νάντσου, Ε. (1999), Δ' Έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι
-  Nettleton, S. (1995) «*Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας.* », Μετάφραση: Ανθή Βακάκη (2002), Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ.
-  Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1986), «*Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο*». ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις
-  Παπαγιάννης, Α. (2003) «*Μιλώντας με τον άρρωστο*» Θεσσαλονίκη: University Studio Press
-  Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ., (1999), «*Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας.*». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
-  Παπαδάτου, Δ & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1986). Επαγγελματική κόπωση. Στο Αναγνωστόπουλος & Δ. Παπαδάτου (Επίμ.) *Ψυχολογική προσέγγιση Ατόμων με Καρκίνο*. Αθήνα: Εκδόσεις Ζήτα
-  Παπαδάτου, Δ & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1986). Επαγγελματική κόπωση. Στο Αναγνωστόπουλος & Δ. Παπαδάτου (Επίμ.) *Ψυχολογική προσέγγιση Ατόμων με Καρκίνο*. 133-134. Αθήνα: Εκδόσεις Ζήτα

- 📖 Παπαδάτου Δ, & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2002). Επαγγελματική εξουθένωση. Στο 3ο Σεμινάριο "Ψυχοκοινωνική στήριξη του παιδιού με καρκίνο και της οικογένειάς του".85-101
- 📖 Πάτρικ, Χ. (2002) «Πείτε όχι στο άγχος και στην κόπωση», Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος
- 📖 Ρηγάτος, Γ. (1985), «Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις
- 📖 Ρηγάτος, Γ. (2000), «Ψυχοκοινωνική Ογκολογία». ASNENT.
- 📖 Σαπουνζή- Κρεπιά Δ. (1998) « Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα – Μια ολιστική προσέγγιση» Αθήνα: ΕΛΛΗΝ - Πατρικός Γ.
- 📖 Σβάρτσενμπεργκ, Λ. & Βιανσόν – Ποντέ, Π. (1982), «Να Αλλάξουμε το Θάνατο». Αθήνα: ΠΥΛΗ
- 📖 Stearns, S. (1997) «Ψυχολογική Πίεση και Προσπάθεια αποφόρτισης, Ποιος στηρίζει τους επαγγελματίες; » Κοινωνική Εργασία, Έτος 10^ο, Τεύχος 46^ο , σελ. 71 – 81, Αθήνα.
- 📖 Φωτιάδου, Α. (1999) «Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης» Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- 📖 Bennett, P. and Murphy, S. (1997) "Psychology and Health Promotion" Philadelphia: Open University Press

-  Corner, J. & Bailey, Ch. (2001) “*Cancer nursing care incontext*”. London: Institute of Cancer Research / Royal Masden Hospital
-  Emery JE. (1990) Pediatric Oncology nurses burnout.
-  Spinetta J J, Jancovic M, Ben Arush M, Eden T et al (2000) *Guidelines for the recognition, prevention and remediation of burn out in helth professionals participating in the care of children with cancer : Report of the SIOP working committee on Psychosocial issues in Pediatric Oncology. Med Pediatr Oncol 35 : 122-125*

Παράρτημα

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«Καρκίνος στο παιδί ηλικίας 5 έως 12 ετών. Επαγγελματική κόπωση
(burn out) των επαγγελματιών Υγείας και Ψυχικής Υγείας σε Ογκολογικές
Μονάδες Παιδων.»**

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Σαπουνάκη Αλεξάνδρα

Ονοματεπώνυμο Σπουδαστών: Αγιοργίτη Μαρία
Κοκορόνη Μαρία
Κουρκούμπα Χαρίκλεια

Ηράκλειο 2011

(Α) ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο : α. άνδρας β. γυναίκα
2. Ηλικία : α. 20 – 30 β. 31 – 40
γ. 41 – 50 δ. 51 και άνω
3. Επάγγελμα : α. Ιατρός β. Νοσηλεύτης
γ. Κοινωνικός Λειτουργός
4. Εκπαίδευση :
α. Απόφοιτος Γυμνασίου – Λυκείου β. Πτυχίο Τ.Ε.Ι.
γ. Πτυχίο Πανεπιστημίου δ. Master
ε. PhD στ. Άλλο

(Β) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

5. α. Άγαμος/ η β. Έγγαμος/ η
γ. Διαζευγμένος δ. Χήρος/ α
6. Παιδιά Αριθμός παιδιών :

(Γ) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

7. Σε ποια κλινική υπηρετείτε:

- α. Αγλαΐα Κυριακού Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών
- β. Νοσοκομείο Παιδων "Η Αγία Σοφία" Αθηνών
- γ. Ογκολογική Μονάδα Παιδων «Ελπίδα» Αθηνών
- δ. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
- ε. Α.Χ.Ε.Π.Α. - Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

8. Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά :

- α. 0 – 5 χρόνια β. 6 – 10 χρόνια
γ. 11 – 20 χρόνια δ. 20 χρόνια και άνω

9. Πόσα χρόνια εργάζεστε στην συγκεκριμένη θέση:

- α. 0 – 3 χρόνια β. 3 – 6 χρόνια
γ. 6 – 9 χρόνια δ. 9 χρόνια και άνω

10. Η τοποθέτηση σας στο συγκεκριμένο τμήμα έγινε από δική σας επιθυμία ή της διοίκησης του νοσοκομείου:

- α. Δική μου επιθυμία β. Επιθυμία της διοίκησης

11. Το ωράριο εργασίας σας είναι:

- α. Αποκλειστικά Πρωινό β. Βάρδιες
γ. Άλλο.....

12. Θα θέλατε κάποια αλλαγή στο ωράριο εργασίας σας:

- α. Ναι β. Όχι

13. Νιώθετε την ανάγκη για συχνότερες άδειες :

- α. Ναι β. Όχι

(Δ) ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

14. Κατά την διάρκεια εργασίας σας είστε ικανοποιημένος/ η από:

(τσεκάρτε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
Συνεργασία με προσωπικό				
Επαφή με ασθενείς				
Συνθήκες εργασίας.				
Άλλο...				

15. Πόσο επηρεάζεται η διάθεση σας κατά την άσκηση του επαγγέλματος σας από:

(τσεκάρτε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
Διάγνωση ασθένειας				
Ηλικία παιδιού				
Στάδιο ασθένειας				
Εξέλιξη ασθένειας				
Προσωπικότητα του παιδιού				
Από την σχέση που αναπτύξατε με το παιδί				

16. Ποιες από τις παρακάτω αντιδράσεις παρατηρείτε ότι συμβαίνουν στον εαυτό σας:

(τσεκάρτε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ

Αρνητική διάθεση για το αντικείμενο εργασίας				
Αγχος				
Νεύρα				
Συναισθηματική φόρτιση				
Θυμός απέναντι στους συναδέλφους				
Θυμός απέναντι στα παιδιά				
Αδιαφορία για τον παιδιά				
Άλλο.....				

17. Πόσο θα βοηθούσε στην αντιμετώπιση της κατάστασης/ η :
(τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
Αύξηση του ύψους αποδοχών				
Συναισθηματική Υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα				
Παροχή καλύτερης διοικητικής υποστήριξης				
Αλλαγή ωραρίου εργασίας				
Καλύτερος καταμερισμός εργασίας				
Ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέλφων				
Δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα – κλινικές (rotation)				
Διευκολύνσεις ωραρίου				
Παροχές κινήτρων εκπαίδευσης – εξειδίκευσης				
Εποπτεία				
Άλλο.....				

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

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

(Ε) ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

19. Ο τρόπος ζωής σας:

	Πριν την ενασχόληση με τον παιδικό καρκίνο	Μετά την ενασχόληση με τον παιδικό καρκίνο

	Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
Πόσο καπνίζετε;						
Πόσο αλκοόλ καταναλώνετε;						
Πόσο γυμνάζεστε;						
Κατά πόσο έρχεστε σε επαφή με φίλους ή συγγενείς την εβδομάδα;						
Κατά πόσο πραγματοποιείτε δραστηριότητες με την οικογένειά σας την εβδομάδα;						
Κατά πόσο ασχολείστε με κάποιο με κάποιο χόμπι; Έχετε κοινωνική ζωή;						

20. Με ποιο άλλο τρόπο έχει επηρεάσει η τοποθέτησή σας στη συγκεκριμένη μονάδα την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή;

.....

.....

.....

.....

21. Μεταφέρετε τυχόν επαγγελματικά προβλήματα στην οικογένεια:

- α. Καθόλου β. Σπάνια
γ. Αρκετά δ. Πολύ

22. Υπάρχει στήριξη από την οικογένεια σας στις επαγγελματική φόρτιση που βιώνεται:

- α. Καθόλου β. Σπάνια
γ. Αρκετά δ. Πολύ

(ΣΤ) ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΟΧΑΗΣΕΙΣ

23. Ποια από τα παρακάτω, σας συμβαίνουν τον τελευταίο χρόνο;

(τσεκάρτε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
Άγχος				
Κατάθλιψη				
Διαρκής εκνευρισμός				
Κακή διάθεση				

Σεξουαλικές δυσλειτουργίες

24. Υπάρχουν οργανικά προβλήματα τον τελευταίο καιρό όπως:

	<u>ΝΑΙ</u>	<u>ΟΧΙ</u>
α. Υπέρταση
β. Διαταραχή ύπνου
γ. Διαταραχή βάρους

(Ζ) ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ.

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

	<u>Καθόλου</u>	<u>Λίγο</u>	<u>Αρκετά</u>	<u>Πολύ</u>
Το αντικείμενο της εργασίας (παιδικός καρκίνος)				
Εργασία με βάρδιες				
Φόρτος εργασίας				
Έλλειψη προσωπικού				
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους				
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας				
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων				
Έλλειψη εποπτείας				

26. Πιστεύεται ότι η ενασχόληση με τον παιδικό καρκίνο ενισχύει την επαγγελματική κόπωση περισσότερο από ότι η ενασχόληση με άλλα θέματα υγείας και ψυχικής υγείας;

- α. Καθόλου β. Λίγο
γ. Αρκετά δ. Πολύ

(Η) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

27. Νιώθετε την ανάγκη για συναισθηματική - ψυχολογική στήριξη;

- α. Καθόλου β. Λίγο
γ. Αρκετά δ. Πολύ

28. Αισθάνεστε την ανάγκη για εποπτεία;

- α. Καθόλου β. Λίγο
γ. Αρκετά δ. Πολύ

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

- α. Ναι β. Όχι

30 α. Αν ναι, ποια είναι αυτά;

.....
.....
.....

31. Θα συμμετείγατε σε προγράμματα που θα βοηθούσαν την συναισθηματική αποφόρτιση σας:

α. Ναι β. Όχι

32. Θα θέλαμε τις δικές σας προτάσεις για προγράμματα που θα επιθυμούσατε να εφαρμοστούν στο χώρο που εργάζεστε:

.....
.....
.....
.....