

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



«Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (The burnout syndrome) σε επαγγελματίες υγείας: επιπτώσεις στην ψυχική υγεία καθώς και στις επαγγελματικές και οικογενειακές σχέσεις.»

Σπουδαστές:

Αυγενάκης Αριστείδης

Παπαδάκη Εμμανουέλα

Τοράκη Μαρίνα

Επιβλέπων καθηγητής:

κ. Τριγώνη Μαρία

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2012



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

«Σαν βγεις στον πηγαιμό για την Ιθάκη, να εύχεται να είναι μακρύς ο δρόμος... γεμάτος περιπέτειες, γεμάτος γνώσεις..»

Κ. Καβάφης

Όταν ο ποιητής Κ. Καβάφης έγραφε αυτούς τους στίχους, ίσως να μην είχε φανταστεί τη χρησιμότητα, την απήχηση και τη διαχρονικότητα τους, πόσο μάλλον ότι θα συμπεριλαμβάνονταν στις ευχαριστίες της πτυχιακής μας εργασίας. Η προσπάθεια κάθε ανθρώπου για αυτοπραγμάτωση και επιτυχία είναι ένα μεγάλο ταξίδι γεμάτο προκλήσεις και δυσκολίες αλλά κυρίως τη χαρά της γνώσης, τη δημιουργικότητα, τη συνεργασία τις στιγμές που ορίζοντας χάνεται, το μεγάλο στοίχημα.

Έτσι και για μας το ταξίδι αυτής της πτυχιακής υπήρξε μακρύ και δύσκολο, όχι όμως μοναχικό γιατί ξεκίνησε με τη συμμετοχή της επιβλέπουσας καθηγήτριας μας Κ. Τριγώνη Μαρίας Δρ. Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, ΠΕ Κοινωνικής Λειτουργός. Την ευχαριστούμε πρώτα από όλα για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια και κατανόηση της. Η καθοδήγηση της υπήρξε όχι μόνο πολύτιμη, αλλά και ουσιαστική σε όλες τις φάσεις εκπόνησης αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Ακόμη, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Dr. Msaouel Pavlos M.D., PH.D διότι με χαρά μας απέστειλε το ερωτηματολόγιο που είχε χρησιμοποιήσει σε παλαιότερη έρευνα (2010), μέρος του οποίου τροποποιήθηκε και χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων που εισηγήθηκαν θετικά για την έγκριση διανομής ερωτηματολογίων στους επαγγελματίες υγείας, στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε από καρδιάς όλους τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν από τα Νοσοκομεία ΠΑΓΝΗ και Βενιζέλειο της Κρήτης.

Ένα ιδιαίτερα μεγάλο ευχαριστώ, στις οικογένειες μας για την πολύτιμη στήριξη τους, ηθικά και συναισθηματικά, όχι μόνο στην έναρξη αλλά και κατά τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού, μέχρι την ολοκλήρωση του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, το οποίο εμφανίζεται μετά από επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων του εργασιακού χώρου. Αναπτύσσεται κυρίως σε όσους εργάζονται σε επαγγελματική σχέση φροντίδας με άλλα άτομα και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Τα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτό του ενθουσιασμού, της αμφιβολίας και της αδράνειας, της απογοήτευσης και ματαιώσης και τέλος της απάθειας. Συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σύμφωνα με την προσέγγιση της Maslach, είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη.

Στο γενικό μέρος της παρούσας ερευνητικής εργασίας, γίνεται αναφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, στα στάδια της, στις φάσεις, στα συμπτώματα και στην αντιμετώπιση του συνδρόμου αυτού. Στο ειδικό μέρος ερευνάται το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές, ιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς, των δύο νοσοκομείων του Ηρακλείου της Κρήτης.

Σκοπός: Βασικός σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές) και πώς αυτό επηρεάζει την ψυχική τους υγεία, τις επαγγελματικές και οικογενειακές τους σχέσεις.

Επιμέρους διακριτοί στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η εκτίμηση του μεγέθους της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους των δύο ιδρυμάτων.
2. Η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου.
3. Η σύγκριση του εργασιακού στρες στις ομάδες προσωπικού.
4. Η σχέση μεταξύ εργασιακής εξουθένωσης και ικανότητας διαχείρισης.

Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος: Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν διακόσιοι περίπου επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί) που εργάζονται στα δύο νοσοκομεία του Ηρακλείου (Βενιζέλειο, Πα.Γ.Ν.Η.). Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις γενικών πληροφοριών κυρίως

δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων, καθώς επίσης, μέρος του ερωτηματολογίου (τροποποιημένο), από παλαιότερη έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση, των νοσηλευτών σε ογκολογικά τμήματα, της κ. Τριγώνης Μαρίας Δρ. Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, ΠΕ Κοινωνικής Λειτουργός, καθώς και του Dr. Msaouel Pavlos M.D., PH.D το οποίο τροποποιήθηκε και διαμορφώθηκε για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (60%) που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή δήλωσε πως τη συγκεκριμένη περίοδο, νιώθουν επαγγελματική εξουθένωση. Οι γυναίκες, όπως φάνηκε από την έρευνα, εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματική εξουθένωση. Η έρευνα έδειξε ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας των ερωτηθέντων, σχετίζονται θετικά με την εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς επίσης, οι γιατροί εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα, επαγγελματική εξουθένωση, σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, φαίνεται ο τομέας εργασίας να μην επηρεάζει την εκδήλωση αυτού του φαινομένου.

Συμπεράσματα:

- ◆ Η επαγγελματική κόπωση διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν περισσότερη επαγγελματική κόπωση σε σχέση με τους άντρες.
- ◆ Ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται και μάλιστα θετικά με τα τμήματα εκείνα που οι ασθενείς βιώνουν περισσότερο πόνο ή πεθαίνουν συχνότερα, όπως για παράδειγμα οι μονάδες εντατικής θεραπείας και τα παθολογικά τμήματα. Λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζουν τα υπόλοιπα τμήματα όπως τα ορθοπαιδικά και τα αναισθησιολογικά.
- ◆ Ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης, σχετίζεται με την διάρκεια (σε έτη) υπηρεσίας στον χώρο της υγείας. Πιο συγκεκριμένα ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης αυξάνεται καθώς αυξάνονται τα έτη εργασίας.

Λέξεις κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, εργασιακή κόπωση.

Summary

The burnout syndrome is a physical and mental exhaustion, which appears after repeated failures in dealing with stressful situations in the workplace. It develops mainly to people whose profession interferes with caring relationships with other people and depends on many factors. The stages of the burnout syndrome are excitement, doubt and inaction, disappointment and frustration and finally apathy. Components of the burnout syndrome, according to Maslach approach, are emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment.

The general part of this study refers to stages, phases, symptoms and treatment of the burnout syndrome. The special part studies the phenomenon of the burnout syndrome in nurses, doctors and social workers who work at the two Hospitals of Heraklion, Crete.

Aim: The main purpose of this study is to investigate the burnout syndrome among health professionals (doctors, social workers, nurses) and how this affects their mental health, work and family relationships.

Individual distinct targets of this study are:

1. To estimate the percent of the burnout syndrome among employees of both institutions.
2. To study the possible factors contributing to the appearance of the phenomenon.
3. A comparison of work-related stress among staff groups.
4. The relationship between burnout syndrome and management capability.

Sample and method: The sample was consisted of two hundred health professionals (nurses, doctors, social workers) working in the two hospitals of Heraklion (Venizelio, Pa.G.N.I.). In order to collect data, general information questions were used, mainly related to demographic and social factors. It was also used a part of the questionnaire (modified), from a previous research on burnout syndrome of nurses in Oncology Departments, by miss Mary Trigonis Dr of Social and Family Medicine,

University of Crete, Social Worker, and the Dr. Msaouel Pavlos MD, PH.D, which was amended and modified for the purposes of this study.

Results: 60% of health professionals asked said that on this period, they feel burnout. Women, as demonstrated by this research, are showing higher rates in burnout. The years of service of respondents are positively associated with the appearance of the burnout syndrome. The survey also showed that doctors have higher percents of burnout, compared with other health professionals. It also seems that the work area does not influence the existence of this phenomenon.

Conclusions:

- ◆ The burnout syndrome varies in relation to sex. More specifically, women seem to experience more professional fatigue than men.
- ◆ The degree of the burnout syndrome is related and indeed positively with those departments that patients experience more pain or die frequently, such as Intensive Care Units and Compulsive Departments. Less burnout degree show other sections such as Orthopedic and Anesthesia.
- ◆ The degree of burnout is related to the duration (in years) of service in health care. More specifically, the degree of burnout increases when increasing years of work.

Tags: Burnout syndrome, health professionals, work fatigue.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗσελ.13

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ.....σελ17

1.1 Ορισμός της έννοιας.....σελ.18

1.2 Ιστορική αναδρομή του όρου.....σελ.19

1.3. Απόψεις θεωρητικών.....σελ.21

1.3.1 Ατομικές προσεγγίσεις.....σελ.21

1.3.2 Διαπροσωπικές προσεγγίσεις.....σελ.22

1.3.3 Κοινωνικές προσεγγίσεις.....σελ.24

1.3.4 Οργανωτικές προσεγγίσεις.....σελ.25

1.3.5 Νέες προσεγγίσεις.....σελ.26

1.3.6 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982).....σελ.27

1.3.7 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980).....σελ.27

1.3.8 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980).....σελ.28

1.3.9 Το μοντέλο της Pines.....σελ.30

1.4 Οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....σελ.30

1.4.1 Η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion).....σελ.31

1.4.2 Η αποπροσωποποίηση (depersonalization).....σελ.31

1.4.3 Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (a reduced feeling of Personal accomplishment).....σελ.32

1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....σελ.33

1.6	Ιατρικό προσωπικό και αίτια επαγγελματική εξουθένωση.....σελ.35
1.7	Νοσηλευτικό προσωπικό και αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης...σελ.35
1.8	Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Στους Κοινωνικούς Λειτουργούς.....σελ.36
1.9	Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....σελ.38
1.10	Συμπτώματα.....σελ.41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ - ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....σελ.45

2.1	Πρόληψη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....σελ.46
2.2	Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....σελ.47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....σελ.57

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....σελ.65

1.1	Σκοπός της έρευνας.....σελ.65
1.2	Ερευνητικά ερωτήματα.....σελ.65
1.3	Πληθυσμός μελέτης – τόπος διεξαγωγής – χρόνος διεξαγωγής.....σελ.66
1.4	Μεθοδολογικά εργαλεία.....σελ.66
1.5	Συλλογή δεδομένων.....σελ.67
1.6	Δεοντολογικά ζητήματα.....σελ.67

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ.68
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....σελ.132
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ.134
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ.136
ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....σελ.137
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.138
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.145

Αντί προλόγου

«Όσα είναι αληθινά, όσα σεμνά, όσα δίκαια, όσα καθαρά, όσα προσφιλή, όσα εύφημα, αν υπάρχει κάποια αρετή, κάποιος έπαινος αυτά να συλλογίζεστε»

Φιλιπησίους δ:8

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων εργαζομένων, αφού εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησης του από την εργασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Bakeretal,2000, Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός,2005, Arnoldetal,1995).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι, η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των εργαζομένων σε ένα νοσοκομείο, συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας. Υπάρχουν όμως διάφοροι παράγοντες όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί, οι οποίοι καταπονούν τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να διαφαίνονται συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Bakeretal,2000, Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005, Arnoldetal,1995).

Η περίπτωση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αφού τα νοσοκομεία, που κυρίως αποτελούν το χώρο εργασίας των περισσότερων, κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση εργασίας. Σύμφωνα με την ψυχολογία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυσφορίας και ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής. (Bakeretal,2000, Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005,Arnoldetal,1995).

Ο μοναδικός τρόπος για την αποφυγή και τη μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση του συνδρόμου, πριν η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια, επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου (Bakeretal,2000, Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός,2005, Arnoldetal,1995).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι κυρίαρχη στην παρούσα εργασία, εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ψυχολόγους, τους κοινωνιολόγους αλλά και τους ειδικούς του μάνατζμεντ καθώς έχουν αναγνωρίσει τις σημαντικές της επιπτώσεις στο άτομο, στον οργανισμό και γενικότερα στην οικονομία και την παραγωγή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές) και πως αυτό επηρεάζει την ψυχική τους υγεία, τις επαγγελματικές και οικογενειακές τους σχέσεις.

Το θέμα που πρόκειται να μελετηθεί είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς από πλήθος ερευνών, όπως θα αποδειχθεί, που έχουν διενεργηθεί έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο συχνό σε κάποια επαγγέλματα των οποίων οι εργαζόμενοι ασκούν κοινωνικό λειτούργημα όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές (Jimmieson,2000). Για το λόγο αυτό το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο ενώ η χρήση του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών όπως για παράδειγμα στους παθολόγους, τους οδοντίατρους, τους νοσηλευτές, τους φυσιοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς (Demiretal,2003).

Ακόμα το στρες που οφείλεται στην εργασία, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας και φαίνεται να επηρεάζει ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, περίπου το 28% των εργαζομένων (World Health Organization,2001). Από τις 5.5000 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν τους επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 34% (Firth.cozensand Payne,1999).

Η παρούσα εργασία αποτελείται από ένα θεωρητικό και ένα ερευνητικό μέρος. Το θεωρητικό αποτελείται από τρία κεφάλαια εκ των οποίων το πρώτα αναφέρεται γενικά στην επαγγελματική εξουθένωση (ορισμός, αίτια, συμπτώματα, συνιστώσες κλπ) και το δεύτερο στην πρόληψη και στους τρόπους αντιμετώπισης της. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται σε ευρήματα σύγχρονων ερευνών (Παγκόσμια, Ευρώπη ,Ελλάδα) για την επαγγελματική εξουθένωση και δίνονται στοιχεία για τη συσχέτιση της με ποικίλους παράγοντες. Στο ερευνητικό μέρος περιγράφεται ο σκοπός της

έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα και δίνονται στοιχεία για τον τρόπο διεξαγωγής της (δείγμα, μεθοδολογικά εργαλεία, συλλογή δεδομένων , δεοντολογικά ζητήματα κλπ). Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα στοιχεία όπως προέκυψαν από το στατιστικό πακέτο SPSS 17 και από διαγράμματα που πήραμε από το Excel. Στο τέλος της εργασίας υπάρχει ένα κεφάλαιο συμπεράσματα που συνοψίζονται τα κυριότερα στοιχεία από την εργασία μας και στο οποίο συγκρίνονται ευρήματα από άλλες μελέτες και ένα κεφάλαιο που ονομάζεται συζήτηση και στο οποίο αναφέρονται οι περιορισμοί της παρούσας εργασίας, προτάσεις, παρεμβάσεις σε ατομικό, οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο.

Καθώς είμαστε ήδη επαγγελματίες υγείας έχουμε παρατηρήσει ότι συνάδελφοι μας εκφράζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Για αυτό το λόγο θα θέλαμε να ερευνήσουμε τα συμπτώματα, ως μελλοντικοί κοινωνικοί λειτουργοί οι οποίοι ανήκουμε στη ομάδα επαγγελματιών υγείας προκειμένου να εντοπιστούν και τρόποι αντιμετώπισης τους.

I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Εισαγωγή

«...a final flickering flame, of a charred and empty shell, of dying embers and cold, gray ashes...were once fired up about their involvement with other people – excited, full of energy, dedicated willing to give tremendously of themselves for others. And they did give... and give, and give until finally there was nothing left anymore... they had burned out»

(Maslach, 1986:3)

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια ψυχολογική διαδικασία συναφής αλλά όχι ταυτόσημη με το εργασιακό στρες αν και είναι στενά δεμένη με αυτό. Το εργασιακό στρες εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι μεγάλες και υπερβαίνουν τις πηγές και τις δυνάμεις του ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984). Στην επαγγελματική εξουθένωση από την άλλη πλευρά η προσαρμοστική ικανότητα του καταλύεται και η αιτία είναι η μακροχρόνια ανισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και πηγών, δηλ παρατεταμένου και χρόνιου εργασιακού stress (Brill, 1984).

Η επαγγελματική εξουθένωση κατά την Maslach, εμφανίζεται μετά από επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων του εργασιακού χώρου. Ενώ, όσον αφορά το στρες, δεν συνδέεται με αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών στην εργασία και στον οργανισμό γενικότερα (Maslach, 1993).

Stress μπορεί να βιώσει ο καθένας, επαγγελματική εξουθένωση όμως εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που ξεκινούν την καριέρα τους με ενθουσιασμό, υψηλούς στόχους και προσδοκίες (Pines, 1993). Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι συνέπεια της αλλεπάλληλης και αποτυχημένης προσπάθειας αντιμετώπισης συγκεκριμένων αγχογόνων καταστάσεων.

1.1 Ορισμός της έννοιας

Πάρα το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και έχει αποτελέσει το επίκεντρο μιας ταχέως αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας δεν υπάρχει προς το παρόν ένας αποδεκτός ορισμός. Ίσως ο ορισμός της Maslach (1982) είναι ο πιο ευρέως αποδεκτός:

«Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Όπως φαίνεται από αυτό τον ορισμό ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του αποθεμάτων, κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες στη διάρκεια της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Όταν η κόπωση ανάμεσα στους εργαζόμενους γίνεται σοβαρή και επίμονη, μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια αδυναμία και μειωμένη ικανότητα για εργασία. Ο συνδυασμός της κόπωσης και της απουσίας από την εργασία είναι το φαινόμενο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Γενικά, το σύνδρομο της επαγγελματικής μπορεί να περιγραφεί ως μια επίμονη, αρνητική σχετιζόμενη με την εργασία νοητική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξουθένωση και αποπροσανατολισμό, μειωμένη αποτελεσματικότητα, έλλειψη κινήτρων και δυσλειτουργία στην εργασία (Διομήδους κα, 2009).

Σύμφωνα με τον potter (2001) πρόκειται για μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου. Ιδιαίτερη έμφαση παρέχεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Μετά από την εμφάνιση του, το σύνδρομο υποχωρεί δύσκολα. Ο εργαζόμενος έχοντας μάθει να εργάζεται αυτόματα και χωρίς ανάλογα κίνητρα, αλλοτριώνεται απέναντι στην εργασία του και δυσκολεύεται να ανακάμψει, ακόμη κι αν βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας.

1.2 Ιστορική αναδρομή του όρου

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες που ασχολούνται με τη δομή της σημερινής κοινωνίας, όπως επίσης και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης και έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις που επιφέρει στο άτομο, στην οικονομία και γενικότερα στην παραγωγή.

Ήδη από τα μισά του προηγούμενου αιώνα, το θέμα είχε απασχολήσει τους ειδικούς λόγω της υψηλής νοσηρότητας διαφόρων παθήσεων σε επαγγελματίες υγείας και κυρίως φροντιστές ασθενών που βρίσκονταν στα τελικά στάδια της νόσου. Στα πλαίσια μάλιστα αυτής της ανησυχίας, το 1960 δημιουργήθηκαν στην Αμερική τα πρώτα προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού, που εργαζόταν στους οίκους ασθενών Medicare. Σε αυτούς τους οίκους νοσηλεύονταν ασθενείς τελικού σταδίου, όπως καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς κτλ. Τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων έδειξαν σημαντική βελτίωση στην κατάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (Splettes, 1997).

Η ετυμολογία του συνδρόμου (Burnout) στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι το σημείου της απανθράκωσης» (Bakeretal, 2000, Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005, Amoldetal, 1995). Ενώ η πρώτη αναφορά του όρου burnout στην επιστημονική βιβλιογραφία έγινε από τον Bradley το 1969, η πρώτη εκτεταμένη μελέτη του φαινομένου έγινε από τον Freudenberger, που στο σύγγραμμα του "Staff burnout" (1974), περιέγραψε τα συμπτώματα υπερκόπωσης που παρατήρησε όχι μόνο τον εαυτό του, αλλά και σε εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ένα υποστήριξης νέων με προβλήματα εθισμού. Ο Freudenberger μελέτησε τη σταδιακή συναισθηματική εξάντληση των δυνάμεων τους, την απώλεια του ενδιαφέροντος, την απογοήτευση, την αποχώρηση από την εργασία, καθώς και την ποικιλία πνευματικών και σωματικών συμπτωμάτων που παρουσίαζαν αρκετοί από τους εθελοντές (Freudenberger, 1974).

Επίσης κατά την πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου της «επαγγελματικής εξουθένωσης» που έγινε από τον Freudenberger, ο οποίος

κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας αλλά και σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα.

Μια από τις σημαντικότερες ερευνήτριες στον τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης, η Maslach, ξεκινά την ίδια περίοδο (1976), την έρευνα της για το φαινόμενο. Η Maslach ασχολήθηκε με τους αμυντικούς μηχανισμούς που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι, οι οποίοι βρίσκονται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών, όπως η αποστασιοποίηση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος για το υποκείμενο, και κατέληξε ότι μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων παρουσίαζαν συναισθηματική εξάντληση ή αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους.

Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές, διατύπωσε έναν από τους πιο διαδεδομένους και ακριβείς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης. Την περιγράφει ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στην οποία ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους, αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του (Maslach, 1982). Σε νεότερη εργασία της, πιστεύει ότι το σύνδρομο είναι ένας δείκτης φθοράς των αξιών, της αξιοπρέπειας, του πνεύματος και της θέλησης του εργαζόμενου (Maslach, 1997). Πρόκειται για ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά ή όπως το περιγράφει η Maslach « ένα σπирάλ από το οποίο είναι δύσκολο κανείς να ξεφύγει». Αποτελεί συναισθηματική αντίδραση, αλλά και μηχανισμό άμυνας, έναντι στο χρόνιο και παρατεταμένο στρες που προκαλεί η αλληλεπίδραση του επαγγελματία με τον ασθενή – υποκείμενο που χρήζει βοήθειας.

Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο σημαντικής έρευνας, αρχικά στους επαγγελματίες που προσέφεραν υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, γιατί θεωρήθηκαν ως οι πλέον επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach & Pines, 1997). Στη συνέχεια, οι έρευνες επεκτάθηκαν και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους, επειδή το πρόβλημα απασχολούσε όχι μόνο επαγγελματίες υγείας, αλλά και εκπαιδευτικούς (Fong, 1993), αστυνομικούς (Burke, Deszca, 1986) νομικούς, υπαλλήλους φυλακών κ.α. Οι μελέτες αυτές στηρίχθηκαν σε προσωπικές εμπειρίες των συγγραφέων

(Freudenberger,1974) ή σε αναφορές βασισμένες σε προγράμματα που μελετούσαν περιστατικά (Case-studies) (Maslach & pines,1997, pines & Maslach,1978).

Το 1986 η σημαντικότερη ίσως ερευνήτρια Kristine Maslach δημιουργεί την κλίμακα Maslach Burnout Inventory (MBI), η οποία χρησιμοποιείται έως σήμερα στις περισσότερες μελέτες. Με την κλίμακα αυτή μπαίνει στην φαρέτρα των επιστημόνων ένα σημαντικό όπλο για την όσο το δυνατό καλύτερη και αντικειμενικότερη καταγραφή του "burnout syndrome" (Schraubetal,2004).

1.3 Απόψεις θεωρητικών

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon,1987). Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού (Pines,1986). Άλλοι πάλι ερευνητές (Leiter & Maslach,1988, Dekker & Schaufeli, 1995, Antoniou,1999) τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που ο επαγγελματίας έχει από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται (Firth-Cozens & Payne,1999).

Πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις επιχειρούν να ερμηνεύσουν την παθογένεση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, εξετάζοντας αυτό από διάφορες οπτικές γωνίες, με κέντρο το άτομο, τις διαπροσωπικές του σχέσεις ή με έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και τις οργανωτικές δομές.

1.3.1 Ατομικές προσεγγίσεις

Οι ατομικές προσεγγίσεις αναζητούν τις αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χαρακτήρα και τις προσδοκίες του ατόμου.

Ο Freudenberger (1977) χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία φθοράς, εξάντλησης και αποτυχίας, που οφείλεται σε υπερβολικές απαιτήσεις ενέργειας, δυνάμεων και ψυχικών αποθεμάτων. Θεωρεί, ότι η

επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζεται σε άτομα με μη ρεαλιστικούς στόχους και πολύ μεγάλες προσδοκίες, «ασθένεια της υπερβολικής αφοσίωσης-φιλοδοξίας» (disease of over commitment).

Αργότερα, οι Pines & Aronson (1988) όρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σωματική, συναισθηματική και ψυχική εξάντληση, η οποία προκαλείται από την επαφή για μεγάλο χρονικό διάστημα, με καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή. Υποστήριξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση πηγάζει, όταν το άτομο αποιδανικοποιεί και αδυνατεί να δώσει νόημα στην εργασία του. Εξαρτάται δηλαδή από την ικανότητα ή την αδυναμία του ατόμου, να αντλήσει ικανοποίηση και νόημα από τις επαγγελματικές εμπειρίες του (Pines,1993).

Η Garden (1991) μελέτησε την επαγγελματική εξουθένωση με βάση τον τύπο προσωπικότητας του ατόμου.

Τον διαχωρίζει σε «συναισθηματικό» με κύριο χαρακτηριστικό το ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους, και σε «διανοητικό» με έντονο τον προσανατολισμό προς την επίτευξη των στόχων του. Κατέληξε ότι, η πορεία της επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από τη μεταστροφή, όπου το κυρίαρχο χαρακτηριστικό κάθε τύπου ατόμου ελαττώνεται (το ενδιαφέρον στον συναισθηματικό και η φιλοδοξία στον διανοητικό) και ακολουθεί η επιπέδωση και η σύγκλιση των δύο τύπων προσωπικότητας.

Τέλος, η θεωρία της διατήρησης του δυναμικού (Conservation of Resources,COR) υποστηρίζει ότι, η επαγγελματική εξουθένωση γεννιέται, όταν ένα δίκτυο αποθεμάτων που είναι σημαντικό για το άτομο (υλικά αντικείμενα και οικονομικές αποδοχές, κοινωνική αναγνώριση, αυτοεκτίμηση), υπολείπεται των προσδοκιών του ατόμου ή χάνεται χωρίς να μπορεί να αναπληρωθεί (Hobfoll, 1993).

1.3.2 Διαπροσωπικές προσεγγίσεις

Αυτή η προσέγγιση μελετά κατά κύριο λόγο, την επίδραση των σχέσεων στον εργασιακό χώρο, για την ανάπτυξη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο Meier (1983) αποδίδει την επαγγελματική εξουθένωση σε

μακροχρόνια αρνητικά βιώματα στο εργασιακό περιβάλλον, που έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία χαμηλών προσδοκιών στο άτομο.

Η Maslach (1993) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση σε μακροχρόνια αρνητικά βιώματα στο εργασιακό περιβάλλον, που έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία χαμηλών προσδοκιών στο άτομο.

Η Maslach (1993) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση, έχει πηγή τον χαρακτήρα των διαπροσωπικών εργασιακών σχέσεων, και τον τρόπο που αντιμετωπίζει αυτές το άτομο. Υποστηρίζει, ότι οι χρόνιες συναισθηματικές απαιτήσεις των επαγγελματικών σχέσεων, και η συναισθηματική εξάντληση που αυτές συνεπάγονται, έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη διάφορων τεχνικών προστασίας-μηχανισμούς άμυνας από την πλευρά του επαγγελματία. Ο μηχανισμός άμυνας που αναπτύσσει είναι η αποστασιοποίηση, δηλαδή η ψυχολογική απόσυρση, και η αντιμετώπιση των άλλων ως αντικείμενα-περιστατικά και όχι ως άτομα. Με τη σειρά της η αμυντική αυτή συμπεριφορά, οδηγεί στην απώλεια του ενδιαφέροντος για τον ασθενή, στην αποπροσωποποίηση και στην αδιαφορία. Η συνειδητοποίηση αυτής της αλλαγής συμπεριφοράς, γεννά αισθήματα ανεπάρκειας και αμφιβολίας (Maslach, 1982).

Οι Buunk & Schaufeli (1993) θεωρούν ότι επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται, όταν υπάρχει ανισορροπία στην κοινωνική ανταλλαγή ανάμεσα στο άτομο που παρέχει βοήθεια, «τον δότη βοήθειας (caregiver)» και σε αυτόν που την δέχεται, τον αποδέκτη της βοήθειας αυτής (recipient)». Βασικό στοιχείο της θεωρίας είναι, ότι ενώ ο δότης αναμένει κάποια ανταμοιβή, όπως π.χ. βελτίωση της κατάστασης του ασθενή, οικονομικές απολαβές ή εκδήλωση ευγνωμοσύνης, απογοητεύεται, όχι μόνο γιατί δεν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του, αλλά και από την στάση των ασθενών του, που θεωρούν τη βοήθεια του δεδομένη ή ακόμη και υποχρέωση του. Αυτή η έλλειψη αμοιβαιότητας στο επαγγελματικό «δούναι και λαβείν», οδηγεί τον επαγγελματία σε συναισθηματική εξάντληση, σε αποστασιοποίηση από τα καθήκοντα του, και στη συνέχεια σε μείωση της προσωπικής επίτευξης των στόχων του.

Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση είναι δυνατό να οφείλεται στην έλλειψη αμοιβαιότητας σε οργανωτικό επίπεδο, δηλαδή στην ασυμφωνία μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι εργαζόμενοι για την εργασία τους, και στην

πραγματικότητα όπως αυτοί την αντιμετωπίζουν, σε θέματα, όπως ο φόρτος εργασίας, ή η συναδελφική στήριξη. Αυτή η παραβίαση του συναισθηματικού συμβολαίου κάνει το άτομο να επενδύει όλο και λιγότερα στην εργασία του. Έτσι, το μοντέλο των δύο επιπέδων, βλέπει την επαγγελματική εξουθένωση σαν απόρροια μιας αναποτελεσματικής στρατηγικής που χρησιμοποιεί το άτομο, για να επαναφέρει τη χαμένη ισορροπία στα δύο επίπεδα, μειώνοντας την εμπλοκή και την αφοσίωση του, όχι μόνο απέναντι στους πελάτες αλλά και απέναντι στην επιχείρηση (Schaufeli et al,1996).

Αντίστοιχη είναι και η προσέγγιση των Austillo & Mendinueta (1996) που αναφέρουν, ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανθρώπων, που επιθυμούν να δώσουν τη βοήθεια τους πχ το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί και αυτών που θα λάβουν αυτή τη βοήθεια πχ οι ασθενείς, και το περιβάλλον τους (σπίτι ασθενούς ή νοσοκομειακός χώρος (Πετρομιχελάκη,2006).

1.3.3 Κοινωνικές προσεγγίσεις

Οι κοινωνικές προσεγγίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης εξετάζουν τη σημασία των κοινωνικών δομών στο φαινόμενο αυτό.

Ο Karger (1981) έθεσε αντιμέτωπη στις ατομικές προσεγγίσεις την άποψη, ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα κοινωνικό οργανωτικό πρόβλημα, αποτέλεσμα της «αντικειμενοποίησης», δηλαδή της μετατροπής των κοινωνικών δεξιοτήτων και του επαγγελματία σε εμπορεύσιμο είδος. Θεωρεί επίσης τη μετατροπή αυτή, αλλά και την εμπορευματοποίηση της εργασίας, αφ' ενός μεν ως το κύριο αίτιο της αποπροσωποποίησης και της απομάκρυνσης μεταξύ του επαγγελματία και του πελάτη, αφ' ετέρου δε ως το αίτιο ανάπτυξης άσχημων εργασιακών σχέσεων.

Η Handy (1988) δίνει έμφαση στον ενεργητικό ρόλο των εργαζομένων για τη διαμόρφωση της κοινωνικής πραγματικότητας. Μέσα από μελέτες έδειξε, ότι οι φανερές και οι αφανείς λειτουργίες μια επιχείρησης ή ενός οργανισμού, καθώς και οι επιφανειακές αλλά και βαθύτερες δομές τους, μπορεί να επηρεάζουν σε βάθος τις ενέργειες των εργαζομένων, οδηγώντας τους ακόμη και στην επαγγελματική εξουθένωση.

Η Meyerson (1994) μελέτησε την ερμηνεία που δίνουν οι επαγγελματίες και τα συστήματα για την επαγγελματική εξουθένωση. Αναφέρθηκε σε δύο μοντέλα συστημάτων σκέψης στα νοσοκομεία, το ιατρικό που θεωρεί ότι το μη φυσιολογικό αποτελεί «ασθένεια» και το άτομο αποτελεί την πηγή της «ασθένειας» αυτής, και το ψυχολογικό μοντέλο που θεωρεί, ότι η κατάσταση του ατόμου εξαρτάται από το κοινωνικό περιβάλλον και όχι από προσωπικούς παράγοντες. Συμπερασματικά καταλήγει πως ανάλογα με το μοντέλο σκέψης, η επαγγελματική εξουθένωση, είτε ερμηνεύεται σαν μια παθολογική κατάσταση που πρέπει να ελεγχθεί και να θεραπευτεί στο ιατρικό μοντέλο, είτε σαν ένα φυσιολογικό κοινωνικό φαινόμενο στο ψυχολογικό μοντέλο.

1.3.4 Οργανωτικές προσεγγίσεις

Οι οργανωτικές προσεγγίσεις αναφέρονται στους οργανωτικούς παράγοντες που οδηγούν στη γένεση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και στις επιπτώσεις, που έχει αυτή η οργάνωση (χαμηλή παραγωγικότητα και κακή απόδοση των εργαζομένων).

Ο Cherniss (1980) περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία, στην οποία η επαγγελματική στάση του ατόμου και η συμπεριφορά του γενικότερα, μεταβάλλεται αρνητικά, ως προς την εργασιακή πίεση. Διακρίνεται τόσο από μείωση εμπιστοσύνης, όσο και από μείωση ιδεαλισμού και απόσυρσης από την εργασία. Μέσα από συνεντεύξεις νέων εργαζομένων παρατήρησε, ότι οι πιο πολλοί βίωναν μια σύγκρουση, ανάμεσα στην εργασιακή πραγματικότητα, και στις προσδοκίες και ιδανικά τους (reality shock). Λόγω αυτής της απογοήτευσης, εμφάνιζαν στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης με τάσεις αποστασιοποίησης από την εργασία και τους πελάτες τους.

Το μοντέλο του Cherniss εντοπίζει τις πηγές άγχους στο εργασιακό περιβάλλον και στο άτομο. Για το νέο εργαζόμενο, οι αμφιβολίες για την ικανότητα του, η έλλειψη κινήτρου, η ανικανότητα να χειριστεί «δύσκολους» πελάτες, η έλλειψη ενδιαφέροντος και αισθημάτων ικανοποίησης, η γραφειοκρατία και η έλλειψη συναδελφικότητας είναι σημαντικοί παράγοντες ανάπτυξης άγχους. Ενισχυτικά δρουν, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η ρουτίνα, η ανεπαρκής καθοδήγηση και

εποπτεία, η έλλειψη αυτονομίας, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη επαφής με τον πελάτη και η σύγκρουση με τους καθιερωμένους στόχους.

Ο Golembiewski (1981) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει ως έναυσμα τους αγγογόνους παράγοντες μέσα στον εργασιακό χώρο και εξελίσσεται σταδιακά, με σωματικά συμπτώματα, και μείωση της επίδοσης. Αποτέλεσμα είναι να εμφανίζεται επίδραση, όχι μόνο στο άτομο αλλά και στην επιχείρηση. Ο Golembiewski συμφωνεί με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως τις προσδιόρισε η Maslach (1982), αλλά διαφωνεί με τη σειρά εμφάνισης τους. Υποστηρίζει ότι η διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεκινάει με την αποπροσωποποίηση, συνεχίζεται με την απώλεια της αίσθησης προσωπικής επίτευξης, και καταλήγει στην συναισθηματική εξάντληση.

Οι Maslach & Leiter (1997) τέλος, προσπάθησαν να συνδυάσουν την διαπροσωπική προσέγγιση με τα υπόλοιπα θεωρητικά μοντέλα. Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται να είναι, απόρροια της ασυμφωνίας ανάμεσα σε αυτό που είναι το άτομο, και σε αυτό που οφείλει να κάνει, με αποτέλεσμα να διαβρώνονται οι αξίες, η αξιοπρέπεια, το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή.

Παρουσιάζεται επίσης, σαν μια κατάσταση χρόνιας ανισορροπίας, στην οποία η εργασία απαιτεί περισσότερα από αυτά που μπορεί να προσφέρει το άτομο, ενώ παράλληλα του παρέχει πολύ λιγότερα. Η επαφή με τους πελάτες, που θεωρούνταν η βασική αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρουσιάζεται σαν μια συγκεκριμένη πτυχή της ασυμφωνίας αυτής, και περιλαμβάνει, την έλλειψη ελέγχου, ανταμοιβής, δικαιοσύνης, επικοινωνίας, το φόρτο εργασίας και τη σύγκρουση αξιών. Στη συνέχεια αναθεωρώντας την θεωρία τους, αναδιατύπωσαν τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης με πιο γενικούς όρους. Η συναισθηματική εξάντληση ονομάστηκε εκ νέου σε εξάντληση, η αποπροσωποποίηση σε κυνισμό και η αίσθηση μειωμένης προσωπικής απόδοσης σε αναποτελεσματικότητα.

1.3.5 Νέες προσεγγίσεις

Τέλος, υπάρχουν οι προσεγγίσεις, που στόχο έχουν να ερμηνεύσουν την επαγγελματική εξουθένωση με ένα ενιαίο μοντέλο το οποίο να συνδυάζει όλα τα παραπάνω.

Οι Schaufeli & Enzman (1998) πρότειναν ένα τέτοιο ενοποιημένο περιγραφικό μοντέλο. Αυτό εμπεριέχει τα κοινά στοιχεία, δηλαδή το ισχυρό εσωτερικό κίνητρο, το οποίο θεωρείται αναγκαίο για τη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης, το μη ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον, και τη διαιώνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη χρήση μη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης.

1.3.6 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Βάσει του κλασικού ορισμού της Maslach (1982), που αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, αναδεικνύονται τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου, που αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Η πρώτη διάσταση ονομάζεται «συναισθηματική εξάντληση και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Για τη δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επικρατήσει η χρήση του όρου «αποπροσωποποίηση», με τον οποίο περιγράφεται η απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς / πελάτες του και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Η Τρίτη διάσταση ονομάζεται «έλλειψη προσωπικής επίτευξης» και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στο χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσης του (Leiter & Maslach, 2005).

1.3.7 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Οι Edelwich & Brodsky (1980) περιέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, αυτά είναι ο ενθουσιασμός, η αμφιβολία και αδράνεια, η απογοήτευση και ματαίωση και η απάθεια.

Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

Τότε λοιπόν, περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της αμφιβολίας και αδράνειας. Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμα του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, σταδιακά αποιδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η απογοήτευση και ματαίωση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειες του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

Στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως απάθεια, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμα του. Ουσιαστικά συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντα του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών /πελατών του, για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντι τους.

1.3.8 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Σύμφωνα με τον C.Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μια «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

I .Φάση του «εργασιακού στρες»: Πρόκειται για μια διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

II. Φάση «εξάντλησης»: Πρόκειται για την συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης, ενώ η προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

III. Φάση «αμυντικής κατάληξης»: Πρόκειται για το στάδιο όπου πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζόμενου, ο οποίος σταδιακά αποεπενδύει συναισθηματικά την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

Πίνακας 1: Ενδείξεις και συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με τον Cherniss (1980).

Έντονη αντίσταση στην αναχώρηση από την οικία για το χώρο εργασίας σε καθημερινό επίπεδο	Αίσθηση αποτυχίας
Οργή και μνησικακία	Αίσθημα ενοχής και χαμηλή αυτοεκτίμηση
Αρνητισμός	Απομόνωση και απόσυρση
Αίσθηση κόπωσης και εξάντλησης κατά τη διάρκεια της ημέρας	Αξιοσημείωτη κούραση μετά την εργασία
Συχνό κοίταγμα του ρολογιού	Απώλεια θετικών συναισθημάτων προς τους πελάτες
Αλλαγές στο χρόνο επαφών με τους πελάτες	Υιοθεσία ενός στερεότυπου μοντέλου με τους πελάτες

Αδυναμία συγκέντρωσης και ακρόασης	Αίσθηση ακινησίας
Κυνισμός προς τους πελάτες	Εφαρμογή άκαμπτων διαδικασιών
Αϋπνίες	Αποφυγή συζητήσεων με συναδέλφους στην εργασία
Ανησυχία για τον εαυτό	Πιο εύκολη υιοθεσία χρήσης μέτρων ελέγχου της συμπεριφοράς όπως είναι τα φάρμακα
Συχνά συνάχια, γρίπη, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές	Ακαμψία σκέψης και αντίσταση στην αλλαγή
Καχυποψία και παράνοια	Συχνή χρήση φαρμάκων
Οικογενειακές συγκρούσεις	Μεγάλος αριθμός απουσιών από την εργασία

1.3.9 Το μοντέλο της Pines

Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από τη μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μια μόνο κλίμακα που δίνει τη συνολική βαθμολογία.

1.4 Οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Όπως διαπιστώσαμε και παραπάνω, οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας, είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

(Maslach & Jackson, 1986) θα χρησιμοποιηθούν αυτές οι διαστάσεις και όχι οι νεώτερες και γενικότερες συνιστώσες, δηλαδή η εξάντληση, ο κυνισμός και η αναποτελεσματικότητα.

Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά την αλληλουχία εμφάνισης των παραπάνω. Οι Maslach & Jackson (1984), θεωρούν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο που οδηγεί σε αποπροσωποποίηση και τελικά στην αίσθηση έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Αντίθετα, οι Golembiewski & Munzenrider et al. (1986) πιστεύουν ότι η αποπροσωποποίηση προηγείται, έπεται το αίσθημα της αποτυχίας και των ελαττωμένων προσωπικών επιτευγμάτων και τελικά ως συνέπεια αυτών εμφανίζεται η συναισθηματική εξουθένωση.

1.4.1 Η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)

Η συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας, με κυρίαρχη την αίσθηση, ότι έχουν εξαντληθεί τα συναισθηματικά αποθέματα και παράλληλα δεν υπάρχουν πηγές ανανέωσης. Το άτομο αισθάνεται ότι δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια και διάθεση, ώστε να επενδύσει συναισθηματικά στην δουλειά του, και καταβάλλεται από τις απαιτήσεις των ασθενών-πελατών και του εργασιακού του περιβάλλοντος. Ένα κοινό σύμπτωμα είναι να βλέπει με δέος την προοπτική ότι την επόμενη ημέρα θα πρέπει να ξαναπάει στην εργασία του (Κάντας, 1995). Τελικά, οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται, ότι δεν μπορούν να αποδώσουν εξίσου αποτελεσματικά και υπεύθυνα όσο στο παρελθόν, και συχνά υιοθετούν συμπεριφορές απομάκρυνσης (φυσική ή συναισθηματική) από την ίδια την εργασία, που τη θεωρούν πηγή της εξάντλησης τους (Burk & Greenglass, 2001).

Από μελέτες έχει διαπιστωθεί, ότι η συναισθηματική εξάντληση έχει άμεση σχέση με τις υψηλές απαιτήσεις του εργασιακού χώρου και τις υψηλές προσδοκίες του ίδιου του ατόμου (Cordes & Dougherty, 1993). Η παράμετρος της συναισθηματικής εξάντλησης έχει θεωρηθεί σαν ταυτόσημο φαινόμενο με την επαγγελματική κατάθλιψη (Firth & Britton, 1989).

1.4.2 Η αποπροσωποποίηση (Depersonalization)

Η αποπροσωποποίηση αποτελεί συνέπεια της συναισθηματικής εξάντλησης και ένα μηχανισμό άμυνας έναντι αυτής. Εκδηλώνεται με συναισθηματική απομάκρυνση,

απόσυρση και αποστασιοποίηση από την εργασία, με αδιαφορία και κυνισμό προς τους ασθενείς, που αντιμετωπίζονται ως «περιστατικά» ή «αντικείμενα» και χάνουν την ανθρώπινη υπόσταση τους (πχ. χρήση του αριθμού δωματίου ή τύπου ασθένειας). (Κάντας,1995). Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να απομακρυνθούν από την εργασία με παρατεταμένα διαλλείματα και συζητήσεις με τους συναδέλφους.

Η ανάπτυξη της αποπροσωποποίησης φαίνεται να σχετίζεται με την εμπειρία της συναισθηματικής εξάντλησης, η συνέχεια που ακολουθεί είναι, τα αποτελέσματα αυτά να δημιουργούν στο άτομο αισθήματα αποτυχίας και μειωμένης επίτευξης. (Maslach,1982). Κατά τον Cherniss, η αποπροσωποποίηση είναι μια διαδικασία απεμπλοκής του εργαζόμενου από το στρες, την πίεση και την κόπωση που βιώνει, αντιπροσωπεύει δηλαδή ένα μηχανισμό προσαρμογής ή διαχείρισης των αρχέτυπων πηγών (Cherniss,1980).

1.4.3 Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (a reduced feeling of personal accomplishment)

Τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα αποτελούν την τελευταία συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο εργαζόμενος εκτιμά με αρνητικό τρόπο τον εαυτό του, ειδικά σε σχέση με την εργασία του, και με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων εκδηλώνεται με την μείωση της απόδοσης του, την έλλειψη ικανοποίησης από τη δουλειά του, και την παραίτηση του από την προσπάθεια χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών. Αποτέλεσμα αυτών είναι να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού ρόλου (Maslach et al,1986). Έτσι, καθώς μειώνεται η αυτοεκτίμηση, αρχίζει βαθμιαία η κατάθλιψη, που μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό. Υπάρχει περίπτωση ο εργαζόμενος να κάνει αλλαγή, είτε στον τρόπο που αντιμετωπίζει την εργασία του, είτε στις προσδοκίες του, ή και ακόμη να οδηγηθεί στην εγκατάλειψη της εργασίας που περιλαμβάνει στενή επαφή με ανθρώπους (Maslach et al,1996). Γενικότερα, ο επαγγελματίας υγείας αμφισβητεί την επαγγελματική του δραστηριότητα και βιώνει αισθήματα απαισιοδοξίας αλλά και απαξίωσης (Αντωνίου,2003).

1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις αιτίες του στρες στο άτομο ενώ ενισχύονται από τις συνθήκες της ζωής του, όπως το εργασιακό περιβάλλον και η οικογενειακή του κατάσταση. Η Sue Micklewitz (2001) διαχώρισε τους παράγοντες σε εργασιακούς και σε ατομικούς. Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο σε εξουθένωση είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζόμενου από το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη. Έρευνα των Maslach & Leiter (2001) κατέγραψε πέντε στοιχεία, τα οποία όταν συνδυάζονται μεταξύ τους οδηγούν στην εξουθένωση του ατόμου. Το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα, η έλλειψη ικανοποίησης του εργαζόμενου, η έλλειψη συναδελφικότητας εξαιτίας του ανταγωνισμού, το αίσθημα αδικίας του υπαλλήλου ως προς την αποζημίωση ή την αξιολόγηση του και η σύγκρουση αξιών του ατόμου.

Σύμφωνα με τον Vachon (1987) ο βαθμός του stress που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο της δουλειάς, εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την ένταση του. Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- Ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση).
- Ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες, στρατηγικές αντιμετώπισης).
- Διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικούς παράγοντες).
- Κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες) για το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια, τον άρρωστο, το θάνατο κ.λπ. (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995).

Στη διεθνή βιβλιογραφία πολλές μελέτες προσπαθούν να προσδιορίσουν τους κυριότερους παράγοντες, που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Η καταγραφή αυτών των παραγόντων θα ήταν δυνατόν να τους κατατάξει σε δύο κατηγορίες οι οποίες είναι:

- Περιβαλλοντικοί
- Ατομικοί παράγοντες (Μεταλληνού, 2000).

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες ανήκουν εκείνοι που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας και μπορεί να είναι:

- Οι πιεστικές και αντίξοες συνθήκες εργασίας.
- Η έλλειψη προσωπικού και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας.
- Η υψηλή συναισθηματική φόρτιση στο περιβάλλον εργασίας και η έκθεση του επαγγελματία στον πόνο και στο θάνατο.
- Το εξαντλητικό, απαιτητικό και συνεχές ωράριο.
- Η έλλειψη καθηκοντολογίου και η ασάφεια του ρόλου του εργαζόμενου.
- Η έλλειψη κινήτρων και δυνατότητας εργασιακής εξέλιξης.
- Η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η μη συμμετοχή στις αποφάσεις.
- Η ανισότητα στις ηθικές και οικονομικές απολαβές.
- Η έλλειψη επικοινωνίας, στήριξης από τη διεύθυνση ή τους συναδέλφους.
- Η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας (Cherniss,1980).

Στους ατομικούς ανήκουν οι παράγοντες που σχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα. Αυτό που διαφοροποιεί τους εργαζόμενους μεταξύ τους, είναι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται μια κατάσταση πίεσης στον εργασιακό χώρο, πως την ερμηνεύουν και πως τελικά δρουν για να την αντιμετωπίσουν (Lazarus,1984). Η ανθεκτικότητα στο άγχος, όπως εκφράζεται από τον τρόπο χειρισμού του, καθιστά ορισμένα άτομα περισσότερο εύαλωτα στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι Kobasa και συν (1982) υποστήριξαν ότι τα άτομα που διακρίνονται από μια γενικότερη ανθεκτικότητα στο άγχος έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν προβλήματα λόγω συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στα κυριότερα ατομικά προσωπικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την εμφάνιση του burnout περιλαμβάνονται:

- Τα αρχικά κίνητρα του εργαζόμενου για την απασχόληση του στο επάγγελμα.
- Οι προσδοκίες του για τους άλλους και τον εαυτό του.
- Ο τρόπος αντίληψης και αντίδρασης στις πιεστικές καταστάσεις.
- Η αποτυχία στην πραγματοποίηση των ιδανικών και των στόχων του (Betolote,2006).

Άλλες μελέτες έδειξαν, ότι συχνά οι ατομικοί – ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, απ' ότι οι συνθήκες εργασίας ή άλλοι περιβαλλοντικοί λόγοι (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος,1992).

1.6 Ιατρικό προσωπικό και αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με την Barrowlough (2001), ο ιατρικός κλάδος επιβαρύνεται πρωτίστως από το φόβο του ιατρικού λάθους, μιας και ένα ιατρικό σφάλμα μπορεί να επιφέρει είτε μόνιμες βλάβες είτε ακόμη και το θάνατο του ασθενούς. Το γεγονός αυτό προκαλεί στρες σε συνάρτηση με το ενδεχόμενο μηνύσεων. Συχνά, η ζωή του ασθενούς εξαρτάται από την ταχύτητα αντίδρασης του ιατρού, κυρίως στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

1.7 Νοσηλευτικό προσωπικό και αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

Όσον αφορά τους νοσηλευτές, πλήθος ερευνών απέδειξε, ότι το στρες που βιώνουν σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλλήματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο. Επιπλέον το περιβάλλον εργασίας όπου δραστηριοποιούνται οι νοσηλευτές δημιουργεί ένταση η οποία επιδρά σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα (Bakeretal,2000,Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός,2005).

Ο Αντωνίου (2005) αναφέρει ότι ο βασικότερος παράγοντας για την επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές είναι ο πόνος και η οδύνη των ασθενών. Πολλές φορές καλούνται να περιθάλψουν άτομα με ιδιαίτερα σοβαρές ασθένειες, ενώ πολλοί είναι και αυτοί που καταλήγουν μετά από μακροχρόνια πάθηση. Οι νοσηλευτές οδηγούνται στην αδιαφορία και στην έλλειψη κατανόησης για τους ασθενείς, ενώ η εργασία μετατρέπεται σε χώρο μη ικανοποίησης.

Ο φόρτος εργασίας, η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς, η έλλειψη πόρων, η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας και οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, ενοχοποιούνται ως επιβαρυντικοί παράγοντες για τη δημιουργία στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό (Bakeretal,2000,Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός,2005). Είναι ανάγκη να τονιστεί ότι, ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες

συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο της εργασίας υποδαυλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης τους (Arnoldetal,1995,Boumans & Landeweerd,1996,Janssenetal,1999 Edwardsetal,2001,Altun,2002,Grecoetal,2006, Milisenetal,2006). Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί στους νοσηλευτές συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, απογοητευτική (Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός,2005, Arnoldetal,1995, Vaheyetal,2004).

Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής και οι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης. Τέλος, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση.

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργός συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο εργαζόμενος στην ροή των γεγονότων είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ζωή του κάθε ατόμου (Boumans& Landeweerd.,1996 Jansenetal.,1999,Edwardsetal.,2001,Altun,2002,Grecoetal.,2006, Vaheyetal.,2004).

1.8 Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Κοινωνικούς Λειτουργούς

Το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ιδιαίτερα απαιτητικό όσον αφορά στο συναισθηματικό τομέα καθώς το αντικείμενο του κατά κύριο λόγο είναι άτομα που αντιμετωπίζουν πρακτικές και συναισθηματικές αδικίες (Hatinen,2004). Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε Γενικό Νοσοκομείο Καλείται να συνεργαστεί με την διεπιστημονική ομάδα για τη φροντίδα του ασθενούς. Επικεντρώνεται στις κοινωνικές παραμέτρους της ασθένειας και με στόχο την διατήρηση ή την επίτευξη κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου. Στοχεύει στην συναισθηματική αποφόρτιση του ασθενούς, την πρακτική επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν από τη νοσηλεία του καθώς και τη συναισθηματική στήριξη των οικείων του. Με την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει τη μετανοσοκομειακή του παρακολούθηση και τη φροντίδα του για επανένταξη και αποκατάσταση, εφόσον έχει προηγηθεί μακρά νοσηλεία. (Καλλινικάκη,1998).

Σύμφωνα με τη Δούκα (2004) ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στα νοσοκομεία είναι συγκεκριμένος, εντούτοις δεν είναι σαφής στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Αυτό δυσχεραίνει το έργο τους καθώς σε πολλά νοσοκομεία υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας μεταξύ των ειδικών και ο κοινωνικός λειτουργός οδηγείται στην απογοήτευση και την εξουθένωση πιστεύοντας ότι το έργο του δεν αναγνωρίζεται.

Ταυτόχρονα, έρχεται αντιμέτωπος με περιστατικά που τον φορτίζουν συναισθηματικά. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο κατά την παροχή στήριξης στο άτομο και την οικογένεια του, να εισπράξει εκείνος τη φόρτιση, το άγχος και τον πόνο που βιώνουν και στο τέλος της συνεδρίας οι εξυπηρετούμενοι να φεύγουν ανακουφισμένοι, ενώ οι ίδιοι είναι καταβεβλημένοι (Barbier,2004, Lefley,1987,1989&1992).

Ένας επιπλέον παράγοντας που προκαλεί στρες στους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς είναι η έλλειψη υποδομής, όπως ξενώνες ή άλλων πλαισίων αποκατάστασης. Έτσι συχνά υφίσταται την πίεση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την έξοδο ενός ασθενούς, ενώ όμως, δεν υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον που θα μπορούσε να τον φροντίσει μέχρι να αποκατασταθεί η λειτουργικότητά του. Ο κοινωνικός λειτουργός νιώθει την υποχρέωση να απαντήσει στις ανάγκες του εξυπηρετούμενου, χωρίς όμως να είναι σε θέση να το κάνει. Έτσι ο

κοινωνικός λειτουργός βιώνει απογοήτευση και ματαίωση (Barbier,2004, Lefley,1987,1989&1992).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που παρουσιάζουν burnout νιώθουν πως δεν υπάρχουν λύσεις για τα προβλήματα των περιστατικών τους αλλά και τις υπηρεσίες τους και αισθάνονται αδύναμοι να εργαστούν αποτελεσματικά. Έχουν την τάση να γίνουν παθητικοί και αποστασιοποιημένοι, κατηγορούν τους άλλους για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Barbier,2004, Lefley,1987,1989&1992).

1.9 Συνέπειες της επαγγελματικής Εξουθένωσης

Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να ομαδοποιηθούν στις παρακάτω κατηγορίες (Kahill,1988):

- **Σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες**

Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέεται με ποικίλα προβλήματα τα οποία αφορούν τη σωματική και πνευματική υγεία των επαγγελματιών υγείας (Maslach,Pines,1977). Η επιδείνωση της πνευματικής υγείας του ατόμου χαρακτηρίζεται από μείωση των αισθημάτων αυτοεκτίμησης, ανασφάλεια, συναισθηματικά ξεσπάσματα, εκνευρισμό, αισθήματα ανικανότητας και προσωπικής αποτυχίας στην εργασία. Ο επαγγελματίας υγείας θεωρεί πως η αμοιβή του είναι πολύ μικρότερη από την εργασία που προσφέρει. Έχει την αίσθηση ότι είναι αβοήθητος και ανίκανος να αντιληφθεί εναλλακτικούς τρόπους λειτουργίας (Foxal et al,1990,Lindsey et al 1989). Σε σωματικό επίπεδο, ο εργαζόμενος παρουσιάζει κόπωση, πονοκεφάλους, πόνους στη μέση, αϋπνία και γαστρεντερικές διαταραχές (Freudenberger 1974,Foxal et al 1990, Matrunola 1996, Pines & Kanner,1982).

- **Διαπροσωπικές συνέπειες**

Η επιδείνωση των κοινωνικών και οικογενειακών σχέσεων αλλά και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, τόσο στο χώρο της εργασίας, όσο και εκτός αυτού, των ατόμων που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση έχουν τύχει ερευνητικού ενδιαφέροντος σε πολλούς επαγγελματικούς χώρους. Σε μια μελέτη 42 ζευγαριών όπου ο σύζυγος ήταν αστυνομικός οι Jackson and Maslach βρήκαν ότι τα άτομα που βίωναν επαγγελματική εξουθένωση είχαν την τάση να αποσύρονται από τους φίλους

και μειώνουν την κοινωνικότητα τους. Επιπρόσθετα, οι αστυνομικοί ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να απαλλαγούν από την επαγγελματική τους ιδιότητα όταν βρίσκονταν εκτός υπηρεσίας, ενώ μεταχειρίζονταν τα παιδιά τους σαν να ήταν κάποιιοι από το επαγγελματικό τους περιβάλλον (Burke et al 1986).

Σε μελέτες που έγιναν σε κέντρα ημερήσια φροντίδας, οι εργαζόμενοι στη φροντίδα παιδιών, οι οποίοι βίωναν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ήταν λιγότερο υπομονετικοί και ανεκτικοί και περισσότερο κακόκεφοι. Επίσης, ανέφεραν μεγαλύτερη απομάκρυνση από τα παιδιά, είτε συζητώντας με συναδέλφους περισσότερο απ' ότι έπρεπε, είτε καθυστερώντας στα διαλλείματα για φαγητό (Maslach,Pines,1977). Οι Maslach and Jackson βρήκαν επίσης ότι οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με την επιθυμία του εργαζόμενου να δαπανά λιγότερο χρόνο για τα κοινά, όπως επίσης και να συνάπτει επιφανειακές σχέσεις με τους συνεργάτες του (Maslach and Jackson,1985).

- **Συνέπειες που αφορούν τις στάσεις και συμπεριφορές**

Η ανάπτυξη αρνητικής στάσης του εργαζόμενου απέναντι στους χρήστες της φροντίδας υγείας, την εργασία και τον ίδιο τον οργανισμό, αναφέρεται συχνά από τους ερευνητές (Freudenberger 1974, Pines &Kanner 1982, Kahill,1988,Lindsey et al 1989). Παράλληλα αυξημένα φαίνονται να είναι και τα επίπεδα μη ικανοποίησης από την εργασία, ενώ αντίθετα διαπιστώνονται μειωμένα επίπεδα συμμετοχής των εργαζομένων στις δραστηριότητες της υπηρεσίας (Leiter &Maslach 1988). Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι παράγοντας που ευνοεί τις παραιτήσεις του προσωπικού (Maslach and Jackson,1996), τις συχνές απουσίες από την εργασία και τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Maslach and Jackson,1985,1996).

Ειδικά για τους επαγγελματίες υγείας, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Ιδιαίτερα όσοι απασχολούνται σε νοσοκομεία και κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων εργάζονται πέρα από το κανονικό ωράριο. Τα όρια μεταξύ προσωπικού και εργασιακού χώρου είναι αρκετές φορές συγκεχυμένα καθώς στην περίπτωση ενός εκτάκτου περιστατικού, καλούνται να παρουσιαστούν στην εργασία τους. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι επαγγελματίες δεν επιτυγχάνουν το στόχο

τους, η κρίση δεν επιλύεται, ο ασθενής καταλήγει κ.ά.. και τότε καλούνται να δεχτούν την κριτική από τους συναδέλφους (Διομήδους κα, 2009).

Η εμφάνιση ή όχι του συνδρόμου, εξαρτάται από το βαθμό εμφάνισης αυτών των παραγόντων, αλλά και από τα ατομικά χαρακτηριστικά του. Ιδιαίτερα επιρρεπή (Salanovaetal.,2005) είναι τα άτομα ηλικίας 30-40 ετών, ανύπανδροι άνδρες και τέλος άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Επιπροσθέτως, ευάλωτα στο να αναπτύξουν το σύνδρομο είναι τα άτομα με τύπο προσωπικότητας A4 και άτομα με εξωτερικό πεδίο ελέγχου (locusofcontrol). Ο Figley (1995) κατέγραψε λεπτομερώς τους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου που επηρεάζονται από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (πίνακας 2). Αναφορικά με τη διάγνωση του συνδρόμου, η Maslach (2001) επεσήμανε τρία χαρακτηριστικά των ατόμων με σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία αποτελούν και διαγνωστικά κριτήρια: κυνισμός, αίσθημα σωματικής και συναισθηματικής εξουθένωσης και μειωμένη αποδοτικότητα.

Πίνακας 2: Τομείς λειτουργικότητας του ατόμου που επηρεάζονται από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Figley, 1995)

Γνωσιακός τομέας	Έκπτωση στη συγκέντρωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απάθεια, έλλειψη ευελιξίας, αποπροσανατολισμός, τελειομανία, ενασχόληση με τραυματικές εμπειρίες και ιδέες αυτοκαταστροφής
Συναισθηματικό επίπεδο	Αισθήματα αδυναμίας, ενοχής, θυμού, φόβου, θλίψης, κατάθλιψης
Επίπεδο συμπεριφοράς	Ανυπομονησία, κοινωνική απόσυρση, παλινδρομήσεις σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, διατροφικές διαταραχές, εγρήγορση, επιρρέπεια στα ατυχήματα
Πνευματικό – θρησκευτικό επίπεδο	Υπαρξιακοί προβληματισμοί
Διαπροσωπικές σχέσεις	Απομόνωση, θυμός και ενοχές, διαπροσωπικές

	συγκρούσεις
Ψυχοσωματικός τομέας	Έντονη εφίδρωση, ταχύπνοια, αύξηση της ταχύτητας σφυγμού, δύσπνοια, μυϊκοί πόνοι, ίλιγγος, αποπροσανατολισμός
Εργασιακός τομέας	Χαμηλό ηθικό, χαμηλή αποδοτικότητα, ευερεθιστότητα, διαπληκτισμοί

1.10 Συμπτώματα

Τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι κυρίως ψυχολογικά ενώ οι πάσχοντες εργαζόμενοι συχνά αποδίδουν τα παράπονα τους σε προβλήματα της εργασίας θεωρώντας πως αυτή ευθύνεται για την κατάσταση τους. Είναι σημαντική η συνειδητοποίηση, ότι μόνιμα κουρασμένοι εργαζόμενοι δεν πάσχουν εξ ορισμού από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ, αντίστροφα, οι πάσχοντες από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να μην εκφράζουν την κόπωση ως το κύριο παράπονο τους (Διομήδους κ.α., 2009).

Τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε αρκετά σημεία, μοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης, του συνδρόμου μετατραυματικού στρες και με τις αγχώδεις διαταραχές (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1992). Το άτομο που αισθάνεται κόπωση, εκτός από το στρες που βιώνει στην εργασία και το εντοπίζει στην καθημερινότητα του, εμφανίζει συμπτώματα οργανικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά που ενδέχεται να μην είναι σε θέση να τα αποδώσει σε κάποια αιτία.

Στα οργανικά συμπτώματα περιλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις τυπικές εκδηλώσεις στρες και άγχους όπως πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, δυσκολίες ύπνου, υπερένταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικοί πόνοι (Tyler & Cushway, 1998). Η ευάλωτη αυτή σωματική υγεία του εργαζόμενου είναι δυνατόν να επηρεάσει επίσης και την ψυχολογική του υγεία και συμπεριφορά με κυρίαρχα συμπτώματα το έντονο στρες, την ανία και το χαμηλό «ηθικό» αφενός και την χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, την παραίτηση και τις συγκρούσεις αφετέρου. Επιπλέον πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου ο οποίος μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο, με αποτέλεσμα

να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και μειώνεται το ενδιαφέρον για τις κοινωνικές συναναστροφές (Griffithetal.,1999).

Προτού αναφερθούμε στη σημαντική εργασία του Potter (2001), που από λίγο ως πολύ αναφέρει τα ίδια συμπτώματα, θα θέλαμε να παραθέσουμε ένα πίνακα που περιγράφει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας δεν εκδηλώνουν τα ίδια συμπτώματα. Κάποια από τα σημαντικότερα συμπτώματα που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία περιγράφονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3: Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματικά εξάντληση/ κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/ απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/ παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/ αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/ έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/ έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/ αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/ συχνές ασθένειες/ κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ ευερεθιστότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά	Στρες	Υπερβολική χρήση

προβλήματα		αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/ αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Αισθήματα αδυναμίας	
	Καχυποψία	
	Αισθήματα ενοχής/ αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	
	Υπερβολική αυτοπεποίθηση/ λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	
	Αποτελμάτωση	

Σύμφωνα με τον Potter (2001), τα συμπτώματα του συνδρόμου χωρίζονται στα αρνητικά συμπτώματα (μη ικανοποίηση, αγωνία, συχνές διαμαρτυρίες, αισθήματα αδικίας, κατάθλιψη και εκρήξεις θυμού), διαπροσωπικά προβλήματα (επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, υπερβολές, ευερεθιστότητα, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία και το οικογενειακό περιβάλλον). Αναφορικά με τα προβλήματα υγείας, αναφέρονται κρυολογήματα, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, πόνοι στη μέση και κόπωση. Επιπλέον κατά τον Potter παρουσιάζεται μειωμένη

αποδοτικότητα η οποία εκφράζεται με δυσκολία συγκέντρωσης και ολοκλήρωσης μιας εργασίας. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί κατάχρηση ουσιών (κάπνισμα, οινόπνευμα, φάρμακα, ναρκωτικά). Επιπλέον, οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου μπορεί να αλλάζουν (μεγαλύτερες ή μικρότερες ποσότητες φαγητού). Το άτομο μπορεί να παρουσιάζει αισθήματα κατωτερότητας, να εσωτερικεύει την αποτυχία στην εργασία, να μετατρέπει τον ενθουσιασμό σε κυνισμό και να νιώθει ανίκανο να αντλήσει ικανοποίηση από την εργασία. Αναφορικά με το οικογενειακό στρες, το άτομο δε βοηθά στο σπίτι ή την οργάνωση του οικογενειακού προγραμματισμού. Παρατηρείται άρνηση δημιουργίας ανθρωπίνων σχέσεων, απώλεια ενδιαφέροντος για κοινωνικές σχέσεις καθώς και ο εκφυλισμός των σχέσεων στο εργασιακό περιβάλλον. Όταν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, ο εργαζόμενος βλέπει τους συναδέλφους του εχθρούς, άτομα που τον επιβουλεύονται και τον υποσκάπτουν. Τέλος, καλύπτει την αδυναμία του αποδίδοντας ευθύνες στο πλαίσιο της εργασίας.

Όταν τα συμπτώματα προχωρήσουν πολύ, το άτομο οδηγείται σε μια καταθλιπτική κατάσταση και τότε είναι αναγκαία η λήψη ψυχοθεραπευτικής, ακόμη και φαρμακευτικής βοήθειας, πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται σε τρία στάδια, και δεν εμφανίζεται αφινίδια ως οξύ επεισόδιο. Το πρώτο στάδιο είναι η ανησυχία. Το άτομο βιώνει έντονη ανησυχία σε βαθμό που αυτή εμποδίζει τη λειτουργικότητα του. Το δεύτερο είναι το στάδιο της απομάκρυνσης. Χαρακτηρίζεται από απομόνωση. Το άτομο προσπαθεί να διατηρήσει την εσωτερική του ηρεμία, απομακρύνοντας τον εαυτό του από τους συναδέλφους και από οτιδήποτε θυμίζει την εργασία του. Ακριβώς επειδή αυτή η συμπεριφορά είναι δυσάρεστη για τους γύρω, οι συνάδελφοι τείνουν να απομονώνουν το άτομο. Ως αποτέλεσμα, το περιβάλλον του ατόμου δεν αναγνωρίζει την ύπαρξη του συνδρόμου και δεν λειτουργεί υποστηρικτικά. Τέλος, το τρίτο στάδιο είναι αυτό της εξουθένωσης. Το άτομο βιώνει πολύ έντονα την κόπωση. Η κόπωση οδηγεί σε συμπεριφορές οργής και βαναυσότητας ή σε πλήρη απάθεια. Ο εργαζόμενος κινδυνεύει να τιμωρηθεί πειθαρχικά (Διομήδους κ.α., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης - Τρόποι αντιμετώπισης

Εισαγωγή

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας της υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των αρρώστων που φροντίζει, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτουργήμα». Η πεποίθηση αυτή ενισχύει τον μύθο της παντοδυναμίας του και παραδόξως τον καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της εξουθένωσης προϋποθέτουν την αμφισβήτηση αυτής της πεποίθησης και την αναγνώριση ότι, για να μπορέσει να φροντίσει και να συνοδεύσει τον άρρωστο στην πορεία του, ο επαγγελματίας της υγείας πρέπει να φροντίσει παράλληλα τον εαυτό του. Η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας, της αναπηρίας, του πόνου και του θανάτου των αρρώστων τον καθιστούν ευάλωτο. Ίσως, επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση να μην μπορεί αποφευχθεί πλήρως, αλλά τουλάχιστον τα αυξημένα επίπεδα της, να μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση.

Αρχικά περιγράφεται η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης με Ατομικά, Κοινωνικά και Διοικητικά μέτρα.

Τα μέτρα που περιγράφονται παρακάτω αποτελούν εναλλακτικές προτάσεις που χρησιμεύουν ως κατευθυντήριες γραμμές στην πρόληψη και στην 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 των οποίων φέρει η Διοίκηση ενός Νοσοκομείου και μιας Μονάδας / Τμήματος. Όταν η Διοίκηση ενδιαφέρεται πραγματικά γι' αυτούς που την υπηρετούν και όταν επιδιώκει την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, τότε εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών που διακρίνονται για την ποιότητα τους από επαγγελματίες οι οποίοι αντλούν ικανοποίηση από τη δουλειά τους, όσο απαιτητική και δύσκολη κι αν είναι. Και τέλος περιγράφεται η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης με Ατομικά, Κοινωνικά και Διοικητικά μέτρα.

Εφαρμόζοντας λοιπόν αλλαγές όπως οι παραπάνω, μπορεί να οδηγηθούμε σε ένα πιο θετικό εργασιακό περιβάλλον, το οποίο με τη σειρά του να συμβάλλει ώστε να

υπάρξουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σ' αυτό το σημείο οφείλουμε επίσης να σημειώσουμε και την σημασία που έχει, τόσο ο βαθμός αλληλεγγύης όσο και η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας της κάθε υπηρεσίας, όχι μόνο για την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση του φαινομένου.

2.1 Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψηλό. Τόσο οι επαγγελματίες υγείας, όσο και οι ασθενείς επηρεάζονται αρνητικά από αυτή. Οι λύσεις στο πρόβλημα δεν θα πρέπει να είναι ούτε εύκολες ούτε γρήγορες. Κάθε μια από αυτές είναι απαραίτητο να προσαρμόζεται στις εργασιακές και οικογενειακές συνθήκες του εργαζόμενου. Κατά την Maslach (1982), οι τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να εφαρμοστούν σε διάφορα επίπεδα (ατομικό, κοινωνικό, διοικητικό). Στο ατομικό επίπεδο ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να εφαρμόσει τα μέτρα ο ίδιος. Σε κοινωνικό επίπεδο, απαιτείται η συνεργασία και οι προσπάθειες αρκετών ατόμων, όπως π.χ. των συνεργατών. Στον τομέα του οργανισμού, τα μέτρα αναφέρονται σε πολιτικές και διοικητικές λειτουργίες, οι οποίες θα πρέπει να εφαρμόζονται για να βοηθήσουν τον εργαζόμενο να αντιμετωπίσει το εργασιακό στρες.

Ατομικά μέτρα

- Αποφυγή ανάληψης περισσότερων ευθυνών και αύξησης των ρυθμών εργασίας.
- Επαναπροσδιορισμός των προσδοκιών και των στόχων του επαγγελματία. Οι στόχοι του θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι, βραχυπρόθεσμοι και ρεαλιστικοί.
- Χρήση μικρών διαλειμμάτων και αδειών από την εργασία.
- Αποφυγή συναισθηματικής εξάρτησης από τους ασθενείς.
- Εντόπιση των θετικών πλευρών της εργασίας.
- Αναγνώριση και ανάλυση των προβλημάτων και των αρνητικών συναισθημάτων για την εργασία (Αδαλή, 1999).

Κοινωνική Υποστήριξη

- Συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια από τους συναδέλφους.

- Η εκτίμηση των ικανοτήτων και των καλών υπηρεσιών του επαγγελματία υγείας από τους συναδέλφους του.
- Οι ομάδες υποστήριξης-αυτοβοήθειας (Αδαλή,1999).

Διοικητικά μέτρα

Οι διοικήσεις είναι αναγκαίο να προσδιορίσουν την πηγή του εργασιακού stress, και να προβούν σε οργανωτικές στρατηγικές για τον έλεγχο του.

- Τα νοσοκομεία, θα μπορούσαν να θεσπίσουν διαδικασίες για να αυξηθεί η αίσθηση συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και της αυτονομίας των επαγγελματιών υγείας.
- Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να βελτιωθεί, για να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να μειωθεί ο φόρτος εργασίας.
- Οι προϊστάμενοι κάθε υπηρεσίας, είναι απαραίτητο να παρέχουν περισσότερη υποστήριξη και ενθάρρυνση στο προσωπικό, αφού εκπαιδευτούν στην καθοδήγηση και στην επικοινωνία (Αδαλή,1999).

2.2 Τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην επαγγελματική εξουθένωση. «Δεν νιώθω καλά... το σώμα μου με πονάει...δεν κοιμάμαι τις νύχτες...δεν μπορώ να σηκωθώ το πρωί...νιώθω εξαντλημένος/η, χωρίς να καταβάλω ιδιαίτερη ενέργεια, είμαι διαρκώς κρυωμένος/η...και το κυριότερο είναι ότι έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για την δουλειά και την ευαισθησία μου για τους αρρώστους...»

Συνήθως αγνοούνται παρόμοιες ενδείξεις, γιατί ο εργαζόμενος πιστεύει ότι «αντέχει» ή ότι δεν είναι «αρκετά άρρωστος» για να φροντίσει τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να συνειδητοποιεί το πρόβλημα του όταν πλέον βρίσκεται στο στάδιο της απάθειας ή όταν εμφανίζει κάποια σοβαρή οργανική διαταραχή. Άλλοτε πάλι, για να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους του ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας ή στους υψηλούς προσωπικούς του στόχους,

εντείνει τον ρυθμό της δουλειάς και αναλαμβάνει πρόσθετες ευθύνες που αυξάνουν το βαθμό της συναισθηματικής και σωματικής του εξάντλησης. Στην ουσία, τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στην βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στην ζωή του.

Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, την σχέση με συναδέλφους και προϊσταμένους και την δουλειά του γενικότερα συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών εξ αυτών. Όταν, για παράδειγμα, προσδοκά ότι η φροντίδα που παρέχει πρέπει να είναι αποτελεσματική, ότι με τις παρεμβάσεις του πρέπει να επηρεάζει τη ζωή των αρρώστων και ότι εκείνοι ανελλιπώς θα αναγνωρίζουν την προσφορά του, ότι θα δέχονται τις συμβουλές και τις οδηγίες του χωρίς να τις αμφισβητούν, τότε ο επαγγελματίας της υγείας γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε απογοητεύσεις, καθώς η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται σε αυτές τις υψηλές και μη ρεαλιστικές προσδοκίες.

Κάθε μέλος του προσωπικού υγείας είναι σημαντικό να διερευνά τα προσωπικά κίνητρα που τον ώθησαν να επιλέξει ένα επάγγελμα άμεσα συνδεδεμένο με την φροντίδα ατόμων που υποφέρουν και πονούν. Τα αλτρουιστικά κίνητρα (π.χ. «θέλω να φροντίζω τους άλλους», «να σώζω ζωές», «να προσφέρω στο κοινωνικό σύνολο» κλπ) συνυπάρχουν με «εγωιστικά» κίνητρα, καθώς το άτομο επιδιώκει να ικανοποιήσει, μέσα από τη δουλειά, ορισμένες προσωπικές του ανάγκες. Για παράδειγμα, ένας εργαζόμενος μπορεί μέσα από το επάγγελμα του να επιδιώκει να ικανοποιήσει την δική του ανάγκη να τον έχουν οι άλλοι ανάγκη. Κάθε φορά που οι άρρωστοι είναι ανεξάρτητοι, έχουν τον τελικό λόγο στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους, παραγνωρίζουν την προσφορά του ή αναζητούν αλλού φροντίδα, ο επαγγελματίας βιώνει μια έντονη αίσθηση απογοήτευσης και ματαίωσης.

Αντίστοιχα, η προσωπική ανάγκη ενός άλλου επαγγελματία μπορεί να περιλαμβάνει την άσκηση επιρροής και έλεγχου σε δύσκολες καταστάσεις ή προκλήσεις, που συνήθως γίνονται αντιληπτές ως απειλητικές. Όταν λοιπόν οι παρεμβάσεις του δεν έχουν το αναμενόμενο θετικό αποτέλεσμα στην ζωή των ασθενών ή όταν οι προσπάθειες του δεν μπορούν να ανατρέψουν την καταληκτική εξέλιξη της υγείας τους, τότε ο επαγγελματίας βιώνει ενοχές και έντονη αίσθηση προσωπικής αποτυχίας

και αδυναμίας που τον καθιστά ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Είναι φανερό ότι οι προσωπικές προσδοκίες, ανάγκες και στόχοι του επαγγελματία επηρεάζουν την τη συμπεριφορά του και συχνά αποτελούν μια από τις σημαντικότερες πηγές πρόκλησης χρόνιου στρες.

Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί ο επαγγελματίας που επιτρέπει να αξιολογήσει ποιες έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στην ρύθμιση των συναισθημάτων και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας και ποιες δυσχεραίνουν την προσαρμογή του, αυξάνοντας το στρες που βιώνει.

Οι Chiribogaetal (1983) μελέτησαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες χρησιμοποιούσαν νοσηλευτές που φρόντιζαν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Παρατήρησαν ότι εκείνες που ήταν αποτελεσματικότερες στην δουλειά τους και αντιμετώπιζαν καλύτερα τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας είχαν την τάση να εκφράζουν και να μοιράζονται τα συναισθήματα τους και να χρησιμοποιούν συχνότερα γνωστικές στρατηγικές οι οποίες τους επέτρεπαν να αναπτύξουν μια προσωπική φιλοσοφία και να δώσουν νόημα τόσο στις εμπειρίες τους, όσο και στην προσφορά τους. Κάποιοι άλλοι επιστήμονες τονίζουν την σημασία της χρήσης στρατηγικών αντιμετώπισης για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας. 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 σε αυτές (Murphy,1995).

Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες, όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρ' όλα αυτά, συχνά τα μέλη του προσωπικού υγείας, ενώ παρέχουν στους αρρώστους υποστήριξη, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι χρειάζονται ή / και να ζητήσουν βοήθεια για τον εαυτό τους, άλλοτε γιατί παραγνωρίζουν τις ανάγκες τους και άλλοτε γιατί το θεωρούν ένδειξη αδυναμίας. Ένας ίσως από τους βασικότερους τρόπους για να ανταπεξέλθουν στις στρεσογόνες συνθήκες που βιώνουν, είναι να μοιραστούν τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς τους και να νιώσουν ότι υποστηρίζονται σε δύσκολες στιγμές.

Έρευνες τονίζουν ότι η υποστήριξη που ένα άτομο δέχεται από το περιβάλλον του μειώνει τόσο το στρες που βιώνει (Constable & Russel,1986, Cottigton & House,1987), όσο και τις πιθανότητες να νοσήσει (Cohen & wills,1985,Kobasaetal.,1982,1985,Wortman&Dunkel-Schetter,1987). 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 διαθέτει πολλαπλά υποστηρικτικά δίκτυα, έτσι ώστε να μην προσβλέπει στην αποκλειστική στήριξη ενός ατόμου (συνήθως του συντρόφου). Η πεποίθηση ότι οι εμπειρίες από το χώρο της εργασίας «δεν πρέπει» να επηρεάζουν την προσωπική του ζωή, και αντιστρόφως, δεν είναι ρεαλιστική. Για αυτό η διαθεσιμότητα ενός υποστηρικτικού δικτύου στον κάθε χώρο και ταυτόχρονα ο προγραμματισμός κάποιου χρόνου αποσυμπίεσης ή δραστηριότητας (π.χ. ενασχόληση με χόμπι, βόδισμα κλπ.) συμβάλλουν στην ενδεχόμενη συναισθηματική εκφόρτιση και επιτρέπουν στον εργαζόμενο μια ηπιότερη μετάβαση από το χώρο εργασίας στον χώρο του σπιτιού.

Επιστήμονες τονίζουν ότι για την ψυχική ισορροπία του εργαζόμενου σημαντική είναι η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που του παρέχουν την δυνατότητα να δημιουργήσει, να εκτονωθεί, να ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα. Οι Jaffe and Scott (1984) επισημαίνουν την σημασία της κατανομής του χρόνου και της ενέργειας σε τέσσερις τομείς της ζωής ενός ατόμου: στην εργασία, στις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, στην σχέση με τον εαυτό και στη διασκέδαση.

Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και στη προστασία του εργαζόμενου από τις επιπτώσεις ενός χρόνιου στρες.

Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις (Murphy,1995). Η αλλαγή χώρου εργασίας θεωρείται μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής και δεν είναι το αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης. Είναι σημαντικό να συνοδεύεται από διεργασία αυτογνωσίας που βοηθά το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και συχνά ασυνείδητες αιτίες που του δημιουργούν άγχος, καθώς και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζει. Χωρίς

την απαραίτητη αυτογνωσία, ο επαγγελματίας υγείας διατρέχει τον κίνδυνο να οδηγηθεί ξανά στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς η τοποθέτηση του σε νέο τμήμα δεν συνοδεύεται από την τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων, προσδοκιών, στάσεων και συμπεριφορών.

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό / διοικητικό επίπεδο

Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσης του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Κάθε χώρος εργασίας είναι σημαντικό να θεσπίζει σαφή κριτήρια για την πρόσληψη προσωπικού που θεωρεί ως κατάλληλο να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες λειτουργίας του (Murphy,1995).

Πέρα από τις γνώσεις και την πείρα του επαγγελματία υγείας, πρέπει να συνεκτιμώνται οι διάφοροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (π.χ. προσωπικά κίνητρα, προηγούμενες εμπειρίες με θάνατο και σοβαρή αρρώστια που παραμένουν άλυτες, ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου κλπ.), καθώς επηρεάζουν την προσαρμογή και απόδοση του σ' ένα συγκεκριμένο χώρο εργασίας. Τα κίνητρα και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο χώρο εργασίας μπορεί να δράσουν θετικά στην απόδοση του.

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

Συνήθως τα προαναφερόμενα μέτρα εφαρμόζονται μέσα σε ένα τμήμα που διοικείται δημοκρατικά.

Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο τμήμα που διοικείται δημοκρατικά αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός και προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας που αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες στα πλαίσια ορισμένων κανονισμών που αφορούν την λειτουργία του τμήματος. Ο προϊστάμενος έχει μεν ηγετικό ρόλο αλλά ενδιαφέρεται για τις εμπειρίες, απόψεις και διαφορετικές γνώμες των εργαζομένων με τους οποίους συζητά από κοινού τα προβλήματα που προκύπτουν και μαζί αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης τους. Καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας,

υποστήριξης, αλληλεξάρτησης, αποφεύγει να τροφοδοτεί ανταγωνισμούς και επιδιώξεις προσωπικής ανάδειξης ή προβολής ορισμένων μελών του προσωπικού.

Στα τμήματα όπου η διοίκηση είναι αυταρχική και άκαμπτη, όπου επικρατούν άνισες σχέσεις μεταξύ εργαζομένων, όπου αυστηροί κανόνες δεν επιτρέπουν την ελευθερία της προσωπικής άποψης, πρωτοβουλίας ή δημιουργικότητας, όπου οι στόχοι χαρακτηρίζονται από τελειοκρατία και δίνεται ιδιαίτερα έμφαση στην επιτυχία, στα επιτεύγματα, ενώ κρίνονται αυστηρά τα λάθη και οι παραλείψεις, το προσωπικό υγείας είναι ευάλωτο στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εξίσου ευάλωτο είναι το προσωπικό που εργάζεται σε ένα τμήμα το οποίο χαρακτηρίζεται από έλλειψη διοίκησης και ουσιαστικής συνεργασίας, επειδή ο προϊστάμενος είτε αδιαφορεί είτε δεν διαθέτει τις απαιτούμενες διοικητικές και οργανωτικές ικανότητες.

Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη κυρίως σε Τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Για παράδειγμα, ο επαγγελματίας της υγείας που ασχολείται διαρκώς με χρόνια περιστατικά και φροντίζει αρρώστους που συχνά πεθαίνουν ή βρίσκονται σε κρίση, μπορεί γρήγορα να νιώσει παγιδευμένος σε ρόλο και καθήκοντα που του δημιουργούν έντονο στρες. Η ενασχόληση με αρρώστους 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 πολλαπλές ικανοποιήσεις που τον αναζωογονούν.

Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών», μετ' αποδοχών, δίνουν την ευκαιρία στον επαγγελματία να απομακρυνθεί για λίγο από τον χώρο εργασίας, πριν εκδηλώσει ή κατά τη στιγμή που εμφανίζει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους που δεν νιώθουν ακινητοποιημένοι ή /και παγιδευμένοι σε ένα συγκεκριμένο ρόλο και σε καθήκοντα που με την πάροδο του χρόνου ασκούνται μηχανικά (Murphy, 1995).

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης δίνει την ευκαιρία στα μέλη του προσωπικού υγείας:

(α) Να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, τον θάνατο και την ζωή

(β) Να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στον χώρο εργασίας

(γ) Να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και

(δ) Να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους (Cox & Andrews, 1981, Kanas, 1986, Rosenberg, 1984).

Πρωταρχικός σκοπός παρόμοιων ομάδων είναι η μείωση του άγχους και η αύξηση της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης συμβάλλει επίσης στην ενίσχυση της επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας, γεγονός που ελαχιστοποιεί την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η εξουθένωση. Όταν η θεραπευτική ομάδα του προσωπικού υγείας νιώθει «δεμένη» και «ισχυρή», είναι σε θέση να απορροφήσει την επιθετικότητα του αρρώστου και της οικογένειάς του που βρίσκονται σε κρίση, χωρίς να κινδυνεύει η συνοχή της. Οι συνέπειες από τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης δεν είναι ευεργετικές μόνο για τα μέλη του προσωπικού υγείας, αλλά και για τους αρρώστους και τις οικογένειές τους που γίνονται δέκτες υπηρεσιών υγείας.

Η συμβουλευτική εποπτεία απευθύνεται σε ένα εργαζόμενο ή μια ομάδα επαγγελματιών που με την υποστήριξη ειδικού συμβούλου αναγνωρίζουν και αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητες τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας. Η βοήθεια που παρέχει ο σύμβουλος δεν στηρίζεται στην άποψη ότι το μέλος του προσωπικού υγείας είναι «προβληματικό» και χρειάζεται ψυχοθεραπεία. Αντίθετα, θεωρεί τον επαγγελματία ικανό και υπεύθυνο στον ρόλο του και συνεργάζεται μαζί του για την κατανόηση της κατάστασης που τον δυσκολεύει και την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης της (Steinberg, 1989).

Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης συμβάλλουν στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και ιατρονοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων. Οι ψυχολογικές γνώσεις βοηθούν στην κατανόηση των αντιδράσεων του αρρώστου, της οικογένειάς και των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξη τους.

Η Kobasa (1986) και άλλοι κλινικοί (Fischman, 1987) διοργανώνουν εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια που αποσκοπούν στην αύξηση του προσωπικού ελέγχου

του επαγγελματία και στη χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης των δυσκολιών, οι οποίες ερμηνεύονται περισσότερο ως προκλήσεις παρά ως απειλές.

Τα προγράμματα αυτά εστιάζονται στους ακόλουθους τομείς:

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

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

(γ) Αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό των στρεσογόνων καταστάσεων, γεγονός που επιτρέπει στον εργαζόμενο να αναζητήσει εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης τους και να ασκήσει περισσότερο έλεγχο πάνω σε καταστάσεις που τον αφορούν.

Αντίστοιχα, και άλλοι επιστήμονες συνιστούν την εκμάθηση στρατηγικών επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας και την αύξηση αυτοελέγχου του εργαζόμενου (Ceslowitz,1989,Lachman,1983). Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οποιαδήποτε εκπαίδευση να ενθαρρύνει το βαθύτερο προβληματισμό σχετικά με τον ρόλο των μελών του προσωπικού υγείας και την φιλοσοφία που διέπει την φροντίδα που παρέχουν στον άρρωστο και στην οικογένειά του. Όταν κύριος και αποκλειστικός στόχος θεωρείται η διάγνωση, η θεραπεία και η διατήρηση της ζωής με κόστος, τότε ο άρρωστος δεν θεωρείται ένα ξεχωριστό, μοναδικό άτομο με την δική του προσωπικότητα, ιδιοσυγκρασία και ψυχικές ανάγκες, ενώ η οικογένεια περιθωριοποιείται γιατί αποτελεί «εμπόδιο» στην δουλειά των ειδικών.

Ο εξανθρωπισμός των συνθηκών μέσα στις οποίες οικογένειες και άρρωστοι βιώνουν εμπειρίες, που συχνά σημαδεύουν ολόκληρη την ζωή τους, απαιτεί την αναθεώρηση της παραδοσιακής ιδεολογίας και προσέγγισης των προβλημάτων υγείας που προωθείται από το βιοιατρικό μοντέλο φροντίδας. Ακόμα και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ο συγκερασμός ανάμεσα στις τεχνολογικές υπηρεσίες και στον εξανθρωπισμό των συνθηκών νοσηλείας είναι εφικτός όταν το προσωπικό υγείας είναι ευαισθητοποιημένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο.

Η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κ.λπ.), όσο απλή φαινομενικά μοιάζει, άλλο τόσο πολύπλοκη είναι στην πράξη. Προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων αλλά και των ορίων κάθε ειδικού και την

συμβολή του στην κατανόηση, προσέγγιση και χειρισμό κάθε περίπτωσης. Η συλλογική συνεργασία δεν ισοδυναμεί με την κατανομή των υπηρεσιών ανάμεσα σε ειδικούς. Για παράδειγμα, όταν ο άρρωστος κλαίει ή εμφανίζει έντονες αντιδράσεις, παραπέμπεται στον ψυχολόγο, όταν έχει εγκαταλειφθεί, καλείται κοινωνικός λειτουργός, όταν ο συγγενής επανειλημμένα ρωτά εάν ο άρρωστος θα πεθάνει, παραπέμπεται στον γιατρό για πληροφόρηση κ.ο.κ. Αυτός ο κατακερματισμός των υπηρεσιών-χωρίς προγραμματισμό για μια ολιστική εξατομικευμένη προσέγγιση – εντείνει το πρόβλημα της οικογένειας που είναι ήδη ευάλωτη και συχνά βρίσκεται υπό την απειλή της διάλυσης, ενώ οι ανάγκες της δεν λαμβάνονται υπόψη.

Η συλλογική διεπιστημονική συνεργασία έχει θετικό αντίκτυπο στην σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό με τον άρρωστο και ενισχύει την σιγουριά που νιώθει ο ασθενής κοντά στους ειδικούς που τον φροντίζουν. Συμπερασματικά, για να μπορέσει ο επαγγελματίας να φροντίσει αποτελεσματικά τους αρρώστους, είναι βασικό πρώτα να «μάθει» να φροντίζει τον εαυτό του, χωρίς να θεωρεί την φροντίδα αυτή περιττή ή «άχρηστη πολυτέλεια». Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στην υπενθύμιση ότι κανένας δεν είναι παντοδύναμος (Bennet,1987). Άλλωστε, ακόμα και στην ελληνική μυθολογία, ο ρόλος του Μεγάλου «Θεραπευτή» αποδίδεται στον Χείρωνα, ένα τραυματισμένο Κένταυρο. Όπως είναι γνωστό, ο Χείρωνας, σε αντίθεση με τους άλλους κενταύρους που ήταν βίαιοι, ασυγκράτητοι και ορμητικοί ξεχώριζε γιατί ήταν πράος, δίκαιος, σοφός και αγαπούσε τους ανθρώπους τους οποίους βοηθούσε στις δύσκολες στιγμές. Ήταν σπουδαίος παιδαγωγός και δεν υπήρχε τέχνη που να μην γνωρίζει. Μεταξύ αυτών γνώριζε και την τέχνη από τον πόνο και της ίασης των πληγών με βότανα του βουνού.

Σύμφωνα με το μύθο, ο Ηρακλής επισκέφτηκε τον φίλο του, τον κένταυρο Φόλο και στα πλαίσια της φιλοξενίας του προσφέρθηκε κρασί. Η μυρωδιά όμως του κρασιού έφτασε στα ρουθούνια των άλλων κενταύρων οι οποίοι όρμησαν στη σπηλιά του Φόλου για να πάρουν το κρασί και μεθυσμένοι άρχισαν να συγκρούονται. Πάνω στη μάχη, ένα βέλος από τι του Ηρακλή τραυμάτισε κατά λάθος το Χείρωνα στο γόνατο. Συντετριμμένος από το ατύχημα, ο Ηρακλής έτρεξε αμέσως να βοηθήσει το Χείρωνα και ακολουθώντας τις οδηγίες του έβαλε βότανα πάνω στην πληγή. Επειδή όμως τα βέλη του Ηρακλή ήταν δηλητηριώδη, ο Χείρωνας δεν μπόρεσε ποτέ να γιατρευτεί από το τραύμα του. Αργότερα, διδάσκοντας στον Ασκληπιό την τέχνη της ιατρικής,

επισήμανε το «τραύμα» που ενυπάρχει σε κάθε θεραπευτή. Από το «τραύμα» αυτό, ο θεραπευτής μπορεί να αντλήσει δύναμη και σοφία, καθώς αναγνωρίζει ότι δεν είναι παντοδύναμος, αλλά ευάλωτος, τρωτός και πάνω από όλα ανθρώπινος.

Στην σύγχρονη εποχή, με την ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την απόδοση σε αυτήν εξωπραγματικών δυνάμεων, ο επαγγελματίας της υγείας καλείται να αναγνωρίσει τις δυνάμεις, αδυναμίες αλλά και τα όρια του, ώστε να παρέχει με μεγαλύτερη σοφία και αποτελεσματικότητα μια «ανθρώπινη» φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Έρευνες για την Επαγγελματική Εξουθένωση σε Επαγγελματίες Υγείας

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε γιατρούς και νοσηλευτές, καθότι αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί ως σήμερα και αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση, έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας (Jimmieson, 2000, Demiretal., 2003). Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία τους, αλλά και με εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Leeetal., 2004, Χαραλαμπίδου, 1996, Halmetal., 2005, Leiter&Laschinger, 2006).

Η Firth-Cozens et al. (1997) αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005, Firth-Cozens&Payne, 1999).

Ο χώρος που εργάζονται οι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητα τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Hannigan et al. (2000) και των Kilfedder CJ, et al. (2001) το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του. Για πολλούς νοσηλευτές, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους την αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα. Εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, από έρευνες έχει δειχθεί ότι, οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, βιώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Brooks&Anderson, 2004, Cubrilo – Turek&Urek, 2006).

Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Poncet MC et al. (2007) όπου μελετήθηκαν νοσηλευτές από την Γαλλία φάνηκε ότι, το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είχαν βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής

εξουθένωσης. Οι κύριοι εκλυτικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης προερχόταν από την έλλειψη οργάνωσης, την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊστάμενους και το ιατρικό προσωπικό, την αντιληπτή σύγκρουση με τον ασθενή, τον φόβο από το θάνατο του ασθενούς και την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος.

Μεγάλου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, παρουσιάζουν επίσης οι παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές, σύμφωνα με την έρευνα των Zhu W., et al. (2006). Ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι γρήγοροι ρυθμοί, το αίσθημα της ευθύνης, η έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών, καθώς και η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν τους κυριότερους αιτιακούς παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Οι ερευνητές Jaracz K, et al. (2005) οι οποίοι μελέτησαν νοσηλευτές από γενικά, νευρολογικά, και ψυχιατρικά τμήματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος που σύμφωνα με την εργασία των Pompili M, et al. (2006) μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Οι συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα με ασθενείς του AIDS. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης καθότι οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μια «δύσκολη» ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ογκολογικοί ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές διότι η απειλητική για τη ζωή ασθένεια και ο φόβος του πόνου και θανάτου, αποτελούν στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους (Schraub&Marx, 2004, Kashetal., 2000, Shermanetal., 2006, Quattrinetal., 2006).

Εκτός από τον χώρο της εργασίας, άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου

επαγγελματικής εξουθένωσης. Από την μελέτη των Jenkins & Elliott (2004) οι οποίοι διερεύνησαν τον βαθμό του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε καταρτισμένο και μη - καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό της Αγγλίας, βρέθηκε ότι, περίπου το μισό από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε σημάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι καταρτιζόμενοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωναν υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας από το αναρμόδιο προσωπικό. Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης ήταν ο κύριος παράγοντας άγχους που αναφέρθηκε από το καταρτισμένο προσωπικό, ενώ οι δύσκολοι ή απαιτητικοί ασθενείς αποτελούσαν πηγή άγχους για το αναρμόδιο προσωπικό.

Σύμφωνα με την εργασία των Bernardi M et al. (2005) κατά την οποία μελετήθηκαν 40 επιλεγμένα άρθρα με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση από όλες τις ηπείρους, εκτός από τη Νότια Αμερική, φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε οργανισμού, ενώ ο βαθμός πίεσης στο χώρο της εργασίας και οι προσωπικές προσδοκίες αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου.

Η Severinsson (2003) καθώς και οι Ekstedt και Faberberg (2005) μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση, παίρνοντας συνεντεύξεις από τους ίδιους τους νοσηλευτές που βίωσαν το συγκεκριμένο πρόβλημα. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένιωθαν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι, χωρίς ενέργεια και κίνητρο, αβοήθητοι και μόνοι. Τα προβλήματα φάνταζαν ανυπέρβλητα. Η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, το να είναι μάρτυρες σε στιγμές όπου οι άνθρωποι υποφέρουν, αποτελούσε αρχικά μια αγωνιώδη εμπειρία που τους έκανε να νιώθουν ευάλωτοι και να βιώνουν ενοχή για τη δυσκολία τους να βοηθήσουν. Κατηγορούσαν συνεχώς τον εαυτό τους για το ότι δεν ήταν καλοί νοσηλευτές. Δεν ήταν ικανοί να προσφέρουν, δεν είχαν να δώσουν. Τα όρια, τα οποία υποδείκνυαν πού άρχιζε και πού τελείωνε η ευθύνη ήταν απροσδιόριστα. Αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη μνήμη. Δε θυμούνταν πώς να κάνουν γνωστά πράγματα. και στη συγκέντρωση, καθώς και προβλήματα υγείας. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η ντροπή και οι ενοχές τους εμπόδιζαν να ζητήσουν βοήθεια. Η έντονη ντροπή τους οδηγούσε σε αισθήματα απώλειας ελέγχου, ανεπάρκειας και κατωτερότητας, στην απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους και στην εγκατάλειψη. Αρχίζαν να παραιτούνται από τα τακτικά

γεύματα, τον ύπνο, τη σωματική άσκηση, τις κοινωνικές δραστηριότητες, το χρόνο για ξεκούραση. Ζούσαν συνεχώς με το φόβο, μήπως κάνουν λάθη. Βίωναν το δίλημμα να μην εμπλακούν συναισθηματικά ή να κάνουν σχέσεις δίχως νόημα με τους ασθενείς. Η αποστασιοποίηση από τους ασθενείς .μια απαραίτητη διέξοδος. Προκαλούσε εσωτερική σύγκρουση και αίσθημα βαθιάς διάψευσης των προσδοκιών τους να είναι οι νοσηλευτές που ήθελαν, με αποτέλεσμα να απειλείται η επαγγελματική αυτοεικόνα τους. Ο αγώνας για να αποφύγουν την έκθεση της ευαλωτότητάς τους και να προστατέψουν την αυτοεικόνα τους, τους οδηγούσε στην κοινωνική απομόνωση, καθώς και στην απόθεση των συναισθημάτων τους. Η ανάρρωση άρχιζε μόνο όταν το πρόβλημα έφθανε στο απροχώρητο (“hitting bottom” stage) και άρχιζαν να αποδέχονται τις δυσκολίες τους.

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001) έδειξαν ότι, οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.α., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα π.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α.

Η Αδαλή και συν. (2002) διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πέντε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και βρήκαν ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμα τους ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Για το λόγο αυτό, είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα

που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησης τους (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994, Cooperetal., 2001, Burke&Greenglass, 2001, Schuler, 1993).

Αντίθετα, σύμφωνα με την μελέτη των Κανδρή και συν. (2004) η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι παρά τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελλαδικό χώρο, το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει στην εργασία του, γιατί είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994, Κανδρή και συν., 2004).

Σκοπός της έρευνας του Διλιντά (2010) ήταν να περιγράψει την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που έχει ποικίλες επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας και δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους ασθενείς. Ακόμα υποβαθμίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Επιπλέον στόχος του ήταν η διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, η συσχέτιση της με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και με τους εργασιακούς και τους διοικητικούς παράγοντες του νοσοκομείου καθώς και η πρόταση των αναγκαίων παρεμβάσεων στήριξης του προσωπικού.

Το δείγμα της έρευνας του αποτελούνταν από 218 εργαζομένους που επιλέχθηκαν τυχαία και ανήκαν σε όλα σχεδόν τα τμήματα και τις κλινικές του νοσοκομείου. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των στοιχείων ήταν η συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα της έρευνας του έδειξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα και για τις τρεις διαστάσεις της. Στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση, το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε σημαντικά υψηλότερες τιμές από τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Η αποπροσωποποίηση βρέθηκε ότι σχετιζόταν με την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η προϋπηρεσία και η

σχέση εργασίας δεν σχετίζονταν σημαντικά με τα επίπεδα εξουθένωσης. Αρκετά στοιχεία του εργασιακού και του διοικητικού-οργανωτικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου φάνηκε να επιδρούν –θετικά ή αρνητικά– στις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου (Διλιντάς, 2010).

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών δείχνουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες και συχνά εμφανίζουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το άγχος, στο χώρο εργασίας, επηρεάζει τη σωματική και την ψυχική ευεξία τους, μειώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Στόχος της έρευνας της Μπελλάλη και των συνεργατών της (2007) ήταν η διερεύνηση συνύπαρξης και συσχέτισης των παραπάνω φαινομένων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων νοσηλευτών.

Το δείγμα αποτέλεσαν 347 νοσηλευτές/τριες και τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι επιβεβαιώθηκε η αρχική υπόθεση ότι η σωματική και η ψυχική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από το άγχος που βιώνουν στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τους τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (συναισθηματική εξάντληση, επαγγελματικά επιτεύγματα και αποπροσωποποίηση). Όσον αφορά στη σωματική υγεία, μόνον ο παράγοντας της συναισθηματικής εξάντλησης βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά ($P < 0,001$). Επίσης, τα δύο όργανα εμφάνισαν υψηλούς συντελεστές εσωτερικής συνοχής.

Σκοπός της έρευνας της Ρούπα και των συνεργατών της (2008) ήταν η εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα και η αναζήτηση συσχέτισης με τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή τους. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 316 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονταν σε ογκολογικά τμήματα νοσοκομείων της Ελλάδος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι για τη συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών η εργασία στο ογκολογικό τμήμα δεν υπήρξε δική τους επιλογή. Οι περισσότεροι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών απάντησαν ότι δεν υπάρχουν οργανωμένες ομάδες ψυχολογικής στήριξης του προσωπικού στο τμήμα τους. Η σχετική πλειοψηφία των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών υποφέρουν από υψηλή συναισθηματική εξάντληση ($n=127$, 41,9%), μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα ($n=125$, 44%) και από έντονα αισθήματα αποπροσωποποίησης ($n=114$, 38%). Επίσης τα επίπεδα συναισθηματικής

εξάντλησης των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος, την προϋπηρεσία στο ογκολογικό τμήμα και την ηλικία των νοσηλευτών του δείγματος. Το κυριότερο συμπέρασμα που εξάγεται από την πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών είναι η σημασία και αναγκαιότητα εισαγωγής μιας ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στην καθημερινή κλινική πρακτική, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό.

II. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές) στα νοσοκομεία του Ηρακλείου και πως αυτό επηρεάζει την ψυχική τους υγεία, τις επαγγελματικές και οικογενειακές τους σχέσεις.

Επιμέρους διακριτοί στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η εκτίμηση του μεγέθους της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους των δύο ιδρυμάτων.
2. Η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου.
3. Η σύγκριση του εργασιακού στρες στις ομάδες προσωπικού.
4. Η σχέση μεταξύ εργασιακής εξουθένωσης και ικανότητας διαχείρισης.

1.2. Ερευνητικά ερωτήματα

1. Διαφοροποιείται η επαγγελματική κόπωση σε σχέση με το φύλο;
2. Σχετίζεται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με την διάρκεια (σε έτη) υπηρεσίας στον χώρο της υγείας;
3. Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με τον τομέα εργασίας;
4. Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας;
5. Σχετίζεται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με τον τομέα εργασίας;
6. Υποθέτουμε ότι οι επαγγελματίες υγείας με τα περισσότερα χρόνια εργασίας έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου burnout.
7. Υποθέτουμε ότι οι εργαζόμενοι σε τμήματα με αυξημένη θνησιμότητα έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου burnout.
8. Υποθέτουμε ότι οι ΚΛ έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου burnout, σε σχέση με το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό.
9. Ποιες οι προτάσεις των επαγγελματιών υγείας για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους και την κάλυψη των αναγκών τους;

1.3. Πληθυσμός μελέτης – τόπος διεξαγωγής – χρόνος διεξαγωγής

Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία. Το τυχαίο δείγμα δίνει τη δυνατότητα σε κάθε άτομο που πιθανώς θα συμμετέχει στην έρευνα να έχει τις ίδιες πιθανότητες με κάποιο άλλο που δεν θα συμμετέχει (Παρασκευόπουλος, 1998). Πληθυσμός μελέτης είναι όπως ορίζεται και στον τίτλο της εργασίας μας οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί) οι οποίοι εργάζονται στα νοσοκομεία της Κρήτης και πιο συγκεκριμένα του Ν. Ηρακλείου (Π.Α.Γ.Ν.Η. και Βενιζέλειο).

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, ζητήθηκε άδεια από τη 7η Υγειονομική περιφέρεια Κρήτης. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν εγγράφως για τον σκοπό της παρούσης ερευνητικής εργασίας, σύμφωνα με τους υφιστάμενους κανόνες έρευνας βιοηθικής και δεοντολογίας.

1.4. Μεθοδολογικά εργαλεία

Το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας μας ήταν το ερωτηματολόγιο. Για τη δημιουργία του εργαλείου χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο μέρος του ερωτηματολογίου, από παλαιότερη έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση, των νοσηλευτών σε ογκολογικά τμήματα, της Δρ. Τριγώνης Μαρίας Επιστημονική συνεργάτης ΤΕΙ Κρήτης, καθώς και του Dr. Msaouel Pavlos M.D., PH.D, το οποίο τροποποιήθηκε και διαμορφώθηκε για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, μετά την άδεια τους. Έτσι το ερωτηματολόγιο που προέκυψε περιέχει επτά ενότητες, το πρώτο μέρος αναφέρεται στα προσωπικά στοιχεία, το δεύτερο στην οικογενειακή κατάσταση, το τρίτο στην επαγγελματική κατάσταση, το τέταρτο αναφέρεται στην συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο, το πέμπτο στον τρόπο ζωής, το έκτο στις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις και τέλος το έβδομο στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και στις προτάσεις που προτείνουν οι εργαζόμενοι για την αποφυγή του συνδρόμου.

Χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο καθώς αυτή η μέθοδος επιτρέπει στους ερευνητές σε σύντομο χρονικό διάστημα και με μικρό κόστος να συγκεντρώσουν εμπειρικά δεδομένα από ευρύτατες ομάδες για πολλά θέματα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τη συμπεριφορά τους στον εργασιακό χώρο, τον τρόπο ζωής τους, τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις και του συνδρόμου

επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου και σε αυτές ζητήθηκε να σημειώσουν οι συμμετέχοντες την απάντηση που τους εξέφραζε περισσότερο. Σε αυτές που ήταν ανοικτού τύπου τους ζητήθηκε με λίγα λόγια να εκφράσουν την άποψη τους.

1.5. Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων μας πραγματοποιήθηκε από τους μήνες Απρίλιο 2012 ως Αύγουστο 2012. Απευθυνθήκαμε σε γιατρούς και νοσηλευτές του νοσοκομείου που περιθάλπουν ασθενείς με υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας (παθολογική, χειρουργείο, μονάδα εντατικής θεραπείας κ.α.) καθώς και κλινικών με ασθενείς με χαμηλό κίνδυνο θνησιμότητας (ουρολογική, ορθοπεδική κ.α.) για να μπορέσουμε να συγκρίνουμε την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Στην έρευνα συμπεριλάβαμε και τους κοινωνικούς λειτουργούς των δύο νοσοκομείων. Πραγματοποιήσαμε ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια. Το πεδίο μελέτης ήταν το ΠΑΓΝΗ και το ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ Νοσοκομείο, ενώ τέλος η μέθοδος ανάλυσης των αποτελεσμάτων έγινε στο SPSS 17 και τα διαγράμματα που παρουσιάζονται μέσω του Excel.

1.6. Δεοντολογικά ζητήματα

Προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα εξασφάλισαμε την ανωνυμία των συμμετεχόντων και το απόρρητο των απαντήσεων τους. Ενημερώθηκαν ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις και ότι οποιαδήποτε απάντηση και αν μας δώσουν δεν θα ανακοινωθεί σε τρίτους αλλά αντίθετα οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της μελέτης. Εξασφάλισαμε ακόμα το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες μέσω της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν θα υποστούν κάποια βλάβη. Ακόμα η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας ήταν εθελοντική και ήταν δική τους απόφαση αν θα συμπληρώσουν τελικά το ερωτηματολόγιο ή όχι.

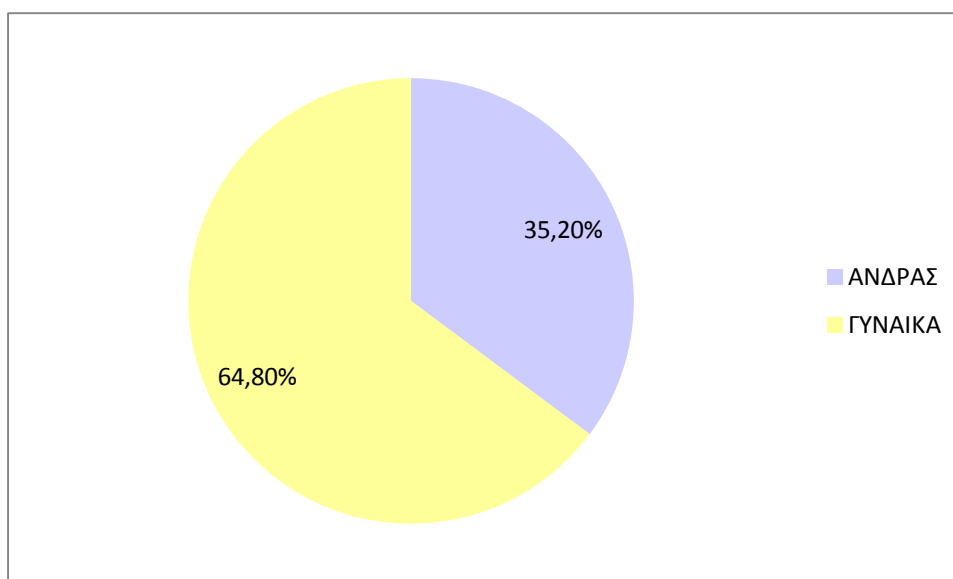
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προσωπικά στοιχεία

Στην έρευνα συμμετείχαν 145 άτομα συνολικά. Στους επόμενους πίνακες περιγράφονται οι ποσοστιαίες συχνότητες και εμφανίζονται σχεδιαγράμματα που περιγράφουν τις απαντήσεις που πήραμε για κάθε μια ερώτηση ξεχωριστά. Επίσης στις ερωτήσεις που ήταν ανοιχτές τα δεδομένα που πήραμε κωδικοποιήθηκαν και διαμορφώθηκαν πίνακες που εμφανίζουν τις συχνότητες ανά απάντηση.

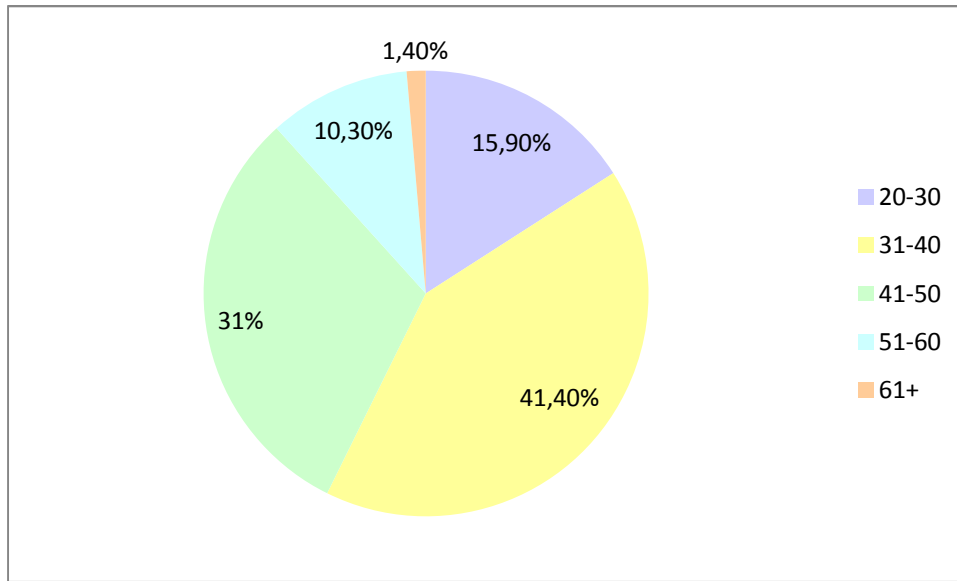
Πιο συγκεκριμένα το 35,2% ήταν άνδρες και το 64,8% γυναίκες.

Σχεδιάγραμμα 1: Το φύλο



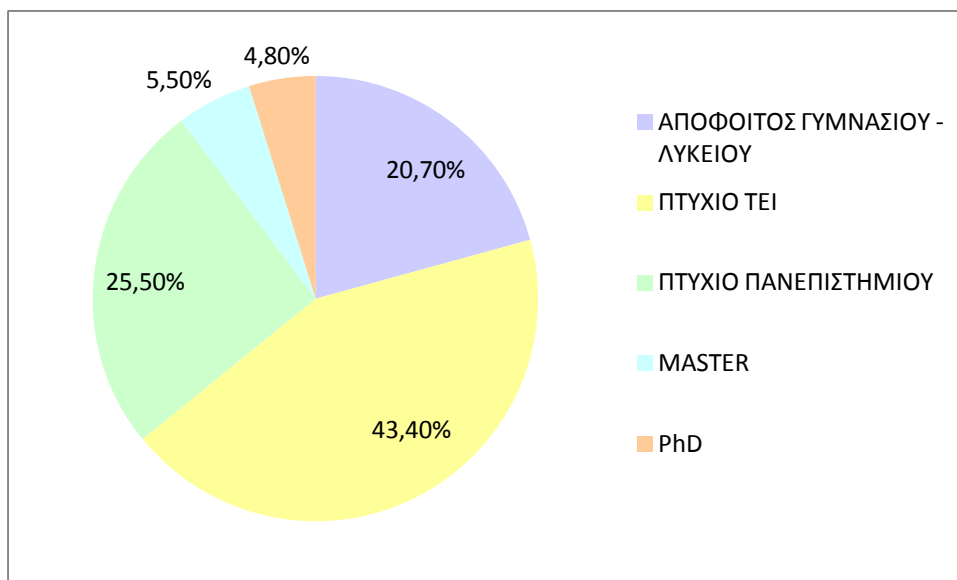
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 31-40 ετών (41,4%). Το 31% ήταν μεταξύ 41-50 ετών, το 15,9% από 20-30, το 10,3% από 51-60 και τέλος μόλις το 1,4% πάνω από 61 ετών.

Σχεδιάγραμμα 2: Ηλικία



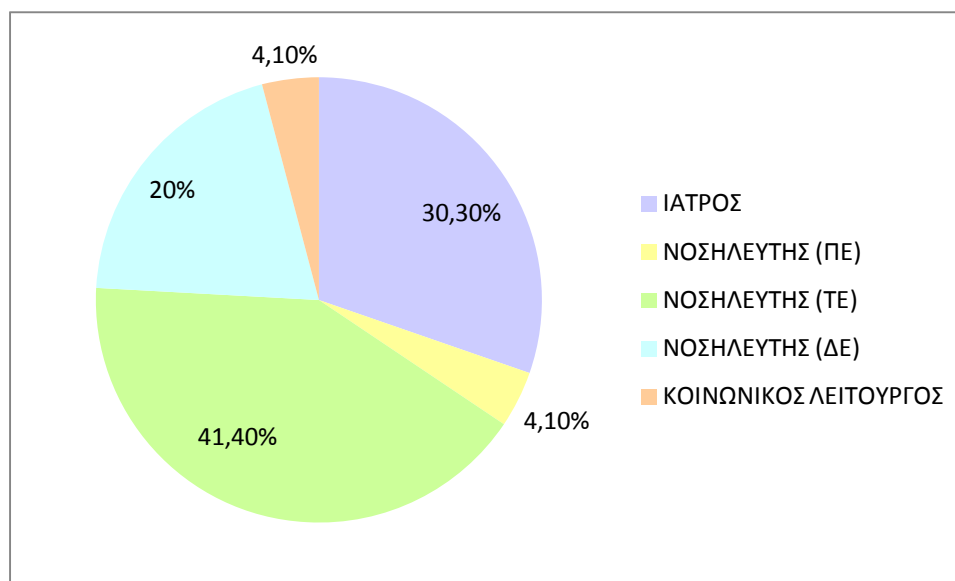
Όπως φαίνεται από το επόμενο σχεδιάγραμμα το 43,4% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, το 25,5% απόφοιτοι πανεπιστημίου και το 20,7% απόφοιτοι γυμνασίου και λυκείου. Μόλις το 5,5% είχαν master ενώ το 4,8 PhD (διδακτορικό).

Σχεδιάγραμμα 3: Επίπεδο σπουδών



Το 41,4% ήταν νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 30,3% γιατροί και το 20% νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ένα 4,1% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί και ένα ακόμα 4,1% ήταν νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

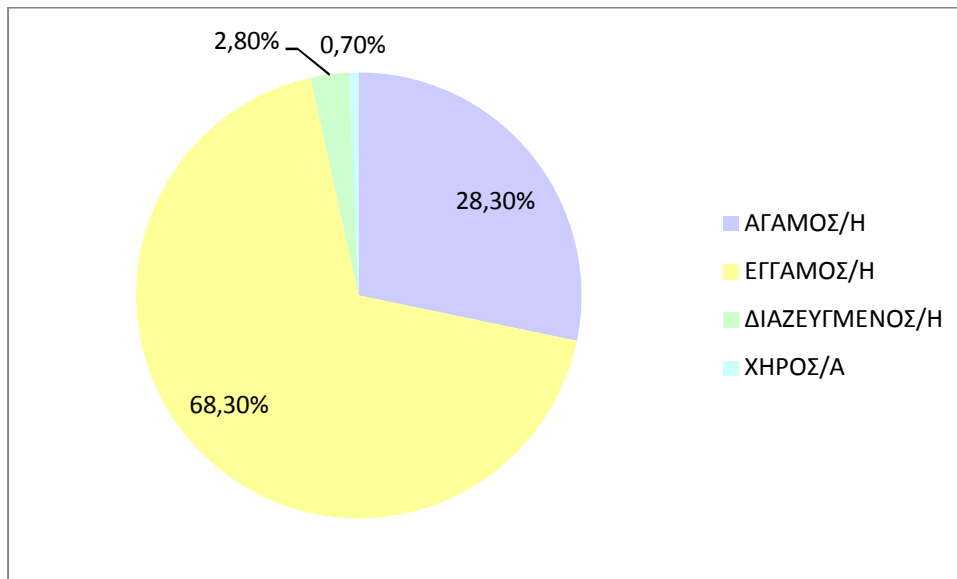
Σχεδιάγραμμα 4: Επάγγελμα



Οικογενειακή κατάσταση

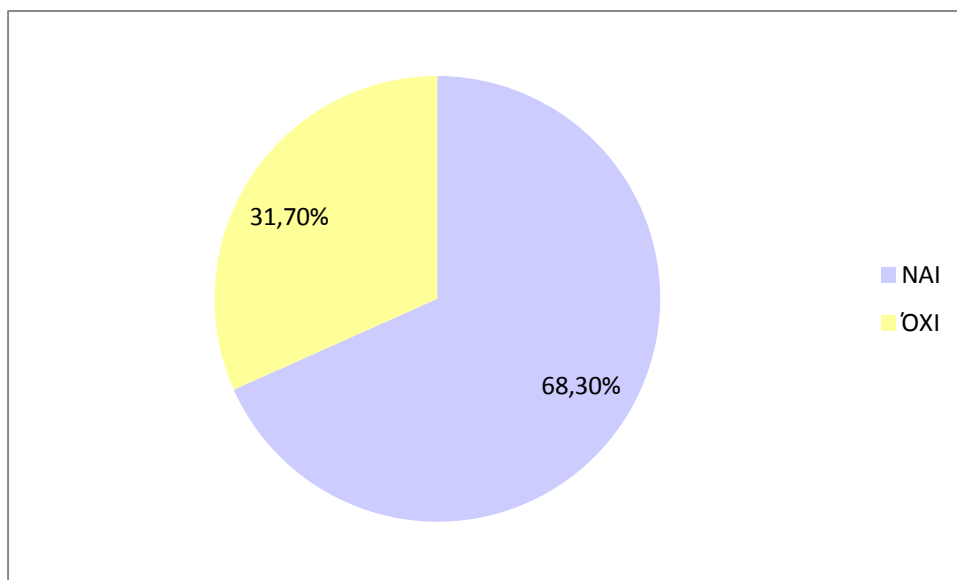
Το 68,3% ήταν έγγαμοι ενώ το 28,3% ήταν άγαμοι. Μόλις το 2,8% ήταν διαζευγμένοι ενώ το 0,7% ήταν χήροι.

Σχεδιάγραμμα 5: Οικογενειακή κατάσταση



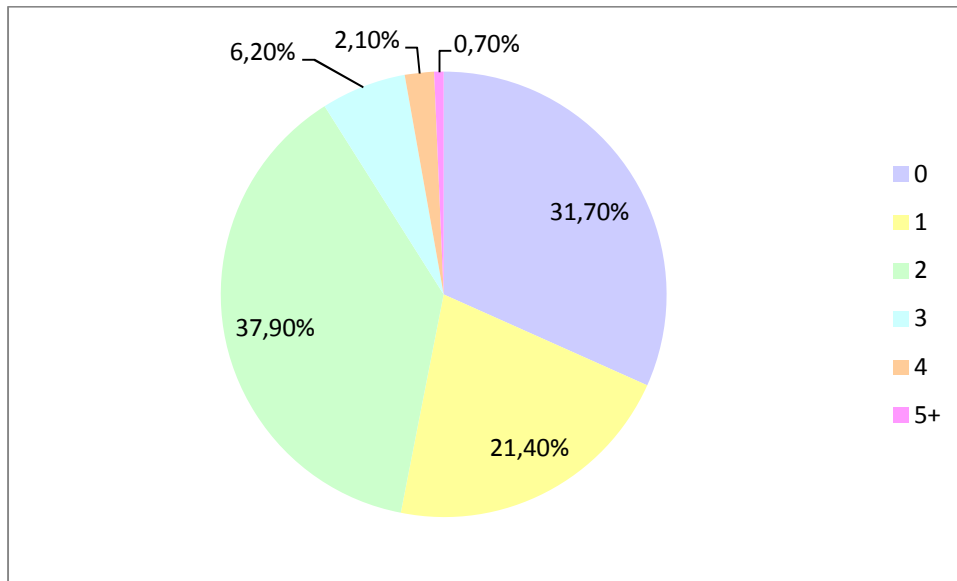
Το 68,3% των συμμετεχόντων είχαν παιδιά ενώ το 31,7% δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 6: Παιδιά



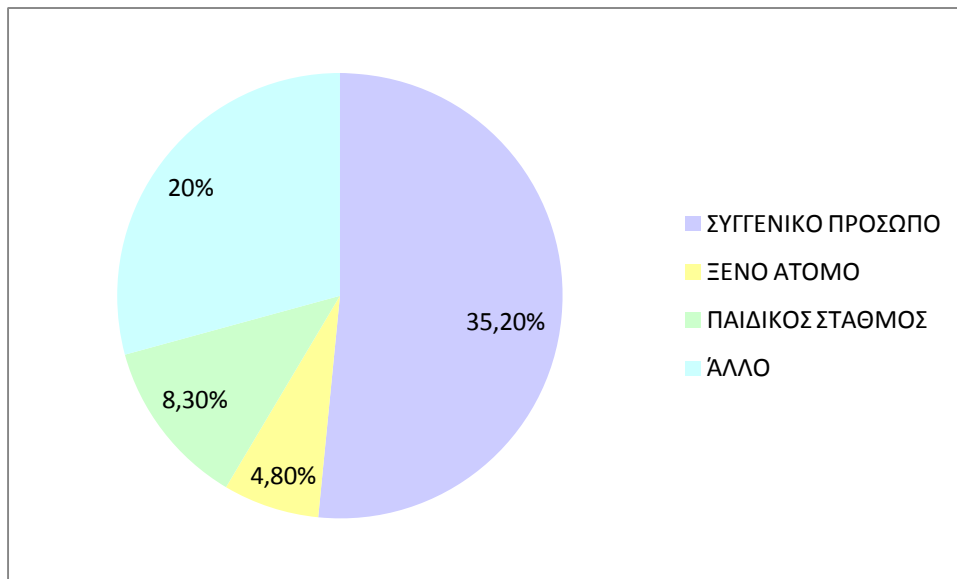
Όπως είπαμε και στην προηγούμενη ερώτηση το 31,7% δεν είχε κανένα παιδί. Το 37,9% είχε δύο παιδιά, το 21,4% είχε 1 παιδί ενώ μικρότερα ήταν τα ποσοστά για τρία παιδιά και πάνω. Πιο συγκεκριμένα το 6,2% είχε τρία παιδιά, το 2,1% τέσσερα παιδιά και το 0,7% από πέντε παιδιά και πάνω.

Σχεδιάγραμμα 7: Αν ναι, αριθμός παιδιών



Το 35,2% δήλωσε ότι όταν εργάζεται τα παιδιά του τα προσέχει κάποιο συγγενικό πρόσωπο ενώ το 20% έδωσε την απάντηση άλλο. Το 8,3% δήλωσε ότι τα αφήνει στον παιδικό σταθμό ενώ το 4,8% ότι τα προσέχει κάποιο ξένο άτομο.

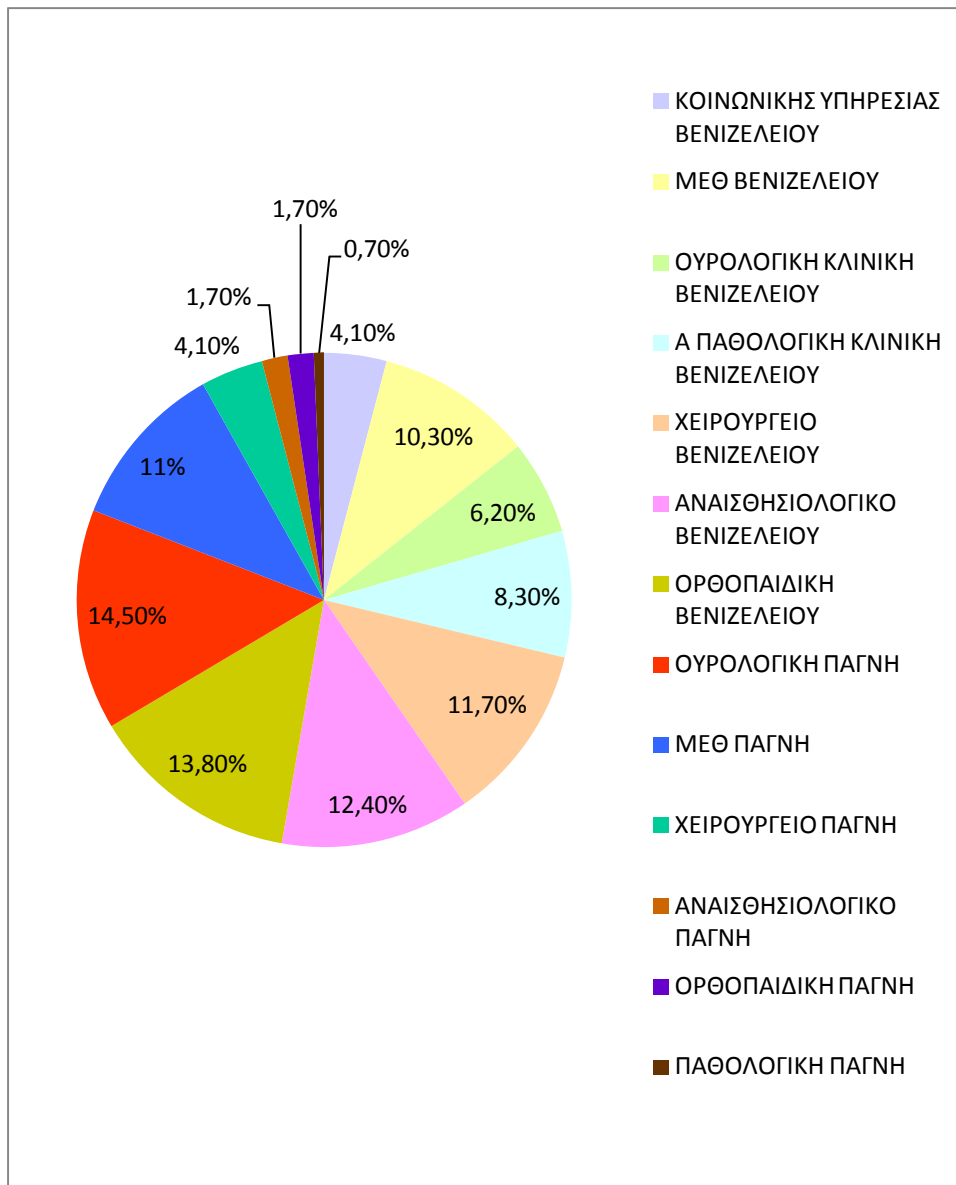
Σχεδιάγραμμα 8: Ποιος προσέχει τα παιδιά όταν εργάζεστε;



Επαγγελματική κατάσταση

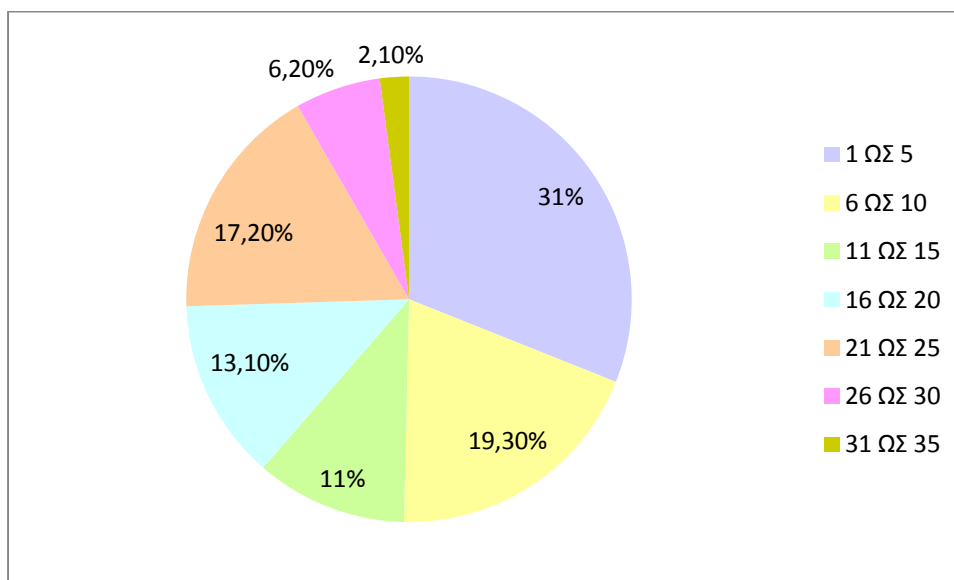
Όπως φαίνεται στο παρακάτω σχεδιάγραμμα όσον αφορά τους επαγγελματίες του Βενιζέλειου νοσοκομείου αυτοί ήταν: 4,1% κοινωνικοί λειτουργοί, το 10,3% εργαζόταν στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), το 6,2% στην ουρολογική κλινική, το 8,3% στην Α παθολογική κλινική, το 11,7% στο χειρουργικό τμήμα, το 12,4% στο αναισθησιολογικό τμήμα και το 13,8% στο ορθοπαιδικό τμήμα. Όσον αφορά αυτούς που εργάζονταν στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. το 14,5% ήταν στο ουρολογικό τμήμα, το 11% στη ΜΕΘ, το 4,1% στο χειρουργικό τμήμα, το 1,7% στο αναισθησιολογικό τμήμα και ένα ακόμα 1,7% στο ορθοπαιδικό τμήμα και το 0,7% στο παθολογικό τμήμα.

Σχεδιάγραμμα 9: Σε ποιο τμήμα ή μονάδα εργάζεστε;



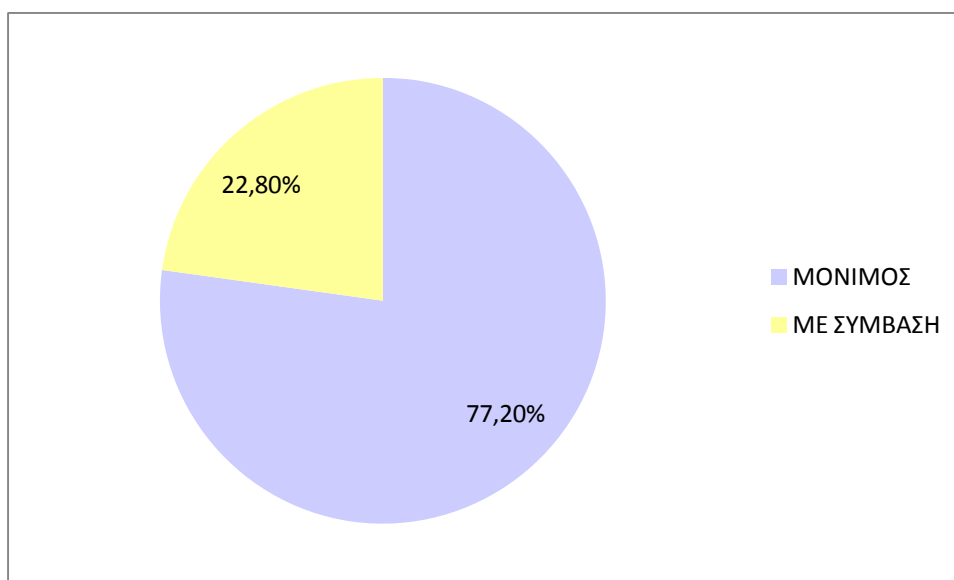
Το 31% είχε από 1 ως 5 έτη υπηρεσίας στο τμήμα του, το 19,3% από 6 ως 10 έτη, το 17,2% από 11 ως 15 έτη και το 13,1% από 16 ως 20 έτη. Το 11% είχε από 21 ως 25 έτη υπηρεσίας, το 6,2% από 26 ως 30 και τέλος το 2,1% από 31 ως 35 έτη.

Σχεδιάγραμμα 10: Συνολικός χρόνος υπηρεσίας (σε έτη)



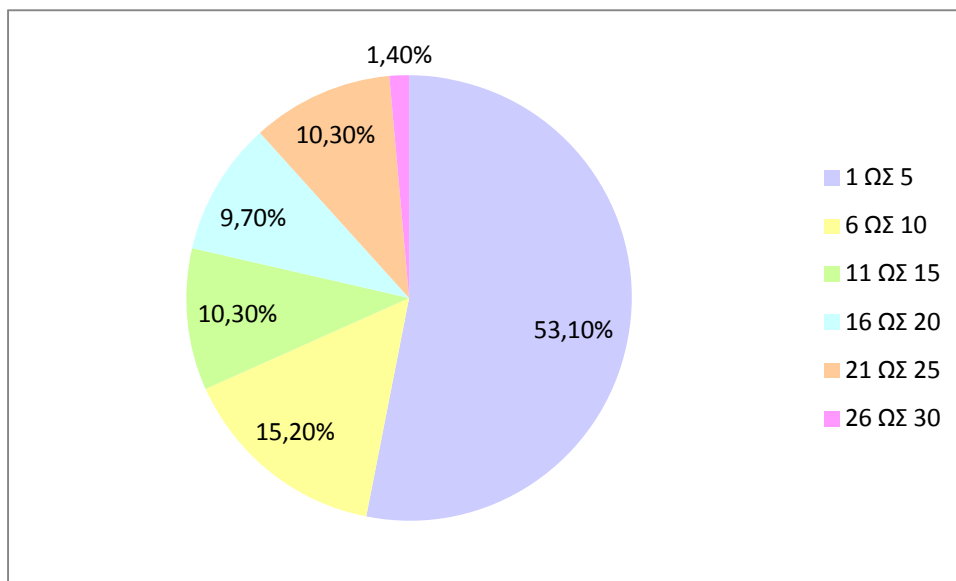
Το 77,2% των εργαζομένων ήταν μόνιμοι έναντι του 22,8% που ήταν με σύμβαση.

Σχεδιάγραμμα 11: Φύση εργασίας



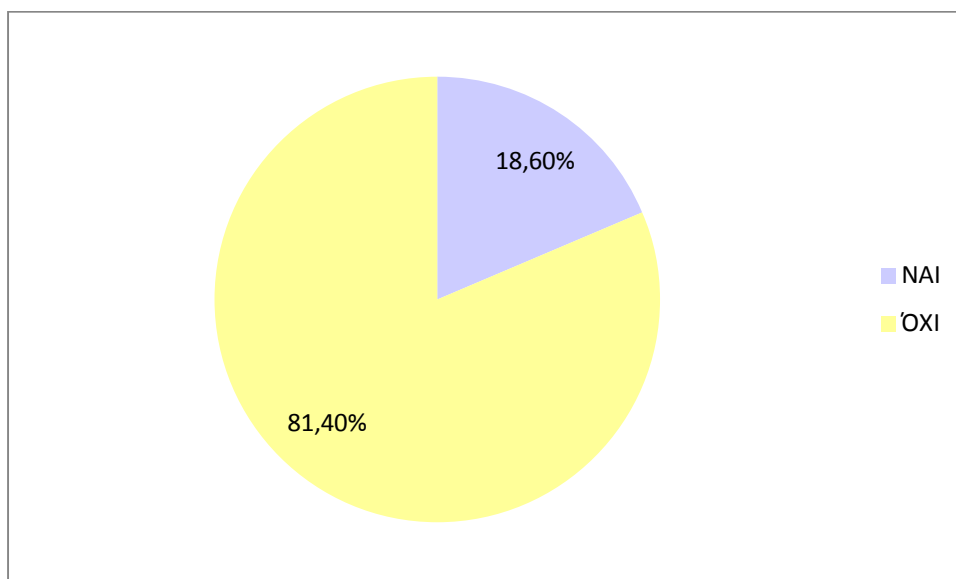
Το 53,1% εργαζόταν στην κλινική από 1 ως 5 έτη, το 15,2% από 6 ως 10 έτη και το 10,3% από 11 ως 15 έτη. Ακόμα υπήρχε ένα 10,3% που εργαζόταν από 21 ως 25 έτη. Το 9,7% από 16 ως 20 έτη και το 1,4% από 26 ως 30 έτη.

Σχεδιάγραμμα 12: Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη κλινική;



Το 81,4% δεν κατείχε κάποια θέση υπευθύνου έναντι του 18,6% που κατείχε μια τέτοια θέση.

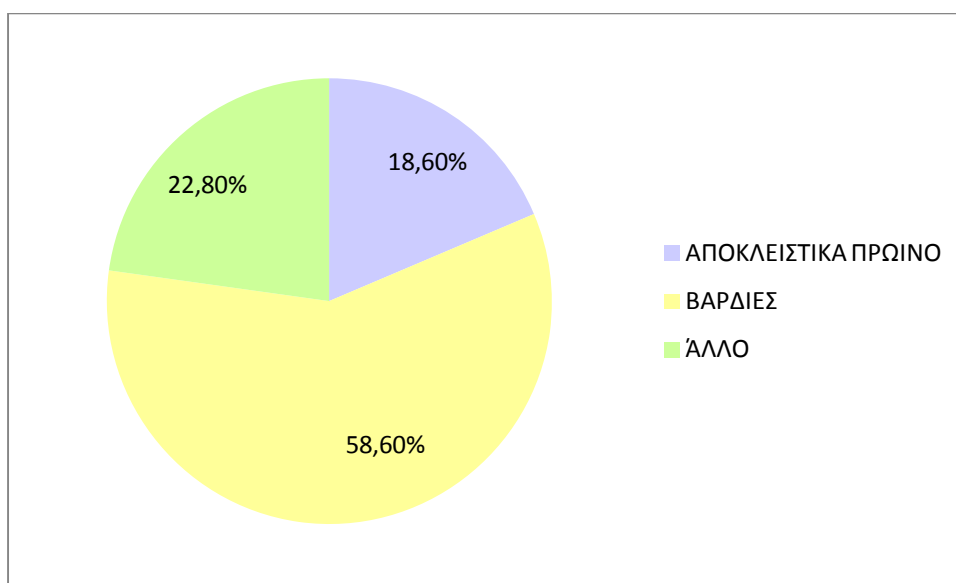
Σχεδιάγραμμα 13: Κατέχετε κάποια θέση υπεύθυνου;



Όσον αφορά τις θέσεις υπευθύνου που κατείχαν οι συμμετέχοντες της έρευνας αυτές αφορούσαν τη θέση του προϊσταμένου, του διευθυντή, του αναπληρωτή διευθυντή και γενικότερα θέσεις υπεύθυνων όπως για παράδειγμα ο υπεύθυνος των εξωτερικών δομών.

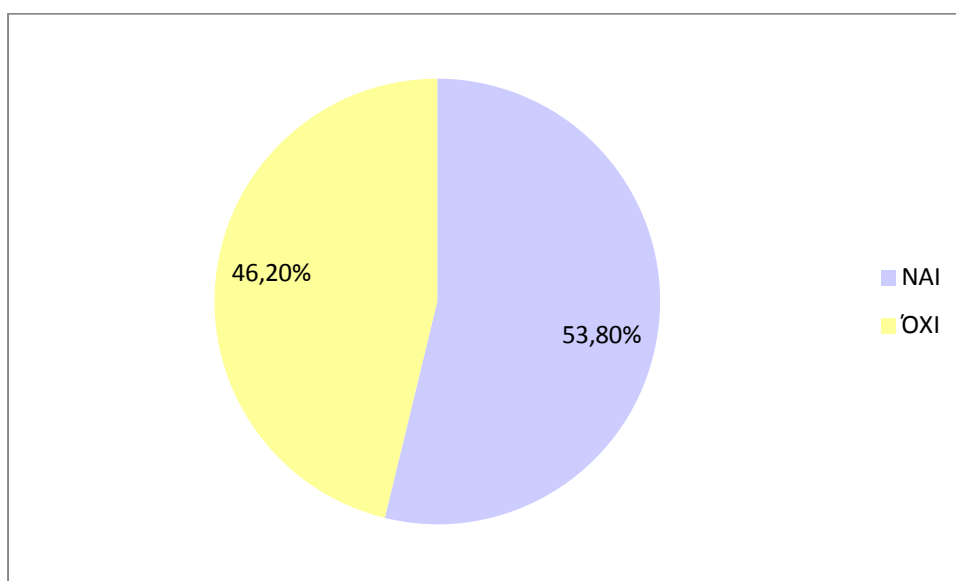
Το 58,6% εργαζόταν σε βάρδιες, το 22,8% έδωσε την απάντηση άλλο στην οποία συμπεριλαμβάνονταν οι απαντήσεις μόνο απογευματινό και η απάντηση πρωινό και εφημερίες. Επίσης το 18,6% εργαζόταν αποκλειστικά σε πρωινό ωράριο.

Σχεδιάγραμμα 14: Το ωράριο εργασίας σας είναι



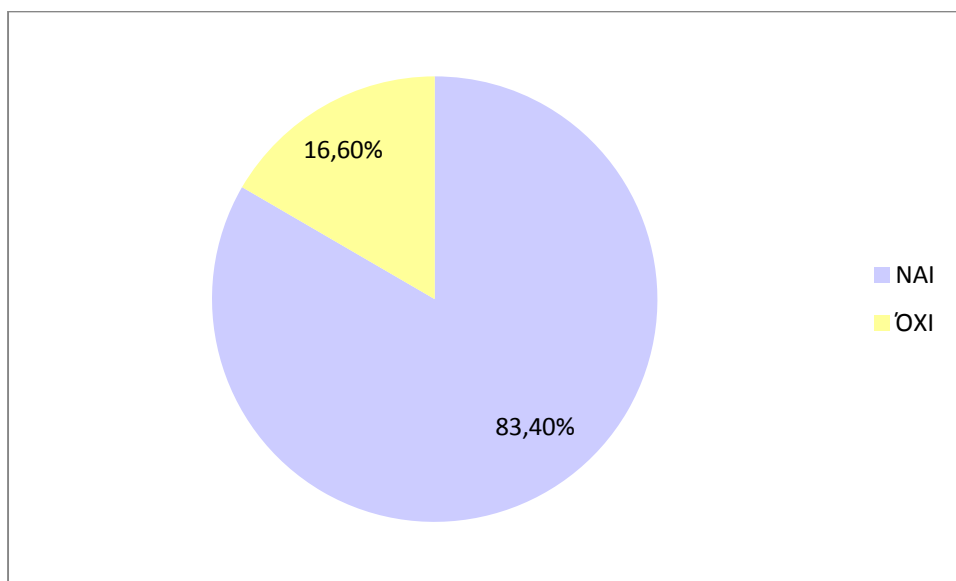
Το 53,8% θα επιθυμούσε κάποια αλλαγή στο ωράριο εργασίας έναντι του 46,2% που δεν θα το επιθυμούσε.

Σχεδιάγραμμα 15: Θα θέλατε κάποια αλλαγή στο ωράριο εργασίας σας;



Το 83,4% νιώθει την ανάγκη για συχνότερες άδειες έναντι του 16,6% που δεν έχει αυτή την ανάγκη.

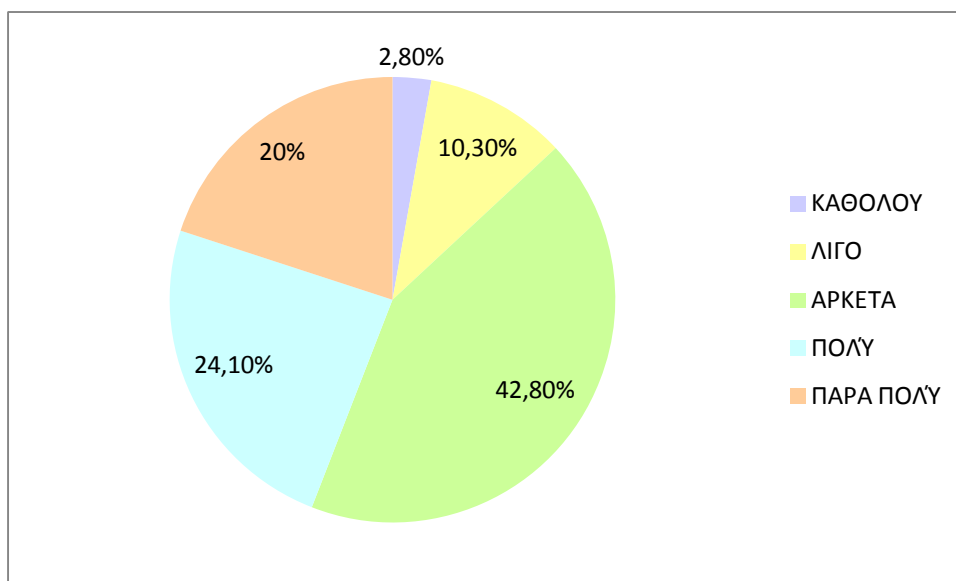
Σχεδιάγραμμα 16: Νιώθετε την ανάγκη για συχνότερες άδειες;



Συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο

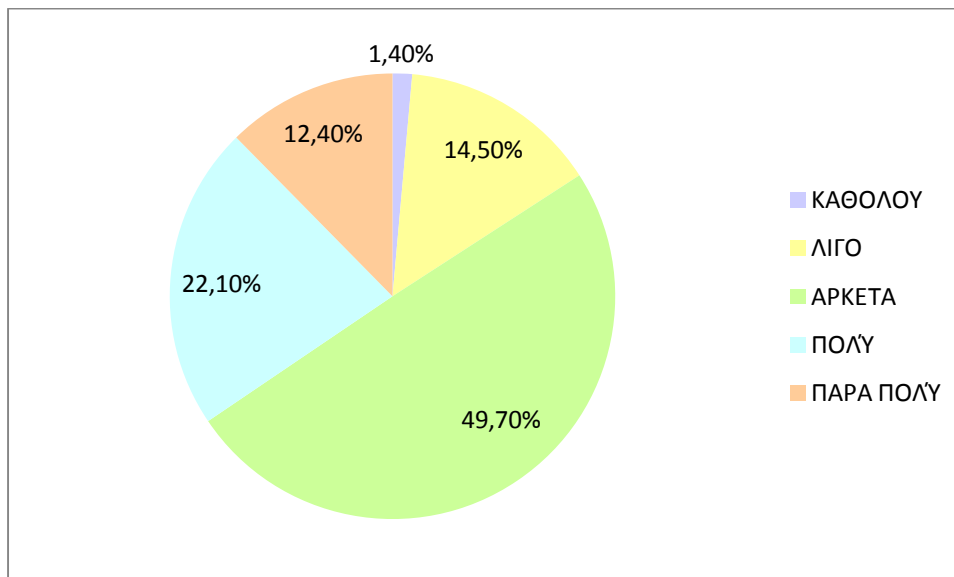
Ερώτηση 16: Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας είστε ικανοποιημένος/η από:
Το 42,8% ήταν αρκετά ικανοποιημένο από τη συνεργασία με τους προϊστάμενους, το 24,1% πολύ ικανοποιημένος, το 20% πάρα πολύ ικανοποιημένος. Μόλις το 2,8% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο από αυτή τη συνεργασία και ένα 10,3% ήταν λίγο ικανοποιημένο.

Σχεδιάγραμμα 17: Συνεργασία με προϊστάμενους



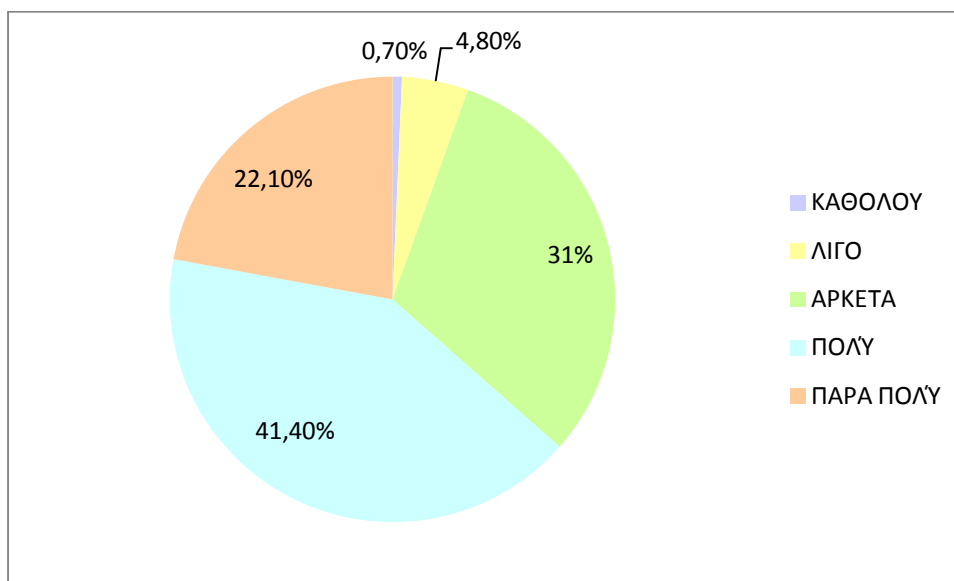
Το 49,7% ήταν αρκετά ικανοποιημένο από τη συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, το 22,1% πολύ ικανοποιημένο, το 14,5% λίγο ικανοποιημένο και το 12,4% πάρα πολύ ικανοποιημένο. Μόλις το 1,4% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο από αυτή τη συνεργασία.

Σχεδιάγραμμα 18: Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό



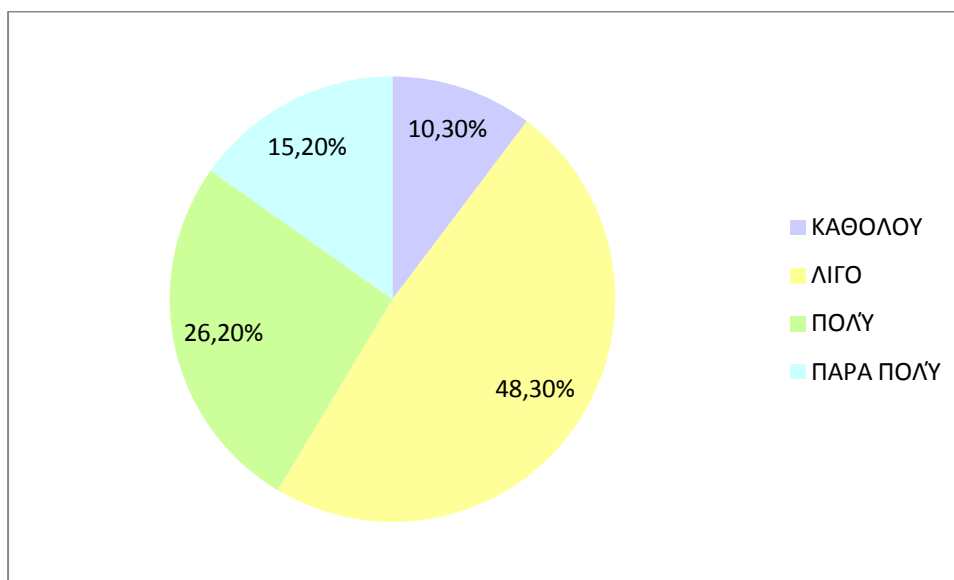
Το 41,4% ήταν πολύ ικανοποιημένο από τη συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό, το 31% ήταν αρκετά ικανοποιημένο και το 22,1% πάρα πολύ ικανοποιημένο. Μόλις το 4,8% ήταν λίγο ικανοποιημένο και το 0,7% καθόλου ικανοποιημένο.

Σχεδιάγραμμα 19: Συνεργασία με νοσηλευτικό προσωπικό



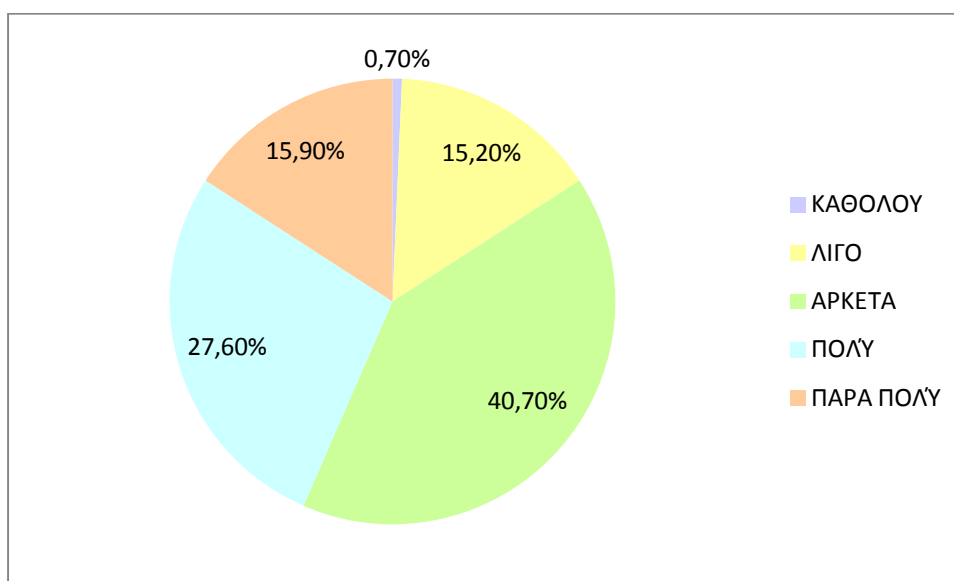
Το 48,3% ήταν λίγο ικανοποιημένο με τη συνεργασία με το λοιπό προσωπικό, το 26,2% πολύ ικανοποιημένο, το 15,2% πάρα πολύ ικανοποιημένο ενώ μόλις το 10,3% δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από αυτή τη συνεργασία.

Σχεδιάγραμμα 20: Συνεργασία με λοιπό προσωπικό



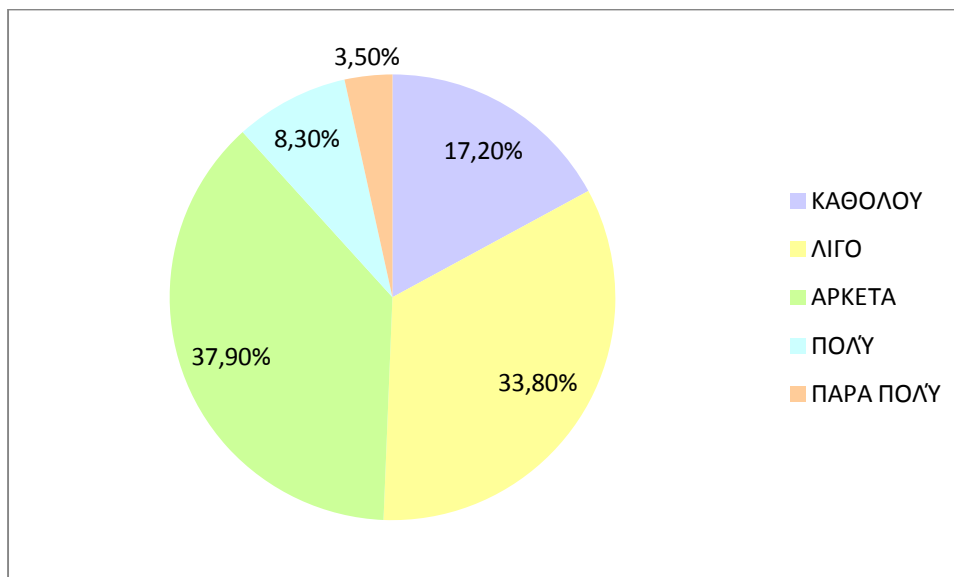
Το 40,7% ήταν αρκετά ικανοποιημένο από το αντικείμενο εργασίας του, το 27,6% πολύ ικανοποιημένο, το 15,9% πάρα πολύ ικανοποιημένο ενώ το 15,2% λίγο ικανοποιημένο. Μόλις το 0,7% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο από το αντικείμενο εργασίας του.

Σχεδιάγραμμα 21: Αντικείμενο εργασίας



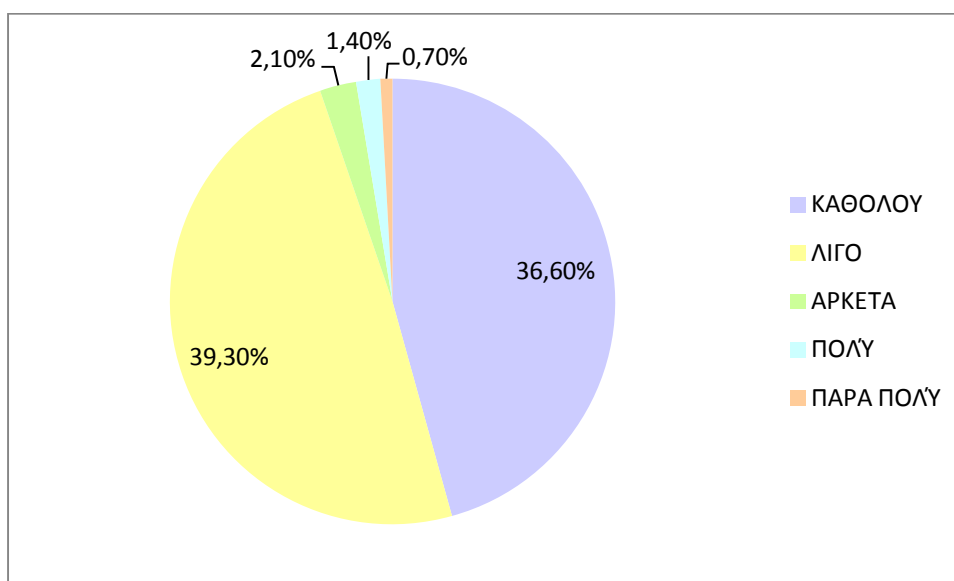
Το 37,9% ήταν αρκετά ικανοποιημένο από τις συνθήκες εργασίας, το 33,8% ήταν λίγο ικανοποιημένο και το 17,2% δήλωσε πως δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο. Το 8,3% ήταν πολύ ικανοποιημένο και το 3,5% πάρα πολύ ικανοποιημένο.

Σχεδιάγραμμα 22: Συνθήκες εργασίας



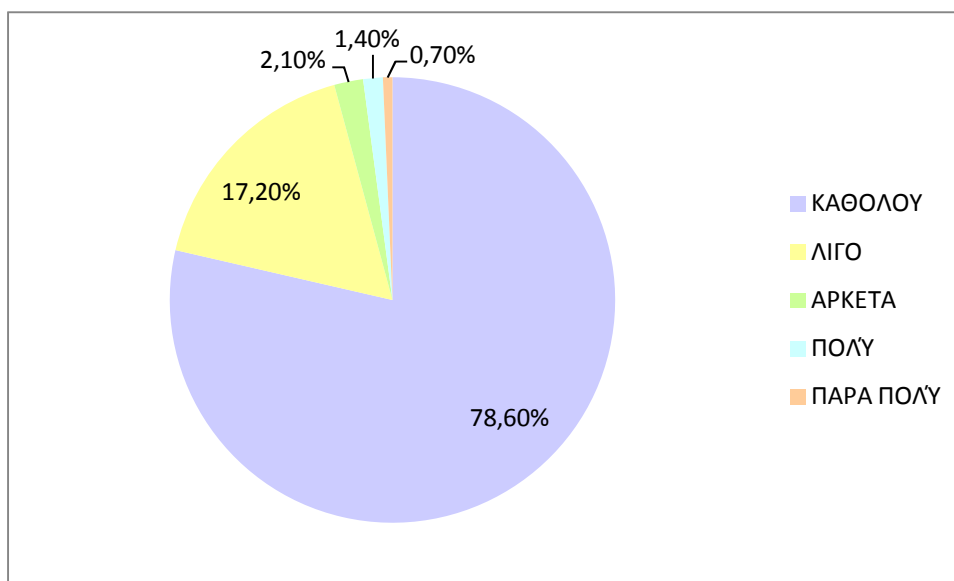
Το 39,3% ήταν λίγο ικανοποιημένο από την υπηρεσία και τις ευκαιρίες που δίνονται για εκπαίδευση, το 36,6% καθόλου ικανοποιημένο. Πολύ μικρά ήταν τα ποσοστά που δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι (2,1%), πολύ ικανοποιημένοι (1,4%) και πάρα πολύ ικανοποιημένοι (0,7%).

Σχεδιάγραμμα 23: Από την υπηρεσία δίνονται ευκαιρίες να αναπτύξω περισσότερα προσόντα και τις γνώσεις μου πχ. συμμετοχή σε σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα



Το 78,6% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο από τη συμμετοχή του σε χρηματοδοτούμενα από την υπηρεσία του σε προγράμματα. Το 17,2% δήλωσε λίγο ικανοποιημένο, το 2,1% αρκετά ικανοποιημένο, το 1,4% πολύ ικανοποιημένο και το 0,7% πάρα πολύ ικανοποιημένο.

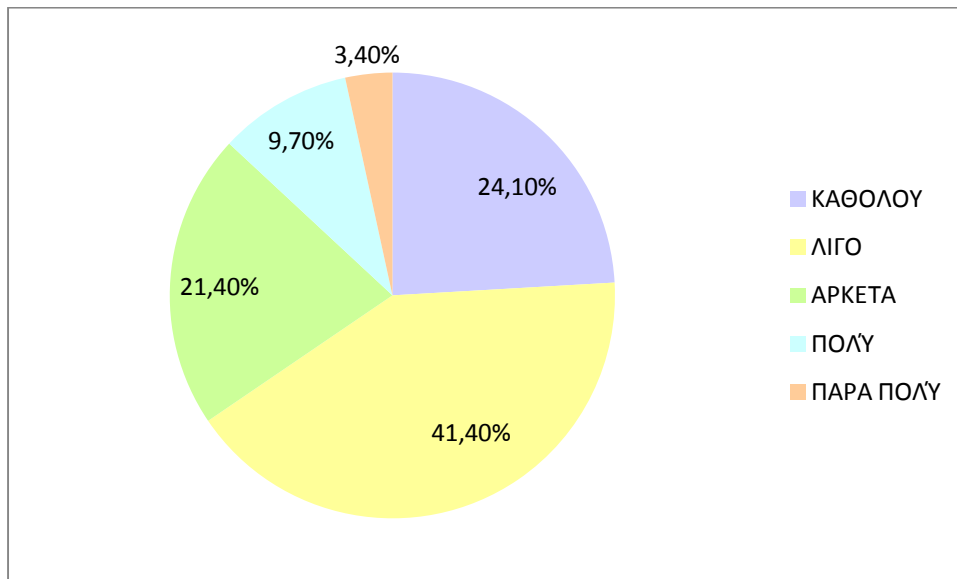
Σχεδιάγραμμα 24: Από τη συμμετοχή σας σε χρηματοδοτούμενα από την υπηρεσία σας προγράμματα



Ερώτηση 17: Ποιες από τις παρακάτω αντιδράσεις παρατηρείτε ότι συμβαίνουν στον εαυτό σας;

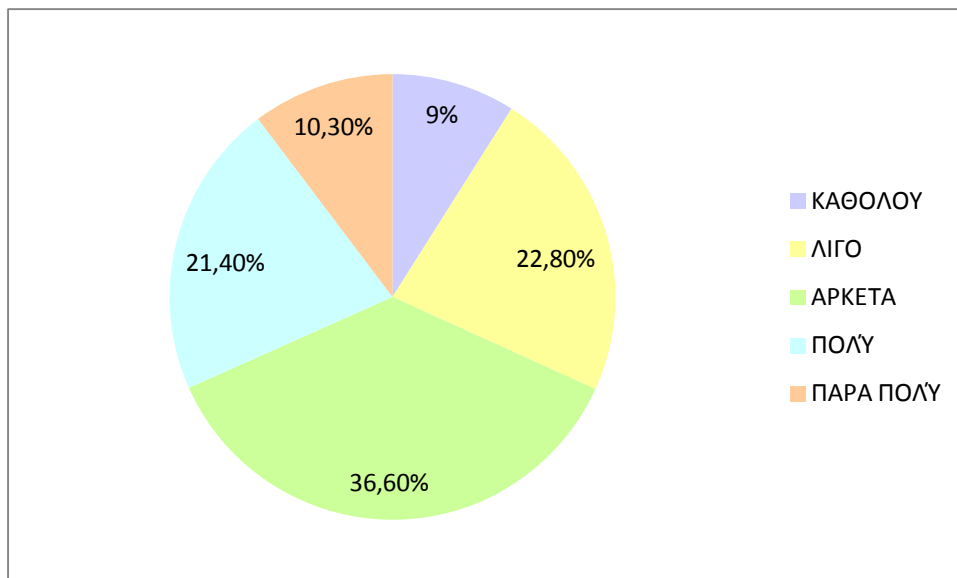
Το 41,4% δήλωσε ότι παρατηρεί να συμβαίνει αρνητική διάθεση για το αντικείμενο της εργασίας σε μικρό βαθμό, το 24,1% δεν εμφανίζει αρνητική διάθεση και το 21,4% σε αρκετό βαθμό. Το 9,7% εμφανίζει αρνητική διάθεση σε μεγάλο βαθμό ενώ το 3,4% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Σχεδιάγραμμα 25: Αρνητική διάθεση για το αντικείμενο της εργασίας



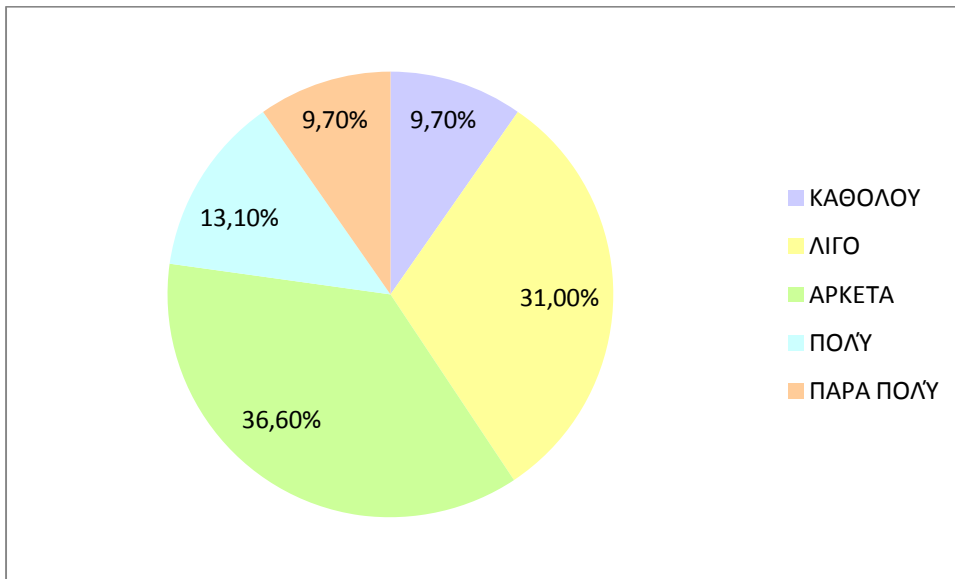
Άγχος εμφανίζουν σε αρκετό βαθμό το 36,6%, το 22,8% σε μικρό βαθμό, το 21,4% σε μεγάλο βαθμό, το 10,3% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το 9% δεν αγχώνεται.

Σχεδιάγραμμα 26: Άγχος



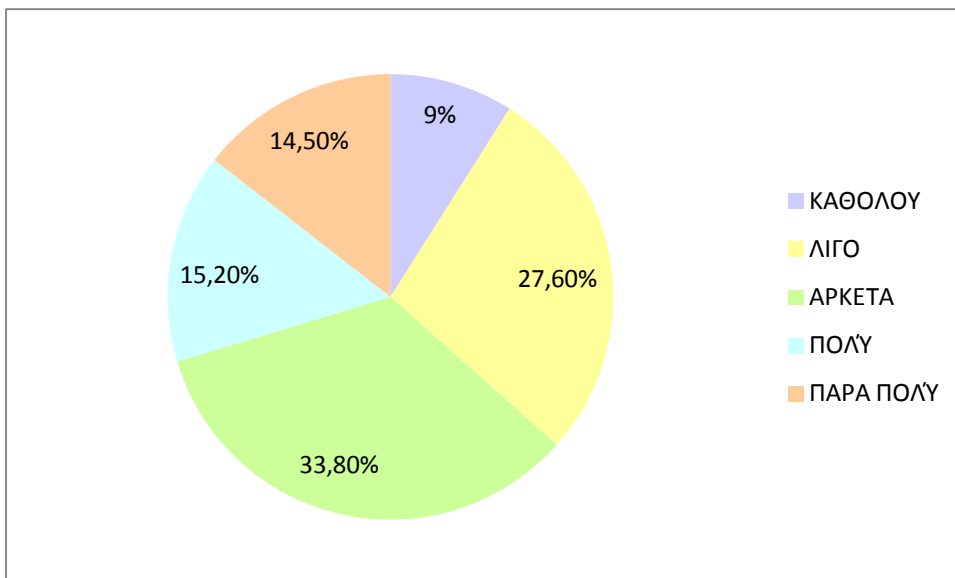
Το 36,6% έχει νεύρα σε αρκετό βαθμό, το 31% σε μικρό βαθμό, το 13,1% σε μεγάλο βαθμό, το 9,7% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το 9,7% δεν έχει καθόλου νεύρα.

Σχεδιάγραμμα 27: Νεύρα



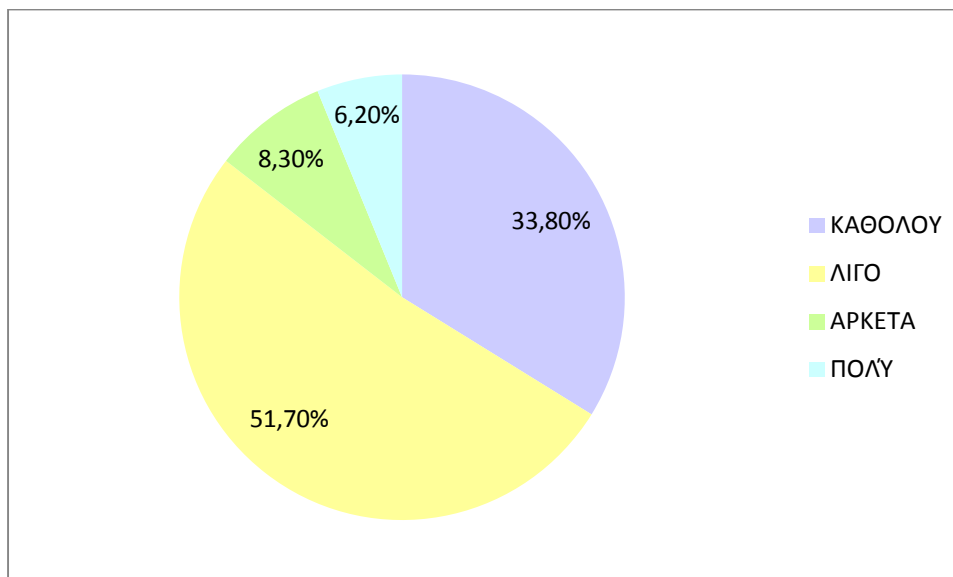
Το 33,8% εμφανίζει συναισθηματική φόρτιση σε αρκετά μεγάλο βαθμό, το 27,6% σε μικρό βαθμό, το 15,2% σε μεγάλο βαθμό, το 14,5% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 9% δεν εμφανίζει καθόλου συναισθηματική φόρτιση.

Σχεδιάγραμμα 28: Συναισθηματική φόρτιση



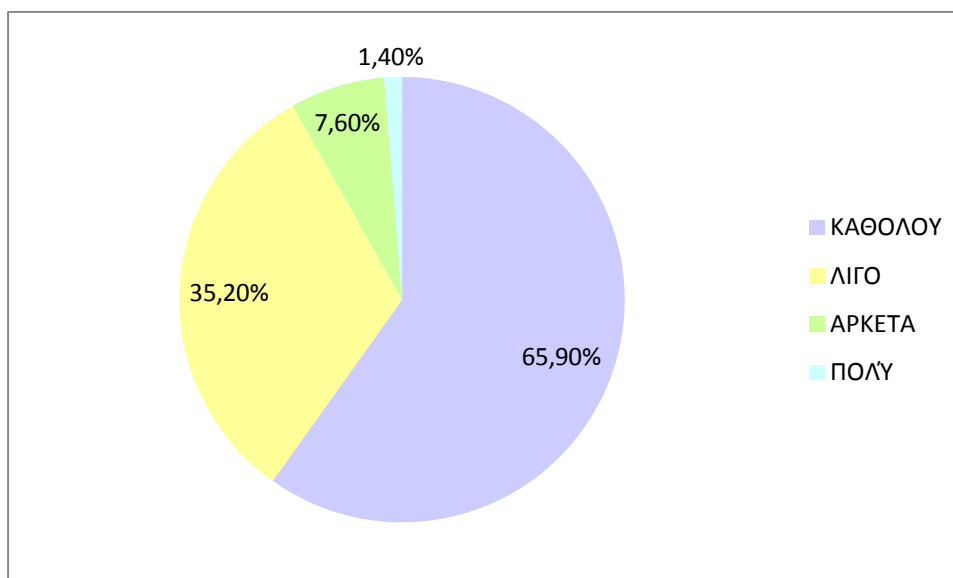
Το 51,7% εμφανίζει σε μικρό βαθμό θυμό απέναντι στους συναδέλφους, το 33,8% δεν εμφανίζει θυμό, το 8,3% εμφανίζει σε αρκετό βαθμό ενώ το 6,2% εμφανίζει σε μεγάλο βαθμό θυμό.

Σχεδιάγραμμα 29: Θυμός απέναντι στους συναδέλφους



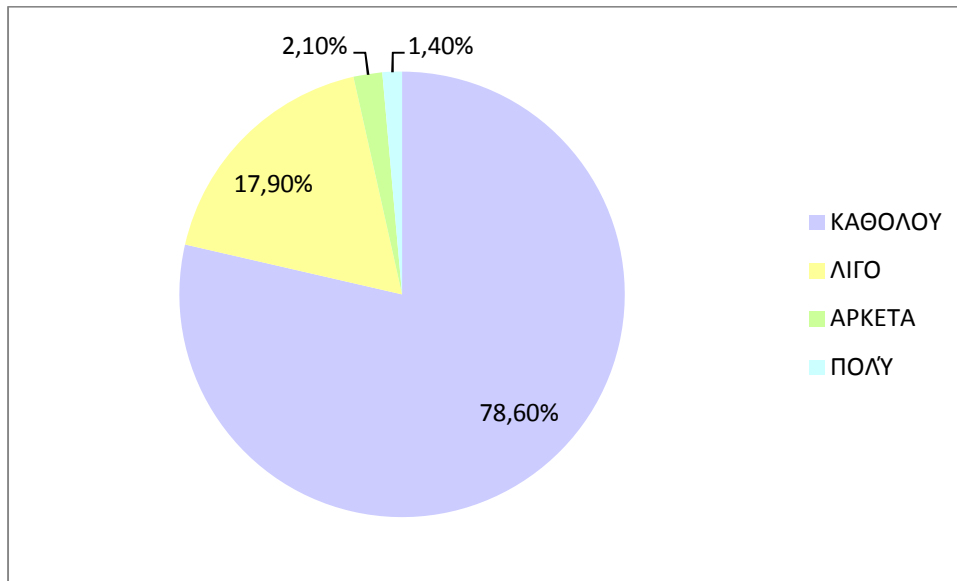
Το 65,9% δεν εμφανίζει θυμό απέναντι στους ασθενείς, το 35,2% εμφανίζει σε μικρό βαθμό, το 7,6% σε αρκετό βαθμό και μόλις το 1,4% σε μεγάλο βαθμό.

Σχεδιάγραμμα 30: Θυμός απέναντι στους ασθενείς



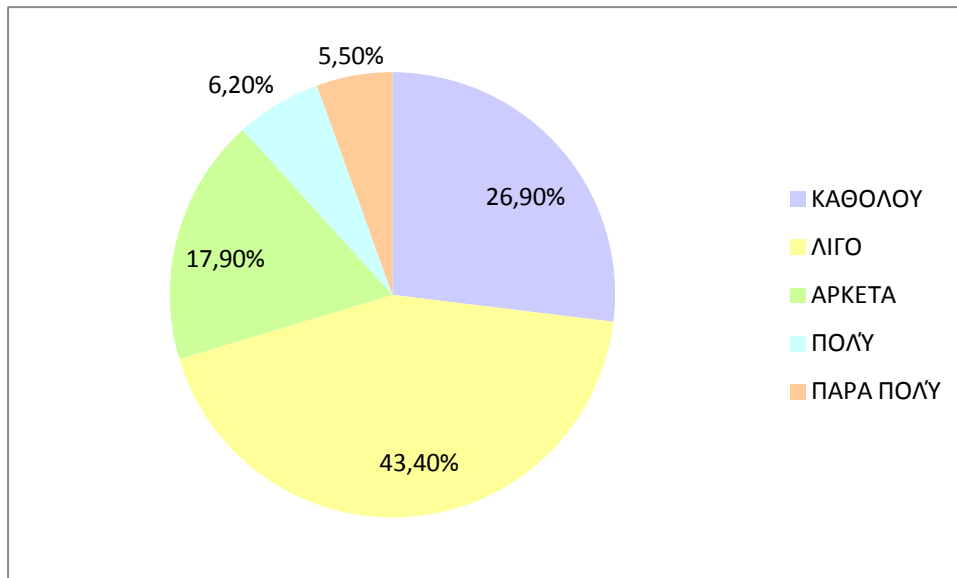
Το 78,6% των συμμετεχόντων δεν εκδηλώνει αδιαφορία για τον ασθενή, το 17,9% αδιαφορεί σε μικρό βαθμό, το 2,1% σε αρκετό βαθμό και το 1,4% σε μεγάλο βαθμό.

Σχεδιάγραμμα 31: Αδιαφορία για τον ασθενή



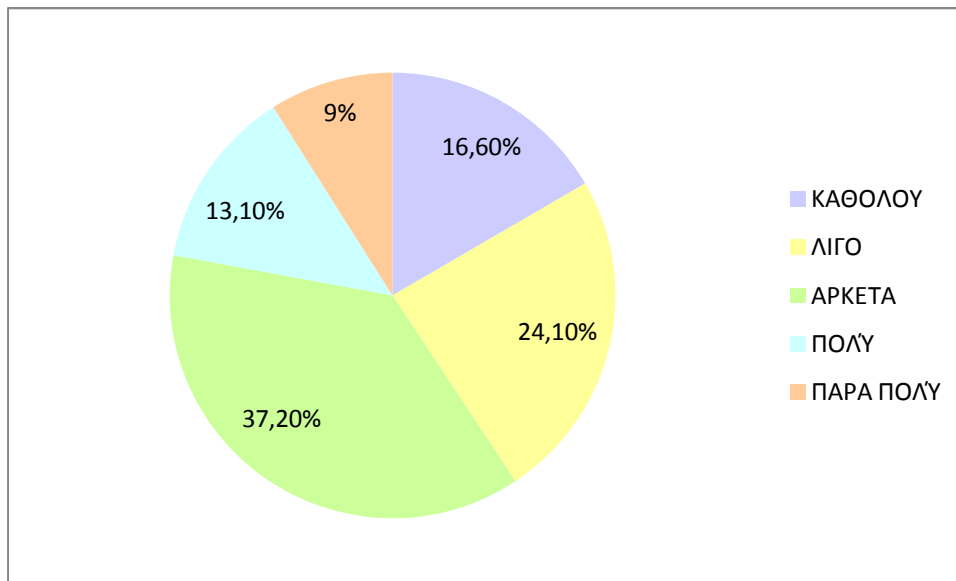
Το 43,4% αισθάνεται σε μικρό βαθμό απογοητευμένο από τη δουλειά του, το 26,9% δεν αισθάνεται απογοητευμένο, το 17,9% είναι αρκετά απογοητευμένο, το 6,2% πολύ απογοητευμένο και το 5,5% πάρα πολύ απογοητευμένο.

Σχεδιάγραμμα 32: Αισθάνομαι απογοητευμένος από τη δουλειά μου



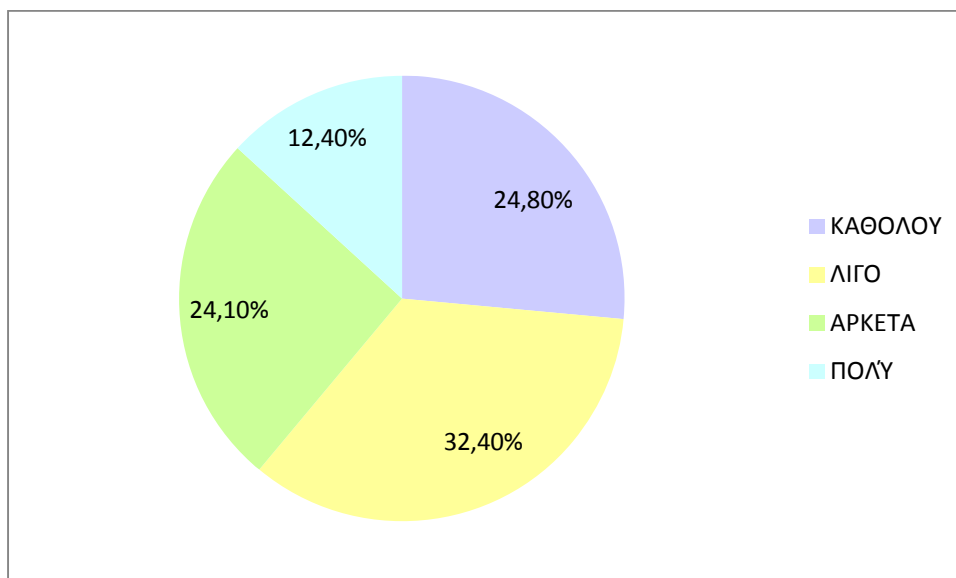
Το 37,2% αισθάνεται ότι η δουλειά του τον σκληραίνει συναισθηματικά σε αρκετό βαθμό, το 24,1% σε μικρό βαθμό, το 16,6% δεν αισθάνεται έτσι, το 13,1% σε μεγάλο βαθμό και το 9% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Σχεδιάγραμμα 33: Αισθάνομαι ότι η δουλειά αυτή συναισθηματικά με σκληραίνει



Το 24,8% δεν νιώθει ότι φτάνει στο τέλος των αντοχών του. Το 32,4% τα νιώθει σε μικρό βαθμό, το 24,1% σε αρκετό βαθμό και το 12,4% σε μεγάλο βαθμό.

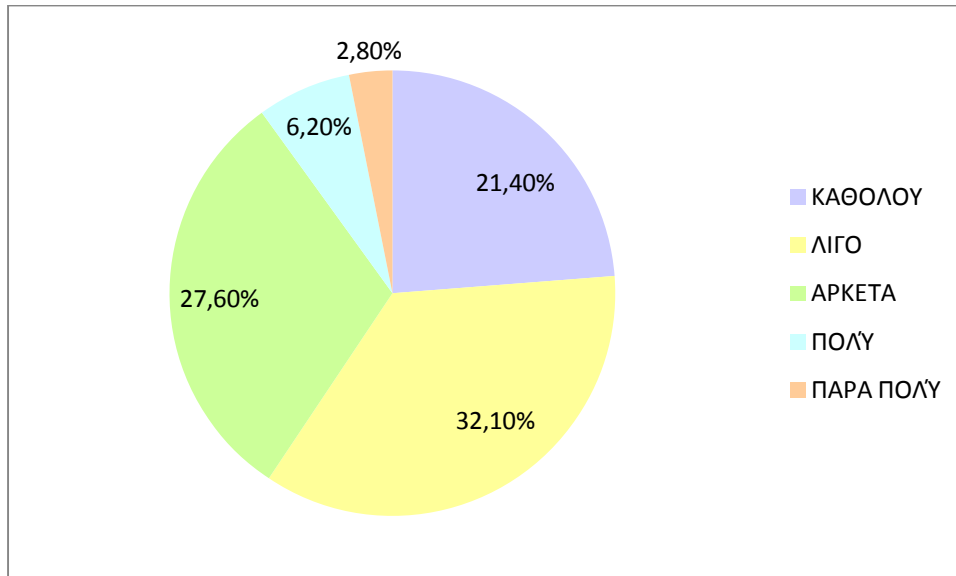
Σχεδιάγραμμα 34: Νιώθω ότι φτάνω στο τέλος των αντοχών μου



Ερώτηση 18: Ποιες από τις παρακάτω αντιδράσεις σε σχέση με τον εαυτό σας παρατηρείται ότι συμβαίνουν στην οικογενειακή και κοινωνική σας ζωή;

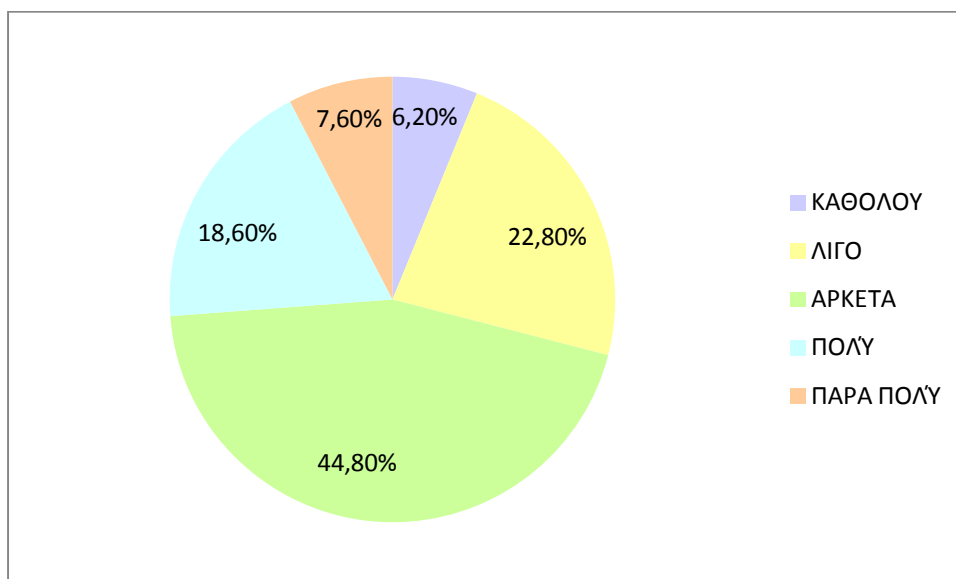
Το 21,4% δεν μεταφέρει τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι. Το 32,1% τα μεταφέρει σε μικρό βαθμό, το 27,6% σε αρκετό βαθμό, το 6,2% σε μεγάλο βαθμό και το 2,8% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Σχεδιάγραμμα 35: Συχνά μεταφέρω τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι



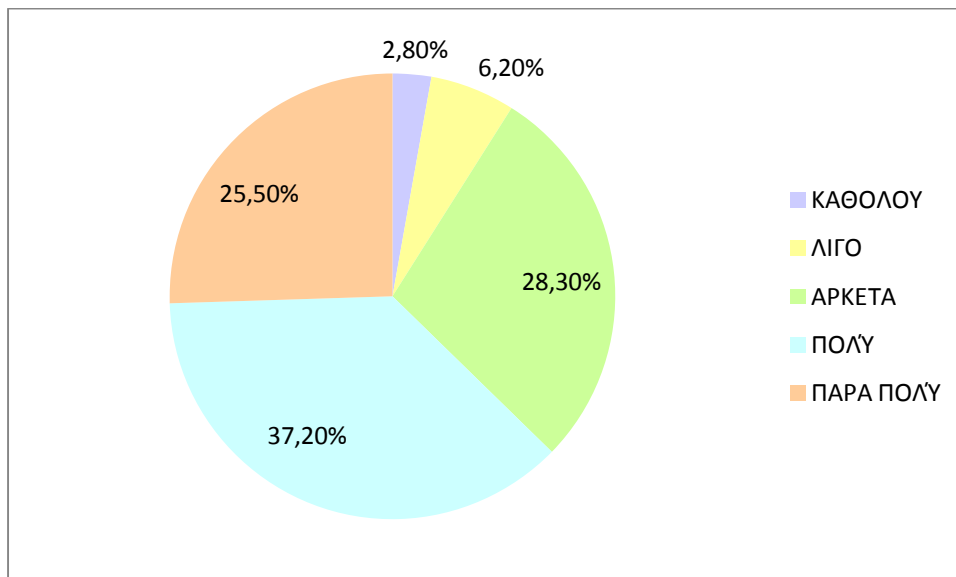
Το 44,8% αντιμετωπίζει σε αρκετό βαθμό, τα συναισθηματικά του προβλήματα πολύ ήρεμα στην οικογένεια του, το 22,8% σε μικρό βαθμό, το 18,6% σε μεγάλο βαθμό και το 7,6% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Το 6,2% δεν αντιμετωπίζει με αυτό τον τρόπο τα συναισθηματικά του προβλήματα.

Σχεδιάγραμμα 36: Στην οικογένεια μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά μου προβλήματα πολύ ήρεμα



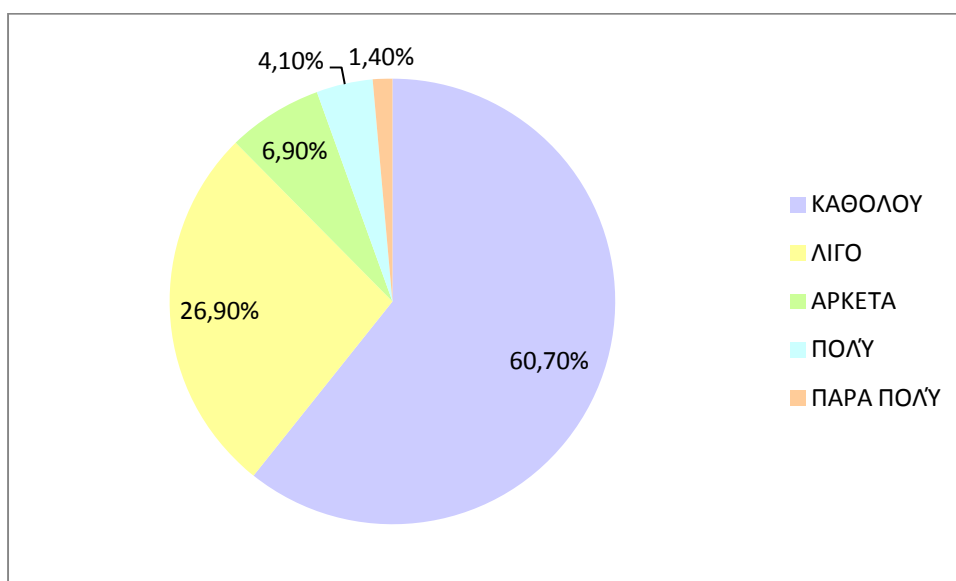
Το 6,2% παρουσιάζει συναισθηματική ικανοποίηση όταν βρίσκεται με φίλους σε μικρό βαθμό, το 28,3% σε αρκετό βαθμό, το 37,2% σε μεγάλο βαθμό και το 25,5% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Μόλις το 2,8% δεν εμφανίζει συναισθηματική ικανοποίηση.

Σχεδιάγραμμα 37: Συναισθηματική ικανοποίηση όταν βρίσκομαι με φίλους



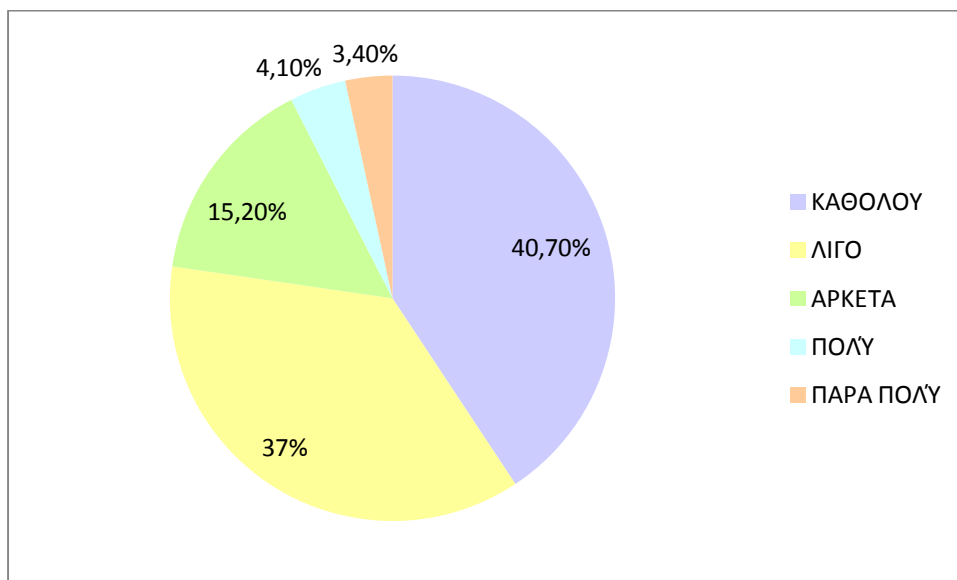
Το 60,7% δεν νιώθει συναισθηματικά απομακρυσμένο από την οικογένεια του. Το 26,9% δηλώνει λίγο απομακρυσμένο από αυτή, το 6,9% αρκετά απομακρυσμένο, το 4,1% πολύ απομακρυσμένο και το 1,4% πάρα πολύ απομακρυσμένο.

Σχεδιάγραμμα 38: Νιώθω συναισθηματικά απομακρυσμένος από την οικογένεια μου



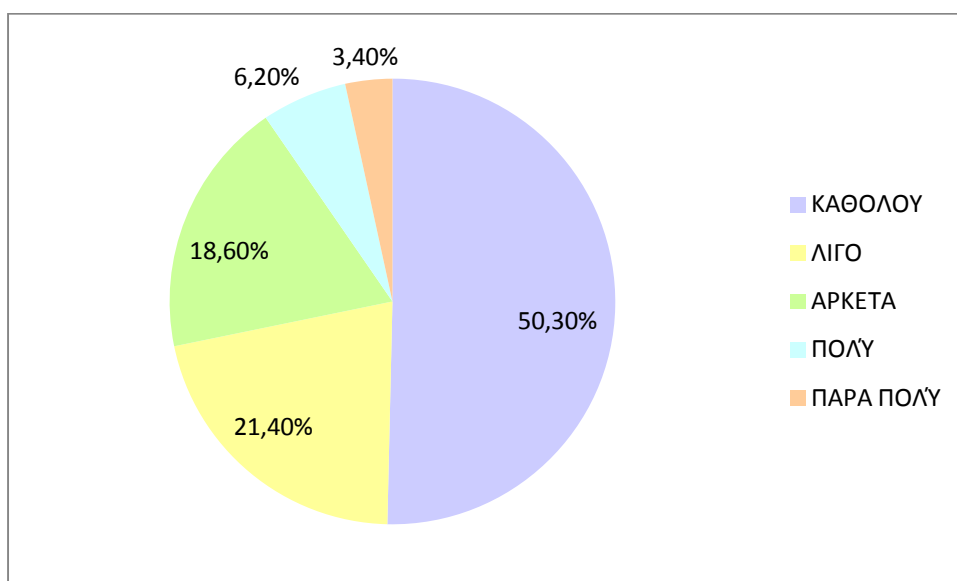
Το 40,7% δηλώνει πως η οικογένεια του μπορεί να κατανοήσει τις επαγγελματικές του δεσμεύσεις. Το 37% δηλώνει ότι η πρόταση αυτή τον ικανοποιεί λίγο, το 15,2% σε αρκετό βαθμό, το 4,1% σε μεγάλο βαθμό και το 3,4% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Σχεδιάγραμμα 39: Αδυναμία της οικογένειας μου να κατανοήσει τις επαγγελματικές μου δεσμεύσεις



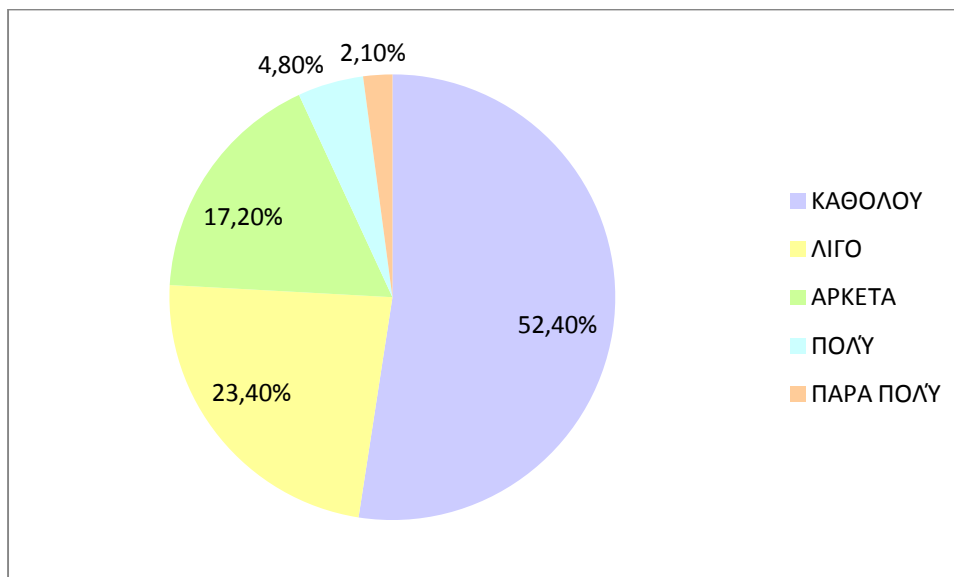
Το 50,3% δεν εμφανίζει δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Το 21,4% δυσκολεύεται λίγο, το 18,6% δυσκολεύεται αρκετά, το 6,2% δυσκολεύεται πολύ και το 3,4% δυσκολεύεται πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 40: Δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων



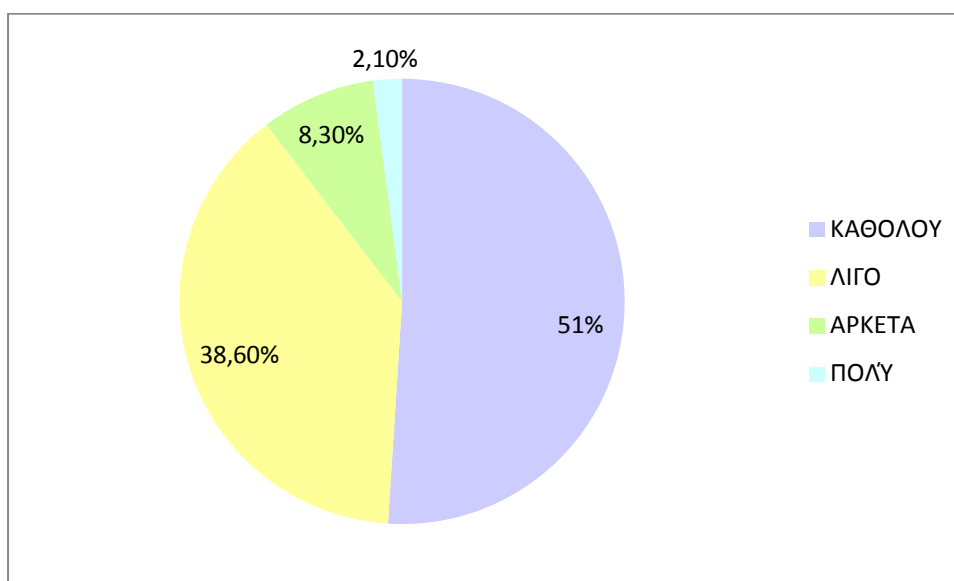
Το 52,4% δεν εμφανίζει ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων. Το 23,4% δυσκολεύεται λίγο, το 17,2% δυσκολεύεται αρκετά, το 4,8% δυσκολεύεται πολύ και το 2,1% δυσκολεύεται πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 41: Δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων



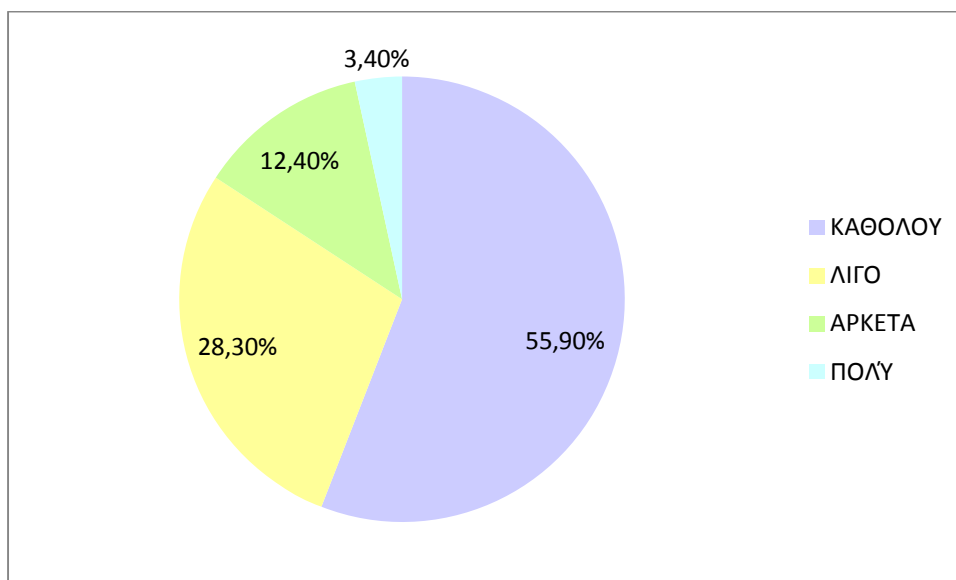
Το 51% δήλωσε ότι οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στο οικογενειακό περιβάλλον δεν είναι συχνό φαινόμενο. Το 38,6% υποστηρίζει ότι εμφανίζεται σε μικρό βαθμό αυτή η συμπεριφορά, το 8,3% σε αρκετό βαθμό και το 2,1% σε μεγάλο βαθμό.

Σχεδιάγραμμα 42: Οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στο οικογενειακό περιβάλλον είναι συχνό φαινόμενο



Το 55,9% δεν νιώθει ψυχολογικά αδύναμο να αντιμετωπίσει καθημερινά προβλήματα. Το 28,3% είναι λίγο αδύναμο, το 12,4% αρκετά αδύναμο και το 3,4% πολύ αδύναμο.

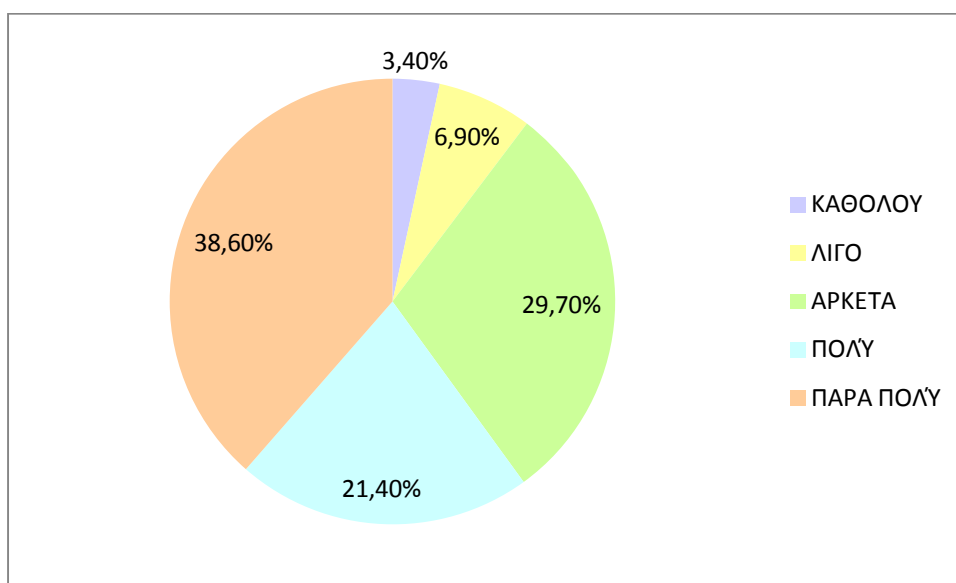
Σχεδιάγραμμα 43: Νιώθω ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω καθημερινά προβλήματα



Ερώτηση 19: Πόσο θα βοηθούσε στην αντιμετώπιση της κατάστασης η:

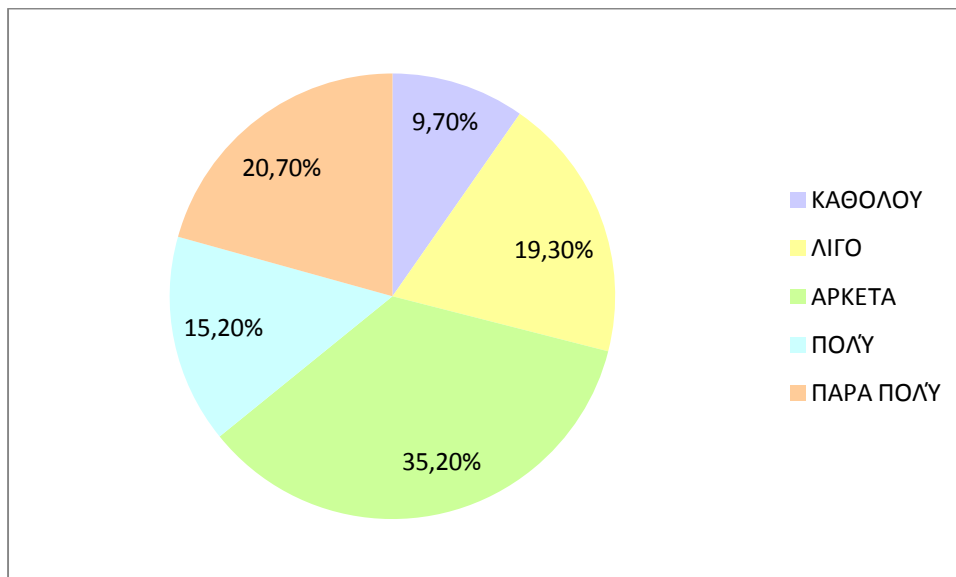
Το 6,9% πιστεύει ότι η αύξηση του ύψους αποδοχών θα βοηθήσει λίγο, το 29,7% ότι θα βοηθήσει αρκετά, το 21,4% θα βοηθήσει πολύ και το 38,6% θα βοηθήσει πάρα πολύ. Το 3,4% δηλώνει πως δεν θα βοηθήσει καθόλου.

Σχεδιάγραμμα 44: Αύξηση του ύψους αποδοχών



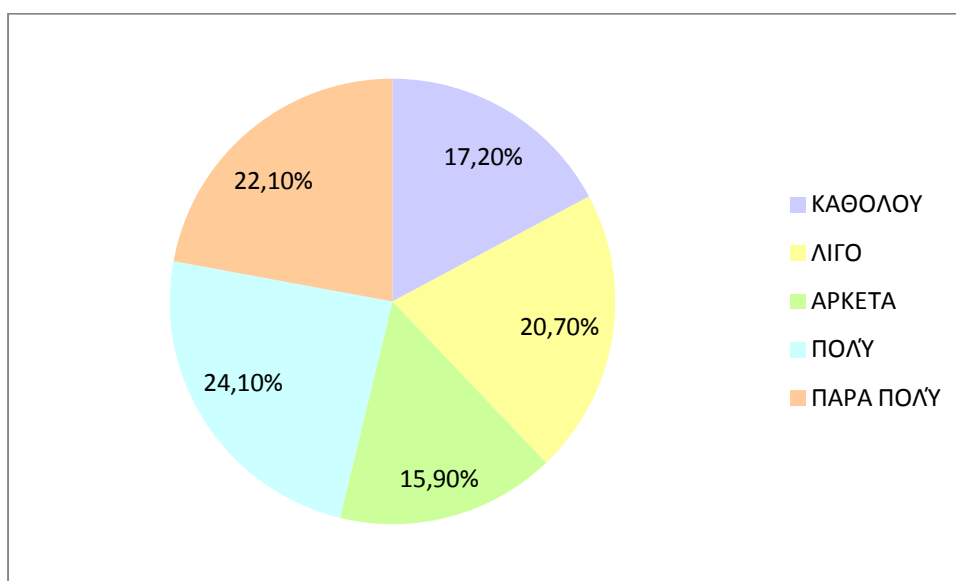
Το 9,7% υποστηρίζει ότι η συναισθηματική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα δεν θα βοηθήσει. Το 19,3% υποστηρίζει ότι η συναισθηματική υποστήριξη θα βοηθήσει λίγο, το 35,2% θα βοηθήσει αρκετά, το 15,2% θα βοηθήσει πολύ και το 20,7% θα βοηθήσει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 45: Συναισθηματική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα



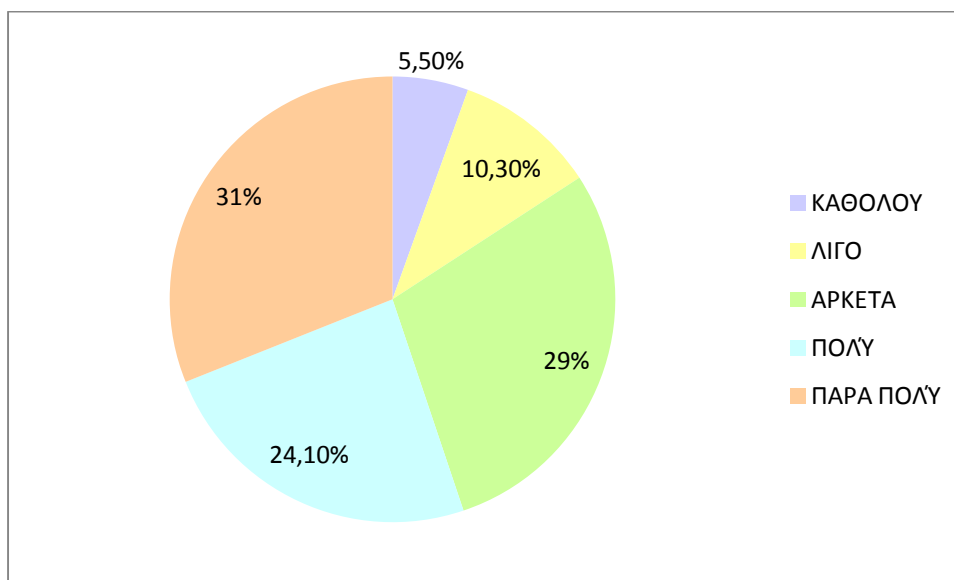
Το 17,2% υποστηρίζει ότι δεν θα βοηθήσει καθόλου η αλλαγή ωραρίου εργασίας. Το 20,7% δήλωσε ότι θα βοηθήσει λίγο, το 15,9% ότι θα βοηθήσει αρκετά, το 24,1% ότι θα βοηθήσει πολύ και το 22,1% ότι θα βοηθήσει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 46: Αλλαγή ωραρίου εργασίας



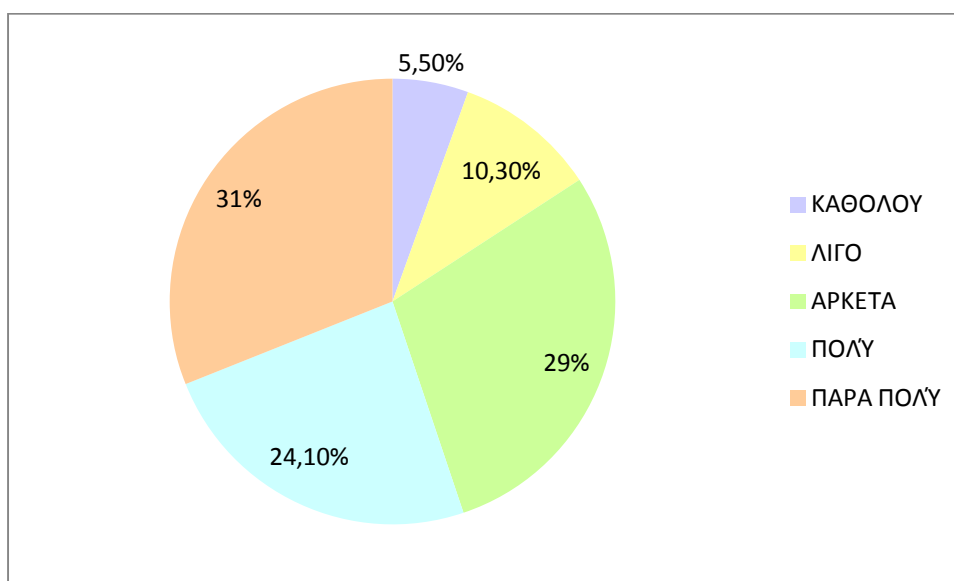
Το 5,5% δηλώνει ότι δεν θα βοηθήσει ο καλύτερος καταμερισμός εργασίας. Το 10,3% ότι θα βοηθήσει λίγο, το 29% ότι θα βοηθήσει αρκετά, το 24,1% ότι θα βοηθήσει πολύ και το 31% ότι θα βοηθήσει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 47: Καλύτερος καταμερισμός εργασίας



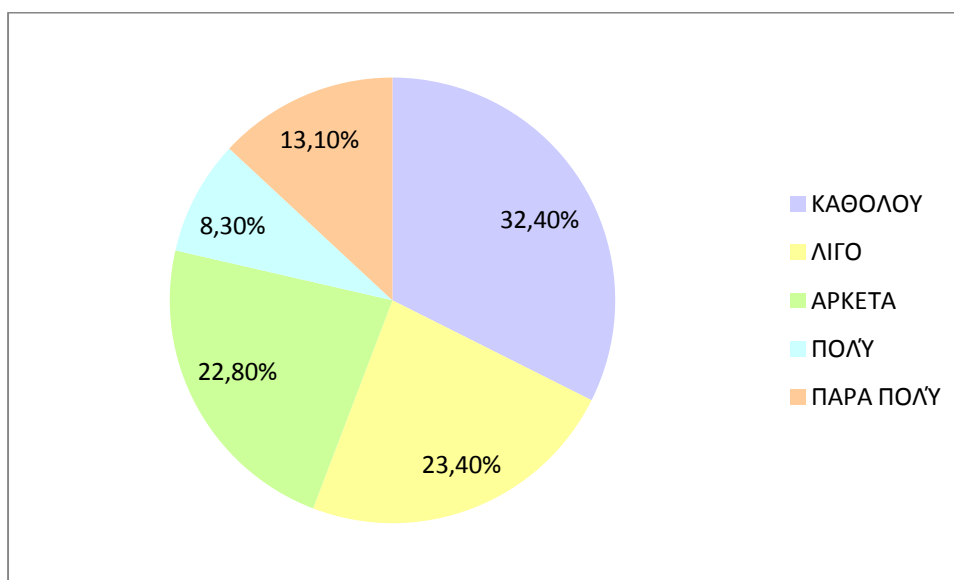
Το 5,5% δηλώνει ότι δεν θα βοηθήσει η ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέλφων. Το 10,3% ότι θα βοηθήσει λίγο, το 29% ότι θα βοηθήσει αρκετά, το 24,1% ότι θα βοηθήσει πολύ και το 31% ότι θα βοηθήσει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 48: Ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέλφων



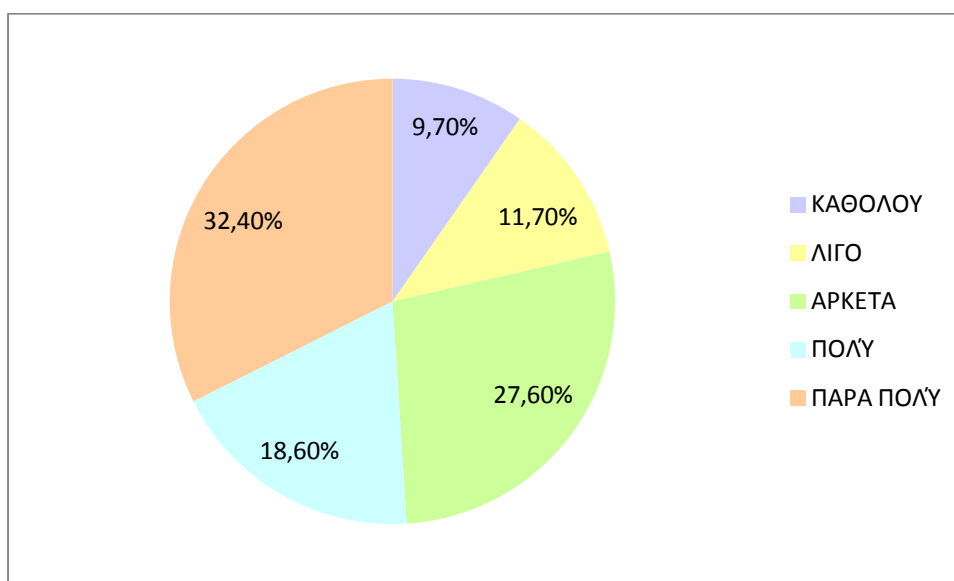
Το 32,4% δήλωσε ότι δεν θα βοηθήσει καθόλου η δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα – κλινικές. Το 23,4% δήλωσε ότι θα βοηθήσει λίγο, το 22,8% ότι θα βοηθήσει αρκετά, το 8,3% ότι θα βοηθήσει πολύ και το 13,1% ότι θα βοηθήσει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 49: Δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα – κλινικές



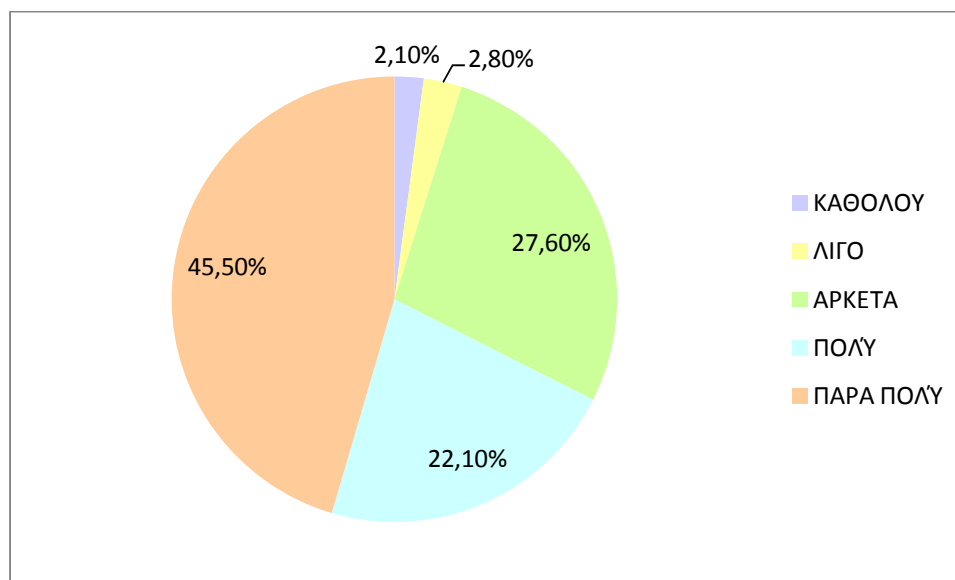
Το 9,7% δήλωσε ότι δεν θα βοηθήσει οι διευκολύνσεις ωραρίου. Το 11,7% δήλωσε ότι θα βοηθήσει λίγο, το 27,6% ότι θα βοηθήσει αρκετά, το 18,6% ότι θα βοηθήσει πολύ και το 32,4% ότι θα βοηθήσει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 50: Διευκολύνσεις ωραρίου



Το 2,1% δήλωσε ότι δεν θα βοηθήσουν οι παροχές κινήτρων εκπαίδευσης – εξειδίκευσης. Το 2,8% δήλωσε ότι θα βοηθήσει λίγο, το 27,6% ότι θα βοηθήσει αρκετά, το 22,1% ότι θα βοηθήσει πολύ και το 45,5% ότι θα βοηθήσει πάρα πολύ.

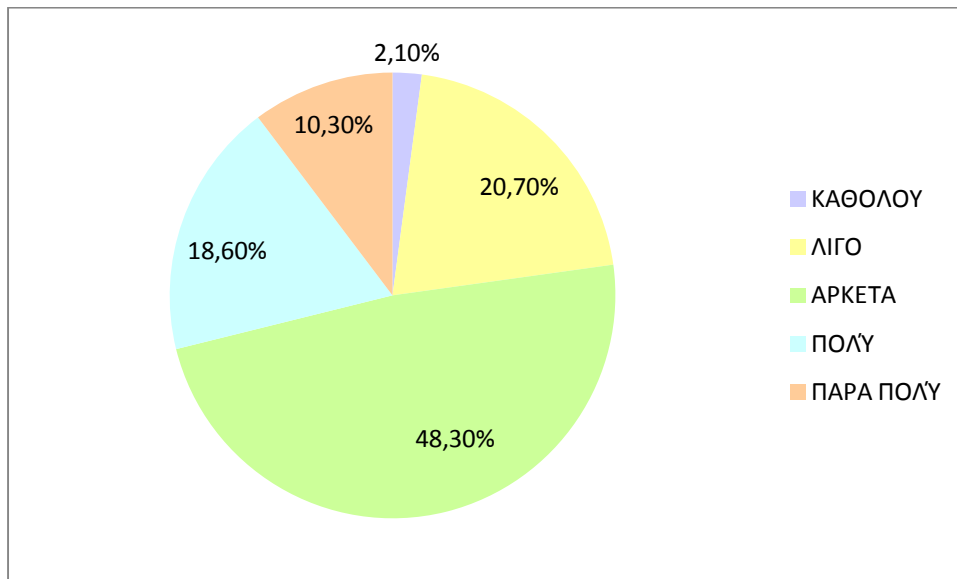
Σχεδιάγραμμα 51: Παροχές κινήτρων εκπαίδευσης – εξειδίκευσης



Ερώτηση 20: Τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο νιώθετε:

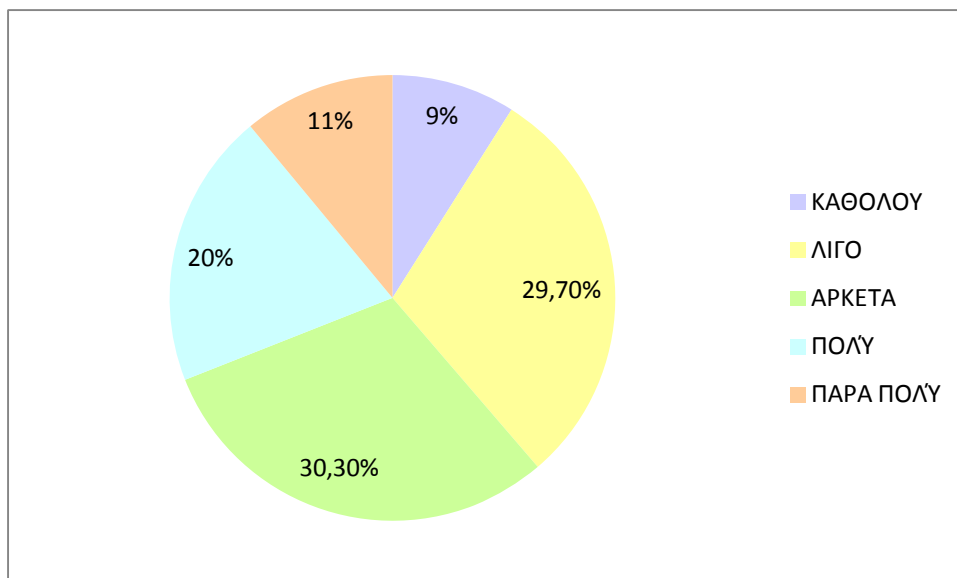
Το 2,1% δήλωσε ότι δεν είναι ικανοποιημένο από την απόδοση του στην εργασία. Το 20,7% ότι είναι λίγο ικανοποιημένο, το 48,3% ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο, το 18,6% ότι είναι πολύ ικανοποιημένο και το 10,3% ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο.

Σχεδιάγραμμα 52: Ικανοποιημένος από την απόδοση στην εργασία μου



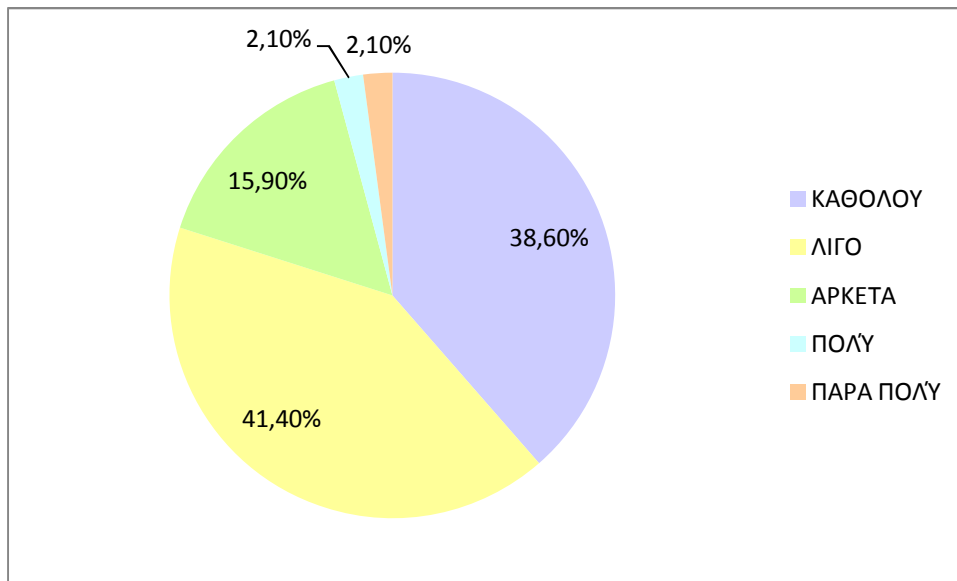
Το 9% δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου εξουθενωμένο από την εργασία του. Το 29,7% ότι είναι λίγο εξουθενωμένο, το 30,3% ότι είναι αρκετά εξουθενωμένο, το 20% ότι είναι πολύ εξουθενωμένο και το 11% ότι είναι πάρα πολύ εξουθενωμένο.

Σχεδιάγραμμα 53: Εξουθενωμένος από την εργασία μου



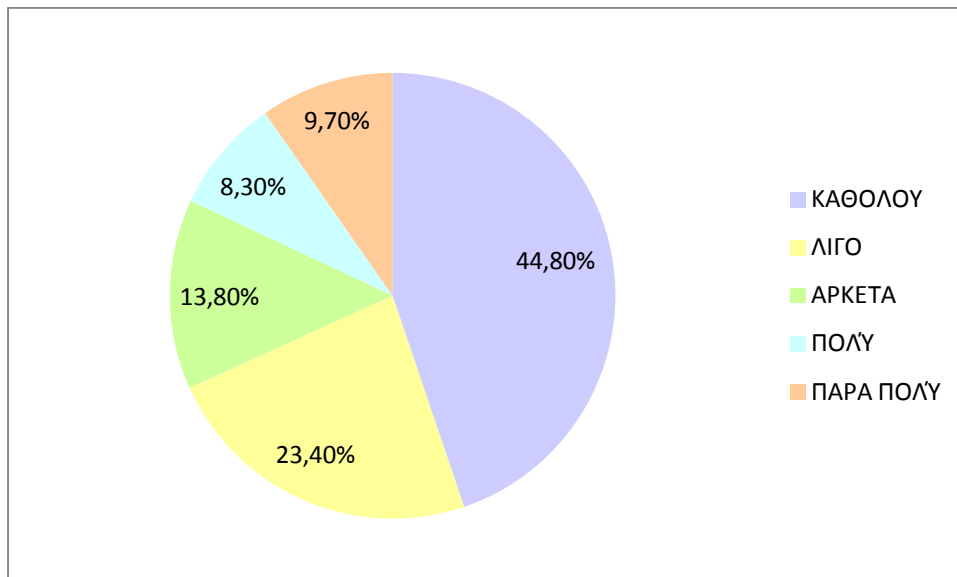
Το 38,6% δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου ψυχολογικά αδύναμο να αντιμετωπίσει τον ασθενή και την οικογένεια του. Το 41,4% ότι είναι λίγο, το 15,9% ότι είναι αρκετά, το 2,1% ότι είναι πολύ και άλλο ένα 2,1% ότι είναι πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 54: Ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω τον ασθενή και την οικογένεια του



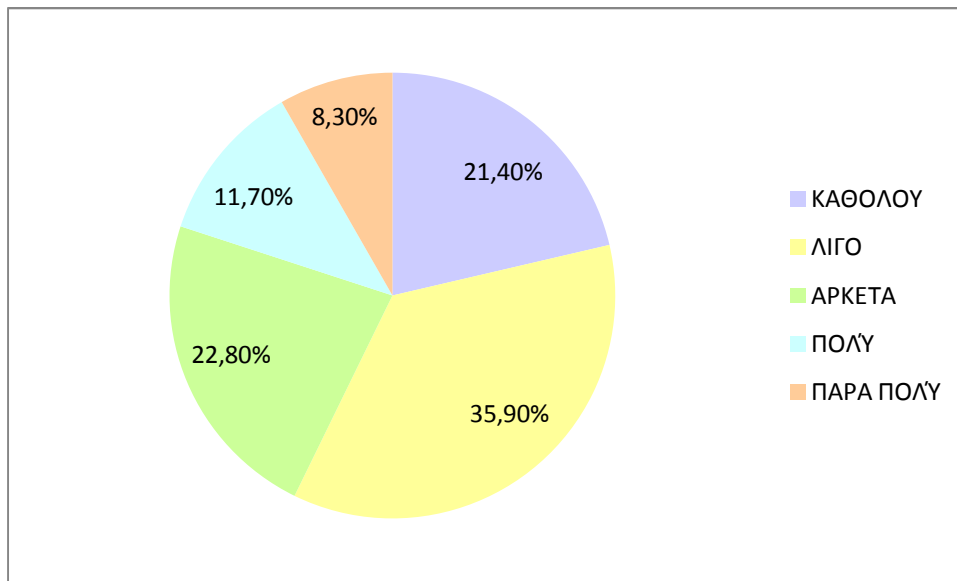
Το 44,8% δήλωσε ότι δεν επιθυμεί καθόλου να αλλάξει χώρο εργασίας. Το 23,4% επιθυμεί λίγο, το 13,8% επιθυμεί αρκετά, το 8,3% επιθυμεί πολύ και το 9,7% επιθυμεί πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 55: Επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας



Το 21,4% δεν νιώθει κουρασμένο όταν σηκώνεται το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσει ακόμα μια ημέρα στη δουλειά του. Το 35,9% νιώθει λίγο κουρασμένο, το 22,8% αρκετά κουρασμένο, το 11,7% πολύ κουρασμένο και το 8,3% πάρα πολύ κουρασμένο.

Σχεδιάγραμμα 56: Νιώθω κουρασμένος όταν σηκώνομαι το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια ακόμη ημέρα στη δουλειά μου

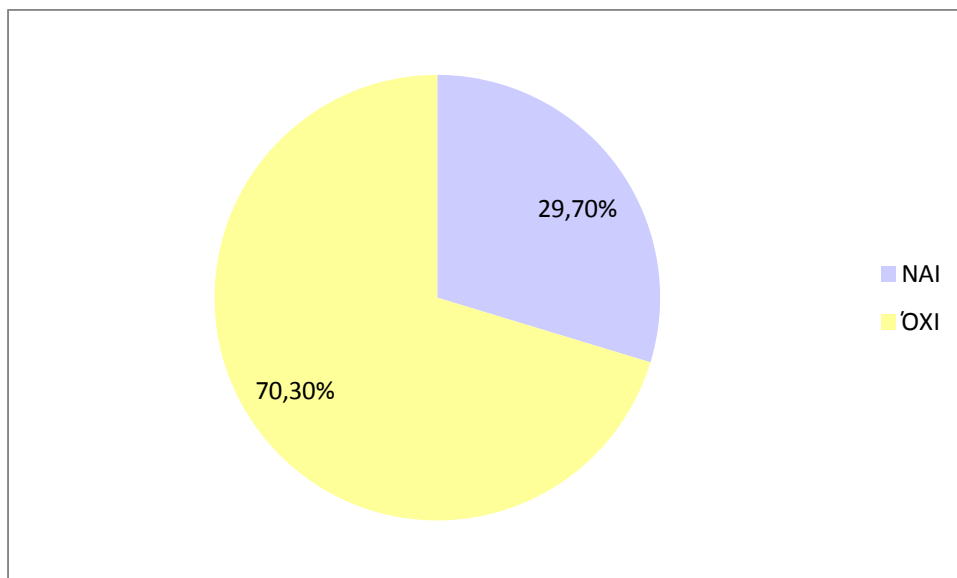


Τρόπος ζωής

Ερώτηση 21: Τι συνήθειες έχετε;

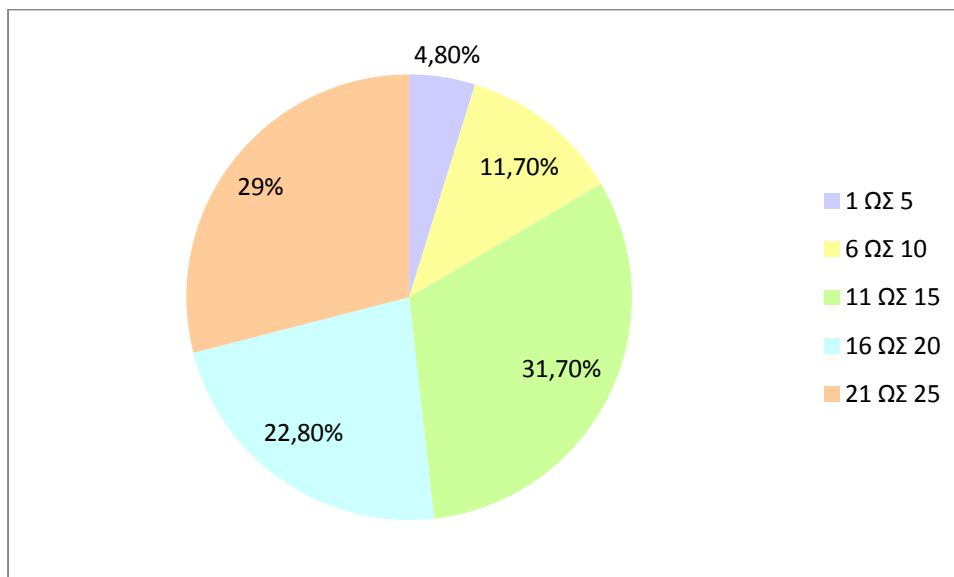
Το 29,7% καπνίζει έναντι του 70,3% που δεν εκδηλώνει αντίστοιχη συμπεριφορά.

Σχεδιάγραμμα 57: Καπνίζετε;



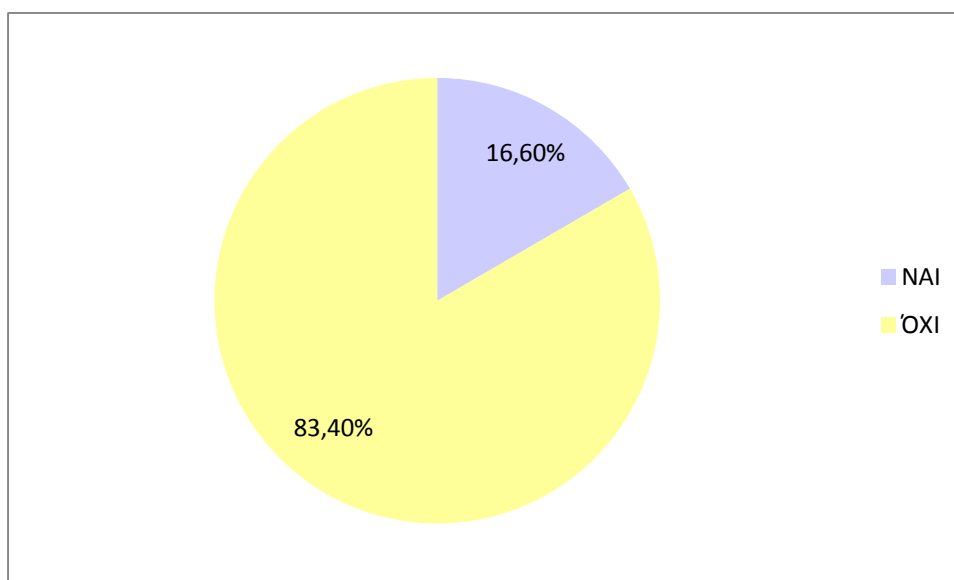
Το 4,8% καπνίζει 1-5 τσιγάρα ημερησίως, το 11,7% 6-10 τσιγάρα, το 31,7% 11-15 τσιγάρα, το 22,8% 16-20 τσιγάρα και το 29% 21-25 τσιγάρα.

Σχεδιάγραμμα 58: Αν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως;



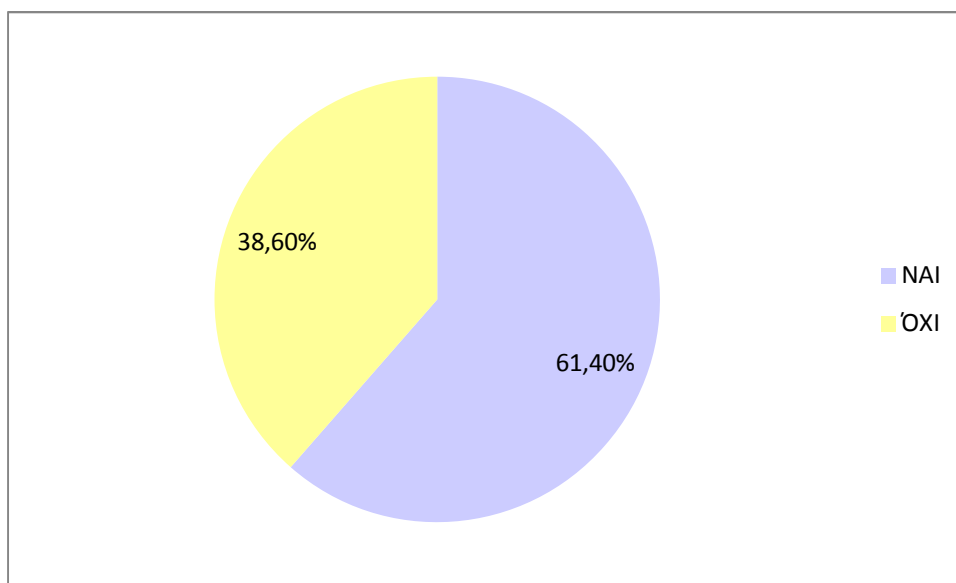
Το 16,6% καταναλώνει αλκοόλ έναντι του 83,4% που δεν καταναλώνει. Αυτοί που καταναλώνουν αλκοόλ πίνουν 1-5 ποτήρια την ημέρα.

Σχεδιάγραμμα 59: Καταναλώνετε αλκοόλ;



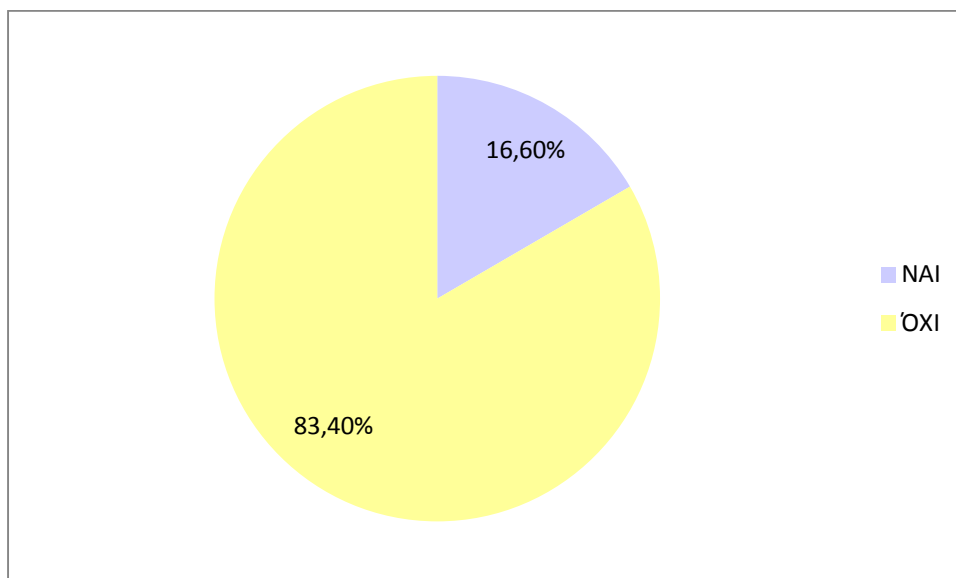
Το 61,4% κοιμάται πάνω από 6 ώρες κάθε ημέρα έναντι του 38,6% που δεν εκδηλώνει αντίστοιχη συμπεριφορά.

Σχεδιάγραμμα 60: Κοιμάστε πάνω από 6 ώρες ημερησίως;



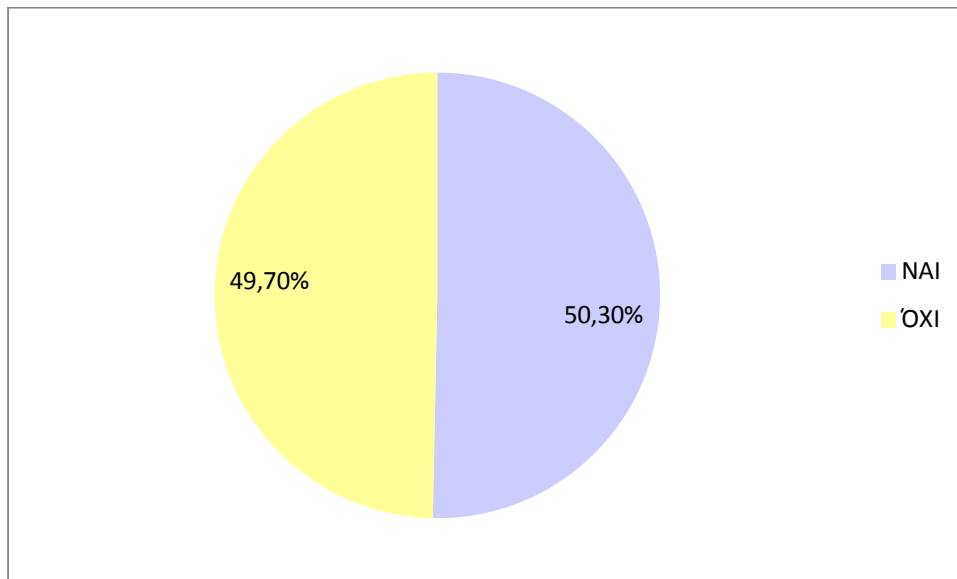
Το 16,6% γυμνάζεται πάνω από 3 φορές την εβδομάδα ενώ το 83,4% δεν εκδηλώνει αντίστοιχη συμπεριφορά.

Σχεδιάγραμμα 61: Γυμνάζεστε πάνω από 3 φορές εβδομαδιαίως;



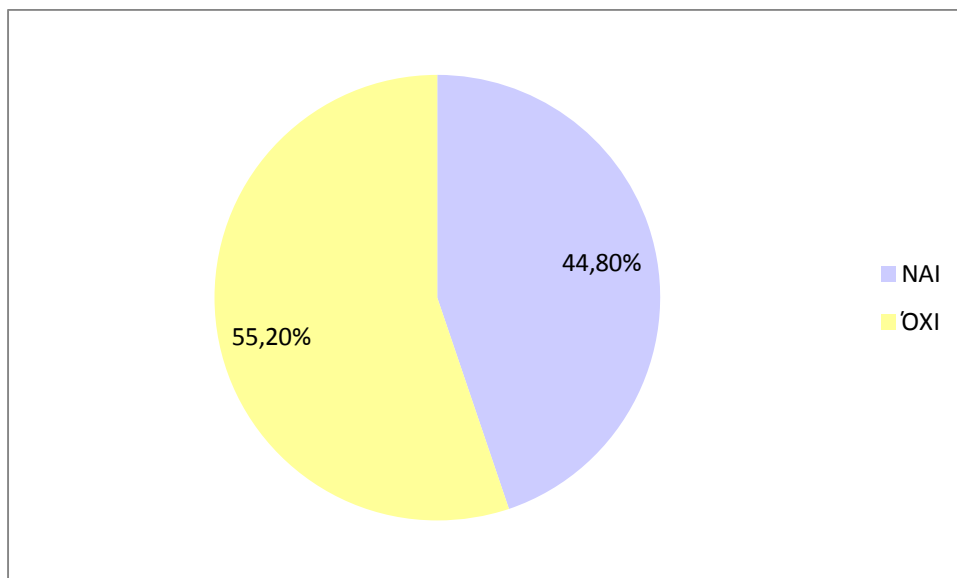
Το 50,3% επισκέπτεται τους φίλους του συχνά ενώ το 49,7% δεν τους επισκέπτεται.

Σχεδιάγραμμα 62: Επισκέπτεστε φίλους συχνά;



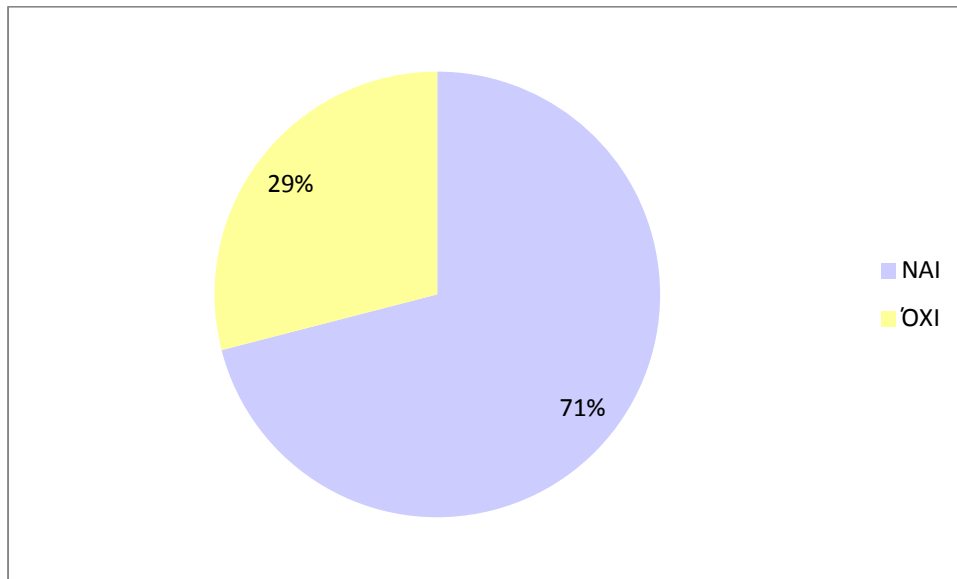
Το 44,8% επισκέπτεται τους συγγενείς του συχνά ενώ το 55,2% δεν εκδηλώνει αντίστοιχη συμπεριφορά.

Σχεδιάγραμμα 63: Επισκέπτεστε συγγενείς συχνά;



Το 71% ασχολείται με κάποιο χόμπι ενώ το 29% δεν ασχολείται.

Σχεδιάγραμμα 64: Ασχολείστε με κάποιο χόμπι;



Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα χόμπι που δήλωσαν οι επαγγελματίες υγείας. Ας σημειωθεί ότι ορισμένοι επαγγελματίες υγείας έχουν περισσότερα από ένα χόμπι. Στην γυμναστική ενοποιήθηκαν οι απαντήσεις: πεζοπορία, κωπηλασία, κολύμπι, τρέξιμο, χορός, yoga, σκοποβολή, μπάσκετ, ποδόσφαιρο, ποδήλατο, περπάτημα, πολεμικές τέχνες και μποξ.

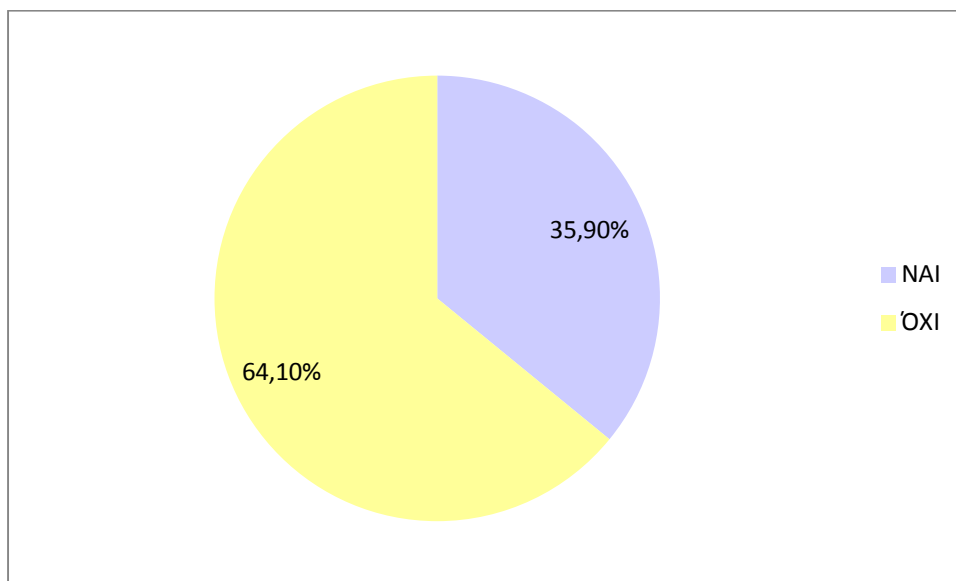
Πίνακας 4: Αν ναι ποιο;

Χόμπι	Άτομα
Γυμναστική	40
Οικολογία	30
Διάβασμα	30
Κινηματογράφος	23
Μουσική	15
Μαγειρική – ζαχαροπλαστική	15
Υπολογιστές	10

Αγιογραφία	10
Κυνήγι	5
Ψάρεμα	5
Ραδιόφωνο	2

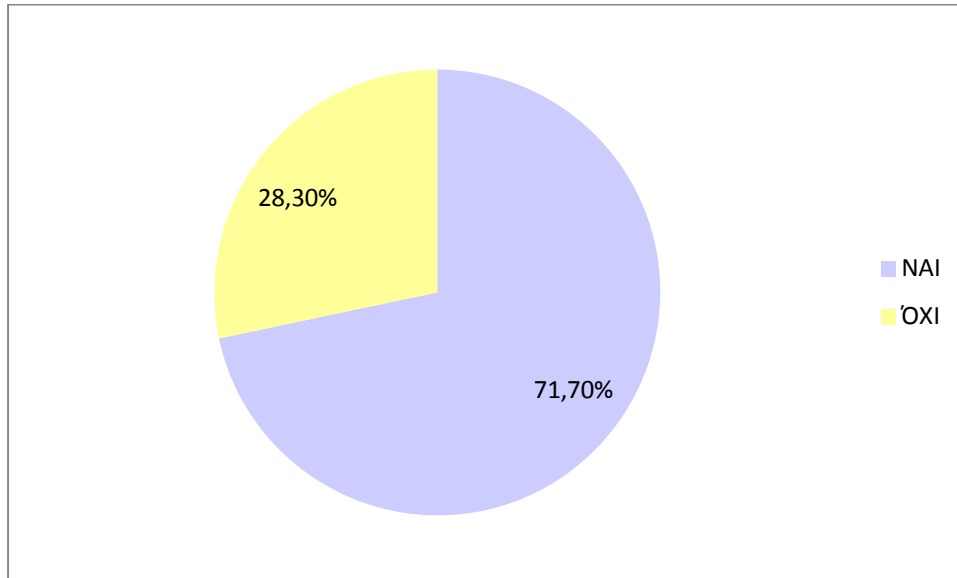
Το 35,9% δήλωσε ότι έχει κοινωνική ζωή έναντι του 64,1% που είπε ότι δεν έχει.

Σχεδιάγραμμα 65: Έχετε κοινωνική ζωή;



Το 71,7% δήλωσε ότι το επάγγελμα του έχει επηρεάσει την οικογενειακή και κοινωνική του ζωή ενώ το 28,3% δεν την επηρέασε.

Σχεδιάγραμμα 66: Το επάγγελμα σας, έχει επηρεάσει την οικογενειακή και κοινωνική σας ζωή;



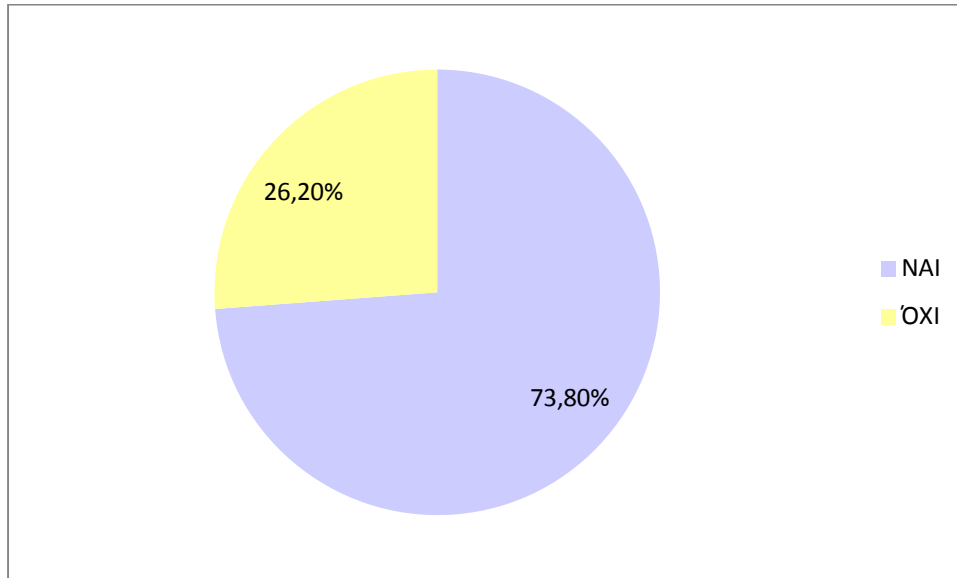
Πιο συγκεκριμένα οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εξαιτίας της δουλειάς τους κουράζονται και δεν επιθυμούν να έχουν κοινωνική ζωή. Ένα ζευγάρι χαρακτηριστικά απάντησε ότι δεν μπορεί να είναι σε κοινωνικές εκδηλώσεις μαζί με το/τη σύζυγο του καθώς ένας από τους δύο έχει πάντα βάρδια. Επίσης επειδή είναι ψυχοφθόρο το επάγγελμα τους αναγκαστικά μεταφέρουν το άγχος και τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι. Ο ελεύθερος χρόνος που τους μένει είναι ελάχιστος και συχνά δεν μπορούν να πάνε διακοπές εκτός Ελλάδας.

Σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις

Ερώτηση 23: Ποια από τα παρακάτω σας συμβαίνουν τον τελευταίο χρόνο;

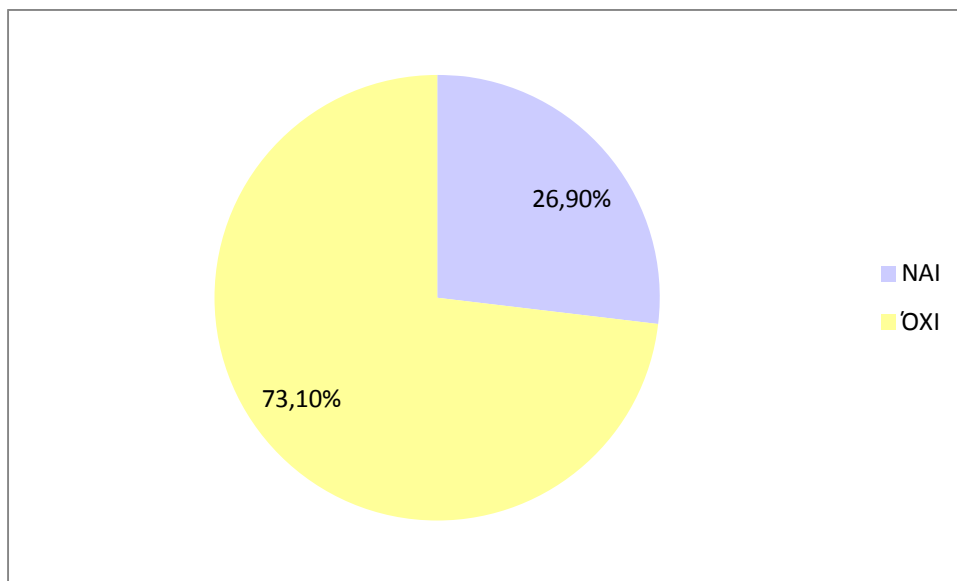
Το 73,8% δήλωσε ότι αγχώνεται ενώ το 26,2% ότι δεν αγχώνεται.

Σχεδιάγραμμα 67: Άγχος



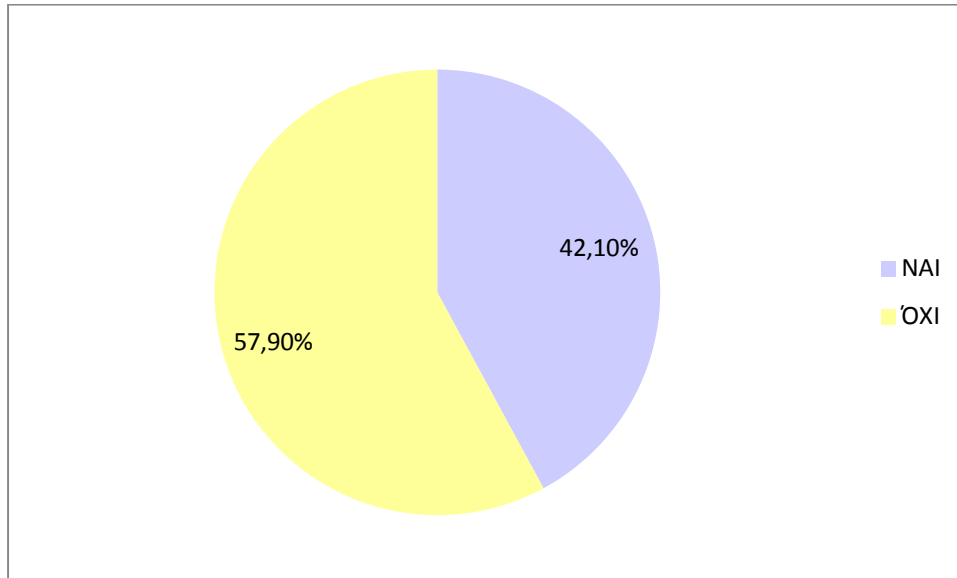
Το 26,9% δήλωσε ότι αισθάνεται κατάθλιψη ενώ το 73,1% ότι δεν αισθάνεται.

Σχεδιάγραμμα 68: Κατάθλιψη



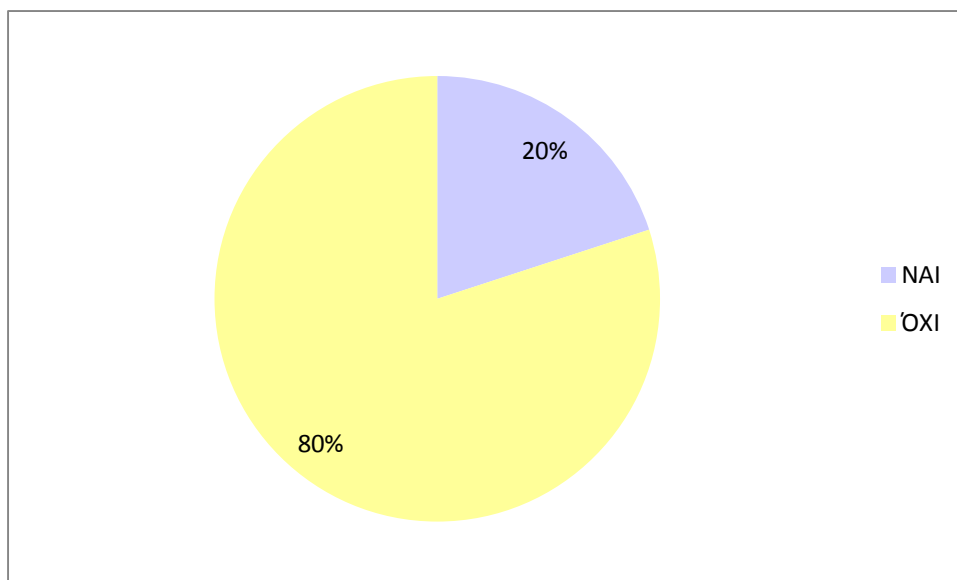
Το 42,1% δήλωσε διαρκή εκνευρισμό ενώ το 57,9% δεν εκδηλώνει αντίστοιχη συμπεριφορά.

Σχεδιάγραμμα 69: Διαρκής εκνευρισμός



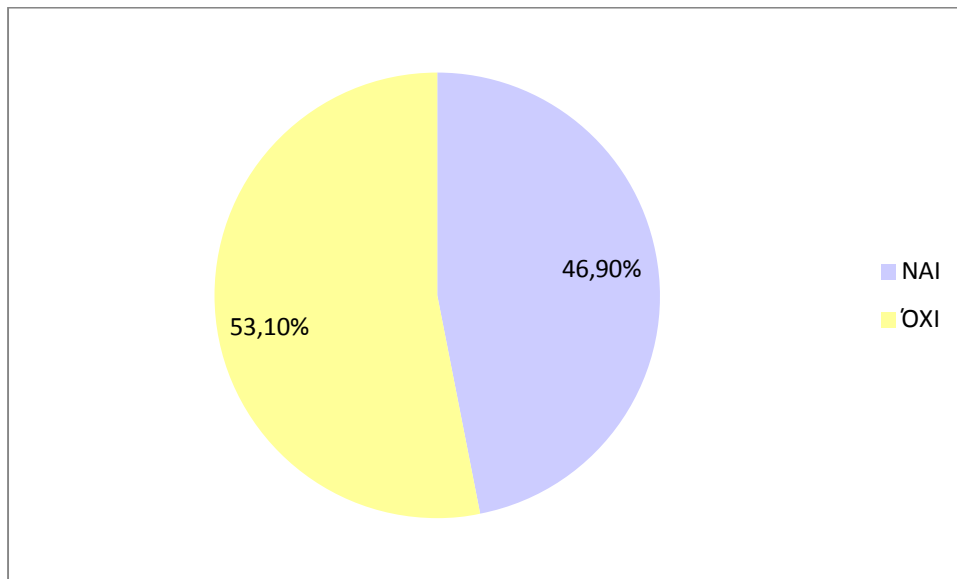
Το 20% δηλώνει υπέρταση ενώ το 80% δεν έχει.

Σχεδιάγραμμα 70: Υπέρταση



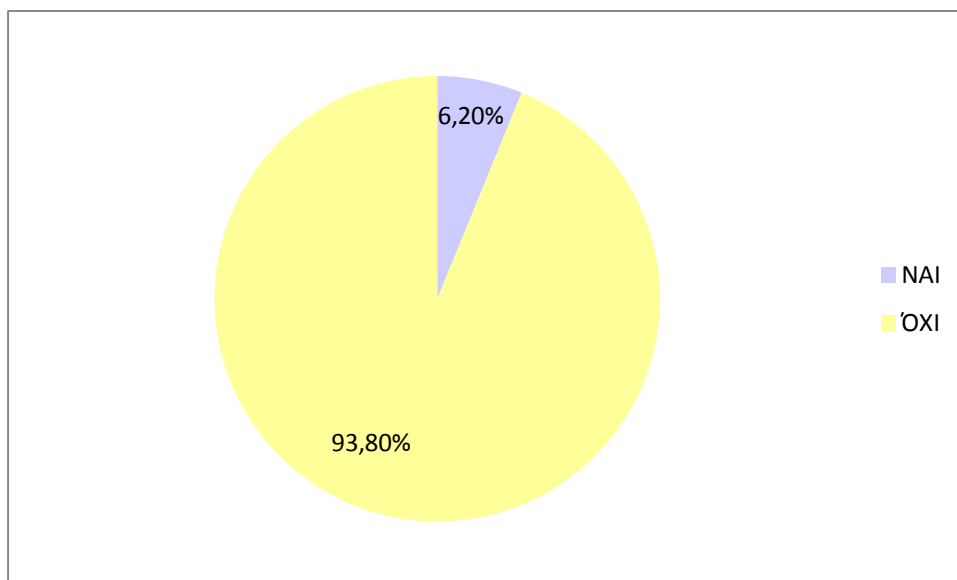
Το 46,9% νιώθει έντονους μυϊκούς πόνους ενώ το 53,1% δεν νιώθει ανάλογους πόνους.

Σχεδιάγραμμα 71: Έντονοι μυϊκοί πόνοι



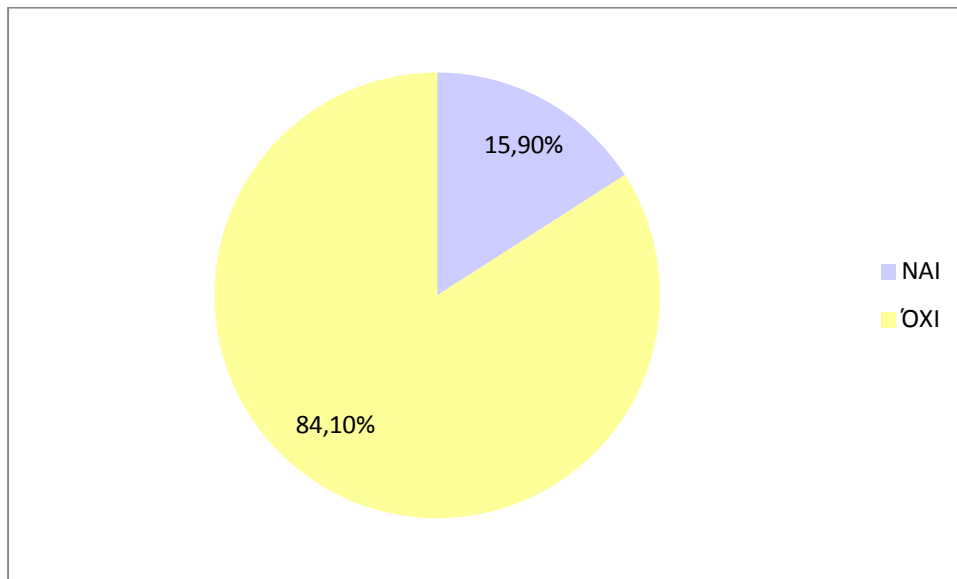
Το 6,2% δήλωσε ότι έχει υπερθυροειδισμό ενώ το 93,8% δήλωσε το αντίθετο.

Σχεδιάγραμμα 72: Υπερθυροειδισμός



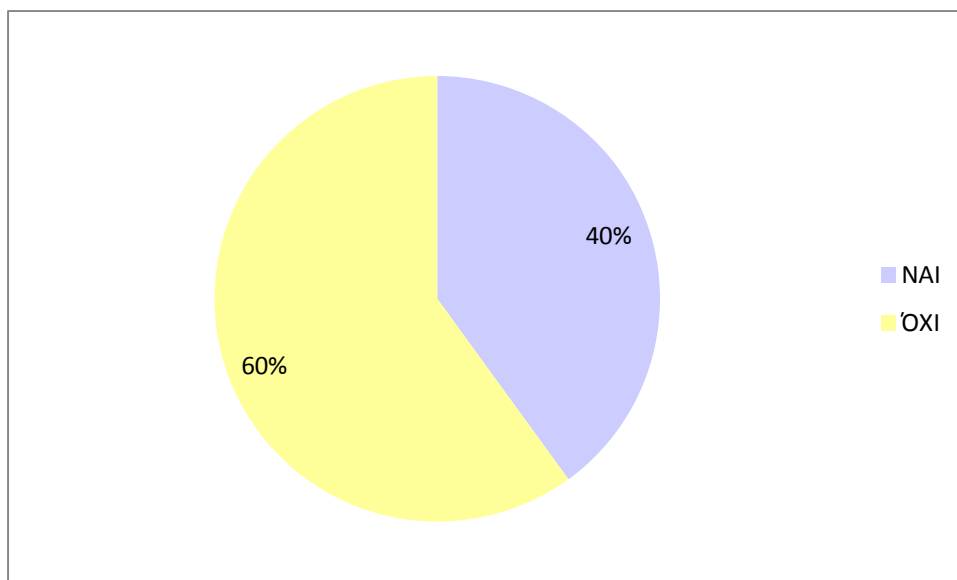
Το 15,9% εκδήλωσε σεξουαλικές διαταραχές ενώ το 84,1% δεν εκδήλωσε ανάλογες διαταραχές.

Σχεδιάγραμμα 73: Σεξουαλικές διαταραχές



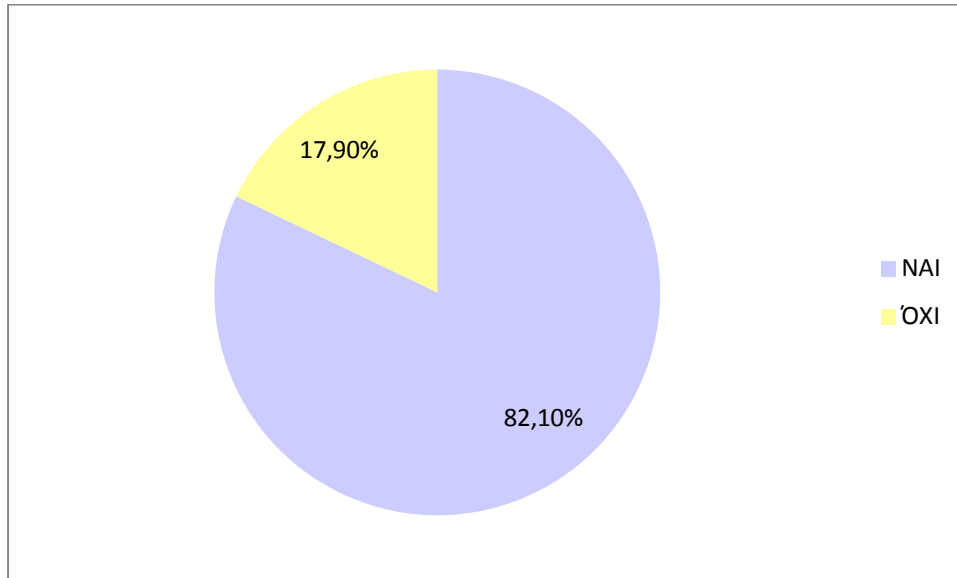
Το 40% εκδήλωσε διαταραχές ύπνου ενώ το 60% δεν εκδήλωσε.

Σχεδιάγραμμα 74: Διαταραχές ύπνου



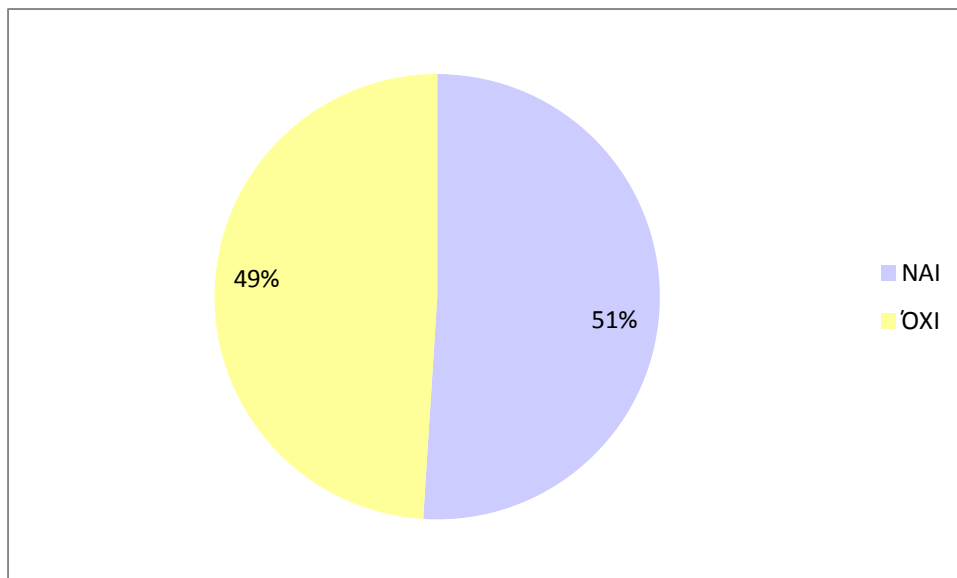
Το 82,1% εκδήλωσε κόπωση ενώ το 17,9% δεν εκδήλωσε κόπωση.

Σχεδιάγραμμα 75: Κόπωση



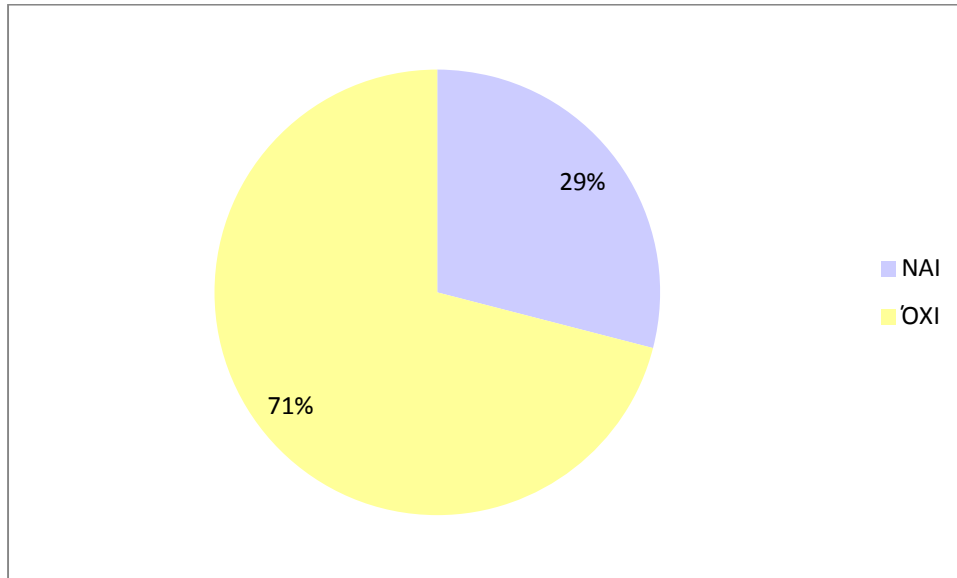
Το 51% δήλωσε ότι έχει κεφαλαλγίες ενώ το 49% ότι δεν έχει.

Σχεδιάγραμμα 76: Κεφαλαλγίες



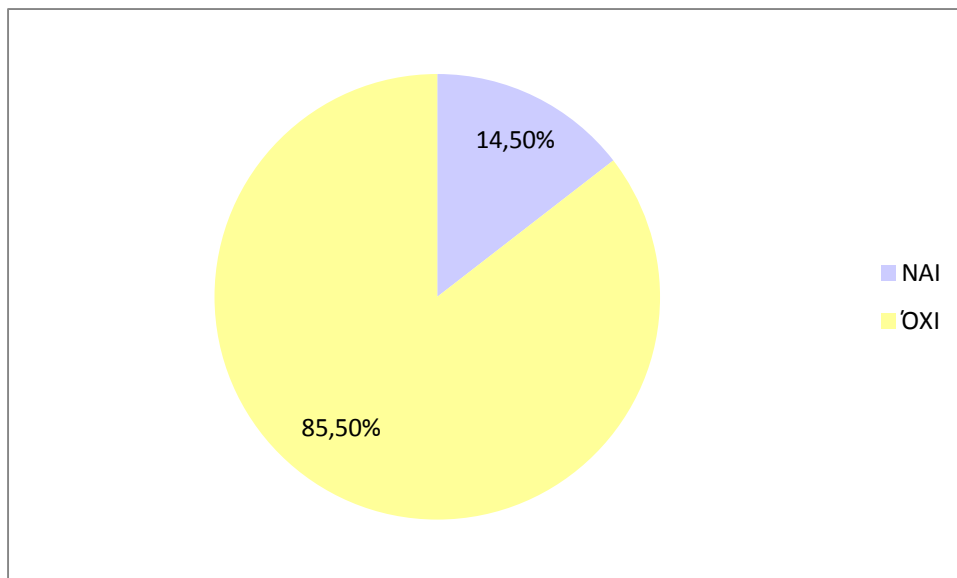
Το 29% δήλωσε ότι έχει γαστρεντερικές διαταραχές ενώ το 71% δεν έχει.

Σχεδιάγραμμα 77: Γαστρεντερικές διαταραχές



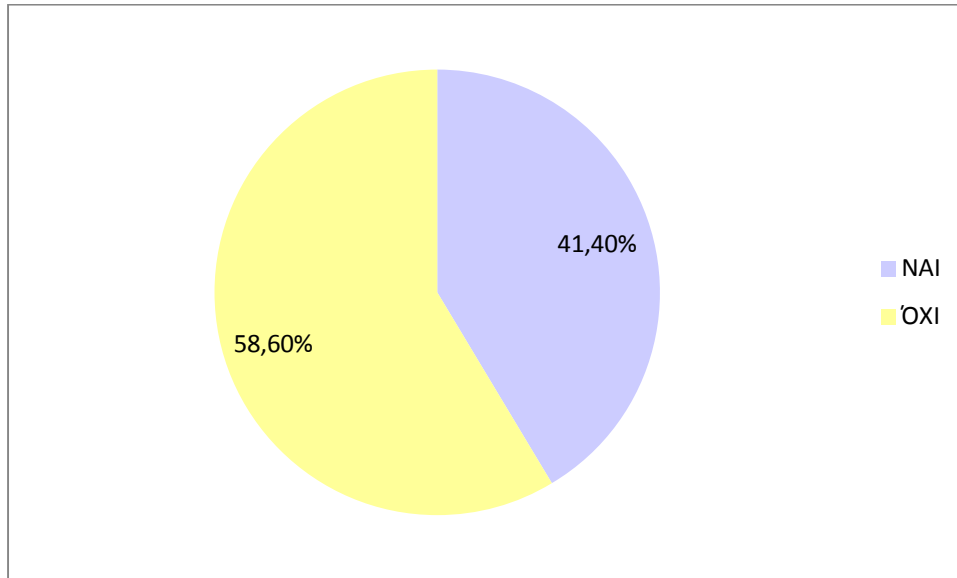
Το 14,5% δήλωσε ότι έχει καρδιολογικά ενοχλήματα ενώ το 85,5% ότι δεν έχει.

Σχεδιάγραμμα 78: Καρδιολογικά ενοχλήματα



Το 41,4% δήλωσε ότι έχει παρατηρήσει αύξηση ή μείωση του βάρους του ενώ το 58,6% ότι δεν παρατήρησε ανάλογη συμπεριφορά.

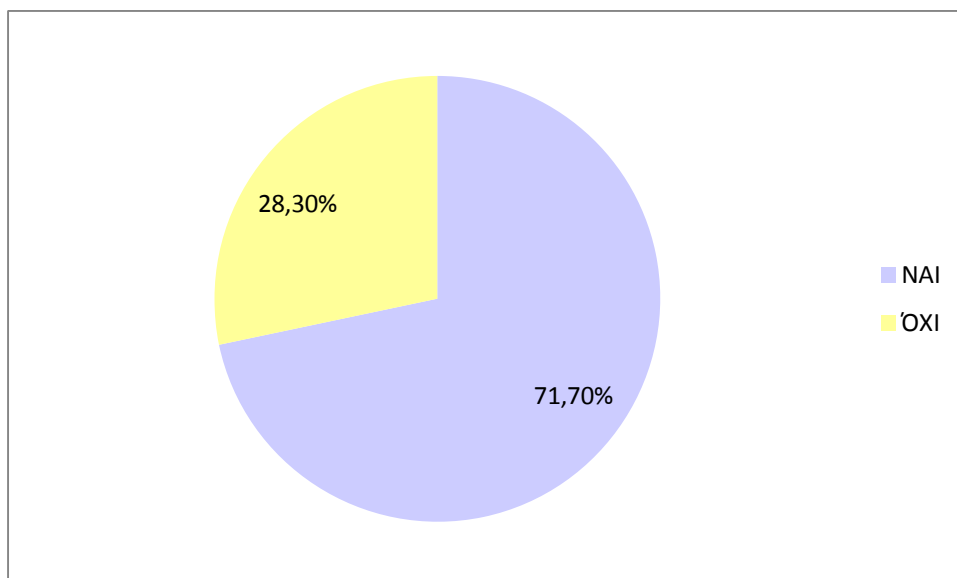
Σχεδιάγραμμα 79: Αύξηση ή μείωση βάρους



Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

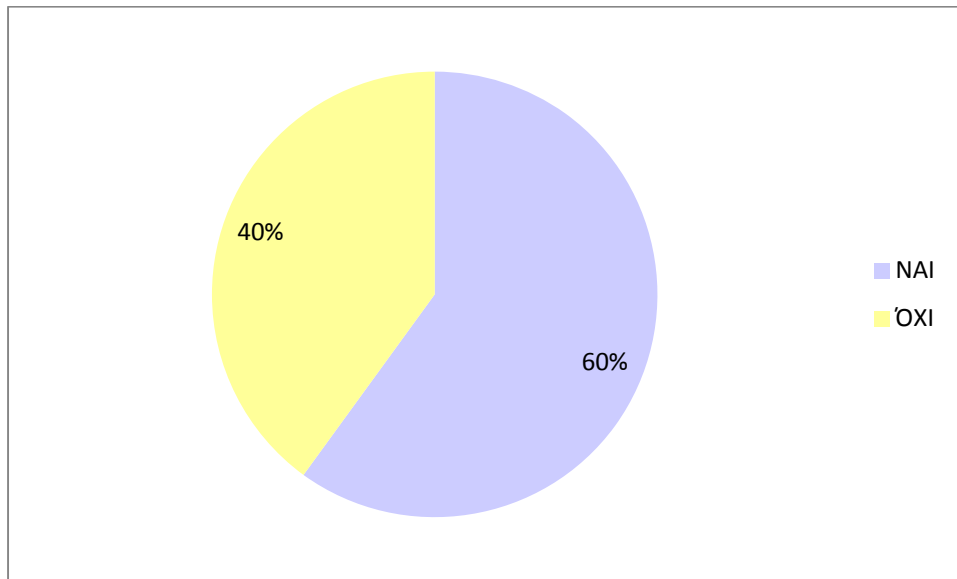
Το 71,7% γνωρίζει τα συμπτώματα εκδήλωσης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης ενώ το 28,3% δεν τα γνωρίζει.

Σχεδιάγραμμα 80: Γνωρίζετε για τα συμπτώματα εκδήλωσης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης;



Το 60% νιώθει επαγγελματική κόπωση ενώ το 40% δεν νιώθει ανάλογα.

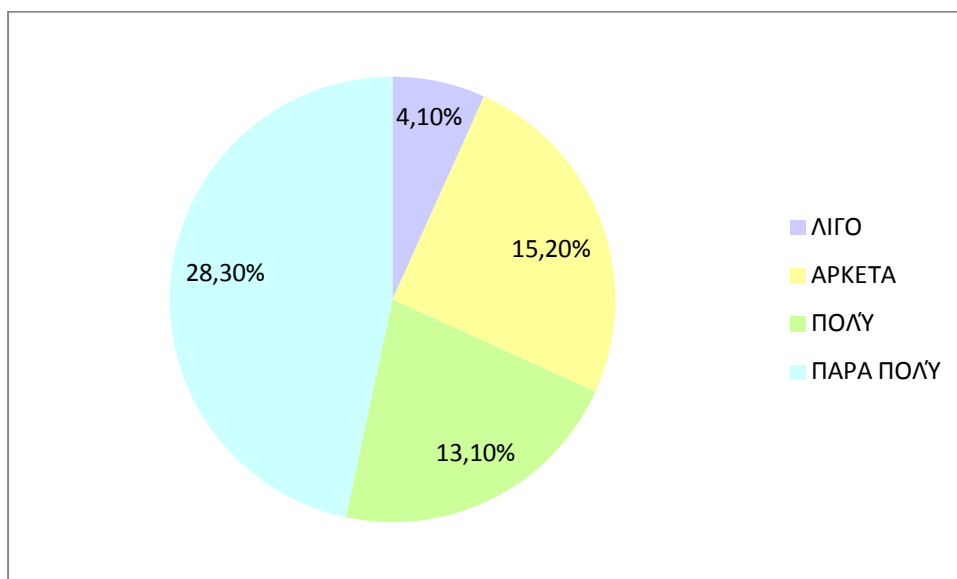
Σχεδιάγραμμα 81: Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;



Ερώτηση 26: Αν ναι, ποιοι παράγοντες και πόσο θεωρείτε ότι επιτείνουν την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης;

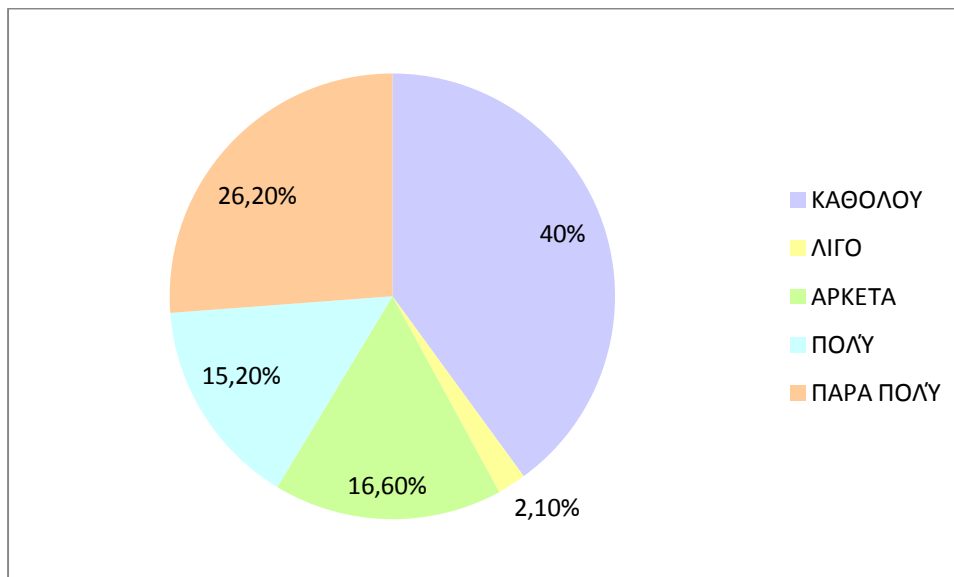
Από αυτούς που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση ζητήθηκε να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επιτείνουν την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης. Το 4,1% θεωρεί ότι οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν λίγο, το 15,2% ότι επηρεάζουν αρκετά, το 13,1% ότι επηρεάζουν πολύ και το 28,3% ότι επηρεάζουν πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 82: Συνθήκες εργασίας



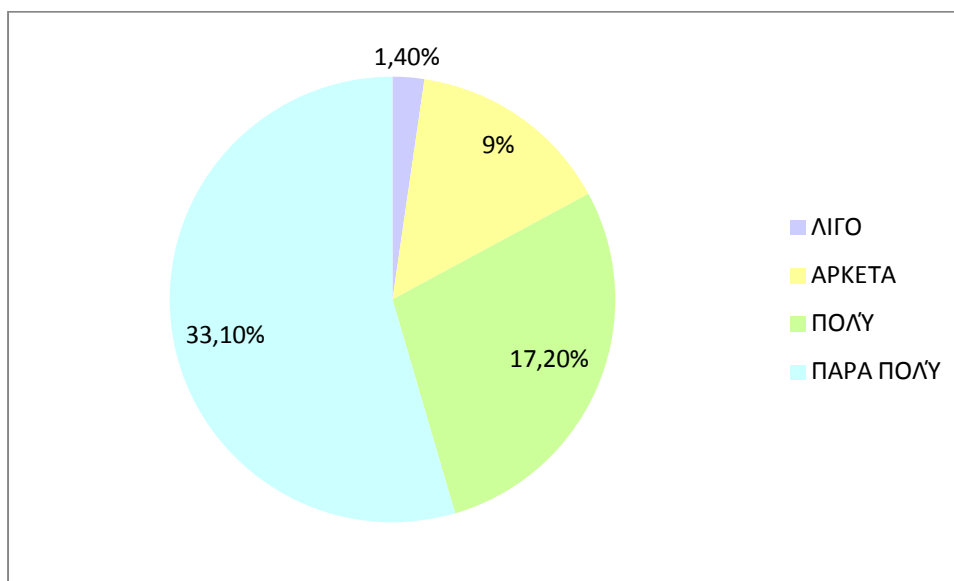
Το 40% δήλωσε ότι η εργασία με βάρδιες δεν επηρεάζει καθόλου. Το 2,1% δήλωσε ότι επηρεάζει λίγο, το 16,6% ότι επηρεάζει αρκετά, το 15,2% ότι επηρεάζει πολύ και το 26,2% ότι επηρεάζει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 83: Εργασία με βάρδιες



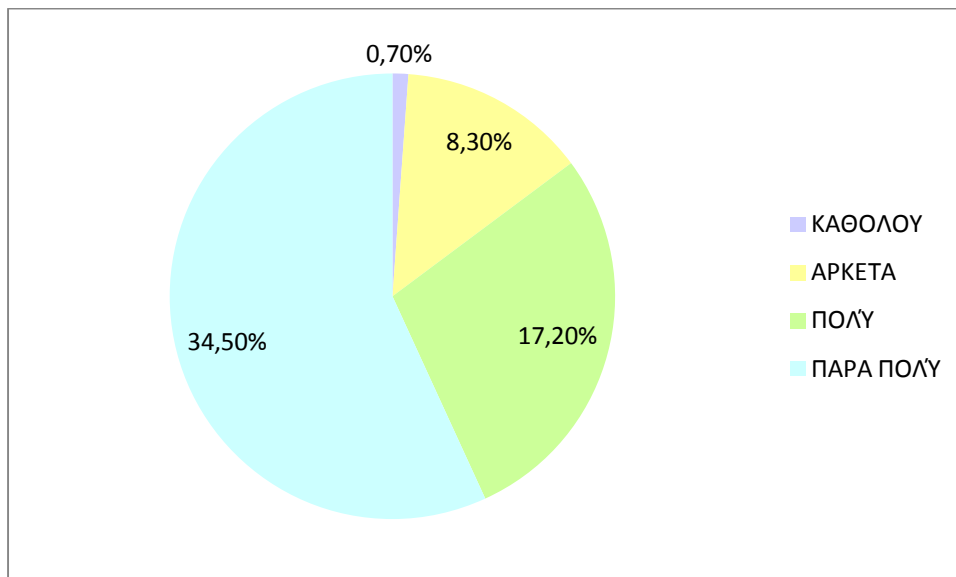
Το 1,4% δήλωσε ότι ο φόρτος εργασίας επηρεάζει λίγο την εμφάνιση του συνδρόμου, το 9% ότι επηρεάζει αρκετά, το 17,2% ότι επηρεάζει πολύ και το 33,1% ότι επηρεάζει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 84: Φόρτος εργασίας



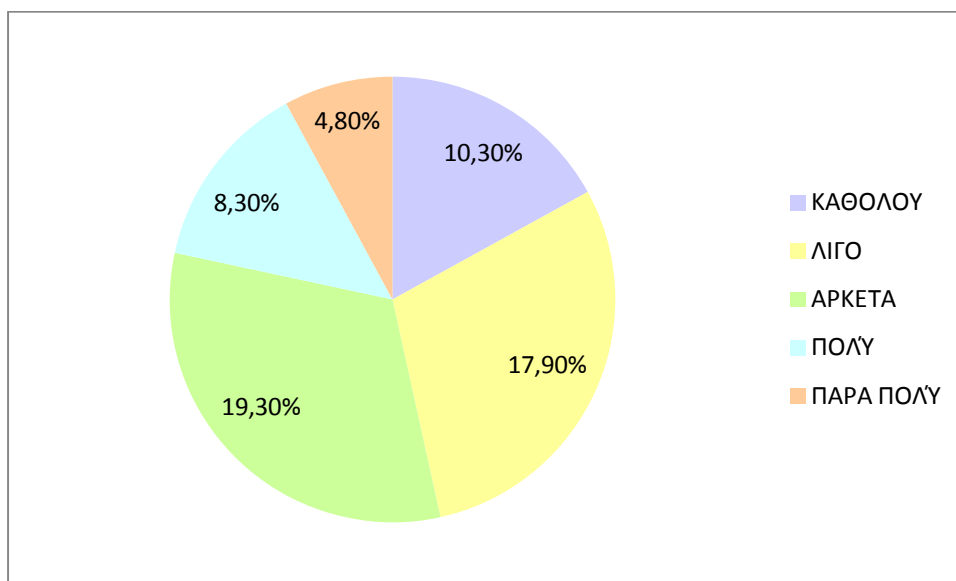
Το 0,7% δήλωσε ότι δεν επηρεάζει καθόλου η έλλειψη προσωπικού. Το 8,3% ότι επηρεάζει αρκετά, το 17,2% ότι επηρεάζει πολύ και το 34,5% ότι επηρεάζει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 85: Έλλειψη προσωπικού



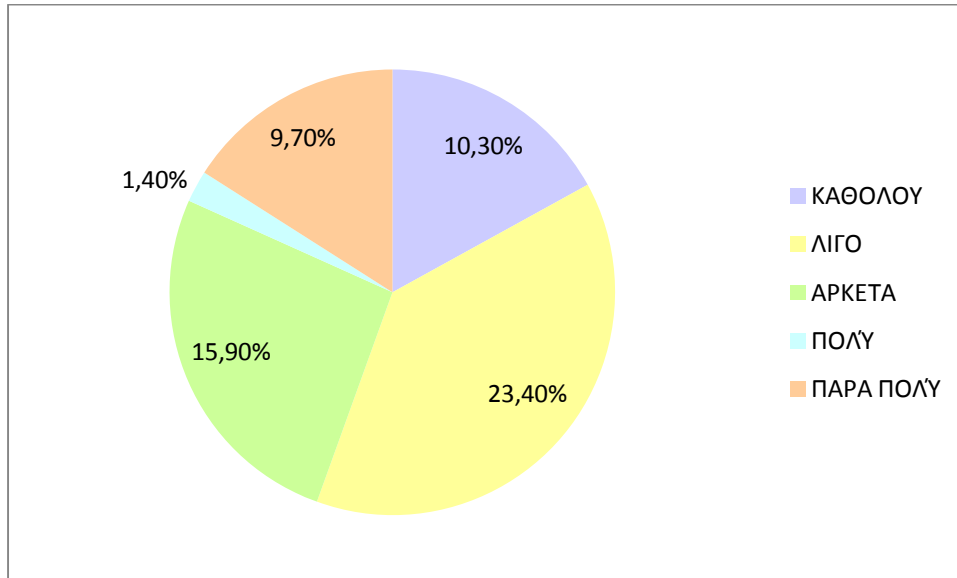
Το 10,3% δήλωσε ότι δεν επηρεάζουν καθόλου τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά. το 17,9% ότι επηρεάζει λίγο, το 19,3% ότι επηρεάζει αρκετά, το 8,3% ότι επηρεάζει πολύ και το 4,8% ότι επηρεάζει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 86: Προσωπικά χαρακτηριστικά σας



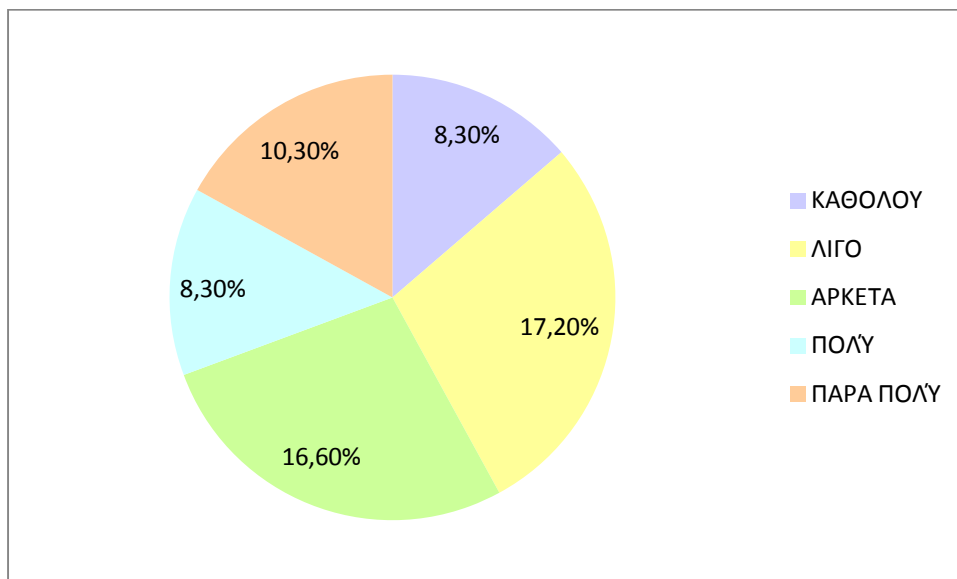
Το 10,3% δήλωσε ότι δεν επηρεάζει καθόλου ο ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων. Το 23,4% ότι επηρεάζει λίγο, το 15,9% ότι επηρεάζει αρκετά, το 1,4% επηρεάζει πολύ και το 9,7% επηρεάζει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 87: Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων



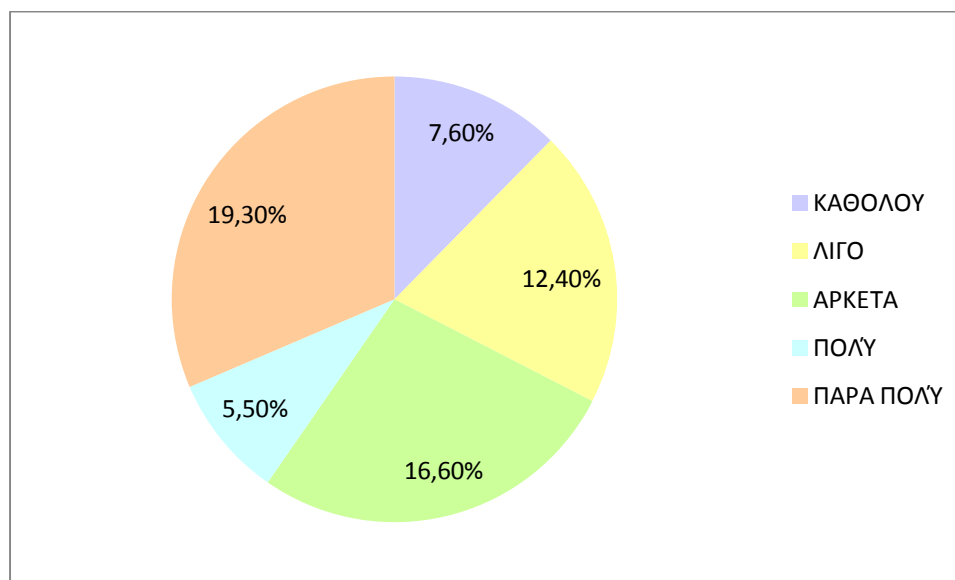
Το 8,3% δήλωσε ότι η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους δεν επηρεάζει. Το 17,2% ότι επηρεάζει λίγο, το 16,6% ότι επηρεάζει αρκετά, το 8,3% ότι επηρεάζει πολύ και το 10,3% ότι επηρεάζει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 88: Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους



Το 7,6% δήλωσε ότι οι εργασιακές διακρίσεις δεν επηρεάζουν καθόλου την εκδήλωση του συνδρόμου. Το 12,4% ότι επηρεάζει λίγο, το 16,6% ότι επηρεάζει αρκετά, το 5,5% ότι επηρεάζει πολύ και το 19,3% ότι επηρεάζει πάρα πολύ.

Σχεδιάγραμμα 89: Εργασιακές διακρίσεις



Οι προτάσεις των εργαζομένων για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας με σκοπό την ελάττωση και την αποφυγή των συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης περιγράφονται στη συνέχεια. Οι περισσότερες προτάσεις τους αφορούσαν τη ψυχολογική υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας, τη συχνή παρακολούθηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων σχετικά με το επάγγελμα για καλύτερη κατάρτιση και απόδοση του υπαλλήλου. Ακόμα πολλοί απάντησαν ότι θα έπρεπε να μειωθούν οι υπερωρίες, να προσλάβουν οι υπηρεσίες τους περισσότερα άτομα, να αυξήσουν το μισθό τους και να μπορούν να πάρουν περισσότερες μέρες άδεια.

Λιγότερες απαντήσεις συγκέντρωσαν ο καλύτερος καταμερισμός αρμοδιοτήτων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η συζήτηση προκειμένου να λύσουν οποιοσδήποτε δυσκολίες και η πληρωμή τους στην ώρα τους. Ακόμα συμπεριλήφθηκαν απαντήσεις όπως σεβασμός και παραδοχή για διαφορετικότητα, αντικειμενική αξιολόγηση, ισότιμη αντιμετώπιση από τους προϊσταμένους, αλλαγή τμήματος – χώρου εργασίας, ύπαρξη κινήτρων, επάρκεια υλικών και φαρμάκων και μετά από 20 χρόνια στην υπηρεσία να εργάζονται μόνο σε πρωινά τμήματα. Επίσης θα μπορούσαν να πραγματοποιούνται εκδηλώσεις ώστε να αυξηθούν οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ

των συναδέλφων και να υπάρχει διάλειμμα κατά τη διάρκεια της βάρδιας τους. Θα πρέπει να μειωθεί ο φόρτος εργασίας και μετά από νυχτερινή βάρδια να έχουν ρεπό.

Υπόθεση 1: Διαφοροποιείται η επαγγελματική κόπωση σε σχέση με το φύλο;

Όπως φαίνεται από τους επόμενους δύο πίνακες που πήραμε από το SPSS μετά την εφαρμογή απλής γραμμικής παλινδρόμησης τα αποτελέσματα μας είναι στατιστικά σημαντικά και βρέθηκε ότι η επαγγελματική κόπωση διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν περισσότερη επαγγελματική κόπωση σε σχέση με τους άντρες. Οι πίνακες διαμορφώθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας καθώς ο όγκος τους ήταν αρκετά μεγάλος.

Πίνακας 5: Συσχετίσεις

Φύλο	Pearson r	Επίπεδο στατιστική σημαντικότητας
Νιώθω επαγγελματική κόπωση	-,209	,001
Συνθήκες εργασίας	,221	,000
Εργασία με βάρδιες	,256	,000
Φόρτος εργασίας	,238	,000
Έλλειψη προσωπικού	,231	,000
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας	,176	,004
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	,183	,003
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	,201	,001

Εργασιακές διακρίσεις	,259	,000
-----------------------	------	------

Ο παράγοντας που σχετίζεται περισσότερο με το φύλο και συγκεκριμένα τις γυναίκες είναι οι εργασιακές διακρίσεις. Με άλλα λόγια υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της συγκεκριμένης μεταβλητής.

Πίνακας 6: Μοντέλο πρόβλεψης

R	R Square	Adjusted R Square
,301	,091	,053

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το $R=30,1\%$. Ο επόμενος δείκτης ο R^2 είναι ίσος με $9,1\%$ και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που πιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjustedRsquare είναι μια διόρθωση του R^2 αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

Υπόθεση 2: Σχετίζεται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με την διάρκεια (σε έτη) υπηρεσίας στον χώρο της υγείας;

Σύμφωνα με τους επόμενους πίνακες που πήραμε από το SPSS και έπειτα από απλή γραμμική παλινδρόμηση η υπόθεση μας επιβεβαιώθηκε. Πιο συγκεκριμένα ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται και μάλιστα θετικά με τη διάρκεια υπηρεσίας στο χώρο της υγείας.

Πίνακας 7: Συσχετίσεις

Διάρκεια υπηρεσίας στο χώρο της υγείας	Pearson r	Επίπεδο στατιστική σημαντικότητας
Νιώθω επαγγελματική κόπωση	-,260	,000

Συνθήκες εργασίας	,241	,000
Εργασία με βάρδιες	,238	,000
Φόρτος εργασίας	,269	,000
Έλλειψη προσωπικού	,262	,000
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας	,222	,000
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	,271	,000
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	,239	,000
Εργασιακές διακρίσεις	,211	,000

Ο παράγοντας που σχετίζεται περισσότερο με τη διάρκεια υπηρεσίας στο χώρο της υγείας είναι ο ανταγωνισμός μεταξύ των εργαζομένων. Με άλλα λόγια υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας υπηρεσίας στο χώρο της υγείας και της συγκεκριμένης μεταβλητής.

Πίνακας 8: Μοντέλο πρόβλεψης

R	R Square	Adjusted R Square
,330	,109	,072

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το R=33%. Ο επόμενος δείκτης ο R^2 είναι ίσος με 10,9% και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που πιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjustedRsquare είναι μια διόρθωση του R^2 αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

Υπόθεση 3: Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με τον τομέα εργασίας; Σύμφωνα με τους επόμενους πίνακες που πήραμε από το SPSS και έπειτα από απλή γραμμική παλινδρόμηση η υπόθεση μας δεν επιβεβαιώθηκε για όλα τα τμήματα. Πιο συγκεκριμένα ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται και μάλιστα θετικά με τα τμήματα εκείνα που οι ασθενείς βιώνουν περισσότερο πόνο ή πεθαίνουν συχνότερα όπως για παράδειγμα οι μονάδες εντατικής θεραπείας και τα παθολογικά τμήματα. Λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζουν τα υπόλοιπα τμήματα όπως τα ορθοπαιδικά και τα αναισθησιολογικά.

Πίνακας 9: Συσχετίσεις

Τομέας εργασίας	Pearson r	Επίπεδο στατιστική σημαντικότητα
Νιώθω επαγγελματική κόπωση	-,143	,015
Συνθήκες εργασίας	,184	,003
Εργασία με βάρδιες	,194	,002
Φόρτος εργασίας	,174	,004
Έλλειψη προσωπικού	,174	,004
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας	,118	,038
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	,100	,067
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	,163	,007
Εργασιακές διακρίσεις	,215	,001

Ο παράγοντας που σχετίζεται περισσότερο με το τμήμα στο οποίο εργάζονται είναι οι εργασιακές διακρίσεις. Με άλλα λόγια υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ του τμήματος στο οποίο εργάζονται και της συγκεκριμένης μεταβλητής.

Πίνακας 10: Μοντέλο πρόβλεψης

R	R Square	Adjusted R Square
,305	,093	,055

Σύμφωνα με τον πίνακα 10 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το R=30,5%. Ο επόμενος δείκτης ο R^2 είναι ίσος με 9,3% και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που πιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjustedRsquare είναι μια διόρθωση του R^2 αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

Υπόθεση 4: Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας;

Σύμφωνα με τους επόμενους πίνακες που πήραμε από το SPSS και έπειτα από απλή γραμμική παλινδρόμηση η υπόθεση μας επιβεβαιώθηκε για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται και μάλιστα θετικά με τους γιατρούς και λιγότερο με τους νοσηλευτές ή τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Πίνακας 11: Συσχετίσεις

Επαγγελματίες υγείας	Pearson r	Επίπεδο στατιστική σημαντικότητας
Νιώθω επαγγελματική κόπωση	-,234	,000
Συνθήκες εργασίας	,212	,001
Εργασία με βάρδιες	,241	,000

Φόρτος εργασίας	,236	,000
Έλλειψη προσωπικού	,241	,000
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας	,185	,003
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	,211	,001
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	,206	,001
Εργασιακές διακρίσεις	,263	,000

Ο παράγοντας που σχετίζεται περισσότερο με τους επαγγελματίες υγείας είναι οι εργασιακές διακρίσεις. Φαίνεται ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Με άλλα λόγια υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της συγκεκριμένης μεταβλητής.

Πίνακας 12: Μοντέλο πρόβλεψης

R	RSquare	AdjustedRSquare
,292	,085	,047

Σύμφωνα με τον πίνακα 12 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το R=29,2%. Ο επόμενος δείκτης ο R^2 είναι ίσος με 8,5% και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που πιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjustedRSquare είναι μια διόρθωση του R^2 αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

Υπόθεση 5: Σχετίζεται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με τον τομέα εργασίας;

Η υπόθεση μας φαίνεται ότι δεν επιβεβαιώθηκε με βάση τα αποτελέσματα που πήραμε από το SPSS καθώς τα αποτελέσματα όπως φαίνονται και στους επόμενους πίνακες δεν είναι στατιστικά σημαντικά. Αυτό σημαίνει ότι ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης δεν σχετίζεται με τον τομέα εργασίας ή διαφορετικά είναι ανεξάρτητες αυτές οι δύο μεταβλητές.

Πίνακας 13: Συσχετίσεις

Τομέας εργασίας	Pearson r	Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας
Άγχος	-,010	,442
Κατάθλιψη	-,105	,057
Διαρκής εκνευρισμός	-,108	,052
Υπέρταση	,013	,422
Έντονοι μυϊκοί πόνοι	-,062	,175
Υπερθυροειδισμός	,161	,007
Σεξουαλικές διαταραχές	,079	,119
Διαταραχές ύπνου	-,030	,328
Κόπωση	-,086	,099
Κεφαλαλγίες	-,090	,089
Γαστρεντερολογικές διαταραχές	-,018	,393
Καρδιολογικά ενοχλήματα	,009	,444
Αύξηση ή μείωση βάρους	-,155	,010

Πίνακας 14: Μοντέλο πρόβλεψης

R	RSquare	AdjustedRSquare
,317	,100	,045

Σύμφωνα με τον πίνακα 14 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το R=31,7%. Ο επόμενος δείκτης ο R^2 είναι ίσος με 10% και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που πιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjustedRsquare είναι μια διόρθωση του R^2 αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

Υπόθεση 6: Υποθέτουμε ότι οι επαγγελματίες υγείας με τα περισσότερα χρόνια εργασίας έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου burnout.

Με βάση τα αποτελέσματα που πήραμε από το SPSS μόνο η υπέρταση και οι γαστρεντερικές διαταραχές σχετίζονται με τα χρόνια εργασίας και όχι συνολικά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 15: Συσχετίσεις

Χρόνια εργασίας	Pearson r	Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας
Άγχος	-,116	,083
Κατάθλιψη	-,161	,027
Διαρκής εκνευρισμός	,029	,367
Υπέρταση	-,221	,004
Έντονοι μυϊκοί πόνοι	-,171	,020
Υπερθυροειδισμός	-,122	,073
Σεξουαλικές διαταραχές	-,110	,095

Διαταραχές ύπνου	-,033	,345
Κόπωση	-,006	,473
Κεφαλαλγίες	,007	,465
Γαστρεντερολογικές διαταραχές	-,227	,003
Καρδιολογικά ενοχλήματα	-,169	,022
Αύξηση ή μείωση βάρους	-,146	,041

Τόσο η μεταβλητή της υπέρτασης όσο και εκείνη των γαστρεντερικών διαταραχών φαίνεται ότι σχετίζεται αρνητικά με τα χρόνια υπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας. Με άλλα λόγια όσο αυξάνονται τα χρόνια μειώνονται αυτές οι διαταραχές στους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 16: Μοντέλο πρόβλεψης

R	RSquare	AdjustedRSquare
,399	,160	,076

Σύμφωνα με τον πίνακα 16 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το $R=39,9\%$. Ο επόμενος δείκτης ο R^2 είναι ίσος με 16% και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που πιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjustedRsquare είναι μια διόρθωση του R^2 αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

Υπόθεση 7: Υποθέτουμε ότι οι εργαζόμενοι σε τμήματα με αυξημένη θνησιμότητα έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου burnout.

Με βάση τα αποτελέσματα που πήραμε από το SPSS δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα οπότε δεν επιβεβαιώθηκε η υπόθεση μας. Οι εργαζόμενοι σε τμήματα με αυξημένη θνησιμότητα δεν έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 17: Συσχετίσεις

Τμήμα εργασίας	Pearson r	Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας
Άγχος	,075	,185
Κατάθλιψη	-,117	,082
Διαρκής εκνευρισμός	-,122	,073
Υπέρταση	-,021	,450
Έντονοι μυϊκοί πόνοι	,140	,402
Υπερθυροειδισμός	-,024	,047
Σεξουαλικές διαταραχές	-,004	,388
Διαταραχές ύπνου	-,018	,480
Κόπωση	-,053	,415
Κεφαλαλγίες	,020	,266
Γαστρεντερολογικές διαταραχές	,020	,407
Καρδιολογικά ενοχλήματα	-,053	,405
Αύξηση ή μείωση βάρους	-,146	,041

Πίνακας 18: Μοντέλο πρόβλεψης

R	RSquare	AdjustedRSquare
,302	,091	,001

Σύμφωνα με τον πίνακα 18 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το R=30,2%. Ο επόμενος δείκτης ο R^2 είναι ίσος με 9,1% και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που πιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjustedRsquare είναι μια διόρθωση του R^2 αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

Υπόθεση 8: Υποθέτουμε ότι οι έγγαμοι επαγγελματίες υγείας, λόγω αυξημένων υποχρεώσεων, πλήττονται περισσότερο από ότι οι άγαμοι.

Με βάση τα αποτελέσματα που πήραμε από το SPSS δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα οπότε δεν επιβεβαιώθηκε η υπόθεση μας. Οι έγγαμοι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν καμία διαφορά σε σχέση με τους άγαμους συναδέλφους τους ως προς την εκδήλωση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 19: Συσχετίσεις

Οικογενειακή κατάσταση	Pearson r	Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας
Άγχος	,098	,120
Κατάθλιψη	,001	,496
Διαρκής εκνευρισμός	,123	,072
Υπέρταση	-,159	,028
Έντονοι μυϊκοί πόνοι	-,107	,101
Υπερθυροειδισμός	-,061	,233

Σεξουαλικές διαταραχές	-,051	,270
Διαταραχές ύπνου	-,012	,442
Κόπωση	-,030	,363
Κεφαλαλγίες	-,033	,349
Γαστρεντερολογικές διαταραχές	-,027	,376
Καρδιολογικά ενοχλήματα	-,073	,192
Αύξηση ή μείωση βάρους	-,132	,057

Πίνακας 20: Μοντέλο πρόβλεψης

R	RSquare	AdjustedRSquare
,309	,096	,005

Σύμφωνα με τον πίνακα 20 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το $R=30,9\%$. Ο επόμενος δείκτης ο R^2 είναι ίσος με $9,6\%$ και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που πιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjustedRSquare είναι μια διόρθωση του R^2 αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

Υπόθεση 9: Υποθέτουμε ότι οι ΚΛ έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου burnout, σε σχέση με το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό.

Με βάση τα αποτελέσματα που πήραμε από το SPSS η υπόθεση μας επιβεβαιώθηκε καθώς βρήκαμε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα οι έντονοι μυϊκοί πόνοι, ο υπερθυροειδισμός και οι κεφαλαλγίες φαίνεται ότι κάνουν τους

κοινωνικούς λειτουργούς να υποφέρουν περισσότερο σε σύγκριση με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 21: Συσχετίσεις

Επαγγελματίες υγείας	Pearson r	Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας
Άγχος	-,138	,049
Κατάθλιψη	-,048	,284
Διαρκής εκνευρισμός	-,046	,291
Υπέρταση	-,092	,137
Έντονοι μυϊκοί πόνοι	-,370	,000
Υπερθυροειδισμός	-,287	,000
Σεξουαλικές διαταραχές	-,042	,310
Διαταραχές ύπνου	-,100	,117
Κόπωση	-,039	,323
Κεφαλαλγίες	-,220	,004
Γαστρεντερολογικές διαταραχές	-,052	,268
Καρδιολογικά ενοχλήματα	-,042	,310
Αύξηση ή μείωση βάρους	-,154	,033

Πίνακας 22: Μοντέλο πρόβλεψης

R	RSquare	AdjustedRSquare
,510	,260	,186

Σύμφωνα με τον πίνακα 22 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το $R=51\%$. Βλέπουμε ότι μέχρι στιγμής είναι το καλύτερο μοντέλο πρόβλεψης καθώς μπορεί να προβλέψει το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων. Ο επόμενος δείκτης ο R^2 είναι ίσος με 26% και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που πιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjustedRsquare είναι μια διόρθωση του R^2 αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

Υπόθεση 10: Ποιες οι προτάσεις των επαγγελματιών υγείας για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους και την κάλυψη των αναγκών τους;

Οι προτάσεις των εργαζομένων εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα. Οι πιο συχνά εμφανιζόμενες απαντήσεις είναι αυτές που αναφέρονται στην αύξηση του προσωπικού, η αύξηση των αποδοχών, οι λιγότερες βάρδιες, οι καλύτερες συνθήκες εργασίας και ο ξεκάθαρος διαχωρισμός των αρμοδιοτήτων. Στον τελευταίο παράγοντα που ομαδοποιήθηκε με βάση το άλλο αναφέρονται απαντήσεις όπως σεβασμός και παραδοχή για τη διαφορετικότητα, πληρωμή στην ώρα, ελπίδες και στόχους χωρίς προκατάληψη, μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, ύπαρξη κινήτρων, επάρκεια υλικών και φαρμάκων, μουσική στο χώρο εργασίας, λιγότερος θόρυβος, καθιερωμένο διάλειμμα.

Πίνακας 23: Τι θέλουν οι επαγγελματίες υγείας να αλλάξει προκειμένου να βελτιώσουν τις συνθήκες εργασίας τους

Είδος απάντησης	Συχνότητα
Αύξηση προσωπικού	80
Αύξηση αποδοχών	60
Λιγότερες βάρδιες	44
Καλύτερες συνθήκες εργασίας	42
Ξεκάθαρος διαχωρισμός	40

αρμοδιοτήτων	
Καλή συνεργασία με συναδέλφους	36
Ρεπό μετά από βάρδιες	36
Παρακολούθηση σεμιναρίων	32
Ψυχολογική υποστήριξη	30
Περισσότερος ελεύθερος χρόνος	30
Ισότιμη αντιμετώπιση από προϊσταμένους	26
Αντικειμενική αξιολόγηση	24
Μείωση φόρτου εργασίας	18
Αλλαγή τμήματος	16
Συζήτηση περιστατικών και επίλυση δυσκολιών	10
Άλλο	10

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, το 60% των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας στη μελέτη, εκδηλώνουν συμπτώματα επαγγελματικής κόπωσης, πράγμα που επιβεβαιώνουν και παλαιότερες έρευνες όπως των (Jimmieson, 2000, Demiretal, 2003). Στην έρευνα μας δεν επιβεβαιώθηκε ότι οι νοσηλευτές είναι εκείνη η κατηγορία επαγγελματιών υγείας που εκδηλώνει περισσότερες απουσίες οι οποίες σε βάθος χρόνου οδηγούν σε εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος το οποίο επισημαίνει προηγούμενη έρευνα (Leetal, 2004, Χαραλαμπίδου, 1996, Halmetal, 2005, Leiter&Laschinger, 2006).

Σημαντικό εύρημα της μελέτης μας έδειξε ότι δε σχετίζεται ο τομέας εργασίας των νοσηλευτών με την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης, πράγμα που έρχεται σε αντίθεση με παλαιότερες έρευνες που βρήκαν πως ο τομέας εργασίας των νοσηλευτών σχετίζεται με την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και κυρίως κατηγορούνται τα ψυχιατρικά τμήματα (Hanniganetal., 2000, Kilfedderetal., 2001) ή οι μονάδες εντατικής θεραπείας (Brooks&Anderson, 2004, Cubrilo – Turek&Urek, 2006).

Η πλειοψηφία (60%) των συμμετεχόντων στην έρευνα εκδηλώνουν συμπτώματα επαγγελματικής κόπωσης, τα οποία ίσως οφείλονται στα περιορισμένα μέτρα, την έλλειψη προσωπικού και έλλειψη εξειδικευμένης κατάρτισης εύρημα το οποίο επιβεβαιώθηκε από την έρευνα των Jenkins&Elliott (2004), των Αντωνίου & Αντωνοδημητράκη (2001).

Ακόμα ενδιαφέροντα ήταν τα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία φάνηκε ότι από τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις των επαγγελματιών υγείας, αυτές οι οποίες εκδηλώνονται περισσότερο ήταν άγχος, κόπωση, κεφαλαλγίες και αυξομειώσεις στο βάρος τους. Αυτές οι ενοχλήσεις λειτουργούν ως επιβαρυντικοί παράγοντες στην εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παρουσιάζει ενδιαφέρον στην έρευνα μας το εύρημα ότι το φύλο και πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερο το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο δεν επιβεβαιώνεται από προηγούμενη έρευνα (Διλιντά 2010) η οποία πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο του Ηρακλείου. Το ίδιο εύρημα φαίνεται και με τα χρόνια προϋπηρεσίας: ενώ στην έρευνα μας υπήρχε διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που ξεκινούσαν τώρα την καριέρα τους και σε αυτούς που δούλευαν αρκετά

χρόνια, στην έρευνα του Διλιντά (2010) δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επίσης διαφορές στα ευρήματά μας σε σχέση με προηγούμενη έρευνα στο ΠΑΓΝΗ αφορά τις ομάδες επαγγελματιών υγείας που εμφανίζουν πιο συχνά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ στην έρευνα μας οι γιατροί είναι αυτοί που εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο αυτό στην έρευνα του Διλιντά (2010) αυτοί που εκδηλώνουν αυτό το σύνδρομο είναι οι νοσηλευτές. Ίσως να μπορεί να εξηγηθεί υποθετικά και μόνο η διαφορετική χρονική συγκυρία στην οποία έγινε η μελέτη.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν ότι παρά τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει στην εργασία του, γιατί είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας, και επιβεβαιώνονται τα αποτελέσματα της έρευνας των Κανδρή και συν. (2004).

Στην έρευνα μας επίσης βρέθηκε ότι δεν σχετίζονται οι εργασιακοί παράγοντες με την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, πράγμα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Αδαλή και συν. (2002) οι οποίοι διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και βρέθηκε πως οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου. Επίσης επιβεβαιώνονται τα αποτελέσματα μας με αυτά της Μπελλάλη και συν. (2007) που δείχνουν πως η σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από το άγχος που βιώνουν στο εργασιακό περιβάλλον.

Ακόμη η έρευνα μας έδειξε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών, υποφέρει από υψηλή συναισθηματική εξάντληση, μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα και έντονα αισθήματα αποπροσωποποίησης όπως φαίνεται ότι είναι εύρημα και άλλων μελετών (Ρούπα και συν. (2008). Επίσης έδειξε ότι η συναισθηματική εξάντληση των συμμετεχόντων σχετίζεται θετικά με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος και δεν επιβεβαιώνονται προηγούμενες έρευνες (Ρούπα και συν. (2008)

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν συνοπτικά ότι οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματική εξουθένωση. Τα χρόνια προϋπηρεσίας σχετίζονται θετικά με την εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης όπως επίσης και το γεγονός ότι οι γιατροί εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Ο τομέας στον οποίο εργάζονται φαίνεται ότι δεν επηρεάζει την εκδήλωση αυτού του φαινομένου. Τέλος σημαντικές ήταν και οι

προτάσεις των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος για την επαγγελματική τους εξουθένωση.

Προτάσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα

Αξιόλογο ήταν το εύρημα της έρευνας μας σύμφωνα με το οποίο προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα συμπτώματα που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας πρότειναν να δημιουργούνται ομάδες προκειμένου να παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη στους επαγγελματίες υγείας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε από την έρευνα του Διομήδους και συν. (2009). Ακόμα ανέφεραν ότι θα πρέπει να παρακολουθούν συχνά εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με το επάγγελμα για καλύτερη κατάρτιση και απόδοση του υπαλλήλου.

Επίσης πρότειναν να υπάρχει ρεπό μετά από βάρδιες, να αυξηθεί ο μισθός και το προσωπικό στα τμήματα στα οποία εργάζονται, να υπάρχουν λιγότερες εφημερίες και περισσότερες μέρες άδειας και ιδιαίτερα μετά από εφημερία να υπάρχει ρεπό. Θα πρέπει να υπάρχει καταμερισμός των αρμοδιοτήτων και αντικειμενική αξιολόγηση από τους προϊσταμένους. Θα πρέπει να σημειωθεί τέλος ότι ο χαμηλός μισθός των συμμετεχόντων στη μελέτη μας αποτελεί και αυτός έναν παράγοντα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Προτάσεις των ερευνητών

Για να έχει τη δυνατότητα ο επαγγελματίας υγείας, να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του απέναντι στον ασθενή, θα πρέπει πρωτίστως να φροντίζει τον εαυτό του. Η επαγγελματική εξουθένωση ίσως να μην μπορεί να αποφευχθεί πλήρως, στους εργαζόμενους των νοσοκομείων αλλά κάποιοι παράμετροι του συνδρόμου μπορεί να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση η οποία προσανατολίζεται είτε σε ατομικό, είτε σε οργανωτικό επίπεδο.

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο θεωρούνται οι ενέργειες εκείνες, που κάνει το ίδιο το άτομο.

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και καταπολέμηση τους.
- Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών.

- Αναζήτηση υποστήριξης από εξειδικευμένη ομάδα.
- Ενασχόληση με άλλα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (χόμπι).
- Σωστή διατροφή, άσκηση, καθώς και επάρκεια ανάπαυσης.
- Προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή εργασίας.

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό/ διοικητικό επίπεδο

Όταν η διοίκηση ενδιαφέρεται για τους εργαζόμενους και προσπαθεί να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας τους τότε είναι βέβαιο ότι εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών οι οποίες διακρίνονται για την ποιότητά τους από επαγγελματίες που αντλούν ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας τους όσο απαιτητικό και δύσκολο μπορεί να είναι.

Οι παρεμβάσεις που προτείνουμε είναι:

- Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία υγείας στην κατάλληλη θέση.
- Δημοκρατική διοίκηση από τους προϊστάμενους.
- Αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων καθώς και συμμετοχή του επαγγελματία υγείας στη λήψη αποφάσεων στην εργασία του.
- Πολυμορφία στην εργασία.
- Δυνατότητα διαλειμμάτων.
- Δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης και αναβάθμισης.
- Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.
- Συμβουλευτική εποπτεία.
- Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης.
- Διεπιστημονική συνεργασία.

Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό όχι μόνο από τις διοικήσεις αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας, ότι τα ποσοστά που εμφανίζονται στις μελέτες είναι απλοί αριθμοί καταγραφής ενός φαινομένου. Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τις συνέπειες του burnout τόσο στους επαγγελματίες υγείας, στην οικογένειά τους, καθώς και στους εξυπηρετούμενους, είναι υποχρέωσή μας να προβαίνουμε σε πράξεις, είτε πρόληψης είτε έγκαιρης αντιμετώπισής του.

Ως επαγγελματίες υγείας που ήδη είμαστε, ευχόμαστε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας να δώσουν ένα κίνητρο για την ευρύτερη μελέτη του φαινομένου, ώστε να κατανοηθεί σε μεγαλύτερο εύρος η επαγγελματική εξουθένωση και να αναδειχθούν αποτελεσματικότερα μέτρα παρέμβασης που θα στοχεύουν μέσω της προαγωγής της ευεξίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, στη βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης έχει ποικίλες επιδράσεις στη ζωή του εργαζομένου-επαγγελματία υγείας. Η έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη του συνδρόμου είναι υψίστης σπουδαιότητας γιατί το σύνδρομο «burnout» είναι δυνατό να επηρεάσει σημαντικά τη υγεία του εργαζομένου και την ποιότητα ζωής του.

Η μείωση των πηγών έντασης, η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης, και η προαγωγή της υγείας, με την δημιουργία ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στο εργασιακό χώρο του νοσοκομείου και την εφαρμογή ενός προγράμματος συμβουλευτικής βοήθειας και αντιμετώπισης του συνδρόμου έχει ευεργετικά αποτελέσματα όχι μόνο για τον εργαζόμενο αλλά και για τον ασθενή.

Η διοίκηση του νοσοκομείου οφείλει να υποστηρίξει τους νοσηλευτές και το ιατρικό προσωπικό, τους κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι βιώνουν το σύνδρομο όπως για παράδειγμα της δημιουργίας ομάδων που αποτελούνται από ψυχολόγους και ψυχιάτρους για την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας, να βοηθήσει στην ανάπτυξη και βελτίωση της ανθεκτικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση και να ενθαρρύνει υποστηρικτικό κλίμα στο χώρο της εργασίας. Επίσης, κρίνεται απολύτως αναγκαίος ο ορθός επαγγελματικός προσανατολισμός και η κοινωνική καταξίωση των επαγγελματιών υγείας.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία επισημαίνουμε την ανάγκη οι μελλοντικές έρευνες να εστιάσουν στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ιδίως όσοι εργάζονται στα νοσοκομεία. Επιπλέον θα πρέπει να ερευνηθεί πως τελικά οι προτάσεις τους γίνουν εφαρμογή στο χώρο της υγείας..

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Κατά τη διάρκεια της έρευνας συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες, αρχικά είχαμε μια καθυστέρηση, περίπου τέσσερις μήνες για να πάρουμε την άδεια από τα νοσοκομεία ΠΑΓΝΗ και Βενιζέλειο για την διανομή των ερωτηματολογίων και αυτό άλλαξε λίγο το χρονοδιάγραμμα μας, επίσης υπήρξαν κάποιες δυσκολίες, διότι οι εργαζόμενοι στο χώρο των νοσοκομείων είναι επιβαρυνμένοι με μεγάλο φόρτο εργασίας και έντονο εργασιακό στρες με αποτέλεσμα να μην συνεργάζονται πάντα με προθυμία, στη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου, ακόμη τα νοσοκομεία φιλοξενούν ένα μεγάλο αριθμό φοιτητών που εκπονούν πολυάριθμες έρευνες κάθε χρόνο με συνέπια την χαλάρωση του ενδιαφέροντος των εργαζομένων. Ένας άλλος παράγοντας που επηρέασε τη συλλογή του ερευνητικού υλικού ήταν ότι, τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο παρουσιάζουν μικρή διάθεση για κάθε δραστηριότητα που δεν ανήκει αυστηρά στις υποχρεώσεις τους. Η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που δεν έχει κάποιο όφελος σε εκείνους δεν ήταν δυνατόν να χαιρετιστεί με προθυμία. Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα της έρευνας είναι ότι το προσωπικό δεν ήταν απόλυτα βέβαιο ότι θα τηρηθεί το απόρρητο, έτσι έπρεπε με κάθε τρόπο να διασφαλίσουμε την ανωνυμία των απαντήσεων τους. Αυτές ήταν οι κύριες δυσκολίες που συναντήσαμε για την διεξαγωγή της έρευνας μας, όμως πάντα με καλή διάθεση, σωστή επικοινωνία και επεξηγηματικές πληροφορίες προσπαθήσαμε να μειώσουμε τις δυσκολίες στο ελάχιστο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαλή Ε. Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα, ΜΕΘ, και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 1999.
2. Αδαλή, Ε., Πριάμη, Ε., Ευαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ. & Μούγια, Β. (2002). Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού Νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 41(1): 105-114.
3. Altun, I. (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nurs Ethics*, 9(3): 269-278.
4. Antoniou, A.S. (1999). Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16 (1): 20-28.
5. Antoniou, A.S. & Antonodimitrakis, P. (2001) *Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors*. Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli.
6. Αντωνίου, Α.Σ. (2005). *Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργός – β' Φάση. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ)*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ψυχιατρική Κλινική. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ). Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού. Αθήνα, 1-54.
7. Arnold, J., Cooper, C.L. & Robertson, I.T. (1995). *Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place*. 2nd ed. London: Pitman.
8. Bakker, A.B., Killmer, C.H., Siegriest, J. & Schaufeli, W.B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 884-891.
9. Barbier D. (2004). The burnout syndrome of the caregiver, *Presse Med*, 33 (6), 394-9.

10. Barrowclough, C., Haddock, G., Lowens, I., Connor, A., Pidliswyj, J. & Tracey, N. (2001). Staff expressed emotion and causal attributions for client problems on a low security unit: An exploratory study. *Schizophr Bull*, 27:517–526.
11. Bernardi, M., Catania, G. & Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Inferm.*, 58(2):75-79.
12. Boumans, N.P.G. & Landeweerd, J.A. (1996). A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 16-23.
13. Brooks, B.A. & Anderson, M.A. (2004). Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual.*, 19(3): 269-275.
14. Buchwald, D., Umali, P., Umali, J., Kith, P., Pearlman, T. & Komarof, A. (1995). Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome. Prevalence in a Pacific Northwest health care system. *Ann Intern Med*, 123: 81–88.
15. Burke, R.J., & Greenglass, E.R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 32: 126-138.
16. Chronic fatigue syndrome. Available from: <http://www.emedicine.com/MED/topic3392.htm> Last updated: May 2, 2006.
17. Cooper, C.L., Dewe, P. & O’Driscoll, M. (2001). *Organisational Stress: A review and critique of theory, research and application*. London: Sage.
18. Cubrilo-Turek, M., Urek, R. & Turek, S. (2006). Burnout syndrome--assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol.*, 30(1):131-135.
19. Dekker, S. W.A. & Schaufeli, W.B. (1995). The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist*, 30(1): 57-63.
20. Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in *professional and private lives of nurses*. *International Journal of Nursing Studies*, 40: 807-827.

21. Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3): 498-508.
22. Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτου, Ι., Φωκά, Α. & Πιστόλης, Ι. (2009). Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. *Νοσηλευτική*, 48(2): 190-199.
23. Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A. & Hannigan, B. (2001). A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6): 805-813.
24. Ekstedt, M., & Faberberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *J Adv Nurs*, 49:59–67.
25. Θεοφίλου, Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *e- Περιοδικό επιστήμης και τεχνολογίας*, Ιούλιος: 41-50.
26. Figley, C. (1995). Examples of compassion fatigue/burnout syndrome. Institute on Crisis Management in Higher Education. Available from: <http://mailer.fsu.edu/~cfigley/ExampleCF.pdf>.
27. Firth-Cozens, J. & Payne, R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.
28. Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social issues*, 30: 159-165.
29. Greco, P., Laschinger, H.K. & Wong, C. (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Can J Nurs Leaders*, 19(4): 41-56.
30. Halm, M., Peterson, M., Kandels, M., Sabo, J., Blalock, M. & Braden, R. (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clin Nurse Spec.*, 19(5): 241-251.
31. Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A., & Burnard P. (2000). Burnout in mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *Journal of psychiatric Mental Health Nursing*, 7(2): 127-134.

32. Janssen, P.P.M., de Jonge, J. & Bakker A.B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 1360-1369.
33. Jaracz, K., Gorna, K. & Konieczna, J. (2005). Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst.*, 50(1): 216-219.
34. Jenkins, R. & Elliott P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs.*, 48(6): 622-631.
35. Jimmieson, N.L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 14(3): 262-280.
36. Καζαντζή, Κ., Καραζιώτου, Ι. & Καρυώτη, Β. (2008). *Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων και η ικανότητα διαχείρισής της*. Πτυχιακή εργασία, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας. Ηράκλειο Κρήτης.
37. Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ. & Μόσχος Ν. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. *Νοσηλευτική*, 43(1): 116-125.
38. Kash, K.M., Holland, J.C., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J. & Ouellette-Kobasa, S. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology* (Williston Park), 14(11): 1621-1633.
39. Kilfedder, C.J., Power, K.G. & Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs.*, 34(3): 383-396.
40. Lee, H., Hwang, S., Kim, J. & Daly, B. (2004). Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs.*, 48(6): 632-641.
41. Lefley H. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175,(10), 613-619.
42. Lefley H. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness, *American Psychologist*, 44(3), 556-560.
43. Lefley H. (1992). Expressed emotion: conceptual clinical, and social policy

44. Leiter, M. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour*, 9: 297-308.
45. Leiter, M.P. & Spence Laschinger, H.K. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nurs Res.*, 55(2): 137-146.
46. Levy, J. (1994). Viral studies of chronic fatigue syndrome introduction. *Clin Infect Dis*, 18(Suppl 1): S117–S120.
47. Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.
48. Maslach, C., Shaufeli, B. & Leiter, P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52: 397–422.
49. Micklevitz, S. (2001). *Professional burnout in the park and recreation profession*. Illinois: Illinois Periodicals online.
50. Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E. & Dierckx de Casterle, B. (2006). Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud.*, 43(6): 745-754.
51. Μισουρίδου, Ε. (2009). Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 48(4): 358-366.
52. Murphy LR, *Occupational stress management: Current status and future directions*. Στο Cooper CL, Rousseau DM (Eds.) *Trends in organizational behavior*. Chichester: Wiley, 1995, 2: 1-14.
53. Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώς – Β.φάση (2005). «*Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης*». Αθήνα.
54. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1992). ICD-10. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
55. Pines, A.M. (1986). Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications.
56. Pines, A.M. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.

57. Pines, A.M. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2nd ed.), pp. 386-403. New York: Free Press.
58. Pines, A.M. (1996). *Couple burnout*. New York: Routledge.
59. Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs.*, 20(3):135-143.
60. Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F. & Pochard, F. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med.*, 175(7): 698-704.
61. Potter, B. (2001). *Job burnout: What it is and what you can do about it?* Available from: <http://www.docpotter.com>.
62. Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., Calligaris, L. & Brusaferrò S. Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum*, 33(4): 815-820.
63. Rydstet, I., Strannegard, I. & Strannegard, O. (1984). Increased serum levels of antibodies to Epstein-Barr virus in adults with history of atopic dermatitis. *Int Arch Allergy Appl Immunol*, 75: 179–183.
64. Salanova, M., Llorens, S., Garcia-Renedo, M., Burriel, R., Bresó, E. & Schaufeli, W. (2005). Towards a four-dimensional model of burnout: A multigroup factor-analytic study including depersonalization and cynicism. *Educ Psychol Meas*, 65: 807–819.
65. Σαπουντζή, Δ. & Λεμονίδου Χ. (1994). *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές*. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
66. Schraub, S. & Marx, E. (2004). Burn out syndrome in oncology. *Bull Cancer*, 91(9): 673-666.
67. Schuler, R.C. (1983). Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organization, Behavior and Human Performance*, 25: 184-215.
68. Severinsson, E. (2003). Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nurs Health Sci*, 5: 59–66.
69. Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S. & Mehta, P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*, 4(1): 65-80.

70. Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42(2): II57-66.
71. Χαραλαμπίδου, Ε. (1996). *Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο χώρο του Νοσοκομείου*. Διδακτορική Διατριβή.
72. Wessely, S. (1996). Chronic fatigue syndrome: Summary report of a joint committee of the Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practitioners. *J R Col Physicians Lond*, 30:497–504.
73. Whippen, D. & Canellos, G.P. (1991). Burn out syndrome in the practice of oncology : Results of a random survey of 1.000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 9(10):1916-1921.
74. Zhu, W., Wang, Z.M., Wang, M.Z., Lan, Y.J. & Wu, S.Y. (2006). Job burnout and contributing factors for nurses. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 37(4): 632-635.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Θέμα:

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (The burnout syndrome) σε επαγγελματίες υγείας: επιπτώσεις στην ψυχική υγεία καθώς και στις επαγγελματικές και οικογενειακές σχέσεις.

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: *Τριγώνη Μαρία*

Σπουδαστές:

Αυγενάκης Αριστείδης

Παπαδάκη Εμμανουέλα

Τοράκη Μαρίνα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2012

Αν ναι αριθμός παιδιών

7. Ποιος προσέχει τα παιδιά όταν εργάζεστε;

α. Συγγενικό πρόσωπο β. Ξένο άτομο

γ. Παιδικός Σταθμός δ. Άλλο

(Γ) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

8. Σε ποιο τμήμα ή μονάδα εργάζεστε;

.....

9. Συνολικός χρόνος υπηρεσίας (σε έτη)

10. Φύση εργασίας: α. Μόνιμος β. Με σύμβαση

11. Πόσα χρόνια εργάζεστε στην συγκεκριμένη κλινική;

12. Κατέχετε κάποια θέση Υπευθύνου;

α. Ναι β. Όχι

Αν Ναι Ποια.....

13. Το ωράριο εργασίας σας είναι:

α. Αποκλειστικά Πρωινό β. Βάρδιες

γ. Άλλο.....

14. Θα θέλατε κάποια αλλαγή στο ωράριο εργασίας σας;

α. Ναι β. Όχι

15. Νιώθετε την ανάγκη για συχνότερες άδειες;

α. Ναι β. Όχι

(Δ) ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

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

(τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Συνεργασία με Προϊσταμένους					
Συνεργασία με Ιατρικό προσωπικό					
Συνεργασία με Νοσηλευτικό προσωπικό					
Συνεργασία με λοιπό προσωπικό					
Αντικείμενο εργασίας					
Συνθήκες εργασίας					
Από την υπηρεσία δίνονται ευκαιρίες να αναπτύξω περισσότερα προσόντα και τις γνώσεις μου π.χ συμμετοχή σε σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα					
Από την συμμετοχή σας σε χρηματοδοτούμενα από την υπηρεσία σας προγράμματα					

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

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Αρνητική διάθεση για το αντικείμενο τις εργασίας					
Άγχος					
Νεύρα					
Συναισθηματική φόρτιση					
Θυμός απέναντι στους συναδέλφους					
Θυμός απέναντι στους ασθενείς					
Αδιαφορία για τον ασθενή					
Αισθάνομαι απογοητευμένος από την δουλειά μου					
Αισθάνομαι ότι η δουλειά αυτή συναισθηματικά με σκληραίνει					
Νιώθω ότι φτάνω στο τέλος των αντοχών μου					

18. Ποιες από τις παρακάτω αντιδράσεις σε σχέση με τον εαυτό σας παρατηρείται ότι συμβαίνουν στην οικογενειακή και κοινωνική σας ζωή; (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Συχνά μεταφέρω τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι					
Στην οικογένεια μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά μου προβλήματα πολύ ήρεμα					
Συναισθηματική ικανοποίηση όταν βρίσκομαι με φίλους					
Νιώθω συναισθηματικά απομακρυσμένος από την οικογένεια μου					
Αδυναμία της οικογένειας μου να κατανοήσει τις επαγγελματικές μου δεσμεύσεις					
Δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων					
Δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων					
Οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στο οικογενειακό περιβάλλον είναι συχνό φαινόμενο					
Νιώθω ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω καθημερινά προβλήματα.					

19. Πόσο θα βοηθούσε στην αντιμετώπιση της κατάστασης η:

(τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

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

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

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Ικανοποιημένος από την απόδοση στην εργασία μου					
Εξουθενωμένος από την εργασία μου					

Ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω τον ασθενή και την οικογένεια του					
Επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας					
Νιώθω κουρασμένος όταν σηκώνομαι το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια ακόμη ημέρα στην δουλειά μου					

(Ε) ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

21. Τι συνήθειες έχετε;

α. Καπνίζετε; 1. Ναι 2. Όχι

α. α. Αν Ναι πόσα τσιγάρα ημερησίως;

β. Καταναλώνετε αλκοόλ; 1 Ναι 2. Όχι

β. α. Αν Ναι πόσα ποτήρια ημερησίως;

γ. Κοιμάστε πάνω από 6 ώρες ημερησίως;

δ. Γυμνάζεστε πάνω από 3 φορές εβδομαδιαίως; 1. Ναι 2. Όχι

ε. Επισκέπτεστε φίλους συχνά; 1. Ναι 2. Όχι

στ. Επισκέπτεστε συγγενείς συχνά; 1. Ναι 2. Όχι

ζ. Πραγματοποιείτε δραστηριότητες με την οικογένεια σας;

1. Ναι 2. Όχι

η. Ασχολείστε με κάποιο χόμπι; 1. Ναι 2. Όχι

η. α. Αν Ναι ποιο

θ. Έχετε κοινωνική ζωή; 1. Ναι 2. Όχι

22. Το επάγγελμα σας, έχει επηρεάσει την οικογενειακή και κοινωνική σας ζωή;

1. Ναι 2. Όχι

22. α. Αν Ναι με ποιο τρόπο;

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

(ΣΤ) ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΟΧΛΗΣΕΙΣ

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

α. Άγχος 1. Ναι 2. Όχι

β. Κατάθλιψη 1. Ναι 2. Όχι

γ. Διαρκής εκνευρισμός 1. Ναι 2. Όχι

δ. Υπέρταση 1. Ναι 2. Όχι

ε. Έντονοι μυϊκοί πόνοι 1. Ναι 2. Όχι

στ. Υπερθυρεοειδισμός 1. Ναι 2. Όχι

ζ. Σεξουαλικές διαταραχές 1. Ναι 2. Όχι

η. Διαταραχές ύπνου 1. Ναι 2. Όχι

θ. Κόπωση 1. Ναι 2. Όχι

ι. Κεφαλαλγίες 1. Ναι 2. Όχι

κ. Γαστρεντερολογικές διαταραχές 1. Ναι 2. Όχι

λ. Καρδιολογικά ενοχλήματα 1. Ναι 2. Όχι

μ. Αύξηση ή μείωση βάρους 1. Ναι 2. Όχι

ν. Άλλο

(Ζ) ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

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

1. Ναι 2. Όχι

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

1. Ναι 2. Όχι

26. Αν Ναι ποιοι παράγοντες και πόσο θεωρείτε ότι επιτείνουν την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης; (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Συνθήκες εργασίας					
Εργασία με βάρδιες					
Φόρτο Εργασίας					
Έλλειψη προσωπικού					
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας					
Ανταγωνισμός μεταξύ					

εργαζομένων					
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους					
Εργασιακές διακρίσεις					

27. Ποιες οι προτάσεις σας για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, με σκοπό την ελάττωση και αποφυγή των συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας