



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΘΕΜΑ

**“Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΝΟΣ  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
ΤΗΣ”**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Καζαντζή Κωνσταντίνα

Καραζιώτου Ιφιγένεια

Καρυώτη Βιργινία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Βασιλική Σαπουνά, ΜΡΗ,

Κοινωνική Λειτουργός

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά την κ. Βασιλική Σαπουνά, ΜΡΗ, Κοινωνική Λειτουργό, που με την καθοδήγηση και το δημιουργικό σχολιασμό της συνέβαλλε ουσιαστικά στην εκπόνηση αυτής της μελέτης.

Τον κ. Γεώργιο Γαλανάκη, Διοικητή του Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων Λασιθίου Κρήτης για την υποστήριξή του στην υλοποίηση αυτής της μελέτης καθώς και τους εργαζομένους για την συμμετοχή τους.

Η ολοκλήρωση αυτής της μελέτης δεν θα είχε επιτευχθεί, αν δεν υπήρχε η οικιοθελής και ανιδιοτελής συνεισφορά της κ. Νεκταρίας Πεδιώτη, Κοινωνική Λειτουργός του Θεραπευτηρίου και της κ. Ανθούλας Κουτουλάκη, εκπαιδευόμενη Κοινωνική Λειτουργό, στη συλλογή των ερωτηματολογίων. Τις ευχαριστούμε θερμά για την πολύτιμη βοήθεια τους. Επίσης τον κ. Ιωάννη Αρώνη, Εργοθεραπευτή του Θεραπευτηρίου.

Παράλληλα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη βοήθεια στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας την κ. Θ. Ρουμελιωτάκη, Στατιστικό.

ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ.

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Τα αγαθά της ψυχής είναι η φρόνηση, η ανδρεία, η δικαιοσύνη και τα αγαθά του σώματος η υγεία, η ομορφιά, η δύναμη. Από τη σωστή ιεράρχηση όλων αυτών εξαρτάται η ευτυχία του ανθρώπου.

Ι. ΣΥΚΟΥΤΡΗΣ

## Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	2
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ .....	3
Περιεχόμενα.....	4
Περίληψη .....	6
Abstract.....	8
Α΄ ΜΕΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	10
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	10
1.1. Επαγγελματική εξουθένωση: Ορισμός-Το μέγεθος του προβλήματος .....	11
1.2. Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης – Αναφορές σε συναφείς έρευνες .....	16
2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	22
3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	24
4. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	27
<i>ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ</i> .....	28
1. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων.....	28
2. Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών .....	28
3. Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης.....	29
4. Η αναζήτηση υποστήριξης.....	30
6. Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης.....	31
7. Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας .....	31
<i>ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ / ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ</i> .....	31
1. Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση.....	31
2. Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στην λήψη αποφάσεων .....	32
3. Η δημοκρατική διοίκηση .....	32
4. Η πολυμορφία στην εργασία.....	32
5. Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών» .....	33
6. Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης .....	33
7. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.....	33
8. Η συμβουλευτική εποπτεία.....	34
9. Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης .....	34
10. Η διεπιστημονική συνεργασία .....	35

<i>ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</i> .....	36
Επανασχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος .....	37
Μείωση των πιεστικών παραγόντων .....	38
<i>ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</i> .....	39
Προγράμματα φυσικής άσκησης .....	41
Κλινικές εποπτείες .....	41
Ρόλος του προϊσταμένου.....	41
<i>ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</i> .....	42
Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.....	42
Προγράμματα στήριξης των εργαζομένων .....	43
<b>Β' ΜΕΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΕΡΕΥΝΑ</b> .....	46
<b>5. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ</b> .....	46
5.1. Πληθυσμός μελέτης .....	46
5.2 ΜΕΘΟΔΟΣ.....	46
5.3. Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας.....	49
<b>6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	50
6.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων του Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων του νομού Λασιθίου .....	50
6.2 Ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο της Maslach ( Maslach Burnout Inventory – MBI) .....	53
6.3 Ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο της SOC (αίσθηση συνεκτικότητας).....	58
6.3 Συσχετίσεις της συνολικής βαθμολογίας των ερωτώμενων στις κλίμακες Maslach και SOC με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του προσωπικού. ....	61
<b>7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ . ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	64
7.1. Μεθοδολογικοί περιορισμοί .....	64
7.2 Κύρια ευρήματα.....	64
7.3 Συμπεράσματα .....	67
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	68
Ελληνική βιβλιογραφία.....	68
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία .....	70
<b>Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α Ι</b> .....	72
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	72
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ .....	87

## Περίληψη

<b>Τίτλος Εργασίας:</b>	Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων και η ικανότητα διαχείρισης της
<b>Των:</b>	Βιργινίας Καρυώτη, Ιφιγένειας Καραζιώτου, Κωνσταντίνας Καζαντζή
<b>Υπό την επίβλεψη της:</b>	Β. Σαπουνά, MPH, Κοινωνική Λειτουργό
<b>Ημερομηνία:</b>	Φεβρουάριος 2009

Το στρες που οφείλεται στην εργασία, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας και φαίνεται να επηρεάζει το ένα τρίτο των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει το υπάρχον επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων του Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων και να εξετάσει την δυνατότητα διαχείρισης της από τους εργαζόμενους.

Η μελέτη ήταν συγχρονική και σε αυτή συμμετείχαν όλοι οι εργαζόμενοι του Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων Λασιθίου, Ανατολικής Κρήτης που φρόντιζαν ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Maslach Burn out Inventory για την καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης και η κλίμακα Sense of Coherence για την εκτίμηση της ικανότητας διαχείρισης του stress. Τα ερωτηματολόγια ήταν μεταφρασμένα και σταθμισμένα από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής.

Η πλειονότητα των εργαζομένων ήταν γυναίκες, με μεγαλύτερη συναισθηματική εξουθένωση (31,21). από τους άνδρες (22,43). Επίσης φαίνεται να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν επιτυχώς τους στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντός τους, εμφάνισαν αρκετά χαμηλότερη βαθμολογία στην αίσθηση συνεκτικότητας (126,13) συγκριτικά με τους άνδρες (140,48), κάτι που πολύ πιθανό να επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Όσον αφορά στους ατομικούς παράγοντες, από τις δημογραφικές παραμέτρους ο αριθμός των παιδιών φαίνεται να συσχετίζεται αρνητικά με την εξουθένωση. Από συσχετίσεις με παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, στην μελέτη μας βρέθηκε ότι η ειδικότητα των εργαζομένων επηρεάζει το Προσωπικό επίτευγμα ( $p=0.05$ ).

Συμπερασματικά οι εργαζόμενοι στο Θεραπευτήριο φαίνεται να εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη συστηματική περιγραφή της και τη σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, εργασιακό περιβάλλον, στρες, αίσθηση συνεκτικότητας

## Abstract

**Title:**

The burn out of infirmary's for chronic diseases personnel and the ability to manage it.

**By:**

**Virginia Karioti, Ifigenia Karaziotou, Konstantina Kazantzi**

**Supervisor:**

**Vasiliki Sapouna, MPH, Social Worker**

Handed In February 2009

Stress that is owed in the work, according to estimates of World Organism of Health it is the second in frequency problem of health and it appears to influence the one third of workers in the European Union.

Aim of present investigation was to study the existing level of burn out for Infirmary's of Chronic Diseases employees and to examine the possibility to manage it from the workers. The study was synchronical, and in this participated all the workers of Infirmary of Chronic Diseases of prefecture Lasithi of Eastern Crete that attended patients with chronic diseases. Were used the questionnaire of Maslach (Maslach Burnout Inventory - MBI) on the recording of Burn out and the scale "sense of cohesiveness" (Sense of Coherence) for her estimate faculty of management stress. The questionnaires were translated and parked from the Clinic Social and Familial Medicine after official authorisation.



The majority of workers was women, with bigger sentimental burn out (31,21) from men (22,43).. Also they appear to be possible to face successfully the stress factors of their environment, they presented enough lower grades in the sense of cohesiveness (126,13) comparatively with men (140,48), something that very likely it influences their quality of life.

With regard to in the individual factors, from the demographic parameters the number of children appears to be connected negatively with the burn out. From cross-correlations with factors of environment of work, in the study for us it was found that the profession of the workers it influences the Personal realisation ( $p=0.05$ ).

Finally the workers in the Infirmary appear to present professional burn out, but is required for further research for her systematic description and the comparison with other professionals of health.

**Keywords:** Burnout, health workers, labour environment, stress, sense of coherence

## Α' ΜΕΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

### 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πρώτες αναφορές σχετικά με την κλινική εικόνα του συνδρόμου – που αργότερα ονομάστηκε “burnout syndrome” – ανήκουν στους Αγγλοσάξονες και κατά άλλες αναφορές στους Καναδούς. Ήδη από τα μισά του προηγούμενου αιώνα, το θέμα είχε απασχολήσει τους ειδικούς λόγω της υψηλής νοσηρότητας διάφορων παθήσεων σε επαγγελματίες υγείας και κυρίως σε φροντιστές αννοικών 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 νοσηλευόταν ασθενείς τελικού σταδίου, όπως καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς, αννοϊκοί κτλ. Τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων έδειξαν σημαντική βελτίωση στην κατάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (Spillettes M., 1977).

Το 1974, ο Αμερικανός ερευνητής Herbert Freudenberger, ονομάζει το σύνολο των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων που παρουσίαζαν οι επαγγελματίες υγείας σύνδρομο burnout, και ουσιαστικά δίνει το έναυσμα για μια πιο συστηματική και βαθύτερη διερεύνηση. Η πρώτη βιβλιογραφική αναφορά ως ξεχωριστό σύνδρομο καταγράφεται το 1977, και από τότε ακολουθεί πλήθος αναφορών και επιστημονικών προσπαθειών μελέτης του συγκεκριμένου συνδρόμου.

Έτσι, το 1986, η σημαντικότερη ίσως ερευνήτρια Cristine 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”(Schraub S, Marx E and Barbier D., 2004).

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να ερευνηθεί το υπάρχον επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στο Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων και να εξετάσει την δυνατότητα διαχείρισης της από τους εργαζόμενους.

Επιμέρους διακριτοί στόχοι της μελέτης ήταν:

1. Η εκτίμηση του μεγέθους της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους ενός ιδρύματος.
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

Οι περισσότερες έρευνες στον χώρο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περιγραφικές και πολλές χαρακτηρίζονται από σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα. Σε σχέση με το εξωτερικό, στον Ελλαδικό χώρο δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη και σαφή εικόνα της κατάστασης των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας τους. Έτσι μέσα από αυτό το γεγονός αντλείται η σπουδαιότητα της παρούσας μελέτης.

### **1.1. Επαγγελματική εξουθένωση: Ορισμός-Το μέγεθος του προβλήματος**

#### **Ορισμός**

Το στρες ορίζεται ως μια αντίδραση ή ένα ερέθισμα. Ως αντίδραση, ο ορισμός του στρες είναι ταυτισμένος με συγκεκριμένες αλλαγές που προέρχονται σε ένα βιολογικό σύστημα. Ως ερέθισμα, ο ορισμός του στρες δίνεται σε σχέση με γεγονότα του περιβάλλοντος που προκαλούν αυτές τις αλλαγές. Κάποιοι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη του στρες είναι οι εσωτερικοί, οι εξωτερικοί, οι αναπτυξιακοί και οι περιστασιακοί παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, οι εσωτερικοί παράγοντες δημιουργούνται μέσα σε ένα πρόσωπο, οι εξωτερικοί παράγοντες δημιουργούνται έξω από το άτομο, οι αναπτυξιακοί παράγοντες εμφανίζονται σε προβλέψιμους χρόνους κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και οι περιστασιακοί παράγοντες είναι απρόβλεπτοι και μπορούν να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του.

Το χρόνιο, έντονο εργασιακό στρες μπορεί προοδευτικά να οδηγήσει στην εμφάνιση του συνδρόμου της 'επαγγελματικής εξουθένωσης', δηλαδή στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική εξάντληση, μια κατάσταση όπου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για το αντικείμενο της δουλειάς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοσή του και αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Στα αγγλικά "burn out" σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Maslach & Jackson, 1984). Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση»

χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους.

Ο ψυχολόγος Herbert Freudenberger (1974), παραλλήλισε την έννοια του όρου burnout με ένα κτίριο που έχει καταστραφεί από πυρκαγιά. Η Maslach (1982), τον περιγράφει ως «δείκτη φθοράς» των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζομένου. Η Brophit (1992), περιγράφει τον όρο burnout ως «... η φλόγα που χορεύει, δίνει ζεστασιά, ενέργεια και φως, αλλά τελικά σβήνει όταν τελειώσει η πηγή ενέργειας της και μένει μόνο η στάχτη και ο θάνατος».

Παρά 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 απολύτως αποδεκτός ορισμός. Ίσως ο πιο ευρέως αναφερόμενος ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach (1982), το όνομα της οποίας έχει από πολύ νωρίς συνδεθεί με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης:

*«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».*

Οι Maslach and Jackson, 1986 υποστήριξαν ότι είναι δυνατό να αξιολογήσουμε την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζόμενων χρησιμοποιώντας τον Κατάλογο Επαγγελματικής Εξουθένωσης [Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach and Jackson, 1986]. Το MBI αποτελεί μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα και αξιολογεί τα ακόλουθα τρία βασικά στοιχεία:

α) το βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης (αίσθηση συνεχούς έντασης και συναισθηματικής αποξένωσης στις διαπροσωπικές σχέσεις),

β) τα επίπεδα αποπροσωποποίησης (αρνητική ή και αγενής κατά την συναναστροφή τους με άτομα που ζητούν και αποδέχονται τις επαγγελματικές τους υπηρεσίες και φροντίδες) και

γ) την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων (αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων που εκδηλώνεται κατά την συνεργασία με άλλους και πεποίθηση ότι η ικανότητα και η επιθυμία για επιτυχία μειώνονται συνεχώς).

Καθώς η εξάντληση αποτελεί ένα από αυτά τα τρία διακεκριμένα στοιχεία, οι Maslach and Jackson, 1984 υποστήριξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι το κεντρικό σημείο, η "καρδιά" και το πρώτο στάδιο του συνδρόμου (Gaines and Jermier, 1983; Maslach, 1982). Χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας και κυριαρχεί η αίσθηση ότι έχουν εξαντληθεί οι συναισθηματικές εφεδρείες του εργαζομένου και ότι δεν υπάρχουν πηγές ανανέωσης. Όταν η συναισθηματική εξάντληση αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό, τα άτομα νοιώθουν ότι δεν είναι πλέον ικανά να δώσουν κάτι από τον εαυτό τους στους άλλους ή να είναι τόσο υπεύθυνα στην εργασία τους όσο και στο παρελθόν. Συχνά, συνυπάρχει η αίσθηση των διαψευσμένων προσδοκιών του ατόμου (Maslach, 1982). Η συναισθηματική εξάντληση έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα απαιτήσεων τα οποία προέρχονται τόσο από τον χώρο της εργασίας όσο από αυτό το ίδιο το άτομο (Cordes and Dougherty, 1993). Η αποπροσωποποίηση χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο εργαζόμενος μεταχειρίζεται τους ασθενείς περισσότερο ως αντικείμενα παρά ως ανθρώπινα όντα. Αυτή η αρνητική, απόμακρη και κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς, εκδηλώνεται με διαφορετικούς τρόπους από την πλευρά του εργαζόμενου, όπως με το να τους θίγει και να τους ταπεινώνει, να αρνείται να είναι κοινωνικός και ευγενικός, να αγνοεί τις εκκλήσεις και τις ανάγκες τους ή να αποτυγχάνει στην παροχή κατάλληλης βοήθειας και φροντίδας υγείας. Ο άρρωστος μετατρέπεται σε περιστατικό χωρίς όνομα αλλά χρησιμοποιώντας τον αριθμό του θαλάμου του π.χ. "ο νεφρός στον θάλαμο 33", ενώ στην προσπάθεια του να βρίσκεται όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μακριά από τους ασθενείς, τα διαλλείματα μεγαλώνουν, οι συζητήσεις με τους συναδέλφους αυξάνουν, ενώ όλο και πιο συχνά χρησιμοποιείται η επαγγελματική ορολογία. Η ανάπτυξη της αποπροσωποποίησης φαίνεται να σχετίζεται με την εμπειρία της συναισθηματικής εξάντλησης (Maslach, 1982; Maslach et al, 1996). Και τέλος, η τρίτη συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα, αναφέρονται στην τάση που έχει ο εργαζόμενος να εκτιμά με αρνητικό τρόπο τον εαυτό του, ειδικά σε σχέση με την εργασία του με τους ασθενείς. Ο επαγγελματίας αισθάνεται ανικανοποίητος από την απόδοσή του στην εργασία (Maslach and Jackson, 1986). Συχνά, κατέχεται από την βασανιστική αίσθηση της αδυναμίας του να δημιουργήσει αμοιβαία σχέση με τους αποδέκτες της φροντίδας υγείας και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιβάλλει στον εαυτό του την άποψη ότι είναι αποτυχημένος. Έτσι, καθώς μειώνεται η αυτοεκτίμηση αρχίζει βαθμιαία η κατάθλιψη που μπορεί να οδηγήσει στην

αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό, ή με κάποια αλλαγή, ή με την εγκατάλειψη της εργασίας που περιλαμβάνει στενή επαφή με ανθρώπους (Maslach, 1982).

### **Το μέγεθος του προβλήματος**

Το στρες που οφείλεται στην εργασία, σύμφωνα με 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).

Το σύνδρομο burnout ή ολοκληρωτικής εξάντλησης, αποτελεί μια μακροπρόθεσμη αντίδραση στο επαγγελματικό stress και εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα. Η συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση που χαρακτηρίζει τα επαγγέλματα που προσβάλλονται συχνότερα από το σύνδρομο - ιατροί, νοσηλευτές, εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί λειτουργοί - οδηγεί στη γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών αποθεμάτων, στον επηρεασμό της ψυχικής και σωματικής υγείας και τελικά στην εξάντληση.

Από τις 5.500 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν στους επαγγελματίες της υγείας σε ποσοστό 34% (Firth-Cozens and Payne, 1999). Η Firth-Cozens, 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 ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες/τές καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το ετήσιο ρίσκο των αυτοκτονιών των γιατρών είναι διπλάσιο από εκείνο του γενικού πληθυσμού, γεγονός που πολύ συχνά οφείλεται στην ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης.

Υπάρχουν χαρακτηριστικά στο εργασιακό περιβάλλον που έχουν εντοπισθεί ότι είναι συνυπεύθυνα για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Μεγάλος φόρτος εργασίας, σύγκρουση ρόλων, ένταση, διαπροσωπικές συγκρούσεις, έλλειψη ανταμοιβών, διάψευση εργασιακών προσδοκιών, έλλειψη καινοτομιών και φυσικής άνεσης, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, έλλειψη ανατροφοδότησης, έλλειψη εναλλαγών στην εργασία, περιβάλλον που υπονομεύει την αυτονομία του προσωπικού, έλλειψη συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις, ασάφεια των καθηκόντων και των υποχρεώσεων του επαγγελματία (Ε. Μουστάκα και Μ. Μαλλιάρου, 2008 ).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης του επαγγελματία της υγείας έχουν αντίκτυπο και στην προσωπική και κοινωνική του ζωή, με αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο, να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με σημαντικά άτομα. Αποθαρρυσμένος και με χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο επαγγελματίας υγείας πιστεύει ότι δεν είναι ικανός να αντεπεξέλθει τόσο στις προσωπικές του προσδοκίες, όσο και σε εκείνες που θέτει ο χώρος εργασίας (Ε. Μουστάκα και Μ. Μαλλιάρου, 2008 ).

Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι παράγοντας που ευνοεί τις παραιτήσεις του προσωπικού ( Jackson et al, 1986; Maslach et al, 1996), τις συχνές απουσίες από την εργασία ( Seuntjens, 1982 ), και την χαμηλή ποιότητα των παρερχομένων υπηρεσιών (Maslach and Jackson, 1985; Maslach et al, 1996).

Πολύ συχνά οι εργαζόμενοι που βιώνουν αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης υποβάλλουν την παραίτηση τους και εγκαταλείπουν τον χώρο εργασίας. Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό 3500 νοσοκομείων των ΗΠΑ, υποστηρίζει ότι στις συχνότερες αιτίες που αναφέρουν οι νοσηλευτές για την απομάκρυνσή τους από τον χώρο εργασίας, περιλαμβάνεται η δυσαρέσκεια από την έλλειψη υποστήριξης εκ μέρους της διοίκησης του νοσοκομείου, αλλά και της νοσηλευτικής διοίκησης (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1992, Wandelt, et al,1981.

Το πρόβλημα της έλλειψης των νοσηλευτών στις ΗΠΑ απειλεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι εκτός από τον μειωμένο αριθμό ατόμων που εισέρχονται στο νοσηλευτικό επάγγελμα, υπάρχει ένας σταθερός αριθμός νοσηλευτών που αποχωρούν. Σύμφωνα με τους Pines & Kanner (1982) υπάρχει μια αναλογία 13,6% σε κενές θέσεις διπλωματούχων νοσηλευτών, ετήσια αναλογία 30 – 70 % νοσηλευτικού προσωπικού που αποχωρεί. Επίσης, έχουν αναφερθεί για το νοσηλευτικό κλάδο εξαιρετικά υψηλά ποσοστά νοσηλευτών που αλλάζουν επάγγελμα. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι το 1970, το 70% του νοσηλευτικού προσωπικού των αμερικάνικων νοσοκομείων παραιτήθηκε από την εργασία του ( Duxbury, 1979).

Στην Ελλάδα, ο αριθμός των νοσηλευτών περιορίζεται στις 10.700, αναλογία 1/492 κατοίκους και τοποθετεί την χώρα στην τελευταία θέση μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών (Κυριόπουλος, 1990). Το φαινόμενο αποδίδεται από πολλούς ερευνητές σε τρεις λόγους οι οποίοι είναι η έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης που περιβάλλει το επάγγελμα, οι χαμηλές αποδοχές και οι αντίξοες συνθήκες άσκησης του. Τα παραπάνω, σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, συνδέονται με την έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης και την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης ( Duxbury et al, 1984; Dolan, 1987).

## 1.2. Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης – Αναφορές σε συναφείς έρευνες

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα που επιδιώκουν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναζητούν τα αίτια στην δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Οι Αντωνίου και Αντωνοδημητράκης, (2001) διεξήγαγαν μία έρευνα πανελλαδικής κλίμακας για την επαγγελματική εξουθένωση και τις γενικότερες ψυχολογικές πιέσεις που βιώνουν οι Έλληνες επαγγελματίες της υγείας. Βρέθηκε 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.) αλλά και παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα (π.χ. περιορισμένα μέσα, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α.). Στην ουσία υπάρχει μια «ζήτηση» και μια «προσφορά» τόσο από τον επαγγελματία προς το εργασιακό περιβάλλον, όσο και από το εργασιακό περιβάλλον προς τον επαγγελματία (Harrison, 1979; Vachon, 1987). Με άλλα λόγια, ο επαγγελματίας φέρνει στον χώρο της δουλειάς τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητες του (προσφορά) και ταυτόχρονα έχει ορισμένες προσωπικές – συνειδητές ή ασυνειδητές – ανάγκες, απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργασιακό χώρο (ζήτηση), όπως, για παράδειγμα, αναγνώριση, κύρος, οικονομικές απαιτήσεις, δυνατότητες εξέλιξης κ.λ.π. Σύμφωνα με την εργασία (Bernardi M et al., 2005), κατά την οποία μελετήθηκαν σαράντα επιλεγμένα άρθρα με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση από όλες τις ηπείρους, εκτός από την Νότια Αμερική, φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε οργανισμού, ενώ ο βαθμός πίεσης στον χώρο της εργασίας και οι προσωπικές προσδοκίες αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Το εργασιακό περιβάλλον, από την πλευρά του, έχει συγκεκριμένες απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργαζόμενο (ζήτηση) και παρέχει ανταλλάγματα (προσφορά). Όταν αυτά που δίνει και ζητά ο επαγγελματίας δεν συμπίπτουν με όσα απαιτεί και προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον, τότε εμφανίζεται ένα χάσμα, μια ανισορροπία ή ασυμφωνία, και αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων που συμβάλλουν σε ένα χρόνιο στρες το οποίο προοδευτικά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση. Η πλήξη και η ρουτίνα της εργασίας, καθώς επίσης και η καθημερινότητα έχει βρεθεί ότι μπορεί να κάνει τον εργαζόμενο επιρρεπή στην επαγγελματική εξουθένωση (Freudenberger, 1974). Πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος, που, σύμφωνα με την εργασία (Pompili M, et al., 2007) μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας.



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.

Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου γίνεται αντιληπτό ότι δεν είναι οι εξωτερικές συνθήκες εργασίας που καθορίζουν τον βαθμό του στρες που βιώνει ένας επαγγελματίας, όσο ο τρόπος που τις αντιλαμβάνεται και τις αντιμετωπίζει σύμφωνα με τις ικανότητες, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του. Έτσι λοιπόν ένας απαιτητικός, γεμάτος προκλήσεις χώρος εργασίας μπορεί για ένα άτομο να είναι απόλυτα ικανοποιητικός, καθώς ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις δυνατότητές του, ενώ για κάποιο άλλο να αποτελεί πηγή χρόνιου στρες. Από τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί από πλήθος επιστημόνων, έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο συχνό σε επαγγελματίες υγείας (Jimmieson, 2000). Γι' αυτό και αρχικά, αυτό το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, ενώ η χρήση του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα στους παθολόγους, τους οδοντίατρους, τους νοσηλευτές, τους φυσιοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς (Demir et al, 2003).

Ωστόσο επαγγελματίες που δεν προσφέρουν άμεσα κοινωνικές υπηρεσίες όπως Διευθυντές νοσοκομείων ενδεχομένως να αισθανθούν επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας των αυξημένων ευθυνών και επειδή ο ρόλος τους απαιτεί να συνδράμουν τους υπαλλήλους τους, να επιλύσουν όχι μόνο επαγγελματικά προβλήματα αλλά και να ανταπεξέλθουν σε προσωπικές δυσκολίες (Pines and Maslach, 1978; Schuler, 1983).

Σύμφωνα με την Vachon, 1987, ο βαθμός του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στον χώρο δουλειάς εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την αντίσταση του στο στρες. Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.λ.π.),
- ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες, στρατηγικές αντιμετώπισης κ.λ.π.),
- διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικό δίκτυο),
- κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες από το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την ασθένεια, τον ασθενή, το θάνατο κ.λ.π.).

Παρόλο που τα σύγχρονα μοντέλα επιδιώκουν να κατανοήσουν το φαινόμενο της εξουθένωσης λαμβάνοντας υπόψη τη συμβολή ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, μερικοί επιστήμονες επικεντρώνουν τις μελέτες τους στις στρεσογόνες και αντίξοες συνθήκες εργασίας. 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 επάγγελμά 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 την συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής τους. Αντίθετα, σύμφωνα με την μελέτη (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 επαγγελματιών υγείας στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Από τους εργασιακούς παράγοντες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της εξουθένωσης είναι και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το εξαντλητικό ωράριο, η ασάφεια όσον αφορά το ρόλο που αναλαμβάνει ο εργαζόμενος, η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από το προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών και των οικογένειών τους, καθώς και η συχνή έκθεση του επαγγελματία της υγείας στο θάνατο των ασθενών (Cherniss, 1980 ; Constable and Russel, 1986 ; Cole, 1992 ; Duxbury et al., 1984 ; Fong, 1993 ; Maslach and Jackson, 1984 ; Rosenthal et al., 1983 ; Roeske, 1986 ; Wandelet, Pierce and Widdowson, 1981). Όπως έχει βρεθεί, αυτό που κάνει τους επαγγελματίες της υγείας περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους είναι αφενός το γεγονός ότι είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα (Caplan et al, 1975; Sutherland and Cooper, 1990) και αφετέρου στο ότι οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Rees and Cooper, 1991; Cooper et al, 2001). Επιπλέον, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των άλλων επαγγελματιών, η επαγγελματική επάρκεια και ικανότητα των γιατρών τελεί υπό τη συνεχή επίβλεψη και κριτική των ασθενών, ακόμα και των συναδέλφων τους. Ακόμη, τα σφάλματά τους είναι

εύκολα αντιληπτά, με πιθανές τραγικές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ίδιους τους γιατρούς (Beechman, 2000).

Σε μια μελέτη, (Jackson and Maslach, 1982), βρήκαν ότι οι εργαζόμενοι που βίωναν επαγγελματική εξουθένωση δεν μπορούσαν να απαλλαγούν από τις ευθύνες του επαγγέλματός τους όταν δεν εργαζόταν και ήταν με την οικογένειά τους και πολλές φορές μεταχειρίζονταν τα παιδιά τους ως να ήταν κάποια από το εργασιακό τους περιβάλλον.

Στις μελέτες έχει συμπεριληφθεί και το στρες που βιώνει το προσωπικό υγείας το οποίο δουλεύει κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας, σε μονάδες ή τμήματα που νοσηλεύουν ασθενείς με αυξημένες ανάγκες φροντίδας, όπως για παράδειγμα οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Bailey, et al, 1980 ; Maloney, 1982 ; Keane, et al, 1985), τα Ογκολογικά Νοσοκομεία (Jenkins and Ostchega, 1986 ; McElroy, 1982 ; Papadatou, Anagnostopoulos and Monos, 1994 ; Vachon, 1993 ; Whippen and Canellos, 1991 ; Yasko, 1983), οι ξενώνες φροντίδας ατόμων που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους (Chiriboga, Jenkins and Bailey, 1983 ; Gray Toft and Anderson, 1986 ; Mor and Laliberte, 1984), τα Ψυχιατρικά Τμήματα ( Corrigan et al., 1994 ; Dawkins, Depp and Selzer, 1985 ; Handy, 1991 ; Jones, et al., 1987), τα τμήματα στα οποία νοσηλεύονται ασθενείς που πάσχουν από AIDS ( Bennett, Michie and Kippax, 1991 ; Klonoff and Ewers, 1990 ; Meisenhelder and LaCharite, 1989 ), οι Μονάδες Περιτοναϊκής Κάθαρσης (Smith, 1987 ; Muthny, 1989) κ.λ.π. . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας (Hannigan et al.; Kilfedder Cj. et al.,) 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. Από τα αποτελέσματα της έρευνας ( 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 παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης προερχόταν από την έλλειψη οργάνωσης, την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊσταμένους και το ιατρικό προσωπικό, την αντιληπτή σύγκρουση με τον ασθενή, τον φόβο από τον θάνατο του ασθενούς και την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος. 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.

Άλλοι επιστήμονες τονίζουν την ιδιαίτερη σημασία των ατομικών παραγόντων στην δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης και υποστηρίζουν ότι εξαρτάται από τον τρόπο που ο επαγγελματίας ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας (Lazarus and Folkman, 1984), από τα κίνητρα που τον ωθούν να εργαστεί στον συγκεκριμένο χώρο εργασίας (Vachon, 1978), από τις προσδοκίες που έχει από αυτόν (Wessels, 1989 ; Selder and Paustian, 1989 ) και από άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του. Η Kobasa et al., 1982, υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενοι που

διακρίνονται από ανθεκτικότητα στο στρες (hardiness) έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν προβλήματα υγείας λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας περιλαμβάνουν:

(α) Την αίσθηση που έχουν οι επαγγελματίες ότι μπορούν να ασκήσουν προσωπικό έλεγχο πάνω στις καταστάσεις και να τις επηρεάσουν (control). Δεν νιώθουν αδύναμοι ούτε πιστεύουν ότι όλα καθορίζονται από εξωτερικές δυνάμεις (τον θεό, την τύχη, τη διοίκηση, τους άλλους κ.λ.π.).

(β) Την τάση να επενδύουν στη δουλειά τους και να συμμετέχουν στα δρώμενα (commitment). Όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες, κινητοποιούνται και επιδιώκουν την επίλυση του προβλήματος, αντί να παραμένουν παθητικοί θεατές σε όσα συμβαίνουν γύρω τους.

(γ) Την τάση να αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες που προκύπτουν στον χώρο εργασίας περισσότερο ως «προκλήσεις», παρά ως απειλές ή ανυπέρβλητα εμπόδια (challenge). Αυτοί οι επαγγελματίες δεν επιδιώκουν με κάθε τρόπο την ασφάλεια ή την σταθερότητα. Αντίθετα, είναι δεκτικοί σε νέες εμπειρίες και ιδέες, και προσαρμόζονται με ευελιξία στις στρεσογόνες καταστάσεις. Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι παρά τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελλαδικό χώρο, οι επαγγελματίες υγείας παραμένουν στην εργασία τους, γιατί είναι ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της επαγγελματικής τους δραστηριότητας.

Οι περισσότερες έρευνες στον χώρο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περιγραφικές και πολλές χαρακτηρίζονται από σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα. Στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε μια σημαντική μελέτη για να προσδιοριστούν οι ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών που εργάζονται σε Ογκολογικά και Γενικά Νοσοκομεία των Αθηνών (Papadatou, Anagnostopoulos and Monos, 1994 ; Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1992). Βάσει των δεδομένων που συγκέντρωσαν οι ερευνητές σε δείγμα 443 νοσηλευτών, παρατήρησαν ότι ο βαθμός εξουθένωσης των νοσηλευτών που φροντίζουν αρρώστους με καρκίνο δεν διαφέρει από τον βαθμό εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλεύτριες που

εργάζονται σε Γενικά Νοσοκομεία. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν πολύ περισσότερο από τις συνθήκες εργασίας και τους δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, χρόνια προϋπηρεσίας κ.α.) στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλευτές που ήταν περισσότερο ευάλωτοι στην εξουθένωση είχαν χαμηλότερη «ανθεκτικότητα στο στρες», ενώ η ικανοποίηση που περίμεναν ότι θα αντλήσουν από την δουλειά τους τον καιρό του διορισμού τους διαψεύστηκε στην συνέχεια.

## 2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, από τη μια στιγμή στην άλλη. Αντίθετα τα προβλήματα επιδεινώνονται και εμφανίζονται σταδιακά. Ο επαγγελματίας υγείας σε οποιοδήποτε επάγγελμα και επίπεδο εργασίας βρίσκεται είναι απαραίτητο να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του. Κάποια από τα χαρακτηριστικά του burn out είναι:

- ✓ **Έλλειψη κινήτρων.** Οι επαγγελματίες υγείας δεν ενδιαφέρονται για μια υποδειγματική δουλειά και γενικότερα αδιαφορούν για τα πάντα στο χώρο της εργασίας τους, έχοντας ως μόνη φιλοδοξία να φύγουν από αυτή όσο το δυνατόν γρηγορότερα.
- ✓ **Έντονη αποστροφή** για την εργασία. Αισθάνονται ότι έχουν χάσει τον ενθουσιασμό για την εργασία τους, δεν εκτιμούν την προσφορά τους θεωρώντας ότι το έργο τους έχει γίνει μονότονο και βαρετό.
- ✓ **Αίσθηση αποξένωσης.** Απομονώνονται από τους συναδέλφους τους διαχωρίζοντας συνεχώς τον εαυτό τους, αποφεύγοντας κοινωνικές επαφές και συζητήσεις μαζί τους υποτιμώντας τους και σχολιάζοντας τους αρνητικά
- ✓ **Κακή διάθεση.** Οι επαγγελματίες υγείας ενοχλούνται από όλους και από όλα γύρω τους νιώθοντας διαρκώς κακοκεφιά. Δεν δείχνουν καθόλου υπομονή και κατανόηση για τα λάθη ή τις παραλήψεις και τα προβλήματα των άλλων. Δεν είναι λίγες οι φορές που ξεσπάνε την ένταση και τον εκνευρισμό που νιώθουν στους συναδέλφους τους και ακόμη και σε ασθενείς τους.
- ✓ **Προβλήματα υγείας.** Οι άνθρωποι αυτοί αρχίζουν να παρουσιάζουν και προβλήματα που αφορούν τον ύπνο, το σωματικό τους βάρος, έντονους και επίμονους πονοκεφάλους και άλλα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες. Αυτό είναι κυρίως και το στάδιο στο οποίο οι περισσότεροι πια αρχίζουν να συνειδητοποιούν ή να παραδέχονται ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία τους.

Η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία της υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες συνεπάγεται την υπερκόπωση και εξάντλησή του. Οι συνέπειες της εξάντλησης αυτής δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση του ατόμου, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην προσωπική του ζωή (Cushway, 1992). Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης ομαδοποιούνται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Στα σωματικά 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 and Cushway, 1998).

Τα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνουν εκνευρισμό, κατάθλιψη, αίσθημα αποξένωσης, ανησυχία, έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου κ.α., ενώ τα συμπεριφορικά προβλήματα περιλαμβάνουν ροπή για απουσίες από την εργασία, αδυναμία συγκέντρωσης, εργασιομανία κ.α. 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 να μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές (Griffith et al, 1999). Η μεγάλη γκάμα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζεται στον Πίνακα 1. Αν και δεν εκδηλώνουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας τα ίδια συμπτώματα, κάποια από τα σημαντικότερα συμπτώματα που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία είναι τα ακόλουθα:

<b>Πίνακας 1. Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης</b>		
<b><u>Σωματικά</u></b>	<b><u>Ψυχολογικά</u></b>	<b><u>Συμπεριφορικά</u></b>
Σωματική 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 / Ευερεθιστικότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία

		συγκέντρωση/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	
Προσαρμογή από το Don Unger, "Superintendent Burnout: Myth or Reality" (1980)		

### 3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μίας 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 and Maslach, 1988; Dekker and 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 and Payne, 1999).

Ακολουθεί μία συνοπτική παρουσίαση των σημαντικότερων μοντέλων ερμηνείας της επαγγελματικής εξουθένωσης:



### 1) TO MONTELO ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ MASLACH (1982)

Βάσει του κλασικού ορισμού της Maslach, 1982, που αναφέρθηκε παραπάνω, 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 στον χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του (Leiter and Maslach, 2005).

### 2) TO MONTELO ΤΩΝ EDELWICH & BRODSKY (1980)

Οι Edelwich and Brodsky, 1980, περιέγραψαν μία σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, και συγκεκριμένα:

- **Ενθουσιασμός.** 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.
- **Αμφιβολία και αδράνεια.** 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 επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.
- **Απογοήτευση και ματαίωση.** Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η

απογοήτευση και ματαίωση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές 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 την εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

- **Απάθεια.** 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 επάγγελμά του. Ουσιαστικά συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του, για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντί τους.

### 3) ΤΟ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ CHERNISS (1980)

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

- I. **Φάση του «εργασιακού στρες»:** Πρόκειται για μία 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 τη 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 μία 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 εργαζομένου, 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.

#### 4) TO MONTELO THΣ PINES

Η Pines et al., ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines and 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 and 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 μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

#### 4. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

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 να αποφευχθεί πλήρως, αλλά τουλάχιστον τα αυξημένα επίπεδα της να μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη

παρέμβαση.

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 ποιότητά τους από επαγγελματίες οι οποίοι αντλούν ικανοποίηση από την δουλειά τους, όσο απαιτητική και δύσκολη κι αν είναι.

## *ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ*

**1. 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 πρόβλημά 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 τον 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.

**2. Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών** που έχει ο επαγγελματίας

από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, την σχέση με συναδέλφους και προϊστάμενους 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 πάντα αποτελεσματική, ότι με τις παρεμβάσεις του πρέπει να επηρεάζει την 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 σ' 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»κ.λ.π.) συνυπάρχουν με «εγωιστικά» κίνητρα, καθώς το άτομο επιδιώκει να ικανοποιήσει, μέσα από την 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 άλλου φροντίδα, ο επαγγελματίας βιώνει μια έντονη αίσθηση απογοήτευσης και ματαίωσης. Αντίστοιχα, η προσωπική ανάγκη ενός άλλου επαγγελματία μπορεί να περιλαμβάνει την άσκηση επιρροής και ελέγχου 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 συμπεριφορά του και συχνά αποτελούν μία από τις σημαντικότερες πηγές πρόκλησης χρόνιου στρες.

**3. Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης** που ενεργοποιεί ο επαγγελματίας του 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.

Ο Chiriboga et al., 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 συναισθήματά 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.

**4. 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 and Russel, 1986 ; Cottington and House, 1987), όσο και τις πιθανότητες να νοσήσει (Cohen and Wills, 1985 ; Kobasa, Maddi and Puccetti, 1982; Kobasa et al., 1985 ; Wortman and 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 αποτελεσματικότητάς 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 τον χώρο της εργασίας «δεν πρέπει» να επηρεάζουν την προσωπική του ζωή, και αντιστρόφως, δεν είναι ρεαλιστική. Γι' αυτό η διαθεσιμότητα ενός υποστηρικτικού δικτύου στον κάθε χώρο και ταυτόχρονα ο προγραμματισμός κάποιου χρόνου αποσυμπιέσης ή δραστηριότητας (π.χ. ενασχόληση με χόμπι, βόδισμα κ.λ.π.) συμβάλλουν στην ενδεχόμενη συναισθηματική εκφόρτιση και

επιτρέπουν στον εργαζόμενο μια ηπιότερη μετάβαση από τον 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:
  - την εργασία,
  - τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους,
  - την σχέση με τον εαυτό και
  - την διασκέδαση.

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

**7. 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. 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 της υγείας διατρέχει τον κίνδυνο να οδηγηθεί ξανά στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς η τοποθέτηση του σε ένα νέο Τμήμα δεν συνοδεύεται από την τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων, προσδοκιών, στάσεων και συμπεριφορών.

#### *ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ / ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ*

**1. Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση** αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσή 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. Πέρα από τις γνώσεις και την πείρα του επαγγελματία της 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 κ.λ.π.), 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.

**2. 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.

**3. 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 αντιμετώπισής τους. Καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας, υποστήριξης και αλληλεξάρτησης και αποφεύγει να τροφοδοτεί ανταγωνισμούς και επιδιώξεις προσωπικής ανάδειξης ή προβολής ορισμένων μελών του προσωπικού υγείας.

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 και 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.

**4. 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.

**5. 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 την στιγμή που εμφανίζει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης.

**6. 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.

**7. 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 and 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 την 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.

**8. Η συμβουλευτική εποπτεία** απευθύνεται σε έναν εργαζόμενο ή μια ομάδα επαγγελματιών που με την υποστήριξη ειδικού συμβούλου αναγνωρίζουν και αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητές 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 αντιμετώπισής της. (Steinberg, 1989).

**9. 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 οικογένειας και των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξή τους.

Η Kobasa (1986) και άλλοι κλινικοί (Fischman, 1987) διοργανώνουν εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια που αποσκοπούν στην αύξηση του προσωπικού ελέγχου του επαγγελματία και στην 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 αξιοποίηση τους για την αντιμετώπιση μιας δύσκολης κατάστασης την οποία μαθαίνει να αξιολογεί ως «πρόκληση».

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

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

κάθε 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 σηματοδεύουν 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.

**10. Η διεπιστημονική συνεργασία** ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κ.λ.π.), 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 η εμφανίζει έντονες αντιδράσεις, παραπέμπεται στον ψυχολόγο, όταν έχει εγκαταλειφθεί, καλείται ο 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 (Bennett, 1987). Άλλωστε, ακόμα και στην ελληνική μυθολογία, ο ρόλος του Μεγάλου «Θεραπευτή» αποδίδεται στον Χείρωνα, έναν τραυματισμένο Κένταυρο. Όπως είναι γνωστό, ο Χείρωνα, 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 τον 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 στην σπηλιά του Φόλου για να πάρουν το κρασί και μεθυσμένοι άρχισαν να συγκρούονται. Πάνω στην μάχη, ένα βέλος από το 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.

### *ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ*

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αντιμετωπίζει το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο από την πλευρά της πρόληψης και στην ιδανική περίπτωση ενσωματώνει τον έλεγχο και τη ρύθμιση της ψυχοσωματικής ισορροπίας των υπαλλήλων. Πρόκειται για μία πολύπλοκη διαδικασία, που μπορεί να χρησιμοποιήσει μία κλίμακα στρατηγικών, αν και τα παραδείγματα τέτοιων οργανωτικών παρεμβάσεων που έχουν δημοσιευθεί είναι σχετικά περιορισμένα (Elkin and Rosch, 1990):

- i) Επανασχεδιασμός της εργασίας
- ii) Επανασχεδιασμός του οργανωτικού περιβάλλοντος
- iii) Καθιέρωση ελαστικών προγραμμάτων εργασίας
- iv) Ενθάρρυνση συμμετοχής στην διοίκηση
- v) Συμπερίληψη του εργαζομένου στο σχεδιασμό προγραμμάτων
- vi) Ανάλυση των εργασιακών ρόλων και καθορισμός στόχων
- vii) Καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών
- viii) Δημιουργία συνεκτικών ομάδων

Αυτό το επίπεδο πρόληψης θεωρεί την επαγγελματική εξουθένωση ως επακόλουθο της έλλειψης προσαρμογής των ατόμων στο περιβάλλον. Γι' αυτό, ο βασικός στόχος της αρχικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση μίας υγιούς σχέσης ανάμεσα στα δύο μέρη (Elkin and Rosch, 1990). Οι παρεμβάσεις που προτείνονται στοχεύουν τόσο στην απομάκρυνση των στρεσογόνων παραγόντων από το εργασιακό περιβάλλον όσο και στην προσπάθεια να επιτευχθεί ένας επιτυχής συνδυασμός ανάμεσα στα επαγγελματικά καθήκοντα και τις ανάγκες του ατόμου, τις ικανότητες και τις φιλοδοξίες του. Για παράδειγμα, η συμμετοχική λήψη αποφάσεων, ο επανασχεδιασμός της εργασίας, ο προγραμματισμός και εμπλουτισμός της και οι αυτόνομες ομάδες εργασίας είναι αποτελεσματικές παρεμβάσεις στο περιβάλλον εργασίας (Schafer, 1996 ; Karasek and Theorell, 1990).

### **Επανασχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος**

Ο Murphy et al.,1994, εφάρμοσαν ένα πιλοτικό πρόγραμμα που είχε σκοπό το σχεδιασμό ενός νοσοκομείου σε κάποια προαστιακή περιοχή ( Firth-Cozens and Payne, 1999). Πυρήνα του προγράμματος αυτού αποτελούσε η ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων στη δημιουργία και εφαρμογή του. Για το σκοπό αυτό, συστάθηκε μία ομάδα από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αντιπροσωπεύονταν από όλες τις ειδικότητες, και η οποία είχε σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας των ασθενών, να αναγνωρίσει τις αδυναμίες του μοντέλου και να προτείνει τρόπους βελτίωσής του. Η διεπιστημονική ομάδα, μέσα από εβδομαδιαίες συναντήσεις στις οποίες συζητούσε τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι επαγγελματίες υγείας, διαπίστωσε ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αποτελούσε τον βασικότερο παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων και πρότεινε τη δημιουργία ενός προγράμματος αντιμετώπισής του.

Παράλληλα, ορίστηκε ένας εξωτερικός σύμβουλος για να διευκολύνει την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος. Το καινούργιο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών είχε ως πρωταρχικό στόχο τη διεπιστημονική συνεργασία και τον περιορισμένο αριθμό των ασθενών που θα αναλάμβανε η κάθε ομάδα επαγγελματιών υγείας. Μετά την εφαρμογή του νέου προγράμματος αφενός αυξήθηκε σημαντικά το αίσθημα επαγγελματικής ικανοποίησης και η συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων και αφετέρου μειώθηκε το εργασιακό στρες και η σπατάλη του εργασιακού χρόνου.

## Μείωση των πιεστικών παραγόντων

Πολλοί ερευνητές, όπως ο Fagin et al., 1996, έχουν προτείνει ότι πρωταρχικός σκοπός μίας παρέμβασης για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής έντασης γενικότερα θα πρέπει να αποτελεί η μείωση των ίδιων των πιεστικών εργασιακών παραγόντων που την προκαλούν. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα ελέγχου της εργασίας του και ταυτόχρονα τη δυνατότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων που ανακύπτουν στο εργασιακό του περιβάλλον. Η αλλαγή των στόχων, των μεθόδων παροχής υπηρεσιών, η βελτίωση των εργασιακών σχέσεων και η εκμάθηση νέων μεθόδων διαχείρισης των προβλημάτων θα πρέπει να αποτελούν απώτερο σκοπό κάθε προγράμματος διαχείρισης και μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Εκτός από τις πιθανότητες που καταγράφονται παραπάνω, ο Burke (1996) αναγνώρισε τα πλεονεκτήματα της δημιουργίας στόχων, της λύσης προβλημάτων, της βελτίωσης της επικοινωνίας και της εξομάλυνση της σύγκρουσης σπιτιού-εργασίας με την ευρύτερη εξομάλυνση των αντιπαράθεσεων μεταξύ εργασιακών και οικογενειακών ευθυνών. Σημαντικός αριθμός μελετών έχουν επικεντρωθεί στην επίδραση της ενδυνάμωσης των υπαλλήλων, ενώ η δημιουργία στόχων στους υπαλλήλους των χαμηλότερων επιπέδων της ιεραρχίας των οργανισμών μπορεί να ερμηνεύσει τον πολύπλοκο χαρακτήρα των πρακτικών, οικονομικών και πολιτικών πλευρών της εισαγωγής τέτοιων σχημάτων.

Η μείωση της ψυχολογικής έντασης των εργαζομένων «αντιπροσωπεύει τον πιο άμεσο τρόπο μείωσης της εργασιακής έντασης, καθώς αντιμετωπίζει την αιτία του» (O'Driscoll and Cooper, 1995). Ωστόσο, το σημείο έναρξης βρίσκεται στην αξιολόγηση της έκτασης του προβλήματος, για παράδειγμα μέσω του ελέγχου του εργασιακού στρες, που επιτρέπει επίσης την αναγνώριση των αιτιών του. Κατ' επέκτασιν, η δράση που θα πρέπει να αναλάβει ο οργανισμός θα εξαρτηθεί από τη διακύμανση αυτών των αιτιών (Cartwright and Cooper, 1994).

Για την προώθηση της αντιμετώπισης του των εργασιακών πιέσεων και της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι Αρχές Αγωγής Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας έχουν δημοσιεύσει ένα φυλλάδιο που περιγράφει εν συντομία κάποιο πρόγραμμα οργανωτικής διαχείρισης των καταστάσεων αυτών για χρήση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS, 1997). Συγκεκριμένα,

αυτό περιλαμβάνει:

- i) Διαγνωστικές συζητήσεις μεταξύ του προϊσταμένου και ανωτέρων διοικητικών στελεχών του οργανισμού, καθώς και εξωτερικών συμβούλων.
- ii) Μία «Ομάδα Ακρόασης» συγκροτούμενη από διαφορετικά επαγγέλματα για τη διεξαγωγή προκαταρκτικής ανάλυσης της φύσης και της έκτασης του προβλήματος των εργασιακών εντάσεων.
- iii) Ομάδες συζήτησης για το εργασιακό στρες, με σκοπό τη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων.
- iv) Μία ομάδα διαχείρισης των εργασιακών πιέσεων για το χειρισμό και το συντονισμό των πληροφοριών και την εφαρμογή των πορισμάτων από τις ομάδες συζήτησης, παράλληλα με τη συνεργασία με εξωτερικούς συμβούλους.

Και στις διαδικασίες αυτές, το σημαντικό θέμα που αναδύεται είναι η συμμετοχική λήψη αποφάσεων στην ανάλυση και τον επανασχεδιασμό των υπάρχοντων οργανωτικών πλαισίων, ώστε να διευκολύνεται περισσότερο η συνεργασία.

#### *ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ*

Στο επίπεδο αυτό, η παρέμβαση επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης που αισθάνεται ο επαγγελματίας υγείας, εμπλέκοντας τεχνικές επίγνωσης, καθώς και άσκηση και εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Η εκπαίδευση και άσκηση αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην αναγνώριση των προσωπικών ορίων του εργαζομένου, ώστε να έχει επίγνωση της κατάστασής του και να αναζητήσει βοήθεια εάν χρειαστεί. Συνήθως, αυτή η εκπαίδευση, που περιλαμβάνει προγράμματα οργάνωσης χρόνου, διεκδικητικότητας, δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτικής για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής, παίζει έναν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία ενός σχεδίου ελέγχου της επαγγελματικής εξουθένωσης από την πλευρά των εργαζόμενων.

Τα μέτρα για τη βελτίωση ή τη διαφύλαξη της ψυχικής και σωματικής ευεξίας μπορούν να τεθούν σε λειτουργία στα πλαίσια ενός νοσοκομειακού περιβάλλοντος, αν και η εστίαση του προβλήματος θα μπορούσε να παραμείνει στις ανάγκες και τα προβλήματα του ατόμου. Ωστόσο, η επίτευξη της ιδανικής ισορροπίας μεταξύ του ρόλου που κατέχει το άτομο και του

εργασιακού περιβάλλοντος, στην αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική του εξουθένωση έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα. Για το λόγο αυτό, το δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης έχει επικεντρωθεί στην εκπαίδευση για την διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μπορεί να επικεντρώνεται στην πρόληψη, με σκοπό να αυξήσει την συνειδητοποίηση και αναγνώριση της εξουθένωσης ως πρόβλημα για τους επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύοντάς τους σε τακτικές σχεδιασμένες να μειώνουν τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα της έντασης (Karasek & Theorell, 1990).

Επιπλέον, τα προγράμματα βελτίωσης της υγείας και τροποποίησης του τρόπου ζωής αποτελούν τμήμα ενός σταδίου δευτερογενών παρεμβάσεων. Τα προγράμματα βελτίωσης της υγείας είναι δυνατόν να οργανώνονται τόσο μέσα στα ίδια τα νοσοκομεία όσο και σε εξωτερικούς χώρους. Αυτός ο τύπος προγράμματος μπορεί να περιλαμβάνει δραστηριότητες με στόχο να τροποποιηθούν τα επιβλαβή μοντέλα συμπεριφοράς, όπως α) εισαγωγή προγραμμάτων καρδιαγγειακής ευεξίας, β) προγράμματα διακοπής του καπνίσματος και γ) συμβουλευτικής για το χειρισμό του ενδεδειγμένου τρόπου ζωής (Cooper, 2001).

Τα παραδείγματα διαχείρισης των εργασιακών πειστικών καταστάσεων και της επαγγελματικής εξουθένωσης θα μπορούσαν ακόμη να περιλαμβάνουν: σωματική άσκηση, τεχνικές χαλάρωσης, γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων έντασης, οργάνωση του χρόνου, υποστήριξη και ενθάρρυνση για την παρατήρηση των οργανικών λειτουργιών (Cartwright & Cooper, 1994). Ωστόσο, η εκπαίδευση στη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης τείνει να γενικεύεται περισσότερο παρά να εξειδικεύεται, με αποτέλεσμα να μη διαθέτει πειστικές διαπιστώσεις για την αποτελεσματικότητά της. Οι ανησυχίες οφείλονται στην έλλειψη δεξιοτήτων για τη διατήρηση των αποτελεσμάτων με το πέρασμα του χρόνου, καθώς και στη δυσκολία αξιολόγησης της εκπαίδευσης στη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως και στη χρήση περιορισμένων μετρήσεων- αν και τα αποτελέσματα μπορεί να είναι περισσότερο έγκυρα όταν λαμβάνονται υπόψη περισσότερες από μία μετρήσεις.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στο να βοηθήσει τα άτομα να αντιμετωπίσουν αυτούς τους παράγοντες που προκαλούν εντάσεις στο χώρο της εργασίας τους που, αν και είναι σύμφυτες με το περιβάλλον του οργανισμού, δεν είναι δυνατόν να αλλάξουν άμεσα (π.χ. επαγγελματική ανασφάλεια). Επιπροσθέτως, ο βασικός στόχος της δευτερογενούς παρέμβασης είναι η βελτίωση της ικανότητας των εργαζόμενων να προσαρμόζονται αποτελεσματικά στο



περιβάλλον του νοσοκομείου. Παρόμοιες παρεμβάσεις έχουν αναφερθεί ως προσεγγίσεις εμβολιασμού κατά των εργασιακών εντάσεων καθώς «εμβολιάζουν» τους εργαζόμενους έναντι των παραγόντων αυτών προτού αυτοί τους καταβάλουν (Quick και συν, 1997).

### **Προγράμματα φυσικής άσκησης**

Τα προγράμματα φυσικής άσκησης των υπαλλήλων είναι διαδεδομένα μεταξύ των

νοσοκομείων, κυρίως στη Βόρεια Αμερική, όπου παρέχονται ασκήσεις για την καρδιά, δραστηριότητες που τονώνουν τους μύες και ευνοούν την ευλυγισία, παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής και διασκέδασης και ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές (Dishman, 1988). Υποστηρίζεται ότι τα προγράμματα υγείας στο χώρο εργασίας μειώνουν τις δαπάνες για ασθένειες, αυξάνουν την παραγωγικότητα και συντηρούν την καλή υγεία (Schrems και συν., 1996).

### **Κλινικές εποπτείες**

Τέλος, έχει βρεθεί ότι οι κλινικές εποπτείες βοηθούν σε σημαντικό βαθμό τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να αναπτύξουν ικανότητες, γνώσεις και επαγγελματικές δεξιότητες χρήσιμες για την καριέρα τους (Darley, 1995). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει εδώ και πολλά χρόνια κλινικές εποπτείες, γεγονός που έχει ωφελήσει ιδιαίτερα τους νοσηλευτές να αποκτήσουν επαγγελματικές φιλοδοξίες και ενδιαφέροντα, ενώ παράλληλα έχει μειωθεί ο κίνδυνος για επαγγελματική εξουθένωση, διατηρώντας υψηλό το ηθικό και το επαγγελματικό τους ενδιαφέρον (Darley, 1995). Επομένως, η κλινική εποπτεία θα πρέπει να αποτελεί σημαντικό κομμάτι της διαχείρισης ενός νοσοκομείου, καθώς και απαραίτητη στρατηγική υποστήριξης του προσωπικού καθώς και προώθησης υψηλών επιπέδων επαγγελματικής απόδοσης.

### **Ρόλος του προϊσταμένου**

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο θα πρέπει να κατέχει σε κάθε νοσοκομείο ή ίδρυμα υγείας, ο προϊστάμενος, ο οποίος θα είναι σε θέση να παρέχει υποστήριξη και απλές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων στους νοσηλευτές, όπως:

α) δυνατότητα ευέλικτων εφημεριών, β) συζητήσεις με το προσωπικό σχετικά με αλλαγές

στην οργάνωση του ιδρύματος, γ) πληροφορίες για τη διαχείριση των εργασιακών εντάσεων και δ) υποστήριξη στις συγκρούσεις που απορρέουν από τη δύσκολη φύση του επαγγέλματος (Ito και συν., 2001). Μία τέτοια διαδικασία θα μπορούσε να διατηρήσει υψηλό το ηθικό του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ θα μπορούσε ταυτόχρονα να αυξήσει και τα επίπεδα εργασιακής του ικανοποίησης. Συνεπώς, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητο να γνωρίζει ότι διαθέτει τις κατάλληλες πηγές, ικανότητες και κίνητρα για τη διαχείριση των αναγκών του.

### ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αφορά κυρίως στον εντοπισμό των ατόμων που πάσχουν από κακή ψυχική υγεία εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναφέρεται επίσης στις διαδικασίες ανάρρωσης όσων εργαζομένων πάσχουν, μέσω της παροχής υπηρεσιών παροχής συμβουλών προκειμένου να επιστρέψουν κάποια μέρα στη δουλειά τους. Έχει εκτιμηθεί ότι αυτό είναι προτιμότερο από άποψη οικονομικού κόστους, ώστε να βοηθηθούν τα άτομα να εργαστούν ξανά παρά να συνταξιοδοτηθούν και να εκπαιδευτούν αντικαταστάτες (Mushet and Donaldson, 2000).

Σύμφωνα με αρκετούς μελετητές, η έμφαση θα πρέπει να δίνεται (Berridge and Cooper, 1993):

- στην κατάρριψη των διαπροσωπικών εμποδίων,
- στο ξεπέραςμα των προσκομμάτων στα πλαίσια της ομάδας,
- στη διαδικασία του να ακούει ο ένας τον άλλον,
- στην παροχή συμβουλευτικής όχι με τη μορφή εντολών,
- στην ενθάρρυνση του ατόμου να αντιμετωπίζει το πρόβλημά του και
- στην ενδυνάμωσή του να αναλάβει δράση

### Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους επαγγελματίες υγείας έχει προταθεί επανειλημμένως και, όπου έχει εφαρμοστεί, έχει επιφέρει ιδιαίτερα σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τη βελτίωση της ικανοποίησης από το επάγγελμα και τις συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία. Ορισμένες από

τις αρχές ενός προγράμματος ψυχολογικής υποστήριξης είναι η ανταλλαγή απόψεων, συναισθημάτων και αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό τους χώρο, η αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των δύσκολων περιπτώσεων, οι υποδείξεις τρόπων επιτυχούς παρέμβασης για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους, η κατανόηση των αντιδράσεών τους και η επεξεργασία των οδυνηρών εμπειριών που βιώνουν στο εργασιακό τους περιβάλλον. Τα αποτελέσματα συγκεκριμένων προγραμμάτων παρέμβασης αποσκοπούν στην καλύτερη ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, την τόνωση του αισθήματος εργασιακής ικανοποίησης και την ανάπτυξη συνεργατικών μεθόδων για την επίλυση των προβλημάτων τους.

### **Προγράμματα στήριξης των εργαζομένων**

Εκτός από τις ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης, σε πολλές χώρες τα νοσοκομεία διαθέτουν εξωτερικά γραφεία παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και παραπομπής των εργαζόμενων, γνωστά ως Προγράμματα Στήριξης Εργαζόμενων (Murphy, 1999). Πολλά νοσοκομεία έχουν ενσωματώσει τις συμβουλευτικές υπηρεσίες στα προγράμματα αντιμετώπισης των εργασιακών εντάσεων με στόχο να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να αναγνωρίσουν και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τις ικανότητές τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο της εργασίας, καθώς και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την καριέρα και την οικογένειά τους.

Τα προγράμματα αυτά, που έχουν ήδη βρει εφαρμογή σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και, κυρίως, στην Αμερική, ως βασικό τους σκοπό έχουν την ανακούφιση των επαγγελματιών υγείας από τα προσωπικά τους προβλήματα, που έχουν σημαντικές επιπτώσεις στο χώρο εργασίας τους. Συγκεκριμένα, τα προγράμματα αυτά παρέχουν κυρίως υποστηρικτικές, διαγνωστικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες. Πολλά από αυτά ξεκίνησαν ως προγράμματα αντιμετώπισης του αλκοολισμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και, σταδιακά, εξελίχθηκαν σε προγράμματα αντιμετώπισης ευρύτερων προβλημάτων, καθώς αναγνωρίστηκε ότι ο αλκοολισμός δεν ήταν το μοναδικό πρόβλημα που δημιουργούσε δυσκολίες στην εργασιακή ζωή των επαγγελματιών υγείας.

Τα περισσότερα, λοιπόν, από τα προγράμματα στήριξης του προσωπικού υγείας, ιατρικού και νοσηλευτικού, θα πρέπει να προσφέρουν ευρεία γκάμα υπηρεσιών που θα είναι σε θέση να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να αντιμετωπίσουν τόσο τα προσωπικά τους προβλήματα

όσο και αυτά που απορρέουν άμεσα από την εργασία τους. Οι υπηρεσίες αυτές σκόπιμο θα ήταν να περιλαμβάνουν (BNA Policy and Practice Series, 1996-1999; WHO, 2000):

- Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου και μέσω διαδικτύου
- Παραπομπή για ψυχολογικά συμπτώματα ή διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, στρες)
- Οικογενειακή στήριξη
- Συμβουλευτική για την αντιμετώπιση νομικών ή οικονομικών προβλημάτων
- Στήριξη σε σοβαρά ιατρικά προβλήματα (π.χ. AIDS, καρκίνος)
- Προετοιμασία για τη συνταξιοδότηση των επαγγελματιών υγείας
- Δυσκολίες που σχετίζονται με την επιλογή της καριέρας

Μία αντίστοιχη διαθέσιμη συμβουλευτική υπηρεσία, που να μπορούσε να καλύψει όλα τα στάδια μίας ιατρικής και νοσηλευτικής καριέρας στην Ελλάδα, θα συνιστούσε σημαντική συμβολή στην ανακούφιση οποιωνδήποτε συμπτωμάτων δημιουργούνται από πειστικές εργασιακές καταστάσεις (Dowling and Barrett, 1991; Hale and Hudson, 1992). Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, καθώς οι συμβουλευτικές υπηρεσίες στους διάφορους χώρους εργασίας, ακόμη και σε εκείνους της δημόσιας υγείας και ειδικότερα της ψυχικής υγείας δεν έχουν ακόμη οργανωθεί πλήρως και στελεχωθεί επαρκώς από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες δεν αποτελούν βασικούς προορισμούς στους οποίους απευθύνονται οι επαγγελματίες υγείας για να εκθέσουν τα εργασιακά τους προβλήματα. Επιπλέον, υπάρχει ευρύτερο πρόβλημα ενημέρωσης σχετικά με τις ακριβείς διευθύνσεις, τις ώρες λειτουργίας καθώς και το χαρακτήρα των προσφερόμενων υπηρεσιών των κέντρων αυτών και για το γενικό πληθυσμό.

Όπως παρατηρούν οι Cartwright and Cooper, 1997, οι περισσότερες οργανωσιακές παρεμβάσεις αφορούν στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, επικεντρώνονται δηλαδή στην εκπαίδευση για τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης ή στη συμβουλευτική και την προώθηση της υγείας. Τα προγράμματα προώθησης/εκπαίδευσης υγείας επιχειρούν να μειώσουν τους παράγοντες κινδύνου που απορρέουν από τη συμπεριφορά και οδηγούν σε ασθένειες ή σε ευάλωτη υγεία, ενώ τα αντίστοιχα προστασίας της υγείας ασχολούνται με τη διάγνωση και τον εντοπισμό των υπάρχοντων προβλημάτων. Η μορφή που θα λάβουν αυτές οι δραστηριότητες ποικίλει καθώς είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών για τη διατήρηση της καλής υγείας, διατροφολογικούς κανόνες, προγράμματα καρδιαγγειακής υγείας, μαθήματα χαλάρωσης και άσκησης, εκπαίδευση στη διαχείριση του εργασιακού στρες ή συστηματική συμβουλευτική, ακόμα και συνδυασμό όλων αυτών.

Από την άλλη πλευρά, οι παρεμβάσεις που εστιάζονται στον οργανισμό επιχειρούν να περιορίσουν τις πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης και οι περισσότερες παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο αποσκοπούν στο να βοηθήσουν μεμονωμένα τους υπαλλήλους να αντιμετωπίσουν τους παράγοντες που τους προκαλούν εξουθένωση στο χώρο εργασίας τους. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως αυξάνοντας την προσαρμοστικότητα των ατόμων στο περιβάλλον, αλλάζοντας τη συμπεριφορά τους και βελτιώνοντας τον τρόπο ζωής τους ή αποκτώντας ικανότητες διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Έμφυτη στην προσέγγιση αυτή είναι η αντίληψη ότι ο οργανισμός και το εργασιακό περιβάλλον δεν θα αλλάξουν, επομένως το άτομο πρέπει να διδαχθεί τρόπους αντιμετώπισης που θα το βοηθήσουν να προσαρμοστεί εκείνο καλύτερα (Cartwright & Cooper, 1997).

Σημαντικός αριθμός ερευνών έχουν βρει ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης εξαιτίας της φύσης της ίδιας της εργασίας, καθώς και των πολλών οργανωτικών προβλημάτων (Ryan and Quayle, 1999). Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες μέθοδοι και τεχνικές για τη βελτίωση των συνθηκών που συνήθως προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας. Η εκπαίδευση και άσκηση σε στρατηγικές για την αντιμετώπιση και μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να αποτελούν πρωταρχικό σκοπό κάθε νοσοκομειακού σχεδιασμού.

Η διοίκηση των νοσοκομείων είναι ανάγκη να προωθεί μία οργανωσιακή κουλτούρα που να αναγνωρίζει την αξία των γνώσεων και εμπειριών του προσωπικού, καθώς και να επενδύει σε ατομικά και συλλογικά συστήματα υποστήριξής του. Η εκδήλωση σεβασμού στο προσωπικό πρέπει να είναι εμφανής σε όλα τα επίπεδα και επαγγέλματα υγείας. Οι βασικές αυτές στρατηγικές θα μπορούσαν να ενισχύσουν και να αυξήσουν την επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού, η οποία, με τη σειρά της θα επιφέρει την αφοσίωση και τη δέσμευσή του στις αρχές και τις ανάγκες του νοσοκομείου ή του όποιου ιδρύματος φροντίδας και περίθαλψης.

## **B' ΜΕΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΕΡΕΥΝΑ**

### **5. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

#### **5.1. Πληθυσμός μελέτης**

##### **5.1.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης – Πληθυσμός αναφοράς**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων του νομού Λασιθίου Κρήτης(Θ.Χ.Π.Λ), κατά το χρονικό διάστημα Μαΐου – Οκτωβρίου του 2008.

Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν όλοι οι εργαζόμενοι του Θεραπευτηρίου. Επιλέχθηκε το Θ.Χ.Π.Λ ως η μόνη κλειστή μονάδα σε επίπεδο Ανατολικής Κρήτης. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Διοίκησης και Λειτουργίας του Θ.Χ.Π.Λ. Κρήτης (Π.Δ. υπ' αριθμ. 330), σκοπός του είναι η περίθαλψη ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις πνευματικές ή κινητικές και των δύο φύλων από 18 ετών και πάνω, από όλα τα διαμερίσματα της χώρας και δεν έχουν την δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθούν.

Σχεδιάστηκε μια συγχρονική, επιδημιολογική μελέτη (cross – sectional study). Η παρούσα μελέτη εστιάζει στο βαθμό του στρες που βιώνει το προσωπικό του Θεραπευτηρίου.

#### **5.2 ΜΕΘΟΔΟΣ**

##### **5.2.1 Ερωτηματολόγια**

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία/ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory -MBI για τη καταγραφή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και η κλίμακα «αίσθηση συνεκτικότητας» / Sense of Coherence-SOC για την εκτίμηση της ικανότητας διαχείρισης του στρες των εργαζομένων.

##### *Ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory*

Το ερωτηματολόγιο MBI χρησιμοποιείται ευρέως σε έρευνες για το επαγγελματικό burn out. Αποτελείται από είκοσι δύο (22) ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε τρεις υποκλίμακες:

(α). Η υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης μετρά τα αισθήματα συναισθηματικής υπερέντασης και της σωματικής εξάντλησης, εννιά (9) ερωτήσεις.

(β) Η υποκλίμακα Αποπροσωποποίησης μετρά αρνητικές συμπεριφορές προς τους ασθενείς, τους συναδέλφους ή συνεργάτες, πέντε (5) ερωτήσεις.

(γ). Η υποκλίμακα Προσωπικής Ολοκλήρωσης (Προσωπικών Επιτευγμάτων) μετρά τα αισθήματα της ικανότητας και του επιτυχούς επιτεύγματος στην εργασία του, οκτώ (8) ερωτήσεις.

Οι απαντήσεις δίνονται σε επταβάθμια κλίμακα. Όσο υψηλότερη βαθμολογία σημειώνουν οι ερωτώμενοι στην υποκλίμακα Αποπροσωποποίησης και Συναισθηματικής Εξάντλησης τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ η υποκλίμακα της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων μετρά προς την αντίθετη κατεύθυνση, δηλαδή όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής και χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη μετά από επίσημη άδεια των κατασκευαστών της.

#### *Ερωτηματολόγιο Sense of Coherence*

Το ερωτηματολόγιο SOC αποτελείται από είκοσι εννέα (29) ερωτήσεις, με κλίμακα βαθμολόγησης από το 1 έως το 7 και οι οποίες χωρίζονται σε τρεις ενότητες:

(α) Κατανόηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Τα ερεθίσματα που λαμβάνει κάποιος κατά την διάρκεια της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα.

(β) Πεποίθηση ότι το άτομο θα ανταποκριθεί επιτυχημένα στις απαιτήσεις. Υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα ερεθίσματα.

(γ) Αίσθηση ότι η προσπάθεια αξίζει τον κόπο. Οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις, που αξίζουν να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει πάνω τους.

Η θεωρία της «αίσθησης συνεκτικότητας» προσπαθεί να εξηγήσει γιατί μερικοί άνθρωποι διαχειρίζονται με επιτυχία το στρες και παραμένουν υγιείς ενώ άλλοι αρρωσταίνουν. Σύμφωνα με τον Antonovsky, η ισχυρή SOC βοηθάει τα άτομα να δούν τον κόσμο ως δομημένο και προβλέψιμο (comprehensible), τα προβλήματα της ζωής ως αντιμετωπίσιμα (manageable) και τις απαιτήσεις της ζωής ως ενδιαφέρουσες προκλήσεις (meaningful).

Η υπόθεση είναι ότι τα άτομα με ισχυρή «αίσθηση συνεκτικότητας» έχουν μεγαλύτερη επιτυχία στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος και επομένως, στη διατήρηση της υγείας. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής.

### **5.2.2 Συμπλήρωση ερωτηματολογίων**

Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες ήταν αυτοσυμπληρούμενα και ανώνυμα. Συμπληρώθηκαν το χρονικό διάστημα Μαΐου – Οκτωβρίου 2008.

### **Τήρηση κανόνων βιοηθικής**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Θ.Χ.Π.Λ και η Διοίκηση της Μονάδας αυτής ενέκριναν το ερευνητικό πρωτόκολλο (11. 06. 08) που υποβλήθηκε.

Η συμμετοχή των προαναφερόμενων ατόμων στη μελέτη καθορίστηκε μετά από πλήρη ατομική ενημέρωση και υπογραφή συμφωνητικού αποδοχής τους στη μελέτη σύμφωνα με τους κανόνες βιοηθικής και δεοντολογίας για την προστασία των συμμετεχόντων.



### 5.3. Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας

Για τις ανάγκες της παρούσης μελέτης αναλύθηκαν και παρουσιάζονται στα αποτελέσματα τα δεδομένα που αφορούν:

- α) Επαγγελματική Εξουθένωση και συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory – MBI.
- β) Ικανότητα διαχείρισης του στρες και συγκεκριμένα η κλίμακα «αίσθηση συνεκτικότητας», Sense of Coherence-SOC.

#### *Στατιστική ανάλυση*

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων μετά την κωδικοποίηση τους καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Για τη στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0.

Δημιουργήθηκαν συγκεντρωτικοί πίνακες συχνοτήτων για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Για την εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και την πιθανή συσχέτιση της με κοινωνικοδημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος, δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές. Για τη συσχέτιση αυτών των μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων, θέτοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%. Οι μέθοδοι επιλέχθηκαν με γνώμονα τον τύπο των δεδομένων:

- Για συσχετίσεις συνεχών και κανονικά κατανομημένων μεταβλητών (όπως η ηλικία των εργαζομένων) ο δείκτης συσχέτισης Pearsons  $r$ .
- Για κατηγορική σύγκριση μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών (όπως το φύλο των εργαζομένων) ο στατιστικός έλεγχος  $\chi^2$ .
- Για σύγκριση κανονικά κατανομημένων συνεχών μεταβλητών (όπως π.χ. οι βαθμολογίες των ερωτηματολογίων με το φύλο ή μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων) έγινε είτε με την χρήση των ελέγχων t-test (για διχότομες ποιοτικές μεταβλητές) και απλής ανάλυσης της διακύμανσης (One-way ANOVA) για ποιοτικές μεταβλητές με περισσότερες από 2 ομάδες (Κάτος, 1986).

## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 6.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων του Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων του νομού Λασιθίου.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων του Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων Λασιθίου (Θ.Χ.Π.Λ)

Από τους 67 εργαζόμενους που συμμετείχαν στην μελέτη, οι 22 (32,9%) ανήκαν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οι 12 (17,9%) ανήκαν στο διοικητικό προσωπικό, οι 24(35,7) στο Τεχνικό προσωπικό, οι 4(6,00%) ήταν εκπαιδευτές εργαστηρίων ενώ οι 5(7,5%) από τους εργαζομένους δεν απάντησαν στη σχετική ερώτηση.( Πίνακας 1)

Από αυτούς τριάντα οχτώ ήταν γυναίκες(38, 56,7%) και είκοσι εννέα ήταν άντρες (29, 43,3%), με μέσο όρο ηλικίας τα 45,40 έτη με διάστημα εμπιστοσύνης 43,53 έως 47,28 έτη. (Γράφημα 1 και 2)

Περίπου το 60% (40) από τους εργαζομένους ήταν έγγαμοι, το 7,5% (5) ήταν άγαμοι, οι 2 (3%) διαζευγμένοι ή σε διάσταση, οι 3 (4,5%) χήροι, ενώ οι 17 (25,4%) δεν απάντησαν.(Γράφημα 3).

Περισσότεροι από τους μισούς εργαζομένους (22, 52,4%) είχαν δύο παιδιά, ενώ οι 9 (21,4%) είχαν από τρία παιδιά ο καθένας τους. (Γράφημα 4).

Από τους 67 εργαζομένους του Θ.Χ.Π.Λ στην ερώτηση σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο απάντησαν οι 49 από τους οποίους οι 9 (18,4%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού ή είχαν παρακολουθήσει κάποιες τάξεις του γυμνασίου, οι 4 (8,2%) ήταν απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης, το 40,8% περίπου (20 εργαζόμενοι) κατείχαν πτυχίο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι 10 (20,4%) ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης, οι 2 (4,1%) ήταν απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ενώ οι 4 (8,2%) δεν έδωσαν κατανοητή απάντηση.(Γράφημα 5)

Από τους συμμετέχοντες στην μελέτη που απάντησαν στην ερώτηση σχετικά με την προυπηρεσία τους σε αυτή την θέση προκύπτει ο μέσος όρος στα 15,9 χρόνια με μέγιστο τα 27 και ελάχιστο τα 27 χρόνια. Το διάστημα εμπιστοσύνης είναι από 14,33 έως 17,49 δηλαδή

το 95% από αυτούς που απάντησαν οι προυπηρεσία τους κυμαίνεται εντός των ορίων. (Γράφημα 6)

Στην ερώτηση για τον τύπο εργασίας συγκεντρώσαμε 50 απαντήσεις από τους 67 ερωτηθέντες. Οι 48 από αυτούς με ποσοστό 96% δήλωσαν δημόσιοι υπάλληλοι, ο ένας (2%) υπάλληλος υπό εκπαίδευση και ο ένας (2%) δήλωσε άλλο τύπο εργασίας.

Στην ερώτηση για το αν εργάζονται μόνοι ή σε ομάδα συγκεντρώσαμε 50 απαντήσεις από τους 67 ερωτηθέντες. Οι 43 από αυτούς με ποσοστό 86% απάντησαν ότι εργάζονται μέσα σε ομάδες και οι 7 με ποσοστό 14% ότι εργάζονται μόνοι τους. (Γράφημα 7)

Στο ερώτημα σχετικά με τις μηνιαίες αποδοχές τους έχουμε μέσο όρο 1094,08€ με μέγιστο τα 1500€ και ελάχιστο τα 500€ μηνιαίως. Το διάστημα εμπιστοσύνης κυμαίνεται μεταξύ των 1051,48€ και των 1136,69€ (Γράφημα 8).

Στην ερώτηση που σχετίζεται με τον αριθμό των ωρών που οι εργαζόμενοι κοιμούνται ημερησίως ο μέσος όρος ήταν 6,54 ώρες, με μέγιστο 10 και ελάχιστο 2 ώρες. Το διάστημα εμπιστοσύνης (95%) κυμαίνεται μεταξύ 6,09 έως 6,99 ώρες, (Γράφημα 9)

Στην ερώτηση αν οι εργαζόμενοι δουλεύουν νυχτερινές βάρδιες συγκεντρώσαμε 50 απαντήσεις από τους 67 ερωτηθέντες ενώ οι 17 δεν απάντησαν. Το 44% δηλαδή οι 22 από τους 50 δήλωσαν ότι κάνουν νυχτερινές βάρδιες, ενώ οι 28 (56%) δήλωσαν ότι δεν πραγματοποιούν νυχτερινές βάρδιες. (Γράφημα 10)

Από τους 22 εργαζόμενους που κάνουν νυχτερινές βάρδιες υπάρχει μέσος όρος 4,64 νυχτερινές βάρδιες μηνιαίως, με μέγιστο 12 και ελάχιστο 2 νυχτερινές βάρδιες το μήνα. Το δε (95%) κυμαίνεται μεταξύ 3,64 έως 5,63 (Γράφημα 11)

Η ερώτηση για το πόσα σαββατοκύριακα δουλεύουν το μήνα δεν έγινε κατανοητή από μεγάλο μέρος του δείγματος με αποτέλεσμα να λάβουμε απαντήσεις που αντιστοιχούν σε σαββατοκύριακα το χρόνο. Επομένως, τα στοιχεία αυτά δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για περαιτέρω ανάλυση και δεν παρουσιάζεται.

Η μέση τιμή για τις ημέρες αναρρωτικής άδειας κυμαίνεται από 0 έως 60, με μέση τιμή 9,12 (95% ΔΕ 5,43 - 12,8). (Γράφημα 12).

Στο ερώτημα για το αν τους τελευταίους μήνες οι εργαζόμενοι έχουν σκεφτεί να αλλάξουν χώρο εργασίας απάντησαν 49, ενώ οι 18 από τους 67 δεν απάντησαν.

Από τους 11(22,4%) από τους 49 απάντησαν ναι, οι 33(67,3%) απάντησαν αρνητικά, οι 2(4,1) είναι αναποφάσιστοι και οι 3 δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν.(Γράφημα 13)

Στην ερώτηση για το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την εργασία τους απάντησαν οι 45 από τους 67, ενώ οι 22 δεν απάντησαν. Οι 2(4,4%) από τους 45 απάντησαν ελάχιστα, οι 2(4,4%) απάντησαν λίγο, οι 7(15,6%) απάντησαν μέτρια, οι 19(42,2%) απάντησαν αρκετά, οι 8(17,8%) απάντησαν πολύ και οι 7(15,6%) απάντησαν πάρα πολύ.(Γράφημα 14)

Στην ερώτηση για το αν καπνίζουν ή όχι απάντησαν οι 50 από τους 67, ενώ οι 17 δεν απάντησαν στην σχετική ερώτηση. Από τους 50 που έδωσαν απάντηση οι 22(44%) απάντησαν ότι καπνίζουν, ενώ οι 28(56%) ότι δεν καπνίζουν.(Γράφημα 15).

Στο ερώτημα για το αν έχουν αυξήσει το κάπνισμα τον τελευταίο χρόνο, από τους 67 εργαζόμενους οι 43 έδωσαν απάντηση ενώ οι 24 όχι. Από τους 43 το 20,9% δηλαδή 9 άτομα αύξησαν τον τελευταίο χρόνο το κάπνισμα ενώ οι 34(79,1%) απάντησαν όχι.(Γράφημα 16)

Στην ερώτηση για το αν καταναλώνουν αλκοόλ τακτικά οι 49 εργαζόμενοι από τους 67 έδωσαν απάντηση ενώ οι 18 δεν θέλησαν να απαντήσουν. Από τους 49 οι 6(12,2%) απάντησαν ναι, ενώ αρνητική απάντηση έδωσε το 87,8% δηλαδή οι 43 από αυτούς.(Γράφημα 17)

Στην ερώτηση για το αν έχουν αυξήσει το αλκοόλ κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους από του 67 εργαζόμενους απάντησαν οι 43, ενώ οι 24 δεν έδωσαν απάντηση. Από τους 43 που απάντησαν οι 2(4,7%) είπαν ναι και οι 41(95,3%) είπαν όχι.(Γράφημα 18).

Στην ερώτηση για το αν έχουν πάρει ψυχοδραστικά φάρμακα τον τελευταίο χρόνο από τους 67 εργαζόμενους απάντησαν οι 47 ενώ οι 20 όχι. Από τους 47 οι 3(6,4%) εργαζόμενοι απάντησαν ναι, ενώ οι 44(93,6%) απάντησαν όχι. (Γράφημα 19)

## 6.2 Ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο της Maslach (Maslach Burnout Inventory – MBI)

### Αξιοπιστία (Reliability)

#### Εσωτερική συνάφεια-internal consistency

Για το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη (n=67), ο δείκτης Cronbach's alpha συνολικά του ερωτηματολογίου βρέθηκε 0,823. Για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στην συναισθηματική εξουθένωση ο δείκτης Cronbach's alpha βρέθηκε 0,871 και θεωρητικά λαμβάνει τιμές από 0 έως 54. Για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στην αποπροσωποποίηση ο δείκτης Cronbach's alpha βρέθηκε 0,581 ο οποίος είναι ικανοποιητικός και λαμβάνει τιμές από 0 έως 30. Για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στο προσωπικό επίτευγμα ο δείκτης Cronbach's alpha βρέθηκε 0,702, επίσης ικανοποιητικός και λαμβάνει τιμές από 0 έως 48.

### 6.2.1 Συναισθηματική εξουθένωση

Από τους 67 εργαζομένους που συμμετείχαν στην μελέτη στην ερώτηση για το αν νιώθουν συναισθηματικά εξαντλημένοι από την δουλειά τους απάντησαν οι 49. Από αυτούς οι 11 (22,4%) δήλωσαν ότι σε καθημερινή βάση νιώθουν συναισθηματική εξάντληση από την εργασία τους.

Στην ερώτηση για το αν αισθάνονται ότι στο τέλος της εβδομάδας έχουν εξαντληθεί όλες τους οι δυνάμεις το 22,4% (11 εργαζόμενοι) απάντησαν θετικά. Οι 48 από τους 67 εργαζομένους απάντησαν ότι νιώθουν κουρασμένοι όταν ξυπνάνε το πρωί και έχουν να αντιμετωπίσουν άλλη μία μέρα στην δουλειά. Το 25% (12 εργαζόμενοι) νιώθει έτσι κάθε μέρα.

Στο ερώτημα για το ότι πρέπει καθημερινά να δουλεύουν με ανθρώπους και ότι αυτό τους προκαλεί πραγματική ένταση συλλέξαμε 42 απαντήσεις. Το 38,1% (16 εργαζόμενοι) απάντησαν ότι ποτέ δεν τους έχει προκαλέσει ένταση η καθημερινή εργασία με ανθρώπους.

Οι 48 από τους εργαζομένους απάντησαν στην ερώτηση για το αν νιώθουν εξαντλημένοι από την δουλειά τους. Οι 11(22,9%) από αυτούς απάντησαν ότι μερικές φορές το μήνα νιώθουν εξάντληση από την εργασία τους.

Στην ερώτηση για το αν οι εργαζόμενοι αισθάνονται απογοητευμένοι από την δουλειά τους συλλέξαμε 46 απαντήσεις. Από αυτούς οι 10 ( 21,7%) απάντησαν ότι αισθάνονται απογοήτευση από την δουλειά τους μερικές φορές τον χρόνο ή σπανιότερα.

Από τους 67 εργαζομένους στην ερώτηση σχετικά με το αν αισθάνονται ότι εργάζονται πολύ σκληρά στην δουλειά τους απάντησαν οι 47. Από αυτούς οι 16( 34%) καθημερινά αισθάνονται ότι εργάζονται πολύ σκληρά.

Στο ερώτημα για το αν τους προκαλεί άγχος το γεγονός ότι δουλεύουν άμεσα με ανθρώπους απάντησαν 44 εργαζόμενοι. Το 34% (15 εργαζόμενοι) ποτέ δεν έχει νιώσει άγχος από την άμεση εργασία με ανθρώπους.

Στην ερώτηση για το αν νιώθουν ότι οι αντοχές τους φτάνουν στο τέλος, συγκεντρώθηκαν 46 απαντήσεις. Οι 11 (23,9%) από τους εργαζομένους μία φορά την εβδομάδα νιώθουν αυτό το αίσθημα (Πίνακας 2).

Η συνολική βαθμολογία της συναισθηματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους έλαβε μέση τιμή 27,95 (95% ΔΕ 23,85 – 32,10) με εύρος τιμών από 5 έως 50 (Γράφημα 20).

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ ανδρών (22,43) και γυναικών (31,21) και συναισθηματικής εξουθένωσης ( $t= 2,184, p<0,05$ ).

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και της συναισθηματικής εξουθένωσης (Pearson  $r= -0,10, p=0,952$ ). Επίσης δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ειδικότητας των εργαζομένων και της συναισθηματικής εξουθένωσης ( $F= 1,499, p= 0,234$ ).

Αντίθετα βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συναισθηματικής εξουθένωσης με τους εργαζομένους που σκέφτηκαν να αλλάξουν εργασία ( $t= 3,86, p<0,05$ ).

Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξουθένωσης και της οικογενειακής κατάστασης ( $F=0,804, p=0,500$ ).

Στατιστικώς σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε επίσης μεταξύ συναισθηματικής εξουθένωσης και του αριθμού των παιδιών των εργαζομένων (Pearson  $r= 0,109, p=0,559$ ).

Ακόμη βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη συναισθηματική εξουθένωση στα άτομα που καπνίζουν (32,53) σε σχέση με αυτά που δεν καπνίζουν (24,29). ( $t= 2,10$ ,  $p<0,05$ ). Αντίθετα δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ της συναισθηματικής εξουθένωσης σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο ( $F= 0,676$ ,  $p= 0,614$ ), την ομαδική εργασία ( $t= 0,962$ ,  $p= 0,938$ ), τις νυχτερινές βάρδιες ( $t= 0,269$ ,  $p= 0,876$ ), την εργασία τα Σαββατοκύριακα ( $t= -0,063$ ,  $p= 0,191$ ), τις ώρες ύπνου (Pearson  $r= -0,154$ ,  $p= 0,356$ ), το μηνιαίο εισόδημα (Pearson  $r= -0,130$ ,  $p= 0,451$ ), την ικανοποίηση από την εργασία (Pearson  $r= -0,139$ ,  $p= 0,440$ ), τις ημέρες αναρρωτικής άδειας (Pearson  $r= 0,154$ ,  $p= 0,401$ ) καθώς σε σχέση με ψυχοδραστικά φάρμακα ( $t= 1,04$ ,  $p= 0,068$ ).

### 6.2.2 Αποπροσωποποίηση

Από το σύνολο των 67 συμμετεχόντων στην μελέτη οι 39 απάντησαν στην ερώτηση για το αν νιώθουν ότι αντιμετωπίζουν ορισμένους ασθενείς σαν να είναι άψυχα αντικείμενα. Από αυτούς οι 26 (66,7%) ποτέ δεν έχουν νιώσει κάτι τέτοιο.

Στο ερώτημα αν έχουν γίνει περισσότερο αναισθητοι με τους ανθρώπους από τότε που κάνουν αυτή την δουλειά συγκεντρώθηκαν 43 απαντήσεις. Το 37,2% (16 εργαζόμενοι) απάντησε αρνητικά.

Επίσης 43 εργαζόμενοι απάντησαν στην ερώτηση για το αν ανησυχούν πως αυτή η δουλειά τους κάνει πιο σκληρούς συναισθηματικά. Οι 10 (23,3%) από αυτούς έδωσαν αρνητική απάντηση.

Στο ερώτημα ότι οι εργαζόμενοι δεν ενδιαφέρονται πραγματικά για το τι συμβαίνει με ορισμένους ασθενείς απάντησαν οι 33 από τους εργαζομένους, από τους οποίους οι 19 (57,6%) ποτέ δεν έχουν νιώσει να συμβαίνει αυτό.

Στην ερώτηση για το αν αισθάνονται ότι οι ασθενείς τους κατηγορούν για ορισμένα από τα προβλήματά τους απάντησαν 37 εργαζόμενοι. Το 43,2% (16 εργαζόμενοι) απάντησε αρνητικά. (Πίνακας 3).

Η συνολική βαθμολογία της αποπροσωποποίησης στους εργαζομένους έλαβε μέση τιμή 7,66 (95% ΔΕ 5,62 – 9,69), με εύρος τιμών από 0 έως 17 (Γράφημα 20).

Για την αποπροσωποποίηση δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ειδικότητα των εργαζομένων ( $F= 0,278$ ,  $p= 0,840$ ), με το φύλο ( $t= 0,987$ ,  $p= 0,391$ ), με την ηλικία (Pearson  $r= 1$ ), με την οικογενειακή κατάσταση ( $F= 0,322$ ,  $p= 0,809$ ), με τον αριθμό των παιδιών των εργαζομένων (Pearson  $r= 0,004$ ,  $p= 0,984$ ), με το μορφωτικό τους επίπεδο ( $F= 0,794$ ,  $p= 0,542$ ), με την ομαδική εργασία ( $t= 0,452$ ,  $p= 0,328$ ), με το εισόδημα (Pearson  $r= 0,080$ ,  $p= 0,687$ ), με τις ώρες ύπνου (Pearson  $r= -0,051$ ,  $p= 0,793$ ), με τις νυκτερινές βάρδιες ( $t= 0,546$ ,  $p= 0,035$ ), με την εργασία τα Σαββατοκύριακα ( $t= 0,579$ ,  $p= 0,130$ ), με τους εργαζομένους που σκέφτηκαν να αλλάξουν δουλειά ( $t= 0,072$ ,  $p= 0,861$ ), με την ικανοποίηση από την εργασία (Pearson  $r= -0,354$ ,  $p= 0,083$ ), με το κάπνισμα ( $t= -0,241$ ,  $p= 0,954$ ), με τα ψυχοδραστικά φάρμακα ( $t= -0,638$ ) καθώς και σε σχέση με τις μέρες αναρρωτικής άδειας (Pearson  $r= 0,286$ ,  $p= 0,157$ ).

### 6.2.3 Προσωπικό επίτευγμα

Από τους 67 εργαζομένους που συμμετείχαν στην μελέτη απάντησαν οι 41 στην ερώτηση για το αν μπορούν εύκολα να καταλάβουν πως αισθάνονται οι ασθενείς τους σε διάφορες καταστάσεις. Από αυτούς οι 14 (34,1%) απάντησαν ότι αυτό τους γίνεται αντιληπτό κάθε μέρα.

Στο ερώτημα σχετικά με το αν χειρίζονται πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών τους απάντησαν 33 εργαζόμενοι. Οι 11(33,3%) από αυτούς δήλωσαν ότι αυτό συμβαίνει είτε καθημερινά, είτε μερικές φορές την εβδομάδα.

Συγκεντρώθηκαν 38 απαντήσεις στην ερώτηση για το αν αισθάνονται ότι επηρεάζουν θετικά την ζωή των άλλων ανθρώπων μέσα από την δουλειά τους. Από τους 38 εργαζομένους που απάντησαν οι 13 (34,2%) απάντησαν ότι αυτό νιώθουν να τους συμβαίνει μερικές φορές την εβδομάδα.

Μία φορά την εβδομάδα νιώθουν πως έχουν πολύ ενεργητικότητα δήλωσαν οι 16 (34,8%) από τους 46 εργαζομένους που απάντησαν στην σχετική ερώτηση.

Καθημερινά μπορούν να δημιουργήσουν μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς τους δήλωσαν οι 11 (30,6%) από τους 36 εργαζομένους που απάντησαν στην σχετική ερώτηση.



Στην ερώτηση αν νιώθουν ιδιαίτερη χαρά όταν συνεργάζονται στενά με τους ασθενείς τους απάντησαν οι 34 από τους 67 εργαζομένους. Από αυτούς το 32,4% (11 εργαζόμενοι) νιώθει κάθε μέρα χαρά από την στενή συνεργασία με τους ασθενείς του.

Στο ερώτημα αν έχουν κατορθώσει πολλά αξιόλογα πράγματα στην δουλειά τους απάντησαν 41 από τους εργαζομένους, από τους οποίους οι 12 (29,3%) δήλωσαν ότι καθημερινά νιώθουν να τους συμβαίνει αυτό.

Μερικές φορές την εβδομάδα αντιμετωπίζουν στην δουλειά τους πολύ ήρεμα τα συναισθηματικά προβλήματα δήλωσαν οι 11 (24,4%) από τους 45 εργαζομένους που απάντησαν στην σχετική ερώτηση. (Πίνακας 4).

Η συνολική βαθμολογία για το προσωπικό επίτευγμα των εργαζομένων έλαβε μέση τιμή 36,93 (95% ΔΕ 34,19 – 39,66) με εύρος τιμών από 28 έως 48 (Γράφημα 20).

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ειδικότητας των εργαζομένων και του προσωπικού επιτεύγματος ( $F= 3,059, p<0,05$ )

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το προσωπικό επίτευγμα και το φύλο ( $t= -0,150, p=0,410$ ), σε σχέση με το προσωπικό επίτευγμα και την ηλικία (Pearson  $r= 1$ ), σε σχέση με το προσωπικό επίτευγμα και την οικογενειακή κατάσταση ( $F= 0,645, p= 0,594$ ). Αντίθετα ο αριθμός παιδιών βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το προσωπικό επίτευγμα (Pearson  $r= 0,544, p<0,05$ ).

Επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές δεν βρέθηκαν σε σχέση με το προσωπικό επίτευγμα και το μορφωτικό επίπεδο ( $F= 1,076, p= 0,393$ ), την ομαδική εργασία ( $t= 0,015, p= 0,058$ ), το εισόδημα των εργαζομένων (Pearson  $r= -0,063, p= 0,754$ ), τις ώρες ύπνου (Pearson  $r= -0,382, p= 0,045$ ), τις νυχτερινές βάρδιες ( $t= 1,757, p= 0,497$ ), την εργασία τα Σαββατοκύριακα ( $t= 1,881, p= 0,351$ ), τους εργαζομένους που σκέφτηκαν να αλλάξουν δουλειά ( $t= 0,702, p= 0,546$ ), την ικανοποίηση από την εργασία (Pearson  $r= 0,029, p= 0,891$ ), το κάπνισμα ( $t= 1,09$ ) καθώς και με τα ψυχοδραστικά φάρμακα ( $t= -0,354$ ).

#### 6.2.4 Συνολική Βαθμολογία (Maslach)

Όπως προαναφέρθηκε το ερωτηματολόγιο της Maslach που χρησιμοποιείται ευρέως σε έρευνες για το επαγγελματικό burnout χωρίζεται σε τρεις ενότητες, τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και το προσωπικό επίτευγμα. Σύμφωνα με τις παραπάνω απαντήσεις του προσωπικού στο ερωτηματολόγιο Maslach η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας βρέθηκε να είναι 72,61 (95% ΔΕ 65,04 – 80,18).

#### 6.3 Ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο της SOC (αίσθηση συνεκτικότητας)

##### Αξιοπιστία (Reliability)

##### Εσωτερική συνάφεια-internal consistency

Για το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη (n=67), ο δείκτης Cronbach' s alpha συνολικά του ερωτηματολογίου βρέθηκε 0,861 ο οποίος κρίνεται ιδιαίτερα ικανοποιητικός.

Από τους 67 εργαζομένους που συμμετείχαν στην μελέτη στην ερώτηση για το αν όταν μιλάνε με τους ανθρώπους έχουν την αίσθηση ότι δεν τους καταλαβαίνουν απάντησαν οι 61. Από αυτούς οι 17 (27,9) ποτέ δεν είχαν αυτή την αίσθηση.

Στην επόμενη ερώτηση απάντησαν 62 εργαζόμενοι. Οι 18 (29%) από αυτούς δήλωσαν ότι στο παρελθόν, όταν έπρεπε να συνεργαστούν με άλλους για κάτι είχαν την αίσθηση ότι σίγουρα θα γινόταν.

Στην ερώτηση για το πόσο καλά γνωρίζουν τους περισσότερους από τους ανθρώπους με τους οποίους έρχονται καθημερινά σε επαφή από τους 62 που απάντησαν οι 19 (30,6%) αισθάνονται ότι τους γνωρίζουν μερικώς.

Πολύ σπάνια ή ποτέ έχουν την αίσθηση ότι δεν νοιάζονται πραγματικά για ότι συμβαίνει γύρω τους οι 33 (53,2%) εργαζόμενοι από τους 62 που απάντησαν.

Επίσης από τους 62 εργαζομένους που απάντησαν στην ερώτηση για το αν συνέβη στο παρελθόν να εκπλαγούν από την συμπεριφορά ατόμων που νόμιζαν ότι γνώριζαν καλά οι 11 (17,7%) δήλωσαν ότι μερικές φορές τους συνέβη αυτό.

Το 24,2% (15 εργαζόμενοι) δήλωσαν ότι μερικές φορές τους συνέβη να τους έχουν απογοητεύσει άνθρωποι στους οποίους βασίζονταν.

Για την ζωή το 30,6% (19 εργαζόμενοι) δήλωσε ότι είναι γεμάτη ενδιαφέρον.

Οι 27(43,5%) επίσης από τους 62 απάντησαν ότι μέχρι τώρα η ζωή τους είχε πολύ σαφείς στόχους και σκοπό.

Αισθάνονται πολύ συχνά ότι τους συμπεριφέρονται άδικα οι 12 (19,4%) από τους 62 εργαζομένους που απάντησαν στην σχετική ερώτηση.

Στο ερώτημα σχετικά με το πώς ήταν η ζωή τους τα τελευταία δέκα χρόνια οι 15 (24,2%) απάντησαν ότι ήταν γεμάτη αλλαγές χωρίς να γνωρίζουν τι θα τους συμβεί.

Στην επόμενη ερώτηση συγκεντρώσαμε 60 απαντήσεις. Από αυτές οι 22 (36,7%) εργαζόμενοι απάντησαν ότι τα περισσότερα από τα πράγματα που θα κάνουν στο μέλλον σπάνια θα είναι συναρπαστικά.

Στην ερώτηση για το αν έχουν την αίσθηση ότι βρίσκονται σε μια περίεργη κατάσταση και δεν ξέρουν τι να κάνουν από τους 67 εργαζομένους που συμμετείχαν στην μελέτη απάντησαν 62. Από αυτούς οι 16 (25,8%) δήλωσαν ότι έχουν σπάνια αυτή την αίσθηση.

Στο ερώτημα σχετικά με το τι περιγράφει καλύτερα το πώς βλέπουν την ζωή απάντησαν οι 61 εργαζόμενοι. Οι 27 (44,3%) απάντησαν θετικά, δηλώνοντας ότι κάποιος μπορεί πάντα να βρει λύση για τα οδυνηρά πράγματα της ζωής.

Οι 62 από τους 67 εργαζομένους απάντησαν στην ερώτηση σχετικά με το πώς νιώθουν όταν σκέφτονται την ζωή τους πολύ συχνά. Οι 30 (48,4%) απάντησαν ότι αισθάνονται πόσο καλό είναι το να ζουν.

Στην ερώτηση για το όταν αντιμετωπίζουν ένα δύσκολο πρόβλημα πώς βλέπουν την επιλογή της λύσης του, μας απάντησαν 61 εργαζόμενοι, από τους οποίους οι 13 (21,3%) δήλωσαν ότι η επιλογή της λύσης ενός προβλήματος τους είναι απόλυτα σαφής.

Στην ερώτηση σχετικά με το πώς τους φαίνεται το να κάνουν τα πράγματα που κάνουν σε καθημερινή βάση απάντησαν 62 εργαζόμενοι, οι 16 (25,8%) από τους οποίους δήλωσαν ότι αυτό είναι κάτι το οποίο τους ευχαριστεί και τους ικανοποιεί.

Στο ερώτημα σχετικά με το πώς περιμένουν να είναι η ζωή τους στο μέλλον απάντησαν οι 59 από τους 67 εργαζομένους. Από αυτούς οι 12 (20,3%) απάντησαν ότι περιμένουν να είναι μερικές φορές ή συχνά σταθερή και προβλέψιμη.

Συνολικά 61 απαντήσεις συγκεντρώσαμε στην ερώτηση για το ποια στάση κρατούσαν στο παρελθόν όταν τους συνέβαινε κάτι δυσάρεστο. Το 39,3% (24 εργαζόμενοι) δήλωσε ότι η στάση που κρατούσε ήταν θετική λέγοντας εντάξει συμβαίνουν αυτά.

Στην ερώτηση για το αν έχουν πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες απάντησαν 59 από τους εργαζομένους, από τους οποίους οι 13 (22%) δήλωσαν ότι αυτό τους συμβαίνει πολύ σπάνια ή ποτέ.

20 (33,3%) εργαζόμενοι, από τις 60 απαντήσεις που συγκεντρώσαμε, απάντησαν ότι όταν κάνουν κάτι με το οποίο νιώθουν καλά είναι βέβαιο ότι θα συνεχίσουν να αισθάνονται έτσι.

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν, από τους 67 εργαζομένους που συμμετείχαν στην μελέτη απάντησαν οι 61.

Από αυτούς οι 16 (26,2%) δήλωσαν ότι πολύ συχνά τους έχει συμβεί να έχουν συναισθήματα που θα προτιμούσαν να μην είχαν.

Για το πώς περιμένουν να είναι η προσωπική τους ζωή στο μέλλον, το 42,6% (26 εργαζόμενοι) δήλωσε ότι περιμένει να είναι γεμάτη νόημα και σκοπό.

Για το αν νομίζουν ότι πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους θα μπορούν να βασίζονται στο μέλλον, 15 (24,6%) εργαζόμενοι δήλωσαν ότι είναι βέβαιοι για αυτό.

Σχετικά με το αν τους συμβαίνει να αισθάνονται ότι δεν γνωρίζουν ακριβώς το τι πρόκειται να τους συμβεί, 13 (21,3%) δήλωσαν ότι έχουν αυτό το αίσθημα πολύ συχνά ή μερικές φορές.

Πόσο συχνά έχουν αισθανθεί σαν αποτυχημένοι σε κάποιες καταστάσεις, οι 14 (23%) από τους 61 δήλωσαν ότι έχουν αισθανθεί αποτυχημένοι μερικές φορές.

Σχετικά με το τι ανακαλύπτανε όταν τους συνέβαινε κάτι, οι 13 (21,3%) απάντησαν ότι μερικές φορές είδαν τα πράγματα στις σωστές τους αναλογίες.

Σχετικά με τις δυσκολίες που πιθανά να αντιμετωπίσουν σε σημαντικούς τομείς της ζωής τους, το 24,6% (15 εργαζόμενοι) έχει την αίσθηση ότι πάντα θα επιτυγχάνει να ξεπερνά αυτές τις δυσκολίες.

17 (27,9%) εργαζόμενοι δήλωσαν ότι πολύ σπάνια ή ποτέ είχαν την αίσθηση ότι τα πράγματα που κάνουν στην καθημερινή τους ζωή έχουν λίγο νόημα.

Επίσης 17 (27,9%) δήλωσαν ότι πολύ σπάνια ή ποτέ είχαν συναισθήματα τα οποία δεν ήταν σίγουροι ότι μπορούσαν να κρατήσουν υπό έλεγχο. (Πίνακας 5)

Μια νέα μεταβλητή δημιουργήθηκε με βάση τις παραπάνω απαντήσεις του προσωπικού, η οποία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου SOC. Η νέα αυτή μεταβλητή ονομάστηκε Total SOC και θεωρητικά μπορεί να πάρει τιμές από 29 έως 203, όπου όσο μεγαλύτερη είναι η συνολική βαθμολογία, τόσο ισχυρότερη είναι η αίσθηση συνεκτικότητας.

Για τον ορθό υπολογισμό της SOC, δεκατρείς συνολικά ερωτήσεις, οι οποίες είχαν αρνητική έννοια, αντιστράφηκαν. Οι μεταβλητές αυτές είναι οι: 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 και 27.

Η μέση τιμή της βαθμολογίας της κλίμακας SOC στο δείγμα υπολογίστηκε να είναι 132,04 (95% ΔΕ 124.18-138.90) (Γράφημα 21).

Στο Παράρτημα I παρουσιάζονται αναλυτικά ο πίνακας με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη καθώς και το ιστόγραμμα που παρουσιάζει την κατανομή της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα SOC.

### **6.3 Συσχετίσεις της συνολικής βαθμολογίας των ερωτώμενων στις κλίμακες Maslach και SOC με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.**

Η Ειδικότητα βρέθηκε να επηρεάζει το Προσωπικό Επίτευγμα (  $F=3,059$ ,  $p=0,05$ ). Το Διοικητικό προσωπικό έχει σημαντικά μικρότερη βαθμολογία.

Σε σχέση με το φύλο βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συναισθηματική εξουθένωση (  $t=2,184$ ,  $p<0,05$ ) μεταξύ ανδρών (22,43) και γυναικών (31,21). Επίσης

στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο βρέθηκε και στην αίσθηση συνεκτικότητας (SOC), ( $t=-2,184$ ,  $p<0,05$ ). Οι άνδρες (140,48) φαίνεται να έχουν αρκετά μεγαλύτερη βαθμολογία από τις γυναίκες (126,13).

Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ηλικίας και των βαθμολογιών MBI και SOC (Pearson  $r= 1$ ), ( $F= 1,170$ ,  $p= 0,331$ ).

Επίσης δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών (MBI – SOC) και της οικογενειακής κατάστασης (Pearson  $r= 1$ ), (Pearson  $r= -0,464$ ,  $p= 0,61$ ).

Βρέθηκε ο αριθμός παιδιών να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το προσωπικό επίτευγμα ( $r=0,544$ ,  $p<0,05$ ). Το θετικό πρόσημο του συντελεστή δείχνει θετική συσχέτιση, δηλαδή όσο περισσότερα παιδιά έχουν τόσο ισχυρότερο είναι το προσωπικό επίτευγμα.

Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών (MBI – SOC) και της εκπαίδευσης MBI: ( $F= 0,368$ ,  $p= 0,828$ ), SOC: ( $F= 1,014$ ,  $p= 0,400$ ).

Η εργασία ως μέλος μιας ομάδας σε σχέση με αυτούς που εργάζονται μόνοι δεν φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά κάποια από τις κλίμακες, SOC: ( $t= 0,086$ ,  $p= 0,058$ ).

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το Μηνιαίο εισόδημα, τις ώρες ύπνου ανά ημέρα, τις Νυχτερινές βάρδιες, την εργασία τα Σαββατοκύριακα και τις ημέρες αναρρωτικής άδειας, MBI: (Pearson  $r= 0,003$ ,  $p= 0,989$ ), SOC: (Pearson  $r= 0,147$ ,  $p= 0,393$ ).

Το προσωπικό που δήλωσε ότι τους τελευταίους μήνες σκέφτηκαν να αλλάξουν δουλειά, έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην συναισθηματική εξουθένωση (39,25) σε σχέση με αυτούς που δεν νιώθουν το ίδιο (22,21), ( $t=3,86$ ,  $p<0,05$ ). Επίσης, τα άτομα αυτά εμφανίζουν λιγότερο ισχυρή SOC (Ναι: 114,38, Όχι:134,79) και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $t=-2,08$ ,  $p<0,05$ ). Αντίθετα σχετικά με την ικανοποίηση από την

εργασία δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, MBI: (Pearson  $r = -0,488$ ,  $p = 0,963$ ), SOC: (Pearson  $r = 0,237$ ,  $p = 0,184$ ).

Επίσης βρέθηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά για τη συναισθηματική εξουθένωση στα άτομα που καπνίζουν (32,53) σε σχέση με αυτά που δεν καπνίζουν (24,29). ( $t = 2,10$ ,  $p < 0,05$ ).

Σε σχέση με ψυχοδραστικά φάρμακα δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, MBI: ( $t = 0,124$ ), SOC: ( $t = 0,102$ ,  $p = 0,380$ ).

## 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ . ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πριν τη συζήτηση των κύριων ευρημάτων αυτής της μμελέτης και τη διαμόρφωση ασφαλών συμπερασμάτων συζητούνται οι μμεθοδολογικές δυσκολίες και οι περιορισμοί της επιδημιολογικής αυτής μμελέτης.

### 7.1. Μεθοδολογικοί περιορισμοί

Καταρχήν η μμελέτη μας ήταν συγχρονική, που ως γνωστό δεν επιτρέπει την διαμόρφωση αιτιολογικών υποθέσεων. Η παρούσα μμελέτη επίσης συμπεριέλαβε εργαζόμενους ενός Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων και αυτό δεν επιτρέπει την γενίκευση τους στους εργαζόμενους άλλων ιδρυμάτων.

Επίσης εξετάζεται το ενδεχόμενο σφάλματα, στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, από τους εργαζόμενους, να έχουν εισαχθεί και επηρεάσει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μμελέτης μας.

### 7.2 Κύρια ευρήματα

Η παρούσα μελέτη εστίασε σε θέματα όπως, σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης, ικανότητα διαχείρισης του στρες και χαρακτηριστικά εργαζομένων που φροντίζουν ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

Η πλειοψηφία των εργαζομένων (38, 56,7%) ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 47,28 έτη. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών και της ηλικίας, εύρημα το οποίο συμφωνεί με εκείνα άλλων μελετών (Maslach et al, 1996; Barzt et al, 1986; Chiriboga et al, 1986). Σε άλλες μελέτες αναφέρεται ότι η ηλικία φαίνεται να συσχετίζεται συστηματικά με την εξουθένωση. Ο βαθμός εξουθένωσης φαίνεται να είναι μεγαλύτερος μεταξύ των νεότερων εργαζομένων (Campbell et al, 2001; Gabbe et al, 2002).



Σε σχέση με το φύλο βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην «συναισθηματική εξουθένωση» ( $p < 0,05$ ) μεταξύ ανδρών (22,43) και γυναικών (31,21). Αν και τα αποτελέσματα των μελετών όσον αφορά στο φύλο είναι αλληλοσυγκρουόμενα, συστηματικότερα συναντώνται μελέτες που δείχνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στις γυναίκες. Το εύρημα αυτό της μελέτης μας έρχεται σε συμφωνία με τη Maslach, η οποία υποστηρίζει ότι το φύλο αποτελεί έναν από τους δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σχετίζονται με την προκαθορισμένη φύση κάποιων επαγγελμάτων ως ανδρικών ή γυναικείων. Ακόμα το φύλο επηρεάζει, σε κάποιο βαθμό, τον τρόπο θεώρησης της ζωής γενικότερα και ειδικότερα της διαχείρισης των ψυχοπιεστικών καταστάσεων, που μπορεί να είναι αποτελεσματικές ή όχι. (Maslach, 1982 ; Ιγγλέση, 1989).

Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο βρέθηκε να υπάρχει και στην «αίσθηση συνεκτικότητας» (SOC), ( $p < 0,05$ ). Οι άνδρες (140,48) φαίνεται να έχουν αρκετά μεγαλύτερη βαθμολογία από τις γυναίκες (126,13), δηλαδή εμφανίζουν ισχυρότερη «αίσθηση συνεκτικότητας» και αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη επιτυχία τους στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Στην μελέτη μας δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών και της οικογενειακής κατάστασης. Ο γάμος φαίνεται να μην παρέχει προστατευτική επίδραση στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στις γυναίκες, σε αντίθεση με ευρήματα άλλων μελετών (Papadatou D, et al, 1999; Chiriboga et al, 1986) που υποστηρίζουν ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ψυχική υγεία και την αποπροσωποποίηση. Πιο συγκεκριμένα, οι έγγαμοι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν καλύτερη ψυχική υγεία και μικρότερη αποπροσωποποίηση κάτι που οφείλεται στο γεγονός ότι αφοσιώνονται λιγότερο στην δουλειά τους, σε σχέση με τους άγαμους που επενδύουν σε αυτή περισσότερο και στο γεγονός ότι οι έγγαμοι διαθέτουν ευρύτερο υποστηρικτικό σύστημα και επωφελούνται περισσότερο της κοινωνικής στήριξης, που σχετίζεται σημαντικά με τα χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Φαίνεται όμως πως οι έγγαμες εργαζόμενες στη μελέτη μας λόγω του πολυσύνθετου ρόλου τους σε σπίτι και δουλειά εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επίσης στην μελέτη μας βρέθηκε ο αριθμός παιδιών να σχετίζεται σημαντικά με το

«προσωπικό επίτευγμα» ( $p<0,05$ ). Το θετικό πρόσημο του συντελεστή δείχνει θετική συσχέτιση, δηλαδή όσο περισσότερα παιδιά έχουν τόσο ισχυρότερο είναι το «προσωπικό επίτευγμα». Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με εκείνο της μελέτης (Jackson and Maslach, 1982) το οποίο υποστηρίζει ότι οι εργαζόμενοι που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση, δεν μπορούν να απαλλαγούν από τις ευθύνες του επαγγέλματός τους όταν δεν εργάζονται, με αποτέλεσμα πολλές φορές να μεταχειρίζονται τα παιδιά τους σαν να είναι κάποιιοι από το εργασιακό τους περιβάλλον. Είναι πιθανόν το εύρημα μας αυτό να ερμηνεύεται από την παιδοκεντρικότητα της σύγχρονης οικογένειας. Σε προηγούμενες εποχές η οικογένεια ήταν αξία καθαυτή, ενώ σήμερα η έμφαση δίνεται στις σχέσεις με το παιδί. Το παιδί αποτελεί τον κεντρικό πυλώνα πάνω στον οποίο στηρίζεται το οικοδόμημα του γάμου και της οικογένειας (Κατάκη, 1998). Φαίνεται πως αν και ο γάμος δεν έχει προστατευτική επίδραση στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο αριθμός των παιδιών να περιλαμβάνεται στους παράγοντες που εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση.

Στην μελέτη μας βρέθηκε ότι η ειδικότητα των εργαζομένων επηρεάζει το Προσωπικό επίτευγμα ( $p=0,05$ ). Το Διοικητικό προσωπικό έχει σημαντικά μικρότερη βαθμολογία. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με εκείνα άλλων μελετών (Pines and Maslach, 1978; Schuler, 1983), τα οποία υποστηρίζουν ότι επαγγελματίες που δεν προσφέρουν άμεσα κοινωνικές υπηρεσίες όπως Διευθυντές νοσοκομείων ενδεχομένως να αισθανθούν επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας των αυξημένων ευθυνών καθώς επίσης και επειδή ο ρόλος τους απαιτεί να συνδράμουν τους υπαλλήλους να επιλύσουν, όχι μόνο επαγγελματικά προβλήματα αλλά και να ανταπεξέλθουν σε προσωπικές δυσκολίες.

Ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν ότι το προσωπικό που δήλωσε ότι τους τελευταίους μήνες σκέφτηκαν να αλλάξουν δουλειά, έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην συναισθηματική εξουθένωση (39,25) σε σχέση με αυτούς που δεν νιώθουν το ίδιο (22,21) ( $p<0,05$ ). Επίσης τα άτομα αυτά εμφανίζουν λιγότερο ισχυρή SOC (Ναι: 114,38, Όχι: 134,79) και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $p<0,05$ ), αυτό συμφωνεί με άλλες μελέτες στην διεθνή βιβλιογραφία στην οποία δηλώνεται ότι ο χώρος που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας ανάλογα με την ειδικότητά τους φαίνεται να σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ειδικότερα, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία τους. Για πολλούς από αυτούς, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το

κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους την αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το επάγγελμά τους. (Hannigan et al, 2000; Kilfedder CJ, et al., 2001).

Επίσης βρέθηκε σημαντική διαφορά για την «συναισθηματική εξουθένωση» στα άτομα που καπνίζουν (32,53) σε σχέση με αυτά που δεν καπνίζουν (24,29) ( $p < 0,05$ ). Από την βιβλιογραφία έχει αναφερθεί ότι το κάπνισμα σχετίζεται με άγχος και κατάθλιψη. Ο Arnstein Mykletun αναφέρει ότι έρευνα έδειξε τη δυνατότερη σχέση με το κάπνισμα στην περίπτωση που ο άνθρωπος είναι ταυτόχρονα αγχωμένος και πάσχει και από κατάθλιψη. Η επόμενη ισχυρότερη σχέση εμφανίζεται στους ανθρώπους με άγχος χωρίς κατάθλιψη και οριακή σχέση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ του καπνίσματος και της κατάθλιψης χωρίς άγχος.

### 7.3 Συμπεράσματα

Η μελέτη μας παρά τα μεθοδολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζει έδειξε ότι υπάρχει επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζόμενους που φροντίζουν άτομα με χρόνιες παθήσεις καθώς επίσης ότι αδυνατούν να αντιμετωπίσουν στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντός τους. Η επαγγελματική αυτή εξουθένωση αφορά κυρίως γυναίκες επαγγελματίες υγείας οι οποίες φαίνεται να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν επιτυχώς στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντός τους κάτι που πολύ πιθανό να επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Το γεγονός είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό για τη χώρα μας και απαιτεί περαιτέρω έρευνα με μελέτη μεγαλύτερου αριθμού ατόμων σε διαφορετικούς χώρους εργασίας. Η καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης θα συμβάλλει στην ανάδειξη περισσότερο αποτελεσματικών μέτρων παρέμβασης, που θα στοχεύουν, μέσω της προαγωγής της ευεξίας των επαγγελματιών υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική βιβλιογραφία

Αδαλή Ε. Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων. Διδακτορική διατριβή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1999.

Αδαλή Ε., Πριάμη Ε., Ευαγγέλου Ε., Υφαντή Μ., Μούγια Β. Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού Νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική 2002.

Ασημακοπούλου Μ. Η επαγγελματική εξουθένωση, η επαγγελματική ικανοποίηση και η εμπλοκή στην εργασία στον Δημόσιο Τομέα. Πτυχιακή εργασία Πανεπιστήμιο Πατρών Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πάτρα 2004.

Βασιλάκη Ε., Τριλίβα Σ., Μπεζεβέκης Η. Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα 2001.

Δέγλερης Ν.Γ.: Άγχος και η αντιμετώπιση του. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.

Δεμερούτη, Ε. Επαγγελματική εξουθένωση: ορισμός και σχέση της με τις εργασιακές συνθήκες σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 2001.

Ευαγγέλου, Ε Επαγγελματική Εξουθένωση, Επαγγελματική Ικανοποίηση και Στρατηγικές Αντιμετώπισης σε Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Ειδικών και Γενικών Σχολείων, Πτυχιακή Εργασία, Παν/μιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Τομέας Ψυχολογίας 2000.

Ζευκιλή, Ε. Παράγοντες Επαγγελματικής Εξουθένωσης των Εκπαιδευτικών, Διπλωματική Εργασία, Παν/μιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής Ψυχολογίας, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα: Συμβουλευτική και Επαγγελματικός Προσανατολισμός 2004.

Καλαντζή – Αζίζι Α. : Αυτογνωσία – αυτοανάλυση και αυτοέλεγχος (Ψυχολογική Θεώρηση), Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1992.

Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. Ψυχολογικά Θέματα 1992.

Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. Νοσηλευτική 2004.

Κάντας, Α., Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζομένους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. Ψυχολογία. 1996; 3(2), 71-85.

Καντάς Α. Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1995.

Καραδήμας, Ε. Ο ρόλος της προσωπικότητας και των περιβαλλοντικών συνθηκών στη διαμόρφωση στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε παιδιά, Διπλωματική εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σχολικής Ψυχολογίας, Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών 1996.

Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός –Β.φάση. «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης».Αθήνα, Δεκέμβριος 2005.

Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα; 1999.

Παγοροπούλου Α., Κουμπιάς Μ. & Γιαβρίμης Π., Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης: Το χρόνιο άγχος των δασκάλων και η μετεξέλιξή του σε επαγγελματική εξουθένωση, Μέντορας, 2002; 5, 103-127.

Παπάνης Ε. & Ρόντος Κ., (2005). Ψυχολογία – Κοινωνιολογία της εργασίας και διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού: Θεωρία και εμπειρική έρευνα, Αθήνα, Εκδόσεις Σιδέρη 2005.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν., Στατιστική Εφαρμοσμένη στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς (τ.Α'), Αθήνα, Αυτοέκδοση 1999.:

Παρασκευόπουλος Ι. Ν., (1990β). Στατιστική Εφαρμοσμένη στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς (τ. Β'), Αθήνα, Αυτοέκδοση 1990.

Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές. Εκδόσεις: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας 1994.

Χαραλαμπίδου Ε. Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο χώρο του Νοσοκομείου. Διδακτορική Διατριβή,1996.

Χατζατόγλου Γ., Ψυχολογία σχέσεων εργασίας, Αθήνα.1994.

Χατζηχρήστου Χ. Πρόγραμμα Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας και της Μάθησης - Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο Σχολείο, Αθήνα, Τυπωθήτω 2004.

Dina Glouberman. Burnout Κίνδυνος ή Ευκαιρία; Εκδόσεις Ερευνητές. Αθήνα 2008.

**Ξενόγλωσση βιβλιογραφία**

- Adali E, Priami M. "Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals." *ICUs and Nursing Web Journal* 2002.
- Antoniou A.-S. & Antonodimitrakis, P. "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, 2001.
- Aiken L, Clarke SP, Sloane DM. "Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings." *Int J Qual Health Care* 2002.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Solchaski J, Silber JH. "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction." *JAMA* 2002.
- Arnold J., Cooper C.L. & Robertson I.T. "Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place." London, 1995.
- Brewer E, Shapard L. "Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between burnout age or years of experience." *Human Resources Development Review* 2004.
- Biaggi P, Peter S, Ulich E. "Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents—what can be done?" *Swiss Med Wkly* 2003.
- Campbell DA, Sonnad SS, Eckauser EG, Campbell KK, Greenfield LJ. "Burnout among American surgeons." *Surgery* 2001.
- Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974, 2. Maslach C. Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1982.
- Gabbe S, Melville J, Mandel L, Walker E. Burnout in chairs of obstetrics and gynaecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186:601–612.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. "Job burnout." *Annu Rev Psychol*, 2001.
- Maslach C, Jackson SE. "Maslach burnout inventory manual." 2nd ed. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, 1986.
- Jones JW. "Preliminary test manual for the staff burnout scale for health professionals." House Management Consultants Inc, Illinois, London, 1980.
- Gunturalli KK, Fromm RE. "Burnout in the internist-intensivist." *Intensive Care Med* 1996.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS ET AL. "Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians." *Br J Cancer* 1995.
- Grunfeld E, Whelan T, Zitzelsberger L, Willan A, Montesanto B, Evans W. "Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction." *CMAJ* 2000.
- Garza J, Schneider K, Promecene P, Monga M. "Burnout in residency: A statewide study." *South Med J* 2004.

Jenkins R, Elliott P. "Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings." J Adv Nurs 2004.

Mcmanus IC, Winder BC, Gordon D. "The causal links between E.A. ΠΑΠΠΙΑ και συν. stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors." Lancet 2002.

Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. "Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program." Ann Intern Med 2002.

Robinson GE. "Career satisfaction in female physicians." JAMA 2004.

Fothergill A, Edwards D, Burnard P. "Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: Findings from a systematic review." Int J Soc Psychiatry 2004.

Papadatou D, Anagnostopoulos F, Monos D. "Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing." Br J Med Psychol 1994.

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America Crossing the Quality Chasm. "A new health system for the 21st century." Washington, DC, National Academy Press, 2001.

Pines A, Aronson E. "Career burnout: Causes and cures." The Free Press, New York, 1988.

Mehr ML, Senteney A, Creadie TM. "Daydreams, stress and burnout in women mental health workers: A preliminary clinical report." Imagination, Cognition and Personality 1995.

Freedly JR, Hobfall SE. "Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach." Anxiety, Stress and Coping 1994.

Cox T, Griffiths A, Barlowe C, Randall R, Thomson L, Rialgonzalez E. "Organizational interventions for work stress: A risk management approach." Sheffield, HSE Books, 2000.

Kobasa, S.C. How much stress can you survive? Στο M.G. Walraven & H.E. Fitzgerald (Eds.) Annual Editions: Human Development 86/87. Guilford, CT: Dushkin( 1986)

Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Kahn, S. Hardiness and health: A retrospective inquiry. Journal of Personality and Social Psychology. (1982)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΠΙΝΑΚΕΣ**

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ**



**Πίνακας 1.** Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων του Θ.Χ.Π.Α.

<b>Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά</b>	<b>Εργαζόμενοι (n= 67)</b>
	<b>Μέση τιμή (Σ.Α.)</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>	45,40 (7,69)
	<b>n (%)</b>
<b>Φύλο</b>	
Γυναίκα	38 (56,7%)
Αντρας	29 (43,3%)
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	
Άγαμοι	5 (7,5%)
Έγγαμοι	40 (59,7%)
Διαζευγμένοι / Εν διαστάσει	2 (3%)
Χήροι	3 (4,5%)
Δεν Απάντησαν	17 (25,4%)
<b>Αριθμός Παιδιών</b>	
Ένα τέκνο (1)	6 (14,3%)
Δυο τέκνα (2)	22 (52,4%)
Τρία τέκνα (3)	9 (21,4%)
Τέσσερα τέκνα (4)	4 (9,5%)
Πέντε τέκνα (5)	1 (2,4%)
<b>Εκπαίδευση</b>	
Απόφοιτοι Δημοτικού / Κάποιες τάξεις Γυμνασίου	9 (18,4%)
Απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ)	4 (8,2%)
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (ΔΕ)	20 (40,8%)
Τεχνολογική Εκπαίδευση (ΤΕ)	10 (20,4%)
Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΠΕ)	2 (4,1%)
Δεν Απάντησαν	4 (8,2%)
<b>Ειδικότητα</b>	
Ιατρονοσηλευτικό/ Επιστημονικό	22 (32,9%)
Διοικητικό	12 (17,9%)
Τεχνικό	24 (35,7%)
Εκπαιδευτές εργαστηρίων	4 (6,00%)
Δεν απάντησαν	5 (7,5%)
<b>Εισόδημα</b>	
<= 500 €	1 (2,5%)
501€ - 800 €	0 (0,0%)
801 € - 1000 €	17 (42,5%)
1001 € - 1300 €	20 (50,0%)
=> 1301€	2 (5,0%)

Πίνακας 2. Συναισθηματική εξουθένωση

Βαθμός συναισθηματικής εξουθένωσης εργαζομένων	Εργαζόμενοι (n=67)							Σύνολο n (%)
	Ποτέ n (%)	Μερικές φορές το χρόνο ή σπανιότερα n (%)	Μία φορά το μήνα ή σπανιότερα n (%)	Μερικές φορές το μήνα n (%)	Μία φορά την εβδομάδα n (%)	Μερικές φορές την εβδομάδα n (%)	Κάθε μέρα n (%)	
Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου	4(8,2%)	8 (16.3%)	3 (6.1%)	9 (18.4%)	5 (10.2%)	9 (18.4%)	11 (22.4%)	49 (100.0%)
Αισθάνομαι στο τέλος της εβδομάδας ότι έχουν εξαντληθεί όλες μου οι δυνάμεις	5(10,2%)	8 (16.3%)	4 (8.2%)	5 (10.2%)	8 (16.3%)	8 (16.3%)	11 (22.4%)	49 (100.0%)
Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μία μέρα στη δουλειά	6 (12.5%)	6 (12.5%)	3 (6.3%)	9 (18.8%)	5 (10.4%)	7 (14.6%)	12 (25.0%)	48(100.0%)
Μου προκαλεί πραγματική ένταση το ότι πρέπει καθημερινά να δουλεύω με ανθρώπους	16 (38.1%)	9 (21.4%)	4 (9.5%)	6 (14.3%)	2 (4.8%)	2 (4.8%)	3 (7.1%)	42(100.0%)
Νιώθω εξαντλημένος από τη δουλειά μου	4 (8.3%)	8 (16.7%)	6 (12.5%)	11 (22.9%)	5 (10.4%)	4 (8.3%)	10 (20.8)	48(100.0%)
Αισθάνομαι απογοητευμένος από τη δουλειά μου	9 (19.6%)	10 (21.7%)	4 (8.7%)	7 (15.2%)	4 (8.7%)	4 (8.7%)	8 (17.4%)	46(100.0%)
Αισθάνομαι ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	1 (2.1%)	4 (8.5%)	4 (8.5%)	5 (10.6%)	5 (10.6%)	12 (25.5%)	16 (34.0%)	47(100.0%)
Μου προκαλεί ιδιαίτερο άγχος το γεγονός ότι δουλεύω άμεσα με ανθρώπους	15 (34.1%)	11 (25.0%)	3 (6.8%)	4 (9.1%)	4 (9.1%)	3 (6.8%)	4 (9.1%)	44(100.0%)
Νιώθω ότι φτάνω στο τέλος των αντοχών μου	6 (13.0%)	10 (21.7%)	0 (0.0%)	6 (13.0%)	11 (23.9%)	6 (13.0%)	7 (15.2%)	46(100.0%)

Πίνακας 3. Αποπροσωποποίηση

Επίπεδα  
αποπροσωποποίησης  
εργαζομένων

Εργαζόμενοι (n=67)

	Ποτέ n (%)	Μερικές φορές το χρόνο ή σπανιότερα n (%)	Μία φορά το μήνα ή σπανιότερα n (%)	Μερικές φορές το μήνα n (%)	Μία φορά την εβδομάδα n (%)	Μερικές φορές την εβδομάδα n (%)	Κάθε μέρα n (%)	Σύνολο n (%)
Νιώθω ότι αντιμετωπίζω ορισμένους ασθενείς σαν να είναι άψυχα αντικείμενα	26 (66.7%)	6 (15.4%)	4 (10.3%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	1 (2.6%)	39(100.0%)
Έχω γίνει περισσότερο αναισθητος με τους ανθρώπους από τότε που κάνω αυτή τη δουλειά	16 (37.2%)	9 (20.9%)	3 (7.0%)	1 (2.3%)	3 (7.0%)	5 (11.6%)	6 (14.0%)	43(100.0%)
Ανησυχώ πως αυτή η δουλειά με κάνει πιο σκληρό συναισθηματικά	10 (23.3%)	5 (11.6%)	4 (9.3%)	6 (14.0%)	4 (9.3%)	6 (14.0%)	8 (18.6%)	43(100.0%)
Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το τι συμβαίνει με ορισμένους ασθενείς μου	19 (57.6%)	8 (24.2%)	3 (9.1%)	1 (3.0%)	1 (3.0%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	33(100.0%)
Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς μου με κατηγορούν για ορισμένα από τα προβλήματα τους	16 (43.2%)	8 (21.6%)	4 (10.8%)	5 (13.5%)	2 (5.4%)	1 (2.7%)	1 (2.7%)	37(100.0%)

Πίνακας 4. Προσωπικό επίτευγμα

Αίσθηση μειωμένων επιτευγμάτων των εργαζομένων	Εργαζόμενοι (n=67)							
	Ποτέ n (%)	Μερικές φορές το χρόνο ή σπανιότερα n (%)	Μία φορά το μήνα ή σπανιότερα n (%)	Μερικές φορές το μήνα n (%)	Μία φορά την εβδομάδα n (%)	Μερικές φορές την εβδομάδα n (%)	Κάθε μέρα n (%)	Σύνολο n (%)
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως αισθάνονται οι ασθενείς μου σε διάφορες καταστάσεις	3 (7.3%)	4 (9.8%)	0 (0.0%)	3 (7.3%)	6 (14.6%)	11 (26.8%)	14 (34.1%)	41(100.0%)
Χειρίζομαι πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	3 (9.1%)	2 (6.1%)	0 (0.0%)	2 (6.1%)	4 (12.1)	11 (33.3%)	11 (33.3%)	33(100.0%)
Αισθάνομαι ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των άλλων ανθρώπων μέσα από τη δουλειά μου	4 (10.5%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	5 (13.2%)	4 (10.5%)	13 (34.2%)	10 (26.3%)	38(100.0%)
Νιώθω πως έχω πολλή ενεργητικότητα	1(2.2%)	3 (6.5%)	2 (4.3%)	8 (17.4%)	16 (34.8%)	2 (4.3%)	14 (30.4%)	46(100.0%)
Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	2 (5.6%)	1 (2.8%)	3 (8.3%)	2 (5.6%)	7 (19.4%)	10 (27.8%)	11 (30.6%)	36(100.0%)
Νιώθω ιδιαίτερη χαρά όταν συνεργάζομαι στενά με τους ασθενείς μου	1 (2.9%)	2 (5.9%)	0 (0.0%)	5 (14.7%)	9 (26.5%)	6 (17.6%)	11 (32.4%)	34(100.0%)
Έχω κατορθώσει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά μου	3 (7.3%)	2 (4.9%)	3 (7.3%)	7 (17.1%)	5 (12.2%)	9 (22.0%)	12 (29.3%)	41(100.0%)
Στη δουλειά μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά προβλήματα πολύ ήρεμα	4 (8.9%)	2 (4.4%)	2 (4.4%)	12 (26.7%)	4 (8.9%)	11 (24.4%)	10 (22.2%)	45(100.0%)

**Πίνακας 5. Αίσθηση συνεκτικότητας (SOC)****Ερώτηση 1. Όταν μιλάτε με τους ανθρώπους έχετε την αίσθηση ότι δεν σας καταλαβαίνουν**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
Ποτέ δεν έχω αυτή την αίσθηση	17	25,4	27,9
2	10	14,9	16,4
3	8	11,9	13,1
4	11	16,4	18,0
5	7	10,4	11,5
6	2	3,0	3,3
Πάντα έχω αυτή την αίσθηση	6	9,0	9,8
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 2. Στο παρελθόν, όταν έπρεπε να συνεργαστείτε με άλλους για κάτι είχατε την αίσθηση ότι**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
σίγουρα δε θα γινόταν	5	7,5	8,1
2	4	6,0	6,5
3	5	7,5	8,1
4	10	14,9	16,1
5	7	10,4	11,3
6	13	19,4	21,0
σίγουρα θα γινόταν	18	26,9	29,0
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 3. Σκεφτείτε τους ανθρώπους με τους οποίους έρχεστε καθημερινά σε επαφή εκτός από αυτούς που αισθάνεστε περισσότερο κοντά σας. Πόσο καλά γνωρίζετε τους περισσότερους από αυτούς**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
αισθάνεστε ότι είναι ξένοι	3	4,5	4,8
τους γνωρίζετε πολύ καλά	2	3,0	3,2
3	10	14,9	16,1
4	19	28,4	30,6
5	9	13,4	14,5
6	10	14,9	16,1
7	9	13,4	14,5
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 4. Έχετε την αίσθηση ότι δε νοιάζεστε πραγματικά για ότι συμβαίνει γύρω σας**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πολύ σπάνια ή ποτέ	33	49,3	53,2
2	9	13,4	14,5
3	5	7,5	8,1
4	3	4,5	4,8
5	3	4,5	4,8
6	4	6,0	6,5
πολύ συχνά	5	7,5	8,1
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 5. Συνέβη στο παρελθόν να εκπλαγείτε από τη συμπεριφορά ατόμων που νομίζατε ότι γνωρίζατε καλά**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
ποτέ δε συνέβη	7	10,4	11,3
2	9	13,4	14,5
3	8	11,9	12,9
4	11	16,4	17,7
5	8	11,9	12,9
6	10	14,9	16,1
πάντα συμβαίνει	9	13,4	14,5
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 6. Έχει συμβεί ποτέ να σας απογοητεύσουν οι άνθρωποι στους οποίους βασιζόσασταν**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
ποτέ δε συνέβη	4	6,0	6,5
2	9	13,4	14,5
3	8	11,9	12,9
4	15	22,4	24,2
5	8	11,9	12,9
6	8	11,9	12,9
πάντα συμβαίνει	10	14,9	16,1
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 7. Η ζωή είναι**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
γεμάτη ενδιαφέρον	19	28,4	30,6
2	11	16,4	17,7
3	5	7,5	8,1
4	15	22,4	24,2
5	7	10,4	11,3
6	1	1,5	1,6
τελείως ρουτίνα	4	6,0	6,5
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 8. Μέχρι τώρα η ζωή σας είχε**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
κανένα απολύτως σαφή στόχο ή σκοπό	2	3,0	3,2
2	1	1,5	1,6
3	5	7,5	8,1
4	5	7,5	8,1
5	8	11,9	12,9
6	14	20,9	22,6
πολύ σαφείς στόχους και σκοπό	27	40,3	43,5
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 9. Έχετε την αίσθηση ότι σας συμπεριφέρονται άδικο**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πολύ συχνά	12	17,9	19,4
2	7	10,4	11,3
3	8	11,9	12,9
4	10	14,9	16,1
5	11	16,4	17,7
6	7	10,4	11,3
πολύ σπάνια ή ποτέ	7	10,4	11,3
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 10. Τα τελευταία χρόνια η σας ήταν**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
γεμάτη αλλαγές χωρίς εσείς να γνωρίζετε τι θα συμβεί	15	22,4	24,2
2	6	9,0	9,7
3	5	7,5	8,1
4	9	13,4	14,5
5	14	20,9	22,6
6	4	6,0	6,5
απόλυτα σταθερή και σαφής	9	13,4	14,5
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 11. Τα περισσότερα από τα πράγματα που θα κάνετε στο μέλλον πιθανόν θα είναι**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
απόλυτα συναρπαστικά	8	11,9	13,3
2	8	11,9	13,3
3	14	20,9	23,3
4	22	32,8	36,7
5	6	9,0	10,0
6	1	1,5	1,7
θανάσιμα βαρετά	1	1,5	1,7
Σύνολο	60	89,6	100,0
Δεν απάντησαν	7	10,4	
Σύνολο	67	100,0	



**Ερώτηση 12.** Έχετε την αίσθηση ότι βρίσκεστε σε μία περιεργή κατάσταση και δεν ξέρετε τι κα κάνετε

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πολύ συχνά	12	17,9	19,4
2	4	6,0	6,5
3	8	11,9	12,9
4	5	7,5	8,1
5	2	3,0	3,2
6	16	23,9	25,8
πολύ σπάνια ή ποτέ	15	22,4	24,2
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 13.** Τι περιγράφει καλύτερα το πως βλέπετε τη ζωή

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
κάποιος μπορεί πάντα να βρει λύση για τα οδυνηρά πράγματα	27	40,3	44,3
2	15	22,4	24,6
3	9	13,4	14,8
4	6	9,0	9,8
5	2	3,0	3,3
6	2	3,0	3,3
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 14.** Όταν σκέφτεστε τη ζωή σας πολύ συχνά

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
αισθάνεστε πόσο καλό είναι το να ζείτε	30	44,8	48,4
2	15	22,4	24,2
3	6	9,0	9,7
4	5	7,5	8,1
5	4	6,0	6,5
6	1	1,5	1,6
αναρωτιέστε γιατί υπάρχουν καθόλου	1	1,5	1,6
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 15. Όταν αντιμετωπίζετε ένα δύσκολο πρόβλημα η επολογή της λύσης είναι**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πάντα μπερδεμένη και δύσκολο να βρεθεί	4	6,0	6,6
2	4	6,0	6,6
3	9	13,4	14,8
4	9	13,4	14,8
5	12	17,9	19,7
6	13	19,4	21,3
πάντα απόλυτα σαφής	10	14,9	16,4
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 16. Το να κάνετε τα πράγματα που κάνετε κάθε μέρα είναι**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
μια πηγή βαθιάς ευχαρίστησης και ικανοποίησης	16	23,9	25,8
2	9	13,4	14,5
3	22	32,8	35,5
4	7	10,4	11,3
5	3	4,5	4,8
6	1	1,5	1,6
μια πηγή πόνου και πλήξης	4	6,0	6,5
Σύνολο	62	92,5	100,0
Δεν απάντησαν	5	7,5	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 17. Περιμένετε τη ζωή σας στο μέλλον να είναι**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
γεμάτη απρόβλεπτες αλλαγές	9	13,4	15,3
2	8	11,9	13,6
3	7	10,4	11,9
4	12	17,9	20,3
5	12	17,9	20,3
6	3	4,5	5,1
απόλυτα σταθερή και προβλέψιμη	8	11,9	13,6
Σύνολο	59	88,1	100,0
Δεν απάντησαν	8	11,9	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 18. Όταν κάτι δυσάρεστο συνέβη στο παρελθόν η στάση σας ήταν**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
υποφέρατε έντονα κλεισμένος στον εαυτό σας	7	10,4	11,5
2	5	7,5	8,2
3	5	7,5	8,2
4	7	10,4	11,5
5	6	9,0	9,8
6	7	10,4	11,5
να πείτε "εντάξει, συμβαίνουν αυτά"	24	35,8	39,3
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 19. Έχετε πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πολύ συχνά	10	14,9	16,9
2	8	11,9	13,6
3	6	9,0	10,2
4	7	10,4	11,9
5	6	9,0	10,2
6	9	13,4	15,3
πολύ σπάνια ή ποτέ	13	19,4	22,0
Σύνολο	59	88,1	100,0
Δεν απάντησαν	8	11,9	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 20. Όταν κάνετε κάτι που σας κάνει να αισθάνεστε καλά**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
είναι βέβαιο ότι θα συνεχίσετε να αισθάνεστε καλά	20	29,9	33,3
2	12	17,9	20,0
3	8	11,9	13,3
4	10	14,9	16,7
5	4	6,0	6,7
6	4	6,0	6,7
είναι βέβαιο ότι κάτι θα συμβεί και θα σας χαλάσει	2	3,0	3,3
Σύνολο	60	89,6	100,0
Δεν απάντησαν	7	10,4	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 21. Σας συμβαίνει να έχετε συναισθήματα που θα προτιμούσατε να είχατε**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πολύ συχνά	16	23,9	26,2
2	6	9,0	9,8
3	8	11,9	13,1
4	11	16,4	18,0
5	3	4,5	4,9
6	5	7,5	8,2
πολύ σπάνια ή ποτέ	12	17,9	19,7
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 22. Περιμένετε την προσωπική σας ζωή στο μέλλον να είναι**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
χωρίς νόημα ή σκοπό	1	1,5	1,6
2	2	3,0	3,3
3	5	7,5	8,2
4	5	7,5	8,2
5	8	11,9	13,1
6	14	20,9	23,0
γεμάτη νόημα και σκοπό	26	38,8	42,6
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 23. Νομίζετε ότι πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους θα μπορείτε να βασίζεστε στο μέλλον**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
είστε βέβαιος ότι θα υπάρχουν	15	22,4	24,6
2	12	17,9	19,7
3	6	9,0	9,8
4	6	9,0	9,8
5	4	6,0	6,6
6	7	10,4	11,5
αμφιβάλλετε αν θα υπάρχουν	11	16,4	18,0
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 24. Σας συμβαίνει να έχετε το αίσθημα ότι δε γνωρίζετε ακριβώς το τι πρόκειται να συμβεί**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πολύ συχνά	13	19,4	21,3
2	9	13,4	14,8
3	7	10,4	11,5
4	13	19,4	21,3
5	3	4,5	4,9
6	6	9,0	9,8
πολύ σπάνια ή ποτέ	10	14,9	16,4
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 25. Πολλοί άνθρωποι μερικές φορές αισθάνονται σαν αποτυχημένοι σε κάποιες καταστάσεις. Πόσο συχνά έχετε αισθανθεί κατ' αυτόν τον τρόπο**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
ποτέ	7	10,4	11,5
2	10	14,9	16,4
3	11	16,4	18,0
4	14	20,9	23,0
5	6	9,0	9,8
6	5	7,5	8,2
πολύ συχνά	8	11,9	13,1
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 26. Όταν συμβαίνει κάτι, ανακαλύπτατε γενικά ότι**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
υπερεκτιμήσατε ή υποτιμήσατε τη σημασία του	8	11,9	13,1
2	5	7,5	8,2
3	8	11,9	13,1
4	13	19,4	21,3
5	5	7,5	8,2
6	12	17,9	19,7
είδατε τα πράγματα στις σωστές τους αναλογίες	10	14,9	16,4
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
Σύνολο	67	100,0	

**Ερώτηση 27. Όταν σκέφτεστε τις δυσκολίες που πρόκειται πιθανά να αντιμετωπίσετε σε σημαντικούς τομείς της ζωής σας, έχετε την αίσθηση ότι**

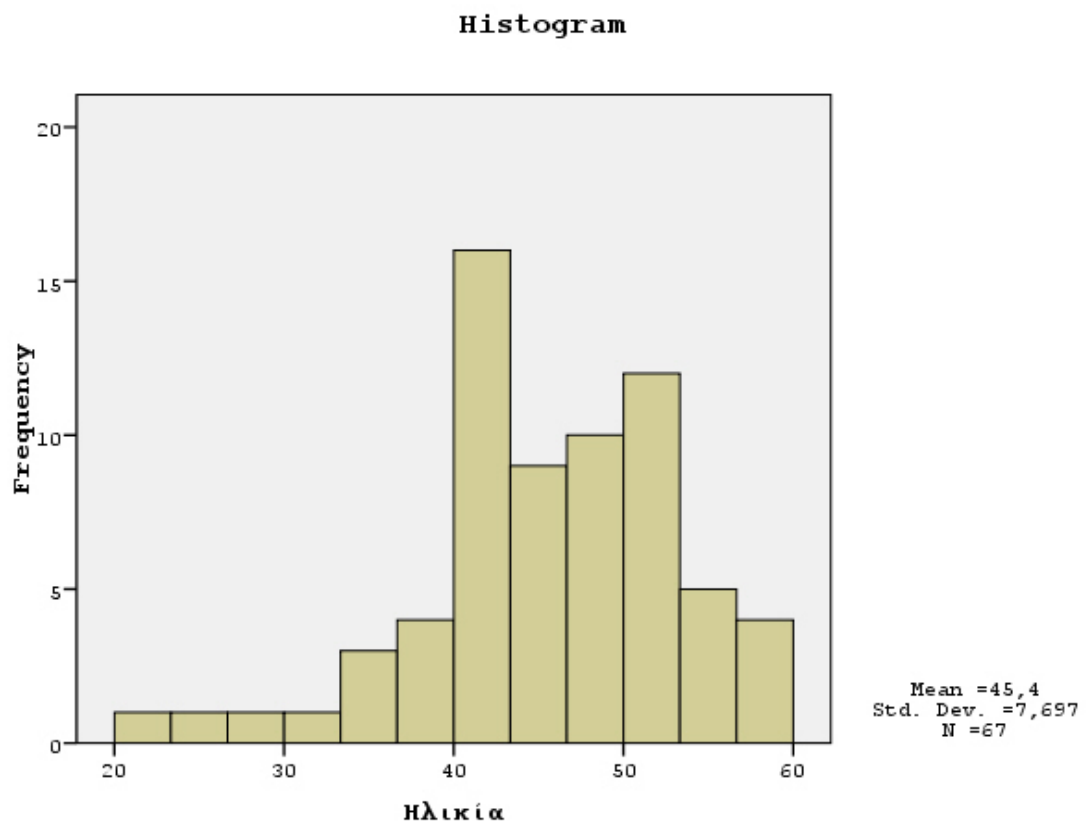
	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πάντα θα επιτυγχάνετε να ξεπερνάτε τις δυσκολίες	15	22,4	24,6
2	14	20,9	23,0
3	15	22,4	24,6
4	12	17,9	19,7
5	1	1,5	1,6
6	3	4,5	4,9
δεν θα πετύχετε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες	1	1,5	1,6
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

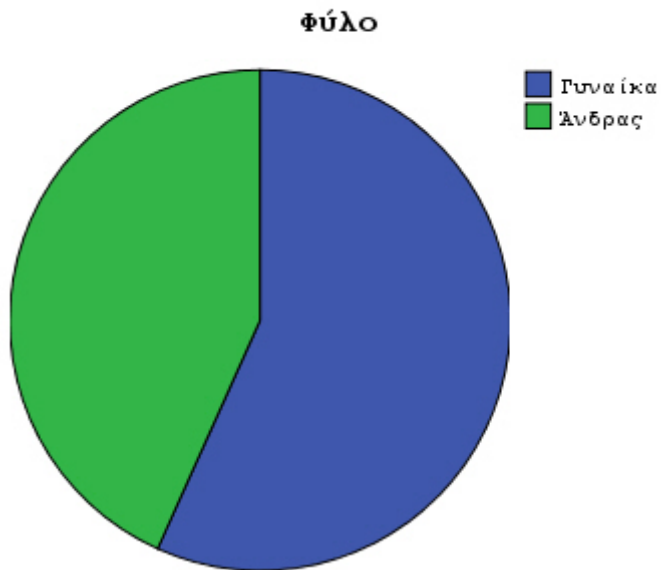
**Ερώτηση 28. Πόσο συχνά έχετε την αίσθηση ότι έχουν λίγο νόημα τα πράγματα που κάνετε στην καθημερινή σας ζωή**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πολύ συχνά	5	7,5	8,2
2	2	3,0	3,3
3	11	16,4	18,0
4	7	10,4	11,5
5	9	13,4	14,8
6	10	14,9	16,4
πολύ σπάνια ή ποτέ	17	25,4	27,9
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**Ερώτηση 29. Πόσο συχνά έχετε συναισθήματα που δεν είστε σίγουροι ότι μπορείτε να κρατήσετε υπό έλεγχο**

	n	Ποσοστό %	Ποσοστό % (Χωρίς αυτούς που δεν απάντησαν)
πολύ συχνά	4	6,0	6,6
2	6	9,0	9,8
3	9	13,4	14,8
4	11	16,4	18,0
5	7	10,4	11,5
6	11	16,4	18,0
πολύ σπάνια ή ποτέ	13	19,4	21,3
Σύνολο	61	91,0	100,0
Δεν απάντησαν	6	9,0	
<b>Σύνολο</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ****Γράφημα 1.** Ηλικία των εργαζομένων

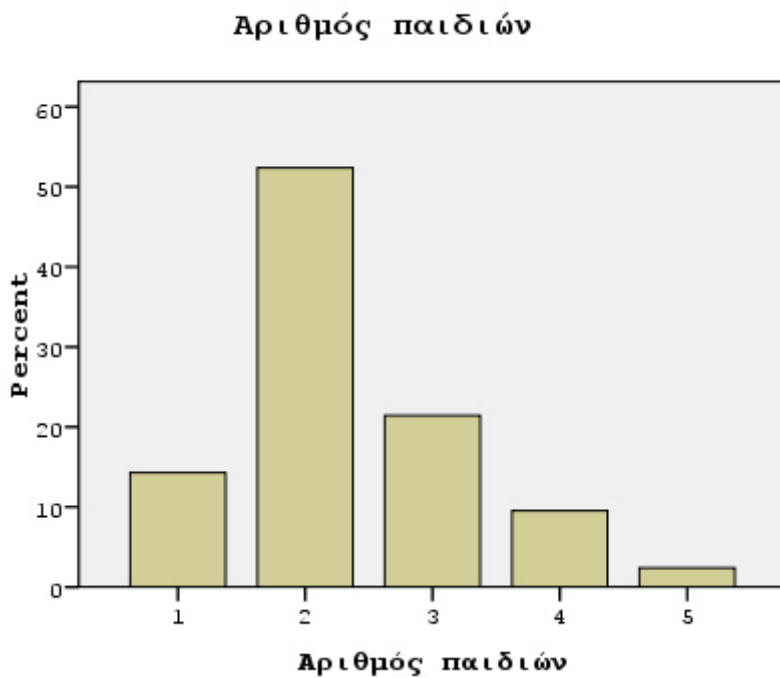


**Γράφημα 2.** Φύλο των εργαζομένων

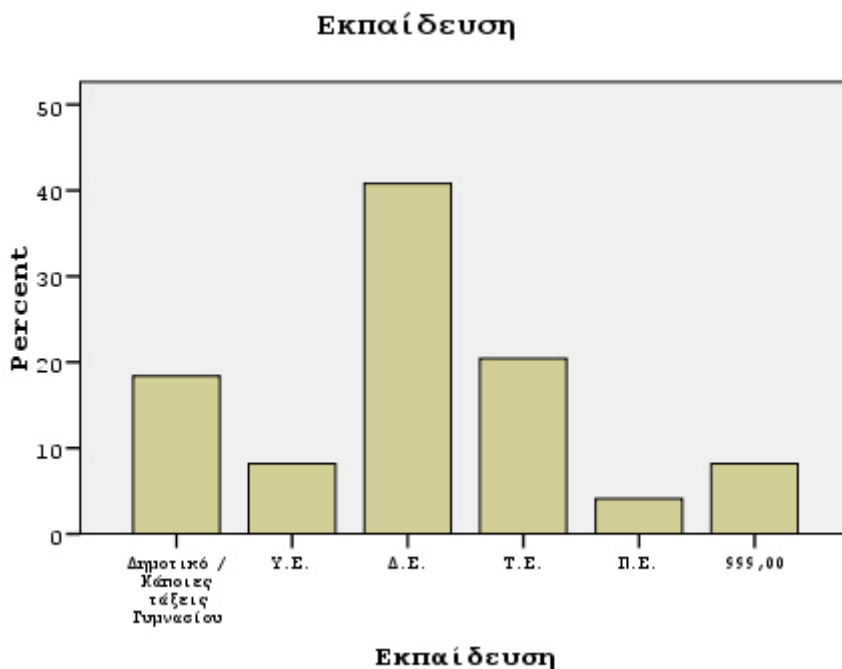


**Γράφημα 3.** Οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων

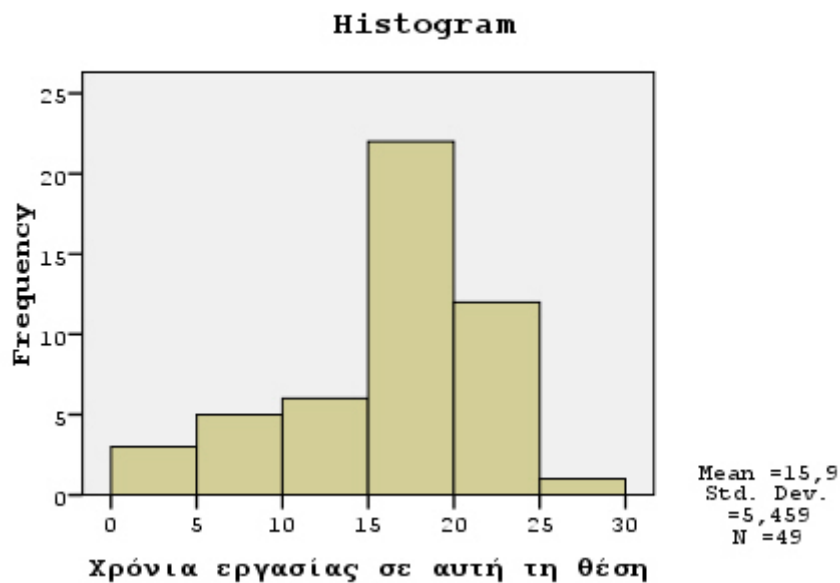




**Γράφημα 4.** Αριθμός παιδιών των εργαζομένων



**Γράφημα 5.** Μορφωτικό επίπεδο εργαζομένων



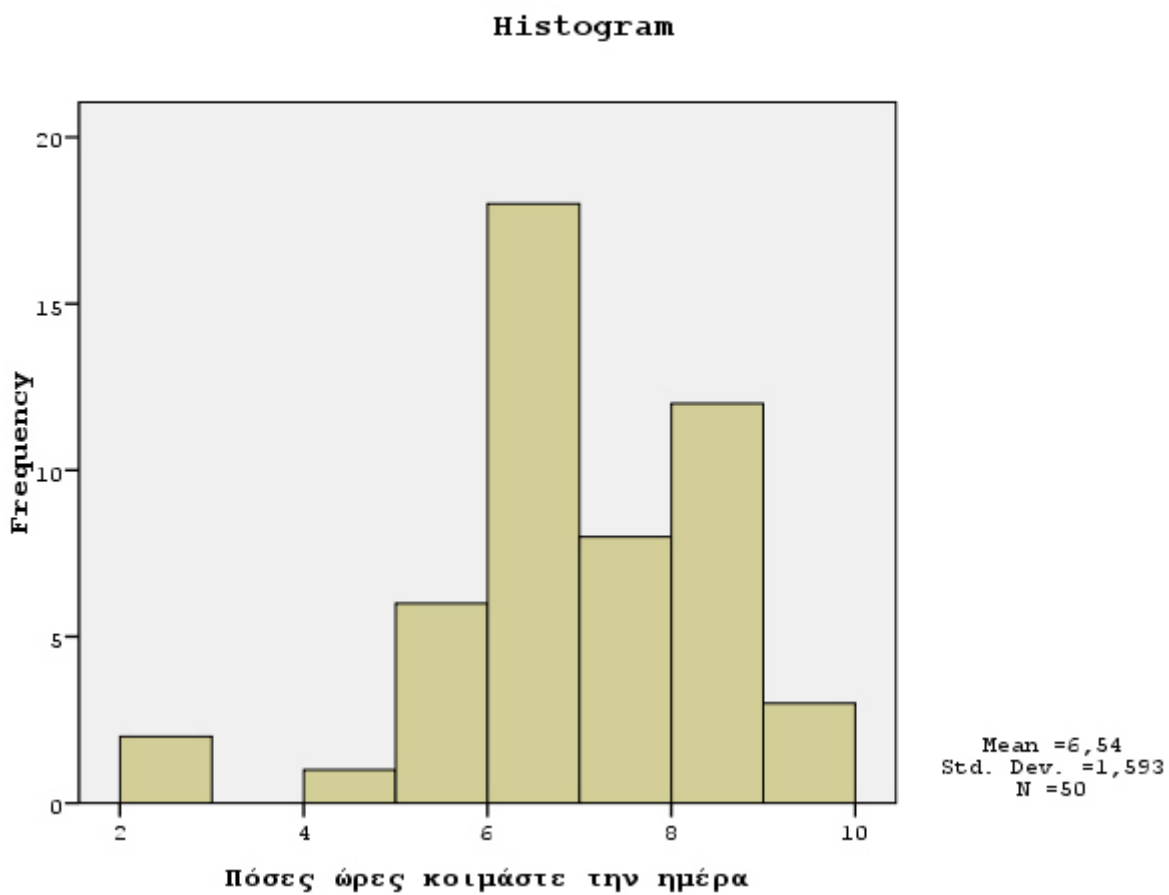
**Γράφημα 6.** Προϋπηρεσία εργαζομένων



**Γράφημα 7.** Ατομική ή ομαδική εργασία



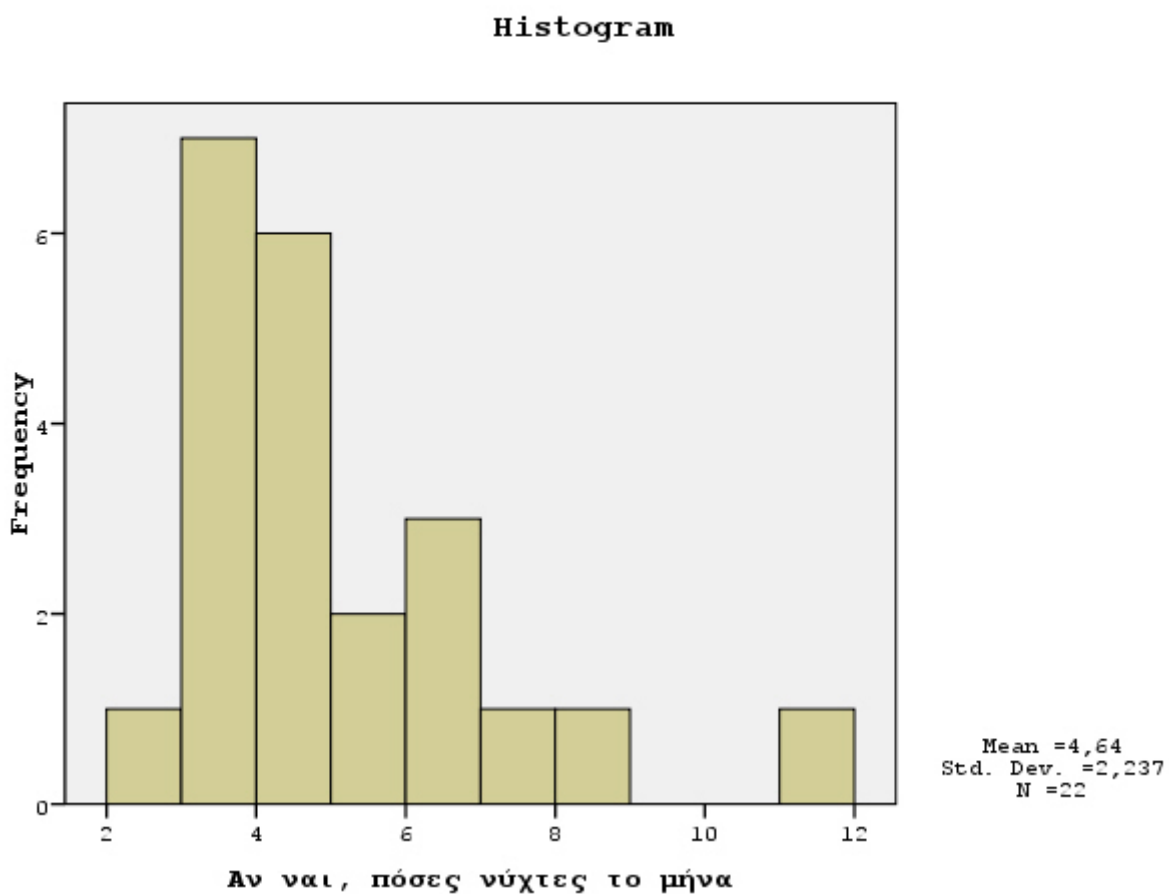
Γράφημα 8. Μηνιαίες αποδοχές εργαζομένων



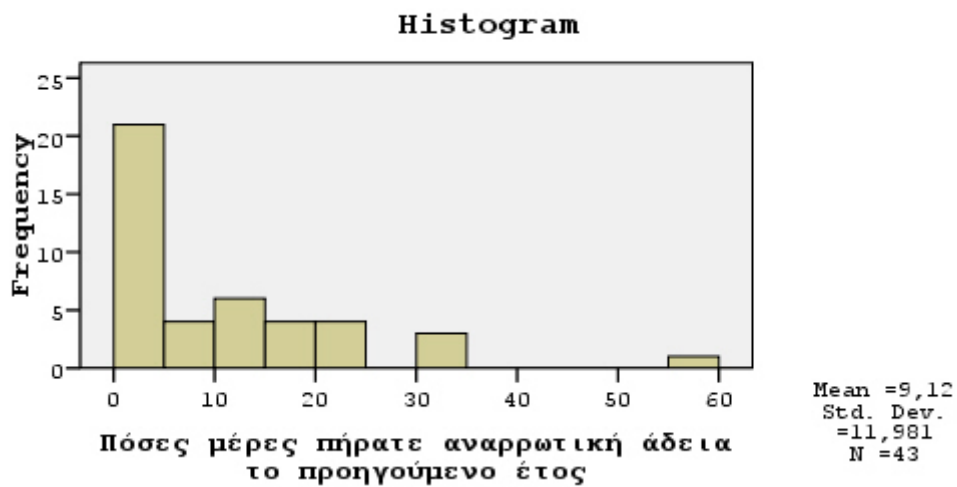
Γράφημα 9. Αριθμός ωρών ημερησίως που κοιμούνται οι εργαζόμενοι



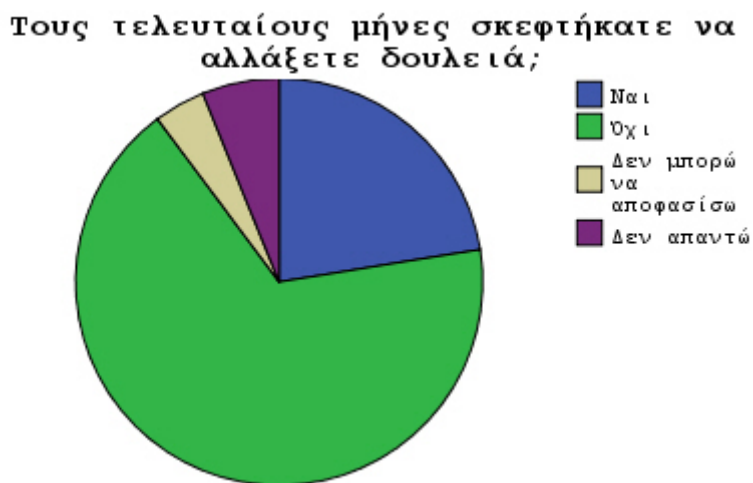
**Γράφημα 10.** Εργασία την νύχτα



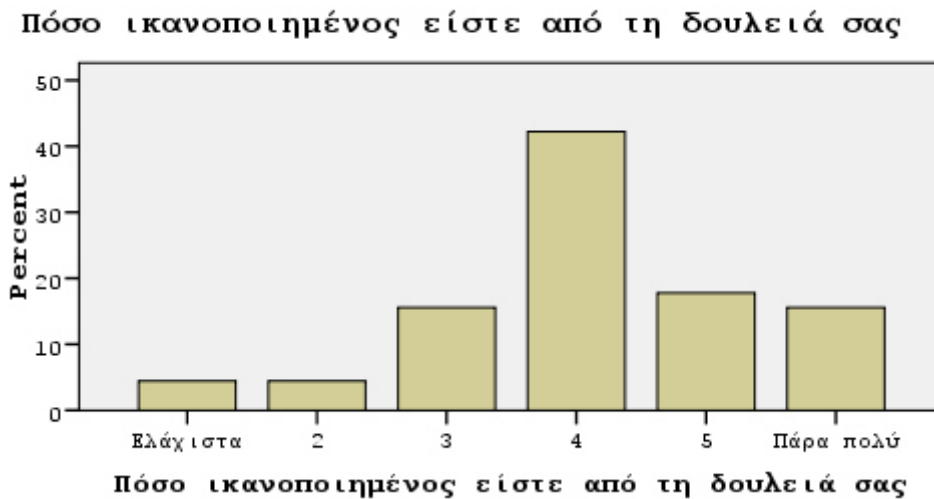
**Γράφημα 11.** Μηνιαίες νυχτερινές βάρδιες



**Γράφημα 12.** Ημέρες αναρρωτικής άδειας του προηγούμενου έτους



**Γράφημα 13.** Αλλαγή εργασίας τους τελευταίους μήνες

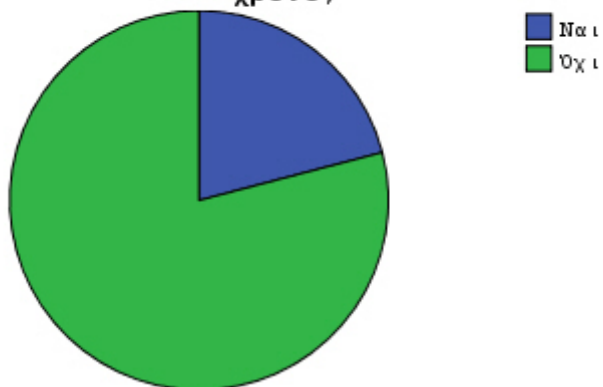


**Γράφημα 14.** Ικανοποίηση από την εργασία



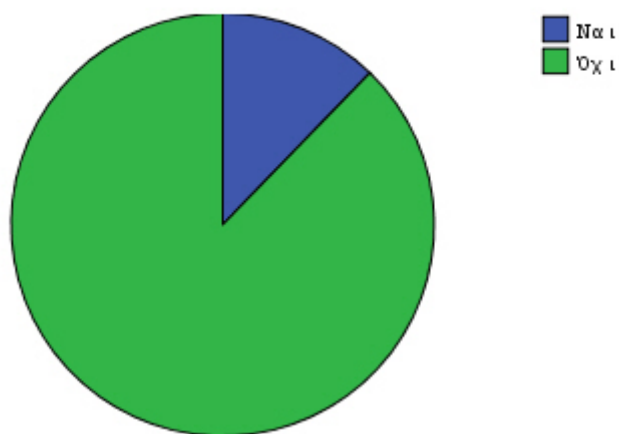
**Γράφημα 15.** Κάπνισμα

**Έχετε αυξήσει το κάπνισμα τον τελευταίο χρόνο;**

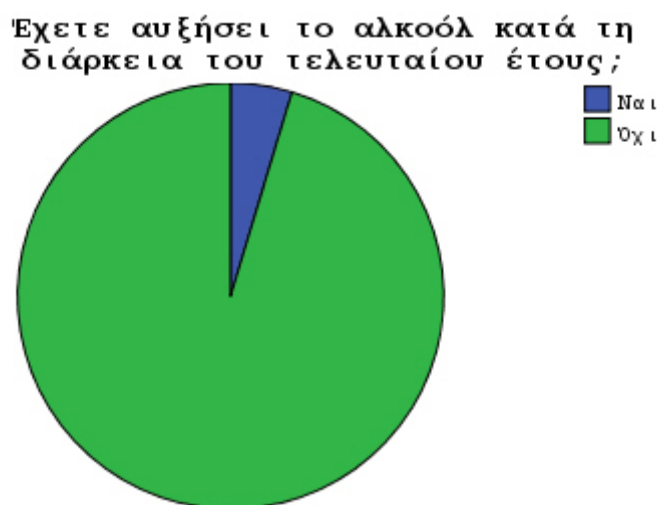


**Γράφημα 16.** Αύξηση καπνίσματος τον τελευταίο χρόνο

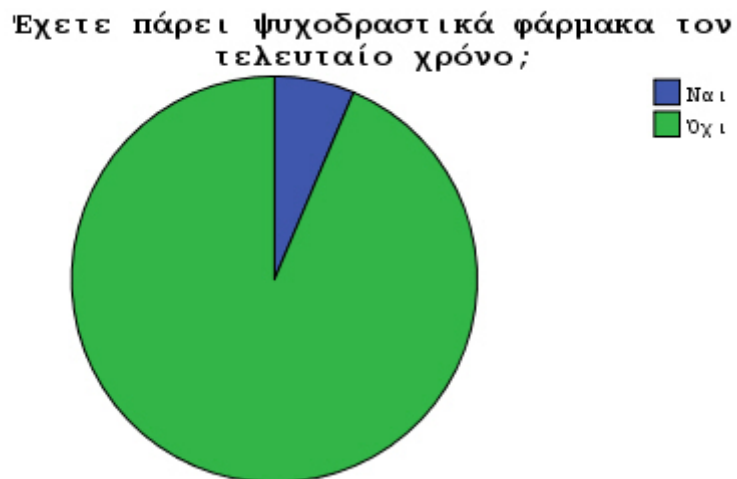
**Καταναλώνετε αλκοόλ τακτικά;**



**Γράφημα 17.** Κατανάλωση αλκοόλ

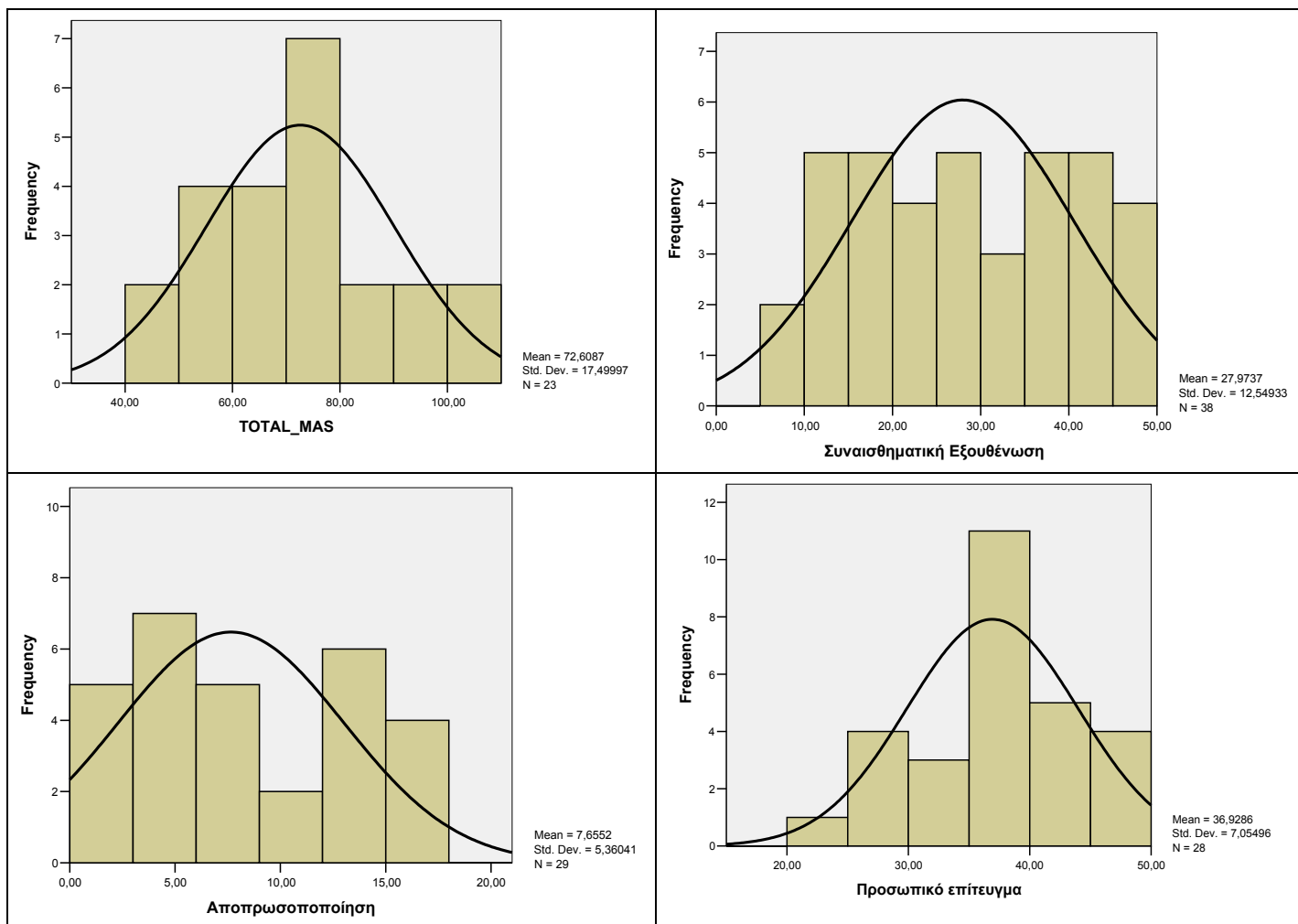


Γράφημα 18. Αύξηση αλκοόλ κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους

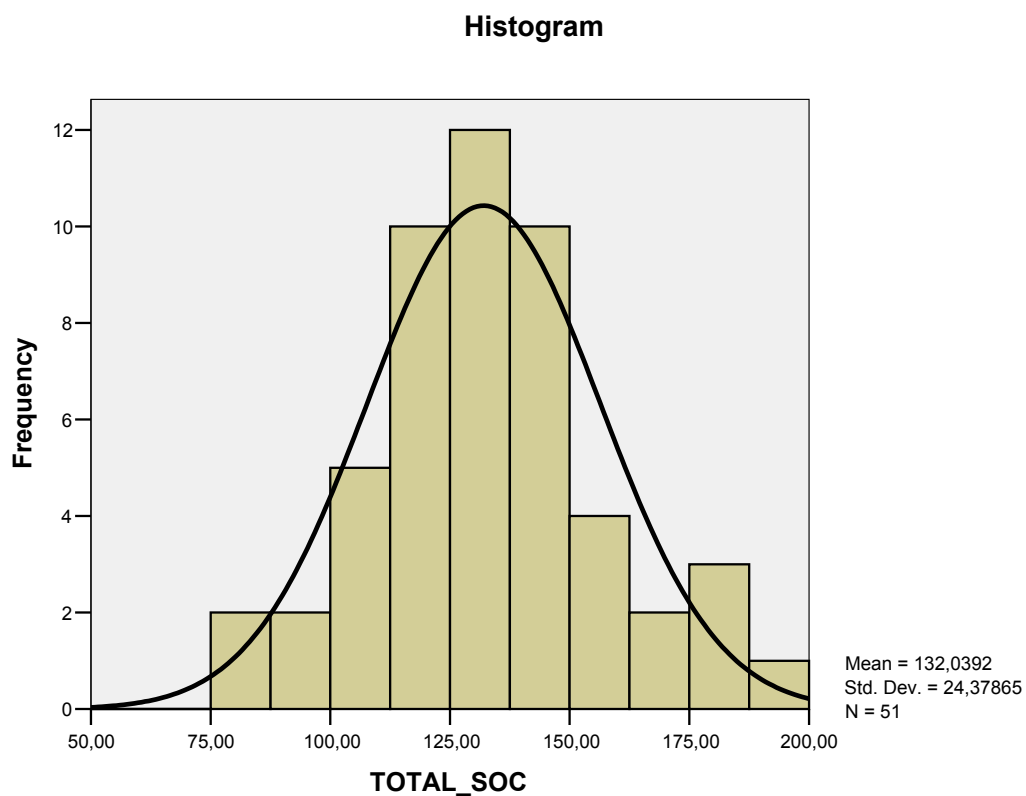


Γράφημα 19. Κατανάλωση ψυχοδραστικών φαρμάκων τον τελευταίο χρόνο





**Γράφημα 20.** Κατανομή της συνολικής βαθμολογίας καθώς και των ενοτήτων του ερωτηματολογίου Maslach



**Γράφημα 21.** Κατανομή της συνολικής βαθμολογίας του προσωπικού στην κλίμακα της SOC.