

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ
ΝΕΑΠΟΛΗΣ ΚΑΙ ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ.**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

**ΧΛΩΜΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΜΠΕΘΑΝΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ
ΠΑΧΟΥΜΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2010**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν ένα έργο χρονοβόρο και αρκετά επίπονο. Αρωγός στάθηκε η επιβλέπουσα καθηγήτρια, με την καθοδήγηση και την συμπαράστασή της, την προθυμία της να βοηθήσει σε κάθε ανάγκη που παρουσιάστηκε και τις πολύτιμες γνώσεις και εμπειρίες που αφειδώς μοιράστηκε μαζί μας. Με την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την κ. Παχούμη Δέσποινα , Τ.Ε Νοσηλεύτρια, Msc, που με την καθοδήγηση και το δημιουργικό σχολιασμό της συνέβαλε ενεργά και αποτελεσματικά στην εκπόνηση αυτής της μελέτης.

Ευχαριστίες θα θέλαμε να εκφράσουμε προς τους Διευθυντές των Σωφρονιστικών Καταστημάτων Νέας Αλικαρνασσού και Νεαπόλεως για την υποστήριξη τους στην υλοποίηση της μελέτης καθώς και προς τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους για την συμμετοχή τους.

Παράλληλα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη βοήθεια στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας τον Κ. Θ. Αλεγκάκη .

-

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

-Ευχαριστίες.....	2
-Αντί προλόγου.....	3
- Περιεχόμενα.....	4

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....	7
1.Ορισμός	9
2.Ιστορική Αναδρομή.....	11
3. Χαρακτηριστικά	13
4.Μέγεθος του προβλήματος του συνδρόμου Burn out.....	15
5. Ποιες είναι οι αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου Burn out.....	17

6. Πως εκδηλώνεται το σύνδρομο Burn out.....	23
7.Δημογραφικά στοιχεία και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ...	24
8.Προσωπικότητα και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης	25
9.Βασικά θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	26
10. Ποιες είναι οι ενδείξεις και τα συμπτώματα του συνδρόμου Burn out..	30
11. Ποιους επηρεάζει έμμεσα το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης...	34
12. Παρεμβάσεις και μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.	35
12.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.....	35
12.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο.....	39
12.3 Πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.....	45
12.4 Δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.....	48
12.5Τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.	51

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Περίληψη.....	55
2. Σκοπός της έρευνας	56

3. Υλικό και Μέθοδος	57
4. Στατιστική Ανάλυση – Αποτελέσματα.....	58
5. Συζήτηση -Συμπεράσματα.....	72

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

• Βιβλιογραφία.....	75
• Ερωτηματολόγιο.....	77

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Έρευνες σε εργαζομένους σε ολόκληρο τον κόσμο δείχνουν ότι ένα ιδιαίτερος μεγάλο ποσοστό από αυτούς έχουν περιέλθει σε μια κατάσταση απάθειας και αδιαφορίας όσον αφορά την εργασία τους. Αυτό είναι το κύριο σύμπτωμα του “Σύνδρομου Επαγγελματικής Εξουθένωσης» ή «Burnout syndrome». Κύρια αιτία του συνδρόμου αυτού είναι συνήθως προβλήματα που αφορούν την εργασία, την οικογένεια, τα οικονομικά κ.α.

Το Σύνδρομο Burn out λοιπόν, γνωστό και ως εργασιακή κατάθλιψη, εμφανίζεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων που αναπτύσσονται σε κάθε εργαζόμενο όταν καταστρέφονται τα κίνητρα του για δουλειά, τα οποία και χρήζουν άμεσων μέτρων υποστήριξης, αφού έχουν σοβαρό αντίκτυπο τόσο στην άσκηση της εργασίας όσο και στην προσωπική και κοινωνική ζωή του. Είναι δηλαδή ένας νέος ψυχιατρικός όρος με κοινωνικό-οικονομικές προεκτάσεις όπως αποκαλύπτεται από διάφορες μελέτες σε Ευρώπη, Αυστραλία, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και Καναδά .

Δυο είναι οι κυριότεροι λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν έναν εργαζόμενο στο Σύνδρομο αυτό, έλλειψη ανταμοιβής και αίσθηση αδυναμίας. Ο πρώτος έχει να κάνει με τη δομή λειτουργίας του εργασιακού χώρου. Αν δεν επικροτείται αυτό που κάνει ο εργαζόμενος σε υλικό και κυρίως σε ηθικό επίπεδο, αν δε του επιτρέπεται να ελπίζει σε κάτι, αν δεν υπάρχουν προαγωγές, συρρικνώνεται η προοπτική και η αυτοεκτίμηση του και τότε καταλήγει σε burnout.

Η αίσθηση αδυναμίας αναπτύσσεται όταν αντιλαμβανόμαστε με τα χρόνια ότι δεν μπορούμε να παρέμβουμε στην δουλειά μας, να τροποποιήσουμε τους παράγοντες αυτούς που μας δυσαρεστούν. Το αποτέλεσμα είναι η παράδοση του εργαζομένου στο σύστημα στο οποίο εργάζεται.

Τα ευπαθή επαγγέλματα είναι γενικότερα τα επαγγέλματα υγείας, επειδή έρχονται σε καθημερινή επαφή με μολυσματικά νοσήματα, ανίατες ασθένειες και βέβαια με τον

θάνατο, οι δημοσιογράφοι λόγω των πιεσμένων ωραρίων και οι δημόσιοι υπάλληλοι, ειδικότερα στη Ελλάδα.

Υπάρχουν όμως και επιστήμονες υποστηρικτές μιας άλλης λίγο διαφορετικής άποψης για την ίδια κατάσταση, στην οποία αναφέρεται ότι το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης δεν είναι μια κατ' εξοχήν ψυχολογικής προέλευσης συμπτωματολογία που καταλήγει και σε σωματικά συμπτώματα αλλά ότι όλα τα συμπτώματα που αναφέρονται έχουν ως κύρια βάση σωματική πάθηση και συγκεκριμένα υπολειτουργία των επινεφριδίων η οποία υπολειτουργία μεταπίπτει και στις γνωστές και ήδη προαναφερόμενες ψυχολογικές εκφάνσεις. (Antoniou, A.-S. & Antonodimitrakis, P. (2001).)

Τα συμπτώματα είναι σωματικά και, κυρίως, ψυχολογικά. Όλοι βιώνουμε μία ή και περισσότερες φορές μια εναλλαγή στη διάθεση μας όσον αφορά τη δουλειά μας, πράγμα φυσιολογικό, όπως λένε ψυχίατροι.



Συνεπώς, το σύνδρομο αυτό είναι μια κατάσταση υπερκόπωσης που αντιμετωπίζει ο αποθαρρυσμένος εργαζόμενος, που για να προστατεύσει τον εαυτό του από το χρόνιο και ψυχοφθόρο stress και από πρόσθετες απογοητεύσεις καταφεύγει στην αδιαφορία και στην απάθεια.

Ζούμε, δηλαδή, περιόδους που ματαιωνόμαστε από την εργασία μας, που θυμώνουμε κ.λ.π. η οποία βέβαια δεν είναι μια μόνιμη κατάσταση, το burnout είναι μια μόνιμη κατάσταση, ένα κλείδωμα στη συμπτωματολογία αυτή. Είναι όταν δεν ευχαριστιόμαστε με αυτό που κάνουμε. Μπορούμε επίσης να αναπτύξουμε διάφορα έντονα συμπτώματα (όπως π.χ. κατάθλιψη, ακόμα και απόγνωση) τα οποία βέβαια θα αναπτύξουμε εκτενέστερα παρακάτω.

2. ΟΡΙΣΜΟΣ

Για πρώτη φορά αναφέρθηκε στη βιβλιογραφία ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» το 1974, ως εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών του αποθεμάτων. Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο σημαντικής έρευνας καταρχήν στους επαγγελματίες υγείας, αφού αυτοί θεωρήθηκαν οι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση και κατόπιν επεκτάθηκαν και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους όπως τους εκπαιδευτικούς, αστυνομικούς, νομικούς, σωφρονιστικούς υπάλληλους κ.α.

Ο όρος burnout , αποδίδεται συνήθως στα ελληνικά με τις λέξεις «εξάντλημένος/η» ή «εξουθενωμένος/η» και εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα.

Επιπλέον ο όρος burnout περιγράφει την καθημερινή δυσφορία και ευερεθιστότητα, την καταβολή δυνάμεων, το αίσθημα «κενού», την αίσθηση απογοήτευσης και ανικανότητας πολλών εργαζομένων και ιδιαίτερα εκείνων που ασχολούνται στις υπηρεσίες φροντίδας, υγείας και πρόνοιας (helping professions).

Το σύνδρομο του burnout εκδηλώνεται μέσω τριών επιμέρους χαρακτηριστικών γνωρισμάτων, πιο συγκεκριμένα :

Ψυχοσωματική εξάντληση, που αναφέρεται από τη μια στην αίσθηση συνεχούς έντασης και συναισθηματικής αποξένωσης στις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων, και από την άλλη στην συνεχή σωματική καταπόνηση αφού ο οργανισμός αναγκάζεται να σπαταλήσει περισσότερη ενέργεια για να αντεπεξέλθει στις επαγγελματικές ανάγκες με τελικό αποτέλεσμα την ολοκληρωτική εξουθένωση.

Αποπροσωποποίηση, που ταυτίζεται με την αρνητική και αγενή πολλές φορές συμπεριφορά κατά την συναναστροφή με άτομα που ζητούν και αποδέχονται τις επαγγελματικές τους υπηρεσίες και φροντίδες

Αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, που εκδηλώνεται κυρίως κατά τη συνεργασία με άλλους με την πεποίθηση ότι η ικανότητα και η επιθυμία τους για επιτυχία μειώνονται συνεχώς και με τη σιγουριά ότι τίποτα δεν μπορεί να το αλλάξει.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μελετήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες σε ανθρώπους που ασκούσαν διαφορετικά επαγγέλματα βοήθειας : ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εκπαιδευτικούς, κοινωνικούς λειτουργούς, αστυνομικούς, λειτουργούς ψυχιατρικών νοσοκομείων, ανθρώπους που ασχολούνται με μικρά παιδιά, κ.α. χρειάζεται πάντως να διευκρινιστεί πως το burnout δεν προσβάλλει μόνο άτομα που ασχολούνται σε τέτοιες επαγγελματικές θέσεις, αλλά μπορεί να υποστηριχτεί ότι τα επαγγέλματα φροντίδας αντιπροσωπεύουν την πιο τυπική περίπτωση, το κατ' εξοχήν παράδειγμα μιας εργασίας η οποία χαρακτηρίζεται από έντονο διαπροσωπικό στρες.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει βρεθεί ότι συχνά συνδέεται με σειρά αρνητικών επιπτώσεων τόσο στη σωματική όσο και ψυχική υγεία του εργαζομένου. Οι διαπροσωπικές σχέσεις – είτε εντός ή εκτός εργασίας – επιδεινώνονται. Αυτές οι αρνητικές συνέπειες δεν εκπορεύονται αποκλειστικά από το burnout, καθώς συνδέονται και με άλλες μορφές στρες. Το γεγονός όμως ότι εκφράζονται με το συγκεκριμένο σύνδρομο ενισχύει την υπόθεση πως το burnout αποτελεί ένα πολύ πιο σοβαρό πρόβλημα απ' ό,τι εθεωρείτο στο παρελθόν.

Το burnout δε συνδέεται άμεσα με συγκεκριμένα τραυματικά συμβάντα που παραδοσιακά βρισκόταν στο επίκεντρο των ερευνών για το στρες που βιώνει κανείς στην εργασία, αλλά όπως θα αναπτύξουμε παρακάτω μιλάμε για μια γενικότερη δυσφορία που προέρχεται από πολυποίκιλες εστίες. (Maslach, C., & Jackson, S. E. 1984)

3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ξεκίνησαν οι πρώτες έρευνες για τα συναισθήματα των εργαζομένων, οι οποίες εντόπισαν, περιέγραψαν και κατέγραψαν το φαινόμενο και τη μεγάλη συχνότητά του. Οι πρώτες έρευνες από τον Αμερικανό ψυχαναλυτή Dr Herbert J. Freudenberger (1975) και την Maslach (1976) αφορούσαν κυρίως τους επαγγελματίες υγείας. Οι έρευνες ξεκίνησαν από την παρατήρηση ότι μετά από ένα χρονικό διάστημα οι εργαζόμενοι «άδειαζαν» από συναισθήματα και έχαναν τα κίνητρα και την αφοσίωσή τους. Τότε, διατυπώθηκαν οι πρώτοι ορισμοί για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η πρώτη περίοδος των ερευνών του συνδρόμου είχε δύο κεντρικές κατευθύνσεις: της ψυχικής υγείας και τον κοινωνικό άξονα. Όσον αφορά τον άξονα της ψυχικής υγείας, επικεντρώθηκαν στα συμπτώματα και τα ζητήματα της ψυχικής υγείας που ανακινούσαν, ενώ σε κοινωνικό επίπεδο, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ παροχέα και λήπτη φροντίδας.

Σε αυτή την περίοδο, έγινε σαφές ότι υπήρχαν συγκεκριμένα στοιχεία που εμφανίζονταν τακτικά στις περιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης. Εντοπίστηκε η συναισθηματική δυσκολία των επαγγελματιών υγείας, ο κυνισμός που προκύπτει από την προσπάθεια των εργαζομένων να αντεπεξέλθουν στο συναισθηματικό στρες και η αποστασιοποίηση που επιλέγουν να θέσουν στις εργασιακές τους σχέσεις οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Καταγράφηκε ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η αρνητική ανατροφοδότηση που λαμβάνουν συχνά από τους πελάτες τους ως παράγοντες που συμβάλουν στην εξουθένωση.

Αυτή η περίοδος, χαρακτηρίστηκε και από τους κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και ιστορικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρέαζαν και το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ, καθιστώντας τη φροντίδα υγείας μία αμιγώς επαγγελματική υπόθεση, δυσκολεύοντας τα άτομα που επέλεγαν να σταδιοδρομήσουν εκεί να αντλήσουν ικανοποίηση από την εργασία τους. (Matteson, M. T., & Ivancevich, J. M. 1987)

Κατά τη δεκαετία του 1980 η μελέτη του συνδρόμου έγινε πιο συστηματική και πιο εμπειρική. Δημιουργήθηκαν και διαδόθηκαν κλίμακες μέτρησης για την αξιολόγηση του βαθμού εξουθένωσης των ατόμων με επαγγελματική κόπωση, με κυρίαρχη αυτή της Maslach.

Στην ανάπτυξη των ερευνών για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης συνέβαλε η βιομηχανική ψυχολογία που θεώρησε ότι το σύνδρομο είναι εργασιακό στρες που σχετίζεται με την ικανοποίηση, την αφοσίωση στην εργασία και τις απογοητεύσεις που ελλοχεύουν οι εργασιακές συνθήκες και σχέσεις.

Στην δεκαετία του 1990, προστέθηκαν και άλλες κατευθύνσεις σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η έννοια του συνδρόμου διευρύνθηκε και άρχισε να αφορά και σε άλλα επαγγέλματα (στρατιωτικούς, διοικητές, ιερείς, κτλ). Τα εργαλεία μέτρησής του εξελίχθηκαν μεθοδολογικά και στατιστικά και ξεκίνησαν μακροπρόθεσμες μελέτες με στόχο την διερεύνηση των μακροπρόθεσμων συνεπειών του εργασιακού στρες, ώστε να καταγράψουν και την αποτελεσματικότητα των μεθόδων καταπολέμησής του.

4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ο Figley (1995) κατέγραψε λεπτομερώς τους τομείς τις λειτουργικότητας του ατόμου που επηρεάζονται από το burnout:

Στο **γνωσιακό τομέα** το άτομο που βιώνει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζει έκπτωση στη συγκέντρωσή του, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απάθεια, ακαμψία, αποπροσανατολισμό, τελειομανία, ενασχόληση με τραυματικές εμπειρίες και ιδέες αυτοκαταστροφής.

Σε **συναισθηματικό επίπεδο**, παρουσιάζονται αισθήματα αδυναμίας, ενοχής, θυμού, φόβου, θλίψης, κατάθλιψης. Αυτά συχνά συνοδεύονται από ένα συναισθηματικό μούδιασμα ή έντονες εναλλαγές διάθεσης και αυξημένη ευαισθησία.

Συμπεριφοριστικά, το άτομο παρουσιάζει ανυπομονησία, κοινωνική απόσυρση, παλινδρομήσεις σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, διατροφικές διαταραχές, εγρήγορση. Τέλος, το άτομα γίνονται πιο επιρρεπή στα ατυχήματα.

Σε **πνευματικό – θρησκευτικό επίπεδο**, ο εργαζόμενος που βιώνει κόπωση θέτει υπαρξιακούς προβληματισμούς ως προς την αξία της ζωής, αμφισβητεί τον σκοπό για τον οποίο ζει, χάνει την ελπίδα του, θυμώνει με τα θεία, αμφισβητεί τα θρησκευτικά του πιστεύω, γίνεται σκεπτικιστής και παύει να εμπιστεύεται τον εαυτό του.

Στις **διαπροσωπικές του σχέσεις**, το άτομο μπορεί να αρχίσει να απομονώνεται, να χάνει το ενδιαφέρον του για τις σχέσεις και το σεξ, γίνεται δύσπιστο, γίνεται υπερπροστατευτικός γονέας ή σύντροφος, προβάλλει στους άλλους το θυμό ή τις ενοχές του, χάνει εύκολα την υπομονή του, νοιώθει έντονη μοναξιά και εμπλέκεται σε διαπροσωπικές συγκρούσεις.

Όσον αφορά στο **ψυχοσωματικό κομμάτι**, τα συμπτώματα που παρουσιάζει το άτομο είναι σοκ, έντονη εφίδρωση, επιτάχυνση ρυθμού αναπνοής, αύξηση της ταχύτητας του σφυγμού, δύσπνοια, μυϊκούς πόνους, ιλίγγους, αποπροσανατολισμό και άλλα σωματοποιημένα συμπτώματα.

Τέλος, ως προς **την εργασία** του το άτομο, έχει χαμηλό ηθικό, δεν έχει αρκετά κίνητρα, αποφεύγει να εκπληρώσει τα καθήκοντά του, δίνει υπερβολική σημασία σε επουσιώδεις λεπτομέρειες. Η στάση του απέναντι στην εργασία του χαρακτηρίζεται από αρνητισμό, αποστασιοποίηση και απάθεια. Δεν συνδέεται με το αντικείμενο της εργασίας του, η ποιότητα της απόδοσής του είναι χαμηλή, είναι ευερέθιστος, εμπλέκεται σε διαπληκτισμούς με τους συναδέλφους του και τους αποφεύγει.

5. ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Από τα δεδομένα που υπάρχουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το στρες που οφείλεται στην εργασία είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με την εργασία μετά την οσφυαλγία και φαίνεται να επηρεάζει το 28% των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η παρούσα μελέτη θα βοηθήσει να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα και συγκεκριμένα το στρες στους φύλακες εφόσον υπάρχει και να προταθούν καλύτεροι τρόποι διαχείρισης.

Η αγγλική λέξη στρες προέρχεται από τις λατινικές λέξεις *strictus* (σφικτός) και *stringere* που σημαίνει σφίγγω κάνω κάτι πιο σφικτό. Τα διεθνή εγχειρίδια οργανωτικής και εργασιακής ψυχολογίας χρησιμοποιούν πλέον τον όρο στρες με τρεις διαφορετικούς τρόπους, δηλαδή: α) ως αιτία: ο χαρακτήρας της εργασίας μου είναι στρεσογόνο, β) ως συνέπεια-αποτέλεσμα : αισθάνομαι ένταση όταν είμαι στη δουλειά και γ) ως διαδικασία: συμβαίνει όταν βρίσκομαι σε πίεση. Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος ορισμός του στρες δημιουργείται μέσω των διαδικασιών αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντος τους (Lazarus ,R.S.& Folkman , S., 1984).

Σε μία έρευνα του Zimbardo (1973) ,μελετήθηκε η ομάδα με τους φυλακισμένους όπου βρέθηκε ότι ήταν αβοήθητοι και καταθλιπτικοί συγχρόνως μελετήθηκε η ομάδα με τους φύλακες όπου βρέθηκε ότι ήταν ανικανοποίητοι από την δουλειά τους και βίωναν στρες. Έρευνες σχετικά με το εργασιακό στρες στις φυλακές αναφέρουν ότι οι φύλακες νιώθουν μεγάλη απειλή και χαμηλό έλεγχο γιατί οι φυλακισμένοι είναι μία ομάδα που χρειάζονται συνεχή επίβλεψη (Gary Evans, 1982). Οι φύλακες ως εργασιακή ομάδα πρέπει να διατηρούν την ησυχία ,την ασφάλεια και τον συντονισμό του οργανισμού (Lariviere ,2001).

Ο όρος Burn-out χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον Freudenberger (1974, 1975, 1982, 1983, 1985). Εκτεταμένη έρευνα έχει διεξαχθεί πάνω σε διαφορετικά επιστημονικά πεδία (Cordes & Daugherty, 1993). Το Burn-out σαν φαινόμενο παρατηρήθηκε αρχικά στις νοσηλεύτριες, στους κοινωνικούς λειτουργούς και στους αστυνομικούς. Συγκεκριμένα, το Burn-out χαρακτηρίζεται για τον επιπολασμό των έντονων συναισθημάτων, έντασης, άγχους, φόβου και εχθρότητας (Cherniss, 1995, Maslach, 1982). Σήμερα, είναι γνωστό ότι οι άνθρωποι σε κάθε επάγγελμα μπορούν να αναπτύξουν το Burn-out (Cox, 1990). Οι επιδράσεις του υψηλού στρες στα άτομα στο εργασιακό περιβάλλον είναι πολλές και ποικίλλουν (Cameron, 1994, Noble, 1993).

Το στρες μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή παραγωγικότητα, σε πόνους και σε χρήση ουσιών. Ο Vines (1991) σύστησε ότι η έρευνα στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν φωτίζει μόνο σε μηχανισμούς διαχείρισης για να ελεγχθεί το Burn-out αλλά εξετάζονται και άλλες μεταβλητές όπως η αυτο-εκτίμηση, τα κίνητρα και προσωπικότητα. Έως το 1980 εστιάστηκε η προσοχή στις κοινωνικές επιστήμες και στο stress στην μελέτη ειδικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας από την θετική ψυχολογία (Seligman, 1990).

6. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΟΥ BURNOUT

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά η ηλικία σχετίζεται περισσότερο με το Burn-out (Pines & Aronson ,1988). Φαίνεται ότι το Burn-out συμβαίνει συχνά σε νέους εργαζόμενους που δουλεύουν λιγότερο από 30 χρόνια .Στις Ευρωπαϊκές χώρες το Burn-out είναι πιο συχνό σε μεγαλύτερες ηλικίες (Schaufeli & Bunk,1996).Αυτό εξηγείται από το ότι οι Ευρωπαίοι εργαζόμενοι είναι πιο απρόθυμοι να αλλάξουν δουλειά. Το Burn-out συμβαίνει στην αρχή μιας καριέρας (Maslach,1982;Pins Aroson,1988).

Άτομα νέα στην εργασία χωρίς εργασιακή εμπειρία αναφέρουν ότι υψηλά σκορ προκαλούν εργασιακή κρίση (Harrison,1983). Το M B I (Maslach,Jackson&Leiter,1996) δείχνει επίσης ότι η μείωση στο Burn-out (συμπτώματα) μαζί με την αυξημένη εργασιακή εμπειρία και κυρίως η αποπροσωποποίηση και η συναισθηματική εξάντληση σχετίζονται μεταξύ τους.

Βασισμένοι στις θεωρίες της προσαρμοστικότητας (Etzion,1989),το υψηλό σκορ στο Burn-out μπορεί να συμβεί γιατί οι νέοι εργαζόμενοι δεν έχουν εμπειρία για να αναπτύξουν στρατηγικές προσαρμογής.

Η έρευνα αναφέρει ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στο Burn-out και στο φύλο(Caccesse & Mayerberg,1984;Maslach& Jackson,1981). Οι γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν περισσότερα επίπεδα Burn-out από τους άνδρες (Etzion&Pines,1986;Maslach& Jackson,1981).

Οι γυναίκες σκοράρουν υψηλά στην συναισθηματική εξάντληση ενώ οι άνδρες εμφανίζουν αποπροσωποποίηση περισσότερο συχνά και έντονα(Maslach & Jackson,1985). Επίσης έρευνες αναφέρουν ότι άνδρες που είναι άγαμοι έχουν κίνδυνο για εργασιακό στρες .Τέλος οι μορφωμένοι έχουν πιο υψηλό εργασιακό στρες γιατί αναλαμβάνουν υπευθυνότητες.(Schaufeli&Enzman,1998).

Αναλυτικότερα σε κάθε μορφή εργασίας συνυπάρχουν πιθανές πηγές στρες. Υπό παρόμοιες συνθήκες εργασίας και οργάνωσης, υπάρχουν άτομα που παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευπάθεια στο εργασιακό στρες και/ή πιο ισχυρή τάση προς τη ματαίωση. Η αλληλεπίδραση του κάθε ατόμου με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος καθορίζει μια περισσότερο ή λιγότερο θετική αντίδραση σε όρους προσαρμογής, σε ένα συνεχές στρες (προσαρμοστικό φάσμα) που οδηγεί από μια κατάσταση τέλει προσαρμογής, δηλαδή δημιουργικού στρες (eustress) σε μια κατάσταση προβληματικής συμπεριφοράς (distress) ή στο σύνδρομο burnout. Επιπλέον, μπορεί να ισχυρισθεί ότι το στρες και το burnout προκύπτουν ως συνέπειες της αλληλεπίδρασης μεταξύ:

- της προσωπικότητας του εργαζομένου, των κινήτρων και των ενδιαφερόντων του,
- της οργανωτικής δομής και της ιεραρχικής διαστρωμάτωσης και
- του είδους της δραστηριότητας που ασκείται (πρόσθετοι ψυχοπαιστικοί παράγοντες).

A. Προσωπικότητα του ατόμου

Συνήθως, όσοι πλήττονται από burnout είναι άτομα ιδιαίτερα σχολαστικά, που έχουν ανάγκη να αποδεικνύουν στον εαυτό τους και στους άλλους ότι είναι ικανά και καλοπροαίρετα αφού πιστεύουν ότι μόνο κατ' αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να απολαμβάνουν την επιδοκιμασία, την εκτίμηση και την αγάπη των συνανθρώπων τους. Αλλά δεν είναι τα μόνα που προσβάλλονται από το συγκεκριμένο σύνδρομο.

Σε ατομικό επίπεδο, το burnout βιώνεται κυρίως από ειδικές κατηγορίες εργαζομένων. Όπως άλλωστε απαιτείται και από τις ανάγκες του ρόλου που καλούνται να επιτελέσουν, είναι άτομα με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης, πρόθυμα, αφοσιωμένα και εμφορούνται από ανθρωπιστικά ιδεώδη. Επιπλέον, τα άτομα αυτά κατά το πλείστον εμφανίζονται ως αγχώδη, εσωστρεφή, ψυχαναγκαστικά, σε υπερβολικό βαθμό ενθουσιώδη και με τάση ταύτισης προς τον πάσχοντα συνάνθρωπό τους.

Στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας από τα οποία θα μπορούσαν να προέλθουν παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία συνθηκών για εκδήλωση burnout.

Στη συνέχεια, ακολουθούν κατηγορίες σκέψεων και μη ορθολογικών πεποιθήσεων αναγνωρισμένες από ψυχολόγους που επιτρέπουν την εκδήλωση της ψυχικής δυσφορίας, του στρες καθώς και του burnout, κυρίως σε εργαζόμενα άτομα.

Μη ορθολογικές ιδέες και πεποιθήσεις

Συνεπαγόμενες ψυχικές καταστάσεις

- ΠΡΕΠΕΙ να είμαι καλός και να τυγχάνω της επιδοκιμασίας των άλλων, αλλιώς δεν αξίζω τίποτε και δεν πρέπει να με λαμβάνουν υπόψη,
- Κατάθλιψη, άγχος, αίσθημα αναξιοπρέπειας, φόβος λάθους,
- Υπερβολική αφοσίωση στην εργασία,
- Αγχώδης προσωπικότητα, νευρωτικός χαρακτήρας,
- Τελειομανία, ιδεαλισμός,
- Παρορμητικότητα, επιθετικότητα,
- Υπερβολική προσκόλληση στις απαιτήσεις που προέρχονται από το ίδιο άτομο, τους πελάτες, τους προϊστάμενους,
- Εξάρτηση από τους άλλους,
- Χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης στην συμπεριφορά της προσωπικής ζωής,
- Υπερβολική εσωστρέφεια ή εξωστρέφεια,
- Αυταρχισμός, ανάγκη ελέγχου των πάντων,
- Μη ρεαλιστικές προσωπικές προσδοκίες,
- Εξιδανίκευση του επαγγέλματος που μπορεί να οδηγήσει σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες και απογοητεύσεις,
- Ακατάλληλο σύστημα κινήτρων,
- Έντονη ανάγκη προσφοράς βοήθειας (μυστικισμός του ιεραποστόλου) και επιθυμία αλλαγής του κόσμου,
- Ανισότητα γνωστικής αξιολόγησης,
- Υπερβολική φιλοδοξία,
- Υπερβολικός ενθουσιασμός, υπερβολική ευσυνειδησία, ζήλος,
- Λογική της εξουσίας (στάση μεγάλης μητέρας ή παντοδύναμου πατέρα),

- Αίσθημα ανεπάρκειας και ανικανότητα διεξαγωγής της εργασίας (μαθημένη ανικανότητα),
- Εξωτερικό locus of control,
- Ψυχαναγκαστική παρόρμηση επίτευξης ενός στόχου,
- Προσωπικότητα τύπου A,
- Υπερβολική επαγγελματική αφοσίωση προς την ικανοποίηση που έχει επιτευχθεί,
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και αίσθημα ακαταλληλότητας,
- Παθητικότητα,
- Κοινωνικό άγχος,
- Απομόνωση από τους άλλους,
- Οι άλλοι ΠΡΕΠΕΙ να μου συμπεριφέρονται καλά, αλλιώς δεν αξίζει να τους λαμβάνω υπόψη,
- Εχθρότητα, οργή, μνησικακία, επιθετικότητα προς τους άλλους,
- Τα πράγματα ΠΡΕΠΕΙ να γίνονται όπως ΕΓΩ νομίζω αλλιώς η κοινωνία θα πηγαίνει συνεχώς προς το χειρότερο,
- Χαμηλή ανοχή της ματαίωσης, τάση οίκτου προς τον εαυτό του.

B. Οργανωσιακή δομή

Μεταξύ των διάφορων περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να επιτρέψουν την εκδήλωση του burnout, συναντάμε ορισμένους που, λόγω της πολυπλοκότητάς τους, δύσκολα τροποποιούνται από ένα άτομο ενώ απαιτούν ειδικές παρεμβάσεις και οργανωτικές στρατηγικές.

Τέτοιοι είναι:

- Η διάρκεια του χρόνου εργασίας,
- Οι πιθανές συνθήκες απομόνωσης,
- Το χαρακτηριστικό γνώρισμα του πελάτη η ανάγκη για βοήθεια,
- μη αναγνώριση της επαγγελματικής αξίας εκ μέρους του κοινού,
- ανεπαρκείς πόροι,

- έλλειψη κριτηρίων για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων,
- υπερβολικά αιτήματα σε σχέση με τη παραγωγικότητα,
- ανεπαρκής εκπαίδευση,
- αδιαφορία ή μη ενδεδειγμένες παρεμβάσεις στην εργασία εκ μέρους των προϊσταμένων, κ.α.

Οι αιτίες του οργανωσιακού στρες όπως έχουν εντοπιστεί σε διάφορες μελέτες είναι:

- Η εργασία σε μη κατάλληλα διαχειριζόμενες διοικητικές δομές: υπερβολικός φόρτος εργασίας, ελλιπής ανταμοιβή και απουσία συγκεκριμένων επαγγελματικών κινήτρων,
- Άσκηση επαγγέλματος σε τομείς ή κλάδους πέραν των προσωπικών ενδιαφερόντων και ικανοτήτων, εξαιτίας μη κατάλληλης διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού,
- Περιορισμένη ευαισθησία και στάση των επιχειρήσεων όσον αφορά την κατάρτιση του προσωπικού,
- Ιεραρχική δομή της οργάνωσης που δεν λαμβάνει υπόψη την αλλαγή των κανόνων, με συνεπαγόμενη αδυναμία το σχεδιασμό/οργάνωση της προσωπικής εργασίας.

Οι παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση του burnout, (κοινοί στα διάφορα επαγγέλματα), συμπίχθηκαν πρόσφατα από τη Maslach στις παρακάτω έξι βασικές κατηγορίες:

1. Φόρτος εργασίας,
2. Έλλειψη ελέγχου,
3. Ανεπαρκής ενθάρρυνση
4. Έλλειψη ισότητας,
5. Απουσία αίσθησης του «ανήκειν»,
6. Σύγκρουση αξιών.

Γ. Τυπολογία της δραστηριότητας (πρόσθετοι ψυχοπαιεστικοί παράγοντες).

Ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από ό,τι οι άλλες επειδή οι εργασιακές τους θέσεις:

α) απαιτούν μεγαλύτερη κατανάλωση ενέργειας,

β) παρουσιάζουν περισσότερους κινδύνους και

γ) η επαφή με τους πελάτες είναι περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη και μάλιστα με τρόπο που να καθιστά δύσκολη τη διαχείριση τους.

Έχει αποδειχθεί ότι οι γιατροί που εργάζονται σε νοσοκομείο βιώνουν υψηλότερα επίπεδα burnout συγκριτικά με εκείνους οι οποίοι εξασκούν ιδιωτικά το επάγγελμα, εργάζονται σε ερευνητικά ιδρύματα, πανεπιστήμια, δημόσιους φορείς και οργανισμούς.

Επιπλέον, οι γιατροί που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα, στα ογκολογικά και πνευμονολογικά τμήματα, μαζί με εκείνους που απασχολούνται σε τμήματα με χρόνιες, ανίατες και καταληκτικές νόσους και προγνώσεις για κακοήθεια, εκδηλώνουν πολύ υψηλότερα ποσοστά.

7. ΠΩΣ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ BURN OUT.

Το burnout παρουσιάζει ένα συμπτωματολογικό πλαίσιο με μεγάλη ευρύτητα στην κλινική του έκφραση. Μπορεί πάντως να θεωρηθεί ως «ιάσιμο και αναστρέψιμο». Δεν έχει αιφνίδια έναρξη, ξεκινά με τις πρώτες ήττες, συνεχίζει με μια μακρά σειρά ματαιωμένων προσδοκιών, αποτυχημένων σχεδίων, έλλειψης αναγνώρισης και – εφόσον δεν υπεισέλθουν για να το «εμποδίσουν» εσωτερικές ή εξωτερικές αλλαγές – οδεύει προς τα επόμενα στάδια.

Οι κυριότεροι μελετητές που ασχολήθηκαν με το burnout συμφωνούν στη σπουδαιότητα και την ανάγκη να το θεωρήσουν περισσότερο ως μια «διαδικασία» παρά ως μεμονωμένο «συμβάν».

8. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Σύμφωνα με την Christina Maslach (2001) ιδιαίτερα επιρρεπή είναι τα άτομα ηλικίας 30 έως 40 ετών. Δεν έχουν διερευνηθεί εκτενώς οι λόγοι για τους οποίους στις νεαρότερες ηλικίες δεν έχουμε την ίδια συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει επειδή τα νεαρότερα άτομα όταν αντιληφθούν ότι η εργασία τους τους επηρεάζει τόσο έντονα, αλλάζουν ευκολότερα επαγγελματική κατεύθυνση καθώς βρίσκονται στα πρώτα στάδια της σταδιοδρομίας τους.

Το φύλο των εργαζομένων στις περισσότερες έρευνες έχει φανεί να μην έχει σημασία στην εμφάνιση του burnout. Υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις στις έρευνες, ενώ τις περισσότερες φορές στους άνδρες παρατηρείται πιο έντονα ο κυνισμός και στις γυναίκες η εξουθένωση. Παράλληλα, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι ανύπαντροι κυρίως άντρες εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματική εξουθένωσή από τους παντρεμένους ή ακόμα και τους χωρισμένους, πιθανόν επειδή το επάγγελμα τους αποτελεί βασική προτεραιότητά τους.

Τέλος, έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, χωρίς όμως να έχουν διερευνηθεί και οι λόγοι. Η Maslach θεωρεί ως πιθανό αίτιο τις προσδοκίες αυτών των ατόμων από την εργασία τους που συνήθως είναι περισσότερες και βρίσκονται σε αναλογία με το εκπαιδευτικό επίπεδο τους.

9. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Αν και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά στην ευρεία του έννοια όλα τα επαγγέλματα και όλους του επαγγελματίες, ιδιαίτεροι εργασιακοί τομείς και συγκεκριμένα είδη προσωπικότητας έχουν αποδειχτεί να είναι περισσότερο ευάλωτοι σε αυτό (Leichtling,2004).

Οι Glazer, Stetz και Izso (2003) εκπόνησαν μία έρευνα σε πέντε δυτικές χώρες σχετικά με τους τύπους προσωπικότητας των ατόμων που εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα το σύνδρομο. Οι έρευνες παρουσίαζαν ορισμένες διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα, χωρίς όμως να επηρεάζουν σημαντικά τα βασικά αποτελέσματα. Βρέθηκε ότι στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα ευάλωτα τα άτομα με εξωτερικό πεδίο ελέγχου (Locus of control) και τα άτομα με τον τύπο προσωπικότητας Α.

Το πεδίο έλεγχου αφορά στην πεποίθηση του ατόμου ότι ελέγχει τη ζωή του ή όχι. Τα άτομα που αναγνωρίζουν στον εαυτό τους τη δυνατότητα και την ευθύνη του ελέγχου των γεγονότων της ζωής τους έχουν εσωτερικό πεδίο ελέγχου, ενώ εξωτερικό έχουν τα άτομα που πιστεύουν ότι άλλα άτομα και γενικότερα εξωγενείς δυνάμεις καθορίζουν τα περισσότερα σημαντικά ζητήματα της ζωής τους.

Αναφορικά με τον τύπο Α και Β της συμπεριφοράς, οι Spector και Conelli (Glazer et al,2003) τους χωρίζουν ανάλογα με τον τρόπο που ανταποκρίνονται στα διάφορα ερεθίσματα. Τα άτομα με συμπεριφορά τύπου Α έχουν την τάση να είναι επιθετικά, εστιάζονται στην επίτευξη των στόχων τους, είναι δυναμικά, έχουν κατηγορηματικές απόψεις, γρήγορους ρυθμούς σε ότι κάνουν, είναι ανυπόμονοι, ανταγωνιστικοί, φιλόδοξοι, ευερέθιστοι και γίνονται εύκολα εχθρικοί. Αντίθετα, τα άτομα με συμπεριφορά τύπου Β είναι περισσότερο βολικά, δεν αγχώνονται εύκολα και έχουν γενικότερα πιο ήπιες στάσεις και συμπεριφορές.

Σύμφωνα, επομένως, με την έρευνα των Glazer, Stetz. και Izso (2003), τα άτομα με εξωτερικό πεδίο ελέγχου είναι πιο επιρρεπή στο burnout καθώς και τα άτομα με συμπεριφορά τύπου Α.

10. ΒΑΣΙΚΟΤΕΡΑ 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 & Maslach, 1988· Dekker & Schaufeli, 1995· Antoniou, 1999) τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που ο επαγγελματίας έχει από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργαζεται.

Ακολουθεί μια συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων θεωρητικών μοντέλων που αφορούν τα σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης:

1. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ 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 & Maslach, 2005).

2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ 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.ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ C. CHERNISS

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.ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ 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.

11. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ BURNOUT.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, από τη μια στιγμή στην άλλη. Αντίθετα τα προβλήματα επιδεινώνονται και εμφανίζονται σταδιακά 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.(Dumelow, C. (2000)). 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:

Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση /κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές /έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση
Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
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	Ανία Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα

Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Αισθήματα αδυναμίας	
	Καχυποψία	
	Αισθήματα ενοχής/αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	
	Υπερβολική αυτοπεποίθηση/λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	
	Αποτελμάτωση	

12. ΠΟΙΟΥΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΕΜΜΕΣΑ ΤΟ BURNOUT

Το burnout εκτός από τον ίδιο τον εργαζόμενο επηρεάζει μακροπρόθεσμα και ολόκληρο το περιβάλλον του, μπορεί όχι άμεσα αλλά σίγουρα έμμεσα.

Εκτός από τον εργαζόμενο επηρεάζονται και :

1. οι οικείοι του, εξαιτίας της μεταφοράς των συμπτωμάτων του στην οικογένεια,
2. τους χρήστες των υπηρεσιών, εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών που απολαμβάνουν,
3. τους φορείς παροχής υπηρεσιών, οι οποίοι καθίστανται μάρτυρες της ποιοτικής έκπτωσης των υπηρεσιών αυτών.

Έτσι οι «νοσούντες» καταλήγουν να αποστασιοποιούνται σε σχέση με τον παλιότερο «εαυτό» τους και ενώ όλοι διαπιστώνουν την διαφορετικότητα του εργαζόμενου αυτός αδυνατεί να προσέξει πόσο επιθετικός και ενίοτε αντικοινωνικός έχει μετατραπεί ιδιαίτερος όταν βρίσκεται στον εργασιακό του χώρο.

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

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο όσων 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 πρέπει να φροντίσει παράλληλα τον εαυτό του. Η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας, της αναπηρίας, του πόνου και του θανάτου 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 δουλεία τους, όσο απαιτητική και δύσκολη κι αν είναι.

13.1 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.

3.

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

τόμων 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 αλλού φροντίδα, ο επαγγελματίας βιώνει μια έντονη αίσθηση απογοήτευσης και ματαίωσης. Αντίστοιχα, η προσωπική ανάγκη ενός άλλου επαγγελματία μπορεί να περιλαμβάνει την άσκηση επιρροής και 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 αποσυμπύεσης ή δραστηριότητας (π.χ. ενασχόληση με χόμπι, βόδισμα κ.λ.π.) συμβάλλουν στην ενδεχόμενη συναισθηματική εκφόρτωση 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.

13.2 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.

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

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, 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 Χείρωνας, σε αντίθεση με τους άλλους κενταύρους που ήταν βίαιοι, ασυγκράτητοι και ορμητικοί ξεχώριζε γιατί ήταν πράος, δίκαιος, σοφός και αγαπούσε τους ανθρώπους τους οποίους βοηθούσε στις δύσκολες στιγμές. Ήταν σπουδαίος παιδαγωγός και δεν υπήρχε τέχνη που να μην γνωρίζει. Μεταξύ αυτών γνώριζε και την τέχνη από τον πόνο και της ίασης των πληγών με βότανα του βουνού.

Σύμφωνα με 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.

13.3 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 αντιπαραθέσεων 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' επέκταση, 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, 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 υπαρχόντων οργανωτικών πλαισίων, ώστε να διευκολύνεται περισσότερο η συνεργασία.

13.4 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 εκπαιδευοντάς 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 πιεστικών 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 προϊστάμενου

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.

13.5 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, διαιτολογικούς 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.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

16. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

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 μελέτης ήταν να μελετήσει το υπάρχον επίπεδο στρες στους εργαζόμενους στις φυλακές της Ανατολικής Κρήτης (Νεάπολη ,Νέα Αλικαρνασσός) και να εξετάσει την δυνατότητα διαχείρισης του από αυτούς.

Η μελέτη ήταν συγχρονική σε αυτήν συμμετείχε δείγμα 59 ανδρών και γυναικών από τις φυλακές Νεάπολης και Αλικαρνασσού της Κρήτης. . Πρόκειται για μελέτη επιπολασμού ή συγχρονική μελέτη στην οποία μετρίεται το στρες μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή στο προσωπικό των φυλακών. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory) το οποίο αποτελείται από 22 ερωτήσεις που ταξινομούνται σε τρεις ενότητες :

α) συναισθηματική εξάντληση, β) απο-προσωποποίηση, γ)εκπλήρωση.

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί διαγλωσσικά από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής μετά από επίσημη άδεια. Το συγκεκριμένο μεθοδολογικό εργαλείο έχει υψηλή εγκυρότητα.

Συμπερασματικά οι εργαζόμενοι και των δυο σωφρονιστικών καταστημάτων φαίνεται να εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση ιδιαίτερα όσοι έχουν πολλά χρόνια προϋπηρεσίας. Η εξουθένωση δεν φαίνεται να επηρεάζεται από παράγοντες όπως το φύλο ή η εκπαίδευση. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη συστηματική περιγραφή της και τη σύγκριση με άλλους επαγγελματίες και ανάλογες ειδικότητες.

17. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή ,μελέτη και ανάλυση του συνδρόμου επαγγελματικής εξάντλησης στους σωφρονιστικούς υπαλλήλους στις φυλακές της Ανατολικής Κρήτης (Νέας Αλικαρνασσού, Νεαπόλεως), δεδομένου της εργασιακής τους εμπειρίας.

Πιο συγκεκριμένα οι επιμέρους στόχοι της εργασίας μας ήταν:

1. Η συλλογή, καταγραφή και μελέτη των στοιχείων και συμπτωμάτων που προσδιορίζουν την επαγγελματική εξάντληση στους σωφρονιστικούς υπαλλήλους των δυο μεγαλύτερων φυλακών της Κρήτης.
2. Δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

18.ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της εργασίας αποτέλεσαν 59 σωφρονιστικοί υπάλληλοι από τα σωφρονιστικά καταστήματα της Νέας Αλικαρνασσού και Νεαπολέως.30 από το σωφρονιστικό κατάστημα Αλικαρνασσού, 29 από το σωφρονιστικό κατάστημα Νεαπόλεως.

Στην πλειοψηφία τους οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι ήταν άνδρες και στα δυο σωφρονιστικά καταστήματα,(26 άνδρες και 4 γυναίκες στην Νέα Αλικαρνασσού και 21 άνδρες και 8 γυναίκες στην Νεάπολη). Η μέση ηλικία τους ήταν 34 ετών, και οι περισσότεροι κατείχαν θέση σωφρονιστικού υπαλλήλου

Στη μεθοδολογία της εργασίας χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή, και καταγραφή των δεδομένων, τα οποία συμπληρώθηκαν αποκλειστικά από τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους των δυο μεγαλύτερων φυλακών της Κρήτης (Νέα Αλικαρνασσού και Νεαπόλεως).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις που χωρίζονται σε τρεις υποκλίμακες:

Συναισθηματική εξάντληση που μετρά τα αισθήματα συναισθηματικής υπερέντασης και σωματικής εξάντλησης (9 ερωτήσεις)

Αποπροσωποποίηση που μετρά αρνητικές συμπεριφορές προς κρατούμενους συναδέλφους και συνεργάτες (5 ερωτήσεις)Προσωπική ολοκλήρωση που μετρά τα συναισθήματα ικανότητας και επιτυχούς επιτεύγματος στην εργασία (8 ερωτήσεις)

Οι απαντήσεις δίνονται σε εξάβαθμη κλίμακα. Για τις δύο πρώτες υποκλίμακες όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία τόσο πιο έντονη η εξουθένωση για την τρίτη ισχύει το αντίθετο, χαμηλή βαθμολογία υψηλή εξουθένωση.

Τα δεδομένα που συλλέχτηκαν έχουν εισαχτεί στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.18,από το οποίο και εξάχθηκαν στατιστικά συμπεράσματα και στατιστικά περιγραφικά στοιχεία.

19. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στην μορφή μέση τιμή και τυπική απόκλιση, ενώ οι διακριτές σε συχνότητα και σχετική συχνότητα (%). Για τη εκτίμηση της σχέσης μεταξύ δύο διακριτών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το χ^2 του Pearson. Για την εκτίμηση της διαφοράς μέσων τιμών συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα. Η ανάλυση έγινε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στις επόμενες παραγράφους παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Το δείγμα αποτελείται από 59 άτομα (30 από το σωφρονιστικό κατάστημα Αλικαρνασσού). Το δείγμα αποτελείται από 12 γυναίκες (20,3%) του δείγματος.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπαλλήλων των δύο σωφρονιστικών καταστημάτων (Νεάπολης και Αλικαρνασσού). Γίνεται αντιληπτό ότι και στις δύο φυλακές δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ βασικών χαρακτηριστικών όπως φύλο ($p=0,174$) θέσεις εργασίας (0,195) και οικογενειακής κατάστασης ($p=0,060$).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.

			ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΣ		ΝΕΑΠΟΛΗ		Σύνολο	
			N	N %	N	N %	N	N %
p=0,174	ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	26	86,7%	21	72,4%	47	79,7%
		ΓΥΝΑΙΚΑ	4	13,3%	8	27,6%	12	20,3%
p=0,195	ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Σωφρονιστικός	25	83,3%	20	69,0%	45	76,3%
		Διοικητικός	5	16,7%	9	31,0%	14	23,7%
p=0,060	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ	15	50,0%	22	75,9%	37	62,7%
		ΑΓΑΜΟΣ	12	40,0%	7	24,1%	19	32,2%
		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	3	10,0%	0	0,0%	3	5,1%

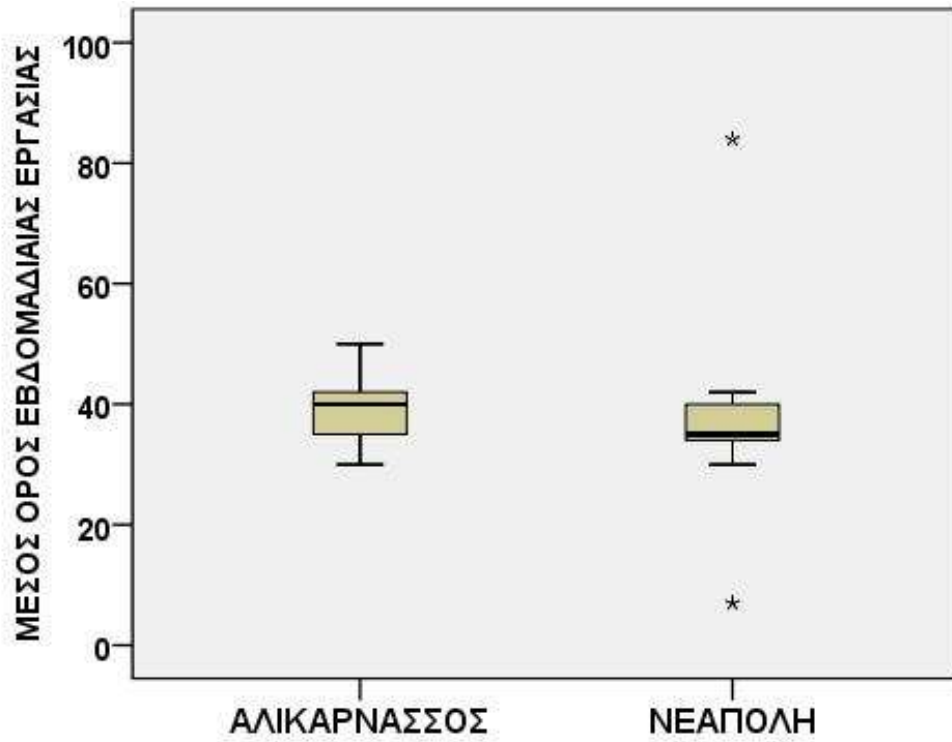
Παρόμοια στον Πίνακα 2 ελέγχονται δημογραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά εργασίας. Δεν παρουσιάζεται διαφορά στην ηλικία των εργαζόμενων, στον αριθμό των παιδιών και στα χρόνια εργασίας στη θέση. Η μέση τιμή της ηλικίας είναι $35,2 \pm 7,6$ έτη.

Πίνακας 2. Συμπληρωματικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά εργασίας

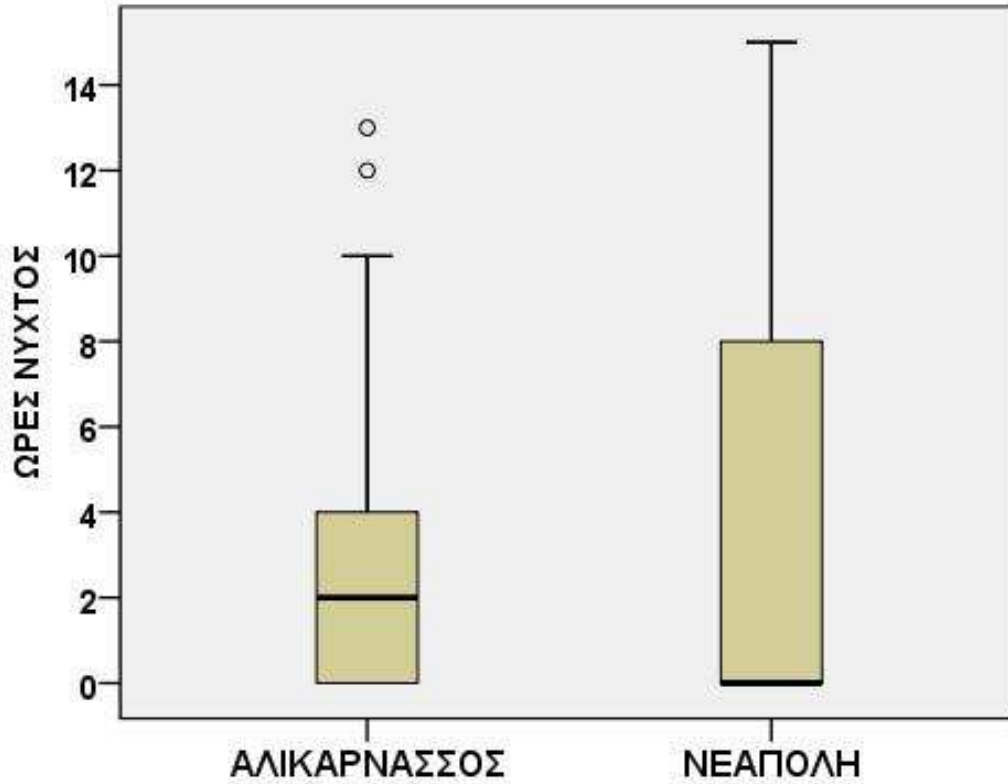
		ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΣ		ΝΕΑΠΟΛΗ		Σύνολο	
		Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
p=0,825	ΗΛΙΚΙΑ	34.9	6.4	35.4	8.9	35.2	7.6
p=0,449	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	1.0	1.1	1.2	1.0	1.1	1.0
p=0,765	ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΘΕΣΗ	9.7	6.4	9.1	8.7	9.4	7.6

Το 94,9% των εργαζόμενων (56 άτομα) έχει μισθό πάνω από 1500 ευρώ το μήνα. Σχετικά με τις ώρες εργασίας, τις βάρδιες τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα επόμενα διαγράμματα. Από το σύνολο των ερωτηθέντων οι 26 (44,1%) έχουν και άλλη εργασία. Τα ποσοστά άλλης εργασίας δεν διαφοροποιούνται ανά σφραγιστικό κατάστημα (Αλικαρνασσός 43,3%, Νεάπολη (44,8%) $p=0,908$).

Στα διαγράμματα 1 και 2 παρουσιάζονται οι ώρες εβδομαδιαίας εργασίας και ώρες βραδινής βάρδιας.



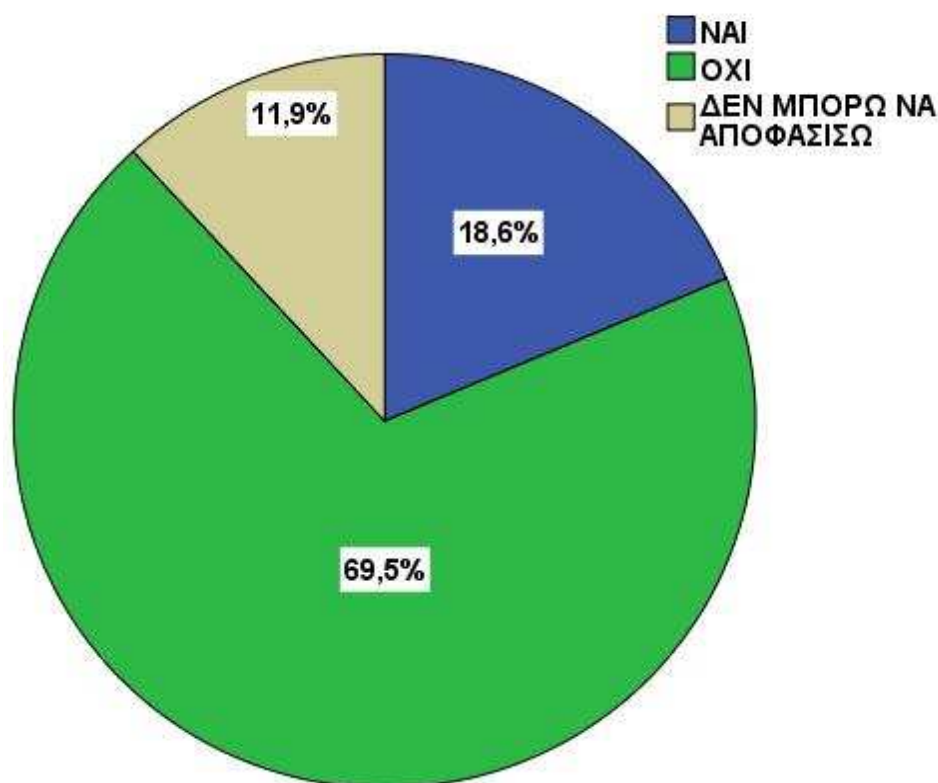
Διάγραμμα 1. Μέσος όρος εβδομαδιαίας εργασίας ανά φυλακή.



Διάγραμμα 2. Μέσος όρος νυχτερινής βάρδιας.

Παρατηρήθηκε ότι οι χρόνοι εργασίας ανά εβδομάδα (Αλικαρνασσός 39,7 ώρες, Νεάπολη 36,4 ώρες) και ο μέσος όρος της νυχτερινής βάρδιας (Αλικαρνασσός 2,8, Νεάπολη 4,0 ώρες) δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των σωφρονιστικών καταστημάτων.

Σε ότι αφορά την ερώτηση εάν επιθυμούν να αλλάξουν εργασία μόνο ένα 18,6% όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3 επιθυμεί.



Διάγραμμα 3. Επιθυμία ή σκέψη για αλλαγή εργασίας.

Σε ότι αφορά τις συνήθειες των σωφρονιστικών υπαλλήλων παρατηρείτε ότι ένα 37,3% καπνίζει ενώ ένα 18,6% καταναλώνει αλκοόλ. Επίσης δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστική διαφορά στις καταναλώσεις καπνού, αλκοόλ καθώς και αύξησης της κατανάλωσης μεταξύ των σωφρονιστικών καταστημάτων.

Πίνακας 3. Συνήθειες σωφρονιστικών υπαλλήλων.

			ΦΥΛΑΚΗ					
			ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΣ		ΝΕΑΠΟΛΗ		Total	
			N	N %	N	N %	N	N %
p=0,661	ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΝΑΙ	12	40,0%	10	34,5%	22	37,3%
		ΟΧΙ	18	60,0%	19	65,5%	37	62,7%
p=0,948	ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	ΝΑΙ	6	20,0%	6	20,7%	12	20,3%
		ΟΧΙ	24	80,0%	23	79,3%	47	79,7%
p=0,287	ΑΛΚΟΟΛ	ΝΑΙ	4	13,3%	7	24,1%	11	18,6%
		ΟΧΙ	26	86,7%	22	75,9%	48	81,4%
p=0,317	ΑΥΞΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	ΝΑΙ	3	10,0%	1	3,4%	4	6,8%
		ΟΧΙ	27	90,0%	28	96,6%	55	93,2%
p=0,042	ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΑ	ΝΑΙ	4	13,3%	0	,0%	4	6,8%
		ΟΧΙ	26	86,7%	29	100,0%	55	93,2%

Απαντήσεις ερωματολογίου και συσχετίσεις

Η συχνότητα των απαντήσεων κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου Maslach παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Συχνότητα και %Συχνότητα των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο

Muslah burnout

	ΣΠΑΝΙΑ		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΠΑΝΙΑ		ΣΥΧΝΑ		ΣΥΧΝΑ		ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ		ΠΑΝΤΑ	
	N	N %	N	N %	N	N %	N	N%	N	N %	N	N %
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ	12	20,3	2	3,4	30	50,8	10	16,9	4	6,8	1	1,7
ΕΒΔ.ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	24	40,7	3	5,1	20	33,9	8	13,6	3	5,1	1	1,7
ΠΡΩΙΝ.ΚΟΥΡΑΣΗ	18	30,5	4	6,8	23	39,0	11	18,6	3	5,1	0	,0
ΚΑΤΑΝ.ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ	6	10,2	1	1,7	15	25,4	28	47,5	8	13,6	1	1,7
ΑΨΥΧΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ	42	71,2	6	10,2	5	8,5	3	5,1	3	5,1	0	,0
ΕΝΤΑΣ.ΔΟΥΛΕΙΑΣ	26	44,1	6	10,2	15	25,4	7	11,9	3	5,1	2	3,4
ΧΕΙΡ.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	4	6,8	1	1,7	17	28,8	19	32,2	10	16,9	8	13,6
ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	16	27,1	6	10,2	24	40,7	7	11,9	6	10,2	0	,0
ΘΕΤ.ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΣ	11	18,6	5	8,5	22	37,3	15	25,4	5	8,5	1	1,7
ΠΕΡΙΣ.ΑΝΑΙΣΘΗΤΟΣ	23	39,0	7	11,9	17	28,8	8	13,6	3	5,1	1	1,7
ΣΚΛ.ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ	18	30,5	3	5,1	19	32,2	11	18,6	6	10,2	2	3,4
ΠΟΛ.ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	8	13,6	3	5,1	19	32,2	21	35,6	6	10,2	2	3,4
ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΕΝΟΣ	24	40,7	2	3,4	20	33,9	8	13,6	5	8,5	0	,0
ΣΚΛΗΡΗ ΔΟΥΛΕΙΑ	7	11,9	4	6,8	22	37,3	15	25,4	8	13,6	3	5,1
ΑΔ.ΠΡΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΜΕ.	24	40,7	8	13,6	14	23,7	9	15,3	2	3,4	2	3,4
ΑΓΧΟΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ	22	37,3	7	11,9	18	30,5	7	11,9	4	6,8	1	1,7
ΑΝΕΤΗ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ	4	6,8	4	6,8	11	18,6	26	44,1	8	13,6	6	10,2
ΧΑΡΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	15	25,4	2	3,4	25	42,4	14	23,7	3	5,1	0	,0
ΑΞΙΟΔ.ΠΡΑΓΜΑΤΑ	7	11,9	2	3,4	29	49,2	13	22,0	8	13,6	0	,0
ΤΕΛΟΣ ΑΝΤΟΧΩΝ	28	47,5	4	6,8	18	30,5	7	11,9	2	3,4	0	,0
ΣΥΝ.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3	5,1	5	8,5	20	33,9	22	37,3	5	8,5	4	6,8
ΚΑΤΗΓ.ΦΥΛΑΚΙΣΜΕΝΩΝ	40	67,8	7	11,9	10	16,9	1	1,7	1	1,7	0	,0

Από το ερωτηματολόγιο προκύπτουν τρεις υπόκλιμακες : α) εξάντλησης β) αποπροσωποποίησης γ) προσωπικής ολοκλήρωσης. Οι διαφορές που παρουσιάζουν οι

παραπάνω κλίμακες ανά φυλακή, φύλο, ηλικία και άλλες μεταβλητές παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 5α Κλίμακες Maslach ανά σοφρωνιστικό κατάστημα

		ΣΟΦΡΩΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ					
		ΑΔΙΚΑΡΝΑΣΣΟΣ			ΝΕΑΠΟΛΗ		
		N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
0,170	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	30	24,00	5,766	29	26,24	6,621
0,732	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	30	14,57	4,569	29	14,21	3,331
0,124	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ	30	21,27	3,787	29	22,66	2,99

Πίνακας 5β Υποκλίμακες Maslach ανά φύλο

		ΦΥΛΟ					
		ΑΝΔΡΑΣ			ΓΥΝΑΙΚΑ		
		N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση
0,177	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	47	25,7	6,3	12	22,9	5,6
0,152	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	47	14,8	4,2	12	12,9	2,5
0,438	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ	47	22,1	3,6	12	21,3	2,9

Πίνακας 5γ Υποκλίμακες Maslach ανά εισόδημα

		>1500 ΤΟ ΜΗΝΑ					
		ΝΑΙ			ΟΧΙ		
		N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση
0,247	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	56	25,3	6,2	3	21,0	6,1
0,363	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	56	14,5	4,0	3	12,3	2,9
0,181	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ	56	22,1	3,4	3	19,3	3,2

Πίνακας 5δ Υποκλίμακες Maslach και ετεροαπασχόληση

		ΆΛΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑ					
		ΝΑΙ			ΟΧΙ		
		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
0,291	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	26	26,1	5,9	33	24,3	6,5
0,217	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	26	15,1	4,5	33	13,8	3,5
0,439	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ	26	22,3	3,7	33	21,6	3,3

Πίνακας 5ε Υποκλίμακες Maslach και νυχτερινή βάρδια

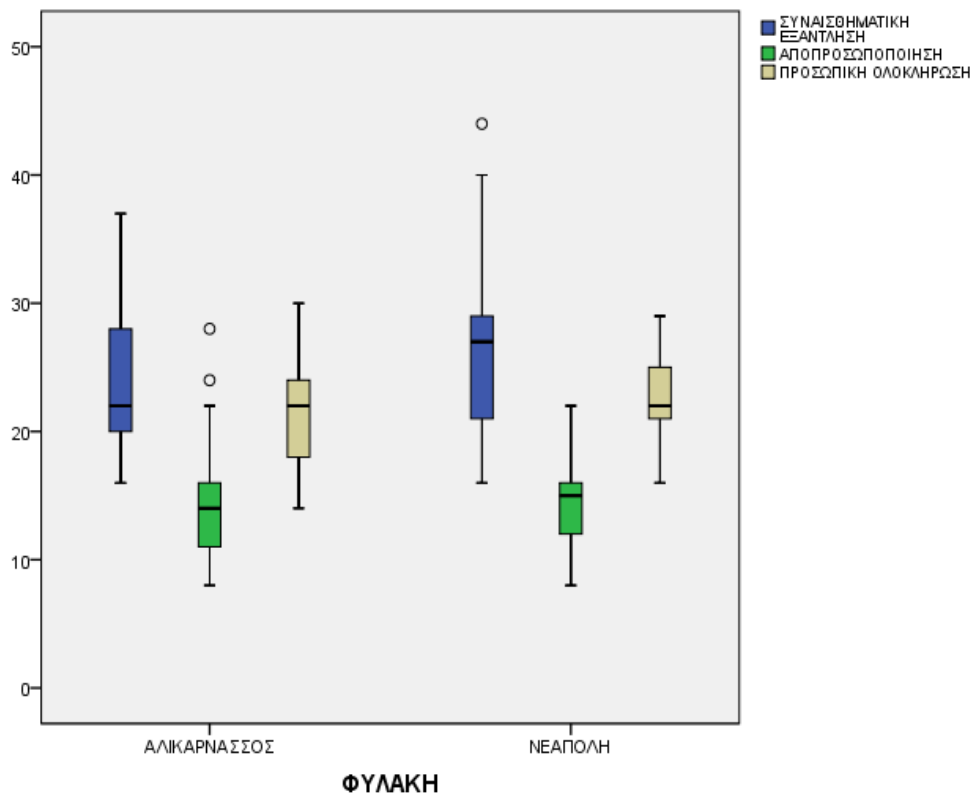
		ΔΟΥΛΕΥΕΤΕ ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ;					
		ΝΑΙ			ΟΧΙ		
		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
0,691	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	32	25,4	5,8	26	24,8	7,0
0,471	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	32	14,6	3,4	26	14,2	4,7
0,534	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ	32	22,2	3,5	26	21,7	3,6

Πίνακας 5ε Κλίμακες Maslach και οικογενειακή κατάσταση

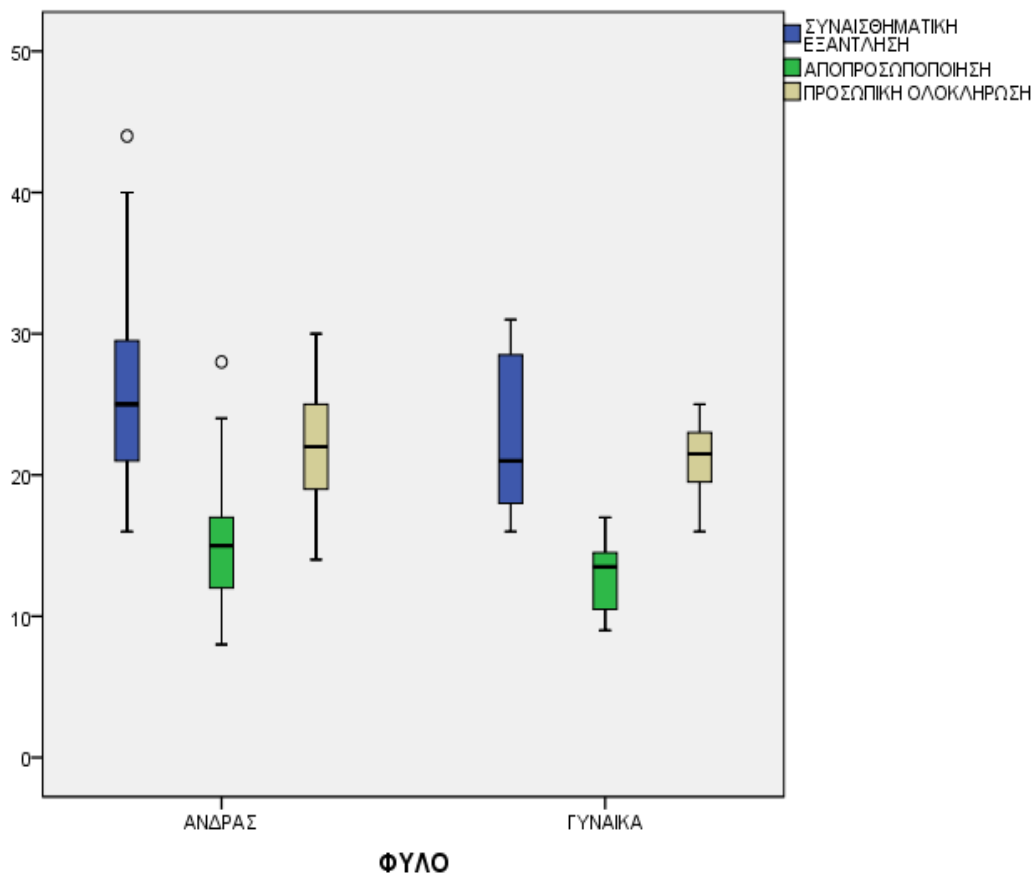
		ΕΓΓΑΜΟΣ			ΑΓΑΜΟΣ			ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ		
		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
0,002	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	37	26,8	6,2	19	21,2	4,7	3	29,3	5,1
0,046	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	37	15,2	4,4	19	12,6	2,7	3	16,3	1,5
0,046	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ	37	22,6	3,5	19	21,3	3,0	3	18,0	4,0

Πίνακας 5στ. Κλίμακες Muslach και αλλαγή εργασίας

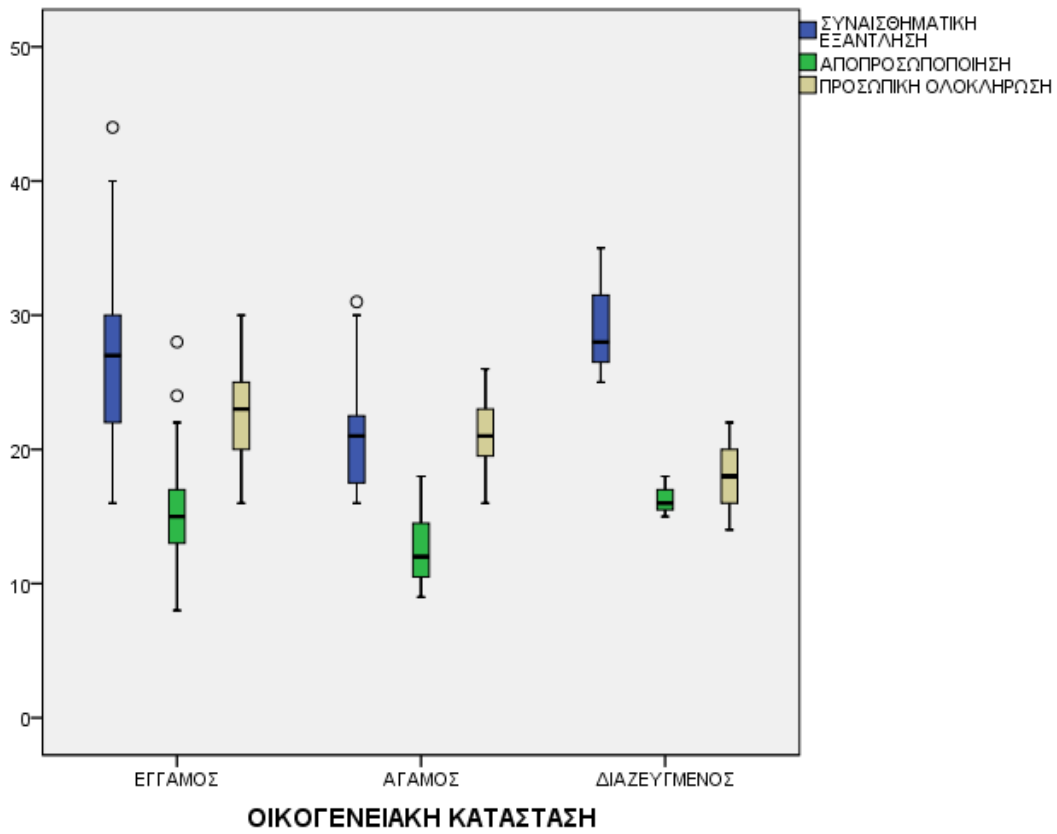
		ΝΑΙ			ΟΧΙ			ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΣΩ		
		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
0,088	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	11	28,8	7,4	41	24,3	5,8	7	23,9	5,7
0,015	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	11	17,5	3,9	41	13,7	3,7	7	13,6	3,8
0,647	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ	11	22,8	3,5	41	21,7	3,6	7	22,0	2,4



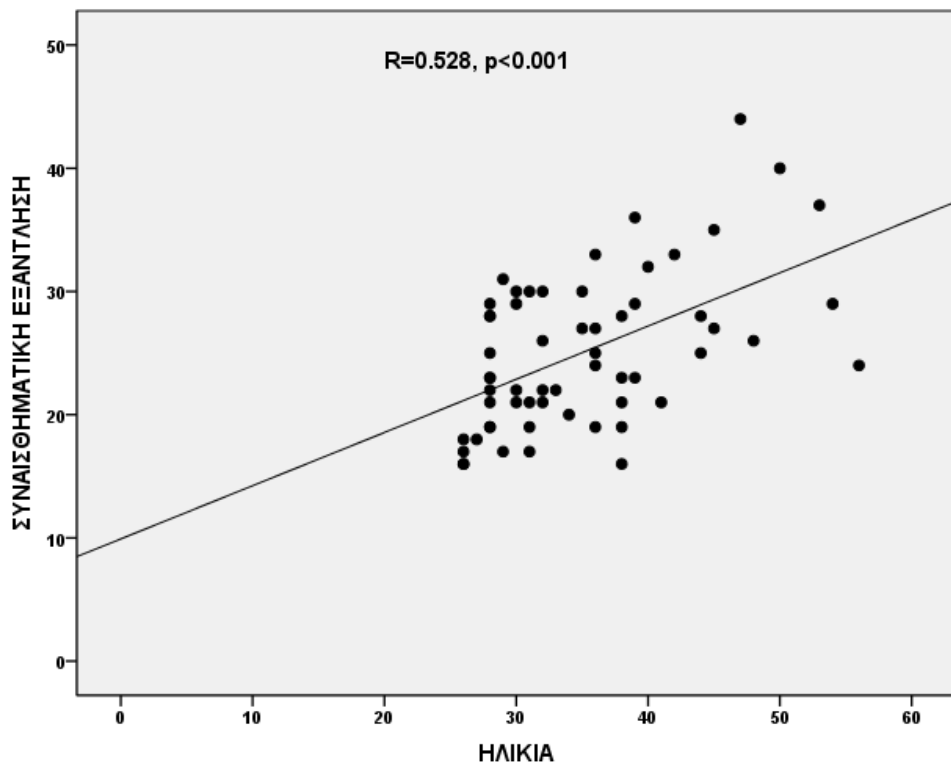
Θηκόγραμμα 1. Συσχέτιση Καταστήματος Κράτησης και υπολιμάκων κλίμακας Maslach



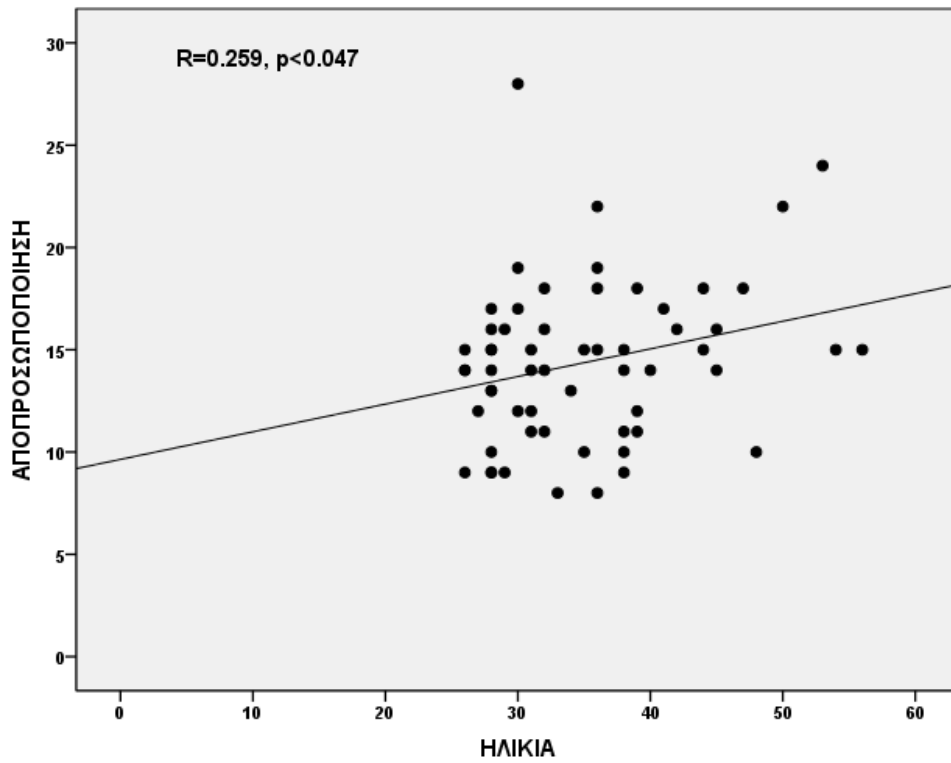
Θηκόγραμμα 2. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και υπολιμάκων κλίμακας Maslach



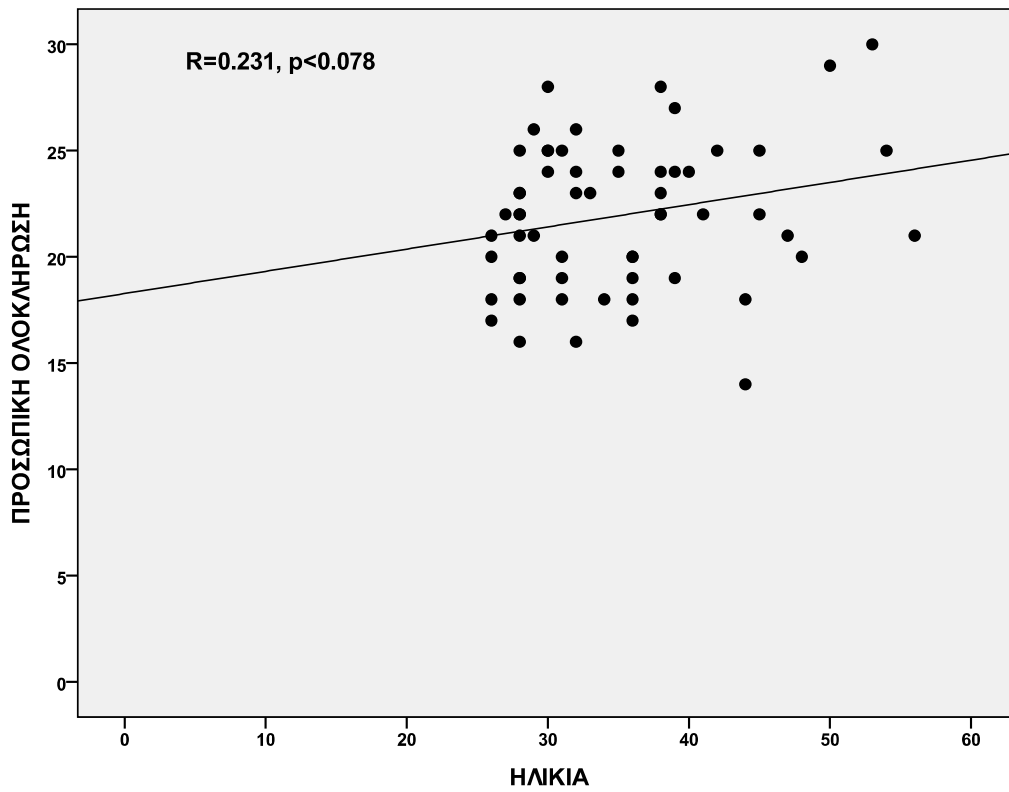
Θηκόγραμμα 3. Συσχέτιση φύλου και υπολιμάκων κλίμακας Maslach



Διάγραμμα Διασποράς 1. Συσχέτιση ηλικίας και συναισθηματικής εξάντλησης



Διάγραμμα διασποράς 2. Συσχέτιση ηλικίας και αποπροσωποίησης



Διάγραμμα Διασποράς 3. Συσχέτιση ηλικίας και προσωπικής ολοκλήρωσης.

20. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιορισμοί της μελέτης

Σαν περιορισμός της μελέτης θα μπορούσε να αναφερθεί ότι δεν μπορεί να γίνει συσχέτιση μεταξύ των δύο φυλακών γιατί στην φυλακή της Αλικαρνασσού υπάρχουν βαρυποινίτες ενώ στην φυλακή της Νεαπολέως οι φυλακισμένοι έχουν ελαφρότερες ποινές. Κατά συνέπεια, οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι βιώνουν διαφορετικού βαθμού στρες.

Κύρια ευρήματα

Η μελέτη μας εστιάστηκε στον επιπολασμό του στρες στο προσωπικό των φυλακών. Από τους ερωτηθέντες 79,7 % είναι άντρες και 12 άτομα γυναίκες. Από αυτούς οι 45 εργάζονται σαν σωφρονιστικοί υπάλληλοι ενώ οι υπόλοιποι καλύπτουν διοικητικές θέσεις. 62,7 % είναι έγγαμοι και μόλις 5,1 % διαζευγμένοι. Κανένα από αυτά τα χαρακτηριστικά δεν διαφοροποιείται από κατάσταση σε κατάσταση γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία του δείγματος.

Διαφορές δεν παρατηρούνται και προς την ηλικία, τον αριθμός παιδιών και την προϋπηρεσία στη θέση.

Ο μέσος μισθός των ερωτηθέντων αγγίζει τα 1500 ευρώ και σε ποσοστό που φτάνει το 45% και για τα δύο καταστήματα οι υπάλληλοι έχουν και δεύτερη εργασία. Από την ανάλυση δεν προκύπτει συσχέτιση της ετεροαπασχόλησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης (πίνακας 5δ)

Σε ότι αφορά την αλλαγή εργασίας 18,6 % επιθυμούν να αλλάξουν εργασία. Τα άτομα αυτά στην υποκλίμακα συναισθηματική εξάντληση συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία M.T 28,8 σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα αλλά προκύπτει να έχουν καλύτερο σκορ στην υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης. (πίνακας 5ε)

Η ηλικία όπως προκύπτει από τα box plot 1,2,3 επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση και όσο αυξάνει, επιδεινώνεται και το επαγγελματικό στρες. Σε παρόμοιο

συμπέρασμα καταλήγεια και έρευνα που έγινε στους εργαζόμενους στην Ελληνική Αστυνομία (Μαγιώργου Β. 2007)

Το φύλλο δεν επιδρά στατιστικώς σημαντικά στις υποκλίμακες. Σε παρόμοιο συμπέρασμα καταλήγει και η μελέτη των J.R.Carlson,R.H.Ansion, G.Thomas (2003) Αντίθετα σημαντική επίδραση παρατηρείται στην οικογενειακή κατάσταση με τους διαζευγμένους να συγκεντρώνουν υψηλά σκορ στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης.

Παρόλο που εργάζονται σε κλειστό περιβάλλον τα ποσοστά χρήσης ουσιών είναι σχετικά χαμηλά το 37,3% καπνίζει ενώ ένα 18,6% καταναλώνει αλκοόλ, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστική διαφορά στις καταναλώσεις καπνού, αλκοόλ καθώς και αύξησης της κατανάλωσης μεταξύ των σωφρονιστικών καταστημάτων.

Σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην κατανάλωση ψυχοφαρμάκων 4 από τα 30 άτομα στο κατάστημα τις Νέας Αλικαρνασσού κάνουν χρήση, ενώ στο σωφρονιστικό κατάστημα της Νεάπολης ο επιπολασμός είναι μηδέν.

Εξετάζοντας κάθε υποκλίμακα χωριστά προέκυψε ότι καμία δεν επηρεάζεται από το φύλλο των ερωτηθέντων , την οικογενειακή τους κατάσταση ή το Κατάστημα στο οποίο εργάζονται.(Θηκόγραμμα 1,2,3)

Για την υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης το συνολικό σκορ έφτασε το **25**. Στην ερώτηση για τα συμπτώματα της συναισθηματικής εξάντλησης 30 άτομα απάντησαν ότι τα αισθάνονται συχνά. 33,9 % αναφέρει ότι συχνά εξαντλείται με το τέλος της εβδομάδας και 24 άτομα αναφέρουν ότι εξαντλούνται στη δουλειά.

Η υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης συγκεντρώνει συνολική βαθμολογία Οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 40% δεν αισθάνονται να έχουν γίνει πιο σκληροί ή να τους απογοητεύει το επάγγελμά τους.

Στην υποκλίμακα της προσωπικής ολοκλήρωσης συγκεντρώθηκε ένα υψηλό σκορ 22, καθώς οι ερωτηθέντες φαίνεται να μην έχουν άγχος για τη συνεργασία τους, με το γεγονός ότι εργάζονται με κρατούμενους, δημιουργούν άνετη ατμόσφαιρα και έχουν ιδιαίτερη χαρά.

Σε έρευνα ήταν της Κ. Ανδρουλάκης το 2006, με τίτλο “Το στρες στο προσωπικό των φυλακών και η ικανότητα διαχείρισης”, μελετήθηκε το υπάρχον επίπεδο του στρες στους εργαζομένους της Ανατολικής Κρήτης (Νεάπολη, Νέα Αλικαρνασσός) και σκοπός ήταν να εξεταστεί την δυνατότητα διαχείρισης του από αυτούς

Σε αντίθεση με την δικιά μας έρευνα μετά από 4 χρόνια παρατηρούνται μικρές αλλά αξιόλογες διαφορές που μας δείχνουν ότι όσο περνούν τα χρόνια αυξάνεται το ποσοστό Burn out, μερικές από αυτές είναι ότι στην Αλικαρνασσό καπνίζουν, κάνουν χρήση αλκοόλ και 4 άτομα κάνουν χρήση ψυχοφαρμάκων, δουλεύουν 39 ώρες την εβδομάδα, είναι φύλακες ,το 43,3 έχουν και δεύτερη εργασία, και το 50, 8% παρουσιάζει συχνά συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης. Στην Νεάπολη κάνουν νυχτερινές βάρδιες κατά μέσο όρο 4, καπνίζουν, κάνουν χρήση αλκοόλ, δεν κάνουν χρήση ψυχοφαρμάκων , δουλεύουν κατά μέσο όρο 36 ώρες την εβδομάδα, είναι φύλακες κατά κύριο λόγο, και το 44,8% κάνουν δεύτερη εργασία .

Σε έρευνα που έγινε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας στο τμήμα Κοινωνικής εργασίας. “Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρονίων παθήσεων και η ικανότητα διαχείρισης της”, το έτος 2008. η πλειονότητα των εργαζομένων ήταν γυναίκες, με μεγαλύτερη συναισθηματική εξουθένωση (31,21). από τους άνδρες (22,43).αποτέλεσμα που έρχεται σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη όπου το φύλλο δεν επιδρά στο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η παρούσα μελέτη παρά τα μεθοδολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζει έδειξε ότι οι σοφρωνιστικοί υπάλληλοι βιώνουν επαγγελματικό στρες. Η επαγγελματική εξουθένωση αφορά τόσο άνδρες όσο και γυναίκες αλλά επηρεάζει κυρίως τους μεγαλύτερους σε ηλικία. Η διαπίστωση αυτή χρήζει αναλυτικότερης έρευνας για την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου και την πληρέστερη αντιμετώπιση των εργαζομένων. Παράλληλα θα συμβάλει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών μέτρων παρέμβασης με στόχο την προαγωγή της ευεξίας των υπαλλήλων .

21. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

21.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .

1. 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.
2. Berridge, J., Cooper, C.L."Stress and Coping in US Organizations: the Role of the Employee Assistance Programme", *Work & Stress*, 1993: Vol.7, No.1, pp 89-102.
3. Benson, H. B., Rosner, A.B., Marzetta, R., & Klemchuk, H.P. Decreased blood pressure in borderline hypertensive subjects who practised meditation, *Journal of Chronic Disease*, 1974: vol 26, 163-169.
4. Cartwright, S., Cooper, L.C. "Organisational marriage: "hard" versus "soft" issues?", *Personnel Review*, 1995: Vol. 24 No.3.
5. Carlson JR, AnsonRH, ThomaS J, Correctional officer Burn out and Stress:Does gender matter?The Prison Journal, , 2003: vol 83,No3, 277-288.
6. Cherniss, C. Professional burnout in human service organizations. New York: Preager Publisher,1980.
7. Caccesse, T. M., & Mayerberg, C. K.. Gender differences in perceived burnout of college coaches. *Journal of Sport Psychology*, vol 6, 279-288.
8. Cohen and Wills, 1985 ; Kobasa, Maddi and Puccetti, 1982; Kobasa et al., 1985 ; Wortman and Dunkel-Schetter, 1987.
9. Cordes CL, Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 1993: vol 18, 621-656.
- 10.Cushway, D. Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology*, 1992 : vol 31, 169-179.
- 11.Darley, J. Constructive and destructive obedience: A taxonomy of principal-agent relationships. *Journal of Social Issues*, 1995 : vol 51, 125-154.
- 12.Dumelow, C.. Relation between a career and family life for English hospital consultants: qualitative, semi-structured interview study. *British Medical Journal*, May 27,2000.

13. Edwards, J. R. A cybernetic theory of stress, coping and well-being in organizations. *Academy of Management Review*, 1992: vol 17, 238-274.
14. Edwards, J. R. The determinants and consequences of coping with stress. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds). *Causes, coping, and consequences of stress at work*. New York: John Wiley and Sons, 1988: pp. 233-263.
15. Elkin, A. J., & Rosch, P. J. Promoting mental health at work. *Occupational Medicine. State of the Art Review*, 1990 :vol 5, 739-754.
16. Freudenberger, H.J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 1974: vol 30, 159-165.
17. Karasek, R., & Theorell, T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working ... *Health Education Quarterly* 1996, Vol 23, 191-203.
18. Karasek, R. A., & Theorell, T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Library of Congress, USA: Basic Books, 1990.
19. Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Kahn, S. Hardiness and health: A retrospective inquiry. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982.
20. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer-Verlag, 1984.
21. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. Job burnout. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual Review of Psychology*, 2001: Vol. 52, pp, 397-422.
22. Maslach, C., & Jackson, S. E. Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 1984: vol 5, 133-153.
23. Matteson, M. T., & Ivancevich, J. M. *Controlling work stress: Effective Human Resource and Management Strategy*. London: Jossey Bass, 1987.
24. Mushet , Donaldson : *British Journal of Medical Psychology*, . September 2000: Volume 73, Number 3, pp. 377-380.

25. Nelson, D.L., Hitt, M.A., Quick, J. "Men and women of the personnel profession: some similarities and differences in their stress", *Stress Medicine*, 1997: Vol. 5, pp.142-52 .
26. O'Driscoll, M.P., Cooper, C.L. "Sources and management of executive job stress and burnout", in Warr, P. (Eds), *Psychology at Work*, Penguin, London, 1996: pp.188-223.
27. Pines A, Aronson E. "Career burnout: Causes and cures." The Free Press, New York, 1988.
28. Pines AM, Kanner AD. Nurses burnout: Lack of positive conditions presence of negative conditions as two independent sources of stress. *J Psychiatric Nurs* , 1982: vol 20, 30-35.
29. Pines, *Physical Review B (Condensed Matter)*, Vol 47, Issue 10, March 1, 1993: pp.6069-6081.
30. **Zimbardo, P. G.** Study of prisoners and guards in a simulated prison. *Naval Research Reviews*, 1973: vol 9, 1–17.
31. Seligman, M. *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*, New York: Pocket Books.1990.
32. Schaufeli, W.B., & Buunk, B.P., Professional burnout. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* , New York: Wiley , 1996: pp. 513-527.
33. Schneider, B. "The people make the place", *Personnel Psychology*, 1987 : Vol. 40 pp.437-53.
34. Weber, Y. "Corporate cultural fit and performance in mergers and acquisitions", *Human Relations*, Vol. 49 No.9, pp.1181-202.
35. Κλαίρη Ανδρουλάκη –μεταπτυχιακή εργασία (Το στρες στο προσωπικό των φυλακών και η ικανότητα διαχείρισης), Ηράκλειο 2006.
36. Μαγιώργου Β. Η επαγγελματική εξουθένωση της ΕΛ.ΑΣ. Αξιωματική Αστυνομία, 2007 : vol 15, 25-27.

21.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Οι πληροφορίες που παραθέτετε σε αυτό το ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθούν με απόλυτη εχεμύθεια. Η ταυτότητα σας θα παραμείνει άγνωστη.

Σας παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις όσο πιο ειλικρινά μπορείτε.

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο μόνο αν είστε προσωπικό των φυλακών.

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6976537262

Ηλικία:.....

Φύλο:.....

Οικογενειακή κατάσταση:.....(έγγαμος, άγαμος, διαζευγμένος /σε διάσταση, χήρος).

Αριθμός παιδιών:.....

Χρόνια εργασίας στην παρούσα θέση:.....

Θέση στην παρούσα εργασία:.....

Πόσα χρήματα περίπου κερδίζεται μηνιαίως:.....

Πόσες ώρες δουλεύεται κατά μέσο όρο την εβδομάδα:.....

Εργάζεστε για περισσότερο από 5 ώρες εβδομαδιαίως σε άλλη εργασία;.....

Πόσες ώρες κοιμάστε την ημέρα κατά μέσο όρο:.....(>ή=8)
.....(>4αλλα <8).....(<ή=4).

Δουλεύετε νυχτερινές βάρδιες; (μετά τις 8μ.μ ή πριν τις 6π.μ).....(N/O)

Αν δουλεύεται νύχτα, πόσες νύχτες το μήνα δουλεύεται κατά μέσο όρο.....

Αν δουλεύεται σαββατοκύριακα, πόσα σαββατοκύριακα το χρόνο έχετε ελεύθερα;...

Πόσες μέρες πήρατε αναρρωτική άδεια το προηγούμενο έτος;.....

Τους τελευταίους μήνες, σκεφτήκατε καμιά φορά σοβαρά να αλλάξετε δουλειά ;
.....ναι.....όχιδεν μπορώ να αποφασίσω.....

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την τωρινή σας δουλειά ;(0= ελάχιστα ως 6= πάρα πολύ).....

Καπνίζεται τακτικά;.....(N/O)

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

Καταναλώνεται αλκοόλ τακτικά;.....(N/O)

Έχετε αυξήσει την κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους;..... (N/O)

Έχετε πάρει ψυχοδραστικά φάρμακα τον τελευταίο χρόνο;.....

Σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις δίνοντας βαθμολογία από 0 ως 6(έχετε μόνο μια επιλογή για κάθε ερώτηση). Η σημασία της βαθμολογίας εξηγείται παρακάτω.

0= ποτέ

1= μερικές φορές το χρόνο ή σπανιότερα

2= μια φορά το μήνα ή σπανιότερα

3= μερικές φορές το μήνα

4=μια φορά την εβδομάδα

5= μερικές φορές την εβδομάδα

6= κάθε μέρα

1.Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου

Βαθμολογία=.....

2.Αισθάνομαι στο τέλος της εβδομάδας ότι έχουν εξαντληθεί όλες οι δυνάμεις μου

Βαθμολογία=.....

3.Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα στην δουλειά

Βαθμολογία=.....

4.Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως αισθάνονται οι φυλακισμένοι σε διάφορες καταστάσεις .

Βαθμολογία=.....

5.Νιώθω ότι αντιμετωπίζω ορισμένους φυλακισμένους σαν να είναι άψυχα αντικείμενα.

Βαθμολογία=.....

6. Μου προκαλεί πραγματική ένταση το ότι πρέπει καθημερινά να δουλεύω με ανθρώπους

Βαθμολογία=.....

7. Χειρίζομαι πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των φυλακισμένων

Βαθμολογία=.....

8. Νιώθω εξαντλημένος από τη δουλειά μου

Βαθμολογία=

9. Αισθάνομαι ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των άλλων ανθρώπων μέσα από τη δουλειά μου

Βαθμολογία=.....

10. Έχω γίνει περισσότερο αναισθητός με τους ανθρώπους από τότε που κάνω αυτή τη δουλειά.

Βαθμολογία=.....

11. Ανησυχώ πώς αυτή η δουλειά με κάνει πιο σκληρό συναισθηματικά

Βαθμολογία=.....

12. Νιώθω πως έχω πολλή ενεργητικότητα

Βαθμολογία=.....

13. Αισθάνομαι απογοητευμένος από τη δουλειά μου

Βαθμολογία=.....

14. Αισθάνομαι ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου

Βαθμολογία=.....

15. Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το τι συμβαίνει με ορισμένους φυλακισμένους .

Βαθμολογία=.....

16. Μου προκαλεί ιδιαίτερο άγχος το γεγονός ότι δουλεύω άμεσα με ανθρώπους

Βαθμολογία=.....

17. Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους φυλακισμένους.

Βαθμολογία=.....

18.Νιώθω ιδιαίτερη χαρά όταν συνεργάζομαι στενά με τους φυλακισμένους

Βαθμολογία=.....

19.Έχω κατορθώσει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά μου.

Βαθμολογία=.....

20.Νιώθω ότι φθάνω στο τέλος των αντοχών μου.

Βαθμολογία=.....

21. Στη δουλειά μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά προβλήματα πολύ ήρεμα.

Βαθμολογία=.....

22. Αισθάνομαι ότι οι φυλακισμένοι με κατηγορούν για ορισμένα από τα προβλήματα τους.

Βαθμολογία=.....

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας.