



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ και ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ»**



**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:
ΒΑΪΖΟΓΛΟΥ ΣΟΦΙΑ
ΔΕΝΔΗ ΜΑΡΙΑ**

Ηράκλειο
Μάρτιος, 2009

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι δύσκολες συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικών μονάδων και η δυσμενής πρόγνωση των περισσότερων κακοήθων νεοπλασιών οδηγούν στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout). Το γεγονός αυτό ήταν και η αιτία που μας ώθησε να ασχοληθούμε ειδικά με την ομάδα αυτή των νοσηλευτών του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Με ανασκόπηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας δημιουργήσαμε ερωτηματολόγιο το οποίο αναζητούσε παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου αυτού. Το ερωτηματολόγιο αυτό απαντήθηκε από 50 εργαζόμενους/ες που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό της παιδιατρικής, ογκολογικής, χειρουργικής ογκολογικής, αιματολογικής κλινικής και στο ακτινοθεραπευτικό τμήμα του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	σελ.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
2.1. ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	13
2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	18
2.3. ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	19
2.4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ.....	20
2.5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	23
2.6. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	26
2.6.1. Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982).....	26
2.6.2. Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980).....	27
2.6.3. Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)	28
2.6.4. Το μοντέλο της Pines.....	29
2.7. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ (STRESS).....	30
2.7.1. Φυσικοί στρεσογόνοι παράγοντες.....	31
2.7.2. Τα είδη του στρες	33
2.7.3. Τα διαφορετικά πρόσωπα του στρες.....	34
2.7.4. Τα συμπτώματα του στρες.....	35
2.7.5. Διαφορές ανάμεσα στο στρες και στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	38
2.8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΟΡΤΩΣΗΣ.....	38
2.8.1. Εργασιακό στρες.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	43
3.2. ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ.....	45
3.2.1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	53
4.1.1. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	58
5.1. Χώρος διεξαγωγής της έρευνας	58
5.2. Δείγμα και διάρκεια της έρευνας	58
5.3. Συλλογή δεδομένων- Ερευνητικά εργαλεία	59
5.4. Δεοντολογία της έρευνας.....	61
5.5. Η ανάλυση των δεδομένων.....	61
5.6. Περιορισμοί της έρευνας.....	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	63
6.1. Δημογραφικά στοιχεία.....	63
6.2. Επαγγελματικά στοιχεία.....	66
6.3. Στατιστική ανάλυση.....	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	118
7.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	122

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ	123
---------------------------------------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	124
--------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	130
-----------------------	------------

Ερωτηματολόγιο.....	131
----------------------------	------------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out) αναφέρεται στο αίσθημα της εξάντλησης και της απώλειας του ενδιαφέροντος που εκδηλώνεται από τους επαγγελματίες κατά την άσκηση της εργασίας τους. Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα ογκολογικά τμήματα, ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της μη ικανοποίησης από την εργασία τους. Το σύνδρομο αυτό αποτελεί σοβαρό φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις, καθότι μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές σε ψυχοσωματικά προβλήματα, συμπεριφορά κοινωνικής απομόνωσης που οφείλεται στην εργασία και σε νοσηλευτική φροντίδα χαμηλής ποιότητας.

Οι σκοποί της έρευνας είναι:

- Να προσεγγίσουμε και να διερευνήσουμε το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα νόσων βαριάς πρόγνωσης όπου το σύνδρομο burnout αποκτά ιδιαίτερη σημασία.
- Να πάρουμε πληροφορίες για το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Να εντοπίσουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου.
- Να προτείνουμε μέτρα για την πρόληψη και την άρση του φαινομένου.

Για την συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που δημιουργήθηκε μετά από μελέτη της ελληνικής και της ξένης βιβλιογραφίας.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης δηλαδή βοηθοί νοσηλευτών, απόφοιτοι νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. και απόφοιτοι νοσηλευτικής Α.Ε.Ι που εργάζονται στην παιδιατρική, ογκολογική, χειρουργική ογκολογική, αιματολογική κλινική και στο ακτινοθεραπευτικό τμήμα του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Το αποτέλεσμα της έρευνας δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών του δείγματος βιώνει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι κύριοι παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης προέρχονται από την έλλειψη οργάνωσης (58%), την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊστάμενους και το ιατρικό προσωπικό, την αντιληπτή σύγκρουση με τον ασθενή (70%), τον φόβο από το θάνατο του ασθενούς

(100%), την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος, το μεγάλο φόρτο εργασίας (100%) και τη μη ικανοποιητική αμοιβή (88%).

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

Λέξεις-κλειδιά: Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, burn-out, ογκολογικά τμήματα, νοσηλευτικό προσωπικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στρεσογόνα φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι ευρέως αποδεκτή και ερευνητικά τεκμηριωμένη. Το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο. Επιπλέον, το περιβάλλον εργασίας, όπου δραστηριοποιούνται οι νοσηλευτές δημιουργεί ένταση, η οποία επιδρά σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα.

Ο φόρτος εργασίας, η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς, η έλλειψη πόρων, η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας και οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, ενοχοποιούνται ως επιβαρυντικοί παράγοντες για τη δημιουργία στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Είναι ανάγκη να τονιστεί ότι, ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτος εργασίας, και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο της εργασίας υποδαυλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης του.

Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί στους νοσηλευτές συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, απογοητευτική.

Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής, και οι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής εξουθένωσης.

Τέλος, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία

καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση.

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργός συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο εργαζόμενος στην ροή των γεγονότων είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ζωή του κάθε ατόμου. Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες που ασχολούνται με την δομή της σημερινής κοινωνίας, όπως επίσης και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης και έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις που επιφέρει στο άτομο, στην οικονομία και γενικότερα στην παραγωγή.

Σύμφωνα με τους Maslach & Jackson, η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), η αποπροσωποποίηση (depersonalization) και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (reduced feeling of personal accomplishment) αποτελούν τις τρεις συνιστώσες που δημιουργούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ως γνωστό, το εργασιακό περιβάλλον και ο εργαζόμενος είναι υπό μια σχέση συνεχούς αλληλεπίδρασης, η οποία διαρκώς εξελίσσεται και διαμορφώνεται ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν. Όταν όμως, οι συνθήκες είναι στρεσογόνες δημιουργείται συναισθηματική υπερφόρτιση στον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να μην διαθέτει την απαιτούμενη ενέργεια και τα ψυχικά αποθέματα για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας (συναισθηματική εξάντληση).

Στην προσπάθεια του να απεγκλωβιστεί από αυτή την φόρτιση αναπτύσσει ως μηχανισμό άμυνας μια απρόσωπη σχέση με τον ασθενή, (αποπροσωποποίηση) η οποία πολλές φορές είναι αρνητική έως κυνική. Επιπροσθέτως, η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων σε συνδυασμό με την απάθεια προς τις ανάγκες του ασθενή, οδηγεί σε πλήρη ή μερική παραίτηση προς τις απαιτήσεις του ασθενή (έλλειψη προσωπικής επίτευξης)

Ως αποτέλεσμα των τριών αυτών παραγόντων δηλ. της συναισθηματικής φόρτισης, των αρνητικών συναισθημάτων και του μειωμένου αισθήματος προσωπικών επιτευγμάτων, ο νοσηλευτής αναπτύσσει λανθασμένη επικοινωνία σε κάθε επίπεδο, ατομικό, κοινωνικό, επαγγελματικό τόσο με τον ασθενή, τους συγγενείς όσο και με τους υπόλοιπους συναδέλφους.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Edelwich & Brodsky, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει ο νοσηλευτής, χαρακτηρίζεται από τέσσερα στάδια. Στο πρώτο στάδιο, διακατέχεται από ενθουσιασμό για το επάγγελμα που επέλεξε και θέτει

υψηλούς στόχους και προσδοκίες, οι οποίες όταν διαψεύονται σηματοδοτούν την έναρξη του δεύτερου σταδίου «της αμφιβολίας και της αδράνειας», κατά το οποίο ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται ότι η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται. Η μη ικανοποίηση από την εργασία, τον ωθεί στο στάδιο «της απογοήτευσης και της ματαιώσης».

Σύμφωνα με το μοντέλο του C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται επίσης από τρία στάδια. Το στάδιο του «εργασιακού στρες», το οποίο δημιουργείται όταν οι προσωπικοί στόχοι των νοσηλευτών δεν μπορούν να υλοποιηθούν λόγω έλλειψης πόρων. Ακολουθεί το στάδιο της «εξάντλησης» κατά το οποίο ο νοσηλευτής είναι υπό συνεχή στρες και έλλειψη ενδιαφέροντος και σταδιακά οδηγείται στο στάδιο της «αμυντικής κατάληξης», όπου ο κυνισμός και η απάθεια αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα.

Η επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με το μοντέλο της Pines εμφανίζεται ύστερα από μακροχρόνια έκθεση του νοσηλευτή σε εξαντλητικές εργασιακές απαιτήσεις και επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης προσωπικότητας, συναισθηματική, ψυχική και σωματική.

Όποιο από τα ανωτέρω μοντέλα περιγραφής του συνδρόμου και αν αποδεχθούμε, η επαγγελματική εξουθένωση υποδηλώνει την απώλεια του ενδιαφέροντος του νοσηλευτή για την φύση και το χώρο της εργασίας, η οποία καταλήγει σε διαταραχή των σχέσεων με τους ασθενείς και γενικότερα το περιβάλλον.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι, η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία τους, αλλά και με εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση και η καταγραφή της επαγγελματικής κόπωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στις ογκολογικές κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Οι επιμέρους στόχοι αυτής της έρευνας είναι:

- Προσέγγιση και διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα νόσων βαριάς πρόγνωσης όπου το σύνδρομο burnout αποκτά ιδιαίτερη σημασία.
- Να πάρουμε πληροφορίες για το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Να εντοπίσουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου.
- Να προτείνουμε μέτρα για την πρόληψη και την άρση του φαινομένου.

1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες που ασχολούνται με την δομή της σημερινής κοινωνίας, όπως επίσης και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης και έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις που επιφέρει στο άτομο, στην οικονομία και γενικότερα στην παραγωγή. Η ετυμολογία του συνδρόμου burn-out στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης».

Τον όρο εισήγαγε ο Αμερικανός ψυχαναλυτής, βραβευμένος με Νόμπελ, Δρ. Herbert J. Freudenberger το έτος 1974, ο οποίος ήταν και ο πρώτος ιστορικά επιστήμονας που μελέτησε το σύνδρομο αυτό. Ο ψυχολόγος Herbert Freudenberger (1974), παραλλήλισε την έννοια του όρου burn-out με ένα κτίριο που έχει καταστραφεί από πυρκαγιά. Είναι η πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου που έγινε, ο οποίος κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας αλλά και σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα.

Η Maslach (1982), τον περιγράφει ως «δείκτη φθοράς» των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζομένου. Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και έχει αποτελέσει το επίκεντρο μιας ταχέως αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας, δεν υπάρχει προς το παρόν ένας απολύτως αποδεκτός ορισμός. Ίσως ο πιο ευρέως αναφερόμενος ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach (1982), το όνομα της οποίας έχει από πολύ νωρίς συνδεθεί με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης:

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

Με την επαγγελματική εξουθένωση ασχολήθηκε και η Brophit (1992), η οποία περιγράφει τον όρο burnout ως «... η φλόγα που χορεύει, δίνει ζεστασιά, ενέργεια και φως, αλλά τελικά σβήνει όταν τελειώσει η πηγή ενέργειας της και μένει μόνο η στάχτη και ο θάνατος»

Σύμφωνα με την θεωρία του Hendrickson (1979) η εργασιακή εξουθένωση των νοσηλευτών είναι η σωματική, συναισθηματική και ψυχολογική εξάντληση, που αρχίζει όταν ο νοσηλευτής διακατέχεται από ένα συναίσθημα απώλειας ενδιαφέροντος για τα εργασιακά του καθήκοντα.

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» χρησιμοποιείται για ένα ευρύτατο φάσμα επαγγελμάτων. Τα τελευταία χρόνια, πολλοί ερευνητές συσχετίζουν την επαγγελματική εξουθένωση με το αποτέλεσμα επιβαρύνσεων στην εργασία, το στρες και την ψυχολογική προσαρμογή.

Το άτομο που χαρακτηρίζεται από επαγγελματική εξουθένωση διέρχεται από τα ακόλουθα τρία στάδια:

- α) Κατά το πρώτο στάδιο, βιώνει μία ανισορροπία μεταξύ των πηγών βοήθειας και των απαιτήσεων όσον αφορά την εργασία του και επομένως κατακλύζεται από άγχος.
- β) Κατά το δεύτερο στάδιο, χαρακτηρίζεται από μία άμεση, περιορισμένης χρονικής διάρκειας συναισθηματική αντίδραση απέναντι σ' αυτή την «ανισορροπία», η οποία διακρίνεται από συναισθήματα φόβου, έντασης, υπνηλίας και εξάντλησης. Επομένως, νιώθει πίεση που εκδηλώνεται με τα προηγούμενα συμπτώματα (σωματικής και ψυχολογικής φύσης).
- γ) Κατά το τρίτο στάδιο, παρατηρούνται αλλαγές στις στάσεις και τη συμπεριφορά του ατόμου, όπως για παράδειγμα ένας αποστασιοποιημένος, μηχανικός ή αλαζονικός τρόπος αντιμετώπισης των πελατών για την ικανοποίηση των προσωπικών του αναγκών.

Συνεπώς, η επαγγελματική εξουθένωση θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα είδος άμυνας του ατόμου, η οποία εκδηλώνεται με απάθεια, αλαζονεία και συναισθηματική αποστασιοποίηση (Burke & Richardsen 1996, Hughes 2001).

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

εξάντλησης, β) τα επίπεδα αποπροσωποποίησης και γ) την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.

Καθώς η εξάντληση αποτελεί ένα από αυτά τα τρία διακεκριμένα στοιχεία, οι Maslach & Jackson (1984) υποστήριξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο επαγγελματικής εξουθένωσης, που οδηγεί σε αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικής επίτευξης, αν και υπάρχουν διάφορες απόψεις για το ζήτημα αυτό, που ενισχύουν την άποψη ότι η αποπροσωποποίηση είναι απαραίτητος αμυντικός μηχανισμός του ατόμου που προηγείται των άλλων δύο. Η αποπροσωποποίηση παρουσιάζεται ως μια κυνική και αρνητική συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς τους. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της συμπεριφοράς είναι η τάση να αναφέρονται στους ασθενείς τους όχι με τα ονόματά τους αλλά με τον αριθμό του δωματίου ή τον τύπο της ασθένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Σε κάθε μορφή εργασίας ενυπάρχουν 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 την ιδιαιτερότητα του περιβάλλοντος καθορίζει μια περισσότερο ή λιγότερο θετική αντίδραση σε όρους προσαρμογής, σε ένα συνεχές (προσαρμοστικό φάσμα) που οδηγεί από μια κατάσταση τέλει προσαρμογής (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:

- α) της προσωπικότητας του νοσηλεύτη,
- β) των κινήτρων και των ενδιαφερόντων του,
- γ) της οργανωτικής δομής και της ιεραρχικής διαστρωμάτωσης
- δ) και του είδους της δραστηριότητας που ασκείται (πρόσθετοι ψυχοπιεστικοί παράγοντες).

α) 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 επιδοκμασία, την εκτίμηση και την αγάπη των συναθρώπων τους. Αλλά δεν είναι τα μόνα που προσβάλλονται από το συγκεκριμένο σύνδρομο.

Σε ατομικό επίπεδο, το burn-out βιώνεται κυρίως από ειδικές κατηγορίες εργαζόμενων. 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.

Μη ορθολογικές ιδέες και πεποιθήσεις

- Π.χ. Πρέπει να είμαι καλός και να τυγχάνω της επιδοκιμασίας των άλλων, αλλιώς δεν αξίζω τίποτε και δεν πρέπει να με λαμβάνουν υπόψη.
- Π.χ. Οι άλλοι πρέπει να μου συμπεριφέροντε καλά, αλλιώς δεν αξίζει να τους λαμβάνω υπόψη. Τα πράγματα πρέπει να γίνονται όπως νομίζω εγώ αλλιώς η κοινωνία θα πηγαίνει συνεχώς προς το χειρότερο.
- Π.χ. Τα πράγματα πρέπει να γίνονται όπως νομίζω εγώ αλλιώς η κοινωνία θα πηγαίνει συνεχώς προς το χειρότερο.

Συνεπαγόμενες ψυχικές καταστάσεις

- Κατάθλιψη, άγχος, αίσθημα αναξιοπρέπειας, φόβος λάθους
- Εχθρότητα, οργή, μνησικακία, επιθετικότητα προς τους άλλους
- Χαμηλή ανοχή της ματαιώσης, τάση οίκτου προς εαυτό

β) Οργανωσιακή δομή Μεταξύ των διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να επιτρέψουν την εκδήλωση του burn-out, συναντάμε ορισμένους που, λόγω της πολυπλοκότητάς τους, δύσκολα τροποποιούνται από ένα άτομο ενώ απαιτούν ειδικές παρεμβάσεις και οργανωτικές στρατηγικές: Διάρκεια του χρόνου εργασίας, πιθανές συνθήκες απομόνωσης, 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 την 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 δε 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), συμπτύχθηκαν 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 ψυχοπρεστικοί παράγοντες)
 Ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από ό,τι 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 διαχείρισή τους. Έχει αποδειχθεί ότι οι γιατροί που εργάζονται σε νοσοκομείο βιώνουν υψηλότερα επίπεδα burn-out 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 επίπεδα burnout από εκείνα των συναδέλφων τους άλλων τμημάτων (όπως ΩΡΛ, γυναικολογία και οφθαλμολογία).

Διεθνώς οι κύριοι παράγοντες που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση ταξινομούνται στις παρακάτω πέντε κατηγορίες, η διαφοροποίηση τους από χώρα σε χώρα οφείλεται στο πολιτιστικό μάρφωμα του κάθε λαού και το επίπεδο του επαγγελματικού πεδίου της κάθε χώρα.

1. **Το εργασιακό περιβάλλον.** Περιβαλλοντικές εντάσεις, αυτονομία, απαιτήσεις πελατών, φυσικό εργασιακό περιβάλλον, έλλειψη καινοτομιών, θόρυβος, συχνή επαφή με το θάνατο κ.α.
2. **Ο φόρτος εργασίας- Οργανωσιακή δομή.** Έλλειψη προσωπικού, μείωση ποιότητας στην εργασία, συχνές απουσίες, παραιτήσεις, αρνητικές συναδελφικές σχέσεις κ.α.
3. **Οι εργασιακές σχέσεις.** Κοινωνική και επαγγελματική υποστήριξη.
4. **Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του δείγματος.** Τα αρχικά κίνητρα απασχόλησης, οι προσωπικές προσδοκίες, ανθεκτικότητα στο στρες, αποτυχία στην πραγματοποίηση των ιδανικών, ανεπαρκής εκπαιδευτική προετοιμασία κ.α..
5. **Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.** Το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα χρόνια προϋπηρεσίας κ.α.

Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους. Είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα (Carplan και συν. 1975, Sutherland & Cooper, 1999). Οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Rees & Cooper. 1991, Cooper και συν. 2001). Σε αντίθεση με την πλειοψηφία των άλλων επαγγελμάτων, η επαγγελματική επάρκεια και ικανότητα των νοσηλευτών τελεί υπό τη συνεχή επίβλεψη και κριτική των ασθενών. Τα σφάλματά τους είναι εύκολα αντιληπτά, με σοβαρές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ίδιους τους νοσηλευτές (Beechman, 2003).

Άλλες πιθανές πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης για τους νοσηλευτές είναι:

- Άμεση, πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία με τους ασθενείς, τους συγγενείς, το υπόλοιπο προσωπικό και τη διοίκηση του νοσοκομείου.
- Έκθεση στον αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης κάποιας ασθένειας ή πρόκλησης ενός τραυματισμού.
- Οι στρεσογόνοι παράγοντες είναι δυνατόν να επιδεινωθούν από την έντονη προσπάθεια που καταβάλλουν οι νοσηλευτές προκειμένου να φαίνεται ότι είναι

ήρεμοι και ελέγχουν την κατάσταση, αλλά την ίδια στιγμή να συμμετέχουν συναισθηματικά και να δείχνουν ενδιαφέρον για τα προβλήματα των ασθενών τους (Sutherland & Cooper, 1999).

- Η φύση του επαγγέλματος των νοσηλευτών απαιτεί στενή αλληλεπίδραση με δέκτες που πολύ συχνά εκδηλώνουν αρνητική συμπεριφορά επιθετικότητας, παθητικότητας και αδράνειας (Muldary, 1983).
- Ακόμα αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους.
- Κάθε πρωί αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως αναπόφευκτο κακό από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν.
- Πολλές φορές είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη.
- Προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής τους.

Επαγγελματίες που δεν προσφέρουν άμεσα κοινωνικές υπηρεσίες, όπως οι διευθυντές νοσοκομείων, ενδεχομένως να αισθανθούν επαγγελματική εξουθένωση. Οι λόγοι είναι οι αυξημένες ευθύνες τους και επειδή ο ρόλος τους απαιτεί να συνδράμουν τους υπαλλήλους να επιλύουν όχι μόνο επαγγελματικά προβλήματα αλλά και να αντεπεξέρχονται σε προσωπικές δυσκολίες (Pines & Maslach, 1978· Schuler, 1983).

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι στο επάγγελμα του νοσηλευτή, καθώς αποτελεί ένα από τα κατ' εξοχήν κοινωνικο-ανθρωποκεντρικά επαγγέλματα η επαγγελματική εξουθένωση πλήττει ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών όλων των βαθμίδων σε όλες τις χώρες του κόσμου. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι το σύνδρομο με το οποίο οι νοσηλευτές αντιδρούν στους αγχογόνους παράγοντες. Ο όρος περιγράφει τις υπερβολικές εκδηλώσεις άγχους τους, το οποίο συνδέεται έντονα με τη συναισθηματική ένταση της συνεχούς ενασχόλησής τους με άλλους ανθρώπους. Ο νοσηλευτής που βιώνει επαγγελματική εξουθένωση αισθάνεται ατονία, έλλειψη ενθουσιασμού, διακατέχεται από ένα αίσθημα ανικανοποίητου, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, δεν έχει αυτοπεποίθηση και χάνει το χιούμορ του (McGee et al., 1990).

2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται μέσα σε ένα βράδυ. Αντίθετα, τα προβλήματα επιδεινώνονται σταδιακά. Από τη στιγμή που οποιοσδήποτε, σε οποιοδήποτε επάγγελμα και επίπεδο εργασίας μπορεί να υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση, είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του. Κάποια από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου burn-out είναι:

Έλλειψη κινήτρων. Ο νοσηλευτής δεν μπαίνει στη διαδικασία να δουλέψει σκληρά για να ολοκληρώσει πράγματα που δεν απαιτούνταν από αυτόν. Δεν έχει τα κίνητρα και τις φιλοδοξίες που είχε στην αρχή της καριέρας του (έλλειψη επαγγελματικού ενθουσιασμού). Δηλαδή, περιορίζεται μονό στα απολύτως απαραίτητα καθήκοντά του χωρίς να ενδιαφέρεται για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει.

Έντονη αποστροφή για την εργασία σας. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους η εργασία μπορεί να είναι αφόρητη για τον νοσηλευτή. Κάποιοι από τους λόγους αυτούς μπορεί να είναι οι κακές σχέσεις με τους προϊσταμένους του, κόπωση από τον φόρτο εργασίας, μη αναγνώριση της προσφοράς του, αίσθημα ότι δεν μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς.

Αίσθηση αποξένωσης. Ο νοσηλευτής αρχίζει να αισθάνεται απομονωμένος από τους συναδέλφους του και αποφεύγει τις κοινωνικές επαφές και τις συζητήσεις μαζί τους. Τα συναισθήματα αυτά μόνο επιδεινώνουν περισσότερο τη ματαιώση και την απογοήτευση.

Προβλήματα υγείας. Η επαγγελματική εξουθένωση στο τέλος εκδηλώνεται με κάποια μορφή σωματικού προβλήματος. Σε αυτό το στάδιο πια οι περισσότεροι άνθρωποι συνειδητοποιούν ή παραδέχονται ότι κάτι δεν πάει καλά. Τα πιο συχνά προβλήματα υγείας είναι οι επίμονοι πονοκέφαλοι, οι οσφυαλγίες και άλλα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες. Οι άνθρωποι αυτοί ίσως έχουν επίσης προβλήματα ύπνου. Ίσως επίσης να έχουν υπερβολικά χαμηλά ή υψηλά επίπεδα βάρους ή να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Τα αισθήματα αυτο-λύπησης είναι επίσης συχνά.

2.3. ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Ερευνητές υποστήριξαν ότι είναι δυνατό να αξιολογήσουμε την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζόμενων χρησιμοποιώντας τον Κατάλογο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach & Jackson, 1986).

Τρία είναι τα στοιχεία των οποίων η ύπαρξη είναι απαραίτητη για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα βασικά αυτά στοιχεία αξιολογεί μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα το MBI, που είναι τα εξής:

- 1. Το βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης.**
- 2. Τα επίπεδα αποπροσωποποίησης.**
- 3. Την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.**

Σύμφωνα με τον Oranje (2001), οι μελέτες ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

Πρώτον, η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ότι είναι ένα πρόβλημα αντιμετώπισης (coping problem) (μοντέλο αλληλεπίδρασης-interaction model)· για παράδειγμα η επαγγελματική εξουθένωση πηγάζει από την αρνητική επίδραση της κρίσης ενός ατόμου για τις δικές του ικανότητες σε σχέση με πραγματικούς ή φανταστικούς στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντός του (Eskridge & Coker, 1985. Byrne, 1991).

Δεύτερον, μερικές μελέτες αντιμετωπίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, που πλήττει τα άτομα που εμπλέκονται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε καταστάσεις, οι οποίες απαιτούν έντονη συναισθηματική προσπάθεια (Kremer-Hayon & Kurtz, 1985). Η άποψη αυτή κατηγοριοποιείται ως το φυσιολογικό μοντέλο (psysiological model).

Τρίτον, η βασική αρχή μερικών μελετών είναι η άποψη ότι το περιβάλλον παράγει στρεσογόνους παράγοντες που ευθύνονται για την έναρξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέτοιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι οι κοινωνικές σχέσεις των νοσηλευτών με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τους ανώτερους του (Brouwers & Tomic, 1999) και οι εργασιακές συνθήκες (Van Dierendonck et al., 1998).

Ωστόσο, οι μελέτες που έχουν εξετάσει την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών χαρακτηρίζονται από έλλειψη σταθερής θεωρητικής βάσης και επίσης από έλλειψη τεκμηρίωσης των αιτιωδών σχέσεων μεταξύ περιβαλλοντικών παραγόντων και

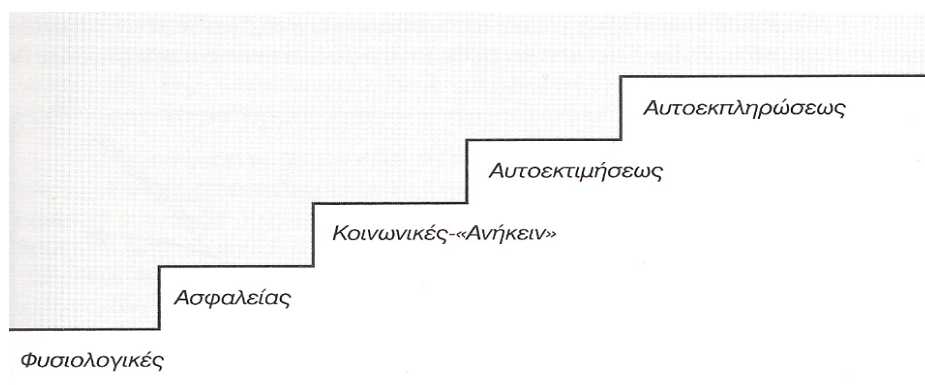
επιπτώσεων στην ψυχοσωματική υγεία του ατόμου (Guglielmi & Tatrow, 1998). Η θεωρία που έχει αναπτυχθεί για την αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy) αποδεικνύεται τελευταία ένα επαρκές θεωρητικό πλαίσιο για τη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Brouwers 2000. Evers et al. 2002).

2.4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το σύνδρομο στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για την εργασία του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Η πιθανότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) σε έναν εργαζόμενο «...εξαρτάται από τον τρόπο που ο επαγγελματίας ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες συνθήκες στην εργασία, από τα κίνητρα που τον ωθούν να εργαστεί στο συγκεκριμένο χώρο εργασίας, από τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του» (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1995).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η θεωρία του Abraham H. Maslow για τις ανάγκες των ανθρώπων στην οποία επιχείρησε να ταξινομήσει τις ανάγκες του ατόμου. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή οι ανθρώπινες ανάγκες κατατάσσονται σε ομάδες και υπόκεινται σε ιεράρχηση κατά την ικανοποίησή τους. Σύμφωνα με το Maslow, ο άνθρωπος έχει ανάγκες που είναι ιεραρχημένες, ως προς τη σειρά με την οποία πρέπει να ικανοποιούνται. Η ταξινόμηση των αναγκών είναι η ακόλουθη:



Φυσιολογικές ανάγκες. Είναι οι ανάγκες που συνδέονται αμέσως με την επιβίωση του ατόμου. Αν αναβληθεί η ικανοποίηση τους γίνεται προβληματική η επιβίωση του. Αυτές είναι η τροφή, η ένδυση, η στέγη, κτλ. Όσο χρόνο μένουν οι φυσικές ανάγκες ανικανοποίητες, το άτομο δεν αισθάνεται την ύπαρξη αναγκών υψηλότερου επιπέδου. Μόνο όταν ικανοποιηθούν αυτές, παύουν να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου (ανάγκη που ικανοποιούν παύει να είναι ανάγκη) και παραμένουν στον οργανισμό σε "στάση αναμονής" για να εμφανισθούν, όταν σταματήσουν να υπάρχουν οι συνθήκες που τις ικανοποίησαν.

Ανάγκες ασφάλειας. Συνδέονται με συναισθήματα φόβου για τους φυσικούς κινδύνους και την αδυναμία ικανοποίησης των φυσικών αναγκών, πρόκειται δηλαδή για συναισθήματα αυτοσυντηρήσεως. Στη κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται η προστασία εναντίον του κινδύνου, του φόβου, των στερήσεων και η επιθυμία για σιγουριά εργασίας. Η επιθυμία αυτή μπορεί να είναι πολύ σπουδαίο κίνητρο συμπεριφοράς, επειδή κάθε εργαζόμενος εξαρτάται, τουλάχιστον εν μέρει, από την εργασία. Η ανάγκη για σιγουριά παίρνει τη μορφή της απαιτήσεως για οικονομική σιγουριά (μονιμότητα εργασίας, αποταμίευση) προτίμηση γνωστού περιβάλλοντος εργασίας, επιθυμία για τάξη στους συνεργάτες και στα υλικά. Η ανάγκη αυτή επηρεάζει τους ανθρώπους και στην επιλογή του επαγγέλματός τους.

Σχετική με τις ανάγκες ασφάλειας και εξασφαλίσεων είναι η θέσπιση από την πλευρά των Κρατών και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και από την πλευρά των επιχειρήσεων η ίδρυση Ασφαλιστικών Εταιρειών, που σκοπεύουν στην κάλυψη διαφόρων κινδύνων, ώστε τα άτομα να αισθάνονται όσο είναι δυνατό εξασφαλισμένα.

Κοινωνικές Ανάγκες και η έννοια του "ανήκειν". Ο άνθρωπος ως κοινωνικό ον έχει ανάγκη να συναναστρέφεται με άλλους ανθρώπους, να ανήκει σε κοινωνικές ομάδες, να προσφέρει την εκτίμησή του και να απολαμβάνει την εκτίμηση των άλλων, την κατανόησή τους, την αγάπη τους και να συμπεριφέρεται ανάλογα στους άλλους. Ίσως προηγουμένως δεν έγινε τόσο έντονα αισθητή η απελπισία. Παρά το γεγονός ότι είναι γνωστή η κατηγορία των αναγκών αυτών, μερικά ηγετικά στελέχη υποθέτουν, καθώς οι ανάγκες αυτές και οι άτυπες σχέσεις και ομάδες που προκύπτουν από τις ανάγκες αυτές αποτελούν κίνδυνο για τους στόχους της τυπικής οργανώσεως. Τότε προσπαθούν να περιορίσουν και να θέσουν υπό έλεγχο τις σχέσεις αυτές, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να αντιδρούν, να μη συνεργάζονται μαζί τους και να συγκρούονται ανοικτά ή καλυμμένα. Με αποτέλεσμα αυτή η συμπεριφορά των εργαζομένων είναι αποτέλεσμα και όχι αιτία των ενεργειών του ηγετικού στελέχους.

Ανάγκες αυτοεκτιμήσεως. Όταν το άτομο ικανοποιήσει την ανάγκη ένταξη σε μια κοινωνική ομάδα, αισθάνεται την ανάγκη εκτιμήσεως, τόσο εκ μέρους του ίδιου του εαυτού του, όσον και εκ μέρους των άλλων. Αυτό σημαίνει ανάγκη για αυτοπεποίθηση, γόητρο, φήμη, αναγνώριση, δύναμη, ανάγκες τις οποίες είχε επισημάνει ο Alfred Alder και οι οπαδοί του, οι οποίες παραμελήθηκαν από τον Freud και τους ψυχαναλυτές. Αν ικανοποιηθούν οι ανάγκες αυτές, τότε αποκτά το άτομο το αίσθημα ότι αξίζει ότι είναι ικανό, χρήσιμο και απαραίτητο στον κόσμο. Διαφορετικά είναι πιθανό να καταληφθεί από σύμπλεγμα κατωτερότητας και αδυναμίας.

Υποστηρίζεται ότι οι ανάγκες αυτές σπάνια ικανοποιούνται τελείως, αντίθετα από τις ανάγκες κατωτέρων επιπέδων. Όταν όμως αποκτήσουν σπουδαιότητα το άτομο προσπαθεί συνεχώς να τις ικανοποιήσει. Παρατηρείται ότι εργαζόμενοι κατώτερων κλιμακίων αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτής της κατηγορίας.

Ανάγκες αυτοεκπληρώσεως ή αυτοπραγμάτωσεως. Ο Maslow υποστηρίζει ότι και αν ικανοποιηθούν όλες οι προηγούμενες ανάγκες, το άτομο πιθανόν να είναι ανικανοποίητο ή και δυσάρεστο, εκτός αν επιτύχει τους στόχους τους οποίους έθεσε, αν επιτύχει δηλαδή να ικανοποιήσει τα ιδεώδη του. "Ένα άτομο πρέπει να είναι ότι μπορεί να είναι" τονίζει χαρακτηριστικά ο Alf. Maslow. Αυτοπραγμάτωση είναι η επιθυμία να γίνετε κάποιος αυτό που ένα ικανό άτομο μπορεί να γίνει. Τα άτομα ικανοποιούν την ανάγκη αυτή με διαφορετικούς τρόπους. Ένα άτομο είναι πιθανό να ικανοποιήσει την ανάγκη αυτή με την επιθυμία να γίνει ιδεώδης γονέας, άλλο με την επιθυμία να διευθύνει σωστά μια επιχείρηση, άλλο με το να γίνει επιτυχημένος αθλητής, κτλ.

Υποστηρίζεται επίσης ότι ο τρόπος με τον οποίο εκφράζεται η αυτοπραγμάτωση είναι δυνατό να αλλάξει και το άτομο να αναζητήσει άλλους τομείς στους οποίους να μεγιστοποιήσει το δυναμικό, καθώς οι φυσικές του δυνάμεις αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου ή διευρύνονται οι ορίζοντες του.

Η διαβάθμιση και η ιεράρχηση των αναγκών δεν είναι πάντα όπως εμφανίζεται στο σχήμα και αναπτύσσεται κατωτέρω. Αυτή αποτελεί μια λογική σειρά ικανοποιήσεως, πλην όμως είναι πιθανόν να λάβει διαφορετική μορφή ανάλογα με την προσωπική αξιολόγηση και εκτίμηση. Είναι ακόμα πιθανό να υπάρχουν άτομα, με διαφορετικές συνθήκες ζωής, τα οποία να μην αισθάνονται όλες τις κατηγορίες αναγκών, αλλά μόνο κάποιες από αυτές ή μόνο μία κατηγορία, όπως πχ. στις υποανάπτυκτες χώρες επικρατούν κυρίως οι φυσιολογικές ανάγκες σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ή οι

χριστιανοί μάρτυρες ή οι πατριώτες κτλ. Έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι ο άνθρωπος βαδίζει από τις κατώτερες ανάγκες (φυσιολογικές, ασφάλειας) προς τις ανώτερες (κοινωνικές, αυτοεκτιμήσεως, αυτοπραγματώσεως) ικανοποιώντας την μία μετά την άλλη.

Οι ανάγκες επίσης αλληλοεξαρτώνται και αλληλεπικαλύπτονται. Επειδή η μία ανάγκη δεν εξαφανίζεται όταν παρουσιασθεί μία άλλη, όλες οι ανάγκες τείνουν να είναι κάθε φορά μόνο κατά ένα μέρος τους ικανοποιημένες.

2.5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

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:

1. Σωματικά
2. Ψυχολογικά
3. Συμπεριφορικά

Σωματικά Συμπτώματα. Περιλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις τυπικές εκδηλώσεις στρες και άγχους (Tyler & Cushway, 1998) όπως:

α) Διάφορες αδιαθεσίες, όπως εξάντληση και χρόνια κόπωση, γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία, πονοκέφαλοι, πόνοι σε αυχένα, μέση και πλάτη. Επίσης προβλήματα σεξουαλικών δυσλειτουργιών, διαταραχών ύπνου, αλλαγής των διατροφικών συνηθειών και δύσπνοιας.

β) Σοβαρά προβλήματα υγείας όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, έλκος, καρδιαγγειακές παθήσεις και χρόνιες ημικρανίες.

Ψυχολογικά συμπτώματα. Η ευάλωτη σωματική υγεία του εργαζόμενου επηρεάζει και την ψυχολογική του υγεία και συμπεριφορά, με κυρίαρχα συμπτώματα:

- Το έντονο στρες
- Την ανία
- Το χαμηλό «ηθικό»
- Την χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση

- Την παραίτηση
- Τις συγκρούσεις

Ψυχολογικές επιπτώσεις οι οποίες αφορούν σε: α) αισθήματα (θυμός, πλήξη, απογοήτευση, αποθάρρυνση και απέχθεια) και/ή β) συμπεριφορές (αδιαφορία και παραίτηση). Συναισθηματικές/γνωστικές επιπτώσεις όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση συνοδεύει κατάθλιψη, επιθετικότητα, ενοχών.

Συμπεριφορικά. Αυτή η κατηγορία συμπτωμάτων αφορά την συμπεριφορά του εργαζόμενου στην προσωπική και κοινωνική ζωή του. Η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου, επηρεάζεται, αφού 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 και συν., 1999).

Αλλαγές στη συμπεριφορά: περιλαμβάνουν τάση για απομόνωση, σωματική απόσταση από τους άλλους, απρόσωπη επικοινωνία, προσφώνηση με υποτιμητικές εκφράσεις, συγκρούσεις με συνεργάτες και μέλη της οικογένειας, συστηματική απουσία από την εργασία και ακόμη απόπειρες αυτοκτονιών. Επίσης κατάχρηση ουσιών, ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες και παντελής έλλειψη σωματικής άσκησης.

Κοινωνικές επιπτώσεις όπως απόσυρση, αποξένωση και γενικότερα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους

Τα βασικά συμπτώματα που εμφανίζονται στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι:

1. Εξάντληση
2. Κυνισμός
3. Αναποτελεσματικότητα

Η εξάντληση προέρχεται από την επίδραση του εργασιακού στρες στην ψυχική και σωματική υγεία. Ο κυνισμός αποτελεί έκφραση της αρνητικής στάσης του πάσχοντος προς τους άλλους αλλά και προς την εργασία του, ενώ η αναποτελεσματικότητα είναι το προϊόν μιας αρνητικής αυτοεκτίμησης. Η φυγή από το εργασιακό γίνεσθαι, η μειωμένη ικανότητα αυτοελέγχου, η εμμονή στην χρήση ουσιών, καθώς και η εκδήλωση διάφορων ψυχοσωματικών ασθενειών (αλλεργικό άσθμα, αλλεργικές δερματίτιδες κλπ), συνοδεύουν επί το πλείστον το τρίπτυχο των βασικών συμπτωμάτων.

Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, διακρίνονται τριών ειδών επιπτώσεις:

1. Στην ψυχική και σωματική υγεία. Τα άτομα παρουσιάζουν κατάθλιψη, ευερεθιστικότητα, σεξουαλική δυσλειτουργία, υπερένταση, αϋπνίες, διαταραχές διατρο-φής πονοκεφάλους, αίσθημα κόπωσης, γαστρεντερικά προβλήματα και μυοσκελετικοί πόνοι (Tyler & Cushway, 1998).

2. Στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα είναι πιθανό να παρουσιάσουν επιδείνωση στις σχέσεις με τους συναδέλφους τους στον εργασιακό χώρο αλλά και τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις.

3. Στην εργασιακή συμπεριφορά. Τα άτομα είναι πιθανό να παρουσιάσουν μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας, μεγαλύτερο αριθμό απουσιών και μεγαλύτερη τάση για αλλαγή επαγγέλματος ή εργασίας

Πίνακας 1: Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Σκέψη	Συναίσθημα	Σωματικά	Συμπεριφορά
Αποτελμάτωση		Σεξουαλική δυσλειτουργία	Εργασιομανία
Δυσκαμψία στις αλλαγές/ Έλλειψη ελαστικότητας	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/ απάθεια	Σωματική εξάντληση/ κούραση	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Χαμηλό «ηθικό»/ σκέψεις ματαιότητας	Θλίψη	Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση
Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	/ αρνητική διάθεση	Πονοκέφαλοι	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Αποπροσωποποίηση πελατών	Στρες	Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Αδυναμία λήψης αποφάσεων	Ανία	Αύξηση ή μείωση βάρους	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Καχυποψία	Εκνευρισμός	Αναπνευστικά προβλήματα	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Σκέψεις αποτυχίας	Αισθήματα αδυναμίας	Υπερένταση	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Αποξένωση	Αισθήματα ενοχής/	Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένη ανησυχία		Στεφανιαία νόσος	Ροπή σε ατυχήματα
Υπερβολική - υψηλή αυτοπεποίθηση/ ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων		Διαταραχές ομιλίας	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Κυνισμός			

2.6. 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 εργάζεται (Firth-Cozens & Payne, 1999).

Ακολουθεί μία παρουσίαση των σημαντικότερων μοντέλων ερμηνείας της επαγγελματικής εξουθένωσης:

2.6.1. Το μοντέλο των τριών διαστάσεων 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.

Η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο επαγγελματικής εξουθένωσης, που οδηγεί σε αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικής επίτευξης. (Maslach & Jackson, 1984). Εμφανίζεται με έλλειψη ενέργειας, δεν υπάρχουν πηγές ανανέωσης, διαψευσμένες προσδοκίες, τα άτομα δεν είναι ικανά να προσφέρουν.

Η 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 του και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς.

Ο νοσηλευτής έχει κυνική, αρνητική στάση απέναντι στους ασθενείς του. Θίγει, ταπεινώνει, είναι αγενής με τους ανθρώπους, έχει κακή επικοινωνία μαζί τους, τους βλέπει μόνο ως «*νούμερα*», «*περιστατικά*», «*ο τελευταίος της ουράς*», κ.α. Ένα

χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της συμπεριφοράς είναι η τάση να αναφέρονται στους ασθενείς τους όχι με τα ονόματά τους αλλά με τον αριθμό του δωματίου ή τον τύπο της ασθένειας.

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). Η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες συνεπάγεται την υπερκόπωση και εξάντλησή του

2.6.2. Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Οι Edelwich & Brodsky (1980) περιέγραψαν μία σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του. Τα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του (Edelwich & Brodsky, 1980) είναι:

Πρώτο στάδιο “Ενθουσιασμός”. Στο στάδιο αυτό 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.

Δεύτερο στάδιο “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.

Τρίτο στάδιο “Απογοήτευση και ματαίωση”. Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η απογοήτευση και η 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.

Τέταρτο στάδιο “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 ματαιώση 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.

2.6.3. Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

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

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.

Φάση της «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.

Φάση της «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. Στον πίνακα 2 φαίνονται συνοπτικά οι ενδείξεις και τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης Burn out.

Πίνακας: 2
Ενδείξεις και συμπτώματα του Burn out κατά Cherniss

Έντονη αντίσταση στην αναχώρηση από την οικία για το χώρο εργασίας σε καθημερινό επίπεδο	Αίσθηση αποτυχίας
Οργή και μνησικακία	Αίσθημα ενοχής και χαμηλή αυτοεκτίμηση
Αρνητισμός	Απομόνωση και απόσυρση
Αίσθηση κόπωσης και εξάντλησης κατά τη διάρκεια της ημέρα	Αξιοσημείωτη κούραση μετά την εργασία
Συχνό κοίταγμα του ρολογιού	Απώλεια θετικών συναισθημάτων προς τους πελάτες
Αλλαγές στο χρόνο επαφών με τους πελάτες	Υιοθεσία ενός στερεότυπου μοντέλου με τους πελάτες
Αδυναμία συγκέντρωσης και ακρόασης	Αίσθηση ακινησίας
Κυνισμός προς τους πελάτες	Εφαρμογή άκαμπτων διαδικασιών
Αϋπνίες	Αποφυγή συζητήσεων με συναδέλφους στην εργασία
Ανησυχία για τον εαυτό	Πιο εύκολη υιοθεσία χρήσης μέτρων ελέγχου της συμπεριφοράς, όπως είναι τα φάρμακα
Συχνά συνάχια, γρίπη, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές	Ακαμψία σκέψης και αντίσταση στην αλλαγή
Καχυποψία και παράνοια	Συχνή χρήση φαρμάκων
Οικογενειακές συγκρούσεις	Μεγάλος αριθμός απουσιών από την εργασία

2.6.4. Το μοντέλο της Pines

Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα

την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συνεμφανίζεται 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.

2.7. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ (STRESS)

Η αγγλική λέξη stress προέρχεται από τη μεσοαγγλική λέξη stresse, που σημαίνει "ανησυχία, αγωνία, δυστυχία", από την παλαιά γαλλική estresse, που σημαίνει "περιορισμός", από την κοινή λατινική strictia και τη λατινική strictus, που σημαίνει <σφίγω,στενεύω>.

Η ελληνική λέξη άγχος, αντίστοιχα, προέρχεται από το ρήμα "άγχω", που σημαίνει "σφίγω πιεστικά" ιδίως στο λαιμό, από το οποίο προέρχεται και η λέξη αγχώνη. Παρόλο που και οι δύο λέξεις ετυμολογικά φαίνεται να αντιστοιχούν στην ίδια έννοια και στην πράξη πολλές φορές χρησιμοποιούνται εναλλακτικά προκειμένου να αποδώσουν μια αντίδραση σε ένα γεγονός, η συχνή χρήση τους ως συνώνυμα έχει εντείνει τη σύγχυση, που προέρχεται από τις θεωρητικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους όρους.

Στις βιολογικές και ιατρικές επιστήμες, ο όρος στρες οφείλει την προέλευσή του στην καθημερινή κλινική πρακτική (Κονταξάκης, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2000).

Σύμφωνα με τον Selye, το στρες είναι ο κοινός παρανομαστής που ανευρίσκεται στις αντιδράσεις του οργανισμού σε κάθε είδους δράση ή πρόκληση ή απαίτηση για αλλαγή. Είναι, με άλλες λέξεις, η στερεότυπη αντίδραση, τα γενικά χαρακτηριστικά που ανευρίσκονται στην αντίδραση του οργανισμού σε κάθε μορφή δράσης. Ο Selye εισήγαγε τον όρο στρεσογόνος παράγοντας, για τον παράγοντα εκείνον που, επιδρώντας σε έναν οργανισμό, προκαλεί αντίδραση. Με αυτή την έννοια, η αντίδραση στρες ή η απάντηση στρες του οργανισμού είναι μια αμυντική απάντηση σε έναν παράγοντα ικανό σε δύναμη να προκαλέσει βλάβη ή να εκλύσει αμυντική αντίδραση. Στα ελληνικά οι όροι stress και stressor έχουν αποδοθεί από φυσιολόγους ως "ένταση" και "έντασιογόνος παράγοντας", αντίστοιχα.

Οι ζωντανοί οργανισμοί επιβιώνουν διατηρώντας μια ιδιαίτερα σύνθετη δυναμική και αρμονική ισορροπία ή αλλιώς ομοιοστασία, η οποία συνεχώς προκαλείται και απειλείται από εγγενείς ή εξωγενείς δυνάμεις ή στρεσογόνους παράγοντες που τείνουν να τη διαταράξουν. Η σταθερή κατάσταση, που απαιτείται για την επιτυχή προσαρμογή του οργανισμού, επιτυγχάνεται μέσω της δράσης αντενεργών/επανασταθεροποιητικών δυνάμεων ή προσαρμοστικών απαντήσεων, οι οποίες απαρτίζονται από ένα εξαιρετικό ρεπερτόριο φυσικών και νοητικών διεργασιών, που στόχο έχουν να αντισταθμίσουν τα αποτελέσματα των στρεσογόνων παραγόντων προκειμένου να αποκαταστήσουν την ομοιοστασία. Σε αυτά τα πλαίσια, θα μπορούσαμε να ορίσουμε το στρες ως "δυσαρμονία" ή "απειλούμενη ομοιοστασία". Οι προσαρμοστικές απαντήσεις μπορεί να είναι εξειδικευμένες για το συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα ή μπορεί να είναι γενικές και μη ειδικές. Σε αυτή την περίπτωση παρουσιάζουν στερεότυπο χαρακτήρα και γενικά συμβαίνουν μόνον όταν ο βαθμός της απειλής της ομοιοστασίας ξεπερνά ένα συγκεκριμένο κατώφλι. Οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να είναι τόσο φυσικοί, όσο και ψυχολογικοί (Κονταξάκης, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2000).

2.7.1. Φυσικοί στρεσογόνοι παράγοντες

Ψυχολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες. Ψυχολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες ή αγχογόνοι είναι εκείνοι οι παράγοντες που μπορούν να προκαλούν συγκρουσιακές καταστάσεις στο επίπεδο των βασικών ορμών και κινήτρων του ατόμου. Έτσι, άγχος μπορεί να προκαλείται και να γίνεται αντιληπτό από μια πληθώρα υπερβολικών απαιτήσεων ή αγχογόνων παραγόντων, όπως για παράδειγμα μια μη ικανοποιητική προσαρμογή ανάμεσα στο τι χρειαζόμαστε και στο τι μπορούμε ή ανάμεσα στο τι θέλουμε από το περιβάλλον μας και τι αυτό μας προσφέρει και απαιτεί από εμάς.

Όταν εκτιθέμεθα σε στρεσογόνους παράγοντες, όπως για παράδειγμα αίσθηση της απώλειας του ελέγχου της ζωής μας, σε συνδυασμό με υψηλές απαιτήσεις του περιβάλλοντος, ανικανοποίητες ανάγκες, απραγματοποίητοι στόχοι ή σε καταστάσεις σύγκρουσης των ρόλων, πολλοί από εμάς βιώνουμε μια "δυσφορική" συναισθηματική αντίδραση, που χαρακτηρίζεται από ανησυχία, κατάθλιψη, αισθήματα αποξένωσης, απάθεια και υποχονδρίαση. Αυτή η κατάσταση βιώνεται ως "άγχος", που στη συγκεκριμένη περίπτωση εκφράζει το συναισθηματικό και γνωσιακό ισοδύναμο του στρες (Κονταξάκης, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2000).

Ο άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων και το στρες. Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων παίζει θεμελιώδη ρόλο στην πυροδότηση του στρες. Απελευθερώνοντας ορισμένες χημικές ουσίες, όπως τη φλοιοεπινεφριδιοτρόπο ορμόνη (ACTH) και την κορτιζόλη, ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων προετοιμάζει το σώμα να αναλάβει δράση όταν αντιμετωπίζει κάποια στρεσογόνο κατάσταση. Όπως αποκαλύπτει το σχέδιο, αυτή η απελευθέρωση ορμονών έχει ποικίλες συνέπειες. Οι αισθήσεις οξύνονται, οι μύες τεντώνονται, η καρδιά χτυπά γρηγορότερα, η αρτηριακή πίεση αυξάνεται και η αναπνοή επιταχύνεται. Όλες αυτές οι μεταβολές βοηθούν το άτομο να πολεμήσει για να αντιμετωπίσει την απειλή ή να απομακρυνθεί από τον κίνδυνο (Βασιλόπουλος, 2005).

Ευστρές Δυστρές. Οποιαδήποτε και αν είναι η φύση του στρες, η φυσιολογική αντίδραση μοιάζει να είναι όμοια με, ανεξάρτητα δηλαδή από το αν το στρες είναι φυσικό, συναισθηματικό, ή φανταστικό. Μπορεί ακόμη να είναι ένα στρες ευχάριστο, οπότε μιλάμε για το "ευστρές" (Eustress) ή δυσάρεστο "δυστρές" (Dystress). Ευχάριστο ή δυσάρεστο, το στρες πυροδοτεί μέσα στον οργανισμό αντιδράσεις ρυθμιστικές, αναγκαίες για την καλύτερη προσαρμογή σε κάποια καινούρια κατάσταση. Η δυνατότητα προσαρμογής του οργανισμού σε νέες καταστάσεις είναι μια κεφαλαιώδης λειτουργία για την επιβίωση ενός ατόμου ή ενός ζωικού είδους. Το στρες αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής μας, και δεν είναι δυνατό να το καταργήσουμε. Ακόμα καλύτερα, θα πρέπει να το αποδεχτούμε, αφού είναι ιδιαίτερα ωφέλιμο για να διατηρήσουμε και να αναπτύξουμε στον οργανισμό μας τις δυνατότητες προσαρμογής. Είναι παράγοντας επιβίωσης.

Για να διατηρήσει όμως το στρες όλο του το όφελος, είναι ανάγκη να μπορεί το άτομο να αντιδράσει. Χωρίς αυτή τη δυνατότητα της αντίδρασης ή της προσαρμογής εγκαθίσταται η περίφημη «αναστολή της δράσης», που περιγράφετε θαυμάσια από τον Laborit. Η αναστολή αυτή είναι πηγή πολλών διαταραχών και ασθενειών, όπως αναφέρεται παρακάτω.

Εάν ο οργανισμός έχει τη δυνατότητα να αντιδράσει, το στρες διεγείρει λειτουργίες, που όχι μόνο κάνουν το άτομο ικανό να αντιμετωπίσει το ζόρισμα, αλλά και το ενδυναμώνουν για το μέλλον. Έτσι το ίδιο στρες, μπορεί να έχει τελείως διαφορετικά αποτελέσματα, καλά ή άσχημα. Αυτό εξαρτάται από την αντίσταση που αναπτύσσει το άτομο, καθώς και από τη φυσική και την πνευματική του προετοιμασία.

Όταν ένας οργανισμός υφίσταται επίδραση ενός ιδιαίτερα σημαντικού στρες, υπάρχει μια αρχική περίοδος αρκετά δύσκολη που την ονομάζουμε "αντίδραση συναγερμού".

Μετά ακολουθεί μια περίοδος σχετικά σταθερή, κατά την οποία ο οργανισμός αντέχει και αντιμετωπίζει τις δυσκολίες, γνωστή ως "στάδιο αντίστασης". Τέλος μια φάση "εξάντλησης" στη διάρκεια της οποίας οι μηχανισμοί άμυνας του οργανισμού έχουν καταργηθεί.

Στρες και ψυχική νοσηρότητα. Ο Parkes (1992) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το περιβάλλον παίζει αιτιοπαθογενετικό ρόλο στα αυξημένα επίπεδα άγχους, ενώ οι Findlay-Jones και Brown (1981) έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση ενός σοβαρού απειλητικού γεγονότος και της έναρξης μιας αγχώδους διαταραχής.

Οι ίδιοι ερευνητές, το 1993, βρήκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην απώλεια και την κατάθλιψη, τον κίνδυνο και το άγχος, ενώ η απώλεια σε συνδυασμό με τον κίνδυνο είχε συσχετιστεί στην έναρξη της κατάθλιψης με αγχώδεις εκδηλώσεις. Όσον αφορά στην σχιζοφρένεια, πρόσφατες προδρομικές μελέτες (Nuechterlein και συν, 1992), που βρίσκονται σε συμφωνία με πρωιμότερες αναδρομικές μελέτες, ενισχύουν την υπόθεση ότι σημαντικά γεγονότα ζωής, ικανά να μεταβάλλουν τον τρόπο ζωής των ασθενών, μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση υποτροπής της νόσου.

Οι παθοφυσιολογικές μελέτες του άγχους, από την άλλη πλευρά, ενισχύουν την υπόθεση ότι η απορύθμιση του συστήματος της απάντησης του στρες υπεισέρχεται στην αιτιοπαθογένεια πολλών ψυχικών διαταραχών (Chrousos & Gold, 1992). Τελειώνοντας, θα πρέπει να αναφερθεί η πολύ ενδιαφέρουσα παρατήρηση του Denis Hill από το Ψυχιατρικό Ινστιτούτο του Λονδίνου, το 1960, σε ένα συνέδριο για τις επιπτώσεις του στρες στην καθημερινή ζωή. Ο Hill επισήμανε ότι 30 χρόνια πριν (δηλαδή 70 χρόνια περίπου από σήμερα), η λέξη στρες αναφερόταν μόνο ως φυσικός και μηχανικός όρος στα αντίστοιχα συγγράμματα. Κανένα βιολογικό, ιατρικό ή ψυχιατρικό σύγγραμμα δεν περιείχε τη λέξη αυτή ή δεν απέδιδε, έστω σε κάποια άλλη λέξη, εννοιολογικά τις ιδιότητες που το στρες κάλυπτε ή τις ιδιότητες που, πολύ περισσότερο φυσικά, έχει προσλάβει σήμερα στην καθημερινή μας ζωή (Κονταξάκης, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2000).

2.7.2. Τα είδη του στρες

Οξύ στρες: Προκαλείται από μια κατάσταση έντονη που μόλις προηγήθηκε (π.χ., συνέντευξη για δουλειά) ή που άμεσα επίκειται (π.χ., ραντεβού με κάποιον που μας ενδιαφέρει). Θέτει το άτομο σε ετοιμότητα και μπορεί να προκαλεί μέχρι και ευχάριστη ένταση, επαναλαμβανόμενο όμως εξαντλεί το άτομο.

Επεισοδιακό οξύ στρες: Οξύ στρες σε καθημερινή σχεδόν βάση. Τα άτομα αυτά είναι σαν να βρίσκονται διαρκώς "στην πρίζα". Προκαλεί έντονα σωματικά συμπτώματα (π.χ., καρδιακές παθήσεις, έλκος) και προβλήματα στην συμπεριφορά (π.χ. επιθετικότητα, ξεσπάσματα).

Χρόνιο στρες: Το άτομο βρίσκεται μόνιμα σε μια κατάσταση στρες, την οποία μέσα από τον χρόνο συνηθίζει ως αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του. Η ζωή του φαίνεται μίζερη και στάσιμη. Το άτομο φθείρεται σωματικά και ψυχικά και νιώθει δυστυχημένο και ανικανοποίητο. Τα αποτελέσματα αυτού του τύπου στρες είναι αρκετά σοβαρά, καθώς μπορούν να καταλήξουν σε σημαντικά σωματικά ή ψυχικά προβλήματα.

2.7.3. Τα διαφορετικά πρόσωπα του στρες

Φύλο και στρες. Η φυσιολογία της αντίδρασης μάχης ή φυγής είναι ίδια σε όλους τους ανθρώπους. Ορισμένοι ερευνητές, όμως, πιστεύουν ότι υπάρχουν κάποιες διαφορές στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν στο στρες οι άντρες και οι γυναίκες, διαφορές που σχετίζονται με το φύλο. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε πολλές χώρες δείχνουν ότι οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από το στρες. Σύμφωνα με μία μελέτη, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν χρόνια στρες και να νιώσουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο της ζωής τους. Πού οφείλονται, όμως, αυτές οι διαφορές; Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι οι κοινωνικές υποχρεώσεις που δεσμεύουν τις γυναίκες-μεταξύ των οποίων η φροντίδα των παιδιών, των ηλικιωμένων συγγενών και του σπιτιού- τις εκθέτουν σε περισσότερα ερεθίσματα που μπορεί να προκαλέσουν άγχος. Οι άντρες, από την άλλη μεριά, ανησυχούν περισσότερο για τα οικονομικά ζητήματα, γεγονός απόλυτα κατανοητό αφού είναι παραδοσιακά επιφορτισμένοι με το ρόλο του "προμηθευτή" της οικογένειας.

Ηλικία και στρες. Άραγε η ηλικία επηρεάζει το στρες; Φυσικά, ορισμένα γεγονότα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε κατά τη διάρκεια της ζωής μας, όπως ο θάνατος ενός συζύγου, μία ασθένεια ή ένα ατύχημα, είναι πιθανότερο να προκύψουν σε πιο προχωρημένη ηλικία. Οι ασθένειες που εμφανίζουν συνήθως οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας, όπως καρδιακές παθήσεις, η αρθρίτιδα και ο καρκίνος, αποτελούν πηγές έντονου άγχους. Οι παρενέργειες των φαρμάκων και άλλων θεραπειών μπορεί να συνιστούν πλέον μία δυσάρεστη καθημερινή πραγματικότητα γι' αυτούς τους ανθρώπους. Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν συχνά διαταραχές του ύπνου. Όπως είναι φυσικό, όλοι αυτοί οι παράγοντες προκαλούν στρες .

Η φροντίδα των άλλων και το στρες. Η φροντίδα των ανθρώπων που μας περιβάλλουν αποτελεί στην ουσία όρο κοινωνικού συμβολαίου, το οποίο κρατάει ενωμένα τα μέλη μιας οικογένειας ή οποιασδήποτε άλλης κοινωνικής ομάδας. Φυσικά, η φροντίδα ενός ηλικιωμένου γονέα ή ενός αρρώστου συζύγου μπορεί να είναι μία αξιέπαινη και συχνά ευχάριστη πράξη. Αλλά σίγουρα δεν είναι εύκολη υπόθεση. Αν έχετε αναλάβει τη φροντίδα κάποιου ανθρώπου, μπορεί να κυριεύεστε συχνά από άγχος, εξάντληση, θυμό, ενοχές, θλίψη και άλλα επώδυνα συναισθήματα.

Εργασία και στρες Όλοι γνωρίζουμε ότι στις μέρες μας ο τομέας της εργασίας είναι πιο σκληρός από ποτέ. Δουλεύουμε ατελείωτες ώρες. Πολύ συνταξιούχοι επιστρέφουν στην αγορά εργασίας. Τα κινητά τηλέφωνα, τα e-mail και οι συσκευές φαξ γκρέμισαν το διαχωριστικό τείχος μεταξύ εργασίας και ελεύθερου χρόνου. Οι συχνές απολύσεις, η αγωνία των μεγαλύτερων υπαλλήλων που κινδυνεύουν από τους φιλόδοξους νέους με τις τεχνολογικές γνώσεις, και η γενικότερη αστάθεια της οικονομικής κατάστασης δημιουργούν ένα κλίμα αυξανόμενης ανασφάλειας.

Σύμφωνα με μία έρευνα, συμμετείχαν 21,300 νοσηλεύτριες, οι εργαζόμενες που ανέφεραν ότι δεν ήλεγχαν τη δουλειά τους, ότι δεν είχαν την κοινωνική στήριξη που χρειάζονταν στον εργασιακό τους χώρο και ότι επιβαρύνονταν με αυξημένα καθήκοντα, αντιμετώπιζαν αρκετά προβλήματα υγείας. Αντίθετα, οι εργαζόμενες που είχαν το μεγαλύτερο δυνατό έλεγχο της δουλειάς τους και μειωμένες υποχρεώσεις ήταν υγιέστερες (Βασιλόπουλος 2005).

2.7.4. Τα συμπτώματα του στρες.

Τα συχνότερα συμπτώματα του στρες είναι:

- Κούραση
- Πονοκέφαλοι
- Υψηλή πίεση
- Αϋπνία
- Κατάθλιψη
- Στομαχικές διαταραχές
- Πόνοι στην πλάτη
- Δυσκαμψία του αυχένα
- Απώλεια ή πρόσληψη βάρους
- Δυσκοιλιότητα ή διάρροια

- Δύσπνοια
- Εφίδρωση
- Φόβοι, ανησυχίες, νευρικήτητα, ευερεθιστικότητα
- Προβλήματα στις σχέσεις με τους άλλους
- Σεξουαλική δυσλειτουργία
- Άγχος
- Νευρικήτητα
- Ζάλη
- Αίσθημα καύσου

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι προτού γίνει αποδεκτό ότι μια ενόχληση, σημείο ή σύμπτωμα οφείλεται στο στρες είναι απαραίτητο με τη βοήθεια του γιατρού να αποκλειστεί όποια άλλη ψυχική πάθηση που πιθανόν να υπάρχει. Το πρόβλημα του στρες είναι πολύ συχνό. Επηρεάζει όλους τους ανθρώπους και μπορεί να προκαλείται από μεγάλο αριθμό καταστάσεων. Τα σημεία και συμπτώματα που προκαλούνται είναι ευρέως φάσματος και μιμούνται πολλές ασθένειες. Οι στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί να έχουν διαφορετικές επιδράσεις από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Οι επιδράσεις του στρες στην υγεία εξαρτώνται από τον τρόπο με τον οποίο το βιώνει και το αντιμετωπίζει ο κάθε άνθρωπος.

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ ο όρος Burn-out, για να περιγράψει την επαγγελματική παθολογία που εκδηλώνεται με μεγάλη συχνότητα σε όσους ασκούν κοινωνικό λειτουργήμα (ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, δάσκαλους κ.τ.λ.)

Η επαγγελματική αυτή παθολογία χαρακτηρίζεται από γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσωματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων. Οφείλεται κυρίως στις αρνητικές συνέπειες του χρόνιου εργασιακού Stress στην υγεία, αλλά και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Ο όρος προέρχεται από την αθλητικά αργκό της δεκαετίας του '30 στις ΗΠΑ. Περιέγραφε εκείνους τους αθλητές που μετά από μεγάλες αθλητικές επιδόσεις δεν μπορούσαν πλέον, "καμένοι" στην κυριολεξία, να προσφέρουν τα αναμενόμενα σε αγωνιστικό επίπεδο. Αναλογικά, όσοι ασκούν κοινωνικό λειτουργήμα και εκδηλώνουν το σύνδρομο Burn-out ή της ολοκληρωτικής εξάντλησης, αδυνατούν να εξασκήσουν τα

επαγγελματικά τους καθήκοντα και να συνδράμουν εκείνους που έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες τους.

Το σύνδρομο Burn-out, σύμφωνα με τους ειδικούς, αποτελεί μια από τις συνέπειες του εργασιακού στρες. Θεωρείται όμως μια κατάσταση πολύ πιο σύνθετη, γιατί δε χαρακτηρίζεται μόνο από τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που συνθέτουν το στρες, αλλά εξαρτάται και από ποικίλες κοινωνικές και μορφωτικές μεταβλητές, οι οποίες δρώντας ως καταλύτες, συντελούν στο πέρασμα από το στρες στο Burn-out.

Η συνήθης αντίληψη αντιμετωπίζει την εργασία ως δεδομένο και τον άνθρωπο ως την μεταβλητή πάνω στην οποία πρέπει να ασκηθεί κάποια δράση. Η αντίληψη αυτή ενισχύθηκε μετά 1930, όταν εφαρμόστηκε η θεωρία του Taylor, που αφορά στην οργάνωση της εργασίας βασισμένης στη μηχανή με σκοπό τη σταθεροποίηση της ταχύτητας της παραγωγής. Αναλυτικότερα προέβλεπε την τμηματοποίηση κάθε εργασίας, τον καθαρό διαχωρισμό μεταξύ του προγραμματισμού παραγωγής και της εκτέλεσης της εργασίας, τη χρησιμοποίηση εκπαιδευόμενων εργατών και το λεπτομερή καθορισμό των χρόνων και των κινήσεων. Τα παραπάνω έφεραν την εμφάνιση μιας νέου τύπου επαγγελματικής παθολογίας που ονομάζεται ανθρωπογενής, γιατί δημιουργεί ο άνθρωπος με τη δράση του και προσβάλλει πάλι τον άνθρωπο (σε αντίθεση που ως παθογενετικό της αίτιο έχει τα μικρόβια). Οι νέες επαγγελματικές ασθένειες που αναπτύσσονται είναι εκφυλιστικού τύπου και αντιπροσωπεύονται από την αρτηριοσκλήρυνση, τις ρευματοπάθειες, τα γαστρικά έλκη, τις διάφορες ψυχοσωματικές και αλλεργικές εκδηλώσεις, το άγχος και τις νευρώσεις.

Από τη μια, οι αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες και οι συνθήκες αποκλεισμού διαφόρων κοινωνικών ομάδων εντείνουν όλο και περισσότερο την ανάγκη για παρεμβάσεις κοινωνικής και υγειονομικής υποστήριξης και περίθαλψης. Από την άλλη, η οικονομική ύφεση συντελεί στον περιορισμό των αναγκαίων πόρων για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση κατάλληλων κοινωνικών και υγειονομικών προγραμμάτων. Η αντίθεση αυτή, ενισχυμένη από τους στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες πλαισιωμένη από μια διάχυτη αίσθηση αδιέξοδου και κατά συνέπεια-υποτίμησης του εργασιακού καθήκοντος των κοινωνικών λειτουργιών, γεννά τις κοινωνικό-μορφωτικές αιτίες που συμβάλλουν καθοριστικά στην εκδήλωση του συνδρόμου Burn-out.

2.7.5. Διαφορές ανάμεσα στο στρες και στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης

Πρέπει να επισημάνουμε ότι όταν λέμε στρες δεν εννοούμε και επαγγελματική εξουθένωση. Έχουν πολλά κοινά στοιχεία που τα συνδέουν αλλά και διαφορές που διαφοροποιούν της έννοιες αυτές. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αποτέλεσμα του χρόνιου στρες. Στον παρακάτω πίνακα 3 φαίνονται οι διαφορές αυτές.

Πίνακας 3: Διαφορές ανάμεσα στο στρες και στην επαγγελματική εξουθένωση.

Στρες	Επαγγελματική Εξουθένωση
Χαρακτηρίζεται απ' την υπερεμπλοκή.	Προκύπτει από την αποστασιοποίηση.
Τα συναισθήματα υπερδραστηριοποιούνται.	Τα συναισθήματα αμβλύνονται.
Η σωματική φθορά είναι πρωταρχική.	Η συναισθηματική φθορά είναι πρωταρχική.
Η εξουθένωση επηρεάζει τη σωματική ενεργητικότητα.	Η εξουθένωση επηρεάζει τα κίνητρα και την ορμή.
Παράγει αποσυντονισμό.	Παράγει αποθάρρυνση.
Μπορεί να γίνει κατανοητό ως η απώλεια ενέργειας και «καυσίμων».	Μπορεί να γίνει κατανοητή ως η απώλεια ιδανικών και ελπίδας.
Η κατάθλιψη προκαλείται από την ανάγκη του οργανισμού να προστατευθεί και να κρατήσει αποθέματα ενέργειας.	Η κατάθλιψη προκαλείται απ' το θρήνο για την απώλεια ιδανικών και ελπίδας.
Παράγει «μια αίσθηση επείγοντος» και υπερδραστηριότητα.	Παράγει μια αίσθηση ότι είσαι αβοήθητος και ότι δεν υπάρχουν ελπίδες.
Παράγει πανικό, φοβίες και αγχώδεις διαταραχές.	Παράγει παράνοια, αποπροσωποποίηση, και αποστασιοποίηση.
Μπορεί να σε σκοτώσει πρόωρα και να μην προλάβεις να τελειώσεις αυτό που άρχισες.	Δε θα σε σκοτώσει αλλά θα σου φανεί πως δεν βρίσκεις νόημα στη ζωή σου.

2.8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΟΡΤΩΣΗΣ

Η εργασιακή υπερφόρτωση χωρίζεται σε τέσσερις παράγοντες:

1. Η πίεση του χρόνου
2. Οι υπερβολικές ευθύνες και υποχρεώσεις

3. Η έλλειψη υποστήριξης**4. Οι υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό σας και από τους άλλους γύρω σας.**

Οποιοσδήποτε από αυτούς τους παράγοντες, ή οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταξύ τους, μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.

Η πίεση του χρόνου. Η σωστή διαχείριση του χρόνου είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, γιατί ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου που έχουν στην εργασία τους (Macan, 1994).

Η Lang (1992) ανακάλυψε ότι η σωστή διαχείριση του χρόνου σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, στρες και σωματικών συμπτωμάτων σε επαγγελματίες με ιδιαίτερα αυστηρά και σκληρά προγράμματα εργασίας.

Ερευνητές έχουν συνδέσει τα αντίξοα ωράρια των επαγγελματιών υγείας (π.χ., βάρδιες) με την ευάλωτη σωματική και ψυχική τους υγεία (Sparks και συν., 2001).

Ο έλεγχος και η διαχείριση του χρόνου μπορούν να επιτευχθούν (Sutherland & Cooper, 2003):

- Θέσπιση στόχων
- Σχεδιασμό της εργασίας
- Καθορισμό προτεραιοτήτων
- Σχεδιασμό του χρόνου
- Ανάθεση εργασιών

2.8.1. Εργασιακό στρες

Τις τελευταίες δεκαετίες το στρες έχει μπει για τα καλά στο λεξιλόγιό μας, περιγράφοντας την κούραση, την ταλαιπωρία, την πίεση που βιώνουμε στην καθημερινή μας ζωή. Οι κάθε άλλο παρά ιδανικές συνθήκες εργασίας, οι οικονομικές δυσκολίες, τα προσωπικά μικρά ή μεγάλα προβλήματα του καθενός από εμάς αποτελούν το προσωπικό μας φορτίο, που είμαστε αναγκασμένοι να κουβαλάμε καθημερινά. Ειδικά στο χώρο της εργασίας φαίνεται πως το στρες μας θερίζει. Σε έρευνα που έγινε για το εργασιακό στρες στους Ευρωπαίους, φάνηκε ότι οι Έλληνες βιώνουν τα υψηλότερα επίπεδα!

Το εργασιακό στρες έχει αναγνωριστεί σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο ως μια υπόθεση και για εργοδότες και για εργαζόμενους. Έχοντας αναγνωρίσει την ανάγκη στοχευμένης κοινής δράσης για το θέμα και σε αναμονή της Διαβούλευσης της

Επιτροπής για το στρες, οι Ευρωπαίοι κοινωνικοί εταίροι συμπεριέλαβαν το θέμα στο πρόγραμμα εργασίας του κοινωνικού διαλόγου 2003 – 2005.

Το στρες δύναται, ενδεχομένως, να επηρεάσει οποιονδήποτε εργασιακό χώρο και οποιονδήποτε εργαζόμενο, ανεξάρτητα του μεγέθους της εταιρείας, του πεδίου δράσης, ή του είδους της εργασιακής σύμβασης ή σχέσης. Πρακτικά, δεν επηρεάζονται, απαραίτητα, όλοι οι χώροι εργασίας και όλοι εργαζόμενοι.

Το εργασιακό στρες εμφανίζεται όταν αντιλαμβανόμαστε ότι οι απαιτήσεις στις οποίες πρέπει να ανταποκριθούμε είναι μεγαλύτερες από τις δυνατότητές μας. Όταν το στρες είναι έντονο και διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, αρχίζει να μας καταβάλλει με συνέπεια να αναπτύσσονται διάφορα συμπτώματα που μας προειδοποιούν ότι κάτι δεν πάει καλά. Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα (προμηνύματα) είναι τα ακόλουθα: έντονος εκνευρισμός, ανησυχία, ανασφάλεια, δυσκολίες στον ύπνο, διαταραχές μνήμης, τρέμουλο στα χέρια, πονοκέφαλοι, ασυνήθιστα σφιγμένοι μύες (ιδιαίτερα του λαιμού), ναυτία, ταχυκαρδία, έντονη εφίδρωση, ζαλάδα, τάσεις λιποθυμίας, κ.ά..

Οι λόγοι για τους οποίους εμφανίζονται υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες ιδιαίτερα τις δυο τελευταίες δεκαετίες είναι αρκετοί. Ο εργασιακός χώρος πλέον απαιτεί υψηλή αποδοτικότητα και παραγωγικότητα. Ο εργαζόμενος δρα υπό συνθήκες οι οποίες είναι αρκετά πιεστικές. Επιπλέον, στη σύγχρονη πραγματικότητα η εργασία αποτελεί το μέσο για την αποδοχή και την αναγνώριση του ενήλικου ατόμου, γι' αυτό και παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του. Η σπουδαιότητα της εργασίας γίνεται πιο εύκολα αντιληπτή αν σκεφτεί κανείς τα υψηλά επίπεδα ανεργίας και τις επιπτώσεις της στη ζωή του ατόμου.

Οι παράγοντες που προκαλούν στρες δεν είναι ίδιοι για όλους. Αυτό που προκαλεί στρες σε ένα άτομο μπορεί να μην προκαλεί σε ένα άλλο. Το κάθε άτομο αντιδρά στο στρες με διαφορετικό τρόπο. Οι παράγοντες λοιπόν, που προκαλούν στρες στο χώρο της εργασίας μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

Στρες και εργασιακό στρες Το στρες είναι μια κατάσταση, η οποία συνοδεύεται από σωματικά, ψυχολογικά ή κοινωνικά παράπονα ή δυσλειτουργίες, οι οποίες καταλήγουν ώστε τα άτομα να αισθάνονται ανίκανα να γεφυρώσουν το κενό των απαιτήσεων ή των προσδοκιών που τους ανατίθενται.

Το άτομο προσαρμόζεται στη συνεργασία, όταν αυτή έχει βραχυπρόθεσμη έκθεση στην πίεση, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως θετική, αλλά έχει μεγαλύτερη δυσκολία να συνεργαστεί όταν υπόκειται σε μια παρατεταμένη έκθεση στην εντατική πίεση. Επιπλέον, διαφορετικά άτομα μπορούν να αντιδράσουν διαφορετικά σε παρόμοιες

καταστάσεις και τα ίδια άτομα μπορεί να αντιδράσουν διαφορετικά σε παρόμοιες καταστάσεις σε διαφορετικές στιγμές της ζωής τους.

Το στρες δεν είναι ασθένεια αλλά, η παρατεταμένη έκθεση σε αυτό, μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα (αποδοτικότητα) στην εργασία και μπορεί να προκαλέσει κακή υγεία.

Το στρες που προέρχεται από παράγοντες εκτός εργασιακού περιβάλλοντος μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στην συμπεριφορά και στην μειωμένη της αποτελεσματικότητας (αποδοτικότητας) στην εργασία. Όλες οι εκδηλώσεις του στρες στη δουλειά δεν μπορούν να θεωρηθούν ως εργασιακό στρες. Το εργασιακό στρες μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες, όπως το περιεχόμενο της εργασίας, η οργάνωση της εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον, η φτωχή επικοινωνία, κ.λπ.

Περιβαλλοντικές συνθήκες. Παράγοντες όπως ο κακός φωτισμός, τα υψηλά επίπεδα θορύβου, ο ανεπαρκής εξαερισμός του χώρου, η κακή αρχιτεκτονική και εργονομική διεύθυνση του χώρου κ.ά. έχει βρεθεί ότι επιβαρύνουν σημαντικά την υγεία των εργαζομένων και συνιστούν συχνά σημαντική αιτία για την πρόκληση ατυχημάτων. Εργασιακές παράμετροι, όπως πρόγραμμα εργασίας, νυχτερινή βάρδια, εργασιακή και επαγγελματική ανασφάλεια, πιθανότητα μείωσης της αμοιβής ή των ωρών εργασίας, υποβάθμιση της εργασιακής θέσης.

Παράγοντες που αφορούν την ίδια την εργασία Ο φόρτος εργασίας είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που προκαλούν στρες. Έχει βρεθεί ότι οι εργαζόμενοι που είναι υποχρεωμένοι να δουλεύουν περισσότερες ώρες και έχουν ταυτόχρονα πολλά καθήκοντα καταφεύγουν συχνότερα σε επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, κ.ο.κ.) και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αρρωστήσουν σε σύγκριση με τους εργαζόμενους που δεν έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας.

Σύγκρουση ρόλων και ασάφεια ρόλων. Ως σύγκρουση ρόλων ορίζεται η συνθήκη κατά την οποία ο εργαζόμενος λαμβάνει αντικρουόμενα και ασαφή μηνύματα σε σχέση με τα καθήκοντα της εργασίας του από διαφορετικά κάθε φορά άτομα. Ως ασάφεια ρόλων ορίζεται η συνθήκη κατά την οποία ο εργαζόμενος δε γνωρίζει επακριβώς ποια είναι τα καθήκοντά του στο πλαίσιο της εργασίας του και ποια τα κριτήρια αξιολόγησής της.

Η μη δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών στην εργασία προκαλεί μείωση της ικανοποίησης και αύξηση του ποσοστού απουσιών από την εργασία.

Παράγοντες που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο. Οι εργαζόμενοι που εξαιτίας της φύσης της εργασίας τους δεν είναι σε θέση να

επικοινωνούν με τους συναδέλφους τους συνήθως δεν είναι ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους.

Σήμερα υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα, τα οποία δείχνουν ότι το στρες επιδρά αρνητικά όχι μόνο στην ποιότητα της εργασίας ή στο επίπεδο παραγωγικότητας και ασφάλειας, αλλά και στην υγεία των εργαζομένων. Βέβαια, η καθημερινή πίεση σπανίως μπορεί να προκαλέσει μια ασθένεια χωρίς να υπάρχουν άλλοι παράγοντες που επιβαρύνουν τον οργανισμό. Αν και είναι δύσκολο να καταγραφεί όλο το φάσμα των επιπτώσεων του εργασιακού στρες, μπορούν να χωριστούν στις εξής κατηγορίες :

Προβλήματα σωματικής υγείας. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία εξέδωσε ένα κατάλογο με τις επιπτώσεις που έχουν οι κακές εργασιακές συνθήκες στην υγεία των εργαζομένων. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αναπνευστικά προβλήματα, ο καρκίνος, οι διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος, τα προβλήματα ακοής, οι δερματολογικές παθήσεις, τα ψυχοσωματικά προβλήματα, τα ατυχήματα και η έκθεση σε επικίνδυνες για την υγεία ουσίες.

Προβλήματα ψυχολογικής φύσης, όπως κατάθλιψη, έντονο άγχος και νευρική κατάσταση, αδυναμία συγκέντρωσης, συναισθηματική εξουθένωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Προβλήματα που εντοπίζονται στη συμπεριφορά, όπως συχνές απουσίες από την εργασία, αυξημένο κάπνισμα, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών ουσιών και φαρμάκων, επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε συναδέλφους, ροπή προς ατυχήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε γιατρούς και νοσηλευτές, καθότι αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί ως σήμερα και αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση, έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας. Η Firth-Cozens et al. (1997), αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες/ τές καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Ο χώρος που εργάζονται οι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητα τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Hannigan et al. (200) και των Kilfedder CJ, et al.(2001), το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του. Για πολλούς νοσηλευτές, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους την αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα. Εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, από έρευνες έχει δειχθεί ότι, οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, βιώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Poncet MC et al. (2007), όπου μελετήθηκαν νοσηλευτές από την Γαλλία φάνηκε ότι, το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είχαν βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι κύριοι παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης προερχόταν από την έλλειψη οργάνωσης, την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊστάμενους και το ιατρικό προσωπικό, την αντιληπτή σύγκρουση με τον ασθενή, τον φόβο από το θάνατο του ασθενούς και την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος.

Μεγάλου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, παρουσιάζουν επίσης οι παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές, σύμφωνα με την έρευνα των Zhu W., et al. (2006) Ο

υψηλός φόρτος εργασίας, οι γρήγοροι ρυθμοί, το αίσθημα της ευθύνης, η έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών, καθώς και η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν τους κυριότερους αιτιακούς παράγοντες για την εμφάνιση του συν- δρόμου.

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

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

Σύμφωνα με την εργασία των Bernardi M et al., κατά την οποία μελετήθηκαν 40 επιλεγμένα άρθρα με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση από όλες τις ηπείρους, εκτός από τη Νότια Αμερική, φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε οργανισμού, ενώ ο βαθμός πίεσης στο χώρο της εργασίας και οι προσωπικές προσδοκίες αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο, τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001) έδειξαν ότι, οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.α., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα π.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α. Η Αδαλή και συν. (2002),

διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πέντε δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας και βρήκαν ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Για το λόγο αυτό, είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησης τους.

Αντίθετα, σύμφωνα με την μελέτη των Κανδρή και συν. (2004), η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι παρά τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελλαδικό χώρο, το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει στην εργασία του, γιατί είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς. Το κυριότερο συμπέρασμα που εξάγεται από την πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών είναι η σημασία και αναγκαιότητα εισαγωγής μιας ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στην καθημερινή κλινική πρακτική, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό.

3.2. ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

Ο νοσηλευτής αποτελεί τον κύριο και πρωταρχικό υπεύθυνο επιστήμονα στη λειτουργία και οργάνωση της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας Υγείας αλλά και των Κέντρων Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας και την ανάλογη ενημέρωση των ατόμων, οικογενειών ομάδων και Κοινοτήτων σε θέματα Υγείας. Ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την αποκατάσταση της

υγείας του ατόμου που έχει ήδη νοσήσει, αλλά επεκτείνεται κυρίως στις παρεμβάσεις εκείνες που έχουν σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της Υγείας.

Τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο. Η επιτροπή Ογκολόγων της Κοινότητας το 1986 σχεδίασε το πρόγραμμα Η Ευρώπη κατά του καρκίνου με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας.

Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης.

Ο εξειδικευμένος στην Ογκολογία νοσηλευτής είναι πλέον αναγκαιότητα και για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιοτεχνία
- Επιστημονική κατάρτιση
- Αγάπη για τους ασθενείς
- Αίσθημα ευθύνης
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας (αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών) υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.

Οι ογκολογικοί ασθενείς είναι μια πρόκληση και για τους νοσηλευτές, όπως όλους τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αποδείξουν τη συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου διότι αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Η βαρύτητα της νόσου τους και το προνόμιο να γνωρίζουν το επικείμενο τέλος αρκετές φορές επηρεάζει τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του.

Πιο αναλυτικά θα δούμε τους νοσηλευτές συνοδοιπόρους στο δύσκολο δρόμο που καλείται να διανύσει κάθε άνθρωπος αντιμέτωπος με τον καρκίνο σε όλα τα βήματα της πορείας του.

Από τους νοσηλευτές απαιτείται ενεργό συμμετοχή:

A) Στην ενημέρωση και παροχή κατευθυντήριων οδηγιών όσο αφορά:

1. Τις παρενέργειες και την αντιμετώπισή τους (προσωρινές, αντιμετώπισιμες):
2. Την εξήγηση μηχανημάτων εκπομπής ακτινοβολίας
3. Το πρόγραμμα θεραπείας (καθημερινό-για μερικές εβδομάδες διάρκειας μερικών λεπτών
4. Την μη απαραίτητη νοσηλεία του στο νοσοκομείο
5. Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη
6. Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης
7. Την παραμονή του στο περιβάλλον του (οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω)
8. Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx)

B) Στην ψυχολογική στήριξη προ και μετά της θεραπείας

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής ψυχικής- κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου.

Μια ιδιαίτερη ετερογενής ομάδα καρκινοπαθών είναι οι ηλικιωμένοι για τη βοήθεια εκπαίδευση των οποίων χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια διότι:

1. Υπάρχουν δυσκολίες σε αλλαγές συμπεριφοράς και συνηθειών τους
2. Βιολογικές φθορές (ελαττωμένη όραση, ακοή, διαταραχές μνήμης, περισσότερος χρόνος για κατανόηση πληροφοριών)

3. Απαιτείται αρκετή υπομονή για απλά-κατανοητά λόγια-επαναλήψεις
4. Απαιτείται ολοκληρωμένη γηριατρική εκτίμηση για καθέναν ξεχωριστά και ανάλογη αντιμετώπιση (φυσική κατάσταση- λειτουργική κατάσταση, εξάρτηση η όχι- ευπάθεια)
5. Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι εντονότερα λόγω ταυτόχρονης ύπαρξης προβλημάτων γήρατος
6. Η κοινωνική θέση είναι υποβαθμισμένη και συχνά συνοδεύεται από οικονομική υποβάθμιση
7. Μερικά συμπτώματα όπως ο πόνος βιώνετε εντονότερα εξαιτίας της συνύπαρξης των άλλων προβλημάτων (μοναξιά, κατάθλιψη, αίσθηση μη συμμετοχής στις διαδικασίες)

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου.

Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου.

Ποια τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής;

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών κοινωνικών ηθικών προβλημάτων
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας
- Φροντίδα τελικού σταδίου

Συμπερασματικά θεωρούμε ότι οι νοσηλευτές σε όλο το φάσμα διάγνωση-θεραπεία αποκατάσταση-τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό-θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

3.2.1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η στρεσογόνα φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και ιδιαίτερα του νοσηλευτή που εργάζεται σε ογκολογικά τμήματα, είναι ευρέως αποδεκτή και ερευνητικά τεκμηριωμένη. Το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burn out», προκαλείται κυρίως κατά την μακροχρόνια εργασία υπό ιδιαίτερα απαιτητικές και εξαντλητικές συνθήκες. Οι συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα με ασθενείς του AIDS χωρίς όμως να αποκλείονται και οι νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων.

Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθότι, οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μια «δύσκολη» ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ογκολογικοί ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές, διότι η απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια και ο φόβος του πόνου και του θανάτου, αποτελούν στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους.

Εκτός από τον χώρο της εργασίας, άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου «burn out». Από την μελέτη των Jenkins & Elliott οι οποίοι διερεύνησαν τον βαθμό του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε καταρτισμένο και μη καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό της Αγγλίας, βρέθηκε ότι, περίπου το μισό από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε σημάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι καταρτιζόμενοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωναν υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας από το αναρμόδιο προσωπικό. Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης ήταν ο κύριος παράγοντας άγχους που αναφέρθηκε από το καταρτισμένο προσωπικό, ενώ οι δύσκολοι ή απαιτητικοί ασθενείς αποτελούσαν πηγή άγχους για το αναρμόδιο προσωπικό.

Στα επαγγέλματα του χώρου της υγείας η μεγαλύτερη ικανοποίηση προέρχεται από την ανάρρωση του ασθενή, πολύ συχνά όμως αυτό δεν είναι εφικτό. Ειδικά όσοι υπηρετούν σε ογκολογικά τμήματα εργάζονται κάτω από έντονες στρεσογόνες

συνθήκες. Σημαντική πηγή του στρες των νοσηλευτών αποτελεί η έκθεση στο θάνατο, καθώς υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ αριθμού θανάτου ασθενών και επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Ο θάνατος του ασθενούς δε σχετίζεται μόνο με απώλεια μιας ανθρώπινης σχέσης αλλά παράλληλα σηματοδοτεί ποικίλες απώλειες, προβληματίζει για το χρονικό διάστημα που διατέθηκε στον ασθενή πιθανώς σε βάρος άλλων καθηκόντων, εγείρει σκέψεις ματαιότητας των ενεργειών σε ασθενείς σοβαρής πρόγνωσης, απομακρύνει συναισθηματικά τις νοσηλευτές από τους ασθενείς.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται στους ογκολογικούς νοσηλευτές ακόμα πιο συχνά όταν τα ογκολογικά περιστατικά αφορούν παιδιά (παιδοογκολογικά τμήματα). Αν και από μόνος του ο θάνατος ενός ασθενούς αποτελεί έναν παράγοντα που ευνοεί το σύνδρομο αυτό, το αίσθημα αυτό γίνεται πολύ πιο έντονο όταν η απώλεια αυτή αφορά ένα παιδί. Επίσης, εδώ πρέπει να επισημάνουμε και την ψυχολογική φόρτιση των συγγενών ενός παιδιού που νοσεί, την οποία πρέπει να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής.

Το περιβάλλον εργασίας στα ογκολογικά τμήματα, όπου δραστηριοποιούνται οι νοσηλευτές δημιουργεί ένταση, η οποία επιδρά σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα. Στα τμήματα αυτά, ο φόρτος εργασίας, η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς, η έλλειψη πόρων, η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας και οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, ενοχοποιούνται ως επιβαρυντικοί παράγοντες για τη δημιουργία επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Είναι ανάγκη να τονιστεί ότι, ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές, στα τμήματα αυτά, για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτος εργασίας, και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο της εργασίας υποδαυλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης τους. Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί στους νοσηλευτές συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, απογοητευτική.

Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια

των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής, και οι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης.

Τέλος, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτή, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση.

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργός συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο εργαζόμενος στην ροή των γεγονότων είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ζωή του κάθε ατόμου.

Οι παράγοντες που συντελούν στο επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα είναι:

- 1) Η συμπεριφορά των ασθενών.
- 2) Οι κακές εργασιακές σχέσεις, (μισθός, εξέλιξη, μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων),
- 3) Η πίεση του χρόνου κατά τη επιτέλεση του έργου
- 4) Σημεία που αφορούν την εκπαίδευση και την επαγγελματική εξέλιξη του νοσηλευτή
- 5) Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτή
- 6) Η οργανωτική και διοικητική δομή του τμήματος και κατ' επέκταση του νοσοκομείου.
- 7) Εξωγενείς παράγοντες που έχουν σχέση με την ευρύτερη κοινωνία και την πολιτική ζωή.
- 8) Κακή πρόγνωση της υγείας του ασθενούς (περιορισμένες πιθανότητες οριστικής θεραπείας).

Ακόμα παράγοντες επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα μπορεί να προκαλέσουν:

- Η αδυναμία να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά του, είτε λόγω απειρίας είτε λόγω ανεπάρκειας.
- Οι σχέσεις του με τους ασθενείς.
- Οι σχέσεις με τους συνοδούς των ασθενών

- Ο μεγάλος αριθμός ασθενών που του αντιστοιχεί
- Η χαμηλή αμοιβή του.
- Και ο συμβιβασμός με την υπάρχουσα κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Συλλογικά και ατομικά ο εργαζόμενος μπορεί να παρέμβει

1. Αναγνωρίζοντας ότι έχει επαγγελματική εξουθένωση
2. Λύνοντας τη σιωπή και ανακοινώνοντας / καταγγέλλοντας το πρόβλημα
3. Δίνοντας περισσότερο χρόνο και προσοχή στην ατομική του ζωή
4. Επιδιώκοντας κοινωνική υποστήριξη:
 - αναζητώντας στήριξη στους συναδέλφους, στους φίλους, στους συγγενείς, και στην οικογένειά
 - εκφράζοντας τα συναισθήματά του
5. Μαθαίνοντας πρακτικές- τεχνικές που συμβάλουν στην αντιμετώπιση του φαινομένου.
- 6 Τεχνικές χαλάρωσης, όπως η γιόγκα, η προοδευτική χαλάρωση και ο διαλογισμός. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να μας ανακουφίσουν από τα σωματικά προβλήματα που δημιουργεί η επαγγελματική εξουθένωση, ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν.
 - Διαχείριση χρόνου και χρημάτων

Ο εργαζόμενος θα βοηθηθεί αν:

1. Καθορίζει στόχους και προτεραιότητες - (να αποφασίζει καθημερινά τι έργο πρέπει να φέρει εις πέρας και τι είναι περισσότερο σημαντικό).
2. Θέτει ρεαλιστικούς και επιτεύξιμους στόχους
3. Μάθει τους μηχανισμούς διαχείρισης του χρόνου - διάφορες ενέργειες που πρέπει να κάνει, όπως το να φτιάχνει λίστες με τις καθημερινές ανάγκες και να προετοιμάζεται για την εργασία του.
4. Αναλύσει που, πως και γιατί αφιερώνει το χρόνο του
5. Μειώσει τις χρονικές πιέσεις που αντιμετωπίζει
6. Αναπτύξει μία προσωπική αίσθηση του χρόνου
7. Έχει μία μεθοδική και συστηματική προσέγγιση στην εργασία του, αυξάνοντας παράλληλα την ετοιμότητά του.

8. Αποφύγει ενοχλήσεις και περισπασμούς και απαλλαγή από άσκοπες και χρονοβόρες δραστηριότητες
9. Αναθέτει εργασίες, που ούτως ή άλλως δεν θα διεκπεραιώσει, σε συνεργάτες
 - Ανάπτυξη της διεκδικητικότητας (όπως το να λέμε «όχι» όταν χρειάζεται μειώνοντας έτσι τις πιέσεις του περιβάλλοντος, και να διαπραγματευόμαστε).
 - Η βελτίωση των ικανοτήτων στην επικοινωνία
 - Σωματική άσκηση
10. Πως μπορεί να αντιμετωπιστεί η επαγγελματική εξουθένωση μέσα στους Οργανισμούς;
 - Μπορεί να δημιουργήσει συστήματα στήριξης των εργαζομένων. Και να ενθαρρύνει την καθαρή και ειλικρινή επικοινωνία των εργαζόμενων μεταξύ τους και με την ιεραρχία.
 - Αλλά και να προτείνει αλλαγές στο ίδιο το σύστημα με το οποίο δουλεύει ο Οργανισμός
 - Να γίνει ξεκάθαρη περιγραφή ρόλων, υποχρεώσεων και δικαιωμάτων.
 - Να προσφέρει ποικιλομορφία στην εργασία, ώστε να μη αυτοματοποιείται γιατί τότε χάνει την δημιουργική και την ποιοτική της αίσθηση.
 - Να προσφέρει «εντός της υπηρεσίας» εκπαίδευση και αντιμετώπιση της εξουθένωσης.
 - Να παρακολουθεί συστηματικά τον φόρτο εργασίας που είναι πολύ ισχυρός παράγοντας εξουθένωσης. Η αντιμετώπιση της εργασιακής εξουθένωσης συνδέεται με την αλλαγή. Η αλλαγή όμως δεν θεωρείται δεδομένη, καθώς όταν δουλεύει κανείς μέσα στον Οργανισμό και έχει μάθει να δουλεύει με έναν ορισμένο τρόπο νομίζει ότι άλλος τρόπος δεν υπάρχει. Και όμως υπάρχει δυνατότητα να αλλάξει τις συνθήκες. Φτάνει να το σκεφτεί ότι θέλει να τις αλλάξει και να σκεφτεί να κάνει αποτελεσματικές πράξεις για να τις αλλάξει.

Τέτοιες δυνατότητες προσφέρονται στα πλαίσια των συναντήσεων Ομάδας Επικοινωνίας που αναπτύχθηκε στο καινοτόμο πρόγραμμα παρέμβασης που παρουσιάζουμε στη συνέχεια.

Είναι περιορισμένες οι έρευνες που χρησιμοποιούν Ομάδες Επικοινωνίας για την αντιμετώπιση ή πρόληψη της εργασιακής εξουθένωσης. Ίσως διότι το σύνδρομο αυτό δεν αντιμετωπίζεται εγκαίρως ώστε να το προλάβει ο εργαζόμενος, ή ο Οργανισμός με την εφαρμογή τέτοιων ομάδων. Ίσως διότι ο εργαζόμενος καταφεύγει στην ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία όμως γίνεται δυσχερής διότι οι συνθήκες δουλειάς δεν αλλάζουν. Σπάνια είναι τα παραδείγματα παρεμβάσεων στις οποίες τα άτομα ασκούνται σε ορισμένες κοινωνικές κυρίως δεξιότητες.

4.1.1. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει μερικές προληπτικές στρατηγικές που αφορούν στην εμφάνιση του:

Στρατηγικές επικεντρωμένες στο άτομο σε επίπεδο προσωπικού.

- Μείωση του επιπέδου των δεσμεύσεων που οι επαγγελματίες αναλαμβάνουν και ενθάρρυνσή τους για την υιοθεσία πιο ρεαλιστικών στόχων οι οποίοι να προσφέρουν ικανοποίηση.
- Παροχή βοήθειας στους εργαζόμενους με σκοπό την επεξεργασία και χρησιμοποίηση μηχανισμών επαλήθευσης και ανάδρασης που να είναι σε θέση να αναδεικνύουν τη βραχυπρόθεσμη πρόοδο.
- Συχνή παροχή ευκαιριών εσωτερικής κατάρτισης ώστε να αυξηθεί η επάρκεια του καθένα στο ρόλο του.
- Εκπαίδευση σε στρατηγικές διαχείρισης, όπως για παράδειγμα διαχείριση χρόνου.
- Καθοδήγηση των νέων εργαζόμενων μέσω της χορήγησης φυλλαδίου στο οποίο να περιγράφονται με ρεαλιστικό τρόπο οι ματαιώσεις και οι συνήθεις δυσκολίες της εργασίας τους.
- Χορήγηση δελτίων «Ελέγχου του burnout» σε όλο το προσωπικό,
- Παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής ή αξιολόγησης προσανατολισμένων την εργασία για τους επαγγελματίες που υποβάλλονται σε περιόδους ιδιαίτερα έντονες εργασιακού στρες,
- Ενθάρρυνση ανάπτυξης ομάδων στήριξης και δικτύων ανταλλαγής πόρων.
- Διαχείριση του στρες.

Στρατηγικές επικεντρωμένες στο άτομο σε επίπεδο διοίκησης

- Δημιουργία προγραμμάτων διοικητικής κατάρτισης και ανάπτυξης ανάλογων ικανοτήτων για τους προϊσταμένους που ήδη καταλαμβάνουν τέτοιες θέσεις και για εκείνους που θα γίνουν, προσδίδοντας ιδιαίτερη έμφαση σε εκείνες τις πτυχές του ρόλου που προκαλούν μεγαλύτερες δυσκολίες στους επαγγελματίες.
- Δημιουργία συστημάτων επικύρωσης των προϊσταμένων, όπως για παράδειγμα έρευνες του προσωπικού.
- Διερεύνηση του βαθμού «κόπωσης εκ του ρόλου» ανάμεσα στους προϊστάμενους και παρέμβαση όταν η πίεση αυτή καθίσταται εξαιρετικά υψηλή.
- Εκπαίδευση των προϊσταμένων.

Στρατηγικές επικεντρωμένες στη δομή της επαγγελματικής δραστηριότητας

- Μείωση του αριθμού των ασθενών για τους οποίους το προσωπικό είναι υπεύθυνο, με περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο,
- Κατανομή του φόρτου της πιο δύσκολης και λιγότερο ικανοποιητικής εργασίας μεταξύ όλων των εργαζομένων, έτσι ώστε το βάρος να μην πέφτει σ' ένα άτομο ή σε μια ομάδα και όλοι να μαθαίνουν να αποδίδουν σε διάφορους ρόλους και να εργάζονται σε διαφορετικά προγράμματα.
- Οργάνωση των καθημερινών εργασιακών δραστηριοτήτων με τρόπο που να εναλλάσσονται ασχολίες με μεγάλο, μέσο και ελάχιστο βαθμό ικανοποίησης.
- Δυνατότητα, αφιέρωσης ορισμένου χρόνου σε δραστηριότητες που μπορούν να βοηθήσουν το προσωπικό στη διεκπεραίωση της εργασίας του ώστε να αισθάνεται χαλαρωμένο και γεμάτο ενέργεια.
- Οργάνωση των διαφόρων ρόλων κατά τρόπο ώστε να επιτρέπει στο προσωπικό να χρησιμοποιεί στιγμές ανάπαυσης.
- Ενθάρρυνση των εργαζομένων ώστε να κάνουν συχνά διακοπές, με σύντομη προειδοποίηση εφόσον είναι αναγκαίο.
- Περιορισμός των ωρών εργασίας.
- Ενθάρρυνση της μερικής απασχόλησης, που θα επιτρέπει στους εργαζόμενους ένα πιο ευέλικτο ωράριο.

- Παροχή σε κάθε εργαζόμενο της δυνατότητας να προτείνει νέες δραστηριότητες που να τροφοδοτούν τον αυθορμητισμό, τη δημιουργικότητα και να περιορίζουν την αίσθηση της ανίας.
- Δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων σταδιοδρομίας για όλο το προσωπικό.

Στρατηγικές επικεντρωμένες στην οργάνωση

Πολιτική δράση και στόχοι:

- Επεξεργασία στόχων που να είναι απόλυτα σαφείς και να έχουν συνάφεια μεταξύ τους.
- Επεξεργασία μιας ξεκάθαρης φιλοσοφίας στην οποία να βασίζεται η εργασία.
- Ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας της εκπαίδευσης και της ερευνητικής δραστηριότητας.
- Κατανομή των ευθυνών φροντίδας και θεραπευτικής αγωγής με τρόπο τέτοιο που να συμπεριλαμβάνει τον ασθενή, την οικογένειά του και την κοινότητα. Επίλυση προβλημάτων και διαδικασία λήψης αποφάσεων.
- Δημιουργία τυπικών μηχανισμών για την επίλυση των προβλημάτων και την επεξεργασία/ υπέρβαση των συγκρούσεων σε επίπεδο ομάδας και μηχανισμού.
- Παροχή σε όλο το προσωπικό μιας ειδικής εκπαίδευσης για την επεξεργασία/ υπέρβαση των συγκρούσεων και την επίλυση των προβλημάτων της ομάδας.
- Αύξηση της αυτονομίας του προσωπικού και της συμμετοχής του στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Χώρος διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη στα ογκολογικά τμήματα (4 κλινικές) του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Συγκεκριμένα τα τμήματα που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα ήταν τα εξής: 1 Το συγκεκριμένο Νοσοκομείο επιλέχτηκε ως πεδίο της παρούσας μελέτης διότι α) είναι το μεγαλύτερο σε δυναμικότητα ογκολογικών κλινικών στην Κρήτη και β) εργάζεται σε αυτό ο μεγαλύτερος αριθμός ειδικευμένου ογκολογικού νοσηλευτικού προσωπικού.

5.2. Δείγμα και διάρκεια της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν στις κλινικές που προαναφερθήκαν. Επιλέχθηκε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης δηλαδή βοηθοί νοσηλευτών, απόφοιτοι νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. και απόφοιτοι νοσηλευτικής Α.Ε.Ι.. Η σκόπιμη δειγματοληψία βασίζεται στο ότι η γνώση του ερευνητή σχετικά με τον πληθυσμό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επιλογή των περιπτώσεων που θα συμπεριληφθούν στο δείγμα. Ο ερευνητής μπορεί να αποφασίσει σκόπιμα τα επιλεγέντα υποκείμενα που θα παρουσιάζουν τυπικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού υπό διερεύνηση ή έχουν ιδιαίτερη γνώση για τα υπό διερεύνηση επιμέρους θέματα της έρευνας. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε με βάση το σκοπό της μελέτης που αναφέρεται στην περιγραφή και την καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και τον μικρό αριθμό του δείγματος (Polit & Hynger 1995, Burns & Grove 1995).

Σύμφωνα με τις καταστάσεις προσωπικού που μας δόθηκαν από τις προϊσταμένες των τεσσάρων κλινικών, όπου και διεξήχθη η έρευνα, συνολικά εργάζονταν 54 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών. Από τους 54 νοσηλευτές οι 4 δεν συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, ενώ πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα. Οι δύο έλειπαν με άδεια από το νοσοκομείο ενώ οι άλλοι δύο, σαν αιτία άρνησης έφεραν τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και την έλλειψη χρόνου. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 50 άτομα.

5.3. Συλλογή δεδομένων- Ερευνητικά εργαλεία

Για την συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που δημιουργήθηκε μετά από μελέτη της Ελληνικής και της ξένης βιβλιογραφίας.

Ο σημαντικότερος λόγος για την επιλογή του ανώνυμου ερωτηματολογίου ως κυρίου τρόπου συλλογής των δεδομένων αντί για την συνέντευξη ήταν η εξασφάλιση ίδιων συνθηκών για όλους τους ερωτηθέντες. Σε μία έρευνα με συνεντεύξεις υπάρχει το πρόβλημα του φαινομένου της προκατάληψης και μεροληψίας, που οφείλεται στη συμπεριφορά που επιδεικνύει ο ερευνητής κατά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του τελευταίου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τους ερωτηθέντες στις απαντήσεις που θα δώσουν στα εκάστοτε ερωτήματα, ενώ αντίθετα η ανωνυμία δίνει την ευχέρεια στους ερωτώμενους να δώσουν ειλικρινής απαντήσεις. Επίσης απαιτεί ελάχιστο χρόνο συμπλήρωσης και εξυπηρετεί τη συλλογή δεδομένων σε ένα νοσοκομείο όπου υπάρχει υψηλή ένταση εργασίας σ' όλη τη διάρκεια του οχταώρου (Καραγεώργος 2002).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 55 προτάσεις- ερωτήσεις (Παράρτημα) και χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε 47 κλειστού τύπου ερωτήσεις εκφρασμένες σε 6-βαθμη κλίμακα έντασης τύπου Likert. Η 43^η ερώτηση είναι μία ανοικτή ερώτηση, η οποία δίνει τη δυνατότητα ελεύθερης έκφρασης στους συμμετέχοντες αναφορικά με τους παράγοντες που συμβάλουν περισσότερο στην ευχαρίστηση από την εργασία. Η ερώτηση 47 είναι μία κλειστή ερώτηση που δίνει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες νοσηλευτές να προτείνουν κάποιες αλλαγές, οι οποίες κατά την γνώμη τους θα μπορούσαν να βελτιώσουν τη νοσηλευτική δραστηριότητα και να επιδράσουν με αυτό τον τρόπο στην αναβάθμιση του επαγγέλματος του νοσηλευτή. Ο πιθανές απαντήσεις που δίνονταν σε αυτή την ερώτηση είναι:

- ❖ Βελτίωση παρεχόμενης εκπαίδευσης
- ❖ Αύξηση οικονομικών αποδοχών
- ❖ Βελτίωση συνθηκών εργασίας
- ❖ Αύξηση αριθμού νοσηλευτών/τριών
- ❖ Μη άσκηση δραστηριοτήτων που δεν εμπίπτουν στα αμιγώς νοσηλευτικά καθήκοντα
- ❖ Απόκτηση εξειδίκευσης
- ❖ Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με την παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων

- ❖ Μεγάλη συμμετοχή των νοσηλευτών/τριών στα κέντρα λήψης αποφάσεων
- ❖ Κοινωνική καταξίωση

Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις του πρώτου μέρους (1 έως 47) αφορούσαν την «επαγγελματική εξουθένωση» των νοσηλευτών από εργασιακούς παράγοντες και γενικά τη συνολική τους ψυχική, σωματική και συμπεριφορική εξουθένωση από το επάγγελμα του νοσηλευτή. Οι παράγοντες της «επαγγελματικής εξουθένωσης» που υποστηρίζουν τη θεωρητική διάσταση του θέματος και ελήφθη υπόψη κατά την διαμόρφωση του ερωτηματολογίου είναι:

- Μισθός και πρόσθετες παροχές (1 έως 4 ερώτηση)
- Συνεργασία και Σχέσεις με συναδέλφους (5 έως 10 ερώτηση)
- Συνεργασία και Σχέσεις με τον προϊστάμενο (11 έως 15 ερώτηση)
- Εκπαίδευση και Ευκαιρίες κατάρτισης- προαγωγής (16 έως 21 ερώτηση)
- Συνθήκες εργασίας (22 έως 26 ερώτηση)
- Διοίκηση νοσοκομείου και οργανωτικές διαδικασίες(27 έως 30 ερώτηση)
- Αυτονομία και Ευελιξία (31 έως 33 ερώτηση)
- Ποιότητα ζωής και Σχέσεις με την οικογένεια και φίλους (34 έως 38 ερώτηση)
- Συνολική ικανοποίηση (39 έως τη 43 ερώτηση και την 47 ερώτηση)
- Συναισθηματικές επιπτώσεις (44 έως 46 ερωτήσεις)

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευτών. Αναλυτικά το δεύτερο μέρος περιελάμβανε μια ομάδα ερωτήσεων με τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία του νοσηλευτικού προσωπικού όπως: το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών, η προϋπηρεσία, η θέση στο τμήμα εργασίας και τα κίνητρα επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Όσον αφορά τα είδη ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκαν κυρίως κλειστές ερωτήσεις και μία ανοιχτής, αλλά σύντομης απάντησης. Στην πρώτη κατηγορία υπάρχουν:

- Κλειστού τύπου διχοτομικές ερωτήσεις.
- Ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, όπου ο νοσηλευτής μπορούσε να επιλέξει μία ή περισσότερες απαντήσεις.
- Κλίμακες τύπου Likert με ποιοτική και ποσοτική διαβάθμιση των απαντήσεων τις μορφής «Συμφωνώ απόλυτα- Συμφωνώ- Είμαι ουδέτερος- Διαφωνώ- Διαφωνώ απόλυτα- Δεν ξέρω/ δεν απαντώ»

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν κλειστού τύπου ερωτήσεις, διότι απευθύνονται σε νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα υψηλής έντασης εργασίας με ελάχιστο διαθέσιμο χρόνο κατά την ώρα της εργασίας τους. Αυτού του τύπου οι ερωτήσεις: α) διαχειρίζονται εύκολα στατιστικά, β) απαιτούν ελάχιστο χρόνο συμπλήρωσης, γ) δεν απαιτούν ιδιαίτερη γραπτή ικανότητα του ερωτώμενου, δ) αυξάνουν το βαθμό ανταπόκρισης του ερωτώμενου λόγω της ευκολίας συμπλήρωσης και ε) έχουν υψηλή αντικειμενικότητα, αφού οι απαντήσεις που δίνονται σε αυτές αναγνωρίζονται ομοίμορφα από όλους τους ερευνητές ως ορθές ή εσφαλμένες (Polit & Hynger 1995, Καραγεώργος 2002).

Ο χρόνος που απαιτούνταν για τη συμπλήρωσή του ήταν 15 περίπου λεπτά. Ο ερευνητής αφιέρωνε όσο χρόνο χρειαζόταν για διευκρινιστικές ερωτήσεις στα άτομα που επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια, απομακρυνόταν ώστε να μην υπάρχει επιρροή στην κρίση τους λόγω της παρουσίας του στον ίδιο χώρο.

Δεοντολογία της έρευνας

Όσον αφορά τη δεοντολογία της παρούσας έρευνας εφαρμοστήκαν οι αρχές δεοντολογίας που ορίζονται από την αναφορά του Belmont (1976), για τα δικαιώματα των υποκειμένων μιας έρευνας. Αναλυτικότερα ελήφθησαν υπόψη σε όλα τα στάδια της μελέτης, η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης.

Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά και τους παρέχονταν διευκρινήσεις σε όποιες απορίες είχαν. Οι σημαντικότερες πληροφορίες που δίνονταν ήταν σχετικά με το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, την εμπιστευτικότητα των στοιχείων και πληροφορίες για τον ερευνητή.

5.5. Η ανάλυση των δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Excel 2003. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική, δημιουργώντας πίνακες συχνοτήτων και ραβδογράμματα, για της μεταβλητές του ερωτηματολογίου.

5.6. Περιορισμοί της έρευνας

Οι βασικότεροι περιορισμοί της μελέτης θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

- ❖ Η έλλειψη σύγκρισης και συσχέτισης των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με άλλες ανάλογες μελέτες στην Ελλάδα.
- ❖ Η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε όλα νοσοκομεία της Ελλάδας που γίνεται μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο μικρό δείγμα σε σχέση με τον πληθυσμό των νοσηλευτών που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα στην Ελλάδα. Η απώλεια ενός αριθμού ατόμων που δεν συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δεν φαίνεται να προκαλεί συστηματικό σφάλμα. Η μέθοδος ήταν καλή γιατί συμπεριλήφθηκαν όλοι το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Δημογραφικά στοιχεία

Στη συνέχεια θα γίνει παρουσίαση των δημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων του δείγματος μας, που αποτελείται από 50 νοσηλευτές.

Στους πίνακες Α1 και Α2 (ερωτήσεις 48 και 49 αντίστοιχα) παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ανά φύλο και ηλικία.

ΠΙΝΑΚΑΣ: Α1

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο

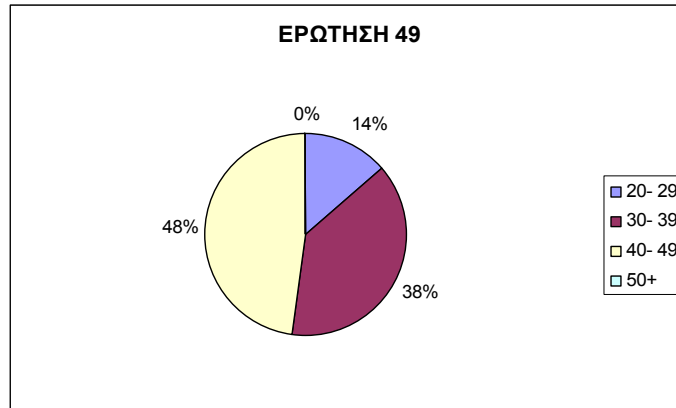
Φύλο	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Άνδρας	3	6
Γυναίκα	47	94
Σύνολο	50	100,0

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών του δείγματός μας είναι γυναίκες (94%), γεγονός που ανταποκρίνεται και στην πραγματική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων, καθώς το νοσηλευτικό επάγγελμα ήταν γυναικοκρατούμενο για πολλά χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ: Α2

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα N	Ποσοστό %
20- 29	7	14
30- 39	19	38
40- 49	24	48
50+	0	0
Σύνολο	50	100,0



Γράφημα Α2: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηλικία

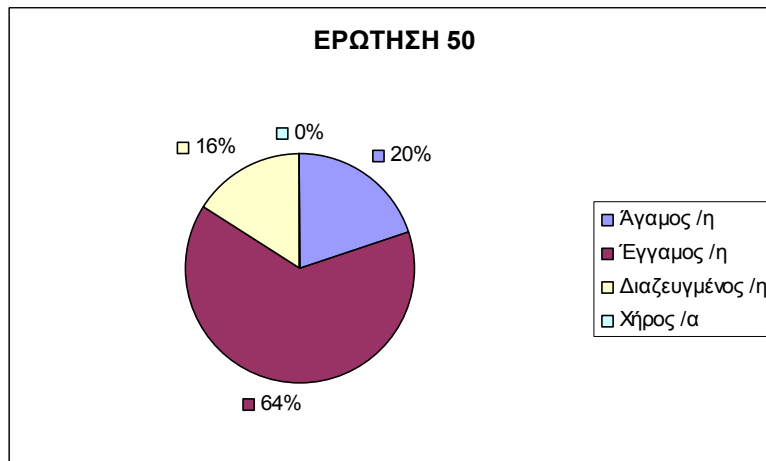
Παρατηρούμε ότι από το σύνολο των νοσηλευτών το μεγαλύτερο ποσοστό είναι ηλικίας 40- 49 ετών ενώ κανένας δεν είναι πάνω από 50 ετών. Ένα μικρό ποσοστό είναι ηλικίας 20- 29 ετών, γεγονός που ανταποκρίνεται στη θεωρία ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γερνάει (GAO USA,2001).

Στους πίνακες 6 και 7 (ερωτήσεις 50 και 51 αντίστοιχα) παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ανά οικογενειακή κατάσταση και επίπεδο σπουδών,

ΠΙΝΑΚΑΣ: Α3

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Άγαμος /η	10	20
Έγγαμος /η	32	64
Διαζευγμένος /η	8	16
Χήρος /α	0	0
Σύνολο	50	100,0



Γράφημα Α3: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι έγγαμοι (64%) ή υπήρξαν έγγαμοι (Διαζευγμένος/ η 16%). Επίσης το 20% είναι άγαμοι, ενώ δεν υπάρχουν χήροι στο δείγμα μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ: Α4
Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο σπουδών

Επίπεδο Σπουδών	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Τεχνολογικής εκπαίδευσης	37	74
Βοηθοί Νοσηλευτών	13	26
Σύνολο	50	100,0



Γράφημα Α4: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο σπουδών

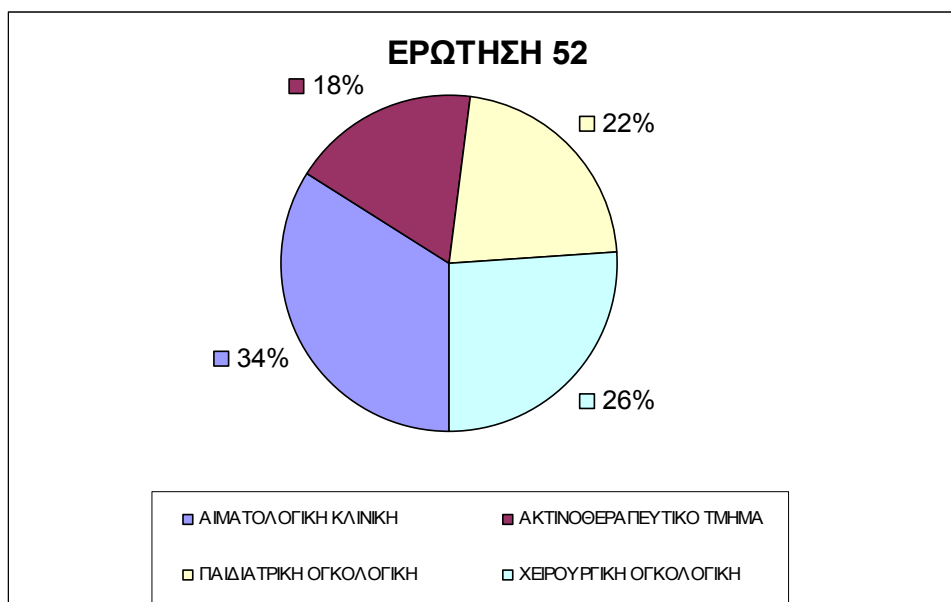
Ενδιαφέρον παρουσιάζει το επίπεδο σπουδών των νοσηλευτών, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό είναι Τεχνολογικής εκπαίδευσης (74%) ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό είναι βοηθοί νοσηλευτών 26%. Ακόμα πέντε άτομα είχαν μεταπτυχιακό, όπου από αυτά, τρία είναι Τεχνολογικής εκπαίδευσης και δύο άτομα είναι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, καθώς επίσης κανένας νοσηλευτής δεν είναι κάτοχος διδακτορικού τίτλου. Στην ερώτηση αυτή δεν απάντησε κανείς ότι είναι προϊστάμενος/ η.

6.2. Επαγγελματικά στοιχεία

Στους πίνακες A5 έως A8 (ερωτήσεις από 52 έως 55 αντίστοιχα) παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος των νοσηλευτών ως προς το τμήμα εργασίας τους, τη θέση εργασίας, την προϋπηρεσία στο νοσηλευτικό επάγγελμα και τους λόγους που τους οδήγησαν στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ : A5
Κατανομή προσωπικού ως προς το τμήμα εργασίας

Τμήμα εργασίας	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Αιματολογική Κλινική	17	34
Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα	9	18
Παιδιατρική Ογκολογική Κλινική	11	22
Χειρουργική Ογκολογική Κλινική	13	26
Σύνολο	50	100,0

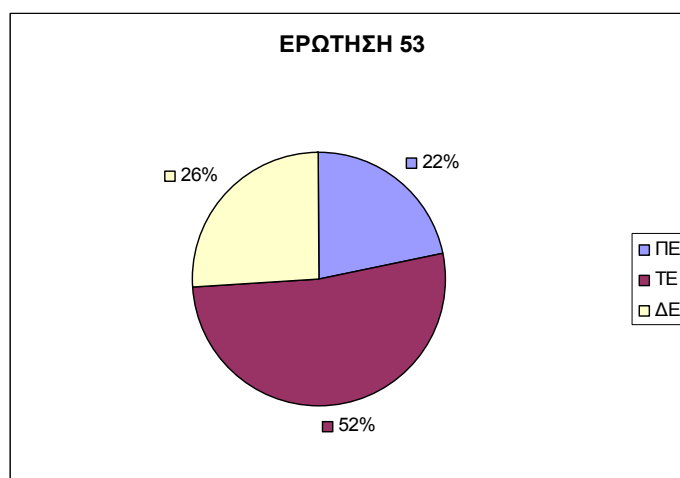


Γράφημα A5: Κατανομή προσωπικού ως προς το τμήμα εργασίας

Παρατηρούμε ότι από το σύνολο των νοσηλευτών του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό το έχει η Αιματολογική κλινική (34%) και ακολουθεί η Χειρουργική Ογκολογική (26%), η Παιδιατρική Ογκολογική κλινική (22%) και το Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα (18%).

ΠΙΝΑΚΑΣ: Α6**Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη θέση εργασίας**

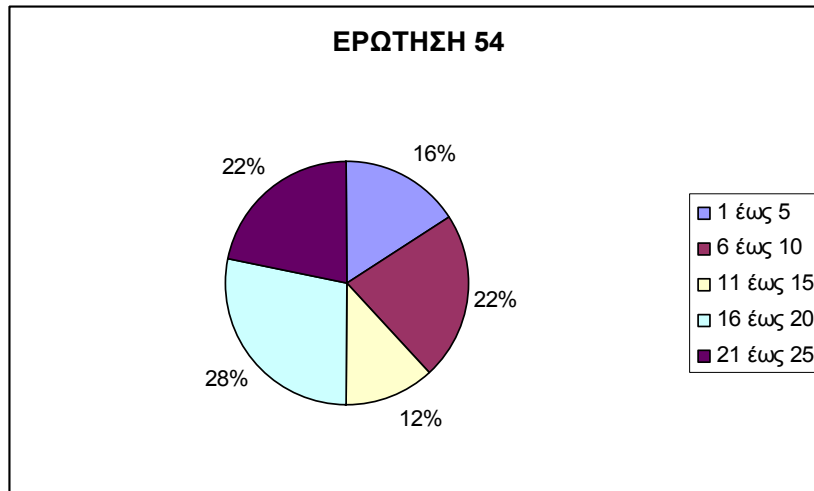
Θέση	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΠΕ	11	22
ΤΕ	26	52
ΔΕ	13	26
Σύνολο	50	100,0

**Γράφημα Α6: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη θέση εργασίας**

Όσον αφορά τη θέση που κατείχαν οι νοσηλευτές του δείγματος μας, το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζόταν στη θέση του νοσηλευτή (ΤΕ 52%) ενώ μικρότερο ποσοστό είχαν οι βοηθοί νοσηλευτή (ΔΕ 26%).

Πίνακας: Α7**Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την προϋπηρεσία.**

Προϋπηρεσία	Συχνότητα N	Ποσοστό %
1-5	8	16
6-10	11	22
11-15	6	12
16-20	14	28
21-25	11	22
Σύνολο	50	100,0



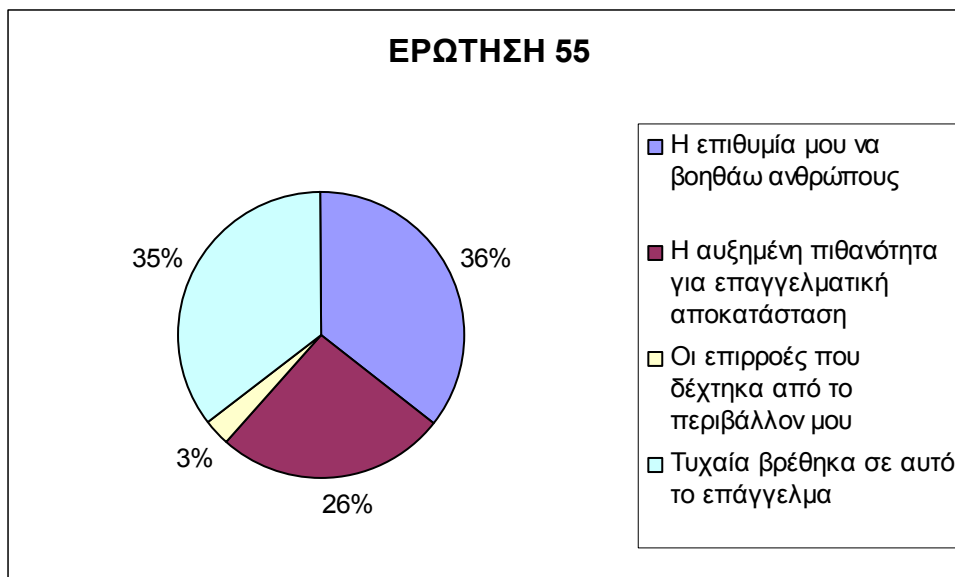
Γράφημα Α7: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την προϋπηρεσία.

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας έχει 16 έως 20 χρόνια προϋπηρεσία (28%), ενώ ακολουθούν τα 6 έως 10 και 21 έως 25 χρόνια (22%). Ενώ η προϋπηρεσία με 11 έως 15 χρόνια εμφανίζεται με το μικρότερο ποσοστό (12%).

ΠΙΝΑΚΑΣ: Α8

Κίνητρα επιλογής νοσηλευτικού επαγγέλματος

Κίνητρα	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Η επιθυμία μου να βοηθάω ανθρώπους.	22	36
Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση.	16	26
Οι επιρροές που δέχτηκα από το περιβάλλον μου.	2	3
Τυχαία βρέθηκα σε αυτό το επάγγελμα.	22	35
Σύνολο	62	100,0



Γράφημα Α8: Κίνητρα επιλογής νοσηλευτικού επαγγέλματος

Παρατηρούμε ότι το βασικότερο κίνητρο των νοσηλευτών για την επιλογή του επαγγέλματος ήταν η επιθυμία τους να βοηθούν ανθρώπους και το ότι τυχαία βρέθηκαν στο επάγγελμα αυτό.

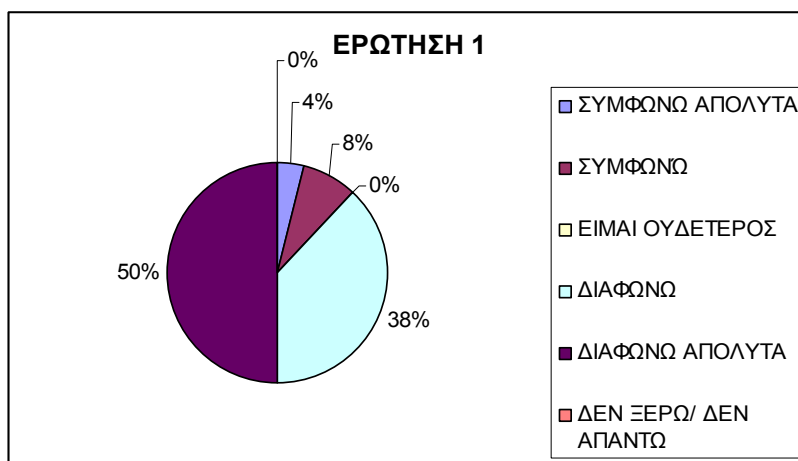
6.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι ερωτήσεις με τις οποίες μετρήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών των ογκολογικών μονάδων εμφανίζονται στους παρακάτω πίνακες και γραφήματα.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 1 “Ο μισθός μου είναι ικανοποιητικός για τα προσόντα μου και τις αρμοδιότητές μου.” εμφανίζονται στον πίνακα Β1.

Πίνακας: Β1
Ικανοποίηση από το μισθό

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	2	4	0	19	25	0	50
Ποσοστό %	4	8	0	38	50	0	100,0



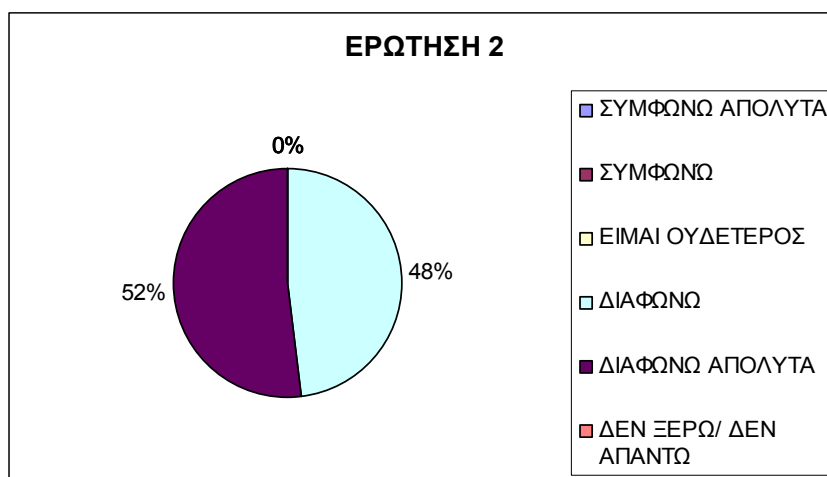
Γράφημα Β1: Ικανοποίηση από το μισθό

Παρατηρούμε ότι οι αρνητικές απαντήσεις (Διαφωνώ 38%, Διαφωνώ Απόλυτα 25%) συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνει τη δυσαρέσκειά τους όσον αφορά το μισθό τους σε σχέση τα προσόντα και τις αρμοδιότητες τους.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 2 “Οι πρόσθετες απολαβές/ επιδόματα που λαμβάνω είναι επαρκή.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: Β2
Πρόσθετες απολαβές/ επιδόματα

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	0	0	0	24	26	0	50
Ποσοστό %	0	0	0	48	52	0	100,0



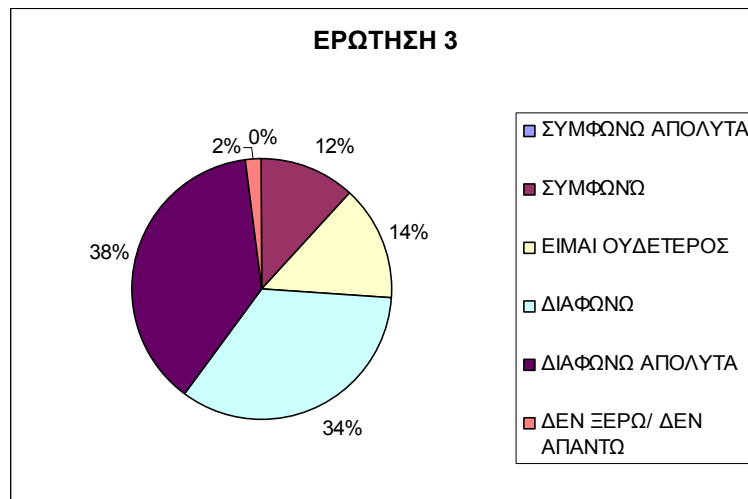
Γράφημα Β2: Πρόσθετες απολαβές/ επιδόματα

Οι απαντήσεις Διαφωνώ (48%) και Διαφωνώ Απόλυτα συγκεντρώνουν (52%) το 100% των απαντήσεων των νοσηλευτών.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 3 “Η διοίκηση επιβραβεύει την καλή μου απόδοση.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: Β3
Επιβράβευση από την διοίκηση

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	0	6	7	17	19	1	50
Ποσοστό %	0	12	14	34	38	2	100,0



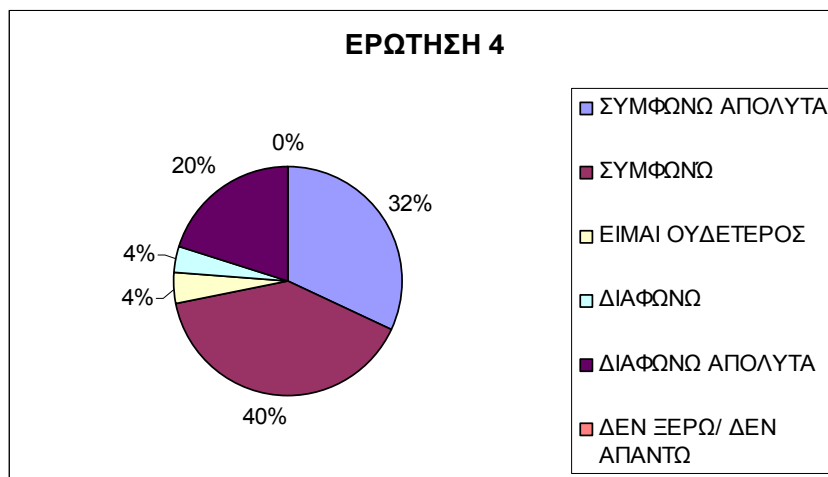
Γράφημα Β3: Επιβράβευση από την διοίκηση

Στην ερώτηση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν οι αρνητικές απαντήσεις ενώ ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (14%) είναι ουδέτερο.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 4 “Οι αυξήσεις στο μισθό μου είναι ελάχιστες.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: Β4
Αυξήσεις στο μισθό

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	16	20	2	2	10	0	50
Ποσοστό %	32	40	4	4	20	0	100,0



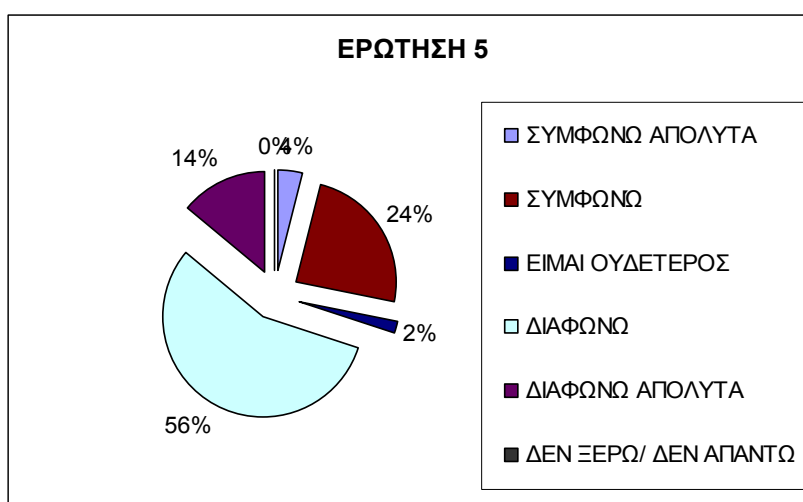
Γράφημα Β4: Αυξήσεις στο μισθό

Στην ερώτηση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν οι θετικές απαντήσεις όπως εμφανίζονται παραπάνω, δηλαδή οι νοσηλευτές του δείγματος δηλώνουν ότι οι αυξήσεις των μισθών τους είναι ελάχιστες.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 5. “Υπάρχει σε μεγάλο βαθμό συνεργασία και ομαδικότητα μεταξύ του προσωπικού όλων των βαθμίδων στο Τμήμα μου.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: Β5
Συνεργασία και ομαδικότητα

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	2	12	1	28	7	0	50
Ποσοστό %	4	24	2	56	14	0	100,0



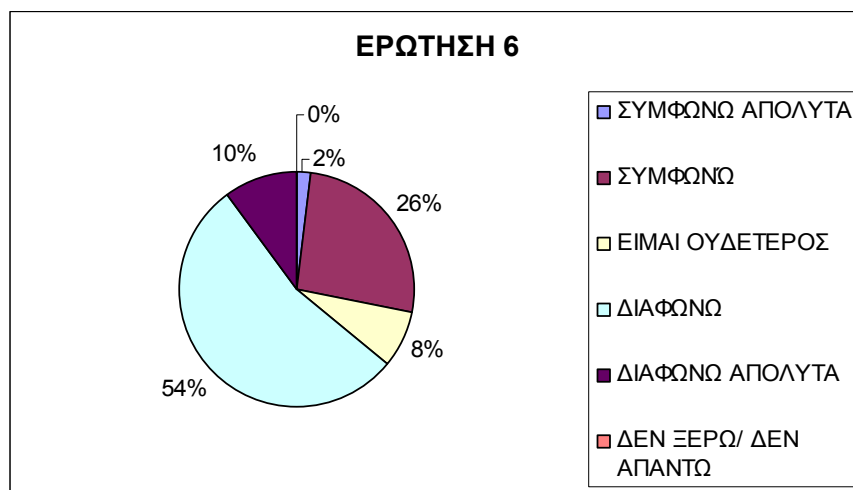
Γράφημα Β5: Συνεργασία και ομαδικότητα

Οι αρνητικές απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό, όμως ένα σημαντικό ποσοστό (24%) συμφωνεί με το ότι υπάρχει σε μεγάλο βαθμό συνεργασία και ομαδικότητα μεταξύ του προσωπικού όλων των βαθμίδων στο Τμήμα του.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 6 "Οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στη δουλειά μου είναι συχνό φαινόμενο." εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: Β6
Καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στη δουλειά του νοσηλευτή

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	1	13	4	27	5	0	50
Ποσοστό %	2	26	8	54	10	0	100,0



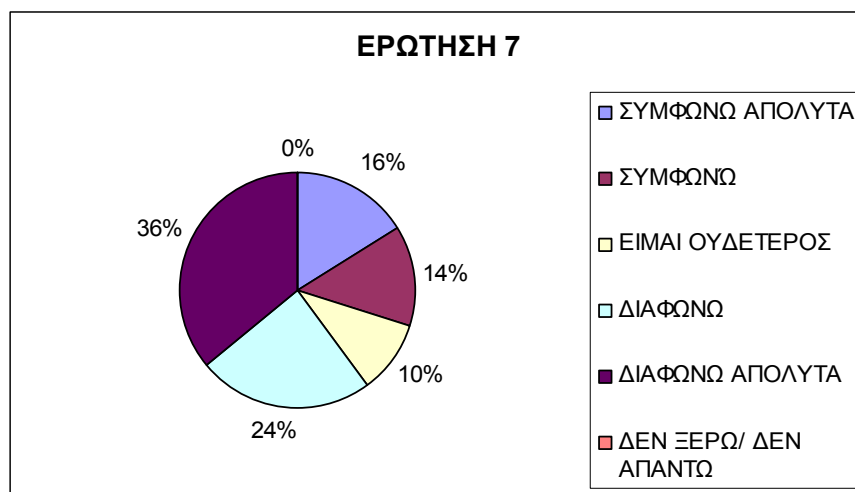
Γράφημα Β6: Καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στη δουλειά του νοσηλευτή

Οι αρνητικές απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό, όμως ένα σημαντικό ποσοστό (26%) συμφωνεί με το ότι οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στη δουλειά του είναι συχνό φαινόμενο.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 7 "Οι ασθενείς αναγνωρίζουν τις προσπάθειες που καταβάλλω στη δουλειά μου." εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: Β7
Αναγνώριση της δουλειάς των νοσηλευτών από τους ασθενείς

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	8	7	5	12	18	0	50
Ποσοστό %	16	14	10	24	36	0	100,0



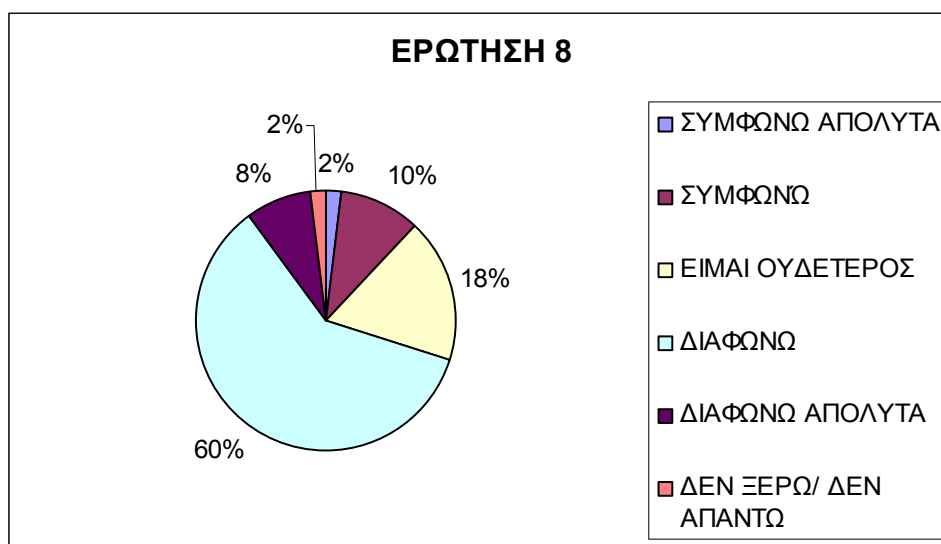
Γράφημα Β7: Αναγνώριση της δουλειάς των νοσηλευτών από τους ασθενείς

Στην ερώτηση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται από τις αρνητικές απαντήσεις, ενώ το 10% του δείγματος απαντάει ουδέτερο. Οι απαντήσεις του δείγματος δηλώνουν ότι δεν υπάρχει αναγνώριση της δουλειάς των νοσηλευτών από τους ασθενείς.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 8 “Είμαι δυσαρεστημένος από την επικοινωνία μου με τους γιατρούς.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: Β8
Επικοινωνία με τους γιατρούς

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	1	5	9	30	4	1	50
Ποσοστό %	2	10	18	60	8	2	100,0



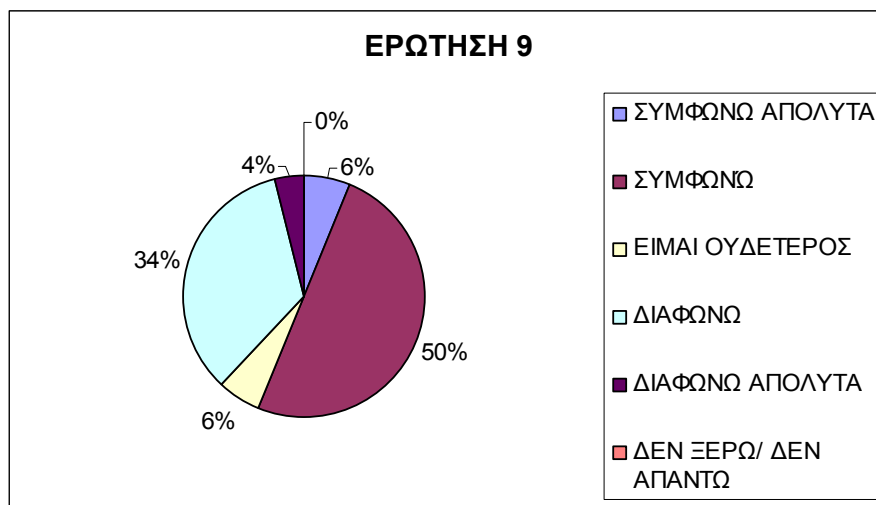
Γράφημα Β8: Επικοινωνία με τους γιατρούς

Στην ερώτηση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται από τις αρνητικές απαντήσεις, ενώ το 18% του δείγματος απαντάει ουδέτερο. Δηλαδή εδώ οι νοσηλευτές του δείγματος δηλώνουν ότι δεν είναι δυσαρεστημένοι με την επικοινωνία τους με τους γιατρούς.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 9 “Είμαι ικανοποιημένος από το γεγονός ότι οι συναδέλφοί μου εκτιμούν την εργασία μου.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: Β9
Εκτίμηση εργασίας από τους συναδέλφους

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	3	25	3	17	2	0	50
Ποσοστό %	6	50	6	34	4	0	100,0



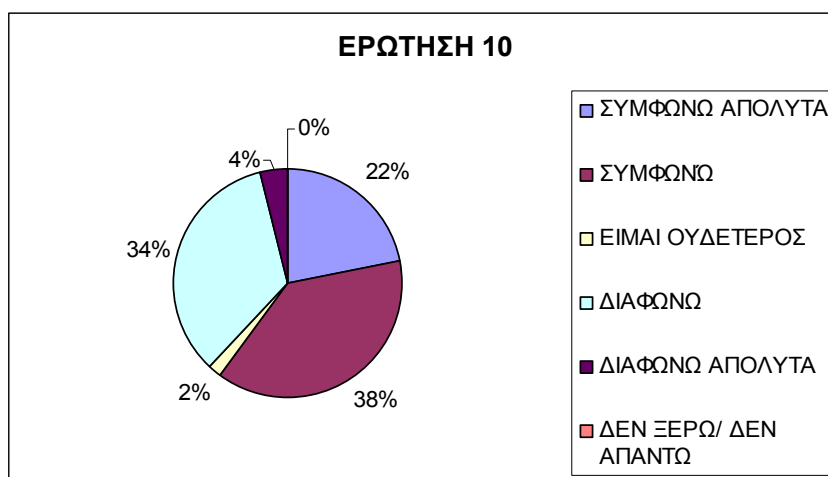
Γράφημα Β9: Εκτίμηση εργασίας από τους συναδέλφους

Στην ερώτηση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος συγκεντρώνεται από τις θετικές απαντήσεις (Συμφωνώ απόλυτα 6%, Συμφωνώ 50%). Επίσης δεν είναι μικρό και το ποσοστό των αρνητικών απαντήσεων (Διαφωνώ 34%, Διαφωνώ απόλυτα 4%) που δηλώνουν ότι νοσηλευτές του δείγματος δεν είναι ικανοποιημένοι από το γεγονός ότι οι συναδέλφοί τους εκτιμούν την εργασία τους.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 10 "Οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου είναι πολύ καλές." εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B10
Σχέσεις με τους συναδέλφους

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	11	19	1	17	2	0	50
Ποσοστό %	22	38	2	34	4	0	100,0



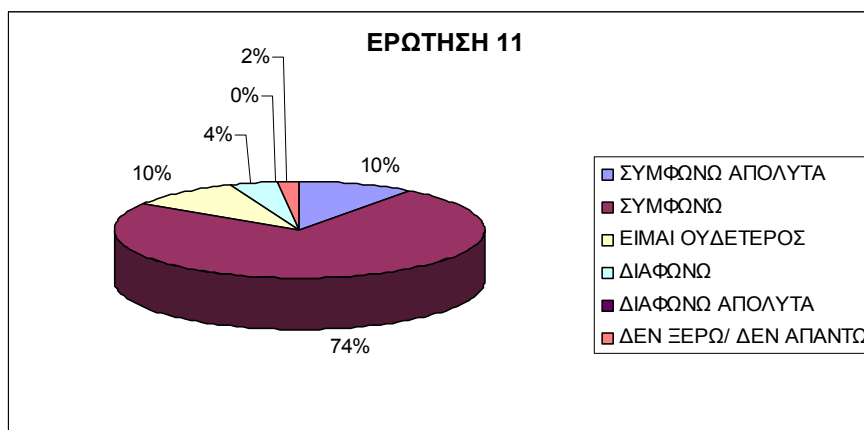
Γράφημα B10: Σχέσεις με τους συναδέλφους

Στην ερώτηση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος συγκεντρώνεται από τις θετικές απαντήσεις (Συμφωνώ απόλυτα 22%, Συμφωνώ 38%), δηλαδή οι νοσηλευτές του δείγματος δηλώνουν ότι είναι δυσαρεστημένοι όσον αφορά τις σχέσεις τους με τους συναδέλφους τους. Επίσης δεν είναι μικρό και το ποσοστό των αρνητικών απαντήσεων (Διαφωνώ 34%, Διαφωνώ απόλυτα 4%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 11 “Ο προϊστάμενός μου με ενημερώνει επαρκώς για τα καθήκοντα που έχω να εκτελέσω.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B11
Επαρκή ενημέρωση για τα καθήκοντα του νοσηλευτή

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	5	37	5	2	0	1	50
Ποσοστό %	10	74	10	4	0	2	100,0



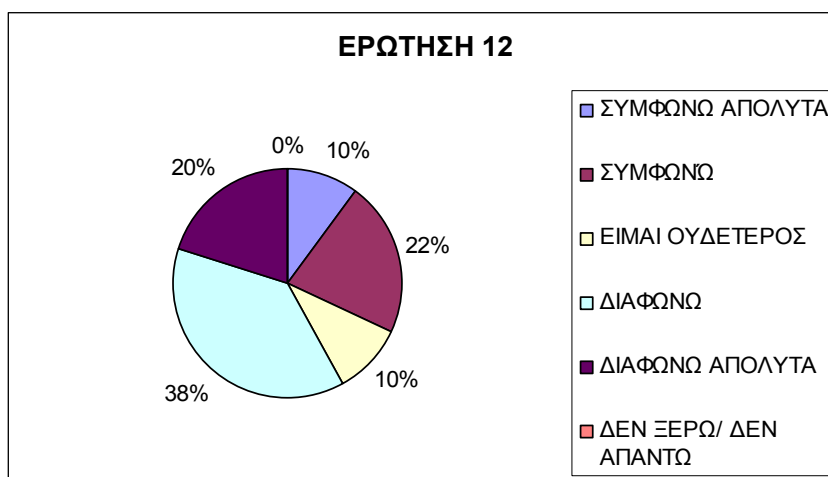
Γράφημα B11: Επαρκή ενημέρωση για τα καθήκοντα του νοσηλευτή

Οι απαντήσεις του δείγματος δηλώνουν ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τα καθήκοντα του νοσηλευτή από τον προϊστάμενο του. Οι περισσότερες απαντήσεις είναι θετικές (Συμφωνώ απόλυτα 10%, Συμφωνώ 74%), ενώ ένα 10% του δείγματος απαντάει ουδέτερα σε αυτή την ερώτηση.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 12 “Είμαι δυσαρεστημένος από την επικοινωνία μου με τον προϊστάμενό μου.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B12
Επικοινωνία με τον προϊστάμενο

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	5	11	5	19	10	0	50
Ποσοστό %	10	22	10	38	20	0	100,0



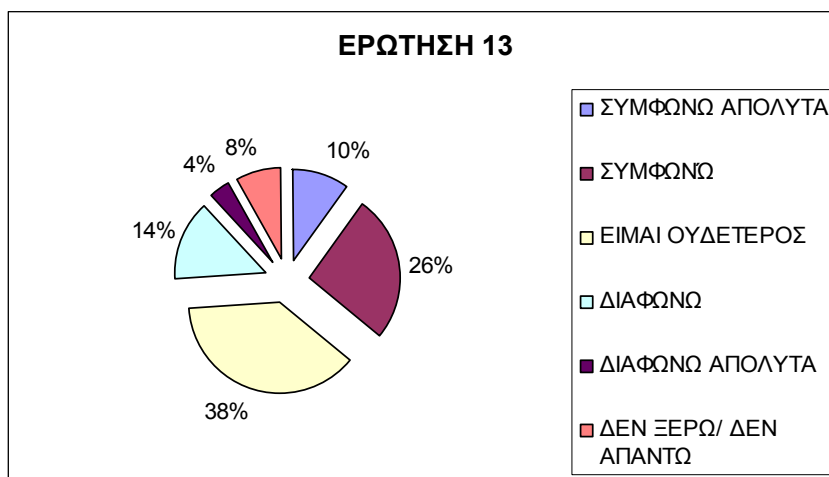
Γράφημα B12: Επικοινωνία με τον προϊστάμενο

Το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων το συγκεντρώνουν οι αρνητικές απαντήσεις (Διαφωνώ 38%, Διαφωνώ απόλυτα 20%). Επίσης σημαντικό είναι και το ποσοστό που δηλώνουν ότι είναι δυσαρεστημένο από την επικοινωνία με τον προϊστάμενό του (Συμφωνώ απόλυτα 10%, Συμφωνώ 22%), ενώ ένα 10% απαντάει ουδέτερα.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 13 “Ο προϊστάμενός μου είναι πολύ ικανός στην εκτέλεση της εργασίας του.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B13
Ικανότητα προϊσταμένου

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	5	13	19	7	2	4	50
Ποσοστό %	10	26	38	14	4	8	100,0



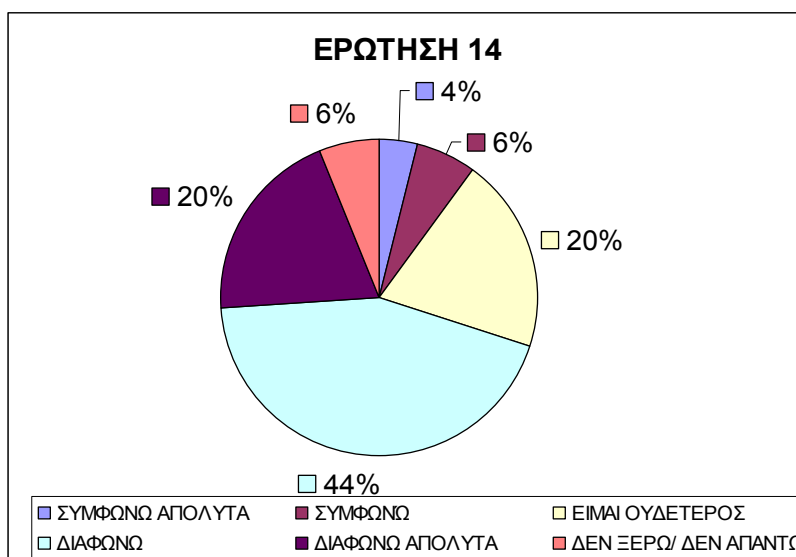
Γράφημα B13: Ικανότητα προϊσταμένου

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μένει ουδέτερο (38%) για το αν ο προϊστάμενός του είναι πολύ ικανός στην εκτέλεση της εργασίας του, ενώ το 10% συμφωνεί απόλυτα. Επίσης το 14% του δείγματος διαφωνεί και ένα 8% απαντάει ‘δεν ξέρω/δεν απαντώ’.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 14 “Ο προϊστάμενός μου, μου φέρεται χωρίς σεβασμό.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B14
Σεβασμός από τον προϊστάμενο

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	2	3	10	22	10	3	50
Ποσοστό %	4	6	20	44	20	6	100,0



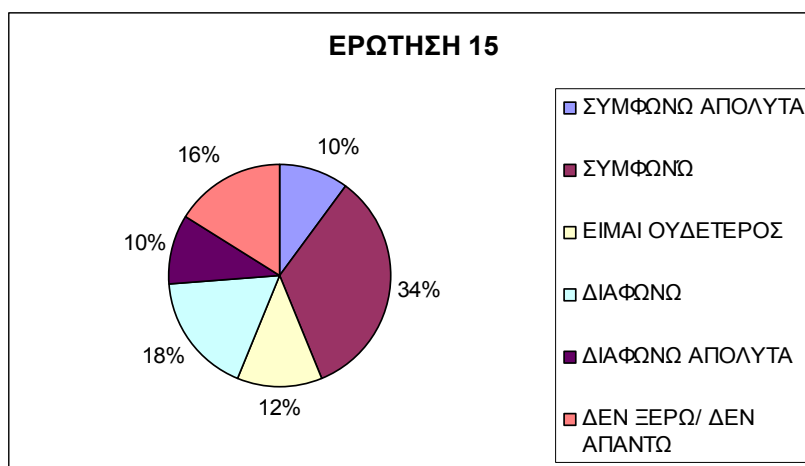
Γράφημα B14: Σεβασμός από τον προϊστάμενο

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει ότι δεν υπάρχει σεβασμός από τον προϊστάμενό του (Διαφωνώ 44%, Διαφωνώ απόλυτα 20%). Επίσης το 20% δηλώνει ουδέτερο στην ερώτηση αυτή.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 15 “Ο προϊστάμενός μου υπολογίζει τη γνώμη μου για την λήψη αποφάσεων.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B15
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	5	17	6	9	5	8	50
Ποσοστό %	10	34	12	18	10	16	100,0



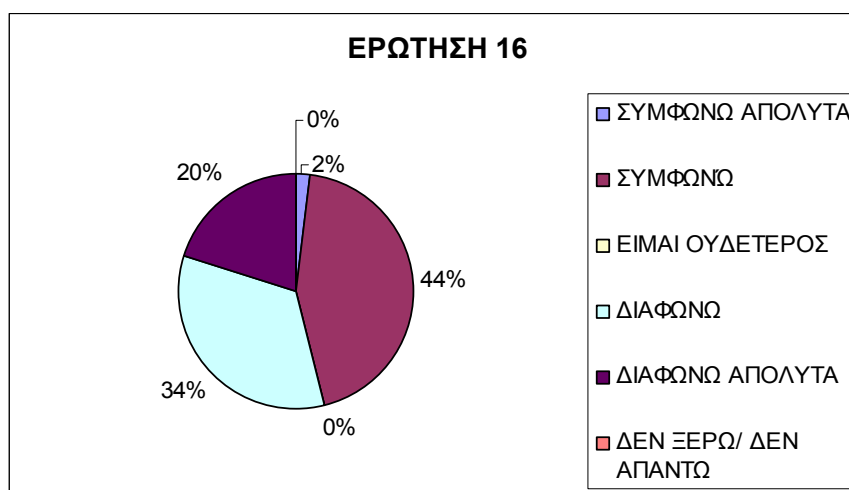
Γράφημα B15: Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

Στην ερώτηση αυτή φαίνεται ότι ο προϊστάμενός υπολογίζει τη γνώμη των νοσηλευτών του δείγματος για την λήψη αποφάσεων (Συμφωνώ απόλυτα 10%, Συμφωνώ 34%), ενώ ένα 18% διαφωνεί και το 10% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης σημαντικό ποσοστό λαμβάνουν και οι απαντήσεις είμαι ουδέτερος με 12% και δεν ξέρω/ δεν απαντώ με 16%.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 16 “Από την υπηρεσία μου, μου δίνονται ευκαιρίες να αναπτύξω περισσότερα προσόντα και τις γνώσεις μου π.χ. με συμμετοχή σε σεμινάρια, εκπαιδευτικά προγράμματα κ.α.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B16
Ευκαιρίες ανάπτυξης προσόντων και γνώσεων

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	1	22	0	17	10	0	50
Ποσοστό %	2	44	0	34	20	0	100,0



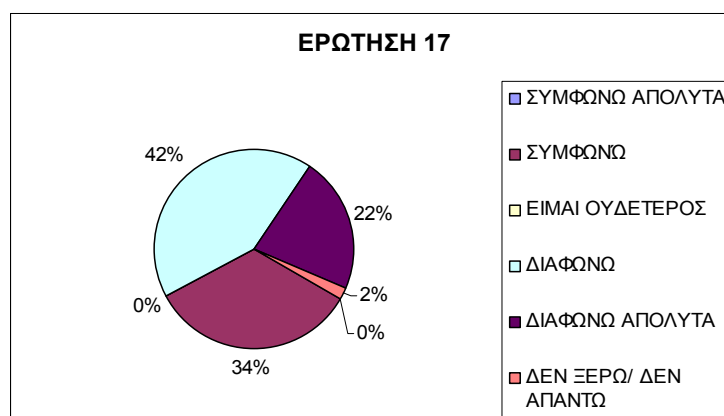
Γράφημα B16: Ευκαιρίες ανάπτυξης προσόντων και γνώσεων

Υπάρχουν ευκαιρίες ανάπτυξης προσόντων και γνώσεων από την υπηρεσία, δηλώνει το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (Συμφωνώ 44%), ενώ αρκετά μεγάλο είναι και το ποσοστό που δηλώνει αρνητικό (Διαφωνώ 34%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 17 “Είμαι ικανοποιημένος με τη χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B17
Χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	0	17	0	21	11	1	50
Ποσοστό %	0	34	0	42	22	2	100,0



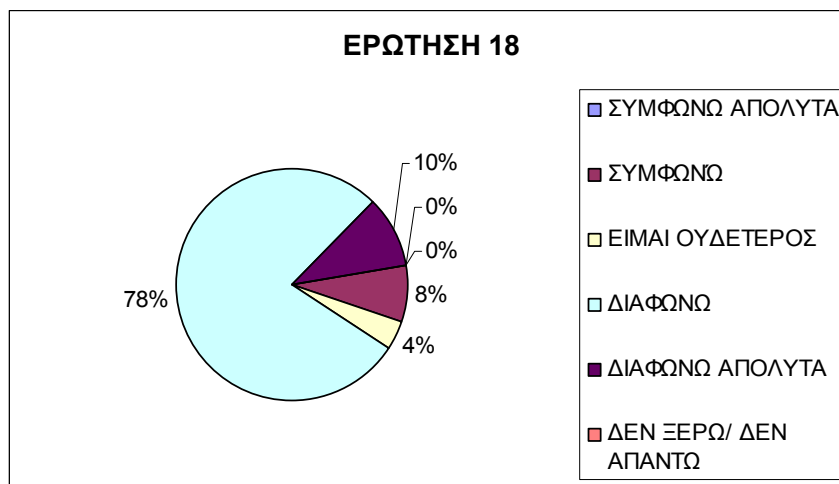
Γράφημα B17: Χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών

Δεν είναι ικανοποιημένο το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (Διαφωνώ 42%, Διαφωνώ απόλυτα 22%) με την χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών, ενώ μόνο ένα 22% δηλώνει ότι χορηγούνται εκπαιδευτικές άδειες.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 18 “Η υπηρεσία αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις δεξιότητές και τα προσόντα μου.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B18
Αξιοποίηση των δεξιοτήτων και των προσόντων

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	0	4	2	39	5	0	50
Ποσοστό %	0	8	4	78	10	0	100,0



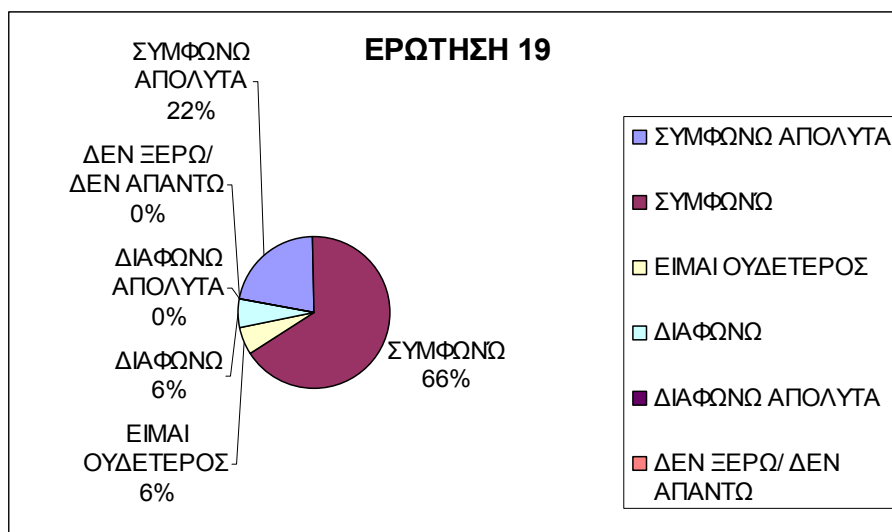
Γράφημα B18: Αξιοποίηση των δεξιοτήτων και των προσόντων

Δεν αξιοποιούνται τα προσόντα και οι δεξιότητες απαντάνε σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές του δείγματος με 78% στην απάντηση Διαφωνώ και 10% στην απάντηση Διαφωνώ απόλυτα, ενώ μόνο ένα 8% απαντάει ότι συμφωνεί.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 19 “Οι πιθανότητες για προαγωγή στη δουλειά μου είναι περιορισμένες.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B19
Πιθανότητες προαγωγής

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	11	33	3	3	0	0	50
Ποσοστό %	22	66	6	6	0	0	100,0



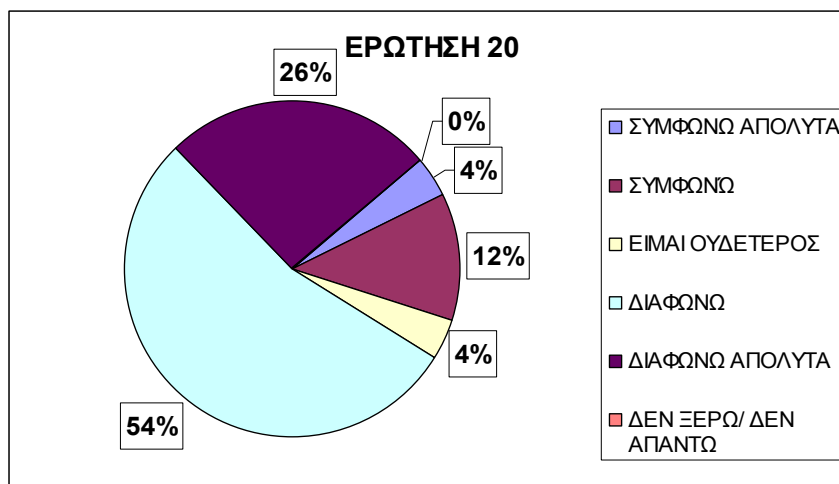
Γράφημα B19: Πιθανότητες προαγωγής

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν ελπίζει σε κάποια προαγωγή με 66%, ενώ μόνο 6% ελπίζει στη προαγωγή.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 20 “ Η υπηρεσία χρηματοδοτεί τη συμμετοχή μου σε προγράμματα κατάρτισης.” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: Β20
Χρηματοδότηση συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης από την υπηρεσία

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	2	6	2	27	13	0	50
Ποσοστό %	4	12	4	54	26	0	100,0



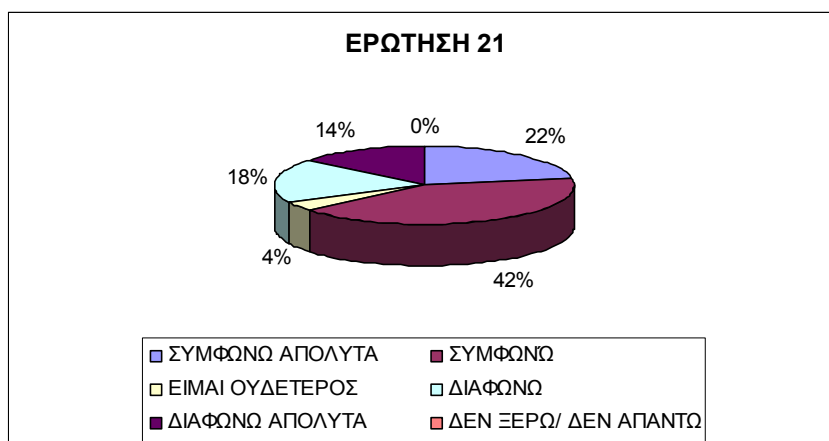
Γράφημα Β20: Χρηματοδότηση συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης από την υπηρεσία

Το 54% δηλώνει ότι η υπηρεσία δεν χρηματοδοτεί τη συμμετοχή του σε προγράμματα κατάρτισης, ενώ μόνο ένα 26% συμφωνεί.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 21 “Είμαι δυσαρεστημένος από τον αριθμό και την εναλλαγή των υπηρεσιών (νυχτερινά, αργίες ή σαββατοκύριακα).” εμφανίζονται παρακάτω.

Πίνακας: B21
Εναλλαγή των υπηρεσιών

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	11	21	2	9	7	0	50
Ποσοστό %	22	42	4	18	14	0	100,0



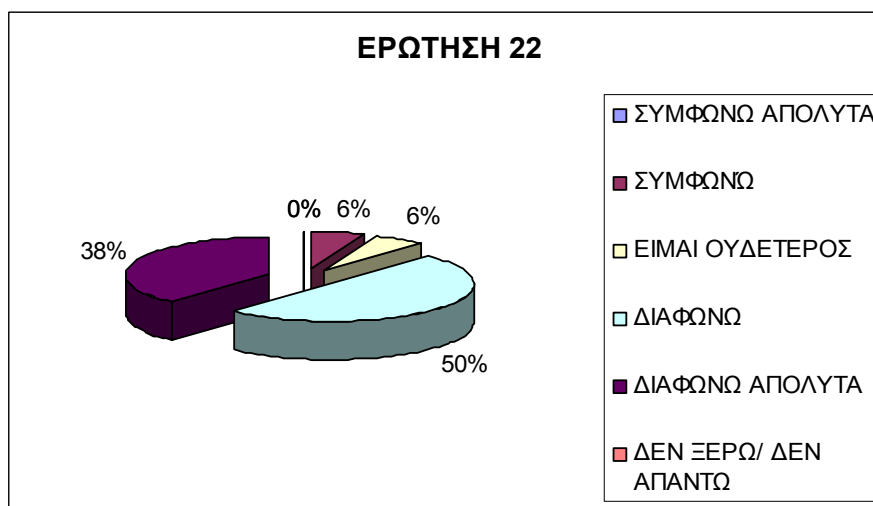
Γράφημα B22: Εναλλαγή των υπηρεσιών

Είναι δυσαρεστημένο το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από την εναλλαγή υπηρεσιών (Συμφωνώ απόλυτα 22%, Συμφωνώ 42%), ενώ ένα μικρό ποσοστό δεν είναι (Διαφωνώ απόλυτα 14%, Διαφωνώ 18%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 22 “Οι συνθήκες εργασίας μου είναι πολύ καλές.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B22
Οι συνθήκες εργασίας

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	0	3	3	25	19	0	50
Ποσοστό %	0	6	6	50	38	0	100,0



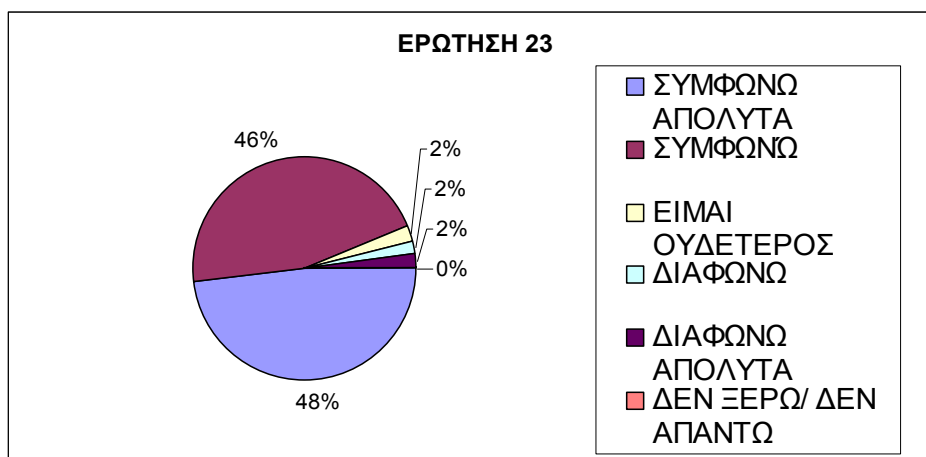
Γράφημα B22: Οι συνθήκες εργασίας

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος δηλώνουν την έντονη δυσαρέσκειά τους σχετικά με τις συνθήκες εργασίας τους (Διαφωνώ απόλυτα 38%, Διαφωνώ 50%). Επίσης εμφανίζεται και ένα μικρό ποσοστό που είναι ευχαριστημένο με της συνθήκες εργασίας στο τμήμα του (Συμφωνώ απόλυτα 6%, Συμφωνώ 6%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 23 “ Ο χρόνος που έχω στη διάθεσή μου για να ολοκληρώσω τη δουλειά μου είναι ανεπαρκής.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B23
Ποιότητα ζωής

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	24	23	1	1	1	0	50
Ποσοστό %	48	46	2	2	2	0	100,0



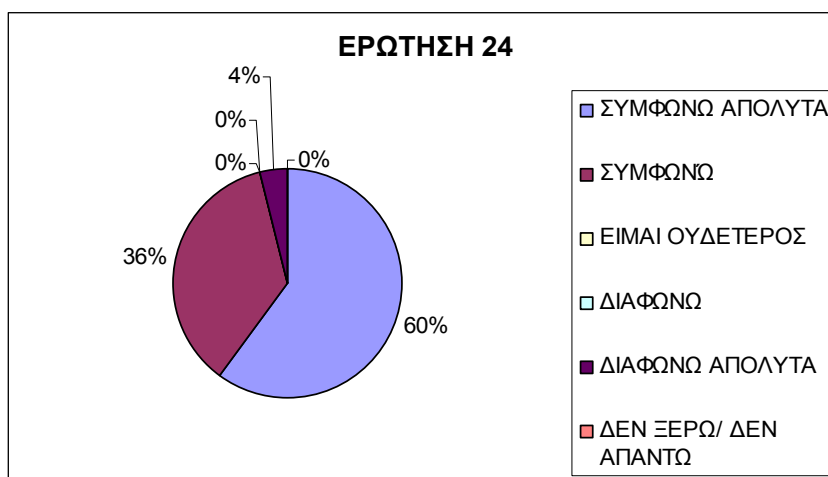
Γράφημα B23: Ποιότητα ζωής

Σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές του δείγματος δηλώνουν ότι δεν έχουν αρκετό χρόνο για την ολοκλήρωση της εργασίας τους (Συμφωνώ απόλυτα 48%, Συμφωνώ 46%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 24 “Θεωρώ ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στο Τμήμα μου.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B24
Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	30	18	0	0	2	0	50
Ποσοστό %	60	36	0	0	4	0	100,0



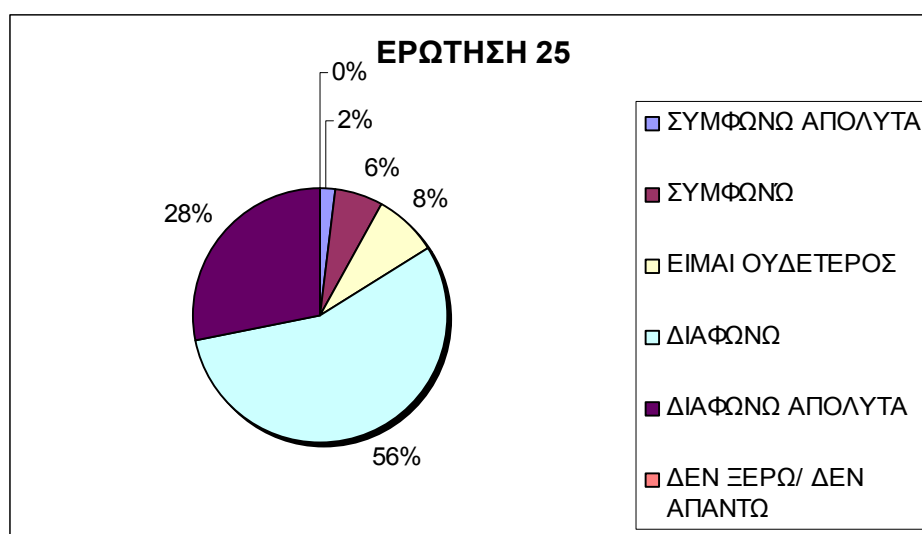
Γράφημα B24: Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού

Στις απαντήσεις αυτής της ερώτησης, παρατηρούμε ότι σχεδόν όλο το ποσοστό των νοσηλευτών του δείγματος απάντησε ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Συμφωνώ απόλυτα 60% και Συμφωνώ 36%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 25 “Οι χώροι εργασίας και τα μηχανήματα/ εξοπλισμός στο Τμήμα μου βρίσκονται σε πολύ καλή κατάσταση.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B25
Κατάσταση των χώρων εργασίας και των μηχανημάτων/ εξοπλισμού

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	1	3	4	28	14	0	50
Ποσοστό %	2	6	8	56	28	0	100,0



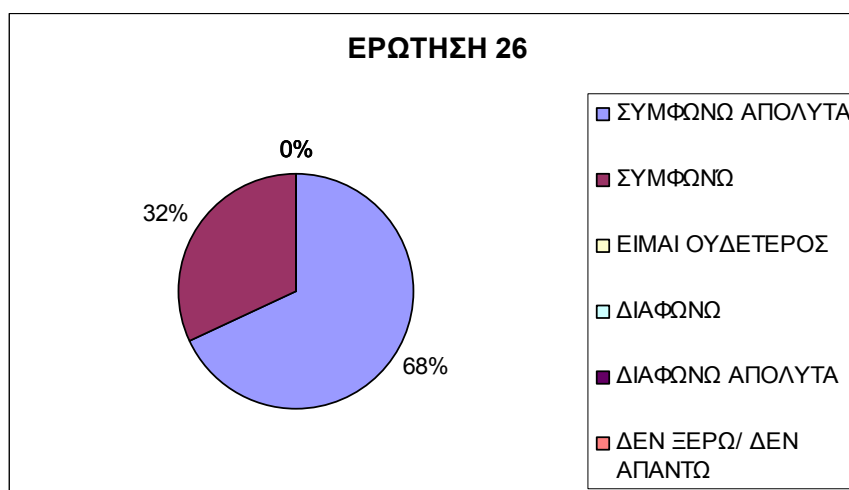
Γράφημα B25: Κατάσταση των χώρων εργασίας και των μηχανημάτων/ εξοπλισμού

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει ότι οι χώροι εργασίας και τα μηχανήματα/ εξοπλισμός στο Τμήμα του δεν είναι σε καλή κατάσταση (Διαφωνώ απόλυτα 28%, Διαφωνώ 56%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 26 “Καθημερινά στη δουλειά μου αντιμετωπίζω μεγάλο φόρτο εργασίας.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B26
Φόρτος εργασίας

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	34	16	0	0	0	0	50
Ποσοστό %	68	32	0	0	0	0	100,0



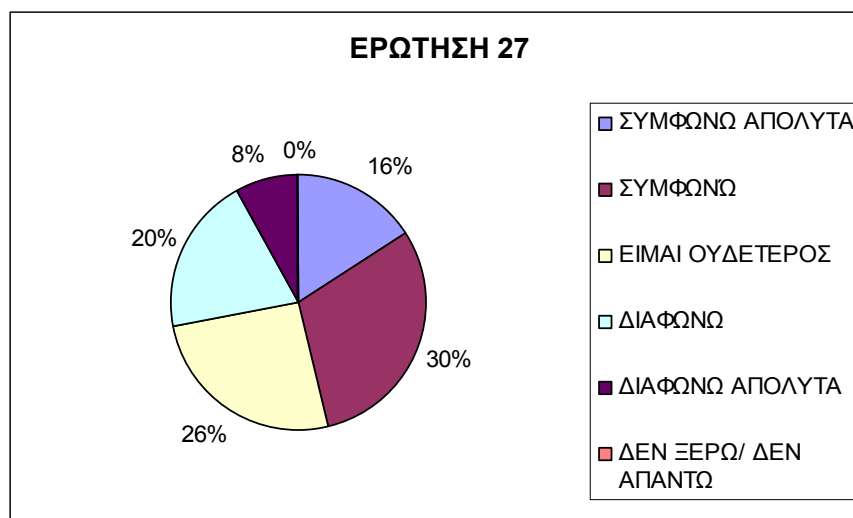
Γράφημα B26: Φόρτος εργασίας

Οι νοσηλευτές του δείγματος με τις απαντήσεις που έδωσαν σε αυτή την ερώτηση δείχνουν ότι αντιμετωπίζουν μεγάλο φόρτο εργασίας καθημερινά στη δουλειά τους (Συμφωνώ απόλυτα 68%, Συμφωνώ απόλυτα 32%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 27 “ Η επικοινωνία και οι σχέσεις με την ανώτερη Διοίκηση του Νοσοκομείου είναι ικανοποιητική.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B27
Επικοινωνία και σχέσεις με την ανώτερη Διοίκηση

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	8	15	13	10	4	0	50
Ποσοστό %	16	30	26	20	8	0	100,0



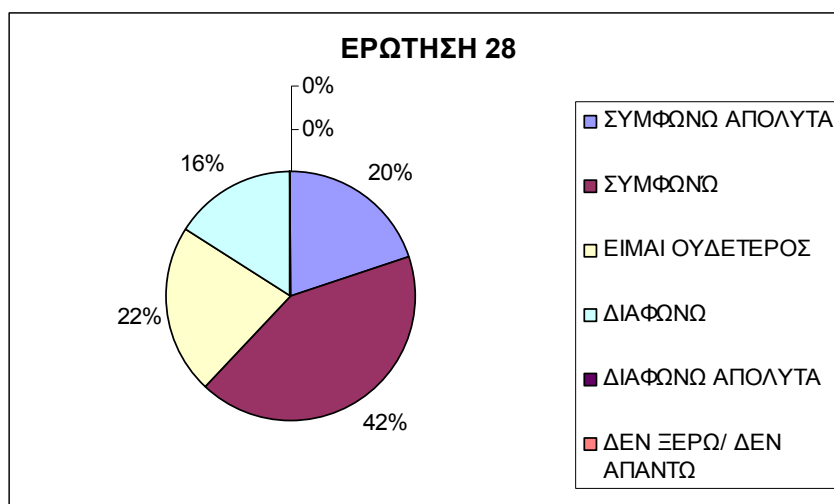
Γράφημα B27: Επικοινωνία και σχέσεις με την ανώτερη Διοίκηση του Νοσοκομείου

Οι περισσότερες απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι θετικές (Συμφωνώ απόλυτα 16% και Συμφωνώ 30%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό δηλώνει ουδέτερο (26%) στον αν είναι ικανοποιητική επικοινωνία και οι σχέσεις με την ανώτερη Διοίκηση του Νοσοκομείου.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 28 “Η παρέμβαση της διοίκησης του νοσοκομείου στην επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάζονται στο τμήμα μου είναι αναποτελεσματική.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B28 Παρέμβαση διοίκησης στην επίλυση των προβλημάτων

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	10	21	11	8	0	0	50
Ποσοστό %	20	42	22	16	0	0	100,0



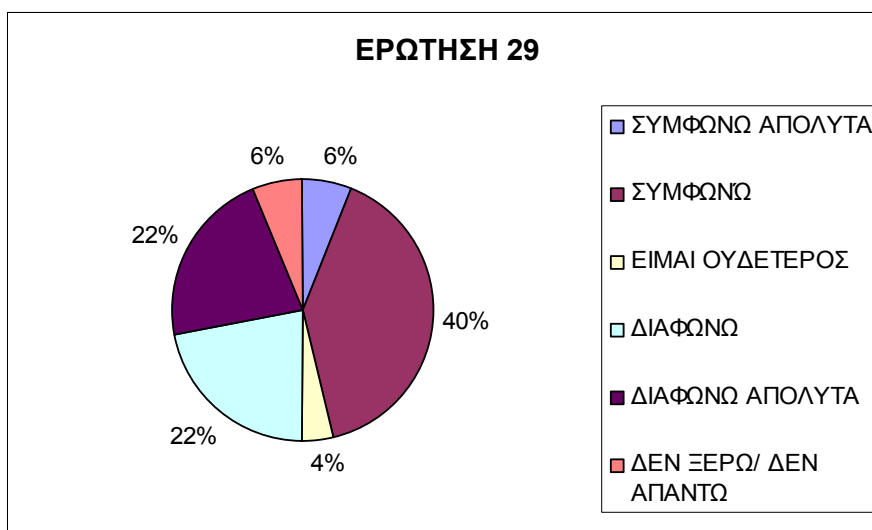
Γράφημα B28: Παρέμβαση διοίκησης στην επίλυση των προβλημάτων

Αναποτελεσματική δηλώνουν ότι είναι η παρέμβαση της διοίκησης του νοσοκομείου στην επίλυση των προβλημάτων (Συμφωνώ απόλυτα 20% και Συμφωνώ 42%), το 16% διαφωνεί και το 22% τον νοσηλευτών του δείγματος είναι ουδέτερο στην ερώτηση αυτή.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 29 “Θεωρώ ότι η συμμετοχή μου στο σχεδιασμό των λειτουργικών διαδικασιών του Τμήματός μου είναι ανεπαρκής.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B29
Συμμετοχή στο σχεδιασμό λειτουργικών διαδικασιών

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	3	20	2	11	11	3	50
Ποσοστό %	6	40	4	22	22	6	100,0



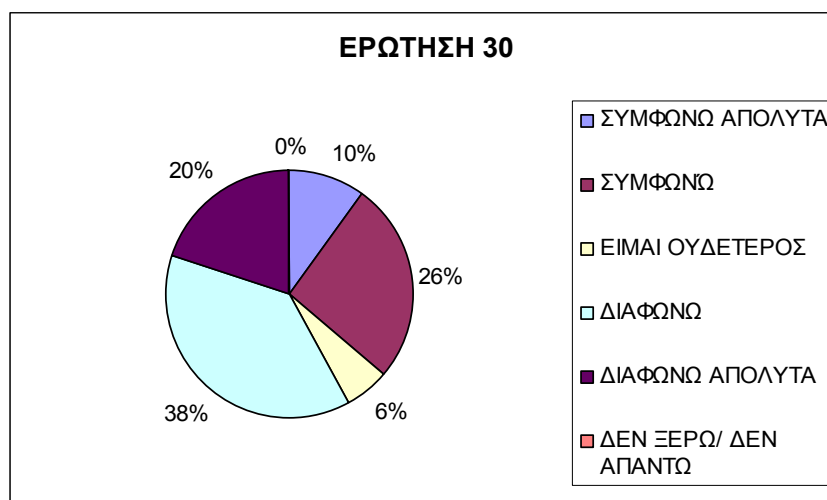
Γράφημα B29: Συμμετοχή στο σχεδιασμό λειτουργικών διαδικασιών

Το 40% του δείγματος των νοσηλευτών δηλώνει ανεπαρκή τη συμμετοχή του στο σχεδιασμό των λειτουργικών διαδικασιών στο Τμήμα του, ενώ το 44% δηλώνει ότι είναι επαρκής (Διαφωνώ 22%, Διαφωνώ απόλυτα 22%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 30 “Είμαι ικανοποιημένος από την οργάνωση του Τμήματός μου.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: Β30
Οργάνωση Τμήματος

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	5	13	3	19	10	0	50
Ποσοστό %	10	26	3	38	20	0	100,0



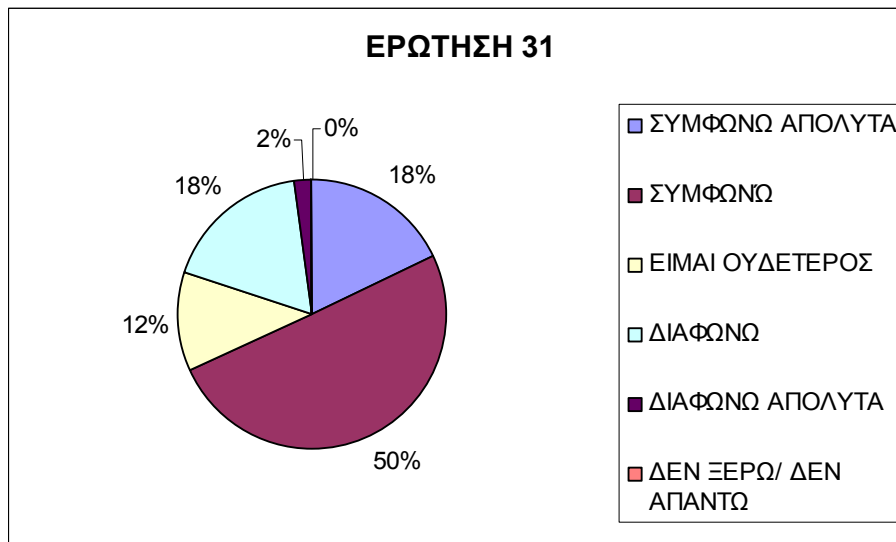
Γράφημα Β30: Οργάνωση Τμήματος

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν υπάρχει οργάνωση στο τμήμα του (Διαφωνώ 38%, Διαφωνώ απόλυτα 20%), ενώ το 36% δηλώνει ότι υπάρχει (Συμφωνώ απόλυτα 10%, Συμφωνώ 26%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 31 “Οι ευκαιρίες παρέμβασης σε θέματα που αφορούν την εκτέλεση ή τις συνθήκες της εργασίας μου είναι λίγες.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: Β31
Ευκαιρίες παρέμβασης σε θέματα εκτέλεσης ή συνθηκών εργασίας

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	9	25	6	9	1	0	50
Ποσοστό %	18	50	12	18	2	0	100,0



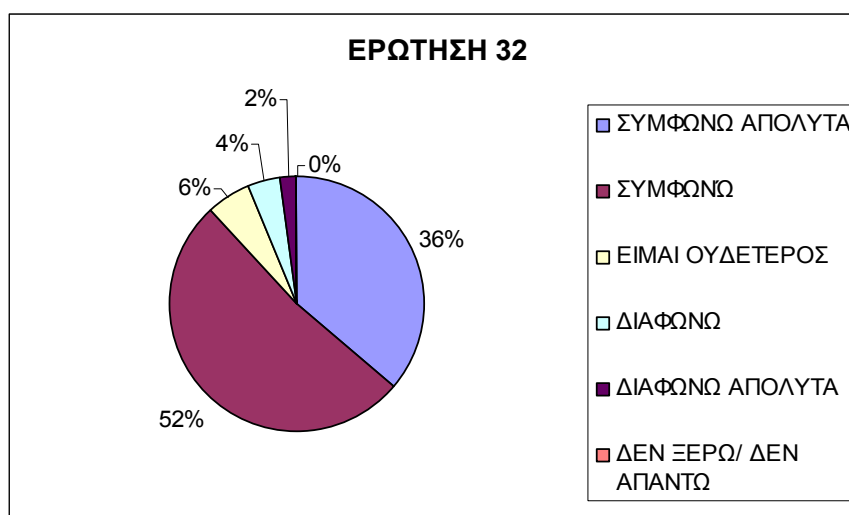
Γράφημα Α31: Ευκαιρίες παρέμβασης σε θέματα εκτέλεσης ή συνθηκών εργασίας

Λίγες, δηλώνουν οι νοσηλευτές του δείγματος, είναι οι ευκαιρίες παρέμβασης σε θέματα που αφορούν την εκτέλεση ή τις συνθήκες της εργασίας τους με 68% (Συμφωνώ απόλυτα 18%, Συμφωνώ 50%), ενώ το 20% απαντάει αρνητικά (Διαφωνώ 18%, Διαφωνώ απόλυτα 2%), στη ερώτηση αυτή. Επίσης το 18% δηλώνει ουδέτερο.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 32 “Στα πλαίσια της εργασίας μου, μου έχει ανατεθεί μεγάλος βαθμός ευθύνης.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B32
Ανάθεση ευθυνών

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	18	26	3	2	1	0	50
Ποσοστό %	36	52	6	4	2	0	100,0



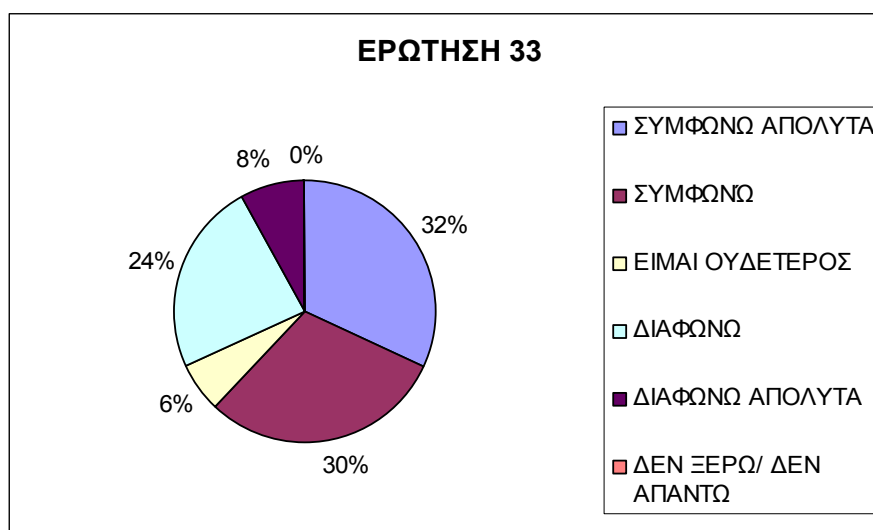
Γράφημα B32: Ανάθεση ευθυνών

Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες απαντούν (Συμφωνώ απόλυτα 36%, Συμφωνώ 52%) στην ερώτηση αυτή ότι η ανάθεση ευθυνών που τους αναλογεί είναι μεγάλη.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 33 “Κάποιες φορές αισθάνομαι αναγκασμένος να κάνω πράγματα στην εργασία μου που είναι αντίθετα με την προσωπική μου επαγγελματική κρίση.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B33
Εκτέλεση εργασιών αντίθετα με την προσωπική κρίση

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	16	15	3	12	4	0	50
Ποσοστό %	32	30	6	24	8	0	100,0



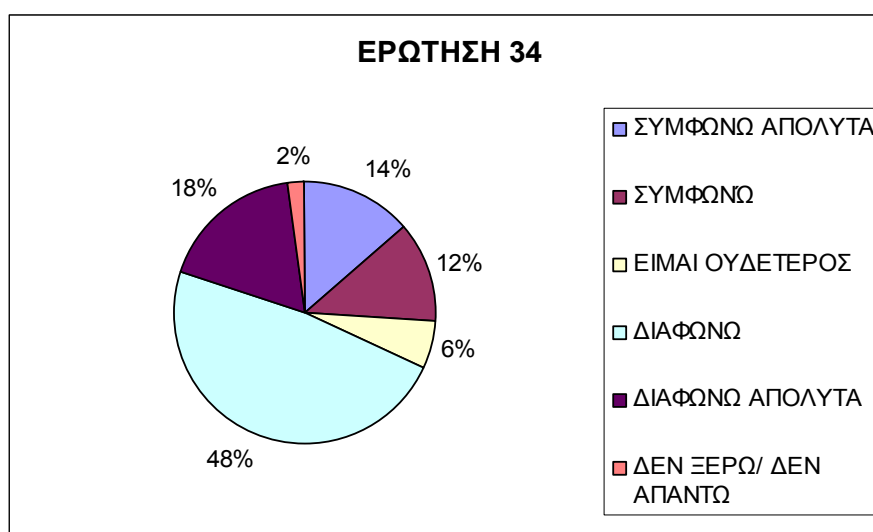
Γράφημα B33: Εκτέλεση εργασιών αντίθετα με την προσωπική κρίση

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών του δείγματος (Συμφωνώ απόλυτα 32%, Συμφωνώ 30%) δηλώνουν ότι αισθάνονται αναγκασμένοι να κάνουν πράγματα στην εργασία τους που είναι αντίθετα με την προσωπική τους επαγγελματική κρίση, ενώ το 32% όχι (Διαφωνώ απόλυτα 8%, Διαφωνώ 24%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 34 “Είμαι ικανοποιημένος με την ποιότητα ζωής που μου παρέχει η συγκεκριμένη εργασία” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B34
Ποιότητα ζωής

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	7	6	3	24	9	1	50
Ποσοστό %	14	12	6	48	18	2	100,0



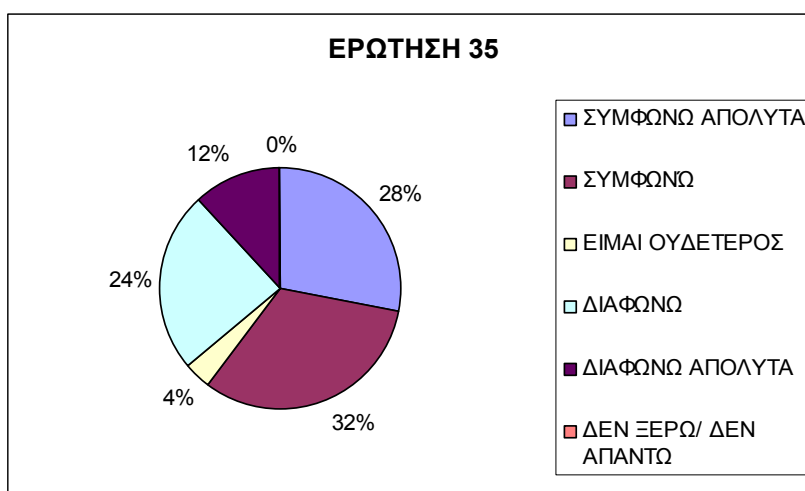
Γράφημα B34: Ποιότητα ζωής

Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή δηλώνουν τη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την ποιότητα ζωής που τους παρέχει η συγκεκριμένη εργασία με ποσοστό 66% (Διαφωνώ απόλυτα 18% Διαφωνώ 48%), ενώ το 26% συμφωνεί (Συμφωνώ απόλυτα 14% Συμφωνώ 12%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 35 “Θεωρώ ότι η εργασία μου επηρεάζει τις οικογενειακές και κοινωνικές μου σχέσεις αρνητικά (π.χ. ο χρόνος που αφιερώνω στα παιδιά ή στους φίλους μου).” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B35
Εργασία και οικογενειακές /κοινωνικές σχέσεις

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	14	16	2	12	6	0	50
Ποσοστό %	28	32	4	24	12	0	100,0



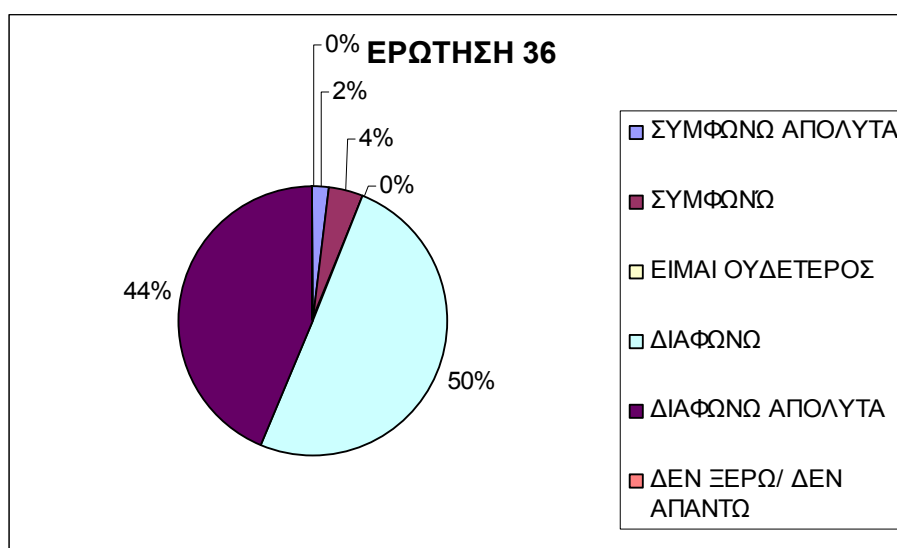
Γράφημα B35: Εργασία και οικογενειακές /κοινωνικές σχέσεις

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών του δείγματος συμφωνεί στο ότι η δουλειά τους επηρεάζει τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις αρνητικά (Συμφωνώ απόλυτα 28%, Συμφωνώ 32%), ενώ υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό που δεν συμφωνεί (Διαφωνώ 24%, Διαφωνώ απόλυτα 12%). Επίσης το 4% του δείγματος μένει ουδέτερο σε αυτήν την ερώτηση.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 36 “Είμαι ικανοποιημένος από την κοινωνική αναγνώριση της προσφοράς του νοσηλευτή.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B36
Ικανοποίηση από την κοινωνική αναγνώριση της προσφοράς του νοσηλευτή.

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	1	2	0	25	22	0	50
Ποσοστό %	2	4	0	50	44	0	100,0



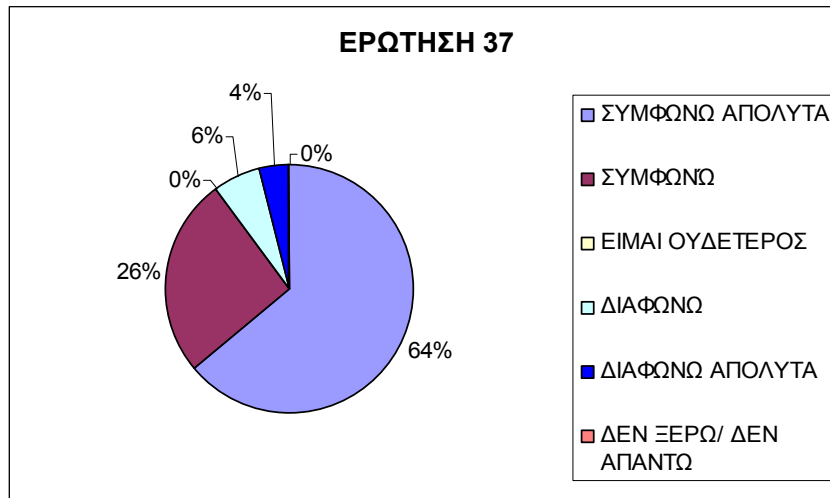
Γράφημα B36: Ικανοποίηση από την κοινωνική αναγνώριση της προσφοράς του νοσηλευτή.

Το 94% (Διαφωνώ 50%, Διαφωνώ απόλυτα 44%) του δείγματος δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένο από την κοινωνική αναγνώριση της προσφοράς του, ενώ μόνο το 6% (Συμφωνώ απόλυτα 2%, Συμφωνώ 4%) πιστεύει το αντίθετο.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 37 “Όταν φεύγω από την εργασία μου, συχνά αισθάνομαι ψυχικά και σωματικά εξάντλημένος.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B37
Ψυχική και σωματική εξάντληση

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	32	13	0	3	2	0	50
Ποσοστό %	64	26	0	6	4	0	100,0



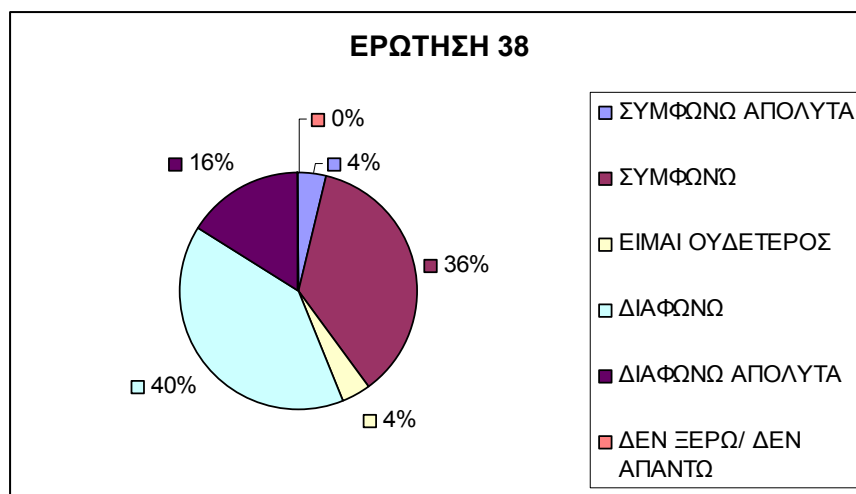
Γράφημα B37: Ψυχική και σωματική εξάντληση

Το 90% (Συμφωνώ απόλυτα 64%, Συμφωνώ 26%) των νοσηλευτών του δείγματος νιώθουν ψυχική και σωματική εξάντληση όταν φεύγουν από την εργασία τους, ενώ το 10% όχι (Διαφωνώ 6%, Διαφωνώ απόλυτα 4%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 38 “Η οικογένεια και οι φίλοι μου κατανοούν τις επαγγελματικές μου δεσμεύσεις.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B38
Κατανόηση από οικογένεια και φίλους

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	2	18	2	20	8	0	50
Ποσοστό %	4	36	4	40	16	0	100,0



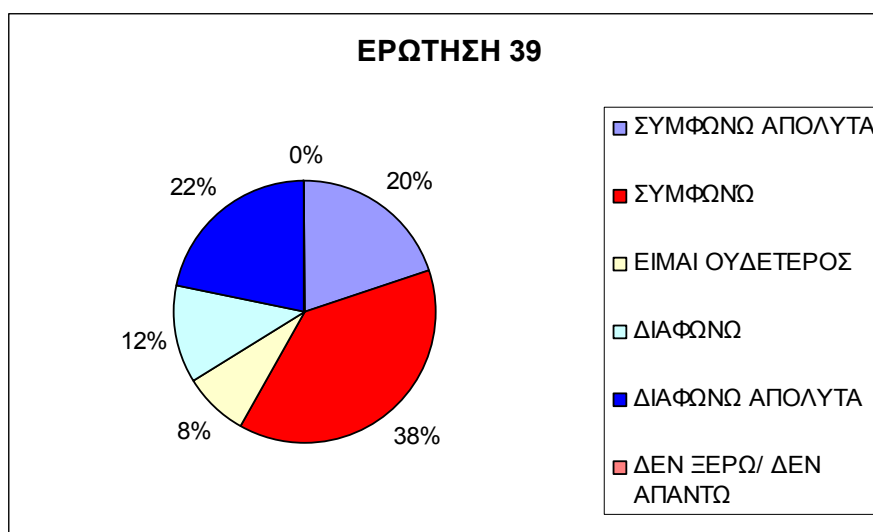
Γράφημα B38: Κατανόηση από οικογένεια και φίλους

Το 56% (Διαφωνώ 40%, Διαφωνώ απόλυτα 16%) των νοσηλευτών του δείγματος δηλώνει ότι η οικογένεια και οι φίλοι τους δεν κατανοούν τις επαγγελματικές τους δεσμεύσεις, ενώ το 40% όχι (Συμφωνώ απόλυτα 4%, Συμφωνώ 36%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 39 “Είμαι δυσαρεστημένος από τη θέση που κατέχω αυτή τη στιγμή στη δουλειά μου.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B39
Ικανοποίηση/ Δυσaréσκεια από την συγκεκριμένη θέση εργασίας

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	10	19	4	6	11	0	50
Ποσοστό %	20	38	8	12	22	0	100,0



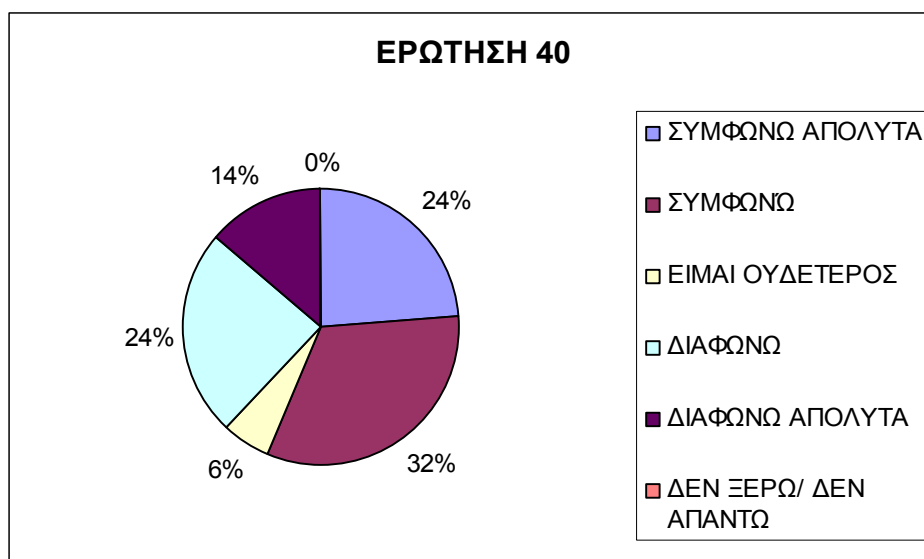
Γράφημα B39: Ικανοποίηση/ Δυσaréσκεια από την συγκεκριμένη θέση εργασίας

Το 58% (Συμφωνώ απόλυτα 20%, Συμφωνώ 38%) των νοσηλευτών του δείγματος είναι δυσαρεστημένο με την θέση που κατέχει σήμερα, ενώ το 34% όχι (Διαφωνώ 12%, Διαφωνώ απόλυτα 22%). Επίσης ένα 8% μένει ουδέτερο στην ερώτηση αυτή.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 40 “Αν ήμουν σε ηλικία επιλογής επαγγέλματος, θα επέλεγα πάλι το επάγγελμα του νοσηλευτή.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B40
Επιλογής επαγγέλματος

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	12	16	3	12	7	0	50
Ποσοστό %	24	32	6	24	14	0	100,0



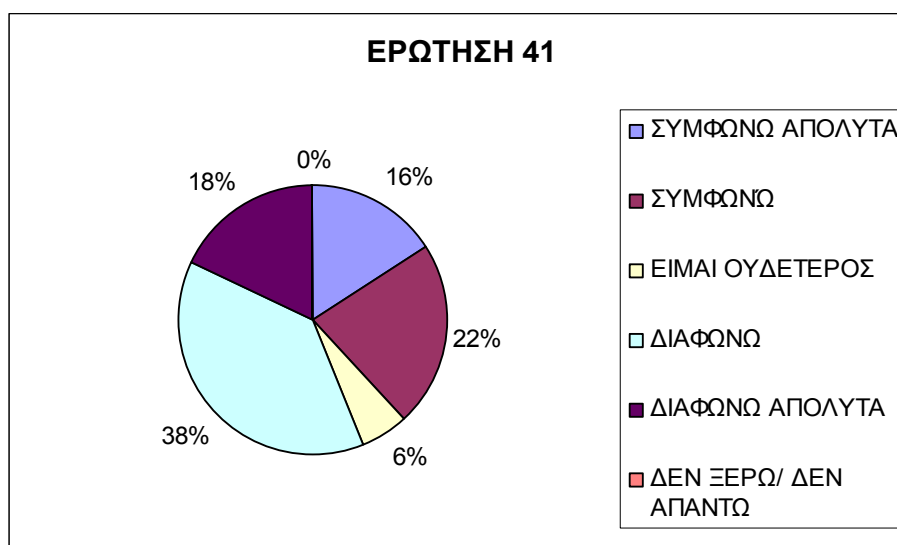
Γράφημα B40: Επιλογής επαγγέλματος

Σε αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε στις απαντήσεις ισοψηφία, στο ότι συμφωνούν απόλυτα για την επιλογή του επαγγέλματος αν μπορούσαν να επέλεγαν ξανά και στο ότι διαφωνούν σε αυτό. Αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων του δείγματος συμφωνούν στην επιλογή του ίδιου επαγγέλματος (Συμφωνώ απόλυτα 24%, Συμφωνώ 32%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 41 “Έχω κουραστεί από την τωρινή δουλειά μου και θα ήθελα να εργαστώ σε άλλο νοσοκομείο.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B41
Αλλαγή θέση εργασίας

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	8	11	3	19	9	0	50
Ποσοστό %	16	22	6	38	18	0	100,0



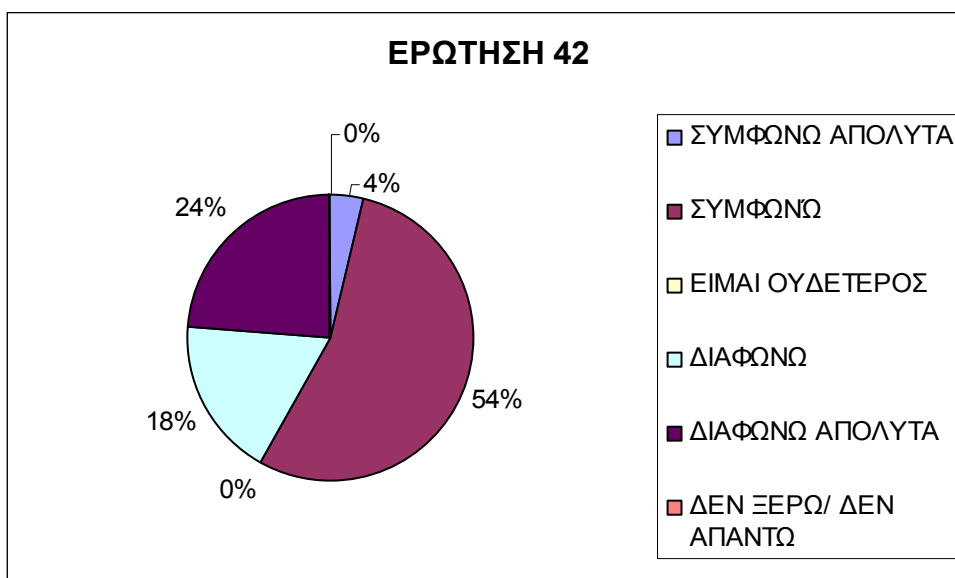
Γράφημα B41: Αλλαγή θέση εργασίας

Το 56% των νοσηλευτών του δείγματος (Διαφωνώ 38%, Διαφωνώ απόλυτα 18%) δεν έχει κουραστεί από την τωρινή του δουλειά και δεν θέλουν να εργαστούν σε άλλο νοσοκομείο, ενώ το 38%, θέλει (Συμφωνώ απόλυτα 16%, Συμφωνώ 22%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 42 “Είμαι ικανοποιημένος από την εργασία μου συνολικά.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: B42
Ικανοποίηση από την εργασία

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	2	27	0	9	12	0	50
Ποσοστό %	4	54	0	18	24	0	100,0



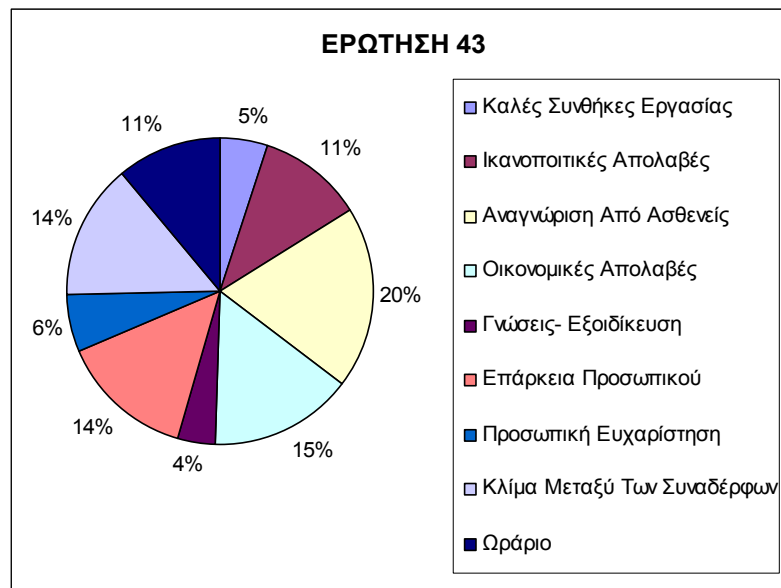
Γράφημα B42: Ικανοποίηση από την εργασία

Το 58% των νοσηλευτών του δείγματος (Συμφωνώ απόλυτα 4%, Συμφωνώ 54%) είναι ικανοποιημένο από την εργασία του συνολικά, ενώ το 42% (Διαφωνώ 18%, Διαφωνώ απόλυτα 24%), όχι.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 43 “Ποιοι δύο παράγοντες πιστεύετε ότι συμβάλλουν περισσότερο στην ευχαρίστησή σας από την εργασία;” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα

Πίνακας: B43
Παράγοντες ευχαρίστησης από την εργασία

Απαντήσεις	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Καλές Συνθήκες Εργασίας	5	5
Ικανοποιητικές Απολαβές	11	11
Αναγνώριση Από Ασθενείς	19	20
Οικονομικές Απολαβές	15	15
Γνώσεις- Εξειδίκευση	4	4
Επάρκεια Προσωπικού	14	14
Προσωπική Ευχαρίστηση	6	6
Κλίμα Μεταξύ Των Συναδέλφων	14	14
Ωράριο	11	11
Σύνολο	99	100,0



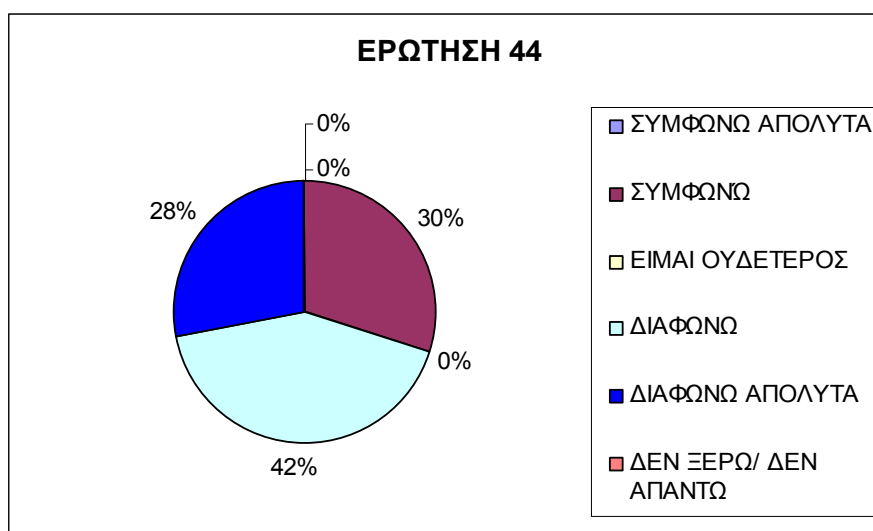
Γράφημα B43: Παράγοντες ευχαρίστησης από την εργασία

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος ένα μεγάλο ποσοστό της ευχαρίστησης από την εργασία οφείλεται στην αναγνώριση από τους ασθενείς (20%). Σημαντικά όμως ποσοστά συγκεντρώνουν και η επάρκεια προσωπικού (14%), το κλίμα μεταξύ των συναδέλφων(14%), οι ικανοποιητικές απολαβές (11%), το ωράριο (11%) και οι οικονομικές απολαβές (15%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 44 “Συχνά μεταφέρω τα προβλήματα της δουλειάς μου στο σπίτι μου.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα

Πίνακας: B44
Τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	0	15	0	21	14	0	50
Ποσοστό %	0	30	0	42	28	0	100,0



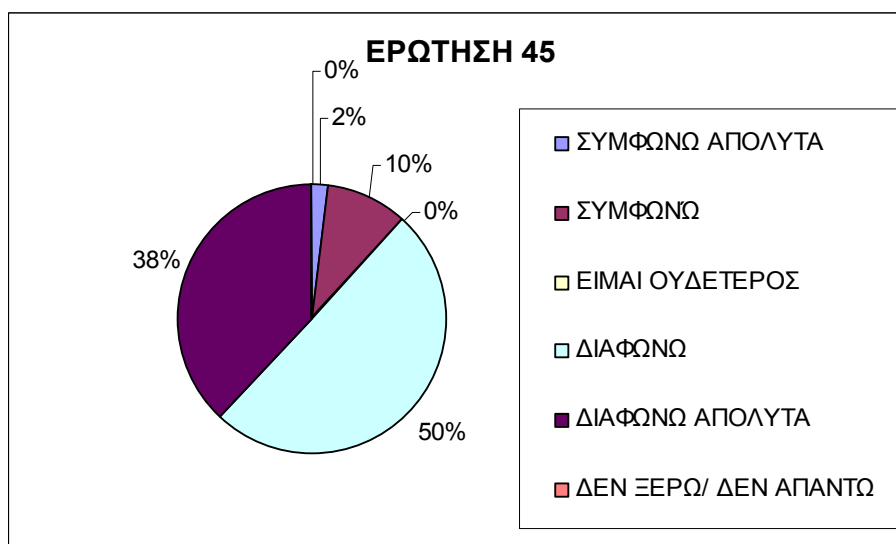
Γράφημα B44: Τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι

Το 30% των νοσηλευτών του δείγματος δηλώνει ότι δεν μεταφέρει τα προβλήματα της δουλειάς του στο σπίτι του, ενώ το 70% (Διαφωνώ 42%, Διαφωνώ απόλυτα 28%) όχι.

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 45 “Έχω εξοικειωθεί με τον θάνατο, αφού πλέον αποτελεί μέρος της καθημερινότητάς μου.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα

Πίνακας: Β45
Ο θάνατος στη καθημερινότητα

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	1	5	0	25	19	0	50
Ποσοστό %	2	10	0	50	38	0	100,0



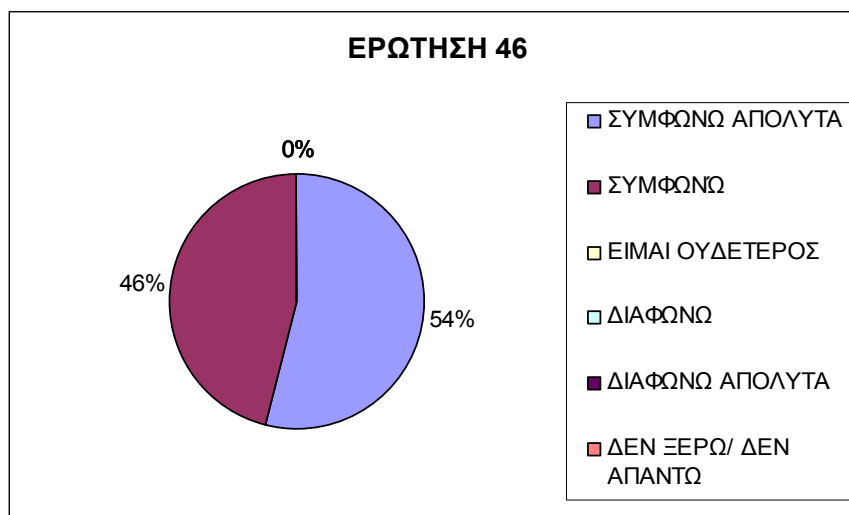
Γράφημα Β45: Ο θάνατος στη καθημερινότητα

Το 88% (Διαφωνώ 50%, Διαφωνώ απόλυτα 38%) των νοσηλευτών του δείγματος δηλώνει ότι δεν είναι εξοικειωμένο με τον θάνατο, ενώ μόνο το 12 % δηλώνει ότι είναι (Συμφωνώ απόλυτα 2%, Συμφωνώ 10%).

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος στην ερώτηση 46 “Λόγω της επαφής μου με βαριά αρρώστους έχω σκεφτεί μήπως βρεθώ στη θέση τους εγώ ή κάποιος δικός μου άνθρωπος.” εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα

Πίνακας: B46
Φόβος για ασθένεια

Απαντήσεις	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Σύνολο
Συχνότητα N	27	23	0	0	0	0	50
Ποσοστό %	54	46	0	0	0	0	100,0



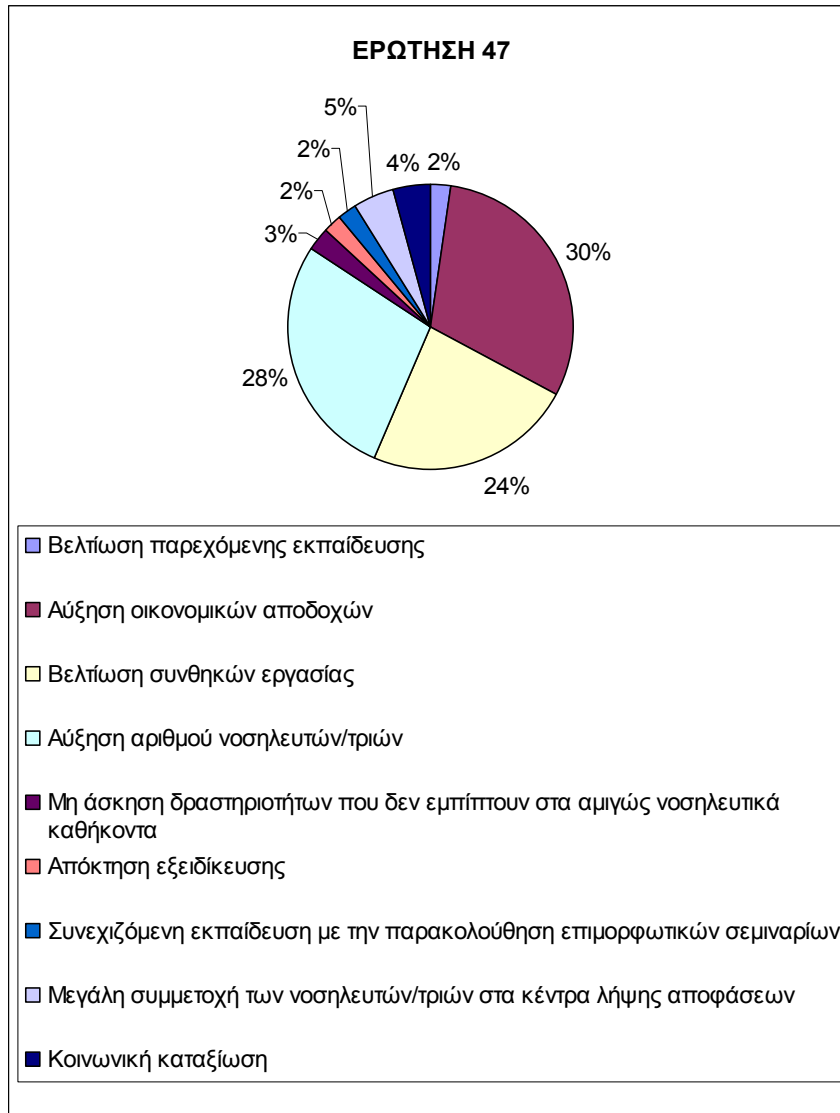
Γράφημα B46: Φόβος για ασθένεια

Το 100% (Συμφωνώ απόλυτα 54%, Συμφωνώ 46%) του δείγματος δηλώνει ότι φοβάται μήπως βρεθεί στη θέση κάποιου ασθενούς.

Στην ερώτηση 47 “Ποιες αλλαγές προτείνετε για την βελτίωση και αναβάθμιση του επαγγέλματος σας; “ οι νοσηλευτές του δείγματος καλούνται τρεις από τις παρακάτω απαντήσεις.

Πίνακας: B47
Βελτίωση και αναβάθμιση του επαγγέλματος

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Βελτίωση παρεχόμενης εκπαίδευσης	3	2
Αύξηση οικονομικών αποδοχών	44	30
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	34	24
Αύξηση αριθμού νοσηλευτών/τριών	40	28
Μη άσκηση δραστηριοτήτων που δεν εμπίπτουν στα αμιγώς νοσηλευτικά καθήκοντα	4	3
Απόκτηση εξειδίκευσης	3	2
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με την παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων	3	2
Μεγάλη συμμετοχή των νοσηλευτών/τριών στα κέντρα λήψης αποφάσεων	7	5
Κοινωνική καταξίωση	6	4
Σύνολο	144	100.0



Γράφημα B49: Βελτίωση και αναβάθμιση του επαγγέλματος

Οι κυριότερες αλλαγές που προτείνει το δείγμα για την αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι κατά σειρά η αύξηση οικονομικών αποδοχών, η αύξηση αριθμού νοσηλευτών και η βελτίωση συνθηκών εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό με τη χρήση ερωτηματολογίου ώστε να εντοπίσει τους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές που εργάζονται στις ογκολογικές μονάδες του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου του Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑ.Γ.Ν.Η.).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, οι νοσηλευτές του δείγματός μας φαίνεται να εμφανίζουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Από την έρευνα μας προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος είναι μεταξύ των ηλικιών 30-49 και είχαν προϋπηρεσία 16-25 χρόνια. Σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση (Μελισσά Χ., Αβραμικά Μ. & Λαλούμη Β. 2003) νοσηλεύτριες σχετικά μεγάλης ηλικίας και προϋπηρεσίας σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όσον αφορά το μισθό και τις πρόσθετες παροχές οι νοσηλευτές εμφανίζονται έντονα δυσαρεστημένοι. Το 88% του δείγματος δηλώνει ότι είναι μικρή η χρηματική του αμοιβή σε σχέση με αυτά που προσφέρει στην εργασία του. Επίσης, δυσαρεστημένο είναι το 100% των νοσηλευτών από τις πρόσθετες απολαβές και τα επιδόματα που λαμβάνουν, ενώ το 70% του δείγματος δηλώνει ότι δεν υπάρχει επιβράβευση της απόδοσής του. Ακόμα, το 72% των νοσηλευτών δεν είναι ικανοποιημένο από τις αυξήσεις του μισθού του. Δηλαδή, υπάρχει έλλειψη επιβράβευσης/ ανταμοιβής, πράγμα που αποτελεί βασικό παράγοντα για την εμφάνιση του συνδρόμου αυτού σύμφωνα με τη μελέτη των Maslach, Schaufeli και Leiter (2001).

Η κακή συνεργασία του δείγματος μας με το προσωπικό όλων των βαθμίδων του Τμήματος του αποτελεί επίσης έναν παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο είναι σύμφωνο και με τη μελέτη των Κανδρή και συν. (2004) όπου επισημαίνεται ότι η καλή συνεργασία, η υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για τη σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι ογκολογικοί ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές, διότι η απειλητική για τη ζωή ασθένεια και ο φόβος του πόνου και θανάτου, αποτελούν στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους. Η μη αναγνώριση των προσπαθειών των

νοσηλευτών της έρευνας μας από τους ασθενείς ευθύνεται σε σημαντικό βαθμό για την εξουθένωση τους. Το αποτέλεσμα αυτό συμπίπτει με τη θεωρία του Muldary (1983) σύμφωνα με την οποία η φύση του επαγγέλματος των νοσηλευτών απαιτεί στενή αλληλεπίδραση με δέκτες που πολύ συχνά εκδηλώνουν αρνητική συμπεριφορά επιθετικότητας, παθητικότητας και αδράνειας και ειδικά αν ανήκουν στην ομάδα των ογκολογικών ασθενών. Η επαγγελματική επάρκεια και ικανότητα των νοσηλευτών τελεί υπό τη συνεχή επίβλεψη και κριτική των ασθενών, ακόμα και των συναδέλφων τους. Ακόμη, τα σφάλματά τους είναι εύκολα αντιληπτά, με πιθανές τραγικές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ίδιους τους νοσηλευτές (Beechman, 2000).

Οι καλές συνθήκες εργασίας, η επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού, ο περιορισμένος φόρτος εργασίας, η άνεση χρόνου για την ολοκλήρωση της δουλειάς, ο ευχάριστος χώρος εργασίας και ο επαρκής εξοπλισμός είναι πράγματα που δεν ισχύουν για τους νοσηλευτές του δείγματος μας, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους. Έρευνες υποστηρίζουν ότι η πίεση του χρόνου, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και οι ακανόνιστες βάρδιες εργασίας αποτελούν σοβαρές πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης και ανάπτυξης ψυχιατρικών και σωματικών προβλημάτων (Beechman 2000, Dumelow 2000). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος μας υπάρχει έντονη δυσαρέσκεια σχετικά με τις συνθήκες εργασίας τους με ποσοστό 88%. Επίσης, οι νοσηλευτές δηλώνουν ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού με ποσοστό 96% και μεγάλος φόρτος εργασίας με ποσοστό 100%. Ακόμα, διαφωνούν σχετικά με το χρόνο που τους δίνεται για να ολοκληρώσουν την δουλειά τους με ποσοστό 94% και εμφανίζονται δυσαρεστημένοι από τον χώρο εργασίας τους και τον εξοπλισμό του Τμήματός τους με ποσοστό 84%.

Σύμφωνα με μελέτες ερευνητών υποστηρίζεται ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας (Pines, 1986). Από τις απαντήσεις των νοσηλευτών του δείγματος μας προκύπτει ότι τα παραπάνω ισχύουν και για τους ίδιους. Από τις απαντήσεις που έδωσαν, εμφανίζονται δυσαρεστημένοι από τις ευκαιρίες παρέμβασης σε θέματα που αφορούν την εκτέλεση και τις συνθήκες εργασίας τους με ποσοστό 68%, από τον βαθμό ευθύνης που τους αναλογεί με ποσοστό 88% και από τα πράγματα που είναι αναγκασμένοι να κάνουν πάνω στην εργασία τους τα οποία είναι ενάντια στην προσωπική επαγγελματική τους κρίση με ποσοστό 62%.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας σχετικά με την ποιότητα ζωής και τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους συμφωνούν με αυτό που υποστηρίζουν οι Griffith και συν. (1999), ότι δηλαδή πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου, ο οποίος μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές. Συνέπεια των παραπάνω είναι ότι το 60% θεωρεί ότι η εργασία του επηρεάζει τις οικογενειακές και τις κοινωνικές του σχέσεις αρνητικά.

Το 94% των νοσηλευτών του δείγματος μας δεν είναι ικανοποιημένο από την κοινωνική αναγνώριση της προσφοράς του. Σύμφωνα με τη μελέτη των Maslach, Schaufeli και Leiter (2001), αυτό αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που συντελεί στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το 90% του δείγματος μας νιώθει ψυχικά και σωματικά εξαντλημένο όταν φεύγει από την εργασία του. Αυτό εμφανίζει ακόμα έναν παράγοντα για την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και έχει ευρέως διαπιστωθεί ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια συνήθως βιώνουν μικρότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού στρες και μπορούν να αντεπεξέρχονται πιο αποτελεσματικά αποφεύγοντας δυσμενείς επιδράσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία (Kessler & McLead, 1985). Πολλοί ερευνητές έχουν συνδέσει τα αντίξοα ωράρια των επαγγελματιών υγείας (π.χ., βάρδιες, εφημερίες κλπ.) με την ευάλωτη σωματική και ψυχική τους υγεία (Sparks και συν., 2001).

Παρά το γεγονός ότι η επαφή με το θάνατο είναι πλέον μέρος της καθημερινότητας για τους νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων, από τις απαντήσεις τους βλέπουμε ότι δεν έχουν εξοικειωθεί με αυτή την κατάσταση (88%). Επίσης, οι νοσηλευτές του δείγματος μας στο σύνολο τους (100%) απαντούν ότι έχουν σκεφτεί μήπως βρεθούν στη θέση κάποιου ασθενούς οι ίδιοι ή κάποιος δικός τους άνθρωπος. Τα υψηλά ποσοστά αυτά δικαιολογούνται από το γεγονός ότι οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων έρχονται σε επαφή με το θάνατο πιο συχνά σε σχέση με άλλα τμήματα (Mc Elroy A. 1982, Κοτρώτσιου Ε. & Παραλίκας Θ. 2002).

Τα παραπάνω αποτελέσματα της έρευνάς μας επιβεβαιώνονται από την μελέτη των Μελισά και Χαλικοπούλου Χρ. (2002), σύμφωνα με την οποία σημαντική πηγή του στρες των νοσηλευτών αποτελεί η έκθεση στο θάνατο, καθώς υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ αριθμού θανάτου ασθενών και επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Ο θάνατος του ασθενούς δεν σχετίζεται μόνο με την απώλεια μιας ανθρώπινης σχέσης

αλλά παράλληλα σηματοδοτεί ποικίλες απώλειες, προβληματίζει για το χρονικό διάστημα που διατέθηκε στον ασθενή πιθανώς σε βάρος άλλων καθηκόντων, εγείρει σκέψεις ματαιοδοξίας των ενεργειών σε ασθενείς σοβαρής πρόγνωσης, αποκρίνει συναισθηματικά τους νοσηλευτές από τους ασθενείς.

Παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές είναι γενικά δυσαρεστημένοι από την εργασία τους, μέσα από τις απαντήσεις τους δηλώνουν ότι δεν θέλουν να αλλάξουν δουλειά και ότι αν ήταν σε ηλικία επιλογής επαγγέλματος, θα επέλεγαν ξανά αυτό του νοσηλευτή αν και αυτό, όπως υποστηρίζουν χρειάζεται βελτίωση και αναβάθμιση.

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι παρά τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει στην εργασία του, γιατί είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας το οποίο προκύπτει από μελέτες που έχουν γίνει (Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη, 2001).

Οι σπουδαιότερες αλλαγές που προτείνουν οι νοσηλευτές του δείγματος μας είναι σύμφωνα με τις απαντήσεις τους η αύξηση των οικονομικών αποδοχών τους με ποσοστό 30%, η αύξηση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού με ποσοστό 28% και την βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους με ποσοστό επίσης 28%.

Επίσης, όσον αφορά την ερώτηση για το ποιους παράγοντες πιστεύουν οι νοσηλευτές ότι συμβάλλουν περισσότερο στην ευχαρίστησή τους από την εργασία, οι συχνότερες απαντήσεις κατά σειρά είναι η αναγνώριση από τους ασθενείς με ποσοστό εμφάνισης 20%, οι ικανοποιητικές οικονομικές απολαβές με ποσοστό εμφάνισης 15% και τέλος η επάρκεια προσωπικού και το κλίμα μεταξύ συναδέλφων με ποσοστό εμφάνισης 14%.

7.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα που βγαίνουν από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας σε ογκολογικό νοσηλευτικό προσωπικό είναι τα εξής:

- Ο μισθός και οι πρόσθετες απολαβές δεν είναι επαρκείς.
- Έλλειψη επιβράβευσης από τη διοίκηση.
- Περιορισμένη συνεργασία και ομαδικότητα μεταξύ όλων των βαθμίδων των τμημάτων.
- Οι ασθενείς δεν αναγνωρίζουν ικανοποιητικά τις προσπάθειες του νοσηλευτικού προσωπικού ενώ ταυτόχρονα υπάρχει και περιορισμένη αναγνώριση της προσφοράς τους από την κοινωνία.
- Αναφέρουν μειωμένη αξιοποίηση των προσόντων τους και λίγες πιθανότητες προαγωγής
- Ανεπαρκής χρόνος ολοκλήρωσης της εργασίας.
- Θεωρούν ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, παράλληλα με το κακό εργασιακό περιβάλλον, το μεγάλος φόρτος εργασίας και ευθύνης.
- Ψυχική και σωματική εξάντληση.
- Δεν υπάρχει εξοικείωση με την ιδέα του θανάτου παρά τη συχνή επαφή με αυτή.

Τα παραπάνω συμπεράσματα δικαιολογούν την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές του δείγματός μας και την ανάγκη εφαρμογής στρατηγικών παρέμβασης σε μία ουσιαστική βάση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ

Από την έρευνα μας φαίνεται ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα:

- Η σύγκριση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης των παραπάνω νοσηλευτών, με αυτούς άλλων μονάδων/ κλινικών ή νοσοκομείων.
- Η σύγκριση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με το ιατρικό προσωπικό των ογκολογικών τμημάτων του ΠΑ.Γ.Ν.Η.
- Η σύγκριση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών των ογκολογικών τμημάτων του ΠΑ.Γ.Ν.Η. με εργαζόμενους άλλων επαγγελμάτων.
- Εφαρμογή για την πρόληψη και την καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού των ογκολογικών τμημάτων του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Αντωνίου Αλέξανδρος Σταμάτιος, (2005).** Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας & ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης (ΜΥΠ) του προγράμματος «Ψυχαργός – Β΄ φάση». Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.msu.gr/files/odigo/BurnOut.doc>. (27.2.2008).
- 2. Ανώνυμος, (2003).** Τα συμπτώματα της «επαγγελματικής εξουθένωσης». Καθημερινή (8.2.2003).
- 3. Ανώνυμος, (2008).** Επαγγελματική Εξουθένωση (BURNOUT). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.e-therapy_gr Main Page.htm](http://www.e-therapy_gr/Main_Page.htm). (10.11.2008).
- 4. Γιώτα Δήμητρα, (2007).** Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Burnout. Ακμή, Κέντρο Στήριξης Οικογένειας Κορίνθου.
- 5. Γούλας Β, (2004).** Διερευνώντας την επαγγελματική εξουθένωση για άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης: εμπειρικά δεδομένα από δύο νοσοκομεία, Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία, Αθήνα Εκδόσεις Mediforce.
- 6. Θεοδωρακοπούλου Γ, (1995).** Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στις σχέσεις μεταξύ άγχους από την εργασία και ικανοποίηση από την εργασία, σε νοσηλεύτριες που εργάζονται σε ειδικές νοσηλευτικές μονάδες και γενικά νοσηλευτικά τμήματα. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών.
- 7. Κακαγιάνη Πηνελόπη, 2007.** STRESS. Διπλωματική εργασία, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Λάρισας.
- 8. Καλέμη Γεωργία, 2008.** Επαγγελματική Εξουθένωση. Ναυτεμπορική Ειδική, (19.2.2008). (42-43).

- 9. Κάντας Α, (2003).** Οργανωτική και Βιομηχανική Ψυχολογία. Μέρος 1^ο, 3^η έκδοση Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- 10. Καρκάνη Γωγώ, (2007).** Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης –Όταν δεν αντέχουμε άλλο τη δουλειά που κάνουμε. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.aneans/artides.php>. (5.2.2007).
- 11. Κουτελέκος Ιωάννης και Πολυκανδριώτη Μαρία, (2007).** Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης των Νοσηλευτών. Το Βήμα του Ασκληπιού Τεύχος 1 (Ιανουάριος - Μάρτιος 2007).
- 12. Λαχανά Ε, (2003).** Επαγγελματική Εξουθένωση νοσηλευτών, Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα.
- 13. Μελισσά-Χ. Χ, Αβραμικά Μ. και Λαλούμη-Β. Ε, (2003).** Αίσθημα Επαγγελματικής Κόπωσης Νοσηλευτών. Βραχεία ερευνητική εργασία, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης.
- 14. Νικολάου Α, (2005).** Η επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που την διαμορφώνουν – Οι περιπτώσεις του Τζάνειου Γ.Ν. Πειραιά και του Ν.Γ.Ν. Κορίνθου. Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα.
- 15. Ρούπα Ζωή, (2007).** Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (BURNOUT). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://archimidis.teilar.gr/content/ppt/33.ppt>. (26. 2. 2008).
- 16. Σουλγέρη Μαρία, (2002).** Νοσηλευτική παρέμβαση στην ογκολογία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.ΣουλγέρηΜαρία.gr>. (4.1.2009)
- 17. Χαραλαμπίδου Ε, (1996).** Επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Antoniou A.-S, (1999).** Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16 (1), 20-28.

2. **Antoniou A.-S. & Antonodimitrakis P, (2001).** Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli

3. **Beechman, L, (2000).** BMA warns of stress suffered by senior doctors. *British Medical Journal (Medicopolitical digest)*, July 1.

4. **Burke R. J. & Greenglass, E. R, (2001).** Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*.

5. **Caplan R. D, Cobb S, French J. R. P, Harrison R. V. & Pinneau S. R, (1975).** Job demands and worker health: Main effects and occupational difference. US Department of Health, Education and Welfare, HEW Publication No (NIOSH) 75-160.

6. **Cherniss C, (1980).** Professional burnout in human service organizations. New York: Preager Publisher.

7. **Cushway D, (1992).** Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 169-179.

8. **Dekker S. W. A. & Schaufeli W. B, (1995).** The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist*, 30 (1), 57-63.

9. **Demir A, Ulosoy M. & Ulosoy M. F, (2003).** Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.

- 10. Fagin L, Brown D, Bartlett H, Leary J, Carson J, De Villiers, N, O'Malley P, West M. & McElpatrick S, (1996).** Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *International Journal of Psychiatry* 42 (2), pp 102-111.
- 11. Firth-Cozens J. & Payne R, (1999).** *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.
- 12. Griffith J., Steptoe A. & Cropley M, (1999).** An investigation of coping strategies associated with job stress. *British Journal of Educational Psychology*, 6(4),517-531.
- 13. Hannigan B, Edwards D, Coyle D, Fothergill A. & Burnard, P, (2000).** Burnout in mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 7 (2), 127-34.
- 14. Jimmieson N. L, (2000).** Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the modHannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A., & Burnard, P. (2000). Burnout in mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 7 (2), 127-34.
- 15. Leiter M. & Maslach C, (1988).** The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour*, 9, 297-308.
- 16. Leiter M. & Maslach C, (2005).** A mediation model of job burnout. In A.-S. Antoniou & C.L. Cooper (Eds.): *Research Companion to Organizational Health Psychology*. Edward Elgar: Northampton, MA.
- 17. Leiter M. & Maslach, C, (2005).** *Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- 18. Maslach C, (1982).** *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.

- 19. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984)** Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.
- 20. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986)** Maslach Burnout Inventory (manual), 2nd ed. Palo Alto. Consulting Psychologists Press, California.
- 21. Muldary T. W, (1983).** Burnout and Health Professionals: manifestations and management. USA: Appleton-Century-Crofts.
- 22. Pines A. M, (1986).** Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications.
- 23. Pines A. M, (1993).** Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2nd ed.), pp. 386-403. New York: Free Press.
- 24. Pines A. M. & Aronson E, (1988).** Career burnout: Causes nad cures. New York: Free Press.
- 25. Rees D. W. & Cooper C. L, (1991).** A criterion orientated validation study of the OSI outcomes measures on a sample of health service employees. *Stress Medicine*, 7, (2), 125-127.
- 26. Schuler R. C, (1983).** Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organization, Behavior and Human Performance*, 25, 184-215.
- 27. Sutherland V. J. & Cooper C. L, (1990).** Understanding stress: a psychological perspective for health professionals. London: Chapman and Hall.
- 28. Sutherland V. J. & Cooper C. L, (1992).** Job stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of the new contact. *British Medical Journal*, 304, 1545-1548.

29. Sutherland V. J. & Cooper C. L, (2003). De-stressing doctors: A selfmanagement guide. Butterworth-Heinemann: London.

30. Tyler P. & Cushway D, (1998). Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, 14, 99-107.

31. Vachon M. L. S, (1987). Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved. New York: Hemisphere Publ. Co.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

(***Το παρόν ερωτηματολόγιο πιθανόν να μεταβληθεί μετά την μελέτη όλης της βιβλιογραφίας και πιλοτική μελέτη.)

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο είναι η βάση για την άντληση πληροφοριών της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ογκολογικές μονάδες και αποτελεί το μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας. Παρακαλούμε, αν θέλετε να συμμετάσχετε, απαντήστε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με τις απόψεις που σας εκφράζουν καλύτερα.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπεύθυνου από την σχολή. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα. Ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωση του είναι περίπου 15 λεπτά.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε.

Οι ερευνητές
Βαϊζόγλου Σοφία Δένδη Μαρία
Τελειόφοιτες του τμήματος
Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΣΤΙΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΟΥ ΠΑ.Γ.Ν.Η.**

Παρακαλώ απαντήστε σε κάθε ερώτηση βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που σας εκφράζει.

1. Ο μισθός μου είναι ικανοποιητικός για τα προσόντα μου και τις αρμοδιότητές μου.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

2. Οι πρόσθετες απολαβές/ επιδόματα που λαμβάνω είναι επαρκή.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

3. Η διοίκηση επιβραβεύει την καλή μου απόδοση.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

4. Οι αυξήσεις στο μισθό μου είναι ελάχιστες.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

5. Υπάρχει σε μεγάλο βαθμό συνεργασία και ομαδικότητα μεταξύ του προσωπικού όλων των βαθμίδων στο Τμήμα μου.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

6. Οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στη δουλειά μου είναι συχνό φαινόμενο.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

7. Οι ασθενείς αναγνωρίζουν τις προσπάθειες που καταβάλλω στη δουλειά μου.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

8. Είμαι δυσαρεστημένος από την επικοινωνία μου με τους γιατρούς.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

9. Είμαι ικανοποιημένος από το γεγονός ότι οι συνάδελφοί μου εκτιμούν την εργασία μου.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

10. Οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου είναι πολύ καλές.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

11. Ο προϊστάμενός μου με ενημερώνει επαρκώς για τα καθήκοντα που έχω να εκτελέσω.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

12. Είμαι δυσαρεστημένος από την επικοινωνία μου με τον προϊστάμενό μου.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

13. Ο προϊστάμενός μου είναι πολύ ικανός στην εκτέλεση της εργασίας του.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

14. Ο προϊστάμενός μου, μου φέρεται χωρίς σεβασμό.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

15. Ο προϊστάμενός μου υπολογίζει τη γνώμη μου για την λήψη αποφάσεων.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

16. Από την υπηρεσία μου, μου δίνονται ευκαιρίες να αναπτύξω περισσότερα προσόντα και τις γνώσεις μου π.χ. με συμμετοχή σε σεμινάρια, εκπαιδευτικά προγράμματα κ.α.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

17. Είμαι ικανοποιημένος με τη χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

18. Η υπηρεσία αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις δεξιότητές και τα προσόντα μου.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

19. Οι πιθανότητες για προαγωγή στη δουλεία μου είναι περιορισμένες.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

20. Η υπηρεσία χρηματοδοτεί τη συμμετοχή μου σε προγράμματα κατάρτισης.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

21. Είμαι δυσαρεστημένος από τον αριθμό και την εναλλαγή των υπηρεσιών (νυχτερινά, αργίες ή σαββατοκύριακα).

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

22. Οι συνθήκες εργασίας μου είναι πολύ καλές.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

23. Ο χρόνος που έχω στη διάθεσή μου για να ολοκληρώσω τη δουλειά μου είναι ανεπαρκής.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

24. Θεωρώ ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στο Τμήμα μου.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

25. Οι χώροι εργασίας και τα μηχανήματα/ εξοπλισμός στο Τμήμα μου βρίσκονται σε πολύ καλή κατάσταση.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

26. Καθημερινά στη δουλειά μου αντιμετωπίζω μεγάλο φόρτο εργασίας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

27. Η επικοινωνία και οι σχέσεις με την ανώτερη Διοίκηση του Νοσοκομείου είναι ικανοποιητική.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

28. Η παρέμβαση της διοίκησης του νοσοκομείου στην επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάζονται στο τμήμα μου είναι αναποτελεσματική.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

29. Θεωρώ ότι η συμμετοχή μου στο σχεδιασμό των λειτουργικών διαδικασιών του Τμήματός μου είναι ανεπαρκής.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

30. Είμαι ικανοποιημένος από την οργάνωση του Τμήματός μου

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

31. Οι ευκαιρίες παρέμβασης σε θέματα που αφορούν την εκτέλεση ή τις συνθήκες της εργασίας μου είναι λίγες.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

32. Στα πλαίσια της εργασίας μου, μου έχει ανατεθεί μεγάλος βαθμός ευθύνης.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

33. Κάποιες φορές αισθάνομαι αναγκασμένος να κάνω πράγματα στην εργασία μου που είναι αντίθετα με την προσωπική μου επαγγελματική κρίση.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

34. Είμαι ικανοποιημένος με την ποιότητα ζωής που μου παρέχει η συγκεκριμένη εργασία

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

35. Θεωρώ ότι η εργασία μου επηρεάζει τις οικογενειακές και κοινωνικές μου σχέσεις αρνητικά (π.χ. ο χρόνος που αφιερώνω στα παιδιά ή στους φίλους μου).

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

36. Είμαι ικανοποιημένος από την κοινωνική αναγνώριση της προσφοράς του νοσηλευτή.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

37. Όταν φεύγω από την εργασία μου, συχνά αισθάνομαι ψυχικά και σωματικά εξαντλημένος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

38. Η οικογένεια και οι φίλοι μου κατανοούν τις επαγγελματικές μου δεσμεύσεις.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

39. Είμαι δυσαρεστημένος από τη θέση που κατέχω αυτή τη στιγμή στη δουλειά μου.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

40. Αν ήμουν σε ηλικία επιλογής επαγγέλματος, θα επέλεγα πάλι το επάγγελμα του νοσηλευτή.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

41. Έχω κουραστεί από την τωρινή δουλειά μου και θα ήθελα να εργαστώ σε άλλο νοσοκομείο.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

42. Είμαι ικανοποιημένος από την εργασία μου συνολικά.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
1	2	3	4	5	6

43. Ποιοι δύο παράγοντες πιστεύετε ότι συμβάλλουν περισσότερο στην ευχαρίστησή σας από την εργασία;

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

48. Φύλο:

Άνδρας Γυναίκα

49. Ηλικία:

20-29 30-39 40-49 50+

50. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος /η Έγγαμος /η Διαζευγμένος /η Χήρος /α

51. Επίπεδο σπουδών:

α Διδακτορικό Μεταπτυχιακό β ΠΕ ΓΕ ΔΕ

52. Σε ποιο τμήμα ή μονάδα εργάζεστε σήμερα;.....

53. Ποια είναι η θέση που κατέχετε σήμερα;

Προϊστάμενος /η ΓΕ Νοσηλεύτης /τρια ΔΕ Νοσηλεύτης /τρια

54. Πόσα συνολικά έτη προϋπηρεσίας έχετε στο νοσηλευτικό επάγγελμα;.....

55. Τι σας οδήγησε στο νοσηλευτικό επάγγελμα; (Σημειώστε ένα ή περισσότερα)

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

Σας ευχαριστούμε για την πολύτιμη συνεργασία σας