

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :
ΚΑΡΙΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ ΕΜΜΑΝΟΥΕΛΑ
ΚΟΥΡΝΙΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΣΑΒΒΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΘΕΡΜΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ ΤΟΥ ΤΕΙ
ΠΟΥ ΗΤΑΝ ΚΟΝΤΑ ΜΑΣ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ
ΜΑΣ, ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΤΟΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟ
ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΜΑΣ Κ. ΣΑΒΒΙΔΗ ΝΙΚΟ ΠΟΥ ΣΤΑΘΗΚΕ ΣΤΟ
ΠΛΕΥΡΟ ΜΑΣ ΚΑΘ'ΟΛΗ ΤΗ ΔΥΣΚΟΛΗ ΠΕΡΙΟΔΟ
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Περιεχόμενα

Σελ. 4-8 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού στα πλαίσια του βιοϊατρικού και του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας

Σελ. 9-26 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Κατανόηση συμπεριφοράς σε θέματα υγείας

Σελ. 27-34 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Υγεία και προληπτική συμπεριφορά

Σελ. 35-55 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Επαγγελματική εξουθένωση

Σελ. 56-61 Το στρες στον εργασιακό χώρο

Σελ. 62-63 Ερωτηματολόγιο

Σελ 64- 94 Ραβδογράμματα & συμπεράσματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΧΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Η θεωρία εξασφαλίζει επαγγελματική αυτονομία κατευθύνοντας την εκπαίδευση, την άσκηση και την έρευνα στο επάγγελμα.

Τα φαινόμενα που μελετά η νοσηλευτική επιστήμη είναι η νοσηλευτική πράξη, ο άνθρωπος, το περιβάλλον και η υγεία. Σήμερα υπάρχουν νοσηλευτικές θεωρίες, που περιλαμβάνουν διάφορες διαστάσεις για τα παρακάτω θέματα:

- Ορισμός του ατόμου, της νοσηλευτικής, της υγείας, του περιβάλλοντος, καθώς και οι σχέσεις μεταξύ τους.
- Περιγραφή των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων.
- Κατανόηση της μοναδικότητας του ατόμου και των αντιδράσεων του προς το στρες και την αρρώστια.
- Βασικές επιστημονικές αρχές ως αφετηρία για την διατύπωση νοσηλευτικών αρχών.

Οι θεωρίες παρέχουν γνώσεις για την βελτίωση της νοσηλευτικής με την περιγραφή, ερμηνεία, πρόβλεψη και κατεύθυνση των φαινομένων.

Υπάρχουσες νοσηλευτικές θεωρίες

Θεωρία του περιβάλλοντος (Fl.Nightingale 1859)

Ψυχοδυναμική θεωρία (H.Replau 1952)

Τυπολογία νοσηλευτικών προβλημάτων (F.Abdellah 1960)

Θεωρία των ατομικών αναγκών (V.Henderson 1964)

Διαπροσωπική θεωρία (J.Travelbee 1966)

Συστήματα συμπεριφοράς (D.Johnson 1968)

Αμοιβαιότητα ανθρώπου-περιβάλλοντος (M.Rogers 1970)

Διαπροσωπικά συστήματα (I.King 1971)
Θεωρία ελλείμματος αυτοφροντίδας (D.Orem 1971)
Διατήρηση ενέργειας και ακεραιότητας (M.Levine 1973)
Θεωρία της προσαρμογής (C.Roy 1976)

Η θεωρία που πιστεύουμε ότι αντιπροσωπεύει περισσότερο τις σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού και αρρώστου στα πλαίσια του βιοϊατρικού και βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας είναι η θεωρία των συστημάτων φροντίδας υγείας της B.Neuman.

Το μοντέλο της B.Neuman βασίζεται στην θεωρία των συστημάτων, στην θεωρία Stress του Seley, στην θεωρία της προσαρμογής και στην θεωρία της ολιστικής προσέγγισης των ατόμων και της φροντίδας υγείας.

Αυτό το μοντέλο των ανοικτών συστημάτων βλέπει το άτομο να αποτελείται από αλληλοεξαρτώμενες φυσιολογικές / βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικοπολιτιστικές και αναπτυξιακές μεταβλητές. Καθώς το άτομο επικοινωνεί με το περιβάλλον, στρεσογόνοι παράγοντες - ενδοπροσωπικοί, διαπροσωπικοί και εξωπροσωπικοί στη προέλευσή τους - επιδρούν στο άτομο με αποτέλεσμα να αρχίσουν οι διάφορες αποκρίσεις / αντιδράσεις από μέρους του ατόμου.

Η νοσηλευτική έχει σκοπό όχι μόνο να αλλά και να διατηρήσει τον μέγιστο βαθμό της ευημερίας του ατόμου είτε μειώνοντας τους στρεσογόνους παράγοντες είτε ενδυναμώνοντας την άμυνά του.

Σκοπός του μοντέλου της B. NEUMAN είναι <<να δώσει μια εντοπισμένη εστίαση για την προσέγγιση των ποικίλων νοσηλευτικών προβλημάτων και την κατανόηση του βασικού φαινομένου : Ο Άνθρωπος και το Περιβάλλον του>>. Το μοντέλο βασίζεται επάνω στην σχέση του ατόμου με το STRESS, την αντίδρασή του προς το STRESS και τους παράγοντες επαναπροσαρμογής του, που θεωρείται δυναμική στην φύση της.

Το μοντέλο επικεντρώνεται σε τρεις παράγοντες :

1. Στους στρεσογόνους παράγοντες.
2. Στην αντίδραση του ατόμου σε αυτούς τους στρεσογόνους παράγοντες &
3. Στην βιολογική, ψυχολογική, κοινωνικοπολιτιστική και αναπτυξιακή κατάσταση του ατόμου.

ΟΡΙΣΜΟΙ

ΑΤΟΜΑ. Ο άνθρωπος είναι ένα ανοικτό σύστημα που επικοινωνεί με το περιβάλλον δια μέσου ενδοπροσωπικών και εξωπροσωπικών παραγόντων. Κάθε άτομο είναι μοναδικό με χαρακτηριστικές αντιδράσεις και μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια που αποτελούν και την εσωτερική αντίσταση στους στρεσογόνους παράγοντες.

Τα άτομα είναι ανοικτά συστήματα με βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικοπολιτιστικές και αναπτυξιακές μεταβλητές που δυναμικά επηρεάζουν την κατάσταση της ευεξίας ή της ασθένειας. Τα άτομα εκτίθενται συνεχώς σε διάφορους στρεσογόνους παράγοντες στο περιβάλλον και αντιδρούν προσαρμοζόμενα σε αυτό ή προσαρμόζοντας το περιβάλλον σε αυτά. Μέσα από την αλληλεπίδραση και την προσαρμογή, τα άτομα προσπαθούν να διατηρήσουν αρμονία και ισορροπία και εσωτερικά και εξωτερικά.

ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ. Υπάρχει ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων που μπορούν να χαρακτηριστούν ως:

1. Ενδοπροσωπικοί: είναι οι δυνάμεις που λειτουργούν μέσα στο ίδιο το άτομο.
2. Διαπροσωπικοί: είναι οι δυνάμεις που λειτουργούν μεταξύ του ατόμου και των άλλων ανθρώπων.
3. Εξωπροσωπικοί: είναι οι δυνάμεις που λειτουργούν έξω από το άτομο.

Με τον όρο στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να εννοηθεί κάθε περίσταση, κατάσταση, δύναμη ή πιθανή πηγή που είναι ικανή να δημιουργήσει αστάθεια μέσα στο άτομο ή να μειώσει την αποτελεσματική γραμμή άμυνας ή αντίστασης του ατόμου.

ΓΡΑΜΜΕΣ ΑΜΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ. Αποτελούνται από κάθε τι που το άτομο κατέχει εσωτερικά και που το βοηθούν να αντιμετωπίσει τους διάφορους στρεσογόνους παράγοντες. Η γραμμή άμυνας ενός ατόμου είναι ευμετάβολη και δυναμική και ποικίλει ανάλογα με τους παράγοντες που

επιδρούν, όπως: η βιολογική δομή του οργανισμού , η κατάσταση και λειτουργικότητά του, η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο, η αναπτυξιακή φάση του ατόμου και η αντίληψή του.

Οι γραμμές αντίστασης του ατόμου ποικίλουν ανάλογα με την αλληλοσυσχέτιση αυτών των παραγόντων και του αριθμού και του βαθμού των στρεσογόνων παραγόντων που βιώνει το άτομο σε κάθε χρονική περίοδο. Οι γραμμές άμυνας λειτουργούν σαν καταλύτες που μειώνουν τους στρεσογόνους παράγοντες και που προλαμβάνουν την διάσπαση του συστήματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η νοσηλευτική παρέμβαση απευθύνεται σε όλες τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται από το άτομο προκειμένου να αντιδράσει στους στρεσογόνους παράγοντες και να κατορθώσει να διατηρήσει το μέγιστο βαθμό της υγείας του. Οι νοσηλευτές βοηθούν τα άτομα στον επαναπροσδιορισμό, στην <<απελευθέρωση τους από τον στρεσογόνο παράγοντα από τον μέγιστο βαθμό της αντίδρασης πίσω στη φυσιολογική γραμμή της άμυνας>> (GRIFFITH, 1982, σελ.288).

Η νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να αρχίσει όταν ένας στρεσογόνος παράγοντας είναι ύποπτος ή αναγνωρίζεται και βασίζεται σε τέσσερις παράγοντες :

- α) στο βαθμό της αντίδρασης
- β) στις προσφερόμενες πηγές
- γ) στους στόχους της νοσηλευτικής παρέμβασης και
- δ) στο προβλεπόμενο αποτέλεσμα / έκβαση.

Οι στρατηγικές της νοσηλευτικής παρέμβασης εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες / επίπεδα πρόληψης :

1. πρωτογενής
2. δευτερογενής και
3. τριτογενής πρόληψη

Πρωτογενής πρόληψη : Αποτελείται από παρεμβάσεις που άρχισαν πριν ή μετά την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου παράγοντα. Αναφέρεται στη μείωση της πιθανότητας αντιμετώπισης του στρεσογόνου παράγοντα και την ενίσχυση της άμυνας του ατόμου.

Δευτερογενής πρόληψη : Αποτελείται από παρεμβάσεις που άρχισαν μετά την εμφάνιση και αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα από το άτομο. Αναφέρεται στην έγκαιρη εντόπιση των στρεσογόνων καταστάσεων και την θεραπεία των συμπτωμάτων που ακολουθούν την αντίδραση στον παράγοντα αυτόν.

Τριτογενής πρόληψη : Αποτελείται από παρεμβάσεις γενικά που άρχισαν μετά την θεραπεία. Επικεντρώνεται στην επαναπροσαρμογή, επανεκπαίδευση προκειμένου να προληφθεί τυχαία μελλοντική επανεμφάνιση και να επιτευχθεί διατήρηση της σταθερότητας.

ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ

Η θεωρία των συστημάτων φροντίδας υγείας της B. NEUMAN βασίζεται στη λειτουργία της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, πρόληψης που υποστηρίζεται από τον τομέα της υγείας της κοινότητας και που συμβάλλει σημαντικά στις δραστηριότητες του νοσηλευτικού επαγγέλματος στον τομέα της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Επιπλέον δίνει έμφαση στην έννοια της ολότητας του ατόμου και δεν βλέπει τον άνθρωπο από μια μόνο διάσταση.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ

Η θεωρία της B. NEUMAN αδυνατεί να προσδώσει έναν ξεχωριστό ρόλο ή λειτουργία στη νοσηλευτική, πράγμα που ούτε άλλα επαγγέλματα υγείας παρουσιάζουν στο χώρο της εργασίας.

Η νοσηλευτική πρέπει να προσφέρει κάποιες υπηρεσίες που να είναι μοναδικές για τη νοσηλευτική και που να ανήκουν μόνο σε αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η προάσπιση και προαγωγή της υγείας προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου και την υπευθυνότητα του απέναντι στον εαυτό του και απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Παρότι η υγειονομική διαφώτιση και η ενημέρωση αποτελούν αναγκαίες συνθήκες για την εκδήλωση μιας υγιεινής συμπεριφοράς, δεν είναι πάντα επαρκείς. Σε μεγάλο βαθμό, η στάση και η συμπεριφορά του ατόμου επηρεάζονται από το οικογενειακό και το ευρύτερο περιβάλλον του.

Η προάσπιση και προαγωγή της υγείας απαιτεί μερικές φορές την τροποποίηση μιας συμπεριφοράς και τη διαμόρφωση νέων στάσεων. Η αλλαγή αυτή προϋποθέτει την κατανόηση του ρόλου που παίζουν ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες και της επίδρασης που ασκούν πάνω στη συμπεριφορά.

Το κεφάλαιο αυτό αποσκοπεί να περιγράψει τα σημαντικότερα θεωρητικά μοντέλα που επιδιώκουν να εξηγήσουν τις πεπαιθώσεις, προθέσεις, στάσεις και συμπεριφορές που υιοθετεί το άτομο σε θέματα υγείας.

Το μοντέλο πεπαιθώσεων για την υγεία

Το μοντέλο αυτό αποτελεί ένα <<πλαίσιο μελέτης>> της συμπεριφοράς του ατόμου σε θέματα πρόληψης. Βάσει του μοντέλου αυτού, όταν ένα άτομο καλείται να τροποποιήσει τη στάση ή τη συμπεριφορά του σε θέματα υγείας, δεν αρκεί μόνο να διαθέτει πληροφορίες σχετικά με την απειλή της υγείας του. Θα πρέπει να είναι <<έτοιμο>>, προκειμένου να πάρει ορισμένα προληπτικά μέτρα. Η ετοιμότητα στη λήψη μέτρων για θέματα υγείας καθορίζεται από:

- 1) Την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με την πιθανότητα προσβολής του από την αρρώστια και την επιδεκτικότητα του σε αυτήν. Όσο πιο τρωτό θεωρεί τον εαυτό του απέναντι στην αρρώστια, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να πάρει κάποια προληπτικά μέτρα.
- 2) Την αντίληψη που έχει το άτομο για τη σοβαρότητα της ασθένειας και των συνεπειών της. Όσο πιο σοβαρές πιστεύει ότι θα είναι οι συνέπειες του προβλήματος υγείας σε οργανικό και κοινωνικό επίπεδο, τόσο πιο πιθανό είναι να λάβει κάποια προληπτικά μέτρα.

Οι δυο αυτοί παράγοντες μαζί συνιστούν την υποκειμενική αντίληψη για την απειλή από τη νόσο και κινητοποιούν το άτομο σε δράση. Επιπλέον, τρεις άλλοι παράγοντες εμπλέκονται στη διαμόρφωση της υποκειμενικής αντίληψης για την απειλή και μπορεί να επηρεάσουν έμμεσα την εμφάνιση της προληπτικής συμπεριφοράς. Αυτοί οι τροποποιητικοί παράγοντες αφορούν τις δημογραφικές μεταβλητές του ατόμου (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, φυλή), τις κοινωνικοψυχολογικές μεταβλητές (κοινωνική τάξη, πιέσεις από τον κοινωνικό περίγυρο, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας), καθώς και τις δομικές μεταβλητές (γνώσεις γύρω από ένα πρόβλημα υγείας, ιστορικό και προηγούμενη εμπειρία σχετικό με αυτό). Για παράδειγμα, το ηλικιωμένο άτομο, του οποίου κάποιοι στενοί φίλοι πάσχουν από ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας, είναι πιθανότερο να αντιληφθεί ότι απειλείται από μια αρρώστια απ' ό,τι ο νέος του οποίου οι φίλοι είναι υγιείς.

Δεδομένης της υποκειμενικής αντίληψης για την απειλή, οι συμπεριφορές που θα εμφανίσει το άτομο γύρω από τα θέματα υγείας θα εξαρτηθούν από τη στάθμιση των <<υπέρ>> και των <<κατά>> της λήψης των προληπτικών μέτρων.

Το άτομο αξιολογεί κατά πόσο τα δυνητικά οφέλη από την υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών (π.χ. διατήρηση της υγείας ή μείωση της απειλής της υγείας) υπερβαίνουν τα αντιληπτά εμπόδια, τους φραγμούς και το κόστος από την εκτέλεση κάποιων προληπτικών ενεργειών (π.χ. έξοδα, συνεχείς επαγγελματικές ή οικογενειακές υποχρεώσεις, φόβος και δυσφορία για την ιατρική εξέταση).

Τα άτομα που συνειδητοποιούν ότι απειλούνται από μια συγκεκριμένη αρρώστια, και πιστεύουν ότι τα οφέλη που θα προκύψουν από την υιοθέτηση

μιας προστατευτικής συμπεριφοράς υπερτερούν των εμποδίων που ενδεχόμενα θα συναντήσουν κατά την εκδήλωσή της, είναι πιθανότερο να λάβουν προληπτικά μέτρα και να εμφανίσουν την επιθυμητή συμπεριφορά.

Ορισμένα <<ερεθίσματα που παρακινούν σε δράση>>, εσωτερικά (π.χ. κάποιο σύμπτωμα) ή εξωτερικά (π.χ. μηνύματα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, συμβουλές από γιατρό, εμφάνιση αρρώστιας σε κάποιο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο), επηρεάζουν σημαντικά την εκδήλωση των προληπτικών συμπεριφορών.

Το μοντέλο πεπιοθήσεων για την υγεία έχει χρησιμοποιηθεί στη μελέτη της προληπτικής συμπεριφοράς έναντι του καρκίνου του μαστού (Calnan & Rutter, 1986), του AIDS (Montgomery et al, 1986), της παχυσαρκίας (Becker et al, 1977), του καπνίσματος (Clarke & Johnston, 1986), του καρκίνου παχέος εντέρου (Macrae et al, 1984) κ.λ.π.

Ένα παράδειγμα εφαρμογής αυτού του μοντέλου αφορά την αυτοεξέταση μαστών που αποτελεί μια μέθοδο έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου μαστού. Στα πλαίσια ενός προγράμματος αξιολόγησης του οφέλους της αυτοεξέτασης μαστών, μια βρετανική έρευνα επιδίωξε να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στις πεπιοθήσεις που είχαν οι γυναίκες σχετικά με την υγεία τους και την αυτοεξέταση μαστών και τη συμπεριφορά τους απέναντι στα θέματα αυτά (Calnan & Rutter, 1986). Το δείγμα αποτελούνταν από γυναίκες που κλήθηκαν να εκπαιδευτούν στην αυτοεξέταση μαστών. Στην έρευνα έγινε σύγκριση 278 γυναικών που αποδέχθηκαν και παρακολούθησαν την εκπαίδευση, με 262 γυναίκες που αρνήθηκαν να προσέλθουν. Ως ομάδα ελέγχου επιλέχθηκαν 594 γυναίκες οι οποίες δεν είχαν κληθεί να συμμετάσχουν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Οι πεπιοθήσεις των γυναικών για την υγεία τους καθώς και η εφαρμογή της αυτοεξέτασης μαστού εκτιμήθηκαν σε δυο χρονικές στιγμές: στην αρχή, πριν την εκπαίδευση, και στο τέλος του προγράμματος, δώδεκα μήνες αργότερα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε δέκα ερωτήσεις, στις οποίες η απάντηση αφορούσε το βαθμό <<συμφωνίας>> με κάθε μια από αυτές. Οι ερωτήσεις κάλυπταν δυο διαστάσεις: την υποκειμενική αντίληψη για την επιδεκτικότητα στον καρκίνο του μαστού και την υποκειμενική αντίληψη για

την αξία της αυτοεξέτασης μαστών. Επίσης εκτιμήθηκε η συχνότητα αυτοεξέτασης των μαστών και η γνώση της τεχνικής της αυτοεξέτασης.

Η εκπαίδευση επηρέασε τόσο τις πεπαιθήμενες των γυναικών για την αξία της αυτοεξέτασης και τον καρκίνο του μαστού, όσο και την τεχνική της αυτοεξέτασης. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι: α) οι αλλαγές στις πεπαιθήμενες επηρέασαν σε μικρό μόνο βαθμό την αλλαγή στη συμπεριφορά και β) οι προγενέστερη συμπεριφορά της γυναίκας όσον αφορά την αυτοεξέταση μαστού επηρέασε ισχυρά την μελλοντική συμπεριφορά της και όχι πεπαιθήμενες τους για το θέμα αυτό. Οι ερευνητές πρότειναν εναλλακτικά μοντέλα μελέτης της προληπτικής συμπεριφοράς που συμπεριλάμβαναν το βαθμό που η γυναίκα νιώθει υπεύθυνη για την υγεία της και την αξία που έχει για αυτήν η διατήρηση καλής υγείας.

Η θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας

Σύμφωνα με την αρχική διατύπωση αυτής της θεωρίας (Rogers, 1975) ένα μεταδιδόμενο μήνυμα που ανακινεί φόβο για κάποιο πρόβλημα υγείας και προκαλεί άγχος, νευρικότητα, ένταση, δυσφορία και τρόμο, οδηγεί σε μία διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης που αφορά: α) το επιζήμιο ή τη σοβαρότητα του επαπειλούμενου γεγονότος (π.χ. παρά τις προόδους της ιατρικής, ο καρκίνος του πνεύμονα και οι καρδιοπάθειες παραμένουν τόσο σοβαρές και επικίνδυνες παθήσεις, όσο ήταν και κατά το παρελθόν), β) τη πιθανότητα να επέλθει το γεγονός (π.χ. εάν συνεχίσω το κάπνισμα, είναι πιθανόν να πάθω καρκίνο του πνεύμονα τα επόμενα χρόνια), γ) την αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση της απειλής. Αυτή η γνωστική διαδικασία συντείνει στην πειστικότητα της φοβικής επικοινωνίας, ενεργοποιώντας το άτομο να προστατεύσει τον εαυτό του από τον κίνδυνο.

Οι Maddux και Rogers(1983) πρότειναν μία τέταρτη συνιστώσα στη θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας: τις προσδοκίες απόδοσης αποτελεσματικότητας. Αυτή η συνιστώσα αφορά το κατά πόσο το άτομο πιστεύει ή προσδοκά ότι μία δεδομένη συμπεριφορά θα οδηγήσει σε ένα

δεδομένο αποτέλεσμα (π.χ. εάν σταματήσω το κάπνισμα, θα αυξήσω σημαντικά τις πιθανότητες μακροζωίας μου) ή /και είναι σε θέση και νιώθει ικανό να εκδηλώσει αυτή τη συμπεριφορά (π.χ. η διακοπή του καπνίσματος θα είναι πολύ δύσκολο και στενόχωρο πράγμα για μένα). Οι προσδοκίες του ατόμου σχετικά με την ικανότητα του να εμφανίσει μία συμπεριφορά επηρεάζουν την πρόθεση εκδήλωσής της (π.χ. σκοπεύω να μειώσω τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζω /προς το παρόν προτίθεμαι να σταματήσω εντελώς το κάπνισμα). Οι προσδοκίες αυτές επηρεάζουν επίσης την πιθανότητα να συμβεί το πρόβλημα υγείας και την υποκειμενική αντίληψη για την αποτελεσματικότητα των συμπεριφορών αντιμετώπισής του.

Όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με κάποιο φοβικό μήνυμα, ακολουθεί ορισμένες στρατηγικές λήψης αποφάσεων: τη στρατηγική της προφύλαξης (precaution) και τη στρατηγική της υπεράμυνας (hyperdefensiveness). Οι τρεις μεταβλητές (η υποκειμενική αντίληψη για την πιθανότητα να πραγματοποιηθεί η απειλή, ή η υποκειμενική αντίληψη για την αποτελεσματικότητα των συμπεριφορών αντιμετώπισής της και η αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας) εμφανίζουν τότε σύνθετες αλληλεπιδράσεις. Στην περίπτωση της στρατηγικής της προφύλαξης, εάν το επίπεδο κάποιας από τις τρεις μεταβλητές είναι χαμηλό, τότε η πρόθεση υιοθέτησης της προφυλακτικής συμπεριφοράς γίνεται ισχυρότερη όταν τα επίπεδα και των δυο άλλων μεταβλητών είναι υψηλά. Για παράδειγμα, ακόμα κι αν το άτομο δεν πιστεύει ότι εκτίθεται σε σοβαρό κίνδυνο, ενδέχεται να διαμορφώσει την πρόθεση και να πειστεί να υιοθετήσει την προτεινόμενη συμπεριφορά, αρκεί να προσδοκά ότι η αντίδρασή του αντιμετώπισης της απειλής θα είναι αποτελεσματική και να πιστεύει ότι είναι σε θέση να εκδηλώσει επιτυχώς την αντίδραση αυτή. Στη περίπτωση της στρατηγικής της υπεράμυνας, εάν το επίπεδο μιας μόνο από τις τρεις μεταβλητές είναι υψηλό, τότε η πρόθεση υιοθέτησης της προφυλακτικής συμπεριφοράς γίνεται ισχυρότερη όταν το επίπεδο μίας εκ των δυο άλλων μεταβλητών είναι υψηλό. Για παράδειγμα ακόμα κι αν το άτομο δεν πιστεύει στην αποτελεσματικότητα της προστατευτικής συμπεριφοράς, αλλά πιστεύει ότι εκτίθεται σε σοβαρό κίνδυνο ή ότι είναι σε θέση να εμφανίσει τη συμπεριφορά, τότε η πρόθεσή του ισχυροποιείται. Το άτομο σκέπτεται ότι <<με το να προσπαθήσω, έχω να κερδίσω πολλά και δεν

έχω να χάσω τίποτα>>. Αυτή η στρατηγική κατευθύνεται στο να μειωθεί το άγχος και να αποφευχθεί ο κίνδυνος και αποτελεί την τελευταία προσπάθεια του ατόμου που βρίσκεται μπροστά σε ένα αναπόφευκτο κίνδυνο, πριν καταλήξει σε μία στάση παραίτησης και απόγνωσης. Η θεωρία της κινητοποίησης προστασίας της υγείας έχει εφαρμοστεί για τη μελέτη των αντιλήψεων σχετικά με το ρόλο της σωματικής άσκησης στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Rotter et al., 1972/Wallston & Wallston, 1983), το άτομο διαμορφώνει ένα μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς του μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς των άλλων και των επιπτώσεων της σε αυτούς. Η θεωρία αυτή δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο των <<προτύπων>> τα οποία το άτομο προσπαθεί να μιμηθεί και προς τα οποία επιδιώκει να μοιάσει. Παράλληλα, η θεωρία επισημαίνει ότι, ανάλογα με τις συνέπειες μιας συμπεριφοράς, το άτομο την επικρίνει ή την επιδοκιμάζει, ενώ μπορεί να δεχθεί τιμωρία ή επιβράβευση από τους άλλους για τη συμπεριφορά του αυτή. Η επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία των άλλων ενθαρρύνει ή αποτρέπει την επανάληψη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς στο μέλλον. Βάσει αυτής της θεωρίας ένα άτομο είναι πιθανότερο να προβεί σε μία προληπτική συμπεριφορά για κάποιο θέμα υγείας, όταν:

- 1) Προσδοκά ότι η συμπεριφορά αυτή θα οδηγήσει σε ένα βελτιωμένο επίπεδο υγείας. Οι προσδοκίες αυτές είναι συνάρτηση: α) των προηγούμενων εμπειριών σε περιστάσεις που γίνονται αντιληπτές ως παρόμοιες με τη παρούσα και β) των γενικών προσδοκιών του ατόμου σχετικά με τα ενδεχόμενα αποτελέσματα της συμπεριφοράς. Οι προσδοκίες αυτές αφορούν την <<εσωτερική>> και την <<εξωτερική>> απόδοση ελέγχου στη πορεία της υγείας. Με άλλα λόγια, το άτομο μπορεί να τοποθετήσει τον έλεγχο των θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία του άλλοτε στον ίδιο του τον εαυτό (εσωτερική απόδοση ελέγχου) και άλλοτε στη σύμπτωση ή σε <<έγκυρους>> άλλους (εξωτερική απόδοση ελέγχου).

- 2) Θεωρεί ως σημαντική την αξία της <<ενίσχυσης>> που προκύπτει από την αίσθηση της <<καλής υγείας>>, της ευεξίας, η οποία αξιολογείται πλέον ως προτεραιότητα στη ζωή του.
- 3) Πιστεύει ότι η καλή κατάσταση της υγείας δεν εξαρτάται από την <<τύχη>> ή από δυνάμεις <<εκτός εαυτού>>, αλλά ότι το ίδιο το άτομο μπορεί να συμβάλλει στη διατήρησή της, να την επηρεάσει, να την ελέγξει και να προλάβει ενδεχόμενη ασθένεια, ενώ αποδέχεται την καθοδήγηση από <<έγκυρους άλλους>> (π.χ. γιατρούς).

Μια σημαντική έννοια, στα πλαίσια της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, είναι η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας, δηλαδή των προσδοκιών του ατόμου όσον αφορά τις ικανότητές του να εκδηλώσει μια συμπεριφορά (Bandura, 1986). Οι προσωπικές ιδέες του οι σχετικές με την αυτό-αποτελεσματικότητα βασίζονται σε γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες, καθώς και σε διεργασίες κινήτρων και επιλογών (Bandura, 1989). Μια πρόσφατη μελέτη σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει το ρόλο της αυτό-αποτελεσματικότητας όσον αφορά το κάπνισμα σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (DeVries et al, 1990). Οι προσδοκίες των μαθητών σχετικά με το πόσο ικανοί πίστευαν ότι μπορεί να είναι στην αποχή από το κάπνισμα εκτιμήθηκαν με ερωτήσεις όπως: <<όταν οι φίλοι μου καπνίζουν, το βρίσκω δύσκολο να μην καπνίσω κι εγώ>>, <<για μένα είναι πολύ δύσκολο να παραμείνω μη καπνιστής>>, <<όταν οι άλλοι με χαρακτηρίζουν οπισθοδρομικό επειδή δεν θέλω να καπνίζω, εγώ δεν ξέρω τι να τους απαντήσω>>. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας επηρέαζαν σημαντικά τις πεποιθήσεις των μαθητών σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος και της διακοπής του και το βαθμό επιρροής των γονέων και των συνομηλίκων όσον αφορά το κάπνισμα. Επίσης οι προσδοκίες αυτές συνέβαλαν και στην πρόβλεψη της πρόθεσης των νέων να απέχουν από το κάπνισμα καθώς και στη συμπεριφορά αποχής. Η απόκρουση των πιέσεων που ασκούν οι συνομήλικοι σχετικά με το κάπνισμα και η επανεκτίμηση των υποτιθέμενων θετικών συνεπειών του καπνίσματος αποδείχθηκαν ως οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Η θεωρία της έλλογης δράσης

Βάσει της θεωρίας της έλλογης δράσης ή, αλλιώς, της δράσης <<κατόπιν σκέψεως>> (Ajzen & Fishbein, 1977), η πρόβλεψη μιας συμπεριφοράς βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την πρόθεση του ατόμου να υιοθετήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η πρόθεση αυτή εξαρτάται από τη στάση του απέναντι στην ενδεχόμενη συμπεριφορά και τους υποκειμενικούς κανόνες που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η στάση του ατόμου απέναντι σε μια συμπεριφορά εξαρτάται από την υποκειμενική εκτίμηση των συνεπειών της και από την πιθανότητα να οδηγηθεί σε αυτές τις συνέπειες, εάν υιοθετήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Εάν το άτομο πιστεύει ότι μια συμπεριφορά ενδέχεται να έχει δυσάρεστα αποτελέσματα για το ίδιο, τότε αναπτύσσει μια αρνητική στάση και συναισθήματα απέναντι στην εκδήλωση της συμπεριφοράς. Αντίθετα, εάν θεωρεί ότι οι συνέπειες της συμπεριφοράς του θα είναι ευνοϊκές για το ίδιο, τότε η στάση του προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά θα είναι θετική. Για παράδειγμα, η θετική στάση ενός ατόμου απέναντι στη χρήση ζώνης ασφαλείας προκύπτει από την πεποίθηση ότι <<η χρήση της ζώνης ασφαλείας θα με προστατεύσει σε ένα ατύχημα>> και από την αξιολόγηση ότι <<η αίσθηση ασφάλειας και η αποφυγή σοβαρού τραυματισμού είναι σημαντικά για μένα και τα επιθυμώ>>. Οι υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς, που αντανακλούν την επιρροή και την πίεση του κοινωνικού περιβάλλοντος πάνω στη συμπεριφορά του ατόμου, εξαρτώνται από: α) τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με το τι θέλουν οι <<σημαντικοί άλλοι>>, δηλαδή τι νομίζουν οι γονείς και φίλοι ότι πρέπει το ίδιο το άτομο να πράξει και κατά πόσον οι δεδομένη συμπεριφορά του γίνεται αποδεκτή και θεωρείται αρμόζουσα από τους άλλους αυτούς, β) τα κίνητρα και την επιθυμία του ατόμου να ακολουθήσει και να συμμορφωθεί με αυτό που οι άλλοι θέλουν να κάνει. Για παράδειγμα, ο υποκειμενικός κανόνας ότι <<η χρήση της ζώνης ασφαλείας είναι μια πρέπει και αποδεκτή συμπεριφορά>> προκύπτει από την πεποίθηση ότι <<η οικογένεια μου και οι φίλοι μου πιστεύουν ότι θα πρέπει να φοράω τη ζώνη ασφαλείας>> και από το γεγονός ότι <<υπολογίζω τη γνώμη τους και θέλω να ακολουθήσω τη συμβουλή τους>>. Αντίθετα, πεποιθήσεις όπως <<η χρήση της ζώνης

ασφαλείας είναι κάτι το ενοχλητικό και μου προκαλεί αίσθημα ασφυξίας>>, <<υποφέρω ήδη εξαιτίας πολλών περιορισμών στη ζωή μου και δεν θέλω να έχω άλλον ένα με τη ζώνη>>, <<κανένας από όσους γνωρίζω δεν φοράει τη ζώνη ασφαλείας και ούτε εγώ θέλω να τη χρησιμοποιώ>>, δεν συντελούν στην πρόθεση του ατόμου να χρησιμοποιήσει τη ζώνη ενώ η συμπεριφορά του αντανakλά αυτή την αρνητική πρόθεση. Βασιζόμενοι στο μοντέλο της έλλογης δράσης, οι Jaccard και Davidson (1975) μελέτησαν σε ένα δείγμα γυναικών τη συμπεριφορά λήψης αντισυλληπτικών για τον έλεγχο των γεννήσεων. Οι προθέσεις δηλώθηκαν με την απάντηση στην πρόταση: <<Προτίθεμαι να χρησιμοποιήσω χάπια για τον έλεγχο των γεννήσεων>>. Η στάση απέναντι στην ενέργεια αυτή δηλώθηκε με τη θετική ή αρνητική αξιολόγηση του γεγονότος της λήψης των χαπιών. Οι πεποιθήσεις σχετικά με την εκτέλεση της πράξης δηλώθηκαν με την απάντηση στην πρόταση: << Η λήψη χαπιών θα ήταν αντίθετη με τις ηθικές αρχές μου>>. Επίσης εκτιμήθηκαν: α) κατά πόσο η γυναίκα πίστευε ότι κάποιος <<σημαντικός άλλος>> (π.χ. η μητέρα) θεωρούσε πρέπουσα την συγκεκριμένη συμπεριφορά και β) κατά πόσο ήθελε να κάνει αυτό που οι <<σημαντικοί άλλοι>> πίστευαν ότι έπρεπε να γίνει. Η εφαρμογή του μοντέλου προέβλεψε ποσοστό 70% της μεταβλητότητας των προθέσεων του ατόμου να πάρει αντισυλληπτικά χάπια ώστε να αποφευχθεί η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Αυτό το μοντέλο έχει επίσης χρησιμοποιηθεί στην έρευνα για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ συμπεριφοράς και στάσεων στα πλαίσια εκπαιδευτικού προγράμματος για το AIDS (Cochran et al, 1992), για τη μελέτη της πρόθεσης υποβολής σε μία έκτρωση (Rosen, 1992) και της πρόθεσης άσκησης πίεσης προς το σύντροφο για τη χρήση προφυλακτικού (Chan & Fishbein, 1993). Η θεωρία της έλλογης δράσης επεκτάθηκε (Ajzen, 1991), με τη προσθήκη ενός παράγοντα που αφορά την <<υποκειμενική αντίληψη για άσκηση ελέγχου>> πάνω στη συμπεριφορά. Η νέα αυτή <<θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς>> (Theory of planned behaviour) δέχεται ότι όσο πιο ισχυρή είναι η υποκειμενική αίσθηση ελέγχου, η υποκειμενικά αντιληπτή δηλαδή ευκολία εμφάνισης της δεδομένης συμπεριφοράς ή η πίστη στη προσωπική ικανότητα εκδήλωσής της, τόσο ισχυροποιείται η <<πρόθεση>> εκδήλωσής της.

Το μοντέλο του Τριάντη

Στο μοντέλο του Τριάντη (1980), η πιθανότητα εκδήλωσης μιας προληπτικής συμπεριφοράς σε θέματα υγείας εξαρτάται από τις συνήθειες του ατόμου, τη ψυχολογική του εγρήγορση, τις προθέσεις του και τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Οι συνήθειες που έχει το άτομο το ωθούν να συμπεριφερθεί κατά ανάλογο τρόπο και στο μέλλον. Η ψυχολογική εγρήγορση του ατόμου, τα κίνητρα και το αυξημένο ενδιαφέρον του να εκδηλώσει μία συμπεριφορά, καθώς και η διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, συμβάλλουν στην ετοιμότητα του οργανισμού για δραστηριοποίηση. Στο μοντέλο αυτό, οι προθέσεις του ατόμου να εκδηλώσει μία προληπτική συμπεριφορά αποτελούν <<οδηγίες>> που δίνει στον εαυτό του προκειμένου να συμπεριφερθεί <<όπως αρμόζει>> (π.χ. <<πρέπει να το κάνω αυτό>>, <<έτσι πρόκειται να φθάσω αυτό το στόχο>>). Οι προθέσεις εκφράζονται με μία σειρά ενεργειών και είναι συνάρτηση:

- 1) Των κοινωνικών παραγόντων οι οποίοι περιλαμβάνουν: α) τις αντιλήψεις που έχει αποκτήσει το άτομο ως μέλος κάποιας κοινωνικής ομάδας αναφοράς (π.χ. θρησκευτική, πολιτική), σχετικά με το πόσο του αρμόζει, πόσο του ταιριάζει η συμπεριφορά αυτή, β) τις αντιλήψεις που έχει σχετικά με το πόσο <<κατάλληλη>> θεωρεί ότι είναι η συμπεριφορά, σε σχέση με τον κοινωνικό του ρόλο, γ) το βαθμό στον οποίο θεωρεί σωστό να εκδηλώσει αυτή τη συμπεριφορά, σύμφωνα με έναν κώδικα προσωπικής ηθικής, δ) το βαθμό στον οποίο θεωρεί την εμφάνιση της συμπεριφοράς <<συνεπή>> και συμβατή με την εικόνα του εαυτού και ε) τη διαπροσωπική συμφωνία του με άλλους σχετικά με την εκδήλωση της συμπεριφοράς.
- 2) Της συναισθηματικής διάθεσης του ατόμου προς τη συμπεριφορά (εάν είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη) που επηρεάζεται από προηγούμενες ανάλογες εμπειρίες.
- 3) Της αξιολόγησης των αντιλαμβανόμενων συνεπειών της συμπεριφοράς δηλαδή των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την υιοθέτηση της συμπεριφοράς και από τον τρόπο που αυτά αξιολογούνται.

Παρόλα αυτά, ακόμα και όταν οι προθέσεις είναι ισχυρές, οι συνήθειες καλά εδραιωμένες και η φυσιολογική διέγερση του ατόμου ικανοποιητική, δεν

θα υιοθετηθεί μία συμπεριφορά, παρά μόνο εάν η <<γεωγραφία>> της κατάστασης <<επιτρέψει>> την εκδήλωσή της.

Κατά συνέπεια, οι συνθήκες του περιβάλλοντος διευκολύνουν την εκδήλωση μίας προληπτικής συμπεριφοράς που προωθεί την υγεία του ατόμου. Εάν οι συνθήκες του περιβάλλοντος δεν είναι ευνοϊκές, τότε το άτομο ενδέχεται να μην εκδηλώσει τη συμπεριφορά αυτή.

Στηριζόμενοι στο μοντέλο αυτό, οι Seibold και Roper (1980) μελέτησαν μέσα σε ένα δείγμα γυναικών τις προθέσεις τους να υποβληθούν στο τεστ Παπανικολάου <<κάποια στιγμή στο μέλλον >> και <<μέσα στους επόμενους 12 μήνες>>. Οι παράγοντες που διερευνήθηκαν περιελάμβαναν την υποκειμενική αντίληψη για την αξία των συνεπειών της συμπεριφοράς (<<το να κάνω το Pap test θα επιβεβαίωνε τη καλή μου υγεία>>), τη συναισθηματική διάθεση (<<το να κάνει κανείς το Pap test είναι δυσάρεστο>>) και μία σειρά κοινωνικών παραγόντων, όπως τη διαπροσωπική συμφωνία (<<έχω πει σε κάποια φίλη ότι θα πάω να κάνω το test Pap>>), την εικόνα εαυτού (<<είμαι ο τύπος του ανθρώπου που κάνει Pap test>>), τις προσωπικές προσδοκίες (<<νομίζω ότι θα πρέπει να κάνω το Pap test>>) και τις κανονιστικές πεποιθήσεις (<<η μητέρα μου πιστεύει ότι πρέπει να κάνω το Pap test>>). Το ποσοστό της ερμηνευόμενης μεταβλητότητας των προθέσεων υποβολής στο Pap test ήταν κατά μέσο όρο 64%

Η θεωρία της σύγκρουσης

Η θεωρία της σύγκρουσης (Janis,1984) περιγράφει μια σειρά από στάδια που περνούν οι άνθρωποι όταν πρόκειται να πάρουν σημαντικές αποφάσεις- μεταξύ αυτών και για θέματα υγείας- και εισάγει την έννοια της επίδρασης του στρες στις γνωστικές λειτουργίες. Σύμφωνα με αυτό το θεωρητικό μοντέλο, η διαδικασία λήψης αποφάσεων αρχίζει όταν ένα γεγονός θέτει υπό αμφισβήτηση τον παρόντα τρόπο ζωής του ατόμου. Η αμφισβήτηση αυτή μπορεί να προέλθει από μια απειλή (π.χ. ένα σύμπτωμα κάποιας ασθένειας ή την ενημέρωση σχετικά με τις συνέπειες μιας ανθυγιεινής συνήθειας) ή από μια συγκυρία (π.χ. την παρακολούθηση ενός

προγράμματος με θέμα τη διακοπή του καπνίσματος). Τα πέντε στάδια που βαθμιαία οδηγούν σε μια σταθερή απόφαση σχετικά με θέματα υγείας είναι τα ακόλουθα:

- 1) Αξιολόγηση της κατάστασης. Η αξιολόγηση της κατάστασης μπορεί να αναδείξει τις αρνητικές συνέπειες που έχει η τρέχουσα συμπεριφορά στην υγεία του ατόμου. Στο στάδιο αυτό το άτομο αναρωτιέται: <<πόσο πραγματικά κινδυνεύω σοβαρά, εάν δεν αλλάξω συμπεριφορά;>>. Εάν η απάντηση είναι αρνητική, τότε εξακολουθεί να εκδηλώνει τη συνήθη συμπεριφορά του και η διαδικασία λήψης μιας απόφασης σταματά.
- 2) Διερεύνηση των εναλλακτικών λύσεων. Όταν η υπάρχουσα συμπεριφορά τίθεται υπό αναθεώρηση, το άτομο αρχίζει να διερευνά διάφορες εναλλακτικές λύσεις. Για καθεμία από αυτές θέτει το ερώτημα: <<άραγε η εναλλακτική συμπεριφορά αποτελεί ένα αποδεκτό τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης;>> Το στάδιο αυτό ολοκληρώνεται όταν οι διαθέσιμες εναλλακτικές λύσεις έχουν επαρκώς εξεταστεί.
- 3) Στάθμιση των εναλλακτικών λύσεων. Το άτομο αξιολογεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε εναλλακτικής λύσης, σε μια προσπάθεια να απαντήσει σε δυο ερωτήματα:<<ποια εναλλακτική λύση είναι η καλύτερη;>> και <<μπορεί η καλύτερη εναλλακτική λύση να ανταποκριθεί στις βασικές απαιτήσεις της κατάστασης;>>.
- 4) Επισταμένη μελέτη και δέσμευση για την τελική επιλογή. Το άτομο επικεντρώνεται στην τελική επιλογή του και βαθμιαία δεσμεύεται να αντιμετωπίσει την κατάσταση με βάση το συγκεκριμένο τρόπο που επέλεξε. Στο στάδιο αυτό, το βασικό ερώτημα είναι το εξής:<<θα εφαρμόσω την καλύτερη εναλλακτική λύση και θα το γνωστοποιήσω στους άλλους;>>
- 5) Εμμονή στην εφαρμογή της καλύτερης εναλλακτικής λύσης παρά την ενδεχόμενη αρνητική ανατροφοδότηση. Αφότου έχει αρχίσει η εκτέλεση της απόφασης, το άτομο μπορεί να ξανασκεφτεί την επιλογή του, συνήθως κάτω από επιρροή άλλων. Ορισμένα παλιά ερωτήματα επανέρχονται (π.χ. <<κινδυνεύει πραγματικά η υγεία μου εάν δεν αλλάξω οριστικά τη συμπεριφορά μου;>>, με αποτέλεσμα να χρειάζεται να επιβεβαιώνει διαρκώς την αναγκαιότητα υλοποίησης της απόφασής του.

Όμως η διαδικασία λήψης κάποιας απόφασης προκαλεί στρες, καθώς το άτομο βρίσκεται σε σύγκρουση σχετικά με το τι να κάνει. Στην προσπάθεια του να μειώσει το στρες, μπορεί να αθετήσει ή να εφαρμόσει ελλιπώς μια απόφασή του. Ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει αυτό το στρες είναι βασικής σημασίας στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων. Τρεις παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο αντιμετώπισης της σύγκρουσης περιλαμβάνουν: τις πεποιθήσεις του για τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται το άτομο, τις ελπίδες που έχει να τους αντιμετωπίσει και τα χρονικά περιθώρια που διαθέτει.

Όταν το άτομο πιστεύει ότι απειλείται ότι και κάνει (είτε τροποποιήσει, είτε διατηρήσει μια συμπεριφορά) και όταν δεν ελπίζει να βρει κάποια καλύτερη εναλλακτική λύση, τότε βιώνει έντονο στρες. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η σύγκρουση παρακάμπτεται, το άτομο αναβάλλει κατ' επανάληψη την απόφασή του και χρονοτριβεί, μεταθέτοντας την ευθύνη σε κάποιον άλλο ή χρησιμοποιώντας μηχανισμούς άμυνας.

Άλλες φορές το άτομο απειλείται τόσο από την παρούσα συμπεριφορά του, όσο και από τις εναλλακτικές συμπεριφορές που εξετάζει. Εάν πιστεύει ότι μπορεί να βρει μια καλύτερη εναλλακτική λύση, αλλά αισθάνεται ότι τα χρονικά περιθώρια εξαντλούνται, τότε βιώνει έντονο στρες. Κάτω από αυτές τις περιστάσεις, ίσως αναζητήσει βιαστικά μια λύση- ιδίως όταν αυτή υπόσχεται άμεση ανακούφιση- και τη διαλέξει απερίσκεπτα.

Τέλος, ένα άτομο μπορεί να αντιλαμβάνεται απειλή σε όλες τις εναλλακτικές λύσεις που έχει εξετάσει.

Ωστόσο πιστεύει ότι ίσως βρει μια καλύτερη εναλλακτική λύση, καθώς διαθέτει επαρκή χρόνο για να την αναζητήσει. Στην περίπτωση αυτή βιώνει μέτρια επίπεδα στρες.

Κατά τη θεωρία, μόνο ο τελευταίος αυτός τρόπος λήψης μιας απόφασης ευνοεί την προσαρμογή του ατόμου, καθώς οι αποφάσεις του προκύπτουν μετά από εκτεταμένη και επισταμένη διερεύνηση του θέματος.

Το μοντέλο των γνωστικών σταδίων

Ο Weinstein (1988) εξέτασε την διαδικασία η οποία ωθεί τα άτομα να υιοθετήσουν νέες προφυλακτικές συμπεριφορές για θέματα υγείας (precaution adoption process) και παρουσίασε το θεωρητικό πλαίσιο ενός μοντέλου μιας σειράς πέντε γνωστικών σταδίων (cognitive stages) της προληπτικής συμπεριφοράς. Βάσει αυτής της θεωρίας, κατά τη διάρκεια λήψης προφυλάξεων, τα άτομα συμπεριφέρονται κατά ποιοτικά διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με το σημείο που βρίσκονται. Τα είδη των παρεμβάσεων και των πληροφοριών που απαιτούνται προκειμένου να αυξηθεί η ετοιμότητά τους για δράση ποικίλουν από στάδιο σε στάδιο. Μάλιστα η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο μπορεί να θεωρηθεί ως εμπόδιο το οποίο πρέπει να ξεπεραστεί, πριν γίνουν κάποιες νέες προληπτικές ενέργειες. Κάθε στάδιο ορίζεται με βάση τις πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα σχετικά με το βαθμό που κινδυνεύει η υγεία τους. Ένα άτομο <<φτάνει>> ένα στάδιο, όταν έχει αποδεχτεί την ιδέα η οποία καθορίζει και οριοθετεί αυτό το στάδιο. Τέτοιες ιδέες αφορούν την επίγνωση του κινδύνου, τη συλλογική επιδεκτικότητα στον κίνδυνο, την προσωπική ευπάθεια κ.λ.π. Όταν κάθε μια από τις ιδέες/πεποιθήσεις αυτές του ατόμου ξεπερνά ένα ορισμένο <<κατώφλι>> (π.χ. από την αντίληψη ενός <<αμελητέου>> κινδύνου περνά στην αντίληψη του <<σοβαρού κινδύνου>>), τότε συμβαίνουν ποιοτικές αλλαγές στη συμπεριφορά και τη σκέψη του. Ένα άτομο που βρίσκεται σε ένα δεδομένο στάδιο συμφωνεί με τις <<πεποιθήσεις>> που ορίζουν όλα τα προηγούμενα στάδια. Ωστόσο, καθώς προσλαμβάνει καινούργιες πληροφορίες και εκτίθεται σε νέες εμπειρίες, η κίνηση ανάμεσα στα στάδια μπορεί να γίνεται προς τα εμπρός ή προς τα πίσω.

Στο στάδιο 1, το άτομο πρέπει να λάβει γνώση του το ότι, αόριστα, ο κίνδυνος υφίσταται. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η παράλειψη ενός ατόμου να προστατεύσει τον εαυτό του αντανακλά την άγνοια της απειλής και όχι τη βεβαιότητα ή την πίστη ότι η απειλή είναι μικρή ή ανύπαρκτη.

Στο στάδιο 2, επιπρόσθετα μηνύματα για τον κίνδυνο (π.χ. από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από γνωστούς) καθώς και εμπειρίες σχετικές με τον κίνδυνο πείθουν το άτομο ότι ο κίνδυνος αυτός είναι σημαντικός και οι

επαπειλούμενες συνέπειές του αρνητικές. Όμως αυτά τα μηνύματα δεν εδραιώνουν ξεκάθαρα την αίσθησή του ποιος είναι πιθανό να προσβληθεί. Πολλά άτομα πιστεύουν ότι βρίσκονται σε μικρότερο κίνδυνο από ότι οι άλλοι και συμπεραίνουν ότι ο κίνδυνος <<δεν αποτελεί δικό τους πρόβλημα>>. Αυτή η <<μεροληψία αισιοδοξίας>> αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στην υιοθέτηση προφυλακτικών μέτρων. Η αξιόπιστη και σαφής επικοινωνία σχετικά με την έκταση του κινδύνου στο σύνολο του πληθυσμού μια δεδομένη χρονική στιγμή μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτής της μεροληψίας.

Στο στάδιο 3, το άτομο δέχεται ότι είναι προσωπικά επιδεκτικό στον κίνδυνο και ότι υπάρχει σημαντική πιθανότητα να πληγεί το ίδιο. Οι πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που ενδέχεται να οδηγήσουν στον κλονισμό της υγείας και την έκθεση του κοινωνικού περίγυρου στους παράγοντες κινδύνου παίζουν καθοριστικό ρόλο στο πέρασμα του ατόμου στο στάδιο αυτό.

Στο στάδιο 4, το άτομο σχεδιάζει να πάρει κάποια μέτρα προφύλαξης και εκφράζει την πρόθεσή του να ενεργήσει δεόντως. Πρέπει να είναι ενήμερο για τα διαθέσιμα προφυλακτικά μέτρα, τη γενική αποτελεσματικότητά τους και τη δυνατότητά τους να μειώσουν τον προσωπικό κίνδυνο. Η υποκειμενική αντίληψη για το κόστος της προφυλακτικής συμπεριφοράς, ο χρόνος και η προσπάθεια που θα απαιτηθεί για την εφαρμογή της, οι ανεπιθύμητες παρενέργειές της, η ενδεχόμενη απώλεια της ευχαρίστησης που παρείχε η παλιά συμπεριφορά., η μη διαθεσιμότητα των προφυλακτικών μέτρων, οι αμφιβολίες για την ικανότητα εφαρμογής τους, όλα αυτά αποτελούν εμπόδια που πρέπει να υπερνικηθούν. Η απόφαση για δράση λαμβάνει υπόψη της την υποκειμενική αντίληψη για τη σοβαρότητα της βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης απειλής και την πιθανότητα προσωπικής βλάβης στην υγεία, το βαθμό της αποτελεσματικότητας των προφυλακτικών μέτρων, το μέγεθος του βραχυπρόθεσμου και μακροπρόθεσμου κόστους στο οποίο το άτομο θα υποβληθεί και τα διαθέσιμα εναλλακτικά προφυλακτικά μέτρα. Μερικές φορές η απόφαση για δράση δεν βασίζεται στην υποκειμενική αντίληψη για τη σοβαρότητα του κινδύνου, αλλά στην επιρροή των φίλων ή των μέσων μαζικής ενημέρωσης σχετικά με τον <<κίνδυνο>> που κάποιος γενικά διατρέχει. Επίσης η ανακίνηση συναισθημάτων φόβου στο άτομο

μπορεί να επισύρει την προσοχή του ατόμου στον κίνδυνο, ώστε να αφιερώσει περισσότερο χρόνο περίσκεψης γύρω από τον κίνδυνο και να τον θεωρήσει απτό. Υπάρχει πιθανότητα η απειλή να μειωθεί γρήγορα, αλλά τα προφυλακτικά μέτρα να απαιτούν επίμονη και επιπρόσθετη προσπάθεια. Για παράδειγμα, η χρήση της ζώνης ασφαλείας στο αυτοκίνητο μειώνει τον κίνδυνο σοβαρού τραυματισμού σε περίπτωση ατυχήματος, όμως απαιτείται η συστηματική χρήση της και η συστηματική υπερπήδηση ορισμένων εμποδίων (π.χ. του αισθήματος πίεσης και καθήλωσης). Άλλοτε, τα οφέλη από την εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων εμφανίζονται σιγά -σιγά, ενώ το κόστος, που αρχικά είναι μεγάλο, μειώνεται καθώς περνά ο καιρός. Ένα παράδειγμα αποτελεί η διακοπή του καπνίσματος, όπου η αρχική δυσκολία διακοπής είναι πολύ μεγάλη, αλλά με την πάροδο του χρόνου η δυσκολία ελαττώνεται, ενώ τα οφέλη εμφανίζονται βαθμιαία. Μερικές φορές όμως, κατά τη λήψη αποφάσεων, οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες βαρύνουν περισσότερο από τα μακροπρόθεσμα οφέλη.

Στο στάδιο 5, το άτομο εκτελεί ορισμένες προφυλακτικές ενέργειες. Βέβαια, πολλά άτομα που νοιάζονται για τη μελλοντική κατάσταση της υγείας τους, <<αποφασίζουν>>να υιοθετήσουν κάποια προφυλακτικά μέτρα, αλλά το βρίσκουν πολύ δύσκολο να <<αλλάξουν τη συμπεριφορά τους>>. Ισχυρίζονται ότι έχουν πειστεί ότι κάποιο προφυλακτικό μέτρο <<αξίζει τον κόπο>> να το εφαρμόσουν, δηλώνουν ότι προτίθενται να ενεργήσουν <<όπως πρέπει>>, αλλά παραδέχονται ότι τους είναι δύσκολο να πραγματοποιήσουν τα προγραμματισμένα αυτά σχέδια τους. Αυτό το χάσμα μεταξύ προθέσεων και πράξεων μπορεί να οφείλεται στη μικρή ανάγκη και κίνητρα του ατόμου για δράση και στη χαμηλή προτεραιότητα που δίνει στις προφυλακτικές ενέργειες, (π.χ. επειδή θεωρεί ότι τα προστατευτικά μέτρα δεν θα αποβούν ιδιαίτερα αποτελεσματικά), σε περιστασιακά κωλύματα που ανακύπτουν, στις τρέχουσες υποχρεώσεις και ευθύνες που παρεμβάλλονται, στις ελλιπείς πληροφορίες για το τι ακριβώς πρέπει να κάνει για να προχωρήσει στην προφυλακτική συμπεριφορά. Άλλοι παράγοντες που οδηγούν στην ασυμφωνία μεταξύ προθέσεων και πράξεων αφορούν την έλλειψη του απαιτούμενου χρόνου για την εφαρμογή του προληπτικού προγράμματος, τις διακυμάνσεις της προφυλακτικής συμπεριφοράς μέσα στο χρόνο επειδή δεν

έχει μετατραπεί σε συνήθεια, την ευχαρίστηση που δίνει ο παρών τρόπος ζωής, τα προφυλακτικά μέτρα που γίνονται αντιληπτά ως πολύπλοκα ή δυσάρεστα, την ανταμοιβή για τις όποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής η οποία δεν είναι άμεση, ενώ οι <<περιορισμοί>>που επιβάλλουν τα μέτρα είναι επαναλαμβανόμενοι.

Με βάση τη θεωρία αυτή των σταδίων, η λήψη αποφάσεων σχετικά με την υιοθέτηση συμπεριφορών που προστατεύουν την υγεία, δεν ακολουθεί ορθολογική πάντα πορεία, αλλά επηρεάζεται και από παράγοντες που συνήθως υποτιμούνται, όπως είναι οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, ή η υπόμνηση από κάποιον τρίτο της ανάγκης λήψης των προφυλακτικών μέτρων.

Συμπεράσματα

Τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα (social- cognition models) που περιγράφηκαν παραπάνω έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να ερμηνεύσουν την υιοθέτηση των προστατευτικών συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία. Στηρίζονται κυρίως στην έννοια των <<πεπτοιθήσεων>> του ατόμου σχετικά με τις συμπεριφορές και τις συνέπειες τους, τον κίνδυνο που διατρέχει η υγεία του και την ικανότητα του να υιοθετήσει μια υγιεινή συμπεριφορά. Όμως αυτά τα μοντέλα έχουν δεχθεί κριτική. Το κυριότερο πρόβλημα είναι ότι εστιάζονται στην πρόθεση του ατόμου να υιοθετήσει μια επιθυμητή συμπεριφορά για κάποιο θέμα υγείας και παραβλέπουν το γεγονός ότι η πρόθεση δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της εκδήλωσης της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Ο Scharzer (1992), σε μια προσπάθεια να καλύψει αυτό το κενό, πρότεινε την απλοποίηση των υπάρχοντων μοντέλων σε τέσσερις συνιστώσες: α) τις προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας, β) τις προσδοκίες για τα αποτελέσματα των συμπεριφορών, γ) την υποκειμενική αντίληψη για την απειλή και δ) την πρόθεση του ατόμου να δραστηριοποιηθεί. Αυτές οι τέσσερις συνιστώσες μπορούν να περιγράψουν ικανοποιητικά τη φάση της κινητοποίησης (motivational phase), οποία οδηγεί στην <<πρόθεση>>, ενώ

ακολουθεί η φάση της δράσης (action phase) που περιλαμβάνει τρία επίπεδα: ένα γνωστικό (προγραμματισμός δράσης και άσκησης ελέγχου), ένα συμπεριφορικό και ένα σχετιζόμενο με τις περιβαλλοντικές συνθήκες (π.χ. κοινωνική υποστήριξη). Παρόμοια ενοποιητικά μοντέλα θα βοηθήσουν ώστε να γίνει κατανοητή η προληπτική συμπεριφορά και να σχεδιαστούν αποτελεσματικά προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης στο χώρο της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ορισμένες από τις ενέργειες τις καθημερινής ζωής μας συνδέονται ως ένα βαθμό με τον κίνδυνο κλονισμού της υγείας και την εμφάνιση ασθενειών ή τραυματισμού. Το κάπνισμα, η κατάχρηση στην κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, η υπερβολική πρόσληψη τροφής, η απουσία σωματικής άσκησης, η επισφαλής οδήγηση, αποτελούν συμπεριφορές που μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Ορισμένοι άνθρωποι συνειδητοποιούν τον κίνδυνο που διατρέχουν και έτσι προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους για να προφυλάξουν την υγεία και να προστατεύσουν τη ζωή τους. Το σύνολο των ενεργειών που αποσκοπούν στην προάσπιση, στην προαγωγή ή στη διατήρηση της υγείας ονομάζεται συμπεριφορά προστατευτική της υγείας (health-protective behaviour).

Μια συμπεριφορά θεωρείται προστατευτική της υγείας ανεξάρτητα από το πόσο αντικειμενικά αποτελεσματική μπορεί να είναι ως προς το στόχο που επιδιώκει. Ο επαρκής χρόνος ανάπαυσης, η ύπαρξη φαρμακείου πρώτων βοηθειών, η φύλαξη των φαρμάκων μακριά από τα παιδιά, η τήρηση καταλόγου με αριθμούς τηλεφώνων έκτακτης ανάγκης, ο έλεγχος των οικιακών ηλεκτρικών εγκαταστάσεων και συσκευών, η τακτική συντήρηση του αυτοκινήτου, η φροντίδα της υγιεινής των δοντιών αποτελούν μορφές συμπεριφορών προστατευτικών της υγείας. Παράγοντες όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική απασχόληση, επηρεάζουν την προτεραιότητα που δίνει το άτομο σε καθεμία από τις παραπάνω συμπεριφορές. Η προτεραιότητα αυτή μεταβάλλεται σημαντικά μέσα στο χρόνο.

Η εκδήλωση κατά το παρελθόν μιας συμπεριφοράς για την προστασία της υγείας δεν σχετίζεται κατ' ανάγκη με την εμφάνιση στο παρόν και άλλης υγιεινής συνήθειας. Για παράδειγμα, το γεγονός ότι ένα άτομο συνηθίζει να φορά ζώνη ασφαλείας στις οδικές του μετακινήσεις δεν συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς του σε θέματα διατροφής. Επιπλέον, οι

συμπεριφορές που προστατεύουν την υγεία δεν διέπονται όλες από τα ίδια κίνητρα. Για παράδειγμα, το κίνητρο ενός ατόμου που δεν καπνίζει μπορεί να αφορά την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ωστόσο οι λόγοι που το ωθούν να προσέξει το σωματικό του βάρος μπορεί να αφορούν την αισθητική και εξωτερική εμφάνιση του.

Οι συμπεριφορές που προστατεύουν την υγεία τροποποιούνται, καθώς μεταβάλλεται η κατάσταση της υγείας του ατόμου. Εάν το άτομο είναι ή πιστεύει ότι είναι υγιές, τότε ορισμένες ενέργειές του μπορεί να αποβλέπουν στην πρόληψη μιας αρρώστιας, στον εντοπισμό της σε πρώιμο, ασυμπτωματικό στάδιο ή στην περαιτέρω βελτίωση της παρούσας καλής κατάστασης υγείας του (Kasl & Cobb, 1966^α, 1966^β). Αυτές οι συμπεριφορές διατήρησης μιας καλής κατάστασης υγείας (health behaviours) περιλαμβάνουν τον εμβολιασμό, τον περιορισμό της μετακίνησης σε ώρες αιχμής όταν η ατμοσφαιρική ρύπανση είναι πολύ αυξημένη κ.λ.π.

Εάν το άτομο αισθάνεται αδιάθετο ή άρρωστο, τότε μπορεί να προβεί σε ορισμένες ενέργειες <<επίλυσης>> του προβλήματος υγείας, προκειμένου να εξακριβωθεί η φύση και η αιτία της πάθησης και να προσδιοριστεί η διάγνωση. Αυτές οι συμπεριφορές που προσανατολίζονται στην αντιμετώπιση μιας αρρώστιας (illness behaviours), περιλαμβάνουν την αναφορά συμπτωμάτων στο γιατρό, την αναζήτηση πληροφοριών, βοήθειας ή συμβουλών από φίλους και συγγενείς κ.λ.π. Εάν το άτομο έχει ήδη αρρωστήσει, μπορεί να εμφανίσει ορισμένες συμπεριφορές που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας του. Συμπεριφορές που απορρέουν από το ρόλο του ατόμου ως ασθενούς (sick-role behaviours) περιλαμβάνουν την τήρηση της προτεινόμενης ιατρικής θεραπείας, την αποχή από την εργασία λόγω ασθένειας, την κατ' οίκο παραμονή για ανάρρωση κ.λ.π.

Συμπεριφορές πρόληψης

Η μεταβαλλόμενη κατάσταση της υγείας ενός ατόμου αντιστοιχεί σε τρία επίπεδα πρόληψης: την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή.

- **Τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης** της σωματικής υγείας έχουν ως κύριο σκοπό την αποφυγή έναρξης παθογενετικών διαδικασιών, που μπορούν τελικά να οδηγήσουν στην εκδήλωση κλινικών συμπτωμάτων. Με τα μέτρα αυτά επιδιώκεται η μείωση της επίπτωσης μιας αρρώστιας, η εξουδετέρωση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων (απολύμανση, περιορισμός της ατμοσφαιρικής ρύπανσης), η αποφυγή έκθεσης σε αυτούς (αποφυγή καπνίσματος), ή, τέλος, η ισχυροποίηση των ατόμων απέναντι σε αυτούς (εμβολιασμός, ανοσοποίηση).

Στο επίπεδο της ψυχικής υγείας, τα μέτρα αυτά αποσκοπούν στην ενίσχυση της ψυχικής υγείας, στη διαμόρφωση στάσεων και τύπων συμπεριφοράς που ευνοούν τη διατήρησή της, στην πρόληψη της ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας, στην καλλιέργεια ικανοτήτων για την αντιμετώπιση του στρες και στην ανάπτυξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης.

- **Τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης** εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση των ασθενειών σε πρώιμο στάδιο, ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή πρόγνωση (π.χ. κυτταρολογικός έλεγχος κατά Παπανικολάου για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, εξέταση των νεογνών για φαινυλκετονουρία).

Στο επίπεδο της ψυχικής υγείας, τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης έχουν στόχο τον προσδιορισμό πρόδρομων συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και την έγκαιρη παρέμβαση για την αποτροπή της εκδήλωσης μιας σοβαρής ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας.

- **Τα μέτρα τριτογενούς πρόληψης** επικεντρώνονται στο άτομο που πάσχει. Έχουν στόχο να μειώσουν τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της αρρώστιας και παράλληλα να συμβάλλουν στην αποκατάσταση της υγείας του ώστε η ποιότητα της ζωής του να είναι ικανοποιητική και η επαναπροσαρμογή στην κοινοτική ζωή να είναι ομαλή.

Όμως η διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας είναι συχνά δύσκολη, καθώς παρεμβαίνουν διάφορα πολιτισμικά εμπόδια. Στην κοινωνία μας, η καλή κατάσταση της υγείας θεωρείται μια μόνο από τις σημαντικές αξίες. Άλλες αξίες, όπως η επαγγελματική άνοδος, η οικονομική άνεση, η

καλοπέραση και η απόλαυση μιας ζωής χωρίς στερήσεις, έρχονται συχνά σε σύγκρουση με την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών.

Σε άλλες περιπτώσεις, η μοιρολατρική στάση της κοινωνίας απέναντι στα προβλήματα της ζωής παρεμποδίζει τις προσπάθειες που καταβάλλονται για την προστασία της υγείας. Η μοιρολατρική αυτή στάση στηρίζεται στην πεποίθηση ότι κάθε άνθρωπος κάποια στιγμή θα πεθάνει, είτε από γηρατειά είτε από αρρώστια, οπότε η πρόληψη του <<αναπόφευκτου>> δεν έχει και μεγάλη αξία.

Μια άλλη στάση που παρεμποδίζει τις προσπάθειες πρόληψης αφορά την εξίσωση της <<καλής ζωής>> με τις <<κακές συνήθειες>>. Υπάρχουν άνθρωποι που πρεσβεύουν ότι η ζωή δεν αξίζει εάν κανείς <<στερηθεί>> τις απολαύσεις της, όπως το καλό φαγητό, το κάπνισμα κ.λ.π. Βέβαια αυτή η στάση παραβλέπει το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν <<μάθει>> ότι μόνο αυτός ο τρόπος ζωής τους παρέχει ευχαρίστηση, ενώ παραγνωρίζει το γεγονός ότι υπάρχουν και άλλοι υγιέστεροι τρόποι ζωής, τους οποίους μπορούν να <<μάθουν>> να απολαμβάνουν.

Ακόμη, ορισμένοι άνθρωποι εφησυχάζουν στη σκέψη ότι η σύγχρονη ιατρική επιστήμη έχει προοδεύσει σε σημείο που <<αποκαθιστά>> την υγεία σε πολλές περιπτώσεις. Έτσι λοιπόν πιστεύουν ότι ακόμα και αν αυτή διαταραχθεί, θα υπάρξει θεραπεία, ίαση και επάνοδος στο φυσιολογικό ρυθμό και τρόπο ζωής.

Μια άλλη κατηγορία παραγόντων που καθιστούν δύσκολη τη λήψη προληπτικών μέτρων για την υγεία αφορά τα εμπόδια που σχετίζονται με την εδραίωση των συνηθειών. Πολλές από τις καθημερινές συνήθειες οδηγούν σε <<άμεση ευχαρίστηση>>. Οι υγιεινές συνήθειες, όπως η συστηματική άθληση, το βούρτσισμα των δοντιών, η προσεκτική διατροφή, απαιτούν πειθαρχία, προγραμματισμό, συνέπεια, περιορισμούς και αποποίηση της ανεμελιάς. Επιπλέον, τα αποτελέσματα των προληπτικών ενεργειών που αποβλέπουν στη διατήρηση ή προαγωγή της υγείας δεν είναι άμεσα και ορατά, αλλά πιθανά, αναμενόμενα και μελλοντικά. Με τις προληπτικές συμπεριφορές δεν εξαφανίζονται συμπτώματα, ούτε απαλλάσσεται το άτομο από κάποια ανησυχητικά ενοχλήματα. Κατά συνέπεια, συχνά εκλείπει η επιθυμία και το

κίνητρο να υιοθετηθούν προληπτικές συμπεριφορές από την πλευρά του ατόμου, ο Δε κίνδυνος παραμένει μια έννοια αφηρημένη και αόριστη.

Κατά συνέπεια, η προληπτική συμπεριφορά που διαρκεί για απεριόριστο χρονικό διάστημα, που δεν ενισχύεται συνεχώς από το κοινωνικό σύνολο, αλλά αντιθέτως δοκιμάζεται από <<πειρασμούς>> του περιβάλλοντος, δύσκολα καλλιεργείται και ακόμη δυσκολότερα σταθεροποιείται (Kirscht, 1983). Το άτομο χρειάζεται να δώσει προσωπικό νόημα και σημασία στην προληπτική αυτή συμπεριφορά και να αναπτύξει δευτερεύοντες στόχους οι οποίοι θα λειτουργήσουν ενισχυτικά σε μακροπρόθεσμο επίπεδο (π.χ. βελτιωμένη εικόνα σώματος και εαυτού).

Τέλος, μια κατηγορία αναχαιτιστικών παραγόντων αφορά τα εμπόδια που προέρχονται από το ίδιο υγειονομικό σύστημα (Albino, 1983 Orlandi, 1987). Το υγειονομικό σύστημα είναι προσανατολισμένο στη διάγνωση, θεραπεία και ίαση των ασθενειών. Αυτό το μοντέλο παροχής υπηρεσιών επιτρέπει στους επαγγελματίες της υγείας να αντλήσουν μεγάλη ικανοποίηση από τα άμεσα αποτελέσματα που παρατηρούν στην εξέλιξη της υγείας του αρρώστου, ενώ παράλληλα ενισχύει το κύρος, την ισχύ και την αίσθηση επιτυχίας από τα επιτεύγματά τους. Επίσης το υγειονομικό σύστημα είναι προσανατολισμένο στην παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο, στην ένας-προς-έναν αλληλεπίδραση μεταξύ <<ειδικού>> και ασθενούς. Όμως τα προγράμματα πρόληψης, ιδίως αυτά της πρωτογενούς πρόληψης, είναι αποτελεσματικά όταν εφαρμόζονται ευρέως σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. Επιπλέον, στα πλαίσια αυτού του υγειονομικού συστήματος, ο ρόλος του ατόμου που βρίσκεται σε <<κίνδυνο>> δεν είναι θεσμοθετημένος, όπως ο ρόλος του <<αρρώστου>>. Στο άτομο που προσπαθεί να προστατεύσει την υγεία του ανατίθενται μόνο υποχρεώσεις και καθήκοντα και κανένα προνόμιο.

Προγράμματα αγωγής υγείας

Οι πρώτες προσπάθειες πρωτογενούς πρόληψης βασίστηκαν στην πεποίθηση ότι τα άτομα δεν είναι ενημερωμένα ή δεν διαθέτουν επαρκείς πληροφορίες γύρω από την αιτιολογία των ασθενειών και τις συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους. Υπέθεταν ότι η παροχή των απαραίτητων πληροφοριών σχετικά με τον κίνδυνο που διατρέχουν, δηλαδή η υγειονομική ενημέρωση και διαφώτιση, θα συνέβαλε, βοηθώντας τα να ενεργήσουν για το καλό τους, να πειστούν να αλλάξουν στάση και συμπεριφορά, να ακολουθήσουν τις υγειονομικές υποδείξεις και να μειώσουν αυτόν τον κίνδυνο (Ley, 1982). Όμως τα περισσότερα άτομα, αν και γνωρίζουν τις πιθανές συνέπειες της ανθυγιεινής συμπεριφοράς τους, ανθίστανται στην αλλαγή της. Η ενημέρωση μπορεί να επιστήσει την προσοχή σε ορισμένα μηνύματα, αλλά δεν συνεπάγεται απαραίτητα και την αποδοχή του μηνύματος, πολύ δε περισσότερο δεν προεξοφλεί την αλλαγή του μηνύματος, πολύ δε περισσότερο δεν προεξοφλεί την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας (Bettinghaus, 1986). Η πληροφόρηση συχνά συμβάλλει στην αύξηση των γνώσεων του ατόμου, όμως δεν επηρεάζει και τη συμπεριφορά του προς την επιθυμητή κατεύθυνση.

Κάποιες άλλες προσπάθειες τροποποίησης της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας βασίστηκαν στην πεποίθηση ότι ο φόβος μπορεί να αποβεί ένας αποτελεσματικός παρακινητικός παράγοντας για αυτήν την αλλαγή. Το μεταδιδόμενο μήνυμα έδινε έμφαση στην απειλή, στους κινδύνους και στις αρνητικές επιπτώσεις που έχει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά στο επίπεδο της υγείας. Στόχος του μηνύματος ήταν η δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων φόβου και αποστροφής απέναντι στη συγκεκριμένη βλαβερή συνήθεια και η επακόλουθη υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών (Sutton, 1982).

Ωστόσο, οι πληροφορίες που περιλάμβαναν τα εκφοβιστικά μηνύματα ήταν ορισμένες φορές υπερβολικές, γεγονός που είχε ως συνέπεια την αμφισβήτηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι μηνύματα που ανακινούν ισχυρά συναισθήματα, επηρεάζουν το άτομο σε βαθμό που μπορεί να <<παραλύσει>>από φόβο και

να κινητοποιήσει μηχανισμούς άμυνας για να μειώσει το άγχος και το στρες που του προκαλούν τα μηνύματα αυτά, με συνέπεια να αλλοιωθεί η ισχύς τους και να μην επιτευχθεί η επιθυμητή τροποποίηση της συμπεριφοράς (Janis, 1967).

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι πληροφορίες που δεν διοχετεύονταν με επιλεκτικό τρόπο, που δεν λάμβαναν υπόψη τα χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία άνηκαν οι αποδέκτες (ηλικία, φύλο, μόρφωση, προηγούμενη σχετική εμπειρία), κινδύνευαν να οδηγήσουν σε αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, ορισμένα μηνύματα κέντριζαν την περιέργεια των νέων και προκαλούσαν την επιθυμία τους να δοκιμάσουν την απαγορευμένη συμπεριφορά.

Οι σύγχρονες στρατηγικές πρόληψης συνδυάζουν την πληροφόρηση του ατόμου με τη διαπαιδαγώγησή του. Δίνουν έμφαση στην ανάγκη προσαρμογής της πληροφορίας και των μηνυμάτων στο επίπεδο της ικανότητας αφομοίωσης τους από το συγκεκριμένο πληθυσμό προς τον οποίο απευθύνονται (Berkanovic, 1976). Τοποθετούν το πρόβλημα μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο όπου συνεκτιμώνται οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, οι αποφάσεις που παίρνει το άτομο και οι αξίες του (Κοκκέβη, 1988^α, 1988^β). Η προληπτική προσπάθεια στοχεύει στην ανάπτυξη των απαραίτητων γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων που θα διευκολύνουν το άτομο να αντισταθεί στις πιέσεις των άλλων οι οποίοι το προτρέπουν να υιοθετήσει ανθυγιεινές συμπεριφορές (Βελονάκης & Τριχοπούλου, 1986). Ταυτόχρονα επιχειρείται η δημιουργία ενός κατάλληλου κλίματος μέσα στο περιβάλλον του ατόμου (οικογένεια, κοινότητα) που θα του παρέχει θετική υποστήριξη.

Συμπεράσματα

Τα ερευνητικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι οι βλαβερές συνήθειες σχετίζονται στενά με την εκδήλωση διαφόρων ασθενειών. Αν και τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στη φροντίδα της υγείας και τη μακροζωία, ωστόσο υπάρχουν ακόμη μεγάλα περιθώρια για την πρόληψη των ασθενειών. Σημαντική είναι η ανάπτυξη αποτελεσματικών μεθόδων για την ενθάρρυνση της υιοθέτησης υγιεινού τρόπου ζωής. Τα <<συμπεριφορικά παθογόνα>> (behavioural pathogens), όπως το κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή και η κατάχρηση οινόπνευματων ποτών θα πρέπει να καταπολεμηθούν, ενώ τα <<συμπεριφορικά ανοσογόνα>> (behavioural immunogens), όπως η σωματική άσκηση και η επαρκής ανάπαυση θα πρέπει να ενισχυθούν (Matarazzo, 1984 Matarazzo & Leckliter, 1988). Ωστόσο θα πρέπει να ξεπεραστούν διάφορα εμπόδια που προκύπτουν από τη στάση που επικρατεί στην κοινωνία απέναντι στον υγιεινό τρόπο ζωής, από την παγίωση των ανθυγιεινών συνηθειών και τις προτεραιότητες του υγειονομικού συστήματος. Τα προγράμματα αγωγής υγείας επιδιώκουν να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικές τεχνικές ώστε να καμφθούν αυτά τα εμπόδια, να τροποποιηθεί η συμπεριφορά σε θέματα υγείας και να διαμορφωθούν νέα πρότυπα ζην και απολαμβάνειν. Η προσέγγιση τους στηρίζεται στην ενεργό συμμετοχή του ατόμου στα πλαίσια των προγραμμάτων αγωγής υγείας και στη συνειδητή επιλογή ενός τρόπου ζωής που προάγει την υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Ως επαγγελματική εξουθένωση όρισε το βίωμα της αποτυχίας και εξάντλησης που παρατήρησε στους κοινωνικούς λειτουργούς μετά από ένα χρόνο ενασχόλησής τους στα ιδρύματα αυτά, το οποίο βίωμα ήταν αποτέλεσμα των υπέρμετρων απαιτήσεων της δουλειάς τους σε ενέργεια, προσπάθεια και προσόντα. Από τότε έχει παρατηρηθεί μεγάλο ενδιαφέρον για το φαινόμενο αυτό τόσο από επιστημονική όσο και από πρακτική άποψη, γεγονός που επιβεβαιώνει και ο μεγάλος αριθμός των σχετικών δημοσιεύσεων τα χρόνια που ακολούθησαν (Kleiber & Enzmann, 1990).

Σύμφωνα με τον πιο αποδεκτό μέχρι σήμερα ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, πρόκειται για μία κατάσταση χρόνια συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης από τους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών και μειωμένης προσωπικής επίτευξης, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα που εργάζονται στον τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (Maslach & Jackson, 1981b). Όπως μπορεί να διαπιστωθεί από τον ορισμό, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης περιορίστηκε ευθύς εξ αρχής στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών.

Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ένα σύνδρομο το οποίο περιλαμβάνει ένα σύνολο συμπτωμάτων που εμφανίζονται μαζί, και τα οποία διαμορφώνουν με αυτό τον τρόπο την ιδιαιτερότητα του (Paine, 1981). Γι'αυτό και είναι καταρχάς απαραίτητη η απαρίθμηση και η περιγραφή τους. Μετά από 25 και πλέον χρόνια έρευνας έχουν αναφερθεί διάφορα συμπτώματα, γεγονός που αφενός τονίζει την έλλειψη μιας σαφούς εικόνας για την εννοιολογική κατασκευή της επαγγελματικής εξουθένωσης και αφετέρου την πολυμορφία της, δεδομένου ότι μπορεί να βιωθεί διαφορετικά από κάθε άτομο (Kahill, 1988)

Διάφοροι επιστήμονες έχουν προτείνει διαφορετικές κατηγοριοποιήσεις των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης, ανάλογα με τη θεωρητική τους προσέγγιση και το λειτουργικό ορισμό που διατυπώνουν για

το φαινόμενο (Schaufeli & Buunk, 1996). Σε αυτές τις κατηγοριοποιήσεις, εκτός από τις διαφορές, παρουσιάζονται και ομοιότητες που επιτρέπουν τη διαμόρφωση μιας σφαιρικής εικόνας του συνδρόμου. Βάσει αυτών των ομοιοτήτων, η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με ψυχοσωματικά και σωματικά συμπτώματα (διαταραχές ύπνου και διατροφής, πονοκεφάλους, στομαχικά έλκη και καρδιακές ασθένειες), συναισθηματικά συμπτώματα (κατάθλιψη, φοβίες, επιθετικότητα) και νοητικά συμπτώματα (χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα αποτυχίας, δυσκολίες αυτοσυγκέντρωσης), αρνητικές μορφές συμπεριφοράς (αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, καφεΐνης και νικοτίνης) διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις (απομάκρυνση, απομόνωση) καθώς και αλλαγή επαγγέλματος, μειωμένη παραγωγικότητα και άλλες αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία.

Τα άτομα με επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζουν οπωσδήποτε όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα. Παρόλο που κάθε άτομο μπορεί να βιώσει διαφορετικά το εν λόγω σύνδρομο, η ουσιώδεις διαστάσεις του, δηλαδή η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη, πρέπει να εμφανίζονται πάντα. Ο όρος <<σύνδρομο>> υποδηλώνει ότι η ύπαρξη του ενός συμπτώματος αυξάνει την πιθανότητα να εμφανιστούν και τα άλλα δύο (Burisch, 1989). Αυτή ακριβώς η ιδιαιτερότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό τη διερεύνησή της και οδηγεί στην πληθώρα των ορισμών, των θεωρητικών μοντέλων και των οργάνων μέτρησής της.

Αρκετοί επιστήμονες έχουν επιχειρήσει να ορίσουν και να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα μοντέλα με θεωρητική πληρότητα που αναφέρονται πιο συχνά στη βιβλιογραφία είναι το οικολογικό (Carroll & White, 1982), το κυβερνητικό (Heifetz & Bersani, 1983), το μοντέλο της κοινωνικής ικανότητας (Cherniss, 1980a, 1980b), το μοντέλο των οκτώ φάσεων (Golembiewski, Munzenrider, & Stevenson, 1986), το υπαρξιακό (Pines, 1993), το μοντέλο της διαταραγμένης πορείας δράσης (Burisch, 1989, 1993), το μοντέλο της διατήρησης των πηγών (Hobfoll & Freedy, 1993), το μοντέλο της εξελικτικής πορείας του Leiter (1993), καθώς και το μοντέλο της κοινωνικής ανταλλαγής και σύγκρισης (Buunk & Schaufeli, 1993).

Το πλέον διαδεδομένο μοντέλο και το συχνότερα χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης προέκυψε από τη συνεργασία των Maslach και Jackson (1981a). Συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση, είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη (Maslach & Jackson, 1984). Η συναισθηματική εξάντληση μπορεί να ερμηνευτεί ως συνέπεια χρόνιας καταπόνησης. Η αποπροσωποποίηση είναι το ιδιαίτερο συστατικό της επαγγελματικής εξουθένωσης που τη διαφοροποιεί από το στρες και από άλλες συνέπειες του άγχους και της καταπόνησης, και εκδηλώνεται ως κυνισμός, απάθεια και απρόσωπη συμπεριφορά απέναντι στους πελάτες. Τέλος, η μειωμένη προσωπική επίτευξη είναι η προσωπική εκτίμηση του ατόμου για την απόδοση και τις ικανότητές του (Maslach & Jackson, 1986). Τόσο το θεωρητικό μοντέλο όσο και το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach Burnout Inventory (MBI) βασίζονται σε εμπειρικά δεδομένα από συνεντεύξεις ατόμων που ασχολούνται σε διάφορα επαγγέλματα του τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών.

Τα τρία συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης μετριοούνται μέσω του MBI με 22 ερωτήσεις. Στην αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου (Maslach & Jackson, 1981a) τα υποκείμενα καλούνταν να αξιολογήσουν τα συμπτώματα ανάλογα με τη συχνότητα και την έντασή τους. Στη δεύτερη έκδοση (Maslach & Jackson, 1986) οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν μόνο για τη συχνότητα με την οποία βιώνουν τα περιγραφόμενα συμπτώματα. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του MBI γίνεται με απλή πρόσθεση των απαντήσεων για κάθε ανεξάρτητη διάστασή του. Έτσι προκύπτουν τρεις ανεξάρτητες βαθμολογίες, μία για κάθε διάσταση (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μειωμένη προσωπική επίτευξη), οι οποίες στη συνέχεια, βάσει τιμών που δίνονται από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου, μπορούν να ταξινομηθούν στις κατηγορίες χαμηλή, μέση και υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι τιμές για την ταξινόμηση των βαθμών των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στις τρεις κατηγορίες (χαμηλή, μέση και υψηλή) προέκυψαν από έρευνες στάθμισης του τεστ με αμερικανικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με τις συγγραφείς (Maslach & Jackson, 1986), τα άτομα με υψηλό βαθμό στις διαστάσεις συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και με χαμηλό βαθμό στη μειωμένη προσωπική επίτευξη βιώνουν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Αντίστοιχα, τα άτομα με χαμηλό βαθμό στις δυο πρώτες διαστάσεις και υψηλό στην Τρίτη βιώνουν χαμηλή ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση. Μέσες τιμές και στις τρεις διαστάσεις συνεπάγονται μέση επαγγελματική εξουθένωση. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha της διάστασης συναισθηματική εξάντληση είναι 0.90, της αποπροσωποποίησης 0,79 και της μειωμένης επίτευξης 0.71 (Maslach & Jackson, 1986). Η αξιοπιστία δοκιμασίας- επαναδοκιμασίας με χορήγηση μετά από ένα μήνα κυμαίνεται μεταξύ 0.60 και 0.82, ενώ μετά από ένα χρόνο μεταξύ 0,54 και 0,60.

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί, μεταξύ άλλων, στα γερμανικά (Bussing & Ferrar, 1992. Demerouti & Nachreiner, 1996), τα ολλανδικά, τα πολωνικά (Schaufeli & Janczur, 1994), τα γαλλικά (Enzmann, Schaufeli & Girault, 1995) και τα ελληνικά (Kantas & Vassilaki, 1997). Τα αποτελέσματα ερευνών στις διάφορες γλώσσες δεν επιβεβαιώνουν πάντα την προτεινόμενη από τις δημιουργούς αρχική δομή του ερωτηματολογίου.

Λόγω των μη ικανοποιητικών αποτελεσμάτων του MBI και προκειμένου να γίνει δυνατή η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και σε επαγγέλματα εκτός του τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών, στην τρίτη έκδοση της κλίμακας (Maslach, Jackson & Schaufeli, 1996) αναπτύχθηκε το Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI- GS) (Schaufeli, 1996). Το MBI-GS αποτελείται από τρεις διαστάσεις οι οποίες είναι παράλληλες με εκείνες του MBI: εξάντληση, κυνισμός και επαγγελματική αποτελεσματικότητα (occupational efficacy). Η διαφορά της τρίτης έκδοσης από την προηγούμενη έγκειται στο ότι δεν μετριέται πλέον η απομάκρυνση από τους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών (αποπροσωποποίηση) αλλά η απομάκρυνση από την εργασία γενικά (κυνισμός). Οι άλλες δυο διαστάσεις ορίζονται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο όπως και στο MBI, με τη διαφορά ότι δεν περιλαμβάνουν ερωτήσεις που αναφέρονται στην εργασία με ανθρώπους. Η δομή του MBI - GS επικυρώθηκε με επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες (Leiter & Schaufeli, 1996).

Εκτός από το MBI, υπάρχουν και διάφορες άλλες κλίμακες για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης: μεταξύ άλλων, είναι τα Burnout Measure (Pines & Aronson, 1988), Meier Burnout Assessment (1984) και Teacher Attitude Scale (Farber, 1984). Σε σύγκριση με το MBI, τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν εφαρμοστεί μόνο περιστασιακά σε κάποιες έρευνες και παρουσιάζουν περισσότερα ψυχομετρικά προβλήματα (Schaufeli & van Dierendonck, 1993).

Ομοιότητες και διαφορές της επαγγελματικής εξουθένωσης με άλλες εννοιολογικές κατασκευές

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει μελετηθεί ως προς τις ομοιότητες και τις διαφορές που εμφανίζει σε σχέση με άλλες εννοιολογικές κατασκευές, μερικές από τις οποίες παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα στον ορισμό τους: στρες, εργασιακή δυσαρέσκεια, κατάθλιψη, αποξένωση, ένταση, εξάντληση, προσωπική κρίση, μονοτονία κ.λ.π. (Maslach & Schaufeli, 1993). Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η διάκριση της από άλλες παρόμοιες έννοιες.

Επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη

Η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζει πολλές ομοιότητες και υψηλούς δείκτες συνάφειας με την κατάθλιψη. Οι ομοιότητες, τις οποίες έχουν παρατηρήσει επιστήμονες, αποδίδονται στο γεγονός ότι και τα δυο φαινόμενα είναι μορφές ψυχικής ασθένειας. Οι διαφορές ανάγονται στην ένταση του βιώματος, στον τρόπο θεραπείας και στο πλαίσιο εμφάνισης των φαινομένων. Πιο συγκεκριμένα, η κατάθλιψη είναι πιο έντονο βίωμα, θεραπεύεται με φαρμακευτική αγωγή και γενικεύεται σε διάφορες καταστάσεις και ευρύτερες σφαίρες της ζωής του ασθενή. Από την άλλη πλευρά, η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται αποκλειστικά με την εργασία, είναι λιγότερο έντονη και δεν θεραπεύεται με φάρμακα.

Τα δυο φαινόμενα εκδηλώνονται με αίσθημα εξάντλησης, μείωση της ενέργειας και της δύναμης της προσδοκίας (ελπίδας), καθώς και με τάση αποφυγής. Η επικάλυψη των δυο φαινομένων οφείλεται κατά κύριο λόγο στην υψηλή συνάφεια ανάμεσα στην κατάθλιψη και στη διάσταση συναισθηματική εξάντληση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Schaufeli & Buunk, 1996). Οι σχέσεις με τα άλλα δυο συστατικά του συνδρόμου, την αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη επίτευξη, είναι λιγότερο ισχυρές (Firth, McIntee, McKeown, & Britton, 1986. Leiter & Durup, 1994), γεγονός που δηλώνει επίσης ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι πιο πολυδιάστατο φαινόμενο.

Επαγγελματική εξουθένωση και στρες

Το επαγγελματικό στρες εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας υπερβαίνουν τις πηγές τις δυνάμεις προσαρμογής του ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984). Ο όρος <<στρες>> αναφέρεται συνήθως σε μία χρονικά περιορισμένη πορεία προσαρμογής που συνδέεται με ψυχικά και σωματικά συμπτώματα. Εμφανίζεται σε καταστάσεις με υψηλές, σε σύγκριση με τις πηγές, απαιτήσεις, όπου μία πιθανή αποτυχία έχει σοβαρές και αρνητικές συνέπειες για το άτομο. Αν η κατάσταση εκτιμηθεί από το άτομο ως απειλητική, τότε ενεργοποιούνται οι λεγόμενοι μηχανισμοί αντιμετώπισης. Στην επαγγελματική εξουθένωση, από την άλλη πλευρά, η προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου καταλύεται εξαιτίας μίας μακροχρόνιας ανισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και πηγών, εξαιτίας δηλαδή παρατεταμένου και χρόνιου εργασιακού στρες (Brill, 1984).

Οι δυο έννοιες αναφέρονται σε πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις ατόμου-περιβάλλοντος και είναι υποκειμενικής φύσης, μια και το βασικότερο ρόλο παίζουν οι εκτιμήσεις του ίδιου του ατόμου και όχι οι αντικειμενικές συνθήκες (Handy, 1988). Η επαγγελματική εξουθένωση όμως είναι κάτι περισσότερο από εκτίμηση, καθώς περιλαμβάνει και επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων του εργασιακού χώρου. Το στρες, από την άλλη πλευρά, δεν συνδέεται με αρνητικές στάσεις και

συμπεριφορές απέναντι στους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών, στην εργασία και στον οργανισμό γενικότερα (Maslach, 1993). Ενώ στρες μπορεί να βιώσει ο κάθε ένας η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται κατά βάσει σε άτομα που ξεκινούν την καριέρα τους με ενθουσιασμό, υψηλούς στόχους και προσδοκίες (Pines, 1993). Η επαγγελματική εξουθένωση είναι γενικά συνέπεια της αλλεπάλληλης και αποτυχημένης προσπάθειας αντιμετώπισης συγκεκριμένων αγχογόνων καταστάσεων.

Επαγγελματική εξουθένωση και δυσαρέσκεια από την εργασία

Πολλοί μελετητές έχουν ασχοληθεί με τη σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και δυσαρέσκειας από την εργασία. Ωστόσο η έλλειψη ενός γενικά αποδεκτού ορισμού της ικανοποίησης από την εργασία αποτελεί σοβαρό ανασταλτικό παράγοντα. Κάποιοι ορίζουν την ικανοποίηση με γενικό τρόπο θεωρώντας ότι αφορά το σύνολο της εργασίας (Gebert & von Rosenstiel, 1992), ενώ άλλοι την ορίζουν ως στάσεις απέναντι σε κάποιες συγκεκριμένες πτυχές της (Neuberger & Allerbeck, 1978). Οι Hackman και Oldham (1975) κάνουν διάκριση μεταξύ ενδογενούς και εξωγενούς ικανοποίησης.

Τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών, στις οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί και διαφορετικά όργανα μέτρησης της ικανοποίησης, δείχνουν ότι οι δυο έννοιες έχουν διαφορετικό περιεχόμενο και διαφορετικές αιτίες, αν και μερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή δυσαρέσκεια οδηγούν και στην επαγγελματική εξουθένωση (Enzmann & Kleiber, 1989). Η σχέση των δυο αυτών διαστάσεων είναι πολύπλοκη. Φαίνεται όμως ότι η δυσαρέσκεια μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση, όπως μπορεί και να εμφανιστεί ανεξάρτητα από αυτήν.

Αιτιολογία και <<επαγγέλματα κινδύνου>>

Η επαγγελματική εξουθένωση αναφέρεται εξ ορισμού σε επαγγέλματα τα οποία συνδέονται με την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών (Maslach & Jackson, 1981b), όπως εκπαιδευτικοί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, νομικοί, ψυχολόγοι, αλλά και γραμματείς και διευθυντές. Πρόκειται για επαγγέλματα τα οποία είναι πιο πιθανό να εκθέτουν τους εργαζόμενους σε χρόνιες και υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις (Maslach & Jackson, 1981b), αφού η διαπροσωπική επαφή για την επίλυση των προβλημάτων των πελατών (ασθενών, μαθητών κ.λπ.) συνεπάγεται έντονο συναισθηματικό άγχος. Οι παράγοντες που εμπλέκονται σε τέτοιες πελατοκεντρικές επαφές είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (πολλοί πελάτες σε λίγο χρόνο), η δυσκολία επίλυσης των προβλημάτων κάποιων ατόμων, η έλλειψη δυνατότητας αποφυγής της άμεσης επαφής με τους πελάτες με τη διεκπεραίωση άλλων καθηκόντων, η αίσθηση μη επιτυχημένης παρέμβασης, το έντονο αίσθημα ευθύνης για την κατάσταση άλλων ανθρώπων, καθώς και η έλλειψη υποστήριξης και αμοιβών από την πλευρά του οργανισμού (Weiskop, 1980).

Ακόμη και οι πρωτοπόρες ερευνήτριες στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναγνωρίζουν το ρόλο που διαδραματίζουν οι εργασιακές συνθήκες στην εμφάνισή της (Maslach & Jackson, 1981a, 1984). Μερικές εργασιακές συνθήκες των οποίων η αιτιολογική σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση έχει επιβεβαιωθεί σε διάφορες έρευνες είναι ο αντικειμενικά υπερβολικός φόρτος εργασίας (Jackson, Schwab & Schuler, 1986), οι ασαφείς και αλληλοσυγκρουόμενες απαιτήσεις του επαγγελματικού ρόλου (Lee & Ashforth, 1993), η έλλειψη αυτονομίας (Landsbergis, 1988), η έλλειψη ανατροφοδότησης για την αποδοτικότητα εργαζόμενου (Astrom, Nilsson, Norberg, Sandman, & Winblad, 1990), η έλλειψη προσωπικής ευθύνης για τα αποτελέσματα της εργασίας (Dolan & Reinaud, 1992), η ελλιπής συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (O'Driscoll & Schubert, 1988), η μονοτονία (Bussing & Ferrar, 1992), η γραφειοκρατική δομή του εκάστοτε οργανισμού, το ακατάλληλο φυσικό περιβάλλον (Friedman, 1991), οι

χαμηλές αμοιβές (Jackson και συν., 1986), οι διαπροσωπικές συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο (Leiter, 1991) και η ελλιπής υποστήριξη από τους εργοδότες (Constable & Russel, 1986).

Εκτός από τους παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, με την επαγγελματική εξουθένωση έχουν συσχετιστεί και ορισμένα χαρακτηριστικά του εργαζομένου-ατόμου. Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης έχουν διερευνηθεί ως προς τη σχέση τους με την επαγγελματική εξουθένωση. Τα αποτελέσματα ωστόσο είτε είναι αντιφατικά (ανάλογα με την έρευνα, τόσο νεότεροι όσο και πιο ηλικιωμένοι εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση), είτε ερμηνεύουν χαμηλά ποσοστά της διακύμανσης των τιμών της επαγγελματικής εξουθένωσης, είτε αποδίδονται σε τρίτους παράγοντες που σχετίζονται με τα υπό μελέτη δημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. το γεγονός ότι οι γυναίκες δηλώνουν περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ίσως οφείλεται στο ότι κατέχουν χαμηλότερες θέσεις στην ιεραρχία και συνεπώς απολαμβάνουν λιγότερες αμοιβές, κοινωνική αναγνώριση και αυτονομία) (Schaufeli & Buunk, 1996).

Το ίδιο αδιευκρίνιστες και χαμηλές επιδράσεις παρουσιάζουν και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Μερικές από τις διαστάσεις της προσωπικότητας που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι η προσωπικότητα τύπου A (Nagy & Davis, 1985), ο νευρωτισμός (Vlerick, 1997), το εξωτερικό κέντρο ελέγχου της συμπεριφοράς (Keane, Ducette, Adler, 1985), η έλλειψη προσωπικού ελέγχου (Papadatou, Anagnostopoulou, & Monos, 1994) και η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Poulin & Walter, 1993).

Λιγότερο συγκρουόμενα και ασαφή είναι τα αποτελέσματα που αφορούν την επίδραση της στάσης του εργαζομένου απέναντι στην εργασία. Άτομα με υψηλότερο βαθμό σύνδεσης με την εργασία τους εμφανίζουν και μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση (Reilly, 1994). Επίσης, εργαζόμενοι με υψηλές και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τη δουλειά και το επάγγελμά τους βιώνουν υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση (Pines, 1993).

Από αυτή τη συνοπτική ανασκόπηση γίνεται φανερό ότι τα αποτελέσματα αναφορικά με τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι

ασαφή και αλληλοσυγκρουόμενα. Κάποιοι από του λόγους της μέχρι σήμερα απροσδιόριστης αιτιολογίας της ενδέχεται να είναι η χρήση μετρήσεων με χαμηλή εγκυρότητα, οι μη επαρκείς πειραματικοί σχεδιασμοί, τα σφάλματα στη δειγματοληψία αλλά και η πολυπλοκότητα των σχέσεων που εμπλέκονται στο φαινόμενο (Schaufeli & Buunk, 1996). Φαίνεται πάντως ότι ένας (μέχρι στιγμής μη προσδιορισμένος) συνδυασμός συγκεκριμένων εργασιακών συνθηκών οδηγεί, με τη μεσολάβηση χαρακτηριστικών του ατόμου, στο βίωμα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Demerouti, υπό δημοσίευση).

Κριτική της μέχρι τώρα έρευνας στην επαγγελματική εξουθένωση

Σε θεωρητικό επίπεδο έχουν διατυπωθεί επικρίσεις όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, τουλάχιστον όπως αυτή ορίζεται μέχρι σήμερα. Πιο συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί ότι δεν κατέχει την πληρότητα μιας εννοιολογικής κατασκευής και ότι δεν διαφοροποιείται επαρκώς από παρεμφερές έννοιες όπως το στρες, ο κορεσμός και η κατάθλιψη (Handy, 1988). Αυτό το πρόβλημα δεν οφείλεται μόνο στην ελλιπή θεωρητική εξήγηση του φαινομένου. Το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση, που φτάνει μέχρι και 0,55 (Bussing & Perrar, 1992), με τις προαναφερθείσες έννοιες μπορεί να είναι και τεχνητό αποτέλεσμα των οργάνων μέτρησης. Και τούτο διότι όλα αυτά τα ερωτηματολόγια μετρούν αρνητικές στάσεις και συναισθήματα που εκτιμούν για τον εαυτό τους τα ίδια τα υποκείμενα (Meier, 1984), εκτείνοντας με αυτόν τον τρόπο τις ομοιότητες των εν λόγω εννοιών σε θεωρητικό επίπεδο. Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να συνδέεται με ένα ευρύτερο φάσμα συμπτωμάτων, που σε συγκεκριμένες περιπτώσεις εκδηλώνονται μαζί (Demerouti & Nachreiner, 1996).

Σε μία τυπική έρευνα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση γίνεται μόνο μία μέτρηση με ερωτηματολόγιο (κατά κανόνα το MBI), το οποίο

συμπληρώνουν αποκλειστικά οι ίδιοι οι εργαζόμενοι (Schaufeli & Buunk, 1996). Γι'αυτό και τα εμπειρικά αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, ειδικά όταν η παραπάνω μεθοδολογία χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση της αιτιολογίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστο αν κάποια δημογραφικά στοιχεία ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, χαρακτηριστικά του εργασιακού χώρου και του κοινωνικού περιβάλλοντος ή στάσεις σχετικές με την εργασία παίζουν το πιο σοβαρό ρόλο στην αιτιολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης και σε ποιο βαθμό. Εκτός από τα μεθοδολογικά προβλήματα των ερευνητικών προσεγγίσεων (δειγματοληπτικές μεροληψίες, αναξιόπιστα όργανα μέτρησης, ανεπαρκείς πειραματικοί σχεδιασμοί), αυτή η ανακρίβεια μπορεί να οφείλεται και στην πολυπλοκότητα των σχέσεων που εμπλέκονται στη γένεση του συνδρόμου.

Εκτός από τις ελλείψεις σε θεωρητικό επίπεδο, προβλήματα παρουσιάζει επίσης το ευρύτατα χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI). Τα προβλήματα του MBI αρχίζουν με την αναπαραγωγή της δομής του ερωτηματολογίου μέσω επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης. Τόσο στην αγγλική (Brookings, Bolton, Brown, & McEvoy, 1985. Dignam, Barrera, & West, 1986. Green, Walkey, & Taylor, 1991) όσο και στη γερμανική έκδοση (Bussing & Perrar, 1992. Enzmann & Kleiber, 1989. Demerouti & Nachreiner, 1996) υπάρχουν αποκλίσεις διαφόρων ερωτήσεων από την υποτιθέμενη δομή. Ο πιο ασταθής παράγοντας φαίνεται να είναι η αποπροσωποποίηση και ο πιο σταθερός η συναισθηματική εξάντληση (Schaufeli & Buunk, 1996). Πολύ συχνά οι ερωτήσεις των δυο αυτών διαστάσεων εμφανίζονται μαζί σε έναν παράγοντα, γεγονός που έχει επιβεβαιωθεί σε διάφορες έρευνες (Brookings και συν., 1985. Dignam και συν., 1986. Green, Walkey, & Taylor, 1991. Demerouti & Nachreiner, 1996). Αυτός ο μεικτός, αποτελούμενος από τις διαστάσεις της αποπροσωποποίησης και της συναισθηματικής εξάντλησης, παράγοντας έχει χαρακτηριστεί και ως πυρήνας της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μια άλλη μεθοδολογική αδυναμία του MBI συνδέεται με το ότι οι διαχωριστικές τιμές για τη διαφοροποίηση των τριών επιπέδων του δεν είναι κλινικά έγκυρες και βασίζονται σε, κατά κάποιο τρόπο, αυθαίρετες στατιστικές

νόρμες. (Schaufeli & Buunk, 1996). Επιπρόσθετα, οι διαχωριστικές τιμές υπολογίστηκαν σε ευκαιριακό δείγμα, το οποίο δεν είναι αντιπροσωπευτικό ούτε και για τον αμερικανικό πληθυσμό των λεγόμενων κοινωνικών υπηρεσιών. Έτσι το MBI, όργανο μέτρησης της ειδικής αυτής μορφής καταπόνησης, παραμένει κατάλληλο μόνο για ταξινόμηση και όχι για διάγνωση των ερωτώμενων ατόμων. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης δείχνουν να επηρεάζονται από πολιτισμικές διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, το αμερικανικό δείγμα εμφανίζει υψηλότερες τιμές και στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σύγκριση με το ολλανδικό (Schaufeli & Van Dierendonck, 1995) και το γερμανικό δείγμα (Demerouti & Nachreiner, 1996).

Επιπλέον, οι δημιουργοί του MBI δεν αποσαφηνίζουν τον τρόπο ταξινόμησης των ατόμων τα οποία, λόγω χάρη, παρουσιάζουν υψηλές τιμές στις δυο διαστάσεις και χαμηλές στην τρίτη. Εφόσον αυτές οι πιθανές περιπτώσεις δεν έχουν διαφοροποιηθεί, και εφόσον δεν μπορούν να θεωρηθούν ισοδύναμες, επιβάλλεται η ακριβέστερη διάκρισή τους (Demerouti, 1997a).

Τόσο στην εννοιολογική κατασκευή όσο και στο όργανο μέτρησης τονίζεται η ιδιαιτερότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών. Αυτός ο περιορισμός οφείλεται στη βασική υπόθεση, ότι δηλαδή η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής πίεσης κατά τη διάρκεια της επαφής με ανθρώπους-αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών. Από αυτή την υπόθεση ξεκινά ο φαύλος κύκλος, βάσει του οποίου αυτό το ιδικό φαινόμενο στο πλαίσιο παροχής κοινωνικών υπηρεσιών μετριέται από ένα ειδικό για τις κοινωνικές υπηρεσίες όργανο μέτρησης, και μόνο στον τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (Demerouti, 1997a). Σύμφωνα με την Garden (1987), αυτή η μοναδικότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης στα κοινωνικά επαγγέλματα μπορεί να χαρακτηριστεί ως το τεχνητό αποτέλεσμα μιας αυτοεκπληρούμενης προφητείας ή της διατύπωσης των ερωτήσεων με τέτοιο τρόπο ώστε να αναφέρονται κατ'έξοχήν στους ασθενείς-πελάτες του ερωτώμενου εργαζομένου. Η αντικατάσταση του όρου <<πελάτης>> με τον όρο <<συνάδελφος>>, ώστε να καταστεί δυνατή η διερεύνηση του φαινομένου

εκτός του κοινωνικού τομέα, όπως έγινε από τον Golembiewski και τους συναδέλφους του (1986), δεν ανταποκρίνεται στη βασική ιδέα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μοντέλο και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ανεξάρτητα από επαγγελματικές ιδιαιτερότητες

Πίσω από την αποπροσωποποίηση στα κοινωνικά επαγγέλματα κρύβεται η απομάκρυνση από τους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών (ασθενείς, πελάτες, μαθητές κ.λπ.). Στα επαγγέλματα που συνδέονται με την παραγωγή ή αποπροσωποποίηση (αποξένωση από τον άνθρωπο ως <<αντικείμενο>> εργασίας) θα μπορούσε να αντιστοιχεί στην αποξένωση-απομάκρυνση από το εκάστοτε αντικείμενο εργασίας, ενώ στα πιο αφηρημένα επαγγέλματα θα μπορούσε να κρύβεται η αποξένωση-απομάκρυνση από το περιεχόμενο της εργασίας. Σε αυτή τη σύλληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι ανεξάρτητη από την επαγγελματική κατεύθυνση, βασίζεται ένα καινούριο όργανο μέτρησής της, το οποίο αναπτύχθηκε από τη συνεργασία μου με την Ebbinghaus (1996).

Σύμφωνα με το θεωρητικό μας μοντέλο, η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως η μακροπρόθεσμη συνέπεια της καταπόνησης από την εργασία, και συμπεριλαμβάνει την <<απομάκρυνση από την εργασία>> και την <<εξάντληση>>. Οι 18 ερωτήσεις της <<απομάκρυνσης από την εργασία>> περιγράφουν την απώλεια της εσωτερικής σύνδεσης με τη δουλειά, τη μείωση της ανάγκης για επαγγελματική επιτυχία, καθώς και την ανάγκη για αλλαγή καθηκόντων που φτάνει μέχρι και σε επιθυμία αλλαγής επαγγέλματος. Η <<εξάντληση>> περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις που περιγράφουν τη συναισθηματική κενότητα, την υπερφόρτωση από τη δουλειά, την έντονη ανάγκη για ξεκούραση, καθώς και τη σωματική εξάντληση (Ebbinghaus, 1996).

Το καινούργιο αυτό όργανο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και εκτός του τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς δεν περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με πελάτες. Στην έρευνα- πιλότο με 293 υποκείμενα το όργανο αυτό δοκιμάστηκε από την Ebbinghaus (1996) και σε άτομα τα οποία ασχολούνταν στη βιομηχανική παραγωγή. Οι δυο διαστάσεις έχουν δείκτη συνάφειας 0,54 ($p < 0,001$), γεγονός που δηλώνει ότι αποτελούν νοηματικά ξεχωριστές αλλά φαινομενολογικά συσχετιζόμενες πτυχές του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η κλίμακα είναι μια βελτιωμένη έκδοση που προέκυψε από την εφαρμογή παραγοντικών αναλύσεων του αρχικού και πιο ευρύτερου ερωτηματολογίου, το οποίο βασίστηκε στο υπό δημοσίευση θεωρητικό μοντέλο (Demerouti, υπό δημοσίευση).

Οι δύο εκτιμώμενες διαστάσεις του ερωτηματολογίου απεικονίζουν, σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο, τα τελικά στάδια της πορείας της επαγγελματικής εξουθένωσης πιο συγκεκριμένα, η <<απομάκρυνση από την εργασία>> (ή οι αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στη δουλειά, το περιεχόμενο και το αντικείμενό της) αποτελεί το τελευταίο στάδιο.

Το ερωτηματολόγιο εξετάστηκε κατά την έρευνα- πιλότο (Ebbinghaus, 1996) ως προς τη συγχρονική και τη διακριτική του εγκυρότητα μέσω της σύγκρισης του με άλλες βραχυπρόθεσμες συνέπειες της καταπόνησης, όπως το αίσθημα μονοτονίας, κορεσμού και ψυχικής κούρασης. Για την εκτίμηση αυτών των βραχυπρόθεσμων συνεπειών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο BMS των Plath και Richter (1984). Όπως ήταν αναμενόμενο, η απομάκρυνση από την εργασία συσχετιζόταν περισσότερο με τη μονοτονία και τον κορεσμό, ενώ η εξάντληση με την ψυχική κούραση. Μέσω μερικών συσχετίσεων και παραγοντικών αναλύσεων, τόσο στο επίπεδο των διαστάσεων όσο και στο επίπεδο των ερωτήσεων, επιβεβαιώθηκε ότι οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετιζόνταν ισχυρότερα με τις νοηματικά παραπλήσιες βραχυπρόθεσμες συνέπειες και, αντιθέτως, συσχετιζόνταν ελάχιστα με τις απόμακρες. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha για την απομάκρυνση από την εργασία και την εξάντληση ήταν 0,93 και 0,82 αντίστοιχα, ενώ εξίσου ικανοποιητικές ήταν και άλλες μετρήσεις αξιοπιστίας (όπως εσωτερική συνοχή).

Υποθέσεις

Λαμβάνοντας υπόψη τις ελλείψεις στη διερεύνηση του συνδρόμου η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε για τη μελέτη συγκεκριμένων θεμάτων με τη χρήση ενός καινούργιου οργάνου μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα θέματα τα οποία μελετήθηκαν ήταν τα εξής:

1). Κατά πόσο επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να εμφανιστεί έξω από τον τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, σε θέσεις εργασίας που δεν συνεπάγονται επαφή με πελάτες, όπως, π.χ. στην παραγωγική διαδικασία ή σε εργασίες που απαιτούν μεγάλη προσοχή. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο διαφέρει η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης στους τρεις υποπληθυσμούς η διαφορά μεταξύ των τιμών που δείχνει κατά πόσο η παραγοντική δομή της επαγγελματικής εξουθένωσης διαφέρει σε αυτούς τους τρεις εργασιακούς τομείς (μέσω ανάλυσης διακύμανσης).

2). Αν τελικά η επαγγελματική εξουθένωση δεν παρατηρείται μόνο στον τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, τότε η αιτιολογία της δεν εντοπίζεται στην ενασχόληση με τους πελάτες αλλά ίσως στις εργασιακές συνθήκες. Γι' αυτό και ο δεύτερος σκοπός της έρευνας είναι ο βαθμός συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, ή πιο συγκεκριμένα της απομάκρυνσης από την εργασία και της εξάντλησης, με διάφορες διαστάσεις εργασιακού περιβάλλοντος. Με την εφαρμογή της ανάλυσης διάκρισης θα διερευνηθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσω των εργασιακών συνθηκών.

Μεθοδολογία

Πληθυσμός

Στην έρευνα συμμετείχαν 145 εργαζόμενοι του τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (νοσοκόμοι, γηροκόμοι και εκπαιδευτικοί), 134 εργαζόμενοι σε παραγωγικά επαγγέλματα (σε γραμμή συναρμολόγησης, σε συστήματα ελέγχου χημικής παραγωγής και στη βιομηχανία εμφάνισης φωτογραφικών φιλμ), καθώς και 95 ελεγκτές εναέριας κυκλοφορίας από τρεις διαφορετικούς πύργους ελέγχου. Η έρευνα διηξήχθη μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου του 1996. Τα υποκείμενα έπρεπε να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο εντός 3 και 14 ημερών, ανάλογα με τον οργανισμό στον οποίο απασχολούνταν, και να το επιστρέψουν σε κλειστό φάκελο (ο οποίος τοποθετούνταν σε μια κάλπη) ώστε να διατηρηθεί η ανωνυμία.

Συνολικά επιστράφηκε το 56,32% των ερωτηματολογίων. Το δείγμα αποτελούνταν κατά 49,3 % από γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 36,2 χρόνια. Το 39,2 % των ερωτώμενων είχε οικογένεια με παιδιά, ενώ το 23,4% ζούσε μόνο του χωρίς σχέση. Το 12,2% δεν είχε ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση. Τέλος το 11,8% εργαζόταν σε διοικητικές θέσεις. Κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι ασκούσαν το συγκεκριμένο επάγγελμα για 11 χρόνια και βρίσκονταν στη συγκεκριμένη εργασιακή θέση για 6 χρόνια και 10 μήνες. Οι περισσότεροι (86,7%) κατείχαν θέση πλήρους απασχόλησης και αρκετοί (96,9%) εργάζονταν σε βάρδιες. Στην έρευνα μετείχαν εργαζόμενοι οι οποίοι απασχολούνταν σε συνολικά 21 διαφορετικές εργασιακές θέσεις από τους τρεις προαναφερθέντες τομείς εργασίας.

Δομή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο, εκτός από όργανο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, περιλάμβανε και ερωτήσεις για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των υποκειμένων καθώς και για διάφορες διαστάσεις των εργασιακών συνθηκών. Ειδικότερα, οι παράγοντες άγχους του εργασιακού περιβάλλοντος

που μετρήθηκαν αφορούσαν τα καθήκοντα (ευθύνη, ποικιλομορφία, δυνατότητα ελέγχου και ανατροφοδότησης), τον οργανισμό, (κατανομή της εξουσίας, συστήματα αμοιβών και ελέγχου της αποδοτικότητας, γραφειοκρατική δομή, φυσικό περιβάλλον, συστήματα βάρδιας, ελλείψεις προσωπικού), τη διεύθυνση (υποστήριξη, επικοινωνία, αναγνώριση), το φόρτο εργασίας (γνωστικές και σωματικές απαιτήσεις, πίεση χρόνου), και την ύπαρξη συγκρουόμενων απαιτήσεων σε σχέση με το ρόλο του εργαζομένου.

Οι 37 ερωτήσεις για τις εργασιακές συνθήκες καθώς και οι ερωτήσεις για την επαγγελματική εξουθένωση απαντώνταν σε μια κλίμακα τεσσάρων βαθμών, στην οποία οι εργαζόμενοι καλούνταν να αναφέρουν κατά πόσο η εκάστοτε δήλωση ήταν ορθή ή όχι κατά την προσωπική τους άποψη.

Αποτελέσματα

Για τη διερεύνηση του πρώτου ερωτήματος, την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες, έγιναν συγκρίσεις της παραγοντικής δομής του ερωτηματολογίου στους τρεις υποπληθυσμούς. Σε κάθε υποπληθυσμό χωριστά πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο principal axis factoring, squared multiple correlations και varimax rotation, η οποία προτείνεται και από τον Uberla (1977) ως θεωρητικά ορθότερη.

Σε κάθε δείγμα βρέθηκαν δυο παράγοντες με ιδιοτιμές μικρότερες του 1, οι οποίοι ερμηνεύουν το μεγαλύτερο μέρος την διακύμανσης των ερωτήσεων επαγγελματικής εξουθένωσης. Μόνο τρεις ερωτήσεις της <<απομάκρυνσης από την εργασία>> στο δείγμα των εργαζομένων στην παραγωγή και μια ερώτηση της <<εξάντλησης>> στο δείγμα των ελεγκτών εναέριας κυκλοφορίας απέκλιναν από την υποτιθέμενη παραγοντική δομή. Πρώτος παράγοντας παραμένει η απομάκρυνση από την εργασία και δεύτερος η εξάντληση, όπως ακριβώς έχει διαπιστωθεί και στην έρευνα-πιλότο (Ebbinghaus, 1996). Οι δείκτες συνάφειας των παραγόντων στους

τρεις εργασιακούς τομείς είναι για την απομάκρυνση από την εργασία $>0,86$ και για την εξάντληση $>0,64$. Η ομοιότητα της δομής των παραγόντων στους τρεις υποπληθυσμούς αντανακλά και κάποια ομοιότητα της <<κλινικής εικόνας>> της επαγγελματικής εξουθένωσης στους τρεις αυτούς εργασιακούς τομείς.

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης για την εκτίμηση των διαφορών των τριών εργασιακών τομέων, σύμφωνα και με τη μεθοδολογία των Arvey και Mossholder (1977). Οι ερωτήσεις θεωρήθηκαν παράγοντας επαναληπτικών μετρήσεων, διότι για τον καθένα από τους τρεις εργασιακούς τομείς υπολογίστηκε τελικά ο μέσος όρος στις 25 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Έτσι προκύπτει ο σχεδιασμός 3 (μεταξύ) \times 25 (εντός) επαναληπτικών μετρήσεων.

Όλες οι μετρήσεις είχαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις σε επίπεδο $p < 0,001$. Η πιο ενδιαφέρουσα, για το πρώτο ερώτημα της έρευνας, πηγή διακύμανσης είναι ο παράγοντας εργασιακός τομέας, ο οποίος ωστόσο ερμηνεύει μόνο το 0,35% της συνολικής διακύμανσης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό το ποσοστό δηλώνει ότι κατά μέσο όρο δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των τριών τομέων στις 25 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Η δεύτερη σχετική πηγή διακύμανσης, που δηλώνει το βαθμό στον οποίο υπάρχουν διαφορές στις ξεχωριστές ερωτήσεις (και όχι στο μέσο όρο όλων των ερωτήσεων) μεταξύ των τριών τομέων, αντιπροσωπεύεται από την αλληλεπίδραση εργασιακού τομέα και ερωτήσεων του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αλληλεπίδραση των δυο παραγόντων ερμηνεύει το 15,23% της διακύμανσης, γεγονός που δηλώνει ότι οι τρεις τομείς διαφέρουν ως προς συγκεκριμένες ερωτήσεις, ή και ότι συγκεκριμένες ερωτήσεις είναι λιγότερο ή περισσότερο σχετικές με τον καθένα από τους τρεις τομείς. Αντίθετα, το ποσοστό διακύμανσης που ερμηνεύουν οι ερωτήσεις του, ανεξάρτητα από τον εργασιακό τομέα, είναι υψηλότερο (19,69%).

Τα συνολικά αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης δείχνουν ότι το ποσοστό διακύμανσης, εξαιτίας των διαφορών των τριών εργασιακών τομέων, είναι χαμηλό (εργασιακός τομέας, αλληλεπίδραση εργασιακού τομέα και ερωτήσεων επαγγελματικής εξουθένωσης) και η ερμηνευόμενη

διακύμανση, ανεξάρτητα από τον τομέα, είναι υψηλή (ερωτήσεις επαγγελματικής εξουθένωσης), αποτέλεσμα που δείχνει περαιτέρω ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν περιορίζεται μόνο στα κοινωνικά επαγγέλματα. Α συνέβαινε κάτι τέτοιο, θα βρίσκονταν περισσότερες διαφορές μεταξύ των τριών τομέων όσον αφορά τις απαντήσεις τους στην κλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Περνώντας στο δεύτερο ερώτημα της παρούσας έρευνας, δηλαδή στο κατά πόσο η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με διάφορες ψυχοπιεστικές διαστάσεις του εργασιακού περιβάλλοντος, είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί η εννοιολογική κατασκευή της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επαγγελματική εξουθένωση, σύμφωνα με την προτεινόμενη θεωρία, είναι μια έννοια αποτελούμενη από δυο ανεξάρτητες διαστάσεις: την <<απομάκρυνση από την εργασία>> και την <<εξάντληση>>. Για κάθε διάσταση τα υποκείμενα λαμβάνουν ένα αριθμό, ο οποίος αντιπροσωπεύει το μέσο όρο των απαντήσεων στις ερωτήσεις της διάστασης αυτής. Μετά την μετατροπή των βαθμών σε τυπικά πηλίκια, τα υποκείμενα μπορούν να τοποθετηθούν στη χαμηλή <<απομάκρυνση από την εργασία>> ή στη χαμηλή <<εξάντληση>>, ανάλογα με το εάν το τυπικό πηλίκό τους βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο (0) στη μία ή στην άλλη διάσταση. Αντίστοιχα, υποκείμενα με τυπικά πηλίκια πάνω από το μέσο όρο(0) στη διάσταση <<απομάκρυνση από την εργασία>> βιώνουν υψηλή απομάκρυνση. Το ίδιο ισχύει και για την εξάντληση. Όταν τα υποκείμενα έχουν και στις δυο διαστάσεις τυπικά πηλίκια κάτω του μέσου όρου, βιώνουν ελάχιστη ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση. Αντίστοιχα, όταν και στις δυο διαστάσεις τα τυπικά πηλίκια είναι άνω του μηδενός, τα υποκείμενα βιώνουν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Τι συμβαίνει όμως όταν το πηλίκό της μιας διάστασης είναι μικρότερο του μηδενός και της άλλης μεγαλύτερο; Σύμφωνα με την προτεινόμενη θεωρία, δεν αντιπροσωπεύουν μέση επαγγελματική εξουθένωση, αλλά μια συγκεκριμένη, ατελή ή (ανολοκλήρωτη) μορφή της, η οποία εξαρτάται από συγκεκριμένες εργασιακές συνθήκες. Επομένως, η υψηλή απομάκρυνση από την εργασία δεν είναι το ίδιο με την υψηλή εξάντληση. Καθεμία από τις δυο διαστάσεις σχετίζεται με έναν συνδυασμό εργασιακών συνθηκών (που δεν έχουν προσδιοριστεί ακόμη), και μόνο όταν σε ένα εργασιακό περιβάλλον

είναι παρόντες και οι δυο συνδυασμοί μπορεί να εκδηλωθεί η <<τυπική>> μορφή της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συνεπώς, η υπόθεση ότι η μορφή της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι δυνατόν να προβλεφθεί από τις εργασιακές συνθήκες, και όχι (μόνο) από την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, μπορεί να ζεξεταστεί με ανάλυση διάκρισης.

Η ανάλυση διάκρισης είναι μια μέθοδος που μπορεί να δώσει πληροφορίες για το ποιες εργασιακές συνθήκες, και κατά πόσο συνεισφέρουν στη διαφοροποίηση των τεσσάρων μορφών της επαγγελματικής εξουθένωσης (χαμηλή απομάκρυνση και χαμηλή εξάντληση, χαμηλή απομάκρυνση και υψηλή εξάντληση, υψηλή απομάκρυνση και χαμηλή εξάντληση, υψηλή απομάκρυνση και υψηλή εξάντληση). Η μέθοδος που εφαρμόστηκε για τον υπολογισμό της ανάλυσης διάκρισης είναι η βηματική, με κριτήριο την ελαχιστοποίηση του Wilks' (Backhaus, Erichson, Plinke, Schuchard-Fisher, & Weiber, 1989). Η πρώτη ανάλυση διάκρισης πραγματοποιήθηκε για το διαχωρισμό των ατόμων με χαμηλή απομάκρυνση από την εργασία από τα άτομα με υψηλή απομάκρυνση, με βάση τις εργασιακές συνθήκες (και ανεξάρτητα από την εξάντληση) η δεύτερη ανάλυση έγινε για το διαχωρισμό των ατόμων με χαμηλή εξάντληση από τα άτομα με υψηλή εξάντληση (ανεξάρτητα της απομάκρυνσης από την εργασία).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πρώτης ανάλυσης διάκρισης (για το διαχωρισμό των ατόμων με υψηλή από τα άτομα με χαμηλή απομάκρυνση από την εργασία), ποσοστό 82% των περιπτώσεων-υποκειμένων μπορεί να ταξινομηθεί σωστά στην υψηλή ή τη χαμηλή απομάκρυνση από την εργασία με βάση τις εκτιμήσεις τους για τις εργασιακές συνθήκες. Διαστάσεις των εργασιακών συνθηκών που συμβάλλουν στο διαχωρισμό αυτών των ατόμων είναι η ανατροφοδότηση, η ποικιλομορφία των καθηκόντων, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η χαμηλή υπευθυνότητα, οι χαμηλές αμοιβές καθώς και οι χαμηλές γνωστικές απαιτήσεις για την εκτέλεση των καθηκόντων (διάγραμμα 1). Οι διαστάσεις αυτές μπορούν να συνοψιστούν ως απουσία κινήτρων από την εργασία.

Με την δεύτερη ανάλυση διάκρισης (για το διαχωρισμό των ατόμων με υψηλή από εκείνα με χαμηλή εξάντληση). Αποφασιστικές διαστάσεις των εργασιακών συνθηκών γι' αυτό το διαχωρισμό οι απαιτήσεις σωματικής

δύναμης που επιβάλλει η δουλειά, το σύστημα της βάρδιας, η επαφή με πελάτες, η πίεση του χρόνου, η επιβάρυνση από συνθήκες του φυσικού περιβάλλοντος και οι παρενοχλήσεις ή διακοπές από άλλα άτομα. Οι διαστάσεις αυτές μπορούν να συνοψιστούν ως πιεστικές συνιστώσες της εργασίας.

Συνδυάζοντας τις ταξινομήσεις που προκύπτουν από τις δυο αναλύσεις διάκρισης τα υποκείμενα μπορούν να τοποθετηθούν σε ένα πίνακα 2*2, και οι συγκεκριμένα σε χαμηλή απομάκρυνση από την εργασία και χαμηλή εξάντληση, χαμηλή απομάκρυνση και υψηλή εξάντληση, υψηλή απομάκρυνση και χαμηλή εξάντληση και υψηλή απομάκρυνση και υψηλή εξάντληση. Συγκρίνοντας αυτή την ταξινόμηση (που προκύπτει από τις αναλύσεις διάκρισης με βάση τις εκτιμήσεις των εργασιακών συνθηκών από τα υποκείμενα) με την ταξινόμηση που προκύπτει από τα τυπικά πηλίκια των διαστάσεων της απομάκρυνσης και της εξάντλησης διαπιστώνεται ότι για ποσοστό 64,63% όλων των υποκειμένων έχει προβλεφθεί σωστά ποια μορφή επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνουν (διάγραμμα 2). Μετά από πιο προσεκτική παρατήρηση του διαγράμματος γίνεται φανερό ότι οι ακραίες μορφές της επαγγελματικής εξουθένωσης (χαμηλή ή υψηλή) ταξινομούνται συχνότερα και ότι οι ακραίες λανθασμένες ταξινομήσεις για αυτές τις ομάδες είναι ελάχιστες (3,4% και 4,2%). Από την άλλη πλευρά, οι ομάδες με υψηλό βαθμό στη μία από τις δύο διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ταξινομούνται λιγότερο σωστά μέσω των αναλύσεων διάκρισης.

ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Εισαγωγή

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες παρουσιάστηκε έντονη ερευνητική δραστηριότητα σε μία επιμέρους περιοχή της έρευνας για το στρες, η οποία αναφέρεται στους παράγοντες που εντοπίζονται στους χώρους εργασίας. Οι λόγοι γι' αυτό το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον είναι πολλοί:

- 1) Ο εργασιακός χώρος απαιτεί υψηλή αποδοτικότητα και παραγωγικότητα. Ο εργαζόμενος δρα υπό συνθήκες οι οποίες είναι αρκετά πιεστικές. Ο παράγοντας χρόνος διαδραματίζει συχνά σημαντικό ρόλο. Δύο επιμέρους στοιχεία, δηλαδή οι υψηλές απαιτήσεις και η πίεση του χρόνου, φαίνεται να εντείνονται ολοένα και περισσότερο στη σύγχρονη αγορά εργασίας, με αποτέλεσμα να γίνεται όλο και πιο επιτακτική η ανάγκη μελέτης των συνθηκών στις οποίες εμφανίζονται (Hancock & Meshkati, 1988).
- 2) Στη σύγχρονη πραγματικότητα ο εργασιακός χώρος αποτελεί το κοινωνικό πλαίσιο για την αποδοχή και την αναγνώριση του ενήλικου ατόμου, και άρα παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του (Siegrist, 1996). Η σπουδαιότητα του γίνεται πιο εύκολα αντιληπτή αν σκεφτεί κανείς την κατάσταση της ανεργίας και τις επιπτώσεις της στη ζωή του ανθρώπου. Σε αυτόν τον τομέα έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι η ανεργία συνδέεται συχνά με χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, αυξημένα επίπεδα άγχους και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας (Fineman, 1983. Warr, Jackson, & Banks, 1988. Winefield, Tiggemann, & Winefield, 1991).
- 3) Σήμερα υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα, κυρίως από επιδημιολογικές μελέτες, τα οποία καταδεικνύουν ότι το στρες επιδρά αρνητικά όχι μόνο στη ποιότητα της εργασίας ή στο επίπεδο παραγωγικότητας και ασφάλειας, αλλά και στην υγεία των εργαζομένων. Η έρευνα έχει ασχοληθεί τόσο με τους ψυχοφυσιολογικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για την επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία του ατόμου, όσο και με ψυχοκοινωνικούς και εργασιακούς παράγοντες (Cox &

Ferguson, 1994). Οι Warr και Payne (1982) ανέφεραν ότι σε δείγμα 3.077 ατόμων ποσοστό 14% των ανδρών και 19% των γυναικών βίωναν καθημερινά έντονο στρες. Το 44% των ανδρών και το 28% των γυναικών απέδιδαν το στρες στις συνθήκες εργασίας, ενώ το 15% του συνολικού πληθυσμού δήλωνε ικανοποιημένο από τη δουλειά του. σύμφωνα με τα αποτελέσματα γνωστής έρευνας (Framingham Heart Study, Haynes, Feinleib, Levine, Scotch, & Kannel, 1978), σε δείγμα 1.822 ανδρών εργαζομένων, ποσοστό της τάξης του 48% ανέφερε ότι συχνά ένιωθε ένταση, συχνή πίεση και δυσκολία να χαλαρώσει, και ότι οι εργασιακές συνθήκες χαρακτηρίζονταν από έντονο στρες. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν εξετάσει το ρόλο επιμέρους εργασιακών παραγόντων, όπως είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (Jenkins, 1982), οι μεταθέσεις και αλλαγές (Haynes, Feinleib & Kannel, 1980. Syme, Hyman, & Enterline, 1964), το επίπεδο ευθύνης (Hinkle, Whitney, Lehman, Dunn, Benjamin, King, Plakun, & Fehinger, 1968. Rosenman, Friedman, Straus, Jenkins, Zyzanski, & Wurm, 1970) κ.α.

Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες

Λαμβάνοντας όλα αυτά υπόψη, μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι οι επιπτώσεις του στρες και των κακών εργασιακών συνθηκών γίνονται εύκολα ορατές στη καθημερινή ζωή.

1) Προβλήματα σωματικής υγείας. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (National Institute for Occupational Safety and Health, Part 1, 1986. Part 2, 1988) εξέδωσε έναν 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 ψυχολογικά προβλήματα, τα ατυχήματα και η έκθεση σε επικίνδυνες για την υγεία ουσίες. Έρευνες που μελέτησαν τη σχέση των εργασιακών συνθηκών με προβλήματα υγείας, όπως η υπέρταση και οι

κεφαλαλγίες, έδειξαν ότι η εμφάνιση αυτών των σωματικών προβλημάτων είναι συχνότερη σε επαγγέλματα με κακές εργασιακές συνθήκες που προκαλούν έντονο στρες.

- 2) Προβλήματα ψυχολογικής φύσης, όπως κατάθλιψη, έντονο άγχος και νευρικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, συναισθηματική εξουθένωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- 3) 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.

Παράγοντες που προκαλούν στρες

Συνολικά οι παράγοντες που προκαλούν στρες στο χώρο της εργασίας μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

1) 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.α. έχει βρεθεί ότι επιβαρύνουν σοβαρά την υγεία των εργαζομένων και συνιστούν συχνά σημαντική αιτία για την πρόκληση ατυχημάτων.

- 2) Εργασιακές παράμετροι, όπως πρόγραμμα εργασίας, νυχτερινή βάρδια, εργασιακή και επαγγελματική ανασφάλεια, πιθανότητα μείωσης της αμοιβής ή των ωρών εργασίας, υποβάθμιση της εργασιακής θέσης. Η παραβίαση του φυσιολογικού κύκλου λειτουργίας του εργαζομένου από άτακτα ωράρια και βάρδιες με μακροχρόνια βάση έχει βρεθεί ότι προκαλεί χρόνια σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, η επίδραση που έχει ο φόβος της απόλυσης ή της αξιολόγησης στην απόδοση και την υγεία των εργαζομένων, η εργασιακή ανασφάλεια, η πρόωρη προαγωγή και η αργή ανέλιξη στην ιεραρχία αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση υπέρτασης και επικείμενης καρδιαγγειακής νόσου.

3) Παράγοντες που αφορούν την ίδια την εργασία

Αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται κυρίως με τη μη δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών, με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και με προβλήματα που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος σε επίπεδο εργασιακού ρόλου. Όταν ο ρυθμός της εργασίας είναι μονότονος και δεν ελέγχεται από τον ίδιο τον εργαζόμενο, και γενικότερα όταν ο ρυθμός εργασίας είναι εξοντωτικός, τότε τα προβλήματα υγείας, το έντονο άγχος και οι συχνές απουσίες δεν αργούν να εμφανιστούν σε μεγάλο ποσοστό εργαζομένων.

α) 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.α.) και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αρρωστήσουν σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας. Ο υπερβολικός φόρτος είναι αποτέλεσμα τόσο των αυξημένων ωρών εργασίας όσο και του συνδυασμού πολλών και διαφορετικών καθηκόντων και ρόλων. Οι εργαζόμενες γυναίκες με μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε καταστάσεις υπερβολικού φόρτου εργασίας, αν και η υψηλή ποιότητα ζωής σε εργασία και σπίτι φαίνεται κάπως να τις προστατεύει (Warr & Parry, 1982). Σε μία έρευνα (Long, Kahn, & Schutz, 1992) βρέθηκε ότι οι παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν το βαθμό επιβάρυνσης των γυναικών από την εργασία τους εκτός σπιτιού είναι: α) η ύπαρξη βοήθειας στο σπίτι, και β) η αποδοχή του ρόλου τους ως εργαζόμενων γυναικών.

Γενικά οι πολλαπλοί και αντικρουόμενοι ρόλοι έχουν πληθώρα επιπτώσεων: αφενός, όσο περισσότερους ρόλους έχει κανείς, τόσο περισσότερο επιβαρύνεται με καθήκοντα και υποχρεώσεις, αφετέρου οι πολλαπλοί ρόλοι προσφέρουν ενδεχομένως μια ασπίδα προστασίας, λειτουργώντας αντισταθμιστικά σε περίπτωση που εμφανιστεί πρόβλημα σε έναν από αυτούς (τους ρόλους). Παρά ταύτα, το συγκεκριμένο θέμα, κατά πόσο δηλαδή οι πολλαπλοί ρόλοι προκαλούν περισσότερο στρες ή προστατεύουν από αυτό, θα συνεχίσει να απασχολεί τους ερευνητές κατά τα επόμενα χρόνια (Cooper & Payne, 1988).

β) Σύγκρουση ρόλων και ασάφεια ρόλων. Ως ασάφεια ρόλων ορίζεται η συνθήκη κατά την οποία ο εργαζόμενος δεν γνωρίζει επακριβώς ποιο είναι τα καθήκοντα του στο πλαίσιο της εργασίας του και ποιο τα κριτήρια αξιολόγησής της. 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. Έχει βρεθεί ότι η σύγκρουση και η ασάφεια των ρόλων σε χρόνια βάση συμβάλλουν στην εμφάνιση υπέρτασης, ταχυκαρδίας και άλλων συγγενών προβλημάτων. Αντίθετα, όταν παρέχεται ικανοποιητική και σαφής επανατροφοδότηση στους εργαζομένους σχετικά με τους ρόλους και τα εργασιακά τους καθήκοντα, τότε το επίπεδο του στρες που βιώνουν πέφτει κατακόρυφα (Bedeian & Armenakis, 1981. Parasuraman & Alutto, 1981).

Η σύγκρουση ρόλων απορρέει τόσο από τα αντικρουόμενα εργασιακά καθήκοντα στο πλαίσιο ενός εργασιακού ρόλου, όσο και από την ταυτόχρονη υιοθέτηση διαφορετικών και πολλαπλών κοινωνικών ρόλων. Όπως προαναφέρθηκε, πολλές γυναίκες έχουν ταυτόχρονα τέσσερις διαφορετικούς ρόλους: το συζυγικό, το γονεϊκό, τον εργασιακό και τον οικιακό. Οι απαιτήσεις των πολλαπλών αυτών ρόλων πολύ συχνά είναι αντιφατικές και αντικρουόμενες. Και όπως είναι προφανές, η πολυπλοκότητα των σχέσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στους πολλαπλούς ρόλους χρήζει περαιτέρω έρευνας (Cooper & Payne, 1988. Taylor, 1995). Ο ασαφής διαχωρισμός των εργασιακών ρόλων και η πολυπλοκότητα τους προκαλούν έντονο καθημερινό άγχος σε σημαντικό αριθμό εργαζομένων. Έρευνες έδειξαν στο τομέα αυτό ότι οι εργαζόμενοι που δουλεύουν υπό τέτοιες συνθήκες δεν είναι ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους, εκδηλώνουν συχνά συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και γενικά προβλήματα υγείας, όπως πονοκεφάλους, έλκη στομάχου, διαταραχές ύπνου, μυοσκελετικές παθήσεις κ.λ.π. (Fried & Tiegs, 1993. O' Driscoll & Beehr, 1994).

γ) Η μη δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών στην εργασία σχετίζεται με επιπτώσεις στην υγεία όπως η αύξηση των επιπέδων των κατεχολαμινών, η μείωση της ικανοποίησης και η αύξηση του ποσοστού απουσιών από την εργασία. Έρευνες έχουν δείξει ότι η μονότονη και ανιαρή δουλειά, που δεν προσφέρει στον εργαζόμενο αρκετά ερεθίσματα και του αφαιρεί κάθε

δυνατότητα άσκησης ελέγχου του περιεχομένου και του ρυθμού της εργασίας του, είναι υπεύθυνοι για αρκετά προβλήματα υγείας, όπως οι χρόνιοι πονοκέφαλοι, η υψηλή αρτηριακή πίεση, τα γαστρικά έλκη κ.λ.π. (Ganster & Fusilier, 1989. Smith, Tisak, Hahn, & Schmieder, 1997. Taylor, 1995. Warr, 1990).

4) Παράγοντες που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο. Στο πλαίσιο της εργασίας οι διαπροσωπικές σχέσεις αφορούν τις σχέσεις με τους συναδέλφους, τους υφισταμένους και τους προϊσταμένους. Συχνά γίνεται διάκριση ανάμεσα σε διαφορετικά είδη διαπροσωπικών σχέσεων, που συνδέονται με την ύπαρξη ή μη συναισθηματικής στήριξης, γενικού υποστηρικτικού πλαισίου, αναγνώρισης, αποδοχής, καθώς και προσφοράς βοήθειας σε θέματα δουλειάς. Έχει διαπιστωθεί ότι οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις είναι σε σημαντικό βαθμό υπεύθυνες για γενικές σωματικές ενοχλήσεις, έλκη στομάχου, καταθλιπτικές τάσεις και συχνές απουσίες από την εργασία (Fusilier, Ganster, & Mayes, 1987. Uden, 1996). Οι εργαζόμενοι που εξ αιτίας της φύσης της εργασίας τους δεν είναι σε θέση να επικοινωνούν με τους συναδέλφους τους δεν είναι και ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους. Από την άλλη πλευρά, ικανοποιητικές κοινωνικές επαφές μπορεί να λειτουργήσουν ως ασπίδα προστασίας ενάντια στις υπερβολικές απαιτήσεις ενός εργασιακού ρόλου και στις πιθανές επιπτώσεις τους στη σωματική και στη ψυχική υγεία (Chappell & Novak, 1992. Taylor, 1995).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Η επαφή με ασθενείς τι συναισθήματα σας γεννά;
- α) Άγχος
 - β) Φόβος
 - γ) Λύπη
 - δ) Κανένα
2. Αισθάνεστε συναισθηματικά κουρασμένος-η κατά τη διάρκεια της εργασίας σας και πότε;
- α) Πρωί
 - β) Απόγευμα
 - γ) Νύχτα
3. Τι σας ώθησε στο νοσηλευτικό επάγγελμα που ασκείτε;
- α) Λόγοι βιοποριστικοί
 - β) Σας άρεσε
 - γ) Βρεθήκατε τυχαία
4. Τα προβλήματα υγείας των αρρώστων σας προκαλούν
- α) Ενδιαφέρον
 - β) Συγκίνηση
5. Αντιμετωπίζετε τους ασθενείς με πραγματικό ενδιαφέρον, τι νοιώθετε ότι έχετε;
- α) Κουράγιο
 - β) Υπομονή
 - γ) Θάρρος
6. Νοιώθετε ότι προσφέρετε και ότι επηρεάζετε θετικά την ζωή των αρρώστων;
- α) Λίγο
 - β) Πολύ
 - γ) Αρκετά
7. Δέχετε προσωπική ικανοποίηση από τη δουλειά σας γενικά (ηθική, κοινωνική προσφορά κ.τ.λ.);
- α) Λίγο
 - β) Πολύ
 - γ) Αρκετά

8. Η συμπεριφορά σας επηρεάζεται από την σχέση σας με τους ασθενείς και σε τι βαθμό;

- α) Μεγάλο
- β) Μέτριο
- γ) Μικρό

9. Στη δουλειά σας αντιμετωπίζετε τις συναισθηματικές καταστάσεις με ηρεμία;

- α) Συχνά
- β) Πάντοτε
- γ) Σπάνια

10. Έχει διαταραχθεί η ψυχική σας ισορροπία την ώρα της δουλειά σας;

- α) Συχνά
- β) Σπάνια
- γ) Ποτέ

11. Εάν παρουσιάζατε πρόβλημα ψυχικής ισορροπίας ποιον θα εμπιστευόσαστε και θα ζητούσατε βοήθεια;

- α) Παθολόγο
- β) Ψυχίατρο
- γ) Ψυχολόγο
- δ) Προϊστάμενο
- ε) Τον / την σύντροφο
- ζ) Θα λυθεί μόνο του

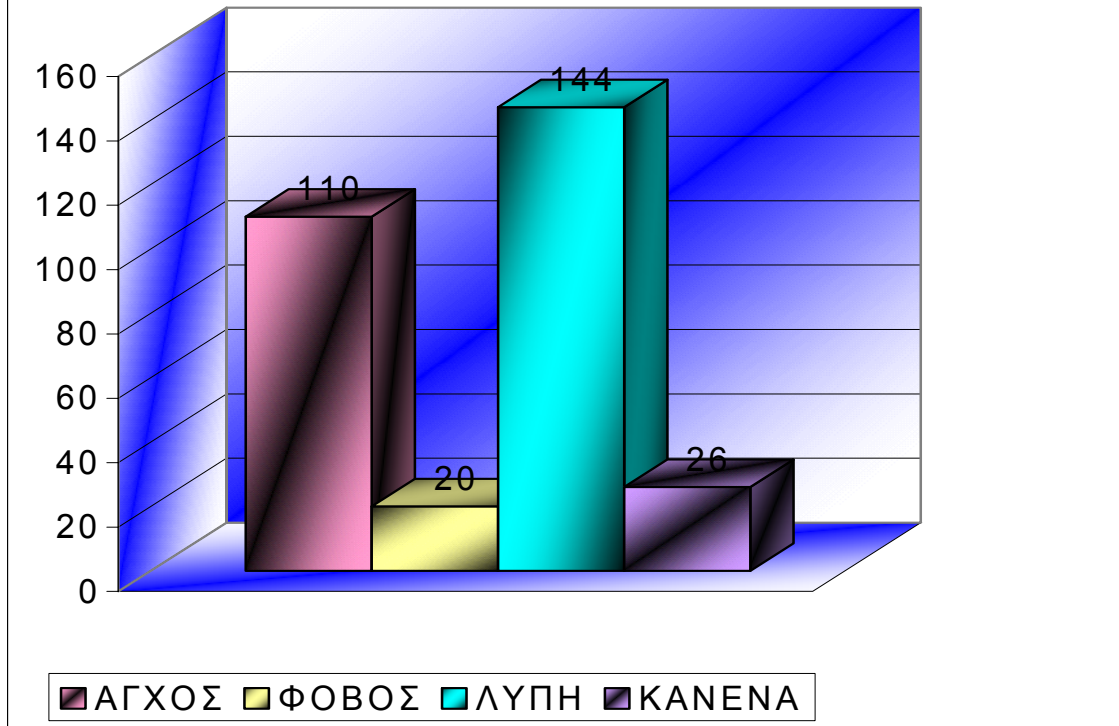
12. Είστε ικανοποιημένοι από την ψυχολογική υποστήριξη στην εργασία;

- α) Ναι
- β) Όχι

13. Έχετε σκεφτεί να αλλάξετε εργασία;

- α) Συχνά
- β) Σπάνια
- γ) Ποτέ

ΕΡΩΤΗΣΗ 1



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΑΓΧΟΣ	110	37
ΦΟΒΟΣ	20	7
ΛΥΠΗ	144	47
ΚΑΝΕΝΑ	26	9
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 1^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Οι κοινωνιοβιολόγοι υπογραμμίζουν την υπεροχή της καρδιάς πάνω στο μυαλό σε κρίσιμες στιγμές της ζωής μας. Τα συναισθήματα, λένε πως οδηγούμαστε να αντιμετωπίζουμε δύσκολες καταστάσεις και υποχρεώσεις οι οποίες είναι πολύ σημαντικές για να τις αφήσουμε μονάχα στο έλεος του λογικού.

Οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με τον πόνο, βιώνουν την απώλεια συνανθρώπων καθώς και αγωνιούν για την πορεία της υγείας αυτών των ανθρώπων που καλούνται να αντιμετωπίσουν πρώτα ως άνθρωπο και μετά ως ασθένεια.

Οι νοσηλευτές μέσα από το κυκλικό πρόγραμμα εργασίας τους, βιώνουν έντονα συναισθήματα δυσαρέσκειας όπως άγχος - φόβος - λύπη, αλλά και άλλα συναισθήματα που καθημερινά επηρεάζουν την ψυχική ισορροπία τους.

Κατά την έρευνά μας, παρατηρήσαμε ότι η καθημερινή μας επαφή με τους ασθενείς επηρεάζεται από παράγοντες που λειτουργούν ως Stressors και εντοπίζονται στον εργασιακό μας χώρο. Λέγοντας Stress εννοούμε την έντονη συναισθηματική φόρτιση που αποτελεί άλλωστε μέρος της καθημερινής μας ζωής

Τα ποσοστά κατά την έρευνά μας, όσον αφορά το Stress, είναι αρκετά μεγάλα και αποδεικνύουν το αυξημένο επίπεδο συναισθηματικής διέγερσης και φόρτισης και όταν αυτό παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι επιπτώσεις μπορεί να είναι αρνητικές για την υγεία τους. Τότε γίνονται κατά τα λεγόμενά τους αντιπαραγωγικοί, ενώ συχνά αποδιοργανώνονται.

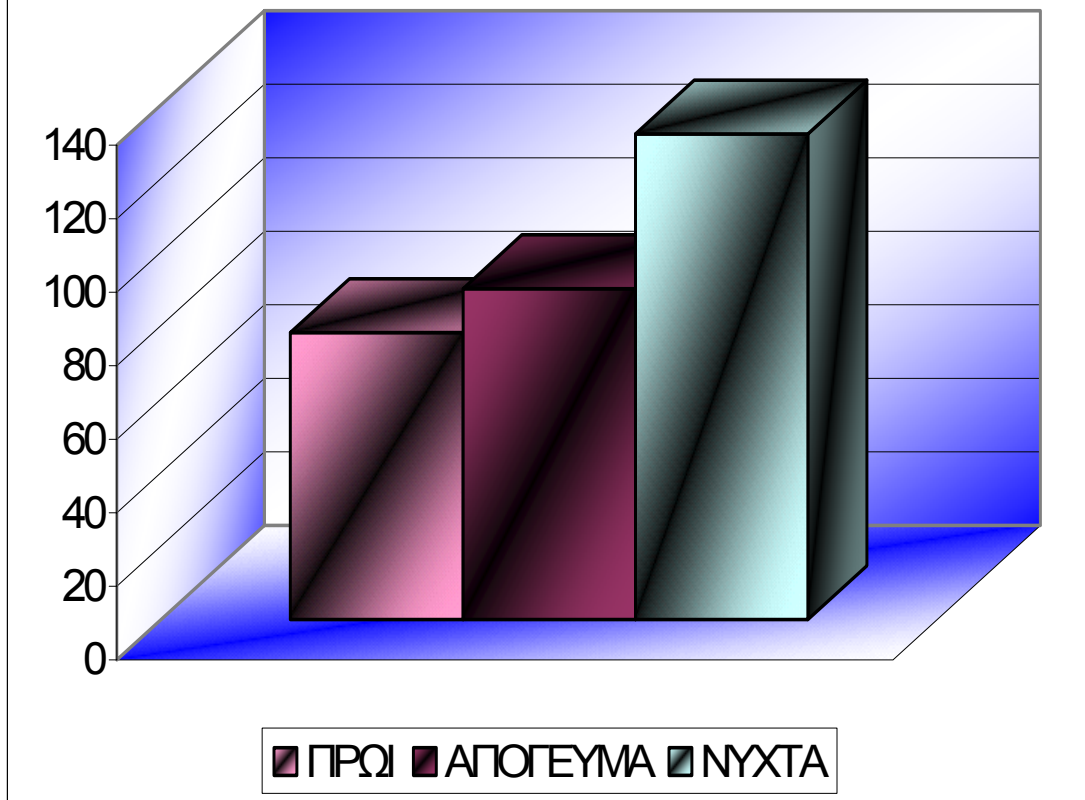
Η λύπη είναι ένα ακόμη συναίσθημα, που γεννιέται καθημερινά σε πολλούς νοσηλευτές-τριες σε ποσοστό **48%** αρκετά μεγάλο, γεγονός που μας δείχνει πως εκτός από επαγγελματίες είναι και άνθρωποι με ανεπτυγμένο το αίσθημα της αφοσίωσης και της αγάπης προς τον ασθενή.

Επίσης δεν είναι λίγες οι φορές που ο φόβος κυριαρχεί απέναντι στο θάνατο ή στον πόνο ή σε κάθε τι που μεταφράζεται σε δυστυχία των ανθρώπων αυτών που έρχονται στο χώρο του νοσοκομείου. Εμπιστεύονται τη ζωή τους στα χέρια των γιατρών και του νοσηλευτικού.

Ενώ προσφέρουμε τα πάντα, την ίδια τη ζωή μας και την ψυχική μας γαλήνη, δεχόμαστε ελάχιστη ηθική ικανοποίηση και οι ανάγκες μας ικανοποιούνται ελάχιστα δια του επαγγέλματός μας, σύμφωνα με την κλίμακα Maslow.

Σαν επαγγελματίες υγείας λοιπόν, ας το έχουμε στο νου μας και ας υιοθετήσουμε μια συμπεριφορά που θα μας εξασφαλίζει ήρεμη και χαρούμενη ζωή, για το καλό το δικό μας και των ασθενών που τόσο μας έχουν ανάγκη.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΠΡΩΙ	78	26
ΑΠΟΓΕΥΜΑ	90	30
ΝΥΧΤΑ	132	44
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 2^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Το νοσηλευτικό λειτούργημα είναι από την φύση του επίπονο και απαιτεί από την πλευρά των νοσηλευτών -τριων μεγάλο απόθεμα σωματικών και ψυχικών δυνάμεων. Ο σύγχρονος νοσηλευτής- τρια είναι ο λειτουργός της υγείας, μα ταυτόχρονα είναι και ο επαγγελματίας που κινείται μέσα στον εργασιακό χώρο ευσυνειδήτα και με μεγάλη υπευθυνότητα.

Το έργο που καλείται να εκτελέσει ο νοσηλευτής - τρια περιέχει ένα σημαντικό κοινωνικό και ψυχολογικό φορτίο. Ο στόχος είναι πάντοτε η θεραπεία του ασθενούς και κατ' επέκταση η παράταση της ζωής του, η επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου δημιουργεί επιπρόσθετο σωματικό και ψυχικό κόπο, αλλά και εξάντληση.

α) Η συναισθηματική εξάντληση που εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του νοσηλευτή - τριας ο οποίος δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στη δουλειά του.

β) Η αποπροσωποποίηση που εκδηλώνεται με την απομάκρυνση από τους αρρώστους και την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων μαζί τους

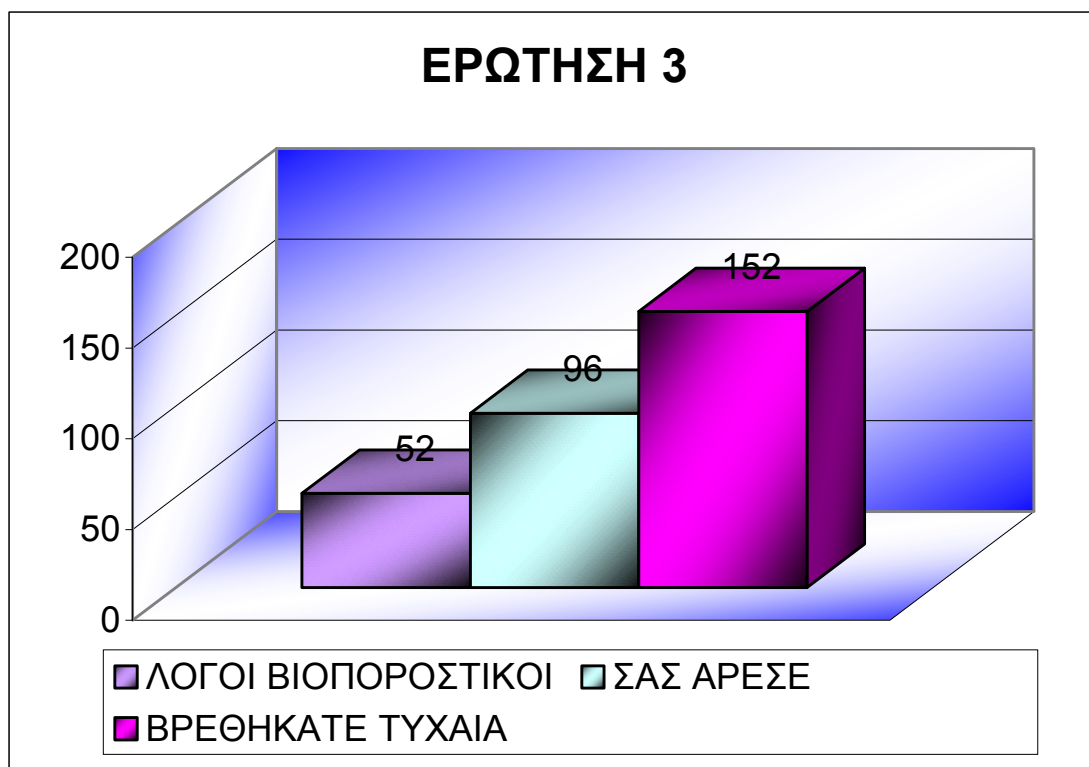
γ) και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων που εκδηλώνεται με την μείωση της απόδοσης του και την παραίτησή του πολλές φορές από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών, είναι παράγοντες που διακρίνουν την συναισθηματική κόπωση κατά την διάρκεια της εργασίας.

Η κόπωση αυτή δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός, αλλά είναι αποτέλεσμα χρόνιου συσσωρευμένου ψυχικού και σωματικού stress που κατακλύζει τον νοσηλευτή - τρια και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να ανταποκριθεί σωστά στα εργασιακά του καθήκοντα.

Αυτή η συναισθηματική κόπωση , όμως , διαφέρει από ότι φαίνεται κατά την έρευνα μας, κατά τη διάρκεια της νύχτας όπου είναι αισθητά μεγαλύτερη σε ποσοστό **44%** έναντι της ημέρας **26%** και αυτό οφείλεται κυρίως σε βιολογικούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με τις ανάγκες του κάθε νοσηλευτή - τριας.

Στη σύγχρονη εποχή μας, με την ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης και την απόδοση σε αυτήν εξωπραγματικών δυνάμεων, ο νοσηλευτής - τρια καλείται να αναγνωρίσει δυνάμεις - αδυναμίες, αλλά και τα όρια του ώστε να παρέχει με μεγαλύτερη σοφία και αποτελεσματικότητα μια << ανθρώπινη >> φροντίδα, μια καλύτερη ποιότητα ζωής μέσα στα εκάστοτε όρια της πορείας της νόσου σε κάθε άνθρωπο που νοσεί, είτε ψυχικά είτε σωματικά είτε και τα δύο μαζί. Είναι όμως βασικό να << μάθει >> να φροντίζει πρώτα τον εαυτό του, χωρίς να θεωρεί την φροντίδα αυτή περιττή ή << άχρηστη πολυτέλεια >>.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΒΙΟΠΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	52	17
ΣΑΣ ΑΡΕΣΕ	96	32
ΤΥΧΑΙΑ	152	51
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 3^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Είναι σαφές με βάση τις απαντήσεις που πήραμε από τους νοσηλευτές - τριες, ότι το **51%** που είναι και το μεγαλύτερο αισθητά ποσοστό, ήταν γι' αυτούς το σύστημα των εξετάσεων τέτοιο ώστε να τους οδηγήσει στην επιλογή της νοσηλευτικής σχολής και κατ' επέκταση του επαγγέλματος του νοσηλευτή - τριας.

Γεγονός αναμφισβήτητο, το επάγγελμα του νοσηλευτή - τριας είναι άγνωστο σε σχέση και με άλλα επαγγέλματα τα οποία δεν γνωρίζουν οι μαθητές ακόμη από τα θρανία.

Το **51%** το οποίο οδηγήθηκε στην επιλογή του επαγγέλματος και είναι απόρροια σαφέστατα μιας άλλης επιλογής, η οποία προήλθε, σύμφωνα πάντα με τους ερωτηθέντες, από την αποτυχία τους σε άλλες σχολές ή επαγγέλματα πιο δημοφιλή, πιο οικονομικά προσοδοφόρα ή πιο κοινωνικά καταξιωμένα.

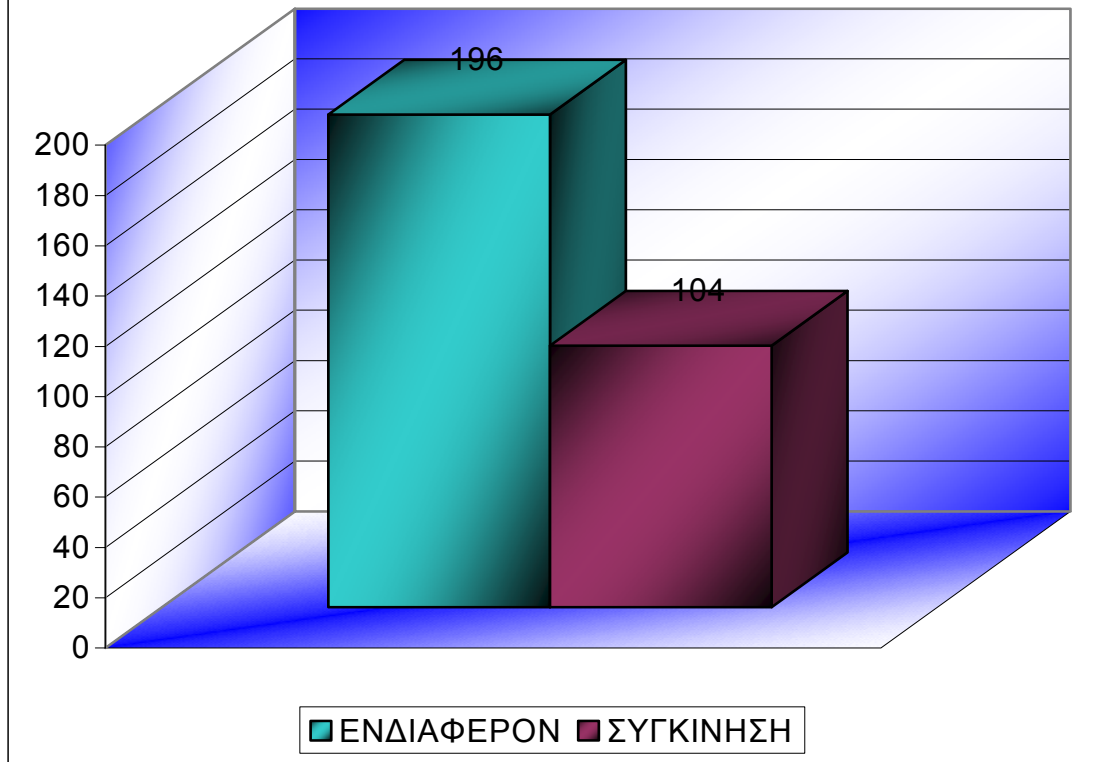
Όσο αφορά την οικονομική αποκατάσταση, ο λόγος για τον οποίο επέλεξαν οι εργαζόμενοι νοσηλευτές - τριες το επάγγελμα αυτό προέρχεται αφενός μεν από την άμεση πρόσληψή τους στο χώρο και αφετέρου από το γεγονός της οικογενειακής αποκατάστασης. Ένα μεγάλο ποσοστό **32%** απαντήσεων ήταν της αρεσκείας και αγάπης προς το επάγγελμα, χαρακτηρίζοντάς το λειτούργημα ανθρωπιστικό.

Θα θέλαμε βέβαια να ήταν διαφορετικά τα ποσοστά επιλογής τους, όσον αφορά την αρέσκεια, όμως αυτό πιστεύουμε ότι μελλοντικά θα ανατραπεί, δεδομένου ότι το επάγγελμα θα καταξιωθεί στο χώρο τόσο οικονομικά όσο και κοινωνικά και ακόμη περισσότερο όταν βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας και γενικά όταν μειωθεί η <<ψαλίδα>> που υπάρχει με άλλα επαγγέλματα πιο προσοδοφόρα και πιο αρεστά στους νέους.

Εμείς οι απόφοιτοι της Νοσηλευτικής Σχολής, προτείνουμε ότι για να καταξιωθεί το επάγγελμα στο χώρο, πρέπει το Υπουργείο Παιδείας να δώσει κίνητρα οικονομικά και κοινωνικά ώστε να καλυτερεύσει το εκπαιδευτικό σύστημα και να μπορεί ο μαθητής να επιλέγει με διαφορετικό τρόπο και δυνατότητα τη σχολή της αρεσκείας του.

Επίσης, πρέπει να γίνεται σωστή ενημέρωση όλων των μαθητών για τις σχολές και για τις δυνατότητες που μπορούν αυτές να προσφέρουν επαγγελματικά στο μέλλον στον κάθε απόφοιτο λυκείου.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ	196	65
ΣΥΓΚΙΝΗΣΗ	104	35
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 4^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

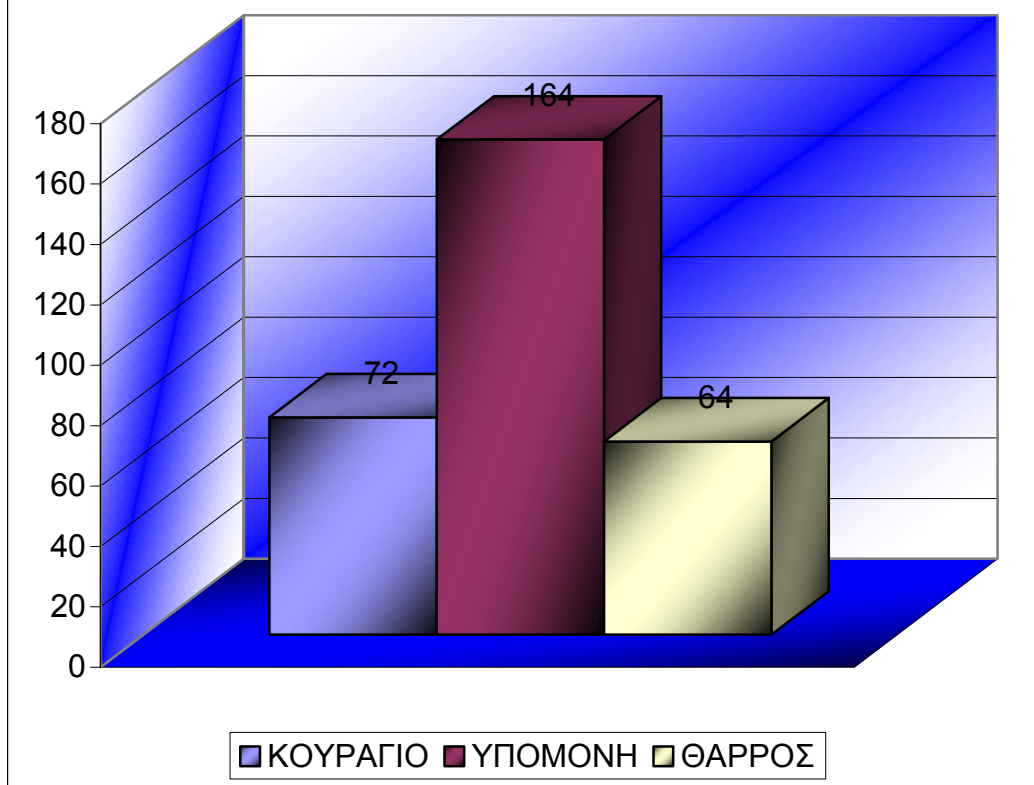
Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από τον συνδυασμό του ενδιαφέροντος και της αγάπης για τον άρρωστο με την επαγγελματική επάρκεια και ικανότητα του νοσηλευτή - τριας. Η καθοριστική επίδραση του νοσηλευτή - τριας στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας φαίνεται πως επηρεάζεται περισσότερο από την ποιότητα της προσωπικότητας και των προσωπικών του αξιών, καθώς και από την αντίληψη και κατανόηση του για τον ρόλο του και από το πως οργανώνει και διεκπεραιώνει την φροντίδα του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής - τρια έχει προσωπική και συλλογική ευθύνη στο να παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας και στο να συμμετέχει στην διαδικασία αξιολόγησης η οποία μερικές φορές να συμπεριλαμβάνει απόψεις ενδιαφέροντος και του αρρώστου, αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Το ενδιαφέρον που δείχνουν οι νοσηλευτές - τριας κατά την διαδικασία της έρευνας μας, δείχνει να είναι αρκετά μεγάλο σε ποσοστό **65%**. Πιστεύουμε ότι σχετίζεται άμεσα και με την εκπαίδευση των νοσηλευτών, αλλά και με το αίσθημα ευθύνης και αγάπης προς τον ασθενή και την οικογένεια του, που βιώνει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Επίσης πολλές φορές, ένα πρόβλημα προκαλεί συγκίνηση στο νοσηλευτικό προσωπικό, που επιτελεί ένα έργο φτάνοντας πολλές φορές στα άκρα, ξεπερνώντας ακόμα και αυτά τα όρια της συναισθηματικής εξάντλησης.

Ο νοσηλευτής - τρια δεν θα πρέπει να ξεχνά πως το άτομο είναι μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα και πως ότι δεν έχει απλά και μόνο βιολογικές αλλά συγχρόνως και ψυχολογικές καταβολές που ρυθμίζουν την συμπεριφορά του. Οπότε, αντιμετωπίζοντας τον ασθενή σαν μια ολότητα, η αποκατάσταση της υγείας του επέρχεται γρηγορότερα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΚΟΥΡΑΓΙΟ	72	24
ΥΠΟΜΟΝΗ	164	55
ΘΑΡΡΟΣ	64	21
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 5^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Η ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη, η πολυπλοκότητα του ρόλου του νοσηλευτή - τριας πολλές φορές τον εγκλωβίζει. Ο νοσηλευτής - τρια καλείται να αναγνωρίζει τις δυνάμεις του, αλλά και τις αδυναμίες του και να παρέχει με μεγαλύτερη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα υψηλού επιπέδου και ποιότητας νοσηλευτικό έργο.

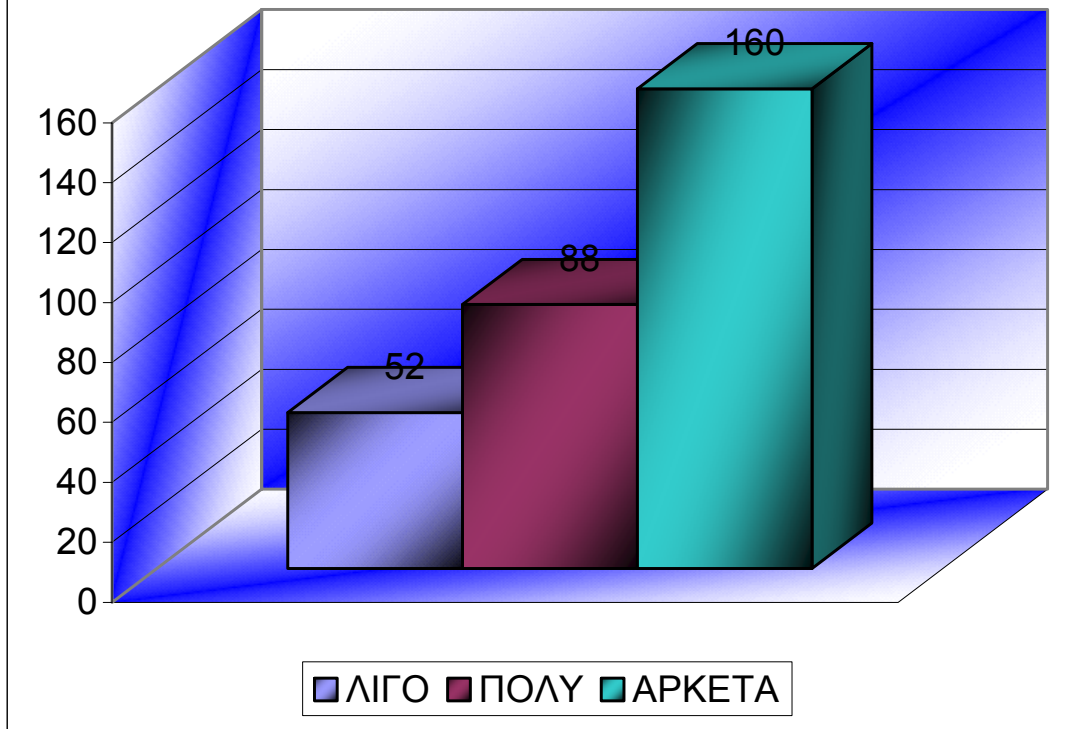
Οι στρεσογόνοι παράγοντες, οι αντίξοες συνθήκες εργασίας, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το κυκλικό ωράριο, η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης και η συνεχής και αυξημένη ζήτηση εκθέτουν τον νοσηλευτή - τρια, που δεν είναι παντοδύναμος.

Στην σύγχρονη εποχή ο πολύπλευρος ρόλος του νοσηλευτή - τριας πολλές φορές τον αναγκάζει να υπερβαίνει τα όρια και τις δυνάμεις του, σπλίζοντας τον με θάρρος, υπομονή και κουράγιο, προκειμένου να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στον ύψιστο ρόλο του, το ρόλο του λειτουργού υγείας.

Από την έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι ο νοσηλευτής - τρια ασκώντας το έργο του καθημερινά και όλο το 24ωρο, βρίσκει τις δυνάμεις εκείνες που αντλεί από την ψυχή του και αντιμετωπίζει τους ασθενείς με μεγάλο ενδιαφέρον.

Είναι, λοιπόν, θετικά τα μηνύματα που προκύπτουν από την έρευνά μας σε ποσοστό **24%**. Οι νοσηλευτές - τριες δείχνουν υπομονή, που προέρχεται από την αγάπη και αφοσίωση τόσο στην δουλειά τους όσο και στον ασθενή. Επίσης, δεν λείπει το κουράγιο, το θάρρος όπου απ' ότι φαίνεται καθημερινά χαρίζουν με περίσσια και απλότητα στον ασθενή προκειμένου να ανακουφιστεί από τα προβλήματα που του δημιούργησε η ασθένεια για την οποία βρίσκεται στο χώρο του νοσοκομείου.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΛΙΓΟ	52	17
ΠΟΛΥ	88	29
ΑΡΚΕΤΑ	160	53
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 6^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Η επικοινωνία είναι ζωτικό στοιχείο στην άσκηση της νοσηλευτικής επιστήμης αφού είναι υπηρεσία ανθρώπου προς άνθρωπο και προσφέρεται πάντοτε μέσα σε κλίμα διαλόγου, συνεργασίας και διαπροσωπικών σχέσεων για βελτίωση της υγείας των ασθενών.

Αναφορά στην θεραπευτική επίδραση της επικοινωνίας στο χώρο της Νοσηλευτικής θα δούμε και στις θεωρίες Travelbee και Perlaui όπου και οι δύο ορίζουν τη Νοσηλευτική ως διαπροσωπική διεργασία με την οποία βοηθείται το άτομο και επιτυγχάνεται μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και με ειδικές δεξιότητες-χειρισμούς της λεκτικής και εργασιακής επικοινωνίας σε πολλά επίπεδα.

Η ποιότητα της εργασιακής επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτών - τριών και του ασθενούς αποτελεί σημαντικό δείκτη ικανοποίησης τόσο του ασθενούς όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Είναι λοιπόν γενικά παραδεκτό από τα λεγόμενα των επαγγελματιών νοσηλευτών - τριών και αυτό φαίνεται από την έρευνα μας ότι ο νοσηλευτής - τρια επηρεάζει θετικά τη ζωή των αρρώστων αρκετά σε ποσοστό **54%** και αυτό είναι δείγμα αφενός των διαπροσωπικών σχέσεων και αφετέρου της αυταπάρνησης και του ζήλου που επιδεικνύουν οι νοσηλευτές - τριες καθημερινώς στο έργο που ορκίστηκαν να επιτελέσουν χωρίς προσωπικό - χρηματικό όφελος αλλά με μοναδικό κίνητρο την αγάπη τους στο έργο τους και στον ασθενή.

Παρόλα αυτά όμως, επειδή τα λειτουργικά και οργανωτικά προβλήματα του νοσοκομείου, όπως ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και η ανεπαρκής προετοιμασία των σπουδαστών στα θέματα των διαπροσωπικών σχέσεων και της επικοινωνίας και από την άλλη, ο χρόνος για εργασιακή άσκηση ο οποίος είναι μικρός, καθιστούν ακόμη πιο δύσκολο το έργο, κυρίως του νεοδιοριζόμενου νοσηλευτή - τριας, που προσπαθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα να προσαρμοστεί στο εργασιακό του περιβάλλον για να μπορέσει να δώσει τον καλύτερό του εαυτό.

Όσον αφορά το ποσοστό που απάντησε ότι επηρεάζει λιγότερο θετικά τη ζωή των ασθενών, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η Νοσηλευτική δεν είναι σωστό

να αντιμετωπίζεται σαν ένα επάγγελμα με οικονομικό μόνο όφελος, αλλά κυρίως ως λειτούργημα που προσφέρεται για την αποκατάσταση και την προαγωγή της υγείας των ασθενών.



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΛΙΓΟ	82	27
ΠΟΛΥ	72	24
ΑΡΚΕΤΑ	146	49
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 7^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

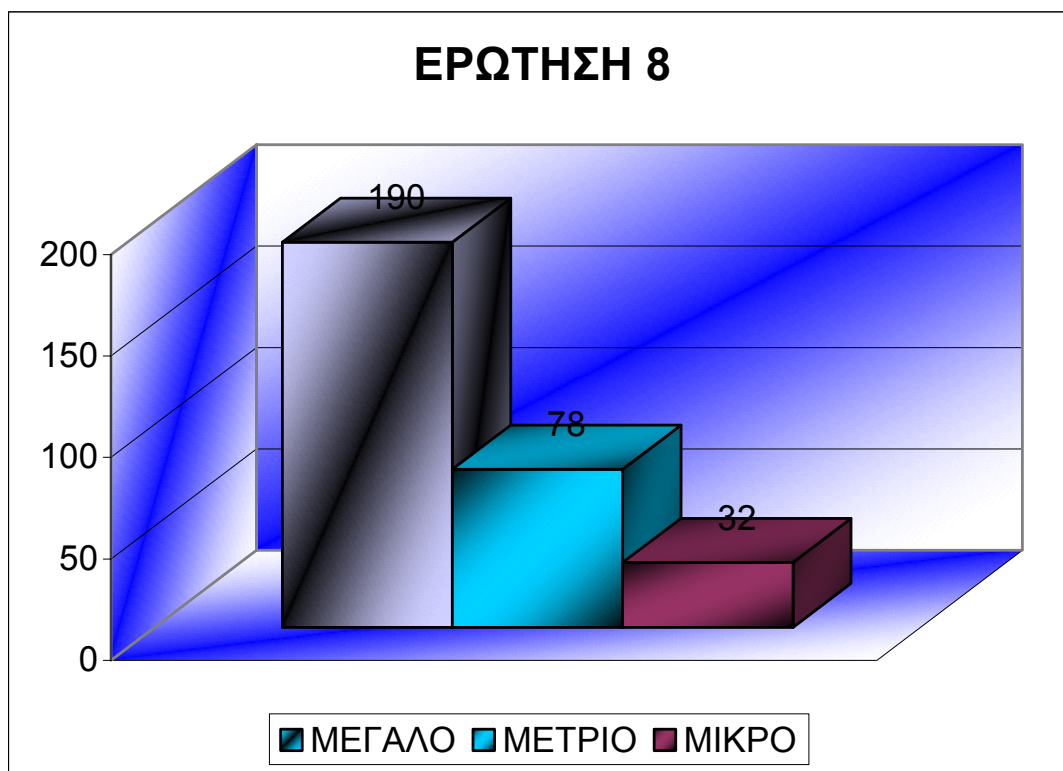
Κατά την αναφορά των Kalegus και Rahman, οι άριστα ανεπτυγμένες διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις με τους συνεργάτες και με τους ασθενείς αξιολογούνται ως ο σημαντικότερος παράγοντας στο σύνολο της επαγγελματικής και προσωπικής ικανοποίησης.

Είναι αποδεδειγμένο ότι την παραγωγικότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας προς το καλύτερο ή το χειρότερο, επηρεάζει ο βαθμός της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών - τριών.

Η Νοσηλευτική επιστήμη στηρίζεται στην αρμονική συνεργασία πολλών προσώπων με διαφορετική εκπαίδευση και κλινική πείρα, καθώς επίσης και διάφορα άλλα χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, τα ψυχικά χαρίσματα, τα προσόντα και οι ικανότητες και δυνατότητες για ανάπτυξη και πρόοδο.

Η έλλειψη ικανοποίησης που αντλούν οι νοσηλευτές πολλές φορές από το επάγγελμά τους, λόγω μειωμένων κοινωνικών, ψυχολογικών και μισθολογικών ανταμοιβών, αλλά και οι πιέσεις που δέχονται από τους ίδιους τους ασθενείς εμποδίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό να αφιερώσουν χρόνο όσον αφορά την ηθική και κοινωνική προσφορά τους.

Παρόλα αυτά, όμως, από την έρευνα που κάναμε στα μεγαλύτερα Νοσοκομεία της Κρήτης διαπιστώσαμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δέχεται αρκετά την προσωπική ικανοποίηση σε ποσοστό **49%**, στοιχείο που δηλώνει ότι στο βαθμό και στο μέτρο και κάτω από αυτές τις συνθήκες που πολλές φορές (σχεδόν στον σύνολο τους) είναι अपαράδεκτες, δέχεται την ικανοποίηση είτε σε προσωπικό επίπεδο είτε ως ομάδα δια στόματος ασθενών ή των συνοδών τους.



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΜΕΓΑΛΟ	104	35
ΜΕΤΡΙΟ	136	45
ΜΙΚΡΟ	60	20
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 8^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Κάθε άνθρωπος που ακολουθεί ένα επάγγελμα διαμορφώνει μέσα από την επαγγελματική αγωγή που παίρνει κατά την εκπαίδευση του, το επαγγελματικό ήθος και την επαγγελματική του προσωπικότητα, αναπτύσσοντας έτσι την επαγγελματική του συμπεριφορά μέσα από τη σχέση του στο χώρο εργασίας του.

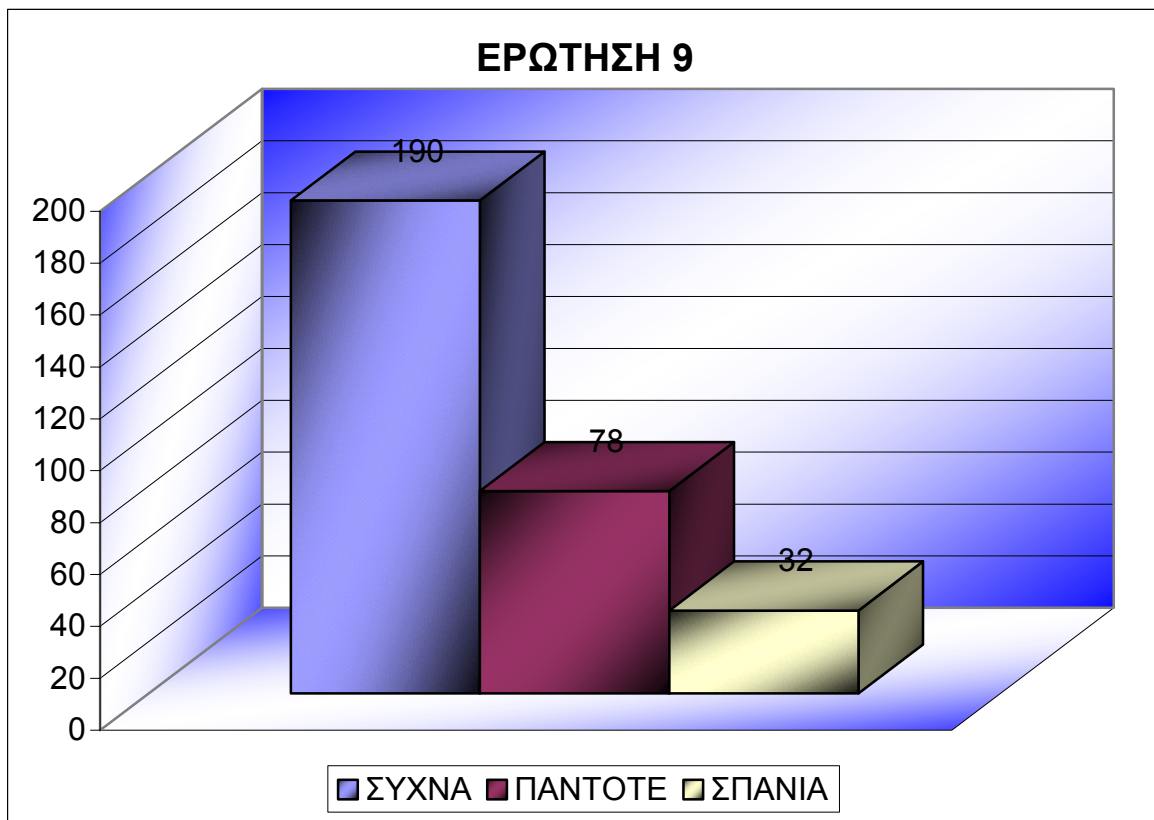
Η προσωπικότητα είναι το μέσο με το οποίο κάθε νοσηλευτής - τρια εκφράζει κατά ένα μοναδικό τρόπο την συμπεριφορά του, τον ψυχικό του κόσμο, ενεργεί και αντιδρά στους διάφορους ερεθισμούς του περιβάλλοντος, αντιμετωπίζει γενικά τη ζωή του, εκπληρώνει τις ανάγκες του, πετυχαίνει τις επιδιώξεις του και αναπτύσσει τα ιδεώδη και τις αξίες που κατευθύνουν την δραστηριότητά του.

Όταν αναφερόμαστε στην συμπεριφορά ενός ατόμου δεν μας ενδιαφέρει η κάθε ψυχική λειτουργία του ατόμου ξεχωριστά, αλλά το αποτέλεσμα που προκύπτει από την δυναμική συνέργια όλων των επιμέρους ψυχικών λειτουργιών και των σωματικών του χαρακτηριστικών σε μια ζωντανή ψυχική ενότητα που φέρει τη σφραγίδα της μοναδικότητας μια που δεν υπάρχουν στο κόσμο ούτε καν δύο άνθρωποι με ταυτόσημη προσωπικότητα.

Η αντίληψη που σχηματίζει ο νοσηλευτής - τρια από τη σχέση του με τον ασθενή δημιουργεί μέσα του μια ευχάριστη ή δυσάρεστη ψυχική διάθεση, ένα θετικό ή αρνητικό αυτοσυναίσθημα, που επηρεάζει τη συμπεριφορά του.

Έχει αποδειχθεί ότι οι νοσηλευτές - τριες με θετικό το αυτοσυναίσθημα έχουν καλύτερες επαγγελματικές επιδόσεις, γιατί αισθάνονται σιγουριά και αυτοπεποίθηση.

Από την έρευνά μας, όμως, προκύπτει ένα αρνητικό αυτοσυναίσθημα, μια αρνητική αντίληψη, κάτι που δεν βοηθάει να αισθάνεται ο νοσηλευτής - τρια πληρότητα και αυτοπεποίθηση, διότι η συμπεριφορά των νοσηλευτών - τριών επηρεάζεται σε μεγάλο αλλά και σε μέτριο βαθμό σε ποσοστά **35%** και **45%** αντίστοιχα, από τη σχέση τους με τους ασθενείς. Όμως είναι πολύ δύσκολο να τα αποφύγει ή να τα διαγράψει κάποιος, αφού η συμπεριφορά του έχει να κάνει με πολλούς παράγοντες, ακόμη και με την πολιτισμική παιδεία του καθενός.



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΣΥΧΝΑ	190	63
ΠΑΝΤΟΤΕ	78	26
ΣΠΑΝΙΑ	32	11
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 9^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

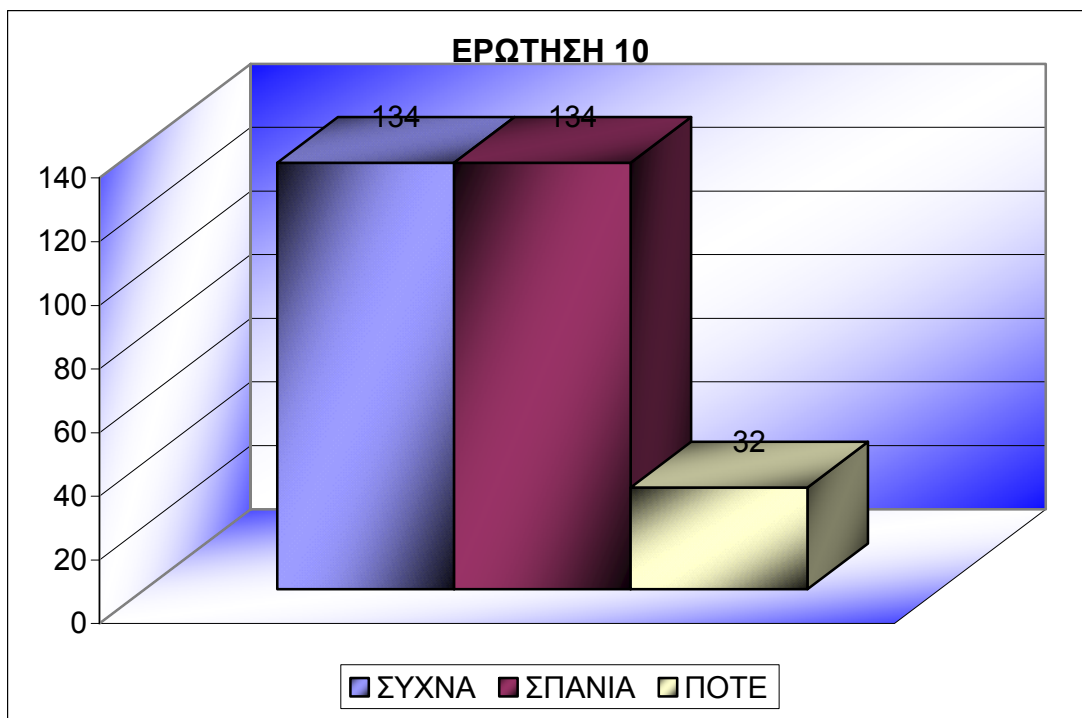
Η καθημερινή αντιμετώπιση της ανίατης αρρώστιας, της αναπηρίας, του πόνου, του θανάτου καθιστούν τον επαγγελματία υγείας ευάλωτο. Τα επιβαρημένα ωράρια και βάρδιες, η αδυναμία λήψεως των ρεπό, έλλειψη υποστηρικτικών ομάδων ψυχικής υγείας, η χρόνια συσσώρευση του ψυχικού και σωματικού stress έχει επιφέρει συναισθηματική αστάθεια και εξουθένωση.

Είναι ψυχολογικές επιπτώσεις που δεν αφήνουν περιθώρια ώστε ο νοσηλευτής - τρια να αντιμετωπίζει με ηρεμία κάθε συναίσθημα αλλά απ' ότι δείχνει η έρευνα μας, συχνά και όχι πάντοτε σε ποσοστά **63%** έναντι **26%** αντίστοιχα.

Οι συναισθηματικές καταστάσεις που καλείται ο νοσηλευτής - τρια να αντιμετωπίσει, έχουν να κάνουν με πολλούς παράγοντες, έτσι ώστε να μπορέσει να τις αντιμετωπίζει μια-μια ξεχωριστά ή και περισσότερες μαζί με ηρεμία, καθαρό μυαλό, περίσσια ψυχική διάθεση.

Η φύση της δουλειάς είναι εκείνη που σε μεγάλο βαθμό προσδιορίζει πολλές φορές και κατευθύνει την ψυχική διάθεση και πνευματική διαύγεια ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται με ηρεμία πάντοτε όταν έχει να αντιμετωπίσει συναισθηματικές καταστάσεις που προκαλούν το άγχος, ο φόβος, η λύπη, η χαρά.

Ο νοσηλευτής - τρια παρόλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στον εργασιακό χώρο, όπως φόρτος εργασίας, κυκλικό ωράριο πρέπει να σπλιστεί με υπομονή, επιμονή και κυρίως ψυχική ηρεμία. Πάνω απ' όλα, όμως, να συνειδητοποιήσει ότι ο ασθενής παρουσιάζει μια ιδιαίτερη συμπεριφορά, η οποία έξωνοσοκομειακά δεν θα εμφανιζόταν.



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΣΥΧΝΑ	134	45
ΣΠΑΝΙΑ	134	45
ΠΟΤΕ	32	10
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 10^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

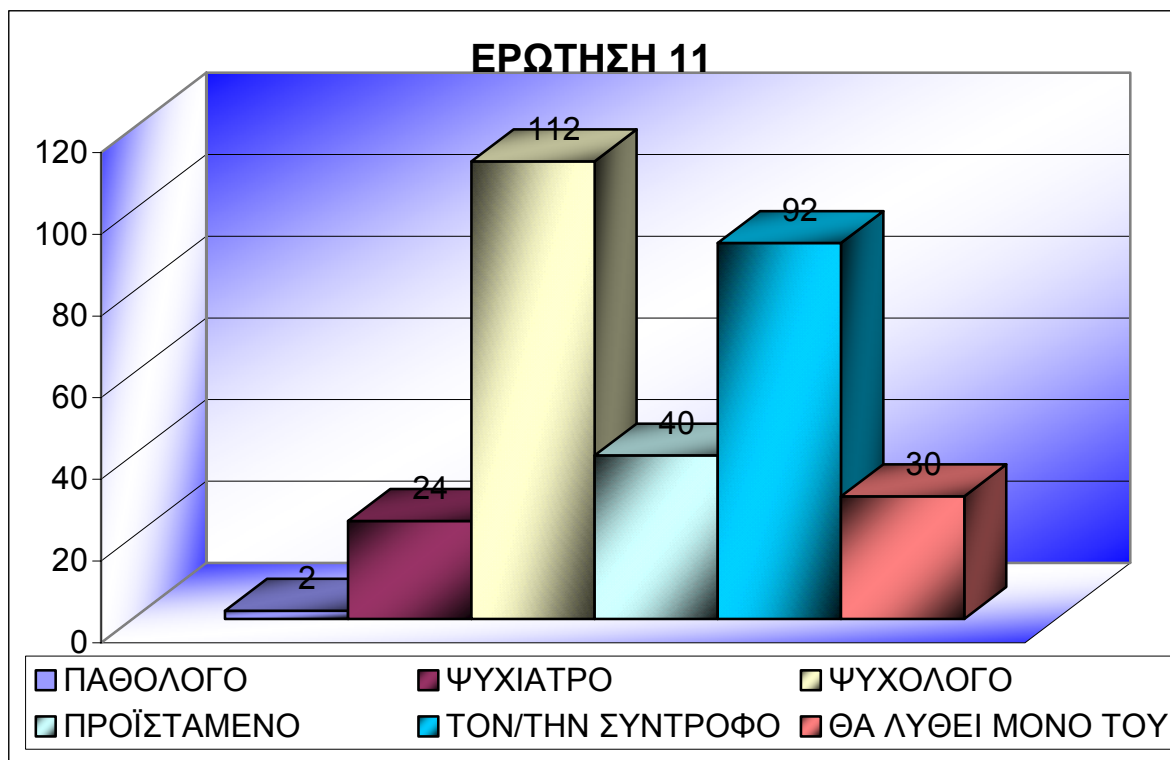
Σαν επαγγελματίες νοσηλευτές έχουμε να αντιμετωπίσουμε στην εργασία μας πολύ ένταση. Η ένταση, το stress και το άγχος είναι δημιουργήματα όχι μόνο του σύγχρονου τρόπου ζωής και της καταναλωτικής κοινωνίας, αλλά και του τρόπου-ρυθμού έντασης της εργασίας.

Το άγχος είναι νοητική λειτουργία που κλιμακώνεται από δυσφορία ως πανικό. Το stress είναι σωματική επίδραση του άγχους που μπορεί να εμφανιστεί ή όχι και σε διαφορετικό βαθμό στον καθένα. Οι συνέπειες είναι πολλές, ξεκινάνε από πονοκεφάλους και φθάνουν μέχρι καρδιακό επεισόδιο.

Αποτέλεσμα όλων αυτών που βιώνουμε σαν νοσηλευτές, σωματικά-ψυχικά, είναι να εγκαταλείπουμε πολλές φορές νωρίς το επάγγελμα μας. Η έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας σε διαταραχές από ψυχοπιεστικές καταστάσεις, διαταραχές δηλαδή της ψυχικής ισορροπίας του νοσηλευτικού προσωπικού, θα οδηγήσει σε καλύτερη διαδρομή της διαταραχής.

Η ψυχική ισορροπία του νοσηλευτή - τριας απ' ότι φαίνεται από την λεπτομερή έρευνα μας κατά την ώρα της δουλειάς διαταράσσεται ενίοτε συχνά σε ποσοστό **45%** και ενίοτε σπάνια επίσης σε ποσοστό **45%**, γεγονός που αποδεικνύει και επιβεβαιώνει όλα όσα ειπώθηκαν παραπάνω.

Γι' αυτό πρέπει να μάθουμε να φροντίζουμε τους εαυτούς μας για να μπορούμε να φροντίζουμε και τους άλλους. Δεν μπορούμε να δώσουμε κάτι που δεν έχουμε. Το άγχος παρεμβάλλεται και μας εμποδίζει να είμαστε δίπλα στον ασθενή.



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΠΑΘΟΛΟΓΟ	2	<1
ΨΥΧΙΑΤΡΟ	24	8
ΨΥΧΟΛΟΓΟ	112	37
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟ	40	13
ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	92	31
ΘΑ ΛΥΘΕΙ ΜΟΝΟ ΤΟΥ	30	10
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

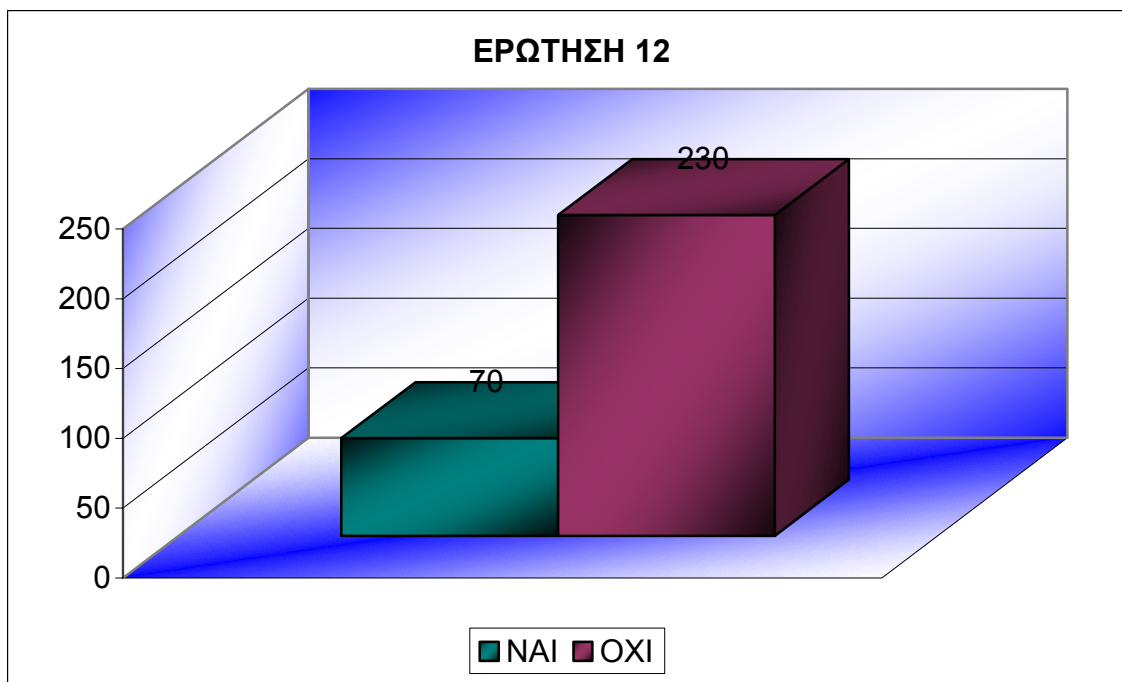
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 11^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Το άγχος, η ταραχή που πηγάζει από τις πιέσεις της ζωής είναι ίσως το συναίσθημα με την μεγαλύτερη επιστημονική βαρύτητα σε ότι αφορά τη σύνδεση που εμφανίζεται πολλές φορές με την έναρξη κάποιας ψυχικής ασθένειας.

Όταν το άγχος μας βοηθάει να προετοιμαστούμε για να αντιμετωπίσουμε έναν κίνδυνο, τότε καλά κάνουμε και το έχουμε. Όμως, στη σύγχρονη ζωή το άγχος δεν έχει ούτε μέτρο ούτε χρόνο, προέρχεται από καταστάσεις με τις οποίες πρέπει να ζήσουμε (π.χ χώρος εργασίας, χώρος στο σπίτι, παιδιά κ.τ.λ) από πραγματικούς κινδύνους που πρέπει να αντιμετωπίσουμε.

Επανειλημμένα ξεσπάσματα ανησυχίας σηματοδοτούν υψηλά επίπεδα άγχους τα οποία προκαλούν όχι μόνο ψυχικές διαταραχές, αλλά και άλλα προβλήματα υγείας παθολογικά και σωματικά. Οι ύπουλες σωματικές συνέπειες του άγχους και οι ψυχοπιεστικές καταστάσεις που προκαλεί πολλές φορές μας οδηγούν να ζητήσουμε βοήθεια από κάποιον ειδικό και σε αυτήν την περίπτωση από ότι φαίνεται από την έρευνά μας ο πιο ιδανικός είναι ο ψυχολόγος στον οποίο μπορούμε να εκφράσουμε τα προβλήματα μας, την ανησυχία μας και να ζητήσουμε βοήθεια, ψυχολογική υποστήριξη σε αυτή τη δύσκολη στιγμή αφού βιώνουμε ένα τόσο σημαντικό πρόβλημα. Επίσης πολλοί νοσηλευτές - τριες εμπιστεύονται ως ιδανικό άτομο τον σύντροφό τους που είναι κοντά τους σε κάθε δύσκολη στιγμή της ζωής τους, αυτό βέβαια γνωρίζουμε πόσο επικίνδυνο είναι.

Επιτακτικά επομένως η ανάγκη να συσταθεί ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης στους χώρους εργασίας το οποίο είναι γενικότερο αίτημα από συζητήσεις που κάναμε μαζί τους. Επίσης η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και η σχέση τους με την ηγεσία αποτελούν άμεση ανάγκη.



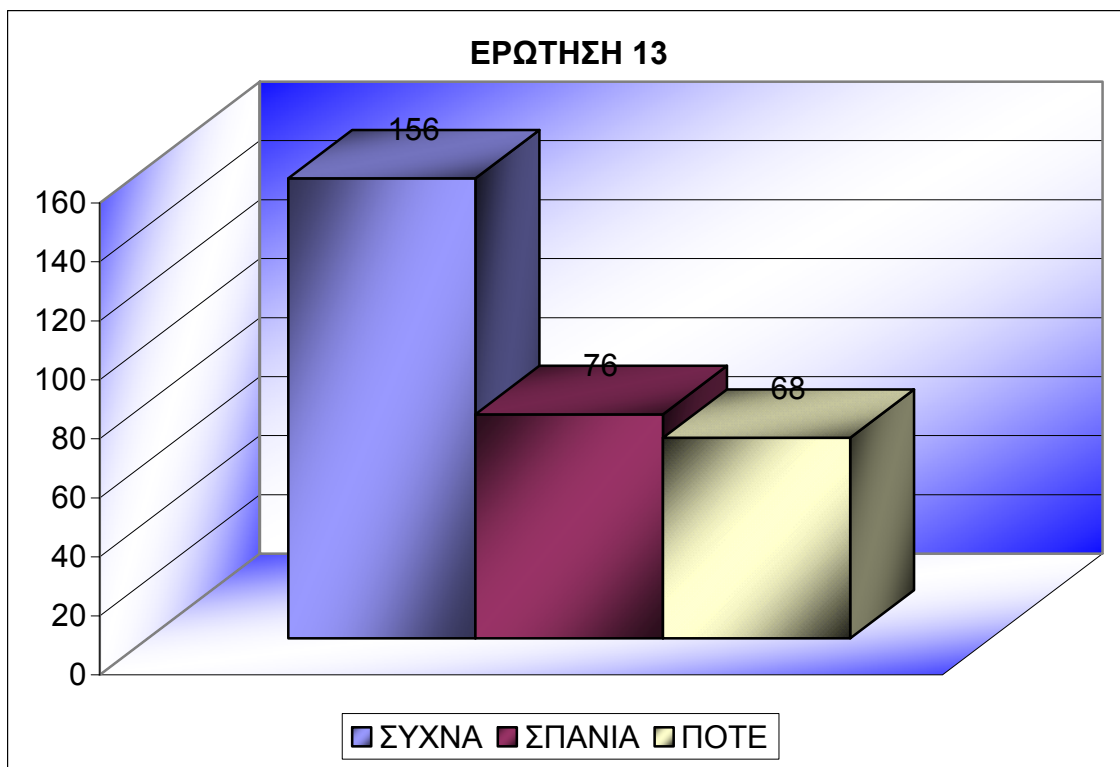
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
NAI	70	23
OXI	230	77
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 12^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Το κυκλικό ωράριο αποτελεί μια λειτουργική συνδεδεμένη και υποχρεωτική εργασιακή σχέση με το νοσηλευτικό επάγγελμα και είναι μια δύσκολη αποστολή που πρέπει να εκπληρώσει ο νοσηλευτής -τρια. Συνέπεια αυτού είναι να παρατηρείται συχνά εξαντλητική ψυχική, πνευματική και σωματική καταπόνηση που σπάνια παρατηρείται σε άλλα επαγγέλματα που το ωράριο τους είναι σταθερό. Δεν είναι λίγες οι φορές όπου πολλές προσδοκίες μας παραμένουν ανικανοποίητες και συχνά θεωρούμε ότι έχουμε παγιδευτεί σε απογοητευτικές και μάταιες καταστάσεις. Παγίδες όπως το ωράριο, ανεύθυνοι συνάδελφοι, προϊστάμενοι, γιατροί ή διοικητικά στελέχη καθώς και η αδυναμία επιλογών πολλές φορές συντελούν στο να νοιώθουμε αβοήθητοι και απελπισμένοι.

Δυστυχώς ενώ είμαστε επαγγελματίες υγείας, όταν διαταράσσεται η δική μας ψυχική υγεία δεν υπάρχει στο βαθμό και στο μέτρο εκείνη η ψυχολογική υποστήριξη που θα μας έδινε ικανοποίηση και στήριξη να βγούμε από το αδιέξοδο στο οποίο παροδικά ή μόνιμα έχουμε έρθει. Αυτά δείχνει η πρόσφατη έρευνα μας από όπου φαίνεται ένα μεγάλο ποσοστό **77%** δεν είναι ικανοποιημένοι από την ψυχολογική υποστήριξη στο χώρο εργασίας.

Πρέπει να μάθουμε όπως φαίνεται να αντιμετωπίζουμε την απογοήτευσή μας για να μπορέσουμε να αναπτύξουμε τις δυνατότητές μας. Θα ικανοποιούμαστε περισσότερο από τη δουλειά μας και θα έχουμε μια περισσότερο χαρούμενη ζωή που μας αξίζει άλλωστε.



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΣΥΧΝΑ	156	52
ΣΠΑΝΙΑ	76	25
ΠΟΤΕ	68	23
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 13^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Ακούμε συχνά τους νοσηλευτές - τριες που εργάζονται στα νοσοκομεία να παραπονιούνται για επαγγελματική κόπωση, για εξαντλητικές συνθήκες εργασίας, για συναισθηματική εξάντληση. Αναρωτιόμαστε γιατί συμβαίνει αυτό. Αν παρατηρήσουμε και καταγράψουμε τις καθημερινές δραστηριότητες ενός νοσηλευτή - τριας εντός μιας 8ωρης βάρδιας θα εκπλαγούμε από το πόσες πολλές και πόσο ετερογενείς είναι οι δραστηριότητες μας οι οποίες καταγράφονται καθημερινά και είναι :

- α) Αμιγώς νοσηλευτικής εργασίας, δηλαδή χορήγηση φαρμάκων και νοσηλεία (περιποίηση κατακλίσεων κτλ).
- β) Βοηθητικές π.χ τακτοποίηση κλινών, καθαριότητα χώρων.
- γ) Γραμματειακή υποστήριξη π.χ απαντήσεις τηλεφωνικών κλήσεων, χρεώσεις φαρμάκων.
- δ) Διεκπεραίωση διοικητικών διαδικασιών π.χ έκδοση εισιτηρίων-εξιτηρίων, τακτοποίηση φακέλων, ασθενών κλπ.
- ε) Εργασίες μεταφορέων π.χ μεταφορά ασθενών, φορειών, κρεβατιών κλπ.
- ζ) Ενημέρωση-εξυπηρέτηση των πάντων (ασθενών, συνοδών).

Σε κανένα ίσως επαγγελματικό κλάδο και κυρίως στο χώρο της υγείας δεν συναντά κανείς τέτοιου βαθμού ετεροαπασχόληση. Οι νοσηλευτές - τριες αποτελούν κέντρο εξυπηρέτησης των πάντων, δέχονται εντολές από τους πάντες ήτοι από γιατρούς, προϊστάμενους, αρχαιότερους συναδέλφους, από τους ασθενείς, από τους συνοδούς των ασθενών, από διοικητικούς υπαλλήλους, και γενικά από όλους.

Πείτε μου τώρα εσείς, για ποιο νοσηλευτή - τρια μιλάμε; Ποιο είναι το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ (οι πιο χαμηλόμισθοι) και κυρίως ποιο το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσηλευτών.

Ο επαγγελματικός κλάδος, χαρακτηρίζεται από μια μοναδική στο είδος του ανομοιογένεια. Νοσηλευτές - τριες πολλών κατηγοριών, ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΤΕΕ, ΙΕΚ, νοσηλευτές - τριες από χώρες του πρώην ανατολικού block, που εργάζονται λόγω αναγνώρισης τίτλων σπουδών.

Συνεπώς, μιλάμε για μια νοσηλευτική πολλαπλών ταχυτήτων και ανομοιογενούς δυναμικής. Πως είναι λοιπόν δυνατόν με τόσα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης να αναπτυχθεί κοινή γλώσσα επικοινωνίας και κατά συνέπεια συνεργασία στο χώρο; Που αρχίζουν και που τελειώνουν τα όρια του νοσηλευτή - τριας;

Συμπερασματικά λοιπόν δεν υπάρχει κοινωνική καταξίωση στο χώρο, όμως δεν υπάρχει ούτε οικονομική. Οι μισθοί, είναι μισθοί πείνας κάτω από τα επιτρεπτά όρια επιβίωσης. Η υπερωριακή απασχόληση πληρώνεται πενιχρά και το επάγγελμα δεν χαρακτηρίζεται καν ανθυγιεινό. Όλα αυτά και άλλα πολλά συνθέτουν μια αρνητική στάση απέναντι στο επάγγελμα και στο χώρο, με αποτέλεσμα να οδηγείται στη σκέψη ο νοσηλευτής - τρια να αλλάξει επάγγελμα.

Η ζοφερή πραγματικότητα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού κάτω από τα πραγματικά όρια ασφάλειας, με πλήρη και ιδιαίτερα επικίνδυνη αντιστοιχία νοσηλευτή - τριας προς άρρωστο, με υπερβολικό φόρτο εργασίας με το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης ήδη καταγεγραμμένο, ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ για την υγεία των νοσηλευτών - τριων παίρνει καθημερινά εφιαλτικότερες διαστάσεις. Να τώρα γιατί δεν αναρωτιόμαστε γιατί ο νοσηλευτής - τρια συχνά σκέφτεται να αλλάξει εργασία με ποσοστό υπερβολικά μεγάλο που φτάνει το **52%**.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- VERA REIFFER <<ΘΕΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ>>, Εκδόσεις Διόπτρα 1994
- Λανάρα Ρ. <<Ηρωισμός και Νοσηλευτική>>
- Μαντέση Αναστασία <<Ψυχανάλυση στο εδώλιο>>
- Ραγιά Α. <<Ψυχιατρική>>, Εκδόσεις Ευνίτης
- Σαχίνη μεθοδολογία της Έρευνας Καρδάση <<Εφαρμογές στο χώρο της υγείας>> Γ' έκδοση
- Σαχίνη Καρδάση. <<Χειρουργική Παθολογική Νοσηλευτική>>, Β' έκδοση 1997
- Κατάκη Δ. Χάρις. <<Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας>>, εκδόσεις Κέδρος

