



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης
του νοσηλευτικού προσωπικού σε δομές
Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας
Φροντίδας Υγείας

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΛ. ΤΕΚΤΟΝΙΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΣΕΠ, 2010



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης
του νοσηλευτικού προσωπικού σε δομές
Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας
Φροντίδας Υγείας

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΛ. ΤΕΚΤΟΝΙΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΣΕΠ, 2010

Στο σύζυγό μου Γιώργο για την υπομονή, τη στήριξη και τη βοήθεια του στην
επίμονη αυτή προσπάθεια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	11
Abstract.....	13
I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	17
2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ.....	21
2.1 Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout).....	21
2.2 Οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	25
2.3 Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	29
2.4 Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης.....	32
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ...	36
3.1 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	36
3.2 Προσωπικοί παράγοντες.....	43
4. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	48
5. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ...	52
5.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο ...	52
5.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικο/διοικητικό επίπεδο.....	56
6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ..	63
7. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ...	68
II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	73
8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ...	75
8.1 Σκοπός της έρευνας ...	75
8.2 Στόχοι της έρευνας ...	75
8.3 Ερευνητικά ερωτήματα ...	75
8.4 Πληθυσμός μελέτης ...	76
8.5 Συλλογή δεδομένων ...	77
8.6 Εργαλεία μέτρησης ...	78
8.7 Στατιστική ανάλυση	79
8.8 Περιορισμοί έρευνας.....	80
9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	82
10. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ...	93

11.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	101
12. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	119
13. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	121
14. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	133

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας Δρα. Καϊτελίδου Δάφνη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για την αμεσότητα της επικοινωνίας της, τις ανεκτίμητες συμβουλές της, την αμέριστη συμπαράστασή της και την ψυχολογική υποστήριξη που μου προσέφερε για την εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης τον Δρ. Βιτούλη Μιχάλη για την πολύτιμη βοήθειά του τόσο κατά τη στατιστική επεξεργασία όσο και κατά την ανάλυση των ευρημάτων της έρευνας

Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω ακόμη τις θερμές μου ευχαριστίες στην συνάδελφό μου κ. Ντούλα Μαρία, προϊσταμένη της χειρουργικής κλινικής του νοσοκομείου Α΄ ΙΚΑ Παναγία καθώς και στην γιατρό κ. Σιδηροπούλου Σοφία, νευρολόγο στην Κύπρο, για την πολύτιμη βοήθειά τους αλλά και για την ψυχολογική στήριξη που μου παρείχαν σε όλη τη διάρκεια της παρούσας μελέτης.

Ακόμη, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στο νοσηλευτικό προσωπικό και γενικά στους συναδέλφους μου που δέχτηκαν να συμμετάσχουν σε αυτή την ερευνητική μου προσπάθεια και για τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσαν. Χωρίς τη συμβολή τους θα ήταν αδύνατη η ολοκλήρωση της συγκεκριμένης μελέτης

Θερμές επίσης ευχαριστίες στην οικογένειά μου για την ανοχή και την υπομονή τους και ιδιαίτερα στον αδερφό μου Δημήτρη, για την πολύτιμη βοήθειά του στη συγκέντρωση της βιβλιογραφίας.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγό μου, Γιώργο Βιτούλη, χωρίς τη βοήθεια και στήριξή του οποίου δε θα ήταν δυνατή η ευόδωση αυτής της προσπάθειας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης που είναι ιδιαίτερα εμφανές στο νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της στρεσογόνου φύσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στις δομές πρωτοβάθμιας (κέντρα υγείας) και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 154 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών, από 14 κέντρα υγείας της Βόρειας Ελλάδας και 264 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών από τρία γενικά νοσοκομεία. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε τόσο το ερωτηματολόγιο MBI της Maslach όσο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας του πληθυσμού μελέτης. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 11.0 και εφαρμόστηκαν παραμετρικές στατιστικές δοκιμασίες μετά από έλεγχο κανονικότητας του πληθυσμού και συγκεκριμένα οι δοκιμασίες t-test και ο έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για το βαθμό συσχέτισης δύο ποσοτικών μεταβλητών, έγινε χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Spearman (r) και για την εύρεση συσχετισμού μεταξύ ανεξάρτητων παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση της γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis).

Διαπιστώθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα κέντρα υγείας κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα. Συγκεκριμένα, το 52,6% των ερωτηθέντων είχε χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, το 47,4% είχε χαμηλή αποπροσωποποίηση και το 36,4% είχε υψηλά προσωπικά επιτεύγματα. Ακόμη, η συναισθηματική εξάντληση βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο σπουδών ($p=0,029$) και το φύλο των νοσηλευτών ($p=0,047$), η αποπροσωποποίηση με το κυκλικό ωράριο ($p=0,054$) και την ηλικία των νοσηλευτών ($p=0,054$) και τα προσωπικά επιτεύγματα με το φύλο (0,049), την οικογενειακή κατάσταση (0,052) και το ωράριο εργασίας των νοσηλευτών (0,048). Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στα νοσοκομεία εμφανίζουν μεγαλύτερη

συναισθηματική εξάντληση από τους νοσηλευτές που εργάζονται στα κέντρα υγείας ($p < 0,001$).

Τέλος, σε γενικές γραμμές, από τα ευρήματα προκύπτει ότι οι διάφοροι παράγοντες όπως το ωράριο εργασίας, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία και το επίπεδο σπουδών των νοσηλευτών σχετίζονται με την ανάπτυξη του συνδρόμου στους νοσηλευτές που εργάζονται στα κέντρα υγείας.

ABSTRACT

The burnout syndrome is particularly evident in nurses, due to the stressful nature of the health care profession. The main purpose of this study, is to investigate the level of burnout in nurses working in primary health care structures (health centers) and outpatient departments of three public hospitals.

The study population consisted of 154 nurses and assistant nurses from 14 health centers and 264 nurses and assistant nurses from three general hospitals. An anonymous and self administered questionnaire was used that included both the MBI Maslach questionnaire, questions about the demographic characteristics and the working conditions. SPSS 11.0 was used for the statistical analysis, and parametric statistical tests were applied after checking the normality of the population and specific tests t-test and control variance analysis (ANOVA). In order to explore the degree of association between two quantitative variables, we used the correlation coefficient of Spearman (r) and in order to find out a correlation between independent factors, we used linear regression analysis.

The level of nursing staff burnout in health centers, was moderate. Specifically, the 52.6% of respondents had low emotional exhaustion, the 47.4% had low depersonalization and 36.4% had high personal achievements. Emotional exhaustion was found to be significantly correlated with educational level ($p=0,029$) and gender of nurses ($p=0,047$), the depersonalization with the working schedule (morning shifts only or shift work) ($p=0,054$) and age of the respondents ($p=0,054$) and personal achievements with the gender ($0,049$), marital status ($0,052$) and working shifts ($0,048$). In addition, we found out that the nurses working in hospitals, have greater emotional exhaustion than the nurses working in health centers ($p<0,001$).

Finally, according to the findings, factors such as working shifts, sex, marital status, age and educational level of nurses, seem to be generally associated with the appearance of the syndrome.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, αντικείμενο της έρευνας όλο και περισσότερο γίνεται η επαγγελματική εξουθένωση (burnout), μια που έχει πλήρως αναγνωριστεί η σημασία της και οι επιπτώσεις που αυτή επιφέρει στον εργαζόμενο, στην οικονομία και γενικότερα στη λειτουργία ενός οργανισμού (Maslach & Leiter, 1997).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης και συνδέεται άμεσα με το επαγγελματικό άγχος και την επαγγελματική ικανοποίηση του εργαζομένου (Κάντας, 1995). Συγκαταλέγεται δε, στα τέσσερα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα που σχετίζονται με την προσφορά εργασίας στην Ευρώπη (Merllie & Paoli, 2001).

Ειδικότερα, η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο εργασίας μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του εργαζομένου, έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο της επαγγελματικής του ικανοποίησης και μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Kalliath & Morris, 2002, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να επηρεάσει κάθε εργαζόμενο, είναι όμως περισσότερο συχνό σε επαγγέλματα που απαιτούν άμεση και στενή επαφή με τους ανθρώπους όπως είναι τα επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών (δασκάλων, κοινωνικών λειτουργών κ.λ.π.) και τα επαγγέλματα υπηρεσιών υγείας (γιατρών, οδοντιάτρων, νοσηλευτών κ.λ.π.) (Κάντας, 1995, Ιακωβίδης, 1997, Αδαλή, 1999, Jimmieson, 2000, Gabassi et al, 2002, Glasberg et al, 2006).

Ιδιαίτερα η νοσηλευτική, αποτελεί το έβδομο κατά σειρά στρεσογόνο επάγγελμα ανάμεσα σε άλλα εκατόν τριάντα και είναι ένα από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα που πλήττονται σημαντικά από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Buchan, 1995, Μελισσά και συν., 2003, Moustaka & Konstantinidis, 2009, Μισουρίδου, 2009). Για το λόγο αυτό, το νοσηλευτικό προσωπικό είτε εργάζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είτε στην δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια περίθαλψη, αποτελεί ομάδα εργαζομένων εξαιρετικά ευαίσθητη στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, λόγω των υψηλών σωματικών αντοχών που είναι

απαραίτητες και των ψυχολογικών απαιτήσεων της φύσης εργασίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Πατεράκη και συν., 1992, Αδαλή, 1999, Αδαλή και συν., 2000, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Polikandrioti, 2009).

Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για αντικείμενα, και τυχόν λάθη ή παραλείψεις έχουν σοβαρές συνέπειες στην υγεία των ασθενών ή ακόμη και στην ίδια τους τη ζωή. Επιπρόσθετα, ορισμένα χαρακτηριστικά του εργασιακού τους χώρου όπως η συχνή έκθεση στη θλίψη, τον πόνο και το θάνατο, ο φόβος αποτυχίας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, η μειωμένη αναγνώριση του νοσηλευτικού έργου κ.λ.π., λειτουργούν ως καταλύτες για τη εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007, Μπασιούρη, 2007, Μισουρίδου, 2009).

Μέχρι σήμερα, οι περισσότερες μελέτες και ερευνητικές εργασίες για την επαγγελματική εξουθένωση τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς, έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με την Firth-Cozens (1997) το 1/3 των νοσηλευτών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζει συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης από την αρχή κιόλας της σταδιοδρομίας τους ενώ κινδυνεύουν και από την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών. Ακόμη, σύμφωνα με πενταετή έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη, από το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. έδειξε ότι το 37% των νοσηλευτών στην Ελλάδα παρουσιάζει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Παναγοπούλου, 2010).

Ο πιο σημαντικός συντελεστής και το πιο πολύτιμο κεφάλαιο σε κάθε οργανισμό είναι ο ανθρώπινος παράγοντας τόσο για την επίτευξη των στόχων του όσο και για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του (Κουφίδου, 1995, Swansburg, 2002). Στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα για τη σωστή και αποτελεσματική λειτουργία τους, κυρίως λόγω του ρόλου που αυτό διαδραματίζει τόσο στην παραγωγή όσο και στη διανομή των υπηρεσιών υγείας (Σιγάλας, 1999, Swansburg, 2002). Η εμφάνιση όμως του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό, μειώνει την ενεργό συμμετοχή του στην παραγωγική διαδικασία των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να επηρεάζει καθοριστικά την αποτελεσματικότητά του

οργανισμού και το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών του (Leiter et al, 1998).

Για το λόγο αυτό, αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν με το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Βεβαίως, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων προκύπτει ότι ενώ υπάρχει πληθώρα ερευνών που αφορούν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στη δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια περίθαλψη, οι μελέτες που καταγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πολύ περιορισμένη. Κυρίως δε για τα κέντρα υγείας στην Ελλάδα δεν εντοπίστηκε καμία μελέτη στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Το γεγονός αυτό, μαζί με την ενασχόλησή μου τα τελευταία χρόνια ως νοσηλεύτρια στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (κέντρο υγείας), αποτέλεσε την πρόκληση και παράλληλα το κίνητρο για την εκπόνηση της διατριβής αυτής. Έτσι, στην παρούσα διατριβή κατεβλήθη προσπάθεια να διερευνηθεί το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας) αλλά και στις δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Επιπρόσθετα, επιχειρήθηκε η σύγκριση των αποτελεσμάτων των κέντρων υγείας της παρούσας μελέτης με αντίστοιχα αποτελέσματα διεθνών μελετών παρότι η σύγκριση αυτή δεν κρίνεται απόλυτα ορθή. Το πρόβλημα εντοπίζεται στην ανομοιογένεια των συγκρινόμενων πληθυσμών, αφού στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι μελέτες αφορούν σε κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας και όχι σε νοσηλευτές κέντρων υγείας.

Τέλος, η ένδεια συγκριτικών μελετών για την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας-τριτοβάθμιας δομής, αποτέλεσε το έναυσμα για την προσπάθεια εκπόνησης συγκριτικής μελέτης του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα κέντρα υγείας, σε σχέση με το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει δύο μέρη, ένα γενικό και ένα ειδικό.

Αναλυτικότερα, στο γενικό μέρος αναπτύσσεται η έννοια, οι συνιστώσες και τα θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς επίσης και τα εργαλεία μέτρησής της. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι παράγοντες ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι συνέπειες που αυτοί επιφέρουν και τα μέτρα, η εφαρμογή των οποίων μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη και αντιμετώπισή της. Τέλος, σχολιάζεται η εμφάνιση του φαινομένου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα άλλων ερευνών.

Στο ειδικό μέρος αναπτύσσεται η μεθοδολογία και τα χαρακτηριστικά της έρευνας και παρουσιάζονται τα ευρήματα και τα αποτελέσματά της. Τέλος, με αφορμή τα αποτελέσματα αυτά, γίνεται η συζήτηση και διατυπώνονται τα τελικά συμπεράσματα.

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

2.1 Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout)

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρείται ότι είναι η απάντηση σε μια συναισθηματική ένταση, η οποία δημιουργείται εξ αιτίας της συνδιαλλαγής με άλλα άτομα στο χώρο εργασίας (Αδαλή και συν., 2000). Δεν εμφανίζεται ξαφνικά στον εργαζόμενο αλλά αποτελεί ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά, κυρίως λόγω του χρόνιου, έντονου και παρατεταμένου άγχους που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο εργασίας του, ειδικά όταν έρχεται σε επαφή με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα και έχουν την ανάγκη του (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992).

Η επαγγελματική εξουθένωση και το άγχος είναι δύο έννοιες που διαφέρουν μεταξύ τους. Ειδικότερα, αν και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί μια από τις συνέπειες του εργασιακού άγχους, θεωρείται από τους ερευνητές ως μια κατάσταση πολύ πιο σύνθετη, γιατί δε χαρακτηρίζεται μόνο από τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που συνθέτουν το άγχος, αλλά εξαρτάται και από ποικίλες μεταβλητές οι οποίες δρώντας ως καταλύτες συντελούν στο πέρασμα από το άγχος στην επαγγελματική εξουθένωση (Iacovides et al, 1999, Δρίβας, 2002).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Τσίρο και Παπαπέτρου (2008) ενώ ο καθένας μπορεί να βιώσει άγχος σε κάθε τύπο εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να συμβεί μόνο σε εργαζόμενους που μπαίνουν στο επάγγελμα με υψηλούς στόχους, προσδοκίες και κίνητρα, και που περιμένουν να αποκομίσουν μια αίσθηση σημαντικότητας μέσα από την εργασία τους.

Επιπρόσθετα συμβαίνει κυρίως σε επαγγέλματα που συνεπάγονται επαφή με τους ανθρώπους και αναπτύσσεται λόγω των συναισθηματικών απαιτήσεων αυτής της αλληλεπίδρασης. Ακόμη, το άγχος μερικές φορές είναι θετικό και βοηθάει τον εργαζόμενο να αποδώσει και να κινηθεί ενώ η εξουθένωση είναι πάντα αρνητική (Φατούρου & Παπαθανασίου, 2008).

Έτσι, αν και είναι δύο συναφείς καταστάσεις (επηρεάζουν ταυτόχρονα η μία την άλλη), δεν είναι όμως και ταυτόσημες, ενώ τα όριά τους είναι ασαφή και συχνά επικαλυπτόμενα (Iacovides et al, 2001, Μπελλάλη και συν., 2007, Shirom & Melamed, 2008, Τσίρος & Παπαπέτρου, 2008). Σύμφωνα με την Maslach (1982), η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να εκληφθεί και ως τύπος εργασιακού άγχους.

Ακόμη, η επαγγελματική εξουθένωση διαφέρει εννοιολογικά από την κατάθλιψη (Iacovides et al, 1999, Bakker et al, 2000, Iacovides et al, 2001, Shirom & Melamed, 2008) και το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (Διομήδους και συν., 2009). Ειδικότερα, η κατάθλιψη ορίζεται σαν μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση της ενέργειας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται περισσότερο από εργασιακούς παράγοντες και αν και τα άτομα βιώνουν παρόμοια μείωση της ενέργειάς τους, δε σημαίνει υποχρεωτικά ότι γενικεύεται η μείωση αυτή και σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Επιπρόσθετα, η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί στην κατάθλιψη, χωρίς να ισχύει η αντίστροφη σχέση (η κατάθλιψη μπορεί να συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση) (Iacovides et al, 2001, Παπαστυλιανού & Πολυχρονόπουλου, 2007).

Ακόμη, η επαγγελματική εξουθένωση διαφέρει από το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης (υποτροπιάζουσα κόπωση που διαρκεί έξι μήνες ή περισσότερο και προκαλεί σημαντική μείωση των δραστηριοτήτων του ατόμου σε κοινωνικό, πνευματικό και προσωπικό επίπεδο) αν και η αιτιολογία τους παρουσιάζει πολλά κοινά σημεία. Εκδηλώνεται ωστόσο με διαφορετικά συμπτώματα από ότι το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης που χαρακτηρίζεται κυρίως από σωματικά και λιγότερο από ψυχολογικά συμπτώματα (Διομήδους και συν., 2009).

Σύμφωνα με τους Shirom & Melamed (2008), τα πρώτα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιθανότερο να συνοδεύονται από αυξημένο επαγγελματικό άγχος από ότι τα πιο προχωρημένα στάδια τα οποία μπορεί να συνοδεύονται από καταθλιπτική συμπτωματολογία. Επίσης, σύμφωνα πάντα με τους ίδιους μελετητές, οι εργαζόμενοι που έχουν τις υψηλότερες βαθμολογίες στις μετρήσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, πρέπει να παρακολουθούνται για πιθανή εμφάνιση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης.

Με βάση τα παραπάνω, η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) διαφέρει εννοιολογικά από το άγχος, την κατάθλιψη και το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης, έννοιες ωστόσο που συχνά συγχέονται. Δεδομένου ότι η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολυδιάστατη και έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τους ερευνητές, στη συνέχεια επιδιώκεται η εννοιολογική προσέγγισή της μέσα από τους διαφορετικούς ορισμούς της.

Η ετυμολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης, “ Burnout”, στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον, μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Bakker et al, 2000, Maslach et al, 2001).

Ο όρος Burnout προέρχεται από την αθλητική αργκό της δεκαετίας του '30 στις ΗΠΑ και περιέγραφε εκείνους τους αθλητές που μετά από μεγάλες επιδόσεις, δεν μπορούσαν πλέον να προσφέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα σε αγωνιστικό επίπεδο (Δρίβας, 2002).

Ωστόσο, η πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης έγινε στα μέσα της δεκαετίας του '70 από τον ψυχολόγο Herbert Freudenberger (1974), για να περιγράψει ένα σύνολο συμπτωμάτων εξουθένωσης που παρατήρησε σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους.

Από τότε μέχρι σήμερα πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να ερμηνεύσουν, να αποσαφηνίσουν και να περιγράψουν το φαινόμενο αυτό, προσδιορίζοντας αντίστοιχα και τον ορισμό του (Enzmann, 2008). Παρά το γεγονός όμως ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σήμερα ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την περιγραφή της. Έτσι, στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2.1.1) γίνεται μια σύντομη αναφορά σε ορισμένους ερευνητές και στους ορισμούς που αυτοί διατύπωσαν για την επαγγελματική εξουθένωση.

Πίνακας 2.1.1: Ορισμοί της επαγγελματικής εξουθένωσης από διάφορους ερευνητές

Ερευνητές	Ορισμοί επαγγελματικής εξουθένωσης
Edelwich και Brodsky (1980)	Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στα ιδανικά ή στους υψηλούς στόχους του επαγγελματία.
Pines και Aronson (1981)	Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως ένα σύνδρομο σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που έχει σαν αποτέλεσμα την αρνητική στάση του εργαζόμενου στην εργασία του και την έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων απέναντι στους ασθενείς του.
Ceslowitz (1989)	Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται σαν αποτέλεσμα έλλειψης συναδελφικής στήριξης, άγχος που σχετίζεται με την εργασία και προσωπική ανικανότητα διαχείρισης.
Cook (1992)	Η επαγγελματική εξουθένωση είναι το αποτέλεσμα της συναισθηματικής υπερφόρτωσης και της παρεπόμενης συναισθηματικής εξουθένωσης του οργανισμού.

Potter (1998)	Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια διαταραχή του ενδιαφέροντος του εργαζόμενου για την εργασία που καταλήγει σε μια σταδιακή αδυναμία κινητοποίησης των δυνατοτήτων και ικανοτήτων του.
---------------	--

Τέλος, η Christine Maslach έδωσε έναν από τους πιο κατανοητούς και αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης (Lavandero, 1981, Iakovidis et al, 1999, Μπελλάλη και συν., 2007). Η Maslach (1982) ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως τη σωματική και ψυχική εξάντληση του επαγγελματία υγείας, με απώλεια του ενδιαφέροντος και των θετικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς, έλλειψη της ικανοποίησης από την εργασία και την απόδοσή του και δημιουργία αρνητικής εικόνας για τον εαυτό του. Επιπρόσθετα, αναφέρει ότι χαρακτηρίζεται από τρεις βασικές συνιστώσες, όπως περιγράφονται στη συνέχεια.

2.2 Οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι Maslach & Jackson (1986) προσδιόρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο που αποτελείται από τρεις επιμέρους διαστάσεις οι οποίες εμφανίζονται διαδοχικά, καθώς ο βαθμός εξουθένωσης αυξάνεται. Οι διαστάσεις αυτές είναι, η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η αναποτελεσματικότητα (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

Η συναισθηματική εξάντληση. Η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται ότι είναι το πρόδρομο σύμπτωμα (Καρανιάδου και συν., 2006) και το κεντρικό στοιχείο του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναφέρεται δε στο αίσθημα ότι έχει εξαντλήσει κανείς τους συναισθηματικούς του πόρους (Maslach et al, 2001, Glasberg et al, 2006, Shirom & Melamed, 2008).

Αναλυτικότερα, χαρακτηρίζεται από συναισθηματική υπερφόρτωση και ψυχική κόπωση του εργαζόμενου, με αποτέλεσμα να μη διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας του και τα ψυχικά

αποθέματα για να επενδύσει στο χώρο εργασίας του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Polikandrioti, 2009).

Ακόμη, αρκετές φορές συνυπάρχει η αίσθηση των διαψευσμένων προσδοκιών του ατόμου (Maslach, 1982) ενώ έχει βρεθεί ότι η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται και με υψηλά επίπεδα απαιτήσεων που προέρχονται τόσο από το χώρο εργασίας όσο και από τον ίδιο τον εργαζόμενο (Cordes & Dougherty, 1993).

Επιπρόσθετα, στο χώρο της υγείας ο εργαζόμενος νιώθει αδύναμος να βοηθήσει τους ασθενείς του ενώ αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι η εργασία ασκεί καταστρεπτική επίδραση επάνω του και βλέπει με δέος το γεγονός ότι πρέπει να πάει την επόμενη ημέρα στην εργασία του (Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, (Καρανιάδου και συν., 2006, Μουστάκα & Μαλλιαρού, 2008, Polikandrioti, 2009).

Η κατάσταση αυτή οδηγεί προοδευτικά τον επαγγελματία υγείας σε απομάκρυνση από τους ασθενείς του και την εργασία του και στην εμφάνιση της αποπροσωποποίησης (κυνισμός) ως μηχανισμό άμυνας και αντιμετώπισης της ψυχολογικής αυτής δυσφορίας (Καρανιάδου και συν., 2006, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Η αποπροσωποποίηση (κυνισμός). Η αποπροσωποποίηση αντιπροσωπεύει το διαπροσωπικό στοιχείο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al, 2001, Shirom & Melamed, 2008). Αναλυτικότερα, χαρακτηρίζεται από αρνητικές, κυνικές ή εξαιρετικά αποστασιοποιημένες αντιδράσεις του εργαζόμενου απέναντι στα άλλα άτομα του εργασιακού του περιβάλλοντος (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Glasberg et al, 2006, Shirom & Melamed, 2008).

Στο χώρο της υγείας, ο εργαζόμενος απομακρύνεται και αποξενώνεται από τους ασθενείς του ενώ εγκαθιδρύονται απρόσωπες, επιθετικές και κυνικές σχέσεις (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Θεοφίλου, 2009). Επίσης, μεταχειρίζεται τους ασθενείς περισσότερο ως αντικείμενα παρά ως ανθρώπινα όντα (Αδαλή, 1999). Ακόμη, οι αρνητικές

διαθέσεις του εργαζόμενου απέναντι στον ασθενή, εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους, όπως με την αδιαφορία για τις ανάγκες και τις αγωνίες του, με μεγάλα διαλείμματα για να βρísκεται όσο το δυνατό μακριά του για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, αλλά και με την αποτυχία παροχής κατάλληλης φροντίδας υγείας.

Πολλές φορές, ο εργαζόμενος παρουσιάζεται αντικοινωνικός και αγενής, θίγει και ταπεινώνει τους ασθενείς, ασκεί υπερβολική αυστηρότητα ενώ παράλληλα αναφέρεται σε αυτούς όχι με το όνομα τους αλλά με τον αριθμό του δωματίου ή το όνομα του περιστατικού (π.χ. η αμυγδαλεκτομή στο θάλαμο 310). Κάποιες φορές μάλιστα, υιοθετεί την άποψη ότι κατά κάποιο τρόπο οι ασθενείς είναι άξιοι της ταλαιπωρίας που υφίστανται (Ιακωβίδης, 1997, Αδαλή, 1999, Καρανιάδου και συν., 2006, Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008).

Η ανάπτυξη αυτής της απρόσωπης συμπεριφοράς του εργαζομένου απέναντι στους ασθενείς, τον οδηγεί σταδιακά σε αίσθημα ανεπάρκειας, αποτυχίας επίτευξης των στόχων και αναποτελεσματικότητας (Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008).

Η αναποτελεσματικότητα (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων). Η αναποτελεσματικότητα αποτελεί την τρίτη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης και συμπεριλαμβάνει τις αυτοαναφορές μειωμένης αποτελεσματικότητας (αίσθηση μη επαγγελματικής ικανότητας και επιτευγμάτων) και έλλειψης παραγωγικότητας και αποδοτικότητας (Maslach et al, 2001, Shirom & Melamed, 2008).

Αναλυτικότερα, χαρακτηρίζεται από την τάση του εργαζόμενου να αξιολογεί αρνητικά τον εαυτό του, ειδικά σε σχέση με την εργασία του και τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους, προοδευτικά παραιτείται από κάθε προσωπική φιλοδοξία ή επιδιώξεις, αποφεύγει τις επαγγελματικές ευθύνες και επιλέγει αρκετά συχνά μοιρολατρικούς τρόπους αντιμετώπισης των υποχρεώσεών του (Ιακωβίδης, 1997, Καρανιάδου και συν., 2006, Polikandrioti, 2009). Έτσι, μη νιώθοντας ικανοποιημένος από την απόδοσή του (μειώνεται η αυτοεκτίμησή του), παραιτείται από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Αδαλή, 1999, Maslach et al, 2001,) με

αποτέλεσμα να μη μπορεί να αντεπεξέλθει στη πίεση του εργασιακού χώρου (Καρανιάδου και συν., 2006).

Οι τρεις παραπάνω διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, μπορούν είτε να συνυπάρχουν στον εργαζόμενο (Maslach et al, 2001, Shirey, 2006) είτε κάθε διάσταση του συνδρόμου να εξελιχθεί ανεξάρτητα από την άλλη (Shirom & Melamed, 2008). Σύμφωνα με τους Shirom και Melamed (2008), οι εργαζόμενοι που βιώνουν συναισθηματική εξάντληση, δε βιώνουν απαραίτητα κάποια από τις άλλες δύο διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ σύμφωνα με τους Onder και Basim (2008) οι εργαζόμενοι που βιώνουν ανεβασμένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης ή αποπροσωποποίησης δεν βιώνουν απαραίτητα χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Ακόμη, υπάρχει διαφωνία μεταξύ των ερευνητών όσον αφορά την ακολουθία του συνδρόμου (Καρανιάδου και συν, 2006). Έτσι, σύμφωνα με τους Maslach και Jackson (1986) και Cordes και Dougherty (1993), η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης που οδηγεί τον εργαζόμενο στην αποπροσωποποίηση και στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ενώ σύμφωνα με τους Golembiewski & Munzenrider et al (1986) και Δρίβα (2002), η αποπροσωποποίηση είναι ένας αμυντικός μηχανισμός που προηγείται των άλλων δύο.

Επιπρόσθετα, για τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να ισχύει είτε η ταυτόχρονη ανάπτυξη των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης είτε να προηγείται η συναισθηματική εξάντληση και να ακολουθεί η αποπροσωποποίηση (Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006).

Διαφωνία ωστόσο, δεν υπάρχει μόνο μεταξύ των μελετητών όσον αφορά την ακολουθία των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και ως προς τα θεωρητικά μοντέλα που προσπαθούν να εξηγήσουν το σύνδρομο αυτό.

2.3 Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα που αναπτύχθηκαν κατά καιρούς, επιδιώκουν να ερμηνεύσουν και να διευκρινίσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, λαμβάνοντας υπόψη τη συμβολή τόσο ατομικών όσο και περιβαλλοντικών παραγόντων (Vachon, 1987). Ειδικότερα, μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες ενώ άλλοι τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Θεοφίλου, 2009).

Ανεξάρτητα από τη διαφορετική προσέγγιση των θεωρητικών αυτών μοντέλων, η επαγγελματική εξουθένωση υποδηλώνει την απώλεια του ενδιαφέροντος του εργαζομένου για τη φύση και το χώρο της εργασίας, η οποία καταλήγει σε διαταραχή των εργασιακών και κοινωνικών σχέσεων (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Στη συνέχεια περιγράφονται ορισμένα θεωρητικά μοντέλα που προτάθηκαν για την ερμηνεία και την κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τα οποία διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους.

2.3.1 Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια χρόνια διαδικασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και χαρακτηρίζεται από τέσσερα στάδια. Πιο συγκεκριμένα:

Κατά το στάδιο του ενθουσιασμού, ο εργαζόμενος πρωτοεισέρχεται στο χώρο εργασίας του με ενθουσιασμό, με υπερβολικά υψηλούς στόχους, συνήθως ανέφικτους και συχνά με μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, από τους συναδέλφους, από τις συνθήκες εργασίας και από τους δέκτες των υπηρεσιών του. Επιπρόσθετα, επενδύει στην εργασία του αφιερώνοντας πολύ χρόνο και ενέργεια, η δουλειά του γίνεται προτεραιότητα στη ζωή του και προσδοκά να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή μέσα από αυτή.

Κατά το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας, ο εργαζόμενος αρχίζει σταδιακά να διαπιστώνει ότι ενώ αφιερώνει πολλές ώρες στην εργασία του, αυτή ούτε ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ούτε μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του. Έτσι, αρχικά μπαίνει σε μια διαδικασία εσωτερικής αναζήτησης των αιτιών της απογοήτευσης που νιώθει, αρχίζει να αναρωτιέται μήπως ο ίδιος φταίει για την αποτυχία και για το λόγο αυτό δουλεύει σκληρότερα ενώ παράλληλα παρακολουθεί σεμινάρια, συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης, προσπαθώντας έτσι να καλύψει το κενό και την απογοήτευσή του. Στη συνέχεια όμως, αρχίζει να αναζητά τις αιτίες της απογοήτευσής του μέσα στο εργασιακό του περιβάλλον το οποίο σταδιακά από-ιδανικοποιεί, χωρίς όμως να μειώνει τις παράλογες προσδοκίες του. Ζητήματα που δεν τον απασχολούσαν στο παρελθόν όπως το μισθοδοτικό, το εξουθενωτικό ωράριο κ.λ.π. αρχίζουν να προβάλλουν ως σημαντικά.

Κατά το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαιώσης, ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι η εργασία του είναι εξαιρετικά στρεσογόνα και η οποιαδήποτε προσφορά του μάταιη και δεν αντλεί την ικανοποίηση που προσδοκούσε. Αναρωτιέται λοιπόν αν αξίζει να παραμείνει στη συγκεκριμένη εργασία όπου οι προσωπικές του ανάγκες δεν έχουν ικανοποιηθεί και οι προσδοκίες του δεν έχουν εκπληρωθεί και απογοητεύεται. Η απογοήτευση αυτή τον οδηγεί είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους και τις υπερβολικές προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από το εργασιακό του, από την πηγή δηλαδή του στρες.

Τέλος, κατά το στάδιο της απάθειας, ο εργαζόμενος δεν ενδιαφέρεται πλέον για τον εργασιακό του χώρο, καταναλώνει ελάχιστες ώρες και ενέργεια στη δουλειά του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, αγνοεί και αδιαφορεί για τις ανάγκες τους (για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντί τους) και διατηρεί τη συγκεκριμένη θέση εργασίας, καθαρά και μόνο για βιοποριστικούς λόγους.

2.3.2 Το μοντέλο του Cherniss

Σύμφωνα με τον Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα «συμβάν» και χαρακτηρίζεται από τρεις φάσεις. Πιο συγκεκριμένα:

Η φάση του «εργασιακού στρες», δημιουργείται όταν οι προσωπικοί στόχοι των εργαζόμενων και τα αιτήματα του εργασιακού χώρου, δε μπορούν να υλοποιηθούν, λόγω μη διαθεσιμότητας των πόρων. Ειδικότερα, το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους, στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου. Η διατάραξη αυτής της ισορροπίας μπορεί σε συμβεί σε κάθε εργαζόμενο, χωρίς όμως να συντελέσει απαραίτητα και στην εμφάνιση του συνδρόμου.

Η φάση της «εξάντλησης» είναι ουσιαστικά μια συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διαταραχή της ισορροπίας, κατά την οποία ο εργαζόμενος εκδηλώνει συναισθηματική εξάντληση, απάθεια, κόπωση, ανία, έλλειψη ενδιαφέροντος και βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης, η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

Η φάση της «αμυντικής κατάληξης» εκδηλώνεται με αλλαγή στη στάση και στη συμπεριφορά του εργαζόμενου. Ειδικότερα, ο εργαζόμενος εμφανίζει συμπτώματα κυνισμού και απάθειας απέναντι στους άλλους. Τα συμπτώματα όμως αυτά είναι ικανά να συμβάλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, καθώς ο εργαζόμενος ελπίζει ότι με αυτό τον τρόπο θα καταφέρει να επιβιώσει επαγγελματικά.

2.3.3 Το μοντέλο της Pines

Σύμφωνα με το μοντέλο της Pines, η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται ύστερα από τη μακροχρόνια έκθεση του εργαζόμενου σε συναισθηματικά απαιτητικές εργασιακές συνθήκες. Ειδικότερα, οι συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας αποτελούν και τον καθοριστικό παράγοντα που προσδιορίζει κατά πόσο ένας εργαζόμενος θα βιώσει επαγγελματική εξουθένωση ή θα αποδώσει στην εργασία

του. Σε περίπτωση που εμφανίσει το σύνδρομο, αυτό εκδηλώνεται σαν μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης (Pines & Aronson, 1988). Ακόμη, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η επαγγελματική εξουθένωση δεν περιορίζεται μόνο στους επαγγελματίες υγείας αλλά απαντάται και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993). Επιπρόσθετα, η μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα πάντα με την Pines, απεμπλέκεται από τη συνεμφάνισή της με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζεται ως μια μονοδιάστατη έννοια, ικανή να αξιολογηθεί από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

Ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτυπώνεται με βάση συγκεκριμένες κλίμακες μέτρησης και η μέτρησή της βασίζεται στη χρησιμοποίηση τυποποιημένων ερωτηματολογίων.

2.4 Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης

Με τη χρήση των διαθέσιμων εργαλείων μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (τυποποιημένα ερωτηματολόγια), κατέστη εφικτό να μελετηθεί συστηματικά και να καταγραφεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης διεθνώς (Παπά και συν., 2008).

Στην πλειοψηφία των μελετών, η επαγγελματική εξουθένωση που αποτελεί και την εξαρτημένη μεταβλητή, αξιολογείται είτε με τη χρήση του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI) είτε με την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας της Jones (Staff Burnout Scale for Health Professionals- S.B.S.- H.P) (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Παπά και συν., 2008).

Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI), είναι ένα ερωτηματολόγιο

αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και μετρά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη επιτευγμάτων (Maslach & Jackson, 1986, Σταλίκας και συν., 2002). Το ερωτηματολόγιο MBI επισυνάπτεται στο παράρτημα (σελ.133).

Ο παράγοντας της συναισθηματικής εξάντλησης (ερωτήσεις 1,2,3,6,8,13,14,16,20), εκτιμά τη συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και κατάπτωσης λόγω της δουλειάς, ο παράγοντας της αποπροσωποποίησης (ερωτήσεις 5,10,11,15,22), αντανακλά τις αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών και ο παράγοντας των προσωπικών επιτευγμάτων (ερωτήσεις 4,7,9,12,17,18,19,21), μετράει την αίσθηση επάρκειας, αποδοτικότητας και πραγματοποίησης επιτευγμάτων στον επαγγελματικό τομέα.

Υψηλές τιμές στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλές τιμές στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων, φανερώνουν αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους, η οποία θεωρείται ως μία συνεχής μεταβλητή και όχι ως διχοτομική που είναι παρούσα ή απύουσα, έτσι όπως το εν λόγω ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στα ελληνικά και σταθμίστηκε, από τους Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1992 (πίνακας 2.4.1).

Πίνακας 2.4.1 : Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική Εξάντληση	≤ 20	21 – 30	≥ 31
Αποπροσωποποίηση	≤ 5	6 – 10	≥ 11
Προσωπικά επιτεύγματα	≥ 42	41 - 36	≤ 35

Πηγή : Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1992

Τα ερωτήματα στο ερωτηματολόγιο αυτό, διατυπώνονται σαν δηλώσεις των συναισθημάτων που σχετίζονται με την εργασία (Leiter & Maslach, 2008) και οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δίδονται με βάση τη συχνότητα που αισθάνονται ότι τους συμβαίνει ένα από αυτά τα συναισθήματα (π.χ. νιώθω εξουθενωμένος από τη δουλειά μου κ.λ.π), σε μια επταβάθμια κλίμακα Likert, από το 0 (ποτέ), έως και το 6 (κάθε μέρα).

Είναι σημαντικό να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (και οι 22 ερωτήσεις) για να είναι δυνατή η διεξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων. Κάθε υποκλίμακα θεωρείται διαφορετική και γι αυτό τα αποτελέσματα εξετάζονται χωριστά και δε συνυπολογίζονται (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Σταλίκας και συν., 2002, Παπαστυλιανού & Πολυχρονόπουλος, 2007).

Για να ελαχιστοποιηθούν τα σφάλματα στις απαντήσεις, οι Maslach και Jackson (1986) προτείνουν ανώνυμη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, να συμπληρώνονται όλες οι ερωτήσεις, και οι συμμετέχοντες αφενός να ενημερώνονται ότι το ερωτηματολόγιο μετράει στάσεις απέναντι σε εργασιακά ζητήματα και αφετέρου να έχουν κατανοήσει τις οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Το MBI είναι ένα από τα πρώτα επιστημονικά επικυρωμένα όργανα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην επιστημονική έρευνα, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε πολλές χώρες του κόσμου, κυρίως στους επαγγελματίες υγείας (Shirom & Melamed, 2008). Μια εξέλιξη του MBI ερωτηματολογίου, αποτελεί το MBI- GS (Maslach Burnout Inventory-General Scale) ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 16 ερωτήσεις και αξιολογεί την επαγγελματική εξουθένωση όλων των επαγγελματικών κλάδων και όχι μόνο τον κλάδο των ανθρώπινων υπηρεσιών (Leiter & Maslach, 2008).

Η κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας της Jones (Staff Burnout Scale for Health Professionals- S.B.S.- H.P), είναι ένα ακόμη εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης το οποίο μετράει τις ψυχολογικές εκδηλώσεις, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς και τις οργανικές παραμέτρους του συνδρόμου, μέσα από 30 ερωτήσεις, η βαθμολογία των οποίων κυμαίνεται από το 20 (απουσία επαγγελματικής εξουθένωσης), έως το 140 (εντονότατος βαθμός

επαγγελματικής εξουθένωσης). Είκοσι από τις τριάντα ερωτήσεις αποτελούν την κύρια κλίμακα, ενώ οι δέκα ερωτήσεις αποτελούν την υποκλίμακα ψεύδους (Jones, 1980).

Τέλος, σύμφωνα με τους Shirom & Melamed (2008), υπάρχουν και άλλα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματική εξουθένωσης όπως είναι το BM- Burnout Measure των Pines et al., το Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) τα οποία αποτελούν μονοδιάστατα όργανα μέτρησης και δίνουν μία μόνο σύνθετη βαθμολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης, πράγμα που γεννά αμφιβολίες για το αν η βαθμολογία αυτή αντιπροσωπεύει την επαγγελματική εξουθένωση.

3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης προκαλεί η δυναμική αλληλεπίδραση δύο μεγάλων κατηγοριών παραγόντων, των περιβαλλοντικών και των προσωπικών (Lavandero, 1981, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Ιακωβίδης, 1997, Χωραττάς & Παπασταύρου, 2005, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Ειδικότερα, οι περισσότεροι μελετητές αναζητούν τα αίτια της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στην αλληλεπίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων, με τα χαρακτηριστικά του εργασιακού τους περιβάλλοντος (Vachon, 1987, Μεταλληνού, 2000, Αντωνίου, 2008, Polikandrioti, 2009).

3.1 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, δε σχετίζονται τόσο με το επάγγελμα αυτό καθ' εαυτό, αλλά αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο αυτό εκτελείται στα πλαίσια της συγκεκριμένης θέσης, με τις συνθήκες, με τα καθημερινά καθήκοντα κ.λ.π. Αφορούν, επομένως, στο περιέχον πλαίσιο της εργασίας με το οποίο άλλωστε συνδέονται περισσότερο και οι αρνητικές τάσεις του ατόμου (Fontana, 1993, Φατούρου & Παπαθανασίου, 2008).

3.1.1 Το εργασιακό περιβάλλον

Το εργασιακό περιβάλλον φαίνεται ότι συμβάλλει έντονα στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, περισσότερο από ότι οι προσωπικοί και οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες (Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Αντωνίου, 2008). Ειδικότερα, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά στο εργασιακό περιβάλλον που ευθύνονται για την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης και που διαφοροποιούν το βαθμό ανάπτυξης του συνδρόμου, για κάθε εργασιακό χώρο (Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Καρανιάδου και συν., 2006). Πιο συγκεκριμένα, στα χαρακτηριστικά αυτά συμπεριλαμβάνονται ο φόρτος εργασίας, η ασάφεια και η σύγκρουση των ρόλων, οι

διάφοροι βλαπτικοί παράγοντες, το συνεχές κυκλικό ωράριο, οι χαμηλές οικονομικές αμοιβές και οι ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας.

α) Ο φόρτος εργασίας, κοινό στοιχείο στους περισσότερους εργασιακούς χώρους, αποτελεί συχνή αιτία ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Ceslowitz, 1989, Cordes & Dougherty, 1993, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Weber & Reinhard, 2000, Αδαλή και συν., 2000, Bakker et al, 2000, Gillespie & Melby, 2003, McVicar, 2003, Davies, 2008, Polikandrioti, 2009).

Για τους εργαζόμενους, φόρτος εργασίας μπορεί να σημαίνει είτε ότι έχουν να κάνουν πολλή δουλειά σε πολύ λίγο χρόνο είτε ότι η δουλειά που πρέπει να φέρουν σε πέρας είναι πολύ δύσκολη για αυτόν. Το αν θα οδηγήσει σε σωματικές ή συναισθηματικές αντιδράσεις, εξαρτάται από την ικανότητα του εργαζόμενου να αντιμετωπίσει το άγχος που προκαλεί ο φόρτος αυτός (Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Shirey, 2006).

Για το νοσηλευτικό προσωπικό, φόρτος εργασίας σημαίνει ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών θα πρέπει να εξυπηρετηθεί σωστά και χωρίς το παραμικρό λάθος που θα μπορούσε να είναι μοιραίο για τη ζωή τους, μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα και από μικρό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, λόγω έλλειψης προσωπικού (Maslach & Jackson, 1986, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004).

Το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού έχει επίσης σαν αποτέλεσμα, το νοσηλευτικό προσωπικό να μην έχει την ευκαιρία για τα καθιερωμένα διαλείμματα, απαραίτητη προϋπόθεση για την αντίστασή του στο επαγγελματικό άγχος (Lavandero, 1981, Πατεράκη και συν., 1992, Weber & Reinhard, 2000, Davies, 2008).

Επιπρόσθετα, οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών και των οικείων τους που αισθάνονται ότι δικαιούνται περισσότερες υπηρεσίες από όσες τους προσφέρονται, δημιουργούν έντονο άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο καταβάλλει υπεράνθρωπες προσπάθειες για να τις προλάβει και να τις καλύψει όλες με επιτυχία (Gillespie & Melby, 2003, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006). Επικεντρώνεται λοιπόν επιλεκτικά σε κάποια προβλήματα που θεωρεί ότι είναι επείγοντα και πρωτεύοντα (ανεπαρκή φροντίδα ασθενών), προσπαθώντας με αυτό τον τρόπο να ταξινομήσει τις

ανάγκες ανάλογα με τη βαρύτητα και να μειώσει το άγχος και το αίσθημα αποτυχίας και απογοήτευσης που νιώθει (Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004). Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ασθενών που έχει να εξυπηρετήσει το ελάχιστο νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνει (Pines & Kanner, 1982).

Επιπλέον, ο φόρτος εργασίας δημιουργεί προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς δεν υπάρχει χρόνος για κοινωνική επαφή, για θετική ανατροφοδότηση, για ανταλλαγή εμπειριών και για συζήτηση θεμάτων (Pines & Kanner, 1982, Ιακωβίδης, 1997).

β) Η ασάφεια και η σύγκρουση των ρόλων, που καλείται να εκπληρώσει ο εργαζόμενος μέσα από την άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων (Ceslowitz, 1989, Αδαλή, 1999, Αδαλή και συν., 2000, Maslach et al, 2001, Adali & Priami, 2002, Kalliath & Morris, 2002, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Παπαστυλιανού & Πολυχρονόπουλος, 2007, Μουστάκα & Μαλλιαρού, 2008).

Η ασάφεια του ρόλου σχετίζεται με την αβεβαιότητα που νιώθει ο εργαζόμενος όταν δε γνωρίζει ποια είναι τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητές του καθώς επίσης και ποιες είναι οι απαιτήσεις, οι στόχοι και οι προσδοκίες της εργασίας του από τον ίδιο (Fontana, 1993, Κάντας, 1995). Η σύγκρουση των ρόλων υφίσταται όταν διαφορετικά πρόσωπα με τα οποία αλληλοεπιδρά ο εργαζόμενος, έχουν διαφορετικές προσδοκίες και απαιτήσεις από τον ίδιο ή όταν οι απαιτήσεις του ρόλου του παραβαίνουν τις προσωπικές του αξίες (Κάντας, 1995, Davies, 2008).

Το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει ταυτόχρονα πολλούς ρόλους (γραμματειακή υποστήριξη, νοσηλεία και περιποίηση ασθενών, συντήρηση και μεταφορά μηχανημάτων κ.λ.π.) που δεν είναι σαφώς καθορισμένοι (ασάφεια καθηκοντολογίου), καθένας εκ των οποίων εγείρει σημαντικό αριθμό απαιτήσεων. Επιπρόσθετα, εμπλέκεται σε μια αλληλοεξαρτώμενη σχέση με πολλούς επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.λ.π), χωρίς να του επιτρέπεται πολλές φορές να υπερασπιστεί τα επαγγελματικά όριά του. Έτσι η πιθανότητα να εκδηλώσει άγχος και επαγγελματική εξουθένωση είναι αυξημένη, εξαιτίας κυρίως των ασυμβίβαστων απαιτήσεων που επιβάλλουν οι

διαφορετικοί ρόλοι και ευθύνες (Douglass, 1988, Ουζούνη 1999, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Davies, 2008).

γ) Οι διάφοροι βλαπτικοί παράγοντες, στους οποίους καλείται να εργαστεί ο εργαζόμενος (Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Μιχαλοπούλου, 2003, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006).

Διάφοροι βλαπτικοί παράγοντες όπως π.χ. φυσικοί (θόρυβος από τα διάφορα μηχανήματα, ακτινοβολία από ακτίνες X, θερμότητα λόγω έλλειψης κλιματιστικών μηχανημάτων), χημικοί (αναθυμιάσεις διαλυμάτων όπως φορμόλη, αναισθητικά αέρια, αντισηπτικά, ραδιενεργά απόβλητα, παράγοντες καθαρισμού), βιολογικοί (ηπατίτιδα Β και C, HIV, σταφυλόκοκκος, στρεπτόκοκος) και εργονομικοί (ορθοστασία, έλλειψη μέσων προστασίας), επιδρούν στον εργασιακό χώρο του νοσηλευτικού προσωπικού και τον επιφορτίζουν με περισσότερο άγχος και ανασφάλεια, καθώς πολύ εύκολα μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στον οργανισμό του, ενισχύοντας έτσι την εμφάνιση του συνδρόμου (Σουρτζή, 1991, Δρίβας και συν., 1998, Κοπανιτσάνου & Σουρτζή, 2007, Κορομπέλη, 2009).

δ) Το συνεχές κυκλικό ωράριο (Lavadero, 1981, Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Μελισσά και συν., 2003, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Μπελλάλη και συν., 2007).

Το κυκλικό ωράριο εξυπηρετεί μερικούς εργαζόμενους αλλά για τους περισσότερους αποτελεί βασική πηγή άγχους. Ειδικότερα, οι βάρδιες (πρωινή, μεσημεριανή, βραδινή) επηρεάζουν σημαντικά τον κερκάρδιο ρυθμό, ένα έμφυτο σύστημα καθορισμού του κύκλου, ύπνος - εγρήγορση, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αποδοτικότητα του εργαζόμενου, να είναι επιρρεπής στα ατυχήματα και να δημιουργείται άγχος (Fontana, 1993, Κάντας, 1995, Jones, 1999, Μπάκα, 2007).

Οι εναλλαγές της βάρδιας που απαιτεί το νοσηλευτικό επάγγελμα (νοσηλευτική φροντίδα σε εικοσιτετράωρη βάση) και η κατάσταση χρόνιας στέρησης ύπνου (παραμένουν ξάγρυπνοι και σε καλή σωματική και ψυχική κατάσταση σε νυχτερινές βάρδιες) από την οποία υποφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό, οδηγεί σταδιακά στο αίσθημα της κόπωσης και στη μείωση της απόδοσης και της ικανοποίησής τους από

το χώρο της εργασίας τους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση του συνδρόμου. Επιπρόσθετα, η εναλλαγή των διαστημάτων ημέρας – νύχτας, διαταράσσει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή και δραστηριότητα των νοσηλευτών όπως είναι η φροντίδα των παιδιών, οι κοινωνικές επαφές, οι έξοδοι για ψυχαγωγία κ.λ.π., συμβάλλοντας έτσι στην εμφάνιση άγχους, καθώς προσπαθούν να τα προλάβουν όλα μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα (Παικοπούλου & Καλαφάτη, 2005, Κορομπέλη και συν., 2006, Μπάκα, 2007, Κορομπέλη, 2009).

ε) Οι χαμηλές οικονομικές αμοιβές για την εργασία του εργαζόμενου (Ceslowitz, 1989, Maslach et al, 2001, McVicar, 2003, Μπελλάλη, 2005, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008, Μισουρίδου, 2009).

Οι χαμηλές αμοιβές του νοσηλευτικού προσωπικού, σε σχέση με τη δυσκολία και την επικινδυνότητα του επαγγέλματος, δημιουργούν αίσθημα άγχους και ανασφάλειας και προκαλούν τη χαμηλή ικανοποίηση των εργαζόμενων από την εργασία τους, την αδιαφορία για τους ασθενείς τους και τον κίνδυνο εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μπελλάλη, 2005, Φατούρου & Παπαθανασίου, 2008).

στ) Οι ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας (Maslach & Leiter, 1997, Καρανιάδου και συν., 2006, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Polikandrioti, 2009).

Αν και η επαγγελματική εξουθένωση είναι φαινόμενο που μπορεί να παρουσιαστεί σε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό, ανεξάρτητα από τον τομέα απασχόλησης, πρέπει να επισημανθεί ότι η συχνότητα και η ένταση εμφάνισής της ποικίλει από τμήμα σε τμήμα. Συγκεκριμένα, υπάρχουν μονάδες και τμήματα στο χώρο της υγείας με μεγαλύτερο ποσοστό ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μεταλληνού, 2000), όπως είναι οι μονάδες εντατικής θεραπείας και εγκαυμάτων, οι μονάδες περιτοναϊκής κάθαρσης, τα ψυχιατρικά τμήματα, τα τμήματα με ασθενείς που πάσχουν από AIDS, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τα ογκολογικά τμήματα, τα χειρουργεία κ.λ.π. (Lavandero, 1981, Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Ουζούνη, 1999, Gillespie & Melby, 2003, Brooks & Anderson, 2004, Μπελλάλη, 2005, Μπασσιούρη, 2007, Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008, Iglesias et al, 2010). Στους χώρους αυτούς νοσηλεύονται ασθενείς με αυξημένες ανάγκες φροντίδας, υπάρχει ευθύνη για άμεση αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων και ελλοχεύει ο

φόβος για επικείμενο θάνατο του ασθενούς, με αποτέλεσμα το άγχος που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό στους χώρους αυτούς να οδηγεί σταδιακά στην εμφάνιση του συνδρόμου (Ιακωβίδης, 1997, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Davies, 2008).

Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές αμφισβητούν τη συνδρομή αυτών των τμημάτων στην ανάπτυξη του συνδρόμου συγκριτικά με άλλα τμήματα, θεωρώντας ότι ο αυξημένος κίνδυνος για την εμφάνισή του οφείλεται στο καταπιεστικό και αυταρχικό καθεστώς και στις ανταγωνιστικές εργασιακές σχέσεις που διαμορφώνονται μέσα σε αυτό (Ουζούνη, 1999).

3.1.2 Οι εργασιακές σχέσεις

Οι σχέσεις που αναπτύσσονται στο χώρο εργασίας, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανθεκτικότητα ή μη του εργαζόμενου στις αντίξοες συνθήκες εργασίας. Ειδικότερα, οι θετικές διαπροσωπικές εργασιακές σχέσεις εμποδίζουν τη δυσαρέσκεια του εργαζόμενου από την εργασία και τον υποκινούν προς υψηλότερη απόδοση (Λύτρας, 1992, Κουφίδου, 1995, Ευαγγέλου & Θεοδωράτου, 1999). Τις περισσότερες όμως φορές, οι εργασιακές σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού με τους προϊστάμενους, με τους συναδέλφους και τους ασθενείς, δημιουργούν συναισθηματική ένταση και απογοήτευση, με επακόλουθο να αυξάνεται η ευαισθησία των εργαζόμενων στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παπαδημητρίου και συν., 1998, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001).

Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί, ότι η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Μεταλληνού, 2000, Weber & Reinhard, 2000, Μελισά και συν., 2003, Μπασιούρη, 2007), η έλλειψη πρωτοβουλίας ή δημιουργικότητας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Maslach & Leiter, 1997), η μικρή επιρροή των εργαζόμενων στη λήψη αποφάσεων (Maslach & Leiter, 1997, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006), η έλλειψη αυτονομίας (Πατεράκη και συν., 1992, Μουστάκα & Μαλλιαρού, 2008, Παππά και συν., 2008, Μισουρίδου, 2009), η έλλειψη ελέγχου στις εργασιακές συνθήκες (Ιακωβίδης, 1997, Gillespie & Melby, 2003, Παππά και συν., 2008) και η έλλειψη εξέλιξης και ανάπτυξης της σταδιοδρομίας (Ιακωβίδης, 1997, Bakker et al., 2000, Διομήδου και συν., 2009), συμβάλλουν στη μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού

προσωπικού και ενισχύουν σταδιακά την ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επιπλέον, η έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στο προσωπικό και οι διάφορες συγκρούσεις μεταξύ των εργαζόμενων (Ιακωβίδης, 1997, Αδαλή, 1999, Μελισσά και συν., 2003, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Φατούρου & Παπαθανασίου 2008), οι ανταγωνιστικές τους σχέσεις (Πατεράκη και συν., 1992, Ουζούνη, 1999, Διομήδους και συν., 2009), η ενδοσυναδελφική επιθετικότητα (Μισουρίδου, 2009), η αυστηρή κριτική και τα αρνητικά σχόλια του προϊστάμενου (Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004) και η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από τους συναδέλφους και τον προϊστάμενο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Gillespie & Melby, 2003, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007, Μπασιούρη, 2007, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008), αυξάνουν τις πιθανότητες να βιώσει το νοσηλευτικό προσωπικό επαγγελματική εξουθένωση.

Τέλος, τα προβλήματα επικοινωνίας με τους ασθενείς εξαιτίας της συναισθηματικής φόρτισης που νιώθουν λόγω των προβλημάτων υγείας (παθητική στάση ή στάση εξάρτησης των ασθενών, έλλειψη αναγνώρισης) (Πατεράκη και συν., 1992, Ιακωβίδης, 1997, Μπελλάλη και συν., 2007, Μισουρίδου, 2009), η συνεχής επαφή του νοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς που έχουν αβέβαιη πρόγνωση ή βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, ιδιαίτερα όταν οι εργαζόμενοι αποκτούν ενσυναισθητική σχέση με τον ασθενή (Ουζούνη, 1999, Bakker et al, 2000, Καλλέργης, 2000, Adali & Priami, 2002, Davies, 2008, Φατούρου & Παπαθανασίου 2008) και τα προβλήματα προσβολών, απειλών και προσωπικής ασφάλειας (περιστατικά βιαιότητας) από δυσαρεστημένους ασθενείς και συγγενείς (Μαστροκόστας και συν., 2005, Φατούρου & Παπαθανασίου 2008, Polikandrioti, 2009, Κορομπέλη, 2009), δημιουργούν δυσβάστακτο βάρος στο νοσηλευτικό προσωπικό και επιταχύνεται η εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

3.2 Προσωπικοί παράγοντες

Εκτός από τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας, ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να εξαρτάται και από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου, τα οποία σχετίζονται περισσότερο με τον εργαζόμενο ως άτομο και ως προσωπικότητα (Μεταλληνού, 2000, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Καρανιάδου και συν., 2006).

Στα χαρακτηριστικά αυτά, περιλαμβάνονται ο τρόπος που ερμηνεύει και αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος τις πιεστικές καταστάσεις στο χώρο εργασίας του, ο τρόπος χειρισμού του άγχους, τα κίνητρα που τον οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου επαγγέλματος, η εικόνα για τον εαυτό του, οι αξίες του, η αποτυχία στην πραγματοποίηση των ιδανικών του, η ικανότητά του να εκφράζει τα συναισθήματά του και οι προσδοκίες που έχει από τον εαυτό του και τους άλλους (Αδαλή, 1999, Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Αδαλή και συν., 2000, Adali & Priami, 2002, Gillespie & Melby, 2003, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Μπασιούρη, 2007, Davies, 2008).

Οι διαψευσμένες προσδοκίες φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ειδικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό συχνά διακατέχεται από υψηλές προσδοκίες (ανάπτυξη σταδιοδρομίας, αυτονομία στην εργασία, δυνατότητα ελέγχου και ανάληψης πρωτοβουλιών) και θέτει υψηλούς στόχους, συχνά μη ρεαλιστικούς (δυνατότητα επίλυσης όλων των προβλημάτων των ασθενών) που όμως εύκολα διαψεύδονται. Η διάψευση αυτών των προσδοκιών έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία αισθήματος ανικανότητας, επαγγελματικής αποτυχίας, μειωμένης επαγγελματικής ικανότητας και εμφάνισης του συνδρόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Αδαλή, 1999, Weber & Reinhard, 2000).

Επιπρόσθετα, οι φόβοι του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην αρρώστια είτε αυτοί αναδύονται μέσα από την ίδια την ιατρική πράξη (φόβος θεραπευτικής αποτυχίας, πρόκλησης πόνου, αντίδρασης ασθενή ή συνοδών κ.λ.π.) είτε λειτουργούν σε ένα λιγότερο συνειδητό επίπεδο (φόβος θανάτου, έκφρασης συναισθημάτων,

ιεραρχίας κ.λ.π.), πιέζουν συναισθηματικά τους εργαζόμενους και τους κάνουν ευάλωτους στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Αναγνωστόπουλος & Ιακωβίδης, 1993, Μεταλληνού, 2000, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζόμενου (τύπος Α και τύπος Β), αποτελεί ένα ακόμη σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι που ανήκουν στον τύπο προσωπικότητας Α (ανταγωνιστικοί, φιλόδοξοι, με υψηλούς εξωπραγματικούς στόχους, με πολλές ευθύνες και υπερβολικές απαιτήσεις από τους εαυτούς τους, με αυξημένη ανάγκη για άσκηση ελέγχου στην εργασία τους), φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με τους εργαζόμενους που ανήκουν στον τύπο προσωπικότητας Β (ήρεμοι, με αυτοέλεγχο, που δεν προσπαθούν να εντυπωσιάσουν) (Rees & Cooper, 1992, Fontana, 1993, Κάντας, 1995, Lavanco, 1997, Jones, 1999, Davies, 2008).

Αλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συσχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, είναι η ανθεκτικότητα που εμφανίζουν ορισμένοι εργαζόμενοι στο άγχος (άτομα που έχουν προσωπικότητα τύπου Α και χαμηλό βαθμό ανθεκτικότητας, έχουν πολλές πιθανότητες να παρουσιάσουν το σύνδρομο), η ικανότητα μετατροπής των δύσκολων και αντίξοων καταστάσεων σε πρόκληση παρά σε απειλή ή ανυπέρβλητα εμπόδια, η δυνατότητα διαχείρισης του εργασιακού άγχος και η θετική και δημιουργική αντιμετώπιση της εργασιακής έντασης (Πατεράκη και συν., 1992, Ιακωβίδης, 1994, Κάντας, 1995, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας που ονομάζεται «έδρα ελέγχου», καθορίζει το βαθμό εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναλυτικότερα, τα άτομα που έχουν «εσωτερική έδρα ελέγχου», βλέπουν τον εαυτό τους ως παράγοντα αλλαγής καταστάσεων ενώ τα άτομα που έχουν «εξωτερική έδρα ελέγχου», αποδίδουν τις αλλαγές στην τύχη ή στους άλλους. Οι εργαζόμενοι με «εξωτερική έδρα ελέγχου», περιμένουν παθητικά τις συνέπειες, τείνουν σε αισθήματα απελπισίας και είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου (Rees & Cooper, 1992, Κάντας, 1995, Μελισσά και συν., 2003, Shirey, 2006, Davies, 2008, Greenglass, 2008, Κουτσοδήμου, 2009).

Επίσης, περισσότερο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση είναι οι εργαζόμενοι που συχνά επενδύουν συναισθηματικά στην εργασία τους, η εργασία τους είναι ο κύριος λόγος ύπαρξής τους, η βασική πηγή από την οποία αντλούν την αυτοεκτίμησή τους (πιστεύουν ότι είναι αναντικατάστατοι) ενώ ελάχιστα είναι τα ενδιαφέροντά τους εκτός του χώρου εργασίας τους (Αδαλή, 1999, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Μελισσά και συν., 2003, Αντωνίου, 2008).

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι που συνήθως εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση είναι κατά το πλείστον άτομα εσωστρεφή, σχολαστικά, ευερέθιστα, με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης, με πολλές ώρες εντατικής εργασίας, σε υπερβολικό βαθμό ενθουσιώδη, που διακατέχονται από αμέριστο ιδεαλισμό και με τάση ταύτισης προς τον πάσχοντα συνάνθρωπό τους (Μελισσά και συν., 2003).

Τέλος αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι κοινωνικο-δημογραφικοί αυτοί παράγοντες είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια προυπηρεσίας (Αδαλή, 1999, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Καρανιάδου και συν., 2006, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007, Αντωνίου, 2008).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά το φύλο, δε βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Γυναίκες και άνδρες βρέθηκαν να βιώνουν παρόμοια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με τις γυναίκες όμως να εμφανίζουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση και με μεγαλύτερη συχνότητα από ότι οι άνδρες. Οι άνδρες αντίθετα, βρέθηκε να βιώνουν μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση απέναντι στους χρήστες των υπηρεσιών από ότι οι γυναίκες (Αδαλή, 1999, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Maslach et al, 2001, Shirey, 2006, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Καρανιάδου και συν., 2006).

Η ηλικία αντιθέτως, βρέθηκε να σχετίζεται ισχυρά με την επαγγελματική εξουθένωση. Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται περισσότερο στους νεώτερους σε ηλικία εργαζόμενους, 30-40 ετών, από ότι στους μεγαλύτερους σε ηλικία. Οι νεότεροι εργαζόμενοι συνήθως έχουν μικρότερη επαγγελματική εμπειρία,

λιγότερη σταθερότητα και ωριμότητα και περισσότερες προσδοκίες και για αυτό μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης του συνδρόμου, από ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας και πιο πεπειραμένοι εργαζόμενοι (Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Shirey, 2006, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Καρανιάδου και συν., 2006).

Όμως, και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να συνδέεται ισχυρά με την επαγγελματική εξουθένωση. Ειδικότερα, οι ανύπαντροι (κυρίως άνδρες) εργαζόμενοι, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ οι παντρεμένοι χαμηλότερα και αυτό ίσως γιατί οι παντρεμένοι αφοσιώνονται λιγότερο στην εργασία τους και επενδύουν συναισθηματικά σε άλλους τομείς έξω από αυτήν. Επίσης, οι ανύπαντροι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τους διαζευγμένους (Αδαλή, 1999, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Shirey, 2006, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Κουτσοδήμου, 2009).

Όσον αφορά το επίπεδο της εκπαίδευσης, διαπιστώθηκε αυξητική τάση στην εμφάνιση του συνδρόμου σε εργαζόμενους με υψηλότερο από ότι σε εργαζόμενους με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι αυτοί φαίνεται ότι βιώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και ελάχιστα προσωπικά επιτεύγματα. Η διαφορά αυτή που παρατηρήθηκε ανάμεσα στα επίπεδα εκπαίδευσης, οφείλεται είτε στο ότι αναλαμβάνουν πιο υπεύθυνες και απαιτητικές εργασίες (διευθυντές, προϊστάμενοι, υπεύθυνοι βάρδιας κ.λ.π.) λόγω της υψηλότερης μόρφωσης που έχουν, είτε στο ότι έχουν υψηλότερες επαγγελματικές προσδοκίες και ατομικές φιλοδοξίες που συχνά διαψεύδονται (Maslach et al, 2001, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Κουτσοδήμου, 2009, Διομήδους και συν. 2009).

Τέλος, όσον αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας, βρέθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστεί σε εργαζόμενους με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας. Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι με μικρή προϋπηρεσία, βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, από ότι οι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη εμπειρία (Αδαλή, 1999, Shirey, 2006, Κουτσοδήμου, 2009).

Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές, αμφισβητούν κατά πόσο τα κοινωνικά,- δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών έχουν επίδραση στην ανάπτυξη του συνδρόμου (Αδαλή & Λεμονίδου, 2001) ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει καμία συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές αυτές (Palfine, 2008).

Οποιαδήποτε όμως και αν είναι η αιτία της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, το σημαντικό χαρακτηριστικό της είναι ότι είναι ένα σύνδρομο το οποίο είναι δύσκολο να διαγνωστεί, παρά τις αρνητικές συνέπειες που επιφέρει, μιας που ο εργαζόμενος που υποφέρει από το συγκεκριμένο σύνδρομο, δεν αντιλαμβάνεται ακριβώς τι του συμβαίνει (Μισουρίδου, 2009).

4. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Οι παραπάνω παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, με αρνητικές συνέπειες τόσο στους ίδιους τους εργαζόμενους (διαταραχή φυσικής και ψυχικής ισορροπίας, διαταραχές συμπεριφοράς) όσο και στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (θέματα αποδοτικότητας και εργασιακής ασφάλειας) και στους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Θεοφίλου, 2009).

Σύμφωνα με τον Kahill (1988), οι συνέπειες αυτές κατηγοριοποιούνται σε σωματικές, συναισθηματικές, διαπροσωπικές και σε συνέπειες στάσης και συμπεριφοράς και γίνονται αντιληπτές μέσω διαφόρων συμπτωμάτων (Μπελλάλη και συν., 2007).

Αναλυτικότερα, στις σωματικές συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης συγκαταλέγονται γαστρεντερικά (δυσπεψία, διάρροια, μετεωρισμός), αναπνευστικά (δύσπνοια, ταχύπνοια, κρίσεις άσθματος, βήχας) και δερματολογικά (εφίδρωση, ψωρίαση, κνησμός) προβλήματα, προβλήματα λόγου (τραυλισμός), μυοσκελετικά άλγη (πόννοι στη μέση, στον αυχένα, στην πλάτη), διαταραχές ύπνου ή διατροφής, αλλαγές σωματικού βάρους, πονοκέφαλοι, υπερένταση, ανωμαλία στην έμμηνο ρύση, σεξουαλική δυσλειτουργία (μείωση σεξουαλικής διάθεσης), σωματική κούραση και αδυναμία. Επιπρόσθετα, εμφανίζονται και σοβαρότερα προβλήματα υγείας όπως έλκος, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακές ή άλλες ψυχοσωματικές παθήσεις, μεταβολικό σύνδρομο (ρευματοειδή αρθρίτιδα) (Πατεράκη και συν., 1992, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Kristensen, 1996, Ιακωβίδης, 1997, Tyler & Cushway, 1998, Weber & Reinhard, 2000, Χωραττάς & Παπασταύρου, 2005, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008, Shirom & Melamed, 2008).

Στις συναισθηματικές συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνονται αισθήματα αδυναμίας, ανικανότητας και κατωτερότητας, ανασφάλειας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, απογοήτευσης, αδιαφορίας, ενοχής, θλίψης, καχυποψίας, ευερεθιστότητας και εκρήξεις θυμού, αυξημένης ανησυχίας, έλλειψη υπομονής, προσωπικής αποτυχίας στη δουλειά και συναισθηματικές μεταπτώσεις

(Potter, 1998, Weber & Reinhard, 2000, Maslach et al, 2001, Gillespie & Melby, 2003, Θεοφίλου, 2009, Μισουρίδου, 2009). Τέλος, ο εργαζόμενος που βιώνει επαγγελματική εξουθένωση διακατέχεται από μια υποκειμενική αίσθηση ψυχικής εξάντλησης που συνοδεύεται από άγχος και κατάθλιψη (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Στις διαπροσωπικές συνέπειες, οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου. Ειδικότερα, ο εργαζόμενος που βιώνει επαγγελματική εξουθένωση έχει την τάση να απομακρύνεται από την οικογένεια και τους φίλους του και να μειώνεται το ενδιαφέρον του για κοινωνικές συναναστροφές. Επιπρόσθετα, συνάπτει επιφανειακές σχέσεις με τους συναδέλφους του, απομονώνεται, αποκτά αντιδράσεις αρνητικές ενώ συχνές είναι και οι συγκρούσεις μαζί τους (Αδαλή, 1999, Maslach et al, 2001, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006). Ακόμη, μεταφέρει τα εργασιακά προβλήματα στην οικογένεια και τους φίλους, με επακόλουθο τη δημιουργία έντασης μεταξύ τους (Μιχαλακοπούλου, 2003, Μπελλάλη και συν., 2007).

Η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει τη στάση και τη συμπεριφορά των εργαζόμενων απέναντι στην εργασία τους. Ο εργαζόμενος που βιώνει επαγγελματική εξουθένωση αποκτά αρνητική στάση και συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς και την εργασία του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Αναλυτικότερα, στο χώρο της υγείας, το νοσηλευτικό προσωπικό περιορίζει βαθμιαία την επαφή με τους ασθενείς, παρουσιάζεται πολυάσχολο και μη διαθέσιμο, δίνει σύντομες πληροφορίες ενώ αδιαφορεί για τις ανάγκες τους (Πατεράκη και συν., 1992, Μπασσιούρη, 2007). Έτσι, παρέχει χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες και παρουσιάζει μείωση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητάς του (Φατούρου & Παπαθανασίου, 2008).

Επιπρόσθετα, η παρουσία του συνδρόμου οδηγεί το νοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως περιστατικό ή αριθμό θαλάμου και όχι ως άνθρωπο ενώ συχνά συμπεριφέρεται απότομα, με ψυχρότητα, κυνισμό, ειρωνεία και επιθετικότητα (Μπασσιούρη, 2007, Κουτσοδήμου, 2009). Ακόμη, λόγω αδυναμίας συγκέντρωσης και μνήμης στην εργασία, το προσωπικό δεν παρατηρεί σημαντικές λεπτομέρειες και είναι επιρρεπές σε εσφαλμένες εκτιμήσεις ή ατυχήματα (έχει ανιχνευτεί συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του τραυματισμού των νοσηλευτών από

φλεβοκαθετήρες) (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Μπασιούρη, 2007, Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008).

Άλλοτε πάλι, ο νοσηλευτής αισθάνεται ότι είναι ο μόνος απαραίτητος στο τμήμα και ο μόνος που προσφέρει ουσιαστικό έργο, χαρακτηρίζοντας τους υπόλοιπους εργαζόμενους αδιάφορους ή ασυνεπείς μέσα από μηχανισμούς προβολής (Ιακωβίδης, 1997).

Επίσης, οι εργαζόμενοι που εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση συχνά αργοπορούν ή απουσιάζουν από την εργασία τους (συχνές αναρρωτικές άδειες) (Weber & Reinhard, 2000, Maslach et al, 2001, Μπασιούρη, 2007, Αντωνίου, 2008), διακατέχονται από τάση φυγής (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Polikandrioti, 2009) ή ονειροπόλησης (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992) και υποβάλλουν συχνά την παραίτησή τους (Weber & Reinhard, 2000) λόγω της χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης που νιώθουν από αυτήν (Gillespie & Melby, 2003).

Τέλος, η κατανάλωση οινοπνεύματος, η λήψη φαρμάκων ή και εθιστικών ουσιών, μπορεί να αυξηθούν στους εργαζόμενους με επαγγελματική εξουθένωση (Ιακωβίδης, 1997, Potter, 1998, Weber & Reinhard, 2000, Μιχαλακοπούλου, 2003, Φατούρου & Παπαθανασίου, 2008).

Οι συνέπειες όμως της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεπερνούν τον εργαζόμενο και επεκτείνονται και στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας (Χωραττάς & Παπασταύρου, 2005, Παππά και συν., 2008).

Για τους οργανισμούς, η επαγγελματική εξουθένωση εμπλέκεται σε θέματα εργασιακής ασφάλειας (αυξημένη συχνότητα λαθών, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία), σε θέματα οικονομικού κόστους (αυξημένος χρόνος νοσηλείας ασθενών, αυξημένα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων, υψηλό κόστος αντικατάστασης εργαζομένων λόγω αναρρωτικών αδειών ή ακόμη και παραιτήσεων), σε θέματα στελέχωσης του ανθρώπινου δυναμικού (ανεπάρκεια στελέχωσης, βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζόμενων), σε θέματα ικανοποίησης (χαμηλή ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα) καθώς επίσης και σε θέματα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (μη

ικανοποιητική ποσότητα και χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας) (Rees & Cooper, 1992, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Παππά και συν., 2008, Φατούρου & Παπαθανασίου, 2008).

Παράλληλα, η απροθυμία ανάληψης καθηκόντων και τα μειωμένα επίπεδα συμμετοχής των εργαζόμενων που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση στις ανάγκες του οργανισμού, η αποδιοργάνωση, η απουσία δημιουργικότητας και συλλογικότητας επηρεάζουν την εργασιακή ατμόσφαιρα και έχουν άμεσο αντίκτυπο στην οργανωτική δομή του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (Αδαλή, 1999, Μπελλάλη και συν., 2007).

Τέλος, οι αρνητικές συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο στον εργαζόμενο όσο και στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, επιδρούν στη συνολική αποδοτική λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Παππά και συν., 2008).

Για την αποφυγή των αρνητικών συνεπειών που επιφέρει η επαγγελματική εξουθένωση, θεωρείται επιτακτική η ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισής της, ιδιαίτερα σήμερα που η ενεργοποίηση των ικανοτήτων του προσωπικού, η ικανοποίησή του από το χώρο εργασίας και η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας (Παππά και συν., 2008, Κουτσοδήμου, 2009).

5. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναφέρονται τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικο/διοικητικό επίπεδο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Μεταλληνού, 2000, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Αντωνίου, 2008). Οφείλουν δε να δρουν παράλληλα και έγκαιρα, με στόχο την ελαχιστοποίηση των στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο εργασίας και την ενίσχυση της σωματοψυχικής ισορροπίας των εργαζόμενων (Πατεράκη και συν., 1992). Οι παρεμβάσεις που ακολουθούν αποτελούν εναλλακτικές προτάσεις που χρησιμεύουν ως κατευθυντήριες γραμμές στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

5.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αφορούν τις προσπάθειες που καταβάλει ο ίδιος ο εργαζόμενος προκειμένου να μην εμφανίσει την επαγγελματική εξουθένωση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Κουτσοδήμου, 2009). Σύμφωνα με τους Maslach et al, (2001), οι ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας αν και είναι σχετικά λιγότερο δραστικές στον εργασιακό χώρο (ο εργαζόμενος έχει μικρότερο έλεγχο επάνω σε στρεσογόνους παράγοντες σε σχέση με άλλους τομείς της ζωής του), έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για ποικίλους λόγους, όπως το ότι είναι ευκολότερο και φθηνότερο να αλλάξεις ανθρώπους παρά οργανισμούς. Επιπρόσθετα, προϋποθέτει τη συνειδητή απόφαση των εργαζόμενων για αλλαγή της κατάστασης, για ανάπτυξη μιας στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτηση του ελέγχου της ζωής τους (Μισουρίδου, 2009). Οι ατομικές παρεμβάσεις παρουσιάζονται στη συνέχεια.

α) Έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης (Μπελλάλη, 1998, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Φατούρου & Παπαθανασίου, 2008). Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων σηματοδοτεί την ενασχόληση του εργαζόμενου με τον εαυτό του και τον προστατεύει από την εμφάνιση του συνδρόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995,

Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Βέβαια αυτό προϋποθέτει την ενημέρωση του εργαζόμενου πάνω σε θέματα επαγγελματικής εξουθένωσης ώστε να γίνει εφικτή η αναγνώριση των συμπτωμάτων.

Σύμφωνα με τους Πατεράκη και συν., (1992), όταν αρχίσουν να εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα, χρειάζεται να γίνουν μερικές αλλαγές στον τρόπο που ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται και προσφέρει τις υπηρεσίες του. Συχνά όμως, το νοσηλευτικό προσωπικό αγνοεί τα προειδοποιητικά συμπτώματα επειδή έχει συνηθίσει να φροντίζει τους ασθενείς και όχι τους εαυτούς τους (Μπασσιούρη, 2007), με αποτέλεσμα να συνειδητοποιεί το πρόβλημά του όταν εμφανίζει κάποια σοβαρή οργανική διαταραχή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

β) Επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Αδαλή, 1999, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008). Ο εργαζόμενος έχει κάποιους προσωπικούς στόχους και προσδοκίες από το χώρο εργασίας του. Η αναθεώρηση και ο επαναπροσδιορισμός μερικών από αυτούς, ιδίως όταν δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία και στην αποτροπή της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Οι στόχοι αυτοί όμως θα πρέπει να είναι βραχυπρόθεσμοι, εξειδικευμένοι και ρεαλιστικοί (Αδαλή, 1999).

γ) Αναζήτηση υποστήριξης από οικογένεια, φίλους, συναδέλφους ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Αδαλή, 1999, Maslach et al, 2001, Μπασσιούρη, 2007, Κουτσοδήμου, 2009, Polikandrioti, 2009). Η βοήθεια στα προβλήματα και η υποστήριξη του εργαζόμενου από την οικογένεια, τους φίλους, τους συναδέλφους ή τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τον βοηθούν να αναπτύξει ικανότητες αντιμετώπισης των συναισθηματικών απαιτήσεων στο χώρο εργασίας του και μετριάξει την πιθανότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Αδαλή, 1999, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2008).

Η υποστήριξη σε δύσκολες στιγμές μειώνει το εργασιακό άγχος, τις πιθανότητες να νοσήσει ο εργαζόμενος και λειτουργεί θεραπευτικά μόνο για τα άτομα που την αποδέχονται. Για αυτό κρίνεται πολύ σημαντικό ο εργαζόμενος να αναζητά συχνά και από μόνος του βοήθεια και να μην παραγνωρίζει τις ανάγκες του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Μουστάκα και Μαλλιαρού (2008), όταν οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι το περιβάλλον εργασίας τους είναι υποστηρικτικό, αναπτύσσουν μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Τέλος, η αποτελεσματικότητα της υποστήριξης εξαρτάται τόσο από τη συχνότητα όσο και από την ποιότητά της καθώς επίσης και από τα οργανωμένα υποστηρικτικά δίκτυα στον εργασιακό χώρο που δίνουν δυνατότητες έκφρασης, υποστήριξης και αντιμετώπισης των επερχόμενων εργασιακών προβλημάτων (Μεταλληνού, 2000, Μπασιούρη, 2007).

δ) Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Κουτσοδήμου, 2009, Polikandrioti, 2009). Η δυνατότητα επιλογής μιας συγκεκριμένης θέσης εργασίας από τον ίδιο τον εργαζόμενο δρα ευεργετικά ώστε να μην εμφανιστούν φαινόμενα απογοήτευσης που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην εμφάνιση του συνδρόμου (Ιακωβίδης, 1997).

Αναλυτικότερα, η συμμετοχή του στη διαδικασία επιλογής τμήματος εργασίας, αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου και τον κάνει πιο σίγουρο για τις επαγγελματικές του αποφάσεις (Μεταλληνού, 2000, Maslach et al, 2001, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Ακόμη, τα κίνητρα και το ενδιαφέρον του για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας δρουν θετικά στην απόδοσή του και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων (Πατεράκη και συν.,1992).

Επιπλέον, η αλλαγή χώρου εργασίας αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης και δρα ευεργετικά στον εργαζόμενο όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής αλλά συνοδεύεται από διεργασία αυτογνωσίας, τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων και προσδοκιών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Χωραττάς & Παπασταύρου, 2005).

ε) Συνεχιζόμενη εκπαίδευση (Πατεράκη και συν., 1992, Ιακωβίδης, 1997, Μισουρίδου, 2009). Η νέα τεχνολογία έχει αλλάξει δραματικά τους χώρους εργασίας και ο εργαζόμενος δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να αντεπεξέλθει στις καινούργιες ανάγκες (Fontana, 1993). Η εκπαίδευση παρέχει γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες στον εργαζόμενο για να μπορέσει να εναρμονιστεί με τις νέες απαιτήσεις στο χώρο εργασίας του, να νιώσει ασφαλής (αυτοεκτίμηση) και να εμφανίσει επαγγελματική ικανοποίηση (Πατεράκη και συν., 1992). Ο εργαζόμενος πρέπει να επιλέγει να συμμετέχει σε προγράμματα και σεμινάρια που παρέχουν τις παραπάνω γνώσεις.

Επιπλέον, η εκπαίδευση μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία προκλήσεων και κινήτρων για ανανέωση και προσωπική εξέλιξη αλλά και στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην απόκτηση γνώσεων για πρακτικές αντιμετώπισής της (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2008).

στ) Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (Μεταλληνού, 2000, Maslach et al, 2001, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008,). Η ενασχόληση του εργαζόμενου με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, του παρέχουν τη δυνατότητα να εκτονωθεί, να χαλαρώσει και να ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα της εργασίας του και συνήθως προάγει την επικοινωνία των ατόμων (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Μπατσιούρη, 2007, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Επιπλέον, μεγάλη σημασία έχει, ο προγραμματισμός της ενασχόλησης αυτής να πραγματοποιείται στο μεσοδιάστημα της επιστροφής από την εργασία στο σπίτι για την συναισθηματική εκφόρτιση του εργαζόμενου (Πατεράκη και συν.,1992).

ζ) Διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης του εργαζόμενου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Κουτσοδήμου, 2009). Η σωστή διατροφή, η συστηματική άσκηση, η αποφυγή του καπνίσματος και της υπερβολικής κατανάλωσης καφεΐνης, η επαρκής ανάπαυση και γενικά η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας του εργαζόμενου και στην πρόληψη της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παπαδάτου &

Αναγνωστόπουλος, 1995, Κριάδη, 2000, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006).

η) Χιούμορ (Πατεράκη και συν., 1992, Αδαλή 1999). Σύμφωνα με την Jones (1999), το χιούμορ αποτελεί το καλύτερο αντίδοτο στο άγχος (αμυντικός μηχανισμός) και έχει θεραπευτική επίδραση στη ζωή. Ακόμη, κατά τη διάρκεια του γέλιου εκκρίνονται ενδορφίνες που ευθύνονται για τη δημιουργία ευχαρίστησης στο άτομο και αναμφίβολα λειτουργούν θετικά για τις σωματικές, νοητικές και πνευματικές λειτουργίες του (Παπαδοπούλου, 2000).

Επιπρόσθετα, το χιούμορ επιτρέπει στον εργαζόμενο να ανεχθεί τις δύσκολες καταστάσεις, μειώνοντας τη συναισθηματική ένταση, τον εκνευρισμό και το άγχος του (Πατεράκη και συν., 1992, Αδαλή 1999, Παπαδοπούλου, 2000, Shirey, 2006). Τέλος, η ανακούφιση που προσφέρει το γέλιο αποταμιεύει ικανότητα, αυξάνει την παραγωγικότητα του ατόμου και βοηθάει να προληφθεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παπαδοπούλου, 2000).

5.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο, αφορούν ενέργειες, την ευθύνη των οποίων φέρει η διοίκηση του οργανισμού ή μιας μονάδας του στην οποία ασχολείται ο εργαζόμενος (Μεταλληνού, 2000, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Σύμφωνα με τους Maslach et al, (2001), οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο παίζουν σημαντικότερο ρόλο στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης από ότι οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο. Είναι όμως περισσότερο πολύπλοκες στην εφαρμογή τους και τα μέσα που απαιτούνται είναι συχνά δαπανηρά (Shirom & Melamed, 2008). Οι οργανωτικές/διοικητικές παρεμβάσεις παρουσιάζονται στη συνέχεια.

α) Δημοκρατική διοίκηση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Αδαλή, 1999, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Μπασιούρη, 2007, Αντωνίου, 2008, Polikandrioti, 2009). Ο δημοκρατικός τρόπος διοίκησης συμβάλλει στην πρόληψη και στην

αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναλυτικότερα, ενθαρρύνει τη δυνατότητα συμμετοχής όλων των εργαζόμενων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ενδιαφέρεται για τις απόψεις τους, τους μεταβιβάζει αρμοδιότητες, διευρύνει την υπευθυνότητα και τις πρωτοβουλίες τους ενώ τέλος παρέχει ευκαιρίες συμμετοχής στις διαδικασίες διαμόρφωσης και προσδιορισμού του περιεχομένου της εργασίας, συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της αυτοεκτίμησης και της επαγγελματικής τους ικανοποίησης (Douglass, 1988, Κουφίδου, 1995, Θεοδωράτου, 1999, Swansburg, 2002, Μπελλάλη, 2005, Μπασσιούρη, 2007).

Επιπρόσθετα, προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού και αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, εμπιστοσύνης, κατανόησης και αλληλοϋποστήριξης, βασική προϋπόθεση για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Λύτρας, 1992, Κριάδη, 2000, Μπασσιούρη, 2007).

β) Τοποθέτηση του κατάλληλου εργαζόμενου στην κατάλληλη θέση (Μπασσιούρη, 2007, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Κάθε χώρος εργασίας είναι σημαντικό να θεσπίζει σαφή κριτήρια για την πρόληψη προσωπικού που θεωρεί κατάλληλο να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες λειτουργίας του όπου εκτός από τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την εμπειρία του εργαζόμενου, πρέπει να συνεκτιμώνται διάφοροι ψυχολογικοί (κίνητρα, προσδοκίες, αξίες, φοβίες) και κοινωνικοί παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν την προσαρμογή και την αποδοτικότητα του εργαζόμενου στο χώρο εργασίας καθώς επίσης και την παροχή ποιοτικής φροντίδας των ασθενών (Κριάδη, 2000, Μπασσιούρη, 2007, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό η τοποθέτηση του εργαζόμενου στα διάφορα τμήματα, να γίνεται ανάλογα με την ειδικότητά του (παθολογική, χειρουργική, παιδιατρική κ.λ.π.), για την αξιοποίηση των ειδικότερων γνώσεων και δεξιοτήτων του και την ικανοποίησή του από την υψηλή ποιότητα υπηρεσιών που προσφέρει (Κριάδη, 2000).

γ) Αποσαφήνιση του ρόλου, των καθηκόντων και των υποχρεώσεων του εργαζόμενου (Αδαλή, 1999, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Λαχανά & Κοτρώτσιου 2004, Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008, Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2008). Ο

καθορισμός και η διασφάλιση των επαγγελματικών ορίων και υποχρεώσεών του, προστατεύουν το προσωπικό από αλλότρια καθήκοντα, μετριάζουν την ψυχολογική τους επιβάρυνση και το προφυλάσσουν από την επαγγελματική εξουθένωση (Ουζούνη, 1999)

δ) Πολυμορφία της εργασίας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Αντωνίου, 2008, Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2008). Η πολυμορφία της εργασίας (διδασκαλία, συμμετοχή σε σεμινάρια, ενασχόληση με αρρώστους καλής πρόγνωσης), συμβάλλει σημαντικά στην επαγγελματική ικανοποίηση του εργαζόμενου, κυρίως σε χώρους όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο (μονάδες εντατικής θεραπείας, τμήματα επειγόντων περιστατικών κ.λ.π) και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζόμενους. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Κριάδη, 2000). Επιπρόσθετα, βοηθάει να μειωθεί η μονοτονία και να αποφευχθεί η ρουτίνα (Πατεράκη και συν., 1992, Μπατσούρη, 2007).

Ακόμη, η διεύρυνση (εκούσια εναλλαγή των εργασιακών θέσεων, οριζόντια επέκταση μιας εργασιακής θέσης) και ο εμπλουτισμός (εκχώρηση αρμοδιοτήτων που παρέχουν αυτονομία) της εργασίας, μειώνουν την επαναληπτικότητα, καθιστούν ελκυστικότερη την εργασία, αυξάνουν την απόδοση και την ικανοποίηση και αποτελούν τρόπους προστασίας από την επαγγελματική εξουθένωση (Κουφίδου, 1995, Θεοδωράτου, 1999, Σπυράκη και συν., 2005, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006).

ε) Θετική ενίσχυση και υποκίνηση του εργαζόμενου (Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Μπατσιούρη, 2007, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Η θετική ενίσχυση του εργαζόμενου και η παροχή κινήτρων με υλικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αμοιβές όπως οικονομικές απολαβές (επιδόματα, εκπαιδευτικά ταξίδια), διευκολύνσεις στην εργασία (ευέλικτο και ελαστικό ωράριο, άδειες, ρεπό), αντικειμενική αξιολόγηση από τον προϊστάμενο και κυρίως η αναγνώριση της προσφοράς του έργου του (προφορικοί ή γραπτοί έπαινοι, εύφημη μνεία, καθιέρωση του θεσμού του εργαζόμενου της χρονιάς), προάγουν τη θετική συμπεριφορά του εργαζόμενου και βοηθούν στην επίτευξη υψηλής ικανοποίησης και απόδοσής του (Bakker et al, 2000, Swansburg , 2002, Σπυράκη και συν., 2005).

στ) Συνεχιζόμενη εκπαίδευση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Ιακωβίδης, 1997, Weber & Reinhard, 2000, Λαχανά & Κοτρώτσιου 2004, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Θεοφίλου, 2009). Η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του εργαζόμενου, συμβάλλει τόσο στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και ικανοτήτων για τα καινούργια δεδομένα όσο και στην εκμάθηση στρατηγικών επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας (αποτελεσματική διαχείριση ασθενών και επαγγελματικού άγχος) (Ceslowitz, 1989, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Μπασιούρη, 2007).

Είναι σημαντικό λοιπόν, οι οργανισμοί να διοργανώνουν «εντός της υπηρεσίας» ημερίδες και σεμινάρια για τους εργαζόμενους (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2008), να παρέχουν τη δυνατότητα παρακολούθησης στους εργαζόμενους και να αναλαμβάνουν τυχόν έξοδά τους (Σπυράκη και συν., 2005).

ζ) Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης του προσωπικού και ατομικής ή ομαδικής συμβουλευτικής στο χώρο εργασίας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Weber & Reinhard, 2000, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Maslach et al. 2001, Polikandrioti, 2009). Οι ομάδες ψυχολογικής στήριξης του προσωπικού (Ballint) σε σταθερό και επαναλαμβανόμενο πλαίσιο, συμβάλλουν σημαντικά στη πρόληψη και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Ιακωβίδης, 1997).

Αναλυτικότερα, σκοπός των ομάδων αυτών είναι η μείωση του εργασιακού άγχους, η αύξηση του αυτοελέγχου, της αυτογνωσίας και της αυτοεκτίμησης των εργαζόμενων, η αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων, η εκτόνωση της έντασης, η ευκαιρία για συναισθηματική έκφραση (ανησυχίες, φόβοι) καθώς επίσης και η ενίσχυση της επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού, γεγονός που ελαχιστοποιεί την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η εξουθένωση (Πατεράκη και συν., 1992, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Αδαλή, 1999, Κριάδη, 2000, Μπέρκ & Σταθαρού, 2003).

Επιπρόσθετα, η ατομική ή ομαδική συμβουλευτική από ειδικό σύμβουλο στο περιβάλλον εργασίας, βοηθάει τον εργαζόμενο να βελτιώσει την προσωπική του κατάσταση, να αναγνωρίσει και να αξιοποιήσει δημιουργικά τις ικανότητές του για την επίλυση των προβλημάτων τόσο στο χώρο εργασίας του όσο και στο

οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και γενικά να προσαρμοστεί δημιουργικά στον επαγγελματικό του χώρο (Δημητρόπουλος, 1999, Μπασιούρη, 2007). Γι' αυτό η διαθεσιμότητα ενός υποστηρικτικού δικτύου σε κάθε χώρο εργασίας θεωρείται απαραίτητη (Κριάδη, 2000).

η) Βελτίωση συνθηκών εργασίας (Weber & Reinhard, 2000, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006, Αντωνίου, 2008). Η δημιουργία ενός ευχάριστου εργασιακού περιβάλλοντος (ανακαίνιση κτιρίων, χώροι ξεκούρασης και ψυχαγωγίας, λειτουργία βρεφονηπιακού σταθμού), ο σωστός εργονομικός σχεδιασμός του χώρου (σωστή διάταξη των χώρων εργασίας, κατάλληλα καθίσματα για τους εργαζόμενους), ο κατάλληλος σύγχρονος εξοπλισμός και η κατάλληλη ένδυση του προσωπικού, μειώνουν τη δυσαρέσκεια του εργαζόμενου και μπορούν να συμβάλουν στη πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Κουφίδου, 1995, Δρίβας και συν., 1998, Αδαλή, 1999, Bakker et al, 2000, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006).

θ) Δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995 Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006). Οι δυνατότητες επαγγελματικής ανέλιξης (προαγωγή), ασκούν θετική επίδραση τόσο στο επίπεδο ικανοποίησης του εργαζόμενου (αναγνώριση προσφοράς έργου) όσο και στο επίπεδο των εργασιακών του επιδιώξεων και προσδοκιών.

Ακόμη, αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τον εργαζόμενο, επειδή τον βοηθούν να ξεφύγει από συγκεκριμένους ρόλους και καθήκοντα που με την πάροδο του χρόνου ασκεί μηχανικά (Μπασιούρη, 2007).

Επιπρόσθετα, του παρέχουν τη δυνατότητα να διεκδικήσει μια πιο υψηλή θέση στην ιεραρχία, να ικανοποιήσει τις προσδοκίες του και να βελτιώσει την ποιότητα της εργασιακής ζωής του (Κουφίδου, 1995, Swansburg, 2002, Αντωνίου, 2008).

ι) Αύξηση οικονομικών αποδοχών (Λαχανά & Κοτρώτσιου 2004, Ekstedt & Fagerberg, 2005, Κουτσοδήμου, 2009). Η μισθολογική αύξηση του εργαζόμενου καθώς επίσης και η καταβολή των δεδουλευμένων (επιδόματα, εφημερίες, υπερωρίες κ.λ.π.) που συνήθως καθυστερούν να δοθούν, μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Λαχανά & Κοτρώτσιου 2004). Επιπρόσθετα, η

αύξηση των οικονομικών αποδοχών συνδέεται άμεσα με το κύρος του επαγγέλματος (Σπυράκη και συν., 2005) και με την ικανοποίηση που νιώθει ο εργαζόμενος ότι η αμοιβή του είναι ανάλογη της προσφοράς και της επίδοσής του (Κουφίδου, 1995).

κ) Προσλήψεις προσωπικού από τον οργανισμό (Αδαλή, 1999, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006). Οι προσλήψεις του προσωπικού στη βάση ενός ορθολογιστικού συστήματος προγραμματισμού και παρακολούθησης της κινητικότητας του προσωπικού, βοηθούν στην εξάλειψη της δυσαρέσκειας, στη μείωση του φόρτου εργασίας και στην εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού (Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006).

Επιπρόσθετα, η ίδρυση μιας υπηρεσίας ετοιμότητας με ένα σημαντικό αριθμό νοσηλευτών για την κάλυψη των αδειών, των αναρρωτικών ή των έκτακτων αναγκών (ικανοποιητική αναλογία μεταξύ ασθενών – νοσηλευτικού προσωπικού), προστατεύει τους εργαζόμενους από το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004).

λ) Δυνατότητα διαλειμμάτων και αδειών (Αδαλή, 1999, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Gillespie & Melby, 2003, Χωραττάς & Παπασταύρου, 2005). Τα επαρκή διαλείμματα και οι άδειες με αποδοχές, βοηθούν τον επαγγελματία να απομακρυνθεί από το χώρο εργασίας του, να περιορίσει την ένταση, να αναπαυθεί και να αναζωογονηθεί (Κουφίδου, 1995, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Κριάδη, 2000).

Επιπρόσθετα, οι εργαζόμενοι που δεν κάνουν συχνά διαλείμματα, γίνονται λιγότερο παραγωγικοί και αδυνατίζει η δύναμη της συγκέντρωσής τους στο χώρο εργασίας (Κουφίδου, 1995), με αποτέλεσμα να γίνονται πιο ευάλωτοι στην εμφάνιση του συνδρόμου.

μ) Διεπιστημονική συνεργασία των μελών του προσωπικού (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Shirey, 2006, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006). Η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διασφαλίζει τόσο την αποτελεσματικότητα του έργου της (παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας) όσο και την προστασία των ίδιων των μελών της από την ψυχική φθορά.

Ειδικότερα, ενισχύει την αίσθηση της ομάδας, αναδεικνύει τη σημασία της συμμετοχής όλων των εργαζόμενων στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και στηρίζει ψυχολογικά τα μέλη της, τόσο μέσα από το μοίρασμα των ευθυνών και του φόρτου εργασίας αλλά και με τη συλλογική αντιμετώπιση δυσκολιών και προβλημάτων που προκύπτουν, με τη συνένωση των γνώσεων, των ικανοτήτων και της πείρας πολλών προσώπων (Δημητριάδου και συν., 2009, Καβάκα, 2009). Ταυτόχρονα, δημιουργεί μέσα στο χώρο εργασίας ένα ευχάριστο και συνεργατικό περιβάλλον (Shirey, 2006, Καβάκα, 2009), απαραίτητη προϋπόθεση για την αντίσταση του εργαζόμενου στην επαγγελματική εξουθένωση.

Οι παραπάνω παρεμβάσεις, τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικο/διοικητικό επίπεδο, μπορούν να μειώσουν το αίσθημα απογοήτευσης και μη ικανοποίησης του εργαζόμενου, να περιορίσουν την ένταση του επαγγελματικού άγχους και να βελτιώσουν την παρεχόμενη φροντίδα υγείας (Αδαλή & Λεμονίδου, 2001).

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αφορά ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών υγείας μέσα στην κοινότητα, αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων με το σύστημα υγείας και στοχεύει στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη θεραπεία (που δεν απαιτεί νοσηλεία στο νοσοκομείο) και την αποκατάστασή τους (WHO, 1978, Κυριόπουλος, 1996, Θεοδώρου και συν., 2001, Δανδουλάκης, 2004).

Παρέχεται κυρίως από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία καθώς επίσης και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΣΕ, ΔΕΗ κ.λ.π.), τα ιατρεία της τοπικής αυτοδιοίκησης, τις υπηρεσίες υγιεινής των νομαρχιών και από ιδιωτικές μονάδες υγείας (ιδιώτες γιατροί, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, κ.λ.π) (Θεοδώρου και συν., 2001, Αναγνώστου & Οικονομοπούλου, 2003, Κυριακίδου, 2004).

Τα κέντρα υγείας αποτελούν τους βασικότερους φορείς πρωτοβάθμιας υγείας στη χώρα μας (Κυριακίδου, 2004). Κάθε κέντρο υγείας, ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του νοσοκομείου του νομού στον οποίο υπάγεται, έχει μια συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης η οποία ορίζεται με γνώμονα την ισότιμη και καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση του πληθυσμού της ευθύνης του (Παπακυριαζής, 2003).

Τα κέντρα υγείας προσφέρουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και λειτουργούν σε τακτικό πρωινό ωράριο οκτώ ωρών επί πέντε ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν όλες τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες, με δυνατότητα διακομιδής επειγόντων περιστατικών, με ασθενοφόρο, στο κοντινότερο νοσοκομείο όταν απαιτείται. Για το λόγο αυτό, τα περισσότερα κέντρα υγείας είναι κατάλληλα εξοπλισμένα με μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο, σηπτικό χειρουργείο, μονάδα βραχείας νοσηλείας για ολιγόωρη παραμονή του ασθενή, θάλαμο μόνωσης για ειδικά περιστατικά κ.λ.π. (Θεοδώρου και συν., 2001, Κυριακίδου, 2004).

Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στα κέντρα υγείας (κοινωνική νοσηλευτική) είναι καθοριστική για την προαγωγή και τη βελτίωση της υγείας του

πληθυσμού της περιοχής τους μια που το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ της κοινότητας και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2005). Για το λόγο αυτό οι νοσηλευτές/τριες πρέπει να είναι πολυδύναμοι και ικανοί να ανταποκρίνονται σε πολλούς και διαφορετικούς ρόλους και λειτουργίες ώστε να μπορέσουν να καλύψουν όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων των κέντρων υγείας (Clark, 1985, Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2005).

Ο πολυδιάστατος ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στα κέντρα υγείας (κλινικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός, διοικητικός), περιλαμβάνει μια σειρά από επαγγελματικά καθήκοντα και δραστηριότητες (πρόληψη ασθένειας και μεταδοτικών νοσημάτων, νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που δε χρήζουν θεραπείας στο νοσοκομείο ή βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσής τους μετά την έξοδο από αυτό, παροχή πρώτων βοηθειών και νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, παροχή κατ' οίκον νοσηλείας, υγειονομική διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού, προγραμματισμό επιμορφωτικών προγραμμάτων στα σχολεία, στους εργασιακούς χώρους, στην κοινότητα, επίβλεψη του περιβάλλοντος της κοινότητας όπως ύδρευσης, αποχέτευσης κ.λ.π.), καθήκοντα τα οποία στοχεύουν στην επιτυχή κάλυψη όλων των υγειονομικών απαιτήσεων του ατόμου, της οικογένειας, του πληθυσμού ευθύνης και της κοινότητας στην οποία εργάζεται (Laffrey et al, 1997, Κυριακίδου, 2004, Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2005).

Τα προβλήματα όμως που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής στην άσκηση του ρόλου του στα κέντρα υγείας, τον οδηγούν συχνά σε ψυχοσωματική κόπωση, η οποία είναι δυνατόν να ενισχύσει την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αναλυτικότερα, προϋπόθεση για την επιτυχή εκτέλεση των καθηκόντων και των δραστηριοτήτων που καλείται να εκτελέσει ο νοσηλευτής στα κέντρα υγείας, αποτελεί η επαρκής στελέχωσή τους με καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, ικανό να ανταποκριθεί στο νέο διευρυμένο ρόλο που καλείται να επιτελέσει στην κοινότητα (Χατζηκοκολάκη, 2003). Στα κέντρα υγείας όμως, αποτελεί συχνό φαινόμενο η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (χαμηλή κάλυψη των προβλεπόμενων για τα κέντρα υγείας θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού) καθώς

επίσης και η άνιση κατανομή του προσωπικού αυτού σε σχέση με τον πληθυσμό που εξυπηρετεί (Μονέδας, 1999, Χατζηκοκολάκη, 2003, Markaki et al, 2006, Μαρκάκη, 2008).

Επιπρόσθετα, η δυσφορία των νοσηλευτών από την υπερφόρτωση των καθηκόντων (λόγω του μειωμένου προσωπικού), οι περιορισμένες ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη και η μη αναγνώριση προσφοράς, η έλλειψη διακριτών ρόλων, η μη τήρηση του καθηκοντολογίου, η μη εφαρμογή ομάδας εργασίας, η έλλειψη υποστήριξης και οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή, αποτελούν τους σημαντικότερους λόγους δυσαρέσκειας του νοσηλευτικού προσωπικού στα κέντρα υγείας (Κάβουρα και συν., 2003, Μαρκάκη, 2008, Μαρκάκη και συν., 2008), μειώνοντας την αίσθηση της ικανοποίησης, της ολοκλήρωσης και της επιτυχίας του ενώ ταυτόχρονα οι νοσηλευτές προσφέρουν υπηρεσίες υγείας μειωμένης ποσότητας και χαμηλής ποιότητας.

Ακόμη, σύμφωνα με τους Μπόρου και συν (2010), οι νοσηλευτές των κέντρων υγείας δεν αντλούν ικανοποίηση από τις απολαβές τους και από το περιβάλλον εργασίας τους ενώ παρουσιάζουν και μέτρια επαγγελματική ικανοποίηση. Το περιβάλλον εργασίας (άμεσο και έμμεσο) αποτελεί μείζον πρόβλημα και στους νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Χονγκ-Κόγκ (Lee, 2003) και ειδικότερα ο φόρτος εργασίας, οι προσωπικές διενέξεις και η έλλειψη υποστήριξης, αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν τη δυσαρέσκεια του προσωπικού, ενώ η σημαντικότερη αιτία δυσαρέσκειας για τους νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα υγείας στην Τουρκία, είναι οι εργασιακές σχέσεις με τον προϊστάμενο (Bodur, 2002).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Φακή και συν. (2009), οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα υγείας, εκδηλώνουν ιδιαίτερα υψηλές τιμές παροδικού άγχους. Οι απόψεις αυτές βρίσκονται σε συμφωνία με τα ευρήματα των Αθανασιάδου και συν. (2007) οι οποίοι σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε εργαζόμενους στα κέντρα υγείας του νομού Ηρακλείου της Κρήτης, παρατήρησαν ότι εκδηλώνουν αγχογενή συμπτώματα, λόγω μεγάλης έλλειψης προσωπικού και εξειδικευμένων γνώσεων. Ο Rout (2000), σε έρευνα που πραγματοποίησε στην Αγγλία σε νοσηλευτές στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προσδιόρισε ότι οι απαιτήσεις από την εργασία (φόρτος εργασίας), η έλλειψη επικοινωνίας, τα προβλήματα με τους ασθενείς, η επαγγελματική εξέλιξη και σταδιοδρομία, οι εργασιακές συνθήκες και η ισορροπία επαγγελματικής και

προσωπικής ζωής, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη δημιουργία υψηλών επιπέδων άγχους και δυσαρέσκειας. Ο φόρτος εργασίας, τα προβλήματα με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους και η έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων, αποτελούν παράγοντες πίεσης στους νοσηλευτές που εργάζονται στη κοινότητα σύμφωνα με τους Walcott et al (1992).

Επιπρόσθετα, οι McLeod (1997) και Edwards et al (2000) αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές της ψυχικής υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, παρουσιάζουν αυξανόμενα επίπεδα άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης ως αποτέλεσμα του φόρτου εργασίας, της σύγκρουσης και της ασάφειας του ρόλου, των συνθηκών εργασίας, της αυστηρής διοίκησης και της έλλειψης χρηματοδότησης και πόρων. Επίσης, σύμφωνα με τους Cushway et al (1996), η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και οι δυσκολίες και συγκρούσεις με άλλους επαγγελματίες υγείας, λειτουργούν ως πηγές πίεσης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται στην κοινότητα.

Ακόμη, σύμφωνα με τους Iordanou et al (2009), ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη αναγνώρισης του έργου που παράγουν και ο χαμηλός μισθός, αποτελούν παράγοντες δυσαρέσκειας στο προσωπικό που εργάζεται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται στο σπίτι (βοήθεια στο σπίτι), με αποτέλεσμα την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η έκθεση των νοσηλευτών που εργάζονται στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στο εργασιακό άγχος και η δυσαρέσκειά τους από τις συνθήκες εργασίας, τους κάνουν ιδιαίτερα ευάλωτους στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Markaki et al, 2006, Μαρκάκη, 2008, Φακή και συν., 2009).

Ωστόσο στην Ελλάδα, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν έχει διερευνηθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας υγείας (εντοπίστηκε μόνο μία έρευνα που αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζόμενων στο πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι») και κυρίως στα κέντρα υγείας αν και το προσωπικό των μονάδων αυτών υγείας εργάζεται κάτω από αντίξοες συνθήκες και παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξή του.

Η ανάγκη λοιπόν εκπόνησης της παρούσας μελέτης προέκυψε από την έλλειψη δεδομένων αναφοράς στον Ελλαδικό χώρο γύρω από την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών που εργάζονται στα κέντρα υγείας. Στη συνέχεια, ακολουθούν ευρήματα από μελέτες που έγιναν σε άλλες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διεθνώς αλλά και στη μοναδική που έγινε στην Ελλάδα.

7. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν εντοπίστηκαν αρκετές έρευνες γύρω από την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών σε δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο διεθνή χώρο και οι περισσότερες από αυτές αφορούσαν είτε σε ολόκληρη την υγειονομική ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας (νοσηλευτές, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι κ.λ.π.) (Wykes et al,1997) και κυρίως της ψυχικής υγείας (Onyett et al, 1997) είτε στους κοινοτικούς νοσηλευτές της ψυχικής υγείας (Fagin et al, 1995, Coffey, 1999, Hannigan et al, 2000). Παρά το γεγονός ότι τα ευρήματα αυτών των ερευνών δεν αφορούν στοχευμένα στα κέντρα υγείας, δίνουν ωστόσο μια εικόνα του συνδρόμου έτσι όπως καταγράφεται στις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διεθνώς. Για το λόγο αυτό στον παρακάτω πίνακα γίνεται μια σύντομη αναφορά σε ορισμένες έρευνες και στα συμπεράσματα στα οποία αυτές κατέληξαν.

Πίνακας 7.1: Έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο διεθνή χώρο και τα αποτελέσματά τους.

Έρευνες	Πληθυσμός μελέτης	N	Συναισθηματική εξάντληση Mean SD	Αποπροσωποποίηση Mean SD	Προσωπικά επιτεύγματα Mean SD
Fagin et al (1995)	κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας	250	21,5 (11,5)	5,4 (5,3)	34,4 (7,3)
Wykes et al (1997)	ομάδα εργαζομένων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	61	22, 5 (9,95)	7,8 (5,38)	35,2 (5,48)
Onyett et al (1997)	ομάδα εργαζομένων πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας	445	20,9	4,7	35,7
Coffey (1999)	κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας	80	19,34 (10,1)	5,65 (4,3)	33 (6,2)
Hannigan et al (2000)	κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας	283	21,2 (10,3)	5,2 (4,5)	34,8 (6,5)

Mean: Μέση τιμή SD: Standard deviation (τυπική απόκλιση)

Αναλυτικότερα, σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Fagin et al το 1995 σε 250 κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας στο Claybury της Μεγάλης Βρετανίας, παρατήρησαν μεσαία επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα στο ερωτηματολόγιο της Maslach, MBI, έδειξαν ότι το 48% των νοσηλευτών σημείωσαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, το 24% υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και το 20% χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Οι Wykes et al, (1997) (πίνακας 7.1) σε έρευνα που πραγματοποίησαν στην Ουαλία της Μεγάλης Βρετανίας, προσπάθησαν να διερευνήσουν την επαγγελματική εξουθένωση σε μια ομάδα εργαζόμενων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι, εργοθεραπευτές) συνολικά και όχι εξετάζοντας την κάθε ειδικότητα ξεχωριστά. Ως εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Maslach, MBI. Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι βίωναν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ειδικότερα, το 57% του προσωπικού είχε υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης, το 42% είχε υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και το 59% χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα.

Σε άλλη έρευνα που έγινε το 1997 από τους Onyett et al σε 445 εργαζόμενους (νοσηλευτές, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, διοικητικό προσωπικό) (πίνακας 7.1) σε 57 κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης (MT=20.0) και χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης (MT=4.7) και προσωπικών επιτευγμάτων (MT=35,7). Οι νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί είχαν τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης στο ερωτηματολόγιο της Maslach σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες των εργαζόμενων. Μάλιστα, το 45% των νοσηλευτών παρουσίαζε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και μόνο το 8% παρουσίαζε χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα

Επιπρόσθετα, ο Coffey (1999) (πίνακας 7.1), σε έρευνα που πραγματοποίησε σε 80 κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Ουαλία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές εμφανίζουν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση έλαβε μέση τιμή 19,34, η αποπροσωποποίηση 5,65 και τα προσωπικά επιτεύγματα 33. Το εργαλείο μέτρησης ήταν το ερωτηματολόγιο της Maslach (MBI) και σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών, το 43,3% αισθάνονται υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 26,58% υψηλή αποπροσωποποίηση και το 51,89% χαμηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Ακόμη, οι Hannigan et al (2000) (πίνακας 7.1) πραγματοποίησαν έρευνα σε 283 κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Ουαλία με σκοπό να διερευνήσουν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσής τους μέσα από το ερωτηματολόγιο της Maslach (MBI). Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη μελέτη τους έδειξαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρουσιάζουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση, μέτρια αποπροσωποποίηση και μέτρια προσωπικά επιτεύγματα. Ειδικότερα, το 51% των νοσηλευτών παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης, το 25% υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και το 59% χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Ο χαρακτηρισμός των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης (χαμηλή, μέτρια, υψηλή) στις έρευνες στο διεθνή χώρο έγινε με βάση το ερωτηματολόγιο της Maslach (MBI) στην αγγλική έκδοση (πίνακας 7.2).

Πίνακας 7.2: Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης για νοσηλευτές ψυχικής υγείας MBI (αγγλική έκδοση)

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική Εξάντληση	≤ 13	14-20	≥ 21
Αποπροσωποποίηση	≤ 4	5 – 7	≥ 8
Προσωπικά επιτεύγματα	≥ 34	33 - 29	≤ 28

Πηγή: Coffey, 1999

Στη χώρα μας, η μοναδική έρευνα που εντοπίστηκε για την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αφορά στο πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι».

Ειδικότερα, οι Iordanou et al (2009) (πίνακας 7.3) θέλησαν να εξετάσουν τα επίπεδα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης σε 123 εργαζόμενους (νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και οικιακούς βοηθούς), εξετάζοντας τον πληθυσμό συνολικά, από 36 δήμους του νομού Αττικής. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Maslach (MBI) και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το προσωπικό δεν παρουσιάζει υψηλά επίπεδα εξουθένωσης. Αναλυτικότερα, το 63,22% των εργαζόμενων παρουσίασε χαμηλές τιμές στη συναισθηματική εξάντληση, το 47,13% μέτριες τιμές στην αποπροσωποποίηση και το 37,93% μέτριες προς υψηλές τιμές στα προσωπικά επιτεύγματα. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι θετικά συνυφασμένη με την αποπροσωποποίηση ενώ τα προσωπικά επιτεύγματα σχετίζονται αρνητικά με τις άλλες δύο συνιστώσες (τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση).

Πίνακας 7.3: Έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα και τα αποτελέσματα της.

Έρευνα	Πληθυσμός μελέτης	N	Συναισθηματική εξάντληση Mean (SD)	Αποπροσωποποίηση Mean (SD)	Προσωπικά επιτεύγματα Mean (SD)
Iordanou et al (2009)	ομάδα εργαζομένων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	123	19,05 (8,74)	8,03 (5,06)	36,48 (6,54)

Mean: Μέση τιμή SD: Standard deviation (τυπική απόκλιση)

Στη συνέχεια, αναπτύσσονται τα χαρακτηριστικά της έρευνας και ακολουθούν τα σχετικά ευρήματα.

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

8.1 Σκοπός της έρευνας

Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας) και στις δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

8.2 Στόχοι της έρευνας

Ειδικότερα οι στόχοι της έρευνας είναι:

- α) Η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα κέντρα υγείας.
- β) Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού.
- γ) Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και στις συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού (π.χ. έτη προϋπηρεσίας, κυκλικό ωράριο, θέση εργασίας).
- δ) Η σύγκριση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα κέντρα υγείας, σε σχέση με το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα νοσοκομεία.

8.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα μελέτη αποσκοπεί να απαντήσει στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- α) Ποια είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα κέντρα υγείας;
- β) Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα κέντρα υγείας;

γ) Υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα κέντρα υγείας, σε σχέση με τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα δημόσια νοσοκομεία;

8.4 Πληθυσμός μελέτης

Στην έρευνα συμμετείχαν νοσηλευτές/τριες και βοηθοί νοσηλευτών/τριών που εργάζονται σε 14 κέντρα υγείας (Κ.Υ.) της Βόρειας Ελλάδας και ειδικότερα των νομών Θεσσαλονίκης (Κ.Υ. Διαβατών, Κ.Υ. Ευόσμου, Κ.Υ. Θέρμης, Κ.Υ. Κουφαλίων, Κ.Υ. Λαγκαδά, Κ.Υ. Μηχανιώνας Κ.Υ. Χαλάστρας), Βέροιας (Κ.Υ. Αλεξάνδρειας), Κατερίνης (Κ.Υ.Αιγινίου, Κ.Υ. Λιτοχώρου), Φλώρινας (Κ.Υ. Αμυνταίου), Χαλκιδικής (Κ.Υ. Παλαιοχωρίου, Κ.Υ. Μουδανιών), και Θάσου (Κ.Υ. Πρίνου). Η επιλογή των νοσηλευτών/τριών και βοηθών νοσηλευτών/τριών έγινε με βάση τη δυνατότητα της εύκολης πρόσβασης στα συγκεκριμένα κέντρα υγείας και εντάχθηκε σε περιορισμούς που αφορούν πρακτικούς λόγους της ερευνήτριας. Ειδικότερα, πρόκειται για δειγματοληψία μη πιθανότητας (Σαχίνη, 1997). Από ένα αρχικό σύνολο 170 ερωτηματολογίων (πληθυσμός αναφοράς 210 νοσηλευτές/τριες και βοηθοί νοσηλευτών/τριών), απαντήθηκαν τα 154 ερωτηματολόγια, δηλαδή ποσοστό ανταπόκρισης 90% που κρίνεται πολύ ικανοποιητικό.

Όσον αφορά τον πληθυσμό μελέτης των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από την Κουτσοδήμου (2009), από την οποία αντλήσαμε τη βάση δεδομένων, λόγω της ομοιότητας της εν λόγω έρευνας με την παρούσα, τόσο ως προς την χρονική περίοδο συλλογής των στοιχείων όσο και ως προς τη χρήση του ίδιου εργαλείου μέτρησης (ερωτηματολόγιο Maslach). Στην εν λόγω έρευνα συμμετείχαν 264 νοσηλευτές/τριες και βοηθοί νοσηλευτών/τριών (πληθυσμός αναφοράς 321 νοσηλευτές/τριες και βοηθοί νοσηλευτών/τριών) που εργάζονταν σε ανοιχτά και κλειστά τμήματα, σε τρία γενικά νοσοκομεία των Αθηνών, στο «Κωνσταντοπούλειο» Γ.Ν. Ν.Ιωνίας, στο «Σισμανόγλειο» Γ.Ν. και στο «Αγ. Παντελεήμονας» Γ.Ν. Νίκαιας.

8.5 Συλλογή δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων των νοσηλευτών στα κέντρα υγείας πραγματοποιήθηκε κατά τους μήνες Ιανουάριο – Φεβρουάριο του 2010. Η έρευνα ξεκίνησε με την τηλεφωνική επικοινωνία με τις προϊσταμένες των επιλεγέντων κέντρων υγείας, με σκοπό την ενημέρωσή τους για τους στόχους της έρευνας, την εξασφάλιση της έγκρισής τους για τη διανομή των ερωτηματολογίων στο νοσηλευτικό προσωπικό και την επιλογή της κατάλληλης χρονικής στιγμής για τη συμπλήρωσή τους. Παράλληλα, ελήφθη η θετική γνωμοδότηση και έγκριση από το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ).

Κατόπιν, ακολουθούσε προσωπική επαφή με τους νοσηλευτές και τους βοηθούς νοσηλευτών στα κέντρα υγείας, κατά τη διάρκεια της αλλαγής της μεσημεριανής βάρδιας (δυνατότητα συνάντησης με μεγαλύτερο αριθμό εργαζομένων), με στόχο την πλήρη ενημέρωσή τους για τους σκοπούς και το αντικείμενο της έρευνας, ενώ παράλληλα δίνονταν πληροφορίες που αφορούσαν την ανωνυμία και τον προαιρετικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους καθώς επίσης και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Στη συνέχεια, μοιράζονταν τα ερωτηματολόγια στους νοσηλευτές και στους βοηθούς νοσηλευτών που ήθελαν να συμμετέχουν στην έρευνα, μαζί με τις οδηγίες συμπλήρωσής τους όπως το ότι καλούνταν να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις και ότι δεν υπήρχαν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Η χρονική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν δέκα λεπτά, γινόταν ατομικά, στο γραφείο της προϊσταμένης, ενώ δε χρειάστηκε να δοθούν περισσότερες διευκρινήσεις στις ερωτήσεις από την ερευνήτρια, η οποία ήταν παρούσα στην όλη διαδικασία.

Η παραλαβή των ερωτηματολογίων γινόταν την ίδια μέρα. Σε περιπτώσεις απουσίας των νοσηλευτών ή άρνησης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου τη συγκεκριμένη στιγμή λόγω φόρτου εργασίας, η συλλογή των ερωτηματολογίων γινόταν άλλη ημέρα, με προγραμματισμένη συνάντηση στα κέντρα υγείας, κατόπιν συνεννόησης με τις προϊσταμένες οι οποίες αναλάμβαναν τόσο να δώσουν τα ερωτηματολόγια στους απόντες όσο και να τα συλλέξουν από όλους.

Η συλλογή ολοκληρώθηκε με την πάροδο οκτώ ημερών από την ημέρα διανομής τους. Πριν τη διεξαγωγή της έρευνας, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε 10 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών των κέντρων υγείας του νομού Θεσσαλονίκης (εξαιρέθηκαν από το δείγμα της έρευνας), για να εξετασθεί η συνάφεια των ερωτημάτων και των οδηγιών, ο χρόνος συμπλήρωσής τους, τυχόν δυσκολίες ή ασάφειες στη διατύπωση των ερωτήσεων καθώς και η ευχέρεια στην κωδικοποίηση των απαντήσεων (Παπαναστασίου, 1996). Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης έδειξαν ότι δεν απαιτούνταν τροποποιήσεις.

8.6 Εργαλεία μέτρησης

Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με τη χρήση γραπτού ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου το οποίο αποτελείται από δύο μέρη (παρουσιάζεται στο παράρτημα, σελ.133).

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI) έτσι όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992). Το MBI σχεδιάστηκε με σκοπό να εκτιμήσει την επαγγελματική εξουθένωση (θεωρείται ως μια συνεχής μεταβλητή και όχι ως διχοτομική, η οποία είναι παρούσα ή απύουσα) σε σχέση με τις τρεις διαστάσεις της (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, προσωπική επίτευξη), μέσα από 22 ερωτήσεις, σε μια κλίμακα επτά διαβαθμίσεων τύπου Likert. Η βαθμολόγηση γίνεται με βάση τους βαθμούς στις ερωτήσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Τα κριτήρια για την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης ήταν ότι είναι αξιόπιστο, έγκυρο, σύντομο και εύκολο στη χρήση του ενώ έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά συχνά στους επαγγελματίες υγείας τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου έχει ελεγχθεί από τους Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1992).

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις αναφορικά με τα δημογραφικά και υπηρεσιακά (συνθήκες εργασίας) χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως φύλο,

ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, έτη προϋπηρεσίας στο χώρο της υγείας (εκτός κέντρου υγείας) και στο κέντρο υγείας και θέση και ωράριο εργασίας

Η μέθοδος που χρησιμοποιείται στη παρούσα έρευνα είναι η ποσοτική, με τη χρήση του γραπτού ερωτηματολογίου (συλλογή πληροφοριών σε σύντομο χρονικό διάστημα, μικρό οικονομικό κόστος, δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας, συνεξέταση μεγάλου αριθμού μεταβλητών), με ερωτήσεις κλειστού τύπου (η συμπλήρωσή του γίνεται γρήγορα και η ταξινόμηση των απαντήσεων και η επεξεργασία τους πραγματοποιείται εύκολα και αξιόπιστα) και αποσκοπεί στο να αποτυπώσει μια ισχύουσα κατάσταση (Σαχίνη, 1997).

8.7 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το Στατιστικό Πακέτο των Κοινωνικών Επιστημών SPSS 11.00.

Αρχικά, προηγήθηκε η δοκιμασία αξιοπιστίας (reliability analysis) του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής εξουθένωσης MBI, με την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου τύπου Cronbach και μέτρο την τιμή του δείκτη α . Με τη θεωρούμενη ως αποδεκτή τιμή αξιοπιστίας Cronbach's $\alpha \geq 0,70$ και στατιστική σημαντικότητα $p = 0,0378$, θεωρήθηκε ότι το δείγμα μας χαρακτηρίζεται από αμφίπλευρη σημαντικότητα και στατιστικά αποδεκτή αξιοπιστία..

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών έγινε χρήση των μέσων και διάμεσων τιμών και των τυπικών αποκλίσεων.

Σε όλες τις επαγωγικές αναλύσεις κατώτερο όριο στατιστικής σημαντικότητας θεωρείται το 5% ($p < 0,05$), ως επίπεδο σημαντικότητας κοινώς αποδεκτό στη μεθοδολογία έρευνας των επιστημών, ενώ χαρακτηρίζονται ως στατιστικώς πολύ σημαντικές οι αναλύσεις σε επίπεδο χαμηλότερο του 1% ($p < 0,01$) (Παπαναστασίου, 1996).

Η τήρηση της αυστηρής προϋπόθεσης κανονικής κατανομής του δείγματος (έλεγχος κανονικότητας με το τεστ Kolmogorov-Smirnov) στη διάσταση της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης μας κυρώνει την εφαρμογή ισχυρών παραμετρικών στατιστικών ελέγχων. Στο πλαίσιο αυτό εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA) στις περιπτώσεις σύγκρισης κανονικά κατανομημένων ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ τριών ή παραπάνω ομάδων ενώ για τη σύγκριση μεταξύ δύο ομάδων εφαρμόστηκε ο έλεγχος t-test.

Για το βαθμό συσχέτισης δύο ποσοτικών μεταβλητών, έγινε χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Spearman (r) όπου, όταν $0,1 \leq r \leq 0,3$ η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή, όταν $0,31 \leq r \leq 0,5$ η συσχέτιση θεωρείται μέτρια και όταν $r > 0,5$ η συσχέτιση θεωρείται υψηλή.

Τέλος, για την εύρεση συσχετισμού μεταξύ ανεξάρτητων παραγόντων, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis), από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (B) και το διάστημα εμπιστοσύνης εφαρμογής τους.

8.8 Περιορισμοί της έρευνας

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

α) το είδος της δειγματοληψίας. Αναλυτικότερα, με τη δειγματοληψία μη πιθανότητας, τα αποτελέσματα είναι αντιπροσωπευτικά μόνο ως προς το δείγμα της μελέτης και δε μπορούν να γενικευθούν σε ευρύτερο πληθυσμό.

β) το μέγεθος και η γεωγραφική κατανομή του δείγματος των νοσηλευτών. Ειδικότερα, ο μικρός αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται στα κέντρα υγείας, σε συνδυασμό με τη δυσκολία προσέγγισης των κέντρων λόγω αποστάσεων (εστίαση μόνο σε ορισμένα κέντρα υγείας της Βόρειας Ελλάδος), δημιουργεί επιπλέον περιορισμούς στην έρευνα και δε μπορούμε να υποθέσουμε ότι

οι απόψεις που καταγράφηκαν αντικατοπτρίζουν τις συνολικές απόψεις του κλάδου των νοσηλευτών που εργάζονται στα κέντρα υγείας της χώρας μας.

γ) η έλλειψη σύγκρισης και συσχέτισης των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης τόσο με άλλες ανάλογες μελέτες στην Ελλάδα (δεν εντοπίστηκαν έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας) όσο και στο διεθνή χώρο (διαφορετική δομή και χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας).

δ) η έλλειψη και άλλων παραγόντων οι οποίοι συνδέονται με την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που ευθύνονται για την ανάπτυξη του συνδρόμου (π.χ. χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας) και οι οποίοι δε διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα για τη διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών στο χώρο της υγείας, με απώτερο σκοπό τον εμπλουτισμό των γνώσεών μας γύρω από τη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό στα κέντρα υγείας, σε μεγαλύτερο δείγμα και σε ευρύτερα γεωγραφικά πλαίσια.

Στη συνέχεια ακολουθεί η ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν. Πρώτα παρουσιάζεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας στα κέντρα υγείας και στη συνέχεια η ανάλυση των αποτελεσμάτων από τον συνολικό πληθυσμό (κέντρα υγείας και νοσοκομεία).

9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τα κέντρα υγείας είναι τα εξής:

9.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας (έτη προϋπηρεσίας, θέση εργασίας, κυκλικό ωράριο) των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας (έτη προϋπηρεσίας, θέση εργασίας, κυκλικό ωράριο) των συμμετεχόντων, με τη σειρά που ακολουθείται στο ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 9.1.1 : Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας

Μεταβλητή	N	%
Άνδρες	14	9,1
Γυναίκες	140	90,9
Ηλικία X ± SD	42 ± 6,8	
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος/η	130	84,4
Άγαμος/η	16	10,4
Διαζευγμένος/η	8	5,2
Επίπεδο Σπουδών		
Μεταπτυχιακό	0	0
ΑΕΙ	4	2,6
ΤΕΙ	93	60,4
Μέση Εκπαίδευση	57	37
Έτη υπηρεσίας στο χώρο της Υγείας, μέση τιμή ± SD	16,7 ± 7,97	
Έτη υπηρεσίας σε Κέντρο Υγείας, μέση τιμή ± SD	12,15 ± 8,95	
Θέση προϊσταμένου		
Ναι	18	11,7
Όχι	136	88,3
Ωράριο εργασίας		
Κυκλικό	104	67,5
Μόνιμα πρωινό	50	32,5

SD: Standard Deviation (τυπική απόκλιση)

Αναλυτικότερα, από το σύνολο των 154 νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, η συντριπτική πλειοψηφία, το 90,9% (N=140), ήταν γυναίκες.

Επίσης, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 42 έτη ± 6,8.

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, το 84,4% (N=130) ήταν έγγαμοι.

Ως προς τις σπουδές, η πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ) 60,4% (N=93), ενώ κανένας από τους συμμετέχοντες δεν κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο. Αναφορικά με την προϋπηρεσία στο χώρο της υγείας, ο μέσος χρόνος ήταν τα 16,7 έτη ($\pm 7,97$) ενώ ως προς την προϋπηρεσία σε κέντρο υγείας, ο μέσος χρόνος ήταν τα 12,15 έτη ($\pm 8,95$).

Από τους συμμετέχοντες, το 88,3% (N=136) δεν κατείχε θέση προϊσταμένου.

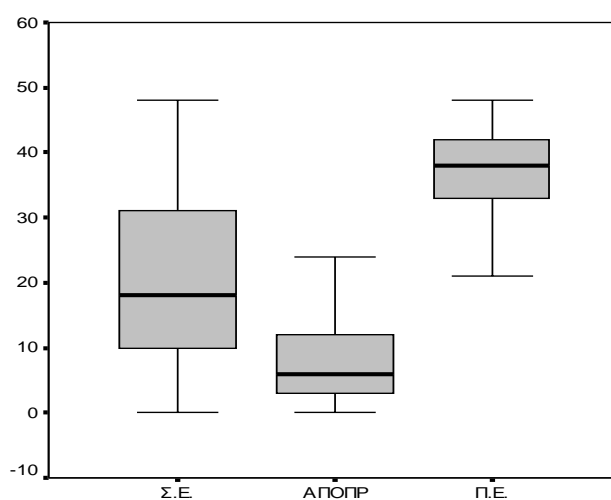
Τέλος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων 67,5% (N=104) εργάζονταν με κυκλικό ωράριο εργασίας.

9.2 Διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στα κέντρα υγείας.

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφονται οι βαθμολογίες στις τρεις συνιστώσες της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 9.2.1: Βαθμολογίες στις συνιστώσες της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στα κέντρα υγείας.

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή \pm SD	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Συναισθηματική εξάντληση	0	48	21 \pm 12,87	18 (10 , 31)
Αποπροσωποποίηση	0	28	7,97 \pm 6,67	6 (3 , 12)
Προσωπικά επιτεύγματα	6	48	35,42 \pm 8,49	38 (33 , 42)



Εικόνα 9.2.1

Όπως φαίνεται στον πίνακα 9.2.1 και στην εικόνα 9.2.1, η συναισθηματική εξάντληση στους νοσηλευτές του δείγματός μας έλαβε μέση τιμή 21, η μέση τιμή όσον αφορά την αποπροσωποποίηση ήταν 7,97, ενώ τέλος τα προσωπικά επιτεύγματα εμφάνισαν μέση τιμή 35,42. Οι παραπάνω μέσες τιμές, συγκρινόμενες με τις τιμές αναφοράς του πίνακα 2.4.1 (σελ.29), οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική εξουθένωση που βιώνεται από τους συμμετέχοντες είναι, α) μέτρια όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, β) μέτρια όσον αφορά την αποπροσωποποίηση και γ) οριακά υψηλή όσον αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα.

9.3 Αριθμός νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, ανά υποκλίμακα συνιστωσών επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζεται η κατανομή του δείγματος στα διάφορα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.

Πίνακας 9.3.1: Αριθμός νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, με επίπεδα συνιστωσών επαγγελματικής εξουθένωσης

	Συναισθηματική Εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά επιτεύγματα
	N (%)	N (%)	N (%)
Χαμηλή	81 (52,6)	73 (47,4)	42 (27,3)
Μέτρια	33 (21,4)	34 (22,1)	56 (36,4)
Υψηλή	40 (26,0)	47 (30,5)	56 (36,4)

Σύμφωνα με τον πίνακα 9.3.1, ποσοστό 26% των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας και συμμετείχαν στην έρευνα, παρουσιάζει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Αν στο ποσοστό αυτό προσθέσουμε και εκείνους που απάντησαν ότι αισθάνονται μέτρια συναισθηματική εξάντληση, θα διαπιστώσουμε ότι σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες, αισθάνονται συναισθηματική εξάντληση. Παράλληλα, σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι νοσηλευτές (52,60%) απάντησαν ότι αισθάνονται αποπροσωποποίηση κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Τέλος, παρατηρούμε ότι το 27,30% των ερωτηθέντων, παρουσιάζει χαμηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

9.4 Συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί εμφανίζονται οι τιμές της βαθμολογίας στη συναισθηματική εξάντληση, ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 9.4.1: Συσχέτιση της βαθμολογίας στη συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης, με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών σε κέντρα υγείας.

		Συναισθηματική εξάντληση		
		Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	Ανοva
Φύλο	Άντρες	21,93 ± 14,76	28,50 (8 , 34)	df=152, F=1,968, p=0.768*
	Γυναίκες	20,86 ± 12,73	17,50 (10 , 30)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	21,45 ± 12,75	19,50 (11 , 31)	df=2, F=1,538, p=0.218
	Άγαμος/η	20,81 ± 15,54	25 (5 , 33)	
	Διαζευγμένος/η	13,25 ± 6,04	13 (8 , 16)	
Επίπεδο Σπουδών	Μεταπτυχιακό	---	---	df=2, F=4,842, p=0.029
	AEI	35,75 ± 8,96	34 (28 , 45)	
	TEI	19,24 ± 11,65	16 (9 , 28)	
	Μέση Εκπαίδευση	22,72 ± 14,21	20 (11 , 36)	
Θέση προϊσταμένου	Ναι	19,17 ± 10,64	18 (10 , 29)	df=152, F=1,792, p=0.533*
	Όχι	21,19 ± 13,16	18 (10 , 32)	
Ωράριο εργασίας	Κυκλικό	21,23 ± 13,10	17 (11 , 33)	df=152, F=0,671, p=0.702*
	Μόνιμα πρωινό	20,38 ± 12,50	20 (10 , 29)	

* t-test

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 9.4.1, τα άτομα που έχουν πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης (AEI), εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης από ότι τα άτομα με πτυχίο TEI και απολυτήριο μέσης εκπαίδευσης. Το φαινόμενο μάλιστα αυτό ισχυροποιείται με την τιμή που λαμβάνει ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας ($p = 0,029$).

Η συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, με τους παράγοντες ηλικία, έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας και σε κέντρο υγείας, εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 9.4.2: Συσχέτιση του Spearman της βαθμολογίας στη συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης με την ηλικία, τα έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας και τα έτη υπηρεσίας σε κέντρο υγείας.

	Συναισθηματική εξάντληση	
	r	p
Ηλικία	0,087	0,284
Έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας	0,077	0,345
Έτη υπηρεσίας σε κέντρο υγείας	0,130	0,109

Από τον παραπάνω πίνακα, προκύπτει η μη ύπαρξη γραμμικής συµµεταβολής στη συσχέτιση του βαθµού συναισθηµατικής εξάντλησης, µε την ηλικία, τα έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας και τα έτη υπηρεσίας σε κέντρο υγείας.

Εναλλακτικά, για την ανίχνευση πιθανών συσχετίσεων, χρησιµοποιήθηκε και η µέθοδος της γραµµικής παλινδρόµησης (linear regression) µε εξαρτηµένη µεταβλητή το δείκτη συναισθηµατικής εξάντλησης και ανεξάρτητες µεταβλητές τα δηµογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας. Από την ανάλυση αυτή, προέκυψε ο παρακάτω πίνακας.

Πίνακας 9.4.3: Η συσχέτιση των δηµογραφικών χαρακτηριστικών και των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, µε την συναισθηµατική εξάντληση (εξαρτηµένη µεταβλητή), µε τη µέθοδο της γραµµικής παλινδρόµησης.

	Συντελεστής B	P	95% Δείγμα Εμπιστοσύνης	
Φύλο	-0,73	0,047	-10,694	4,215
Ηλικία	0,16	0,917	-0,526	0,585
Οικογενειακή κατάσταση	-0,128	0,129	-7,271	0,933
Επίπεδο Σπουδών	0,002	0,984	-4,084	4,170
Έτη στο Κέντρο Υγεία	-0,208	0,430	-0,411	0,703
Έτη προϋπηρεσίας εκτός Κέντρου Υγείας	0,274	0,051	-0,629	0,115
Θέση Προϊσταµένου	0,074	0,440	-4,583	10,498
Ωράριο	0,003	0,978	-5,093	5,241

Δύο από τις ανεξάρτητες μεταβλητές φαίνεται να επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη συναισθηματική εξάντληση και αυτές είναι το φύλο ($p=0,047$) και τα έτη προϋπηρεσίας που είχαν οι νοσηλευτές πριν δραστηριοποιηθούν στο κέντρο υγείας ($p=0,051$). Αναλυτικότερα, οι άνδρες νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλότερο δείκτη συναισθηματικής εξάντλησης από τις γυναίκες, όπως επίσης και οι νοσηλευτές που έχουν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας στο χώρο της υγείας, πέραν των κέντρων υγείας. Αυτό οφείλεται στο ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή «φύλο» (συμβατική τιμή 1 = άνδρες και 2 = γυναίκες), χαρακτηρίζεται από αντίθετο πρόσημο στο δείκτη φορτίου B.

9.5 Συσχέτιση της αποπροσωποποίησης των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί, εμφανίζονται οι τιμές της βαθμολογίας στην αποπροσωποποίηση, ανάλογα με τα δημογραφικά και υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 9.5.1: Συσχέτιση της βαθμολογίας στη συνιστώσα της αποπροσωποποίησης, με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών σε κέντρα υγείας.

		Αποπροσωποποίηση		
		Μέση τιμή \pm SD	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	Ανοva
Φύλο	Άντρες	9,57 \pm 7,85	8 (3 , 18)	df=152, F=1,569, p=0.347*
	Γυναίκες	7,81 \pm 6,55	6 (3 , 12)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	7,87 \pm 6,25	6 (3 , 12)	df=2, F=0,933, p=0.369
	Άγαμος/η	9,75 \pm 8,50	8 (2 , 19)	
	Διαζευγμένος/η	6 \pm 9,1	2,5 (1 , 7)	
Επίπεδο Σπουδών	Μεταπτυχιακό	---	---	df=2, F=1,129, p=0.326
	ΑΕΙ	12,50 \pm 7,05	9,50 (8 , 20)	
	ΤΕΙ	7,59 \pm 6,66	6 (2 , 12)	
	Μέση Εκπαίδευση	8,26 \pm 6,64	6 (3 , 13)	
Θέση προϊσταμένου	Ναι	6,94 \pm 5,54	6,50 (3 , 10)	df=152, F=2,323, p=0.490*
	Όχι	8,10 \pm 6,81	6 (3 , 12)	
Ωράριο εργασίας	Κυκλικό	8,61 \pm 6,94	6,50 (3 , 14)	df=152, F=2,645, p=0.054*
	Μόνιμα πρωινό	6,64 \pm 5,91	4 (2 , 11)	

* t-test

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 9.5.1, τα άτομα που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο, εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης από ότι τα άτομα που εργάζονται μόνιμα σε πρωινό.

Η συσχέτιση της αποπροσωποποίησης των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, με τους παράγοντες ηλικία, έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας και σε κέντρο υγείας, εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 9.5.2: Συσχέτιση του Spearman της βαθμολογίας στη συνιστώσα της αποπροσωποποίησης με την ηλικία, τα έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας και τα έτη υπηρεσίας σε κέντρο υγείας.

	Αποπροσωποποίηση	
	r	p
Ηλικία	-0,247	0,053
Έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας	-0,076	0,351
Έτη υπηρεσίας σε κέντρο υγείας	-0,061	0,450

Είναι γεγονός ότι οι τιμές των p και r που εμφανίζονται στον πίνακα 8, μαρτυρούν ισχυρή στατιστική σημαντικότητα μό ν ως προς την ηλικία των ατόμων (οι μικρότεροι στην ηλικία βιώνουν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης).

Εναλλακτικά, για την ανίχνευση πιθανών συσχετίσεων, χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή το δείκτη αποπροσωποποίησης και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας. Από την ανάλυση αυτή, προέκυψε ο παρακάτω πίνακας.

Πίνακας 9.5.3: Η συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, με την αποπροσωποποίηση (εξαρτημένη μεταβλητή), με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης.

	Συντελεστής B	P	95% Δείγμα Εμπιστοσύνης	
Φύλο	-1,53	0,43	-5,384	2,307
Ηλικία	-0,22	0,054	-0,515	0,057
Οικογενειακή κατάσταση	-0,45	0,674	-2,568	1,664
Επίπεδο Σπουδών	0,48	0,653	-1,643	2,615
Έτη στο Κέντρο Υγείας	0,356	0,576	-0,248	0,142
Προϋπηρεσία εκτός Κέντρου Υγείας	-0,738	0,567	-0,248	0,136
Θέση Προϊσταμένου	-0,608	0,758	-4,497	3,281
Ωράριο	-1,969	0,059	-4,634	0,697

Σε αυτή την περίπτωση, δύο από τις ανεξάρτητες μεταβλητές φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην αποπροσωποποίηση και αυτές είναι η ηλικία ($p=0,054$) και το ωράριο ($p=0,059$). Συνεκτιμώντας το πρόσημο του B, συνάγουμε ότι οι μικρότεροι στην ηλικία εργαζόμενοι βιώνουν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης από τους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζόμενους, όπως επίσης και οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο σε σχέση με εκείνους που εργάζονται σε πρωινό ωράριο. Αυτό οφείλεται στο ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές «ηλικία» και «ωράριο» (συμβατική τιμή 1 = κυκλικό ωράριο και 2 = πρωινό ωράριο), χαρακτηρίζονται από αρνητικό πρόσημο στο δείκτη φορτίου B.

9.6 Συσχέτιση των προσωπικών επιτευγμάτων των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί, εμφανίζονται οι τιμές της βαθμολογίας των προσωπικών επιτευγμάτων, ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 9.6.1: Συσχέτιση της βαθμολογίας στη συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων, με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών σε κέντρα υγείας.

		Προσωπικά επιτεύγματα		
		Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	Ανοva
Φύλο	Άντρες	33,21 ± 11,14	37 (27 , 40)	df=152, F=2,097, p=0.139*
	Γυναίκες	36,74 ± 8,2	38 (33 , 42)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	32,26 ± 8,60	38 (33 , 42)	df=2, F=1,160, p=0.316
	Άγαμος/η	35,50 ± 8,99	36 (32 , 41)	
	Διαζευγμένος/η	40,75 ± 5	41,50 (37 , 45)	
Επίπεδο Σπουδών	Μεταπτυχιακό	---	---	df=2, F=0,639, p=0.529
	ΑΕΙ	32,25 ± 2,22	36 (33 , 37)	
	ΤΕΙ	37,04 ± 7,87	38 (33 , 43)	
	Μέση Εκπαίδευση	35,47 ± 9,65	37 (32 , 42)	
Θέση προϊσταμένου	Ναι	37,4 ± 9,2	40 (32 , 43)	df=152, F=0,077, p=0.606*
	Όχι	36,29 ± 8,42	37,50 (33 , 42)	
Ωράριο εργασίας	Κυκλικό	35,58 ± 8,78	37 (33 , 41)	df=152, F=0,128, p=0,047*
	Μόνιμα πρωινό	38,16 ± 7,63	40 (34 , 43)	

* t-test

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 9.6.1, τα προσωπικά επιτεύγματα συσχετίζονται με τρόπο ιδιαίτερα στατιστικά σημαντικό με το ωράριο εργασίας ($p = 0,047$).

Η συσχέτιση των προσωπικών επιτευγμάτων με τους παράγοντες ηλικία, έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας και σε κέντρο υγείας, εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 9.6.2: Συσχέτιση του Spearman της βαθμολογίας στη συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων με την ηλικία, τα έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας και τα έτη υπηρεσίας σε κέντρο υγείας.

	Προσωπικά επιτεύγματα	
	r	p
Ηλικία	-0,013	0,870
Έτη υπηρεσίας στο χώρο της υγείας	-0,057	0,482
Έτη υπηρεσίας σε κέντρο υγείας	0,016	0,841

Είναι γεγονός ότι οι τιμές των p και r που εμφανίζονται στον πίνακα 9.6.2 δεν μαρτυρούν ισχυρή στατιστική σημαντικότητα.

Εναλλακτικά, για την ανίχνευση πιθανών συσχετίσεων, χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή το δείκτη προσωπικών επιτευγμάτων και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας. Από την ανάλυση αυτή, προέκυψε ο παρακάτω πίνακας.

Πίνακας 9.6.3: Η συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, με τα προσωπικά επιτεύγματα (εξαρτημένη μεταβλητή), με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης.

	Συντελεστής B	P	95% Δείγμα Εμπιστοσύνης	
Φύλο	0,122	0,049	-1,290	8,446
Ηλικία	0,049	0,741	-0,302	0,423
Οικογενειακή κατάσταση	0,080	0,052	-1,372	3,985
Επίπεδο Σπουδών	0,038	0,657	-2,087	3,303
Έτη στο Κέντρο Υγείας	-0,123	0,571	-0,512	0,200
Προϋπηρεσία εκτός Κέντρου Υγείας	-0,090	0,288	-0,374	0,112
Θέση Προϊσταμένου	0,020	0,830	-4,387	5,461
Ωράριο	0,119	0,048	-1,221	5,528

Όταν εξετάζουμε ως εξαρτημένη μεταβλητή το δείκτη προσωπικών επιτευγμάτων, διαπιστώνουμε ότι τρεις από τις ανεξάρτητες μεταβλητές φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στο επίπεδο προσωπικών επιτευγμάτων, οι οποίες είναι το φύλο ($p=0,049$), η οικογενειακή κατάσταση ($p=0,052$) και το ωράριο ($p=0,048$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερες τιμές προσωπικών επιτευγμάτων από ότι οι άνδρες, όπως επίσης και οι διαζευγμένοι νοσηλευτές. Επιπρόσθετα οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μόνιμα πρωινό ωράριο παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές προσωπικών επιτευγμάτων από ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο. Αυτό οφείλεται στο ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές, «φύλο» (συμβατική τιμή 1 = άνδρες και 2 = γυναίκες), «οικογενειακή κατάσταση»

(συμβατική τιμή 1 = έγγαμος, 2 = άγαμος και 3 = διαζευγμένος) και «ωράριο» (συμβατική τιμή 1 = κυκλικό ωράριο και 2 = πρωινό ωράριο), χαρακτηρίζονται από θετικό πρόσημο στο δείκτη φορτίου B.

9.7 Συσχέτιση των συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές στα κέντρα υγείας

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman στις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 9.7.1: Συσχέτιση του Spearman των συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στα κέντρα υγείας

	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά επιτεύγματα
Συναισθηματική εξάντληση		r = 0,613 , p < 0,001	r = -0,360, p < 0,001
Αποπροσωποποίηση	r = 0,613, p < 0,001		r = -0,517, p < 0,001
Προσωπικά επιτεύγματα	r = -0,360, p < 0,001	r = -0,517 , p < 0,001	

Όπως διαπιστώνουμε, αφενός υπάρχει θετική συσχέτιση και μάλιστα υψηλής στατιστικής σημαντικότητας (λόγω του $p < 0,001$) ανάμεσα στην αποπροσωποποίηση και τη συναισθηματική εξάντληση (αυξανόμενης της συναισθηματικής εξάντλησης, αυξάνεται και η αποπροσωποποίηση) αφετέρου υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ προσωπικών επιτευγμάτων και συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης (αυξανόμενης της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, μειώνονται τα προσωπικά επιτεύγματα).

Στην συνέχεια ακολουθεί η σύγκριση των ευρημάτων των δύο πληθυσμών (κέντρων υγείας και νοσοκομείων) με τα ίδια δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας.

10. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ (ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ)

10.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας του συνολικού πληθυσμού (κέντρων υγείας και νοσοκομείων).

Στον πίνακα που ακολουθεί, δίνονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας του συνολικού πληθυσμού (N = 418), των συμμετεχόντων τόσο στα κέντρα υγείας (N = 154) όσο και στα νοσοκομεία (N = 264).

Πίνακας 10.1.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία)

Μεταβλητή	Συνολικό δείγμα		Κέντρα υγείας		Νοσοκομεία	
	N	%	N	%	N	%
Άνδρες	62	14,8	14	9,1	48	18,2
Γυναίκες	356	85,2	140	90,9	216	81,8
Ηλικία X ± SD	42,25 ± 16,6		42 ± 6,8		41,3 ± 7,4	
Οικογενειακή Κατάσταση						
Έγγαμος/η	328	78,5	130	84,4	198	75
Άγαμος/η	71	17	16	10,4	55	20,8
Διαζευγμένος/η	19	4,5	8	5,2	11	4,2
Επίπεδο Σπουδών						
Μεταπτυχιακό	10	2,4	0	0	10	3,8
ΑΕΙ	7	1,7	4	2,6	3	1,1
ΤΕΙ	254	60,8	93	60,4	161	61
Μέση Εκπαίδ.	147	35,2	57	37	90	34,1
Έτη υπηρεσίας	16,66 ± 8,13		12,15 ± 8,97		16,8 ± 8,2	
Θέση προϊσταμένου						
Ναι	104	24,9	18	11,7	86	32,6
Όχι	314	75,1	136	88,3	178	67,4
Ωράριο εργασίας						
Κυκλικό	270	64,6	104	67,5	166	62,9
Μόνιμα πρωινό	148	35,4	50	32,5	98	37,1

Αναλυτικότερα, από το σύνολο των 418 νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες, με ποσοστό 85, 2% (N=356). Επίσης, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 42,25 έτη. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, το 78,5% (N=328) ήταν έγγαμοι. Ως προς τις σπουδές, η πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευση (ΤΕΙ), με το ποσοστό να φθάνει το 60,8 % (N=254) και το 2,4% (N=10) του δείγματος κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Αναφορικά με την

προϋπηρεσία τους, ο μέσος χρόνος ήταν 16,66 έτη. Τέλος, το 75,1% (N=314) δεν κατείχε θέση προϊσταμένου και το 64,4% (N=270) εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο.

10.2 Διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία).

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφονται οι βαθμολογίες στις τρεις συνιστώσες της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης, του ενοποιημένου δείγματος.

Πίνακας 10.2.1: Βαθμολογίες στις συνιστώσες της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία)

Υποκλίμακα	Συνολικό δείγμα		Κέντρα υγείας		Νοσοκομεία	
	Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Συναισθηματική Εξάντληση	23,86 ± 12,59	22 (0, 53)	21 ± 12,87	18 (10, 31)	25,6 ± 12,1	24 (16, 36)
Αποπροσωποποίηση	7,51 ± 6,33	6,90 (0, 28)	7,97 ± 6,67	6 (3, 12)	7,25 ± 6,1	6 (2,5, 11)
Προσωπικά Επιτεύγματα	36,73 ± 8,47	35,92 (6, 48)	35,42 ± 8,49	38 (33, 42)	36,9 ± 8,5	35,89 (33, 43)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 10.2.1, η συναισθηματική εξάντληση του συνολικού πληθυσμού έλαβε μέση τιμή 23,86, η μέση τιμή όσον αφορά την αποπροσωποποίηση ήταν 7,51 ενώ τέλος τα προσωπικά επιτεύγματα εμφάνισαν μέση τιμή 36,73. Οι παραπάνω μέσες τιμές συγκρινόμενες με τις τιμές αναφοράς του πίνακα 2.4.1 (σελ.29), οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική εξουθένωση του συνολικού πληθυσμού είναι, α) μέτρια όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, β) μέτρια όσον αφορά την αποπροσωποποίηση και γ) μέτρια όσον αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα.

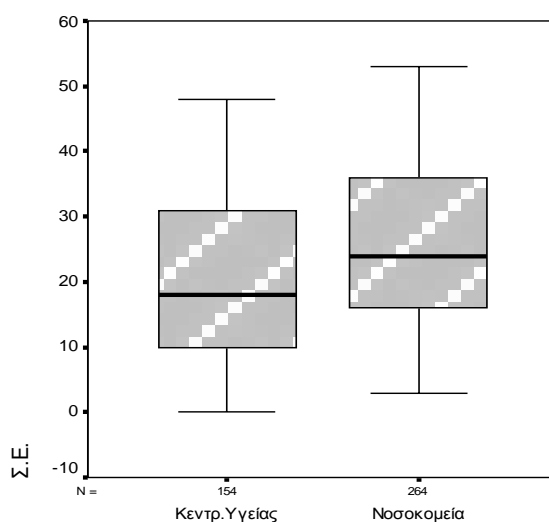
10.3 Σύγκριση των τριών συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης, μεταξύ κέντρων υγείας και νοσοκομείων.

Στον πίνακα που ακολουθεί, συγκρίναμε τις ενδείξεις στο τεστ ανάμεσα στα δύο δείγματα μέσω αναλύσεων διασποράς μονής κατεύθυνσης (Oneway ANOVA), με παράγοντα τους δύο πληθυσμούς (κέντρα υγείας – νοσοκομεία) και εξαρτημένες τις

μεταβλητές που αφορούν στους επιμέρους δείκτες του τεστ (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και προσωπικά επιτεύγματα).

Πίνακας 10.3.1: Σύγκριση των τριών συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης, μεταξύ των δύο πληθυσμών (κέντρα υγείας και νοσοκομεία)

Υποκλίμακα	Κέντρα υγείας		Νοσοκομεία		Τιμές p
	Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Συναισθηματική Εξάντληση	21 ± 12,87	18 (10, 31)	25,6 ± 12,1	24 (16, 36)	p < 0,001
Αποπροσωποποίηση	7,97 ± 6,67	6 (3, 12)	7,25 ± 6,1	6 (2,5, 11)	p = 0,262
Προσωπικά Επιτεύγματα	35,42 ± 8,49	38 (33, 42)	36,9 ± 8,5	35,89 (33, 43)	p = 0,262



Εικόνα 10.3.1

Όπως φαίνεται στον πίνακα 10.3.1 και στην εικόνα 10.3.1, υπάρχει πολύ σημαντική στατιστικά διαφορά στο επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης, μεταξύ των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων (p < 0,001). Οι νοσηλευτές που εργάζονται στα νοσοκομεία εμφανίζουν υψηλότερες τιμές συναισθηματικής εξάντλησης από τους νοσηλευτές που εργάζονται στα κέντρα υγείας.

10.4 Συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία).

Στον πίνακα που ακολουθεί, εμφανίζονται οι τιμές της βαθμολογίας στη συναισθηματική εξάντληση, ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 10.4.1: Συσχέτιση της βαθμολογίας στη συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης, με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας, του συνολικού δείγματος (κέντρα υγείας και νοσοκομεία)

		Συναισθηματική εξάντληση		
		Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	Ανοva
Φύλο	Άντρες	23,55 ± 12,70	20,50 (0 , 48)	df=416, F=0,023, p = 0.834*
	Γυναίκες	23,91 ± 12,59	23,00 (0 , 53)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	24,01 ± 12,56	22,50 (0 , 53)	df=2, F=0,220, p = 0.802
	Άγαμος/η	23,62 ± 12,67	23 (0 , 48)	
	Διαζευγμένος/η	22,11 ± 13,43	14 (4 , 45)	
Επίπεδο Σπουδών	Μεταπτυχιακό	24,40 ± 15,01	17,50 (6 , 48)	df=3, F=1,020, p = 0.384
	ΑΕΙ	27,00 ± 12,83	27 (13 , 48)	
	ΤΕΙ	23,02 ± 12,08	22 (0 , 50)	
	Μέση Εκπαίδευση	25,12 ± 13,27	24 (0 , 53)	
Θέση προϊσταμένου	Ναι	22,41 ± 11,37	21 (2 , 50)	df=416, F=3,258, p = 0.177*
	Όχι	24,34 ± 12,95	23 (0 , 53)	
Ωράριο εργασίας	Κυκλικό	24,73 ± 12,86	23 (0 , 50)	df=416, F=1,993, p = 0.050*
	Μόνιμα πρωινό	22,26 ± 11,97	21 (2 , 53)	

* t-test

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 10.4.1, τα άτομα που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο, εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, από τα άτομα που εργάζονται σε μόνιμα πρωινό. Η σημαντικότητα αυτή αποτυπώνεται με την τιμή που λαμβάνει ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας $p = 0,050$.

Η συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης με τους παράγοντες ηλικία και έτη υπηρεσίας στο συνολικό πληθυσμό, εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 10.4.2: Συσχέτιση του Spearman της βαθμολογίας στη συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης με την ηλικία και τα έτη υπηρεσίας στο συνολικό πληθυσμό (κέντρα υγείας και νοσοκομεία)

	Συναισθηματική εξάντληση	
	r	p
Ηλικία	0,026	0,603
Έτη υπηρεσίας	0,005	0,924

Από τον παραπάνω πίνακα, προκύπτει η μη ύπαρξη γραμμικής συμμεταβολής στη συσχέτιση του βαθμού συναισθηματικής εξάντλησης, με την ηλικία και τα έτη υπηρεσίας στο συνολικό πληθυσμό.

10.5 Συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία).

Στον πίνακα που ακολουθεί, εμφανίζονται οι τιμές της βαθμολογίας στην αποπροσωποποίηση, ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 10.5.1: Συσχέτιση της βαθμολογίας στη συνιστώσα της αποπροσωποποίησης, με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας, του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία)

		Αποπροσωποποίηση		
		Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	Ανοva
Φύλο	Άντρες	7,45 ± 6,95	5 (0 , 25)	df=416, F=1,144, p = 0.935*
	Γυναίκες	7,52 ± 6,23	6 (0 , 28)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	7,35 ± 6,16	6 (0 , 26)	df=2, F=0,595, p = 0.078
	Άγαμος/η	7,94 ± 6,56	7 (0 , 25)	
	Διαζευγμένος/η	8,68 ± 8,32	8 (0 , 28)	
Επίπεδο Σπουδών	Μεταπτυχιακό	8,80 ± 6,10	8,50 (0 , 19)	df=3, F=1,616, p = 0.185*
	ΑΕΙ	12,14 ± 6,12	10 (5 , 23)	
	ΤΕΙ	7,22 ± 6,37	5 (0 , 28)	
	Μέση Εκπαίδευση	7,71 ± 6,25	6 (0 , 25)	
Θέση προϊστάμενου	Ναι	6,55 ± 6,17	5 (0 , 26)	df=416, F=0,004, p = 0.041*
	Όχι	7,83 ± 6,36	6 (0 , 28)	
Ωράριο εργασίας	Κυκλικό	8,00 ± 6,56	6 (0 , 28)	df=416, F=3,048, p = 0.033*
	Μόνιμα πρωινό	6,62 ± 5,81	5 (0 , 26)	

* t-test

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 10.5.1, τα άτομα που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο όπως επίσης και εκείνα που δεν κατέχουν θέση προϊστάμενου, παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης ($p = 0,033$ και $p = 0,041$).

Η συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με τους παράγοντες ηλικία και έτη υπηρεσίας στο συνολικό πληθυσμό, εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 10.5.2: Συσχέτιση του Spearman της βαθμολογίας στη συνιστώσα της αποπροσωποποίησης με την ηλικία και τα έτη υπηρεσίας στο συνολικό πληθυσμό (κέντρα υγείας και νοσοκομεία)

	Αποπροσωποποίηση	
	r	p
Ηλικία	-0,139	0,004
Έτη υπηρεσίας	-0,197	0,047

Είναι γεγονός ότι οι τιμές των p και r που εμφανίζονται στον πίνακα 10.5.2, μαρτυρούν ισχυρή στατιστική σημαντικότητα, ως προς την ηλικία των ατόμων (οι μικρότεροι στην ηλικία, βιώνουν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης) και ως προς τα έτη προϋπηρεσίας τους (εκείνοι που έχουν λιγότερα έτη προϋπηρεσίας, βιώνουν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης).

10.6 Συσχέτιση των προσωπικών επιτευγμάτων με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία).

Στον πίνακα που ακολουθεί, εμφανίζονται οι τιμές της βαθμολογίας στα προσωπικά επιτεύγματα, ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 10.6.1: Συσχέτιση της βαθμολογίας στη συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων, με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας, του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία)

		Προσωπικά επιτεύγματα		
		Μέση τιμή ± SD	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	Ανοva
Φύλο	Άντρες	36,05 ± 10,74	39 (9 , 48)	df=416, F=12,00, p=0.492*
	Γυναίκες	36,85 ± 8,02	38 (6 , 48)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	37,21 ± 8,29	39 (6 , 48)	df=2, F=2,446, p=0.089
	Άγαμος/η	34,96 ± 8,75	36 (13 , 48)	
	Διαζευγμένος/η	35,11 ± 9,75	38,00 (10 , 47)	
Επίπεδο Σπουδών	Μεταπτυχιακό	33,40 ± 8,36	30 (26 , 48)	df=3, F=0,563, p=0.069
	ΑΕΙ	35,86 ± 4,59	36 (31 , 45)	
	ΤΕΙ	36,87 ± 8,26	38,50 (9 , 48)	
	Μέση Εκπαίδευση	36,76 ± 8,98	39 (6 , 48)	
Θέση προϊστάμενου	Ναι	39,13 ± 7,25	40,50 (10 , 48)	df=416, F=5,088, p < 0.001*
	Όχι	35,94 ± 8,70	38 (6 , 48)	
Ωράριο εργασίας	Κυκλικό	35,65 ± 8,98	37,50 (6 , 48)	df=416, F=8,806, p < 0.001*
	Μόνιμα πρωϊνό	38,71 ± 7,05	40 (13 , 48)	

* t-test

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 10.6.1, τα άτομα που εργάζονται σε πρωινό ωράριο όπως επίσης και εκείνα που κατέχουν θέση προϊστάμενου, παρουσιάζουν υψηλότερα προσωπικά επιτεύγματα ($p < 0.001$).

Η συσχέτιση των προσωπικών επιτευγμάτων με τους παράγοντες ηλικία και έτη υπηρεσίας στο συνολικό πληθυσμό, εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 10.6.2: Συσχέτιση του Spearman της βαθμολογίας στη συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων με την ηλικία και τα έτη υπηρεσίας στο συνολικό πληθυσμό (κέντρα υγείας και νοσοκομεία)

	Προσωπικά επιτεύγματα	
	r	P
Ηλικία	0,254	0,002
Έτη υπηρεσίας	0,273	0,002

Είναι γεγονός ότι οι τιμές των r και p που εμφανίζονται στον πίνακα 10.6.2, μαρτυρούν ισχυρή στατιστική σημαντικότητα, ως προς την ηλικία των ατόμων (οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν περισσότερα προσωπικά επιτεύγματα) και ως προς τα έτη προϋπηρεσίας τους (εκείνοι που έχουν περισσότερα έτη προϋπηρεσίας, έχουν περισσότερα προσωπικά επιτεύγματα).

11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας). Επίσης, επιχειρήθηκε να συσχετισθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας (έτη προϋπηρεσίας, θέση και ωράριο εργασίας) του υπό μελέτη πληθυσμού με το βαθμό της επαγγελματικής του εξουθένωσης. Τέλος, κατεβλήθη προσπάθεια να εντοπισθούν τυχόν διαφορές στα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (κέντρα υγείας) με εκείνα του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στη δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια περίθαλψη (δημόσια νοσοκομεία).

Σύμφωνα με τα ευρήματα (πίνακας 9.1.1, σελ.74), η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού, ποσοστό 90,9%, είναι γυναίκες, πράγμα αναμενόμενο καθώς το νοσηλευτικό επάγγελμα συγκαταλέγεται στα «γυναικεία» επαγγέλματα και παραδοσιακά περισσότερες γυναίκες ακολουθούν τις νοσηλευτικές σπουδές (τάση η οποία τα τελευταία χρόνια περιορίζεται).

Ειδικότερα, ο κοινωνικός ρόλος της νοσηλεύτριας είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με το γυναικείο κοινωνικό ρόλο, αφού η παροχή φροντίδων που είναι η ουσία του νοσηλευτικού επαγγέλματος, είναι παραδοσιακά συνυφασμένη με το γυναικείο ρόλο (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994).

Η μέση ηλικία του δείγματος είναι 42 έτη. Ακόμη, οι έγγαμοι αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 84,4 %.

Ένα σημαντικό στοιχείο που προέκυψε είναι ότι ο μεγαλύτερος αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ), 60,4%, ενώ κανένας νοσηλευτής δεν κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει είτε λόγω του γεγονότος ότι οι προσλήψεις των αποφοίτων ανώτατης εκπαιδευτικής εκπαίδευσης (ΑΕΙ) είναι ελάχιστες σε σχέση με εκείνες των απόφοιτων ΤΕΙ είτε γιατί οι νοσηλευτές που είναι κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου

δεν προτιμούν να εργάζονται στα κέντρα υγείας αλλά σε δημόσια νοσοκομεία στα οποία τους παρέχονται περισσότερες ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης.

Το γεγονός επίσης ότι κανένας νοσηλευτής δεν κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, μπορεί να υποδηλώνει ότι η σταθερότητα χώρου εργασίας που προσφέρει ο δημόσιος τομέας των κέντρων υγείας, δεν αποτελεί κίνητρο για επιπλέον γνώσεις, χαρακτηριστικό αρκετά σημαντικό, μια που η νοσηλευτική θεωρείται ως επιστήμη που συνεχώς εξελίσσεται, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο και η συνεχής εκπαίδευση παρέχει τα εφόδια στους εργαζόμενους ώστε αφενός να εναρμονιστούν με τις νέες απαιτήσεις στο χώρο εργασίας τους αφετέρου να παρέχουν καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας στους χρήστες. Μπορεί όμως και να μην είχαν την ευκαιρία αφού μέχρι πριν από λίγο καιρό δεν είχαν πρόσβαση σε μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών.

Όσον αφορά τα έτη προϋπηρεσίας του νοσηλευτικού προσωπικού, η μέση τιμή ήταν τα 12,5 έτη στο κέντρο υγείας. Τα λίγα χρόνια πιθανόν να υποδηλώνουν μια τάση φυγής και πρόωρης απόσυρσης του νοσηλευτικού προσωπικού, λόγω συνταξιοδότησης, κυρίως εξαιτίας των νέων μέτρων συνταξιοδότησης και του αυξημένου ορίου ηλικίας.

Επιπρόσθετα, ίσως οι συνθήκες εργασίας να μην ευνοούν τη μακρόχρονη παραμονή των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας. Ακόμη, το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζει μια προϋπηρεσία γενικότερη στο χώρο της υγείας με μέση τιμή τα 16,7 έτη, πιθανόν να υποδηλώνει ότι υπάρχει μια κινητικότητα του προσωπικού ανάμεσα στις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας (αλλαγή χώρου εργασίας).

Τέλος, όσον αφορά τη θέση εργασίας, αίσθηση προκαλεί το γεγονός ότι ενώ στο κέντρο υγείας το 88,3% του προσωπικού εργάζονται ως απλοί νοσηλευτές, μόνο το 67,5% δουλεύει σε κυκλικές βάρδιες. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει είτε γιατί υπάρχει η ευχέρεια να προσαρμόζονται οι νοσηλευτές το πρόγραμμα εργασίας τους σύμφωνα με τις οικογενειακές τους ανάγκες είτε γιατί υπάρχουν νοσηλευτές με πολλά χρόνια προϋπηρεσίας και για αυτό το λόγο εργάζονται σε πρωινή βάρδια και απαλλάσσονται από το κυκλικό ωράριο. Ωστόσο, το γεγονός αυτό επιφορτίζει το υπόλοιπο

νοσηλευτικό προσωπικό με επιπλέον φόρτο εργασίας στις υπόλοιπες βάρδιες (απογευματινή και βραδινή).

Στατιστικά σημαντικά στοιχεία προέκυψαν επίσης από τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού των συγκεκριμένων κέντρων υγείας.

Αρχικά, όσον αφορά το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, η έρευνα έδειξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στα κέντρα υγείας κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα, αφού το νοσηλευτικό προσωπικό δήλωσε μέτρια επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και οριακά υψηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων (πίνακας 9.2.1, σελ.75).

Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί ενώ έχουν καταλήξει στο ίδιο συμπέρασμα έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στα διάφορα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα (Αδαλή, 1999, Αδαλή και συν., 2000, Λαχανά, 2003, Μπελλάλη και συν., 2007, Διλίντας, 2008, Malliarou et al, 2009, Κουτσοδήμου, 2009), ότι δηλαδή το νοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία παρουσιάζει μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν εντοπίστηκε καμιά έρευνα για τα κέντρα υγείας. Αυτό πιθανόν να εξηγείται με το γεγονός ότι η προσοχή της πολιτείας είναι στραμμένη κυρίως προς τις δομές δευτεροβάθμιας-τριτοβάθμιας περίθαλψης και το σύστημα υγείας είναι απόλυτα νοσοκομειοκεντρικό.

Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τους Fagin et al (1995), τους Onyett et al (1997), τον Coffey, (1999), τους Iordanou et al (2009) και Hannigan et al (2000), οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και συμμετείχαν στην έρευνα τους βίωναν επίσης μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ βρίσκεται σε αντίθεση με τους Wykes et al, (1997) οι οποίοι βρήκαν υψηλό βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Επομένως, οι νοσηλευτές που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (κέντρα υγείας) στη χώρα μας, έχουν περίπου τον ίδιο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε δομές της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας στο διεθνή χώρο. Βέβαια, η σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών δεν είναι απόλυτα ορθή, λόγω αφενός της ανομοιογένειας των συγκρινόμενων πληθυσμών (η πλειονότητα των νοσηλευτών που συμμετείχαν στις έρευνες στο διεθνή χώρο ήταν νοσηλευτές ψυχικής υγείας και δεν εργάζονταν σε κέντρα υγείας) αφετέρου των διαφορετικών συνθηκών εργασίας αλλά και των διαφορετικών αναγκών των ασθενών.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών που εργάζονται στα κέντρα υγείας στην παρούσα έρευνα, το 47,4% αισθάνεται μέτρια ως υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 55,6% μέτρια ως υψηλή αποπροσωποποίηση και το 72,8% μέτρια ως υψηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων (πίνακας 9.3.1, σελ.76).

Η υψηλή αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων που νιώθουν οι νοσηλευτές των κέντρων υγείας, μπορεί να οφείλεται στον πολυδιάστατο ρόλο τους ως κοινοτικοί νοσηλευτές που τους παρέχει περισσότερες δυνατότητες αυτονομίας, υπευθυνότητας και παρέμβασης στο χώρο της κοινότητας (κατ' οίκον νοσηλεία, εξατομικευμένη προσέγγιση ατόμου, διαπαιδαγώγηση του κοινού σχετικά με προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και περιορισμού τους κ.λ.π.). Επιπρόσθετα, η ένταξή τους στην ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που περικλείει διάφορες ειδικότητες (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι κ.λ.π.), αυξάνει το αίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων, κυρίως λόγω της ανατροφοδότησης από την θετική έκβαση της πορείας των ασθενών.

Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τους Wykes et al (1997), Coffey (1999) και τους Hannigan et al (2000) οι οποίοι βρήκαν ότι σχεδόν οι μισοί από τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρουσίαζαν χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα, τους Iordanou et al (2009) οι οποίοι αναφέρουν ότι περισσότεροι από τους μισούς εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρουσιάζουν χαμηλές τιμές συναισθηματικής εξάντλησης και με τους Fagin et al (1995) οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές βιώνουν χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης, ενώ συμφωνεί με τους Onyett et al (1997), στο γεγονός ότι οι μισοί από τους νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να οφείλεται είτε στις διαφορές στο εργασιακό περιβάλλον και στις ανάγκες των ασθενών είτε στα ιδιαίτερα

χαρακτηριστικά των εργαζόμενων. Επιπλέον, το εύρημα αυτής της μελέτης συμφωνεί με τους Onder και Basim (2008) οι οποίοι αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που βιώνουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης ή αποπροσωποποίησης, δε βιώνουν απαραίτητα χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Επιπρόσθετα, όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίστηκαν με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών, επαγγελματική εμπειρία, θέση και ωράριο εργασίας) που εργάζονται στα κέντρα υγείας τα οποία σύμφωνα με έρευνες (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Maslach et al, 2001, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001) σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου. Από τη συσχέτιση αυτή προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Αναλυτικότερα, η συναισθηματική εξάντληση των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας φάνηκε να συνδέεται σημαντικά με το επίπεδο σπουδών (πίνακας 9.4.1, σελ.77). Οι νοσηλευτές με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης (AEI), βιώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης από ότι οι νοσηλευτές με πτυχίο ΤΕΙ ή μέσης εκπαίδευσης. Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται είτε στο γεγονός ότι αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες (υπεύθυνοι βάρδιας) λόγω της υψηλότερης εκπαίδευσής τους είτε επειδή οι σπουδές τους, έχοντας αυξημένο θεωρητικό υπόβαθρο, στερούνται υψηλού βαθμού πρακτικής εφαρμογής είτε στο γεγονός ότι όντας πτυχιούχοι AEI, έχουν υψηλότερες επαγγελματικές προσδοκίες και ατομικές φιλοδοξίες που δε συνάδουν με το χώρο εργασίας και την καθημερινή επαγγελματική εμπλοκή τους στα κέντρα υγείας και συχνά διαψεύδονται.

Επιπλέον, ως υπεύθυνοι βάρδιας, ίσως να καταλαμβάνονται από συναισθήματα προσωπικής ευθύνης και ενοχής όταν η εργασία δεν πηγαίνει καλά και πιθανόν να θεωρούν ότι δεν είναι αποτελεσματικοί. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την έλλειψη εμπιστοσύνης στους υφιστάμενους νοσηλευτές τους, ενδέχεται να τους οδηγεί στο να αναλαμβάνουν περισσότερες τρέχουσες καθημερινές δραστηριότητες από όσες μπορούν να αντέξουν στην προσπάθεια τους να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Σύμφωνα με τον Clark (1980), οι νοσηλευτές που βρίσκονται υψηλά στην ιεραρχία, δοκιμάζουν μεγάλη εσωτερική και εξωτερική πίεση για να

αντεπεξέλθουν με επιτυχία στις ανάγκες της εργασίας τους και σε περίπτωση που δεν το καταφέρουν διακατέχονται από αρνητικά συναισθήματα (αισθάνονται υπεύθυνοι για την αποτυχία) που μπορεί να τους οδηγήσουν στην εξουθένωση.

Πρέπει βέβαια να επισημανθεί στο σημείο αυτό ότι τυχόν γενίκευση του συγκεκριμένου συμπεράσματος θα ήταν παρακινδυνευμένη, λόγω του πολύ μικρού μεγέθους του δείγματος.

Οι βοηθοί νοσηλευτών με πτυχίο μέσης εκπαίδευσης παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης από τους απόφοιτους των ΤΕΙ, λόγω ίσως του γεγονότος ότι παρά τον κανονισμό που επιβάλλει την επόπτευσή τους κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων τους από συναδέλφους τους ανώτερης βαθμίδας (ΑΕΙ ή ΤΕΙ), υποχρεώνονται να ασκούν μόνοι τους τα νοσηλευτικά τους καθήκοντα στις διάφορες βάρδιες, λόγω έλλειψης προσωπικού στα κέντρα υγείας.

Ακόμη, η έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων (ανεπαρκής εκπαίδευση), ενδεχομένως να τους προκαλεί επαγγελματική ανασφάλεια η οποία εκδηλώνεται με τα αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Σύμφωνα μάλιστα με έρευνες, υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης διαπιστώνονται στο νοσηλευτικό προσωπικό λόγω ανεπαρκούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης (Διλίντας, 2008). Άλλη αιτία που ενδεχομένως μπορεί να προκαλεί την εμφάνιση υψηλών επιπέδων συναισθηματικής εξάντλησης, είναι η προσπάθειά τους να αποδείξουν ότι είναι εξίσου αποτελεσματικοί και ικανοί με τους συνάδελφους τους νοσηλευτές με τεχνολογική και πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

Οι νοσηλευτές με πτυχίο ΤΕΙ παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Αυτό εξηγείται ίσως από το γεγονός ότι η φοίτησή τους στη σχολή, τους εφοδιάζει, πέραν των απαραίτητων αντικειμενικών εφοδίων, και με τα αναγκαία ψυχολογικά εφόδια, προετοιμάζοντάς τους για το τι θα αντιμετωπίσουν στην καθημερινή άσκηση του κύριου επαγγέλματός τους.

Το εύρημα αυτό συμφωνεί με άλλους ερευνητές οι οποίοι αναφέρουν ότι όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού τόσο υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης βιώνουν (Maslach et al, 2001,

Αδαλή & Λεμονίδου, 2001) ενώ έρχεται σε διαφωνία με την έρευνα των Iordanou et al (2009) σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σπουδών σχετίζεται περισσότερο με τα προσωπικά επιτεύγματα, πιθανόν λόγω του ότι η εκπαίδευση παρέχει τα κατάλληλα εφόδια (όπως αυτοπεποίθηση) στον εργαζόμενο για να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις εργασιακές προκλήσεις.

Ακόμη, το φύλο και τα έτη προϋπηρεσίας που είχαν οι νοσηλευτές πριν δραστηριοποιηθούν στο κέντρο υγείας, φαίνεται να επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη συναισθηματική εξάντληση (πίνακας 9.4.3, σελ.78). Συγκεκριμένα, διαπιστώνεται ότι περισσότερο οι άνδρες νοσηλευτές και επιπλέον εκείνοι με μεγαλύτερη προϋπηρεσία στο χώρο της υγείας εκτός κέντρων υγείας (N = 10), παρουσιάζουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση από τις συναδέλφους τους γυναίκες ή από τους συναδέλφους τους άνδρες χωρίς την προϋπηρεσία αυτή. Όσον αφορά το συγκεκριμένο εύρημα η πιθανή ερμηνεία απορρέει από το διαφορετικό τρόπο θεώρησης τόσο του επαγγέλματος όσο και της ζωής γενικότερα, ανάμεσα στα δύο φύλα. Είναι γεγονός ότι οι άνδρες επενδύουν περισσότερο στην εργασία τους από ότι οι γυναίκες (ευθύνες σπιτιού, φροντίδα παιδιών) (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994).

Έτσι, εάν οι νοσηλευτές εργάζονταν πριν στο χώρο της υγείας, σε ένα λιγότερο ελκυστικό και πιο απαιτητικό περιβάλλον όπως είναι τα δημόσια νοσοκομεία ή ο ιδιωτικός τομέας όπου οι απαιτήσεις από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα αυξημένες και η δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων περιορισμένη, είναι πολύ πιθανό να τους είχαν ήδη εμφανισθεί υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Θα αντιμετώπιζαν λοιπόν τον ερχομό τους στα κέντρα υγείας όπου οι ρυθμοί είναι διαφορετικοί και όπου τους παρέχεται η δυνατότητα για περισσότερη ανεξαρτησία κινήσεων και λήψη πρωτοβουλιών στην κοινότητα (προγράμματα πρόληψης και διαπαιδαγώγησης), σαν ευκαιρία να ξεφύγουν από το στρεσογόνο επαγγελματικό περιβάλλον τους.

Παρόλα αυτά, αν λάβουμε υπόψη ότι 8 από τους 10 άνδρες νοσηλευτές με προϋπηρεσία εκτός κέντρων υγείας, είχαν μόλις προσληφθεί στο κέντρο υγείας που υπηρετούσαν (προϋπηρεσία σε κέντρο υγείας, μόνο 1 έτος), μπορούμε να υποθέσουμε ότι η υψηλή συναισθηματική εξάντληση που εμφανίζουν είναι απόρροια της προηγούμενης και μάλιστα πολυετούς (από 6 έως 20 έτη) προϋπηρεσίας τους στο

χώρο της υγείας. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη, ο αριθμός των νοσηλευτών που συμμετείχαν είναι πολύ μικρότερος από τον αριθμό των νοσηλευτριών και για το λόγο αυτό απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του θέματος με μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτών, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή όχι το παραπάνω εύρημα.

Η αποπροσωποποίηση βρέθηκε να συνδέεται ισχυρά με το κυκλικό ωράριο εργασίας (πίνακας 9.5.1, σελ.79). Οι νοσηλευτές των κέντρων υγείας που εργάζονται με κυκλικό ωράριο, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης από ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε σταθερό πρωινό ωράριο. Αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε επειδή έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές και δύσκολες εργασιακές καταστάσεις (τροχαία, πνευμονικά οιδήματα, αλλεργικά σοκ κ.λ.π.) πολύ γρήγορα και μόνοι τους στην απογευματινή ή βραδινή βάρδια στα κέντρα υγείας (στελεχώνονται από ένα μόνο εργαζόμενο λόγω ελλείψεως προσωπικού) είτε στο γεγονός ότι η εναλλαγή των βαρδιών διαταράσσει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού και δεν έχουν την υποστήριξη για να ελαχιστοποιήσουν τις στρεσογόνες καταστάσεις στην εργασία τους, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν κυνισμό σε αυτή.

Σύμφωνα μάλιστα με τους Glasberg et al (2006), οι νοσηλευτές προσπαθούν συχνά να ικανοποιήσουν τις δύσκολες απαιτήσεις της εργασίας τους μέσα από μια απόμακρη (απρόσωπη) συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή, ερχόμενοι πολλές φορές σε αντίθεση με τις ηθικές τους αξίες (διαφορετική προσέγγιση του αρρώστου αν οι συνθήκες εργασίας ήταν καλύτερες).

Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι η αποπροσωποποίηση σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία και το ωράριο εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας (πίνακας 9.5.3, σελ.81). Οι μικρότεροι στην ηλικία νοσηλευτές και όσοι εργάζονται σε κυκλικό ωράριο, βιώνουν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης. Όσον αφορά το γεγονός αυτό, η πιθανή ερμηνεία που μπορεί να δοθεί είναι ότι οι νεαρότεροι σε ηλικία νοσηλευτές έχουν μικρότερη επαγγελματική εμπειρία όσον αφορά τον πολυδιάστατο ρόλο τους στο κέντρο υγείας, με αποτέλεσμα να αισθάνονται αμφιβολίες για τις ικανότητές τους, να πιστεύουν ότι δε μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του επαγγέλματος και στην πληθώρα των κλινικών καταστάσεων που μπορεί να προκύψουν ανά πάσα στιγμή, να μειώνονται οι δυνατότητές τους για σημαντικά

επιτεύγματα και να αυξάνεται η τάση τους για κυνισμό και απομάκρυνση από τους ασθενείς.

Τα χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στις κλινικές δεξιότητες των νεότερων σε ηλικία νοσηλευτών λόγω της απειρίας τους, έχει προσδιορίσει ο McVicar (2003). Η εργασία τους μάλιστα σε κυκλικό ωράριο με εναλλασσόμενες βάρδιες, λειτουργεί ως παράγοντας άκρως επιβαρυντικός ως προς την αίσθησή της αυτή, μια που υ εργάζονται μόνοι τους.

Ακόμη, η συμπεριφορά τους αυτή ίσως να αποτελεί ένα μηχανισμό άμυνας για την επίλυση των προβλημάτων τους, μια που δεν έχουν αναπτύξει ακόμη στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων τους. Ίσως ακόμη να προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση από τους ασθενείς τους επειδή τους θεωρούν ως πηγή της εξάντλησής τους.

Αντίστοιχα, αρκετοί μελετητές υποστηρίζουν ότι η ηλικία αποτελεί την πλέον δημοφιλή μεταβλητή που βρέθηκε ότι σχετίζεται ξεκάθαρα (αρνητική συσχέτιση) με την εμφάνιση του συνδρόμου γενικά σε όλους στους νοσηλευτές όπως επίσης και οι κυκλικές βάρδιες (Robinson et al, 1991, Maslach et al, 2001, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Shirley, 2006).

Τέλος, όσον αφορά τη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων, βρέθηκε ότι αυτά σχετίζονται με τρόπο στατιστικά ιδιαίτερα σημαντικό, με το ωράριο εργασίας (πίνακας 9.6.1, σελ.82). Οι νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο σε κέντρα υγείας παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές που εφημερεύουν στην απογευματινή και βραδινή βάρδια στα κέντρα υγείας, είναι υποχρεωμένοι να φέρουν σε πέρας πολλές και διαφορετικές επείγουσες καταστάσεις που απαιτούν γρήγορους ρυθμούς αντιμετώπισής τους. Η δυνατότητα συμμετοχής τους στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού είναι περιορισμένη, εκτελούν μόνο μηχανικά τις ιατρικές οδηγίες καθώς συχνά απαιτείται η γρήγορη διακομιδή του ασθενούς στο εφημερεύον νοσοκομείο (ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο δε λειτουργούν στις εφημερίες), με αποτέλεσμα να ελαττώνεται η αίσθηση για προσωπικά επιτεύγματα.

Επιπρόσθετα, επειδή ακριβώς δε βλέπουν την πορεία των ασθενών τους, δε γνωρίζουν αν οι νοσηλευτικές τους προσπάθειες ευδόκησαν, νιώθουν ότι χάνουν τον έλεγχο των πράξεών τους και προοδευτικά παραιτούνται από κάθε προσωπική φιλοδοξία. Ακόμη, λόγω του κυκλικού ωραρίου δε μπορούν να συμμετέχουν στις οργανωτικές αποφάσεις των κέντρων υγείας, με αποτέλεσμα να αισθάνονται την εργασία τους χωρίς ενδιαφέρον και να επιλέγουν μοιρολατρικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει το εύρημα ότι οι διαζευγμένοι νοσηλευτές, οι γυναίκες εργαζόμενοι και όσοι εργάζονται σε μόνιμα πρωινό ωράριο σε κέντρα υγείας, έχουν υψηλότερο βαθμό προσωπικών επιτευγμάτων (πίνακας 9.6.3, σελ.83).

Η εργασία σε μόνιμα πρωινό ωράριο είναι συνήθως προνόμιο των προϊσταμένων ή των νοσηλευτών με πολύ μεγάλη προϋπηρεσία. Η ιδιότητά τους αυτή, τους προσδίδει το χαρακτηριστικό της πολύ καλής γνώσης του αντικειμένου τους και της ικανότητάς τους να προφυλάσσονται από στρεσογόνες καταστάσεις, οπλίζοντάς τους με αυτοπεποίθηση και άνεση λήψης αποφάσεων, με ενεργό συμμετοχή σε προγράμματα παρέμβασης. Ο συνδυασμός μάλιστα των παραπάνω χαρακτηριστικών, με το γεγονός ότι οι γυναίκες σπάνια αντλούν ικανοποίηση και ευχαρίστηση μόνο από την εργασία τους, μπορεί να αποτελεί ερμηνεία για το εύρημα αυτό.

Ωστόσο εντύπωση παρουσιάζει το γεγονός ότι οι διαζευγμένοι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό προσωπικών επιτευγμάτων από ότι οι έγγαμοι νοσηλευτές. Ίσως οι οικογενειακές αλλαγές, π.χ. διαζύγιο, τους ωθούν να επενδύουν περισσότερο στην εργασία τους, ώστε η επιτυχία τους στον επαγγελματικό τους τομέα να δρα σαν αμυντικός ψυχολογικός μηχανισμός στον προσωπικό τους τομέα.

Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τους Maslach et al (2001), Αδαλή και Λεμονίδου (2001) και Λαχανά και Κοτρώτσιου (2004), οι οποίοι αναφέρουν ότι η οικογένεια αποτελεί προστατευτικό παράγοντα στην εμφάνιση του συνδρόμου και ενισχυτικό παράγοντα στην αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων. Πρέπει βέβαια να επισημάνουμε στο σημείο αυτό ότι τυχόν γενίκευση του συγκεκριμένου

αποτελέσματος θα ήταν παρακινδυνευμένη, λόγω του πολύ μικρού μεγέθους του δείγματος (διαζευγμένοι N=8).

Όσον αφορά τη συσχέτιση των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών που εργάζονται στα κέντρα υγείας, βρέθηκε ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι θετικά συνυφασμένη με την αποπροσωποποίηση (όσο αυξάνεται η συναισθηματική εξάντληση τόσο αυξάνεται η αποπροσωποποίηση) ενώ τα προσωπικά επιτεύγματα σχετίζονται αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση (όσο αυξάνεται η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση, τόσο μειώνονται τα προσωπικά επιτεύγματα) (πίνακας 9.7.1, σελ.84).

Είναι αναμενόμενο ότι και οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αλληλοεπηρεάζονται (ντόμινο επίδραση), καθώς όταν οι νοσηλευτές χαρακτηρίζονται από συναισθηματική υπερφόρτωση και εξάντληση, απομακρύνονται και αποξενώνονται από τους ασθενείς τους και, ως φυσικό επακόλουθο, παραιτούνται από κάθε προσωπική φιλοδοξία.

Στην ίδια διαπίστωση καταλήγουν και οι Jordanou et al (2009) στην έρευνά τους στο πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι». Το εύρημα επίσης αυτό συμφωνεί με τους Maslach et al (2001) και Shirey (2006) οι οποίοι αναφέρουν ότι οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να αναπτύσσονται ταυτόχρονα ή να συνυπάρχουν σε διαφορετικούς βαθμούς.

Τέλος, όσον αφορά το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα, αν δηλαδή υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα κέντρα υγείας σε σχέση με τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα δημόσια νοσοκομεία προέκυψαν τα ακόλουθα σημαντικά στατιστικά στοιχεία.

Αρχικά ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία) κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα, αφού το νοσηλευτικό προσωπικό δήλωσε μέτρια επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και προσωπικών επιτευγμάτων (πίνακας 10.2.1,

σελ.86). Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, γιατί επιβεβαιώνει ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία, βιώνουν κάποια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αυτό πιθανόν να εξηγείται λόγω της στρεσογόνας φύσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος ανεξαρτήτως χώρου εργασίας, μια που οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και τυχόν λάθη μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες ακόμη και στη ζωή τους. Ακόμη, το γεγονός ότι η επαγγελματική τους επάρκεια και ικανότητα βρίσκεται κάτω από τη συνεχή επίβλεψη και κριτική των ασθενών και των συγγενών τους πιθανόν να διευκολύνει την εμφάνιση του συνδρόμου στους δύο αυτούς χώρους.

Το εύρημα αυτό της έρευνας, συμφωνεί με τις απόψεις των ερευνητών που θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί ομάδα εργαζόμενων εξαιρετικά ευάλωτη στην εμφάνιση του συνδρόμου (Buchan, 1995, Ουζούνη, 1999, Jimmieson, 2000, Glasberg et al, 2006, Moustaka & Konstantinidis, 2009). Ακόμη, συμφωνεί με τους Χωραττάς και Παπασταύρου (2005) οι οποίοι αναφέρουν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να παρουσιαστεί σε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό, ανεξαρτήτως τομέα απασχόλησης.

Επιπρόσθετα, βρέθηκαν σημαντικά στατιστικά στοιχεία όσον αφορά τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης στα νοσοκομεία, σε σχέση με τα κέντρα υγείας (πίνακας 10.3.1, σελ.87). Αναλυτικότερα, η έρευνα έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, σε σχέση με το προσωπικό που εργάζεται στα κέντρα υγείας.

Το εύρημα αυτό ήταν αναμενόμενο αν αναλογιστεί κανείς τις διαφορετικές απαιτήσεις στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και τις διαφορετικές συνθήκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που επικρατούν στους δύο αυτούς χώρους εργασίας. Το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου, όπως είναι γνωστό, χαρακτηρίζεται από γρήγορους, έντονους ρυθμούς, λόγω του μεγάλου όγκου των περιστατικών που τα νοσοκομεία δέχονται σε καθημερινή βάση αλλά και της σοβαρότητας των περιστατικών (χρρίζουν εξειδικευμένη αντιμετώπιση), των

αυξημένων αναγκών και των υψηλών απαιτήσεων των ασθενών αλλά και τη συχνή επαφή και έκθεση των νοσηλευτών στον πόνο και στο θάνατο.

Σε έρευνα μάλιστα που πραγματοποίησαν οι Μπόρου και συν (2010) σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία και σε κέντρα υγείας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν στα νοσοκομεία είχαν χαμηλότερη ικανοποίηση από εκείνους που εργάζονταν σε κέντρα υγείας, λόγω του φόρτου εργασίας. Ο φόρτος εργασίας φαίνεται να συνδέεται με τη συναισθηματική εξάντληση όπως αποδεικνύουν οι Cordes και Dougherty (1993) και McVicar (2003).

Σαν πιθανό αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, είναι να βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται στα νοσοκομεία περισσότερη συναισθηματική εξάντληση από τους νοσηλευτές που εργάζονται στα κέντρα υγείας όπου οι ρυθμοί εργασίας φαίνεται να είναι πιο χαλαροί και οι νοσηλευτές δεν εκτίθενται τόσο συχνά στο θάνατο (τα βαριά περιστατικά διακομίζονται άμεσα στο νοσοκομείο). Η φύση της εργασίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σύμφωνα με τον Lee (2003), δεν είναι ιδιαίτερα πιεστική. Στη σημαντικότητα των ιδιαιτεροτήτων του κάθε χώρου εργασίας στην ένταση της εμφάνισης της εξουθένωσης, αναφέρθηκαν και οι Δημητρόπουλος και Φιλίππου (2008) και η Polikandrioti (2009).

Ωστόσο, η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα δε σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το χώρο εργασίας, πράγμα μη αναμενόμενο, λόγω ακριβώς των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν στα νοσοκομεία.

Στη συνέχεια, εξετάζοντας τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης του συνολικού πληθυσμού (κέντρα υγείας και νοσοκομεία), με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας, φάνηκε ότι συνδέονται ισχυρά με το ωράριο εργασίας (πίνακας 10.4.1, σελ.88, πίνακας 10.5.1, σελ.90, πίνακας 10.6.1, σελ.91). Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων, από ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μόνιμα πρωινό ωράριο.

Μια πιθανή εξήγηση αποτελεί το γεγονός ότι ο παρατεταμένος φόρτος εργασίας στις βάρδιες λόγω έλλειψης προσωπικού, οι πολλές και δύσκολες απαιτήσεις των ασθενών σε περιορισμένο χρόνο, η μειωμένη ελευθερία κινήσεων (αυτονομία), η έλλειψη χρόνου για επαφή με τους υπόλοιπους εργαζόμενους, οδηγούν το νοσηλευτικό προσωπικό σε συναισθηματική εξάντληση, σε απρόσωπη συμπεριφορά και σε μειωμένη αυτοεκτίμηση και αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Οι συνθήκες αυτές που επικρατούν στην απογευματινή και βραδινή βάρδια, πιθανόν να είναι κοινές και να έχουν την ίδια βαρύτητα για όλους τους νοσηλευτές.

Ωστόσο, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Κουτσοδήμου (2009) στα ελληνικά νοσοκομεία, εξήχθη το συμπέρασμα ότι το κυκλικό ωράριο συσχετίστηκε ισχυρά μόνο ως προς τη συναισθηματική εξάντληση (οι νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο έχουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση) και τα προσωπικά επιτεύγματα (οι νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο έχουν χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα) ενώ η αποπροσωποποίηση σχετίστηκε με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας. Ακόμη, σύμφωνα με τους Maslach et al (2001), το κυκλικό ωράριο συντελεί στην εμφάνιση ιδίως της συναισθηματικής εξάντλησης. Την ίδια διαπίστωση έκαναν και οι Malliarou et al (2009) στην έρευνά τους σε ένα ελληνικό περιφερειακό πανεπιστημιακό νοσοκομείο όπου κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με το κυκλικό ωράριο των νοσηλευτών.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας σχετίζονται αρνητικά με την αποπροσωποποίηση (πίνακας 10.5.2, σελ.90) και θετικά με τα προσωπικά επιτεύγματα (πίνακας 10.6.2, σελ.92) των νοσηλευτών του συνολικού πληθυσμού (κέντρων υγείας και νοσοκομείων). Τόσο οι μικρότεροι σε ηλικία νοσηλευτές όσο και οι νοσηλευτές που έχουν λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία, βιώνουν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης και χαμηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων σε σχέση με τους νοσηλευτές που είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία και τους νοσηλευτές που έχουν πολλά χρόνια προϋπηρεσίας.

Αυτό πιθανόν να συμβαίνει, διότι οι μικρότεροι σε ηλικία νοσηλευτές συνήθως έχουν υψηλούς στόχους που συχνά διαψεύδονται και μικρότερη προϋπηρεσία, έτσι ώστε δεν καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα στον εργασιακό τους χώρο, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν κυνισμό και έλλειψη

παραγωγικότητας και αποδοτικότητας. Αντίστοιχα, η Shirey (2006), αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση παρατηρείται συνήθως στην αρχή της σταδιοδρομίας των επαγγελματιών υγείας και έχει αρνητική συνάφεια με την επαγγελματική εμπειρία.

Αντίθετα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές και όσοι έχουν πολλά χρόνια προϋπηρεσίας, αντιμετωπίζουν τις εργασιακές προκλήσεις με μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας, διαχειρίζονται τα προβλήματα των ασθενών τους πιο αποτελεσματικά και ανταποκρίνονται καλύτερα στις απαιτήσεις της θέσης τους. Επιπρόσθετα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και προϋπηρεσία νοσηλευτές πιθανόν να χρήζουν καλύτερης αντιμετώπισης από τους προϊστάμενους, να διευκολύνονται στο πρόγραμμα και να έχουν μεγαλύτερες δυνατότητες επιλογής του αντικειμένου εργασίας τους (κλινικό, εκπαιδευτικό, συμβουλευτικό κ.λ.π.).

Στη διαπίστωση αυτή συμφωνούν και οι Cordes και Dougherty (1993) οι οποίοι θεωρούν ότι οι νεότεροι και λιγότερο πεπειραμένοι εργαζόμενοι, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης. Επιπρόσθετα, στα ίδια συμπεράσματα κατέληξαν στην έρευνά τους στα ελληνικά νοσοκομεία και οι Μπελλάλη και συν. (2007) και ο Διλίντας (2008).

Αντίθετα, σύμφωνα με την Κουτσοδήμου (2009), η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των νοσηλευτών στα νοσοκομεία συσχετίζονται μόνο με την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα και όχι με τη συναισθηματική εξάντληση ενώ σύμφωνα με την Αδαλή (1999), η ηλικία των νοσηλευτών στα νοσοκομεία δε σχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση ούτε με την αποπροσωποποίηση αλλά μόνο με τα προσωπικά επιτεύγματα όπως και τα έτη προϋπηρεσίας.

Τέλος, η θέση εργασίας των νοσηλευτών βρέθηκε να σχετίζεται ισχυρά με την αποπροσωποποίηση (πίνακας 10.5.1, σελ.90) και τα προσωπικά επιτεύγματα (πίνακας 10.6.1, σελ.91), στους νοσηλευτές του συνολικού πληθυσμού. Οι νοσηλευτές που κατέχουν θέση προϊστάμενου στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία, έχουν μικρότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης και μεγαλύτερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων, από τους νοσηλευτές που δεν κατέχουν αυτή τη θέση.

Το εύρημα αυτό ήταν αναμενόμενο καθώς οι προϊστάμενοι έρχονται σε στενή επαφή με τους ασθενείς και συχνά αντλούν ικανοποίηση από τη θετική έκβαση της υγείας τους, οργανώνουν προγράμματα πρόληψης (έχουν αυξημένη αυτονομία) και παρεμβαίνουν στη διαπαιδαγώγηση των ατόμων, συμμετέχουν σε θέματα λήψης αποφάσεων και συχνά δέχονται τον έπαινο για τις δραστηριότητές τους από τη διεύθυνση, παίρνουν μέρος σε εκπαιδευτικά προγράμματα αυξάνοντας έτσι τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους, καθορίζουν το γενικό πλαίσιο της νοσηλευτικής διεργασίας η οποία αφορά στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς και στο βαθμό συμμετοχής των νοσηλευτών σε αυτό και τέλος αντλούν ικανοποίηση και αυτοπεποίθηση από την ίδια τη θέση τους στην ιεραρχία η οποία τους εξασφαλίζει και την κοινωνική καταξίωσή τους. Όλοι αυτοί οι παράγοντες πιθανόν να λειτουργούν προστατευτικά στην εμφάνιση υψηλών επιπέδων αποπροσωποποίησης και παράλληλα να συμβάλλουν στα υψηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Σύμφωνα με την έρευνα της Κουτσοδήμου (2009), η θέση εργασίας των νοσηλευτών βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο ως προς τα προσωπικά επιτεύγματα ενώ σύμφωνα με την έρευνα των Μπελλάλη και συν. (2007), η θέση εργασίας των νοσηλευτών δε παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε σχέση με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Προληπτικές παρεμβάσεις/στρατηγικές πρόληψης

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι αρκετοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές. Η καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου είναι η πρόληψή του. Έτσι, η ανάπτυξη προληπτικών στρατηγικών, όχι μόνο θα βοηθήσει και θα στηρίξει το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και θα το προστατέψει από την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι προτάσεις που μπορούν να διατυπωθούν βάση της παρούσας μελέτης και της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, για να μπορέσουν οι νοσηλευτές να προλάβουν αλλά και να μετριάσουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναφέρονται παρακάτω:

α) Άμεσες ενέργειες για την ορθολογιστική στελέχωση των υπηρεσιών από νοσηλευτές. Η διοίκηση οφείλει να εξασφαλίσει επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό για

το παραγόμενο έργο, με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες της κάθε περιοχής. Μερικά από τα μέτρα που μπορούν να παρθούν, είναι οι αυξήσεις χρηματοδότησης από την πολιτεία, για άμεση πρόσληψη προσωπικού και οι διαγωνισμοί εκτός ΑΣΕΠ (χρονοβόρα διαδικασία) για την απλούστευση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, με στόχο τη μείωση του φόρτου εργασίας (οι ελλείψεις προσωπικού καθιστούν δύσκολο το νοσηλευτικό έργο).

β) Η εφαρμογή ελαστικού ωραρίου σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού και των υπηρεσιών, η δίκαιη κατανομή του προγράμματος εργασίας (οι εφημερίες να μοιράζονται σε όλο το προσωπικό) ή ακόμη και η εφαρμογή της 12ωρης βάρδιας εργασίας (σε συνδυασμό με την επαρκή στελέχωση προσωπικού) σε όσους νοσηλευτές το επιθυμούν ανάλογα με την ηλικία τους, η οποία έχει δοκιμαστεί σε μερικές χώρες και είναι αρκετά δημοφιλής στους νοσηλευτές, μια που τους εξασφαλίζει τρία αντί για δύο ρεπό (εργάζονται τις 40 ώρες που τους αναλογούν εβδομαδιαίως, σε ένα πρόγραμμα όμως πιο συμπυκνωμένο).

γ) Η εξασφάλιση της συμμετοχής των νοσηλευτών σε προγράμματα επιμόρφωσής τους και η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσής τους για την αποτελεσματική διαχείριση των ασθενών είτε μέσα από επαναλαμβανόμενα προγράμματα κατάρτισής τους στους χώρους εργασίας, δίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού – στόχου είτε με διευκολύνσεις για τη συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικά προγράμματα σε άλλους χώρους (κάλυψη των εξόδων, εκπαιδευτικές άδειες κ.λ.π.).

δ) Η δημιουργία ομάδων υποστήριξης και η εισαγωγή της ατομικής συμβουλευτικής στους χώρους εργασίας, για τη συναισθηματική εκπαίδευση του προσωπικού (επεξεργασία θυμού, εντοπισμός των καταστάσεων που προκαλούν στρες στην εργασία, διαχείριση άγχους), με σκοπό να μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα τις συναισθηματικές απαιτήσεις της εργασίας του.

ε) Η ενημέρωση των νέων νοσηλευτών για τον τρόπο λειτουργίας τόσο των κέντρων υγείας όσο και των νοσοκομείων, για τις νοσηλευτικές διαδικασίες που πρέπει να οργανώνουν (εισαγωγικά μαθήματα, λόγω του ότι οι περισσότεροι έχουν καιρό που ολοκλήρωσαν τις σπουδές τους, πρωτόκολλα νοσηλευτικών κατευθυντήριων οδηγιών

για τη διαχείριση χρόνιων αλλά και επειγόντων περιστατικών) καθώς και για το καθηκοντολόγιο, τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους.

ζ) Η δραστηριοποίηση των νοσηλευτών στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας του κοινοτικού πληθυσμού μέσα από την ομάδα υγείας (θέσπιση και λειτουργία ομάδας υγείας) και η ισότιμη ανάπτυξη δραστηριοτήτων μεταξύ των νοσηλευτών, με σκοπό την αύξηση του ενδιαφέροντος και της συνεργασίας.

Τα παραπάνω μέτρα αποτελούν μερικούς μόνο τρόπους που μπορεί να χρησιμοποιήσει η νοσοκομειακή διοίκηση για να ελαχιστοποιήσει αρκετούς από τους παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση του συνδρόμου στους νοσηλευτές.

Επιπρόσθετα, η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης από τους ίδιους τους εργαζόμενους (μέσα από την εκπαίδευση) και η αναθεώρηση και ο επαναπροσδιορισμός μερικών από τους στόχους τους (ιδίως όταν αυτοί δεν είναι ρεαλιστικοί), θα έχει ευεργετικά αποτελέσματα, όχι μόνο για τους ίδιους τους νοσηλευτές (προστατευτικοί παράγοντες ανάπτυξης του συνδρόμου), αλλά και για τους ασθενείς, μια που θα συνεισφέρουν στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών.

Τέλος, τέτοιου είδους αλλαγές αλλά και πολλές άλλες, αναμένεται να μειώσουν τα αισθήματα απογοήτευσης και δυσαρέσκειας των νοσηλευτών και να τους θωρακίσουν απέναντι στην εμφάνιση του συνδρόμου έτσι ώστε να έχουμε νοσηλευτές ικανοποιημένους και όχι εξουθενωμένους.

12. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης που αναπτύσσεται κυρίως σε όσους έρχονται σε επαγγελματική επαφή με άλλους ανθρώπους. Περιβαλλοντικοί και προσωπικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση του συνδρόμου ενώ η εκδήλωσή του τόσο με σωματικά όσο και με ψυχικά συμπτώματα στο νοσηλευτικό προσωπικό παρεμποδίζει το έργο του, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη δυσαρέσκεια των χρηστών τους.

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας δηλώνουν την ύπαρξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (κέντρα υγείας). Η επαγγελματική εξουθένωση εκτιμήθηκε σε σχέση με ορισμένα δημογραφικά-υπηρεσιακά χαρακτηριστικά και ως εργαλείο μέτρησης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Maslach (MBI).

Συμπερασματικά, από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, προκύπτει ότι οι νοσηλευτές των κέντρων υγείας βιώνουν συναισθηματική εξάντληση με μέση τιμή 21, αποπροσωποποίηση με μέση τιμή 7,97, ενώ τέλος προσωπικά επιτεύγματα με μέση τιμή 35,42 που αντικατοπτρίζουν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η συναισθηματική εξάντληση βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο σπουδών των νοσηλευτών ενώ κατά την ανάλυση των στοιχείων με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης, το φύλο αλλά και τα έτη προϋπηρεσίας που είχαν οι νοσηλευτές πριν δραστηριοποιηθούν στο κέντρο υγείας, βρέθηκε ότι αποτελούν επίσης σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες για τη συναισθηματική εξάντληση.

Η αποπροσωποποίηση εμφάνισε στατιστική σημαντικότητα ως προς το κυκλικό ωράριο αλλά και ως προς την ηλικία των νοσηλευτών στα κέντρα υγείας. Βρέθηκε, με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης, ότι οι μικρότεροι σε ηλικία νοσηλευτές και όσοι έχουν κυκλικό ωράριο βιώνουν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης.

Τα προσωπικά επιτεύγματα συσχετίζονται επίσης με τρόπο ιδιαίτερα στατιστικά σημαντικό με το ωράριο εργασίας, με το φύλο αλλά και με την οικογενειακή κατάσταση, σύμφωνα με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης στους νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα υγείας.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι κάθε ένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας, επιδρά σε συγκεκριμένες συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ωστόσο, το ωράριο εργασίας στην παρούσα έρευνα, επιδρά σε πολύ μεγάλο βαθμό και στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και προσωπικά επιτεύγματα) στο συνολικό πληθυσμό των νοσηλευτών (κέντρων υγείας και νοσοκομείων), ενώ η θέση εργασίας, η ηλικία των νοσηλευτών και τα έτη προϋπηρεσίας τους αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα.

Τέλος, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία εμφανίζουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση από τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε κέντρα υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Adali, E., Priami, M., (2002), «Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals». *ICUs and nursing web journal*, 11: 1-19

Bakker, A.B., Killmer, C., H., Siegriest, J., Schaufeli, W.B., (2000), «Effort-reward imbalance and burnout among nurses». *Journal of Advanced Nursing*, 31 : 884-891

Bakker, A.B., Demerouti, E., Schaufeli, W.B., Janssen, P., Brouwer, J., (2000), «Using equity theory to examine the difference between burnout and depression». *Anxiety, Stress and coping*, 13 (3): 247-268

Bodur, S., (2002), «Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey». *Occupational Medicine*, 52 (6) : 353-5

Brooks, B.A., Anderson, M.A., (2004), «Nursing work life in acute care». *Journal of nursing care quality*, 19 (3), 269-275

Buchan, J., (1995), «Counting the cost of stress in nursing». *Nursing standard*, 9 (16) : 30-31

Ceslowitz, S., (1989), «Burnout and coping strategies among hospitals staff nurses». *Journal of advanced nursing*, 14: 553-557

Cherniss, C., (1980), « *Professional burnout in human service organizations*». Preager publisher, New York

Coffey, M., (1999), «Stress and burnout in forensic community health nurses: an investigation of its causes and effects». *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6 : 433-443

Cook, R., (1992), «*The prevention and management of stress: a manual for teachers*». Longman, Harlow

Cordes, C., Dougherty, T., (1993), «A review and an integration of research on job-burnout». *Academy of management review*, 18 (4) : 621-656

Clark, C., (1980), «Burnout: assessment and intervention». *Journal of nursing administration*, September, 39-43

Clark, J., (1985), «PHC nurse of the future». *Nursing Mirror*, 160: 43-44

Cushway, D., Tyler, A., Nolan, P., (1996), «Development of stress scale for mental health professional». *British journal of clinical psychology*, 35 (2) : 279-295

Davies, W.R. (2008), «Healing burnout in critical care nursing». *Holistic nursing practice*, 22 (1), 32-36

- Douglass, L., (1988), «*Nurse. Leader, manager*». The C.V. Mosby company, Missouri
- Edelwich, J., Brodsky, A., (1980), «*Burn-out : stages of disillusionment in the helping professions*. Human services press, New York
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., Hannigan, B., (2000), «Stress and burnout in community health nursing: a review of the literature». *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7, 7-14
- Ekstedt, M., Fagerberg, I., (2005), «Lived experiences of the time preceding burnout». *Journal of advanced nursing*, 49 (1), 59-67
- Fagin, L., Brown, D., Bartlett, J., Leary, J., Carson, J., (1995), «The Claybury community psychiatric nurse stress study: is it more stressful to work in hospital or the community?». *Journal of advanced nursing*, 22,347-358
- Firth-Cozens, J., (1997), « Stress in health professionals». In Baum A., Newman S., Weinman, J., West R. and Mc Manus C., (eds), *Cambridge Handbook of psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press, UK
- Freudenberger, H., (1974), « Staff burnout». *Journal of social issues*, 30 : 159-165
- Gabassi, P., Cervai, S., Rozbowsky, P., Semeraro, A., Gregori, D., (2002), « Burnout syndrome in the helping professions». *Psychological reports*, 90 (1) : 309-314
- Gillespie, M., Melby, V., (2003), «Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study». *Journal of clinical nursing*, 12, 842-851
- Glasberg, A., Erikson, S., Norberg, A., (2006), «Burnout and “stress of conscience” among healthcare personnel». *Journal of advanced nursing*, 57 (4): 392-403
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., Stevenson, G., (1986), «*Stress in organizations. Toward a phrase model of burnout*». Praeger, New York.
- Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A., Burnard, P., (2000), «Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study». *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7 : 127-134.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K., N., Kaprinis, St., (2001), «The relationship between job stress, burnout and clinical depression : a comprehensive review». In Vidalis, A., Didaskalou, T., Tsilikas, S., (eds), *General Hospital Psychiatry*, 199-205, Modern publications, Thessaloniki
- Iacovides, A., Fountoulakis, K., Moysidou, C., Ierodiakonou, C, (1999), «Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout;». *International journal of psychiatry in medicine*, 29, (4): 421-433

- Iglesias, M., Vallejo, R., Fuentes, P., (2010) «The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey». *International journal of nursing studies*, 47 (1), 30-37
- Iordanou, P., Koutavas, S., Koulierakis, G., Babatsikou, F., Kroustali, E., Tarpatzi, K., (2009), «Syndrome of professional burn out in home service for elderly». *Health science journal*, 3 (4) : 232-241
- Jimmieson, N.,M., (2000), «Employee reactions to behavioural control under conditions of stress : the moderating role of self-efficacy». *Work & stress*, 14 (3), 262-280
- Jones, J.W., (1980), «*Preliminary test manual for the staff burnout scale for health professionals*». London house management consultants, Illinois
- Kahill, S., (1988), «Symptoms of professional burnout : a review of the empirical evidence». *Canadian psychology*, 29, 284-297
- Kalliath, T, Morris, R. (2002), «Job satisfaction among nurses : a predictor of burnout levels». *JONA*, 32 (12) : 648-654
- Kristensen, T. S., (1996), «Job stress and cardiovascular disease: A theoretic critical review». *Journal of occupational health psychology*, 1, 246-260
- Laffrey, S., Dickenson, D., Diem., A., Kerkstra, A., Stevens, F., (1997), «Role identity and job satisfaction of community health nurses». *International journal of nursing practice*, 3: 178-187
- Lavanco, G., (1997), «Burnout syndrome and type A behaviour in nurses and teachers in Sicily». *Psychological reports*, 81 (2): 523-528
- Lavandero, R., (1981), «Nurse burnout: what can we learn?». *The Journal of nursing administration*, November-December : 17-23
- Lee, J., (2003), «Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses». *International journal of nursing practice*, 9 : 86-91
- Leiter, M., Harvie, P., Frizzell, C., (1998), «The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout». *Journal of organizational behaviour*, 9 : 297-308
- Malliarou, M., Moustaka, E., Constantinidis, T., (2009), «RNs vs Nurses assistants. Burnout level in a regional university hospital». In Constandinidis, T., (eds) *Health and safety in workplaces: occupational stress, burnout and nursing. Public health issues in Thrace*, volume II, 37-50. Medical school of Democritus university of Thrace, Alexandroupolis
- Markaki, A., Antonakis, N., Philalithis, A., Lionis, C., (2006), « Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile» *International nursing review*, 53 : 16-18

- Maslach, C. (1982), «Burnout: the cost of caring». Englewood Cliffs, Prentice- Hall, New Jersey
- Maslach, C., Jackson, S.E., (1986), «*Maslach Burnout Inventory (Manual)*». 2nd ed Paolo Alto. Consulting Psychologists Press, California
- Maslach, C., Leiter, M., (1997), «*The truth about burnout*». Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Maslach, C., Shaufeli, B., Leiter, P., (2001), «Job burnout». *Annu. Rev. Psychol*, 52 : 397-422
- Mcleod, T. (1997), «Work stress among community psychiatric nurses». *British Journal of Nursing*, 6 : 569-574
- McVicar, A., (2003), « Workplace stress in nursing: a literature review». *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6): 633-642
- Moustaka, E., Konstantinidis, T., (2009), «Occupational stress, burnout and nursing». In Constandinidis, T., (eds) *Health and safety in workplaces: occupational stress, burnout and nursing. Public health issues in Thrace*, volume II, 7-16. Medical school of Democritus university of Thrace, Alexandroupolis
- Onder, C., Basim, N., (2008), «Examination of developmental models of occupational burnout using burnout profiles of nurses». *Journal of Advanced Nursing*, 64 (5): 514-523
- Onyett, S., Pillinger, T., Muijen, M., (1997), «Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams». *Journal of mental health*, 6 (1):55-66
- Palfine, S., (2008), « The characteristics of nurses and caregivers behaviour in different clinical setting with special attention to burnout syndrome» *Orvosi Hetilap (Hungarian medicine journal)*, 149 (31): 1463-1469
- Pines, A., M., (1993), «Burnout». In Goldberger, L. and Breznitz, S., (eds), *Handbook of stress*, (2nd ed.), 386-403. Free press, New York
- Pines, A., M., Aronson, E., (1981), «*Burnout : from tedium to personal growth*». The free press, New York
- Pines, A., M., Aronson, E., (1988), «*Career burnout causes and cures*». Free press, New York
- Pines, A., M, Kanner, A.D, (1982), «Nurses burnout : lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress». *Journal of psychiatric nurses* , 20 (8) :30-35
- Polikandrioti, M., (2009), « Burnout syndrome». *Health science journal*, 3 (4) : 195-196

- Potter, B., (1998), «*Overcoming job burnout: how to renew enthusiasm for work*». Ronin publishing, Berkeley
- Rees, D., Cooper, C., (1992), «Occupational stress in health service workers in the UK». *Stress Medicine*, 8, 79-90
- Robinson, S., Roth, S., Keim, J., Levenson, M., Flentje, J., Bashor, K., (1991), «Nurse burnout : work related and demographic factors as culprits». *Research in nursing & health*, 14, 223-228
- Rout, U.R. (2000), «Stress among district nurses: a preliminary investigation». *Journal of critical nursing*, 9, 303-309
- Shirey, M., (2006), « Stress and burnout in nursing faculty». *Nurse educator*, 31 (3) : 95-97
- Tyler, P., Cushway, D., (1998), «Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity and perceptions of job demand and discretion.». *Stress medicine*, 14 : 99-107
- Vachon, M.L.S., (1987), «*Occupational stress in the care of critically III, the dying and the bereaved*». Hemisphere Publishing Corporation, New York.
- Walcott, J., McQuigg, N., Ervin, B., (1992), « Stressors in the workplace: community health nurse». *Public health nursing*, 9 (1) :65-71
- Weber, A., Reinhard, J., (2000), «Burnout syndrome: a disease of modern societies;». *Occupational medicine*, 50 (7) : 512-517
- WHO, (1978), «*Primary health care*». International conference on primary health care. Alma –ata, USSR, 6-12 September 1978, Geneva, New York
- Wykes, T., Stevens, W., Everitti, B., (1997), «Stress in community care team: will it affect the sustainability of community care?». *Soc psychiatry psychiatr epidemiol*, 32: 398-407

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αδαλή, (1999), «*Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα, ΜΕΘ και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων*». Διδακτορική διατριβή, τμήμα νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό πανεπιστήμιο Αθηνών.

Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ., (2001), «Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών». *Νοσηλευτική*, 2 :15-22

Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ., Πριάμη, Μ., Πλατή, Χ., (2000), «Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης». *Ελληνική ιατρική*, 66 (5-6): 398-406

Αθανασιάδου, Ο, Σερακιώτης, Λ., Σταθάκη Ε. (2007), «*Το εργασιακό άγχος και οι επιπτώσεις του στους επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας στο Ν. Ηρακλείου*». Πτυχιακή εργασία στη σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, τμήμα κοινωνικής εργασίας, ΑΤΕΙ, Κρήτης.

Αναγνωστόπουλος, Φ., Ιακωβίδης, Β., «Εμπόδια στην επικοινωνία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικών νοσοκομείων με τον ασθενή που πεθαίνει και η εκπαίδευση σε θέματα θανάτου». *Τετράδια ψυχιατρικής*, 43: 73-77

Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., (1992), «Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών». *Ψυχολογικά θέματα*, 5 (3) : 183-202

Αναγνωστόπουλος, Φ., Καραδήμας, (2008), «*Υγεία και ασθένεια : ψυχολογικές διεργασίες*». Εκδοτικός οργανισμός Λιβάνη, Αθήνα

Αναγνωστοπούλου, Α., Σουρτζή, Π. (2005), «*Κοινωνική νοσηλευτική*». Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Αναγνώστου, Γ., Οικονομοπούλου, Χρ., (2003), «Οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα πλαίσια του γενικότερου κοινωνικού, οικονομικού και πολιτιστικού μοντέλου ανάπτυξης της χώρας μας». *Το βήμα του Ασκληπιού*, 2 (2): 94-98

Αντωνίου, Α., (2008), «*Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης*». University studio press, Θεσσαλονίκη

Δανδουλάκης, Μ., (2004), «Στόχοι λειτουργίας του κέντρου υγείας στην Ελλάδα και τρόπος υλοποίησής τους». *Ιατρικό βήμα*, 94 : 72-74

Δημητριάδου, Α., Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ., Ντιό, Ε., (2010), «Διερεύνηση νοσηλευτικού εργασιακού κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο-και ετερο επαγγελματικής συνεργασίας». *Νοσηλευτική*, 49 (1) : 91-100

Δημητρόπουλος, Ε., Γ., (1999), «*Συμβουλευτική και συμβουλευτική ψυχολογία*». Γ΄ έκδοση. Εκδόσεις Γρηγόρης, Αθήνα

Δημητρόπουλος, Χ., Φιλίππου, Ν., (2008), «Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (5): 642-647

Διλίντας, Α., (2008), «Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους του ΠΑ.Γ.Ν Ηρακλείου». *Επιθεώρηση υγείας*, 19 (111) : 34-40

Διλίντας, Α, Σεβαστάκη, Ε., (2006). «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ένας γιατρός για τους γιατρούς». *Επιθεώρηση υγείας*, 17 (103) : 23-28

Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτου, Ι., Φωκά, Α., Πιστόλης, Ι., (2009), «Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας». *Νοσηλευτική*, 48 (2) : 190-199

Δρίβας, Σ., (2002), «Το σύνδρομο Burn out (ολοκληρωτικής εξάντλησης)». *Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας*, 11 : 5-6

Δρίβας, Σ., Ζορμπά, Κ., Κουκουλάκη, Θ., (1998), «Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου». Ελληνικό Ινστιτούτο υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, Αθήνα

Enzmann, D., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση και συναισθήματα : ένα ζήτημα που δεν έχει ερευνηθεί αρκετά». Στο Αντωνίου, Α., (επιμ), *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης*, University studio press, Θεσσαλονίκη, 197-210

Ευαγγέλου, Δ., Θεοδωράτου, Ε. (1999), «Εργασιακές σχέσεις». Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα

Fontana, D., (1993), «Άγχος και η αντιμετώπιση του». Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα

Greenglass, E., (2008), «Προδραστική αντιμετώπιση, πόροι και επαγγελματική εξουθένωση: συμπεράσματα για το εργασιακό στρες». Στο Αντωνίου, Α., (επιμ), *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης*, University studio press, Θεσσαλονίκη, 109-128

Θεοδωράτου, Ε., (1999), «Εργασιακές σχέσεις». Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., (2001), «Συστήματα υγείας». Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Θεοφίλου, Π.,(2009), «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας». *Journal of science & technology*, 4 : 41-50

Ιακωβίδης, Α (1997), «Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών γενικού νοσοκομείου». Στο Ιεροδιακόνου, Χ. & Ιακωβίδης, Α., (επιμ), *Θέματα ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο*, Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη, 239-244

Jones, H., (1999), «Υπεραπασχόληση και άγχος». Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα

- Κάβουρα, Μ., Ζάβρας, Δ., Κυριόπουλος, Ι. (2003), «Ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός του αναγκαίου νοσηλευτικού δυναμικού της Ελλάδας». *Νοσηλευτική*, 42 (4) : 457-468.
- Κακάβα, Ν., (2009), «Διεπιστημονική ομάδα υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αναγκαιότητα ή επιλογή;». Στο Μπένος, Α., (επίμ), *Βιβλιογραφικό βοήθημα εκπαιδευτή*, Αριστοτέλειο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, τμήμα ιατρικής, 23-25
- Καλλέργης, Γ., (2000), «Ο νοσηλευτής μπροστά στο τέλος της ζωής του αρρώστου, αντιμετώπιση του θανάτου, ψυχολογική και πνευματική επιβάρυνση». Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών, Αθήνα, 38-40
- Κάντας, Α., (1995), «Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία. Διεργασίες Ομάδας-Σύγκρουση - Ανάπτυξη και Αλλαγή Κουλτούρα- Επαγγελματικό Άγχος». Μέρος 3^ο. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Καρανιάδου, Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Τελειώνη, Μ., (2006), «Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών». *Νοσηλευτική*, 45 (3): 391-403
- Κοπανιτσάνου, Π., Σουρτζή, Π., (2007), «Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο. Ανασκόπηση των ελληνικών ερευνών». *Νοσηλευτική*, 46 (1) : 65-76
- Κορομπέλη, Α., (2009), «Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία». *Νοσηλευτική επιθεώρηση*, 6 : 20-21
- Κορομπέλη, Α., Κτενάς, Ε., Κικεμένη, Α., (2006), «Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών». *Νοσηλευτική*, 45 (6) : 98-106
- Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη Μ., (2007), «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (burn out syndrome)». *Το βήμα του Ασκληπιού*, 1 : 1-7
- Κουτσοδήμου, Δ., (2009), «Η διερεύνηση των παραγόντων που συσχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση των νοσηλευτών σε δημόσια νοσοκομεία». Διπλωματική εργασία στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στην οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών υγείας, εθνικό και Καποδιστριακό πανεπιστήμιο Αθηνών, τμήμα νοσηλευτικής
- Κουφίδου, Σ., (1995), «Διοίκηση προσωπικού». Εκδοτικός οίκος αδελφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη
- Κριάδη, Β., (2000), «Υποστήριξη του νοσηλευτή για την εκτέλεση του έργου του από την κοινωνία και τον εαυτό του». Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών, Αθήνα, 41-44
- Κυριακίδου, Ε., (2004), «Κοινωνική νοσηλευτική». Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., (1996), «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα». Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

Λαχανά, Ε., (2003), «Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι συνιστώσες, οι συνέπειες και οι παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο». Διπλωματική εργασία στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, σχολή κοινωνικών επιστημών, ΕΑΠ.

Λαχανά, Ε., Κοτρώτσιου, Ε., (2004), «Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωτικό διοικητικό επίπεδο για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης». *Το βήμα του Ασκληπιού*, 3 (4) : 176-184

Leiter, M., Maslach, C., (2008), «Ένα μοντέλο διαμεσολάβησης για την επαγγελματική εξουθένωση». Στο Αντωνίου, Α., (επιμ), *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης*, University studio press, Θεσσαλονίκη, 23-51

Λύτρας, Π., (1992), «Εργασιακές σχέσεις». Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα

Μαρκάκη, Α., (2008), «Νοσηλευτικό προσωπικό στα κέντρα υγείας της Κρήτης: ανάλυση εργασίας και εκτίμηση αναγκών». Διδακτορική διατριβή, τμήμα ιατρικής, πανεπιστήμιο Κρήτης

Μαρκάκη, Α, Αντωνάκης, Ν., Φιλαληθής, Α., Λιόνης, Χ., (2008), «Ανάλυση εργασίας και ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης νοσηλευτικού προσωπικού στα κέντρα υγείας». *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, 20 (2) : 66-79

Μαστροκόστας, Α., Γκριζιώτη, Μ., Βασιλείου, Β., Παπουτσάκης, Σ., Μπένος, Α (2005), «Η βία ως επαγγελματικός κίνδυνος στους νοσηλευτές των τμημάτων επειγόντων της Θεσσαλονίκης». *Νοσηλευτική*, 44 (3) : 337-346

Μελισσά, Χ., Αβραμικά, Μ., Λαλούμη, Β. (2003), «Αίσθημα επαγγελματικής κόπωσης νοσηλευτριών. Έρευνα σε νοσηλευτικά ιδρύματα της βορείου Ελλάδος». *Hellenic psyhiatry general hospital*. 1 (1): 30-33.

Merllie D., Paoli, P, (2001), «Δέκα χρόνια συνθήκες εργασίας στην Ευρωπαϊκή ένωση». Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής & Ασφάλειας της εργασίας. Διαθέσιμο στο [http:// www.disable.gr](http://www.disable.gr) [προσπελάστηκε στις 8 Ιανουαρίου 2010]

Μεταλληνού, Ο (2000), «Στήριξη των επαγγελματιών υγείας». Στο Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού, Ο., Πάντζου, Π. (επιμ), *Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων /υπηρεσιών υγείας*, τόμος Β, ΕΑΠ, Πάτρα, 133-155

Μισουρίδου, Ε., (2009), «Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη νοσηλευτική». *Νοσηλευτική*, 48 (4) : 358-366

Μιχαλοπούλου, Α., (2003), «Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται το τμήμα επειγόντων περιστατικών». *Νοσηλευτική*, 42 (3): 293-298

Μονέδας, Ι., (1999), «Το κέντρο υγείας Λευκίμμης στην Κέρκυρα». *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, 11 (3) : 163-165

- Μπάκα, Α., (2007), «Έλλειψη ύπνου και εργαζόμενοι σε βάρδιες». *Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας*, 31 : 13-21
- Μπασιούρη, Φ., (2007), «Επαγγελματική εξουθένωση του υγειονομικού προσωπικού». *Επιθεώρηση υγείας*, 18 (108):25-31
- Μπελλάλη, Θ., (1998), «Ψυχολογικές επιβαρύνσεις νοσηλευτών –επαγγελματική κόπωση». Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών, Αθήνα , 148-161
- Μπελλάλη, Θ., (2005), «Ενεργοποίηση των ικανοτήτων των νοσηλευτών στο χώρο της επείγουσας και εντατικής φροντίδας». *Το βήμα του Ασκληπιού*, 4(2) : 51-58
- Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ., (2007), «Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (συμπλ) : 75-84
- Μπέρκ, Α., Σταθαρού, Α., (2003), «Λειτουργία ομάδων Balint ως μέσω υποστήριξης νοσηλευτών ψυχικής υγείας». *Νοσηλευτική*, 42 (2) : 137-142
- Μπόρου, Α., Βόσνιακ, Γ., Υφαντής, Α., Τηνιάκου, Ι, Μαχαίρας, Ν., Τσικλιτάρα, Α., Παπδημητρίου, Β., (2010), «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών». *Ιατρικά χρονικά βρειοδυτικής Ελλάδος*, 6 (1) : 39-45
- Μουστάκα, Ε., Μαλλιάρου, Μ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση στις μονάδες εντατικής θεραπείας» Διαθέσιμο στο [http:// www.medtime.gr](http://www.medtime.gr) [προσπελάστηκε στις 8 Ιανουαρίου 2010]
- Ουζούνη, Χ., (1999), «Ψυχολογική επιβάρυνση των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες εντατικής παρακολούθησης». Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών, Αθήνα, 73-75
- Παικοπούλου, Δ., Καλαφάτη, Μ., (2005), «Το κυκλικό ωράριο στο νοσηλευτικό επάγγελμα: προβλήματα και προοπτικές». *Νοσηλεία*, 13 : 17-19
- Παναγοπούλου Ε., (2010), «Η επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών και οι συνέπειές της στο επίκεντρο ερευνητικού έργου στο ΑΠΘ». *Ε-δησεόγραμμα, Ελληνικό Ινστιτούτο υγιεινής και ασφάλειας εργασίας*, Ιανουάριος, 55 : 7-8
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., (1995), «Επαγγελματική εξουθένωση». Στο Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., (επιμ), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 242-265
- Παπαδημητρίου, Μ., Λεβέντης, Χ., Φουλίδου, Χ., Φιδάνη, Α., (1998), «Διαπροσωπικές σχέσεις-ικανοποίηση νοσηλευτών και ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα». *Νοσηλευτική*, 3, 251-264

Παπαδοπούλου, Δ., (2000), «Το χιούμορ ως θεραπευτικό μέσο». *Νοσηλευτική*, 4 (39) : 364-374

Παπακυριαζής, Ν., (2003), «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Κέντρα Υγείας». Υπουργείο υγείας και πρόνοιας, Θεσσαλονίκη

Παπαναστασίου, Κ., (1996), «Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας». Εκδόσεις Theopress, Λευκωσία

Παπαστυλιανού, Α., Πολυχρονόπουλος, Μ., (2007), «Επαγγελματική εξουθένωση, κατάθλιψη, ασάφεια και σύγκρουση ρόλων στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης». *Ψυχολογία*, 14 (4) : 367-391

Παππά, Ε., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (1) : 94-101

Πατεράκη, Α., Ιορδανίδης, Π., Ιακωβίδης, Α., Ιεροδιακόνου, Χ., (1992), «Επαγγελματική κόπωση των νοσηλευτών : αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση». Στο *Το μέλλον της νοσηλευτικής χειρουργείου στην ενωμένη Ευρώπη*, σελ. 80-87. Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 28-29, 1992. Υπουργείο υγείας, πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων

Σαπουντζή, Δ., Λεμονίδου, Χ., (επιμ) (1994), «Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και προοπτικές». Εκδόσεις Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα

Σαχίνη, Α., (1997), « Μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας». Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Shirom, A., Melamed, S., (2008), «Επηρεάζει η επαγγελματική εξουθένωση τη σωματική υγεία; ανασκόπηση των σύγχρονων στοιχείων». Στο Αντωνίου, Α., (επιμ), *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης*, University studio press, Θεσσαλονίκη, 67-108

Σιγάλας, Ι., (1999), «Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας». Στο Δίκαιος, Κ., Κουτουζής, Μ, Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ., *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*, ΕΑΠ, Πάτρα, 57-112

Σουρτζή, Π., (1991), «Νοσηλευτική και υγιεινή της εργασίας». *Νοσηλευτική*, 30 : 50-59

Σπυράκη, Χ., Καρατσής, Π., Στεφανοπούλου, Κ., Γραφάκου, Ο., Φραγκιαδάκη, (2005), «Η υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού και ο ρόλος του στην ποσοτική και ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας». Στο Νιάκας, Δ., (επιμ), *Διαχειριστικά και οικονομικά ζητήματα του υγειονομικού τομέα*, Mediforce, Αθήνα, 101-112

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π., (2002), «Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα». Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα

Swansburg, R (2002), «Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία». 2^η έκδοση. Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα

Τσίρος, Χ., Παπαπέτρου, Σ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση και αυτοεκτίμηση των εκπαιδευτικών σε συνάρτηση με την έννοια του αισθητηριακού τύπου». Πρακτικά συνεδρίου Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, Βόλος, 156-173

Φακή, Μ., Γκούβα, Μ., Παπαθανασίου, Ι., Πράπα, Π., Πάσχου, Δ., Κοτρώτσιου, Ε., (2009), «Το άγχος σε εργαζόμενους σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». *Interscientific health care*, 1: 9-15

Φατούρου, Μ., Παπαθανασίου, Μ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση : πράξη και πρόληψη σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας». Στο Αναγνωστόπουλος, Φ., Καραδήμας, (2008) (επιμ), «Υγεία και ασθένεια : ψυχολογικές διεργασίες». Εκδοτικός οργανισμός Λιβάνη, Αθήνα, 653-672

Fontana, D., (1993), «Άγχος και η αντιμετώπιση του». Ελληνικά γράμματα, Αθήνα

Χατζηκοκολάκη, Μ.(2003), «Στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας των κέντρων υγείας». *Νοσηλευτική διοίκηση*, 6 :30-33.

Χωραττάς.Α., Παπασταύρου, Ε., (2005), «Επαγγελματική εξουθένωση και νοσηλευτές». *Κυπριακά χρονικά* , 6 (1) : 1-27

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο γίνεται στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας, στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση μονάδων υγείας» του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Συμπληρώνεται εθελοντικά, ανώνυμα και η επεξεργασία του έχει στόχο τη διερεύνηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε Κέντρα Υγείας της χώρας μας.

Η επεξεργασία των στοιχείων θα γίνει συνολικά για όλα τα κέντρα υγείας που θα συμμετέχουν στην έρευνα και η αξιοποίηση των στοιχείων θα γίνει αποκλειστικά και μόνο για επιστημονικούς σκοπούς.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία και την πολύτιμη βοήθειά σας.

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ							
<p>Σε κλίμακα από το 0 έως το 6, παρακαλώ σημειώστε στο αντίστοιχο τετράγωνο (με ένα σταυρό), το βαθμό που θεωρείτε ότι σας εκφράζει η κάθε πρόταση.</p> <p>Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.</p>	0	1	2	3	4	5	6
	Ποτέ	Λίγες φορές τον χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δυο, τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
1. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου							
2. Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.							
3. Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά.							
4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν							
5. Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σαν να ήταν αντικείμενα							
6. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ασθενείς όλη τη μέρα							
7. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου							
8. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου							
9. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου							
10. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά							
11. Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή							
12. Με γεμίζει δύναμη και ενεργητικότητα η δουλειά μου με τους ασθενείς							

Σε κλίμακα από το 0 έως το 6, παρακαλώ σημειώστε στο αντίστοιχο τετράγωνο (με ένα σταυρό), το βαθμό που θεωρείτε ότι σας εκφράζει η κάθε πρόταση. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.		0	1	2	3	4	5	6
		Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δυο, τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
13	Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου							
14	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου							
15	Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς							
16	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με τους ασθενείς							
17	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου							
18	Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου							
19	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά							
20	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια. Νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι							
21	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου							
22	Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε εμένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους							

B. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Έτος γέννησης:

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η

4. Εκπαίδευση:

Μεταπτυχιακός τίτλος

Απόφοιτος ΑΕΙ

Απόφοιτος ΤΕΙ

Μέση εκπαίδευση

5. Έτη προϋπηρεσίας: στο χώρο της υγείας στο Κέντρο Υγείας
(εκτός κέντρων υγείας)

6. Εκτελείτε καθήκοντα Προϊσταμένου/ης: Ναι Όχι

7. Ωράριο εργασίας: Κυκλικό Μόνιμα πρωινό