



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους των μονάδων απεξάρτησης («στεγνών» ουσιών) για τα άτομα που εμφανίζουν εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες και στους εργαζόμενους των προγραμμάτων υποκατάστασης (ΟΚΑΝΑ) της Θεσσαλονίκης. Συγκριτική μελέτη.

ΚΛΕΙΩ Γ. ΑΜΟΙΡΙΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Dr. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΛΑΤΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ 2011



ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους των μονάδων απεξάρτησης («στεγνών» ουσιών) για τα άτομα που εμφανίζουν εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες και στους εργαζόμενους των προγραμμάτων υποκατάστασης (ΟΚΑΝΑ) της Θεσσαλονίκης. Συγκριτική μελέτη.

ΚΛΕΙΩ Γ. ΑΜΟΙΡΙΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Dr. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΛΑΤΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Περίληψη.....	8
Abstract.....	10
I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
2. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	16
2.1 Ορισμοί του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	17
2.1.1 Ορισμοί με βάση τα συμπτώματα.....	17
2.1.2 Ορισμοί με βάση τη διαδικασία.....	19
2.1.3 Σύνθετοι ορισμοί της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	20
2.2 Οι τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	21
2.3 Τα θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	23
2.3.1 Το μοντέλο τριών διαστάσεων της Maslach.....	23
2.3.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky.....	24
2.3.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss.....	24
2.3.4 Το μοντέλο της Pines.....	25
2.4 Τα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	26
2.5 Μέτρηση και αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	29
2.6 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	31
2.7 Τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	35
2.8 Πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	40
2.8.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.....	41
2.8.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο.....	42
3. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ (ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ).....	44
3.1 Γενικά χαρακτηριστικά των μονάδων υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ Θεσσαλονίκης.....	44
3.2 Μονάδες απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.....	48
3.2.1 Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (Π.Ε.Θ.Ε.Α.) «ΑΡΓΩ».....	48
3.2.2 Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ».....	50
3.3 Μονάδες απεξάρτησης του ΚΕΘΕΑ Θεσσαλονίκης.....	54

3.4 Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους χώρους των εργαζομένων σε μονάδες εξαρτήσεων.....	59
II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	63
4. ΣΚΟΠΟΣ ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	64
4.1 Σκοπός της μελέτης.....	64
4.1.1 Εισαγωγή.....	64
4.1.2 Γενικός σκοπός και στόχοι.....	65
4.1.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	65
4.2 Υλικό της μελέτης.....	66
4.2.1 Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης.....	66
4.2.2 Πληθυσμός της μελέτης.....	66
4.2.3 Επιλογή του δείγματος.....	67
4.3 Μεθοδολογία της μελέτης.....	68
4.3.1 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων και εργαλείο μέτρησης της έρευνας....	69
4.3.2 Συλλογή των δεδομένων.....	70
4.3.3 Στατιστική ανάλυση.....	71
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	74
5.1 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος.....	74
5.2 Συσχετίσεις των παραμέτρων του ερωτηματολογίου.....	87
5.2.1 Συσχετίσεις των συνιστωσών της ΕΕ με το είδος της θεραπείας	87
5.2.2 Συσχετίσεις των συνιστωσών της ΕΕ με τις δημογραφικές μεταβλητές και τις συνθήκες εργασίας.....	98
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	111
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	122
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	125
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	135

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον ψυχίατρο κ. Ιωάννη Μειμάρη, με τον οποίο εργάζομαι στην ίδια μονάδα του ΟΚΑΝΑ, για την πολύτιμη βοήθειά του στην συγγραφή της διπλωματικής αυτής εργασίας. Η βοήθεια που παρείχε, τόσο συμβουλευτικά όσο και με βιβλιογραφικά δεδομένα, ήταν πολύ σημαντική, λόγω της μεγάλης εμπειρίας του και βαθιάς επιστημονικής του κατάρτισης στον τομέα των εξαρτήσεων.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους Διευθυντές και Υπεύθυνους των μονάδων εξαρτήσεων, οι οποίοι έδωσαν την συγκατάθεσή τους και με τη στάση τους διευκόλυναν τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Αισθάνομαι επίσης την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους τους εργαζόμενους των μονάδων εξαρτήσεων της Θεσσαλονίκης, οι οποίοι εθελοντικά αφιέρωσαν το χρόνο που χρειαζόταν για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και συμμετείχαν έτσι στην ερευνητική διαδικασία.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου κ. Κωνσταντίνο Βλάχτση για τη στήριξη, την κατανόηση και τη βοήθεια που μου παρείχε στην εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας.

Τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην εκφράσω τις ευχαριστίες μου και στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Δημήτριο Ζλατάνο για τη βοήθειά του σε όλα τα στάδια της εκπόνησης της μελέτης. Ο κ. Ζλατάνος παρείχε όση βοήθεια και στήριξη χρειάστηκα, από την σύλληψη και επιλογή του θέματος μέχρι και την τελική συγγραφή της εργασίας. Υπήρχε αμεσότητα επικοινωνίας, άμεση επίλυση των προβλημάτων που ανέκυπταν, πολύτιμες συμβουλές, ηθική στήριξη, κατανόηση και κυρίως με βοήθησε να κατανοήσω βαθύτερα το αντικείμενο με το οποίο ασχολήθηκα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί τη διαδικασία κατά την οποία ο επαγγελματίας φθείρεται, αποδυναμώνεται και νιώθει ανίκανος να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της εργασίας του, ενώ παράλληλα θέτει σε κίνδυνο την ψυχική και σωματική του υγεία. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται συχνά στους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας. Ένας επαγγελματικός χώρος ο οποίος είναι ιδιαίτερα επιρρεπής και ευάλωτος στην επαγγελματική εξουθένωση, αλλά παρόλα αυτά έχει λάβει ελάχιστη προσοχή από την ερευνητική κοινότητα, είναι ο τομέας των εργαζόμενων στη θεραπεία των εξαρτήσεων. Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί, η συγκριτική διερεύνηση της εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε δύο κατηγορίες επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που εργάζονται, η πρώτη ομάδα στον τομέα υποκατάστασης, ατόμων με εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες (OKANA) και η δεύτερη ομάδα στον τομέα απεξάρτησης των «στεγνών» ουσιών θεραπευτικών προγραμμάτων.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 188 εργαζόμενοι από όλες τις μονάδες εξαρτήσεων του νομού Θεσσαλονίκης. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο MBI της Maslach, το οποίο περιελάμβανε και ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των ατόμων της μελέτης. Η ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με βάση το στατιστικό πακέτο SPSS - ver 15. Η επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιήθηκε ανάλογα με τον αριθμό των μεταβλητών (μεταβλητή ονομαστικού τύπου, διμεταβλητή ανάλυση, πολυμεταβλητή ανάλυση) και με βάση τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σύμφωνα με τον ορισμό της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (EE), κατά τον οποίο θα πρέπει να κατηγοριοποιούνται στα ανώτερα επίπεδα τουλάχιστον δύο από τις συνιστώσες του MBI, 14 εργαζόμενοι από το δείγμα (ποσοστό 7,4%) παρουσιάζουν επαγγελματική εξουθένωση. Αναλύοντας χωριστά την κάθε μία από τις τρεις συνιστώσες της EE, συμπεραίνεται ότι το 30,9% των εργαζομένων παρουσιάζει μέτρια ή υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 48,9% παρουσιάζει μέτρια ή υψηλή αποπροσωποποίηση και το 55,9% του δείγματος εμφανίζει μέτρια ή χαμηλή ολοκλήρωση προσωπικών επιτευγμάτων.

Δεν καταγράφηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των εργαζομένων των δύο βασικών προγραμμάτων θεραπείας (φάρμακο ή «στεγνά» προγράμματα) σε

καμία από τις 3 παραμέτρους της ΕΕ, ενώ εξετάζοντας μεταξύ τους όλες τις επιμέρους μονάδες εξαρτήσεων, βρέθηκε ότι η μονάδα ΑΡΓΩ παρουσιάζει χαμηλότερα επίπεδα ΕΕ και στις τρεις παραμέτρους, σε σχέση με τις άλλες μονάδες.

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης του εργαζόμενου βρέθηκε να σχετίζεται με αυξημένη έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ οι εργαζόμενοι οι οποίοι έχουν άμεση θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς, εμφάνισαν σημαντικά λιγότερη έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και μειωμένη αποπροσωποποίηση.

Παρατηρήθηκε επίσης αυξημένη συναισθηματική εξάντληση σε μεγαλύτερης ηλικία άτομα και όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας στους εργαζόμενους, τόσο ως συνολική επαγγελματική δραστηριότητα, όσο και ως προϋπηρεσία στον τομέα των εξαρτήσεων.

Τέλος, ότι οι εργαζόμενοι που απασχολούνται στις μονάδες με κυκλικό ωράριο εργασίας νιώθουν λιγότερη συναισθηματική εξάντληση από τα άτομα που εργάζονται μόνιμα τις πρωινές ώρες.

ABSTRACT

The burn out syndrome is very common in health workers worldwide. The syndrome is also present to the workers in drug dependency units, even though the incidence of the syndrome is not extensively investigated. The aim of the preset study is to investigate the incidence and the level of burn out syndrome in all drug dependency units of Thessaloniki, and compare the findings between the “drug free” treatment units and drug substitution treatment units.

The study population consisted of 188 workers from all drug dependency units of Thessaloniki. The employees were asked to complete voluntarily a questionnaire, which consisted of 2 parts. The first part was the Maslach Burnout Inventory (MBI), and the second part was a questionnaire concerning demographic characteristics and working conditions. All data that were collected, were analyzed statistically, using the SPSS - ver 15 statistical package.

Complete burn out syndrome, meaning at least 2 out of 3 parameters of burn out found in high grade, was observed in 14 employees (7.4%). Moderate or high emotional exhaustion was found in 30.9% of the population, moderate or high depersonalization was observed in 48.9%, while 55.9% of the employees suffered from moderate or low loss of personal achievement. Between the 2 basic therapeutic programs (“drug free” units and drug substitution units), no significant difference was noticed among the employees, concerning the level of burn out. The employees in the therapeutic unit “ARGO” were found with lower levels of burn out, in all 3 parameters. Among the demographic characteristics, the low educational level was related with higher loss of personal achievement, while workers with direct therapeutic interaction with the patients reported lower loss of personal achievement and lower depersonalization. Increased emotional exhaustion was noticed in older ages, and in employees with more years of professional experience. Working shift was also associated with lower emotional exhaustion.

The burn out syndrome seems to be a real problem in addiction units, and further investigation of the problem is necessary, in order to identify the reasons of the problem and propose preventive and treatment interventions.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχέση που αναπτύσσει σταδιακά ο εργαζόμενος με την εργασία του και οι δυσκολίες που μπορεί να ανακύψουν μέσα από τη σχέση αυτή, αποτέλεσαν αντικείμενο έρευνας τα τελευταία 30 χρόνια με ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον από τους μελετητές.

Ο όρος εργασιακό στρες χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει μια ευρεία κλίμακα δυσκολιών, ενοχλήσεων και πιέσεων που βιώνει ο επαγγελματίας μέσα στον εργασιακό του χώρο. Οι ενοχλητικοί και στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να οφείλονται είτε σε εξωγενείς πιέσεις (π.χ. εργασιακές συνθήκες κάτω από τις οποίες παράγει έργο ο επαγγελματίας, υπερβολικός φόρτος εργασίας, έλλειψη συνεργασίας, υποστήριξης, εποπτείας, κ.α.), είτε να σχετίζονται και με ενδογενείς πιέσεις (π.χ. κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία του ατόμου, χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, απογοητεύσεις ή ματαιώσεις φιλοδοξιών του, που ενδέχεται να προέρχονται από μη ρεαλιστικές προσδοκίες που έχει θέσει το ίδιο το άτομο, από το επαγγελματικό σενάριο της ζωής του, κ.α.).

Σε περίπτωση που ο επαγγελματίας φθείρεται, αποδυναμώνεται και νιώθει ανίκανος να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της εργασίας του, ενώ παράλληλα θέτει σε κίνδυνο την ψυχική και σωματική του υγεία. Πρόκειται για την πλέον κοινή συμπτωματολογία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) (Freudenberger, 1974, Maslach, 1976).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (EE) μπορεί να εμφανισθεί σε πολλές επαγγελματικές κατηγορίες, ειδικότερα όμως η εργασιακή εξουθένωση παρατηρείται στους επαγγελματίες της υγείας, όπως ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχοθεραπευτές, καθώς και κοινωνικούς λειτουργούς κλπ, εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης των εν λόγω επαγγελμάτων και της καθημερινής επαφής τους με τον ανθρώπινο πόνο και τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Pines & Maslach, 1978, Firth et al, 1986, Iacovides et al, 1999, Αδαλή, 2000, Aiken et al, 2002, Schaufeli et al, 2009).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (EE), όπως ειπώθηκε, εμφανίζεται συχνά στους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας. Ένας επαγγελματικός χώρος ο οποίος είναι ιδιαίτερα επιρρεπής και ευάλωτος στην επαγγελματική εξουθένωση, αλλά παρόλα αυτά έχει λάβει ελάχιστη προσοχή από την ερευνητική κοινότητα, είναι ο τομέας των εργαζόμενων στη θεραπεία των εξαρτήσεων (Farmer, 1995, Sacks et al, 1998, Lacoursiere, 2001, Knudsen et al, 2006, Oyfeso et al, 2008, Broome et al, 2009). Εξάλλου, είναι χαρακτηριστικό ότι ο όρος burnout

χρησιμοποιήθηκε αρχικά στα μέσα της δεκαετίας του '70 στο πεδίο των εξαρτήσεων, ερμηνεύοντας έτσι καταστάσεις, όπου το “καύσιμο” για την συνέχιση μιας τέτοιας εργασίας, είχε ουσιαστικά εξαντληθεί (Maslach, 1976).

Στην Ελλάδα υπάρχουν δύο βασικές θεραπευτικές στρατηγικές και δύο κατηγορίες υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των ατόμων που εμφανίζουν εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες. Η θεραπευτική μεθοδολογία που εφαρμόζεται στις εν λόγω υπηρεσίες είναι διαφορετική:

- «Στεγνά» προγράμματα θεραπείας (θεραπεία απεξάρτησης) εννοούνται τα προγράμματα των οποίων ο κύριος στόχος είναι η πλήρης και συνεχιζόμενη αποχή από τις εξαρτησιογόνες ουσίες και στα οποία η χορήγηση φαρμάκων είναι αποδεκτή μόνο στο βαθμό που υποβοηθούν την πραγματοποίηση αυτού του πρωταρχικού στόχου (π.χ. συμπτωματική αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου και χορήγηση ναλτρεξόνης για την πρόληψη των υποτροπών μετά την επίτευξη της αποχής).
- Προγράμματα υποκατάστασης, τα οποία εφαρμόζονται από τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), εννοούνται τα προγράμματα τα οποία χορηγούν, σε υγρή πόσιμη μορφή ή δισκία, οπιοειδή μακράς διάρκειας (π.χ. μεθαδόνη, βουπρενορφίνη) με θεραπευτικό στόχο τη μείωση της ενέσιμης χρήσης των παράνομων οπιοειδών, όπως η ηρωίνη. Τα προγράμματα αυτά, σε αντίθεση με τα «στεγνά» προγράμματα, δεν επικεντρώνονται στην προσπάθεια πλήρους αποχής, η οποία ωστόσο παραμένει θεμιτός στόχος, αλλά διέπονται περισσότερο από τη φιλοσοφία της μείωσης της βλάβης. Στοχεύουν δηλαδή στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας και της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου που λαμβάνει τα υποκατάστατα (Νικολάου & Ζλατάνος, 2010, ΑΡΓΩ, 2011, ΚΕΘΕΑ, 2011, ΟΚΑΝΑ, 2011).

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί, η συγκριτική διερεύνηση της εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε δύο κατηγορίες επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που εργάζονται, η πρώτη ομάδα στον τομέα υποκατάστασης, ατόμων με εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες (ΟΚΑΝΑ) και η δεύτερη ομάδα στον τομέα απεξάρτησης «στεγνών» ουσιών.

Οι δύο κατηγορίες εργαζομένων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για τα άτομα που εμφανίζουν εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες. Η πρώτη ομάδα

επαγγελματιών, εργάζεται σε θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ και η δεύτερη ομάδα, εργάζεται σε θεραπευτικά, «στεγνά ουσιών» προγράμματα απεξάρτησης, στην Θεσσαλονίκη.

Επιπρόσθετα, εκτός από την συγκριτική καταγραφή των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως αυτά σκιαγραφούνται από τις τιμές στις τρεις διαστάσεις της, στις 2 ομάδες εργαζομένων, σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της εμφάνισης του συνδρόμου σε σχέση με τα κοινωνικά, εργασιακά και δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη.

2. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Ένα σημαντικό φαινόμενο της σύγχρονης εποχής, το οποίο έχει από καιρό αναγνωριστεί, είναι η σχέση που έχουν οι άνθρωποι με την εργασία τους και οι δυσκολίες που προκύπτουν, όταν αυτή διαταράσσεται. Ο όρος staff burnout θεωρείται ότι χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1969 σε αστυνομικούς, που απασχολούνταν σε πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης ανήλικων εγκληματιών στις Ηνωμένες Πολιτείες (Schaufeli et al, 2009).

Όμως, θα πρέπει να αναφερθεί, ότι ο πρώτος που αναφέρθηκε στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως burnout syndrome είναι ο Freudenberger, το 1974. Ο Freudenberger εργαζόμενος σε κλινική απεξάρτησης τοξικομανών στη Νέα Υόρκη, παρατήρησε ότι πολλοί από τους εθελοντές εργαζόμενους, οι οποίοι ήταν συνειδητοποιημένοι και πολύ πρόθυμοι για την εργασία τους, μετά από λίγο καιρό (περίπου έναν χρόνο) έχαναν το ενδιαφέρον τους για την κοινωνική εθελοντική εργασία και παρουσίαζαν σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα. Για να περιγράψει αυτού του είδους το φαινόμενο, χρησιμοποίησε τον όρο burnout, ο οποίος χρησιμοποιούνταν έως τότε για τους χρόνιους χρήστες ψυχοτρόπων φαρμάκων (Freudenberger, 1974).

Η χρήση του όρου Επαγγελματική Εξουθένωση (ΕΕ), μετάφραση του όρου Job Burnout, άρχισε να εμφανίζεται με αυξανόμενη συχνότητα στη δεκαετία του '70 στις ΗΠΑ, ειδικά αναφορικά για τα άτομα που εργάζονταν σε ανθρωπιστικές υπηρεσίες. Περίπου την ίδια εποχή (1976) η Cristina Maslach, καθηγήτρια κοινωνικής ψυχολογίας χρησιμοποίησε τον όρο burnout (επαγγελματική εξουθένωση) στην έρευνα της συμπεριφοράς των ανθρώπων, που ασχολούνταν με την παροχή ανθρωπιστικών υπηρεσιών (Maslach, 1976).

Κατά τη δεκαετία του '80 η έρευνα σχετικά με την ΕΕ μετακινήθηκε σε πιο συστηματικές εμπειρικές μελέτες, με τη χρήση ποσοτικών μεθόδων και ερωτηματολογίων και μελέτη μεγάλων δειγμάτων. Στόχος πια, έγινε η καταγραφή-αξιολόγηση της ΕΕ, και για το σκοπό αυτό εκπονήθηκαν ψυχομετρικά εργαλεία, όπως το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach burnout inventory, MBI), που κατασκευάστηκε από τις Maslach και Jackson (Maslach & Jackson, 1981, Maslach et al 1996), το οποίο έκτοτε κατέστη το δημοφιλέστερο εργαλείο καταγραφής της ΕΕ διεθνώς. Η ΕΕ θεωρήθηκε πλέον, ως μια μορφή

εργασιακού stress σχετιζόμενη με παράγοντες του εργασιακού πλαισίου, όπως, η ικανοποίηση από την εργασία.

Από τη δεκαετία του '90 και έως σήμερα, η εμπειρική φάση της έρευνας συνεχίστηκε σε πολλές νέες κατευθύνσεις, όπως, σε επαγγελματικούς χώρους πέραν των ανθρωπιστικών υπηρεσιών και της εκπαίδευσης. Επίσης, η έρευνα σχετικά με την ΕΕ υποβοηθήθηκε από τη χρήση πιο εκλεπτυσμένης μεθοδολογίας και στατιστικών εργαλείων, ενώ άρχισαν να διενεργούνται και διαχρονικές μελέτες για τη μελέτη της επίδρασης του εργασιακού περιβάλλοντος πάνω στην συναισθηματική και ψυχοκοινωνική κατάσταση του εργαζομένου. Τα συμπεράσματα αξιοποιήθηκαν και για τη μελέτη της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων, με σκοπό τη μείωση του φαινομένου της ΕΕ.

2.1 Ορισμοί του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι πρώτοι ορισμοί του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης περιορίζονταν στην καταγραφή των συμπτωμάτων της. Αυτοί οι ορισμοί αποδείχθηκαν προβληματικοί, διότι συνήθως συνθέτουν επιλεκτική αναφορά των συμπτωμάτων και αγνοούν τη δυναμική διαδικασία του συνδρόμου. Για να ξεπεραστεί το εμπόδιο αυτό δημιουργήθηκαν νέοι ορισμοί με βάση τη διαδικασία, όχι μόνο της δημιουργίας, αλλά και της εξέλιξης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Έτσι, υπάρχουν ορισμοί με βάση τα συμπτώματα και ορισμοί με βάση τη διαδικασία (Schaufeli & Buunk, 2003)

2.1.1 Ορισμοί με βάση τα συμπτώματα.

Σύμφωνα με τους Maslach και Jackson (1981), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σύνδρομο, του οποίου οι τρεις συνιστώσες είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και το αίσθημα των μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.

Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στο συναισθηματικό «άδειασμα ή τέλμα», στην γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών αποθεμάτων και στον επηρεασμό της σωματικής και της ψυχικής υγείας, που προέρχεται μέσα από τις απαιτήσεις των

διαπροσωπικών σχέσεων. Η εξάντληση εκδηλώνεται με την παρουσία τόσο της ψυχικής, όσο και της σωματικής κούρασης.

Η αποπροσωποποίηση αποτελεί τον τρόπο έκφρασης της επιβαρημένης ψυχολογικής κατάστασης των «ασθενών» και των έντονων συναισθημάτων τους, που δεν μπορούν να εκδηλωθούν λόγω της επαγγελματικής τους θέσης. Τα συναισθήματα αυτά εκφράζονται με συναισθηματική απομάκρυνση, αδιαφορία και κυνισμό όχι μόνο προς τους ανθρώπους, αλλά και προς την εργασία.

Η τρίτη συνιστώσα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρεται στο μειωμένο αίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων. Το αίσθημα αυτό οφείλεται στη μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων (Shanafelt et al, 2002) και οδηγεί σε αρνητική αυτοαξιολόγηση της εργασίας του, αντικατοπτρίζοντας έτσι την χαμηλή αυτοεκτίμηση του πάσχοντα (Gorman, 1993).

Το σύνδρομο αναφέρεται κυρίως, σε εργαζόμενους, που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών σε συνανθρώπους τους και γενικώς σε επαγγελματίες με αντικείμενο τον άνθρωπο (ιατρούς, νοσηλευτές, δασκάλους, σωφρονιστικούς υπάλληλους, αστυνομικούς, κ.ά.). Ωστόσο, στην τρίτη έκδοση του Maslach Burnout Inventory M.B.I. (Maslach et al, 1996), ως επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται, η κρίση του καθενός με την εργασία του γενικότερα και όχι η κρίση με τους ανθρώπους που αναφέρονται σε αυτή.

Οι Pines και Aronson (1988) παραθέτουν έναν πιο διευρυμένο ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, περιλαμβάνοντας και την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων. Παρουσιάζουν δηλαδή την επαγγελματική εξουθένωση, ως κατάσταση φυσικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξουθένωσης, ως απόρροια καταστάσεων μακροχρόνιας συναισθηματικής απαίτησης.

Η φυσική εξάντληση χαρακτηρίζεται από μειωμένη ενεργητικότητα, χρόνια κόπωση, αδυναμία και από μία σειρά σωματικών και ψυχικών εκδηλώσεων. Η συναισθηματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από το αίσθημα της απελπισίας και της παγίδευσης.

Τέλος, το αίσθημα της πνευματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από αρνητικές συμπεριφορές απέναντι στην εργασία, αλλά και απέναντι στην ίδια τη ζωή. Σύμφωνα με τον Pines (Pines, 1993, Pines, 1996), επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να εμφανιστεί, όχι μόνο σε επαγγελματίες που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών, αλλά και μέσα στο γάμο και στην πολιτική.

Σύμφωνα με τον Brill (1984), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί δυσλειτουργικό σύνδρομο, που συνδέεται με την εργασία και εκδηλώνεται σε άτομα χωρίς ιστορικό ψυχικών παθήσεων, τα οποία έχουν εργαστεί ικανοποιητικά και με ιδιαίτερη απόδοση για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα σε συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν στη συνέχεια, ανεπαρκή απόδοση και μειωμένη αποτελεσματικότητα και δεν θα επανέλθουν στο προηγούμενο επίπεδο αποδοτικότητας, χωρίς εξωτερική βοήθεια ή μεταστροφή του εργασιακού τους περιβάλλοντος.

Παράλληλα, σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, συμπτώματα που παρουσιάζονται από ενδεχομένως οικονομικές δυσπραγίες, ή ακόμα και μετά από ενδεχόμενη επαγγελματική απόρριψη (απόλυση), δεν αποτελούν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επίσης, επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επέλθει σε κάθε είδους εργασία, αλλά ποτέ σε μη εργασιακό περιβάλλον. Τέλος, θεωρείται ότι, άτομα που παρουσίασαν προσωρινή μείωση της εργασιακής τους απόδοσης, αλλά μπόρεσαν να αναρρώσουν μόνα τους και χωρίς εξωτερική βοήθεια, θα πρέπει να μην περιληφθούν στους πάσχοντες από επαγγελματική εξουθένωση (Schaufeli & Buunk, 2003).

2.1.2 Ορισμοί με βάση τη διαδικασία.

Σύμφωνα με τον Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια κατάσταση, κατά την οποία, η στάση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών γίνεται αρνητική, λόγω του αυξημένου εργασιακού άγχους.

Στο πρώτο στάδιο της διαδικασίας παρουσιάζεται ανισορροπία μεταξύ των ψυχικών πόρων και των απαιτήσεων. Το δεύτερο στάδιο χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ένταση, κόπωση και εξουθένωση (άγχος). Στο τρίτο στάδιο προκύπτουν πολυάριθμες αλλαγές στη στάση και στη συμπεριφορά απέναντι στους χρήστες-πελάτες των υπηρεσιών. Κυριαρχεί η προκατάληψη, η μηχανική συμπεριφορά και η κυνική αντιμετώπιση των αναγκών των άλλων (αμυντική στάση).

Ο Cherniss θεωρεί, ότι οι υπερβολικές απαιτήσεις στον εργασιακό τομέα, συνθέτουν την κύρια αιτιολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε συνδυασμό με την αμυντική-παθητική στάση του ατόμου και εκδηλώνεται με την αποφυγή και την απόρριψη.

Ένας άλλος ερευνητής, ο Etzion (1987), αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μία αργά αναπτυσσόμενη διαδικασία, η οποία όχι μόνο ξεκινά, αλλά και αναπτύσσεται χωρίς την παρουσία ιδιαίτερων συμπτωμάτων. Ξαφνικά, σε κάποια δεδομένη στιγμή, όταν το φαινόμενο έχει ήδη προχωρήσει, ο πάσχων βιώνει απόλυτη εξουθένωση, την οποία δεν μπορεί να εξηγήσει, ή να εντοπίσει την αιτιολογία της. Ο Etzion υποστηρίζει επίσης, ότι η συνεχής, αλλά σπανίως αναγνωριζόμενη ανισορροπία μεταξύ των προσωπικών και των περιβαλλοντικών δεδομένων, αποτελούν την πηγή μιας αργής και κρυφής διαδικασίας, η οποία οδηγεί σε σημαντική ψυχολογική «διάβρωση».

Σε αντίθεση με άλλα στρεσογόνα φαινόμενα, η ανισορροπία μεταξύ των προσωπικών και των περιβαλλοντικών δεδομένων, δεν γίνεται αντιληπτή, ώστε να προκληθούν αντιρροπιστικοί αμυντικοί μηχανισμοί. Για το λόγο αυτό, η διαδικασία της ψυχολογικής διάβρωσης μπορεί να συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να γίνεται αντιληπτή (Schaufeli & Buunk, 2003).

Ο Hallsten το 1993 παρουσίασε την επαγγελματική εξουθένωση μέσα από μία πιο πολύπλοκη διαδικασία. Ειδικότερα, αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μία μορφή κατάθλιψης, η οποία είναι αποτέλεσμα της μακρόχρονης διαδικασίας της εξουθένωσης και η οποία με τη σειρά της, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η όλη διαδικασία αποτελείται από επιμέρους φάσεις και εμφανίζεται, όταν ένας αυτοκαθοριζόμενος ρόλος απειλείται ή καταλύεται, χωρίς όμως να βρίσκεται διαθέσιμος άλλος εναλλακτικός ρόλος.

Άλλοι ορισμοί της διαδικασίας της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν επικεντρωθεί στη σταδιακή ανάπτυξή της. Οι Edelwich και Brodsky (1980) περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση, ως διαδικασία αυξημένης απογοήτευσης, προοδευτικής απώλειας ιδανικών, ενέργειας, ενθουσιασμού και επιδιώξεων των ανθρώπων, που εμπλέκονται επαγγελματικά με την παροχή ανθρωπιστικών υπηρεσιών. Τα συναισθήματα αυτά εκτιμάται ότι είναι απόρροια των συνθηκών της εργασίας τους.

2.1.3 Σύνθετοι ορισμοί της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι Schaufeli και Enzmann το 1988, έδωσαν έναν κυρίαρχο ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο οποίος αναφέρεται τόσο στα συμπτώματα, όσο και στη διαδικασία του συνδρόμου. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η επαγγελματική

εξουθένωση αποτελεί μία επίμονη και αρνητικά σχετιζόμενη με την εργασία πνευματική κατάσταση, που παρουσιάζεται σε υγιή άτομα και χαρακτηρίζεται κυρίως από εξάντληση. Θεωρούν επίσης, ότι συνοδεύεται από καταπόνηση, αίσθημα μειωμένης αποτελεσματικότητας, ελάττωση των κινήτρων και ανάπτυξη δυσλειτουργικών στάσεων και συμπεριφορών στο εργασιακό περιβάλλον τους.

Η εν λόγω ψυχολογική κατάσταση αναπτύσσεται σταδιακά και μπορεί να μείνει αδιάγνωστη για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πηγάζει από την αντίθεση ανάμεσα στις προθέσεις του ατόμου και την εργασιακή του πραγματικότητα και συχνά η διαδικασία αυτή μπορεί να διαιωνίζεται, λόγω της ανεπάρκειας του ατόμου, να αναπτύξει αποτελεσματικές αμυντικές τακτικές.

2.2 Οι τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι τρεις συνιστώσες που διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας, είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach & Jackson, 1986).

Η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)

Η συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση οδηγεί στη γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών αποθεμάτων, στον επηρεασμό της ψυχικής και σωματικής υγείας και τελικά στην εξάντληση.

Η συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας, με κυρίαρχη την αίσθηση, ότι έχουν εξαντληθεί τα συναισθηματικά αποθέματα και παράλληλα δεν υπάρχουν πηγές ανανέωσης. Το άτομο αισθάνεται, ότι δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια και διάθεση, ώστε να επενδύσει συναισθηματικά στην δουλειά του και αισθάνεται καταβεβλημένο από τις απαιτήσεις των ασθενών/πελατών και του εργασιακού περιβάλλοντος.

Ένα κοινό σύμπτωμα είναι, ότι το άτομο βλέπει με δέος την προοπτική, ότι την επόμενη ημέρα θα πρέπει να ξαναπάει στην εργασία του (Κάντας, 1995). Τελικά, οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι δεν μπορούν να αποδώσουν εξίσου αποτελεσματικά και υπεύθυνα, όσο παλαιότερα και συχνά υιοθετούν συμπεριφορές

απομάκρυνσης (φυσικής ή συναισθηματικής), από την ίδια την εργασία τους, που την θεωρούν ως πηγή της εξάντλησής τους (Burke & Greenglass, 2001).

Από μελέτες, έχει διαπιστωθεί, ότι η συναισθηματική εξάντληση έχει άμεση σχέση με τις υψηλές απαιτήσεις του εργασιακού χώρου και τις υψηλές προσδοκίες του ίδιου του ατόμου (Cordes & Dougherty, 1993). Η παράμετρος της συναισθηματικής εξάντλησης έχει θεωρηθεί σαν ταυτόσημο φαινόμενο με την επαγγελματική κατάθλιψη (Firth et al, 1986, Firth & Britton, 1989).

Η αποπροσωποποίηση (depersonalization)

Η αποπροσωποποίηση αποτελεί αφενός συνέπεια της συναισθηματικής εξάντλησης και αφετέρου μηχανισμό άμυνας έναντι αυτής, με τη συναισθηματική απομάκρυνση /απόσυρση και αποστασιοποίηση από την εργασία (Schaufeli, & Janczur, 1994), την αδιαφορία και τον κυνισμό προς τους ασθενείς, που αντιμετωπίζονται ως «περιστατικά» / αντικείμενα και χάνουν την ανθρώπινη υπόστασή τους (π.χ. χρήση του αριθμού δωματίου ή του τύπου της ασθένειας) (Κάντας, 1995).

Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να απομακρυνθούν από την εργασία τους, με παρατεταμένα διαλείμματα και αυξάνεται η συχνότητα συζητήσεων μεταξύ συναδέλφων με έντονη χρήση επαγγελματικής ορολογίας.

Η ανάπτυξη της αποπροσωποποίησης φαίνεται να σχετίζεται με την εμπειρία της συναισθηματικής εξάντλησης και στη συνέχεια τα αποτελέσματα αυτά δημιουργούν στο άτομο αισθήματα αποτυχίας και μειωμένης επίτευξης (Maslach, 1982, Maslach et al, 1996, Lee & Ashforth, 1996). Σύμφωνα με τον Cherniss, η αποπροσωποποίηση είναι μια διαδικασία απεμπλοκής του εργαζόμενου από το στρες, την πίεση και την κόπωση που βιώνει (Cherniss, 1980).

Η αναποτελεσματικότητα, ή η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (a reduced feeling of personal accomplishment)

Τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα αποτελούν την τρίτη συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης και περιγράφουν την τάση του εργαζόμενου να εκτιμά με αρνητικό τρόπο τον εαυτό του, ειδικά σε σχέση με την εργασία του και με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του (Schaufeli & Buunk, 2003).

Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων εκδηλώνεται με τη μείωση της απόδοσης του, την έλλειψη ικανοποίησης από τη δουλειά του και την παραίτηση του από την προσπάθεια χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών. Αποτέλεσμα αυτών είναι, να

μην μπορεί να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου (Maslach & Jackson, 1986). Έτσι, καθώς μειώνεται η αυτοεκτίμηση, αρχίζει βαθμιαία η κατάθλιψη, που μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό, ή σε κάποια αλλαγή στις προσδοκίες του ατόμου ή στον τρόπο που αντιμετωπίζει την εργασία του, ή και στην εγκατάλειψη της εργασίας, που εμπεριέχει στενή επαφή με ανθρώπους (Maslach et al, 1996).

Γενικότερα, ο επαγγελματίας υγείας αμφισβητεί την επαγγελματική του δραστηριότητα και βιώνει αισθήματα απαισιοδοξίας αλλά και απαξίωσης .

2.3 Τα θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα θεωρητικά μοντέλα για την ΕΕ τα οποία έχουν αναπτυχθεί, επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο, υπό το πρίσμα μίας αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon, 1987). Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως, το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού και η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, (Pines, 1986). Άλλοι ερευνητές (Leiter & Maslach, 1988, Dekker & Schaufeli, 1995, Antoniou, 1999), τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που έχει ο επαγγελματίας από τον ίδιο του τον εαυτό και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται (Firth-Cozens & Payne, 1999).

Μία συνοπτική παρουσίαση των σημαντικότερων μοντέλων ερμηνείας της επαγγελματικής εξουθένωσης ακολουθεί στη συνέχεια.

2.3.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach

Βάσει του κλασικού ορισμού της Maslach (1982), που αναφέρθηκε ήδη, αναδεικνύονται τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου, που αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Η πρώτη διάσταση ονομάζεται «συναισθηματική εξάντληση», η δεύτερη ονομάζεται «αποπροσωποποίηση» και η τρίτη διάσταση ονομάζεται «έλλειψη προσωπικής επίτευξης» (Leiter & Maslach, 2005).

2.3.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky

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

Ενθουσιασμός. Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει θέσει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Καθώς όμως διαπιστώνει, ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

Αμφιβολία και αδράνεια. Στη συνέχεια περνάει στο δεύτερο στάδιο, της αμφιβολίας και αδράνειας. Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

Απογοήτευση και ματαίωση. Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η απογοήτευση και η ματαίωση. Ο εργαζόμενος διαπιστώνει, ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του, ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση.

Απάθεια. Στο τελευταίο στάδιο ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους. Ουσιαστικά, συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του, για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντί τους.

Τα στάδια που περιέγραψαν στο μοντέλο τους οι Edelwich & Brodsky, περιγράφονται αναλυτικότερα παρακάτω, στο κεφάλαιο 2.4.

2.3.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss

Σύμφωνα με τον C. Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και ακολουθεί τρεις φάσεις:

Φάση του «εργασιακού στρες»: Πρόκειται για μία διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής, στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, η

οποία δημιουργείται, όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν, για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

Φάση της «εξάντλησης»: Πρόκειται για τη συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης, ενώ η προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές, παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μία κατάσταση συνεχούς έντασης, που αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγηθεί σε απογοήτευση και παραίτηση.

Φάση της «αμυντικής κατάληξης»: Πρόκειται για το στάδιο όπου πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζομένου, ο οποίος σταδιακά απαξιώνει συναισθηματικά την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

2.3.4 Το μοντέλο της Pines

Η Pines και οι συνεργάτες της, ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης, που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς, όπως, οι οικογενειακές σχέσεις (Pines, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993).

Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως συνδρόμου, που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια, που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα, που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

2.4 Τα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί ένα ξαφνικό γεγονός, αλλά πρόκειται για μια αργά εξελισσόμενη διαδικασία. Η διαδικασία αυτή θεωρείται αποτέλεσμα χρόνιου συσσωρευμένου εργασιακού στρες, το οποίο κατακλύζει τον επαγγελματία υγείας και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν, για να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Σύμφωνα με τους ορισμούς, με βάση τη διαδικασία (Cherniss, 1980, Edelwich & Brodsky, 1980, Etzion, 1987), η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται, ως η διαδικασία αυξημένης απογοήτευσης, προοδευτικής απώλειας ιδανικών, ενέργειας, ενθουσιασμού και επιδιώξεων των ανθρώπων που εμπλέκονται επαγγελματικά με την παροχή ανθρωπιστικών υπηρεσιών και η οποία είναι απόρροια των συνθηκών της εργασίας τους. Πιο συγκεκριμένα, επαγγελματική εξουθένωση είναι η διαδικασία, κατά την οποία, η στάση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών γίνεται αρνητική, λόγω του αυξημένου εργασιακού τους άγχους (Schaufeli & Buunk, 2003).

Υπάρχουν πολλές θεωρίες για την πορεία ανάπτυξης της ΕΕ στο χρόνο, παρά ταύτα υπάρχουν ελάχιστες μελέτες, που να ελέγχουν αυτές τις θεωρίες, κυρίως λόγω των εγγενών δυσκολιών που εμπεριέχουν, οι ενδεδειγμένες για το σκοπό αυτό διαχρονικές έρευνες. Τα περισσότερα στοιχεία προέρχονται, είτε από συγχρονικές μελέτες, είτε από μελέτες που χρησιμοποίησαν στατιστικά μοντέλα αιτιότητας.

Κατά τα πρώτα χρόνια των ερευνών, προέκυψαν πολλές δημοφιλείς θεωρίες για την πορεία της ΕΕ στο χρόνο. Μία θεωρία πρεσβεύει, ότι είναι οι καλύτεροι και πιο ιδεαλιστές εργαζόμενοι που προσβάλλονται από το σύνδρομο της ΕΕ, άποψη που αποτυπώνεται στην κλασσική έκφραση “You have to have been on fire in order to burn out”. Εδώ υπονοείται, ότι τέτοια αφοσιωμένα άτομα καταλήγουν να κάνουν υπερβολικά πολλά, για να υποστηρίξουν τα ιδανικά τους, με συνέπεια να οδηγούνται στη συναισθηματική εξάντληση και τον κυνισμό, όταν οι προσπάθειές τους δεν τελεσφορούν.

Μια δεύτερη θεωρία πρεσβεύει, ότι η ΕΕ είναι μια αργά εξελισσόμενη διαδικασία, που θεωρείται αποτέλεσμα χρόνιου συσσωρευμένου εργασιακού στρες. Συνεπώς, η ΕΕ εμφανίζεται όψιμα στην καριέρα ενός εργαζόμενου και παραμένει

σχετικά σταθερή στο χρόνο, εάν ο εργαζόμενος μείνει στην ίδια εργασία. Επίσης, γίνεται ακόμη αρκετή συζήτηση για το κατά πόσο η ΕΕ προκύπτει ως συνέπεια αυξημένου φόρτου εργασίας (π.χ. υπερβολικές απαιτήσεις ταυτόχρονα με έλλειψη μέσων και πόρων), ή αντίθετα, ελαττωμένων εργασιακών απαιτήσεων (π.χ. απραξία και μονοτονία) (Schaufeli et al, 2009).

Όσον αφορά την σειρά εμφάνισης των τριών κύριων διαστάσεων της ΕΕ, το λεγόμενο “φασικό μοντέλο” προτείνει, ότι κάθε μία από τις τρεις διαστάσεις μπορεί να διχοτομηθεί σε υψηλή και χαμηλή βαθμολογία, ούτως ώστε, όλοι οι δυνατοί συνδυασμοί τους να καταλήγουν σε οκτώ αλληλοδιάδοχες φάσεις ανάπτυξης της ΕΕ.

Μία από τις εναλλακτικές πορείες, που προέκυψαν στο ανωτέρω μοντέλο, περιλαμβάνει ως αρχική φάση της ΕΕ την αποπροσωποποίηση, ακολουθούμενη από την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και τελικά την συναισθηματική εξάντληση.

Ένα άλλο εναλλακτικό μοντέλο θεωρεί ότι οι τρεις διαστάσεις αναπτύσσονται ταυτόχρονα, αλλά ανεξάρτητα η μια από την άλλη, έτσι ώστε να προκύπτουν οκτώ πιθανά διαφορετικά σχέδια εξέλιξης της ΕΕ. (Golembiewski & Munzenrider, 1981).

Ένα άλλο μοντέλο των τριών διαστάσεων υποθέτει μια διαφορετική διαδοχική πρόοδο στο χρόνο, στην οποία η εμφάνιση μιας διάστασης πυροδοτεί την ανάπτυξη της άλλης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η συναισθηματική εξάντληση εμφανίζεται πρώτη, οδηγώντας στην ανάπτυξη κυνισμού και αποπροσωποποίησης, που με την σειρά του οδηγεί στην αναποτελεσματικότητα και έλλειψη επιτευγμάτων (Maslach & Jackson, 1984, Lee & Ashforth, 1996).

Γενικά, η έρευνα σχετικά με την ΕΕ φαίνεται να τεκμηριώνει ικανοποιητικά την διαδοχική εξέλιξη, από την συναισθηματική εξάντληση στην αποπροσωποποίηση. Όσον αφορά τη διάσταση της έλλειψης των προσωπικών επιτευγμάτων, η αλληλοδιάδοχη σύνδεση είναι λιγότερο σαφής, με τα σύγχρονα δεδομένα να υποστηρίζουν περισσότερο μια ταυτόχρονη, παρά μια διαδοχική εμφάνισή του σε σχέση με τις άλλες δύο διαστάσεις (Maslach et al, 2001).

Η διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης ωστόσο, πέραν των μοντέλων που λαμβάνουν υπόψη τους αποκλειστικά τις τρεις διαστάσεις, μπορεί να περιγραφεί και μέσα από τα εξής τέσσερα στάδια (Edelwich & Brodsky, 1980, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Τα στάδια αυτά αποτελούν και το ένα εκ των τεσσάρων θεωρητικών μοντέλων της ΕΕ που περιγράφηκαν ανωτέρω, αυτό των Edelwich & Brodsky.

1) Το στάδιο του ενθουσιασμού.

Το πρώτο στάδιο παρουσιάζεται με την είσοδο του ατόμου στο εργασιακό περιβάλλον της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Ο επαγγελματίας είναι νέος εργαζόμενος και επενδύει πολλά στην εργασία του. Θέτει υψηλούς στόχους και εργάζεται πολύ σκληρά για να τους πραγματοποιήσει. Συχνά, οι στόχοι αυτοί είναι υπερβολικοί και ουτοπικοί.

Για το νέο εργαζόμενο η εργασία και γενικότερα η επαγγελματική του σταδιοδρομία, αποτελούν μία από τις προτεραιότητες της ζωής του. Ο εργαζόμενος υιοθετεί συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες τόσο από τον ίδιο του τον εαυτό, όσο και από τους συναδέλφους του και από τους ασθενείς του. Στην προσπάθεια να επιτύχει τους στόχους και τις προσδοκίες του, αφιερώνει πολύ από το χρόνο και την ενέργεια του. Η εργασία και πιο συγκεκριμένα η επιτυχία σε αυτή, διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στη ζωή του, καθώς ο νέος εργαζόμενος προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση μέσα από αυτή και να αυξήσει την αυτοεκτίμησή του.

2) Το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας.

Στο δεύτερο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο επαγγελματίας αντιλαμβάνεται, ότι, ενώ προσφέρει πολλά στην εργασία του, τα άτομα του εργασιακού του περιβάλλοντος δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του. Αισθάνεται ότι προσφέρει πολλά περισσότερα από αυτά που λαμβάνει, ενώ δεν μπορεί να αναγνωρίσει εάν φταίει ο ίδιος για αυτή την κατάσταση. Προσπαθεί να καλύψει την απογοήτευσή του επενδύοντας περισσότερο στην εργασία του. Έτσι, αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο και ενέργεια στη εργασία του, προσπαθώντας να αυξήσει τις γνώσεις και την αποδοτικότητά του (προγράμματα επιμόρφωσης, σεμινάρια, κ.ά.).

Με την πάροδο του χρόνου ανακύπτουν ζητήματα δυσαρέσκειας, τα οποία δεν τον απασχολούσαν στην αρχή, όπως, η αναγνώριση του έργου του, η έλλειψη κατανόησης και υποστήριξης των συναδέλφων και της διοίκησης, η επάρκεια των συνθηκών εργασίας, το υπερβολικό ωράριο, η χαμηλή μισθοδοσία, κ.ά. (Κουλιεράκης και συν, 2001).

3) Το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαιώσης.

Κατά το τρίτο στάδιο εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης το άτομο αναγνωρίζει το γεγονός ότι εργάζεται σε ένα περιβάλλον, που δεν ικανοποιεί τις προσδοκίες του και του δημιουργεί άγχος και στρες. Αρχίζει να νιώθει συναισθηματική

και σωματική εξάντληση, αισθάνεται ότι κάνει δουλειά που του δημιουργεί πολύ άγχος και αντιλαμβάνεται ότι δεν έχει επιπλέον ψυχικά αποθέματα, να επενδύσει στην εργασία του. Ενώ στην αρχή της καριέρας του, χαρακτήριζε το επάγγελμα ως λειτούργημα, που του προσέφερε χαρά και ικανοποίηση, τώρα το εκλαμβάνει ως συνεχή πηγή άγχους και μάταιης προσωπικής προσπάθειας. Αισθάνεται παγιδευμένος και επιζητά την αλλαγή των συνθηκών εργασίας. Συγχρόνως, εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς με τους συναδέλφους και τους ασθενείς του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης αποτελεί μεταβατική περίοδο, καθώς η απογοήτευση ωθεί το άτομο, είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους και προσδοκίες που είχε θέσει, όποτε αλλάζει συμπεριφορά και στάση απέναντι στην εργασία του, είτε να περιορίσει το ενδιαφέρον του για την εργασία και τους ασθενείς του, με αποτέλεσμα να απομακρυνθεί από αυτήν.

4) Το στάδιο της απάθειας.

Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο επαγγελματίας επενδύει πολύ λίγο χρόνο και ενέργεια στην εργασία του. Ασχολείται ελάχιστα με τις υποχρεώσεις του. Αγνοεί τις απαιτήσεις της θέσης που έχει αναλάβει και αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και εργασία. Περιφρονεί τις ανάγκες των ασθενών με ανεπαρκή και αναποτελεσματική προσφορά. Απομακρύνεται από την εργασία του και παραιτείται ή συνεχίζει να κρατά την επαγγελματική του θέση αποκλειστικά για βιοποριστικούς λόγους.

Η διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης αρχίζει από τα πρώτα χρόνια της σταδιοδρομίας του ατόμου. Όμως, τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα και μόνο κατά το τρίτο και τέταρτο στάδιο ανάπτυξής της. Κατά τα στάδια αυτά οι επαγγελματίες μπορεί να εκδηλώνουν συμπτώματα σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1986).

2.5 Μέτρηση και αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Για την μέτρηση και αξιολόγηση της ΕΕ στους εργαζόμενους χρησιμοποιήθηκαν διεθνώς ως εργαλεία μέτρησης συγκεκριμένα ερωτηματολόγια. Με

τα ερωτηματολόγια κατέστη δυνατό να καταγραφεί, να μετρηθεί, να αξιολογηθεί και να μελετηθεί ο βαθμός ΕΕ σε κάθε εργαζόμενο, αλλά και σε ομάδες επαγγελματιών. Επειδή η ΕΕ αποτελεί μία εξαρτημένη μεταβλητή, τα ερωτηματολόγια έδωσαν τη δυνατότητα, να γίνει πιο συγκεκριμένη και μετρήσιμη η διαταραχή αυτή σε κάθε άτομο χωριστά.

Το μόνο εργαλείο που μετράει και τις τρεις διαστάσεις της ΕΕ είναι το MBI (Maslach et al, 1996). Το MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) σχεδιάστηκε για χρήση σε πληθυσμούς εργαζομένων σε ανθρωπιστικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας. Μια δεύτερη έκδοση αναπτύχθηκε με σκοπό να χρησιμοποιηθεί σε εργαζόμενους στην εκπαίδευση (MBI - Educators Survey ή MBI-ES). Δεδομένου του αυξανόμενου ενδιαφέροντος για τη μελέτη της ΕΕ σε λιγότερα ανθρωποκεντρικά επαγγέλματα, αναπτύχθηκε και μια τρίτη γενική έκδοση του ερωτηματολογίου (MBI-General Survey ή MBI-GS).

Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory – MBI), είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και όπως ειπώθηκε, μετρά και τις τρεις συνιστώσες της ΕΕ, δηλαδή τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη επιτευγμάτων (Maslach & Jackson, 1986). 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).

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 ΕΕ θεωρείται ως μία συνεχής μεταβλητή και όχι ως διχοτομική που υπάρχει ή δεν υπάρχει. Με τον τρόπο αυτό το ερωτηματολόγιο MBI προσαρμόστηκε στα Ελληνικά και σταθμίστηκε από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992) (πίνακας 2.5.1).

Πίνακας 2.5.1 : Οριακές τιμές οι οποίες προσδιορίζουν τα χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

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

Πηγή: Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1992

2.6 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι περισσότερες θεωρητικές προσεγγίσεις που επιδιώκουν να ερμηνεύσουν την επαγγελματική εξουθένωση, αναζητούν τα αίτια στην αλληλεπίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών του εργαζόμενου, με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος και στη χρόνια επίδραση στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο της εργασίας.

Η αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου είναι πολυδιάστατη, ενώ έρευνες των τελευταίων 25 ετών έχουν αποδείξει, την επίδραση ψυχολογικών, κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών παραγόντων στη διαμόρφωσή του, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια (Vachon, 1987).

Ο βαθμός του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο εργασίας, εξαρτάται από ένα σύνολο μεταβλητών παραγόντων, οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου της ΕΕ. Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν: α) ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο κλπ.), β) ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, προσδοκίες, κ.α.), γ) διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικό δίκτυο), δ) κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες (προσδοκίες από το ρόλο του επαγγελματία, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια, το θάνατο, κλπ.) (Vachon, 1987).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας και μπορεί να είναι (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999, Κουλιεράκης και συν, 2001, Aiken et al, 2002, Kaliath & Moris, 2002) :

- Οι πιεστικές και αντίξοες συνθήκες εργασίας.
- Η έλλειψη προσωπικού και κατ' επέκταση υπερβολικός φόρτος εργασίας.
- Το εξαντλητικό, απαιτητικό και συνεχές (κυκλικό) ωράριο.
- Η αυξημένη γραφειοκρατία και η μονοτονία της εργασίας.
- Η έλλειψη χώρου, τα αυξημένα επίπεδα θορύβου.
- Η έλλειψη καθηκοντολογίου και η ασάφεια ρόλων και υποχρεώσεων.
- Η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η μη συμμετοχή στις αποφάσεις.
- Η έλλειψη κινήτρων και δυνατότητας εργασιακής εξέλιξης.
- Η ανισότητα στις ηθικές και οικονομικές απολαβές.
- Η έλλειψη επικοινωνίας-στήριξης από τη διεύθυνση ή τους συναδέλφους.
- Οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Η συχνή έκθεση του επαγγελματία στον πόνο και στο θάνατο ασθενών.

Στις μελέτες έχει περιληφθεί και το στρες που βιώνει το προσωπικό υγείας, που εργάζεται κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας. Συγκεκριμένα, υπάρχουν Μονάδες ή Τμήματα που νοσηλεύουν ασθενείς με αυξημένες ανάγκες φροντίδας, όπως για παράδειγμα:

- Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Maloney, 1982, Guntupalli & Fromm, 1996).
- Τα Ψυχιατρικά Τμήματα (Corrigan, 1994).
- Τα τμήματα στα οποία νοσηλεύονται ασθενείς που πάσχουν από AIDS (Benet et al, 1991, Hayter, 1999).
- Τα Ογκολογικά νοσοκομεία (Whippen & Ganellos G, 1991, Papadatou et al, 1994, Hayter, 1999, Quattrin et al, 2006).
- Οι μονάδες εγκαυμάτων (Murji et al, 2006).
- Οι μονάδες Περιτοναϊκής Κάθαρσης (Muthny, 1989).
- Τα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (Μιχαλοπούλου, 2003).
- Οι Μονάδες Τραύματος (Κανδρή και συν, 2004).

Ατομικοί παράγοντες

Οι ατομικοί παράγοντες σχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα, όπως, ο τρόπος που έχει μάθει να χειρίζεται το άγχος

του, τα κίνητρα που τον οδήγησαν να εργασθεί στο συγκεκριμένο χώρο και το είδος των προσδοκιών του. Η ανθεκτικότητα στο άγχος, όπως εκφράζεται από τον τρόπο χειρισμού του, καθιστά ορισμένα άτομα περισσότερο ευάλωτα στην επαγγελματική εξουθένωση. Παράλληλα, ορισμένα άτομα εμφανίζουν μια γενικότερη ανθεκτικότητα στο στρες (hardiness) και έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ΕΕ. Τα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας περιλαμβάνουν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999):

α) Την αίσθηση που έχουν οι επαγγελματίες, ότι μπορούν να ασκήσουν προσωπικό έλεγχο πάνω στις καταστάσεις και να τις επηρεάσουν (internal locus of control). Δεν νιώθουν αδύναμοι, ούτε πιστεύουν ότι τα πάντα καθορίζονται από εξωτερικές δυνάμεις (την τύχη, το Θεό, τη διοίκηση, τους άλλους).

β) Την τάση να επενδύουν στην εργασία τους και να συμμετέχουν στα δρώμενα (commitment). Όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες κινητοποιούνται, δεν παραμένουν παθητικοί και επιδιώκουν τη λύση των προβλημάτων.

γ) Την τάση να αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες στο χώρο εργασίας περισσότερο ως «προκλήσεις» (challenge), παρά ως απειλές ή ανυπέρβλητα εμπόδια. Είναι δεκτικοί σε νέες εμπειρίες και ιδέες και προσαρμόζονται με ευκολία στις στρεσογόνες καταστάσεις.

Υπάρχουν επίσης, άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που τα καθιστούν πιο επιρρεπή στην εκδήλωση της ΕΕ. Κάποια από τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

- Η «ψυχαναγκαστική» προσωπικότητα, που αναφέρεται σε επαγγελματίες «τελειομανείς», με έντονα αισθήματα ενοχής, αμφισβήτησης και αυξημένη αίσθηση υπευθυνότητας.
- Η ψυχολογία της αναβλητικότητας.
- Η χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Η αίσθηση της αδυναμίας ελέγχου των καταστάσεων, το «εξωτερικό κέντρο ελέγχου» (external locus of control).
- Ο αλτρουϊστικός χαρακτήρας, το έντονο αίσθημα ευθύνης και προσφοράς.
- Η νοηματοδότηση της ζωής μέσα από την εργασία.
- Η προσωπικότητα τύπου Α, που εκδηλώνεται με ταχεία κίνηση, ομιλία και λήψη τροφής και με υψηλά επίπεδα φιλοδοξιών, επιτευγμάτων, ανταγωνιστικότητας και επιθετικότητας (Davidson & Cooper, 1980, Lavanco, 1997).

Μελέτες έδειξαν, ότι συχνά οι ατομικοί-ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, απ' ότι οι συνθήκες εργασίας και οι άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Κουλιεράκης και συν, 2001).

Η επικέντρωση των ερευνών στη μία ή στην άλλη κατεύθυνση (εργασιακό περιβάλλον, ατομικοί παράγοντες), βοηθούν στην κατανόηση των διαφορετικών αιτιών της ΕΕ. Όμως, παραμένουν συχνά αποσπασματικές και δημιουργούν τον κίνδυνο να οδηγήσουν σε λανθασμένα συμπεράσματα, σχετικά με την κατανόηση και την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ερευνητικές μελέτες επισημαίνουν ορισμένες δημογραφικές μεταβλητές που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αν και τα συμπεράσματα είναι συχνά αντιφατικά.

Η ηλικία είναι η πλέον δημοφιλής μεταβλητή σε όλες τις έρευνες και βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την ΕΕ. Οι νεαρότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν υψηλότερες αναφορές στο σύνδρομο, απ' ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 30-40 ετών.

Οι νέοι επαγγελματίες υγείας έχουν μικρότερη επαγγελματική εμπειρία, λιγότερη σταθερότητα και ωριμότητα και γι' αυτό μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης επαγγελματικής εξουθένωσης, απ' ότι οι μεγαλύτεροι και πιο πεπειραμένοι εργαζόμενοι (Maslach et al, 1996).

Επίσης, οι νέοι είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση ΕΕ λόγω της διάψευσης των ιδεαλιστικών προσδοκιών τους (Κάντας, 1995). Υπάρχουν, όμως, και μελέτες σε ευρωπαϊκές χώρες που εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των μεγαλύτερων ηλικιών, γεγονός που μπορεί ίσως να εξηγηθεί με την εργασιακή κουλτούρα που επικρατεί σε αυτά τα κράτη, όπου δύσκολα αλλάζει κάποιος εργασία (Schaufeli & Janczur, 1994).

Το φύλο έχει μια αμφιλεγόμενη συσχέτιση με το σύνδρομο της ΕΕ. Οι άνδρες και οι γυναίκες βρέθηκε να βιώνουν παρόμοια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με τις γυναίκες, όμως, να εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα του συνδρόμου, ίσως λόγω των πολλαπλών ρόλων με τους οποίους είναι επιφορτισμένες. Οι άνδρες επαγγελματίες υγείας από την άλλη, είναι πιθανότερο να αναπτύξουν πιο απρόσωπη και σκληρή συμπεριφορά απέναντι στους χρήστες-ασθενείς. Γίνεται λοιπόν φανερό, ότι η διαφορετικότητα των ρόλων ανδρών και γυναικών, αντανακλά στην εμφάνιση και

στις εκδηλώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994, Maslach et al, 2001, Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004).

Όσον αφορά στην *οικογενειακή κατάσταση*, οι έγγαμοι εμφανίζεται να βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, καθώς και αποπροσωποποίησης, σε σχέση με τους άγαμους και τους διαζευγμένους (Maslach & Jackson, 1985). Πέρα από την ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού ιστού (οικογένεια), οι έγγαμοι επενδύουν συναισθηματικά και σε άλλους τομείς εκτός της εργασίας τους και να διαθέτουν μεγαλύτερη εμπειρία στη διευθέτηση προσωπικών και συναισθηματικών συγκρούσεων.

Το *επίπεδο εκπαίδευσης* παίζει επίσης ρόλο, διότι σύμφωνα με έρευνες, καταγράφεται μια αυξητική τάση στην εμφάνιση του συνδρόμου σε άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, ίσως γιατί αυτά αναλαμβάνουν πιο υπεύθυνες και απαιτητικές εργασίες (διευθυντές, προϊστάμενοι) και έχουν υψηλότερες επαγγελματικές προσδοκίες και ατομικές φιλοδοξίες. Επομένως, βιώνουν και μεγαλύτερη απογοήτευση, όταν βλέπουν ότι τα όνειρά τους δεν πραγματώνονται (Pines & Maslach, 1978). Παράλληλα, όμως, έχουν ανακοινωθεί μελέτες με υψηλό επιπολασμό της ΕΕ και σε εργαζόμενους με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (Fletcher, 1988).

Τέλος, τα *πολιτιστικά χαρακτηριστικά* των διαφόρων λαών (πολιτισμικές αξίες, κοινωνικοί δεσμοί), ενδεχομένως εξηγούν τα διαφορετικά αποτελέσματα στην εμφάνιση της ΕΕ μεταξύ των διαφόρων κρατών και ηπείρων. Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. καταγράφονται υψηλότερα ποσοστά του συνδρόμου σε σύγκριση με τη Δυτική Ευρώπη ή την Ιαπωνία (Lambert, 2004).

2.7 Τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε έναν εργαζόμενο με ΕΕ χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, τα σωματικά, τα ψυχολογικά και τα συμπεριφορικά. Όλοι οι εργαζόμενοι δεν εκδηλώνουν τα ίδια συμπτώματα, ωστόσο τα σημαντικότερα από τα συμπτώματα που μπορούν να παρουσιασθούν, αναφέρονται στον πίνακα 1 (Unger, 1980).

Πίνακας 2.7.1. Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/ κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/ αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ Ευερεθιστικότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία

Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης Αποφάσεων Καχυποψία Αισθήματα ενοχής/αποτυχίας Κατάθλιψη Υπερβολική αυτοπεποίθηση/λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων Αυξημένη ανησυχία	
-----------------------------	---	--

Προσαρμογή από τον Unger D, "Superintendent Burnout: Myth or Reality" (1980)

Αναλυτικότερα, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζει πολλαπλές αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη σωματική και ψυχική υγεία του ίδιου του ατόμου, όσο και στις διαπροσωπικές σχέσεις του, με την οικογένεια, τους φίλους, τους συναδέλφους, αλλά και στο χώρο εργασίας και στην ομαλή λειτουργία της επιχείρησης ή του νοσηλευτικού οργανισμού στον οποίο εργάζεται (Αδαλή, 2000).

Συνήθως, τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά τα δύο τελευταία στάδια της ανάπτυξης του συνδρόμου, δηλαδή στο στάδιο της απογοήτευσης και ματαίωσης και σε αυτό της απάθειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Ο Kahill το 1998 ομαδοποίησε τις επιπτώσεις της ΕΕ σε πέντε κατηγορίες: σωματικές, συναισθηματικές, διαπροσωπικές, συμπεριφορικές και σχετιζόμενες με τη στάση του εργαζόμενου απέναντι στην εργασία του.

Σωματικές επιπτώσεις

Τα συμπτώματα αφορούν διάφορες σωματικές ενοχλήσεις, όπως, μυοσκελετικά προβλήματα (οσφυαλγίες, ραχιαλγίες), αίσθημα χρόνιας κόπωσης-αδυναμίας, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές διατροφής, εφιδρώσεις, αϋπνίες, δύσπνοια. Εμφανίζονται, όμως και σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως, υπέρταση, έλκος, καρδιαγγειακές παθήσεις και μεταβολικό σύνδρομο, αιματολογικές νόσοι και διαταραχές της πήξης, καθώς και ανοσολογικές ανεπάρκειες (Matrunola, 1996, Melamed et al, 1999, Mommersteeg, 2006).

Συνήθειες είναι και οι διαταραχές στον ύπνο, με αίσθημα σωματικής κόπωσης και εξάντλησης, ειδικά σε παρατεταμένα ωράρια (άνω των 8 ωρών) και στο κυκλικό ωράριο, που αποτελεί τον κανόνα στον τομέα των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, παρατηρούνται αλλαγές στις συνήθειες διατροφής και μεταβολές στο σωματικό βάρος. Επιπλέον, το άτομο γίνεται πιο ευάλωτο σε κοινές ιογενείς λοιμώξεις (κρυολογήματα) (Foxall, 1990, Matrionola, 1996), ενώ εμφανίζεται μεγαλύτερη συχνότητα ψυχοσωματικών διαταραχών, όπως, έλκος και καρδιοαγγειακές παθήσεις (Pines & Kanner, 1982, Κάντας, 1995).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Οι συνιστώσες της ΕΕ έχουν συνδεθεί με μια ποικιλία συναισθηματικών προβλημάτων (Maslach & Pines, 1977, Burke & Deszca, 1986). Η επιδείνωση της ψυχικής υγείας χαρακτηρίζεται από μείωση της αυτοπεποίθησης, καταθλιπτική διάθεση, ευερεθιστότητα και άγχος (Jackson & Maslach 1982, Kahill, 1998).

Μελέτες έδειξαν, ότι οι τρεις διαστάσεις της ΕΕ (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων) σχετίζονται σε μεγάλα ποσοστά με την εμφάνιση κατάθλιψης (12-38%) στους εργαζόμενους (Martin et al, 1997, Iacovides et al, 1999, Ahola et al, 2005).

Άλλες έρευνες αναφέρουν χαρακτηριστικά, ότι οι ειδικευόμενοι γιατροί στις Η.Π.Α, καταναλώνουν σε μεγάλο ποσοστό αλκοόλ και αντικαταθλιπτικά-αγχολυτικά φάρμακα, λόγω της ΕΕ, ενώ οι Βρετανοί γιατροί και νοσηλευτές υποφέρουν από ψυχογενές άγχος και κατάθλιψη σε ποσοστό έως 30%, ενώ το 14% από αυτούς παρουσίασε κάποια στιγμή και τάσεις αυτοκτονίας.

Στις Η.Π.Α. η ετήσια πιθανότητα αυτοκτονίας για τους ιατρούς είναι διπλάσια από το γενικό πληθυσμό, γεγονός που πολύ συχνά οφείλεται στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Martin et al, 1997, Ahola et al, 2005).

Σε ψυχο-συναισθηματικό επίπεδο, χαρακτηριστικός είναι ο παραλληλισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης με την επαγγελματική κατάθλιψη (Firth et al, 1986, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999, Maslach et al, 2001). Κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν την συναισθηματική εξάντληση και τις διαταραχές του ύπνου, την ευερεθιστότητα, το άγχος, την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την ανασφάλεια και τα αισθήματα προσωπικής αποτυχίας. Το άτομο έχει την αίσθηση ότι είναι αβοήθητο και ανίκανο να αντιληφθεί εναλλακτικούς τρόπους λειτουργίας (Lindsey & Attridge, 1989,

Foxall et al, 1990). Σταδιακά, αυτά οδηγούν σε προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και στον επαγγελματικό χώρο.

Σε γνωστικό επίπεδο, το άτομο δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, ξαχνά εύκολα, παραβλέπει σημαντικά γεγονότα, γίνεται απρόσεκτο και προβαίνει σε εσφαλμένες εκτιμήσεις (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).

Διαπροσωπικές συνέπειες

Η σύνδεση μεταξύ της ΕΕ και των κοινωνικών και οικογενειακών σχέσεων έχουν λάβει αρκετή εμπειρική υποστήριξη, ήδη από τα πρώτα χρόνια των μελετών (Jackson & Maslach 1982, Burke & Deszca, 1986). Σε μια μελέτη 142 ζευγαριών, όπου ο ένας σύντροφος εργαζόταν στην αστυνομία, οι Jackson & Maslach το 1982, ανέφεραν ότι τα άτομα με ΕΕ, είχαν την τάση να απομακρύνονται από τους φίλους τους και να περιορίζουν την κοινωνική τους ζωή. Επιπλέον, εμφάνιζαν δυσκολία να αποβάλλουν τον επαγγελματικό τους ρόλο, όταν γύριζαν στο σπίτι μετά την εργασία.

Επίσης, θεραπευτές με ΕΕ στην επαφή με τους ασθενείς τους, αναπτύσσουν απρόσωπους και στερεότυπους τρόπους επικοινωνίας και η επαφή με τους ασθενείς περιορίζεται στις απολύτως απαραίτητες εργασίες (Firth et al, 1986).

Ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ένα πρόσωπο περιστατικό, ενώ συχνά εμφανίζεται μια άρνηση επικοινωνίας έως και μια εχθρική συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Επιπρόσθετα, σε επίπεδο εργασιακού χώρου, οι κοινωνικές σχέσεις με τους συνεργάτες είναι τυπικές και επιφανειακές, ενώ αυξάνονται οι συγκρούσεις και απουσιάζει η συμβιβαστική διάθεση, ενώ το γενικό κλίμα του οργανισμού επιδεινώνεται .

Στάσεις και συμπεριφορές

Για τους επαγγελματίες υγείας, η επαγγελματική εξουθένωση και οι συνέπειες της στην υγεία τους, έχει ποικίλα αρνητικά επακόλουθα. Ο επαγγελματίας εμφανίζεται ευερέθιστος, απότομος, κυνικός, ψυχρός και αδιάφορος. Συχνά παρατηρείται, αυξημένη κατανάλωση ποτού, καπνού, φαρμάκων (είτε αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών, είτε παράνομων εθιστικών ουσιών) (Martin et al, 1997). Πολύ συχνά οδηγούνται στην απόφαση εγκατάλειψης του επαγγέλματος ή παίρνουν συχνές άδειες από την εργασία τους, καθώς νιώθουν ότι έχουν φθάσει στα όρια της αντοχής τους.

Ειδικά στο νοσηλευτικό επάγγελμα, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά παραιτήσεων και αλλαγής επαγγέλματος. Συγκεκριμένα, το 1970, το 70% του

νοσηλευτικού προσωπικού των αμερικανικών νοσοκομείων, παραιτήθηκε από την εργασία του (Duxbury et al, 1984).

Στον εργασιακό χώρο, αυξάνεται η αίσθηση δυσαρέσκειας του ατόμου και οι συγκρούσεις στις σχέσεις του με τους συναδέλφους (Leiter, 1988) και παρατηρείται μείωση της παραγωγικότητας του, συχνές απουσίες από τον χώρο εργασίας και αύξηση των παραιτήσεων του προσωπικού (Wandelet, 1981). Χαρακτηριστικά, μεγάλο ποσοστό από τις αναρρωτικές άδειες, οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα των νοσοκομείων είναι η επίδραση των συχνών αργοποριών και απουσιών, τόσο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, όσο και στο ηθικό του υπόλοιπου προσωπικού, που επωμίζεται αυξημένο φόρτο εργασίας λόγω των απουσιών του προσωπικού (Seuntjens, 1982).

Οι απουσίες από την εργασία επηρεάζουν, συνεπώς, την εργασιακή ατμόσφαιρα της μονάδας και έχουν άμεσο αντίκτυπο στην οργανωτική σταθερότητα του οργανισμού (Matrunola, 1996). Οι οργανισμοί παροχής φροντίδας στηρίζονται άμεσα στην ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού τους και φαινόμενα όπως η αποχώρηση από το επάγγελμα, αλλά και η λειτουργία του οργανισμού με δυσαρεστημένο προσωπικό (απουσίες κτλ), οδηγούν στη μείωση του παραγωγικού αποτελέσματος και σε παροχή υπηρεσιών κατώτερης ποιότητας και σπατάλη των επενδύμενων οικονομικών πόρων.

2.8 Πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση όπως περιγράφηκε, έχει σημαντικές επιπτώσεις στους εργαζόμενους, δημιουργώντας πληθώρα σωματικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων. Για τον λόγο αυτό είναι ουσιώδες, το σύνδρομο να αντιμετωπισθεί έγκαιρα και αποτελεσματικά όταν διαγνωσθεί η εμφάνισή του, αλλά και να προληφθεί στις κατηγορίες εργαζομένων που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου.

Το σύνδρομο της ΕΕ μπορεί να αντιμετωπισθεί και να προληφθεί ως ένα βαθμό με την λήψη κατάλληλων μέτρων. Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση και πρόληψη της ΕΕ εστιάζονται σε δύο επίπεδα: Σε ατομικό και σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο

(Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

2.8.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αποτελούν τις δράσεις και τα μέτρα που λαμβάνει το ίδιο το άτομο, για να αντιμετωπίσει ή να προλάβει το πρόβλημα. Αυτές οι δράσεις συνοπτικά μπορεί να είναι (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008):

- *Εγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της ΕΕ*: Οι πρώιμες ενδείξεις και συμπτώματα της επερχόμενης επαγγελματικής εξουθένωσης, θα πρέπει να αναγνωρισθούν εγκαίρως από τον εργαζόμενο. Τέτοιες ενδείξεις μπορεί να είναι οργανικά ή ψυχοκοινωνικά συμπτώματα. Η αναγνώριση των ενδείξεων και συμπτωμάτων προϋποθέτει στοιχειώδη γνώση και ενημέρωση του επαγγελματία σχετικά με το σύνδρομο της ΕΕ. Η ενημέρωση του εργαζόμενου αποτελεί υποχρέωση του ίδιου του ατόμου, αλλά κυρίως αποτελεί υποχρέωση της διοίκησης να την παρέχει.
- *Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών*: Μία σημαντική παρέμβαση η οποία βοηθάει στην αποφυγή του μόνιμου άγχους και στην αναγνώριση στοιχείων εγωισμού στα πλαίσια της εργασίας, είναι η επανεκτίμηση των στόχων, των προσδοκιών και των κινήτρων των επαγγελματιών. Επιπρόσθετα, η επανεκτίμηση των στόχων και προσδοκιών βοηθάει και στην ευκολότερη επίτευξη των νέων στόχων, στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία, αλλά και στην ουσιαστικότερη εδραίωση του επαγγελματία στον εργασιακό του χώρο.
- *Αναζήτηση υποστήριξης*: Η αναζήτηση βοήθειας και στήριξης του εργαζόμενου από φίλους, συνεργάτες και γενικότερα από τον κοινωνικό του περίγυρο, αποτελεί σημαντικό παράγοντα παρέμβασης για την επίλυση του προβλήματος. Η αναζήτηση βοήθειας θα μπορούσε να γίνει και από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενώ είναι φανερό ότι η υποστήριξη λειτουργεί θεραπευτικά μόνο για τους εργαζόμενους που την αποδέχονται. Αυτός είναι ο λόγος που κρίνεται σημαντική η αναγνώριση της ανάγκης για βοήθεια από τον ίδιο τον επαγγελματία.

Η υποστηρικτική παρέμβαση μειώνει το εργασιακό άγχος και τις πιθανότητες να νοσήσει ο επαγγελματίας. Επιπλέον, θα ήταν καλύτερο να μην αναζητείται μόνο

από ένα πρόσωπο, ώστε να αποφευχθεί η εκτόνωση και η έκφραση συσσωρευμένου θυμού και άγχους προς μία μόνο κατεύθυνση.

Μεγάλης σημασίας αποτελεί και η ανάγκη ύπαρξης ενός ολοκληρωμένου υποστηρικτικού δικτύου στο εργασιακό χώρο για κάθε εργαζόμενο, το οποίο να παρέχει δυνατότητες έκφρασης, αντιμετώπισης και υποστήριξης των επερχόμενων προβλημάτων.

- *Ενασχόληση με δραστηριότητες και ενδιαφέροντα εκτός εργασιακού χώρου:* Η παρέμβαση αυτή δρα επιβοηθητικά, δίνοντας τη δυνατότητα στον εργαζόμενο να εκτονωθεί, ενώ παράλληλα προάγει και την επικοινωνία.
- *Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας:* Στις περιπτώσεις που αυτή η παρέμβαση είναι εφικτή, αυξάνει την αίσθηση ελέγχου στο άτομο, καθώς και την αποφασιστικότητά του.
- *Επιλογή νέας εργασίας:* Θεωρείται η έσχατη παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο, όπου ο εργαζόμενος αναζητά νέα εργασία, σε ένα περιβάλλον πιο φιλικό, με λιγότερους στρεσογόνους παράγοντες που προάγουν την ΕΕ.

2.8.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν δράσεις και ενέργειες από πλευράς της διοίκησης του οργανισμού-νοσοκομείου, όπου εργάζεται ο επαγγελματίας. Εστιάζονται κυρίως σε οργανωτικές παρεμβάσεις, με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου της ΕΕ στους εργαζόμενους. Οι μορφές των παρεμβάσεων μπορεί να είναι:

- Δημιουργία ομάδων εργαζομένων και ειδικών θεραπειών με σκοπό την εκπαίδευση των επαγγελματιών, στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων που δημιουργούνται, τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ασθενείς και την κατανόηση της σημασίας που έχει η συμπάθεια προς τους ασθενείς.
- Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους εργαζόμενους αλλά και τα άτομα του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντός τους.
- Οργάνωση εξειδικευμένων σεμιναρίων και παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης στους εργαζόμενους, εστιασμένα περισσότερο σε θέματα αναγνώρισης και αντιμετώπισης του εργασιακού stress.
- Προώθηση της υποκίνησης στους εργαζόμενους.
- Εποπτεία των εργαζόμενων σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο.

- Ενθάρρυνση της ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων και συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων και ενίσχυση των συναντήσεων των μελών του προσωπικού.
- Διευκόλυνση και παροχή δυνατοτήτων πολυμορφίας στο περιβάλλον εργασίας.
- Περιοδικοί έλεγχοι και έρευνες του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των εργαζομένων και διερεύνηση των παραγόντων που την προκαλούν. Προσπάθεια εξάλειψης των υπεύθυνων στρεσογόνων παραγόντων.
- Οδηγίες προς τους διευθυντές ή προϊστάμενους για επίταση της προσοχής τους σε τυχόν αναγνώριση συμπτωμάτων ΕΕ σε κάποιον εργαζόμενο.
- Αποτελεσματικότερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας, με σαφείς και καθορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες για κάθε εργαζόμενο.
- Δημιουργία ειδικών τμημάτων και πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού, όπως, ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί, για καλύτερο συντονισμό, αναγνώριση και επίλυση των προβλημάτων που σχετίζονται με την ΕΕ.

(Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

3. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ (ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ)

Οι μονάδες εξαρτήσεων της Θεσσαλονίκης παρουσιάζονται σε δύο ομάδες. Την ομάδα των μονάδων υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ, και την ομάδα των μονάδων απεξάρτησης. Οι μονάδες απεξάρτησης είναι τα Τμήματα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (τμήματα «Αργώ» και «Ιανός»), καθώς και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) «Ιθάκη». Παρακάτω θα περιγραφούν τα γενικά χαρακτηριστικά και η φιλοσοφία της θεραπείας των μονάδων αυτών.

3.1 Γενικά χαρακτηριστικά των μονάδων υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ Θεσσαλονίκης.

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το νόμο 2161/93 που ψηφίστηκε από το σύνολο του κοινοβουλευτικού σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συνεργάζεται με φορείς της χώρας, καθώς και με Ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς, όπως, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA), την ομάδα Rompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών κ.ά.

Παράλληλα με τα διάφορα προγράμματα για την θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων, ο ΟΚΑΝΑ στα πλαίσια του τομέα της πρόληψης, έχει δημιουργήσει ένα σημαντικό δίκτυο κέντρων πρόληψης σε όλη την Ελλάδα (ΟΚΑΝΑ, 2011).

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο ο ΟΚΑΝΑ έχει τρεις κύριους σκοπούς (ΟΚΑΝΑ, 2011):

- α) το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
- β) τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού.

γ) την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Πολιτική του OKANA στην υποκατάσταση:

Λόγω της ραγδαίας αύξησης των ατόμων που εμφανίζουν εξάρτηση από οπιούχα (ηρωίνη), η οποία άρχισε να εμφανίζεται από την δεκαετία του '70, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας, ώστε να καταστεί δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων. Η ανάγκη γιγαντώθηκε από την αύξηση που σημειώθηκε στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λ.π.), καθώς και από την εμφάνιση του AIDS στην δεκαετία του '80 και την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης. Η αντιμετώπιση αποφασίσθηκε να γίνει με τη χορήγηση υποκατάστατων ουσιών («πρόγραμμα υποκατάστασης»).

Οι Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του OKANA παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων, αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν κάνει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό ουσιών» θεραπευτικό πρόγραμμα.

Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών, μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης (OKANA, 2011).

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας, που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, όπως, η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης, διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει, τόσο η δράση, όσο και η αποδρομή τους.

Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί, σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας («ανέβασμα») που ακολουθείται, σε σύντομο χρονικό διάστημα, από «πτώση». Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού, που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν

προσφέρουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, αντίθετα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης, που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση (OKANA, 2011).

Η **μεθαδόνη** ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, γνωστή με το όνομα οπιοειδή. Τα φάρμακα αυτά χαρακτηρίζονται από παρόμοια χημική δομή και δράση με τη μορφίνη. Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται στη θεραπεία υποκατάστασης, για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη, ή άλλα οπιοειδή. Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από τη δράση της ηρωίνης. Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες μόνο ώρες (2-6 ώρες).

Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης, η μεθαδόνη χορηγείται υπό την μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι). Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 60 και 120mg, κατά την αρχική φάση. Η δόση αυτή μπορεί κατόπιν να μειώνεται σταδιακά, με αργό ρυθμό, χωρίς τον κίνδυνο εμφάνισης στερητικών φαινομένων.

Η χορήγηση κατάλληλης δοσολογίας μεθαδόνης εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο, να κάνει χρήση ηρωίνης. Πέραν αυτών, επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού, που έχουν διαταραχθεί από την κατάχρηση ουσιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία, να βελτιωθεί η σωματική κατάσταση, η ψυχική υγεία, αλλά και οι κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου (OKANA, 2011, NHS, 2011).

Η **βουπρενορφίνη** είναι ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητά της έχει αποδειχθεί, τόσο στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στη σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη.

Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό. Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης, η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας. Πρόκειται για μια μορφή χαπιού, που δεν πρέπει να το καταπίνο με ή να το μασο ύμε, αλλά να το αφήνουμε να λιώσει στο στόμα (χρειάζονται 15-30 λεπτά). Η δράση της αρχίζει μετά από 30 περίπου λεπτά και διαρκεί, ανάλογα με τη δόση, έως και τρεις ημέρες. Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 4 και 16mg. Η χορήγηση κατάλληλης δοσολογίας βουπρενορφίνης, εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των

άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία, που έχει το εξαρτημένο άτομο, να κάνει χρήση ηρωίνης. Έχει δηλαδή όμοια αποτελέσματα με την μεθαδόνη.

Επιπλέον αυτών, η βουπρενορφίνη παρουσιάζει και κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τη μεθαδόνη:

- Ανταγωνίζεται τη δράση της ηρωίνης, χωρίς το ευφορικό αποτέλεσμα,
- έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης από την ηρωίνη και τη μεθαδόνη,
- δεν δημιουργεί προβλήματα υπερδοσολογίας και
- εμφανίζει λιγότερα στερητικά συμπτώματα από την μεθαδόνη.

(ΟΚΑΝΑ, 2011, NLM, 2011).

Ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει 25 Μονάδες Υποκατάστασης σε όλη την Ελλάδα, είτε ως αυτόνομες μονάδες, είτε σε συνεργασία με τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.), τα τοπικά νοσοκομεία και το ΙΚΑ.

Στόχος του ΟΚΑΝΑ είναι η κάλυψη και των 13 υγειονομικών περιφερειών της χώρας. Λειτουργούν επίσης 3 στεγνά προγράμματα ενηλίκων, 3 στεγνά προγράμματα εφήβων και 71 κέντρα πρόληψης σε 49 νομούς της Ελλάδας (ΟΚΑΝΑ, 2011).

Ειδικότερα, στην Θεσσαλονίκη λειτουργούν 5 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης (2 μονάδες με αποκλειστική χρήση μεθαδόνης, 2 μονάδες με αποκλειστική χορήγηση βουπρενορφίνης και μία μονάδα με χρήση μεθαδόνης και βουπρενορφίνης), 1 στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα εφήβων και 1 πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» ενηλίκων σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (ΟΚΑΝΑ, 2011).

Πέραν της χορήγησης υποκατάστατων ουσιών, ο ΟΚΑΝΑ παρέχει ταυτόχρονα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από ειδικούς ψυχολόγους, ψυχιάτρους και επιστήμονες, που απασχολούνται από τις αντίστοιχες μονάδες. Συγκεκριμένα, παρέχεται ειδική ψυχοθεραπεία σε διάφορα επίπεδα (ατομικό, ομαδικό, οικογενειακό).

Παράλληλα προσφέρονται κοινωνικές υπηρεσίες, όπως, η δημιουργία ομάδων κοινωνικών δεξιοτήτων και συμβουλών σε θέματα εργασίας. Τέλος, υπάρχει η δυνατότητα ατομικής συμβουλευτικής και συμμετοχής σε ομάδες αυτό-εκτίμησης. Διαθέτει Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ), Μονάδες Εφήβων, Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης και ίσως το σημαντικότερο, 71 Κέντρα Πρόληψης σε 49 νομούς της Ελλάδας (ΟΚΑΝΑ, 2011).

3.2 Μονάδες απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) αναπτύχθηκαν προγράμματα, που παρέχουν ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό κύκλο σε ανθρώπους, που βρίσκονται αντιμέτωποι με το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης. Προϋπόθεση για αυτό, αποτελεί η απόφασή τους να υιοθετήσουν μια δημιουργική στάση ζωής και να ξεπεράσουν τον προηγούμενο τρόπο ζωής τους. Οι μονάδες απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης εντάσσονται στα «στεγνά» προγράμματα απεξάρτησης, ατόμων με εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες. Τα βασικότερα από τα προγράμματα είναι: 1) Το Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (Π.Ε.Θ.Ε.Α.) «ΑΡΓΩ» και 2) Το Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ».

3.2.1 Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (Π.Ε.Θ.Ε.Α.) «ΑΡΓΩ».

Το Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (Π.Ε.Θ.Ε.Α.) «ΑΡΓΩ», είναι ένα «ελεύθερο ουσιών» (χωρίς τη χρήση υποκατάστατων) πρόγραμμα απεξάρτησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενταγμένο στις υπηρεσίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Είναι ένα θεραπευτικό πρόγραμμα «ημερήσιας παραμονής και φροντίδας» με εμβέλεια από τη Λάρισα έως τα όρια των Νομών Σερρών και Καβάλας.

Κύριοι στόχοι του προγράμματος είναι η:

- αναδόμηση της συμπεριφοράς (αλλαγή στάσεων ζωής και συμπεριφορών),
- ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων,
- διαχείριση του ελεύθερου χρόνου,
- εναλλακτική έκφραση και επικοινωνία (σωματική ή εξωλεκτική),
- αντιμετώπιση της ψυχοβιολογικής διάστασης της εξάρτησης (ατομική άθληση, ομαδική άθληση, ομάδες γνωριμίας σώματος) και
- συνεργασία με την οικογένεια και τα «σημαντικά» πρόσωπα του εξαρτημένου.

Πιστεύοντας ότι ο όρος «εξάρτηση» δεν ταυτίζεται εννοιολογικά με την κλασική έννοια της αρρώστιας, εφαρμόζεται ένα ολιστικό μοντέλο αντιμετώπισης της.

Το πρόγραμμα θεμελιώνει τη «θεραπευτική» του δράση σε μία διαρκή αναπαραγωγή της κοινωνικής πραγματικότητας, με στόχο την διατήρηση του ατόμου στο κοινωνικό γίγνεσθαι, κατά τη διάρκεια της ανεξαρτητικής του προσπάθειας (ΑΡΓΩ, 2011).

Ένας εξαρτημένος γίνεται αποδεκτός στο Π.Ε.Θ.Ε.Α. «ΑΡΓΩ» αν:

- Αποτελεί μέλος μιας οικογένειας, η οποία διατηρεί μια στοιχειώδη συγκρότηση, διασφαλίζοντας υποστηρικτική προστασία στον χρήστη, για το χρονικό διάστημα που αυτός δεν καλύπτεται από το πρόγραμμα.
- Είναι γονέας ανηλίκων παιδιών, ώστε να μην απομακρυνθεί από αυτά, εφόσον έχει διακόψει την χρήση.
- Έχει ενεργό επιχειρηματική δραστηριότητα, την οποία αδυνατεί να διακόψει.
- Κατέχει μόνιμη θέση εργασίας στο Δημόσιο ή στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Η αποκάλυψη του προβλήματός του μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια της θέσης αυτής.
- Έχει τέτοια επαγγελματική θέση σε έναν ιδιωτικό φορέα, που η αποκάλυψη της εξαρτητικής του συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει σε δυσβάστακτες οικονομικές απώλειες και κοινωνική απαξίωση.
- Είναι υπόχρεος να ανταποκριθεί σε μια μη αναβαλλόμενη σπουδαστική εκκρεμότητα.

Στο πλαίσιο των προσπαθειών εξασφάλισης μίας μόνιμης και επιτυχημένης απομάκρυνσης των πρώην χρηστών από τον χώρο της εξάρτησης, το Π.Ε.Θ.Ε.Α. «ΑΡΓΩ», παρέχει (ΑΡΓΩ, 2011):

- Σταθμό Καθοδήγησης, όπου επιτελείται η σωματική αποτοξίνωση, χορηγούνται ανταγωνιστές οπιούχων, λειτουργούν ομάδες ενίσχυσης κινήτρων και προετοιμασίας για την ένταξη στο «θεραπευτικό» κέντρο.
- Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης.
- Θεραπευτικό Κέντρο, το χώρο δηλαδή όπου πραγματοποιείται η φάση της Ψυχικής Απεξάρτησης.
- Μονάδα Κοινωνικής Επαναδραστηριοποίησης, όπου οι απεξαρτώμενοι διαχειρίζονται με τη βοήθεια των συντονιστών ομάδων, θέματα ή προβλήματα τα οποία προκύπτουν από την επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.
- Ξενώνα Φιλοξενίας, στον οποίο διαμένουν τα άτομα τα οποία ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα και κρίνεται σκόπιμο να μην επιστρέψουν άμεσα στην οικογένειά τους.
- Ομάδα Πρόληψης - Ενημέρωσης κατά των Εξαρτήσεων

- Ομάδα Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Υποτροπής
- Μονάδα Σχολικής Εκπαίδευσης, σε συνεργασία με την διεύθυνση δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δυτικής Θεσσαλονίκης και προεπαγγελματικής κατάρτισης.
- Τομέας Επαγγελματικής Αποκατάστασης, ο οποίος στοχεύει στον επαγγελματικό προσανατολισμό, την εκπαίδευση και την εργασιακή απασχόληση των απεξαρτημένων ατόμων.
- Συμβουλευτική και υποστηρικτική κάλυψη της οικογένειας, η οποία απευθύνεται σε γονείς, των οποίων τα παιδιά, δεν έχουν ενταχτεί σε κάποια απεξαρτητική διαδικασία. Ακόμη, απευθύνεται σε μέλη του προγράμματος, που δημιούργησαν δική τους οικογένεια, ιδιαίτερα με ανήλικα τέκνα, με τελικό στόχο την ομαλή συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών.

3.2.2 Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ».

Το Πρόγραμμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ατόμων «Ιανός» του ΨΝΘ, είναι ένα ανθρωποκεντρικό, ολοκληρωμένο δίκτυο πολυεπίπεδων συγκοινωνούντων υπηρεσιών, το οποίο προσπαθεί να απαντήσει, ευέλικτα και σφαιρικά, στις ανάγκες των εξαρτημένων και των οικογενειών τους.

Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από ένα θεραπευτικό συνεχές πρόγραμμα, με στόχο την κινητοποίηση προς την προσωπική αλλαγή. Η επιλογή μιας εξατομικευμένης δημιουργικής στάσης ζωής, που θα διακρίνεται από αυτονομία, υπευθυνότητα, αυτοεκτίμηση, ικανοποίηση από την επίτευξη των προσωπικών στόχων, αποτελεί το βασικό θεραπευτικό προσανατολισμό του προγράμματος (Νικολάου & Ζλατάνος, 2010).

Το πρόγραμμα «Ιανός» αποτελείται από τις παρακάτω επιμέρους δομές (Νικολάου & Ζλατάνος, 2010):

- Ο **Πολυδύναμος Συμβουλευτικός Σταθμός Εξαρτημένων** του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης: Εντάσσεται στις δομές του τμήματος αποκατάστασης εξαρτημένων του ΨΝΘ και παρέχει υπηρεσίες πληροφόρησης, ενημέρωσης, συμβουλευτικής και υποστήριξης σε εξαρτημένα άτομα από ψυχοδραστικές ουσίες, καθώς και στα μέλη των οικογενειών τους. Ιδρύθηκε το Νοέμβριο του 1992 και έκτοτε προσφέρει ανελλιπώς τις υπηρεσίες του. Τα άτομα τα οποία απευθύνονται και εντάσσονται στο πρόγραμμα, είναι αποκλειστικά χρόνιοι χρήστες διαφόρων

ψυχοδραστικών ουσιών, με ιδιαίτερα επιβαρυνμένη κατάσταση, σωματικά και ψυχοκοινωνικά.

Στόχος του συμβουλευτικού σταθμού είναι η εξατομικευμένη προσέγγιση του εξαρτημένου ατόμου, η «γόνιμη διαπραγμάτευση» μιας ολοκληρωμένης θεραπευτικής πρότασης και η ένταξή του στις θεραπευτικές διαδικασίες του προγράμματος, ή η παραπομπή του σε άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα.

- Βασικές προϋποθέσεις συμμετοχής στο πρόγραμμα είναι:
 - Η απόφαση του ατόμου προς την επιλογή δημιουργικής στάσης ζωής η οποία θα εμπεριέχει την αποχή από τις ψυχοδραστικές ουσίες και συμπεριφορές,
 - η οικειοθελής αίτηση του εξαρτημένου χρήστη για συζήτηση, η αναγνώριση και αποδοχή των προβλημάτων που προκύπτουν από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο και
 - η υπεύθυνη στάση του ατόμου προς την λύση των προβλημάτων, που ανακύπτουν από τον τρόπο ζωής του μέσα στα θεραπευτικά πλαίσια.

Στον Πολυδύναμο Συμβουλευτικό Σταθμό παρέχονται επίσης, ενημέρωση και συνεργασία με άλλους φορείς, ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες γονέων, συγγενών και συζύγων των εξαρτημένων ατόμων. Ο μέσος χρόνος παραμονής στον πολυδύναμο συμβουλευτικό σταθμό είναι 1 έως 2 μήνες, ενώ στο εξωτερικό θεραπευτικό πρόγραμμα του σταθμού από 1 έως 3 χρόνια.

- **Εξωτερικό πρόγραμμα:** Το εξωτερικό θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεί μία δομή εξωτερικής παραμονής, η οποία απευθύνεται σε χρήστες, οι οποίοι απέχουν από όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες και το αλκοόλ και δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να παρακολουθήσουν κάποιο κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα, λόγω οικογενειακών, επαγγελματικών, εκπαιδευτικών ή άλλων υποχρεώσεων.
- **Μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης (Detox):** Η μονάδα αυτή άρχισε να λειτουργεί από τις 15 Ιανουαρίου του 1996. Είναι μία από τις δομές του ολοκληρωμένου Προγράμματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων «Ιανός» του Ψ.Ν.Θ και αποτελεί την δεύτερη φάση μετά από την οποία οι ασθενείς, όσοι το επιλέγουν, προχωρούν στην Ομάδα Προετοιμασίας για την Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών, σε άλλη εξωτερική δομή του Τμήματος, σε άλλο Πρόγραμμα ή δεν συνεχίζουν καθόλου την θεραπεία.

Αποτελεί τη μοναδική Μονάδα εσωτερικής παραμονής που υπάρχει σε όλη την ελληνική επικράτεια και γι' αυτό δεν υπάρχουν γεωγραφικά κριτήρια επιλογής. Όλοι οι ασθενείς γίνονται αποδεκτοί, ανεξάρτητα από την προέλευση τους, τόσες φορές έχουν εισαχθεί ή από το αν επιθυμούν ή όχι συνέχεια της θεραπείας.

Στόχος της Μονάδας είναι η φαρμακευτική βοήθεια σε χρήστες ηρωίνης και βενζοδιαζεπινών κυρίως, αλλά και άλλων ουσιών, κατά την φάση εκδήλωσης σωματικών στερητικών συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα, τα άτομα ευαισθητοποιούνται και προ-ετοιμάζονται για τις επόμενες φάσεις της θεραπείας τους με ομάδες ψυχοθεραπείας, κινητοποιητική συνέντευξη, ομάδες πρόληψης υποτροπών, ενημέρωση σε θέματα υγείας που τους αφορούν, γυμναστική και άλλες δραστηριότητες.

Η σωματική αποτοξίνωση πραγματοποιείται σε ειδικά διαμορφωμένη για το σκοπό κλινική, εντός του ΨΝΘ, με δυναμικό 15 θέσεων, με μέσο χρόνο παραμονής στη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης, από 20 έως 30 ημέρες.

- **Ομάδα προετοιμασίας για την κοινότητα:** Πρόκειται για άτομα που είναι αποδεδειγμένα ελεύθερα ουσιών και δεν απαιτείται εισαγωγή τους στην μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης (Detox). Η ομάδα αυτή προετοιμάζει τα άτομα για την ένταξή τους στη θεραπευτική κοινότητα Καρτερών.
- **Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών:** Η Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών (ΘΚΚ) είναι μία από τις Δομές του ολοκληρωμένου προγράμματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων «Ιανός» του Ψ.Ν.Θ., στην οποία εισάγονται άτομα που έχουν ολοκληρώσει την Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης ή έχουν παραμείνει εκτός χρήσης (έλεγχος με ουροληψίες) για ένα μήνα στο Συμβουλευτικό Σταθμό.

Στη συνέχεια, τα άτομα παρακολουθούν το Πρόγραμμα Προετοιμασίας για τη θεραπευτική κοινότητα. Μετά το πέρας της νοσηλείας τους στην Θεραπευτική Κοινότητα (12 μήνες), όσα άτομα το επιλέξουν, προχωρούν στην Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης, οι δραστηριότητες της οποίας λαμβάνουν χώρα στο Συμβουλευτικό Σταθμό.

Στόχος της μακρόχρονης νοσηλείας στη Θ.Κ.Κ είναι κυρίως η προαγωγή της ψυχολογικής απεξάρτησης των ατόμων της από ψυχοδραστικές ουσίες, μέσα από τη διαδικασία τήρησης ενός προγράμματος ελεύθερου ουσιών και με προσανατολισμό τη Millieu Therapy (Θεραπεία Περιβάλλοντος).

Με κορμό της παρεχόμενης θεραπείας την ομαδική ψυχοθεραπεία, αλλά και άλλες υποχρεωτικές και προαιρετικές θεραπευτικές δραστηριότητες, δίνεται έμφαση στην παρακολούθηση και ολοκλήρωση ενός μακρόχρονου "γίγνεσθαι" εσωτερικών αλλαγών και αναπροσανατολισμού ζωής των ασθενών, οι οποίοι καλούνται να μάθουν να λειτουργούν και να ζουν με βάση ένα πρόγραμμα, που δεν υπαγορεύεται από την εξάρτηση.

Παράλληλα, τα άτομα προετοιμάζονται σταδιακά για την επακόλουθη κοινωνική επανένταξη. Πέρα από το καθημερινό πρόγραμμα των θεραπευτικών δραστηριοτήτων στο πρόγραμμα της κοινότητας, περιλαμβάνονται - με θεραπευτική πάντα κατεύθυνση - δραστηριότητες, όπως, το θερμοκήπιο, το μικρό αγρόκτημα, το φωτογραφικό και εικαστικό εργαστήριο, το γυμναστήριο.

Η θεραπευτική κοινότητα του ΨΝΘ λειτουργεί κοντά στο χωριό Καρτερές του νομού Θεσσαλονίκης, από τις 2 Νοεμβρίου του 1992, σε δασική περιοχή με υψόμετρο 700 μέτρων και έχει δυναμικότητα 34 θέσεων. Δεν υπάρχουν κριτήρια επιλογής, όλοι οι ασθενείς γίνονται αποδεκτοί, ανεξάρτητα από το πόσες φορές έχουν εισαχθεί ή από το αν επιθυμούν ή όχι συνέχεια της θεραπείας, ενώ ο μέσος χρόνος παραμονής στην κοινότητα κυμαίνεται από 12 έως 18 μήνες.

- **Μονάδα κοινωνικής επανένταξης:** Η μονάδα αυτή λειτουργεί ως ξεχωριστή δομή από το 1997. Στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης κατευθύνονται τα άτομα τα οποία ολοκλήρωσαν την Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών. Στόχος του προγράμματος είναι η υποστήριξη και η προώθηση της προσωπικής, κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης των χρηστών, μετά από την ενός έτους παραμονή τους στην Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών, η σταδιακή αυτονόμησή τους και βεβαίως η διατήρηση της αποχής, μέσα από την ενίσχυση των πιο πάνω παραμέτρων.

Η διάρκεια του προγράμματος είναι ένα έτος, με δυνατότητα συνέχισης και δεύτερο χρόνο αν κριθεί απαραίτητο ή αν προκύψει ανάγκη. Στα άτομα που υποτροπιάζουν, δίδεται η δυνατότητα να εισαχθούν άμεσα στην Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (DETOX), χωρίς σειρά αναμονής και να επιστρέψουν στο πρόγραμμα Επανένταξης.

- **Γραφείο στήριξης στην εργασία:** Το γραφείο αυτό βοηθά τα άτομα σχετικά με την πληροφόρηση, εκμάθηση, επιμόρφωση και αναζήτηση εργασίας, σε συνεργασία με κοινωνικούς και κρατικούς φορείς.

- **Μονάδα διπλής διάγνωσης:** Τα τελευταία δύο χρόνια λειτουργεί ως ξεχωριστή δομή του «ΙΑΝΟΣ», η μονάδα διπλής διάγνωσης. Απευθύνεται σε άτομα που εμφανίζουν συννοσηρότητα, δηλαδή, είναι εξαρτημένοι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών και εμφανίζουν και κάποια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή.

Η Μονάδα Διπλής Διάγνωσης του Ψ.Ν.Θ. λειτουργεί στο πολυδύναμο κέντρο «ΙΑΝΟΣ» σε εξωτερική βάση, όπου παρακολουθούνται συστηματικά τέτοια περιστατικά, τα οποία, αν χρειαστεί, εισάγονται στην Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης, για τα οποία όμως, συνήθως δεν ενδείκνυται η εισαγωγή τους στην Θεραπευτική Κοινότητα.

Πρόβλημα αποτελεί ενίοτε η ψυχιατρική νοσηλεία αυτών των ατόμων, δεδομένης και της έλλειψης κλινών. Η κλινική πρακτική ακολουθεί την εξής στρατηγική (γεγονός που άρχισε να διαφαίνεται και επισήμως πλέον σε δημοσιεύματα): οι πιο ήπιες περιπτώσεις, που αποτελούν την πλειοψηφία, καθοδηγούνται προς το κανονικό πρόγραμμα με ψυχιατρική κάλυψη αν χρειαστεί και ενδεχομένως κάποια ανοχή του πλαισίου. Η ειδική Μονάδα Διπλής Διάγνωσης περιορίζεται να αναλάβει τα σοβαρά περιστατικά, που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις της θεραπευτικής κοινότητας.

- **Εξωτερικό πρόγραμμα γυναικών:** Το πρόγραμμα αυτό πρόκειται να λειτουργήσει σύντομα και απευθύνεται σε γυναίκες, οι οποίες για διάφορους λόγους δε δύνανται να ενταχθούν στις υπάρχουσες δομές (π.χ. μητέρες μικρών παιδιών, σταθερή εργασιακή απασχόληση, σπουδές, κ.λ.π). Αποτελεί ένα εξωτερικό πρόγραμμα στήριξης και θεραπείας ψυχολογικής απεξάρτησης.
- **Ομάδα πολιτισμού:** Πρόκειται για ομάδα με σκοπό τις πολιτιστικές δραστηριότητες, με συμμετοχή των μελών του προγράμματος και των εργαζομένων.
- **Πρόγραμμα στήριξης οικογένειας:** Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η κοινωνική στήριξη της οικογένειας των ασθενών-μελών του προγράμματος.
- **Τομέας έρευνας:** Σκοπός του τομέα αυτού είναι η διερεύνηση και αξιοποίηση των στοιχείων που προκύπτουν από την δράση του προγράμματος.

3.3 Μονάδες απεξάρτησης του ΚΕΘΕΑ Θεσσαλονίκης

Το θεραπευτικό πρόγραμμα Κ.Ε.Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) «ΙΘΑΚΗ» ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1983 στη Θεσσαλονίκη και σήμερα αποτελεί μέρος του ΚΕΘΕΑ Ελλάδος, με έδρα την Θεσσαλονίκη. Οι υπηρεσίες του είναι δωρεάν και απευθύνεται σε όλον τον ενήλικο πληθυσμό, που βρίσκεται αντιμέτωπος με το πρόβλημα της εξάρτησης από τα «ναρκωτικά».

Το ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ αντιμετωπίζει σφαιρικά το πρόβλημα της εξάρτησης, δραστηριοποιούμενο στους τομείς της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης των χρηστών και ανήκει στα λεγόμενα «στεγνά ουσιών» προγράμματα. Επιπλέον, παρεμβαίνει με ειδικά προγράμματα στο χώρο των φυλακών και στον τομέα της ενημέρωσης και πρόληψης για τα «ναρκωτικά».

Αποτελείται από θεραπευτικές μονάδες, που αντιστοιχούν στα στάδια απεξάρτησης των χρηστών. Παράλληλα λειτουργούν και τμήματα τα οποία υποστηρίζουν και συμβάλουν στη θεραπευτική διαδικασία και τις δραστηριότητές του. Ακόμη, λειτουργούν και παραγωγικές μονάδες μέσα στα πλαίσια του προγράμματος, οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα αυτοχρηματοδότησης και εκπαίδευσης των μελών της (ΚΕΘΕΑ, 2011).

Για κάθε χρήστη που απευθύνεται στο πρόγραμμα του ΚΕΘΕΑ, υπάρχουν ορισμένα στάδια, τα οποία ακολουθεί για την θεραπεία του, τα οποία αποτελούν και τις θεραπευτικές αρχές και φιλοσοφία του προγράμματος (ΚΕΘΕΑ, 2011):

- **Ενημέρωση, κινητοποίηση, προετοιμασία:** Η πορεία στο θεραπευτικό πρόγραμμα αρχίζει από το **συμβουλευτικό κέντρο**. Το πρώτο στάδιο του προγράμματος διαρκεί από 8 έως 10 εβδομάδες, σε διαδικασία εξωτερικής παρακολούθησης.

Παρέχεται ασφαλές περιβάλλον, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών και τα κέντρα προετοιμάζουν τα εξαρτημένα άτομα για την εισαγωγή τους στη θεραπευτική κοινότητα. Ενημερώνουν για τη λειτουργία της κοινότητας, ενισχύουν το βαθμό κινητοποίησης για τη θεραπεία και ενθαρρύνουν τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης. Παραπέμπουν τα εξαρτημένα άτομα για ιατρικές εξετάσεις σε υγειονομικές υπηρεσίες της περιοχής και παρέχουν διατροφή και τη δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης.

Τα συμβουλευτικά κέντρα αποτελούν επίσης το χώρο της πρώτης επαφής των ατόμων, του συγγενικού ή φιλικού περιβάλλοντος του χρήστη, με το θεραπευτικό πρόγραμμα.

- **Απεξάρτηση:** Η δεύτερη φάση του προγράμματος είναι η **θεραπευτική κοινότητα ΙΘΑΚΗ**, η οποία διαρκεί τουλάχιστον 12 μήνες. Αποτελεί το βασικό στάδιο της θεραπείας. Οι κοινότητες διακρίνονται σε εσωτερικής διαμονής, ή εξωτερικής ημερήσιας φροντίδας.

Η φιλοσοφία της θεραπείας βασίζεται στο γεγονός, ότι η χρήση ουσιών από τα εξαρτημένα άτομα, αποτελεί συνήθως το σύμπτωμα βαθύτερων προβλημάτων ψυχολογικής, διαπροσωπικής, ή κοινωνικής προέλευσης. Το άτομο χρησιμοποιεί τις ουσίες αυτές για να νιώσει καλά, ή απλώς για να νιώσει φυσιολογικά. Για τα εξαρτημένα άτομα η ανάγκη να εξασφαλίσουν τις ουσίες που καταναλώνουν, βρίσκεται στο επίκεντρο της ζωής τους. Η ανάγκη τους καθορίζει επίσης τη δράση και τη συμπεριφορά τους.

Η οργάνωση και οι δραστηριότητες των θεραπευτικών κοινοτήτων έχουν σχεδιαστεί με τρόπο, ώστε να οδηγούν στην αναζήτηση των γενεσιουργών αιτιών της χρήσης και στη συνολική αλλαγή του τρόπου ζωής και της συμπεριφοράς του χρήστη, μέσα σε κλίμα συναισθηματικής ασφάλειας και αλληλοϋποστήριξης.

Τελικός σκοπός της θεραπείας του προγράμματος είναι η πλήρης και σταθερή αποχή από τη χρήση ουσιών, η εγκατάλειψη της συνδεδεμένης με τη χρήση παραβατικότητας και η επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη του ατόμου.

Η αρχή της αυτοβοήθειας εφαρμόζεται από τις θεραπευτικές κοινότητες, για να επιτύχουν το στόχο τους. Κάθε μέλος της κοινότητας με τη βοήθεια και την υποστήριξη των υπολοίπων μελών, μαθαίνει πως να βοηθάει τον εαυτό του. Με τον τρόπο αυτό, οι θεραπευτικές κοινότητες μπορούν να οριστούν ως περιβάλλον, όπου οι άνθρωποι συνδέονται, συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν ισότιμα, με κοινό σκοπό την απεξάρτηση και την επανένταξη στην κοινωνία.

Η προσέλευση στην κοινότητα είναι οικειοθελής, ως προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας, αλλά η συμμετοχή στο κοινό καθημερινό πρόγραμμα είναι υποχρεωτική. Οι βασικοί κανόνες της κοινότητας απαγορεύουν τη χρήση αλκοόλ, ψυχοδραστικών ουσιών, ή υποκατάστατων. Απαγορεύεται επίσης η λεκτική και σωματική βία και η σύναψη σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των μελών.

Οι κοινότητες δεν απασχολούν βοηθητικό προσωπικό για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών διαβίωσης και τη συντήρησή τους. Βασίζονται στην αρχή της αυτοδιαχείρισης, δηλαδή την προσωπική εργασία των μελών, τα οποία οργανώνονται για το σκοπό αυτό σε ομάδες με συγκεκριμένες αρμοδιότητες

(καθαριότητα, κουζίνα, γραμματεία, δημόσιες σχέσεις, διαχείριση κλπ). Την εποπτεία έχει το θεραπευτικό προσωπικό.

Παράλληλα, τα μέλη συμμετέχουν σε συστηματικές θεραπευτικές διαδικασίες, οι οποίες αφορούν, είτε θέματα που προκύπτουν από τη συμβίωση και την μεταξύ τους αλληλεπίδραση, είτε βαθύτερα συναισθηματικά προβλήματα, που έχουν τις ρίζες τους στο παρελθόν.

Παρέχεται επίσης συστηματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης με πολλαπλούς στόχους: την κάλυψη βασικών εκπαιδευτικών ελλείψεων και επανασύνδεση με την εκπαιδευτική διαδικασία, τον επαγγελματικό προσανατολισμό και την επαγγελματική κατάρτιση και τέλος την καλλιέργεια προσωπικών ενδιαφερόντων. Ακόμη, αντιμετωπίζονται και τα προβλήματα υγείας και οι νομικές εκκρεμότητες των μελών της κοινότητας.

- **Κοινωνική επανένταξη:** Ολοκληρώνοντας τη θεραπευτική κοινότητα το μέλος του προγράμματος, περνάει στη τρίτη και τελευταία φάση, της κοινωνικής επανένταξης. Στα **Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης** λειτουργούν ξενώνες στους οποίους μπορούν να φιλοξενηθούν, έως ότου βρουν εργασία και στέγη. Στη φάση αυτή ο στόχος επικεντρώνεται στο να μάθει το άτομο να λειτουργεί ως ισότιμο μέλος στην κοινωνία, με τη νέα ταυτότητα που απέκτησε κατά την παραμονή του στη θεραπευτική κοινότητα.

Ιδιαίτερο βάρος επίσης δίνεται στην επαγγελματική κατάρτιση και την επαγγελματική αποκατάσταση, καθώς αποτελεί προϋπόθεση της πλήρους κοινωνικής ένταξης και βασικό παράγοντα για την πρόληψη της υποτροπής. Η φάση της κοινωνικής επανένταξης διαρκεί συνήθως από 10 έως 12 μήνες.

Εκτός από τα θεραπευτικά στάδια που περιγράφηκαν ανωτέρω, στο ΚΕΘΕΑ λειτουργούν και άλλα σημαντικά προγράμματα και υπηρεσίες, τα οποία δρουν επικουρικά στα στάδια της θεραπείας. Τα προγράμματα αυτά συνοπτικά είναι (ΚΕΘΕΑ, 2011):

- **Στήριξη της οικογένειας:** Όλα τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ διαθέτουν και παράλληλο πρόγραμμα οικογενειακής στήριξης, το οποίο απευθύνεται στα πρόσωπα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του χρήστη. Η εν λόγω δραστηριότητα διενεργείται διότι η συμμετοχή της οικογένειας του εξαρτημένου ατόμου στο πρόγραμμα απεξάρτησης, επηρεάζει θετικά την έκβαση της θεραπείας του χρήστη (Ζλατάνος και συν. 1998).

Η διάρκεια της παρέμβασης στην οικογένεια του εξαρτημένου, συμπίπτει με την διάρκεια θεραπείας του χρήστη. Τα μέλη της οικογένειας του χρήστη μπορούν να παρακολουθούν και τα ανεξάρτητα προγράμματα οικογενειακής στήριξης, ακόμη και αν το άτομο δεν είναι ενταγμένο σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Τα κέντρα αυτά προσφέρουν ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την εξάρτηση και την αντιμετώπισή της και ευαισθητοποίηση στο πρόβλημα, ενώ αποσκοπούν στη βελτίωση της λειτουργικότητας της οικογένειας.

Παρέμβαση στη φυλακή: Ορισμένα από τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής υποστήριξης κρατούμενων-χρηστών σε σωφρονιστικά καταστήματα της περιοχής τους. Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην ενημέρωση των κρατούμενων σχετικά με τις δυνατότητες θεραπείας και στην ενθάρρυνσή τους να ενταχθούν σε κάποια θεραπευτική κοινότητα του ΚΕΘΕΑ, όταν αποφυλακισθούν.

Επιπλέον, το ΚΕΘΕΑ έχει δημιουργήσει αυτοτελή θεραπευτικά προγράμματα και δομές που εξειδικεύονται στην παροχή υπηρεσιών σε κρατούμενους και αποφυλακισμένους χρήστες ουσιών. Παρέχονται υπηρεσίες συμβουλευτικής υποστήριξης και ψυχικής απεξάρτησης μέσα στη φυλακή (Θεραπευτική Κοινότητα). Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες μπορούν να ενταχθούν σε κέντρα υποδοχής και επανένταξης.

- **Εκπαίδευση και κατάρτιση:** Σκοπό των τμημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης αποτελεί ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων επαγγελματικού προσανατολισμού, καθώς και η κατάρτιση και επιμόρφωση των μελών του προγράμματος. Μέσα από αυτές τις δραστηριότητες, επιδιώκεται η κάλυψη βασικών εκπαιδευτικών ελλείψεων και η ανάπτυξη δεξιοτήτων των μελών, ώστε να υποστηριχθεί η επαγγελματική τους αποκατάσταση.
- **Έρευνα και τεκμηρίωση:** Τα τμήματα έρευνας είναι υπεύθυνα για τη συλλογή διαφόρων στοιχείων σχετικά με το πρόγραμμα. Τα στοιχεία που συλλέγονται επεξεργάζονται, αξιολογούνται και αξιοποιούνται στο θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς και στην αξιολόγηση και βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.
- **Διοίκηση και διαχείριση:** Τα τμήματα διοίκησης και οικονομικών των θεραπευτικών προγραμμάτων, είναι υπεύθυνα για την ομαλή διοικητική, οικονομική και διαχειριστική λειτουργία του προγράμματος. Στις βασικές

αρμοδιότητές τους περιλαμβάνεται η κατάρτιση και η τήρηση του ετήσιου προϋπολογισμού του προγράμματος, η ορθολογική διαχείριση των πόρων, η προσέλκυση δωρητών, η εφαρμογή των εργασιακών σχέσεων εντός του προγράμματος, η τήρηση αρχείου για το προσωπικό κ.ά.

3.4 Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους χώρους των εργαζομένων σε μονάδες εξαρτήσεων

Ένας επαγγελματικός χώρος ο οποίος είναι ιδιαίτερα επιρρεπής και ευάλωτος στην επαγγελματική εξουθένωση, αλλά παρόλα αυτά έχει λάβει ελάχιστη προσοχή από την ερευνητική κοινότητα, είναι ο τομέας των εργαζόμενων στη θεραπεία των εξαρτήσεων (Farmer, 1995, Sacks et al, 1998, Lacoursiere, 2001, Knudsen et al, 2006, Oyfeso et al, 2008, Broome et al, 2009).

Οι δημοσιευμένες εργασίες σχετικά με το φαινόμενο της ΕΕ στους εργαζόμενους στις ουσιοεξαρτήσεις, είναι λίγες στο διεθνή χώρο και οι περισσότερες από αυτές διερευνούν το σύνδρομο, στο τμήμα των εργαζόμενων, που αποτελείται από συμβούλους, ή πρόσωπα αναφοράς (ο επαγγελματίας με τον οποίο έχει άμεση και αποκλειστική θεραπευτική σχέση το άτομο). Εξάλλου, είναι χαρακτηριστικό ότι ο όρος burnout (επαγγελματική εξουθένωση) χρησιμοποιήθηκε αρχικά στα μέσα της δεκαετίας του '70 στο πεδίο των εξαρτήσεων, ερμηνεύοντας έτσι καταστάσεις, όπου το “καύσιμο” για την συνέχιση αυτού του είδους της εργασίας, είχε ουσιαστικά εξαντληθεί (Maslach, 1976).

Οι εργαζόμενοι στον τομέα των εξαρτήσεων, αντιμετωπίζουν σε χρόνια βάση ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων, που προκύπτουν από την κατάσταση του οργανωτικού πλαισίου στο οποίο εργάζονται, αλλά και από την κοινωνική αλληλεπίδραση με τους ασθενείς τους.

Ορισμένοι από αυτούς τους στρεσογόνους παράγοντες είναι δύσκολο να τροποποιηθούν (Shoptaw et al, 2000). Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες αντιμετώπισης των εξαρτήσεων αντιμετωπίζουν ένα αυξανόμενο ταραχώδες περιβάλλον, όπου τους ζητείται να παρέχουν περισσότερες και υψηλότερης ποιότητας υπηρεσίες αλλά με λιγότερους πόρους (Lamb et al, 1998).

Εξάλλου, η ίδια η συμβουλευτική στις εξαρτήσεις περιλαμβάνει σημαντική “συναισθηματική προσπάθεια” (Hochschild, 1983), για την οικοδόμηση θεραπευτικών σχέσεων με τους χρήστες, πολλοί εκ των οποίων δεν έχουν ικανοποιητικό κίνητρο για την απεξάρτησή τους (Hiller et al. 1998). Επιπλέον, επιβάρυνση αποτελεί η εγγενής υποτροπιάζουσα φύση αυτών καθυτών των εξαρτητικών διαταραχών (McLellan et al. 2000).

Επίσης, τα εξαρτημένα άτομα έχουν σύνθετες ψυχικές και σωματικές ανάγκες, που υποχρεώνουν τα πρόσωπα αναφοράς τους, να αναλάβουν επιπλέον, το ρόλο του συντονιστή της παροχής επιπρόσθετων υπηρεσιών υγείας (Kessler et al, 2005, Sacks et al, 1998). Ίσως μέσω των ανωτέρω, να μπορεί να ερμηνευθεί και ο παρατηρούμενος υψηλός ρυθμός αποχωρήσεων από την εργασία μεταξύ των εργαζομένων στις εξαρτήσεις (McLellan et al. 2000).

Η απώλεια αυτών των εργαζόμενων διαταράσσει σημαντικά την φροντίδα των ασθενών (Lum et al, 1998, Barak et al, 2001) και αυξάνει το κόστος για τις υπηρεσίες, οι οποίες θα πρέπει να προσελκύσουν, να προσλάβουν και να εκπαιδεύσουν νέους επαγγελματίες ως θεραπευτικό προσωπικό.

Οι αρνητικές επιπτώσεις του φαινομένου των εθελοντικών παραιτήσεων, έχουν κινητοποιήσει τις διοικήσεις των υπηρεσιών, να αναζητήσουν τις αιτίες του και τρόπους για την αντιμετώπισή του (Laudergan et al, 1986, Hser, 1995, Gallon et al, 2003).

Επιπρόσθετα, έχει διαπιστωθεί ερευνητικά, ότι οι υπηρεσίες που δραστηριοποιούνται στον τομέα της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μικρή αυτονομία των θεραπευτών, συσχετίζονται με μεγάλη ψυχολογική νοσηρότητα (Söderfeldt et al, 2000).

Επίσης, η πρακτική στις υπηρεσίες των εξαρτήσεων χαρακτηρίζεται από υψηλές απαιτήσεις και μικρή δυνατότητα ελέγχου των καθηκόντων και του φόρτου των περιστατικών (Farmer, 1995).

Όσον αφορά τον επιπολασμό της ΕΕ στους εργαζόμενους στο χώρο των εξαρτήσεων, μία έρευνα στην Μεγάλη Βρετανία κατέδειξε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης στον πληθυσμό αυτό (Farmer, 1995).

Επίσης, μια άλλη πρόσφατη μελέτη από την Μεγάλη Βρετανία στο ίδιο εργασιακό πεδίο, έδειξε μεγάλη ψυχολογική νοσηρότητα (82%) και σημαντικά ποσοστά των εργαζομένων να κατατάσσονται στα υψηλά επίπεδα ΕΕ (33% υψηλή

συναισθηματική εξάντληση, 17% υψηλή αποπροσωποποίηση και 36% χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα), υποδηλώνοντας έτσι μια αυξημένη ευαλωτότητα, σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας (Oyferso et al, 2008).

Άλλοι ερευνητές από το Texas των ΗΠΑ σε μία πρόσφατη έρευνά τους σε 94 προγράμματα «στεγνά ουσιών», αναφέρουν ότι τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης κυμάνθηκαν σε μικρά και μέτρια επίπεδα. Διαπίστωσαν όμως μεγάλου βαθμού διακυμάνσεις στην συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι οι οποίοι ανελάμβαναν περισσότερες περιπτώσεις εξαρτημένων ατόμων είχαν σημαντικά πιο αυξημένα επίπεδα ΕΕ σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους (Broome et al, 2009).

Σε μία ακόμη έρευνα, από το Los Angeles των ΗΠΑ, μελετήθηκε το σύνδρομο της ΕΕ σε εργαζόμενους σε κέντρα υποκατάστασης. Οι ασθενείς των κέντρων αυτών ήταν στην πλειοψηφία τους φορείς του ιού HIV. Τα επίπεδα της ΕΕ και στις τρεις διαστάσεις της, κυμάνθηκαν σε μέτρια έως αυξημένα επίπεδα. Ο επιπολασμός της ΕΕ στους εργαζόμενους βρέθηκε να εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως εάν τα εξαρτημένα άτομα τα οποία αντιμετώπιζαν ήταν φορείς του ιού HIV, το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων, τα υποστηρικτικά δίκτυα που είχαν στη διάθεσή τους οι εργαζόμενοι, και η χρήση της μεθαδόνης (Shoptaw et al, 2000).

Άλλοι ερευνητές, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, συμπεραίνουν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται συχνότερα σε εργαζόμενους που σχετίζονται με άτομα θετικά για τον ιό HIV και ηπατίτιδας Β και C (Solam Huey, 2007). Ως γνωστόν, πολλά από τα άτομα που απευθύνονται στις μονάδες απεξάρτησης είναι φορείς των ιών αυτών και το γεγονός αυτό, αποτελεί άλλο ένα επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση του συνδρόμου στους εργαζόμενους (Nikolaou et al, 2010).

Στον Ελλαδικό χώρο, εκτός από τον τομέα των εξαρτήσεων, οι εργαζόμενοι σε ψυχιατρικά νοσοκομεία κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση. Σε έρευνα σε 42 δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής, βρέθηκε ότι τα επίπεδα του άγχους και της εξάντλησης είναι υψηλότερα στα ογκολογικά και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές τονίζουν τη σπουδαιότητα της ανάπτυξης και οργάνωσης ειδικών μονάδων διαχείρισης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσω ημερίδων και συνεδριάσεων με ειδικούς (Καδδά, 2005).

Ειδικότερα στον τομέα των εξαρτήσεων στην Ελλάδα, μετά από ενδελεχή αναζήτηση ανευρέθηκε μία μόνο δημοσίευση σχετικά με το σύνδρομο της ΕΕ σε εργαζόμενους σε θεραπευτικές δομές, για άτομα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες (Αλεκτορίδης, 2003).

Η μελέτη διεξήχθη κατά τη χρονική διάρκεια 1996-97 σε δείγμα 115 ατόμων, τα οποία εργάζονταν σε θεραπευτικές δομές για άτομα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες. Οι εργαζόμενοι ήταν όλων των κατηγοριών (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ειδικοί θεραπευτές κλπ). Η μεθοδολογία της έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο MBI (Maslach Burnout Inventory, Maslach & Jackson, 1986).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, πάνω από τους μισούς εργαζόμενους δήλωσαν μέτρια έως υψηλή συναισθηματική εξουθένωση και αποπροσωποποίηση, ενώ άνω του 40% των συμμετεχόντων δήλωσε μέτρια έως χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα. Συμπερασματικά αναφέρεται, ότι σε περισσότερους από τους μισούς εργαζόμενους εμφανίστηκε το σύνδρομο της ΕΕ (Αλεκτορίδης, 2003).

Όσον αφορά, την συγκριτική διερεύνηση της εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των δύο ομάδων εργαζομένων, στα δύο διαφορετικά προγράμματα (υποκατάστασης και απεξάρτησης), δεν κατέστη δυνατή η ανεύρεση μελέτης, που να διερευνά συγκριτικά την εμφάνιση του συνδρόμου, στην Ελληνική και την διεθνή βιβλιογραφία.

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΣΚΟΠΟΣ ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1 Σκοπός της μελέτης

4.1.1 Εισαγωγή

Η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία επιδιώκει να αναδείξει την επίπτωση του συνδρόμου της ΕΕ στους εργαζόμενους των μονάδων εξαρτήσεων της Θεσσαλονίκης και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν κρίνονται αρκετά σημαντικά γιατί υπάρχει περιορισμένος αριθμός ερευνητικών μελετών πάνω στο αντικείμενο αυτό.

Αναλυτικότερα, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται σε επαγγελματικές κατηγορίες εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Η εμφάνιση του συνδρόμου είναι συχνή και σε εργαζόμενους σε δομές ψυχικής υγείας και μονάδες εξαρτήσεων, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στην Ελληνική βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστες μελέτες που διερευνούν το σύνδρομο της ΕΕ σε εργαζόμενους σε εργασιακούς χώρους που σχετίζονται με τα άτομα που εμφανίζουν εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες.

Η παρούσα μελέτη διερευνά την εμφάνιση της ΕΕ σε μεγάλο αριθμό εργαζομένων, σε όλες τις ανάλογες μονάδες εξαρτήσεων της Θεσσαλονίκης. Επιπρόσθετα, η απουσία συγκριτικών μελετών της εμφάνισης του συνδρόμου στους εργαζόμενους στα προγράμματα υποκατάστασης και απεξάρτησης ατόμων εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες, καθιστά ουσιαστική τη σημαντικότητα της διερεύνησης. Η παρούσα μελέτη θα επιδιώξει να συγκρίνει τη συχνότητα και ποιότητα της εμφάνισης του συνδρόμου, στους επαγγελματίες που εργάζονται σε διαφορετικής αντίληψης, φιλοσοφίας και θεραπευτικής τακτικής προγράμματα εξαρτημένων ατόμων από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι ο προσδιορισμός των επιπέδων αλλά και της μορφής της ΕΕ μεταξύ των εργαζομένων στις υπηρεσίες αντιμετώπισης των εξαρτήσεων μπορεί να οδηγήσει σε μείζονα οφέλη όπως :

- Βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία και παραμονή του προσωπικού στο χώρο, δεδομένης της αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της ΕΕ και της επαγγελματικής ικανοποίησης

- Παραγωγή γνώσεων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην υποστήριξη των εργαζομένων και στην ανάπτυξη προγραμμάτων για την προαγωγή της υγείας των εργαζομένων
- Παροχή βοήθειας στους εργαζομένους για να αντιμετωπίσουν τις εργασιακές τους δυσκολίες και κατά συνέπεια να βελτιώσουν συνολικά την απόδοσή τους στο χώρο εργασίας.

4.1.2 Γενικός σκοπός και στόχοι

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί η συγκριτική διερεύνηση της εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε δύο κατηγορίες επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που εργάζονται στον τομέα της απεξάρτησης ή υποκατάστασης από ψυχοδραστικές ουσίες. Οι δύο κατηγορίες εργαζομένων έχουν κοινό στόχο τη βοήθεια των ασθενών που εμφανίζουν εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, με διαφορετική όμως θεραπευτική μεθοδολογία.

Αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης είναι:

- 1) Η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας στις μονάδες υποκατάστασης της Θεσσαλονίκης.
- 2) Η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας στις μονάδες απεξάρτησης της Θεσσαλονίκης.
- 3) Η σύγκριση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των δύο παραπάνω κατηγοριών.
- 4) Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση).
- 5) Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και στις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων (επίπεδο εκπαίδευσης, ειδικότητα στον εργασιακό χώρο, προϋπηρεσία, θέση ευθύνης και το εάν ο εργαζόμενος είναι πρόσωπο αναφοράς ή όχι για τα μέλη των μονάδων).

4.1.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Συνοπτικά, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

1) Ποια είναι τα επίπεδα εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στα προγράμματα υποκατάστασης ατόμων εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες (μονάδες ΟΚΑΝΑ);

2) Ποια είναι τα επίπεδα εμφάνισης του συνδρόμου στους εργαζόμενους των προγραμμάτων απεξάρτησης «στεγνών» ουσιών;

3) Ανάλογα με τις συνθήκες που χαρακτηρίζουν τον θεραπευτικό σχεδιασμό και τη θεραπευτική τακτική που εφαρμόζεται στα προαναφερόμενα προγράμματα απεξάρτησης, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στις δύο ομάδες εργαζομένων;

4) Πως επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας την εμφάνιση του συνδρόμου για κάθε εργαζόμενο;

4.2 Υλικό της μελέτης

4.2.1 Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία περιγραφικού τύπου μελέτη συσχέτισης του επιπέδου της ΕΕ, με βάση τις τρεις συνιστώσες της και αφορά τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται σε όλες τις μονάδες εξαρτήσεων του νομού Θεσσαλονίκης.

4.2.2 Πληθυσμός της μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μονάδες υποκατάστασης και απεξάρτησης και για καλύτερη προσέγγιση του θέματος επιλέχθηκαν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μονάδες εξαρτήσεων της περιοχής της Θεσσαλονίκης.

Το δείγμα του πληθυσμού αποτέλεσαν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας (από 20/10/2010 έως 15/12/2010). Για να είναι εφικτή η γενίκευση των αποτελεσμάτων, δόθηκε η ευκαιρία σε όλους τους επαγγελματίες υγείας να συμμετέχουν.

Ο πληθυσμός αναφοράς της μελέτης (σύνολο εργαζομένων) ήταν 230 άτομα. Τα ερωτηματολόγια επιδόθηκαν συνολικά σε 212 εργαζόμενους, ενώ τελικά συλλέχθηκαν πλήρως συμπληρωμένα τα 188. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 89%, το οποίο κρίνεται πολύ ικανοποιητικό. Ο λόγος για τον οποίο 24 ερωτηματολόγια από τα 212 δεν

συλλέχθηκαν, ήταν η άρνηση ορισμένων εργαζομένων να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να συμμετέχουν στην έρευνα, καθώς και η μακροχρόνια απουσία ορισμένων από τους εργαζόμενους.

Οι επαγγελματίες που συμμετείχαν στην έρευνα, απασχολούνται σε διάφορες υπηρεσίες υγείας. Πιο αναλυτικά, οι υπηρεσίες αυτές είναι:

- 1) Οι Μονάδες υποκατάστασης Α΄, Β΄, Γ΄, Δ΄ και Ε΄ του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ).
- 2) Οι μονάδες απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) οι οποίες χωρίζονται: α) στο Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (Π.Ε.Θ.Ε.Α.) «ΑΡΓΩ» και β) στο Πρόγραμμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ατόμων «Ιανός» του ΨΝΘ (το τελευταίο αποτελείται, κυρίως, από τις μονάδες, του **Πολυδύναμου Συμβουλευτικού Σταθμού, της Μονάδας Σωματικής Αποτοξίνωσης (DETOX) και της Θεραπευτικής Κοινότητας ΚΑΡΤΕΡΩΝ**).
- 3) Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) «Ιθάκη».

Αναλυτικότερα στοιχεία σχετικά με τους συμμετέχοντες στην έρευνα και τις μονάδες στις οποίες εργάζονται παρουσιάζονται στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων, υποκεφάλαιο περιγραφής του δείγματος, καθώς και στον πίνακα 4.2.3.1.

4.2.3 Επιλογή του δείγματος

Ο αριθμός του δείγματος εξαρτάται από το προσωπικό το οποίο απασχολείται κατά τον προκαθορισμένο χρόνο διεξαγωγής της μελέτης στις συγκεκριμένες μονάδες. Ο αριθμός των εργαζομένων που συμμετείχε στην έρευνα ήταν 188 άτομα και ανάλογα τη μονάδα απασχόλησης και την εργασιακή του ειδικότητα, περιγράφεται αναλυτικά στον πίνακα 4.2.3.1.

Πίνακας 4.2.3.1 Κατανομή συμμετεχόντων κατά μονάδα απασχόλησης και κατά ειδικότητα.

Ειδικότητα	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΡΓΩ	ΙΑΝΟΣ	ΟΚΑΝΑ	ΚΕΘΕΑ
Νοσηλεύτης/τρια	52	4	23	25	
Ψυχολόγος	47	3	17	9	18
Κοινωνικός/ή λειτουργός	24	2	6	13	3
Ψυχίατρος	13	2	2	9	
Φύλακας	10		3	7	
Διοικητικός υπάλληλος	10	1	1	8	
Ειδικός/ή θεραπευτής/τρια	9	4	5		
Εργοθεραπευτής/τρια	4	1	1		2
Παθολόγος	4			4	
Γυμναστής/στρια	3	2	1		
Απόφοιτος θεραπευτής/τρια	2				2
Κοινωνιολόγος	2		2		
Φαρμακοποιός	2			2	
Γεωργοτεχνίτης	1		1		
Οδοντίατρος	1			1	
Οικονομολόγος	1		1		
Ειδικός Παιδαγωγός	1		1		
Ανθρωπολόγος	1		1		
Προσωπικό εστίασης	1		1		
Σύνολο	188	19	66	78	25

4.3 Μεθοδολογία της μελέτης

Η μεθοδολογία της μελέτης περιλαμβάνει τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων και το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, δηλαδή την περιγραφή του ερωτηματολογίου, καθώς και τον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Επίσης στην ενότητα αυτή περιγράφεται και η στατιστική ανάλυση που έγινε στα δεδομένα, προκειμένου να εξαχθούν τα αποτελέσματα.

4.3.1 Μέθοδος συλλογής δεδομένων και εργαλείο μέτρησης της έρευνας

Η μέθοδος που χρησιμοποιείται στη παρούσα έρευνα είναι η ποσοτική, με τη χρήση ενός γραπτού ερωτηματολογίου. Η ορθή επιλογή της μεθόδου συλλογής των δεδομένων εξαρτάται από τα ερευνητικά ερωτήματα που θα απαντηθούν. Όπως περιγράφηκαν και στο γενικό μέρος, σχετικά με την ΕΕ έχουν εντοπισθεί διάφορα εργαλεία μέτρησης. Όσον αφορά όμως τη συγκεκριμένη μελέτη, για να διερευνηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν προτιμήθηκε η συλλογή των δεδομένων να γίνει με τη διαμόρφωση ερωτηματολογίου.

Οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου με συμπλήρωση των απαντήσεων άμεσα και γρήγορα, ενώ η επεξεργασία τους πραγματοποιείται εύκολα και σύντομα. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, συμπληρώνονται από τον ίδιο τον εργαζόμενο και αποτυπώνουν την παρούσα κατάσταση.

Κάθε ερωτηματολόγιο έχει δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI) (Maslach & Jackson, 1986), έτσι όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992).

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώνεται από τον ερωτώμενο, περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και μετρά και τις τρεις συνιστώσες της ΕΕ, δηλαδή τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη επιτευγμάτων (Maslach & Jackson, 1986). Το MBI σχεδιάστηκε με σκοπό να εκτιμήσει την επαγγελματική εξουθένωση, ενώ κάθε ερώτηση έχει μία κλίμακα επτά διαβαθμίσεων τύπου Likert ως απάντηση. Έτσι, ο εργαζόμενος καλείται να συμπληρώσει στο συγκεκριμένο τετραγωνίδιο της κάθε ερώτησης έναν αριθμό από το 0 έως το 6, ανάλογα με την απάντηση που τον εκπροσωπεί. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι σταθμισμένο και έχει αποδειχθεί αξιόπιστο, έγκυρο, εύκολο και σύντομο στη χρήση του, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε εργαζόμενους στο χώρο της υγείας (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992).

Η επαγγελματική εξουθένωση αναλύεται, βάσει της δομής του ερωτηματολογίου, σε 3 παράγοντες συνιστώσες:

- Η συνιστώσα 1, συναισθηματική εξάντληση, περιλαμβάνει 9 ερωτήματα, ήτοι τα έχοντα αριθμό : 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 και 20 .

- Η συνιστώσα 2, προσωπικά επιτεύγματα, περιλαμβάνει 8 ερωτήματα, ήτοι τα έχοντα αριθμό: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 και 21 .
- Η συνιστώσα 3, της αποπροσωποποίησης, περιλαμβάνει 5 ερωτήματα ήτοι τα έχοντα αριθμό: 5, 10, 11, 15 και 22 .

Για κάθε συνιστώσα, δημιουργήθηκε μια υποκλίμακα της οποίας η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση των τιμών στις απαντήσεις των αντιστοίχων ερωτήσεων. Οι αρχικές τιμές έχουν την κλίμακα: $\{0 = (\text{Ποτέ δε μου συμβαίνει}), \dots, 6 = (\text{Κάθε μέρα μου συμβαίνει})\}$. Οι καινούριες κλίμακες των τριών μεταβλητών εξαρτώνται από τον αριθμό των ερωτήσεων από τις οποίες αποτελούνται οι αντίστοιχοι παράγοντες (για την ακρίβεια είναι όλοι οι δυνατοί γραμμικοί συνδυασμοί αυτών). Συνεπώς έχουμε τα σύνολα τιμών, $\{0, \dots, 54\}$ για τον 1ο, $\{0, \dots, 48\}$ για τον 2ο και $\{0, \dots, 30\}$ για τον 3ο.

Για ερμηνευτικούς σκοπούς, κατασκευάστηκε μια νέα μεταβλητή η οποία κατανέμει κάθε ερωτώμενο (με βάση τη βαθμολογία του στις ανωτέρω υποκλίμακες) σε μία από τις τρεις κατηγορίες (χαμηλή, μέτρια, υψηλή) της αντίστοιχης υποκλίμακας, σύμφωνα με τις οριακές τιμές που αντιστοιχούν στα διάφορα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (πίνακας 2.5.1), όπως τις δίνω οι Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1992).

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών και επίπεδο εκπαίδευσης). Περιλαμβάνει επίσης στοιχεία σχετικά με την εργασία του ερωτώμενου (θέση που κατέχει στην υπηρεσία, κατηγορία υπαλλήλου, χρόνια προϋπηρεσίας, ωράριο εργασίας και θέση ευθύνης). Οι απαντήσεις στο μέρος αυτό δίνονται με απλή συμπλήρωση προεπιλεγμένης απάντησης στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο.

Σε κάθε ερωτηματολόγιο, στην πρώτη σελίδα αναγράφεται εν συντομία ο σκοπός της έρευνας και ότι το κάθε ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, η συμμετοχή είναι εθελοντική και οι πληροφορίες που θα δώσει ο κάθε εργαζόμενος, θα είναι σε ατομικό επίπεδο αυστηρώς εμπιστευτικές. Ολόκληρο το ερωτηματολόγιο όπως χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες στην μελέτη παρουσιάζεται στο παράρτημα.

4.3.2 Συλλογή των δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και συλλέχθηκαν σε κλειστό φάκελο στους εργαζόμενους των προαναφερθέντων μονάδων αυτοπροσώπως, αφού εξηγήθηκε γραπτώς (στο ερωτηματολόγιο) και προφορικώς ο σκοπός της μελέτης. Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν πανομοιότυπα (φωτοαντίγραφα του αρχικού). Για την διεξαγωγή της μελέτης έγινε ενημέρωση και ζητήθηκε σχετική άδεια από τους διευθυντές ή προϊστάμενους των μονάδων. Η άδεια χορηγήθηκε είτε προφορικά, είτε γραπτά κατόπιν σχετικού αιτήματος και διαδικασίας έγκρισης (ΚΕΘΕΑ). Δεν υπήρξε καμία οικονομική επιβάρυνση των μονάδων, από τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τον ίδιο τον εργαζόμενο κατά τον ελεύθερο χρόνο του. Κάθε ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και τοποθετημένο σε κλειστό κενό φάκελο, ενώ η συμμετοχή των εργαζομένων στην έρευνα ήταν εθελοντική. Η συλλογή των ερωτηματολογίων μετά την επίδοση διάρκεσε από 1 έως 5 ημέρες. Η χρονική περίοδος επίδοσης και συλλογής των ερωτηματολογίων ήταν από τις 20/10/2010 έως τις 15/12/2010. Τα ερωτηματολόγια μετά τη συμπλήρωσή τους τοποθετήθηκαν από τους εργαζόμενους στο κενό φάκελο και στη συνέχεια σε ειδικό κιβώτιο συλλογής των ερωτηματολογίων, το οποίο είχε τοποθετηθεί στην γραμματεία της μονάδας.

4.3.3 Στατιστική ανάλυση

Μετά τη συλλογή τα ερωτηματολόγια ταξινομήθηκαν ανάλογα με τον εργασιακό χώρο προέλευσης του εργαζόμενου και ακολούθησε η καταχώρηση σε βάση δεδομένων ηλεκτρονικού υπολογιστή και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Η δομή του ερωτηματολογίου παρείχε την δυνατότητα λήψης ποιοτικών στοιχείων [δεδομένα ονομαστικού (nominal)] και ποσοτικών στοιχείων [δεδομένα κλίμακας σπουδαιότητας (Likert scale) και οι αντίστοιχες βαθμολογίες των τριών παραμέτρων της MBI]. Η επεξεργασία των στοιχείων περιλάμβανε περιγραφική και συμπερασματική στατιστική ανάλυση (διμεταβλητή και πολυμεταβλητή).

Για την ανάλυση μίας μεταβλητής ονομαστικού τύπου (ποιοτικά στοιχεία), υπολογίστηκαν η απόλυτη και σχετική κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων, ενώ για τα δεδομένα που προέκυψαν από τις κλίμακες (ποσοτικές μεταβλητές – βαθμολογίες των 3 παραμέτρων), υπολογίστηκαν οι στατιστικές παράμετροι θέσης (μέση τιμή, ελάχιστη, μέγιστη) και διασποράς (τυπική απόκλιση). Στις ποσοτικές μεταβλητές (π.χ. χρόνια εμπειρίας, συναισθηματική εξουθένωση κλπ) εφαρμόστηκε στην αρχή ο έλεγχος

Kolmogorov-Smirnov για να διαπιστωθεί αν οι καταγραφείσες παρατηρήσεις ακολουθούν κανονική κατανομή. Από την επεξεργασία προέκυψε ότι οι περισσότερες από τις κύριες ποσοτικές μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή ($p < 0,05$). Εξ αιτίας αυτής της διαπίστωσης, όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι στην διμεταβλητή ανάλυση (συσχέτιση 2 μεταβλητών), για την τεκμηρίωση ύπαρξης ή όχι στατιστικά σημαντικής διαφοράς ήταν μη παραμετρικοί.

Στην διμεταβλητή ανάλυση και για τον έλεγχο της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών, εφαρμόστηκε ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας. Για τις ποσοτικές μεταβλητές εφαρμόστηκαν οι αντίστοιχοι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitney U-test για δυο υποομάδες (π.χ. φύλο) και Kruskal-Wallis για πάνω από δυο υποομάδες (π.χ. εκπαιδευτικό επίπεδο). Στις περιπτώσεις που ο έλεγχος Kruskal-Wallis ανέδειξε στατιστική σημαντικότητα, επικουρικά διενεργήθηκε η απλή ανάλυση διακύμανσης (one-way ANOVA) με τον αντίστοιχο έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων Tukey HSD για να διερευνηθεί ποια υποομάδα διαφοροποιείται. Για την συσχέτιση μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman.

Στην πολυμεταβλητή ανάλυση (multivariate analysis) και για την μέτρηση της αξιοπιστίας των πολυθεματικών μεταβλητών έγινε ανάλυση αξιοπιστίας (reliability analysis). Ειδικότερα η ανάλυση έγινε στις παραμέτρους της Συναισθηματικής Εξάντλησης, των Προσωπικών Επιτευγμάτων – Ολοκλήρωσης και της Αποπροσωποποίησης του MBI. Η ανάλυση αξιοπιστίας στηρίζεται στην υπόθεση ότι άτομα που έχουν απαντήσει με υψηλό ή χαμηλό βαθμό σε κάποιο θέμα, τείνουν να έχουν απαντήσει με σχετικά υψηλό ή σχετικά χαμηλό βαθμό και σε άλλο παρόμοιο θέμα, γεγονός το οποίο συνηγορεί ότι τα θέματα ενδείκνυνται για την μέτρηση πολυθεματικής μεταβλητής. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha¹ που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ανάλυση, θεωρείται σαν μέτρο συσχέτισης μεταξύ των θεμάτων της παρούσας κλίμακας στην μεταβλητή με οποιασδήποτε άλλης κλίμακας με **ισάριθμα** θέματα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι «...συντελεστής μεγαλύτερος από 0,80 θεωρείται πολύ ικανοποιητικός..... ενώ τιμές κάτω από 0,60 επιβάλλουν την επινόηση νέων θεμάτων στην πολυθεματική μεταβλητή».(Σιάρδος, 1999).

1 [ο δείκτης κυμαίνεται από 0 μέχρι 1]

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης (δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha) για τις 3 πολυθεματικές μεταβλητές που υπολογίστηκαν στο δείγμα των 188 ατόμων είναι τα εξής:

- Συναισθηματική Εξάντληση (9 items-ερωτήματα) $\alpha= 0,875$
- Προσωπικά Επιτεύγματα - Ολοκλήρωση (8 items- ερωτήματα) $\alpha= 0,844$
- Αποπροσωποποίηση (items- 5 ερωτήματα) $\alpha= 0,711$

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι τιμές του Cronbach's alpha κρίνονται πολύ ικανοποιητικές, γεγονός που αναδεικνύει πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία του MBI εργαλείου για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το ανώτερο επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή ή όχι της μηδενικής υπόθεσης που ελήφθη για όλους τους στατιστικούς ελέγχους, ήταν το 5%. Όλες οι στατιστικές επεξεργασίες έγιναν με το στατιστικό λογισμικό SPSS - ver 15.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος.

Το στατιστικό δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από ένα σύνολο 188 ατόμων, τα οποία απασχολούνται σε υπηρεσίες υγείας και πιο συγκεκριμένα στον τομέα των εξαρτήσεων. Πριν την ανάλυση των παραμέτρων που εξετάστηκαν για να διερευνηθεί η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών του δείγματος, θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Οι επαγγελματίες που συμμετείχαν στην έρευνα απασχολούνται σε διάφορες υπηρεσίες υγείας. Πιο αναλυτικά, οι υπηρεσίες αυτές είναι:

1) Οι Μονάδες υποκατάστασης Α', Β', Γ', Δ' και Ε' του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ).

2) Οι μονάδες απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης οι οποίες χωρίζονται στο Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (Π.Ε.Θ.Ε.Α.) «ΑΡΓΩ», και το Πρόγραμμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ατόμων «Ιανός» του ΨΝΘ (το τελευταίο αποτελείται κυρίως, από τις μονάδες, του **Πολυδύναμου Συμβουλευτικού Σταθμού, της Μονάδας Σωματικής Αποτοξίνωσης (DETOX) και της Θεραπευτικής Κοινότητας ΚΑΡΤΕΡΩΝ**).

3) Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) «Ιθάκη».

Για την ανάλυση οι εργαζόμενοι χωρίστηκαν επιγραμματικά στις εξής μονάδες απασχόλησης: Μο άδες ΟΚΑΝΑ Α', Β', Γ', Δ' και Ε', Detox, ΑΡΓΩ, ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ, ΚΕΘΕΑ, Καρτερές (Πίνακας 5.1)

Οι 4 στους 10 εργαζομένους του δείγματος απασχολούνται σε μία από τις πέντε Μονάδες του κέντρου υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ (σύνολο 41,5%). Οι υπόλοιποι επαγγελματίες του δείγματος απασχολούνται στις υπηρεσίες «στεγνών ουσιών» που αναφέρθηκαν παραπάνω, με την κατανομή τους να είναι σχεδόν όμοια και να κυμαίνεται από 10,1% (ΑΡΓΩ) έως 13,3% (ΚΕΘΕΑ) (πίνακας 5.1.1).

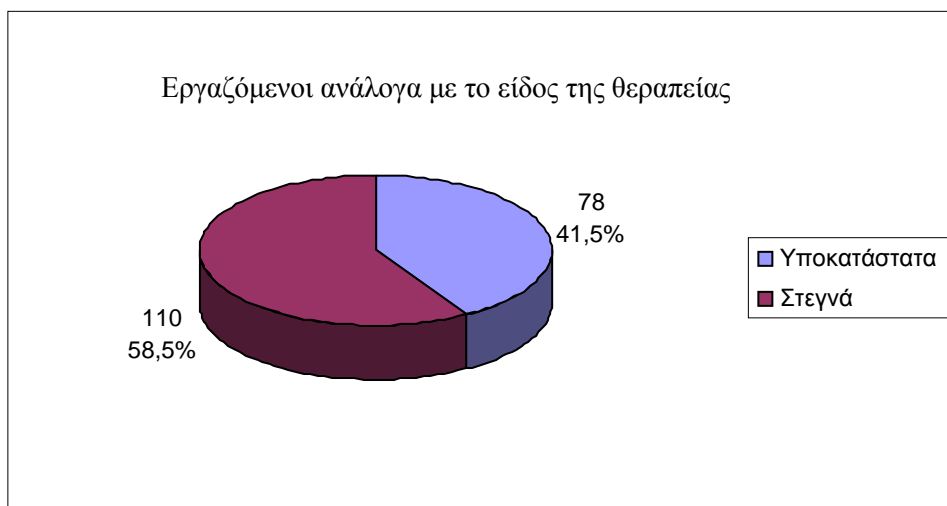
Πίνακας 5.1.1: Κατανομή συμμετεχόντων κατά μονάδα απασχόλησης

Μονάδα	Αριθμός ατόμων	%
Α' ΜΟΝΑΔΑ	19	10,1
Β' ΜΟΝΑΔΑ	18	9,6
Γ' ΜΟΝΑΔΑ	16	8,5
Δ' ΜΟΝΑΔΑ	14	7,4
Ε' ΜΟΝΑΔΑ	11	5,9
ΔΕΤΟΧ	24	12,8
ΑΡΓΩ	19	10,1
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ	20	10,6
ΚΕΘΕΑ	25	13,3
ΚΑΡΤΕΡΕΣ	22	11,7
Σύνολο	188	100,0

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.1.2 και στο γράφημα 5.1.1 το 41,5% των εργαζομένων χορηγεί φάρμακα ως υποκατάστατα στους ασθενείς (θεραπεία υποκατάστασης), ενώ το υπόλοιπο 58,5% δεν χρησιμοποιεί φάρμακα («στεγνά ουσιών»). Αναλυτικότερα, από τα «στεγνά» προγράμματα, το 33,5% χρησιμοποιεί ως θεραπεία την ψυχολογική υποστήριξη και το υπόλοιπο 25% βοηθάει στην απεξάρτηση του ασθενή μέσω υποστηρικτικών προγραμμάτων σε θεραπευτικές κοινότητες.

Πίνακας 5.1.2: Κατανομή δείγματος κατά πρόγραμμα

Είδος θεραπείας	Αριθμός δείγματος	% κατανομής
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ	78	41,5
ΣΤΕΓΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	110	58,5
Σύνολο	188	100,0

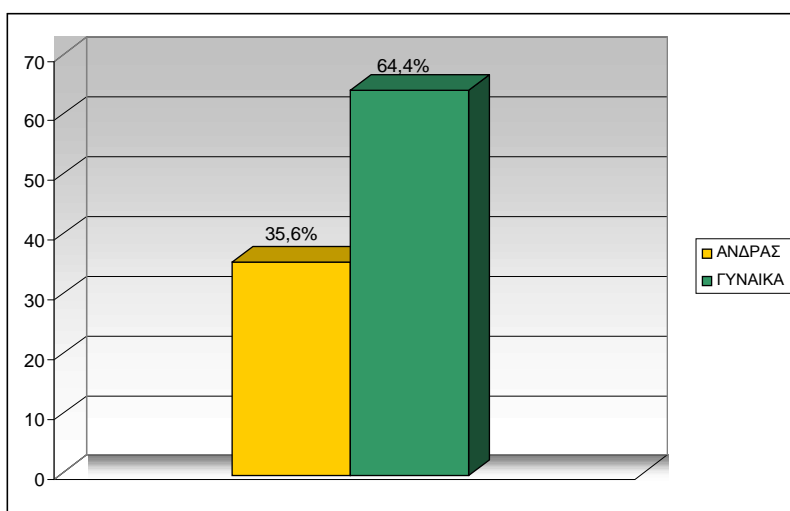


Εικόνα 5.1.1: Γράφημα κατανομής των εργαζομένων ανάλογα με το είδος της θεραπείας που ακολουθούν.

Στον πίνακα 5.1.3 και στο γράφημα 5.1.2 παρουσιάζεται η κατανομή του φύλου του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα. Οι γυναίκες αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του, με ποσοστό 64,4% (2 στα 3 άτομα), ενώ οι άνδρες αποτελούν το υπόλοιπο 35,6% (1 στους 3).

Πίνακας 5.1.3: Κατανομή δείγματος κατά φύλο.

Φύλο	Άτομα	%
ΑΝΔΡΑΣ	67	35,6
ΓΥΝΑΙΚΑ	121	64,4
Σύνολο	188	100,0



Εικόνα 5.1.2: Γράφημα κατανομής φύλου του δείγματος.

Τα 188 άτομα ρωτήθηκαν για την οικογενειακή τους κατάσταση και σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, που εμφανίζονται στον πίνακα 5.1.4, στην πλειοψηφία τους είναι έγγαμοι με ποσοστό 65,4%. Οι άγαμοι αποτελούν το 23,9% του δείγματος. Αρκετά μικρότερα ποσοστά παρουσιάζουν οι διαζευγμένοι, αυτοί που είναι σε διάσταση, καθώς και αυτοί που έχουν επιλέξει την ελεύθερη συμβίωση με τον σύντροφό τους (5,3%, 2,7% και 2,1% αντίστοιχα), ενώ μόλις το 0,5% είναι χήροι (1 απάντηση).

Πίνακας 5.1.4: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων στην έρευνα.

Οικογενειακή κατάσταση	Άτομα	%
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	123	65,4
ΑΓΑΜΟΣ/Η	45	23,9
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	10	5,3
ΧΗΡΟΣ/Α	1	0,5
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	5	2,7
ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	4	2,1
Σύνολο	188	100,0

Αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών των εργαζομένων, το 37,2% δεν έχει κανένα παιδί, ενώ το 62,8% έχει τουλάχιστον 1 παιδί. Το ποσοστό αυτό μοιράζεται

εξίσου σε αυτούς που έχουν 1 παιδί (26,6%) και σε αυτούς που έχουν 2 παιδιά (29,8%). Μόνο 12 άτομα από τα 188 δήλωσαν πως έχουν 3 παιδιά (6,4%) (πίνακας 5.1.5). το ενδιαφέρον

Πίνακας 5.1.5: Αριθμός παιδιών των συμμετεχόντων στην έρευνα

Αριθμός παιδιών	Άτομα	%
0	70	37,2
1	50	26,6
2	56	29,8
3	12	6,4
Σύνολο	188	100,0

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων παρουσιάζεται στον πίνακα 5.1.6. Παρατηρείται ότι 36 από τα 188 άτομα του δείγματος δεν έχουν προχωρήσει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (19,2%). Πιο συγκεκριμένα, μόνο 1 άτομο έχει σταματήσει την εκπαίδευση το υ στο Δημοτικό (0,5%) και 35 έχουν περάσει στα στάδια της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο – 2,7% και Λύκειο – 16,0%). Αναφορικά με τα 152 άτομα που έχουν περάσει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, οι 69 έχουν αποφοιτήσει από Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (36,7%), οι 61 έχουν πτυχίο Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (32,4%), οι 20 είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος (10,6%) και μόλις 2 έχουν αποκτήσει Διδακτορικό τίτλο (1,1%). Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα του πίνακα 5.1.6, η πλειοψηφία του δείγματος είναι απόφοιτοι ΤΕΙ ή ΑΕΙ (80,8%).

Πίνακας 5.1.6: Επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Επίπεδο Εκπαίδευσης	Άτομα	%
Δημοτικό	1	0,5
Γυμνάσιο	5	2,7
Λύκειο	30	16,0
ΤΕΙ	69	36,7
ΑΕΙ	61	32,4
Μεταπτυχιακό	20	10,6
Διδακτορικό	2	1,1
Σύνολο	188	100,0

Διευκρινιστικά για το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων αναφέρεται ότι οι θέσεις που κατέχουν οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες ανάλογα με την εκπαίδευσή τους χωρίζονται σε 4 κατηγορίες:

- κατηγορία Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ), στην οποία ως τυπικό προσόν ορίζεται ο απολυτήριος τίτλος υποχρεωτικής εκπαίδευσης,
- κατηγορία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ), στην οποία ως τυπικό προσόν ορίζεται ο απολυτήριος τίτλος ή πτυχίο σχολής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,
- κατηγορία Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ), στην οποία ως τυπικό προσόν ορίζεται το πτυχίο ή το δίπλωμα τμήματος ή σχολής τεχνολογικού τομέα ανώτατης εκπαίδευσης,
- κατηγορία Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ), στην οποία ως τυπικό προσόν ορίζεται το πτυχίο ή δίπλωμα τμήματος ή σχολής πανεπιστημιακού τομέα ανώτατης εκπαίδευσης.

Στον πίνακα 5.1.7 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων απασχολούνται ως υπάλληλοι πανεπιστημιακής (43,1%) και τεχνολογικής (37,8%) εκπαίδευσης. Τα συγκεκριμένα ευρήματα αντιστοιχίζονται πλήρως με τα ευρήματα του πίνακα 5.1.6, αναφορικά με το ποσοστό των εργαζομένων που ανήκουν στη βαθμίδα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το αποτέλεσμα που δεν εναρμονίζεται με το αντίστοιχο του πίνακα 5.1.6 είναι αυτό που αναφέρεται στην κατηγορία των υπαλλήλων υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Όπως παρατηρείται το 5,3% του δείγματος εργάζεται ως υπάλληλος υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ενώ σύμφωνα με τον προηγούμενο πίνακα μόλις το 0,5%

έχουν σταματήσει την εκπαίδευση τους στο Δημοτικό.

Πίνακας 5.1.7: Κατανομή δείγματος κατά επαγγελματική κατηγορία

Επαγγελματική κατηγορία	Αριθμός Ατόμων	%
ΥΕ	10	5,3
ΔΕ	26	13,8
ΤΕ	71	37,8
ΠΕ	81	43,1
Σύνολο	188	100,0

Στον πίνακα 5.1.8 παρουσιάζονται οι ειδικότητες και οι θέσεις απασχόλησης των εργαζομένων του δείγματος. Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι νοσηλευτές/τριες (27,7%) και ψυχολόγοι (25,0%). Με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί (12,8%) οι ψυχίατροι (6,9%), οι φύλακες και οι διοικητικοί υπάλληλοι (5,3% κάθε κατηγορία) και οι υπόλοιπες ειδικότητες (<5,0% έκαστη). Διευκρινιστικά αναφέρεται ότι οι ειδικοί και απόφοιτοι θεραπευτές είναι άτομα τα οποία τελείωσαν με επιτυχία τα προγράμματα απεξάρτησης και κατόπιν ειδικής εκπαίδευσης εργάζονται στις μονάδες απεξάρτησης ως θεραπευτές εξαρτημένων ατόμων.

Πίνακας 5.1.8: Κατανομή δείγματος κατά ειδικότητα απασχόλησης στην υπηρεσία

Ειδικότητα	Άτομα	%
Νοσηλεύτης/τρια	52	27,7%
Ψυχολόγος	47	25,0%
Κοινωνικός/ή λειτουργός	24	12,8%
Ψυχίατρος	13	6,9%
Φύλακας	10	5,3%
Διοικητικός υπάλληλος	10	5,3%
Ειδικός/ή θεραπευτής/τρια	9	4,8%
Εργοθεραπευτής/τρια	4	2,1%

Παθολόγος	4	2,1%
Γυμναστής/στρια	3	1,6%
Απόφοιτος θεραπευτής/τρια	2	1,1%
Κοινωνιολόγος	2	1,1%
Φαρμακοποιός	2	1,1%
Γεωργοτεχνίτης	1	0,5%
Οδοντίατρος	1	0,5%
Οικονομολόγος	1	0,5%
Ειδικός Παιδαγωγός	1	0,5%
Ανθρωπολόγος	1	0,5%
Προσωπικό εστίασης	1	0,5%
Σύνολο	188	100,0%

Για την παρούσα ανάλυση κρίθηκε σκόπιμο οι παραπάνω ειδικότητες να καταταχθούν σε 2 κατηγορίες, ανάλογα με σχέση, θεραπευτική ή μη, που έχει ο κάθε εργαζόμενος με τον ασθενή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που φαίνονται στον πίνακα 5.1.9, το 88,3% του δείγματος έχει θεραπευτική σχέση με τον ασθενή, δηλαδή η εργασία του συσχετίζεται άμεσα με την απεξάρτηση του ασθενή από τις ναρκωτικές ουσίες (ψυχολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί κ.α.), ενώ το 11,7% αποτελείται από ειδικότητες των οποίων το αντικείμενο δεν έχει σχέση με τη θεραπεία του ασθενή, όπως φύλακες, διοικητικό προσωπικό, οικονομολόγοι, οδοντίατροι κ.α.

Πίνακας 5.1.9: Σχέση με τους ασθενείς.

Σχέση με τους ασθενείς	Άτομα	%
Θεραπευτική σχέση	166	88,3
Μη θεραπευτική σχέση	22	11,7
Σύνολο	188	100,0

Στον επόμενο πίνακα 5.1.10 παρουσιάζονται οι κατανομές των παραμέτρων της ηλικίας, των ετών της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας και των ετών απασχόλησης των εργαζομένων στον τομέα των εξαρτήσεων. Πιο αναλυτικά, η μέση

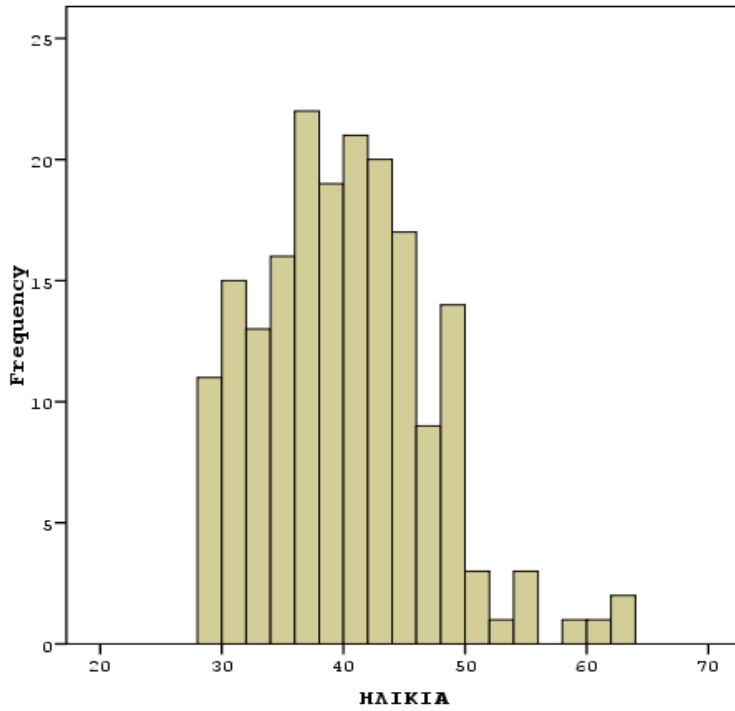
ηλικία του δείγματος είναι τα 39,6 έτη [TA (τυπική απόκλιση) = 6,9], με μικρότερη ηλικία αυτή των 28 ετών και μεγαλύτερη αυτή των 63 ετών. Στο γράφημα της εικόνας 5.1.3 φαίνεται ότι η διασπορά των ηλικιών κυμαίνεται κυρίως μεταξύ των 28-50 ετών. Οι απαντήσεις που αφορούν ηλικίες μεγαλύτερες των 50 ετών είναι πολύ λίγες (9 απαντήσεις). Ακολουθεί δε κανονική κατανομή (K-S2 $p = 0,215$).

Η μέση τιμή των ετών της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας του δείγματος είναι τα 13,2 (TA = 6,4), τιμή που συμβαδίζει με τη μέση τιμή της ηλικίας και το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων, καθώς είναι αναμενόμενο ότι το 80,8% του δείγματος που ανήκει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ξεκίνησε την επαγγελματική του καριέρα περίπου στα 26 του χρόνια. Στο γράφημα 5.1.4 παρουσιάζεται η κατανομή των τιμών της παραμέτρου των ετών της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας του δείγματος και οι οποίες ακολουθούν κανονική κατανομή (K-S $p = 0,125$). Η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή είναι το 1 έτος και το 40 αντίστοιχα, τιμές που επίσης είναι περίπου ανάλογες της ελάχιστης και μέγιστης ηλικίας.

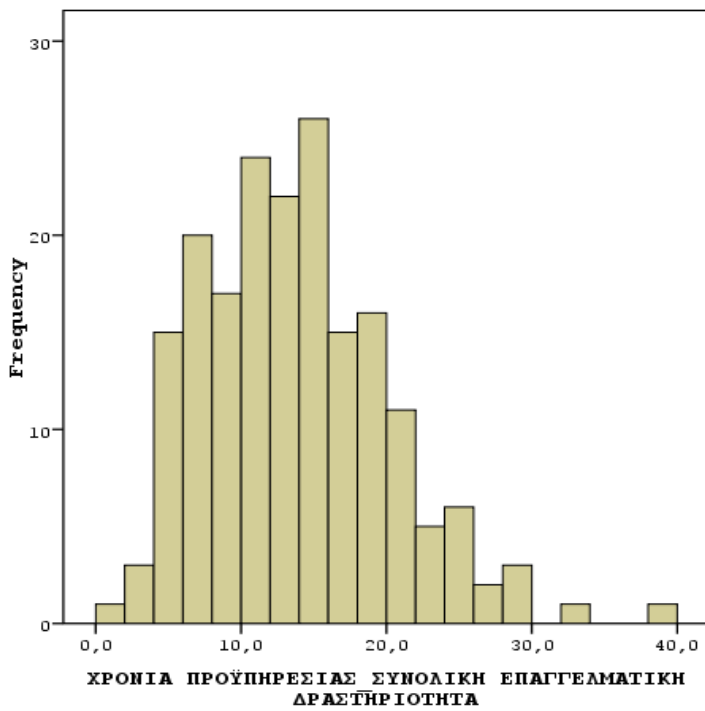
Η παράμετρος των ετών προϋπηρεσίας στον τομέα εξαρτήσεων παρουσιάζει μέση τιμή 8,9 έτη (TA = 5,1). Η κατανομή της δεν είναι τόσο ομαλή όσο των ετών της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας, όπως εμφανίζεται στο γράφημα της εικόνας 5.1.5. Από τον έλεγχο K-S προκύπτει ότι δεν ακολουθούν κανονική κατανομή (K-S $p = 0,002$)

Πίνακας 5.1.10: Στατιστικές παράμετροι ηλικίας και προϋπηρεσίας στο σύνολο.

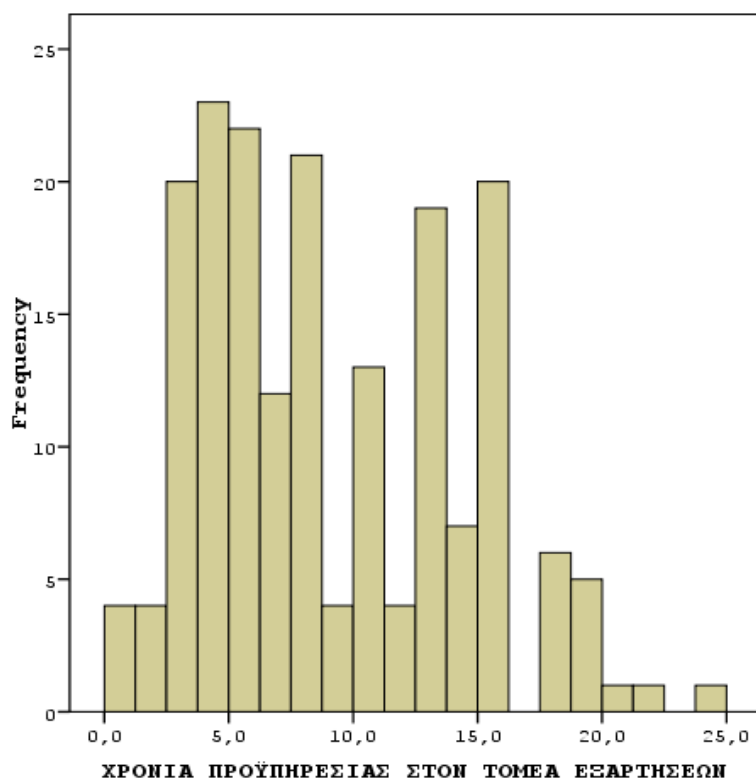
Παράμετροι	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση (sd)	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ηλικία	188	39,6	6,9	28	63
Έτη προϋπηρεσίας - συνολική επαγγελματική δραστηριότητα	188	13,2	6,4	1	40
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα εξαρτήσεων	187	8,9	5,1	1	25



Εικόνα 5.1.3: Γράφημα κατανομής της παραμέτρου της ηλικίας του δείγματος.



Εικόνα 5.1.4: Γράφημα κατανομής της παραμέτρου των ετών της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας του δείγματος.



Εικόνα 5.1.5: Γράφημα κατανομής της παραμέτρου των ετών προϋπηρεσίας στον τομέα εξαρτήσεων του δείγματος.

Στον πίνακα 5.1.11 παρουσιάζονται στοιχεία ετών προϋπηρεσίας ως συνολική επαγγελματική δραστηριότητα. Σύμφωνα με τον πίνακα αυτό, στο σύνολο του δείγματος, 1 στους 3 εργαζόμενους έχει πάνω από 15 χρόνια συνολική προϋπηρεσία ανεξαρτήτως κλάδο απασχόλησης, 1 στους 10 έχει από 1 – 5 χρόνια επαγγελματική σταδιοδρομία και οι υπόλοιποι ερωτηθέντες δραστηριοποιούνται από 5,1 – 15 έτη στον εργασιακό τομέα.

Πίνακας 5.1.11: Έτη προϋπηρεσίας ως συνολική επαγγελματική δραστηριότητα.

Έτη	Άτομα	%
1 – 5	19	10,1
6 – 10	55	29,3
11 – 15	54	28,7
15 +	60	31,9
Σύνολο	188	100,0

Στον πίνακα 5.1.12 παρουσιάζονται τα έτη απασχόλησης των εργαζομένων στον τομέα των εξαρτήσεων. Παρατηρείται ότι 1 στους 3 διαθέτει εμπειρία μέχρι πέντε χρόνων στον συγκεκριμένο τομέα. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό που απασχολείται πάνω από 15 χρόνια, ενώ σε αντιστοιχία με τα αποτελέσματα του προηγούμενου πίνακα, οι υπόλοιποι εργαζόμενοι ισοκατανέμονται στις κατηγορίες 5,1 – 10 έτη και 10,1 – 15 έτη.

Πίνακας 5.1.12: Κατανομή δείγματος κατά έτη προϋπηρεσίας στον τομέα εξαρτήσεων.

Έτη	Άτομα	%
1 – 5	62	33,0
6 – 10	56	29,8
11 – 15	53	28,2
15 +	16	8,5
Σύνολο	187	99,5

Η συσχέτιση των ετών της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας με τα έτη απασχόλησης στον τομέα εξαρτήσεων, αναφορικά μόνο με τους εργαζόμενους που έχουν θεραπευτική σχέση με τον ασθενή (πίνακας 5.1.9), συγκεντρώθηκαν στον πίνακα 5.1.13. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρατίθενται στο συγκεκριμένο πίνακα, παρατηρείται εξάρτηση των ετών συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας και των ετών απασχόλησης στον τομέα των εξαρτήσεων για τα άτομα που έχουν θεραπευτική σχέση με τον ασθενή ($\chi^2=113,1$, $p=0,000$). Βρέθηκε ότι όσο μεγαλώνουν τα χρόνια συνολικής προϋπηρεσίας τόσο αυξάνεται η εμπειρία στις μονάδες απεξάρτησης. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 5.1.13, 1 στα 4 άτομα που απασχολούνται στον τομέα των εξαρτήσεων από 1 - 5 έτη είχαν προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία ($15,8\% + 6,7\% + 3,0\% = 25,5\%$). Η κύρια διαγώνιος του πίνακα δείχνει ότι 1 στους 2 εργαζόμενους είχε από λίγη έως καθόλου προϋπηρεσία πριν εργαστεί στις μονάδες απεξάρτησης ($10,3\% + 15,2\% + 14,5\% + 8,5\% = 48,5\%$).

Πίνακας 5.1.13: Συσχέτιση ετών συνολικής προϋπηρεσίας με τα έτη προϋπηρεσίας στον τομέα των εξαρτήσεων.

		Έτη προϋπηρεσίας – Τομέας εξαρτήσεων				Σύνολο
		1 - 5	5,1 - 10	10,1 - 15	15,1 +	
Έτη προϋπηρεσίας – Συνολική επαγγελματική δραστηριότητα	1 - 5	17	0	0	0	17
		10,3%	0,0%	0,0%	0,0%	10,3%
	6 - 10	26	25	0	0	51
		15,8%	15,2%	0,0%	0,0%	30,9%
	11 - 15	11	14	24	0	49
		6,7%	8,5%	14,5%	0,0%	29,7%
	15 +	5	9	20	14	48
		3,0%	5,5%	12,1%	8,5%	29,1%
Σύνολο		59	48	44	14	165
		35,8%	29,1%	26,7%	8,5%	100,0%

Το ωράριο εργασίας των εργαζομένων είναι κατά μέγιστη πλειοψηφία πρωινό (70,2%). Ισοκατανεμημένα είναι τα άτομα που εργάζονται είτε με κυκλικό ωράριο εργασίας είτε με πρωινό – απογευματινό (14,4%). Μόλις το 1,1% των εργαζομένων απασχολείται στην υπηρεσία του τις απογευματινές ώρες (πίνακας 5.1.14).

Πίνακας 5.1.14: Κατανομή δείγματος κατά ωράριο εργασίας.

Ωράριο Εργασίας	Άτομα	%
ΚΥΚΛΙΚΟ	27	14,4
ΠΡΩΙΝΟ	132	70,2
ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	2	1,1
ΠΡΩΙΝΟ-ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	27	14,4
Σύνολο	188	100,0

Ολοκληρώνοντας με τα δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων στις μονάδες

απεξάρτησης, από τα 188 άτομα του δείγματος, τα 163 δεν εκτελούν χρέη Προϊστάμενου στο χώρο που εργάζονται (86,7%), ενώ τα υπόλοιπα 25 εκτελούν καθήκοντα Προϊστάμενου στην υπηρεσία τους (πίνακας 5.1.15).

Πίνακας 5.1.15: Εκτέλεση καθηκόντων Προϊστάμενου στο χώρο εργασίας.

Εκτέλεση καθηκόντων Προϊσταμένου	Άτομα	%
ΝΑΙ	25	13,3
ΟΧΙ	163	86,7
Σύνολο	188	100,0

5.2 Συσχετίσεις των συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης

Στη συνέχεια ακολουθεί η διερεύνηση για την ύπαρξη πιθανών συσχετίσεων ανάμεσα στις συνιστώσες της ΕΕ και τις μεταβλητές του δείγματος. Η συσχέτιση της ΕΕ στις τρεις συνιστώσες της, έγινε με α) με το είδος της θεραπείας που ακολουθούν οι εργαζόμενοι στην μονάδα που εργάζονται και β) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων.

5.2.1 Συσχετίσεις των συνιστωσών της ΕΕ με το είδος της θεραπείας.

Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους 188 εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας, εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, εξέτασε παραμέτρους που αφορούν την επαγγελματική τους εξουθένωση, λόγω της φύσης του αντικειμένου της απασχόλησής τους. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο, όπως προαναφέρθηκε, περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και μετρά και τις τρεις συνιστώσες της ΕΕ:

- Συναισθηματική Εξουθένωση ή Εξάντληση
- Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων
- Αποπροσωποποίηση

Με βάση τις παραπάνω συνιστώσες, έγιναν συσχετίσεις με τα δημογραφικά στοιχεία του στατιστικού δείγματος. Οι πίνακες και τα γραφήματα των αποτελεσμάτων των συσχετίσεων παρουσιάζονται παρακάτω αναλυτικά. Να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι σύμφωνα με την κλίμακα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση, ισχύουν τα παρακάτω (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992):

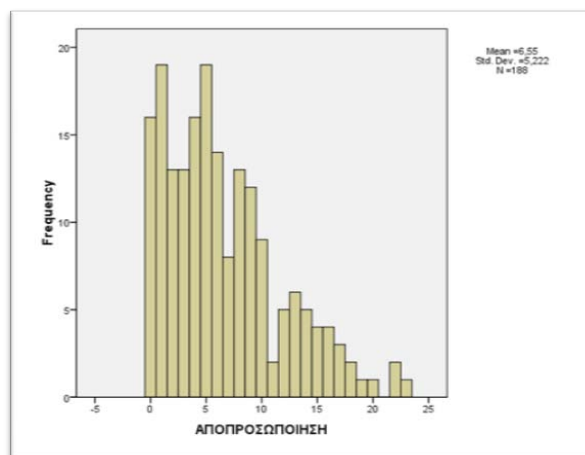
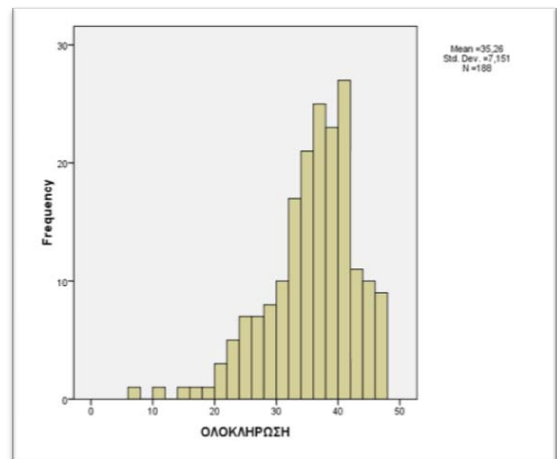
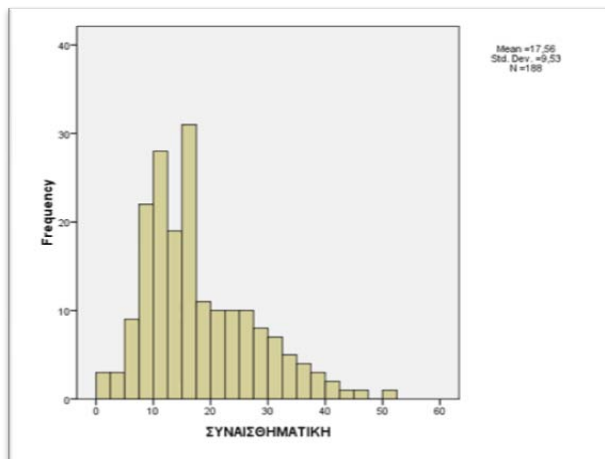
- Η αύξηση της μέσης τιμής των αποτελεσμάτων που υαφο φών τη Συναισθηματική Εξάντληση, φανερώνει την επιβάρυνση της ψυχολογικής κόπωσης που νιώθουν οι εργαζόμενοι από το αντικείμενο της απασχόλησής τους.
- Το συναίσθημα της Έλλειψης Προσωπικών Επιτευγμάτων μειώνεται με την αύξηση της μέσης τιμής των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης κατηγορίας.
- Όσο μεγαλύτερη είναι η μέση τιμή στα αποτελέσματα της Αποπροσωποποίησης τόσο περισσότερο αποστασιοποιημένοι νιώθουν οι εργαζόμενοι από τους ασθενείς τους.

Αναφορικά με τις κατανομές των 3 συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης, ήτοι συναισθηματική εξάντληση, προσωπικά επιτεύγματα – ολοκλήρωση και αποπροσωποποίηση, παρατηρήθηκε ότι αυτές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ($p < 0,05$), όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.2.1.1 και τα γραφήματα στην εικόνα 5.2.1.1. Συγκεκριμένα, εμφανίζουν έντονη λοξότητα προς τις χαμηλές τιμές για την συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και προς τις υψηλές τιμές η παράμετρος των προσωπικών επιτευγμάτων.

Πίνακας 5.2.1.1: Κατανομές των 3 παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Έλεγχος Kolmogorov-Smirnov

		ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΙΗΣΗ
N		188	188	188
Normal Parameters	Mean	17,6	35,3	6,6
	Std. Deviation	9,5	7,2	5,2
Kolmogorov-Smirnov Z		1,912	1,478	1,749
p (Asymp. Sig.-2-tailed)		,001	,025	,004



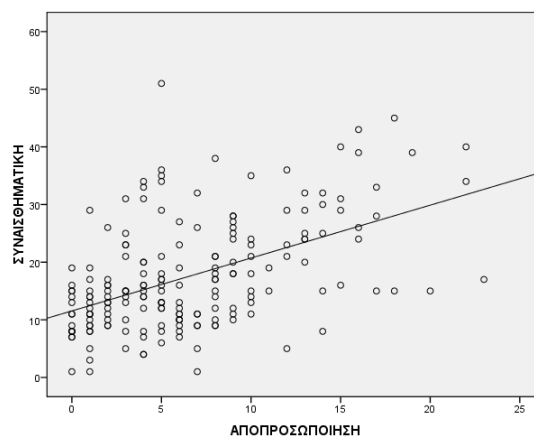
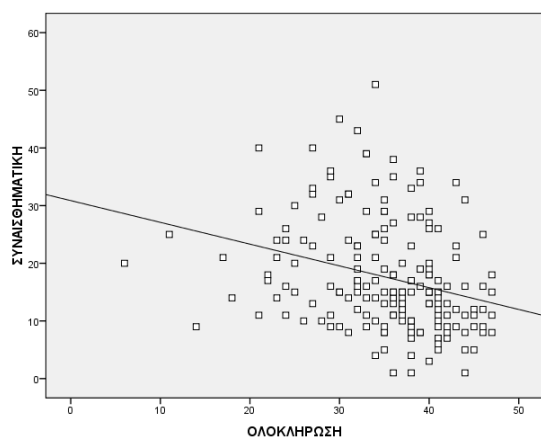
Εικόνα 5.2.1.1: Γραφήματα κατανομής τιμών των 3 παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

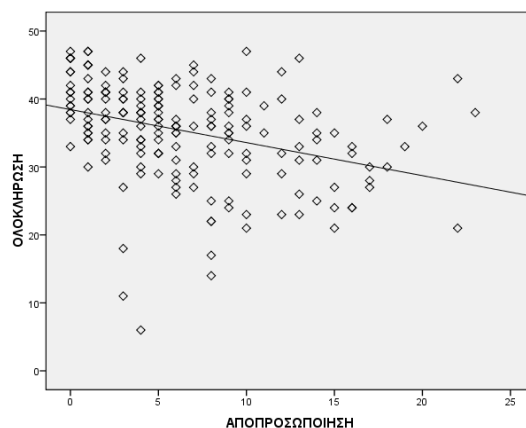
Η συσχέτιση μεταξύ των τριών παραμέτρων της ΕΕ εμφανίζεται στατιστικά σημαντική (μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho), όπως φαίνεται στον πίνακα 5.2.1.2.

Πίνακας 5.2.1.2: Συσχέτιση των τριών παραμέτρων της ΕΕ.

		ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ - ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ - ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ	Correlation Coefficient	-,345**	
	p (2-tailed)	,000	
	N	188	
ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΙΗΣΗ Η	Correlation Coefficient	,477**	-,430**
	p (2-tailed)	,000	,000
	N	188	188

Η θετική ή αρνητική συσχέτιση αποτυπώνεται και στα παρακάτω τρία γραφήματα (εικόνα 5.2.1.2).





Εικόνα 5.2.1.2: Γραφήματα συσχέτισης μεταξύ των τριών παραμέτρων της ΕΕ.

Για μεγαλύτερο αντιληπτικό στόχο σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, οι τρεις συνεχείς παράμετροι κωδικοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες, με βάση τη βαθμολογία που καταγράφηκε στις παραμέτρους αυτές. Οι κατηγορίες είναι χαμηλό επίπεδο, μέτριο και υψηλό επίπεδο, ή και οι παραδοχές για αυτήν την κατηγοριοποίηση παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα 5.2.1.3.

Πίνακας 5.2.1.3: Όρια βαθμολογίας για τα τρία επίπεδα της ΕΕ ανά συνιστώσα.

Παράμετρος	Επίπεδο (όρια βαθμολογίας)		
	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό
Συναισθηματική Εξάντληση	≤ 20	21-30	≥ 31
Προσωπικά Επιτεύγματα – Ολοκλήρωση	≥ 42	41-36	≤ 35
Αποπροσωποποίηση	≤ 5	6-10	≥ 11

Βάσει της παραπάνω κατηγοριοποίησης και έχοντας υπόψη ότι υψηλός βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται με υψηλές βαθμολογίες στην συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση, ενώ για τα προσωπικά επιτεύγματα – ολοκλήρωση με χαμηλό επίπεδο βαθμολογίας, θεωρήθηκε ότι το υποκείμενο παρουσιάζει επαγγελματική εξουθένωση, όταν κατηγοριοποιούνται στα ανώτερα επίπεδα σε τουλάχιστον δύο από τις παραμέτρους του MBI, κάτι το οποίο υποστηρίζεται και από τη βιβλιογραφία (Maslach et al, 1996). Η κατανομή των τριών

επιπέδων του δείγματος στις τρεις παραμέτρους παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα 5.2.1.4.

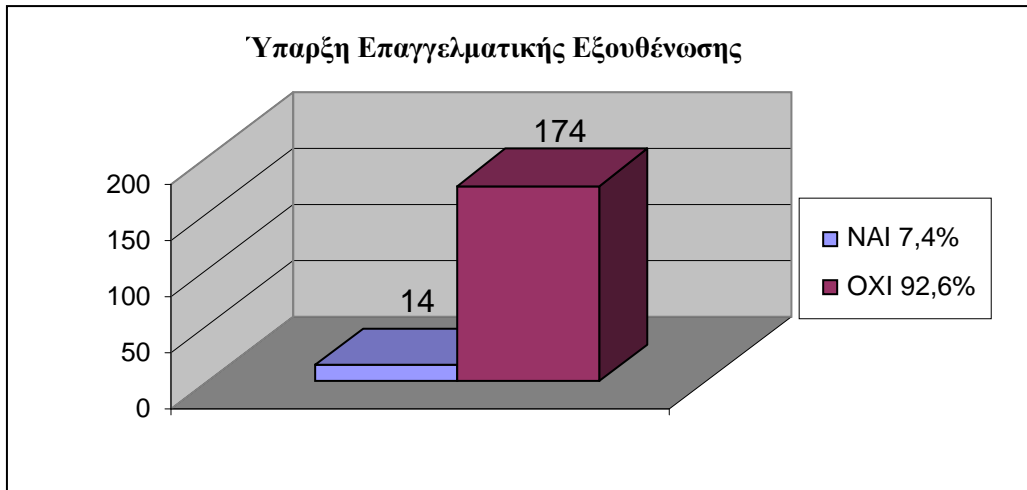
Πίνακας 5.2.1.4: Κατανομή των τριών επιπέδων ανά παράμετρο στο δείγμα.

	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική Εξάντληση	130 (69,1%)	35 (18,6%)	23 (12,2%)
Προσωπικά Επιτεύγματα – Ολοκλήρωση	30 (16,0%)	75 (39,9%)	83 (44,1%)
Αποπροσωποποίηση	96 (51,1%)	56 (29,8%)	36 (19,1%)

Όπως φαίνεται στον προηγούμενο πίνακα (5.2.1.4), 30,9% των εργαζομένων συνολικά παρουσιάζει μέτρια ή υψηλή συναισθηματική εξάντληση, 48,9% παρουσιάζει μέτρια ή υψηλή αποπροσωποποίηση και 55,9% του δείγματος εμφανίζει μέτρια ή χαμηλή ολοκλήρωση προσωπικών επιτευγμάτων. Εξετάζοντας συνολικά την παρουσία ή όχι της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, τελικά 14 εργαζόμενοι από το δείγμα (7,4%) παρουσιάζουν επαγγελματική εξουθένωση (πίνακας 5.2.1.5, εικόνα 5.2.1.3).

Πίνακας 5.2.1.5: Ύπαρξη ΕΕ στο σύνολο του δείγματος με βάση την κατανομή των τριών επιπέδων ανά παράμετρο.

Ύπαρξη Επαγγελματικής Εξουθένωσης	Άτομα	%
ΝΑΙ	14	7,4 %
ΟΧΙ	174	92,6 %



Εικόνα 5.2.1.3: Γράφημα ύπαρξης επαγγελματικής εξουθένωσης στο σύνολο του δείγματος με βάση την κατανομή των τριών επιπέδων ανά παράμετρο.

Στον πίνακα 5.2.1.6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης του δείγματος σε σχέση με το είδος θεραπείας που ακολουθείται στη μονάδα στην οποία εργάζονται. Όπως παρατηρείται από τη μέση τιμή και την τιμή p σε κάθε κατηγορία, το είδος της θεραπείας δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την επαγγελματική εξουθένωση του δείγματος.

Πίνακας 5.2.1.6: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με το είδος της θεραπείας.

	Είδος θεραπείας	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	Z score	p
Συναισθηματική Εξάντληση	Υποκατάσταση	78	18,88	10,540	1	51	-1,402	0,161
	Στεγνά	110	16,62	8,670	1	43		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	Υποκατάσταση	78	34,42	7,843	6	47	-1,075	0,283
	Στεγνά	110	35,85	6,589	11	47		
Αποπροσωποποίηση	Υποκατάσταση	78	6,97	4,660	0	22	-1,680	0,093
	Στεγνά	110	6,25	5,587	0	23		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Mann - Whitney

Αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται ότι το είδος της παρέμβασης δεν επηρεάζει την εξουθένωση ($\chi^2 = 0,012$ $p = 0.914$) (πίνακας 5.2.1.7).

Πίνακας 5.2.1.7: Ύπαρξη ΕΕ ανάλογα με το πρόγραμμα της θεραπείας.

	ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Υποκατάσταση	6 7,7%	72 92,3%	78 100,0%
Στεγνά	8 7,3%	102 92,7%	110 100,0%
Σύνολο	14 7,4%	174 92,6%	188 100,0%

Εκτός από την σύγκριση μεταξύ των δύο βασικών κατηγοριών (φάρμακο και «στεγνά»), ακολούθησε και συγκριτική ανάλυση μεταξύ των διάφορων συνδυασμών των μονάδων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα στοιχεία από τους συνδυασμούς των μονάδων για τους οποίους προέκυψαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

Ο πίνακας 5.2.1.8 που ακολουθεί αναφέρεται στη μονάδα απασχόλησης του δείγματος και συγκεκριμένα γίνεται συσχέτιση των τριών κατηγοριών της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις μονάδες ΑΡΓΩ, ΨΝΘ και ΟΚΑΝΑ. Ως ΨΝΘ αναφέρονται συνοπτικά οι μονάδες του Συμβουλευτικού Σταθμού ΙΑΝΟΣ, η μονάδα Detox και η μονάδα Καρτερών.

Παρατηρείται ότι στη συναισθηματική εξάντληση παρουσιάζεται οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,058$) με τον μικρότερο μέσο όρο να καταγράφεται στην μονάδα ΑΡΓΩ. Στις άλλες δύο κατηγορίες υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα ($p < 0,05$). Πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων είναι πιο έντονη στο ΨΝΘ και στον ΟΚΑΝΑ από ότι στην ΑΡΓΩ (οι μέσες τιμές είναι 34,02 – 34,42 και 38,32 αντίστοιχα). Αναφορικά με την αποπροσωποποίηση, με αρκετά μεγάλη διαφορά ($p = 0,000$), οι εργαζόμενοι στο ΨΝΘ

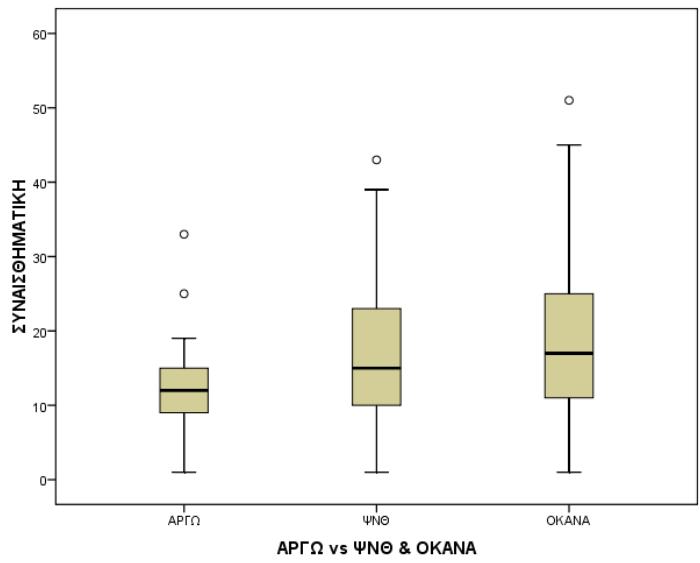
και στον ΟΚΑΝΑ νιώθουν περισσότερο αποστασιοποιημένοι από τους ασθενείς τους σε σχέση με τους εργαζόμενους στην ΑΡΓΩ.

Πίνακας 5.2.1.8: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ ανάλογα με τη μονάδα απασχόλησης [κατηγορίες ΑΡΓΩ – ΨΝΘ (ΝΤΕΤΟΞ/ΙΑΝΟΣ/ΚΑΡΤΕΡΕΣ) – ΟΚΑΝΑ].

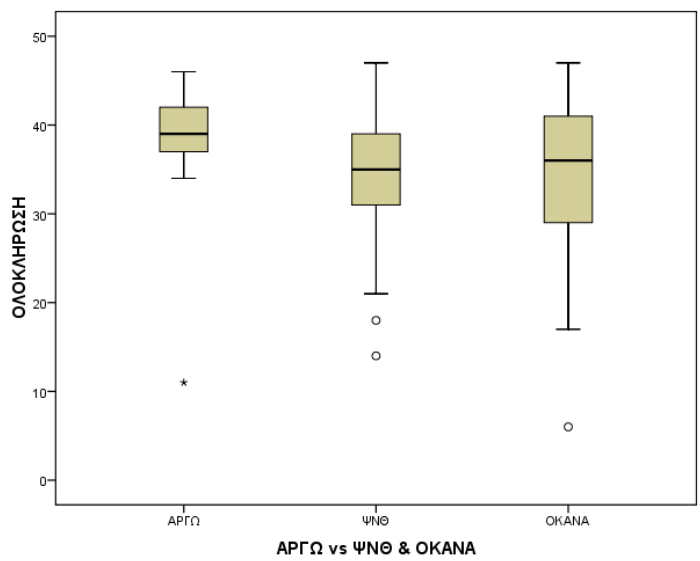
	Μονάδα	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	χ^2	p
Συναισθηματική Εξάντληση	ΑΡΓΩ	19	13,00	7,12	1	33	5,679	0,058
	ΨΝΘ	42	17,29	9,80	1	43		
	ΟΚΑΝΑ	78	18,88	10,54	1	51		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	ΑΡΓΩ	19	38,32	7,54	11	46	7,270	0,026
	ΨΝΘ	42	34,02	6,89	14	47		
	ΟΚΑΝΑ	78	34,42	7,84	6	47		
Αποπροσωποποίηση	ΑΡΓΩ	19	2,63	2,91	0	11	15,321	0,000
	ΨΝΘ	42	6,95	6,08	0	23		
	ΟΚΑΝΑ	78	6,97	4,66	0	22		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Kruskal-Wallis

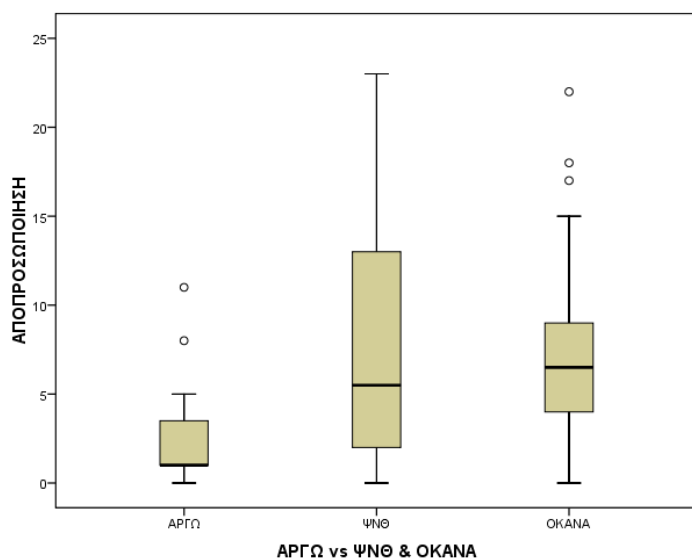
Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται σχηματικά στα διαγράμματα που ακολουθούν (εικόνες 5.2.1.4, 5.2.1.5 και 5.2.1.6).



Εικόνα 5.2.1.4: Διάγραμμα συναισθηματική εξάντλησης (ΑΡΓΩ – ΨΝΘ – ΟΚΑΝΑ).



Εικόνα 5.2.1.5: Διάγραμμα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων (ΑΡΓΩ – ΨΝΘ – ΟΚΑΝΑ).



Εικόνα 5.2.1.6: Διάγραμμα αποπροσωποποίησης (ΑΡΓΩ – ΨΝΘ – ΟΚΑΝΑ).

Εξετάζοντας μεμονωμένα τους εργαζόμενους που απασχολούνται σε μονάδες οι οποίες επιλέγουν ως είδος θεραπείας την ψυχολογική υποστήριξη και κοινότητες χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων («στεγνά» προγράμματα, μονάδες ΑΡΓΩ, ΚΕΘΕΑ και ΨΝΘ), παρατηρείται οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά στην συναισθηματική εξάντληση ($p=0,05$) με τους εργαζόμενους στην ΑΡΓΩ να εμφανίζουν κατά μέσο όρο μικρότερη συναισθηματική εξάντληση από τις άλλες δυο μονάδες και στατιστικά σημαντική διαφορά στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και στην αποπροσωποποίηση ($p<0,05$). Τόσο στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, όσο και στην αποπροσωποποίηση, καταγράφεται καλύτερη επίδοση στους εργαζόμενους στην μονάδα ΑΡΓΩ και χειρότερη στους εργαζόμενους στην μονάδα του ΨΝΘ (πίνακας 5.2.1.9). Πιο αναλυτικά τα συγκεκριμένα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 1 του παραρτήματος.

Πίνακας 5.2.1.9: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με τη μονάδα απασχόλησης «στεγνών» προγραμμάτων (ΑΡΓΩ- ΚΕΘΕΑ- ΨΝΘ).

	Μονάδα	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	χ^2	p
Συναισθηματική Εξάντληση	ΑΡΓΩ	19	13,00	7,19	1	33	5,975	0,050
	ΚΕΘΕΑ	25	19,00	8,07	8	34		
	ΨΝΘ	42	17,29	9,81	1	43		
	<i>Σύνολο</i>	86	16,84	8,97	1	43		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	ΑΡΓΩ	19	38,32	7,54	11	46	9,770	0,008
	ΚΕΘΕΑ	25	37,56	4,43	28	47		
	ΨΝΘ	42	34,02	6,89	14	45		
	<i>Σύνολο</i>	86	36,00	6,66	11	47		
Αποπροσωποποίηση	ΑΡΓΩ	19	2,63	2,91	0	11	12,09	0,002
	ΚΕΘΕΑ	25	6,00	4,33	0	17		
	ΨΝΘ	42	6,95	6,08	0	23		
	<i>Σύνολο</i>	86	5,72	5,27	0	23		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Kruskal-Wallis

5.2.2 Συσχετίσεις των συνιστωσών της ΕΕ με τις δημογραφικές μεταβλητές και τις συνθήκες εργασίας.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των 188 εργαζομένων περιγράφονται αναλυτικά στο κεφάλαιο 5.1 (περιγραφικά στοιχεία του δείγματος). Στη συνέχεια ακολουθεί ανάλυση των στοιχείων αυτών με τις παραμέτρους του ερωτηματολογίου.

Στον πίνακα 5.2.2.1 φαίνεται ότι το φύλο του δείγματος δεν αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωσή των εργαζομένων ($p > 0,05$ και στις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης).

Πίνακας 5.2.2.1: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με το φύλο του εργαζόμενου.

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	Z score	p
Συναισθηματική Εξάντληση	ΑΝΔΡΑΣ	67	17,09	9,38	1	43	-,328	,743
	ΓΥΝΑΙΚΑ	121	17,82	9,63	1	51		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	ΑΝΔΡΑΣ	67	35,60	8,01	6	47	-,965	,334
	ΓΥΝΑΙΚΑ	121	35,07	6,65	11	47		
Αποπροσωποποίηση	ΑΝΔΡΑΣ	67	7,19	5,64	0	23	-1,090	,276
	ΓΥΝΑΙΚΑ	121	6,20	4,96	0	20		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Mann - Whitney

Ομοίως με τον προηγούμενο πίνακα, η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων δεν επηρεάζεται από την οικογενειακή τους κατάσταση ($p > 0,05$ και στις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης) (Πίνακας 5.2.2.2).

Πίνακας 5.2.2.2: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με την οικογενειακή κατάσταση του εργαζόμενου.

	Οικογενειακή Κατάσταση	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	Z score	p
Συναισθηματική Εξάντληση	Έγγαμος/Συμβίωση	127	17,99	8,970	1	43	-1,492	,136
	Άγαμος/διαζ. χήρος	61	16,66	10,622	1	51		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	Έγγαμος/Συμβίωση	127	35,15	7,368	6	47	-,083	,934
	Άγαμος/διαζ. χήρος	61	35,49	6,730	18	47		
Αποπροσωποποίηση	Έγγαμος/Συμβίωση	127	6,69	5,264	0	23	-,616	,538
	Άγαμος/διαζ. χήρος	61	6,26	5,164	0	22		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Mann - Whitney

Το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος, χωρισμένο σε τρεις κατηγορίες, όπως φαίνεται στον πίνακα 5.2.2.3 (μέχρι λύκειο, ΤΕΙ, ΑΕΙ ή διδακτορικό), διαφοροποιεί οριακά στατιστικά σημαντικά το αίσθημα της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων ($p=0,056$). Πιο συγκεκριμένα, και σύμφωνα με τον πίνακα 2 του παραρτήματος, η διαφοροποίηση παρουσιάζεται μεταξύ των εργαζομένων που ανήκουν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και αυτών που είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, με τους τελευταίους να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τα προσωπικά τους επιτεύγματα.

Πίνακας 5.2.2.3: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με το επίπεδο εκπαίδευσης του εργαζόμενου.

	Επίπεδο Εκπαίδευσης	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	χ^2	p
Συναισθηματική Εξάντληση	Μέχρι Λύκειο	36	18,19	9,08	1	43	,798	,671
	ΤΕΙ	69	17,09	9,05	4	45		
	ΑΕΙ+	83	17,67	10,18	1	51		
	<i>Σύνολο</i>	<i>188</i>	<i>17,56</i>	<i>9,53</i>	<i>1</i>	<i>51</i>		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	Μέχρι Λύκειο	36	32,58	8,21	6	47	5,782	,056
	ΤΕΙ	69	36,14	6,92	18	47		
	ΑΕΙ+	83	35,69	6,64	11	47		
	<i>Σύνολο</i>	<i>188</i>	<i>35,26</i>	<i>7,15</i>	<i>6</i>	<i>47</i>		
Αποπροσωποποίηση	Μέχρι Λύκειο	36	7,97	5,80	0	23	3,880	,144
	ΤΕΙ	69	6,71	5,21	0	22		
	ΑΕΙ+	83	5,81	4,89	0	22		
	<i>Σύνολο</i>	<i>188</i>	<i>6,55</i>	<i>5,22</i>	<i>0</i>	<i>23</i>		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Kruskal-Wallis

Όπως αναφέρθηκε στα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος, οι εργαζόμενοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την επαγγελματική τους ιδιότητα: στους εργαζόμενους που έχουν άμεση θεραπευτική σχέση με τα εξαρτημένα άτομα και σε

αυτούς που δεν έχουν θεραπευτική σχέση. Εξετάστηκε κατά πόσον η θεραπευτική ή μη σχέση συσχετίζεται με τις συνιστώσες της ΕΕ.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυψαν, σημαντική διαφορά παρουσιάζεται στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και στην αποπροσωποποίηση. Συγκεκριμένα, τα άτομα των οποίων η εργασία σχετίζεται άμεσα με την απεξάρτηση του ασθενή από τις ναρκωτικές ουσίες, νιώθουν περισσότερο ευχαριστημένοι όσον αφορά στην επίτευξη των προσωπικών τους στόχων σε σχέση με αυτούς των οποίων το αντικείμενο απασχόλησης δεν σχετίζεται με τη θεραπεία των ασθενών ($p=0,000$). Επιπρόσθετα, οι εργαζόμενοι με θεραπευτική σχέση αισθάνονται σε μικρότερο βαθμό αποπροσωποποίηση και πιο κοντά στους ασθενείς και τα προβλήματά τους, σε σχέση με αυτούς των οποίων το αντικείμενο απασχόλησης δεν σχετίζεται με τη θεραπεία των ασθενών ($p=0,007$) (πίνακας 5.2.2.4). Είναι σημαντικό να σημειωθεί, για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτών, ότι θεραπευτική σχέση έχουν 166 εργαζόμενοι, έναντι 22 που δεν έχουν θεραπευτική σχέση.

Πίνακας 5.2.2.4: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με τη θεραπευτική ή μη σχέση του εργαζομένου με τον ασθενή.

	Σχέση με τον ασθενή	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	Z score	p
Συναισθηματική Εξάντληση	Θεραπευτική σχέση	166	17,08	9,22	1	51	-1,515	,130
	Μη θεραπευτική σχέση	22	21,14	11,16	8	45		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	Θεραπευτική σχέση	166	36,05	6,66	11	47	-3,925	,000
	Μη θεραπευτική σχέση	22	29,27	8,04	6	41		
Αποπροσωποποίηση	Θεραπευτική σχέση	166	6,21	5,17	0	23	-2,701	,007
	Μη θεραπευτική σχέση	22	9,14	4,95	1	18		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Mann - Whitney

Στον πίνακα 5.2.2.5 παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων και την κατηγορία που ανήκουν ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Από τις τρεις συνιστώσες, παρατηρείται στατιστικά

σημαντική διαφοροποίηση μόνο στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης του εργαζόμενου ($p=0,035$).

Αναλύοντας περισσότερο το παραπάνω εύρημα, βρέθηκε ότι η διαφοροποίηση εμφανίζεται μεταξύ των εργαζομένων που ανήκουν στην κατηγορία της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) και αυτών που ανήκουν στην κατηγορία Τεχνολογικής (ΤΕ) και Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ). Οι υπάλληλοι της κατηγορίας ΔΕ παρουσιάζονται πιο δυσαρεστημένοι από τα προσωπικά τους επιτεύγματα από ότι οι υπάλληλοι των κατηγοριών ΤΕ και ΠΕ (πίνακας 3 του παραρτήματος)

Πίνακας 5.2.2.5: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με το εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων.

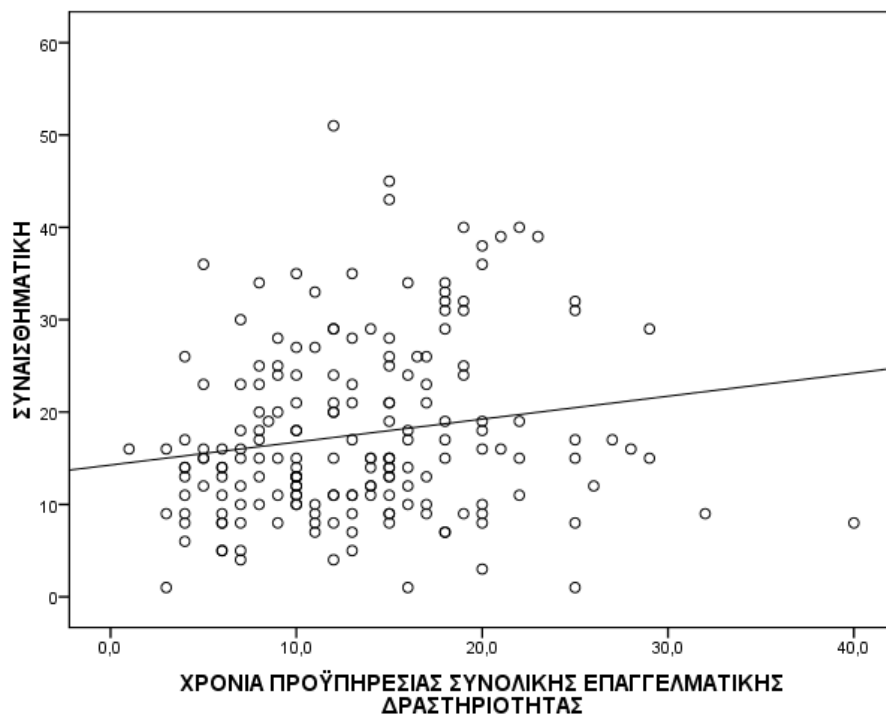
	Κατηγορία εκπαίδευσης	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Ελαχ.	Μεγ.	χ^2	p
Συναισθηματική Εξάντληση	ΥΕ	10	16,50	10,470	1	32	1,583	,663
	ΔΕ	26	18,85	8,624	9	43		
	ΤΕ	71	17,54	9,789	4	51		
	ΠΕ	81	17,30	9,597	1	40		
	<i>Σύνολο</i>	<i>188</i>	<i>17,56</i>	<i>9,530</i>	<i>1</i>	<i>51</i>		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	ΥΕ	10	36,20	7,177	23	47	8,590	,035
	ΔΕ	26	31,19	8,275	6	42		
	ΤΕ	71	36,18	6,852	18	47		
	ΠΕ	81	35,64	6,698	11	47		
	<i>Σύνολο</i>	<i>188</i>	<i>35,26</i>	<i>7,151</i>	<i>6</i>	<i>47</i>		
Αποπροσωποποίηση	ΥΕ	10	7,10	5,384	1	14	3,868	,276
	ΔΕ	26	8,31	6,018	0	23		
	ΤΕ	71	6,63	5,155	0	22		
	ΠΕ	81	5,85	4,935	0	22		
	<i>Σύνολο</i>	<i>188</i>	<i>6,55</i>	<i>5,222</i>	<i>0</i>	<i>23</i>		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Kruskal-Wallis

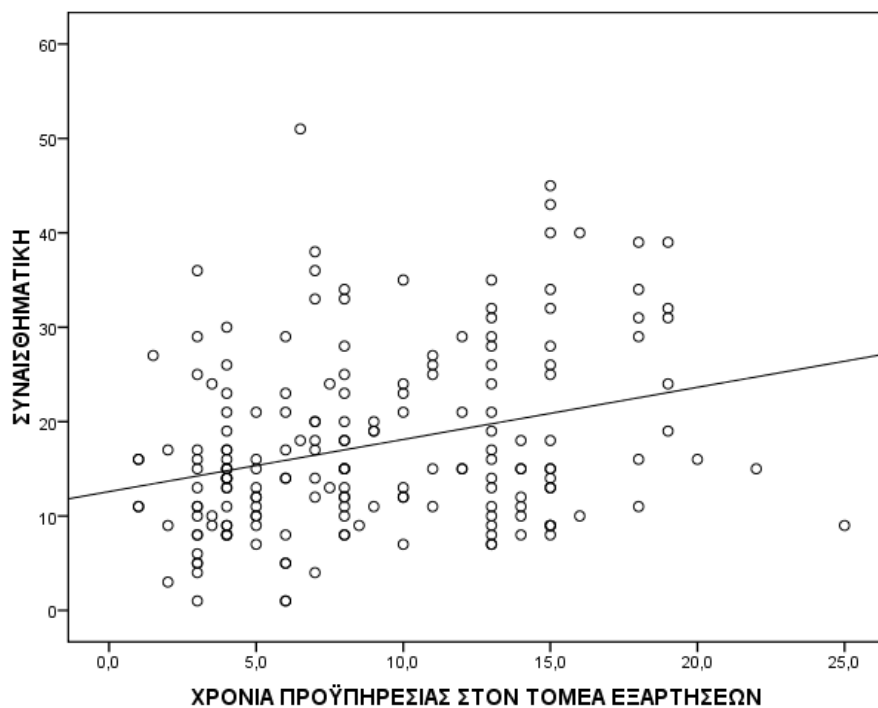
Στον πίνακα 5.2.2.6 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της συσχέτισης των συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα έτη προϋπηρεσίας, τόσο της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας του δείγματος όσο και της απασχόλησής του στον τομέα των εξαρτήσεων. Παρατηρείται πως και στις δύο περιπτώσεις, ότι η συνιστώσα που εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας είναι αυτή της συναισθηματικής εξάντλησης. Παρατηρείται δηλαδή αυξημένη συναισθηματική εξάντληση όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας. Η διαφοροποίηση της συναισθηματικής εξάντλησης απεικονίζεται στα διαγράμματα στις εικόνες 5.2.2.1 και 5.2.2.2.

Πίνακας 5.2.2.6: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με τα έτη προϋπηρεσίας συνολικά και στον τομέα των εξαρτήσεων (Spearman correlation coefficient). Με σκίαση οι περιοχές με στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση.

		Έτη προϋπηρεσίας – Συνολική επαγγελματική δραστηριότητα	Έτη προϋπηρεσίας – Τομέας εξαρτήσεων
Συναισθηματική Εξάντληση	r	0,189	0,283
	p	0,009	0,000
	N	188	187
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	r	0,101	0,072
	p	0,166	0,328
	N	188	187
Αποπροσωποποίηση	r	0,047	0,065
	p	0,524	0,375
	N	188	187



Εικόνα 5.2.2.1: Διάγραμμα συσχέτισης συναισθηματικής εξάντλησης και ετών προϋπηρεσίας συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας.



Εικόνα 5.2.2.2: Διάγραμμα συσχέτισης συναισθηματικής εξάντλησης και ετών προϋπηρεσίας στον τομέα των εξαρτήσεων.

Πιο αναλυτικά, χωρίζοντας τα έτη της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας σε τέσσερις κατηγορίες, όπως φαίνεται στον πίνακα 5.2.2.7, δεν παρατηρείται καμιά συσχέτισή τους με τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 5.2.2.7: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με τα έτη προϋπηρεσίας συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας.

	Έτη προϋπηρεσίας – Συνολική επαγγελματική δραστηριότητα	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	χ^2	p
Συναισθηματική Εξάντληση	1 - 5	19	14,58	7,669	1	36	5,472	,140
	6 - 10	55	15,62	7,179	4	35		
	11 - 15	54	18,07	10,310	4	51		
	15 +	60	19,82	10,744	1	40		
	<i>Σύνολο</i>	<i>188</i>	<i>17,56</i>	<i>9,530</i>	<i>1</i>	<i>51</i>		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	1 - 5	19	33,58	8,566	14	46	1,348	,718
	6 - 10	55	34,64	7,607	6	46		
	11 - 15	54	35,54	7,084	21	47		
	15 +	60	36,12	6,290	17	47		
	<i>Σύνολο</i>	<i>188</i>	<i>35,26</i>	<i>7,151</i>	<i>6</i>	<i>47</i>		
Αποπροσωποποίηση	1 - 5	19	7,00	6,128	1	23	,715	,870
	6 - 10	55	6,04	4,256	0	17		
	11 - 15	54	6,17	4,986	0	18		
	15 +	60	7,23	5,927	0	22		
	<i>Σύνολο</i>	<i>188</i>	<i>6,55</i>	<i>5,222</i>	<i>0</i>	<i>23</i>		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Kruskal-Wallis

Η διαφοροποίηση της παραμέτρου της συναισθηματικής εξάντλησης συσχετιζόμενη με τα χρόνια απασχόλησης στον τομέα εξαρτήσεων είναι ισχυρά στατιστικά σημαντική ($p=0,001$) με τους έχοντες 1 – 5 έτη εμπειρίας να έχουν κατά μέσο όρο λιγότερη συναισθηματική εξάντληση από τους υπόλοιπους, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 5.2.2.8. Αναλυτικότερα στοιχεία σχετικά με την παράμετρο

των ετών προϋπηρεσίας στον τομέα των εξαρτήσεων παρουσιάζονται και στον πίνακα 4 του παραρτήματος.

Πίνακας 5.2.2.8: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με τα έτη προϋπηρεσίας στον τομέα των εξαρτήσεων.

	Έτη προϋπηρεσίας – Τομέας εξαρτήσεων	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	χ^2	p
Συναισθηματική Εξάντληση	1 - 5	62	13,84	6,85	1	36	17,341	,001
	6 - 10	56	17,84	9,88	1	51		
	11 - 15	53	19,36	9,87	7	45		
	15 +	16	24,69	10,98	9	40		
	<i>Σύνολο</i>	187	17,53	9,55	1	51		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	1 - 5	62	34,60	7,52	11	46	1,391	,708
	6 - 10	56	34,79	7,48	6	45		
	11 - 15	53	36,45	6,73	21	47		
	15 +	16	35,75	6,07	24	45		
	<i>Σύνολο</i>	187	35,28	7,16	6	47		
Αποπροσωπο οίηση	1 - 5	62	5,94	4,90	0	23	1,108	,775
	6 - 10	56	6,55	4,89	0	20		
	11 - 15	53	6,75	5,22	0	22		
	15 +	16	8,06	7,41	0	22		
	<i>Σύνολο</i>	187	6,53	5,23	0	23		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Kruskal-Wallis

Εξετάζοντας τις τρεις συνιστώσες της ΕΕ σε σχέση με την ηλικία των εργαζομένων, παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα: Εμφανίστηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ μέτριας και υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης. Αναλυτικότερα, τα άτομα με μέτρια συναισθηματική εξάντληση είχαν σημαντικά

μικρότερο μέσο όρο ηλικίας σε σχέση με τα άτομα με υψηλή συναισθηματική εξάντληση ($37,9 \pm 7,1$ και $42,7 \pm 6,9$ αντίστοιχα).

Τα άτομα με χαμηλή συναισθηματική εξάντληση βρίσκονται σε ενδιάμεση κατάσταση (δεν διαφοροποιούνται από τις 2 ομάδες) (πίνακας 5.2.2.9). Δηλαδή, οι νεώτεροι τείνουν να παρουσιάζουν περισσότερο μέτρια συναισθηματική εξάντληση, οι ενδιάμεσες ηλικίες χαμηλή, ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες υψηλή συναισθηματική εξάντληση. Όσον αφορά τις δύο άλλες συνιστώσες της ΕΕ, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση με την ηλικία των εργαζομένων (πίνακας 5.2.2.10 και 5.2.2.11).

Τέλος, εξετάζοντας συνολικά την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης, παρατηρήθηκε οριακά στατιστική σημαντικότητα ($p=0,055$), υπό την έννοια της αυξημένης ΕΕ στους μεγαλύτερους κατά μέσο όρο σε ηλικία (πίνακας 5.2.2.12).

Πίνακας 5.2.2.9: Διαβαθμίσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και μέση τιμή ηλικίας των ατόμων.

Συναισθηματική εξάντληση	N	Μέση τιμή ηλικίας	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Χαμηλή	130	39,46	7,10	28	63
Μέτρια	35	37,94 *	5,85	28	53
Υψηλή	23	42,74 *	6,90	29	60
Σύνολο	188	39,58	6,95	28	63

* $p = 0,027$ (ANOVA, Έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων Tuckey)

Πίνακας 5.2.2.10: Διαβαθμίσεις της επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων και μέση τιμή ηλικίας των ατόμων.

Προσωπικά επιτεύγματα	N	Μέση τιμή ηλικίας	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Χαμηλή	30	40,77	7,09	28	62
Μέτρια	75	39,83	6,74	28	63
Υψηλή	83	38,93	7,10	28	60
Σύνολο	188	39,58	6,95	28	63

Πίνακας 5.2.2.11: Διαβαθμίσεις της αποπροσωποποίησης και μέση τιμή ηλικίας των ατόμων.

Αποπροσωποποίηση	N	Μέση τιμή ηλικίας	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Χαμηλή	96	39,36	7,18	28	63
Μέτρια	56	39,32	5,58	28	50
Υψηλή	36	40,56	8,25	29	60
Σύνολο	188	39,58	6,95	28	63

Πίνακας 5.2.2.12: Ύπαρξη συνολικά επαγγελματικής εξουθένωσης και μέση τιμή ηλικίας των εργαζομένων.

Επαγγελματική εξουθένωση	N	Μέση τιμή ηλικίας	Τυπ. Απόκλιση	t- test (df)	p
ΝΑΙ	14	43,0	8,2	1,928 (186)	0,055 (οριακό)
ΟΧΙ	174	39,3	6,8		

Όσον αφορά το ωράριο εργασίας των εργαζομένων του δείγματος, παρατηρείται ότι επηρεάζει τους εργαζομένους μόνο ως προς τη συναισθηματική εξάντληση ($p=0,016$) (πίνακας 5.2.2.13). Συγκεκριμένα, η διαφοροποίηση έγκειται στο γεγονός ότι οι εργαζόμενοι που απασχολούνται στις μονάδες με κυκλικό ωράριο εργασίας νιώθουν λιγότερο επιβαρυνμένοι συναισθηματικά από τους αντίστοιχους που εργάζονται μόνιμα τις πρωινές ώρες.

Πίνακας 5.2.2.13: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με το ωράριο εργασίας.

	Ωράριο Εργασίας	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	Z score	p
Συναισθηματική Εξάντληση	ΚΥΚΛΙΚΟ	54	14,81	7,581	1	43	-2,398	,016
	ΠΡΩΙΝΟ	132	18,77	10,057	1	51		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	ΚΥΚΛΙΚΟ	54	35,52	7,210	11	47	-,332	,740
	ΠΡΩΙΝΟ	132	35,12	7,178	6	47		
Αποπροσωποποίηση	ΚΥΚΛΙΚΟ	54	5,91	5,731	0	23	-1,730	,084
	ΠΡΩΙΝΟ	132	6,87	5,015	0	22		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Mann - Whitney

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων των συσχετίσεων, παρατηρείται ότι η εκτέλεση ή μη καθηκόντων προϊσταμένου στην υπηρεσία δεν διαφοροποιεί σημαντικά καμία από τις τρεις συνιστώσες που απαρτίζουν την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας (πίνακας 5.2.2.14).

Πίνακας 5.2.2.14: Συσχέτιση των συνιστωσών της ΕΕ με την εκτέλεση καθηκόντων προϊσταμένου στο χώρο εργασίας.

	Εκτέλεση καθηκόντων Προϊσταμένου	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Min	Max	Z score	p
Συναισθηματική Εξάντληση	ΝΑΙ	25	20,80	10,30	8	40	-1,634	,102
	ΟΧΙ	163	17,06	9,34	1	51		
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	ΝΑΙ	25	37,28	6,05	21	47	-1,344	,179
	ΟΧΙ	163	34,95	7,27	6	47		
Αποπροσωποποίηση	ΝΑΙ	25	6,88	6,36	0	22	-,148	,882
	ΟΧΙ	163	6,50	5,05	0	23		

Μη παραμετρικός Έλεγχος Mann - Whitney

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό τη διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους των μονάδων απεξάρτησης («στεγνών» ουσιών) για τα άτομα που εμφανίζουν εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες και στους εργαζόμενους των προγραμμάτων υποκατάστασης (OKANA) της Θεσσαλονίκης. Επιπρόσθετα, η μελέτη είχε ως σκοπό την σύγκριση του επιπέδου της ΕΕ μεταξύ των εργαζομένων των δύο αυτών διαφορετικής φιλοσοφίας και μεθοδολογίας προγραμμάτων για εξαρτημένα άτομα. Τέλος, σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η συσχέτιση της ΕΕ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Στην έρευνα συμμετείχαν 188 εργαζόμενοι, οι οποίοι συμπλήρωσαν το σχετικό ερωτηματολόγιο MBI, όπως αναφέρθηκε προηγούμενα. Η κατανομή των εργαζομένων ανά μονάδα απασχόλησης παρουσιάστηκε στον πίνακα 5.1.1. Συνοπτικά αναφέρεται ότι από τους 188 εργαζόμενους, το 41,5% εργάζεται σε μονάδες υποκατάστασης του OKANA, χρησιμοποιώντας φάρμακα στην θεραπευτική μεθοδολογία τους, ενώ το 58,5% εργάζεται σε προγράμματα αποκατάστασης «στεγνών» ουσιών, χωρίς την χρήση φαρμάκων (εικόνα 5.1.1).

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, η πλειοψηφία των εργαζομένων ήταν γυναίκες, σε ποσοστό 64,4% (πίνακας 5.1.3). Η μεγαλύτερη αναλογία των γυναικών μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο αποτελεί την μεγαλύτερη εργασιακή ομάδα του δείγματος, είναι κατά κύριο λόγο γυναίκες, όπως συμβαίνει με τους νοσηλευτές γενικότερα στο χώρο της υγείας (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 39,6 έτη (εύρος 28 έως 63) (πίνακας 5.1.10). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, η πλειοψηφία των εργαζομένων δήλωσαν έγγαμοι, σε ποσοστό 65,4% (πίνακας 5.1.4), με αριθμό παιδιών από 0 έως 3 (πίνακας 5.1.5).

Το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων περιείχε όλες τις κατηγορίες, από απόφοιτο Δημοτικού (1 άτομο, έως απόφοιτους ΑΕΙ με διδακτορικό (2 άτομα). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσαν απόφοιτοι ΤΕΙ σε ποσοστό 36,7% και ακολουθούσαν οι απόφοιτοι ΑΕΙ σε ποσοστό 32,4% (πίνακας 5.1.6). Σημαντικό στοιχείο αποτέλεσε το γεγονός ότι 10,6% των εργαζομένων ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, το οποίο αφορούσε τις περισσότερες κατηγορίες εργαζομένων (ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί). Το γεγονός

αυτό πιθανόν υποδηλώνει ένα αυξημένο επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης, παρά τον κατά κύριο λόγο δημόσιο χαρακτήρα των περισσότερων εργασιακών χώρων. Συγκρίνοντας τα στοιχεία αυτά με τα στοιχεία της κατηγορίας υπαλλήλου ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης (πίνακας 5.1.7), βρέθηκε ότι ορισμένοι υπάλληλοι (4,8%), ενώ έχουν προσληφθεί με σύμβαση υπαλλήλου υποχρεωτικής εκπαίδευσης, έχουν αποφοιτήσει από σχολείο ανωτέρου επιπέδου του Δημοτικού.

Όσον αφορά την ειδικότητα των εργαζομένων, από τα 188 άτομα οι περισσότεροι ανά σειρά συχνότητας είναι οι νοσηλευτές (27,7%), οι ψυχολόγοι (25%), οι κοινωνικοί λειτουργοί (12,8%) και οι ιατροί (9%). Υπάρχουν πολλές ακόμα επαγγελματικές κατηγορίες που εργάζονται στις μονάδες αυτές και παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 5.1.8. Όπως συμβαίνει στους περισσότερους εργασιακούς χώρους της υγείας, έτσι και εδώ ο βασικός κορμός των εργαζομένων αποτελείται από νοσηλευτικό προσωπικό. Λόγω της ιδιαιτερότητας και τους είδους της εργασίας απασχολείται και μεγάλος αριθμός ψυχολόγων, οι οποίοι φαίνεται να επωμίζονται μεγάλο θεραπευτικό μερίδιο στον τομέα των εξαρτήσεων στις μονάδες που εξετάστηκαν. Επιπρόσθετα, επειδή ανακύπτουν πολλά κοινωνικοοικονομικά προβλήματα στους ασθενείς των μονάδων υποκατάστασης και απεξάρτησης, εργάζεται σε αυτές και σημαντικός αριθμός κοινωνικών λειτουργών. Οι ιατροί οι οποίοι εργάζονται στις μονάδες είναι στην συντριπτική πλειοψηφία τους ψυχίατροι (13 από τους 17) και αυτό γίνεται κατανοητό λόγω της ιδιαιτερότητας του χώρου των εξαρτήσεων και της ψυχοπαθολογίας των εξαρτημένων ατόμων (Nace et al, 1991, Kokkevi & Stefanis, 1995, Khantzian, 1997).

Στους 188 εργαζόμενους καταγράφηκαν 19 διαφορετικές ειδικότητες. Ορισμένοι από τους εργαζόμενους, παρόλο που εργάζονται σε επικουρικούς τομείς στον χώρο των εξαρτήσεων, δεν έχουν άμεση θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς, αλλά παίζει σημαντικό ρόλο η στάση και η συμπεριφορά τους, στα πλαίσια της Θεραπείας Περιβάλλοντος, που εφαρμόζεται στις μονάδες απεξάρτησης των στεγνών ουσιών προγραμμάτων. Έτσι, ουσιαστικά θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς είχαν τα 166 από τα 188 άτομα (88,3%) που συμμετείχαν στη μελέτη (πίνακας 5.1.9).

Η συνολική προϋπηρεσία των εργαζομένων σε έτη ακολουθεί κανονική κατανομή, ενώ μέση τιμή των ετών της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας του δείγματος είναι τα 13,2 έτη που συμβαδίζει με τη μέση τιμή της ηλικίας και το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων. Τα στοιχεία αυτά εναρμονίζονται με το γεγονός ότι το 80,8% του δείγματος που ανήκει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ξεκίνησε

την επαγγελματική του καριέρα περίπου στα 26 του χρόνια. Η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή είναι το 1 έτος και το 40 αντίστοιχα, τιμές που επίσης είναι περίπου ανάλογες της ελάχιστης και μέγιστης ηλικίας (πίνακας 5.1.10, εικόνες 5.1.3 και 5.1.4). Εξετάζοντας όμως την προϋπηρεσία των εργαζομένων στο χώρο των εξαρτήσεων, φάνηκε ότι δεν ακολουθεί κανονική κατανομή (εικόνα 5.1.5).

Η παράμετρος των ετών προϋπηρεσίας στον τομέα εξαρτήσεων παρουσιάζει μέση τιμή 8,9 έτη. Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τη συνολική προϋπηρεσία, πιθανόν να σχετίζεται με το γεγονός ότι περίπου οι μισοί εργαζόμενοι στις μονάδες εξαρτήσεων, εργαζόνταν παλαιότερα σε άλλους τομείς της υγείας και όχι μόνο.

Οι προσλήψεις προσωπικού στις μονάδες εξαρτήσεων της μελέτης έγιναν τμηματικά και όχι με κάποιο σταθερό ετήσιο ρυθμό, ώστε να υπάρχει ομαλή κατανομή των ετών προϋπηρεσίας στον τομέα των εξαρτήσεων. Όταν η προϋπηρεσία ομαδοποιήθηκε ανά 5 έτη, οι κατηγορίες που προέκυψαν εμφάνισαν μία ομαλότερη κατανομή και στις δύο κατηγορίες (πίνακες 5.1.11 και 5.1.12). Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, στο σύνολο του δείγματος, 1 στους 3 εργαζόμενους έχει πάνω από 15 χρόνια συνολική προϋπηρεσία ανεξαρτήτως κλάδου απασχόλησης, 1 στους 10 έχει από 1 – 5 χρόνια επαγγελματική σταδιοδρομία και οι υπόλοιποι ερωτηθέντες δραστηριοποιούνται από 5,1 – 15 έτη στον εργασιακό τομέα.

Όσον αφορά την προϋπηρεσία στον τομέα των εξαρτήσεων, παρατηρείται ότι 1 στους 3 διαθέτει εμπειρία μέχρι πέντε χρόνων στον συγκεκριμένο τομέα. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό που απασχολείται πάνω από 15 χρόνια, ενώ οι υπόλοιποι εργαζόμενοι ισοκατανέμονται στις κατηγορίες 6 – 10 έτη και 11 – 15 έτη.

Η συσχέτιση των ετών της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας με τα έτη απασχόλησης στον τομέα εξαρτήσεων, αναφορικά μόνο με τους εργαζόμενους που έχουν θεραπευτική σχέση με τον ασθενή, δείχνει ότι υπάρχει εξάρτηση των ετών συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας και των ετών απασχόλησης στον τομέα των εξαρτήσεων για τα άτομα που έχουν θεραπευτική σχέση με τον ασθενή (πίνακας 5.1.13). Βρέθηκε ότι όσο μεγαλώνουν τα χρόνια συνολικής προϋπηρεσίας τόσο αυξάνεται η εμπειρία στις μονάδες απεξάρτησης, ενώ 1 στα 4 άτομα που απασχολούνται στον τομέα των εξαρτήσεων από 1 έως 5 έτη είχαν προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία. Επίσης, 1 στους 2 εργαζόμενους είχε από λίγη έως καθόλου προϋπηρεσία πριν εργαστεί στις μονάδες απεξάρτησης.

Όσον αφορά το ωράριο εργασίας των εργαζομένων είναι κατά μέγιστη πλειοψηφία πρωινό (70,2%). Ισοκατανεμημένα είναι τα άτομα που εργάζονται, είτε με

κυκλικό ωράριο εργασίας, είτε με πρωινό – απογευματινό (14,4%). Μόλις το 1,1% των εργαζομένων απασχολείται στην υπηρεσία του τις απογευματινές ώρες (πίνακας 5.1.14). Τέλος, 25 από τα 188 άτομα του δείγματος (13,3%) εκτελούν καθήκοντα προϊστάμενου στην υπηρεσία τους (πίνακας 5.1.15), αριθμός που υποδηλώνει μεγάλο κατακερματισμό στις μονάδες εξαρτήσεων, με συνέπεια πολλά τμήματα και πολλούς προϊστάμενους.

Η διερεύνηση για την επίπτωση της ΕΕ στους εργαζόμενους των μονάδων εξαρτήσεων έγινε στο σύνολο του δείγματος και ανά κατηγορία του εργασιακού χώρου και το είδος της θεραπείας που ακολουθούν οι εργαζόμενοι. Επίσης έγινε σύγκριση των στοιχείων που προέκυψαν μεταξύ των μονάδων. Τέλος, εξετάστηκε και η τυχόν επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην εμφάνιση της ΕΕ.

Αρχικά εξετάστηκε ο βαθμός εμφάνισης της ΕΕ στο σύνολο του δείγματος. Θα πρέπει να σημειωθεί αναφορικά με τις κατανομές των 3 παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή τη συναισθηματική εξάντληση, τα προσωπικά επιτεύγματα – ολοκλήρωση και την αποπροσωποποίηση, πως παρατηρήθηκε ότι αυτές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή (πίνακας 5.2.1.1, εικόνα 5.2.1.1).

Συγκεκριμένα, εμφανίζουν έντονη λοξότητα προς τις χαμηλές τιμές για την συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και προς τις υψηλές τιμές η παράμετρος των προσωπικών επιτευγμάτων. Η συσχέτιση μεταξύ των τριών παραμέτρων της ΕΕ εμφανίζεται στατιστικά σημαντική (πίνακας 5.1.2).

Εξετάζοντας συνολικά την παρουσία ή όχι της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπου σύμφωνα με τον ορισμό, θα πρέπει να κατηγοριοποιούνται στα ανώτερα επίπεδα τουλάχιστον δύο από τις συνιστώσες του MBI (Maslach et al, 1996), τελικά 14 εργαζόμενοι από το δείγμα (7,4%) παρουσιάζουν επαγγελματική εξουθένωση (πίνακας 5.2.1.5, εικόνα 5.2.1.3). Η περαιτέρω διερεύνηση όμως σε κάθε μία από τις συνιστώσες της ΕΕ έδειξε σημαντικό αριθμό εργαζομένων να εμφανίζει ευρήματα ΕΕ. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το 30,9% του συνόλου των εργαζομένων παρουσιάζει μέτρια ή υψηλή συναισθηματική εξάντληση, 48,9% παρουσιάζει μέτρια ή υψηλή αποπροσωποποίηση και 55,9% του δείγματος εμφανίζει μέτρια ή χαμηλή ολοκλήρωση προσωπικών επιτευγμάτων (πίνακας 5.2.1.4).

Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά, ενώ σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε έρευνα στην Μεγάλη Βρετανία στον τομέα των εξαρτήσεων, η οποία έδειξε υψηλά

επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης στους εργαζόμενους (Farmer, 1995).

Μία άλλη πρόσφατη μελέτη από την Μεγάλη Βρετανία στο ίδιο εργασιακό πεδίο, έδειξε σημαντικά ποσοστά των εργαζομένων να κατατάσσονται στα υψηλά επίπεδα ΕΕ και συγκεκριμένα 33% υψηλή συναισθηματική εξάντληση, 17% υψηλή αποπροσωποποίηση και 36% χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα (Oyfero et al, 2008). Τα ποσοστά αυτά δείχνουν μία σχετικά αυξημένη επίπτωση της ΕΕ και στις 3 συνιστώσες της, σε σχέση με την παρούσα μελέτη.

Σε μία ακόμη έρευνα, από το Los Angeles των ΗΠΑ, μελετήθηκε το σύνδρομο της ΕΕ σε εργαζόμενους σε κέντρα υποκατάστασης. Οι ασθενείς των κέντρων αυτών ήταν στην πλειοψηφία τους φορείς του ιού HIV. Τα επίπεδα της ΕΕ και στις τρεις διαστάσεις της, κυμάνθηκαν σε μέτρια έως αυξημένα επίπεδα. Ο επιπολασμός της ΕΕ στους εργαζόμενους βρέθηκε να εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Τα στοιχεία της μελέτης αυτής δείχνουν επίσης μία σχετικά αυξημένη επίπτωση της ΕΕ και στις 3 συνιστώσες της, σε σχέση με την παρούσα μελέτη. (Shoptaw et al, 2000).

Άλλοι ερευνητές από το Texas των ΗΠΑ σε μία πρόσφατη έρευνά τους σε 94 προγράμματα «στεγνά ουσιών», αναφέρουν ότι τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης κυμάνθηκαν σε μικρά και μέτρια επίπεδα, παρόμοια με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Διαπίστωσαν όμως μεγάλο βαθμού διακυμάνσεις στην συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι οι οποίοι ανελάμβαναν περισσότερες περιπτώσεις εξαρτημένων ατόμων είχαν σημαντικά πιο αυξημένα επίπεδα ΕΕ σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους (Broome et al, 2009).

Άλλη παρόμοια μελέτη στον Ελλαδικό χώρο έδειξε ότι πάνω από τους μισούς εργαζόμενους εμφάνισαν μέτρια έως υψηλή συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, ενώ άνω του 40% των συμμετεχόντων δήλωσε μέτρια έως χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα (Αλεκτορίδης, 2003). Συγκρίνοντας τα ευρήματα αυτά με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, φαίνεται ότι στον τομέα της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης οι εργαζόμενοι της παρούσας μελέτης εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά ΕΕ, ενώ στα προσωπικά επιτεύγματα εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα ΕΕ.

Εξετάστηκε επίσης η πιθανή ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των τριών συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού χώρου και του είδους της θεραπείας που ακολουθείται στο χώρο αυτό (φάρμακο ή «στεγνά»

προγράμματα). Το γεγονός ότι υπάρχουν περιορισμένες ερευνητικές μελέτες σχετικά με την ΕΕ στις μονάδες εξαρτήσεων, ιδιαίτερα στον Ελλαδικό χώρο, αποτέλεσε ένα περιορισμό της μελέτης. Ακόμη πιο σημαντικός περιορισμός της μελέτης αποτέλεσε το γεγονός ότι δεν κατέστη δυνατό να ανευρεθεί άλλη συγκριτική ερευνητική ανάλυση ανάμεσα σε μονάδες εξαρτήσεων διαφορετικής θεραπευτικής φιλοσοφίας (φάρμακο και «στεγνά» προγράμματα). Σύμφωνα πάντως με την παρούσα μελέτη, η διερεύνηση έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση, μεταξύ των δύο βασικών προγραμμάτων θεραπείας (φάρμακο ή «στεγνά» προγράμματα) σε καμία από τις 3 παραμέτρους της ΕΕ (πίνακας 5.2.1.6 και 5.2.1.7).

Εξετάζοντας όμως το πρόβλημα στις επιμέρους μονάδες εξαρτήσεων, προέκυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Η μονάδα ΑΡΓΩ παρουσιάζει χαμηλότερα επίπεδα ΕΕ και στις τρεις παραμέτρους, σε σχέση με τις μονάδες ΟΚΑΝΑ και ΨΝΘ (ως ΨΝΘ αναφέρονται συνοπτικά οι μονάδες του Συμβουλευτικού Σταθμού ΙΑΝΟΣ, η μονάδα Detox και η μονάδα Καρτερών). Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι στη συναισθηματική εξάντληση παρουσιάζεται οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά με τον μικρότερο μέσο όρο να καταγράφεται στην μονάδα ΑΡΓΩ. Στις άλλες δύο κατηγορίες ΟΚΑΝΑ και ΨΝΘ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα. Αναλυτικότερα, η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων είναι πιο έντονη στο ΨΝΘ και στον ΟΚΑΝΑ από ότι στην ΑΡΓΩ. Αναφορικά με την αποπροσωποποίηση, με αρκετά μεγάλη διαφορά, οι εργαζόμενοι στο ΨΝΘ και στον ΟΚΑΝΑ νιώθουν περισσότερο αποστασιοποιημένοι από τους ασθενείς τους σε σχέση με τους εργαζόμενους στην ΑΡΓΩ (πίνακας 5.2.1.8).

Εξετάζοντας μεμονωμένα τους εργαζόμενους που απασχολούνται σε μονάδες οι οποίες επιλέγουν ως είδος θεραπείας την ψυχολογική υποστήριξη και κοινότητες χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων («στεγνά» προγράμματα, μονάδες ΑΡΓΩ, ΚΕΘΕΑ και ΨΝΘ), παρατηρείται κάποια ενδιαφέρουσα διαφοροποίηση ανάμεσα στις μονάδες.

Αναλυτικότερα, παρατηρείται οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά στη συναισθηματική εξάντληση με τους εργαζόμενους στην ΑΡΓΩ να εμφανίζουν κατά μέσο όρο μικρότερη συναισθηματική εξουθένωση από τις άλλες δυο μονάδες. Οι εργαζόμενοι στην ίδια μονάδα εμφανίζουν επίσης στατιστικώς σημαντικά λιγότερη αποπροσωποποίηση, με χειρότερη επίδοση στην μονάδα ΨΝΘ. Όσον αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα, οι εργαζόμενοι στο ΨΝΘ φαίνεται να νιώθουν λιγότερη ικανοποίηση σχετικά με την ολοκλήρωση των προσωπικών τους επιτευγμάτων, ενώ οι

εργαζόμενοι στην ΑΡΓΩ την περισσότερη ικανοποίηση, σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό (πίνακας 5.2.1.9 και πίνακας 1 του παραρτήματος).

Τα ευρήματα αυτά χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης ως προς τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν οι μονάδες αυτές στο εργασιακό περιβάλλον, τον τρόπο λειτουργίας, στις εργασιακές σχέσεις και σε άλλες παραμέτρους. Ο σκοπός είναι να αποσαφηνιστεί ποιοι παράγοντες οδηγούν σε αυτές τις διαφοροποιήσεις στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους. Αναφορικά με συγκρίσιμα στοιχεία από την βιβλιογραφία, δεν ήταν δυνατό να ανευρεθεί μελέτη στην διεθνή και Ελληνική βιβλιογραφία με συγκριτικά δεδομένα επίπτωσης της ΕΕ ανάμεσα σε μονάδες εξαρτήσεων διαφορετικής θεραπευτικής φιλοσοφίας, όπως η παρούσα μελέτη.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα εξετάστηκαν επίσης εάν επηρεάζουν την επίπτωση της ΕΕ. Το φύλο του εργαζόμενου δεν βρέθηκε να επηρεάζει καμία από τις συνιστώσες της ΕΕ (πίνακας 5.2.2.1). Το φύλο γενικότερα δεν θεωρείται ισχυρός δείκτης που επηρεάζει την ΕΕ, όμως αποτελεί γεγονός ότι επειδή οι άνδρες επενδύουν περισσότερο στην εργασία τους από ότι οι γυναίκες, μπορεί να βιώσουν συχνότερα έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων στην εργασία τους στο χώρο της υγείας (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994), στοιχείο που δεν καταγράφηκε στην παρούσα έρευνα.

Η οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε επίσης στην παρούσα μελέτη να επηρεάζει κάποια από τις 3 παραμέτρους της ΕΕ (πίνακας 5.2.2.2). Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλους ερευνητές οι οποίοι αναφέρουν ότι η οικογένεια αποτελεί ως ένα βαθμό προστατευτικό παράγοντα στην εμφάνιση της ΕΕ και παίζει ενισχυτικό ρόλο στην αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach et al, 2001, Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004). Αξίζει βέβαια να τονισθεί ότι οι παραπάνω μελέτες διεξήχθησαν σε χώρους παροχής υγείας, όπως τα νοσοκομεία και όχι σε μονάδες εξαρτήσεων.

Άλλο ένα δημογραφικό χαρακτηριστικό που εξετάστηκε ήταν η ηλικία των εργαζομένων. Παρουσιάστηκε μία ενδιαφέρουσα διαφοροποίηση, όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, υπό την έννοια ότι οι νεώτεροι τείνουν να παρουσιάζουν περισσότερο μέτρια συναισθηματική εξάντληση, οι ενδιάμεσες ηλικίες χαμηλή, ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες υψηλή συναισθηματική εξάντληση.

Αναλυτικότερα, παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ μέτριας και υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης, δηλαδή τα άτομα με μέτρια συναισθηματική εξάντληση είχαν σημαντικά μικρότερο μέσο όρο ηλικίας σε σχέση με

τα άτομα με υψηλή συναισθηματική εξάντληση, ενώ τα άτομα με χαμηλή συναισθηματική εξάντληση βρίσκονται σε ενδιάμεση μέση τιμή ηλικίας (πίνακας 5.2.2.9). Όσον αφορά τις δύο άλλες συνιστώσες της ΕΕ, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση με την ηλικία των εργαζομένων (πίνακας 5.2.2.10 και 5.2.2.11). Τέλος, εξετάζοντας συνολικά την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης, παρατηρήθηκε οριακά στατιστική σημαντικότητα ($p=0,055$), υπό την έννοια της αυξημένης ΕΕ στους μεγαλύτερους κατά μέσο όρο σε ηλικία (πίνακας 5.2.2.12).

Αρκετοί συγγραφείς αναφέρουν ότι η ηλικία των εργαζομένων αποτελεί ένα συχνό παράγοντα που σχετίζεται με την ΕΕ στους εργαζόμενους στην υγεία γενικότερα. Όμως τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουν είναι διαφορετικά μεταξύ των ερευνών. Έτσι, σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, εμφανίζεται σύμφωνα με αρκετές μελέτες, μεγαλύτερη επίπτωση της ΕΕ σε μικρότερες ηλικίες (Maslach et al, 2001, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001, Λαχανά & Κοτρώτσιου, 2004, Shirley, 2006). Επίσης η Shirey (2006) αναφέρει ότι στην αρχή της επαγγελματικής τους καριέρας οι εργαζόμενοι στην υγεία είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου, πιθανώς λόγω υψηλότερων στόχων οι οποίοι δεν πραγματοποιούνται. Αυξημένη επίπτωση της ΕΕ αναφέρουν και άλλοι μελετητές, σε νέους ηλικιακά εργαζόμενους, ιδιαίτερα όταν το στοιχείο αυτό συνοδεύεται και με φτωχή επαγγελματική εμπειρία (Cordes & Dougherty, 1993, Μπελλάλη και συν, 2007, Διλίντας, 2008). Άλλη έρευνα συμπέρανε ότι η ηλικία συσχετίζεται μόνο με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και την αποπροσωποποίηση και όχι με τη συναισθηματική εξάντληση (Κουτσοδήμου, 2009), ενώ η Αδαλή (1999) δεν βρήκε συσχέτιση της ΕΕ με την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, παρά μόνο με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στον τομέα των εξαρτήσεων, σε σχέση με τα ευρήματα άλλων μελετών σε άλλους χώρους υγείας όπως τα νοσοκομεία, πιθανώς να σχετίζονται με τις διαφορετικές συνθήκες και αντικείμενο εργασίας των εργαζομένων στις μονάδες εξαρτήσεων, σε σχέση με τα νοσοκομεία.

Το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο) του εργαζόμενου βρέθηκε να σχετίζεται με αυξημένη έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, σε σχέση με τους αποφοίτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ. Το επίπεδο εκπαίδευσης δεν φάνηκε να επηρεάζει άλλη παράμετρο της ΕΕ (πίνακες 5.2.2.3 και 5.2.2.5 και πίνακες 2 και 3 του παραρτήματος).

Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με άλλη μελέτη σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σπουδών σχετίζεται με τα προσωπικά επιτεύγματα του εργαζόμενου, λόγω του

ότι η εκπαίδευση παρέχει τα περισσότερα εφόδια στο άτομο όπως η αυτοπεποίθηση, ώστε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα τις εργασιακές προκλήσεις (Jordanou et al, 2009).

Παράλληλα όμως, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έρχονται σε αντίθεση με άλλους ερευνητές οι οποίοι αναφέρουν ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της εκπαίδευσης τόσο αυξημένα ανιχνεύονται τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης (Maslach et al, 2001, Αδαλή & Λεμονίδου, 2001).

Οι ειδικότητες των εργαζομένων στις μονάδες εξαρτήσεων, λόγω των πολλών επαγγελματικών κατηγοριών των συμμετεχόντων στην έρευνα, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με το αν είχαν θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς ή όχι. Εξετάζοντας τις δύο αυτές ομάδες σε σχέση με τις παραμέτρους της ΕΕ, βρέθηκε σημαντική διαφορά στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και στην αποπροσωποποίηση. Και στις δύο περιπτώσεις τα άτομα των οποίων η εργασία σχετίζεται άμεσα με την απεξάρτηση του ασθενή, από τις ναρκωτικές ουσίες, νιώθουν περισσότερο ευχαριστημένοι όσον αφορά στην επίτευξη των προσωπικών τους στόχων και πιο κοντά στους ασθενείς και τα προβλήματά τους, σε σχέση με αυτούς των οποίων το αντικείμενο απασχόλησης δεν σχετίζεται με τη θεραπεία των ασθενών (πίνακας 5.2.2.4). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ως προς τη συναισθηματική εξάντληση.

Τα ευρήματα αυτά μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι οι οποίοι έρχονται σε συχνή και στενότερη επαφή με τα εξαρτημένα άτομα έχουν σημαντικό κίνητρο την απεξάρτηση του ασθενή και έτσι νιώθουν περισσότερο ικανοποιημένοι από την επίτευξη των προσωπικών τους επιτευγμάτων. Παράλληλα νιώθουν λιγότερη αποπροσωποποίηση αφού η καθημερινή τους εργασία έχει να κάνει με τα προβλήματα των ασθενών, σε αντίθεση με τους εργαζόμενους οι οποίοι δεν έρχονται σε άμεση και θεραπευτική σχέση με τα εξαρτημένα άτομα.

Τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων συσχετίστηκαν με τις παραμέτρους της ΕΕ, ως συνολική επαγγελματική δραστηριότητα και ως προϋπηρεσία μόνο στον τομέα των εξαρτήσεων. Παρατηρήθηκε αυξημένη συναισθηματική εξάντληση όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας στους εργαζόμενους, τόσο ως συνολική επαγγελματική δραστηριότητα, όσο και ως προϋπηρεσία στον τομέα των εξαρτήσεων. Δεν παρατηρήθηκε άλλη συσχέτιση ανάμεσα στα έτη προϋπηρεσίας και σε άλλη συνιστώσα της ΕΕ (πίνακας 5.2.2.6, πίνακας 5.2.2.8 και πίνακας 4 του παραρτήματος).

Άλλες μελέτες από την Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζουν διαφορετικά συμπεράσματα ως προς την επίπτωση των ετών προϋπηρεσίας στην ΕΕ.

Οι μελέτες αυτές βέβαια δεν διεξήχθησαν σε μονάδες εξαρτήσεων, αλλά κυρίως σε νοσοκομεία. Έτσι, υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενοι με λίγα έτη εμπειρίας έχουν υψηλότερα επίπεδα ΕΕ (Shirley, 2006, Cordes & Dougherty, 1993).

Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν και μελέτες σε Ελληνικά νοσοκομεία (Μπελλάλη και συν, 2007, Διλίντας, 2008). Άλλη έρευνα αναφέρει ότι τα έτη προϋπηρεσίας των νοσηλευτών στα νοσοκομεία συσχετίζονται μόνο με την αποπροσωποποίηση και την επίτευξη προσωπικών επιτευγμάτων και όχι με τη συναισθηματική εξάντληση (Κουτσοδήμου, 2009), ενώ σύμφωνα με την Αδαλή (1999), η προϋπηρεσία των νοσηλευτών στα νοσοκομεία σχετίζεται μόνο με τα προσωπικά επιτεύγματα. Η διαφοροποίηση που παρατηρήθηκε ανάμεσα στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα αποτελέσματα των ερευνών που προαναφέρθηκαν, πιθανόν να σχετίζεται με το γεγονός ότι ο τομέας των εξαρτήσεων έχει ορισμένες ιδιαιτερότητες και δημιουργεί τις προϋποθέσεις στους εργαζόμενους ώστε να αυξάνεται η συναισθηματική εξάντληση που νιώθουν όσο αυξάνεται η εργασιακή τους προϋπηρεσία και εμπειρία.

Παρόμοια διαφοροποίηση καταγράφεται και ως προς το είδος του ωραρίου εργασίας. Έτσι, ενώ στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι εργαζόμενοι που απασχολούνται στις μονάδες με κυκλικό ωράριο εργασίας νιώθουν λιγότερο επιβαρυνμένοι συναισθηματικά από τους αντίστοιχους που εργάζονται μόνιμα τις πρωινές ώρες (πίνακας 5.2.2.13), σε άλλες μελέτες σε εργαζόμενους σε νοσοκομεία αναφέρουν το αντίθετο αποτέλεσμα, δηλαδή ότι οι νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο έχουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση (Maslach et al, 2001, Malliarou et al, 2009, Κουτσοδήμου, 2009). Είναι έκδηλο ότι και στην περίπτωση του είδους του ωραρίου της απασχόλησης και την επίπτωσή του στην εμφάνιση της ΕΕ, ότι υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στους εργαζόμενους στις μονάδες εξαρτήσεων και στους εργαζόμενους σε άλλους τομείς της υγείας, όπως τα νοσοκομεία. Οι ιδιαιτερότητες του χώρου και τρόπου εργασίας και του αντικειμένου απασχόλησης στον τομέα των εξαρτήσεων φαίνεται να είναι υπεύθυνες για την διαφοροποίηση αυτή.

Η τελευταία δημογραφική παράμετρος που εξετάστηκε στην παρούσα μελέτη ήταν το αν εκτελούν οι εργαζόμενοι ή όχι καθήκοντα προϊσταμένου στην υπηρεσία τους. Το στοιχείο αυτό φάνηκε ότι δεν διαφοροποιεί σημαντικά καμία από τις τρεις κατηγορίες που απαρτίζουν την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων (πίνακας 5.2.2.14). Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα και με μία άλλη ερευνητική εργασία της

Μπελλάλη και συν (2007) που διεξήχθη σε νοσηλευτές νοσοκομείων, ενώ η Κουτσοδήμου (2009) αναφέρει ότι η θέση εργασίας των νοσηλευτών σε νοσοκομεία βρέθηκε να έχει σημαντική συσχέτιση με την παράμετρο των προσωπικών επιτευγμάτων.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο MBI για τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, στις τρεις συνιστώσες της, με τη συμμετοχή 188 εργαζόμενων σε όλες τις μονάδες εξαρτήσεων της Θεσσαλονίκης. Συνοπτικά τα ευρήματα που εξάγονται από την έρευνα αυτή είναι:

1. Σύμφωνα με τον ορισμό της ΕΕ, κατά τον οποίο θα πρέπει να κατηγοριοποιούνται στα ανώτερα επίπεδα τουλάχιστον δύο από τις συνιστώσες του MBI, 14 εργαζόμενοι από το δείγμα (ποσοστό 7,4%) παρουσιάζουν επαγγελματική εξουθένωση.
2. Αναλύοντας χωριστά την κάθε μία από τις τρεις συνιστώσες της ΕΕ, συμπεραίνεται ότι το 30,9% των εργαζομένων παρουσιάζει μέτρια ή υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 48,9% παρουσιάζει μέτρια ή υψηλή αποπροσωποποίηση και το 55,9% του δείγματος εμφανίζει μέτρια ή χαμηλή ολοκλήρωση προσωπικών επιτευγμάτων.
3. Δεν καταγράφηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των εργαζομένων των δύο βασικών προγραμμάτων θεραπείας (φάρμακο ή «στεγνά» προγράμματα) σε καμία από τις 3 παραμέτρους της ΕΕ.
4. Εξετάζοντας μεταξύ τους όλες τις επιμέρους μονάδες εξαρτήσεων, βρέθηκε ότι η μονάδα ΑΡΓΩ παρουσιάζει χαμηλότερα επίπεδα ΕΕ και στις τρεις παραμέτρους, σε σχέση με τις άλλες μονάδες.
5. Εξετάζοντας μεμονωμένα τους εργαζόμενους που απασχολούνται σε μονάδες οι οποίες επιλέγουν ως είδος θεραπείας την μη χορήγηση φαρμάκων («στεγνά» προγράμματα), παρατηρείται οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά στην συναισθηματική εξουθένωση με τους εργαζόμενους στην ΑΡΓΩ να εμφανίζουν κατά μέσο όρο μικρότερη συναισθηματική εξουθένωση από τις άλλες μονάδες. Οι εργαζόμενοι στην ίδια μονάδα εμφανίζουν επίσης στατιστικώς σημαντικά λιγότερη αποπροσωποποίηση και περισσότερη ικανοποίηση σχετικά με την ολοκλήρωση των προσωπικών τους επιτευγμάτων. Όσον αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα, οι εργαζόμενοι στο ΨΝΘ (Συμβουλευτικός Σταθμός Ιανός, Detox, Καρτερές) φαίνεται να νιώθουν λιγότερη ικανοποίηση σχετικά με την ολοκλήρωση των προσωπικών τους επιτευγμάτων, και περισσότερο αποστασιοποιημένοι από τους ασθενείς σε σχέση με τους εργαζόμενους στις υπόλοιπες μονάδες.

6. Το φύλο του εργαζομένου, η οικογενειακή κατάσταση και τα καθήκοντα προϊστάμενου ή όχι στην υπηρεσία, δεν φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά κάποια από τις συνιστώσες της ΕΕ.
7. Η αυξημένη ηλικία των εργαζομένων συσχετίστηκε σε σημαντικό βαθμό με υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση. Οι άλλες δύο παράμετροι της ΕΕ δεν επηρεάζονται από την ηλικία. Σε οριακά μη σημαντικό βαθμό βρέθηκε υψηλότερη η επαγγελματική εξουθένωση συνολικά στους μεγαλύτερης ηλικίας εργαζόμενους.
8. Το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο) του εργαζόμενου βρέθηκε να σχετίζεται με αυξημένη έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, σε σχέση με τους αποφοίτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ. Το επίπεδο εκπαίδευσης δεν φάνηκε να επηρεάζει άλλη παράμετρο της ΕΕ.
9. Οι εργαζόμενοι οι οποίοι έχουν άμεση θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς, εμφάνισαν σημαντικά λιγότερη έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και μειωμένη αποπροσωποποίηση, σε σχέση με τους εργαζόμενους που έχουν μη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ως προς τη συναισθηματική εξάντληση.
10. Παρατηρήθηκε αυξημένη συναισθηματική εξάντληση όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας στους εργαζόμενους, τόσο ως συνολική επαγγελματική δραστηριότητα, όσο και ως προϋπηρεσία στον τομέα των εξαρτήσεων. Δεν παρατηρήθηκε άλλη συσχέτιση ανάμεσα στα έτη προϋπηρεσίας και σε άλλη συνιστώσα της ΕΕ.
11. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι οι εργαζόμενοι που απασχολούνται στις μονάδες με κυκλικό ωράριο εργασίας νιώθουν λιγότερη συναισθηματική εξάντληση από τα άτομα που εργάζονται μόνιμα τις πρωινές ώρες.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα των εξαρτήσεων, αντιμετωπίζουν σε χρόνια βάση ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων, που προκύπτουν από την κατάσταση του οργανωτικού πλαισίου στο οποίο εργάζονται, αλλά και από την κοινωνική αλληλεπίδραση με τους ασθενείς τους.

Αν και τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης τα οποία καταγράφηκαν με την παρούσα μελέτη στις μονάδες εξαρτήσεων της Θεσσαλονίκης δεν είναι ιδιαίτερα υψηλά, παρόλα αυτά θα πρέπει να ακολουθήσουν και περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες προκειμένου να μελετηθεί το σύνδρομο αυτό σε πανελλαδικό επίπεδο. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης γενικότερα στο χώρο της υγείας έχει διερευνηθεί σε σημαντικό βαθμό και πλήθος αξιολογών ερευνητικών μελετών υπάρχει

στη διεθνή αλλά και Ελληνική βιβλιογραφία. Όμως, ο χώρος των εξαρτήσεων δεν έχει τύχει ιδιαίτερης προσοχής σε ερευνητικό επίπεδο, όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων, γεγονός που αποδεικνύεται από την περιορισμένη βιβλιογραφία πάνω στο αντικείμενο αυτό.

Για την πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προταθεί πληθώρα παρεμβάσεων, τόσο σε ατομικό, όσο και σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο, όπως περιγράφηκε στο γενικό μέρος. Όμως οι παρεμβάσεις αυτές δεν εφαρμόζονται στην πράξη, στο βαθμό που χρειάζεται.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω και η αιτιολογία της διαφοροποίησης που καταγράφηκε στα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των μονάδων της μελέτης. Θα πρέπει να αναζητηθούν οι παράγοντες που οδήγησαν στις διαφοροποιήσεις μεταξύ των μονάδων, όσον αφορά το περιβάλλον εργασίας, την μεθοδολογία του τρόπου διαχείρισης των εξαρτημένων ατόμων, τις ιδιαιτερότητες του αντικειμένου απασχόλησης, τις εργασιακές σχέσεις, τις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και την στάση των διοικήσεων και διευθυντών. Με τον τρόπο αυτό θα εξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ελαχιστοποίηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των εργαζομένων.

Τέλος, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα ήταν χρήσιμο να αξιοποιηθούν από τις διοικήσεις και τους εργαζόμενους των ίδιων των θεραπευτικών δομών που συμμετείχαν στην έρευνα, ώστε να βελτιωθούν κατά το δυνατόν οι συνθήκες και ο τρόπος εργασίας και να μειωθούν περαιτέρω τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahola K., Honkonen T., Isometsa E., Kalimo R., Nykyri E., Aromaa A., (2005), The relationship between job-related burnout and depressive disorders: results from the Finnish Health 2000 study. *Journal of Affective Disorders*, 88:55-62.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH., (2002), Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 288:1987–1993.
- Antoniou A.S., (1999), Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16(1):20-28.
- Barak M. E. M., Nissly J. A., Levin A., (2001), Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research? A review and metaanalysis. *Social Service Review*, 75: 625– 661.
- Benet L., Michie P., Kippax S., (1991), Quantitative analysis of burnout and its associated factors in AIDS nursing. *AIDS Care*, 3(2):181-192.
- Brill P.L., (1984), The need of an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6: 12-24.
- Broome K, Knight D, Edwards J, Flynn P., (2009), Leadership, burnout, and job satisfaction in outpatient drug-free treatment programs. *Journal of substance abuse treatment*. 37(2):160-170.
- Burke R. J., Deszca E., (1986), Correlates of psychological burnout phases among police officers. *Human Relations*, 39: 487-502.
- Burke, R.J., Greenglass E.R., (2001), Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*. Invited paper for special issue on burnout and health. In E. R.
- Cherniss C, (1980), *Professional burnout in human service organizations*. New York: Preager Publisher
- Cherniss C., (1980), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills. CA: Sage.
- Cordes C., Dougherty T., (1993), A review and an integration of research on job-burnout. *Academy of management review*, 18 (4) : 621-656.

- Corrigan P.W., Holmes E.P., Luchins D., Buican B., (1994), Staff burnout in a psychiatric hospital: a cross-lagged panel design. *Journal of Organizational Behavior*, 15:65-74.
- Davidson M.J., Cooper C.L., (1980), Type A coronary-prone behavior in the work environment. *Journal of Occupational Medicine*, 22:375-383.
- Dekker S. W. A., Schaufeli W. B., (1995), The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist*, 30 (1), 57-63.
- Duxbury ML., Armstrong GD., Drew DJ., Henly SJ., (1984), Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. *Nursing research*, 33: 97-101.
- Edelwich J., Brodsky A., (1980), *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Services Press.
- Etzion D., (1987), *Burnout: The hidden agenda of human distress*, IIBR series in Organizational Behaviour and Human Resources, The Israel Institute of Business Research, faculty of Management, Tel Aviv University, Israel.
- Farmer R., (1995), Stress and working with drug misusers. *Addiction Research*, 3:113-122.
- Firth H., Britton P., (1989), Burnout. Absence and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*. 62: 55-59.
- Firth, H., McIntree, J., Mckeown, P., Britten, P., (1986), Burnout and professional depression: related concepts. *Journal of Advanced Nursing*. 11:663-641.
- Firth-Cozens J., Payne R., (1999), *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.
- Fletcher B., (1988), The epidemiology of occupational stress. In C.L. Cooper, R. Payne (eds) *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Chichester: John Wiley and Sons, pp. 3-52.
- Foxall M., Zimmerman L., Standley R., Bene Captain. (1990), A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15:577-584.
- Freudenberger H. J., (1974), Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 30: 159-165.

- Gallon S. L., Gabriel R. M., Knudsen J. R. W., (2003), The toughest job you'll ever love: A pacific northwest treatment workforce survey. *Journal of Substance Abuse*, 24: 183–196.
- Golembiewski R. T., Munzenrider, R., (1981), Efficacy of three versions of one burn-out measure: MBI as total score, sub-scale scores, or phases? *Journal of Health and Human Resources Administration*, 4:228-246.
- Gorman J.M., (1993), Caring for AIDS victim: What can we learn? *American Journal of Psychiatry*, 150(5):689-90.
- Guntupalli K., Fromm R.E., (1996), Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med.*, 22(7):625-630.
- Hallsten L., (1993). Burning out: a framework. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, Professional burnout: recent developments in theory and research. London: Taylor and Francis.
- Hayter M., (1999), Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the North of England. *J. Adv. Nurs.*, 29(4):984-993.
- Hiller M., Knight K., Broome K., Simpson D., (1998), Legal pressure and treatment retention in a national sample of long-term residential programs. *Criminal Justice and Behavior*, 25: 463–481.
- Hochschild A. R., (1983), The managed heart: Commercialization of human feeling. Berkeley, CA7 University of California Press.
- Hser Y. I., (1995), Drug treatment counselor practices and effectiveness: An examination of literature and relevant issues in a multilevel framework. *Evaluation Review*, 19: 389– 408.
- Iacovides A., Foundoulakis A., Moysidou C., Ierodiakonou C., (1999), Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int. J. Psychiatry Med.* 29(4):421-433.
- 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.
- Jackson S. E., Maslach C., (1982), After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of Occupational Behaviour*, 3: 63-77.
- Kahill, S., (1998), Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*. 29: 284-297.

- Kaliath T, Moris R., (2002), Job satisfaction among nurses. A predictor of burnout levels. *JONA*, 32:648–654.
- Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Walters E., (2005), Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 617– 627.
- Khantzian EJ., (1997), The self – medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications, *Harvard Rev. Psychiatry*, Vol 4, Nr 5, 231-244.
- Knudsen HK, Ducharme LJ, Roman PM., (2006), Counselor emotional exhaustion and turnover intention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment* 31:173-180.
- Kokkevi A. and Stefanis C., (1995), Drug abuse and Psychiatric Comorbidity, *Comprehensive Psychiatry*, 36(5): 329-337.
- Lacoursiere RB., (2001), "Burnout" and substance user treatment: The phenomenon and the administrator-clinician's experience. *Substance Use & Misuse* 36:1839-1874.
- Lamb S., Greenlick M. R., McCarty D., (1998), Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment (pp. 1 –15). Washington, DC7 National Academy Press.
- Lambert V.A., (2004), Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of mental health of Japanese hospital nurses. *Intensive Journ Studies*, 41(1):85-97.
- Laundergan J. C., Flynn D., & Gaboury J. D., (1986), An alcohol and drug counselor training program: Hazelden Foundation's trainee characteristics and outcomes. *Journal of Drug Education*, 16: 167–179.
- Lavanco G., (1997), Burnout syndrome and type A behavior in nurses and teachers in Sicily. *Psychol. Rep.*, 81(2):523-528.
- Lee RT, Ashforth BE., (1996), A meta analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81:123-133.
- Leiter M. P., (1988), Burnout as a function of communication patterns. *Group & Organization Studies*. 13: 111-128.
- Leiter M., Maslach C., (1988), The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour*, 9, 297-308.

- Leiter M., Maslach C., (2005), A mediation model of job burnout. In A.-S. Antoniou & C.L. Cooper (Eds.): *Research Companion to Organizational Health Psychology*. Edward Elgar: Northampton, MA.
- Leiter M., Maslach C., (2005), *Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Lindsey, E., Attridge C., (1989), Staff nurses perceptions of support in an acute care workplace. *The Canadian journal of nursing research*, 21(2): 15-25.
- Lum L., Kervin J., Clark K., Reid F., Sirola W., (1998), Explaining nursing turnover intent: Job satisfaction, pay satisfaction or organizational commitment? *Journal of Organizational Behavior*, 19: 305–320.
- 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.
- Maloney J.P., (1982), Job distress and its consequences on a group of intensive care and non-intensive care nurses. *Advances in Nursing Science*, 4(1):31-42.
- Martin F., Poyen D., Boudierlique E., Gouvernet J., Rivet B., Disdier P., (1997), Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals. *Int. J. Occup. Environ. Health*, 3(3):204-209.
- Maslach C, Jackson S. E, (1984), Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied social psychology annual: Applications in organizational settings*, vol. 5: 133- 153. Beverly Hills. CA: Sage. .
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP., (1996), *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslach C, Jackson, S. E., (1981), The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behaviour*, 2: 99-113.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP., (2001), Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52:397–422.
- Maslach C., (1976), Burned-out. *Human Behavior*, 5(9): 16-22.
- Maslach C., (1982), *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.
- Maslach C., Jackson S. E., (1985), The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12: 637-851.

- Maslach C., Jackson SE., (1986), Maslach Burnout Inventory. Manual 2nd. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- Maslach C., Pines A., (1977), The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6: 100-113.
- Matrunola P., (1996), Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? *Journal of Advanced Nursing*, 23: 877-834.
- McLellan A. T., Lewis D., O'Brien C., Kleber H. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcome evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1689– 1695.
- Melamed S., Ugarten U., Shirom A., Kahana L., Lermann Y., Froom P., (1999), Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46:591-598.
- Mommersteeg P.M., Heijnen C., Kavelaars A., (2006), Van Doornen L. Immune and Endocrine Function in Burnout Syndrome. *Psychosom Med*, 68:879-886.
- Murji A., Gomez M., Knighton J., Fish J.S., (2006), Emotional implications of working in a burn unit. *J. Burn Care Res.*, 27(1):8-13.
- Muthny F.A., (1989), Job strains and job satisfaction of dialysis nurses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51:150-155.
- Nace EP, Davis CW, Gaspari JP., (1991), Axis II Comorbidity in Substance Abusers, *Am. Jour. Psychiat.* 148: 118-120.
- NHS medicine guides, (2011), Ιστοσελίδα Εθνικού Συστήματος Υγείας Ηνωμένου Βασιλείου. Φαρμακευτικός οδηγός. Μεθαδόνη. <http://www.nhs.uk/medicine-guides/pages/MedicineOverview.aspx?condition=Opioid%20Dependence&medicine=Methadone%20hydrochloride&preparation=Methadone%201mg/ml%20oral%20solution%20sugar%20free> (Προσπελάσθηκε 5/4/2011).
- Nikolaou K., Kovatsi L., Njau S., Zlatanov D., Passali M., Sgourou K., Organtzoglou E. (2010), Hepatitis C, Hepatitis B and HIV Infections in Intravenous Drug Users in Greece and Associated Risk Behavior, *Clinical Toxicology* (2010), 48: 240-318.
- NLM (National Library of Medicine), 2011, Ιστοσελίδα Εθνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Βουπρενορφίνη. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a605002.html> (Προσπελάσθηκε 10/4/2011).

- Oyfeso A, Clancy C, Farmer R., (2008), Prevalence and associated factors in burnout and psychological morbidity among substance misuse professionals. *BMC Health Services Research* 8:39.
- Papadatou D., Anagnostopoulos F., Monos D., (1994), Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67:187-199.
- Pines A., (1986), Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications.
- Pines A., (1993), Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2nd ed.), pp. 386-403. New York: Free Press.
- Pines A., (1993), Burnout: an existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (eds) *Professional Burnout: Resent Developments in Theory and Research*. Washington, D.C. Taylor & Francis, 33-51.
- Pines A., (1996), *Couple Burnout: Causes and Cures*. New York: Rutledge.
- Pines A., Aronson, E., (1988), *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Pines A., Maslach C., (1978), Characteristics of staff-burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*. 29:233-7.
- Pines A.M. Kanner A.D., (1982), Nurses burnout: Lack of positive conditions presence of negative conditions as two independent sources of stress, *Journal of psychiatric nursing*, 20(8):30-35.
- Quattrin R., Zanini A., Nascig E., Annunziata M., Calligaris L., (2006), Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol. Nurs. Forum*, 33(4):815-820.
- Sacks, S., De Leon, G., Balistreri, E., Liberty, H. J., McKendrick, K., Sacks, J., et al. (1998), Modified therapeutic community treatment for homeless mentally ill chemical abusers: Sociodemographic and psychological profiles. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15: 545– 554.
- Schaufeli W, Leiter M, Maslach C., (2009), Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 14(3): 204-220.
- Schaufeli W., Janczur, B., (1994), Burnout among nurses: A Polish-Dutch comparison. *J Cross Psych*, 25:95-113.

- Schaufeli W.B., Buunk P.B., (2003), *The Handbook of Work and Health Psychology*. John Wiley and Sons, Ltd., 19:383-425.
- Schaufeli W.B., Enzmann D., (1998), *The Burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Seuntjens A., (1982), Burnout in nursing. What it is and how to prevent it. *Nursing administration quarterly*, 7(1):12-19.
- Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A., (2002), Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 136:358–367.
- Shirley M., (2006), Stress and burnout in nursing faculty. *Nurse educator*, 31 (3) : 95-97.
- Shoptaw S., Stein J. A., Rawson R. A., (2000), Burnout in substance abuse counselors: Impact of environment, attitudes, and clients with HIV. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(2): 117– 126.
- Söderfeldt M, Söderfeldt B, Ohlson C-G, Thorerell T, Jones I., (2000), The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work & Stress*, 14:1-15.
- Solam Tsang Huey. (2007), *Occupational Stress, Social Problem Solving, and Burnout among Mental Health Professionals in HIV/AIDS Care*. A Thesis Submitted to the Faculty of Drexel University by in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy May 2007. <http://idea.library.drexel.edu/handle/1860/1792>. (Προσπελάσθηκε 28/2/2011).
- Unger D.E., (1980), *Superintendent Burnout: Myth or Reality*. The Ohio State University, Columbus.
- Vachon M. L. S., (1987), *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. Hemisphere Publ Co, New York.
- Wandelet MA., Pietce PM., Widdowson RR., (1981), Why nurses leave nursing and what can be done about it. *American Journal of Nursing*, 81:72-77.
- Whippen D.A., Ganellos G.P., (1991), Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. *J. Clin. Oncol.*, 9(10):1916-1920.

- Αδαλή Ε., (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., (2000), Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών. Έννοια, συνιστώσες, συνέπειες. *Νοσηλευτική*, τεύχος 3, ανασκόπηση, σελ. 292-296.
- Αδαλή Ε., Λεμονίδου Χ., (2001), Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 2:15-22.
- Αλεκτορίδης Π., (2003), Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες εργαζόμενους που εργάζονται σε θεραπευτικές δομές για άτομα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 81:26-32.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., (1992), «Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών». *Ψυχολογικά θέματα*, 5(3): 183-202.
- ΑΡΓΩ (Πρόγραμμα εναλλακτικής θεραπείας εξαρτημένων ατόμων (Π.Ε.Θ.Ε.Α.) «Αργώ» Θεσσαλονίκης). Επίσημη ιστοσελίδα: www.argothes.gr (Προσπελάσθηκε 23/2/2011).
- Δημητρόπουλος Χ, Φιλίππου Ν., (2008), Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία 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.
- Ζλατάνος Δ., Χριστοφορίδου Μ., Ρογκότης Χ., (1998), Ψυχοεκπαιδευτική ομάδα γονέων Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Τρία (3) χρόνια λειτουργίας. *Κοινωνική Εργασία*, 49:41-46.
- Καδδά Α., (2005), Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16:23-26.
- Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν., (2004), Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν.Νίκαιας. *Νοσηλευτική*, 43(1):116-125.
- Κάντας Α., (1995), Διεργασίες Ομάδας- Σύγκρουση- Ανάπτυξη και Αλλαγή-Κουλτούρα-Επαγγελματικό άγχος. *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα.
- ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων). Επίσημη ιστοσελίδα: www.kethea.gr (Προσπελάσθηκε 24/2/2011).

- Κουλιεράκης Γ., Μεταλληνού Ο., Πάντζου Π., (2001), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Β, Συμπεριφορές υγείας. Πρότυπα και μεταβολές, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, σ. 142-151.
- 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.
- 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.
- Μιχαλοπούλου Α., (2003), Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στα ΤΕΠ. *Νοσηλευτική*, 42(3): 293-298.
- 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. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (συμπλ) : 75-84.
- Νικολάου Κ., Ζλατάνος Δ., (2010), Απολογισμός Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ» Ψ.Ν.Θ. έτους 2009, Αρχείο επιστημονικών εργασιών τμήματος αποκατάστασης εξαρτημένων «Ιανός» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.
- ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών). Επίσημη ιστοσελίδα: www.okana.gr (Προσπελάστηκε 21/2/2011).
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., (1986), Επαγγελματική Κόπωση. Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., (1995), Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ., (1994), Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και προοπτικές. Εκδόσεις Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
- Σιάρδος Κ.Γ., (1999), Μέθοδοι πολυμεταβλητής στατιστικής ανάλυσης, 1^ο μέρος, εκδόσεις Ζήτη, Θεσσαλονίκη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ

Πίνακας 1: Παράμετροι της επαγγελματική εξουθένωσης σε κάθε μονάδα απασχόλησης. Έλεγχος Πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD Multiple Comparison test). Οι σκιασμένες περιοχές υποδηλώνουν τις συσχετίσεις με σημαντική διαφορά.

Dependent Variable	(I) ΑΡΓΩ- ΚΕΘΕΑ-ΨΝΘ	(J) ΑΡΓΩ- ΚΕΘΕΑ-ΨΝΘ	Mean Difference (I-J)	Sig.
Συναισθηματική Εξάντληση	ΑΡΓΩ	ΚΕΘΕΑ	-6,000	0,070
		ΨΝΘ	-4,286	0,189
	ΚΕΘΕΑ	ΑΡΓΩ	6,000	0,070
		ΨΝΘ	1,714	0,722
	ΨΝΘ	ΑΡΓΩ	4,286	0,189
		ΚΕΘΕΑ	-1,714	0,722
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	ΑΡΓΩ	ΚΕΘΕΑ	0,756	0,921
		ΨΝΘ	4,292*	0,047
	ΚΕΘΕΑ	ΑΡΓΩ	-0,756	0,921
		ΨΝΘ	3,536	0,082
	ΨΝΘ	ΑΡΓΩ	-4,292*	0,047
		ΚΕΘΕΑ	-3,536	0,082
Αποπροσωποποίηση	ΑΡΓΩ	ΚΕΘΕΑ	-3,368*	0,079
		ΨΝΘ	-4,321*	0,007
	ΚΕΘΕΑ	ΑΡΓΩ	3,368	0,079
		ΨΝΘ	-0,952	0,736
	ΨΝΘ	ΑΡΓΩ	4,321*	0,007
		ΚΕΘΕΑ	0,952	0,736

Πίνακας 2: Επαγγελματική εξουθένωση στις τρεις συνιστώσες της και εκπαιδευτικό επίπεδο του εργαζόμενου. Έλεγχος Πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD Multiple Comparison test). Οι σκιασμένες περιοχές υποδηλώνουν τις συσχετίσεις με σημαντική διαφορά.

Dependent Variable	(I) EDUC_CODE	(J) EDUC_CODE	Mean Difference (I-J)	Sig.
Συναισθηματική Εξάντληση	Μέχρι Λύκειο	TEI	1,107	0,840
		AEI +	0,520	0,960
	TEI	Μέχρι Λύκειο	-1,107	0,840
		AEI +	-0,588	0,925
	AEI +	Μέχρι Λύκειο	-0,520	0,960
		TEI	0,588	0,925
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	Μέχρι Λύκειο	TEI	-3,562*	0,040
		AEI +	-3,103	0,074
	TEI	Μέχρι Λύκειο	3,562*	0,040
		AEI +	0,458	0,916
	AEI +	Μέχρι Λύκειο	3,103	0,074
		TEI	-0,458	0,916
Αποπροσωποποίηση	Μέχρι Λύκειο	TEI	1,262	0,465
		AEI +	2,165	0,094
	TEI	Μέχρι Λύκειο	-1,262	0,465
		AEI +	0,903	0,535
	AEI +	Μέχρι Λύκειο	-2,165	0,094
		TEI	-0,903	0,535

Πίνακας 3: Παράμετροι της ΕΕ ανά κατηγορία υπαλλήλου σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Έλεγχος Πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD Multiple Comparison test). Οι σκιασμένες περιοχές υποδηλώνουν τις συσχετίσεις με σημαντική διαφορά.

Dependent Variable	(I) ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ	(J) ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ	Mean Difference (I-J)	Sig.
Συναισθηματική Εξάντληση	ΥΕ	ΔΕ	-2,346	0,913
		ΤΕ	-1,035	0,989
		ΠΕ	-0,796	0,995
	ΔΕ	ΥΕ	2,346	0,913
		ΤΕ	1,311	0,933
		ΠΕ	1,550	0,890
	ΤΕ	ΥΕ	1,035	0,989
		ΔΕ	-1,311	0,933
		ΠΕ	0,239	0,999
	ΠΕ	ΥΕ	0,796	0,995
		ΔΕ	-1,550	0,890
		ΤΕ	-0,239	0,999
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	ΥΕ	ΔΕ	5,008	0,224
		ΤΕ	0,017	1,000
		ΠΕ	0,558	0,995
	ΔΕ	ΥΕ	-5,008	0,224
		ΤΕ	-4,991*	0,012
		ΠΕ	-4,450*	0,028
	ΤΕ	ΥΕ	-0,017	1,000
		ΔΕ	4,991*	0,012
		ΠΕ	0,541	0,965
ΠΕ	ΥΕ	-0,558	0,995	

		ΔΕ	4,450*	0,028
		ΤΕ	-0,541	0,965
Αποπροσωποποίηση η	ΥΕ	ΔΕ	-1,208	0,924
		ΤΕ	0,466	0,993
		ΠΕ	1,248	0,891
	ΔΕ	ΥΕ	1,208	0,924
		ΤΕ	1,674	0,498
		ΠΕ	2,456	0,158
	ΤΕ	ΥΕ	-0,466	0,993
		ΔΕ	-1,674	0,498
		ΠΕ	0,782	0,792
	ΠΕ	ΥΕ	-1,248	0,891
		ΔΕ	-2,456	0,158
		ΤΕ	-0,782	0,792

Πίνακας 4: Συνιστώσες της ΕΕ και χρόνια προϋπηρεσίας στον τομέα των εξαρτήσεων. Έλεγχος Πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD Multiple Comparison test). Οι σκιασμένες περιοχές υποδηλώνουν τις συσχετίσεις με σημαντική διαφορά.

Dependent Variable	(I) EXPER_NOW_C ODE	(J) EXPER_NOW_C ODE	Mean Difference (I-J)	Sig.
Συναισθηματική εξάντληση	1 - 5	5,1 - 10	-4,001	,083
		10,1 - 15	-5,520*	,008
		15,1 +	-10,849*	,000
	5,1 - 10	1 - 5	4,001	,083
		10,1 - 15	-1,519	,819
		15,1 +	-6,848*	,042
	10,1 - 15	1 - 5	5,520*	,008
		5,1 - 10	1,519	,819
		15,1 +	-5,329	,172
	15,1 +	1 - 5	10,849*	,000
		5,1 - 10	6,848*	,042
		10,1 - 15	5,329	,172
Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων	1 - 5	5,1 - 10	-,189	,999
		10,1 - 15	-1,856	,512
		15,1 +	-1,153	,940
	5,1 - 10	1 - 5	,189	,999
		10,1 - 15	-1,667	,620
		15,1 +	-,964	,965
	10,1 - 15	1 - 5	1,856	,512
		5,1 - 10	1,667	,620
		15,1 +	,703	,986
15,1 +	1 - 5	1,153	,940	
	5,1 - 10	,964	,965	

		10,1 - 15	-,703	,986
Αποπροσωποποίηση η	1 - 5	5,1 - 10	-,618	,919
		10,1 - 15	-,819	,837
		15,1 +	-2,127	,471
	5,1 - 10	1 - 5	,618	,919
		10,1 - 15	-,201	,997
		15,1 +	-1,509	,740
	10,1 - 15	1 - 5	,819	,837
		5,1 - 10	,201	,997
		15,1 +	-1,308	,818
	15,1 +	1 - 5	2,127	,471
		5,1 - 10	1,509	,740
		10,1 - 15	1,308	,818

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο αυτό σας χορηγήθηκε για τις ανάγκες εκπόνησης μίας διπλωματικής εργασίας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Το ερωτηματολόγιο έχει ως σκοπό να διερευνήσει το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους στις μονάδες απεξάρτησης ατόμων που εμφανίζουν εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες (επαγγελματίες των προγραμμάτων υποκατάστασης (ΟΚΑΝΑ) και «στεγνών» ουσιών) της Θεσσαλονίκης. Τα αποτελέσματα της μελέτης, η οποία γίνεται για ερευνητικούς σκοπούς, θα κοινοποιηθούν στους αντίστοιχους φορείς στους οποίους υπάγονται οι μονάδες.

Το κάθε ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, η συμμετοχή είναι εθελοντική και οι πληροφορίες που θα δώσετε θα είναι σε ατομικό επίπεδο αυστηρώς εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο που θα διαθέσετε και για την συμμετοχή σας στην έρευνα.

Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης (M.B.I.)

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν τον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται τη δουλειά τους και τους ασθενείς που φροντίζουν. Επιλέξτε την απάντηση που ταιριάζει, κάθε φορά, στη δική σας περίπτωση, ως εξής:

Συχνότητα	Ποτέ δεν συμβαίνει	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 μου συμβαίνει
Απάντηση	0	1	2	3	4	5	6

Πόσο συχνά..... (βαθμολογείστε την κάθε πρόταση από 0 έως 6)

Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος / η από τη δουλειά μου	
Νιώθω άδειος / α, σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάω από τη δουλειά.	
Νιώθω κουρασμένος / η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.	
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	
Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σα να ήταν αντικείμενα	
Μου είναι πολύ εξαντλητικό να δουλεύω με ασθενείς όλη τη μέρα.	
Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.	
Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.	
Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	
Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος / η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	
Με προβληματίζει ότι σιγά – σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό / η.	
Με γεμίζει δύναμη και ενεργητικότητα η δουλειά μου με τους ασθενείς.	
Νιώθω απογοητευμένος / η από τη δουλειά μου.	
Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.	
Στην ουσία, δεν με απασχολεί τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.	
Μου φέρνει μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με ασθενείς.	
Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.	
Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.	
Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά.	
Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια ... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.	
Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.	
Νομίζω ότι οι ασθενείς με κατηγορούν ότι δεν νοιάζομαι για μερικά από τα προβλήματά τους.	

© Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Μόνος

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία:

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η
Χήρος/α Σε διάσταση Ελεύθερη συμβίωση

4. Αριθμός παιδιών:

5. Επίπεδο εκπαίδευσης:

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο ΤΕΙ
ΑΕΙ Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

6. Θέση που κατέχετε στην υπηρεσία (ολογράφως):

7. Κατηγορία υπαλλήλου: ΥΕ ΔΕ ΤΕ ΠΕ

8. Χρόνια προϋπηρεσίας: Συνολική επαγγελματική δραστηριότητα:
Στον τομέα εξαρτήσεων:
(συμπεριλαμβάνεται και η εθελοντική εργασία)

9. Ωράριο εργασίας: Κυκλικό Πρωινό Απογευματινό
Άλλο.....

10. Εκτελείτε καθήκοντα Προϊστάμενου/ης στον χώρο: Ναι Όχι