



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Πιλοτική συγκριτική μελέτη του επιπέδου άγχους και
της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών και
ιατρών σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία
της Αθήνας*

ΤΣΟΥΤΣΟΥΡΑ ΕΙΡΗΝΗ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Δρ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ**

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2015

Ευχαριστίες:

Για την επιτυχή πραγματοποίηση αυτής της έρευνας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή και επιβλέποντα της εργασίας μου κύριο Ραφτόπουλο Βασίλειο για την ουσιαστική του βοήθεια και την καίρια καθοδήγηση. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Αφιερώσεις:

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στο γιο μου, Ευτύχη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει συνδεθεί με τους επαγγελματίες υγείας από τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Είναι ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά και αποτελεί μια μορφή χρόνιου εργασιακού άγχους που δημιουργούν οι συνθήκες και η φύση της εργασίας στον επαγγελματία υγείας. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης η οποία χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

Σκοπός: Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως σκοπό τη συγκριτική διερεύνηση του επιπέδου άγχους καθώς και του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας.

Μεθοδολογία: Στην έρευνα συμμετείχαν ανώνυμα 91 ιατροί και 93 νοσηλευτές από ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Για τις ανάγκες της έρευνας χορηγήθηκαν το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach, η κλίμακα STAI μορφή Y1-Y2, η κλίμακα κατάθλιψης του Zung και το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο ελέγχου συνηθειών-δημογραφικών στοιχείων. Επιπλέον, συνεκτιμήθηκε ο ρόλος δημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και στοιχείων σχετιζόμενων με την επαγγελματική ζωή του υπό έρευνα δείγματος, με την επαγγελματική εξουθένωση.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού διαπιστώθηκαν χαμηλά προς μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με τους νοσηλευτές του δημοσίου να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα. Στην κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης διαπιστώθηκαν φυσιολογικές τιμές, εκτός των νοσηλευτών δημοσίου όπου βρέθηκε ήπια κατάθλιψη. Σε ότι αφορά το άγχος, διαπιστώθηκε στατιστικά υψηλότερη τιμή στην κλίμακα του δομικού άγχους στους νοσηλευτές. Όσον αφορά τη συσχέτιση του φύλου με την επαγγελματική εξουθένωση και το άγχος, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης και του δομικού άγχους, ενώ οι άνδρες στις διαστάσεις της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων. Όσον αφορά τη συσχέτιση της ηλικίας με την επαγγελματική εξουθένωση και το άγχος, η ηλικιακή ομάδα 41-50 εμφανίζει υψηλότερη τιμή στη διάσταση της αποπροσωποποίησης και στο δομικό άγχος. Δεν

παρατηρήθηκε συσχέτιση της προϋπηρεσίας με την επαγγελματική εξουθένωση, το άγχος ή την κατάθλιψη.

Συμπεράσματα: Στο μέλλον, θα πρέπει να γίνουν στοχευμένες ενέργειες που να εστιάζουν στον περιορισμό των παραγόντων που προκαλούν το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να πραγματοποιηθούν σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο προκειμένου να βοηθηθούν όσοι βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση αλλά και να προστατευτούν όσοι βρίσκονται σε κίνδυνο να τη βιώσουν.

Λέξεις- κλειδιά: Εργασιακό άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, νοσοκομείο, ιδιωτικός και δημόσιος τομέας.

ABSTRACT

Introduction: Burnout is a phenomenon which has been connected with the experts of health from the beginning of the 1980s. It is a phenomenon that is developed progressively and constitutes a form of chronic labor stress that the conditions and the nature of work create in the expert of health. The syndrome of burnout is a situation of body and mental exhaustion which is characterized by three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal achievements).

Aim: The present diplomatic work has as aim the comparative investigation of stress level, as well as the degree of burnout of doctors and nurses that work in private and public hospitals of Athens.

Methodology: In the research 91 doctors and 93 nurses participated anonymously from private and public hospitals of Athens. For the needs of the research, they were granted the questionnaire of recording the burnout of Maslach, the scale STAI form Y1-Y2, the scale of depression of Zung and the makeshift questionnaire of control of habits - demographic elements. More over, the role of demographic characteristics was appraised as well as elements related to the professional life of the under research sample, with the burnout.

Results: The medical personnel were entirely realized low to mediocre levels of burnout with the nurses from state hospitals to present higher levels. In the scale of measurement of depression were realized normal prices, except from the nurses of state hospitals who were found with mild depression. Regarding stress, statistically a higher price was realized in the scale of trait stress in nurses. With regard to the cross-correlation of sex with the burnout and the stress, the women present higher prices in the dimension of emotional exhaustion and trait stress, while the men in dimensions of depersonalization and personal realizations. With regard to the cross-correlation of age with the burnout and the stress, age-related team 41-50 presents higher price in the dimension of depersonalization and trait stress. There was no observation in cross-correlation of previous experience with the burnout, the stress or the depression.

Conclusions: In the future, determined acts should be done that they would focus in the restriction of factors that causes the labor stress and the burnout. The interventions should be realized in individual and organizational level so that those who experience

professional exhaustion are helped and, furthermore, those who are at risk experiencing it to be protected, too.

Key words: Labor stress, burnout, professionals of health, hospital, private and public sector

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ-ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ	
1.1. Ορισμός.....	11
1.2. Θεωρητικές προσεγγίσεις εργασιακού στρες	
1.2.1. <i>Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής.....</i>	<i>13</i>
1.2.2. <i>Η Θεωρία του ανεστραμμένου U.....</i>	<i>14</i>
1.2.3. <i>Το δυναμικό μοντέλο του εργασιακού στρες.....</i>	<i>14</i>
1.2.4. <i>Το συναλλακτικό μοντέλο αξιολόγησης.....</i>	<i>15</i>
1.2.5. <i>Οι τρεις (3) προσεγγίσεις του Cox για το εργασιακό στρες.....</i>	<i>16</i>
1.3 Παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες.....	17
1.3.1. <i>Εσωτερικοί παράγοντες στρες στην εργασία.....</i>	<i>19</i>
1.3.2. <i>Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη στρες στην εργασία.....</i>	<i>20</i>
1.4 Επιπτώσεις και συμπτώματα εργασιακού στρες.....	21
1.5 Μέθοδοι αντιμετώπισης του εργασιακού στρες.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	
2.1. Ορισμός.....	26
2.2. Θεωρητικά υποδείγματα επαγγελματικής εξουθένωσης	
2.2.1. <i>Το υπόδειγμα των τριών διαστάσεων της Maslach. & Jackson.....</i>	<i>27</i>
2.2.2. <i>Το υπόδειγμα των Edelwich & Brodsky (1980).....</i>	<i>28</i>
2.2.3. <i>Το διαδραστικό υπόδειγμα του Cherniss (1980).....</i>	<i>29</i>
2.2.4. <i>Το υπόδειγμα της Pines (1988).....</i>	<i>30</i>
2.2.5. <i>Το υπόδειγμα των εργασιακών απαιτήσεων- πόρων.....</i>	<i>30</i>
2.3 Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης....	31
2.4 Παράγοντες κινδύνου επαγγελματικής εξουθένωσης.....	32
2.5 Τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	35
2.6. Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	38
2.7 Ανασκόπηση διεθνούς βιβλιογραφίας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	39
2.8 Μέθοδοι παρέμβασης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΧΩΡΟ	
3.1 Εργασιακό στρες και επαγγελματική εξουθένωση στο ιατρικό επάγγελμα.....	44
3.2 Εργασιακό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό επάγγελμα.....	46
3.3. Η επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό στρες ως σημείο έρευνας και αναδυόμενα ερωτήματα.....	47

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ.....	49
2. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	49
3. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	50
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	53
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	54
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	80
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	101

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος αναγνωρίζεται ως ένα από τα κυριότερα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εργασία και συνδέεται άμεσα με ψυχοκοινωνικούς κινδύνους. Η αποφυγή και καίρια αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους αποτελεί πρόκληση για την αποτελεσματική διαχείριση της εργασίας και θα πρέπει να αποτελεί μία από τις βασικές προτεραιότητες κάθε οργανισμού ή επιχείρησης.

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια μορφή χρόνιου, εργασιακού άγχους το οποίο ο εργαζόμενος δε δύναται ν' αντιμετωπίσει αποτελεσματικά, ξεπερνώντας τα όρια αντοχής του (Maslach & Schaufeli, 1993). Το εργασιακό άγχος θεωρείται μηχανισμός άμυνας ο οποίος εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες και γι' αυτό η εξέλιξη του άγχους σε εξουθένωση είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη, ενώ παράλληλα τα όρια μεταξύ άγχους και εξουθένωσης δεν είναι σαφή και συχνά είναι επικαλυπτόμενα στον χώρο εργασίας (Κάντας, 1996). Ενώ, η συναισθηματική εξάντληση και το μειωμένο αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων ή η αποπροσωποποίηση αποτελούν βασικά στοιχεία του εργασιακού άγχους, δεν ισχύει το ίδιο με την αποπροσωποποίηση που όπως προκύπτει αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, οι Cordes & Dougherty (1993) αναφέρουν ότι αν το εργασιακό άγχος οριστεί με βάση τις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος στο άτομο, θα μπορούσε και η επαγγελματική εξουθένωση να οριστεί ως μια μορφή επαγγελματικού άγχους, εφόσον η εμφάνισή της καθορίζεται από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας.

Οι Pines & Keinan (2005) αναφέρουν ότι το εργασιακό άγχος δεν ευθύνεται πάντα για την επαγγελματική εξουθένωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το άγχος θεωρείται φυσιολογικό εξαιτίας της σπουδαιότητας του παραγόμενου έργου και ως εκ τούτου δεν είναι η αιτία που οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση. Σε έρευνα της, η Pines (2000) συμπεραίνει ότι ενώ η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ως υποκατηγορία του εργασιακού άγχους, εντούτοις προκύπτει ότι προκαλούνται από διαφορετικούς παράγοντες και γενεσιουργές αιτίες και έχουν διαφορετικές επιπτώσεις.

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια συγκεντρώνει ολοένα και

περισσότερο το επιστημονικό ενδιαφέρον, καθώς έχουν αναγνωριστεί οι επιπτώσεις του προβλήματος σε ψυχολογικό, βιολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Στο χώρο της υγείας, η μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον εφόσον από έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο συναντάται περισσότερο σε κάποια επαγγέλματα, όπως οι ιατροί και οι νοσηλευτές (Jimmieson, 2000). Γι' αυτό το λόγο, αρχικά, το σύνδρομο θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής των εργαζομένων με τον ανθρώπινο πόνο και η μελέτη του περιορίστηκε σε επαγγέλματα που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας (Demir, Ulosoy & Ulosoy , 2003).

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του επιπέδου άγχους καθώς και του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Στο γενικό μέρος, μέσω της ανάλυσης της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας περιγράφεται το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση και συγκεκριμένα οι κυριότερες θεωρητικές προσεγγίσεις και υποδείγματα, οι επιπτώσεις και οι τρόποι αντιμετώπισης. Κατόπιν στο ειδικό μέρος, παρατίθεται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας. Η παρούσα έρευνα ολοκληρώνεται με τα εξαγόμενα συμπεράσματα και τη συζήτηση των αποτελεσμάτων, ενώ στο τέλος βρίσκονται οι σχετικές αναλυτικές παραπομπές της βιβλιογραφίας και το παράρτημα όπου περιλαμβάνει τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους συμμετέχοντες.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εργασιακό στρες

1.1 Ορισμός

Στην προσπάθεια να μελετηθεί το εργασιακό στρες, παρατηρείται μια δυσκολία ως προς τον ορισμό του. Ο McLean (1985) αναφέρει ότι η λέξη στρες άλλοτε περιγράφει αγχογόνες καταστάσεις και άλλοτε περιγράφει τις συνέπειες των αγχογόνων καταστάσεων στην απόδοση των εργαζομένων και την υγεία των ατόμων. Ο Williams (1994) εντοπίζει τη δυσκολία στο γεγονός ότι ο όρος στρες χρησιμοποιείται στη βιβλιογραφία τόσο για την περιγραφή των πηγών όσο και για την περιγραφή των επιπτώσεων. Αυτή η δυσκολία έγκειται και στο πώς προσεγγίζεται το στρες, δηλαδή αν αποτελεί χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος ή αποτελεί αποτέλεσμα το οποίο δημιουργείται από την αλληλεπίδραση του εργαζομένου με το περιβάλλον (Schuler & Jackson, 1986). Ως εκ τούτου, αποτελεί κοινή παραδοχή ότι το με τον όρο στρες περιγράφουμε τις καταστάσεις στις οποίες εμπλέκονται τόσο οι συνθήκες που το προκαλούν, όσο και οι επιπτώσεις του (Jex & Roberts, 1992).

Το άγχος χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια σειρά από πολύπλοκες συναισθηματικές καταστάσεις που προκαλούνται από πραγματικές ή υποθετικές απειλές των οποίων η προέλευση είτε είναι εξωτερική είτε εσωτερική (Beyer & Levin, 1987). Ετυμολογικά ο όρος άγχος ή στρες, προέρχεται από το ρήμα ἄγχω, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω.

Στη σύγχρονη επαγγελματική πραγματικότητα, το άγχος αποτελεί το κυριότερο ψυχοκοινωνικό κίνδυνο και αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας για κάθε εργαζόμενο. Το άγχος των επαγγελματιών υγείας εμπίπτει στη γενική κατηγορία του άγχους που δημιουργείται εξαιτίας του επαγγέλματος και το οποίο είναι γνωστό στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο «εργασιακό άγχος».

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία (EU-OSHA) ορίζει το εργασιακό άγχος ως εξής: «ο εργαζόμενος αισθάνεται άγχος όταν αντιλαμβάνεται την ύπαρξη μιας ανισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιήσει και τους πόρους που διαθέτει για να ανταπεξέλθει στις

απαιτήσεις αυτές». Παρόμοια, ο Αμερικανικός Οργανισμός Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (NIOSH, 1999), ορίζει το εργασιακό άγχος ως τις επιζήμιες φυσικές ή ψυχολογικές αντιδράσεις που συμβαίνουν όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δε συμβαδίζουν με τις ικανότητες, τους διαθέσιμους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου και κατ' επέκταση δύναται να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας ή ακόμη και σε τραυματισμούς.

Η δυναμική του προβλήματος αποτυπώνεται σε πρόσφατη έρευνα που διεξήγαγε ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία στην οποία συμμετείχαν 36 Ευρωπαϊκές χώρες, όπου το 77% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι πιστεύουν πως ο αριθμός των ατόμων που υποφέρουν από εργασιακό άγχος θα αυξηθεί στην επόμενη πενταετία. Επιπλέον, το εργασιακό άγχος συγκαταλέγεται μεταξύ των συχνότερα αναφερόμενων αιτιών ασθένειας των εργαζομένων επηρεάζοντας πάνω από 40 εκατομμύρια άτομα σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση και το οικονομικό κόστος από τις επιπτώσεις του ανέρχεται στα 20 δις € ανά έτος (EuroFound, 2007, EU-OSHA, 2009).

Σε ότι αφορά την Ελλάδα, το ποσοστό των εργαζομένων που δηλώνει ότι υποφέρει από εργασιακό άγχος είναι υπερδιπλάσιο του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EuroFound, 2007). Παράλληλα, άλλη έρευνα επιβεβαιώνει ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι εργαζόμενοι στον τομέα της εκπαίδευσης παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εκδήλωσης εργασιακού άγχους με ποσοστό 54% (EU-OSHA, 2010).

Η σημαντικότητα του προβλήματος αποκτά μεγαλύτερες διαστάσεις, καθώς έχει αποδειχθεί ότι σε ατομικό επίπεδο ευθύνεται για σοβαρότερες ασθένειες, τόσο σωματικές όπως για παράδειγμα η στεφανιαία νόσος, όσο και ψυχολογικές όπως για παράδειγμα ψυχικές διαταραχές (Sauter & Murphy, 1995· Steptoe & Kivimäki, 2012). Επιπλέον, σε επίπεδο επιχειρήσεων το εργασιακό άγχος αποτελεί σοβαρή πηγή εξόδων. Ο Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Εργασία της Μεγάλης Βρετανίας αναφέρει ότι το εργασιακό άγχος ευθύνεται τουλάχιστον για το 1/2 όλων των ημερών απουσίας που πραγματοποιούν οι εργαζόμενοι στις επιχειρήσεις (Cooper, Liukkonen & Cartwright, 1996).

1.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις για το εργασιακό στρες

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα θεωρητικά υποδείγματα, τα οποία έχουν οδηγήσει στην κατανόηση και ερμηνεία του εργασιακού στρες. Παρακάτω, αναλύονται και περιγράφονται τέσσερα (4) θεωρητικά υποδείγματα: α) το σύνδρομο της Γενικής Προσαρμογής, β) η θεωρία του ανεστραμμένου U, γ) το δυναμικό μοντέλο του εργασιακού άγχους, δ) το συναλλακτικό μοντέλο αξιολόγησης και ε) οι τρεις (3) προσεγγίσεις του Cox (1993) για το εργασιακό στρες.

1.2.1 Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome)

Ο όρος «στρες» χρησιμοποιήθηκε αρχικά στην επιστήμη της φυσιολογίας τη δεκαετία του 1930 ως μία μη ειδική απάντηση του οργανισμού σε κάθε είδους πίεσης (Seley, 1956). Μία από τις πρώτες επιστημονικές προσπάθειες για να δοθεί εξήγηση στην διαδικασία εμφάνισης των ασθενειών που σχετίζονται με το στρες έγινε από τον ενδοκρινολόγο Hans Selye (1946). Μελετώντας περιπτώσεις ασθενών και κάνοντας πειράματα σε ζώα (πρόκληση στρες σε αρουραίους), διαπίστωσε ότι αντιδρούσαν πάντα με τον ίδιο τρόπο (συρρίκνωση του θυμού αδένα και των λεμφαδένων, διόγκωση του επινεφριδικού φλοιού, έλκη στομάχου και δωδεκαδακτύλου και γενικότερα ατονία του ανοσοποιητικού συστήματος) ανεξάρτητα από τον τύπο του στρεσογόνου παράγοντα. Παρατήρησε συγκεκριμένες και χαρακτηριστικές αντιδράσεις και δυσμενείς καταστάσεις που επιβλήθηκαν στους αρουραίους και εξήγησε τη διαδικασία δημιουργίας μιας νοσογόνου κατάστασης εξαιτίας του άγχους, με τη θεωρία του για το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής.

Ο διάσημος ενδοκρινολόγος, είναι ο πρώτος που ανέδειξε τη βιολογική διάσταση του άγχους και ουσιαστικά εισήγαγε τον σχετικό όρο στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέροντάς το ως «το σύνδρομο του να νιώθεις απλά άσχημα». Στη θεωρία του αυτή, περιέγραψε τρεις (3) φάσεις από τις οποίες διέρχεται το άτομο στην προσπάθειά του ν' αντιμετωπίσει τις αγχογόνες καταστάσεις (Cooper, 1992): Το πρώτο στάδιο είναι ο συναγερμός, όπου στο στάδιο αυτό ενεργοποιούνται οι

μηχανισμοί για την αντιμετώπιση του άγχους. Το δεύτερο στάδιο είναι η αντίσταση, σύμφωνα με το οποίο το άτομο προσπαθεί να επανέλθει στην αρχική του κατάσταση και να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή προσαρμογή. Σε περίπτωση που οι μηχανισμοί άμυνας δεν λειτουργήσουν αποτελεσματικά και συνεχιστεί η επίδραση των αγχογόνων καταστάσεων, τότε το άτομο εισέρχεται στο τρίτο στάδιο την εξάντληση. Στο τρίτο στάδιο, η ικανότητα του οργανισμού ν' αμύνεται στο άγχος εξαντλείται και επανεμφανίζονται τα συμπτώματα της πρώτης φάσης (συναγερμός) και επιπλέον, η αντίσταση του δεύτερου σταδίου δεν είναι πλέον δυνατή.

1.2.2 Η Θεωρία του ανεστραμμένου U (Inverted- U hypothesis)

Η θεωρία του ανεστραμμένου U ή αλλιώς ο νόμος των Yerkes & Dodson (1908) αποτέλεσε για πολλές δεκαετίες τη θεωρητική βάση των ερευνών με αντικείμενο μελέτης για τη σχέση άγχους- απόδοσης. Κεντρικό σημείο της προαναφερθείσας θεωρίας ήταν το ιδανικό επίπεδο διέγερσης, δηλαδή το βέλτιστο επίπεδο για κάθε εργασία που εκτελείται, το οποίο μειώνεται όταν το επίπεδο δυσκολίας εκτέλεσης της συγκεκριμένης εργασίας ανεβαίνει (Hockey & Hamilton, 1983). Βασιζόμενοι στη θεωρία αυτή, οι Ivancevich & Mattenson (1993) προχώρησαν στο διαχωρισμό μεταξύ θετικού και αρνητικού άγχους. Το αρνητικό άγχος είναι συνυφασμένο με την έννοια του όρου στρες, ενώ το θετικό ή δημιουργικό άγχος αφορά στο επιθυμητό επίπεδο άγχους που χρειάζεται προκειμένου ο οργανισμός να βρίσκεται σε κατάσταση εγρήγορσης και λειτουργεί ως καταλύτης βοηθώντας στην επίτευξη των στόχων και την προσωπική ενεργοποίηση.

1.2.3 Το δυναμικό μοντέλο του εργασιακού στρες

Το δυναμικό μοντέλο εργασιακού στρες των Cooper & Marshall (1976) αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα μοντέλα περιγραφής της διαδικασίας του εργασιακού στρες μέσω της αλληλεπίδρασης ατόμου- περιβάλλοντος. Στο συγκεκριμένο μοντέλο παρατίθενται έξι (6) πηγές δημιουργίας στρες. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία του στρες είναι: α) οι παράγοντες που συνδέονται με τη φύση της δουλειάς, β) οι σχετικοί με τον ρόλο του εργαζομένου στον οργανισμό, γ) εκείνοι που συνδέονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις που

αναπτύσσονται στο χώρο της εργασίας, δ) οι προοπτικές και η ανάπτυξη της σταδιοδρομίας και της εξέλιξης, ε) οι παράγοντες που σχετίζονται με τις δομές και το κλίμα της οργάνωσης και στ) οι σχετικοί που αφορούν στη διασύνδεση οικογένειας και προσωπικής ζωής με την εργασία.

Οι πηγές άγχους μπορεί να οδηγήσουν σε επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου με την εμφάνιση ατομικών συμπτωμάτων (αυξημένη αρτηριακή πίεση, κατάθλιψη, αλκοολισμός, ευερεθιστότητα, πόνοι στο στήθος) που με την σειρά τους δύναται να οδηγήσουν σε σωματική ή ψυχική νόσο. Επιπλέον, οι πηγές άγχους επηρεάζουν και το εργασιακό περιβάλλον, δημιουργώντας προβλήματα στον εργασιακό χώρο (μεγάλος αριθμός απουσιών και αποχωρήσεων του προσωπικού, προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ διεύθυνσης και εργαζομένων, προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ή του παραγόμενου προϊόντος) που με τη σειρά τους δύναται να οδηγήσουν σε αδιαφορία, απεργίες και συχνά-σοβαρά ατυχήματα.

1.2.4 Το συναλλακτικό μοντέλο αξιολόγησης (The Transactional Model of Stress and Coping)

Οι Lazarus & Folkman (1984) διατύπωσαν έναν από τους διαδεδομένους ορισμούς για το άγχος, περιγράφοντας το άγχος ως τη σχέση ανθρώπου-περιβάλλοντος που εκτιμάται ως επιβάρυνση ή υπέρβαση των διαθέσιμων πόρων με τέτοιο τρόπο ώστε να τίθεται σε κίνδυνο η ευεξία των ατόμων. Η σχέση του ατόμου-περιβάλλοντος και η γνωστική εκτίμηση είναι δύο παράγοντες που προηγούνται της εμφάνισης του άγχους και η σχέση ατόμου-περιβάλλοντος περιλαμβάνει παράγοντες όπως η προσωπικότητα, οι πεποιθήσεις, οι πολιτισμικοί παράγοντες και τα γεγονότα της ζωής (Hussey, 2002). Η αντίληψη του ατόμου για το στρες εξαρτάται από μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης κατά την οποία το άτομο προβαίνει σε μια εκτίμηση της σημασίας των γεγονότων και των διαθέσιμων πόρων προκειμένου να μπορέσει ν' αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κατάσταση (Cohen & Lazarus, 1979). Η διαδικασία της εκτίμησης πραγματοποιείται σε δύο γνωστικά στάδια: α) στο πρωταρχικό στάδιο όπου το άτομο αξιολογεί την κατάσταση και εκτιμά το κατά πόσον τα ερεθίσματα αποτελούν απειλή ή όχι και β) στο δευτερεύον στάδιο όπου το άτομο προσδιορίζει εάν οι διαθέσιμοι πόροι και οι ικανότητες επαρκούν προκειμένου ν' αντιμετωπίσει την κατάσταση και να χειριστεί τα γεγονότα.

Μετά την εκτίμηση ενός οξέος γεγονότος που προκαλεί το άγχος, δημιουργούνται συναισθήματα και ενεργοποιείται ο μηχανισμός αντιμετώπισης, διαδικασία με την οποία το άτομο χειρίζεται το γεγονός. Ο μηχανισμός αυτός διακρίνεται σε δύο τύπους: α) στην εστίαση στο πρόβλημα και β) στην εστίαση στο συναίσθημα. Ο πρώτος τύπος αντιμετώπισης εστιάζεται στον έλεγχο της αγχογόνου κατάστασης με στόχο τη μεταβολή της αρχικής πηγής αλλάζοντας τους παράγοντες που αφορούν στο περιβάλλον ή τις συμπεριφορές, ενώ ο δεύτερος τύπος εστιάζεται στην προσπάθεια ελέγχου των συναισθημάτων που συνδέονται με το άγχος, διατηρώντας θετικά συναισθήματα ελπίδας και αισιοδοξίας και αποφεύγοντας αγχογόνες καταστάσεις (Lazarus & Folkman, 1984).

1.2.5 Οι τρεις προσεγγίσεις του Cox (1993) για το εργασιακό στρες

Ο Cox (1993) αναφέρει τρεις προσεγγίσεις σε ότι αφορά τη μελέτη του επαγγελματικού στρες. Η πρώτη προσέγγιση την οποία ονομάζει ως το «μηχανιστικό» μοντέλο (Engineering Model) θεωρεί το εργασιακό στρες ως ένα επικίνδυνο χαρακτηριστικό του εργασιακού χώρου ή αλλιώς ως μια απειλή για την εργασία. Η δεύτερη προσέγγιση η οποία βασίζεται στη θεωρία του Selye (1956), η οποία αποκαλείται ως το «φυσιολογικό» μοντέλο (Physiological Model), προσεγγίζει το εργασιακό στρες ως ένα σύνολο απαντήσεων σε απειλές του περιβάλλοντος ή αλλιώς ως μια γενικευμένη, ασαφή, φυσιολογική αντίδραση και εντέλει τη θεωρεί ως μια εξαρτημένη μεταβλητή (Cox & Griffiths, 1995). Ο Cox (1993) θεωρεί ότι το μηχανιστικό και φυσιολογικό μοντέλο, αποτελούν προσεγγίσεις οι οποίες είναι παρωχημένες καθώς δε μπορούν να υπολογίσουν με επάρκεια τα δεδομένα και βασίζονται σε παραδείγματα απλουστευμένα του τύπου ερέθισμα- αντίδραση, αγνοώντας τις γνωστικές και αντιληπτικές διαδικασίες δημιουργίας του εργασιακού άγχους.

Η τρίτη προσέγγιση, η οποία αποκαλείται «ψυχολογικό» μοντέλο (Psychological Model), οι Cox & Griffiths διακρίνουν δύο βασικές παραμέτρους, οι οποίες και κυριαρχούν στη σύγχρονη θεωρία του εργασιακού άγχους: τη συναλλακτική θεωρία και τη θεωρία της αλληλεπίδρασης. Η θεωρία της αλληλεπίδρασης επικεντρώνεται στα δομικά χαρακτηριστικά των ατόμων και το πώς

αυτά επηρεάζουν την αλληλεπίδραση με το εργασιακό περιβάλλον. Ενώ, η συναλλακτική θεωρία εστιάζει στις ψυχολογικές διεργασίες που υποστηρίζουν αυτήν την αλληλεπίδραση.

1.3 Παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες

Τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ευαισθησία που επιδεικνύουν στα στρεσογόνα γεγονότα, την ερμηνεία που τους δίνουν και τις αντιδράσεις που εμφανίζουν. Οι ατομικές διαφορές οφείλονται στις γνωστικές διεργασίες, που παρεμβαίνουν ανάμεσα στο γεγονός και στην αντίδραση του ατόμου σε αυτό, καθώς και στους παράγοντες που επηρεάζουν τη φύση αυτής της διαμεσολάβησης (Παλαιολόγου, 2001).

Σύμφωνα με τους Pratt & Barling (1988), οι παράγοντες που προκαλούν στρες δύναται να ταξινομηθούν σε συνάρτηση με τέσσερα γνωρίσματά τους: το χρόνο εμφάνισης, τη διάρκεια, τη συχνότητα και την ένταση και επιπλέον σε τέσσερις κατηγορίες: ισχυροί, χρόνιοι, καθημερινοί και καταστροφικοί. Σε μια πρόσφατη μελέτη των Greenberg & Baron (2008) αναφέρεται ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία εργασιακού στρες αποτελούν τα εξής χαρακτηριστικά που περιβάλλουν μια θέση εργασίας: η αυξημένη λήψη αποφάσεων, η απασχόληση σε μονότονες και χωρίς κίνητρο εργασίες, η επαναλαμβανόμενη ανταλλαγή πληροφοριών με άλλους, η απασχόληση κάτω από δυσμενής συνθήκες και σε ακατάλληλο εργασιακό περιβάλλον και τέλος η απασχόληση σε μη οργανωμένο περιβάλλον.

Οι Cooper & Robertson (1991) κατατάσσουν σε έξι κατηγορίες τους παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες και που επενεργούν συσσωρευτικά στο άτομο και έχουν ως επίπτωση την εμφάνιση σωματικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων αλλά και ψυχοσωματικών ασθενειών (Κάντας, 1995). Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι εσωτερικοί παράγοντες στην εργασία με πιο σημαντικούς τις κακές εργασιακές συνθήκες, τις βάρδιες εργασίας καθώς και το φόρτο εργασίας. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνεται ο εργασιακός ρόλος δηλαδή το σύνολο των ενεργειών, των πράξεων και των στάσεων του ατόμου που έχει στο

εργασιακό του περιβάλλον. Η ασάφεια των ρόλων καθώς και η σύγκρουση των ρόλων μέσα στην οργάνωση μπορεί ν' αποτελέσουν σημαντικές πηγές άγχους. Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει τις σχέσεις που αναπτύσσονται στο χώρο εργασίας με συναδέλφους, προϊσταμένους και υφισταμένους, ενώ στην τέταρτη κατηγορία η επαγγελματική ανάπτυξη όπου εδώ διακρίνουμε το φόβο της απόλυσης, την αγωνία μιας ενδεχόμενης προαγωγής και την ανασφάλεια. Στην πέμπτη κατηγορία κατατάσσεται το κλίμα και η δομή του Οργανισμού, όπως η συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων και η καλλιέργεια ανταγωνιστικού κλίματος και τέλος στην έκτη κατηγορία η σύνδεση οικογένειας και εργασίας, με περιπτώσεις όπου οι εργαζόμενοι μεταφέρουν τα προβλήματα της εργασίας στο σπίτι και το αντίστροφο.

Ο McLean (1985) υποστηρίζει ότι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τρεις παράγοντες για την καλύτερη και πιο αποτελεσματική ανάλυση του εργασιακού στρες: οι συνθήκες που δημιουργούν το στρες, ο βαθμός στον οποίο είναι το άτομο ευάλωτο καθώς και το περιβάλλον μέσα στο οποίο αλληλεπιδρούν αυτοί οι δύο παράγοντες. Οι εν λόγω παράγοντες μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου και ο συνδυασμός αυτών είναι αυτός που θα συμβάλει στη δημιουργία αγχογόνων αποτελεσμάτων. Για παράδειγμα, ένα άτομο μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή μπορεί να είναι ευάλωτο και το περιβάλλον εργασίας αγχογόνο, ωστόσο όμως χωρίς την ύπαρξη αγχογόνων γεγονότων ή καταστάσεων δε θα εμφανιστούν συμπτώματα άγχους. Αντίστοιχα, ένα άτομο που δεν είναι ευάλωτο και δύναται να αντιδράσει θετικά, ακόμη και όταν υφίσταται αγχογόνες καταστάσεις και το περιβάλλον υποβοηθά, τότε πάλι δε εμφανιστούν συμπτώματα στρες. Μόνο στην περίπτωση εκείνη που χρονικά θα συμπέσουν και οι τρεις παράγοντες, θα υπάρξουν συμπτώματα εμφάνισης στρες.

Παράλληλα, οι Sutherland & Cooper (1988), αναφέρουν ότι σε αυτή την αλληλεπίδραση υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή μη στρες: η προσωπικότητα του ατόμου (αυτοπεποίθηση, εσωστρεφής/εξωστρεφής χαρακτήρας κλπ), η συμπεριφορά του, η εθνικότητα, η ηλικία, οι ανάγκες και προσδοκίες, οι ικανότητες, η προϋπηρεσία, η εμπειρία και η φυσική του κατάσταση. Αντίστοιχα, ο Payne (1988) κατατάσσει τις ατομικές διαφορές σε τρεις κατηγορίες: α) γενετικά χαρακτηριστικά (φύλο, νοημοσύνη, φυσική κατάσταση κλπ), β) επίκτητα χαρακτηριστικά (μόρφωση, κοινωνική θέση κλπ) και γ) διαμορφωμένα χαρακτηριστικά (αυτοεκτίμηση, ευελιξία κλπ).

1.3.1 Εσωτερικοί παράγοντες στρες στην εργασία

Όπως προαναφέρθηκε ένας από τους πιο σημαντικούς εσωτερικούς παράγοντες στρες είναι οι κακές εργασιακές συνθήκες. Σε πολλές έρευνες έχει αποδειχθεί πως οι συνθήκες εργασίας συνδέονται άρρηκτα με τη ψυχική υγεία του εργαζομένου, καθώς το φυσικό περιβάλλον στο οποίο εργάζεται δύναται να επηρεάσει άμεσα αλλά και έμμεσα την ψυχική και πνευματική του κατάσταση. Ο φωτισμός, η θερμοκρασία, ο θόρυβος, ο ανεπαρκής εξοπλισμός, η διαρρύθμιση του χώρου είναι ορισμένα από τα χαρακτηριστικά που μπορεί να επηρεάσουν δυσλειτουργικά τον εργαζόμενο. Ωστόσο όμως, οι πιθανές περιβαλλοντικές πηγές άγχους διαφέρουν ανάλογα το είδος του επαγγέλματος (Cooper et al., 2002).

Σε ότι αφορά τους επαγγελματίες υγείας, ο μονότονος και τεχνητός φωτισμός των νοσοκομείων, οι οσμές, ο ανεπαρκής εξαερισμός καθώς και τα υψηλά επίπεδα θορύβου είναι ορισμένες από τις επιβλαβείς συνθήκες εργασίας που αντιμετωπίζουν. Οι συνθήκες αυτές δημιουργούν πρόσθετο στρες στους επαγγελματίες υγείας που σε συνδυασμό με το στρες που βιώνουν εξαιτίας της αντιμετώπισης του θανάτου και του πόνου έχουν ως αποτέλεσμα να βιώνουν αθροιστικά έντονο εργασιακό άγχος (Cooper et al., 2002).

Επιπλέον, ένας σημαντικός εσωτερικός παράγοντας στρες στην εργασία είναι η εργασία σε βάρδιες. Καθώς ο ανθρώπινος οργανισμός είναι προγραμματισμένος να βρίσκεται σε επαγρύπνηση την ημέρα και να κοιμάται την νύχτα, οι εναλλαγές των διαστημάτων εργασίας έχει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στον άνθρωπο. Η εργασία με βάρδιες μπορεί να επηρεάσει την πνευματική διαύγεια, τον ύπνο, την οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζομένου και μειώνεται σημαντικά η απόδοσή του. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Αμερικανίδες νοσηλεύτριες, βρέθηκε ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν με εναλλασσόμενες βάρδιες είχαν χειρότερα αποτελέσματα από εκείνες που εργάζονταν μ' ένα καθορισμένο ωράριο. Συγκεκριμένα, οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε εναλλασσόμενες βάρδιες παρουσίασαν σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα (προβλήματα στο πεπτικό σύστημα, κατάθλιψη κ.λ.π) και ανέφεραν περισσότερη χρήση αλκοόλ και προβλήματα στην σεξουαλική ζωή (Cooper et al, 2002).

Τέλος, σε ότι αφορά τους εσωτερικούς παράγοντες στρες στην εργασία, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν το παρατεταμένο ωράριο, τα ταξίδια, το ρίσκο

επικινδυνότητας, η εισαγωγή νέων τεχνολογιών, η υπεραπασχόληση και η υποαπασχόληση (Cooper et al, 2002).

1.3.2 Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη στρες στην εργασία

Τις τελευταίες δεκαετίες πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές στην εργασία, οι οποίες έχουν οδηγήσει στην εκδήλωση και την εμφάνιση νέων και αναδυόμενων κινδύνων για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων. Για παράδειγμα η αναδιάρθρωση της οργάνωσης της εργασίας, ο περιορισμός θέσεων, η ανάθεση σε εξωτερικούς συνεργάτες και υπεργολάβους επιδρούν στις εργασιακές σχέσεις, γεγονός που καθιστά πιο δύσκολη την κατάκτηση μιας ισορροπημένης σχέσης ανάμεσα στην εργασία και τη ζωή. Τέτοιου είδους αλλαγές έχουν οδηγήσει στην αύξηση του εργασιακού στρες και άλλων ψυχικών ασθενειών, τάσεις οι οποίες γίνονται πιο έντονες σε εποχές παγκόσμιας οικονομικής κρίσης (Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, 2010).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αναγνωρίζονται πλέον ως ένα παγκόσμιο ζήτημα που επηρεάζουν όλα τα επαγγέλματα και τους εργαζομένους και αποτελούν μία από τις σημαντικότερες σύγχρονες προκλήσεις για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία. Η συνεχώς αυξανόμενη ευέλικτη και επισφαλής εργασία, η εντατικοποίηση καθώς επίσης και οι εργασιακές σχέσεις που χαρακτηρίζονται από καταστάσεις εκφοβισμού (bullying) και ψυχολογικής και ηθικής παρενόχλησης (mobbing) αποτελούν ορισμένους μόνο λόγους που οδηγούν στην αύξηση των παθήσεων που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος (Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, 2010).

Εκτός από τους εσωτερικούς παράγοντες, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του στρες στην εργασία διαδραματίζουν: ο ρόλος στον οργανισμό/ εταιρεία, οι σχέσεις στην εργασία, η προώθηση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας και τέλος το κλίμα του οργανισμού/ εταιρείας.

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το εργασιακό στρες είναι η αμφισβήτηση και η ασάφεια του ρόλου. Αυτό συμβαίνει όταν ο εργαζόμενος δε γνωρίζει με σαφήνεια τις αρμοδιότητες, τις υποχρεώσεις, τα καθήκοντα και τους αντικειμενικούς του στόχους. Το γεγονός αυτό μπορεί ακόμη να συμβεί μετά από μια αλλαγή του χώρου εργασίας ή αλλαγή προϊσταμένων. Η ασάφεια του ρόλου, δημιουργεί σύγχυση στον εργαζόμενο, με αποτέλεσμα να εμφανίζει υψηλά επίπεδα

έντασης, κόπωση, έλλειψη ικανοποίησης, χαμηλή αυτοπεποίθηση, κατάθλιψη κ.α. Παράλληλα, ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το εργασιακό στρες είναι η σύγκρουση των ρόλων ανάμεσα στους εργαζομένους. Σ' ένα εργασιακό πλαίσιο, οι παράγοντες που προκαλούν σύγκρουση ρόλων είναι: οι αλληλοσυγκρουόμενες εργασιακές απαιτήσεις, η εργασία που έρχεται σε ασυμφωνία με τις προσδοκίες και τις επιθυμίες καθώς και η εργασία που δεν εμπίπτει στο μέρος της δουλειάς του εργαζόμενου. Οι επιπτώσεις που προκύπτουν από την σύγκρουση των ρόλων είναι η κόπωση, η μειωμένη ικανοποίηση και η ένταση στον χώρο της εργασίας (Cooper et al, 2002).

Στη δημιουργία εργασιακού στρες συμβάλλουν και οι σχέσεις που αναπτύσσονται στον χώρο εργασίας. Οι σχέσεις αυτές περιλαμβάνουν τις σχέσεις με τους υφισταμένους, τους συναδέλφους καθώς και τους προϊσταμένους. Σε περίπτωση που αναπτύσσονται δυσλειτουργικές σχέσεις κατ' επέκταση αναπτύσσονται υψηλά επίπεδα άγχους (Cooper et al, 2002).

Επιπλέον, η προώθηση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας και το κλίμα του οργανισμού αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ανάπτυξης εργασιακού στρες. Οι Ivancenich & Matteson (1993) υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενοι που υποφέρουν από «άγχος καριέρας» εμφανίζουν εργασιακή δυσαρέσκεια, επαγγελματική εξουθένωση, μειωμένη απόδοση κ.α. Η εργασιακή ανασφάλεια και ο φόβος απόλυσης αποτελούν πολλές φορές αιτίες έντασης και πίεσης. Σε ότι αφορά το κλίμα και τη διάρθρωση του οργανισμού, πολλοί εργαζόμενοι νιώθουν ότι απειλείται η ελευθερία τους, η αυτονομία τους στον χώρο εργασίας και ότι δε συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη υψηλού επιπέδου άγχους (Cooper et al, 2002).

1.4 Επιπτώσεις και συμπτώματα εργασιακού στρες

Το άγχος έχει συνδεθεί με ποικίλα προβλήματα υγείας, τα οποία εκδηλώνονται μέσω μιας μακράς σειράς σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το άγχος κοστίζει τόσο στα άτομα όσο και στους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται, τα αποτελέσματα του οποίου αναφέρονται

στη ξένη βιβλιογραφία ως “strains”. Η Αγάθωνος- Γεωργοπούλου (2007) αναφέρει ότι το άγχος που οφείλεται στην εργασία υποβαθμίζει ολόκληρη την ποιότητα της ζωής του επαγγελματία υγείας καθώς έχει αντίκτυπο στην οικογένειά του, ενώ παράλληλα θέτει σε κίνδυνο την ικανότητά του να παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς.

Στην έρευνα των Cooper & Catwright (1994) διαπιστώθηκε ότι το άγχος συνδέεται με την αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος καθώς επίσης και με μια σειρά άλλων δυσλειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, στομαχικά και καρδιακά προβλήματα. Παρόλο που οι μεσολαβητικοί παράγοντες όπως η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ και ο γενικότερος τρόπος ζωής συνδράμουν στην εμφάνιση των δυσλειτουργιών, το άγχος ωστόσο αποτελεί έναν πρόσθετο παράγοντα επιδείνωσης. Αδιαμφισβήτητα, το εργασιακό άγχος έχει συνδεθεί κυρίως με νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος (Friedman & Rosenman, 1959). Σημαντικά είναι τα πορίσματα της έρευνας των Johnson & Hall (1988) στην οποία διαπιστώθηκε αύξηση της πιθανότητας εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου σε εργασία υψηλών απαιτήσεων και χαμηλής απολαβής και σε εργασία υψηλών απαιτήσεων και χαμηλού ελέγχου αποφάσεων.

Παρόμοια, ο Cooper (1994) αναφέρει ότι τα καρδιακά προβλήματα αποτελούν μία μόνο εκδήλωση των επιπτώσεων του εργασιακού άγχους στην υγεία των εργαζομένων, καθώς οι έρευνες αποδεικνύουν ότι ευθύνεται για περισσότερες ασθένειες, όπως παραδείγματος χάριν ενδοκρινικές και ανοσολογικές μεταβολές που οδηγούν στην εμφάνιση ψυχικών και σωματικών νοσημάτων, λοιμώξεις κ.α.

Η χρονική διάρκεια του εργασιακού άγχους αποτελεί μία σημαντική παράμετρος για την επικινδυνότητά του σε ότι αφορά την υγεία και την ασφάλεια. Σύμφωνα με τους Arnold, Cooper & Robertson (1998) όταν το εργασιακό άγχος είναι παρατεταμένο φαίνεται να προκαλεί μεγαλύτερα προβλήματα. Αναλυτικότερα, το παρατεταμένο άγχος προκαλεί χρόνια διέγερση του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση έχοντας ως αποτέλεσμα την εμφάνιση μόνιμης αρτηριακής υπέρτασης, η οποία σχετίζεται με την μείωση των επιπέδων σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Η μείωση αυτή επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις, οι οποίες περιγράφονται ως εξής: δυσκολία συγκέντρωσης, αμνησία, αδυναμία λήψης αποφάσεων, επιθετικότητα, διαταραχές ύπνου, κυνισμός κ.α. (Antonίου, 1999· Κάντας, 1995).

Όπως γίνεται αντιληπτό, το εργασιακό άγχος έχει άμεσο αντίκτυπο στους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις κυρίως σε θέματα που αφορούν το κόστος. Οι

Sutherland & Cooper (1986) συνοψίζουν τις συνέπειες του εργασιακού άγχους για τις επιχειρήσεις ως εξής: α) αύξηση των απεργιών, των απουσιών καθώς και των περιπτώσεων συνταξιοδότησης και αποχώρησης, β) αλλαγή ως προς τα κέρδη και τις πωλήσεις, γ) αλλαγή στην ποιότητα και την ποσότητα της εργασιακής απόδοσης και στην ποιότητα της εργασιακής ζωής, δ) αλλαγή στην πρόσληψη και τη διατήρηση των ικανών και κατάλληλων υπαλλήλων, ε) αλλαγή στο βαθμό εφαρμογής καινοτόμων ιδεών και πνεύματος δημιουργικότητας και στ) αλλαγή στην ικανότητα εξασφάλισης των μέσων εργασίας.

Οι Arnold, Silvester, Cooper et al. (2005) ομαδοποίησαν τα συμπτώματα άγχους σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Στα σωματικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται: αϋπνία, πονοκέφαλοι, δυσκοιλιότητα ή διάρροια, απώλεια όρεξης, ονυχοφαγία, κλάμα, υπερένταση, αναπνευστικά προβλήματα, σεξουαλική δυσλειτουργία και διαταραχές ομιλίας. Στα ψυχολογικά προβλήματα συμπεριλαμβάνονται: αρνητική διάθεση, αποπροσωποίηση, αίσθημα ανεπάρκειας, ευερεθιστικότητα, συναισθήματα μαιτιότητας, απώλεια αίσθησης χιούμορ, ανία, καχυποψία, λύπη και φόβος για το μέλλον. Τέλος, τα συμπεριφορικά συμπτώματα περιλαμβάνουν: παραίτηση, μειωμένη επικοινωνία, αδυναμία λήψης αποφάσεων και αντιμετώπισης καταστάσεων, εργασιομανία, κάπνισμα/αλκοόλ, χρήση φαρμάκων, απουσίες, οικογενειακές συγκρούσεις και χαμηλή εργασιακή απόδοση/ικανοποίηση.

Στην Ελλάδα, έρευνα των Vakola & Nikolaou (2005) έδειξε ότι το εργασιακό άγχος συνδέεται με την έλλειψη κινήτρων, τις συγκρούσεις, την ελλιπή και κατ'επέκταση την αναποτελεσματική επικοινωνία, την περιορισμένη εργασιακή ικανοποίηση καθώς επίσης και την αρνητική στάση των εργαζομένων στις οργανωσιακές αλλαγές στον χώρο εργασίας.

Τέλος, συχνό φαινόμενο αποτελεί η συμπεριφορά του εργαζόμενου όπου ενώ έχει φυσική παρουσία στο χώρο που εργάζεται, απουσιάζει νοητικά παρουσιάζοντας χαμηλή αποδοτικότητα. Οι Rothlin & Werder (2007) περιγράφουν την προαναφερόμενη συμπεριφορά ως "boreout", με βασικά χαρακτηριστικά την έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία, την υποαπασχόληση και την ανία.

1.5 Μέθοδοι αντιμετώπισης του εργασιακού στρες

Εξαιτίας της πολυπαραγοντικής φύσης του εργασιακού άγχους, η ανάλυση της επικινδυνότητας πρέπει να είναι συστημική μέσω της συμβολής διαφόρων επιστημών όπως η κοινωνικές επιστήμες, η ψυχολογία, η βιολογία και η ιατρική της εργασίας. Οι διεθνείς οργανισμοί υποδεικνύουν στρατηγικές αντιμετώπισης που εξασφαλίζουν αποτελεσματικότητα στις παρεμβάσεις και έχουν ως στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται από το εργασιακό άγχος.

Στο πλαίσιο αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους έχει θεσμοθετηθεί σχετικό νομικό πλαίσιο με σημαντικό παράδειγμα την οδηγία 89/391/ΕΟΚ για την ασφάλεια και την υγεία όπου υποχρεώνει τους εργοδότες στην Ευρωπαϊκή Ένωση να διαχειρίζονται το εργασιακό άγχος. Η εν λόγω οδηγία που απαιτείται σε επίπεδο κρατών- μελών προσεγγίζει το εργασιακό άγχος με τρόπο συστημικό όπως και τα άλλα σημαντικά προβλήματα υγείας δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην προληπτική δράση.

Ως προς τη διαχείριση του εργασιακού άγχους διακρίνονται τρεις προσεγγίσεις: η διαχείριση σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο μικρής ομάδας και σε οργανωτικό επίπεδο (Leka et Cox, 2008). Σε ότι αφορά τη διαχείριση σε ατομικό επίπεδο, προτείνονται διάφορες στρατηγικές τις οποίες ο ίδιος ο εργαζόμενος οφείλει να εφαρμόσει προκειμένου να διαχειρίζεται αποτελεσματικά αγχογόνες καταστάσεις στην εργασιακή του καθημερινότητα και αφορούν στην λήψη μέτρων επανορθωτικού- θεραπευτικού χαρακτήρα που στοχεύουν στην εξάλειψη- μείωση της έντασης των συμπτωμάτων. Η πιο διαδεδομένη και συνήθης πρακτική διαχείρισης αποτελεί η σωστή κατανομή του χρόνου με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να μπορεί ο εργαζόμενος ν' ανταπεξέρχεται στις ανάγκες της θέσης εργασίας που κατέχει (Macan, 1994). Η σωστή διαχείριση του χρόνου δύναται να επιτευχθεί με ορισμένες πρακτικές όπως π.χ. ο προγραμματισμός των εργασιών, ιεράρχηση των εργασιών σε συνάρτηση της σημαντικότητας και της επιτακτικότητας αυτών καθώς και η δημιουργία ημερήσιας κατάστασης εργασιών που πρέπει να εκτελεστούν (Tracy, 2004).

Επιπλέον σε ατομικό επίπεδο αλλά εκτός εργασιακού επιπέδου, η φυσική εξάσκηση και οποιαδήποτε μορφή γυμναστικής συμβάλλει στην αποφόρτιση του

οργανισμού από το συσσωρευμένο άγχος καθώς επίσης και η ύπαρξη ενός ισχυρού κοινωνικού δικτύου συνεισφέρει στην αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους (Kiely & Hodgson, 1990· Robbins & Judge, 2009).

Σε επίπεδο μικρής ομάδας, οι παρεμβάσεις αφορούν στην ενημέρωση και την εκπαίδευση των εργαζομένων σε ότι αφορά τις ορθές πρακτικές εργασίας και τον κώδικα συμπεριφοράς στους εργασιακούς χώρους (ρόλοι, υποχρεώσεις, καθήκοντα, συνεργατικότητα, επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις) με σκοπό την ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων των εργαζομένων να διαχειρίζονται αποτελεσματικά το εργασιακό άγχος μέσω της εξειδικευμένης επιμόρφωσης (Pines & Aronson, 1988· Ewers et al., 2002).

Σε ότι αφορά τη διαχείριση του άγχους σε επίπεδο οργανισμού, η εν λόγω προσέγγιση επικεντρώνεται στην προσπάθεια περιορισμού των παραγόντων που προκαλούν εργασιακό άγχος (Karasek & Theorell, 1990). Σε μελέτη του ο Murphy (1988), αναφέρει τρία επίπεδα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους από τους οργανισμούς: στο πρώτο επίπεδο βασικός στόχος είναι ο περιορισμός των στρεσογόνων καταστάσεων, στο δεύτερο επίπεδο στόχος είναι η διαχείριση του άγχους την στιγμή ακριβώς που συμβαίνει και το τρίτο επίπεδο επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων του άγχους με την μορφή υποστηρικτικών προγραμμάτων προς τους εργαζομένους.

Σε οργανωτικό επίπεδο, οι στρατηγικές παρέμβασης έχουν ως στόχο τη λήψη μέτρων στην οργάνωση της εργασίας επικεντρώνοντας κυρίως στον εργονομικό σχεδιασμό των δραστηριοτήτων. Στην περίπτωση αυτή οι στρατηγικές παρέμβασης έχουν προληπτικό και διορθωτικό χαρακτήρα και αξιολογούνται με όρους κόστους-αποτελεσματικότητας και περιλαμβάνουν μέτρα που αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον, στους ρυθμούς της εργασίας, στον εξοπλισμό της εργασίας και στο σύστημα επιβράβευσης (Willi-Peltola et al., 2007).

Επιπλέον, έχει διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα των σεμιναρίων στη διαχείριση του άγχους. Σε μελέτες των McCue & Sachs (1991) και των Ospina-Kammerer & Figley (2003) σύμφωνα με τις οποίες ειδικευόμενοι ιατροί συμμετείχαν σε σεμινάρια για την αντιμετώπιση του άγχους βρέθηκε ότι είχαν θετική επίδραση και μειώθηκε σε σημαντικό βαθμό η συναισθηματική εξάντληση. Όμως, οι προαναφερόμενες μελέτες πραγματοποιήθηκαν σε μικρό αριθμό ειδικευομένων, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

2. Επαγγελματική εξουθένωση

2.1 Ορισμός

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1974 από τον Freudenberger, περιγράφοντας μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης που αναπτύσσεται σε άτομα που εργασία τους σχετίζεται με άλλους ανθρώπους. Το όνομα που αποδόθηκε στην κατάσταση αυτή είναι «burnout syndrome» και στην ελληνική βιβλιογραφία αναφέρεται ως επαγγελματική εξουθένωση ή κόπωση.

Ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός που έχει αποδώσει η ψυχολόγος Maslach (1982), σύμφωνα με την οποία ορίζεται ως η σωματική και ψυχική εξάντληση του επαγγελματία υγείας με απώλεια ενδιαφέροντος και των θετικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς, αρνητική αυτοεικόνα και έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία. Χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση ή κυνισμός και η αίσθηση αναποτελεσματικότητας, όπως μαρτυρά η έλλειψη επιτευγμάτων.

Όπως υποστηρίχθηκε από τους Maslach & Jackson (1984), η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης που οδηγεί στη δημιουργία απρόσωπης σχέσης με τον πάσχοντα και στην έλλειψη προσωπικών στόχων. Σε ότι αφορά το ζήτημα αυτό, υπάρχουν διάφορες απόψεις, οι οποίες ενισχύουν την άποψη ότι ο κυνισμός ή αποπροσωποποίηση αποτελεί αμυντικό μηχανισμό που προηγείται των άλλων δύο. Η αποπροσωποποίηση εκδηλώνεται με τη μορφή αρνητικής συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής αποτελεί η τάση των επαγγελματιών υγείας ν' αναφέρονται στους ασθενείς τους με τον αριθμό του δωματίου ή τον τύπο της ασθένειας και όχι με τα ονόματά τους.

2.2 Θεωρητικά υποδείγματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Στην προσπάθεια να προσδοθεί μια ερμηνεία στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχουν υπάρξει πολλά θεωρητικά υποδείγματα. Τα περισσότερα θεωρητικά υποδείγματα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο υπό το πρίσμα μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon, 1987). Υπάρχουν δύο βασικές κατευθύνσεις ως προς τις απόψεις των ερευνητών, σε αυτούς που υποστηρίζουν πως η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα αγχογόνων καταστάσεων και δυσχερών εργασιακών συνθηκών και σε αυτούς που θεωρούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση συναρτάται άμεσα από τις αξιώσεις και τις επιθυμίες του κάθε επαγγελματία καθώς και από τις προσδοκίες που μπορεί να έχει από τον εαυτό του μέσα στον εργασιακό του χώρο. Τα σημαντικότερα υποδείγματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα κάτωθι:

2.2.1 Το υπόδειγμα των τριών διαστάσεων της Maslach & Jackson

Σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό της Maslach (1982) που προαναφέρθηκε παραπάνω, οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που χαρακτηρίζουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση (ή ο κυνισμός) και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων σε συνάρτηση με την αίσθηση αναποτελεσματικότητας (Maslach & Jackson, 2008).

Αναλυτικότερα, η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) αποτελεί το πρώτο και το πιο σημαντικό σημείο του εν λόγω συνδρόμου, με βασικά χαρακτηριστικά την έλλειψη ενέργειας και την αίσθηση εξάντλησης όλων των συναισθηματικών αποθεμάτων του εργαζομένου. Στο σημείο αυτό και όταν η συναισθηματική εξάντληση διογκωθεί λαμβάνοντας διαστάσεις μεγαλύτερες του φυσιολογικού επιπέδου, το άτομο δεν είναι το ίδιο παραγωγικό στην εργασία του και αδυνατεί να προσφέρει στον ίδιο βαθμό τις υπηρεσίες που προσέφερε πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι ο εργαζόμενος ν' αντιμετωπίζει με δέος την προοπτική να πάει στην εργασία του την επόμενη μέρα. Η πιο κλασική αντίδραση είναι η απομόνωση, ως μηχανισμός άμυνας, προκειμένου να

προστατευτεί από την ενδεχόμενη εξάντληση, ενώ παράλληλα γίνεται αρνητικός ή επιθετικός απέναντι στους άλλους (Maslach & Jackson, 2008).

Η αποπροσωποποίηση (depersonalization) αποτελεί το δεύτερο στάδιο όπου το άτομο υιοθετεί μια ψυχρή και απόμακρη στάση απέναντι στους ασθενείς του και συμπεριφέρεται σε αυτούς σαν να είναι αντικείμενα και όχι άνθρωποι. Η αποπροσωποποίηση αποτελεί και τον ενδογενή παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης. Στο στάδιο αυτό, το άτομο χαρακτηρίζεται από έλλειψη αυτοσεβασμού και αναπτύσσει συναισθήματα διαφοροποίησης, τα οποία ενδεχομένως ν' αντιμετωπίσει και ως προσωπική κατάρρευση (Maslach & Jackson, 2008).

Το τρίτο και τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (reduced personal accomplishment), όπου ο εργαζόμενος υιοθετεί αρνητική αυτοεικόνα και θεωρεί τον εαυτό του αναποτελεσματικό και ανίκανο να προσφέρει τα όσα χρειάζονται και απαιτούνται στον εργασιακό του χώρο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συναισθημάτων αποτυχίας και τη μείωση της αυτοεκτίμησής του, με κίνδυνο την εμφάνιση της κατάθλιψης (Maslach & Jackson, 1986).

Στο πλαίσιο αυτό, η Christine Maslach δημιούργησε την κλίμακα MBI (Maslach Burnout Inventory), η οποία στις περισσότερες μελέτες αποτελεί την πλέον διαδεδομένη κλίμακα διεθνώς μέχρι σήμερα με σκοπό την καταγραφή του συνδρόμου.

2.2.2 Το υπόδειγμα των Edelwich & Brodsky (1980)

Σύμφωνα με τη θεωρία των Edelwich & Brodsky (1980), για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης μεσολαβούν τέσσερα στάδια, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας.

Στο πρώτο στάδιο, ο εργαζόμενος ξεκινώντας την καριέρα του διακατέχεται από ενθουσιασμό, έχοντας συχνά υπερβολικά υψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του και στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς, αφιερώνοντας το χρόνο του και τη ψυχή του. Καθώς όπως αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει ασυμμετρία μεταξύ της παραγωγικότητάς του και των προσδοκιών του, διακατέχεται από το αίσθημα της απογοήτευσης. Στο σημείο αυτό ακολουθεί το δεύτερο στάδιο, όπου νιώθει αμφιβολία και αδράνεια. Στο δεύτερο στάδιο, δεν καλύπτονται οι επαγγελματικές ανάγκες του εργαζόμενου καθώς η

εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις φιλοδοξίες και προσδοκίες του. Έχει παρατηρηθεί πως σε αυτό το στάδιο, ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία του, θεωρώντας τον υπεύθυνο για εργασιακή ανεπάρκεια και έλλειψης γνώσεων του αντικειμένου και προσπαθεί να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι σταδιακά, απομυθοποιεί την εργασία του και εξαντλείται ψυχολογικά και σωματικά.

Ακολουθεί το τρίτο στάδιο όπου βασικά συναισθήματα που κυριεύουν τον εργαζόμενο είναι η απογοήτευση και η ματαίωση. Ο εργαζόμενος αναγκαστικά αποδέχεται αυτή την κατάσταση που επικρατεί στο εργασιακό του περιβάλλον ως μάταιη και οδηγείται στην αποθάρρυνση και στην απογοήτευση. Λειτουργώντας αμυντικά, απομακρύνεται από τα άτομα εκείνα που δυσχεραίνουν την καθημερινότητά του ή αλλάζει τη συμπεριφορά του. Επακόλουθο των προαναφερθέντων σταδίων αποτελεί το στάδιο της απάθειας. Σε αυτό το στάδιο, ο εργαζόμενος συνεχίζει και εργάζεται παθητικά για λόγους οικονομικής επιβίωσης, επενδύοντας ελάχιστα στα καθήκοντά του και αγνοώντας τις ανάγκες των ασθενών.

2.2.3 Το διαδραστικό υπόδειγμα του Cherniss (1980)

Το διαδραστικό υπόδειγμα του Cherniss (1980), αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια αλληλουχία «συμβάντων» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν» όπου αναπτύσσονται 3 στάδια. Στο πρώτο στάδιο, παρατηρείται διαταραχή μεταξύ των διαθέσιμων πόρων και των απαιτούμενων πόρων, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση εργασιακού στρες. Ο Cherniss θεωρεί πως για το πρώτο στάδιο ευθύνεται η ανεπάρκεια οικονομικών πόρων, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τους εργαζόμενους και διαταράσσει τις μεταξύ τους σχέσεις και κατ' επέκταση τη λειτουργία ολόκληρου του υγειονομικού συστήματος. Ωστόσο αυτή η διαταραχή της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε εργαζόμενο, χωρίς όμως να θεωρείται πως το στάδιο αυτό είναι υπεύθυνο από μόνο του για την επαγγελματική εξουθένωση.

Στη συνέχεια, ακολουθεί το στάδιο της εξάντλησης, ως αποτέλεσμα του προηγούμενου σταδίου. Στο στάδιο αυτό, ο εργαζόμενος διακατέχεται από συναισθήματα έντασης, εξάντλησης, ανίας, απάθειας και λοιπών άλλων αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία δυσκολεύεται να διαχειριστεί με ορθό τρόπο, γεγονός που

ενδέχεται να οδηγήσει σε παραίτηση, απογοήτευση ή ματαίωση. Η διαφορά μεταξύ του υποδείγματος του Cherniss και του υποδείγματος του Edelwich & Brodsky είναι ότι ο πρώτος συνυπολογίζει την συναισθηματική κατάσταση που δημιουργείται στον εργαζόμενο και την θεωρεί υπεύθυνη για τη ψυχική και σωματική του κόπωση, την αδιαφορία του για την εργασία του, τη ψυχρή στάση του προς τους συναδέλφους και τη στροφή του ενδιαφέροντός του προς γραφειοκρατικές εργασίες παρά σε κλινικές παραμέτρους, οι οποίες συμβάλλουν στην παραγωγή αρνητικών συναισθημάτων.

Το τρίτο και τελευταίο στάδιο, είναι το στάδιο της αμυντικής κατάληξης, όπου παρατηρούνται αλλαγές στη στάση και συμπεριφορά του εργαζόμενου, με βασικό χαρακτηριστικό την απαθή στάση του εργαζόμενου απέναντι στο προσωπικό και τους συναδέλφους. Ο εργαζόμενος οδηγείται σε αυτή τη λύση προκειμένου να μειώσει τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις έτσι ώστε να μπορέσει να επιβιώσει επαγγελματικά και να μην αποβούν τα αρνητικά συναισθήματα βλαβερά σε άλλους τομείς της ζωής του.

2.2.4 Το υπόδειγμα της Pines (1988)

Το θεωρητικό υπόδειγμα της Pines ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης, η οποία προκαλείται μετά από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια και αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία. Ως εκ τούτου, απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου το οποίο συνοδεύεται και από αισθήματα απόγνωσης, ματαίωσης και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

2.2.5 Το υπόδειγμα των εργασιακών απαιτήσεων- πόρων

Οι Bakker, Demerouti, Nachreiner & Schaufeli (2001) ανέπτυξαν το υπόδειγμα των εργασιακών απαιτήσεων- πόρων, το οποίο και αποτελεί το πιο πρόσφατο μοντέλο μελέτης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με το εν λόγω μοντέλο, οι συνθήκες εργασίας δύναται να κατηγοριοποιηθούν σε δύο μεγάλες

κατηγορίες: τις εργασιακές απαιτήσεις (job demands) και τους εργασιακούς πόρους (job resources). Οι δύο αυτές κατηγορίες σχετίζονται με συγκεκριμένα αποτελέσματα: α) οι εργασιακές απαιτήσεις (φόρτος εργασίας, ωράριο εργασίας, δυσμενείς εργασιακές συνθήκες κλπ) σχετίζονται με την εργασιακή κόπωση και μπορεί να προκαλέσουν επαγγελματική εξουθένωση όταν βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα και β) οι εργασιακοί πόροι (αμοιβή, εργασιακή ασφάλεια, συμμετοχή κλπ) σχετίζονται με τη ψυχική απομάκρυνση και όταν βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα οδηγούν σε θετικές συμπεριφορές.

2.3 Κοινωνικο- δημογραφικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα που σχετίζονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η προϋπηρεσία και η οικογενειακή κατάσταση.

Οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία του επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε σχέση με τα άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ηλικία φαίνεται να έχει την υψηλότερη συσχέτιση με την επαγγελματικής εξουθένωση. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν παρατηρείται συχνά στις μικρές ηλικιακές ομάδες καθώς τα άτομα που είναι πιο επιρρεπή είναι εκείνα που βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 30-40 ετών. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες, είναι στην αρχή της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας και δεν έχουν αντίληψη και επίγνωση του βαθμού στον οποίο η εργασία επηρεάζει την καθημερινότητά τους και επιπλέον μπορούν εύκολα ν' αλλάξουν επαγγελματική κατεύθυνση σε περίπτωση που αντιληφθούν αρνητική επίδραση της εργασίας. Σε έρευνες τους, οι Schaufeli (1990) και Duquette et al. (1994) ισχυρίζονται ότι σε σχέση με τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών υπάρχουν διάφορα επίπεδα συσχέτισεων. Και οι δύο ερευνητές αναφέρουν ότι υπάρχουν επαρκή στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η ηλικία, η πίεση της εργασίας, η σύγχυση των ρόλων, περιορισμένη ανθεκτικότητα, ο παθητικός τρόπος αντιμετώπισης και περιορισμένη

κοινωνική υποστήριξη δύναται να επηρεάσει αρνητικά την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Επιπλέον, έρευνα των Ραφτόπουλος και συν. (2012), αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να συσχετιστεί επαρκώς γνωρίζοντας αν οι νοσηλευτές βρίσκουν την εργασία τους αγχωτική, την ηλικία τους, το επίπεδο της συναισθηματικής τους εξάντλησης και την αποπροσωποποίησή τους. Παρόλα αυτά όμως, τα ευρήματα όσον αφορά στην ηλικία ως προγνωστικό παράγοντα της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι πολύ σταθερά στην βιβλιογραφία (Kiplatrck, 1989).

Επιπλέον, το φύλο των επαγγελματιών υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εργασιακή ικανοποίηση και κατ' επέκταση στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις έρευνες, ωστόσο τις περισσότερες φορές παρατηρείται στους άνδρες πιο εύκολα κυνισμός και στις γυναίκες η εξουθένωση (Heim, 1992). Σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση, έχει διαπιστωθεί ότι οι τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς και οι ανύπαντροι και διαζευγμένοι παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Yaktin et al, 2003· Schaufeli et al, 1993).

2.4 Παράγοντες κινδύνου επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται όταν τα αρνητικά συναισθήματα συσσωρεύονται χωρίς να είναι εφικτό ν' αποφορτίζονται. Σε σημαντικές μελέτες που πραγματοποιηθήκαν σε διεθνές επίπεδο, διερευνήθηκε η πιθανή συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, ατομικούς παράγοντες και παράγοντες της προσωπικότητας. Στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οι παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι το φόρτος εργασίας, τα υψηλά επίπεδα άγχους, οι συγκρούσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους, η ικανοποίηση από την εργασία, η οργανωτική υποστήριξη και η κοινωνική υποστήριξη από συναδέλφους και προϊσταμένους καθώς και η ισορροπία μεταξύ της δουλειάς, της οικογένειας και της προσωπικής ανάπτυξης (Biaggi et al, 2003· Visser et al, 2003· Jenkins & Elliott, 2004).

Σε ότι αφορά τους ατομικούς παράγοντες, συσχετίζεται ο δημογραφικός παράγοντας της ηλικίας καθώς προκύπτει ότι ο βαθμός εξουθένωσης είναι μεγαλύτερος μεταξύ των νεότερων εργαζομένων. Οι νεότεροι εργαζόμενοι, με τη μικρότερη πείρα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τους μεγαλύτερους και περισσότερο έμπειρους συναδέλφους τους, με κύρια αιτία τη διάψευση των προσδοκιών τους. Ως προς τον παράγοντα του φύλου, τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα αν και οι περισσότερες μελέτες δείχνουν υψηλότερα επίπεδα στις γυναίκες (Aslan, 1998· Gabbe et al, 2002). Επιπλέον, σημαντική φαίνεται να είναι η υποστήριξη που λαμβάνει ο εργαζόμενος από το-η σύζυγο καθώς και η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και της οικογενειακής ζωής. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές βρέθηκε ότι υπήρχαν δύο κατηγορίες. Στην μία κατηγορία άνηκαν αυτοί που είχαν σύντροφο αλλά είχαν σημαντικά προβλήματα στις σχέσεις τους και αυτοί που δεν είχαν σύντροφο αλλά είχαν προβλήματα στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι νοσηλευτές που άνηκαν στην πρώτη κατηγορία υπέφεραν από οξύ στρες ενώ εκείνοι που άνηκαν στην δεύτερη υπέφεραν από χρόνιο στρες (Cole, 1992). Ως εκ τούτου, γίνεται αντιληπτό ότι η οικογενειακή ισορροπία όπως αυτή αποτυπώνεται στις σχέσεις του εργαζομένου με τους σημαντικούς ανθρώπους της ζωής του διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επαγγελματική του ισορροπία.

Όσον αφορά τους παράγοντες της προσωπικότητας, χαρακτηριστικά όπως η ενδυνάμωση, η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα στο στρες, και το άγχος έχουν άμεση συσχέτιση με την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας, 2008).

Αναλυτικότερα, ενδοατομικά χαρακτηριστικά (εσωτερικοί παράγοντες) που συνδράμουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα κάτωθι (Lazarus & Folkman, 1984· Vachon, 1987):

- Η προσωπική στάση στην εργασία και ειδικότερα ένα ισχυρά επαγγελματικό ήθος με επίκεντρο την προσφορά.
- Ο ενθουσιασμός για την εργασία, οι υψηλές ατομικές φιλοδοξίες και η αδυναμία επίτευξης μιας προσωπικής ψυχολογικής ισορροπίας.
- Η έλλειψη ικανότητας του ατόμου να δίνει αποτελεσματικές λύσεις σε προβλήματα που προκύπτουν.
- Η έντονη τάση συμμόνιας, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην ενίσχυση της συναισθηματικής πίεσης.

Η Vachon (1987) αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι έχουν κεντρικό άξονα κυρίως ατομικά κριτήρια. Επιπλέον, συμπεραίνει ότι κάποιες ιδιαίτερες συνθήκες συνεξαρτώνται στο να μειώσουν την αντοχή του ατόμου στο άγχος που δημιουργείται στην εργασία του. Οι εν λόγω συνθήκες περιγράφονται ως εξής:

- Ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο κλπ)
- Ενδοατομικοί παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα κλπ)
- Διαπροσωπικοί παράγοντες (οικογενειακές σχέσεις, στήριξη από το περιβάλλον κλπ) και
- Κοινωνικό- πολιτισμικοί παράγοντες (βιοτικό επίπεδο, εκπαίδευση κλπ).

Οι Schaufeli & Enzmann (1998) κάνουν λόγο για επτά παράγοντες (κοινωνικούς, πολιτιστικούς και ιδεολογικούς), οι οποίοι συντελούν στην αύξηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι παράγοντες αυτοί περιγράφονται ως εξής:

- Η μείωση των γεωργικών και βιομηχανικών επαγγελμάτων και η παράλληλη αύξηση των επαγγελμάτων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών.
- Η τάση να προσδίδουμε «ταμπέλες» και ονόματα σε προβλήματα και ψυχολογικές δυσκολίες, με αντιπροσωπευτικό παράδειγμα τον όρο «στρες».
- Η έλλειψη υποστηρικτικών δικτύων σε συνδυασμό με τον αυξημένο ατομικισμό των σύγχρονων κοινωνιών.
- Οι ολοένα αυξημένες απαιτήσεις των περισσότερων σύγχρονων επαγγελμάτων σε επίπεδο γνωστικό, πνευματικό και συναισθηματικό.
- Κοινωνικά αποδεκτές πεποιθήσεις που αφορούν σε συγκεκριμένα επαγγέλματα και που δημιουργούν σε νέους επαγγελματίες προσδοκίες που είναι μη ρεαλιστικές
- Η αμφισβήτηση του κοινωνικού κύρους πολλών ανθρωπιστικών επαγγελμάτων, κυρίως ιατρικών.

Συνοψίζοντας, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης προκαλείται από αιτίες που οφείλονται τόσο σε εξωτερικούς παράγοντες (σχετίζονται με χαρακτηριστικά της εργασίας), όσο και σε εσωτερικούς παράγοντες (σχετίζονται με προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου) (Maslach, 1982). Συγκεκριμένα, στην πρώτη περίπτωση έχουν εντοπισθεί χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας τα οποία θεωρούνται ότι συνδράμουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως

είναι ο φόρτος εργασίας, έλλειψη ανταμοιβών, οι συχνές και μακράς διάρκειας διαπροσωπικές συγκρούσεις, η ασάφεια ρόλων, η μη εκπλήρωση εργασιακών προσδοκιών, η έλλειψη δικτύου υποστήριξης, η έλλειψη ανατροφοδότησης καθώς και η μη συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων. Στη δεύτερη περίπτωση αντίστοιχα, ατομικά χαρακτηριστικά δύναται να επηρεάσουν την ανάπτυξη του συνδρόμου, όπως το φύλο, η ηλικία, η εμπειρία, οι προσωπικές στάσεις και πεποιθήσεις, η ικανότητα στην επίλυση των προβλημάτων, οι ατομικές φιλοδοξίες και η ικανότητα διατήρησης ψυχολογικής ισορροπίας (Maslach, Schaufeli & Leiter 2001). Σύμφωνα με τη Maslach (1982) απαιτείται αλληλεπίδραση τόσο των εξωτερικών όσο και των εσωτερικών παραγόντων για την ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ωστόσο όμως, υποστηρίζεται ότι τα άτομα εκείνα που είναι ανθεκτικά στο στρες έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση κάτω από αγχογόνες καταστάσεις. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται κυρίως από: α) άσκηση προσωπικού ελέγχου στο περιβάλλον, β) λαμβάνουν τα εργασιακά προβλήματα ως προκλήσεις και όχι ως απειλές και γ) έχουν την τάση να επενδύουν στην εργασία τους και συμμετέχουν ενεργά στα δρώμενα (Kobasa et al, 1982).

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, καθώς επίσης η ενεργός συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο εργαζόμενος στην ροή των γεγονότων δύναται να επηρεάσει καταλυτικά την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στη ζωή του κάθε ατόμου (Boomans & Landerweerd, 1996· Vahey, Aiken, Sloane et al, 2004).

2.5 Τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η συνεχής και μακροχρόνια έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε δυσμενείς εργασιακές συνθήκες έχει ως αποτέλεσμα την σωματική και ψυχολογική του εξάντληση. Οι επιπτώσεις της εξάντλησης αυτής διαφαίνονται τόσο στη φυσική του κατάσταση όσο και στη συμπεριφορά του, την εργασία του και την προσωπική του ζωή (Cushway, 1992). Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης κατηγοριοποιούνται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Τα σωματικά

συμπτώματα περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά που αφορούν στις σύνηθες εκδηλώσεις στρες και άγχους όπως: σωματική κούραση, διαταραχές ύπνου και διατροφής, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικά προβλήματα, υπερένταση, σεξουαλική δυσλειτουργία και μυοσκελετικοί πόνοι (Tyler & Cushway, 1998).

Η εύθραυστη αυτή σωματική υγεία του εργαζόμενου δύναται να επηρεάσει την ψυχολογική του υγεία και τη συμπεριφορά, με βασικά συμπτώματα αφενός το έντονο άγχος, την ανία και αφετέρου τη χαμηλή εργασιακή απόδοση και ικανοποίηση, τη δυσκαμψία στις αλλαγές, την αρνητική διάθεση, τις συγκρούσεις, την αδυναμία συγκέντρωσης. Συμπτώματα, τα οποία σταδιακά οδηγούν στην παραίτηση και τη ματαίωση αλλά και στην ανάπτυξη παραβατικών συμπεριφορών όπως αυξημένη χρήση φαρμάκων και αλκοόλ. Κατ' επέκταση, προδικάζεται η προσωπική αλλά και η κοινωνική ζωή του εργαζόμενου, καθώς μεταφέρει τα εργασιακά του προβλήματα στην οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζονται οι συγκρούσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και να εξασθενεί το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές (Griffith, Steptoe & Cropley, 1999).

Οι Cordes & Dougherty (1993) συμπεραίνουν ότι οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης συνοψίζονται σε τρεις κατηγορίες: α) στην ψυχική και σωματική υγεία όπου τα άτομα παρουσιάζουν συμπτώματα όπως η κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, πονοκεφάλους, αϋπνίες, αίσθημα κόπωσης ή στομαχικά προβλήματα., β) στις διαπροσωπικές σχέσεις όπου στα άτομα είναι δυνατόν να υπάρξει αποδυνάμωση στις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις ή στις επαγγελματικές τους σχέσεις και γ) στην εργασιακή συμπεριφορά όπου τα άτομα μπορεί να εμφανίσουν μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας ως προς την εργασία τους, μεγαλύτερο αριθμό απουσιών καθώς και την τάση για αλλαγή επαγγέλματος ή περιβάλλοντος εργασίας.

Τα προβλήματα που οδηγούν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζονται σταδιακά, επιδεινώνονται βαθμιαία έως ότου το άτομο να μην έχει τη δυνατότητα να τα ελέγξει. Σύμφωνα με τον Cherniss (1980) αναπτύσσονται συγκεκριμένες ενδείξεις και συμπτώματα τα οποία μπορούν έγκαιρα να διαγνωστούν και ως εκ τούτου να αντιμετωπισθούν. Οι ενδείξεις αναλύονται ως εξής: α) αντίσταση του ατόμου ως προς την αναχώρησή του από την οικία για τη μετάβασή του στο χώρο εργασίας σε καθημερινή βάση, β) αρνητισμός, οργή και μνησικακία, γ) αδυναμία συγκέντρωσης και ακρόασης, δ) διαπροσωπικές

συγκρούσεις, ε) οργανικά συμπτώματα (πονοκέφαλοι, γρίπη, γαστρεντερικές δυσκολίες), στ) αίσθηση κόπωσης και εξάντλησης, ζ) καχυποψία και κυνισμός προς τους πελάτες ή και τους συνεργάτες, η) συχνό κοίταγμα ρολογιού και θ) έντονη ανησυχία για τον εαυτό του. Ενώ τα συμπτώματα περιγράφονται ως εξής: α) χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενοχικά συναισθήματα, β) εφαρμογή άκαμπτων διαδικασιών, γ) χρήση φαρμάκων, δ) αύξηση του αριθμού των απουσιών από την εργασία, ε) αποφυγή του ατόμου να συμμετέχει σε συζητήσεις με συναδέλφους, στ) απομόνωση, απόσυρση και αίσθηση αποτυχίας, ζ) δυσκαμψία σκέψης και αντίσταση σε τυχόν αλλαγές που προκύπτουν, η) απώλεια θετικών συναισθημάτων προς τους πελάτες και υιοθέτηση ενός στερεότυπου μοντέλου με αυτούς και θ) αίσθηση κόπωσης μετά την εργασία.

Είναι προφανές ότι η μεγάλη σημασία της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας έγκειται στις επιπτώσεις της, οι οποίες αφορούν στους ίδιους τους ιατρούς και τους νοσηλευτές και κατ' επέκταση τους οργανισμούς στους οποίους απασχολούνται και εργάζονται. Οι επιπτώσεις της ξεπερνούν το άτομο και τον κοινωνικό του περίγυρο και επεκτείνονται στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τους εν λόγω οργανισμούς, η επαγγελματική εξουθένωση δύναται να αποβεί δαπανηρή, έχοντας ως αποτέλεσμα την αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε αδικαιολόγητες απουσίες και σε μειωμένη απόδοση (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Επιπροσθέτως, έχει συσχετιστεί με αύξηση της πρόθεσης των εργαζομένων για παραίτηση από την εργασία τους (Guntupalli & Fromm, 1996· Grunfeld et al, 2000· Campbell et al, 2001· Aiken et al, 2002). Η πρόωμη αυτή αποχώρηση των ιατρών ή νοσηλευτών από τη θέση εργασίας τους επηρεάζει αρνητικά τον οργανισμό με ποικίλους τρόπους. Δεδομένου του ήδη υπάρχοντος προβλήματος σε ότι αφορά την έλλειψη προσωπικού στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, το πρόβλημα επιδεινώνεται γεγονός που συμβάλλει στην μείωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς η επάρκεια σε προσωπικό συσχετίζεται με τη θνητότητα των ασθενών, με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όπως επίσης με ανεπιθύμητα συμβάντα στους ασθενείς (Aiken et al, 2002; Whitman et al, 2002).

2.6 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ιατρούς και νοσηλευτές και κατ' επέκταση τους οργανισμούς, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική αποδοτική λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι περισσότερες μέθοδοι που μετρούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας όπως η θνησιμότητα, τα ιατρικά σφάλματα, ο χρόνος νοσηλείας κ.α., όμως ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών καθώς αποτελεί δείκτη μέτρησης της αποτελεσματικής λειτουργίας ενός συστήματος υγείας (Cleary & McNeil, 1988). Σημαντικές μελέτες έχουν διερευνήσει τη σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και νοσηλευτών με ορισμένους από τους προαναφερθείσες δείκτες, οι οποίοι αντανακλούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι Leiter, Harvie & Frizzell (1998) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης των νοσηλευτών και της ικανοποίησης των ασθενών. Η μελέτη έδειξε ότι στα τμήματα όπου οι νοσηλευτές ένιωθαν περισσότερο εξαντλημένοι, οι ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι ως προς τις διαστάσεις φροντίδας που μελετήθηκαν (νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα, πληρότητα και διαθεσιμότητα πληροφοριών, συντονισμό φροντίδας και αποτελέσματα νοσηλείας). Επιπλέον, σε μελέτη των Priebes, Fakhoury, White et al (2004) διερευνήθηκε η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της έκβασης της υγείας των ασθενών, όπου διαπιστώθηκε ότι η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα του προσωπικού συσχετίζονται με την έκβαση της υγείας των ασθενών.

Η δυσμενής έκβαση των ασθενών, η έλλειψη ικανοποίησής τους και άλλοι σημαντικοί δείκτες αντανακλούν και επηρεάζουν την ποιότητα και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών και επομένως η επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς τους δείκτες αντανακλά την επίδρασή της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού. Ως εκ τούτου, κρίνεται αναγκαία η λήψη μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς ένας από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας είναι η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας.

2.7 Ανασκόπηση Διεθνούς βιβλιογραφίας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η πλειοψηφία των μελετών που αφορούν στην επαγγελματική εξουθένωση έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας. Σε μελέτη των Firth-Cozens & Payne (1999) προκύπτει ότι το 1/3 του νοσηλευτικού προσωπικού σε παγκόσμιο επίπεδο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από την έναρξη της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας. Παράλληλα, στην συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα, ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών είναι πολύ υψηλός.

Πορίσματα σημαντικών ερευνών καταδεικνύουν τη συσχέτιση του χώρου όπου εργάζονται οι νοσηλευτές με την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι επαγγελματικοί χώροι όπου οι νοσηλευτές βιώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι μονάδες εντατικής θεραπείας και τα ψυχιατρεία. Αποτελέσματα μελετών των Hannigan, Edwards, Coyle et al (2000) και των Kilfedder, Power & Wells (2001) δείχνουν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης εξαιτίας της εργασίας του. Σε έρευνα των Poncet, Toullic, Parazian et al (2007) βρέθηκε ότι το 1/3 των νοσηλευτών που εργάζονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας είχαν βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ, στη μελέτη του Jones (1999) όπου 38 νοσηλευτές εκτέθηκαν σε στρεσογόνους παράγοντες όπως π.χ. φόρτο εργασίας, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας είχαν σε σημαντικό βαθμό υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε παθολογικά τμήματα.

Ως προς την ειδικότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, οι παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές είναι εκείνοι που παρουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Zhu, Wang Z.M., Wang M.Z. et al, 2006). Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Jaracz, Gorna & Konieczna (2005), σύμφωνα με τα οποία οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νευρολογικά και ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Goebring, Gallacchi, Klinzi et al (2005) σε μελέτη τους σε γενικούς ιατρούς της Σουηδίας κατέγραψαν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στους ιατρούς ηλικίας 45-55 ετών. Στην ίδια έρευνα, αναφέρονται ως σχετιζόμενοι αγγογόνοι παράγοντες ο φόρτος εργασίας και οι διαπροσωπικές σχέσεις με το λοιπό προσωπικό κατά την άσκηση της γενικής ιατρικής.

Εκτός από την ειδικότητα και το χώρο εργασίας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών στην εμφάνιση του συνδρόμου. Σε έρευνα των Jenkins & Elliott (2004), οι καταρτιζόμενοι νοσηλευτές βίωναν υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας σε σχέση με τους μη καταρτιζόμενους. Το καταρτισμένο προσωπικό ανέφερε ως κύριο παράγοντα άγχους την έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης ενώ το μη καταρτισμένο ανέφερε τους απαιτητικούς ασθενείς.

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο, μελέτη της διερεύνησης της ψυχοσωματικής ισορροπίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε Ελληνικά νοσοκομεία, έδειξε υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους κυρίως σε επαγγελματίες υγείας μικρότερων ηλικιών (Antoniou & Tzavara, 2005). Σημαντικά είναι τα ευρήματα της έρευνας των Νούλα, Μουχάκη, Αργυροπούλου και συν. (2010), σύμφωνα με τα οποία οι νοσηλευτές της επαρχίας και όσοι εργάζονται στον παθολογικό τομέα και στον τομέα επειγόντων περιστατικών είναι οι πλέον ευάλωτοι στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ σε έρευνα των Ρούπα και συν. (2008) διαπιστώθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα είναι υψηλή και εκφράζεται με αισθήματα αποπροσωποποίησης και συναισθηματικής εξάντλησης.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001) αναφέρουν ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με την ίδια φύση του ιατρικού επαγγέλματος (καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο) καθώς επίσης με παράγοντες που σχετίζονται με την ελληνική πραγματικότητα (ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης κ.α.). Παρόμοια, η έρευνα των Αδάλη, Πριάμη, Ευαγγέλου, Υφαντή και Μούγια (2002) που πραγματοποιήθηκε σε πέντε Νοσοκομεία της Αθήνας στο πλαίσιο της διερεύνησης του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης, έδειξε ότι η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι

εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του Νοσηλευτικού προσωπικού.

2.8 Μέθοδοι παρέμβασης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι σημαντικό το άτομο που πάσχει από αυτή να έχει τη δυνατότητα ν' αναγνωρίσει το πρόβλημα, ν' αντιληφθεί ότι αποτελεί μέρος του προβλήματος προκειμένου ν' αναζητήσει βοήθεια όταν νιώσει ότι λόγω της εξάντλησης δε μπορεί ν' ανταπεξέλθει στις πιεστικές συνθήκες εργασίας (Firth-Cozens & Payne, 1999). Πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν αναγνωρίζουν εγκαίρως τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης και όταν συνειδητοποιούν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα είναι ήδη αργά καθώς έχουν εκδηλώσει είτε σωματικά, είτε ψυχολογικά συμπτώματα.

Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης επικεντρώνεται περισσότερο σε ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας εστιάζοντας στην πρόληψη και τις προσπάθειες που κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας για την άρση του προβλήματος. Σύμφωνα με τους Maslach et al (2001), παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και τον οργανισμό διαδραματίζουν πιο σημαντικό ρόλο σε σύγκριση με τους ατομικούς παράγοντες ως προς την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Έρευνες καταδεικνύουν ότι οι ατομικές παρεμβάσεις είναι λιγότερο καθοριστικές στο χώρο της εργασίας καθώς το άτομο ασκεί μικρότερο έλεγχο πάνω στους αγχογόνους παράγοντες σε σχέση με άλλους τομείς της ζωής του.

Οι παρεμβάσεις δύναται να διακριθούν σε ατομικό και οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο. Σε ατομικό επίπεδο, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να συμπεριλάβει στην καθημερινότητά του μέτρα, τα οποία συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο πλαίσιο αυτό, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει ν' αναγνωρίζει εγκαίρως τα συμπτώματα τα οποία δείχνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει έντονο άγχος στον εργασιακό του χώρο με απώτερο στόχο να μην οδηγηθεί μακροπρόθεσμα στην επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, θα πρέπει να επαναξιολογήσει τους στόχους του και τις προσδοκίες του και ν' αναπροσδιορίσει τη

στάση του απέναντι στον εαυτό του και τους ασθενείς του καθώς και τη σχέση του με τους συναδέλφους του. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον καθώς και από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας όταν αυτό κριθεί αναγκαίο. Ως εκ τούτου, με τη χρήση αυτών των μέσων ο επαγγελματίας υγείας θωρακίζεται, μειώνοντας τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωπότητα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στο οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο, οι παρεμβάσεις που μπορούν να οδηγήσουν στη μείωση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και συμβάλλουν στην πρόληψη είναι οι ακόλουθες: α) η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων κτλ), β) η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζομένων, γ) η οργάνωση και λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης, δ) η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων καθώς και η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων και ε) η αξιολόγηση των εργαζομένων και η όσο το δυνατόν ορθή τοποθέτησή τους στην κατάλληλη θέση, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσής του στο χώρο της εργασίας και την παροχή ποιοτικής φροντίδας προς στους ασθενείς (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνονται να παρακολουθούν τις συναισθηματικές τους διακυμάνσεις και ν' αναζητούν άμεσα βοήθεια όταν κρίνεται αναγκαίο. Η αναγνώριση του προβλήματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπισή του καθώς πολλοί επαγγελματίες υγείας εθελουφλούν και όταν συνειδητοποιούν την ύπαρξη του προβλήματος έχουν ήδη εκδηλώσει ψυχολογικά ή σωματικά συμπτώματα. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να παρατηρούν τους συναδέλφους τους και να παρέχουν τη βοήθειά τους, χωρίς να τους αγνοούν ή να τους καλύπτουν. Σημαντική είναι η συμβολή των εμπειρότερων, οι οποίοι έχοντας ως εφόδια τις γνώσεις τους και την εξοικείωση μπορούν εύκολα ν' αφουγκράζονται τις ανησυχίες των νεότερων, ν' αναλύουν τα λάθη τους και να συζητούν από κοινού τα «δύσκολα» περιστατικά (Center, Davis, Detre et al, 2003· Graskie, 2003).

Σε νοσοκομεία του Ηνωμένου Βασιλείου έχουν ενσωματωθεί βιωματικές ομάδες αλληλοϋποστήριξης μεταξύ ιατρών με σημαντικά ποιοτικά αποτελέσματα καθώς και εξειδικευμένες υπηρεσίες παροχής ψυχολογικής υποστήριξης και ψυχιατρικής αρωγής απευθυνόμενες σε επαγγελματίες υγείας (Graske, 2003). Ωστόσο, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οφείλουν να εγγυώνται εμπιστευτικότητα και

εχεμύθεια προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να προσεγγίζουν τις υπηρεσίες δίχως φόβο μήπως εκτεθούν στους ασθενείς ή τους εργοδότες. Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει διαπιστωθεί ότι η ελλιπής εμπιστευτικότητα αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς λόγους αποτυχίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όταν αντιμετωπίζουν ιατρούς-ασθενείς (Court, 1994; Donaldson, 1994).

Αν και έχουν προταθεί ποικίλλες παρεμβάσεις, είναι λίγες οι μελέτες στις οποίες διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης και διαπιστώθηκε η ευεργετική τους επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας. Σε μελέτη τους, οι West, Horan & Gomes (1984) αναφέρουν ότι η συναισθηματική εξάντληση μειώθηκε και τα προσωπικά επιτεύγματα βελτιώθηκαν σημαντικά μετά από τη συμμετοχή των εργαζομένων σε πρόγραμμα διαχείρισης άγχους, το οποίο περιλάμβανε εκπαίδευση σε δεξιότητες διεκδίκησης μέσω της βιωματικής εφαρμογής της πρακτικής role- playing game (παίξιμο ρόλων). Παράλληλα, οι Pines & Aronson (1988) τόνισαν την αποτελεσματικότητα των ομάδων εργασίας στη μείωση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των προληπτικών ομάδων εργασίας ήταν δύσκολο ν' αξιολογηθούν, γεγονός που δεν καθιστά γνωστό εάν οι εν λόγω αλλαγές έχουν διάρκεια στο χρόνο.

Συμπερασματικά, η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας σε σωματική, ψυχική και πνευματική εξάντληση, η οποία όμως σταδιακά διευρύνεται επηρεάζοντας όλους τους τομείς της ζωής τους. Η άρση του αδιεξόδου αυτού είναι εφικτή και η ανάρρωση μπορεί να επιτευχθεί όταν ο επαγγελματίας αποφασίσει ν' αλλάξει τη σχέση του με την εργασία αλλά και τη συνολική στάση ζωής του. Προκειμένου πετύχει την αλλαγή αυτή, βασική προϋπόθεση αποτελεί η κατανόηση των αιτιών που οδήγησαν στην εξουθένωση, η επεξεργασία των πεποιθήσεων και των προσδοκιών και η επιδίωξη μιας πολύπλευρης και απαιτητικής ανασυγκρότησης. Συγκεκριμένα, ο επαγγελματίας υγείας αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τους ασθενείς, βελτιώνει τις επαγγελματικές του σχέσεις με τους συναδέλφους και τέλος επιδιώκει αυτογνωσία και ενσυναίσθηση, δηλαδή τη γνώση των ορίων και των αναγκών του και αντίστοιχα τη γνώση των αναγκών και των συναισθημάτων των άλλων. Η επιμόρφωση και η εποπτεία βοηθούν τον επαγγελματία υγείας να επεξεργαστεί ζητήματα τα οποία αφορούν στις σχέσεις με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τον εαυτό του και παράλληλα αποτελούν σημαντικά εφόδια για τη συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας.

Ωστόσο, η επιτυχής αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι μόνο υπόθεση ενός επαγγελματία υγείας αλλά ολόκληρου του οργανισμού στον οποίο εντάσσεται που πρέπει να μοιράζεται κοινές αξίες και στόχους (Μισουρίδου, 2009).

3. Το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση στον Ιατρικό και Νοσηλευτικό χώρο

3.1 Εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση στο ιατρικό επάγγελμα

Σε έρευνα των Cooper, Sloan & Williams (1988) οι επαγγελματίες υγείας κατατάσσονται στις επαγγελματικές ομάδες που θεωρούνται ως οι πλέον εκτεθειμένες στο εργασιακό στρες. Ο βασικός λόγος είναι ότι οι ιατροί έρχονται αντιμέτωποι με τη διαχείριση ανθρώπων και οι πράξεις τους έχουν επίδραση και αντίκτυπο σε ανθρώπινες ζωές (Caplan, Cobb, French et al, 1975· Rees, 1995). Αξιολογούνται καθημερινά από τους πελάτες- ασθενείς, τους συγγενείς και τους συναδέλφους και τα τυχόν λάθη τους δεν είναι δυνατόν να συγκαλυφτούν ειδικά στις περιπτώσεις εκείνες που ενδεχομένως να έχουν προκαλέσει καταστροφικές συνέπειες (Payne & Firth-Cozens, 1987).

Επιπλέον, σημαντικές πηγές εργασιακού άγχους αποτελεί το γεγονός ότι οι ιατροί είναι εκτεθειμένοι σε αυξημένο κίνδυνο για ασθένεια ή τραυματισμό καθώς επίσης και οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, τους συγγενείς- συνοδούς και τους συναδέλφους (Αντωνίου, 2002). Το πρόβλημα εντείνεται όταν ο ιατρός δεχόμενος πίεση, θα πρέπει να παραμείνει ήρεμος και συναισθηματικά αποστασιοποιημένος (Sutherland & Cooper, 1990).

Ως εκ τούτου, οι παράγοντες που κάνουν το ιατρικό επάγγελμα ως ένα από τα πλέον αγχογόνα, είναι οι υψηλές απαιτήσεις του επαγγέλματος, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με τα εξαντλητικά ωράρια και τις βάρδιες, οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται με τους ασθενείς, συναδέλφους και

συγγενείς καθώς και η αντιμετώπιση δύσκολων περιστατικών ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που έχουν αρνητική κατάληξη.

Ως προς τις ιατρικές ειδικότητες, πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι οι ογκολόγοι και οι χειρουργοί (Balch & Copeland, 2007) καθώς και καρδιολόγοι χειρουργοί και ψυχίατροι (Waldman, Diez, Arazi et al, 2009· Laubach, Milch & Ernst, 1999) ανήκουν στις ειδικότητες που παρουσιάζουν συμπτωματολογία χρόνιου εργασιακού άγχους το οποίο μεταφέρεται συχνά στο οικογενειακό τους περιβάλλον και στην προσωπική τους ζωή. Τέλος, σημαντικό είναι το εύρημα της έρευνας των Olkinuora, Asp, Juntunen et al (1990) σύμφωνα με το οποίο οι ιατροί που εργάζονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον εκτίθενται σε μεγαλύτερο βαθμό σε αγχογόνες καταστάσεις σε σχέση με τους ιατρούς που ασκούν το επάγγελμα σε διαφορετικά περιβάλλοντα όπως π.χ. ιδιωτικό ιατρείο.

Σε ότι αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος τα οποία είναι ένοχα για την δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου (1999) τα εν λόγω χαρακτηριστικά περιγράφονται ως εξής: έλλειψη εναλλαγών και ανταμοιβών, διαπροσωπικές συγκρούσεις, φόρτος εργασίας, σύγκρουση ρόλων, έλλειψη καινοτομιών-υποστηρικτικού δικτύου και ανατροφοδότησης, ασάφεια καθηκόντων και υποχρεώσεων, διάψευση των προσδοκιών και περιβάλλον που υπονομεύει την αυτονομία του προσωπικού.

Σημαντική πηγή επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί το γεγονός ότι οι ιατροί καλούνται να εργάζονται πολλές ώρες χωρίς να έχουν τη δυνατότητα ενός ευέλικτου ωραρίου. Παράλληλα, έρχονται σε επαφή με περιστατικά ασθενών των οποίων η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη γεγονός που οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση, η οποία με τη σειρά της αναπαράγει αντιεπαγγελματικές συμπεριφορές (π.χ. αρνητική ή επιθετική στάση). Μία άλλη στάση που υιοθετούν οι ιατροί εξαιτίας της συναισθηματικής κούρασης είναι η αποπροσωποποίηση, η οποία παρουσιάζεται ως μια κυνική συμπεριφορά των ιατρών προς τους ασθενείς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της συμπεριφοράς είναι τάση να αναφέρονται στους ασθενείς τους με τον αριθμό του δωματίου ή τον τύπο της ασθένειας και όχι με το όνομά τους (Maslach, 1982).

3.2 Εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό επάγγελμα

Το εργασιακό άγχος στο επάγγελμα των νοσηλευτών αποτελεί μείζον πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο. Σε έρευνα των Petterson, Arnetz B., Arnetz J & Horte (1995) και των Rees & Cooper (1992) που έλαβαν χώρα στην Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αντίστοιχα, ανέδειξαν ότι οι νοσηλευτές είχαν υψηλά επίπεδα άγχους. Για τους νοσηλευτές όπως προαναφέρθηκε και με τους ιατρούς, έχει αποδειχθεί ότι υψηλό επίπεδο άγχους απορρέει από το αντικείμενο εργασίας.

Σε έρευνα του Mc Vicar (2003) αναφέρονται ως κυριότερες πηγές άγχους στους νοσηλευτές ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, οι βάρδιες, οι αμοιβές και η συναισθηματική φόρτιση. Πολλές φορές το εργασιακό άγχος συνεξαρτάται και από την προσωπική- οικογενειακή ζωή καθώς το άγχος μπορεί να οφείλεται από την πίεση που απορρέει από τον συνδυασμό των ευθυνών στο σπίτι, τα παιδιά και στην δουλειά.

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους στο χώρο της νοσηλευτικής έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Jennings, 1994). Σημαντική είναι η έρευνα των Aiken, Sermeus, Van den Heede et al (2012) που πραγματοποιήθηκε σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες, τα αποτελέσματα της οποίας συγκρίθηκαν με αντίστοιχα των Η.Π.Α. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία. Σε ότι αφορά την Ελλάδα, βρέθηκε ότι το 78% των νοσηλευτών θεωρούν ότι υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση, το 56% δεν είναι ευχαριστημένο από την εργασία του, το 49% έχει την πρόθεση να αποχωρήσει και το 47% ανέφερε υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας χαμηλής ποιότητας. Ο αρνητικός αντίκτυπος στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αντικατοπτρίζεται και από το γεγονός ότι μόνο το ποσοστό των 53% των ασθενών απάντησαν ότι θα συνιστούσε το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκε.

Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να διατηρήσουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής απόδοσης σε συνδυασμό με πλήθος αγχογόνων παραγόντων, βιώνουν έντονη σωματική και ψυχική κόπωση. Αποτελέσματα της έρευνας του

Beechman (2000) έδειξαν ότι σοβαρές πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν η πίεση του χρόνου, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και οι βάρδιες που με τη σειρά τους συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικών και σωματικών προβλημάτων.

Σε ότι αφορά τις νοσηλευτικές ειδικότητες, τα αποτελέσματα των ερευνών παρουσιάζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Από τη μία πλευρά, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι οι ορισμένες ειδικότητες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση εργασιακού άγχους λόγω των αντικειμενικών δυσκολιών που παρουσιάζουν, όπως π.χ. αυτοί που εργάζονται σε στεφανιαίες μονάδες και στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Vreeland & Ellis, 1969; Hay & Oken, 1972). Ενώ από την άλλη πλευρά, ακολούθησαν έρευνες οι οποίες δεν ανέδειξαν διαφορά μεταξύ των νοσηλευτικών ειδικοτήτων ως προς τον κίνδυνο εμφάνισης εργασιακού άγχους (Nichols, Springford & Searl, 1981; Keane, Ducette & Adler, 1985; Hipwell, Tyler & Wilson, 1989).

3.3 Η επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος ως σημείο έρευνας και αναδυόμενα ερωτήματα

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και έχουν ως αντικείμενο τη διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους στο χώρο της υγείας είναι κατά ένα μεγάλο μέρος περιγραφικές. Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 ξεκίνησαν να γίνονται συστηματικές έρευνες έχοντας ως επίκεντρο την επίδραση που έχει η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας και πιο συγκεκριμένα στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Κύριο μέλημα των περισσότερων ερευνών αποτελεί ο προσδιορισμός των παραγόντων που οδηγούν στην ανάπτυξη του φαινομένου στο χώρο της υγείας και πολλές από τις εν λόγω έρευνες δεν έχουν φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα εξαιτίας προβλημάτων στη μεθοδολογία, το ερευνητικό δείγμα ή το θεωρητικό τους πλαίσιο.

Κατόπιν της προαναφερθείσας ανάλυσης, προκύπτουν εύλογα ερωτήματα σε ότι αφορά το εάν και κατά πόσο ισχύουν όλα τα παραπάνω. Δηλαδή, κατά πόσο τα αποτελέσματα της έρευνας επαληθεύουν ή όχι όσα υποστηρίζονται από τη θεωρία και

επιπλέον τι ισχύει στην ελληνική πραγματικότητα. Συγκεκριμένα, τίθενται τα παρακάτω βασικά ερωτήματα:

- ◆ Σε τι βαθμό διακατέχονται από άγχος στην εργασιακή τους καθημερινότητα οι ιατροί και οι νοσηλευτές στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα;
- ◆ Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι Ιατροί και Νοσηλευτές εμφανίζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης;
- ◆ Ποιοι παράγοντες το προκαλούν σε κάθε μία περίπτωση;
- ◆ Τι συσχετίσεις παρουσιάζονται μεταξύ εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης;
- ◆ Υπάρχει διαφορά μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα;

Οι απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα θα βοηθήσουν προκειμένου να δοθεί μια ικανοποιητική εικόνα της εργασιακής πραγματικότητας στο χώρο της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας, εντοπίζοντας τα σημεία που παρουσιάζεται το πρόβλημα, ως εφαλτήριο για την άρση των προβλημάτων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του επιπέδου άγχους και του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Θα μελετηθούν επιπλέον ψυχοπαθολογικές παράμετροι, όπως η αγχώδης και καταθλιπτική συμπτωματολογία, οι οποίες θα συνεκτιμηθούν με την επαγγελματική εξουθένωση. Παράλληλα, επιχειρώντας μια σφαιρική αιτιοπαθογενετική προσέγγιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, θα συνεκτιμηθεί ο ρόλος των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο, προϋπηρεσία).

Στόχος είναι να δοθεί απάντηση στο ερώτημα ποιοι μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης και η πρωτοτυπία συνίσταται στη συγκριτική διερεύνηση μεταξύ ιδιωτικού και δημοσίου τομέα.

2. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η βασική υπόθεση της έρευνας συμβαδίζει με το γενικότερο αίσθημα που επικρατεί στην ελληνική εργασιακή πραγματικότητα που προκαλεί η συνεχιζόμενη οικονομική κρίση. Εξαιτίας των ραγδαίων αλλαγών στην εργατική νομοθεσία με τις συνεχείς μειώσεις των αποδοχών των εργαζομένων, την αύξηση της ανεργίας, τη μείωση των δαπανών που αφορούν στην υγεία και τη διαρκώς αυξανόμενη εργασιακή ανασφάλεια, υποθέτουμε ότι οι ιατροί και νοσηλευτές βιώνουν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, αναμένουμε η έρευνα να δείξει ότι υπάρχει μεγάλος βαθμός συσχέτισης μεταξύ του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως ακριβώς αναφέρεται στην σχετική διεθνή βιβλιογραφία, που σημαίνει ότι αλληλοεπηρεάζονται μεταξύ τους. Μία σημαντική επισήμανση είναι ότι αναμένουμε το νοσηλευτικό προσωπικό να

βιώνει μεγαλύτερη εργασιακή εξάντληση και δυσαρέσκεια και επομένως να είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, θεωρήσαμε ότι η σχέση εργασίας (μονιμότητα εργασίας, συμβάσεις χρόνου ιδιωτικού τομέα) δύναται να επηρεάσει την επίδραση του άγχους στους εργαζομένους και το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης.

3. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από 1 Μαρτίου 2015 έως 30 Μαρτίου 2015, οπότε και μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν 184, ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) 92%.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων Γενικών Νοσοκομείων της Αθήνας (ιδιωτικών και δημόσιων). Η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη αίτηση προς τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και να επισημανθεί η σκοπιμότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Στην έρευνα συμμετείχε ανώνυμα δείγμα ιατρών και νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται σε διάφορα τμήματα τεσσάρων Δημοσίων Νοσοκομείων και σε τέσσερα Ιδιωτικά Νοσοκομεία.

Χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε:

- ◆ Δημογραφικά χαρακτηριστικά (όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση)
- ◆ Επαγγελματικά χαρακτηριστικά (όπως προϋπηρεσία, ειδικότητα)
- ◆ Ερωτηματολόγιο συνηθειών και επαγγελματικών δυσκολιών (όπως χρήση αντικαταθλιπτικών χαπιών, απόκρυψη δυσάρεστων νέων στους ασθενείς)
- ◆ Η μεταφρασμένη στα Ελληνικά και σταθμισμένη στον Ελληνικό πληθυσμό έκδοση του Ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach, που αποτελεί την πιο έγκυρη και ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Το ερωτηματολόγιο της Maslach αποτελείται από 22 ερωτήσεις το οποίο αξιολογεί τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: α) Η συναισθηματική εξάντληση η οποία μετράται με εννέα ερωτήσεις, β) η αποπροσωποποίηση η οποία μετράται με πέντε ερωτήσεις και γ)

η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων που μετράται με οχτώ ερωτήσεις. Η μέτρηση της συχνότητας των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνεται με επταβάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από 0 έως 6 (ποτέ έως καθημερινά), ενώ για κάθε μία από τις τρεις διαστάσεις υπολογίζονται ανεξάρτητες βαθμολογίες. Για τη συναισθηματική εξάντληση, βαθμολογία ≥ 27 θεωρείται υψηλή, μεταξύ του 19 έως 26 θεωρείται μέτρια, ενώ ≤ 18 χαμηλή. Σε ότι αφορά τη διάσταση της αποπροσωποποίησης, βαθμολογία ≥ 10 θεωρείται υψηλή, ≤ 5 χαμηλή ενώ οι ενδιάμεσες τιμές αποτελούν βαθμολογία που θεωρείται μέτρια. Τέλος, σε ότι αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα βαθμολογία ≤ 33 θεωρείται χαμηλή, ≥ 40 υψηλή και οι ενδιάμεσες τιμές μέτρια. Υψηλή βαθμολογία στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης και χαμηλή βαθμολογία στη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων σχετίζεται με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

- ◆ Το ερωτηματολόγιο Zung Depression Rating Scale είναι ένα ευρέως διαδεδομένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που κατασκευάστηκε έχοντας ως σκοπό τη διερεύνηση και την αξιολόγηση της σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αποτελείται από είκοσι (20) προτάσεις οι οποίες ερευνούν τις τρεις συνιστώσες της κατάθλιψης (συναισθηματική, σωματική και ψυχολογική). Οι ερωτηθέντες καλούνται να αξιολογήσουν τη συχνότητα εμφάνισης καθενός από τα 20 καταθλιπτικά συμπτώματα με βάση μια τετράβαθμη κλίμακα (1=Καθόλου, 2=Μερικές φορές, 3=Συχνά, 4=Πάντα). Τα μισά ερωτήματα είναι θετικά διατυπωμένα ώστε να δηλώνουν την παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ενώ τα υπόλοιπα είναι αντίστροφα διατυπωμένα και δηλώνουν καλή ψυχική υγεία. Το εύρος των τιμών στο συνολικό σκορ στην κλίμακα κατάθλιψης διαμορφώνεται μεταξύ 25-100, όπου οι υψηλότερες τιμές αποτελούν ένδειξη σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σύμφωνα με τον Zung (1965), οι τιμές κάτω του 50 υποδεικνύουν καθόλου ή ελάχιστη κατάθλιψη, οι τιμές από 50 έως και 59 υποδεικνύουν ήπια κατάθλιψη, οι τιμές από 60 έως 69 μέτρια κατάθλιψη και οι τιμές 70 και άνω υποδεικνύουν σοβαρή κατάθλιψη. Η Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου είναι έγκυρη και αξιόπιστη για χρήση τόσο για κλινικούς όσο και για ερευνητικούς σκοπούς. Η στάθμιση του εν λόγω ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τους Φουντουλάκη και συνεργάτες.

- ◆ Το ερωτηματολόγιο STAI-Μορφή Y. Το State- Trait Anxiety Inventory αποτελεί μία γρήγορη και σύντομη κλίμακα για την εκτίμηση της σοβαρότητας της αγχώδους κατάστασης (μορφή Y-1) και του δομικού άγχους (μορφή Y-2) στους ενήλικες. Ο όρος της αγχώδους κατάστασης καθώς και ο όρος του δομικού άγχους, εισήχθησαν αρχικά από τον Cattell και στη συνέχεια αναπτύχθηκαν διεξοδικά από τον Spielberg. Η αγχώδης κατάσταση αναφέρεται σε μια υποκειμενική και παροδική αίσθηση έντασης και ανησυχίας που εμφανίζεται σε κάποια δεδομένη χρονική στιγμή, ενώ το δομικό άγχος αφορά σε μια σχετικά σταθερή τάση του ατόμου προς το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητάς του. Σε αυτήν την κλίμακα οι νευρωτικοί και καταθλιπτικοί ασθενείς τείνουν να εμφανίζουν υψηλή βαθμολογία. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην κλινική έρευνα και πρακτική. Αρχικά, δημοσιεύτηκε το STAI- μορφή X το 1970 και στη συνέχεια δημοσιεύτηκε η αναθεώρηση αυτού το 1985 με τη μορφή STAI-μορφή Y. Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και αποτελείται από κλίμακες που αξιολογούν την αγχώδη κατάσταση και το δόκιμο άγχος. Η μορφή Y-1 εκτιμά την αγχώδη κατάσταση και αποτελείται από 20 προτάσεις οι οποίες αξιολογούν το πώς νιώθει ο ερωτώμενος την δεδομένη χρονική στιγμή, ενώ η μορφή Y-2 αποτελείται ομοίως από 20 προτάσεις οι οποίες αξιολογούν το πώς νιώθει ο ερωτώμενος σε γενικές γραμμές. Οι ερωτώμενοι καλούνται να δώσουν απαντήσεις και να βαθμολογήσουν (από καθόλου έως πολύ) το κατά πόσο κάθε πρόταση αντιπροσωπεύει την ένταση των αισθημάτων τους. Κάθε πρόταση του ερωτηματολογίου βαθμολογείται από το 1 έως το 4 και η βαθμολογία 4 υποδηλώνει την παρουσία υψηλού βαθμού άγχους σε 10 προτάσεις της μορφής Y-1 και σε 11 προτάσεις της μορφής Y-2, ενώ το αντίθετο ισχύει στις υπόλοιπες ερωτήσεις. Η συνολική βαθμολογία και για τις δύο μορφές κυμαίνεται μεταξύ 20 έως 80 βαθμούς (Spielberger et al, 1983). Η στάθμιση του ερωτηματολογίου στον Ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από τους Φουντουλάκη και συνεργάτες.

4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του υπολογιστικού προγράμματος στατιστικής ανάλυσης SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 17.0 for Windows). Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η περιγραφική στατιστική (descriptive statistics) για την οργάνωση και περιγραφή των δεδομένων και η επαγωγική στατιστική (inferential statistics) για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Ο έλεγχος ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς των μέσων τιμών των κλιμάκων μεταξύ των δυο ομάδων, έγινε μέσω του παραμετρικού ελέγχου t-test για ανεξάρτητα δείγματα με τον ταυτόχρονο έλεγχο Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων, ενώ για παραπάνω από 2 ομάδες εφαρμόστηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), με μέθοδο ελέγχου πολλαπλών διαφορών για διαχωρισμό των υποομάδων που διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά, τον αντίστοιχο του Scheffe. Για τη συσχέτιση μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών εφαρμόστηκε το Pearson χ^2 test και το Binomial test. Το επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή ή όχι της μηδενικής υπόθεσης που ελήφθη για όλους τους ελέγχους, ήταν το 5%.

Στην συνέχεια, με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach alpha ερευνήθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) η οποία εκτιμά το βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία μιας αθροιστικής κλίμακας μετρούν το ίδιο δημιούργημα. Έτσι, τιμές του συντελεστή Cronbach a μεγαλύτερες του 0,80 υποδηλώνουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνοχής, δηλαδή ότι πράγματι τα επιμέρους στοιχεία ανήκουν στο ίδιο δημιούργημα (Cronbach, 1951), ενώ τιμές του συντελεστή μικρότερες από 0,70 υποδηλώνουν ότι πιθανόν κάποιο από τα στοιχεία της αθροιστικής κλίμακας πρέπει να εξαιρεθεί και να επανεξετασθεί αν η συνοχή βελτιώνεται (Van Saane et al, 2003). Οι δείκτες αξιοπιστίας που υπολογίστηκαν για την κλίμακα ZUNG ήταν $a=0,735$, για την κλίμακα STAI Y1 $a=0,894$, για την κλίμακα STAI Y2 $a=0,904$ και για τις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και προσωπικών επιτευγμάτων $a=0,881$, $a=0,819$, $a=0,746$ αντίστοιχα.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 184 άτομα διαφόρων ειδικοτήτων, γιατροί και νοσηλευτές στο σύνολό τους, από Δημόσια Νοσοκομεία και Ιδιωτικά Νοσοκομεία της Αθήνας (πιν.1). Ακολουθούν περιγραφικά μέτρα για όσους πήραν μέρος στην έρευνα.

Από τον πρώτο πίνακα παρατηρούμε ότι περίπου όσοι είναι οι γιατροί άλλοι τόσοι είναι οι νοσηλευτές που πήραν μέρος στην έρευνα καθώς και ο διαχωρισμός δημοσίων με ιδιωτικών εργαζομένων είναι στα ίδια ποσοστά περίπου.

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων

Ερωτηθέντες	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Γιατροί Ιδιωτικού	45	24,5
Γιατροί Δημοσίου	46	25,0
Νοσηλευτές Ιδιωτικού	47	25,5
Νοσηλευτές Δημοσίου	46	25,0
Σύνολο	184	100,0

Στον 2^ο πίνακα που ακολουθεί παρατηρούμε το ποσοστό των ιατρών και των νοσηλευτών αντίστοιχα που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Στο σύνολο των 184 ατόμων το 49,5% ήταν γιατροί και το 50,5% ήταν νοσηλευτές.

Πίνακας 2: Κατανομή ιατρών- νοσηλευτών

Γιατροί/Νοσηλευτές	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Γιατροί	91	49,5
Νοσηλευτές	93	50,5
Σύνολο	184	100,0

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε τμήματα διαφόρων ειδικοτήτων και χωρίστηκαν με βάση τον τομέα στον οποίο δουλεύουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Τα τμήματα όπως φαίνεται και στον πίνακα 3 είναι το ακτινοδιαγνωστικό, το ακτινοθεραπευτικό, το ακτινολογικό, το

αναισθησιολογικό, το γυναικολογικό, τα επείγοντα, το καρδιολογικό, η ΜΕΘ (μονάδα εντατικής θεραπείας), το μικροβιολογικό, το ορθοπεδικό, το οφθαλμολογικό, το παθολογικό, το πνευμονολογικό, το ΤΕΠ, της φυσικής αγωγής, το χειρουργικό και το ΩΡΛ. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι από τους ιατρούς και νοσηλευτές εργάζονται στο τμήμα ΜΕΘ με ποσοστό 29,9%, στο Χειρουργικό τμήμα με ποσοστό 24,5% και στο Παθολογικό τμήμα με ποσοστό 19,0%.

Πίνακας 3: Κατανομή ειδικοτήτων

Τμήμα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ακτινοδιαγνωστικό	2	1,1
Ακτινοθεραπευτικό	6	3,3
Ακτινολογικό	2	1,1
Αναισθησιολογικό	8	4,3
Γυναικολογικό	6	3,3
Επείγοντα	1	0,5
Καρδιολογικό	7	3,8
ΜΕΘ	55	29,9
Μικροβιολογικό	3	1,6
Ορθοπεδικό	6	3,3
Οφθαλμολογικό	1	0,5
Παθολογικό	35	19,0
Πνευμονολογικό	1	0,5
ΤΕΠ	2	1,1
Φυσικής Ιατρικής	1	0,5
Χειρουργικό	45	24,5
ΩΡΛ	3	1,6
Σύνολο	184	100,00

Χωρίζοντας το δείγμα σε δύο κατηγορίες (ιατρούς και νοσηλευτές) ανεξάρτητα εάν εργάζονται στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα, μπορούμε να κατασκευάσουμε τους πίνακες κατανομής του τμήματος που εργάζονται. Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 4, οι περισσότεροι ιατροί που ρωτήθηκαν ανήκουν στο χειρουργικό τμήμα με ποσοστό 27,5% και ακολουθούν το τμήμα ΜΕΘ με ποσοστό 16,5% και το παθολογικό τμήμα με ποσοστό 14,3%. Αντίστοιχα στον πίνακα 5,

παρατηρούμε ότι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται στο τμήμα ΜΕΘ, στο παθολογικό και χειρουργικό τμήμα με ποσοστά 43,0%, 23,7% και 21,5% αντίστοιχα.

Πίνακας 4: Κατανομή του τμήματος όπου εργάζονται οι ιατροί

Τμήμα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ακτινοδιαγνωστικό	2	2,2
Ακτινοθεραπευτικό	6	6,6
Ακτινολογικό	2	2,2
Αναισθησιολογικό	6	6,6
Γυναικολογικό	4	4,4
Επείγοντα	1	1,1
Καρδιολογικό	6	6,6
ΜΕΘ	15	16,5
Μικροβιολογικό	2	2,2
Ορθοπεδικό	3	3,3
Οφθαλμολογικό	1	1,1
Παθολογικό	13	14,3
Πνευμονολογικό	1	1,1
Φυσικής Ιατρικής	1	1,1
Χειρουργικό	25	27,5
ΩΡΛ	3	3,3
Σύνολο	91	100,00

Πίνακας 5: Κατανομή του τμήματος όπου εργάζονται οι νοσηλευτές

Τμήμα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αναισθησιολογικό	2	2,2
Γυναικολογικό	2	2,2
Καρδιολογικό	1	1,1
ΜΕΘ	40	43,0
Μικροβιολογικό	1	1,1
Ορθοπεδικό	3	3,2
Παθολογικό	22	23,7
ΤΕΠ	2	2,2

Χειρουργικό	20	21,5
Σύνολο	93	100,00

Ως προς τη μεταβλητή φύλο, στην έρευνα έλαβαν μέρος άνδρες και γυναίκες με ποσοστά 64,7% και 35,3% αντίστοιχα (πίν.6). Σε ότι αφορά την κατανομή του τμήματος ως προς το φύλο, προκύπτει ότι οι περισσότεροι άνδρες εργάζονται στο χειρουργικό τμήμα (27,5%), στο ΜΕΘ (16,5%) και στο παθολογικό (14,3%) και αντίστοιχα οι περισσότερες γυναίκες εργάζονται στο ΜΕΘ (43,0%), στο παθολογικό (23,7%) και στο χειρουργικό (21,5%). Συνολικά θα μπορούσαμε να συγκρίνουμε το ποσοστό των ανδρών και γυναικών στα διάφορα τμήματα που εργάζονται, όπως περιγράφεται στον πίνακα 7.

Πίνακας 6: Κατανομή της μεταβλητής φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άνδρες	65	35,3
Γυναίκες	119	64,7
Σύνολο	184	100,0

Πίνακας 7: Κατανομή του τμήματος με το φύλο

Τμήμα		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ακτινοδιαγνωστικό	συχνότητα	0	2	2
	ποσοστό	0,00%	100,00%	100,00%
Ακτινοθεραπευτικό	συχνότητα	2	4	6
	ποσοστό	33,30%	66,70%	100,00%
Ακτινολογικό	συχνότητα	0	2	2
	ποσοστό	0,00%	100,00%	100,00%
Αναισθησιολογικό	συχνότητα	4	4	8
	ποσοστό	50,00%	50,00%	100,00%
Γυναικολογικό	συχνότητα	1	5	6
	ποσοστό	16,70%	83,30%	100,00%
Επείγοντα	συχνότητα	1	0	1
	ποσοστό	100,00%	0,00%	100,00%
Καρδιολογικό	συχνότητα	3	4	7
	ποσοστό	42,90%	57,10%	100,00%
ΜΕΘ	συχνότητα	16	39	55

	ποσοστό	29,10%	70,90%	100,00%
Μικροβιολογικό	συχνότητα	2	1	3
	ποσοστό	66,70%	33,30%	100,00%
Ορθοπαιδικό	συχνότητα	3	3	6
	ποσοστό	50,00%	50,00%	100,00%
Οφθαλμολογικό	συχνότητα	1	0	1
	ποσοστό	100,00%	0,00%	100,00%
Παθολογικό	συχνότητα	8	27	35
	ποσοστό	22,90%	77,10%	100,00%
Πνευμονολογικό	συχνότητα	0	1	1
	ποσοστό	0,00%	100,00%	100,00%
ΤΕΠ	συχνότητα	1	1	2
	ποσοστό	50,00%	50,00%	100,00%
Φυσικής Ιατρικής	συχνότητα	1	0	1
	ποσοστό	100,00%	0,00%	100,00%
Χειρουργικό	συχνότητα	20	25	45
	ποσοστό	44,40%	55,60%	100,00%
ΩΡΛ	συχνότητα	2	1	3
	ποσοστό	66,70%	33,30%	100,00%
Σύνολο	συχνότητα	65	119	184
	ποσοστό	35,30%	64,70%	100,00%

Ως προς την ηλικία, οι περισσότεροι που συμμετείχαν στην έρευνα είναι στην ηλικία 41 έως 50 και αρκετοί στην ηλικιακή ομάδα των 31 έως 40 ετών (πιν.8). Η μέση ηλικία των ιατρών και νοσηλευτών βρίσκεται στο διάστημα $42,84 \pm 9,031$, λαμβάνοντας ελάχιστη τιμή 24 και μέγιστη τιμή 67 (πιν.9).

Πίνακας 8: Κατανομή ηλικιών

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
20-30	15	8,2
31-40	61	33,2
41-50	80	43,5
51-60	21	11,4
>61	7	3,8
Σύνολο	184	100,0

Πίνακας 9: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής ηλικίας

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία	24	67	42,84	9,031

Σε ότι αφορά την προϋπηρεσία, έγινε κατηγοριοποίηση σε ηλικιακές ομάδες, διακρίνοντας το δείγμα σε 0-10 χρόνια, 11-20 χρόνια, 21-30 χρόνια και >30 χρόνια. Στο σύνολο των ερωτηθέντων, οι περισσότεροι έχουν προϋπηρεσία 11-20 χρόνια, με ποσοστό 32,6% (πιν.10). Ενώ στο σύνολο των νοσηλευτών, το μεγαλύτερο ποσοστό έχει προϋπηρεσία 11-20 χρόνια (33,3%) και στο σύνολο των ιατρών τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφονται στις ηλικιακές ομάδες από 11-20 χρόνια και 21-30 χρόνια με ποσοστά 30,8% αντίστοιχα.

Πίνακας 10: Κατανομή προϋπηρεσίας

Προϋπηρεσία (χρόνια)	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
0-10	55	29,8
11-20	60	32,6
21-30	59	32,1
>30	10	5,5
Σύνολο	184	100,0

Σε ότι αφορά το ερώτημα αν ήταν δική τους επιλογή το τμήμα όπου εργάζονται, από την κατανομή των απαντήσεων προκύπτει ότι οι περισσότεροι έδωσαν την απάντηση ότι ήταν δική τους επιλογή, με ποσοστό 74,5% (πιν.11). Ενώ, στην ερώτηση εάν κάνουν χρήση αντικαταθλιπτικών ή αγχολυτικών φαρμάκων το 90,8% του δείγματος απάντησε αρνητικά και μόλις το 9,2% καταφατικά (πιν.12). Από το σύνολο των ερωτηθέντων που κάνουν χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, το 64,7% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα από 41-50 (πιν.13).

Πίνακας 11: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση αν ήταν δική τους επιλογή το τμήμα όπου εργάζονται

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	137	74,5
Όχι	47	25,5

Σύνολο	184	100,0
---------------	-----	-------

Πίνακας 12: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση αν κάνουν χρήση αντικαταθλιπτικών ή αγχολυτικών φαρμάκων

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	17	9,2
Όχι	167	90,8
Σύνολο	184	100,0

Πίνακας 13: Χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες

Κατηγορία ηλικίας	χρήση αντικαταθλιπτικών		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
20-30	1	14	15
31-40	2	59	61
41-50	11	69	80
51-60	3	18	21
>61	0	7	7
Σύνολο	17	167	184

Σε ότι αφορά την ερώτηση «πόσο συχνά αποκρύπτετε δυσάρεστα νέα από τους ασθενείς σας», παρατηρούμε ότι δύο αντίθετες απαντήσεις έχουν σχεδόν το ίδιο ποσοστό. Δηλαδή, αυτοί που συχνά κρύβουν τα δυσάρεστα νέα είναι σε ποσοστό 29,9% και αυτοί που σπάνια δεν τα αποκρύπτουν είναι 28,8% (πιν.14).

Πίνακας 14: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση πόσο συχνά αποκρύπτουν δυσάρεστα νέα από τους ασθενείς

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ποτέ	26	14,1
Πολύ σπάνια	53	28,8
Συχνά	55	29,9
Αρκετά συχνά	22	12,0
Πολύ συχνά	20	10,9
Πάντα	8	4,3
Σύνολο	184	100,0

Στην ερώτηση «τελειώνοντας το ωράριο μου νιώθω σωματικά και ψυχικά κουρασμένος-η», οι απαντήσεις δείχνουν ότι οι περισσότεροι νιώθουν σωματικά και ψυχικά κουρασμένοι (πιν.15), ενώ σε ποσοστό 85,9% απαντούν καταφατικά στην ερώτηση «αισθάνεστε κάπου κάπου μια γενικότερη κόπωση» (πιν.16) και την αισθάνονται συχνά σε ποσοστό 53,5% (πιν.18). Καταφατικά στην ερώτηση «αισθάνεστε κάπου κάπου μια γενικότερη κόπωση» απάντησαν με μεγαλύτερο ποσοστό (27,21%), οι νοσηλευτές του δημοσίου τομέα.

Πίνακας 15: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση αν τελειώνοντας το ωράριό τους νιώθουν σωματικά και ψυχικά κουρασμένος-η»

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	48	26,1
Συμφωνώ κάπως	54	29,3
Συμφωνώ	47	25,5
Διαφωνώ απόλυτα	0	0,0
Διαφωνώ κάπως	23	12,5
Διαφωνώ	12	6,5
Σύνολο	184	100,0

Πίνακας 16: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση αν αισθάνονται κάπου κάπου μια γενικότερη κόπωση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	158	85,9
Όχι	26	14,1
Σύνολο	184	100,0

Πίνακας 17: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση αν αισθάνονται κάπου κάπου μια γενικότερη κόπωση ανά τομέα εργασίας και ειδικότητα (θετική απάντηση)

Απάντησαν θετικά	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ιατροί Ιδιωτικού	38	24,06
Ιατροί Δημοσίου	42	26,58
Νοσηλευτές Ιδιωτικού	35	22,15

Νοσηλευτές Δημοσίου	43	27,21
Σύνολο	158	100,0

Πίνακας 18: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση αν ναι, πόσο συχνά αισθάνονται κόπωση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ σπάνια	15	8,7
Σπάνια	42	24,4
Συχνά	92	53,5
Πολύ συχνά	23	13,4
Σύνολο	172	100,0

Στην ερώτηση που οφείλεται η κόπωση, οι ερωτηθέντες δίνουν την απάντηση σε ποσοστό 51,1% (πιν. 19) ότι η κόπωση οφείλεται στη δουλειά, ενώ στην ερώτηση αν αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς, το 69% απάντησε καταφατικά (πιν.20).

Πίνακας 19: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση που οφείλεται η κόπωση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δουλειά	94	51,1
Οικογένεια	15	8,2
Προβλήματα υγείας	1	0,5
Δουλειά & Προβλήματα υγείας	4	2,2
Δουλειά & Οικογένεια	29	15,8
Άλλο	2	1,1
Δουλειά & Άλλο	1	0,5
Δουλειά & Οικογένεια & Άλλο	1	0,5
Όλα τα παραπάνω	37	20,1
Σύνολο	184	100,0

Πίνακας 20: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση αν αισθάνονται ότι το επάγγελμά τους αποτελεί πηγή άγχους για αυτούς

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	127	69,0
Όχι	57	31,0
Σύνολο	184	100,0

Στην ερώτηση αν η κόπωση επηρεάζει την ποιότητα της εργασίας τους, οι 101 απάντησαν αρνητικά (54,9%) αλλά και οι υπόλοιποι 83 απάντησαν ότι η κόπωση επηρεάζει την ποιότητα της εργασίας τους, με ποσοστό 45,1% (πιν.21).

Πίνακας 21: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση αν η κόπωση επηρεάζει την ποιότητα της εργασίας τους

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	83	45,1
Όχι	101	54,9
Σύνολο	184	100,0

Στην ερώτηση που οφείλεται η κόπωση, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι έχει σωματική και ψυχολογική κόπωση (42,4%) (πιν.22) και στην ερώτηση «σε γενικές γραμμές θα έλεγα ότι υποφέρω από άγχος», το 53,3% απάντησε αρνητικά. Τέλος, απάντησαν σε ποσοστό 39,1% ότι μπορούν εύκολα ν' αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και τις δυσκολίες (πιν.23) και σε ποσοστό 51,7% βαθμολογούν το άγχος τους από 5 έως 7, ενώ πολύ μικρά ποσοστά βαθμολογούν 0 ή 10 (πιν.24 & 25).

Πίνακας 22: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση «η κόπωσή θα έλεγα ότι είναι:»

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Σωματική	19	10,3
Ψυχολογική	26	14,1
Περισσότερο ψυχολογική	31	16,8
Περισσότερο σωματική	20	10,9
Και τα δύο	78	42,4
Δεν έδωσαν απάντηση	10	5,4

Σύνολο	184	100,0
---------------	-----	-------

Πίνακας 23: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση πως σε γενικές γραμμές καταφέρνουν ν' αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα προβλήματα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ δύσκολα	0	0,0
Σχετικά δύσκολα	9	4,9
Εύκολα	56	30,4
Σχετικά εύκολα	72	39,1
Πολύ εύκολα	9	4,9
Σύνολο	184	100,0

Πίνακας 24: Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση από το 0-10 πώς θα βαθμολογούσαν το άγχος τους

Βαθμολογία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
0	2	1,1
1	2	1,1
2	19	10,3
3	21	11,4
4	21	11,4
5	35	19
6	38	20,7
7	22	12
8	18	9,8
9	5	2,7
10	1	0,5
Σύνολο	184	100,0

Πίνακας 25: Περιγραφικά μέτρα στην ερώτηση από το 0-10 πώς θα βαθμολογούσαν το άγχος τους

Βαθμολογία	Μέση τιμή	Διάμεση τιμή
0-10	5,1±2,0	5,0

Οι συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης, του άγχους και των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης υπολογίστηκαν με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r) (πιν.26). Παρατηρούμε ότι όλες οι συσχετίσεις στον πίνακα είναι

στατιστικώς σημαντικές. Αναλυτικά, η κατάθλιψη συσχετίστηκε θετικά έχοντας ισχυρή συνάφεια με το άγχος ($p=0,666$ & $p=0,688$) και την συναισθηματική εξάντληση ($p=0,666$), μέτρια συνάφεια με την αποπροσωποποίηση ($p=0,413$) και μέτρια αρνητική συνάφεια με τα προσωπικά επιτεύγματα ($p=0,441$). Η αγχώδης κατάσταση, όπως αυτή αξιολογήθηκε από το STAI-Y1, συσχετίστηκε θετικά με το δόκιμο άγχος (STAI-Y2) έχοντας πολύ ισχυρή συνάφεια ($p=0,844$). Ενώ διαπιστώθηκε ισχυρή συνάφεια ($p=0,606$) με την συναισθηματική εξάντληση, μέτρια συνάφεια με την αποπροσωποποίηση ($p=0,421$) και μέτρια αρνητική συνάφεια με τα προσωπικά επιτεύγματα. Η συναισθηματική εξάντληση συσχετίστηκε θετικά με την αποπροσωποποίηση ($p=0,536$ - μέτρια συνάφεια) και αρνητικά με τα προσωπικά επιτεύγματα ($p=0,478$ - μέτρια συνάφεια). Τέλος, η αποπροσωποποίηση συσχετίστηκε αρνητικά με τα προσωπικά επιτεύγματα ($p=0,376$ - ασθενής συνάφεια).

Πίνακας 26. Δείκτες συνάφειας Pearson r μεταξύ κατάθλιψης, άγχους και των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης για τους 184 επαγγελματίες της μελέτης.

	Κατάθλιψη	Άγχος (state)	Άγχος (trait)	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά επιτεύγματα
Κατάθλιψη	1					
Άγχος (state)	0,666**	1				
Άγχος (trait)	0,688**	0,844**	1			
Συναισθηματική εξάντληση	0,666**	0,606**	0,671**	1		
Αποπροσωποποίηση	0,413**	0,421**	0,444**	0,536**	1	
Προσωπικά επιτεύγματα	-0,441**	-0,496**	-0,537**	-0,478**	-0,376**	1

** Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση στο 1%.

Στη συνέχεια θελήσαμε να διερευνήσουμε πόσο συσχετίζεται η κατάθλιψη, το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση με το επάγγελμα και τον τομέα εργασίας

(πιν.27). Παρατηρώντας τον πίνακα, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην αγχώδη κατάσταση (άγχος state) και τα προσωπικά επιτεύγματα ως προς το επάγγελμα και τον τομέα εργασίας. Όσον αφορά στην κατάθλιψη, προκύπτει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ($p=0,001$) καθώς το $p<0,05$. Κάνοντας τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των νοσηλευτών δημοσίου με τις υπόλοιπες τρεις ομάδες (ιατροί ιδιωτικού, ιατροί δημοσίου και νοσηλευτές ιδιωτικού, $p=0,070$, $p=0,015$, $p=0,003$ αντίστοιχα), με τους νοσηλευτές δημοσίου να εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές. Ωστόσο όμως, με τις φυσιολογικές τιμές να κυμαίνονται από 25-50 τα αποτελέσματα που ανευρέθηκαν δεν υποδηλώνουν ιδιαίτερη καταθλιπτική σημειολογία, εκτός από την μέση τιμή στο 55,0 για τους νοσηλευτές δημοσίου που υποδεικνύει ήπια κατάθλιψη.

Σε ότι αφορά το δομικό άγχος (άγχος trait), βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,016$) με το επάγγελμα και τον τομέα εργασίας, όπου κάνοντας τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των νοσηλευτών δημοσίου και των ιατρών δημοσίου ($p=0,027$), με τους νοσηλευτές δημοσίου να εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες τιμές. Επιπλέον, στην διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον τομέα εργασίας και το επάγγελμα ($p=0,001$). Ο έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων έδειξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των νοσηλευτών δημοσίου με τις υπόλοιπες τρεις ομάδες (ιατροί ιδιωτικού, ιατροί δημοσίου και νοσηλευτές ιδιωτικού, $p=0,003$, $p=0,019$, $p=0,036$ αντίστοιχα), με τους νοσηλευτές δημοσίου να εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές. Παρόμοια, σε ότι αφορά τη διάσταση της αποπροσωποποίησης, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,020$) με το επάγγελμα και τον τομέα εργασίας. Κάνοντας τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των νοσηλευτών δημοσίου και των ιατρών δημοσίου ($p=0,047$), με τους νοσηλευτές δημοσίου να εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες τιμές.

Πίνακας 27. Κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ως προς το επάγγελμα και τον τομέα εργασίας (One-way ANOVA).

Επάγγελμα &	n	M.O.	T.A.	p
-------------	---	------	------	---

		Τομέας				
Κατάθλιψη (25 – 100)	Ιατροί Ιδιωτικού	45	49,8	8,9	0,001	
	Ιατροί Δημοσίου	46	48,7	11,4		
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	47	47,8	8,3		
	Νοσηλευτές Δημοσίου	46	55,0	8,2		
Άγχος (state) (20 – 80)	Ιατροί Ιδιωτικού	45	42,6	11,2	0,128	
	Ιατροί Δημοσίου	46	38,7	9,1		
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	47	39,5	8,6		
	Νοσηλευτές Δημοσίου	46	42,2	8,7		
Άγχος (trait) (20 – 80)	Ιατροί Ιδιωτικού	45	38,3	10,9	0,016	
	Ιατροί Δημοσίου	46	36,7	8,2		
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	47	38,1	10,0		
	Νοσηλευτές Δημοσίου	46	42,8	8,9		
Συναισθηματική εξάντληση (0 – 54)	Ιατροί Ιδιωτικού	45	17,7	10,0	0,001	
	Ιατροί Δημοσίου	46	19,0	9,9		
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	47	19,5	10,2		
	Νοσηλευτές Δημοσίου	46	25,8	11,0		
Αποπροσωποποίηση (0 – 30)	Ιατροί Ιδιωτικού	45	8,0	5,4	0,020	
	Ιατροί Δημοσίου	46	7,3	6,5		
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	47	9,9	6,7		
	Νοσηλευτές Δημοσίου	46	11,0	6,6		
Προσωπικά επιτεύγματα (0 – 48)	Ιατροί Ιδιωτικού	45	35,6	6,9	0,267	
	Ιατροί Δημοσίου	46	36,3	6,1		
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	47	34,4	6,7		
	Νοσηλευτές Δημοσίου	46	33,9	6,6		

Στην προσπάθειά μας να διερευνήσουμε εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των τριών ψυχομετρικών κλιμάκων (κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση), έγινε συσχέτιση των κλιμάκων με τον παράγοντα φύλο, σε ιατρούς και νοσηλευτές στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.

Αρχικά έγινε συσχέτιση των ψυχομετρικών κλιμάκων με τον παράγοντα φύλο και τον τομέα εργασίας (πιν.28). Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς τον τομέα εργασίας με την επίδραση του παράγοντα φύλο για κανέναν από τους έξι παράγοντες. Επίσης, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του παράγοντα φύλο με την κατάθλιψη, την αγχώδη κατάσταση και την αποπροσωποποίηση. Αναλυτικά, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρατηρείται στο δομικό άγχος ($p=0,016$), με το γυναικείο φύλο να εμφανίζει στατιστικά υψηλότερη μέση τιμή και στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Παρόμοια, όσον αφορά στην συναισθηματική εξάντληση, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο ($p=0,049$), με το γυναικείο φύλο να εμφανίζει υψηλότερη μέση τιμή και στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, παρατηρείται οριακά σημαντική αλληλεπίδραση ($p=0,063$) ως προς τον τομέα εργασίας, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή στο δημόσιο τομέα. Ως προς την υποκλίμακα προσωπικά επιτεύγματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,025$), με το ανδρικό φύλο να εμφανίζει στατιστικά υψηλότερη μέση τιμή και στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Τέλος, δε βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ του τομέα εργασίας και το φύλο για κανέναν από τους παράγοντες εκτός της συναισθηματικής εξάντλησης.

Πίνακας 28. Κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ως προς τον τομέα εργασίας και το φύλο (two-way ANOVA).

						p	p	p
	ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΦΥΛΟ	n	M.O.	T.A.	(Τομέα)	(Φύλου)	(Αλλ/σης)
Κατάθλιψη (25 – 100)	Ιδιωτικός	Άνδρας	38	49,1	8,9	0,128	0,291	0,161
		Γυναίκα	54	48,6	8,4			
	Δημόσιος	Άνδρας	27	49,3	10,3			
		Γυναίκα	65	52,9	10,3			

Άγχος (state) (20 – 80)	Ιδιωτικός	Άνδρας	38	41,1	10,4	0,431	0,376	0,312
		Γυναίκα	54	40,9	9,9			
	Δημόσιος	Άνδρας	27	38,4	9,7			
		Γυναίκα	65	41,3	8,7			
Άγχος (trait) (20 – 80)	Ιδιωτικός	Άνδρας	38	37,4	10,3	0,772	0,016	0,126
		Γυναίκα	54	38,8	10,5			
	Δημόσιος	Άνδρας	27	35,6	7,5			
		Γυναίκα	65	41,5	9,1			
Συναισθηματική εξάντληση (0 – 54)	Ιδιωτικός	Άνδρας	38	18,5	10,3	0,126	0,049	0,063
		Γυναίκα	54	18,7	10,0			
	Δημόσιος	Άνδρας	27	18,0	11,0			
		Γυναίκα	65	24,2	10,4			
Αποπροσωποποίηση (0 – 30)	Ιδιωτικός	Άνδρας	38	9,8	7,3	0,981	0,671	0,363
		Γυναίκα	54	8,4	5,2			
	Δημόσιος	Άνδρας	27	8,8	7,3			
		Γυναίκα	65	9,3	6,7			
Προσωπικά επιτεύγματα (0 – 48)	Ιδιωτικός	Άνδρας	38	36,8	6,6	0,862	0,025	0,444
		Γυναίκα	54	33,7	6,7			
	Δημόσιος	Άνδρας	27	36,2	6,6			
		Γυναίκα	65	34,7	6,3			

Στην συνέχεια, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των ψυχομετρικών κλιμάκων με ως προς το επάγγελμα και το φύλο (πιν.29). Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση και αλληλεπίδραση στην κατάθλιψη, το άγχος και τα προσωπικά επιτεύγματα ως προς το επάγγελμα και το φύλο. Στη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς το επάγγελμα ($p=0,048$ & $p<0,001$), με τους νοσηλευτές να εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές. Ενώ, στη διάσταση της αποπροσωποποίησης βρέθηκε στατιστικά

σημαντική διαφοροποίηση ως προς το φύλο ($p=0,033$), με το ανδρικό φύλο να εμφανίζει υψηλότερες μέσες τιμές.

Πίνακας 29: Κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ως προς το επάγγελμα και το φύλο (One-way ANOVA).

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΦΥΛΟ	n	M.O.	T.A.	p (Επαγγ/τος)	p (Φύλου)	p (Αλλ/σης)
Κατάθλιψη (25 – 100)	Ιατροί	Άνδρας	51	48,9	9,7	0,367	0,514	0,832
		Γυναίκα	40	49,7	10,8			
	Νοσηλευτές	Άνδρας	14	50,1	8,5			
		Γυναίκα	79	51,6	9,0			
Άγχος (state) (20 – 80)	Ιατροί	Άνδρας	51	40,1	10,3	0,822	0,453	0,959
		Γυναίκα	40	41,3	10,5			
	Νοσηλευτές	Άνδρας	14	39,6	9,8			
		Γυναίκα	79	41,0	8,6			
Άγχος (trait) (20 – 80)	Ιατροί	Άνδρας	51	36,2	8,3	0,272	0,117	0,872
		Γυναίκα	40	39,2	10,9			
	Νοσηλευτές	Άνδρας	14	38,4	12,2			
		Γυναίκα	79	40,8	9,3			
Συναισθηματική εξάντληση (0 – 54)	Ιατροί	Άνδρας	51	17,4	9,7	0,048	0,375	0,772
		Γυναίκα	40	19,6	10,1			
	Νοσηλευτές	Άνδρας	14	21,6	13,0			
		Γυναίκα	79	22,8	10,7			
Αποπροσωποποίηση (0 – 30)	Ιατροί	Άνδρας	51	8,3	6,7	<0,001	0,033	0,377
		Γυναίκα	40	6,9	4,9			
	Νοσηλευτές	Άνδρας	14	13,4	8,0			
		Γυναίκα	79	9,9	6,3			
Προσωπικά επιτεύγματα	Ιατροί	Άνδρας	51	36,7	6,7	0,395	0,110	0,912
		Γυναίκα	40	35,0	6,1			

(0 – 48)	Νοσηλευτές	Άνδρας	14	35,9	6,2
		Γυναίκα	79	33,8	6,7

Τέλος όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα (πιν.30), οι πέντε από τους έξι παράγοντες (κατάθλιψη, αγχώδης κατάσταση, δόκιμο άγχος, συναισθηματική εξάντληση και προσωπικά επιτεύγματα) δεν συσχετιστήκαν ως προς το επάγγελμα και τον τομέα εργασίας όταν ελέγξαμε την επίδραση του φύλου. Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρατηρείται στη διάσταση της αποπροσωποποίησης, με το ανδρικό φύλο να εμφανίζει στατιστικά υψηλότερη μέση τιμή (p (φύλου)= 0,033), ενώ στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση προκύπτει και μεταξύ των νοσηλευτών και ιατρών ($p=0,007$), με τους νοσηλευτές να εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα. Επιπλέον, δε βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας (επάγγελμα & τομέας εργασίας) και φύλου για κανέναν από τους έξι παράγοντες.

Πίνακας 30: Κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ως προς το επάγγελμα, τον τομέα εργασίας και το φύλο (two-way ANOVA).

	ΟΜΑΔΑ	ΦΥΛΟ	n	M.O.	T.A.	p (Ομάδας)	p (Φύλου)	p (Αλλ/σης)
Κατάθλιψη (25 – 100)	Ιατροί Ιδιωτικού	Άνδρας	28	49,1	8,9	0,218	0,698	0,856
		Γυναίκα	17	51,0	9,0			
	Ιατροί Δημοσίου	Άνδρας	23	48,6	10,9			
		Γυναίκα	23	48,7	12,1			
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	Άνδρας	10	49,0	9,4			
		Γυναίκα	37	47,5	8,0			
	Νοσηλευτές Δημοσίου	Άνδρας	4	52,8	5,8			
		Γυναίκα	42	55,2	8,4			
Άγχος (state) (20 – 80)	Ιατροί Ιδιωτικού	Άνδρας	28	41,8	10,2	0,188	0,460	0,985
		Γυναίκα	17	43,9	13,0			
	Ιατροί Δημοσίου	Άνδρας	23	38,0	10,3			
		Γυναίκα	23	39,4	8,0			
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	Άνδρας	10	39,2	11,3			
		Γυναίκα	37	39,6	8,0			
	Νοσηλευτές Δημοσίου	Άνδρας	4	40,8	5,3			
		Γυναίκα	42	42,3	9,0			
Άγχος (trait) (20 – 80)	Ιατροί Ιδιωτικού	Άνδρας	28	37,1	9,1	0,516	0,129	0,779
		Γυναίκα	17	40,4	13,4			
	Ιατροί Δημοσίου	Άνδρας	23	35,1	7,4			
		Γυναίκα	23	38,3	8,8			
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	Άνδρας	10	38,4	13,7			
		Γυναίκα	37	38,0	9,0			
	Νοσηλευτές Δημοσίου	Άνδρας	4	38,3	9,0			
		Γυναίκα	42	43,2	8,9			
Συναισθηματική εξάντληση	Ιατροί Ιδιωτικού	Άνδρας	28	17,1	8,1	0,344	0,381	0,419
		Γυναίκα	17	18,6	12,7			

(0 – 54)	Ιατροί Δημοσίου	Άνδρας	23	17,6	11,6				
		Γυναίκα	23	20,3	7,9				
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	Άνδρας	10	22,3	14,8				
		Γυναίκα	37	18,7	8,7				
	Νοσηλευτές Δημοσίου	Άνδρας	4	20,0	8,0				
		Γυναίκα	42	26,3	11,1				
Αποπροσωποποίηση (0 – 30)	Ιατροί Ιδιωτικού	Άνδρας	28	8,6	6,2	0,007	0,033	0,753	
		Γυναίκα	17	7,0	3,6				
	Ιατροί Δημοσίου	Άνδρας	23	7,8	7,4				
		Γυναίκα	23	6,7	5,7				
	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	Άνδρας	10	12,9	9,4				
		Γυναίκα	37	9,1	5,7				
	Νοσηλευτές Δημοσίου	Άνδρας	4	14,5	3,1				
		Γυναίκα	42	10,7	6,8				
	Προσωπικά επιτεύγματα (0 – 48)	Ιατροί Ιδιωτικού	Άνδρας	28	37,2	6,4	0,715	0,103	0,419
			Γυναίκα	17	32,9	6,9			
		Ιατροί Δημοσίου	Άνδρας	23	36,2	7,1			
			Γυναίκα	23	36,5	5,0			
Νοσηλευτές Ιδιωτικού		Άνδρας	10	35,7	7,2				
		Γυναίκα	37	34,1	6,6				
Νοσηλευτές Δημοσίου		Άνδρας	4	36,3	3,4				
		Γυναίκα	42	33,6	6,8				

Στην προσπάθειά μας να διερευνήσουμε εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των τριών ψυχομετρικών κλιμάκων (κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση), έγινε συσχέτιση των κλιμάκων με την ηλικία και τα έτη εργασίας, σε ιατρούς και νοσηλευτές στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.

Αρχικά έγινε συσχέτιση των ψυχομετρικών κλιμάκων με τον παράγοντα ηλικία και τον τομέα εργασίας (πιν.31). Και οι έξι παράγοντες δε συσχετίστηκαν ως προς τον τομέα εργασίας όταν ελέγξαμε την επίδραση της ηλικίας. Επιπλέον, η ηλικία δε συσχετίστηκε με την κατάθλιψη, το άγχος και τα προσωπικά επιτεύγματα και δε βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ τομέα εργασίας και ηλικίας για κανέναν παράγοντα, εκτός από τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης. Ωστόσο, παρατηρείται οριακά στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης ($p=0,060$) με τον παράγοντα ηλικία. Κάνοντας τον έλεγχο των πολλαπλών συγκρίσεων βρέθηκε οριακά στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 41-50 και 51+ ως προς την συναισθηματική εξάντληση ($p=0,070$). Συγκεκριμένα, στον ιδιωτικό τομέα η ηλικιακή ομάδα των 51+ εμφανίζει υψηλότερη μέση τιμή, ενώ στον δημόσιο τομέα χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση. Ενώ, η ηλικιακή ομάδα των 41-50, εμφανίζει υψηλότερη μέση τιμή στον δημόσιο τομέα και χαμηλότερη στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη διάσταση

της αποπροσωποποίησης ($p=0,033$). Κάνοντας τον έλεγχο των πολλαπλών συγκρίσεων βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 41-50 και 51+ ($p=0,037$). Ως εκ τούτου, συγκρίνοντας τους μέσους όρους προκύπτει ότι οι ηλικιακές ομάδες 41-50 εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Τέλος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ του τομέα εργασίας και της ηλικίας ($p=0,041$) στη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης. Δηλαδή η ηλικία επηρεάζει την συναισθηματική εξάντληση και η επίδραση αυτή διαφοροποιείται στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Συγκεκριμένα, στον ιδιωτικό τομέα η ηλικιακή ομάδα 20-40 εμφανίζει υψηλότερη μέση τιμή στην συναισθηματική εξάντληση και μειώνεται στην ηλικιακή ομάδα 41-50 και αυξάνεται ελάχιστα στην ηλικιακή ομάδα 51+. Ενώ στον δημόσιο τομέα, εμφανίζει υψηλότερη μέση τιμή η ηλικιακή ομάδα 41-50 και μειώνεται στην ηλικιακή ομάδα 51+.

Πίνακας 31: Κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ως προς τον τομέα εργασίας και την ηλικία (two-way ANOVA).

	ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΗΛΙΚΙΑ		M.O.	T.A.	p (Τομέα)	p (Ηλικίας)	p (Αλλ/σης)
		(έτη)	n					
Κατάθλιψη (25 – 100)	Ιδιωτικός	20 – 40	36	47,2	8,7	0,099	0,092	0,579
		41 – 50	43	49,6	7,8			
		51+	13	50,6	10,6			
	Δημόσιος	20 – 40	40	50,0	9,8			
		41 – 50	37	54,2	11,8			
		51+	15	50,9	6,5			
Άγχος (state) (20 – 80)	Ιδιωτικός	20 – 40	36	41,6	10,9	0,962	0,103	0,466
		41 – 50	43	41,8	9,8			
		51+	13	36,8	7,6			
	Δημόσιος	20 – 40	40	39,2	9,4			
		41 – 50	37	42,5	9,2			
		51+	15	38,7	7,0			
Άγχος (trait) (20 – 80)	Ιδιωτικός	20 – 40	36	38,2	11,5	0,220	0,091	0,924
		41 – 50	43	39,4	10,1			
		51+	13	34,1	7,2			
	Δημόσιος	20 – 40	40	39,5	9,5			
		41 – 50	37	41,1	8,8			
		51+	15	37,1	8,3			
Συναισθηματική εξάντληση (0 – 54)	Ιδιωτικός	20 – 40	36	19,3	11,0	0,184	0,060	0,041
		41 – 50	43	18,1	9,7			
		51+	13	18,3	9,6			
	Δημόσιος	20 – 40	40	22,2	11,3			
		41 – 50	37	25,7	10,1			
		51+	15	14,7	8,4			
Αποπροσωποποίηση (0 – 30)	Ιδιωτικός	20 – 40	36	8,8	5,9	0,635	0,033	0,933
		41 – 50	43	10,1	6,6			
		51+	13	5,8	3,6			
	Δημόσιος	20 – 40	40	9,0	7,3			
		41 – 50	37	10,2	6,8			

		51+	15	7,0	5,0			
Προσωπικά επιτεύγματα (0 – 48)	Ιδιωτικός	20 – 40	36	34,6	7,9	0,470	0,333	0,178
		41 – 50	43	34,3	6,4			
		51+	13	38,2	3,1			
	Δημόσιος	20 – 40	40	36,1	6,0			
		41 – 50	37	34,3	7,0			
		51+	15	34,3	6,0			

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των ψυχομετρικών κλιμάκων με τον παράγοντα ηλικία και το επάγγελμα (νοσηλευτές- ιατροί). Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα (πιν.32) κανένας από τους έξι παράγοντες δε συσχετίστηκε με το επάγγελμα όταν ελέγξαμε την επίδραση της ηλικίας, ενώ δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά για την κατάθλιψη, το δομικό άγχος και τη συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα ως προς τον παράγοντα ηλικία. Ωστόσο, παρατηρείται οριακά στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην αγχώδη κατάσταση ($p=0,055$) και την αποπροσωποποίηση ($p=0,085$), όπου κάνοντας τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων προκύπτει ότι οι ηλικιακές ομάδες 41-50 και 51+ διαφέρουν, εμφανίζοντας υψηλότερες μέσες τιμές τα άτομα που ανήκουν στην ηλικία 41-50 ($p=0,096$ & $p=0,030$ αντίστοιχα).

Επιπλέον, βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ του επαγγέλματος και της ηλικίας για τους παράγοντες αγχώδης κατάσταση, δομικό άγχος και συναισθηματική εξάντληση ($p=0,036$, $p=0,030$ και $p=0,023$ αντίστοιχα). Αυτό σημαίνει ότι η ηλικία επηρεάζει το άγχος και τη συναισθηματική εξάντληση αλλά με διαφορετικό τρόπο τους νοσηλευτές και ιατρούς. Συγκεκριμένα, σε ότι αφορά το άγχος (αγχώδης κατάσταση & δομικό άγχος) και την συναισθηματική εξάντληση, οι ιατροί εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές στην ηλικιακή ομάδα 20-40 και σταδιακά μειώνεται στις επόμενες ηλικιακές ομάδες. Ενώ οι νοσηλευτές, εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές στην ηλικιακή ομάδα 41-50 και μειώνεται στην ηλικιακή ομάδα 51+.

Πίνακας 32. Κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ως προς το επάγγελμα και την ηλικία (two-way ANOVA).

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ		M.O.	T.A.	P (Επαγγ/τος)	P (Ηλικίας)	P (Αλλ/σης)
		(έτη)	n					
Κατάθλιψη (25 – 100)	Ιατροί	20 – 40	29	47,8	10,4	0,715	0,113	0,086
		41 – 50	39	48,8	10,9			
		51+	23	51,6	8,5			
	Νοσηλευτές	20 – 40	47	49,1	8,8			
		41 – 50	41	54,5	8,4			
		51+	5	46,8	8,1			

Άγχος (state) (20 – 80)	Ιατροί	20 – 40	29	42,5	12,7	0,293	0,055	0,036
		41 – 50	39	40,3	10,1			
		51+	23	38,9	7,0			
	Νοσηλευτές	20 – 40	47	39,0	8,1			
		41 – 50	41	43,8	8,6			
		51+	5	33,0	6,6			
Άγχος (trait) (20 – 80)	Ιατροί	20 – 40	29	39,3	11,6	0,669	0,097	0,030
		41 – 50	39	36,9	8,7			
		51+	23	36,3	8,2			
	Νοσηλευτές	20 – 40	47	38,7	9,8			
		41 – 50	41	43,4	9,2			
		51+	5	32,8	5,4			
Συναισθηματική εξάντληση (0 – 54)	Ιατροί	20 – 40	29	20,9	11,8	0,336	0,106	0,023
		41 – 50	39	17,4	8,2			
		51+	23	16,8	9,8			
	Νοσηλευτές	20 – 40	47	20,8	10,8			
		41 – 50	41	25,6	11,0			
		51+	5	14,4	4,2			
Αποπροσωποποίηση (0 – 30)	Ιατροί	20 – 40	29	8,6	7,1	0,152	0,085	0,071
		41 – 50	39	7,6	5,8			
		51+	23	6,5	4,6			
	Νοσηλευτές	20 – 40	47	9,1	6,4			
		41 – 50	41	12,5	6,7			
		51+	5	6,4	4,2			
Προσωπικά επιτεύγματα (0 – 48)	Ιατροί	20 – 40	29	36,1	6,9	0,654	0,240	0,199
		41 – 50	39	36,0	6,7			
		51+	23	35,7	5,5			
	Νοσηλευτές	20 – 40	47	35,0	7,0			
		41 – 50	41	32,7	6,2			
		51+	5	38,4	2,3			

Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των ψυχομετρικών κλιμάκων με τον παράγοντα προϋπηρεσία και τον τομέα εργασίας (πιν.33). Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η κατάθλιψη, το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την προϋπηρεσία, όπως επίσης το άγχος, η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα με τον τομέα εργασίας. Επιπλέον, δεν βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ του τομέα εργασίας και της προϋπηρεσίας για κανέναν από τους έξι παράγοντες. Ωστόσο, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της κατάθλιψης και του τομέα εργασίας ($p=0,022$), όπου στον δημόσιο τομέα εμφανίζονται στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές. Παρόμοια, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και του τομέα εργασίας ($p=0,017$), όπου πάλι ο δημόσιος τομέας εμφανίζει στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές.

Πίνακας 33: Κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ως προς τον τομέα εργασίας και την προϋπηρεσία (two-way ANOVA).

	ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ			M.O.	T.A.	p (Τομέα)	p (Προϋπ/σίας)	p (Αλλ/σης)
		(έτη)	n						
Κατάθλιψη (25 – 100)	Ιδιωτικός	0 – 10	25	46,5	8,8	0,022	0,169	0,809	
		11 – 20	32	48,7	8,6				
		21+	35	50,5	8,3				
	Δημόσιος	0 – 10	30	50,1	10,1				
		11 – 20	34	52,8	12,3				
		21+	28	52,5	7,8				
Άγχος (state) (20 – 80)	Ιδιωτικός	0 – 10	25	39,6	12,1	0,703	0,278	0,971	
		11 – 20	32	42,1	10,0				
		21+	35	41,1	8,6				
	Δημόσιος	0 – 10	30	38,8	8,9				
		11 – 20	34	42,0	9,7				
		21+	28	40,3	8,2				
Άγχος (trait) (20 – 80)	Ιδιωτικός	0 – 10	25	35,3	12,3	0,249	0,115	0,550	
		11 – 20	32	39,6	9,6				
		21+	35	39,0	9,5				
	Δημόσιος	0 – 10	30	38,6	8,9				
		11 – 20	34	41,8	9,8				
		21+	28	38,5	8,1				
Συναισθηματική εξάντληση (0 – 54)	Ιδιωτικός	0 – 10	25	17,3	12,5	0,017	0,726	0,227	
		11 – 20	32	17,9	7,3				
		21+	35	20,2	10,5				
	Δημόσιος	0 – 10	30	21,9	10,7				
		11 – 20	34	24,4	11,2				
		21+	28	20,4	10,8				
Αποπροσωποποίηση (0 – 30)	Ιδιωτικός	0 – 10	25	8,8	5,2	0,882	0,740	0,604	
		11 – 20	32	8,9	6,2				
		21+	35	9,1	6,8				
	Δημόσιος	0 – 10	30	9,1	6,7				
		11 – 20	34	10,1	7,7				
		21+	28	8,1	5,8				
Προσωπικά επιτεύγματα (0 – 48)	Ιδιωτικός	0 – 10	25	35,2	8,2	0,914	0,493	0,634	
		11 – 20	32	34,8	6,7				
		21+	35	35,0	5,8				
	Δημόσιος	0 – 10	30	36,6	5,8				
		11 – 20	34	34,7	6,8				
		21+	28	34,0	6,5				

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των ψυχομετρικών κλιμάκων με τον παράγοντα προϋπηρεσία και το επάγγελμα (πιν.34). Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα κανένας από τους έξι παράγοντες δε συσχετίστηκε με την προϋπηρεσία, ενώ δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά για την κατάθλιψη και την αγχώδη κατάσταση ως προς τον παράγοντα επάγγελμα. Παρατηρείται οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του δομικού άγχους ($p=0,067$) καθώς επίσης και μεταξύ των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με το επάγγελμα ($p=0,010$, $p=0,004$ & $p=0,063$). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές στο δομικό άγχος, την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές, ενώ στην

διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές οι ιατροί. Επίσης, δε βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγέλματος και προϋπηρεσίας για κανέναν από τους έξι παράγοντες.

Πίνακας 34: Κατάθλιψη, άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ως προς το επάγγελμα και την προϋπηρεσία (two-way ANOVA).

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑ			T.A.	p (Επαγγ/τος)	p (Προϋπ/σίας)	p (Αλλ/σης)
		(έτη)	n	M.O.				
Κατάθλιψη (25 – 100)	Ιατροί	0 – 10	27	48,2	10,1	0,127	0,173	0,441
		11 – 20	28	50,0	12,9			
		21+	36	49,4	7,8			
	Νοσηλευτές	0 – 10	28	48,7	9,3			
		11 – 20	38	51,4	9,0			
		21+	27	54,1	7,8			
Άγχος (state) (20 – 80)	Ιατροί	0 – 10	27	41,3	12,6	0,933	0,288	0,135
		11 – 20	28	41,5	11,3			
		21+	36	39,5	7,5			
	Νοσηλευτές	0 – 10	28	37,2	7,5			
		11 – 20	38	42,4	8,6			
		21+	27	42,3	9,3			
Άγχος (trait) (20 – 80)	Ιατροί	0 – 10	27	37,9	11,2	0,067	0,175	0,126
		11 – 20	28	38,4	10,2			
		21+	36	36,5	7,9			
	Νοσηλευτές	0 – 10	28	36,4	10,2			
		11 – 20	38	42,4	9,0			
		21+	27	41,9	9,2			
Συναισθηματική εξάντληση (0 – 54)	Ιατροί	0 – 10	27	19,9	12,0	0,010	0,837	0,163
		11 – 20	28	18,1	9,6			
		21+	36	17,4	8,5			
	Νοσηλευτές	0 – 10	28	19,7	11,6			
		11 – 20	38	23,6	9,8			
		21+	27	24,3	11,8			
Αποπροσωποποίηση (0 – 30)	Ιατροί	0 – 10	27	8,0	6,1	0,004	0,921	0,376
		11 – 20	28	8,5	7,1			
		21+	36	6,7	4,8			
	Νοσηλευτές	0 – 10	28	9,9	6,0			
		11 – 20	38	10,3	6,9			
		21+	27	11,3	7,2			
Προσωπικά επιτεύγματα (0 – 48)	Ιατροί	0 – 10	27	36,5	6,7	0,063	0,428	0,882
		11 – 20	28	36,0	6,8			
		21+	36	35,5	6,2			
	Νοσηλευτές	0 – 10	28	35,4	7,3			
		11 – 20	38	33,9	6,6			
		21+	27	33,3	5,9			

Τέλος, ο πίνακας 35 μας πληροφορεί για το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που παρουσιάζει υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στο σύνολο του δείγματος και ανά ομάδα σύγκρισης. Όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο 3, υψηλή βαθμολογία στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης και χαμηλή βαθμολογία στη διάσταση των προσωπικών

επιτευγμάτων σχετίζεται με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές δημοσίου εμφανίζουν σε ποσοστό 78,3% επαγγελματική εξουθένωση και ακολουθούν οι νοσηλευτές ιδιωτικού τομέα με ποσοστό 63,8%. Ενώ, οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα έχουν επαγγελματική εξουθένωση σε ποσοστό 55,6% και οι ιατροί δημοσίου σε ποσοστό 45,7%. Στο σύνολο του δείγματος, οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση σε ποσοστό 60,9%. Η συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και των τεσσάρων ομάδων σύγκρισης είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,012$, Pearson χ^2 test), όπως επίσης και η συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης στο σύνολο του δείγματος, ανεξάρτητα από τον τομέα και το επάγγελμα ($p=0,004$, binomial test). Αναλυτικά, στον πίνακα 36, περιγράφονται τα ποσοστά των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στις τέσσερις ομάδες σύγκρισης, κατηγοριοποιώντας την κάθε διάσταση σε τρία επίπεδα (χαμηλή, μέτρια και υψηλή). Όπως προκύπτει από τον πίνακα, οι νοσηλευτές δημοσίου έχουν υψηλές τιμές συναισθηματικής εξάντλησης σε ποσοστό 43,5% και ακολουθούν οι νοσηλευτές ιδιωτικού με ποσοστό 25,5% ($p=0,002$). Ενώ οι ιατροί δημοσίου και ιδιωτικού συγκεντρώνουν χαμηλότερα ποσοστά (17,4% και 15,6% αντίστοιχα) στις υψηλές τιμές συναισθηματικής εξάντλησης. Παρόμοια, στη διάσταση της αποπροσωποποίησης, υψηλές τιμές συγκεντρώνουν οι νοσηλευτές δημοσίου (60,9%) και ακολουθούν οι νοσηλευτές ιδιωτικού (46,8%), ενώ οι ιατροί συγκεντρώνουν χαμηλότερα ποσοστά ($p=0,050$). Τέλος, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τα τρία επίπεδα της διάστασης των προσωπικών επιτευγμάτων και των τεσσάρων ομάδων σύγκρισης.

Πίνακας 35: Ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στις τέσσερις ομάδες σύγκρισης και στο σύνολο του δείγματος

Επαγγελματική εξουθένωση		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΤΟΜΕΑΣ				Σύνολο
		Ιατροί Ιδιωτικού	Ιατροί Δημοσίου	Νοσηλευτές Ιδιωτικού	Νοσηλευτές Δημοσίου	
Όχι	n	20	25	17	10	72
	%	44,4%	54,3%	36,2%	21,7%	39,1%
Ναι	n	25	21	30	36	112
	%	55,6%	45,7%	63,8%	78,3%	60,9%
Σύνολο	n	45	46	47	46	184
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 36: Ποσοστά των επιπέδων των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης στις τέσσερις ομάδες σύγκρισης

			ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΤΟΜΕΑΣ				
			Ιατροί	Ιατροί	Νοσηλευτές	Νοσηλευτές	
			Ιδιωτικού	Δημοσίου	Ιδιωτικού	Δημοσίου	ρ
Συναισθηματική εξάντληση	Χαμηλή	n	28	21	24	10	0,002
		%	62,2%	45,7%	51,1%	21,7%	
	Μέτρια	n	10	17	11	16	
		%	22,2%	37,0%	23,4%	34,8%	
	Υψηλή	n	7	8	12	20	
		%	15,6%	17,4%	25,5%	43,5%	
Αποπροσωποποίηση	Χαμηλή	n	17	23	15	11	0,050
		%	37,8%	50,0%	31,9%	23,9%	
	Μέτρια	n	13	7	10	7	
		%	28,9%	15,2%	21,3%	15,2%	
	Υψηλή	n	15	16	22	28	
		%	33,3%	34,8%	46,8%	60,9%	
Προσωπικά επιτεύγματα	Χαμηλά	n	14	13	20	18	0,538
		%	31,1%	28,3%	42,6%	39,1%	
	Μέτρια	n	17	18	15	20	
		%	37,8%	39,1%	31,9%	43,5%	
	Υψηλά	n	14	15	12	8	
		%	31,1%	32,6%	25,5%	17,4%	

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη διερευνήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση με τη χρήση της κλίμακας MBI η οποία περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις. Έτσι δημιουργήθηκαν τέσσερις ομάδες σύγκρισης: ιατροί δημοσίου, ιατροί ιδιωτικού, νοσηλευτές δημοσίου και νοσηλευτές ιδιωτικού. Οι νοσηλευτές του δημοσίου τομέα παρουσίασαν σε μεγαλύτερο ποσοστό επαγγελματική εξουθένωση, ακολουθώντας οι νοσηλευτές του ιδιωτικού τομέα. Ενώ, οι ιατροί τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημοσίου τομέα συγκέντρωσαν χαμηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τους νοσηλευτές. Σε ότι αφορά τις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι νοσηλευτές δημοσίου συγκέντρωσαν μεγαλύτερο ποσοστό στις υψηλές τιμές συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες. Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, τα ευρήματά μας συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, που καταγράφουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές (Μποζίκας και συν., 2000· Αδάλη και συν., 2002· Aiken et al, 2012).

Όσον αφορά στο φύλο, στη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, εμφανίζοντας οι γυναίκες υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους άνδρες. Ενώ οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων. Επιπλέον, οι άνδρες νοσηλευτές εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες τιμές αποπροσωποποίησης σε σύγκριση με τους άνδρες ιατρούς. Ως προς τον παράγοντα ηλικία, βρέθηκε ότι στη διάσταση της αποπροσωποποίησης, η ηλικιακή ομάδα 41-50 εμφανίζει υψηλότερες τιμές σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες ενώ ως προς την προϋπηρεσία δεν παρατηρήθηκε καμία συσχέτιση με την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ως εκ τούτου, οι παράμετροι που μελετήθηκαν (φύλο, ηλικία, προϋπηρεσία) παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή όχι της επαγγελματικής εξουθένωσης, γεγονός που επηρεάζει άμεσα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Γούλας και συν., 2004, Woodside et al, 2008).

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο Zung, όπου οι τιμές των τεσσάρων ομάδων σύγκρισης κυμάνθηκαν σε φυσιολογικά επίπεδα,

εκτός από τους νοσηλευτές δημοσίου στους οποίους διαπιστώθηκε ήπια κατάθλιψη. Επιπλέον, διαπιστώθηκε υψηλότερη τιμή κατάθλιψης στον δημόσιο τομέα, ενώ δε παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και φύλου, κατάθλιψης και ηλικίας και κατάθλιψης και προϋπηρεσίας. Στην ελληνική βιβλιογραφία, σε έρευνα των Καλογεροπούλου και Παπαθανασοπούλου (2013), διαπιστώθηκε ότι 1 στους 7 νοσηλευτές εμφανίζει σημεία κατάθλιψης, τόσο λόγω της συγκεκριμένης φύσης της εργασίας τους όσο και εξαιτίας της τρέχουσας οικονομικής κατάστασης. Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό περίπου 30% των ιατρών κατά την περίοδο της εξειδίκευσής τους παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, ποσοστό που όμως μειώνεται όταν βελτιώνεται η επαγγελματική τους αποκατάσταση (Firth-Cozens, 1997· Taylor- East et al, 2013). Επιπλέον, οι γυναίκες (ιατροί και νοσηλεύτριες) εκδηλώνουν συχνότερα κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους τους, εύρημα που αντικατοπτρίζει τη διαπιστωμένα υψηλότερη επίπτωση της κατάθλιψης στο γυναικείο πληθυσμό (Hsu et al, 1987). Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής, γιατί είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και οι πράξεις τους ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Sapountzi & Lemonidou, 1994).

Η αγχώδης κατάσταση και το δομικό άγχος ελέγχθηκε μέσα από τις δύο μορφές (Y1, Y2) της κλίμακας STAI. Στην έρευνα μας διαπιστώθηκε υψηλή θετική συνάφεια μεταξύ του δομικού άγχους και της αγχώδους κατάστασης. Επιπλέον, βρέθηκε ως προς το δομικό άγχος στατιστικά υψηλότερη τιμή στους νοσηλευτές σε σχέση με τους ιατρούς και στατιστικά υψηλότερη τιμή στους νοσηλευτές δημοσίου σε σύγκριση με τους ιατρούς δημοσίου. Επίσης, το γυναικείο φύλο εμφανίζει υψηλότερη μέση τιμή και στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα όπως επίσης και η ηλικιακή ομάδα από 41-50. Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, τα ευρήματά μας συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, που καταγράφουν υψηλά επίπεδα άγχους στους νοσηλευτές (Pettersson et al, 1995·, Rees & Cooper, 1992). Σε ότι αφορά την ελληνική βιβλιογραφία, σε έρευνα των Παπαγεωργίου και συν. (2007), διαπιστώθηκε ότι το 41,1% των νοσηλευτών είχε άγχος, ενώ έρευνα των Φάκη και συν. (2009) έδειξε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας εκδηλώνουν υψηλές τιμές παροδικού άγχους. Παρόμοια, σε έρευνα των Ραφτόπολος και συν. (2012) που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 1.482 νοσηλευτών που

δούλευαν στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα στην Κύπρο, βρέθηκε ότι τα 2/3 των νοσοκόμων πιστεύουν ότι η δουλειά τους είναι αγχωτική.

Η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης τα τελευταία χρόνια, έχοντας ως βασικά χαρακτηριστικά τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Γίνεται αντιληπτό πως η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας είναι ένας τομέας πολύπλευρος, αφενός μεν λόγω των πολλών θεωριών που στοχεύουν στην αποσαφήνισή του και αφετέρου δε λόγω των διαφόρων δημογραφικών και πολιτιστικών παραμέτρων που υπάρχουν στον χώρο της υγείας ανά χώρα ή περιοχή. Το εν λόγω σύνδρομο εμφανίζεται περισσότερο σε άτομα που το επάγγελμά τους είναι ανθρωποκεντρικό, όπως δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί και νοσηλευτές (Maslach, 1982). Η καθημερινή ενασχόληση των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, αποτελεί πηγή άγχους αλλά παράλληλα και πρόκληση καθώς τους προσφέρει ικανοποίηση όταν αποκαθίσταται η υγεία και οι ασθενείς αισθάνονται ευγνωμοσύνη απέναντί τους.

Ωστόσο όμως, οι αντικειμενικές δυσκολίες του επαγγέλματος (φόρτος εργασίας, βαριά περιστατικά, βάρδιες κ.α.) σε συνδυασμό με το ενδεχόμενο ν' αντιμετωπίσουν απαιτητικούς ασθενείς, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντικές όχι μόνο γιατί επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας αλλά και επειδή επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης προσωπικών - περιβαλλοντικών παραγόντων και των αγχογόνων καταστάσεων που σχετίζονται με την επαγγελματική ζωή και εξω-επαγγελματική ζωή του ατόμου. Κατ' επέκταση, οι μηχανισμοί πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης του συνδρόμου οφείλουν να δρουν παράλληλα και έγκαιρα με απώτερο στόχο την ελαχιστοποίηση των αγχογόνων καταστάσεων και την ενδυνάμωση της ψυχοσωματικής ισορροπίας.

Η πρόταση της παρούσας έρευνας είναι ότι πρέπει να γίνουν στοχευμένες ενέργειες που να εστιάζουν στον περιορισμό των παραγόντων που προκαλούν το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να πραγματοποιηθούν σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο προκειμένου να βοηθηθούν όσοι βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση αλλά και να προστατευτούν όσοι βρίσκονται σε κίνδυνο να τη βιώσουν.

Σε ατομικό επίπεδο, οι ερευνητές εστιάζουν την προσοχή τους στην πρόληψη. Οι ατομικές αυτές παρεμβάσεις αφορούν στις προσπάθειες που κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας, μεταξύ των οποίων η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων, η θέσπιση στόχων, η οργάνωση αλλά και ο σχεδιασμός της εργασίας, η ενασχόληση με αγχολυτικές δραστηριότητες, η υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής, η διάκριση μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής καθώς και ο καθορισμός προτεραιοτήτων (Maslach et al, 2001 Sutherland & Cooper, 2003). Ενώ σε οργανωτικό επίπεδο, οι παράγοντες που αναδείχθηκαν αφορούν ως επί των πλείστον οργανωσιακά προβλήματα τα οποία καλούνται οι επιχειρήσεις (ιδιωτικός τομέας) και οι κυβερνήσεις (δημόσιος τομέας) να καταπολεμήσουν με τις εξής παρεμβάσεις: επαρκής και επιτυχημένη στελέχωση νοσοκομείων, κατάλληλη εκπαίδευση, ανάπτυξη και επιμόρφωση εργαζομένων, επανατροφοδότηση πετυχαίνοντας συγκεκριμένους, προκλητικούς και ρεαλιστικούς στόχους και επανασχεδιασμός των θέσεων εργασίας (Robbins & Judge, 2009).

Ωστόσο, ενώ οι ατομικές παρεμβάσεις είναι ουσιαστικές, αποδεικνύονται λιγότερο δραστικές στο χώρο εργασίας καθώς το άτομο έχει λιγότερο έλεγχο πάνω σε αγχογόνους παράγοντες σε σχέση με άλλους τομείς της ζωής του. Οι οργανωτικές παρεμβάσεις είναι περισσότερο καταλυτικές καθώς διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο

στην έγκαιρη αναγνώριση και την αντιμετώπιση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο στο ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα, καταλυτικός είναι και ο ρόλος των υπευθύνων ιεραρχικά εφόσον αναπτύσσοντας δυνατότητες ανοιχτής επικοινωνίας τόσο οι ιατροί με τους νοσηλευτές όσο και ο καθένας ξεχωριστά με τους συναδέλφους και τους επικεφαλής, υποβοηθούν την πληροφόρηση και επικοινωνία, την άρση παρερμηνειών και την από κοινού επίλυση των προβλημάτων που ανακύπτουν στην εργασία.

Συμπερασματικά, κρίνεται αναγκαίο να πραγματοποιηθούν μελλοντικές μελέτες για την καλύτερη κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και να γίνει σαφής ο τρόπος με τον οποίο παράγοντες (ατομικοί, οικογενειακοί και επαγγελματικοί) συνδράμουν στην ανάπτυξη του φαινομένου αλλά και ο τρόπος με τον οποίο η εξουθένωση επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών.

Η κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης με σαφήνεια και ευκρίνεια θα συμβάλει στην διάκριση και τον εντοπισμό πιο λυσιτελών και δραστικών μέτρων παρέμβασης, που θα έχουν ως στόχο μέσω της προαγωγής της ευεξίας των επαγγελματιών υγείας, τη μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα.

Περιορισμοί της μελέτης:

Ένας σημαντικός περιορισμός της μελέτης είναι ότι αυτή πραγματοποιήθηκε μόνο στην Αθήνα και επομένως τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν στο σύνολο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε πανελλαδικό επίπεδο.

Ένας ακόμη περιορισμός της παρούσας έρευνας υπήρξε το γεγονός ότι στο σύνολο του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες (64,7%) και ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό προσωπικό, όπως επίσης σε ότι αφορά την ηλικία το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν 41 έως 50 (43,5%).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη βιβλιογραφία

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: Cross-national findings, *Int J Qual Health Care*, 14:5-13.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction, *JAMA*, 288:1987-1993.

Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R. et al (2012). Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, *British Medical Journal*, 344:e1717.

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

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

Antoniou, A., Tzavara, C., (2005). Psychosomatic health and stress at work of workers in Greek hospitals, *New Health*, 47-48.

Arnold, J., Cooper, C., Robertson, I. (1998). *Work psychology: Understanding Human Behavior in the Workplace*, Sage Publications.

Arnold, J., Silvester, J., Cooper, C., Robertson, I. (2005). *Understanding Human Behavior in the Workplace*, Financial Times, Prentice Hall.

Aslan, S.H., Alparslan, Z.N., Aslan, R.O., Kesepara C., Unal, M. (1998). Gender related factors to burnout among Turkish health professionals, *Ann Med*, 7:101-106.

Bakker, A.B., Demerouti, E., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2001). The job demands- resources model burnout, *Journal of Applied Psychology*, 86(3):499-512.

Balch, C.M., Copeland, E. (2007). Stress and burnout among surgical oncologists: A call for personal wellness and a supportive workplace environment, *Annual Surgery Oncology*, 14:3029-3032.

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

Beyer, J.E., Levin, C.R. (1987). Issues and advances in pain control in children, *Nursing clinics of North America*, 22:661-674.

Biaggi, P., Peters, S., Ulich, E. (2003). Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents- what can be done?, *Swiss Med Wkly*, 133:339-346.

Boomans, N., Landeweerd, J. (1996). A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes, *Journal of Advanced Nursing*, 24:16-23.

Campbell, D.A., Sonnad, S.S., Eckhauser, E.G., Campbell, K.K., Greenfield, L.J. (2001). Burnout among American surgeons, *Surgery*, 130:696-705.

Caplan, R.D., Cobb, S., French, J.R.P., Harrison, R.V., Pinneau, S.R. (1975). Job Demands and Worker Health: Main Effects and Occupational Difference, HEW Publication No (NIOSH), US Department of Health, *Education and Welfare*, Washington, DC, 75-160.

Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D.E, Hansbrough, W., Hendin, H. et al (2003). Confronting depression and suicide in physicians; a consensus statement, *JAMA*, 289: 3161-3166.

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

Cohen, F., Lazarus, R. (1979). Coping with stress and illness, In G. C. Stone, F. Cohen & N. Adler (Eds), *Health Psychology: A Handbook*, 140-168, CA: Jossey-Bass, San Fransisco.

Cleary, P.H., McNeil, B.J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care, *Inquiry*, 25:25-36.

Cole, A., (1992). Stress: High Anxiety, *Nursing Times*, 12:26-30

Cooper, C.L. (1992). Automation work organization and occupational stress, International Labour Office, Geneva.

Cooper, C.L, Cartwright, S. (1994). Healthy Mind; Healthy- Organization- A Proactive Approach to Occupational Stress, *Human Relations*, 47(4):455-471.

Cooper, C., Cooper, R., Eaker, L. (2002). Ζώντας με το στρες, εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα.

Cooper, C.L, Liukkonen, P., Cartwright, S. (1996). Stress prevention in thw workplace: assessing the costs and benefits to organizations, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Cooper, C.L., Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health, *Journal of Occupational Psychology*, 49:11-28.

Cooper, C.L., Sloan, S.L., Williams, S.L. (1988). Occupational Stress Indicator Management Guide, NFER-NELSON, Windsor.

Cordes, C.L., Dougherty, T.W. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout, *The Academy of Management Review*, 18(4):621-656.

Court, C. (1994). British study highlights stigma of sick doctors, *Br Med J*, 309:561-562.

Cox, T. (1993). *Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work*, Sudbury, Health and Safety Executive.

Cox, T., Griffiths, A. (1995). The nature and measurement of work stress: theory and practice in JR Wilson and EN Corlett *Evaluation of Human Work*, 2nd edition, Taylor and Francis, London.

Cox, T., Griffiths, A., Rial- Gonzalez, E. (2000), *Research on work related stress*. Luxemburg: Office for Official Publications on the European Communities, 96.

Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests, *Psychometrika*, 16(3):297-334.

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

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

Donaldson, L. (1994). Sick doctors: A responsibility to act, *Br Med J*, 309:557-558.

Duquette, A., Sandhu, B., Beudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge, *Issues Ment Health Nurs*, 15:337-358.

Edelwich, J., Brodsky, A. (1980). Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions, Human Services Press, New York.

EU-OSHA- European Agency for Safety and Health at Work (2000). Research on work-related stress, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203>

EU-OSHA- European Agency for Safety and Health at Work (2009). OSH in figures: Stress at work-facts and figures. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

EuroFound (2007). The Fourth Working Conditions Survey. Dublin: Office for Official Publications of the European Communities.

European Agency for Safety and Health at Work, Stress, Available at: <http://osha.europa.eu/en/topics/stress>.

Ewers, P., Bradshaw, I., Mc Govern, J., Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in Forensic nurses?, *J Adv Nurs*, 37:470-476.

Firth-Cozens, J. (1997). Depression in doctors. In: Robertson MM, Catona CLE (eds) Depression and physical illness, J Wiley & Sons Ltd, Cishester, 95-111.

Firth-Cozens, J., Payne, R. (1999). Stress in Health Professionals, Psychological & Organizational Causes and Interventions, John Wiley & Sons Ltd, UK.

Freudenberger, J. (1974). Staff burnout, *Journal of Social Issues*, 30:159-165.

Friedman, M., Rosenman, R.H. (1959). Association of specific overt behavior with blood and cardiovascular findings, *JAMA*, 169:1286-1296.

Gabbe, S., Melville, J., Mandel, L., Walker, E. (2002). Burnout in chairs of obstetrics and gynaecology: Diagnosis, treatment, and prevention, *Am J Obstet Gynecol*, 186:601-612.

Goebring, C., Gallacchi, M.B., Klinzi, B., Bovier, P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey, *Swiss Med Wkly*, 135: 101-108.

Graske, J., (2003). Improving the mental health of doctors and nurses, *Br Med J*, 327:s188.

Greenberg, J., Baron, R. (2008). *Organizational Behaviour*, Prentice Hall, New Jersey.

Griffith, J., Steptoe, A., Cropley, M. (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress, *British Journal of Hospital Medicine*, 47:452-462.

Grunfeld, E., Whelant, T., Zitzelsberger, L., Willan, A., Montesanto, B., Evans, W. (2000). Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction, *CMAJ*, 163:166-169.

Guntupalli, K.K., Fromm, R.E. (1996). Burnout in the internist- intensivist, *Intensive Care Med*, 22:625-630.

Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A., Burnard, P. (2000). Burnout in mental health nurses: finding from the all Wales stress study, *Journal of psychiatric Mental Health Nursing*, 7(2):127-134.

Hay, D., Oken, D. (1972). The psychological stresses of intensive care unit nursing, *Psychosomatic Medicine*, 34:109-118.

Heim, E. (1992). Stressors in health occupations. Do females have a greater health risk?, *Psychosom Med Psychoanal*, 38:207-26.

Hipwell, A.E., Tyler, P.A., Wilson, C.M. (1989). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments, *British Journal of Medical Psychology*, 62:71-79.

Hockey, G., Hamilton, P. (1983). The Cognitive Patterning of Stress States” in GRJ Hockey (ed) *Stress and Fatigue in Human Performance* Chichester, John Wiley.

Hsu, K., Marshall, V. (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows, *Am J Psychiatry*, 144:1561-1566.

Hussey, T. (2002). Analytic Philosophy, *Nursing philosophy*, 3(1):66-69.

Ivancevich, J., Matteson, M. (1993). *Organizational Behavior and Management*, 3rd ed., Irwin, Homewood.

Jaracz, K., Gorna, K., Konieczna, J. (2005). Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses, *Rocz Akad Med Bialymst*, 50(1):216-219.

Jenkins, R., Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings, *J Adv Nurs*, 48(6):622-631.

Jennings, B.M. (1994). Stressors of critical care nursing, in: Thelan L.A., Davie J.K., Urden L.D., et al. (eds), *Critical care nursing. Diagnosis and management*, MO: Mosby, St Louis.

Jex, S.M., Roberts, C.K. (1992). The meaning of stress items to survey respondents, *Journal of Applied Psychology*, 77:623-628.

Jimmieson, N.L. (2000), Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy, *Work & Stress*, 14(3):262-280.

Johnson, J.V., Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross sectional study of a random sample of the Swedish working population, *Am. J. Pub. Health*, 78:1336-1342.

- Jones, H. (1999). *Overload and stress*, a' Edition, Ed. Thimari, Athens.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York.
- Keane, A., Ducette, J., Adler, D.C. (1985). Stress in ICU and non-ICU nurses, *Nursing Research*, 34:231-236.
- Kiely, J., Hodgson, G. (1990). Stress n the Prison Service: The Benefits of Exercise Programs, *Human Relations*, June, 551-572.
- Kilfedder, C.J., Power, K.G., Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nursing, *J Adv Nurs*, 34(3):383-396.
- Kiplatrlick, A.O. (1989). Burnout correlates and validity of research designs in large panel of studies, *Journal of health and human resources administration*, summer:25-45.
- Kobasa, C., Maddi, R., Kahns, A. (1982). Hardiness and Health, *J. of Personality and Social Psychology*, 42:168-177.
- Laubach, W., Milch, W., Ernst, R. (1999). Dimensions of work stress and job satisfaction in psychiatric- psychotherapeutic practice, *Psychother Psychosom Med Psychology*, 49:38-47.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*, Springer, New York.
- Leiter, M.P., Harvie, P., Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med*, 47:1611-1617.
- Leka, S., Cox, T. (2008). *Prima-Ef: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management*, WHO, Geneva.

- Macan, T.H. (1994). Time Management: Test of a Process Model, *Journal of Applied Psychology*, 381-391.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*, Prentice Hall Inc., New Jersey.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory (manual)*, 2nd ed. Palo Alto. Consulting Psychologists Press, California.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. (1993). "Historical and conceptual development of Burnout" in Maslach C. Schaufeli & Marek T. (Eds), *Professional burnout: Recent development in theory and research*, Taylor & Francis, Washington.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52:397-422.
- McCue, J.D., Sachs, C.L. (1991). A stress management workshop improves residents' coping skills, *Arch Intern Med*, 151:2273-2274.
- McLean, A. (1985). *Work Stress Reading*, Addison- Wesley, Massachusetts.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 44(6):633-642.
- Murphy, L.R. (1988). Workplace Interventions for Stress Reduction and Prevention" in C.L. Cooper & R. Payne Causes, Coping and Consequences of Stress at Work, John Wiley, Chichester.
- National Institute for Occupational Safety and Health (1999). *Stress...at Work*, Booklet, DHHS (NIOSH) Publication No.99-101.
- Nichols, K.A., Springford, V., Searl, J. (1981). An investigation of distress and discontent in various types of nursing, *Journal of Advance Nursing*, 6:311-338.

Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L., Aarimaa, M. (1990). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians, *Social Psychiatry and Epidemiology*, 25:81-86

Ospina- Kammerer, V., Figley, C.R. (2003). An evaluation of the respiratory one method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents, *Int J Emerg Ment Health*, 5:29-32.

Pavlakis, A. (2000). Nurses Burnout, *Cyprus Nursing Chronicles*, 1(3):10-15.

Payne, R. (1988). Individual Differences in the Study of Occupational Stress in CL Cooper and R Payne (eds) *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, John Wiley & Sons, Chichester.

Payne, R.L., Firth-Cozens, J. (1987). *Stress in Health Professionals (Eds)*, John Wiley & Sons, Chichester.

Petterson, I.L., Arnetz, B.B., Arnetz, J.E., Horte, L.G. (1995). Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses- results from a national questionnaire study, *Psychotherapy and Psychosomatization*, 64:20-31.

Pines, A. (2000). Nurses burnout: an existential psychodynamic perspective, *Journal of Psychosocial Nursing*, 38(2): 1-9.

Pines, A., Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*, The Free Press, New York.

Pines, A., Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significance difference, *Personality and Individual Differences*, 39: 625-635.

Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff, *Am J Respir Crit Care Med*, 175(7): 698-704.

Pratt, L., Barling, J. (1988). Differentiating between daily events, acute and chronic stressors: a framework and its implications, in: Hurrell, Murphy, Sauter & Cooper, Occupational stress: issues and developments in research, Taylor & Francis, London.

Priebes, S., Fakhoury, W., White, I., Watts, J., Bebbington, P., Billings, J. (2004). Characteristics of teams, staff and patients: Associations with outcome of patients in assertive outreach, *Br J Psychiatry*, 185:306-311.

Raftopoulos, V., Charalambous, A., Talias, M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report, *BMC Public Health*, 12:457.

Rees, D., Cooper, C.L. (1992). Occupational stress in health-service workers in the UK, *Stress Medicine*, 8(2):79-90.

Rees, D.W. (1995). Work-related stress in health service employees, *Journal of Managerial Psychology*, 10(3):4-11.

Robbins, S., Judge, T. (2009). Organizational Behavior, Pearson International 13th Edition.

Rothlin, P., Werder, P. (2007). Diagnose Boreout, Redline Wirtschaft, Heidelberg, Germany.

Sapountzi, D., Lemonidou, C. (1994). Nursing in Greece. Evolutions and Perspectives Athens: Academy of Health Professions, Athens.

Sauter S., Murphy, L. (1995). Organizational risk factors for job stress, DC:APA, Washington.

Schuler, R., Jackson, S. (1986). Managing stress through PHRM practices: An uncertainty interpretation, *Research in Personal and Human Resources Management*, 4:183-224.

Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation, *Journal of Clinical Endocrinology*, 6:117-231.

Selye, H. (1956). *The stress of life*, New York: Mac-Graw Hill.

Schaufeli, W. (1990). *Opgebrand: Over de Achtergronden van Werkstress: Het Burnout- Syndroom* (Burnout: About the Background of work stress: The burnout syndrome), The Netherlands: Donker, Rotterdam.

Schaufeli, W., Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice, A critical analysis*, DC: Taylor and Francis, Washington.

Schaufeli, W., Maslach, C., Marek, T. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, Taylor & Francis, London.

Spielberger, C., Gorsush, R., Lushene, R., Vagg, P., Jacobs, G. (1983). *Manual for the State- Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Steptoe A. & Kivimäki M. (2012), Stress and cardiovascular disease, *Nat.Rev. Cardiology*, 9:360-70.

Sutherland, V.J., Cooper, C.L. (1986). *Man and accidents offshore: The costs of stress among workers on oil and gas rig*, Loyd's List/Dietsmann, London.

Sutherland, V.J., Cooper, C.L. (1988). *Understanding Stress: A Psychological Perspective for Health Professionals*, Chapman and Hall, London.

Sutherland, V.J., Cooper, C.L. (1990). *Sources of Work Stress in Hurrell, Murphy, Sauter and Cooper (eds) Occupational Stress: Issues and Developments in Research*, Taylor and Francis, London.

Sutherland, V.J., Cooper, C.L. (2003). *De-stressing doctors: A self-management guide*, Butterworth-Heinemann, London.

Taylor- East, R., Grech, A., Gatt, C. (2013). The mental health of newly graduate doctors in Malta. *Psychiatry Danub*, 25(2):250-255.

Tracy, B. (2004). *Time Power*, Amacom, New York.

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

Vachon, M.L. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the during and the bereaved*, Hemisphere Publ. Co, New York.

Vahey, D., Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S., Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction, *Med Care*, 42(2):1157-1166.

Vakola, M., Nikolaou, I. (2005). Attitudes towards organizational change, *Employee Relations*, 27(2):160-174.

Van Saane, N., Sluiter, J., Verbeek, J., Frings- Dresen M. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction- a systematic review, *Occupational Medicine*, 53(3): 191-200.

Visser, M., Smets, E., Oort, F., De Haes, H.C. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists, *CMAJ*, 168:271-275.

Vreeland, R., Ellis, G.L. (1969). Stresses on the nurse in an intensive care unit, *Journal of American Medical Association*, 208:332-334.

Waldman, S.V., Diez, J.C., Arazi, H.C., Linetzky, B., Guinjoan, S., Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress and depression among cardiology residents in Argentina, *Academic Psychiatry*, 33:296-301.

West, D.J., Horan, J.J., Gomes, P.A. (1984). Component analysis of occupational stress inoculation applied to registered nurses in an acute care hospital setting, *J Consult Clin Psychol*, 31:209-218.

Willi-Peltola, E., Kivimaki, M., Elovainio, M., Virtanen, M. (2007). Organizational justice and employee perceptions on hospital management, *J Health Organ Manag*, 21: 320-332.

Williams, S. (1994). *Managing Pressure for Peak Performance*, Kogan Page, London.

Whitman, G., Kim, Y., Davidson, L., Wolf, G., Wang, S. (2002). The impact of staffing on patient outcomes across speciality units, *JONA*, 32:12.

Woodside, J., Miller, M., Floyd, M., McGowen, K., Pfortmiller, D. (2008). Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents, *Acad Psychiatry*, 32(1):13-9.

Yaktin, U.S., Azoury, N.B., Dourmit, M.A. (2003). Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon, *J Nurs Adm*, 33(7-8):384-390.

Zhu, W., Wang, Z.M., Wang, M.Z., Lan, Y.J., Wu, S.Y. (2006). Job burnout and contributing factors for nurses, *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 37(4):632-635.

Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale, *Arch Gen Psychiatry*, 12(1):63-70.

Ελληνική βιβλιογραφία

Αγάθωνος- Γεωργακοπούλου, Ε. (2007). Επαγγελματική εξάντληση, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 16(1):17-19.

Αδαλή, Ε., Πριάμη, Ε., Ευαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ., Μούγια, Β. (2002). Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού Νοσηλευτικού Προσωπικού, *Νοσηλευτική*, 41(1):105-114.

Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ. (1999). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα.

Αντωνίου, Α.Σ. (2002), Πηγές Εργασιακού Άγχους, Ευρωπαϊκή Εβδομάδα για την Υγιεινή και Ασφάλεια, Υπ. Εργασίας και ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., Αθήνα.

Γούλας, Β., Αναγνωστόπουλος, Φ., Τζωρτζοπούλου, Κ., Αγγουράς, Β., Νιάκας, Δ. (2005). Η συμβολή της θνησιμότητας και του φόρτου εργασίας στην εμφάνιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους δημόσιους λειτουργούς υγείας του Νομού Αιτωλοακαρνανίας, στο Νιάκας Δ. (επιμ.) *Διαχειριστικά και οικονομικά ζητήματα του υγειονομικού τομέα*, Αθήνα.

Διεθνής Οργάνωση Εργασίας –ILO (2010), Αναδυόμενοι κίνδυνοι και νέοι τρόποι πρόληψης σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο εργασίας, μτφ Τριάντη Μ. από το ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία- OSHA (2010), Ευρωπαϊκή έρευνα για τις επιχειρήσεις σχετικά με τους νέους και αναδυόμενους κινδύνους (ESENER).

Καλογεροπούλου, Μ., Παπαθανασοπούλου, Ε. (2013). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού- Πιλοτική έρευνα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5):587-594.

Κάντας, Α. (1995). Οργανωτική- Βιομηχανική Ψυχολογία, τόμος Γ΄, Β΄ έκδοση, *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα.

Κάντας, Α. (1996). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας-πρόνοιας, *Ψυχολογία*, 3(2):71-85.

Μισουρίδου, Ε. (2009). Η αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική, *Νοσηλευτική*, 48(4):358-366.

Μποζίκας, Β., Κιοσέογλου, Β., Παλιαλιά, Μ., Νηματούδης, Ι., Ιακωβίδης, Α., Καραβάτος, Α., Καπρίνης, Γ. (2000). Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δομών ψυχικής υγείας, *Ψυχιατρική*, 11:204-211.

Νούλα, Μ., Μουχάκη, Σ., Αργυροπούλου, Δ., Υφαντή, Ε., Κυριακίδου, Β., Τσιρίγκα, Σ., Γκεσούλη, Ε. (2010). Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 2(2):99-103.

Παλαιολόγου, Α.Μ. (2001). Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας, *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα.

Παπαγεωργίου, Δ., Καραμπέτσου Μ., Νικολακάκου Χ., Παυλάτου, Ν. (2007). Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, *Νοσηλευτική*, 46(2):237-245.

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

Ρούπα, Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., Κοτρώτσιου, Ε. (2008). Σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα, *Νοσηλευτική*, 47(2):247-255.

Φάκη, Μ., Γκούβα, Μ., Παπαθανασίου, Ι., Πράπα, Π., Πάσχου, Δ., Πράπα, Δ., Κοτρώτσιου, Ε. (2009). Το άγχος σε εργαζόμενους σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, *Interscientific Health Care*, 1:9-15.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ- ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι απολύτως προσωπικό και **ανώνυμο**. Σκοπός του είναι να διερευνηθούν τα επίπεδα άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και νοσηλευτών στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.

Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη και τα αποτελέσματα θα συμβάλλουν στην αύξηση της γνώσης.

Δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Απλώς απαντήστε αυθόρμητα όπως αισθάνεστε και όχι σύμφωνα με το τι θα έπρεπε να απαντήσει κάποιος/α.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

1. Εργάζομαι στον

Ιδιωτικό τομέα

Δημόσιο τομέα

2. Είμαι

Ιατρός

Νοσηλεύτης/τρια

3. Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

4. Ηλικία

..... (χρόνια)

5. Οικογενειακή κατάσταση

Ανύπαντρος/η

Παντρεμένος/η

Χωρισμένος/η

Χήρος/α

Συμβίωση

6. Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας ως ιατρός ή νοσηλεύτης/τρια:

.....(χρόνια)

7. Τμήμα στο οποίο εργάζεστε:

.....

8. Η εργασία σας στο συγκεκριμένο τμήμα υπήρξε δικής σας επιλογής;

Ναι

Όχι

9. Κάνετε χρήση αντικαταθλιπτικών ή αγχολυτικών φαρμάκων;

Ναι

Όχι

10. Πόσο συχνά αποκρύπτετε δυσάρεστα νέα από τους ασθενείς σας

Ποτέ Σπάνια

Συχνά

11. Τελειώνοντας το ωράριό μου νιώθω σωματικά και ψυχικά κουρασμένος/η

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ κάπως Συμφωνώ Διαφωνώ Η Πω

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

12. Αισθάνεστε κάπου κάπου μια γενικότερη κόπωση;

Ναι

Όχι

13. Αν ναι, πόσο συχνά αισθάνεστε κόπωση;

Πολύ σπάνια Σπάνια Συχνά Πολύ συχνά

14. Η κόπωσή μου οφείλεται κυρίως:

- Στη δουλειά μου
- Στην οικογένειά μου
- Στα προβλήματα υγείας
- Σε όλα τα παραπάνω
- Άλλο.....

15. Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς;

Ναι

Όχι

16. Η κόπωσή σας επηρεάζει την ποιότητα της δουλειά σας:

Ναι

Όχι

17. Η κόπωσή μου θα έλεγα ότι είναι:

Σωματική

Ψυχολογική

Περισσότερο ψυχολογική

Περισσότερο σωματική

Και τα δύο

18. Σε γενικές γραμμές θα έλεγα ότι υποφέρω από άγχος

Ναι

Όχι

19. Σε γενικές γραμμές καταφέρνω ν' αντιμετωπίζω τις δυσκολίες και τα προβλήματα

Πολύ δύσκολα Σχετικά δύσκολα Δύσκολα Εύκολα Σχετικά εύκολα

Πολύ εύκολα

20. Από το 0-10 θα βαθμολογούσα το άγχος μου

.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ZUNG

	Καθόλου ή λίγες φορές	Μερικές φορές	Συνήθως	Περισσότερες φορές ή πάντα	
1. Αισθάνομαι ανόρεκτος και λυπημένος					
2. Το πρωί αισθάνομαι καλύτερα					
3. Κλαίω ή θέλω να κλάψω					
4. Έχω προβλήματα ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας					
5. Τρώω όσο έτρωγα					
6. Μου αρέσει να κοιτάω, να μιλάω και να βρίσκομαι με ελκυστικές γυναίκες- άνδρες					
7. Παρατηρώ ότι χάνω βάρος					
8. Έχω πρόβλημα δυσκοιλιότητας					
9. Η καρδιά μου χτυπάει γρηγορότερα απ' ότι συνήθως					
10. Κουράζομαι χωρίς λόγο					
11. Το μυαλό μου είναι τόσο καθαρό όσο συνήθως					
12. Βρίσκω εύκολο να πράγματα που έκανα					
13. Είμαι ανήσυχος και δε μπορώ να ηρεμήσω					
14. Αισθάνομαι απαισιόδοξος για το μέλλον					
15. Είμαι πιο ευερέθιστος απ' ότι συνήθως					
16. Παίρνω εύκολα αποφάσεις					
17. Αισθάνομαι ότι είμαι χρήσιμος και με έχουν ανάγκη					
18. Η ζωή μου είναι γεμάτη					
19. Αισθάνομαι ότι οι άλλοι θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα					
20. Απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω					
				Σύνολο βαθμών	

Zung. 1965, 1974 all rights reserved

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY STAI

STAI- Ελληνική έκδοση, μορφή Y-1

Οδηγίες: Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύεται πολλή ώρα για κάθε φράση αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
1	Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3	Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4	Αισθάνομαι σφιγμένος	1	2	3	4
5	Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6	Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8	Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
9	Αισθάνομαι φοβισμένος	1	2	3	4
10	Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12	Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13	Τρέμω από νευρικότητα	1	2	3	4
14	Είμαι αναποφάσιτος	1	2	3	4
15	Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16	Αισθάνομαι ευχαριστημένος	1	2	3	4
17	Ανησυχώ	1	2	3	4
18	Είμαι μπερδεμένος	1	2	3	4
19	Αισθάνομαι σταθερότητα	1	2	3	4
20	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY STAI

STAI- Ελληνική έκδοση, μορφή Y-2

Οδηγίες: Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύεται πολλή ώρα για κάθε φράση αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε γενικά.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
21	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
22	Αισθάνομαι νευρικός και ανήσυχος	1	2	3	4
23	Είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου	1	2	3	4
24	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
25	Αισθάνομαι αποτυχημένος	1	2	3	4
26	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
27	Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
29	Ανησυχώ υπερβολικά πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	1	2	3	4
30	Είμαι χαρούμενος	1	2	3	4
31	Κάνω δυσάρεστες σκέψεις	1	2	3	4
32	Μου λείπει αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
33	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
34	Παίρνω εύκολα αποφάσεις	1	2	3	4
35	Αισθάνομαι ανεπαρκής	1	2	3	4
36	Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
37	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	1	2	3	4
38	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δε μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου	1	2	3	4
39	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
40	Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες & τα ενδιαφέροντα μου	1	2	3	4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ MASLACH

Με αυτό το ερωτηματολόγιο θέλουμε να καταλάβουμε καλύτερα πώς οι ιατροί ή νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη δουλειά τους και τους ασθενείς που φροντίζουν. Οι παρακάτω 22 προτάσεις αναφέρονται στα συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας. Αφού διαβάσετε προσεχτικά κάθε πρόταση, αποφασίστε εάν έχετε νιώσει τέτοια συναισθήματα στο χώρο εργασίας σας. Εάν δεν έχετε νιώσει ποτέ κάποιο από αυτά τα συναισθήματα, τοποθετήστε τον αριθμό μηδέν (0) μπροστά από την πρόταση. Εάν όμως έχετε νιώσει κάποιο συγκεκριμένο συναίσθημα, διευκρινίστε πόσο συχνά το αισθάνεστε τοποθετώντας μπροστά από την πρόταση έναν αριθμό από το 1 έως το 6 που εκφράζει τη συχνότητα με την οποία νιώθετε αυτό το συναίσθημα. Η κλίμακα αντιστοιχίας των αριθμών με τη συχνότητα είναι η ακόλουθη:

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Δύο ή τρεις φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος-η από την δουλειά μου
	Νιώθω άδειος-α σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά
	Νιώθω κουρασμένος-η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω ν' αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά
	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν
	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σα να ήταν αντικείμενα
	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη 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 στη 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-ή
	Νιώθω γεμάτος-η δύναμη και ενεργητικότητα
	Νιώθω απογοητευμένος-η από τη δουλειά μου
	Πιστεύω ότι εργαζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου
	Στην ουσία, δε με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου
	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή
	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου
	Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου
	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτήν 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 επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους

