



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*«Επαγγελματική Εξουθένωση και Κατάθλιψη
σε Εργαζομένους του Ε.Κ.Α.Β.»*

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Ιωάννης Α. Μπούσιου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ 2017



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

« ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ »

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Επαγγελματική Εξουθένωση και Κατάθλιψη

σε Εργαζομένους του Ε.Κ.Α.Β.»

Ιωάννης Α. Μπούσιου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ 2017

Στην οικογένεια που με στήριξε με κάθε τρόπο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα πρωτίστως να απευθύνω τις βαθιές ευχαριστίες μου, στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Πέτρο Γαλάνη, για την πολύτιμη βοήθεια και τις ακαδημαϊκές του κατευθύνσεις όπου αογγύστως υποστήριξε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης την παρούσας διατριβής.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους συνεργάτες και συναδέλφους μου του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας, καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα, για την έμπρακτη υποστήριξη τους στο πλαίσιο της διεξαγωγής της μελέτης.

Ειδικότερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κεντρική Υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β. και πιο συγκεκριμένα το Επιστημονικό Συμβούλιο το οποίο και ενέκρινε κατόπιν συνεδριάσεως του το αίτημα διεξαγωγής της εν λόγω έρευνας.

Θα κλείσω με ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς, στην οικογένεια μου και τους κοντινούς μου ανθρώπους, για τη βαθιά τους κατανόηση, την υπομονή, τη στήριξη και συμπαράσταση που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	11
ABSTRACT.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1.1 Εισαγωγή.....	16
1.2 Το Ε.Κ.Α.Β. στο Σύστημα Υγείας.....	16
1.2.1 Δομή και Διάρθρωση του Ε.Κ.Α.Β.....	17
1.2.2 Δραστηριότητες και Υπηρεσίες.....	17
1.2.3 Ιστορική Αναδρομή.....	18
1.3 Απασχόληση ανθρώπινου δυναμικού στο Ε.Κ.Α.Β.....	20
1.4 Απασχόληση Διασωστών στην Ελλάδα.....	21
1.5 Ο ρόλος του Διασώστη στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Περίθαλψη	22
1.6 Νομικό πλαίσιο.....	26
1.7 Εκτίμηση και ανάλυση παραγόντων κινδύνου.....	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURNOUT)

2.1 Εισαγωγή.....	31
2.2 Ιστορική αναδρομή.....	31
2.3 Ορισμοί και Θεωρητικά Μοντέλα Προσέγγισης.....	32
2.4 Ανασκόπηση.....	34

2.5 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	37
2.6 Χαρακτηριστικά του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.....	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

3.1 Ορισμός της Υγείας.....	41
3.2 Ορισμός της Ψυχικής Υγείας.....	41
3.3 Συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης.....	44
3.4 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	45
3.5 Κατάθλιψη στα επαγγέλματα υγείας.....	46
3.6 Σχέση κατάθλιψης και επαγγελματικής εξουθένωσης.....	49
3.7 Ανασκόπηση.....	50

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 Σκοποί και Στόχοι της Έρευνας.....	58
4.2. Αντικείμενο Μελέτης	59
4.3 Έκβαση.....	59
4.4 Μέθοδος Μελέτης	59
4.5 Είδος Μελέτης	59
4.6 Ερωτηματολόγιο.....	60
4.7 Διαδικασίες και μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	60
4.8 Ηθικά θέματα	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 Υλικό-Μέθοδος.....	62
5.2 Προσδιοριστές και αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης	
5.2.1. Δημογραφικά στοιχεία	63
5.2.2. Επαγγελματική εξουθένωση (Maslach Burnout Inventory-MBI)	66
5.2.2.1. Συναισθηματική εξάντληση	66
5.2.2.2. Προσωπικά επιτεύγματα	69
5.2.2.3. Αποπροσωποποίηση	72
5.3 Αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης (Beck Depression Inventory-BDI)	75
5.4. Συσχετίσεις	
5.4.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συναισθηματική εξάντληση	82
5.4.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Προσωπικά επιτεύγματα	85
5.4.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Αποπροσωποποίηση	87
5.4.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης	90
5.5 Περιορισμοί της Έρευνας	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Συζήτηση	95
--------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100
--------------------------	------------

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100
-----------------------------------	------------

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	103
----------------------------------	------------

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	106
--------------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....108

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ MASLACH.....108

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. ΑΔΕΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ MASLACH.....109

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΤΟΥ BECK.....110

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙΙ. ΑΔΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....114

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.....64

Πίνακας 2: Τα 9 στοιχεία του ερωτηματολογίου της Maslach που αφορούν τη συναισθηματική εξάντληση.....66

Πίνακας 3: Τα 8 στοιχεία του ερωτηματολογίου της Maslach που αφορούν τα προσωπικά επιτεύγματα.....69

Πίνακας 4: Τα 5 στοιχεία του ερωτηματολογίου της Maslach που αφορούν την αποπροσωποποίηση.....72

Πίνακας 5α: Τα 21 στοιχεία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory που αφορούν την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.....75

Πίνακας 5β: Οι συχνότητες στις επιμέρους διαβαθμίσεις/επίπεδα κατάθλιψης της κλίμακας Beck Depression Inventory για την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης.....	79
Πίνακας 6: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση».....	82
Πίνακας 7: Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση»	84
Πίνακας 8: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα».....	85
Πίνακας 9: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και την βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση».....	87
Πίνακας 10: Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση».....	89
Πίνακας 11: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης.....	90
Πίνακας 12: Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης.....	92

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση».....	68
Γράφημα 2: Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα».....	71

Γράφημα 3: Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας στη διάσταση «αποπροσωποποίηση».....74

Γράφημα 4: Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας στα 21 στοιχεία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory που αφορούν την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.....81

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι εργαζόμενοι στο Ε.Κ.Α.Β., βιώνοντας τον κίνδυνο από φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς και ψυχοσωματικούς παράγοντες καταπονούνται από πληθώρα επαγγελματικών νοσημάτων και κινδυνεύουν από επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη με αφορμή την εργασία τους.

Σκοπός: Ο εντοπισμός και η καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάθλιψης σε εργαζόμενους του Ε.Κ.Α.Β.

Υλικό και μέθοδος: Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 200 επαγγελματίες υγείας, 100 εργαζομένους του Ε.Κ.Α.Β. της κεντρικής υπηρεσίας του Νομού Αττικής που έχουν την επαγγελματική ιδιότητα του Πληρώματος Ασθενοφόρου και δεν απασχολούνται σε αλλότρια καθήκοντα της υπηρεσίας και 100 νοσηλευτές. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια της Maslah και του Beck για τη μέτρηση της εξουθένωσης και της κατάθλιψης αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι στο Ε.Κ.Α.Β. είχαν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη σε σχέση με τους νοσηλευτές. Επιπλέον, η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση αλλά λιγότερη κατάθλιψη. Επίσης, οι γυναίκες βίωναν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους άνδρες.

Συμπεράσματα: Το προσωπικό του Ε.Κ.Α.Β. αντιμετωπίζει σε μεγάλο βαθμό απογοήτευση, επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη. Είναι ανάγκη να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα που θα μπορέσουν να βελτιώσουν και να αναιρέσουν τα σχετιζόμενα με την εργασία προβλήματα στο χώρο του Ε.Κ.Α.Β. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη των εργαζομένων με πολυεπίπεδη παροχή υπηρεσιών από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό.

Λέξεις κλειδιά: Ε.Κ.Α.Β., Εργασιακό Άγχος, Επαγγελματική Εξουθένωση, Κατάθλιψη.

ABSTRACT

Introduction: The workers of National Centre of Emergency Help are facing daily, the danger of natural, chemical, biological and psychosomatic factors, they suffer severe strain from a great deal of professional diseases some of them including burnout and depression.

Aim: To identify professional burnout and depression among workers of National Centre of Emergency Help.

Material and methods: Study population included 200 health workers: 100 workers of National Centre of Emergency Help of the central department of the Prefecture of Attica who have the professional capacity of the Ambulance Crew and 100 nurses. Data collection were performed with burnout questionnaire of Maslach and Beck's depression inventory.

Results: According to bivariate analyses, workers on National Centre of Emergency Help had higher professional burnout and depression than nurses. Also, increased age was associated with increased professional burnout but decreased depression. Moreover females had higher professional burnout than males.

Conclusions: According to the study, the personnel is exposed in a wide variety of professional stress, disappointment, burnout and depression. These ascertainments aim in finding ways that would be able to improve and heal the problems in National Centre of Emergency Help, also in the experts of making proposals in order to minimize the dangers of burnout syndrome and depression and to take measures for the relief of the working personnel. Employees need psychological support services from specialists.

Key words: National Centre of Emergency Help, *Work stress, Burnout, Depression.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), το οποίο και χαρακτηρίζεται ως ένα πολυσύνθετο εργασιακό περιβάλλον, περιλαμβάνει ένα μεγάλο σύνολο καταστάσεων και απαιτούμενων επειγουσών ενεργειών, στο πλαίσιο των οποίων τα στελέχη του εν λόγω σώματος, καλούνται να λειτουργούν αποτελεσματικά καθώς η φύση της καθαρά ανθρωποκεντρικής αυτής εργασίας κρίνεται ζωτικής σημασίας, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης όσο και στο επίπεδο της αποτελεσματικής λειτουργίας της. Οι εργασιακές απαιτήσεις του ιδιαίτερου δύσκολου και στρεσογόνου αυτού εργασιακού περιβάλλοντος, όχι μόνο επηρεάζουν τη φυσική και ψυχική ισορροπία του πληρώματος των ασθενοφόρων κατά τη διάρκεια της εργασίας του, αλλά συνεχίζουν να το επηρεάζουν και μετά το πέρας αυτής, σαν αποτέλεσμα της πίεσης, της ευθύνης, του εκνευρισμού και όλου του συνόλου των παραγόντων δημιουργίας άγχους. Ο προσδιορισμός των παραγόντων αυτών και η ανάλυσή τους, αλλά και η λήψη προληπτικών μέτρων, διαπιστώνεται ως επιτακτική ανάγκη, ώστε να προληφθεί η περαιτέρω εμφάνιση σωματικών και ψυχικών νοσημάτων στο διασωστικό σώμα.

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες έχουν λάβει χώρα πολλές μελέτες, κυρίως στη διεθνή κοινότητα, οι οποίες επιχειρούν να προσδιορίσουν και να μετρήσουν το πολυδιάστατο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στην Ελλάδα παρόμοιες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στα επαγγέλματα υγείας. Έρευνες έχουν επίσης εκπονηθεί στα πλαίσια της ανίχνευσης της ψυχικής νοσηρότητας και ιδιαίτερου της κατάθλιψης στα επαγγέλματα που υπάγονται στον κλάδο της υγείας. Ο εργασιακός αυτός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων επαγγελματιών υγείας στον Ελλαδικό χώρο, καθώς διανύουν εκεί, ένα σημαντικότατο μέρος του χρόνου της ζωής τους, αντιμέτωποι με ελλειμματικές υποδομές διοικητικής οικονομικής και κατά συνέπεια λειτουργικής οργάνωσης και ερχόμενοι καθημερινά σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, πληθώρα ασθενειών, ακόμη και το θάνατο.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών και ψυχικών αποθεμάτων του, στην προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες, που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Το σύνδρομο αυτό

δυνητικά μπορεί να επηρεάσει κάθε εργαζόμενο, αφορά όμως κυρίως τον επαγγελματία υγείας, λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στο χώρο της υγείας. Είναι στενά συνυφασμένο με την αποδοτικότητά του και έχει άμεση και ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας.

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μειωμένη διάθεση, απώλεια ενέργειας και ενδιαφέροντος, χαμηλή αυτοσυγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα μνήμης, αναποφασιστικότητα και, κυρίως, από έντονα και επίμονα συναισθήματα λύπης, δυσφορίας, μοναξιάς, αποθάρρυνσης και απόγνωσης.

Από τα ανωτέρω γίνεται σαφές πως η διατήρηση της κατάστασης της υγείας του πληρώματος των ασθενοφόρων σε ένα καλό επίπεδο έχει καθοριστικό αντίκτυπο στην απόδοσή του και συνεπαγόμενα στην ποιοτικότερη παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Για τον λόγο αυτόν θεωρείται ότι η παρούσα μελέτη θα προσφέρει σημαντικά συμπεράσματα, με στόχο την καλύτερη και αποτελεσματικότερη παροχή πρώτων βοηθειών στους πολίτες.

Ο κυρίαρχος σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι η στατιστική διερεύνηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και της Κατάθλιψης των διασωστών του Ε.Κ.Α.Β. που εργάζονται στην κεντρική υπηρεσία και επιχειρούν στην πρωτοβάθμια προνοσοκομειακή φροντίδα στην ευρύτερη περιοχή του Νομού Αττικής. Αξίζει να σημειώσουμε το ότι η διερεύνηση αυτή επιτελέστηκε με τους πλέον πιο συγχρόνους επιστημονικούς τρόπους, όπως επιβάλλει το σύγχρονο ακαδημαϊκό πεδίο της στατιστικής επιστήμης και επιδημιολογίας. Αναλυτικότερα ο σκοπός και οι στόχοι περιγράφονται κατά τον σχεδιασμό μελέτης στο δεύτερο το λεγόμενο και ως ειδικό μέρος της εργασίας μας.

Γενικότερα η συγκεκριμένη μελέτη στο σύνολο της αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, αναπτύσσεται αρχικώς ο ρόλος του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας μέσα στο Υγειονομικό Σύστημα, παρουσιάζεται η δομή και η διάρθρωση του, καθώς και οι τομείς των δραστηριοτήτων και των υπηρεσιών του. Επιπλέον, πραγματοποιείται μια ιστορική αναδρομή για τις παροχές επείγουσας φροντίδας και μεταφοράς ασθενών από την αρχαιότητα έως και τη σύγχρονη εποχή. Εν συνεχεία,

περιγράφεται το είδος της απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού στο Ε.Κ.Α.Β., οι αρμοδιότητες των Διασωστών στον Ελλαδικό χώρο και ο σημαντικότερος ρόλος του Διασώστη στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Περίθαλψη, καθώς και τι προβλέπεται από το Νομοθετικό πλαίσιο του εν λόγω κλάδου. Τέλος, πραγματοποιείται μια εκτενής αναφορά τόσο για την εκτίμηση, όσο και για την ανάλυση των παραγόντων κινδύνου για τα στελέχη του Ε.Κ.Α.Β.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, πραγματοποιείται αρχικά μια ιστορική αναδρομή για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, δίδονται οι ορισμοί για το σύνδρομο αυτό και διατυπώνονται τα θεωρητικά μοντέλα προσέγγισης. Εν συνεχεία γίνεται μια εκτενής αναφορά στους προσδιοριστές της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από έρευνες του Ελλαδικού χώρου και της διεθνούς κοινότητας. Τέλος, επισημαίνονται τα κύρια χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης στον κλάδο της υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, διατυπώνονται αρχικά οι ορισμοί της υγείας καθώς και οι ορισμοί της ψυχικής υγείας. Ακολουθεί περιγραφή για τα συμπτώματα, τα σημεία της κατάθλιψης και τα επιδημιολογικά δεδομένα για την ψυχική αυτή νόσο. Εν συνεχεία αναπτύσσεται εκτενώς το φαινόμενο της κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και μελετάται η σχέση της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας μελέτης και εν συνεχεία αναπτύσσεται η μεθοδολογία της έρευνας. Πραγματοποιείται στατιστική ανάλυση και αποτυπώνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και οι περιορισμοί της.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, αρχικώς αναλύονται τα συμπεράσματα της έρευνας και ακολουθεί συζήτηση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Επιπλέον, αναφέρονται μέτρα και προτάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης τόσο της επαγγελματικής εξουθένωσης, όσο και της κατάθλιψης στο διασωστικό πλήρωμα και τους επαγγελματίες υγείας εν γένει.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1.1 Εισαγωγή

Το Ε.Κ.Α.Β. αποτελεί έναν από τους νεότερους Εθνικούς Δημόσιους Οργανισμούς του Υπουργείου Υγείας, με έδρα την Αθήνα και αντλεί την χρηματοδότηση λειτουργίας του από τον ετήσιο κρατικό προϋπολογισμό. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι αποτελεί τον μοναδικό φορέα υγείας που μελετά, σχεδιάζει και προτείνει στρατηγικά προγράμματα που αφορούν τον τομέα της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας (Paraspyrou et al 2004).

Επιπροσθέτως, ο οργανισμός του Ε.Κ.Α.Β. εμπλέκεται σε επιχειρησιακό επίπεδο, στον κλάδο της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής, αφού αποτελεί και σε αυτόν τον τομέα τον μοναδικό επίσημα θεσμοθετημένο φορέα που αντιμετωπίζει τις πιθανές μαζικές απώλειες υγείας (σεισμών, πυρκαγιών, μαζικών ατυχημάτων κ.ά.) με τη σύσταση, εντός του φορέα αυτού, Ειδικού Τμήματος Ιατρικής Καταστροφών (Ε.Τ.Ι.Κ.) (Καρούτσου και συν. 2007).

1.2 Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας στο Σύστημα Υγείας

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.). Συστήθηκε το 1985, με τον Νόμο 1579/1985 και λειτουργεί υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας.

Σκοπό έχει την αποστολή εξειδικευμένου προσωπικού στον τόπο ενός εκτάκτου συμβάντος, για την παροχή άμεσης βοήθειας και διακομιδής πασχόντων ατόμων, προς τους πλησιέστερους υγειονομικούς σχηματισμούς (νοσοκομεία, κέντρα υγείας). Το κυριότερο μέσο διακομιδής είναι το ασθενοφόρο, ωστόσο, διατίθενται επίσης ειδικές κινητές Μονάδες Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής, μοτοσυκλέτες και ελικόπτερα (Υπουργείο Υγείας, 2016).

1.2.1 Δομή και Διάρθρωση του ΕΚΑΒ

Το κάθε παράρτημα του Ε.Κ.Α.Β., αναπτύσσεται σε τομείς σε διάφορες περιοχές της χώρας. Πιο αναλυτικά, στην Ελληνική επικράτεια, το ΕΚΑΒ είναι ανεπτυγμένο στα εξής παραρτήματα της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης, της Πάτρας, του Ηρακλείου, της Καβάλας, της Λάρισας, της Λαμίας, των Ιωαννίνων, της Τρίπολης, της Κοζάνης της Αλεξανδρούπολης και της Μυτιλήνης. Η ανάπτυξη αυτή, συμβάλλει καθοριστικά στα εξής (Καρούτσου, Λαμπρούσης, Κωνσταντινίδης, 2007):

- Στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων βοηθειών, τόσο στον τομέα της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής και Νοσηλευτικής Φροντίδας όσο και συνολικά στις υπηρεσίες υγείας
- Στην άμεση παροχή οργανωμένων υπηρεσιών Επείγουσας Ιατρικής, όπου ως αποτέλεσμα έχει την ελάττωση της θνητότητας, του χρόνου νοσηλείας καθώς και την ελάττωση της συχνότητας της προσωρινής ή και μόνιμης αναπηρίας
- Στη μείωση θανάτων από ατυχήματα
- Στη δημιουργία αισθημάτων ασφάλειας για τους κατοίκους οι οποίοι και δε διαμένουν σε μεγάλα αστικά κέντρα και
- Στη μείωση των οικονομικών πόρων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Το ΕΚΑΒ έχει στην διάθεσή του 735 ασθενοφόρα, 25 μοτοσυκλέτες, 102 κινητές μονάδες, επιβατικά αυτοκίνητα, 2 αυτοκινούμενα συντονιστικά κέντρα, 2 οχήματα αντιμετώπισης καταστροφών καθώς και 3 ελικόπτερα. Επιπροσθέτως, στα Κέντρα Υγείας και σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα όπου δεν υπάρχει ανάπτυξη του Ε.Κ.Α.Β., ασθενοφόρα υπάρχει διάθεση περί των 350 ασθενοφόρων (Καρούτσου, Λαμπρούσης, Κωνσταντινίδης, 2007).

1.2.2 Δραστηριότητες και Υπηρεσίες

Κύρια δραστηριότητα του Ε.Κ.Α.Β., είναι η άμεση ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα όπου και όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο, καθώς και η ασφαλής και ταχεία μεταφορά των πολιτών στις κατάλληλες μονάδες παροχών υπηρεσιών υγείας. Για την ασφαλή επίτευξη και την αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών παροχής

επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής όπως αυτές ορίζονται στον Οργανισμό του ΕΚΑΒ., προαπαιτούνται τα κάτωθι: (Καρούτσου, Λαμπρούσης, Κωνσταντινίδης, 2007).

- Κατάλληλα καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό για την στελέχωση τόσο του ιατρικού, νοσηλευτικού και του διασωστικού προσωπικού, όσο και για το προσωπικό της διοικητικής και της τεχνικής υποστήριξης.
- Πλήρη συντονισμό του επιχειρησιακού κέντρου επικοινωνίας το οποίο και:
- Δέχεται και καταγράφει κλήσεις για επείγουσα ιατρική βοήθεια και διεκπεραιώνει την ανάλογη διαβάθμιση ως προς τον βαθμό του επείγοντος.
- Κινητοποιεί το πλησιέστερο ασθενοφόρο ή την κινητή μονάδα παροχής επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής προς τον τόπο του περιστατικού, ώστε να επιληφθεί της περίπτωσης στο κατά δύναμην μικρότερο χρονικό διάστημα.
- Παρακολουθεί και καθοδηγεί το προσωπικό των ασθενοφόρων στην παροχή εξειδικευμένης βοήθειας.
- Στις περιπτώσεις ομαδικών ατυχημάτων και μαζικών καταστροφών, ενεργοποιεί την Ομάδα Διαχείρισης Κρίσης (ΟΔΙΚ) του ΕΚΑΒ, η οποία και κινητοποιεί το Ειδικό Τμήμα Ιατρικής των Καταστροφών, τον απαιτούμενο αριθμό ασθενοφόρων, καθώς και μονάδες άλλων φορέων όπως της αστυνομίας και της πυροσβεστικής.
- Είναι σε συνεχή επικοινωνία με τα Τμήματα Υποδοχής Επειγόντων Περιστατικών των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και των Κέντρων Υγείας για την ενημέρωση τους σχετικά με τους μεταφερόμενους προς αυτά πάσχοντες.
- Πραγματοποιεί καταγραφές για το σύνολο των πληροφοριών και των δεδομένων που αφορούν σε όλα τα διακινούμενα περιστατικά (Καρούτσου, Θ Λαμπρούσης, Κωνσταντινίδης, 2007).

1.2.3 Ιστορική Αναδρομή

Ιχνηλατώντας τις απαρχές της εξέλιξης της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας μέσα στους αιώνες, διαπιστώνεται πως οι πρώτες οργανωτικές και διοικητικές αρχές

περίθαλψης απαντώνται στα Ομηρικά Έπη της Ιλιάδας και της Οδύσσειας, με αναλυτικές περιγραφές για τη μορφή μονίμων χειρουργείων «κλισίας» αλλά και ειδικών φορείων μεταφοράς ασθενών μέσα στα πεδία των μαχών. Όσον αφορά τη μεταφορά, δηλώνονταν με τη χρήση του επιρρήματος «φοράδαν», δηλαδή φορείο. Η λέξη «κλισίη» προέρχεται από τη λέξη κλίνη, που σημαίνει παράπηγμα, αυτοσχέδιο οίκημα, δείγματα αναφορών τα οποία και καθιστούν προφανές το γεγονός ότι επρόκειτο για Σταθμό Πρώτων Βοηθειών. Η Ομηρική λέξη «Κομιδή - κομίζω ή κομέω» = φροντίζω, επιμελούμαι, θεραπεύω, έχει διασωθεί στην καθομιλουμένη στη σύνθετη λέξη διακομιδή.

Το πρώτο «σύγχρονο» σχετικά αυτοσχέδιο ασθενοφόρο κατασκευάστηκε από τους αγγλοσάξονες περί το 900 μ.Χ. Η πρώτη χρήση αποτελεσματικών ασθενοφόρων για περιστατικά έκτακτης ανάγκης, πραγματοποιήθηκε το 1847 από τη βασίλισσα της Ισπανίας Isabella. Την ίδια περίπου χρονική περίοδο ο Jean Larrey σχεδίασε το «καινοτόμο» ασθενοφόρο volantes, εγκαθιστώντας σε δύο άλογα τετράτροχα βαγόνια των οποίων η προηγούμενη χρήση είχε να κάνει με τη μεταφορά εμπορευμάτων, για να μεταφέρουν τους στρατιώτες από το πεδίο της μάχης αφότου τους είχαν παραχθεί οι απαιτούμενες πρώτες βοήθειες (Καρούτσου, Λαμπρούσης, Κωνσταντινίδης, 2007). Το πρώτο μηχανοκίνητο ασθενοφόρο, έκανε την εμφάνισή του στο Σικάγο το 1899 στο νοσοκομείο Michael Reese, όπου και αναγνωρίστηκε η σημαντική αξία του λόγω της σαφέστατα μεγαλύτερης του ταχύτητας και συνεπαγόμενα της μεγαλύτερης ασφάλειας των ασθενών. Μεγάλη ανάπτυξη επήλθε περί τα τέλη του 19^{ου} αιώνα με την εισαγωγή πλέον των αυτοκινήτων ασθενοφόρων, όπου αρχικώς τροφοδοτούνταν με ατμό, βενζίνη και ηλεκτρική ενέργεια (Καρούτσου, Λαμπρούσης, Κωνσταντινίδης, 2007).

Κατά τη διάρκεια του πρώτου παγκόσμιου πολέμου, ο Ερυθρός Σταυρός παρουσίασε τα πρώτα μηχανοκίνητα ασθενοφόρα στα πεδία των μαχών, όπου και σε συνδυασμό με τα διπλής κατεύθυνσης ραδιόφωνα αμέσως μετά τον πόλεμο αυτόν, η επικοινωνία των ασθενοφόρων εμφανίστηκε πολύ αποδοτικότερη. Λίγο πριν τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο τα ασθενοφόρα εμφανίζονται επανδρωμένα με παθολόγους ιατρούς, προηγμένο ιατρικό εξοπλισμό και πολύ καλύτερη επικοινωνία μέσω ραδιοφώνου. Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε ότι τα ασθενοφόρα ήταν και τα μόνα οχήματα όπου ήταν εφικτό να μεταφέρουν κλινήρεις ασθενείς και για αυτό το λόγο

υπήρξε μια καλύτερη οργάνωση ώστε να εξυπηρετηθεί ο σκοπός αυτός(Καρούτσου, Λαμπρούσης, Κωνσταντινίδης, 2007).

Στην Ελληνική επικράτεια οι φορείς οι οποίοι και χρησιμοποίησαν ασθενοφόρα χρονικώς δραστηριοποιήθηκαν ως εξής:

- Ίδρυση του πρώτου σταθμού Α΄ Βοηθειών, Επίκουρος Συνδέσμος «Ο Σωτήρ» το 1905.
- Ίδρυση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού το 1931 ο οποίος και παραλαμβάνει τον επίκουρο Σύνδεσμο «Σωτήρ» και οργανώνει και διευρύνει τη δράση του
- Ίδρυση του ΙΚΑ το 1955.
- Ίδρυση του Συντονιστικού Κέντρου Διακίνησης Ασθενών (Κέντρο Άμεσης Βοήθειας) του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών το 1978.
- Ίδρυση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) το 1985 το οποίο και συστάθηκε ως ΝΠΔΔ με το Νόμο 1579/85 και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Καρούτσου, Λαμπρούσης, Κωνσταντινίδης, 2007).

1.3 Απασχόληση ανθρώπινου δυναμικού στο Ε.Κ.Α.Β.

Ο κυρίαρχος σκοπός του Ε.Κ.Α.Β., και κατ' επέκταση των πληρωμάτων-διασωστών, είναι η κατά το δυνατόν έγκαιρη αλλά και ασφαλής αντιμετώπιση του επείγοντος περιστατικού στον συμβάν καθώς και η παροχή, κατά την διάρκεια της διακομιδής των πασχόντων σε κατάλληλες μονάδες πρωτοβάθμιας υγειονομικής αντιμετώπισης, εξειδικευμένης προνοσοκομειακής φροντίδας. Οι περισσότεροι από τους 3.000 και πλέον διασώστες που εργάζονται πανελλαδικώς στο Ε.Κ.Α.Β. σε όλα τα παραρτήματα του, κατέχουν δίπλωμα μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από τον Οργανισμό Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (Ο.Ε.Ε.Κ.). Θεωρείται δεδομένο ότι οι διασώστες-πληρώματα ασθενοφόρου εφαρμόζουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την εξειδικευμένη εκπαίδευση τους κατά την αντιμετώπιση του εκάστοτε επείγοντος περιστατικού. Επίσης, ως ειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας επιδεικνύουν το δέοντα σεβασμό στον εκάστοτε αιφνιδίως πάσχοντα πολίτη

τηρώντας το θεσπισμένο, και νομικά, ιατρικό απόρρητο του εκάστοτε ασθενούς εφαρμόζοντας τους κανόνες δεοντολογίας και επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας (Φράγιου 2013).

Επιπλέον, ο διασώστης καταγράφει το εκάστοτε συμβάν στο ειδικό βιβλίο σημάτων-ασθενών και το παραδίδει στην υπηρεσία του, ώστε, τα πολύτιμα αυτά στοιχεία, κατά την ανάπτυξη οιασδήποτε στρατηγικού σχεδιασμού ή στατιστικής έρευνας, να χρησιμοποιηθούν με το καλύτερο δυνατό τρόπο με σκοπό την βελτίωση της παροχής προνοσοκομειακής φροντίδας.

1.4 Απασχόληση Διασωστών στην Ελλάδα

Με το Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμόν 62/2007 (ΦΕΚ Α'αρ. 70/22.03.2007) όπου και καθορίζονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των κατόχων διπλώματος του Οργανισμού Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (Ο.Ε.Ε.Κ.) επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης της ειδικότητας «Διασώστης - Πλήρωμα Ασθενοφόρου», οι διασώστες στην Ελλάδα στον προνοσοκομειακό χώρο απασχολούνται σε:

- Ασθενοφόρα οχήματα
- Κινητές Ιατρικές Μονάδες
- Κινητά Συντονιστικά Κέντρα για Μαζικές Καταστροφές
- Μηχανές ταχείας επέμβασης
- Οποιοδήποτε εναέριο μέσο που χρησιμοποιείται με σκοπό την διακομιδή ασθενούς
- Οποιοδήποτε πλωτό μέσο που έχει ως σκοπό την διακομιδή ασθενούς
- Ομάδες αντιμετώπισης Μαζικών Απωλειών Υγείας
- Οχήματα μικρού όγκου για πρώτες βοήθειες

Οι διασώστες απασχολούνται παράλληλα ως:

- Οδηγοί
- Συνοδηγοί

- Πληρώματα ασθενοφόρου οχήματος

Επιπλέον, εργάζονται στο τηλεφωνικό κέντρο για λήψη και διαχείριση τηλεφωνικών κλήσεων και παροχή οδηγιών για πρώτες βοήθειες σε πολίτες (ΕΚΑΒ, 2007).

1.5. Ο ρόλος του Διασώστη στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Περίθαλψη

Οι διασώστες, με την ειδικότητα «Διασώστης - πλήρωμα ασθενοφόρου», στελεχώνουν την εφαρμογή της Επείγουσας Ιατρικής στον Προνοσοκομειακό χώρο και συμμετέχουν στις δραστηριότητες των χώρων υποδοχής και αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, μέχρι την ανάληψη της ευθύνης των ασθενών από το προσωπικό του νοσηλευτικού ιδρύματος (Πεδιαδιτάκη, και συν., 2016).

Ως κύριο έργο έχουν, να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις (ατυχήματα, παθολογικές καταστάσεις) στον τόπο του συμβάντος, σε συνεργασία με την Ιατρική Υπηρεσία Επειγόντων. Οφείλουν να αυτενεργούν σε περιπτώσεις όπου η βαρύτητα του περιστατικού δεν επιτρέπει την αναμονή και να προβαίνουν, μετά από εκτίμηση και εντολή της Ιατρικής Υπηρεσίας σε σωστικές ενέργειες για τον πάσχοντα (Πεδιαδιτάκη, και συν., 2016).

Επιπλέον, στην περίπτωση που παρίσταται Ιατρός Επείγουσας Ιατρικής, οφείλουν να εκτελούν με την πρέπουσα δεξιότητα και ακρίβεια τις εντολές του και να διακομίζουν με ασφάλεια τους πάσχοντες κάτω από συνθήκες συνεχούς επίβλεψης και υποστήριξης με το ενδεδειγμένο μέσον στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Αναλόγως της ιδιαιτερότητας των περιστατικών, ο διασώστης χρειάζεται να προσαρμόζει τις αρχές της Επείγουσας Ιατρικής (Πεδιαδιτάκη, και συν., 2016).

Οι διασώστες δρουν στα εξής πεδία:

- **Της επείγουσας ιατρικής:** Στο στάδιο της επείγουσας ιατρικής γίνεται αρχικά η πρωτογενής εκτίμηση και αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης. Εφαρμόζονται οι αναγκαίες, άμεσες παρεμβάσεις. Ακολουθεί, η δευτερογενής εκτίμηση και η λήψη ιστορικού. Διαμορφώνεται μια γενική εικόνα και παρέχεται γρήγορη, αποτελεσματική και με προτεραιότητες φροντίδα.
- **Της μεταφοράς:** Διεξάγεται αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή, ο οποίος και ενημερώνεται για κάθε εφαρμοζόμενη διαδικασία. Οφείλει να

διακρίνει τους ασθενείς που χρειάζονται επείγουσα μεταφορά, από τους ασθενείς που δε χρειάζονται επείγουσα μεταφορά. Στη μεταφορά, πρέπει να γίνει ασφαλής ανύψωση και μετακίνηση του ασθενούς στο ασθενοφόρο, παρακολούθηση και παροχή τυχόν πρόσθετης αξιολόγησης και αντιμετώπισης καθ' οδόν, καθώς και παροχή ασφαλούς και εξειδικευμένης μεταφοράς στο κατάλληλο νοσοκομείο.

- **Της ενημέρωσης:** Στην ενημέρωση, γίνεται η μετάδοση της αναγκαίας αναφοράς με τον ασύρματο για έγκαιρη ενημέρωση του νοσοκομείου. Ακολουθεί η ασφαλής παράδοση – μεταβίβαση της φροντίδας του ασθενούς στο προσωπικό των νοσοκομείων και η παροχή προφορικής αναφοράς. Καταγράφονται τα ευρήματα και η παρεχόμενη φροντίδα και διασφαλίζονται τα δικαιώματα του ασθενούς (Πεδιαδιτάκη, και συν., 2016).

Για να επιτευχθούν τα παραπάνω από τους διασώστες απαραίτητα κρίνονται τα κάτωθι (Πεδιαδιτάκη και συν., 2016):

- Να υπάρχουν κατάλληλα εξοπλισμένα και ασφαλή οχήματα
- Οι διασώστες να εκπαιδεύονται επαρκώς και να αποκτούν εμπειρία μέσω πρακτικής
- Να υπάρχει ομαλή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών

Στις προκλήσεις του επαγγέλματος, περιλαμβάνονται οι μαζικές καταστροφές - μαζικές απώλειες υγείας, επικίνδυνα υλικά (βιολογικά, χημικά κ.ά.), τρομοκρατικά χτυπήματα αλλά και εξειδικευμένες διασώσεις σε απομακρυσμένες περιοχές, περιορισμένους χώρους, εγκλωβισμούς κ.λ.π. (Πεδιαδιτάκη και συν., 2016).

Ο εξειδικευμένος εξοπλισμός που πρέπει να έχουν τα ασθενοφόρα για την ασφαλή αντιμετώπιση των περιστατικών περιλαμβάνει (ΕΚΑΒ, 2017):

- Σταθερό πιεσόμετρο
- Αναπνευστήρα
- Ηλεκτροκαρδιογράφο – Απινιδωτή (με δυνατότητα εξωτερικής βηματοδότησης)
- Παλμικό Οξύμετρο
- Φορείο – Φαράσι (Scoop-strecher)
- Στρώμα πολυτραυματία
- Γιλέκο απεγκλωβισμού

- Αερονάρθηκες
- Κηδεμόνα κεφαλής
- Συσκευή αναρρόφησης (σταθερή και φορητή)
- Μάσκα ambu
- Φορητό στηθοσκόπιο
- Λαρυγγοσκόπιο με τρεις λάμες
- Glucotest – Σακχαρόμετρο
- Ισοθερμική κουβέρτα
- Φαρμακευτικό εξοπλισμό.

Οι ενέργειες και η παροχή εξειδικευμένης προνοσοκομειακής φροντίδας σε τραυματίες και ασθενείς που βρίσκονται σε απειλητική για την ζωή τους κατάσταση, είναι ουσιαστικές και άμεσες από το πλήρωμα των ασθενοφόρων. Οι βασικότερες από τις ενέργειες αυτές είναι:

Υποστήριξη αεραγωγού με ακινητοποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

- Διατήρηση και υποστήριξη αναπνοής με χορήγηση οξυγόνου, διασωλήνωση, κρικοθυροειδοτομή, χρήση αναπνευστικών συσκευών
- Βασική και Εξειδικευμένη ΚΑΡΠΑ – Απινίδωση – Βηματοδότηση
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας, αξιολόγηση και δυνατότητα συρραφής τραυμάτων
- Διατήρηση κυκλοφορίας με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και φαρμάκων
- Αξιολόγηση και ακινητοποίηση ανοικτών και κλειστών κακώσεων και καταγμάτων άκρων και σπονδυλικής στήλης με χρήση των συσκευών ακινητοποίησης
- Αντιμετώπιση θερμικών και χημικών εγκαυμάτων
- Αντιμετώπιση δηλητηριάσεων, χρήση ναρκωτικών και άλλων ουσιών
- Διάγνωση και αντιμετώπιση επιληπτικών κρίσεων, υπογλυκαιμίας, οξέος πνευμονικού οιδήματος, οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου και πολλών άλλων απειλητικών για την ζωή καταστάσεων

- Αντιμετώπιση επειγόντων μαιευτικών (τοκετός, κ.α.), νεογνολογικών και παιδιατρικών περιστατικών
- Εκτίμηση, αξιολόγηση, ακινητοποίηση και ασφαλή διακομιδή του πολυτραυματία (ΕΚΑΒ, 2017).

Οι μοτοσυκλέτες χρησιμοποιούνται διεθνώς, από όλα τα σύγχρονα Συστήματα Ιατρικών Επειγόντων, για την αντιμετώπιση των κυκλοφορικών συνθηκών στα κέντρα των σύγχρονων μεγαλουπόλεων, καθώς και την ταχεία ανταπόκριση σε κρίσιμα περιστατικά, στον προβλεπόμενο χρόνο κάτω των 5 λεπτών. Πιο αναλυτικά, ο ρόλος των μοτοσυκλετών είναι:

- Ταχεία ανταπόκριση, σε κρίσιμα συμβάντα, ιδίως καρδιολογικά, με αποτέλεσμα την επιτυχή ανάταξη περισσότερων ανακοπών
- Υποστήριξη σε ασθενοφόρο, ιδίως σε περιπτώσεις ατυχημάτων με πολλά θύματα
- Αποσαφήνιση κλήσεων για μεταφορά ασθενούς, με αποτέλεσμα την κατακόρυφη αύξηση της διαθεσιμότητας των ασθενοφόρων, τα οποία πλέον μπορούν να απασχολούνται εκεί που πραγματικά υπάρχει ανάγκη
- Κάλυψη ειδικών συμβάντων τα οποία απασχολούσαν για πολύ χρόνο ασθενοφόρα, όπως απειλές αυτοκτονίας ή φωτιές με πιθανά θύματα
- Κάλυψη θυμάτων διαδηλώσεων, συμβάντα στα οποία δεν μπορούσαν με ευκολία να προσεγγίσουν τα ασθενοφόρα
- Κάλυψη αθλητικών εκδηλώσεων, λόγω της δυνατότητας κίνησης στο πλήθος (ΕΚΑΒ, 2017).

Ο εξοπλισμός της μοτοσυκλέτας περιλαμβάνει:

- Διαγνωστικό monitor 12 απαγωγών
- Παλμικό οξύμετρο, πιεσόμετρο, στήθοσκόπιο, σακχαρόμετρο, φορητή αναρρόφηση
- Πλήρες κιτ αεραγωγού, με ασκό ενηλίκων, παιδών, με στοματοφαρυγγικούς αεραγωγούς και λαρυγγικές μάσκες όλων των μεγεθών
- Κιτ τραύματος, εγκαυμάτων, τοκετού
- Σετ φλοβοκάντησης με αντίστοιχους ορούς

- Αερονάρθηκες, αυχενικά κολάρα
- Φιάλη O₂, με μάσκες χορήγησης

Στις αρμοδιότητες των Διασωστών του ΕΚΑΒ είναι η μεταφορά προώρων και νεογνών που χρήζουν επείγουσας φροντίδας, από υγειονομικούς σχηματισμούς της Ελληνικής περιφέρειας και της περιοχής της πρωτεύουσας προς εξειδικευμένα κέντρα νοσηλείας νεογνών. Στο πλαίσιο αυτό το ΕΚΑΒ πραγματοποιεί και μεταφορές νεογνών όταν είναι ακόμη στη μήτρα της μητέρας τους (μεταφορά in utero), εξασφαλίζοντας ασφαλείς συνθήκες στη μητέρα και το νεογνό (ΕΚΑΒ, 2017). Στις υποχρεώσεις του διασωστικού πληρώματος του ΙΚΑΒ, συγκαταλέγεται και η προσφορά υπηρεσιών υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών σε ειδικές καταστάσεις, όπως Μαζικές Απώλειες Υγείας από Τρομοκρατικές Ενέργειες με Όπλα Μαζικής Καταστροφής. Το Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών αφορά στα κάτωθι:

- Φυσική Μαζική Καταστροφή
- Τεχνολογική Μαζική Καταστροφή
- Μαζικό Συμβάν που αφορά τη Δημόσια Υγεία
- Τρομοκρατικά συμβάντα που απειλούν τη Δημόσια Υγεία (ΕΚΑΒ, 2017).

1.6 Νομικό πλαίσιο

Η Επείγουσα Προνοσοκομιακή Φροντίδα της δημόσιας υγείας στον Ελληνικό χώρο συστάθηκε νομικά το 1985 (Ν.1579/1985). Με το εν λόγω ψηφισμένο νομοθέτημα θεσπίστηκε το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.). Στο άρθρο 7 παρ. 2 του νόμου αυτού περιγράφεται ο σκοπός του οργανισμού ο οποίος και είναι «ο συντονισμός της παροχής, σε έκτακτες περιπτώσεις, άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες, και, η μεταφορά των πολιτών αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας». Με το υπ' αριθ. 376/1988 Π.Δ. (ΦΕΚ 169/τ.Α'/17-8-1988) ορίστηκε η οργάνωση του Ε.Κ.Α.Β. και συστάθηκαν περιφερειακές υπηρεσίες ως αυτοδύναμα παραρτήματά του, τα οποία οργανώθηκαν και στελεχώθηκαν καταλλήλως. Ακόμη, καθορίστηκε ο τρόπος λειτουργίας των παραρτημάτων αυτών για την ισοδύναμη εξυπηρέτηση όλων των πολιτών σε όλες τις περιοχές της χώρας.

Οι επείγουσες πράξεις που ασκούν οι διασώστες είναι επαγγελματικώς κατοχυρωμένες βάσει του νόμου (Ν.2009/1992) και είναι θεσπισμένες σύμφωνα με τα διεθνή πρωτοκόλλα αντιμετώπισης που θεωρούνται ταυτοχρόνως και αναγνωρισμένα επαγγελματικά καθήκοντα από την διεθνή κοινότητα. Μια γενική και μόνο περιγραφή της ειδικότητας είναι ότι αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει στον τόπο του συμβάντος απειλητικές για την ζωή καταστάσεις όπως ατυχήματα κάθε είδους ή οξείες παθολογικές επιπλοκές με όσα μέσα του παρέχει η υπηρεσία του. Δύναται σε συνεργασία με τον ιατρό της Ιατρικής Υπηρεσίας Επειγόντων να μεταδίδει πληροφορίες (VHF, τηλέφωνο, τηλεϊατρική) και να λαμβάνει οδηγίες επαυξημένης αντιμετώπισης. Αυτενεργεί σε περιπτώσεις που η σοβαρότητα της κατάστασης το απαιτεί με βάση πάντοτε τα νομοθετικώς θεσπισμένα καθήκοντα του. Διακομίζει με ασφάλεια κάθε πάσχοντα, βάσει των επιστημονικώς ενδεδειγμένων τρόπων, κάτω από συνθήκες διαρκούς εκτιμήσεως του ασθενούς και παραδίδει τον πάσχοντα στο τμήμα επειγόντων δίδοντας παράλληλα εκτενή αναφορά στον ιατρό παραλαβής του νοσοκομείου για τα ζωτικά σημεία και τα κλινικά ευρήματα του διακομιζομένου (Προεδρικό Διάταγμα 376/1988, άρθρο 12, παρ.4).

1.7 Εκτίμηση και ανάλυση παραγόντων κινδύνου

Το επάγγελμα του διασώστη από την φύση του παγκοσμίως θεωρείται ένα από πιο δύσκολα σε ότι αφορά τους παράγοντες κινδύνου που αυτό εκθέτει σε όσους το εξασκούν. Οι δυσχερείς εργασιακές συνθήκες στις οποίες ο διασώστης καλείται να εκπληρώσει τα υπηρεσιακά του καθήκοντα τον επηρεάζουν σε σημαντικό ποσοστό σε σχέση με αντίστοιχους εργαζομένους του τομέα υγείας (Rodgers 1998).

Οι εργαζόμενοι διασώστες σε όλων των ειδών τα διασωστικά μέσα (ασθενοφόρα, μηχανές, εναέριες μεταφορές κ.λπ.), παρέχουν περίθαλψη όχι σε ένα οργανωμένο και ελεγχόμενο περιβάλλον, αλλά, η φύση του επαγγέλματος τους απαιτεί στο να ενεργούν σε κάθε είδους καταστάσεις και μη ελεγχόμενα σημεία του επείγοντος συμβάντος εκτεθειμένοι παράλληλα σε κάθε καιρική συνθήκη. Μάλιστα, μπορεί να παρακολουθούνται κατά την επιτέλεση του έργου τους από συγγενείς, γνωστούς η

και τυχαίους ανθρώπους που βρίσκονται εκείνη την ώρα του γεγονότος και αυτό τους επιφορτίζει πολύ περισσότερο και ψυχικά (Cydulka 1989).

Αυτές δε οι απρόβλεπτες καταστάσεις συχνά ενέχουν και την πιθανότητα μόλυνσης από ασθενείς οι οποίοι μπορεί να πάσχουν από κάθε είδους μολυσματικώς μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV, ηπατίτιδα κ.ά.), εφόσον ο διασώστης είναι ο πρώτος ανταποκριτής σε κάθε επείγον συμβάν, χωρίς μάλιστα να γνωρίζει καθόλου το νοσολογικό προφίλ του ανθρώπου που καλείται, όχι απλά να έρθει σε επαφή, αλλά, να τον περιθάλψει και να διακομίσει στον εγγύτερο οργανωμένο σχηματισμό παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (James, 1988).

Οι διασώστες επίσης παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα σε ασθενείς με χρόνια ή και σπάνια νοσήματα που από την φύση τους αυτά χρήζουν ιδιαίτερης μεταχείρισης και συναισθηματικών χειρισμών, γεγονός που συνεπάγεται πλεόνασμα ψυχικών αποθεμάτων από τους ίδιους (Mahony, 2001).

Επιπροσθέτως, οι διασώστες βρίσκονται εκτεθειμένοι στον κίνδυνο διαφόρων έντονων θορύβων όπως της κυκλοφοριακής κίνησης, των κορναρισμάτων, της σειρήνας του ασθενοφόρου, του ασυρμάτου, παράγοντες που επιφορτίζουν την σωματική αλλά κυρίως την ψυχική υγεία τους (Καρούτσου και συν., 2007).

Ακόμη, στους διασώστες, αλλά και σε όλα γενικώς τα επαγγέλματα υγείας, η παροχή των υπηρεσιών τελεί επί εικοσιτετραώρου βάσεως με συνέπεια αυτοί να εργάζονται με εναλλασσόμενο ωράριο, γεγονός που επιβαρύνει το βιολογικό - φυσιολογικό ρυθμό του εργαζομένου με τις ανάλογες αρνητικές επιπτώσεις σε όλο τον οργανισμό του (αίσθημα κόπωσης, υπνηλία, νευρικότητα κ.α.) (Sveinsdóttir, 2006).

Επιπλέον, θεωρείται δεδομένο ότι το προσωπικό των ασθενοφόρων που εμπλέκεται σε όσα συνοπτικά ανωτέρω περιγράφηκαν, εκτίθεται σε σημαντικό βαθμό σε ποικίλους παράγοντες άγχους όπου αυτές οι στρεσογόνες καταστάσεις δύναται να επιφέρουν σε αυτούς όχι μόνο σωματικές αλλά ψυχολογικές διαταραχές (Καρούτσου κ.α 2007).

Πιο αναλυτικά οι διαταραχές αυτές τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, αναπτύσσονται από τους εξής παράγοντες:

- **Περιβάλλον εργασίας:** Επιρροές από τον χώρο εργασίας, (τηλεφωνικό κέντρο - ασθενοφόρα - μηχανές - ελικόπτερα), τον θόρυβο (από την χρήση σειρήνας καθώς επίσης και τον θόρυβο του ελικοπτερου και τα συνεχόμενα τηλεφωνήματα που δέχεται το τηλεφωνικό κέντρο), τις καιρικές συνθήκες, τον φωτισμό καθώς και την επίδραση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης.
- **Τροχαία ατυχήματα:** Λόγω του είδους του επαγγέλματος, απαιτούνται πολλές εργατοώρες στο δρόμο, αναπτύσσονται υψηλές ταχύτητες, ελιγμοί, παραβίαση σηματοδότη, επικίνδυνη οδήγηση – συμπεριφορά του οδηγού διασώστη. Υπάρχει επίσης μεγάλο άγχος κατά την παραλαβή και μεταφορά του επειγόντος περιστατικού η οποία και κρίνεται αρκετά συχνά ζωτικής σημασίας για την σταθεροποίηση του ασθενούς. Επιπλέον, η συμπεριφορά άλλων οδηγών ή και παράγοντες που αφορούν στην ποιότητα των δρόμων και τις καιρικές συνθήκες συχνά οδηγούν σε τροχαία ατυχήματα.
- **Βιολογικοί παράγοντες:** Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιοι βιολογικοί παράγοντες οι οποίοι και είτε επιδρούν αρνητικά στην υγεία των διασωστών είτε έχουν μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας όπως, οι Ηπατίτιδες Α,Β,С, ο HIV, η φυματίωση κ.ά.
- **Ψυχοσωματικοί παράγοντες:** Οι ψυχοσωματικοί παράγοντες κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες:

1. **Εργασιακό άγχος** το οποίο και οφείλεται στο είδος του επαγγέλματος, στην κίνηση στις οδούς, στην εσφαλμένη αντιμετώπιση και άσκοπη κλήση του ασθενοφόρου ως Μέσου Μαζικής Μεταφοράς, πρακτική που επιφορτίζει σε μεγάλο βαθμό το επάγγελμα του διασώστη σε όλα τα επίπεδα, στην στρεσογόνο συμπεριφορά των συνοδών των ασθενών, καθώς και στο άγχος που επιφέρει η όλη διαδικασία παροχής βοήθειας σε έναν άνθρωπο που κινδυνεύει άμεσα η ζωή του.

2. **Ωράριο εργασίας** το οποίο προαπαιτεί κυλιόμενες βάρδιες αλλά και νυχτερινή εργασία.

3. **Συγκρούσεις** στις εργασιακές σχέσεις με τους συναδέλφους, την διοίκηση, με το κοινό, με άλλους φορείς όπως η αστυνομία, τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα κ.λ.π., καθώς και συγκρούσεις μεταξύ τηλεφωνικού κέντρου - ασυρμάτου - πληρωμάτων ασθενοφόρου.

4. **Μυοσκελετικά προβλήματα** τα οποία και προκαλούνται από την μεταφορά ασθενών, την καταπόνηση από την ανύψωση υπερβολικού βάρους παχύσαρκων ατόμων ή άτομα σε καταστολή - διασωληνωμένα, διεγερτικά, πολυτραυματίες, την συχνή έλλειψη ασανσέρ, τις στενές και απότομες σκάλες, την αδυναμία συνεργασίας λόγω της κατάστασης του ασθενή κατά την μεταφορά και τους κραδασμούς κατά την οδήγηση.

5. **Επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη** η οποία οφείλεται στο ίδιο το είδος της εργασίας, την συχνή επαφή με τον πόνο και τον θάνατο, την μη αναγνώριση του έργου των διασωστών, την έλλειψη επαγγελματικής εξέλιξης στον εν λόγω κλάδο και για πληθώρα άλλων λόγων οι οποίοι και θα αναλυθούν εκτενώς στα επόμενα κεφάλαια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

2.1 Εισαγωγή

Αποτελεί μία πραγματικότητα, ειδικά τα τελευταία τριάντα χρόνια, το ότι το λεγόμενο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή αλλιώς στην αγγλική του απόδοση του όρου ως burnout, έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τον επιστημονικό κόσμο αλλά και την ερευνά γενικότερα. Ειδικευμένα επαγγέλματα όπως αυτά του ψυχολόγου κοινωνιολόγου, αλλά και ειδικούς μάντζιμεντ κ.α., διερευνούν με τα εκάστοτε επιστημονικά τους εργαλεία το σύνδρομο αυτό έχοντας αναγνωρίσει τις σημαντικές επιπτώσεις του στους ανθρώπους και δη στους εργαζομένους στο τομέα της υγείας, με ότι αυτό αρνητικό συμπαρασύρει στην οικονομία και στην παραγωγή. Γενικότερα, η ταχύτητα του σύγχρονου ρυθμού ζωής στις αναπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες αλλά και η ολοένα αυξανόμενη ανταγωνιστικότητα της οικονομίας παγκοσμίως οδήγησε στην εξάπλωση αλλά και την διάδοση του συνδρόμου σε ολοένα και περισσότερα επαγγελματικά πεδία. Παρότι στην Ελλάδα για το σύνδρομο αυτό τα τελευταία 20 χρόνια υπήρχαν ελάχιστες αναφορές και πολύ λιγότερο απασχόλησε σε ερευνητικό πεδίο, κατά την τελευταία δεκαετία όμως φαίνεται ότι το κλίμα αυτό έχει ανατραπεί και διαρκώς επιτελούνται επιστημονικές συζητήσεις αλλά και στοχευόμενες, σε συγκεκριμένους δηλαδή εργασιακούς κλάδους, έρευνες (Μπελλαλή και συν., 2007).

2.2 Ιστορική αναδρομή

Οι πρώτες έρευνες για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, έγιναν από τον Αμερικανό ψυχαναλυτή Dr Herbert J. Freudenberger (1975) και την Maslach (1976), καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας και αφορούσαν κυρίως τους επαγγελματίες υγείας. Οι έρευνες ξεκίνησαν από την παρατήρηση ότι μετά από ένα χρονικό διάστημα οι εργαζόμενοι «άδειαζαν» από συναισθήματα και έχαναν τα κίνητρα και την αφοσίωσή τους. Τότε, διατυπώθηκαν οι πρώτοι ορισμοί για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα άτομα που επέλεξαν να σταδιοδρομήσουν στον τομέα αυτό, δυσκολεύονταν να αντλήσουν ικανοποίηση από την εργασία τους (Μπελλαλή και συν., 2007).

Μετά την δεκαετία του 1980 όπου η εμπειρική ερευνά συστηματοποιήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση λάμβανε μία πιο επιστημονική μορφή κυρίως με την σταδιακή θέσπιση αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης του φαινομένου. Μετέπειτα εμφανίστηκαν διάφορα μοντέλα αλλά και θεωρίες που αποπειράθηκαν να μελετήσουν αλλά και να αναλύσουν τις επιπτώσεις του συνδρόμου αυτού στοχεύοντας παράλληλα στο να εντοπιστούν οι ειδικοί παράγοντες που συντέιναν στην εμφάνιση του και γενικότερα να καταγραφεί, με πιο αυστηρούς επιστημονικούς όρους, μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα – νοσολογική ταυτότητα του συνδρόμου.

Στην δεκαετία του 1990 διερευνήθηκαν και άλλες σημαντικές μεθοδολογικοί παράμετροι της εργασιακής εξουθένωσης με την συνεπικουρία και της διαρκώς εξελισσόμενης στατιστικής επιστήμης με στόχο την καταγραφή αφενός των μακροπρόθεσμων συνεπειών του εργασιακού στρες αφετέρου δε την αποτελεσματικότητα των μεθόδων καταπολέμησης του (Κάντας, 1996).

Στην Ελλάδα, το 2001, οι Αντωνίου και Αντωνοδημητράκης διεξήγαγαν μία σημαντική εκτεταμένη έρευνα πανελλαδικής κλίμακας κατά την οποία αποτυπώθηκε η επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας όπου βρέθηκε το ότι, οι βασικοί παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της εξουθένωσης στο κλάδο αυτό σχετίζονταν με την ίδια φύση των επαγγελμάτων υγείας, δηλαδή, με την καθημερινή επαφή με τον πάσχοντα, με τις αυξημένες ευθύνες που έχει η επαφή με νοσούντες κάθε κατηγορίας, αλλά και με τα περιορισμένα μέσα για την αντιμετώπισή τους και την έλλειψη κατάρτισης και διαρκούς εκπαίδευσης (Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός», 2005).

2.3 Ορισμοί και Θεωρητικά Μοντέλα προσέγγισης

Αρκετοί ερευνητές αποπειράθηκαν να ορίσουν την επαγγελματική εξουθένωση. Σε μεγάλο βαθμό όμως οι ορισμοί που δίδονται αποσκοπούν στο να την διαχωρίσουν από το επαγγελματικό άγχος, εφόσον, ομολογουμένως, οι δύο αυτοί όροι, συχνά συγχέονται (Κάντας, 1996).

Ενώ το σύνδρομο αυτό αποτελεί στις μέρες μας ένα σημαντικό και ταχέως αυξανόμενο διεπιστημονικό-διερευνητικό πεδίο, εντούτοις, δεν υπάρχει ένας σαφής και κοινά αποδεκτός όρος. Ο όρος αυτός, προσδιορίζει κατά την γενικότερη ορισματική του, την σύνολη ψυχοσωματική κατάσταση αλλά και την εργασιακή απόδοση ενός ατόμου μέσα στον ορίζοντα της παραγωγικής-επαγγελματικής διαδικασίας. Με την κατίσχυση του συνδρόμου στον εργαζόμενο εκδηλώνεται έως και η ολοκληρωτική εκμηδένιση της επαγγελματικής αλλά και συνάμα προσωπικής υπόστασης και συνεπφέρει σε επίπεδο υγείας πλείστα προβλήματα, όπως ευρύτερες σωματικές ενοχλήσεις, παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος αλλά και ψυχοσωματικά συμπτώματα και κατάθλιψη (Burke, Greenglass, Schwarzer, 1996).

Όμως, ο πιο κοινά αποδεκτός ορισμός έχει δοθεί από την ψυχολόγο Christine Maslach, της οποίας το όνομα έχει ταυτιστεί όσο κανένα άλλο με το σύνδρομο αυτό, όπου και αναφέρει χαρακτηριστικά για το τι το σύνδρομο burnout επιφέρει. Βάσει του ορισμού της Maslach, διαπιστώνεται πως η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με την απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται και περιλαμβάνει επίσης τη σωματική εξάντληση η οποία χαρακτηρίζεται και από συναισθηματική εξάντληση, όπου ο επαγγελματίας συμπεραίνεται να μην έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς του (Maslach, 1982).

Πιο συγκεκριμένα η Maslach χαρακτήρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση κατά την οποία δύναται να περιγραφεί μέσα από τρεις εμφανιζόμενες διαστάσεις:

1) Η συναισθηματική εξάντληση η οποία και προσδιορίζεται στο συναίσθημα του επαγγελματία, όπου, τα ψυχικά αποθέματά του δεν επαρκούν για να διεκπεραιώσει τις καθημερινές απαιτήσεις του εργασιακού του ορίζοντος. Φυσικά η συναισθηματική εξάντληση συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την σωματική κόπωση του εργαζομένου.

2) Η αποπροσωποποίηση όπου αυτή με την σειρά της χαρακτηρίζει την στάση του επαγγελματία υγείας απέναντι στους ασθενείς του, την σταδιακή συναισθηματική απομάκρυνση του δηλαδή που τον οδηγεί στο να θεωρεί, τους πάσχοντες που καλείται να αντιμετωπίσει, περισσότερο ως αντικείμενα παρά ως ανθρώπους.

Βεβαίως, αυτή η αποπροσωποποίηση θεωρείται μεν ως ένας μηχανισμός άμυνας απέναντι στις συχνά δύσκολες και έντονα φορτισμένες συναισθηματικά καθημερινές καταστάσεις, όμως, αυτή λαμβάνει τέτοιες διαστάσεις ώστε δύναται να τον οδηγήσει στην εντελώς απρόσωπη στάση του επαγγελματία υγείας απέναντι στα προβλήματα των ασθενών.

3) Το αίσθημα της μειωμένης επίτευξης το οποίο συχνά οδηγεί στην αναληψία του επαγγελματία και την τελική του παραίτηση του από κάθε απόπειρα ανάληψης ωφέλιμων αλλά και αποτελεσματικών επαγγελματικών χειρισμών (Maslach, 1982).

2.4 Ανασκόπηση

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης φυσικά και δεν πρέπει να εξεταστεί μονοδιάστατα, εφόσον, από την συνολική εξέταση των βιβλιογραφικών αναφορών οδηγούμαστε σε μία πολυδιαστατική αιτιολόγηση των αιτιών που το εμφανίζουν. Η κάθε διάσταση βεβαίως επηρεάζει σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό και αυτή η υποενότητα στοχεύει να μας καταδείξει, εν συντομία, τους ειδικούς παράγοντες που συνεπικουρούν στην εμφάνιση του συνδρόμου.

Με βάση λοιπόν την επιστημονική βιβλιογραφία, οι περισσότερες προσεγγίσεις που αποπειρώνται να περιγράψουν αλλά και να ερμηνεύσουν τους αιτιολογικούς παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης, αυτούς τους ανευρίσκουν στην αλληλεπίδραση του εργαζόμενου ατόμου σε σχέση με την υφή και τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος (Cox, 1978).

Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων σε αντιπαραβολή με τα εκάστοτε ειδικά χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος προκαλεί αυτόχρονα μία άλλοτε λιγότερο ή άλλοτε περισσότερο θετική αντίδραση που θεωρείται ότι οδηγεί αρχικά σε μία κατάσταση δημιουργικού στρες (eustress), μετέπειτα μπορεί να εξελιχθεί σε μία κατάσταση προβληματικής σχέσης (distress) ,ή, ακόμη, μπορεί να μας εμφανίσει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout). Ο βαθμός δυσκολίας δηλαδή που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος στον χώρο εργασίας του, συνεπάγεται ένα σύνολο παραγόντων οι οποίοι είτε επηρεάζουν λιγότερο είτε και πολύ περισσότερο το ψυχικό του άγχος (Vachon, 1987).

Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- Ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση)
- Ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες, στρατηγικές αντιμετώπισης)
- Διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικούς παράγοντες)

Ειδικότερα, όσον αφορά την καταγραφή των παραγόντων εξουθένωσης παρουσιάζονται δύο κυρίαρχες κατηγορίες οι οποίες είναι οι περιβαλλοντικοί και οι ατομικοί παράγοντες (Μεταλληνού, 2000). Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες ανήκουν εκείνοι που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας και δύναται να είναι:

- Οι πιεστικές και συχνά αντίξοες συνθήκες στο περιβάλλον εργασίας.
- Οι ελλείψεις προσωπικού και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας που συνεπάγεται.
- Η υψηλή συναισθηματική φόρτιση στο περιβάλλον εργασίας και η έκθεση του επαγγελματία στο πόνο και στο θάνατο.
- Το εξαντλητικό, απαιτητικό και συνεχές ωράριο.
- Η έλλειψη σαφούς καθηκοντολογίου αλλά και η γενικότερη ασάφεια του ρόλου του εργαζομένου.
- Η έλλειψη κινήτρων και δυνατότητας εργασιακής εξέλιξης.
- Η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση
- Η μη συμμετοχή στις αποφάσεις.
- Η ανισότητα στις ηθικές και οικονομικές απολαβές.
- Η έλλειψη επικοινωνίας, στήριξης από τη διεύθυνση ή τους συναδέλφους.

Σχετικά με τους ατομικούς παράγοντες, κρίνεται σημαντικό να επισημανθεί πως ο τρόπος με τον οποίο ο κάθε εργαζόμενος διαχειρίζεται το εργασιακό άγχος είναι διαφορετικός και αυτό σχετίζεται με το πώς ο εκάστοτε επαγγελματίας ως ξεχωριστή προσωπικότητα ερμηνεύει αλλά και αντιμετωπίζει αυτό το άγχος. Ο τρόπος δηλαδή διαχείρισης του εργασιακού άγχους καθιστά ορισμένους επαγγελματίες πιο ανθεκτικούς και λιγότερο ευάλωτους σε επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με άλλους που δεν έχουν την ίδια ικανότητα διαχείρισης των πιεστικών καταστάσεων και οδηγούνται πιο εύκολα στην εξουθένωση (Pines 1996).

Όσον αφορά τα κυρίαρχα προσωπικά χαρακτηριστικά που διαφαίνεται ότι συμβάλουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου burnout αυτά έχουν ως εξής:

- Τα αρχικά κίνητρα του εκάστοτε εργαζομένου
- Οι προσδοκίες του για τον εαυτό μέσα στον εργασιακό του χώρο
- Ο τρόπος του να αντιδρά στις πιεστικές καταστάσεις
- Η αποτυχία που εκλαμβάνει στην τελική πραγμάτωση των στόχων του (Barbier,2004).

Υπάρχουν και μελέτες που μας δείχνουν ότι συχνά οι ατομικοί και ψυχολογικοί παράγοντες ευθύνονται πολύ περισσότερο για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους περιβαλλοντολογικούς και τις συνθήκες εργασίας (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλου,1995).

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση», όπως προαναφέρθηκε, επινοήθηκε το 1970 από τον Αμερικανό ψυχολόγο Herbert Freudenberger και χρησιμοποιείται έως τις ημέρες μας για να περιγράψει τις συνέπειες του σοβαρού άγχους που βιώνουν οι άνθρωποι που εργάζονται σε ανθρωποκεντρικά κυρίως επαγγέλματα. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες, των οποίων το επάγγελμα προϋποθέτει και ένα είδος αυτοθυσίας, συχνά δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο δύσκολο αυτό ρόλο με συνέπεια την επαγγελματική εξουθένωση (Pubmed, 2013).

Ένα αγχογενής τρόπος ζωής μπορεί να θέσει το άτομο σε ακραίες πιέσεις, μέχρι του σημείου πλήρους εξάντλησης. Το στρες στην εργασία, μπορεί επίσης να προκαλέσει σωματικά και ψυχικά συμπτώματα τα οποία περιλαμβάνουν ένα αίσθημα μόνιμης καταπόνησης, αμφισβήτησης και συγκρούσεις με τους συναδέλφους. Η συνεχόμενη δέσμευση με τις ευθύνες του επαγγέλματος που οδηγεί τους εργαζόμενους να παραμελούν τις δικές τους ανάγκες, μπορεί επίσης να έχει ως συνέπεια την επαγγελματική εξουθένωση. Προβλήματα τα οποία προκαλούνται από το στρες στην εργασία είναι μια κοινή αιτία για τις ασθένειες των εργαζομένων, καθώς επίσης και οι αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον οι οποίες και επιφέρουν εξάντληση (Pubmed, 2013).

Η επαγγελματική εξουθένωση, περιλαμβάνει ένα σύνολο συμπτωμάτων και όχι μόνο το αίσθημα της εξάντλησης και διαπιστώνεται να διαφέρει από άλλες ψυχικές διαταραχές. Δεν υπάρχει πάραυτα μια κοινή σύμφωνη γνώμη από την ερευνητική κοινότητα για τον καθορισμό των ψυχικών διαταραχών της επαγγελματικής εξουθένωσης, εν αντιθέσει με τη νόσο της κατάθλιψης όπου έχει μελετηθεί εκτενώς και έχουν διατυπωθεί σαφέστατα συμπεράσματα για τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν εκπονηθεί (Pubmed, 2013).

Επιπροσθέτως, όσον αφορά την διάγνωση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν διαπιστώνεται να υπάρχουν αποτελεσματικοί μέθοδοι έρευνας αυτού του πεδίου, πέραν των ερωτηματολογίων αυτοαξιολόγησης όπου και εκεί δεν υπάρχει κοινός ορισμός για το τι πραγματικά είναι το σύνδρομο αυτό. Έτσι, δεν είναι σαφές αν πραγματικά οι έρευνες αυτές δύναται να μετρήσουν και να αξιολογήσουν την επαγγελματική εξουθένωση για να γίνει μια διάκριση από άλλες ψυχικές διαταραχές. Το μόνο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει χαρακτηριστεί αξιόπιστο για την επιστημονική έρευνα της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι το «Maslach Burnout Inventory» (MBI), το οποίο και διατίθεται σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες. (Pubmed, 2013).

Κατά κύριο λόγο, τα συμπτώματα τα οποία και συνοπτικά περιγράφονται στη διεθνή επιστημονική κοινότητα ως αποτέλεσμα της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι οι ψυχικές ή ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης (Pubmed, 2013).

2.5 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι περισσότερες μελέτες κατηγοριοποιούν τις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σωματικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές (Cushway, 1992).

Οι σωματικές συνέπειες, σχετίζονται με αίσθημα κόπωσης και χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας, ενώ δύναται να καταγραφεί εξάντληση που με τον καιρό γίνεται χρόνια σωματική κούραση. Με βάση τα ανωτέρω, ο εργαζόμενος έχει αυξημένα

ποσοστά εμφανίσεων διαφόρων ασθενειών και ψυχοσωματικών προβλημάτων. Πονοκέφαλοι, έλκος στομάχου, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, αρτηριακή πίεση, πόνοι στη μέση, είναι μερικές μόνο από τις πιθανές παθολογικές εκείνες καταστάσεις που μπορούν να αποδοθούν στο σύνδρομο αυτό (Tyler & Cushway, 1998).

Αναφορικά με τις ψυχικές συνέπειες, καταγράφονται το φαινόμενο της απάθειας του εργαζομένου, η αδιαφορία που επιδεικνύει αλλά και η διάθεση παραίτησης, καθώς επίσης και το αίσθημα ότι δεν μπορεί κανείς να τον βοηθήσει από την κατάσταση που έχει περιέλθει. Ακόμη, εμφανίζονται γενικότερο άγχος, νευρικότητα, κρίσεις θυμού, συχνά παρουσιάζεται διάχυτο αίσθημα καχυποψίας και ορισμένες φορές αναπτύσσονται ακόμη και παρανοϊκές σκέψεις. Τέλος, μπορούν να παρουσιαστούν πλήξη, αποθάρρυνση και απέχθεια (Pines & Aronson, 1988).

Στις συμπεριφορικές συνέπειες, σε ότι αφορά το χώρο εργασίας, παρατηρούμε ότι το άτομο κάνει συχνά λάθους χειρισμούς, αργοπορεί, αλλά μπορεί ακόμα και παραιτηθεί από την δουλειά του. Σημαντική αρνητική επιρροή του συνδρόμου καταγράφεται και στις σχέσεις του εργαζομένου με τους συναδέλφους αλλά και με την διοίκηση. Οι λεγόμενες ως συμπεριφοριστικές συνέπειες όμως δεν αφορούν αμιγώς μονάχα τον χώρο εργασίας αλλά επεκτείνονται και επηρεάζουν αρνητικά και την κοινωνική ζωή του εργαζομένου. Το άτομο μεταφέρει τα όποια άγχη του και εργασιακές επιπλοκές στο οικείο του περιβάλλον, την οικογένεια, αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό του περίγυρο, σε σημείο που να προκαλεί ο ίδιος εντάσεις διαμάχες και κυνικές συμπεριφορές. Η εξουθένωση επίσης μειώνει σε μεγάλο βαθμό την φυσική στάση του ανθρώπου για συμμετοχή σε κοινωνικού τύπου συναναστροφές (Tyler & Cushway, 1998).

2.6 Χαρακτηριστικά του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Στο αυτό σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης τα συμπτώματα εμφανίζονται και επιδεινώνονται σταδιακά. Κρίνεται απαραίτητο, οι επαγγελματίες υγείας και δη το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει το Ε.Κ.Α.Β., να μπορούν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της, πριν αυτά ξεφύγουν από τον έλεγχό τους (Μάρκου, 2005). Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του συνδρόμου burn-out είναι:

Έλλειψη κινήτρων

Στην περίπτωση που δεν διεκπεραιώνεται στον τόσο σημαντικό αυτό κλάδο, από την αποτελεσματικότητα του οποίου κρίνονται ανθρώπινες ζωές υποδειγματική εργασία, ή αν δεν παρατηρείται καμία φιλοδοξία για επαγγελματική πρόοδο, αυτά ορίζονται ως συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Καδδά, 2005).

Έντονη αποστροφή για την εργασία

Η εργασία δύναται να καταστεί αφόρητη για αρκετούς λόγους οι οποίοι και είναι οι εξής:

- Αντιπάθειες στο περιβάλλον εργασίας
- Σωματική και ψυχολογική κούραση
- Φόρτος εργασίας
- Μη εκτίμηση της προσφοράς του εργαζομένου στον κλάδο
- Αίσθημα του εργαζομένου ότι δεν μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς
- Έλλειψη προκλήσεων
- Διαπίστωση από τον εργαζόμενο ότι το έργο του είναι μονότονο και επαναληπτικό
- Μη πρόβλεψη επαγγελματικής ανόδου και εξέλιξης
- Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία και αίσθημα αδιαφορίας

Όλα τα ως άνω χαρακτηριστικά σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση (Καδδά, 2005).

Αίσθηση αποξένωσης

Η απομόνωση από τους συναδέλφους, η αποφυγή κοινωνικών επαφών και συζητήσεων, η δυσφορία με το χιούμορ ή τις φιλοδοξίες τους και ο διαχωρισμός του εργαζομένου από το υπόλοιπο προσωπικό οδηγεί στο φαινόμενο της αποξένωσης, όπου με τη σειρά της οδηγεί στην απογοήτευση, η οποία και κρίνεται ως ένα από τα χαρακτηριστικά του burnout (Μάρκου, 2005).

Κακή διάθεση

Όταν ο εργαζόμενος αισθάνεται κακόκεφος και τον ενοχλούν τα πάντα, όταν δεν έχει καθόλου υπομονή για τα προβλήματα των συναδέλφων του και ξεσπάει χωρίς προφανή λόγο επάνω τους, τότε το άτομο αυτό βιώνει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Καδδά, 2005).

Προβλήματα υγείας

Η επαγγελματική εξουθένωση στην κορύφωσή της εκδηλώνεται με κάποια μορφή σωματικού προβλήματος. Σε αυτό το στάδιο πια οι περισσότεροι άνθρωποι συνειδητοποιούν ή παραδέχονται ότι κάτι δεν πάει καλά. Τα πιο συχνά προβλήματα υγείας είναι οι επίμονοι πονοκέφαλοι, οι οσφυαλγίες και άλλα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες. Οι άνθρωποι αυτοί ίσως έχουν επίσης προβλήματα ύπνου. Ίσως επίσης να έχουν υπερβολικά χαμηλά ή υψηλά επίπεδα βάρους ή να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Τα αισθήματα αυτολύπησης είναι επίσης συχνά (Μάρκου, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

3.1.Ορισμός της υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατύπωσε το 1946 τον δικό του ορισμό, όπου αποτελεί σήμερα την επικρατέστερη και πιο γνωστή διατύπωση για τον προσδιορισμό της ευρύτερης έννοιας της υγείας. Σύμφωνα λοιπόν με τον καταστατικό χάρτη του Π.Ο.Υ, υγεία είναι: *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας»*. Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονται πρώτα απ' όλα δυο παράμετροι όπου οριοθετούν την υγεία: η μία παράμετρος είναι αυτή της απουσίας της αρρώστιας, ενώ η δεύτερη καθορίζεται ως η παράμετρος της ευεξίας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δηλαδή, ορίζει για τον πλήρη προσδιορισμό της έννοιας υγείας, όχι μόνο την σωματική και κοινωνική ευεξία αλλά συμπεριλαμβάνει και την ψυχική αντίστοιχα. Άλλωστε, η σύγχρονη επιστημονική έρευνα συσχετίζει όλο και περισσότερο την αλληλεξάρτηση της σωματικής με την ψυχική υγεία (Τούντας 2000).

Συνεπαγόμενα, ο ορισμός της υγείας εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ανθρώπου και της σχέσης που αναπτύσσει με το περιβάλλον. Η θεώρηση βεβαίως αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).

3.2 Ορισμός της ψυχικής υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, περιγράφοντας πιο συγκεκριμένα τον ορισμό της ψυχικής υγείας μας αναφέρει ότι είναι η κατάσταση αυτή της συναισθηματικής ευεξίας κατά την οποία το άτομο έχει την δυνατότητα να διαβιεί και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα στην οποία αποτελεί ενεργό μέλος της, ενώ ταυτόχρονα ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Η ψυχική υγεία, ορίζεται ως η αναζήτηση της ισορροπίας όλων των πτυχών της ανθρώπινης ζωής, είτε πρόκειται για τη σωματική, τη διανοητική και την συναισθηματική, είτε για την πνευματική πτυχή του ανθρώπινου βίου. Η ψυχική υγεία είναι η ικανότητα

μας να απολαμβάνουμε τη ζωή και να αντιμετωπίζουμε τις καθημερινές της προκλήσεις. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει τη λήψη αποφάσεων και επιλογών, προκειμένου να προσαρμόσουμε τη συμπεριφορά μας σε δύσκολες καταστάσεις και να τις αντιμετωπίσουμε επιτυχώς. Συνεπάγεται, επίσης, την ικανότητά μας να εκφράζουμε τις ανάγκες και τις επιθυμίες μας (Οικονόμου, και συν., 2001).

Η ευρύτερη δηλαδή έννοια της υγείας εξαρτάται από την ισορροπία, όχι μόνο των βιολογικών, περιβαλλοντολογικών και κοινωνικών παραγόντων, αλλά, και από τους ψυχικούς-συμπεριφερικούς αντίστοιχα. Σύμφωνα πάλι με τον Π.Ο.Υ., «Υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, που παρέχει στο άτομο την δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και τις επιδιώξεις του» (ΠΟΥ, 1946).

Ήδη, από το 1958, μία από τις μεγαλύτερες ερευνήτριες στον τομέα της ψυχικής υγείας, η Jahonda M., μας παραθέτει τα επτά καίρια χαρακτηριστικά της τα οποία είναι τα κάτωθι :

- Η επίγνωση από το ίδιο το άτομο της ταυτότητάς του
- Η δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο
- Η ικανότητα αντίστασης του σε καταστάσεις στρες
- Η δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές
- Η ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον του
- Η ικανότητα να μπορεί να αγαπά, να εργάζεται να διασκεδάζει και
- Η ικανότητα να είναι σε θέση να επιλύει τα εκάστοτε προβλήματα που ανακύπτουν (Jahonda 1958).

Γενικότερα θα λέγαμε ότι αποτελεί η ψυχική υγεία την ικανότητά μας να εκφράζουμε τις ανάγκες και τις επιθυμίες μας. Άλλωστε, οι συγκυρίες της ζωής είναι από την φύση τους ευμετάβλητες, αλλάζουν διαρκώς και μαζί τους μεταβάλλονται η διάθεση και οι σκέψεις μας. Για το λόγο αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό να επιτυγχάνεται η ισορροπία στην ζωή του ατόμου, η οποία όμως να είναι μακροχρόνια και κατά το δυνατόν σταθερή και να αφορά σε μεγάλο εύρος καταστάσεων του βίου. Είναι απολύτως φυσιολογικό οι άνθρωποι να κυριεύονται, από καιρού εις καιρόν, από

αισθήματα θλίψης, ανησυχίας, φόβου ή ακόμη και καχυποψίας. Τα αισθήματα αυτά μπορεί ωστόσο να αποτελέσουν πρόβλημα, εάν παρεμβαίνουν στις καθημερινές δραστηριότητες των ανθρώπων και τις επηρεάζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Camh, 2003). Αυτό όμως που κυρίαρχα πρέπει να αντιληφθούμε κατά την διερεύνηση του συγκεκριμένου ζητήματος είναι ότι η ψυχική υγεία αποτελεί ένα δυναμικό και όχι στατικό φαινόμενο. Κατ' ουσίαν δεν μπορεί καμία προσπάθεια ορισμού να αποτυπώσει το πλήρες νόημα της, αφού κάθε ορισμός περιορίζει αυτόχρονα την ευρύτητα αλλά και την πολυπλοκότητα της ίδιας της ψυχικής ασθένειας. Η δυσκολία αυτή στο να καθοριστεί και κατ' επέκταση να ορισθεί, έγκειται στο ότι η ίδια η φύση της ψυχικής ασθένειας, δεν είναι απλά ένα γεγονός αλλά μία πραγματικότητα που επιφέρει στον πάσχοντα πάμπολλες οδυνηρές για την καθημερινή του ζωή καταστάσεις. Το άτομο διαβιεί μέσα σε ένα πλαίσιο αρνητικών συναισθημάτων όπου οι απλές νευρωτικές συμπεριφορές μπορεί να τον οδηγήσουν ακόμα και στην εμφάνιση κατάθλιψης. Το σημαντικό όμως για την παρούσα μελέτη είναι το ότι η κατάθλιψη ως αντίδραση σε σοβαρά γεγονότα της ζωής, που το άτομο δεν μπορεί να αντιμετωπίσει, δεν συμβαίνουν μονάχα στην οικογένεια και στις διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και στο εργασιακό περιβάλλον (Papastylianou, Kaila, Polychronopoulos, 2009).

Η κατάθλιψη ως ασθένεια φυσικά και δεν απασχόλησε μόνο τον σύγχρονο άνθρωπο αλλά αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ότι οι πρωταρχικές περιγραφές της έχουν ήδη αποτυπωθεί από τον λεγόμενο και ως πατέρα της ιατρικής Ιπποκράτη τον 4ο αιώνα. Στα διασωθέντα κείμενα του, περιγράφοντας την ψυχική ασθένεια, μας παραδίδει για την αιτία εμφάνισέως της το ότι δεν οφείλεται σε κάποιες υπερφυσικές δυνάμεις αλλά σε φυσικούς ή πιο ορθά σε φυσιοκρατικούς παράγοντες. Υποστήριξε, πιο συγκεκριμένα, ότι η λεγόμενη και ως μελαγχολία ήταν αποτέλεσμα της υπερβάλλουσας από το ίδιο τον ανθρώπινο οργανισμό έκκρισης μαύρης-μέλανας χολής από την οποία σύνθεση των δύο λέξεων προήρθε και η πρωταρχική ονομασία της κατάθλιψης ως μελαγχολία. Μάλιστα, για την καταπολέμηση της ψυχικής νόσου συνέστησε πρωταρχικά την εξισορρόπηση των χυμών του σώματος προτείνοντας στον πάσχοντα αυτής τρόπους χαλάρωσης και μίας γενικότερης ακολουθίας υγιεινού τρόπου ζωής και πρακτικές που και η σύγχρονη ιατρική έχει συμπεριλάβει στα επιστημονικά θεραπευτικά παραδεδομένα της (Kramlinger, 2010).

3.3 Συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης

Οι επιστημονικώς καταγεγραμμένοι τύποι της κατάθλιψης ή αλλιώς των καταθλιπτικών διαταραχών τους οποίους έχει μέχρι στιγμής θεσπίσει η ιατρική κοινότητα, καταγράφονται στο DSM-IV πρωτόκολλο και διαχωρίζονται στην Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, στην Δυσθυμική Διαταραχή και την Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιορισμένη Αλλιώς (Μάνος, 1997).

Η πρώτη, όπου εμφανίζεται και περισσότερο, είναι η Μείζων Κατάθλιψη με κλινικά συμπτώματα, αίσθημα αναξιότητας και αναποφασιστικότητα με συνακόλουθες διαταραχές φυσικών λειτουργιών όπως του ύπνου, της όρεξης, αυξομειώσεις βάρους, καθώς και σημαντική απώλεια ενέργειας, σε τέτοιο σημείο μάλιστα, που ακόμη και η πιο απλή καθημερινή δραστηριότητα απαιτεί υπερβάλλουσα προσπάθεια ώστε για να διεκπεραιωθεί (Barlow, Durand, Stewart, 2009).

Ένα Μείζων Καταθλιπτικό επεισόδιο επιφέρει μια γενικότερη απώλεια ενδιαφέροντος για το οτιδήποτε συμβαίνει γύρω από τον πάσχοντα συνοδευόμενο και από μία αδυναμία βιώματος χαράς για ζωή, ένα αίσθημα δηλαδή ευρύτερης ανηδονίας. Πολύ σημαντικά στοιχεία-κλινικά σημεία ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, αποτελούν οι σωματικές αλλαγές ή αλλιώς σωματικά συμπτώματα που συνυπάρχουν, καθώς επίσης συνδέεται και με την εμφάνιση διαφόρων συμπεριφορικών διαταραχών αλλά συχνά παρουσιάζεται και συναισθηματική οχύρωση-κλείσιμο του ατόμου στον εαυτό του (Barlow, Durand, Stewart, 2009).

Ξέχωρα από το συναισθηματικό τομέα, η κατάθλιψη έχει σημαντικές επιπτώσεις στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, στην ορθή σκέψη αλλά και την φυσιολογική αντίληψη του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, ο πάσχοντας εμφανίζει διαταραχές στον ύπνο είτε ως αϋπνία, είτε ως υπερβολική αύξηση των ωρών του ύπνου του (υπερπνία), ακόμη συνυπάρχουν αναίτια εξάντληση, μείωση σεξουαλικής διάθεσης, αλλά και είτε ψυχοκινητική επιβράδυνση και το αντίθετο, δηλαδή υπέρμετρη ψυχοκινητική διέγερση. Ακόμη, σε καθαρά σωματικό πεδίο, το όλο καταθλιπτικό αίσθημα μέσα

από την τάση του ανθρώπινου όντος να σωματοποιεί τις παθολογικές έντονες συναισθηματικές του καταστάσεις, επιφέρει σημαντικά σωματικά ενοχλήματα, όπως πονοκεφάλους, μυϊκούς σπασμούς αλλά και πλείστες άλλες σωματοποιήσεις της ψυχικής κατάστασης (πόνος στο στήθος, δυσκολία στην αναπνοή κ.α.). Όσον αφορά το νοητικό-αντιληπτικό του πεδίο, παρουσιάζονται σκέψεις απρόσφορης ενοχής, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αδυναμία ή δυσκολία συγκέντρωσης και δυσκολία στην λήψη από απλών έως και πιο σύνθετων αποφάσεων. Σπανιότερα βέβαια φτάνουμε σε αυτοκαταστροφικές ιδέες και σκέψεις θανάτου που μπορεί να οδηγήσουν, μέσα από μία διάθεση αυτοκαταστροφής, ακόμη και σε απόπειρες αυτοκτονίας (Μάνος, 1997, σ. 189).

3.4 Επιδημιολογικά δεδομένα

Το ποσοστό κινδύνου εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής στην διάρκεια ζωής ενός ατόμου, είναι 10-25% στις γυναίκες ενώ στον αντρικό πληθυσμό τα στατιστικά δεδομένα καταγράφονται σε διπλάσια ποσοστά περίπου 5-12%. Ο επιπολασμός (σημείου) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι 5-9% για τις γυναίκες, ενώ στους άντρες αγγίζει το ποσοστό του 2-3%. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι τα παραπάνω ποσοστά δεν φαίνεται, βάσει στατιστικών αναλύσεων, να επηρεάζονται από τα ευρύτερα χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών, όπως, η εθνικότητα, η οικονομική κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης κ.α. (Μάνος, 1997 και συν., 2001).

Σε ότι αφορά την ηλικία, σε σχέση με την εμφάνιση της, η κατάθλιψη μπορεί μεν να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία, όμως, η μέση ηλικία έναρξης είναι αυτή των 25 ετών. Επίσης είναι σε ποσοστό διπλάσια πιο συχνή η εμφάνιση της σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ότι αντίστοιχα σε άντρες των ίδιων ηλικιακών κατηγοριών. Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης και στα δύο φύλα είναι μεταξύ 25 και 44 ετών και παρουσιάζει σημαντική κάμψη σε ηλικίες άνω των 65 (Μάνος, 1997, σ. 201-202).

Με βάση τα παραπάνω αδρομερή στατιστικά στοιχεία της κατάθλιψης, είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι η διαταραχή αυτή σε ποσοστά, δεν πλήττει τόσο τους μεσήλικες και τους ηλικιωμένους όπως μπορεί εσφαλμένως να πιστεύεται, αλλά

τουναντίον, το ποσοστό των πασχόντων είναι υψηλότερο σε μικρότερες ηλικίες. Όμως, έχει αποδειχτεί ευκολότερο να ξεπεραστεί το πρόβλημα στις μικρές ηλικίες από ότι στις άλλες ηλικιακές ομάδες (Myers 1984 et al.).

Σε ότι όμως αφορά το φύλο τώρα, σαφώς και αυτή η δημογραφική μεταβλητή αναδεικνύει ισχυρή σχέση για τις γυναίκες σε αντιστοιχία με τους άντρες και αυτό αιτιολογείται διότι η εσωτερική συναισθηματική σύσταση των γυναικών παρουσιάζεται ασθενέστερη σε σχέση με των αντρών και αυτόχρονα οι γυναίκες αισθάνονται ότι διαθέτουν μικρότερες δυνατότητες ελέγχου της ζωής τους και αυτό γιατί και ο τρόπος διαπαιδαγώγησης τους αλλά και ο κοινωνικός τους ρόλος δεν είναι, ακόμα και σε αναπτυγμένες κοινωνίες, τόσο ισχυρός. Η απορρέουσα αυτή αίσθηση ενισχύει το αίσθημα αναξιοσύνης και ανεπάρκειας που αποτελούν και τα πρωταρχικά χαρακτηριστικά της λεγόμενης καταθλιπτικής προδιάθεσης (Παπαστυλιανού, Πολυχρονόπουλος, 2007).

Σε ότι αφορά την ηλικία επίσης θα πρέπει να επισημάνουμε ότι οι νέοι αποτελούν το πληθυσμό με τον μεγαλύτερο δείκτη κατάθλιψης όπως ήδη αναφέραμε, αλλά αυτό εν μέρει αιτιολογείται επειδή στην ηλικία αυτή 18-30 τα άτομα αισθάνονται έντονη κοινωνική πίεση και στρες, εφόσον αναμένεται από αυτούς να τα καταφέρουν και να επιτύχουν σε καίριους σταθμούς της ζωής τους, να ανταπεξέλθουν δηλαδή σε κοινωνικό, συναισθηματικό, οικονομικό και φυσικά επαγγελματικό πεδίο με όσο επιπλέον άγχος αυτή η προσπάθεια τους επιφορτίζει (Κλεφτάρας, Ψαρρά, Καλαντζή-Αζίζι, 2007).

3.5 Κατάθλιψη στα επαγγέλματα υγείας

Μέσα από την αναδίφηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι η ψυχιατρική νοσηρότητα δεν εμφανίζεται στα πρώτα επαγγελματικά χρόνια εργασίας στο χώρο της υγείας, αλλά, τα φαινόμενα αυτά, όπως, αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη αναδύονται σταδιακά. (Bakker και συν 2000). Οι δύσκολες συνθήκες άλλωστε που επικρατούν στους εργασιακούς χώρους της υγείας σε μεγάλο βαθμό, με δεδομένο και το ότι οι εργαζόμενοι αυτοί διανύουν σημαντικό μέρος της ζωής τους εκεί λόγω των υπερωριών, ευθύνονται για τις συχνές επιπλοκές της ψυχικής τους υγείας (Boumans

και συν., 1996). Όχι μόνο τα εξαντλητικά ωράρια αλλά και οι διαταραγμένες ή ελλιπείς συναδελφικές σχέσεις, η έλλειψη ύπνου, συντείνουν στην εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων, όπου συν τω χρόνω, μπορεί να επιφέρουν κατάθλιψη (Reuben, 1985, Parthasarathy, 1983).

Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς σε όλων των μορφών ψυχικών διαταραχών και αυτό διότι στον εργασιακό τους ορίζοντα, πιο συγκεκριμένα το εργασιακό τους υποκείμενο δεν είναι κάποιο άψυχο αντικείμενο, αλλά έχουν στην ευθύνη τους ανθρώπινες ζωές, άρα, εάν τυχόν δεν επιτελέσουν σωστά το έργο τους αυτό θα έχει σημαντικό αντίκτυπο στους υπό θεραπεία ανθρώπους με ότι αυτό συνεπάγεται (Sapountzi & Lemonidou, 1994).

Το ομολογουμένως αυξημένο επαγγελματικό στρες που προέρχεται από την ικανότητα διαχείρισης των εκάστοτε επειγουσών συμβάντων αυξάνει κατά πολύ τις ψυχοσυναισθηματικές επιφορτίσεις των εργαζομένων στην υγεία και συντελεί στην εμφάνιση ψυχικής νοσηρότητας (Reuben, 1985, Parthasarathy 1983).

Άλλοι επίσης σημαντικοί παράγοντες αποτελούν οι συγκρούσεις ανάμεσα σε εργασιακό περιβάλλον και διαπροσωπικές-οικογενειακές σχέσεις και οι επαπειλούμενες, σε κάθε επαγγελματική τους ενέργεια, δικαστικές μηνύσεις από ασθενείς και συγγενικό περιβάλλον (Kandgi και συν., 2004).

Μεγάλο μέρος ερευνητικών εργασιών οι οποίες έχουν εκπονηθεί έως και σήμερα και αφορούν στην εμφάνιση της νόσου της κατάθλιψης, έχουν ως πληθυσμό μελέτης, τους επαγγελματίες υγείας (Jimmieson, 2000). Οι επαγγελματίες υγείας κατατάσσονται μεταξύ των ανθρώπων όπου είναι ιδιαίτερος επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Η ψυχική αυτή νόσος, διαπιστώνεται βάσει ερευνών τόσο κοινή στο ιατρικό επάγγελμα, όπως και στο γενικό πληθυσμό, επηρεάζοντας κατ'εκτίμηση το 12% των ανδρών και το 18% γυναικών παγκοσμίως (Nolen, 2015). Οι κυριότεροι λόγοι εμφάνισης της κατάθλιψης στον ιατρικό κλάδο, είναι η αντικατάσταση του αρχικού ενθουσιασμού και προσδοκιών με την μη αναγνώριση της προσφοράς του έργου που επιτελείται κατά τις ιατρικές διαδικασίες, την μη υλοποίηση στόχων λόγω έλλειψης πόρων αλλά και ελλειμματικής διοικητικής οργάνωσης αλλά και λόγω του αντικειμένου της εργασίας η οποία σχετίζεται με τον ανθρώπινο πόνο και αρκετά

συχνά τον θάνατο (Firth-Cozens & Payne, 1999). Κρίνεται απαραίτητο σε αυτό το σημείο να σημειωθεί πως στους τομείς της Ψυχιατρικής αλλά και της Ογκολογικής Ιατρικής έχουν διαπιστωθεί και αρκετά υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών οι οποίες και επήλθαν έπειτα από χρόνια κατάθλιψη («Ψυχαργός», 2005, Firth-Cozens, & Payne, 1999).

Η φοιτητική κοινότητα της Ιατρικής, διαπιστώνεται επίσης θετική σε καταθλιπτικά συμπτώματα σε ένα ποσοστό 15% έως 30%. Και ενώ η κατάθλιψη στον ιατρικό κλάδο συναντάται να έχει μελετηθεί εκτενέστερα εν συγκρίσει με τα υπόλοιπα επαγγέλματα του τομέα της υγείας, οι ερευνητές διατυπώνουν ότι η κατάσταση εμφανίζεται σε παρόμοια ποσοστά και σε άλλους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης (Nolen, 2015).

Μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης έχουν εντοπιστεί και στο ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στον τομέα της νοσηλείας, καθώς οι επαγγελματίες αυτοί τείνουν να εργάζονται πολλές, ακανόνιστες ώρες, έχοντας παράλληλα την πρωταρχική ευθύνη για την υγεία των άλλων ανθρώπων. Το νοσηλευτικό προσωπικό επίσης συχνά δεν είναι σε θέση να συμβαδίσει με τις αλλαγές στις εξελίξεις της επιστήμης, γεγονός που επηρεάζει την ψυχική τους υγεία. Επιπλέον, έρευνες έχουν αποτυπώσει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης όταν δεν εφαρμόζονται αποτελεσματικά προγράμματα εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των νοσηλευτών. Ο αυξημένος φόρτος ευθυνών από τη συμμετοχή των φοιτητών Ιατρικής και των σπουδαστών Νοσηλευτικής μπορεί να συμβάλλει επίσης στην ψυχολογική εξάντλησή τους (Nolen, 2015).

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά και νευρολογικά τμήματα νοσηλευτικών ιδρυμάτων, διαπιστώνεται να παρουσιάζει εντονότερα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης και κατάθλιψης από την εργασία του (Hannigan et al., 2000, Kilfedder, et al., 2001). Πολλές φορές ο βαθμός της κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές στις ειδικότητες αυτές, είναι τόσο έντονος, που δύναται να τους οδηγήσει σε απόπειρες αυτοκτονίας (Pompili, et al., 2006).

Πέραν του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και νευρολογικά τμήματα, από έρευνες έχει δειχθεί, ότι τα στελέχη νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, βιώνουν επίσης σε μεγάλο ποσοστό κατάθλιψη

(Brooks., Anderson., 2004). Συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης, είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα και σε τμήματα με ασθενείς του AIDS (Kash., Holland , Breitbart, Berenson., Dougherty , Ouellette-Kobasa, et al., 2000).

Τέλος, ο πληθυσμός των φοιτητών στη Νοσηλευτική Επιστήμη έχει αναδειχθεί, από πολλούς ερευνητές ως ομάδα «υψηλού κινδύνου» για την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας εν συγκρίσει με το γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας (Bayram & Bilgel, 2008). Οι επιδημιολογικές έρευνες πάραυτα, δεν δείχνουν ξεκάθαρα τα ποσοστά επικράτησης της κατάθλιψης σε φοιτητές Νοσηλευτικής καθώς τα ποσοστά κυμαίνονται από 6% έως και 25% (Γιωτάκος, 2006).

Το κοινό συμπέρασμα που εξάγεται από την πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών που προαναφέρθηκαν, είναι η σημασία και αναγκαιότητα εισαγωγής μιας ειδικής υποστηρικτικής ομάδας σε όλα τα ανωτέρω πεδία, τόσο για την πρόληψη, όσο και για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας.

3.6 Σχέση κατάθλιψης και επαγγελματικής εξουθένωσης

Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να εξετάσουμε, αντιπαραβάλλοντας τις δύο αυτές έννοιες την επαγγελματική εξουθένωση και την κατάθλιψη σε θεωρητική βάση, επειδή η όλη ερευνά μας στοχεύει στη διερεύνηση και την επίπτωσή τους σε συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα εργαζομένων. Άλλωστε, οι δύο αυτές συμπτωματολογίες από την φύση τους παρουσιάζουν σημαντική αλληλοεπικάλυψη εφόσον εμφανίζονται, είτε ταυτοχρόνως, είτε σε διαφορετικές περιόδους στον εκάστοτε μελετώμενο πληθυσμό (Κλεφτάρας, Ψαρρά, Καλαντζή-Αζίζι, 2007).

Η έντονη εργασιακή δραστηριότητα, οι περιστασιακές ή και μόνιμες εργασιακές εμπλοκές, οι συναισθηματικές φορτίσεις που μεταβάλουν παροδικά ή και μονιμότερα την ψυχική οντότητα του εργαζομένου, η ελλιπής υποστήριξη του από το κοινωνικό του περιβάλλον, αποτελούν μεν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες των δύο συμπτωματολογιών, όμως, δεν αποδεικνύεται πάντα στατιστικά η σχέση των μεταβλητών αυτών με την εμφάνιση τους. Αρκετές έρευνες μας δείχνουν ότι υπάρχει

μία αντίστροφη αιτιώδης σχέση ενώ άλλες μας φανερώνουν αμοιβαία σχέση (Tennant, 2001).

Με βάση τις περισσότερες έρευνες, η κατάθλιψη δύναται να είναι αποτέλεσμα όλων των αρνητικών συμβάντων και εν γένει των τραυματικών εμπειριών της ζωής ενώ η επαγγελματική εξουθένωση όχι πάντοτε (Παπαστυλιανού, Πολυχρονόπουλος, 2007). Μια ακόμα σημαντική διαφορά είναι, σε ότι αφορά το αίσθημα αυτοεκτίμησης, πως οι καταθλιπτικοί αλλά και όσοι βρίσκονται υπό την παθολογία του συνδρόμου εξουθένωσης, αισθάνονται αμφοτέρωθεν ένα αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης, όμως, στους καταθλιπτικούς αυτό παρουσιάζεται εντονότερο. Αυτό βέβαια εν μέρει αιτιολογείται, επειδή στην κατάθλιψη το αίσθημα αρνητικής εικόνας και το έλλειμμα προσωπικής αξίας, αποτελεί και το κυρίαρχο της σύμπτωμα. Βέβαια, και στις δύο συμπτωματολογίες περιλαμβάνονται κοινά χαρακτηριστικά όπως αρνητικές αυτόματες σκέψεις, αρνητική αυτοεικόνα, παρερμηνεία στα γεγονότα του περιβάλλοντος, αρνητική επεξεργασία των εξωγενών πληροφοριών κ.α.. Η εξουθένωση από την μία προκαλεί άγχος αβεβαιότητα και φόβο κριτικής από τρίτους όπως και η κατάθλιψη. Στην εξουθένωση όμως τα συμπτώματα αυτά ανάγονται στο παρόν και στο μέλλον, ενώ στην κατάθλιψη προσδιορίζονται χρονικά στο παρελθόν (Κλεφτάρας, 2000).

Εν κατακλείδι, οι περισσότερες μελέτες δείχνουν για την κατάθλιψη και την επαγγελματική εξουθένωση, το ότι δεν είναι οι ίδιες ασθένειες και δεν θα πρέπει να τις συγχέουμε. Η μειωμένη υπεροχή και η αυτοεκτίμηση είναι περισσότερο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης παρά της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ τα άτομα που παρουσιάζουν σε υψηλά επίπεδα επαγγελματική εξουθένωση και έχουν αυξημένη την αίσθηση κατωτερότητας, εμφανίζουν και κατάθλιψη. Τέλος, θα λέγαμε ότι και οι δύο είναι μεν στενά συνδεδεμένες, όμως, δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει ότι δεν είναι πανομοιότυπες (Brenninkmeyer, Van Yperen, Buunk, 2001).

3.7 Ανασκόπηση

Σύμφωνα με τους Hakanen, Schaufeli & Ahola, (2008), ο βαθμός στον οποίο η επαγγελματική εξουθένωση διαφέρει από την καταθλιπτική συμπτωματολογία, έχει

αμφισβητηθεί κι αυτό οφείλεται στην εννοιολογική επικάλυψη μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης. Επιλέον, από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, διαπιστώθηκε πως η επαγγελματική εξουθένωση προέβλεψε την κατάθλιψη και όχι το αντίστροφο.

Έρευνες των Glass και McKnight (1996), οι οποίες αφορούν στην εγκυρότητα της εξουθένωσης και της κατάθλιψης καταδεικνύουν, ότι η συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης της εξουθένωσης, σχετίζεται με την κατάθλιψη. Επιπροσθέτως οι ανωτέρω ερευνητές δήλωσαν, ότι η συμπτωματολογία της εξουθένωσης και της κατάθλιψης δεν είναι απλά δυο όροι για την ίδια κατάσταση δυσφορίας καθώς μοιράζονται διακυμάνσεις, κυρίως όταν εμπλέκεται η συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης, αλλά τα αποτελέσματα δεν δείχνουν πλήρη ισομορφισμό. Ο Bakker et al., (2000), κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι η συμπτωματολογία της εξουθένωσης και της κατάθλιψης δεν είναι περιττές έννοιες καθώς η κατάθλιψη είναι άμεσο αποτέλεσμα της έλλειψης αμοιβαιότητας στην προσωπική ζωή. Βάσει της ίδιας έρευνας διαπιστώνεται ότι η εξουθένωση είναι προγενέστερη της κατάθλιψης. Υποστηρίζεται επίσης η άποψη, ότι η κατάθλιψη είναι πιο γενικό φαινόμενο από την εξουθένωση και ότι η εξουθένωση και η κατάθλιψη έχουν διαφορετικές αιτιολογίες και αναπτυξιακές διαδικασίες.

Από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Glass και McKnight (1996) οι οποίοι επανεξέτασαν 18 μελέτες, με 4.800 και πλέον συμμετέχοντες, διερευνήθηκε εμπειρικά η σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης. Στο μεγαλύτερο μέρος των μελετών η επαγγελματική εξουθένωση μετρήθηκε με τη μέθοδο Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981), ενώ χρησιμοποιήθηκαν διάφορες μετρήσεις της κατάθλιψης. Το συμπέρασμα της επανεξέτασης ήταν, ότι η κατάθλιψη και η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι πανομοιότυπες, αν και τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της εξουθένωσης, κυρίως η συναισθηματική συνιστώσα της εξάντλησης, σχετίζονται θετικά. Σε μελέτη των Leiter και Durup (1994), διατυπώθηκαν επίσης όμοια συμπεράσματα, για το ότι η εξουθένωση και η κατάθλιψη είναι πράγματι ξεχωριστοί παράγοντες.

Επιπλέον, έχει φανεί σε μελέτη των Brenninkmeyer, Van Yperen, Buunk, (2001), πως άτομα που εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση είναι ακόμα «στη μάχη», ενώ τα

καταθλιπτικά άτομα έχουν εγκαταλείψει. Προφανώς, μόνο όταν τα εξουθενωμένα άτομα αντιλαμβάνονται ότι έχουν ηττηθεί βιώνουν την κατάθλιψη ως συνέπεια, για αυτό και αναφέρουν την εξουθένωση ως έναν από τους δρόμους, που οδηγούν στην κατάθλιψη. Συμπερασματικά, η ανωτέρω μελέτη δείχνει, ότι η κατάθλιψη και η επαγγελματική εξουθένωση ενώ σχετίζονται αφού διαπιστώνονται στενά συνδεδεμένες, δεν είναι πανομοιότυπες.

Η ψυχιατρική νοσηρότητα κλιμακώνεται σταδιακά κι αυτό ως αποτέλεσμα έχει να δημιουργεί στους επαγγελματίες υγείας μακροχρόνια ψυχιατρικά προβλήματα, όπως συναισθηματική και ψυχική επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη, με τις ανωτέρω διαταραχές να έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Κοϊνης και συν., 2014). Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Halpern et al, (2012), οι εργαζόμενοι στα ασθενοφόρα λόγω της φύσης του επαγγέλματος, εκτίθενται σε ιδιαιτέρως σοβαρά περιστατικά, που μπορεί να προκαλέσουν παρατεταμένη θλίψη και οξύ στρες, με αποτέλεσμα μακροπρόθεσμη βλάβη στην υγεία τους, όπως κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης κ.ά. Αυτού του είδους ο συναισθηματικός τραυματισμός συνδέεται κυρίως με την προσωπική τραυματική εμπειρία που μπορεί να έχει ένας διασώστης. Τα παραπάνω σύνδρομα οδηγούν σε αυξημένη νοσηρότητα και απουσία από την εργασία. Οι Bennett et al, (2004), διαπίστωσαν ότι το 22% των εργαζομένων σε ασθενοφόρα, ανέφερε συμπτώματα μετατραυματικού στρες και άγχους και, σχεδόν ένας στους δέκα ανέφερε συμπτώματα κατάθλιψης.

Σε άλλη μελέτη του Career (2001), οι διασώστες του ΕΚΑΒ Αθήνας ανέφεραν ότι το άγχος και το στρες του επαγγέλματος, η έλλειψη προσωπικού, η οικονομική δυσπραγία, η απουσία δυνατότητας προαγωγής, η υποβάθμιση των ικανοτήτων τους και η μη αναγνώριση του έργου τους είναι αρνητικοί και ψυχοφθόροι παράγοντες για το επάγγελμά τους.

Οι Patterson et al, (2009), παρατήρησαν τους διασώστες να εμφανίζονται ανικανοποίητοι αναφορικά με τις ευκαιρίες εξέλιξης, το μισθολογικό και τα εργασιακά προνόμια. Το 6% περίπου από τους συμμετέχοντες στην εν λόγω έρευνα, ανέφεραν την επιθυμία και πρόθεσή τους να αποχωρήσουν από το επάγγελμα τον επόμενο χρόνο.

Σε παλιότερη μελέτη των Boudreaux et al, (1997), διαπιστώθηκε ότι ένα σημαντικό μέρος της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχολογικής νοσηρότητας, σχετίζεται με το βαθμό με τον οποίο οι εργαζόμενοι βιώνουν το εργασιακό στρες. Στην ίδια έρευνα, διατυπώθηκε πως με τα κατάλληλα στοιχειοθετημένα προγράμματα και υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, δύναται να βοηθηθούν οι διασώστες να διαχειριστούν το εργασιακό άγχος, καθώς επίσης και να μειωθεί η ψυχολογική δυσφορία.

Οι Boyle et al, (2007) και Gale et al, (2006), ανέφεραν πως οι διασώστες αποτελούν μια καταπιεσμένη ομάδα εργαζομένων, η οποία εμπλέκεται σε συγκρούσεις μεταξύ συναδέλφων, στρέφοντας τα αρνητικά της συναισθήματα προς τα μέλη της. Επιπλέον, παρατηρήθηκε το φαινόμενο της διαιώνισης της κακομεταχείρισης, κατά το οποίο οι παλαιότεροι εργαζόμενοι που υπέστησαν κακή μεταχείριση από τους συναδέλφους τους στην αρχή της καριέρας τους, θεωρούν κεκτημένο δικαίωμα τους να συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο στους νεότερους συναδέλφους τους. Παρατηρήθηκε επίσης, ο σχηματισμός κλειστών ομάδων κοινών χαρακτηριστικών. Η ταύτιση με την ομάδα έχει ως αποτέλεσμα την ώθηση στο περιθώριο και την απομόνωση αυτών, που δεν συντάσσονται με τα κοινά χαρακτηριστικά της ομάδας και κατ' επέκταση την μειωμένη ψυχολογία τους.

Πολλοί είναι οι επαγγελματικοί παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές της ισορροπίας και της ευεξίας του εργαζόμενου, με εκδηλώσεις δυσκολιών προσαρμογής και stress. Τα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και η προσωπικότητα του εργαζόμενου, σε συνδυασμό με τα κοινωνικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος, διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην εκδήλωση του εργασιακού άγχους, της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάθλιψης (Boyle et al, 2007, Gale et al, 2006).

Κάθε κατάσταση που διαταράσσει την ισορροπία του συστήματος άτομο - εργασία - περιβάλλον, μπορεί να θεωρηθεί ως στρεσογόνος και ψυχοφθόρος παράγοντας και οι επιπτώσεις που ακολουθούν περιγράφονται με τους όρους stress και επαγγελματική εξουθένωση (Δρακόπουλος και συν., 2007).

Τα ανωτέρω, έχουν ως αποτέλεσμα απουσίες, κακή τήρηση ωραρίων, προβλήματα πειθαρχίας, επιθετική επικοινωνία, μείωση παραγωγικότητας, ατυχήματα, κακή λήψη αποφάσεων, σφάλματα, υπερβολική κατανάλωση προϊόντων καπνού,

οιοπνευματώδων ποτών, χρήση ναρκωτικών ουσιών, βία, προβλήματα ύπνου, διαταραχές που σχετίζονται με στρες, κατάθλιψη, αδυναμία συγκέντρωσης, εκνευρισμό, προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις, εξάντληση, οσφυαλγία, υπέρταση, καρδιακά προβλήματα, έλκος στομάχου, καταβεβλημένο ανοσοποιητικό σύστημα κ.ά. (Δρακόπουλος και συν., 2007).

Σύμφωνα με τους Szarpak et al, (2013), οι κυριότεροι παράγοντες που προκαλούν αρνητικές επιδράσεις στους επαγγελματίες υγείας είναι:

- Η εργασία σε βάρδιες, η νυχτερινή εργασία, το κυλιόμενο ωράριο εργασίας
- Η χρονική πίεση
- Ο φόρτος εργασίας και η βαρύτητα των περιστατικών
- Η καθημερινή αντιμετώπιση του πόνου και του θανάτου
- Η έλλειψη ικανοποίησης και ανταμοιβής
- Η έλλειψη υποστήριξης από την υπηρεσία
- Η έλλειψη προσωπικού
- Οι χαμηλές απολαβές
- Οι κακές συναδελφικές σχέσεις
- Οι κακές συνθήκες εργασίας

Σε μελέτη που διενεργήθηκε στη Σουηδία από τους Jonsson et al, (2003), με δείγμα 223 εργαζόμενους σε ασθενοφόρα, το 61,6% του δείγματος, ανέφεραν ότι είχαν εμπειρία τραυματικών γεγονότων κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Πάνω από το 15% των εργαζομένων, που βίωσαν ένα τραυματικό γεγονός στην υπηρεσία ασθενοφόρων, ανέφεραν συμπτώματα μετατραυματικού στρες και ψυχολογικής επιρροής. Οι παράγοντες που σχετίζονταν με τα συμπτώματα αυτά, ήταν η εργασιακή προϋπηρεσία, η ηλικία, η σωματική και η ψυχολογική εργασιακή επιβάρυνση.

Με δεδομένη, την επαναλαμβανόμενη καθημερινή υψηλή έκθεση στον ανθρώπινο πόνο και τον θάνατο και το γεγονός πως εργάζονται σε ένα επικίνδυνο περιβάλλον, το προσωπικό των ασθενοφόρων είναι συνεχώς εκτεθειμένο σε ψυχοφθόρες καταστάσεις, σωματική καταπόνηση και έντονο stress.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Αντιθέτως, είναι αποτέλεσμα χρόνιου, συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον εργαζόμενο και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να ανταπεξέλθει επαρκώς

στην πίεση του εργασιακού του περιβάλλοντος. Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια προοδευτική διεργασία απο-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας, που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους και στα ιδανικά του εργαζόμενου (Καρούτσου και συν., 2007).

Οι Edelmich and Brodsky, (1980), διετύπωσαν μέσα από εμπειριστατωμένες μελέτες, τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του. Πιο αναλυτικά τα στάδια αυτά είναι:

- **Ενθουσιασμός:** Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Εισέρχεται στον επαγγελματικό χώρο έχοντας υπερβολικά υψηλούς στόχους και πολύ συχνά, μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό, ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του.
- **Αμφιβολία και Αδράνεια:** Η εργασιακή καθημερινότητα του διασώστη, διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμα του, χωρίς όμως κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Αυτό ως αποτέλεσμα έχει, σταδιακά να απο-ιδανικοποιεί την εργασία του, μην έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.
- **Απογοήτευση και Ματαίωση:** Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειες του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από αυτό το αδιέξοδο, πρέπει, είτε να αναθεωρήσει τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο.
- **Απάθεια:** Ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμα του. Συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντα του και αγνοεί τις ανάγκες των αποδεκτών των υπηρεσιών του, για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντι τους. Καταλήγει, άλλοτε να συγκρούεται μαζί τους και άλλοτε να απομονώνεται και να κλείνεται στον εαυτό του.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση, κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες, σύμφωνα με τους Δημητρόπουλο και Φιλίππου, (2008). Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- **Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας του επαγγελματία και εμπεριέχονται ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το εξαντλητικό ωράριο, η έλλειψη προσωπικού, η άκαμπτη και αυταρχική Διοίκηση, οι αυξημένες απαιτήσεις των αρρώστων και των συνοδών, η συχνή έκθεση του επαγγελματία στο θάνατο, οι υψηλοί ρυθμοί εργασίας κ.ά.
- **Ατομικοί παράγοντες:** Σχετίζονται με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα και στον παράγοντα αυτόν, εμπεριέχεται ο τρόπος χειρισμού του άγχους, το είδος των προσδοκιών που έχει από την εργασία του, η επάρκεια του μισθού, ακόμη και τα κίνητρα επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος. Η δυνατότητα διαχείρισης του εργασιακού άγχους, που εμφανίζουν ορισμένοι επαγγελματίες, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίθετα, οι φόβοι των επαγγελματιών υγείας, όπως π.χ. πρόκλησης πόνου σε ασθενή, θεραπευτικής αποτυχίας, κατηγορίας, σε συνδυασμό με την έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης σε θέματα επικοινωνίας, δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την επικοινωνία με τους ασθενείς και πιέζουν συναισθηματικά τους επαγγελματίες υγείας.

Ο Unger, (1980), επισημαίνει πως τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αντίστοιχα με εκείνα του άγχους. Έτσι, σε οργανικό επίπεδο κάποια συμπτώματα μπορεί να είναι, έντονη κούραση, υπερένταση, διαταραχές ύπνου, μυοσκελετικοί πόνοι, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα. Σε συναισθηματικό επίπεδο, το άτομο μπορεί να εμφανίσει συναισθηματική εξάντληση, κατάθλιψη, έλλειψη ενδιαφέροντος, αρνητική / κυνική διάθεση, μειωμένη αυτοπεποίθηση, αποπροσωποποίηση ασθενών, τύψεις, ενοχές, ευερεθιστότητα, αποξένωση, απομόνωση. Σε επίπεδο συμπεριφοράς, κάποια από τα συμπτώματα είναι οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους και την οικογένεια, η μειωμένη απόδοση στην εργασία, οι συχνές απουσίες, η εργασιομανία, η αδυναμία συγκέντρωσης, τα συχνά ατυχήματα και η χρήση αλκοόλ και φαρμάκων.

Οι Σταύρου και Αναγνωστόπουλος, (2005), οι οποίοι και εφήρμοσαν το ερωτηματολόγιο SF-36 σε εργαζόμενους στο ΕΚΑΒ στην επαρχία, διαπίστωσαν ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει αρνητικά τους παράγοντες ποιότητας ζωής, καθώς και την εργασιακή απόδοση του εργαζόμενου. Επιπλέον, η αποπροσωποποίηση επηρεάζει τη συμπεριφορά των πληρωμάτων προς τους ασθενείς όπως επίσης και την επικοινωνία με τον ιατρό υποδοχής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να αυξάνεται η νευρικότητα μεταξύ τους. Η συνύπαρξη των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης στους διασώστες συνεπάγεται μειωμένη ικανοποίηση για τους διακομιζόμενους ασθενείς.

Οι Fishkin και Fox, (1994), κατατάσσουν τους διασώστες ως ένα από τα πιο αγχωτικά επαγγέλματα. Έτσι, με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης ακολουθούν ποικίλες επιπλοκές όπως ο απουσιασμός, η απομόνωση και η χαμηλή απόδοση στην εργασία. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για να μειωθεί η επαγγελματική καταπόνηση είναι άσκηση, διαίτα, φάρμακα, ξεκούραση και χαλάρωση, όπως αναφέρεται στη σχετική βιβλιογραφία των Quick et al, (1997). Οι Fishkin και Fox, (1994), αναφέρουν επίσης ότι τεχνικές μείωσης του στρες, η επιμόρφωση σχετικά με τη διατροφή και τη διαχείριση της υγείας και οι ομαδικές συζητήσεις εργαζομένων που αφορούν το στρες και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί κάποιος να το αντιμετωπίσει, μπορεί να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να αντιμετωπίσουν το σύνδρομο burnout.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 Σκοποί και στόχοι

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι αρχικώς η διερεύνηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης των παρόχων Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας και πιο συγκεκριμένα των Διασωστών του Ε.Κ.Α.Β. στο Νομό Αττικής. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών και ψυχικών αποθεμάτων του στην προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες, που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στο χώρο της υγείας, η επαγγελματική εξουθένωση είναι στενά συνυφασμένη με την αποδοτικότητά των εργαζομένων και έχει άμεση και ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας. Ο δεύτερος ερευνητικός πυλώνας της αυτής μελέτης, αφορά στα συμπτώματα κατάθλιψης στην συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων. Η κατάθλιψη είναι η ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μειωμένη διάθεση, απώλεια ενέργειας και ενδιαφέροντος, χαμηλή αυτοσυγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα μνήμης, αναποφασιστικότητα και, κυρίως, από έντονα και επίμονα συναισθήματα λύπης, δυσφορίας, μοναξιάς, αποθάρρυνσης και απόγνωσης.

Από τα ανωτέρω γίνεται σαφές πως η διατήρηση της κατάστασης της υγείας του προσωπικού των ασθενοφόρων σε ένα καλό επίπεδο, έχει καθοριστικό αντίκτυπο στην ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς. Για τον λόγο αυτόν θεωρείται ότι η παρούσα μελέτη θα προσφέρει σημαντικά συμπεράσματα για την καλύτερη παροχή πρώτων βοηθειών. Τα βασικά ερωτήματα που θέτει η συγκεκριμένη μελέτη είναι:

- Η εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους διασώστες του Ε.Κ.Α.Β.
- Η εκτίμηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στον πληθυσμό αυτόν.
- Η σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών με άλλους επαγγελματίες υγείας και πιο συγκεκριμένα με νοσηλευτές, έτσι ώστε να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

4.2 Αντικείμενο Μελέτης

Το αντικείμενο της μελέτης μας, είναι ο επιπολασμός της εξουθένωσης και της κατάθλιψης σε σχέση με τους προσδιοριστές που διερευνήθηκαν.

4.3 Έκβαση

Στην συγκεκριμένη επιδημιολογική μελέτη η υπό διερεύνηση έκβαση (outcome) είναι η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη. Το μέτρο συχνότητας που υπολογίστηκε στη ερευνά μας είναι ο επιπολασμός των δύο παραπάνω εκβάσεων (Γαλάνης και Σπάρος 2012).

4.4 Μέθοδος Μελέτης

Με το όρο μέθοδο μελέτης προσδιορίζουμε τον ακριβή τρόπο προσέγγισης του τελικού συμπεράσματος της μελέτης δηλαδή την όλη διαδικασία απόκτησης της εμπειρικής πληροφορίας.

Πιο συγκεκριμένα, ο πληθυσμός-πηγή αποτελεί το σύνολο των εργαζομένων διασωστών πληρωμάτων του Ε.Κ.Α.Β της Αθήνας ο οποίος και απαριθμεί περί τους 700 εργαζομένους στην συγκεκριμένη αυτή κατηγορία εργαζομένων. Όσον αφορά όμως τον μελετώμενο πληθυσμό (study population) αυτός αποτελείται από 100 εργαζομένους από τους οποίους και τελικώς συλλέξαμε τις πληροφορίες.

4.5 Είδος Μελέτης

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη, όπου μετρήθηκε η εξουθένωση και η κατάθλιψη, καθώς και οι πιθανοί προσδιοριστές αυτών.

4.6 Ερωτηματολόγιο

Για την συλλογή του απαιτούμενου ερευνητικού υλικού-ερωτηματολογίου σχετικά με τους προσδιοριστές της εξουθένωσης και της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκαν τα εγκεκριμένα με βάση την διεθνή έρευνα κατάλληλα ερωτηματολόγια της Maslach και του Beck (βλ. παράρτημα I και III).

4.7 Διαδικασίες και μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η λήψη των πληροφοριών της μελέτης πραγματοποιήθηκε μετά την έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου του Ε.Κ.Α.Β. Το πρωτόκολλο της μελέτης αναρτήθηκε στον χώρο αναμονής των πληρωμάτων με σκοπό τη γενικότερη ενημέρωσή τους έτσι ώστε να έχουν το χρόνο να ενημερωθούν για τη διεξαγωγή της έρευνας αλλά και τον τρόπο και το χρόνο αυτής, έτσι ώστε να έχουν την δυνατότητα να αποφασίσουν για την αυτόβουλη συμμετοχή τους. Στο σημείο αυτό, σημειώνεται ότι από την πλευρά μας δεν ασκήθηκε οιαδήποτε πίεση για την διεξαγωγή της μελέτης. Οι διασώστες κλήθηκαν απρόσκοπτα και με δική τους βούληση να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και με παρουσία μας εκεί επιδείξαμε κάθε διάθεση να βοηθήσουμε διακριτικά στα πιθανά ερωτήματα-απορίες που ανέκυπταν κατά την συμπλήρωση των φυλλαδίων. Η ίδια σχετικά πρακτική ακολουθήθηκε και στην συλλογή δεδομένων από τους νοσηλευτές των νοσοκομείων με την διαφορά ότι επειδή δεν ήταν δυνατόν να λάβουμε από αυτά επίσημη άδεια διεξαγωγής λόγω του υπέρμετρου χρόνου εγκρίσεως της, αναμέναμε το πέρας του εργασιακού οκταώρου και όταν οι νοσηλευτές αποχωρούσαν, ενημερώναμε για την διεξαγωγή της έρευνας και κατόπιν όσοι δέχονταν να συμμετάσχουν μας αφιέρωναν μερικά λεπτά από τον προσωπικό χρόνο τους.

4.8 Ηθικά θέματα

Στην παρούσα μελέτη, η Κεντρική Υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β. και πιο συγκεκριμένα το αρμόδιο Επιστημονικό συμβούλιο το οποίο και αποτελεί την αρμόδια διοικητική

αρχή εγκρίσεως διεξαγωγής μελετών στο εργασιακό περιβάλλον του Ε.Κ.Α.Β. μας συνέστησε, κατά την έγκριση διεξαγωγής της μελέτης, τα εξαιρετικής σημασίας ηθικά ζητήματα που τυχόν θα ανακύψουν. Για τον λόγο αυτό, το Συμβούλιο αποφάσισε τα ερωτηματολόγια αυτά να διανεμηθούν στους διασώστες μόνο στην Κεντρική Υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β. εφόσον αυτοί είναι καθορισμένο να πηγαίνουν για τον καθιερωμένο εβδομαδιαίο έλεγχο οχημάτων και αυτό γιατί υπάρχει ο κατάλληλος χρόνος κατά τον οποίο θα μπορούσαμε να διαμοιράσουμε τα ερωτηματολόγια. Κρίθηκε απαραίτητο, ο διαμοιρασμός αυτός να γίνει έξω από τα τμήματα των επειγόντων περιστατικών και αυτό γιατί δεν θα ήταν πρόπον να παρεμποδίζεται με κανένα τρόπο το έργο των διασωστών εις βάρος των πασχόντων ασθενών από πιθανή καθυστέρηση από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, η δεύτερη προϋπόθεση ήταν οι εργαζόμενοι να συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια εάν και εφόσον το επιθυμούν και φυσικά αυτά θα πρέπει απαραίτητως να είναι ανώνυμα για την διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων αλλά και του ιατρικού απορρήτου μιας και τα ερωτήματα αυτά της έρευνας κρίθηκαν εκ του θέματος της έρευνας αρκούντως ευαίσθητα. Τέλος, αιτήθηκαν μετά την ολοκλήρωση της έρευνας να κατατεθεί ένα αντίτυπο της ερευνητικής εργασίας όχι μόνο για να χρησιμοποιήσουν τα αποτελέσματα αυτά για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας του οργανισμού, αλλά και για να ελέγξουν εάν τηρηθήκαν όλες οι προβλεπόμενες για την αδειοδότηση ηθικές προεκτάσεις-προϋποθέσεις (βλ παράρτημα ΙΙΙ).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 Υλικό-Μέθοδος

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή και ο έλεγχος των Mann-Whitney όταν η ποσοτική μεταβλητή δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας ονομαστικής μεταβλητής (>2 κατηγορίες) χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης και ο έλεγχος Kruskal-Wallis (Kruskal-Wallis test) όταν η ποσοτική μεταβλητή δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το ερωτηματολόγιο της Maslach αποτελούνταν από 3 επιμέρους διαστάσεις: (α) συναισθηματική εξάντληση, (β) προσωπικά επιτεύγματα και (γ) αποπροσωποποίηση.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha για τη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση» ήταν 0,83 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια, για τη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα» ήταν 0,74 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια και για τη διάσταση «αποπροσωποποίηση» ήταν 0,74 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια.

Το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory-BDI αναπτύχθηκε για την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και περιλαμβάνει 21 στοιχεία μέτρησης των γνωστικών, συναισθηματικών, σωματικών και αγενών συμπτωμάτων της. Η ελάχιστη βαθμολογία είναι 0 και η μέγιστη 63 με τις παρακάτω κατηγοριοποιήσεις:

1-10	Αυτά τα «σκαμπανεβάσματα» θεωρούνται φυσιολογικά (These ups and downs are considered normal)
11-16	Ήπια διαταραχή της διάθεσης (Mild mood disturbance)
17-20	Οριακή κλινική κατάθλιψη (Borderline clinical depression)
21-30	Μέτρια κατάθλιψη (Moderate depression)
31-40	Σοβαρή κατάθλιψη (Severe depression)
Πάνω από 40	Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη (Extreme depression)

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha ήταν 0,9 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

5.2 Προσδιοριστές και αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

5.2.1 Δημογραφικά στοιχεία

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν συνολικά από **200** επαγγελματίες υγείας (**100** εργαζομένους του Ε.Κ.Α.Β. της κεντρικής υπηρεσίας του Νομού Αττικής που

έχουν την επαγγελματική ιδιότητα του Πληρώματος Ασθενοφόρου και δεν απασχολούνται σε αλλότρια καθήκοντα της υπηρεσίας και 100 νοσηλευτές/-τριες).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Πίνακας 1: Τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	Εργαζόμενος του Ε.Κ.Α.Β.	Νοσηλευτής/- τρια	Τιμή p (p value)
Φύλο			<0,001^α
Γυναίκα	17 (17,0)	71 (71,0)	
Άνδρας	83 (83,0)	29 (29,0)	
Ηλικία^β	45,1 (6,5)	41,6 (7,6)	<0,001^γ
Έτη προϋπηρεσίας^δ	17,0 (14,75)	14,5 (16,75)	0,282 ^ε
Εκπαιδευτικό επίπεδο			<0,001^ζ
Μεταπτυχιακές Σπουδές	2 (2,0)	23 (23,0)	
Πτυχίο Πανεπιστημίου	4 (4,0)	16 (16,0)	
Πτυχίο ΤΕΙ	7 (7,0)	61 (61,0)	
Απολυτήριο Λυκείου	87 (87,0)	0 (0,0)	
Οικογενειακή Κατάσταση			<0,001^η
Άγαμος	14 (14,1)	36 (36,0)	
Έγγαμος	73 (73,7)	56 (56,0)	
Διαζευγμένος	12 (12,1)	7 (7,0)	

Χήρος	0 (0,0)	1 (1,0)	
Έχετε παιδιά;			0,035^α
Όχι	26 (26,0)	40 (40,0)	
Ναι	74 (74,0)	60 (60,0)	
Είστε σε συμβίωση;			0,153^α
Όχι	62 (62,0)	52 (52,0)	
Ναι	38 (38,0)	48 (48,0)	
Πόσα άτομα ζουν μόνιμα στο σπίτι με εσάς; ^δ	3,0 (2,0)	3,0 (1,75)	0,339^ε

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος χ^2

^β Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)

^γ Έλεγχος t

^δ Διάμεση τιμή (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^ε Έλεγχος των Mann-Whitney

^ζ Έλεγχος χ^2 για τάση

^η Ακριβής έλεγχος Monte-Carlo

Οι εργαζόμενοι του Ε.Κ.Α.Β. συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό άνδρες (83%) ενώ οι νοσηλεύτές/-τριες ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό γυναίκες (71%), ($p < 0,001$). Η μέση ηλικία των εργαζομένων του Ε.Κ.Α.Β. ήταν τα 45,1 έτη (SD=6,5) ενώ η μέση ηλικία των νοσηλευτών/-τριών ήταν τα 41,6 έτη (SD=7,6) ($p < 0,001$).

Η διάμεση τιμή των ετών προϋπηρεσίας των εργαζομένων του Ε.Κ.Α.Β. ήταν τα 17 έτη (IR=14,75) ενώ η διάμεση τιμή των ετών προϋπηρεσίας των νοσηλευτών/-τριών ήταν τα 14,5 έτη (IR=16,75), χωρίς η διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,282$).

Οι εργαζόμενοι του Ε.Κ.Α.Β. ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό απόφοιτοι Β'βάθμιας εκπαίδευσης, ενώ οι νοσηλεύτές/-τριες ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ/ΤΕΙ/Μεταπτυχιακού τίτλου ($p < 0,001$).

Οι εργαζόμενοι του Ε.Κ.Α.Β. ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό έγγαμοι/διαζευγμένοι απόφοιτοι ενώ οι νοσηλεύτές/-τριες ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό άγαμοι ($p < 0,001$) με το 74% των εργαζομένων του Ε.Κ.Α.Β. και το 60% των νοσηλευτών/-τριών να έχουν παιδιά.

5.2.2 Επαγγελματική εξουθένωση (Maslach Burnout Inventory-MBI)

5.2.2.1 Συναισθηματική εξάντληση

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα 9 στοιχεία του ερωτηματολογίου της Maslach που αφορούν τη συναισθηματική εξάντληση.

Πίνακας 2: Τα 9 στοιχεία του ερωτηματολογίου της Maslach που αφορούν τη συναισθηματική εξάντληση.

Στοιχείο	Απάντηση					
	Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές Φορές την Εβδομάδα
Νιώθω συναισθηματικά άδειος/α, από τη δουλειά μου	14 (7,0)	44 (22,0)	11 (5,5)	64 (32,0)	23 (11,5)	44 (22,0)
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας	42 (21,0)	60 (30,0)	22 (11,0)	35 (17,5)	17 (8,5)	24 (12,0)
Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω	15 (7,5)	38 (19,0)	28 (14,0)	58 (29,0)	21 (10,5)	40 (20,0)

ακόμα μια μέρα στη δουλειά						
Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα	69 (34,5)	42 (21,0)	32 (16,0)	30 (15,0)	9 (4,5)	18 (9,0)
Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	13 (6,5)	47 (23,5)	22 (11,0)	48 (24,0)	20 (10,0)	50 (25,0)
Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	28 (14,0)	32 (16,0)	30 (15,0)	52 (26,0)	24 (12,0)	34 (17,0)
Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	5 (2,5)	11 (5,5)	16 (8,0)	37 (18,5)	32 (16,0)	99 (49,5)
Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	85 (42,5)	39 (19,5)	29 (14,5)	25 (12,5)	7 (3,5)	15 (7,5)
Νιώθω ότι βρίσκομαι στα όρια της αντοχής μου	50 (25,0)	53 (26,5)	22 (11,0)	37 (18,5)	13 (6,5)	25 (12,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

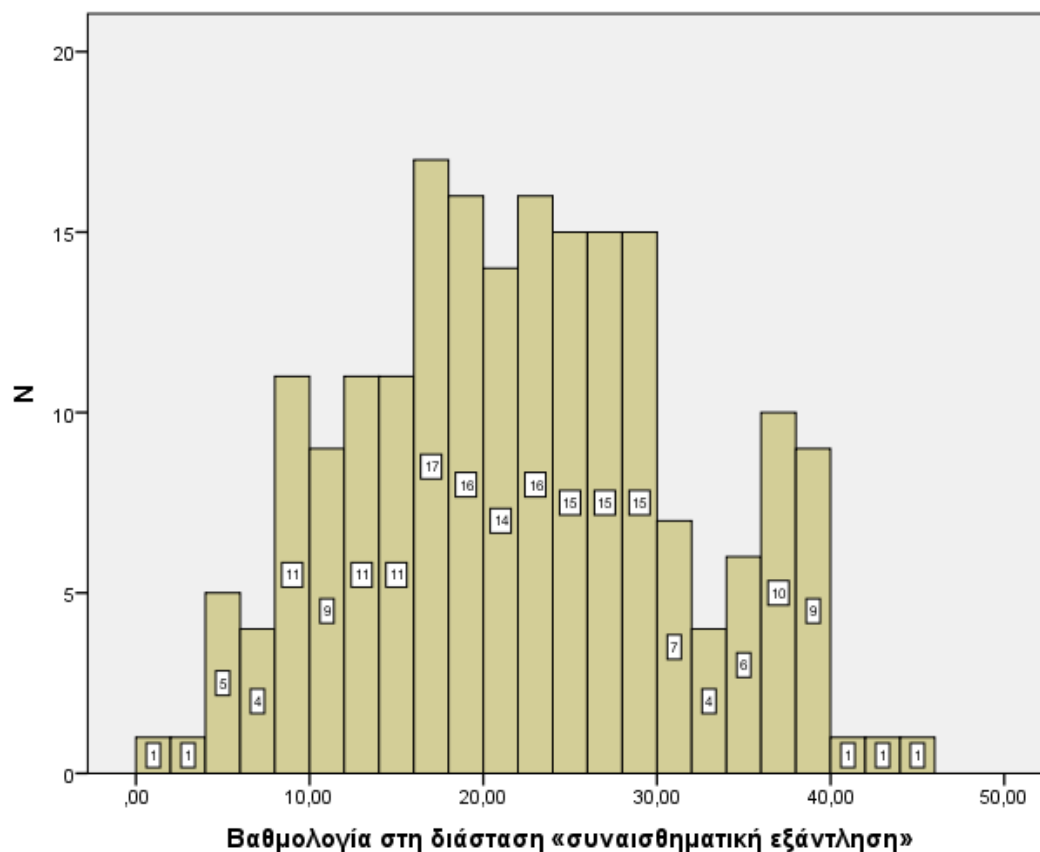
Τα σημαντικότερα προβλήματα όπως αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ξεκινώντας από το σημαντικότερο, ήταν τα εξής:

- Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=65,5%)
- Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=35%)
- Νιώθω συναισθηματικά άδειος/α, από τη δουλειά μου (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=33,5%)
- Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=30,5%)
- Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=29%)
- Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=20,5%)

- Νιώθω ότι βρίσκομαι στα όρια της αντοχής μου (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=19%)
- Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=13,5%)
- Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=11%)

Η συνολική βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση» λαμβάνει τιμές 1-44. Η μέση βαθμολογία ήταν 21,8, η τυπική απόκλιση ήταν 9,4, η διάμεσος ήταν 21,5, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 44.

Στο γράφημα 1 παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση».



Γράφημα 1: Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση».

5.2.2.2 Προσωπικά επιτεύγματα

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα 8 στοιχεία του ερωτηματολογίου της Maslach που αφορούν τα προσωπικά επιτεύγματα.

Πίνακας 3: Τα 8 στοιχεία του ερωτηματολογίου της Maslach που αφορούν τα προσωπικά επιτεύγματα.

Στοιχείο	Απάντηση					
	Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές Φορές την Εβδομάδα
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νοιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	5 (2,5)	11 (5,5)	12 (6,0)	44 (22,0)	22 (11,0)	106 (53,0)
Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των αποδεκτών των υπηρεσιών μου	3 (1,5)	9 (4,5)	14 (7,0)	27 (13,5)	23 (11,5)	124 (62,0)
Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των αποδεκτών των υπηρεσιών μου μέσα από τη δουλειά μου	4 (2,0)	17 (8,5)	12 (6,0)	29 (14,5)	36 (18,0)	102 (51,0)
Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	5 (2,5)	24 (12,0)	23 (11,5)	48 (24,0)	33 (16,5)	67 (33,5)
Νιώθω πως μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου	5 (2,5)	16 (8,0)	7 (3,5)	40 (20,0)	39 (19,5)	93 (46,5)
Αισθάνομαι αναζωογονημένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου	10 (5,0)	24 (12,0)	20 (10,0)	52 (26,0)	42 (21,0)	52 (26,0)
Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	5 (2,5)	19 (9,5)	12 (6,0)	38 (19,0)	40 (20,0)	86 (43,0)

Νιώθω πως μπορώ να αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	2 (1,0)	27 (13,5)	19 (9,5)	59 (29,5)	36 (18,0)	57 (28,5)
---	---------	-----------	----------	-----------	-----------	-----------

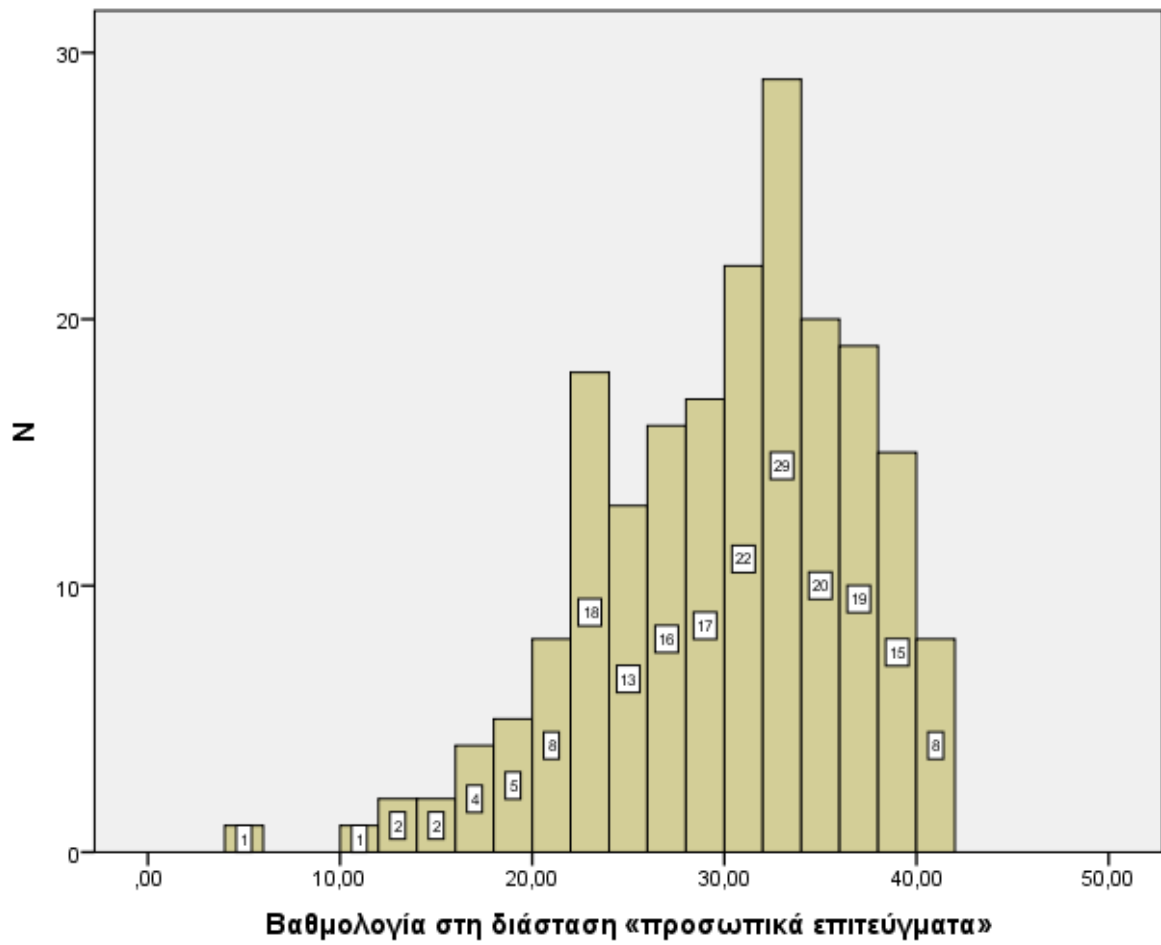
Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Τα σημαντικότερα προβλήματα όπως αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ξεκινώντας από το σημαντικότερο, ήταν τα εξής:

- Αισθάνομαι αναζωογονημένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (Ποτέ/Μερικές φορές το χρόνο=17%)
- Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα (Ποτέ/Μερικές φορές το χρόνο=14,5%)
- Νιώθω πως μπορώ να αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου (Ποτέ/Μερικές φορές το χρόνο=14,5%)
- Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά (Ποτέ/Μερικές φορές το χρόνο=12%)
- Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των αποδεκτών των υπηρεσιών μου μέσα από τη δουλειά μου (Ποτέ/Μερικές φορές το χρόνο=10,5%)
- Νιώθω πως μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (Ποτέ/Μερικές φορές το χρόνο=10,5%)
- Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νοιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν (Ποτέ/Μερικές φορές το χρόνο=8%)
- Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των αποδεκτών των υπηρεσιών μου (Ποτέ/Μερικές φορές το χρόνο=6%)

Η συνολική βαθμολογία στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα» λαμβάνει τιμές 5-40. Η μέση βαθμολογία ήταν 29,6, η τυπική απόκλιση ήταν 6,7, η διάμεσος ήταν 30, η ελάχιστη τιμή ήταν 5 και η μέγιστη τιμή ήταν 40.

Στο γράφημα 2 παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα».



Γράφημα 2: Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα».

5.2.2.3 Αποπροσωποποίηση

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα 5 στοιχεία του ερωτηματολογίου της Maslach που αφορούν την αποπροσωποποίηση.

Πίνακας 4: Τα 5 στοιχεία του ερωτηματολογίου της Maslach που αφορούν την αποπροσωποποίηση.

Στοιχείο	Απάντηση					
	Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές Φορές την Εβδομάδα
Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς αποδέκτες των υπηρεσιών μου σαν να ήταν αντικείμενα	62 (31,0)	45 (22,5)	22 (11,0)	36 (18,0)	15 (7,5)	20 (10,0)
Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	48 (24,0)	46 (23,0)	23 (11,5)	31 (15,5)	19 (9,5)	33 (16,5)
Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	25 (12,5)	46 (23,0)	22 (11,0)	27 (13,5)	26 (13,0)	54 (27,0)
Στην ουσία, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς	71 (35,5)	49 (24,5)	34 (17,0)	34 (17,0)	5 (2,5)	7 (3,5)
Νιώθω πως οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου ρίχνουν τις ευθύνες σε μένα για μερικά από τα προβλήματά τους	41 (20,5)	42 (21,0)	33 (16,5)	42 (21,0)	21 (10,5)	21 (10,5)

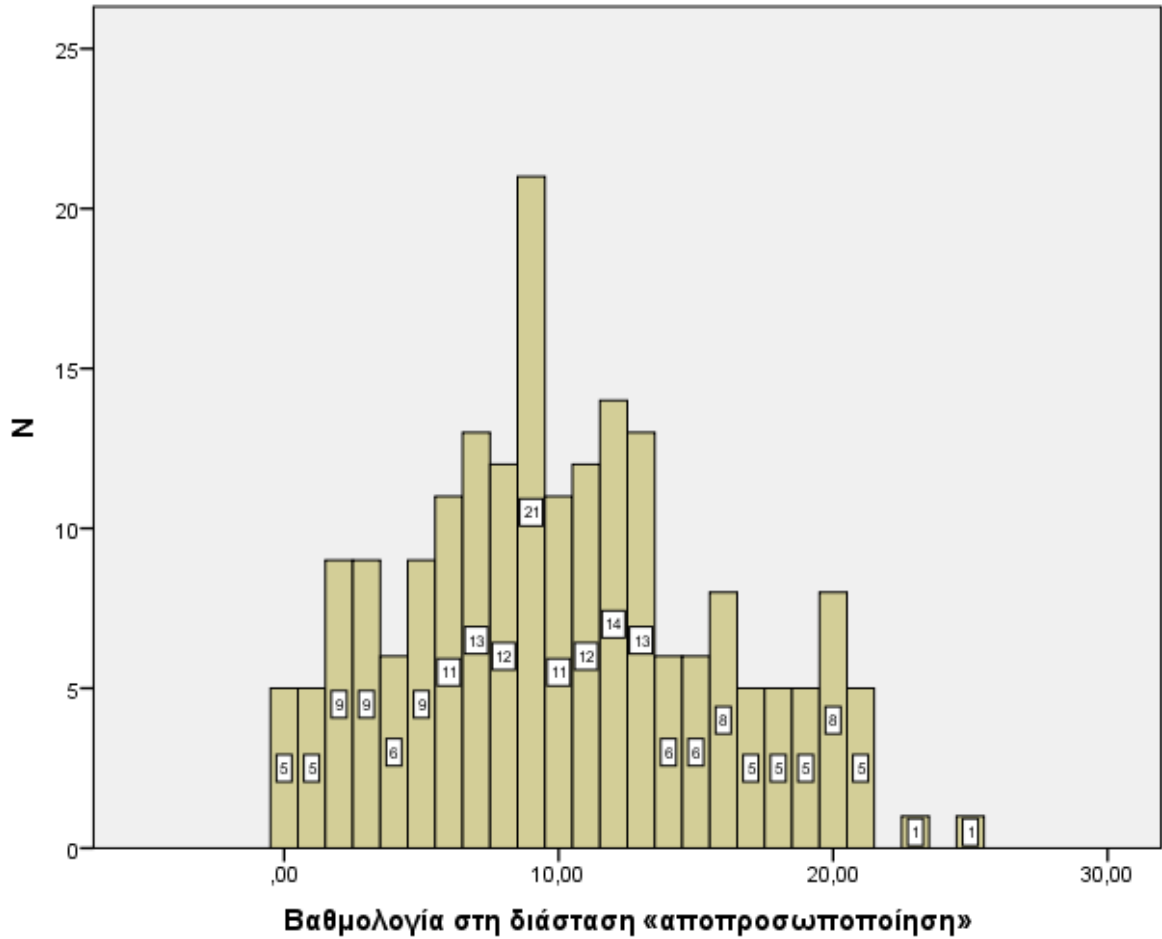
Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Τα σημαντικότερα προβλήματα όπως αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ξεκινώντας από το σημαντικότερο, ήταν τα εξής:

- Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=40%)
- Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά(Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=26%)
- Νιώθω πως οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου ρίχνουν τις ευθύνες σε μένα για μερικά από τα προβλήματά τους (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=21%)
- Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς αποδέκτες των υπηρεσιών μου σαν να ήταν αντικείμενα (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=17,5%)
- Στην ουσία, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς (Μία φορά την εβδομάδα/Μερικές Φορές την Εβδομάδα=6%)

Η συνολική βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση» λαμβάνει τιμές 0-25. Η μέση βαθμολογία ήταν 10,1, η τυπική απόκλιση ήταν 5,0, η διάμεσος ήταν 9,5, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 25.

Στο γράφημα 3 παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη διάσταση «αποπροσωποποίηση».



Γράφημα 3: Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας στη διάσταση «αποπροσωποποίηση».

5.3. Αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης (Beck Depression Inventory-BDI)

Στους πίνακες 5α και 5β παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα 5 στοιχεία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory που αφορούν την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης και οι συχνότητες στις επιμέρους διαβαθμίσεις της κλίμακας.

Πίνακας 5α: Τα 21 στοιχεία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory που αφορούν την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης.

Στοιχείο	N (%)
1. Θλίψη (Sadness)	
Δεν αισθάνομαι λύπη/μελαγχολία.	72 (36,0)
Αισθάνομαι λύπη/μελαγχολία.	106 (53,0)
Αισθάνομαι λύπη/μελαγχολία συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό το συναίσθημα.	19 (9,5)
Αισθάνομαι τέτοια λύπη/μελαγχολία που δεν το αντέχω.	3 (1,5)
2. Απαισιοδοξία (Pessimism)	
Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερη απαισιοδοξία για το μέλλον.	64 (32,0)
Αισθάνομαι απαισιοδοξία για το μέλλον.	69 (34,5)
Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει κάτι να περιμένω με ανυπομονησία.	32 (16,0)
Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει ελπίδα στο μέλλον και ότι οι καταστάσεις δεν μπορούν να βελτιωθούν.	35 (17,5)
3. Παρελθούσες αποτυχίες (Past Failure)	
Δεν αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει.	142 (71,0)
Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τον μέσο άνθρωπο.	40 (20,0)
Όταν σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα, το μόνο που μπορώ να διακρίνω είναι πολλές αποτυχίες.	13 (6,5)

Ως άτομο αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει πλήρως.	5 (2,5)
4. Απόλεια της ευχαρίστησης (Loss of Pleasure)	
Αποκομίζω την ίδια ικανοποίηση από τις καταστάσεις που βιώνω όπως και παλιότερα.	56 (28,0)
Δεν απολαμβάνω τις καταστάσεις που βιώνω όπως παλιότερα.	119 (59,5)
Δεν αποκομίζω πραγματική ικανοποίηση από τίποτα πλέον.	16 (8,0)
Αισθάνομαι δυσαρέσκεια ή βαρεμάρα για όλες τις καταστάσεις.	9 (4,5)
5. Ενοχή (Guilt)	
Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερες ενοχές.	103 (51,5)
Αισθάνομαι ενοχές σε αρκετές περιπτώσεις.	89 (44,5)
Αισθάνομαι αρκετές ενοχές την περισσότερη ώρα.	7 (3,5)
Αισθάνομαι συνεχώς ενοχές.	1 (,5)
6. Συναισθήματα Τιμωρίας (Punishment Feelings)	
Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.	115 (57,5)
Αισθάνομαι ότι ίσως τιμωρηθώ στο μέλλον.	52 (26,0)
Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.	16 (8,0)
Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.	17 (8,5)
7. Απέχθεια του εαυτού (Self-Dislike)	
Δεν αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου.	140 (70,0)
Αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου.	51 (25,5)
Αηδιάζω με τον εαυτό μου.	8 (4,0)
Μισώ τον εαυτό μου.	1 (,5)
8. Αυτοκριτική (Self-Criticalness)	
Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερα από τους άλλους.	80 (40,0)
Επικρίνω τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.	105 (52,5)
Κατηγορώ τον εαυτό μου συνεχώς για τα σφάλματά μου.	13 (6,5)
Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.	2 (1,0)

9. Αυτοκτονικές σκέψεις (Suicidal Thoughts)	
Δεν έχω τάσεις αυτοκτονίας.	160 (80,0)
Έχω τάσεις αυτοκτονίας αλλά ποτέ δεν θα τις έκανα πραγματικότητα.	38 (19,0)
Θα ήθελα να αυτοκτονήσω.	1 (,5)
Θα αυτοκτονούσα αν είχα την ευκαιρία.	1 (,5)
10. Κλάμα (Crying)	
Δεν κλαίω περισσότερο από τα συνηθισμένα.	120 (60,0)
Κλαίω περισσότερο τώρα από ότι στο παρελθόν.	58 (29,0)
Κλαίω συνεχώς τώρα.	3 (1,5)
Παλιότερα μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα δεν μπορώ, παρόλο που θέλω.	19 (9,5)
11. Διέγερση (Agitation)	
Δεν εκνευρίζομαι περισσότερο από τις καταστάσεις σε σχέση με το παρελθόν.	55 (27,5)
Εκνευρίζομαι λίγο περισσότερο τώρα από ότι συνήθως.	108 (54,0)
Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι την περισσότερη ώρα.	30 (15,0)
Αισθάνομαι εκνευρισμό συνεχώς.	7 (3,5)
12. Απώλεια ενδιαφέροντος (Loss of Interest)	
Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους.	104 (52,0)
Ενδιαφέρομαι λιγότερο για τους άλλους από ότι παλιότερα.	79 (39,5)
Έχω χάσει το περισσότερο από το ενδιαφέρον μου για τους άλλους.	12 (6,00)
Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους.	5 (2,5)
13. Αναποφασιστικότητα (Indecisiveness)	
Παίρνω αποφάσεις σχεδόν το ίδιο καλά όσο και παλιότερα.	100 (50,0)
Αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων περισσότερο από ότι παλιότερα.	76 (38,0)
Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων από ότι παλιότερα.	21 (10,5)
Δεν μπορώ να πάρω καμία απόφαση πλέον.	3 (1,5)
14. Αίσθημα αναξιοσύνης (Worthlessness)	

Δεν αισθάνομαι ότι η εμφάνισή μου έχει χειροτερέψει σε σχέση με το παρελθόν.	107 (53,5)
Ανησυχώ ότι δείχνω γερασμένος/η ή μη ελκυστικός/ή.	58 (29,0)
Αισθάνομαι ότι υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνισή μου που με κάνουν να δείχνω μη ελκυστικός/ή.	23 (11,5)
Πιστεύω ότι δείχνω άσχημος/η.	12 (6,0)
15. Ενέργεια (Energy)	
Μπορώ να εργαστώ σχεδόν τόσο καλά όσο και παλιότερα.	95 (47,5)
Χρειάζεται να καταβάλλω επιπλέον προσπάθεια για να αρχίσω να κάνω κάτι.	85 (42,5)
Πρέπει να πιέσω τον εαυτό μου πάρα πολύ για να κάνω οτιδήποτε.	19 (9,5)
Δεν μπορώ να εργαστώ καθόλου.	1 (0,5)
16. Ύπνος (Sleep)	
Μπορώ να κοιμηθώ τόσο καλά όσο συνήθως.	73 (36,5)
Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο παλιότερα.	98 (49,0)
Ευπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα από ότι συνήθως και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.	22 (11,0)
Ευπνάω αρκετές ώρες νωρίτερα από ότι συνήθως και δεν μπορώ να κοιμηθώ.	7 (3,5)
17. Οξυθυμία (Irritability)	
Δεν κουράζομαι περισσότερο από ότι συνήθως.	39 (19,5)
Κουράζομαι ευκολότερα από ότι παλιότερα.	135 (67,5)
Κουράζομαι σχεδόν από την οποιαδήποτε δραστηριότητα.	18 (9,0)
Αισθάνομαι υπερβολικά κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε.	8 (4,0)
18. Όρεξη (Appetite)	
Η όρεξή μου για φαγητό δεν είναι χειρότερη από ότι συνήθως.	130 (65,0)
Η όρεξή μου για φαγητό δεν είναι τόσο καλή όσο παλιότερα.	55 (27,5)
Η όρεξή μου για φαγητό είναι πολύ χειρότερη τώρα.	12 (6,0)
Δεν έχω πλέον καθόλου όρεξη για φαγητό.	3 (1,5)
19. Συγκέντρωση (Concentration)	

Έχω χάσει από καθόλου ως ελάχιστο βάρος τον τελευταίο καιρό.	132 (66,0)
Έχω χάσει περισσότερα από 3 κιλά.	31 (15,5)
Έχω χάσει περισσότερα από 5 κιλά.	19 (9,5)
Έχω χάσει περισσότερα από 8 κιλά.	18 (9,0)
20. Κούραση / Κόπωση (Tired/Fatigue)	
Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο συνήθως.	78 (39,0)
Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα όπως πόνους, δυσπεψία ή δυσκοιλιότητα.	93 (46,5)
Ανησυχώ πολύ για σωματικά προβλήματα και μου είναι δύσκολο να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.	23 (11,5)
Ανησυχώ τόσο για τα σωματικά μου προβλήματα που δεν μπορώ να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.	6 (3,0)
21. Απώλεια ενδιαφέροντος για σεξ (Loss of Interest in Sex)	
Δεν έχω παρατηρήσει κάποια πρόσφατη αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.	113 (56,5)
Ενδιαφερόμαι λιγότερο για το σεξ από ότι παλιότερα.	76 (38,0)
Δεν έχω σχεδόν κανένα ενδιαφέρον για το σεξ.	8 (4,0)
Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.	3 (1,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Πίνακας 5β: Οι συχνότητες στις επιμέρους διαβαθμίσεις/επίπεδα κατάθλιψης της κλίμακας Beck Depression Inventory για την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης.

Διαβάθμιση βαθμολογίας/Επίπεδα κατάθλιψης	N (%)
Αυτά τα «σκαμπανεβάσματα» θεωρούνται φυσιολογικά (These ups and downs are considered normal)	87 (43,5)
Ήπια διαταραχή της διάθεσης (Mild mood disturbance)	49 (24,5)
Οριακή κλινική κατάθλιψη (Borderline clinical depression)	22 (11,0)
Μέτρια κατάθλιψη (Moderate depression)	34 (17,0)

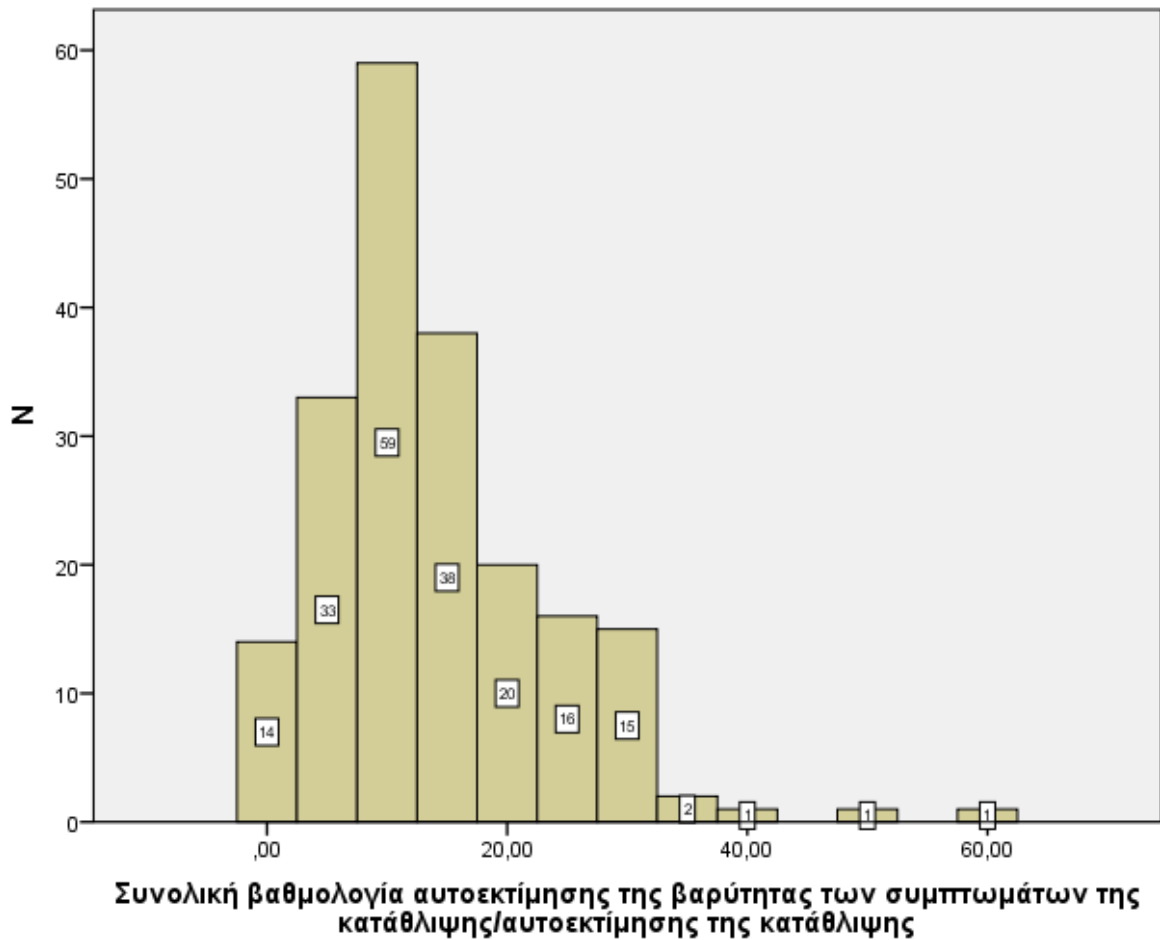
Σοβαρή κατάθλιψη (Severe depression)	6 (3,0)
Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη (Extreme depression)	2 (1,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το 43,5% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Αυτά τα «σκαμπανεβάσματα» θεωρούνται φυσιολογικά», το 24,5% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Ηπια διαταραχή της διάθεσης», το 11% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Οριακή κλινική κατάθλιψη», το 17% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Μέτρια κατάθλιψη», το 3% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Σοβαρή κατάθλιψη» και μόλις το 1% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη».

Η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στα 21 στοιχεία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory που αφορούν την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης λαμβάνει τιμές 0-62. Η μέση βαθμολογία ήταν 13,9, η τυπική απόκλιση ήταν 5,3, η διάμεσος ήταν 12, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 62.

Στο γράφημα 4 παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στα 21 στοιχεία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory που αφορούν την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.



Γράφημα 4: Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας στα 21 στοιχεία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory που αφορούν την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

5.4. Συσχετίσεις

5.4.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συναισθηματική εξάντληση

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση».

Πίνακας 6: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση» (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,796 ^α
Γυναίκα	21,6 (9,3)	
Άνδρας	21,9 (9,5)	
Ηλικία^β	0,101 ^β	0,153^β
Επάγγελμα		0,430 ^α
Εργαζόμενος του Ε.Κ.Α.Β.	22,3 (9,3)	
Νοσηλεύτης/-τρια	21,3 (9,5)	
Έτη προϋπηρεσίας^γ	0,127 ^γ	0,072^γ
Εκπαιδευτικό επίπεδο^δ		0,582 ^ε
Μεταπτυχιακές Σπουδές	18,0 (17,0)	
Πτυχίο Πανεπιστημίου	21,0 (11,5)	
Πτυχίο ΤΕΙ	23,0 (11,0)	

Απολυτήριο Λυκείου	21,0 (14,0)	
Οικογενειακή Κατάσταση^δ		0,749 ^ε
Άγαμος	23,0 (13,5)	
Έγγαμος	22,0 (13,0)	
Διαζευγμένος/Χήρος	20,5 (22,25)	
Έχετε παιδιά;		0,539 ^α
Όχι	21,2 (9,6)	
Ναι	22,1 (9,3)	
Είστε σε συμβίωση;		0,143 ^α
Όχι	21,0 (9,9)	
Ναι	22,9 (8,6)	
Πόσα άτομα ζουν μόνιμα στο σπίτι με εσάς;^γ	-0,074 ^γ	0,297 ^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^δ Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^ε Έλεγχος των Kruskal-Wallis

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) μεταξύ της βαθμολογίας στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση» και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7: Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση».

Χαρακτηριστικό	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,172	0,021 έως 0,323	0,026

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση», δηλαδή τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση» και έτσι βίωναν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και κατ' επέκταση μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση».

5.4.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Προσωπικά επιτεύγματα

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα».

Πίνακας 8: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα» (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,682 ^α
Γυναίκα	29,8 (6,0)	
Άνδρας	29,4 (7,2)	
Ηλικία^β	0,058 ^β	0,417 ^β
Επάγγελμα		0,329 ^α
Εργαζόμενος του Ε.Κ.Α.Β.	30,0 (6,2)	
Νοσηλεύτης/-τρια	29,1 (7,2)	
Έτη προϋπηρεσίας^γ	0,040 ^γ	0,570 ^γ
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,562 ^δ
Μεταπτυχιακές Σπουδές	28,3 (8,0)	
Πτυχίο Πανεπιστημίου	29,1 (6,5)	
Πτυχίο ΤΕΙ	29,3 (7,1)	
Απολυτήριο Λυκείου	30,3 (6,1)	
Οικογενειακή Κατάσταση		0,570 ^δ

Άγαμος	28,7 (7,0)	
Έγγαμος	29,8 (6,7)	
Διαζευγμένος/Χήρος	30,3 (6,3)	
Έχετε παιδιά;		0,487 ^α
Όχι	29,1 (6,6)	
Ναι	29,8 (6,8)	
Είστε σε συμβίωση;		0,223 ^α
Όχι	30,1 (6,7)	
Ναι	28,9 (6,7)	
Πόσα άτομα ζουν μόνιμα στο σπίτι με εσάς;^γ	0,094 ^γ	0,183 ^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^δ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας στη διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα» και των ανεξάρτητων μεταβλητών στο επίπεδο του 0,05.

5.4.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Αποπροσωποποίηση

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση».

Πίνακας 9: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και την βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση» (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο^α		0,019^β
Γυναίκα	9,0 (6,0)	
Άνδρας	11,0 (9,5)	
Ηλικία^γ	-0,094 ^γ	0,185^γ
Επάγγελμα^α		0,028^β
Εργαζόμενος του Ε.Κ.Α.Β.	11,0 (8,75)	
Νοσηλεύτης/-τρια	9,0 (6,0)	
Έτη προϋπηρεσίας^δ	-0,124 ^δ	0,080^δ
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α		0,108^ε
Μεταπτυχιακές Σπουδές	10 (10,5)	
Πτυχίο Πανεπιστημίου	9,0 (8,75)	
Πτυχίο ΤΕΙ	8,0 (6,0)	
Απολυτήριο Λυκείου	11,0 (8,0)	

Οικογενειακή Κατάσταση^α		0,537 ^ε
Άγαμος	10,0 (7,0)	
Έγγαμος	10,0 (8,0)	
Διαζευγμένος/Χήρος	8,5 (8,0)	
Έχετε παιδιά;^α		0,579 ^β
Όχι	10,5 (7,0)	
Ναι	9,0 (8,0)	
Είστε σε συμβίωση;^α		0,551 ^β
Όχι	9,0 (7,0)	
Ναι	10,0 (9,5)	
Πόσα άτομα ζουν μόνιμα στο σπίτι με εσάς;^γ	-0,102 ^γ	0,149^γ

^α Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^β Έλεγχος των Mann-Whitney

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^δ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^ε Έλεγχος των Kruskal-Wallis

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) μεταξύ της βαθμολογίας στη διάσταση «αποπροσωποποίηση» και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10: Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση».

Χαρακτηριστικό	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Φύλο (γυναίκες σε σχέση με άνδρες)	1,879	0,332 έως 3,425	0,018

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι η μοναδική μεταβλητή που σχετίζονταν με τη βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση» ήταν το φύλο. Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση» κατά 1,879 μονάδες σε σχέση με τους άνδρες. Έτσι, οι γυναίκες βίωναν μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση και κατ' επέκταση μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 3,2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση».

5.4.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης.

Πίνακας 11: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης.

Χαρακτηριστικό	Μέση συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο^α		0,003^β
Γυναίκα	10,0 (10,0)	
Άνδρας	13,5 (14,0)	
Ηλικία^γ	0,210 ^γ	0,003^γ
Επάγγελμα^α		<0,001^β
Εργαζόμενος του Ε.Κ.Α.Β.	15,0 (13,75)	
Νοσηλεύτης/-τρια	9,0 (10,0)	
Έτη προϋπηρεσίας^δ	0,118 ^δ	0,097^δ
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α		0,001^ε
Μεταπτυχιακές Σπουδές	8,0 (13,5)	

Πτυχίο Πανεπιστημίου	8,0 (10,25)	
Πτυχίο ΤΕΙ	12,0 (8,0)	
Απολυτήριο Λυκείου	15,0 (13,0)	
Οικογενειακή Κατάσταση^α		0,668 ^ε
Άγαμος	12,0 (12,75)	
Έγγαμος	12,0 (10,0)	
Διαζευγμένος/Χήρος	14,0 (11,0)	
Έχετε παιδιά;^α		0,907 ^β
Όχι	12,0 (13,25)	
Ναι	12,0 (10,0)	
Είστε σε συμβίωση;^α		0,152 ^β
Όχι	12,0 (13,0)	
Ναι	11,5 (10,25)	
Πόσα άτομα ζουν μόνιμα στο σπίτι με εσάς;^γ	-0,087 ^γ	0,220 ^γ

^α Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^β Έλεγχος των Mann-Whitney

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^δ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^ε Έλεγχος των Kruskal-Wallis

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12: Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης.

Χαρακτηριστικό	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-4,932	-7,473 έως -2,390	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μείωση της συνολικής βαθμολογίας αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης, δηλαδή τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα είχαν μικρότερη συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 10,1% της μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης.

Πίνακας 12: Συσχετίσεις ανάμεσα στο επάγγελμα και τη βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης ως κατηγορική μεταβλητή (κατηγορίες: οι διαβαθμίσεις/επίπεδα κατάθλιψης).

Χαρακτηριστικό	Εργαζόμενος του Ε.Κ.Α.Β.	Νοσηλευτής/-τρια	Τιμή p (p value)
Επίπεδα κατάθλιψης			<0,001^α
Αυτά τα «σκαμπανεβάσματα» θεωρούνται φυσιολογικά	31 (31,0)	56 (56,0)	
Ήπια διαταραχή της διάθεσης	26 (26,0)	23 (23,0)	

Οριακή κλινική κατάθλιψη	8 (8,0)	14 (14,0)	
Μέτρια κατάθλιψη	30 (30,0)	4 (4,0)	
Σοβαρή κατάθλιψη	5 (5,0)	1 (1,0)	
Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη	0 (0,0)	2 (2,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

^a Ακριβής έλεγχος Monte-Carlo

Οι εργαζόμενοι του Ε.Κ.Α.Β. είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό μέτρια κατάθλιψη (σύμφωνα με τη διαβάθμιση/επίπεδα κατάθλιψης του Beck Depression Inventory-BDI) σε σχέση με τους νοσηλευτές/-τριες, ενώ οι νοσηλευτές/-τριες είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό «σκαμπανεβάσματα» που θεωρούνται φυσιολογικά σε σχέση με τους εργαζομένους του Ε.Κ.Α.Β. ($p < 0,001$).

5.5 Περιορισμοί της Έρευνας

Όσον αφορά τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας, λόγω των περιορισμών που θέτει η συγκεκριμένη έρευνα.

Το δείγμα της έρευνας, είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να λειτουργήσει περιοριστικά στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, καθώς προέρχεται από μία συγκεκριμένη περιοχή. Επιπλέον, το δείγμα της μελέτης μας είναι σχετικά μικρό για να καλύψει όλον τον τομέα της υγείας και επίσης αναφέρεται μόνο σε νοσηλευτικό και διασωστικό προσωπικό του δημόσιου τομέα. Επομένως, για να διεξαχθούν ευρύτερα συμπεράσματα, χρειάζεται η διεξαγωγή μιας έρευνας με μια πιο αντιπροσωπευτική μέθοδο δειγματοληψίας, η οποία και θα μπορεί να καλύψει όλο τον πληθυσμό.

Άλλος ένας περιορισμός για τη διεξαγωγή ακριβών συμπερασμάτων, είναι η ύπαρξη άλλων παραγόντων, που μπορεί να επιδρούν και να επηρεάζουν επιπρόσθετα την επαγγελματική εξουθένωση καθώς και τα ψυχικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι το οικογενειακό κλίμα, οι σχέσεις με σημαντικούς άλλους, η υποστήριξη που λαμβάνουν, η αυτονομία, οι ευκαιρίες

προώθησης που έχουν στη δουλειά τους και πολλοί άλλοι παράγοντες. Για το λόγο αυτό θα ήταν καλό να γίνει διερεύνηση και συγκριτική αξιολόγηση και άλλων μεταβλητών, για να υπάρξει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα γύρω από το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάθλιψης.

Για τους παραπάνω λόγους κι ακριβώς επειδή η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη αποτελούν ένα πολυδιάστατο ψυχολογικό φαινόμενο, που συναντάται σε όλους τους τομείς της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, οι μελλοντικές μελέτες θα ήταν χρήσιμο να εστιάσουν, προς όφελος της υγιούς λειτουργίας των συστημάτων υγείας, στη διασφάλιση της ψυχικής υγείας του ανθρώπινου δυναμικού, που επανδρώνει τον τομέα αυτό. Θα ήταν χρήσιμο σε μελλοντικές μελέτες να διενεργηθεί προκαταρκτικά ποιοτική έρευνα με τη μορφή συνέντευξης, έτσι ώστε να εντοπιστούν παράγοντες άγχους και ψυχικής νοσηρότητας, όπως τους αντιλαμβάνεται ο πληθυσμός που θα μελετηθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη σε εργαζόμενους στο Ε.Κ.Α.Β. Πιο συγκεκριμένα, ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 100 εργαζομένους του Ε.Κ.Α.Β. της κεντρικής υπηρεσίας του Νομού Αττικής που έχουν την επαγγελματική ιδιότητα του Πληρώματος Ασθενοφόρου και δεν απασχολούνται σε αλλότρια καθήκοντα της υπηρεσίας και 100 νοσηλευτές οι οποίοι αποτέλεσαν τη συγκριτική ομάδα ελέγχου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι στο Ε.Κ.Α.Β. είχαν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους νοσηλευτές. Σημειώνεται ότι οι διαφορές στην εξουθένωση δεν βρέθηκαν και στην πολυμεταβλητή ανάλυση γεγονός που ενδεχομένως να οφείλεται και στο μικρό μέγεθος δείγματος. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα αναφορικά και με την κατάθλιψη, με τους εργαζόμενους στο Ε.Κ.Α.Β. να βιώνουν μεγαλύτερη συμπτωματολογία κατάθλιψης σε σχέση με τους νοσηλευτές. Τα ευρήματα αυτά είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικά αν αναλογιστούμε ότι η εξουθένωση και η κατάθλιψη των εργαζόμενων στο Ε.Κ.Α.Β. συγκρίθηκε με αυτές μιας ιδιαίτερα εξουθενωμένης ομάδας εργαζόμενων όπως είναι οι νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει τον μεγάλο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης που βιώνουν οι εργαζόμενοι στο Ε.Κ.Α.Β.

Τα παραπάνω ευρήματα της μελέτης μας επιβεβαιώνονται από παρόμοιες μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Halpern et al (2012), οι εργαζόμενοι στο Ε.Κ.Α.Β. λόγω της φύσης του επαγγέλματος, εκτίθενται σε ιδιαίτερος σοβαρά περιστατικά, που μπορεί να προκαλέσουν παρατεταμένη θλίψη και οξύ στρες, με αποτέλεσμα μακροπρόθεσμη βλάβη στην υγεία τους, όπως κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης κ.ά. Αυτού του είδους ο συναισθηματικός τραυματισμός συνδέεται κυρίως με την προσωπική τραυματική εμπειρία που μπορεί να έχει ένας διασώστης. Οι Bennett et al, (2004), διαπίστωσαν ότι το 22% των εργαζομένων σε ασθενοφόρα, ανέφερε συμπτώματα μετατραυματικού στρες και άγχους και, σχεδόν ένας στους δέκα ανέφερε συμπτώματα κατάθλιψης.

Με δεδομένη, την επαναλαμβανόμενη καθημερινή υψηλή έκθεση στον ανθρώπινο πόνο και τον θάνατο και το γεγονός πως εργάζονται σε ένα επικίνδυνο περιβάλλον, το προσωπικό των ασθενοφόρων είναι συνεχώς εκτεθειμένο σε ψυχοφθόρες καταστάσεις, σωματική καταπόνηση και έντονο στρες. Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Αντιθέτως, είναι αποτέλεσμα χρόνιου, συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον εργαζόμενο και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να ανταπεξέλθει επαρκώς στην πίεση του εργασιακού του περιβάλλοντος. Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια προοδευτική διεργασία απο-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας, που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους και στα ιδανικά του εργαζόμενου (Καρούτσου και συν., 2007).

Σε άλλη μελέτη του Career (2001), οι διασώστες του ΕΚΑΒ Αθήνας ανέφεραν ότι το άγχος και το στρες του επαγγέλματος, η έλλειψη προσωπικού, η οικονομική δυσπραγία, η απουσία δυνατότητας προαγωγής, η υποβάθμιση των ικανοτήτων τους και η μη αναγνώριση του έργου τους είναι αρνητικοί και ψυχοφθόροι παράγοντες για το επάγγελμά τους. Οι Patterson et al, (2009), βρήκαν ότι οι διασώστες είναι κυρίως ανικανοποίητοι από την εργασία τους και πρόθυμοι να αποχωρήσουν από το επάγγελμα τους.

Σε μελέτη των Boudreaux et al, (1997), διαπιστώθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό εργαζόμενων στο Ε.Κ.Α.Β. βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση και ψυχολογική νοσηρότητα.

Σημειώνεται ότι τα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και η προσωπικότητα των εργαζόμενων στο Ε.Κ.Α.Β. σε συνδυασμό με τα κοινωνικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος, διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην εκδήλωση του εργασιακού άγχους, της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάθλιψης (Boyle et al, 2007, Gale et al, 2006).

Σε μελέτη που διενεργήθηκε στη Σουηδία από τους Jonsson et al, (2003), με δείγμα 223 εργαζόμενους σε ασθενοφόρα, το 61,6% του δείγματος, ανέφεραν ότι είχαν εμπειρία τραυματικών γεγονότων κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Πάνω από το 15% των εργαζομένων, που βίωσαν ένα τραυματικό γεγονός στην υπηρεσία ασθενοφόρων, ανέφεραν συμπτώματα μετατραυματικού στρες και ψυχολογικής κατάρρευσης. Οι παράγοντες που σχετίζονταν με τα συμπτώματα αυτά, ήταν η

εργασιακή προϋπηρεσία, η ηλικία, η σωματική και η ψυχολογική εργασιακή επιβάρυνση.

Οι Σταύρου και Αναγνωστόπουλος (2005), χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο SF-36 σε εργαζόμενους στο ΕΚΑΒ στην επαρχία και διαπίστωσαν ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής, καθώς και την εργασιακή απόδοση του εργαζόμενου. Επιπλέον, η αποπροσωποποίηση επηρεάζει τη συμπεριφορά των πληρωμάτων προς τους ασθενείς όπως επίσης και την επικοινωνία με τον ιατρό υποδοχής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να αυξάνεται η νευρικότητα μεταξύ τους. Η συνύπαρξη των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης στους διασώστες συνεπάγεται μειωμένη ικανοποίηση για τους διακομιζόμενους ασθενείς.

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση», δηλαδή τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «συναισθηματική εξάντληση» και έτσι βίωναν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και κατ' επέκταση μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, η μοναδική μεταβλητή που σχετιζόταν με τη βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση» ήταν το φύλο. Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «αποπροσωποποίηση» σε σχέση με τους άνδρες. Έτσι, οι γυναίκες βίωναν μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση και κατ' επέκταση μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, βρήκαμε ότι η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με μείωση της συνολικής βαθμολογίας αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, δηλαδή τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν μικρότερη συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην επαγγελματική εξουθένωση. Στην ουσία, τα συμπτώματα της εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας, στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στη ζωή του (Μαλλιάρου 2010). Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας υγείας από τον εαυτό του, τους

αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με συναδέλφους, τους προϊσταμένους και τη δουλειά του γενικότερα, συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών από αυτών. Διαφορετικά, ο επαγγελματίας της υγείας γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε απογοητεύσεις, καθώς η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται στις υψηλές και μη ρεαλιστικές προσδοκίες του. Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες, όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης (Μαλλιαρού, 2010).

Τέλος, οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο, αναφέρονται σε ενέργειες, την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση του νοσοκομείου ή οι μονάδες υγείας και αφορούν στα εξής:

- Δημιουργία ειδικών ομάδων, με στόχο την εκπαίδευση των επαγγελματιών στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων με ψυχολογικές και σωματικές εκφάνσεις, τη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ασθενή και την κατανόηση της σημασίας της συμπάθειας προς τους ασθενείς.
- Οργάνωση σεμιναρίων-ημερίδων και παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης-επιμόρφωσης, ειδικά σε θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού στρες.
- Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο για τους επαγγελματίες, όσο και για τους συγγενείς τους.
- Προώθηση των μεθόδων υποκίνησης των εργαζομένων.
- Παροχή δυνατοτήτων πολυμορφίας στο εργασιακό περιβάλλον.
- Περιοδική διενέργεια μελετών-εργασιών για το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων της μονάδας και τους παράγοντες που την προκαλούν και διατηρούν και προσπάθεια εξάλειψης των στρεσογόνων αυτών παραγόντων.
- Δημιουργία ειδικών τμημάτων και θέσεων εργασίας με εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί) για το συντονισμό και την επίλυση προβλημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Επίταση της προσοχής των φορέων για τα συμπτώματα του συνδρόμου, σε κάθε διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό υπεύθυνο των τμημάτων.
- Καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας, με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους

και αρμοδιότητες.

- Ατομική και ομαδική εποπτεία των εργαζομένων.
- Ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων και της συνεργασίας τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαλή, Ευαγγελία, Λεμονίδου, Χρυσούλα, (2002). Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών.

Βασιλάκη, Ε., Τρίλοβα, Σ. και Μπεζεβέγκης, Η., (2001). Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους, Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα.

Γαλάνης ΠΑ, Σπάρος ΛΔ., (2012). Κλινική και επιδημιολογική έρευνα. Βασικές έννοιες. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Γαλάνης Π. (2017). Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας Αθήνα : Εκδόσεις Κριτική.

Διλιντάς Α. (1992). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης.

Ε.Κ.Α.Β., (2017). <https://www.ekab.gr/> Ανάκτηση, 19/02/2017

Ι. Καρούτσου, Θ. Λαμπρούσης, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, (2007). Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας για τους εργαζόμενους στον τομέα της επείγουσας διακομιδής ασθενών, (Εκτίμηση επικινδυνότητας εργασίας στη λειτουργία του Ε.Κ.Α.Β. Αθήνας), Πανεπιστήμιο Θράκης.

Καδδά, Α. (2005). «Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία». Επιθεώρηση Υγείας, 16, σελ.:23–26.

Κάντας, Α. (1996). «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας», Ψυχολογία, 3, (2), σελ.:71-85.

Κλεφτάρας, Γ., Ψαρρά, Ε., Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2007). Νόημα ζωής: Συγκριτική μελέτη μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ψυχολογία, 14 (3), 311-325.

Κλεφτάρας, Γ. (2000). Γνωστική ιδιαιτερότητα κατάθλιψης και άγχους. Μεθοδολογικά θέματα και ερευνητικά δεδομένα. Ψυχολογία, 7 (1), 46-62.

Κοπανιτσάνου Π., Σουρτζή Π., (2007). Occupational hazards in the hospital. A review of the greek studies. Nursing Department, University of Athens.

Μαλλιαρού, Μ., (2010). Ο διακριτός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο μάνατζμεντ του νοσοκομείου.

Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μάρκου, Π. (2005). «Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων», Επιθεώρηση Υγείας 16, σελ.:21–25.

Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργός –Β.φάση», (2005). «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο.», Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
<http://www.scribd.com/Maslach-Burnout-Inventory>

Μπαλτζή Ε., Χαρή – Παπαιωάννου Φ., Πολυκανδριώτη Μ., Γουρνή Μ., Χαραλάμπους Γ. (2012). Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του γενικού νοσοκομείου Λάρνακας Κύπρου.

Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ. και Νιάκας Δ. (2007). «Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών», Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 24, (1), σελ.:75-84.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου, Γ., (2001). Ποιότητα Ζωής και Ψυχικής Υγείας: Εννοιολογικές προσεγγίσεις, Κλινικές εφαρμογές και Αξιολόγηση.

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

Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Πεδιαδιτάκη Ι., Α. Αλεξίου - Χατζάκη, Φ. Μπαμπάτσικου, Α. Ζησιμόπουλος, Χ. Κουτής και Θ.Κ.Κωνσταντινίδης (2016). ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΔΙΑΣΩΣΤΕΣ ΤΟΥ Ε.Κ.Α.Β. (ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ) ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ.

Προεδρικό Διάταγμα αρ. 62/2007 (ΦΕΚ Α' αρ. 70/22.03.2007).

Σιγλετίδης Λ. (2002). Ιατρική της Εργασίας, Εκδ. UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη σελ. 289-310.

Φράγιου Α.(2013). Οι μυοσκελετικές διαταρχές (ΜΣΔ) στους παρόχους επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας ,Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής.

Υπουργείο Υγείας, Εποπτευόμενοι φορείς,
<http://www.moh.gov.gr/articles/health/c25-epopteyomenoi-foreis/129-foreis>
[Ανάκτηση 30/11/2016](#)

Kandri T, Kalemi G, Moschos N. (2004). The phenomenon of burnout« burnout syndrome », in the medical-nursing staff trauma units of GH Nice. Nursing. 43 (1):116-125.

Koinis A, Saridi M. (2013). Mobbing in the workplace. Effects mobbing in health care systems. Greek Journal of Nursing Science. 6 :(1):38-50.

Sapountzi D, Lemonidou C. (1994). "Nursing in Greece. Developments and Prospects Athens: Academy of Health Professions.

Papaspyrou E, Setzis D, Grosomanidis V, Manikis D, Boutlis D, Ressos C.International EMS.

Papastyliauou, A., Kaila, M., Polychronopoulos, M. (2009). Teachers' burnout, depression, role ambiguity and conflict. Social Psychology Education, 12, 295– 314.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bakker, B. A., Schaufeli, B.W., Demerouti, E., Janssen, P.M.P., van der Hulst, R., Brouwer, J.(2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 247-268.

Barbier D. (2004). The burnout syndrome of the caregiver, *Presse Med*,33 (6), 394-9.

Barlow, D. H., Durand, V. M., Stewart, S. H. (2009). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Toronto: Nelson Education.

Bakker AB, Killmer CH, Siegriest J& Schaufeli.(2000). Effortreward imbalance and burnout among nurses *Journal of Advanced Nursing*. (31):884-891.

Bennett, S., Plint, A., Clifford, T.J. (2004). Burnout, Psychological Morbidity, Job Satisfaction and Stress.

Boumans 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.

Brenninkmeyer, V., Van Yperen, W.N., Buunk, P.B. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.

Brooks BA., Anderson MA. Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual* (2004) Jul-Sep;19(3):269-75.

Burke,R J., Richardsen.A.M., (1996), Stress,burnout and health. In C.L. Cooper (Ed.),*Handbook of stress.Medicine and Helth* (pp. 101-117) Bocaaton FL: CRC Press.

Clever Career (2001). Έρευνα για το εργασιακό άγχος των πληρωμάτων Ασθενοφόρων.

Cox T. (1978), *Stress*. London, Mcmillan.

Cushway, D. (1992). Stress in Clinical Psychology Trainers, *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 169-179.

Cydulka RK, Lyons J, Moy A, Shay K, Hammer J, Mathews J (1989). A follow up report of occupational stress in urban EMT-paramedics.[see comment]. *Ann Emerg Med* 18:1151-1156.

Firth-Cozens J., & Payne R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.

Glass, D.C., & McKnight, J.D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychology and Health*, 11, 23-48.

Hakanen, J.J., Schaufeli, B.W., Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22 (3), 224-241.

Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B. and Gurevich, M., (2012). The critical incident inventory: characteristics of incidents which affect emergency medical technicians and paramedics. *BMC Emergency Medicine*, 12:10.

Hannigan B., Edwards D., Coyle D., Fothergill A., & Burnard P. (2000). Burnout in mental health nurses: findings from the all- Wales stress study. *Journal of psychiatric Mental Health Nursing*, 7 (2):127-34.

Jaracz K., Gorna K., Konieczna J. (2005). Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst*, 50 Suppl 1:216-9.

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

Kash KM., Holland JC., Breitbart W., Berenson S., Dougherty J., (2000). Ouellette-Kobasa S., et al. Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*, (11):1621-33.

Kilfedder CJ., Power KG., Wells TJ. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs*, 34(3):383-96.

Kramlinger, K. (2010). *Κατάθλιψη. Βγείτε από την παγίδα*. Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί.

Leiter, M.P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 357-373.

L.M. Rodgers (1998). A five year study comparing early retirements on medical grounds in ambulance personnel with those in other groups of health service staff. Part 1: Incidences of retirements, *Occup Med* 48, 7–16.

Mahony KL (2001). Management and the creation of occupational stressors in an Australian and a UK ambulance service. *Aust Health Rev*, 24:135-145.

James A. (1988). Perceptions of Stress in British Ambulance Personnel. *Work Stress* 2:319 326.

Maslach, C., & Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.

Maslach C., Schaufeli, Leiter. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*,52:397-422

Maslach, C. (1982) *Burnout: the cost of caring*, New Jersey: Prentice Hall Inc.

Mehr, Senteney, Creadie. *Daydreams* (1995). Stress and burnout in women mental health workers: A preliminary clinical report. *Imagination, Cognition and Personality*,14:105-115.

Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., et al. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980–1982. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959–967.

Nolen L., *Depression in Healthcare*, (2015). <http://physical-therapy.advanceweb.com/Features/Articles/Depression-in-Healthcare.aspx>. *Ανάκτηση* [29/11/2016](http://physical-therapy.advanceweb.com/Features/Articles/Depression-in-Healthcare.aspx).

Pines, A.M., Aronson, E., Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to Personal Growth*, Free Press, New York.

Pines, A.M. (1996). *Couple burnout*. New York: Routledge.

Pompili M., Rinaldi G., Lester D., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs.* 20 (3):135-43.

Reuben D. (1985). Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Arch Intern Med.* (145):286-288.

Sutherland, V. J., & Cooper, C. L. (2003). *De-stressing doctors: A self-management guide.* Butterworth-Heinemann: London systems: Greece. *Resuscitation.* (2004);63(3):255-9. Review.

Sveinsdóttir H. (2006). Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Eiríksgötu, Reykjavík, Iceland. Scand J Caring Sci.* Jun;20(2):229-37.

Vachon MLS (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved.* New York, Hemisphere Publications.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

E.K.A.B., (2017). <https://www.ekab.gr/> Ανάκτηση, 19/02/2017.

Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργός –Β.φάση», (2005). «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. *Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο.*», Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. <http://www.scribd.com/Maslach-Burnout-Inventory>

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΔΙΑΣΩΣΤΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ <http://www.iatrikiergasias.gr/upload/file/hygErg7-3h.pdf> Ανάκτηση 20/02/17

Υπουργείο Υγείας, Εποπτευόμενοι φορείς,
<http://www.moh.gov.gr/articles/health/c25-epopteyomenoi-foreis/129-foreis>
Ανάκτηση 30/11/2016.

CAMH (Centre for Addiction and Mental Health), (2003).
https://www.camh.ca/en/hospital/health_information/Documents/greek_about_mental_health.pdf Ανάκτηση, 10/01/17.

Nolen L., Depression in Healthcare, (2015). <http://physical-therapy.advanceweb.com/Features/Articles/Depression-in-Healthcare.aspx>. Ανάκτηση 29/11/16.

Nolen L., Depression in Healthcare, (2015). <http://physical-therapy.advanceweb.com/Features/Articles/Depression-in-Healthcare.aspx>. Ανάκτηση 29/11/2016.

PUBMED, Burnout Symptom, 2013.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072470/> Ανάκτηση 30/11/2016.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ MASLAK

Αξιολόγηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Αναφέρετε τη συχνότητα που αισθάνεστε κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις. Επιλέξε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.	Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα
1. Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος/η από την δουλειά μου	0	1	2	3	4	5
2. Νιώθω άδειος/α σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από την δουλειά.	0	1	2	3	4	5
3. Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά	0	1	2	3	4	5
4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς αισθάνονται οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5
5. Αισθάνομαι ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σαν να ήταν αντικείμενα.	0	1	2	3	4	5
6. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα	0	1	2	3	4	5
7. Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.	0	1	2	3	4	5
8. Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5
9. Αισθάνομαι ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από την δουλειά μου	0	1	2	3	4	5
10. Αισθάνομαι λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	0	1	2	3	4	5
11. Ανησυχώ ότι αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.	0	1	2	3	4	5
12. Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	0	1	2	3	4	5
13. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5
14. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5
15. Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το τι συμβαίνει σε ορισμένους από τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5
16. Μου δημιουργεί άγχος το να εργάζομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4	5
17. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.	0	1	2	3	4	5
18. Στο τέλος της μέρας, νιώθω αναζωογονημένος που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5
19. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτήν τη δουλειά	0	1	2	3	4	5
20. Νιώθω σαν να είμαι στο τέλος/δεν αντέχω άλλο	0	1	2	3	4	5
21. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5
22. Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	0	1	2	3	4	5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. ΑΔΕΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ MASLACH

For use by Ioannis Bousiou only. Received from Mind Garden, Inc. on September 29, 2016



www.mindgarden.com

To whom it may concern,

This letter is to grant permission for the above named person to use the following copyright material for his/her thesis or dissertation research:

Instrument: **Maslach Burnout Inventory, Forms: General Survey, Human Services Survey & Educators Survey**

Copyrights:

MBI-General Survey (MBI-GS): Copyright ©1996 Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

MBI-General Survey - Students (MBI-GS (S)): Copyright ©1996, 2016 Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

MBI-Human Services Survey (MBI-HSS): Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

MBI-Educators Survey (MBI-ES): Copyright ©1986 Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

Three sample items from a single form of this instrument may be reproduced for inclusion in a proposal, thesis, or dissertation.

The entire instrument may not be included or reproduced at any time in any published material.

Sincerely,

Robert Most
Mind Garden, Inc.,
www.mindgarden.com

MBI-General Survey: Copyright ©1996, 2016 Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson.
MBI-Human Services Survey: Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson.
MBI-Educators Survey: Copyright ©1986 Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab.
All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΤΟΥ BECK

1.
 - 0 Δεν αισθάνομαι λύπη/μελαγχολία.
 - 1 Αισθάνομαι λύπη/μελαγχολία.
 - 2 Αισθάνομαι λύπη/μελαγχολία συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό το συναίσθημα.
 - 3 Αισθάνομαι τέτοια λύπη/μελαγχολία που δεν το αντέχω.

2.
 - 0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερη απαισιοδοξία για το μέλλον.
 - 1 Αισθάνομαι απαισιοδοξία για το μέλλον.
 - 2 Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει κάτι να περιμένω με ανυπομονησία.
 - 3 Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει ελπίδα στο μέλλον και ότι οι καταστάσεις δεν μπορούν να βελτιωθούν.

3.
 - 0 Δεν αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει.
 - 1 Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τον μέσο άνθρωπο.
 - 2 Όταν σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα, το μόνο που μπορώ να διακρίνω είναι πολλές αποτυχίες.
 - 3 Ως άτομο αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει πλήρως.

4.
 - 0 Αποκομίζω την ίδια ικανοποίηση από τις καταστάσεις που βιώνω όπως και παλιότερα.
 - 1 Δεν απολαμβάνω τις καταστάσεις που βιώνω όπως παλιότερα.
 - 2 Δεν αποκομίζω πραγματική ικανοποίηση από τίποτα πλέον.
 - 3 Αισθάνομαι δυσαρέσκεια ή βαρεμάρα για όλες τις καταστάσεις.

5.
 - 0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερες ενοχές.
 - 1 Αισθάνομαι ενοχές σε αρκετές περιπτώσεις.
 - 2 Αισθάνομαι αρκετές ενοχές την περισσότερη ώρα.
 - 3 Αισθάνομαι συνεχώς ενοχές.

6.
 - 0 Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
 - 1 Αισθάνομαι ότι ίσως τιμωρηθώ στο μέλλον.
 - 2 Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.
 - 3 Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι

- 7.
- 0 Δεν αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου.
 - 1 Αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου.
 - 2 Αηδιάζω με τον εαυτό μου.
 - 3 Μισώ τον εαυτό μου.
- 8.
- 0 Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερα από τους άλλους.
 - 1 Επικρίνω τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.
 - 2 Κατηγορώ τον εαυτό μου συνεχώς για τα σφάλματά μου.
 - 3 Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.
- 9.
- 0 Δεν έχω τάσεις αυτοκτονίας.
 - 1 Έχω τάσεις αυτοκτονίας αλλά ποτέ δεν θα τις έκανα πραγματικότητα.
 - 2 Θα ήθελα να αυτοκτονήσω.
 - 3 Θα αυτοκτονούσα αν είχα την ευκαιρία.
- 10.
- 0 Δεν κλαίω περισσότερο από τα συνηθισμένα.
 - 1 Κλαίω περισσότερο τώρα από ότι στο παρελθόν.
 - 2 Κλαίω συνεχώς τώρα.
 - 3 Παλιότερα μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα δεν μπορώ, παρόλο που θέλω.
- 11.
- 0 Δεν εκνευρίζομαι περισσότερο από τις καταστάσεις σε σχέση με το παρελθόν.
 - 1 Εκνευρίζομαι λίγο περισσότερο τώρα από ότι συνήθως.
 - 2 Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι την περισσότερη ώρα.
 - 3 Αισθάνομαι εκνευρισμό συνεχώς.
- 12.
- 0 Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους.
 - 1 Ενδιαφέρομαι λιγότερο για τους άλλους από ότι παλιότερα.
 - 2 Έχω χάσει το περισσότερο από το ενδιαφέρον μου για τους άλλους.
 - 3 Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους.
- 13.
- 0 Παίρνω αποφάσεις σχεδόν το ίδιο καλά όσο και παλιότερα.
 - 1 Αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων περισσότερο από ότι παλιότερα.
 - 2 Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων από ότι παλιότερα.
 - 3 Δεν μπορώ να πάρω καμία απόφαση πλέον.
- 14.

- 0 Δεν αισθάνομαι ότι η εμφάνισή μου έχει χειροτερέψει σε σχέση με το παρελθόν.
- 1 Ανησυχώ ότι δείχνω γερασμένος/η ή μη ελκυστικός/ή.
- 2 Αισθάνομαι ότι υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνισή μου που με κάνουν να δείχνω μη ελκυστικός/ή.

Πιστεύω ότι δείχνω άσχημος/η.

15.

- 0 Μπορώ να εργαστώ σχεδόν τόσο καλά όσο και παλιότερα.
- 1 Χρειάζεται να καταβάλλω επιπλέον προσπάθεια για να αρχίσω να κάνω κάτι.
- 2 Πρέπει να πιέσω τον εαυτό μου πάρα πολύ για να κάνω οτιδήποτε.
- 3 Δεν μπορώ να εργαστώ καθόλου.

16.

- 0 Μπορώ να κοιμηθώ τόσο καλά όσο συνήθως.
- 1 Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο παλιότερα.
- 2 Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα από ότι συνήθως και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
- 3 Ξυπνάω αρκετές ώρες νωρίτερα από ότι συνήθως και δεν μπορώ να κοιμηθώ.

17.

- 0 Δεν κουράζομαι περισσότερο από ότι συνήθως.
- 1 Κουράζομαι ευκολότερα από ότι παλιότερα.
- 2 Κουράζομαι σχεδόν από την οποιαδήποτε δραστηριότητα.
- 3 Αισθάνομαι υπερβολικά κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε.

18.

- 0 Η όρεξή μου για φαγητό δεν είναι χειρότερη από ότι συνήθως.
- 1 Η όρεξή μου για φαγητό δεν είναι τόσο καλή όσο παλιότερα.
- 2 Η όρεξή μου για φαγητό είναι πολύ χειρότερη τώρα.
- 3 Δεν έχω πλέον καθόλου όρεξη για φαγητό.

19.

- 0 Έχω χάσει από καθόλου ως ελάχιστο βάρος τον τελευταίο καιρό.
- 1 Έχω χάσει περισσότερα από 3 κιλά.
- 2 Έχω χάσει περισσότερα από 5 κιλά.
- 3 Έχω χάσει περισσότερα από 8 κιλά.

20.

- 0 Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο συνήθως.
- 1 Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα όπως πόνους, δυσπεψία ή δυσκοιλιότητα.
- 2 Ανησυχώ πολύ για σωματικά προβλήματα και μου είναι δύσκολο να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.
- 3 Ανησυχώ τόσο για τα σωματικά μου προβλήματα που δεν μπορώ να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.

21.

- 0 Δεν έχω παρατηρήσει κάποια πρόσφατη αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
- 1 Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ από ότι παλιότερα.
- 2 Δεν έχω σχεδόν κανένα ενδιαφέρον για το σεξ.
- 3 Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ. ΆΔΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ & ΟΙΚ. ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Αθήνα, 02. Φεβρουαρίου 2017
Αρ. Πρωτ.: ΣΙΡΟ

Πληροφορίες : ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΤΣΙΟΛΑΚΑΚΗ
Τηλέφωνο : 2132143136
E-mail : s.tsiolakaki@ekab.gr

ΠΡΟΣ : κο Ι. Μπουσίου, ✓
Διασώστη Πλήρωμα Ασθενοφόρου
Μακεδονίας 37, Αγία Σοφία Πειραιάς.
- Δ/ση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

ΘΕΜΑ : «Έγκριση διεξαγωγής έρευνας»

ΣΧΕΤ. : Αίτησή σας με αρ. πρωτ. ΕΚΑΒ 43573/23-11-16.
Υπ. αριθμ. 1/23-01-2017 (θέμα 3) απόφαση Ε.Σ. ΕΚΑΒ
Υπ. αριθμ. 3/30-01-2017 (θέμα 226) απόφαση Δ.Σ. ΕΚΑΒ

Σε απάντηση της αίτησής σας και μετά τις ανωτέρω σχετικές αποφάσεις του Ε.Σ και Δ.Σ του ΕΚΑΒ, σας γνωρίζουμε ότι το ΕΚΑΒ εγκρίνει τη διεξαγωγή έρευνας από τον κύριο Μπουσίου Ιωάννη κατά τη διάρκεια του έτους 2017 με τις εξής προϋποθέσεις :

- 1) Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί με ερωτηματολόγιο το οποίο θα διανεμηθεί σε διασώστες – πληρώματα ασθενοφόρου που εργάζονται στην Κ.Υ του ΕΚΑΒ.
- 2) Οι εργαζόμενοι του ΕΚΑΒ να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια ανώνυμα και εφόσον το επιθυμούν.
- 3) Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας να κατατεθεί αντίτυπο της ερευνητικής εργασίας στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΕΚΑΒ.

Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

Η έρευνα έχει θέμα «Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Κατάθλιψη σε εργαζόμενους του ΕΚΑΒ».



Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ Δ/ΝΣΗΣ ΔΙΟΙΚ. &
ΟΙΚΟΝ. ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ANNA ΡΟΥΣΣΟΥ

Εσωτερική Διανομή: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ