



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης  
στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της  
Χειρ/κής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας,  
της Καρδιολογικής Μονάδας και της Μονάδας  
Τεχνητού Νεφρού Δημοσίου Νοσοκομείου**

Μακρυκώστα Μαρία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Μαριάννα Χαραλάμους

Ιούνιος, 2018



## **ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

**Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο ιατρονοσηλευτικό  
προσωπικό της Χειρουργικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, της  
Καρδιολογικής Μονάδας και της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού  
Δημοσίου Νοσοκομείου**

**Σπουδάστρια:**  
Μακρυκώστα Μαρία

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:**  
Χαραλάμπους Μαριάννα

**Ιούνιος 2018**



*Ευχαριστίες*

Ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Χαραλάμπους Μαριάννα πρώτα για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια και κατανόηση της. Η καθοδήγηση της υπήρξε όχι μόνο πολύτιμη, αλλά και ουσιαστική σε όλες τις φάσεις εκπόνησης αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω το Επιστημονικό Συμβούλιο και την Διοίκηση του Νοσοκομείου «Ασκληπιείο» Βούλας που εισηγήθηκε θετικά για την έγκριση διανομής των ερωτηματολογίων στους επαγγελματίες υγείας, στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα από το Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» στην Αθήνα.

Ένα ιδιαίτερα μεγάλο ευχαριστώ, στην οικογένεια μου για την πολύτιμη στήριξη τους, ηθικά και συναισθηματικά, κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εν λόγω εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, το οποίο εμφανίζεται μετά από επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων του εργασιακού χώρου. Αναπτύσσεται κυρίως σε όσους εργάζονται σε επαγγελματική σχέση φροντίδας με άλλα άτομα και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Τα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτό του ενθουσιασμού, της αμφιβολίας και της αδράνειας, της απογοήτευσης και ματαίωσης και τέλος της απάθειας. Συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σύμφωνα με την προσέγγιση της Maslach, είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη (Bakeretal,2000).

Στο γενικό μέρος της παρούσας ερευνητικής εργασίας, γίνεται αναφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, στα στάδια της, στις φάσεις, στα συμπτώματα και στην αντιμετώπιση του συνδρόμου αυτού. Στο ειδικό μέρος ερευνάται το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές και ιατρούς στη Χειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, στη Καρδιολογική Μονάδα και στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του νοσοκομείου Αττικής «Ασκληπιείο Βούλας».

**Σκοπός:** Βασικός σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές) και πως αυτό επηρεάζει την ψυχική και σωματική τους υγεία, καθώς επίσης και τις επιπτώσεις του στις εργασιακές, οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις.

Επιμέρους διακριτοί στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η εκτίμηση του μεγέθους της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους των τριών μονάδων: Χειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Καρδιολογική Μονάδα και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού .
2. Η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου.
3. Η σύγκριση του εργασιακού στρες στις ομάδες προσωπικού.
4. Η σχέση μεταξύ εργασιακής εξουθένωσης και ικανότητας διαχείρισης.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (43%) που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή δήλωσε πως τη συγκεκριμένη περίοδο, νιώθουν επαγγελματική εξουθένωση. Οι γυναίκες, όπως φάνηκε από την έρευνα, εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματική εξουθένωση. Η έρευνα έδειξε ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας (σε έτη) των ερωτηθέντων, δεν σχετίζονται θετικά με την εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωση, καθώς επίσης σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήξαμε και για το φύλλο. Επίσης, ο τομέας εργασίας, οι εργασιακοί παράγοντες και το επάγγελμα εμφανίζονται να μην συσχετίζονται με την εκδήλωση αυτού του φαινομένου.

**Λέξεις κλειδιά:** Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, εργασιακή κόπωση.

## Summary

The burnout syndrome is a physical and mental exhaustion, which appears after repeated failures in dealing with stressful situations in the workplace. It develops mainly to people whose profession interferes with caring relationships with other people and depends on many factors. The stages of the burnout syndrome are excitement, doubt and inaction, disappointment and frustration and finally apathy. Components of the burnout syndrome, according to Maslach approach, are emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment.

The general part of this study refers to stages, phases, symptoms and treatment of the burnout syndrome. The special part studies the phenomenon of the burnout syndrome in nurses, doctors and social workers who work at the Hospital of «Asclepieio Voulas».

**Aim:** The main purpose of this study is to investigate the burnout syndrome among health professionals (doctors, social workers) and how this affects their mental health, work and family relationships.

Individual distinct targets of this study are:

1. To estimate the percent of the burnout syndrome among employees of both institutions.
2. To study the possible factors contributing to the appearance of the phenomenon.
3. A comparison of work-related stress among staff groups.
4. The relationship between burnout syndrome and management capability.

**Results:** The majority of health professionals (43%) who participated in this research stated that during this period, they are experiencing are showing higher rates in burnout . Women, as shown by research, show higher rates of burnout. The survey showed that the years of service of the respondents were not positively related to the burnout, and we also came up with similar results between with genders of professionals. Also, the workplace, labor factors and the profession appear to be unrelated to the manifestation of this phenomenon.

**Tags:** Burnout syndrome, health professionals, work fatigue.



## Περιεχόμενα

<b>ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ.....</b>	<b>.....</b>
Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Χειρουργικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, της Καρδιολογικής Μονάδας και της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού Δημοσίου Νοσοκομείου.....	.....
<b>Σπουδάστρια:.....</b>	<b>.....</b>
Μακρυκώστα Μαρία.....	.....
<b>Επιβλέπουσα καθηγήτρια:.....</b>	<b>.....</b>
Χαραλάμπους Μαριάννα.....	.....
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>.....2</b>
<b>Summary.....</b>	<b>.....4</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>.....8</b>
1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Σκοπός και στόχοι.....	9
1.3 Ιστορική αναδρομή του όρου.....	10
1.4 Απόψεις θεωρητικών.....	12
1.4.1 Ατομικές προσεγγίσεις.....	12
1.4.2 Διαπροσωπικές προσεγγίσεις.....	14
1.4.3 Κοινωνικές προσεγγίσεις.....	15
1.4.4 Οργανωτικές προσεγγίσεις.....	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....</b>	<b>.....18</b>
2.1. Ορισμός και στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης.....	18
2.2. Ενδείξεις και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	22
2.3. Επιπτώσεις και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	23
2.4. Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης.....	24
2.5. Μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. .25	25

2.5.2. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο.....	26
2.6. Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης.....	27
2.7. Ανασκόπηση ερευνών.....	29
2.7.1. Ανασκόπηση στο εξωτερικό.....	30
2.7.2. Ανασκόπηση στον Ελλαδικό χώρο.....	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>38</b>
3.1 Σκοπός της έρευνας.....	38
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	38
3.3 Πληθυσμός μελέτης – τόπος διεξαγωγής – χρόνος διεξαγωγής.....	38
3.4 Μεθοδολογικά εργαλεία.....	39
3.5 Συλλογή δεδομένων.....	40
3.6 Δεοντολογικά ζητήματα.....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>41</b>
Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού.....	41

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1 Εισαγωγή

Ο επαγγελματικός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων εργαζομένων, αφού εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησης του από την εργασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Bakeretal,2000).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι, η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των εργαζομένων σε ένα νοσοκομείο, συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας. Υπάρχουν όμως διάφοροι παράγοντες όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί, οι οποίοι καταπονούν τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να διαφαίνονται συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Bakeretal,2000,).

Η περίπτωση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αφού τα νοσοκομεία, που κυρίως αποτελούν το χώρο εργασίας των περισσότερων, κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση εργασίας. Σύμφωνα με την ψυχολογία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυσφορίας και ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής. (Bakeretal,2000).

Ο μοναδικός τρόπος για την αποφυγή και τη μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση του συνδρόμου, πριν η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια, επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου (Bakeretal, 2000, Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι κυρίαρχη στην παρούσα εργασία, εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ψυχολόγους, τους κοινωνιολόγους αλλά και τους

ειδικούς του μάνατζμεντ καθώς έχουν αναγνωρίσει τις σημαντικές της επιπτώσεις στο άτομο, στον οργανισμό και γενικότερα στην οικονομία και την παραγωγή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Χειρουργικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, της Καρδιολογικής Μονάδας και της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού Δημοσίου Νοσοκομείου.

Το θέμα που πρόκειται να μελετηθεί είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς από πλήθος ερευνών, όπως θα αποδειχθεί, που έχουν διενεργηθεί έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο συχνό σε κάποια επαγγέλματα των οποίων οι εργαζόμενοι ασκούν κοινωνικό λειτούργημα όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές (Jimmiesson,2000). Για το λόγο αυτό το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο ενώ η χρήση του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών όπως για παράδειγμα στους ιατρούς και νοσηλευτές.

Ακόμα το στρες που οφείλεται στην εργασία, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας και φαίνεται να επηρεάζει ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, περίπου το 28% των εργαζομένων (World Health Organization,2001). Από τις 5.5000 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν τους επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 34% ( Firth.cozensand Payne,1999).

Τα προβλήματα που χρειάστηκε να αντιμετωπίσουμε ήταν ότι δεδομένου του περιορισμένου χρόνου και του φόρτου εργασίας, να συμμετάσχουν στην έρευνα όλοι οι ιατροί και νοσηλευτές, κάτι πολύ σημαντικό, γιατί το δείγμα δεν ήταν πολύ μεγάλο.

## **1.2 Σκοπός και στόχοι**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές) στο Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» και πως αυτό επηρεάζει την ψυχική τους υγεία, τις επαγγελματικές και οικογενειακές τους σχέσεις.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

1. Συγκριτική μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Χειρουργικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, της Καρδιολογικής Μονάδας και της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού
2. Αιτιολογικοί παράγοντες συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης
3. Η εκτίμηση του μεγέθους της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους του ιδρύματος.
4. Συμπτωματολογία Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.
5. Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης με ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
6. Μέτρα πρόληψης-ρυθμιστικοί παράγοντες συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης .

### 1.3 Ιστορική αναδρομή του όρου

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες που ασχολούνται με τη δομή της σημερινής κοινωνίας, όπως επίσης και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης και έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις που επιφέρει στο άτομο, στην οικονομία και γενικότερα στην παραγωγή.

Ήδη από τα μισά του προηγούμενου αιώνα, το θέμα είχε απασχολήσει τους ειδικούς λόγω της υψηλής νοσηρότητας διαφόρων παθήσεων σε επαγγελματίες υγείας και κυρίως φροντιστές ασθενών που βρίσκονταν στα τελικά στάδια της νόσου. Στα πλαίσια μάλιστα αυτής της ανησυχίας, το 1960 δημιουργήθηκαν στην Αμερική τα πρώτα προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού, που εργαζόταν στους οίκους ασθενών Medicare. Σε αυτούς τους οίκους νοσηλεύονταν ασθενείς τελικού σταδίου, όπως καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς κτλ. Τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων έδειξαν σημαντική βελτίωση στην κατάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (Spillettes,1997).

Η ετυμολογία του συνδρόμου (Burnout) στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Bakeretal, 2000, Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώς, 2005, Amoldetal, 1995). Ενώ η πρώτη αναφορά του όρου burnout στην επιστημονική βιβλιογραφία έγινε από τον Bradley το 1969, η πρώτη εκτεταμένη μελέτη του

φαινομένου έγινε από τον Freudenberger, που στο σύγγραμμα του "Staff burnout"(1974), περιέγραψε τα συμπτώματα υπερκόπωσης που παρατήρησε όχι μόνο τον εαυτό του, αλλά και σε εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ένα κέντρο υποστήριξης νέων με προβλήματα εθισμού. Ο Freudenberger μελέτησε τη σταδιακή συναισθηματική εξάντληση των δυνάμεων τους, την απώλεια του ενδιαφέροντος, την απογοήτευση, την αποχώρηση από την εργασία, καθώς και την ποικιλία πνευματικών και σωματικών συμπτωμάτων που παρουσίαζαν αρκετοί από τους εθελοντές (Freudenberger,1974).

Μια από τις σημαντικότερες ερευνήτριες στον τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης, η Maslach, ξεκινά την ίδια περίοδο (1976), την έρευνα της για το φαινόμενο. Η Maslach ασχολήθηκε με τους αμυντικούς μηχανισμούς που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι, οι οποίοι βρίσκονται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών, όπως η αποστασιοποίηση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος για το υποκείμενο, και κατέληξε ότι μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων παρουσίαζαν συναισθηματική εξάντληση ή αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους.

Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές, διατύπωσε έναν από τους πιο διαδεδομένους και ακριβείς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης. Την περιγράφει ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στην οποία ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους, αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του (Maslach,1982). Σε νεότερη εργασία της, πιστεύει ότι το σύνδρομο είναι ένας δείκτης φθοράς των αξιών, της αξιοπρέπειας, του πνεύματος και της θέλησης του εργαζόμενου (Maslach, 1997). Πρόκειται για ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά ή όπως το περιγράφει η Maslach « ένα σπирάλ από το οποίο είναι δύσκολο κανείς να ξεφύγει». Αποτελεί συναισθηματική αντίδραση, αλλά και μηχανισμό άμυνας, έναντι στο χρόνιο και παρατεταμένο στρες που προκαλεί η αλληλεπίδραση του επαγγελματία με τον ασθενή – υποκείμενο που χρήζει βοήθειας.

Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο σημαντικής έρευνας, αρχικά στους επαγγελματίες που προσέφεραν υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, γιατί θεωρήθηκαν ως οι πλέον επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach & Pines,1997). Στη συνέχεια, οι έρευνες επεκτάθηκαν και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους, επειδή το πρόβλημα απασχολούσε όχι μόνο επαγγελματίες υγείας, αλλά και εκπαιδευτικούς

(Fong,1993), αστυνομικούς (Burke, Deszca,1986) νομικούς, υπαλλήλους φυλακών κ.α. Οι μελέτες αυτές στηρίχθηκαν σε προσωπικές εμπειρίες των συγγραφέων (Freudenberger,1974) ή σε αναφορές βασισμένες σε προγράμματα που μελετούσαν περιστατικά (Case-studies) (Maslach & pines,1997, pines & Maslach,1978).

Το 1986 η σημαντικότερη ίσως ερευνήτρια Kristine Maslach δημιουργεί την κλίμακα Maslach Burnout Inventory (MBI), η οποία χρησιμοποιείται έως σήμερα στις περισσότερες μελέτες. Με την κλίμακα αυτή μπαίνει στην φαρέτρα των επιστημόνων ένα σημαντικό όπλο για την όσο το δυνατό καλύτερη και αντικειμενικότερη καταγραφή του "burnout syndrome" (Schraubetal,2004).

## **1.4 Απόψεις θεωρητικών**

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

Πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις επιχειρούν να ερμηνεύσουν την παθογένεση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, εξετάζοντας αυτό από διάφορες οπτικές γωνίες, με κέντρο το άτομο, τις διαπροσωπικές του σχέσεις ή με έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και τις οργανωτικές δομές.

### **1.4.1 Ατομικές προσεγγίσεις**

Οι ατομικές προσεγγίσεις αναζητούν τις αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χαρακτήρα και τις προσδοκίες του ατόμου.

Ο Freudenberger (1977) χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία φθοράς, εξάντλησης και αποτυχίας, που οφείλεται σε υπερβολικές απαιτήσεις ενέργειας, δυνάμεων και ψυχικών αποθεμάτων. Θεωρεί, ότι η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζεται σε άτομα με μη ρεαλιστικούς στόχους και πολύ μεγάλες προσδοκίες, «ασθένεια της υπερβολικής αφοσίωσης-φιλοδοξίας» (disease of over commitment).

Αργότερα, οι Pines & Aronson (1988) όρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σωματική, συναισθηματική και ψυχική εξάντληση, η οποία προκαλείται από την επαφή για μεγάλο χρονικό διάστημα, με καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή. Υποστήριξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση πηγάζει, όταν το άτομο απόϊδανικοποιεί και αδυνατεί να δώσει νόημα στην εργασία του. Εξαρτάται δηλαδή από την ικανότητα ή την αδυναμία του ατόμου, να αντλήσει ικανοποίηση και νόημα από τις επαγγελματικές εμπειρίες του (Pines,1993).

Η Garden (1991) μελέτησε την επαγγελματική εξουθένωση με βάση τον τύπο προσωπικότητας του ατόμου.

Τον διαχωρίζει σε «συναισθηματικό» με κύριο χαρακτηριστικό το ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους, και σε «διανοητικό» με έντονο τον προσανατολισμό προς την επίτευξη των στόχων του. Κατέληξε ότι, η πορεία της επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από τη μεταστροφή, όπου το κυρίαρχο χαρακτηριστικό κάθε τύπου ατόμου ελαττώνεται (το ενδιαφέρον στον συναισθηματικό και η φιλοδοξία στον διανοητικό) και ακολουθεί η επιπέδωση και η σύγκλιση των δύο τύπων προσωπικότητας.

Τέλος, η θεωρία της διατήρησης του δυναμικού (Conservation of Resources,COR) υποστηρίζει ότι, η επαγγελματική εξουθένωση γεννιέται, όταν ένα δίκτυο αποθεμάτων που είναι σημαντικό για το άτομο (υλικά αντικείμενα και οικονομικές αποδοχές, κοινωνική αναγνώριση, αυτοεκτίμηση), υπολείπεται των προσδοκιών του ατόμου ή χάνεται χωρίς να μπορεί να αναπληρωθεί (Hobfoll, 1993).



## 1.4.2 Διαπροσωπικές προσεγγίσεις

Αυτή η προσέγγιση μελετά κατά κύριο λόγο, την επίδραση των σχέσεων στον εργασιακό χώρο, για την ανάπτυξη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο Meier (1983) αποδίδει την επαγγελματική εξουθένωση σε μακροχρόνια αρνητικά βιώματα στο εργασιακό περιβάλλον, που έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία χαμηλών προσδοκιών στο άτομο.

Η Maslach (1993) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση, έχει πηγή τον χαρακτήρα των διαπροσωπικών εργασιακών σχέσεων, και τον τρόπο που αντιμετωπίζει αυτές το άτομο. Υποστηρίζει, ότι οι χρόνιες συναισθηματικές απαιτήσεις των επαγγελματικών σχέσεων, και η συναισθηματική εξάντληση που αυτές συνεπάγονται, έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη διάφορων τεχνικών προστασίας-μηχανισμούς άμυνας από την πλευρά του επαγγελματία. Ο μηχανισμός άμυνας που αναπτύσσει είναι η αποστασιοποίηση, δηλαδή η ψυχολογική απόσυρση, και η αντιμετώπιση των άλλων ως αντικείμενα-περιστατικά και όχι ως άτομα. Με τη σειρά της η αμυντική αυτή συμπεριφορά, οδηγεί στην απώλεια του ενδιαφέροντος για τον ασθενή, στην αποπροσωποποίηση και στην αδιαφορία. Η συνειδητοποίηση αυτής της αλλαγής συμπεριφοράς, γεννά αισθήματα ανεπάρκειας και αμφιβολίας (Maslach, 1982).

Οι Buunk & Schaufeli (1993) θεωρούν ότι επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται, όταν υπάρχει ανισορροπία στην κοινωνική ανταλλαγή ανάμεσα στο άτομο που παρέχει βοήθεια, «τον δότη βοήθειας (caregiver)» και σε αυτόν που την δέχεται, τον αποδέκτη της βοήθειας αυτής (recipient)». Βασικό στοιχείο της θεωρίας είναι, ότι ενώ ο δότης αναμένει κάποια ανταμοιβή, όπως π.χ. βελτίωση της κατάστασης του ασθενή, οικονομικές απολαβές ή εκδήλωση ευγνωμοσύνης, απογοητεύεται, όχι μόνο γιατί δεν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του, αλλά και από την στάση των ασθενών του, που θεωρούν τη βοήθεια του δεδομένη ή ακόμη και υποχρέωση του. Αυτή η έλλειψη αμοιβαιότητας στο επαγγελματικό «δούναι και λαβείν», οδηγεί τον επαγγελματία σε συναισθηματική εξάντληση, σε αποστασιοποίηση από τα καθήκοντα του, και στη συνέχεια σε μείωση της προσωπικής επίτευξης των στόχων του.

Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση είναι δυνατό να οφείλεται στην έλλειψη αμοιβαιότητας σε οργανωτικό επίπεδο, δηλαδή στην ασυμφωνία μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι εργαζόμενοι για την εργασία τους, και στην

πραγματικότητα όπως αυτοί την αντιμετωπίζουν, σε θέματα, όπως ο φόρτος εργασίας, ή η συναδελφική στήριξη. Αυτή η παραβίαση του συναισθηματικού συμβολαίου κάνει το άτομο να επενδύει όλο και λιγότερα στην εργασία του. Έτσι, το μοντέλο των δύο επιπέδων, βλέπει την επαγγελματική εξουθένωση σαν απόρροια μιας αναποτελεσματικής στρατηγικής που χρησιμοποιεί το άτομο, για να επαναφέρει τη χαμένη ισορροπία στα δύο επίπεδα, μειώνοντας την εμπλοκή και την αφοσίωση του, όχι μόνο απέναντι στους πελάτες αλλά και απέναντι στην επιχείρηση (Schaufeli et al,1996).

Αντίστοιχη είναι και η προσέγγιση των Austillo & Mendinucta (1996) που αναφέρουν, ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανθρώπων, που επιθυμούν να δώσουν τη βοήθεια τους πχ το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί και αυτών που θα λάβουν αυτή τη βοήθεια πχ οι ασθενείς, και το περιβάλλον τους (σπίτι ασθενούς ή νοσοκομειακός χώρος (Πετρομιχελάκη,2006).

### **1.4.3 Κοινωνικές προσεγγίσεις**

Οι κοινωνικές προσεγγίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης εξετάζουν τη σημασία των κοινωνικών δομών στο φαινόμενο αυτό.

Ο Karger (1981) έθεσε αντιμετώπιη στις ατομικές προσεγγίσεις την άποψη, ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα κοινωνικό οργανωτικό πρόβλημα, αποτέλεσμα της «αντικειμενοποίησης», δηλαδή της μετατροπής των κοινωνικών δεξιοτήτων και του επαγγελματία σε εμπορεύσιμο είδος. Θεωρεί επίσης τη μετατροπή αυτή, αλλά και την εμπορευματοποίηση της εργασίας, αφ' ενός μεν ως το κύριο αίτιο της αποπροσωποποίησης και της απομάκρυνσης μεταξύ του επαγγελματία και του πελάτη, αφ' ετέρου δε ως το αίτιο ανάπτυξης άσχημων εργασιακών σχέσεων.

Η Handy (1988) δίνει έμφαση στον ενεργητικό ρόλο των εργαζομένων για τη διαμόρφωση της κοινωνικής πραγματικότητας. Μέσα από μελέτες έδειξε, ότι οι φανερές και οι αφανείς λειτουργίες μια επιχείρησης ή ενός οργανισμού, καθώς και οι επιφανειακές αλλά και βαθύτερες δομές τους, μπορεί να επηρεάζουν σε βάθος τις ενέργειες των εργαζομένων, οδηγώντας τους ακόμη και στην επαγγελματική εξουθένωση.

Η Meyerson (1994) μελέτησε την ερμηνεία που δίνουν οι επαγγελματίες και τα συστήματα για την επαγγελματική εξουθένωση. Αναφέρθηκε σε δύο μοντέλα συστημάτων σκέψης στα νοσοκομεία, το ιατρικό που θεωρεί ότι το μη φυσιολογικό αποτελεί «ασθένεια» και το άτομο αποτελεί την πηγή της «ασθένειας» αυτής, και το ψυχολογικό μοντέλο που θεωρεί, ότι η κατάσταση του ατόμου εξαρτάται από το κοινωνικό περιβάλλον και όχι από προσωπικούς παράγοντες. Συμπερασματικά καταλήγει πως ανάλογα με το μοντέλο σκέψης, η επαγγελματική εξουθένωση, είτε ερμηνεύεται σαν μια παθολογική κατάσταση που πρέπει να ελεγχθεί και να θεραπευτεί στο ιατρικό μοντέλο, είτε σαν ένα φυσιολογικό κοινωνικό φαινόμενο στο ψυχολογικό μοντέλο.

#### 1.4.4 Οργανωτικές προσεγγίσεις

Οι οργανωτικές προσεγγίσεις αναφέρονται στους οργανωτικούς παράγοντες που οδηγούν στη γένεση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και στις επιπτώσεις, που έχει αυτή η οργάνωση (χαμηλή παραγωγικότητα και κακή απόδοση των εργαζομένων).

Ο Cherniss (1980) περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία, στην οποία η επαγγελματική στάση του ατόμου και η συμπεριφορά του γενικότερα, μεταβάλλεται αρνητικά, ως προς την εργασιακή πίεση. Διακρίνεται τόσο από μείωση εμπιστοσύνης, όσο και από μείωση ιδεαλισμού και απόσυρσης από την εργασία. Μέσα από συνεντεύξεις νέων εργαζομένων παρατήρησε, ότι οι πιο πολλοί βίωναν μια σύγκρουση, ανάμεσα στην εργασιακή πραγματικότητα, και στις προσδοκίες και στα ιδανικά τους (reality shock). Λόγω αυτής της απογοήτευσης, εμφάνιζαν στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης με τάσεις αποστασιοποίησης από την εργασία και τους πελάτες τους.

Το μοντέλο του Cherniss εντοπίζει τις πηγές άγχους στο εργασιακό περιβάλλον και στο άτομο. Για το νέο εργαζόμενο, οι αμφιβολίες για την ικανότητα του, η έλλειψη κινήτρου, η ανικανότητα να χειριστεί «δύσκολους» πελάτες, η έλλειψη ενδιαφέροντος και αισθημάτων ικανοποίησης, η γραφειοκρατία και η έλλειψη συναδελφικότητας είναι σημαντικοί παράγοντες ανάπτυξης άγχους. Ενισχυτικά δρουν, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η ρουτίνα, η ανεπαρκής καθοδήγηση και

εποπτεία, η έλλειψη αυτονομίας, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη επαφής με τον πελάτη και η σύγκρουση με τους καθιερωμένους στόχους.

Ο Golembiewski (1981) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει ως έναυσμα τους αγγογόνους παράγοντες μέσα στον εργασιακό χώρο και εξελίσσεται σταδιακά, με σωματικά συμπτώματα, και μείωση της επίδοσης. Αποτέλεσμα είναι να εμφανίζεται επίδραση, όχι μόνο στο άτομο αλλά και στην επιχείρηση. Ο Golembiewski συμφωνεί με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως τις προσδιόρισε η Maslach (1982), αλλά διαφωνεί με τη σειρά εμφάνισης τους. Υποστηρίζει ότι η διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεκινάει με την αποπροσωποποίηση, συνεχίζεται με την απώλεια της αίσθησης προσωπικής επίτευξης, και καταλήγει στην συναισθηματική εξάντληση.

Οι Maslach & Leiter (1997) τέλος, προσπάθησαν να συνδυάσουν την διαπροσωπική προσέγγιση με τα υπόλοιπα θεωρητικά μοντέλα. Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται να είναι, απόρροια της ασυμφωνίας ανάμεσα σε αυτό που είναι το άτομο, και σε αυτό που οφείλει να κάνει, με αποτέλεσμα να διαβρώνονται οι αξίες, η αξιοπρέπεια, το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή.

Παρουσιάζεται επίσης, σαν μια κατάσταση χρόνιας ανισορροπίας, στην οποία η εργασία απαιτεί περισσότερα από αυτά που μπορεί να προσφέρει το άτομο, ενώ παράλληλα του παρέχει πολύ λιγότερα. Η επαφή με τους πελάτες, που θεωρούνταν η βασική αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρουσιάζεται σαν μια συγκεκριμένη πτυχή της ασυμφωνίας αυτής, και περιλαμβάνει, την έλλειψη ελέγχου, ανταμοιβής, δικαιοσύνης, επικοινωνίας, το φόρτο εργασίας και τη σύγκρουση αξιών. Στη συνέχεια αναθεωρώντας την θεωρία τους, αναδιατύπωσαν τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης με πιο γενικούς όρους. Η συναισθηματική εξάντληση ονομάστηκε εκ νέου σε εξάντληση, η αποπροσωποποίηση σε κυνισμό και η αίσθηση μειωμένης προσωπικής απόδοσης σε αναποτελεσματικότητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### **2.1. Ορισμός και στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης**

Παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της Ιατρικής, στην επιφάνεια έχουν έρθει νέοι προβληματισμοί, οι οποίοι αφορούν όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους ανθρώπους που εργάζονται μέσα στους χώρους όπου παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Οι φόβοι απέναντι στη νόσο και στο θάνατο, τα προβλήματα στο χώρο εργασίας και η έλλειψη εκπαίδευσης του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού λειτουργούν σε επίπεδα: Δυσχεραίνουν την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα πιέζουν τους πρώτους συναισθηματικά και δημιουργούν άγχος, προκαλώντας σημαντικές επιπτώσεις, όπως συστηματικές απουσίες, εντάσεις, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και κατάθλιψη.

Η ανταπόκριση του ατόμου στην ανισορροπία που προκαλεί το εργασιακό stress εκδηλώνεται είτε με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισής του είτε με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (professional burnout), η οποία έχει ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (burn out) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους. Στα αγγλικά “burn out” σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Maslach & Jackson, 1984).

Το σύνδρομο αυτό δυνητικά μπορεί να επηρεάσει κάθε επαγγελματία υγείας, λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στο χώρο αυτό. Συνδέεται άμεσα με την αποδοτικότητά του καθώς και με την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας.

Πιο συγκεκριμένα, η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια μορφή χρόνιου και παρατεταμένου επαγγελματικού stress, όπου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται ότι τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει δεν επαρκούν για

να αντιμετωπίσει τους ιδιαίτερα έντονους πιεστικούς παράγοντες της εργασίας του. Αυτή η μακροχρόνια έκθεση και η εμπλοκή σε ιδιαίτερα απαιτητικές καταστάσεις συναισθηματικής συμμετοχής μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα σωματικής, συναισθηματικής αλλά και ψυχικής κόπωσης καθώς και αίσθημα αποτυχίας, κυρίως στα άτομα που θέτουν ανέφικτα ιδανικά πρότυπα παροχής υπηρεσιών, με συνέπεια να αποκτούν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ειδικά όταν αποτυγχάνουν να φανούν αντάξιοι αυτών των προσδοκιών (Maslach et al., 2005). Αυτές οι ενδείξεις εξουθένωσης φαίνεται ότι δεν έχουν αντίκτυπο μόνο στην άσκηση της εργασίας, αλλά και στην προσωπική και την κοινωνική ζωή των επαγγελματιών υγείας.

Στην προσπάθειά τους να συνοψίσουν αυτή την προοδευτική διαδικασία αποιδανικοποίησης της πραγματικότητας, οι Maslach και Jackson περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση

ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του για τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Η επαγγελματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις (Maslach et al., 2005), (Σταμάτη, 2004):

- **Τη συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)**, που αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής και σωματικής κόπωσης και καθιστά τον επαγγελματία ανίκανο να συγκεντρωθεί στα εργασιακά του καθήκοντα λόγω απώλειας ενέργειας και διάθεσης.
- **Την αποπροσωποποίηση (depersonalization)**, που αναφέρεται στην ανάπτυξη ουδέτερων ή ακόμη και επιθετικών, κυνικών σχέσεων και αρνητικών αισθημάτων και την απομάκρυνση και αποξένωση του επαγγελματία υγείας από τον ασθενή.
- **Το αίσθημα της έλλειψης της προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment)**, που αναφέρεται στο μειωμένο επιθυμητό και επιδιωκόμενο αίσθημα ικανοποίησης του επαγγελματία από την εργασία του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του (Leiter & Maslach, 2005).

Τα σημαντικότερα μοντέλα ερμηνείας της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα εξής:

Οι Edelmich & Brodsky (1980) περιέγραψαν μία σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, και συγκεκριμένα:

- **Στάδιο ενθουσιασμού.** Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας υγείας είναι συνήθως στην αρχή της καριέρας του ή εισέρχεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας. Έχει συχνά μη ρεαλιστικούς υψηλούς στόχους, προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση από την εργασία του αφιερώνοντας έτσι όλο το χρόνο και την ψυχή του και επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς ή τους συναδέλφους του.
- **Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας.** Στο δεύτερο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται συνήθως ούτε στις προσδοκίες ούτε και στις ανάγκες του και απογοητεύεται. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Αρχικά, νομίζει ότι αν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό κι έτσι αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη δουλειά του, παρακολουθώντας συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης. Παράλληλα, αρχίζει να ενοχλείται από πράγματα που στην αρχή δεν τον απασχολούσαν και να συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά της κοινωνικής και της προσωπικής του ζωής. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.
- **Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης.** Ο εργαζόμενος στο χώρο υγείας αισθάνεται ότι ο χώρος στον οποίο εργάζεται του δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο, αφού οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και έτσι τελικά οδηγείται στην αποθάρρυνση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απογοήτευση και την αμφισβήτηση των προσωπικών του προσδοκιών. Στο στάδιο αυτό ο επαγγελματίας υγείας, είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους, είτε απομακρύνεται προοδευτικά από τους ασθενείς και γενικά από το χώρο εργασίας του, από την πηγή δηλαδή του προξενούν άγχος.
- **Στάδιο απάθεια.** Στο τελευταίο αυτό στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο επαγγελματίας υγείας αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του, επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και ουσιαστικά διατηρεί τη θέση του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, προσπαθώντας να καταπολεμήσει την

απογοήτευση και τη ματαιώση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα του προσωπικού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος και ταυτόχρονα να μη βρίσκει υποστηρικτικό πλαίσιο σε μια τόσο δύσκολη και αδιέξοδη φάση της ζωής του.

Σύμφωνα με τον C. Chermis, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

**I. Φάση του «εργασιακού στρες»:** Πρόκειται για μία διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

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

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

Σύμφωνα με την Pines, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την



μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συνεμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

## **2.2. Ενδείξεις και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης**

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία και έτσι εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώρισή της. Οροθετείται μέσα από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων, που συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα σε οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό επίπεδο ή και επίπεδο συμπεριφοράς. Χαρακτηριστικά της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης του επαγγελματία αποτελούν η έντονη αποθάρρυνσή του και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και τις δικές του προσδοκίες. Ο επαγγελματίας συχνά συμπεριφέρεται σαν να έχει απέναντι του ένα «περιστατικό» και όχι έναν ασθενή, εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος. Αποφεύγει το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, γίνεται ψυχρός, τυπικός, απρόσωπος, αδιάφορος, απότομος και κάποτε επιθετικός (Maslach et al, 2005).

Παρουσιάζει υποτίμηση, έλλειψη φροντίδας και σεβασμού, συναισθηματική ανεπάρκεια ή εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους αρρώστους, τους συναδέλφους, αλλά και τον ίδιο του τον εαυτό. Εμφανίζει δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης, επιρρέπεια σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα. Συχνά αργοπορεί, απουσιάζει ή συγκρούεται με συνεργάτες και μέλη της οικογένειάς του.

Συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, επιδεινούμενο, συνοδεύεται και από ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως χρόνια κόπωση, διαταραχές ύπνου και μυοσκελετικά προβλήματα, ή συμπτώματα αρτηριακής υπέρτασης, πεπτικού έλκους, ημικρανιών και κατάθλιψης (Τιτομιχαλάκη και συν, 2006). Καθότι όλα αυτά μπορεί

να σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των εργαζομένων ή με την ιδιαίτερη φύση της εργασίας τους, δεν είναι εύκολο να αποδοθούν στην επαγγελματική εξουθένωση. Η αναγνώριση της ύπαρξης του συνδρόμου γίνεται κυρίως με παρατήρηση της συμπεριφοράς των εργαζομένων και με προσωπικές συνεντεύξεις. Για τον αντικειμενικό προσδιορισμό και τη συστηματική καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης, όμως, απαιτείται μέτρηση του βαθμού της σε κάθε εργαζόμενο.

### **2.3. Επιπτώσεις και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία του επαγγελματία, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην κοινωνική-προσωπική του ζωή. Επίσης, εμπλέκονται θέματα εργασιακής ασφάλειας, ικανοποίησης και στελέχωσης του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, καθώς επίσης θέματα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Συσχετίσεις έχουν γίνει με τη μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας, την αυξημένη συχνότητα λαθών και μετεγχειρητικών επιπλοκών, την αυξημένη θνητότητα χειρουργημένων ασθενών, την ανεπάρκεια στη στελέχωση, τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και την προσφορά χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών (Maslach et al., 2005). Οι πολλαπλές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αναδεικνύουν τις διαστάσεις αυτού του προβλήματος, ανάγοντάς το από το ατομικό επίπεδο σε ένα ιδιαίτερο οργανωτικό πρόβλημα, το οποίο χρειάζεται έγκυρη και έγκαιρη ορθή αξιολόγηση.

Η συστηματική μελέτη και καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται στη χρησιμοποίηση τυποποιημένων ερωτηματολογίων. Στην πλειοψηφία των μελετών, το φαινόμενο αξιολογείται με τη χρήση του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης του Maslach (Maslach burnout inventory, MBI), που μετράει τις τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ή με την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας (staff burnout scale for health professionals, SBSHP), που μετράει τις ψυχολογικές εκδηλώσεις, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς και τις οργανικές παραμέτρους του συνδρόμου (Μάρκου, 2005). Μέσω αυτών, ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτυπώνεται με συγκεκριμένες κλίμακες μέτρησης ή συσχετίζεται με άλλες παραμέτρους, όπως το εργασιακό άγχος, η ικανοποίηση, υποδεικνύοντας έτσι την επαγγελματική εξουθένωση.

## 2.4. Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο σε εξουθένωση είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζόμενου από το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη. Για τους επαγγελματίες υγείας, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Ιδιαίτερα όσοι απασχολούνται σε νοσοκομεία και κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων εργάζονται πέρα από το κανονικό ωράριο. Τα όρια μεταξύ προσωπικού και εργασιακού χρόνου είναι αρκετές φορές συγκεχυμένα καθώς στην περίπτωση ενός εκτάκτου περιστατικού, καλούνται να παρουσιαστούν στην εργασία τους. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι επαγγελματίες δεν επιτυγχάνουν το στόχο τους, η κρίση δεν επιλύεται, ο ασθενής καταλήγει και τότε καλούνται να δεχτούν την κριτική από τους συναδέλφους.

Οι παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης οι οποίοι οδηγούν σε μεταστροφή του δημιουργικού σε προβληματικό stress στο χώρο εργασίας, κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες (Micklevitz, 2001):

- **Εργασιακοί παράγοντες:** Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας του επαγγελματία, όπως η ασάφεια του καθηκοντολογίου, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το εξαντλητικό ωράριο, η έλλειψη προσωπικού και η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση. Η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης των εργαζομένων (από τους άμεσους προϊστάμενους, τους συνεργάτες, ειδικούς φορείς ή τη διοίκηση της μονάδας υγείας), οι αυξημένες απαιτήσεις των αρρώστων και των συγγενών τους, η συχνή έκθεση του επαγγελματία στο θάνατο και οι υψηλοί ρυθμοί εργασίας, θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου (Cherniss, 1980). Επιπρόσθετα, αθροίζονται και οι ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας: αυξημένες ανάγκες των ασθενών ορισμένων τμημάτων, όπως οι ογκολογικές πτέρυγες, οι πτέρυγες με ασθενείς που πάσχουν από AIDS και οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Όλοι οι παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή και την οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στους υγειονομικούς χώρους της ελληνικής πραγματικότητας παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου.

• **Ατομικοί παράγοντες:** Πρόκειται για παράγοντες που ανήκουν και συσχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα (Lazarus,1984).. Ο τρόπος χειρισμού του άγχους, το είδος των προσδοκιών που έχει από τον εργασιακό του χώρο, η επάρκεια του μισθού, ακόμη και τα κίνητρα επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος, εντάσσονται στην κατηγορία αυτή. Η ανθεκτικότητα που εμφανίζουν ορισμένοι επαγγελματίες στο άγχος και η ικανότητα μετατροπής του σε πρόκληση, η αυξημένη αίσθηση ελέγχου και η ύπαρξη γνωστής εμπειρίας και δυνατότητας διαχείρισης του εργασιακού stress, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Απεναντίας, οι φόβοι των επαγγελματιών υγείας, είτε αυτοί που αναδύονται μέσα από την ίδια την ιατρική πράξη (φόβος πρόκλησης πόνου, θεραπευτικής αποτυχίας, κατηγορίας κ.ά.), είτε αυτοί που λειτουργούν σε ένα λιγότερο συνειδητό επίπεδο (φόβος θανάτου, αγνώστου, έκφρασης συναισθημάτων), σε συνδυασμό με την έλλειψη εκπαίδευσης, που συχνά έχει το ιατροφαρμακευτικό προσωπικό σε θέματα επικοινωνίας, δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την επικοινωνία με τους ασθενείς και προβληματίζει-πιέζει συναισθηματικά τους επαγγελματίες υγείας.

## **2.5. Μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Οι παρεμβάσεις για τη στήριξη των επαγγελματιών υγείας και την αποφυγή-αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζονται σε δύο επίπεδα:

### **2.5.1. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο**

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αναφέρονται στις προσπάθειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας:

• **Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων:** Ο εργαζόμενος στο χώρο υγείας δεν πρέπει να αγνοήσει κάποιες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως οργανικά ή ψυχοκοινωνικά συμπτώματα.

• **Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών:** Η επανεκτίμηση των στόχων, των προσδοκιών και των κινήτρων των επαγγελματιών βοηθάει στην αποφυγή του μόνιμου άγχους, στην αναγνώριση στοιχείων εγωισμού στα πλαίσια της εργασίας, στην επίτευξη των στόχων και στην αύξηση της ικανοποίησης από την

εργασία, καθώς και στην καλύτερη εδραίωση του επαγγελματία στον εργασιακό του χώρο.

- **Αναζήτηση υποστήριξης:** Είναι πολύ σημαντική η αναζήτηση βοήθειας στα προβλήματά του και υποστήριξης του επαγγελματία, είτε από φίλους και συνεργάτες, είτε από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Είναι φανερό ότι η υποστήριξη λειτουργεί θεραπευτικά μόνο για τα άτομα που την αποδέχονται, γι' αυτό και κρίνεται πολύ σημαντική η ίδια η αναγνώριση της ανάγκης βοήθειας του επαγγελματία. Η στήριξη μειώνει το εργασιακό άγχος και τις πιθανότητες να νοσήσει ο επαγγελματίας, ειδικά όταν εργάζεται σε ογκολογικές κλινικές, σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Για κάθε εργαζόμενο θα πρέπει να υπάρχει ένα ολοκληρωμένο υποστηρικτικό δίκτυο στο χώρο της δουλειάς του, που να δίνει δυνατότητες έκφρασης, υποστήριξης και αντιμετώπισης των επερχόμενων εργασιακών προβλημάτων.
- **Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας:** Δίνει τη δυνατότητα εκτόνωσης του επαγγελματία και συνήθως προάγει την επικοινωνία.
- **Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας:** Αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και την αποφασιστικότητα του επαγγελματία.
- **Επιλογή νέας θέσης εργασίας.**

### 2.5.2. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο

Αναφέρονται σε ενέργειες, την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση του νοσοκομείου ή μιας μονάδας υγείας:

- 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 stress.
- Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο για τους επαγγελματίες, όσο και για τους συγγενείς τους.

- Προώθηση των μεθόδων υποκίνησης των εργαζομένων.
- 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.

## 2.6. Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης

Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη. Σε αντίθεση με άλλες επαρκώς προσδιορισμένες ασθένειες δεν έχει συγκεκριμένη αιτία. Αρκετές πιθανές αιτίες για την εμφάνισή του έχουν προταθεί, όπως η κατάθλιψη, η αναιμία από την έλλειψη σιδήρου, η υπογλυκαιμία, το ιστορικό αλλεργιών, η μόλυνση από ιούς, π.χ. ιός Epstein-Barr, ή ανθρώπινος ερπητοϊός (Αντωνίου, 2005), δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, μεταβολές στα επίπεδα των υποθαλαμικών ορμονών, υπόταση.

Παράγοντες, όπως νόσος εν εξελίξει, λοίμωξη, διαβήτης, ηπατίτιδα, καρκίνος-ευθύνονται για το ένα τρίτο των περιστατικών. Λοιμώξεις, ορμονικοί και νευροχημικοί παράγοντες εικάζεται ότι αλληλεπιδρούν. Λοιμώξεις οξείας έναρξης ή επανενεργοποίηση ιών, μείωση των κυκλοφορούντων κορτικοστεροειδών ή οιστρογόνων, η έλλειψη συστατικών του μεταβολισμού, χωρίς να προκαλούν εμφανή κυτταροπαθολογία, οδηγούν σε ήπια διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι ουσίες αυτές είναι γνωστό, ότι μπορούν να προκαλέσουν μία σειρά συμπτωμάτων, πολλά από τα οποία παρατηρούνται στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, (Wessely S., 1996), (Levy J, 1994). Λόγω αυτής της «υπεραντιδραστικότητας» του ανοσοποιητικού συστήματος έχει αναφερθεί ότι το σύνδρομο ομοιάζει με αυτοάνοση

νόσο, έχει δε παρατηρηθεί υψηλό ποσοστό αλλεργικών αντιδράσεων σε τροφές, εισπνεόμενα σωματίδια ή φάρμακα στους ασθενείς αυτούς σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες (Rydstet et al., 1984). Εάν ένας ασθενής εμφανίζει κόπωση διάρκειας 6 μηνών ή και περισσότερο, η οποία δεν αντιμετωπίζεται με την ανάπαυση και συνοδεύεται από διάφορα μη ειδικά συμπτώματα όπως: εικόνα γριπώδους συνδρομής, γενικευμένο πόνο, διαταραχές μνήμης, ο γιατρός θα πρέπει να διερευνήσει την πιθανότητα ύπαρξης συνδρόμου χρόνιας κόπωσης. Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι το γυναικείο φύλο (2-4 φορές μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους άνδρες) και ηλικία 40-50 ετών. Το σύνδρομο απαντάται σε άνδρες και γυναίκες ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης. Τα περισσότερα θύματα πάντως είναι γυναίκες, κυρίως νέες στην ηλικία που πρόσφατα έχουν αποκτήσει οικογένεια, ενώ συγχρόνως εργάζονται ή βρίσκονται στην περίοδο της εγκυμοσύνης, αλλά και γυναίκες μεγαλύτερες σε ηλικία. Η επαγγελματική υπερδραστηριότητα, οι ευθύνες του σπιτιού, η φροντίδα του παιδιού και οι κοινωνικές υποχρεώσεις φορτίζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά το άτομο, με αποτέλεσμα ένας πολύ μεγάλος αριθμός γυναικών που βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία να παρουσιάζουν αυτό το πρόβλημα.

Η διάγνωση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης βασίζεται στην αφαιρετική διαδικασία. Οι γιατροί συναντούν δυσκολίες στη διάγνωση του συνδρόμου, επειδή έχει αρκετά κοινά σημεία και συμπτώματα με αρκετές άλλες ασθένειες. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει κάποια διαγνωστική ή εργαστηριακή διαδικασία που να μπορεί να επιβεβαιώσει την παρουσία του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης, αλλά η διάγνωση βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια. Από τους επαγγελματίες υγείας, οι νοσηλευτές είναι η εργασιακή ομάδα με τις μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξει συνδρόμου χρόνιας κόπωσης. (Buchwald D et al., 1995). Ειδικά για τους νοσηλευτές, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Όσοι εργάζονται σε νοσοκομεία, εκτός από το ασταθές ωράριο, σύμφωνα με το οποίο ο νοσηλευτής εργάζεται σε βάρδιες που απέχουν μεταξύ τους μόνο 8 ώρες έχουν να αντιμετωπίσουν επιπλέον σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι οι αυξημένες ευθύνες της εργασίας, ο θάνατος ασθενούς, ο φόβος μόλυνσης με λοιμογόνους παράγοντες, η μειωμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η έλλειψη προσωπικού (ιδίως στα ελληνικά νοσοκομεία).

Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων, τα οποία δεν μπορούν να ενταχθούν σε κάποια άλλη νοσολογική οντότητα, μεμονωμένα όμως μπορεί να ανευρίσκονται σε διάφορες οργανικές παθήσεις, με την κόπωση να κυριαρχεί. Το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως «ασθένεια», αλλά ως μια κατάσταση που φαίνεται να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και περίπλοκους μηχανισμούς (Working group, 2002). Χαρακτηρίζεται από επίμονη κόπωση για τουλάχιστον 6 μήνες, αρκετά ανεξήγητα συμπτώματα και πολλά λειτουργικά προβλήματα. Το ποσοστό του συνδρόμου κυμαίνεται από 0,2-0,5%.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ισχυρότερες φυσικές αιτίες προκαλούν μεγαλύτερη διάρκεια των παραπόνων για κόπωση στους ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Καθώς τα παράπονα για κόπωση επιμένουν και δεν μπορεί να δοθεί κάποια ιατρική απάντηση, η ανάγκη για μια φυσική εξήγηση της αιτίας ενδυναμώνεται στους πάσχοντες από σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.

Σύμφωνα με τον Potter, πρόκειται για μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου. Ιδιαίτερη έμφαση παρέχεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Μετά από την εμφάνισή του, το σύνδρομο υποχωρεί δύσκολα. Ο εργαζόμενος έχοντας μάθει να εργάζεται αυτόματα και χωρίς τα ανάλογα κίνητρα, αλλοτριώνεται απέναντι στην εργασία του και δυσκολεύεται να ανακάμψει, ακόμη κι αν βελτιωθούν οι συνθήκες της εργασίας. Όταν η κόπωση ανάμεσα στους εργαζομένους γίνεται σοβαρή και επίμονη, μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια αδυναμία και μειωμένη ικανότητα για εργασία

## **2.7. Ανασκόπηση ερευνών**

Παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της Ιατρικής, στην επιφάνεια έχουν έρθει νέοι προβληματισμοί, οι οποίοι αφορούν όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους ανθρώπους που εργάζονται μέσα στους χώρους όπου παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Οι φόβοι απέναντι στη νόσο και στο θάνατο, τα προβλήματα στο χώρο εργασίας και η έλλειψη εκπαίδευσης του ιατρο- νοσηλευτικού προσωπικού λειτουργούν σε δύο επίπεδα: Δυσχεραίνουν την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα πιέζουν τους πρώτους συναισθηματικά και δημιουργούν άγχος, προκαλώντας σημαντικές επιπτώσεις, όπως



συστηματικές απουσίες, εντάσεις, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, κατάθλιψη. Η ανταπόκριση του ατόμου σε αυτή την ανισορροπία που προκαλεί το εργασιακό stress εκδηλώνεται είτε με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισής του είτε με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (professional burnout), η οποία έχει ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.

### **2.7.1. Ανασκόπηση στο εξωτερικό**

Το 1982, η Christine Maslach διατύπωσε έναν από τους πλέον αποδεκτούς ορισμούς, που περιγράφει ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, στο πλαίσιο του οποίου ο εργαζόμενος:

- Χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα για τους ασθενείς
- Παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοσή του
- Αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Οι περισσότεροι μελετητές συμφωνούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια μακροχρόνια και σταδιακή αντίδραση στο επαγγελματικό stress, ενώ κυρίως εμφανίζεται σε άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα ή εργάζονται σε τομείς με υψηλές απαιτήσεις. Η συναισθηματική και η ψυχολογική επιβάρυνση που δέχονται αυτά τα άτομα οδηγεί στη γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών αποθεμάτων τους, στον επηρεασμό της σωματικής και της ψυχικής υγείας τους και, τελικά, στην εξάντληση. Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (professional burnout) εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1974, όταν ο Freudenberger περιέγραψε σε ένα άρθρο του ένα σύνολο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, που εμφανίστηκαν σε επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας. Από τότε, ένας σημαντικός αριθμός ερευνητών στις ΗΠΑ και την Ευρώπη (Maslach, Jackson, Pines, Aronson κ.ά.) μελετά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως προς τον ορισμό, την έναρξη και τη συνέχειά του, την αιτιοπαθογένεια, τις επιπτώσεις και τους τρόπους αντιμετώπισής του. Το 1980, οι Edelwich και Brodsky υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια προοδευτική διαδικασία και την κατηγοριοποιούν σε τέσσερα στάδια. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν παγκοσμίως πάνω στο συγκεκριμένο θέμα είναι πολυάριθμες.

Σε ερευνητική μελέτη που στόχο είχε να εξετάσει το εύρος του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών του ινστιτούτου ογκολογίας και ραδιολογίας της Σερβίας, διανεμήθηκαν 140 ερωτηματολόγια, σε γιατρούς και νοσηλευτές 4 τμημάτων (ογκολογικό, χειρουργείο, ραδιοθεραπεία και διαγνωστικό). Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε συμπτώματα του συνδρόμου και προτάσεις επίλυσης προβλημάτων, ενώ για τις απαντήσεις χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert. Ποσοστό 5,5% των συμμετεχόντων κατατάχθηκαν στην κατηγορία του μόνιμου stress, 1,6% στην κατηγορία του υπερβολικού stress, 40,9% στην κατηγορία «stress ανάλογα με τις περιστάσεις και 52% στην κατηγορία «καθόλου stress». Στατιστικά σημαντική σχέση ( $p < 0,005$ ) παρατηρήθηκε ανάμεσα σε διευθυντικά στελέχη και μη. Στη μελέτη αυτή, φάνηκε ότι το stress ήταν αναπόφευκτο για το προσωπικό ογκολογικών τμημάτων, αν και θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στο stress εξαιτίας υπερβολικής εργασίας και του stress από την έλλειψη κινήτρων.

Σε άλλη προοπτική έρευνα, που πραγματοποιήθηκε το 2004 σε ειδικό νοσοκομείο του Μεξικού, μετείχαν 236 νοσηλευτές, οι οποίοι επιλέχθηκαν τυχαία. Απάντησαν σε ερωτήσεις αναφορικά με τη συναισθηματική εξουθένωση, την έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία, τη διαδικασία αποπροσωποποίησης και την κόπωση γενικότερα. Από τους 236 συμμετέχοντες, το 94% ήταν γυναίκες ηλικίας 22-44 ετών και με χρόνια εργασίας 6-20. Ποσοστό 61% των νοσηλευτριών εμφάνιζαν χαμηλό κίνδυνο για σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, 38% μεσαίο κίνδυνο και μόνο ένα άτομο εμφάνισε υψηλό κίνδυνο του συνδρόμου. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε στην ηλικία  $>33$  ετών ( $p=0,001$ ), στα χρόνια υπηρεσίας ( $p=0,05$ ) και στο χώρο εργασίας ( $p=0,05$ ), αλλά όχι στον τύπο της υπηρεσίας ( $p=0,36$ ), στην καταγωγή ( $p=0,92$ ), στην οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,46$ ), στις βάρδιες ( $p=0,86$ ) και στην κατηγορία εργασίας ( $p=0,96$ ). Ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ του επαγγέλματος και του εργασιακού περιβάλλοντος έδειξε υψηλή συσχέτιση ( $r=0,738$ ), ενώ μεταξύ του επαγγέλματος και του τύπου της υπηρεσίας υπήρχε χαμηλός συντελεστής ( $r=0,010$ ), καθώς και μεταξύ του επαγγέλματος και των κυλιόμενων ωραρίων εργασίας ( $r=0,04$ ). Σύμφωνα με τη μελέτη, 40% των νοσηλευτών ήταν συναισθηματικά εξαντλημένοι, 32% βίωναν την αποπροσωποποίηση, 63% είχαν χάσει το ενδιαφέρον τους για εργασία και 50% ήταν γενικότερα εξαντλημένοι. Η νοσηλευτική κλινική και η πρακτική επιστήμη ήταν ιδιαίτερα στρεσογόνα ενώ οι νοσηλευτές βρίσκονταν σε

υψηλό κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, εξαιτίας της μακροχρόνιας έκθεσής τους σε στρεσογόνους παράγοντες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, το νοσηλευτικό προσωπικό του μεξικανικού νοσοκομείου που συμμετείχε στη μελέτη, βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο, εξαιτίας ορισμένων επαγγελματικών μεταβλητών, όπως τα χρόνια προϋπηρεσίας και ο χώρος εργασίας. Αυτά τα αποτελέσματα είναι ανάλογα ευρημάτων άλλων ερευνών, αν και υπάρχουν μελέτες που υποδεικνύουν ότι τέτοιου είδους μεταβλητές, καθώς και η άσκηση της Ιατρικής γενικότερα δεν περιλαμβάνονται στα αίτια ανάπτυξης του συνδρόμου. Τα ευρήματα δείχνουν ότι τα φυσικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να βελτιωθούν, ανάλογα με το κοινωνικό και το δημόσιο υποστηρικτικό σύστημα υγείας.

Τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης των χειρουργών κυμαίνονται από 30-38%. Οι χειρουργοί δουλεύουν σκληρά πολλές ώρες, ασχολούνται τακτικά με καταστάσεις ζωής και θανάτου με τους ασθενείς τους, και πραγματοποιούν ουσιαστικά προσωπικές θυσίες για να κάνουν πρακτική στον τομέα τους. Αυτές οι ιδιότητες της χειρουργικής, σε συνδυασμό με τις δυσκολίες και τη διάρκεια της εκπαίδευσης για το επάγγελμα αυτό, προσελκύουν άτομα ενός ιδιαίτερου χαρακτήρα και αποφασιστικότητας. Αυτά τα άτομα μοιράζονται έναν άγραφο αλλά κατανοητό κώδικα κανόνων και προσδοκιών. Ο κώδικας αυτός περιλαμβάνει ογκώδη δουλειά τις νύχτες και τα σαββατοκύριακα και επίσης οι εργαζόμενοι δεν διαμαρτύρονται ποτέ, και διατηρούν τα συναισθήματα τους ή τα προσωπικά τους προβλήματα μακριά από το χώρο του χειρουργείου. Αυτά είναι χαρακτηριστικά των αφιερωμένων στο επάγγελμά τους χειρουργών που πρέπει να ανταμείβονται. Ωστόσο, υπάρχει μια λεπτή γραμμή που χωρίζει την αφοσίωση από την υπερκόπωση. Αν η ανεξέλεγκτη, υπερκόπωση οδηγήσει σε αναπαραγωγική, ανθυγιεινή, ή ακόμα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του εργαζομένου, αυτό μπορεί να επηρεάσει την περίθαλψη των ασθενών. Έρευνες δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό των χειρουργών έχουν εμπειρία υπερβολικού άγχους ή επαγγελματικής εξουθένωσης, συνθήκες δηλαδή οι οποίες μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις για τους ίδιους, τις οικογένειές τους, τους συναδέλφους τους και τους ασθενείς τους (Campbell DA Jr et al., 2001, Harms BA et al., 2005, Kuerer et al., 2007, Bertges HM et al., 2005, Benson S et al., 2007, Sharma A et al., 2008, Johnson JT et al., 1993).

Η δυσφορία που αναπτύσσεται στους χειρουργούς μπορεί να έχει σοβαρές εκδηλώσεις περιλαμβάνοντας άγχος, κατάθλιψη, διαζύγια και χωρισμοί, αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών και αυτοκτονία. Δυστυχώς, πολλά από τα προβλήματα αυτά είναι περισσότερο διαδεδομένα μεταξύ των χειρουργών και ιατρών σε σχέση με εκείνους που ασκούν κάποια άλλα επαγγέλματα. Οι τρέχουσες εκτιμήσεις είναι ότι περίπου το 15% όλων των γιατρών θα βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση σε κάποια στιγμή στη σταδιοδρομία τους και δεν θα είναι σε θέση να πληρούν τις επαγγελματικές ευθύνες λόγω της ψυχικής ασθένειας, αλκοολισμού ή εξάρτηση από φάρμακα (Barrowclough et al., 2001). Αν και πολλοί χειρουργοί μπορεί να πιστεύουν ότι είναι πιο ανθεκτικοί σε σχέση με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν το χειρουργό (για παράδειγμα, δέσμευση και αυτοθυσία), καθώς και το χειρουργικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να θέσει τους χειρουργούς σε ιδιαίτερο κίνδυνο για υπερκόπωση και για έλλειψη ισορροπίας μεταξύ της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής.

Σε μια μελέτη του Πανεπιστημίου Johns Hopkins πάνω από 1300 άνδρες γιατροί τα ποσοστά επικράτησης της σοβαρής κλινικά κατάθλιψης ήταν 12,8% (Ford DE et al., 1998). Σε μια μελέτη του Women Physicians' Health Study 4500 γυναίκες γιατροί εμφάνισαν ποσοστό 19,5% (Frank E et al., 1999). Σε μια άλλη μελέτη, (Schindler BA et al., 2006) το 20% περίπου των 2000 ερωτηθέντων οι οποίοι ήταν ακαδημαϊκοί ιατροί και μέλη ΔΕΠ, είχε αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, με υψηλότερα επίπεδα σε νεότερα μέλη του διδακτικού προσωπικού. Αν και τα ποσοστά διάρκειας της κατάθλιψης μεταξύ των γιατρών φαίνεται να είναι παρόμοια με αυτά του γενικού πληθυσμού, η αυτοκτονία αποτελεί ένα δυσανάλογα υψηλό αίτιο θνησιμότητας στους γιατρούς (Frank et al., 2000). Σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες, η αναλογία αυτοκτονίας ενός γιατρού άντρα είναι σχεδόν 1,5 σε 3,8 φορές υψηλότερη (Σχήμα) (Frank et al., 2000). Η διαφορά είναι ακόμη μεγαλύτερη μεταξύ των γυναικών γιατρών, οι οποίες έχουν 3,7 έως 4,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία (Center C et al., 2003, Lindeman et al., 1996).

Σε πρόσφατα δημοσιευμένη έρευνα (Kuerer et al., 2007) από τα 549 μέλη της Εταιρείας Χειρουργικής Ογκολογίας, το 28% των ερωτηθέντων πληροί τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, περίπου το 30% των συμμετεχόντων εμφάνισε συμπτώματα κατάθλιψης. Η επαγγελματική εξουθένωση ήταν συχνότερη μεταξύ των ερωτηθέντων ηλικίας 50 ετών ή νεότεροι (31% έναντι 22%) και γυναικών

(37% έναντι 26%). Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται άμεσα με την υπερκατανάλωση αλκοόλ (12,4% ιατρών που εμφάνισαν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης έναντι 4,6% που δεν εμφάνισαν) και με την μειωμένη ικανοποίηση απόδοσης. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των ιδιωτών και ακαδημαϊκών γιατρών στη συχνότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης, στα συμπτώματα της κατάθλιψης, στην κατάχρηση ουσιών και στην πνευματική και φυσική ποιότητα ζωής (Kueger et al., 2007).

Οι περισσότερες έρευνες έχουν επικεντρωθεί σε υποκειμενικές εμπειρίες, αν και σε ορισμένες από αυτές εκτιμάται η σπουδαιότητα της απάντησης στο άγχος καθώς και οι δυσκολίες προσαρμογής και αντιμετώπισης προβλημάτων στο φυσικό εργασιακό περιβάλλον.

Σχετική έρευνα έκανε εκτίμηση της δράσης της κορτιζόλης κατά τη διάρκεια και μετά από τη φροντίδα ασθενών σε επείγουσες καταστάσεις και εκτίμησε τη διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών και το χρόνο. Για χρονικό διάστημα 3 μηνών, 20 Δανοί άνδρες, εργαζόμενοι στο τμήμα επειγόντων περιστατικών παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Τα επίπεδα κορτιζόλης μετρήθηκαν τη στιγμή της κλήσης για το επείγον περιστατικό, αμέσως μετά από τη μεταφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο, και 15 και 30 min μετά από τη μεταφορά. Στην καταγραφή περιλαμβάνεται και η χρονική στιγμή της ημέρας που συνέβη το περιστατικό. Η τιμή της κορτιζόλης χαρακτηριζόταν «υψηλή κερκαδική», όταν η μέτρηση γινόταν από τις 4-10 π.μ. και «χαμηλή κερκαδική» όταν εντοπιζόταν εκτός αυτών των ορίων. Το πρωτόκολλο χαρακτηριζόταν «σοβαρό» όταν η ζωή του ασθενούς κινδύνευε άμεσα, μετά από καρδιακή ανακοπή, ατύχημα, πυροβολισμό. Από τα 33 πρωτόκολλα, κατηγοριοποιήθηκαν 16 ως «όχι σοβαρά κατά τη διάρκεια της χαμηλής κερκαδικής περιόδου», 5 ως «όχι σοβαρά κατά τη διάρκεια της υψηλής κερκαδικής περιόδου» και 7 ως «σοβαρά κατά τη διάρκεια της υψηλής κερκαδικής περιόδου» και 5 ως «σοβαρά και κατά τη διάρκεια της χαμηλής κερκαδικής περιόδου». Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στα επίπεδα κορτιζόλης, στις παραπάνω κατηγορίες. Τόσο η σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών, όσο και η χρονική στιγμή της ημέρας εμφανίζουν στατιστικά σημαντική επίδραση στη δραστηριότητα της κορτιζόλης ( $p=0,00$  και  $p=0,01$ , αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε κάποια ενδοκρινική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια όχι σοβαρών περιστατικών, ανεξάρτητα από την ώρα της ημέρας που συνέβησαν. Κατά τη διάρκεια της

δραστηριότητας και μετά από αυτή (έλλειψη θεραπείας) επείγουσες σοβαρές καταστάσεις και ειδικότερα όσες συμβαίνουν τις πρωινές ώρες ενεργοποιούν την υπερβολική έκκριση κορτιζόλης. Από την παρούσα έρευνα φαίνεται ότι ευέλικτα διαλείμματα για το προσωπικό που ασχολείται με τη φροντίδα ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, κατά τη διάρκεια πρωινών ωρών, παρέχει το περιθώριο στο ενδοκρινικό σύστημα για ξεκούραση.

Ανάλογες έρευνες στις οποίες μελετήθηκε η επίδραση των ορμονών, έχουν διενεργηθεί και για το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Πρόσφατες, άλλωστε, έρευνες έδειξαν ότι ορισμένες ανωμαλίες του άξονα υπόφυσης, υποθαλάμου και επινεφριδίων που ρυθμίζουν τις ορμόνες του stress, σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου. Σε ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, τα επίπεδα της ορμόνης ACTH που απελευθερώνεται από την υπόφυση του εγκεφάλου κατά τις καταστάσεις σωματικού, ψυχολογικού και χημικού stress είναι χαμηλότερα από εκείνα των υγιών εθελοντών. Οι διαπιστώσεις αυτές είναι σημαντικές επειδή παρέχουν μια οργανική και βιολογική εξήγηση για το τι προκαλεί και τι συμβαίνει στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης ενώ πρέπει να ενταχθούν μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της αντιμετώπισης της πάθησης. Τα προβλήματα που οδηγούν στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, άρχισαν να συσχετίζονται σε επιστημονικές μελέτες και με άλλες σοβαρές σωματικές ασθένειες. Το εργασιακό stress έχει σχετιστεί με την αύξηση της συχνότητας παθήσεων της καρδιάς, της γρίπης, του μεταβολικού συνδρόμου και της αρτηριακής υπέρτασης. Το stress μπορεί να εξουδετερώσει τις ωφέλιμες για την καρδιά δράσεις ενός επαγγέλματος το οποίο απαιτεί σωματική δραστηριότητα. Έτσι, προκαλεί μεγαλύτερο βαθμό αθηροσκλήρυνσης στους εργαζόμενους με stress απ' ότι σε αυτούς που δεν έχουν stress, παρά το γεγονός ότι και οι δύο ομάδες εργαζομένων είχαν του ίδιου τύπου σωματικά υγιή επαγγελματική απασχόληση.

### **2.7.2. Ανασκόπηση στον Ελλαδικό χώρο**

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο, τα τελευταία χρόνια, σε ερευνητικό επίπεδο παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για το εργασιακό stress και την επαγγελματική εξουθένωση σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς. Αναλυτικότερα, ο Κουλιεράκης μελέτησε το ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον της φυλακής οι Βελονάκης και συν. εργαζόμενους σε επιχειρήσεις τροφίμων και η Μαγγιώρου την επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού.

Στον τομέα της υγείας ξεχωρίζουν οι εργασίες των Αντωνίου και συν για τη μελέτη της ψυχοσωματικής ισορροπίας των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία, που συνέδεσε τα υψηλά επίπεδα εργασιακού stress με τη σωματική και τη συναισθηματική δυσλειτουργία κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών (Αντωνίου Α, Τζαβάρα Χ. 2005), και η εργασία των Σιουρούνη και συν για την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού νοσοκομείου της Τρίπολης, που παρατηρεί υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αίσθησης αποπροσωποποίησης σε άτομα που εργάζονται σε χώρους όπου έχουν ως κύριο σκοπό τη θεραπεία, συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης (Σιουρούνη και συν. 2006).

Οι Καρύδας και συν μελέτησαν το βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των κατηγοριών των νοσοκομείων των νησιών του Αιγαίου, με επίκεντρο τα θέματα της σπουδαιότητας της εκπαίδευσης, της αυτονομίας των νοσηλευτών και της ισότητας στις ευκαιρίες ανέλιξης στον εργασιακό χώρο. Συμπεριέλαβαν όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον της εργασίας και μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Καρύδα και συν. 2004).

Σημαντική θεωρείται και η εργασία των Σταύρου και συν για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) της επαρχίας και την ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών, που ανέδειξε ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει όλες τις κλίμακες για τους παράγοντες ποιότητας ζωής του ερωτηματολογίου SF- 36 και τον εργαζόμενο στην εργασιακή του απόδοση. Η αποπροσωποποίηση επηρεάζει τη συμπεριφορά των πληρωμάτων απέναντι στους ασθενείς, αλλά και την επικοινωνία με τον ιατρό υποδοχής και αμβλύνει τη νευρική μεταξύ τους, ενώ η συνύπαρξη των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης στους διασώστες συνεπάγεται μειωμένη ικανοποίηση για τους διακομιζόμενους ασθενείς (Σταύρου και Αναγνωστόπουλος 2005).

Με τη μελέτη της Καδδά για τους τρόπους διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας σε 42 δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής, διαπιστώνεται η ύπαρξη του stress κυρίως στα ογκολογικά και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, η αναγκαιότητα διαχείρισής του και τα θετικά αποτελέσματα στα λίγα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης, κυρίως μέσω της συζήτησης με

ειδικούς επιστήμονες, τη δημιουργία ομάδων εργασίας και την υλοποίηση σεμιναρίων και ημερίδων (Καδδάς 2005).

Η ανάλυση των δεδομένων της εργασίας των Παπαδοπούλου και συν στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις», γενικά, έδειξε θετικά αποτελέσματα σχετικά με τις δυσκολίες, το stress και τις ανάγκες υποστήριξης των εργαζομένων. Ανέδειξε ως παράγοντες την υποστήριξη του προσωπικού με καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας και με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, την εποπτεία των εργαζομένων (ατομική - ομαδική), την ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, τη συνεργασία και την ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης (Παπαδοπούλου και συν. 1997).

Τους κυριότερους παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) μελέτησε η Μιχαλοπούλου και τόνισε τη σημαντικότητα της διδασκαλίας τρόπων μείωσης του άγχους, προκειμένου να αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση (Μιχαλοπούλου 2003).

Τη σημαντικότητα του φαινομένου ανέδειξε πριν από δύο χρόνια και η Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕ) και η Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων (ΑΔΕΔΥ) με τη διοργάνωση της ημερίδας, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης: Μια πρόκληση για τον κόσμο της εργασίας», στην οποία παρουσιάστηκαν ενδιαφέρουσες απόψεις και θέσεις για την εξουθένωση των εργαζομένων (Σταμάτη 2004).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 3.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές), της Χειρουργικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, της Καρδιολογικής Μονάδας και της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού στο Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» και πως αυτό επηρεάζει την ψυχική τους υγεία, τις επαγγελματικές και οικογενειακές τους σχέσεις.

### 3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Διαφοροποιείται η επαγγελματική κόπωση σε σχέση με το φύλο;
- Σχετίζεται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με την διάρκεια (σε έτη) υπηρεσίας στον χώρο της υγείας;
- Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με τον τομέα εργασίας;
- Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας;
- Σχετίζεται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με τον τομέα εργασίας;
- Υποθέτουμε ότι οι επαγγελματίες υγείας με τα περισσότερα χρόνια εργασίας έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου.
- Ποιες οι προτάσεις των επαγγελματιών υγείας για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους και την κάλυψη των αναγκών τους;

### 3.3 Πληθυσμός μελέτης – τόπος διεξαγωγής – χρόνος διεξαγωγής

Η επιλογή του δείγματος θα είναι τυχαία. Το τυχαίο δείγμα δίνει τη δυνατότητα σε κάθε άτομο που πιθανώς θα συμμετέχει στην έρευνα να έχει τις ίδιες πιθανότητες με κάποιο άλλο που δεν θα συμμετέχει (Παρασκευόπουλος,1998). Ο πληθυσμός της μελέτης είναι 39 άτομα όπως ορίζεται και στον τίτλο της εργασίας οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτές) οι οποίοι εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας». Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2018 έως τον Φεβρουάριο του 2018.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, ζητήθηκε άδεια από το νοσοκομείο. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν εγγράφως για τον σκοπό της παρούσης ερευνητικής εργασίας, σύμφωνα με τους υφιστάμενους κανόνες έρευνας βιοηθικής και δεοντολογίας.

### **3.4 Μεθοδολογικά εργαλεία**

Για την υλοποίηση της έρευνας το όργανο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε με σκοπό να καταγράψει τις διάφορες συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το ερωτηματολόγιο καταγραφής του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach, 1996 · Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1992). Τα κριτήρια για την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου ήταν ότι είναι αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση του, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες του κόσμου και σε διάφορους εργασιακούς χώρους (Μπελλάλη et al., 2007·Maslach et al, 1996). Η στάθμιση της ελληνικής έκδοσης έδειξε ότι «πρόκειται για ένα σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στην εργασία του και της στάσης του απέναντι σε όσους παρέχουν υπηρεσίες» (Μπελλάλη et al., 2007·Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1992).

Έτσι το ερωτηματολόγιο περιέχει επτά ενότητες, το πρώτο μέρος αναφέρεται στα προσωπικά στοιχεία, το δεύτερο στην οικογενειακή κατάσταση, το τρίτο στην επαγγελματική κατάσταση, το τέταρτο αναφέρεται στην συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο, το πέμπτο στον τρόπο ζωής, το έκτο στις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις και τέλος το έβδομο στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και στις προτάσεις που προτείνουν οι εργαζόμενοι για την αποφυγή του συνδρόμου.

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο καθώς αυτή η μέθοδος επιτρέπει στους ερευνητές σε σύντομο χρονικό διάστημα και με μικρό κόστος να συγκεντρώσουν εμπειρικά δεδομένα από ευρύτατες ομάδες για πολλά θέματα. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τη συμπεριφορά τους στον εργασιακό χώρο, τον τρόπο ζωής τους, τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι περισσότερες ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου και σε αυτές ζητήθηκε να σημειώσουν οι συμμετέχοντες την απάντηση που τους εκφράζει

περισσότερο. Σε αυτές που είναι ανοικτού τύπου θα τους ζητηθεί με λίγα λόγια να εκφράσουν την άποψη τους.

### **3.5 Συλλογή δεδομένων**

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τους μήνες Ιανουάριος 2018 ως Φεβρουάριος 2018. Διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο σε γιατρούς και νοσηλευτές του νοσοκομείου που περιθάλπουν ασθενείς με υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας καθώς και ασθενείς με χαμηλό κίνδυνο θνησιμότητας (Χειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Καρδιολογική Μονάδα, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού). Για να μπορέσουμε να συγκρίνουμε την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια. Το πεδίο μελέτης είναι το Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», ενώ τέλος η μέθοδος ανάλυσης των αποτελεσμάτων έγινε στο spss (**Statistical Package for the Social Sciences**).

### **3.6 Δεοντολογικά ζητήματα**

Προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα θα εξασφαλισθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το απόρρητο των απαντήσεων τους. Θα ενημερωθούν ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις και ότι οποιαδήποτε απάντηση και αν δοθεί, δεν θα ανακοινωθεί σε τρίτους αλλά αντίθετα οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της μελέτης. Θα εξασφαλισθεί ακόμα το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες μέσω της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν θα υποστούν κάποια βλάβη. Ακόμα η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας ήταν εθελοντική και ήταν δική τους απόφαση αν θα συμπληρώσουν τελικά το ερωτηματολόγιο ή όχι.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού

Στον πίνακα 4.1 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα. Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης εκτιμήθηκαν με βάση περιγραφικά στοιχεία. Από τους 39 συμμετέχοντες το 74,4% ήτοι 29 άτομα είναι γυναίκες και οι υπόλοιποι 10 άνδρες.

Σχετικά με την ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνεται από 27 έως 60 ετών με μέσο όρο τα 42,05 έτη και τυπική απόκλιση  $\pm 7,388$ . Αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσης το μεγαλύτερο ποσοστό είναι απόφοιτοι ΤΕΙ (35,9%, N=14), και το 17,9% κάτοχοι Μεταπτυχιακού. Το 20,5% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου και 13 είναι κάτοχοι πτυχίου Πανεπιστημίου.

Το 76,9% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι έγγαμοι και το 17,9% ότι είναι άγαμοι, ενώ μόλις ένα άτομο δήλωσε διαζευγμένο.

Όσον αφορά στην ύπαρξη παιδιών το 76,9% έχουν παιδιά. Εξ αυτών το 35,9% έχουν δύο παιδιά και το 30,8% ένα παιδί ενώ μόλις 2 άτομα έχουν από τρία παιδιά. Σχετικά με τη φύλαξη των παιδιών κατά τη διάρκεια της εργασίας οι συμμετέχοντες δήλωσαν σε ποσοστό 38,5% ότι γίνεται από κάποιο συγγενικό πρόσωπο, ενώ σε μικρότερα ποσοστά 10,3%, 7,7% και 17,9% από κάποιο ξένο άτομο, ο παιδικός σταθμός και άλλο.

**Πίνακας 4.1** Συνοπτικά αποτελέσματα δημογραφικών χαρακτηριστικών

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	29	74,4
	Άνδρας	10	25,6
<b>Επίπεδο Μόρφωσης</b>	Γυμνάσιο-Λύκειο	8	20,5
	ΤΕΙ	14	35,9
	Πανεπιστήμιο	13	34,6
	Μεταπτυχιακό	19	17,9
	Άλλο	1	2,6
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος/η	7	17,9
	Έγγαμος/η	30	76,9
	Διαζευγμένος/η	1	2,6
<b>ΠΑΙΔΙΑ</b>	Ναι	30	76,9
	Όχι	7	17,9
<b>Αριθμός Παιδιών</b>	1	12	30,8
	2	14	35,9
	3	2	5,1
<b>Ποιος προσέχει τα παιδιά</b>	Συγγενικό πρόσωπο	15	38,5
	Ξένο άτομο	4	10,3
	Παιδικός Σταθμός	3	7,7
	Άλλο	7	17,9
<b>Ηλικία</b>	Μέσος Όρος		42,05
	Τυπική απόκλιση		7,388
	Ελάχιστο		28
	Μέγιστο		60

#### 4.2. Επαγγελματική Κατάσταση

Στον πίνακα 4.2 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι Νοσηλευτές ΤΕ (43,6%, N=17) και ακολούθως ιατροί (30,8%, N=12). Επίσης το 20,5% είναι Νοσηλευτές ΔΕ και μόλις ένα άτομο είναι νοσηλευτής ΠΕ.

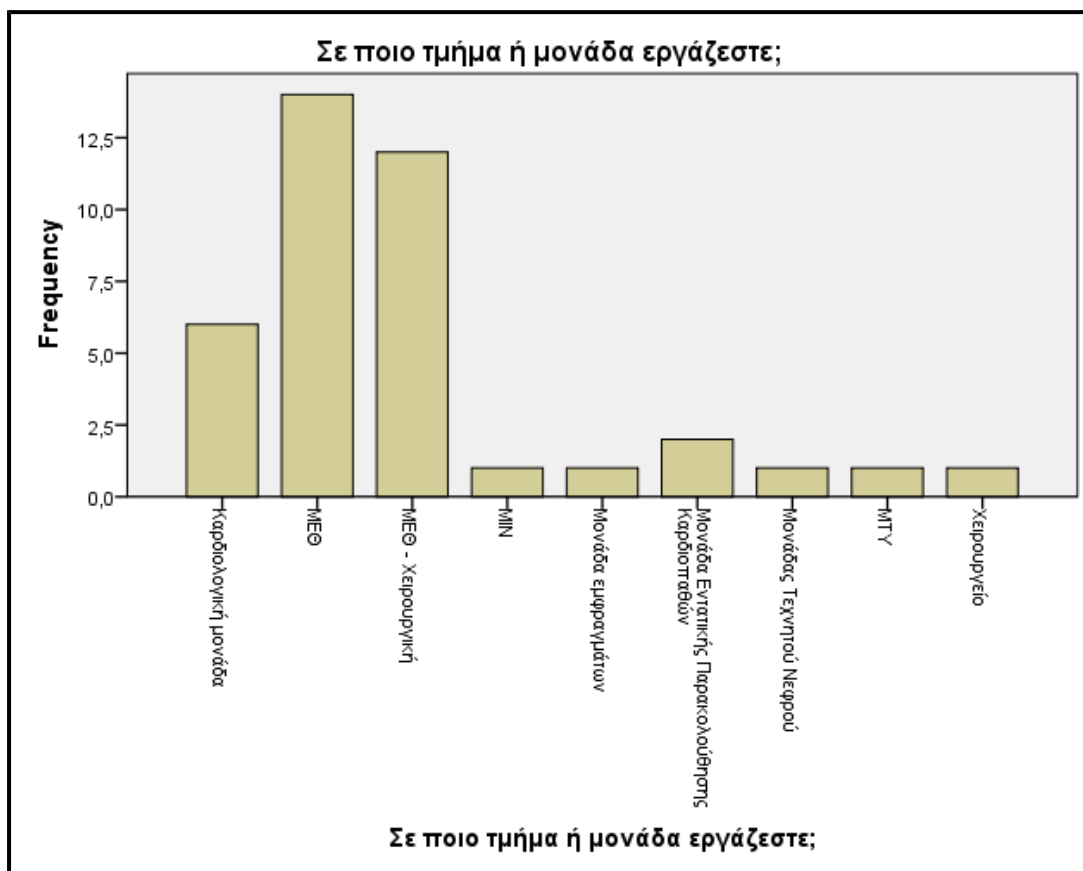
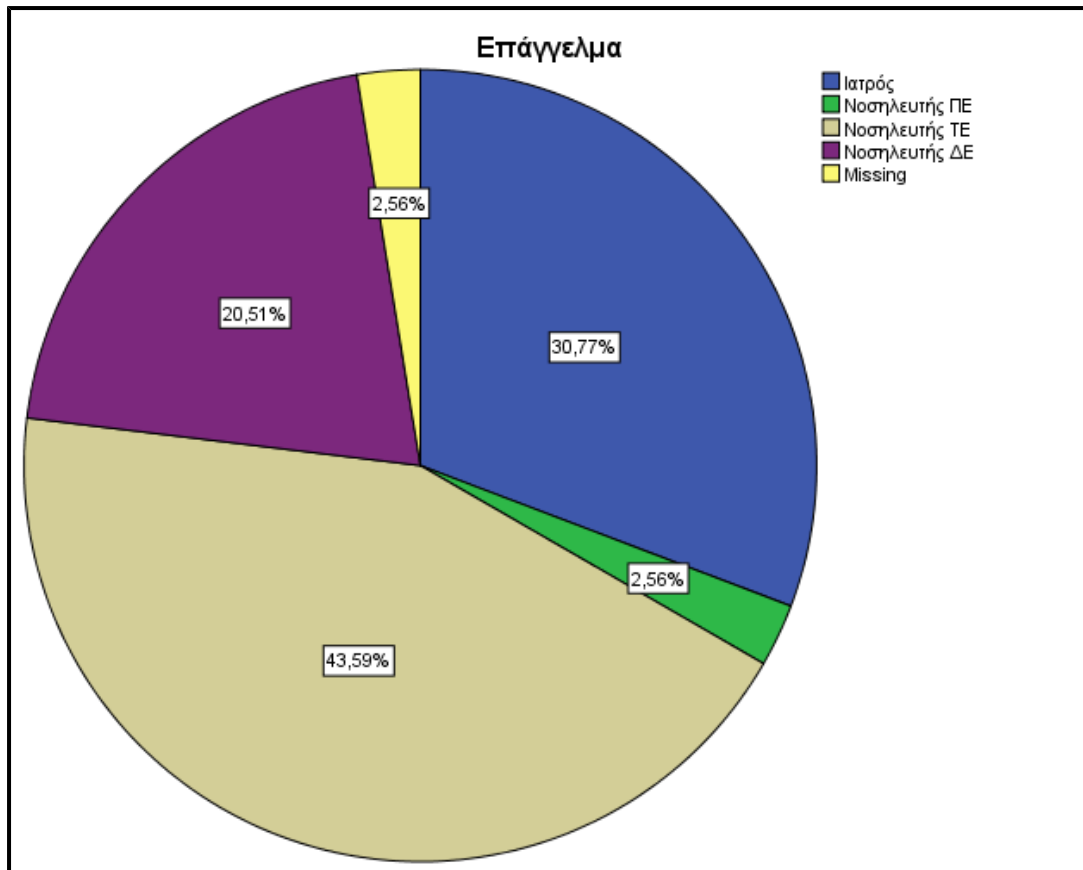
Σχετικά με το συνολικό χρόνο υπηρεσίας των συμμετεχόντων σε έτη κυμαίνεται από 3 έως 35 έτη με μέσο όρο τα 14,32 έτη και τυπική απόκλιση  $\pm 8,061$ . Επίσης ο χρόνος υπηρεσίας σε έτη στη συγκεκριμένη κλινική κυμαίνεται από 0 έως 30 έτη με μέσο όρο τα 8,78 έτη και τυπική απόκλιση  $\pm 7,010$ .

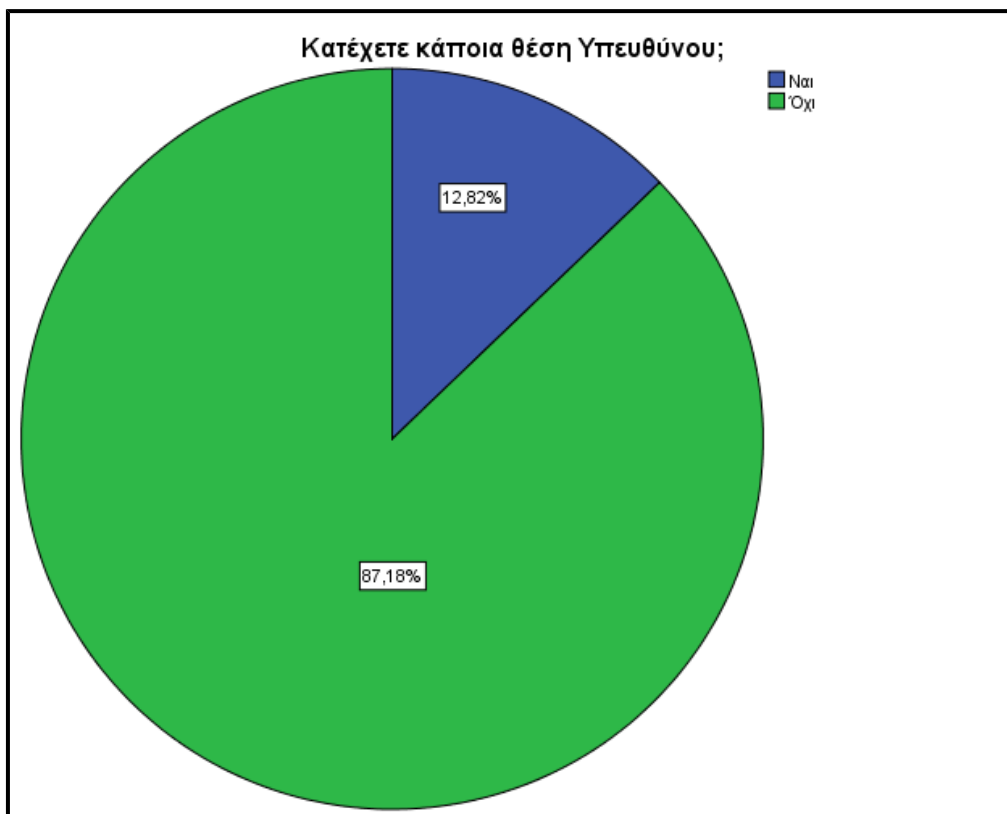
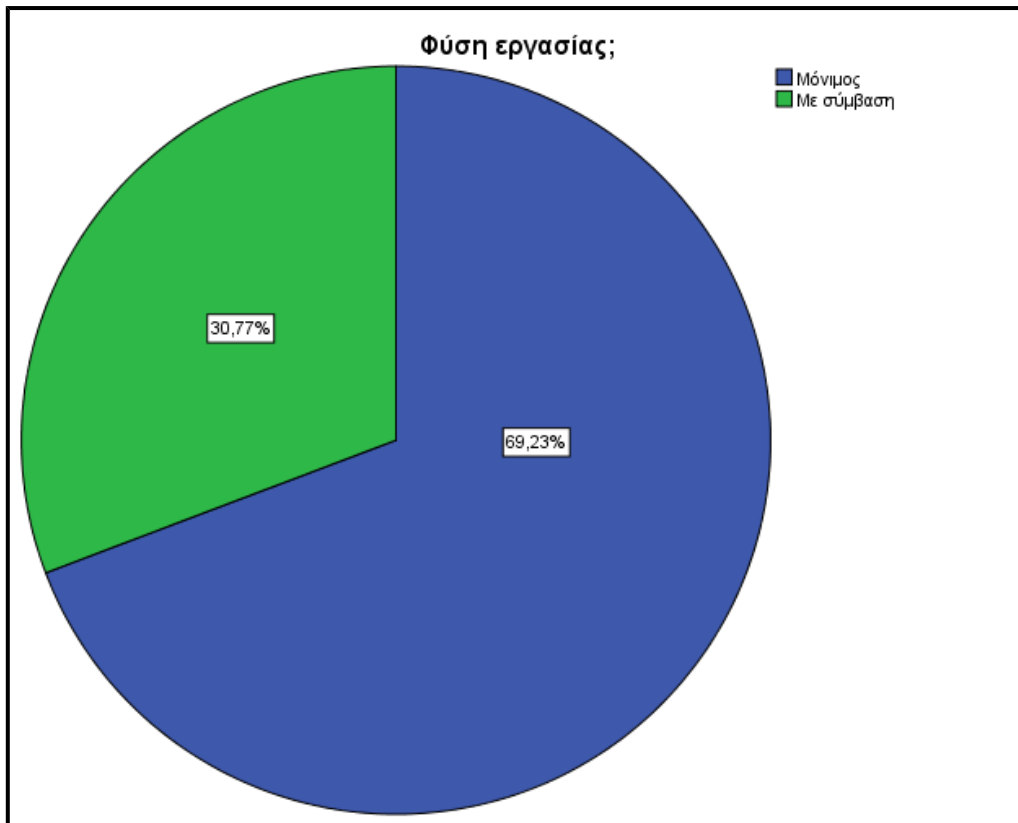
Σχετικά με τη φύση της εργασίας τους το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει μόνιμη θέση (69,2%, N=27) και το υπόλοιπο ποσοστό 30,8% είναι με σύμβαση. Εξ αυτών κάτοχοι θέσης υπευθύνου είναι μόνο 5 άτομα (12,8) και αφορούν θέσεις διευθυντή και επιμελητή Α'.

Σχετικά με το ωράριο εργασίας το 64,1% των συμμετεχόντων (N=25) δουλεύουν σε βάρδιες. Το 20,5% σε πρωινό και εφημερίες, το 10,3% αποκλειστικά πρωινό ενώ μόλις το 5,1% σε εφημερίες. Ωε εκ τούτου το 66,7% θα ήθελε κάποια αλλαγή το ωράριο εργασίας. Τέλος ανάγκη για περισσότερες άδειες δήλωσε ότι έχει το 87,2% των συμμετεχόντων.

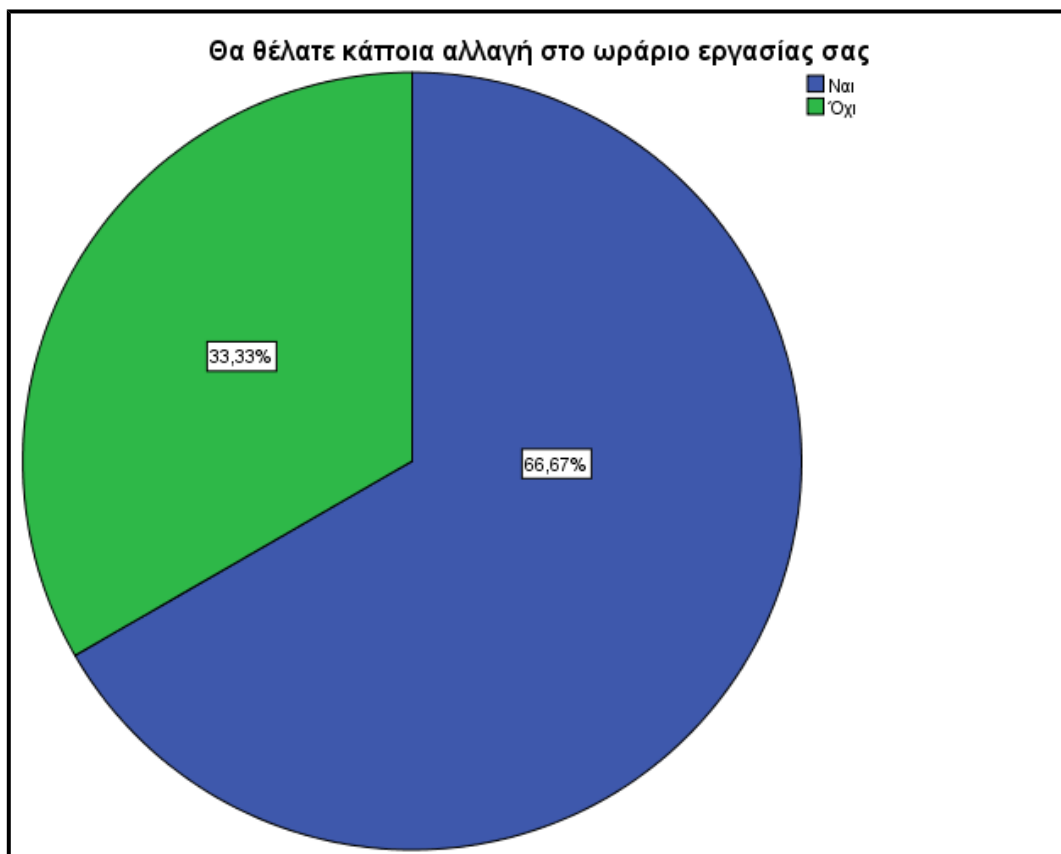
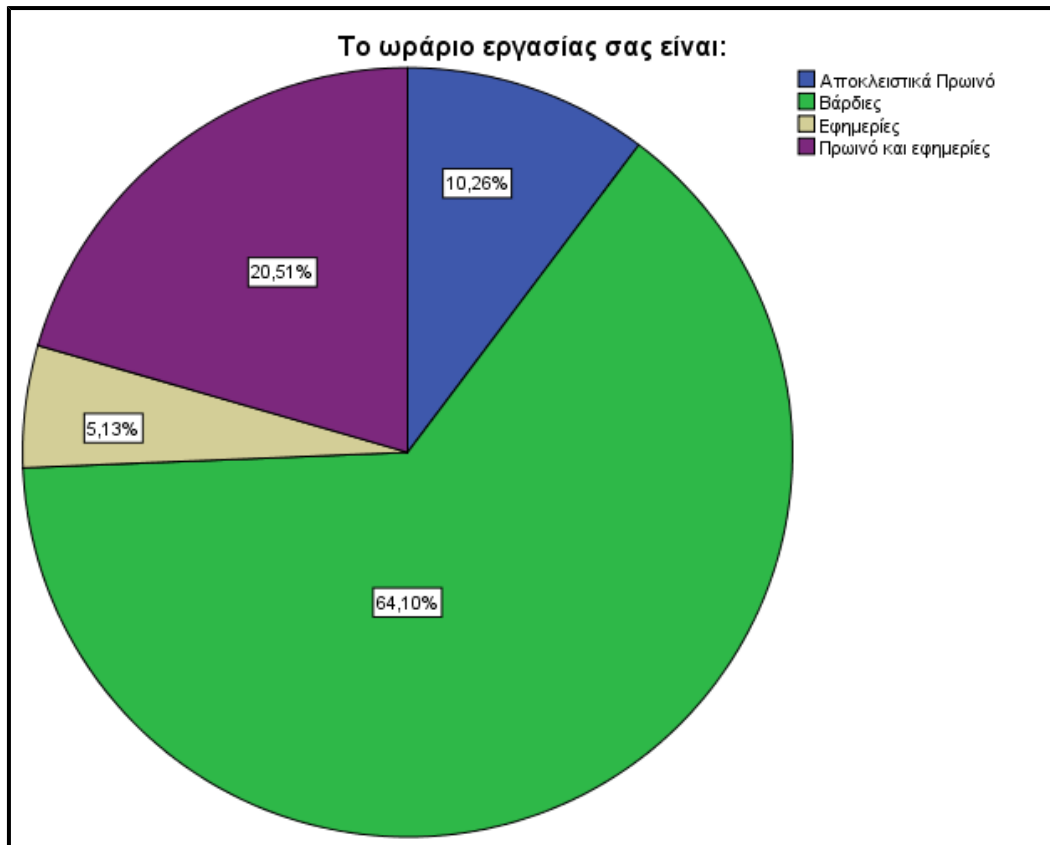
**Πίνακας 4.2** Συνοπτικά αποτελέσματα επαγγελματικών χαρακτηριστικών

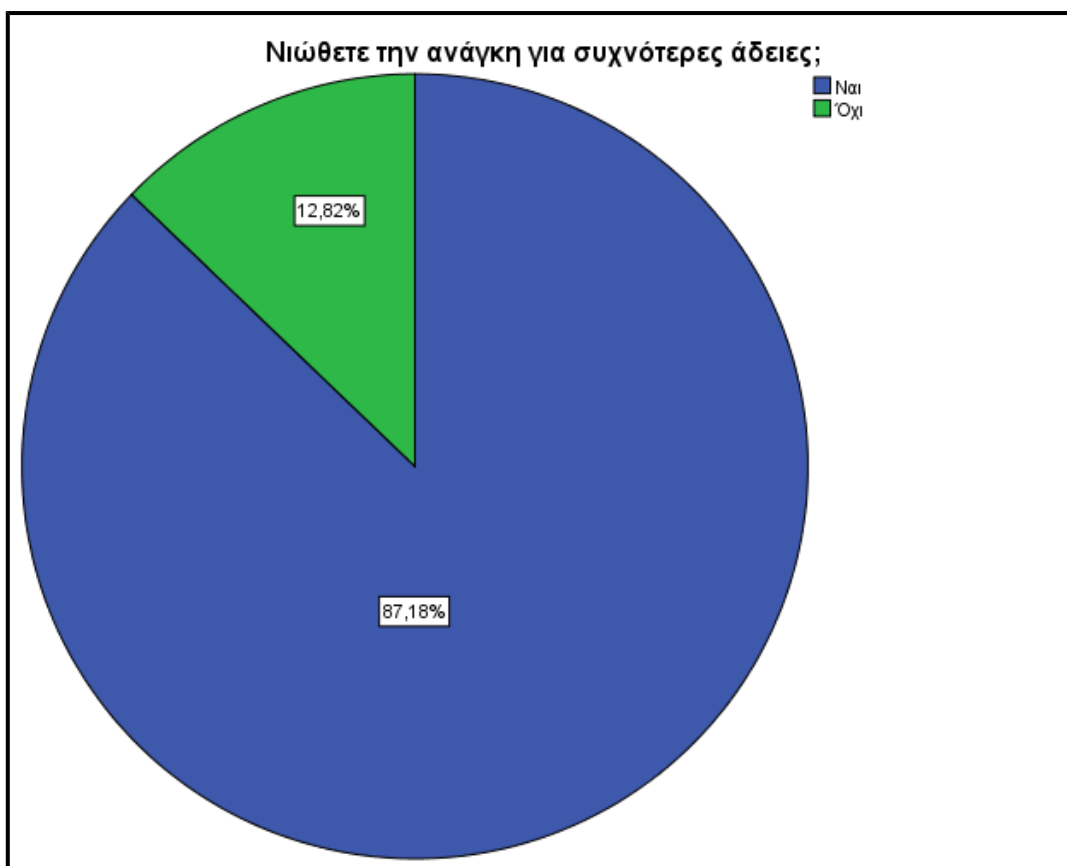
	Συχνότητα N	Ποσοστό %
<b>Επάγγελμα</b>		
Ιατρός	12	30,8
Νοσηλεύτης ΠΕ	1	2,6
Νοσηλεύτης ΤΕ	17	43,6
Νοσηλεύτης ΔΕ	8	20,5
<b>Φύση Εργασίας</b>		
Μόνιμος	27	69,2
Με σύμβαση	12	30,8
<b>Κατοχή θέσης υπεύθυνου</b>		
Ναι	5	12,8
Όχι	34	87,2
<b>Εάν ναι, ποια;</b>		
Διευθυντής	2	5,1
Επιμελητής Β'	2	5,1
<b>Ωράριο Εργασίας</b>		
Αποκλειστικά Πρωινό	4	10,3
Βάρδιες	25	64,1
Εφημερίες	2	5,1
Πρωινό και εφημερίες	8	20,5
<b>Θέλετε αλλαγή στο ωράριο;</b>		
Ναι	26	66,7
Όχι	13	33,3
<b>Ανάγκη για συχνότερες άδειες;</b>		
Ναι	34	87,2
Όχι	5	12,8
<b>Συνολικός Χρόνος υπηρεσίας σε έτη</b>		
Μέσος Όρος	14,32	
Τυπική απόκλιση	8,061	
Ελάχιστο	3	
Μέγιστο	35	
<b>Έτη υπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική</b>		
Μέσος Όρος	8,78	
Τυπική απόκλιση	7,010	
Ελάχιστο	0	
Μέγιστο	30	











### 5.3. Συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο

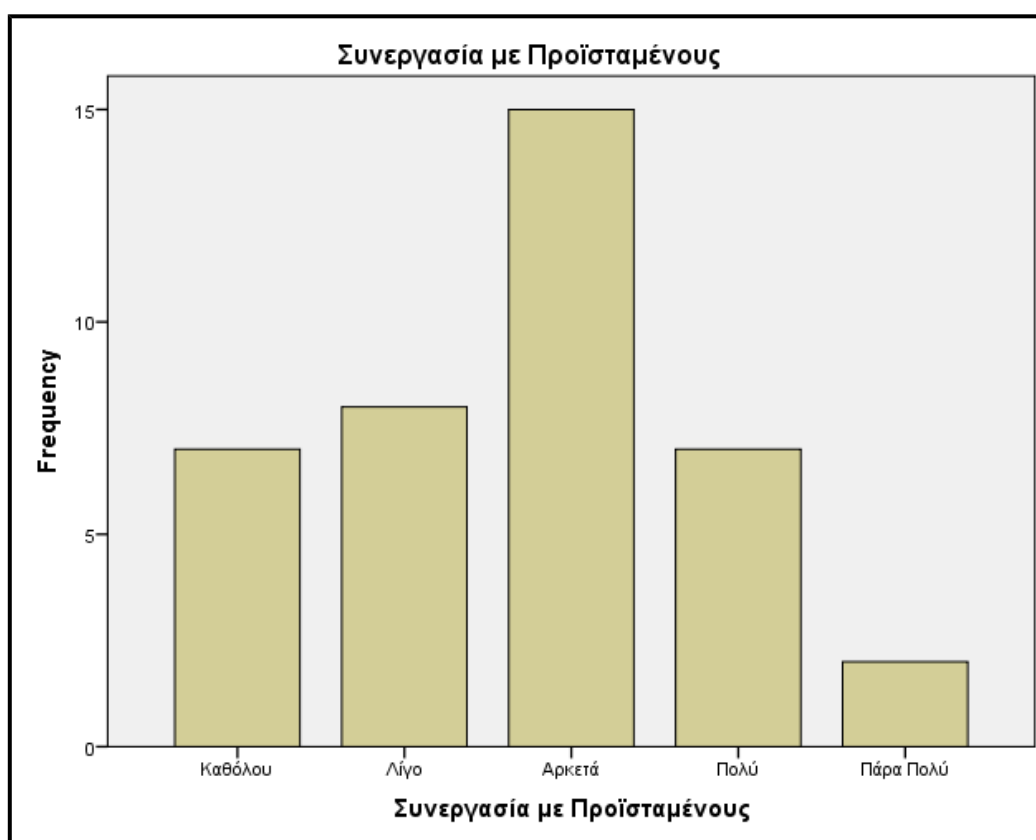
#### 5.3.1. Ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της εργασίας

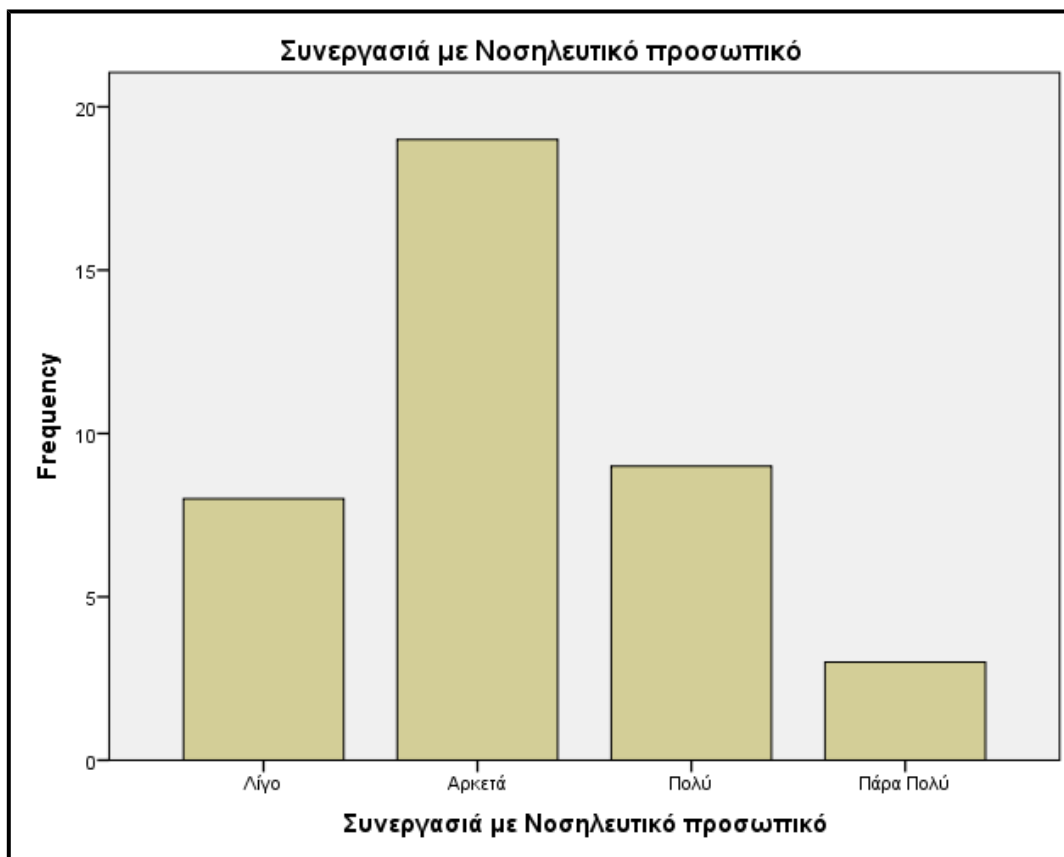
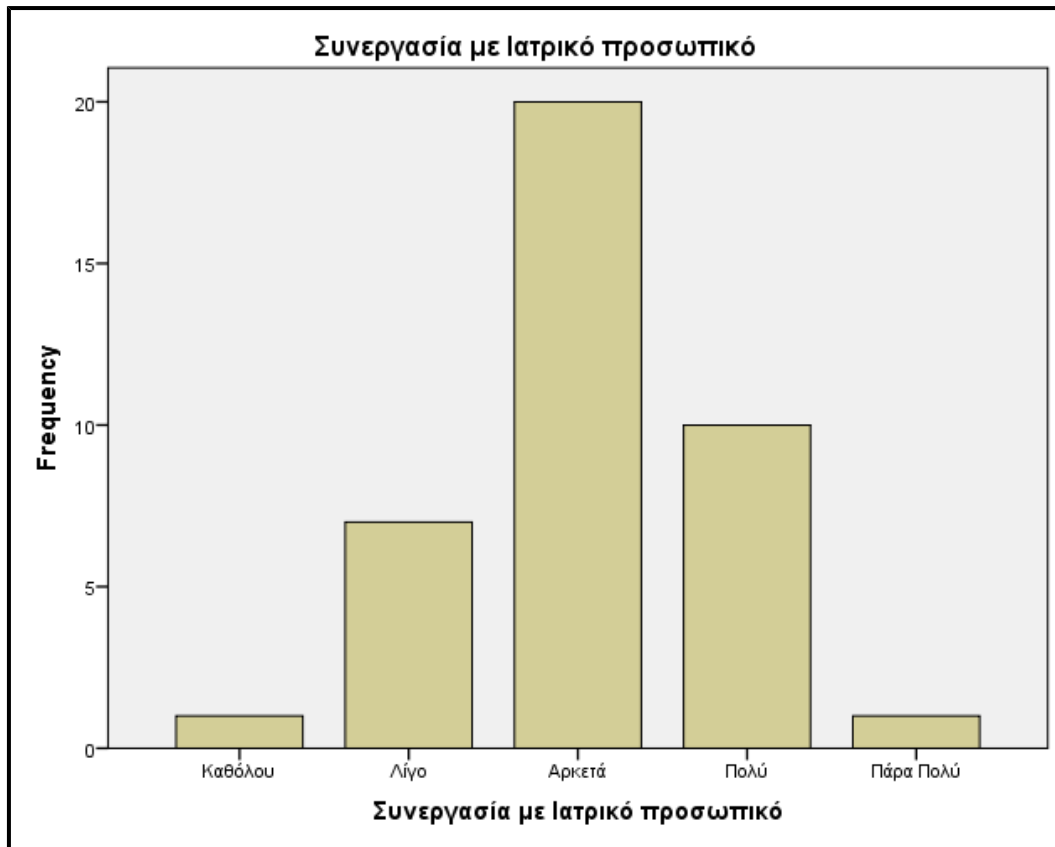
Στον πίνακα 4.3 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για το βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης έγινε με τη χρήση της 5-βαθμιας κλίμακας **Likert** όπου 1= καθόλου ικανοποιημένος, 2=λίγος ικανοποιημένος, 3=αρκετά ικανοποιημένος, 4=πολύ ικανοποιημένος και 5= πάρα πολύ ικανοποιημένος. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης οι μέσοι όροι για τους παράγοντες αντικείμενο εργασίας και συνεργασία με Ιατρικό, Νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, κυμαίνονται σε επίπεδα κοντά στο 3 γεγονός που δείχνει ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι. Λιγότερη ικανοποίηση φαίνεται να έχουν από τη συνεργασία τους με προϊσταμένους, τις συνθήκες εργασίας και την επαγγελματική εκπαίδευση ενώ καθόλου ικανοποιημένοι φαίνονται να είναι από τη συμμετοχή σε χρηματοδοτούμενα από την υπηρεσία σας προγράμματα. Τέλος η συνολική ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της εργασίας βρέθηκε να είναι λίγο

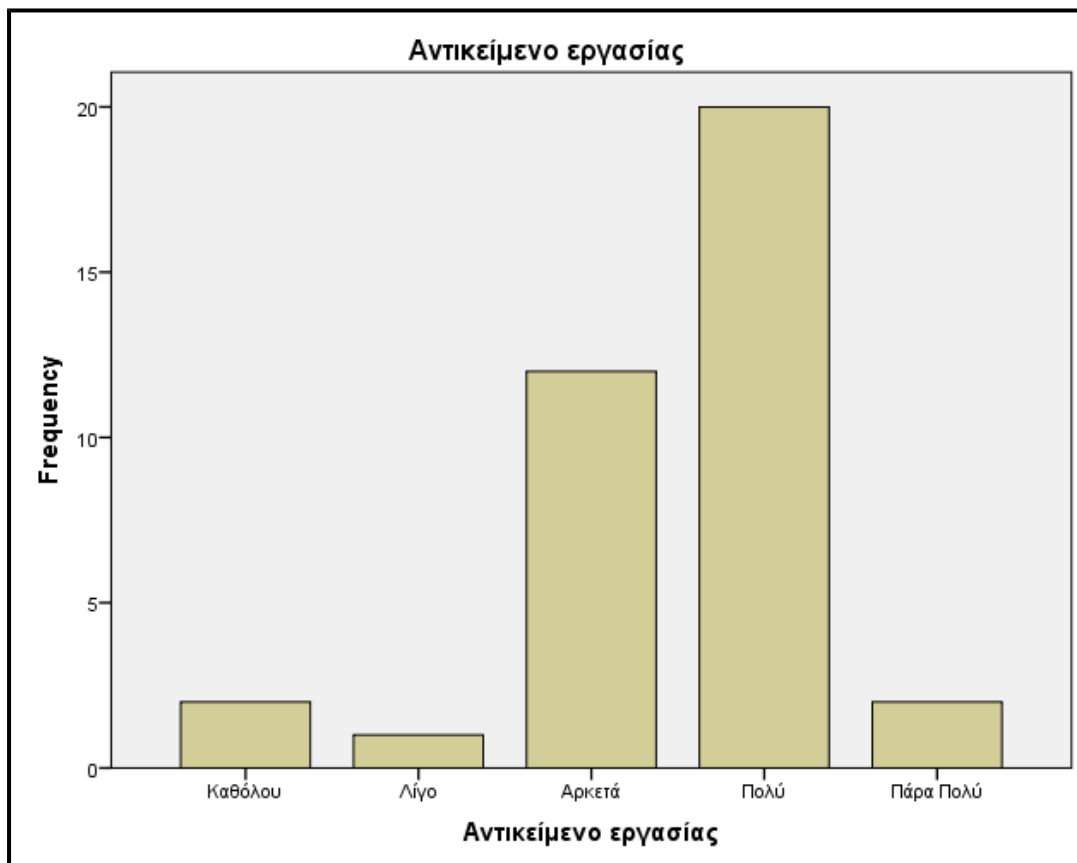
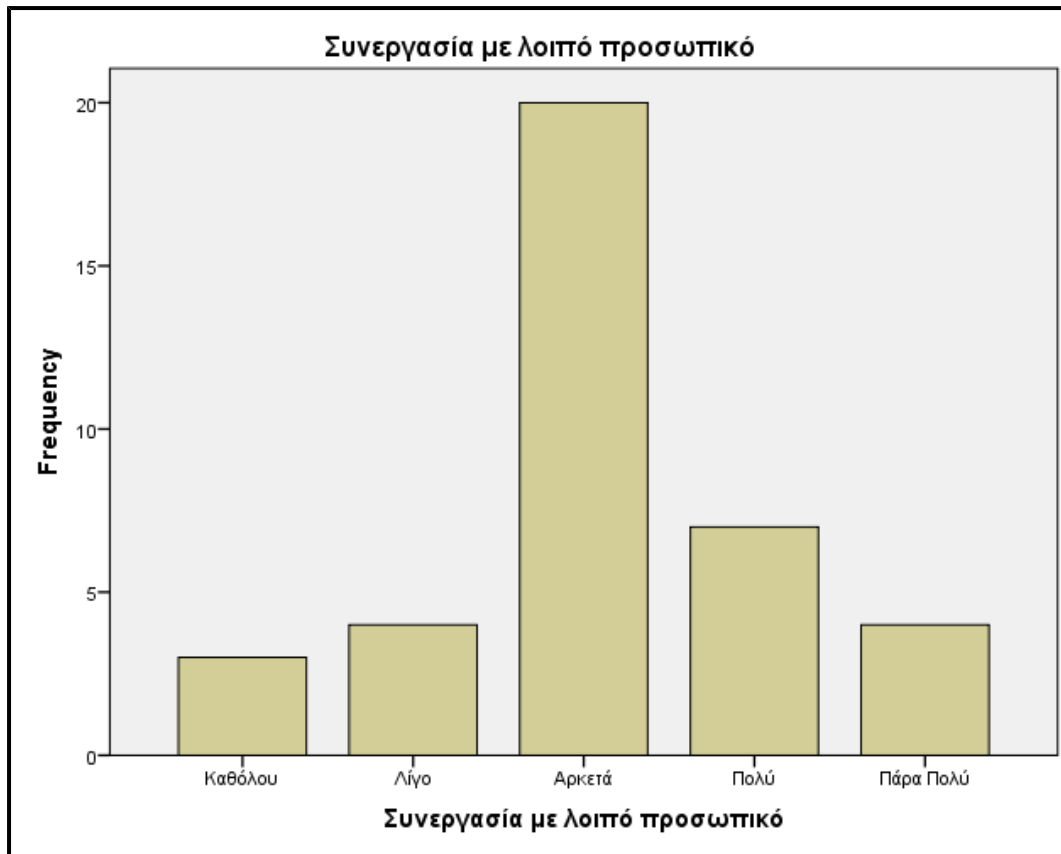
χαμηλότερη από 3, επομένως συνολικά οι συμμετέχοντες είναι λίγο έως αρκετά ικανοποιημένοι κατά τη διάρκεια της εργασίας τους από τις επιμέρους πτυχές της.

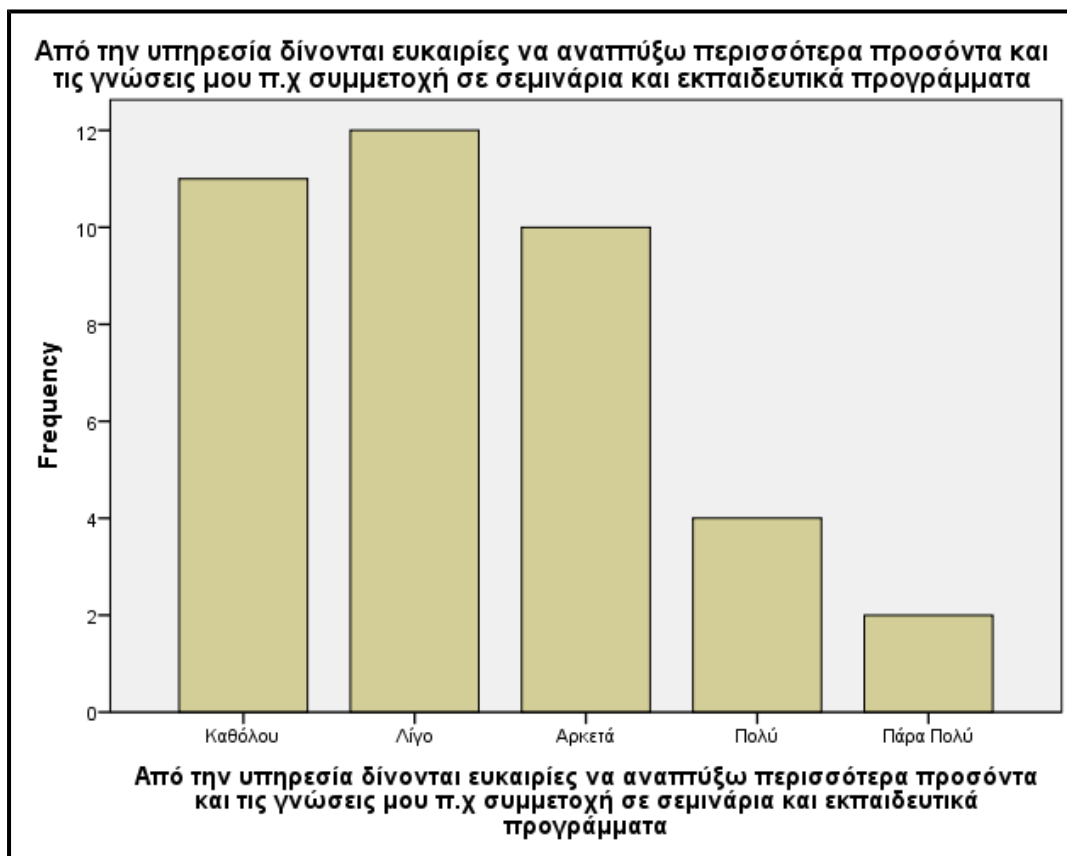
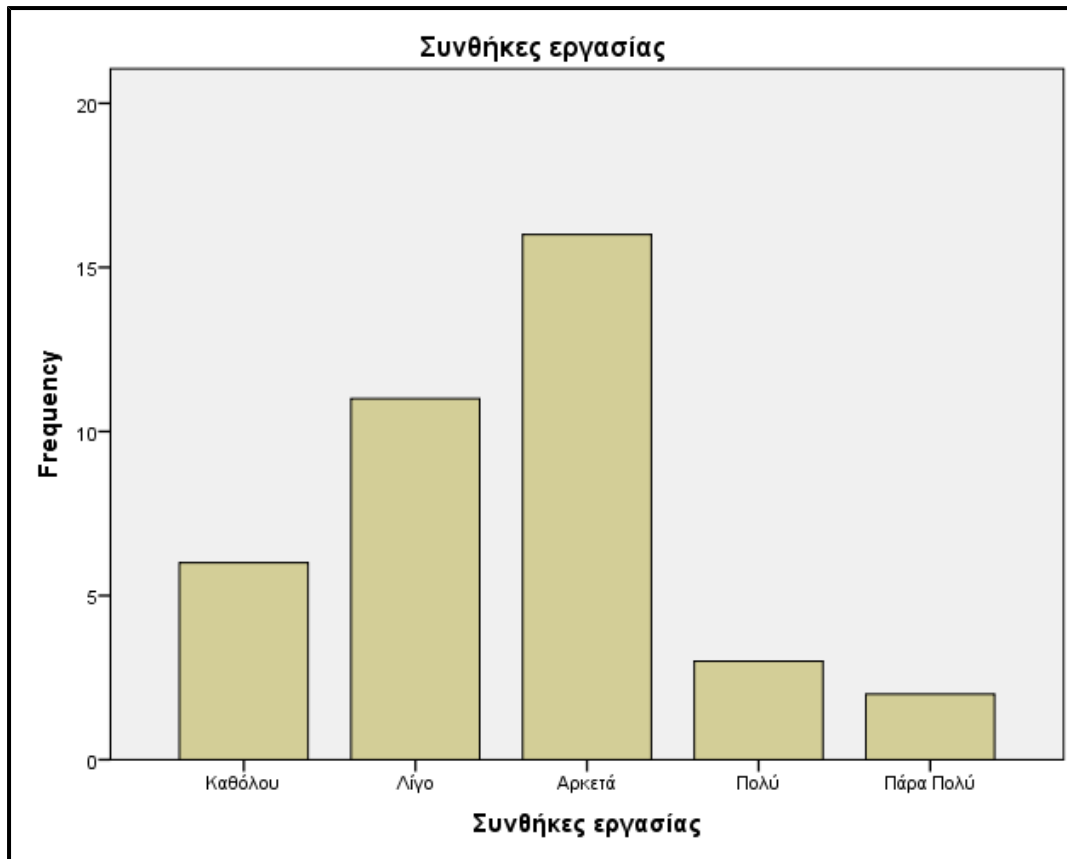
**Πίνακας 4.3** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ικανοποίησης κατά τη διάρκεια της εργασίας

	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Συνεργασία με Προϊσταμένους	2,72	1,123
Συνεργασία με Ιατρικό προσωπικό	3,08	,807
Συνεργασία με Νοσηλευτικό προσωπικό	3,18	,854
Συνεργασία με λοιπό προσωπικό	3,13	1,018
Αντικείμενο εργασίας	3,51	,870
Συνθήκες εργασίας	2,58	1,030
Από την υπηρεσία δίνονται ευκαιρίες να αναπτύξω περισσότερα προσόντα και τις γνώσεις μου π.χ συμμετοχή σε σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα	2,33	1,155
Από την συμμετοχή σας σε χρηματοδοτούμενα από την υπηρεσία σας προγράμματα	1,33	,869
<b><i>Συνολική ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της εργασίας</i></b>	<b><i>2,69</i></b>	<b><i>,633</i></b>









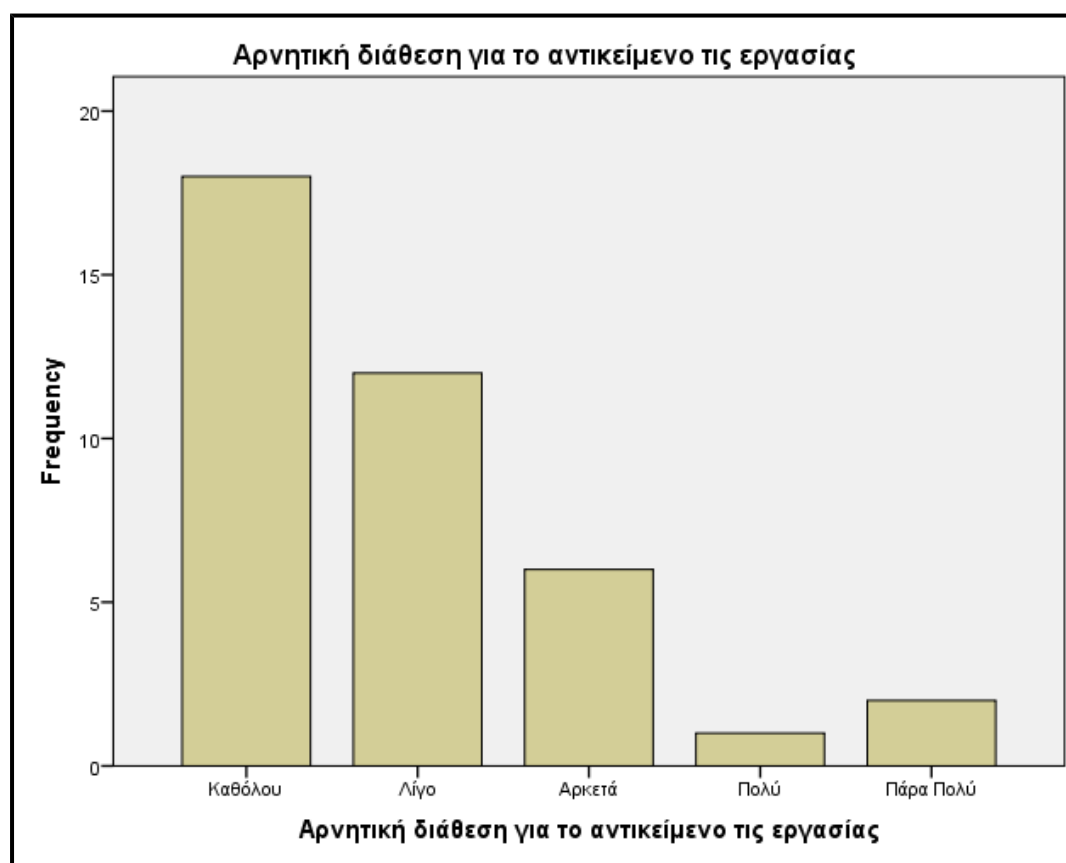


### 5.3.2. Αρνητικές Αντιδράσεις στην εργασία

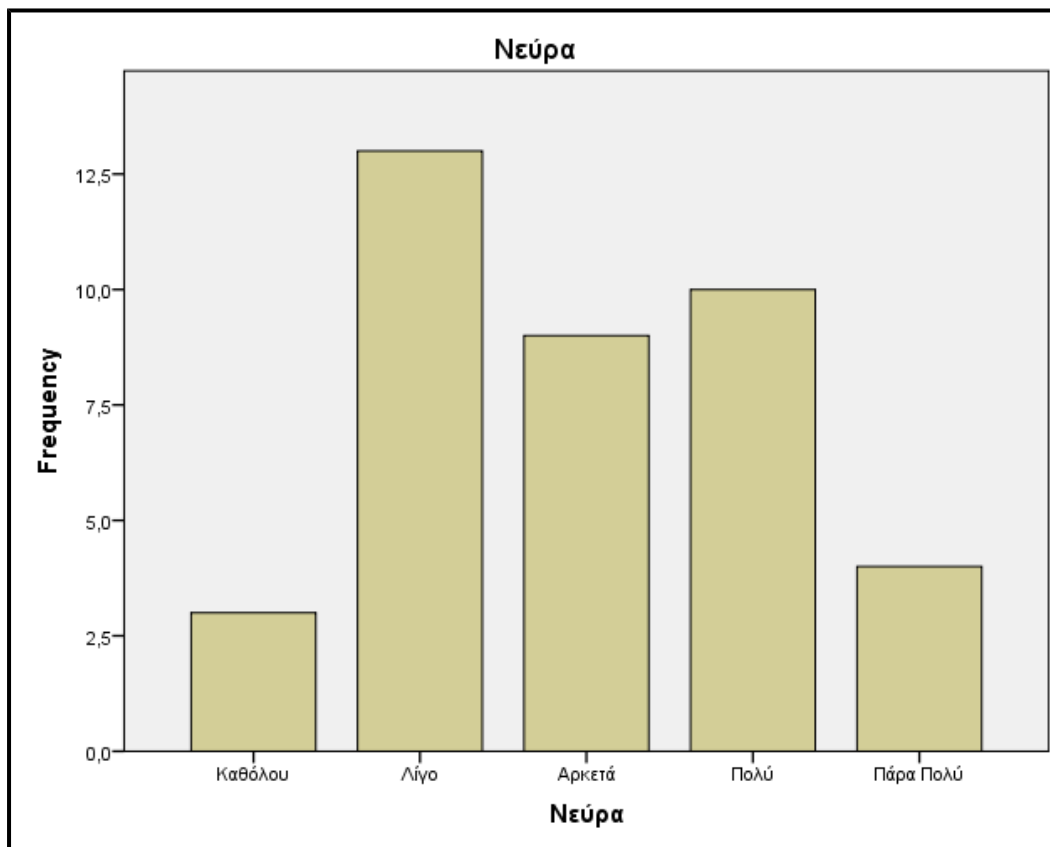
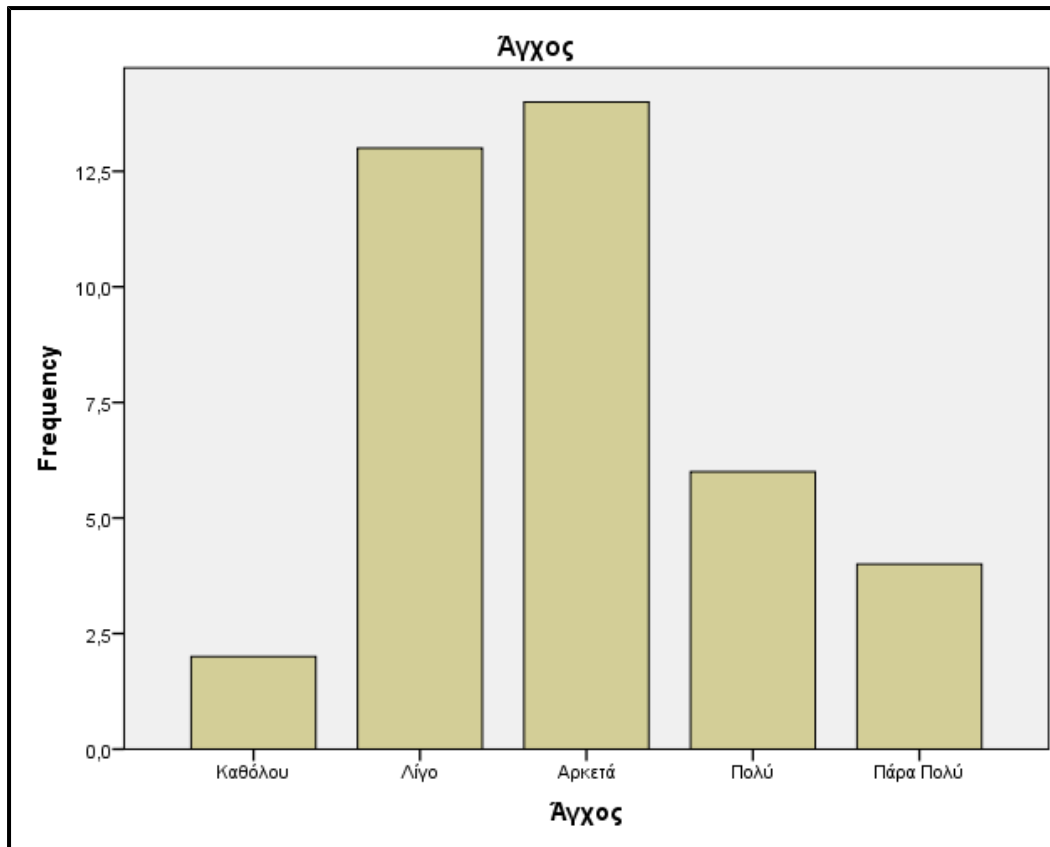
Στον πίνακα 4.4 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τις αντιδράσεις που παρατηρούν οι συμμετέχοντες ότι συμβαίνουν στον εαυτό τους κατά την εργασία. Η μέτρηση του βαθμού των αρνητικών αντιδράσεων έγινε με τη χρήση της 5-βαθμιας κλίμακας **Likert** όπου 1=καθόλου, 2=λίγος, 3=αρκετά, 4=πολύ και 5= πάρα πολύ. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της στατιστικής παρατηρούμε η συναισθηματική φόρτιση, τα νεύρα, το άγχος και το αίσθημα της απογοήτευσης εμφανίζονται κατά μέσο όρο αρκετά συχνά στους συμμετέχοντες, ενώ σε λιγότερο βαθμό ο θυμός απέναντι στους συναδέλφους, στην αίσθηση ότι η δουλειά αυτή τους σκληραίνει συναισθηματικά και ότι φτάνουν στο τέλος των αντοχών τους. Ακόμη λιγότερο φαίνεται να εμφανίζονται αρνητική διάθεση, ο θυμός και η αδιαφορία απέναντι στον ασθενή. Συνολικά η εμφάνιση των αρνητικών συναισθημάτων φαίνεται να καταλαμβάνει χαμηλή βαθμολογία από τους συμμετέχοντες με μέσο όρο  $2,37 \pm 0,793$  επομένως τα συναισθήματα αυτά εμφανίζονται σε λίγο βαθμό στους συμμετέχοντες.

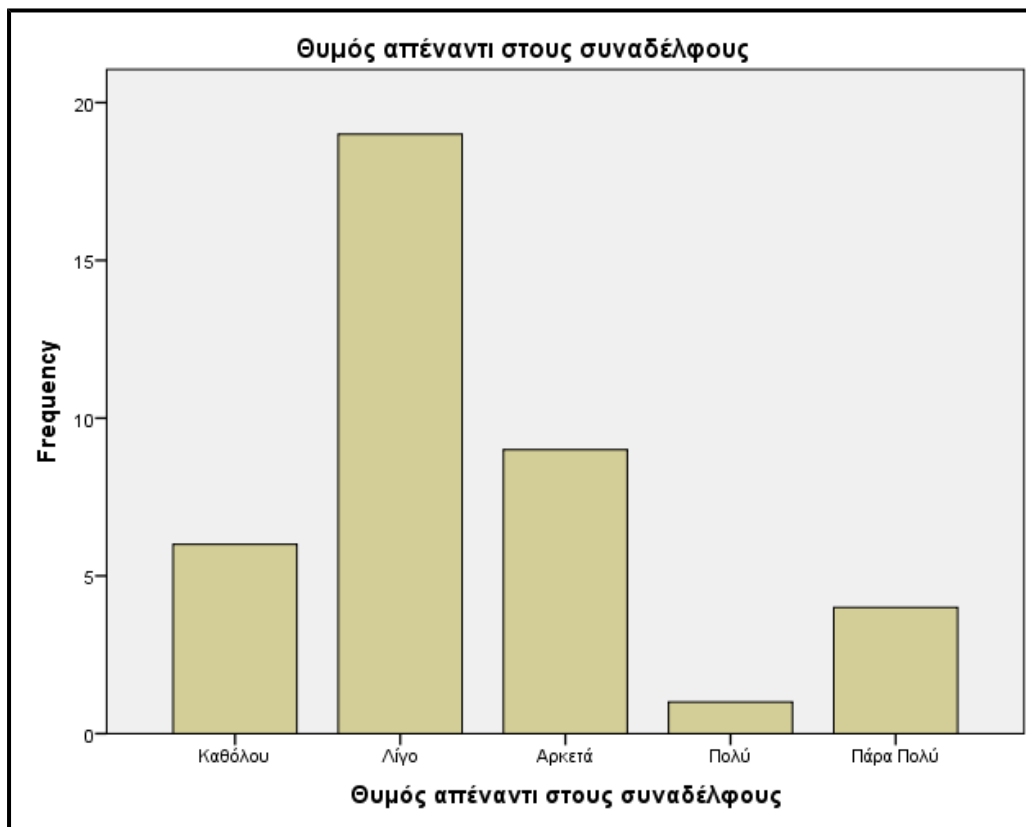
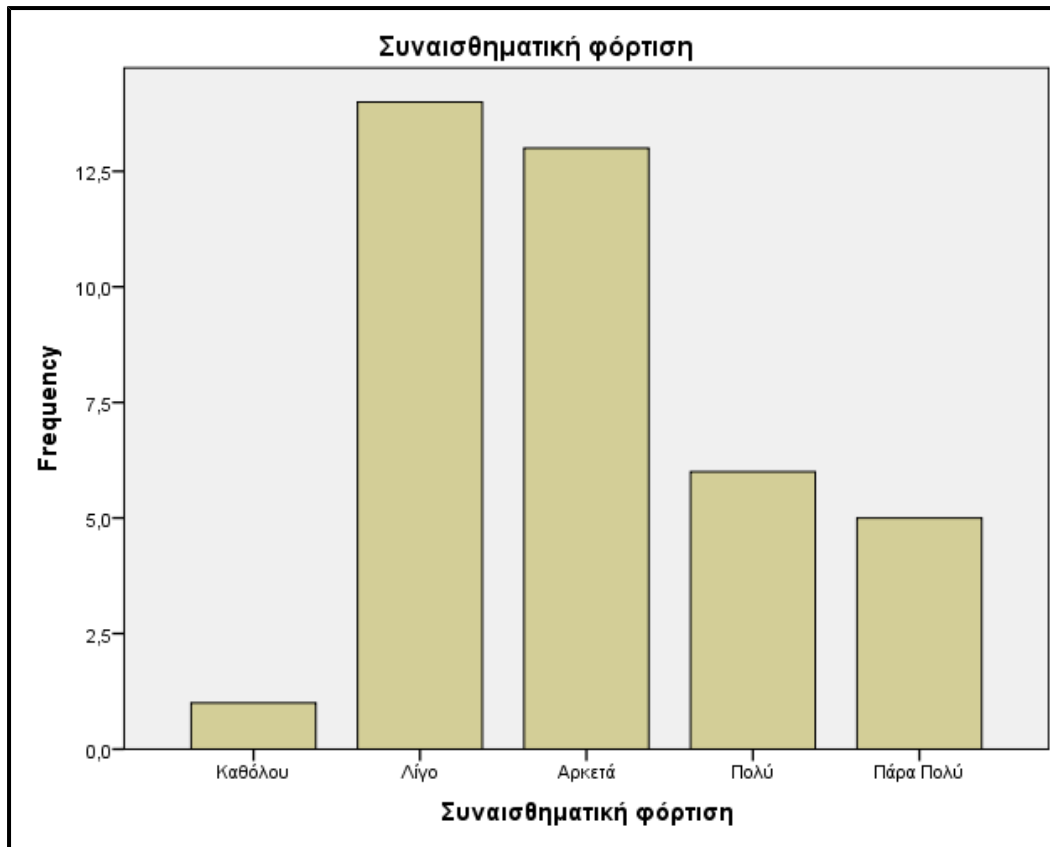
**Πίνακας 4.4** Περιγραφικά χαρακτηριστικά αρνητικών αντιδράσεων στην εργασία

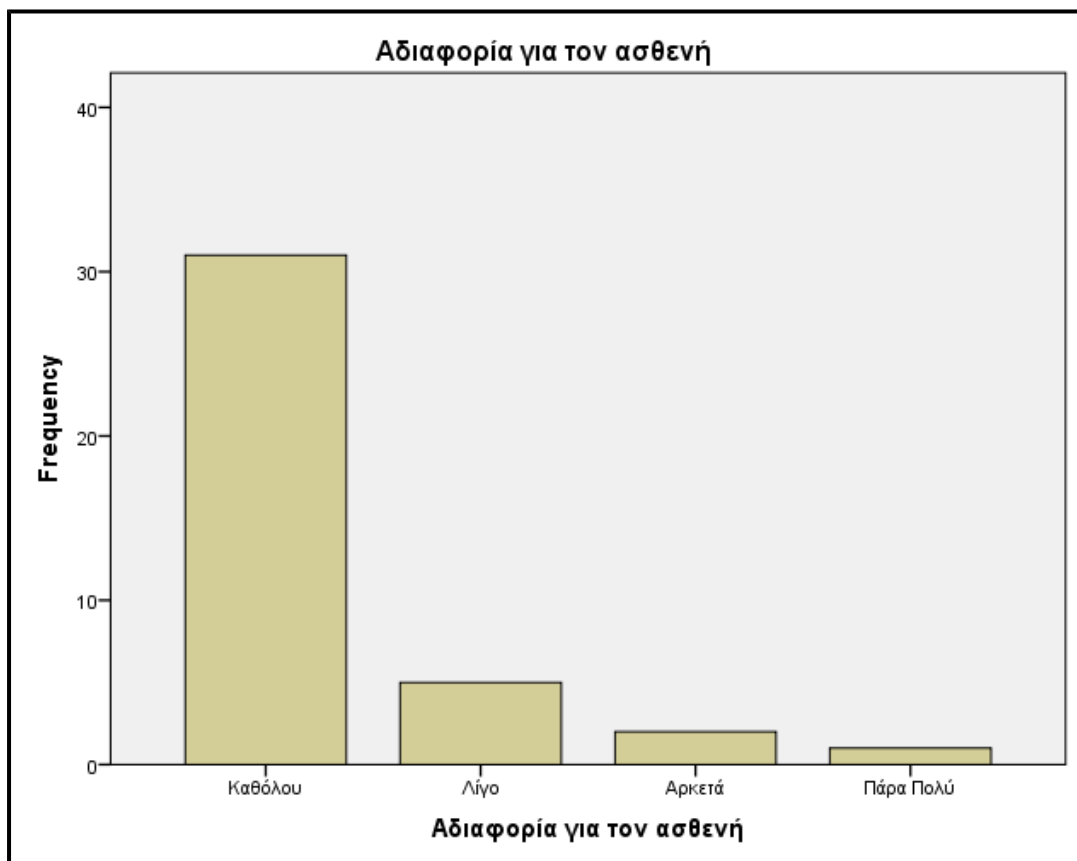
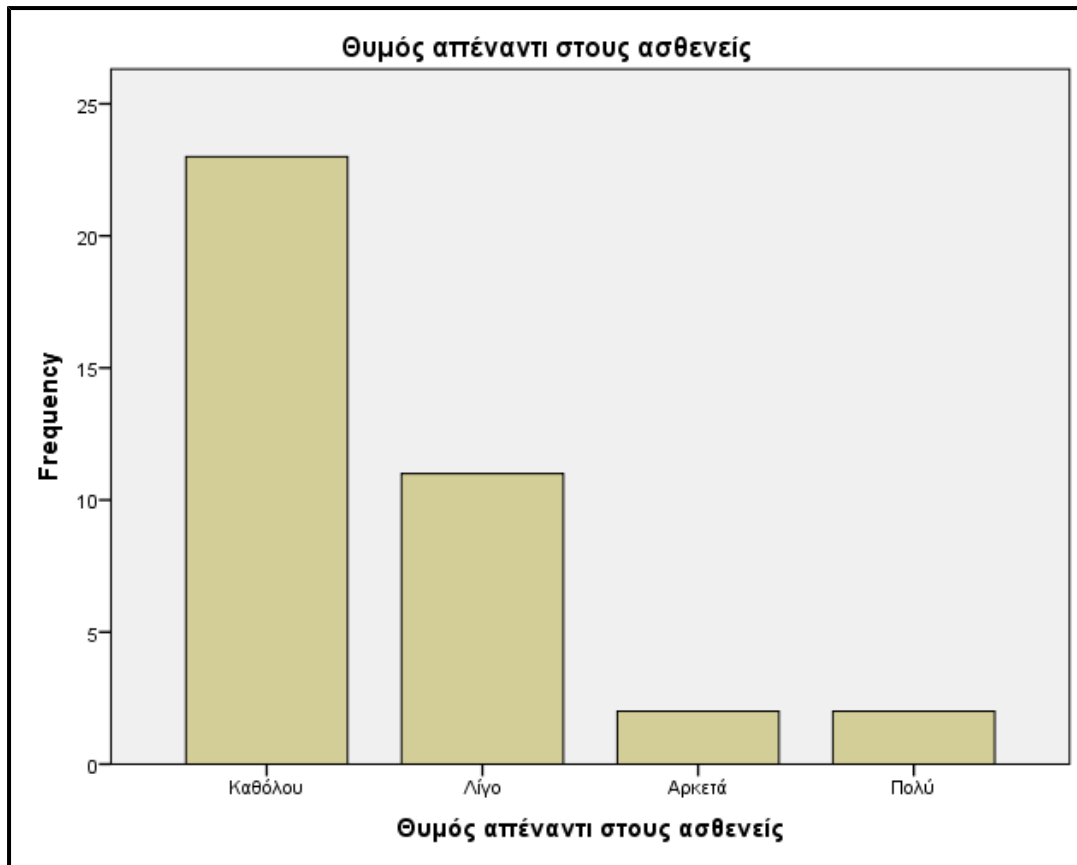
	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Αρνητική διάθεση για το αντικείμενο τις εργασίας	1,90	1,095
Άγχος	<b>2,92</b>	1,061
Νεύρα	<b>2,97</b>	1,158
Συναισθηματική φόρτιση	<b>3,00</b>	1,076
Θυμός απέναντι στους συναδέλφους	2,44	1,119
Θυμός απέναντι στους ασθενείς	1,55	,828
Αδιαφορία για τον ασθενή	1,33	,806
Αισθάνομαι απογοητευμένος από την δουλειά μου	<b>2,63</b>	1,195
Αισθάνομαι ότι η δουλειά αυτή συναισθηματικά με σκληραίνει	2,41	1,312
Νιώθω ότι φτάνω στο τέλος των αντοχών μου	2,31	1,341
<b><u>Συνολική εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων</u></b>	<b>2,37</b>	<b>,793</b>

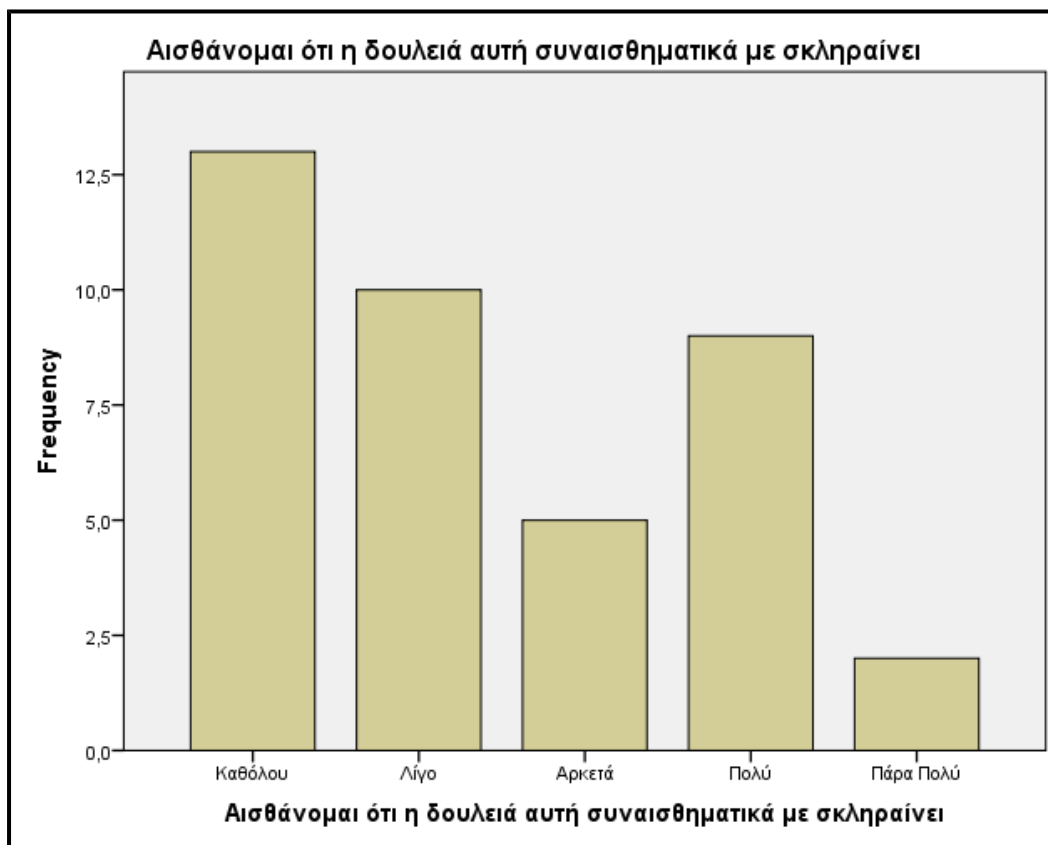
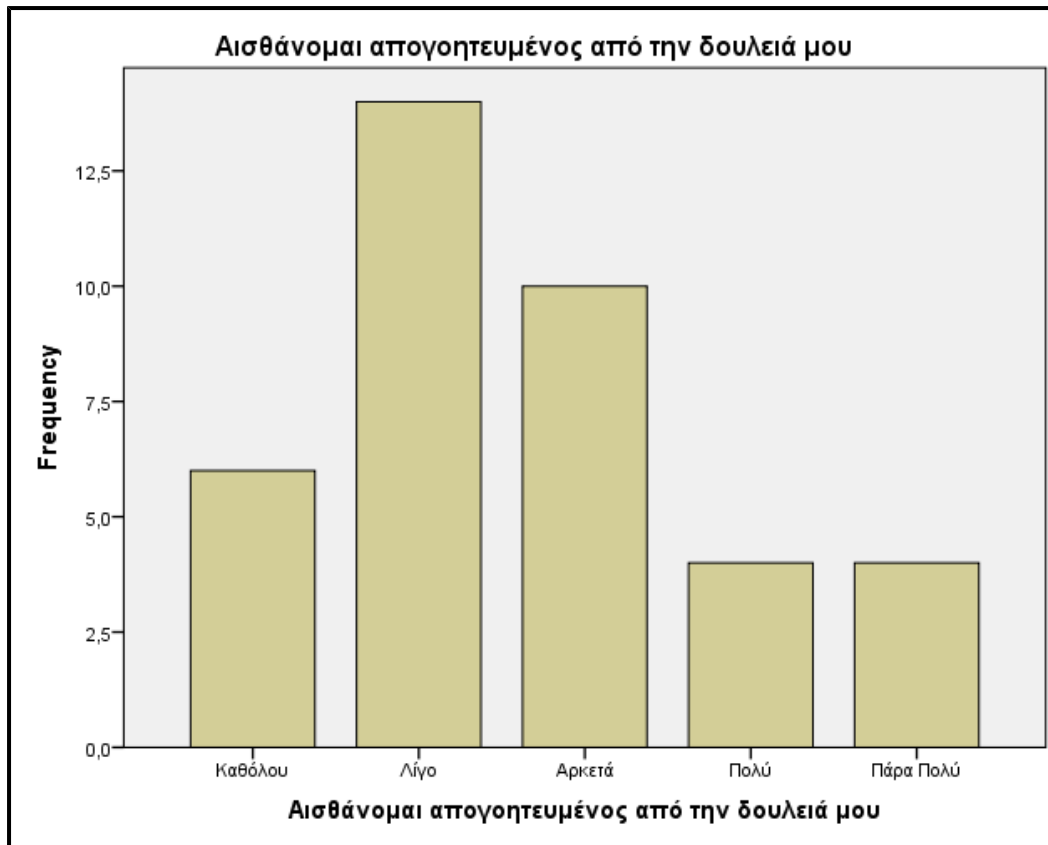


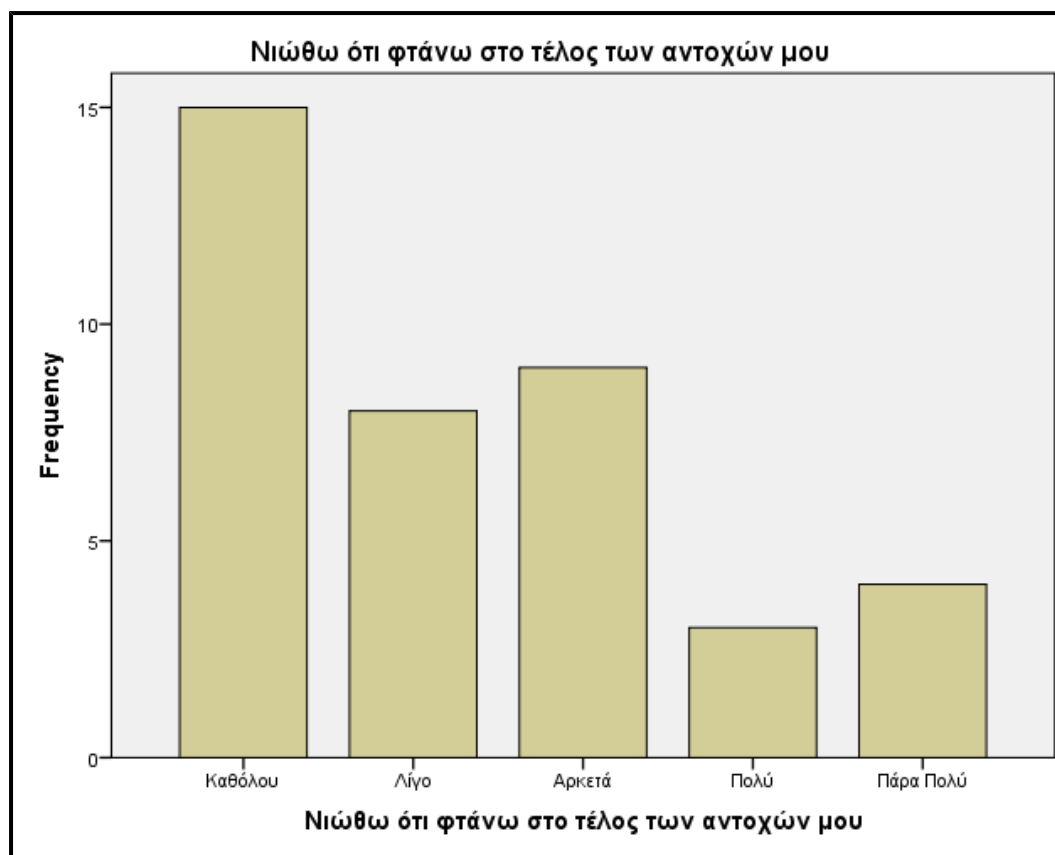












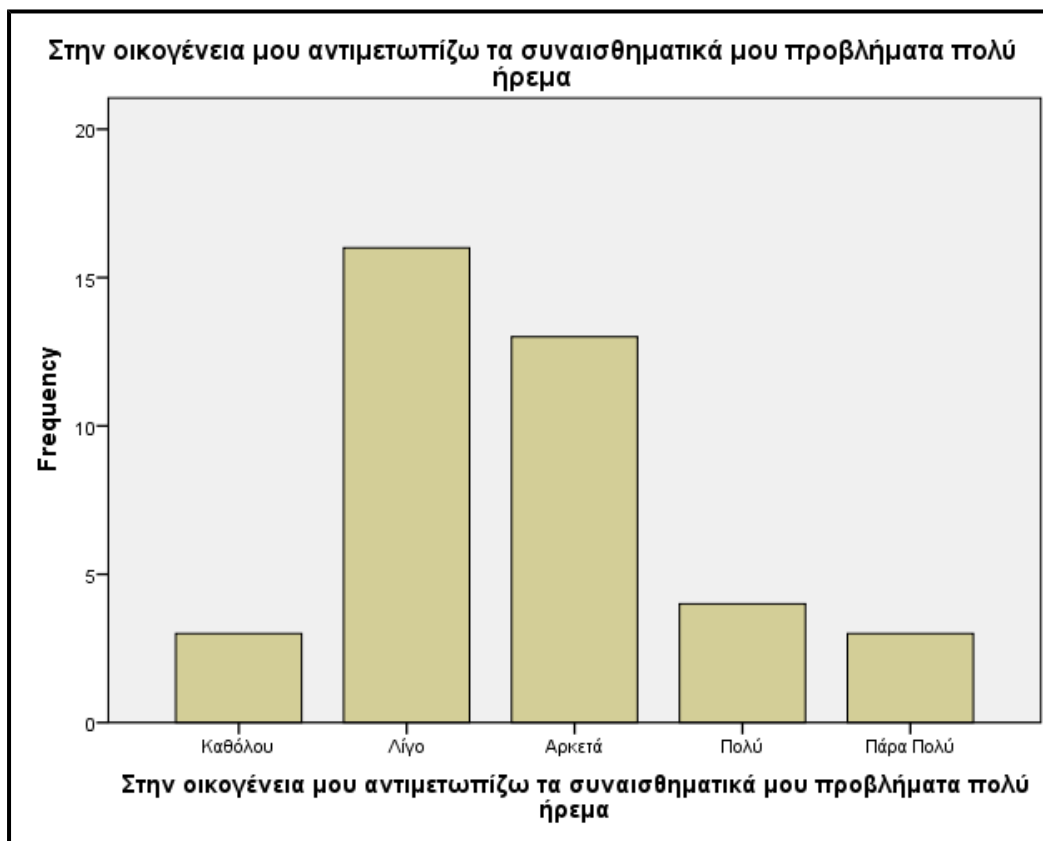
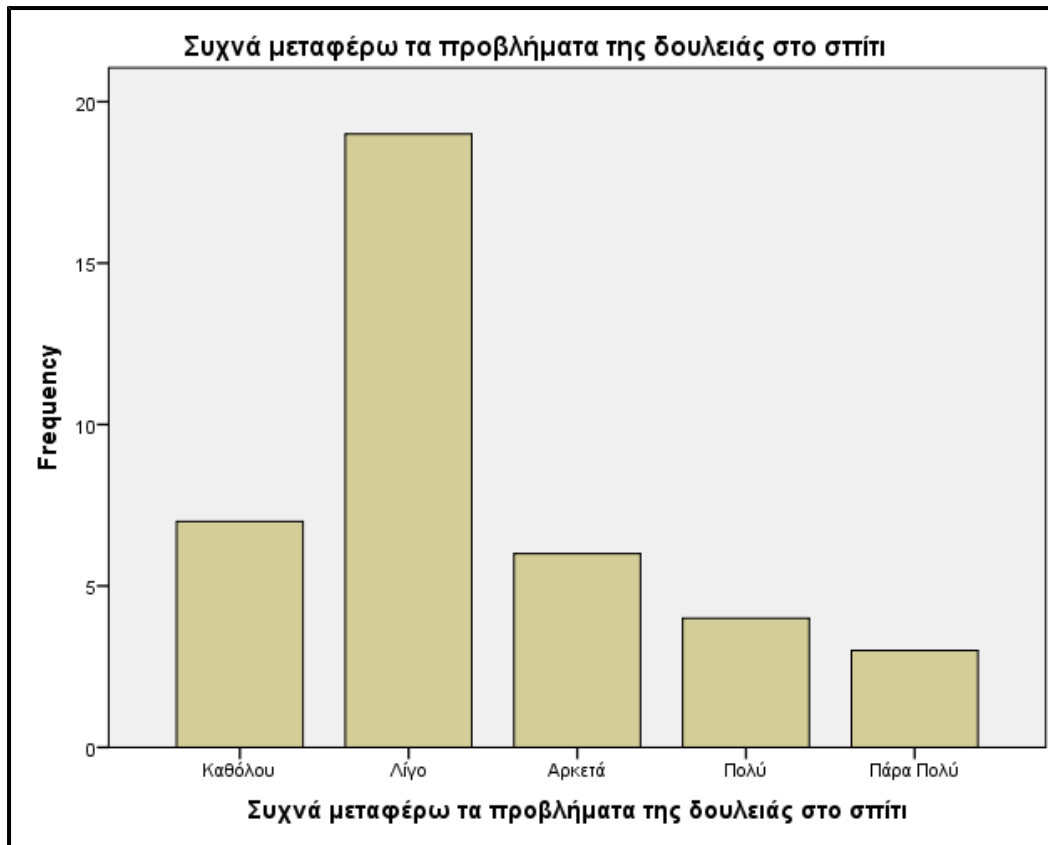
### 5.3.3. Αρνητικές αντιδράσεις στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή

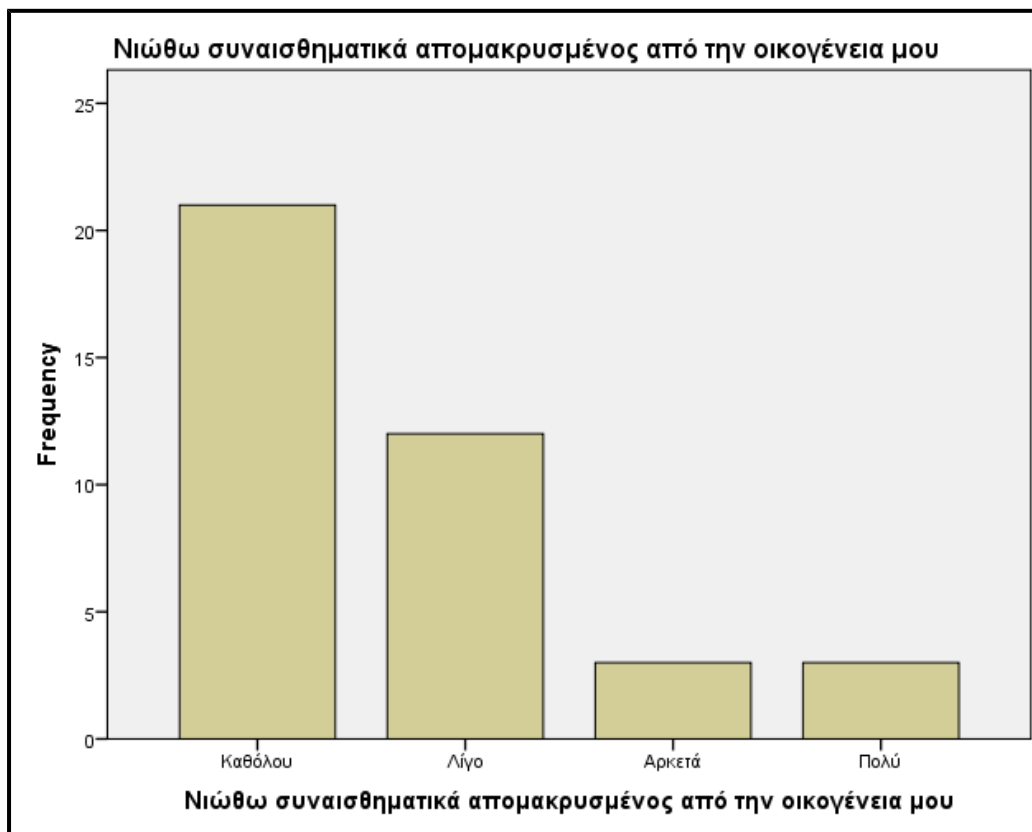
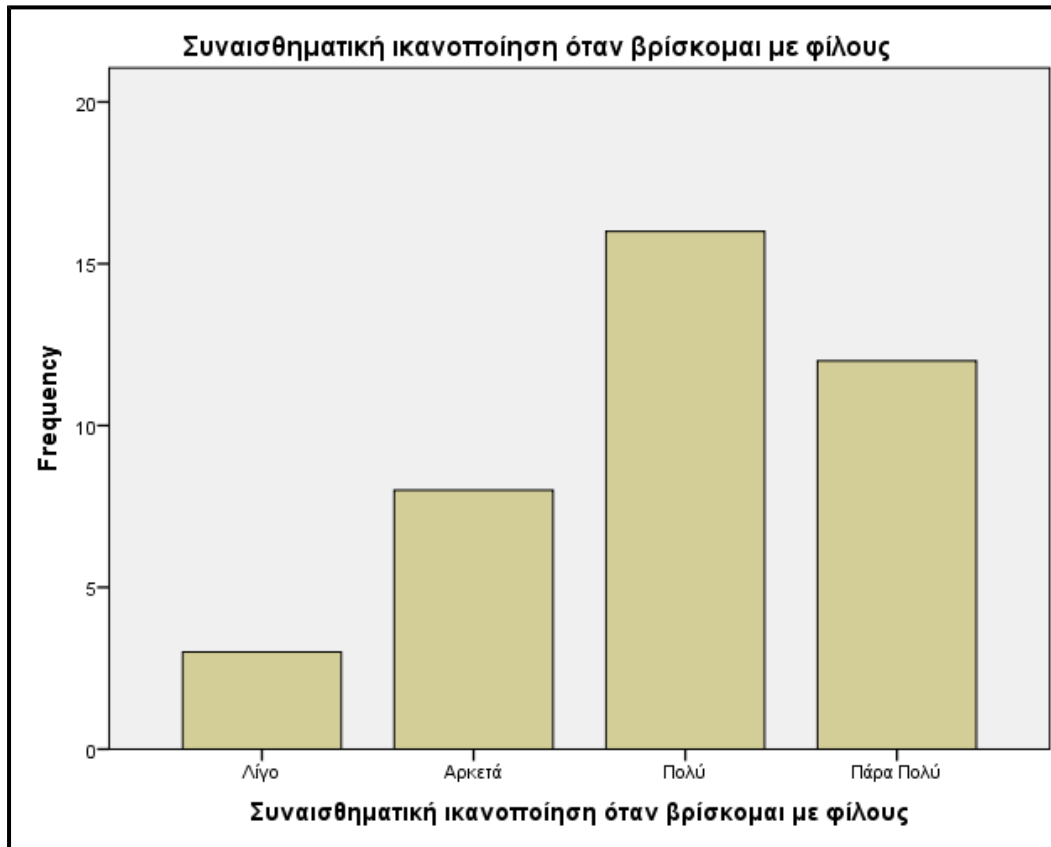
Στον πίνακα 4.5 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τις αντιδράσεις που παρατηρούν οι συμμετέχοντες ότι συμβαίνουν στον εαυτό τους κατά τη διάρκεια της οικογενειακής και κοινωνικής τους ζωής. Η μέτρηση του βαθμού των αρνητικών αντιδράσεων στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή έγινε με τη χρήση της 5-βαθμιας κλίμακας **Likert** όπου 1= καθόλου, 2=λίγος, 3=αρκετά, 4=πολύ και 5= πάρα πολύ. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της στατιστικής παρατηρούμε αισθάνονται πολύ συναισθηματική ικανοποίηση όταν βρίσκονται με φίλους ενώ σε αρκετό βαθμό στην οικογένεια τους αντιμετωπίζουν τα συναισθηματικά τους προβλήματα πολύ ήρεμα. Επίσης φαίνεται ότι αρκετά συχνά μεταφέρουν τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι και αισθάνονται σε λίγο βαθμό ότι η οικογένειά τους αδυνατεί να κατανοήσει τις επαγγελματικές τους δεσμεύσεις. Σε αρκετά λιγότερο βαθμό αισθάνονται δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών και διαπροσωπικών σχέσεων, ψυχολογικά αδύναμοι και να δημιουργούν καβγάδες και διαπληκτισμούς στο οικογενειακό περιβάλλον. Συνολικά ο βαθμός εμφάνισης αρνητικών αντιδράσεων στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή φαίνεται να καταλαμβάνει χαμηλή βαθμολογία από τους συμμετέχοντες με μέσο όρο  $2,33 \pm 0,709$

επομένως τα συναισθήματα αυτά εμφανίζονται σε λίγο και σε ελάχιστες περιπτώσεις σε αρκετό βαθμό στους συμμετέχοντες.

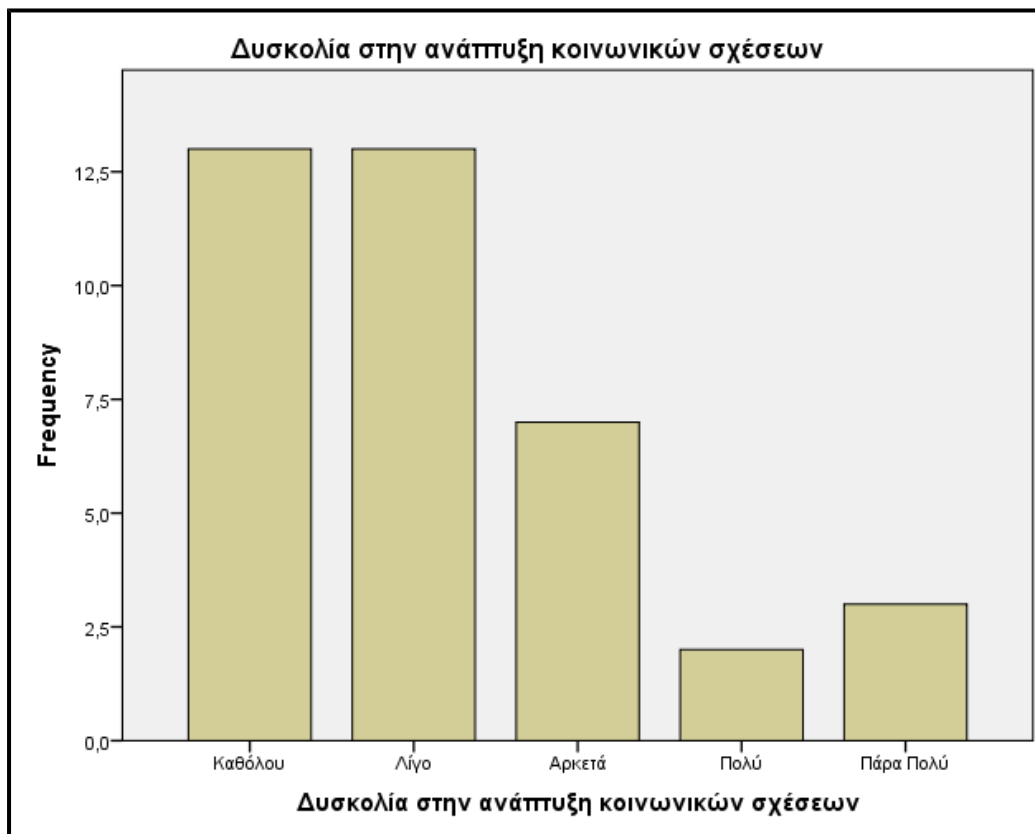
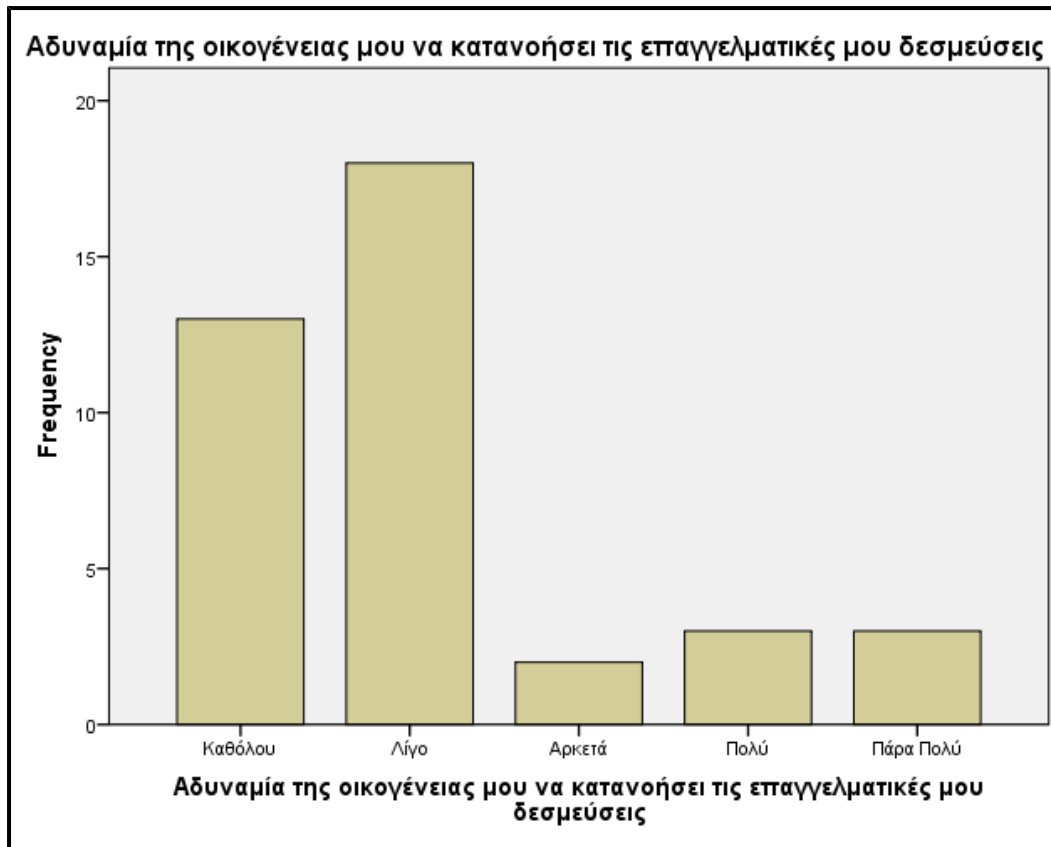
**Πίνακας 4.5** Περιγραφικά χαρακτηριστικά αρνητικών αντιδράσεων στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή

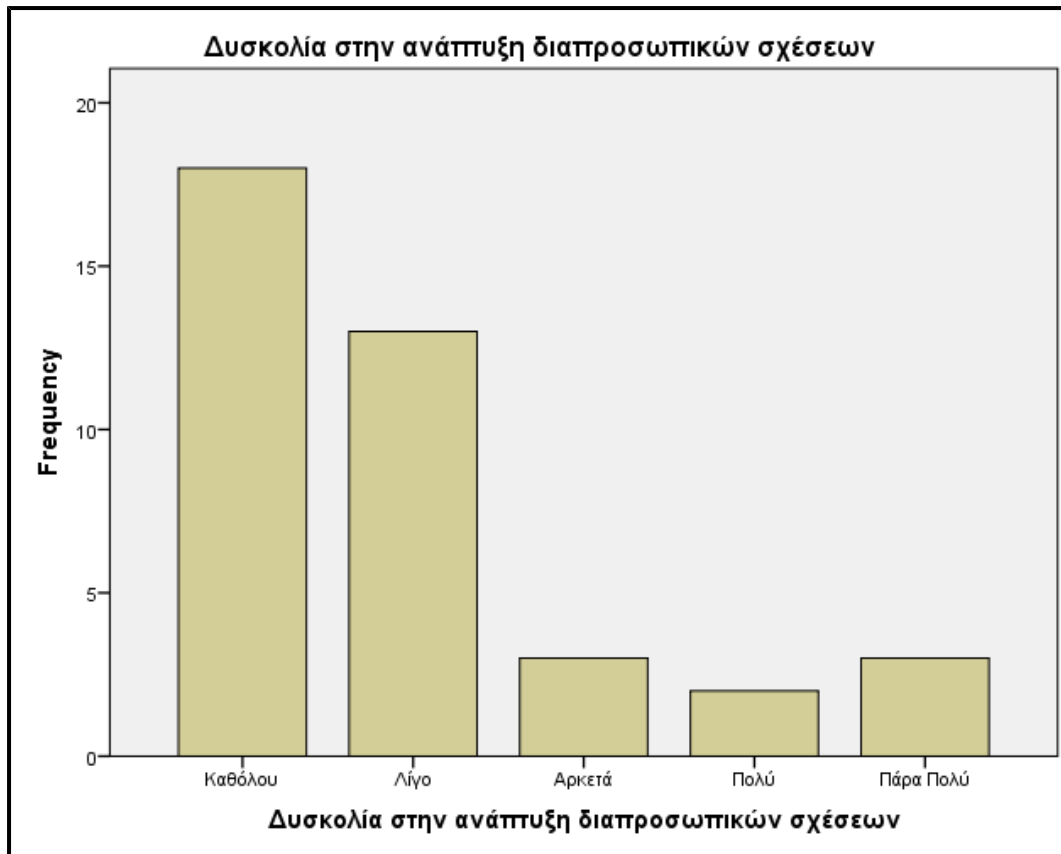
	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Συχνά μεταφέρω τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι	2,41	1,141
Στην οικογένεια μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά μου προβλήματα πολύ ήρεμα	2,69	1,030
Συναισθηματική ικανοποίηση όταν βρίσκομαι με φίλους	3,95	,916
Νιώθω συναισθηματικά απομακρυσμένος από την οικογένεια μου	1,69	,922
Αδυναμία της οικογένειας μου να κατανοήσει τις επαγγελματικές μου δεσμεύσεις	2,10	1,188
Δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων	2,18	1,205
Δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων	1,95	1,213
Οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στο οικογενειακό περιβάλλον είναι συχνό φαινόμενο	1,82	,997
Νιώθω ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω καθημερινά προβλήματα	2,05	1,123
<b><i>Συνολική εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων</i></b>	<b>2,33</b>	<b>,709</b>

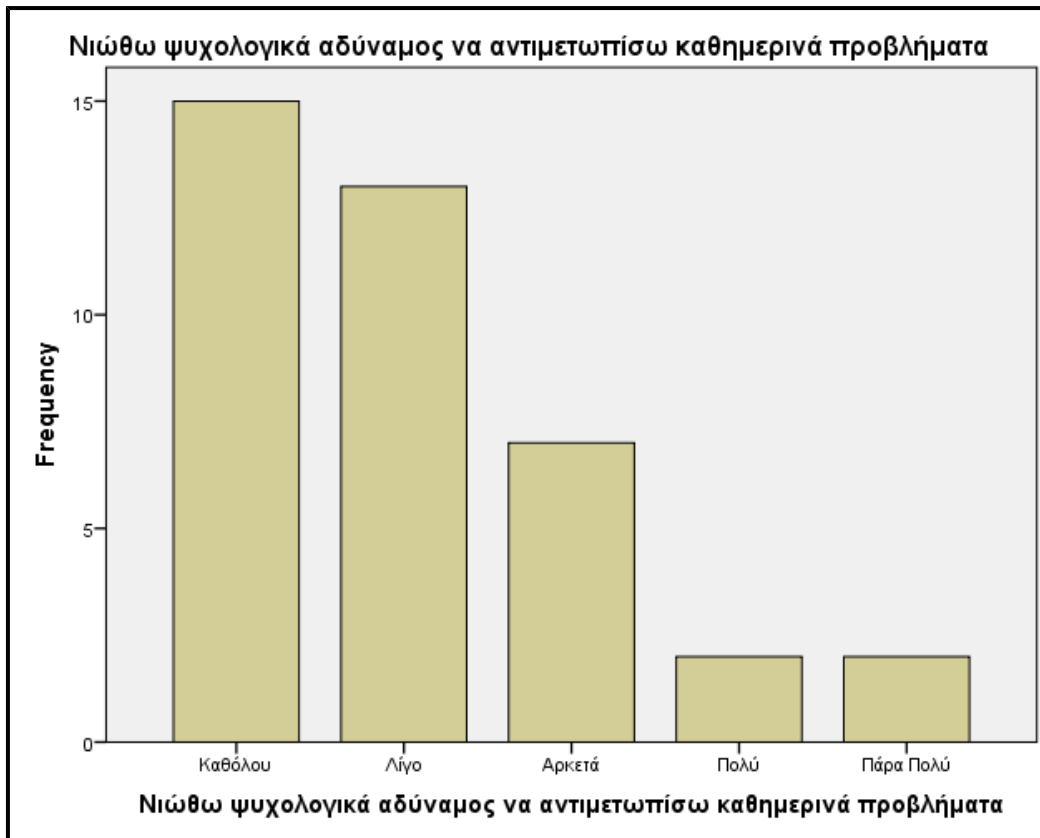










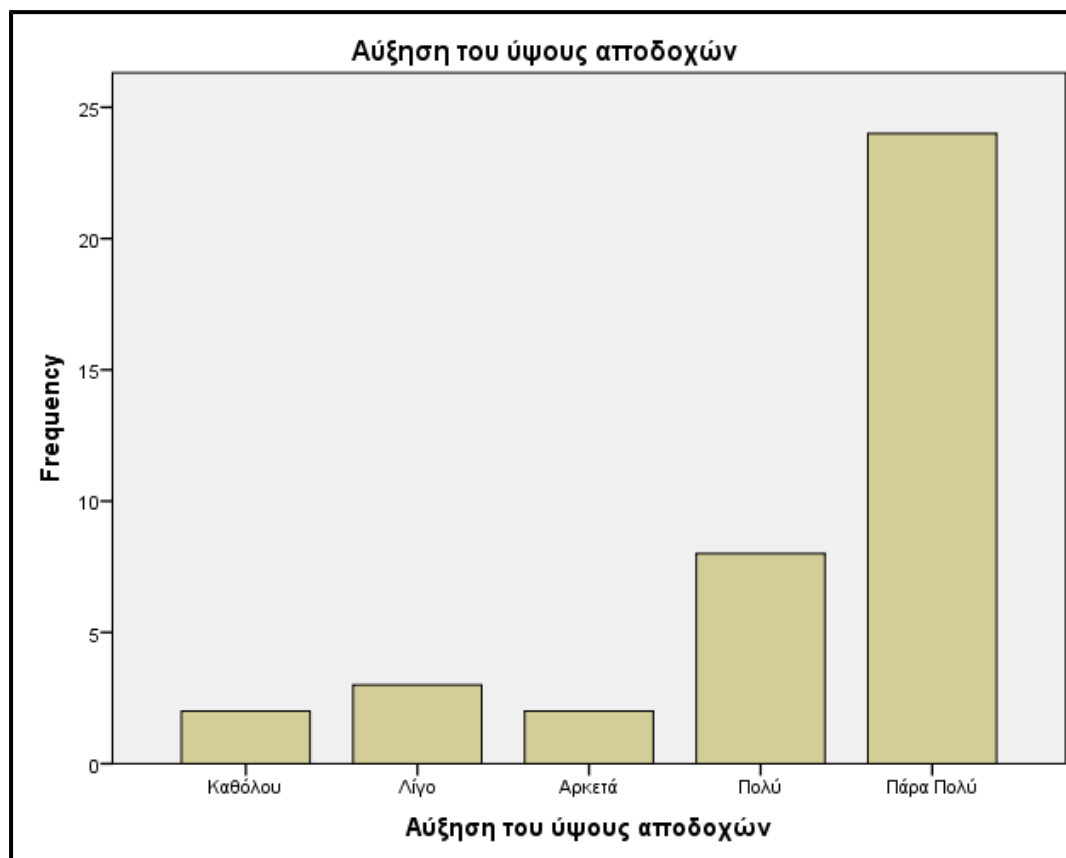


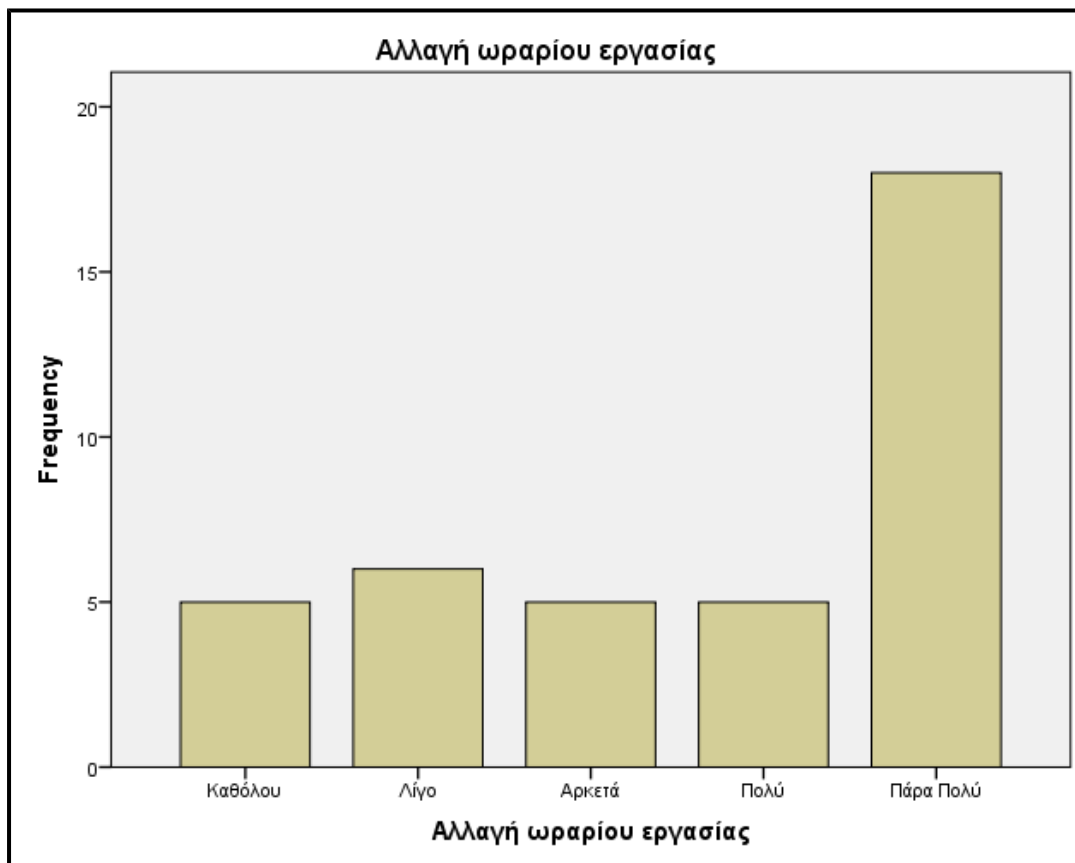
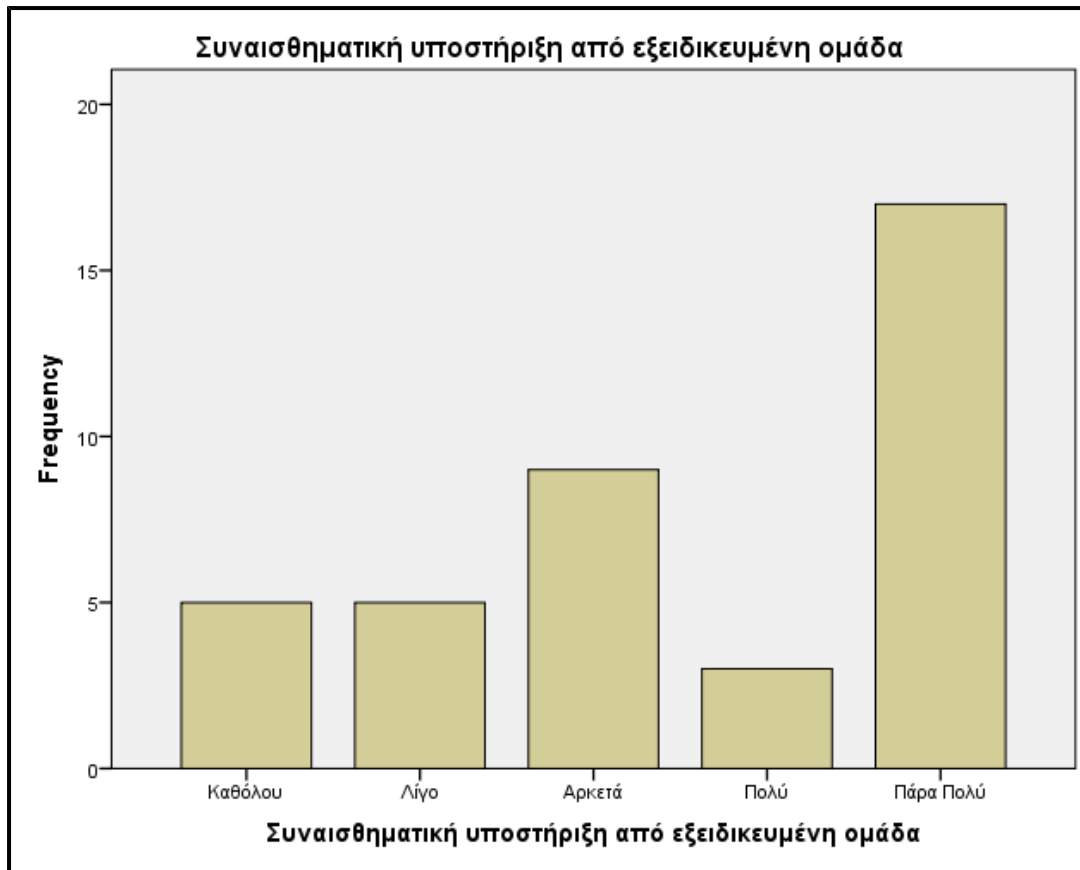
#### 5.3.4. Παράγοντες βελτίωσης της συναισθηματικής κατάστασης

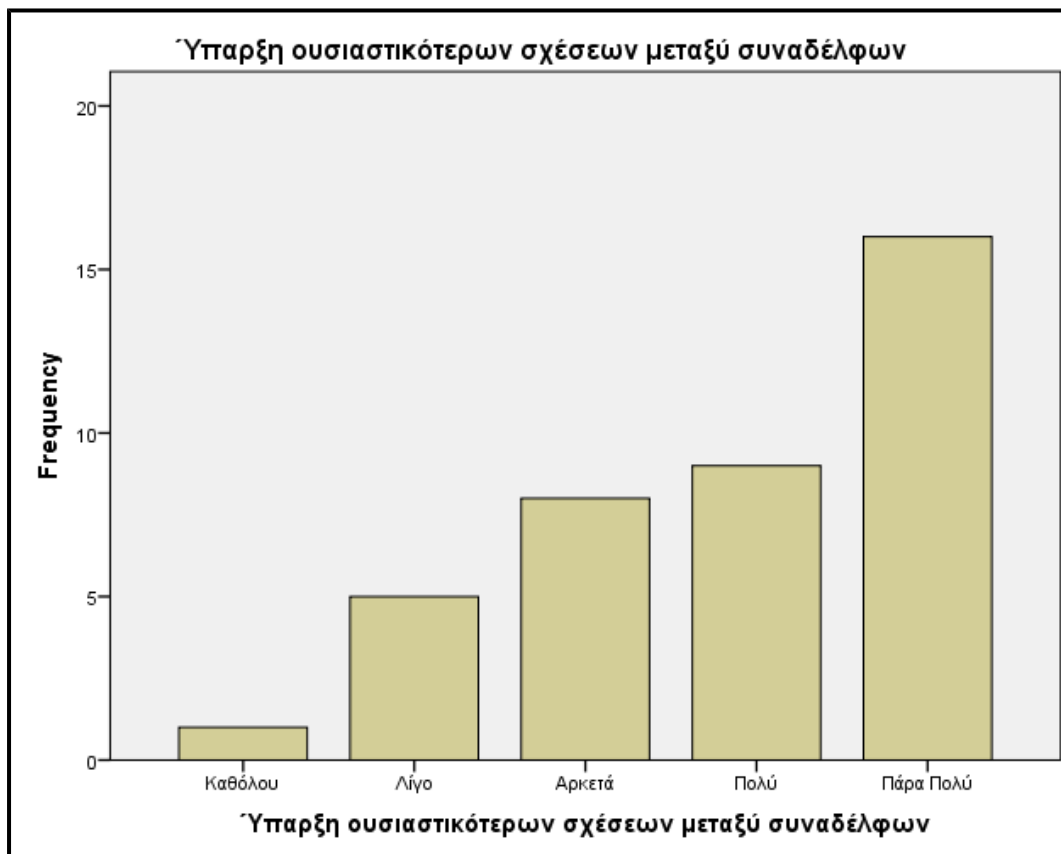
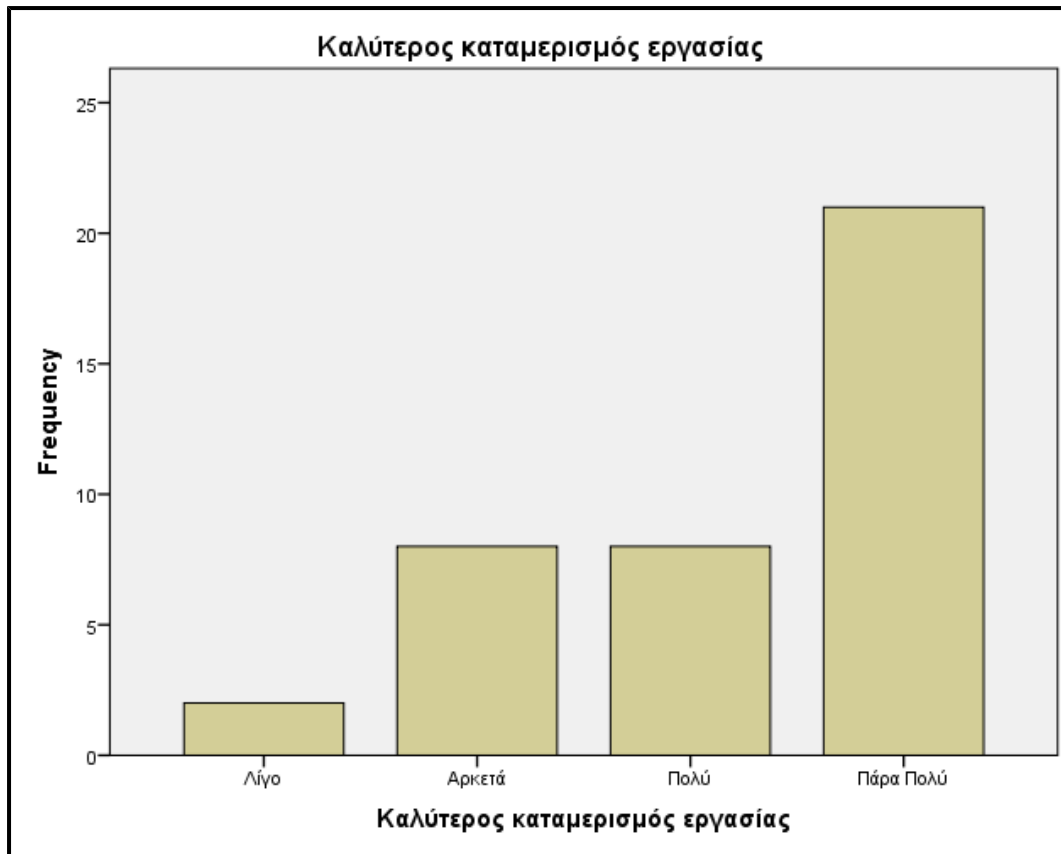
Στον πίνακα 4.6 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τους παράγοντες βελτίωσης της συναισθηματικής κατάστασης των συμμετεχόντων. Η μέτρηση του βαθμού έγινε με τη χρήση της 5-βαθμιας κλίμακας Likert όπου 1= καθόλου, 2=λίγος, 3=αρκετά, 4=πολύ και 5= πάρα πολύ. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της στατιστικής παρατηρείτε ότι η αύξηση του ύψους αποδοχών, ο καλύτερος καταμερισμός εργασίας και οι παροχές κινήτρων εκπαίδευσης συνιστούν τους παράγοντες που κρίνουν οι συμμετέχοντες ότι πρέπει να βελτιωθούν πολύ προκειμένου να βελτιωθούν οι συναισθηματικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν (Μέσος όρος >4). Αρκετά έως πολύ σημαντικά θεωρούν τις διευκολύνσεις ωραρίου, την ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέλφων, την αλλαγή ωραρίου εργασίας και τη συναισθηματική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα ( $3,5 < \text{Μέσος όρος} < 4$ ). Τη δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα – κλινικές τη θεωρούν λίγο έως αρκετά σημαντική στη βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης. Συνολικά η μέση βαθμολογία των παραγόντων βελτίωσης είναι  $3,83 \pm 0,912$  επομένως όλοι σχεδόν οι παράγοντες θεωρούνται πολύ σημαντικοί για τη βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης στους συμμετέχοντες.

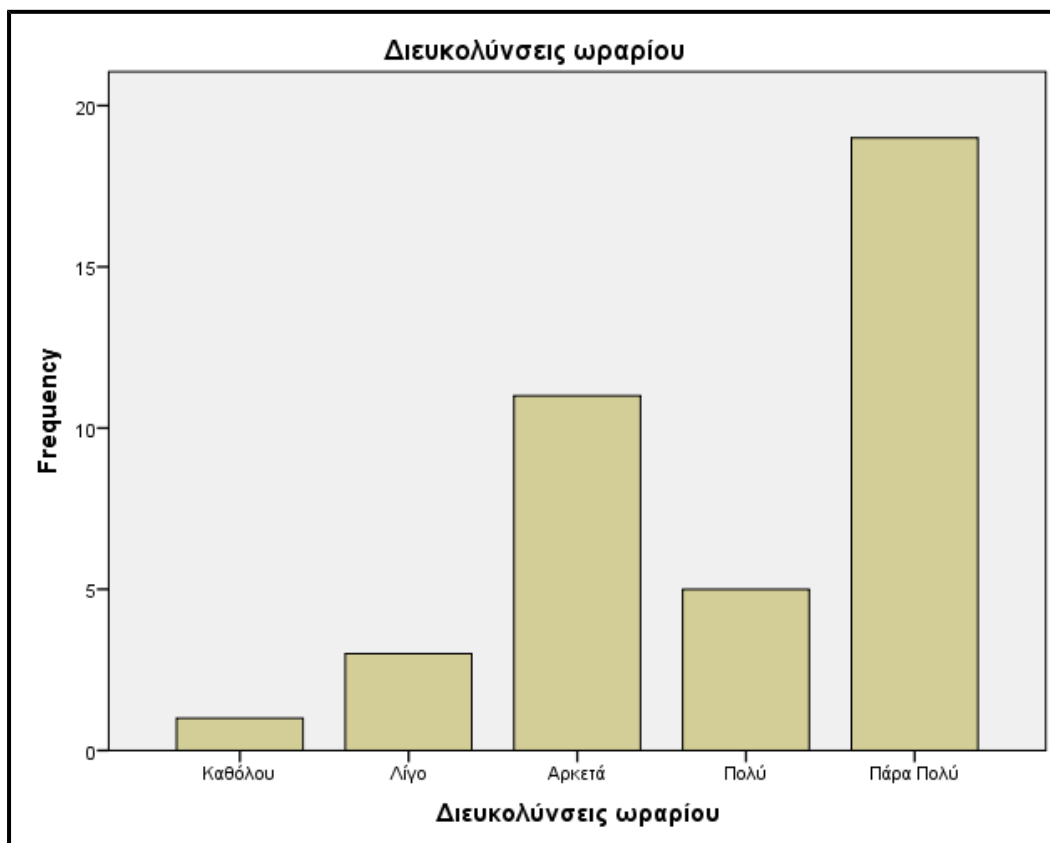
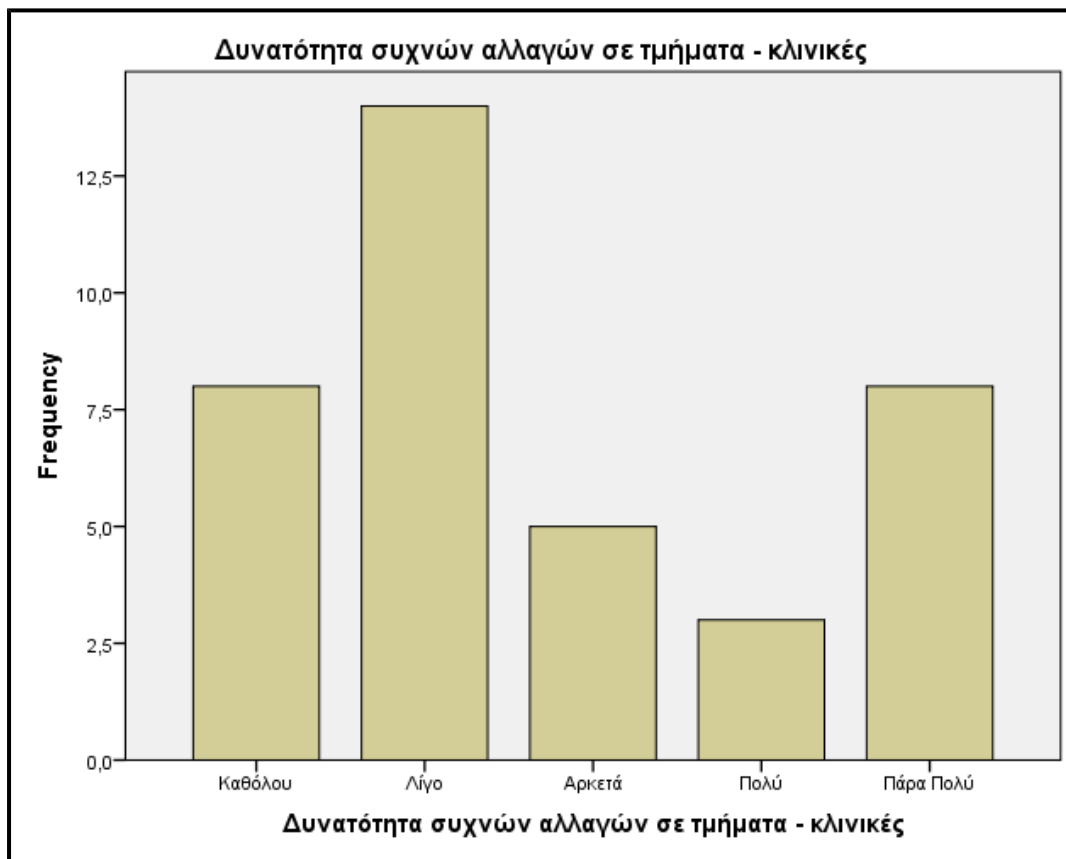
**Πίνακας 4.6** Περιγραφικά χαρακτηριστικά παραγόντων βελτίωσης της συναισθηματικής κατάστασης

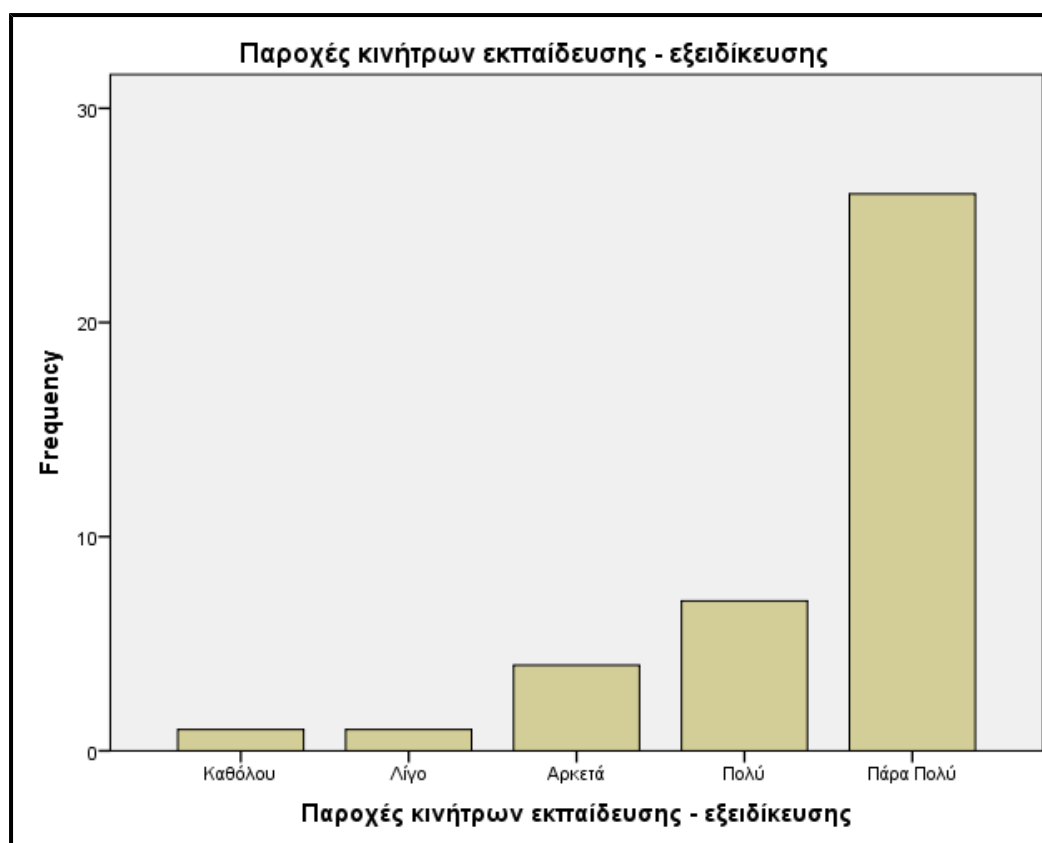
	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Αύξηση του ύψους αποδοχών	<b>4,26</b>	1,186
Συναισθηματική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα	3,56	1,483
Αλλαγή ωραρίου εργασίας	3,64	1,513
Καλύτερος καταμερισμός εργασίας	<b>4,23</b>	,959
Ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέλφων	3,87	1,174
Δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα - κλινικές	2,71	1,450
Διευκολύνσεις ωραρίου	3,97	1,158
Παροχές κινήτρων εκπαίδευσης - εξειδίκευσης	<b>4,44</b>	,968
<b>Συνολική βαθμολογία παραγόντων βελτίωσης</b>	<b>3,83</b>	,912











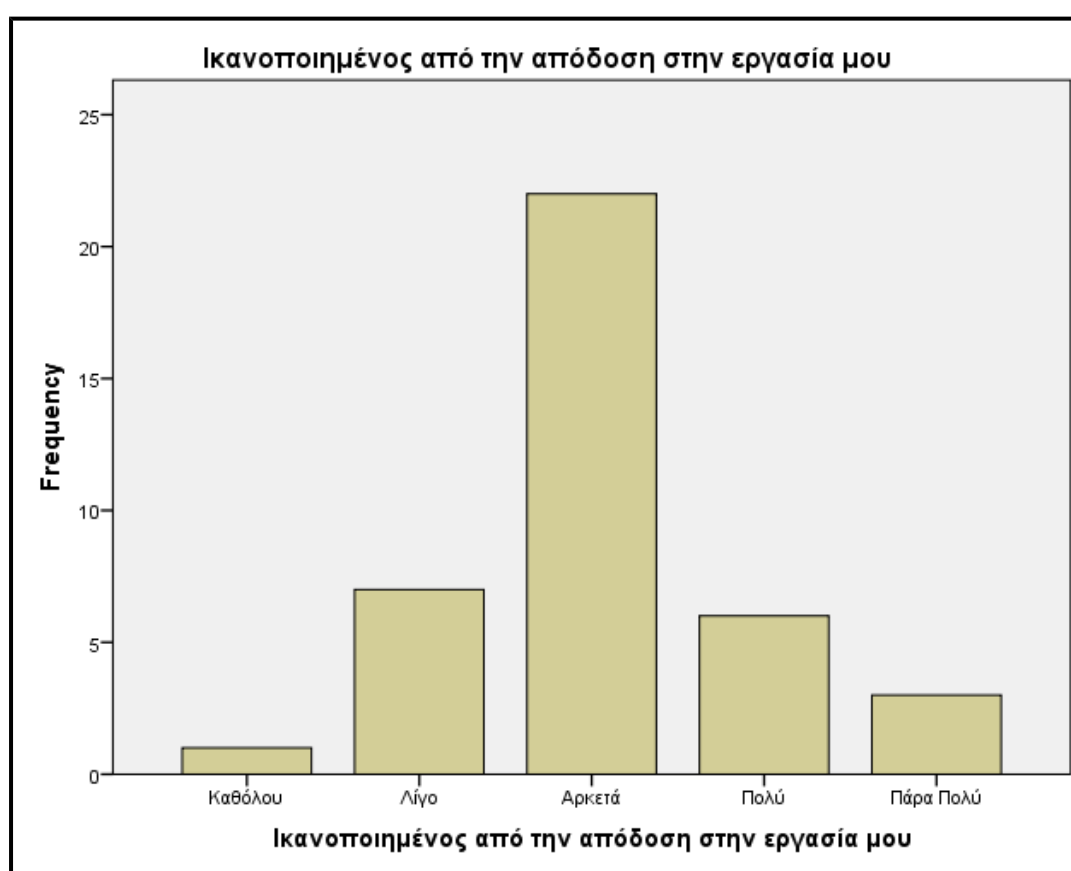
### 5.3.5. Συναισθηματική κατάσταση τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή

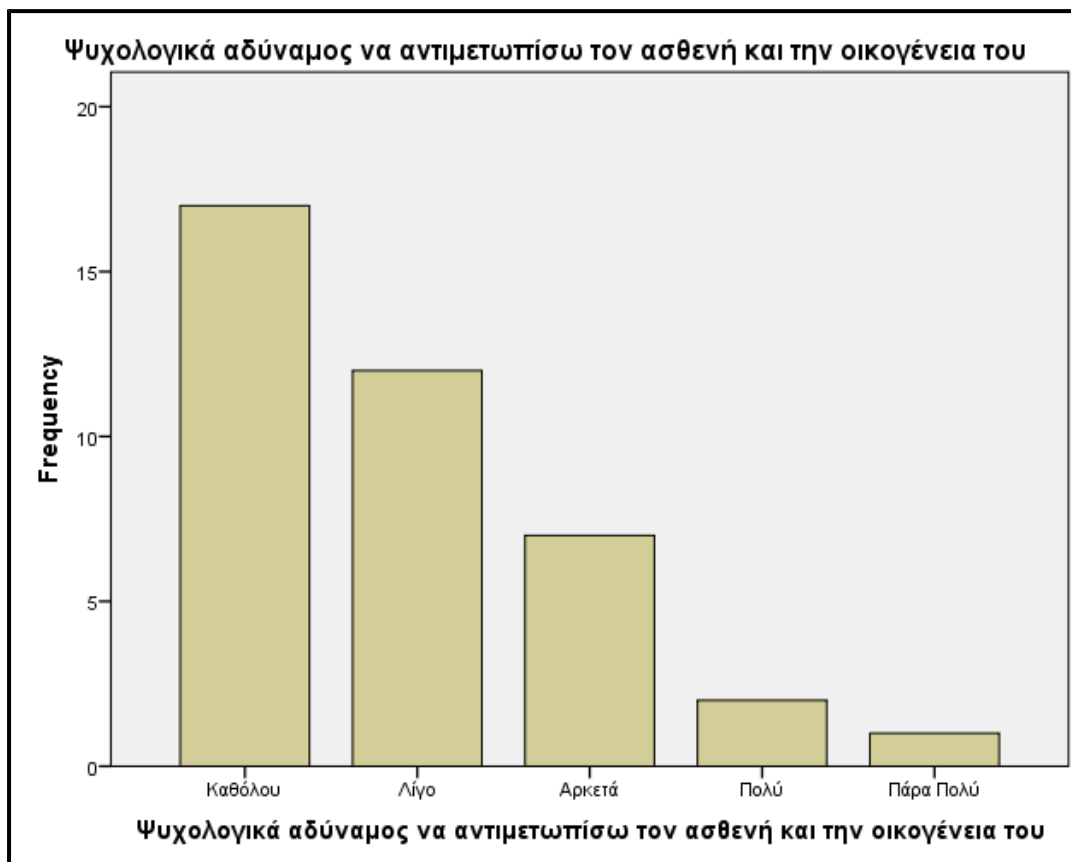
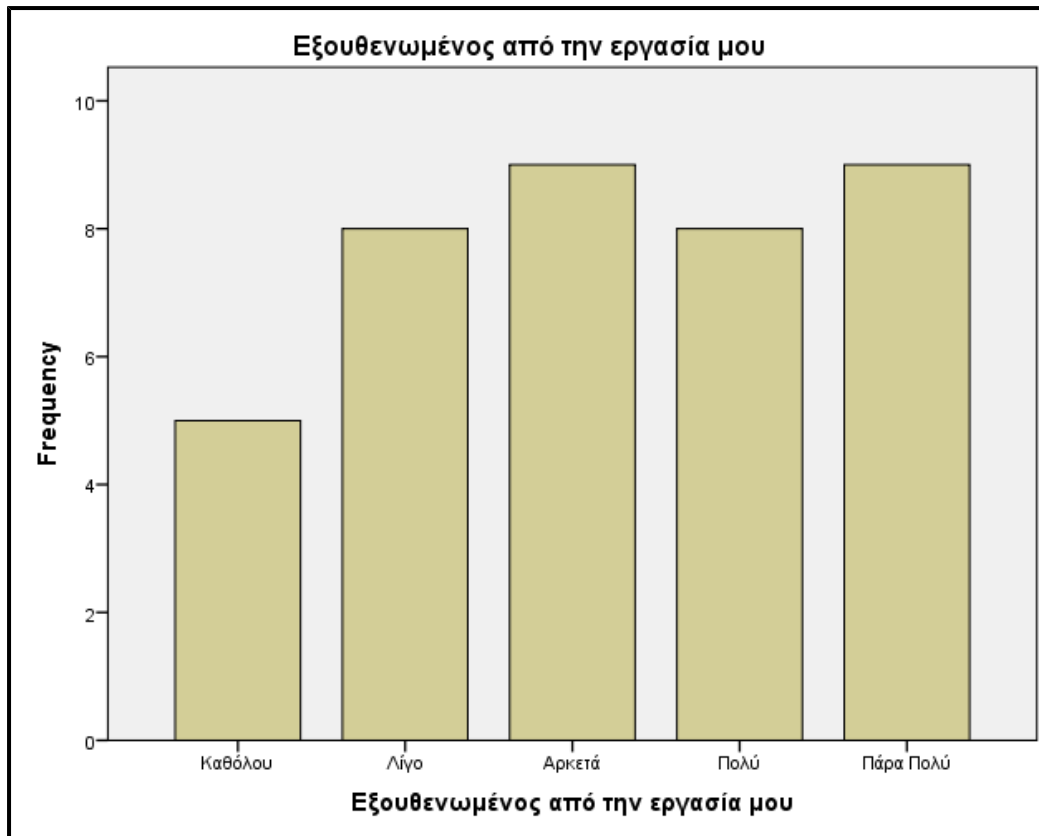
Στον πίνακα 4.7 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τη συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων την παρούσα χρονική στιγμή. Η μέτρηση του βαθμού έγινε με τη χρήση της 5-βαθμιας κλίμακας **Likert** όπου 1= καθόλου, 2=λίγος, 3=αρκετά, 4=πολύ και 5= πάρα πολύ. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα φαίνονται να είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την απόδοσή τους στην εργασία αλλά και αρκετά εξουθενωμένοι από αυτή. Αισθάνονται επίσης λίγος έως αρκετά κουρασμένοι όταν σηκώνονται το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσουν μια ακόμη μέρα στη δουλειά τους και σε λιγότερο βαθμό αισθάνονται την επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας. Τέλος φαίνεται να αισθάνονται σε λίγο βαθμό ψυχολογικά αδύναμοι να αντιμετωπίσουν τον ασθενή και την οικογένειά του. Συνολικά η συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων την παρούσα χρονική στιγμή φαίνεται να είναι ελάχιστα κακή δεδομένου ότι ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι  $2,56 \pm 0,886$ .

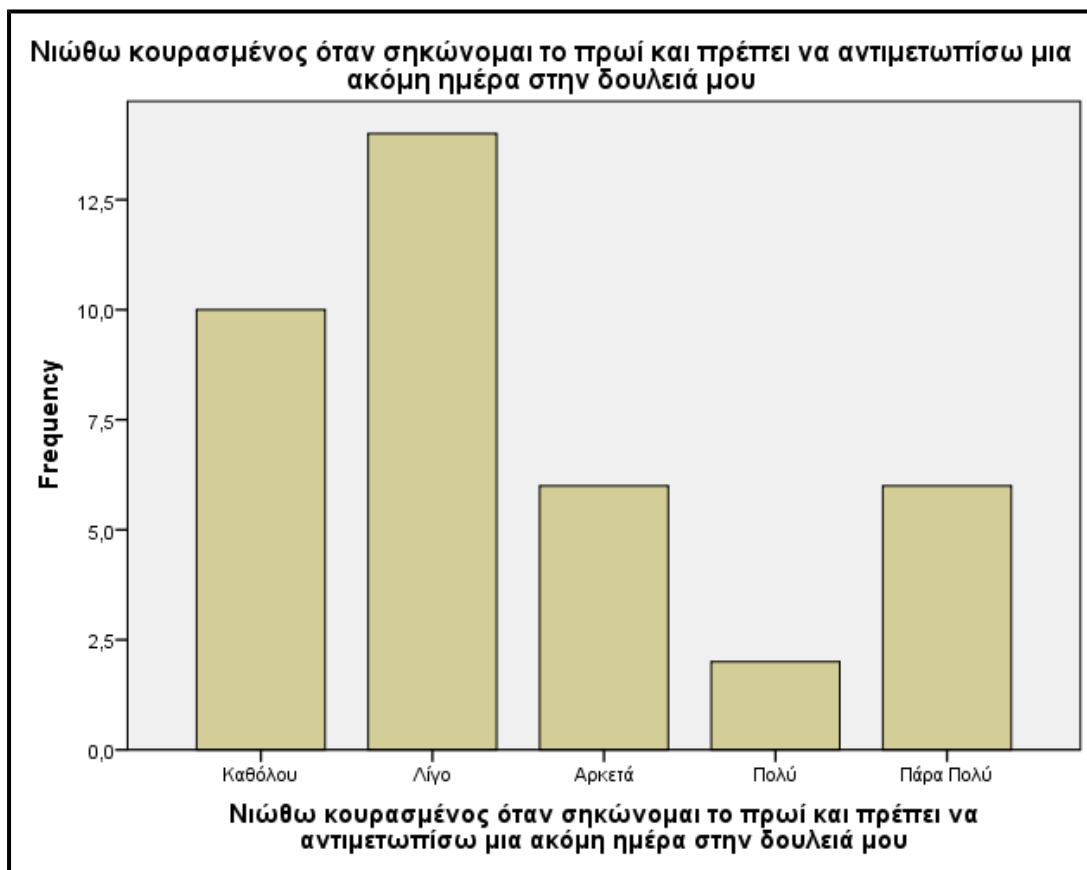
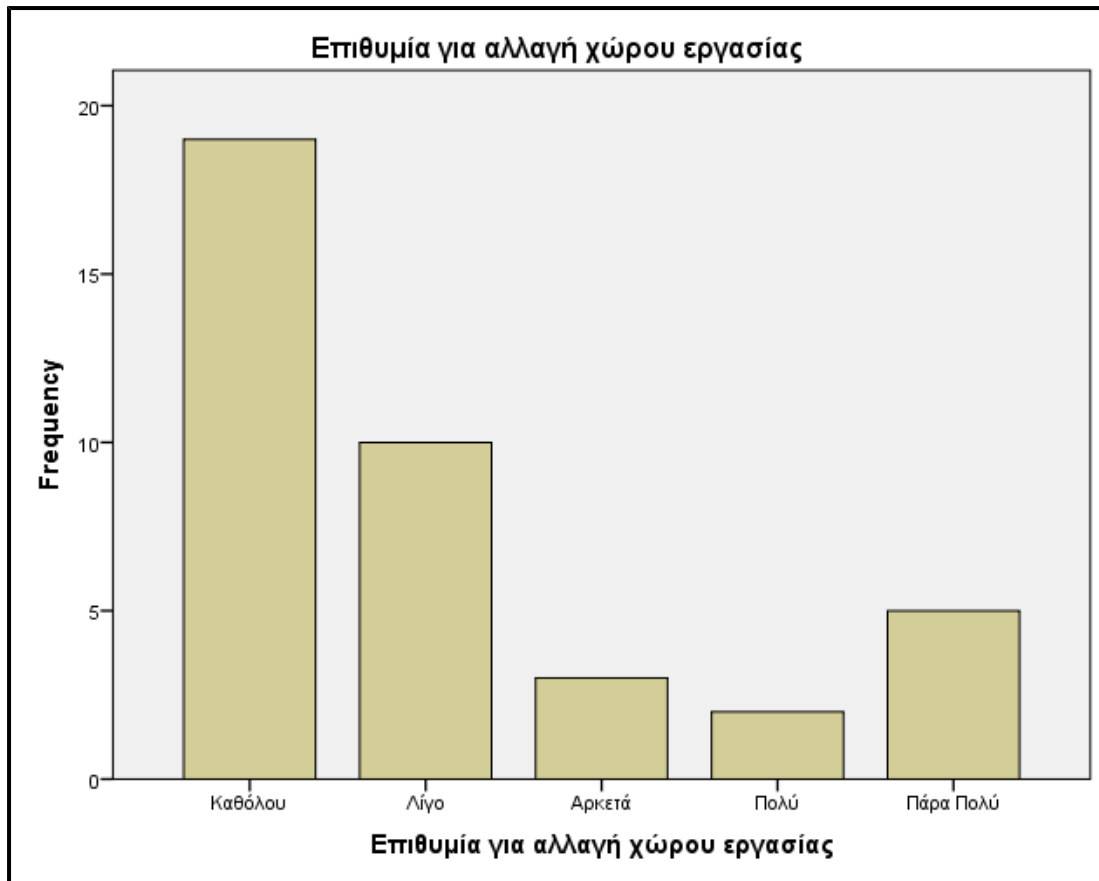


**Πίνακας 4.7** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σημερινής συναισθηματικής κατάστασης

	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Ικανοποιημένος από την απόδοση στην εργασία μου	3,08	,870
Εξουθενωμένος από την εργασία μου	3,21	1,361
Ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω τον ασθενή και την οικογένεια του	1,92	1,036
Επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας	2,08	1,403
Νιώθω κουρασμένος όταν σηκώνομαι το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια ακόμη ημέρα στην δουλειά μου	2,47	1,370
<b><u>Συνολική συναισθηματική κατάσταση</u></b>	<b>2,56</b>	<b>,886</b>







#### 5.4. Τρόπος Ζωής

Στον πίνακα 4.8 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων. Σύμφωνα λοιπόν με τη στατιστική ανάλυση μόνο το 28,2% των συμμετεχόντων καπνίζει και το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών, το 10,3% καπνίζει 5 τσιγάρα, ενώ το 5,1% αντίστοιχα, 2, 15 και 20 τσιγάρα ενώ μόλις ένα άτομο 30 τσιγάρα. Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ μόνο 4 άτομα δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ σε ποσότητα 1 έως 2 ποτήρια ημερησίως. Το 48,7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι κοιμάται πάνω από 6 ώρες τη μέρα ενώ το 82,1% ότι δε γυμνάζεται πάνω από 3 φορές την εβδομάδα. Το 56,4% και το 61,5% δήλωσε ότι δεν επισκέπτεται φίλους και συγγενείς, αντίστοιχα. Το 59% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι κάνει δραστηριότητες με την οικογένειά του ενώ το 35,9% δήλωσε ότι έχει κάποιο χόμπι όπως η γυμναστική, το διάβασμα, η ζωγραφική, ο κινηματογράφος, η μουσική, το ποδόσφαιρο και οι πολεμικές τέχνες.

Τέλος το 61,5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει κοινωνική ζωή και το 69,2% ότι το επάγγελμά τους επηρεάζει την οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή. Σχετικά με ποιο τρόπο επηρεάζει δόθηκαν πολλές διαφορετικές απαντήσεις:

- Αδυναμία να βρίσκομαι με φίλους ή συγγενικά πρόσωπα συχνά, να πραγματοποιώ κάποιες δραστηριότητες με την οικογένειά μου, να γυμνάζομαι, να πηγαίνω εκδρομές.
- Απομόνωση – Αντικοινωνικότητα.
- Δεν λένε το όνομά μου αλλά την ιδιότητά μου.
- Δυσκολία επικοινωνίας λόγω αυξημένων βαρδιών απόρροιας της μεγάλης έλλειψης προσωπικού.
- Έλλειψη χρόνου
- Έλλειψη χρόνου και διάθεσης
- Εξουθένωση - κούραση σωματική - ψυχολογική
- Κατανάλωση χρόνου
- Λιγότερος χρόνος με φίλους και συγγενείς
- Λόγω του ωραρίου εργασίας περιορισμένος χρόνος για δραστηριότητες με την οικογένεια (ΣΚ - γιορτές - αργίες).
- Με εφημερίες και διάβασμα δεν προλαβαίνω.

- Μετά από πολλές ώρες εργασίας και ψυχικό στρες μπορεί να έχω εκνευρισμό στο σπίτι με τους οικείους.
- Οι βάρδιες δεν μου αφήνουν περιθώριο για να επισκέπτομαι συγγενείς και φίλους.
- Οι βάρδιες και η αδυναμία χορήγησης 2 ρεπό σε εβδομαδιαία βάση λόγω έλλειψης προσωπικού έχει σαν αποτέλεσμα την απουσία από την οικογένεια.
- Οι συνεχείς εφημερίες δεν επιτρέπουν συχνές κοινωνικές συναναστροφές και στερούν χρόνο για περισσότερες δραστηριότητες με την οικογένεια.
- Οι χαμηλές χρηματικές αποδοχές δεν αφήνουν περιθώρια για εκδρομές και βόλτες.
- Περισσότερο λογικοποιημένη αντιμετώπιση ανθρώπων και συνθηκών, λιγότερο συναίσθημα δίνει κάποια διέξοδο.

#### **Πίνακας 4.8** Συνοπτικά αποτελέσματα τρόπου ζωής

	Συχνότητα N	Ποσοστό %
<b>Καπνίζεται</b>		
Ναι	11	28,2
Όχι	26	66,7
<b>Πόσα τσιγάρα τη μέρα;</b>		
2 τσιγάρα	2	5,1
5 τσιγάρα	4	10,3
15 τσιγάρα	2	5,1
20 τσιγάρα	2	5,1
30 τσιγάρα	1	2,6
<b>Κατανάλωση Αλκοόλ</b>		
Ναι	4	10,3
Όχι	32	82,1
<b>Πόσα Ποτήρια;</b>		
1	2	5,1
2	1	2,6
<b>Κοιμάστε πάνω από 6 ώρες ημερησίως;</b>		
Ναι	19	48,7
Όχι	10	25,6
<b>Γυμνάζεστε πάνω από 3 φορές εβδομαδιαίως</b>		
Ναι	7	17,9
Όχι	32	82,1
<b>Επισκέπτεστε φίλους συχνά;</b>		
Ναι	14	35,9
Όχι	22	56,4
<b>Επισκέπτεστε συγγενείς συχνά;</b>		
Ναι	12	30,8
Όχι	24	61,5
<b>Δραστηριότητες με την οικογένεια;</b>		
Ναι	23	59,0
Όχι	10	25,6
<b>Χόμπι</b>		
Ναι	14	35,9
Όχι	24	61,5
<b>Με ποιο;</b>		
Γυμναστική	3	7,7
Διάβασμα	2	5,1
Διάβασμα βιβλίου	1	2,6
Ζωγραφική	1	2,6
Κινηματογράφο	1	2,6
Μουσική	1	2,6
Ποδόσφαιρο	1	2,6
Πολεμικές Τέχνες	1	2,6
<b>Κοινωνική ζωή;</b>		
Ναι	24	61,5
Όχι	14	35,9
<b>Το επάγγελμα επηρεάζει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή;</b>		
Ναι	27	69,2
Όχι	10	25,6

### 5.5. Σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις

Στον πίνακα 4.9 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις που έχουν οι συμμετέχοντες. Σύμφωνα λοιπόν με τη στατιστική ανάλυση το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων παρουσιάζει άγχος (82,1%) καθώς και κόπωση (76,9%). Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου (56,4%) καθώς και διαρκή εκνευρισμό (51,3%). Περίπου το 40% των συμμετεχόντων παρουσιάζει έντονους μυϊκούς πόνους, κεφαλαλγίες, αύξηση ή μείωση βάρους και κατάθλιψη. Λιγότερο εμφανή είναι τα συμπτώματα γαστρεντερικών διαταραχών και καρδιολογικών ενοχλήσεων, σε ποσοστό περίπου 20% ενώ αρκετά μικρότερο είναι το ποσοστό των συμμετεχόντων που παρουσιάζει υπέρταση, υπερθυροειδισμό και σεξουαλικές διαταραχές.

**Πίνακας 4.8** Συνοπτικά αποτελέσματα σωματικών και ψυχολογικών ενοχλήσεων

		Συχνότητα N	Ποσοστό %
Άγχος	Ναι	32	<b><u>82,1</u></b>
	Όχι	7	17,9
Κατάθλιψη	Ναι	14	35,9
	Όχι	25	64,1
Διαρκής εκνευρισμός	Ναι	20	<b><u>51,3</u></b>
	Όχι	19	48,7
Υπέρταση	Ναι	5	12,8
	Όχι	34	87,2
Έντονοι μυϊκοί πόνοι	Ναι	16	41,0
	Όχι	22	56,4
Υπερθυροειδισμός	Ναι	3	7,7
	Όχι	36	92,3
Σεξουαλικές διαταραχές	Ναι	5	12,8
	Όχι	33	84,6
Διαταραχές ύπνου	Ναι	22	<b><u>56,4</u></b>
	Όχι	17	43,6

Κόπωση	Ναι	30	<b>76,9</b>
	Όχι	9	23,1
Κεφαλαλγίες	Ναι	16	41,0
	Όχι	22	56,4
Γαστρεντερολογικές διαταραχές	Ναι	8	20,5
	Όχι	31	79,5
Καρδιολογικά ενοχλήματα	Ναι	8	20,5
	Όχι	31	79,5
Αύξηση ή μείωση βάρους	Ναι	15	38,5
	Όχι	24	61,5

### 5.6. Σύνδρομο Επαγγελματικής εξουθένωσης

Στην ερώτηση σχετικά με το εάν γνωρίζουν για τα συμπτώματα εκδήλωσης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης το 64,1% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι σε παρόμοιο ποσοστό συμμετεχόντων απάντησε τόσο θετικά όσο και αρνητικά στην ερώτηση σχετικά με το εάν μετά από τόσα χρόνια εργασίας αισθάνονται επαγγελματική κόπωση (Πίνακας 4.9.)

**Πίνακας 4.9.**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Γνωρίζετε για τα συμπτώματα εκδήλωσης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης;	Ναι	25 64,1
	Όχι	8 20,5
Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;	Ναι	17 43,6
	Όχι	16 41,0

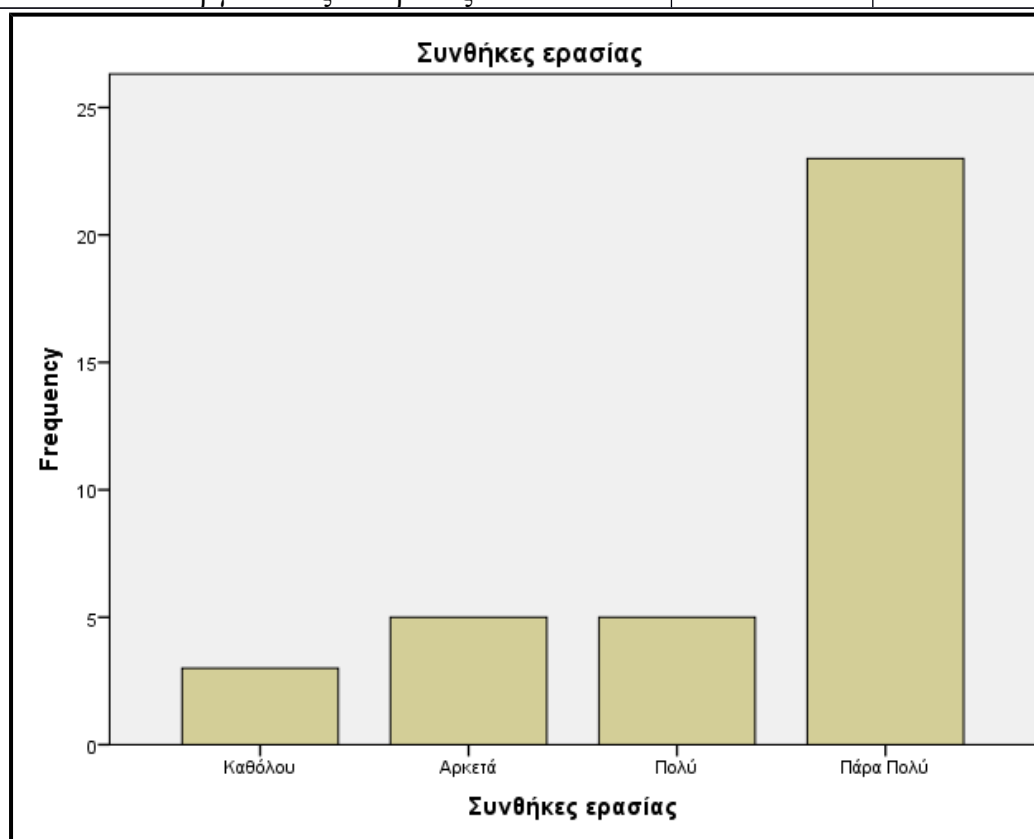
Στον πίνακα 4.10 παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τους παράγοντες εκείνους που θεωρούν οι συμμετέχοντες ότι επιτείνουν την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Όπως γίνεται αντιληπτό σχεδόν όλοι οι παράγοντες σύμφωνα με την άποψη των συμμετεχόντων φαίνεται να επιτείνουν πολύ την εκδήλωση του συνδρόμου δεδομένου ότι ο μέσο όρος για όλους τους παράγοντες εκτός από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τον ανταγωνισμό μεταξύ εργαζομένων

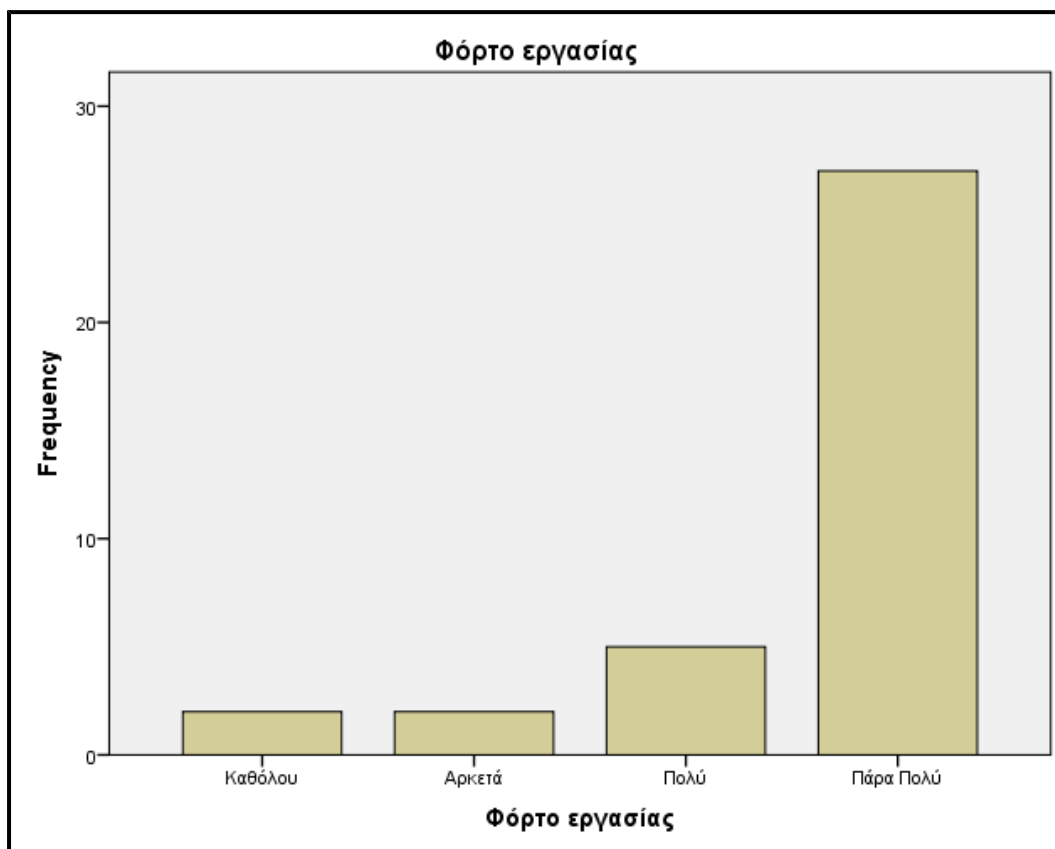
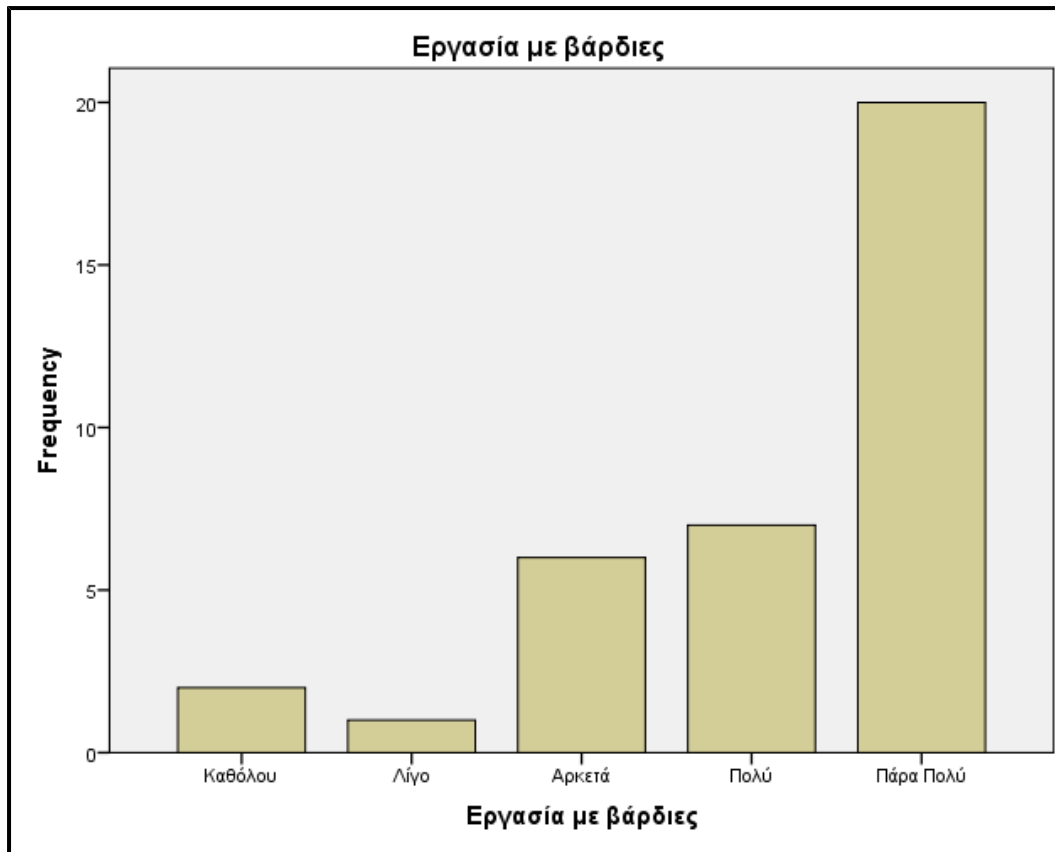


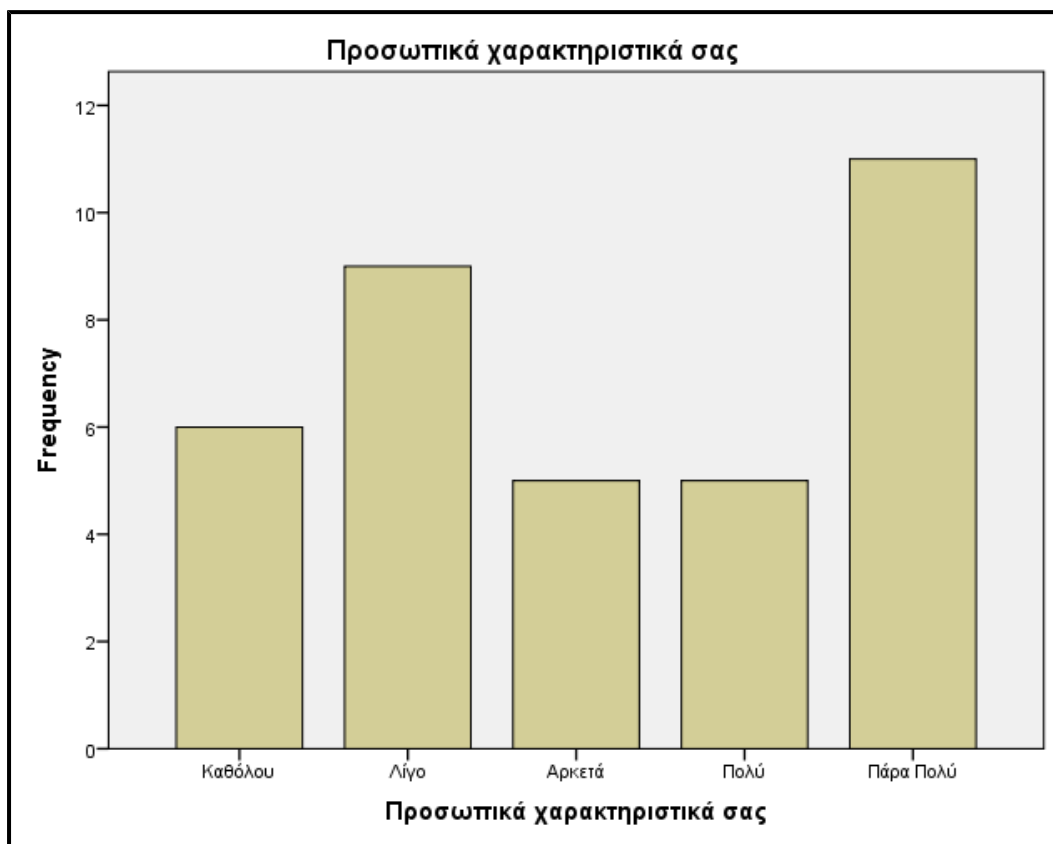
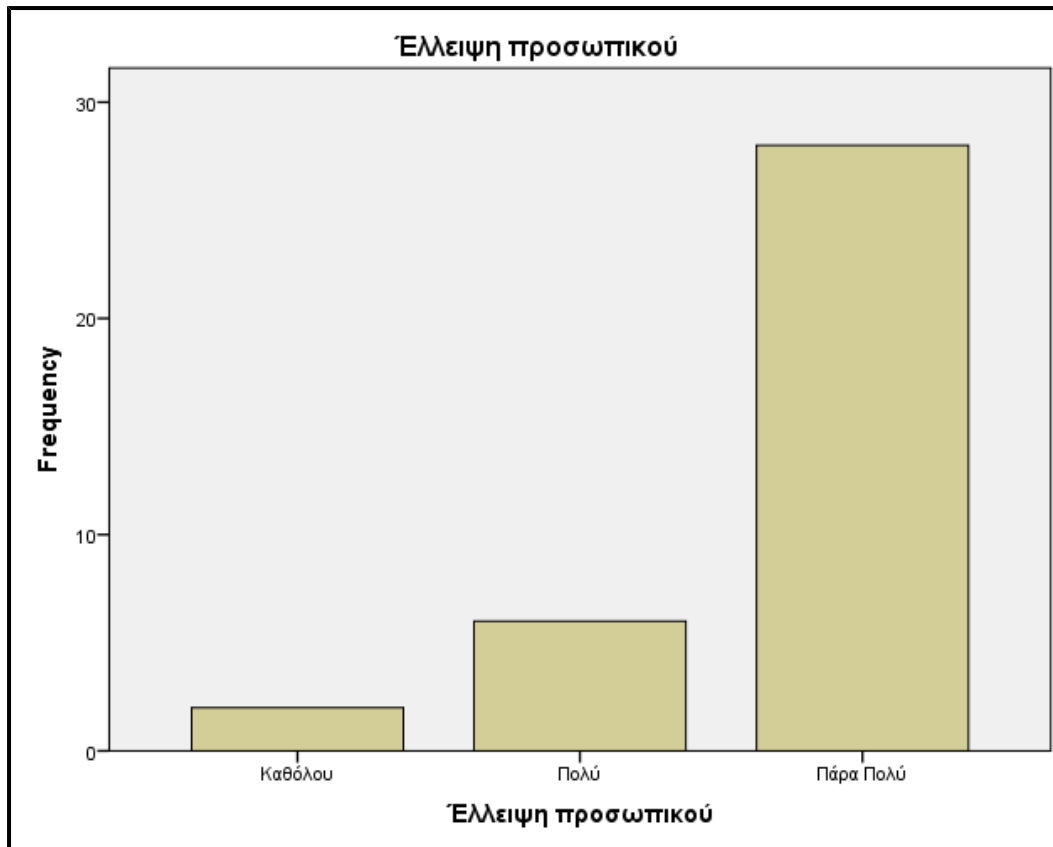
είναι  $\geq 4$ . Επομένως σύμφωνα με τους συμμετέχοντες οι συνθήκες εργασίας, η εργασία σε βάρδιες, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους και οι εργασιακές διακρίσεις φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας.

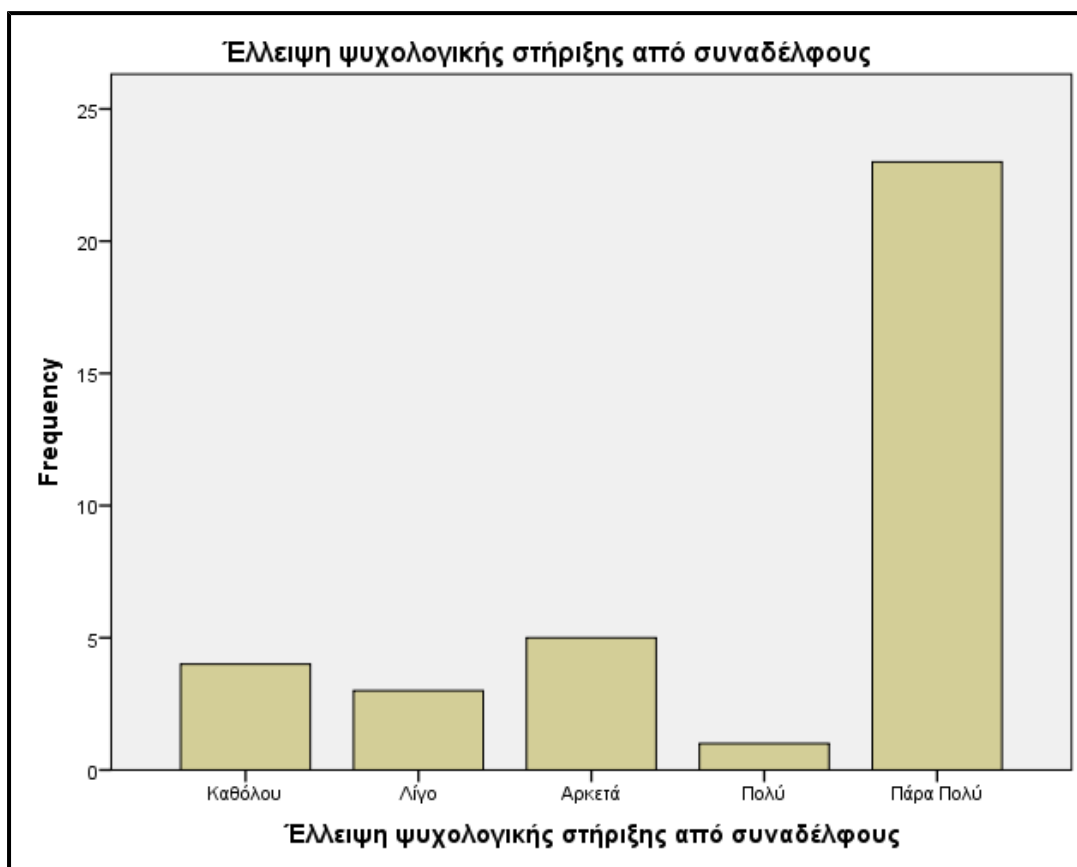
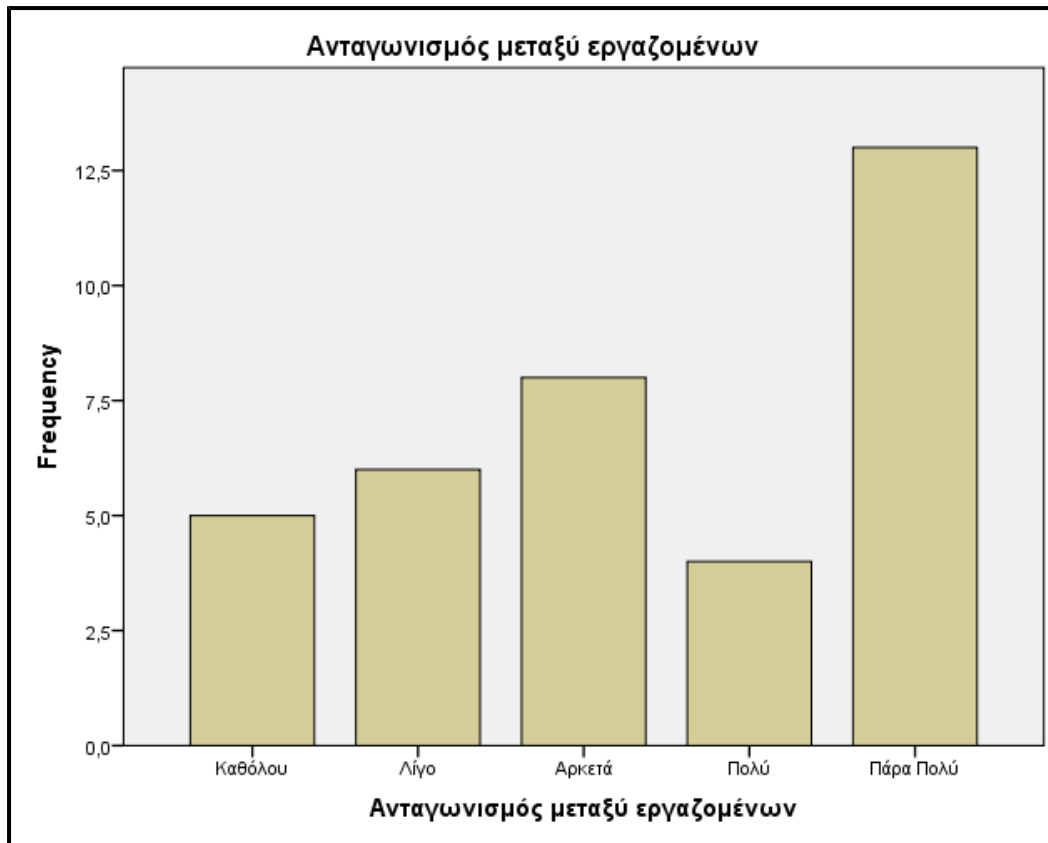
**Πίνακας 4.10.** Παράγοντες εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

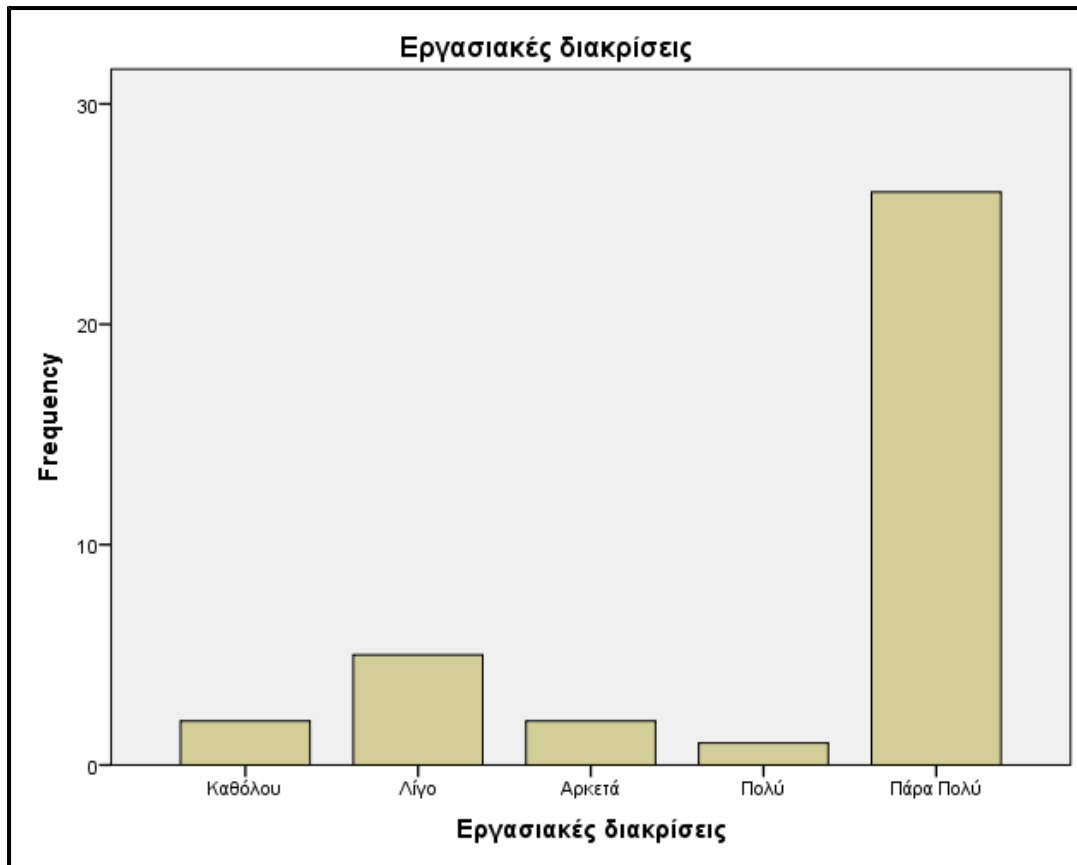
	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Συνθήκες εργασίας	4,25	1,228
Εργασία με βάρδιες	4,17	1,159
Φόρτος εργασίας	4,53	1,028
Έλλειψη προσωπικού	4,61	,964
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας	3,17	1,521
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	3,39	1,479
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	4,00	1,474
Εργασιακές διακρίσεις	4,22	1,355





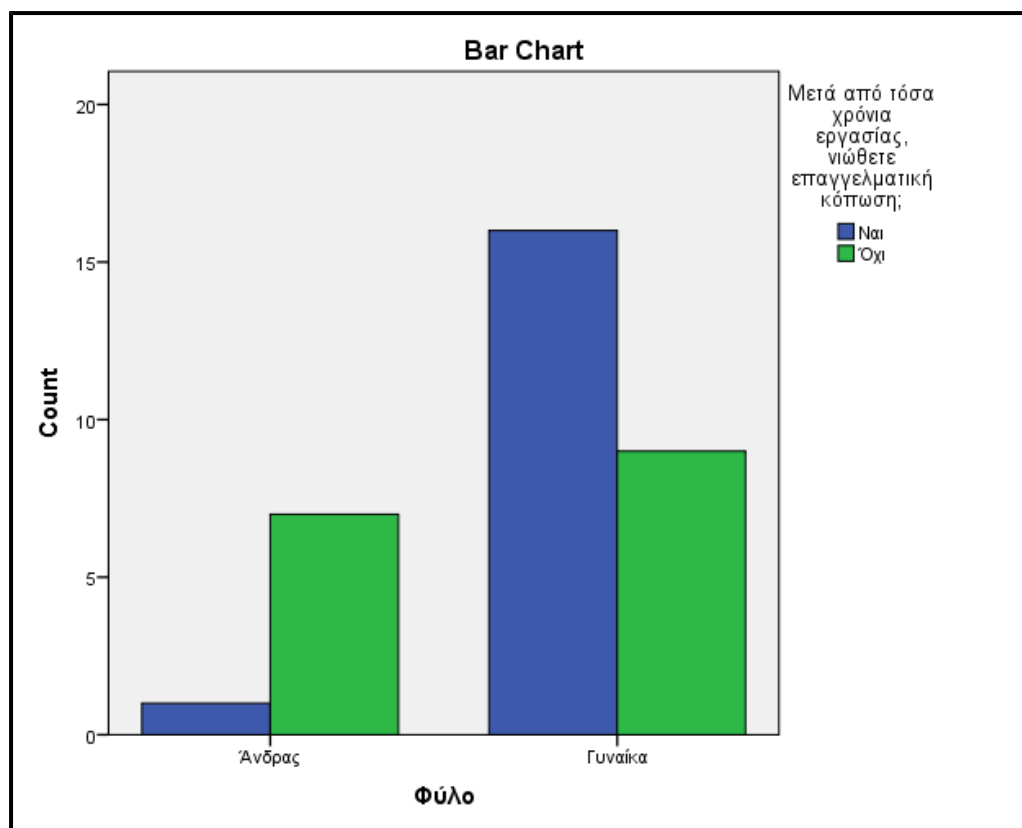






### 5.7. Συσχέτιση Φύλου με εμφάνιση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης  $\chi^2$  (chi-square) βρέθηκε ότι το φύλο συσχετίζεται αρνητικά ( $r = -0,442$ ,  $p\text{-value} = 0.010 < 0.05$ ). Οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους άντρες.



### 5.7 Απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα

#### H1: Διαφοροποιείται η επαγγελματική κόπωση σε σχέση με το φύλο;

Όπως φαίνεται από τους επόμενους δύο πίνακες που πήραμε από το SPSS μετά την εφαρμογή απλής γραμμικής παλινδρόμησης τα αποτελέσματα μας δεν είναι στατιστικά σημαντικά και βρέθηκε ότι η επαγγελματική κόπωση δε διαφοροποιείται σε σχέση με το φύλο δεδομένου ότι το  $p\text{-value} > 0.05$  ή 95% διάστημα εμπιστοσύνης ή διαφορετικά είναι ανεξάρτητες αυτές οι δύο μεταβλητές. Οι πίνακες διαμορφώθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας καθώς ο όγκος τους ήταν αρκετά μεγάλος.

**Πίνακας 4.10.** Συντελεστές

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,993	,414		4,813	,000
	Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;	-,347	,173	-,430	-2,005	,059

Συνθήκες εργασίας	-,106	,092	-,339	-1,159	,260
Εργασία με βάρδιες	,108	,114	,324	,953	,352
Φόρτο εργασίας	,213	,228	,577	,932	,363
Έλλειψη προσωπικού	-,101	,217	-,258	-,466	,646
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας	-,034	,077	-,126	-,448	,659
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	,103	,071	,381	1,446	,164
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	,038	,104	,142	,360	,723
Εργασιακές διακρίσεις	-,142	,109	-,500	-1,305	,207

a. Dependent Variable: Φύλο

**Πίνακας 4.11.** Μοντέλο Πρόβλεψης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,641 <sup>a</sup>	,411	,146	,376

a. Predictors: (Constant), Εργασιακές διακρίσεις, Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;, Προσωπικά χαρακτηριστικά σας, Εργασία με βάρδιες, Συνθήκες εργασίας, Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων, Έλλειψη προσωπικού, Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους, Φόρτο εργασίας

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.11 ο συντελεστής R δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις προβλεπόμενες μεταβλητές της εξαρτημένης μεταβλητής. Στην περίπτωση μας το  $R=64,1\%$ . Ο επόμενος δείκτης ο  $R^2$  είναι ίσος με  $41,1\%$  και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που διαπιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή φύλο. Ο adjusted Rsquare είναι μια διόρθωση του  $R^2$  αφού προσπαθεί να αντισταθμίσει τη μεροληψία.

**H2: Σχετίζεται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με την διάρκεια (σε έτη) υπηρεσίας στον χώρο της υγείας;**

Σύμφωνα με τους επόμενους πίνακες που πήραμε από το SPSS και έπειτα από απλή γραμμική παλινδρόμηση η υπόθεση μας δεν επιβεβαιώθηκε. Πιο συγκεκριμένα ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης δε σχετίζεται με τη διάρκεια υπηρεσίας στο

χώρο της υγείας δεδομένου ότι το  $p\text{-value} > 0.05$  ή 95% διάστημα εμπιστοσύνης ή διαφορετικά είναι ανεξάρτητες αυτές οι δύο μεταβλητές.

**Πίνακας 4.12.** Συντελεστές

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	21,232	7,946		2,672	,015
	Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;	-2,598	3,324	-,186	-,782	,444
	Συνθήκες εργασίας	-1,825	1,763	-,336	-1,035	,313
	Εργασία με βάρδιες	-,885	2,183	-,153	-,406	,689
	Φόρτο εργασίας	-5,793	4,382	-,910	-1,322	,201
	Έλλειψη προσωπικού	7,473	4,155	1,107	1,798	,087
	Προσωπικά χαρακτηριστικά σας	-,830	1,473	-,176	-,563	,579
	Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	-1,568	1,371	-,334	-1,144	,266
	Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	2,159	2,002	,473	1,079	,294
	Εργασιακές διακρίσεις	-,324	2,082	-,066	-,156	,878

a. Dependent Variable: Συνολικός χρόνος υπηρεσίας σε έτη;

**Πίνακας 4.13.** Μοντέλο Πρόβλεψης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,524 <sup>a</sup>	,274	-,052	7.215

a. Predictors: (Constant), Εργασιακές διακρίσεις, Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;, Προσωπικά χαρακτηριστικά σας, Εργασία με βάρδιες, Συνθήκες εργασίας, Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων, Έλλειψη προσωπικού, Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους, Φόρτο εργασίας

Το  $R=52,4\%$  και ο δείκτης  $R^2$  είναι ίσος με  $27,4\%$  και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που διαπιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή έτη υπηρεσίας.

***H3: Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με τον τομέα εργασίας;***



Σύμφωνα με τους επόμενους πίνακες που πήραμε από το SPSS και έπειτα από απλή γραμμική παλινδρόμηση η υπόθεση μας δεν επιβεβαιώθηκε. Πιο συγκεκριμένα ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης δε σχετίζεται με τον τομέα εργασίας των συμμετεχόντων δεδομένου ότι το  $p\text{-value} > 0.05$  ή 95% διάστημα εμπιστοσύνης ή διαφορετικά είναι ανεξάρτητες αυτές οι δύο μεταβλητές.

**Πίνακας 4.14.** Συντελεστές

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,268	2,170		,123	,903
	Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;	,396	,908	,100	,436	,668
	Συνθήκες εργασίας	-,248	,481	-,162	-,516	,612
	Εργασία με βάρδιες	,480	,596	,294	,805	,430
	Φόρτο εργασίας	-,938	1,196	-,521	-,784	,442
	Έλλειψη προσωπικού	,393	1,135	,206	,346	,733
	Προσωπικά χαρακτηριστικά σας	-,277	,402	-,208	-,690	,498
	Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	-,401	,374	-,302	-1,072	,297
	Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	,422	,547	,326	,771	,450
	Εργασιακές διακρίσεις	,941	,569	,679	1,655	,114

a. Dependent Variable: Σε ποιο τμήμα ή μονάδα εργάζεστε;

**Πίνακας 4.15.** Μοντέλο Πρόβλεψης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,570 <sup>a</sup>	,325	,021	1,970

a. Predictors: (Constant), Εργασιακές διακρίσεις, Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;, Προσωπικά χαρακτηριστικά σας, Εργασία με βάρδιες, Συνθήκες εργασίας, Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων, Έλλειψη προσωπικού, Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους, Φόρτο εργασίας

Το  $R=57\%$  και ο δείκτης  $R^2$  είναι ίσος με  $32,5\%$  και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που διαπιστώνεται στην εξαρτημένη μεταβλητή τομέας εργασίας.

**H4: Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας:**

Σύμφωνα με τους επόμενους πίνακες που πήραμε από το SPSS και έπειτα από απλή γραμμική παλινδρόμηση η υπόθεση μας δεν επιβεβαιώθηκε. Πιο συγκεκριμένα ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης δε σχετίζεται με την εκάστοτε ειδικότητα των συμμετεχόντων δεδομένου ότι το  $p\text{-value} > 0.05$  ή 95% διάστημα εμπιστοσύνης ή διαφορετικά είναι ανεξάρτητες αυτές οι δύο μεταβλητές.

**Πίνακας 4.16.** Συντελεστές

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4,178	1,349		3,097	,006
	Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;	-,446	,572	-,198	-,780	,445
	Συνθήκες ερασίας	-,158	,300	-,181	-,528	,604
	Εργασία με βάρδιες	,333	,372	,357	,897	,381
	Φόρτο εργασίας	-,623	,745	-,610	-,836	,413
	Έλλειψη προσωπικού	,000	,703	,000	,001	,999
	Προσωπικά χαρακτηριστικά σας	,140	,252	,180	,556	,585
	Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	-,341	,233	-,446	-1,467	,159
	Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	,277	,339	,376	,816	,425
	Εργασιακές διακρίσεις	,219	,355	,279	,619	,543

a. Dependent Variable: Επάγγελμα

**Πίνακας 4.17.** Μοντέλο Πρόβλεψης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,475 <sup>a</sup>	,226	-,141	1,220

a. Predictors: (Constant), Εργασιακές διακρίσεις, Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;, Προσωπικά χαρακτηριστικά σας, Εργασία με βάρδιες, Συνθήκες εργασίας, Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων, Έλλειψη προσωπικού, Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους, Φόρτο εργασίας

Το  $R=47,5\%$  και ο δείκτης  $R^2$  είναι ίσος με  $22,6\%$  και μας δείχνει το ποσοστό της διασποράς που διαπιστώνεται στην εξαρτημένη επάγγελμα.

**H5: Σχετίζεται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με τον τομέα εργασίας;**

Σύμφωνα με τους επόμενους πίνακες που πήραμε από το SPSS και έπειτα από απλή γραμμική παλινδρόμηση η υπόθεση μας δεν επιβεβαιώθηκε. Πιο συγκεκριμένα ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης δε σχετίζεται με το τομέα εργασίας των συμμετεχόντων δεδομένου ότι το  $p\text{-value}>0.05$  ή  $95\%$  διάστημα εμπιστοσύνης ή διαφορετικά είναι ανεξάρτητες αυτές οι δύο μεταβλητές.

**Πίνακας 4.18.** Συντελεστές

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8,077	5,467		1,477	,154
	Άγχος	-,393	1,068	-,077	-,368	,717
	Κατάθλιψη	1,397	1,185	,334	1,179	,251
	Διαρκής εκνευρισμός	-,819	1,020	-,204	-,803	,431
	Υπέρταση	-,773	1,268	-,121	-,610	,548
	Έντονοι μυϊκοί πόνοι	2,191	1,581	,532	1,386	,180
	Υπερθυρεοειδισμός	-	1,881	-,343	-	,125
	3,003			1,597		
	Σεξουαλικές διαταραχές	-,944	1,647	-,148	-,573	,572
	Διαταραχές ύπνου	-,319	1,258	-,079	-,253	,802
	Κόπωση	2,022	,991	,436	2,040	,054
	Κεφαλαλγίες	-	1,432	-,655	-	,076
	2,669			1,863		
	Γαστρεντερολογικές διαταραχές	,930	1,382	,173	,673	,508
	Καρδιολογικά ενοχλήματα	-,815	1,485	-,169	-,549	,589
Αύξηση ή μείωση βάρους	,927	,926	,222	1,001	,328	

a. Dependent Variable: Σε ποιο τμήμα ή μονάδα εργάζεστε;

**Πίνακας 4.19.** Μοντέλο Πρόβλεψης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
-------	---	----------	-------------------	----------------------------

1	,677 <sup>a</sup>	,459	,139	1,890
---	-------------------	------	------	-------

a. Predictors: (Constant), Αύξηση ή μείωση βάρους, Σεξουαλικές διαταραχές, Κόπωση, Υπέρταση, Γαστρεντερολογικές διαταραχές, Άγχος, Υπερθυρεοειδισμός, Κατάθλιψη, Διαρκής εκνευρισμός, Καρδιολογικά ενοχλήματα, Διαταραχές ύπνου, Κεφαλαλγίες, Έντονοι μυϊκοί πόνοι

**H6: Υποθέτουμε ότι οι επαγγελματίες υγείας με τα περισσότερα χρόνια εργασίας έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου burnout.**

Σύμφωνα με τους επόμενους πίνακες που πήραμε από το SPSS και έπειτα από απλή γραμμική παλινδρόμηση η υπόθεση μας δεν επιβεβαιώθηκε. Πιο συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας με τα περισσότερα χρόνια εργασίας δεν έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου burnout, δεδομένου ότι το  $p\text{-value} > 0.05$  ή 95% διάστημα εμπιστοσύνης ή διαφορετικά είναι ανεξάρτητες αυτές οι δύο μεταβλητές.

**Πίνακας 4.20.** Συντελεστές

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	38,239	23,187		1,649	,114
Άγχος	8,478	4,636	,410	1,829	,082
Κατάθλιψη	5,866	5,019	,343	1,169	,256
Διαρκής εκνευρισμός	,363	4,321	,022	,084	,934
Υπέρταση	-1,822	5,374	-,070	-,339	,738
Έντονοι μυϊκοί πόνοι	-2,057	6,701	-,122	-,307	,762
Υπερθυρεοειδισμός	-12,996	7,972	-,365	-1,630	,118
Σεξουαλικές διαταραχές	-3,537	6,977	-,136	-,507	,617
Διαταραχές ύπνου	4,388	5,360	,264	,819	,422
Κόπωση	-1,337	4,292	-,068	-,312	,758
Κεφαλαλγίες	-1,060	6,068	-,063	-,175	,863

Γαστρεντερολογικές διαταραχές	-3,672	5,855	-,167	-,627	,537
Καρδιολογικά ενοχλήματα	-2,774	6,289	-,141	-,441	,664
Αύξηση ή μείωση βάρους	1,930	3,963	,113	,487	,631

a. Dependent Variable: Συνολικός χρόνος υπηρεσίας σε έτη;

**Πίνακας 4.21.** Μοντέλο Πρόβλεψης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,662 <sup>a</sup>	,438	,090	8.006

a. Predictors: (Constant), Αύξηση ή μείωση βάρους, Σεξουαλικές διαταραχές, Κόπωση, Υπέρταση, Γαστρεντερολογικές διαταραχές, Άγχος, Υπερθυρεοειδισμός, Κατάθλιψη, Διαρκής εκνευρισμός, Καρδιολογικά ενοχλήματα, Διαταραχές ύπνου, Κεφαλαλγίες, Έντονοι μυϊκοί πόνοι

**H7: Ποιες οι προτάσεις των επαγγελματιών υγείας για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους και την κάλυψη των αναγκών τους;**

Τέλος δόθηκαν από τους συμμετέχοντες ορισμένες προτάσεις βελτίωσης των συνθηκών εργασίας, με σκοπό την ελάττωση και αποφυγή των συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης:

- Αλλαγή ωραρίου, ίση κατανομή εργασίας, πρόσληψη προσωπικού.
- Αύξηση προσωπικού, σωστός καταμερισμός εργασίας και προγραμματισμός, παροχή κινήτρων συνεχούς εκπαίδευσης και εξέλιξης, ψυχολογική υποστήριξη σε περιόδους κρίσεων.
- Βελτίωση συνθηκών εργασίας, μειωμένος φόρτος εργασίας, ενίσχυση νοσοκομείων με νοσ/κο προσωπικό.
- Βελτίωση των παραγόντων όπως ερώτησης της 26 στήλης προς το καλύτερο.
- Διορισμός μόνιμου προσωπικού, επανεκτίμηση και επαναξιολόγηση παλαιού προσωπικού.
- Δυνατότητα χορήγησης ημερών αναπαύσεως, αύξηση αποδοχών, μείωση βαρδιών, βασικός παράγοντας πρόσληψη μόνιμου προσωπικού.
- Επάρκεια έμψυχου και άψυχου υλικού, προγραμματισμός και ιεράρχηση καθηκόντων, Αξιολόγηση εργαζομένων και ανταμοιβή/τιμωρία αναλόγως.

- Επάρκεια προσωπικού, αύξηση του ύψους αποδοχών, καλύτερες συνθήκες εργασίας.
- Καλύτερες συνθήκες εργασίας και περισσότερο προσωπικό.
- Καλύτερες συνθήκες εργασίας, παροχές κινήτρων εκπαίδευσης-εξειδίκευσης.
- Καλύτερες συνθήκες εργασίας για όλους νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό όχι μόνο την ποσότητα αυτού αλλά και την ποιότητα, καλύτερος εξοπλισμός υλικού για όσο το δυνατόν καλύτερη και ευχερέστερη εργασία για το καλύτερο αποτέλεσμα στον ασθενή.
- Κατάλληλες συνθήκες εργασίας, περισσότερο προσωπικό, υψηλότερες χρηματικές αποδοχές, ευκαιρίες από την υπηρεσία για συμμετοχή σε σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα.
- Καταμερισμός ευθυνών, αξιολόγηση και επιβράβευση του προσωπικού, κίνητρα για εκπαίδευση και εξέλιξη.
- Καταμερισμός της εργασίας, υψηλότερες αποδοχές, καλύτερες συνθήκες εργασίας.
- Να αλλάζουν τμήματα συχνά το προσωπικό και προϊστάμενοι εξίσου.
- Να αλλάξει η δομή του πολιτεύματος.
- Περισσότερες προσλήψεις, καταμερισμός εργασίας σε όλους, να μην υπάρχει ανταγωνισμός.
- Περισσότερο προσωπικό, βελτίωση ωραρίου εργασίας, υλικοτεχνικός εξοπλισμός, ανθρώπινες σχέσεις.
- Περισσότερο προσωπικό, καλύτερη εκπαίδευση, καλύτερη συνεργασία μεταξύ του προσωπικού, περισσότερες οικονομικές απολαβές.
- Προσλήψεις μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού, αύξηση αποδοχών, καθηκοντολόγιο.
- Πρόσληψη μόνιμου προσωπικού, μονιμοποίηση του ήδη υπάρχοντος επικουρικού προσωπικού, αύξηση αποδοχών.
- Πρόσληψη προσωπικού, βελτίωση συνθηκών εργασίας, Bonus κλπ, καλύτερες αποδοχές.
- Στελέχωση με προσωπικό, αύξηση αποδοχών, μείωση διακρίσεων.

## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, το 43,6% των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας στη μελέτη, εκδηλώνουν συμπτώματα επαγγελματικής κόπωσης, γεγονός που επαληθεύει τα αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών (Boisaubin et al., 2001; Kuerer et al., 2007; Σιουρούνη και συν. 2006; Καρύδα και συν. 2004).

Σημαντικό εύρημα της μελέτης μας έδειξε ότι δε σχετίζεται ο τομέας εργασίας των νοσηλευτών με την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης, πράγμα που έρχεται σε αντίθεση με παλαιότερες έρευνες που βρήκαν πως ο τομέας εργασίας σχετίζεται με την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και κυρίως κατηγορούνται τα ψυχιατρικά τμήματα (Σιουρούνη και συν. 2006).

Η πλειοψηφία (43,6%) των συμμετεχόντων στην έρευνα εκδηλώνουν συμπτώματα επαγγελματικής κόπωσης, τα οποία ίσως οφείλονται στα περιορισμένα μέτρα, την έλλειψη προσωπικού και έλλειψη εξειδικευμένης κατάρτισης εύρημα το οποίο επιβεβαιώθηκε από την έρευνα των Buchwald et al. (1995), των Παπαδοπούλου και συν. (1997).

Ακόμα ενδιαφέροντα ήταν τα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία φάνηκε ότι από τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις των επαγγελματιών υγείας, αυτές οι οποίες εκδηλώνονται περισσότερο ήταν άγχος, νεύρα, συναισθηματική φόρτιση και αίσθημα απογοήτευσης από την εργασία. Αυτές οι ενοχλήσεις λειτουργούν ως επιβαρυντικοί παράγοντες στην εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παρουσιάζει ενδιαφέρον στην έρευνα μας το εύρημα ότι το φύλο δεν συσχετίζεται με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο επιβεβαιώνεται από προηγούμενη έρευνα (Διλιντά 2010) η οποία πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο του Ηρακλείου. Στο παρόμοιο αποτέλεσμα καταλήξαμε και με τα χρόνια προϋπηρεσίας: στην έρευνα μας δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που ξεκινούσαν τώρα την καριέρα τους και σε αυτούς που δούλευαν αρκετά χρόνια, γεγονός που είναι σύμφωνο με την έρευνα του Διλιντά (2010) όπου δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Στην έρευνα μας επίσης βρέθηκε ότι δεν σχετίζονται οι εργασιακοί παράγοντες με την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, πράγμα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Baker et al. (2000).

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν συνοπτικά ότι οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματική εξουθένωση. Τα χρόνια προϋπηρεσίας δε σχετίζονται θετικά με την εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης όπως επίσης και με την ειδικότητα των συμμετεχόντων. Ο τομέας στον οποίο εργάζονται φαίνεται ότι δεν επηρεάζει την εκδήλωση αυτού του φαινομένου. Τέλος σημαντικές ήταν και οι προτάσεις των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος για την επαγγελματική τους εξουθένωση.

### **Προτάσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα**

Αξιόλογο ήταν το εύρημα της έρευνας μας σύμφωνα με το οποίο προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα συμπτώματα που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας πρότειναν να δημιουργούνται ομάδες προκειμένου να παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη στους επαγγελματίες υγείας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε από την έρευνα του Διομήδους και συν. (2009). Ακόμα ανέφεραν ότι θα πρέπει να παρακολουθούν συχνά εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με το επάγγελμα για καλύτερη κατάρτιση και απόδοση του υπαλλήλου.

Επίσης τόνισαν τη σπουδαιότητα της αύξησης προσωπικού με νέες προσλήψεις, ώστε να μειωθεί ο φόρος εργασίας, οι βάρδιες και οι εφημερίες. Η αύξηση προσωπικού θα έχει σαν αποτέλεσμα την ποιοτική και ποσοτική βελτίωση της εργασίας τους και συνεπώς των υπηρεσιών υγείας.

Ως βασικό παράγοντα επισημαίνουν την αύξηση των αποδοχών. Οι καλύτερες αποδοχές αποτελούν ισχυρό κίνητρο υποκίνησης στην εργασία, και καθοριστική παράμετρο για την βελτίωση της οικογενειακής και κοινωνικής τους ζωής.

Τέλος για την βελτίωση της σωματικής και συναισθηματικής κατάστασης των εργαζομένων απαραίτητος εμφανίζεται και ο καλύτερος και σωστότερος καταμερισμός εργασίας. Ο σωστός καταμερισμός εργασίας σε συνδυασμό με την αύξηση του προσωπικού θα καταστήσει δυνατή την εφαρμογή του καθηκοντολογίου, και θα εμποδίσει τους εργαζομένους να αναλώνονται σε αλλότρια καθήκοντα .

### **Προτάσεις των ερευνητών**



Για να έχει τη δυνατότητα ο επαγγελματίας υγείας, να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του απέναντι στον ασθενή, θα πρέπει πρωτίστως να φροντίζει τον εαυτό του. Η επαγγελματική εξουθένωση ίσως να μην μπορεί να αποφευχθεί πλήρως, στους εργαζόμενους των νοσοκομείων αλλά κάποιοι παράμετροι του συνδρόμου μπορεί να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση η οποία προσανατολίζεται είτε σε ατομικό, είτε σε οργανωτικό επίπεδο.

### **Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο**

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο θεωρούνται οι ενέργειες εκείνες, που κάνει το ίδιο το άτομο.

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και καταπολέμηση τους.
- Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών.
- Αναζήτηση υποστήριξης από εξειδικευμένη ομάδα.
- Ενασχόληση με άλλα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (χόμπι).
- Σωστή διατροφή, άσκηση, καθώς και επάρκεια ανάπαυσης.
- Προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή εργασίας.

### **Παρεμβάσεις σε οργανωτικό/ διοικητικό επίπεδο**

Όταν η διοίκηση ενδιαφέρεται για τους εργαζόμενους και προσπαθεί να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας τους τότε είναι βέβαιο ότι εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών οι οποίες διακρίνονται για την ποιότητά τους από επαγγελματίες που αντλούν ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας τους όσο απαιτητικό και δύσκολο μπορεί να είναι.

Οι παρεμβάσεις που προτείνουμε είναι:

- Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία υγείας στην κατάλληλη θέση.
- Δημοκρατική διοίκηση από τους προϊστάμενους.

- Αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων καθώς και συμμετοχή του επαγγελματία υγείας στη λήψη αποφάσεων στην εργασία του.
- Πολυμορφία στην εργασία.
- Δυνατότητα διαλειμμάτων.
- Δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης και αναβάθμισης.
- Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.
- Συμβουλευτική εποπτεία.
- Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης.
- Διεπιστημονική συνεργασία.

Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό όχι μόνο από τις διοικήσεις αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας, ότι τα ποσοστά που εμφανίζονται στις μελέτες είναι απλοί αριθμοί καταγραφής ενός φαινομένου. Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τις συνέπειες του burnout τόσο στους επαγγελματίες υγείας, στην οικογένειά τους, καθώς και στους εξυπηρετούμενους, είναι υποχρέωσή μας να προβαίνουμε σε πράξεις, είτε πρόληψης είτε έγκαιρης αντιμετώπισής του.

Ως επαγγελματίες υγείας που ήδη είμαστε, ευχόμαστε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας να δώσουν ένα κίνητρο για την ευρύτερη μελέτη του φαινομένου, ώστε να κατανοηθεί σε μεγαλύτερο εύρος η επαγγελματική εξουθένωση και να αναδειχθούν αποτελεσματικότερα μέτρα παρέμβασης που θα στοχεύουν μέσω της προαγωγής της ευεξίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, στη βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης έχει ποικίλες επιδράσεις στη ζωή του εργαζομένου-επαγγελματία υγείας. Η έγκαιρη διαπίστωση και αναγνώριση και του συνδρόμου είναι υψίστης σπουδαιότητας καθώς το σύνδρομο επαγγελματικής

εξουθένωσης επηρεάσει σημαντικά την ψυχική και σωματική υγεία του εργαζομένου, γεγονός που έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή. Η εξάλειψη των επιβαρυντικών παραγόντων εμφάνισης του συνδρόμου, η δημιουργία ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στο εργασιακό χώρο του νοσοκομείου και η εφαρμογή ενός προγράμματος συμβουλευτικής βοήθειας θα συμβάλλουν στη διαχείριση και αντιμετώπιση του συνδρόμου με ευεργετικά αποτελέσματα όχι μόνο για τον εργαζόμενο αλλά και για τον ασθενή.

Η εκάστοτε διοίκηση του νοσοκομείου οφείλει να υποστηρίξει το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό, οι οποίοι βιώνουν το σύνδρομο με τη δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων που αποτελούνται από ψυχολόγους και ψυχιάτρους για την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας, να βοηθήσει στην ανάπτυξη και βελτίωση της ανθεκτικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση και να ενθαρρύνει υποστηρικτικό κλίμα στο χώρο της εργασίας. Επίσης, κρίνεται απολύτως αναγκαίος ο ορθός επαγγελματικός προσανατολισμός και η κοινωνική καταξίωση των επαγγελματιών υγείας.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία επισημαίνουμε την ανάγκη οι μελλοντικές έρευνες να εστιάσουν στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ιδίως όσοι εργάζονται στα νοσοκομεία. Επιπλέον θα πρέπει να ερευνηθεί πως τελικά οι προτάσεις τους γίνουν εφαρμογή στο χώρο της υγείας..

### **ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ**

Κατά τη διάρκεια της έρευνας συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες, αρχικά είχαμε μια καθυστέρηση, περίπου τέσσερις μήνες για να πάρουμε την άδεια από το νοσοκομείο για την διανομή των ερωτηματολογίων και αυτό άλλαξε λίγο το χρονοδιάγραμμα μας, επίσης υπήρξαν κάποιες δυσκολίες, διότι οι εργαζόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου είναι επιβαρυνμένοι με μεγάλο φόρτο εργασίας και έντονο εργασιακό στρες με αποτέλεσμα να μην συνεργάζονται πάντα με προθυμία, στη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου, ακόμη το νοσοκομείο φιλοξενούν ένα μεγάλο αριθμό φοιτητών που εκπονούν πολυάριθμες έρευνες κάθε χρόνο με συνέπια την χαλάρωση του

ενδιαφέροντος των εργαζομένων. Ένας άλλος παράγοντας που επηρέασε τη συλλογή του ερευνητικού υλικού ήταν ότι, τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο παρουσιάζουν μικρή διάθεση για κάθε δραστηριότητα που δεν ανήκει αυστηρά στις υποχρεώσεις τους. Η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που δεν έχει κάποιο όφελος σε εκείνους δεν ήταν δυνατόν να χαιρετιστεί με προθυμία. Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα της έρευνας είναι ότι το προσωπικό δεν ήταν απόλυτα βέβαιο ότι θα τηρηθεί το απόρρητο, έτσι έπρεπε με κάθε τρόπο να διασφαλίσουμε την ανωνυμία των απαντήσεων τους. Αυτές ήταν οι κύριες δυσκολίες που συναντήσαμε για την διεξαγωγή της έρευνας μας, όμως πάντα με καλή διάθεση, σωστή επικοινωνία και επεξηγηματικές πληροφορίες προσπαθήσαμε να μειώσουμε τις δυσκολίες στο ελάχιστο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαλή Ε. *Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα, ΜΕΘ, και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων.*  
Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 1999.
2. Αδαλή, Ε., Πριάμη, Ε., Ευαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ. & Μούγια, Β. (2002). Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού Νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 41(1): 105-114.
3. Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ.. (1992). *Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών.* *Ψυχολογικά θέματα*, 5(3):183-202.
4. Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ.. (2007). *Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών.* *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 24(1):75-84.
5. Altun, I. (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nurs Ethics*, 9(3): 269-278.
6. Antoniou, A.S. (1999). Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16 (1): 20-28.
7. Antoniou, A.S. & Antonodimitrakis, P. (2001) *Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors.* Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli.
8. Αντωνίου, Α.Σ. (2005). *Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργός – β' Φάση. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).* Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ψυχιατρική Κλινική. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ). Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού. Αθήνα, 1–54.
9. Arnold, J., Cooper, C.L. & Robertson, I.T. (1995). *Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place.* 2nd ed. London: Pitman.
10. Bakker, A.B., Killmer, C.H., Siegriest, J. & Schaufeli, W.B. (2000). Effortreward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 884-891.
11. Barbier D. (2004). The burnout syndrome of the caregiver, *Presse Med*, 33 (6), 394-9.
12. Barrowclough, C., Haddock, G., Lowens, I., Connor, A., Pidliswyj, J. & Tracey, N. (2001). Staff expressed emotion and causal attributions for client problems on a low security unit: An exploratory study. *Schizophr Bull*, 27:517–526.

13. Bernardi, M., Catania, G. & Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Inferm.*, 58(2):75-79.
14. Boumans, N.P.G. & Landeweerd, J.A. (1996). A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 16-23.
15. Brooks, B.A. & Anderson, M.A. (2004). Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual.*, 19(3): 269-275.
16. Buchwald, D., Umali, P., Umali, J., Kith, P., Pearlman, T. & Komarof, A. (1995). Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome. Prevalence in a Pacific Northwest health care system. *Ann Intern Med*, 123: 81-88.
17. Burke, R.J., & Greenglass, E.R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 32: 126-138.
18. Chronic fatigue syndrome. Available from: <http://www.emedicine.com/MED/topic3392.htm> Last updated: May 2, 2006.
19. Cooper, C.L., Dewe, P. & O'Driscoll, M. (2001). *Organisational Stress: A review and critique of theory, research and application*. London: Sage.
20. Cubrilo-Turek, M., Urek, R. & Turek, S. (2006). Burnout syndrome-- assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol.*, 30(1):131-135.
21. Dekker, S. W.A. & Schaufeli, W.B. (1995). The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist*, 30(1): 57-63.
22. Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in *professional and private lives of nurses*. *International Journal of Nursing Studies*, 40: 807-827.
23. Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3): 498-508.
24. Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτου, Ι., Φωκά, Α. & Πιστόλης, Ι. (2009). Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. *Νοσηλευτική*, 48(2): 190-199.
25. Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A. & Hannigan, B. (2001). A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6): 805-813.
26. Ekstedt, M., & Faberberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *J Adv Nurs*, 49:59-67.
27. Θεοφίλου, Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *e- Περιοδικό επιστήμης και τεχνολογίας*, Ιούλιος: 41-50.

28. Figley, C. (1995). Examples of compassion fatigue/burnout syndrome. Institute on Crisis Management in Higher Education. Available from: <http://mailer.fsu.edu/~cfigley/ExampleCF.pdf>.
29. Firth-Cozens, J. & Payne, R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.
30. Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social issues*, 30: 159-165.
31. Greco, P., Laschinger, H.K. & Wong, C. (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Can J Nurs Leaders*, 19(4): 41-56.
32. Halm, M., Peterson, M., Kandels, M., Sabo, J., Blalock, M. & Braden, R. (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clin Nurse Spec.*, 19(5): 241-251.
33. 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): 127-134.
34. Janssen, P.P.M., de Jonge, J. & Bakker A.B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 1360-1369.
35. Jaracz, K., Gorna, K. & Konieczna, J. (2005). Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst.*, 50(1): 216-219.
36. Jenkins, R. & Elliott P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs.*, 48(6): 622-631.
37. Jimmieson, N.L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 14(3): 262-280.
38. Καζαντζή, Κ., Καραζιώτου, Ι. & Καρυώτη, Β. (2008). *Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων και η ικανότητα διαχείρισης της*. Πτυχιακή εργασία, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας. Ηράκλειο Κρήτης.
39. Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ. & Μόσχος Ν. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. *Νοσηλευτική*, 43(1): 116-125.
40. Kash, K.M., Holland, J.C., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J. & Ouellette-Kobasa, S. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*, 14(11): 1621-1633.
41. Kilfedder, C.J., Power, K.G. & Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs.*, 34(3): 383-396.
42. Lee, H., Hwang, S., Kim, J. & Daly, B. (2004). Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs.*, 48(6): 632-641.
43. Lefley H. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175,(10), 613-619.

44. Lefley H. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness, *American Psychologist*, 44(3), 556-560.
45. Lefley H. (1992). Expressed emotion: conceptual clinical, and social policy
46. Leiter, M. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour*, 9: 297-308.
47. Leiter, M.P. & Spence Laschinger, H.K. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nurs Res.*, 55(2): 137-146.
48. Levy, J. (1994). Viral studies of chronic fatigue syndrome introduction. *Clin Infect Dis*, 18(Suppl 1): S117–S120. Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. (1996). *Maslach BurnOut Inventory. Manual (3<sup>rd</sup> ed)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
49. Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. (1996). *Maslach BurnOut Inventory. Manual (3<sup>rd</sup> ed)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
50. Maslach, C., Shaufeli, B. & Leiter, P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52: 397–422.
51. Micklevitz, S. (2001). *Professional burnout in the park and recreation profession*. Illinois: Illinois Periodicals online.
52. Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E. & Dierckx de Casterle, B. (2006). Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud.*, 43(6): 745-754.
53. Μισουρίδου, Ε. (2009). Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 48(4): 358-366.
54. Murphy LR, *Occupational stress management: Current status and future directions*. Στο Cooper CL, Rousseau DM (Eds.) *Trends in organizational behavior*. Chichester: Wiley, 1995, 2: 1-14.
55. Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός – Β.φάση (2005). «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης». Αθήνα.
56. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1992). ICD-10. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
57. Pines, A.M. (1986). Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications.
58. Pines, A.M. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
59. Pines, A.M. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2<sup>nd</sup> ed.), pp. 386-403. New York: Free Press.



60. Pines, A.M. (1996). *Couple burnout*. New York: Routledge.
61. 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):135-143.
62. Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F. & Pochard, F. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med.*, 175(7): 698-704.
63. Potter, B. (2001). *Job burnout: What it is and what you can do about it?* Available from: <http://www.docpotter.com>.
64. Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., Calligaris, L. & Brusaferrò S. Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum*, 33(4): 815-820.
65. Rydstet, I., Strannegard, I. & Strannegard, O. (1984). Increased serum levels of antibodies to Epstein-Barr virus in adults with history of atopic dermatitis. *Int Arch Allergy Appl Immunol*, 75: 179–183.
66. Salanova, M., Llorens, S., Garcia-Renedo, M., Burriel, R., Breso, E. & Schaufeli, W. (2005). Towards a four-dimensional model of burnout: A multigroup factor-analytic study including depersonalization and cynicism. *Educ Psychol Meas*, 65: 807–819.
67. Σαπουντζή, Δ. & Λεμονίδου Χ. (1994). *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές*. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
68. Schraub, S. & Marx, E. (2004). Burn out syndrome in oncology. *Bull Cancer*, 91(9): 673-666.
69. Schuler, R.C. (1983). Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organization, Behavior and Human Performance*, 25: 184-215.
70. Severinsson, E. (2003). Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nurs Health Sci*, 5: 59–66.
71. Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S. & Mehta, P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*, 4(1): 65-80.
72. Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42(2): II57-66.
73. Χαραλαμπίδου, Ε. (1996). *Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο χώρο του Νοσοκομείου*. Διδακτορική Διατριβή.
74. Wessely, S. (1996). Chronic fatigue syndrome: Summary report of a joint committee of the Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practitioners. *J R Col Physicians Lond*, 30:497–504.
75. Whippen, D. & Canellos, G.P. (1991). Burn out syndrome in the practice of oncology : Results of a random survey of 1.000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 9(10):1916-1921.

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

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ****α/α:****ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:****ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Στα πλαίσια μελέτης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας, θα σας παρακαλούσαμε να διαθέσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας και να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο ακολουθώντας τις οδηγίες. Θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο**, οι πληροφορίες εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την παρούσα μελέτη. Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωσή του είναι δέκα λεπτά και σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για το χρόνο σας και τη συνεργασία σας.

**Υπεύθυνη Έρευνας**

Μακρυκώστα Μαρία

Φοιτήτρια Μεταπτυχιακών Σπουδών

Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας

Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου



7. Ποιος προσέχει τα παιδιά όταν εργάζεστε;

- α. Συγγενικό πρόσωπο                       β. Ξένο άτομο   
 γ. Παιδικός Σταθμός                       δ. Άλλο

**(Γ) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

8. Σε ποιο τμήμα ή μονάδα εργάζεστε;

.....

9. Συνολικός χρόνος υπηρεσίας (σε έτη) .....

10. Φύση εργασίας: α. Μόνιμος                       β. Με σύμβαση

11. Πόσα χρόνια εργάζεστε στην συγκεκριμένη κλινική; .....

12. Κατέχετε κάποια θέση Υπευθύνου;

α. Ναι                       β. Όχι

Αν Ναι Ποια.....

13. Το ωράριο εργασίας σας είναι:

α. Αποκλειστικά Πρωινό                       β. Βάρδιες

γ. Άλλο.....

14. Θα θέλατε κάποια αλλαγή στο ωράριο εργασίας σας;

α. Ναι                       β. Όχι

15. Νιώθετε την ανάγκη για συχνότερες άδειες;

α. Ναι                       β. Όχι

**(Δ) ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ**

16. Κατά την διάρκεια της εργασίας σας είστε ικανοποιημένος/η από:

(τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγ ο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Συνεργασία με Προϊσταμένους					
Συνεργασία με Ιατρικό προσωπικό					
Συνεργασία με Νοσηλευτικό προσωπικό					
Συνεργασία με λοιπό προσωπικό					
Αντικείμενο εργασίας					
Συνθήκες εργασίες					
Από την υπηρεσία δίνονται ευκαιρίες να αναπτύξω περισσότερα προσόντα και τις γνώσεις μου π.χ συμμετοχή σε σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα					
Από την συμμετοχή σας σε χρηματοδοτούμενα από την υπηρεσία σας προγράμματα					

17. Ποιες από τις παρακάτω αντιδράσεις παρατηρείτε ότι συμβαίνουν στον εαυτό σας; (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Αρνητική διάθεση για το αντικείμενο τις εργασίας					
Άγχος					
Νεύρα					
Συναισθηματική φόρτιση					
Θυμός απέναντι στους συναδέλφους					
Θυμός απέναντι στους ασθενείς					
Αδιαφορία για τον ασθενή					
Αισθάνομαι απογοητευμένος από την δουλειά μου					
Αισθάνομαι ότι η δουλειά αυτή συναισθηματικά με σκληραίνει					
Νιώθω ότι φτάνω στο τέλος των αντοχών μου					

18. Ποιες από τις παρακάτω αντιδράσεις σε σχέση με τον εαυτό σας παρατηρείται ότι συμβαίνουν στην οικογενειακή και κοινωνική σας ζωή; (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Συχνά μεταφέρω τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι					
Στην οικογένεια μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά μου προβλήματα πολύ ήρεμα					
Συναισθηματική ικανοποίηση όταν βρίσκομαι με φίλους					
Νιώθω συναισθηματικά απομακρυσμένος από την οικογένεια μου					
Αδυναμία της οικογένειας μου να κατανοήσει τις επαγγελματικές μου δεσμεύσεις					
Δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων					
Δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων					
Οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στο οικογενειακό περιβάλλον είναι συχνό φαινόμενο					
Νιώθω ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω καθημερινά προβλήματα.					

19. Πόσο θα βοηθούσε στην αντιμετώπιση της κατάστασης η:



(τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Αύξηση του ύψους αποδοχών					
Συναισθηματική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα					
Αλλαγή ωραρίου εργασίας					
Καλύτερος καταμερισμός εργασίας					
Ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέλφων					
Δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα - κλινικές					
Διευκολύνσεις ωραρίου					
Παροχές κινήτρων εκπαίδευσης - εξειδίκευσης					

20.Τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο νιώθετε: (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Ικανοποιημένος από την απόδοση στην εργασία μου					
Εξουθενωμένος από την εργασία μου					

Ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω τον ασθενή και την οικογένεια του					
Επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας					
Νιώθω κουρασμένος όταν σηκώνομαι το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια ακόμη ημέρα στην δουλειά μου					

**(Ε) ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ**

21. Τι συνήθειες έχετε;

α. Καπνίζετε; 1. Ναι  2. Όχι  α. α. Αν Ναι πόσα τσιγάρα ημερησίως;

.....

β. Καταναλώνετε αλκοόλ; 1 Ναι  2. Όχι

β. α. Αν Ναι πόσα ποτήρια ημερησίως; .....

γ. Κοιμάστε πάνω από 6 ώρες ημερησίως; .....

δ. Γυμνάζεστε πάνω από 3 φορές εβδομαδιαίως; 1. Ναι  2. Όχι

ε. Επισκέπτεστε φίλους συχνά; 1. Ναι  2. Όχι

2. Όχι

στ. Επισκέπτεστε συγγενείς συχνά; 1. Ναι

ζ. Πραγματοποιείτε δραστηριότητες με την οικογένεια σας;

1. Ναι  2. Όχι

η. Ασχολείστε με κάποιο χόμπι; 1. Ναι  2. Όχι

η. α. Αν Ναι ποιο .....

θ. Έχετε κοινωνική ζωή; 1. Ναι  2. Όχι

22. Το επάγγελμά σας, έχει επηρεάσει την οικογενειακή και κοινωνική σας ζωή;

1. Ναι                       2. Όχι

22. α. Αν Ναι με ποιο τρόπο;

.....

.....

.....

.....

.....

**(ΣΤ) ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΟΧΛΗΣΕΙΣ**

23. Ποια από τα παρακάτω σας συμβαίνουν τον τελευταίο χρόνο;

- |                                  |                                 |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| α. Άγχος                         | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |
| β. Κατάθλιψη                     | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |
| γ. Διαρκής εκνευρισμός           | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |
| δ. Υπέρταση                      | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |
| ε. Έντονοι μυϊκοί πόνοι          | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |
| στ. Υπερθυρεοειδισμός            | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |
| ζ. Σεξουαλικές διαταραχές        | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |
| η. Διαταραχές ύπνου              | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |
| θ. Κόπωση                        | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |
| ι. Κεφαλαλγίες                   | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| κ. Γαστρεντερολογικές διαταραχές | 1. Ναι <input type="checkbox"/> | 2. Όχι <input type="checkbox"/> |

λ. Καρδιολογικά ενοχλήματα 1. Ναι  2. Όχι

μ. Αύξηση ή μείωση βάρους 1. Ναι  2. Όχι

ν. Άλλο .....

**(Ζ) ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ**

24. Γνωρίζετε για τα συμπτώματα εκδήλωσης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης;

1. Ναι  2. Όχι

25. Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;

1. Ναι  2. Όχι

26. Αν Ναι ποιοι παράγοντες και πόσο θεωρείτε ότι επιτείνουν την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης; (τσεκάρετε σε κάθε σειρά μόνο ένα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Συνθήκες εργασίας					
Εργασία με βάρδιες					
Φόρτο Εργασίας					
Έλλειψη προσωπικού					
Προσωπικά χαρακτηριστικά σας					
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων					

Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους					
Εργασιακές διακρίσεις					

27. Ποιες οι προτάσεις σας για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, με σκοπό την ελάττωση και αποφυγή των συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

