



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

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

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

Το Σύνδρομο Επαγγελματική Εξουθένωση στους  
Φυσιοθεραπευτές της Κύπρου:  
Μέτρα πρόληψης - αντιμετώπισης του

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**

Ιουλιανή Ζήνωνος-Κωνσταντίνου

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία, Ιανουάριος 2010



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Το Σύνδρομο Επαγγελματική Εξουθένωση στους Φυσιοθεραπευτές της Κύπρου:

Μέτρα πρόληψης - αντιμετώπισης του

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

Ιουλιανή Ζήνωνος-Κωνσταντίνου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία, Ιανουάριος 2010

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b>	<b>ΣΕΛΙΔΑ</b>
Ευχαριστίες	
Περίληψη στην ελληνική γλώσσα	
Περίληψη στην αγγλική γλώσσα	
Εισαγωγή	
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b>	
<b>1. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>6</b>
1.1 Αντικείμενο της Φυσιοθεραπείας	6
1.2 Ιστορική αναδρομή	7
1.3 Ο φυσιοθεραπευτής ως επαγγελματίας	11
1.4 Φυσιοθεραπευτής και επαγγελματική εξουθένωση	13
<b>ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b>	
<b>2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ</b>	<b>17</b>
2.1 Εισαγωγή	17
2.2 Πρωτοπόροι της μελέτης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	18
2.3 Οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης	19
2.4 Τα αίτια εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	20
2.5 Τα στάδια ανάπτυξης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	21
2.6 Επιρρεπείς ομάδες	23
2.7 Ενδείξεις και συμπτώματα	23
2.8 Επιπτώσεις-συνέπειες	24
<b>ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b>	
3.1 Η έννοια της Αυτοεκτίμησης	29
<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b>	
<b>4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	<b>35</b>
4.1 Δείγμα και μέθοδος (Γενικά στοιχεία)	35
4.2 Δείγμα	35
4.3 Εργαλεία αξιολόγησης	37
4.4 Πιλοτική δοκιμή	39
4.5 Διαδικασία	39
4.6 Χρονική διάρκεια συλλογής των ερωτηματολογίων	40
4.7 Στατιστική ανάλυση- γενικά	40
<b>ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b>	
<b>5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	<b>43</b>
5.1 Περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών	43
5.2 Εργασιακό περιβάλλον	48
5.3 Αυτοεκτίμηση	50
5.4 Επαγγελματική εξουθένωση	50
5.5 Αυτοεκτίμηση και επαγγελματική εξουθένωση	58
<b>ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b>	
6.1 Γενικά στοιχεία	61

## **ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

<b>7. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ</b>	<b>71</b>
7.1 Εισαγωγή	71
7.2 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο	71
7.3 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο (Πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο)	72
7.4 Παρεμβάσεις από το Υπουργείο Υγείας	73
7.5 Εξειδικευμένες εισηγήσεις	74
7.5.1 <i>Βελτίωση του επιπέδου της Αυτοεκτίμησης</i>	74
7.5.2 <i>Πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης</i>	75

## **ΟΓΔΩΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

<b>8. ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ</b>	<b>78</b>
<b>9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>79</b>
<b>10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α</b>	<b>98</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β</b>	<b>103</b>

Ευχαριστίες

οφείλονται,

σε όλους όσους βοήθησαν για να ολοκληρωθεί η παρούσα Διατριβή.

Στους γονείς μου οφείλω το ζειν,  
εις δε τους διδασκάλους μου το ευ ζειν.

Μ. Αλέξανδρος

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή.** Ως επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής και ψυχικής εξάντλησης κατά την οποία ο εργαζόμενος αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε και σταματά να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά του. Το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται λόγω του χρόνιου συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον εργαζόμενο και πλήττει, κυρίως, επαγγελματίες που βρίσκονται σε στενή επαφή με το κοινό και κατά συνέπεια και τους επαγγελματίες υγείας. Η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η απουσία προσωπικών επιτευγμάτων αποτελούν τις κύριες συνιστώσες του εν λόγω φαινομένου.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης στους Κύπριους φυσιοθεραπευτές, η διερεύνηση των παραγόντων που την προκαλούν και η υποβολή εισηγήσεων για την αντιμετώπισή της.

**Δείγμα-Μέθοδος.** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εκατόν εβδομήντα δύο (172) εγγεγραμμένοι φυσιοθεραπευτές. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με δύο όργανα – εργαλεία αξιολόγησης, ευρέως διαδεδομένα, το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης των Maslach και Jackson (MBI) και το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Αυτοεκτίμησης-Rosenberg. Τα αποτελέσματα έτυχαν επεξεργασίας και στατιστικής ανάλυσης με το στατιστικό λογισμικό Statistical Package for Social Sciences 16 (SPSS 16).

**Αποτελέσματα:** Έχει βρεθεί ότι οι Κύπριοι φυσιοθεραπευτές βιώνουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε μέτριο μέχρι ψηλό βαθμό και ταυτόχρονα διακρίνονται από μέτριο προς χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης. Οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης βρέθηκε να συσχετίζονται τόσο μεταξύ τους όσο και με την αυτοεκτίμηση. Επιπλέον βρέθηκε να σχετίζονται με διάφορους δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

**Συζήτηση / εισηγήσεις:** Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι γεγονός ανάμεσα στους φυσιοθεραπευτές της Κύπρου, όπως επίσης και το σχετικά χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης.

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σοβαρό πρόβλημα με πολλές διαστάσεις και απαιτείται η λήψη μέτρων. Τα μέτρα μπορεί να ληφθούν σε ατομικό επίπεδο, οργανωτικό-διοικητικό και σε επίπεδο Υπουργείου Υγείας.

## ABSTRACT

**Introduction:** Professional burnout (PB) is defined as the situation of full physical and mental exhaustion during which the employee develops a negative self image; he or she loses interest and positive feeling for patients and stops being satisfied with their job. PB results from chronic accumulation of stress which eventually “smothers” the worker. It «affects» professionals that deal with the public and includes professionals in the health industry. The emotional exhaustion, depersonalization and personal achievements are the main components characteristic of professional burnout.

**Aim:** The purpose of this study is to examine the level of burnout and fatigue in physiotherapists in Cyprus and examination the factors that affect them while at the same time make relevant suggestions for its management.

**Material - method:** The sample of this study consisted of 172 registered physiotherapists. The collection of data was achieved through the use of two well and widely known evaluation tools. The Maslach and Jackson (MBI) professional Burnout questionnaire and the Rosenberg self-esteem evaluation questionnaire were used. The results were processed and analyzed through the use of the statistical software Package for Social Sciences 16 (SPSS16).

**Results:** The study showed that physiotherapists in Cyprus experience professional exhaustion / burnout at a moderate to high levels; at the same time they maintain moderate to low levels of self-esteem. The component of burnout appears to be related to both levels of self-esteem as well as to demographic and work factors.

**Suggestions:** The phenomenon of the syndrome of burnout is a fact among the physiotherapists in Cyprus, and so is the moderate level of their self-esteem. The syndrome of burnout is a serious problem with various aspects and actions shall be taken. These actions must focus on individual, organizational and management aspect, also on Ministry of Health level.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρώτος ο Freudenberger, το 1974 μίλησε για το Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο περιέγραψε ως ένα σύνολο συμπτωμάτων υπερκόπωσης που είχε παρατηρήσει σε επαγγελματίες υγείας. Από τότε πολλοί ερευνητές, ιδιαίτερα η Cristina Maslach και η Susan E. Jackson, έχουν ασχοληθεί με το συγκεκριμένο Σύνδρομο, μελετώντας διάφορες επαγγελματικές ομάδες που παρέχουν τις υπηρεσίες τους ερχόμενοι σε άμεση επαφή με ανθρώπους.

Ανάμεσα στους επαγγελματίες που έρχονται σε καθημερινή επαφή με το κοινό, περιλαμβάνονται οι εκπαιδευτικοί, οι επαγγελματίες υγείας, οι αστυνομικοί κλπ. Η καθημερινή αυτή σχέση αυξάνει την ένταση και την επαγγελματική πίεση και κατ' επέκταση αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης ανεπιθύμητων καταστάσεων όπως για παράδειγμα η επαγγελματική εξουθένωση.

Η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοσή του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και την απόδοσή του (Maslach και συν., 1996, Ogle 1983).

Σε διεθνές επίπεδο, πραγματοποιήθηκαν αρκετές έρευνες για το Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης με δείγμα κυρίως από γιατρούς και νοσηλευτές. Λιγότερες ήταν όμως οι έρευνες που έγιναν με στόχο την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των φυσιοθεραπευτών (Schuster, Nelson και συν., (1984) στην Αμερική, Donohoe, Nawawi και συν., (1993) στην Αμερική (Μασαχουσέτη), Scutter, Goold (1995) στη Νότιο Αυστραλία, Mandy, Rouse (1997) στη Νοτιο-Ανατολική Αγγλία, Ogiwara, Hayashi (2001) στην Ιαπωνία, Mandy, Saeter, Lucas, (2004) στη Νορβηγία, και Calzi, Farinelli και συν., (2006) στην Ιταλία). Τα δε αποτελέσματά τους συμφωνούν ως προς την παρουσία επαγγελματικής εξουθένωσης στους φυσιοθεραπευτές, διαφέρουν όμως ως προς τον βαθμό.

Η εργασία αυτή πραγματεύεται το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των φυσιοθεραπευτών της Κύπρου. Συγκεκριμένα στο γενικό μέρος περιγράφονται τα

χαρακτηριστικά της φυσιοθεραπείας, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του φυσιοθεραπευτή, τα αίτια, συμπτώματα και επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ αναφέρεται επίσης και η έννοια της αυτοεκτίμησης και η σχέση της με την επαγγελματική εξουθένωση. Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος, όπου περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας και παρατίθενται στη συνέχεια τα αποτελέσματα της έρευνας. Η εργασία ολοκληρώνεται με τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και την πρόταση τόσο γενικών όσο και εξειδικευμένων εισηγήσεων πρόληψης και αντιμετώπισης του Συνδρόμου, όπως επίσης και για τη βελτίωση του επιπέδου της αυτοεκτίμησης των φυσιοθεραπευτών.

# ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



## 1. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

### 1.1 Αντικείμενο της Φυσιοθεραπείας

Με βάση την Κυπριακή νομοθεσία ως φυσιοθεραπεία ορίζεται: «η υπηρεσία η οποία παρέχεται σε ανθρώπους, για τη βελτίωση, διατήρηση και αποκατάσταση της μέγιστης λειτουργικής ικανότητας και κίνησης και ασχολείται με την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση παθολογικών καταστάσεων και τραυματικών βλαβών που προκαλούν διαταραχές στο ερειατικό, μυϊκό, νευρικό, αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα με τη χρήση φυσικών προσεγγίσεων και δυνατό να περιλαμβάνει την εφαρμογή της κινησιοθεραπείας, των φυσιοθεραπευτικών χειρισμών, της θεραπευτικής μάλαξης, της ηλεκτροθεραπείας, της αναπνευστικής φυσιοθεραπείας και της υδροθεραπείας» (Ο περί εγγραφής Φυσιοθεραπευτών Νόμος, 140/89).

Για την άσκηση της φυσιοθεραπείας απαιτείται:

- Η επιστημονική θεώρηση και γνώση για την πρακτική εφαρμογή της, όπως είναι η κίνηση, η αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενή / πελάτη / οικογένειας και φυσιοθεραπευτή,
- η επαγγελματική αυτονομία, και
- η διαδικασία της φυσιοθεραπευτικής διάγνωσης.

Η φυσιοθεραπεία παρέχεται σε διάφορους χώρους, που επιτρέπουν την εκπλήρωση του σκοπού της, όπως νοσοκομεία, κέντρα υγείας, αθλητικά κέντρα, κέντρα αποκατάστασης, οίκοι ευγηρίας καθώς και σε κέντρα εκπαίδευσης και έρευνας. Ορισμένοι φυσιοθεραπευτές προσφέρουν γενικές υπηρεσίες, ενώ άλλοι έχουν εξειδικευτεί σε διάφορες τεχνικές για ασθενείς με χρόνιες ή προσωρινές παθήσεις ή άτομα με ειδικές ανάγκες ή ακόμα και για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης ατόμων.

Η φυσιοθεραπεία αποτελεί σημαντικό τμήμα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλο τον κόσμο ενώ η συμβολή της στον τομέα της προαγωγής της υγείας είναι μεγάλη.

Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια με την έξαρση των χρόνιων παθήσεων η συμβολή και η σπουδαιότητα της καθίσταται ακόμη πιο σημαντική, αφού οι φυσιοθεραπευτές βοηθούν εκατομμύρια ανθρώπους να διαχειριστούν καλύτερα τις αρνητικές συνέπειες της γήρανσης, των ασθενειών, των ατυχημάτων, αλλά και του στρες και της καταπόνησης, ως απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής.

## 1.2 Ιστορική αναδρομή

Οι καταβολές της φυσιοθεραπείας ανιχνεύονται στους αρχαίους Έλληνες, που πρώτοι αντιλήφθησαν ότι η ικανότητα της κίνησης αποτελεί ζωτικό στοιχείο της υγείας και του «ευ ζην» (Marilyn Moffat WCPT, 2008).

Τις αρχαίες καταβολές της φυσιοθεραπείας στην Κύπρο αναδεικνύουν τα αρχαιολογικά ευρήματα. Συγκεκριμένα, στο βιβλίο «Η Ιατρική στην Κύπρο από την Αρχαιότητα μέχρι την Ανεξαρτησία» αναφέρονται μεταξύ άλλων, ως μέσα για αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών, η Λουτροθεραπεία, η Υδροθεραπεία, ο αερισμός του χώρου του ασθενή και η χρήση θερμών επιθεμάτων. Τα «καζιά» κατά την Κυπριακή τοπολαλιά, οι κοινώς λεγόμενες «βεντούζες» και ο βελονισμός ήταν και αυτά ανάμεσα στις μεθόδους που χρησιμοποιούνταν για θεραπευτικούς σκοπούς στην αρχαιότητα.

Στην Πάφο βρέθηκαν πήλινα δοχεία, με πολύ λεπτά τοιχώματα, μόλις 3 χιλιοστών που ήταν ομοιώματα, σε φυσικό μέγεθος, διαφόρων μελών του ανθρώπινου σώματος. Ήταν κατά κάποιο τρόπο οι πρόδρομοι των θερμών επιθεμάτων και των θερμοφόρων που χρησιμοποιούνται σήμερα. Στο πιο κάτω σχήμα παρουσιάζεται ο τρόπος και το μέρος τοποθέτησης των εν λόγω ομοιωμάτων.



Πηγή: Η Ιατρική στην Κύπρο από την Αρχαιότητα μέχρι την Ανεξαρτησία.

Επίσης, ο Κώστας Μυριανθέας (1969) στο βιβλίο του «Μελέται» αναφέρει τα ιαματικά νερά και τη λουτροθεραπεία που εφαρμόζουν στο «λουτροθεραπευτικό χωριό» όπως αποκαλεί το χωριό Καλοπαναγιώτης.

Ως επάγγελμα η φυσιοθεραπεία συναντάται στην Κύπρο, γύρω στη δεκαετία του '50. Η έκθεση των Υπηρεσιών Υγείας της αγγλοκρατούμενης Κύπρου του 1953, (Annual Medical and Sanitary Report) αποτελεί το πρώτο ιστορικό και ταυτόχρονα σημαντικό γραπτό στοιχείο. Σ' αυτή την πρώτη επίσημη αναφορά, γίνεται μνεία στη δομή και στο σχετικό έργο που προσέφερε το τμήμα φυσιοθεραπείας που λειτουργούσε τότε μόνο στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στελεχωνόταν από μία και μόνο εκπαιδευμένη φυσιοθεραπεύτρια και μια μαθητευόμενη. Ο δε συνολικός αριθμός ασθενών που προσήλθε τότε στο τμήμα ανήλθε στους 566 και οι οποίοι δέχθηκαν 5.769 θεραπείες. Ο αριθμός των θεραπειών ήταν περίπου 22 ανά εργάσιμη μέρα.

Ακολούθως, η Ετήσια Έκθεση των Υπηρεσιών Υγείας του 1955 αναφέρεται στο έργο του μικρού τότε τμήματος φυσιοθεραπείας με αύξηση του προσωπικού κατά μια μαθητευόμενη φυσιοθεραπεύτρια. Στη δε έκθεση του 1957 γίνεται αναφορά στην εκπαίδευση Κυπρίων μαθητευόμενων φυσιοθεραπευτριών. Μέχρι τότε ήταν όλες Αγγλίδες με διετή συμβόλαια εργασίας. Επιπλέον, στην ίδια έκθεση, επισημαίνεται και η κάλυψη των αναγκών των νοσοκομείων Αμμοχώστου και Λεμεσού.

Η Ετήσια Έκθεση του 1960, που ήταν η πρώτη του Υπουργείου Υγείας της ανεξάρτητης, πλέον, Κυπριακής Δημοκρατίας αναφέρει ότι στο Γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας εργάζονταν τρεις φυσιοθεραπευτές. Οι τρεις αυτοί φυσιοθεραπευτές κάλυπταν και τις ανάγκες του ιδιωτικού τομέα<sup>1</sup>.

Σήμερα τα πράγματα είναι πολύ καλύτερα, αφού εργάζονται εβδομήντα οκτώ φυσιοθεραπεύτριες στον κρατικό τομέα και 305 στον ιδιωτικό τομέα (αρχείο ΠΣΦ).

Πριν το 1964 δε λειτουργούσαν ιδιωτικά φυσιοθεραπευτήρια και οι ανάγκες καλύπτονταν είτε από δημοσίους υπαλλήλους - φυσιοθεραπευτές, είτε μετά από παραπομπή των ιδιωτών γιατρών στο τμήμα φυσιοθεραπείας του Γενικού νοσοκομείου Λευκωσίας.

Η απλή σύγκριση των ετήσιων εκθέσεων των πιο πάνω αναφερόμενων ετών, με την αντίστοιχη του 2007 δίνει ανάγλυφα και παραστατικά την εξελικτική πορεία της φυσιοθεραπείας στην Κύπρο. Συγκεκριμένα, η έκθεση του Υπουργείου Υγείας του 1960 αναφέρει:

---

<sup>1</sup> Οι πληροφορίες καταγράφηκαν σε προσωπική συνέντευξη με Φυσιοθεραπεύτρια, η οποία υπηρετούσε τότε στην υπηρεσία.

«Στο Τμήμα εργάζονται μια Ανώτερη Φυσιοθεραπεύτρια και έχει υπό την εποπτεία της μια Φυσιοθεραπεύτρια και μια μαθητευόμενη Φυσιοθεραπεύτρια. Στη διάρκεια της χρονιάς 487 εσωτερικοί ασθενείς δέχτηκαν 4.500 θεραπείες και 1.102 εξωτερικοί ασθενείς δέχθηκαν 8.150 θεραπείες».

Αντίθετα, στην έκθεση του 2007 αναφέρεται ο κατά πολύ μεγαλύτερος, συγκριτικά, αριθμός του προσωπικού που εργάζεται σε όλα τα κρατικά νοσηλευτήρια (Πίνακας 1.2.1) καθώς και οι διάφορες μορφές θεραπειών που προσφέρονται, όπως και ο αριθμός των ασθενών που δέχτηκαν θεραπεία και ο αριθμός των θεραπειών (Πίνακας 1.2.2).

**Πίνακας 1.2.1 Προσωπικό και δομή στα κρατικά νοσηλευτήρια  
το 1953, 1955, 1957, 1958, 1960 και 2007**

Τίτλος	Αριθμός ατόμων 1953	Αριθμός ατόμων 1955	Αριθμός ατόμων 1957	Αριθμός ατόμων 1958	Αριθμός ατόμων 1960	Αριθμός ατόμων 2007
Ανώτερη επιθεωρήτρια φυσιοθεραπεύτρια	0	0	0	0	0	1
Επιθεωρήτρια φυσιοθεραπεύτρια	0	0		0	0	4
Ανώτερη φυσιοθεραπεύτρια	0	0	0	0	1	6
φυσιοθεραπεύτρια/ φυσιοθεραπευτής	1	1	2	2	1	67
Μαθητευόμενη φυσιοθεραπεύτρια	1	2	1	1	1	0
Σύνολο	2	3	3	3	3	78

Χαρακτηριστικά, αναφέρονται ορισμένες από τις θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως είναι η φυσιοθεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, η αντιμετώπιση των ατόμων με περιφερικές νευρολογικές βλάβες μετά από ατυχήματα, η αντιμετώπιση των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας κλπ.



Πίνακας 1.2.2 Αριθμός ενήλικων ασθενών και αριθμός θεραπειών που χορηγήθηκαν τα έτη 1953, 1955, 1957, 1958, 1960 και 2007, στα κρατικά νοσηλευτήρια

Ασθενείς ενήλικες	1953	1955	1957	1958	1960	2007
Εσωτερικοί ασθενείς	*	*	365	546**	487**	56.823
Θεραπείες εσωτερικών ασθενών	*	*	4.546	7.208	4.500	113.478
Εξωτερικοί ασθενείς	566	680	848	862**	1.102**	66.442
Θεραπείες εξωτερικών ασθενών	5.769	7.122	6.549	6.531	8.150	102.888

\* Δε γίνεται διάκριση μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών.

\*\*Δε γίνεται διάκριση μεταξύ ενηλίκων και παιδιών στην έκθεση του 1958 και 1960. Όμως οι σχετικές πληροφορίες που εξασφαλίστηκαν<sup>1</sup> βεβαιώνουν την παροχή φυσιοθεραπευτικής αγωγής σε παιδιά και ειδικότερα σε αυτά που είχαν προσβληθεί από πολιομυελίτιδα, (περίπου 100 παιδιά).

Πίνακας 1.2.3 Αριθμός ασθενών (παιδιών) και αριθμός θεραπειών που χορηγήθηκαν το 2001 και 2007, στα κρατικά νοσηλευτήρια

Ασθενείς παιδιά	2001	2007
Εσωτερικοί ασθενείς	178 *	3.099
Θεραπείες εσωτερικών ασθενών	2.810*	6.077
Εξωτερικοί ασθενείς	364**	9.886
Θεραπείες εξωτερικών ασθενών	5.017**	13.333

\* Δεν γίνεται διάκριση στις αναφορές των νοσοκομείων Λεμεσού και Λάρνακας (μόνον το Μακάρειο νοσοκομείο)

\*\*Δεν γίνεται διάκριση στις αναφορές των νοσοκομείων Λεμεσού και Λάρνακας (μόνον ο αριθμός παιδιών) και μόνον το Μακάρειο νοσοκομείο.

Το επάγγελμα της φυσιοθεραπείας στην Κύπρο θεσμοθετήθηκε το 1989, με τον περί Εγγραφής Φυσιοθεραπευτών Νόμο κατόπιν πρωτοβουλίας των μελών του Παγκυπρίου Συνδέσμου Φυσιοθεραπευτών. Η φυσιοθεραπεία ασκείται μόνον από φυσιοθεραπευτές εγγεγραμμένους στο Μητρώο Φυσιοθεραπευτών Κύπρου και αρμόδιο όργανο για την έκδοση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος είναι το Συμβούλιο Εγγραφής Φυσιοθεραπευτών, σύμφωνα με τον πιο πάνω νόμο.

### 1.3 Ο φυσιοθεραπευτής ως επαγγελματίας

Ο φυσιοθεραπευτής χρησιμοποιεί φυσικά μέσα και μεθόδους, όπως είναι οι θεραπευτικοί χειρισμοί, οι θεραπευτικές ασκήσεις, τα ηλεκτροφυσικά μέσα θεραπείας και συγκεκριμένες δοκιμασίες και εργαλεία αξιολόγησης. Παράλληλα, δίνει μεγάλη βαρύτητα στη λήψη του ιστορικού, στοχεύοντας πάντα στην επίλυση των προβλημάτων του ασθενούς, αφού καθορίσει τους στόχους, τους αναθεωρεί όπου κρίνει απαραίτητο και τους επαναξιολογεί.

Επιπλέον, υποστηρίζει τον ασθενή σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας του, τον εκπαιδεύει στην ορθή εκτέλεση των σωματικών ασκήσεων και στη χρήση βοηθητικών συσκευών ή των τεχνητών μελών. Καθοδηγεί αυτόν και τους συγγενείς του για τη συνέχιση του φυσιοθεραπευτικού προγράμματος στο σπίτι.

Ο ολοκληρωμένος επαγγελματίας – φυσιοθεραπευτής διακρίνεται από ορισμένες ιδιότητες και δεξιότητες, όπως:

- Η υπομονή και επιμονή, η ευγένεια και ανεκτικότητα στις καθημερινές επαφές με τους πελάτες-ασθενείς του, η καλή υγεία, η σωματική αντοχή, η μυϊκή δύναμη, η επιδεξιότητα στα χέρια και ο άψογος συντονισμός των κινήσεων όπως και η ικανότητα για την επιτυχή άσκηση δοκιμασιών και μετρήσεων της σωματικής λειτουργικότητας του ατόμου,
- η εμπιστοσύνη και το αίσθημα σιγουριάς που πρέπει να εμπνέει στον ασθενή και τους συγγενείς του, η ικανότητα της επικοινωνίας, προκειμένου να εξηγήσει τη θεραπευτική αγωγή στον ασθενή, αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα,
- η ικανότητα αναπροσαρμογής της θεραπευτικής αγωγής ανάλογα με την εξέλιξη και τις ανάγκες του ασθενή θεωρείται απαραίτητη,
- η ικανότητα ομαδικής εργασίας, επικοινωνίας, διαπραγμάτευσης, παρακίνησης και ενεργοποίησης, η συμμετοχική λήψη αποφάσεων και οι διοικητικές δεξιότητες.

Τα πιο πάνω αναφερόμενα αποκτούν ιδιαίτερη σημασία αν ληφθεί υπόψη ότι οι μειωμένες ικανότητες και δεξιότητες που πιθανόν να διακρίνουν κάποιο φυσιοθεραπευτή τον καθιστούν αδύναμο να αντιμετωπίσει τις πιο πάνω συνθήκες αυξάνοντας, παράλληλα, τις πιθανότητες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Roness, 1995).

Ταυτόχρονα, οι πιο πάνω ιδιότητες ενδυναμώνουν τον φυσιοθεραπευτή, κατά τη διάρκεια της παροχής της φυσιοθεραπείας, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει δύσκολες εργασιακές

συνθήκες. Στον όρο «εργασιακές συνθήκες» περιλαμβάνονται το εργασιακό περιβάλλον, η μακρόχρονη ατομική εκπαίδευση των ασθενών σε οργανωμένα κέντρα αποκατάστασης, οι μη ξεκάθαρες προσδοκίες από τους ασθενείς, η ελλιπής θετική ανατροφοδότηση από τους ασθενείς, ο φόρτος εργασίας, οι υπερβολικές απαιτήσεις στο χώρο εργασίας, οι ακατάλληλες συνθήκες εργασίας χωρίς εργονομικές προσαρμογές, και το ωράριο εργασίας που εκτείνεται πέραν των συνηθισμένων ωρών εργασίας, (οκτώ ημερησίως).

Παράλληλα, η συνεχής διεύρυνση των γνώσεων ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τους φυσιοθεραπευτές θεωρείται επιβεβλημένη. Λόγω των συνεχών εξελίξεων στον τομέα της ιατρικής και της τεχνολογίας απαιτείται όπως οι επαγγελματίες υγείας είναι συνεχώς ενήμεροι και καλά καταρτισμένοι, για να είναι αποτελεσματικότεροι και αποδοτικότεροι στην εργασία τους και ταυτόχρονα η υγεία των ασθενών τους να βελτιώνεται και οι ίδιοι να είναι ικανοποιημένοι (Κουτσογιάννης 2002).

Ορισμένοι παράγοντες έχουν συμβάλει στη βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων και των παρεχομένων υπηρεσιών των φυσιοθεραπευτών. Οι εν λόγω παράγοντες είναι η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης, η συνεχής επιμόρφωση των φυσιοθεραπευτών, η εύκολη πρόσβαση στο διαδίκτυο, τα εργαλεία αξιολόγησης, η αναβάθμιση των σχολών φυσιοθεραπείας, οι κατευθυντήριες οδηγίες που εκδίδει η Παγκόσμια Συνομοσπονδία Φυσιοθεραπείας και η συνεχής συνεργασία και ενημέρωση από το Ευρωπαϊκό τμήμα της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Φυσιοθεραπείας.

Το Ευρωπαϊκό τμήμα της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Φυσιοθεραπείας στην Έκτακτη Γενική Συνέλευση του το 2003 καθόρισε τα Ευρωπαϊκά Πρότυπα Υπηρεσιών Φυσιοθεραπείας (Benchmark Statement) στον τομέα της συνεχούς εκπαίδευσης, της διακίνησης των επαγγελματιών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, καθώς επίσης και θέματα πολιτικής υγείας ούτως ώστε να συμβαδίζουν με τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Επίσης εξέδωσε τις στρατηγικές, όπως είναι: η στρατηγική βελτίωσης της ποιότητας, της διαχείρισης των κινδύνων, του κλινικού ελέγχου, της τεκμηριωμένης πρακτικής, της συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης και δια βίου εκπαίδευσης, θέματα προσωπικού, κλπ.

Η συμβολή των Ευρωπαϊκών Προτύπων Υπηρεσιών Φυσιοθεραπείας όπως και των στρατηγικών θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι συντέειναν στην αναβάθμιση των υπηρεσιών Φυσιοθεραπείας (European Physiotherapy Benchmark Statement).

#### 1.4 Φυσιοθεραπευτής και επαγγελματική εξουθένωση

Ο φυσιοθεραπευτής ως επαγγελματίας υγείας, δυνητικά, υπόκειται σε επαγγελματική εξουθένωση καθώς και σε άλλες συναφείς ψυχικές και σωματικές καταπονήσεις.

Παράλληλα, οι συνθήκες και το περιβάλλον εργασίας του φυσιοθεραπευτή και γενικά η φύση του επαγγέλματος θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες, συμβάλλοντας με το δικό τους τρόπο στην εμφάνιση ή στην μη εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε συνδυασμό με τους υπόλοιπους αιτιολογικούς, ατομικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες (Roness, 1995).

Πέραν τούτου, η φύση του επαγγέλματος χαρακτηρίζεται από ορθοστασία πολλών ωρών, σωματική κούραση, πίεση που δέχεται ο φυσιοθεραπευτής από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, αντιμετώπιση χρόνιων περιστατικών για μεγάλα χρονικά διαστήματα, συνεχή επαφή με το κοινό, αντιμετώπιση καθημερινά του ανθρώπινου πόνου και της αναπηρίας.

Επιπρόσθετα, το περιβάλλον εργασίας χαρακτηρίζεται από την αμεσότητα και την καθημερινή επαφή με το κοινό, την αυξημένη αίσθηση ευθύνης, τα συναισθήματα φόβου, πόνου ή αποτυχίας τα οποία πιθανόν να αυξάνουν τα συναισθήματα άγχους ή και έντονου στρες στον επαγγελματία. Επιπλέον η υποδομή και ο εξοπλισμός του χώρου είναι καθοριστικοί παράγοντες για την άσκηση του επαγγέλματος. Τα ανακλινόμενα κρεβάτια θεραπείας, τα εργονομικά προϊόντα, ο καλός φωτισμός και η ελεγχόμενη ένταση θορύβου, η άνεση και ευρυχωρία παίζουν το δικό τους καθοριστικό ρόλο.

Κατά συνέπεια δεν είναι τυχαίο που αρκετές έρευνες επιβεβαιώνουν την παρουσία επαγγελματικής εξουθένωσης στους φυσιοθεραπευτές. Ενδεικτικά αναφέρονται οι έρευνες των Ogiwara και Hisano, (2001), των Scutter και Goold (1995) και των Donohoe και συν. (1993).

Οι Ogiwara και Hisano, (2001) βρήκαν ότι οι φυσιοθεραπευτές ως επαγγελματίες υγείας, είναι υποψήφιοι για επαγγελματική εξουθένωση επειδή περνούν τον περισσότερο χρόνο της επαγγελματικής τους ζωής αναμειγμένοι με τους ασθενείς τους. Η στενή αυτή σχέση που υπάρχει μεταξύ φυσιοθεραπευτή και πελάτη θεωρείται στρεσογόνο παράγοντας και έτσι οι φυσιοθεραπευτές είναι υποψήφιοι υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Scutter και Goold (1995) υποστηρίζουν ότι το επάγγελμα της φυσιοθεραπείας είναι στρεσογόνο.

Οι Donohoe και συν. (1993) αναφέρουν ότι οι φυσιοθεραπευτές είναι υποψήφιοι για επαγγελματική εξουθένωση επειδή αναλώνουν το μεγαλύτερο μέρος της καριέρας τους συνδεδεμένοι στενά με τους ασθενείς τους.

Αιτιολογικοί παράγοντες που περιγράφονται από διάφορους ερευνητές ως πιθανοί για την πρόκληση της επαγγελματικής εξουθένωσης [Schuster και συν. (1984), Fugelli (1989), Matthiesen (1991), (2000), Donohoe και συν. (1993), Roness, (1995), Scutter, Goold, (1995) Schaufeli, Enzmann (1998), Ogiwara, Hisano, (2001), Mandy, Rouse (1997)] είναι:

- Συνθήκες και περιβάλλον εργασίας,
- η καθημερινή ορθοστασία πολλών ωρών,
- ανακύκλωση των χρόνιων ασθενών,
- εκπαίδευση/ αποκατάσταση χρόνιων ασθενών σε κέντρα αποκατάστασης για μεγάλη χρονική περίοδο,
- εμπλοκή των φυσιοθεραπευτών για μακρό χρονικό διάστημα στα προγράμματα αποκατάστασης των ασθενών, και στα ψυχολογικά και φυσικά προβλήματα τους,
- απουσία υποστηρικτικών προγραμμάτων για κατ'οίκον φροντίδα των χρόνιων ασθενών,
- απουσία θετικής ανατροφοδότησης από τους ασθενείς,
- ανεπαρκής αριθμός φυσιοθεραπευτών στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια,
- αγωνία για αντιμετώπιση και λύση του προβλήματος των καταλόγων αναμονής, ειδικά στα δημόσια νοσηλευτήρια,
- χαμηλές αμοιβές,
- έλλειψη αυτονομίας,
- συγκρούσεις στο χώρο εργασίας,
- κακή διαχείριση του εργασιακού χρόνου,

- χαμηλό επαγγελματικό κύρος,
- αντιμετώπιση δύσκολων πελατών-ασθενών,
- αντιμετώπιση ασθενών με μη ρεαλιστικές προσδοκίες /απαιτήσεις,
- μοναχικότητα στη λήψη αποφάσεων,
- ευθύνη της ευημερίας άλλων ατόμων,
- έλλειψη στήριξης στην εκτέλεση της εργασίας τους,
- δυσκολία στην απόκτηση μονιμότητας εργασίας, και
- υπερβολικός φόρτος εργασίας.

# ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ



## 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

### 2.1 Εισαγωγή

Ιδιαίτερα αυξημένο ενδιαφέρον για την επαγγελματική εξουθένωση<sup>2</sup> παρουσιάστηκε κατά τη δεκαετία του '70. Το 1974 ο Freudenberger, περιέγραψε σε άρθρο του ένα σύνολο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που εμφανίστηκαν σε επαγγελματίες υγείας. Από τότε, ένας σημαντικός αριθμός ερευνητών στις ΗΠΑ και την Ευρώπη (Maslach, Jackson, κ.α. έχουν μελετήσει και συνεχίζουν να μελετούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως προς τον ορισμό, την έναρξη και τη συνέχειά του, την αιτιοπαθογένεια, τις επιπτώσεις και τους τρόπους αντιμετώπισής του.

Η Cristina Maslach (1982) διατύπωσε τον πιο κάτω ορισμό αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση, ο οποίος και έγινε ευρέως αποδεκτός: «Επαγγελματική εξουθένωση είναι το σύνδρομο της σωματικής και ψυχικής εξάντλησης του ατόμου, μέσα στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε προς τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και την απόδοσή του».

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει κάθε εργαζόμενο, αφορά όμως περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας. Επιδρά άμεσα στον ίδιο τον εργαζόμενο τόσο σε σωματικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο οδηγώντας σε απώλεια της ικανότητας ενσυναίσθησης.

Επίσης, θεωρείται σημαντικός παράγοντας γιατί σχετίζεται με:

Παραιτήσεις προσωπικού (Maslach και συν,1996),

- συχνές απουσίες από την εργασία (Seuntjens, 1982),
- χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Maslach και συν, 1985, 1996, Jackson και συν, Melchior,1995), και
- μείωση της παραγωγικότητας (Shaufeli,1984, Colembiewski και συν,1985).

---

<sup>2</sup> Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται το συγκεκριμένο σύνδρομο ως burnout Syndrome. Στην αγγλική γλώσσα ο όρος «burnout» σημαίνει ότι «καταστρέφομαι από πυρκαγιά» (Longman Dictionary of Contemporary English). Στην ελληνική γλώσσα αποδίδεται ως σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης



Η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αναγκαία γιατί οι αρνητικές της επιπτώσεις δεν περιορίζονται μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά επεκτείνονται σε επίπεδο κοινωνικό, οικογενειακό, επίπεδο οργανισμού, ασφάλειας των εργαζομένων και σε επίπεδο κρατικού οικονομικού κόστους.

Σε έρευνα που έγινε στην Ελλάδα σε δείγμα 316 νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα διαπιστώθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται και με την ικανοποίηση από τη ζωή (Ρούπα Ζ., Ραφτόπουλος Β. και συν.2008)

Η ανάγκη για λήψη μέτρων πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης θεωρείται επιτακτική, ιδιαίτερα σήμερα που η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας όπως και το επίπεδο ποιότητας, υπάγονται στους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας.

Ο προσδιορισμός των παραγόντων, που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας και συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντικός. Κατά συνέπεια, η διατύπωση τεκμηριωμένων προτάσεων που αφορούν την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης ακολουθεί τη διερεύνηση και τον προσδιορισμό των αιτιογενών παραγόντων.

Συναφώς αναφέρεται ότι το 2000 το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, πραγματοποίησε την τρίτη του Ευρωπαϊκή έρευνα με δείγμα 21.500 ατόμων, μέσω προσωπικών συνεντεύξεων, σχετικά με τις συνθήκες εργασίας τους. Η έρευνα έδειξε ότι, τα πιο συνηθισμένα προβλήματα που σχετίζονται με την εργασία είναι:

- Ραχιαλγία ( αναφέρθηκε από το 33% των εργαζομένων)
- Άγχος (28%)
- Μυαλγία (23%)
- Επαγγελματική Εξουθένωση (23%) (Merlie, Paoli, 2001).

## 2.2 Πρωτοπόροι της μελέτης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο Freudenberger το 1974 παραλλήλισε την έννοια του όρου burnout με ένα κτίριο που έχει καταστραφεί από πυρκαγιά, περιγράφοντας σε ένα άρθρο του ένα σύνολο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, που εμφανίστηκαν σε επαγγελματίες στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Το 1980 οι Edelwich και Brodsky υποστήριξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί προοδευτική διαδικασία και την κατηγοριοποίησαν σε τέσσερα στάδια.

Το 1982 η Cristina Maslach διατύπωσε έναν από τους ευρύτερα αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ίδια, το 1997 αναφέρει για την επαγγελματική εξουθένωση ότι αποτελεί «δείκτη φθοράς» των αξιών: της αξιοπρέπειας, του πνεύματος και της θέλησης του εργαζομένου.

Το 1982 η Seuntjens χαρακτήρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως εξασθένηση της ψυχολογικής κατάστασης που προκαλείται από τη διάψευση των επαγγελματικών προσδοκιών. Στη συνέχεια παρουσιάζονται μειωμένη αποδοτικότητα και χαμηλό ηθικό, στοιχεία που οδηγούν σε απουσίες, αποχώρηση από την εργασία και ψυχοσωματικές αρρώστιες. Οι επαγγελματίες σύμφωνα πάντα με την Seuntjens δεν έχουν πια θετικά συναισθήματα για τον εαυτό τους και για τους ασθενείς και ίσως να τους συμπεριφέρονται με κυνισμό.

Το 1992 η Brophit περιέγραψε την επαγγελματική εξουθένωση ως «τη φλόγα που χορεύει, δίνει ζεστασιά, ενέργεια και φως, αλλά τελικά σβήνει, όταν τελειώσει η πηγή ενέργειας της, μένει μόνο η στάχτη και ο θάνατος, αδυνατώντας πια να δώσει ζεστασιά, ενέργεια και φως».

### 2.3 Οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με τις Maslach και Jackson (1986) οι τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), η αποπροσωποποίηση (depersonalization) ή κυνισμός και τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (reduced feeling of personal achievement). Εμφανίζονται διαδοχικά, καθώς ο βαθμός της εξουθένωσης αυξάνεται στον εργαζόμενο (Maslach 1992 και Ogle 1983). Οι πρώτες ενδείξεις εκδηλώνονται με την συναισθηματική εξάντληση του εργαζομένου, ο οποίος νοιώθει ότι δεν έχει την ψυχική ενέργεια για να επενδύσει στην εργασία του. Στη συνέχεια, για να προστατευθεί από το αυξημένο στρες που βιώνει, αναπτύσσει μian απόμακρη και απρόσωπη σχέση με τους ασθενείς και στο τέλος, μη νοιώθοντας ικανοποιημένος με την απόδοση του, παραιτείται από κάθε προσπάθεια βελτίωσης της όλης κατάστασης.

Πιο συγκεκριμένα:

- Η συναισθηματική εξάντληση αξιολογεί τη συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και κατάπτωσης λόγω εργασίας.
- Η αποπροσωποποίηση αντανακλά τις αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών, αφού ο επαγγελματίας υγείας αναπτύσσει μια απόμακρη στάση απέναντι στους ασθενείς του. Η στάση αυτή εκδηλώνεται με διαφορετικούς τρόπους, όπως για παράδειγμα η αντιμετώπιση του ασθενή ως απλό περιστατικό ή ως ένας αριθμός σε κάποιο δωμάτιο.
- Η συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα του εργαζόμενου που μειώνονται σε συχνότητα και σχετίζονται άμεσα με την παραίτηση του εργαζόμενου από οποιαδήποτε προσπάθεια διαχείρισης των προβλημάτων των ασθενών. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη χαμηλή αυτοεκτίμηση του εργαζόμενου και στη μη ικανοποίηση από την απόδοση στον εργασιακό χώρο. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα φαίνεται ότι σχετίζονται με ψυχοσυναισθηματικές καταστάσεις (κατάθλιψη, μελαγχολία) που μπορεί να οδηγήσουν τον εργαζόμενο σε αναζήτηση βοήθειας ή σε αλλαγή θέσης εργασίας (Αδαλή, 2000).

## 2.4 Τα αίτια εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα αίτια εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναζητούνται συνήθως στη δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον και στους παράγοντες που οδηγούν σε μεταστροφή του δημιουργικού σε προβληματικό στρες, στο χώρο εργασίας (Cox 1978, Harrison, 1978).

Οι παράγοντες αυτοί κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: στους περιβαλλοντικούς και στους ατομικούς.

### 2.4.1 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον και τις συνθήκες εργασίας (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος 1995). Ως τέτοιοι μπορούν να αναφερθούν: η ασάφεια στη διατύπωση των καθηκόντων, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το εξαντλητικό ωράριο, η έλλειψη προσωπικού και η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση.

Παράλληλα, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης των εργαζομένων, οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών και των συγγενών τους, η συχνή έκθεση του επαγγελματία στο θάνατο ασθενών και οι ψηλοί ρυθμοί εργασίας, θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Αθροιστικές είναι και οι ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας. Όλοι οι παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή του εργασιακού περιβάλλοντος, καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στους υγειονομικούς χώρους, παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου. Επιπλέον έχει βρεθεί ότι μια πληκτική ή χωρίς ποικιλομορφία εργασία καταπονεί εξίσου τον εργαζόμενο (Cedoline, 1982).

#### **2.4.2 Ατομικοί παράγοντες**

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι παράγοντες που σχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα. Ο τρόπος χειρισμού του άγχους, το είδος των προσδοκιών που έχει το άτομο από τον εργασιακό του χώρο, η επάρκεια μισθού, ακόμη και τα κίνητρα επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος εντάσσονται στην κατηγορία αυτή (Μεταλληνού 2000).

Ο παράγοντας- 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 στρες, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες για τη μη εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

### **2.5 Τα στάδια ανάπτυξης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Σύμφωνα με τις Edelwich και Brodsky (1980) η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διαδικασία αποϊδανικοποίησης της πραγματικότητας η οποία χαρακτηρίζεται από τέσσερα στάδια.

#### **Πρώτο στάδιο: Ενθουσιασμός**

Είναι το στάδιο κατά το οποίο ο επαγγελματίας υγείας έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με το σύστημα υγείας και, έχοντας ψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες, αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στη δουλειά του και αυτό συμβαίνει συνήθως στην αρχή της καριέρας του, αναμένοντας ότι θα αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και ανταμοιβή (ηθική

και υλική). Επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς ή τους συναδέλφους, έχοντας θέσει ψηλούς στόχους και μεγάλες προσδοκίες.

### **Δεύτερο στάδιο: Αμφιβολία και αδράνεια**

Είναι το στάδιο, κατά το οποίο ο επαγγελματίας διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται ούτε στις προσδοκίες αλλά ούτε και στις ανάγκες του και κατά συνέπεια απογοητεύεται. Αρχικά νομίζει ότι αν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό και αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη δουλειά του, επενδύει περισσότερο, παρακολουθεί σεμινάρια, συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης. Παράλληλα, αρχίζει να ενοχλείται από ζητήματα ή και γεγονότα, που αρχικά περνούσαν απαρατήρητα. Συνειδητοποιεί τέλος ότι η δουλειά του δεν είναι ικανή να του καλύψει τα όποια κενά όπως και αυτά της προσωπικής του ζωής.

### **Τρίτο στάδιο: Απογοήτευση και ματαιώση**

Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας αισθάνεται ότι κάνει μια δουλειά που του προκαλεί πολύ άγχος και δεν έχει ψυχικά αποθέματα για να επενδύσει στην εργασία του και οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απογοήτευση και την αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων. Η φάση είναι μεταβατική, αφού ο επαγγελματίας, είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους, είτε φθάνει στο σημείο να απομακρύνεται προοδευτικά από τους αρρώστους και γενικά από το χώρο εργασίας, καταστάσεις που του προκαλούν άγχος.

### **Τέταρτο στάδιο: Απάθεια**

Στο τελευταίο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, καθώς νιώθει ανεπαρκής για να ανταποκριθεί σ' αυτήν, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα ή καινοτομία και διατηρεί τη θέση του για λόγους επιβίωσης, προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τις χρόνιες αναβολές και ματαιώσεις που βιώνει. Ως 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.

## 2.6 Επιρρεπείς ομάδες

1. Υπάρχουν κάποιες ομάδες εργαζομένων που είναι πιο επιρρεπείς να αναπτύξουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στις ομάδες αυτές ανήκουν τα άτομα τα οποία:
2. Αφοσιώνονται στην εργασία τους και αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες (Λαχανά 2003),
3. ασχολούνται με επαγγέλματα που συνεπάγονται ανταπόκριση στις ανάγκες των ανθρώπων (Αγάθωνος –Γεωργοπούλου 1999),
4. εργάζονται πολλές ώρες, για μεγάλο χρονικό διάστημα και πολύ εντατικά (Shinn, 1982).
5. αισθάνονται παρατεταμένα την ανάγκη της προσφοράς,
6. παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε περιβάλλον όπου η πλήξη, η ρουτίνα της εργασίας και η μονοτονία κυριαρχούν (Lazaro και συν,1985),
7. έχουν μειωμένη ψυχική υγεία και είναι ευάλωτα στα αποτελέσματα του στρες (Firth, Britton, 1989),
8. νοιώθουν ότι επικρατεί δυσαναλογία μεταξύ της συνεισφοράς τους στην εργασία και της ανταμοιβής τους, οικονομική – ηθική και προοπτικές ανόδου στην επαγγελματική κλίμακα (Bakker και συν 2000).

## 2.7 Ενδείξεις και συμπτώματα

Χαρακτηριστικά της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν η έντονη αποθάρρυνση του επαγγελματία και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και τις δικές του προσδοκίες. Πιο συγκεκριμένα ο επαγγελματίας:

- Συμπεριφέρεται συχνά σαν να έχει απέναντί του ένα «περιστατικό» και όχι έναν άνθρωπο ενώ παράλληλα, εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος.
- Αποφεύγει το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, κυριαρχείται από έντονο αίσθημα αποξένωσης, γίνεται ψυχρός, τυπικός, απρόσωπος, αδιάφορος, απότομος, γενικά έχει κακή διάθεση ενώ κάποτε γίνεται και επιθετικός.
- Υποτιμά τους ασθενείς και ταυτόχρονα παρουσιάζει έλλειψη φροντίδας και σεβασμού, συναισθηματική ανεπάρκεια ή εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς αυτούς και προς τους συναδέλφους, αλλά και προς τον εαυτό του.

- Εμφανίζει δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης, είναι επιρρεπής σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα.
- Συχνά αργοπορεί, δυσκολεύεται να διαχειριστεί το χρόνο του, απουσιάζει ή συγκρούεται με συνεργάτες και μέλη της οικογένειάς του.
- Σε περίπτωση επιδείνωσης των συμπτωμάτων τότε παρουσιάζονται ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως η χρόνια κόπωση, οι διαταραχές ύπνου και μυοσκελετικά προβλήματα ή αρτηριακή υπέρταση, πεπτικό έλκος, ημικρανίες και κατάθλιψη (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος 1995).

Συνεκτιμώντας τα πιο πάνω αναμφίβολα μπορεί να υποστηριχθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση οριοθετείται μέσα από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων, που συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα σε οργανικό, συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο ή και επίπεδο συμπεριφοράς. Είναι φανερό επίσης ότι πέρα από τον αντίκτυπο που έχουν τα πιο πάνω, αναφερόμενα στην άσκηση της εργασίας των επαγγελματιών υγείας, έχουν αντίκτυπο και στην προσωπική, στην οικογενειακή και στην κοινωνική τους ζωή (Jackson, Shuler 1983).

## 2.8 Επιπτώσεις-συνέπειες

Τα αρνητικά επακόλουθα της επαγγελματικής εξουθένωσης δικαιολογούν τη σημαντικότητα του συνδρόμου τόσο για τους επαγγελματίες που το βιώνουν όσο και για τον αντίκτυπο που έχει στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών. Τα επαγγέλματα υγείας είναι ιδιαίτερα ευάλωτα (Farber, 1983) για ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης αν και κάθε επάγγελμα εμπεριέχει αυτή την πιθανότητα. Τις διαστάσεις του προβλήματος αναδεικνύουν οι πολλαπλές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ανάγοντάς το από ατομικό επίπεδο σε ένα ιδιαίτερο οργανωτικό πρόβλημα το οποίο απαιτεί έγκυρη και έγκαιρη ορθή αξιολόγηση.

Οι επιπτώσεις επηρεάζουν αφενός τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας ως άτομα και αφετέρου τις οικογένειές τους, τους οργανισμούς και τα άτομα με τα οποία οι εργαζόμενοι έρχονται σε επαφή στα πλαίσια παροχής των υπηρεσιών τους. Γενικά, όλοι εισπράττουν το κόστος αυτού του κοινωνικού - οργανωτικού προβλήματος (Cordes, Dougherty 1993).

### 2.8.1 Ατομικό επίπεδο

Οι συνέπειες παρατηρούνται στο οργανικό, γνωστικό, ψυχολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1986). Αφορούν δε τη φυσική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία του επαγγελματία, όπως και τη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην κοινωνική - προσωπική του ζωή. Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται λεπτομερώς οι επιπτώσεις στο σωματικό, ψυχολογικό και συμπεριφορικό πεδίο.

Πίνακας 2.8.1.1 **Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/ κούραση	Μη προσαρμοστικότητα στις αλλαγές/ Στρες	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ Και ικανοποίηση
Υπέρταση	Έλλειψη ευλιξίας Έλλειψη υπομονής	Μειωμένη επικοινωνία
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Εκνευρισμός	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Κεφαλαλγίες	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	Αυξημένες απουσίες
Γαστρεντερικά προβλήματα/ έλκος	Αισθήματα αδυναμίας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/ συχνές ασθένειες/ κρυολογήματα	Καχυποψία	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Κυνισμός/ αρνητική διάθεση	Αυξημένα παράπονα από την εργασία
Αναπνευστικά προβλήματα	Αισθήματα ενοχής/αποτυχίας	Ροπή προς τα ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Συναισθηματική εξάντληση/ έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Εργασιομανία
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Αρνητική διάθεση	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Διαταραχές ομιλίας	Συναισθηματική Εξάντληση. Χαμηλό ηθικό/ αίσθηση ματαιότητας	Αδυναμία συγκέντρωσης Και καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Έλλειψη υπομονής / Ευερεθιστικότητα, Κατάθλιψη Αδυναμία αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, Ανία Αποξένωση, Αποτελμάτωση Αυξημένη ανησυχία Λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων Μειωμένη αυτοπεποίθηση	

Πηγή: Cherniss 1980



Οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα μόνοι τους και κατά συνέπεια χάνουν την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους και συνακόλουθα νοιώθουν έντονα την έλλειψη της επαγγελματικής ικανοποίησης, είναι καταβεβλημένοι και εξουθενωμένοι και έχουν έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία τους (Γούλας 2004).

### **2.8.2 Επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών**

Στο επίπεδο αυτό εμπλέκονται θέματα εργασιακής ασφάλειας, ικανοποίησης και στελέχωσης του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, όπως επίσης και θέματα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Μια άλλη σημαντική διάσταση των επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης, αφορά την ασφάλεια των ασθενών, στην έκβαση της κατάστασης τους και την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Clearly, McNeil, 1998).

### **2.8.3 Επίπεδο συστημάτων υγείας**

Σε περίπτωση που οι εργαζόμενοι βιώνουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης τότε, οι σχετικές επιπτώσεις δεν έχουν μόνο αντίκτυπο στους ίδιους ή στις παρεχόμενες από αυτούς υπηρεσίες προς τους ασθενείς τους αλλά και στο ίδιο το σύστημα υγείας. Οι επιπτώσεις αφορούν τους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους.

Υπό την έννοια αυτή αναφέρονται οι συχνές απουσίες του προσωπικού, η απομάκρυνση του προσωπικού από το επάγγελμα, γεγονός που συνεπάγεται ψηλό οικονομικό κόστος για επαναπρόσληψη και επανεκπαίδευση του νεοεισερχόμενου προσωπικού.

Είναι αυτονόητο ότι η μείωση του προσωπικού και μέχρι την επαναπρόσληψη νέου συνεπάγεται μείωση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες και ταυτόχρονα αύξηση του φόρτου εργασίας στο υφιστάμενο προσωπικό.

Στον πίνακα που ακολουθεί (2.8.3.1) παρουσιάζονται οι συνολικές μέρες απουσίας λόγω ασθένειας και σχετική αναλογία ανά φυσιοθεραπευτή κατά τα έτη 2006 έως 2008.

Πίνακας 2.8.3.1 Άδειες ασθένειας των φυσιοθεραπευτών  
στα δημόσια νοσοκομεία μεταξύ 2006 έως 2008

Χρονολογία	Αριθμός ημερών απουσιών	Αριθμός εργαζομένων φυσιοθεραπευτών	Μέσος όρος ημερών απουσίας ανά φυσιοθεραπευτή
2006	926	61	15
2007	1198	72	16
2008	797	78	10
Σύνολο	2921	211	13.8

Πηγή: Αρχείο τμήματος φυσιοθεραπείας δημόσιων νοσηλευτηρίων

Συγκρίνοντας τα έτη 2006 και 2008 παρατηρείται μείωση του μέσου όρου (φυσιοθεραπευτές/ αριθμό ημερών απουσίας) από 1:15 σε 1:10, που ίσως να οφείλεται στο ότι με την αύξηση του αριθμού των εργαζομένων από 61 σε 78 άτομα, παρουσιάστηκε μείωση του ποσοστού των ημερών απουσίας κατά μέσο όρο ή και ίσως η αύξηση του προσωπικού να συνέβαλε στην άμβλυνση του φόρτου εργασίας με συνακόλουθο τη μείωση των απουσιών. Όμως αυτό το συμπέρασμα δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα ακριβές, ούτε και να γενικευθεί γιατί υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες στο θέμα των απουσιών ασθενείας όπως για παράδειγμα τα προβλήματα εγκυμοσύνης νεαρών φυσιοθεραπευτριών, ή μακρές απουσίες από λίγα άτομα λόγω σοβαρών νοσημάτων.

# ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ



### 3. ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

#### 3.1 Η έννοια της Αυτοεκτίμησης

Ως αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζεται η θετική ή η αρνητική στάση που έχει κάποιος για τον εαυτό του. Η υψηλή αυτοεκτίμηση εκφράζει το αίσθημα ότι κάποιος «είναι αρκετά καλός» και το άτομο απλά αισθάνεται ότι αξίζει. Σεβεται τον εαυτό του, γι' αυτό που είναι, αλλά δεν κατέχεται από δέος, και ούτε περιμένει οι άλλοι να κάνουν το ίδιο. Δε θεωρεί τον εαυτό του απαραίτητα ανώτερο από τους άλλους (Rosenberg 1965). Η αυτοεκτίμηση αναφέρεται συνήθως στην ολική αξιολόγηση της αξίας ενός ατόμου. Είναι ίσως η πιο σημαντική, ψυχολογική, πλουτοπαραγωγική πηγή που έχει ο άνθρωπος ως βοήθεια για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις του μέλλοντος.

Η τεράστια συμβολή του Morris Rosenberg σε σχέση με τα προαναφερθέντα έγκειται στο γεγονός ότι όρισε την αυτοεκτίμηση ως στάση που εμπεριέχει το γνωστικό, το συναισθηματικό και το πραξιακό στοιχείο και πίστεψε ότι μπορεί να μετρηθεί. Ο όρος αξιοπρέπεια και σεβασμός του εαυτού συνδέθηκαν με την αυτοεκτίμηση και θεωρήθηκαν αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης. Η ομώνυμη κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης άνοιξε το δρόμο για χιλιάδες εμπειρικές μελέτες.

Στη συνέχεια, ο Stanley Coopersmith (1967) προσπάθησε να μελετήσει τις συνθήκες και τις εμπειρίες που ενισχύουν ή ελαττώνουν την αυτοεκτίμηση, χρησιμοποιώντας παραδοσιακές εμπειρικές ψυχολογικές μεθόδους. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν διάφορα είδη αυτοεκτίμησης εκτός από την υψηλή και τη χαμηλή. Καθόρισε ως τέτοια: τη φαινομενική ή αμυντική αυτοεκτίμηση (τύπος I και II), τη μέση αυτοεκτίμηση, τη υψηλή έναντι μέσης αυτοεκτίμηση και τη μέτρια προς χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Ο δε Bandura (1997) αναφέρει ότι τα άτομα που έχουν τόσο ψηλά τον εαυτό τους είναι πιθανόν να πάνε ακόμα παραπέρα και να θεωρήσουν ότι έχουν την ικανότητα με την πιο επαγγελματική έννοια.

Οι Gist και Mitchell (1992) υποστηρίζουν ότι τα άτομα βλέπουν τους εαυτούς τους ως πολύτιμους πόρους, έχοντας προσόντα, και γι' αυτό είναι πιο πιθανόν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη δουλειά τους, μέσα από την αυτοεκτίμηση.

Ο Brocner (1998) με τη σειρά του όρισε την αυτοεκτίμηση ως ένα γενικό αίσθημα αξίας που έχει κάποιος για τον εαυτό του.

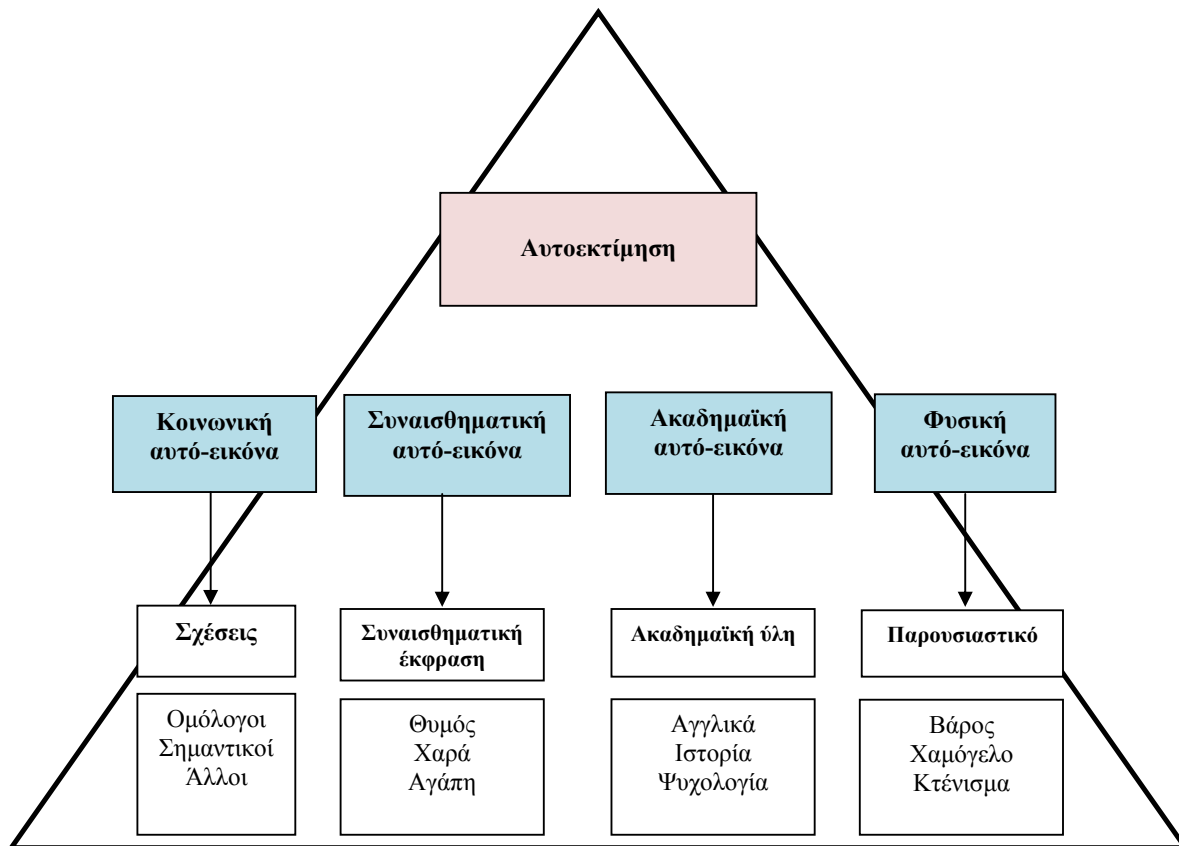
Μελέτες έχουν δείξει ότι η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται από την ποιότητα των πληροφοριών που παρέχονται στον εργαζόμενο. Ο Kanter (1989) πρότεινε ότι για να καταστούν οι οργανισμοί πιο ισχυροί, πρέπει να μεριμνήσουν ώστε περισσότερες πληροφορίες, να είναι περισσότερο διαθέσιμες, σε περισσότερους ανθρώπους, σε περισσότερα επίπεδα, δια μέσου μεγαλύτερου αριθμού επαγγελματικών προσεγγίσεων με σεμινάρια, ημερίδες και προσωπικές πρωτοβουλίες.

Τα άτομα με ψηλή, αλλά αυθεντική αυτοεκτίμηση έχουν αναπτυγμένη την αίσθηση αυτονομίας, έχουν συχνότερες επιτυχίες σε όλους τους τομείς, αναπτύσσουν πρωτοβουλίες και νέες δραστηριότητες χωρίς το στοιχείο του φόβου για αλλαγές, έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και δεν τους αποθαρρύνουν εύκολα οι δυσκολίες. Αναλαμβάνουν μόνο τις ευθύνες που τους αναλογούν και δεν είναι «θύματα» κανενός. Επιπλέον διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τη ψυχολογική πίεση της καθημερινότητας και ξεπερνούν τα αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, η θλίψη, ο θυμός (Χόνδρου 2009). Υπάρχει όμως και η πιθανότητα να καταρρεύσουν μπροστά σε αντίξοες καταστάσεις.

Η ψηλή αυτοεκτίμηση είναι κάτι που κερδίζεται, είναι δηλαδή επίκτητη, γενικά όμως, η ψηλή αυτοεκτίμηση αυξάνει τις πιθανότητες δημιουργίας υγιών διαπροσωπικών σχέσεων ενώ παράλληλα τα άτομα είναι ικανοποιημένα και αποτελεσματικά στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Αντίθετα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση βρίσκεται στη βάση της πυραμίδας των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα στις σχέσεις, στη συμπεριφορά και στα συναισθήματα τους.

Έτσι η επαγγελματική ικανοποίηση του εργαζόμενου και το επίπεδο αυτοεκτίμησης του καθρεφτίζονται μέσα από την «κουλτούρα και το ήθος» του κάθε επαγγελματικού χώρου. Οι εξελίξεις στους χώρους εργασίας απαιτούν να έχουν οι εργαζόμενοι, μεγαλύτερη ικανότητα για μεταρρυθμίσεις, αυτοδιοίκηση, προσωπική υπευθυνότητα και ατομική πορεία, που είναι όλες ιδιότητες της ψηλής αυτοεκτίμησης.

Σύμφωνα με τους Shavelson, Hubner και Stanton (1976), η αυτοεκτίμηση θα μπορούσε να παρουσιαστεί σχηματικά με «τρίγωνο», θεωρώντας ότι η αυτοεκτίμηση είναι μια σφαιρική εκτίμηση που συνδυάζει την αξιολόγηση διαφόρων πτυχών της ιδέας του ατόμου, όπου κάθε πτυχή «κτίζεται» από αρκετές συγκεκριμένες συμπεριφορές και εμπειρίες.



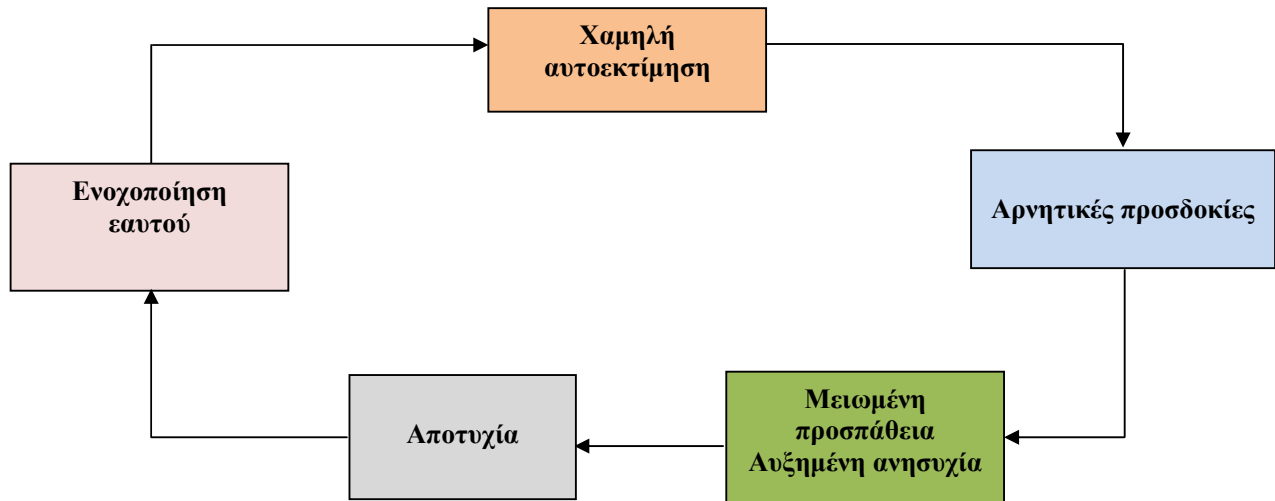
Πηγή: Shavelson ,Hubner, Stanton (1976)

### 3.2 Ο «φαύλος κύκλος» της χαμηλής αυτοεκτίμησης

Οι Brehm και Kassin, (1993) αναφέρουν ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με τις χαμηλές ή αρνητικές προσδοκίες και τη μειωμένη απόδοση των εργαζομένων, διαγράφοντας την ακόλουθη πιο κάτω πορεία:

- Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί τα άτομα σε μειωμένες προσδοκίες όσον αφορά την απόδοση στη δουλειά τους.
- Οι μειωμένες προσδοκίες καταλήγουν σε ανεπαρκή προετοιμασία και πολύ άγχος, που με τη σειρά τους αυξάνουν τις πιθανότητες για φτωχή απόδοση και αποτυχία.

- Η ανεπαρκής εκτέλεση της εργασίας ενεργοποιεί το συναίσθημα της αυτο-ενοχοποίησης, το οποίο οδηγεί τα άτομα ξανά πίσω στο αίσθημα της χαμηλής αυτοεκτίμησης.



Πηγή Brehm &Kassin, (1993)

Στο παραπάνω σχήμα παρουσιάζεται ο κύκλος που διαγράφεται από ένα άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση, με φτωχή απόδοση, με αισθήματα αποτυχίας και αυτο-ενοχοποίησης.

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ



# ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ



## 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 Δείγμα και μέθοδος (Γενικά στοιχεία)

Στην έρευνα συμμετείχαν μόνον εγγεγραμμένοι φυσιοθεραπευτές, οι οποίοι ασκούν το επάγγελμα της φυσιοθεραπείας στην Κύπρο.

Πιο συγκεκριμένα, συμμετείχαν φυσιοθεραπευτές από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και από διαφορετικά τμήματα εργασίας, ενώ χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας έτσι ώστε να επιτευχθεί γεωγραφική αντιπροσώπευση των φυσιοθεραπευτών από όλη την Κύπρο.

Για την έρευνα εξασφαλίστηκε άδεια από το Υπουργείο Υγείας και συγκεκριμένα από τη Διευθύντρια του Τμήματος Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας ενώ παράλληλα ενημερώθηκαν δεόντως οι διευθυντές των οικείων νοσηλευτηρίων καθώς και η προϊσταμένη των δημόσιων Φυσιοθεραπευτικών Υπηρεσιών. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και λήφθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για διασφάλιση της ανωνυμίας και της εχεμύθειας.

Παράλληλα, το Διοικητικό Συμβούλιο του Παγκύπριου Συλλόγου Φυσιοθεραπευτών συναίνεσε στην πραγματοποίηση της έρευνας, παραχωρώντας όλα τα σχετικά στοιχεία για τον εντοπισμό του χώρου και του τόπου παροχής των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας από τα μέλη του.

### 4.2 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν διακόσιοι φυσιοθεραπευτές στους οποίους μοιράστηκαν διακόσια (200) ερωτηματολόγια σε σύνολο τριακόσιων ογδόντα τριών (383), που είναι καταχωρημένοι στα οικεία μητρώα του Παγκυπρίου Συλλόγου Φυσιοθεραπευτών. Από τους διακόσιους ανταποκρίθηκαν οι 172. Το δείγμα αποτελούσαν άνδρες και γυναίκες που ζουν και εργάζονται σε όλες τις πόλεις της Κύπρου, παρέχοντας τις υπηρεσίες τους σε διάφορα τμήματα των δημόσιων νοσηλευτηρίων (ΜΕΘ ενηλίκων, ΜΕΘ παιδών, ορθοπεδικό, νευροχειρουργικό, παθολογικό, παιδιατρικό, ογκολογικό, εξωτερικών ασθενών κλπ), σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια, σε σχολεία του Υπουργείου Παιδείας (Τμήμα Ειδικής Εκπαίδευσης), σε κέντρα αποκατάστασης και σε ιδιωτικά φυσιοθεραπευτήρια. Στον πίνακα 4.2.1 παρουσιάζονται με λεπτομέρεια τα αριθμητικά δεδομένα του δείγματος κατά φύλο, κατά επαρχία και κατά τομέα παροχής υπηρεσιών.

Πίνακας 4.2.1 Κατανομή δείγματος

	Σύνολο εργαζομένων Φυσιοθερα- πειτών	Αριθμός φυσιοθεραπευτών στους οποίους χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια	%	Αριθμός φυσιοθεραπευτών που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα	%  ποσοστό ανταπόκρισης
Άντρες	139	60	43,1	48	80
Γυναίκες	244	140	57,3	117	83,5
<b>Σύνολο</b>	<b>383</b>	<b>200</b>		<b>165+7 χωρίς δήλωση φύλου= 172*</b>	<b>86,0</b>
Δημόσιος τομέας	78	78	100,0	60	76,9
Ιδιωτικός τομέας	305	122	40,0	112	91,8
<b>Σύνολο</b>	<b>383</b>	<b>200</b>	<b>52,2</b>	<b>172</b>	<b>86,0</b>
Λευκωσία	144	92	63,8	71	77,1
Λεμεσός	121	53	43,8	50	94,3
Λάρνακα	68	19	27,9	17	89,4
Αμμόχωστος	26	14	53,8	13	92,8
Πάφος	24	14	58,3	13	92,8
<b>Σύνολο</b>	<b>383</b>	<b>200</b>		<b>172</b>	<b>86,0</b>

- Τα άτομα που δεν ανταποκρίθηκαν κατανέμονται ως ακολούθως: 10 στον ιδιωτικό τομέα σε όλες τις επαρχίες και 18 στο δημόσιο τομέα ( $200 - 172 = 28$ ).
- Σημ.: Οι θερινές διακοπές του προσωπικού δικαιολογούν τις όποιες ελάχιστες περιπτώσεις μη ανταπόκρισης του προσωπικού



### 4.3 Εργαλεία αξιολόγησης

Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε:

A) Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετασχόντων (όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, πόλη διαμονής, έτη και χώρος άσκησης του επαγγέλματος), όπως και άλλα συναφή χαρακτηριστικά (προβλήματα εργασίας και υγείας, κάπνισμα, λήψη φαρμάκων, αυτοαξιολόγηση ως επαγγελματίες κλπ.).

B) Την κλίμακα αξιολόγησης της Αυτοεκτίμησης του Rosenberg, η οποία αποτελείται από δέκα δηλώσεις. Οι απαντήσεις δίνονταν με βάση την τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert και ο ερωτώμενος μπορούσε να τοποθετηθεί μεταξύ συμφωνώ απόλυτα (1) έως διαφωνώ απόλυτα (4) με ενδιάμεσες τιμές το 2 (συμφωνώ) και το 3 (διαφωνώ). Κατά συνέπεια, η βαθμολογία που μπορεί να επιτύχει ο κάθε ερωτώμενος μπορούσε να κυμανθεί από το δέκα μέχρι το σαράντα. Ψηλές τιμές σημαίνουν υψηλή αυτοεκτίμηση ενώ χαμηλές τιμές το αντίθετο. Οι μισές από τις δηλώσεις ήταν αρνητικά διατυπωμένες και η ανάλογη προσαρμογή στη βαθμολόγηση πραγματοποιήθηκε μετά την εισαγωγή των δεδομένων στο στατιστικό πρόγραμμα. Η αρχική στάθμιση της εν λόγω κλίμακας πραγματοποιήθηκε σε δείγμα πέραν των 5.000 μαθητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στις ΗΠΑ και έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί σχεδόν σε όλες τις χώρες του κόσμου (Rosenberg, 1989). Στην Κύπρο και στην Ελλάδα, η εν λόγω κλίμακα χρησιμοποιήθηκε σε αρκετές έρευνες και ιδίως από το 1995 στην Πανερωπαϊκή Σχολική Έρευνα για το Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά (Hibell και συν. 1995, 1999, 2003 & 2007).

Η μόνη δέσμευση για τη χρησιμοποίηση του συγκεκριμένου εργαλείου ήταν να ενημερωθεί το Ίδρυμα Rosenberg για την πρόθεση διεξαγωγής της έρευνας (το ίδρυμα ενημερώθηκε δεόντως με σχετική επιστολή).

Γ) Το ερωτηματολόγιο της Christina Maslach, [Maslach Burnout Inventory, (MBI)] το οποίο μετρά τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το ερωτηματολόγιο MBI περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις από τις οποίες οι εννέα (9) αφορούν τη συναισθηματική εξάντληση, με βάση την οποία εκτιμάται η συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και κατάπτωσης. Οι πέντε (5) ερωτήσεις μετρούν την αποπροσωποποίηση και με την οποία διαπιστώνονται οι αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών. Οι υπόλοιπες οκτώ (8) ερωτήσεις καταγράφουν την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και αξιολογούν την αίσθηση επάρκειας, αποδοτικότητας και πραγματοποίησης επιτευγμάτων στον επαγγελματικό τομέα.

Στο εν λόγω ερωτηματολόγιο οι ερωτώμενοι μπορούσαν να τοποθετηθούν με βάση την επταβάθμια κλίμακα Likert, η οποία κυμαίνεται από το 0 (ποτέ) έως το 6 (κάθε μέρα) και με ενδιάμεσες τιμές το 1 (λίγες φορές το χρόνο), το 2 (μία φορά το μήνα ή λιγότερο), το 3 (δύο - τρεις φορές το μήνα), το 4 (μία φορά την εβδομάδα) και το 5 (αρκετές φορές την εβδομάδα). Πιο συγκεκριμένα, οι τρεις υποκλίμακες συντίθενται ως ακολούθως:

- Η υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης προκύπτει αθροίζοντας τις απαντήσεις των ερωτήσεων 1,2,3,6,8,13,14,16 και 20.
- Η υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων προκύπτει όταν αθροιστούν οι απαντήσεις των ερωτήσεων 4,7,9,12,17,18,19 και 21.
- Η υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης προκύπτει όταν αθροιστούν οι απαντήσεις των ερωτήσεων 5,10,11,15 και 22.

Μεγάλες τιμές στον πρώτο παράγοντα δείχνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση, Όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές στο δεύτερο παράγοντα τόσο μεγαλύτερη είναι η αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων και μεγάλες τιμές στον τρίτο παράγοντα σημαίνει μεγαλύτερη αίσθηση αποπροσωποποίησης (Πίνακας 4.3.1).

Σύμφωνα με τις συγγραφείς (Maslach και Jackson,1986), τα άτομα με ψηλό βαθμό στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και με χαμηλό βαθμό στα προσωπικά επιτεύγματα βιώνουν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση.

Τα άτομα με χαμηλό βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και υψηλό βαθμό στα προσωπικά επιτεύγματα βιώνουν χαμηλή έως ανύπαρκτη επαγγελματική εξουθένωση ενώ τα άτομα με μέσες τιμές και στις τρεις διαστάσεις βιώνουν μέτρια επαγγελματική εξουθένωση.

Πίνακας 4.3.1 **Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και ψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης**

Υποκλίμακες	Χαμηλή	Μέτρια	Ψηλή
Συναισθηματική εξάντληση	<11	12-23	>24
Αποπροσωποποίηση	<2	3-8	>9
Προσωπικά επιτεύγματα	>45	38-44	<37

Πηγή: Γούλας 2004

Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου (MBI), οφείλεται στο ότι είναι αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση του και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες του κόσμου και σε διάφορους εργασιακούς χώρους. Η στάθμιση της ελληνικής έκδοσης σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992) έδειξε ότι «πρόκειται για ένα σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στην εργασία του και της στάσης απέναντι σε όσους παρέχουν υπηρεσίες υγείας».

Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από σχετική επιστολή με την οποία πληροφορούνταν οι συμμετέχοντες το σκοπό της έρευνας, καθώς και τα σχετικά για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας.

#### 4.4 Πιλοτική δοκιμή

Προτού δοθούν τα ερωτηματολόγια στους συναδέλφους προηγήθηκε πιλοτική δοκιμή σε δείγμα εικοσιπέντε φυσιοθεραπευτών (ποσοστό 12,5% επί του συνολικού δείγματος), με σκοπό να εκτιμηθεί τόσο η σαφήνεια των ερωτήσεων και η κατανόηση τους από μέρους των ερωτηθέντων, όσο και ο χρόνος που απαιτούνταν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ανώνυμα και οικειοθελώς από τους ερωτηθέντες, οι οποίοι δεν έλαβαν μέρος στην τελική έρευνα. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε σε 15- 20 λεπτά της ώρας.

#### 4.5 Διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια της έρευνας διενεμήθησαν προσωπικά σε κάθε συμμετέχοντα από άτομα που είχαν οριστεί και συμμετείχαν εθελοντικά στην όλη προσπάθεια. Συγκεκριμένα, σε κάθε δημόσιο νοσηλευτήριο ή άλλο δημόσιο ή ιδιωτικό χώρο παροχής φυσιοθεραπευτικών

υπηρεσιών ένα άτομο ήταν επιφορτισμένο για τη διανομή και τη συλλογή των ερωτηματολογίων, τα οποία μετά τη συμπλήρωσή τους ο συμμετέχων τα τοποθετούσε σε κλειστό φάκελο για διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας.

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ακολούθως παραδίδονταν σε εκπρόσωπο του Παγκυπρίου Συλλόγου Φυσιοθεραπευτών.

Τελικά, επιστράφηκαν εκατόν εβδομήντα τρία ερωτηματολόγια, από τα οποία το ένα ήταν μη δεόντως συμπληρωμένο και δεν λήφθηκε υπόψη κατά τη στατιστική επεξεργασία.

#### 4.6 Χρονική διάρκεια συλλογής των ερωτηματολογίων

Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων διεξήχθη τους μήνες Ιούνιο και Αύγουστο 2008. Η χρονική διάρκεια των τριών μηνών οφείλεται στη γεωγραφική κατανομή των ιδιωτών φυσιοθεραπευτών γεγονός που δυσκόλεψε την όλη διαδικασία διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων.

#### 4.7 Στατιστική ανάλυση- γενικά

Με την ολοκλήρωση της συλλογής των στοιχείων άρχισε η διαδικασία εισαγωγής στο στατιστικό πρόγραμμα και ακολούθως ελέγχθηκαν η ακρίβεια και η λογικότητα των αποτελεσμάτων. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό Statistical Package for Social Sciences 16.0 (SPSS 16). Χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα κύρια στατιστικά κριτήρια, ο συντελεστής συσχέτισης (Pearson  $r$ ), το κριτήριο  $X^2$  ή έλεγχος ανεξαρτησίας, η Μονόδρομη ανάλυση Διασποράς (One- way ANOVA) και η δοκιμασία t- test.

Η γραμμική συσχέτιση (correlation test) χρησιμοποιήθηκε κυρίως στις συσχετίσεις των τριών υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες με βάση τις οδηγίες των κατασκευαστών της (χαμηλή, μέση, ψηλή).

Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε συσχετίσεις μεταξύ των τριών υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και συσχετίσεις μεταξύ των τριών υποκλιμάκων ξεχωριστά με δημογραφικά στοιχεία. Επίσης περιλάμβανε συσχετίσεις μεταξύ των τριών υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης με την αυτοεκτίμηση.

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας ( $X^2$ ) χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί η σχέση των υποκλιμάκων με τα ποιοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Η μονόδρομη ανάλυση διασποράς (One- way ANOVA) χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το δε T- Test χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί κατά πόσο ο μέσος όρος δυο μεταβλητών έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά. Το επίπεδο σημαντικότητας καθορίστηκε στο 0,05.

Στο κεφάλαιο για τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται μόνο εκείνες οι σχέσεις για τις οποίες η ανάλυση έδειξε ότι είναι στατιστικά σημαντικές.



# ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται παρακάτω αναφέρονται στην περιγραφή:

1. Των κοινωνικο - δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος τα οποία πιθανά επιδρούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης,
2. των στοιχείων του εργασιακού περιβάλλοντος και λοιπών χαρακτηριστικών τα οποία πιθανά επιδρούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης,
3. της αυτοεκτίμησης των φυσιοθεραπευτών της Κύπρου και της σχέσης της με την επαγγελματική εξουθένωση,
4. της επαγγελματικής εξουθένωσης στους φυσιοθεραπευτές της Κύπρου.

### 5.1 Περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

#### **5.1.1 Κατανομή κατά φύλο, ηλικία, επαρχία, οικογενειακή κατάσταση και παιδιά**

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 172 φυσιοθεραπευτές από όλη την Κύπρο και είναι εμφανής η υπεροχή του γυναικείου φύλου (117 γυναίκες 70,9%) έναντι των αντρών (48 άντρες 29,1%). Η αναλογία αυτή περίπου προσεγγίζει τις αντίστοιχες καταχωρήσεις στο οικείο μητρώο.

Επικρατέστερη ηλικιακή ομάδα εμφανίζεται η ομάδα κάτω των 30 χρόνων σε ποσοστό 39,8%, και ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες των 41 -50 και 31-40 χρόνων (28,6% και 26,1%, αντίστοιχα)

Το αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειοψηφία των φυσιοθεραπευτών ανήκει στις νεαρές ηλικίες και κυρίως κάτω των 30 χρόνων ενώ οι άνω των 60 χρόνων φυσιοθεραπευτές αποτελούν τη μικρότερη ηλικιακή ομάδα (πίνακας 5.1.1.1).

Η ομάδα των φυσιοθεραπευτών που ζουν και εργάζονται στην επαρχία Λευκωσίας (43,3%), υπερέχει αυτών των υπολοίπων πόλεων. Η αμέσως επόμενη ομάδα είναι αυτή των φυσιοθεραπευτών στην πόλη και επαρχία Λεμεσού (30,5%). Στον πίνακα 5.1.1.1 παρατίθεται λεπτομερώς η κατανομή των φυσιοθεραπευτών κατά επαρχίες.

Πίνακας 5.1.1.1 **Δημογραφικά - κοινωνικά χαρακτηριστικά**

Χαρακτηριστικό	Αριθμός Φυσιοθεραπευτών	%
<b>Φύλο</b>		
Άντρες	48	29,1
Γυναίκες	117	70,9
<b>Ηλικία</b>		
< 30 χρόνων	64	39,8
31-40 χρόνων	42	26,1
41-50 χρόνων	46	28,6
51-60 χρόνων	6	3,7
60+ χρόνων	3	1,9
<b>Επαρχία απασχόλησης</b>		
Λευκωσία	71	43,3
Λεμεσός	50	30,5
Λάρνακα	17	10,4
Αμμόχωστος	13	7,9
Πάφος	13	7,6
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμοι	104	63,8
Άγαμοι	51	31,3
Διαζευγμένοι	7	4,3
Χήροι	1	0,6
<b>Αριθμός παιδιών</b>		
Τίποτε παιδιά	67	42,4
Ένα – δύο παιδιά	70	44,3
Τρία ή περισσότερα παιδιά	21	13,3

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των φυσιοθεραπευτών υπερέχουν οι παντρεμένοι (63,8%) έναντι των αγάμων φυσιοθεραπευτών, όπως και η ομάδα αυτών που έχουν παιδιά (57,6%) έναντι εκείνων που δεν έχουν παιδιά (42,4%) (Πίνακας 5.1.1.1).

### 5.1.2 Κατανομή κατά τομέα άσκησης επαγγέλματος, χρόνια προϋπηρεσίας, εξειδίκευση και επιλογή του επαγγέλματος

Επικρατέστερη εμφανίζεται η ομάδα των εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα (64,5%) έναντι των εργαζομένων στα δημόσια νοσηλευτήρια (34,9%) (Πίνακας 5.1.2.1), (σύμφωνα με το Αρχείο Εγγραφής Φυσιοθεραπευτών, ποσοστό 79,6% εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα και ποσοστό 20,4% στο δημόσιο τομέα).

Πίνακας 5.1.2.1 Κατανομή φυσιοθεραπευτών κατά χρόνια υπηρεσίας, τομέα άσκησης επαγγέλματος, χρονιά εξειδίκευσης και κατά επιλογή επαγγέλματος

Χαρακτηριστικό	Αριθμός Φυσιοθεραπευτών	%
<b>Τομέας άσκησης επαγγέλματος</b>		
Δημόσιος τομέας	60	34,9
Ιδιωτικός τομέας	111	64,5
<b>Χρόνια προϋπηρεσίας</b>		
1 έως 5	59	35,7
6 έως 10	28	17,0
11 έως 20	43	26,1
21 έως 30	29	17,6
Πέραν των 31	6	3,6
<b>Εξειδίκευση</b>		
Δεκαετία 1970-1980	3	2,5
Δεκαετία 1981-1990	25	21,0
Δεκαετία 1991-2000	33	27,7
Δεκαετία 2001 -2008	58	48,7
<b>Επιλογή επαγγέλματος</b>		
Αυτόβουλη απόφαση	137	82,5
Ενθάρρυνση από άλλους	25	15,7
Αποφάσισαν άλλοι	3	1,8

Η πλειοψηφία των φυσιοθεραπευτών (35,7%) έχει προϋπηρεσία από ένα έως πέντε χρόνια. Επίσης, αρκετοί φυσιοθεραπευτές (26,1%), έχουν προϋπηρεσία 11-20 χρόνων. Στον πίνακα 5.1.2.1 παρατίθεται λεπτομερώς η κατανομή των φυσιοθεραπευτών κατά χρόνια προϋπηρεσίας.

Η υπεροχή των φυσιοθεραπευτών που έχουν εξειδικευτεί τα τελευταία είκοσι χρόνια (76,4%), έναντι εκείνων που έχουν εξειδικευτεί τη δεκαετία '70 (2,5%) παρουσιάζεται στον πίνακα 5.1.2.1. Διαφαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια η εξειδίκευση κατέστη απαραίτητη προϋπόθεση για την εργοδότηση των φυσιοθεραπευτών ειδικά στην παιδιατρική φυσιοθεραπεία ενώ πιθανόν και οι ίδιοι οι φυσιοθεραπευτές φαίνεται να νοιώθουν την ανάγκη για περαιτέρω επιμόρφωση με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων από αυτούς υπηρεσιών.

Ως προς την επιλογή του συγκεκριμένου επαγγέλματος, ένα σημαντικό ποσοστό (82,5%) επέλεξε το επάγγελμα της φυσιοθεραπείας με δική του απόφαση ενώ ποσοστό 15,7% μετά από ενθάρρυνση άλλων προσώπων και για ένα μικρό ποσοστό 1,8% αποφάσισαν άλλοι για εκείνους. (Πίνακας 5.1.2.1).

### 5.1.3 Κατανομή σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά, καπνιστές ή μη καπνιστές, λήψη φαρμάκων και διάφορα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι φυσιοθεραπευτές

Επικρατέστερη εμφανίζεται η ομάδα των φυσιοθεραπευτών που δεν είναι καπνιστές (71,2%) έναντι της ομάδας των καπνιστών (28,8%) (Πίνακας 5.1.3.1).

Πίνακας 5.1.3.1 Λήψη φαρμάκων χωρίς συνταγή γιατρού και κάπνισμα

<b>Κάπνισμα</b>	<b>Αριθμός Φυσιοθεραπευτών</b>	<b>Ποσοστό %</b>
Καπνιστές	46	28,8
Μη καπνιστές	114	71,2
<b>Λήψη φάρμακων χωρίς συνταγή γιατρού</b>		
Ναι	105	72,4
Όχι	40	27,6

Υπεροχή παρουσιάζει η ομάδα των φυσιοθεραπευτών (72,4%) που παίρνει φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού, έναντι εκείνων (27,6%) που δεν παίρνουν φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού (Πίνακας 5.1.3.1). Τα φάρμακα που δήλωσαν ότι παίρνουν οι φυσιοθεραπευτές χωρίς ιατρική συνταγή είναι τα παυσίπονα, τα αντιβιοτικά και τα υπναγωγά.

Τα κυριότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι φυσιοθεραπευτές παρατίθενται με φθίνουσα συχνότητα στον πίνακα 5.1.3.2. Αξίζει να επισημανθεί ότι μόνον 56 φυσιοθεραπευτές

απάντησαν τη συγκεκριμένη ερώτηση. Συνεπώς, είτε οι περισσότεροι φυσιοθεραπευτές είναι όντως υγιείς είτε, ίσως, θεώρησαν πολύ προσωπική την ερώτηση και δεν την απάντησαν. Από τις σχετικές απαντήσεις βρέθηκε ότι στα προβλήματα υγείας υπερτερούν τα προβλήματα που έχουν σχέση με το μυοσκελετικό σύστημα, ήτοι αυχεναλγία (7%), οσφυο-ισχιαλγία (5,2%) και γενικά μυοσκελετικά προβλήματα (3,5%) σε συνολικό ποσοστό 15,7%.

Πίνακας 5.1.3.2 Κυριότερα προβλήματα υγείας

Πρόβλημα υγείας	Αριθμός Φυσιοθεραπευτών	%	Πρόβλημα υγείας	Αριθμός Φυσιοθεραπευτών	%
1) Αυχεναλγία και Αυχενικό σύνδρομο	12	7,0	11)Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου	1	0,6
2) Οσφυαλγία- Οσφυο-ισχιαλγία	9	5,2	12) Αρθραλγίες	1	0,6
3) Μυοσκελετικό πρόβλημα	6	3,5	13) Ιγμορίτιδα	1	0,6
4) Αρθρίτιδα και Μεταναστευτική αρθρίτιδα	4	2,3	14) Ημικρανία	1	0,6
5) Σωματική κούραση	3	1,7	15) Μυαλγία	1	0,6
6) Πονοκέφαλοι	3	1,7	16) Παλινδρόμηση	1	0,6
7) Πίεση	3	1,7	17) Υπερκόπωση	1	
8) Ψηλή πίεση και πίεση νευρικής φύσεως	2	1,2	18) Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα	1	0,6
9) Άσθμα και Αλλεργικό άσθμα	2	1,2	19) Προβλήματα καρδιολογικά	1	0,6
10) Αρρυθμίες καρδιάς	1	0,6	20) Πόνοι στην σπονδυλική στήλη	1	0,6

## 5.2 Εργασιακό περιβάλλον

### 5.2.1 Γενικότερα εργασιακά προβλήματα

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να τοποθετηθούν σε μια σειρά από εργασιακά ζητήματα και μπορούσαν να δηλώσουν το βαθμό που τους απασχολεί από «καθόλου», «λίγο», «πολύ» και «πάρα πολύ». Τα κυριότερα ζητήματα που έχουν σχέση με την εργασία και προβληματίζουν (πολύ έως πάρα πολύ) τους φυσιοθεραπευτές είναι η απουσία ευκαιριών ανέλιξης (70,6%), ο χαμηλός μισθός (62,5%) και σε μικρότερα ποσοστά η απουσία ευκαιριών επιμόρφωσης (58,3%), η απουσία συνεργασίας με το Υπουργείο (52,8%), τους συναδέλφους (36,7%), τους προϊσταμένους (33,3%) και το εξαντλητικό ωράριο (49,4%) (πίνακας 5.2.1.1).

Πίνακας 5.2.1.1 Προβλήματα που απασχολούν τους φυσιοθεραπευτές  
(όσοι απάντησαν «πάρα πολύ» και «πολύ»)

		Αριθμός Φυσιοθεραπευτών	%
1	Απουσία ευκαιριών ανέλιξης	108	70,6
2	Χαμηλός μισθός	95	62,5
3	Απουσία ευκαιριών επιμόρφωσης	91	58,3
4	Απουσία συνεργασίας με το Υπουργείο	75	52,8
5	Εξαντλητικό ωράριο	78	49,4
6	Απουσία συνεργασίας με συναδέλφους	58	36,7
7	Απουσία συνεργασίας με προϊσταμένους	49	33,3

Σημ.: Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να δηλώσουν περισσότερες από μια επιλογές

### 5.2.2 Το επάγγελμα ως πηγή άγχους

Βρέθηκε ότι το επάγγελμα της φυσιοθεραπείας αποτελεί πηγή άγχους για ένα μεγάλο ποσοστό φυσιοθεραπευτών, αφού ποσοστό 46% δήλωσε κάτι τέτοιο (πίνακας 5.2.2.1).

Πέραν τούτου, ο παράγοντας «το επάγγελμα της φυσιοθεραπείας αποτελεί πηγή άγχους» συνδέεται με την επαγγελματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα και κατ' επέκταση με την επαγγελματική εξουθένωση (πίνακας 5.4.3).

Πίνακας 5.2.2.1 Το επάγγελμα ως πηγή άγχους

Πηγή άγχους	Αριθμός Φυσιοθεραπευτών	Ποσοστό %
Ναι	75	46,0
Όχι	88	54,0

### 5.2.3 Αυτοαξιολόγηση συμμετεχόντων

Οι συμμετέχοντες στην ερώτηση «με κλίμακα βαθμολογίας από το 1-10, πώς βαθμολογείτε τον εαυτό σας ως επαγγελματία», και «με κλίμακα βαθμολογίας από το 1-10, πώς βαθμολογείτε, γενικά τον Κύπριο Φυσιοθεραπευτή» (1=πολύ κακός βαθμός) απάντησαν όπως φαίνεται στον πίνακα 5.2.3.1.

Πίνακας 5.2.3.1 Αξιολόγηση φυσιοθεραπευτών

Βαθμός	Αυτοαξιολόγηση		Αξιολόγηση συναδέλφων	
	Αριθμός φυσιοθεραπευτών	%	Αριθμός φυσιοθεραπευτών	%
10	16	10,3	9	5,9
9	26	16,8	16	10,5
8	63	40,6	47	30,9
7	37	23,9	44	28,9
6	13	8,4	24	15,8
<5			12	7,9

Στον πίνακα 5.2.3.1 παρατηρείται ότι ένας στους δέκα φυσιοθεραπευτές (10,3%) βαθμολογεί τον εαυτό του με άριστα. Ελάχιστοι φυσιοθεραπευτές (5,9%) βαθμολογούν τους συναδέλφους τους με άριστα. Επικρατέστερος βαθμός είναι το 8 τόσο στην περίπτωση της αυτοαξιολόγησης όσο και στην αξιολόγηση των συναδέλφων φυσιοθεραπευτών, σε ποσοστό 40,6% και 30,9% αντίστοιχα.



### 5.3 Αυτοεκτίμηση

Όπως έχει αναφερθεί και στο θεωρητικό μέρος, η έννοια της αυτοεκτίμησης αναφέρεται στη στάση – θετικά ή αρνητικά κείμενης- που έχει κάποιος απέναντι στον εαυτό του. Κατά συνέπεια οι συγκεκριμένες ερωτήσεις αναφέρονται στα γενικά συναισθήματα τα οποία τρέφει ο ερωτώμενος για τον εαυτό του και που σκοπό έχουν τον εντοπισμό του επιπέδου της αυτοεκτίμησης.

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης για το επίπεδο της αυτοεκτίμησης των Κυπρίων φυσιοθεραπευτών παρουσιάζονται στον πίνακα 5.3.1 (Cronbach's alpha =0,816). Το μεγαλύτερο ποσοστό (86,4%) κυμάνθηκε σε τιμές μεγαλύτερες από 21. Ποσοστό 11,7% παρουσίασε τιμές κάτω του μέσου όρου, με βάση το 20, με αποτέλεσμα ένας στους δέκα φυσιοθεραπευτές να παρουσιάζει χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Πίνακας 5.3. Επίπεδο Αυτοεκτίμησης

Τιμές βαθμολογίας	Ποσοστό δείγματος
Κάτω του μέσου όρου (< 20)	11,7%
Μέσος όρος (20)	1,9%
21-25	40,0%
26 +	46,4%

Η βελτίωση της αυτοεκτίμησης θα συμβάλει και στη βελτίωση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν τα άτομα αυτά, αφού έχει βρεθεί ότι οι δύο αυτοί παράγοντες συσχετίζονται μεταξύ τους.

### 5.4 Επαγγελματική εξουθένωση

#### 5.4.1 Αποτελέσματα ως προς το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο υπό μελέτη πληθυσμός βρέθηκε ότι βιώνει επαγγελματική εξουθένωση, που κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα για το μισό περίπου πληθυσμό του δείγματος, και σε υψηλά επίπεδα για το ένα τέταρτο περίπου του υπό μελέτη πληθυσμού. (Πίνακας 5.4.1.1).

**Πίνακας 5.4.1.1 Κατανομή Φυσιοθεραπευτών  
κατά επίπεδο (των τριών) υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης**

	<b>Συναισθηματική εξάντληση</b>	<b>Αποπροσωποποίηση</b>	<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>
Χαμηλή	32,3%	37,3%	19,3%
Μέτρια	46,6%	38,5%	49,1%
Ψηλή	21,1%	24,2%	31,7%

Συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι:

1. Ποσοστό 32,3% (52 άτομα) του δείγματος βιώνει χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ αντίστοιχα 46,6% (75 άτομα) μέτρια και 21,1% (34 άτομα) ψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.
2. Ποσοστό 37,3% (60 άτομα) του δείγματος βιώνει χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης, ενώ αντίστοιχα 38,5% (62 άτομα) μέτρια και 24,2% (39 άτομα) ψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης.
3. Ποσοστό 19,3% (31 άτομα) του δείγματος βιώνει χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ 49,1% (79 άτομα) μέτρια επίπεδα και 31,7% (51 άτομα) ψηλά επίπεδα επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων.

#### **5.4.2 Συσχέτιση τριών συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Η στατιστική ανάλυση έχει δείξει ότι οι τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίζονται μεταξύ τους. Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται με λεπτομέρεια τα σχετικά ευρήματα. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της προσωπικής ολοκλήρωσης υπάρχει μια ασθενής αρνητική συσχέτιση ( $r = -0,313$ ). Η σχέση είναι στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ). Όσο αυξάνεται η συναισθηματική εξάντληση τόσο μειώνεται η προσωπική ολοκλήρωση και αντίστροφα.

**Πίνακας 5.4.2.1 Συσχέτιση των τριών υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Συντελεστής Συσχέτισης	<b>Συναισθηματική εξάντληση</b>	<b>Αποπροσωποποίηση</b>	<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>
<b>Συναισθηματική εξάντληση</b>	1,000	,367**	-,313**
<b>Αποπροσωποποίηση</b>	,367**	1,000	-,318**
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	-,313**	-,318**	1,000

\*\* Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,01

Η ίδια αρνητική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ της αποπροσωποποίησης και της προσωπικής ολοκλήρωσης, όπου επίσης υπάρχει μια ασθενής αρνητική συσχέτιση ( $r = -0,318^{**}$ ), επίσης στατιστικά γραμμικά σημαντική ( $p < 0,001$ ). Όσο αυξάνεται η αποπροσωποποίηση, τόσο μειώνεται η προσωπική ολοκλήρωση και αντίστροφα.

Αντίθετα, μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης υπάρχει μια ασθενής θετική συσχέτιση ( $r = 0,367$ ). Η σχέση είναι γραμμικά στατιστικά σημαντική ( $p < 0,05$ ). Άτομα τα οποία βιώνουν συναισθηματική εξάντληση βιώνουν επίσης αποπροσωποποίηση και αντίστροφα.

#### **5.4.3 Παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση**

Η στατιστική ανάλυση, πέραν του ότι έδειξε ότι οι τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίζονται μεταξύ τους, εντόπισε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των τριών συνιστωσών με διάφορα χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα χρόνια εργασίας, η επαρχία άσκησης του επαγγέλματος, η ικανοποίηση που απολαμβάνουν από την εργασία, η επιλογή του επαγγέλματος, κατά πόσο το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους, το φύλο, ο τομέας εργασίας, ο χαμηλός μισθός, η υποστήριξη από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους και οι μειωμένες ευκαιρίες ανέλιξης, σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με μια ή περισσότερες από τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στον πίνακα 5.4.3.1 παρατίθενται λεπτομερώς οι πιο πάνω στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Πίνακας 5.4.3.1 Σχέσεις επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητή	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα
<b>Φύλο</b>			
Άνδρες	13,82±8,75	5,56±4,86	41,09±4,99
Γυναίκες	17,58±9,07	4,97±4,45	38,97±5,62
	p=0,018 <sup>2</sup>	p=0,488	p=0,022 <sup>2</sup>
<b>Τομέας εργασίας</b>			
Δημόσιος	18,22±10,72	4,84±4,47	39,28±5,73
Ιδιωτικός	15,61±7,94	5,40±4,69	39,62±5,51
	p=0,080 <sup>2</sup>	p=0,467	p=0,711
<b>Επιλογή επαγγέλματος</b>			
Δική μου απόφαση	16,13±9,33	4,89±4,42	39,62±5,32
Με ενεθάρρυναν άλλοι	18,28±7,64	6,12±5,29	39,16±6,96
Αποφάσισαν άλλοι	21,00±9,53	11,33±0,57	36,67±4,93
	F=0,954 p=0,387 <sup>1</sup>	F=3,564 p=0,031 <sup>1</sup>	F=0,463 p=0,630
<b>Το επάγγελμα είναι πηγή άγχους</b>			
Ναι	20,88±8,74	5,89±4,78	38,14±5,52
Όχι	12,85±7,80	4,58±4,41	40,74±5,45
	p<0,001 <sup>2</sup>	p=0,077 <sup>2</sup>	p=0,003 <sup>2</sup>
<b>Χαμηλός μισθός</b>			
Ναι	17,85±9,23	5,49±4,65	38,95±5,59
Όχι	12,29±7,47	3,57±3,82	42,67±3,92
	p=0,005 <sup>2</sup>	p=0,048 <sup>2</sup>	p=0,04 <sup>2</sup>
<b>Μειωμένη υποστήριξη από συναδέλφους</b>			
Ναι	17,34±9,18	5,67±4,73	39,17±5,56
Όχι	15,40±8,72	4,17±4,17	40,43±5,32
	p=0,216 <sup>2</sup>	p=0,050 <sup>2</sup>	p=0,187 <sup>2</sup>
<b>Μειωμένη υποστήριξη από προϊστάμενο</b>			
Ναι	18,16±9,52	5,47±4,68	38,72±5,07
Όχι	14,22±7,29	4,39±4,13	40,61±5,84
	p=0,006 <sup>2</sup>	p=0,146 <sup>2</sup>	p=0,046 <sup>2</sup>
<b>Μειωμένες ευκαιρίες ανέλιξης</b>			
Ναι	17,32±9,16	5,27±4,60	39,12±5,52
Όχι	12,56±7,18	4,72±4,33	42,89±3,46
	p=0,017 <sup>2</sup>	p=0,626 <sup>2</sup>	p=0,006 <sup>2</sup>

1. ANOVA  
2. T-Test

Παρατηρείται ότι η συναισθηματική εξάντληση συσχετίζεται θετικά με το φύλο, με τις γυναίκες να βιώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα αυτή τη συνιστώσα.

Παράλληλα, η συναισθηματική εξάντληση έχει βρεθεί να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές: «είμαι ικανοποιημένος από την εργασία μου», «το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους», «το φύλο» ( $P = 0,018 < 0,05$ ), το «χαμηλό μισθό» ( $P = 0,005$ ) και τη «μειωμένη υποστήριξη από τους προϊσταμένους» ( $P = 0,006$ ) (Πίνακες 5.4.3.2, 5.4.3.3).

Επίσης έχει βρεθεί να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της αυτοεκτίμησης ( $P < 0,01$ ).

Πίνακας 5.4.3.2 Εξάρτηση συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία και το επάγγελμα ως πηγή άγχους

Μεταβλητή	$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας	Βαθμοί ελευθερίας (DF)	Επίπεδο σημαντικότητας ( $P < 0,05$ )
Ικανοποίηση από την εργασία	37.335	6	$< 0,001$
Επάγγελμα πηγή άγχους	33.274	2	$< 0,001$

Η συναισθηματική εξάντληση και η ικανοποίηση από την εργασία καθώς και αν το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους σχετίζονται μεταξύ τους. Φυσιοθεραπευτές που δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους και θεωρούν ότι το επάγγελμά τους είναι πηγή άγχους γι' αυτούς, παρουσιάζουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται πιο παραστατικά οι πιο πάνω αναφερόμενες συσχετίσεις. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι όσοι δηλώνουν (συχνά ή πάντα) ικανοποιημένοι από την εργασία παρουσιάζουν και τη χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση ενώ αντίθετα, όσο πιο σπάνια αισθάνονται ικανοποιημένοι από την εργασία, τόσο αυξάνεται και το επίπεδο της συναισθηματικής τους εξάντλησης. Η ίδια συσχέτιση παρατηρείται επίσης και στις δηλώσεις όσων αισθάνονται ότι το επάγγελμά τους αποτελεί πηγή άγχους.

Πίνακας 5.4.3.3 Επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία και το επαγγελματικό άγχος

Μεταβλητές	Συναισθηματική εξάντληση (%)		
	Χαμηλή	Μέτρια	Ψηλή
<b>Είμαι ικανοποιημένος από την εργασία</b>			
Σπάνια	33,3	0,0	66,7
<b>Μερικές φορές</b>	17,4	30,4	52,2
Συχνά	19,5	58,4	22,1
<b>Πάντα</b>	53,8	40,4	5,8
<b>Το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους</b>			
Ναι	14,9	45,9	39,2
Όχι	47,6	46,4	6,0

Αντίστοιχα, η αποπροσωποποίηση έχει βρεθεί να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές: «κατανομή προσωπικού κατά επαρχίες» ( $P=0,039<0,05$ ), με τα «χρόνια υπηρεσίας» ( $P=0,024<0,05$ ), τη μεταβλητή «ποιοι συνέβαλαν στην επιλογή του επαγγέλματος μου» ( $P=0,026<0,05$ ), το «χαμηλό μισθό» ( $P=,048<0,05$ ), και τη «μειωμένη υποστήριξη από τους συναδέλφους» ( $P=,050=0,05$ ). Επίσης υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αποπροσωποποίησης και της αυτοεκτίμησης ( $P<0,01$ ) (πίνακες 5.4.3.4, 5.4.3.5).

Πίνακας 5.4.3.4 Εξάρτηση αποπροσωποποίησης με την κατά επαρχία άσκηση επαγγέλματος, χρόνια εργασίας και τον τρόπο επιλογής επαγγέλματος

Μεταβλητή	$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας	Βαθμοί ελευθερίας (DF)	Τιμές σημαντικότητας ( $P < 0,05$ )
Χρόνια εργασίας	20,613	10	,024
Επαρχία	16,255	8	,039
Επιλογή επαγγέλματος	11,039	4	,026

Αξιοπρόσεκτο είναι επίσης ότι οι πιο πολλοί φυσιοθεραπευτές που βιώνουν ψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης, είτε ανήκουν στην ομάδα που είναι στο επάγγελμα από 11-20 χρόνια (34,1%), είτε έχουν υπηρεσία πέντε ή και λιγότερα χρόνια το ποσοστό των οποίων είναι 30,9%.

Αναφορικά με την επαρχία άσκησης της φυσιοθεραπείας οι εργαζόμενοι στην επαρχία Αμμοχώστου παρουσιάζουν τα ψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης (53,8%), ενώ το αντίστοιχο χαμηλότερο ποσοστό εντοπίζεται στην επαρχία Πάφου (15,4%) (Πίνακας 5.4.3.5).

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται παραστατικότερα οι πιο πάνω αναφερόμενες συσχετίσεις. Τα άτομα που εργάζονται στην επαρχία Αμμοχώστου παρουσιάζουν (το ψηλότερο ποσοστό) ψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης, σε αντίθεση με τα άτομα που εργάζονται στην επαρχία Πάφου. Αξιοπρόσεκτο επίσης είναι ότι παρουσιάζουν ψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης οι ηλικιακές ομάδες με προϋπηρεσία πέντε ή και λιγότερα των πέντε χρόνων και 11-20 χρόνων, και τα χαμηλότερα επίπεδα οι ηλικιακές ομάδες άνω των 20 χρόνων.

Πίνακας 5.4.3.5 Αποπροσωποποίηση και επαρχία άσκησης επαγγέλματος, χρόνια εργασίας και τρόπος επιλογής επαγγέλματος

Μεταβλητές	Αποπροσωποποίηση (%)		
	Χαμηλή	Μέτρια	Ψηλή
<b>Επαρχία</b>			
Αμμόχωστος	23,1	23,1	53,8
Λάρνακα	41,2	41,2	17,6
Λεμεσός	43,5	39,1	17,4
Λευκωσία	28,6	45,7	25,7
Πάφος	69,2	15,4	15,4
<b>Χρόνια εργασίας</b>			
<1	25,0	50,0	25,0
1-5	27,3	41,8	30,9
6-10	30,8	53,8	15,4
11-20	34,1	31,7	34,1
21-30	65,5	27,6	6,9
31+	60,0	40,0	0,0
<b>Επιλογή του επαγγέλματος</b>			
Αυτόβουλη απόφαση	51,0	54,0	28,0
Ενθάρρυνση από άλλους	36,0	32,0	32,0
Αποφάσισαν άλλοι	0,0	0,0	100,0

Αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι και τα τρία άτομα του δείγματος που δήλωσαν ότι άλλοι αποφάσισαν για εκείνους στην επιλογή του επαγγέλματος, παρουσίασαν όλα ψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης, οι δύο από τους τρεις μέτριο δείκτη συναισθηματικής εξάντλησης και ο τρίτος βιώνει ψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Λόγω όμως του μικρού αριθμού δεν είναι επιστημονικά επιτρεπτό να εξαχθούν οποιαδήποτε συμπεράσματα.

Τα προσωπικά επιτεύγματα συσχετίζονται με τις μεταβλητές: «το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους» ( $P = ,024 < 0,05$ ), την «ικανοποίηση από την εργασία» ( $P = ,004 < 0,05$ ), το «φύλο» ( $P = ,022 < 0,05$ ) με τους άνδρες να υπερέχουν, το «επάγγελμα εάν είναι στρεσογόνο» ( $P = ,003 < 0,05$ ), με το «χαμηλό μισθό» ( $P = ,004 < 0,05$ ), και προϊσταμένους» ( $P = ,046 < 0,05$ ) και τις «μειωμένες ευκαιρίες ανέλιξης» ( $P = ,006 < 0,05$ ) (Πίνακες 5.4.3.6, 5.4.3.7).

Πίνακας 5.4.3.6 **Εξάρτηση προσωπικών επιτευγμάτων με την ικανοποίηση από την εργασία, το φύλο και το επάγγελμα ως πηγή άγχους**

Μεταβλητές	$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας	Βαθμοί ελευθερίας (DF)	Τιμές σημαντικότητας ( $P < 0,05$ )
Ικανοποίηση από την εργασία	19,283	6	,004
Φύλο	2,649	2	,026
Επάγγελμα πηγή άγχους	7,485	2	,024

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται πιο παραστατικά οι πιο πάνω αναφερόμενες συσχετίσεις. Όσοι δηλώνουν (συχνά ή πάντα) ικανοποιημένοι από την εργασία τους, παρουσιάζουν ψηλότερα επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης, σε σύγκριση με αυτούς που δηλώνουν την ικανοποίηση από την εργασία σπάνια ή μερικές φορές. Στις δηλώσεις όσων αισθάνονται ότι το επάγγελμά τους αποτελεί πηγή άγχους παρατηρείται να υπάρχει συσχέτιση με μέτρια έως ψηλά επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης.



Πίνακας 5.4.3.7 Επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης σε σχέση με το επάγγελμα ως πηγή άγχους και την ικανοποίηση από την εργασία

Μεταβλητές	Προσωπική ολοκλήρωση (%)		
	Χαμηλή	Μέτρια	Ψηλή
<b>Επάγγελμα πηγή άγχους</b>			
Ναι	12,2	47,3	40,5
Όχι	26,2	50,0	23,8
<b>Ικανοποίηση από την εργασία</b>			
Σπάνια	0,0	66,7	33,3
Μερικές φορές	13,0	34,8	52,2
Συχνά	13,0	48,1	39,0
Πάντα	30,8	57,7	11,5

### 5.5 Αυτοεκτίμηση και επαγγελματική εξουθένωση

Εξετάζοντας την ύπαρξη τυχόν συσχέτισης της αυτοεκτίμησης με τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρούμε ότι:

Τόσο μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της συναισθηματικής εξάντλησης όσο και της αποπροσωποποίησης παρατηρείται ασθενής αρνητική συσχέτιση ( $r = -,227^{**}$ ) και ( $r = -,290^{**}$ ) που και στις δύο περιπτώσεις είναι στατιστικά σημαντική ( $p < 0,01$ ). Δηλαδή όσο μειώνεται η αυτοεκτίμηση τόσο αυξάνεται η συναισθηματική εξάντληση και αντίστροφα όσο αυξάνεται η αυτοεκτίμηση τόσο μειώνεται η συναισθηματική εξάντληση. Η δε αποπροσωποποίηση όσο αυξάνεται μειώνεται η αυτοεκτίμηση και αντίστροφα (πίνακας 5.5.1).

Πίνακας 5.5.1. Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Συντελεστής Συσχέτισης		Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά επιτεύγματα
Αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	-,227(**)	-,290(**)	,351(**)
	Σημαντικότητα	,005	<0,01	<0,01

\*\* Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,01

Μεταξύ δε της αυτοεκτίμησης και της προσωπικής ολοκλήρωσης υπάρχει μια ασθενής θετική συσχέτιση ( $r=,351^{**}$ ), η οποία είναι στατιστικά σημαντική ( $p<0,01$ ). Όσο αυξάνεται η αυτοεκτίμηση τόσο αυξάνεται και η προσωπική ολοκλήρωση στα άτομα και αντίστροφα.

# ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



## 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 6.1 Γενικά στοιχεία

Τα κύρια ευρήματα της έρευνας είναι:

α) *Αρκετοί Κύπριοι φυσιοθεραπευτές βιώνουν ψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ( 21,1%ψηλή συναισθηματική εξάντληση 24,2% ψηλή αποπροσωποποίηση), ενώ ποσοστό περίπου 40% βιώνει μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (46,6% μέτρια συναισθηματική εξάντληση και 38,5% μέτρια αποπροσωποποίηση.*

β) *Η αυτοεκτίμηση των Κυπρίων φυσιοθεραπευτών κυμαίνεται σε μέτριο και υψηλό επίπεδο.*

γ) *Η αυτοεκτίμηση συσχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση και*

δ) *Διάφοροι δημογραφικοί και εργασιακοί παράγοντες συμβάλουν στην εμφάνιση των πιο πάνω στοιχείων. Οι παράγοντες αυτοί είναι: το φύλο, ο τομέας εργασίας, η στήριξη από τους συναδέλφους και προϊσταμένους, οι ευκαιρίες ανέλιξης, ο χαμηλός μισθός, το γεγονός ότι το επάγγελμα είναι στρεσογόνο, τα χρόνια εργασίας, η επαρχία άσκησης του επαγγέλματος, η ικανοποίηση που αντλούν από την εργασία τους και η επιλογή του επαγγέλματος τους.*

#### 6.1.1 Σύγκριση με αντίστοιχες έρευνες άλλων χωρών

Συγκρίνοντας τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας με αντίστοιχες έρευνες σε άλλες χώρες, παρατηρούμε ότι αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα των Donohoe, Nawael και συν. (1993), των Calzi, Farinelli και συν. (2006), των Scutter και Good (1995), και των Shimachiro και Hisano (2001) όπου τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης βρέθηκαν να είναι μέτρια ή ψηλά. Διαφωνούν με αυτά των Mandy και Rouse (1997) και Mandy, Marthe και Lucas (2004) οι οποίοι έχουν εντοπίσει χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (πίνακας 6.1.1.1).

Πίνακας 6.1.1.1. Συγκριτικός Πίνακας ερευνών

	Κύπρος	Μασαχουσέτη	Αυστραλία	Ιταλία	Ιαπωνία	Νορβηγία	N/A. Αγγλία
Αριθμός συμμετεχόντων	172	129	66	57Φυσιοθ. & Λογοθ. (Από 124)	163	127	33
Ανταποκρισιμότητα %	86%	52%	60%	100%?	67,1%	72,5%	52%
Ανδρες	27,9%	7%	22%	23%	47,9%	22%	32%
Γυναίκες	68%	93%	44%	77%	52,1%	78%	68%
Μέση ηλικία	>30-<61	26 χρόνια	26,3	40,6	31,2	41,2	26 χρ.
Επαγγελματική ηλικία	>1-<30	63%<3 χρ 79%>3χρ.	Λιγότερο των 5 χρ.	16,8 χρ.		>3 χρ.	2-3 χρ.
Παντρεμένοι/ δεσμευμένοι	60,5%		41οχι	61		80,3%	39%
Ύπαρξη παιδιών	52,9%		6 had any children			76,3 had any children	1 άτομο
Εργασία σε νοσοκομείο	34,9%	Αποκατάστασης	42	16,8			33
Εργασία ιδιωτικά	64,5%		37	14,3			
Αποτελέσματα MBI	moderate	moderate	High	moderate	High	low	low
A)συναισθηματική εξουθένωση	46,6% μέτρια	46high	60 high	22,4medium	25,42 high	low	68% moderate to high
B)αποπροσωποποίηση	38,5% μέτρια	20high	44 high	4,56 medium	8,21 high	low	moderate to high
Γ)προσωπικά επιτεύγματα	49,1% μέτρια	60 low	6 low	low	29,74 low		moderate to high

Μεθοδολογικά η έρευνα αυτή σε σύγκριση με τις υπό σύγκριση έρευνες διαφέρει ως προς τη γενικευμένη γεωγραφική κάλυψη, τον τομέα εργασίας και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα:

- Η έρευνα των Donohoe, Nawael και συν. (1993) αναφέρεται σε φυσιοθεραπευτές (που εργάζονται στη Μασαχουσέτη) και προσφέρουν υπηρεσίες φυσιοθεραπείας μόνο σε εσωτερικούς ασθενείς σε επτά νοσοκομεία αποκατάστασης και με λίγα χρόνια προϋπηρεσίας,
- η έρευνα των Calzi, Farinelli και συν. (2006) συμπεριλαμβάνει φυσιοθεραπευτές που εργάζονται σε Πολυκλινική – τμήμα αποκατάστασης, στη Μπολόνια της Βόρειας Ιταλίας,
- η έρευνα των Mandy και Rouse (1997) αναφέρεται σε Άγγλους φυσιοθεραπευτές με προϋπηρεσία περίπου 26 μήνες, και τέλος

η έρευνα των Mandy, Marthe και Lucas (2004) αναφέρεται σε Νορβηγούς φυσιοθεραπευτές με προϋπηρεσία λιγότερη των τριών χρόνων (Πίνακας- Παράρτημα Α.1).

### **6.1.2 Αυτοεκτίμηση και επαγγελματική εξουθένωση**

Η συσχέτιση της έννοιας της αυτοεκτίμησης με την επαγγελματική εξουθένωση, αποτελεί σημαντικό στοιχείο της έρευνας, αφού τεκμηριώνεται ερευνητικά. Όσο αυξάνεται η αυτοεκτίμηση μειώνεται η συναισθηματική εξάντληση και αντίστροφα. Όσο αυξάνεται η αυτοεκτίμηση αυξάνεται και η προσωπική ολοκλήρωση στα άτομα. Τα άτομα τα οποία έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση παρουσιάζονται με χαμηλή αποπροσωποποίηση και αντίστροφα. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την ερευνητική μελέτη των Τσίρου και Παπαπέτρου (2008) οι οποίοι βρήκαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με το επίπεδο της αυτοεκτίμησης στους εκπαιδευτικούς. Συμπέραναν δε ότι το επίπεδο της αυτοεκτίμησης είναι δυνατόν να βελτιωθεί με την εφαρμογή προγράμματος συνεχιζόμενης κατάρτισης και κατ' επέκταση ότι η αυτοεκτίμηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη και τη θεραπεία του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης του εκπαιδευτικού.

### **6.1.3 Κοινωνικο - δημογραφικοί παράγοντες και επαγγελματική εξουθένωση**

Τα κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά τα οποία βρέθηκαν να σχετίζονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι: το φύλο, τα χρόνια εργασίας, η επαρχία που εργάζονται, η ικανοποίηση που αντλούν από την εργασία τους, η στήριξη από τους συναδέλφους και προϊσταμένους, οι ευκαιρίες ανέλιξης, ο χαμηλός μισθός, το γεγονός ότι το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους για τους και η επιλογή του επαγγέλματος τους. Δεν φαίνεται να συσχετίζονται με τις συνιστώσες: τομέας εργασίας, έγγαμος ή άγαμος, με παιδιά ή χωρίς παιδιά, εξειδικευμένος παιδιατρικός φυσιοθεραπευτής ή μη .

Όσον αφορά τη συσχέτιση του φύλου με την επαγγελματική εξουθένωση τα ευρήματα άλλων ερευνητών είναι αντικρουόμενα. Το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης που δείχνει να υπάρχει ελαφριά υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών στη σχέση με την συναισθηματική εξάντληση ( $P=0,018$ ) και των ανδρών έναντι των γυναικών στη σχέση με τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα ( $P=0,022$ ), συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας των Scutter και Goold (1995) η οποία έδειξε κάποιες ενδιαφέρουσες τάσεις (σύμφωνα με τους ερευνητές), όπως η υψηλή συναισθηματική εξάντληση σε διαζευγμένες ή χήρες γυναίκες και

ψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε άτομα που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, στις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας καθώς και σε γηροκομεία.

Η ελαφριά υπεροχή των γυναικών ίσως να δικαιολογείται μετά και τις αυξημένες ευθύνες που έχουν αναλάβει οι γυναίκες, τόσο στον οικογενειακό όσο και τον επαγγελματικό τομέα.

Σε αντίθεση με τα πιο πάνω, οι Shimachiro και Hisano (2001) στην έρευνα τους βρήκαν ότι οι άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες βιώνουν ψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας όμως δε συμφωνούν με τα αντίστοιχα ευρήματα της έρευνας των Mandy και Rouse (1997), στην οποία δεν βρέθηκε κάποια σημαντική διαφορά στα επίπεδα του σκορ του MBI στο φύλο καθώς και σε άλλους δημογραφικούς παράγοντες.

#### **6.1.4 Στοιχεία εργασιακού περιβάλλοντος και λοιπά χαρακτηριστικά**

Βρέθηκε ότι το επάγγελμα της φυσιοθεραπείας αποτελεί πηγή άγχους για ένα μεγάλο ποσοστό φυσιοθεραπευτών, αφού ποσοστό 46% δήλωσε κάτι τέτοιο (πίνακας 5.2.1.1).

Η άποψη αυτή συμφωνεί με τις θέσεις των Ogiwara και Hisano, (2001) και Scutter και Goold (1995) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το επάγγελμα της φυσιοθεραπείας είναι αγχογόνο, θεωρώντας τους φυσιοθεραπευτές υποψήφιους υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η εργασία έδειξε, ότι οι παρεμβολές από τρίτους στην επιλογή επαγγέλματος μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα. Ίσως τα άτομα που υποκινούνται από τρίτους ή αποφασίζουν τρίτοι για εκείνα να είναι πιο ευάλωτα για εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι αυτονόητο ότι η αυτόβουλη και ελεύθερη επιλογή του επαγγέλματος καθιστά υπεύθυνο τον καθένα για τις επιλογές του και ταυτόχρονα ικανό να ανταποκρίνεται στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις πιο υπεύθυνα, αν δεν διαμευστούν στην πορεία του χρόνου οι προσδοκίες του.

Γι' αυτό πέρα από την προσωπική επιλογή του επαγγέλματος σημαντικό ρόλο καλούνται να διαδραματίσουν τα σχολεία μέσω του επαγγελματικού προσανατολισμού στους νέους και οι σχολές φυσιοθεραπείας ως προς την προετοιμασία των νέων φυσιοθεραπευτών και την προφύλαξη τους από την επαγγελματική εξουθένωση.

Η καθηγήτρια Kathleen Curtis του Τμήματος Φυσιοθεραπείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Μαϊάμι σχολιάζοντας το 1993 την έρευνα των Donohoe και συν.

αναφέρει τρεις σημαντικούς τομείς για την προετοιμασία των νέων επαγγελματιών φυσιοθεραπευτών:

- τον ακαδημαϊκό τομέα, ο οποίος πρέπει να εστιάζει στο γνωστικό επίπεδο και στον τρόπο σκέψης,
- την κλινική εμπειρία η οποία πρέπει να γίνεται σε αξιόπιστους χώρους, καλά στελεχωμένους και οργανωμένους, με επόπτες ικανούς να δίνουν πρακτικές γνώσεις, και
- την εισαγωγή των νεαρών φυσιοθεραπευτών στο χώρο εργασίας για να υπάρχει στήριξη από τον εργοδότη ώστε να γνωρίζουν καλά τα χαρακτηριστικά του χώρου, (τις προτεραιότητες του χώρου, τη διαχείριση του χρόνου και τις προτεραιότητες για τους ασθενείς).

### **6.1.5 Συνθήκες εργασίας και προβληματισμοί**

Οι έντονοι προβληματισμοί για το χαμηλό μισθό, το εξαντλητικό ωράριο εργασίας, την απουσία συνεργασίας με τους συναδέλφους και την απουσία συνεργασίας με τους προϊσταμένους, βρέθηκε ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης.

Συγκεκριμένα, ο χαμηλός μισθός βρέθηκε να προβληματίζει πολύ έως πάρα πολύ το 62,5% των φυσιοθεραπευτών και να σχετίζεται και με τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης. [Με την συναισθηματική εξάντληση ( $P=0,005$ ), την αποπροσωποποίηση ( $P=0,048$ ) και με τα προσωπικά επιτεύγματα ( $P=0,04$ )].

Τα πιο πάνω είναι αναμενόμενα γνωρίζοντας ότι ο μισθός θεωρείται παράγοντας υποκίνησης των εργαζομένων, χωρίς να θεωρείται και ο κύριος υποκινητικός παράγοντας. Η Αντωνία Παπαστυλιανού (1997) αναφέρει ότι ο χαμηλός μισθός συνοδεύεται από άγχος, όπως και οι ανεκπλήρωτοι οικονομικοί στόχοι συνδέονται με το στρες. Κατά συνέπεια, η μισθοδοσία προσφέρει ικανοποίηση στους εργαζόμενους όταν είναι ικανοποιητική, σε περίπτωση όμως που δεν είναι ικανοποιητική συντείνει στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επιπρόσθετα, ο Temnitskii (2005) σε σχετικό άρθρο όπου παρατίθενται τα αποτελέσματα ερευνών που έγιναν στη Ρωσία τη δεκαετία του '90 και στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα, αναφέρει ότι, η καλή αμοιβή αποτελεί κίνητρο και αποφασιστικό παράγοντα στην εργασιακή συμπεριφορά των εργαζομένων και στις κοινωνικές τους σχέσεις με όλα τα κοινωνικά σύνολα των υπαλλήλων ανεξάρτητα από τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.



Το εξαντλητικό ωράριο βρέθηκε να προβληματίζει πολύ έως πάρα πολύ ποσοστό 49,4% των φυσιοθεραπευτών. Το εύρημα αυτό θα πρέπει να τύχει περαιτέρω διερεύνησης σε μελλοντική έρευνα ως προς τον τομέα εργασίας, τις ηλικιακές ομάδες, τις συνθήκες εργασίας, τους λόγους που «αναγκάζουν» τους φυσιοθεραπευτές να εργάζονται με τέτοιο ωράριο, τις επιπτώσεις που προκύπτουν προς τους εργαζόμενους και προς τους πελάτες, θετικές ή αρνητικές. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην έρευνα των Mandy, Marthe και Lucas (2004) όπου βρέθηκε ότι οι νεαροί Νορβηγοί φυσιοθεραπευτές βιώνουν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στο ωράριο εργασίας. Όπως βρέθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα ποσοστό 53% του δείγματος είχαν δηλώσει ότι εργάζονταν κάτω από το χρονικό όριο της πλήρους απασχόλησης (37 ώρες εβδομαδιαίως).

Επίσης, η απουσία ευκαιριών ανέλιξης σχετίζεται με τις συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων και προβληματίζει πολύ έως πάρα πολύ ένα σημαντικό ποσοστό (70,6%) του δείγματος. Η συσχέτιση αυτή των μειωμένων ευκαιριών ανέλιξης με την επαγγελματική εξουθένωση, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να προβληματιστούν έντονα οι αρμόδιοι φορείς και να οδηγηθούν στην άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος, γνωρίζοντας τις αρνητικές συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επιπρόσθετα επειδή, το 34,9% του συνολικού δείγματος αποτελείτο από φυσιοθεραπευτές του δημόσιου τομέα με ποσοστό ανταπόκρισης 76,9%, που είναι ουσιαστικά ο χώρος εργασίας όπου υπάρχουν ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη, το εύρημα αυτό θα πρέπει να τύχει προσεκτικής αξιολόγησης, και θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες αντιμετώπισης του, τόσο από την εργοδοτική πλευρά όσο και από την συνδικαλιστική. Η επαγγελματική ανέλιξη ίσως δίνει κύρος και καταξίωση στον επαγγελματία, οδηγώντας τον και σε ψηλότερες απολαβές.

Η συνεκτίμηση των πιο πάνω στοιχείων, οδηγεί στην ακόλουθη αλληλουχία σκέψεων, για τους φυσιοθεραπευτές του δημόσιου τομέα:

- ✓ Οι φυσιοθεραπευτές του δημόσιου τομέα ίσως είναι πιο «ευάλωτοι» στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, καθότι έχουν ένα πρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα (υπάρχουν ελάχιστες θέσεις άμεσα προϊσταμένων).
- ✓ Ο παράγοντας που αφορά τη δομή λειτουργίας και την δημιουργία περισσότερων θέσεων ανέλιξης, προσφέροντας ταυτόχρονα και τις ευκαιρίες στο προσωπικό, μπορεί

να αντιμετωπιστεί με την διεκδίκηση της ιδανικής αναλογίας υφισταμένων/ προϊσταμένων, δια της υπηρεσιακής ή συνδικαλιστικής οδού, με βάση τις βασικές αρχές του μάνατζμεντ.

Στη βάση των όσων διατύπωσαν ο θεωρητικός Graicunas που υποστήριξε για το εύρος της διοίκησης (πόσους ανθρώπους θα ελέγχει κάποιος άμεσα) σαν ανώτατο όριο τους έξι υφισταμένους και ο Urwick (1943) που υποστήριξε ότι κανένας διευθυντής ή προϊστάμενος δεν μπορεί να εποπτεύσει άμεσα την εργασία περισσότερων από πέντε ή σε εξαιρετικές περιπτώσεις έξι εργαζομένων, τότε διαγράφεται ένα άλλο πλαίσιο. Δηλαδή, αν ληφθούν υπόψη και τυχόν εφαρμογής οι πιο πάνω απόψεις θα δημιουργηθούν υπερδιπλάσιες θέσεις άμεσα προϊσταμένων, θα δοθούν έτσι οι ευκαιρίες ανέλιξης και ταυτόχρονα θα μηδενιστεί ένας ενοχοποιητικός παράγοντας εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης ειδικά για τους φυσιοθεραπευτές του δημόσιου τομέα και ίσως και του ιδιωτικού τομέα με σωστή διαχείριση του θέματος.

Οι συμμετέχοντες έχουν δηλώσει ότι σε ποσοστό 33,3%, τους προβληματίζει πολύ έως πάρα πολύ η απουσία συνεργασίας με τους προϊσταμένους τους. Επιπλέον η μειωμένη υποστήριξη από τον προϊστάμενο (εκεί και όπου παρατηρείται) βρέθηκε να σχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση ( $P=0,006$ ) και τα προσωπικά επιτεύγματα ( $P=0,046$ ), με αποτέλεσμα να συμβάλλει στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το στοιχείο αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, καθότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετασχόντων αποτελείτο από φυσιοθεραπευτές του ιδιωτικού τομέα (64,5%) όπου οι περισσότεροι εργάζονται σε ολιγομελείς ομάδες, χωρίς προϊστάμενο, σε αντίθεση με το ποσοστό των φυσιοθεραπευτών (35,5%) του δημόσιου τομέα που εργάζονται σε μεγαλύτερες ομάδες και με προϊστάμενο και σε συνάρτηση επίσης με τον παράγοντα των μειωμένων ευκαιριών ανέλιξης.

Είναι γνωστά τα αποτελέσματα της υποστήριξης, της συνεργασίας, της ενθάρρυνσης και της υποκίνησης από τον προϊστάμενο, ως προς την ικανοποίηση των εργαζομένων, την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στο χώρο εργασίας. Ο Redding (1972) πρότεινε ένα ολιστικό μοντέλο για τους οργανωτικούς μάνατζερ για να δημιουργήσουν ένα ιδεατό χώρο εργασίας που να περιλαμβάνει: στήριξη, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, εμπιστοσύνη και δημιουργικότητα, διαφάνεια και ευθύτητα των μηνυμάτων και έμφαση στην αποτελεσματικότητα των στόχων.

Η ικανοποίηση του εργαζόμενου από την εργασία του έχει σημαντική επίδραση στην εργασιακή του συμπεριφορά ως ανταπόδοση (Mobley, 1977) ενώ οι απουσίες (Steers and Rhodes, 1978) έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο όλο εργασιακό σύστημα (Mirvis και Lawler, 1977) και κάτω από κάποιες συγκεκριμένες συνθήκες επηρεάζουν την παραγωγικότητα (Triandis, 1959, Herman, 1973) και τις παραδοσιακές εργασιακές σχέσεις.

Η απουσία συνεργασίας με τους συναδέλφους βρέθηκε να προβληματίζει πολύ έως πάρα πολύ το 36,7% των φυσιοθεραπευτών. Εξάλλου βρέθηκε να σχετίζεται με την αποπροσωποποίηση ( $P=0,050$ ) (πίνακας 5.B.2.1). Η μειωμένη δηλαδή συναδελφική υποστήριξη μεταξύ των φυσιοθεραπευτών συμβάλλει στην εμφάνιση της αποπροσωποποίησης, με συνέπεια την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το αποτέλεσμα αυτό είναι σημαντικό και χρήζει άμεσης παρέμβασης. Θα μπορούσαν να τροχοδρομηθούν λύσεις όπως η δημιουργία ομάδων «επικοινωνίας και υποστήριξης» των μελών, από τον Παγκύπριο Σύλλογο Φυσιοθεραπευτών ενώ στο δημόσιο τομέα θα μπορούσαν να εφαρμοστούν από τους προϊστάμενους των τμημάτων «ομάδες υποστήριξης και επικοινωνίας». Η λειτουργία ομάδων για συζήτηση θεμάτων που αφορούν ασθενείς, συμβάλλει στην επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων, στην ανταλλαγή εμπειριών, την αλληλοβοήθεια και ταυτόχρονα αυξάνεται ο βαθμός συνεργασίας μεταξύ τους. Σύμφωνα με τον Redding (1972) η κοινωνική στήριξη συμβάλλει στην «απομόνωση» της επαγγελματικής εξουθένωσης και συνδέεται με το σύστημα επικοινωνίας. Η Pines (1983) βρήκε ότι όσο καλύτερες είναι οι κοινωνικές σχέσεις των εργαζομένων τόσο λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση βιώνουν.

#### **6.1.6 Γενικότερα θέματα**

Όσον αφορά τα κυριότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι φυσιοθεραπευτές (μόνον 56 απάντησαν τη συγκεκριμένη ερώτηση), υπερτερούν τα προβλήματα που έχουν σχέση με το μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου, όπως αυχεναλγία (7%), οσφυο-ισχιαλγία (5,2%) και γενικά μυοσκελετικά προβλήματα (3,5%) σε συνολικό ποσοστό 15,7%.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αντίστοιχα που αναφέρονται στην έρευνα των Δήμου και Χατζηθεοδώρου (2003). Συγκεκριμένα στην εν λόγω έρευνα βρέθηκε ότι 3 στους 4 φυσιοθεραπευτές δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν μυοσκελετικές διαταραχές κυρίως στην οσφυ, τον καρπό και τον ώμο. Τα προβλήματα που έχουν βρεθεί ότι αντιμετωπίζουν οι φυσιοθεραπευτές έχουν άμεση σχέση με τη φύση του επαγγέλματος και τις συνθήκες εργασίας τους.

Οι φυσιοθεραπευτές της Κύπρου που δηλώνουν ότι δεν είναι καπνιστές υπερτερούν αυτών που δηλώνουν ότι είναι καπνιστές σε ποσοστό 71,2% έναντι 28,8%, (Πίνακας 5.1.3.1).

Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι οι φυσιοθεραπευτές ως επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν πολύ καλά τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος. Παρόλα αυτά όμως, οι καπνιστές φυσιοθεραπευτές ξεπερνούν κατά πολύ το ποσοστό καπνιστών στο γενικό πληθυσμό (23,0%) (Στατιστική Υπηρεσία 2005).

Οι φυσιοθεραπευτές της Κύπρου πάλι, έχει βρεθεί ότι κατά ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (72,4%) παίρνουν φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού, (Πίνακας 5.1.3.1). Τα φάρμακα που παίρνουν είναι τα παυσίπονα, τα αντιβιοτικά και τα υπναγωγά.

Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την έρευνα που διεξήγαγε η Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου το 1989 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα νοικοκυριών σε όλες τις ελεύθερες περιοχές της Κύπρου όπου ποσοστό 73,1% δήλωσε ότι έπαιρνε φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού. Ταυτόχρονα βρίσκεται σε αντίθεση με το αποτέλεσμα ανάλογης έρευνας που διεξήγαγε το ίδιο τμήμα το 2003 όπου το ποσοστό μειώθηκε σημαντικά (8,3%) (Στατιστική Υπηρεσία 2005). Ίσως θα μπορούσε να θεωρηθεί από κάποιους ριψοκίνδυνο το γεγονός της σύγκρισης, αφού γίνεται σύγκριση μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. Όμως συγκρίνοντας τις έρευνες του 1989 και 2003 η τάση που φαίνεται είναι φθίνουσα και με θετικά μηνύματα.

### **6.1.7 Εισηγήσεις και προτάσεις**

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης εργασίας με τους περισσότερους φυσιοθεραπευτές να βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση σε μέτριο επίπεδο, καθιστούν αδήριτη την ανάγκη για στοχευμένες προτάσεις, ρεαλιστικές και ταυτόχρονα επικεντρωμένες στις ανάγκες των φυσιοθεραπευτών.

Επιπρόσθετα επειδή μόνο ένας στους πέντε φυσιοθεραπευτές βιώνει υψηλή συναισθηματική εξάντληση και μόνο ένας στους τέσσερις βιώνει υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης, δεν πρέπει να επικρατήσει εφησυχασμός.

Κατά συνέπεια πρέπει να γίνουν προγράμματα παρέμβασης για τις ηλικιακές και επαγγελματικές ομάδες που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης προς τους ασθενείς, προγράμματα διαχείρισης του άγχους και οπωσδήποτε να γίνουν προτάσεις σχετικά με την επιλογή του επαγγέλματος της φυσιοθεραπείας από νέους ανθρώπους.

# ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ



## 7. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

### 7.1 Εισαγωγή

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά. Αντίθετα, τα προβλήματα παρουσιάζονται κλιμακωτά και σταδιακά. Είναι σημαντικό λοιπόν ο κάθε εργαζόμενος να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του, έτσι ώστε να διαγνωστούν οι αιτίες της ψυχικής και σωματικής εξάντλησης. Γι' αυτό οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται τα όρια τους και να αναζητούν βοήθεια, όταν δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στις πιεστικές συνθήκες της εργασίας τους.

Επιπλέον, λόγω του πολυεπίπεδου και πολυδιάστατου των επιπτώσεων του φαινομένου, ως επαγγελματίες και ειδικότερα οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι ικανοί να αναγνωρίζουν έγκαιρα τις ενδείξεις – συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου, να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης των επιπτώσεων της σωματικής και ψυχικής εξάντλησης και να λαμβάνουν έγκαιρα προληπτικά μέτρα, όσοι ασκούν από της θέσεως τους και καθήκοντα εποπτείας και διοίκησης.

Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, απαιτείται να γίνουν παρεμβάσεις για ενημέρωση – διαφώτιση σε πρώτη φάση και στήριξη του προσωπικού, τόσο σε ατομικό όσο και οργανωτικό – διοικητικό επίπεδο, σε δεύτερη φάση.

Ως τέτοιες θα μπορούσαν να αναφερθούν γενικά οι παρεμβάσεις σε ατομικό, οργανωτικό – διοικητικό επίπεδο και οι παρεμβάσεις σε επίπεδο πολιτείας. Στόχος, η καλή ψυχοσωματική υγεία και ευεξία των επαγγελματιών υγείας και κατ'επέκταση η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και η αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Maslach 1982, Firth et al, 1986, Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος 1999, Κουλιεράκης, Μεταλληνού και Πάντζου 2000, Maslach, Shafeli, Leiter 2001, Πανταζοπούλου 2003).

### 7.2 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Ο εργαζόμενος πρέπει να είναι ενημερωμένος για το όλο θέμα έτσι ώστε να είναι σε θέση να: έχει πλήρη αντίληψη για το φαινόμενο,

1. αναγνωρίζει έγκαιρα τα συμπτώματα, οργανικά και ψυχο – κοινωνικά,

2. επαναπροσδιορίζει τους προσωπικούς στόχους και προσδοκίες του,
3. αποφεύγει τη συναισθηματική εξάρτηση από τον ασθενή,
4. εντοπίζει τα θετικά στοιχεία της δουλειάς του,
5. τρέφεται σωστά, να ασκείται για καλή φυσική κατάσταση και να ξεκουράζεται,
6. αναζητά υποστήριξη από φίλους, συνεργάτες ή και επαγγελματίες ψυχικής υγείας,
7. ενασχολείται με ευχάριστες δραστηριότητες, για εκτόνωση και αποφυγή της ρουτίνας, μακριά από τον εργασιακό χώρο,
8. διεκδικεί επαρκή πληροφόρηση και αποσαφήνιση των απαιτήσεων της εργασίας του και
9. συμμετέχει σε δραστηριότητες όπως: Παιγνιοθεραπεία, δραματοθεραπεία, εμπλοκή και συμμετοχή στις τέχνες της μουσικής, ποίησης, χορού και θεάτρου, την αρωματοθεραπεία με μασάζ (ακούγοντας χαλαρωτική μουσική), δραστηριότητες που συμβάλλουν θετικά στη σωματική και ψυχική του ευεξία.

### 7.3 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο (Πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο)

Οι παρεμβάσεις σε αυτό το επίπεδο αναφέρονται σε ενέργειες, των οποίων την ευθύνη έχει η διοίκηση των νοσοκομείων ή μονάδων αντίστοιχων στον ιδιωτικό τομέα και αφορούν:

- Τον εμπλουτισμό της θέσης εργασίας. Για παράδειγμα, ενασχόληση με ασθενείς με καλή πρόγνωση, συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, επιμορφωτικά σεμινάρια, ανάληψη γραφειακών ευθυνών, και γενικά σε διαδικασίες, που χαρακτηρίζονται από πολυμορφία, χωρίς μονοτονία και ρουτίνα. Οι ενέργειες αυτές μπορεί να αποτελέσουν κίνητρα και πηγές ανανέωσης για τους εργαζόμενους.
- Τη δημιουργία δυνατοτήτων και ευκαιριών επαγγελματικής ανέλιξης (αυτό όμως είναι δύσκολο, αλλά θα βοηθούσε εάν οι διαδικασίες αξιολόγησης και εξέλιξης ήταν διαφανείς και γίνονταν με αξιοκρατικά κριτήρια).
- Τη δημιουργία ομάδων επαγγελματικής υποστήριξης του προσωπικού, με σκοπό την επικοινωνία, την αυτοεκτίμηση, αλληλοϋποστήριξη, κατανόηση, μείωση του άγχους και της αίσθησης της απομόνωσης, που προκαλεί η επαγγελματική εξουθένωση. Η δημιουργία τέτοιων ομάδων υποστήριξης καλό είναι να γίνεται με εξωτερικούς συνεργάτες για καλύτερη και αποτελεσματικότερη θεραπευτική παρέμβαση.
- Τη συμβουλευτική εποπτεία από ειδικό σύμβουλο.

- Τη συνεχιζόμενη επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού, για απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων για αποτελεσματικότερη και ποιοτικά καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση στους ασθενείς.
- Τη διεπιστημονική συνεργασία των μελών του προσωπικού υγείας, όταν πρόκειται για οργανωμένους χώρους με διαφορετικές ειδικότητες, με αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων και των ορίων της συμβολής του καθενός, σε θέματα κατανόησης και προσέγγισης της κάθε περίπτωσης. Η διεπιστημονική συνεργασία επηρεάζει θετικά τη σχέση αρρώστου και προσωπικού και ενισχύει τη σιγουριά και την εμπιστοσύνη του.
- Τη βελτίωση της εργονομίας του χώρου, για παράδειγμα του χώρου γύρω από το κρεβάτι του ασθενή. Ο χώρος που δεν είναι εργονομικά προσαρμοσμένος δημιουργεί μείωση της απόδοσης και προκαλεί ψυχολογική και σωματική ένταση (κακός φωτισμός, αυξημένα επίπεδα θορύβου, κακός εξαερισμός χώρου).
- Την ανάπτυξη και βελτίωση της επικοινωνίας (με θέματα-τεχνικές επικοινωνίας και σε βασικές γνώσεις ψυχολογίας) για την επίλυση και ανάπτυξη ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων.
- Την αλλαγή της δομής του εργασιακού περιβάλλοντος το οποίο να προβλέπει απασχόληση περισσότερου προσωπικού, μοίρασμα των ευθυνών, αναγνώριση και ανταμοιβή της υπεύθυνης αντιμετώπισης και φροντίδας των ασθενών.
- Την καλλιέργεια του χιούμορ, ως τρόπου εκτόνωσης των επαγγελματιών.
- Την αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του κάθε εργαζόμενου, την ενθάρρυνση στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, για την αύξηση του αυτοελέγχου, της υπευθυνότητας και της ανθεκτικότητάς του σε στρεσογόνες καταστάσεις εργασίας.
- Τη δημοκρατική διοίκηση για ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίου σεβασμού, συνεργασίας, υποστήριξης, αλληλεξάρτησης, και ανάληψης πρωτοβουλιών-ευθυνών στα πλαίσια της λειτουργίας του τμήματος.

#### 7.4 Παρεμβάσεις από το Υπουργείο Υγείας

Το Υπουργείο Υγείας μπορεί να συμβάλει σημαντικά στον τομέα αυτό, σχεδιάζοντας, προγραμματίζοντας και εφαρμόζοντας βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μέτρα για βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και των συνθηκών εργασίας. Σε τελική ανάλυση τα εν λόγω μέτρα θα συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ως τέτοια μέτρα αναφέρονται:



- Η δημιουργία ομάδων στήριξης των επαγγελματιών υγείας με την παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, από εξειδικευμένους επαγγελματίες στην αντιμετώπιση εργασιακών προβλημάτων, αποσκοπώντας στην πρόληψη του προβλήματος.
- Η αντιμετώπιση του επαγγελματία φυσιοθεραπευτή, ως ανεξάρτητου και ισότιμου επαγγελματία, θα αναβάθμιζε το αίσθημα γοήτρου του ως επαγγελματία και θα του πρόσφερε περισσότερο κύρος.
- Η ικανοποιητική μισθοδοσία των δημόσιων λειτουργών θα συνέβαλλε στη βελτίωση των συναισθημάτων αυτοεκτίμησης και αυτοπραγμάτωσής τους.
- Η βελτίωση των συνθηκών εργασίας, όπως το εργονομικό περιβάλλον, το κλιμακωτό ίσως ωράριο, η εναλλαγή στα καθήκοντα μεταξύ ασθενών με διαφορετικού βαθμού βαρύτητας, η μείωση του φόρτου εργασίας, αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για μείωση του στρες.

## 7.5 Εξειδικευμένες εισηγήσεις

### 7.5.1 Βελτίωση του επιπέδου της Αυτοεκτίμησης

Η αυτοεκτίμηση μπορεί να ενισχυθεί με την εκπαίδευση, την αυτογνωσία και μέσω των επιτυχημένων ανθρώπινων σχέσεων. Η επικοινωνία με ανθρώπους οι οποίοι έχουν αλληλοκατανόηση, τονώνει άριστα το ηθικό. Η ενασχόληση με κάτι που όντως μπορούν να πετύχουν, φέρνει εξίσου το ίδιο αποτέλεσμα. Επιπλέον μπορούν να εφαρμοστούν στην καθημερινή ζωή μερικές απλές τεχνικές για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Υπάρχουν αρκετές θεωρίες για την καλλιέργεια ψηλότερου επιπέδου αυτοεκτίμησης.

Οι Bednar & Peterson(1995), Rogers(1977) και Ellis(1984) προτείνουν για τη βελτίωση του επιπέδου της αυτοεκτίμησης επτά κατευθυντήριες οδηγίες. Προτείνουν σχετικά ότι ο κάθε επαγγελματίας, πρέπει να μπορεί να αναγνωρίζει ότι ο ίδιος ελέγχει την αυτό-εικόνα του, δεν αφήνει άλλους να θέτουν τους δικούς του στόχους και αναγνωρίζει ταυτόχρονα τους μή-ρεαλιστικούς στόχους. Επιπλέον να καθίσταται ικανός να τροποποιεί τους αρνητικούς μονοδιαλόγους, να δίνει έμφαση στις δυνατότητες του και να δουλεύει για την προσωπική του βελτίωση. Η προσέγγιση τρίτων ατόμων με θετική προοπτική συμβάλλει στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης.

Για τη βελτίωση του δείκτη- επιπέδου της αυτοεκτίμησης ο Brocker (1998) προτείνει τρόπους, τόσο σε ατομικό όσο και επίπεδο ομάδας. Σε ατομικό επίπεδο προτείνει την παροχή ψυχολογικών συμβουλών και σε επίπεδο ομάδας την υποστήριξη της επαγγελματικής ομάδας.

Τα πιο πάνω μπορούν εύκολα να εφαρμοστούν με τη συνεργασία των αρμόδιων φορέων, Υπουργείου Υγείας, Παγκυπρίου Συλλόγου Φυσιοθεραπευτών και με τη βοήθεια κατάλληλα εκπαιδευμένων επαγγελματιών.

### **7.5.2 Πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Πρέπει να ληφθούν έγκαιρα και εφικτά μέτρα με στόχο την ελαχιστοποίηση όλων των παραγόντων που ευθύνονται για την ανάπτυξη του προβλήματος, να αποφορτίσουν τους εργαζόμενους και να αποσκοπούν στην ευεξία τους.

Μπορεί το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης να βελτιωθεί με μέτρα όπως:

1. Ενημέρωση των φυσιοθεραπευτών για τα αποτελέσματα της έρευνας και παράλληλα να ενημερωθούν και για τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο στους ίδιους όσο και στις παρεχόμενες από αυτούς υπηρεσίες προς το κοινό, σε ημερίδα ή συνέδριο Φυσιοθεραπείας.
2. Εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης όπως είναι οι ομάδες στήριξης, η στήριξη από εξωτερικούς συνεργάτες ψυχολόγους, ο επαναπροσδιορισμός της διαχείρισης του εργασιακού χρόνου κλπ.
3. Οι ομάδες που έχουν παρουσιάσει ψηλό δείκτη αποπροσωποποίησης να τύχουν ιδιαίτερου χειρισμού (ηλικιακές ομάδες, επαρχία Αμμοχώστου).
4. Ταυτόχρονα ο Παγκύπριος Σύλλογος Φυσιοθεραπευτών, να οργανώσει προγράμματα – σεμινάρια στήριξης για τα μέλη του και να καταβάλει προσπάθειες εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους.
5. Οι Σχολές Φυσιοθεραπείας στην Κύπρο και στο εξωτερικό να συμπεριλάβουν στα προγράμματα σπουδών τους τέτοιες θεματικές ενότητες που να εκπαιδεύουν κατάλληλα τους νέους επαγγελματίες προσφέροντας τους τις κατάλληλες γνώσεις (πέραν των επιστημονικών γνώσεων), ώστε να καθίστανται ικανοί στην αντιμετώπιση αχχογόνων καταστάσεων.

6. Να δημιουργηθούν «πυρήνες μάθησης» για καλύτερη οργάνωση της επιμόρφωσης και κατάρτισης των φυσιοθεραπευτών, τόσο του κρατικού όσο και του ιδιωτικού τομέα.
7. Να καταρτιστούν συμβάσεις εργασίας που να περιλαμβάνουν: το καθηκοντολόγιο, τους όρους εργασίας, τη μισθοδοσία, τα ωφελήματα και τα κίνητρα των εργαζομένων ως υπαλλήλων σε ιδιωτικές επιχειρήσεις.
8. Να ενημερωθούν οι φυσιοθεραπευτές που εργάζονται κατά μονάδες για τα οφέλη του συνεταιρισμού και να διεκδικήσουν παρόμοια οφέλη όπως ο ιατρικός κλάδος ενόψει του ΓΕΣΥ.
9. Να εντατικοποιηθούν οι προσπάθειες των φυσιοθεραπευτών του δημόσιου τομέα για την άρση της αδικίας που γίνεται εις βάρος τους, σχετικά με την κλίμακα μισθοδοσίας τους και επιπλέον να διεκδικήσουν την επαγγελματική τους ανέλιξη.
10. Να διατηρηθεί και να ενισχυθεί το πνεύμα συνεργασίας και κατανόησης.
11. Να αξιοποιηθούν τα μέλη που έχουν τύχει κατάρτισης σε θέματα σύγχρονου Management για υπηρεσίες υγείας έτσι ώστε να συμβάλουν με επιστημονικά τεκμηριωμένες δράσεις στην αναβάθμιση των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας.

Η επανάληψη της παρούσας έρευνας μετά τις προτεινόμενες παρεμβάσεις κρίνεται απαραίτητη και μεγάλης σημασίας. Θα αξιολογήσει και θα συγκρίνει τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης και κατ'επέκταση την επιτυχία των οποιοδήποτε μέτρων που είχαν ληφθεί. Η παρούσα έρευνα θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί και ως βάση για μελλοντικές έρευνες που θα είχαν ως στόχο τους τη διερεύνηση περισσότερων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συγκεκριμένου συνδρόμου και το μέγεθος της συμβολής τους.

# ΟΓΔΟΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ



## 8. Αντί επιλόγου

Η παρούσα έρευνα δυνατόν να θεωρηθεί ως βάση για μελλοντικές έρευνες που θα έχουν ως στόχο τους τη διερεύνηση περισσότερων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου.

Πέραν τούτου, η επανάληψη της, κρίνεται, μετά την εφαρμογή των προτεινόμενων παρεμβάσεων, απαραίτητη και σημαντική, διότι θα αξιολογήσει αφενός την εξέλιξη του φαινομένου και αφετέρου τις παρεμβάσεις, παρέχοντας έγκυρα και αξιόπιστα στοιχεία για τα όποια αποτελέσματα.

Επιπρόσθετα ο μελλοντικός ερευνητής μπορεί να προχωρήσει στη διερεύνηση του φόρτου εργασίας, του χρόνου αναμονής για εξυπηρέτηση, του βαθμού εξυπηρέτησης των ασθενών, της ικανοποίησης των ασθενών από τους φυσιοθεραπευτές, τις τυχόν βλάβες που μπορεί να προκύψουν στους ασθενείς, το ωράριο εργασίας των ιδιωτών φυσιοθεραπευτών και του αριθμού των εξυπηρετούμενων ασθενών, της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των φυσιοθεραπευτών που έχουν «πληγεί» από την επαγγελματική εξουθένωση, της αναλογίας ασθενών κατά φυσιοθεραπευτή, τη συναισθηματική φόρτιση των υπαλλήλων με μεγάλες λίστες αναμονής, που είναι θέματα για μελλοντικές έρευνες.

Για όσους βιώνουν την επαγγελματική εξουθένωση, καλό είναι να γνωρίζουν και κάτι τελευταίο. Η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι κάτι φοβερό και απροσπέλαστο, αλλά μπορεί να γίνει μια πύλη προς μια ζωή γεμάτη ευρυχωρία, αγάπη και χαρά, (Dina Glouberman 2002).



# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ





## ΑΓΓΛΙΚΗ

1. Bandura, A. (1997), Self –efficacy: Toward a unifying of behavioral change. Psychological review. In: Weiten W. Lloyd M.(eds), Psychology Applied to modern life. Adjustment at the turn of the century, Wardsworth Thomson Learning (2000) sixth edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp. 191-215.
2. Bednar, RL., Peterson SR. (1995), Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice. In: Weiten W. and Lloyd M.,(eds), Psychology applied to modern life. Adjustment at the turn of the century, Wardsworth Thomson Learning (2000) sixth edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp. 138-156.
3. Brehm SS., Kassin SM. (1993), Social psychology (2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Houghton Mifflin. In: Weiten W. and Lloyd M.,(eds), Psychology applied to modern life. Adjustment at the turn of the century, Wardsworth Thomson Learning (2000) sixth edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp. 128-157.
4. Brockner, J. (1998), Self-esteem at work, Lexington, MA: Lexington Books. In: Weiten W. and Lloyd M. (eds), Psychology applied to modern life. Adjustment at the turn of the century, Wardsworth Thomson Learning (2000) sixth edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp. 128-157.
5. Broom, JP. Williams, J.(1996), Occupational stress and neurological rehabilitation physiotherapists. British journal of therapy and rehabilitation, November 1997, vol4,no 11,82:606-14.
6. Brophit P. (1992), Critical care quarterly (1986, 1993):84-92 (pumped)

7. Calzi, S. Farinelli, M. Ercolani. M. Manigfaso, V. et al (2006), Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved, in Italy, EUR MED PHYS 2006; 42:27-36.
8. Chartered Society of Physiotherapist ([WWW.csp.uk](http://WWW.csp.uk)) access 30/04/2009
9. Clarke, J.K (1957), Annual Medical and Sanitary report, Cyprus (printed at the Cyprus government printing office) pp.59
10. Clarke, J.K (1958), Annual Medical and Sanitary report, Cyprus (printed at the Cyprus government printing office) pp.72-73.
11. Curier, DP. (1990), Elements of research in Physical Therapy, 3<sup>rd</sup> Ed. Baltimore: Williams &Wilkins, pp117-149. In: Burnout amongst Physiotherapists in Inhikawa Prefecture, Shimachiro et al (2001) J. Phys. Ther.Sci.14:7-13, 2002.
12. Curtis, K.(1993), Three commentaries on Factors Associated with burnout of Physical Therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals, Physical Therapy/ Volume 73, Number 11/November 1993.
13. Department of statistics and research ministry of finance, republic of Cyprus 1989. Medicine taking in Cyprus pp24.
14. Dill-Russell, P. (1954), Annual Medical and Sanitary report, Cyprus (printed at the Cyprus government printing office)
15. Dill-Russell P. (1955), Annual Medical and Sanitary report, Cyprus (printed at the Cyprus government printing office) pp.26.
16. Donohoe, E. Nawawl, A. et al (1993), Factors Associated with burnout of Physical Therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals, physical therapy/ volume 73, Number 11/November 1993.



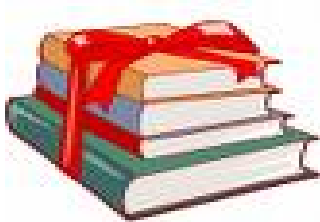
17. Donohoe, E. et al (1993), Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals, *Phys Ther* 73(11):750-661. In: Mandy A., Saeter M., Lucas K., *Burnout and Self-efficacy in Norwegian physiotherapists*, 2004.
18. Ellis, A.(1984), *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart. In: Weiten W. Lloyd M.(eds), *Psychology Applied to modern life. Adjustment at the turn of the century*, Wardsworth Thomson Learning (2000) sixth edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp138-1561.
19. Esbad Hibell B., NDRESON B., Ahlstrom S., Balakireva o., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M. The1995, 1999, 2003 & 2007 ESPAD Reports, Alcohol and other Drug Use among Students in 30 European Countries
20. European Physiotherapy Service Standards, European Region of the World Confederation of Physiotherapy ([WWW.physio-europe.org](http://WWW.physio-europe.org))
21. European Physiotherapy Benchmark Statement, European Region of the World Confederation of Physiotherapy ([WWW.physio-europe.org](http://WWW.physio-europe.org)) access 30/04/2009
22. Freudenbergur, H.J.(1974), Staff burnout. *Journal of Social Issues*,30(1): 159-165
23. Freudenbergur, H.J.(1975), The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy Theory Research Practice*, 12:73-82. In: Donohoe et al, *Factors Associated with burnout of Physical Therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals*, physical therapy/ volume 73, Number 11/November 1993.
24. Fugelli, P. (1989), Den utbente legen. *Medicinsk Arbork* 2:9-17. In: Mandy A., Saeter M., Lucas K., *Burnout and Self-efficacy in Norwegian physiotherapists*, 2004.
25. Gist, M. Mitchel, TN.(1992), Self-efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability, *Academy of Management Review*, 17:183-211. In: Weiten W. Lloyd M.(eds), *Psychology Applied to modern life. Adjustment at the turn of the century*, Wardsworth Thomson Learning (2000) sixth edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp128-157.

26. Gretcen, M. Spreitzer (1995), Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and validation. *Academy of Management Journal* 1995, vol 38, No.5. 1442-1465.
27. Health and safety at work, του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την ασφάλεια και Υγεία στην εργασία  
[file://E:/Your%20network%20to%20a%20safer%20and%20healthier%20working%](file://E:/Your%20network%20to%20a%20safer%20and%20healthier%20working%20)  
πρόσβαση 12/7/2006
28. Herman, J. (1973), Are Situational Contingencies Limiting job Attitude-job performance Relationship? *Organizational Behavior and human performance*, 208-224. In: Peter Capelli and Peter Sherer, *Satisfaction, market wages & Labor Relations: An Airline Study*, (Industrial Relations, vol .27 1988).
29. Kanter, RM. (1989), The new managerial work, *Harvard Business Review*, 66:85-92. In: Gretcen Spreitzer, *Psychological Empowerment in the workplace: Dimensions, Measurement, and validation*, *Academy of management journal* 1995, vol.35, no 5, 1442-1465).
30. Longman Dictionary of Contemporary English
31. Mobley, W.H. (1977), Intermediate Linkages in the Relationship between Job Satisfaction and Employee turnover, *journal of Applied Psychology*, LXII(1977), 237-240. In: Peter Capelli and Peter Sherer, *Satisfaction, market wages & Labor Relations: An Airline Study*, (Industrial Relations, vol .27 1988)
32. Moffat, M. (2008), Message from WCPT President. <http://www.wcpt.org>
33. Mandy, A. Rouse, S. (1997), Burnout and work stress in junior physiotherapists, in *British Journal of Therapy and rehabilitation*, November 1997, vol4, no11, *Physiotherapy* 82: 606-14.

34. Mandy, A. Marthe, S. Lucas K.(2004), Burnout and self-efficacy in Norwegian Physiotherapists in Norway, International Journal of Therapy and rehabilitation, June 2004, vol 11, no 6.
35. Maslach, C.(1982), Burnout: The cost of caring. New York, NY: Prentice Hall Press,(1982). In: Donohoe et al, Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals, Journal physical therapy/volume 73, number 11/November 1993.
36. Maslach, C. Schaufeli, WB, & Leiter, MP.(2001), Job burnout. Annu Rev psychol 2001, 52, pp397-422.
37. Matthiesen, SB. (1991), A Brenne ...for! A Brenne ...ut! Manual for tolkning og brug av Bergen Burnout Indicator BBI. Empirisk validering, Forskningscenter for Arbeidsmiljø, Helse og Sikkerhet FAHS. Universitetet i Bergen:1-50. In: Mandy A., Saeter M., Lucas K., Burnout and Self-efficacy in Norwegian physiotherapists, 2004, international journal of therapy and rehabilitation, June 2004, vol 11,no 6.
38. Mirvis, P.H. Lawler, E.E. (1977), Measuring the Financial Impact of employee Attitudes, Journal of Applied Psychology, LXII(1977),1-8. In: Peter Capelli and Peter Sherer, Satisfaction, market wages & Labor Relations: An Airline Study, Industrial Relations, vol .27 1988.
39. Patrick, PKS. (1984), Professional roles at risk for burnout. Family community Health.1984,6:25-31. In: Donohoe et al, Factors Associated With Burnout of Physical Therapists in Massachusetts Rehabilitation Hospitals, (Physical Therapy/Volume 73, Number11/November 1993.
40. Pines, A. (1983), On burnout and the buffering effects of social support. B.A. Farber(ED), Stress and burnout in the human service professions(pp.157-174) New York: Pergamon press. In: Communication, social support, and burnout: A Brief Literature Review (<http://www.ischool.utexas.edu/~ssoy/pups/micro-communication/2micro.htm>,access 11/5/2009)

41. Pryor, F.L. Schaffer, D. (1997), Wages and the university educated: A Paradox resolved. *Monthly Labor Review*,3-14. In: Weiten W. Lloyd M.(eds), *Psychology Applied to modern life. Adjustment at the turn of the century*, Wardsworth Thomson Learning (2000) sixth edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp128-157.
  
42. Redding, W.C. (1972), The influence of communication structure and social support on job stress and burnout, *Management Communication Quarterly*,4, 506-507. In: *Communication, social support, and burnout: A Brief Literature Review*, (<http://www.ischool.utexas.edu/~ssoy/pups/micro-communication/2micro.htm> access 11/5/2009)
  
43. Rogers, C.R. (1977), Carl Rogers on personal power. New York: Delacorte in Weiten W. Lloyd M.(eds), *Psychology Applied to modern life. Adjustment at the turn of the century*, Wardsworth Thomson Learning (2000) sixth edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp138-156.
  
44. Roness A. (1995), Utbrent? Arbeidsstressog psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker. Universitetsforlaget, Oslo 30-5 in *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, June 2004, vol 11,no 6. In: by Mandy A., Saeter M., Lucas K., *Burnout and Self-efficacy in Norwegian physiotherapists*, 2004.
  
45. Rosenberg, M. (1965), The Rosenberg Self-Esteem Scale, *Sociology at University of Maryland*, [http://www.bsos.umd.edu/socy/grad/socpsy\\_rosenberg.html](http://www.bsos.umd.edu/socy/grad/socpsy_rosenberg.html), access 18/12/2007
  
46. Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press
  
47. Schaufeli, WB. and Enzmann, D. (1998), *The Burnout Companion to Study Practice: A critical Analysis*. Taylor Francis Ltd, London. In: Mandy A., Saeter M., Lucas K., *Burnout and Self-efficacy in Norwegian physiotherapists*, 2004.
  
48. Shuster, N., Nelson, D., Quisling, C. (1984), Burnout among Physical Therapists, *PHYS THER* Vol.64, No3. March 1984, pp. 299-303.

49. Scutter, S. and Goold, M. (1995) Burnout in recently physiotherapists in South Australia. Aust Physiother 41(2) 115-18. In: Mandy A., Saeter M., Lucas K., 2004, Burnout and Self-efficacy in Norwegian physiotherapists.
50. Shavelson, R., Hubner, J.J., Stanton, G.G. (1976), Self -concept: Validation of construct interpretations. Review of Educational Research,46,407-411. In: Weiten W. Lloyd M.(eds), Psychology Applied to modern life. Adjustment at the turn of the century, Wardsworth Thomson Learning (2000) sixth edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp128-157.
51. Sheila, S. and Melissa, G. (1995), Burnout in recently qualified physiotherapists in South Australia, Australian Physiotherapy vol 41,no2,1995 pp 115-118.
52. Shimachiro, O. and Hisano, H. (2002), Burnout amongst Physiotherapists in Ishkawa prefecture, in Japan, J.Phys.Ther.Sci. 14:7-13.
53. Steers, R.M. and Rhodes. S.R,(1978), Major Influences on Employee Attendance: A Process Model, Journal of Applied Psychology, LXII(1978),391-407. In: Peter Capelli and Peter Sherer, Satisfaction, market wages & Labor Relations: An Airline Study, (Industrial Relations, vol .27 1988.
54. Temnitskii, A.L.(2005), English translation 2007 by Sharpe M.E. Fairness in Wages and Salaries as a Value Orientation and a Factor of Motivation to work, Sociological Research, vol. no. 1, January 2007, pp. 36-50.
55. Terry, A. and Beehr, John E. (1978), Job stress, Employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model, and literature review, Newman Personnel Psychology 1978,31.
56. Triandis, H. (1959), A Critique and Experimental Design for the study of the relationship between productivity and job satisfaction, psychological Bulletin,LVI(1959), 309-316. In: Peter Capelli and Peter Sherer, Satisfaction, market wages & Labor Relations: An Airline Study, (Industrial Relations, vol .27 1988).



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αγραφιώτης, Δ. Λοπατατζίδης Α. (2000), Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/ υπηρεσιών υγείας, Πάτρα, ΕΑΠ.
2. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (1999), Επαγγελματική Εξουθένωση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16(1): 17-19. Στο: Πολίτη Β. (2005), Επαγγελματική εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
3. Αδαλή, Ε. (1999, 2000), Συγκριτική μελέτη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων, Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, Διδακτορική Διατριβή.
4. Αναγνωστόπουλος, Φ. και Παπαδάτου Δ. (1992), Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών, στο Ψυχολογικά θέματα, τόμος 5, τεύχος 3, 1992. Στο: Γούλας Β., 2004 Διερευνώντας την Επαγγελματική Εξουθένωση για άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης, στο «Υπηρεσίες υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία», εκδόσεις Mediforce, σελ.127-149.
5. Andre, C. and Lelord, F. (1999), μετάφραση Παραδέλη Μ. (2004), Η Αυτοεκτίμηση, βήματα συμφιλίωσης με τον πραγματικό σας εαυτό. Εκδόσεις ΚΕΔΡΟΣ, Αθήνα.
6. Αντωνίου, Α. Στ. (2006), Αποτελεσματική διαχείριση εργασιακού στρες, Εκδόσεις κλειδάριθμος Αθήνα.

7. Αντωνίου, Α.Στ. (2007), σε μετάφραση του, Πώς να αντιμετωπίσετε την Επαγγελματική Εξουθένωση –Burnout, των Michel Leiter and Cristina Maslach, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, σελ.11-12.
8. Αρχείο μελών Παγκυπρίου Συλλόγου Φυσιοθεραπευτών
9. Αρχείο αδειών προσωπικού, τμημάτων Φυσιοθεραπείας κρατικών νοσηλευτηρίων
10. Bakker, A.B.et al (2000), Effort reward imbalance and burnout among nurses. J.Adv Nurs,31 (4):884-891. Στο: Πολίτη Β. (2005), Επαγγελματική εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
12. Βασιλοπούλου Φ.(2008), Επαγγελματικές ασθένειες: Η πολλή δουλειά τρώει τον αφέντη της, στο [file:///E:/www\\_vita\\_gr-Επαγγελματικές ασθένειες. πρόσβαση 27/2/2009](file:///E:/www_vita_gr-Επαγγελματικές_ασθένειες_πρόσβαση_27/2/2009)
13. Braden N. (1992) μετάφραση από Ντούργα Α. (2000) Η δύναμη της Αυτοεκτίμησης, εκδόσεις ΔΙΟΔΟΣ Αθήνα 2000
14. Cedoline, A. J. (1982), Job Burnout in Puplic Education: Symptoms, Causes and Survival Skills, Published the Teachers College, Columbia University. Στο: Παπά Ε. (2005) Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και Παραϊατρικού προσωπικού και οι επιπτώσεις στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
15. Cherniss, C. (1980), Professional burnout in human services organizations. New York: Preager Publisher. Στο: Πολίτη Β. (2005) Επαγγελματική Εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
16. Clearly, P.D. and McNeil, B.J. (1988), Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry, 25,25-36. Στο: Παπά Ε. (2005) Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και Παραϊατρικού προσωπικού και οι επιπτώσεις στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.

17. Colembiewski, R. et al (1986), Stress in organization. New York: Preager. Στο: Πολίτη Β. (2005) Επαγγελματική Εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
18. Γούλας, Β. (2004), Διερευνώντας την Επαγγελματική Εξουθένωση για άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης, σελ.127-149. Στο: Υπηρεσίες υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία εκδόσεις Mediforce
19. Coopersmith S. (1967), Βασικές θεωρίες για την αυτοεκτίμηση» Ελληνική κοινωνική Έρευνα στο [http://epapanis.blogspot.com/search/label/%CE92/CE91/CE%A3%CE99%access 10/4/2009](http://epapanis.blogspot.com/search/label/%CE92/CE91/CE%A3%CE99%access%2010/4/2009)
20. Cordes, C.L., Dougherty T.W. (1993), A review and integration, of research on job Burnout. Academy of Management review,18(4),621-656. Στο: Αδαλή Ε., Συγκριτική μελέτη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων, Αθήνα,(1999) Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, Διδακτορική Διατριβή, σελ 29.
21. Cox, T. (1978), Stress. London Macmillian. Στο: Πολίτη Β. (2005) Επαγγελματική Εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
22. Δέγλερης, Ν. (1996) Άγχος και η αντιμετώπιση του, εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, σελ. 53-103.
23. Δεμερούτη, Ε. (2001), Για την Επαγγελματική εξουθένωση: ορισμός και η σχέση της με τις εργασιακές συνθήκες σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς. (κεφάλαιο) Στο: Βασιλάκη Ε., Τριλίβα Σ., Μπεζεβέγκης Η., Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους, εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, σελ.233-258.
24. Δήμου, Δ., Χατζηθεοδώρου Ε. (2003), Μυοσκελετικές διαταραχές και επαγγελματικοί κίνδυνοι κατά την άσκηση του φυσιοθεραπευτικού επαγγέλματος. Στο: Στριμπάκος Ν.



Οδηγός επαγγέλματος Φυσικοθεραπευτή, Γραφείο Διασύνδεσης ΤΕΙ Λαμίας σύνταξη <http://www.career.teilam.gr>, ΤΕΙ, Λαμία, πτυχιακή εργασία.

25. Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν. και συν. (1999), Βασικές Αρχές διοίκησης /Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα, σελ. 156-157.
26. Edelwich, J., Brodsky, A. (1980), Burnout: Stages of disillusionment in helping professions, Human sciences press, New York. Στο Πολίτη: Β. (2005) Επαγγελματική Εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
27. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, (2002) Εργασία χωρίς άγχος –Πηγές εργασιακού άγχους, Αθήνα.
28. Ηλιοπούλου-Τσουτσάνη Α. (2007), Επαγγελματική εξουθένωση και αυτοεκτίμηση των εκπαιδευτικών περίπτωση των Δημόσιων εκπαιδευτικών. Άρθρο στο [http://www.penpe.gr/per\\_tsoutsani.htm](http://www.penpe.gr/per_tsoutsani.htm) πρόσβαση 23/4/2009
29. Harison, RV. (1978), Person- environment fit and job stress. Cooper and Poyne, stress at work Chichester wiley. Στο: Χαχούδη Α. (2005), Επαγγελματική Εξουθένωση στα επαγγέλματα υγείας. Η περίπτωση δείγματος νοσηλευτών των νοσοκομείων της Θεσσαλίας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
30. Jackson, S.E., Shusler, R.S. (1983), Preventing employee burnout. Personnel, 60 (20):58-68. Στο: Πολίτη Β. (2005) Επαγγελματική Εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
31. Κάντας, Α. (1996) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. Περιοδικό Ψυχολογία, 3,(2) Αθήνα, σελ.71-85.
32. Κοδοσάκη, Δ. (1998) Εργονομία στοιχεία και αρχές, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα.

33. Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού, Ο., Πάντζου, Π. (2000) Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/ υπηρεσίες υγείας. Τόμος Β. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
34. Κουτσογιάννη Κ. (2002), Τεχνολογία στις Επιστήμες υγείας και Πρόνοιας, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
35. Λαϊκή Τράπεζα Κύπρου (2006), Η Ιατρική στην Κύπρο, από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία, Κύπρος, σελ 25-26,54-55, 188.
36. Λαχανά, Ε. (2003), Επαγγελματική Εξουθένωση των νοσηλευτών, Λάρισα, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
37. Lazaro, C. et al (1985), Burnout, job performance and withdrawal behaviors. Journal of Health and Human Resources Administration, 7,213-223. Στο: Πολίτη Β. (2005) Επαγγελματική Εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
38. Maslach, C., Jackson, SE (1985), The role of sex and family variables in burnout. Sex roles, 12:837-851. Στο: Πολίτη Β. (2005) Επαγγελματική Εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
39. Maslach, C. (1986), Ogle M. (1983), Stages of burnout among oncology nurses in the hospital setting. oncology nursing forum,1:31-34. Στο: Αδαλή, Ε, (1999) Συγκριτική μελέτη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων. Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, Διδακτορική Διατριβή.
40. Maslach, C., Jackson, SE. (1986), «Maslach Burnout Inventory» Manual 2<sup>nd</sup> ed. Palo Alto Calif : Consulting Psychologists press. Στο: Παπά Ε. (2005) Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και Παραϊατρικού προσωπικού και οι επιπτώσεις στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.

41. Maslach, C. (1997), The truth about Burnout, San Francisco, CA: Josey-Bass Publishers 1997;13-15. Στο: Παναγοπούλου Γ. και Στεφοπούλου Μ.(2005), Επαγγελματική Εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού, συσχέτιση της με τη φυσική και ψυχική ευεξία του, και η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ίδιους, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
42. Melchior, M. et al (1995), The Tasks of Psychiatric Nurses in Long-Term Residential Setting in the Netherlands, in J. Nurs. Stud. ,32(4):398-412. Στο: Λαχανά Ε.(2003), Επαγγελματική Εξουθένωση των νοσηλευτών, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
43. Μεγαλοικονόμου, Θ. (1997), Το σύνδρομο της κόπωσης στις Δομές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Τετράδια Ψυχιατρικής τ.59 σελ.10-23 Αθήνα. Στο: Χαχούδη Α.(2005) Επαγγελματική Εξουθένωση στα επαγγέλματα υγείας: Η περίπτωση δείγματος νοσηλευτών των νοσοκομείων της Θεσσαλίας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
44. Μερκούρης Α. (2008), Μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας, Εκδόσεις Έλλην, σελ.203-206.
45. Μεταλληνού Ο. (1999), Στήριξη των επαγγελματιών υγείας. ΕΑΠ, Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/ Υπηρεσιών υγείας, Τόμος Β, κεφ., 4, σ.142-151, ΕΑΠ Πάτρα.
46. Μπαμπινιώτη, Γ. (1998), Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, εκδόσεις Κέντρο Λεξιλογίας ΕΠΕ Αθήνα.
47. Μυριανθέα, Κ. (1969), Μελέται, Λευκωσία σελ.303-306
48. Μουστάκα, Ε. και Μαλιαρού, Μ. (2008), Η επαγγελματική εξουθένωση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Διπλωματική Εργασία στο <file://E://Medtime> \_ Επαγγελματική εξουθένωση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Αλεξανδρούπολη, πρόσβαση 19/2/2009.
49. Νόμος περί εγγραφής Φυσιοθεραπευτών 140/89, Κύπρος 1989.
50. Ogle, M. (1983), Stages of burnout among oncology nurses in the hospital setting. Oncology Nursing Forum W,1, 31-34. Στο: Πολίτη Β.,(2005), Επαγγελματική



59. Σαχίνη –Καρδάση Α. (2004), Μεθοδολογία έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 245-250.
60. Seuntjens, A. (1982), Burnout in nursing. What it is and how to prevent it. Nursing administration quarterly, Fall, 12-19). Στο: Αδαλή Ε.(1999) Συγκριτική μελέτη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επείγουσών περιπτώσεων, Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής, pp21, Αθήνα, Διδακτορική Διατριβή.
61. Shinn, M. (1982), Methodological issues, Evaluating and using Information. In W. S. Paine (Ed) Job burnout. London: Sage. Στο: Πολίτη Β. (2005), Επαγγελματική Εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
62. Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, Ετήσια έκθεση Υπουργείου Υγείας 1960, Τυπογραφείο Κυπριακής Δημοκρατίας, Λευκωσία, σελ.27.
63. Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, Ετήσια έκθεση Υπουργείου Υγείας 2001, Τυπογραφείο Κυπριακής Δημοκρατίας, Λευκωσία, σελ.91.
64. Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, Ετήσια έκθεση Υπουργείου Υγείας 2007, Τυπογραφείο Κυπριακής Δημοκρατίας, Λευκωσία.
65. Στατιστική Υπηρεσία (2005), Έρευνα Υγείας 2003 Στατιστικές Υγείας, Σειρά II, Αρ. Έκθεσης 6, Τυπογραφείο Κυπριακής Δημοκρατίας, Λευκωσία.
66. Στριμπάκος, Ν.(2008), Οδηγός επαγγέλματος Φυσικοθεραπευτή, Γραφείο Διασύνδεσης ΤΕΙ Λαμίας σύνταξη <http://www.career.teilam.gr>.
67. Τσακλή, Π. (2005), Γενικές αρχές εργονομίας και προληπτική Φυσιοθεραπεία. Θεσσαλονίκη University Press.
68. Τσίρος, Χ., Παπαπέτρου, Σ. (2008), Επαγγελματική εξουθένωση και αυτοεκτίμηση των εκπαιδευτικών σε συνάρτηση με την έννοια του αισθητηριακού τύπου.

File: E:/26 2 09/Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου .htm πρόσβαση 27/2/2009.

69. <http://epapanis.blogspot.com/search/label/%CE%92%CE91CE%A3%CE99>, Βασικές θεωρίες για την Αυτοεκτίμηση-Ελληνική κοινωνική έρευνα, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Επαγγελματικές μονογραφίες για άτομα με προβλήματα όρασης, πρόσβαση 10/4/2009
70. Farber B. (1983), Stress and Burnout in the human service profession», Pargamon Press. Στο: Αδαλή Ε. (1999), Συγκριτική μελέτη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επείγουσών περιπτώσεων, Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, Διδακτορική Διατριβή, σελ. 24-25
71. Firth, H., McIntree, J., McKeown, P., Britten, P. (1986), Burnout and professional Depression : related concepts, Journal of Occupational Psychology, 62:55-59. Στο: Τσιγάρα Στ., Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών: Η περίπτωση των νοσοκομείων του νομού Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
72. Firth, H. Britton, P. (1989). Burnout, absence and turnover among British nursing staff, Journal of occupational Psychology,62: 55-59. Στο: Πολίτη Β. (2005) Επαγγελματική Εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, ΕΑΠ, Πάτρα, Διατριβή.
73. Χόνδρου Τζ. Η αξία της Αυτοεκτίμησης, <http://e-psychology.gr/content/view/336/67/> πρόσβαση 8/4/2009.
74. Medlook (2008). Η δραστική μείωση του στρες με αρωματοθεραπεία, άρθρο, [http://www.medlook.net.cy/printarticle.asp?item\\_id=2427](http://www.medlook.net.cy/printarticle.asp?item_id=2427) πρόσβαση 5/7/2008.
75. Medlook (2008). Πώς επηρεάζουν οι τέχνες την σωματική και ψυχική σας υγεία, άρθρο στο [http://www.medlook.net.cy/printarticle.asp?item\\_id=2646](http://www.medlook.net.cy/printarticle.asp?item_id=2646) ,πρόσβαση 5/7/2008.
76. antistres (2009), Σύνδρομο burnout ή σύνδρομο ολοκληρωτικής εξάντλησης, στο <http://antistres-roi.blogspot.com/2009/01/00-burnout-oo-oo.html> πρόσβαση 10/4/2009.

77. E-PSYCHOLOGIST (2008), Το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση, [www.psi.gr](http://www.psi.gr) Διαδικτυακό περιοδικό e-psychologist.blogspot.com/2008/01/blog-post\_31.html πρόσβαση 21/6/2008.
78. Urwick L.F. (1943) The elements of Administration, Harper and Brothers, New York.  
Στο: Βασικές Αρχές διοίκησης /Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Κουτούζης Μ., 1999, ΕΑΠ, Πάτρα, σελ. 157.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



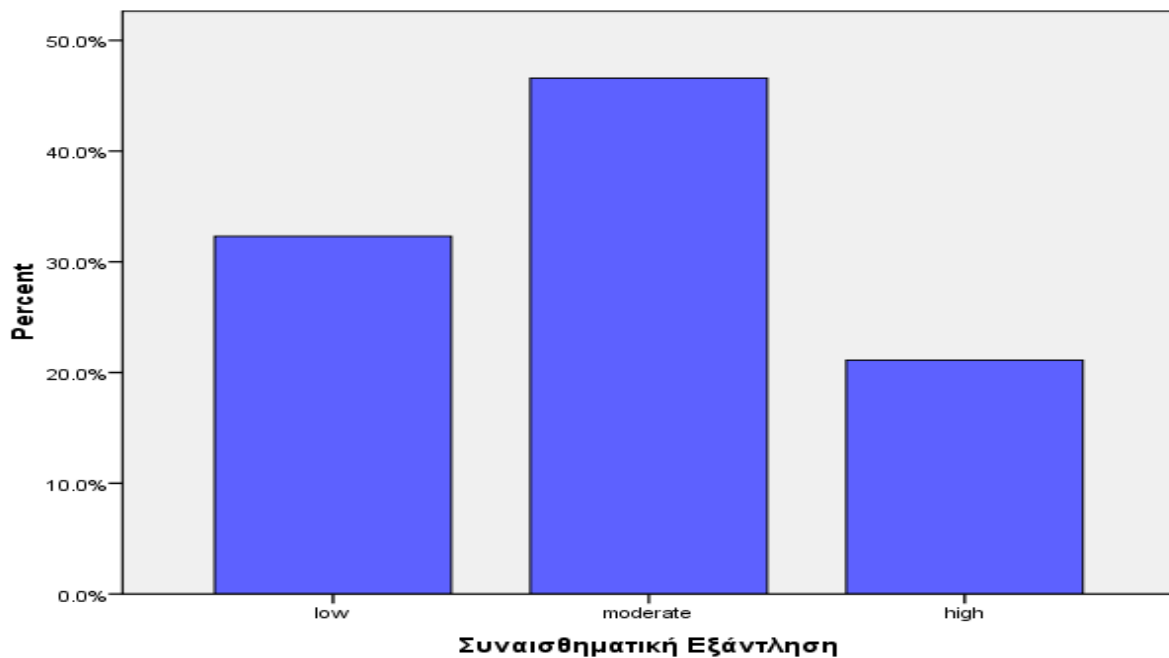
## 10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακες που φαίνονται τα γενικά αποτελέσματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης κατά συνιστώσα.

Πίνακας Α.1 και Γράφημα Α.1 Αποτελέσματα για τη συνιστώσα «Συναισθηματική εξάντληση»

### ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ

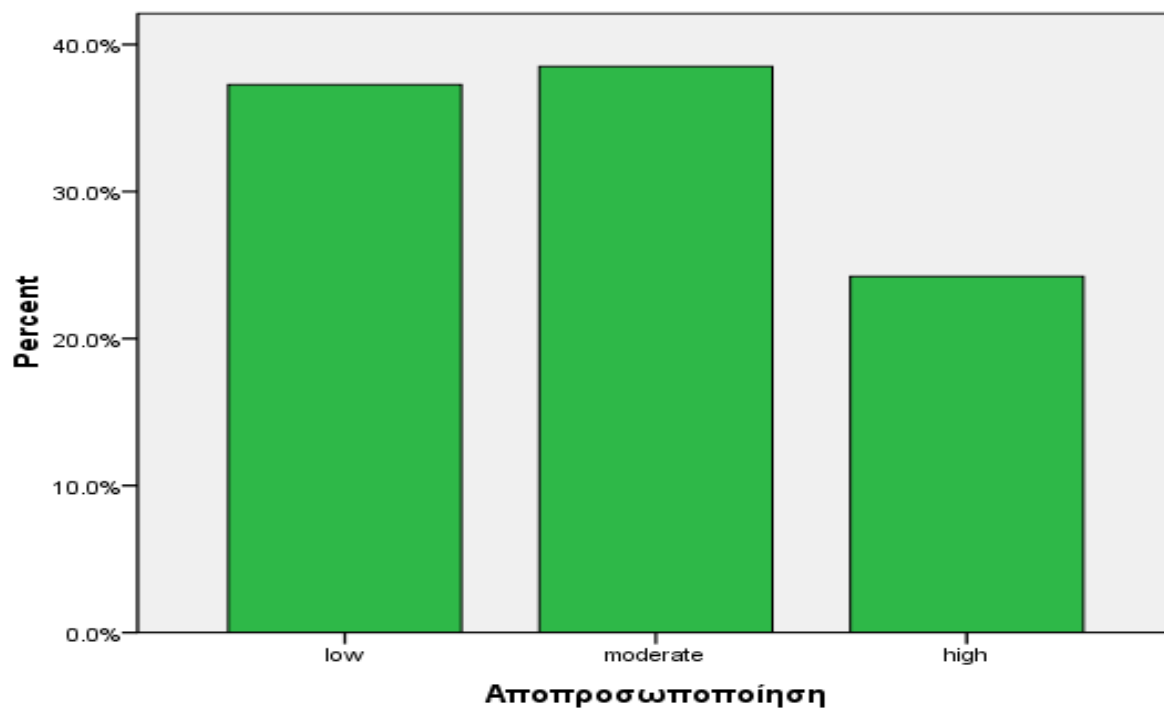
		Αριθμός δείγματος	Ποσοστό δείγματος	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	χαμηλή	52	30,2	32,3	32,3
	Μέτρια	75	43,6	46,6	78,9
	Ψηλή	34	19,8	21,1	100,0
	Σύνολο	161	93,6	100,0	
Missing	System	11	6,4		
	Σύνολο	172	100,0		



Πίνακας Α.2 και Γράφημα Α.2 Αποτελέσματα για τη συνιστώσα «αποπροσωποποίηση»

ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ

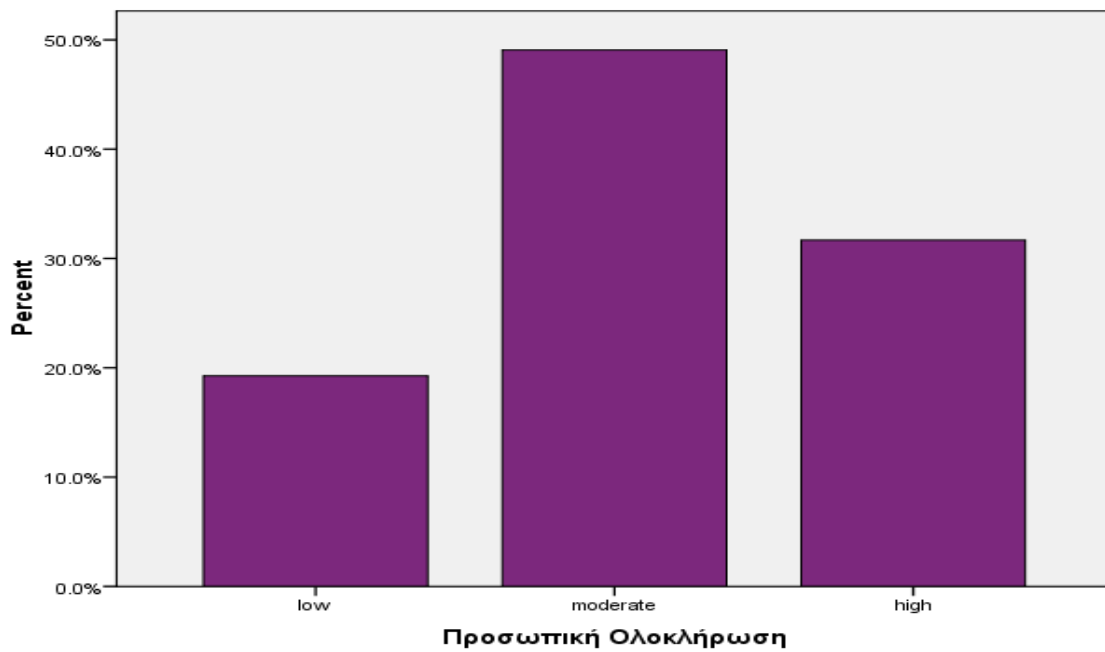
		Αριθμός δείγματος	Ποσοστό δείγματος	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλή	60	34,9	37,3	37,3
	Μέτρια	62	36,0	38,5	75,8
	Ψηλή	39	22,7	24,2	100,0
	Σύνολο	161	93,6	100,0	
Missing System		11	6,4		
Σύνολο			100,0		



Πίνακας Α.3 και Γράφημα Α.3 Αποτελέσματα για τη συνιστώσα «προσωπικά επιτεύγματα»

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

		Αριθμός δείγματος	Ποσοστό δείγματος	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλή	31	18,0	19,3	19,3
	Μέτρια	79	45,9	49,1	68,3
	Ψηλή	51	29,7	31,7	100,0
	Σύνολο	161	93,6	100,0	
Missing	System	11	6,4		
Σύνολο		172	100,0		



Πίνακες Α.4 – Α.6 Χωρίς στατιστικά σημαντική συσχέτιση των συνιστωσών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης με διάφορα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.  $P > 0,05$

Πίνακας Α.4

Συναισθηματική εξάντληση

Μεταβλητή	$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας	Βαθμοί ελευθεριότητας (DF)	Τιμές σημαντικότητας ( $P > 0,05$ )
ηλικία	5,086	8	0,748 > 0,05
κατανομή κατά επαρχία	14,728	8	0,065
χρόνια εργασίας	5,459	10	0,859
Συμβολή στην επιλογή επαγγέλματος	3,749	4	0,441

Πίνακας Α.5

Αποπροσωποποίηση

Μεταβλητή	$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας	Βαθμοί ελευθεριότητας (DF)	Τιμές σημαντικότητας ( $P > 0,05$ )
τομέας εργασίας	2,002	2	0,368
φύλο	1,172	2	0,557
Ηλικία	13,817	8	0,087
Ικανοποίηση με την εργασία μου	7,405	6	0,285

Πίνακας Α.6 Προσωπική ολοκλήρωση

Μεταβλητή	$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας	Βαθμοί ελευθεριότητας (DF)	Τιμές σημαντικότητας ( $P > 0,05$ )
Επαρχία	10,650	8	0,222
τομέας εργασίας	1,353	2	0,508
Χρόνια εργασίας	8,664	10	0,564
Ηλικία	11,357	8	0,182
Συμβολή στην επιλογή του επαγγέλματος	2,330	4	0,675



**ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ**

**Ερωτηματολόγιο  
για την  
Αποτύπωση και Μελέτη  
της Οργάνωσης Εργασίας και Υγείας  
των Φυσιοθεραπευτών  
της Κύπρου**

**ΚΥΠΡΟΣ - 2008**

### **Οδηγίες συμπλήρωσης ερωτηματολογίου**

Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται όλο και περισσότερο οι βιβλιογραφικές αναφορές που διερευνούν και διαπιστώνουν δυσθυμικές καταστάσεις τις οποίες βιώνουν οι επαγγελματίες πολλών ειδικοτήτων σε παγκόσμια κλίμακα.

Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες που κύριο έργο τους είναι ο άνθρωπος βρέθηκε ότι υποφέρουν από άγχος, μελαγχολία και επαγγελματική εξουθένωση.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί είναι ανώνυμο και επιδιώκει να διερευνήσει την πιθανότητα ύπαρξης τέτοιων καταστάσεων ανάμεσα στους Φυσικοθεραπευτές παιδιατρικών μονάδων και στη συνέχεια να διερευνήσει τις αιτίες, τους παράγοντες και τις αφορμές που δυνητικά μπορεί να προκαλέσουν τέτοια κατάσταση.

Είναι αποδεδειγμένο ότι οι συνθήκες εργασίες επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία αλλά και την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Οι απαντήσεις σας θα μας βοηθήσουν να αξιολογήσουμε τις παρούσες εργασιακές συνθήκες και να δρομολογήσουμε μελλοντικές βελτιώσεις.

Δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λανθασμένες» απαντήσεις / τοποθετήσεις. Απλώς, δώστε τη δική σας απάντηση όπως εσείς αισθάνεστε και όχι τι θα έπρεπε να απαντήσει κάποιος.

Για κάθε μία από τις ερωτήσεις, επιλέξτε μία μόνο απάντηση εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες όπου αναγράφεται στην ερώτηση η δυνατότητα επιλογής περισσότερων απαντήσεων.

Αν έχετε ερωτήσεις που αφορούν τη μελέτη παρακαλώ επικοινωνήστε με:

**A. Παυλάκη: 99 314 033**

**I. Ζήνωνος – Κωνσταντίνου: 99 646 073**

**Παρακαλώ να τοποθετήσετε το ερωτηματολόγιο στο φάκελο και αφού τον σφραγίσετε να τον παραδώστε στον/στην υπεύθυνο της έρευνας.**

**Ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

**Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία δίνοντας σε κάθε ερώτηση την απάντησή σας, είτε βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας, είτε γράφοντας την απάντησή σας στο κενό χώρο.**

1. **Επαρχία :**

Αμμόχωστος	1
Λάρνακα	2
Λεμεσός	3
Λευκωσία	4
Πάφος	5

2. **Φύλο:**

Άνδρας	1
Γυναίκα	2

3. **Ηλικία:**

< 30 χρ.	1
31 - 40 χρ.	2
41 - 50 χρ.	3
51 - 60 χρ.	4
> 60 χρ.	5

3α **Οικογενειακή κατάσταση:**

Έγγαμος/η	1
Άγαμος/η	2
Διαζευγμένος/η σε διάσταση	3
Χήρος/α	4

4. **Αριθμός παιδιών**

Κανένα παιδί	1
Ένα μέχρι δύο παιδιά	2
Τρία ή περισσότερα παιδιά	3

5. **Τομέας άσκησης επαγγέλματος:**

Κρατικός τομέας	1
Ιδιωτικός τομέας	2

6. **Χρονική περίοδος εξειδίκευσης στην**



6. (α) τομέας εξειδίκευσης: .....	Φυσιοθεραπεία (αν υπάρχει):	1970 - 1980	1
		1981 - 1990	2
		1991 - 2000	3
	.....	2001 - 2008	4

7. Χρόνια εργασίας ως Φυσιοθεραπευτής/τρια

Λιγότερο από ένα	1
1 - 5	2
6 - 10	3
11- 20	4
21 - 30	5
31 +	6

8. Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για σας;

ΝΑΙ	1
ΟΧΙ	2

9. Καπνίζετε;

ΝΑΙ	1
ΟΧΙ	2

10. Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ :

1.	πόσα τσιγάρα την ημέρα;	
2.	πόσα χρόνια είστε καπνιστής;	
3.	πόσες φορές (αν συνέβη) δοκιμάσετε να διακόψετε το κάπνισμα;	
4.	Πότε διακόψετε (αν συνέβη) το κάπνισμα;	

11. Ποιος συνέβαλε για να επιλέξετε το συγκεκριμένο επάγγελμα που ασκείτε:

δική μου απόφαση	1
με ενθάρρυναν άλλοι	2
άλλοι αποφάσισαν για μένα	3

12. Παίρνετε φάρμακα χωρίς συνταγή; ( Αν η απάντηση είναι ναι, ποια φάρμακα ; ( σημειώστε ότι σας αντιπροσωπεύει).

---

1	Παυσίπονα	ΝΑΙ	ΌΧΙ
2	Αντιβιοτικά	ΝΑΙ	ΌΧΙ
3	Αγχολυτικά	ΝΑΙ	ΌΧΙ
4	Υπναγωγά	ΝΑΙ	ΌΧΙ
5	Άλλα (αναφέρετε συγκεκριμένα) .....	ΝΑΙ	ΌΧΙ

13. Αναφέρετε (αν συμβαίνει) τα κυριότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζετε τώρα:

α)

β)

γ)

14. Παρακαλώ αναφέρετε πόσο σας προβληματίζουν τα ακόλουθα:

	ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	καθόλου	λίγο	πολύ	Πάρα πολύ
α)	χαμηλός μισθός	1	2	3	4
β)	εξαντλητικό ωράριο	1	2	3	4
γ)	απουσία συνεργασίας με συναδέλφους	1	2	3	4
δ)	απουσία συνεργασίας με τους προϊσταμένους	1	2	3	4
ε)	απουσία συνεργασίας με το Υπουργείο	1	2	3	4
στ)	απουσία ευκαιριών ανέλιξης	1	2	3	4
ζ)	απουσία ευκαιριών επιμόρφωσης	1	2	3	4
η)	άλλο (αναφέρετε συγκεκριμένα)..... .....	1	2	3	4

15. Με κλίμακα βαθμολογίας από το 1 - 10, πώς βαθμολογείτε τον εαυτό σας ως επαγγελματία; Βαθμός: .....

16. Με κλίμακα βαθμολογίας από το 1 - 10, πώς βαθμολογείτε,

γενικά, τον Κύπριο Φυσιοθεραπευτή; Βαθμός: .....

Πιο κάτω είναι ένας κατάλογος από δηλώσεις με γενικά συναισθήματα για τον εαυτό σου.

(Βάλε σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

17		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
(α)	Αισθάνομαι ότι είμαι άτομο με αξία, τουλάχιστον στο ίδιο επίπεδο με τους άλλους	1	2	3	4
(β)	Αισθάνομαι ότι έχω αρκετά καλά προτερήματα	1	2	3	4
(γ)	Γενικά τείνω να αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχημένος	1	2	3	4
(δ)	Είμαι ικανός να κάνω πράγματα τόσο καλά όσο ο περισσότερος κόσμος	1	2	3	4
(ε)	Νιώθω ότι δεν έχω πολλά πράγματα για να υπερηφανεύομαι	1	2	3	4
(στ)	Έχω θετική εικόνα για τον εαυτό μου	1	2	3	4
(ζ)	Γενικά είμαι ευχαριστημένος με τον εαυτό μου	1	2	3	4
(η)	Εύχομαι να μπορούσα να είχα περισσότερο αυτοσεβασμό	1	2	3	4
(θ)	Κατά καιρούς αισθάνομαι με βεβαιότητα ότι είμαι άχρηστος	1	2	3	4
(ι)	Μερικές φορές νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός	1	2	3	4

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Γράψετε στη δεξιά στήλη του πίνακα των ερωτήσεων τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει:

Πόσο συχνά;  
Από 0 μέχρι 6

18.

0 Ποτέ δε μου συμβαίνει	1 Λίγες φορές το χρόνο	2 Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	3 Δύο - τρεις φορές το μήνα	4 Μία φορά την εβδομάδα	5 Αρκετές την φορές εβδομάδα	6 Κάθε μέρα μου συμβαίνει
α)	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένη /ος από τη δουλειά μου.					
β)	Νιώθω άδεια /ος, σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.					
γ)	Νιώθω κουρασμένη /ος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά.					
δ)	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς μου.					
ε)	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σαν να ήταν αντικείμενα.					
στ)	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα.					
ζ)	Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.					
η)	Νιώθω εξουθενωμένη /ος από τη δουλειά μου.					
θ)	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μου μέσα από τη δουλειά μου.					
ι)	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητη /ος προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.					
ια)	Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει					

0 Ποτέ δε μου συμβαίνει	1 Λίγες φορές το χρόνο	2 Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	3 Δύο - τρεις φορές το μήνα	4 Μία φορά την εβδομάδα	5 Αρκετές την φορές εβδομάδα	6 Κάθε μέρα μου συμβαίνει
	συναισθηματικά πιο σκληρή /ό.					
ιβ)	Νιώθω γεμάτη /ός δύναμη και ενεργητικότητα.					
ιγ)	Νιώθω απογοητευμένη /ος από τη δουλειά μου.					
ιδ)	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.					
ιε)	Στην ουσία, δε μ' ενδιαφέρει τι συμβαίνει στους ασθενείς μου μου.					
ιστ)	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με τους ασθενείς.					
ιζ)	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.					
ιη)	Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα με τους ασθενείς μου.					
ιθ)	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά.					
κ)	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.					
κα)	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.					
κβ)	Νομίζω ότι οι ασθενείς ή και οι συγγενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.					

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία