

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση επαγγελματικής εξουθένωσης
μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε
ανοικτά τμήματα και χειρουργεία

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΠΡΑΝΤΣΙΔΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΖΗΛΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ,ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ , 2011

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ
νοσηλευτών που εργάζονται σε ανοικτά
τμήματα και χειρουργεία

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΠΡΑΝΤΣΙΔΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΖΗΛΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	13
1.1 Το πειραματικό στάδιο	13
1.2 Η εμπειρική φάση	14
2.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ: ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ Η ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ;	
2.1 Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης.....	15
2.2 Οριοθέτηση άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης	16
3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ BURN OUT	
3.1 Ανάλυση του συνδρόμου burn out	18
3.2 Θεωρίες για την επαγγελματική εξουθένωση	22
3.3 Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης.....	23
3.4 Επιταχυντικοί – Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	24
3.5.Επιπτώσεις και συμπτώματα του συνδρόμου.....	35
3.6. Εργαλεία μέτρησης του συνδρόμου.....	37
3.7. Πρόληψη και αντιμετώπιση.....	39
3.7.1 Οργανωτικές παρεμβάσεις.....	39
3.7.2 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο	44
4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	
4.1 Ανασκόπηση των μεθοδολογικών προσεγγίσεων στη μελέτη του burnout μεταξύ διαφορετικών τμημάτων	48
4.2 Ιδιαιτερότητες χειρουργείου και ανοιχτών τμημάτων	50

II ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	53
5.1 Σκοπός της έρευνας	53
5.2 Υποθέσεις εργασίας	53
5.3 Περιορισμοί της έρευνας	54
5.4 Συμμετέχοντες στη μελέτη	55
5.5 Συλλογή δεδομένων	55
5.6 Ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε	56
5.7. Στατιστική μεθοδολογία	58
6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	60
7. ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΕΣ /ΣΥΖΗΤΗΣΗ	88
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	103
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	106
Ελληνική βιβλιογραφία	112
Πηγές από το διαδίκτυο	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	120

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για τη δυνατότητα που μου έδωσε να συμμετέχω με αξιοκρατικές διαδικασίες στην απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω επίσης τους νοσηλευτές των δυο νοσοκομείων που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας Δρα Ζηλίδη Χρήστο για τις συμβουλές του, την συνεχή επίβλεψη του και την υπομονή του και γενικά την πολύτιμη βοήθειά του, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσα να ολοκληρώσω επιτυχώς την συγγραφή της πτυχιακής μου εργασίας.

Ευχαριστώ ακόμα τον κ. Κωνσταντίνο Τζάνα, για την βοήθειά του στην στατιστική επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας και την τεκμηριωμένη επιστημονικά εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες απευθύνω στην οικογένειά μου και ιδιαίτερα στον σύζυγο μου Νίκο και την κόρη μου Αθηνά για την αμέριστη συμπαράστασή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί μια μακροπρόθεσμη αντίδραση στο επαγγελματικό στρες και εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα, όπως οι νοσηλευτές. Η αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου είναι πολυδιάστατη, ενώ έρευνες των τελευταίων 25 ετών έχουν αποδείξει την επίδραση πολλών παραγόντων στη διαμόρφωσή του. Οι δυσμενείς επιδράσεις του συνδρόμου αποτελούν έρεισμα για τη μέτρηση του μέσω ερευνητικών εργασιών καθώς και το σχεδιασμό παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση και κυρίως την πρόληψή του.

Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε κλειστά (χειρουργείο) και ανοιχτά τμήματα δυο δημόσιων νοσοκομείων.

Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν ενενήντα έξι άτομα εκ των οποίων τα σαράντα ένα προέρχονται από το χειρουργείο και τα άλλα πενήντα πέντε από παθολογικές κλινικές

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ένα τριμερές ερευνητικό εργαλείο συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών πληροφοριών, τον κατάλογο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach και ένα προαιρετικό μέρος ανοιχτών ερωτήσεων και κλειστών ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίησή τους από την εργασία. Σύμφωνα με τις μετρήσεις της Maslach, υπάρχει μέση επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των κλειστών και ανοιχτών τμημάτων και στις τρεις υποκλίμακες.

Αν και αναμενόμενο θα ήταν στα ανοιχτά τμήματα το σύνδρομο να έχει μεγαλύτερες διαστάσεις, λόγω του φόρτου εργασίας σε όλα τα ωράρια, δεν υπάρχει στατιστική διαφορά ανάμεσα στα δύο τμήματα. Μόνο η διάσταση της προσωπικής ολοκλήρωσης κυμαίνεται σε χαμηλότερη κλίμακα στο χειρουργείο, ενώ στα ανοιχτά τμήματα η προσωπική ολοκλήρωση είναι υψηλότερη. Ένας αιτιολογικός παράγοντας θεωρείται το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων στο χειρουργείο είναι απόφοιτοι των ΤΕΙ και έχει υψηλότερες επαγγελματικές προσδοκίες και ατομικές φιλοδοξίες που πιθανόν διαφεύδονται.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι σχετικές απαντήσεις κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα, με τους νοσηλευτές του χειρουργείου να είναι μέτρια ευχαριστημένοι από το επάγγελμα τους γενικά και ειδικά ως νοσηλευτές, να είναι απρόθυμοι να αλλάξουν αντικείμενο μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, ωστόσο όμως οι μισοί από αυτούς να δέχονται να κάνουν κάποια άλλη δουλειά με καλύτερες συνθήκες εργασίας. Αντίθετα, οι νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι και δεν ενδιαφέρονται να κάνουν κάποια άλλη δουλειά. Αυτό που προκύπτει από την έρευνα είναι ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν εξαρτάται τόσο από το αν το τμήμα είναι κλειστό ή ανοιχτό αλλά από παράγοντες που απασχολούν τους νοσηλευτές όλων των δημόσιων νοσοκομείων όπως, η έλλειψη προσωπικού αλλά και ο άνισος καταμερισμός αυτού, ο φόρτος εργασίας και το κυκλικό ωράριο.

Κρίνεται επίσης απαραίτητη η εκπόνηση μελλοντικών ερευνών με στόχο όχι μόνο τη μέτρηση του συνδρόμου αλλά και την πρόληψή του και την εξεύρεση τρόπων προσέλκυσης νοσηλευτών, ώστε το επάγγελμα, εκτός από βιοποριστικό μέσο, να αποτελεί και συνειδητή επιλογή ζωής.

ABSTRACT

The burnout syndrome constitutes a long-term reaction to workplace stress and occurs primarily in social workers such as nurses. The causes and pathogenesis of the syndrome are multidimensional while research carried out in the last 25 years has proven that numerous factors influence its formation. The adverse effects of the syndrome provide grounds for measuring it through research as well as designing interventions for its treatment and foremost for its prevention.

The main purpose of this study is to explore the level of burnout in nurses working in closed (operating rooms) and open departments in two public hospitals.

There were ninety six people taking part in this study forty one of which came from the surgery department and fifty five from pathology clinics.

The study was carried out using a trilateral research tool including demographical information, the Maslach burnout inventory and an optional part consisting of open and closed questions concerning job satisfaction. According to the Maslach inventory there is average burnout among the nurses of closed and open departments in all three sub-scales.

Although one would expect the burnout syndrome to be more intense in the open departments due to workload in all working hours, there is no statistical difference between the two departments. Only the personal accomplishment component was found to be statistically related ($p < 0,001$). More specifically it ranges at a lower level in the surgery department, while in the open departments personal accomplishment is higher. A causal factor is believed to be the fact that the biggest percentage of the people working in operating rooms are graduates from technical colleges thus having higher career expectations and personal aspirations that are likely to be disappointed. In the second part of questions the answers range at the same level with the operating room nurses being moderately satisfied from their career in general and particularly as nurses being reluctant to change their field within the hospital; half of them though are willing to do another job with better working conditions. On the other hand the nurses working in the open departments appear more satisfied and are not interested in doing another job. What emerges from this study is that burnout does not depend on whether the department is closed or open but by factors of concern to all nurses in

public hospitals such as staff shortage as well as its uneven distribution, workload and cyclical timetable.

What is further considered necessary is the designing of future research aimed not only at measuring the syndrome, but also at its prevention as well as finding ways to attract nurses so that the profession apart from being a means of livelihood can grow to be a conscious life choice.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα οι αξίες της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και κυρίως της ορθολογικής διαχείρισης των οικονομικών πόρων είναι σημαντικές δυνάμεις που επηρεάζουν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Σ' αυτό το πλαίσιο, η εμφάνιση του προβλήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς το κόστος τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τους οργανισμούς είναι μεγάλο.

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) είναι μία μορφή παρατεταμένου, χρόνιου επαγγελματικού άγχους που ξεπερνά τα όρια της αντοχής ή τις δυνατότητες του ατόμου να το αντιμετωπίσει. Αναφέρεται ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που προκαλείται από μακροχρόνια έκθεση σε καταστάσεις που έχουν απαιτήσεις συναισθηματικής εμπλοκής (Freudenberger 1974, Maslach & Jackson 1981, Maslach & Leiter, 1997).

Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τους εξής λόγους:

- Επιδρά άμεσα στον ίδιο τον εργαζόμενο με την εμφάνιση συμπτωμάτων τόσο σε σωματικό (κόπωση, πόνοι στη μέση, αϋπνία κ.α.) όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο (ανασφάλεια, εκνευρισμός, αίσθημα προσωπικής αποτυχίας κ.α.) (Foxall & Zimmerman 1990).
- Η εμφάνισή της συνδέεται με την επιδείνωση των σχέσεων του εργαζόμενου τόσο στο χώρο εργασίας με τους ασθενείς και τους συνεργάτες αλλά και στην οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο (Innstrand et al 2008).
- Αποτελεί αιτία για συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία, για την απομάκρυνσή τους από το επάγγελμα και για την παροχή χαμηλής ποιότητας φροντίδας (Maslach & Jackson 1997, Αδαλή 1999, Sibbald 2003, Παππά και συν 2008, Leiter & Maslach 2009, Μπόρου 2010).

Οι νοσηλευτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα εργατικού δυναμικού στα περισσότερα εάν όχι σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (WHO 2007).

Γι' αυτό το λόγο, η προσέλκυση και η διατήρηση τους αποτελεί ζήτημα μεγάλης σπουδαιότητας για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες.

Από ανασκοπήσεις των μελετών για την επαγγελματική εξουθένωση, προκύπτει ότι ένα μεγάλο μέρος από αυτές, αναφέρονται σε επαγγελματίες υγείας. Αυτές επισημαίνουν την αναγκαιότητα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών και σημειώνουν ότι το δύσκολο, στρεσογόνο και πολλές φορές επικίνδυνο περιβάλλον εργασίας τους φαίνεται ότι συμβάλλει στην απόφαση των νοσηλευτών να παραμείνουν ή να φύγουν από το επάγγελμα ((Firth-Cozens & Hardy 1992, Aiken et al 2001, Baumann et al 2001, Sibbald et al 2003, McGills 2005).

Όλοι οι νοσηλευτές των ιδρυμάτων δεν παρουσιάζουν τον ίδιο βαθμό στρες, καθώς και δεν αναπτύσσουν το ίδιο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης. Από μελέτες διαπιστώθηκε, ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), ταξινομούν την αντιμετώπιση του θανάτου ως την σημαντικότερη πηγή στρες και ως αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης περισσότερο από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικές κλινικές. Εκείνοι με την σειρά τους ταξινομούν ως σημαντικότερες πηγές στρες το φόρτο εργασίας και την στελέχωση (Foxall et al 1990). Άλλοι ερευνητές αναφέρουν, ότι οι νοσηλευτές σε χειρουργεία θεωρούν τις συναισθηματικές πτυχές ως λιγότερο σημαντικές από ότι οι νοσηλευτές ογκολογικών και αιματολογικών τμημάτων (Tyler & Ellison 1994, Καλαντζή 2007).

Στο πρώτο μέρος της εργασίας διευκρινίζεται εννοιολογικά η επαγγελματική εξουθένωση, περιγράφονται οι ενδείξεις, τα συμπτώματα, οι αιτίες και οι επιπτώσεις της και προτείνονται μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης.

Το δεύτερο μέρος συμπεριλαμβάνει τα δημογραφικά συστατικά χαρακτηριστικά 5 καταστάσεων που κρίθηκαν ως σημαντικές για το επάγγελμα του νοσηλευτή, τον κατάλογο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach, και ένα προαιρετικό μέρος κλειστών και ανοιχτών ερωτήσεων ζητώντας σχόλια για την κατάσταση που βιώνουν οι νοσηλεύτριες/τές και τις σκέψεις τους. Καταγράφει επίσης τα σχετικά ευρήματα και συμπεράσματα.

Η εργασία αυτή αποσκοπεί στη διερεύνηση της ύπαρξης αλλά και της μέτρησης τυχόν διαφοράς στις παραμέτρους του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

στους νοσηλευτές που εργάζονται στο χώρο του χειρουργείου και των παθολογικών κλινικών δύο επαρχιακών νοσοκομείων του νομού Ημαθίας.

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει:

- Αν υπάρχει διαφορά στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ κλειστών και ανοικτών τμημάτων
- Να συγκριθούν τα αποτελέσματα μεταξύ των δύο αυτών τμημάτων με αυτά άλλων διεθνών ερευνών
- Να εντοπιστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου και να συσχετιστούν με τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Να συσχετισθεί ο βαθμός ικανοποίησής τους από το επάγγελμα γενικά αλλά και από το τμήμα στο οποίο εργάζονται σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

1.1 Το πειραματικό στάδιο

Η έρευνα της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει περάσει από διαφορετικές φάσεις ανάπτυξης.

Στην πρώτη φάση, το έργο ήταν διερευνητικό. Τα αρχικά άρθρα εμφανίστηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 1970 στις Ηνωμένες Πολιτείες και πρωτογενής συνεισφορά τους ήταν να περιγράψουν το βασικό φαινόμενο, να του δώσουν ένα όνομα και να δείξουν ότι δεν ήταν μια ασυνήθιστη αντίδραση. Τα πρώτα γραπτά βασίστηκαν στην εμπειρία των ανθρώπων που εργάζονται στις κοινωνικές υπηρεσίες και στην υγειονομική περίθαλψη, επαγγέλματα στα οποία ο στόχος είναι να παρασχεθεί βοήθεια και υπηρεσία σε ανθρώπους που έχουν ανάγκη και τα οποία μπορεί να χαρακτηρίζονται από συναισθηματικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες άγχους. Πρωτοπαρουσιάστηκε ως κοινωνικό πρόβλημα και έτσι η αρχική σύλληψη της έννοιας προέκυψε από πραγματική ανησυχία και όχι από ακαδημαϊκό ενδιαφέρον. Τα αρχικά άρθρα γράφτηκαν από τον Freudenberger (1975) έναν ψυχίατρο που εργαζόταν σε μία εναλλακτική υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης καθώς και από την Maslach (1976), μια κοινωνική ψυχολόγο που μελετούσε τα συναισθήματα στον εργασιακό χώρο (Maslach et al 2001, Παλάσκας 2007).

Από την αρχή η επαγγελματική εξουθένωση μελετήθηκε όχι τόσο ως μία ατομική απάντηση στο στρες, αλλά σε σχέση με τις διαπροσωπικές συναλλαγές του ατόμου στο χώρο εργασίας.

Από κλινικής πλευράς δόθηκε έμφαση στα συμπτώματα της εξάντλησης και σε θέματα ψυχικής υγείας.

Από κοινωνικής πλευράς το επίκεντρο ήταν η σχέση μεταξύ παρόδου και αποδέκτη στο πλαίσιο των επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών.

Το μεγαλύτερο μέρος από αυτή την αρχική έρευνα ήταν περιγραφικού και ποιοτικού χαρακτήρα, χρησιμοποιώντας τεχνικές όπως συνεντεύξεις, μελέτες περίπτωσης και επι τόπου παρατηρήσεις.

Από αυτές τις πρώτες συνεντεύξεις με τους επαγγελματίες κοινωνικών υπηρεσιών έγινε σαφές ότι η παροχή υπηρεσίας ή φροντίδας μπορεί να είναι μια πολύ απαιτητική εργασία και ότι η συναισθηματική εξάντληση, δεν είναι μια ασυνήθιστη αντίδραση σε καταστάσεις φόρτου εργασίας. Επίσης προέκυψε ότι προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν και να προφυλαχθούν από το άγχος της εργασίας ανέπτυξαν μια συναισθηματική απόσταση από τους αποδέκτες υπηρεσιών (Maslach et al 2001).

1.2 Η εμπειρική φάση

Στη δεκαετία του 1980 η έρευνα για την εξουθένωση μετατοπίζεται σε πιο συστηματική, εμπειρική φάση. Άρχισε να αξιοποιείται η μεθοδολογία του ερωτηματολογίου και η μελέτη μεγαλύτερων πληθυσμών. Το burn out θεωρήθηκε ως μια μορφή εργασιακού άγχους, συνδεδεμένο με έννοιες όπως η ικανοποίηση από την εργασία. Στη δεκαετία του 1990 αυτή η εμπειρική φάση συνεχίστηκε αλλά με ορισμένες νέες κατευθύνσεις.

Πρώτον η έννοια της εξάντλησης επεκτάθηκε πέρα από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα και στην εκπαίδευση (π.χ. υπαλλήλων γραφείου, της τεχνολογίας των υπολογιστών, των στρατιωτικών, των διευθυντών).

Δεύτερον η έρευνα για την εξουθένωση ενισχύθηκε και με πιο εξελιγμένη μεθοδολογία και στατιστικά εργαλεία.

Τρίτον μερικές μακροχρόνιες μελέτες άρχισαν να εκτιμούν τη σχέση ανάμεσα στο περιβάλλον εργασίας σε κάποιο χρόνο και τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου σε μεταγενέστερο χρόνο (Maslach 2001, Παλάσκας 2007).

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τη σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την επαγγελματική ικανοποίηση και το εργασιακό άγχος

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ: ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ Η ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ;

2.1 Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης

Η σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης με την εξουθένωση έχει προκύψει λόγω της ευρισκόμενης αρνητικής συσχέτισης ανάμεσα σε αυτές τις δυο έννοιες. Επιπλέον η μειωμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών έχει συσχετιστεί με την συναισθηματική εξάντληση (Aiken et al., 2002). Το ερώτημα που γεννάται είναι αν η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση λειτουργεί ως παράγοντας πρόδρομος της επαγγελματικής εξουθένωσης ή η εξουθένωση οδηγεί τους εργαζόμενους στο να μην είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους ;

Εναλλακτικά το πιο πιθανό είναι τρίτοι παράγοντες, όπως για παράδειγμα οι άσχημες εργασιακές συνθήκες, να οδηγούν σε μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και εξουθένωση. Από τα αποτελέσματα ερευνών συμπεραίνουμε ότι δεν αλληλοκαλύπτονται οι δύο έννοιες, συνδέονται όμως άμεσα. δηλαδή όσοι έχουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και στις τρεις διαστάσεις αναμένεται να εμφανίσουν χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση (Αλεξιάς 2010).

Στο χώρο της υγείας, η διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και της σχέσης του με την επαγγελματική ικανοποίηση έχει συχνά αποτελέσει ερευνητικό στόχο.

Οι Renzi και συν. (2005) βρήκαν ότι η αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση των Ιταλών γιατρών καθώς και η μεγαλύτερη ηλικία σχετίζονταν με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παρόμοια, σε έρευνα σε δείγμα γιατρών στην Τουρκία, οι Ozyurt και συν. (2006) βρήκαν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σχετιζόταν αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και θετικά με τα προσωπικά επιτεύγματα (Αλεξιάς 2010).

Οι Masroor και Fakir (2009) σε έρευνα που έκαναν σε δείγμα 153 νοσηλευτών βρήκαν ότι μεγάλο ποσοστό του δείγματος είχε σκοπό να εγκαταλείψει το επάγγελμα λόγω της χαμηλής ικανοποίησης που αντλούσε από αυτό.

Ο Albaugh (2003) σε άρθρο του για τις νοσηλεύτριες ουρολογικών τμημάτων αναφέρει ότι η μειωμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών έχει σαν συνέπεια την επαγγελματική εξουθένωση και την εγκατάλειψη του επαγγέλματος.

Συνεπώς, η πλειονότητα των ερευνών συγκλίνουν στο εύρημα ότι η επαγγελματική ικανοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζονται αρνητικά μεταξύ τους.

2.2 Οριοθέτηση άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης

Έκτός από την ικανοποίηση του εργαζομένου ο βαθμός, η ένταση και η διάρκεια του άγχους που αυτός βιώνει αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση. Μιλώντας για την επαγγελματική εξουθένωση, είναι σημαντικό να αναφερθεί εξ αρχής ότι η σχέση μεταξύ επαγγελματικού άγχους και εξουθένωσης είναι ιδιαίτερης σημασίας καθώς τα όρια μεταξύ τους δεν είναι σαφώς καθορισμένα και πολλές φορές οι δύο έννοιες ταυτίζονται (Μπελλάλη και συν 2007). Ακόμη, ενώ το άγχος μερικές φορές μπορεί να είναι θετικό και να βοηθάει τον εργαζόμενο να αποδώσει και να δραστηριοποιηθεί, η εξουθένωση είναι πάντα αρνητική (Φατούρου & Παπαθανασίου 2008).

Αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι όλοι οι εργαζόμενοι βιώνουν stress στη δουλειά τους. Αυτό το stress μπορεί να είναι στιγμιαίο. Όταν είναι μικρής έντασης και σύντομης διάρκειας επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην απόδοση του ατόμου, όταν όμως οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος αυξάνουν, το στρες γίνεται μεγαλύτερο και επηρεάζει αρνητικά την απόδοση στο χώρο της εργασίας. Όταν πια φθάσει στο σημείο να γίνει χρόνιο και παρατεταμένο, συχνά εμφανίζεται το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Θα μπορούσε λοιπόν να πει κανείς ότι ναι μεν ενδείξεις και συμπτώματα χρόνιου στρες και εξουθένωσης όλοι βιώνουμε κατά περιόδους, σε μερικές περιπτώσεις όμως τα συμπτώματα αυτά οργανώνονται σε ένα «σύνδρομο» (Μπελλάλη 2006, Λεβέντης 2008).

Η παθολογικοποίηση βέβαια ενός «συνδρόμου» δεν είναι εύκολα εφικτή, καθώς η διάκριση μεταξύ του φυσιολογικού και παθολογικού ή καλύτερα η διάκριση όσον αφορά στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά του ανθρώπου δεν είναι εμφανής γιατί σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως για παράδειγμα με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση, το στατιστικό κριτήριο του «μέσου όρου» και τις εκάστοτε κοινωνικοπολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες (Μπελλάλη 2006, 2007).

Υπό το πρίσμα της θεώρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ως μια «εξελικτική διεργασία», μπορεί να δεχθεί κανείς ότι ακολουθείται μια μεταβατική διαδικασία, δηλαδή η εξουθένωση δεν είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται ξαφνικά. Είναι το αποτέλεσμα ενός χρόνιου και παρατεταμένου στρες που βιώνει ένας αποθαρρυσμένος επαγγελματίας όταν νιώθει ότι δε διαθέτει τα αποθέματα (βιολογικά, ψυχικά, κοινωνικά) για να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της δουλειάς του.

Όπως αναφέρουν οι Pines και Kafry (1978), το άγχος από μόνο του δεν είναι επίφοβο. Αν όμως συνδυάζεται με περιορισμένη υποστήριξη και περιορισμένες ανταμοιβές ή παντελή έλλειψή τους (προϊόντα αναγνώρισης), μπορεί να οδηγήσει τον εργαζόμενο σε εξουθένωση.

Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, το stress και ο ψυχικός πόνος που αυτοί βιώνουν, έχει απασχολήσει κατά καιρούς πολλούς επιστήμονες και ερευνητές (Cherniss 1980, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007, Παπαγεωργίου και συν 2007, Μαρνέρης και συν 2010).

Σε δείγμα γιατρών στην Ολλανδία, οι Visser και συν. (2003) βρήκαν ότι η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση αλλά και τα υψηλά επίπεδα στρες ερμήνευαν ποσοστό 41% της διακύμανσης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Αλεξιάς 2010).

Οι Gustafsson et al (2010) σε έρευνα που έκαναν σε νοσηλευτές ψυχιατρικών και γηριατρικών μονάδων κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ομάδα που είχε υψηλότερα επίπεδα στρες ήταν αυτή που είχε χαρακτηριστεί από την αρχή ως ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη burn out.

Σύμφωνα με τον Κάντα (1996): α) Ορισμένα επαγγέλματα είναι εκ φύσεως περισσότερο αγχογόνα από κάποια άλλα. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται τα ένστολα επαγγέλματα, τα καλλιτεχνικά, τα επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου, παραγωγής και κατασκευών, τα επαγγέλματα υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών κ.α. β) Συναντάται συχνότερα μεταξύ των γυναικών από ό,τι μεταξύ των ανδρών, και έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τη δεκαετία του '90.

3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

3.1 Ανάλυση του συνδρόμου burn out

Η επαγγελματική εξουθένωση εκδηλώνεται ως μια απόκριση στις χρόνιες πηγές συναισθηματικού και διαπροσωπικού στρες καθώς και έλλειψης επαγγελματικής ικανοποίησης στην εργασία (Maslach and Jackson 1986, Κάντας 1996, Αντωνίου 2005).

Οφείλεται στην υπερκόπωση που νιώθει ο εργαζόμενος εκείνος ο οποίος έχει πλήρως αποθαρρυνθεί και που για να προστατεύσει τον εαυτό του από το χρόνιο στρες και από πρόσθετες απογοητεύσεις βρίσκει καταφύγιο στην αδιαφορία. (Πανταζοπούλου 2003, Ρούπα και συν 2004).

Η εμφάνιση του συνδρόμου έχει αναφερθεί σε διάφορα επαγγέλματα όπως κοινωνικούς λειτουργούς, συμβούλους, εκπαιδευτικούς, νοσηλευτές, υπαλλήλους εργαστηρίων, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ιατρούς, και οδοντιάτρους, αστυνομικούς, υπαλλήλους φυλακών, αεροσυνοδούς, διευθυντές ακόμη και σπιτονοικοκυρές, μαθητές και ανέργους. Η εξήγηση που δίνεται από ψυχολογικής απόψεως είναι, πως ο συνδυασμός της παροχής της στοργής/αφοσίωσης, συμβουλευτικής, ίασης ή προστασίας που απαιτείται για τα περισσότερα από αυτά επαγγέλματα, σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις του να νοιάζεται κανείς είναι βασικής σημασίας (Weber & Jaekel-Reinhard 2000). Ωστόσο το σύνδρομο εκδηλώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε όσους ασκούν κοινωνικό λειτούργημα.

Μια μέτρηση του συνδρόμου μεταξύ επαγγελμάτων που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα παρατίθεται στον πίνακα παρακάτω:

Πίνακας 1. Η επαγγελματική εξουθένωση στα κοινωνικά επαγγέλματα

Επαγγέλματα	Συναισθηματική εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Αίσθημα μειωμένης επίτευξης	
	Mean	S. D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
Εκπαιδευτικοί	28.15	11.99	8.68	6.46	11.65	7.41
Επαγγελματίες που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες	24.29	12.79	9.47	7.16	13.45	8.55
Γιατροί	23.86	11.57	7.95	6.47	12.38	7.96
Νοσηλεύτριες/τες	23.80	11.80	7.13	6.25	13.53	8.15
Φυσιοθεραπεύτριες/τες	24.03	10.77	10.59	6.46	8.64	5.93
Επαγγελματίες ψυχικής υγείας	20.27	9.81	6.22	4.54	8.81	6.46
Ψυχολόγοι	19.93	9.59	6.26	4.41	8.36	6.23
Διοικητικό Προσωπικό	22.09	10.96	6.03	5.22	11.24	7.58
Σύνολο	25.33	11.65	8.19	6.26	11.50	7.52

Πηγή : Firth-Cozens & Payne (1999) Stress in health professionals

Η Firth-Cozens (1992) αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες/τές καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών.

Στην 10^η περίληψη της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών/Internation Classification of Diseases (ICD 10), ο όρος burnout περιγράφεται στο Z.73.0 ως «burnout-κατάσταση πλήρους κόπωσης» (Weber & Reinhard 2000).

Ο Freudenberger (1974), εργαζόμενος σε κλινική απεξάρτησης τοξικομανών, ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο Επαγγελματική Εξουθένωση (burnout) για να

δηλώσει μια κατάσταση σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που προκύπτει από τις συνθήκες εργασίας και επηρεάζει, κυρίως, όσους εργάζονται σε επαγγέλματα που χαρακτηρίζονται από μεγάλη κοινωνική και ηθική ευθύνη (Μπαϊρακτάρης 2008, Θεοφίλου 2009).

Η μετάφραση του όρου burn out είναι «αναλώνομαι εκ των έδων μέχρι το σημείο της απανθράκωσης» (Maslach & Jackson 1997). Ο όρος ‘επαγγελματική εξουθένωση’ είναι μεταφορικός και αναφέρεται στο στράγγισμα της ενέργειας. Αυτό σημαίνει ότι καταναλώνονται μεγαλύτερα ποσά ενέργειας από αυτά που μπορούν να ανανεωθούν, όπως συμβαίνει με μία μπαταρία αυτοκινήτου η οποία θα αδειάσει, αν δεν παράγεται αρκετή ενέργεια από τη γεννήτρια.

Τα άτομα που είναι περισσότερο ευάλωτα στη επαγγελματική εξουθένωση είναι συνήθως εκείνα τα οποία έχουν ισχυρά κίνητρα και επηρεάζονται πολύ από την εργασία τους (Schaufeli & Enzmann 1998). Για αυτά τα άτομα η εργασία είναι ο κύριος λόγος ύπαρξης, η βασική πηγή από την οποία αντλούν νόημα στη ζωή. Ωστόσο η εργασία ποτέ δεν καταφέρνει να εκπληρώσει αυτές τις υψηλές προσδοκίες. Αν αυτά τα άτομα δεν βρίσκουν πλέον νόημα στην εργασία, η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πιθανό τελικό αποτέλεσμα (Αντωνίου 2005).

Ο πιο διαδεδομένος και ευρέως αποδεκτός ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδιαίτερα για το χώρο των επαγγελματιών υγείας, είναι αυτός της Christine Maslach που ορίζει το φαινόμενο ως μια εξελικτική διεργασία -διαδικασία (process-centered) μη επιτυχούς αντιμετώπισης του χρόνιου εργασιακού άγχους όπου ο εργαζόμενος νιώθει σωματική και ψυχική εξάντληση και διακρίνεται σε τρεις βασικές συνιστώσες :

- *Τη συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), που αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής κόπωσης και καθιστά τον επαγγελματία ανίκανο να συγκεντρωθεί στα εργασιακά του καθήκοντα γιατί χάνει το ενδιαφέρον που είχε για τους ασθενείς/πελάτες. Για παράδειγμα ένας επαγγελματίας υγείας μπορεί να λέει: «Δεν αντέχω άλλο τους αρρώστους... όλο γκρινιάζουν.. και οι συγγενείς τους είναι όλοι τους απαιτητικοί, επικριτικοί και αγνώμονες» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007).*

- Την *έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων* (loss of personal accomplishment), η οποία εκδηλώνεται με τη μείωση της απόδοσης και την παραίτηση του επαγγελματία από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2000). Αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του. Εκφράσεις όπως: «Απέτυχα...», «Δεν είμαι αρκετά καλός», «Ό,τι κι αν κάνω, δε θα έχει αποτέλεσμα», «Τι νόημα έχει, γιατί να προσπαθώ;» είναι χαρακτηριστικές για ορισμένους επαγγελματίες (Μπελλάλη 2006, Καλαντζή 2007).
- Την *αποπροσωποποίηση (κυνισμός)*. Η αποπροσωποποίηση αντιπροσωπεύει το διαπροσωπικό στοιχείο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al 2001, Shirom et al 2008). Αναλυτικότερα, χαρακτηρίζεται από αρνητικές, κυνικές ή εξαιρετικά αποστασιοποιημένες αντιδράσεις του εργαζόμενου απέναντι στα άλλα άτομα του εργασιακού του περιβάλλοντος (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992, Glasberg et al 2006, Shirom et al 2008).

Στο χώρο της υγείας, ο εργαζόμενος απομακρύνεται και αποξενώνεται από τους ασθενείς του ενώ εγκαθιδρύονται απρόσωπες, επιθετικές και κυνικές σχέσεις (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008, Θεοφίλου 2009). Επίσης, μεταχειρίζεται τους ασθενείς περισσότερο ως αντικείμενα παρά ως ανθρώπινα όντα (Αδαλή 1999).

Ακόμη, οι αρνητικές διαθέσεις του εργαζόμενου απέναντι στον ασθενή εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους, όπως με την αδιαφορία για τις ανάγκες και τις αγωνίες του, με μεγάλα διαλείμματα για να βρísκεται όσο το δυνατό μακριά του για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, αλλά και με την αποτυχία παροχής κατάλληλης φροντίδας υγείας. Χαρακτηριστικά είναι τα εξής λόγια: “ έχω μια οξεία κοιλία στο 7 αντί για “έχω μία ασθενή με οξεία κοιλία ” (Αδαλή 1999, Κρασιάδου και συν., 2006).

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί μια ιδιαίτερη μορφή επαγγελματικού άγχους διότι ενώ τα βασικά στοιχεία του επαγγελματικού άγχους αποτελούν η συναισθηματική εξάντληση και το μειωμένο αίσθημα επίτευξης, δεν μπορεί να λεχθεί το ίδιο για την αποπροσωποποίηση, που, όπως φαίνεται αποτελεί ιδιαίτερο στοιχείο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Πανταζοπούλου 2003).

3.2 Θεωρίες για την επαγγελματική εξουθένωση

Προκειμένου να γίνει πιο κατανοητό και να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες κατά καιρούς απο διάφορους ερευνητές.

α) Ατομικές προσεγγίσεις

Ο Freudenberger (1974) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μία διαδικασία φθοράς, εξάντλησης και αποτυχίας, που παρουσιάζεται σε όσους θέτουν μη ρεαλιστικούς στόχους και αφοσιώνονται υπερβολικά για την επίτευξή τους.

Οι Pines & Aronson (1988) θεωρούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται σε μακροχρόνια εμπλοκή με συναισθηματικές καταστάσεις. Εξαρτάται από την ικανότητα ή την αδυναμία του ατόμου, να αντλήσει ικανοποίηση και νόημα από τις επαγγελματικές εμπειρίες του (Pines, 1998).

β) Οργανωτικές προσεγγίσεις

Ο Golembiewski (1986) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει ως έναυσμα τους αγχογόνους παράγοντες μέσα στον εργασιακό χώρο. Ξεκινάει με την αποπροσωποποίηση, συνεχίζεται με την απώλεια της αίσθησης προσωπικής επίτευξης, και καταλήγει στην συναισθηματική εξάντληση.

Ο Cherniss (1980) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν». Ξεκινά από το εργασιακό στρες που όταν δεν αντιμετωπίζεται επιτυχώς οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση. Σταδιακά, καταλήγει, εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια για τους άλλους.

γ) Διαπροσωπικές προσεγγίσεις

Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι Maslach (1981) και Pines (1978) τονίζουν τη σημασία τόσο των ατομικών όσο και των περιβαλλοντικών παραγόντων. Υποστηρίζουν ότι ο εργαζόμενος μπορεί να αποδώσει καλύτερα και περισσότερο αν θέτει υψηλές προσδοκίες αλλά και αν το περιβάλλον είναι υποστηρικτικό. Ενώ σε ένα πιεστικό, αυταρχικό και αποθαρρυντικό περιβάλλον είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί το σύνδρομο.

Οι Buunk & Schaufeli (1993) θεωρούν ότι επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται, όταν υπάρχει αίσθηση ανισορροπίας στην συναλλαγή ανάμεσα στα άτομα που παρέχουν βοήθεια (caregiver) και σε αυτούς που την αποδέχονται (recipient). Συγκεκριμένα, όταν ο δότης βοήθειας δεν παίρνει την ανταμοιβή που περιμένει και δεν υπάρχει η αμοιβαιότητα που προσδοκούσε, οδηγείται σταδιακά σε εξουθένωση (Μυταρά 2008).

3.3 Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με τους Edellwich και Brodsky (1980), η πορεία από ένα άγχος, το οποίο τελικά θα εξελιχθεί σε εξουθένωση, είναι πολύπλοκη και ξεκινάει από τη στιγμή που ο εργαζόμενος θα αρχίσει να εργάζεται (Αντωνίου, 2005).

Σε πρώτη φάση λοιπόν, κυριαρχεί ο ενθουσιασμός. Κατά το πρώτο στάδιο, ο νεοδιοριζόμενος επαγγελματίας μπαίνει στο χώρο της υγείας έχοντας υπερβολικά υψηλούς στόχους, κίνητρα, ελπίδες, αλλά έχοντας και μη-ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, τους αρρώστους που θα φροντίσει, τους συναδέλφους και τις συνθήκες της εργασίας του. Αφιερώνει λοιπόν ώρες και ενέργεια στη δουλειά του, υπερεπενδύοντας στις σχέσεις του με τους αρρώστους. Ουσιαστικά, ο κόσμος της δουλειάς γίνεται όλος ο κόσμος του και προσδοκά ότι από αυτόν θα αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007).

Κατά το δεύτερο στάδιο, της αμφιβολίας, ο επαγγελματίας αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι ενώ ο ίδιος προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του. Ως αντίδραση, δουλεύει σκληρότερα καθώς νομίζει ότι φταίει ο ίδιος. Για παράδειγμα μπορεί να μπει στη διαδικασία να ανανεώνει συνεχώς τις γνώσεις του μέσα από την παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων, μπορεί να επιδιώκει να έρχεται ακόμη πιο κοντά στους αρρώστους.

Με την πάροδο του χρόνου όμως, αρχίζει να αναζητά τις αιτίες έξω από τον εαυτό του και απο-ιδανικοποιεί το περιβάλλον του. Επίσης μπορεί να αρχίσει να ενοχλείται που δεν αναγνωρίζεται η προσφορά του, που έχει χαμηλό μισθό, που οι βάρδιες είναι εξαντλητικές κλπ. (Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008).

Παρ' όλα αυτά όμως, ακόμη δεν είναι σε θέση να αναθεωρήσει τις παράλογες ή υπερβολικά υψηλές προσδοκίες του έως ότου φτάσει στο τρίτο στάδιο της απογοήτευσης/ματαίωσης, όπου αρχίζει πια να αναρωτιέται: «Γιατί να προσπαθώ και να δουλεύω, αφού κανείς δεν το αναγνωρίζει; Ποιο το όφελος τελικά;»

Αποθαρρύνεται εντελώς και συχνά βιώνει άγχος, σωματικές ενοχλήσεις μέχρι και κατάθλιψη. Στην πραγματικότητα, το στάδιο αυτό είναι μεταβατικό. Η απογοήτευσή του θα τον οδηγήσει ή να κινηθεί «προς τα μπρος», επανεκτιμώντας την κατάσταση και βάζοντας νέους στόχους, ρεαλιστικούς αυτή τη φορά, ή στο να κινηθεί «προς τα πίσω» εγκαταλείποντας τη σχέση του με τους αρρώστους ή ακόμη εγκαταλείποντας το ίδιο το επάγγελμα.

Στην τελευταία περίπτωση, ο επαγγελματίας φτάνει στο τέταρτο στάδιο, της απάθειας, όπου παραμένει στη δουλειά απλά για βιοποριστικούς λόγους, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, αλλαγή ή καινοτομία στο χώρο της δουλειάς του και αδιαφορεί για τις ανάγκες των αρρώστων, αφού νιώθει ανεπαρκής να ανταποκριθεί σε αυτές (Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008).

3.4 Επιταχυντικοί – Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Όλες οι διαπιστώσεις, φιλολογικές ή ερευνητικές, αποτέλεσαν ψήγματα για τους μεταγενέστερους ερευνητές, ώστε να αποκαλύψουν σε βάθος τα πιθανά αίτια του συνδρόμου και κατ' αυτόν τον τρόπο να προτείνουν ορθολογικές και πρακτικές λύσεις για την αντιμετώπισή του (Καρανιάδου και συν 2006).

Πολλοί συγγραφείς αναφέρονται στους ατομικούς παράγοντες ως καταλυτικούς για την εμφάνιση του burnout. Οι Lazarus και Folkman (1987) υποστηρίζουν πως ο τρόπος που το άτομο αντιμετωπίζει τις αγχογόνες συνθήκες είναι αυτός που θα οδηγήσει ή όχι στην εξουθένωση. Ενώ άλλοι δίνουν περισσότερη έμφαση στην πλήρωση ή όχι των προσδοκιών του εργαζομένου (Καλαντζή 2007).

Οι Enzman & Shaufeli 1998 αναφέρουν επτά παράγοντες (κοινωνικούς, πολιτιστικούς, ιδεολογικούς) που συντελούν στην αύξηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτοί είναι:

- Η αύξηση των επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών σε αντίθεση με τα γεωργικά ή βιομηχανικά επαγγέλματα. Η αυξημένη, σε σχέση με παλιότερα, σημερινή τάση να δίνουμε « ταμπέλες» και ονόματα σε προβλήματα, παράπονα και ψυχολογικές με αποκορύφωμα τη λέξη « στρες».
- Ο ατομικισμός των σύγχρονων κοινωνιών και η έλλειψη υποστηρικτικών δικτύων (Καλαντζή 2007).
- Οι αυξημένες πνευματικές, γνωστικές και συναισθηματικές απαιτήσεις των περισσότερων σύγχρονων επαγγελματιών.
- Η αμφισβήτηση της αυθεντίας και του κοινωνικού κύρους πολλών ανθρωπιστικών επαγγελμάτων, κυρίως ιατρικών (Cherniss 1980).
- Μύθοι και κοινωνικά αποδεκτές πεποιθήσεις σχετικά με συγκεκριμένα επαγγέλματα που δημιουργούν σε νέους επαγγελματίες μη ρεαλιστικές προσδοκίες.
- Η παραβίαση του λεγόμενου «ψυχολογικού» συμβολαίου μεταξύ του ατόμου και του οργανισμού: Σε γενικές γραμμές, οι υπάλληλοι δίνουν περισσότερα και λαμβάνουν λιγότερα από τον εργοδότη τους (Schaufeli & Enzmann 1998, Weyers et al 2006, Siegrist et al 2009).

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών προκαλεί η δυναμική αλληλεπίδραση δύο μεγάλων κατηγοριών παραγόντων, των περιβαλλοντικών και των προσωπικών καθώς και ορισμένα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (Firth-Cozens & Hardy 1992, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Ιακωβίδης 1997, Αντωνίου 2005, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008). Ακολουθεί μια αναφορά στους σημαντικότερους και περισσότερο μελετημένους παράγοντες που αλληλεπιδρούν με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών.

A) Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Το ισχυρότερο αίτιο ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών φαίνεται να είναι οι περιβαλλοντικές πιέσεις (Chiriboga & Bailey 1986). Στα χαρακτηριστικά των περιβαλλοντικών πιέσεων περιλαμβάνονται τα παρακάτω:

α) Ο φόρτος εργασίας, που για τον επαγγελματία νοσηλευτή μεταφράζεται στο ότι ένας μεγάλος αριθμός ατόμων πρέπει να εξυπηρετηθεί σε πολύ λίγο χρόνο (Maslach 1986) από ένα μικρό αριθμό νοσηλευτών με αποτέλεσμα να προσφέρονται λιγότερες υπηρεσίες αλλά και χαμηλότερη ποιότητα. Οι νοσηλευτές δεν έχουν χρόνο για κοινωνική επαφή, για αλληλεπίδραση και θετική ανατροφοδότηση, για συζήτηση επαγγελματικών θεμάτων, για προσδιορισμό των στόχων της μονάδας και επαναβεβαίωση της σημαντικότητας της εργασίας (Αδαλή 1999, Maslach et al 2001).

β) Το πρόγραμμα εργασίας, για τους νοσηλευτές αποτελεί ένα οργανωτικό χαρακτηριστικό που επηρεάζει την προσωπική ζωή και τις ανάγκες τους.

Σύμφωνα με μελέτες, (Patrick et al 2006, Κορομπέλη 2006, Κουτελέκος και συν. 2007) η νυχτερινή εργασία και το κυκλικό ωράριο (23.00 με 07.00 shift lag syndrome) συνδέονται με την ευάλωτη σωματική και ψυχική υγεία. Οι εναλλαγές της βάρδιας που απαιτεί το νοσηλευτικό επάγγελμα και η κατάσταση χρόνιας στέρησης ύπνου, από την οποία υποφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό, οδηγεί σταδιακά στο αίσθημα της κόπωσης και στη μείωση της απόδοσης και της ικανοποίησής τους από το χώρο της εργασίας τους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση του συνδρόμου.

Έχει βρεθεί ότι όσοι εργάζονται νύχτα έχουν χαμηλότερα επίπεδα μελατονίνης κάτι που πιθανώς προδιαθέτει σε καρκίνο (Κουκουλομάτη και συν 2010). Επιπρόσθετα, η εναλλαγή των διαστημάτων ημέρας – νύχτας, διαταράσσει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή και δραστηριότητα των νοσηλευτών όπως είναι η φροντίδα των παιδιών, οι κοινωνικές επαφές, οι έξοδοι για ψυχαγωγία κ.λ.π., συμβάλλοντας έτσι στην εμφάνιση άγχους, καθώς προσπαθούν να τα προλάβουν όλα μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα (Κορομπέλη και συν. 2006, Μπάκα 2007).

Η παράμετρος του προγράμματος η οποία αναφέρεται στην αναλογία «νοσηλευτές : κλίνες», εκτός από δείκτης της ποιότητας συνιστά και δείκτη του φόρτου εργασίας που επίσης σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Στη χώρα μας η αναλογία αυτή είναι περίπου η μισή σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη) 1 αντί 1,9 νοσηλευτής ανά κλίνη (Δούσης & Καλοκαιρινού 2007, Κοπανιτσιάνου 2009).

γ) Τα διαφορετικά τμήματα εργασίας συνοδεύονται από διαφορετικές συνθήκες, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ποικιλότροπα η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, υπάρχουν μονάδες και τμήματα όπως είναι οι μονάδες

εντατικής θεραπείας, εγκαυμάτων, περιτοναϊκής κάθαρσης, ψυχιατρικά τμήματα, επειγόντων περιστατικών, ογκολογικά τμήματα όπου υπάρχει ευθύνη για άμεση αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων. Ο φόβος για επικείμενο θάνατο του ασθενούς και το άγχος που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό στους χώρους αυτούς οδηγεί στην ανάπτυξη του συνδρόμου σε μεγαλύτερο ποσοστό (Ιακωβίδης 1997, Αδαλή & Λεμονίδου 2000).

Ακόμη σε κάθε περιβάλλον εργασίας παρατηρούνται διαφορετικοί βλαπτικοί παράγοντες όπως π.χ. φυσικοί (θόρυβος από τα διάφορα μηχανήματα, ακτινοβολία από ακτίνες X, θερμότητα λόγω έλλειψης κλιματιστικών μηχανημάτων), χημικοί (αναθυμιάσεις διαλυμάτων, όπως φορμόλη, αναισθητικά αέρια, αντισηπτικά, ραδιενεργά απόβλητα, παράγοντες καθαρισμού), βιολογικοί (ηπατίτιδα Β και C, HIV, σταφυλόκοκκος, στρεπτόκοκος) με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης κάποιας ασθένειας. Συνηθισμένοι είναι ακόμη οι εργονομικοί παράγοντες (ορθοστασία) που επιφορτίζουν με περισσότερο άγχος, καθώς πολύ εύκολα μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στον οργανισμό, ενισχύοντας έτσι την εμφάνιση του συνδρόμου (Δρίβας και συν. 1998, Κοπανιτσάνου & Σουρτζή 2007, Κορομπέλη 2006).

δ) Ασάφεια ρόλου: σχετίζεται με την αβεβαιότητα που βιώνει ο εργαζόμενος όταν δεν γνωρίζει: α) ποιες είναι οι απαιτήσεις της δουλειάς του, β) με ποιο τρόπο θα τις επιτύχει και γ) πώς προσδοκούν να συμπεριφέρεται. Έρευνες πάνω στην ασάφεια ρόλου, έδειξαν ότι μπορεί να προκαλέσει μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση (Δράκου 2006). Το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει ταυτόχρονα πολλούς ρόλους (γραμματειακή υποστήριξη, νοσηλεία και περιποίηση ασθενών, συντήρηση και μεταφορά μηχανημάτων, σερβίρισμα φαγητού κ.λ.π.) που δεν είναι σαφώς καθορισμένοι, καθένας εκ των οποίων εγείρει σημαντικό αριθμό απαιτήσεων (Cohen 1989).

Επιπλέον η ασάφεια καθηκοντολογίου πλήττει τους νοσηλευτές, ιδιαίτερα λόγω των πολλαπλών επιπέδων εκπαίδευσής τους άρα και των διαφορετικών καθηκόντων καθενός (Σακελλαρόπουλος 2006). Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής εμπλέκεται σε μια αλληλοεξαρτώμενη σχέση με πολλούς επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.λ.π), χωρίς να του επιτρέπεται πολλές φορές να υπερασπιστεί τα επαγγελματικά όριά του. Έτσι η πιθανότητα να εκδηλώσει άγχος και επαγγελματική εξουθένωση είναι αυξημένη, εξαιτίας κυρίως των ασυμβίβαστων απαιτήσεων που επιβάλλουν οι διαφορετικοί ρόλοι και ευθύνες

(Αδαλή και συν. 2000, Maslach et al 2001, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008, Μουστάκα & Μαλλιαρού 2009).

ε) Οι χαμηλές αμοιβές σε σχέση με τη δυσκολία και την επικινδυνότητα του επαγγέλματος, δημιουργούν αίσθημα άγχους, ανασφάλειας αλλά και αδικίας, ιδιαίτερα σήμερα που το σημαντικότερο κριτήριο για την κοινωνική ιεράρχηση, το γόητρο και την κοινωνική επιρροή είναι ο ρόλος του ατόμου στην οικονομία (Siegrist 1996, Βαρβαγιάννη και συν 2008, Μαλλιαρού και συν 2008). Ωστόσο, τα ερευνητικά αποτελέσματα για την επίδραση των οικονομικών αποδοχών είναι αντικρουόμενα, εφόσον έχουν αναφερθεί θετικές συσχετίσεις και μη στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, (Fung-kam 1997, Aiken et al. 2001, Chu et al. 2003).

στ) Όταν ο εργαζόμενος καθημερινά εκτελεί την ίδια εργασία, δίχως να υπάρχει η δημιουργική του συμμετοχή στο αποτέλεσμα και η ποικιλία στην εναλλαγή του έργου που αναλαμβάνει, αποστραγγίζεται συναισθηματικά και προοδευτικά αποστασιοποιείται από το αντικείμενο του. Κρίνει τα εργασιακά του προβλήματα μέσα από το πρίσμα του φαύλου κύκλου που ο ίδιος δημιούργησε, εστιάζοντας την προσοχή του στα προβλήματα - τα οποία και θεωρεί ανυπέρβλητα- παρά στην αλλαγή της οπτικής του απέναντι σε αυτά (Cavanagh 1992, Chu et al. 2003, Σακελλαρόπουλος 2006)

ζ) Προαγωγές- Δυνατότητες εξέλιξης

Η παράμετρος αυτή αναφέρεται στο βαθμό πιθανής επαγγελματικής εξέλιξης στην ιεραρχία του εργασιακού οργανισμού και συνδέεται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Οι αρχαιότεροι νοσηλευτές μπορεί να απειλούνται από νέους, που προσλαμβάνονται στον χώρο και ίσως εξελιχθούν λόγω των επιπλέον τυπικών προσόντων πιο γρήγορα από ό,τι οι ίδιοι

Οι νεότεροι από την άλλη βιώνουν έντονη απογοήτευση, όταν δεν καταφέρνουν να αναρριχηθούν στην ιεραρχία για λόγους που πολύ συχνά συμβαίνουν στην ελληνική πραγματικότητα. Συγκεκριμένα, όταν δεν αναγνωρίζονται οι ικανότητες ή όταν δεν συνδέονται με ανάλογες δυνατότητες προαγωγής, οι νοσηλευτές βιώνουν έλλειψη ικανοποίησης και απογοήτευση (Dodds 1991, Bakker et al 2000, Καρανικόλλα 2006).

Το θέμα αυτό είναι ουσιαστικής σημασίας για το χώρο των Ελληνικών νοσοκομείων, όπου η εξέλιξη στην ιεραρχία πραγματοποιείται με αργούς ρυθμούς και γινόταν με βασικό κριτήριο την ιεραρχία, μέχρι πριν την ψήφιση του νόμου 3839/2010¹.

η) Διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας. Τα συστήματα οργάνωσης και διοίκησης της νοσηλευτικής υπηρεσίας και του οργανισμού εργασίας συνολικά που εφαρμόζουν συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων, καθώς και τις αρχές της ενδυνάμωσης ενισχύουν την επαγγελματική ικανοποίηση προλαμβάνοντας την εξουθένωση (Καρανικόλα 2006, Μπελλάλη 2006).

Ο όρος ενδυνάμωση αναφέρεται ως σύστημα διοίκησης και στοχεύει στη διαμόρφωση θετικών επαγγελματικών στάσεων των εργαζόμενων. Η φιλοσοφία αυτή υλοποιείται μέσα από συστήματα συμμετοχικής διοίκησης ώστε το εργασιακό περιβάλλον να εξασφαλίζει στα στελέχη του πρόσβαση στην πληροφόρηση, κάθετη και παράλληλη επικοινωνία όλων των ιεραρχικών επιπέδων, υποστήριξη από τα ηγετικά στελέχη ώστε οι υπάλληλοι να δράσουν σύμφωνα με την ειδίκευση, τις δεξιότητες, την κρίση τους (Καρανικόλα 2006).

θ) Αυτό που κάνει τους επαγγελματίες της υγείας περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους είναι αφενός το γεγονός ότι είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου στο ότι οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Καζαντζή και συν 2008).

Επιπλέον, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των άλλων επαγγελμάτων, η επαγγελματική επάρκεια και ικανότητα των γιατρών τελεί υπό τη συνεχή επίβλεψη και κριτική των ασθενών, ακόμα και των συναδέλφων τους. Ακόμη, τα σφάλματά τους είναι εύκολα αντιληπτά, με πιθανές τραγικές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ίδιους τους γιατρούς (Beechman 2000).

B) Συνεργασία- διαπροσωπικές σχέσεις

Η ποιότητα των σχέσεων με τους συναδέλφους, η υποστήριξη, η αλληλοκατανόηση, και η ομαδικότητα βοηθούν να αντιμετωπιστούν οι παράλογες πολλές φορές

¹ Ν 3839/2010 «Σύστημα επιλογής προϊσταμένων οργανικών μονάδων με αντικειμενικά και αξιοκρατικά κριτήρια».

απαιτήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας και κυρίως μετριάζουν τα αποτελέσματα του επαγγελματικού στρες (Prescott & Bowen 1985, AbuAlRub 2004, Woelfle 2007).

Ωστόσο είναι συχνό φαινόμενο, ιδιαίτερα στο νοσοκομειακό χώρο που είναι περιβάλλον εντάσεως εργασίας, να γίνονται συγκρούσεις των νοσηλευτών μεταξύ τους αλλά και με τους προϊστάμενους και τους γιατρούς. Αυτές μπορεί να οφείλονται σε λειτουργικά προβλήματα, σε έντονο ανταγωνισμό, σε αλληλοεπικάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων, σε διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, σε συμπεριφορές κύρους και επιβολής, σε άρνηση ευθυνών (Pines & Kafry 1978, Prescott & Bowen 1985, Κοντογιάννη 2007, Μπόρου 2010).

Οι Leiter και Maslach παρατήρησαν ότι πολύ συχνά το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών χαρακτηρίζεται από διχόνοια, δουλειές «πίσω από κλειστές πόρτες», καταστάσεις εκφοβισμού μεταξύ συναδέλφων, κλειστές ομάδες που περιθωριοποιούν όσους δεν συμμορφώνονται με τις στάσεις τους, καταστάσεις που αποτελούν πηγές άγχους, ματαιώσης, θυμού και επαγγελματικής εξουθένωσης (Μισσουρίδου 2009).

Η σχέση επίσης με τον προϊστάμενο και ο τρόπος με τον οποίο ασκεί τις ηγετικές αρμοδιότητες μπορεί να επιταχύνει ή να μειώσει την εξάντληση του προσωπικού.

Για παράδειγμα η αυταρχική διοίκηση, η αυστηρή κριτική, ο εργασιακός εκφοβισμός, η έλλειψη δικαιοσύνης και αντικειμενικότητας αποθαρρύνουν και απογοητεύουν τον εργαζόμενο.

Η μικρή επιρροή των εργαζόμενων στη λήψη αποφάσεων, δημιουργούν την αίσθηση ότι δεν μπορούν οι ίδιοι να αποφασίζουν για θέματα που τους αφορούν, με επακόλουθο την επιδείνωση των αρνητικών αισθημάτων που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach et al 1997, Αδαλή και συν 2000, Καρανικόλα 2006, Καφέτσιος και συν. 2006, Παπαδοπούλου 2009).

Αθροιστικά λειτουργούν στο σύνδρομο τα προβλήματα επικοινωνίας με τους ασθενείς, οι οποίοι συναισθηματικά φορτισμένοι αναπτύσσουν παθητική στάση ή στάση εξάρτησης ή δείχνουν έλλειψη αναγνώρισης. Κατά τον ίδιο τρόπο λειτουργεί η συνεχής επαφή του νοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς που έχουν αβέβαιη πρόγνωση ή βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, ιδιαίτερα όταν οι εργαζόμενοι αποκτούν ενσυναισθητική σχέση με τον ασθενή (Ιακωβίδης, 1997, Μπελλάλη και συν. 2007).

Τα προβλήματα προσβολών, απειλών και προσωπικής ασφάλειας (περιστατικά βιαιότητας) από δυσαρεστημένους ασθενείς και συγγενείς επιταχύνουν την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Φατούρου & Παπαθανασίου 2008, Κορομπέλη 2006, Ζήλη και συν 2009).

Γ) Προσωπικοί παράγοντες

α) Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η αντοχή στο άγχος, η αίσθηση ελέγχου, τα αρχικά κίνητρα για την απασχόληση του στο συγκεκριμένο επάγγελμα, ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τις πιεστικές καταστάσεις και η αντίδρασή του στην αποτυχία πραγματοποίησης των στόχων του και διάψευσης των φιλοδοξιών του είναι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης (Κορωναίου 1999, Αντωνίου 2005, Gustafsson et al 2010).

β) Οι διαψευσμένες προσδοκίες από τους άλλους και από τον εαυτό του φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλει στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ειδικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό συχνά διακατέχεται από υψηλές προσδοκίες (ανάπτυξη σταδιοδρομίας, αυτονομία στην εργασία, δυνατότητα ελέγχου και ανάληψης πρωτοβουλιών) και θέτει υψηλούς στόχους, συχνά μη ρεαλιστικούς (δυνατότητα επίλυσης όλων των προβλημάτων των ασθενών) που όμως εύκολα διαψεύδονται. Η διάψευση αυτών των προσδοκιών έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία αισθήματος ανικανότητας, επαγγελματικής αποτυχίας, μειωμένης επαγγελματικής ικανότητας και εμφάνισης του συνδρόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Αδαλή 1999, Weber & Reinhard 2000).

γ) Επιπρόσθετα, οι φόβοι του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην αρρώστια, είτε αυτοί αναδύονται μέσα από την ίδια την ιατρική πράξη (φόβος θεραπευτικής αποτυχίας, πρόκλησης πόνου, αντίδρασης ασθενή ή συνοδών κ.λ.π.) είτε λειτουργούν σε ένα λιγότερο συνειδητό επίπεδο (φόβος θανάτου, έκφρασης συναισθημάτων, ιεραρχίας κ.λ.π.), πιέζουν συναισθηματικά τους εργαζόμενους και τους κάνουν ευάλωτους στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Ιακωβίδης, 1997, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008).

δ) Ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζόμενου (τύπος Α και τύπος Β), αποτελεί ένα ακόμη σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι που ανήκουν στον τύπο προσωπικότητας Α (ανταγωνιστικοί, φιλόδοξοι, με υψηλούς εξωπραγματικούς στόχους, με πολλές ευθύνες και υπερβολικές απαιτήσεις από τους εαυτούς τους, με αυξημένη ανάγκη για άσκηση ελέγχου στην εργασία τους), φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με τους εργαζόμενους που ανήκουν στον τύπο προσωπικότητας Β (ήρεμοι, με αυτοέλεγχο, που δεν προσπαθούν να εντυπωσιάσουν) (Κάντας 1996, Gustafsson et al 2010).

ε) Τα κίνητρα που οδηγούν τα νέα παιδιά να επιλέξουν το επάγγελμα του νοσηλευτή. Συνήθως οι σπουδαστές της νοσηλευτικής προέρχονται από την εργατική και μικρομεσαία τάξη και με δεδομένη την αυξημένη ανεργία που επικρατεί στη χώρα μας επιλέγουν το συγκεκριμένο επάγγελμα λόγω της ασφαλούς αποκατάστασης (Καρανικόλα 2006) και όχι πρωτίστως επειδή διακατέχονται από ανθρωπιστικά κίνητρα με αποτέλεσμα όταν έρχονται αντιμέτωποι με τον ανθρώπινο πόνο να συνειδητοποιούν ότι το επάγγελμα δεν τους ικανοποιεί και εξουθενώνονται γρήγορα.

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι που συνήθως εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση είναι κατά το πλείστον άτομα εσωστρεφή, σχολαστικά, ευερέθιστα, με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης, με πολλές ώρες εντατικής εργασίας, σε υπερβολικό βαθμό ενθουσιώδη, που διακατέχονται από αμέριστο ιδεαλισμό και με τάση ταύτισης προς τον πάσχοντα συνάνθρωπό τους (Heller et al 2009, Maslach et al 2001).

Επίσης, περισσότερο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση είναι οι εργαζόμενοι που συχνά επενδύουν συναισθηματικά στην εργασία τους, η εργασία τους είναι ο κύριος λόγος ύπαρξής τους, η βασική πηγή από την οποία αντλούν την αυτοεκτίμησή τους (πιστεύουν ότι είναι αναντικατάστατοι) ενώ ελάχιστα είναι τα ενδιαφέροντά τους εκτός του χώρου εργασίας τους (Αδαλή 1999, Αδαλή και συν 2000, Αντωνίου 2005).

Δ) Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Τα κοινωνικά στερεότυπα για το ρόλο του νοσηλευτή δεν ανταποκρίνονται στον επιστημονικό χαρακτήρα του επαγγέλματος (Σακελλαρόπουλος 2006). Η δημόσια εικόνα των νοσηλευτών δεν ταυτίζεται με εκείνη ατόμων που έχουν επιστημονικά χαρακτηριστικά ή εκπαιδευτικές ερευνητικές και οργανωτικές αρμοδιότητες παρά την ακαδημαϊκή μόρφωση και την εκτεταμένη κλινική εξάσκηση των νοσηλευτών σήμερα (Fung – kam 1997). Αυτό συμβαίνει γιατί το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι εν πολλοίς υποβαθμισμένο στην ελληνική κοινωνία και αυτό αποτυπώνεται στους χαμηλούς μισθούς, στις δύσκολες συνθήκες εργασίας, στην έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και στο φόρτο εργασίας (Παγοροπούλου και συν 2002).

Άλλοι παράγοντες που έχουν συντελέσει στη διαμόρφωση της χαμηλής δημόσιας εικόνας των νοσηλευτών περιλαμβάνουν την ιεραρχική σχέση με τους γιατρούς, την ποιότητα του εκπαιδευτικού υπόβαθρου στο παρελθόν, την ιστορία και το ρόλο της νοσηλευτικής, τα στερεότυπα αναφορικά με τους ρόλους των φύλλων και την ενίσχυση των κοινωνικών αυτών στερεοτύπων από τα ΜΜΕ (Cohen 1989).

Συγκεκριμένα καθώς τα ΜΜΕ προβάλλουν τις αξίες, τις στάσεις και τις πεποιθήσεις της κοινωνίας, δεν είναι τυχαίο το γεγονός πως οι νοσηλευτές παρουσιάζονται με βάση συγκεκριμένα δημογραφικά, φυλετικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τα οποία δεν ταυτίζονται με αυτά του ατόμου που έχει πετύχει στην επαγγελματική και προσωπική του ζωή (Kalisch & Kalisch 1986, Καρανικόλα 2006).

Μάλιστα τις περισσότερες φορές προβάλλονται ανακριβείς και προσβλητικές εικόνες για το νοσηλευτικό επάγγελμα, όπου συνολικά είτε ενισχύεται η ιατροκεντρική νοοτροπία και περιθωριοποιείται ή αγνοείται η συμβολή του νοσηλευτικού ρόλου στο χώρο της υγείας, είτε προβάλλεται το πρότυπο της «σεξουαλικά διαθέσιμης νοσοκόμας» ή του αμφιλεγόμενου ανδρισμού των νοσηλευτών (Katsuragi 1997, Καρανικόλα 2006).

Η απογοήτευση που νιώθουν από τον ρόλο που τους προσδίδεται εκτός των άλλων επιβαρυντικών παραγόντων, λειτουργεί σαν πρόδρομος του συνδρόμου της

επαγγελματικής εξουθένωσης (Καρανικόλα 2006, Κρασιάδου 2006, Σακελλαρόπουλος 2006, Δημητριάδου 2009, Μουστάκα και συν 2010).

E) Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. Το φύλο

Συγκεκριμένα, όσον αφορά το φύλο, δε βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Γυναίκες και άνδρες βρέθηκαν να βιώνουν παρόμοια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με τις γυναίκες όμως να εμφανίζουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση και με μεγαλύτερη συχνότητα από ότι οι άνδρες. Οι άνδρες αντίθετα, βρέθηκε να βιώνουν μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση απέναντι στους χρήστες των υπηρεσιών από ότι οι γυναίκες (Maslach et al 2001).

2. Η ηλικία

Η ηλικία αντιθέτως, βρέθηκε να σχετίζεται ισχυρά με την επαγγελματική εξουθένωση. Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται περισσότερο στους νεώτερους σε ηλικία εργαζόμενους, 30-40 ετών, από ότι στους μεγαλύτερους σε ηλικία. Οι νεότεροι εργαζόμενοι συνήθως έχουν μικρότερη επαγγελματική εμπειρία, λιγότερη σταθερότητα και ωριμότητα και περισσότερες προσδοκίες και για αυτό μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης του συνδρόμου, από ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας και πιο πεπειραμένοι εργαζόμενοι (Διομήδους 2010).

3. Οικογενειακή κατάσταση

Όμως, και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να συνδέεται ισχυρά με την επαγγελματική εξουθένωση. Ειδικότερα, οι ανύπαντροι (κυρίως άνδρες) εργαζόμενοι, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ οι παντρεμένοι χαμηλότερα και αυτό ίσως γιατί οι παντρεμένοι αφοσιώνονται λιγότερο στην εργασία τους και επενδύουν συναισθηματικά σε άλλους τομείς έξω από αυτήν (Αδαλή 1999, Αδαλή & Λεμονίδου, 2000, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006).

4. Επίπεδο εκπαίδευσης

Όσον αφορά το επίπεδο της εκπαίδευσης, διαπιστώθηκε αυξητική τάση στην εμφάνιση του συνδρόμου σε εργαζόμενους με υψηλότερο από ότι σε εργαζόμενους

με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι αυτοί φαίνεται ότι βιώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και ελάχιστα προσωπικά επιτεύγματα.

Η διαφορά αυτή που παρατηρήθηκε ανάμεσα στα επίπεδα εκπαίδευσης, οφείλεται είτε στο ότι αναλαμβάνουν πιο υπεύθυνες και απαιτητικές εργασίες (διευθυντές, προϊστάμενοι, υπεύθυνοι βάρδιας κ.λ.π.) λόγω της υψηλότερης μόρφωσης που έχουν, είτε στο ότι έχουν υψηλότερες επαγγελματικές προσδοκίες και ατομικές φιλοδοξίες που συχνά διαψεύδονται (Αδαλή & Λεμονίδου 2000, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006, Καρανικόλα 2006, Διομήδους και συν. 2009, Σακελλαρόπουλος 2006).

ΣΤ) Ιδιαιτερότητες της χώρας μας

Η επαγγελματική εξουθένωση στη χώρα μας επιτείνεται και από τις αρκετές ιδιαιτερότητες του τομέα της υγείας - σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες - όπως η έλλειψη οργάνωσης, η ανεπάρκεια προσωπικού, ή η έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, η αξιολόγηση και επιλογή όχι με αξιοκρατικά αλλά συχνά με κριτήρια άσκησης κοινωνικής ή κομματικής πολιτικής και οι παρεμβάσεις της διοίκησης του νοσοκομείου στο νοσηλευτικό έργο (Νούλα και συν 2010).

3.5 Επιπτώσεις και συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η μεγάλη σημασία της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών έγκειται στις επιπτώσεις της.

Ακόμη και αν τα επίπεδα που βρέθηκαν στους επαγγελματίες υγείας δεν είναι τα μεγαλύτερα που έχουν αναφερθεί στους ποικίλους επαγγελματικούς χώρους, όπως η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, οι ένοπλες δυνάμεις κ.ά., πιθανόν να σημαίνουν πολύ περισσότερα στον νοσοκομειακό χώρο από οποιαδήποτε άλλη περιοχή. Αν ένας βιβλιοθηκάριος για παράδειγμα, είναι εξουθενωμένος, η επίπτωση της κόπωσης του έχει διαφορετική βαρύτητα από τις επιπτώσεις της κόπωσης ενός επαγγελματία υγείας που αντιμετωπίζει καταστάσεις ζωής και θανάτου καθημερινά (Παπά και συν 2008). Οι επιπτώσεις του συνδρόμου ξεπερνούν το άτομο και τον κοινωνικό του περίγυρο και επεκτείνονται στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Για τους οργανισμούς η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να είναι δαπανηρή, οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης έργου, σε απουσίες, σε μειωμένη απόδοση και σε περισσότερα λάθη στην εργασία. Σχετίζεται επίσης με λιγότερο ανθρωπιστικές πρακτικές και με περισσότερο επιθετική συμπεριφορά προς τους ασθενείς. Ακόμη έχει συσχετισθεί με αυξημένη πρόθεση του προσωπικού για αποχώρηση από την εργασία του. Η πρόωμη αποχώρηση των νοσηλευτών επιδρά στον οργανισμό με ποικίλους τρόπους. Ο δείκτης εγκατάλειψης του επαγγέλματος στις ΗΠΑ είτε λόγω συνταξιοδότησης είτε λόγω δυσαρέσκειας σε έρευνα που έγινε τον Μάρτιο του 2005 από την ερευνητική ομάδα του Bernard Hodes ήταν 14% (AACN 2010).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με δημοσιογραφικές πηγές, οι αποχωρήσεις των νοσηλευτών για το 2010 ήταν περίπου 3500 πανελλαδικά (Ελευθεροτυπία, 21 /11/ 2010).

Συγκεκριμένα, επιδεινώνει το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού που ήδη υπάρχει, γεγονός που συμβάλλει σε μείωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφού έχει βρεθεί ότι η επάρκεια σε προσωπικό συσχετίζεται με τη θνητότητα των ασθενών, με ανεπιθύμητα συμβάντα στους ασθενείς, καθώς και με την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών (Aiken και συν. 2002, Μπελλάλη 2007). Ακόμη, η αποχώρηση αυτών των επαγγελματιών υγείας επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό με το κόστος αντικατάστασής τους (Παππά 2008).

Τα συμπτώματα των ατόμων με burnout είναι συνήθως πολυδιάστατα με σοβαρές ψυχιατρικές, ψυχοσωματικές, σωματικές και κοινωνικές διαταραχές.

Τα κύρια ψυχιατρικά συμπτώματα χαρακτηρίζονται από ‘νοητική δυσλειτουργία’. Αυτή περιλαμβάνει μειωμένη απόδοση, έλλειψη ακρίβειας, αποδιοργάνωση, έλλειψη κινήτρου και αλλαγές προσωπικότητας/χαρακτήρα (έλλειψη ενδιαφέροντος, κυνισμός, επιθετικότητα). Σοβαρές ενοχλήσεις είναι το άγχος, ο εκνευρισμός, το αίσθημα αποξένωσης, αποθάρρυνσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, η ανησυχία, έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου, αισθήματα που μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επίσης η ανάπτυξη εθισμών (λ.χ αλκοόλ, φάρμακα) έχουν σχετιστεί με το burnout (Weber & Reinhard 2000, Maslach et al 2001).

Συχνά σωματικά συμπτώματα είναι πονοκέφαλοι, γαστρο-εντερικές διαταραχές (ευερέθιστο στομάχι, διάρροια), καρδιαγγειακές ενοχλήσεις όπως ταχυκαρδία,

αρρυθμία, υπέρταση, δυσκολίες στον ύπνο, υπέρταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής, μυοσκελετικά προβλήματα.

Τα συμπεριφορικά άπτονται σε επικοινωνιακά προβλήματα, ροπή για απουσίες από την εργασία, αδυναμία συγκέντρωσης, εργασιομανία, ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς. Ακόμη υπάρχουν ενδείξεις ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του, την κοινωνική και προσωπική του ζωή, αλλά και ότι μπορεί να είναι «μεταδοτική» και σε άλλους επαγγελματίες υγείας, συναδέλφους ή εκπαιδευόμενους (Αδαλή 1999, Καρανικόλα 2006, Παππά και συν 2008).

Για την αποφυγή των αρνητικών συνεπειών που επιφέρει η επαγγελματική εξουθένωση, θεωρείται επιτακτική η ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισής της, ιδιαίτερα σήμερα που η ενεργοποίηση των ικανοτήτων του προσωπικού, η ικανοποίησή του από το χώρο εργασίας και η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας (Παππά και συν., 2008).

3.6. Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης

Είναι γεγονός πως τις τελευταίες δύο δεκαετίες ο υπολογισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει ελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών, για αυτό το λόγο έχουν δημιουργηθεί διάφορα ψυχομετρικά όργανα υπολογισμού της όπως :

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI, Demerouti 2001)

Nursing Stress Scale (Tyler & Ellison 1993, Abu AIRub 2004)

General Burnout Questionnaire (Greenglass και συν. 2002).

Staff Burnout Scale for Health Professionals (Jones,1980, Arthur 1990)

Expanded Nursing stress scale (Gray-Toft & Anderson 1981)

Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach & Jackson 1981)

Tedium Scale (Pines & Kafry 1981, Arthur 1990)

Στην πλειοψηφία των μελετών, η επαγγελματική εξουθένωση αξιολογείται με τη χρήση του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI) (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992,

Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008, Παπά και συν. 2008). Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI), είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και μετρά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη επιτευγμάτων (Maslach & Jackson 1986).

Σύμφωνα με τους Shirom & Melamed (2008), υπάρχουν και άλλα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως είναι το BM- Burnout Measure των Pines et al., το Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) τα οποία αποτελούν μονοδιάστατα όργανα μέτρησης και δίνουν μία μόνο σύνθετη βαθμολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης, πράγμα που γεννά αμφιβολίες για το αν η βαθμολογία αυτή αντιπροσωπεύει την επαγγελματική εξουθένωση. Ένα εργαλείο πάντως, θα πρέπει σε τελική ανάλυση να λειτουργεί ως «ανιχνευτής» προβλημάτων, να βοηθάει στην επιλογή λύσεων και να αξιολογεί τις αλλαγές στη στάση ή στη συμπεριφορά αυτών που συμμετέχουν (Shirom et al 2008).

Η χρήση ενός ήδη υπάρχοντος εργαλείου μειονεκτεί στο ότι το εργαλείο περιορίζεται μόνο στους παράγοντες που οι κατασκευαστές του επιλέγουν να συμπεριλάβουν, οι οποίοι (παράγοντες) έχουν την τάση να είναι γενικοί ώστε να εφαρμόζονται στα περισσότερα εργασιακά περιβάλλοντα.

Τα περισσότερα εργαλεία μέτρησης σχεδιάστηκαν για να αξιολογήσουν τις ατομικές εμπειρίες του burn out. Για να ερμηνευτούν τα συναισθήματα όμως ομάδων ανθρώπων θα πρέπει να σχεδιαστούν εργαλεία που να μετρούν τα φαινόμενα που απαντώνται σε ομάδες ανθρώπων. Επίσης η έρευνα γίνεται πιο αξιόπιστη όταν υπάρχει μια συνέχεια στη μέτρηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης για ένα χρονικό διάστημα π.χ. ενός χρόνου, (Arthur 1990).

Σύμφωνα με τους Perlman και Hartman (1982) η χρήση του MBI σε συνδυασμό με άλλα ερευνητικά εργαλεία συνεκτιμώντας διάφορους παράγοντες επιτρέπει πολλαπλές και ασφαλέστερες μετρήσεις. Για παράδειγμα, ενισχύεται η αξιοπιστία των ευρημάτων, αν μετρώντας την επαγγελματική ικανοποίηση βρεθούν χαμηλά σκορ. Παράγοντες που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στα ερευνητικά εργαλεία

είναι η αυτοεκτίμηση, η συμπεριφορά προσωπικότητας τύπου A, η εργασιακή ικανοποίηση, το εργασιακό άγχος, καθώς και οργανωσιακοί παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας (Arthur 1990).

3.7 Πρόληψη και αντιμετώπιση

Επειδή οι παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι διαφορετικοί αλλά και σύνθετοι, αν αντιμετωπιστούν αποσπασματικά, η διαχείριση του προβλήματος θα είναι επιφανειακή. Για το λόγο αυτόν χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση και η αντιμετώπισή τους να κατευθύνεται κυρίως προς τους αιτιολογικούς παράγοντες.

Οι περισσότερες παρεμβάσεις που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση είναι προσανατολισμένες στο άτομο. Έχει δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα σε αυτές για ποικίλους λόγους, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι αντιλήψεις σχετικά με την αιτιότητα/υπαιτιότητα του ατόμου, σχετικά με το ότι είναι «ευκολότερο και φθηνότερο να αλλάζεις ανθρώπους παρά οργανισμούς» (Maslach et al 2001, Παππά και συν 2008).

Οι ατομικές παρεμβάσεις όμως προσφέρουν θεραπεία και όχι πρόληψη είναι σχετικά λιγότερο δραστικές στο χώρο της εργασίας, όπου το άτομο έχει μικρότερο έλεγχο επάνω σε στρεσογόνους παράγοντες σε σχέση με άλλους τομείς της ζωής του.

Με βάση τα παραπάνω οι στρατηγικές αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει πρωτογενώς να κατευθύνονται στο οργανωτικό επίπεδο και κατόπιν στο ατομικό επίπεδο

3.7.1 Οργανωτικές παρεμβάσεις

Τα οργανωτικά μέτρα έχουν προληπτικό και διορθωτικό χαρακτήρα, κοστίζουν όμως περισσότερο στη διοίκηση του νοσοκομείου ή της μονάδας υγείας που έχει την ευθύνη της εφαρμογής τους (Τούκας 2010). Τέτοια μπορεί να είναι :

1) Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο τμήμα που διοικείται δημοκρατικά αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος

του καθενός και προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας, που αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες στα πλαίσια ορισμένων κανονισμών που αφορούν την λειτουργία του Τμήματος (Cohen 1989, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Αδαλή 1999, Αντωνίου 2005, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006). Στα Τμήματα όπου η διοίκηση είναι αυταρχική και άκαμπτη, όπου επικρατούν άνισες σχέσεις μεταξύ εργαζομένων, όπου αυστηροί κανόνες δεν επιτρέπουν την ελευθερία της προσωπικής άποψης, πρωτοβουλίας ή δημιουργικότητας, όπου οι στόχοι χαρακτηρίζονται από τελειοκρατία και δίνεται ιδιαίτερα έμφαση στην επιτυχία, στα επιτεύγματα, ενώ κρίνονται αυστηρά τα λάθη και οι παραλείψεις, το προσωπικό υγείας είναι ευάλωτο στο σύνδρομο της ΕΕ. Εξίσου ευάλωτο είναι και το προσωπικό που εργάζεται σε ένα Τμήμα το οποίο χαρακτηρίζεται από έλλειψη διοίκησης και ουσιαστικής συνεργασίας, επειδή ο προϊστάμενος είτε αδιαφορεί είτε δεν διαθέτει τις απαιτούμενες διοικητικές και οργανωτικές ικανότητες (Καζαντζή και συν 2008).

2) Ο ρόλος του προϊστάμενου

Σημαντικό ρόλο θα πρέπει να κατέχει σε κάθε νοσοκομείο ή ίδρυμα υγείας, ο προϊστάμενος, ο οποίος θα πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να αναγνωρίζει τα συμπτώματα αλλά και να είναι σε θέση να παρέχει απλές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων στους νοσηλευτές, όπως:

- α) δυνατότητα ευέλικτων εφημεριών,
- β) συζητήσεις με το προσωπικό σχετικά με αλλαγές στην οργάνωση του ιδρύματος,
- γ) πληροφορίες για τη διαχείριση των εργασιακών εντάσεων και
- δ) υποστήριξη στις συγκρούσεις που απορρέουν από τη δύσκολη φύση του επαγγέλματος.

Ο προϊστάμενος έχει μεν ηγετικό ρόλο, αλλά ενδιαφέρεται για τις εμπειρίες, απόψεις και διαφορετικές γνώμες των εργαζομένων με τους οποίους συζητά από κοινού τα προβλήματα που προκύπτουν και μαζί αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισής τους. Καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας, υποστήριξης και αλληλεξάρτησης και αποφεύγει να τροφοδοτεί ανταγωνισμούς και επιδιώξεις προσωπικής ανάδειξης ή προβολής ορισμένων μελών του προσωπικού υγείας. Οι κριτικές και οι έπαινοι γίνονται αντικειμενικά (Weber & Reinhard 2000, Μπουραντάς 2002).

Επιπλέον σημαντικό θα ήταν ο προϊστάμενος να έχει γνώση των θεωριών των κινήτρων εργασίας, οι οποίες εστιάζονται στις συμπεριφορές και τις συνθήκες εκείνες που ενθαρρύνουν ή αποθαρρύνουν την εργασιακή απόδοση. Οι θεωρίες αυτές μπορούν να διαιρεθούν σε δυο κατηγορίες. Στις οντολογικές, δηλαδή αυτές οι οποίες επιχειρούν να ερμηνεύσουν το περιεχόμενο και το είδος των κινήτρων (Maslow, Herzberg, McGregor, Alderfer κ.ά) και στις μηχανιστικές ή διαδικαστικές (Vroom, Locke, Poier/Lawler) .

3) Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσής του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Κάθε χώρος εργασίας είναι σημαντικό να θεσπίζει σαφή κριτήρια για την πρόσληψη προσωπικού που θεωρεί ως κατάλληλο να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες λειτουργίας του.

Πέρα από τις γνώσεις και την πείρα του επαγγελματία της υγείας, πρέπει να συνεκτιμώνται οι διάφοροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (π.χ. προσωπικά κίνητρα.), καθώς επηρεάζουν την προσαρμογή και απόδοση του σ' ένα συγκεκριμένο χώρο εργασίας (Καζαντζή και συν 2008). Επίσης θα πρέπει η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία να γίνεται ανάλογα με την τυπολογία του χαρακτήρα κάθε ανθρώπου, η οποία εκφράζει και διαφορετικές ανάγκες κατά συνέπεια υπάρχει διαφορετικό κίνητρο παρακίνησης για τον καθένα (Weber & Reinhard 2000, Μπουραντάς 2002).

Η μετακίνηση επίσης του προσωπικού θα πρέπει να γίνεται και με κριτήριο την ενίσχυση των τμημάτων με αυξημένο φόρτο. Όσον αφορά την ρύθμιση του εικοσιτετράωρου ρυθμού και την προσαρμογή του νοσηλευτικού προσωπικού στις αλλαγές των βαρδιών προτείνεται το γρήγορα εναλλασσόμενο ωράριο. Με το ωράριο αυτό ο εργαζόμενος δεν εργάζεται περισσότερο από τρεις νυχτερινές βάρδιες στη σειρά, οπότε επανέρχεται σύντομα σε πρωινή βάρδια. Ακόμα, προτείνεται οι βάρδιες να ακολουθούν τη φορά του ρολογιού. Με τη σειρά αυτή των βαρδιών το ενδογενές βιολογικό ρολόι του οργανισμού προλαβαίνει να προσαρμοστεί ευκολότερα (Μουστάκα & Μαλλιάρου 2008).

4) Τα κίνητρα και το ενδιαφέρον για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας δρουν θετικά στην απόδοσή και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων (Πατεράκη και συν.,1992). Επιπλέον, η αλλαγή χώρου εργασίας

αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης και δρα ευεργετικά στον εργαζόμενο όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής αλλά συνοδεύεται από διεργασία αυτογνωσίας, τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων και προσδοκιών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

5) Η συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στη χάραξη πολιτικής υγείας με την εκπροσώπησή τους στα διοικητικά συμβούλια του οργανισμού στον οποίο ανήκουν. Αυτά κάνουν τον εργαζόμενο να αισθάνεται περισσότερο υπεύθυνος και να έχει διάθεση για μεγαλύτερη απόδοση. Αποφεύγεται έτσι η αίσθηση από την μεριά του εργαζομένου ότι η συμβολή του είναι καθαρά εκτελεστική και ενισχύεται η διάθεση του για προσφορά (Weber & Reinhard 2000, Albaugh 2003).

Αν και οι νοσηλευτές εντός του χώρου του νοσοκομείου έχουν υψηλό μερίδιο στο συντελεστή της επαγγελματικής εξουσίας, ωστόσο η ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού δεν δίνει στο νοσηλευτή τον απαραίτητο χρόνο για να εφαρμόσει σωστά τις υψηλού επιπέδου γνώσεις που αποκτά κατά τη διάρκεια των σπουδών του, αλλά ούτε και να αναδειξεί την επιστημονικότητα του έργου του.

Επίσης οι χώροι των νοσοκομείων, ως κεντρικά συστήματα, προσφέρουν ελάχιστες ευκαιρίες στους νοσηλευτές/τριες για αυτονομία και συμμετοχή στις αποφάσεις, αφού με την σημερινή οργανωτική τους δομή, η παραδοσιακή ομάδα επιρροής είναι κυρίως οι γιατροί (Σακελλαρόπουλος 2006, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

6) Αναμόρφωση του συστήματος επιβράβευσης ώστε να επιτυγχάνεται θετική ενίσχυση και υποκίνηση του εργαζόμενου.

Παροχή κινήτρων με υλικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αμοιβές όπως οικονομικές απολαβές (επιδόματα, σωστή διαχείριση των κονδυλίων για την υπερωριακή απασχόληση, εκπαιδευτικά ταξίδια). Διευκολύνσεις στην εργασία όπως π.χ. ευέλικτο και ελαστικό ωράριο, άδειες, ρεπό. Αντικειμενική αξιολόγηση από τον προϊστάμενο και κυρίως η αναγνώριση της προσφοράς του έργου του (προφορικοί ή γραπτοί έπαινοι, εύφημη μνεία, καθιέρωση του θεσμού του εργαζόμενου της χρονιάς), προάγουν τη θετική συμπεριφορά του εργαζόμενου και βοηθούν στην επίτευξη υψηλής ικανοποίησης και απόδοσής του (Bakker et al 2000, Albaugh 2003, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008, Siegrist et al 2009).

7) Βελτίωση της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των κλινικών και των τμημάτων του νοσοκομείου, για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών και για την αποφυγή διαπροσωπικών συγκρούσεων και εντάσεων (Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008).

8) Αυτονομία στην εργασία και ελευθερία κινήσεων ώστε να αυξάνεται η αίσθηση ικανοποίησης και προσωπικών επιτευγμάτων αίσθηση ενώ οι υπάλληλοι αισθάνονται ολοκληρωμένοι επειδή θεωρούν ότι έχουν επιτύχει στον εργασιακό τομέα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Αδαλή και συν 2000, Albaugh 2003, Αντωνίου 2005, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008,).

9) Την λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης προτείνουν οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1997), στις οποίες οι εργαζόμενοι θα συζητούν, θα ανταλλάσσουν τις εμπειρίες τους και θα οξύνουν τις ικανότητές τους. Πρωταρχικός σκοπός τέτοιων ομάδων είναι η μείωση του άγχους και η αύξηση της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων. Επίσης, η λειτουργία τέτοιων ομάδων συμβάλλει στην ενίσχυση της επικοινωνίας και της αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού, ελαχιστοποιώντας έτσι την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η επαγγελματική εξουθένωση.

10) Οι φορείς των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να επιτείνουν την προσοχή τους για τα συμπτώματα του συνδρόμου. Αυτό μπορεί να γίνει με περιοδική διενέργεια μελετών – εργασιών για τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων καθώς και για τους παράγοντες που την προκαλούν. Στην έγκαιρη διάγνωση βοηθούν οι μετρήσεις που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη του συνδρόμου με τα διάφορα ψυχομετρικά τεστ όπως το Maslach Burnout Inventory (MBI) το οποίο είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο από το 1981.

11) Βελτίωση των συνθηκών εργασίας με την ανακαίνιση των κτιρίων, τη δημιουργία χώρων διαλειμμάτων και ψυχαγωγίας, λειτουργία βρεφονηπιακών σταθμών. Ακόμη ο εργονομικός σχεδιασμός των χώρων, τα κατάλληλα καθίσματα για τους εργαζόμενους ο σύγχρονος εξοπλισμός μειώνουν τη δυσαρέσκεια του εργαζόμενου και μπορούν να συμβάλουν στη πρόληψη της επαγγελματικής

εξουθένωσης (Bakker et al, 2000, Weber & Reinhard, 2000, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006).

12) Τέλος παρακολούθηση της κινητικότητας του προσωπικού και αναπλήρωση αυτού που συνταξιοδοτείται ώστε να μην αυξάνεται ο φόρτος εργασίας και κατά συνέπεια η δυσαρέσκεια (Αδαλή, 1999, Διλίντας & Σεβαστάκη, 2006). Επίσης, η δημιουργία μιας υπηρεσίας που θα είναι σε ετοιμότητα για την κάλυψη των αδειών, των αναρρωτικών ή των έκτακτων αναγκών ώστε να διατηρείται η ικανοποιητική αναλογία μεταξύ ασθενών – νοσηλευτικού προσωπικού.

3.7.2. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

1) Η θεραπεία του συνδρόμου έγκειται πρωταρχικά στο να αναγνωρίσει το ίδιο το άτομο τα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου.

Μετά θα πρέπει να αξιολογήσει τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας που διαθέτει, από το πόσο δηλαδή είναι ικανό να διαγνώσει τις ψυχικές του μεταβολές στα αρχικά τους στάδια και από το κατά πόσο είναι διατεθειμένο να τις εξωτερικεύσει ζητώντας εξειδικευμένη βοήθεια (Farrington 1997, Maslach et al 2001).

Στη συνέχεια, είναι σημαντικό να καθορισθούν οι τομείς της ζωής και της εργασίας που μπορούν να ελεγχθούν. Μετά μπορεί να επιλεγεί κάποια στρατηγική αντιμετώπισης που ταιριάζει περισσότερο ανάλογα με την κατάσταση όπως οι παρακάτω:

α) Δραστηριότητες που να αποσπών την προσοχή από τα καθημερινά προβλήματα της εργασίας, είτε πρόκειται για κάποιο χόμπι είτε για σωματική άσκηση, οι οποίες δεν αρκούν βέβαια από μόνες τους για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, αλλά ξεκουράζουν και ανακουφίζουν για λίγο.

β) Αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως η βελτίωση των ικανοτήτων στην επικοινωνία, η διαπραγμάτευση, η έκφραση των συναισθημάτων και η ανάπτυξη της διεκδικητικότητας (όπως το να λέμε «όχι» όταν χρειάζεται) έτσι ώστε να βελτιώνεται η αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων. Σεμινάρια για τη διαχείριση του άγχους (Albaugh 2003, Παππά 2008).

Ο Potter για την αντιμετώπιση του συνδρόμου αναφέρει την αναγκαιότητα δημιουργίας νέων τρόπων αντίληψης και σκέψης. Συγκεκριμένα, προτείνει την

ανάπτυξη ικανοτήτων διαχείρισης του εαυτού, ώστε το άτομο να μπορεί να αναγνωρίζει την αξία του, ακόμη και σε εχθρικά περιβάλλοντα, μέσω του αυτοελέγχου. Επίσης πρέπει να αποκτήσει την ικανότητα ελέγχου του stress και να το μετατρέψει σε θετική ενέργεια. Το άτομο λοιπόν, που επιθυμεί να θωρακίσει τον εαυτό του απέναντι στο σύνδρομο, πρέπει να δομήσει υποστηρικτικά συστήματα και να βρει συμμάχους. Ακόμη και μέσα στο χώρο της εργασίας του, δηλαδή να εντοπίσει άτομα που θα τον βοηθούν στην αντιμετώπιση του stress (Potter 1987, Διομήδους και συν 2009).

2) *Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με συναδέλφους, τους προϊσταμένους και τη δουλειά του γενικότερα, συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών από αυτά (Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).*

3) *Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών» μετ' αποδοχών, δίνουν την δυνατότητα για « αποσυμπίεση» μεταξύ εργασίας και σπιτιού αλλά και την ευκαιρία να απομακρυνθεί για λίγο από τον χώρο εργασίας, πριν εκδηλώσει ή κατά τη στιγμή που εμφανίζει τις πρώτες ενδείξεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παλάσκας 2007).*

Στην Ελλάδα, η έλλειψη χρόνου και η ανάγκη για συνεχή διαθεσιμότητα αποτελούν τα σημαντικότερα προβλήματα των νοσηλευτών στα νοσοκομεία. Οι επαγγελματίες υγείας που επενδύουν στη διαχείριση του εργασιακού τους χρόνου συχνά αναφέρουν ότι έχουν περισσότερο έλεγχο της ζωής τους, ενώ αισθάνονται ότι πετυχαίνουν περισσότερα γιατί ξοδεύουν λιγότερο χρόνο σε πράγματα ελάχιστα αποτελεσματικά και συχνά άσκοπα για την επαγγελματική τους επίδοση (Αντωνίου 2005). Ο έλεγχος και η διαχείριση του χρόνου μπορούν να επιτευχθούν μέσω των ακόλουθων ενεργειών :

1. Θέσπιση στόχων
2. Σχεδιασμό της εργασίας
3. Καθορισμό προτεραιοτήτων
4. Σχεδιασμό του χρόνου
5. Αποφυγή ενοχλήσεων και περισπασμών

Επιπλέον, μεγάλη σημασία έχει, ο προγραμματισμός της ενασχόλησης αυτής να πραγματοποιείται στο μεσοδιάστημα της επιστροφής από την εργασία στο σπίτι για την συναισθηματική εκφόρτιση του εργαζόμενου (Πατεράκη και συν. 1992).

4) *Χαλάρωση*. Συναφής με την έλλειψη διαθέσιμου χρόνου στους επαγγελματίες υγείας είναι και η έλλειψη χαλάρωσης. Η αδυναμία του εργαζόμενου να χαλαρώσει αποτελεί τη βάση για μία μακρά σειρά προβλημάτων για τη σωματική και ψυχική του ευεξία γενικότερα. Αντίθετα, κάποιες τεχνικές χαλάρωσης θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να μειώσουν την ένταση που αισθάνονται στην εργασία τους (MacLaughlin Frandsen 2010).

Οι τεχνικές χαλάρωσης είναι δυνατόν να επιφέρουν συγκεκριμένες αλλαγές και βελτιώσεις στην ανθρώπινη φυσιολογία, όπως η μείωση της αρτηριακής πίεσης, ο ρυθμός της αναπνοής και της καρδιάς, η αύξηση των γνωστικών διεργασιών, καθώς και η μείωση των μυοσκελετικών και στομαχικών πόνων και η ελάττωση των τιμών της χοληστερόλης (Farrington 1997, Ασημακοπούλου 2004) .

Το χιούμορ επίσης, τα αστεία, τα γέλια, όταν δεν είναι σε βάρος των ασθενών μειώνουν την συναισθηματική ένταση (Μουστάκα & Μαλλιαρού 2008).

5) *Κοινωνική στήριξη*. Ένας από τους βασικότερους τρόπους για να αντεπεξέλθουν στις στρεσογόνες συνθήκες που βιώνουν οι εργαζόμενοι, είναι να μοιραστούν τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς τους με φίλους, συνεργάτες ή ακόμα και με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και να νιώσουν ότι υποστηρίζονται σε δύσκολες στιγμές (AbuAIRub 2004, Glasberg et al 2006, Gustafsson et al 2010) .

Σύμφωνα με τους Μουστάκα και Μαλλιαρού (2008), όταν οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι το περιβάλλον εργασίας τους είναι υποστηρικτικό, αναπτύσσουν μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Επίσης ένας τρόπος συγκράτησης των νοσηλευτών στο νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελεί η δημιουργία υποστηρικτικής ατμόσφαιρας στις νοσηλευτικές μονάδες Η κοινωνική στήριξη φαίνεται ότι ασκεί θετική επιρροή στην ευημερία των ατόμων και λειτουργεί ως προστατευτική ασπίδα ανάμεσα στο άτομο και στο άγχος της δουλειάς ή στις παθογόνες επιδράσεις των στρεσογόνων γεγονότων (Καφέτσιος και συν. 2006, Gustafsson 2010).

Ο Leiter (1990) θεώρησε ότι η προσωπική στήριξη σχετίζεται αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, ενώ η επαγγελματική στήριξη

σχετίζεται αρνητικά με την αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη προσωπική επίτευξη. Προεκτείνοντας στις σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον έχει μελετηθεί η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και την ηγεσία. Σε έρευνες του Leiter έχει βρεθεί αρνητική συνάφεια της υποστήριξης από συναδέλφους και ηγεσία με τα προσωπικά επιτεύγματα (Παλάσκας 2007, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008, Gustafsson et al 2010).

6) *Η αναζήτηση εξειδικευμένης βοήθειας από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας συμβάλλει αποφασιστικά στην ενίσχυση της προσπάθειας του ατόμου που υποφέρει. Η υποστήριξη λειτουργεί θεραπευτικά μόνο για τα άτομα που την αποδέχονται. Για αυτό ο εργαζόμενος θα πρέπει να αναζητά συχνά και από μόνος του βοήθεια και να μην παραγνωρίζει τις ανάγκες του. Η εμπειρία μιας τέτοιας προσέγγισης θα δώσει στο άτομο τη δυνατότητα να μπορεί μελλοντικά να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της εξουθένωσης καθώς και τις πρακτικές αποφυγής της (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Farrington 1997, Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).*

4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

4.1 Ανασκόπηση των μεθοδολογικών προσεγγίσεων στη μελέτη του burnout μεταξύ διαφορετικών τμημάτων

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν έρευνες οι περισσότερες από τις οποίες αφορούσαν συγκρίσεις σε διαφορετικά νοσοκομειακά τμήματα από τα οποία άλλα ήταν κλειστά (χειρουργεία, εντατικές μονάδες) και άλλα ανοιχτά (χειρουργικές, παθολογικές, ψυχιατρικές κλινικές, αιματολογικά, τμήμα επειγόντων).

Παρά το γεγονός ότι τα ευρήματα αυτών των ερευνών δεν αφορούν στοχευμένα στα ανοιχτά ή κλειστά τμήματα, δίνουν ωστόσο μια εικόνα των διαφορών που παρατηρούνται στο μέγεθος του στρες, της επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης, καθώς και στους διαφορετικούς ανά τμήμα παράγοντες που τα προκαλούν. Για το λόγο αυτό παρακάτω γίνεται μια σύντομη αναφορά σε ορισμένες έρευνες και στα συμπεράσματα στα οποία αυτές κατέληξαν.

Αναλυτικότερα η έρευνα των Αδαλή και Πριάμη 2002 σε Δημόσια νοσοκομεία των Αθηνών και συγκεκριμένα σε τμήματα Επειγόντων περιστατικών, παθολογικά και ΜΕΘ, κατέληξε στο ότι η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα. Βρέθηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τα διαφορετικά τμήματα φαίνεται να έχουν επίδραση στην ανάπτυξη του συνδρόμου. Έτσι οι νοσηλευτές στα τμήματα των επειγόντων παρουσιάζουν στατιστικά μεγαλύτερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με τα άλλα τμήματα.

Στην εργασία των Μπελλάλη και συν 2007 σχετικά με το χώρο / τμήμα εργασίας των νοσηλευτών φάνηκε ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η επαγγελματική εξουθένωση δεν επηρεάζονται από το χώρο και από τη θέση εργασίας των νοσηλευτών.

Σε άλλη έρευνα που διενήργησαν οι Foxall et all 1990 σε χειρουργικά- παθολογικά τμήματα, μονάδες ασθενών τελικού σταδίου και ΜΕΘ βρέθηκε ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα του στρες ανάμεσα στους νοσηλευτές των τριών

τμημάτων. Αυτό που αναδεικνύουν τα ευρήματα είναι ότι οι πηγές που προκαλούν το στρες είναι διαφορετικές για κάθε τμήμα. Έτσι στα τμήματα με ασθενείς τελικού σταδίου και στις ΜΕΘ ο θάνατος ήταν η κυριότερη πηγή άγχους ενώ στα παθολογικά-χειρουργικά τμήματα ήταν ο φόρτος εργασίας.

Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Tyler & Ellison 1994 που διεξήγαγαν μελέτη σε χειρουργεία, ηπατολογικό/νεφρολογικό, αιματολογικό/ογκολογικό και εξειδικευμένα χειρουργεία. Τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι το μέγεθος της εξάντλησης που βίωναν στα διαφορετικά τμήματα ήταν το ίδιο αλλά διαφοροποιούνταν οι πηγές από όπου προερχόταν.

Η έρευνα των Sahraian et al 2008 απέδειξε ότι τα διαφορετικά τμήματα επηρεάζουν το νοσηλευτικό burn out. Συγκεκριμένα η έρευνα που έγινε σε χειρουργείο, ψυχιατρικές μονάδες και μονάδες εγκαυμάτων απέδειξε ότι οι νοσηλευτές των ψυχιατρικών μονάδων είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε σχέση με αυτούς των άλλων τμημάτων.

Ο Fung- kam το 1997 σε έρευνα για την εργασιακή ικανοποίηση βρήκε ότι οι νοσηλευτές στις εντατικές μονάδες ένιωθαν περισσότερη ικανοποίηση, κατά συνέπεια λιγότερο στρες, από τους εργαζόμενους στα χειρουργικά τμήματα. Η εξήγηση για το αποτέλεσμα αυτό είναι ο διαφορετικός τρόπος που διαχειρίζονταν το τμήμα ο κάθε προϊστάμενος.

Σε παρόμοια, αναφορικά με τη θέση εργασίας και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, με τη παραπάνω εργασία ευρήματα κατέληξαν και οι Van Servellen και συν (1994). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας δεν διέφεραν από εκείνα των υπολοίπων νοσηλευτών που εργάζονταν σε ογκολογικά, χειρουργικά και παθολογικά τμήματα. Ανεξάρτητα από τη μονάδα, όμως, εκείνα τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που χαρακτηρίζονταν ως οι πιο «σκληραγωγημένοι» δηλαδή πιο ανθεκτικοί στο στρες, εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα των εργασιών που αναφέρθηκαν παραπάνω δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία μεταξύ των ερευνητών στο αν αυτό που συμβάλει στην εμφάνιση της εξουθένωσης είναι προσωπικοί, οργανωσιακοί παράγοντες ή εάν είναι οι ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν σε κάθε τμήμα (Fontana 1993, Καρανιάδου και συν. 2006, Μυταρά 2008, Φατούρου & Παπαθανασίου 2008).

Θέλοντας λοιπόν να αναλυθεί και ένα από τα αρχικά ερωτήματα που αποτέλεσαν το έναυσμα για την συγγραφή αυτής της εργασίας, αν δηλαδή το ιδιαίτερο και εντελώς διαφορετικό περιβάλλον μεταξύ κλειστών και ανοιχτών τμημάτων διαφοροποιεί το βαθμό ανάπτυξης του συνδρόμου, για το λόγο αυτό περιγράφονται ορισμένες διαφορές αυτών των δύο τμημάτων παρακάτω.

4.2 Ιδιαιτερότητες χειρουργείου και ανοιχτών τμημάτων

Το χειρουργείο αποτελεί ένα ιδιαίτερα σύνθετο σύστημα. Η πολυπλοκότητά του οφείλεται όχι μόνο στον ασθενή και την κατάστασή του, αλλά και στη χρήση εξειδικευμένου εξοπλισμού, το πλήθος των πληροφοριών που απαιτούν επεξεργασία, τη φύση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας, την ανάγκη για αποτελεσματικό συντονισμό, την αβεβαιότητα και την ανάγκη για λήψη επειγουσών αποφάσεων.

Η συστηματική έκθεση των νοσηλευτών σε διάφορους βλαπτικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες και το χώρο και που αναφέρονται παρακάτω, μπορεί να ενοχοποιούνται για την αύξηση του στρες.

α) *Εργονομικοί* : Η συγκεκριμένη στάση σώματος και η παρατεταμένη ορθοστασία χαρακτηριστική για τους εργαλειοδότες νοσηλευτές.

Ο χειρισμός κάποιου μηχανήματος (νοσηλευτές αναισθησιολογικού)

Η μεταφορά-χειρισμός ασθενών.

Η στενότητα του χώρου εργασίας.

Η μεταφορά εργαλείων και εφοδίων – τοποθέτηση αποστειρωμένου υλικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου, εκτός από την ενασχόλησή του με τον ασθενή, έχει να επιτελέσει και μια σειρά εργασιών, που αφορά την τοποθέτηση αποστειρωμένων δίσκων εργαλείων ή κοντέινερς εργαλείων σε βιτρίνες καθώς επίσης και τη διαχείριση ακάθαρτου υλικού, μαιτισμού, εργαλείων, καθήκοντα που

θεωρούνται μη νοσηλευτικά και αποτελούν σημαντικές πηγές δυσαρέσκειας (Δούσης & Καλοκαιρινού 2007, Ιντζόγλου & Κούβδος 2008).

β) *Φυσικοί*: Το δύσκολο προσβάσιμο και κλειστό περιβάλλον και η μειωμένη επικοινωνία με το υπόλοιπο ίδρυμα οδηγεί μακροχρόνια σε αρνητικά αισθήματα και εξάντληση.

γ) *Ψυχολογικοί*: Η έντονη μονοτονία στην εργασία με ταχείες επαναλαμβανόμενες κινήσεις. Η τεταμένη προσοχή και το καθημερινό άγχος για τυχόν λάθη (λανθασμένες καταμετρήσεις εργαλείων, γαζών). Η διαχείριση επειγόντων περιστατικών (επεμβάσεων). Η εργασία υψηλών απαιτήσεων σε έντονους ρυθμούς και με πίεση χρόνου. Η έλλειψη αυτονομίας

δ) *Διαπροσωπικοί*: Οι ιδιαιτερότητες-επιθυμίες χειρουργών μπορεί να δυσκολέψουν τη συνεργασία, να δημιουργηθούν συγκρούσεις, εντάσεις.

Από την άλλη μεριά στα ανοικτά τμήματα (παθολογικά, χειρουργικά, καρδιολογικά, ουρολογικά κ.ά) τόσο το περιβάλλον όσο και το αντικείμενο εργασίας είναι διαφορετικά. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων και που πιθανόν να είναι μερικές από τις πηγές της μειωμένης ικανοποίησης είναι οι ακόλουθες :

α) Όσον αφορά το περιβάλλον οι νοσηλευτές έρχονται σε άμεση επαφή με ασθενείς που πάσχουν από βαριές και ανίατες ασθένειες όπως διάφορα είδη και στάδια καρκίνων, παγκρεατίτιδες, εγκεφαλικά επεισόδια, φυματίωση, ηπατίτιδα, λοιμώξεις ιογενείς- μικροβιακές κ.ά.. αντιμετωπίζοντας τον κίνδυνο έκθεσης σε αιματογενώς μεταδιδόμενες ασθένειες.

β) Οι καθημερινές δραστηριότητες αφορούν την εκτέλεση νοσηλείας, τη φυσική εκτίμηση του αρρώστου, που περιλαμβάνει: την αναπνοή, την κυκλοφορία, τα ζωτικά σημεία, τα αισθητήρια όργανα, την αποβολή άχρηστων ουσιών, την φροντίδα και περιποίηση τραυμάτων, κατακλίσεων, την ατομική υγιεινή.

γ) Άμεση είναι και η επαφή με τους συγγενείς και συνοδούς των ασθενών οι οποίοι πολλές φορές επεμβαίνουν στην διάρκεια της εκτέλεσης νοσηλευτικών πράξεων δυσκολεύοντας την ομαλή εκτέλεση του έργου των νοσηλευτών.

Όλες οι παραπάνω ασχολίες σε συνδυασμό με το μεγάλο αριθμό των εισερχόμενων ασθενών – 6.560 για τα χειρουργεία και 9.050 για τα ανοικτά τμήματα των νοσοκομείων ετούτης της έρευνας (πηγή: Γραφείο κινήσεως Νοσοκομείων Βέροιας, Νάουσας) - οδηγούν σε φόρτο εργασίας στον οποίο δεν μπορεί να ανταποκριθεί το υπάρχον νοσηλευτικό προσωπικό, αφού αναλογούν (στα συγκεκριμένα νοσοκομεία όπου διεξήχθη η έρευνα) 4 νοσηλευτές στην πρωινή βάρδια, 3 στην απογευματινή, 2 στη νυχτερινή για 30 περίπου ασθενείς στα ανοικτά τμήματα και 2 ανά χειρουργική τράπεζα.

II ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός της έρευνας

Στην παρούσα μεταπτυχιακή εργασία σκοπός του ερευνητικού μέρους είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με ορισμένες μεταβλητές δυο επαγγελματικών ομάδων νοσηλευτών/τριών κλειστών (χειρουργείο-αναισθησιολογικό) και ανοικτών τμημάτων (παθολογικές, χειρουργικές κλινικές).

Οι επί μέρους στόχοι της έρευνας περιλάμβαναν :

- Την καταμέτρηση των ποσοστών της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (ηλικία, φύλο, επίπεδο σπουδών, χρόνια προϋπηρεσίας) και να σχηματιστεί ένα προφίλ με τα χαρακτηριστικά του περισσότερο εξουθενωμένου νοσηλευτή.
- Την διερεύνηση του αν και κατά πόσο υπάρχει διαφοροποίηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους εργαζόμενους σε κλειστά και ανοιχτά τμήματα.
- Την συσχέτιση της ικανοποίησης τους ως νοσηλευτές γενικά, αλλά και ως εργαζόμενοι στα συγκεκριμένα τμήματα με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Την συσχέτιση των χρόνων που θα ήθελαν να παραμείνουν στο συγκεκριμένο τμήμα με το μέγεθος της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Τον εντοπισμό των παραγόντων που τους προκαλούν άγχος και την συσχέτισή τους με την επαγγελματική εξουθένωση.

5.2 Υποθέσεις εργασίας

Όσον αφορά το φύλο, αναμένεται οι γυναίκες να είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Όσον αφορά την ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας και τον χρόνο παραμονής στην κλινική, περιμένουμε να έχουν αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση. Όσο μεγαλύτερη η ηλικία (και κατ' επέκταση η επαγγελματική πείρα) και η θητεία στην κλινική, τόσο χαμηλότερα τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τέλος αναμένεται να υπάρχει ελαφρώς μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση στα ανοιχτά τμήματα λόγω του μεγάλου αλλά και σταθερού φόρτου εργασίας καθ' όλη τη διάρκεια του κυκλικού ωραρίου.

5.3 Περιορισμοί της έρευνας

Αξίζει να σημειωθεί πως η έρευνα αυτή είναι μία έρευνα συσχετίσεων. Αυτό σημαίνει ότι έγινε προσπάθεια να διαπιστωθούν σχέσεις μεταξύ μεταβλητών οι οποίες όμως δεν είναι αυτεπάγγελτα και αιτιώδεις. Διαπιστώθηκαν συνυπάρξεις κάποιων φαινομένων χωρίς όμως να σημαίνει αυτό ότι το ένα οφείλεται στο άλλο. Πολύ πιθανόν να υπάρχει και κάποια άλλη έμμεση μεταβλητή που να επενεργεί περισσότερο (έλλειψη υποστηρικτικού πλαισίου, εκπαίδευσης, το ύψος των αμοιβών, δυνατότητες εξέλιξης, σύγκρουση ρόλων, ποιότητα συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού κ.α.).

Εύστοχο θα ήταν να εξετάζαμε την επαγγελματική εξουθένωση με διαχρονικές μελέτες για περισσότερο σαφή συμπεράσματα. Άλλωστε μεγάλη προσοχή ίσως θα πρέπει να δοθεί και σε περισσότερο υποκειμενικούς παράγοντες που να οδηγούν σε πιο αντικειμενικές αξιολογήσεις (τύποι προσωπικότητας, έδρα ελέγχου, αμυντικοί μηχανισμοί, ποσοστά αυτοεκτίμησης, στάση απέναντι στην εργασία κ.α.).

Πολλοί νοσηλευτές είχαν ενδιασμούς ή έδειχναν αρνητική στάση στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, γι' αυτό χρειάστηκε να δοθούν επεξηγήσεις όσο αφορά την έρευνα και να γίνουν αρκετές προσωπικές συζητήσεις ώστε να πειστούν και να διευκολυνθούν στη συμπλήρωση.

Η διορατικότητα που κερδίζεται κατά τη διάρκεια των προσωπικών συνεντεύξεων, των σχολίων και των συνομιλιών βοηθά στην ενδυνάμωση των συμπερασμάτων στα οποία καταλήγουμε, οδηγώντας ακόμα και σε συστάσεις οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν για να μειώσουν την επαγγελματική εξουθένωση στις Νοσηλευτικές Μονάδες.

Μέσα από τις συνομιλίες του Β' μέρους των ερωτήσεων με το νοσηλευτικό προσωπικό, μπορέσαμε να διακρίνουμε αρκετά σημεία τα οποία θα μπορούσαμε να

επισημάνουμε προκειμένου να «διορθωθούν» από τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων, σε μια προσπάθεια μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού.

5.4 Συμμετέχοντες στη μελέτη

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι νοσηλευτές των παθολογικών, χειρουργικών κλινικών καθώς και των χειρουργείων – αναισθησιολογικών τμημάτων δύο δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων του νομού Ημαθίας, αυτά της Νάουσας και της Βέροιας. Στόχος ήταν η επιλογή όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικού δείγματος νοσηλευτών όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων.

Οι εργαζόμενοι στους οποίους απευθυνόταν η έρευνα συνολικά ήταν 134 νοσηλευτές. Από αυτούς οι 85 εργάζονταν σε ανοιχτά τμήματα (παθολογική, χειρουργική, καρδιολογική, νεφρολογική, ουρολογική κλινική) και οι 49 εργάζονταν σε χειρουργεία και αναισθησιολογικά τμήματα. Από τα 85 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν στα ανοιχτά τμήματα απαντήθηκαν τα 55, δηλαδή ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) 65%. Ενώ από τα 49 που δόθηκαν στα χειρουργεία απαντήθηκαν τα 41, δηλαδή ποσοστό ανταπόκρισης 82% που κρίνεται πολύ ικανοποιητικό.

5.5. Συλλογή δεδομένων

Η διανομή και η συλλογή των ερωτηματολογίων στα δύο Νοσοκομεία έγινε κατά τους μήνες Μάρτιο – Απρίλιο του 2010. Η έρευνα ξεκίνησε αφού ελήφθη η θετική γνωμοδότηση και έγκριση από το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) για την διεξαγωγή της έρευνας στο Νοσοκομείο της Νάουσας, ενώ για το Νοσοκομείο της Βέροιας, όπου ανήκει υπηρεσιακά η ερευνήτρια, δόθηκε άδεια από το διοικητικό συμβούλιο του ιδρύματος.

Στη συνέχεια ακολουθούσε τηλεφωνική επικοινωνία των προϊστάμενων των δυο Νοσοκομείων, με σκοπό να ενημερωθούν για τους στόχους της έρευνας, να εξασφαλιστεί η έγκρισή τους για την διανομή των ερωτηματολογίων και να γίνει επιλογή της κατάλληλης χρονικής στιγμής για τη συμπλήρωσή τους.

Αφού ορίστηκε ως κατάλληλη στιγμή η απογευματινή βάρδια η ερευνήτρια είχε προσωπική επαφή με τους νοσηλευτές με στόχο την πλήρη ενημέρωσή τους για τους σκοπούς και το αντικείμενο της έρευνας, ενώ παράλληλα δίνονταν πληροφορίες που αφορούσαν την ανωνυμία και τον προαιρετικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους

καθώς επίσης και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Στη συνέχεια, μοιράζονταν τα ερωτηματολόγια στους νοσηλευτές και στους βοηθούς νοσηλευτών που ήθελαν να συμμετέχουν στην έρευνα, μαζί με τις οδηγίες συμπλήρωσής τους όπως το ότι καλούνταν να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις και ότι δεν υπήρχαν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Ο χρόνος που απαιτούταν για τη συμπλήρωσή του ήταν 15 περίπου λεπτά. Η ερευνήτρια αφιέρωνε όσο χρόνο χρειαζόταν για διευκρινιστικές ερωτήσεις στα άτομα που επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια, απομακρυνόταν ώστε να μην υπάρχει επιρροή στην κρίση τους λόγω της παρουσίας της στον ίδιο χώρο. Η παραλαβή των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν στο Νοσοκομείο της Νάουσας έγινε από τις προϊστάμενες των τμημάτων μετά από δύο εβδομάδες μέσα σε κλειστό φάκελο.

Στο Νοσοκομείο της Βέροιας η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από την ίδια την ερευνήτρια. Σε περιπτώσεις απουσίας των νοσηλευτών ή άρνησης συμπλήρωσης τους τη συγκεκριμένη στιγμή λόγω φόρτου εργασίας, η συλλογή τους γινόταν άλλη ημέρα και είτε τα τοποθετούσαν σε κλειστούς φακέλους είτε τα διέθεταν απευθείας στην ερευνήτρια.

5.6 Ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε

Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με τη χρήση γραπτών ερωτηματολογίων με ερωτήσεις κλειστού αλλά και ανοιχτού τύπου τα οποία αποτελούνται από τρία μέρη (παρουσιάζεται στο παράρτημα, σελ.1).

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις αναφορικά με τα δημογραφικά και υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, θέση –ιδιότητα, έτη προϋπηρεσίας στο χώρο της υγείας και στην παρούσα κλινική.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI) έτσι όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1992). Το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach αποτελείται από 22 ερωτήσεις και μετράει τις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου: τη συναισθηματική εξάντληση (9 ερωτήσεις), την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (8 ερωτήσεις) και την αποπροσωποποίηση (5 ερωτήσεις). Ο ερωτώμενος δίνει τις απαντήσεις με βάση

μα επτάβαθμη κλίμακα Likert, που εκτείνονται από το βαθμό 0 («ποτέ») έως το βαθμό 6 («κάθε ημέρα»).

Ένδειξη υψηλής επαγγελματικής εξουθένωσης αντιστοιχεί σε υψηλές τιμές στις κλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και σε χαμηλές τιμές στην κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων. Μέτρια χαρακτηρίζεται η επαγγελματική εξουθένωση όταν εμφανίζονται μέτριες τιμές κα στις τρεις κλίμακες και χαμηλή όταν εμφανίζονται χαμηλές τιμές στις κλίμακες συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και υψηλές τιμές στην κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων.

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται οι οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

Πίνακας 2: Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

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

Πηγή : Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1992.

Κάθε κλίμακα βαθμολογείται αθροίζοντας τους βαθμούς των απαντήσεων στις ερωτήσεις που περιελάμβανε η κλίμακα. Το ερωτηματολόγιο της Maslach, αποτυπώνει σε πολύ καλό βαθμό τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης, είναι έγκυρο και αξιόπιστο ενώ η πολύ δημοφιλής χρήση του από ερευνητές όλου του κόσμου το έχει καταστήσει χρήσιμο εργαλείο σύγκρισης (Σαχίνη, 1997).

Τέλος το τρίτο ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί και χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες της μεταπτυχιακής εργασίας της από την Καλαντζή Φ. στο Πάντειο Πανεπιστήμιο . Περιλαμβάνει 7 κλειστές και δύο ανοιχτές ερωτήσεις.

Με τις ερωτήσεις αυτές θα θέλαμε να ελεγχθεί κατά πόσο η δυσαρέσκεια που τυχόν θα εκφράσει το προσωπικό οφείλεται σε αρνητική στάση απέναντι στο ίδιο το επάγγελμα ή στην απασχόλησή του στην συγκεκριμένη νοσοκομειακή (ανοιχτή ή κλειστή) μονάδα ή τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτή.

Επίσης την πρόθεσή τους να παραμείνουν στο τμήμα (όσο λιγότερος ο χρόνος τόσο μεγαλύτερα τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης).

Επιχειρείται ακόμη να διερευνηθούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες που τους προκαλούν άγχος ώστε να συσχετισθούν με τις τρεις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

5.7. Στατιστική μεθοδολογία

Το εργαλείο συλλογής των πρωτογενών δεδομένων παρείχε την δυνατότητα λήψης ποιοτικών στοιχείων [δεδομένα ονομαστικού (nominal)] όπως τα δημογραφικά στοιχεία και ποσοτικών στοιχείων (π.χ. ερωτήσεις κλίμακας Maslach). Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων περιλάμβανε περιγραφική και συμπερασματική στατιστική.

Στην μεν περιγραφική στατιστική, ανάλογα με το είδος των δεδομένων, υπολογίστηκαν οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες (% κατανομή) για τις ποιοτικές μεταβλητές, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές (ερωτήσεις της κλίμακας) υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία για τις τρεις υποκλίμακες και ακολούθως κωδικοποιήθηκε κάθε υποκλίμακα σε τρεις κατηγορίες (χαμηλή, μέτρια, υψηλή).

Η συμπερασματική στατιστική περιλάμβανε την εφαρμογή μεθόδων διμεταβλητής ανάλυσης (συσχέτιση δυο μεταβλητών). Για τον έλεγχο της ύπαρξης εξάρτησης μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών (π.χ. φύλο με κατηγορία συναισθηματικής εξάντλησης), εφαρμόστηκε ο χ^2 – έλεγχος ανεξαρτησίας (chi-square test).

Για την μέτρηση της αξιοπιστίας των πολυθεματικών μεταβλητών (multivariate analysis) της κλίμακας Mashlah έγινε ανάλυση αξιοπιστίας (reliability analysis) για κάθε μία από τις τρεις υποκλίμακες. Η ανάλυση αξιοπιστίας στηρίζεται στην υπόθεση ότι άτομα που έχουν απαντήσει με υψηλό ή χαμηλό βαθμό σε κάποιο θέμα, τείνουν να έχουν απαντήσει με σχετικά υψηλό ή σχετικά χαμηλό βαθμό και σε άλλο παρόμοιο θέμα, γεγονός το οποίο συνηγορεί ότι τα θέματα ενδείκνυνται για την μέτρηση πολυθεματικής μεταβλητής (υποκλίμακας στην προκειμένη περίπτωση). Ο

δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ανάλυση, θεωρείται σαν μέτρο συσχέτισης μεταξύ των θεμάτων της παρούσας κλίμακας στην μεταβλητή με οποιασδήποτε άλλης κλίμακας με ισάριθμα θέματα.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης (στατιστική παράμετρος – δείκτης αξιοπιστίας) για τις πολυθεματικές μεταβλητές του ερωτηματολογίου, παρουσιάζονται παρακάτω. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,80 θεωρείται πολύ ικανοποιητικός δηλαδή φανερώνει πολύ καλή αξιοπιστία και ενδοσυνέπεια της δοκιμασθείσας κλίμακας μέτρησης (ο δείκτης κυμαίνεται από 0 μέχρι 1), ενώ τιμές κάτω από 0,60 επιβάλλουν την επινόηση νέων θεμάτων στην πολυθεματική μεταβλητή (Σιάρδος1999).

Πίνακας 3 : **Reliability Statistics** για τις υποκλίμακες του **MBI**

Υποκλίμακα	Συντελεστής Cronbach's Alpha	Αριθμός . Ερωτήσεων
Συναισθηματική Εξάντληση	0,918	9
Αποπροσωποποίηση	0,863	8
Προσωπική Ολοκλήρωση	0,743	5

Από τους συντελεστές του Cronbach και για τις 3 υποκλίμακες, διαπιστώνεται ότι στον συγκεκριμένο πληθυσμό, η αξιοπιστία των υποκλιμάκων είναι υψηλή.

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

6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες εργασίας

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετοχόντων όσον αφορά το φύλλο.

Πίνακας 4. Κατά φύλο και κατά τμήμα κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος.

Τμήμα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ανοιχτά τμήματα	9 (16,4%)	4 (83,6%)	55 (100%)
Χειρουργεία	9 (22,0%)	32 (78,0%)	41 (100%)
ΣΥΝΟΛΟ	18 (18,8%)	78 (81,2%)	96 (100%)
$\chi^2 = 0,481$ $p = 0,488$			

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4, οι γυναίκες νοσηλεύτριες υπερτερούν αριθμητικά των ανδρών, τόσο στα ανοιχτά τμήματα όσο και στο χειρουργείο. Η κατά φύλο σύνθεση του προσωπικού των δύο τμημάτων δεν διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό.

Στον πίνακα 5 δίνονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος (N = 96) που αφορούν την ηλικία, τα συνολικά χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα, καθώς και τα έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική.

Από τα δεδομένα του πίνακα 5, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην κατανομή των νοσηλευτών μεταξύ των δύο τμημάτων ως προς όλες τις εξεταζόμενες παραμέτρους. Η μέση ηλικία των νοσηλευτών, η μέση τιμή των συνολικών ετών υπηρεσίας και η μέση προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα είναι στα ανοιχτά τμήματα μικρότερη από εκείνη των χειρουργείων.

Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ανοιχτά τμήματα είναι ηλικιακά κατά μέσο όρο 40 έτη \pm 4,08 δηλαδή μικρότεροι από αυτούς που δουλεύουν στο χειρουργείο και οι οποίοι είναι κατά μέσο όρο 43 έτη \pm 2,90.

Πίνακας 5. Κατά ηλικία, έτη υπηρεσίας στο επάγγελμα και έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος.

	ΤΜΗΜΑ	N	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	t	p
ΗΛΙΚΙΑ	Ανοιχτά τμήματα	55	40,40	4,08	-3,607	0,000
	Χειρουργεία	41	43,10	2,90		
ΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Ανοιχτά τμήματα	55	16,00	4,36	-4,270	0,000
	Χειρουργεία	41	20,32	5,55		
ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ	Ανοιχτά τμήματα	55	7,10	4,83	-6,070	0,000
	Χειρουργεία	41	13,32	5,13		

Η μέση τιμή των συνολικών ετών υπηρεσίας στο επάγγελμα αυτών που εργάζονται στα ανοιχτά τμήματα είναι 16 έτη $\pm 4,36$ έτη, ενώ αυτών που εργάζονται στο χειρουργείο είναι $20,32 \pm 5,55$ έτη.

Η μέση τιμή των ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα αυτών που εργάζονται στα ανοιχτά τμήματα είναι 7,10 έτη $\pm 4,83$ ενώ στο χειρουργείο η μέση προϋπηρεσία είναι $13,32 \pm 5,13$ έτη.

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση, στο επίπεδο εκπαίδευσης και στην ιεραρχική θέση των νοσηλευτών της έρευνας.

Από τα στοιχεία του πίνακα 6 όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, προκύπτει ότι το 88% των νοσηλευτών στα ανοιχτά τμήματα είναι παντρεμένοι και το 92,5% στο χειρουργείο. Η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, διαπιστώνονται τα εξής:

Πίνακας 6. Κατανομή κατά οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και στην ιεραρχική θέση των νοσηλευτών του δείγματος.

		ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο	χ^2	p
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Παντρεμένος -η	44 (88,0%)	37 (92,5%)	81 (90,0%)	0,500	0,480
	Ανύπαντρος -η	6 (12,0%)	3 (7,5%)	9 (10,0%)		
	ΣΥΝΟΛΟ	50 (100%)	40 (100%)	90 (100%)		
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	Απόφοιτ. ΤΕΙ	31 (58,5%)	29 (70,7%)	60 (63,8%)	1,500	0,221
	Β/βάθμιας εκπαίδευσης	22 (41,5%)	12 (29,3%)	34 (36,2%)		
	ΣΥΝΟΛΟ	53 (100%)	41 (100%)	94 (100%)		
ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΘΕΣΗ	Προϊστάμενος, -η	3 (7,5%)	4 (9,8%)	7 (8,6%)	0,131	0,718
	Απλό προσωπικό	37 (92,5%)	37 (90,2%)	73 (91,4%)		
	ΣΥΝΟΛΟ	40 (100%)	41 (100%)	81 (100%)		

Στα ανοιχτά τμήματα οι απόφοιτοι των ΤΕΙ φτάνουν το 58,5%, ενώ στο χειρουργείο το 70,7%. Αντίστροφα, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης φτάνουν το 41,5% στα ανοιχτά τμήματα και το 29,3% στα χειρουργεία. Τέλος, όσον αφορά την ιεραρχική θέση των νοσηλευτών του δείγματος, 7 εξ όσων απάντησαν (8,8%) είναι προϊστάμενοι – ες, ενώ 73 (91,2%) απλό προσωπικό.

6.2 Διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, ηλικία, χρόνια υπηρεσίας

1. Επαγγελματική εξουθένωση στα δύο φύλα

Στον πίνακα 7 συνοψίζονται τα ευρήματα της έρευνας όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση των νοσηλευτών των δυο τμημάτων σε σχέση με το φύλο. Διαπιστώνονται ότι το ποσοστό των νοσηλευτών στους οποίους καταγράφεται χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, τόσο στα ανοιχτά τμήματα όσο και στο χειρουργείο, είναι υψηλότερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες νοσηλευτές.

Αντίστροφα, το ποσοστό των νοσηλευτών στους οποίους καταγράφεται υψηλή συναισθηματική εξάντληση είναι σημαντικά υψηλότερο στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Το ποσοστό των ανδρών με υψηλή συναισθηματική εξάντληση φτάνει στα ανοικτά τμήματα το 22,2% και στο χειρουργείο το 33,3%.

Αντίθετα στις γυναίκες τα ποσοστά αυτά είναι μόλις 2,2% και 12,5% αντίστοιχα. Οι παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ των φύλων είναι στατιστικά σημαντικές.

Και στα δύο τμήματα, το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στη μέτριοι επιπέδου συναισθηματική εξάντληση, χωρίς ουσιώδεις διαφορές μεταξύ των φύλων.

Πίνακας 7. Διαστάσεις της συναισθηματική εξάντλησης των νοσηλευτών ανά φύλο και τμήμα εργασίας

	Συναισθηματική Εξάντληση	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	Χαμηλή	1 11,1%	13 28,3%	14 25,5%
	Μέτρια	6 66,7%	32 69,6%	38 69,1%
	Υψηλή	2 22,2%	1 2,2%	3 5,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	9 100%	46 100%	55 100%
$\chi^2 = 6,426$ $p = 0,040$				
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	Χαμηλή	1 11,1%	8 25,0%	9 22,0%
	Μέτρια	5 55,6%	20 62,5%	25 61,0%
	Υψηλή	3 33,3%	4 12,5%	7 17,1%
	ΣΥΝΟΛΟ	9 100%	32 100%	41 100%
$\chi^2 = 2,459$ $p = 0,293$				

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται τα ευρήματα όσον αφορά το αίσθημα προσωπικής ολοκλήρωσης των εργαζομένων στα δύο τμήματα σε σχέση με το φύλλο. Διαπιστώνεται ότι

Πίνακας 8. Διαστάσεις της προσωπικής ολοκλήρωσης των νοσηλευτών ανά φύλλο και ανά τμήμα εργασίας

	Προσωπική ολοκλήρωση	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	Χαμηλή	1 11,1%	4 8,7%	5 9,1%
	Μέτρια	0 0,0%	16 34,8%	16 29,1%
	Υψηλή	8 88,9%	26 56,5%	34 61,8%
	ΣΥΝΟΛΟ	9 100%	46 100%	55 100%
$\chi^2 = 4,454$ $p = 0,108$				
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	Χαμηλή	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Μέτρια	8 88,9%	30 96,8%	38 95,0%
	Υψηλή	1 11,1%	1 3,2%	2 5,0%
	ΣΥΝΟΛΟ	9 100%	31 100%	40 100%
$\chi^2 = 0,913$ $p = 0,339$				

Σχετικά με το αίσθημα της προσωπικής ολοκλήρωσης των εργαζομένων στα δύο τμήματα σε σχέση με το φύλλο διαπιστώνεται ότι στο 61,8% των νοσηλευτών των ανοιχτών τμημάτων κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα ενώ στο 95% των νοσηλευτών του χειρουργείου κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα.

Όσο αφορά το φύλλο στα ανοιχτά τμήματα το 88,9% των ανδρών έχουν υψηλή προσωπική ολοκλήρωση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό της υψηλής ολοκλήρωσης για της γυναίκες είναι 56,5%. Μέτρια προσωπική ολοκλήρωση νιώθει το 34,8% των γυναικών και κανένας από τους άνδρες, ενώ τα ποσοστά στην χαμηλή προσωπική ολοκλήρωση είναι σχεδόν τα ίδια και για τα δύο φύλλα.

Στο χειρουργείο η προσωπική ολοκλήρωση στο 95% των νοσηλευτών κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Τα ποσοστά των ανδρών και των γυναικών στην κλίμακα της μέτριας προσωπικής ολοκλήρωσης δεν διαφέρουν, ενώ το 11% των ανδρών έχει υψηλή προσωπική ολοκλήρωση και από τις γυναίκες μόνο το 3,2%.

Στον πίνακα 9 εμφανίζονται τα ποσοστά της αποπροσωποποίησης ανά τμήμα εργασίας και σε σχέση με το φύλο.

Πίνακας 9. Διαστάσεις της αποπροσωποποίησης των νοσηλευτών ανά φύλο και ανά τμήμα εργασίας

	Αποπροσωποποίηση	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	Χαμηλή	5 55,6%	33 71,7%	38 69,1%
	Μέτρια	3 33,3%	6 13,0%	9 16,4%
	Υψηλή	1 11,1%	7 15,2%	8 14,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	9 100%	46 100%	55 100%
$\chi^2 = 2,266$ $p = 0,322$				
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	Χαμηλή	5 55,6%	27 84,4%	32 78,0%
	Μέτρια	3 33,3%	5 15,6%	8 19,5%
	Υψηλή	1 11,1%	0 0,0%	1 2,4%
	ΣΥΝΟΛΟ	9 100%	32 100%	41 100%
$\chi^2 = 5,432$ $p = 0,066$				

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 9 η αποπροσωποποίηση κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα στους άνδρες και στις γυναίκες των ανοιχτών τμημάτων αλλά και στο χειρουργείο. Στα ανοιχτά τμήματα, το 71% των γυναικών έχει χαμηλή αποπροσωποποίηση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι 55,65%. Εντούτοις, η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.322$). Στα χειρουργεία το ποσοστό των γυναικών που νιώθουν χαμηλή αποπροσωποποίηση είναι 84,5% ενώ των ανδρών είναι 55%. Και πάλι όμως οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($p = 0.066$).

2. Επαγγελματική εξουθένωση και επίπεδο εκπαίδευσης

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με το διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης

Από τον πίνακα 10 προκύπτει ότι οι νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων με ΔΕ εκπαίδευση νιώθουν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό (90%) μέτρια συναισθηματική εξάντληση, ενώ οι ΤΕ νοσηλευτές έχουν μέτρια προς χαμηλή εξουθένωση. Τα ίδια περίπου ισχύουν και για το χειρουργείο, με τους ΤΕ νοσηλευτές να νιώθουν μέτρια προς χαμηλή συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με ένα αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό (83%) των ΔΕ νοσηλευτών που νιώθουν μέτρια εξάντληση.

Πίνακας 10. Διαστάσεις της συναισθηματική εξάντλησης των νοσηλευτών σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης

	Συναισθηματική εξάντληση	Απόφοιτοι ΤΕΙ	Β/βάθμιας εκπαίδευσης	Σύνολο
ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	Χαμηλή	10 32,3%	2 9,1%	12 22,6%
	Μέτρια	18 58,1%	20 90,9%	38 71,7%
	Υψηλή	3 9,7%	0 0,0%	3 5,7%
	ΣΥΝΟΛΟ	31 100%	22 100%	53 100%
$\chi^2 = 7,115$ $p = 0,029$				
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	Χαμηλή	8 27,6%	1 8,3%	9 22,0%
	Μέτρια	15 51,7%	10 83,3%	25 61,0%
	Υψηλή	6 20,7%	1 8,3%	7 17,1%
	ΣΥΝΟΛΟ	29 100%	12 100%	41 100%
$\chi^2 = 3,583$ $p = 0,167$				

Στον πίνακα 11 συνοψίζονται τα ευρήματα όσον αφορά την αποπροσωποποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται στα δύο τμήματα σε σχέση με το διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης.

Πίνακας 11. Διαστάσεις της αποπροσωποποίησης των νοσηλευτών σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης

	Αποπροσωποποίηση	Απόφοιτοι ΤΕΙ	Β/βάθμιας εκπαίδευσης	Σύνολο
ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ (1)	Χαμηλή	17 54,8%	19 86,4%	36 67,9%
	Μέτρια	8 25,8%	1 4,5%	9 17,0%
	Υψηλή	6 19,4%	2 9,1%	8 15,1%
	ΣΥΝΟΛΟ	31 100%	22 100%	53 100%
$\chi^2 = 6,206$ $p = 0,045$				
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ (2)	Χαμηλή	21 72,4%	11 91,7%	32 78,0%
	Μέτρια	7 24,1%	1 8,3%	8 19,5%
	Υψηλή	1 3,4%	0 0,0%	1 2,4%
	ΣΥΝΟΛΟ	29 100%	12 100%	41 100%
$\chi^2 = 1,903$ $p = 0,386$				

Στα ανοικτά τμήματα, χαμηλός δείκτης αποπροσωποποίησης παρατηρείται στο 86,4% των νοσηλευτών β/βάθμιας εκπαίδευσης, έναντι 54,8% των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η διαφορά που παρατηρούνται στην αποπροσωποποίηση ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης είναι στατιστικά σημαντική ($p= 0,045$).

Στα χειρουργεία αντίστοιχα, ο χαμηλός δείκτης αποπροσωποποίησης φτάνει το 91,7% στους αποφοίτους β/βάθμιας εκπαίδευσης έναντι 72,4% στους αποφοίτους ΤΕΙ. Υψηλός συντελεστής αποπροσωποποίησης παρατηρείται σε υψηλότερα ποσοστά στους αποφοίτους ΤΕΙ, τόσο στα ανοικτά τμήματα όσο και στα χειρουργεία.

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας όσο αφορά τις διαστάσεις της προσωπικής ολοκλήρωσης των νοσηλευτών σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Πίνακας 12. Διαστάσεις της Προσωπική Ολοκλήρωσης των νοσηλευτών σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης

	Προσωπική Ολοκλήρωση	Απόφοιτοι ΤΕΙ	Β/βάθμιας εκπαίδευσης	Σύνολο
ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ (1)	Χαμηλή	4 12,9%	1 4,5%	5 9,4%
	Μέτρια	9 29,0%	7 31,8%	16 30,2%
	Υψηλή	18 58,1%	14 63,6%	32 60,4%
	ΣΥΝΟΛΟ	31 100,0%	22 100,0%	53 100,0%
$\chi^2 = 1,052$ $p = 0,591$				
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ (2)	Χαμηλή	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Μέτρια	28 96,6%	10 90,9%	38 95,0%
	Υψηλή	1 3,4%	1 9,1%	2 5,0
	ΣΥΝΟΛΟ	29 100,0%	11 100,0%	40 100,0%
$\chi^2 = 0,535$ $p = 0,465$				

Στα ανοιχτά τμήματα παρατηρείται υψηλός δείκτης προσωπικής ολοκλήρωσης στο 58,1% των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, έναντι 63,6% των νοσηλευτών β/βάθμιας εκπαίδευσης.

Στα χειρουργεία όμως παρατηρείται μέτρια προσωπική ολοκλήρωση στο 96,6% των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και στο 90,9% των νοσηλευτών β/βάθμιας εκπαίδευσης.

Υψηλός δείκτης προσωπικής ολοκλήρωσης παρατηρείται στους νοσηλευτές και των δύο εκπαιδευτικών βαθμίδων στα ανοιχτά τμήματα ενώ στα χειρουργεία παρατηρείται μέτριος δείκτης προσωπικής ολοκλήρωσης στους νοσηλευτές και των δύο εκπαιδευτικών βαθμίδων.

3. Επαγγελματική εξουθένωση και ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας γενικά και ειδικά στα ανοικτά τμήματα

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται τα ποσοστά της συναισθηματικής εξάντλησης των νοσηλευτών των ανοικτών τμημάτων σε σύγκριση με την ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας τόσο στο επάγγελμα γενικά όσο και στην συγκεκριμένη κλινική.

Πίνακας 13. Συναισθηματική Εξάντληση σε σχέση με ηλικία & χρόνια υπηρεσίας

	Συναισθηματική Εξάντληση	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	min	max	p
ΗΛΙΚΙΑ	Χαμηλή	14	39,2	5,9	28	55	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	38	40,7	3,3	36	50	
	Υψηλή	3	42,7	2,5	40	45	
	ΣΥΝΟΛΟ	55	40,4	4,1	28	55	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Χαμηλή	14	14,6	6,1	1	29	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	38	16,3	3,5	12	27	
	Υψηλή	3	18,7	3,5	15	22	
	ΣΥΝΟΛΟ	55	16,0	4,4	1	29	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ	Χαμηλή	14	7,9	4,3	1,0	13,0	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	38	6,9	4,9	0,5	25,0	
	Υψηλή	3	6,5	7,5	0,6	15,0	
	ΣΥΝΟΛΟ	55	7,1	4,8	0,5	25,0	

Από τα αποτελέσματα της σύγκρισης των μέσων τιμών των τριών μεταβλητών (ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας γενικά και ειδικά στα ανοικτά τμήματα) στις 3 κατηγορίες της συναισθηματικής εξάντλησης (ANOVA) στον πίνακα 13 φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση τιμή της ηλικίας και των αντίστοιχων χρόνων υπηρεσίας στο επάγγελμα και στην παρούσα κλινική. Οι παραπάνω μεταβλητές δεν επηρεάζουν την παράμετρο της συναισθηματικής εξάντλησης.

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα ποσοστά της αποπροσωποποίησης των νοσηλευτών των ανοικτών τμημάτων σε σύγκριση με την ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας τόσο στο επάγγελμα γενικά όσο και στην συγκεκριμένη κλινική.

Πίνακας 14. Αποπροσωποποίηση σε σχέση με ηλικία & χρόνια υπηρεσίας

	Αποπροσωποποίηση	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	min	max	p
ΗΛΙΚΙΑ	Χαμηλή	38	41,00	4,41	28	55	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	9	39,33	2,91	35	43	
	Υψηλή	8	38,75	3,06	35	45	
	ΣΥΝΟΛΟ	55	40,40	4,08	28	55	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Χαμηλή	38	16,53	4,77	1	29	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	9	15,89	3,30	12	22	
	Υψηλή	8	13,63	2,45	12	19	
	ΣΥΝΟΛΟ	55	16,00	4,36	1	29	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ	Χαμηλή	38	7,039	5,00	0,5	25,0	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	9	7,389	4,54	2,0	13,0	
	Υψηλή	8	7,075	4,93	0,6	15,0	
	ΣΥΝΟΛΟ	55	7,102	4,83	0,5	25,0	

Από τα αποτελέσματα της σύγκρισης των μέσων τιμών των τριών μεταβλητών στις 3 κατηγορίες της Αποπροσωποποίησης (ANOVA) στον πίνακα 14 φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση τιμή της ηλικίας και των αντίστοιχων χρόνων υπηρεσίας στο επάγγελμα και στην παρούσα κλινική. Φαίνεται ότι οι παραπάνω μεταβλητές δεν επηρεάζουν την παράμετρο της αποπροσωποποίησης.

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται τα ποσοστά της προσωπικής ολοκλήρωσης των νοσηλευτών των ανοικτών τμημάτων σε σύγκριση με την ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας τόσο στο επάγγελμα γενικά όσο και στη συγκεκριμένη κλινική.

Πίνακας 15. Προσωπική Ολοκλήρωση σε σχέση με ηλικία & χρόνια υπηρεσίας

	Προσωπική Ολοκλήρωση	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	min	max	p
ΗΛΙΚΙΑ	Χαμηλή	5	43,60	5,857	36	50	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	16	41,19	2,664	36	48	
	Υψηλή	34	39,56	4,157	28	55	
	ΣΥΝΟΛΟ	55	40,40	4,081	28	55	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Χαμηλή	5	20,00	6,557	13	27	0,057 οριακό
	Μέτρια	16	16,50	2,875	12	20	
	Υψηλή	34	15,18	4,345	1	29	
	ΣΥΝΟΛΟ	55	16,00	4,359	1	29	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ	Χαμηλή	5	8,300	9,6021	2,5	25,0	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	16	7,688	4,2696	1,0	16,0	
	Υψηλή	34	6,650	4,2642	0,5	15,0	
	ΣΥΝΟΛΟ	55	7,102	4,83	0,5	25,0	

Η Προσωπική Ολοκλήρωση στα ανοικτά τμήματα φαίνεται να επηρεάζεται από τα χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα ($p = 0,057$ οριακή σημαντικότητα). Συγκεκριμένα οι έχοντες γενικώς περισσότερα κατά μέσο όρο χρόνια προϋπηρεσίας (μέση τιμή 20 έτη, τυπ. απόκλιση 6,56) παρουσιάζουν χαμηλή Προσωπική Ολοκλήρωση σε σχέση με τις άλλες 2 κατηγορίες στις οποίες παρατηρούνται περίπου ίδια κατά μέσο όρο χρόνια προϋπηρεσίας.

4. Επαγγελματική εξουθένωση και ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας γενικά και ειδικά στα κλειστά τμήματα

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται τα ποσοστά της συναισθηματικής εξάντλησης των νοσηλευτών των χειρουργείων σε σύγκριση με την ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας τόσο στο επάγγελμα γενικά όσο και στο συγκεκριμένο τμήμα.

Η Συναισθηματική Εξάντληση στα κλειστά τμήματα φαίνεται να επηρεάζεται από την ηλικία ($p = 0,053$ οριακή σημαντικότητα) και τα χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα ($p = 0,047$). Συγκεκριμένα όσο μεγαλώνει η ηλικία φαίνεται να μειώνεται η συναισθηματική εξάντληση. Η ίδια διαπίστωση παρατηρείται και στους μέσους όρους των χρόνων προϋπηρεσίας .

Πίνακας 16. Συναισθηματική Εξάντληση σε σχέση με ηλικία & χρόνια υπηρεσίας

	Συναισθη- ματική Εξάντληση	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	min	max	p
ΗΛΙΚΙΑ	Χαμηλή	9	45,56	3,029	38	53	0,053 οριακό
	Μέτρια	25	43,67	2,291	40	46	
	Υψηλή	7	40,71	2,059	37	43	
	ΣΥΝΟΛΟ	41	43,10	2,897	37	53	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Χαμηλή	9	20,84	5,305	10	30	0,047
	Μέτρια	25	22,33	3,536	15	25	
	Υψηλή	7	15,86	6,744	3	20	
	ΣΥΝΟΛΟ	41	20,32	5,547	3	30	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ	Χαμηλή	9	13,560	5,4397	2,0	27,0	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	25	14,667	2,0000	11,0	17,0	
	Υψηλή	7	10,714	6,3957	1,0	15,0	
	ΣΥΝΟΛΟ	41	13,31	5,13	1,0	27,0	

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται τα ποσοστά της αποπροσωποποίησης των νοσηλευτών των χειρουργείων σε σύγκριση με την ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας τόσο στο επάγγελμα γενικά όσο και στην συγκεκριμένη κλινική.

Πίνακας 17. Αποπροσωποποίηση σε σχέση με ηλικία & χρόνια υπηρεσίας

	Αποπροσω- ποποίηση	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	min	max	p
ΗΛΙΚΙΑ	Χαμηλή	32	43,16	3,08	37	53	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	8	43,38	1,85	41	45	
	Υψηλή	1	39,00		39	39	
	ΣΥΝΟΛΟ	41	43,10	2,89	37	53	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Χαμηλή	32	20,38	5,73	3	30	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	8	21,38	3,70	15	25	
	Υψηλή	1	10,00		10	10	
	ΣΥΝΟΛΟ	41	20,32	5,55	3	30	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ	Χαμηλή	32	13,40	5,35	1,0	27,0	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	8	13,12	4,79	2,0	17,0	
	Υψηλή	1	12,00		12,0	12,0	
	ΣΥΝΟΛΟ	41	13,32	5,13	1,0	27,0	

Από τα αποτελέσματα της σύγκρισης των μέσων τιμών των τριών μεταβλητών στις 3 κατηγορίες της Αποπροσωποποίησης (ANOVA) στον πίνακα 17 φαίνεται ότι δεν

υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση τιμή της ηλικίας και των αντίστοιχων χρόνων υπηρεσίας στο επάγγελμα και στην παρούσα κλινική. Φαίνεται ότι οι παραπάνω μεταβλητές δεν επηρεάζουν την παράμετρο της αποπροσωποποίησης

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται τα ποσοστά της προσωπικής ολοκλήρωσης των νοσηλευτών των χειρουργείων σε σύγκριση με την ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας τόσο στο επάγγελμα γενικά όσο και στην συγκεκριμένη κλινική.

Πίνακας 18. Προσωπική Ολοκλήρωση σε σχέση με ηλικία & χρόνια υπηρεσίας

	Προσωπική Ολοκλήρωση	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	min	max	p
ΗΛΙΚΙΑ	Χαμηλή	--	--	--	--	--	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	38	43,05	2,968	37	53	
	Υψηλή	2	42,50	0,707	42	43	
	ΣΥΝΟΛΟ	40	43,03	2,896	37	53	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Χαμηλή	--	--	--	--	--	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
	Μέτρια	38	20,16	5,573	3	30	
	Υψηλή	2	19,00	1,414	18	20	
	ΣΥΝΟΛΟ	40	20,10	5,439	3	30	
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ	Χαμηλή	--	--	--	--	--	0,054 οριακό
	Μέτρια	38	13,447	4,7744	1,0	27,0	
	Υψηλή	2	6,500	6,3640	2,0	11,0	
	ΣΥΝΟΛΟ	40	13,10	5,00	1,0	27,0	

Η Προσωπική Ολοκλήρωση στα κλειστά τμήματα φαίνεται να επηρεάζεται από τα χρόνια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα ($p = 0,054$ οριακή σημαντικότητα). Συγκεκριμένα οι έχοντες γενικώς περισσότερα κατά μέσο όρο χρόνια προϋπηρεσίας (μέση τιμή 13,5 έτη, τυπ. απόκλιση 4,7) παρουσιάζουν μέτρια Προσωπική Ολοκλήρωση σε σχέση με αυτούς που έχουν τα μισά χρόνια (μέση τιμή 6,5 έτη) και οι οποίοι παρουσιάζουν υψηλή ολοκλήρωση.

Πίνακας 19. Σύγκριση τριών διαστάσεων μεταξύ ανοιχτών τμημάτων και χειρουργείου

	Συναισθηματική Εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Προσωπική Ολοκλήρωση	
	Ανοιχτά τμήματα	Χειρουργείο	Ανοιχτά τμήματα	Χειρουργείο	Ανοιχτά τμήματα	Χειρουργείο
Χαμηλή	14 25,5%	9 22,0%	38 69,1%	32 78,0%	5 9,1%	0 0,0%
Μέτρια	38 69,0%	25 61,0%	9 16,4%	8 19,5%	16 29,1%	38 95,0%
Υψηλή	3 5,5%	7 17,0%	8 14,5%	1 2,4%	34 61,8%	2 5,0%
Σύνολο	55	41	55	41	55	40
	$\chi^2 = 3,40$ p = 0,183		$\chi^2 = 4,06$ p = 0,131		$\chi^2 = 41,06$ p < 0,001	

Στον συγκεντρωτικό πίνακα 19 διαπιστώνεται από την τιμή που παίρνει ο δείκτης σημαντικότητας ($p < 0,001$) στην διάσταση της προσωπικής ολοκλήρωσης ότι το αίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων στα ανοιχτά τμήματα είναι μεγαλύτερο από ότι αυτό στα χειρουργεία. Όσο αφορά τις άλλες δυο διαστάσεις δεν προκύπτει στατιστική διαφορά μεταξύ των δυο τμημάτων

6.3 Τρίτο μέρος ερωτηματολογίου

Στον πίνακα 20 εμφανίζονται τα ποσοστά αυτών που απάντησαν ναι ή όχι στην ερώτηση : Είστε ευχαριστημένος/η από τη δουλειά σας;

Πίνακας 20. Σύγκριση δυο τμημάτων στη ερώτηση: «Είστε ευχαριστημένος/η από τη δουλειά σας;»

Είστε ευχαριστημένος/η από τη δουλειά σας;	ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο	χ^2	p
Ναι	32 58,2%	19 46,3%	51 53,1%	1,322	0,250
Όχι	23 41,8%	22 53,7%	45 46,9%		
ΣΥΝΟΛΟ	55 100,0%	41 100,0%	96 100,0%		

Αυτό που διαπιστώνεται, είναι ότι περισσότερο ευχαριστημένοι από τη δουλειά τους είναι οι νοσηλευτές των ανοικτών τμημάτων με ποσοστό 58,2%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το χειρουργείο είναι 46,3%. Το 53,7% του χειρουργείου δεν είναι ευχαριστημένο από τη δουλειά του ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα ανοιχτά τμήματα είναι 41,8%.

Στον πίνακα 21 γίνεται σύγκριση των τμημάτων σχετικά με την γενικότερη ικανοποίησή τους ασκώντας το επάγγελμα του νοσηλευτή.

Πίνακας 21. Σύγκριση δυο τμημάτων στη ερώτηση: Ανεξάρτητα από την παρούσα ασχολία/θέση σας, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το να είστε νοσηλευτής/τρια;

	ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο	χ^2	p
Πολύ ικανοποιημένος/η	15 27,3%	7 17,1%	22 22,9%	6,553	0,088
Μέτρια ικανοποιημένος/η	30 54,5%	19 46,3%	49 51,0%		
Λίγο δυσαρεστημένος/η	7 12,7%	6 14,6%	13 13,5%		
Πολύ δυσαρεστημένος/η	3 5,5%	9 22,0%	12 12,5%		
ΣΥΝΟΛΟ	55 100,0%	41 100,0%	96 100,0%		

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 21 το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο των νοσηλευτών των ανοικτών τμημάτων 54,5% όσο και αυτών του χειρουργείου 46,3% δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι με το επάγγελμα του νοσηλευτή.

Το ποσοστό των νοσηλευτών του χειρουργείου που δηλώνουν λιγάκι δυσαρεστημένοι είναι 14,6% και πολύ δυσαρεστημένοι 22% και είναι μεγαλύτερο από αυτό των ανοικτών τμημάτων όπου τα αντίστοιχα ποσοστά είναι για την απάντηση λίγο δυσαρεστημένοι 12,7% και πολύ δυσαρεστημένοι μόνο 5,5%.

Στον παρακάτω πίνακα 22 αναφέρονται συγκριτικά τα ποσοστά των νοσηλευτών των δυο τμημάτων που απαντούν πόσο ευχαριστημένοι νιώθουν με την εργασία τους στο συγκεκριμένο τμήμα (χειρουργείο ή ανοικτό τμήμα) π.χ. κάποιος μπορεί να είναι ευχαριστημένος με το νοσηλευτικό επάγγελμα αλλά να μην είναι ευχαριστημένος που εργάζεται στο χειρουργείο.

Πίνακας 22. Σύγκριση δυο τμημάτων στη ερώτηση: Συνολικά, πόσο ευχαριστημένος είστε με την παρούσα εργασία σας;

	ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο	χ^2	p
Πολύ ικανοποιημένος/η	12 21,8%	8 19,5%	20 20,8%	1,315	0,726
Μέτρια ικανοποιημένος/η	30 54,5%	19 46,3%	49 51,0%		
Λίγο δυσαρεστημένος/η	8 14,5%	9 22,0%	17 17,7%		
Πολύ δυσαρεστημένος/η	5 9,1%	5 12,2%	10 10,4%		
ΣΥΝΟΛΟ	55 100,0%	41 100,0%	96 100,0%		

Αυτό που προκύπτει από τα αποτελέσματα του πίνακα 22 είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών στα ανοικτά τμήματα δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι (54,5%) έως πολύ (21,8%) ικανοποιημένοι. Ενώ στο χειρουργείο δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι (46,3%) προς λίγο έως πολύ δυσαρεστημένοι (22%+ 12,2%).

Στον πίνακα 23 παρατίθενται συγκριτικά οι απαντήσεις των νοσηλευτών των δυο τμημάτων όσο αφορά την ερώτηση αν θα δέχονταν να κάνουν μια άλλη δουλειά που προσφέρει όμως καλύτερες συνθήκες εργασίας.

Πίνακας 23. Απαντήσεις στην ερώτηση αποδοχής άλλης θέσης εργασίας με καλύτερες συνθήκες

	ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο	χ^2	p
Ναι	10 18,2%	20 52,6%	30 32,3%	12,205	< 0,001
Όχι	45 81,8%	18 47,4%	63 67,7%		
ΣΥΝΟΛΟ	55 100,0%	38 100,0%	93 100,0%		

Από την στατιστική επεξεργασία φαίνεται ότι υπάρχει εξάρτηση μεταξύ της ερώτησης και των τμημάτων (χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας $p < 0,001$). Ειδικότερα 1 στους 2 (52,6%) που εργάζονται στα χειρουργεία θα άλλαζε δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για αυτούς που εργάζονται στα ανοικτά τμήματα είναι μόνο 18,2% (1 στους 5 περίπου

Στον παρακάτω πίνακα 24 αναφέρονται οι παράγοντες που προκαλούν άγχος και μπορούν να θεωρηθούν προβλεπτικοί δείκτες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από τα στοιχεία του πίνακα 24 προκύπτει ότι οι εργασιακές συνθήκες είναι αυτές που αγχώνουν κατά μεγαλύτερο ποσοστό τους νοσηλευτές και των δύο τμημάτων.

Πίνακας 24. Προβλεπτικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Προβλεπτικοί Παράγοντες	Ανοικτά τμήματα	Χειρουργεία
Εργασιακές συνθήκες	30,9%	29,3%
Φόρτος εργασίας	16,3%	9,7%
Εργασιακές συγκρούσεις	12,7%	19,5%
Κύρος-Ικανοποίηση από την εργασία	7,3%	7,3%
Διοικητική αναποτελεσματικότητα	14,5%	12,2%
Εκπλήρωση-στόχων-επαγγελματική εξέλιξη	11%	19,5%
Αμοιβές	7,3%	0%
Δεν απάντησαν	-	2,5%
	N = 55	N =41

Στον πίνακα 25 που ακολουθεί, δίνονται οι απαντήσεις σχετικά με το πώς κρίνουν οι νοσηλευτές την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς της κλινική τους.

Πίνακας 25. Σύγκριση δυο τμημάτων στη ερώτηση: Γενικά, πώς θα περιγράφατε την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς της κλινική σας;

	ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο	χ^2	p
Άριστη	12 21,8%	11 26,8%	23 24,0%	2,593	0,459
Καλή	32 58,2%	19 46,3%	51 53,1%		
Επαρκής	8 14,5%	10 24,4%	18 18,8%		
Φτωχή	3 5,5%	1 2,4%	4 4,2%		
ΣΥΝΟΛΟ	55 100,0%	41 100,0%	96 100,0%		

Σύμφωνα με τον πίνακα 25, το 58,2% των ανοικτών τμημάτων θεωρεί την ποιότητα καλή ενώ για τα χειρουργεία το αντίστοιχο ποσοστό είναι 46,3%. Ακολουθεί το 26,8% του χειρουργείου που θεωρεί άριστη την φροντίδα ενώ από τα ανοιχτά

τμήματα άριστη τη θεωρεί το 21,8%. Πολύ μικρά είναι τα ποσοστά αυτών που εκτιμούν τη φροντίδα ως επαρκή ή φτωχή και είναι 5,5% για τα ανοιχτά τμήματα και 2,4% για τα χειρουργεία.

Στον πίνακα 26 αναφέρονται τα ποσοστά των νοσηλευτών σχετικά με το πόσα χρόνια θέλουν να παραμείνουν στην κλινική που εργάζονται.

Πίνακας 26. Σύγκριση δυο τμημάτων στη ερώτηση: Πόσο θα θέλατε να παραμείνετε στην κλινική αυτή (σε έτη);

	ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο	χ^2	p
<1	0 0%	3 7,9%	3 3,3%	13,369	0,010
1-3	6 11,3%	12 31,6%	18 19,8%		
3-5	10 18,9%	9 23,7%	19 20,9%		
5-7	20 37,7%	7 18,4%	27 29,7%		
>7	17 32,1%	7 18,4%	24 26,4%		
ΣΥΝΟΛΟ	53 100,0%	38 100,0%	91 100,0%		

Η στατιστική επεξεργασία (χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας $p < 0,05$), έδειξε ότι οι εργαζόμενοι στα ανοικτά τμήματα σε ποσοστό 59,8% (37,7% + 32,1%) θα ήθελαν να παραμείνουν πάνω από 5 χρόνια, ενώ το ποσοστό για τους εργαζομένους στα χειρουργεία είναι μικρότερο (36,8%). Για τους τελευταίους η πλειονότητα των απαντήσεων συγκεντρώνεται για κάτω από 5 χρόνια.

Στους παρακάτω πίνακες γίνεται συσχέτιση των χρόνων παραμονής (πίνακ.26) με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 26α. Πόσο θα θέλατε να παραμείνετε στην κλινική αυτή (σε έτη);

*Συναισθηματική Εξάντληση

Συναισθηματική Εξάντληση	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	Σύνολο
Μέχρι 3 έτη	6 28,6%	9 15,0%	6 60,0%	21 23,1%
3 - 5 έτη	4 19,0%	12 20,0%	3 30,0%	19 20,9%
Πάνω από 5 έτη	11 52,4%	39 65,0%	1 10,0%	51 56,0%
ΣΥΝΟΛΟ	21 100,0%	60 100,0%	10 100,0%	91 100,0%
$\chi^2 = 13,025$ p = 0,011				

Η στατιστική επεξεργασία ($p < 0,05$) έδειξε ότι οι εργαζόμενοι που θέλουν να μείνουν μέχρι 3 έτη στην κλινική ανεξάρτητα τμήματος, παρουσιάζουν υψηλή Συναισθηματική Εξάντληση (60%), ενώ οι έχοντες μέτρια και χαμηλή συγκεντρώνονται στην κατηγορία «πάνω από 5 έτη» (πάνω από το 50%).

Πίνακας 26β. Πόσο θα θέλατε να παραμείνετε στην κλινική αυτή (σε έτη);

*Αποπροσωποποίηση

Αποπροσωποποίηση	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	Σύνολο
Μέχρι 3 έτη	12 18,5%	7 41,2%	2 22,2%	21 23,1%
3 - 5 έτη	12 18,5%	3 17,6%	4 44,4%	19 20,9%
Πάνω από 5 έτη	41 63,1%	7 41,2%	3 33,3%	51 56,0%
ΣΥΝΟΛΟ	65 100,0%	17 100,0%	9 100,0%	91 100,0%
$\chi^2 = 7,749$ p = 0,101				

Πίνακας 26γ. Πόσο θα θέλατε να παραμείνετε στην κλινική αυτή (σε έτη);

*Προσωπική Ολοκλήρωση

Προσωπική Ολοκλήρωση	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	Σύνολο
Μέχρι 3 έτη	0 0,0%	15 30,6%	6 16,7%	21 23,3%
3 - 5 έτη	1 20,0%	8 16,3%	10 27,8%	19 21,1%
Πάνω από 5 έτη	4 80,0%	26 53,1%	20 55,6%	50 55,6%
ΣΥΝΟΛΟ	5 100,0%	49 100,0%	36 100,0%	90 100,0%
$\chi^2 = 4,850$ $p = 0,303$				

Σύμφωνα με τους πίνακες 26β και 26γ, η Αποπροσωποποίηση και η Προσωπική Ολοκλήρωση, σε αντίθεση με την Συναισθηματική Εξάντληση, δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επιθυμία για έτη παραμονής στην κλινική

Στον πίνακα 27 οι νοσηλευτές απαντούν στην ερώτηση αν η απόδοση της κλινικής (σχετικά με την πληρότητα, την ποιότητα) το τελευταίο 12μηνο σε σχέση με το παρελθόν είναι χειρότερη, ίδια ή καλύτερη.

Πίνακας 27. Σύγκριση δυο τμημάτων στη ερώτηση: Πιστεύετε ότι η απόδοση της κλινικής το τελευταίο 12μηνο είναι σε σχέση με το παρελθόν: χειρότερη, ίδια ή καλύτερη;

	ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο	χ^2	p
Ίδια	25 45,5%	22 53,7%	47 49,0%	2,443	0,295
Καλύτερη	22 40,0%	17 41,5%	39 40,6%		
Χειρότερη	8 14,5%	2 4,9%	10 10,4%		
ΣΥΝΟΛΟ	55 100,0%	41 100,0%	96 100,0%		

Στον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών στα ανοιχτά τμήματα (45,5%) αλλά και στο χειρουργείο (53,7%) πιστεύει ότι η απόδοση της κλινικής σε σχέση με το παρελθόν είναι ίδια.

Το ποσοστό αυτών που πιστεύουν ότι η απόδοση της κλινικής τους είναι καλύτερη σε σχέση με το παρελθόν είναι 40% στα ανοιχτά τμήματα και 41,5% στα χειρουργεία. ενώ αυτών που πιστεύουν ότι είναι χειρότερη είναι αντίστοιχα 14,5% και 4,9% στα χειρουργεία.

Πίνακας 28. Σύγκριση δυο τμημάτων στη ερώτηση: Πιστεύετε ότι η απόδοση της κλινικής το επόμενο 12μηνο θα είναι σε σχέση με το παρελθόν: χειρότερη, ίδια ή καλύτερη;

	ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	Σύνολο	χ^2	p
Ίδια	19 34,5%	23 56,1%	42 43,8%	6,688	0,035
Καλύτερη	25 45,5%	16 39,0%	41 42,7%		
Χειρότερη	11 20,0%	2 4,9%	13 13,5%		
ΣΥΝΟΛΟ	55 100,0%	41 100,0%	96 100,0%		

Όπως διαπιστώνεται από τον παραπάνω πίνακα, στην ερώτηση υπάρχει στατιστική σημαντικότητα αφού ο δείκτης είναι $p = 0,035$.

Το μεγαλύτερο ποσοστό στα ανοιχτά τμήματα (34,55%+45,5%) αλλά και στα χειρουργεία (56%+39%) δηλώνει ίδια ή καλύτερη.

Στατιστική διαφορά υπάρχει σ'αυτούς που πιστεύουν ότι θα χειροτερέψει, με ποσοστό 20% στα ανοιχτά τμήματα, ενώ στο χειρουργείο μόνο ένα 5% προβλέπει ότι θα γίνει χειρότερη η απόδοση στο τμήμα τους.

Παρακάτω ακολουθεί συσχέτιση των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με την **Ερώτηση 1α**: Ανεξάρτητα από την παρούσα ασχολία / θέση σας, πόσο ικανοποιημένη/ος είστε με το να είστε νοσηλεύτρια/ευτής;

Καθώς και με τη ερώτηση **Ερώτηση 1β**: Συνολικά, πόσο ευχαριστημένη/ος είστε με την παρούσα εργασία σας (στο συγκεκριμένο τμήμα) ;

Στον πίνακα 29 γίνεται συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης με την ικανοποίησή τους από το επάγγελμα του νοσηλευτή γενικά.

Πίνακας 29. Συναισθηματική Εξάντληση **Ερώτηση 1α** Ανεξάρτητα από την παρούσα ασχολία/θέση σας, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το να είστε νοσηλευτής/τρια.

	Συναισθηματική Εξάντληση			
		Ικανοποιημένος	Δυσανεστημένος	Σύνολο
Ανοικτά τμήματα	Χαμηλή	8 17,8%	6 60,0%	14 25,5%
	Μέτρια	34 75,6%	4 40,0%	38 69,1%
	Υψηλή	3 6,7%	0 0,0%	3 5,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	45 100,0%	10 100,0%	55 100,0%
$\chi^2 = 7,894$ $p = 0,019$				
Χειρουργείο	Χαμηλή	5 19,2%	4 26,7%	9 22,0%
	Μέτρια	18 69,2%	7 46,7%	25 61,0%
	Υψηλή	3 11,5%	4 26,7%	7 17,1%
	ΣΥΝΟΛΟ	26 100,0%	15 100,0%	41 100,0%
$\chi^2 = 2,309$ $p = 0,315$				

Η συναισθηματική εξάντληση φαίνεται να εξαρτάται από την ικανοποίηση μόνο στα ανοικτά τμήματα. ($p < 0,05$) και όχι στα χειρουργεία. Ειδικότερα οι δηλώσαντες «δυσανεστημένος» του ότι είναι νοσηλευτής, δείχνουν χαμηλή συναισθηματική εξάντληση (60%) και μέτρια (40%), ενώ η πλειονότητα (3 στους 4 – 75,6%) των δηλωσάντων «ικανοποιημένος» παρατηρείται στην κατηγορία «μέτρια».

Στον πίνακα 30 γίνεται συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης με την ικανοποίησή τους από την εργασία τους στο συγκεκριμένο τμήμα.

Πίνακας 30. Συναισθηματική Εξάντληση **Ερώτηση 1β** Συνολικά, πόσο ευχαριστημένος είστε με την παρούσα εργασία σας;

	Συναισθηματική Εξάντληση			
		Ικανοποιημένος	Δυσανεστημένος	Σύνολο
Ανοικτά τμήματα	Χαμηλή	6 14,3%	8 61,5%	14 25,5%
	Μέτρια	34 81,0%	4 30,8%	38 69,1%
	Υψηλή	2 4,8%	1 7,7%	3 5,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	42 100,0%	13 100,0%	55 100,0%
$\chi^2 = 12,483$ $p = 0,002$				
Χειρουργείο	Χαμηλή	6 22,2%	3 21,4%	9 22,0%
	Μέτρια	17 63,0%	8 57,1%	25 61,0%
	Υψηλή	4 14,8%	3 21,4%	7 17,1%
	ΣΥΝΟΛΟ	27 100,0%	14 100,0%	41 100,0%
$\chi^2 = 0,290$ $p = 0,865$				

Η συναισθηματική εξάντληση φαίνεται να εξαρτάται από την ικανοποίηση στην παρούσα θέση μόνο στα ανοικτά τμήματα. ($p < 0,01$) και όχι στα χειρουργεία. Ειδικότερα οι δηλώσαντες «δυσανεστημένος» από την παρούσα θέση, δείχνουν χαμηλή συναισθηματική εξάντληση (61,5%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ικανοποιημένους επικεντρώνεται στην μέτρια Συναισθηματική Εξάντληση (81,0%).

Στον πίνακα 31 γίνεται συσχέτιση της Αποπροσωποποίησης με την ικανοποίησή τους από το επάγγελμα του νοσηλευτή γενικά.

Η αποπροσωποποίηση δεν επηρεάζεται από την ικανοποίηση που αντλούν ασκώντας το επάγγελμα του νοσηλευτή τόσο στα ανοικτά τμήματα όσο και στα χειρουργεία.

Πίνακας 31. Αποπροσωποποίηση **Ερώτηση 1α** Ανεξάρτητα από την παρούσα ασχολία/θέση σας, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το να είστε νοσηλευτής/τρια;

	Αποπροσωποποίηση	Αποπροσωποποίηση		
		Ικανοποιημένος	Δυσανεστημένος	Σύνολο
Ανοικτά τμήματα	Χαμηλή	33 73,3%	5 50,0%	38 69,1%
	Μέτρια	5 11,1%	4 40,0%	9 16,4%
	Υψηλή	7 15,6%	1 10,0%	8 14,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	45 100,0%	10 100,0%	55 100,0%
$\chi^2 = 4,991$ $p = 0,082$				
Χειρουργείο	Χαμηλή	21 80,8%	11 73,3%	32 78,0%
	Μέτρια	4 15,4%	4 26,7%	8 19,5%
	Υψηλή	1 3,8%	0 0,0%	1 2,4%
	ΣΥΝΟΛΟ	26 100,0%	15 100,0%	41 100,0%
$\chi^2 = 1,265$ $p = 0,531$				

Στον πίνακα 32 γίνεται συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με την ικανοποίησή τους από την εργασία τους στο συγκεκριμένο τμήμα.

Πίνακας 32. Αποπροσωποποίηση **Ερώτηση 1β** Συνολικά, πόσο ευχαριστημένος είστε με την παρούσα εργασία σας;

	Αποπροσωποποίηση	Αποπροσωποποίηση		
		Ικανοποιημένος	Δυσανεστημένος	Σύνολο
Ανοικτά τμήματα	Χαμηλή	33 78,6%	5 38,5%	38 69,1%
	Μέτρια	4 9,5%	5 38,5%	9 16,4%
	Υψηλή	5 11,9%	3 23,1%	8 14,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	42 100,0%	13 100,0%	55 100,0%
$\chi^2 = 8,244$ $p = 0,016$				
Χειρουργείο	Χαμηλή	20 74,1%	12 85,7%	32 78,0%
	Μέτρια	6 22,2%	2 14,3%	8 19,5%
	Υψηλή	1 3,7%	0 0,0%	1 2,4%
	ΣΥΝΟΛΟ	27 100,0%	14 100,0%	41 100,0%
$\chi^2 = 0,976$ $p = 0,614$				

Η αποπροσωποποίηση φαίνεται να εξαρτάται από την ικανοποίηση στην παρούσα θέση μόνο στα ανοικτά τμήματα. ($p < 0,05$) και όχι στα χειρουργεία. Ειδικότερα οι δηλώσαντες «δυσανεστημένοι» από την παρούσα θέση, δείχνουν ισοκατανομή ποσοστών στην χαμηλή και μέτρια κατηγορία Αποπροσωποποίησης (περίπου 1 στους 3), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ικανοποιημένους επικεντρώνεται στην χαμηλή Αποπροσωποποίηση (78,6% ή 3 στους 4).

Στον πίνακα 33 γίνεται συσχέτιση της Προσωπική Ολοκλήρωσης με την ικανοποίησή τους από το επάγγελμα του νοσηλευτή γενικά.

Πίνακας 33. Προσωπική Ολοκλήρωση **Ερώτηση 1α** Ανεξάρτητα από την παρούσα ασχολία/θέση σας, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το να είστε νοσηλευτής/τρια;

	Προσωπική Ολοκλήρωση	Προσωπική Ολοκλήρωση		
		Ικανοποιημένος	Δυσανεστημένος	Σύνολο
Ανοικτά τμήματα	Χαμηλή	5 11,1%	0 0,0%	5 9,1%
	Μέτρια	15 33,3%	1 10,0%	16 29,1%
	Υψηλή	25 55,6%	9 90,0%	34 61,8%
	ΣΥΝΟΛΟ	45 100,0%	10 100,0%	55 100,0%
$\chi^2 = 4,213$ $p = 0,122$				
Χειρουργείο	Χαμηλή	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Μέτρια	25 100,0%	13 86,7%	38 95,0%
	Υψηλή	0 0,0%	2 13,3%	2 5,0%
	ΣΥΝΟΛΟ	25 100,0%	15 100,0%	40 100,0%
$\chi^2 = 3,509$ $p = 0,061$				

Η προσωπική ολοκλήρωση δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την ικανοποίηση που αντλούν ασκώντας το επάγγελμα του νοσηλευτή τόσο στα ανοικτά τμήματα όσο και στα χειρουργεία.

Στον πίνακα 34 γίνεται συσχέτιση της προσωπικής ολοκλήρωσης με την ικανοποίησή τους από την εργασία τους στο συγκεκριμένο τμήμα.

Πίνακας 34. Προσωπική Ολοκλήρωση **Ερώτηση 1β** Συνολικά, πόσο ευχαριστημένος είστε με την παρούσα εργασία σας;

	Προσωπική Ολοκλήρωση	Σύνολο		
		Ικανοποιημένος	Δυσανεστημένος	Σύνολο
Ανοικτά τμήματα	Χαμηλή	5 11,9%	0 0,0%	5 9,1%
	Μέτρια	14 33,3%	2 15,4%	16 29,1%
	Υψηλή	23 54,8%	11 84,6%	34 61,8%
	ΣΥΝΟΛΟ	42 100,0%	13 100,0%	55 100,0%
$\chi^2 = 4,078$ $p = 0,130$				
Χειρουργείο	Χαμηλή	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Μέτρια	24 92,3%	14 100,0%	38 95,0%
	Υψηλή	2 7,7%	0 0,0%	2 5,0%
	ΣΥΝΟΛΟ	26 100,0%	14 100,0%	40 100,0%
$\chi^2 = 1,134$ $p = 0,287$				

Διαπιστώνεται ότι η προσωπική ολοκλήρωση δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την παρούσα εργασία τους, τόσο στα ανοικτά τμήματα όσο και στα χειρουργεία.

7. ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΕΣ /ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Α' ΜΕΡΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η διερευνητικού τύπου μελέτη που προηγήθηκε παραπάνω προσπάθησε να εξετάσει το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ανοιχτά τμήματα και χειρουργεία δύο επαρχιακών δημόσιων νοσοκομείων.

Ακόμη, επιχειρήθηκε να συσχετισθούν το φύλο, η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας και η εκπαίδευση του υπό μελέτη πληθυσμού, πάντα σε σύγκριση μεταξύ των δύο διαφορετικών τμημάτων, με το βαθμό της επαγγελματικής του εξουθένωσης. Σχετικά με τη θέση, επειδή το πλήθος των Προϊσταμένων ήταν πολύ μικρό, δεν είναι δυνατό να αντληθούν στοιχεία σχετικά με αυτή τη δημογραφική μεταβλητή.

Επί των δημογραφικών χαρακτηριστικών

Σύμφωνα με τα ευρήματα (πίνακας 2) η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού είναι γυναίκες, πράγμα αναμενόμενο καθώς το νοσηλευτικό επάγγελμα συγκαταλέγεται στα «γυναικεία» επαγγέλματα (Σαπουντζή & Λεμονίδου 1994).

Όσον αφορά την ηλικία του νοσηλευτικού προσωπικού (πίνακας 3) οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ανοιχτά τμήματα είναι ηλικιακά κατά μέσο όρο 40 έτη δηλαδή μικρότεροι από αυτούς που δουλεύουν στο χειρουργείο και οι οποίοι είναι κατά μέσο όρο 43 έτη.

Το γεγονός ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ανοιχτά τμήματα είναι μικρότεροι από αυτούς που δουλεύουν στα χειρουργεία σημαίνει ότι το προσωπικό των ανοιχτών τμημάτων ανανεώνεται πιο συχνά. Μια εξήγηση που μπορεί να δοθεί και που ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα είναι ότι οι νεοπροσλαμβανόμενοι (συνεπώς πιο νέοι) νοσηλευτές τοποθετούνται από την νοσηλευτική διοίκηση συνήθως στα ανοιχτά τμήματα (παθολογικά-χειρουργικά) όπου ο φόρτος εργασίας είναι κατά κανόνα μεγάλος. Επίσης οι νοσηλευτές που εργάζονται στο χειρουργείο και στο αναισθησιολογικό, δύσκολα μετακινούνται σε κάποιο άλλο τμήμα κυρίως λόγω της εξειδίκευσης τους και της εμπειρίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Όσο αφορά τα συνολικά χρόνια υπηρεσίας, υπάρχει στατιστική σημαντικότητα.

Η προϋπηρεσία αυτών που εργάζονται στα ανοιχτά τμήματα είναι 16 έτη ενώ αυτών που εργάζονται στο χειρουργείο είναι περισσότερα δηλαδή 20,32 έτη.

Στον ίδιο πίνακα 3 αναφέρεται και το σύνολο των χρόνων που εργάζονται στα συγκεκριμένα τμήματα όπου και αυτή η μεταβλητή παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα. Έτσι στα ανοιχτά τμήματα η προϋπηρεσία είναι 7,10 έτη ενώ στο τμήμα του χειρουργείου οι νοσηλευτές εργάζονται πολύ περισσότερα χρόνια, σχεδόν τα διπλάσια, δηλαδή 13,32 έτη.

Τα λίγα χρόνια υπηρεσίας στα ανοιχτά τμήματα εξηγείται αρχικά από το γεγονός ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται εκεί είναι μικρότεροι σε ηλικία. Πιθανό επίσης να υποδηλώνουν μια τάση φυγής και αλλαγής τμήματος εργασίας παρόλο που αυτό δεν εξαρτάται μόνο από τις επιθυμίες των εργαζομένων αλλά και από την διοίκηση.

Ένα στοιχείο που ίσως να αποδεικνύει την τάση φυγής από τα συγκεκριμένα τμήματα είναι ότι οι νοσηλευτές που μετατάχθηκαν σε διοικητικές υπηρεσίες (πηγή : γραφείο προσωπικού Νοσοκομείο Βέροιας) τα τελευταία 7 χρόνια προέρχονταν από ανοιχτά τμήματα . Από την άλλη οι νοσηλευτές των χειρουργείων από τα 20 συνολικά χρόνια υπηρεσίας τους τα 13 από αυτά εργάζονται στο συγκεκριμένο τμήμα.

Τα στοιχεία που προκύπτουν από τον πίνακα 4 είναι ότι όσο αφορά την οικογενειακή κατάσταση το 88% των νοσηλευτών στα ανοιχτά τμήματα είναι παντρεμένοι και το 90% στο χειρουργείο.

Στον πίνακα 5 διαπιστώνεται ότι στα ανοιχτά τμήματα οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης φτάνουν το 58% έναντι του 41% που είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ενώ στα χειρουργεία υπερτερούν σημαντικά οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης με ποσοστό 70,7% έναντι 29% του ποσοστού αυτών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι οι νοσηλευτές με τεχνολογική εκπαίδευση προτιμούν τα τμήματα ειδικότητας, όπως το χειρουργείο και το αναισθησιολογικό, γιατί τα καθήκοντά τους είναι σαφώς καθορισμένα με προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες.

Στο χειρουργείο επίσης δεν υπάρχει η σύγκρουση ρόλων με τα καθήκοντα των βοηθών νοσηλευτών γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη σύγχυση και την αίσθηση ματαίωσης των επιστημονικά καταρτισμένων νοσηλευτών.

Επιπλέον το είδος των νοσηλευτικών εργασιών πιστεύουν ότι ανταποκρίνεται στο υψηλότερο επίπεδο σπουδών τους και δεν έχουν να κάνουν με τα καθημερινά καθήκοντα προσωπικής φροντίδας του ασθενούς, εργασίες με τις οποίες επιφορτίζονται κυρίως οι βοηθοί νοσηλευτών (Αδαλή 1999).

Φύλλο και επαγγελματική εξουθένωση

Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, το κύριο εύρημα είναι ότι στο 69,1% των νοσηλευτών των ανοικτών τμημάτων και στο 61% του χειρουργείου η συναισθηματική εξάντληση κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Αυτό σημαίνει ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τη συναισθηματική εξάντληση (πίνακας 24.) όπως ο φόρτος εργασίας, το κυκλικό ωράριο, οι διαπροσωπικές σχέσεις κ.ά., είναι κοινοί για τους νοσηλευτές και των δύο φύλλων ανεξαρτήτου τμήματος

Όσο αφορά τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης δεν παρατηρούνται ουσιώδεις διαφορές μεταξύ των φύλων. Η συναισθηματική εξάντληση των ανδρών των δύο τμημάτων κυμαίνεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα ενώ στις γυναίκες σε μέτρια προς χαμηλά. Όσο αφορά το συγκεκριμένο εύρημα πιθανό να οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο θεώρησης τόσο του επαγγέλματος όσο και της ζωής γενικότερα αλλά και στο γεγονός ότι οι άνδρες επενδύουν περισσότερο στην εργασία τους από ότι οι γυναίκες (ευθύνες σπιτιού, φροντίδα παιδιών), (Σαπουντζή & Λεμονίδου 1994, Van Horn et al 1997).

Όσον αφορά τη διάσταση της προσωπικής ολοκλήρωσης στα ίδια τμήματα δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλλα. Σε επίπεδο όμως ανοικτών –κλειστών τμημάτων, το 56% των γυναικών στα ανοιχτά τμήματα έχουν υψηλή προσωπική ολοκλήρωση ενώ στο χειρουργείο νιώθουν λιγότερη ολοκλήρωση αφού στο 96,8% των γυναικών μειώνεται η αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων στο επίπεδο του μέτριου.

Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλεύτριες των ανοιχτών τμημάτων αντλούν ικανοποίηση από την άμεση επαφή και φροντίδα με τους ασθενείς, έχουν μεγαλύτερη αυτονομία κινήσεων, πιο σύνθετα καθήκοντα και λιγότερο έλεγχο από ότι οι νοσηλευτές στο χειρουργείο, οι οποίοι έχουν περιορισμένα καθήκοντα, μειωμένη χρησιμοποίηση των δεξιοτήτων τους και μονότονη εργασία (Foxall et al 1990, Fung – kam L 1997, Αδαλή και συν 2000. Chiron et al 2010).

Επίσης οι νοσηλεύτριες του χειρουργείου δε συμμετέχουν σε επείγουσες νοσηλευτικές πράξεις, όπως για παράδειγμα να επαναφέρουν στη ζωή μετά από ανακοπή έναν ασθενή, κάτι που συμβαίνει στα συχνά στα ανοιχτά τμήματα, (Sahraian et al. 2008, Chiron et al 2010), με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Η διάσταση της αποπροσωποποίησης των δύο φύλλων και στα δύο τμήματα κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Επειδή το πλήθος των ανδρών ήταν πολύ μικρό (N=18), δεν είναι δυνατό να αντληθούν στοιχεία σχετικά με αυτή τη δημογραφική μεταβλητή.

Επίπεδο σπουδών και επαγγελματική εξουθένωση

Οι νοσηλευτές με ΔΕ εκπαίδευση που έχουν μέτρια συναισθηματική εξάντληση είναι περισσότεροι και στα δύο τμήματα σε σχέση με το ποσοστό των νοσηλευτών με ΤΕ εκπαίδευση (πίνακ, 10). Έτσι συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών με πτυχίο ΔΕ νιώθουν μεγαλύτερη εξάντληση, αν και σε μέτρια επίπεδα, πιθανό γιατί αναλαμβάνουν τόσο στο χειρουργείο, αλλά ιδιαίτερα στα ανοιχτά τμήματα εργασίες πιο κουραστικές (μεταφορά υλικών, ιματισμού, περιποίηση, καθαριότητα ασθενών) για όλη σχεδόν την επαγγελματική τους ζωή αφού δεν έχουν προοπτικές για εξέλιξη στο επάγγελμα.

Στην παράμετρο της αποπροσωποποίησης είναι περισσότεροι οι ΔΕ νοσηλευτές στα ανοιχτά τμήματα αλλά και στο χειρουργείο με χαμηλή αποπροσωποποίηση. Ωστόσο η διάσταση αυτή της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν επηρεάζεται από την εκπαιδευτική βαθμίδα γιατί κατά πλειοψηφία όλοι οι νοσηλευτές δηλώνουν ενδιαφέρον για τους ασθενείς τους και δεν έχουν αναπτύξει ουδέτερα ή αρνητικά αισθήματα για αυτούς.

Στην διάσταση όμως των προσωπικών επιτευγμάτων στα ανοιχτά τμήματα το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών δηλώνει υψηλή αίσθηση επιτευγμάτων και ανήκουν στην ΔΕ κατηγορία. Λόγω της διαρκούς παρουσίας δίπλα στους ασθενείς πιθανόν να διακατέχονται από ικανοποίηση και αίσθημα πληρότητας, βοηθώντας και προσφέροντας ανακούφιση. Το γεγονός ότι οι ΔΕ νοσηλευτές αναλαμβάνουν βοηθητικές εργασίες άρα και πιο κουραστικές, ίσως τους κάνει πιο ανθεκτικούς και σύμφωνα με ευρήματα άλλων ερευνητών τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού

που θεωρούνται πιο «σκληραγωγημένοι» μπορεί να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Foxall 1990, Καρανιάδου 2006, Μυταρά 2008).

Ενώ στο χειρουργείο οι νοσηλευτές διαπιστώνεται ότι νιώθουν λιγότερη προσωπική ολοκλήρωση, αφού το ποσοστό των TE νοσηλευτών που έχουν χαμηλή αίσθηση επιτευγμάτων είναι μεγαλύτερο από αυτό των ΔΕ.

Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αρκετές έρευνες (Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006, Καρανικόλα 2006, Διομήδους και συν. 2009, Σακελλαρόπουλος 2006) που δείχνουν μειωμένη αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης σε άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ίσως γιατί τα άτομα αυτά αναλαμβάνουν απαιτητικές και υπεύθυνες θέσεις και έχουν υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό τους οι οποίες πολλές φορές διαψεύδονται.

Στο δείγμα ετούτης της εργασίας (πίνακας 12), όπου η πλειοψηφία των νοσηλευτών χειρουργείου είναι TE είναι αναμενόμενο να υπάρχει χαμηλότερη προσωπική ολοκλήρωση. Επίσης στο χειρουργείο δεν αντλούν ικανοποίηση από τους ασθενείς όπως οι άμεσες ευχαριστίες που δέχονται οι νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων αλλά και η ρουτίνα του περιβάλλοντος εργασίας δεν ευνοεί νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις και θεραπείες από όπου θα μπορούσαν να αντλήσουν προσωπική ευχαρίστηση.

Ηλικία, χρόνια υπηρεσίας και επαγγελματική εξουθένωση

Σύμφωνα με τα ευρήματα η επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με την ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα κυρίως στους νοσηλευτές ηλικίας κατά μέσο όρο 40 ετών και στα δύο τμήματα .

Η Συναισθηματική Εξάντληση στα κλειστά τμήματα φαίνεται να επηρεάζεται από την ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα. Συγκεκριμένα όσο μεγαλώνει η ηλικία φαίνεται να μειώνεται η συναισθηματική εξάντληση. Φαίνεται ότι η ηλικία αυξάνει την εμπειρία στη διαχείριση των ανθρώπινων σχέσεων καθώς και τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν τις συναισθηματικές απαιτήσεις της δουλειάς. Αρκετοί μελετητές υποστηρίζουν ότι η ηλικία αποτελεί την πλέον δημοφιλή μεταβλητή που βρέθηκε ότι σχετίζεται (αρνητική συσχέτιση) με την εμφάνιση του συνδρόμου (Maslach et al, 2001, Αδαλή & Λεμονίδου, 2000).

Παρατηρείται επίσης οι νοσηλευτές του χειρουργείου με τη μεγαλύτερη ηλικία και τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας να διατηρούν μια σταθερότητα στη μεσαία κλίμακα όλων των παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με αποτελέσματα ερευνών που θεωρούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι σταθερή όσο παραμένουν στην ίδια δουλειά (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Η Προσωπική Ολοκλήρωση στα ανοικτά τμήματα φαίνεται να επηρεάζεται από τα χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα ($p = 0,057$ οριακή σημαντικότητα) ενώ στα κλειστά τμήματα επηρεάζεται από τα χρόνια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα ($p = 0,054$ οριακή σημαντικότητα).

Συγκεκριμένα οι έχοντες περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας στα ανοικτά τμήματα παρουσιάζουν χαμηλή προσωπική ολοκλήρωση. Στα κλειστά πάλι τμήματα οι έχοντες περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα (μέση τιμή 13,5 έτη, τυπ. απόκλιση 4,7) παρουσιάζουν χαμηλότερη προσωπική ολοκλήρωση σε σχέση με αυτούς που έχουν τα μισά χρόνια (μέση τιμή 6,5 έτη) και οι οποίοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη ολοκλήρωση. Τα ευρήματα αυτά είναι λίγο απρόσμενο, αφού φαίνεται πιο λογικό οι μεγαλύτεροι νοσηλευτές να νιώθουν περισσότερη προσωπική ολοκλήρωση και επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με τους νεότερους, ωστόσο όμως συμφωνούν με αυτά άλλων ερευνών (Chiriboga et al 1986, Maslach et al 1997).

Η υψηλότερη πάλι προσωπική ολοκλήρωση που νιώθουν οι νεότεροι πιθανό να οφείλεται στο ότι οι αρχικά μεγάλες προσδοκίες για το επάγγελμα τους αποτρέπουν την αίσθηση μειωμένων επιτευγμάτων (Καρανιάδου και συν 2006).

Β' ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου κατεβλήθη προσπάθεια να συσχετισθούν η ικανοποίηση των νοσηλευτών από το επάγγελμα τους γενικά, από το συγκεκριμένο τμήμα, από το πόσο σκοπεύουν να παραμείνουν στο τμήμα τους καθώς και ποιοι παράγοντες αποτελούν πηγή άγχους, με τις τρεις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στην ερώτηση «είστε ευχαριστημένος από τη δουλειά σας», οι νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων με ποσοστό 58,2%, δηλώνουν ότι είναι ευχαριστημένοι.

Οι απαντήσεις που πήραμε όμως από τα χειρουργεία δείχνουν μια όχι ενθαρρυντική κατάσταση, καθώς το 53,7% των συμμετεχόντων απάντησε πως δεν είναι ευχαριστημένο από τη δουλειά τους. Αν και δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στα αποτελέσματα της ερώτησης, ωστόσο φαίνεται πως στα κλειστά τμήματα υπάρχει μεγαλύτερη δυσαρέσκεια.

Στο ίδιο επίσης συμπέρασμα καταλήγει και η εργασία των Μυταρά και Νικολάου 2008 στην οποία προκύπτει ότι ενώ οι νοσηλευτές του χειρουργείου και του αναισθησιολογικού τμήματος Νοσοκομείων της Κρήτης, δεν συγκεντρώνουν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, εν τούτοις τα ποσοστά δυσαρέσκειας που ανέφεραν ως προς τους εργασιακούς παράγοντες ήταν υψηλά καθώς επίσης, το 58% των νοσηλευτών επιθυμούν αλλαγή στην εργασία τους.

Στην προσπάθειά μας να συγκεκριμενοποιήσουμε λίγο περισσότερο αυτή τη δυσαρέσκεια του προσωπικού αλλά και για το λόγο ότι κάποιος μπορεί να είναι ευχαριστημένος με το νοσηλευτικό επάγγελμα αλλά να μην είναι ευχαριστημένος που εργάζεται π.χ. στο χειρουργείο, υποβάλαμε δύο επιπλέον σχετικές ερωτήσεις, για να διερευνήσουμε το κατά πόσο είναι ικανοποιημένο το νοσηλευτικό προσωπικό με το επάγγελμα του νοσηλευτή –γενικά- (Ερώτηση 1α), και το κατά πόσο είναι ικανοποιημένο το νοσηλευτικό προσωπικό με την παρούσα εργασία του – ειδικότερα-(Ερώτηση 1β).

Έτσι στην επόμενη ερώτηση δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι στα ανοιχτά τμήματα με το να ασκούν το επάγγελμα του νοσηλευτή. Στο χειρουργείο οι απαντήσεις συμφωνούν με τις προηγούμενες καθώς δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι έως δυσαρεστημένοι .

Με την εργασία τους στο συγκεκριμένο τμήμα δηλώνουν τόσο από τα ανοιχτά όσο και από τα κλειστά τμήματα μέτρια ικανοποιημένοι, ακολουθεί σε ποσοστό η απάντηση πολύ ικανοποιημένοι και ένα μικρό ποσοστό δηλώνει πολύ δυσαρεστημένο. Οι απαντήσεις συμφωνούν με τα ευρήματα πολλών ερευνών, στις οποίες αναφέρεται μέτρια ικανοποίηση για την πλειοψηφία των νοσηλευτών, ανεξάρτητα από τον τομέα στον οποίο εργάζονται (Sharp 2008, Μαρνέρας 2010).

Από τις απαντήσεις στις δύο παραπάνω ερωτήσεις συμπεραίνουμε ότι οι νοσηλευτές είναι μέτρια ικανοποιημένοι γενικά από το επάγγελμα του νοσηλευτή καθώς και από την εργασία τους στο συγκεκριμένο τμήμα. Αυτό ενισχύεται από το εύρημα (πίνακ.5), ιδιαίτερα στα χειρουργεία, όπου περισσότερα από τα μισά σχεδόν συνολικά χρόνια υπηρεσίας τους εργάζονται στο συγκεκριμένο τμήμα .

Το φαινόμενο αυτό εξηγείται, πέραν της ικανοποίησή τους από το συγκεκριμένο τμήμα, από το γεγονός ότι πρώτον λόγω της εξειδίκευσης δεν μετακινούνται εύκολα σε άλλα τμήματα. Επίσης - σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ίδιοι μετά από προσωπικές επαφές μαζί τους- λόγω της ηλικίας τους (43 κατά μέσο όρο) δεν έχουν διάθεση να αλλάξουν νοσηλευτικό αντικείμενο εκτός αν είναι να καταλάβουν μία καλύτερη θέση, όπως αυτή του προϊστάμενου ή του υπεύθυνου τμήματος. Επιπρόσθετα δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα στο οποίο θα έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς, καθήκον που ανατίθεται κυρίως στους βοηθούς νοσηλευτών. Το εύρημα συγκλίνει με αυτά των Λεμονίδου και συν (1996) σύμφωνα με τους οποίους οι νοσηλευτές προτιμούν αλλά και αφιερώνουν μόνο το 20% του χρόνου τους για άμεση νοσηλευτική φροντίδα ενώ ο περισσότερος χρόνος αφιερώνεται σε έμμεση φροντίδα των ασθενών.

Όταν συσχετίστηκαν οι απαντήσεις των ερωτήσεων 1α και 1β με τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης (πίνακες 29-34) βρέθηκαν τα εξής:

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που νιώθουν μέτρια ικανοποιημένοι τόσο από το επάγγελμα του νοσηλευτή όσο και από την τωρινή τους εργασία έχει και μέτρια συναισθηματική εξάντληση. Το ποσοστό των νοσηλευτών του χειρουργείου που έχει υψηλή συναισθηματική εξάντληση είναι μεγαλύτερο σε σχέση με αυτό των ανοικτών τμημάτων.

Οι διαστάσεις της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων δεν επηρεάζονται στατιστικώς σημαντικά από την ικανοποίησή τους ως νοσηλευτές καθώς και από την ικανοποίησή τους από το συγκεκριμένο τμήμα στο οποίο εργάζονται.

Όσο αφορά την ερώτηση αν θα δέχονταν να κάνουν μια άλλη δουλειά (πινακ.23) φαίνεται ότι υπάρχει εξάρτηση μεταξύ της ερώτησης και των τμημάτων ($p < 0,001$). Ακόμα και όταν συζητήσαμε μαζί τους τις απαντήσεις τους, τονίζοντάς τους ότι σε μια αλλαγή επαγγέλματος υπάρχει αρκετή ανασφάλεια (όσον αφορά τις απαιτήσεις του νέου εργοδότη, της τυχόν μελλοντικής εξέλιξης, της κοινωνικής «αξίας» του νέου επαγγέλματος, των αποδοχών του ,κ.ά.), εντούτοις οι απόψεις τους συνέχισαν να είναι στην πλειοψηφία τους οι ίδιες.

Ειδικότερα 1 στους 2 (52,6%) που εργάζονται στα χειρουργεία θα άλλαζε δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για αυτούς που εργάζονται στα ανοικτά τμήματα είναι μόνο 18,2% (1 στους 5 περίπου).

Στην ερώτηση «Τι είναι αυτό που σας αγχώνει στη δουλειά σας;» έγινε απόπειρα να καταγραφούν οι προβλεπτικοί παράγοντες που προκαλούν άγχος και ενδεχομένως συνηγορούν στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Έτσι αυτό που δημιουργεί άγχος στο μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών τόσο στα ανοικτά τμήματα (30,9%) όσο και στα χειρουργεία (29,3%) είναι οι εργασιακές συνθήκες, εύρημα που συμφωνεί με αυτά άλλων ερευνών (Foxall et al 1990, Αδαλή και συν 2000, Μπελλάλη 2007). Τέτοιες είναι η έλλειψη καθηκοντολογίου, το ωράριο, η μακρόχρονη επαφή με τον πόνο και το θάνατο, καθήκοντα προσωπικής φροντίδας ασθενούς, δυσάρεστο φυσικό περιβάλλον και οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή για τα ανοικτά τμήματα, ο κλειστός χώρος και η έλλειψη άνεσης για τα χειρουργεία.

Δεύτερος κατά σειρά παράγοντας άγχους αποτελεί για τα ανοικτά τμήματα ο φόρτος εργασίας (16,3%) ενώ για τα χειρουργεία είναι η εκπλήρωση στόχων, επαγγελματική εξέλιξη και οι εργασιακές συγκρούσεις (19,5%) . Η διαφοροποίηση αυτή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι στα ανοικτά τμήματα των επαρχιακών νοσοκομείων όπου οι εισαγωγές ασθενών γίνονται καθημερινά, ο φόρτος εργασίας είναι ένας σταθερός επιβαρυντικός παράγοντας.

Στα χειρουργεία από την άλλη, όπου οι περισσότεροι νοσηλευτές είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης (πινακ.6) είναι αναμενόμενο μετά από τα αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας που έχουν, να νιώθουν απογοήτευση όταν δεν εκπληρώνονται οι στόχοι τους για περαιτέρω εξέλιξη. Ακόμη η τεταμένη προσοχή και το καθημερινό άγχος για τυχόν λάθη, η εργασία υψηλών απαιτήσεων, οι ιδιαιτερότητες ορισμένων χειρουργών μπορεί να δυσκολέψουν τη συνεργασία και να δημιουργηθούν συγκρούσεις.

Η αναποτελεσματικότητα της διοίκησης είναι ο τρίτος κατά σειρά παράγοντας άγχους και στα δύο τμήματα (14,5% για ανοικ. Τμημ. 12,2% χειρουργ.) και σχετίζεται με την άνιση κατανομή προσωπικού, τη μικρή επιρροή των εργαζόμενων στη λήψη αποφάσεων, την έλλειψη αυτονομίας, τις μειωμένες ευκαιρίες για εκπαίδευση, επιμόρφωση, την έλλειψη ελέγχου στις εργασιακές συνθήκες.

Στην συνέχεια ακολουθούν σε μικρότερα ποσοστά οι εργασιακές συγκρούσεις, η εκπλήρωση στόχων, η επαγγελματική εξέλιξη, η ικανοποίηση από την εργασία και οι αμοιβές για τα ανοικτά τμήματα ενώ για τα χειρουργεία τέταρτος παράγοντας είναι ο φόρτος εργασίας και ακολουθούν το κύρος και η ικανοποίηση από την εργασία ενώ ένα 2,5% δεν απάντησε.

Στην ερώτηση για το πώς εκτιμούν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν, και τα δύο τμήματα την αξιολογούν ως καλή. Το πολύ χαμηλό ποσοστό που παίρνει η κατηγορία εκτίμησης «Φτωχή Φροντίδα» για τις παρεχόμενες υπηρεσίες μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πεποίθηση των νοσηλευτών είναι ότι περιθάλπουν τους ασθενείς με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ενδιαφέρονται για τις ανάγκες τους χωρίς ενδείξεις αποπροσωποποίησης, εύρημα που συμφωνεί με τα συνολικά αποτελέσματα του πίνακα 19.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης, πόσο σκοπεύετε να παραμείνετε στην κλινική, έχουν στατιστική σημαντικότητα.

Όταν συσχετίστηκε ο παράγοντας χρόνος παραμονής με την επαγγελματική εξουθένωση αποδείχθηκε ότι επηρεάζει την συναισθηματική εξάντληση. Η στατιστική επεξεργασία ($p < 0,05$) έδειξε ότι οι εργαζόμενοι που θέλουν να μείνουν μέχρι 3 έτη στην κλινική ανεξάρτητα τμήματος (πινακ.26^α), παρουσιάζουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση (60%).

Σύμφωνα με τον πίνακα 26 ο χρόνος παραμονής στην συγκεκριμένη κλινική φαίνεται να επηρεάζεται και από το τμήμα στο οποίο εργάζονται. Έτσι το μεγαλύτερο

ποσοστό των νοσηλευτών στα ανοιχτά τμήματα θέλει να παραμείνει στην κλινική του 5-7 χρόνια. Μία εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί εδώ είναι ότι οι νοσηλεύτριες που αγαπούν και ενδιαφέρονται για το επάγγελμά τους και νιώθουν ότι είναι σημαντική η εργασία τους, δεν επηρεάζονται στη συνέχεια από τις δυσμενείς συνθήκες εργασιακού χώρου ή τις εσωτερικές ατέλειες της διοίκησης (Καρανιάδου και συν. 2006).

Στα χειρουργεία αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό θέλει να παραμείνει λιγότερο δηλαδή 1-5 χρόνια.

Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να δηλώνουν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών του χειρουργείου. Όμως λαμβάνοντας υπόψη τα προηγούμενα ευρήματα τα οποία δείχνουν μέτριες τιμές στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, τότε τα αίτια της προτίμησης για περιορισμένη παραμονή στο τμήμα του χειρουργείου μπορούν να αποδοθούν στο γεγονός ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές είναι πάνω από 40 ετών και προβλέπουν να καταλάβουν μια θέση υπεύθυνου σε άλλο τμήμα ή προϊστάμενου λόγω των κενών που έχουν δημιουργηθεί από το πρόσφατο κύμα πρόωρων συνταξιοδοτήσεων.

Στην ερώτηση για το πώς βλέπουν την απόδοση της κλινικής τους το τελευταίο 12μηνο (αριθμός θανάτων ασθενών, αριθμός νοσηλευτριών, φόρτος εργασίας, εκπαίδευση, οργάνωση, υποστηρικτικά δίκτυα, αντιμετώπιση απ' την εργοδοσία – μισθοί, στάση κ.ά.) δηλαδή, απάντηση στην γενική ερώτηση για την αίσθηση του «Πώς τα πάμε» και στα δύο τμήματα οι περιγραφές εμπίπτουν στην κλίμακα «καλή». Το αποτέλεσμα αυτό που δείχνει την στάση των νοσηλευτών απέναντι στην καθημερινότητα που βίωσαν, συγκλίνει με την μέτρια επαγγελματική εξουθένωση και μέτρια ικανοποίηση που έδειξαν τα προηγούμενα ευρήματα.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης τι πιστεύουν για την απόδοση της κλινικής τους σε σχέση με το παρελθόν και τα δύο τμήματα πιστεύουν ότι είναι ίδια. Διαφοροποίηση υπάρχει όσο αφορά τη μελλοντική απόδοση κυρίως των ανοικτών τμημάτων.

Έτσι στο χειρουργείο το μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει ότι θα είναι ίδια η απόδοση του τμήματός ενώ στα ανοιχτά τμήματα έχουν μεγαλύτερη αισιοδοξία και πιστεύουν ότι θα βελτιωθούν τα πράγματα.

Με βάση τις παραπάνω αναλύσεις αν θέλαμε να δημιουργήσουμε το προφίλ του «εξουθενωμένου νοσηλευτή», τότε αυτός θα είχε τα παρακάτω χαρακτηριστικά.

Πίνακας 35. Προφίλ του εξουθενωμένου νοσηλευτή σύμφωνα με την έρευνα.

Θέση: Απλό νοσηλευτικό προσωπικό χειρουργείου
Είναι στο επάγγελμα: Κατά μέσο όρο 20 χρόνια
Είναι στην παρούσα Κλινική: 13 χρόνια
Ηλικία: 43 ετών
Φύλο: Γυναίκα
Οικογενειακή κατάσταση: Παντρεμένη
Σκοπεύει να παραμείνει στην Κλινική: από 1-3 χρόνια
Απόδοση της Κλινικής σε σχέση με τους προηγούμενους 12 μήνες: Ίδια
Απόδοση της Κλινικής τους επόμενους 12 μήνες: Ίδια

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι η επαγγελματική εξουθένωση του συνολικού δείγματος, συγκρινόμενη με τα αμερικανικά πρότυπα και τα ελληνικά δεδομένα, κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992, Maslach et al 1996, Αδαλή και συν 2000).

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δεν έδειξαν να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ως προς την επαγγελματική εξουθένωση ανάμεσα στα ανοικτά τμήματα και στα χειρουργεία κάτι που έχει διαπιστωθεί και από άλλες έρευνες (Foxall et al 1990, Αδαλή 1999, Αδαλή και συν 2000, Μπελλάλη και συν 2007, Τζούνης και συν 2009, Νικολάου και συν. 2008). Χρήσιμο ωστόσο είναι να σημειωθεί ότι κάθε απόπειρα για ερμηνεία των όποιων ερευνητικών δεδομένων ενέχει πάντα και μια υποκειμενική διάσταση.

Σε επίπεδο ποσοστιαίας σύγκρισης οι νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης υπερτερούν στην κλίμακα της μέτριας συναισθηματικής εξάντλησης αλλά και της χαμηλής αποπροσωποποίησης.

Το αίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων στα ανοιχτά τμήματα είναι μεγαλύτερο από ότι αυτό στα χειρουργεία.

Η ύπαρξη περισσότερων ΤΕ νοσηλευτών στα χειρουργεία μπορεί να θεωρηθεί ένας από τους λόγους που να δικαιολογεί τη μείωση της προσωπικής ολοκλήρωσης στη κλίμακα του μέτριου, στους νοσηλευτές των χειρουργείων.

Αυτό το εύρημα μπορεί να σχετίζεται με τις υψηλότερες μεν, μη επαληθεύσιμες όμως, προσδοκίες των νοσηλευτών τεχνολογικής εκπαίδευσης για επαγγελματική ικανοποίηση αφού έχουν αφιερώσει σημαντικό κομμάτι της ζωής τους στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων γύρω από τον επιστημονικό επαγγελματικό κλάδο που τους ενδιαφέρει, με την προσδοκία να λάβουν μεγαλύτερη ικανοποίηση μελλοντικά. Πολύ πιθανό ακόμη ο ανταγωνισμός μεταξύ των νοσηλευτών του χειρουργείου (κυρίως για επαγγελματική εξέλιξη) να είναι τέτοιος που δεν δημιουργεί υποστηρικτικό περιβάλλον, η έλλειψη του οποίου έχει συνδεθεί με χαμηλά επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης (Μουστάκα & Μαλλιαρού 2008).

Επίσης και οι Papadatou et al (1994) βρήκαν πως οι περισσότερο εξουθενωμένες νοσηλεύτριες ήταν εκείνες που, ενώ είχαν ξεκινήσει την επαγγελματική τους σταδιοδρομία με υψηλές προσδοκίες, είχαν απογοητευθεί από τα πραγματικά δεδομένα της νοσηλευτικής εργασίας.

Πιθανό οι νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων να αντλούν ένα μέρος της ικανοποίησής τους από τις εναλλαγές στην εργασία, τη μεγαλύτερη αυτονομία και πολυμορφία κινήσεων. Όσο δηλαδή αυξάνει η ενασχόληση των νοσηλευτών με τον άρρωστο, τόσο περισσότερο επικρατεί η αίσθηση της ικανοποίησης και του προσωπικού επιτεύγματος. Η μονοτονία και ρουτίνα των νοσηλευτικών πράξεων στο χειρουργείο μπορεί να συντελεί στη μειωμένη ικανοποίηση αν και σε έρευνα του Cavanagh το 1992, βρέθηκε ότι η ρουτίνα σχετίζεται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση πιθανό γιατί δημιουργεί μια αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας.

Παράγοντας στρες επίσης αποτελεί το γεγονός ότι στο χειρουργείο δεν έχουν την ευχέρεια να κάνουν διάλειμμα οποιαδήποτε στιγμή λόγω των προγραμματισμένων επεμβάσεων, δεν έχουν συμμετοχή στην άμεση νοσηλευτική φροντίδα, δεν εισπράττουν άμεση ευχαρίστηση από τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους. Ένας ακόμη λόγος που μειώνει την ικανοποίηση των νοσηλευτών του χειρουργείου είναι το κλειστό περιβάλλον που οδηγεί σε απομόνωση με το υπόλοιπο

ίδρυμα καθώς και η πολύωρη συνεργασία τους με τους χειρουργούς πολλών ειδικοτήτων η οποία συχνά δημιουργεί εντάσεις και συγκρούσεις (Flin 2006).

Όσο αφορά την χαμηλή αίσθηση αποπροσωποίησης μία πιθανή αιτία είναι ότι η επαφή με τους ασθενείς που προσέρχονται στο χειρουργείο είναι σύντομη (το μεγαλύτερο διάστημα οι ασθενείς είναι υπό την επήρεια της αναισθησίας) δεν τους γνωρίζουν και ούτε τους περιθάλπουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα όπως συμβαίνει στα ανοιχτά τμήματα. Εξαιτίας της μικρής επαφής των νοσηλευτών του χειρουργείου με τους ασθενείς δεν καλλιεργούνται σχέσεις που απαιτούν συναισθηματικές δεσμεύσεις ή σχέσεις τριβής ή συγκρούσεις με τους ίδιους ή τους συγγενείς τους ώστε να αναπτυχθούν ο κυνισμός και η απρόσωπη συμπεριφορά, ουδέτερα και αρνητικά αισθήματα.

Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι ενώ από τις απαντήσεις στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου η επαγγελματική εξουθένωση και στα δύο τμήματα κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα, στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αλλάζει ελαφρώς η εικόνα. Οι νοσηλευτές του χειρουργείου είναι μέτρια ευχαριστημένοι από το επάγγελμά τους και οι μισοί σχεδόν από αυτούς θα άλλαζαν την δουλειά αν τους δινόταν η ευκαιρία. Ενώ οι νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι που είναι νοσηλευτές και δεν ενδιαφέρονται να κάνουν κάποια άλλη δουλειά. Σε αυτό συνηγορεί και το γεγονός ότι οι νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων είναι νεότεροι και έχουν λιγότερα χρόνια υπηρεσίας γενικά, αλλά και στη συγκεκριμένη κλινική, κατά συνέπεια παρουσιάζονται λιγότερο εξουθενωμένοι και πιο αισιόδοξοι.

Όπως αναφέρουν και οι Maslach και Schaufeli (1993), αυτού του είδους οι μελέτες δεν επιτρέπουν τον έλεγχο υποθέσεων αιτιότητας και οι υποκειμενικές αξιολογήσεις ορισμένων μεταβλητών ίσως δεν είναι σύμφωνες με την πραγματική κατάσταση.

Ακόμη μία ακόμη εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί είναι ότι πιθανό οι εργαζόμενοι κατά την αυθόρμητη συμπλήρωση των συναισθηματικά φορτισμένων ερωτηματολογίων του πρώτου μέρους είναι δυνατό να δίνανε στερεότυπες απαντήσεις που κρύβουν τυχόν υφιστάμενα προβλήματα, Είναι πολύ πιθανό επίσης να γινότανε εκλογίκευση μιας παγιωμένης κατάστασης (δηλαδή αφού κάνω αυτή τη δουλειά πρέπει να είμαι ευχαριστημένος) ή η απάντηση να δίνεται χωρίς

προηγούμενη νοητική επεξεργασία, όπως συνήθως δίνεται η απάντηση στο ερώτημα «τι κάνεις;».

Μπορεί λοιπόν και στην προκειμένη έρευνα, αν και οι νοσηλευτές φαίνεται να έχουν μέτρια με χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση (πρώτο ερωτηματολόγιο), στην ερώτηση αν θα προτιμούσαν να κάνουν κάποια άλλη δουλειά το 52% των νοσηλευτών του χειρουργείου απαντά καταφατικά.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε έρευνα του Kahn, κατά την οποία οι εργαζόμενοι που δηλώσαν αρχικά ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους όταν ρωτήθηκαν ξανά αν θα ξαναδιάλεγαν την ίδια δουλειά, το 41% των εργαζόμενων σε δουλειές γραφείου απάντησαν καταφατικά, ενώ από τους χειρώνακτες εργάτες μόνο το 24% απάντησε καταφατικά (Σακελλαρόπουλος 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, διαπιστώνεται ότι η εργασιακή εξουθένωση είναι υπαρκτή σε μέτρια έως χαμηλά επίπεδα στις δύο κατηγορίες τμημάτων (κλειστά- ανοιχτά) των συγκεκριμένων επαρχιακών νοσοκομείων. Μία πιθανή αιτία αυτού του αποτελέσματος μπορεί να αποτελεί το γεγονός ότι η επαρχιακή Ελλάδα μετακινείται στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα (απόσταση Βέροια - Θεσσαλονίκη 70km) για την αντιμετώπιση (σοβαρών και μη) προβλημάτων υγείας (Μάντη & Τσελέπη 2000), με αποτέλεσμα τα επαρχιακά νοσοκομεία να παρουσιάζουν μειωμένο φόρτο εργασίας. Εκτός βέβαια από το φόρτο εργασίας, διαφαίνεται ότι εργασιακοί και διοικητικοί κυρίως παράγοντες που υπεισέρχονται στην καθημερινή εργασία των νοσηλευτών και προκαλούν ένταση στην εργασία τους είναι εκείνοι που μπορούν να εξηγήσουν τη σχέση τους με την επαγγελματική εξουθένωση.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ως προς την επαγγελματική εξουθένωση ανάμεσα στα ανοικτά τμήματα και στα χειρουργεία, κάτι που έχει διαπιστωθεί και από άλλες έρευνες. Διαπιστώθηκε εντούτοις ότι οι νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης υπερτερούν στην κλίμακα της μέτριας συναισθηματικής εξάντλησης αλλά και της χαμηλής αποπροσωποποίησης. Τέλος, το αίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων στα ανοιχτά τμήματα διαπιστώνεται μεγαλύτερο από ότι αυτό στα χειρουργεία.

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια, που το σκηνικό των συνθηκών εργασίας αλλάζει σημαντικά, με την εντατικοποίηση και τις ευέλικτες μορφές εργασίας, τις απροειδοποίητες αλλαγές στο εργασιακό καθεστώς και τις αυξανόμενες απαιτήσεις από τους εργαζόμενους, τις νέες τεχνολογίες και τη μοναχική εργασία, δημιουργούνται καταστάσεις μεγάλης πίεσης, που έχουν ως συνέπεια την αύξηση του εργασιακού άγχους.

Λόγω όλων των παραπάνω αιτιών, τόσο οι νοσηλευτές αλλά και οι νοσηλευτικές διοικήσεις είναι απαραίτητο να ενημερώνονται συνεχώς για τα επίπεδα του εργασιακού άγχους ώστε να προληφθούν φαινόμενα αποχώρησης των νοσηλευτών. Αυτό δημιουργεί την ανάγκη, να υπάρχει μια συστηματική παρακολούθηση των επιπέδων του εργασιακού άγχους, ώστε να μπορούν να εφαρμοσθούν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη και την αντιμετώπισή του.

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, καθώς και τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, μπορούν να προταθούν μια σειρά πρακτικών μέτρων για την πρόληψη του συνδρόμου. Τέτοια μέτρα μπορούν να αποτελέσουν τα ακόλουθα.

α) *Η προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας* (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995) θα μπορούσε να αυξήσει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς θα νιώθουν ότι είναι υπεύθυνοι για τις αποφάσεις τους. Η αλλαγή χώρου εργασίας, όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής και δεν είναι το αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης, θεωρείται μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης του συνδρόμου ιδιαίτερα όταν η παραμονή σε κάποιο τμήμα είναι μακρόχρονη.

β) *Ο καθορισμός καθηκοντολογίου των διαφορετικών ιεραρχικών βαθμίδων* ώστε να αποφεύγεται η σύγχυση, η αίσθηση ματαίωσης των επιστημονικά καταρτισμένων νοσηλευτών καθώς και η σύγκρουση ρόλων με αυτά των βοηθών νοσηλευτών (Αδαλή 1999, Αδαλή και συν 2000, Καρανιάδου και συν 2006).

Η αντιμετώπιση του νοσηλευτή ως ανεξάρτητου και ισότιμου επαγγελματία υγείας, καθώς και ο καθορισμός του σαφούς ρόλου του νοσηλευτή με δεξιότητες και επαγγελματικά δικαιώματα που να ανταποκρίνονται στο επίπεδο της νοσηλευτικής του σήμερα, θα έδινε διέξοδο και θα απάλλασσε τους νοσηλευτές από τα αισθήματα που οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση η οποία αποτελεί αιτία αύξησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Weber & Reinhard 2000, Καρανικόλα 2006, Μουστάκα & Μαλλιαρού 2008).

γ) *Η προώθηση της πολυμορφίας στην εργασία* (διδασκαλία νεότερων, ανάληψη γραφειοκρατικών ευθυνών) μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην επαγγελματική ικανοποίηση του εργαζόμενου, κυρίως σε χώρους όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο και μονότονο, όπως στο χειρουργείο ή άλλα κλειστά τμήματα, και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Επιπρόσθετα, βοηθάει να μειωθεί η μονοτονία και να αποφευχθεί η ρουτίνα (Albaugh 2003, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Αντωνίου, 2005, Διλίντας & Σεβαστάκη 2006).

δ) *Η εκπαίδευση*, η συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, σεμινάρια-ημερίδες, μεταπτυχιακά προγράμματα παρέχει τα εφόδια (κίνητρα, κριτική ικανότητα, αυτοπεποίθηση) στον εργαζόμενο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά καταστάσεις ψυχικής εξάντλησης (Καρανιάδου και συν 2006, Διλιντάς 2009).

ε) Επιπλέον, *οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης* αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους που δεν νιώθουν ακινητοποιημένοι ή

παγιδευμένοι σε ένα συγκεκριμένο ρόλο και σε καθήκοντα που με την πάροδο του χρόνου ασκούνται μηχανικά όπως αυτά στο χώρο του χειρουργείου (Παλάσκας 2007).

στ) Τέλος, ο φόρτος εργασίας, συχνότερη αιτία ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, Weber & Reinhard, 2000, Αδαλή και συν., 2000, Bakker et al, 2005), σε συνδυασμό με το μόνιμο πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού, θα μπορούσε μετριαστεί με την *ορθολογική στελέχωση των υπηρεσιών από νοσηλευτές*. Η άμεση πρόσληψη προσωπικού και οι διαγωνισμοί εκτός ΑΣΕΠ (χρονοβόρα διαδικασία) για την απλούστευση των γραφειοκρατικών διαδικασιών είναι ένα από τα μέτρα που θα μπορούσαν να προταθούν.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

AbuAlRub RF. (2004), «Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses». JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP, **36:1,73-78**.

Adali, E., Priami, M., (2002), «Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals». *ICUs and nursing web journal*, 11: 1-19

Aiken L H, Clarke S, Sloane D, Sochalski J Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rufferty A, Shamian J (2001), «Nurses' reports on hospital care in five countries». *Health Affairs* 20(3): 43–53.

Aiken L H, Clarke S, Sloane D. (2002), «Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings», 14 (1), pp. 5-13

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.S., Sochalski J. and Silber J.H., 2002, «Hospital staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction», *Journal of the American Medical Association*, no 288, pp. 1987-1993.

Aiken, L., (2006), «Investments in Nursing Save Lives». 20th Anniversary Scientific Symposium October 11 Διαθέσιμο στο laiken@nursing.upenn.edu [Προσπελάστηκε στις 2/8/2010].

Arthur, M N., (1990), «The assessment of burn out: A review of three inventories useful for research and counseling». *Journal of Counseling & Development* , 69 186-189.

Albaugh, J., (2003) «Keeping nurses in nursing: the profession's challenge for today» *Urologic nursing* Vol ;23(3):193-9.

Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., Schaufeli, W., B.(2000), «Efford- reward imbalance and burnout among nurses». *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891

Baumann A O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S, Irvine-Doran D, Kerr M, McGillis Hall L, Zina M, Butt M, Ryan L (2001), «Commitment and care: the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system». Ottawa: CHSRF.

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

Bekker, M H J., Marcel, A. Bressers, C B., (2005), «Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence» *Work & Stress*, July/September, 19(3): 221-237

Bryant, R.A., Harvey, A.G., Guthrie, R.G., Moulds, M.L., (2003), «Acute Psychophysiological Arousal and Posttraumatic Stress Disorder: A Two-Year Prospective Study». *Journal of Traumatic Stress, Vol. 16, No. 5, pp. 439–443*. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy

Cavanagh, S., (1992). « Job satisfaction of nursing staff working in hospitals»
EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Chiron, B., Michinov, E., Chiron, EO ,Laffon, M., Rusch, E., (2010), Job Satisfaction, Life Satisfaction and Burnout in French Anaesthetists *Journal of Health Psychology* September 1, 15: 948-958

Cherniss, C., (1980), « *Professional burnout in human service organizations*». Preager publisher, New York.

Chiriboga DA, Bailey J. (1986), «Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: a comparative study». *Crit Care Q*, 9(3): 84-92.

Chu, C. I., Hsu, H. M., Price, J. L., Lee, J. Y., (2003), «Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan » *International Council of Nurses, International Nursing Review*, 50, 176–182

Cohen, L., (1989), “ Why are Canada's nurses quitting?” *CMAJ*, VOL. 141, DECEMBER 15. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Cross, D. G., Kelly, J.G., (1983), “stress and coping strategies in hospitals —a comparison of ICU and ward nurses ” *Australian Nurses Journal* Vol 13 No 2. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Cuthell, T., (2004), “De-stressing the workforce” *Occupational Health*, Vol. 56, Issue 1. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy

Demerouti, E., Bakker, A.B, Nachreiner, F., Schaufeli, W. B.,(2001) « The Job Demands –Resources Model of Burn out ». *Journal of Applied Psychology*, Vol 86, No 3, 499-512.

Dimsdale JE (2008), «Psychological Stress and Cardiovascular Disease». *Journal of the American College of Cardiology* Vol. 51, No. 13. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Dodds AE, Lawrence,A., Wearing AJ., (1991), «What makes nursing satisfying: a comparison of college students' and registered nurses' views », *Journal Of Advanced Nursing* Vol. 16 (6), pp. 741-53. library@ouc.ac.cy.

Edelwich, J., Brodsky, A., (1980), «*Burn-out : stages of disillusionment in the helping professions*». Human services press, New York

Farrington, A., (1997), « Strategies for reducing stress and burnout in nursing». *British Journal of Nursing*, EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Firth-Cozens, J., Hardy G., (1992), «Occupational stress, clinical treatment and changes in job perceptions». *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

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

Foxall MJ, Zimmerman R, Standley R, Captain BB., (1990), “A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses”. *J AdvNurs*, 15:577–584, EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Freudenberger, H., (1974), « Staff burnout». *Journal of social issues*, 30 : 159-165

Fung – kam, L., (1997), «Job satisfaction and *autonomy* of Hong Kong registered nurses», EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Browt, S., Maran, N., (2006), «Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre», EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Gray-Toft, P. A., Anderson, J. G., (1981). The nursing stress scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment* 3:11-23.

Gillespis, M., Melby, V., (2003), “Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study”. *Journal of Clinical Nursing* 12: 842–851. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Glasberg, A., Erikson, S., Norberg, A., (2006), «Burnout and “stress of conscience” among healthcare personnel». *Journal of advanced nursing*, 57 (4): 392-403.

Greenglass ER, Burke RJ, Fiksenbaum L. (2001), «Workload and Burnout in Nurses». *J. Community Appl. Soc. Psychol.*, 11: 211-215. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Grint, K., (2002), “Management or leadership? ” *Journal Of Health Services Research & Policy*, ISSN: 1355-8196, Vol. 7 (4), pp. 248-51; PMID: 12425785. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Gustafsson, G., Eriksson, S., Strandberg, G., Norberg, A., (2010), «Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: A pilot study». EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Golembiewski, R., Munzenrider, R., Stevenson, G., (1986), «*Stress in organizations. Toward a phrase model of burnout*». Praeger, New York.

Heller, D., Lance Ferris, D., Brown, D., Watson, D., (2009), «The Influence of Work Personality on Job Satisfaction: Incremental Validity and Mediation Effects» *Journal of Personality* 77:4. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Iacovides, A., Fountoulakis, K., N., Kaprinis, St., (2001), «The relationship between job stress, burnout and clinical depression : a comprehensive review». *J Affect Disord* 2003, 75:209–221

Innstrand, S T., Langballe, E M., Espnes, GA., Falkum, E., Aasland, OG., (2008), Positive and negative work family interaction and burnout: A longitudinal study of reciprocal relations. *Work & Stress*, EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Jones, J.W., (1980), «*Preliminary test manual for the staff burnout scale for health professionals*». London house management consultants, Illinois

Kalisch P.A. & Kalisch B.J. (1986), « A comparative analysis of nurse and physician characters in the entertainment media » *Journal of Advanced Nursing*. II , 179-195

Katsuragi, S. (1997). Better working conditions won by 'nurse wave' action: Japanese nurses' experience of getting a new law by their militant campaign. *Nursing Ethics*, 4(4), 313-22.

Lazarus, R S., Folkman, S., (1987), Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Lemonidou, C., Plati, C., Brokalaki, H., Mantas, J., Lanara, V., (1996), «Allocation of nursing time». *Scandinavian Journal of caring science* , 10 : 131-136

Lee, C., & Schuler, R. S. (1982). A constructive replication and extension of a role and expectancy perception model of participation in decision making. *Journal of Occupational Psychology*, 55, 109-118.

Maslach C, Jackson SE., (1981), «The measurement of experienced burnout». *J Occup Behav*, 2: 99-113.

Maslach, C., & Jackson, S.E., (1986), *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California Consulting Psychologists Press, Inc.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. (1997), *Maslach Burnout Inventory*. Στο: Zalaquett CP, Wood RJ (Eds). *Evaluating Stress. A Book of Resources*. The Scarecrow Press, Inc., Lanham, Md., & London.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., (2001), «Job Bournout» *Annual Review Psychology*. 2001. 52:397–422

Maslach, C., (2001), " What have we learned about burnout and health? ". *Psychology and Health*, Vol 16. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Masroor, A.M., Fakir, M. J., (2009) « Level of Job Satisfaction and Intent to Leave Among Malaysian Nurses ». *Business Intelligence Journal* - January, 2010 Vol.3 No.1

MacLaughlin Frandsen, B., (2010), «Burnout or compassion fatigue?». Long Term Living , 51. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Malett, K, Price JH, Jurs, SG, Slenker, S.(1991), «Relationships among burnout, death anxiety and social support in hospice and critical care nurses». *Psychol Rep*, 68:1347–1359.

McGills Hall L., (Ed) (2005), «Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety». Toronto: Jones and Bartlett Publishers

Montero-Marín J., García-Campayo J., Mosquera Mera D., López del Hoyo Y. (2009), «A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal». *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*,4:31. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Leiter, MP., Maslach, C., (2009), ‘Nurse turnover: the mediating role of burnout ’ *Journal of Nursing Management*, Vol 17, 331–339. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

O’Brien S., Page S. (1994), «Self-efficacy, perfectionism, and stress in Canadian nurses». *Can J Nurs Res* 26 (3) : 49–61. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Patrick K., Lavery JF. (2006), Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing* 24(3):43-48. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Pines, A., M., Kafry, D., (1978), «Occupational tedium in social services» *Social work* EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Pines, AM., (2002), «The changing psychological contract at work and employee burnout» *JHSA*. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Potter, BA., (1987), *Preventing Job Burnout*. Menlo Park, California: Crisp Publications.

Pines, A., M., Aronson, E., (1988), «*Career burnout causes and cures*». Free press, New York

Prescott, PA., Bowen, SA., (1985), “ Physician-Nurse Relationships” *ACADEMIA AND CLINIC*. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy

Renzi C., Tabolli S., Ianni A., Di Pietro C., Puddu P., 2005, «Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital», *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, vol. 19, pp. 153- 157.

Sharp, T.P., (2008), « Job satisfaction among psychiatric registered nurses in New England». *J Psychiatr Ment Health Nurs* , 15:374–378

Sibbald B, Bojke C, Gravelle H (2003), National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ* 326:22.

Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A.R., Toobae, S.H., (2008), «Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards». International Council of Nurses. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Shirom, A., Toker, S., Shapira, I., Berliner, S., Melamed, S., (2008), «Exposure to and fear of terror as predictors of self-rated health among apparently healthy Employees». British Journal of Health Psychology. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy

Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burn out companion to study & practice: A critical analysis*. Rotterdam: A.D. Donker-Rotterdam.

Siegrist, J., (2008), «Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies». Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy

Siegrist, J., Wege, N., Pühlhofer, F., Wahrendorf, M., (2009), «A short generic measure of work stress in the era of globalization: an effort-reward imbalance». Int Arch Occup Environ Health. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy

Tyler PA, Ellison RN., (1994), «Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing». Journal of Advanced Nursing, Vol 19: 469-476. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy

Van Horn, J. E., Schaufeli, W. B., Greenglass, E. R., & Burke, R. J. (1997). A Canadian-Dutch comparison of teachers' burnout. Psychological Reports, 81, 371-382.

Van Servellen, G., Topf, M., Leake, B., (1994), «Personality hardiness, work-related stress, and health in hospital nurses». Hospital Topics Vol. 72 (2), pp. 34-9 EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy

Weber, A., Jaekel-Reinhard, A., (2000), «Burnout syndrome: a disease of modern societies». Institute and Outpatient Clinic for Occupational, Social and Environmental Medicine of the University of Erlangen-Nuremberg, Germany. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Weyers, S., Peter R, Boggild, H., Jeppesen, H.J, Siegrist J., (2006), «Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model». Academic Journal. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Woelfle, C., McCaffrey, R., (2007), «Nurse on Nurse». Nursing Forum Volume 42, No. 3. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Wood G.E., Young L.T., Reagan L.P., Chen B., McEwen B.S. (2004), «Stress-induced structural remodeling in hippocampus: Prevention by lithium treatment». PNAS 101. EBSCO Support Site library@ouc.ac.cy.

Ελληνική βιβλιογραφία

Αδαλή, Ε., (1999), «Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα Επειγουσών περιπτώσεων». Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Νοσηλευτικής.

Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ., Πριάμη, Μ., Πλατή, Χ., (2000), «Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης». *Ελληνική ιατρική*, 66 (5-6): 398-406

Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Πιλάτης, Ι., (2010), « Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών ». *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131, 2010, 109-136

Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., (1992), «Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών». *Ψυχολογικά θέματα*, 5 (3) : 183-202.

Αντωνίου, Σ. Α., (2005), «Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης», *Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαργώς*, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διαθέσιμο στο : www.scribd.com//Maslach-Burnout-Inventory [προσπελάστηκε στις 10 Οκτωβρίου 2010]

Ανωγειανάκης Γ., Καραγιαννίδου Μ., Παπαλιάγκας Β.(2008), *Αγχώδεις διαταραχές. Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ. Artwork – Εκτύπωση Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Θεσσαλονίκη.*

Ασημακοπούλου, Μ., (2004), « Η Επαγγελματική εξουθένωση, η Επαγγελματική Ικανοποίηση και η Εμπλοκή στην Εργασία στον Δημόσιο Τομέα». Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.

Βαρβαγιάννη Σ., Ταουσάνη Μ., Κουσουρή Α. (2008), «Η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού. Η σημασία της στις υπηρεσίες υγείας». Πρακτικά 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Χειρουργείου, Ρόδος.

Γιακουμιδάκης Κ., Μπαλτόπουλος ΓΙ, Χαρίτος Χ, Γαλάνης Π, Μπροκαλάκη, Η. (2009), «Φόρτος νοσηλευτικής φροντίδας, διάρκεια νοσηλείας και θνησιμότητας ασθενών μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης». *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 48(4): 412–423.

Δημητριάδου- Παντέκα Α., Λαβδανίτη Μ., Μηνασίδου Ε., Τσαλογλίδου Α., Καυκιά Θ., Σαπουντζή – Κρέπια Δ. (2009), «Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4): 222-235.

Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. (2008), «Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5): 642 -647.

Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999), «Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (Management) υπηρεσιών υγείας» ΕΑΠ, ΠΑΤΡΑ.

Διλίντας, Α, Σεβαστάκη, Ε., (2006). «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ένας γιατρός για τους γιατρούς». *Επιθεώρηση υγείας*, 17 (103) : 23-28

Διλίντας, Α, (2009), «Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου» 2010, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3):498–508

Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτου, Ι., Φωκά, Α., Πιστόλης, Ι., (2009), «Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας». *Νοσηλευτική*, 48 (2) : 190-199

Δούσης Ε., Καλοκαιρινού, Α., (2007), « Κανονισμοί λειτουργίας χειρουργείων στην Ελλάδα» – Μέρος Ι Ερευνητική εργασία ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2007, 46 (1) : 122 –133.

Δράκου, Α., (2006) , « Η επαγγελματική ικανοποίηση των προπονητών/τριών στην Ελλάδα» . Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης , Κομοτηνή.

Δρίβας, Σ., Ζορμπά, Κ., Κουκουλάκη, Θ., (1998), «*Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου*». Ελληνικό ινστιτούτο υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, Αθήνα

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, (2003). Εργασία χωρίς άγχος. Πρόληψη των ψυχοκοινωνικών κινδύνων και του εργασιακού άγχους στην πράξη. Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Λουξεμβούργο. <http://osha.europa.eu/el/publications/factsheets/57>

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ Αρ. Φύλλου 51 29 Μαρτίου 2010 ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3839
‘Σύστημα επιλογής προϊσταμένων οργανικών μονάδων με αντικειμενικά και αξιοκρατικά κριτήρια.

Ζήλη Σ., Θωμά Ε., Παπαδοπούλου Κ., (2009), « Υπάρχει ρόλος για τους συγγενείς των ασθενών στο νοσοκομείο; Η περίπτωση της Ελλάδας». Πτυχιακή εργασία, Αλεξάνδρειο ανώτατο τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Θεσ/κης Σχολή επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα νοσηλευτικής.

Θεοφίλου, Π., (2009), « Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας». *Journal of science & technology*, 4 : 41- 50

Ιακωβίδης, Α (1997), «Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών γενικού νοσοκομείου». Στο Ιεροδιακόνου, Χ. & Ιακωβίδης, Α., (επιμ), *Θέματα ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο*, Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη, 239-244.

Καζαντζή, Κ., Καραζιώτου, Ι., Καρυώτη, Β., (2008), «Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων και η ικανότητα διαχείρισης

της » Πτυχιακή εργασία ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας τμήμα : κοινωνικής εργασίας.

Καλαντζή, Φ., (2007), «Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρία Ελληνικά νοσοκομεία» Διπλωματική εργασία στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Οργανωτική & Οικονομική ψυχολογία, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ., Μόσχος, Ν., (2004), Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης « burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νικαίας. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 43(1), 116-125

Κάντας, Α., (1996), «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας». Ψυχολογία, Τόμος 3, σελ. 71-85, 1996.

Καλαμάρης Κ., Γοζίλης Ν. (2008), «Νοσηλευτικά εργατικά ατυχήματα». Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη.

Καρανάση Ε., (2009) «Πληγή του ΕΣΥ οι μετατάξεις νοσηλευτών» Εφημερίδα Καθημερινή , Ημερομηνία δημοσίευσης: 01-11-09

Καρανιάδου Α, Αναγνωστόπουλος Φ, Τελειώνη Μ. (2006), «Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών». ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 45(3):391–403.

Καρανικόλα, Μ., (2006), «Αυτοεκτίμηση και επαγγελματική ικανοποίηση των Ελλήνων νοσηλευτών». Διδακτορική διατριβή στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ειδικευση Ψυχικής Υγείας

Καρανικόλα, Μ., Σταθοπούλου, Χ., Καλαφάτη, Μ., Τερζή, Α., Μπουζικά, Μ., Παπαθανάσογλου, Ε. (2009), «Αξιολόγηση Συμπτωμάτων Άγχους σε Νοσηλευτικό Προσωπικό Εντατικής Φροντίδας στην Ελλάδα» Ερευνητική εργασία ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ , 48(4): 447–457

Καφέτσιος, Κ., Βούζας, Φ., Πετρούλια, Ι., Τζίμα, Γ., (2006), «Διαπροσωπικές σχέσεις στη εργασία : η επίδραση της κοινωνικής στήριξης στο συναίσθημα και στην ικανοποίηση από την εργασία». Επιθεώρηση Ελληνικής Ακαδημίας Διοίκησης Επιχειρήσεων 4(1): 6-17.

Καραμπέρης Ν., (1999), «Κοινωνικές αναπαραστάσεις των νέων εργαζομένων για την εργασία και την εκπαίδευση». Διδακτορική διατριβή Τμήμα εκπαίδευσης και αγωγής στην προσχολική ηλικία. Πανεπιστήμιο Αθηνών

Κασουλίδης Γ., Εργασιακό άγχος (Work – related stress). Γραφείο Ασφάλειας και Υγείας, Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, Λευκωσία.

Κοντογιάννη, Α., (2007), « Η Διαχείριση των συγκρούσεων στο Νοσηλευτικό και Ιατρικό Προσωπικό στα Δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία». Διπλωματική εργασία Τμήμα νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Κοπανιτσάνου, Π., Μπροκαλάκη, Η., (2009), « Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων». Ανασκόπηση ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ , 48(1): 50–57

Κοπανιτσάνου, Π., Σουρτζή, Π., (2007), «Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο». Ανασκόπηση των ελληνικών ερευνών ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 46(1):65–76.

Κορομπέλη, Α., (2006), «Κυκλικό ωράριο Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών». Ερευνητική εργασία ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ , 45(1):98–106.

Κορωναίου, Α., (1999), «Απομυθοποίηση και νέες σημασίες της εργασίας στο τέλος του 20^{ου} αιώνα». Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Εκδόσεις Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών .

Κουκουλομάτη, Α., Δρακόπουλος, Β., (2010), «Νυχτερινή εργασία, καρκίνος μαστού, καρκίνος ενδομητρίου και ενδομητρίωση» *hygeia και εργασία* 1 (2) : 59-64.

Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ., (2007), «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών». Το Βήμα του Ασκληπιού 2: 1-7.

Λεβέντης, Χ., (2008), « Το επαγγελματικό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση των διευθυντών σχολικών μονάδων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην περιοχή της Θεσσαλίας », Διπλωματική εργασία στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών σπουδές στην εκπαίδευση, Σχολή ανθρωπιστικών σπουδών, ΕΑΠ. Πάτρα.

Λίλου, Σ., Φωτιάδου, Ε., Αραμπατζής, Κ., (2007), «Η συμβολή των ποιοτικών συνθηκών εργασίας στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας». Πρακτικά 2^{ου} Συνεδρίου Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων, Λάρισα.

Μελισσά, Χ., Αβραμικά, Μ., Λαλούμη, Β. (2003), «Αίσθημα επαγγελματικής κόπωσης νοσηλευτριών. Έρευνα σε νοσηλευτικά ιδρύματα της βορείου Ελλάδος». *Hellenic psyhiatry general hospital*. 1 (1): 30-33.

Μαγγιώρου, Β., (2007), « Επαγγελματική εξουθένωση της ΕΛ.ΑΣ». Περιοδικό Αξιωματική Αστυνομία, Τεύχος 15ο σελ.25-27

Μαλλιαρού, Μ., Μουστάκα Ε., Σαράφης Π., Ζάντζος Ι., και Κωνσταντινίδης Θ.Κ. (2009), «Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία». Πρακτικά 2ου Πανελληνίου Συνεδρίου «Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας στους Τομείς της Υγείας», Αλεξανδρούπολη.

Μαλλιαρού, Μ, Καραθανάση Κ. (2008), «Πρότυπα ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης υπηρεσιών υγείας». Μία συστηματική ανασκόπηση. Πρακτικά 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Χειρουργείου, Ρόδος.

Μαρνέρας, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Δημοπούλου, Ε., Κοτρώτσιου, Ε., (2010), «Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα ». ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2010, 49(1): 83–90 •

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

Μπελλάλη,Θ., (2006), «Ενσυναίσθηση, συναισθηματική διεργασία και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας». Πρακτικά μετεκπαιδευτικών μαθημάτων νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας , Αθήνα.

Μισυρίδου, Ε. (2009), «Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη Νοσηλευτική». ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 48(4): 358-366.

Μουστάκα, Ε., Μαλλιάρου, Μ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση στις μονάδες εντατικής θεραπείας» Διαθέσιμο στο [http:// www.medtime.gr](http://www.medtime.gr) [προσπελάστηκε στις 6 Οκτωβρίου 2010]

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ε. Ι., Σαράφης, Π., Μαλλιάρου, Μ., Κούβελα, Θ., (2010), «Η χαμηλή κοινωνική αναγνώριση του νοσηλευτικού επαγγέλματος ως παράγοντας εργασιακού στρες του νοσηλευτικού προσωπικού» υγεία και εργασία, 1(2): 65-76.

Μπαϊρακτάρης, Κ., (2008), «Σύγχρονες Εξελίξεις στην εμπειρικά τεκμηριωμένη Κλινική Ψυχολογία και Ψυχολογία της Υγείας» 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο του κλάδου Κλινικής Ψυχολογίας και Ψυχολογίας της Υγείας της ΕΛΨΕ

Μπάκα, Α., (2007), «Έλλειψη ύπνου και εργαζόμενοι σε βάρδιες». *Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας*, 31 : 13-21

Μπουραντάς, Δ., (2002), « Μάνατζμεντ» Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα

Μπόρου, Α., Βόσνιακ, Γ., Υφαντής, Α., Τηνιακού, .Ι, Μαχαίρας, Ν., Τσικλιτάρα, Α., Παπαδημητρίου, Β., Σαπουντζή – Κρέπια, Δ., Μουζά,ς Ο., (2010), «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας». Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών. ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ 6 (1): 39-46.

Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε.,(2008), « Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία . ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Ντάτσης, Α., Τραγούδα, Ε., Χανιά, Μ., Ρογδάκης, Α., Γερόλυμο,ς Μ., Σπηλιώτης, Ι., (2007), «Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον». ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 46(2):268–281.

Νικολάου, Ε., Μυταρά, Μ., Γραμματοπούλου, Μ., Σαρρή- Κυρικλάκη, Ε., Κυρίτση, Α., Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Μ. (2008), «Επαγγελματική Εξουθένωση σε Νοσηλευτές Χειρουργείου Νοσοκομείων Κρήτης», Πρακτικά 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Χειρουργείου, Ρόδος.

Νούλα, Μ., Μουχάκη, Σ., Αργυροπούλου, Δ., Υφαντή, Ε., Κυριακίδου, Β., Τσιρίγκα, Σ., Γκεσούλη, Ε., (2010), « Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας» *Interscientific Health Care* (2010) Τόμος 2, Τεύχος2, 99-103

Παγοροπούλου, Α., Κουμπιάς, Μ. & Γιαβρίμης, Π. (2002), «Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης: Το χρόνιο άγχος των δασκάλων και η μετεξέλιξη του σε επαγγελματική εξουθένωση », *Μέντορας*, 5, 103-127.

Παλάσκας, Κ., (2007), « Η επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών που εργάζονται με άτομα με ειδικές ανάγκες». Διπλωματική εργασία στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών σπουδές στην εκπαίδευση, Σχολή ανθρωπιστικών σπουδών, ΕΑΠ. Πάτρα.

Πατεράκη, Α., Ιορδανίδης, Π., Ιακωβίδης, Α., Ιεροδιακόνου, Χ., (1992), «Επαγγελματική κόπωση των νοσηλευτών: αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση». Στο *Το μέλλον της νοσηλευτικής χειρουργείου στην ενωμένη Ευρώπη*, σελ. 80-87. Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 28-29, 1992. Υπουργείο υγείας, πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., (1995), «Επαγγελματική εξουθένωση». Στο Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., (επιμ), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 242-265

Παπαδόπουλος, Α. (2002), Ομιλία στο 29^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο «Νοσηλευτική: Εγγύηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.», Ιωάννινα.

Πανταζοπούλου– Φωτεινά Α. (2003), Εργασιακό περιβάλλον & ψυχικές επιπτώσεις (οργανωτική – βιομηχανική ψυχολογία). Προσέγγιση από το χώρο της Ιατρικής της Εργασίας. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αθήνα.

Παπαγεωργίου, ΔΕ, Καραμπέτσου ΜΙ, Νικολακάκου ΧΒ, Παυλάκκου ΝΔ. (2007), «Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία». *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 46(2):237–245.

Παππά, ΕΑ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ. (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1): 94-101.

Παπαδοπούλου, Δ. (2009), «Βία στο Χώρο Εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού». *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 48(4): 379–387

Ρούπα, Ζ., Αργυρούδης, Ε., Κοτρώτσιου, Ε., Λαχανά, Ε., Παραλίκα,ς Θ., Σαπουντζή – Κρέπια, Δ., Πλαγεράς, Π., Παπαϊωάννου, Α., Κοτρώτσιου, Σ., Κυπαρίση, Γ., (2004), Ερευνητικό Πρόγραμμα: Σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης “Burnout” στους επιστήμονες, επαγγελματίες υγείας – γιατρούς και νοσηλευτές. ΤΕΙ Λάρισας, Λάρισα.

Σακελλαρόπουλος, Γ., (2006), « Εργασιακό στρες και ικανοποίηση εργαζομένων νοσηλευτικής υπηρεσίας δημόσιων νοσοκομείων περιφέρειας δυτικής Ελλάδας» Διπλωματική εργασία στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών.

Σιάρδος, Κ.Γ., (1999), «Μέθοδοι πολυμεταβλητής στατιστικής ανάλυσης», 1^ο μέρος, εκδόσεις Ζήτη-Θεσσαλονίκη, σελ.173 – 177.

Σπυρόπουλος, Γ. Εργασιακές Σχέσεις: Εξελίξεις στην Ελλάδα, την Ευρώπη και τον Διεθνή χώρο, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας, 1998.

Τζούνης, Ε., Λαγούτση Μ, Τζούνη Μ, Τσιούκας Π.(2009), « Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών που εργάζονται σε παθολογικά και ογκολογικά τμήματα, χειρουργεία και μονάδες εντατικής θεραπείας». Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Ιατρών και Υγειονομικών του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ. Θεσσαλονίκη.

Τούντας Γ.Κ. (2007), Εργασιακό στρες και υγεία. Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα.

Δ. Τούκας, Δ., Τούκα, Α., (2011), «Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή». ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2011, 28(1):20-26

Φατούρου, Μ., Παπαθανασίου, Μ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση : πράξη και πρόληψη σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας». Στο Αναγνωστόπουλος, Φ., Καραδήμας, (2008) (επιμ), «Υγεία και ασθένεια : ψυχολογικές διεργασίες». Εκδοτικός οργανισμός Λιβάνη, Αθήνα, 653-672

Φιλίππου, Τ. (2007), Ποιοτικές συνθήκες εργασίας - Ασφαλείς νοσηλευτές. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη υγεία των νοσηλευτών. Ανακοίνωση στο 14ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, Λευκωσία.

Φουντούκη, Α, Γκατζέλης Θ, Πάντας Δ, Θεοφανίδης Δ. (2009), Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(4): 336 -352.

Χριστοδούλου, Χ., Μιχόπουλος Ι., Λύκουρας Ε. (2008), «Η διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς στο Γενικό Νοσοκομείο». Hellenic Psychiatry General Hospital, 5(1): 28-36.

Πηγές από το διαδίκτυο

<http://www.aorn.org/PublicPolicy/CurrentLaws/OtherIssues/>

Προσπελάστηκε την 15/5/2010

<https://www.crnbc.ca/downloads/402.pdf>

Προσπελάστηκε την 25/4/2010

ΟΛΜΕ (2007). Σεμινάριο της ETUCE για το Εργασιακό Στρες. <http://olme-attik.att.sch.gr/files/diethi/maltastressanafora.doc> Προσπελάστηκε την 11/6/2010

World Health Organization (2007) Health workforce: nursing and midwifery. Online: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ Προσπελάστηκε την 7/9/2010

Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης Ψυχαργώς – Β' Φάση

<http://www.scribd.com/doc/9193728/Maslach-Burnout-Inventory>

Προσπελάστηκε την 20/8/2010

www.anaggelia.gr Προσπελάστηκε την 4/9/2010

<http://news.karpasha.com> Προσπελάστηκε την 25/7/2010

www.jsrm.gr/files/drakou Προσπελάστηκε την 12/9/2010

<http://www.europarl.europa> Προσπελάστηκε την 25/9/2010

<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/whpwb/econo/costs.pdf>

Προσπελάστηκε την 16/6/2010

International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. The SF Questionnaires.

<http://www.igola.org/instruments.aspx> Προσπελάστηκε την 27/6/2010

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2009). Eysenck Personality Questionnaire – EPQ

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index88782EN.html> Προσπελάστηκε την 5/6/2010

www.com/cancernursingonline Προσπελάστηκε την 21/7/2010

<http://drtsili.blogspot.com> Προσπελάστηκε την 14/8/2010

www.aacn.nche.edu/nursingshortage.htm

Προσπελάστηκε την 15/3/2011

<http://www.calnurse.org/files.calnurse.org/assets/finratrn7103.pdf>

Προσπελάστηκε την 2/6/2010

www.who.int/classifications/icd/en

Προσπελάστηκε την 7/2/2011

www.enet.gr

Προσπελάστηκε την 15/2/2011

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί γίνεται στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας σε μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «διοίκησης μονάδων υγείας» του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου προκειμένου να σφυγμομετρηθούν οι απόψεις σας όσον αφορά την «επαγγελματική εξουθένωση» στο νοσηλευτικό κλάδο. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις που παρατίθενται, καθώς αυτό θα βοηθήσει στην διατύπωση εγκυρότερων αποτελεσμάτων.

Ενδιαφερόμαστε μόνο για τις απόψεις και τις κρίσεις σας, οι δε πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας αυτής. Σας υπογραμμίζουμε, ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Υπάρχει μόνο η γνώμη σας.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν απόλυτα εμπιστευτικές.

Ευχαριστούμε πολύ για το ενδιαφέρον σας και για τη συνεργασία σας.

Τα δημογραφικά στοιχεία αφορούν 5 παραμέτρους που κρίθηκαν ως σημαντικές για το επάγγελμα του νοσηλευτή.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ : 1. Άντρας 2. Γυναίκα

ΗΛΙΚΙΑ :

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (σημειώστε ένα X δίπλα στο τετράγωνο)

Παντρεμένος Ανύπαντρος

Προγενέστερα παντρεμένος Ποτέ παντρεμένος

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης Απόφοιτος/η ΤΕΙ

Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης Άλλη κατηγορία (Τι ακριβώς;.....)

ΘΕΣΗ - ΙΔΙΟΤΗΤΑ :

Προϊστάμενος/η Απλό προσωπικό

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ :.....

Α΄ ΜΕΡΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ

Σε κλίμακα από το 0 έως το 6, παρακαλώ σημειώστε στο αντίστοιχο τετράγωνο (με ένα σταυρό), το βαθμό που θεωρείτε ότι σας εκφράζει η κάθε πρόταση. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.		0	1	2	3	4	5	6
		Ποτέ	Λίγες φορές τον χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δυο, τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
1.	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου							
2.	Νιώθω άδειος σαν να μην έχει					Προστίδου Λήμπος		

Σε κλίμακα από το 0 έως το 6, παρακαλώ σημειώστε στο αντίστοιχο τετράγωνο (με ένα σταυρό), το βαθμό που θεωρείτε ότι σας εκφράζει η κάθε πρόταση. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.		0	1	2	3	4	5	6
		Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δυο, τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
13	Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου							
14	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου							
15	Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς							
16	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με τους ασθενείς							
17	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου							
18	Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου							
19	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά							
20	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια. Νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι							
21	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου							
22	Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε εμένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους							

Β' ΜΕΡΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Είστε ευχαριστημένος/η από τη δουλειά σας;

A) Ναι

B) Όχι

Αιτιολογείστε:

.....
.....
.....

Ερώτηση 1α: Ανεξάρτητα από την παρούσα ασχολία / θέση σας, πόσο ικανοποιημένη/ος είστε με το να είστε νοσηλεύτρια/ευτής;

A) Πολύ ικανοποιημένη/ος

B) Μέτρια ικανοποιημένη/ος

Γ) Λιγάκι δυσαρεστημένη/ος

Δ) Πολύ δυσαρεστημένη/ος).

Ερώτηση 1β: Συνολικά, πόσο ευχαριστημένη/ος είστε με την παρούσα εργασία σας (στο συγκεκριμένο τμήμα) ;

A) Πολύ ικανοποιημένη/ος

B) Μέτρια ικανοποιημένη/ος

Γ) Λιγάκι δυσαρεστημένη/ος

Δ) Πολύ δυσαρεστημένη/ος).

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Αν σας πρότειναν μια δουλειά που δεν σχετίζεται καθόλου με τα προσόντα σας, που προσφέρει όμως καλύτερες συνθήκες εργασίας, θα δεχόσασταν; Αν ναι αν δικαιολογείστε γιατί (σύντομη ανάπτυξη, τρεις γραμμές)

.....
.....
.....

ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Τι είναι αυτό που σας αγχώνει στη δουλειά σας; (δυο μονολεκτικές απαντήσεις)

.....
.....
.....

ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Γενικά, πώς θα περιγράφατε την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς της κλινικής σας ;

- A) Άριστη
- B) Καλή
- Γ) Επαρκής
- Δ) Φτωχή

ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Πόσο θα θέλατε να παραμείνετε στην Κλινική αυτή; (σε έτη)

<1 1-3 3-5 5-7 >7

ΕΡΩΤΗΣΗ 6: Πιστεύετε ότι η απόδοση της Κλινικής (αριθμός θανάτων ασθενών, αριθμός νοσηλευτριών, φόρτος εργασίας, εκπαίδευση, οργάνωση, υποστηρικτικά δίκτυα, αντιμετώπιση απ' την εργοδοσία –μισθοί, στάση κ.ά.) το τελευταίο 12μηνο είναι σε σχέση με το παρελθόν: χειρότερη, ίδια ή καλύτερη;

- A) Ίδια
- B) Καλύτερη
- Γ) Χειρότερη

ΕΡΩΤΗΣΗ 7: Πιστεύετε ότι η απόδοση της Κλινικής το επόμενο 12μηνο θα είναι σε σχέση με το παρελθόν: χειρότερη, ίδια ή καλύτερη;

- A) Ίδια
- B) Καλύτερη
- Γ) Χειρότερη