



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Συγκριτική μελέτη του φόβου του πόνου και της
επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας
κλειστών τμημάτων νοσηλείας.**

Όνομα Μεταπτυχιακού Φοιτητή ΝΤΑΡΗΣ ΠΙΕΤΡΟΣ

Επαγγελματικός Τίτλος Τ.Ε ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια Κα Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Κα Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Διευθύντρια του ΠΜΣ ψυχικής υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Κα Κοτρώτσιου Στυλιανή, Επ. Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**



**The effect of fear of pain and burnout symptoms
upon professionals working in mental departments.**

Daris Petros

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	4
Ευρετήριο Εικόνων	6
Ευρετήριο Πινάκων	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Επαγγελματική Εξουθένωση	
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση επαγγελματικής εξουθένωσης	15
1.2 Μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης	16
1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες	17
1.4 Συμπτωματολογία	20
1.5 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Πόνος	
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση	23
2.2 Επαφή με τον πόνο στους επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων	25
2.3 Επιρροή του πόνου στους επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων	26

2.4 Αντιδράσεις των επαγγελματιών υγείας ψυχιατρικών μονάδων απέναντι στον πόνο	27
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων

3.1 Η επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα της υγείας	29
3.2 Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ενασχόλησης με ψυχιατρικούς ασθενείς	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός της έρευνας και στόχοι της έρευνας	34
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα	34
4.3 Σχεδιασμός της έρευνας	35
4.3.1 Δείγμα της έρευνας	36
4.3.2 Τεχνικές συλλογής δεδομένων	37
4.4 Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	39
4.5 Στατιστική Ανάλυση δεδομένων	39
4.6 Προοπτικές της μελέτης	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Αποτελέσματα – Επεξεργασία

5.1 Διαχωρισμός των μεταβλητών	41
5.2 Αποτελέσματα	42
5.2.1 Περιγραφική ανάλυση των επαγγελματιών υγείας της μελέτης	42

5.2.2 Επίπεδο Επαγγελματικής εξουθένωσης και παράμετροι	45
5.2.3 Επίπεδο Επαγγελματικής Εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας και Συσχετίσεις	46
5.2.4 Φόβος του πόνου και παράμετροι	52
5.2.5 Φόβος του πόνου των επαγγελματιών υγείας και Ποσοστιαίες κατανομές	53
5.2.6 Φόβος του πόνου των επαγγελματιών υγείας και Συσχετίσεις	58
5.3 Περιορισμοί της μελέτης	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Συμπεράσματα	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Συζήτηση	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
1. Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών	82
2. Ερωτηματολόγιο Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI).	84
3. Ερωτηματολόγιο κλίμακας φόβου του πόνου (Fear of Pain Questionnaire (III), FPQ-III).	86

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία του μεταπτυχιακού προγράμματος << Ψυχικής Υγείας>> του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Πριν την παρουσίαση της εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που με στήριξαν για την ολοκλήρωση της.

Πρώτο από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας κ. Μαίρη Γκούβα για την στήριξη και την άμεση ανταπόκριση της.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα και συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την στήριξη και κατανόηση που έδειξαν όλους αυτούς τους μήνες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η έντονη και συνεχής έκθεση του εργαζομένου σε ένα αγχωτικό και πιεστικό περιβάλλον προκαλεί συναισθήματα πίεσης και συνεπώς εξάντλησης. Η επαγγελματική εξουθένωση εκδηλώνεται ως σωματική και ψυχική κόπωση του επαγγελματία που οδηγεί στην προσπάθεια απεμπλοκής του από τις αγχωτικές συνθήκες οι οποίες κυριαρχούν στον εργασιακό του χώρο και επιβαρύνουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική του υγεία οπότε σταδιακά αποστασιοποιείται από την εργασία του. Τα άτομα που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζουν ποικίλα συμπτώματα τόσο σωματικά όσο και ψυχο-συναισθηματικά που συνεπάγονται ένα σύνολο σοβαρών επιπτώσεων στην επαγγελματική και στην προσωπική τους ζωή. Ο επαγγελματίας υγείας συγκεκριμένα επωμίζεται την καθημερινή ευθύνη της φροντίδας των ασθενών και η συνεχής επαφή με την ασθένεια αλλά και το θάνατο του ασκεί αυξημένη ψυχολογική πίεση επηρεάζοντας σε έντονο βαθμό την ψυχική του ηρεμία. Ειδικότερα οι επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας καλούνται να ανταπεξέλθουν σε ένα απαιτητικό ρόλο ο οποίος ενέχει έντονα τον κίνδυνο εκδήλωσης επιπρόσθετα συναισθημάτων φόβου του πόνου λόγω της επαφής με ψυχικά ασθενείς επιβαρύνοντας την επαγγελματική αποδοτικότητα τους και εγείροντας τον κίνδυνο παρουσίας συμπτωμάτων κόπωσης.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί να εξετάσει τη συσχέτιση του φόβου του πόνου και της εκδήλωσης συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας κλειστών τμημάτων νοσηλείας προκειμένου να αποτυπωθεί η υποβάθμιση του επιπέδου της αντοχής στον πόνο σε αυτούς. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιχειρούν να αναδείξουν την καθοριστική επίδραση του φόβου του πόνου στην επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών αυτών αλλά και του κινδύνου εμφάνισης συμπτωμάτων εργασιακής κόπωσης καθώς και τους παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση αυτών.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν να συμμετέχουν επαγγελματίες υγείας οι οποίοι απασχολούνται σε κλειστά τμήματα νοσηλείας ψυχιατρικών μονάδων στο Νομό Λάρισας. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το *Ερωτηματολόγιο Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI)* προκειμένου να καταγραφεί το επίπεδο επαγγελματικής κόπωσης των επαγγελματιών και το *Ερωτηματολόγιο κλίμακας φόβου του πόνου (Fear of Pain Questionnaire (III), FPQ-III)* για τον εντοπισμό συναισθημάτων φόβου του πόνου.

Αποτελέσματα: Συνολικά 98 επαγγελματίες συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων αποτύπωσε τον κίνδυνο εκδήλωσης συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης αλλά και φόβου του πόνου στους συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας. Ταυτόχρονα αποκαλύφθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε εργασιακές και κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους και στην παρουσία των αρνητικών αυτών συναισθημάτων. Το Τμήμα στο οποίο εργάζεται ο επαγγελματίας, τα χρόνια προϋπηρεσίας και οι βάρδιες επηρεάζουν έντονα την παρουσία επαγγελματικής κόπωσης αλλά και φόβου του πόνου. Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση αλλά και ο τόπος διαμονής επίσης σχετίζονται σημαντικά.

Συμπεράσματα: Η επαγγελματική εξουθένωση που εντοπίζεται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και σχετίζεται με ένα σύνολο παραμέτρων που αφορούν τόσο την επαγγελματική όσο και την προσωπική τους ζωή. Συγχρόνως ο φόβος του πόνου συνιστά κύριο παράγοντα παρεμπόδισης της παροχής ποιοτικής φροντίδας υγείας στον ασθενή. Κρίνεται συνεπώς απαραίτητο να εφαρμοσθούν κατάλληλες παρεμβάσεις με στόχο την ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας και την προστασία τους από τα αρνητικά αυτά συναισθήματα που αλλοιώνουν την επαγγελματική τους απόδοση.

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, φόβος του πόνου, παροχή φροντίδας υγείας, επαγγελματίες υγείας, επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων.

ABSTRACT

Introduction: The elevated and constant exposure of an employee in a stressful environment provokes sentiments of pressure and exhaustion. Burnout depicts the physical and psychological fatigue of professionals that leads to attempts of disengagement from the stressful conditions that prevail in the professional field and who strongly affect both physical and mental health of the individual provoking gradually his remoteness from his profession. Burnout presents a variety of symptoms both physical and psychological that influence the professional as well as the personal life of the individuals affected. Specifically the healthcare professional burdens himself with the everyday care of patients and his constant relation with illness and death presents a huge psychological pressure on his mental stability. Professionals in mental facilities face a demanding role that may lead to the expression of sentiments of fear of pain mainly because of their contact with mentally disturbed patients and thus their professional efficiency is affected leading to burnout.

Purpose: The present thesis approaches the effect of fear of pain and burnout symptoms upon professionals working in mental departments in order to depict their alleviated endurance regarding pain. The findings of the present research attempt to present the effect of fear of pain on the professional life of these employees and the possibility of symptoms of burnout to arise. Factors that are considered crucial regarding the appearance of these symptoms are also examined.

Methodology: In the present research healthcare professionals of mental facilities in the region of Larissa participated. The *Maslach Burnout Inventory (MBI)* was distributed in order to investigate the level of burnout of these employees and the *Fear of Pain Questionnaire (III) (FPQ-III)* was also distributed in order to depict sentiments of fear of pain.

Findings: A total of 98 healthcare professionals participated in the present study. The statistical analysis of the results depicts the risk of symptoms of burnout and fear of pain to appear. Furthermore the influence of professional and socio-demographic factors on the elevation of these negative symptoms was also detected. The division in

which the professional is employed, working experience and working hours affect strongly the presence of burnout and fear of pain. Gender, marital status and residence also correlate significantly.

Conclusions: Burnout detected among mental healthcare professionals consists an important clue depicting the quality of care provided and correlates with multiple factors regarding both the professional and the personal life of the employees. Additionally fear of pain also is considered to be a main factor that prevents the provision of quality care towards the patient. It is therefore crucial to impose proper interventions in an attempt to strengthen healthcare professionals and to protect them from the burden of these negative sentiments that deteriorate their professional efficiency.

Keywords: burnout, fear of pain, healthcare, healthcare professionals, healthcare professionals of mental facilities.

Ευρετήριο Εικόνων

Διάγραμμα 1: Ανίατη ασθένεια που προκαλεί πόνο	54
Διάγραμμα 2: Τροχαίο ατύχημα	55
Διάγραμμα 3: Κάταγμα λαιμού	56
Διάγραμμα 4: Πρόκληση έμεσης λόγω τροφικής δηλητηρίασης	57
Διάγραμμα 5: Αφαίρεση ξένου σώματος από τον οφθαλμό	58

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	43
Πίνακας 2: Ηλικία επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη	45
<u>Επαγγελματική εξουθένωση</u>	
Πίνακας 3: Επάγγελμα και έλεγχος συσχετίσεων	47
Πίνακας 4: Τμήμα εργασίας και έλεγχος συσχετίσεων	48
Πίνακας 5: Βάρδιες και έλεγχος συσχετίσεων	49
Πίνακας 6: Χρόνια εργασίας και έλεγχος συσχετίσεων	50
Πίνακας 7: Φύλο και έλεγχος συσχετίσεων	50
Πίνακας 8: Οικογενειακή Κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων	51
Πίνακας 9: Τόπος διαμονής και έλεγχος συσχετίσεων	52
<u>Φόβος του πόνου</u>	
Πίνακας 10: Επάγγελμα και έλεγχος συσχετίσεων	59
Πίνακας 11: Βάρδιες και έλεγχος συσχετίσεων	59
Πίνακας 12: Χρόνια εργασίας και έλεγχος συσχετίσεων	60
Πίνακας 13: Φύλο και έλεγχος συσχετίσεων	61
Πίνακας 14: Οικογενειακή κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων	62
Πίνακας 15: Τόπος διαμονής και έλεγχος συσχετίσεων	62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία καταλαμβάνει ένα σημαντικό τμήμα της καθημερινότητας του ατόμου και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής του. Ο τρόπος με τον οποίο κάθε εργαζόμενος διαχειρίζεται την καθημερινότητα του στο χώρο εργασίας του αλλά και ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τις συνθήκες που αντιμετωπίζει σε αυτή καθορίζουν την αντίδραση του και τη συμπεριφορά του στον εργασιακό χώρο. Σε περιβάλλοντα ιδιαίτερος πειστικά είναι πιθανή η εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης (Wilkinson et al., 2017). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εντοπίζεται σε επαγγέλματα που συνεπάγονται τη συχνή επαφή με κόσμο καθώς απαιτούν αυξημένη δαπάνη ενέργειας και οδηγούν σε συναισθηματική φόρτιση αν και δεν αποκλείεται η εκδήλωση του στην πλειονότητα των εργασιακών χώρων (Ahola, Torppinen-Tanner & Seppanen, 2017).

Η επαγγελματική εξουθένωση (*burnout*) συνιστά σύνδρομο το οποίο εκδηλώνεται ως σωματική και ψυχική εξάντληση που οδηγεί στη συναισθηματική απομάκρυνση του εργαζομένου από το αντικείμενο της εργασίας του, ενώ ταυτόχρονα εντοπίζονται ενδείξεις αδιαφορίας για την εργασιακή του απόδοση και την επαγγελματική του καταξίωση. Προκαλεί τη σταδιακή αποστασιοποίηση του εργαζομένου από την εργασία του, η οποία παρατηρείται ειδικότερα όταν αυτή δε συμβαδίζει με τις ανάγκες του (Ahwal & Aroa, 2015).

Ως κυρίαρχη αιτία εμφάνισης εργασιακής εξάντλησης αναφέρεται το εργασιακό περιβάλλον του ατόμου, ένας παράγοντας που περιλαμβάνει πληθώρα διαφορετικών παραμέτρων. Βασικά στοιχεία σε σχέση με τις συνθήκες που διαμορφώνονται στον εργασιακό χώρο αποτελούν το ωράριο εργασίας καθώς και ο όγκος των επαγγελματικών απαιτήσεων (Ferri et al., 2016). Οι αυξημένες επαγγελματικές υποχρεώσεις επιβαρύνουν τον επαγγελματία ο οποίος καταλήγει σε αρκετές περιπτώσεις να μην μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυτές οπότε σταδιακά αποστασιοποιείται και αδιαφορεί παρουσιάζοντας έκπτωση στην αποδοτικότητα του (Frogeli et al., 2018). Ταυτόχρονα η ενασχόληση σε ένα εργασιακό περιβάλλον δίχως προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης σε συνδυασμό με την απουσία ιδιωτικότητας στον εργασιακό χώρο συμβά-

λουν στην εμφάνιση εργασιακής εξάντλησης καθώς ο εργαζόμενος αδυνατεί να ηρεμήσει και να αναδιοργανώσει τις δυνάμεις του (Dobnik, Maletic & Skela-Savic, 2018).

Επιπρόσθετα κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν συνολικά το επίπεδο διαβίωσης του ατόμου συσχετίζονται με την αυξημένη εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ηλικία και το φύλο του εργαζομένου, η οικογενειακή του κατάσταση, το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν σημαντικά στοιχεία και επηρεάζουν την εμφάνιση του συγκεκριμένου συνδρόμου ενώ έγκειται στην ψυχοσύνθεση του εργαζομένου ο τρόπος που θα επιλέξει να λειτουργήσει και επομένως το εάν θα οδηγηθεί ή όχι στην εξάντληση (Ahwal & Arora, 2015).

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά μια σταδιακή και εξελικτική διαδικασία κατά την οποία το άτομο διέρχεται από ποικίλες φάσεις. Πέρα από την αυξανόμενη κόπωση που αισθάνεται επέρχεται σε μια κατάσταση σύγκρουσης τόσο στον εργασιακό χώρο όσο και στην προσωπική του ζωή. Η έντονη και συνεχής έκθεση του εργαζομένου σε ένα αγχωτικό και πιεστικό περιβάλλον προκαλεί συναισθήματα πίεσης και συνεπώς εξάντλησης με τα άτομα που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση να εκδηλώνουν ένα σύνολο συμπτωμάτων τόσο σωματικών όσο και ψυχοσυναισθηματικών (Kravits et al., 2010). Σε αρκετές περιπτώσεις η πίεση εξωτερικεύεται ως εχθρικότητα και άρνηση προκαλώντας εντάσεις και εργασιακές συγκρούσεις. Συγχρόνως σε ότι αφορά το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο εργαζόμενος που εκδηλώνει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης κρίνεται ως επιρρεπής σε λάθη και ατυχήματα. Η αποδοτικότητα του μειώνεται και η απομάκρυνση του από τον εργασιακό χώρο είναι πιθανή (Suner-Soler et al., 2014; Ferri et al., 2016).

Ο χώρος της υγείας συνιστά ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο επαγγελματικό περιβάλλον και οι επαγγελματίες υγείας θεωρείται ότι ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου αναφορικά με την εκδήλωση συμπτωμάτων κόπωσης κατά την άσκηση της εργασίας τους. Η καθημερινή ευθύνη της φροντίδας των ασθενών σε συνδυασμό με την επαφή με το οικογενειακό τους περιβάλλον επηρεάζει σε έντονο βαθμό την ψυχική τους ηρεμία. Επιπρόσθετα η συνεχής επαφή με την ασθένεια αλλά και το θάνατο ασκεί έντονη ψυχολογική πίεση στους επαγγελματίες υγείας. Η κατάθλιψη, οι αγχωτι-

κές διαταραχές αλλά και οι κρίσεις πανικού εκδηλώνονται σε αυξημένο ποσοστό σε άτομα που απασχολούνται στο χώρο της υγείας και ειδικότερα σε συγκεκριμένα τμήματα αυτής (Aiken, 2012; Ritter et al., 2016).

Αν και το σύνολο των ειδικοτήτων στον Τομέα της Υγείας κρίνεται ως ιδιαίτερα απαιτητικό κυρίως λόγω του υψηλού φόρτου εργασίας αλλά και της επαφής με τον ασθενή και τον περίγυρο του, ειδικότερα ο τομέας της ψυχιατρικής υγείας παρουσιάζεται περισσότερο πιεστικός. Οι επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας καλούνται να ανταπεξέλθουν σε ένα βεβαρυμμένο από άποψη ευθυνών ρόλο ο οποίος παρουσιάζει ασαφή όρια ενώ επιπρόσθετα διαθέτουν μηδαμινή προστασία απέναντι σε σοβαρά περιστατικά απειλής και επίθεσης ενάντια τους (Dias & Aranha Silva, 2010). Παράλληλα η αδυναμία αντιμετώπισης και κατανόησης των ψυχικών προβλημάτων των ασθενών επιτείνει το αίσθημα ανικανότητας που τους κατακλύζει και προωθεί την εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης. Η πίεση και το εργασιακό άγχος που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων σχετίζονται σε μεγάλο ποσοστό με την εμφάνιση σημείων εξουθένωσης (Delfrate et al., 2018).

Η ιδιαιτερότητα του Τομέα της Ψυχικής Υγείας κρίνεται αναμφισβήτητη και ο όγκος της πίεσης με αποδέκτες τους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται σε αυτόν είναι έντονος. Η αποδιοργανωτική δυναμική των ψυχικών ασθενειών μεταβάλλει την συμπεριφορά των ασθενών οι οποίοι λειτουργούν δίχως να ακολουθούν τα σαφή πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς. Η πλειονότητα των ψυχιατρικών ασθενών παρουσιάζει σημαντική έκπτωση κύριων λειτουργιών που είναι απαραίτητες προκειμένου να επιτευχθεί η ομαλή κοινωνικοποίηση τους (López-López et al., 2019). Η επιθετική συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών φέρει τον επαγγελματία υγείας σε επαφή με τον πόνο εντός του επαγγελματικού του περιβάλλοντος στο οποίο και καλείται να λειτουργήσει αποδοτικά καθημερινά. Σχεδόν το σύνολο των ψυχώσεων, των διαταραχών προσωπικότητας αλλά και των αντικοινωνικών διαταραχών ενέχουν τον κίνδυνο ανάδειξης επιθετικής συμπεριφοράς από τον πάσχοντα με αποδέκτη τον επαγγελματία υγείας. Ως απόρροια εντοπίζεται η εκδήλωση συναισθημάτων φόβου του πόνου (Van den Broeck et al., 2008). Η εμπειρία του πόνου εγείρει μια πληθώρα αρνητικών σκέψεων στον επαγγελματία υγείας ο οποίος νιώθει απροστάτευτος σε μια απειλή που αφορά την επαγγελματική καθημερινότητα του. Η έκθεση σε ψυχοπιεστι-

κά γεγονότα φθείρει την συναισθηματική αντοχή του δημιουργώντας ψυχικά τραύματα και αναπτύσσοντας αρνητικά συναισθήματα φόβου και απελπισίας (Almeida, Kurita & Pimenta, 2010).

Η επαφή με τον πόνο στο χώρο της εργασίας και η καλλιέργεια συναισθημάτων φόβου του πόνου προκαλούν την αντίδραση του επαγγελματία υγείας ο οποίος διαισθάνεται πλέον τον ασθενή ως απειλή. Η συμπεριφορά του απέναντι του μεταβάλλεται με κύριο μέλημα την προστασία του εαυτού. Ο επαγγελματίας νιώθει ότι βρίσκεται εγκλωβισμένος σε μια διαρκή κατάσταση εκφοβισμού που αφορά τη σωματική αλλά και ψυχική του ακεραιότητα ενώ καθημερινά βρίσκεται αντιμέτωπος με δυσάρεστα γεγονότα τα οποία λειτουργούν αθροιστικά στην εκδήλωση φόβου (Dias & Aranha Silva, 2010). Δημιουργείται σταδιακά μέσω του φόβου μια υπερευαίσθησία του ατόμου απέναντι σε συγκεκριμένα περιστατικά με απόρροια τη διαμόρφωση συγκεκριμένων συμπεριφορών αντίδρασης αλλοιώνοντας το επίπεδο της παρεχόμενης στον ασθενή φροντίδας (Almeida, Kurita & Pimenta, 2010; Van Bogaert et al., 2013). Σημαντικό πρόσθετο πρόβλημα που παρατηρείται ιδίως σε μονάδες ψυχιατρικής φροντίδας είναι η πρόκληση συναισθημάτων κατάθλιψης και εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας λόγω της επιθετικής συμπεριφοράς των ασθενών, η οποία δύναται να εκδηλωθεί και με τη μορφή απειλών ή αμφισβήτησης απέναντι σε αυτούς (Means-Christensen et al., 2008).

Η αλληλεπίδραση του φόβου και του πόνου δημιουργούν ένα περίπλοκο και υποκειμενικό σύστημα αναγνώρισης εμπειριών και έκφρασης αντιδράσεων απέναντι στον πόνο. Ο επαγγελματίας υγείας λειτουργεί με στόχο την αποφυγή των δυσάρεστων συνεπειών μιας κατάστασης και σταδιακά επιχειρεί να μειώσει την πιθανότητα επανεμφάνισης τους ή την πρόκληση πρόσθετης βλάβης (Markfelder & Pauli, 2020). Η σχετιζόμενη με το φόβο συμπεριφορά περιλαμβάνει ένα σύνολο πιθανών αντιδράσεων που καθορίζονται από το ίδιο το άτομο. Η απόσυρση, η αποφυγή, η παρεμπόδιση, το ξάφνιασμα, η συστολή, η επιθετικότητα και η έντονη αντιδραστικότητα συγκαταλέγονται ανάμεσα τους, με πιο συνηθισμένη τη συμπεριφορά αποφυγής. Η συμπεριφορά αποφυγής ενεργοποιείται από την διάθεση απομάκρυνσης μιας ανεπιθύμητης και επώδυνης κατάστασης ή εμπειρίας από το άτομο. Ο φόβος ενεργοποιεί την επιθυμία του ατόμου να διατηρηθεί ασφαλές μέσω της διαφυγής ή και της πλήρους αποφυγής μιας συγκεκριμένης κατάστασης (Turk & Wilson, 2010). Ειδικότερα ο

φόβος αναφορικά με την υγεία και τη σωματική ακεραιότητα επιβαρύνει το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του ως απειλητικό και τίθεται σε μια διαρκή κατάσταση επαγρύπνησης. Ο φόβος του πόνου αλλοιώνει σημαντικά την αντίληψη, την κρίση και την ικανότητα λήψης αποφάσεων του ατόμου ενώ επιδρά επιβαρυντικά στην λειτουργικότητα του θέτοντας το άτομο σε μια διαρκή κατάσταση επαγρύπνησης, ελέγχου και αποφυγής (Tzeletopoulou et al., 2018).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει συνεπώς να εντοπίσουν κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης προκειμένου να επιτύχουν την ομαλή διεκπεραίωση των επαγγελματικών τους καθηκόντων και ταυτόχρονα να αναπτύξουν μηχανισμούς προσαρμογής απέναντι στις ανάγκες της σχέσης τους με τους ασθενείς (den Tooren et al., 2011). Η ικανότητα εύρεσης τεχνικών αποφυγής των αρνητικών καταστάσεων με τις οποίες έρχονται καθημερινά σε επαφή και ειδικότερα η κατανόηση και καταπολέμηση του φόβου του πόνου θα τους επιτρέψει να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες ενώ ταυτόχρονα θα βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης τα οποία και θα λειτουργήσουν προστατευτικά απέναντι στην εμφάνιση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης (Ritter et al., 2016; Delfrate et al., 2018).

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να εξετάσει τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής κόπωσης σε επαγγελματίες υγείας οι οποίοι απασχολούνται σε κλειστά τμήματα νοσηλείας ψυχιατρικών μονάδων. Παράλληλα μελετά τον κίνδυνο παρουσίας συναισθημάτων φόβου του πόνου στους επαγγελματίες αυτούς λόγω της καθημερινής επαφής τους με ψυχικά ασθενείς. Σημαντική κρίθηκε και η προσέγγιση της επίδρασης τόσο εργασιακών όσο και κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το εργασιακό περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται και την επίπτωση αυτών στην εμφάνιση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης και φόβου του πόνου.

Στο Κεφάλαιο 1 αναλύεται η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης και πραγματοποιείται η εξέταση των μοντέλων που την προσεγγίζουν. Στη συνέχεια ανα-

λύονται οι ποικίλοι αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της και περιγράφονται τα συμπτώματα με τα οποία γίνεται έκδηλη η παρουσία της. Επιπρόσθετα προσεγγίζεται το σύνολο των επιπτώσεων αυτής τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική ζωή του ατόμου.

Στο Κεφάλαιο 2 εξετάζεται η έννοια του φόβου του πόνου και αναλύεται η επαφή των επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται σε ψυχιατρικές μονάδες με τον πόνο. Περιγράφεται η επιρροή του πόνου στους επαγγελματίες αυτούς και οι πιθανές αντιδράσεις τους.

Το Κεφάλαιο 3 αναφέρεται στην εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων. Εξετάζεται η εκδήλωση επαγγελματικής κόπωσης συγκεκριμένα στον τομέα της υγείας και αναλύεται η σχέση της με την ενασχόληση με ψυχιατρικούς ασθενείς.

Στο Κεφάλαιο 4 περιγράφεται η πειραματική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν. Αναλύεται ο σχεδιασμός της καθώς και οι περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της.

Στο Κεφάλαιο 5 γίνεται ο διαχωρισμός των μεταβλητών της μελέτης και παρατίθενται τα αποτελέσματα της. Παράλληλα αναφέρονται οι περιορισμοί σε ότι αφορά τα αποτελέσματα που προέκυψαν.

Βασιζόμενη στα αποτελέσματα και στη στατιστική ανάλυση που ακολούθησε η παρούσα έρευνα καταλήγει σε συμπεράσματα σε ότι αφορά την εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων. Επιπρόσθετα καταγράφει τον κίνδυνο παρουσίας συναισθημάτων φόβου του πόνου σε αυτούς ενώ συγχρόνως παραθέτει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ει-

κόνα που διαμορφώνουν οι επαγγελματίες αναφορικά με τον εργασιακό τους χώρο και τις συνθήκες πίεσης που επικρατούν σε αυτόν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Επαγγελματική Εξουθένωση

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική ενασχόληση του ατόμου καταλαμβάνει ένα σημαντικό τμήμα της καθημερινότητας του και σαφώς διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στη ζωή του. Ένα ικανοποιητικό επίπεδο εργασίας καλύπτει, πέρα από υλικές και οικονομικές ανάγκες, επιπρόσθετες συναισθηματικές και ψυχο-κοινωνικές παραμέτρους. Παρά την αναγκαιότητα της εργασίας και την πληθώρα θετικών συνεπειών που συνεπάγεται, είναι συχνή η εκδήλωση συμπτωμάτων εξουθένωσης στον επαγγελματικό χώρο με σοβαρές επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο εργασιακό σύνολο στο οποίο δραστηριοποιείται (Weber & Jaekel- Reinhard, 2000).

Ως ‘επαγγελματική εξουθένωση’ (*burnout*) ορίζεται η σταδιακή αποστασιοποίηση του εργαζομένου από την εργασία του, η οποία παρατηρείται ειδικότερα όταν αυτή δε συμβαδίζει με τις ανάγκες του. Πρόκειται για σύνδρομο το οποίο εκδηλώνεται ως σωματική και ψυχική εξάντληση που οδηγεί στη συναισθηματική απομάκρυνση του εργαζομένου από το αντικείμενο της εργασίας του, ενώ ταυτόχρονα εντοπίζονται ενδείξεις αδιαφορίας για την εργασιακή του απόδοση και την επαγγελματική του καταξίωση (Demir, Ulusoy & Ulusoy, 2003). Αποτελεί επομένως μια προσπάθεια απεμπλοκής του ατόμου από τις αγχωτικές συνθήκες οι οποίες κυριαρχούν στον εργασιακό του χώρο και επιβαρύνουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική του υγεία. Παράλληλα παρατηρείται μια έντονη αναντιστοιχία ανάμεσα στις επαγγελματικές απαιτήσεις και στις διαθέσιμες πηγές ενέργειας και αντοχής του εργαζομένου, με συνέπεια την συναισθηματική του αντίδραση και την αλλαγή στην επαγγελματική του στάση (Ahwal & Agora, 2015).

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εντοπίζεται σε επαγγέλματα που συνεπάγονται τη συχνή επαφή με κόσμο καθώς απαιτούν αυξημένη δαπάνη ενέργειας και οδηγούν σε συναισθηματική φόρτιση.

Δεν αποκλείεται όμως η εκδήλωση του στο σύνολο των εργασιακών χώρων (Ahola, Torppinen-Tanner & Seppanen, 2017).

1.2 Μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης

Προκειμένου να εξετασθεί αναλυτικά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν διαμορφωθεί διάφορα μοντέλα με στόχο την προσέγγιση και την ερμηνεία των εκδηλώσεων του φαινομένου αυτού. Πρώτος ο Cherniss διατύπωσε το διαδραστικό μοντέλο στο οποίο η επαγγελματική εξουθένωση διαχωρίζεται σε τρία διακριτά στάδια, στο εργασιακό άγχος, στην εξάντληση και στην αμυντική κατάληξη. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η επαγγελματική εξουθένωση εκδηλώνεται ως σταδιακή αποστασιοποίηση του εργαζομένου από το εργασιακό του περιβάλλον όταν αυτό δεν συμβαδίζει με τις ανάγκες του (Weber & Jaekel- Reinhard, 2000).

Ανάμεσα στα πιο σύγχρονα μοντέλα εντοπίζεται το μοντέλο της Κοπεγχάγης όπου η έρευνα αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση επεκτάθηκε και σε επαγγέλματα τα οποία δεν περιελάμβαναν απευθείας συναλλαγή με άλλα άτομα, όπως είχε αρχικά ορισθεί. Μέσω του συγκεκριμένου μοντέλου διαμορφώθηκε το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο εντοπισμού της επαγγελματικής εξάντλησης που περιλαμβάνει τρεις επιμέρους διαστάσεις. Αυτές αφορούν την προσωπική εξουθένωση που αντιλαμβάνεται ο κάθε εργαζόμενος, την επαγγελματική εξουθένωση που βιώνει και την σχετιζόμενη με άλλα άτομα εξουθένωση (Kristensen et al., 2005).

Ως το πιο διαδεδομένο μοντέλο θεωρείται το μοντέλο των Maslsch και Jacschon κατά το οποίο ένα άτομο θεωρείται ότι εμφανίζει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης όταν εκδηλώνει κυνική συμπεριφορά και ψυχική εξάντληση. Η συγκεκριμένη έρευνα επικεντρώθηκε σε εργαζόμενους που απασχολούνταν σε επαγγέλματα με καθημερινή επαφή με άλλα άτομα και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης σχετίζονται με την συναισθηματική επιφόρτιση των επαγγελματιών αυτών με θέματα και προβλήματα των πελατών τους. Το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο καταγραφής των συμπτωμάτων (MBI) διαμορφώθηκε με βάση τις

τρεις διαφορετικές διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης που ορίστηκαν κατά τη μελέτη αυτή. Η πρώτη διάσταση αφορά τη συναισθηματική εξάντληση που δύναται να βιώνει ο εργαζόμενος και η οποία περιλαμβάνει εκδηλώσεις τόσο σωματικής όσο και ψυχικής κόπωσης. Η δεύτερη διάσταση επικεντρώνεται στην αποστασιοποίηση του εργαζομένου (από-προσωποποίηση) όπου το άτομο εμφανίζει έντονη και κυνική συμπεριφορά απέναντι στα άτομα με τα οποία συνδιαλέγεται. Καθορίστηκε ότι πρόκειται για αμυντικό μηχανισμό ενάντια στο εργασιακό άγχος που το κατακλύζει και από το οποίο επιχειρεί να απομακρυνθεί. Η τρίτη διάσταση αναφέρεται στις προσωπικές επιτυχίες του εργαζομένου και αποτυπώνει την εργασιακή ικανοποίηση που αισθάνεται. Τα άτομα που εκδηλώνουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης συχνά νιώθουν εργασιακά ανεπαρκή, αν και δεν επιχειρούν με κάποιο τρόπο να μεταβάλλουν την υφιστάμενη κατάσταση τους καθώς παρουσιάζουν σημεία παραίτησης και αδιαφορίας (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, & Goldberg, 1998).

1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες

Η ανάλυση των αιτιών εκδήλωσης συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς επιτρέπει τον εντοπισμό και συνεπώς την αντιμετώπιση τους. Ως κυρίαρχη αιτία αναφέρεται το εργασιακό περιβάλλον του ατόμου, ένας παράγοντας που περιλαμβάνει πληθώρα διαφορετικών παραμέτρων. Ο εργαζόμενος αναπτύσσει μια σχέση αλληλεπίδρασης με το εργασιακό του περιβάλλον η οποία εξελίσσεται και τροποποιείται συνεχώς ανάλογα με τις υφιστάμενες σε κάθε περίοδο συνθήκες (Craciun, Craiovan & Craciun, 2015). Στην περίπτωση που οι εργασιακές συνθήκες κρίνονται ως πιεστικές και επιβαρυντικές αναπτύσσονται συναισθηματικά φόρτισης και άγχους στον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να μη διαθέτει τα απαιτούμενα αποθέματα ενέργειας και ψυχικού σθένους ώστε να ανταποκριθεί στις επαγγελματικές του απαιτήσεις (Ahola, Toppinen-Tanner & Seppanen, 2017).

Βασικά στοιχεία σε σχέση με τις συνθήκες που διαμορφώνονται στον εργασιακό χώρο αποτελούν το ωράριο εργασίας καθώς και ο όγκος των επαγγελματικών απαιτήσεων. Ένα άτομο το οποίο καλείται να ανταποκριθεί σε ένα δύσκολο ωράριο

εργασίας, όπως για παράδειγμα το κυκλικό ωράριο, παρουσιάζει μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσει συμπτώματα άγχους σε σχέση με ένα εργαζόμενο με πιο ευέλικτο ωράριο κυρίως λόγω της απουσίας ελεύθερου χρόνου που θα του επέτρεπε να ηρεμήσει και να ανασυγκροτήσει τις δυνάμεις του (Ferri et al., 2016).

Επιπρόσθετα εργαζόμενοι που αντιμετωπίζουν καθημερινά συνθήκες πίεσης και κατακλύζονται από αυξημένες επαγγελματικές υποχρεώσεις καταλήγουν σε αρκετές περιπτώσεις να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν σε αυτές. Σταδιακά αποστασιοποιούνται και αδιαφορούν παρουσιάζοντας έκπτωση στην αποδοτικότητα τους (Frogeli et al., 2018). Ως συνέπεια οι σχέσεις τους με τους ανωτέρους τους κλονίζονται οδηγώντας στη δημιουργία ενός αρνητικού εργασιακού κλίματος. Η διαμόρφωση αρνητικών συνθηκών στον εργασιακό χώρο συχνά οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση του εργαζομένου ο οποίος δε νιώθει καμία χαρά από την εργασία του και επιθυμεί να απομακρυνθεί από αυτή (Kravits et al., 2010).

Σημαντική παράμετρο αποτελεί επίσης και η απουσία ιδιωτικότητας στον εργασιακό χώρο καθώς δεν παρέχει στον εργαζόμενο τον απαιτούμενο χώρο για να ηρεμήσει και να αναδιοργανώσει τις δυνάμεις του. Παραπλήσιο καθεστώς φόρτισης αποτελεί η απουσία ελεύθερης έκφρασης στον χώρο εργασίας όπως και η ενασχόληση σε ένα εργασιακό περιβάλλον δίχως προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης (Dobnik, Maletic & Skela-Savic, 2018). Η απουσία προσωπικών επιτευγμάτων σε συνδυασμό με την ένταση και τις αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις προκαλούν την εκδήλωση συναισθημάτων παραίτησης και αποστασιοποίησης από το εργασιακό χώρο. Ο επαγγελματίας αισθάνεται ότι δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στο ρόλο του και μορφοποιεί μια αρνητική εικόνα για την εργασία του αλλά και το επίπεδο των προσωπικών ικανοτήτων του. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση σε συνδυασμό με την εργασιακή πίεση δύναται να προκαλέσει την εμφάνιση συμπτωμάτων κόπωσης (Kravits et al., 2010). Η έλλειψη αυτονομίας και η αυστηρή επιβολή των αποφάσεων της διοικητικής εξουσίας επίσης οδηγεί σε σύγκρουση στις εργασιακές σχέσεις και στη διαμόρφωση δυσάρεστων και αγχωτικών συνθηκών στο χώρο εργασίας. Το προβληματικό περιβάλλον εργασίας δημιουργεί ενοχές στον εργαζόμενο και εγείρει συναισθήματα απαξίωσης απέναντι στο επάγγελμα του. Η απουσία ικανοποίησης από τον εργασιακό χώρο αλλά και η συνεχής παρουσία εντάσεων προκαλούν συναισθηματική εξάντληση και συνεπώς εργασιακή εξουθένωση (Greenglass, Burke & Fiksenbaum, 2001).

Στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης συμμετέχουν παράλληλα κοινωνικο-δημογραφικοί και οικονομικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν συνολικά το επίπεδο διαβίωσης του ατόμου. Η ηλικία και το φύλο του εργαζομένου, η οικογενειακή του κατάσταση, το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν σημαντικά στοιχεία και επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου (Dobnik, Maletic & Skela-Savic, 2018). Ειδικότερα το πλαίσιο υποστήριξης που περιβάλλει τον εργαζόμενο, είτε προέρχεται από την οικογένεια είτε από το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προστασία του ατόμου σε σχέση με την εκδήλωση συμπτωμάτων εξουθένωσης καθώς είναι δυνατό να λειτουργήσει ανασταλτικά (Balch, Freischlag & Shanafelt, 2009). Παράλληλα οι μισθολογικές απολαβές από τη συγκεκριμένη εργασία και το γενικό επίπεδο διαβίωσης του ατόμου επίσης κρίνονται ως βασικά στοιχεία με δεδομένο ότι καθορίζουν την ποιότητα της ζωής του. Άτομα που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα καθημερινής διαβίωσης φαίνεται να απειλούνται λιγότερο από σε ότι αφορά την εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακόμη η επαρκής μισθολογική αποζημίωση για την παροχή εργασιακών υπηρεσιών εγείρει συναισθήματα ικανοποίησης στον εργαζόμενο και συνεπώς οι πιθανότητες εμφάνισης αρνητικών συναισθημάτων εργασιακής αποστασιοποίησης μειώνονται (Demir, Ulusoy & Ulusoy, 2003).

Πέρα από το σύνολο των εξωτερικών αυτών παραγόντων σημαντική εντοπίζεται να είναι η επίδραση της προσωπικότητας του ατόμου στην εκδήλωση ή όχι συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο τρόπος με τον οποίο κάθε εργαζόμενος διαχειρίζεται την καθημερινότητα του στο χώρο εργασίας του αλλά και το πώς αντιλαμβάνεται τις συνθήκες που αντιμετωπίζει σε αυτή καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αντίδραση του. Ακόμη και σε περιβάλλοντα ιδιαίτερος πειστικά έγκειται στην ψυχοσύνθεση του εργαζομένου ο τρόπος που θα επιλέξει να λειτουργήσει και επομένως το εάν θα οδηγηθεί ή όχι στην εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης (Wilkinson et al., 2017). Σημαντική είναι και η εικόνα του εαυτού που διαμορφώνει ο εργαζόμενος καθώς καθορίζει τις φιλοδοξίες του και επηρεάζει τις εργασιακές του απαιτήσεις. Άτομα φιλόδοξα με τάσεις επαγγελματικής ανάδειξης παρουσιάζουν πιο σπάνια συναισθήματα επαγγελματικής παραίτησης και εξουθένωσης (Balch, Freischlag & Shanafelt, 2009).

1.4 Συμπτωματολογία

Η έντονη και συνεχής έκθεση του εργαζομένου σε ένα αγχωτικό και πιεστικό περιβάλλον προκαλεί συναισθήματα πίεσης και συνεπώς εξάντλησης. Τα άτομα που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση εκδηλώνουν ένα σύνολο συμπτωμάτων τόσο σωματικών όσο και ψυχο-συναισθηματικών (Kravits et al., 2010).

Οι εργαζόμενοι που παρουσιάζουν επαγγελματική εξουθένωση διαμαρτύρονται για σωματικά προβλήματα όπως είναι οι έντονες κεφαλαλγίες, η ναυτία αλλά και γαστρεντερικά προβλήματα. Ταυτόχρονα εμφανίζουν διαταραχές ύπνου με κύρια ανάμεσα τους την απνία ή τις συχνές αφυπνίσεις (Tsaras et al., 2018). Πολλά άτομα παρουσιάζουν επίσης διαταραχές διατροφής με κυριότερη τη βουλιμία ενώ δεν είναι σπάνιες οι μυοσκελετικές ενοχλήσεις, κυρίως στην περιοχή των άκρων και της σπονδυλικής στήλης. Διαταραχές σε σχέση με το καρδιαγγειακό σύστημα επίσης εντοπίζονται και αφορούν την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αρρυθμίες και θωρακικό άλγος (Suner-Soler et al., 2014; Borchini et al., 2018).

Οι ψυχο-συναισθηματικές επιπτώσεις περιλαμβάνουν ένα σύνολο διαφορετικών συμπτωμάτων. Η εσωστρέφεια και η αποξένωση από το συναδερφικό περιβάλλον αποτελούν αρχικές ενδείξεις που συχνά καταλήγουν στην εκδήλωση νευρικότητας και συναισθημάτων έντονου θυμού. Το άτομο νιώθει εγκλωβισμένο και αδυνατεί να ξεφύγει από την υφιστάμενη πίεση οπότε και παρουσιάζεται επιθετικό στους γύρω του ή αντίθετα απομονώνεται έντονα από αυτούς (Ramirez-Baena et al., 2018). Αποκτά αρνητικές αντιδράσεις και ειδικότερα στις περιπτώσεις που η εργασιακή εξουθένωση είναι αυξημένη πλήττει, πέρα από τις εργασιακές του σχέσεις, και τις σχέσεις του με την οικογένεια ή με τον κοινωνικό του περίγυρο (Sarafis et al., 2016).

Ακόμη στο άτομο παρατηρείται αδυναμία συγκέντρωσης και οργάνωσης των εργασιακών του υποχρεώσεων με αποτέλεσμα να παρακωλύεται η εργασία του και να συσσωρεύονται υποχρεώσεις. Η δημιουργική παραγωγικότητα μειώνεται όπως και η ανάπτυξη πρωτοβουλιών. Η απογοήτευση και το άγχος είναι πιθανό να δημιουργήσουν αρνητικά συναισθήματα οδηγώντας ακόμη και στην εμφάνιση αρνητικών σκέψεων για τον ίδιο του τον εαυτό (Vlachou et al., 2016).

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά μια σταδιακή και εξελικτική διαδικασία κατά την οποία το άτομο διέρχεται από ποικίλες φάσεις. Πέρα από την αυξανόμενη κόπωση που αισθάνεται επέρχεται σε μια κατάσταση σύγκρουσης τόσο στον εργασιακό χώρο όσο και στην προσωπική του ζωή. Σε μια προσπάθεια να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες δεν αποκλείεται η παρουσία εθισμών, όπως είναι η κατανάλωση αλκοόλ ή η λήψη φαρμακευτικών και κυρίως υπνωτικών σκευασμάτων (Kraivits et al., 2010).

1.5 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η εκδήλωση συναισθημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει ο εργαζόμενος συνοδεύεται από ένα σύνολο σοβαρών επιπτώσεων που αφορούν την επαγγελματική και την προσωπική του ζωή. Το άτομο δε νιώθει ικανοποιημένο από την εργασία του και επιχειρώντας να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις αυτής ενισχύεται η κόπωση που αισθάνεται (Faki et al., 2009). Οι συχνές απουσίες από τον επαγγελματικό χώρο προκειμένου να μην έρχεται αντιμέτωπο με πιεστικές συνθήκες επηρεάζουν την εργασιακή του εικόνα και βάζουν την επαγγελματική του ακεραιότητα. Η αποδοτικότητα του μειώνεται και η απομάκρυνση του από τον εργασιακό χώρο είναι πιθανή (Ferri et al., 2016).

Παράλληλα επηρεάζεται το επίπεδο των διαπροσωπικών του σχέσεων στον εργασιακό χώρο. Ο εργαζόμενος νιώθει μόνος και αποκομμένος μέσα σε ένα περιβάλλον πίεσης και αρνητισμού. Καλλιεργεί γύρω του ένα κλίμα αποξένωσης ή και αδιαφορίας και παύει να λειτουργεί ομαδικά (Frogeli et al., 2018). Το επίπεδο συνεργασίας του με τους συναδέλφους του επηρεάζεται και αδυνατεί να διεκπεραιώσει τις υποχρεώσεις του. Σε αρκετές περιπτώσεις η πίεση που αισθάνεται εξωτερικεύεται και ως εχθρικότητα και άρνηση απέναντι σε αυτούς προκαλώντας εντάσεις και εργασιακές συγκρούσεις (Wilkinson et al., 2017).

Σε ότι αφορά το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο εργαζόμενος που εκδηλώνει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης κρίνεται ως επιρρεπής σε λάθη

αλλά και ατυχήματα (Suner-Soler et al., 2014). Η έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης, τα αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με τον εργασιακό χώρο αλλά και η απουσία αφοσίωσης απομακρύνουν τον εργαζόμενο από τις υποχρεώσεις του και θεωρείται πλέον ανεπαρκής απέναντι σε αυτές. Δεν αποτελεί σπάνιο γεγονός ο εξουθενωμένος εργαζόμενος να επιθυμεί να εγκαταλείψει την εργασία του προκειμένου να απομακρυνθεί από το άγχος και την πίεση που τη συνοδεύουν ενώ συχνά απουσιάζει αδικαιολόγητα από αυτή (Lagerlund et al., 2015; Sarafis et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Φόβος του πόνου

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Ο φόβος συνιστά συναίσθημα που οδηγεί στην έγερση ταυτόχρονα και άλλων ποικίλων συναισθηματικών αντιδράσεων καθώς η ευαισθητοποίηση του οργανισμού επηρεάζει το γνωστικό σύστημα του ατόμου με τρόπο που αναδύονται εκδηλώσεις θυμού, οργής, περιέργειας, ελπίδας αλλά και απελπισίας. Αποτελεί συναίσθημα το οποίο βρίσκεται στενά συνδεδεμένο κυρίως με το αίσθημα του θυμού καθώς αποβλέπουν ομοίως στην αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων ή επιπτώσεων. Συγχρόνως όμως ενώ ο θυμός στοχεύει στην άρση των εμποδίων που παρουσιάζονται ο φόβος λειτουργεί με στόχο κυρίως την αποφυγή της προβαλλόμενης απειλής (Markfelder & Pauli, 2020).

Το συναίσθημα του φόβου αναδύεται μέσω της ενεργοποίησης τριών σταδίων, όπου αρχικά προηγείται μια φυσιολογική διέγερση η οποία ακολουθείται από την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου απέναντι σε αυτή και την επιθυμία για άμεση αντίδραση. Στη συνέχεια εντοπίζεται η ανάπτυξη συμπεριφορών αποφυγής του ερεθίσματος που προκάλεσε την αρχική διέγερση. Αν και δε συνδέεται απόλυτα με το γνωστικό έλεγχο ο φόβος δεν αποτελεί μια απλή αυτόματη αντίδραση στο ερέθισμα αλλά καθορίζεται από γνωστικές αντιλήψεις όπως είναι ο έλεγχος, η πρόβλεψη και η αποφυγή. Οι παράγοντες αυτοί ορίζουν την συγκεκριμένη απόκριση του ατόμου και στην πράξη διαμορφώνουν το πλαίσιο της αντίδρασης του (Turk & Wilson, 2010).

Η σχετιζόμενη με το φόβο συμπεριφορά περιλαμβάνει ένα σύνολο πιθανών αντιδράσεων που βασίζονται σε συμπεριφορικούς δείκτες του ατόμου. Η απόσυρση, η αποφυγή, η παρεμπόδιση, το ξάφνιασμα, η συστολή, η επιθετικότητα και η έντονη αντιδραστικότητα συγκαταλέγονται ανάμεσα τους, με πιο συνηθισμένη τη συμπεριφορά αποφυγής. Η συμπεριφορά αποφυγής στην ουσία ενεργοποιείται από την διάθεση απομάκρυνσης μιας ανεπιθύμητης κατάστασης ή εμπειρίας από το άτομο (Means-Christensen et al., 2008). Ο φόβος επομένως ενεργοποιεί την επιθυμία του ατόμου να

διατηρηθεί ασφαλές μέσω της διαφυγής ή και της πλήρους αποφυγής μιας συγκεκριμένης κατάστασης. Αν και οι αντιδράσεις αυτές ελαττώνουν τα επίπεδα του φόβου ενισχύουν σε δεύτερο χρόνο την επιθυμία αποστασιοποίησης του ατόμου από τη συγκεκριμένη εμπειρία και προκαλούν τη συναισθηματική αποστασιοποίηση του (Markfelder & Pauli, 2020).

Ο πόνος συνιστά μια πολυδιάστατη εσωτερική εμπειρία η οποία συνοδεύεται από αισθητηριακές εκφάνσεις. Κύρια χαρακτηριστικά του πόνου αποτελεί η διάρκεια, η ένταση, η πηγή και η ποιότητα του (Almeida, Kurita & Pimenta, 2010). Παρότι πρόκειται για αισθητηριακό αποτέλεσμα ο πόνος περικλείει επιπρόσθετα συναισθηματικές αλλά και συνειδησιακές προεκτάσεις. Στην ουσία ο πόνος αποτελεί τη δύσκολη συναισθηματική και αισθητηριακή εμπειρία η οποία προκαλείται από μια βλάβη είτε πραγματική είτε δυνητική (Gatchel, 2004). Ο πόνος αποτελεί συναίσθημα το οποίο κατανοείται με δυσκολία και εκτιμάται κυρίως υποκειμενικά. Λειτουργεί ως απειλητικό ερέθισμα και προκαλεί την τάση αποφυγής του επώδυνου ερεθίσματος (Meredith, Strong & Feeney 2006).

Ο φόβος συνδέεται με την έννοια του πόνου με ποικίλους τρόπους. Ο φόβος για την υγεία και τη σωματική ακεραιότητα επιβαρύνει το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του ως απειλητικό και τίθεται σε μια διαρκή κατάσταση επαγρύπνησης. Ο φόβος του πόνου επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αντίληψη, την κρίση και την ικανότητα λήψης αποφάσεων του ατόμου ενώ επιδρά επιβαρυντικά στην λειτουργικότητα του (Turk & Wilson, 2010).

Ο φόβος του πόνου και η προσπάθεια αποφυγής του αποτελεί την αμυντική αντίδραση του ατόμου. Συνιστά την προέκταση της επιθυμίας του ατόμου για επιβίωση απέναντι σε απειλητικά ερεθίσματα και δημιουργεί μια αμυντική απόσταση η οποία είναι πιθανό να είναι είτε πραγματική είτε συναισθηματική. Ο φόβος του πόνου θέτει το άτομο σε μια διαρκή κατάσταση επαγρύπνησης, ελέγχου και αποφυγής (Means-Christensen et al., 2008; Tzeletopoulou et al., 2018).

Ο φόβος αποτελεί τη φυσική συνέπεια του πόνου και συνεπώς η αποφυγή μιας φοβικής εμπειρίας κρίνεται λογική όπως επίσης και η έντονη διάθεση αντίδρασης απέναντι στην ίδια την πηγή του πόνου. Το συναίσθημα του φόβου του πόνου κατέχει ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της εμπειρίας του ατόμου απέναντι

στο επώδυνο συμβάν και εμπλέκεται ενεργά στην απόκριση του (Gatchel, 2004; Meredith, Strong & Feeney 2006).

Η αλληλεπίδραση του φόβου και του πόνου δημιουργούν ένα περίπλοκο και υποκειμενικό σύστημα αναγνώρισης εμπειριών και έκφρασης αντιδράσεων απέναντι στον πόνο. Ο άνθρωπος λειτουργεί με στόχο την αποφυγή των δυσάρεστων συνεπειών μιας κατάστασης και σταδιακά επιχειρεί να μειώσει την πιθανότητα επανεμφάνισης τους ή την πρόκληση πρόσθετης βλάβης (Means-Christensen et al., 2008; Markfelder & Pauli, 2020).

2.2 Επαφή με τον πόνο στους επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων

Το προσωπικό ψυχικής υγείας κατέχει ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο σε ό,τι αφορά τη φροντίδα του ψυχικά ασθενή. Πέρα από την διεκπεραίωση των νοσηλευτικών του καθηκόντων διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στην επικοινωνία με τον ασθενή προάγοντας τη συνεργασία μέσω της ουσιαστικής ανάδρασης με αυτόν (Akerjordet & Severinsson, 2004). Πρόκειται για τον επαγγελματία υγείας ο οποίος έρχεται σε επαφή για περισσότερο χρόνο με τον ασθενή καθώς οι επαγγελματικές του υποχρεώσεις περικλείουν την παροχή συνολικής φροντίδας σε αυτόν. Οι επαγγελματίες σε μια ψυχιατρική μονάδα επιβαρύνονται πέρα από τα αμιγώς επαγγελματικά τους καθήκοντα με την αντιμετώπιση ενός περιβάλλοντος ιδιαίτερα απαιτητικού το οποίο κυριαρχείται από την αστάθεια και την άλογη συμπεριφορά των ψυχικά νοσούντων (Barling, 2001; Almeida, Kurita & Pimenta, 2010).

Η αποδιοργανωτική δυναμική των ψυχικών ασθενειών μεταβάλλει την συμπεριφορά των ασθενών οι οποίοι λειτουργούν δίχως να ακολουθούν τα σαφή πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς. Η πλειονότητα των ψυχιατρικών ασθενών παρουσιάζει σημαντική έκπτωση κύριων λειτουργιών που είναι απαραίτητες προκειμένου να επιτευχθεί η ομαλή κοινωνικοποίηση τους (López-López et al., 2019). Ως απόρροια σε αρκετές περιπτώσεις ασθενών εντοπίζονται αντιδράσεις απαξίωσης προς το προσωπικό οι οποίες εκδηλώνονται είτε λεκτικά είτε και σωματικά. Δεν αποκλείεται να εκ-

δηλωθούν συμπεριφορές ανάρμοστες αλλά και επιθετικές με στόχο την πρόκληση πόνου στον επαγγελματία υγείας (Cleary, 2004).

Η επιθετική συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών φέρει τον επαγγελματία υγείας σε επαφή με τον πόνο εντός του επαγγελματικού του περιβάλλοντος στο οποίο και καλείται να λειτουργήσει αποδοτικά καθημερινά. Σχεδόν το σύνολο των ψυχώσεων, των διαταραχών προσωπικότητας αλλά και των αντικοινωνικών διαταραχών ενέχουν τον κίνδυνο ανάδειξης επιθετικής συμπεριφοράς από τον πάσχοντα (López-López et al., 2019). Ταυτόχρονα η πλειονότητα των ψυχοδραστικών ουσιών δύναται να αίρουν τις αναστολές καθώς και τον αυτοέλεγχο του ατόμου πυροδοτώντας παραληρητικές αντιδράσεις ή ψευδαισθήσεις οι οποίες αιτιώνται για επιθετική συμπεριφορά (Gatchel, 2004). Στο ψυχιατρικό τμήμα ο επαγγελματίας υγείας βιώνει μόνιμο φόβο και άγχος για πιθανή επίθεση και πρόκληση πόνου ενάντια του. Τα συναισθήματα αυτά κινητοποιούν συγκεκριμένους αμυντικούς μηχανισμούς μέσα του προκειμένου να αντιμετωπίσει την κατάσταση που δημιουργείται (Van Bogaert et al., 2013). Συγχρόνως όμως ο φόβος του πόνου λειτουργεί ως αντιπερισπασμός στην επαγγελματική αποδοτικότητα του επαγγελματία υγείας επηρεάζοντας την καθημερινότητα του (Turk & Wilson, 2010).

2.3 Επιρροή του φόβου του πόνου στους επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων

Η εμπειρία του πόνου δύναται να εγείρει μια πληθώρα αρνητικών σκέψεων στον επαγγελματία υγείας ο οποίος νιώθει απροστάτευτος σε μια απειλή που αφορά την επαγγελματική καθημερινότητα του. Η έκθεση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα φθείρει την συναισθηματική αντοχή του δημιουργώντας ψυχικά τραύματα και αναπτύσσοντας αρνητικά συναισθήματα φόβου και απελπισίας (Barling, 2001; Van den Broeck et al., 2008).

Η πιθανή επιθετική συμπεριφορά ψυχιατρικών ασθενών ενεργοποιεί στον επαγγελματία υγείας φόβους που προέρχονται και από πρότερες τραυματικές εμπειρί-

ες. Στην περίπτωση που αυτές επίσης αφορούν τον επαγγελματικό χώρο είναι δυνατό να προκαλέσουν τη δυσφορία του και την ένταση των συναισθημάτων φόβου (Konstantinou et al., 2018). Ο επαγγελματίας νιώθει ότι βρίσκεται εγκλωβισμένος σε μια διαρκή κατάσταση απειλής που αφορά τη σωματική αλλά και ψυχική του ακεραιότητα καθώς καθημερινά βρίσκεται αντιμέτωπος με δυσάρεστα γεγονότα τα οποία λειτουργούν αθροιστικά στην εκδήλωση φόβου (Dias & Aranha Silva, 2010).

Ο φόβος αποτελεί συναίσθημα το οποίο αναδύεται συχνά δίχως να προηγηθεί σύνδεση και γνωστικός έλεγχος και οδηγεί για το λόγο αυτό στην ανάκληση είτε αμυντικών είτε και επιθετικών συμπεριφορών με στόχο την προστασία του ατόμου από μια συγκεκριμένη απειλή. Δημιουργείται μέσω του φόβου μια υπερευαίσθησία του ατόμου απέναντι σε συγκεκριμένα περιστατικά με απόρροια τη διαμόρφωση συγκεκριμένων συμπεριφορών αντίδρασης (Markfelder & Pauli, 2020). Η γενική αρνητική προδιάθεση του ατόμου απέναντι στον πόνο ενισχύει το φόβο και η απειλή του πόνου λειτουργεί ως προάγγελος συμπεριφορών άμυνας και αποφυγής (Turk & Wilson, 2010).

2.4 Αντιδράσεις των επαγγελματιών υγείας ψυχιατρικών μονάδων απέναντι στον φόβο του πόνου

Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας καλείται να καλύψει το σύνολο των αναγκών του ψυχικά ασθενή ως βιοκοινωνικής οντότητας. Μέσω της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι εκείνος που με σεβασμό και ενδιαφέρον επιχειρεί να ανακουφίσει τον ψυχικά πάσχοντα παρέχοντας του ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας (Akerjordet & Severinsson, 2004; de Looft et al., 2019). Η επαφή με τον πόνο στο χώρο της εργασίας και η καλλιέργεια συναισθημάτων φόβου του πόνου προκαλούν την αντίδραση του επαγγελματία υγείας ο οποίος διαισθάνεται πλέον τον ασθενή ως απειλή. Η συμπεριφορά του απέναντι του μεταβάλλεται και λειτουργεί με κύριο μέλημα την προστασία του εαυτού. Η αποφυγή της επαφής με τον ασθενή ή εναλλακτικά η επιθυμία της κατά το δυνατό συντομότερης επαφής μαζί του αλλοιώ-

νουν το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας (Almeida, Kurita & Pimenta, 2010; Van Bogaert et al., 2013).

Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα πρέπει να λειτουργεί με εγγύτητα και θετική διάθεση απέναντι στους ασθενείς γεγονός το οποίο ανατρέπει ο φόβος του πόνου που τον καταβάλλει. Η διαχείριση του συναισθήματος αυτού συχνά είναι αδύνατη και προκαλεί την αδυναμία του επαγγελματία να χειρισθεί ικανοποιητικά τον ασθενή, με σεβασμό στην προσωπικότητα του (Turk & Wilson, 2010). Αν και γίνεται κατανοητό ότι πηγή για την πρόκληση πόνου στον επαγγελματία υγείας αποτελεί η ψυχική νόσος και συνεπώς δεν ευθύνεται απόλυτα ο ασθενής είναι αδύνατη η επίτευξη αυτού του συναισθηματικού διαχωρισμού και ως συνέπεια ο ασθενής λαμβάνει την έννοια της απειλής καλλιεργώντας την αρνητική αντίδραση του νοσηλευτή (Dias & Aranha Silva, 2010; Konstantinou et al., 2018).

Σημαντικό πρόβλημα που παρατηρείται συχνά σε μονάδες ψυχιατρικής φροντίδας είναι η πρόκληση συναισθημάτων κατάθλιψης και εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας λόγω της επιθετικής συμπεριφοράς των ασθενών, η οποία δύναται να εκδηλωθεί και με τη μορφή απειλών ή αμφισβήτησης απέναντι σε αυτούς (Means-Christensen et al., 2008). Ο επαγγελματίας υγείας σταδιακά αποστασιοποιείται από τις επαγγελματικές του ευθύνες και επιχειρεί να προστατέψει σωματικά αλλά και ψυχικά τον εαυτό του επιδιώκοντας την κατά το δυνατό συντομότερη παραμονή του στο χώρο εργασίας. Η ποιότητα φροντίδας που παρέχεται υποβιβάζεται, κυρίως στην περίπτωση ασθενών που κρίνονται ως επικίνδυνοι για τη σωματική ακεραιότητα του (Tema, Roggenpoel & Myburgh, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων

3.1 Η επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα της υγείας

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί φαινόμενο που παρατηρείται στο σύνολο σχεδόν των επαγγελμάτων ενώ είναι αυξημένη σε επαγγέλματα τα οποία παρέχουν στήριξη, όπως είναι τα επαγγέλματα που σχετίζονται με την υγεία. Λόγω του αντικειμένου της εργασίας τους οι επαγγελματίες υγείας έρχονται συχνά αντιμέτωποι με ποικίλες πιέσεις με συνέπεια την εκδήλωση εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης (Brewer & Clippard, 2002; Yücel, 2012).

Ο χώρος της υγείας είναι αρκετά στρεσογόνος και οι επαγγελματίες υγείας θεωρείται ότι ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου αναφορικά με την εκδήλωση συμπτωμάτων κόπωσης κατά την άσκηση της εργασίας τους. Η καθημερινή ευθύνη της φροντίδας των ασθενών σε συνδυασμό με την επαφή με το οικογενειακό τους περιβάλλον επηρεάζει σε έντονο βαθμό την ψυχική τους ηρεμία (Antonίου, Davidson & Cooper, 2003; Poghosyan et al., 2009). Οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες έρχονται συνεχώς σε επαφή με άτομα που βιώνουν έντονες συναισθηματικές καταστάσεις και παρουσιάζουν υψηλές σωματικές αλλά και ψυχικές ανάγκες τις οποίες και καλούνται οι ίδιοι να ανακουφίσουν (Larrabee, 2003). Η συναισθηματική φόρτιση και οι πιθανές συγκρούσεις που δύναται να προκύψουν λειτουργούν αρνητικά αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων εξουθένωσης. Παράλληλα επηρεάζεται η ικανότητα τους να ανταπεξέλθουν στις εργασιακές τους απαιτήσεις και επομένως στις ανάγκες των ασθενών καταλήγοντας συχνά στην παροχή υπηρεσιών υγείας μειωμένης ποιότητας (Bovier et al., 2009; Aiken, 2012)

Η επίδραση του κυκλικού ωραρίου, το οποίο απαντάται ιδιαίτερα συχνά στον τομέα της υγείας λειτουργεί, επιβαρυντικά εντείνοντας τα συναισθήματα επαγγελματικής εξάντλησης. Παραπλήσια αποτελέσματα παρατηρούνται και σε περιπτώσεις αυξημένων υπερωριών δίχως την παρουσία μεσοδιαστήματων επαρκούς ξεκούρασης.

Ειδικότερα σε περιπτώσεις που ο επαγγελματίας υγείας κατέχει θέση αυξημένης ευθύνης το επίπεδο εξουθένωσης παρουσιάζεται επίσης αυξημένο (Aiken et al., 2002). Η πίεση, το άγχος και η απουσία επαγγελματικής ικανοποίησης λειτουργούν αρνητικά στην αντοχή του εργαζομένου προκαλώντας την επαγγελματική του κόπωση και επομένως την μειωμένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Bria et al., 2013). Συγκεκριμένα στην περίπτωση νοσηλευτών που απασχολούνται σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες με γρήγορους ρυθμούς και αυξημένη λειτουργικότητα η εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο έντονη (Holman et al., 2016).

Συχνά, σε ότι αφορά συγκεκριμένα τους νοσηλευτές, τα καθήκοντα τους δεν είναι απόλυτα καθορισμένα και σαφή με αποτέλεσμα να αναλώνονται σε εργασίες που δεν ανταποκρίνονται στις σπουδές και στις εργασιακές τους φιλοδοξίες (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010). Επιπλέον σε αρκετές περιπτώσεις καλούνται να συμμετέχουν σε αποφάσεις για την πορεία των ασθενών υπερβαίνοντας τα επαγγελματικά τους όρια και αναλαμβάνοντας ευθύνες που δεν τους αναλογούν με συνέπεια την αύξηση του εργασιακού άγχους (Bennett, Plint & Clifford, 2005). Σε συνδυασμό με τον κατά βάση χαμηλό μισθό που λαμβάνουν εντείνεται η απογοήτευση τους από τον εργασιακό χώρο ενώ συγχρόνως αυξάνεται το επίπεδο της εξουθένωσης που νιώθουν (Unruh & Zhang, 2013). Σταδιακά καλούνται να επανεκτιμήσουν την αφοσίωση τους στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο ενώ δεν αποκλείεται να αποφασίσουν να εγκαταλείψουν οριστικά το συγκεκριμένο επάγγελμα (Jimmieson, 2000; Bria et al., 2013).

Η συνεχής επαφή με την ασθένεια αλλά και το θάνατο ασκεί έντονη ψυχολογική πίεση στους επαγγελματίες υγείας. Η κατάθλιψη, οι αγχωτικές διαταραχές αλλά και οι κρίσεις πανικού εκδηλώνονται σε αυξημένο ποσοστό σε άτομα που απασχολούνται στο χώρο της υγείας και ειδικότερα σε συγκεκριμένα τμήματα αυτής (Aiken, 2012; Ritter et al., 2016). Ο πόνος και ο θάνατος, η απελπισία και η απογοήτευση καθώς και μια πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων ωθούν στην υιοθέτηση αναποτελεσματικών μηχανισμών αποσυμφόρησης όπως είναι η κατανάλωση ηρεμιστικών και αλκοολούχων ποτών (Antoniou, Davidson & Cooper, 2003). Σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν τις συνθήκες αυτές σταδιακά αποστασιοποιούνται από τον εργασιακό χώρο αλλά και από τους ασθενείς των οποίων τη φροντίδα έχουν αναλάβει προ-

κειμένου να μειώσουν το βάρος της έντονης εξουθένωσης που βιώνουν (Coetzee et al., 2013). Ο ασθενής πλέον αντιμετωπίζεται ως αντικείμενο και όχι ως άτομο σε μια προσπάθεια αποπροσωποποίησης. Η συναισθηματική απομάκρυνση λειτουργεί ως μηχανισμός άμυνας απέναντι στις συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις που αντιμετωπίζονται καθημερινά (Holman et al., 2016). Επιπρόσθετα συχνή είναι και η επιθυμία εγκατάλειψης του συγκεκριμένου επαγγέλματος ως συνέπεια των απαισιόδοξων και αρνητικών συναισθημάτων με τα οποία και έρχονται σε συχνή επαφή (Bovier et al., 2009). Ειδικότερα οι επαγγελματίες που απασχολούνται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας παρουσιάζουν, κυρίως λόγω της συνεχούς επαφής τους με αρνητικά και ψυχοφθόρα περιστατικά, εντονότερα επίπεδα εξουθένωσης αλλά και εγκατάλειψης του επαγγέλματος (Bennett, Plint & Clifford, 2005; Frogeli et al., 2018).

Η επαγγελματική εξουθένωση που εντοπίζεται στους επαγγελματίες υγείας αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Συνεπώς μετατρέπεται σε ένα ζήτημα ιδιαίτερης βαρύτητας που επηρεάζει τόσο τους ίδιους και την προσωπική τους ζωή όσο και το σύνολο των ασθενών των οποίων την φροντίδα έχουν αναλάβει. Η ικανοποίηση των ασθενών από το επίπεδο της παρεχόμενης σε αυτούς φροντίδας σχετίζεται επομένως σε μεγάλο βαθμό με το επίπεδο της εξουθένωσης των εργαζομένων που απασχολούνται στο χώρο της υγείας (Murrells, Robinson & Griffiths, 2008; Hinno, Partanen & Vehvilainen-Julkunen, 2011).

3.2 Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ενασχόλησης με ψυχιατρικούς ασθενείς

Αν και το σύνολο των ειδικοτήτων στον τομέα της υγείας κρίνεται ως ιδιαίτερα στρεσογόνο κυρίως λόγω του υψηλού φόρτου εργασίας αλλά και της επαφής με τον ασθενή και τον περίγυρο του, ειδικότερα ο τομέας της ψυχιατρικής υγείας παρουσιάζεται περισσότερο πιεστικός. Η ιδιαιτερότητα και η έκπτωση βασικών λειτουργιών που συνοδεύουν την πλειονότητα των ψυχικών νόσων φέρει τους νοσηλευ-

τές σε επαφή καθημερινά με ποικίλες επιβαρυντικές καταστάσεις που λειτουργούν αρνητικά στην επαγγελματική ικανοποίηση τους και προκαλούν την εμφάνιση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης (Barling, 2001; Means-Christensen et al., 2008).

Οι επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας καλούνται να ανταπεξέλθουν σε ένα απαιτητικό ρόλο ο οποίος παρουσιάζει ασαφή όρια ενώ επιπρόσθετα διαθέτουν μηδαμινή προστασία απέναντι σε σοβαρά περιστατικά απειλής και επίθεσης ενάντια τους. Οι συγκρούσεις με τους ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς οι οποίες δύναται να επεκταθούν και να λάβουν ακόμη και τη μορφή σωματικών βλαβών έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην αντοχή των νοσηλευτών. Η επίβλεψη βίαιων ασθενών επιβαρύνει έντονα την ψυχική και συναισθηματική αντοχή τους και αναγκάζονται να θέσουν τον εαυτό τους σε μια διαρκή κατάσταση επαγρύπνησης και ανησυχίας (Cleary, 2004; Dias & Aranha Silva, 2010).

Η χρονιότητα των ψυχικών νοσημάτων αποτελεί πρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα καθώς ο επαγγελματίας νιώθει να προσφέρει δίχως να επιτυγχάνει την πλήρη ίαση του ασθενή. Η αποδοτικότητα του μειώνεται και ως άμεσο αποτέλεσμα αδιαφορεί για την ορθή ολοκλήρωση των υποχρεώσεων του απέναντι στον πάσχοντα (de Looft et al., 2019). Παράλληλα η αδυναμία αντιμετώπισης και κατανόησης των ψυχικών προβλημάτων των ασθενών επιτείνει το αίσθημα ανικανότητας που τον κατακλύζει και προωθεί την εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης (Barling, 2001; Delfrate et al., 2018).

Στους επαγγελματίες υγείας στον τομέα της ψυχικής υγείας υφίσταται επιπρόσθετα ο κίνδυνος εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης κυρίως λόγω των βεβαρυσμένων περιστατικών που αντιμετωπίζουν. Η συναισθηματική πίεση και η συνεχόμενη επαφή με ασθενείς που παρουσιάζουν ποικίλες άλογες αντιδράσεις εγείρει έντονα συναισθήματα άγχους, πίεσης και λύπης (Akerjordet & Severinsson, 2004; Hamaideh, 2011). Η επαφή με αυτοκτονικούς ασθενείς ή με ασθενείς με συμπτώματα αποστασιοποίησης από τη ζωή επηρεάζει τον επαγγελματία υγείας ιδιαίτερα σε περιόδους δικής του ψυχικής εξουθένωσης. Η απουσία ψυχολογικής στήριξης απέναντι στην ψυχική επιβάρυνση από την καθημερινή επαφή με δυσμενείς καταστάσεις εντείνει την παρουσία κόπωσης και επαγγελματικού άγχους (Dias & Aranha Silva, 2010).

Η πίεση αλλά και η κατάθλιψη που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας ψυχιατρικών μονάδων σχετίζονται σε μεγάλο ποσοστό, πέρα από την εμφάνιση σημείων εξουθένωσης, και με την ανάπτυξη επιθετικών συμπεριφορών από την πλευρά τους απέναντι στους ασθενείς. Παρότι η επαγγελματική εξουθένωση δε φαίνεται ξεκάθαρα να προκαλεί την εμφάνιση επιθετικότητας, είναι σημαντικό μέσω της παροχής κατάλληλης υποστήριξης και βοήθειας να ελαττωθούν τα επίπεδα εργασιακής πίεσης που προκαλούν εργασιακή κατάπτωση και που εγείρουν συναισθήματα θυμού και οργής απέναντι στον ασθενή (Tzeletopoulou et al., 2018; de Looft et al., 2019).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει συνεπώς να εφοδιασθούν με κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης προκειμένου να επιτύχουν την ομαλή διεκπεραίωση των επαγγελματικών τους καθηκόντων ενώ ταυτόχρονα καλούνται να αναπτύξουν μηχανισμούς προσαρμογής απέναντι στις ανάγκες της σχέσης τους με τους ασθενείς (Akerjordet & Severinsson, 2004; Van den Tooren et al., 2011). Εντοπίζεται μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκδήλωσης επαγγελματικής αποδοτικότητας και της εμπάθειας, δηλαδή της ικανότητας του ατόμου να κατανοεί τις εμπειρίες κάποιου άλλου. Φροντιστές υγείας με υψηλά επίπεδα εμπάθειας επιδεικνύουν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και επομένως είναι απαραίτητο να εφαρμοσθούν κατάλληλες παρεμβάσεις με στόχο την ενδυνάμωση χαρακτηριστικών όπως είναι η εμπάθεια, η ψυχική αντοχή και το αίσθημα ασφάλειας στους επαγγελματίες υγείας (Hamaideh, 2011; Sturzu et al., 2019). Η ικανότητα εύρεσης τεχνικών αποφυγής των αρνητικών καταστάσεων με τις οποίες έρχονται καθημερινά σε επαφή και ειδικότερα η κατανόηση και καταπολέμηση του φόβου του πόνου θα τους επιτρέψει να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες ενώ ταυτόχρονα θα βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης (Ritter et al., 2016; Delfrate et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Έναυσμα για την παρούσα μελέτη αποτέλεσε η ανάγκη να εξετασθεί η συσχέτιση του φόβου του πόνου και της εκδήλωσης συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας κλειστών τμημάτων νοσηλείας και να αποτυπωθεί η υποβάθμιση του επιπέδου της αντοχής στον πόνο σε αυτούς. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιχειρούν να αναδείξουν την καθοριστική επίδραση του φόβου του πόνου στην επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών αυτών, όπως αυτή κρίνεται από τους ίδιους. Ταυτόχρονα καταγράφονται συσχετίσεις αναφορικά με το ιδιαίτερο περιβάλλον επαγγελματικής δραστηριοποίησης τους εντός των κλειστών τμημάτων νοσηλείας. Ο εντοπισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας των επαγγελματιών στον τομέα αυτό της υγείας, οι οποίες τροποποιούνται εξαιτίας του φόβου του πόνου που αντιμετωπίζουν, δύναται να επιτρέψει την επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων απέναντι στις επιβαρυντικές συνθήκες που βιώνουν και συνεπώς τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου επαγγελματικής δραστηριοποίησης και την αποφυγή εκδηλώσεων επαγγελματικής εξουθένωσης.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Η διατύπωση ερευνητικών ερωτήσεων είναι απαραίτητη διότι οδηγεί στον περιορισμό του ευρύτερου ερευνητικού πεδίου σε συγκεκριμένα ερευνητικά προβλήματα και οριοθετεί το συγκεκριμένο ερευνητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο επιχειρεί να επικεντρωθεί η παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα τα ερωτήματα τα οποία διατυπώθηκαν κατά την διεξαγωγή της έρευνας ήταν τα εξής:

1. Υφίσταται συσχέτιση ανάμεσα στο φόβο του πόνου και στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης;
2. Σε ποιο επίπεδο καθορίζεται η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στη μελέτη;
3. Η αύξηση των επιπέδων του φόβου του πόνου οδηγεί σε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης;
4. Οι επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται εντός των κλειστών τμημάτων νοσηλείας ψυχιατρικών μονάδων παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου;
5. Υφίσταται συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας, στον αντιλαμβανόμενο φόβο του πόνου και στην εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης;

Τα ερευνητικά αυτά ερωτήματα επιχειρούν να στοιχειοθετήσουν την εικόνα που έχουν οι επαγγελματίες υγείας αναφορικά με το φόβο του πόνου καθώς και το βαθμό στον οποίο ο πόνος που αντιμετωπίζουν στην επαγγελματική καθημερινότητα τους επηρεάζει την εμφάνιση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης.

4.3 Σχεδιασμός της έρευνας

Ο ερευνητικός σχεδιασμός για τη παρούσα εργασία περιλάμβανε τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων αναφορικά με την εικόνα που διαμορφώνουν επαγγελματίες υγείας κλειστών τμημάτων νοσηλείας σε σχέση με το φόβο του πόνου. Συγχρόνως κατέγραψε το βαθμό στον οποίο ο πόνος αλλοιώνει την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής τους προκαλώντας κόπωση.

Πρόκειται για ποσοτική έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε με τη διάθεση ερωτηματολογίων σε επιλεγόμενο δείγμα των επαγγελματιών υγείας. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το *Ερωτηματολόγιο Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI)* και το *Ερωτηματολόγιο κλίμακας φόβου του πόνου (Fear of Pain Questionnaire (III), FPQ-III)*.

Με δεδομένο πως κάθε στάδιο στη διαδικασία της έρευνας μπορεί να αποτελέσει πιθανή πηγή δεοντολογικών προβλημάτων τηρήθηκαν οι απαιτούμενοι κανόνες δεοντολογίας. Συγκεκριμένα υπήρξε γραπτή συναίνεση των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να συμμετέχουν στη διαδικασία και δόθηκε στον καθένα από αυτούς ένας αύξοντας σειριακός αριθμός για να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους.

Η επιλογή του δείγματος της έρευνας, στην προκειμένη περίπτωση επαγγελματίες υγείας οι οποίοι απασχολούνται σε κλειστά τμήματα νοσηλείας ψυχιατρικών μονάδων στο Νομό Λάρισας, έγινε τυχαία. Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε διάφορες ψυχιατρικές μονάδες και η επιλογή των επαγγελματιών υγείας στους οποίους δόθηκαν υπήρξε τυχαία. Ο λόγος ήταν για να περιέχονται σε αυτό άτομα διαφορετικής ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης και κοινωνικής θέσης. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίστηκε η ποικιλομορφία των συμμετεχόντων και άρα η αντικειμενικότερη αντιμετώπιση των ερευνητικών ερωτημάτων.

4.3.1 Δείγμα της έρευνας

Κυρίαρχο στοιχείο στο σχεδιασμό μιας ερευνητικής διαδικασίας αποτελεί ο προσδιορισμός του πληθυσμού στον οποίο πρόκειται να στραφεί. Στη συνέχεια ο ερευνητικός σχεδιασμός επικεντρώνεται στη διαδικασία της δειγματοληψίας που αποτελεί ένα σημαντικό μέρος αυτού καθώς η επιλογή του δείγματος επηρεάζει τόσο την ποιότητα των δεδομένων όσο και τα συμπεράσματα της έρευνας.

Η κατάλληλη επιλογή του δείγματος σε μια έρευνα επιτρέπει να ληφθούν σχετικά ακριβείς πληροφορίες οι οποίες και μπορούν στη συνέχεια να γενικευθούν στον

ευρύτερο πληθυσμό. Στην ουσία η δειγματοληψία επιτρέπει σε έναν ερευνητή να εξάγει ενδεικτικά συμπεράσματα για τον συνολικό πληθυσμό με το μικρότερο δυνατό κόστος. Επιβάλλεται όμως να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις όπως το ότι δείγμα θα πρέπει να είναι επαρκές και να αντιστοιχεί σε ένα αξιοπρεπές ποσοστό του συνολικού πληθυσμού.

Κατά την παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν να συμμετέχουν επαγγελματίες υγείας οι οποίοι απασχολούνται σε κλειστά τμήματα νοσηλείας ψυχιατρικών μονάδων στο Νομό Λάρισας. Η τυχαία επιλογή των συμμετεχόντων σε συνδυασμό με τον επαρκή αριθμό τους αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα σε ότι αφορά την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

4.3.2 Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Οι στόχοι μιας ερευνητικής διαδικασίας είναι εκείνοι που καθορίζουν τον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε η ποσοτική προσέγγιση με τη χρήση ερωτηματολογίων. Η μέθοδος αυτή επέτρεψε την μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση του υπό μελέτη δείγματος και συνεπώς την αξιόπιστη διεξαγωγή της μελέτης.

Η επιλογή της χρήσης ερωτηματολογίων ως βασικού εργαλείου για τη διεξαγωγή της έρευνας βασίστηκε στο γεγονός ότι παρέχουν τη δυνατότητα να συλλεχθούν δεδομένα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα και από έναν ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων. Επιπλέον η συμμετοχή υπήρξε ανώνυμη καθώς δόθηκε στην κάθε επαγγελματία υγείας ένας μοναδικός σειριακός αριθμός εξασφαλίζοντας τα προσωπικά του δεδομένα. Η εξασφάλιση της ανωνυμίας καθιστά τη χρήση του ερωτηματολογίου πιο αξιόπιστη αφού ενθαρρύνει την ειλικρίνεια στις απαντήσεις. Από άποψη κόστους είναι κατά πολύ πιο οικονομικό ενώ δίνεται και η δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να απαντηθεί και να παραδοθεί σε δεύτερο χρόνο.

Βασικά εμπόδια όμως στη χρήση ερωτηματολογίων αποτελούν το μικρό σε ορισμένες περιπτώσεις ποσοστό ανταπόκρισης και η έλλειψη συγκέντρωσης από τους συμμετέχοντες οι οποίοι απαντούν βιαστικά και χωρίς σκέψη.

Η διατύπωση των ερωτημάτων στα ερωτηματολόγια που επιλέχθηκαν είναι σαφής και επομένως διασφαλίζεται η αποφυγή πιθανών παρερμηνειών στις απαντήσεις τους. Το *Ερωτηματολόγιο Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI)* το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας έχει σταθμισθεί από τους Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 προτάσεις και μετράει τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αναφέρθηκαν στο μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach και οι οποίες αφορούν τη Συναισθηματική Εξάντληση, την Αποπροσωποποίηση και την Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων. Στο ερωτηματολόγιο από τις 22 συνολικά προτάσεις αυτοαξιολόγησης οι 9 αφορούν την συναισθηματική εξάντληση, οι 5 την αποπροσωποποίηση και οι 8 την προσωπική επίτευξη. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σε επταβάθμια κλίμακα Likert. Όσο υψηλότερη βαθμολογία σημειώνεται στην υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, τόσο υψηλότερα ορίζονται τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πρόκειται για το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο διεθνώς αναφορικά με την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης το οποίο ενώ αρχικά αφορούσε σε επαγγέλματα που συνεπάγονται άμεση επαφή με ανθρώπους, αργότερα με τροποποιημένες εκδόσεις χρησιμοποιήθηκε σε περισσότερα εργασιακά περιβάλλοντα.

Σε ότι αφορά το *Ερωτηματολόγιο κλίμακας φόβου του πόνου (Fear of Pain Questionnaire (III), FPQ-III)* το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού με αποτέλεσμα να παρουσιάζει δείκτη Cronbach's alpha 0,925. Πρόκειται για την 3η έκδοση κλίμακας η οποία περιλαμβάνει συνολικά 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις. Σε αυτή κάθε πρόταση βαθμολογείται σε κλίμακα Likert πέντε διαβαθμίσεων με το επίπεδο του φόβου του πόνου να κυμαίνεται από "καθόλου" (0) ως "υπερβολικά" (4). Άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα σε σύγκριση με άτομα που εντοπίζονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου. Η βαθμολόγηση της κλίμακας πραγματοποιείται με το άθροισμα των εκτιμή-

σεων για κάθε επίπονη εμπειρία και το συνολικό αποτέλεσμα εκτιμάται από 0 μέχρι 120. Η υψηλότερη βαθμολογία συνεπάγεται μεγαλύτερο φόβο. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου διαχωρίζεται σε τρεις υποκλίμακες με 10 προτάσεις η κάθε μια. Στις υποκλίμακες αυτές η πρώτη περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη αναφέρεται στο επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποδεικνύει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Η συνολική αξιολόγηση δύναται να προκύψει από το άθροισμα της βαθμολογίας των επιμέρους υποκλιμάκων. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης ως φόβος του πόνου θεωρείται το συνολικό αποτέλεσμα αλλά και το αποτέλεσμα των υποκλιμάκων όπως βαθμολογούνται από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

4.4 Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Κατά την εκπόνηση της παρούσας έρευνας προέκυψαν συγκεκριμένοι περιορισμοί και δυσκολίες. Αρχικά η αποτυχία λήψης πληροφοριών από ένα τμήμα των μελών του δείγματος λόγω έλλειψης χρόνου ή διάθεσης συμμετοχής περιορίσε το συνολικό αριθμό των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν τελικά στη μελέτη. Κάποια από τα μέλη του δείγματος αρνήθηκαν να απαντήσουν σε ορισμένες από τις ερωτήσεις μειώνοντας τον αριθμό των ολοκληρωμένων ερωτηματολογίων και με τον τρόπο αυτό και το συνολικό αριθμό των συμμετεχόντων.

4.5 Στατιστική Ανάλυση δεδομένων

Μετά την συγκέντρωση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα ερωτηματολόγια το επόμενο βήμα ήταν η επεξεργασία των δεδομένων. Κατά την ανάλυση καταγράφηκαν αρχικά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας

που συμμετείχαν. Με δεδομένο ότι πρόκειται για συνεχείς μεταβλητές εξετάστηκε ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση και η διακύμανση προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη περιγραφή των μεταβλητών αυτών. Καθώς πρόκειται για διακριτές μεταβλητές πραγματοποιήθηκε συσχέτιση Pearson χ^2 test. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε $p < 0,05$ ($\alpha = 5\%$). Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το IBM SPSS V23. (SPSSinc., Chicago, Illinois, USA).

4.6 Προοπτικές της μελέτης

Η συγκεκριμένη έρευνα επιχείρησε να αξιολογήσει το επίπεδο του φόβου του πόνου σε επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε κλειστά τμήματα νοσηλείας καθώς και τη συσχέτιση αυτού με τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης αυτών.

Παρότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της επαγγελματικής ζωής αποτελεί σαφώς μια υποκειμενική θεώρηση με πολλαπλές διαστάσεις θεωρείται αναμφισβήτητο ότι διαμορφώνεται βασισόμενη σε ένα σύνολο παραγόντων που αφορούν τις συνθήκες της επαγγελματικής καθημερινότητας των επαγγελματιών. Επομένως κάθε διαταραχή που εντοπίζεται σε οποιοδήποτε τομέα αναμένεται να προκαλεί έκπτωση στο επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης και συνεπώς οδηγεί στην εκδήλωση συναισθημάτων κόπωσης. Ο πόνος συνιστά πρόβλημα που επηρεάζει σημαντικά την επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας και ο φόβος του πόνου κρίνεται καίριος στη διαμόρφωση του επιπέδου της ποιότητας της επαγγελματικής τους ζωής.

Παράλληλα ο εντοπισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας που επηρεάζονται λόγω του φόβου στους επαγγελματίες αυτούς δύναται να επιτρέψει την βέλτιστη κατανόηση του και κατά συνέπεια την επιλογή κατάλληλων στρατηγικών με στόχο την διασφάλιση της ομαλής αντιμετώπισης του. Η λήψη κατάλληλων μέτρων θα προάγει την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας και θα λειτουργήσει προληπτικά απέναντι στην εμφάνιση των επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης προωθώντας την γενικότερη επαγγελματική και προσωπική ευημερία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Αποτελέσματα – Επεξεργασία

5.1 Διαχωρισμός των μεταβλητών

Το δείγμα των επαγγελματιών υγείας χωρίστηκε σε δύο στρώματα ανάλογα με το φύλο (άνδρες ή γυναίκες). Επιπλέον, κατηγοριοποιήθηκε ανάλογα με τον τόπο κατοικίας του (πόλη, κωμόπολη ή χωριό) αλλά και την οικογενειακή κατάσταση. Παράλληλα εξετάστηκε ο τομέας της απασχόλησης των επαγγελματιών υγείας καθώς και το Τμήμα στο οποίο εργάζονται εντός της Υγειονομικής Μονάδας. Επιπλέον καταγράφηκαν τα χρόνια προϋπηρεσίας αλλά και το ωράριο εργασίας και συγκεκριμένα ο τύπος βάρδιας που τους ανατίθεται.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρειάστηκε να κατηγοριοποιηθούν ορισμένες μεταβλητές οι οποίες είχαν πολλές δυνατές επιλογές μεταξύ των απαντήσεων. Η μεταβλητή που διευκρίνιζε την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας διαχωρίστηκε σε κατηγορίες και συγκεκριμένα υφίστανται οι κατηγορίες «άγαμος/η», «έγγαμος/η» και «διαζευγμένος/η». Στην κατηγορία «άγαμος/η» περιλαμβάνεται το σύνολο των επαγγελματιών οι οποίοι κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της μελέτης είτε είχαν κάποια διαπροσωπική σχέση δίχως όμως να έχει επισημοποιηθεί είτε δεν είχαν διαπροσωπική σχέση. Στην κατηγορία «έγγαμος/η» συγκαταλέγεται το σύνολο των επαγγελματιών υγείας σε γάμο δίχως όμως να καταγράφεται η χρονική διάρκεια αυτού. Στις κατηγορίες «διαζευγμένος/η» περιλαμβάνονται οι επαγγελματίες των οποίων ο γάμος έχει λυθεί με διαζύγιο χωρίς να σημειωθούν τα έτη που έχουν παρέλθει από το συμβάν αυτό.

Η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας επίσης παρουσίαζε πολλές κατηγορίες και αποφασίστηκε να συγχωνευθεί. Έτσι, ενώ αρχικά υπήρχαν περισσότερες επιλογές τελικά μετατράπηκαν σε «Νοσηλεύτης» και σε «Ιατρός/ Ιατρικός Κλάδος», δίχως να καταγράφεται η ακριβής ειδικότητα των ιατρών.

Σε ότι αφορά το ωράριο εργασίας και συγκεκριμένα τις βάρδιες η επιλογή υπήρξε διττή με «Ημερήσιες» για εκείνους που έχουν αναλάβει πρωινό ωράριο εργα-

σίας και «Εναλλασσόμενες» για εκείνους στους οποίους έχει ανατεθεί κυκλικό ωράριο εργασίας.

5.2 Αποτελέσματα

5.2.1 Περιγραφική ανάλυση των επαγγελματιών υγείας της μελέτης

Το δείγμα των 98 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα προκύπτει ότι στην πλειοψηφία τους είναι γυναίκες (n=57, 58,2%) ενώ το 41,8 % (n=41) είναι άνδρες. Σε ότι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση 41 (41,4 %) επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι είναι έγγαμοι, 54 (54,5%) είναι άγαμοι και 3 (4,0%) είναι διαζευγμένοι.

Ο τόπος μόνιμης διαμονής είναι σε χωριό ή κωμόπολη για το 24,5 % (n=23) των επαγγελματιών, σε πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους για το 28,1 % (n=27) και σε πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους για την πλειονότητα αυτών (n=44, 46,8%).

Από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα οι περισσότεροι (n=90, 91,0%) ήταν νοσηλευτές και μόλις το 9,0% (n=8) ανήκαν στον ιατρικό κλάδο. Σε ότι αφορά συγκεκριμένα τους νοσηλευτές 48 (52,7%) ήταν νοσηλευτές ΤΕ και 33 (36,3%) ήταν νοσηλευτές ΔΕ. Μόλις 2 (2,2%) ήταν νοσηλευτές ΠΕ και υπεύθυνος νοσηλεύτης ήταν το 5,5% (n=5) από το σύνολο των συμμετεχόντων. Σε ότι αφορά τους επαγγελματίες που κατατάσσονται στον ιατρικό κλάδο 5 (5,6%) ήταν ιατροί, 2 (33,3%) ήταν φυσιοθεραπευτές και 1 (11,1%) δεν διευκρίνισε την ειδικότητα του όταν ρωτήθηκε.

Σε ότι αφορά τα έτη προϋπηρεσίας οι περισσότεροι (n=46, 46,5%) εργάζονται για περισσότερα από 5 έτη, 31 (32,3%) επαγγελματίες υγείας εργάζονται από 2 έως 5 έτη και 17 (17,2%) εργάζονται για χρονικό διάστημα μικρότερο από 2 έτη. Μόνο (4,0%) από το σύνολο εργάζονται για λιγότερο από 1 έτος.

Οι βάρδιες είναι εναλλασσόμενες για την πλειονότητα των εργαζομένων (n=90, 91,9%) και μόνο 8 (8,1%) αναλαμβάνει αποκλειστικά ημερήσιες βάρδιες.

Τέλος με βάση το Τμήμα στο οποίο απασχολούνται το 48,2% (n=40) εργάζεται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), 31 (37,3%) απασχολούνται σε Ψυχιατρικά Τμήματα και 9 (10,8%) σε Μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας (ΜΑΦ). Μόνο 1 (1,2%) εργάζεται στο Φαρμακείο, 1 (1,2%) στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και 1 (1,2%) σε κλινική.

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί απεικονίζονται τα περιγραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Δημογραφικά στοιχεία			
Μεταβλητή		Αριθμός ατόμων (n)	Ποσοστό (%)
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	41	41,8
	ΓΥΝΑΙΚΑ	57	58,2
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	54	54,5
	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	41	41,4
	ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	3	4,0
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ	23	24,5
	ΠΟΛΗ<150000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	27	28,7
	ΠΟΛΗ>150000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	44	46,8
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	90	91,0
	ΙΑΤΡΟΣ-ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ	8	9,0
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛ	3	3,3
	ΥΠΕΥΘΥΒΟΣ ΝΟΣΗΛ	5	5,5

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ	2	2,2
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	48	52,7
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	33	36,3
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	ΙΑΤΡΟΣ	5	55,6
	ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	2	33,3
	ΑΛΛΟ	1	11,1
ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	<1 ΕΤΟΣ	4	4,0
	<2 ΕΤΗ	17	17,2
	ΜΕΤΑΞΥ 2-5 ΕΤΗ	31	32,3
	>5 ΕΤΗ	46	46,5
ΒΑΡΔΙΕΣ	ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ	8	8,1
	ΕΝΑΛΛΑΣΟΜΕΝΕΣ	90	91,9
ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	31	37,3
	ΜΕΘ	40	48,2
	ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ	1	1,2
	ΚΛΙΝΙΚΗ	1	1,2
	ΜΑΦ	9	10,8
	ΤΕΠ	1	1,2

Σε ότι αφορά την ηλικία των επαγγελματιών υγείας προέκυψε πως η μέση ηλικία είναι 32,21 έτη με απόκλιση $\pm 6,294$ ενώ η ελάχιστη ηλικία είναι τα 21 έτη και η μέγιστη ηλικία τα 49 έτη.

Πίνακας 2: Ηλικία επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη

Ηλικία συμμετεχόντων της μελέτης					
	Αριθμός ατόμων (n)	Ελάχιστη ηλικία Minimum	Μέγιστη ηλικία Maximum	Μέσος όρος Mean	Απόκλιση Std. Deviation
Ηλικία	98	21	49	32,21	6,294

5.2.2 Επίπεδο Επαγγελματικής εξουθένωσης και παράμετροι

Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός της επαγγελματικής κόπωσης που αισθάνονται οι επαγγελματίες που συμμετείχαν στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το *Ερωτηματολόγιο Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI)* το οποίο έχει σταθμισθεί από τους Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. & Monos, D. (1994). Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο βαθμονόμησης διακρίνονται οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αναφέρθηκαν στο μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach. Αυτές αφορούν τη Συναισθηματική Εξάντληση, την Αποπροσωποποίηση και την Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων. Η διάσταση της *Συναισθηματικής εξάντλησης* αφορά 9 από τα 22 συνολικά ερωτήματα και συγκεκριμένα αφορά τα ερωτήματα 1,2,3,6,8,13,14,16 και 20. Η *Αποπροσωποποίηση* αφορά 5 από τα συνολικά ερωτήματα τα οποία είναι τα ερωτήματα 5,10,11,15 και 22. Η *Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων* αφορά 8 από τα ερωτήματα τα οποία είναι τα ερωτήματα 4,7,9,12,17,18,19 και 21.

Το *Ερωτηματολόγιο Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI)* έχει δομηθεί ως συνολικός της Επαγγελματικής Εξουθένωσης των επαγγελματιών και δεν απαιτείται η ανάλυση σε επίπεδο επιμέρους διαστάσεων. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με τη βοήθεια 7βαθμης κλίμακας Likert και αθροίζονται όλες οι απαντήσεις από το σύνολο των 22 ερωτήσεων. Όσο υψηλότερη βαθμολογία σημειώνεται στην υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, τόσο υψηλότερα ορίζονται τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίθετα υψηλή βαθμολογία στην υπόκλιμακα των προσωπικών επιτευγμάτων συνιστά ένδειξη χαμηλού κινδύνου σε ότι αφορά την ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Δεν υφίστανται σωστές και λάθος απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο καθώς δομείται με αυτό-αναφορές. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το μέσο όρο των συμμετεχόντων του δείγματος και το αποτέλεσμα καθορίζεται από το δείγμα.

5.2.3 Επίπεδο Επαγγελματικής Εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας και Συσχετίσεις

Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου της Επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας και των μεταβλητών που μελετήθηκαν χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία συσχέτισης Pearson χ^2 - test. Η σύγκριση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με το σύνολο των ερωτημάτων που αντικατοπτρίζουν το επίπεδο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης σύμφωνα με το *Ερωτηματολόγιο Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI)* προκειμένου να ελεγχθούν οι επιμέρους συσχετίσεις.

Η *δοκιμασία συσχέτισης Pearson χ^2 - test* αποτελεί στατιστική δοκιμασία η οποία επιτρέπει να αξιολογηθεί η συσχέτιση που αναπτύσσεται μεταξύ των κατηγοριοποιημένων δεδομένων που ελέγχονται. Αξίζει να σημειωθεί στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης p-value λάβει τιμές μικρότερες από 0.05 υποδηλώνει την παρουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς με πιθανότητα λάθους 5%. Ο συγκεκριμένος

δείκτης ενημερώνει για τη συστηματική συµµεταβολή στις τιμές των µεταβλητών, χωρίς να υποδεικνύει οποιαδήποτε αιτιώδη σχέση µεταξύ τους.

Στον **Πίνακα 3** απεικονίζονται οι τιμές αναφορικά µε το Επάγγελµα, δηλαδή εάν ο επαγγελματίας ανήκει στο ιατρικό ή στο νοσηλευτικό προσωπικό της Υγειονοµικής Μονάδας, και το σύνολο των ερωτηµάτων. Εντοπίζεται ότι το Επάγγελµα συσχετίζεται σηµαντικά µε ένα µεγάλο αριθµό ερωτηµάτων που αφορούν τη Συναισθηµατική εξάντληση και την Αποπροσωποποίηση ενώ σχετίζεται σηµαντικά µόνο µε δύο ερωτήµατα που αναφέρονται στα Προσωπικά Επιτεύγµατα. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι το Επάγγελµα διαδραµατίζει σηµαντικό ρόλο στην παρουσία συναισθηµάτων κόπωσης στους επαγγελματίες.

Πίνακας 3: Επάγγελµα και έλεγχος συσχετίσεων

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Νιώθω συναισθηµατικά άδειος/α από την δουλειά µου	34,160 ^a	,000
Αποτελεί πραγµατικά φορτίο για εµένα ότι πρέπει όλη την ηµέρα να ασχολούµαι και να εργάζοµαι µε ανθρώπους	15,344 ^a	,018
Νιώθω εξουθενωµένος/η από τη δουλειά µου	17,116 ^a	,009
Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	13,383 ^a	,037
Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά µου	21,473 ^a	,002
Νιώθω ότι εργάζοµαι πολύ σκληρά σε αυτή τη δουλειά	25,712 ^a	,000
Το γεγονός ότι στη δουλειά µου έχω άµεση σχέση µε ανθρώπους µε κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες)	22,891 ^a	,001
Νιώθω αναζωογονηµένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή µε τους αποδέκτες των υπηρεσιών µου (ασθενείς)	27,498 ^a	,000
Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγµατα στη δουλειά αυτή	14,739 ^a	,022

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει τις συσχετίσεις αναφορικά με Τμήμα Εργασίας των επαγγελματιών υγείας και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Το Τμήμα στο οποίο απασχολείται ο επαγγελματίας συσχετίζεται με ένα σημαντικό αριθμό ερωτημάτων γεγονός που αποκαλύπτει τη σημασία του σε ότι αφορά τον κίνδυνο εκδήλωσης συναισθημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 4: Τμήμα εργασίας και έλεγχος συσχετίσεων

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	53,356 ^a	,005
Έχω γίνει πιο σκληρός/η απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	45,547 ^a	,034
Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα	69,112 ^a	,000
Νιώθω αναζωογονημένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)	65,335 ^a	,000
Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή	43,834 ^a	,049
Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου(ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν	45,178 ^a	,037

Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί αναγράφονται οι συσχετίσεις αναφορικά με τις Βάρδιες των συμμετεχόντων και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Προκύπτει ότι οι Βάρδιες συσχετίζονται σημαντικά με το σύνολο σχεδόν των ερωτημάτων. Ο τύπος βάρδιας καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα του επαγγελματία. Ειδικότερα οι εναλλασσόμενες βάρδιες δεν επιτρέπουν στον επαγγελματία υγείας να αναπαυθεί ικανοποιητικά και να ανακτήσει τις δυνάμεις του προτού επιστρέψει στον εργασιακό χώρο εντείνοντας τα συναισθήματα κόπωσης που τον κατακλύζουν.

Πίνακας 5: Βάρδιες και έλεγχος συσχετίσεων

ΒΑΡΔΙΕΣ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα ημέρα δουλειάς	13,224 ^a	,040
Αποτελεί πραγματικά φορτίο για εμένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους	24,362 ^a	,000
Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	21,697 ^a	,001
Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα	18,974 ^a	,004
Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα	19,529 ^a	,003
Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το ότι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου	18,170 ^a	,006
Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση(στρες)	32,909 ^a	,000
Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου(ασθενείς)	17,943 ^a	,006
Νιώθω αναζωογονημένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου(ασθενείς)	30,350 ^a	,000

Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στα Χρόνια Προϋπηρεσίας και το σύνολο των ερωτημάτων. Παρότι το σύνολο των ετών που εργάζεται ο επαγγελματίας υγείας σχετίζεται μόνο με ένα μικρό αριθμό από το σύνολο των ερωτημάτων ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι αποτελούν κυρίως ερωτήματα της υποκλίμακας των Προσωπικών Επιτευγμάτων και αντικατοπτρίζουν την ασφάλεια που του παρέχει η επαγγελματική εμπειρία που έχει αποκτήσει.

Πίνακας 6: Χρόνια εργασίας και έλεγχος συσχετίσεων

ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι κάποιους από τους αποδέκτες(ασθενείς) των υπηρεσιών μου σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	30,411 ^a	,034
Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου(ασθενείς)	37,785 ^a	,001
Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου	45,645 ^a	,000

Σε ότι αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας εντοπίζονται επίσης ενδιαφέρουσες συσχετίσεις. Ο Πίνακας 7 απεικονίζει τις συσχετίσεις αναφορικά το Φύλο των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συμμετείχαν στη μελέτη και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Προκύπτει ότι το Φύλο σχετίζεται σημαντικά με ένα μεγάλο αριθμό ερωτημάτων γεγονός που αποτυπώνει το διαφορετικό τρόπο χειρισμού των εργασιακών συνθηκών από τα δύο φύλα. Οι διαφορετικοί μηχανισμοί άμυνας σε συνδυασμό με την διαφορετικότητα αναφορικά με την ευαισθησία και την ενσυναίσθηση που παρουσιάζονται μεταξύ ανδρών και γυναικών δημιουργούν σαφείς διαφορές αναφορικά με τον κίνδυνο παρουσίας συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης.

Πίνακας 7: Φύλο και έλεγχος συσχετίσεων

ΦΥΛΟ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Νιώθω εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας	12,061 ^a	,034
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)	16,077 ^a	,007
Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι κάποιους από τους αποδέκτες (ασθενείς) των υπηρεσιών μου σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	18,701 ^a	,005
Αποτελεί πραγματικά φορτίο για εμένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους	17,574 ^a	,007

Έχω γίνει πιο σκληρός/η απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	19,891 ^a	,003
Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες)	15,693 ^a	,016
Έχω κατορθώσει αρκετά αξιολογά πράγματα στη δουλειά αυτή	14,876 ^a	,021
Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου	13,136 ^a	,041

Αντίστοιχα ο **Πίνακας 8** παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στην Οικογενειακή Κατάσταση των επαγγελματιών υγείας και το σύνολο των ερωτημάτων. Η παρουσία οικογένειας συσχετίζεται σημαντικά με ένα σχετικά μικρό αριθμό ερωτημάτων. Φαίνεται ότι επηρεάζει την πιθανότητα εκδήλωσης συναισθημάτων κόπωσης λόγω των επίσης αυξημένων υποχρεώσεων που συνεπάγεται.

Πίνακας 8: Οικογενειακή Κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Νιώθω εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας	18,439 ^a	,048
Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι κάποιους από τους αποδέκτες (ασθενείς) των υπηρεσιών μου σαν να ήταν πρόσωπα αντικείμενα	36,119 ^a	,000
Αποτελεί πραγματικά φορτίο για εμένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους	22,643 ^a	,031
Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά την ζωή άλλων ανθρώπων	54,230 ^a	,000
Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου	29,154 ^a	,004

Ο Πίνακας 9 παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στον Τόπο διαμονής των επαγγελματιών και το σύνολο των ερωτημάτων. Η διαμονή σε πολυπληθή ή όχι περιοχή σχετίζεται με ένα μικρό αριθμό ερωτημάτων και απεικονίζει τη σχέση ανάμεσα στην ένταση που συνεπάγεται η ζωή σε μια μεγάλη πόλη και την επιβάρυνση του ατόμου με επιπρόσθετη πίεση αυξάνοντας τον κίνδυνο παρουσίας συμπτωμάτων κόπωσης στον εργασιακό χώρο.

Πίνακας 9: Τόπος διαμονής και έλεγχος συσχετίσεων

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι κάποιους από τους αποδέκτες (ασθενείς) των υπηρεσιών μου σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	21,664 ^a	,041
Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το ότι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου	22,425 ^a	,033
Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες)	23,921 ^a	,021
Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν	22,060 ^a	,037

5.2.4 Φόβος του πόνου και παράμετροι

Ο φόβος του πόνου από τον οποίο βάλλονται οι επαγγελματίες υγείας αξιολογήθηκε με τη βοήθεια του *Ερωτηματολογίου Κλίμακας φόβου του πόνου (Fear of Pain Questionnaire (III), FPQ-III)* το οποίο έχει σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού παρουσιάζοντας δείκτη Cronbach's alpha 0,925. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει 30 προτάσεις συνολικά οι οποίες περιγράφουν ποικίλες επώδυνες καταστάσεις. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου διαχωρίζεται σε τρεις κλίμακες οι οποίες περιλαμβάνουν από 10 προτάσεις η κάθε

μα. Η πρώτη κλίμακα αναφέρεται στο φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη αφορά το φόβο που συνδέεται με δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη αξιολογεί το επίπεδο του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale).

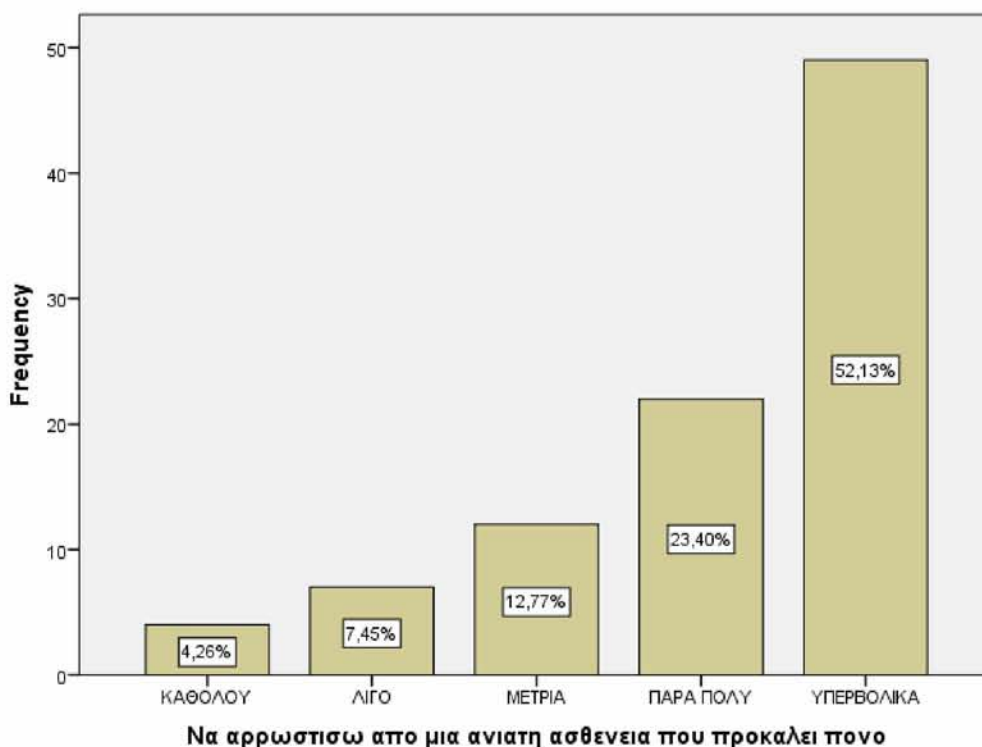
Η βαθμολόγηση του Φόβου του πόνου πραγματοποιείται σε 5βαθμη κλίμακα Likert. Το συνολικό αποτέλεσμα εκτιμάται από 0 μέχρι 120 με την υψηλότερη βαθμολογία να συνεπάγεται αυξημένα επίπεδα φόβου. Η βαθμολόγηση της κλίμακας πραγματοποιείται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα σε σύγκριση με άτομα που εντοπίζονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου. Με δεδομένο ότι επίσης πρόκειται για ερωτηματολόγιο το οποίο επίσης δομείται με αυτό-αναφορές δεν υφίστανται σωστές και λάθος απαντήσεις.

5.2.5 Φόβος του πόνου των επαγγελματιών υγείας και Ποσοστιαίες κατανομές

Το *Ερωτηματολόγιο Κλίμακας φόβου του πόνου (Fear of Pain Questionnaire (III), FPQ-III)* περιλαμβάνει συνολικά 30 προτάσεις που περιγράφουν ποικίλες επώδυνες καταστάσεις και οι επαγγελματίες υγείας κλήθηκαν να καταγράψουν τα επίπεδα φόβου που αισθάνονται απέναντι σε αυτές. Οι απαντήσεις που δόθηκαν παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς εντοπίζονται συγκεκριμένα ερωτήματα στα οποία το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που απάντησε ότι αισθάνεται φόβο ήταν αρκετά υψηλό.

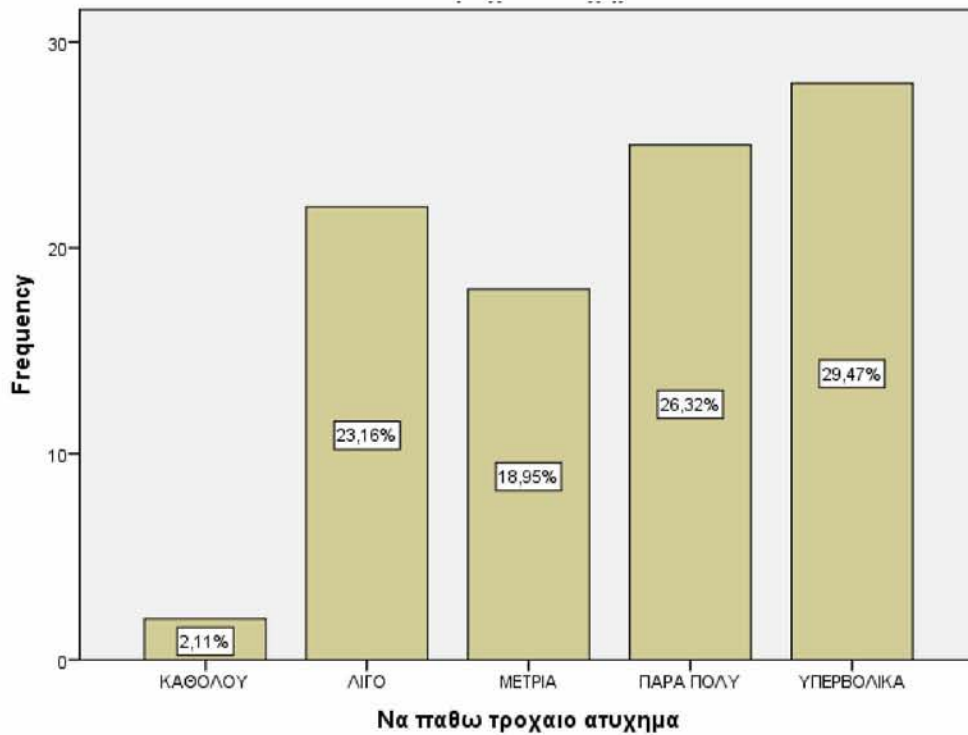
Το ερώτημα που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά το φόβο να εκδηλώσει το άτομο μια ανίατη ασθένεια την οποία συνοδεύουν συμπτώματα έντονου πόνου. Το 52,1% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι φοβάται σε υπερβολικό βαθμό την περίπτωση να ασθενήσει από ανίατη και επίπονη νόσο. Το γεγονός αυτό δύναται να οφείλεται στη συνεχή και έντονη επαφή των επαγγελματιών υγείας με τον πόνο και το θάνατο στο χώρο της εργασίας τους. Στο **Διάγραμμα 1** απεικονίζονται τα ποσοστά

των απαντήσεων που δόθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας στο συγκεκριμένο ερώτημα.



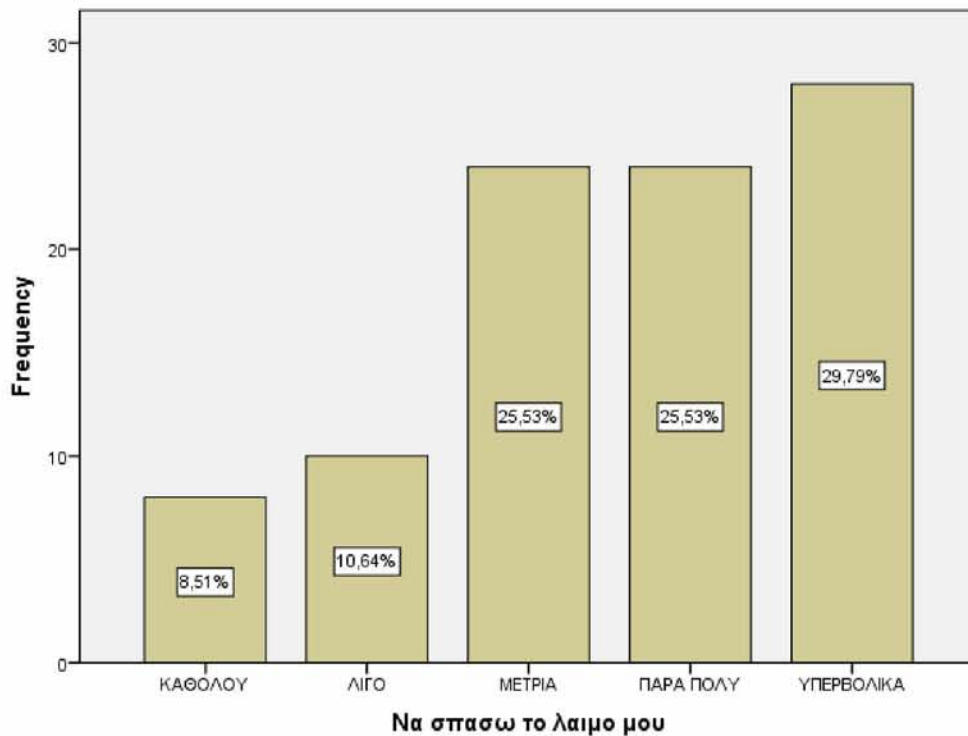
Διάγραμμα 1: Ανίατη ασθένεια που προκαλεί πόνο

Αντίστοιχα υψηλά εντοπίζονται τα ποσοστά των απαντήσεων στο ερώτημα σχετικά με το εάν φοβούνται να τους συμβεί κάποιο τροχαίο ατύχημα. Αν και μόνο 29,47% των επαγγελματιών υγείας απάντησαν ότι φοβούνται υπερβολικά, ένα εξίσου υψηλό ποσοστό (26,32%) φοβάται πάρα πολύ. Ο φόβος σε σχέση με το τροχαίο ατύχημα επίσης δύναται να σχετίζεται με το χώρο εργασίας ειδικότερα για επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) όπου συχνά δέχονται θύματα τροχαίων ατυχημάτων. Στο **Διάγραμμα 2** παρουσιάζονται τα ποσοστά των απαντήσεων στο ερώτημα αυτό.



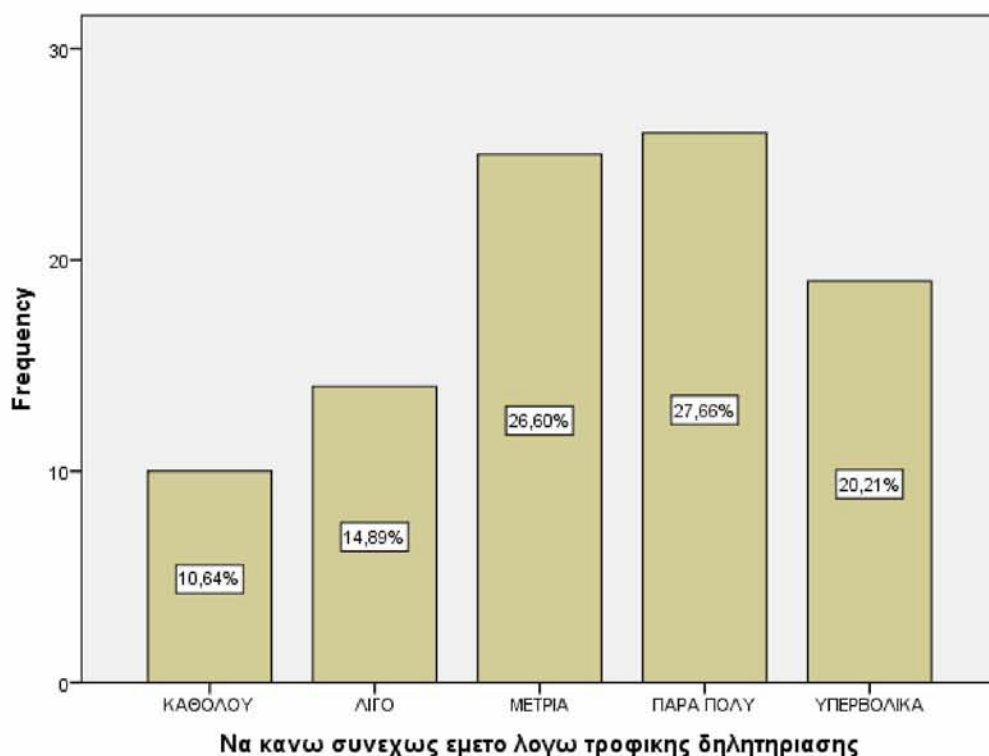
Διάγραμμα 2: Τροχαιο ατύχημα

Επίσης υψηλά ποσοστά απαντήσεων δόθηκαν στο ερώτημα σχετικά με το εάν φοβούνται να σπάσουν το λαιμό τους. Το 29,79% των επαγγελματιών υγείας απάντησε ότι φοβάται υπερβολικά και το 25,53% ότι φοβάται πάρα πολύ. Το κάταγμα στο λαιμό συνιστά ένα ιδιαίτερα επικίνδυνο τραυματισμό ο οποίος εάν δεν αποβεί μοιραίος πιθανό να προκαλέσει την παράλυση του ατόμου. Η επίγνωση της επικινδυνότητας του τραυματισμού αυτού αυξάνει τα ποσοστά φόβου που εκδηλώνονται από τους επαγγελματίες υγείας. Το **Διάγραμμα 3** απεικονίζει τα ποσοστά των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας.



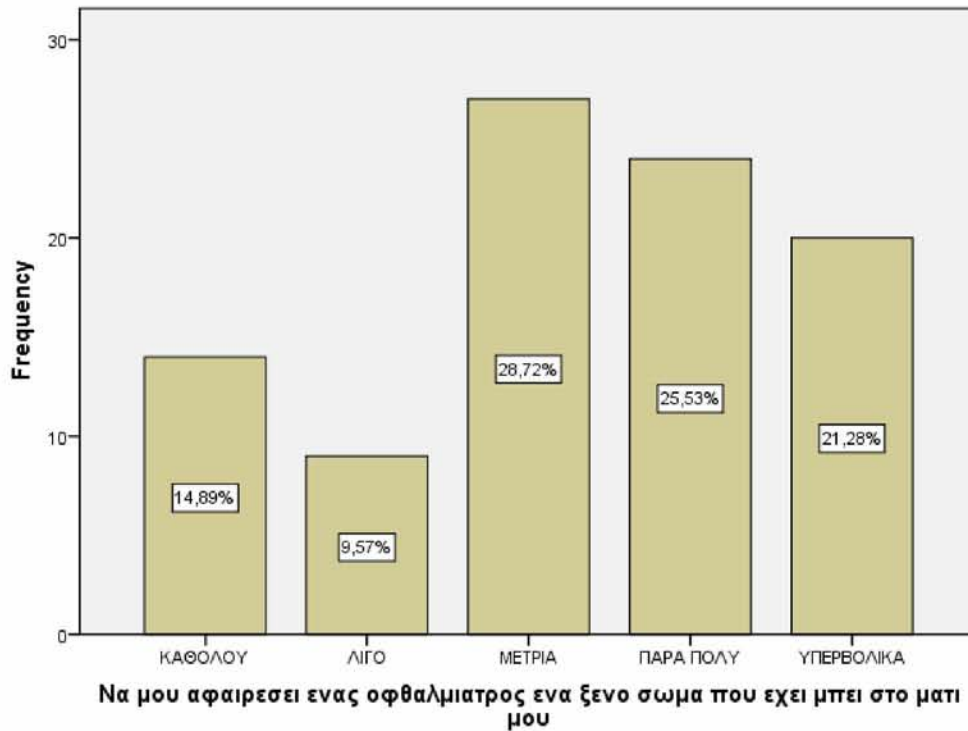
Διάγραμμα 3: Κάταγμα λαιμού

Αν και στο επόμενο ερώτημα δεν είναι υψηλό το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που απάντησαν ότι φοβούνται υπερβολικά (20,21%), εντοπίζονται υψηλά τα ποσοστά εκείνων που απάντησαν ότι φοβούνται πάρα πολύ (27,66%) και μέτρια (26,60%). Το ερώτημα αφορά το φόβο να προκληθεί έμεση λόγω τροφικής δηλητηρίασης. Η συγκεκριμένη περίπτωση συνιστά μια επώδυνη γενικά κατάσταση και κρίνεται λογική η αντίδραση των επαγγελματιών υγείας. Στο **Διάγραμμα 4** απεικονίζονται τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν.



Διάγραμμα 4: Πρόκληση έμεσης λόγω τροφικής δηλητηρίασης

Τέλος υψηλά ποσοστά εντοπίστηκαν και στο ερώτημα που αφορά την αφαίρεση ενός ξένου σώματος που έχει εισέλθει στον οφθαλμό με τη βοήθεια οφθαλμιάτρου. Παρότι το ποσοστό των εργαζομένων που φοβούνται υπερβολικά δεν είναι υψηλό (21,58%), το 25,53% του συνόλου φοβάται πολύ και επίσης ένα υψηλό ποσοστό (28,72%) φοβάται μέτρια. Ο φόβος να εισέλθει ένα αντικείμενο στον οφθαλμό συνδέεται άρρηκτα με το φόβο απώλειας του αισθητηρίου της όρασης και εντοπίζεται υψηλό στους επαγγελματίες υγείας. Στο **Διάγραμμα 5** παρατίθενται τα αντίστοιχα ποσοστά που αφορούν τις απαντήσεις στο συγκεκριμένο ερώτημα.



Διάγραμμα 5: Αφαίρεση ξένου σώματος από τον οφθαλμό

5.2.6 Φόβος του πόνου των επαγγελματιών υγείας και Συσχετίσεις

Προκειμένου να διαπιστωθεί επιπρόσθετα ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου του Φόβου του πόνου των επαγγελματιών υγείας και των μεταβλητών που μελετήθηκαν χρησιμοποιήθηκε επίσης η δοκιμασία συσχέτισης Pearson χ^2 - test. Η σύγκριση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με το σύνολο των ερωτημάτων που αντικατοπτρίζουν το επίπεδο του Φόβου του πόνου σύμφωνα με το **Ερωτηματολόγιο Κλίμακας φόβου του πόνου (Fear of Pain Questionnaire (III), FPQ-III)** προκειμένου να ελεγχθούν οι επιμέρους συσχετίσεις. Ομοίως στην περίπτωση που ο δείκτης p-value λάβει τιμές μικρότερες από 0.05 υποδηλώνει την παρουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς με πιθανότητα λάθους 5% ενημερώνοντας για τη συστηματική συμμεταβολή στις τιμές των μεταβλητών, χωρίς όμως να υποδεικνύει οποιαδήποτε αιτιώδη σχέση μεταξύ τους.

Ο Πίνακας 10 απεικονίζει τη σχέση ανάμεσα στο Επάγγελμα, δηλαδή το εάν ο επαγγελματίας υγείας είναι νοσηλευτής ή ιατρός, και το σύνολο των ερωτημάτων. Το Επάγγελμα σχετίζεται με ένα σχετικά σημαντικό αριθμό ερωτημάτων και απεικονίζει τη σχέση ανάμεσα στο αντικείμενο της εργασίας και το φόβο του πόνου που εκδηλώνουν οι επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 10: Επάγγελμα και έλεγχος συσχετίσεων

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Να σπάσω το λαιμό μου	10,444 ^a	,034
Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	19,006 ^a	,001
Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	14,174 ^a	,007
Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί πόνο	11,471 ^a	,022
Να μου τροχίζουν ένα δόντι	10,690 ^a	,030
Να πάθω μια μυϊκή κράμπα	5,916 ^a	,205

Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στις Βάρδιες στις οποίες απασχολείται ο επαγγελματίας υγείας και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Ο τύπος της Βάρδιας σχετίζεται σημαντικά με ένα μεγάλο αριθμό ερωτημάτων γεγονός που υποδηλώνει ότι επηρεάζει ιδιαίτερα την εκδήλωση φόβου του πόνου από τους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 11: Βάρδιες και έλεγχος συσχετίσεων

ΒΑΡΔΙΕΣ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Να σπάσω το λαιμό μου	20,607 ^a	,000

Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	20,166 ^a	,000
Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	13,238 ^a	,010
Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	27,661 ^a	,000
Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί πόνο	13,674 ^a	,008
Να μου βγάλουν ένα δόντι	10,642 ^a	,031
Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	11,888 ^a	,018
Να μου τροχίζουν ένα δόντι	16,592 ^a	,002

Στον **Πίνακα 12** που ακολουθεί αναγράφονται οι συσχετίσεις αναφορικά με τα Χρόνια Εργασίας των συμμετεχόντων και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Προκύπτει ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας συσχετίζονται σημαντικά με ένα μικρό αριθμό ερωτημάτων καθώς η κόπωση των συνεχόμενων ετών εργασίας επιβαρύνει πρόσθετα τον επαγγελματία υγείας εντείνοντας το φόβο του πόνου που αισθάνεται.

Πίνακας 12: Χρόνια εργασίας και έλεγχος συσχετίσεων

ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	25,588 ^a	,012
Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	22,889 ^a	,029
Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	22,954 ^a	,028
Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	21,475 ^a	,044
Να μου τροχίζουν ένα δόντι	24,812 ^a	,016
Να πάθω μια μυϊκή κράμπα	22,709 ^a	,030

Οι σημαντικότερες συσχετίσεις όμως εντοπίζονται σε ότι αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Ο Πίνακας 13 παρουσιάζει τις συσχετίσεις αναφορικά το Φύλο των επαγγελματιών υγείας και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Το Φύλο σχετίζεται σημαντικά με τον μεγαλύτερο αριθμό ερωτημάτων από κάθε άλλη παράμετρο, γεγονός που υποδηλώνει το διαφορετικό φόβο του πόνου όπως εκφράζεται από τα δύο φύλα. Οι συναισθηματικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες πιθανό να εγείρουν τη διαφορετική προσέγγιση του φόβου του πόνου.

Πίνακας 13: Φύλο και έλεγχος συσχετίσεων

ΦΥΛΟ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Να σπάσω το πόδι μου	9,990 ^a	,041
Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκίνητου την ώρα που κλείνει με δύναμη	9,949 ^a	,041
Να σπάσω το λαιμό μου	9,559 ^a	,049
Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	11,101 ^a	,025
Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	16,086 ^a	,003
Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	13,138 ^a	,011
Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	10,281 ^a	,036
Να μου βγάλουν ένα δόντι	13,156 ^a	,011

Ο Πίνακας 14 αναγράφει τις συσχετίσεις αναφορικά με την Οικογενειακή Κατάσταση των συμμετεχόντων και το σύνολο των ερωτημάτων. Προκύπτει ότι η Οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται σημαντικά με ένα μικρό αριθμό ερωτημάτων

και αποτυπώνει την επιρροή των οικογενειακών υποχρεώσεων και δεσμεύσεων στην εμφάνιση φόβου του πόνου.

Πίνακας 14: Οικογενειακή κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Να πάθω τροχαίο ατύχημα	20,111 ^a	,010
Να μαγκώσω το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκίνητου την ώρα που κλείνει με δύναμη	16,404 ^a	,037
Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	24,482 ^a	,002
Να σπάσω το λαιμό μου	17,067 ^a	,029

Ο Πίνακας 15 απεικονίζει τη σχέση ανάμεσα στον Τόπο Διαμονής και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Ο Τόπος διαμονής σχετίζεται με ένα σχετικά σημαντικό αριθμό ερωτημάτων και απεικονίζει τη σχέση ανάμεσα στην καθημερινή πίεση και στους ταχύτετους ρυθμούς διαβίωσης και το φόβο του πόνου που εκδηλώνουν οι επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 15: Τόπος διαμονής και έλεγχος συσχετίσεων

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Pearson χ^2 -Value	P-Value
Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	17,540 ^a	,025
Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	17,116 ^a	,029
Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	20,503 ^a	,009
Να μαγκώσω το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκίνητου την ώρα που κλείνει με δύναμη	16,832 ^a	,032
Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	20,369 ^a	,009

Να κάψω τα δάχτυλα μου με ένα σπίρτο	18,825 ^a	,016
Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς (οπίσθια)	16,256 ^a	,039
Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	19,558 ^a	,012
Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	23,828 ^a	,002
Να κοπώ στο δάχτυλο από μια σελίδα χαρτιού	24,291 ^a	,002
Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	16,484 ^a	,036
Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	20,761 ^a	,008

5.3 Περιορισμοί της μελέτης

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι περιορισμοί που τη χαρακτηρίζουν και οι οποίοι έχουν επιπτώσεις στη γενίκευση των αποτελεσμάτων της. Αρχικά η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας οι οποίοι απασχολούνται σε κλειστά τμήματα νοσηλείας ψυχιατρικών μονάδων στο Νομό Λάρισας. Η δειγματοληψία ενισχύθηκε με την προσωπική διανομή των ερωτηματολογίων στα Τμήματα των Υγειονομικών Μονάδων στις οποίες εργάζονται οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες προκειμένου να ληφθεί ένας ικανοποιητικός αριθμός συμμετεχόντων. Ως εργαλεία της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια γεγονός που ενέχει τον κίνδυνο της αυτό-αναφοράς. Συγκεκριμένα ενδέχεται οι συμμετέχοντες να ωραιοποίησαν συνειδητά ή και ασυνείδητα τις αυτό-αναφορές τους με στόχο την παρουσίαση του εαυτού τους με περισσότερο αποδεκτό και αξιόλογο τρόπο ή και λόγω της μη ικανοποιητικής κατανόησης των ερωτημάτων.

Επίσης ένας ακόμη περιορισμός υπήρξε η αδυναμία εξασφάλισης ιδανικών συνθηκών κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η διαδικασία διενεργήθηκε κατά κύριο λόγο σε κοινόχρηστους χώρους των Νοσοκομειακών Μονάδων και παρατηρήθηκε έντονη διάσπαση από εξωτερικούς παράγοντες σε αρκετές περιπτώσεις.

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί πως τα αποτελέσματα βασίζονται σε συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και όχι σε αιτιώδεις σχέσεις και άρα δεν δύναται να προκύψουν συμπεράσματα αιτίας- αιτιατού από τα αυτά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Συζήτηση

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην εκτίμηση του κινδύνου εκδήλωσης συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες που απασχολούνται στον Τομέα της Υγείας και ταυτόχρονα εξετάζει το μέγεθος του Φόβου του πόνου από το οποίο καταλαμβάνονται. Αρχικά επιχειρεί να αποτυπώσει την εικόνα που διαμορφώνουν οι επαγγελματίες υγείας αναφορικά με το επίπεδο των συνθηκών εργασίας τους καθώς και να αποσαφηνίσει το σύνολο των παραγόντων που το καθορίζουν. Επικεντρώνεται κατά βάση στον εντοπισμό της επίπτωσης των εργασιακών αλλά και κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων στην εκδήλωση συναισθημάτων κόπωσης. Η αξιολόγηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του *Ερωτηματολογίου Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI)* με τη βοήθεια του οποίου ορίζονται τα επίπεδα της επαγγελματικής κόπωσης και αποστασιοποίησης των επαγγελματιών. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται ευρέως αναφορικά με την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και ενώ αρχικά αφορούσε σε επαγγέλματα που συνεπάγονται άμεση επαφή με ανθρώπους, αργότερα με τροποποιημένες εκδόσεις χρησιμοποιήθηκε σε περισσότερα εργασιακά περιβάλλοντα. Η χρήση του προκειμένου να αξιολογηθούν τα επίπεδα κόπωσης των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη κρίνεται συνεπώς κατάλληλη.

Προκειμένου να αποσαφηνισθεί η επίπτωση των συνθηκών εργασίας στην εκδήλωση συναισθημάτων εξάντλησης από τους επαγγελματίες υγείας εξετάστηκαν ποικίλες παράμετροι που αναφέρονται στα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου εργασιακού χώρου καθώς και το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με το γεγονός ότι σαφώς οι συνθήκες εργασίας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πιθανότητα εντοπισμού συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Το συγκεκριμένο Τμήμα της Υγειονομικής Μονάδας στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επαγγελματίες επηρεάζει έντονα τον εργαζόμενο καθώς η πίεση και το άγχος εντοπίζονται να είναι ιδιαίτερος αυξημένα σε συγκεκριμένες θέσεις. Τμήματα όπως είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, η

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, το Ψυχιατρικό Τμήμα αλλά και οι Μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας χαρακτηρίζονται από εργασιακές συνθήκες έντασης που φθείρουν σταδιακά τον επαγγελματία προκαλώντας επαγγελματική κόπωση. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουν επίσης συναφείς έρευνες οι οποίες μελέτησαν την διαφοροποίηση μεταξύ των Τμημάτων των Νοσοκομειακών Μονάδων και των επιπέδων εργασιακού άγχους που καταγράφονται σε αυτά (Van den Tooren et al., 2011; Ahola, Toppinen-Tanner & Seppanen, 2017; Wilkinson et al., 2017; Dobnik, Maletic & Skela-Savic, 2018).

Σημαντική παράμετρο στην εκδήλωση εργασιακής κόπωσης συνιστά η επαγγελματική θέση του εργαζομένου, δηλαδή το εάν ανήκει στο νοσηλευτικό ή το ιατρικό προσωπικό της Νοσοκομειακής Μονάδας. Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα πίεσης και άγχους σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό κυρίως λόγω της συνεχούς επαφής τους τόσο με τους ασθενείς όσο και με το περιβάλλον αυτών. Παράλληλα στην πλειονότητα των περιπτώσεων καλούνται να εφαρμόσουν οδηγίες και αποφάσεις τις οποίες δεν έλαβαν οι ίδιοι με αποτέλεσμα να λειτουργούν υπό καθεστώς έντονης πίεσης. Επιπρόσθετα συχνά οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα αυτών δεν είναι απόλυτα καθορισμένα και η πίεση που ασκείται προκειμένου να καλύψουν ένα σύνολο διαφορετικών υποχρεώσεων κρίνεται επιβαρυντική. Σε αντίστοιχα αποτελέσματα αναφορικά με την εργασιακή πίεση που βιώνουν συγκεκριμένα οι νοσηλευτές κατέληξαν ομοίως πρόσφατες έρευνες (Craciun, Craiovan & Craciun, 2015; López-López et al., 2019; Sturzu et al., 2019).

Η παρουσία συμπτωμάτων εργασιακής κόπωσης συνδέεται στενά με το ωράριο εργασίας και ιδίως με τις βάρδιες στις οποίες απασχολούνται οι επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα το εναλλασσόμενο (ή κυλιόμενο) ωράριο είναι ιδιαίτερα απαιτητικό καθώς δεν επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να αναπαυθεί ικανοποιητικά και να ανασυντάξει τις δυνάμεις του. Η επίπτωση των εναλλασσόμενων βαρδιών στην εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης εντοπίζεται και σε συναφείς μελέτες που κατέληξαν σε όμοια συμπεράσματα (Hinno, Partanen & Vehvilainen- Julkunen, 2011; Ferri et al., 2016; Ramirez-Baena et al., 2018).

Τα χρόνια προϋπηρεσίας αποτελούν πρόσθετη επιβάρυνση αναφορικά με την πιθανότητα παρουσίας συμπτωμάτων κόπωσης. Η πίεση και το εργασιακό άγχος συσσωρεύονται και λειτουργούν αθροιστικά καταπονώντας τον επαγγελματία υγείας

ο οποίος νιώθει πλέον αδύναμος να αντιδράσει. Η αποχώρηση από το χώρο εργασίας φαντάζει ιδανική και η αποστασιοποίηση από τα εργασιακά καθήκοντα είναι συχνή. Ο επαγγελματίας παύει να λειτουργεί με ενσυναίσθηση και αποξενώνεται από τον αποδέκτη των υπηρεσιών του, δηλαδή από τον ασθενή, αντιμετωπίζοντας τον συχνά ως άψυχο αντικείμενο. Η επίδραση της κόπωσης των ετών εργασίας και η εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης αναλύεται επίσης σε πρόσφατες έρευνες (Unruh & Zhang, 2013; Lagerlund et al., 2015; Frogeli et al., 2018).

Η εμφάνιση συμπτωμάτων εργασιακής εξάντλησης σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με το φύλο. Η διαφοροποίηση αυτή έγκειται κυρίως στη διαφορετική αντιμετώπιση που επιδεικνύουν οι γυναίκες απέναντι στον πόνο και στο θάνατο αλλά και στην αυξημένη ευαισθησία τους οπότε και εμφανίζονται περισσότερο ευάλωτες στην συναισθηματική τριβή και σταδιακά στην εκδήλωση κόπωσης. Οι διαφορετικοί μηχανισμοί άμυνας μεταξύ των δύο φύλων απέναντι στην εργασιακή πίεση επίσης λειτουργούν επιβαρυντικά σε ότι αφορά τις γυναίκες εργαζόμενες οι οποίες αντιμετωπίζουν έντονα τις συναισθηματικές μεταπτώσεις που συνοδεύουν το συγκεκριμένο εργασιακό χώρο και συχνά καταβάλλονται από συναισθήματα άγχους. Η διάκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών αναφορικά με τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης εντοπίζεται αντίστοιχα σε μελέτες οι οποίες εξέτασαν το διαφορετικό αντίκτυπο των εργασιακών συνθηκών στον Τομέα της Υγείας στα δύο φύλα (Bria et al., 2013; Ahwal & Arora, 2015; Delfrate et al., 2018).

Η προσωπική ζωή και συγκεκριμένα η οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας εντοπίζεται να είναι στενά συνδεδεμένη με την εμφάνιση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης από τα οποία βάλονται. Η παρουσία πρόσθετων οικογενειακών υποχρεώσεων επιβαρύνει την ψυχολογία των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι νιώθουν να βιώνουν μια μόνιμη πίεση. Η σημαντική συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος και των ευθυνών που συνοδεύουν τη δημιουργία οικογένειας καταγράφονται σε πρόσφατες έρευνες οι οποίες επίσης καταλήγουν σε όμοια συμπεράσματα (Van Bogaert, P et al., 2013; Suner-Soler et al., 2014; Vlachou et al., 2016).

Ο τόπος διαμονής και η επιλογή αστικής, ημιαστικής ή αγροτικής περιοχής παρότι επηρεάζει σε μικρό βαθμό την καθημερινή ζωή των επαγγελματιών υγείας, δείχνει να καθορίζει απόλυτα την καθημερινότητά τους. Η ένταση που χαρακτηρίζει τη ζωή σε μεγάλες πόλεις σε συνδυασμό με τους ταχύτατους ρυθμούς αυτής επιβάλ-

λουν επιπρόσθετη πίεση στο άτομο αυξάνοντας τον κίνδυνο παρουσίας συμπτωμάτων κόπωσης. Η διαφορά όμως που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη κρίνεται ιδιαίτε- ρως μικρή ώστε να αποτελέσει τη βάση για την εξαγωγή ασφαλών και έγκυρων συ- μπερασμάτων.

Η σκιαγράφηση του επιπέδου του Φόβου του πόνου πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του *Ερωτηματολογίου κλίμακας φόβου του πόνου (Fear of Pain Questionnaire (III), FPQ-III)* η χρήση του οποίου επιτρέπει την απεικόνιση του φόβου απέ- ναντι στον πόνο που αισθάνονται οι επαγγελματίες υγείας και ταυτόχρονα τον εντο- πισμό των παραμέτρων που τον καθορίζουν. Η υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολό- γιο αυτό υποδηλώνει και αυξημένα επίπεδα φόβου του πόνου. Τα άτομα που παρου- σιάζουν υψηλή βαθμολογία σε σχέση με το φόβο του πόνου τείνουν να αποφεύγουν την επαφή με ερεθίσματα που δύναται να προκαλέσουν φόβο. Ειδικότερα στον Τομέα της Υγείας ο φόβος του πόνου λειτουργεί ανασταλτικά στην ομαλή και ορθή εκπλή- ρωση των εργασιακών καθηκόντων.

Σε ότι αφορά το φόβο του πόνου στην παρούσα μελέτη επίσης εξετάστηκαν οι συνθήκες εργασίας των συμμετεχόντων και ο βαθμός συσχέτισης αυτών με την εκδή- λωση συμπτωμάτων φόβου. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας καταλήγουν στη συσχέτιση της φύσης του επαγγέλματος, δηλαδή το εάν ο επαγγελματίας υγείας ανήκει στο νοσηλευτικό ή το ιατρικό προσωπικό, και στην παρουσία συναισθημάτων φόβου. Η επαφή με τον ασθενή εντοπίζεται να είναι εντονότερη στην περίπτωση των νοσηλευτών γεγονός που τους φέρει σε επαφή με υψηλά επίπεδα πόνου καθημερινά. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνει έντονα την ψυχοσύνθεση τους εγείροντας συναισθή- ματα φόβου του πόνου. Ο επαγγελματίας επιχειρεί να αποφύγει τον πόνο με αποτέλε- σμα να αποστασιοποιείται από τον ασθενή εκπληρώνοντας μηχανικά τα καθήκοντα του. Η σχέση των φοβικών συναισθημάτων και της φύσης του επαγγέλματος εντοπί- ζεται επίσης σε αντίστοιχες μελέτες (Turk & Wilson, 2010; Markfelder & Pauli, 2020).

Επιπρόσθετα τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με το γεγονός ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας αλλά και το ωράριο εργασίας και συγκεκριμένα οι βάρδιες σχε- τίζονται σημαντικά με την παρουσία φόβου του πόνου. Η αδυναμία ικανοποιητικής

ανάπαυσης σε συνδυασμό με την πολυετή ενασχόληση με τον πόνο πλήττουν τις αντοχές του επαγγελματία υγείας ο οποίος γίνεται περισσότερο ευάλωτος απέναντι στο φόβο συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει συναφής έρευνα που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα (Ritter et al., 2016).

Η επίδραση κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών στην διόγκωση του φόβου του πόνου εντοπίζεται στην παρούσα μελέτη κυρίως σε σχέση με την επιρροή του φύλου στην εκδήλωση συναισθημάτων φόβου. Το φύλο καθορίζει σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο φόβου του πόνου που καταγράφεται στους επαγγελματίες υγείας απεικονίζοντας το διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης του πόνου ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες. Οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο ευαισθητοποιημένες απέναντι στον πόνο και εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά φόβου του πόνου συμπέρασμα το οποίο τεκμηριώνουν αντίστοιχες μελέτες (Dobnik, Maletic & Skela-Savic, 2018; Markfelder & Pauli, 2020).

Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων επίσης επηρεάζει την εμφάνιση φόβου του πόνου. Οι οικογενειακές ευθύνες και υποχρεώσεις μεταβάλλουν τις αντοχές του ατόμου και η επιρροή των οικογενειακών δεσμεύσεων είναι έντονη σε ότι αφορά την εκδήλωση φόβου του πόνου. Στην περίπτωση που έχει δημιουργήσει οικογένεια ο επαγγελματίας υγείας παρουσιάζεται περισσότερο προσεκτικός και νιώθει ευάλωτος απέναντι στην πιθανότητα να του συμβεί ένα δυσάρεστο γεγονός. Αν και η συσχέτιση που εντοπίστηκε ήταν σχετικά μικρή το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με αντίστοιχα συμπεράσματα συναφών μελετών (Hamaideh, 2011; Tsaras et al., 2018; Tzeletoroulou et al., 2018).

Η συσχέτιση ανάμεσα στο φόβο του πόνου και τον τόπο διαμονής απεικονίζει την επίδραση της καθημερινής πίεσης των σύγχρονων συνθηκών ζωής στις μεγάλες πόλεις στην συναισθηματική ισορροπία του επαγγελματία υγείας και στην εκδήλωση συναισθημάτων φόβου και ανασφάλειας. Οι έντονοι ρυθμοί της καθημερινότητας εντείνουν τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας και αυξάνουν το ποσοστό παρουσίας φόβου του πόνου. Ο μικρός βαθμός συσχέτισης δεν εξασφαλίζει την έγκυρη και αξιόπιστη γενίκευση των αποτελεσμάτων και συνεπώς κρίνεται απαραίτητη η πρόσθετη διερεύνηση αναφορικά με την παράμετρο αυτή. Συναφείς έρευνες ανέφεραν τις επιπτώσεις των πιεστικών συνθηκών διαβίωσης στην εκδήλωση

του φόβου του πόνου αλλά δεν είναι σαφής η συμβολή του τόπου διαμονής σε αυτή (Flinkman, Leino- Kilpi & Salantera, 2010; Delfrate et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Συμπεράσματα

Η καθημερινή παρουσία κοντά στον ασθενή εγείρει συναισθήματα αναστάτωσης, πίεσης, απελπισίας αλλά και φόβου στον επαγγελματία υγείας. Η διαχείριση των σχέσεων με τον ασθενή και το περιβάλλον του αλλά και με τους συναδέλφους καταπονεί έντονα τον επαγγελματία υγείας ο οποίος καλείται να ανταπεξέλθει σε μια πληθώρα καταστάσεων. Συγχρόνως η ίδια η φύση του εργασιακού χώρου με τη συνεχή επαφή με τον πόνο και το θάνατο αλλά και τα αυξημένα και συχνά ασαφή επαγγελματικά καθήκοντα πλήττει την αντοχή του επαγγελματία ο οποίος απειλείται από την εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης.

Η συναισθηματική εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας συχνά συνοδεύεται από την παρουσία συναισθημάτων φόβου και ειδικότερα φόβου απέναντι στον πόνο. Σε μια προσπάθεια αποφυγής του πόνου ο επαγγελματίας δημιουργεί την απαραίτητη για αυτόν συναισθηματική απόσταση η οποία όπως κρίνεται επιζήμια στην ομαλή εκπλήρωση του ρόλου του. Οι σχέσεις που διαμορφώνονται ιδίως με τον ασθενή είναι έντονα δυσλειτουργικές και δεν επιτρέπουν στον επαγγελματία να παρέχει το κατάλληλο επίπεδο υπηρεσιών φροντίδας.

Η προστασία της υγείας των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα η αποφυγή εκδήλωσης συμπτωμάτων εξουθένωσης και φόβου κρίνεται ως ουσιαστικής σημασίας καθώς μέσω αυτής διασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υψηλής ποιότητας. Το εργασιακό άγχος επιβαρύνει σημαντικά την εργασιακή απόδοση των επαγγελματιών και κρίνεται σκόπιμη η λήψη κατάλληλων μέτρων προκειμένου να επιτευχθεί η πρόληψη αλλά και η αντιμετώπιση των ιδιαίτερα πιεστικών εργασιακών συνθηκών. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης προτείνεται να εφαρμοσθούν τόσο σε συλλογικό επίπεδο με την καλύτερη διαμόρφωση του ωραρίου εργασίας και την αποσαφήνιση των επαγγελματικών καθηκόντων όσο και σε ατομικό με την παροχή προγραμμάτων ψυχολογικής στήριξης των εργαζομένων.

Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να λειτουργεί ισορροπημένα στον εργασιακό του χώρο. Συνδυάζοντας το συναίσθημα με τη λογική καλείται να καταπολεμήσει τα

συναίσθημα φόβου του πόνου που τον κατακλύζουν και να παραμείνει αποδοτικός απέναντι στις υποχρεώσεις του. Η συγκρότηση ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας βασίζεται στην συνειδητοποίηση της πολυπλοκότητας του ρόλου του και των εργασιακών ευθυνών που τον συνοδεύουν. Μέσω των αντιφάσεων του επαγγέλματος του το οποίο συνδυάζει τη χαρά με τη λύπη και τον πόνο με την ελπίδα ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να δομήσει τη προσωπική του θεώρηση θέτοντας ως προτεραιότητα τη διασφάλιση της προσωπικής του υγείας και ανακαλύπτοντας μεθόδους αντιμετώπισης των επαγγελματικών δυσκολιών που ανακύπτουν καθημερινά. Ο Τομέας της Υγείας διακρίνεται για το υψηλό επίπεδο απαιτήσεων που παρουσιάζει και σαφώς η επιρροή είναι έντονη στους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται σε αυτόν. Η διασφάλιση της υγείας και της αφοσίωσης των εργαζομένων συνεπάγεται την παροχή υψηλού επιπέδου περίθαλψης στους ασθενείς εξασφαλίζοντας την ομαλή λειτουργία του συστήματος υγείας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ahola, K., Toppinen-Tanner, S. & Seppanen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout syndrome and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*: 1-11.

Ahwal, S. & Arora, S. (2015). Workplace Stress for Nurses in Emergency Department. *International Journal of Emergency & Trauma Nursing*, 1(2):17-21.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.S., Sochalski, J. & Silber J.H. (2002). Hospital staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288: 1987-1993.

Aiken, L. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344 (7851): 1-14.

Akerjordet, K. & Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3): 164-170.

Almeida, J.G., Kurita, G.P. & Pimenta, C.A. (2010). Chronic pain in schizophrenic patients: prevalence and characteristics. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3): 591-602.

Antoniou, A.S., Davidson, M.J. & Cooper, C.L. (2003). Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology*, 18: 592-621.

Balch, C., Freischlag, J. & Shanafelt, T. (2009). Stress and Burnout among Surgeons. *The Archives of Surgery*, 144 (4): 371-376.

Barling, J. (2001). Drowning not waving: Burnout and mental health nursing. *Contemporary Nurse*, 11(2-3): 247-259.

Bennett, S., Plint, A. & Clifford, T.J. (2005). Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Archives of Disease in Childhood*, 90: 1112-1116.

Borchini, R., Veronesi, G., Bonzini, M., Gianfagna, F., Dashi, O. & Ferrario, M.M. (2018). Heart Rate Variability Frequency Domain Alterations among Healthy Nurses Exposed to Prolonged Work Stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(113): 1-11.

Bovier, P.A., Arigoni, F., Schneider, M. & Gallacchi, M. (2009). Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *European Journal of Public Health*, 19(6): 611- 617.

Brewer, E. & Clippard L. (2002). Burnout and job satisfaction. *Human Resource Development Quarterly*, 13(2): 169-186.

Bria, M., Baban, A., Andreica, S. & Dumitrascu, D.L. (2013). Burnout and turnover intentions among Romanian ambulance personnel. *Social and Behavioral Sciences*, 84: 801-805.

Cleary, M. (2004). The realities of mental health nursing in acute inpatient environments. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(1): 53-60.

Coetzee, S.K., Klopper, H.C., Ellis, S.M. & Aiken, L.H. (2013). A tale of two systems- Nurses practice environment, well- being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2): 162-173.

Craciun, B. Craiovan, P.M. & Craciun, A. (2015). Perceived stress and strategic approach to coping among health professionals in private practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187:374 – 378.

Delfrate, F., Ferrara, P., Spotti, D., Terzoni, S., Lamiani, G., Canciani, E. & Bonetti, L. (2018). Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. *Medicina del Lavoro*, 109(2): 97-109.

de Loeff, P., Didden, R., Embregts, P. & Nijman, H. (2019). Burnout symptoms in forensic mental health nurses: Results from a longitudinal study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1): 306-317.

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

Dias, C.B. & Aranha Silva, A.L. (2010). The profile and professional practice of nurse in a psychosocial care service. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 44(2): 469-475.

Dobnik, M., Maletic, M. & Skela-Savic, B. (2018). Work-related stress factors in nurses at Slovenian Hospitals – a Cross-Sectional study. *Slovenian Journal of Public Health (Zdr Varst)*, 57(4):192-200.

Gatchel, R.J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist*, 59(8): 795-805.

Greenglass, E., Burke, R. & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and Burnout in Nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11: 211-215.

Faki, M., Gouva, M., Papathanasiou, I., Prapa, P.M., Pasxou, D., Prapa, E. & Kotrotiou, E. (2009). Stress in workers in primary health care. *Interscientific Health Care*, 1: 9-15.

Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S. Magnani, D. & Di Lorenzo, R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Management and Healthcare Policy*, 9:203–211.

Flinkman, M., Leino- Kilpi, H. & Salanterä, S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7): 1422-1434.

Frogeli, E. Rudman, A., Ljotsson, B. & Gustavson, P. (2018). Preventing stress-related ill health among newly registered nurses by supporting engagement in proactive behaviors: development and feasibility testing of a behavior change intervention. *Pilot and Feasibility Studies*, 4(28): 1-14.

Hamaideh, S.H. (2011). Burnout, social support, and job satisfaction among Jordanian mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(4): 234-242.

Hinno, S., Partanen, P. & Vehvilainen- Julkunen, K. (2011). Nursing activities, nurse staffing and adverse patient outcomes as perceived by hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (11–12): 1584-1593.

Holman, G.T, Beasley, J.W, Karsh, B.T, Stone, J.A, Smith, P.D & Wetterneck, T.B. (2016). The myth of standardized workflow in primary care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 23: 29-37.

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

Konstantinou, A.K., Bonotis, K., Sokratous, M., Siokas, V. & Dardiotis, E. (2018). Burnout Evaluation and Potential Predictors in a Greek Cohort of Mental Health Nurses. *Archives in Psychiatric Nursing*, 32(3): 449-456.

Kravits, McAllister-Black, R., Grant, M. & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23: 130-138.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19 (3): 192-207.

Lagerlund, M., Sharp, L., Linqvist, R., Runesdotter, S. & Tishelman, C. (2015). Intention to leave the workplace among nurses working with cancer patients in acute care hospitals in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing*, 19: 629-637.

Larrabee, J.H. (2003). Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 36 (5): 259-267.

López-López, I.M., Gómez-Urquiza, J.L., Cañadas, G.R., De la Fuente, E.I., Al-bendín-García, L. & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5): 1032-1041.

Markfelder, T. & Pauli, P. (2020). Fear of pain and pain intensity: Meta-analysis and systematic review. *Psychological Bulletin*, 146(5): 411-450.

Maslach, C. & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7 (1): 63-74.

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

Means-Christensen, A.J., Roy-Byrne, P.P., Sherbourne, C.D., Craske M.G. & Stein, M.B. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety*, 25(7): 593-600.

Meredith, P., Strong, J. & Feeney, J.A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self- efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, 123(1-2): 146-154.

Murrells, T., Robinson, S. & Griffiths, P. (2008). Job satisfaction trends during nurses' early career. *BMC Nursing*, 7: 7-12.

Poghosyan, L., Clarke, S.P., Finlayson, M. & Aiken, L.H. (2009). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33 (4): 288-298.

Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gomez-Urpuiza, J.L., Canadas-de la Fuente, G., De la Fuente-Solana, E. & Canadas-de la Fuente, G. (2018). A Multicentre Study of Burnout Prevalence and Related Psychological Variables in Medical Area Hospital Nurse. *Journal of Clinical Medicine*, 8(92): 1-12.

Ritter, K.J., Matthews, R.A., Ford, M.T. & Henderson, A.A. (2016). Understanding role stressors and job satisfaction over time using adaptation theory. *Journal of Applied Psychology*, 101(12): 1655-1669.

Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., Niakas, D. & Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*, 15(56): 1-9.

Sturzu, L., Lala, A., Bisch, M., Gutter, M., Dobre, D. & Schwan, R. (2019). Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study among Mental Healthcare Providers in France. *Journal of Medicine and Life*, 12(1): 21-29.

Suner-Soler, R., Grau-Marti, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S. & Gras, E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1: 82-89.

Tema, T., Poggenpoe, M. & Myburgh, C. (2018). A model to facilitate the mental health of psychiatric nurses in a forensic unit to manage mental health care users' hostile behaviour constructively. *Curationis*, 41(1): 1-8.

Tsaras, K., Papathanasiou, I.V., Kus, V., Panagiotopoulou, A., Katsou, M.A., Kelesi, M. & Fradelos, E. (2018). Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study. *Medical Archives*, 72(1): 62-67.

Turk, D.C. & Wilson, H.D. (2010). Fear of pain and prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2): 88-95.

Tzeletopoulou, A., Alikari, V., Zyga, S., Tsironi, M., Lavdaniti, M. & Theofilou, P. (2018). Are Burnout Syndrome and Depression Predictors for Aggressive Behavior Among Mental Health Care Professionals? *Medical Archives*, 72(4): 244-248.

Unruh, L. & Zhang, N.J. (2013). The role of work environment in keeping newly license RNs in nursing: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (12): 1678-1688.

Van Bogaert, P., Clarke, S., Williems, R. & Mondelaers, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcome, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (7): 1515-1524.

Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H. & Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work & Stress*, 22: 277-294.

Van den Tooren, M., de Jonge, J., Vlerick, P., Daniels, K. & Van de Ven, B. (2011). Job Resources and Matching Active Coping Styles as Moderators of the Longitudinal Relation between Job Demands and Job Strain. *International Journal Behavioral Medicine*, 18: 373-383.

Vlachou, E. M., Damigos, D., Lykacos, G., Chanopoulos, K., Kosmidis, G. & Karavis, M. (2016). The Relationship between Burnout Syndrome and Emotional Intelligence in Healthcare Professionals. *Health Science Journal*, 10 (5): 145-156.

Weber, A. & Jaekel- Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50 (7): 512-517.

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L. & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6: 18-29.

Yücel, İ. (2012). Examining the relationships among job satisfaction, organizational commitment, and turnover intention: An empirical study. *International Journal of Business and Management*, 7(20): 44-47.

Είστε ικανοποιημένοι από: (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Το αντικείμενο της εργασία σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Τη θέση της εργασία σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Στον εαυτό σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Στην οικογένειά σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ	

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΚΛΕΙΣΤΟ ΤΜΗΜΑ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΚΛΙΝΙΚΗ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

**Προτάσεις Αξιολόγησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης
(Maslach Burnout Inventory – MBI)**

Οι 22 προτάσεις που ακολουθούν αναφέρονται στα αισθήματά σας σχετικά με τη δουλειά σας. Σημειώστε δίπλα σε κάθε πρόταση τον **αριθμό** που εκφράζει καλύτερα το **πόσο συχνά** νοιώθετε το συναίσθημα της κάθε πρότασης.

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ		ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ
1.	Νιώθω συναισθηματικά άδειος / α από τη δουλειά μου.	
2.	Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.	
3.	Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.	
4.	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
5.	Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	
6.	Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους.	
7.	Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
8.	Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.	
9.	Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων.	
10.	Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	
11.	Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα.	
12.	Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα.	
13.	Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.	
14.	Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.	
15.	Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.	
16.	Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες).	
17.	Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
18.	Νιώθω αναζωογονημένος / η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
19.	Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή.	
20.	Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.	

21.	Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου.	
22.	Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.	

Fear of Pain Questionnaire (III)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ο παρακάτω πίνακας, περιέχει φράσεις, που περιγράφουν καταστάσεις επώδυνων εμπειριών. Παρακαλώ διαβάστε κάθε φράση ξεχωριστά και σκεφτείτε πόσο **ΠΟΛΥ ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ** για τον **ΠΟΝΟ** που σας προκάλεσε κάθε κατάσταση. **Αν δεν έχετε βιώσει** ποτέ τον **ΠΟΝΟ** από κάποια από τις καταστάσεις που περιγράφονται, παρακαλώ απαντήστε με το σκεπτικό του πόσο **ΠΟΛΥ ΘΑ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ** για τον **ΠΟΝΟ** που θα νιώθατε **αν θα βιώνατε** κάποια τέτοια εμπειρία. **Κυκλώστε** έναν αριθμό για το κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τον δικό σας **ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ** σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.

Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	ΚΑΘΟ- ΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕ- ΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙ- ΚΑ
1. Να πάθω τροχαίο ατύχημα	0	1	2	3	4
2. Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	0	1	2	3	4
3. Να σπάσω το χέρι μου	0	1	2	3	4
4. Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	0	1	2	3	4
5. Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	0	1	2	3	4
6. Να σπάσω το πόδι μου	0	1	2	3	4
7. Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	0	1	2	3	4
8. Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	0	1	2	3	4
9. Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη	0	1	2	3	4
10. Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	0	1	2	3	4
11. Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	0	1	2	3	4
12. Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπίρτο	0	1	2	3	4
13. Να σπάσω το λαιμό μου	0	1	2	3	4
14. Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)	0	1	2	3	4
15. Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	0	1	2	3	4
16. Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	0	1	2	3	4
17. Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	0	1	2	3	4
18. Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	0	1	2	3	4
19. Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού	0	1	2	3	4
20. Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	0	1	2	3	4
21. Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	0	1	2	3	4
22. Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	0	1	2	3	4
23. Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει	0	1	2	3	4
24. Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο	0	1	2	3	4
25. Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο	0	1	2	3	4

26. Να μου βγάλουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
27. Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	0	1	2	3	4
28. Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	0	1	2	3	4
29. Να μου τροχίζουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
30. Να πάθω μια μυϊκή κράμπα	0	1	2	3	4