



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ – ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΥΔΑΤΩΝ & ΔΗΜΟΣΙΑ
ΥΓΕΙΑ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURNOUT) ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ**

**ΚΑΜΗΛΑΡΑΚΗ ΧΡΗΣΤΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΠΟΛΙΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ Ε.Μ.Π.**

ΛΑΡΙΣΑ 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ – ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΥΔΑΤΩΝ & ΔΗΜΟΣΙΑ
ΥΓΕΙΑ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURNOUT) ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ**

**ΚΑΜΗΛΑΡΑΚΗ ΧΡΗΣΤΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΠΟΛΙΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ Ε.Μ.Π.**

ΛΑΡΙΣΑ 2013

Τριμελής Επιτροπή:

1. Χατζηχριστοδούλου Χρήστος : Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και
Επιδημιολογίας Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Διευθυντής Π.Μ.Σ

2. Ραχιώτης Γεώργιος : Λέκτορας Επιδημιολογίας Ιατρικού Τμήματος
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

3. Πουρνάρας Σπυρίδων : Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών

**Στο Δημήτρη,
τον Ηλία και το Σταύρο**

Περίληψη

Τίτλος: Συχνότητα συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) και εκτίμηση παραγόντων κινδύνου σε επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

Λέξεις Κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, συναισθηματική εξουθένωση, αποπροσωποποίηση, έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, burnout, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, επαγγελματίες υγείας.

Σκοπός της μελέτης: Η προσέγγιση και η διερεύνηση της συχνότητας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, ο εντοπισμός πιθανών παραγόντων κινδύνου, που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου και η πρόταση λήψης μέτρων για την πρόληψη και την άρση του συνδρόμου.

Υλικό: Το δείγμα της έρευνας αποτελούν 155 επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας εκ των οποίων οι 71 γιατροί και οι 84 νοσηλεύτές

Εργαλείο μέτρησης Burnout: Ως εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης με 36 συνολικά ερωτήσεις, που αποτελείται από τρία τμήματα. Το πρώτο τμήμα περιλαμβάνει ερωτήσεις της κλίμακας Maslach, το δεύτερο τμήμα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικά χαρακτηριστικά και το τρίτο με επαγγελματικά χαρακτηριστικά.

Μεθοδολογία: Βάσει της στατιστικής ανάλυσης υπολογίστηκαν μέτρα μέσης τιμής και διασποράς. Για δεδομένα, που προέρχονται από κανονική κατανομή, υπολογίστηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις και για δεδομένα που δεν προέρχονται από κανονική κατανομή, υπολογίστηκαν διάμεσες τιμές. Χρησιμοποιήθηκαν η μονοπαραγοντική και η πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση. Για τη μονοπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 test για τα ποιοτικά δεδομένα και student's t-test για τα ποσοτικά δεδομένα. Το επίπεδο σημαντικότητας για τις στατιστικές δοκιμασίες ορίστηκε σε 5%. Ως πολυπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης (logistic regression analysis). Στο μοντέλο της πολυπαραγοντικής ανάλυσης εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η βαθμολογία συναισθηματικής εξουθένωσης και ανεξάρτητες μεταβλητές η έλλειψη υλικών στην εργασία κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους και τα έτη εργασίας.

Αποτελέσματα και Συζήτηση: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα (46,2%). Μετρήθηκε υψηλή αποπροσωποποίηση των εργαζομένων ποσοστό 40,7% σε σχέση με τον παράγοντα «η ανάπαυση μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας δεν είναι ικανοποιητική». Μετρήθηκε υψηλή συναισθηματική εξουθένωση και καταγράφηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για συναισθηματική εξουθένωση η έλλειψη υλικών στην εργασία κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους και τα έτη εργασίας των εργαζομένων.

Συμπεράσματα: Διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει πλήξει και τους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Πρέπει, με βασικό στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στον ασθενή, η πολιτεία να εξασφαλίσει επαρκείς οικονομικούς πόρους, επαρκή εξοπλισμό και υγειονομικό υλικό, οι διοικήσεις των νοσοκομείων να μεριμνούν έγκαιρα για την πρόληψη και την άρση του με τη λήψη κατάλληλων μέτρων και την άσκηση παρεμβάσεων και οι εργαζόμενοι να συμμετέχουν συνειδητά και ενεργά στα προγράμματα παρέμβασης.

ABSTRACT

Prevalence of Burnout Syndrome and possible risk factors among health care workers at General Hospital of Larissa .

OBJECTIVE: Burnout syndrome in health care workers is described as a syndrome of physical and emotional exhaustion, because it complicates their communication with patients and downgrades the quality of the health services provided in hospitals. The aim of this study was to examine the level of burnout syndrome of the health care workers at General Hospital of Larissa in relation to demographic variables and occupational-managerial characteristics, and to propose necessary interventions.

METHOD: The study sample consisted of 155 health care workers from various different departments and clinics of the hospital. Two evaluation tools were used: The Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to measure burnout and in addition, and a questionnaire of six questions designed for this study to evaluate sociodemographic variables and eight questions designed to evaluate occupational factors and the conditions of working environment contributing to burnout levels.

Univariate and multivariate statistical models were used for the analysis of data.

RESULTS: High rate (46,2%) of professional burnout syndrome has been found among health care workers of Larissa General Hospital. Univariate analysis revealed that the variable that was positively associated with a high level of depersonalization (40,7%) was “the non-satisfactory rest after a night shift”.

Univariate analysis also revealed, that the variables positively associated with a high level of emotional exhaustion was the number of years in the profession, 46,2% of the health care workers, with less than 13 years of service, the lack of sufficient medical materials, 25,4% of the health workers, the insecurity of work, 31,7% of the health workers and the non-satisfactory rest after a night shift, 33,3% of the health workers.

Multiple Logistic regression analysis revealed that the variables of “lack of sufficient medical materials” and “the number of years in the profession” area significant independent variables for emotional exhaustion.

CONCLUSIONS: Our study found a high prevalence of emotional exhaustion among health care workers of General Hospital of Larissa. Lack of sufficient medical material and duration of employees were independent predictors of emotional exhaustion. It is proposed that several actions area needed to deal with the problem.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	vi
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	viii
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xiv
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	x
ΜΕΡΟΣ Ι.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURNOUT).....	1
1.1. Γενικά στοιχεία.....	1
1.2. Ιστορική Αναδρομή.....	3
1.3. Γενικά συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	5
1.4. Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης ενός επαγγελματία υγείας.....	7
1.5 Ταξινόμηση των συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	12
ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	12
2.1. Γενικά στοιχεία.....	12
2.2. Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky (1980)	12
2.3. Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)	13
2.4. Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982).....	14
2.5. Το μοντέλο της Pines.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	18
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURNOUT).....	18
3.1. Επαγγελματική ικανοποίηση και παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.....	18
3.1.1. Εργασιακοί Παράγοντες.....	20
3.1.2. Κοινωνικοί Παράγοντες.....	23
3.1.3. Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	25
3.1.4. Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά.....	28
3.1.5. Ερευνητικά δεδομένα για τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout)	30
3.2. Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) ..	31
3.3. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) και Προσωπικότητα	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	34
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	34
4.1. Κλίμακες αξιολόγησης επαγγελματικής εξουθένωσης	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	36
ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	36
5.1 Αυτό-αναγνώριση της ύπαρξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout).....	36
5.2 Μέτρα πρόληψης σε ατομικό επίπεδο	37
5.3. Μέτρα πρόληψης σε διοικητικό επίπεδο.....	39

5.3.1. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.....	40
5.3.2. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.....	42
5.3.3. Το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.....	44
ΜΕΡΟΣ II.....	
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	51
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ	51
6.1. Σκοπός της μελέτης.....	51
6.2. Δείγμα της έρευνας.....	51
6.3. Εργαλείο μέτρησης Burnout	51
6.4. Στατιστική ανάλυση.....	53
6.4.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση	53
6.4.2. Πολυπαραγοντική ανάλυση.....	53
6.5. Αποτελέσματα.....	54
6.5.1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά	54
6.5.2. Αποπροσωποποίηση.....	60
6.5.3. Μονοπαραγοντική ανάλυση συναισθηματικής εξουθένωσης.....	61
6.5.4. Πολυπαραγοντική ανάλυση της συναισθηματικής εξουθένωσης	63
6.5.5. Συμπεράσματα - Συζήτηση	64
6.5.6. Προτάσεις.....	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	83

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ τον επιβλέποντα Αναπληρωτή Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και Διευθυντή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών κ. Χρήστο Χατζηχριστοδούλου για την καθοδήγησή του, τις συμβουλές του και την επιστημονική του στήριξη κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τα μέλη της επιτροπής, τον Λέκτορα Επιδημιολογίας του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Γεώργιο Ραχιώτη και τον Αναπληρωτή Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Πουρνάρα Σπυρίδωνα, για την πολύτιμη βοήθειά τους, που συνετέλεσε στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας για τη συμμετοχή του στην έρευνα.

Τέλος, να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, το σύζυγό μου Δημήτρη Σαμαρά και τα παιδιά μου Ηλία και Σταύρο για την κατανόησή τους και την αμέριστη συμπαράσταση που μου πρόσφεραν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα	1	: Αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους, 2003	16
Διάγραμμα	2	: Παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση	18
Διάγραμμα	3	: Σχηματική απόδοση του μοντέλου εργασίας κατά Krogstad, Veenstra, 2001	23
Γράφημα	1	: Φύλο επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα	83
Γράφημα	2	: Επίπεδο εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας	83
Γράφημα	3	: Οικογενειακή κατάσταση επαγγελματιών υγείας	84
Γράφημα	4	: Τομέας Εργασίας επαγγελματιών υγείας	84
Γράφημα	6	: Έλλειψη υλικών στην εργασία	57
Γράφημα	7	: Επίδραση της έλλειψης υλικών	58
Γράφημα	8	: Αίσθηση ανασφάλειας της εργασίας επαγγελματιών υγείας	58
Γράφημα	9	: Επίδραση της ανασφάλειας της εργασίας επαγγελματιών υγείας	59
Γράφημα	10	: Ανάπαυση μετά από νυκτερινή βάρδια	59

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά εργασιακού περιβάλλοντος των συμμετεχόντων	54
Πίνακας 2: Παράγοντες που επηρεάζουν την αποπροσωποποίηση (Μονοπαραγοντική ανάλυση)	60
Πίνακας 3: Παράγοντες που επηρεάζουν τη συναισθηματική εξουθένωση (Μονοπαραγοντική ανάλυση)	61
Πίνακας 4: Πολυπαραγοντική ανάλυση συναισθηματικής εξουθένωσης	63

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURNOUT)

1.1. Γενικά στοιχεία

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» (burnout) αποτελεί σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, το οποίο μπορεί να αναπτυχθεί σε εργαζόμενους, που έρχονται σε διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλους ανθρώπους. Εκφράζει τη ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Όταν η κόπωση στους εργαζόμενους γίνεται σοβαρή και επίμονη, μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια αδυναμία και μειωμένη ικανότητα για εργασία. Γενικά, μπορεί να περιγραφεί ως μια επίμονη, αρνητική, σχετιζόμενη με την εργασία νοητική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξουθένωση και αποπροσανατολισμό, μειωμένη αποτελεσματικότητα, έλλειψη κινήτρων και δυσλειτουργία στην εργασία. Γενικότερα, ο επαγγελματίας αμφισβητεί την επαγγελματική του δραστηριότητα και βιώνει αισθήματα απαισιοδοξίας αλλά και απαξίωσης (Αντωνίου, 2003).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες, που ασχολούνται με τη δομή της σημερινής κοινωνίας, όπως επίσης και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης και έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις τις οποίες επιφέρει στο άτομο, στην οικονομία και γενικότερα στην παραγωγή. Οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της μη ικανοποίησης από την εργασία τους. Το σύνδρομο αυτό έχει σοβαρές και ποικίλες προεκτάσεις, αφού μπορεί να οδηγήσει τους γιατρούς και τους νοσηλευτές σε ψυχοσωματικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τον Potter, πρόκειται για μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία, που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου. Ιδιαίτερη έμφαση παρέχεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Μετά από την εμφάνισή του, το σύνδρομο υποχωρεί δύσκολα. Ο εργαζόμενος έχοντας μάθει να εργάζεται αυτόματα και χωρίς τα ανάλογα κίνητρα, αλλοτριώνεται απέναντι στην εργασία του και δυσκολεύεται να ανακάμψει, ακόμη κι αν βελτιωθούν οι συνθήκες της εργασίας. Επιπλέον, ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (burnout) περιγράφει την καθημερινή δυσφορία και

ευερεθιστότητα, την καταβολή δυνάμεων, το αίσθημα «κενού», την αίσθηση απογοήτευσης και ανικανότητας πολλών εργαζομένων και ιδιαίτερα εκείνων που ασχολούνται στις υπηρεσίες φροντίδας, υγείας και πρόνοιας. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο, με συνεχείς αλλαγές στη σταδιακή ανάπτυξή του, όπου ο εμπλεκόμενος επαγγελματίας το βιώνει ως προσωπικό του πρόβλημα και χρησιμοποιεί τέτοιους τρόπους αντιμετώπισης του παρατεταμένου εργασιακού στρες, που τον οδηγούν στην κατάρρευση της προσαρμοστικής ικανότητάς του. Τελικά έχουμε έναν επαγγελματία εξαντλημένο, ανήμπορο να διεκπεραιώσει ακόμη και καθημερινές εργασίες ρουτίνας, απογοητευμένο από τον εαυτό του και το εργασιακό του περιβάλλον, που επιλέγει την απομόνωση και που ίσως θελήσει να αποσυρθεί από τη συγκεκριμένη εργασία του. Η ετυμολογία του συνδρόμου " Burnout " στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης».

Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας με αυξανόμενη διεπιστημονική προσέγγιση και βιβλιογραφία, δεν υπάρχει προς το παρόν ένας αποδεκτός ορισμός. Ο ευρύτερα αποδεκτός ορισμός του συνδρόμου είναι αυτός που έδωσε η Christine Maslach (Maslach, 2000), σύμφωνα με τον οποίο, ορίζεται ως επαγγελματική εξουθένωση ένα σύνδρομο ψυχικής, σωματικής και πνευματικής κόπωσης, που αποτελεί την αντίδραση του εργαζόμενου στο χρόνο και διαπροσωπικό στρες της εργασίας του και χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις: **Τη συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)**, η οποία εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του επαγγελματία, που δε διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στη δουλειά του και αισθάνεται ψυχικά άδειος, **την αποπροσωποποίηση (depersonalization)**, η οποία εκδηλώνεται με την απομάκρυνση του επαγγελματία υγείας από τους ασθενείς, την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων μαζί τους και ο εργαζόμενος αναπτύσσει ένα μηχανισμό άμυνας προκειμένου να αντιμετωπίσει τη συναισθηματική εξάντληση που βιώνει και **το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων (reduced feeling of personal accomplishment)**, η οποία εκδηλώνεται με τη μείωση της απόδοσης και την παραίτηση του επαγγελματία από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2000). Προκύπτει ως αποτέλεσμα των δύο παραπάνω και τελικό αποτέλεσμα είναι ο κυνισμός, η εξουθένωση και η αναποτελεσματικότητα.

Το φαινόμενο του "burnout" δεν περιορίζεται στους επαγγελματίες υγείας, αλλά αφορά και εργαζόμενους σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα, όπως είναι οι εκπαιδευτικοί, οι αστυνομικοί, οι νομικοί, οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι κ.ά. Ιδιαίτερα ευάλωτοι, βέβαια, είναι όσοι ασχολούνται με την υγεία του ανθρώπου και από αυτούς ξεκίνησε η μελέτη του συνδρόμου. Μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν σε πολλούς κλάδους εργαζομένων σε ολόκληρο τον κόσμο, δείχνουν ότι ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό από αυτούς φτάνει κάποτε σε μια κατάσταση απάθειας και αδιαφορίας όσον αφορά την εργασία τους. Αυτό είναι το κύριο

σύμπτωμα του «Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης» ή «Burnout syndrome».

Οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της μη ικανοποίησης από την εργασία τους. Το σύνδρομο αυτό έχει σοβαρές και ποικίλες προεκτάσεις, αφού μπορεί να οδηγήσει τους γιατρούς και τους νοσηλευτές σε ψυχοσωματικά προβλήματα, επειδή έχει ποικίλες επιπτώσεις σ' αυτούς, δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους ασθενείς και υποβαθμίζει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στα νοσοκομεία.

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ξεκίνησαν οι πρώτες έρευνες για τα συναισθήματα των εργαζομένων, οι οποίες εντόπισαν, περιέγραψαν και κατέγραψαν το φαινόμενο και τη μεγάλη συχνότητά του. Οι έρευνες ξεκίνησαν από την παρατήρηση ότι μετά από ένα χρονικό διάστημα οι εργαζόμενοι «άδειαζαν» από συναισθήματα και έχαναν τα κίνητρα και την αφοσίωσή τους. Τότε, διατυπώθηκαν οι πρώτοι ορισμοί για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το 1974 έγινε η πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου της «επαγγελματικής εξουθένωσης» από τον ψυχολόγο και ψυχαναλυτή Dr **Herbert Freudenberger**, ως εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών του αποθεμάτων. Ο Freudenberge, το 1975, κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας, αλλά και σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις με άλλα άτομα. Αφού κατέγραψε το σύνολο των συμπτωμάτων, τα οποία παρατήρησε σε εθελοντές και κυρίως επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρείχαν υπηρεσίες στο χώρο της ψυχικής υγείας (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1992) περιέγραψε την έννοια του όρου Burnout ως ένα κτήριο που έχει καταστραφεί από φωτιά».

Στη δεκαετία του 1980 η μελέτη του συνδρόμου έγινε πιο συστηματική και πιο εμπειρική. Το 1982, η ψυχολόγος **Christine Maslach**, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης το περιγράφει ως «δείκτη φθοράς» των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζομένου και έδωσε τον παρακάτω ορισμό: «Επαγγελματική εξουθένωση είναι η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης, η οποία χαρακτηρίζεται και από συναισθηματική εξάντληση και ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς.

Δημιουργήθηκαν και διαδόθηκαν κλίμακες μέτρησης για την αξιολόγηση του βαθμού εξουθένωσης των ατόμων με επαγγελματική κόπωση, με κυρίαρχη αυτή της Christine

Maslach. Ο κλάδος της βιομηχανικής ψυχολογίας συνέβαλε στην έρευνα του φαινομένου. Θεωρήθηκε ότι το σύνδρομο αντιπροσωπεύει εργασιακό στρες που σχετίζεται με την ικανοποίηση, την αφοσίωση στην εργασία και τις απογοητεύσεις που πηγάζουν από τις εργασιακές και διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, αλλά και τις γενικότερες συνθήκες εργασίας

Δεν έχουν διερευνηθεί εκτενώς οι λόγοι για τους οποίους στις νεαρότερες ηλικίες δεν έχουμε την ίδια συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει επειδή τα νεαρότερα άτομα, όταν αντιληφθούν ότι η εργασία τους επηρεάζει τόσο έντονα, αλλάζουν ευκολότερα επαγγελματική κατεύθυνση καθώς βρίσκονται στα πρώτα στάδια της σταδιοδρομίας τους.

Το φύλο των εργαζομένων στις περισσότερες έρευνες φαίνεται να παίζει ρόλο στην εργασιακή ικανοποίηση και εμμέσως στην εμφάνιση του burnout. Υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις στις έρευνες, ενώ τις περισσότερες φορές στους άνδρες παρατηρείται πιο έντονα ο κυνισμός και στις γυναίκες η εξουθένωση. Παράλληλα, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι ανύπαντροι και οι διαζευγμένοι εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματική εξουθένωση από τους παντρεμένους. Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι, συχνά, άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, χωρίς όμως να έχουν διερευνηθεί και οι λόγοι. Η Maslach θεωρεί ως πιθανό αίτιο τις προσδοκίες αυτών των ατόμων από την εργασία τους, που συνήθως είναι περισσότερες και βρίσκονται σε αναλογία με το εκπαιδευτικό επίπεδό τους.

Στη δεκαετία του 1990, η έννοια του συνδρόμου διευρύνθηκε και διαπιστώθηκε η ύπαρξή του και σε άλλους επαγγελματικούς κλάδους όπως εκπαιδευτικούς, νομικούς, στρατιωτικούς, διοικητές, ιερείς κ.ά. Δημιουργήθηκαν εργαλεία μέτρησής του και διενεργήθηκαν μελέτες με στόχο την διερεύνηση των μακροπρόθεσμων συνεπειών του εργασιακού στρες, ώστε να καταγραφεί παράλληλα και η αποτελεσματικότητα των μεθόδων καταπολέμησής του.

Το 1992 η **Brophit** περιγράφει τον όρο Burnout ως «η φλόγα που χορεύει, δίνει ζεστασιά, ενέργεια και φως, αλλά τελικά σβήνει όταν τελειώσει η πηγή ενέργειάς της και μένει μόνο η στάχτη και ο θάνατος».

Το 1993 ο **Leiter** πραγματοποίησε μια σειρά από έρευνες σε επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας και διερεύνησε τρεις κατηγορίες παραγόντων: α) τις εργασιακές απαιτήσεις ποσοτικού χαρακτήρα (υπερβολικός φόρτος εργασίας), β) τις εργασιακές απαιτήσεις ποιοτικού χαρακτήρα (ενδογενείς συγκρούσεις) και γ) την έλλειψη διαθέσιμων πόρων των επαγγελματιών (έλλειψη υποστήριξης, έλλειψη αυτονομίας) (Τικταπανίδου, 2002).

Αναφορικά δε με τις εργασιακές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο **Schaufeli** συνδέει την επαγγελματική εξουθένωση με τη μείωση της παραγωγικότητας (Λαχανά, 2003), ενώ ορισμένες μελέτες, όπως των **Frilsen** και **Sarros**, διαπίστωσαν

σημαντική αρνητική επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην εργασία με την εμφάνιση συχνών απουσιών και την αποχώρηση του προσωπικού, καθιστώντας την επομένως την αιτία ή τουλάχιστον έναν από τους παράγοντες που οδηγούν κάποιον να εγκαταλείψει τη δουλειά του (Αντωνίου, 2003).

1.3. Γενικά συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης θυμίζουν σε αρκετά σημεία την κατάθλιψη, γι' αυτό άλλωστε, πολλές φορές, αναφέρεται ως εργασιακή κατάθλιψη. Πρόκειται για ένα νέο ψυχιατρικό όρο με κοινωνικό-οικονομικές προεκτάσεις, όπως αποδεικνύεται από διάφορες μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στον Καναδά, στην Ευρώπη και στην Αυστραλία. Επίσης, υπάρχουν κοινά σημεία με το σύνδρομο του μετατραυματικού στρες και το σύνδρομο των αγχωδών διαταραχών. Παρουσιάζονται συμπτώματα οργανικά, συναισθηματικά και συμπεριφοράς, που ο πάσχων συχνά αδυνατεί να τα αποδώσει σε κάποια συγκεκριμένη αιτία. Τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να συνοψιστούν στα εξής (Shaufeli W., Maslach C. et al. 1993, Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Ε., 1999, Γρεβιάς Δ., 1991) :

Γενικά αρνητικά συμπτώματα που είναι η αγωνία, οι συχνές διαμαρτυρίες, η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και τις διαπροσωπικές σχέσεις, τα αισθήματα αδικίας, οι εκρήξεις θυμού, η μείωση της αυτοεκτίμησης, η ανασφάλεια, η ανησυχία, τα αισθήματα αποτυχίας, οι ενοχές, η ευερεθιστότητα, ο θυμός, το άγχος και η κατάθλιψη. Ο εργαζόμενος αισθάνεται αβοήθητος και ανίκανος να βρει τρόπους να ξεφύγει από αυτή την κατάσταση. Υιοθετεί απρόσωπη, ειρωνική και απότομη συμπεριφορά απέναντι στους άλλους. Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, ξεχνά εύκολα, μπορεί να κάνει λανθασμένες εκτιμήσεις, ατυχήματα και απροσεξίες.

Διαπροσωπικά προβλήματα: Οι διαπροσωπικές σχέσεις επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό. Οι υπερβολές και ο εκνευρισμός αποτελούν συχνό φαινόμενο στην επικοινωνία με τους συναδέλφους και με τους οικείους, ενώ υπάρχει αναποτελεσματικότητα στην εργασία και στο οικογενειακό περιβάλλον.

Προβλήματα σωματικής υγείας: Ο εργαζόμενος αισθάνεται συχνά έντονα σωματικά ενοχλήματα, όπως μεγάλη αδυναμία και κόπωση, πονοκεφάλους, οσφυαλγίες, πόνους στην πλάτη και στον αυχένα, γαστρεντερικές διαταραχές, ένταση των μυών, αυξημένη ροπή προς τις ασθένειες, αλλαγές στις συνήθειες διατροφής και ύπνου ή βιώνει σοβαρότερα προβλήματα υγείας όπως υπέρταση, έλκος, καρδιαγγειακές διαταραχές ή παρατείνόμενες ημικρανίες.

Μειωμένη αποδοτικότητα: Αυτός που πάσχει από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης βρίσκει την εργασία του βαρετή και είναι ανίκανος να ενθουσιαστεί για

οποιοδήποτε αντικείμενο. Εμφανίζει δυσκολία συγκέντρωσης και ολοκλήρωσης της εργασίας του. Ο εργαζόμενος καθώς βρίσκεται μπροστά σε αδιέξοδο επιλέγει να είναι απόμακρος πιστεύοντας ότι με αυτό τον τρόπο προστατεύεται από τα επικριτικά βλέμματα των ασθενών και των συναδέλφων του. Αναπτύσσει αρνητική στάση απέναντι στους εμπλεκόμενους στο εργασιακό του περιβάλλον. Είναι ανικανοποίητος από τη δουλειά του και συχνά απουσιάζει ή αργοπορεί. Η μειωμένη απόδοσή του και η συμπεριφορά του συχνά επικρίνονται και έτσι προκαλούνται συγκρούσεις.

Κατάχρηση ουσιών και διαταραχές στην πρόσληψη τροφής: Στα πλαίσια αντιμετώπισης του στρες που βιώνει το άτομο, μπορεί να καταφύγει στο κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ, φαρμάκων, ακόμα και ουσιών. Οι διατροφικές συνήθειες τροποποιούνται και μπορεί να καταναλώνονται μεγαλύτερες ή μικρότερες ποσότητες φαγητού.

Αισθήματα κατωτερότητας: Το άτομο εσωτερικεύει την αποτυχία του στην εργασία του, μετατρέπει τον ενθουσιασμό του σε κυνισμό και νοιώθει ανίκανο να επιδράσει θετικά στην εργασία του. Διακατέχεται από αισθήματα κατωτερότητας και ανικανότητας.

Οικογενειακό στρες: Η πολύωρη απασχόληση στην εργασία επηρεάζει την οικογένεια του. Τα προβλήματα της εργασίας μεταφέρονται και στο σπίτι. Δεν βοηθά στο σπίτι ή την οργάνωση του οικογενειακού προγράμματος. Είναι σχεδόν μόνιμα σε ένταση, κακόκεφος, χωρίς υπομονή και ανεκτικότητα και επιρρεπής στις συγκρούσεις.

Αρνηση δημιουργίας σχέσεων: Ο εργαζόμενος που πάσχει από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, χάνει το ενδιαφέρον του για τις κοινωνικές σχέσεις, απομακρύνεται από το οικογενειακό και το φιλικό του περιβάλλον με αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο και η προσωπική του ζωή να καταρρακώνεται. Σπάνια ξοδεύει χρόνο με τα οικογενειακά και τα φιλικά του πρόσωπα και αφήνει τις σχέσεις του να τελειώσουν λόγω της απομάκρυνσής του. Ταυτόχρονα δεν επιδιώκει να γνωρίσει και να σχετιστεί με νέα άτομα.

Παρακμή σχέσεων στην εργασία: Σταδιακά ο εργαζόμενος αρχίζει να αντιμετωπίζει τους συναδέλφους του εχθρικά. Καλύπτει τη δική του αδυναμία αποδίδοντας ευθύνες στους άλλους στο πλαίσιο της εργασίας του. Σε προχωρημένο στάδιο, το άτομο οδηγείται σε μία κατάσταση καταθλιπτική και τότε είναι αναγκαία η λήψη ψυχοθεραπευτικής ακόμα και φαρμακευτικής βοήθειας.

Σύμφωνα με τα γενικά συμπτώματα που αναφέραμε παραπάνω και σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσε η Christine Maslach για τις τρεις συνιστώσες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στη συναισθηματικής εξάντληση ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι δεν μπορεί πλέον να αποδώσει στον εργασιακό του χώρο και χάνει το ενδιαφέρον του για τις ανάγκες των ασθενών. Στην αποπροσωποποίηση ο εργαζόμενος και ιδιαίτερα ο επαγγελματίας υγείας αναπτύσσει μια ουδέτερη ή και αρνητική στάση

απέναντι στους ασθενείς του και έχει αισθήματα ενοχής για τον κυνισμό και την απομάκρυνσή του από τους ασθενείς του, τους οποίους αντιμετωπίζει απλά ως περιστατικά. Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων εκδηλώνεται με τη μείωση της απόδοσης και την παραίτηση του επαγγελματία από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών (Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλος, 2000). Γενικότερα, ο επαγγελματίας αμφισβητεί την επαγγελματική του δραστηριότητα και βιώνει αισθήματα απαισιοδοξίας αλλά και απαξίωσης (Αντωνίου, 2003). Ο επαγγελματίας φροντίδας υγείας έχει την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στον ρόλο του και έτσι μορφοποιεί μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Αυτή η χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Moore K, Burrows G, 1996).

Το Burnout, εκτός από τον ίδιο τον εργαζόμενο, επηρεάζει μακροπρόθεσμα και ολόκληρο το περιβάλλον του, μπορεί όχι άμεσα αλλά σίγουρα έμμεσα. Έτσι, εκτός από τον εργαζόμενο επηρεάζονται και οι οικείοι του λόγω της μεταφοράς των συμπτωμάτων του στην οικογένεια, οι χρήστες των υπηρεσιών, λόγω της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών, που απολαμβάνουν, οι φορείς παροχής υπηρεσιών, οι οποίοι καθίστανται μάρτυρες της χαμηλής ποιοτικής παροχής των υπηρεσιών αυτών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας, που διεξήχθη από το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζει το 25% των ειδικών ιατρών και το 33% των ειδικευόμενων στα νοσοκομεία, το 28% των φοιτητών ιατρικής, το 37% των νοσηλευτών καθώς και το 35% των εργαζομένων στο Ε.Κ.Α.Β. Μάλιστα, σε ποσοστό 35%, οι ειδικευόμενοι εμφανίζουν αποπροσωποποίηση και κυνισμό, που συχνά αγγίζει τα όρια της αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς, ενώ το ίδιο συμβαίνει και με το 25% των νοσηλευτών, σύμφωνα πάντα με την ίδια έρευνα. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης πλήττει, κυρίως τις ηλικίες 35 με 45 ετών, με προτίμηση στους ανύπαντρους άντρες γιατρούς και τις παντρεμένες γυναίκες, αλλά και όσους έχουν μεγαλύτερο ενθουσιασμό για τη δουλειά τους. Οι έρευνες έδειξαν ότι το burnout δε σχετίζεται με το πόσες ώρες εργάζεται κάποιος, αλλά με το πόσο ικανοποιημένος είναι από την εργασία του και το πώς είναι οργανωμένος ο εργασιακός του χώρος.

1.4. Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης ενός επαγγελματία υγείας

Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η επαγγελματική εξουθένωση ταυτίζεται με άλλους συγγενικούς όρους, όπως το «εργασιακό στρες», η «κατάθλιψη» και η «επαγγελματική δυσарέσκεια», η έλλειψη, δηλαδή, επαγγελματικής ικανοποίησης.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Θεωρείται το αποτέλεσμα ενός χρόνιου, συσσωρευμένου στρες, που

κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 2000).

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky, η εξουθένωση είναι μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας, που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή τα ιδανικά του επαγγελματία (Μεταλληνού, 2000). Οι παραπάνω θεωρητικοί περιγράφουν την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης σε έναν εργαζόμενο στο χώρο της υγείας μέσα από τέσσερα διαδοχικά στάδια:

1. Το στάδιο του ενθουσιασμού. Ο νεοδιοριζόμενος επαγγελματίας υγείας μπαίνει στο χώρο της υγείας έχοντας υπερβολικά υψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, από τους ασθενείς που θα φροντίσει, από τους συναδέλφους του και από τις συνθήκες εργασίας. Εκείνο που τον χαρακτηρίζει είναι ότι μέσα από τον χώρο εργασίας του προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή και γι' αυτό το λόγο αφιερώνει στη δουλειά του πολλές ώρες και ενέργεια και υπερ-επενδύει στις σχέσεις του με τους ασθενείς.

2. Το στάδιο της αμφιβολίας και αδράνειας. Ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να συνειδητοποιεί, ότι ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, ούτε στις βαθύτερες ανάγκες του. Αρχίζει να αναρωτιέται, μήπως φταίει ο ίδιος και προσπαθεί να καλύψει την απογοήτευσή του δουλεύοντας σκληρότερα, επενδύοντας περισσότερο στις σχέσεις με τους ασθενείς και αυξάνοντας τις γνώσεις και τις δεξιότητές του μέσα από τη συμμετοχή του σε σεμινάρια και προγράμματα κατάρτισης. Με την πάροδο όμως του χρόνου, αρχίζει και αναζητά τις αιτίες της απογοήτευσής του έξω από τον εαυτό του, στο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο και από-ιδανικοποιεί. Θέματα, τα οποία δεν τον απασχολούσαν στο παρελθόν, αρχίζουν να προβάλλουν ως σημαντικά προβλήματα. Ενοχλείται που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται, εκφράζει παράπονα για τις μη ικανοποιητικές αποδοχές, για την μη ικανοποιητική ανάπαυσή του μετά από τις νυκτερινές βάρδιες, για την έλλειψη υλικών, για την επισφάλεια της εργασίας του, για το εξουθενωτικό ωράριο, για την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους κλπ. Στη διαδικασία αυτή αποφεύγει να αναθεωρήσει τις υπερβολικά υψηλές ή παράλογες απαιτήσεις του.

3. Το στάδιο της απογοήτευσης και ματαίωσης. Ο επαγγελματίας αναρωτιέται αν και πόσο αξίζει να κάνει μια δουλειά, η οποία του δημιουργεί άγχος και από την οποία δεν αντλεί την ικανοποίηση που προσδοκούσε. Αποθαρρύνεται και συχνά βιώνει κατάθλιψη, καθώς πιστεύει ότι οι προσπάθειές του είναι μάταιες. Αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως αδιέξοδη και νιώθει παγιδευμένος μέσα σε αυτή. Στην ουσία, αυτό το στάδιο θεωρείται μεταβατικό, καθώς η απογοήτευση τον ωθεί, είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους και τις προσδοκίες του και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του, είτε να απομακρυνθεί από τους ασθενείς και το χώρο εργασίας που του προκαλούν έντονο στρες.

4. Το στάδιο της απάθειας. Ο επαγγελματίας της υγείας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών, καθώς νιώθει ανεπαρκής να ανταποκριθεί σε αυτές, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, αλλαγή ή καινοτομία στο χώρο εργασίας, συμπεριφέρεται κυνικά και ουσιαστικά διατηρεί τη θέση του για λόγους καθαρά βιοποριστικούς (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 2000, Μεταλληνού Ο., 2000).

Βλέπουμε επομένως ότι τα στάδια, κατά τα οποία αρχίζουν να εμφανίζονται τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι ακριβώς τα στάδια εκείνα κατά τα οποία ο εργαζόμενος δεν είναι ικανοποιημένος από την εργασία του.

Όσον αφορά τα θεωρητικά μοντέλα επεξήγησης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα περισσότερα από αυτά αναζητούν τα αίτια δημιουργίας - εμφάνισής του στη δυναμική αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον. Άλλοι θεωρητικοί εστιάζουν ή δίνουν προτεραιότητα στα χαρακτηριστικά της οργάνωσης και της δομής του χώρου εργασίας, ενώ άλλοι στα χαρακτηριστικά που απαρτίζουν την προσωπικότητα του ατόμου (Τικταπανίδου, 2002). Πιο αναλυτικά, όλο και περισσότερα στοιχεία ενισχύουν την άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται από τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ αντικειμενικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος και των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων, όπως είναι η υπερβολική αίσθηση υπευθυνότητας, η τελειομανία, οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για την αρρώστια και οι φόβοι. Επίσης μεγάλος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως είναι το βεβαρημένο εργασιακό πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού ή του νοσοκομείου (Αντωνίου, 2003). Δηλαδή, ο βαθμός εξουθένωσης εξαρτάται, αφενός από τις προσδοκίες του ατόμου και αφετέρου από τις απαιτήσεις της εργασίας του.

Όπως προκύπτει, από μια επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, οι παράμετροι που ευθύνονται για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι παρακάτω:

- Παράγοντες που αφορούν στη δομή και στο κλίμα της οργάνωσης του εργασιακού χώρου.
- Παράγοντες που έχουν να κάνουν με το ρόλο του επαγγελματία υγείας στην οργάνωση του εργασιακού χώρου.
- Παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του επαγγελματία.
- Οι εργασιακές σχέσεις.
- Ενδογενείς επαγγελματικοί παράγοντες, όπως είναι οι αντίξοες συνθήκες εργασίας, οι βάρδιες, ο φόρτος εργασίας κλπ.
- Παράγοντες που σχετίζονται με την οικογενειακή και την εργασιακή ζωή του ατόμου.
- Η ενδεχόμενη αναντιστοιχία ανάμεσα στις επιθυμίες αλλά και τις ικανότητες του επαγγελματία με τις απαιτήσεις της εργασίας του.

- Η συσχέτιση ανάμεσα στις απαιτήσεις της δουλειάς και της δυνατότητας ελέγχου.
- Η αυτονομία στην εργασία και η δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών.
- Το υποστηρικτικό δίκτυο στο χώρο εργασίας, αλλά και στην προσωπική ζωή του εργαζομένου.
- Η σημαντικότητα του έργου.
- Η χρήση και η ποικιλία των επαγγελματικών δεξιοτήτων.
- Η ανατροφοδότηση του παραγόμενου έργου.
- Η ασφάλεια.
- Ο μισθός.
- Η σημαντικότητα του έργου.

1.5 Ταξινόμηση των συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να ταξινομήσουν τις ενδείξεις και τα σημεία του συνδρόμου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Παρακάτω παρουσιάζονται δυο τέτοιες συστηματικές αναφορές:

I. Κατά Cherniss (1980)

- Έντονη αντίσταση στην αναχώρηση από την οικία για το χώρο εργασίας σε καθημερινό επίπεδο.
- Αίσθηση αποτυχίας.
- Οργή και μνησικακία.
- Αίσθημα ενοχής και χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Αρνητισμός.
- Απομόνωση και απόσυρση.
- Αίσθηση κόπωσης και εξάντλησης κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Αξιοσημείωτη κούραση μετά την εργασία.
- Συχνό κοίταγμα του ρολογιού.
- Απώλεια θετικών συναισθημάτων προς τους “πελάτες”.
- Αλλαγές στο χρόνο επαφών με τους πελάτες.
- Αδυναμία συγκέντρωσης και ακρόασης.
- Αίσθηση ακινησίας.
- Κυνισμός προς τους πελάτες.
- Εφαρμογή άκαμπτων διαδικασιών.
- Αϋπνίες.
- Αποφυγή συζητήσεων με συναδέλφους στην εργασία.
- Ανησυχία για τον εαυτό.
- Πιο εύκολη υιοθεσία χρήσης μέτρων ελέγχου της συμπεριφοράς, όπως είναι τα

- φάρμακα.
- Συχνές αδιαθεσίες, γρίπη, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές.
- Ακαμψία σκέψης και αντίσταση στην αλλαγή.
- Καχυποψία και παράνοια.
- Συχνή χρήση φαρμάκων.
- Οικογενειακές συγκρούσεις.
- Μεγάλος αριθμός απουσιών από την εργασία.

II. **Κατά Burish (1991)**

- Αυξημένη δέσμευση προς τους στόχους ακολουθούμενη από κατάσταση εξάντλησης των πόρων.
- Μείωση της απασχόλησης.
- Συνολική μείωση της δέσμευσης προς τους πελάτες, μαθητές, ασθενείς, εργασία και αύξηση των στάσεων διεκδίκησης προς τους άλλους, ακόμη και προς την οικογένεια.
- Συναισθηματικές αντιδράσεις και ενοχοποίηση.
- Μείωση του συναισθηματικού τόνου μέχρι την εμφάνιση εικόνας κατάθλιψης και αυξημένη επιθετικότητα προς τους άλλους και το σύστημα.
- Παρακμή.
- Απώλεια κινήτρου για το επάγγελμα, έλλειψη συγκέντρωσης και δημιουργικότητας, απάθεια και αδιαφορία.
- Παραίτηση.
- Προοδευτική παραίτηση της συναισθηματικής και κοινωνικής ζωής, «κλείσιμο» στον εαυτό.
- Ψυχοσωματικές αντιδράσεις.
- Κεφαλαλγίες, υπέρταση, γαστρεντερικές διαταραχές, μεγαλύτερη κατανάλωση καφεΐνης, αλκοόλ, καπνού και ψυχοφαρμάκων.
- Απελπισία.
- Απώλεια κάθε ελπίδας αναφορικά με την ικανότητα αλλαγής της κατάστασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

2.1. Γενικά στοιχεία

Τα περισσότερα από τα θεωρητικά μοντέλα επεξήγησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναζητούν τα αίτια δημιουργίας - εμφάνισής του στη δυναμική αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον. Άλλοι θεωρητικοί εστιάζουν ή δίνουν προτεραιότητα στα χαρακτηριστικά της οργάνωσης και της δομής του χώρου εργασίας, ενώ άλλοι στα χαρακτηριστικά που απαρτίζουν την προσωπικότητα του ατόμου (Τικταπανίδου, 2002). Όλο και περισσότερα στοιχεία από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, ενισχύουν την άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται από τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ αντικειμενικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος και των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η υπερβολική υπευθυνότητα, η αίσθηση του καθήκοντος και οι φοβίες. Μεγάλος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως είναι το βεβαρημένο εργασιακό πρόγραμμα, η ανασφάλεια της εργασίας, οι βάρδιες, η έλλειψη ικανοποιητικής ανάπαυσης μετά από νυκτερινές βάρδιες, η μη συμμετοχή στα κέντρα αποφάσεων και προγραμματισμού της εργασίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη, οι άσχημες επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους, η αυταρχική διοίκηση του νοσοκομείου ή του κέντρου υγείας κ.λ.π. (Αντωνίου, 2003).

2.2. Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky (1980)

Οι Edelwich & Brodsky περιέγραψαν μία σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, (Pines AM. & Aronson E., 1988), τα οποία είναι:

Ενθουσιασμός. Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

Αμφιβολία και αδράνεια. Μετά τον ενθουσιασμό περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της

αμφιβολίας και αδράνειας. Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

Απογοήτευση και ματαίωση. Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η απογοήτευση και ματαίωση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από την εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

Απάθεια. Στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως απάθεια, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Ουσιαστικά συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του, για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντί τους.

2.3. Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Σύμφωνα με τον C. Cherniss η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία», παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», (Cherniss C.,1980) και ακολουθεί τρεις φάσεις :

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

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

τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

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

2.4. Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Σύμφωνα με τον ορισμό της Maslach, τρεις είναι οι κύριες διαστάσεις του συνδρόμου, που αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων (Dekker SWA., Schaufeli WB., 1995). Η πρώτη διάσταση ονομάζεται «συναισθηματική εξάντληση» και περιλαμβάνει συναισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Η δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνει τον όρο «αποπροσωποποίηση», με τον οποίο περιγράφεται η απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς - πελάτες του και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Η τρίτη διάσταση ονομάζεται «έλλειψη προσωπικής επίτευξης» και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του και έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της απόδοσής του (Leiter M. & Maslach C., 2005).

2.5. Το μοντέλο της Pines

Σύμφωνα με την Pines και τους συνεργάτες της η επαγγελματική εξουθένωση είναι μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης, η οποία προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε απαιτητικές, συναισθηματικά, συνθήκες. Δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης μόνο στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως είναι οι οικογενειακές σχέσεις και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines AM. & Aronson E., 1996). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια, αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία. Δεν είναι σύμφωνη με την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως σύνδρομο, το οποίο εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης.

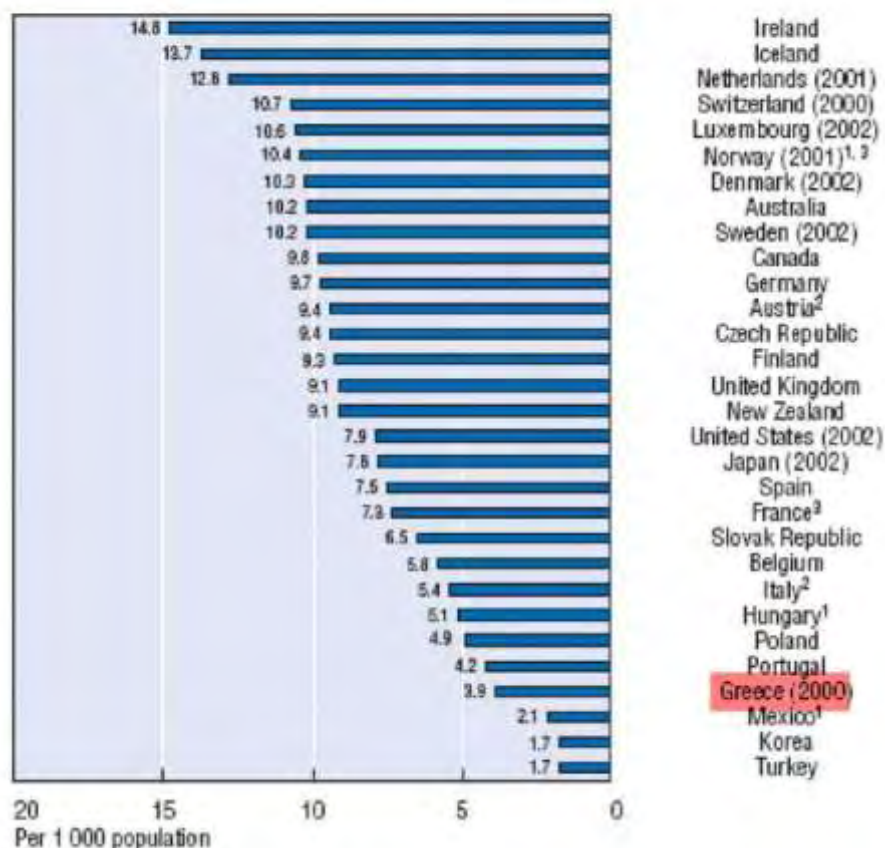
Λόγω των αρνητικών επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης, τόσο στους επαγγελματίες που το βιώνουν, όσο και στους οργανισμούς που τους απασχολούν,

καθιστούν το σύνδρομο πολύ σημαντικό που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και κυρίως πρόληψης. Θεωρείται πλέον ένας από τους παράγοντες που απειλούν την απόδοση και την οργανωτική δομή μιας υπηρεσίας.

Οι εργαζόμενοι, σε όποιο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης και αν βρίσκονται, επηρεάζουν με τη διάθεση και τη στάση τους το ηθικό του υπόλοιπου προσωπικού. Οι συχνές αργοπορίες και οι απουσίες, η ευερεθιστότητα και ο συγκρούσεις επηρεάζουν αρνητικά την παροχή ποιοτικής φροντίδας και αυξάνουν το φόρτο εργασίας και το στρες του προσωπικού, που είναι συνεπές στις υποχρεώσεις του (Goleman D., Αθήνα 2000). Αποδέκτες της όλης κατάστασης είναι οι χρήστες παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι απογοητευμένοι και απελπισμένοι σχολιάζουν τα «κακώς κείμενα» του κάθε οργανισμού και υπηρεσίας και βρίσκουν σύμφωνους τους εξουθενωμένους επαγγελματίες, που τους συμπαραστέκονται κατηγορώντας την απρόσωπη υπηρεσία τους. Η αρνητική διάθεση των εξουθενωμένων επαγγελματιών μεταφέρεται στην προσωπική τους ζωή. Οι απαιτήσεις και εντός και εκτός εργασίας δεν σταματούν ποτέ. Καθώς παραμένουν μόνιμα επιφορτισμένοι οδηγούνται σε αδιέξοδο και απογοητευμένοι απομονώνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Αν χάσουν δε τη δουλειά τους έχουν να αντιμετωπίσουν τα επακόλουθα της ανεργίας και των περιορισμένων πόρων (Firth-Cozens J. UK Cambridge University).

Ειδικά δε, στη χώρα μας, στις δύσκολες συνθήκες που βιώνουμε, λόγω της οικονομικής κρίσης, το ιατρικό και το νοσηλευτικό επάγγελμα διεξάγεται κάτω από αντίξοες συνθήκες, λόγω έλλειψης προσωπικού και υγειονομικού υλικού, χαμηλών αποδοχών κ.λ.π. Ειδικά για το νοσηλευτικό προσωπικό οι συνθήκες εργασίας ήταν και παραμένουν δύσκολες, ιδιαίτερα στη σημερινή συγκυρία. Από το διάγραμμα 1 βλέπουμε ότι για την Ελλάδα, που βρίσκεται στην 27η θέση σε σχέση με την αναλογία νοσηλευτή ανά κάτοικο, αντιστοιχεί ένας νοσηλευτής για κάθε 492 κατοίκους (Αδαλή, Ε. 2002, Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Πλατή, Χ. 2000).

Chart 2.5. Practising nurses
per 1 000 population, 2003



Διάγραμμα 1: Αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους, 2003

Οι οργανισμοί θα πρέπει να έχουν ως στόχο την αρμονική σχέση μεταξύ εργαζομένων και του περιβάλλοντος εργασίας, γιατί τα μακροχρόνια οφέλη είναι πολλαπλά. Σε παγκόσμιο επίπεδο τα μέσα ελέγχου της επαγγελματικής εξουθένωσης και τα μέσα υποστήριξης των διοικήσεων στις βαθμίδες των επαγγελματιών υγείας είναι υπό συζήτηση. Το κόστος του συνδρόμου στα άτομα και στους οργανισμούς είναι μεγάλο και επιβαρύνει τελικά το σύστημα υγείας και τις υγειονομικές υπηρεσίες. Γι' αυτό είναι προτιμότερο να λαμβάνονται μέτρα από τις διοικήσεις των οργανισμών σε συνεργασία με τους υπαλλήλους τους για την πρόληψη και όχι για την αντιμετώπιση του συνδρόμου (Leiter M. & Maslach C., 2005).

Για τους λόγους αυτούς τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια συντονισμένη προσπάθεια σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης για την έρευνα αλλά και για την αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και άλλων σχετιζομένων με την εργασία αρνητικών παραγόντων και φυσικά του εργασιακού άγχους.

Όποιο από τα ανωτέρω μοντέλα περιγραφής του συνδρόμου και να αποδεχθούμε, η επαγγελματική εξουθένωση υποδηλώνει την απώλεια του ενδιαφέροντος του εργαζόμενου για τη φύση και τον χώρο της εργασίας, η οποία καταλήγει σε διαταραχή των σχέσεων με τους ασθενείς και γενικότερα με το περιβάλλον.

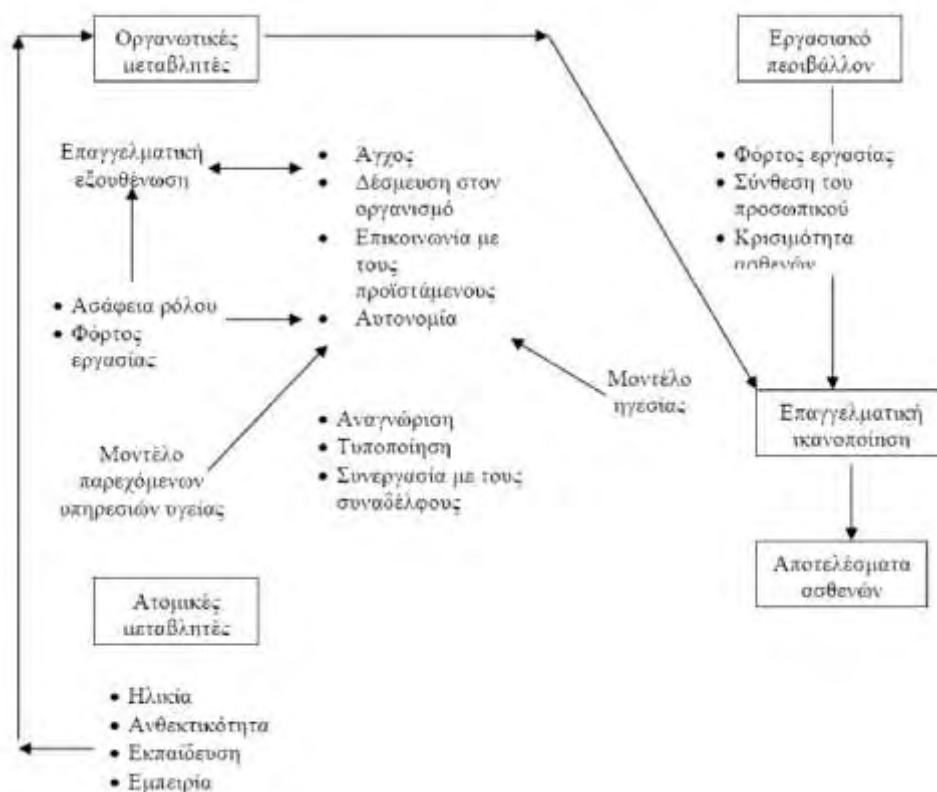
Οι First -Cozens et al., αναφέρουν ότι το 1/3 των επαγγελματιών υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες/τές καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (Jimmieson, N. L., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURNOUT)

3.1. Επαγγελματική ικανοποίηση και παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας

Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας εξαρτάται άμεσα από την επαγγελματική τους ικανοποίηση. Πραγματοποιήθηκαν πολλές έρευνες για τη διερεύνηση των παραγόντων, που συμβάλλουν στην επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα του νοσηλευτικού προσωπικού από τους Best και Thurston, με σκοπό να εξετασθεί η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την επαγγελματική ικανοποίηση. Για να έχουμε μια πρώτη συνολική εικόνα του θέματος, μπορούμε να πούμε ότι όλο το πλαίσιο της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού έχει δοθεί, σε γενικές γραμμές, από τους Best και Thurston και απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα το μοντέλο (Best, Thurston, 2004).



Διάγραμμα 2: παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση

Βλέπουμε, δηλαδή, ότι με βάση το διάγραμμα 2, οι παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τους *ατομικούς*, τους *οργανωτικούς* και τους *εργασιακούς*. Πολλές έρευνες πραγματοποιήθηκαν, επίσης, για τη διερεύνηση των παραγόντων, που συμβάλλουν στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού και παρακάτω αναφέρονται οι σπουδαιότερες.

Το 1987, πραγματοποιήθηκε έρευνα από τον Pfaff στο νοσηλευτικό προσωπικό μονάδων μακροχρόνιας νοσηλείας και κατέδειξε ένα σύνολο παραγόντων παραπλήσιων με αυτών του Herzberg. Ως παράγοντες ικανοποίησης αναφέρονται η επίτευξη, η αναγνώριση, η ίδια η εργασία, η υπευθυνότητα και η ανάπτυξη, ενώ ως παράγοντες δυσαρέσκειας η πολιτική του ιδρύματος, το τρέχον περιβάλλον εργασίας, ο μισθός, η επισφάλεια της εργασίας, οι σχέσεις με τους συναδέλφους και οι σχέσεις με τους προϊσταμένους (Pfaff, 1987, Duldt-Battley, 2004).

Ακόμη, οι Benton και White, ταξινόμησαν δεκαέξι παράγοντες ικανοποίησης στον πίνακα ιεράρχησης αναγκών του Maslow, αφού παρέλειψαν την κατηγορία των φυσιολογικών αναγκών και χρησιμοποίησαν αυτόν τον τύπο ιεράρχησης σε μια έρευνα 565 νοσηλευτριών, για να καθορίσουν τη σπουδαιότητα και τη σειρά αυτών των παραγόντων σε σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση (Θεοδωρακοπούλου, 1995). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλεύτριες επέλεξαν τους παράγοντες με την ίδια σειρά σπουδαιότητας με την οποία ο Maslow ταξινομεί τις κατηγορίες αναγκών. Συγκεκριμένα, οι *εργασιακοί παράγοντες*, που σχετίζονται με την ασφάλεια, τις αποδοχές και τις συνθήκες εργασίας θεωρήθηκαν ότι είναι οι πιο καθοριστικοί για την επαγγελματική ικανοποίηση και είναι αυτοί οι παράγοντες, οι οποίοι σε γενικές γραμμές αντιστοιχούν στις ανταμοιβές ασφάλειας της τρισδιάστατης θεωρίας ανταμοιβών του Maslow (Χαραλαμπίδου, 1996). Οι *κοινωνικοί παράγοντες*, οι οποίοι αναφέρονται στις καλές εργασιακές σχέσεις και περιλαμβάνουν τις συνθήκες της συνεργασίας και της επικοινωνίας αντιστοιχούν στις κοινωνικές ανταμοιβές κατά τον Maslow. Και τέλος οι *ψυχολογικοί παράγοντες*, στους οποίους περιλαμβάνονται η εκτίμηση, η αναγνώριση από τους προϊσταμένους και η αυτοδραστηριοποίηση και αναφέρονται στην εξουσία, στην υπευθυνότητα για την εκτέλεση του καθήκοντος, στις ευκαιρίες για προαγωγή, στα ενδοϋπηρεσιακά προγράμματα εκπαίδευσης και στη χρήση δεξιοτήτων, είναι καθοριστικοί για το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης σύμφωνα με τις ψυχολογικές ανταμοιβές κατά τον Maslow.

Με βάση αυτή την κατάταξη και το μοντέλο των Best και Thurston, θα δούμε αναλυτικά το περιεχόμενο κάθε κατηγορίας παραγόντων. Οι κατηγορίες παραγόντων είναι αλληλένδετες μεταξύ τους, γιατί η μία μπορεί να επηρεάσει την άλλη. Έτσι, ένας εργασιακός παράγοντας που λογικά οδηγεί στη δυσαρέσκεια π.χ. ο χαμηλός μισθός, μπορεί να αμβλυνθεί ή να εξισορροπηθεί από έναν ψυχολογικό παράγοντα π.χ. την ίδια την προσφορά εργασίας. Επίσης, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησης

έχει η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για την αξία του παράγοντα. Για παράδειγμα, όταν το άτομο αντιλαμβάνεται το μισθό ως μέτρο αναγνώρισης της προσφοράς του, τότε ο παράγοντας αυτός δεν εκλαμβάνεται σαν να ανήκει μόνο στη χαμηλότερη βαθμίδα της πυραμίδας ιεράρχησης αναγκών, αλλά και σε αυτή της εκτίμησης - αναγνώρισης από τους άλλους.

3.1.1. Εργασιακοί Παράγοντες.

Οι εργασιακοί παράγοντες αναφέρονται στις οικονομικές απολαβές, στον εργασιακό φόρτο, στις συνθήκες εργασίας, στη ρουτίνα εργασίας, στο κυκλικό ωράριο, στη σαφήνεια του επαγγελματικού ρόλου και στο μοντέλο ηγεσίας.

Οικονομικές απολαβές – Μισθός

Η βασική μεταβλητή, που επηρεάζει την προσφορά εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού επαγγέλματος, όπως και κάθε επαγγέλματος, είναι ο μισθός (Νιάκας, 1994). Ο μισθός αξιολογείται ως σημαντικός παράγοντας στη ζωή του ατόμου, επειδή μέσω αυτού ικανοποιούνται οι βασικές και άλλες ανάγκες του, ενώ συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική ικανοποίηση, αφού οι εργαζόμενοι συχνά τον υπολογίζουν, ως ενδεικτικό παράγοντα αναγνώρισης των υπηρεσιών τους. Όταν μάλιστα οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται το δίκαιο τρόπο κατανομής της αμοιβής, τότε αισθάνονται ικανοποίηση (Χαραλαμπίδου, 1996).

Φόρτος εργασίας

Ο φόρτος εργασίας συνδέεται με την ανεπαρκή στελέχωση των νοσοκομείων σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τη μη ορθολογική κατανομή του στα διάφορα τμήματα, τη μη αποτελεσματική οργάνωση της εργασίας (όταν κυρίως αφιερώνεται αρκετός χρόνος και προσωπικό σε διοικητικά θέματα), αλλά και την έλλειψη υποδομών. Αποτέλεσμα είναι η επιφόρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού με τη διεκπεραίωση υπερβολικού έργου.

Οι Claus και Bailey συνδέουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών με το μειωμένο φόρτο εργασίας, τη βελτιωμένη αναλογία στελέχωσης και τη διεξαγωγή της εργασίας μέσα στα επιθυμητά επίπεδα της νοσηλευτικής (Χαραλαμπίδου, 1996). Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, συνδεόμενος με το στρες και την έλλειψη συναδελφικής στήριξης, οδηγεί στη δυσαρέσκεια και απειλεί την επαγγελματική ακεραιότητα των επαγγελματιών υγείας, περιορίζει τον επαγγελματικό τους ρόλο, ενώ σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση και γενικά επηρεάζει αρνητικά τη σωματική και ψυχοκοινωνική τους υγεία.

Ο φόρτος εργασίας, επίσης, σε συνδυασμό με ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό, έχει ως αποτέλεσμα και τον υποβιβασμό της έννοιας της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, κάτι που ενδεχομένως να έχει αρνητική ψυχολογική επίδραση στο νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω της μη ανταπόκρισής του στο καθήκον της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.

Συνθήκες εργασίας

Στην κατηγορία των κακών συνθηκών εργασίας υπάγονται οι ανιαρές ή απάνθρωπες συνθήκες εργασίας, ακόμα και η αρχιτεκτονική διαρρύθμιση του χώρου. Για παράδειγμα, από μια έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία, βρέθηκε ότι ο μονότονος τεχνητός φωτισμός και ο κακός αερισμός προκαλούσαν αισθήματα κλειστοφοβίας στο νοσηλευτικό προσωπικό (Κάντας, 1995).

Ρουτίνα εργασίας

Η αυξημένη ρουτίνα, δηλαδή ο τρόπος επανάληψης ενός έργου ή ο βαθμός στον οποίο επαναλαμβάνεται η ίδια η εργασία, οδηγεί στη μείωση της ικανοποίησης, στο στρες και την αποχώρηση από την εργασία, όπως αναφέρουν οι Price και Mueller και η Blegen και διαπίστωσε η Cavanagh σε έρευνά της στο νοσηλευτικό προσωπικό (Χαραλαμπίδου, 1996).

Κυκλικό ωράριο

Το κυκλικό ωράριο είναι άλλο ένα από τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας. Η εναλλαγή των διαστημάτων ημέρας και νύχτας κατά τα οποία διεξάγεται η εργασία έχει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στον άνθρωπο. Ο άνθρωπος έχει έμφυτο σύστημα καθορισμού των κύκλων ύπνου-εγρήγορσης (κιρκάδιοι κύκλοι). Η αλλαγή των βιορυθμών επηρεάζει την αποδοτικότητα του εργαζομένου και τον κάνει πιο επιρρεπή σε ατυχήματα. Οι αλλαγές στη βάρδια έχουν επιπλέον επίδραση στη θερμοκρασία του σώματος, στο ρυθμό μεταβολισμού, στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, στη νοητική απόδοση, αλλά και στα κίνητρα των εργαζομένων. Πέρα από τις επιπτώσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες, οι αλλαγές βάρδιας έχουν και κοινωνικές συνέπειες, γιατί διαταράσσουν την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή του εργαζομένου. Μια μελέτη του Cooper και των συνεργατών του με νοσηλεύτριες, που εργάζονταν σε διαφορετικές βάρδιες έδειξε, ότι σε σχέση με τις συναδέλφους τους, που είχαν σταθερή βάρδια, παρουσίαζαν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, είχαν περισσότερα προβλήματα με τη σεξουαλική ζωή τους και χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης από την προσωπική τους ζωή (Κάντας, 1995).

Το πρόβλημα επιπλέον, κατά τον Νιάκα, εντείνεται και για το λόγο ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα ασκείται σχεδόν αποκλειστικά από γυναίκες, που έχουν να αντιμετωπίσουν, εκτός από τις δύσκολες συνθήκες εργασίας, κυκλικό ωράριο, εργασία κατά τις ημέρες

ανάπαυσης και επίσημες αργίες και οικογενειακές υποχρεώσεις (Νιάκας, 1994). Ο συνδυασμός δύο τόσων απαιτητικών ρόλων συχνά είναι πολύ δύσκολος και δημιουργεί εσωτερικές συγκρούσεις και επαγγελματική δυσαρέσκεια στο άτομο, η οποία συνοδεύεται από απουσίες από τη δουλειά και μεταπήδηση σε διοικητικές θέσεις, όταν του δίνεται η ευκαιρία.

Σαφήνεια επαγγελματικού ρόλου

Σύμφωνα με τον Brief, από οργανωτική άποψη, ο ρόλος αναφέρεται σε ένα πλέγμα προσδοκιών προσαρμοσμένο στην αναγκαιότητα μιας ιδιαίτερης κατάστασης και αποτελεί το όριο μεταξύ του ατόμου και του οργανισμού, συνδέοντας το άτομο με τον οργανισμό και τον οργανισμό με το άτομο. Οι εργαζόμενοι συνεχώς εκτίθενται σε μια ποικιλία προσδοκιών στο εργασιακό περιβάλλον, η οποία μπορεί να επηρεάσει την αντίληψή τους ως προς το ρόλο τους. Όταν αυτές οι προσδοκίες γίνονται αντιληπτές ως ανακόλουθες, ασαφείς ή υπερβολικές, τότε θα υπάρξει, κατά τον Kahn, μείωση του επιπέδου ικανοποίησης του ατόμου από την εργασία (Αναστασίου, 2004).

Στα δημόσια νοσοκομεία δεν υπάρχει σαφής καθορισμός των καθηκόντων (καθηκοντολόγιο) του νοσηλευτικού προσωπικού, σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό, λόγω των πολλαπλών επιπέδων εκπαίδευσής του και των διαφορετικών καθηκόντων καθενός εργαζομένου, αλλά και λόγω της συνάφειας του έργου του νοσηλευτή με το ιατρικό ή άλλο προσωπικό. Η ανεπάρκεια προσωπικού, αλλά και η κακή πολλές φορές οργάνωση της εργασίας, έχει ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να ασκούν δραστηριότητες ξένες με τη νοσηλευτική, όπως διοικητικές εργασίες. Όλα αυτά τους δημιουργούν το αίσθημα της ασάφειας του ρόλου τους, τους επιφορτίζουν με πρόσθετα καθήκοντα για τα οποία δεν έχουν εκπαιδευτεί και τελικά τους οδηγούν στη δυσαρέσκεια (Αναστασίου, 2004).

Το μοντέλο ηγεσίας

Ανάμεσα σε πολλούς οργανωτικούς παράγοντες, αλλά και σε σχέση με τους κοινωνικούς παράγοντες και ιδιαίτερα τη συνεργασία, το μοντέλο ηγεσίας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα, που προσδιορίζει την επαγγελματική ικανοποίηση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού (Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Ierodiakonou, 1999).

Όσον αφορά ακριβώς τη σχέση ηγεσίας και επαγγελματικής ικανοποίησης ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού και τους παράγοντες που συμβάλλουν, στην τελευταία έρευνα των Krogstad και Veenstra, κατέδειξε τους εξής παράγοντες: η διοίκηση του νοσοκομείου πρέπει να έχει ξεκάθαρες και κατάλληλες προτεραιότητες, να ενδιαφέρεται για το προσωπικό και ιδιαίτερα για την παραμονή του στην εργασία του, ενώ ο άμεσος προϊστάμενος πρέπει να έχει τις ίδιες προτεραιότητες, να έχει ξεκάθαρους στόχους για την ανάπτυξη της συγκεκριμένης μονάδας, να έχει γνώση για τη δουλειά

του προσωπικού του και να απαιτεί από αυτό γνώσεις και δεξιότητες και κυρίως να παρέχει την υποστήριξη και την ενθάρρυνση που έχει ανάγκη το προσωπικό (Krogstad, Veenstra, 2001). Επιπλέον, με τη σειρά της, η επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού οδηγεί στην ικανοποίηση των ασθενών, οι οποίοι κατά συνέπεια είναι ευχαριστημένοι με την οργάνωση του νοσοκομείου (Krogstad, Veenstra, 2001).



Διάγραμμα 3: Σχηματική απόδοση του μοντέλου εργασίας κατά Krogstad, Veenstra, 2001.

3.1.2. Κοινωνικοί Παράγοντες

Οι κοινωνικοί παράγοντες αναφέρονται στην ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσουν τα μέλη ενός οργανισμού, τόσο μεταξύ τους, μέσω της συνεργασίας και της επικοινωνίας, όσο και με τα άτομα με τα οποία έρχονται σε επαφή και στα οποία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

Συνεργασία

Η συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας εργασίας επιδρά άμεσα στην επαγγελματική ικανοποίηση, επειδή υπηρετεί ως πρωταρχική πηγή υποστήριξης, συμπαράστασης και βοήθειας προς τον εργαζόμενο. Ο Haywood και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν σε έρευνά τους ότι οι επαγγελματίες υγείας καθορίζουν ως κυριότερο παράγοντα ικανοποίησης τη θετική ατμόσφαιρα στη νοσηλευτική μονάδα (Χαραλαμπίδου, 1996).

Αντιθέτως, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Price, οι προβληματικές αλληλεπιδράσεις με άλλους εργαζομένους είναι οι κύριες αιτίες στη δημιουργία της δυσαρέσκειας (Χαραλαμπίδου, 1996.). Μάλιστα, κατά τον Μόνο, το νοσηλευτικό επάγγελμα κυριολεκτικά «δηλητηριάζεται» από την ελλιπή επικοινωνία και τις κακές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ίδιων των νοσηλευτών, αλλά και την έλλειψη σεβασμού που δείχνουν αρκετά μέλη του ιατρικού προσωπικού (Μόνος, 1994).

Επικοινωνία

Ο όρος επικοινωνία στο χώρο εργασίας, κατά Price και Mueller, αναφέρεται στο βαθμό ροής πληροφοριών από τον εργοδότη στον εργαζόμενο και αντίστροφα, προκειμένου να γίνονται γνωστοί οι επιδιωκόμενοι στόχοι και να μειώνονται οι πιθανότητες ασάφειας αναφορικά με τους ρόλους των εργαζομένων. Η διατήρηση υψηλού επιπέδου επικοινωνίας από τη μια συμβάλλει στη σαφή γνώση του ρόλου των ατόμων και από την άλλη ενισχύεται και διασφαλίζεται ένα καλό επίπεδο ανατροφοδότησης (feed back) (Χαραλαμπίδου, 1996).

Η επικοινωνία με προϊσταμένους και συνεργάτες συντελεί στην ανάπτυξη θετικών κοινωνικών σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων, στην αλληλοκατανόηση και οδηγεί στην επαγγελματική ικανοποίηση και στην αποτελεσματική άσκηση του έργου του προσωπικού. Όταν οι επαγγελματίες υγείας στερούνται του δικαιώματος της ανοιχτής επικοινωνίας και δεν αντιμετωπίζονται με ευαισθησία και ανάλογη υποστήριξη, αισθάνονται αδύναμοι και απομονωμένοι μέσα στην ιεραρχία του οργανισμού, όπως και έδειξαν έρευνες από τους Bronstein και Walker και την Townsend, στις οποίες ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας αναφερόταν στη δυσaráσκειά του από τον τρόπο επικοινωνίας (Χαραλαμπίδου, 1996).

Σύμφωνα με τον Pincus, το σύνολο της βιβλιογραφίας δείχνει καθαρά τη σημαντική συμβολή των διαφόρων τύπων της επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων σε έναν οργανισμό στην επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων του. Ο Pincus, στην έρευνά του, κατέληξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό και η διοίκηση του νοσοκομείου πρέπει να είναι ευαίσθητοι απέναντι στο κλίμα επικοινωνίας μέσα στον οργανισμό, εξαιτίας της επίδρασης που έχει η επικοινωνία στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού και την απόδοση στην εργασία (Duldt-Battley, 2004). Σε παρόμοια συμπεράσματα με αυτά του Pincus κατέληξε εξάλλου και ο Thiry, ύστερα από έρευνα που πραγματοποίησε το 1978 σε νοσοκόμες στο Κάνσας (Duldt- Battley, 2004).

Οι σχέσεις με τους ασθενείς

Οι σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην επαγγελματική ικανοποίησή τους, λόγω και της ιδιαίτερης μορφής που αποκτά αυτή η σχέση, καθώς αρκετοί επαγγελματίες υγείας «δένονται» συναισθηματικά με τους ασθενείς τους και θεωρούν, κατά κάποιον τρόπο, τον εαυτό τους υπεύθυνο γι' αυτούς. Επομένως, η δυνατότητα παροχής κατάλληλης και ποιοτικής φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και συνοδεύεται από αίσθημα επιτυχίας, οδηγεί στην ικανοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Σε έρευνα του Haywood και των συνεργατών του, οι νοσηλευτές καθόρισαν ως

σπουδαιότερους παράγοντες της εργασίας τους τις σχέσεις με τους ασθενείς, την παροχή φροντίδας και τη συναισθηματική υποστήριξη αυτών (Χαραλαμπίδου, 1996). Επίσης, σε μελέτη της Williams, οι νοσηλευτές επεσήμαναν ως ανταμοιβές που οδηγούν στην ικανοποίηση, την καθιέρωση θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους και τη δυνατότητα περισσότερου χρόνου παροχής άμεσης φροντίδας προς αυτούς (Χαραλαμπίδου, 1996). Δεν πρέπει όμως να μας διαφεύγει το γεγονός ότι, σύμφωνα με τον Muldary, ο χαρακτήρας του επαγγέλματος όλων των λειτουργών υγείας απαιτεί στενή και συχνή αλληλεπίδραση με δέκτες που πολύ συχνά εκδηλώνουν αρνητική συμπεριφορά, όπως επιθετικότητα, παθητικότητα και αδράνεια. Αυτό το γεγονός αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα, πρωτίστως στην επαγγελματική εξουθένωση, αλλά κατ' επέκταση και στην επαγγελματική ικανοποίηση του ατόμου (Αντωνίου, 2003).

3.1.3. Ψυχολογικοί Παράγοντες.

Στους ψυχολογικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι ανάγκες των επαγγελματιών υγείας για εκτίμηση, σεβασμό και αναγνώριση της προσφοράς τους από τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους, και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα, καθώς και οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης, όπως αντιπροσωπεύονται από τις ευκαιρίες που τους δίνονται για προσωπική ανάπτυξη, μέσα από την επαγγελματική εξέλιξη και ανάδειξη των ικανοτήτων τους και τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων. Επίσης, σε αυτή την κατηγορία παραγόντων θα αναφερθούμε στην επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Επαγγελματική αναγνώριση - Κοινωνική καταξίωση

Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζεται το έργο τους, το οποίο γενικά θεωρείται δύσκολο, από όλους, προϊσταμένους, συναδέλφους, ασθενείς, κι αυτό γιατί το αίσθημα της επιτυχίας, που πηγάζει από την προσφορά προς τον άνθρωπο και την εκτίμηση από τους συνεργάτες συμβάλλει σημαντικά στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Cronin-Stubbs (Χαραλαμπίδου, 1996).

Κατά τον Locke, ο προϊστάμενος, ως άτομο, πρέπει να διευκολύνει την προαγωγή αξιών μεταξύ των εργαζομένων, η κάθε μορφής προσέγγισή του να έχει χαρακτήρα συνδρομής και συμπάθειας προς αυτούς και η αξιολόγησή του να είναι αντικειμενική στην εξέταση της αποδιδόμενης εργασίας (Χαραλαμπίδου, 1996). Παρόλα αυτά, η αναγνώριση της εργασίας των νοσηλευτών/τριών παρουσιάζεται στην ερευνητική βιβλιογραφία με αντιφάσεις, όπου στις περισσότερες μελέτες πάντως οι νοσηλευτές/τριες αναφέρονται στην έλλειψη εκτίμησης και αποδοχής της προσφοράς τους από τους συνεργάτες τους και στη διάψευση των προσδοκιών τους από την

πραγματικότητα της εργασιακής ζωής.

Αλλά και στην ευρύτερη κοινωνία μερικές φορές το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει αρνητικές εμπειρίες ως προς το θέμα της εκτίμησης σε αντίθεση με το ιατρικό. Πράγματι, αν και αναγνωρίζεται ότι το νοσηλευτικό δυναμικό αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους συντελεστές της παραγωγής υπηρεσιών υγείας και, επομένως, κυρίαρχη συνιστώσα της διατήρησης και της αποκατάστασης της υγείας του πληθυσμού, εντούτοις η προσφορά του δεν τυγχάνει μεγάλης αποδοχής, καθώς, όπως έχει μάλιστα η κατάσταση στη χώρα μας, η νοσηλευτική δε χαίρει ιδιαίτερης κοινωνικής καταξίωσης με επακόλουθο αλυσιδωτές αντιδράσεις (Ανδριώτη, Γεωργούση, Κτενάς, Κυριόπουλος, 1994). Στην ερευνητική μελέτη του Dodds και των συνεργατών του, μια βασική αξίωση των νοσηλευτών ήταν ότι περίμεναν ευρύτερη αναγνώριση και αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο (Χαραλαμπίδου, 1996).

Ευκαιρίες εκπαίδευσης

Η επιστημονική καλλιέργεια και ανάπτυξη μέσα στα νοσοκομεία επιτυγχάνεται με τον προγραμματισμό διαφόρων εκπαιδευτικών - επιμορφωτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες εκλαμβάνονται από τους εργαζόμενους ως δυνατότητα για ενίσχυση των ικανοτήτων τους και την ανάπτυξη των γνώσεών τους, καθώς η συνεχής πρόοδος της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης απαιτεί από τους επαγγελματίες τη δια βίου εκπαίδευση, αλλά και ως ευκαιρία για επαγγελματική εξέλιξη. Κατά τους Cross και Failon, η ποικιλία στην εργασία, οι δυνατότητες ανάπτυξης και η καθιέρωση νέων ευκαιριών κατάρτισης, συνδέονται άμεσα με τη θετική ανταπόκριση στο περιβάλλον εργασίας και την ικανοποίηση (Αναστασίου, 2004).

Επαγγελματική ανέλιξη

Η προαγωγή, κατά την Price, αναφέρεται στην περίπτωση ανέλιξης του εργαζόμενου στον επόμενο βαθμό θέσης εργασίας μέσα στον οργανισμό (Χαραλαμπίδου, 1996). Αυτή, είναι δυνατό, να προέρχεται από τα χρόνια υπηρεσίας στο χώρο εργασίας ή να προκύψει ως συνέπεια της επιτυχημένης παρουσίας και απόδοσης του εργαζόμενου.

Σύμφωνα με τους Steers και Porter, η κάθε ευκαιρία επαγγελματικής ανάπτυξης έχει το χαρακτήρα αμοιβής και είναι ιδιαίτερα σημαντική στα άτομα με επαγγελματικές αναζητήσεις, διότι συμβάλλει στην αύξηση της επαγγελματικής αυτοπεποίθησης, αφού αποτελεί συνεχή πηγή ανταμοιβής. Επίσης, οι ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη ενισχύουν την «αυτοεκτίμηση» του εργαζόμενου. Με τον όρο αυτό, όπως αναφέρει ο Warr, αποδίδεται η ιδέα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, όταν τον θεωρεί ικανό, σπουδαίο, επιτυχημένο και αξιόλογο στην κοινωνία. Όταν η αυτοεκτίμηση απειλείται από το αίσθημα παραγκωνισμού των ικανοτήτων του, συγκριτικά με τους συνεργάτες του, τότε η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μειωμένη (Χαραλαμπίδου, 1996).

Βέβαια, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι η κλίμακα προαγωγών μέσα στα νοσοκομεία είναι περιορισμένη, αφού η ιεραρχία ανερχόμενη στενεύει σε αριθμούς θέσεων. Επιπλέον, καθώς η προαγωγή ακολουθεί κατά κύριο λόγο τα χρόνια υπηρεσίας και όχι τα κριτήρια απόδοσης και κατάρτισης, ως συνέπεια, αρκετοί επαγγελματίες υγείας παραμένουν στην ίδια θέση εργασίας το μεγαλύτερο διάστημα της εργασιακής τους πορείας και να οδηγούνται στη δυσaréσκεια, όσοι τουλάχιστον δεν ικανοποιούνται από την εσωτερική ανταμοιβή της παροχής φροντίδας στους ασθενείς (Αναστασίου, 2004).

Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων – Έλεγχος

Η δυνατότητα και τα περιθώρια ελέγχου στο χώρο εργασίας αντανakλούν το βαθμό επιρροής των εργαζόμενων στην οργάνωση και την εκτέλεση της εργασίας τους. Η συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού εξασφαλίζει αυτή τη δυνατότητα και παράλληλα καθιστά σαφέστερους και αποτελεσματικότερους τους μηχανισμούς εφαρμογής της απόφασης, καθώς αυτή θα έχει ήδη γίνει αποδεκτή. Κατά τον Weisman, η ευχέρεια πρόσβασης και συμμετοχής των εργαζομένων στις κάθε είδους επαγγελματικής φύσης αποφάσεις και στον καθορισμό του πλαισίου εργασίας αυξάνουν την αυτονομία στην άσκηση του έργου και μειώνουν τις περιπτώσεις δυσaréσκειας (Αναστασίου, 2004).

Όμως, οι χώροι των νοσοκομείων, ως κεντρικά συστήματα, προσφέρουν λίγες ευκαιρίες στο νοσηλευτικό προσωπικό για αυτονομία και συμμετοχή στις αποφάσεις, αφού με την σημερινή οργανωτική τους δομή, η παραδοσιακή ομάδα επιρροής είναι κυρίως το ιατρικό προσωπικό.

Επαγγελματική εξουθένωση

Ερευνητικές μελέτες αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν μεγαλύτερο εργασιακό στρες σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα και είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας της ελλιπούς εκπαιδευτικής προετοιμασίας στην αντιμετώπιση του συναισθηματικού άγχους (Λαχανά, 2003).

Οι έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως αναφέρει ο Brown, άρχισαν να πολλαπλασιάζονται από το 1978, όταν ανέκλυσε η ανησυχία για την επίδραση που είχε το σύνδρομο στους γιατρούς και νοσηλευτές και στη φροντίδα των ασθενών και έκτοτε αποτελεί σημαντικό θέμα τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για τις διοικήσεις οργανισμών υγείας (Λαχανά, 2003).

Από αρκετές έρευνες έχει βρεθεί η επαγγελματική ικανοποίηση του «εξουθενωμένου» ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Εξάλλου, σύμφωνα με τους Penn, Romano και Foat, η επαγγελματική εξουθένωση των

επαγγελματιών παροχής κοινωνικών υπηρεσιών συνδέεται αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση, τους συνεργάτες, τη διεύθυνση, την αμοιβή και τις ευκαιρίες προαγωγής (Αντωνίου, 2003).

3.1.4. Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά.

Οι ατομικοί, κοινωνικοί και επαγγελματικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και η προϋπηρεσία συμβάλλουν και αυτοί, έστω με μειωμένη συσχέτιση στη διαμόρφωση του βαθμού της επαγγελματικής ικανοποίησης, όπως εξάλλου αναδείχτηκε σε μια ανάλυση 48 μελετών από την Blegen (Χαραλαμπίδου, 1996).

Ηλικία – Προϋπηρεσία

Ερευνητικές μελέτες συνηγορούν στη θετική σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική ικανοποίηση και την ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας, όπως αναφέρουν οι Braito και Caston (Χαραλαμπίδου, 1996). Ο λόγος είναι, γιατί οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, έχουν αποδεχτεί την εξουσία στο χώρο εργασίας και αναμένουν λιγότερα πλέον από την εργασία τους, ενώ έχουν επίσης καλύτερες θέσεις και περισσότερα προσόντα από τους νεώτερους (Spector, 1997).

Γι αυτό, όσο περισσότερα είναι τα χρόνια εργασίας των εργαζομένων, τόσο λιγότερη σημασία δίνεται στην επαγγελματική ικανοποίηση δια των παραγόντων της αυτοπραγμάτωσης, ενώ αυξάνουν οι απαιτήσεις για υψηλές αποδοχές. Σύμφωνα με τον Herzberg, η ικανοποίηση συνδέεται με τη μεγαλύτερη ηλικία, επειδή τα άτομα προσαρμόζονται στην εργασία και τις περιστάσεις της ζωής, ενώ κατά τον Grunenberg, οι διαφορές ικανοποίησης σε σχέση με την ηλικία ίσως να εξηγούνται από τις διαφορές αξιών που ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, λόγω εμπειριών της ζωής. Τέλος, ο Luthans αναφέρει, ότι οι νέοι εργαζόμενοι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι, γιατί έχουν υψηλές προσδοκίες που δεν εκπληρώνονται, καθώς η ίδια η εργασία δεν περιέχει τα στοιχεία του ενδιαφέροντος για αυτούς. Οι νέοι προσέρχονται στο επάγγελμα με πολλά προσόντα, αμείβονται με χαμηλές αποδοχές, κατέχουν χαμηλού επιπέδου επαγγελματική ιδιότητα, δεν έχουν εξουσία και έλεγχο πάνω στην εργασία, με αποτέλεσμα να ανταποκρίνονται στις κατευθύνσεις των προϊσταμένων και έτσι να οδηγούνται στην αποθάρρυνση και τη δυσαρέσκεια (Χαραλαμπίδου, 1996).

Επίπεδο Εκπαίδευσης

Από διάφορες έρευνες έχει προκύψει ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση. Συμβαίνει επίσης, επαγγελματίες υγείας με υψηλό επίπεδο γνώσεων και επαγγελματικής εμπειρίας, να συναντούν εμπόδια στην εργασία τους στα

νοσοκομεία με αποτέλεσμα να οδηγούνται στη δυσαρέσκεια και μερικές φορές στην απομάκρυνση από αυτή. Κατά τις Price και Mueller, όταν υπάρχουν περιορισμοί στην ανάπτυξη, τη χρήση των γνώσεων και ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας μέσα στα νοσοκομεία, τότε δημιουργείται δυσαρέσκεια, αποθάρρυνση και η ανώτατη εκπαίδευση και η εξειδίκευση καταλήγουν σε χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης (Χαραλαμπίδου, 1996). Επίσης, όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό το περιεχόμενο της εκπαίδευσής τους φαίνεται να επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίησή τους, καθώς, σύμφωνα με τους Reid και Field, η νοσηλευτική εκπαίδευση δεν τους προετοιμάζει επαρκώς για τη μετάβασή τους από την εκπαίδευση στο χώρο εργασίας, με συνέπεια να εκφράζονται με δυσαρέσκεια για το έργο τους (Χαραλαμπίδου, 1996).

Οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει με πολλούς τρόπους το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας, ενώ συγκεκριμένα, κάποιες έρευνες έδειξαν ότι σχετίζεται με την ικανοποίηση από τις οικονομικές αποδοχές. Επίσης, ιδιαίτερες συνθήκες της εργασίας, όπως το ωράριο και το πρόγραμμα εργασίας, δημιουργούν περισσότερη δυσαρέσκεια σε όσους έχουν οικογένεια, καθώς πρέπει να επιτευχθεί ισορροπία ανάμεσα στις εργασιακές και οικογενειακές υποχρεώσεις.

Οι παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού απασχόλησαν πολλούς μελετητές εξαιτίας γεγονότων, όπως οι απουσίες και οι αποχωρήσεις από το επάγγελμα, αλλά και γιατί το έργο των νοσηλευτών/τριών αποτελεί μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους στη διαμόρφωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας.

Οι εργασιακοί παράγοντες οδηγούν κυρίως στη δυσαρέσκεια, ενώ οι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν τους ουσιαστικούς παράγοντες αισθήματος πληρότητας των επαγγελματιών υγείας στο έργο τους. Επίσης διάφοροι ατομικοί, κοινωνικοί και επαγγελματικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο χρόνος υπηρεσίας επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία.

Γενικά πάντως, για τους παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση, από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε επαγγελματίες υγείας νοσοκομείων, έχει προκύψει ότι οι εξωγενείς ανταμοιβές ήταν οι βασικοί παράγοντες δυσαρέσκειας, ενώ οι ενδογενείς αποτελούν τους ουσιαστικούς παράγοντες αισθήματος πληρότητας των επαγγελματιών υγείας από το έργο τους.

3.1.5. Ερευνητικά δεδομένα για τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout)

Από τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί από πλήθος επιστημόνων, έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο συχνό σε κάποια επαγγέλματα, όπως οι γιατροί και νοσηλεύτες/τριες. Γι' αυτό και αρχικά, αυτό το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, ενώ η χρήση του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα στους παθολόγους, στους ψυχιάτρους, στους οδοντίατρους, στις νοσηλεύτριες, στους φυσικοθεραπευτές και στους κοινωνικούς λειτουργούς (Jimmieson, N. L., 2000)

Μέχρι σήμερα, από τις 5.500 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν στους επαγγελματίες της υγείας σε ποσοστό 34% (Firth-Cozens J Payne R., 1999). Όπως έχει διαπιστωθεί, αυτό που κάνει τους επαγγελματίες της υγείας περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους είναι αφενός το γεγονός ότι είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου στο ότι οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Caplan D., Cobb S, French P., Harrison R V, Pinneau R, 1975, Rees DW., Cooper CLA, 1991.) Δύο επιπλέον πιθανές πηγές burnout για τους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας αφορούν: α) στην άμεση, πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία με τους ασθενείς, τους συγγενείς, το υπόλοιπο προσωπικό και τη διοίκηση του νοσοκομείου και β) στην έκθεσή τους στον αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης κάποιας ασθένειας ή πρόκλησης ενός τραυματισμού. Οι στρεσογόνοι αυτοί παράγοντες είναι δυνατόν να επιδεινωθούν από την έντονη προσπάθεια που καταβάλλουν οι γιατροί και οι νοσηλεύτες προκειμένου να φαίνεται ότι είναι ήρεμοι και ελέγχουν την κατάσταση, αλλά την ίδια στιγμή να συμμετέχουν συναισθηματικά και να δείχνουν ενδιαφέρον για τα προβλήματα των ασθενών τους (Sutherland VJ., & Cooper CL. ,1990)

Έναν πρόσθετο παράγοντα στην επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών και των νοσηλευτών αποτελεί η συχνή και μακρόχρονη επαφή τους με ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα και βρίσκονται γενικά σε δύσκολη κατάσταση. Σύμφωνα με τον Muldary η φύση του επαγγέλματος των λειτουργών υγείας απαιτεί στενή αλληλεπίδραση με δέκτες που πολύ συχνά εκδηλώνουν αρνητική συμπεριφορά επιθετικότητας, παθητικότητας και αδράνειας. Ωστόσο και άλλοι επαγγελματίες, που δεν προσφέρουν άμεσα κοινωνικές υπηρεσίες, όπως οι διευθυντές νοσοκομείων, ενδεχομένως να αισθανθούν επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας των αυξημένων ευθυνών και επειδή ο ρόλος τους απαιτεί να συνδράμουν τους υπαλλήλους, να επιλύουν όχι μόνο επαγγελματικά προβλήματα αλλά και να αντεπεξέρχονται σε προσωπικές δυσκολίες (Pines, A. M., & Maslach, 1983). Οι επαγγελματίες υγείας που βιώνουν συναισθηματική εξάντληση αισθάνονται συναισθηματικά «στεγνωμένοι» και

απογοητευμένοι από τα περιστατικά της ημέρας. Γενικά, αισθάνονται μεγάλη και συνεχή κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Πολλές φορές αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως αναπόφευκτο κακό από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν και άλλες φορές αποφεύγουν να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους, που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη, επειδή τις θεωρούν ως πηγή της εξάντλησής τους και κρατούν απόσταση ασφαλείας από τους ασθενείς τους.

Ιδιαίτερα για το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες παγκοσμίως και σύμφωνα με μία έρευνα του Fagin με δείγμα νοσηλευτικό προσωπικό ενός ψυχιατρικού κέντρου, κατέληξε ότι οι σημαντικότερες πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούσαν σε οργανωτικά και διοικητικά προβλήματα, όπως η περικοπή του εργατικού δυναμικού, οι μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες υγείας και η έλλειψη ενημέρωσής τους για τις αλλαγές αυτές. Πιο πρόσφατη έρευνα των Hannigan και συν. βρήκε ότι πάνω από το μισό ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε έντονα σημάδια συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του. Για πολλούς από αυτούς, τα σημάδια αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους αφορμή για να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα.

3.2. Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout)

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης οφείλεται στο συνδυασμό πολλών παραγόντων, που μπορούν να ταξινομηθούν σε **εργασιακούς** και **προσωπικούς**.

Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο στην επαγγελματική εξουθένωση είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζόμενου από το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για να αναπτυχθεί σε προσωπικό επίπεδο. Στις ίδιες συνθήκες εργασίας και οργάνωσης δεν αντιδρούν όμοια οι εργαζόμενοι, άλλοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευπάθεια στο εργασιακό στρες και άλλοι όχι. Η αλληλεπίδραση του κάθε ατόμου, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος της εργασίας του, καθορίζει μια περισσότερο ή λιγότερο θετική αντίδραση σε όρους προσαρμογής σε ένα συνεχές στρες, ανάλογα με την προσωπικότητά του και το χαρακτήρα του. Αυτό το στάδιο αποτελεί το προσαρμοστικό φάσμα, που τον οδηγεί σε μια κατάσταση τέλει προσαρμογής του δημιουργικού στρες. Με την πάροδο του χρόνου και τις έντονες απαιτήσεις της εργασίας και των διαπροσωπικών σχέσεων ο εργαζόμενος οδηγείται σε μια κατάσταση προβληματικής συμπεριφοράς (distress) ή στο σύνδρομο.

Οι παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση του burnout και είναι κοινοί στα διάφορα επαγγέλματα, συμπτύχθηκαν από τη Maslach στις παρακάτω έξι βασικές κατηγορίες:

- Φόρτος εργασίας,
- Έλλειψη ελέγχου,
- Ανεπαρκής ενθάρρυνση,
- Έλλειψη ισότητας,
- Απουσία αίσθησης του «ανήκειν»,
- Σύγκρουση αξιών.

Οι τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξουθένωση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων) δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν στο άτομο, ενώ ακόμη υπάρχει διαφωνία μεταξύ των θεωρητικών όσον αφορά την ακολουθία του συνδρόμου. Όλες οι διαπιστώσεις, τόσο οι φιλολογικές, όσο κυρίως και οι ερευνητικές, αποτέλεσαν ψήγματα για τους μεταγενέστερους ερευνητές, για να αποκαλύψουν σε βάθος τα πιθανά αίτια του συνδρόμου και κατά συνέπεια να προτείνουν ορθολογικές και πρακτικές λύσεις για την αντιμετώπισή του. Μεταξύ των αναφερομένων αιτιακών παραγόντων, που έχουν, μέχρι σήμερα, τύχει επιστημονικής αποδοχής, περιλαμβάνονται οι εξής:

Εργασιακοί παράγοντες, που είναι η εργασιακή ικανοποίηση, το εργασιακό άγχος και το εργασιακό κλίμα, τόσο στην κοινωνική, όσο και στη δομική του διάσταση.

Ατομικοί παράγοντες, είναι η προσωπικότητα και η συναισθηματική ωριμότητα του επαγγελματία.

- Δημογραφικοί παράγοντες, είναι το φύλλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.
- Διοικητικοί παράγοντες είναι η μονιμότητα και η ασφάλεια και το σύστημα διοίκησης.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εξαρτάται από την αλληλεπίδραση μεταξύ:

- της προσωπικότητας του εργαζομένου, των κινήτρων και των ενδιαφερόντων του
- της οργανωτικής δομής και της ιεραρχικής διαστρωμάτωσης και
- του είδους της εργασίας.

3.3. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) και Προσωπικότητα

Στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας τα οποία θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη δημιουργία συνθηκών για εκδήλωση burnout:

- Αγχώδης προσωπικότητα
- Νευρωτικός χαρακτήρας

- Τελειομανία, ιδεαλισμός
- Υπερβολική εσωστρέφεια ή εξωστρέφεια
- Παρορμητικότητα, επιθετικότητα
- Αυταρχισμός, ανάγκη ελέγχου των πάντων
- Υπερβολική φιλοδοξία
- Χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης στην προσωπική ζωή
- Μη ρεαλιστικές προσωπικές προσδοκίες
- Υπερβολική προσκόλληση στις απαιτήσεις, που προέρχονται από το ίδιο άτομο, τους πελάτες, τους προϊστάμενους
- Εξάρτηση από τους άλλους

Όταν στον χώρο εργασίας, εκτός από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός επαγγελματία υγείας που αναφέρθηκαν παραπάνω, υπάρχουν και επιπλέον ένας ή περισσότεροι από τους περιβαλλοντικούς – εργασιακούς παράγοντες, όπως είναι:

η διάρκεια του χρόνου εργασίας

οι συνθήκες εργασίας

η απουσία κινήτρων

η έλλειψη εξοπλισμού και υγειονομικού υλικού

ο υπερβολικός φόρτος εργασίας

η ελλιπής ανταμοιβή και η απουσία συγκεκριμένων επαγγελματικών κινήτρων

η άσκηση επαγγέλματος σε τομείς ή κλάδους πέραν των προσωπικών ενδιαφερόντων και ικανοτήτων, εξαιτίας της μη κατάλληλης διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού

η περιορισμένη ευαισθησία και η αρνητική στάση της διοίκησης, όσον αφορά την κατάρτιση του προσωπικού

που δύσκολα τροποποιούνται από τον εργαζόμενο λόγω της πολυπλοκότητάς τους και λόγω της απαίτησης ειδικών παρεμβάσεων, διοικητικών και οργανωτικών στρατηγικών, μπορεί να επιτρέψουν την εκδήλωση του συνδρόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

4.1. Κλίμακες αξιολόγησης επαγγελματικής εξουθένωσης

Το 1986 οι Maslach and Jackson υποστήριξαν ότι είναι δυνατό να αξιολογήσουμε την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζόμενων χρησιμοποιώντας τον Κατάλογο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory (MBI)). Το MBI αποτελεί μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα και αξιολογεί τα ακόλουθα τρία βασικά στοιχεία:

- α) το βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης,
- β) τα επίπεδα αποπροσωποποίησης και
- γ) την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.

- **Συναισθηματική εξάντληση:** Ο επαγγελματίας αισθάνεται εξαντλημένος σωματικά και ψυχικά. Αισθάνεται κουρασμένος, αναστατωμένος και ανίκανος να συνεχίσει. Δεν διαθέτει την απαιτούμενη ενέργεια να αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα ή κάποιο άτομο στην εργασία του. Νιώθει έλλειψη ενέργειας και οι προσδοκίες του διαψεύδονται. Η εξάντληση αυτή είναι η πρώτη αντίδραση στο στρες που δημιουργείται από τις απαιτήσεις της δουλειάς.

- **Αποπροσωποποίηση (Κυνισμός):** Είναι μία προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας να υπερασπίσουν τον εαυτό τους κρατώντας απόσταση από την εργασία τους και από τους συναδέλφους του. Ελαχιστοποιούν τη συμμετοχή τους και δεν έχουν ιδεώδη. Πιστεύουν ότι θα είναι πιο ασφαλείς, αν είναι αδιάφοροι. Μέσα σ'ένα τόσο αρνητικό κλίμα οι ικανότητες των ανθρώπων αλλοτριώνονται (Maslach, C., & Jackson, S. E. Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual 1984*). Ο επαγγελματίας υγείας έχει κυνική, αρνητική στάση απέναντι στους ασθενείς. Είναι πολλές φορές αγενής, η επικοινωνία που αναπτύσσει μαζί τους είναι εντελώς επιφανειακή και τους βλέπει σαν νούμερα, χάνει την επαφή με τον άνθρωπο. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της συμπεριφοράς είναι η τάση να αναφέρονται στους ασθενείς τους όχι με τα ονόματά τους, αλλά με τον αριθμό του δωματίου ή τον τύπο της ασθένειας.

- **Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων:** Ο επαγγελματίας αισθάνεται αναποτελεσματικός. Έχει την αίσθηση πως οτιδήποτε και να κάνει δεν μπορεί να βελτιώσει τον τρόπο και τις συνθήκες εργασίας του. Έχει χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στους άλλους. Μειώνεται η αυτοεκτίμησή του και συχνά χαρακτηρίζει τον εαυτό του ως αποτυχημένο. Έτσι παραιτείται από κάθε προσπάθεια να δημιουργήσει αμοιβαία σχέση με τους ασθενείς του και να χειριστεί τα προβλήματά τους (Κάντας Α. Αθήνα, 1995).

Σύμφωνα με μια άλλη άποψη, προηγείται η αποπροσωποποίηση, ακολουθούν τα

αισθήματα αποτυχίας και της μειωμένης επίτευξης, που οδηγούν με τη σειρά τους σε συναισθηματική εξάντληση. Ο Cherniss υποστηρίζει ότι η συναισθηματική εξουθένωση είναι ένας αμυντικός μηχανισμός, που βοηθά το άτομο να επιβιώσει στις αρχές της σταδιοδρομίας του. Η Pines υποστηρίζει ότι όταν οι συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος περιορίζουν τον εργαζόμενο να εκπληρώσει τους υψηλούς επαγγελματικούς στόχους του, να επιδείξει αφοσίωση και να επενδύσει συναισθηματικά σ' αυτήν, τότε από-ιδανικοποιείται η εργασία και το άτομο οδηγείται στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

5.1 Αυτό-αναγνώριση της ύπαρξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout)

Το πρώτο και πιο σημαντικό βήμα για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναγνώριση της ύπαρξής της. Πολλοί επαγγελματίες υγείας – γιατροί και νοσηλευτές- δεν καταφέρνουν να αναγνωρίσουν ότι έχουν πρόβλημα, παρά μόνο όταν είναι αργά και έχουν ήδη εκδηλώσει σημαντικά συμπτώματα και διαταραχές στην ψυχοσωματική τους υγεία. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι τα άτομα να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται τα όριά τους και να αναζητούν βοήθεια όταν δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στις πιεστικές συνθήκες της εργασίας τους. Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αναζητούν τρόπους αντιμετώπισης τόσο των ίδιων των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης όσο και των ενοχών τους, όταν οι ίδιοι αισθάνονται εξαντλημένοι και αδυνατούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Η ικανότητα αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο και δεν υπάρχουν προς το παρόν επαρκείς επιστημονικές εξηγήσεις για τους λόγους για τους οποίους μερικά άτομα καταφέρνουν να αναρρώσουν και να ωφεληθούν περισσότερο από κάποια άλλα.

Στους επαγγελματίες υγείας με τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, τις βάρδιες και τη μη ικανοποιητική ανάπαυσή τους, δημιουργείται υπερφόρτωση. Η υπερφόρτωση αναφέρεται σε μία κατάσταση κατά την οποία οι απαιτήσεις που έχει το περιβάλλον από τον επαγγελματία υπερβαίνουν την ικανότητά του να τις αντιμετωπίσει. Ορισμένοι τομείς της ζωής είναι υπερβολικά απαιτητικοί. Όταν οι απαιτήσεις αυτές υπερβούν την ικανότητα να τις ικανοποιήσει, αισθάνεται εξαντλημένος. Οι τέσσερις σημαντικότεροι παράγοντες της εργασιακής υπερφόρτωσης είναι:

- η πίεση του χρόνου,
- οι υπερβολικές ευθύνες και υποχρεώσεις,
- η έλλειψη υποστήριξης και
- οι υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό του και από τους άλλους γύρω του.

Οποιοσδήποτε από αυτούς τους παράγοντες, ή οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταξύ τους, μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.

Ο καλύτερος τρόπος για την αποτροπή της εισβολής του συνδρόμου είναι να μειωθούν τα αρνητικά στοιχεία της εργασίας και να ενισχυθούν τα θετικά. Οι οργανισμοί έχουν τη δύναμη και τις πηγές διά των διοικήσεών τους να εφαρμόσουν σχεδιασμούς προσέγγισης του προσωπικού τους, να ανακαλύψουν ποια και σε τι βαθμό είναι τα προβλήματά τους και ποιες λύσεις προτείνονται. Και το προσωπικό χρειάζεται από την πλευρά του μία ευκαιρία να εκφράσει τις απόψεις του στη διοίκηση και να γίνει

κατανοητό από όλους ότι χρειάζεται ο ένας τον άλλον. Μία οργανική προσέγγιση βελτιώνει τη διοίκηση, την παραγωγικότητα και την ποιότητα ζωής του προσωπικού της.

Αυτό το επίπεδο πρόληψης θεωρεί την επαγγελματική εξουθένωση ως επακόλουθο της έλλειψης προσαρμογής των ατόμων στο περιβάλλον. Γι' αυτό, ο βασικός στόχος της αρχικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση μιας υγιούς σχέσης ανάμεσα στα δύο μέρη. Οι παρεμβάσεις που προτείνονται στοχεύουν τόσο στην απομάκρυνση των στρεσογόνων παραγόντων από το εργασιακό περιβάλλον όσο και στην προσπάθεια να επιτευχθεί ένας επιτυχής συνδυασμός ανάμεσα στα επαγγελματικά καθήκοντα και τις ανάγκες του ατόμου, τις ικανότητες και τις φιλοδοξίες του. Για παράδειγμα, η συμμετοχική λήψη αποφάσεων, ο επανασχεδιασμός της εργασίας, ο προγραμματισμός και εμπλουτισμός της και οι αυτόνομες ομάδες εργασίας είναι αποτελεσματικές παρεμβάσεις στο περιβάλλον εργασίας.

5.2 Μέτρα πρόληψης σε ατομικό επίπεδο

Η άποψη που επικρατεί σύμφωνα με την οποία ο επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των ασθενών που φροντίζει, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία το λειτούργημά του, του δημιουργεί ένα μεγάλο φορτίο που πρέπει να σηκώσει και μάλιστα καθημερινά, καθιστώντας τον ιδιαίτερα ευάλωτο στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι βάσεις της πρόληψης και της σωστής αντιμετώπισης του συνδρόμου, προϋποθέτουν ότι ο επαγγελματίας υγείας πρέπει παράλληλα με τους ασθενείς του να φροντίζει και τον εαυτό του.

Σε ατομικό επίπεδο, μέτρα που συμβάλλουν στην πρόληψη του συνδρόμου είναι:

α) Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων, που είναι αδυναμία συγκέντρωσης στην εργασία, ανία, αψηχημάδα, τάσεις απομόνωσης από τους συναδέλφους, παντελής έλλειψη ικανοποίησης από την επίτευξη εργασιακών στόχων, νεύρα, απογοήτευση και αρνητική στάση απέναντι σε ό,τι αφορά την εργασία (Κοτρώτσιου, Ε., Παραλίκας, 2002). Όταν, για παράδειγμα, εργάζεται με εξαντλητικά ωράρια για πολλά χρόνια χωρίς να ξεκουράζεται και να κοιμάται επαρκώς, όταν οι υποχρεώσεις, που του έχουν ανατεθεί, είναι πολύ περισσότερες από όσες θα έπρεπε, είναι υποψήφιο «θύμα» του burnout.

β) Η επανεκτίμηση, ο επαναπροσδιορισμός, ακόμη και η αναθεώρηση ορισμένες φορές, των προσωπικών στόχων και προσδοκιών, που έχει ο επαγγελματίας υγείας από τον εαυτό του, των σχέσεων με τους συναδέλφους του, τους προϊσταμένους του και των μελών της οικογένειάς του και της αναγνώρισης των υπηρεσιών του απ' αυτούς που φροντίζει.

Ιδιαίτερα ευάλωτοι στο σύνδρομο είναι οι εργαζόμενοι, η εργασία των οποίων δεν αναγνωρίζεται, σε σχέση με όσα προσφέρουν, στο βαθμό που θα έπρεπε από τους ανωτέρους τους, τόσο σε επίπεδο ηθικής αναγνώρισης, όσο, ιδιαίτερα στις σημερινές δύσκολες οικονομικές συνθήκες, σε επίπεδο οικονομικών απολαβών. Δεν αμείβονται ικανοποιητικά με αποτέλεσμα να κυριεύονται από αίσθημα κατωτερότητας και αυτή η απουσία επαγγελματικής αναγνώρισης και καταξίωσης να τους «ρίχνει» ψυχολογικά, να κλείνονται ολοένα και περισσότερο στον εαυτό τους και να απωθούν οτιδήποτε έχει σχέση με τη εργασία τους.

Επίσης, είναι ενδεχόμενο σε εργαζόμενους που έχουν υπερβολικές απαιτήσεις, τόσο από τον εαυτό του όσο και από τους άλλους, όταν αυτές δεν εκπληρώνονται, να βιώνουν συναισθήματα αναξιότητας (δεν αξίζω τίποτε, δεν έχω καταφέρει τίποτε κ.α.) και να εμφανισθούν αισθήματα ενοχής, φόβου, θλίψης και ματαιώσης.

Καθοριστικής επίσης σημασίας είναι το αίσθημα ανασφάλειας που αναπτύσσεται σε ορισμένους εργαζόμενους για το επαγγελματικό τους μέλλον, θεωρώντας, πως η θέση εργασίας τους, ιδιαίτερα υπό τις σημερινές συνθήκες, δεν είναι εξασφαλισμένη, παράμετρος που διογκώνεται σε ένα γενικότερο εργασιακό κλίμα αβεβαιότητας, απολύσεων και μειώσεων αποδοχών.

γ) Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από την οικογένεια, φίλους, συναδέλφους, όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας.

Η αναζήτηση «συμμάχων» και η ευχάριστη συνεργασία στις ιατρικές και νοσηλευτικές μονάδες καθώς και η ανάπτυξη σχέσεων με συναδέλφους και η δημιουργία υποστηρικτικής ατμόσφαιρας καθιστούν το εργασιακό περιβάλλον χώρο οικείο και ευχάριστο.

Επίσης, η υποστήριξη και η συμπαράσταση συζύγου και οικογένειας μετριάζουν τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι, όταν είναι απαραίτητο και η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο, ότι απλά με λίγη περισσότερη ανάπαυση το φαινόμενο θα εκλείψει.

δ) Η σωστή διατροφή, η άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης

Η σωστή και ισορροπημένη διατροφή ενισχύει την άμυνα του οργανισμού, ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων «αποσυμπίεσης» όπως εκδρομές, βάδισμα, σωματική άσκηση, μουσική, θέατρο, κινηματογράφος, χορός, συναντήσεις με φίλους, κ.λ.π., συμβάλλει στη συναισθηματική αποφόρτιση, προσφέροντας φυσική και ψυχική ευεξία. Οι επαρκείς ώρες του ύπνου συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην προστασία του εργαζόμενου από της επιπτώσεις ενός χρόνιου στρες.

ε) Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας. Με προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας αυξάνεται η αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του. Επιπλέον, η ρουτίνα αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για τη δημιουργία του εργασιακού στρες. Όταν ο εργαζόμενος ασκεί καθημερινά την ίδια εργασία χωρίς να υπάρχει εναλλαγή εργασιακών δραστηριοτήτων, ωθείται σε αποστασιοποίηση από το αντικείμενο του. Σημαντική όμως προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα του μέτρου είναι η αλλαγή του χώρου εργασίας να μην αποτελεί αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης και αντίδραση φυγής, αλλά να συνοδεύεται από νέες αντιλήψεις, προσδοκίες, στάσεις και συμπεριφορές, ώστε να μην ενέχεται ο κίνδυνος να προσβληθεί εκ νέου από το σύνδρομο.

5.3. Μέτρα πρόληψης σε διοικητικό επίπεδο

Σε διοικητικό επίπεδο, οι πιο συχνές μέθοδοι πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν στον καλύτερο σχεδιασμό των νοσοκομειακών χώρων και των άλλων χώρων υγείας, στον προγραμματισμό και εμπλουτισμό της εργασίας, στη συμμετοχική λήψη αποφάσεων, στην αποσαφήνιση των ρόλων και των καθηκόντων των γιατρών και των νοσηλευτών, στη δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης, καθώς και στην οργάνωση συμβουλευτικών εποπτειών με τους εργαζόμενους που αντιμετωπίζουν προβλήματα.

Συχνά, το ιδιαίτερα απασχολημένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό υποτιμά το σημαντικό ρόλο των κοινωνικών σχέσεων, μέσα και έξω από την εργασία. Εντούτοις, η αξία της κοινωνικής υποστήριξης είναι ανεκτίμητη, τόσο στην αντιμετώπιση του στρες και της έντασης όσο και στη γενική ευεξία των εργαζόμενων. Η αξία της συναισθηματικής υποστήριξης ως προστατευτικός μηχανισμός ενάντια στις αντίξοες εργασιακές πιέσεις και την επαγγελματική εξουθένωση δεν θα πρέπει να υποτιμάται. Αντίθετα, οι γιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενθαρρύνουν το υποστηρικτικό κλίμα στο χώρο της εργασίας τους και να αναπτύσσουν κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης σε επίπεδο οικογένειας και κοινωνικών συναναστροφών.

Για πολλά χρόνια, ένας από τους βασικούς στόχους της έρευνας για την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας υπήρξε η διερεύνηση επαρκών οργανωσιακών στρατηγικών πρόληψής της. Οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε οργανωτικό επίπεδο μπορούν να χωριστούν σε δύο διακεκριμένες κατηγορίες:

- στρατηγικές πρόληψης και
- στρατηγικές ανακούφισης ή θεραπευτικές.

Ο στόχος των στρατηγικών πρόληψης είναι να εξαλείψουν τις αρνητικές συνέπειες των παραγόντων που καθιστούν τους εργαζόμενους ευάλωτους στην επαγγελματική

εξουθένωση ή να τους κάνουν να σταματήσουν να προκαλούν πίεση. Από την άλλη, οι ανακουφιστικές ή θεραπευτικές στρατηγικές έχουν ως στόχο να μετριάσουν την εξουθένωση στα άτομα και να τα βοηθήσουν να την ξεπεράσουν. Αρκετοί ερευνητές έχουν περιγράψει μία σειρά διαφορετικών τύπων παρέμβασης. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν τόσο στην αλλαγή και αναδιοργάνωση των δομών υγείας όσο και στη συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων πρέπει να στοχεύουν τόσο στο άτομο και στον οργανισμό όσο και στην αλληλεπίδραση ατόμου- οργανισμού. Τρία επίπεδα παρέμβασης έχουν αναφερθεί για την πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης:

- 1. το πρωτοβάθμιο επίπεδο**, που αποβλέπει στη μείωση των πηγών έντασης και εξουθένωσης στον οργανισμό,
- 2. το δευτεροβάθμιο επίπεδο**, που αφορά στην εκπαίδευση για τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης, και
- 3. το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης**, που αναφέρεται στην προώθηση της υγείας και της συμβουλευτικής στον εργασιακό χώρο.

Η χρήση των προσεγγίσεων αυτών θα υπαγορευθεί από την από κοινού συμφωνία μεταξύ των εργαζομένων και του οργανισμού. Συνήθως, η δυσφορία που προκαλείται από την εργασία αντιμετωπίζεται με τον εργαζόμενο ως επίκεντρο του προβλήματος, ενώ στην πραγματικότητα, ενδεχομένως, να αντιπροσωπεύει κάποια δυσλειτουργία της υπηρεσίας ή της διοίκησης του οργανισμού.

5.3.1. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αντιμετωπίζει το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο από την πλευρά της πρόληψης και στην ιδανική περίπτωση ενσωματώνει τον έλεγχο και τη ρύθμιση της ψυχοσωματικής ισορροπίας των υπαλλήλων. Πρόκειται για μία πολύπλοκη διαδικασία, που μπορεί να χρησιμοποιήσει μία κλίμακα στρατηγικών, αν και τα παραδείγματα τέτοιων οργανωτικών παρεμβάσεων ((Elkin and Rosch, 1990), που έχουν δημοσιευθεί είναι σχετικά περιορισμένα. Η κλίμακα στρατηγικών επιλογών είναι:

- *Επανασχεδιασμός της εργασίας*
- *Καθιέρωση ελαστικών προγραμμάτων εργασίας*
- *Ενθάρρυνση συμμετοχής στη διοίκηση*
- *Συμμετοχή του εργαζομένου στο σχεδιασμό προγραμμάτων*
- *Ανάλυση των εργασιακών ρόλων και καθορισμός στόχων*
- *Καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών*
- *Δημιουργία συνεκτικών ομάδων.*

Αυτό το επίπεδο πρόληψης θεωρεί την επαγγελματική εξουθένωση ως επακόλουθο της έλλειψης προσαρμογής των ατόμων στο περιβάλλον. Γι' αυτό, ο βασικός στόχος της αρχικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση μιας υγιούς σχέσης ανάμεσα στα δύο μέρη (Elkin and Rosch, 1990). Για παράδειγμα, η συμμετοχική λήψη αποφάσεων, ο επανασχεδιασμός της εργασίας, ο προγραμματισμός και ο εμπλουτισμός της και οι αυτόνομες ομάδες εργασίας είναι αποτελεσματικές παρεμβάσεις στο περιβάλλον εργασίας. Οι παραπάνω παρεμβάσεις που προτείνονται στοχεύουν τόσο στην απομάκρυνση των στρεσογόνων παραγόντων από το εργασιακό περιβάλλον, όσο και στην προσπάθεια να επιτευχθεί ένας επιτυχής συνδυασμός ανάμεσα στα επαγγελματικά καθήκοντα και τις ανάγκες του ατόμου, τις ικανότητες και τις φιλοδοξίες του.

Ο Murphy, το 1994, εφάρμοσε ένα πιλοτικό πρόγραμμα, που είχε σκοπό το σχεδιασμό ενός νοσοκομείου σε κάποια προαστιακή περιοχή. Πυρήνα του προγράμματος αυτού αποτελούσε η ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων στη δημιουργία και εφαρμογή του. Για το σκοπό αυτό, συστάθηκε μία ομάδα από επαγγελματίες υγείας, η οποία εκπροσωπείτο από όλες τις ειδικότητες και είχε σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας των ασθενών, να αναγνωρίσει τις αδυναμίες του μοντέλου και να προτείνει τρόπους βελτίωσής του. Η διεπιστημονική ομάδα, μέσα από εβδομαδιαίες συναντήσεις στις οποίες συζητούσε τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι επαγγελματίες υγείας, διαπίστωσε ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αποτελούσε τον βασικότερο παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων και πρότεινε τη δημιουργία ενός προγράμματος αντιμετώπισής του. Παράλληλα, ορίστηκε ένας εξωτερικός σύμβουλος για να διευκολύνει την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος. Το καινούργιο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών είχε ως πρωταρχικό στόχο τη διεπιστημονική συνεργασία και τον περιορισμένο αριθμό των ασθενών που θα αναλάμβανε η κάθε ομάδα επαγγελματιών υγείας. Μετά την εφαρμογή του νέου προγράμματος αφενός αυξήθηκε σημαντικά το αίσθημα επαγγελματικής ικανοποίησης και η συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων και αφετέρου μειώθηκε το εργασιακό στρες και η σπατάλη του εργασιακού χρόνου.

Πολλοί ερευνητές μεταξύ αυτών και ο Fagin, το 1996, πρότεινε να είναι πρωταρχικός σκοπός μιας παρέμβασης για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής έντασης γενικότερα η μείωση των ίδιων των πιεστικών εργασιακών παραγόντων που την προκαλούν. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα ελέγχου της εργασίας του και ταυτόχρονα τη δυνατότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων που ανακύπτουν στο εργασιακό του περιβάλλον. Η αλλαγή των στόχων, των μεθόδων παροχής υπηρεσιών, η βελτίωση των εργασιακών σχέσεων και η εκμάθηση νέων μεθόδων διαχείρισης των προβλημάτων θα πρέπει να αποτελούν απώτερο σκοπό κάθε προγράμματος διαχείρισης και μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το 1996 ο Burke αναγνώρισε τα πλεονεκτήματα της δημιουργίας στόχων, τα πλεονεκτήματα της επίλυσης των προβλημάτων, της βελτίωσης της επικοινωνίας και

της εξομάλυνσης της σύγκρουσης οικίας-εργασίας με την ευρύτερη εξομάλυνση των αντιπαράθεσεων μεταξύ εργασιακών και οικογενειακών. Σημαντικός αριθμός μελετών έχουν επικεντρωθεί στην επίδραση της ενδυνάμωσης των υπαλλήλων, ενώ η δημιουργία στόχων στους υπαλλήλους των χαμηλότερων επιπέδων της ιεραρχίας των οργανισμών μπορεί να ερμηνεύσει τον πολύπλοκο χαρακτήρα των πρακτικών, οικονομικών και πολιτικών πλευρών της εισαγωγής τέτοιων σχημάτων. Η μείωση της ψυχολογικής έντασης των εργαζομένων «αντιπροσωπεύει τον πιο άμεσο τρόπο μείωσης της εργασιακής έντασης, καθώς αντιμετωπίζει την αιτία του» (O'Driscoll and Cooper, 1995). Ωστόσο, το πρωταρχικό σημείο βρίσκεται στην αξιολόγηση της έκτασης του προβλήματος μέσω του ελέγχου του εργασιακού στρες, που επιτρέπει επίσης την αναγνώριση των αιτιών του. Η δράση που θα πρέπει να αναλάβει ο οργανισμός θα εξαρτηθεί από τη διακύμανση αυτών των αιτιών (Cartwright and Cooper, 1994). Για την προώθηση της αντιμετώπισης των εργασιακών πιέσεων και της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι Αρχές Αγωγής Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας έχουν δημοσιεύσει ένα φυλλάδιο που περιγράφει εν συντομία κάποιο πρόγραμμα οργανωτικής διαχείρισης των καταστάσεων αυτών για χρήση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS, 1997). Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει:

- i) Διαγνωστικές συζητήσεις μεταξύ του προϊσταμένου και ανωτέρων διοικητικών στελεχών του οργανισμού, καθώς και εξωτερικών συμβούλων.
- ii) Μια «Ομάδα Ακρόασης» συγκροτούμενη από διαφορετικά επαγγέλματα για τη διεξαγωγή προκαταρκτικής ανάλυσης της φύσης και της έκτασης του προβλήματος των εργασιακών εντάσεων.
- iii) Ομάδες συζήτησης για το εργασιακό στρες, με σκοπό τη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων.
- iv) Μια ομάδα διαχείρισης των εργασιακών πιέσεων για το χειρισμό και το συντονισμό των πληροφοριών και την εφαρμογή των πορισμάτων από τις ομάδες συζήτησης, παράλληλα με τη συνεργασία με εξωτερικούς συμβούλους. Και στις διαδικασίες αυτές, το σημαντικό θέμα που αναδύεται είναι η συμμετοχική λήψη αποφάσεων στην ανάλυση και τον επανασχεδιασμό των υπάρχοντων οργανωτικών πλαισίων, ώστε να διευκολύνεται περισσότερο η συνεργασία (Pines AM., 1986).

5.3.2. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης

Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο, η παρέμβαση επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης την οποία αισθάνεται ο επαγγελματίας υγείας, χρησιμοποιώντας τεχνικές επίγνωσης, άσκηση και εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Η εκπαίδευση και η άσκηση αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην αναγνώριση των προσωπικών ορίων του εργαζομένου, ώστε να έχει επίγνωση της κατάστασής του και να αναζητήσει βοήθεια, εάν χρειαστεί. Συνήθως, αυτή η εκπαίδευση, που περιλαμβάνει προγράμματα οργάνωσης χρόνου,

διεκδικητικότητας, δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτικής για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής, παίζει έναν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία ενός σχεδίου ελέγχου της επαγγελματικής εξουθένωσης από την πλευρά των εργαζομένων. Τα μέτρα για τη βελτίωση ή τη διαφύλαξη της ψυχικής και σωματικής ευεξίας μπορούν να τεθούν σε λειτουργία στα πλαίσια ενός νοσοκομειακού περιβάλλοντος, αν και η εστίαση του προβλήματος θα μπορούσε να παραμείνει στις ανάγκες και τα προβλήματα του ατόμου. Ωστόσο, η επίτευξη της ιδανικής ισορροπίας μεταξύ του ρόλου που κατέχει το άτομο και του εργασιακού περιβάλλοντος, στην αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική του εξουθένωση, έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα. Για το λόγο αυτό, το δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης έχει επικεντρωθεί στην εκπαίδευση για τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Κυρίως πρέπει να επικεντρώνεται στην πρόληψη, με σκοπό να μπορεί να διαγνωσθεί το πρόβλημα έγκαιρα, να αναγνωρισθούν δηλαδή τα συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης από τους επαγγελματίες υγείας και να αντιμετωπισθεί.

Ο βασικός στόχος λοιπόν, της δευτερογενούς παρέμβασης είναι η βελτίωση της ικανότητας των εργαζομένων να προσαρμόζονται αποτελεσματικά στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Τα προγράμματα βελτίωσης της υγείας και αλλαγής του τρόπου ζωής αποτελούν τμήμα ενός σταδίου δευτερογενών παρεμβάσεων. Μπορούν να οργανώνονται, τόσο μέσα στα ίδια τα νοσοκομεία, όσο και σε εξωτερικούς χώρους και είναι τα παρακάτω:

1. Προγράμματα φυσικής άσκησης

Τα προγράμματα φυσικής άσκησης των υπαλλήλων εφαρμόζονται από πολλά νοσοκομεία της Βόρειας Αμερικής. Στα προγράμματα αυτά περιλαμβάνονται ασκήσεις για την καρδιά, δραστηριότητες που τονώνουν τους μύες και ευνοούν την ευλυγισία, παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής και διασκέδασης και ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές (Dishman, 1988).

2. Κλινικές εποπτείες

Οι κλινικές εποπτείες βοηθούν σε σημαντικό βαθμό τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να αναπτύξουν ικανότητες, γνώσεις και επαγγελματικές δεξιότητες χρήσιμες για την εργασία και την καριέρα τους (Darley, 1995). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει εδώ και πολλά χρόνια κλινικές εποπτείες, γεγονός που έχει ωφελήσει ιδιαίτερα τους νοσηλευτές να αποκτήσουν επαγγελματικές φιλοδοξίες και ενδιαφέροντα, ενώ παράλληλα έχει μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, διατηρώντας υψηλό το ηθικό και το επαγγελματικό τους ενδιαφέρον (Darley, 1995). Γι' αυτό το λόγο, η κλινική εποπτεία θα πρέπει να αποτελεί σημαντικό τμήμα της διαχείρισης ενός νοσοκομείου, καθώς και απαραίτητη στρατηγική υποστήριξης του προσωπικού καθώς και προώθησης υψηλών επιπέδων επαγγελματικής απόδοσης.

3. Ρόλος του προϊσταμένου

Σημαντικό ρόλο θα πρέπει να κατέχει σε κάθε νοσοκομείο ή ίδρυμα υγείας, ο προϊστάμενος, ο οποίος πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει υποστήριξη και να εφαρμόζει απλές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων που παρουσιάζονται είτε στο ιατρικό είτε στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι στρατηγικές αυτές είναι:

- α)** δυνατότητα ευέλικτων εφημεριών,
- β)** αλλαγές στο οργάνογραμμα,
- γ)** διαχείριση των εργασιακών εντάσεων και
- δ)** υποστήριξη στις συγκρούσεις που απορρέουν από τη δύσκολη φύση του επαγγέλματος (Ito και συν., 2001). Μία τέτοια διαδικασία θα μπορούσε να διατηρήσει υψηλό το ηθικό του προσωπικού, ενώ θα μπορούσε ταυτόχρονα να αυξήσει και τα επίπεδα εργασιακής του ικανοποίησης. Συνεπώς, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητο να γνωρίζει ότι διαθέτει τις κατάλληλες πηγές, ικανότητες και κίνητρα για τη διαχείριση των αναγκών του.

5.3.3. Το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης

Το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αφορά κυρίως στον εντοπισμό των ατόμων που πάσχουν από κακή ψυχική υγεία εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναφέρεται επίσης στις διαδικασίες ανάρρωσης των εργαζομένων που πάσχουν, μέσω της παροχής συμβουλευτικών και ψυχολογικών υπηρεσιών ώστε να επιστρέψουν σύντομα στη δουλειά τους.

Η έμφαση θα πρέπει να δίνεται (Berridge and Cooper, 1993):

- στην επίλυση των προβλημάτων των διαπροσωπικών σχέσεων,
- στην παροχή συμβουλευτικής,
- στην ενθάρρυνση του ατόμου για την αντιμετώπιση του προβλήματος και
- στην ενδυνάμωσή του να αναλάβει δράση.

Τα προγράμματα προώθησης και εκπαίδευσης υγείας επιχειρούν να μειώσουν τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ τα αντίστοιχα προστασία της υγείας ασχολούνται με τη διάγνωση.

Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών για τη διατήρηση της καλής υγείας, διαιτολογικούς κανόνες, προγράμματα καρδιαγγειακής υγείας, μαθήματα χαλάρωσης και άσκησης, εκπαίδευση στη διαχείριση του εργασιακού στρες, συστηματική συμβουλευτική. Επίσης, οι παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο επιχειρούν να περιορίσουν τις πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης και αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τους εργαζομένους να αντιμετωπίσουν. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών για τη διατήρηση της καλής υγείας, διαιτολογικούς κανόνες, προγράμματα καρδιαγγειακής υγείας, μαθήματα χαλάρωσης και άσκησης, εκπαίδευση στη διαχείριση του εργασιακού στρες, συστηματική συμβουλευτική. Επίσης, οι παρεμβάσεις στον

εργασιακό χώρο επιχειρούν να περιορίσουν τις πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης και αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τους εργαζομένους να αντιμετωπίσουν τους παράγοντες που τους προκαλούν εξουθένωση στο χώρο εργασίας τους. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με την αύξηση της προσαρμοστικότητας των ατόμων στο περιβάλλον, με την αλλαγή της συμπεριφοράς τους, με τη βελτίωση του τρόπου ζωής τους και με την απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η εκπαίδευση και άσκηση σε στρατηγικές για την αντιμετώπιση και μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να αποτελούν πρωταρχικό σκοπό κάθε νοσοκομειακού σχεδιασμού. Η διοίκηση των νοσοκομείων είναι ανάγκη να προωθεί μία οργανωσιακή κουλτούρα που να αναγνωρίζει την αξία των γνώσεων και εμπειριών του προσωπικού, καθώς και να επενδύει σε ατομικά και συλλογικά συστήματα υποστήριξής του. Η εκδήλωση σεβασμού στο προσωπικό πρέπει να είναι εμφανής σε όλα τα επίπεδα και επαγγέλματα υγείας.

Οι βασικές αυτές στρατηγικές, που θα μπορούσαν να ενισχύσουν και να αυξήσουν την επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού, η οποία, με τη σειρά της θα επιφέρει την αφοσίωση και τη δέσμευσή του στις αρχές και τις ανάγκες του νοσοκομείου ή του όποιου ιδρύματος φροντίδας και περίθαλψης, είναι:

- *Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης*

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους επαγγελματίες υγείας έχει προταθεί επανειλημμένως και όπου έχει εφαρμοστεί, έχει επιφέρει ιδιαίτερα σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τη βελτίωση της ικανοποίησης από το επάγγελμα και τις συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία. Ορισμένες από τις αρχές ενός προγράμματος ψυχολογικής υποστήριξης είναι η ανταλλαγή απόψεων, συναισθημάτων και αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό τους χώρο, η αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των δύσκολων περιπτώσεων, οι υποδείξεις τρόπων επιτυχούς παρέμβασης για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους, η κατανόηση των αντιδράσεών τους και η επεξεργασία των εμπειριών που βιώνουν στο εργασιακό τους περιβάλλον. Τα αποτελέσματα συγκεκριμένων προγραμμάτων παρέμβασης αποσκοπούν στην καλύτερη ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, την τόνωση του αισθήματος εργασιακής ικανοποίησης και την ανάπτυξη συνεργατικών μεθόδων για την επίλυση των προβλημάτων τους (Edelwich J., & Brodsky A., 1980).

- *Προγράμματα στήριξης των εργαζομένων*

Εκτός από τις ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης, σε πολλές χώρες τα νοσοκομεία διαθέτουν εξωτερικά γραφεία παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και παραπομπής των εργαζομένων, γνωστά ως Προγράμματα Στήριξης Εργαζόμενων (Murphy, 1999). Πολλά νοσοκομεία έχουν ενσωματώσει τις συμβουλευτικές υπηρεσίες στα προγράμματα αντιμετώπισης των εργασιακών εντάσεων με στόχο να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να αναγνωρίσουν και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τις ικανότητές τους

για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο της εργασίας, καθώς και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την καριέρα και την οικογένειά τους. Τα προγράμματα αυτά, που έχουν ήδη βρει εφαρμογή σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και κυρίως, στην Αμερική, ως βασικό τους σκοπό έχουν την ανακούφιση των επαγγελματιών υγείας από τα προσωπικά τους προβλήματα, που έχουν σημαντικές επιπτώσεις στο χώρο εργασίας τους. Συγκεκριμένα, τα προγράμματα αυτά παρέχουν κυρίως υποστηρικτικές, διαγνωστικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες. Πολλά από αυτά ξεκίνησαν ως προγράμματα αντιμετώπισης του αλκοολισμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και σταδιακά εξελίχθηκαν σε προγράμματα αντιμετώπισης ευρύτερων προβλημάτων, καθώς αναγνωρίστηκε ότι ο αλκοολισμός δεν ήταν το μοναδικό πρόβλημα που δημιουργούσε δυσκολίες στην εργασιακή ζωή των επαγγελματιών υγείας. Τα περισσότερα, λοιπόν, από τα προγράμματα στήριξης του προσωπικού υγείας, ιατρικού και νοσηλευτικού, θα πρέπει να προσφέρουν υπηρεσίες, που θα είναι σε θέση να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να αντιμετωπίσουν τόσο τα προσωπικά τους προβλήματα, όσο και αυτά που απορρέουν άμεσα από την εργασία τους. Οι υπηρεσίες αυτές σκόπιμο θα ήταν να περιλαμβάνουν:

- Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου ή μέσω διαδικτύου
- Παραπομπή για ψυχολογικά συμπτώματα ή διαταραχές
- Οικογενειακή στήριξη
- Συμβουλευτική για την αντιμετώπιση νομικών ή οικονομικών προβλημάτων
- Στήριξη σε σοβαρά ιατρικά προβλήματα (π.χ. AIDS, καρκίνος)
- Προετοιμασία για τη συνταξιοδότηση των επαγγελματιών υγείας
- Δυσκολίες που σχετίζονται με την επιλογή της καριέρας.

Θα μπορούσε να λειτουργεί μία αντίστοιχη διαθέσιμη συμβουλευτική υπηρεσία για να καλύψει όλα τα στάδια της ιατρικής και νοσηλευτικής εργασίας και στην Ελλάδα. Αυτό θα συνέβαλε σημαντικά στην ανακούφιση οποιωνδήποτε συμπτωμάτων δημιουργούνται από πειστικές εργασιακές καταστάσεις. Καθώς οι συμβουλευτικές υπηρεσίες στους διάφορους χώρους εργασίας, ακόμη και σε εκείνους της δημόσιας υγείας και ειδικότερα της ψυχικής υγείας, δεν έχουν ακόμη οργανωθεί πλήρως και στελεχωθεί επαρκώς από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες, δεν αποτελούν βασικούς προορισμούς στους οποίους απευθύνονται οι επαγγελματίες υγείας για να εκθέσουν τα εργασιακά τους προβλήματα. Επιπλέον, υπάρχει ευρύτερο πρόβλημα ενημέρωσης σχετικά με τις ακριβείς διευθύνσεις, τις ώρες λειτουργίας καθώς και το χαρακτήρα των προσφερομένων υπηρεσιών των κέντρων αυτών και για το γενικό πληθυσμό.

Όπως παρατηρούν οι Cartwright and Cooper, 1997, οι περισσότερες οργανωτικές παρεμβάσεις αφορούν στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, επικεντρώνονται δηλαδή στην εκπαίδευση για τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης ή στη συμβουλευτική και την προώθηση της υγείας. Τα προγράμματα προώθησης και εκπαίδευσης υγείας επιχειρούν να μειώσουν τους παράγοντες κινδύνου που απορρέουν από τη συμπεριφορά και οδηγούν σε ασθένειες ή σε ευάλωτη υγεία, ενώ τα αντίστοιχα προστασίας της υγείας ασχολούνται με τη διάγνωση και τον εντοπισμό των υπαρχόντων

προβλημάτων. Η μορφή που θα λάβουν αυτές οι δραστηριότητες ποικίλει καθώς είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών για τη διατήρηση της καλής υγείας, διαιτολογικούς κανόνες, προγράμματα καρδιαγγειακής υγείας, μαθήματα χαλάρωσης και άσκησης, εκπαίδευση στη διαχείριση του εργασιακού στρες ή συστηματική συμβουλευτική. Από την άλλη πλευρά, οι παρεμβάσεις που εστιάζονται στον οργανισμό επιχειρούν να περιορίσουν τις πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης και οι περισσότερες παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο αποσκοπούν στο να βοηθήσουν μεμονωμένα τους υπαλλήλους να αντιμετωπίσουν τους παράγοντες που τους προκαλούν εξουθένωση στο χώρο εργασίας τους. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως αυξάνοντας την προσαρμοστικότητα των ατόμων στο περιβάλλον, αλλάζοντας τη συμπεριφορά τους και βελτιώνοντας τον τρόπο ζωής τους ή αποκτώντας ικανότητες διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Από σημαντικό αριθμό ερευνών έχει προκύψει ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης εξαιτίας της φύσης της ίδιας της εργασίας, καθώς και των πολλών οργανωτικών προβλημάτων (Ryan and Quayle, 1999). Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες μέθοδοι και τεχνικές για τη βελτίωση των συνθηκών που συνήθως προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας. Η εκπαίδευση και άσκηση σε μεθόδους για την αντιμετώπιση και μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να αποτελούν πρωταρχικό σκοπό κάθε νοσοκομειακού σχεδιασμού.

Η διοίκηση των νοσοκομείων πρέπει να προωθεί μία οργανωτική κουλτούρα που να αναγνωρίζει την αξία των γνώσεων και εμπειριών του προσωπικού, καθώς και να επενδύει σε ατομικά και συλλογικά συστήματα υποστήριξής του. Η εκδήλωση σεβασμού στο προσωπικό πρέπει επίσης να είναι εμφανής σε όλα τα επίπεδα και επαγγέλματα υγείας. Οι βασικές αυτές στρατηγικές θα μπορούσαν να ενισχύσουν και να αυξήσουν την επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού, η οποία, με τη σειρά της θα επιφέρει την αφοσίωση και τη δέσμευσή του στις αρχές και τις ανάγκες του νοσοκομείου ή του όποιου ιδρύματος φροντίδας και περίθαλψης.

5.3.4. Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό - διοικητικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό - διοικητικό επίπεδο περιλαμβάνουν:

1. *Την τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία υγείας στην κατάλληλη θέση, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες απόδοσής του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας με τις γνώσεις του, τα κίνητρα, τις προσωπικές του εμπειρίες με το θάνατο και τη σοβαρή ασθένεια, την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου, τις ηθικές του αξίες κ.λ.π.).*
2. *Δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, με εκπαιδευτικά*

προγράμματα και σεμινάρια που θα αποσκοπούν στην αύξηση του προσωπικού ελέγχου του επαγγελματία υγείας και στη χρήση αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης των δυσκολιών, οι οποίες θα ερμηνεύονται περισσότερο ως προκλήσεις παρά ως απειλές.

3. *Τη νομοθετική κατοχύρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων του επαγγελματία υγείας καθώς και την αποσαφήνιση του ρόλου του όσον αφορά τη λήψη σημαντικών αποφάσεων για τους ασθενείς αλλά και για θέματα που αφορούν τον ίδιο.*

4. *Τη δημοκρατική διοίκηση που συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενισχύεται, με αυτό τον τρόπο, η ανάπτυξη αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός, καλλιεργείται ένα κλίμα συνεργασίας, υποστήριξης, αλληλεξάρτησης και αποφυγής ανταγωνισμών και επιδιώξεων προσωπικής ανάδειξης ή προβολής. Ο προϊστάμενος έχει μεν ηγετικό ρόλο, αλλά ενδιαφέρεται για τις εμπειρίες, απόψεις και διαφορετικές γνώμες των επαγγελματιών υγείας, με τους οποίους συζητά συχνά από κοινού τα προβλήματα που προκύπτουν, αναζητώντας εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισής τους. Σημαντικό ρόλο παίζει ο ελεύθερος χρόνος και οι άδειες των επαγγελματιών υγείας, οι ευκαιρίες για εξέλιξή τους, η επιβράβευση της υπευθυνότητας και συνέπειας συμβατών με τα όρια του καθενός, αλλά και η κατανόηση και υποστήριξη περιστασιακών πτώσεων αποδοτικότητας. Η σταθερή ύπαρξη επαρκούς στελέχωσης και η δίκαιη κατανομή αντικειμένου εργασίας και ρόλων είναι βασικές προϋποθέσεις για την πρόληψη του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης.*

5. *Την πολυμορφία στην εργασία. Δεν αρκεί μόνο η οικονομική ικανοποίηση υπό τη μορφή μισθού αλλά και η ηθική ικανοποίηση που νιώθει ο επαγγελματίας υγείας από την αναγνώριση του έργου του. Πολλές φορές, ιδιαίτερα στο χειρουργείο ή άλλα κλειστά τμήματα, παγιδεύεται σε καθήκοντα που προκαλούν έντονο stress. Ίσως η ικανοποίηση και διαφορετικών αναγκών του, όπως η παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων, συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, διδασκαλία νεώτερων και ανάληψη γραφειοκρατικών ευθυνών, βοηθήσουν στην άντληση ικανοποίησης και αναζωογόνησης του επαγγελματία υγείας.*

6. *Τη βελτίωση συνθηκών ή αλλαγή του χώρου εργασίας. Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών» μετά αποδοχών, δίνουν στον επαγγελματία υγείας την ευκαιρία να απομακρύνεται για λίγο από το χώρο εργασίας πριν να εκδηλώσει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής κόπωσης.*

7. *Τις δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης που του δίνουν ένα κίνητρο και πηγή ανανέωσης αποδεσμευόντάς τον από συγκεκριμένους ρόλους και καθήκοντα ρουτίνας.*

8. *Τη λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, που έχουν σκοπό τη μείωση του άγχους και την αύξηση της αυτοεκτίμησης των επαγγελματιών υγείας. Οι ομάδες αυτές μπορεί να συντονίζονται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο και να συναντώνται ανά τακτά*

χρονικά διαστήματα με σκοπό την:

- Αναγνώριση των πηγών stress
- Ανταλλαγή εμπειριών
- Εκτόνωση της έντασης
- Αυτογνωσία
- Επανεκτίμηση τρόπων αντιμετώπισης πηγών stress και
- Ανταλλαγή πληροφοριών για σεμινάρια, νομοθεσία κ.λ.π.

Οι συνέπειες από τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης δεν είναι ευεργετικές μόνο για τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, που γίνονται δέκτες ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Οι ομάδες αυτές θα βοηθήσουν στην ενίσχυση της επικοινωνίας, αλληλοϋποστήριξης ελαχιστοποιώντας την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η εξουθένωση.

9. *Τη συμβουλευτική εποπτεία από ειδικό σύμβουλο*, του οποίου ο ρόλος είναι υποστηρικτικός, βοηθώντας τον επαγγελματία υγείας να βρει τρόπους ενεργοποίησης και δημιουργικής αξιολόγησης των ικανοτήτων του για την αντιμετώπιση των δυσκολιών στην εργασία του.

10. *Τη διεπιστημονική συνεργασία*, τη συνεργασία δηλαδή ανάμεσα σε μέλη του προσωπικού υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κ.λ.π.) η οποία προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων αλλά και των ορίων κάθε ειδικού και τη συμβολή του στη κατανόηση, προσέγγιση και χειρισμό κάθε περίπτωσης.

11. *Ιδρυση υπηρεσίας ετοιμότητας*, όπως λειτουργεί σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη (Γαλλία, Γερμανία κ.λ.π.) που υπάρχει πάντα ένας επιπλέον αριθμός προσωπικού για την κάλυψη των αδειών των εργαζομένων και των έκτακτων αναγκών.

Οι παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν, όχι μόνο βοηθούν και στηρίζουν το προσωπικό υγείας αλλά και το προστατεύουν από το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μειώνουν τα αισθήματα απογοήτευσης και περιορίζουν την ένταση και το stress, βελτιώνοντας την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στον ασθενή.

ΜΕΡΟΣ II

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

6.1. Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι:

- Η προσέγγιση και η διερεύνηση της συχνότητας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας - γιατρούς και νοσηλευτές- του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.
- Ο εντοπισμός πιθανών παραγόντων κινδύνου, που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.
- Η πρόταση λήψης μέτρων για την πρόληψη και την άρση του συνδρόμου.

6.2. Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 155 επαγγελματίες υγείας, που επιλέχθηκαν τυχαία και ανήκαν σε όλα σχεδόν τα τμήματα και τις κλινικές του νοσοκομείου, εκ των οποίων οι 71 ήταν γιατροί και οι 84 νοσηλευτές, του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Μετά από σχετική έγκριση του Διοικητή της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, διανεμήθηκαν 250 ανώνυμα ερωτηματολόγια στις διάφορες κλινικές του νοσοκομείου. Συλλέχθηκαν 155 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, ποσοστό συμμετοχής 62%.

6.3. Εργαλείο μέτρησης Burnout

Ως εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης (βλέπε Παράρτημα 1) με 36 συνολικά ερωτήσεις αποτελούμενο από:

- **I.** ερωτήσεις σχετικές με τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην εργασία τους ως προς τη συναισθηματική εξουθένωση (ερωτήσεις A1 έως και A9),
- **II.** ερωτήσεις που αναφέρονται στην αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας (ερωτήσεις A10 έως και A14),

- **III.** ερωτήσεις σχετικές με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (ερωτήσεις A15 έως και A22),
- **IV.** ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ερωτήσεις B1 έως και B6),
- **V.** ερωτήσεις σχετικές με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά (ερωτήσεις C1 έως και C3),
- **VI.** ερωτήσεις σχετικές με τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος (ερωτήσεις C4 έως και C8),

Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε αποτελείται από τρία τμήματα:

Το τμήμα Α περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις, από Α1 έως και Α22, για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Χρησιμοποιήθηκε το μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο στα ελληνικά Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης, MBI (Maslach Burnout Inventory) της Maslach. Είναι η πιο έγκυρη και ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και αξιολογεί τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ως εξής: α) Συναισθηματική εξάντληση, που μετράται με 9 ερωτήσεις, β) Αποπροσωποποίηση, που μετράται με 5 ερωτήσεις και γ) Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, που μετράται με 8 ερωτήσεις. Η συχνότητα των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης μετράται με επταβάθμια κλίμακα (κλίμακα Likert), που κυμαίνεται από 0 = ποτέ έως 6=κάθε ημέρα (0 = ποτέ, 1 = λίγες φορές το χρόνο, 2= μια φορά το μήνα ή λιγότερο, 3 = δυο - τρεις φορές το μήνα, 4 = μια φορά την εβδομάδα, 5 = αρκετές φορές την εβδομάδα, 6 = κάθε μέρα). Για τις υπο-κλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης του ερωτηματολογίου Maslach οι υψηλές βαθμολογίες αντιστοιχούν και σε υψηλό βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ αντίθετα, οι χαμηλές τιμές της υπο-κλίμακας για την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, αντιστοιχεί σε υψηλό βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τα διάφορα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης για κάθε υπο-κλίμακα,

Εύρος βαθμολογίας επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης			
	ΧΑΜΗΛΗ	ΜΕΣΗ	ΥΨΗΛΗ
Συναισθηματική Εξάντληση	0-16	17-26	27+
Αποπροσωποποίηση	0-6	7-12	13+
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	39+	32-38	0-31

Το τμήμα Β περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου από Β1 έως και Β6 και αποτελείται από ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού, εκπαιδευτικού και επαγγελματικού προφίλ των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας.

Το τμήμα C περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου από C1 έως και C8. Οι ερωτήσεις C5, C7 και C8 είναι σχετικές με τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος και αξιολογούνται σύμφωνα με την πενταβάθμια διαβάθμιση τεσσάρων σημείων της κλίμακας Likert (1. αν συμφωνείτε πλήρως, 2. αν συμφωνείτε, 3 αν είστε αβέβαιος/η, 4. αν διαφωνείτε και 4. αν διαφωνείτε πλήρως).

6.4. Στατιστική ανάλυση

Μετά από έναν αρχικό έλεγχο του κατά πόσον τα δεδομένα μπορεί να θεωρηθεί ότι προέρχονται από κανονική κατανομή (δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov), η στατιστική ανάλυση κινήθηκε στους παρακάτω άξονες:

- α) Υπολογίστηκαν μέτρα μέσης τιμής και διασποράς. Για δεδομένα που μπορεί να θεωρηθεί ότι προέρχονται από κανονική κατανομή, υπολογίστηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Για δεδομένα που δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι προέρχονται από κανονική κατανομή, υπολογίστηκαν διάμεσες τιμές.
- β) Τα δεδομένα αποτυπώθηκαν με τη μορφή πινάκων, ραβδογραμμάτων και pie - charts.

6.4.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση

Για τη μονοπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 test για τα ποιοτικά δεδομένα και student's t-test για τα ποσοτικά δεδομένα. Το επίπεδο σημαντικότητας για τις στατιστικές δοκιμασίες ορίστηκε σε 5% ($\alpha=0,05$). Τα αναλυτικά αποτελέσματα, υπό μορφή πινάκων παρατίθενται στο Παράρτημα 2. Δεν παρουσιάζονται όλες οι πιθανές αναλύσεις που θα μπορούσαν να προκύψουν από τις μεταβλητές που συμμετείχαν, παρά μόνον όσες από αυτές κρίθηκαν ερευνητικά ενδιαφέρουσες.

6.4.2. Πολυπαραγοντική ανάλυση

Ως πολυπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης (logistic regression analysis). Στο μοντέλο της πολυπαραγοντικής ανάλυσης εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η βαθμολογία συναισθηματικής εξουθένωσης και ανεξάρτητες μεταβλητές η έλλειψη υλικών στην εργασία κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους και τα έτη εργασίας.

6.5. Αποτελέσματα

Διανεμήθηκαν 250 ανώνυμα ερωτηματολόγια στις διάφορες κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Συλλέχθηκαν 155 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, ποσοστό συμμετοχής 62%.

6.5.1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 1 : Δημογραφικά και Επαγγελματικά χαρακτηριστικά	
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	N/Total (%) or Mean (SD)
Ηλικία	44,3 (10,83)
Φύλο	
Ανδρας	55/155 (35,5)
Γυναίκα	100/155 (64,5)
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών ανά μήνα	5,4 (1,74)
Επί πόσα έτη κάνετε νυχτερινές βάρδιες	16,0 (10,45)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Δημοτικό	0 (0)
Γυμνάσιο	16/155 (10,3)
Λύκειο, Τ.Ε.Ε.	15/155 (9,7)
Μεταδευτεροβάθμια Εκπαίδευση Ι.Ε.Κ.	5/155 (3,2)
Ανώτερες σπουδές ΚΑΤΕΕ / Τ.Ε.Ι.	40/155 (25,8)
Ανώτατες σπουδές Α.Ε.Ι.	43/155 (27,7)
Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	36/155 (23,2)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος / η	104/155 (67,1)
Άγαμος / η	32/155 (20,6)
Διαζευγμένος/η	8/155 (5,2)
Χήρος/α	5/155 (3,2)
Συμβίωση	6/155 (3,9)

Πόσα έτη εργάζεσθε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο (Γενικό Λάρισας)	12,8 (9,55)
--	-------------

Τομέας Εργασίας	
Επείγοντα (Τ.Ε.Π. – Σ.Α.Β.)	13/154 (8,4)
Εξωτερικά Ιατρεία	8/154 (5,2)
Παθολογικός Τομέας	39/154 (25,3)
Χειρουργικός Τομέας	62/154 (40,3)
Διαγνωστικός Τομέας	19/154 (12,3)
Άλλος	13/154 (8,4)

Κατηγορία Επαγγελματία Υγείας	
Ιατρός	73/155 (47,1)
Νοσηλεύτης	49/155 (31,6)
Παρασκευαστής Ιατρικών Εργαστηρίων	5/155 (3,2)
Νοσοκόμος /α	25/155 (16,1)
Τραυματιοφορέας	3/155 (1,9)
Οδηγός Ασθενοφόρου	0 (0)

Παρατηρείτε έλλειψη υλικών στην εργασία σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους;	
Ναι	127/155 (81,9)
Όχι	28/155 (18,1)

Οι ελλείψεις αυτές επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της εργασίας μου	
Συμφωνώ πλήρως	80/127 (63,0)
Συμφωνώ	37/127 (29,1)
Αβέβαιος / η	2/127 (1,6)
Διαφωνώ	4/127 (3,1)
Διαφωνώ πλήρως	4/127 (3,1)

Αισθάνεστε ότι τον τελευταίο χρόνο η θέση εργασίας σας είναι επισφαλής (μη ασφαλής);	
Ναι	62/153 (40,5)
Όχι	91/153 (59,5)

Αν Ναι, απαντήστε την παρακάτω ερώτηση : Η εργασιακή ανασφάλεια που αισθάνομαι επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της εργασίας μου	
Συμφωνώ πλήρως	16/39 (41,0)
Συμφωνώ	13/39 (33,3)
Αβέβαιος / η	3/39 (7,7)
Διαφωνώ	4/39 (10,3)
Διαφωνώ πλήρως	3/39 (7,7)

Η ανάπαυσή μου μετά το τέλος μιας νυχτερινής βάρδιας είναι ικανοποιητική	
Συμφωνώ πλήρως	9/148 (6,1)
Συμφωνώ	57/148 (38,5)
Αβέβαιος / η	21/148 (14,2)
Διαφωνώ	38/148 (25,7)
Διαφωνώ πλήρως	23/148 (15,5)

Η μέση ηλικία των επαγγελματιών υγείας, που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, είναι τα 44,3 έτη με τυπική απόκλιση 10,83.

Συμμετείχαν 100 γυναίκες σε ποσοστό 64,5% του δείγματος και 55 άνδρες σε ποσοστό 35,5%. (Παράρτημα 2, γράφημα 1).

Ο μέσος όρος των νυχτερινών βαρδιών ανά μήνα είναι 5,4 με τυπική απόκλιση 1,74.

Ο μέσος όρος των ετών κατά των οποίων οι συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας εργάζονται σε νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα είναι 16,0 με τυπική απόκλιση 10,45.

Για το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος προέκυψε:

Επαγγελματίες υγείας με μεταπτυχιακό – διδακτορικό ποσοστό	: 23,2 %
Με Ανώτατες σπουδές ποσοστό	: 27,7 %
Με Ανώτερες σπουδές ΚΑΤΕΕ / ΤΕΙ ποσοστό	: 25,8 %
Με Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση Ι.Ε.Κ. ποσοστό	: 3,2 %
Με Λύκειο, Τ.Ε.Ε. ποσοστό	: 9,7 %
Με Γυμνάσιο	: 10,3 %
Με Δημοτικό	: 0,0 %

Για την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος προέκυψε:

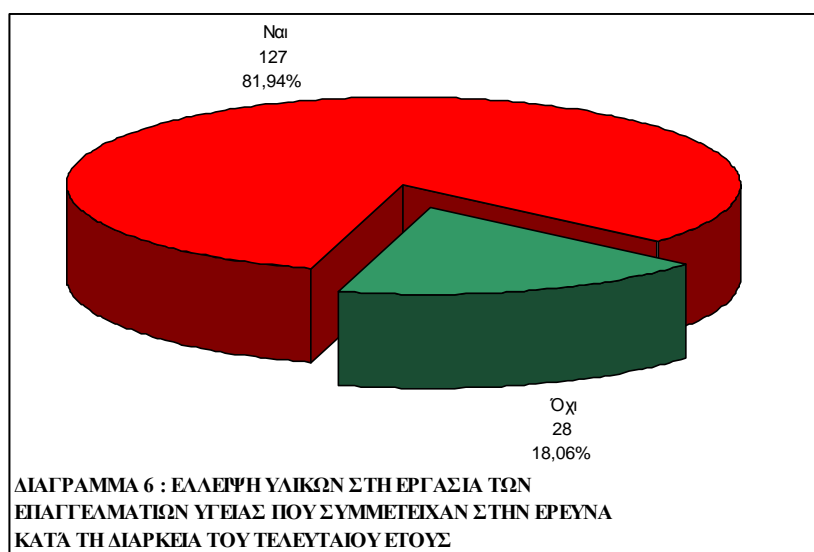
Έγγαμος / η	: 67,1 %
Άγαμος / η	: 20,6 %
Διαζευγμένος / η	: 5,2 %
Χήρος / α	: 3,2 %
Συμβίωση	: 3,9 %

Οι εργαζόμενοι του δείγματος είχαν κατά μέσο όρο 12,8 έτη προϋπηρεσίας με τυπική απόκλιση 9,55.

Όσον αφορά σε ποιον τομέα εργάζονται οι συμμετέχοντες στην έρευνα προέκυψε:

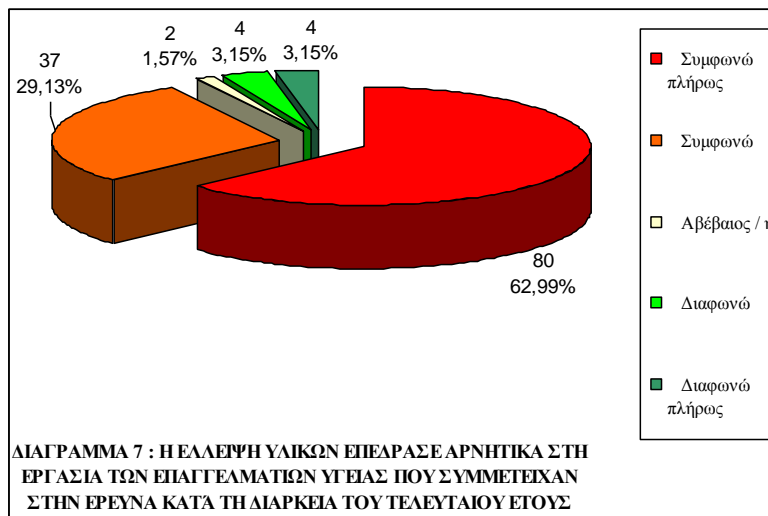
Επείγοντα (Τ.Ε.Π. – Σ.Α.Β.)	: 8,4 %
Εξωτερικά ιατρεία	: 5,2 %
Παθολογικός τομέας	: 25,3 %
Χειρουργικός τομέας	: 40,3 %
Διαγνωστικός τομέας	: 12,3 %
Άλλος	: 8,4 %

Οι 127 από τους 155 συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας στην έρευνα, ποσοστό 81,94%, παρατηρούν έλλειψη υλικών στην εργασία τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους.



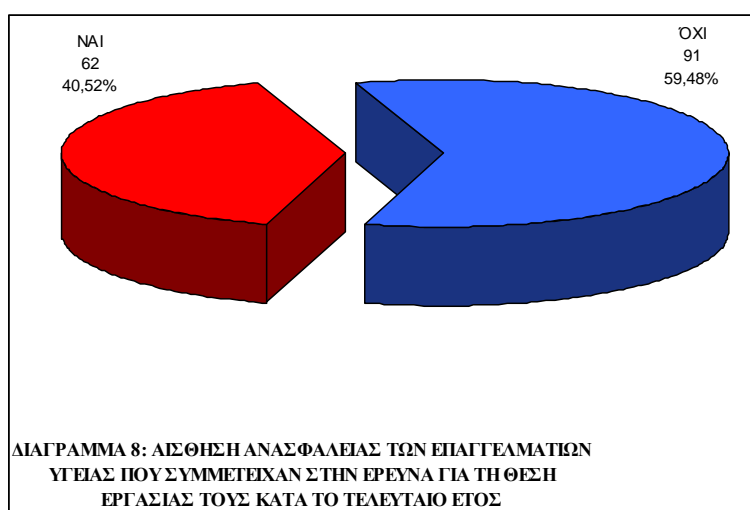
Κατά πόσο επηρεάζουν οι ελλείψεις υλικών στην ποιότητα της εργασίας των επαγγελματιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας προέκυψε:

Συμφωνώ πλήρως	: 63,0 %
Συμφωνώ	: 29,0 %
Αβέβαιος / η	: 1,6 %
Διαφωνώ	: 3,2 %
Διαφωνώ πλήρως	: 3,2 %



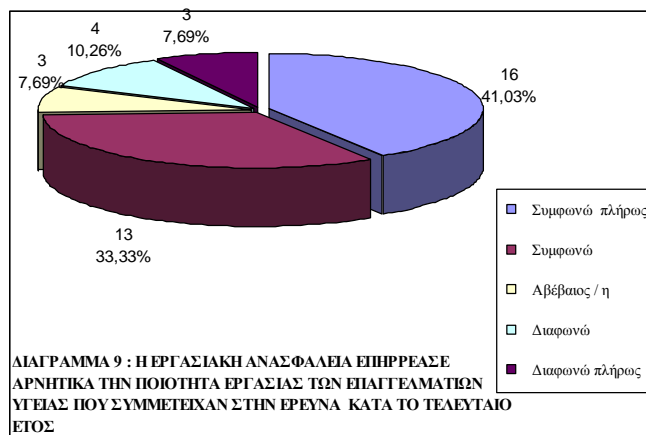
Οι 117 συμμετέχοντες στην έρευνα από τους 127, ποσοστό 92,1%, που απάντησαν ότι παρατηρούν έλλειψη υλικών στην εργασία τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, συμφωνούν ότι επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα της εργασίας τους. Μόνο οι 8 από τους 127, ποσοστό 6,2%, δηλώνει ότι η έλλειψη υλικών δεν επηρεάζει την ποιότητα της εργασίας τους.

Οι 91 από τους 153 συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας στην έρευνα, ποσοστό 59,5%, που απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα (2 δεν απάντησαν), δεν αισθάνονται να είναι επισφαλής η θέση εργασίας τους κατά τον τελευταίο χρόνο, ενώ οι 62, ποσοστό 40,5%, αισθάνονται ότι η θέση τους κατά το τελευταίο έτος είναι επισφαλής.



Κατά πόσο επηρεάζει αρνητικά η εργασιακή ανασφάλεια στην ποιότητα της εργασίας τους προέκυψε:

Συμφωνώ πλήρως	: 41,0 %
Συμφωνώ	: 33,3 %
Αβέβαιος / η	: 7,7 %
Διαφωνώ	: 10,3 %
Διαφωνώ πλήρως	: 7,7 %

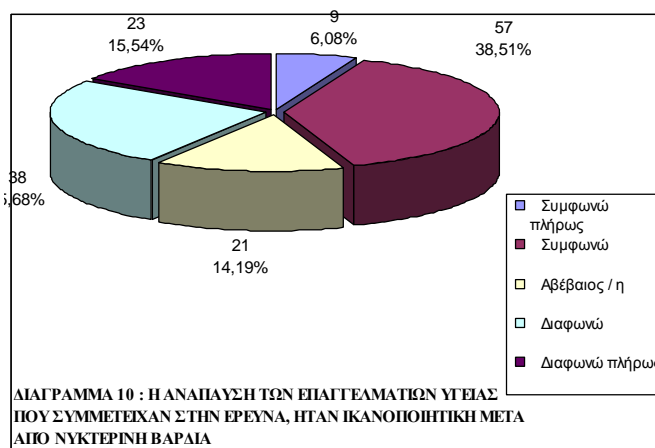


Οι 62 συμμετέχοντες από τους 153, ποσοστό 74,3%, που απάντησαν ότι αισθάνονται τη θέση τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους να είναι επισφαλής, συμφωνούν ότι επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα της εργασίας τους.

Κατά πόσο η ανάπαυση θεωρείται ικανοποιητική μετά τη νυκτερινή βάρδια προέκυψε:

Συμφωνώ πλήρως	: 6,1 %
Συμφωνώ	: 38,5 %
Αβέβαιος / η	: 14,2 %
Διαφωνώ	: 25,7 %
Διαφωνώ πλήρως	: 15,5 %

Οι 61 από τους 148 συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας στην έρευνα, ποσοστό 41,2%, που απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα (7 δεν απάντησαν), θεωρούν ότι η ανάπαυσή τους μετά τη νυκτερινή βάρδια δεν είναι ικανοποιητική, ενώ οι 66, ποσοστό 44,6%, θεωρούν ότι η ανάπαυσή τους μετά τη νυκτερινή βάρδια είναι ικανοποιητική.



6.5.2. Αποπροσωποποίηση

Η μονοπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε στατιστική συσχέτιση για τους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας της «μη ικανοποιητικής ανάπαυσης μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας» με την αποπροσωποποίηση.

Πίνακας 2. Παράγοντες που επηρεάζουν την αποπροσωποποίηση (Μονοπαραγοντική ανάλυση)

Αποπροσωποποίηση (+)			
Παράγοντας	N/Σύνολο (%)	RR (95% CI)	P value
Η ανάπαυσή μου μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας είναι ικανοποιητική			
Διαφωνώ πλήρως/Διαφωνώ	24/59 (40,7)	1,85	0,024
Συμφωνώ πλήρως/Συμφωνώ	14/64 (21,9)	(1,06 to 3,24)	

*Αποπροσωποποίηση (Cut off score): ≥ 10 (Yes), < 10 (No)

Μετά τη μονοπαραγοντική ανάλυση καταγράφεται ένας παράγοντας που επηρεάζει στατιστικώς σημαντικά την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και είναι «η ανάπαυση μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας». Η διαφορά για τον παράγοντα «η ανάπαυση μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας είναι ικανοποιητική» είναι στατιστικώς σημαντική, διότι $RR (95\% CI) = 1,85$ με διάστημα εμπιστοσύνης (1,06 to 3,24) και $P\text{-value} = 0,024 < 0,05$. Ποσοστό 40,7% των εργαζομένων, που θεωρούν ότι η ανάπαυσή τους δεν είναι ικανοποιητική μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας, έχουν 1,85 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα αποπροσωποποίησης από εκείνους που θεωρούν ότι η ανάπαυσή τους είναι ικανοποιητική μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας.

6.5.3. Μονοπαραγοντική ανάλυση συναισθηματικής εξουθένωσης

Πίνακας 3. Παράγοντες που επηρεάζουν τη συναισθηματική εξουθένωση (Μονοπαραγοντική ανάλυση)

Παράγοντας	Συναισθηματική εξουθένωση (+)		P value
	N/Σύνολο (%)	RR (95% CI)	
Έτη εργασίας			
<13	36/78 (46,2)	1,84	0,022
≥13	19/76 (25,0)	(1,16 to 2,91)	
Παρατηρείτε έλλειψη υλικών στην εργασία σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους;			
Ναι	32/126 (25,4)	6,85	0,012
Όχι	1/27 (3,7)	(0,98 to 48,02)	
Αισθάνεστε ότι τον τελευταίο χρόνο η θέση εργασίας σας είναι επισφαλής;			
Ναι	19/60 (31,7)	2,05	0,017
Όχι	14/91 (15,4)	(1,12 to 3,78)	
Η ανάπauσή μου μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας είναι ικανοποιητική			
Διαφωνώ πλήρως/Διαφωνώ	19/57 (33,3)	2,75	0,004
Συμφωνώ πλήρως/Συμφωνώ	8/66 (12,1)	(1,30 to 5,79)	

*Συναισθηματική εξουθένωση (Cut off score): ≥ 27 (Yes), < 27 (No)

Μετά τη μονοπαραγοντική ανάλυση καταγράφονται οι παράγοντες που επηρεάζουν στατιστικώς σημαντικά τη συναισθηματική εξουθένωση των εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και είναι:

1. τα έτη εργασίας
2. Η έλλειψη υλικών στην εργασία τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους.
3. Η επισφάλεια της εργασίας τους τον τελευταίο χρόνο και
4. Η ικανοποιητική ανάπauση μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας.

Παρατηρήθηκαν οι ακόλουθες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις:

Θετική συσχέτιση (P-value = 0.006 < 0,05) ανάμεσα στα έτη εργασίας, όταν είναι λιγότερα από 13 και τη συναισθηματική εξουθένωση.

Θετική συσχέτιση (P-value = 0.012 < 0,05) ανάμεσα στην έλλειψη υλικών και τη συναισθηματική εξουθένωση.

Θετική συσχέτιση (P-value = 0.017 < 0,05) ανάμεσα στην επισφάλεια της θέσης εργασίας κατά το τελευταίο έτος και τη συναισθηματική εξουθένωση.

Θετική συσχέτιση (P-value = 0.004 < 0,05) ανάμεσα στην μη ικανοποιητική ανάπauση μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας και τη συναισθηματική εξουθένωση.

Ειδικότερα ο παράγοντας «έτη εργασίας» είναι στατιστικώς σημαντική, διότι $RR (95\% CI) = 1,84$ με διάστημα εμπιστοσύνης (1,16 to 2,91) και $P\text{-value} = 0,006 < 0,05$ (μικρότερη του επιπέδου σημαντικότητας που ορίστηκε = 0,05). Ποσοστό 46,2% των επαγγελματιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, που εργάζονται λιγότερα από 13 έτη, έχουν 1,84 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα συναισθηματικής εξουθένωσης από εκείνους που εργάζονται περισσότερα από 13 έτη.

Ο παράγοντας «έλλειψη υλικών στην εργασία κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους» είναι στατιστικώς σημαντική, διότι $RR (95\% CI) = 6,85$ με διάστημα εμπιστοσύνης (0,98 to 48,02) και $P\text{-value} = 0,012 < 0,05$. Ποσοστό 25,4% των εργαζομένων, που παρατηρούν έλλειψη υλικών στην εργασία τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους έχουν 6,85 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα συναισθηματικής εξουθένωσης από εκείνους που δεν παρατηρούν έλλειψη υλικών στην εργασία τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους.

Ο παράγοντας «επισφάλεια της θέσης εργασίας τον τελευταίο χρόνο» είναι στατιστικώς σημαντική, διότι $RR (95\% CI) = 2,05$ με διάστημα εμπιστοσύνης (1,12 to 3,78) και $P\text{-value} = 0,017 < 0,05$. Ποσοστό 31,7% των εργαζομένων, που αισθάνονται επισφαλή τη θέση εργασίας τους κατά το τελευταίο έτος, έχουν 2,05 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα συναισθηματικής εξουθένωσης από εκείνους που δεν αισθάνονται επισφαλή τη θέση εργασίας τους κατά το τελευταίο έτος.

Ο παράγοντας «η ανάπαυση μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας είναι ικανοποιητική» είναι στατιστικώς σημαντική, διότι $RR (95\% CI) = 2,75$ με διάστημα εμπιστοσύνης (1,30 to 5,79) και $P\text{-value} = 0,004 < 0,05$. Ποσοστό 33,3% των εργαζομένων, που θεωρούν ότι η ανάπαυσή τους δεν είναι ικανοποιητική μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας, έχουν 2,75 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα συναισθηματικής εξουθένωσης από εκείνους που θεωρούν ότι η ανάπαυσή τους είναι ικανοποιητική μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας.

6.5.4. Πολυπαραγοντική ανάλυση της συναισθηματικής εξουθένωσης

Με την πολυπαραγοντική ανάλυση καταγράφηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου στους εργαζόμενους του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας για συναισθηματική εξουθένωση οι παρακάτω:

1. Η έλλειψη υλικών στην εργασία κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους και
2. Τα έτη εργασίας των εργαζομένων.

Πίνακας 4. Πολυπαραγοντική ανάλυση συναισθηματικής εξουθένωσης

Παράγων κινδύνου	Συναισθηματική εξουθένωση	
	OR (95% CI)	P value
Παρατηρείτε έλλειψη υλικών στην εργασία σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους ;		
Ναι	2,89 (1,01 to 8,26)	0,046
Όχι		
Έτη εργασίας		
<13	2,50 (1,25 to 5,00)	< 0,009
≥13		

*Συναισθηματική εξουθένωση (Cut off score): ≥ 27 (Yes), < 27 (No)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης της συναισθηματικής εξουθένωσης αποτυπώθηκε ανεξάρτητη συσχέτισή της με την «έλλειψη υλικών στην εργασία κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους» OR (95% CI) = 2,89 με διάστημα εμπιστοσύνης (1,01 to 8,26), P-value = 0,046 $< 0,05$ και με «τα έτη εργασίας» OR (95% CI) = 2,50 με διάστημα εμπιστοσύνης (1,25 to 5,00), P-value = 0,009 $< 0,05$.

Οι εργαζόμενοι, που παρατηρούν έλλειψη υλικών στην εργασία τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, έχουν 2,89 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα συναισθηματικής εξουθένωσης από εκείνους που δεν παρατηρούν έλλειψη υλικών κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Επίσης έχουν 2,50 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα συναισθηματικής εξουθένωσης όσοι εργάζονται λιγότερα από 13 έτη από εκείνους που εργάζονται περισσότερα από 13 έτη.

6.5.5. Συμπεράσματα - Συζήτηση

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα (46,2%).

Υψηλή συναισθηματική εξουθένωση παρουσιάζουν:

Ποσοστό 46,2% των εργαζομένων, που έχουν λιγότερα από 13 έτη εργασίας.

Ποσοστό 25,4% των εργαζομένων, που παρατηρούν έλλειψη υλικών στην εργασία τους κατά το τελευταίο έτος.

Ποσοστό 31,7% των εργαζομένων, που αισθάνονται τον τελευταίο χρόνο επισφαλή τη θέση εργασίας τους και

Ποσοστό 33,3% των εργαζομένων, που η ανάπαυσή τους μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας δεν είναι ικανοποιητική.

Καταγράφηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για τη συναισθηματική εξουθένωση η έλλειψη υλικών στην εργασία κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους και τα έτη εργασίας των εργαζομένων.

Μετρήθηκε υψηλή αποπροσωποποίηση ποσοστό 40,7% των εργαζομένων σε σχέση με τον παράγοντα «η ανάπαυση μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας δεν είναι ικανοποιητική».

Η εμφάνιση συμπτωμάτων αποπροσωποποίησης, σε υψηλό ποσοστό, σε επαγγελματίες υγείας με λιγότερα από 10 έτη υπηρεσίας που εργάζονται και νυκτερινές βάρδιες, συμφωνεί με τα αποτελέσματα ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας (Senem Demirci, Yasemin Kuzeyli Yildirim, et al., 2010).

Η εμφάνιση συμπτωμάτων υψηλής συναισθηματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας κατά τα πρώτα δεκαπέντε χρόνια υπηρεσίας συμφωνεί με διαπιστώσεις ερευνών της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας (Álvarez Verdugo, Lina Patricia et al., 2013, A. Διλιντάς, 2010), υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που αναδεικνύουν υψηλότερη συχνότητα επαγγελματικής εξουθένωσης σε μεγαλύτερες ηλικίες εργαζομένων και κατ'επέκταση με πολλά χρόνια υπηρεσίας, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί σε ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες που επικρατούν στη συγκεκριμένη χώρα, όπως για παράδειγμα το υψηλό ποσοστό ανεργίας, όπου δύσκολα αλλάζει κάποιος εργασία, ακόμη και αν αυτή του προκαλεί έντονο stress και εξάντληση (Schaufeli WB, Janczur B., 1994)

Η θετική συσχέτιση ανάμεσα στην επισφάλεια της θέσης εργασίας και τη συναισθηματική εξουθένωση, που προέκυψε από την παρούσα έρευνα, είναι ανάλογη με το αποτέλεσμα έρευνας μεταξύ ασκούμενων γιατρών που πραγματοποιήθηκε το 2010 σε πέντε ελληνικά γενικά νοσοκομεία (Msaouel Pavlos, Keramaris C. Nikolaos et al, 2010).

Το γεγονός ότι η παρατηρούμενη έλλειψη υλικών στην εργασία των επαγγελματιών

υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας συμβάλλει στη συναισθηματική εξουθένωση των εργαζομένων είναι άμεση απόρροια της οικονομικής κρίσης, η οποία πλήττει τη χώρα μας την τελευταία τριετία και εντάσσεται στις γενικότερες επιπτώσεις των περικοπών των κρατικών πιστώσεων προς τους φορείς υγείας.

Όπως διαπιστώνεται όμως, από αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε νοσοκομεία υπανάπτυκτων χωρών, όπως η Ζάμπια (Gina R Kruse, Bushimbwa T Chapula, et.al, 2009), έχουν βρεθεί όμοια αποτελέσματα, τα οποία όμως θα πρέπει να αποδοθούν στη γενικότερη οικονομική κατάσταση και ανάπτυξη που επικρατεί στις χώρες αυτές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας του Εργαστηρίου Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, που ανακοινώθηκαν πρόσφατα, συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζει το 25% των ειδικών ιατρών και το 33% των ειδικευόμενων στα νοσοκομεία, το 28% των φοιτητών ιατρικής, το 37% των νοσηλευτών καθώς και το 35% των εργαζομένων στο Ε.Κ.Α.Β. Μάλιστα, σε ποσοστό 35%, οι ειδικευόμενοι εμφανίζουν αποπροσωποποίηση και κυνισμό, που συχνά αγγίζει τα όρια της αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς, ενώ το ίδιο συμβαίνει και με το 25% των νοσηλευτών, σύμφωνα πάντα με την ίδια έρευνα. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης πλήττει, κυρίως τις ηλικίες 35 με 45 ετών.

6.5.6. Προτάσεις

Έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και οι επιπτώσεις που επιφέρει στους επαγγελματίες υγείας, στους ασθενείς και γενικότερα στην οικονομία κι έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τους φορείς υγείας, γιατί υποβαθμίζεται η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στα νοσοκομεία.

Με βασικό στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στον ασθενή, απαραίτητη προϋπόθεση για την αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί, από πλευράς της πολιτείας, η εξασφάλιση επαρκών οικονομικών πόρων, επαρκούς εξοπλισμού και υγειονομικού υλικού οι οποίοι έχουν περισταλεί, καθώς και η πρόκληση εξειδικευμένου προσωπικού που έχει ανασταλεί, λόγω της οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα μας, το συντομότερο δυνατόν.

Η διοίκηση του νοσοκομείου, με δεδομένο ότι η πρόληψη αποτελεί τον άξονα της παρέμβασης, πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς για τους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, έτσι ώστε να μεριμνά έγκαιρα για την πρόληψη και την άρση του με τη λήψη κατάλληλων μέτρων και την άσκηση παρεμβάσεων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, αλλά και τη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία, προτείνονται οι παρακάτω παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο:

Εξασφάλιση του απαιτούμενου ιατροφαρμακευτικού κ.λ.π. υλικού.

Καλύτερη κατανομή του ωραρίου (βάρδιες).

Ανακατανομή του προσωπικού στα διάφορα τμήματα ανάλογα με το χρόνο παραμονής τους σ' αυτά, την εξειδίκευσή τους, την αίτησή τους και τη σύννομη παραμονή τους.

Αύξηση του αριθμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε κάθε τμήμα για την ορθολογική στελέχωση των υπηρεσιών.

Αλλαγή στο ρυθμό εργασίας για βελτίωση της παραγωγικότητας.

Σαφής καθορισμός των καθηκόντων των γιατρών και των νοσηλευτών (καθηκοντολόγιο).

Ενίσχυση της λειτουργίας ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής εποπτείας.

Συστηματική εποπτεία. Η συστηματική εποπτεία λειτουργεί ως υποστηρικτικό σύστημα για τους εργαζόμενους.

Αυξημένη συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων με σωστό διοικητικό έλεγχο και εισαγωγή καινοτομιών. Γενικά τα νοσοκομεία τα οποία διαθέτουν αναπτυγμένες διοικητικές δομές αναγνωρίζουν την ανάγκη συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων, που σχετίζονται με την παροχή βελτιωμένης ποιοτικά φροντίδας σε ασθενείς (Maloney et al. 1991, Duquette et al. 1995).

Παροχή συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού. Συνεχόμενη εκπαίδευση για τα νέα δεδομένα μέσω ημερίδων, σεμιναρίων και συνεδρίων που θα

διοργανώνει η ιατρική και η νοσηλευτική υπηρεσία.

Βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Εφαρμογή αρχών εργονομίας σε ότι αφορά στο σχεδιασμό του χώρου εργασίας, τον κατάλληλο εξοπλισμό και την ένδυση του προσωπικού. Ανάπτυξη ευχάριστου φυσικού εργασιακού περιβάλλοντος.

Ισότιμη ανάπτυξη δραστηριοτήτων μεταξύ του προσωπικού. Ισότιμη ανάπτυξη δραστηριοτήτων μεταξύ του προσωπικού, με σκοπό την αύξηση του ενδιαφέροντος και της συνεργασίας.

Καλλιέργεια της συναδελφικής αλληλεγγύης και σεβασμού.

Παροχή κινήτρων στους εργαζομένους. Κάλυψη οικονομική και αδειών για παρακολούθηση συνεδρίων, ειδικότητας, μεταπτυχιακού κ.α. Αύξηση των ημερών αδείας τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή που τη χρειάζεται ο εργαζόμενος.

Αντικειμενική αξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας.

Δημιουργία κρατικής υπηρεσίας μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ίδρυση υπηρεσίας ετοιμότητας. Σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη υπάρχει πάντα ένας αριθμός γιατρών και νοσηλευτών για την κάλυψη των αδειών, των αναρρωτικών, ή των εκτάκτων αναγκών.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος δεν αποτελεί μόνο υποχρέωση του κράτους ή της διοίκησης, αλλά και ηθικό χρέος του κάθε εργαζόμενου. Απαιτείται η συνειδητή και ενεργός συμμετοχή του στα προγράμματα παρέμβασης, η αποτελεσματικότητα των οποίων έχει τεκμηριωθεί στην πράξη σε προηγμένες υγειονομικά χώρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, αλλά και τη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία, προτείνονται οι παρακάτω παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο:

Ικανοποιητική ανάπαυση μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας.

Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών. Μια αιτία που δημιουργεί ένα μόνιμο άγχος είναι οι προσωπικές επιθυμίες και οι προσδοκίες του επαγγελματία υγείας, που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του.

Η αναζήτηση υποστήριξης. Είναι πολύ σημαντικό ο επαγγελματίας υγείας να βρίσκει υποστήριξη είτε από την οικογένειά του, είτε από φίλους και συνεργάτες, είτε πιο σπάνια από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, πριν φτάσει στην επαγγελματική εξουθένωση.

Η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες.

Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας.

Η διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης. Η καλή φυσική κατάσταση προλαμβάνει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Αθανασόπουλος, 1989).

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε.** *Επαγγελματική εξουθένωση*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1999.16(1): 17-19.
- **Αδαλή, Ε.** *Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε Παθολογικά Τμήματα, Μ.Ε.Θ. και Τμήματα Επειγουσών Περιπτώσεων*. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 1999.
- **Αδαλή Ε., Πριάμη Μ., Πλατή Χ.,** *Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών, στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. «Νοσηλευτική» 4:313-324, 2000.*
- **Αδαλή Ε., Πριάμη Μ., Μούγια Β.,** *Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού. «Νοσηλευτική» 1 :105-114, 2002.*
- **Αθανασόπουλος Σ,** *Κινησιοθεραπεία*, εκδ. Παραμανίδη, Αθήνα, 1989, 66-80.
- **Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Α.** *« Παραγοντική Σύνθεση και Εσωτερική Συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Δείγμα Νοσηλευτριών»*, Ψυχολογικά Θέματα, 1992,5 (3): 183-202.
- **Αναστασίου Μ.:** *Οι αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την ασθένεια και τον ασθενή και οι κοινωνικοψυχολογικές του ανάγκες*, Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα, 2004
- **Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κτενάς Ε., Κυριόπουλος Γ.:** *«Στάσεις, γνώσεις, συμπεριφορές και απόψεις του νοσηλευτικού σώματος στο νοσοκομείο: μια πρώτη ερευνητική προσέγγιση»*, στο Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. (επιμ.): *Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίζεις και προοπτικές*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994
- **Ανδριώτη Δ.:** *Νοσηλευτικό δυναμικό στην Ελλάδα: ανάγκες και εκτιμήσεις*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Αθήνα, 1989, στην ηλεκτρονική διεύθυνση thesis.ekt.gr/11520 στις 15-1-2005
- **Αντωνίου Α.:** *«Μείζονες αιτίες burnout όσον αφορά στις στάσεις των εργαζομένων έναντι της εργασίας και τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος»*, --Πρόληψη συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστατικές δραστηριότητες, Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2003 και στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.epapsy.gr στις 12-11 -2004
- **Διλιντάς Α.,** *«Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου»*, **ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ** 2010, 27(3):498-508, 2010
- **Θεοδωρακοπούλου Γ.,** *Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στις σχέσεις μεταξύ άγχους από την εργασία και ικανοποίησης από την εργασία, σε νοσηλεύτριες που εργάζονται σε ειδικές νοσηλευτικές μονάδες και γενικά νοσηλευτικά τμήματα*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής, Πάτρα, 1995, στην ηλεκτρονική διεύθυνση thesis.ekt.gr/3544 στις 15-1-2005
- **Κάντας Α.:** *Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία*, Μέρος 1ο, στ' έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998

- **Κάντας Α.:** *Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία*, Μέρος 3ο, ζ' έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995
- **Κοτρώτσιου Ε., Παραλίκας Θ.** *Φροντίδα ηλικιωμένων και επαγγελματική εξουθένωση*, «Βήμα του Ασκληπιού», τόμος 1 τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2002
- **Λαχανά Ε.:** *Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών*, Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα, 2003
- **Μεταλληνού Ο.:** «Στήριξη των επαγγελματιών υγείας», στο **Κουλιεράκη Γ., Μεταλληνού Ο., Πάντζου Π., Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων υπηρεσιών υγείας**, τόμος Β, Ελληνικά Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2000, σελ.133-155
- **Μόνος Δ.:** «Η ρύπανση του νοσηλευτικού επαγγέλματος», στο **Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. (επιμ.): Η νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και προοπτικές**, **Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας**, 1994, σελ.119-125
- **Νιάκας Δ.:** «Η αγορά εργασίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα», στο **Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. (επιμ.): Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και προοπτικές**, **Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας**, 1994, σελ.25-40.
- **Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας**, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
- **Παπαδάτου Δ. και συν.** *Διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης στην Νοσηλευτική Ογκολογία*. Τέταρτο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολόγων, Αθήνα, Πανεπιστημιούπολη, Απρίλιος 1992.
- **Παπαδάτου Δ.** *Επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο της υγείας*, 1991 -1992 σελ. 184-186.
- **Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.:** «Επαγγελματική εξουθένωση», στο Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (επιμ.), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000, κεφ. 11, σελ.242 - 265
- **Τικταπανίδου Α.:** *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους Έλληνες επαγγελματίες ψυχικής υγείας: θεωρητικές προσεγγίσεις Το εργασιακό τραύμα και η ψυχική καταπόνηση στους Έλληνες εργαζομένους: θεωρητικές και πρακτικές προσεγγίσεις*, Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2002
- **Χαραλαμπίδου Ε., Επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου**, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδοστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1996, στην ηλεκτρονική διεύθυνση thesis.ekt.gr/6203 στις 15-1-2005

- **Adali E., Priami M., «Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals»**, ICUs and Nursing Web Journal, 2002, 11 στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.nursing.gr/burnout.pdf στις 20-11-2004
- **Austin R., «Professionalism and the nature of nursing reward»**, Journal of advanced nursing, 1978, 3, σελ.9-23

- **Balzer W., Kihm J., Smith P., Irwin J., Bachiochi P., Robie C., Sinar E., Parra L.:** *User's manual for the Job Descriptive Index (JDI) and the Job In General (JIG) scales*, Bowling Green State University, 1997
- **Best M.F., Thurston N.E.:** "Measuring nurse job satisfaction", *Journal of Nursing Administration*, 34(6), σελ.283-290
- **Burnard P., Morrison P., Phillips C.:** «*Job satisfaction amongst nurses in an interim secure forensic unit in Wales*», *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 1999, σελ.9-18, στην ηλεκτρονική διεύθυνση [scides/canberra.edu.au/nursing/pdf/job20%20satisfaction%20in%20a%20forensic%20unit.pdf](http://scides.canberra.edu.au/nursing/pdf/job20%20satisfaction%20in%20a%20forensic%20unit.pdf) στις 25-11-2004.
- **Caplan, R. D., Cobb, S., French, J. R. P., Harrison, R. V., & Pinneau, S. R.** (1975). *Job demands and worker health: Main effects and occupational difference*. US Department of Health, Education and Welfare, HEW Publication No (NIOSH) 75-160, 1975
- **Cartwright S., Cooper C.:** *Managing workplace stress*, SAGE Publications, Thousand Oaks, 1997.
- **Cherniss, C.,** *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger Publisher, 1980
- **Dekker, S. W. A., & Schaufeli, W. B.** *The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study*. *Australian Psychologist*, (1995). 30(1), 57-63.
- **Duldt - Battley B.:** *Manual for Job-Communication Satisfaction- Importance (JCSI) Questionnaire*, 2004, στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.samuelmerritt.edu/depts/nursing/duldt/JCSI-MANUAL.pdf στις 28-11-2004
- **Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B.K., Ducharme, F., Saulnier, P.,** *Psychosocial Determinants of Burnout in Geriatric Nursing*. *Int J Nurs Stud* 1995, 32 (5):443-446.
- **Edelwich J., & Brodsky A.** *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press., 1980.
- **Elkin, A. J., & Rosch, P. J.** (1990). *Promoting mental health at work. Occupational Medicine State of the Art Review*, 5, 739-754.
- **Ernst M., Franco M.,** «*Factors affecting nurse job satisfaction in pediatric settings*», *Pursuit of excellence*, 2003, 4(2), στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.mchr.com/nursing/rpp.asp στις 20-11-2004
- **Flarey, DL.** *The Social Climate of Work Environments*. *J North America* 1993, 23(6): 9-15.
- **Foster J.:** «*Motivation in the workplace*», στο Chmiel N. (ed.): *Introduction to work and organizational psychology*, Blackwell Publishers, U.K., 2000, σελ.302-326
- **Firth-Cozens, J.** (1997). *Stress in Health Professionals*. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West R., & Mc Manus, C. (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. UK: Cambridge University Press, 1997
- **Firth-Cozens, J., & Payne, R.** *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd, 1999

- **Furnham A.:** *The psychology of behaviour at work: The individual in the organization*, Psychology Press, U.K., 1999.
- **Gina R Kruse, Bushimbwa T Chapula, Scott Ikeda, Mavis Nkhoma, Nicole Quiterio, Debra Pankratz, Kaluba Mataka, Benjamin H Chi, Virginia Bond and Stewart E Reid,** «Burnout and use of HIV services among health care workers in Lusaka District, Zambia: a cross-sectional study», **Human Resources for Health**, 7/2009.
- **Jimmieson, N. L.** *Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy.* **Work & Stress**, 14 (3), 262-280, 2000
- **Judge T., Church A.:** «*Job satisfaction: Research and practice*», στο Cooper C., Locke E. (ed.): *Industrial and organizational psychology: Linking theory with practice*, Blackwell, U.K., 2000, σελ.166-198
- **Kettle J.:** «*Factors affecting job satisfaction in the registered nurse*», *Journal of Undergraduate Nursing Scholarship*, vol.4, no.1, fall 2002 στην ηλεκτρονική διεύθυνση juns.nursing.arizona.edu/contents4.htm στις 28-11-2004
- **Kluska KM., Spence H.K., Kerr M.S.:** «*Staff nurse empowerment and effort-reward imbalance*», *Nursing Science Quarterly*, 17(1), σελ.112-128
- **Kotrotsiou E., Theodosopoulou E., Papathanasiou I., Dafogianni Gr., Raftopoulou V., Konstantinou E.** «*How do patients experience stress caused by hospitalization and how do nurses perceive this stress experienced by patients. A comparative study*». *ICUs & Nursing Web Journal*, 7th Issue- 2nd year, July-October
ICUs & Nursing Web Journal, 6th Issue- 2nd year, January- April, 2001.
- **Kreitner R., Kinicki A.:** *Organizational behaviour*, 4th edition, Irwin/McCraw-Hill, international edition, 1998
- **Krogstad U., Veenstra M.:** *What's important about hospital leadership? Studying models of quality in health care*, Foundation for Health Services Research, Norway, 2001, στην ηλεκτρονική διεύθυνση [www.heltef.no/filer/ISQUA2001 .pdf](http://www.heltef.no/filer/ISQUA2001.pdf) στις 28-11 -2004
- **Leiter, M., & Maslach, C.** *Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work.* San Francisco: Jossey-Bass, 2005
- **Lemonidou C., Plati C., Brokalaki H., Mantas J. and Lanara V.** *Allocation of nursing time.* *Scandinavian journal of caring science*, 10:131-136, 1996
- **Locke E.:** «*The nature and causes of job satisfaction*», στο Dunnette M. (ed): *Handbook of industrial and organizational psychology*, Rand McNally, Chicago, 1976, σελ.1297-1349
- **Maloney ,JP.,Bartz, C.** *Staff perceptions of their work environment before and six months after an organizational change.* *Military Med* 1991, 156: 86-92
- **Maslach C.:** «*A multidimensional theory of burnout*», στο Cooper C. (ed): *Theories of organizational stress*, Oxford University Press, 2000
- **Moore K, Burrows G.,** *Stress and mental health.* C.L.Cooper handbook of stress, medicine and health. New Yor: CRC press, 1996.

- **Msaouel Pavlos, Keramaris C. Nikolaos et al**, “*Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference?*”, **Human Resources for Health**, 2010, 8:16.
- **Pines A Malakh , E Aronson**, *Career Burnout: Causes and Cures*, (New York: Free Press, 1988.
- **O’Driscoll, M. P. & Cooper, C. L.** *Sources and management of excessive job stress and burnout*. In P. B. Warr (Ed.) **Psychology at work**: 188-223. Hammondsworth, England: Penguin, 1996
- **Papadatou D., Anagnostopoulos F., Monos D.** “ *Factors controbuting to thw development of burnout in ongology nursing*”, στο *British Journal of Medical Psychology* 1994, τεύχος 67, σ.187-199,1994.
- **Pfaff J.**, «*Factors related to satisfaction/dissatisfaction of registered nurses in long term care facilities*», *Nursing Management*, 1987, 15, σελ.51-55
- **Redfern S.J.**, *The change nurse: job attitudes and occupational stability*, RCN, London, 1979
- **Pines, A. M. & Aronson, E.** *Career burnout: Causes nad cures*. New York: Free Press, 1998
- **Pines, A. M.** . Who is to blame for helper’s burnout? Environmental impact. In C. D.Scott & J. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New, York: Bruner/Mazel Publications, 1986.
- **Rees, D. W., & Cooper, C. L.** (1991). *A criterion orientated validation study of the OSI outcomes measures on a sample of health service employees*. **Stress Medicine**, 7, (2), 125-127, 1991.
- **Rollinson D., Broadfield A., Edwards D.:** *Organisational behaviour and analysis: An integrated approach*, Addison - Wesley, New York, 1998
- **Ryan D, Quayle E.**, «*Stress in psychiatric nursing: fact or fiction?*», *Nursing Standard*, 11/1999, 10-16
- **Schaufeli W., Maslach C., Marek T.**, «*Professional burnout: Recent developments in theory and research*», 1993. Washington.
- **Schaufeli WB, Janczur B.** “*Burnout among nurses: A Polish- Dutch comparison*». **J Cross Cult Psychol**, 1994, 25:95-113.
- **Senem Demirci, Yasemin Kuzeyli Yildirim, Zeynep Ozsaran, Ruchan Uslu, Deniz Yalman, Arif B. Aras**, «*Evaluation of burnout syndrome in oncology employees*», **Medical Oncology**, 9/2010, 968.
- **Seymour E., Busherhof J.**, «*Sources and consequences of satisfaction and dissatisfaction in nursing: findings from a national sample*», *International Journal of Nursing Studies*, 1991, 28, σελ.109-124
- **Spector P.:** “*Job Satisfaction: application, assessment, causes and consequences*”, Thousand Oaks, Sage, 1997
- **Stordeur S., D’hoore W.:** «*Leadership, job satisfaction and nurses’ commitment*», στο *Working onditions and intent to leave the proffesion among nursing staff in Europe*, ISSN:1404-790X, στην ηλεκτρονική διεύθυνση

www.md.ucl.ac.be/hosp/recherche/LeaderCommitm.pdf στις 28-11-2004

- **Sutherland V. J., & Cooper C. L.** *Understanding stress: a psychological perspective for health professionals*. London: Chapman and Hall, 1990
- **Vasiliadou A et al.** *Occupational Low-back Pain in Nursing Staff in a Greek Hospital*, Journal of Advanced Nursing, 1995, 21: 125-130.
168(3), 2003, σελ.271-275,

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥΣ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ						
		0	1	2	3	4	5	6
I. Συναισθηματική εξουθένωση		Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγό- τερο	Δύο- τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδο- μάδα	Αρκετές φορές την εβδο- μάδα	Κάθε μέρα
1	Αισθάνομαι ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου							
2	Αισθάνομαι άδειος/α, σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά							
3	Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά							
4	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ασθενείς όλη την ημέρα							
5	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου							
6	Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου							
7	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου							
8	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους							
9	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια ... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι							

II. Αποπροσωποποίηση								
10	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου σαν να ήταν αντικείμενα							
11	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ασθενείς μου από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά							
12	Με προβληματίζει ότι σιγά - σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή							
13	Στην ουσία δεν μ' ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου							
14	Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους							

III. Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων								
15	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν							
16	Διαχειρίζομαι πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου							
17	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου							
18	Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα							
19	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου							
20	Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου							
21	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά							
22	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου							

Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Ο
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

B. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

B1 **Ηλικία**

B2 **Φύλο**

1 Γυναίκα

2 Άνδρας

B3 **Αριθμός νυχτερινών βαρδιών ανά μήνα**

B4 **Επί πόσα έτη κάνετε νυχτερινές βάρδιες**

B5 **Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;**

1 Δημοτικό

2 Γυμνάσιο

3 Λύκειο, Τ.Ε.Ε.
Μεταδευτεροβάθμια

4 Εκπαίδευση Ι.Ε.Κ.
Ανώτερες σπουδές ΚΑΤΕΕ /

5 Τ.Ε.Ι.

3 Ανώτατες σπουδές Α.Ε.Ι.

4 Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό

A6 **Οικογενειακή κατάσταση**

1 Έγγαμος / η

2 Άγαμος / η

3 Διαζευγμένος/η

4 Χήρος/α

5 Συμβίωση

C. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

C1 Πόσα έτη εργάζεσθε στο συγκεκριμένο
Νοσοκομείο (Γενικό Λάρισας)

C2 Σε ποιο τομέα εργάζεσθε

Τομέας

- 1 Επείγοντα (Τ.Ε.Π. – Σ.Α.Β.)
- 2 Εξωτερικά Ιατρεία
- 3 Παθολογικός Τομέας
- 4 Χειρουργικός Τομέας
- 5 Διαγνωστικός Τομέας
- 6 Άλλος

Διευκρίνιση

C3 Σε ποια κατηγορία επαγγελματία υγείας ανήκετε

Κατηγορία

- 1 Ιατρός
- 2 Νοσηλεύτης
- 3 Παρασκευαστής Ιατρικών Εργαστηρίων
- 4 Νοσοκόμος /α
- 5 Τραυματιοφορέας
- 6 Οδηγός Ασθενοφόρου

Διευκρίνιση

Συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος

C4 Παρατηρείτε έλλειψη υλικών στην εργασία σας
κατά τη διάρκεια του κατά τη διάρκεια του
τελευταίου έτους;

1 Ναι

2 Όχι

C5 Αν Ναι, απαντήστε την παρακάτω ερώτηση:

**Οι ελλείψεις αυτές επηρεάζουν αρνητικά
την ποιότητα της εργασίας μου**

1 Συμφωνώ πλήρως

2 Συμφωνώ

3 Αβέβαιος / η

4 Διαφωνώ

5 Διαφωνώ πλήρως

C6	Αισθάνεστε ότι τον τελευταίο χρόνο η θέση εργασίας σας είναι επισφαλής; (μη ασφαλής)	1	Ναι	<input type="text" value="·"/>
		2	Όχι	<input type="text" value="·"/>
C7	Αν Ναι, απαντήστε την παρακάτω ερώτηση Η εργασιακή ανασφάλεια που αισθάνομαι επιρεάζει αρνητικά την ποιότητα της εργασίας μου	1	Συμφωνώ πλήρως	<input type="text" value="·"/>
		2	Συμφωνώ	<input type="text" value="·"/>
		3	Αβέβαιος / η	<input type="text" value="·"/>
		4	Διαφωνώ	<input type="text" value="·"/>
		5	Διαφωνώ πλήρως	<input type="text" value="·"/>
C8	Η ανάπauσή μου μετά το τέλος μιας νυκτερινής βάρδιας είναι ικανοποιητική	1	Συμφωνώ πλήρως	<input type="text" value="·"/>
		2	Συμφωνώ	<input type="text" value="·"/>
		3	Αβέβαιος / η	<input type="text" value="·"/>
		4	Διαφωνώ	<input type="text" value="·"/>
		5	Διαφωνώ πλήρως	<input type="text" value="·"/>

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΑ %)

ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ %							ΣΥΝΟΛΟ
		0	1	2	3	4	5	6	
I. Συναισθηματική εξουθένωση		Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δύο-τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα	
1	Αισθάνομαι ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	19,35 %	27,10%	12,26%	13,55%	10,32%	12,90%	4,52%	100,00%
2	Αισθάνομαι άδειος/α, σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	25,81 %	28,39%	14,19%	12,26%	10,32%	7,74%	1,29%	100,00%
3	Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά	9,68%	15,48%	18,06%	22,58%	15,48%	14,84%	3,87%	100,00%
4	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ασθενείς όλη την ημέρα	46,10 %	27,27%	7,79%	3,90%	4,55%	8,44%	1,95%	100,00%
5	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	12,99 %	40,26%	16,23%	9,74%	8,44%	9,09%	3,25%	100,00%
6	Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	43,87 %	26,45%	7,74%	5,16%	4,52%	4,52%	7,74%	100,00%
7	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	4,52%	10,32%	9,68%	5,16%	9,68%	23,23%	37,42%	100,00%
8	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	45,16 %	32,26%	8,39%	3,87%	3,23%	5,16%	1,94%	100,00%
9	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια ... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	24,52 %	37,42%	10,97%	9,03%	7,10%	6,45%	4,52%	100,00%

ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ %						ΣΥΝΟΛΟ	
		0	1	2	3	4	5		6
II. Αποπροσωποποίηση		Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δύο-τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα	
10	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου σαν να ήταν αντικείμενα	54,55%	20,13%	9,09%	4,55%	5,84%	5,84%	0,00%	100,00%
11	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ασθενείς μου από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	38,31%	25,32%	13,64%	5,19%	7,79%	5,84%	3,90%	100,00%
12	Με προβληματίζει ότι σιγά - σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	23,87%	36,13%	12,26%	7,10%	7,74%	9,03%	3,87%	100,00%
13	Στην ουσία δεν μ' ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	56,58%	20,39%	7,24%	3,29%	5,92%	4,61%	1,97%	100,00%
14	Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	37,66%	36,36%	9,74%	5,84%	4,55%	4,55%	1,30%	100,00%

ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ %						ΣΥΝΟΛΟ	
		0	1	2	3	4	5		6
III. Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων		Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δύο-τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα	
15	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0,65%	3,25%	2,60%	11,04%	16,23%	29,87%	36,36%	100,00%
16	Διαχειρίζομαι πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	0,65%	1,95%	3,90%	5,84%	14,29%	40,91%	32,47%	100,00%
17	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	0,00%	3,92%	2,61%	5,88%	12,42%	34,64%	40,52%	100,00%
18	Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	2,60%	6,49%	4,55%	29,87%	28,57%	18,83%	9,09%	100,00%
19	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	0,00%	2,60%	3,25%	5,19%	18,18%	50,00%	20,78%	100,00%
20	Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	0,65%	2,60%	6,49%	12,34%	10,39%	39,61%	27,92%	100,00%
21	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	1,29%	1,94%	4,52%	14,19%	27,74%	37,42%	12,90%	100,00%
22	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	0,65%	2,58%	9,68%	19,35%	24,52%	27,74%	15,48%	100,00%

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

