

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ  
ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ**

**Του μεταπτυχιακού φοιτητή Γιακοβή Στάθη**

**Μέλη τριμελούς:**

Λουμάκου Μαρία      Καθηγήτρια Ψυχολογίας της Υγείας (Επιβλέπουσα)

Μπρουσκέλη Βασιλική      Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχολογίας της Υγείας

Κλεφτάρας Γεώργιος      Αναπληρωτής Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας-Ψυχοπαθολογίας

**Βόλος, Σεπτέμβριος 2014**

## Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Ο Γιακοβής Στάθης, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Κατάθλιψη και επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή / και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Ο ΔΗΛΩΝ

## Περίληψη

**Θεωρητικό πλαίσιο:** Οι εργαζόμενοι σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι ευάλωτοι σε ψυχικές διαταραχές. Στην Ελλάδα, υπάρχουν κάποιες συγκεκριμένες δομές, τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, που καλύπτουν όλη την επικράτεια και που έχουν έναν πολύ συγκεκριμένο τρόπο λειτουργίας.

**Εστίαση της έρευνας:** Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι αφενός να διαπιστωθεί αν οι εργαζόμενοι στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία κι επαγγελματική εξουθένωση, αφετέρου, να γίνει σύνδεση με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

**Μεθοδολογία:** Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα εξής εργαλεία: ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, την Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI) και την Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (MBI). Στα δεδομένα της έρευνας έγιναν, πέρα από τις αναλύσεις των περιγραφικών στατιστικών, αναλύσεις T-test για ανεξάρτητα δείγματα και One-way ANOVA.

**Ευρήματα:** Ένα σημαντικό ποσοστό παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία και επαγγελματική εξουθένωση. Το επιστημονικό προσωπικό παρουσιάζει μικρότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία από το λοιπό βοηθητικό προσωπικό. Οι άντρες εργαζόμενοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση από τις γυναίκες στην «αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Οι εργαζόμενοι από 55 ετών και άνω βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση από τους εργαζομένους ηλικίας 18-30 ετών. Το διοικητικό προσωπικό παρουσιάζει μικρότερη αποπροσωποποίηση από το λοιπό προσωπικό. Το επιστημονικό και το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζουν μικρότερη επαγγελματική εξουθένωση στην αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων, από το λοιπό προσωπικό. Τέλος, οι άτεκνοι παρουσιάζουν μικρότερη συνθηματική εξάντληση από τους εργαζόμενους με ένα παιδί.

**Συμπεράσματα:** Αναγκαία η διενέργεια περαιτέρω ερευνών, που να ελέγχουν και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

**Λέξεις-κλειδιά:** Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, εργαζόμενοι, κατάθλιψη, επαγγελματική εξουθένωση

## Abstract

**Theoretical framework:** Staff providing health care services are vulnerable to mental illnesses. In Greece, we have the Institutions for Chronic Diseases, which are located all over the country and have a very specific running.

**Focus of the study:** The aim of the present study is to investigate whether the staff has depressive symptoms and burnout, and the effect of the sociodemographic characteristics of the participants.

**Methodology:** Participants filled up a created questionnaire for the sociodemographic characteristics, Beck's Depression Inventory (BDI) and Maslach's Burnout Inventory (MBI). Analysis of descriptive statistics, T-test and One-way ANOVA were conducted.

**Results:** A significant percentage of the staff has depressive symptoms and burnout. The scientific staff has less depressive symptoms than the "other staff". Males have more burnout than females in the dimension of "personal accomplishment". Staff aged over 55 experiences more emotional exhaustion than staff aged between 18 to 30. Administrative staff shows less depersonalization than "other staff". Scientific and nursing staff has less burnout than other staff in the dimension of "personal accomplishment". Finally, childless staff experiences less emotional exhaustion than members of the staff who have one child.

**Discussion:** Further research is necessary, and in order to evaluate the effectiveness of the interventions.

**Key-words:** Institutions for Chronic Diseases, staff, depression, burnout

## Εκτενής περίληψη

Θεωρητικό πλαίσιο: Οι εργαζόμενοι σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι ευάλωτοι σε ψυχικές διαταραχές, λόγω των δύσκολων εργασιακών συνθηκών. Τα προσωπικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν, καθώς και η οικονομική κρίση της χώρας τα τελευταία χρόνια, επιτείνουν το πρόβλημα. Στην Ελλάδα, υπάρχουν κάποιες δομές, τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, που καλύπτουν όλη την επικράτεια και που έχουν έναν πολύ συγκεκριμένο τρόπο λειτουργίας.

Εστίαση της έρευνας: Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων ημιαστικών περιοχών και η σύνδεσή τους με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, ώστε να αναδειχθεί το «προφίλ του πιο ευάλωτου εργαζομένου». Αρχικά τίθεται ως βασικό ερώτημα αν οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία και επαγγελματική εξουθένωση, και στη συνέχεια, ποιοι είναι περισσότερο ευάλωτοι, βάσει κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών.

Μεθοδολογία: Πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων ημιαστικών περιοχών της χώρας. Το δείγμα της έρευνας ήταν 100 εργαζόμενοι. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI) και η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (MBI). Τα συγκεκριμένα ψυχομετρικά εργαλεία είναι μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα και σταθμισμένα ή προσαρμοσμένα. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 10.0.

Ευρήματα: Το 39% των εργαζομένων παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το 71% παρουσιάζει συναισθηματική εξάντληση, το 79% αποπροσωποποίηση και το 40% επαγγελματική εξουθένωση στη διάσταση της «αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων». Οι εργαζόμενοι που υπάγονται στο επιστημονικό προσωπικό παρουσιάζουν μικρότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τους εργαζόμενους που υπάγονται στο λοιπό βοηθητικό προσωπικό. Οι άντρες εργαζόμενοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τις γυναίκες στη διάσταση της «αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων». Οι εργαζόμενοι από 55 ετών και άνω βιώνουν συναισθηματική εξάντληση σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους εργαζόμενους ηλικίας 18-30 ετών. Οι εργαζόμενοι που υπάγονται στην κατηγορία του διοικητικού προσωπικού παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό αποπροσωποποίησης σε σχέση με τους εργαζόμενους που υπάγονται στην κατηγορία του λοιπού προσωπικού. Οι εργαζόμενοι που υπάγονται στο επιστημονικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης όσον αφορά την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων, σε σχέση με τους εργαζόμενους που υπάγονται στο λοιπό προσωπικό. Τέλος, οι εργαζόμενοι που δεν έχουν κανένα παιδί παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, σε σχέση με τους εργαζόμενους που έχουν ένα παιδί.

Συμπεράσματα: Καταδείχθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία κι επαγγελματική εξουθένωση. Χωρίς να φαίνεται από τα αποτελέσματα η ύπαρξη ενός συνεκτικού προφίλ ευαλωτότητας, κρίνεται απαραίτητη η λήψη μέτρων παρέμβασης για το σύνολο των εργαζομένων. Είναι σκόπιμο μελλοντικές έρευνες να διερευνήσουν την κατάσταση των εργαζομένων σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων των μεγάλων αστικών κέντρων, αλλά και την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής συγκεκριμένων παρεμβάσεων.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1. Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων .....	1
1.2. Κατάθλιψη .....	4
1.3. Επαγγελματική εξουθένωση .....	14
1.4. Έρευνες στην Ελλάδα.....	29
1.5. Σκοπιμότητα της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις.....	34
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	37
2.1. Δείγμα .....	37
2.2. Εργαλεία .....	38
2.3. Διαδικασία .....	41
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	43
3.1. Το μέγεθος της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης .....	43
3.1.1. Κατάθλιψη.....	43
3.1.2. Επαγγελματική εξουθένωση.....	44
3.2. Η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στην κατάθλιψη και την επαγγελματική εξουθένωση.....	46
3.2.1. Κατάθλιψη.....	46
3.2.2. Επαγγελματική εξουθένωση.....	47
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Επιστολή – Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών - Κλίμακα Κατάθλιψης Beck – Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης Maslach.....	61

# 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1. Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων

Σκοπός της παρούσης ερευνητικής εργασίας, είναι η διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων ημιαγροτικών περιοχών και η σύνδεσή τους με δημογραφικούς παράγοντες.

Όπως ορίζεται στα προεδρικά διατάγματα ίδρυσης των Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων της χώρας μας, στα σχετικά Φ.Ε.Κ., γενικός σκοπός των Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων είναι «η περίθαλψη και η λειτουργική, προεπαγγελματική και επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων τα οποία πάσχουν από νοητική υστέρηση ή χρόνιες κινητικές παθήσεις και νοητική υστέρηση, με συνέπεια την ολική ή μερική αδυναμία αυτοεξυπηρέτησής τους. Οι δομές αυτές παρέχουν στα άτομα που περιθάλπουν στέγη και τροφή, κατάλληλο ρουχισμό, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία, ενώ παράλληλα φροντίζουν για την εισαγωγή όσων έχουν ανάγκη, σε κατάλληλο νοσηλευτικό ίδρυμα. Επίσης, με την εφαρμογή διαφόρων ψυχαγωγικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, επιδιώκεται η ψυχική τόνωση και η κοινωνική αποκατάσταση των περιθαλπομένων».

Είναι σημαντικό να αναφερθούμε στη διάρθρωση των υπηρεσιών εντός των Θεραπευτηρίων, προκειμένου να σκιαγραφηθεί και η ποικιλομορφία των εργαζομένων σε αυτά. Σύμφωνα πάλι με τα σχετικά Φ.Ε.Κ. ίδρυσης των Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων, «Στα Θεραπευτήρια συνίσταται μια Διεύθυνση, η οποία συγκροτείται από τα εξής τμήματα:

A) Περίθαλψης

B) Φυσικής Αποκατάστασης, Προεπαγγελματικής, Επαγγελματικής Κατάρτισης και Κοινωνικής Υποστήριξης

Γ) Διοικητικού

Δ) Οικονομικού

Ε) Τεχνικής Υπηρεσίας και Προσβασιμότητας»



Για την κάλυψη των ανωτέρω υπηρεσιών, στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων εργάζονται: Διοικητικοί Υπάλληλοι, Ιατροί, Φυσικοθεραπευτές, Ψυχολόγοι, Νοσηλευτές, Επισκέπτες Υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Εργοθεραπευτές, Λογοθεραπευτές, Διαιτολόγοι, Μάγειρες, Οδηγοί, Προσωπικό Φύλαξης κ.α. Φυσικά, υπάρχει διαφορά από Θεραπευτήριο σε Θεραπευτήριο αναφορικά με τις κατηγορίες εργαζομένων που υπάρχουν σε αυτά (π.χ. ένα Θεραπευτήριο μπορεί να έχει ψυχολόγο, ενώ ένα άλλο όχι).

Οι δομές αυτές (τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων) καλύπτουν γεωγραφικά ολόκληρη τη χώρα (Πελοπόννησο, Κεντρική Ελλάδα, Μακεδονία, Βόρεια Ελλάδα, νησιά). Είναι λοιπόν δομές που παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και είναι ευρύτερα γνωστές στο επίπεδο της κοινότητας λειτουργίας τους.

Όταν είχαν συσταθεί αυτές οι δομές, είχαν την επωνυμία «Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων». Αποτελούν λοιπόν εδώ και χρόνια μια πραγματικότητα και ταυτόχρονα μια ιδιαιτερότητα της χώρας μας. Η ιδιαιτερότητα έχει να κάνει με τον τρόπο λειτουργίας αυτών των δομών, όπως θα φανεί στη συνέχεια..

Αυτή τη στιγμή, επειδή το νομικό πλαίσιο συνεχώς αλλάζει, βρισκόμαστε σε μια μεταβατική περίοδο, όπου πρόσφατα κατατέθηκε στη Βουλή το νομοσχέδιο για την «Κατάργηση και Συγχώνευση νομικών προσώπων του δημοσίου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα - Σύσταση Γενικής Γραμματείας για το συντονισμό του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις». Βάσει του νομοσχεδίου αυτού, οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας που είχαν συσταθεί με το ν. 3106/2003 (όπως είχε τροποποιηθεί και ισχύει), εντάσσονται ως αποκεντρωμένες υπηρεσιακές μονάδες, επιπέδου διεύθυνσης, σε 13 ν.π.δ.δ. Για τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, που μας ενδιαφέρει και εν προκειμένω, μετονομάζονται σε «Διευθύνσεις Χρονίων Παθήσεων», υπαγόμενες στα 13 ν.π.δ.δ. που αναφέρθηκαν και που φέρουν την επωνυμία «Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας».

Όλα αυτά τα στοιχεία που αναφέρθηκαν και αφορούν το νομικό πλαίσιο λειτουργίας, είναι σημαντικά, καθώς καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το εργασιακό καθεστώς των εργαζομένων στις δομές αυτές, αλλά και τον τρόπο λειτουργίας τους. Εδώ ενυπάρχει και μια ιδιαιτερότητα. Τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων συστάθηκαν αρχικά έχοντας ένα συγκεκριμένο προσανατολισμό, μια συγκεκριμένη

στοχοθεσία. Ωστόσο, η εμπειρία από τη λειτουργία τους, έδειξε ότι πολλά πράγματα δεν εφαρμόστηκαν με βάση το αυστηρό γράμμα του νόμου, αλλά διαμορφώθηκαν με βάση της πρακτικές ανάγκες. Ένα παράδειγμα αυτού, είναι οι περιθαλπόμενοι που εισάγονται. Λόγω παύσης λειτουργίας άλλων δομών, εισάγονται στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων και ορισμένοι περιθαλπόμενοι που δεν θα εντασσόντουσαν σε αυτό που θα ορίζαμε ως «χρόνια ασθένεια», βάσει του ορισμού που υπάρχει στα π.δ. ίδρυσης, για παράδειγμα ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές. Επίσης, οι νέες εξελίξεις με τη συγχώνευση, δε γνωρίζουμε πώς θα διαμορφώσουν το τοπίο. Ωστόσο, από μόνη της αυτή η μεταβατική περίοδος είναι ιδιαίτερα πειστική για τους εργαζόμενους, καθώς υπάρχει το ενδεχόμενο μετακίνησής τους, με ό,τι αυτό μπορεί να συνεπάγεται γι' αυτούς.

Επομένως, αυτή η μεταβατική περίοδος με τις συγχωνεύσεις, αλλά και αυτό που βιώνουν οι εργαζόμενοι στις δομές αυτές, βάσει μιας πραγματικότητας που έχει διαμορφωθεί για ποικίλους λόγους, συνθέτουν ένα πλαίσιο ιδιαίτερα επιβαρυντικό για την ψυχική τους υγεία. Μάλιστα, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως δεν εφαρμόζεται στα Θεραπευτήρια κανενός είδους παρέμβαση για την ψυχολογική στήριξη των εργαζομένων (π.χ. ομάδες προσωπικού).

Όπως προκύπτει επομένως από τα παραπάνω στοιχεία, είναι σημαντικό να γίνει μια τέτοια έρευνα στον ελληνικό χώρο, καθώς δεν υπάρχουν ανάλογες έρευνες σε αυτές τις δομές, που σίγουρα έχουν, με βάση και τα όσα αναφέρθηκαν, μία ιδιαιτερότητα όσον αφορά τον τρόπο λειτουργίας τους. Οι πρόσφατες εξελίξεις καθιστούν ακόμα πιο επιτακτική την ανάγκη μιας τέτοιας έρευνας, αφού τα αποτελέσματα θα σκιαγραφούν το νέο τοπίο στο χώρο. Εφόσον εντοπιστεί ότι όντως οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία και επαγγελματική εξουθένωση, θα μπορούν ενδεχομένως να σχεδιαστούν παρεμβάσεις προκειμένου αυτοί να βοηθηθούν. Επίσης, θα αναδειχτεί το προφίλ του «πιο ευάλωτου εργαζομένου», ώστε ίσως να σχεδιαστεί ενδεχομένως μια πιο εξειδικευμένη παρέμβαση, που να αφορά πρωτίστως αυτή την ομάδα εργαζομένων. Αυτό θα συμβάλλει σε μια καλύτερη οικονομική πολιτική και σε μια εξοικονόμηση πόρων που θα μπορούν να αξιοποιηθούν σε άλλους τομείς.

## 1.2. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που έχει μακρά διάρκεια ζωής. Η κατάθλιψη ήταν γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων. Ο Ιπποκράτης θεωρούσε πως η κατάθλιψη είχε βιολογική βάση. Σύμφωνα με προβλέψεις, έως το 2020, αναμένεται να αποτελεί την κύρια αιτία χορήγησης άδειας στους εργαζομένους λόγω ασθενείας και την πιο συχνή αιτία αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη έχει σοβαρές προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Η κατάθλιψη ορίστηκε ως μια «αρρώστια όλου του σώματος», η οποία περιλαμβάνει συναισθηματικές, σωματικές, διανοητικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις. Ο όρος «κατάθλιψη» αναφέρεται σε καταθλιπτική διάθεση, σε διάφορες πλευρές της νόησης, της συμπεριφοράς και στις φυσιολογίας και σε συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως απώλεια της όρασης, διαταραχή στον ύπνο, χαμηλή κινητικότητα και μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης (Huey, Janice & Yu-C, 2010).

Η κατάθλιψη είναι μια συνήθης ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από στενοχώρια (sadness), απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, μειωμένη ενεργητικότητα, απώλεια αυτοπεποίθησης κι αυτοεκτίμησης, ενοχή, σκέψεις θανάτου κι αυτοκτονίας, έλλειψη συγκέντρωσης και διαταραχές στον ύπνο και στη διατροφή. Μερικές φορές μπορεί να συνυπάρχουν και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Έχει φανεί ερευνητικά ότι ορισμένοι πληθυσμοί παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Επίσης, η κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την παραγωγικότητα στην εργασία, με αποτέλεσμα να υπάρχει άμεσο οικονομικό κόστος. Για την ακρίβεια, θεωρήθηκε η τέταρτη πιο δαπανηρή ασθένεια, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί βασικό κομμάτι του συστήματος υγείας. Είναι επιφορτισμένο με τη «φροντίδα» του ασθενούς με την ευρεία έννοια του όρου (Gao et al., 2012).

Η κατάθλιψη είναι ψυχική διαταραχή που ανήκει στην ομάδα των διαταραχών της διάθεσης. Το προεξέχον χαρακτηριστικό της, που αποτελεί άλλωστε και προεξέχον χαρακτηριστικό των λοιπών ψυχικών διαταραχών της διάθεσης, είναι η έκπτωση της λειτουργικότητας. Συνήθως προκαλείται υποκειμενική έκπτωση και ενόχληση σε σημαντικούς τομείς της ζωής του ατόμου (κοινωνικό, επαγγελματικό κτλ.). Όπως περιγράφεται στο DSM-IV, η κατάθλιψη μπορεί να λάβει πολλές και

διαφορετικές μορφές. Χωρίς να ενδιαφέρει εν προκειμένω να αναφερθούμε συγκεκριμένα στις επιμέρους αυτές μορφές, μπορούν να αναφερθούν μερικά γενικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης (ανεξαρτήτως των διαφορετικών μορφών με τις οποίες αυτή εμφανίζεται): πτώση/μεταπτώσεις διάθεσης, απώλεια αίσθησης ικανοποίησης, ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα, διατροφικές αλλαγές/απώλεια-αύξηση βάρους, διατάραξη του ύπνου, αλλαγή της ποιότητας του ύπνου, αλλαγή αυτοεκτίμησης, αλλαγή του τρόπου σκέψης, αλλαγή της σεξουαλικής διάθεσης, σωματική κόπωση, σωματικοί πόνοι, έκπτωση λειτουργικότητας, αίσθηση απελπισίας/αδιαφορίας, εμμονή με ενοχικά συναισθήματα, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, σκέψεις αυτοκαταστροφής.

Για την καλύτερη κατανόηση της κλινικής οντότητας της κατάθλιψης, απαιτείται η κατανομή των συμπτωμάτων της σε πέντε βασικές διαστάσεις:

#### 1. Συναισθηματική-βιωματική (πώς νιώθει το άτομο)

Παρατηρείται μια δυσαναλογία μεταξύ αυτού που συμβαίνει στη ζωή του ατόμου και των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνει. Επίσης, η διάθεση του ατόμου δε μεταβάλλεται, ακόμα κι όταν μεταβληθούν οι εξωτερικές συνθήκες. Όσον αφορά τη συναισθηματική διάθεση, παρατηρούνται: καταθλιπτική διάθεση, ευερεθιστότητα, ένταση, θυμός, εκνευρισμός, απελπισία, απόγνωση. Ακόμη, παρατηρείται απώλεια ενδιαφέροντος για συνήθεις δραστηριότητες κι ανηδονία.

#### 2. Συμπεριφορική (πώς συμπεριφέρεται το άτομο)

Υπάρχει δυσκολία κινητοποίησης, ακόμα και για την τέλεση των πιο απλών πράξεων. Μάλιστα, οι προτροπές ή οι απειλές προκειμένου να δράσει, τον καθιστούν ακόμη περισσότερο αδρανή. Μπορεί να παρατηρηθεί μια καθυστέρηση γενικότερα στις ενέργειές του, μία αποφυγή ανάληψης ευθυνών και μια δυσκολία λήψης αποφάσεων.

#### 3. Σωματική (τι εκδηλώνεται μέσω σωματικών λειτουργιών)

Οι κυριότερες εκδηλώσεις που παρατηρούνται εδώ είναι η ανορεξία, η απώλεια βάρους και η κόπωση. Σε σοβαρές περιπτώσεις ανορεξίας, το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη μπορεί να φτάσει και στον υποσιτισμό καθώς και σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Σε ελαφρύτερες περιπτώσεις παρατηρείται αύξηση του βάρους και της προσλαμβανόμενης τροφής, κάτι που στην πορεία δύναται να

προκαλέσει κι άλλα προβλήματα υγείας (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση κ.α.). Επιπροσθέτως, μπορεί να παρατηρηθούν και διαταραχές στον ύπνο, με μείωση του συνολικού χρόνου που κοιμάται το άτομο και με συχνές αφυπνίσεις. Συχνά υπάρχει και μειωμένη ή κι ανύπαρκτη σεξουαλική επιθυμία.

#### 4. Γνωστική (πώς σκέπτεται κι εκτιμά τη ζωή του το άτομο)

Το άτομο θεωρεί για τον εαυτό του ότι είναι ανεπαρκές κι έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ενυπάρχουν αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον. Στη σκέψη του υπάρχουν και μηχανισμοί γνωστικής διαστρέβλωσης, με τάση ανεύρεσης αποδείξεων που να στηρίζουν την αρνητική εικόνα που έχει το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη για τον εαυτό του. Επίσης, μπορεί να εντοπίζεται και διαταραχή σε συγκεκριμένες γνωστικές λειτουργίες, όπως στη συγκέντρωση, στην προσοχή και στη μνήμη. Τέλος, η σκέψη του ατόμου που πάσχει από κατάθλιψη μπορεί να είναι ιδιαίτερα άκαμπτη όσον αφορά την επεξεργασία των πληροφοριών και της στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων

#### 5. Λειτουργική (πώς λειτουργεί στην εργασία και στις διαπροσωπικές του σχέσεις)

Στη διάσταση αυτή βλέπουμε ότι επηρεάζεται η συνολική λειτουργικότητα του ατόμου. Στην εργασία του, ο εργαζόμενος εμφανίζεται λιγότερο αποδοτικός και δημιουργικός. Στις διαπροσωπικές του σχέσεις, το άτομο παρουσιάζει κακή επικοινωνία με τους άλλους, συχνούς διαπληκτισμούς, σύγκρουση ρόλων και δυσκολία ανάληψης νέων ρόλων, ευθυνών και πρωτοβουλιών. (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης, δεν υπάρχει έως τώρα πλήρης κατανόηση κι έχουν υποστηριχτεί διάφορες θεωρίες. Σε αρχική φάση, η κατάθλιψη θεωρήθηκε αντίδραση σε δυσάρεστα γεγονότα της ζωής. Τις τελευταίες δεκαετίες, ωστόσο, λόγω της ανάπτυξης διάφορων επιστημονικών κλάδων (νευροεπιστήμες, ψυχοφαρμακολογία κ.α.), υποστηρίζεται ότι η κατάθλιψη έχει βιολογική βάση. Σήμερα τείνει να επικρατήσει η άποψη περί πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Σύμφωνα με μια τέτοια θεώρηση, η κατάθλιψη οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της νόσου. Αυτό έχει φανεί από έρευνες σε οικογένειες, όπου ο μεγαλύτερος βαθμός συγγένειας συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης

της νόσου. Το ίδιο έχει φανεί κι από μελέτες διδύμων κι υιοθετημένων παιδιών. Ψυχοκοινωνικές θεωρίες έχουν ενοχοποιήσει ψυχοκοινωνικούς παράγοντες για την εκδήλωση της διαταραχής, όπως πένθος, μετανάστευση, ανεργία, σοβαρή σωματική νόσος. Στη συνέχεια φαίνεται ότι η κατάθλιψη αυτονομείται ως νοσηρή οντότητα και δε χρειάζεται η συντήρηση αυτών των ψυχοπαιστικών γεγονότων ζωής για τη διατήρησή της (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, είναι πολύ σημαντική η έγκαιρη διάγνωση. Όμως, στην πράξη παρατηρείται πως είναι δυσχερής αυτή η έγκαιρη διάγνωση. Όμως, μόνο ένα σχετικά μικρό ποσοστό (25%) διαγιγνώσκεται εγκαίρως και παραπέμπεται σε ειδικότητες που μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Αυτό συμβαίνει επειδή η κατάθλιψη ενδέχεται να μην εκδηλωθεί με τη συνήθη καταθλιπτική συμπτωματολογία, αλλά με άτυπη συμπτωματολογία, όπου κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα τα άτομα να καταφεύγουν ή να παραπέμπονται σε άλλες ειδικότητες και να μη βοηθούνται ουσιαστικώς αναφορικά με το πραγματικό τους πρόβλημα. Η επικρατέστερη θεραπεία είναι η λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής. Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά και συνίστανται σε θεραπεία κάποιας συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης: γνωσιακής, συμπεριφορικής ή διαπροσωπικής (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Ερευνητικά έχει φανεί ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά των διαταραχών άγχους παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης (Wittchen, Kessler, Pfister, & Lieb, 2000). Αναφορικά με το ερώτημα αν μπορεί το στρες να συσχετιστεί άμεσα με την κατάθλιψη, ο Van Praag (2004) παρατήρησε ότι εντοπίζονται κοινά στοιχεία στις βιολογικές αντιδράσεις που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια του στρες και σ' αυτές που συνδέονται με την κατάθλιψη.

Έχουν γίνει διάφορες έρευνες που αφορούν εργαζόμενους οι οποίοι δραστηριοποιούνται εργασιακά σε πλαίσια όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας και με μια πληθώρα διαφορετικών κατηγοριών ασθενών υπό τη φροντίδα τους.

Το επάγγελμα του νοσηλευτή έχει αναγνωριστεί ως ένα πολύ δύσκολο επάγγελμα, που εμπεριέχει πολύ στρες (Schmitz, Neumann & Oppermann, 2000). Σε κλινικά πλαίσια, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι επιφορτισμένο με το μεγαλύτερο

μέρος της φροντίδας των ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα στρες (Chang et al., 2003). Επίσης, ερευνητικά, το εργασιακό στρες των νοσηλευτριών παρουσίασε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση με την εμφάνιση κατάθλιψης (Tang, Lin, Chen, Chen, & Chang, 2005).

Μολονότι οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν μεγάλο εύρος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η βιβλιογραφία είναι αρκετά περιορισμένη όσον αφορά την κατάθλιψη που μπορεί να εμφανίζει η συγκεκριμένη κατηγορία επαγγελματιών. Η κατάθλιψη είναι ένα ζήτημα που αφορά σε μεγάλο βαθμό τους κοινωνικούς λειτουργούς, λόγω του μεγάλου ποσοστού της στους επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας (Deutsch, 1985). Αν και η κατάθλιψη μπορεί να έχει σοβαρότατες συνέπειες σε προσωπικό επίπεδο για κάθε άτομο, η κατάθλιψη των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, μπορεί να μειώσει την ποιότητα αυτών των υπηρεσιών, προκαλώντας έτσι αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς (Darcy-Clay, 2004).

Σε μια έρευνα που αφορούσε τον πληθυσμό των κοινωνικών λειτουργών, συμμετείχαν 751 κοινωνικοί λειτουργοί, συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια που τους εστάλησαν ηλεκτρονικά. Αυτοί οι κοινωνικοί λειτουργοί ανήκαν στον Σύλλογο Κοινωνικών Λειτουργών της Νότιας Καρολίνα. Επρόκειτο για δείγμα που βρισκόταν σε κατάσταση ενεργούς εργασίας. Έτσι, αποκλείστηκαν μέλη που είχαν συνταξιοδοτηθεί, ήταν άνεργα, ή φοιτητές. Για τη μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, το 19% των κοινωνικών λειτουργών της έρευνας παρουσίαζε κατάθλιψη. Όσον αφορά τις δημογραφικές μεταβλητές, οι νεότεροι κοινωνικοί λειτουργοί κι αυτοί με χαμηλότερο οικογενειακό εισόδημα, ήταν περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, όπως αυτή μετρήθηκε με την κλίμακα CES-D. Επίσης, η καταθλιπτική συμπτωματολογία είχε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση με εμπειρίες σωματικής και συναισθηματικής βίας και με την ύπαρξη ενός γονέα με ψυχολογικά προβλήματα στην παιδική ηλικία. Επιπλέον, η κατάθλιψη παρουσίαζε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση με τα χρόνια εμπειρίας στη θέση εργασίας, αλλά και με την εκπαίδευση των εργαζομένων κοινωνικών λειτουργών. Οι έγγαμοι παρουσίαζαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους χήρους,

διαζευγμένους, εν διαστάσει ή ανύπαντρους συναδέλφους τους. Ακόμη, όσοι ζούσαν μόνοι, παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με όσους ζούσαν μαζί με κάποιον άλλο (π.χ. σύντροφο, παιδιά, άλλα μέλη της οικογενείας, οποιονδήποτε τρίτο, ακόμα και άτομο εκτός οικογενείας). Επιπροσθέτως, φάνηκε η σημαντικότητα του ρόλου του πλαισίου στο οποίο παρείχαν την εργασία τους. Κοινωνικοί λειτουργοί που εργαζόντουσαν σε δύσκολα κλινικά πλαίσια παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που εργαζόντουσαν σε όχι τόσο δύσκολα από άποψη συνθηκών πλαίσια. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που ασκούσαν το επάγγελμα σε ιδιωτική βάση, παρουσίαζαν τα χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα επίπεδα κατάθλιψης, αναφορικά με τις μεταβλητές της εθνικότητας, του σεξουαλικού προσανατολισμού και του γεωγραφικού πλαισίου (Darcy-Clay, 2004).

Σε μια άλλη έρευνα στη Νότια Κορέα, που είχε ως δείγμα νοσηλευτικό προσωπικό, διερευνήθηκε, μεταξύ άλλων, και η κατάθλιψη στη συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 441 νοσηλεύτριες που εργαζόντουσαν σε πέντε νοσοκομεία τεσσάρων περιοχών στη Νότια Κορέα. Επρόκειτο για νοσηλευτικό προσωπικό που παρείχε άμεση φροντίδα σε ασθενείς των νοσοκομείων. Έτσι, βάσει αυτού του κριτηρίου, αποκλείστηκαν από την έρευνα εργαζόμενοι νοσηλευτές που δεν είχαν ως ρόλο τους την άμεση φροντίδα των ασθενών. Αποκλείστηκαν από την έρευνα οι άντρες, αφού, αφενός υπάρχει τεράστια υπο-εκπροσώπηση του αντρικού φύλου στο συγκεκριμένο επάγγελμα στη Νότια Κορέα, αφετέρου, το ελάχιστο ποσοστό αντρών νοσηλευτών, ως επί το πλείστον, δεν επωμίζεται την άμεση φροντίδα των ασθενών, καθώς τοποθετούνται σε άλλες θέσεις κι έχουν άλλα καθήκοντα. Οι συμμετέχουσες στην έρευνα, συμπλήρωσαν αρχικά ένα ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά στοιχεία, και στη συνέχεια κλίμακες που μετρούσαν τις μεταβλητές που ενδιέφεραν στην έρευνα αυτή. Για τη μέτρηση της κατάθλιψης, χρησιμοποιήθηκε η κορεάτικη έκδοση της κλίμακας CES-D (Cho & Kim, 1993). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 38% περίπου του δείγματος της έρευνας, παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα. Όσον αφορά τη σχέση δημογραφικών μεταβλητών και κατάθλιψης, ως στατιστικώς σημαντική αναδείχτηκε η σχέση ηλικίας κι έγγαμης ή μη κατάστασης, με την κατάθλιψη. Έτσι, οι νεαρότερης ηλικίας κι άγαμες νοσηλεύτριες, βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας, όπως αυτά προέκυψαν έπειτα από στατιστική ανάλυση, είχαν περισσότερες



πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτά τα αποτελέσματα καταδεικνύουν την ανάγκη δημιουργίας προγραμμάτων για την αντιμετώπιση της ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Saunjo & Jeong-Hee, 2013).

Οι εργαζόμενοι που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, είναι ιδιαίτερος επιβαρυνόμενοι, και συνεπώς ευάλωτοι στην εμφάνιση κατάθλιψης. Αυτό γίνεται ακόμα περισσότερο έντονο, όταν στον εργασιακό τους χώρο έρχονται αντιμέτωποι με εκφοβισμό (bullying) από τους ασθενείς τους. Σύμφωνα με τον ορισμό του Olweus (1993), ως εκφοβισμός ορίζεται «η επιθετική συμπεριφορά, η οποία μπορεί να είναι είτε λεκτική (απειλές, ταπεινώσεις, μειωτικά σχόλια), είτε σωματική (χτυπήματα, σπρωξίματα, ακινητοποίηση, χειρονομίες)». Περαιτέρω, «θύμα του εκφοβισμού, είναι ένα άτομο που υφίσταται συστηματικά τέτοιες συμπεριφορές από ένα ή περισσότερα άτομα». Οι εργαζόμενοι που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, ενδέχεται να έρχονται αντιμέτωποι με τέτοια περιστατικά λεκτικής, ή ακόμα και σωματικής βίας. Αυτά τα περιστατικά επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο τους εργαζόμενους, οι οποίοι είναι ήδη επιβαρυνόμενοι, λόγω των δύσκολων συνθηκών που αντιμετωπίζουν καθημερινά στο πλαίσιο όπου εργάζονται.

Σε μια σχετική έρευνα στην Αυστραλία, που αφορούσε το νοσηλευτικό προσωπικό, διερευνήθηκαν οι ψυχολογικές επιπτώσεις του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας, σε δύο κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού: σ' αυτές που εργαζόντουσαν σε νοσοκομεία και σ' αυτές που ειδικότερα ήταν επιφορτισμένες με τη φροντίδα ηλικιωμένων. Το δείγμα αποτελούσαν 208 νοσηλεύτριες που εργαζόντουσαν σε νοσοκομείο και 233 νοσηλεύτριες που ήταν ειδικώς επιφορτισμένες με τη φροντίδα ηλικιωμένων. Για τη μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η σύντομη εκδοχή των 9 ερωτημάτων της Κλίμακας Κατάθλιψης CES-D (Santor & Coyne, 1997). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε νοσοκομείο, παρουσίαζε συναισθηματική εξάντληση, ως απόρροια του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας. Για το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν με ηλικιωμένους ασθενείς, η ψυχολογική επίπτωση του εκφοβισμού ήταν η κατάθλιψη (Rodwell & Demir, 2012).

Παραδόξως, δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες για την κατάθλιψη του νοσηλευτικού προσωπικού, αν και αποτελεί ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης. Αντιθέτως, οι περισσότερες έρευνες είναι εστιασμένες στις

στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς με κατάθλιψη. Η αντίληψη περί μη ελέγχου σχετίζεται με την κατάθλιψη και την επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Αν και δεν υπάρχουν πολλά ερευνητικά στοιχεία για την κατάθλιψη, του επιστημονικού προσωπικού, υπάρχουν έμμεσες αποδείξεις από τις έρευνες που ασχολούνται με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Βασικά, τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σε μεγάλο βαθμό κοινά. Για παράδειγμα, η χαμηλή ενέργεια, η αίσθηση αβοηθησίας (helplessness) και η έλλειψη ελέγχου, το χαμηλό κίνητρο για την εργασία και οι αρνητικές στάσεις απέναντι στον εαυτό, την εργασία και τους άλλους, αποτελούν κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Chang, Wang, Li, & Liu, 2011).

Ο στόχος μιας έρευνας στο Ταϊβάν ήταν να διακριβωθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ κατάθλιψης, αυτοαποτελεσματικότητας και αισιοδοξίας σε δείγμα νοσηλευτριών. Το δείγμα της έρευνας αυτής αποτελούσαν 314 νοσοκόμες που εργαζόντουσαν σε Γενικά Νοσοκομεία στο Ταϊβάν. Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν μια σειρά ερωτηματολογίων που συνοδευόντουσαν από μια φόρμα που περιελάμβανε ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 52,5% του νοσηλευτικού προσωπικού παρουσίαζε από ήπια έως μέση καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η αυτοαποτελεσματικότητα και η αισιοδοξία αποτελούσαν σημαντικούς παράγοντες θωράκιζαν έναντι του κινδύνου της κατάθλιψης. Αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ σημαντικά στον τομέα της διαχείρισης ανθρωπίνου δυναμικού, καθώς φαίνεται η ανάγκη να σχεδιαστούν σχετικές παρεμβάσεις που να αποσκοπούν στην τόνωση της αυτοαποτελεσματικότητας και της αισιοδοξίας στο νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη στον σχετικό επαγγελματικό κλάδο (Chang et al., 2011).

Σε μία άλλη έρευνα, είχε τεθεί ως στόχος η διερεύνηση της κατάθλιψης εργαζομένων που ασχολούνται με άτομα που παρουσιάζουν νοητικές διαταραχές. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 216 εργαζόμενοι που παρείχαν υπηρεσίες στο επίπεδο της κοινότητας σε άτομα με νοητικές διαταραχές. Οι εργαζόμενοι αυτοί εργαζόντουσαν σε τέσσερις κοινοτικές υπηρεσίες παροχής τέτοιων υπηρεσιών. Στην έρευνα δεν συμπεριελήφθη προσωπικό που είχε διοικητικά καθήκοντα. Τα άτομα με

νοητικές διαταραχές που χρησιμοποιούσαν αυτές τις υπηρεσίες, παλαιότερα, είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομεία κι άλλες σχετικές δομές. Εκδήλωναν μια μεγάλη ποικιλία προκλητικών συμπεριφορών κι ορισμένοι είχαν και σωματικά προβλήματα. Το προσωπικό βοηθούσε αυτά τα άτομα στη διεκπεραίωση των οικιακών δουλειών και στην προετοιμασία των γευμάτων. Να σημειωθεί πως δεν υπήρχε προσληφθέν προσωπικό καθαριότητας. Επρόκειτο για ένα καθεστώς ημι-αυτόνομης διαβίωσης. Το προσωπικό παρουσίαζε σε σημαντικό βαθμό προβλήματα κατάθλιψης, όπως αυτή μετρήθηκε με το Ερωτηματολόγιο των Σκέψεων και των Συναισθημάτων. Το ερωτηματολόγιο αυτό είχε χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα προγενέστερων ερευνών με δείγμα κοινωνικούς λειτουργούς κι άλλες κατηγορίες εργαζομένων που εργαζόντουσαν με άτομα που έπασχαν από νοητικές διαταραχές. Είναι ένα ερωτηματολόγιο οχτώ προτάσεων που μετρά άγχος και κατάθλιψη (Rose, 1999).

Σε έρευνα που έγινε στην Κίνα, διερευνήθηκαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτά σε δείγμα νοσηλευτών που εργαζόντουσαν σε δημόσια νοσοκομεία πόλεων. Συμμετείχαν 1592 νοσηλευτές. Στις δημογραφικές μεταβλητές που περιείχε το σώμα τον ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν, περιλαμβάνονταν: η ηλικία, τα χρόνια εργασίας, το αν ήταν έγγαμοι ή όχι, η εκπαίδευση, η χρόνια ασθένεια και τα γεγονότα ζωής. Για τη μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης CES-D. Το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο αποτελεί ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς σχεδιασμένο να μετράει παρόντα τη δεδομένη στιγμή συμπτώματα κατάθλιψης. Υπάρχει σταθμισμένη έκδοση του ερωτηματολογίου αυτού για τον κινεζικό πληθυσμό. Αποτελείται από τέσσερις προτάσεις. Μέσω των στατιστικών αναλύσεων, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσίαζε το 61,7% του δείγματος, κι από αυτό το τελευταίο ποσοστό, το 74,9 παρουσίαζε ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα. Η χαμηλή θέση στην ιεραρχία, η κατανάλωση αλκοόλ, η κακή σχέση με τους ασθενείς και το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης συσχετιζόντουσαν θετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Από την άλλη, η ύπαρξη εποπτείας, η σωστή λήψη των γευμάτων, η φυσική άσκηση και η ικανοποίηση από την εργασία, αποτελούσαν παράγοντες που συσχετιζόντουσαν αρνητικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αυτά τα αποτελέσματα ήταν στατιστικώς σημαντικά (Gao et al., 2012).

Σε μια έρευνα στη Βραζιλία, διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής και η κατάθλιψη του νοσηλευτικού προσωπικού και του βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού που εργαζόταν σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΑ), ως ποιότητα ζωής ορίζεται «η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, βάσει του πολιτισμικού πλαισίου και του συστήματος αξιών που διαβιώνει, σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τους προβληματισμούς του» (Rios, Barbosa & Belasco, 2010).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο ιδιωτικό νοσοκομείο στην πόλη Σάο Πάολο της Βραζιλίας. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν αρχικά μία φόρμα συναίνεσης για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Το δείγμα τις έρευνας αποτελούνταν από 266 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών. Τα ερωτηματολόγια παραδόθηκαν από τους ίδιους τους ερευνητές στους εργαζόμενους νοσηλευτές και τους βοηθούς νοσηλευτές στον χώρο του νοσοκομείου. Στην αρχή υπήρχαν είκοσι ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε η σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου WHOQOL. Για τη μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα BDI, μεταφρασμένη και σταθμισμένη για Πορτογάλους. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πήρε κατά μέσο όρο 30 λεπτά σε κάθε συμμετέχοντα-εργαζόμενο νοσηλευτή ή βοηθό νοσηλευτή. Το WHOQOL (σύντομη έκδοση) είναι μια ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αξιολογεί την εμπειρία του ατόμου στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Αποτελείται από 26 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε τέσσερις παράγοντες (υποκλίμακες). Οι 26 ερωτήσεις είναι ερωτήσεις τύπου Likert. Η Κλίμακα του Beck για την κατάθλιψη είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 21 ερωτήματα. Χρησιμοποιείται σε πάρα πολλές χώρες για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Σ' αυτό το ερωτηματολόγιο μετρώνται συμπτώματα της κατάθλιψης με σκορ από 0-3 σε κάθε μία από τις 21 προτάσεις του ερωτηματολογίου. Στον ερευνητικό σχεδιασμό, οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, ενώ οι ποιότητα ζωής και η κατάθλιψη αποτελούσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές. Για την κατάθλιψη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 14 (5,3%) συμμετέχοντες είχαν συνολικά σκορ πάνω από 20, πράγμα που υποδεικνύει την ύπαρξη κατάθλιψης. Αναφορικά με

τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και την επίδρασή τους στις εξαρτημένες μεταβλητές της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής, παρουσιάστηκαν ορισμένα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Η παρουσία άλλου προβλήματος υγείας συνδεόταν με μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης και με χαμηλότερο σκορ στη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Επίσης, όσοι έκαναν νυχτερινές βάρδιες, παρουσίαζαν υψηλότερα σκορ στη μέτρηση της κατάθλιψης. Τέλος, η ιδιοκτησία οχήματος συνδεόταν με υψηλότερο σκορ στη μέτρηση της «ποιότητας ζωής», (Rios et al., 2010).

### **1.3. Επαγγελματική εξουθένωση**

Υποστηρίζεται ότι η πρώτη κλινική περιγραφή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome) ανήκει στους Αγγλοσάξονες. Υποστηρίζεται βέβαια και η άποψη ότι ανήκει στους Καναδούς. Από τα μέσα του περασμένου αιώνα, υπήρχε μια ανησυχία για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ανοϊκούς ασθενείς που βρισκότουσαν στο τελικό στάδιο της νόσου. Έτσι, δημιουργήθηκαν προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού. Η αξιολόγηση των συγκεκριμένων προγραμμάτων έδειξε ότι βελτιώθηκε σημαντικά η ψυχική υγεία των εργαζομένων (Splettes, 1977). Ο Herbert Freudenberger, αμερικανός ερευνητής, εισάγει την έννοια του «συνδρόμου burnout» το 1974, περιγράφοντάς το ως ένα σύνολο συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Από αυτό το σημείο, η έννοια αποκτά επιστημονική οντότητα κι αρχίζει να ερευνάται πιο συστηματικά. Η ερευνήτρια Cristine Maslach, το 1986, δημιουργεί την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory – MBI), που χρησιμοποιείται έως και σήμερα στις περισσότερες έρευνες. Αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ψυχομετρικό εργαλείο για την αντικειμενικότερη καταγραφή κι αξιολόγηση του συνδρόμου (Schraub, Marx & Barbier, 2004).

Ως «σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης» (burnout syndrome), ορίζεται η σωματική, ψυχική και συναισθηματική εξάντληση. Πρόκειται για μια κατάσταση που ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του για το αντικείμενο της δουλειάς του, καθώς και τα όποια θετικά του συναισθήματα γι' αυτήν. Παύει να αντλεί ικανοποίηση από τη δουλειά του κι από την απόδοσή του σε αυτήν κι αρχίζει να

αναπτύσσεται μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό. Στα αγγλικά ο όρος «burnout» σημαίνει προοδευτική ανάλωση εκ των έσω έως σημείου απανθράκωσης». Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Feuerbach, το 1974 (Maslach & Jackson, 1984).

Μολονότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει ερευνηθεί πάρα πολύ τα τελευταία χρόνια, δεν υπάρχει για την ώρα ένας απόλυτα αποδεκτός ορισμός της έννοιας. Ο πιο διαδεδομένος ορισμός είναι αυτός της Maslach (Raymond & Blake, 1990). Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, ως επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται: «η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηριζόμενης από συναισθηματική εξάντληση, όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ότι εμπεριέχει τρεις διαστάσεις: α) Τη συναισθηματική εξάντληση, που χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ενέργειας κι ενθουσιασμού και την εξάντληση των συναισθηματικών αποθεμάτων, β) Την αποπροσωποποίηση, που περιγράφεται ως ένα σύνολο αρνητικών στάσεων για τους ασθενείς, για τους συναδέλφους και για το εργασιακό πλαίσιο και γ) Την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, που περιγράφεται ως η τάση ενός εργαζόμενου για αρνητική αυτό-αξιολόγηση κι ως μια δυσάρεστη αίσθηση αναφορικά με την απόδοσή τους στην εργασία τους (Queiros, Carlotto, Kaiseler, Dias, & Pereira, 2013).

Ερευνητικά, έχουν καταδειχθεί τα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης:

A) Στάδιο ενθουσιασμού:

Στο στάδιο αυτό ο επαγγελματίας υγείας είναι στην αρχή της καριέρας του και εισέρχεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας. Σε αυτό το στάδιο παρατηρούνται μη ρεαλιστικές προσδοκίες, υψηλοί και συχνά ανέφικτοι στόχοι, υπερβολική επένδυση στη σχέση με τους ασθενείς και με τους συναδέλφους. Υπάρχει αφιέρωση μεγάλου χρόνου κι ενέργειας στο αντικείμενο εργασίας.

B) Στάδιο αμφιβολίας κι αδράνειας:

Εδώ ο επαγγελματίας υγείας διαπιστώνει ότι το έργο του, το προϊόν της εργασίας του, δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και στις ανάγκες του. Αυτό

προκαλεί απογοήτευση. Ως αποτέλεσμα, αφιερώνει ακόμα περισσότερο χρόνο στην εργασία του, γιατί πιστεύει πως έτσι θα καλύψει αυτό το κενό. Παράλληλα, μπορεί να αρχίσει να αντιλαμβάνεται ότι η εργασία δεν μπορεί να καλύψει ούτε τα κενά της προσωπικής του ζωής.

#### Γ) Στάδιο απογοήτευσης και ματαιώσης:

Είναι έντονη η αίσθηση του άγχους από την εργασία. Ενυπάρχει η πεποίθηση πως η οποιαδήποτε προσφορά τελικά είναι μάταιη. Έτσι, ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να αμφισβητεί τις ικανότητές του. Στο σημείο αυτό εμφανίζονται δύο εναλλακτικές επιλογές. Ο επαγγελματίας μπορεί είτε να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του και να τις θέσει σε μια πιο ρεαλιστική βάση, είτε να φτάσει στο να απομακρύνεται σταδιακά από τους ασθενείς του και τον χώρο εργασίας του, καθώς αυτά του προκαλούν ολοένα και μεγαλύτερο άγχος.

#### Δ) Στάδιο απάθειας:

Σ' αυτό το τελευταίο στάδιο ο επαγγελματίας υγείας επενδύει ελάχιστο χρόνο κι ενέργεια στην εργασία του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών, τηρεί μια στάση μη υπευθυνότητας και γενικώς παραμένει στην εργασία του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, παλεύοντας συνεχώς με τις ματαιώσεις που βιώνει σε καθημερινή βάση. Ως επακόλουθο, διαταράσσονται οι σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους, τόσο στο εργασιακό του περιβάλλον, όσο και στο κοινωνικό και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Πλέον, ο συγκεκριμένος εργαζόμενος βιώνει μια κατάσταση εγκλωβισμού και δε διαθέτει κανένα υποστηρικτικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση αυτής της αδιέξοδης κατάστασης (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζει δυσκολίες όσον αφορά την αναγνώρισή της. Έως τώρα δεν έχει αναγνωριστεί ως διαταραχή με συγκεκριμένη συμπτωματολογία. Συνίσταται σε ορισμένες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων, τα οποία συνοδεύονται συχνά από συμπτώματα σε οργανικό, συναισθηματικό ή γνωστικό επίπεδο. Χαρακτηριστική είναι η αίσθηση του εργαζομένου ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών του, αλλά και στις προσδοκίες του ίδιου του τού εαυτού. Συμπεριφέρεται σαν να έχει απέναντί του μια «περίπτωση», ένα «περιστατικό» κι όχι έναν ασθενή και δεν επιδεικνύεται διαθεσιμότητα από μέρους του. Ο εργαζόμενος που πάσχει από επαγγελματική εξουθένωση είναι ψυχρός και δε δένεται συναισθηματικά με τους ασθενείς. Είναι

απρόσωπος, αδιάφορος, κι ενίοτε βγάζει και μια επιθετικότητα απέναντι στους ασθενείς του. Αυτά μπορούν να βγουν κι απέναντι στους συναδέλφους του. Ο επαγγελματικά εξουθενωμένος εργαζόμενος παρουσιάζει δυσκολία συγκέντρωσης, έλλειψη παρατηρητικότητας και δυσχέρειες στη μνημονική του λειτουργία. Αργοπορεί, απουσιάζει ή συγκρούεται με συναδέλφους και μέλη της οικογένειάς του. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης συνοδεύεται συχνά κι από ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως χρόνια κόπωση, διαταραχές ύπνου, μυοσκελετικά προβλήματα, ημικρανίες κ.α. (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Όπως εκτιμάται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), το εργασιακό στρες είναι το δεύτερο σε συχνότητα εμφανιζόμενο πρόβλημα στους εργαζόμενους. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί αντίδραση στο εργασιακό στρες. Παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο σε άτομα που ασκούν κάποιο κοινωνικό λειτούργημα. Τα επαγγέλματα που έχει φανεί πως επηρεάζονται κυρίως από αυτό το σύνδρομο είναι τα εξής: ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί. Η επιβάρυνση που υφίστανται οι εργαζόμενοι σε αυτές τις κατηγορίες επαγγελμάτων είναι μεγάλη. Το ενεργειακά αποθέματα των εργαζομένων αυτών εξαντλούνται και προσβάλλεται η ψυχική και σωματική τους υγεία (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα ψυχολογικό σύνδρομο που εμφανίζεται ως απόκριση σε ένα χρόνιο, μη ελέγξιμο εργασιακό στρες. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνέπειες στις παρεχόμενες υπηρεσίες, στο προσωπικό και στους ασθενείς. Το προσωπικό συχνά δεν αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του, δεν είναι τόσο παραγωγικό και δε δεσμεύεται στο πλαίσιο εργασίας. Μπορεί να απουσιάζει συχνά ή και να εγκαταλείπει τη θέση εργασίας. Οι επαγγελματικά εξουθενωμένοι εργαζόμενοι αποδίδουν λιγότερο σε σχέση με τους συναδέλφους τους και δε βοηθούν τόσο τους ασθενείς. Έτσι, οι ασθενείς, και ιδίως οι πάσχοντες από νοητική υστέρηση, μπορεί να καταστούν θύματα της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού (Mutkins, Brown & Thorsteinsson, 2011).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα συγκεκριμένο είδος εργασιακού στρες που έρχεται ως αποτέλεσμα των απαιτήσεων και των συναισθηματικά φορτισμένων σχέσεων μεταξύ αυτών που παρέχουν κι αυτών που δέχονται τη



φροντίδα. Η επαγγελματική εξουθένωση συνοδεύεται από διάφορα σωματικά, συναισθηματικά, συμπεριφορικά και διαπροσωπικά προβλήματα. Επίσης, εμπειρικές μελέτες έδειξαν ότι άτομα που βίωναν επαγγελματική εξουθένωση, βίωναν και προβλήματα όσον αφορά τη γενικότερη κατάσταση της υγείας τους, όπως διαταραχές ύπνου, άγχος, κατάθλιψη και ένα αίσθημα ανημπόριας (Nayoung, Eun Kyoung, Hyunjung, Eunjoo, & Sang Min, 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, επειδή έρχονται αντιμέτωποι με τα πάσης φύσεως σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικοσυναισθηματικά προβλήματα των ασθενών τους. Οι λόγοι αυξημένης επιβάρυνσης δεν αφορούν μόνο αυτά τα προβλήματα των εργαζομένων, αλλά σχετίζονται και με το εργασιακό περιβάλλον και πλαίσιο (αυστηρές ιεραρχικές δομές, σχέσεις με συναδέλφους), όπως επίσης και με την επαφή με τις οικογένειες των ασθενών (Stanetić & Tešanović, 2013).

Η επαγγελματική εξουθένωση συγκαταλέγεται στα τέσσερα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα που σχετίζονται με την αγορά εργασίας στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών διεθνώς, φαίνεται πως οι γιατροί και οι νοσηλευτές αποτελούν την ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε πολλές έρευνες που μελετούσαν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέθηκε με ατομικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών, η ηλικία φαίνεται να συσχετίζεται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με την επαγγελματική εξουθένωση. Ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να είναι μεγαλύτερος στους νεότερους εργαζομένους. Όσον αφορά τη δημογραφική μεταβλητή του φύλου, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αλληλοσυγκρουόμενα, αν και πιο συστηματικά στις γυναίκες παρουσιάζονται υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Στις γυναίκες, ο γάμος φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Παππά, Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008).

Διεθνώς έχουν γίνει έρευνες που διερευνούσαν την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας που εργαζόντουσαν σε διάφορα πλαίσια και με διάφορες κατηγορίες ασθενών.

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συσχετιστεί με μεταβλητές όπως η κατάθλιψη το άγχος, οι διαταραχές ύπνου και τα σωματικά συμπτώματα (Brenninkmeyer, Yperen & Buunk, 2001). Επίσης, έχει συνδεθεί με δημογραφικές μεταβλητές. Αν κι έχουν γίνει πάρα πολλές έρευνες και συχνά τα αποτελέσματα είναι διαφορετικά, φαίνεται μια τάση να εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση περισσότερο οι ανύπαντροι, χωρισμένοι, ανώτερης εκπαίδευσης και άλλης εθνικότητας εργαζόμενοι (Soares, Grossi & Sundin, 2007).

Ως σταθερό ερευνητικό εύρημα, η ηλικία συσχετίζεται αρνητικά με τις μετρήσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης (Vredenburg, Carlozzi & Stein, 1999). Ωστόσο, στις σχετικές έρευνες δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας κι αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων, που είναι και η τρίτη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Για να εξηγήσουν οι ερευνητές αυτά τα ευρήματα αναφορικά με τη σχέση ηλικίας κι επαγγελματικής εξουθένωσης, υπέθεσαν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, οι επαγγελματίες αναπτύσσουν μια ποικιλία συμπεριφορών και στάσεων, που μειώνουν την πιθανότητα βίωσης συγκεκριμένων διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ φύλου κι επαγγελματικής εξουθένωσης, βρέθηκε ότι οι γυναίκες σκόραραν υψηλότερα από τους άντρες στη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ οι άντρες σκόραραν υψηλότερα από τις γυναίκες στις διαστάσεις της αποπροσωποποίησης και της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων. Βάσει των αποτελεσμάτων πιο πρόσφατων ερευνών (Vredenburg et al., 1999) δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ φύλου και των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach.

Οι Maslach και Jones (1981) βρήκαν ότι όσοι εργαζόμενοι ήταν μόνοι, ανύπαντροι ή διαζευγμένοι, εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης απ' όσους ήταν παντρεμένοι ή ήταν σε σχέση. Μεταγενέστερες έρευνες απέτυχαν να επιβεβαιώσουν αυτά τα αποτελέσματα. Η σχέση μεταξύ έγγαμης κατάστασης κι επαγγελματικής εξουθένωσης παραμένει ασαφής.

Σε έρευνα που συμμετείχαν μόνο γυναίκες, εξετάστηκε η εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τις δημογραφικές μεταβλητές. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 6.000 γυναίκες που επιλέχθηκαν από τον γενικό πληθυσμό

με τυχαία δειγματοληψία. Τελικώς στην έρευνα συμμετείχαν 3.591 γυναίκες. Οι στατιστικές αναλύσεις έδειξαν ότι το 21% των γυναικών παρουσίαζε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση ήταν οι νεαρότερες, διαζευγμένες, εργαζόμενες χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων, χαμηλότερης εκπαίδευσης, αλλοδαπές, σε τωρινή κατάσταση ανεργίας, συνταξιοδότησης, αρρώστιας, αποχώρησης από την εργασία, σε δυσχερή οικονομική κατάσταση, όσες λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή ή κάπνιζαν κι όσες έπασχαν από κατάθλιψη (Soares et al., 2007).

Τα τελευταία 35 χρόνια οι ερευνητές έχουν ασχοληθεί εκτενώς με την επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται σήμερα ζήτημα δημόσιας υγείας. Ειδικά το νοσηλευτικό προσωπικό, που εργάζεται συνήθως κάτω από δύσκολες και στρεσογόνες συνθήκες, θεωρείται ομάδα εργαζομένων υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, το επάγγελμα των νοσηλευτών θεωρείται το περισσότερο στρεσογόνο. Στο επάγγελμα αυτό εμπλέκεται έντονα το συναισθηματικό στοιχείο. Αυτός θεωρείται ο βασικός στρεσογόνος παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει και στην αποχώρηση από την εργασία. Οι έρευνες πάνω στο επάγγελμα των νοσηλευτών έχουν δείξει ότι δημογραφικές μεταβλητές και χαρακτηριστικά προσωπικότητας, σε συνδυασμό με χαρακτηριστικά του εργασιακού πλαισίου και την αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία, συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση. Όπως έχουν δείξει έρευνες σε νοσηλευτές, οι άντρες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κυνισμού σε σχέση με τις γυναίκες, άρα είναι λιγότερο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, όσοι δεν είναι παντρεμένοι, είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση, σε σχέση με τους παντρεμένους συναδέλφους τους (Queiros et al., 2013).

Σε μια έρευνα στην Πορτογαλία, που είχε ως στόχο να διερευνήσει τους παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε νοσοκομεία, φάνηκε ότι οι δημογραφικές μεταβλητές επηρεάζουν την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα, επρόκειτο για μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν 1.157 νοσηλευτές που εργαζόντουσαν σε 4 νοσοκομεία του Πόρτο. Χρησιμοποιήθηκε η

κλίμακα της Maslach για την επαγγελματική εξουθένωση. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν καταρχάς ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εμφάνιζε συνολικά μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση. Όσον αφορά τις δημογραφικές μεταβλητές, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα για δύο από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τη διάσταση της αποπροσωποποίησης, φάνηκε ότι οι άντρες νοσηλευτές και οι νοσηλευτές νεαρότερης ηλικίας εμφάνιζαν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης. Αναφορικά με τη διάσταση της αίσθησης μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, φάνηκε ότι τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας ήταν ένας παράγοντας που μείωνε τις πιθανότητες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Queiros et al., 2013).

Στην Κύπρο διεξήχθη μια έρευνα με δείγμα 100 νοσηλευτών, προερχόμενων από 10 τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, που πέρα από τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, περιελάμβανε και την κλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach. Από τους 100 συμμετέχοντες, το 76% ήταν γυναίκες και το 24% άντρες, ποσοστά που συνάδουν με την αριθμητική υπεροχή του γυναικείου φύλου στο σχετικό επάγγελμα. Οι ερωτηθέντες νοσηλευτές είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 35,8 έτη. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές ως σύνολο παρουσίαζαν μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση. Αναφορικά με τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης της κλίμακας της Maslach, οι άντρες βίωναν μεγαλύτερο βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, σε σχέση με τις γυναίκες, και μικρότερο βαθμό προσωπικής επίτευξης. Το να έχει ο εργαζόμενο νοσηλευτής από τρία παιδιά και άνω, φάνηκε πως ήταν παράγοντας που μείωνε τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Mpaltzi, Hari-Papaioannou, Polikandrioti, Gourni, & Charalampous, 2012).

Στη Σερβική Δημοκρατία διεξήχθη μια έρευνα που είχε ως στόχο να διερευνήσει αν η ηλικία και η επαγγελματική εμπειρία επηρεάζουν τα επίπεδα εργασιακού στρες κι επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμπλήρωσαν εργαλεία για το εργασιακό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση. Πιο συγκεκριμένα, για την επαγγελματική εξουθένωση, συμπλήρωσαν

την κλίμακα της Maslach (Maslach Burnout Inventory). Στην έρευνα συμμετείχαν 239 ιατροί (199 άντρες και 40 γυναίκες). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γιατροί άνω των 46 ετών με άνω των 21 ετών προϋπηρεσία, εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους νεότερους και με μικρότερη προϋπηρεσία συναδέλφους τους. Κατά συνέπεια, φάνηκε πως οι μεταβλητές της ηλικίας και της προϋπηρεσίας επηρεάζουν τα επίπεδα εργασιακού στρες κι επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών (Stanetić & Tešanović, 2013).

Μέσα από τα αποτελέσματα πολλών ερευνών στο Ισραήλ, με δείγμα κοινωνικούς λειτουργούς, έχει φανεί ότι πάντα δημογραφικές μεταβλητές έχουν συνδεθεί με την επαγγελματική εξουθένωση του συγκεκριμένου κλάδου.

### 1. Ηλικία

Οι περισσότερες έρευνες έχουν δείξει ότι οι νεαρότεροι εργαζόμενοι, ειδικότερα αυτοί που είναι κάτω των 30 ετών, είναι πιο ευάλωτοι στον κίνδυνο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συναδέλφους τους. Αυτά τα αποτελέσματα έχουν στηριχτεί θεωρητικά βάσει του ότι οι ηλικιακά μεγαλύτεροι εργαζόμενοι είναι πιο σταθεροί, πιο ώριμοι και ισορροπημένοι όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στην εργασία και στη ζωή γενικότερα. Συχνά είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση, διαθέτουν ισχυρότερα οικογενειακά υποστηρικτικά δίκτυα και μεγαλύτερη εμπειρία ζωής. Όλα αυτά ενισχύουν την αίσθηση ισχύος κι ασφάλειας. Αντίθετα, οι ηλικιακά νεότεροι εργαζόμενοι είναι σε πιο δυσχερή θέση αναφορικά με τις οικονομικές απολαβές από την εργασία τους, τη συναισθηματική υποστήριξη, την αυτοπεποίθηση, την ψυχική δύναμη και την αίσθηση της ταυτότητας του εαυτού. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθούν οι αυξημένες και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες τους για την εργασία. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών, σε μια έρευνα που διεξήχθη στο Ισραήλ σε δείγμα 591 κοινωνικών λειτουργών, οι Bargal και Guterman (1996), βρήκαν ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά εργαζόμενοι εμφάνιζαν μεγαλύτερο βαθμό αποπροσωποποίησης (μία από τις τρεις πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach). Ίσως αυτά τα αντιφατικά αποτελέσματα να οφείλονται σε παράγοντες του εργασιακού πλαισίου (Hamama, 2012).

### 2. Φύλο

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολλών ερευνών στο Ισραήλ (Etzion & Pines, 1986), οι γυναίκες κοινωνικοί λειτουργοί παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων ερευνών αποδόθηκαν αφενός στην επικράτηση του γυναικείου φύλου στο επάγγελμα, αφετέρου στην περίοδο υλοποίησής τους, που σηματοδοτούσε μια περίοδο μετάβασης της γυναίκας από την οικία και τον παραδοσιακό της ρόλο στην αγορά εργασίας, με ό,τι αυτό μπορεί να συνεπάγεται σε σχέση με την περαιτέρω επιβάρυνσή της (Hamama, 2012).

### 3. Προϋπηρεσία

Η επαγγελματική εμπειρία φάνηκε πως ήταν ένας προστατευτικός παράγοντας για τους εργαζόμενους κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς εργαζόμενοι με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία φάνηκε να είναι πιο προστατευμένοι απέναντι στον κίνδυνο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Hamama, 2012).

### 4. Οικογενειακή κατάσταση

Από έρευνες στο Ισραήλ, φάνηκε ότι οι γυναίκες που είχαν οικογένεια παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τις γυναίκες κοινωνικούς λειτουργούς που δεν είχαν παντρευτεί. Αυτό το αποτέλεσμα δείχνει πως η οικογένεια, μέσω της συναισθηματικής στήριξης, μπορεί να αποτελέσει μια «ασπίδα» έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα αποτελέσματα από αυτές τις έρευνες για το τι συμβαίνει με τους άντρες κοινωνικούς λειτουργούς (Hamama, 2012).

### 5. Εκπαίδευση

Τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης έχουν συνδεθεί με μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό το αποτέλεσμα ερμηνεύτηκε βάσει ενός συλλογισμού ότι το να νιώθει ο εργαζόμενος ότι έχει πολλά προσόντα, μπορεί εν δυνάμει να οδηγήσει σε μια αίσθηση ότι η εργασία δεν αποτελεί πρόκληση. Σε έρευνα (Hamama, 2012), στο Ισραήλ, επιβεβαιώθηκε το παραπάνω αποτέλεσμα.

Στη βιβλιογραφία, οι πάσχοντες από νοητική υστέρηση, περιγράφονται ως εξαρτημένα άτομα, που χρειάζονται πρακτική, αλλά και συναισθηματική στήριξη. Δε διαθέτουν αναπτυγμένες κοινωνικές και λεκτικές δεξιότητες και η επικοινωνία μαζί τους συνιστά μια πρόκληση. Όπως αναφέρθηκε ήδη, η προκλητική συμπεριφορά των ασθενών αυτών είναι ο κύριος στρεσογόνος παράγοντας για το

προσωπικό. Ως «προκλητική συμπεριφορά» χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε συμπεριφορά που βάσει έντασης, συχνότητας, ή διάρκειας, θέτει σε κίνδυνο τη σωματική ασφάλεια του ασθενούς ή άλλων, όπως επίθεση ή απειλή επίθεσης, αυτοτραυματισμός, ή η πρόκληση υλικών φθορών (Mutkins et al., 2011).

Θεωρείται πως το εργασιακό στρες ισοδυναμεί με μία κατάσταση όπου οι αντιλαμβανόμενες απαιτήσεις μιας θέσης εργασίας, υπερβαίνουν τις δυνατότητες κάποιου να ολοκληρώσει τα καθήκοντα που περιλαμβάνονται στη συγκεκριμένη θέση εργασίας (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987). Οι στρεσογόνοι παράγοντες που υπεισέρχονται στη φροντίδα ατόμων με νοητικής αναπηρίες, έχουν να κάνουν με τις προκλητικές συμπεριφορές αυτής της ομάδας ασθενών, με τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους και με ζητήματα που έχουν να κάνουν με το εργασιακό πλαίσιο (π.χ. ανεπαρκές προσωπικό). Ως αποτέλεσμα, το 1/3 των εργαζομένων με τέτοιους ασθενείς, αναφέρουν ότι βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες (Hatton et al., 1999). Μια σημαντική μερίδα των εργαζομένων παρουσιάζει και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, κατ' αξιολόγηση με την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι περισσότερο συνήθης σε εργαζόμενους που εμπλέκονται και δίνονται συναισθηματικά ή δίνουν περισσότερα από όσα παίρνουν (Hastings, Horne & Mitchell, 2004).

Έχουν γίνει διάφορες έρευνες που ερευνούν την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού που εργάζεται με άτομα που παρουσιάζουν νοητική υστέρηση. Σε μια έρευνα, όπου συμμετείχαν 77 εργαζόμενοι, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προκλητικής συμπεριφοράς της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών και της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων που ήταν επιφορτισμένοι με τη φροντίδα τους. Στην έρευνα αυτή συμπεριελήφθησαν εργαζόμενοι που είχαν άμεση σχέση με τη φροντίδα ατόμων με νοητική υστέρηση σε υποβοηθούμενη διαβίωση, για διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών. Μεταξύ των παραμέτρων που εξετάζονταν στη συγκεκριμένη έρευνα και των ερωτηματολογίων που συμπλήρωσαν οι εργαζόμενοι αυτοί, περιλαμβάνονταν και η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν την ερευνητική υπόθεση περί ύπαρξης θετικής συσχέτισης μεταξύ της προκλητικής συμπεριφοράς των ατόμων με νοητική υστέρηση και της

επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού που ήταν επιφορτισμένο με τη φροντίδα τους. Έτσι, όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα προκλητικής συμπεριφοράς, όπως αυτή αξιολογήθηκε με τη χρήση ψυχομετρικού εργαλείου, τόσο υψηλότερη ήταν η επαγγελματική εξουθένωση, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Mills & Rose, 2011).

Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη στο Τορόντο του Καναδά, 926 εργαζόμενοι, απασχολούμενοι με άτομα με νοητική υστέρηση στο πλαίσιο κοινοτικής φροντίδας, συμπλήρωσαν την Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach. Επίσης, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να συμπληρώσουν στοιχεία που αφορούσαν την επιθετικότητα των ατόμων που είχαν υπό τη φροντίδα τους, προς αυτούς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού ανέφερε ότι είχε εκτεθεί σε επιθετική συμπεριφορά ατόμου με νοητική υστέρηση στο διάστημα των τελευταίων έξι μηνών. Επίσης, οι μετρήσεις της έκθεσης σε επιθετικότητα παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση με τις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, του MBI (Mills & Rose, 2011).

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν παρόμοιους στρεσογόνους παράγοντες στο εργασιακό τους πλαίσιο με αυτούς των άλλων επαγγελματιών υγείας (π.χ. ιατρών). Ωστόσο, έρευνες έχουν αναδείξει ορισμένους στρεσογόνους παράγοντες που συνιστούν μια μοναδικότητα για τους επαγγελματίες που εργάζονται σε πλαίσια παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτοί αφορούν κυρίως το στίγμα που συνδέεται με τέτοια επαγγέλματα, τις απαιτητικές σχέσεις που αναπτύσσονται με τους ασθενείς, τις αλληλεπιδράσεις με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε πλαίσια που υπάρχει μια ετερότητα επαγγελματικών ειδικοτήτων, που ενέχουν το στοιχείο της πρόκλησης, τις προσωπικές απειλές που δέχονται από βίαιους ασθενείς και το νομικό πλαίσιο. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες κι επαγγελματικής εξουθένωσης ως αποτέλεσμα μεγάλου φόρτου εργασίας, αυξανόμενης γραφειοκρατίας στην εκπλήρωση των καθηκόντων τους κι έλλειψης πόρων. Άλλοι παράγοντες είναι η έλλειψη θετικής ανατροφοδότησης, οι χαμηλές αμοιβές και το κακό και μη ασφαλές εργασιακό περιβάλλον. Οι αυτοκτονίες ασθενών είναι ένας πολύ σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας, ο οποίος οδηγεί και στην ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού



στρες. Πιο επιβαρυνμένοι κι ευάλωτοι είναι οι νεαρότερης ηλικίας επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Rossler, 2012).

Αρκετές έρευνες στον τομέα αυτό ασχολήθηκαν με τον τρόπο που δημογραφικές μεταβλητές επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (είτε αιτιοκρατικές είτε συσχετιστικές έρευνες). Τέτοιοι παράγοντες που μελετήθηκαν, είναι κυρίως η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η έγγαμη κατάσταση, η φυλή και τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας. Σε μερικές τέτοιες έρευνες βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και χρόνων εργασιακής εμπειρίας και επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, μέσα από άλλες έρευνες φάνηκε ότι τέτοιοι ατομικοί παράγοντες δε συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Όσον αφορά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αυτά τα διαφορετικά ερευνητικά αποτελέσματα συνδέθηκαν με το γεγονός ότι αυτές οι έρευνες έγιναν με μικρά δείγματα εργαζομένων, οι οποίοι εργαζόντουσαν σε κοινά εργασιακά περιβάλλοντα, όμως είχαν διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Άλλες έρευνες έδειξαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και δύο διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης: της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης (Nayoung et al., 2010). Δε φάνηκε να παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση η ηλικία με την τρίτη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Ελάχιστες έρευνες επικεντρώθηκαν αποκλειστικώς σ' έναν δημογραφικό παράγοντα. Σε μια τέτοια έρευνα, προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης κι επαγγελματικής εξουθένωσης. Από τις δημογραφικές αυτές μεταβλητές, περισσότερο διερευνήθηκε αυτή των χρόνων εργασιακής εμπειρίας (Nayoung et al., 2010). Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών έδειξαν μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα αυτού και της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με περισσότερη εργασιακή εμπειρία ήταν λιγότερο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους συναδέλφους τους με μικρότερη εργασιακή εμπειρία.

Μια μετα-ανάλυση που περιελάμβανε 3.613 συμμετέχοντες από 15 έρευνες, διερευνούσε το πώς οι ατομικοί παράγοντες και οι παράγοντες του εργασιακού πλαισίου επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Σε όλες τις έρευνες χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach. Μία έρευνα διεξήχθη σε δείγμα Κορεατών συμβούλων,

ενώ όλες οι άλλες έρευνες περιελάμβαναν δείγμα από τις Η.Π.Α. Από τις 15 έρευνες, οι 5 είχαν ως δείγμα συμβουλευτικούς ή κλινικούς ψυχολόγους, οι 3 συμβούλους ψυχικής υγείας οι 2 συμβούλους-θεραπευτές χρήσης ουσιών, οι 2 σχολικούς ψυχολόγους, η μία σχολικούς συμβούλους, η μία ειδικούς συμβούλους για το AIDS και η μία συμβούλους βραχείας θεραπείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όπως αυτά προέκυψαν έπειτα από τις στατιστικές αναλύσεις της μετα-ανάλυσης αυτής, η ηλικία συσχετιζόταν αρνητικά (σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο) με τη συναισθηματική εξάντληση. Επίσης, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και συναισθηματικής εξάντλησης. Όσον αφορά τη διάσταση της αποπροσωποποίησης, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ηλικία και στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση με το φύλο. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μεγαλύτερης ηλικίας και γυναικείου φύλου σκόραραν υψηλότερα στη διάσταση της αποπροσωποποίησης. Τέλος, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων και της εκπαίδευσης, της ηλικίας και της εργασιακής εμπειρίας (Nayoung et al., 2010).

Στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, έγινε μια έρευνα που αφορούσε τους κοινωνικούς λειτουργούς. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι ευάλωτοι στα προβλήματα ψυχικής υγείας που συναντούν κι αυτό μπορεί να οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωσή τους. Στη συγκεκριμένη έρευνα εξετάζεται η ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα 180 κοινωνικών λειτουργών που εργαζόντουσαν σε δύο πόλεις των Ηνωμένων Αραβικών Εμιράτων, σε διάφορα πλαίσια παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μεταξύ των υπολοίπων μετρήσεων, χρησιμοποιήθηκε και η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach. Οι αναλύσεις συσχέτισης έδειξαν μια αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την επαγγελματική εξουθένωση. Δηλαδή, οι νεαρότεροι εργαζόμενοι ήταν αυτοί που εμφάνιζαν σε μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, φάνηκε η σημαντικότητα της μεταβλητής του πλαισίου στο οποίο εργαζόντουσαν οι κοινωνικοί λειτουργοί. Οι εργαζόμενοι σε κοινωνικά κέντρα πρόνοιας (social welfare centers) ήταν ομάδα υψηλότερου κινδύνου για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης (π.χ. σε σχέση με αυτούς που εργαζόντουσαν σε νοσοκομεία). Αυτό το τελευταίο εύρημα μπορεί να αποδοθεί στη δυσκολία του συγκεκριμένου πλαισίου, καθώς είναι ένα πλαίσιο όπου οι

κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται με άτομα που έχουν υποστεί κάποιου είδους τραύμα (Musa, 2009).

Από επαγγελματική εξουθένωση κινδυνεύουν και όσοι ασκούν το επάγγελμα του ψυχολόγου. Οι Ackerley, Burnell, Holder, και Kurdek (1988) διερεύνησαν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ψυχολόγων που ασκούσαν το επάγγελμα ως ιδιώτες. Βρέθηκε ότι το 39,9% των ψυχολόγων βίωναν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και το 34,3% υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης. Μια έρευνα με δείγμα συμβουλευτικών ψυχολόγους, είχε ως στόχο, μεταξύ άλλων, να διερευνήσει αν οι δημογραφικές μεταβλητές συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση της συγκεκριμένης κατηγορίας εργαζομένων. Στην έρευνα συμμετείχαν 1.000 ψυχολόγοι, μέλη του Αμερικάνικου Ψυχολογικού Συνδέσμου (American Psychological Association – APA), οι οποίοι είχαν διδακτορικό από τις Η.Π.Α. στη συμβουλευτική ψυχολογία. Χρησιμοποιήθηκε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο για τη λήψη των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στην έρευνα, καθώς και η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach. Ένα σημαντικό εύρημα, πέρα από αυτά που αφορούσαν τη σχέση μεταξύ δημογραφικών μεταβλητών κι επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι η επίδραση του εργασιακού πλαισίου στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Έτσι, οι συμβουλευτικοί ψυχολόγοι που ασκούσαν το επάγγελμα ως ιδιώτες σε ιδιωτικό πλαίσιο, εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους συμβουλευτικούς ψυχολόγους που εργαζόντουσαν σε νοσοκομειακά-κλινικά πλαίσια και οι οποίοι εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Όσον αφορά τις δημογραφικές μεταβλητές, βρέθηκε μια στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση ηλικίας κι επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναφορικά με τη μεταβλητή του φύλου, βρέθηκε ότι οι άντρες βίωναν μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους. Αυτά ήταν τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα αναφορικά με τις δημογραφικές μεταβλητές που είχαν συμπεριληφθεί στην έρευνα.

Ευάλωτο στον κίνδυνο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι και το προσωπικό που εργάζεται παρέχοντας υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ηλικιωμένα άτομα. Σε μια σχετική έρευνα, στην συμμετείχαν 116 εργαζόμενοι από 8 πλαίσια στη Δυτική Αυστραλία, όπου παρέχονταν υπηρεσίες σε άτομα της τρίτης ηλικίας, οι ερευνητές είχαν ως στόχο να διερευνήσουν τους παράγοντες που σχετίζονται με την

επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση από την εργασία (Spear, Wood, Chawla, Devis, & Nelson, 2004). Για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα MBI. Μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων, φάνηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, από όλες τις άλλες κατηγορίες εργαζομένων που απασχολούνταν σε τέτοια πλαίσια. Οπότε, επιβεβαιώθηκε η κατάταξη του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρώτη θέση των επαγγελματιών που είναι πιο επιρρεπή στην επαγγελματική εξουθένωση.

#### **1.4. Έρευνες στην Ελλάδα**

Έχουν γίνει και στην Ελλάδα έρευνες που μελετούν την κατάθλιψη και την επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, δεν έχουν ερευνηθεί καθόλου αυτές οι μεταβλητές σε δείγμα εργαζομένων σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, που όπως ήδη αναφέρθηκε, αφενός αποτελούν μια ελληνική πραγματικότητα, αφετέρου συνιστούν μια ιδιαιτερότητα, βάσει του τρόπου λειτουργίας τους.

Σε μια έρευνα που έγινε στη χώρα μας, σκοπός ήταν η καταγραφή των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης που εργαζόντουσαν σε νοσοκομεία των Αθηνών και των επαρχιακών πόλεων, με σκοπό να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ Αθήνας κι επαρχίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 448 νοσηλευτές της Αθήνας και τις επαρχίας από τους εξής τομείς: από τον παθολογικό τομέα, από τον χειρουργικό τομέα κι από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Διανεμήθηκε η Κλίμακα Εκτίμησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach, στην ελληνική της εκδοχή. Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις T-test για τις συγκρίσεις μεταξύ των υποομάδων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, το 34% των εργαζομένων εμφάνισε υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 44% υψηλή αποπροσωποποίηση και το 60% χαμηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Οι νοσηλευτές της επαρχίας παρουσιάστηκαν περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Νούλα et al., 2010).

Η ελληνική οικονομία βιώνει κι αυτή τις συνέπειες της διεθνούς οικονομικής κρίσης, και μάλιστα, σε μεγαλύτερο βαθμό. Οι εργαζόμενοι βιώνουν αλλαγές στο

εργασιακό, στο ασφαλιστικό και στο συνταξιοδοτικό καθεστώς. Επίσης, γίνονται περικοπές μισθών κι απολύσεις, με αποτέλεσμα οι εναπομείναντες εργαζόμενοι να είναι επιφορτισμένοι με πολύ περισσότερα καθήκοντα. Αυτή η οικονομική κρίση, που έχει αγγίξει πολλά στρώματα του ελληνικού πληθυσμού, έχει δραματικές επιπτώσεις και στην κοινωνική ζωή, αφού χειροτερεύει το βιοτικό επίπεδο και μεγάλα τμήματα του πληθυσμού οδηγούνται στη φτώχεια. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι αυτή η οικονομική κρίση οδηγεί σε μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας. Ειδικότερα, μέσα από σχετικές έρευνες, έχει φανεί η επίπτωση αυτής της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία. Εκφάνσεις αυτής της επίδρασης αποτελούν η αύξηση των αυτοκτονιών, των καταχρήσεων και των ψυχικών διαταραχών. Έχει παρατηρηθεί σημαντικού βαθμού θετική συσχέτιση μεταξύ οικονομικής ανέχειας και καταθλιπτικής διαταραχής. Φαίνεται ότι η εργασιακή και η οικονομική επιφάνεια του ατόμου, αποτελούν θεμελιώδες προσδιοριστικό στοιχείο της ταυτότητάς του. Επομένως, όταν σε περιόδους οικονομικής κρίσεως αυτά τα στοιχεία συνιστούν μια αρνητική ταυτότητα για το άτομο, δημιουργείται ένα πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση ή την επιδείνωση ήδη υπαρχουσών ψυχικών διαταραχών. Στην Ελλάδα, έρευνα έδειξε ότι οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 1,7% το 2009, σε σχέση με το 2007. Η οικονομική κρίση αποτελεί μία πραγματικότητα, Προτείνεται όμως, να υιοθετήσουμε μια αισιόδοξη προοπτική, μια διάθεση για δράση, προκειμένου να γίνουν ορατά κάποια αποτελέσματα προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Η οικονομική κρίση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως απειλή, αλλά ως το έναυσμα, ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης κι εξέλιξης των οικονομικών, κοινωνικών και υγειονομικών συστημάτων (Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013).

Σε μια σχετική έρευνα που έγινε στη χώρα μας, είχε ως στόχο την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού σε περίοδο οικονομικής κρίσης και τη διερεύνηση της συμβολής των δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Στην έρευνα συμμετείχε δείγμα 103 νοσηλευτών που εργάζονταν σε τέσσερα δημόσια νοσοκομεία, τρία στην Αθήνα κι ένα στην περιφέρεια. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-30). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το δείγμα φάνηκε να έχει κατάθλιψη σε μικρότερο βαθμό (1 στους 7 εργαζομένους-νοσηλευτές), αλλά παρουσίαζε άγχος σε μεγαλύτερο βαθμό (1 στους 4

εργαζόμενους-νοσηλευτές), τόσο λόγω των συνθηκών εργασίας, όσο και λόγω της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Αναφορικά με τις δημογραφικές μεταβλητές, φάνηκε πως παίζουν σημαντικό ρόλο στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του νοσηλευτικού προσωπικού. Φάνηκε δηλαδή ότι η εκδήλωση αυτών των ψυχικών διαταραχών σχετιζόταν με το φύλο, την ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι γυναίκες, τα άτομα μικρότερης ηλικίας, χαμηλότερης εκπαίδευσης, μεγαλύτερης προϋπηρεσίας, που έμεναν μόνα τους, κι από τα έγγαμα, αυτά που είχαν παιδιά, είναι πιο ευάλωτα στην εκδήλωση αυτών των ψυχικών διαταραχών. (Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013).

Το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή είναι κι αυτό ανάμεσα στα «επικίνδυνα» επαγγέλματα για την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς συχνά οι φυσικοθεραπευτές εργάζονται σε δύσκολα κι απαιτητικά πλαίσια, που σε καμία περίπτωση δεν τους αφήνουν ανεπηρέαστους (π.χ. σε νοσοκομεία και σε άλλες δομές). Σε μια έρευνα που διενεργήθηκε στην Ελλάδα, διερευνήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση του επαγγέλματος των φυσικοθεραπευτών. Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε 176 φυσικοθεραπευτές που εργαζόντουσαν σε δημόσια, σε ιδιωτικά νοσοκομεία και σε κέντρα αποκατάστασης στο νομό Αττικής κατά το χρονικό διάστημα από τον Νοέμβριο του 2009 έως και τον Μάιο του 2010. Οι φυσικοθεραπευτές συμπλήρωσαν ανώνυμα την κλίμακα MBI. Εκτός από τη συγκεκριμένη ψυχομετρική κλίμακα, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε κι ερωτήσεις που αφορούσαν τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία. Από το σύνολο των φυσικοθεραπευτών που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή, το 52% παρουσίαζε χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, το 45,3% μέτρια έλλειψη προσωπικής εκπλήρωσης-προσωπικών επιτευγμάτων και το 49,1% χαμηλή αποπροσωποποίηση. Από τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, φάνηκε ότι σημαντικό ρόλο έπαιζαν το φύλο για τη συναισθηματική εξάντληση και η ηλικία για την έλλειψη προσωπικής εκπλήρωσης. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τη μεταβλητή του φύλου, και σε συμφωνία με τα πορίσματα των περισσότερων ερευνών στον χώρο, οι γυναίκες παρουσίαζαν μεγαλύτερο βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με τους άντρες. Επιπλέον, όσον αφορά τη μεταβλητή της ηλικίας, φάνηκε ότι οι νεαρότερης ηλικίας φυσικοθεραπευτές σκόραραν χαμηλότερα στην αίσθηση προσωπικών

επιτευγμάτων, πράγμα που επίσης συμφωνεί με τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών διεθνώς (Τραγέα, Δαμίγος, Μαυρέας, & Γκούβα, 2012).

Από την ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι η ψυχιατρική νοσηρότητα κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα, όπως επαγγελματική εξουθένωση, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.ά. Αυτά τα προβλήματα έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα σε ιατρούς και νοσηλευτές σε σχέση με άλλες ομάδες πληθυσμού. Οι συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες παρουσιάζουν αυξημένο επαγγελματικό στρες, οφειλόμενο στη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων. Επομένως, αυξάνεται η ψυχοσυναισθηματική τους επιβάρυνση και η εμφάνιση καταστάσεων ψυχικής νοσηρότητας. Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί άλλον έναν παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ψυχικής νοσηρότητας. Η αντιμετώπιση του φαινομένου της εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών σε επαγγελματίες υγείας και σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας απαιτεί επίγνωση της δικής τους ευαλωτότητας, καθώς και των συναδέλφων τους. Οπότε, απαιτείται επαγρύπνηση των δομών, έτσι ώστε να εντοπιστούν εγκαίρως οι περιπτώσεις εργαζομένων που χρήζουν επιστημονικής προσέγγισης. Πάντως, η σοβαρότητα του θέματος απαιτεί τη διερεύνησή του και στη χώρα μας, έτσι ώστε να αναγνωριστεί, να καταγραφεί και να ερευνηθεί (Κοϊνής, Τζιαφέρη & Σαρίδη, 2014).

Στόχος είναι να σχεδιαστεί μια παρέμβαση που θα συμβάλλει στην πρόληψη των σχετικών φαινομένων. Η παρέμβαση έχει συμβουλευτικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα. Η εφαρμογή της γίνεται από ειδικό του πλαισίου (ψυχολόγο ή ψυχίατρο). Μπορεί να γίνει σε ατομικό, αλλά κυρίως γίνεται σε ομαδικό επίπεδο, με τη διενέργεια συναντήσεων του προσωπικού. Πιο συγκεκριμένα, στις ατομικές συνεδρίες, συζητούνται θέματα που έχουν να κάνουν με την οικογένειά τους, με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον χώρο εργασίας τους και στη ζωή τους γενικότερα, καθώς και σενάρια και προοπτικές για το μέλλον τους. Στις ομαδικές συναντήσεις συζητάνε ζητήματα που σχετίζονται με την επαγγελματική τους ζωή, με τις επαγγελματικές τους επιλογές και δυνατότητες, με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον χώρο εργασίας, αλλά και το πώς αυτά τα προβλήματα και οι δυσκολίες επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία (Κοϊνής et al., 2014).

Εν προκειμένω, είτε γίνεται παρέμβαση σε ατομικό, είτε σε ομαδικό επίπεδο, το σημαντικό είναι ότι υπάρχει ένα μοίρασμα εμπειριών, προβλημάτων και δυσκολιών στον χώρο εργασίας τους. Μέσω της ατομικής δουλειάς, το άτομο καθίσταται πιο ικανό να συμμετάσχει στην ομαδική παρέμβαση. Μέσα από την ομαδική διαδικασία, απολαμβάνουν τα οφέλη του «ανήκειν» στην ομάδα. Αναλύονται οι διαπροσωπικές και οι ενδοπροσωπικές τους διαδικασίες κι ως αποτέλεσμα έχουμε τη δημιουργία ενός ψυχοκοινωνικού σχηματισμού που διαμεσολαβεί στις σχέσεις του ατόμου με τα άλλα άτομα. Αυτός είναι ένας πολύ σημαντικός προστατευτικός παράγοντας έναντι του κινδύνου της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Αν ερευνηθεί περισσότερο το φαινόμενο της ψυχιατρικής νοσηρότητας των επαγγελματιών υγείας και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, θα καταστεί δυνατόν να σχεδιαστούν και να αναδειχτούν πιο αποτελεσματικές μέθοδοι παρέμβασης. Αυτό θα αποβεί σε βάθος χρόνου ωφέλιμο όχι μόνο για τους επαγγελματίες, αλλά και για τα άτομα που απολαμβάνουν τις υπηρεσίες που παρέχονται από αυτούς (Κοϊνής et al., 2014).

Όσον αφορά τις προτεινόμενες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, πολλοί ερευνητές επικεντρώνουν την προσοχή τους και σε ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας, που τις κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας. Ωστόσο, έχει καταδειχθεί ερευνητικά ότι σημαντικότερο ρόλο παίζουν οι παράγοντες που έχουν να κάνουν με την εργασία αυτή καθεαυτή και με τον οργανισμό, σε σχέση με τους ατομικούς παράγοντες. Συνεπώς, μπορεί να υποστηριχθεί ότι αυτές οι ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας είναι λιγότερο αποτελεσματικές για την πρόληψη και για την αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτή η έμφαση και στους ατομικούς παράγοντες υποκρύπτει και μια άλλη σκοπιμότητα. Για λόγους οικονομικής πολιτικής κι αναφορικά με τα υιοθετηθέντα μέτρα παρέμβασης, είναι πιο συμφέρουσα πρόταση το «είναι ευκολότερο να αλλάξεις ανθρώπους παρά οργανισμούς». Αποτελεσματικές φαίνεται ότι είναι οι ομαδικές παρεμβάσεις (ομάδες εργασίας – workshops) Σε αυτές τις ομάδες περιλαμβάνονται διάφοροι επαγγελματίες: ψυχολόγοι, νοσηλευτές, εργαζόμενοι στον τομέα της ψυχικής υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α. Εντούτοις, δεν έχει καταστεί δυνατόν να αξιολογηθούν μακροπρόθεσμα τα αποτελέσματα αυτών των ομαδικών παρεμβάσεων. Επομένως, δεν είναι πλήρως εξακριβωμένο αν



τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων παρεμβάσεων είναι διαρκή (Παππά et al., 2008).

### **1.5. Σκοπιμότητα της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις**

Φαίνεται πως το φαινόμενο της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες ή που εργάζεται σε πλαίσια όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας, έχει απασχολήσει έντονα τη διεθνή επιστημονική κοινότητα κι έχουν διεξαχθεί πολλές σχετικές έρευνες. Το φαινόμενο αυτό έχει ερευνηθεί σε πιο περιορισμένο βαθμό και στη χώρα μας.

Η παρούσα ερευνητική εργασία έρχεται να καλύψει ένα κενό που υπάρχει, όσον αφορά τη μελέτη των φαινομένων αυτών στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων. Πρόκειται για δομές που ενέχουν ιδιαιτερότητες στον τρόπο λειτουργίας τους, όπως ήδη αναφέραμε, και που συνιστούν μια πραγματικότητα της ελληνικής κοινωνίας, καλύπτοντας όλη την ελληνική επικράτεια (39 θεραπευτήρια που καλύπτουν όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδας). Επιπλέον, η έρευνα αυτή υλοποιείται αφενός σε μια περίοδο μεταβατική, με το καθεστώς των συγχωνεύσεων των μονάδων υγείας, αφετέρου σε μία περίοδο οικονομικής κρίσης, όπου οι συνέπειες αυτής είναι έντονες για τους εργαζόμενους. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ο μεγάλος αριθμός ανθρώπων που παρέχουν ή που απολαμβάνουν υπηρεσίες στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων. Αν ληφθεί υπόψιν ότι υπάρχουν 39 Θεραπευτήρια, όπου το καθένα απασχολεί κατά μέσο όρο 60 εργαζόμενους και περιθάλπει 70 περιθαλπόμενους, αντιλαμβάνεται κανείς πως το γινόμενο του πολλαπλασιασμού μας δίνει έναν αρκετά μεγάλο αριθμό. Για όλους αυτούς τους λόγους, είναι σημαντικό να διερευνηθούν η κατάθλιψη και η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού που εργάζεται στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, κι εφόσον εντοπιστεί πως οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία κι επαγγελματική εξουθένωση, να σχεδιαστούν παρεμβάσεις, αφενός για την αντιμετώπιση, αφετέρου (πράγμα που είναι πιο σημαντικό) για την πρόληψη των σχετικών φαινομένων.

Στην παρούσα έρευνα, διατυπώνονται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Παρουσιάζουν οι εργαζόμενοι στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων ημιαγροτικών περιοχών καταθλιπτική συμπτωματολογία κι επαγγελματική εξουθένωση;
2. Ποιο είναι το προφίλ του πιο «ευάλωτου» εργαζομένου; Με άλλα λόγια, πώς επιδρούν οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές του δείγματος της έρευνας στις εξαρτημένες μεταβλητές της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης;

Βάσει των αποτελεσμάτων των σχετικών ερευνών τόσο στον διεθνή, όσο και στον ελληνικό χώρο, διαμορφώνονται οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

1. Ένα σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων αναμένεται να παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία και επαγγελματική εξουθένωση (λόγω συννοσηρότητας).
2. Οι νοσηλευτές αναμένεται να παρουσιάσουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης κι επαγγελματικής εξουθένωσης (στις τρεις διαστάσεις της Maslach) απ' όλες τις άλλες κατηγορίες εργαζομένων. Αυτό συνδέεται αφενός με τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, αφετέρου με τη μεγαλύτερη εγγύτητα που έχουν με τους περιθαλπόμενους στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων. Αντίθετα, οι διοικητικοί υπάλληλοι αναμένεται να παρουσιάζουν τον μικρότερο βαθμό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κι επαγγελματικής εξουθένωσης, επειδή έρχονται ελάχιστα σε επαφή με τους περιθαλπόμενους.
3. Οι νεότερης ηλικίας και υψηλότερης εκπαίδευσης εργαζόμενοι αναμένεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κι επαγγελματικής εξουθένωσης.
4. Οι διαζευγμένοι εργαζόμενοι, οι άγαμοι εργαζόμενοι κι αυτοί που ζουν μόνοι ή δεν έχουν παιδιά, αναμένεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κι επαγγελματικής εξουθένωσης.
5. Οι γυναίκες-εργαζόμενες αναμένεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους άντρες-εργαζόμενους.

6. Οι εργαζόμενοι με περισσότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας στο συγκεκριμένο πλαίσιο αναμένεται να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

## 2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 2.1. Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 100 εργαζόμενοι από τέσσερα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων ημι-αγροτικών περιοχών. Πιο συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι εργάζονται στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων Καρπενησίου, Λαρίσης, Τρικάλων και Φθιώτιδας. Δε συμπεριελήφθησαν ως δείγμα της έρευνας εργαζόμενοι που εργάζονται στα θεραπευτήρια με συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου, στο πλαίσιο διαφόρων προγραμμάτων (π.χ. πεντάμηνα του ΟΑΕΔ), καθώς η παραμονή τους στον συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον είναι προσωρινή.. Από τους 100 εργαζόμενους που συμμετείχαν συνολικά στην έρευνα, οι 30 είναι άντρες (30%) και οι 70 είναι γυναίκες (70%). Δέκα (10) εργαζόμενοι είναι ηλικίας 18-30 ετών (10%), 39 εργαζόμενοι είναι ηλικίας 31-42 ετών (39%), 45 είναι ηλικίας 43-54 (45%) και 6 είναι ηλικίας από 55 ετών και άνω (6%). Όσον αφορά τη θέση εργασίας, 15 εργαζόμενοι έχουν διοικητικά καθήκοντα (15%), 22 εργαζόμενοι αποτελούν το ειδικό, επιστημονικό προσωπικό (22%), 27 εργαζόμενοι αποτελούν το νοσηλευτικό προσωπικό (27%) και 36 εργαζόμενοι συνιστούν το λοιπό, βοηθητικό προσωπικό (36%). Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, 12 εργαζόμενοι έχουν βγάλει έως Δημοτικό (12%), 39 εργαζόμενοι είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου (39%), 41 εργαζόμενοι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ (41%) και 8 εργαζόμενοι έχουν μεταπτυχιακό/διδακτορικό τίτλο σπουδών (8%). Δεκαεννέα (19) εργαζόμενοι εργάζονται στο Θ.Χ.Π. έως τρία χρόνια (19%), 26 από 4-9 χρόνια (26%) και 55 εργαζόμενο από 10 χρόνια και άνω (55%). Οι 14 εργαζόμενοι είναι ανύπαντροι (14%), 75 εργαζόμενοι είναι παντρεμένοι (75%), 11 εργαζόμενοι είναι διαζευγμένοι (11%) και 0 εργαζόμενοι βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας (0%). Τέλος, 20 εργαζόμενοι δεν έχουν κανένα παιδί (20%), 21 εργαζόμενοι έχουν ένα παιδί (21%), 33 εργαζόμενοι έχουν δύο παιδιά (33%) και 26 εργαζόμενοι έχουν από τρία παιδιά και άνω (26%).

## 2.2. Εργασία

Δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά: φύλο, ηλικία, θέση εργασίας, εκπαίδευση, χρόνια επαγγελματικής απασχόλησης στα Θ.Χ.Π., οικογενειακή κατάσταση και αριθμός παιδιών.

Για τη μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης BDI. Είναι μία αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα εκτίμησης της σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 21 θέματα. Έχει ως στόχο την καταγραφή των νευροφυτικών και γνωστικών συμπτωμάτων της κλινικής κατάθλιψης. Κάθε θέμα περιγράφει ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα της κατάθλιψης και αποτελείται από προτάσεις αυτοαξιολόγησης. Οι προτάσεις κατατάσσονται έτσι ώστε να εκφράζουν τη βαρύτητα του συμπτώματος, από την απουσία του έως τη μέγιστη σοβαρότητα. Κάθε πρόταση βαθμολογείται από 0 έως 3, ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)..

Η ελληνική έκδοση της κλίμακας έχει σταθμιστεί για ενήλικες. Αποτελείται από 21 διαπιστώσεις που περιγράφουν συμπτώματα: Α. Συναίσθημα, Β. Απαισιοδοξία, Γ. Αίσθημα αποτυχίας, Δ. Απώλεια ικανοποίησης, Ε. Αίσθημα ενοχής, Ζ. Αίσθημα τιμωρίας, Η. Μίσος για τον εαυτό, Θ. Αυτοκατηγορία, Ι. Ευχές τιμωρίας, Κ. Κλάμα, Λ. Ευερεθιστότητα, Μ. Κοινωνική απόσυρση, Ν. Αναποφασιστικότητα, Ξ. Σωματικό εγώ, Ο. Μείωση της εργατικότητας, Π. Διαταραχές ύπνου, Ρ. Εύκολη κόπωση, Σ. Απώλεια όρεξης, Τ. Απώλεια βάρους, Υ. Υποχονδριακές ενασχολήσεις, Φ. Απώλεια της Libido.

Κατά την αξιολόγηση, εξάγεται ένας γενικός δείκτης με ελάχιστη βαθμολογία 0 και μέγιστη 62 (κάθε διαπίστωση βαθμολογείται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 3 με εξαίρεση μια διαπίστωση για την οποία η μέγιστη βαθμολογία είναι το 2). Για την ελληνική έκδοση της κλίμακας, ισχύουν τα ακόλουθα:

Βαθμολογία

=<10 σημαίνει απουσία κλινικής κατάθλιψης

=<20 σημαίνει ελαφρότατη κατάθλιψη

=<30 σημαίνει ελαφριά κατάθλιψη

=<40 σημαίνει μέσης βαρύτητας κατάθλιψη

>40 σημαίνει βαριά κατάθλιψη

Τιμή ουδός για τον εντοπισμό κλινικών περιπτώσεων είναι η τιμή 21 (Tzemos, 1987).

Για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης MBI (Maslach & Jackson, 1986).. Η κλίμακα καταγράφει τις διάφορες συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε συναισθηματικό, συμπεριφορικό και γνωστικό επίπεδο. Το εργαλείο περιλαμβάνει 22 θέματα-προτάσεις που μετρούν τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: 1) Τη συναισθηματική εξάντληση: μετρά τα αισθήματα συναισθηματικής υπερέντασης και σωματικής εξάντλησης (9 προτάσεις), 2) Την αποπροσωποποίηση: μετρά αρνητικές συμπεριφορές προς τους περιθαλπόμενους ή τους συναδέλφους (5 προτάσεις) και 3) Την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων: Μετρά τα συναισθήματα της ικανότητας και της επιτυχούς επίτευξης στην εργασία (8 προτάσεις). Οι απαντήσεις δίνονται βάσει μιας κλίμακας επτά διαβαθμίσεων τύπου Likert.

Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίθετα, όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία στην υποκλίμακα της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η προσαρμοσμένη έκδοση των Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1992). Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα 443 νοσηλευτριών δημοσίων νοσοκομείων, γενικών ή ειδικών ογκολογικών, της Αττικής.

Παρακάτω δίνονται οι οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης:

Υποκλίμακες επαγγελματικής εξουθένωσης:

1) Συναισθηματική εξάντληση

Χαμηλή: <=20, Μέτρια: 21-30, Υψηλή: >=31

2) Αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων

Χαμηλή:  $\geq 42$ , Μέτρια: 41-36, Υψηλή:  $\leq 35$

3) Αποπροσωποποίηση

Χαμηλή:  $\leq 5$ , Μέτρια: 6-10, Υψηλή:  $\geq 11$

Η διερευνητική ανάλυση παραγόντων υποδεικνύει ότι η κλίμακα έχει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's  $\alpha$ ) για την υποκλίμακα συναισθηματική εξάντληση είναι 0,84, για την υποκλίμακα αποπροσωποποίηση είναι 0,55 και για την υποκλίμακα αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων είναι 0,71 (Σταλίκας, Τριλίβα., & Ρούσση, 2002).

Να σημειωθεί πως για τις ανάγκες της παρούσης έρευνας, αντί του όρου «ασθενής» χρησιμοποιήθηκε ο όρος «περιθαλπόμενος», που είναι κι ο συνήθης χρησιμοποιούμενος για τον πληθυσμό αυτών των δομών.

### 2.3. Διαδικασία

Τα παραπάνω εργαλεία παραδόθηκαν από τον ίδιο τον ερευνητή στα τέσσερα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, μέσα στο Φεβρουάριο του 2014. Έπειτα από συνεννόηση με τις διευθύνσεις των Θεραπευτηρίων, εξασφαλίστηκε η άδεια για τη χορήγηση στο προσωπικό. Συμπληρώθηκαν επί τόπου και παραδόθηκαν την ίδια μέρα. Η συμπλήρωση διήρκεσε 20 λεπτά κατά μέσο όσο. Τα εργαλεία συνοδευόντουσαν από επιστολή όπου γινόταν μια γενική αναφορά στον σκοπό της έρευνας, χωρίς να δίνονται λεπτομερή στοιχεία για τις υπό μέτρηση μεταβλητές, καθώς αυτό ενδεχομένως θα επηρέαζε τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και συνεπώς τα αποτελέσματα της έρευνας. Καταρχάς, τονίστηκε, και προφορικά, ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική. Μέσα από την επιστολή, που προηγούνταν των εργαλείων, επισημάνθηκε ότι δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Τονίστηκε ότι το ζητούμενο είναι η προσωπική άποψη των εργαζομένων-συμμετεχόντων στην έρευνα. Από την επιστολή, αλλά και από τη γενικότερη στάση στον χώρο των Θεραπευτηρίων, τονίστηκε η διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και της εμπιστευτικότητας των αποτελεσμάτων. Κλείνοντας, δόθηκαν ευχαριστίες για τη συμμετοχή των εργαζομένων στην έρευνα και για την πολύτιμη συμβολή τους στην υλοποίησή της, καθώς και διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, για να υπάρχει η δυνατότητα επικοινωνίας για τα αποτελέσματα της έρευνας. Μέσω της συνεχούς παρουσίας στον χώρο των Θεραπευτηρίων, ήταν δυνατή η διατύπωση αποριών κι ερωτημάτων από τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν, έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS έκδοση 10.0, που αποτελεί το κατεξοχήν εργαλείο σε κοινωνικές έρευνες. Πέρα από τις στατιστικές αναλύσεις που αφορούν το δείγμα της έρευνας (περιγραφικά στατιστικά στοιχεία), οι βασικές στατιστικές αναλύσεις για την επίτευξη των στόχων της έρευνας, ήταν αναλύσεις T-test για ανεξάρτητα δείγματα και αναλύσεις διακύμανσης ANOVA (One-way ANOVA), προκειμένου να γίνουν οι συγκρίσεις μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, όπως αυτές προέκυψαν από τις τιμές των δημογραφικών μεταβλητών. Επιλέχθηκαν οι αναλύσεις T-test για ανεξάρτητα δείγματα (t-test for independent samples), και οι αναλύσεις διακύμανσης ANOVA, καθώς θεωρήθηκε σκόπιμο η διερεύνηση αναφορικά με τις



δημογραφικές μεταβλητές, να γίνει μέσω μιας πιο ισχυρής σύνδεσης, αυτής της αιτιότητας, κι όχι απλώς μέσω μιας συνύπαρξης μεταξύ χαρακτηριστικών (οπότε θα είχαμε μια συσχετιστική έρευνα). Επομένως; στόχος είναι να εντοπιστούν χαρακτηριστικά του προφίλ του «ευάλωτου» εργαζομένου, τα οποία να είναι πιο ισχυρά (αιτιοκρατικά) συνδεδεμένα με τις υπό μέτρηση εξαρτημένες μεταβλητές. Πριν τη διενέργεια των συγκεκριμένων στατιστικών αναλύσεων, ελέγχθηκαν οι προϋποθέσεις εφαρμογής τους.

### 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 3.1. Το μέγεθος της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης

##### 3.1.1. Καταθλιπτική συμπτωματολογία

Πίνακας 1. Καταθλιπτική συμπτωματολογία

Σκορ κατάθλιψης - Χαρακτηρισμός	Αριθμός εργαζομένων (Ποσοστό)
Έως 10 – Απουσία κλινικής κατάθλιψης	61 (61%)
11-20 – Ελαφρότατη κατάθλιψη	27 (27%)
21-30 – Ελαφριά κατάθλιψη	9 (9%)
31-40 – Μέσης βαρύτητας κατάθλιψη	1 (1%)
Από 41 και πάνω – Βαριά κατάθλιψη	2 (2%)

Στα δεδομένα του Πίνακα 1 παρουσιάζεται η διαβάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των συμμετεχόντων που αποτέλεσαν το δείγμα της παρούσης έρευνας. Όπως φαίνεται από τον πίνακα, το 61% των εργαζομένων δεν παρουσιάζει κλινική κατάθλιψη, βάσει καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ωστόσο, ένα ποσοστό της τάξεως του 39% παρουσιάζει κατάθλιψη, κυμαινόμενη από την ελαφρότατη κατάθλιψη έως τη βαριά κατάθλιψη, βάσει συμπτωμάτων. Ένα πολύ μικρό ποσοστό των εργαζομένων του δείγματος της έρευνας, παρουσιάζει βαριά κατάθλιψη (2%), βάσει συμπτωματολογίας. Φαίνεται, επομένως, πως όντως η καταθλιπτική συμπτωματολογία αποτελεί έναν υπαρκτό κίνδυνο για τους εργαζομένους σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων. Οι δύσκολες συνθήκες του πλαισίου τους καθιστούν ευάλωτους, πράγμα που επιβεβαιώνεται από αυτό το ποσοστό.

### 3.1.2. Επαγγελματική εξουθένωση

**Πίνακας 2.1. Συναισθηματική εξάντληση**

Σκορ - Χαρακτηρισμός	Αριθμός εργαζομένων (Ποσοστό)
0-20 - Χαμηλή	29 (29%)
21-30 - Μέτρια	27 (27%)
Από 31 και πάνω - Υψηλή	44 (44%)

Στα δεδομένα του Πίνακα 2.1. παρουσιάζεται η διαβάθμιση της υποκλίμακας της συναισθηματικής εξάντλησης των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Όπως φαίνεται από τον πίνακα, ένα ποσοστό της τάξεως του 71% εμφανίζει από μέτριο έως υψηλό βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης. Αυτό που προξενεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον, είναι το πολύ υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων που παρουσιάζουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση (44%).

**Πίνακας 2.2. Αποπροσωποποίηση**

Σκορ - Χαρακτηρισμός	Αριθμός εργαζομένων (Ποσοστό)
0-5 - Χαμηλή	21 (21%)
6-10 - Μέτρια	39 (39%)
Από 11 και πάνω - Υψηλή	40 (40%)

Στα δεδομένα του Πίνακα 2.2. φαίνεται η διαβάθμιση της υποκλίμακας της αποπροσωποποίησης των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Και εδώ φαίνεται πως οι εργαζόμενοι βιώνουν σε μεγάλο βαθμό αποπροσωποποίηση. Ιδίως, ένα σημαντικό ποσοστό (40%), βιώνει υψηλού βαθμού αποπροσωποποίηση.

**Πίνακας 2.3. Αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων**

Σκορ - Χαρακτηρισμός	Αριθμός εργαζομένων (Ποσοστό)
Από 42 και πάνω - Χαμηλή	60 (60%)
41-36 - Μέτρια	15 (15%)
0-35 - Υψηλή	25 (25%)

Όπως φαίνεται από τα δεδομένα του Πίνακα 2.3., ένα σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων, εμφανίζει χαμηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων, πράγμα που συνεπάγεται υψηλό βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης όσον αφορά τη συγκεκριμένη υποκλίμακα. Μάλιστα, ένα 25% των εργαζομένων κατατάσσεται στην κατηγορία του σκορ 0-35, που σημαίνει υψηλού βαθμού επαγγελματική εξουθένωση.

Από τους παραπάνω πίνακες, συνολικά, φαίνεται πως ένα σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων παρουσιάζει κατάθλιψη κι επαγγελματική εξουθένωση (και στις τρεις διαστάσεις). Για την πιο εύρυθμη λειτουργία του πλαισίου και τη μεγαλύτερη παραγωγικότητα των εργαζομένων, φαίνεται η ανάγκη υιοθέτησης κάποιων μέτρων παρέμβασης, τόσο σε επίπεδο αντιμετώπισης, όσο και σε επίπεδο πρόληψης.

## 3.2. Η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στην καταθλιπτική συμπτωματολογία και την επαγγελματική εξουθένωση

### 3.2.1. Καταθλιπτική συμπτωματολογία

- Φύλο

Η επίδραση της μεταβλητής «Φύλο» δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 0,085$ ,  $p = 0,163$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μεταξύ των δύο φύλων δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

- Ηλικία

Η επίδραση της μεταβλητής «Ηλικία» δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 0,57$ ,  $p = 0,63$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των διαφορετικών ηλικιακών κατηγοριών δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

- Θέση εργασίας

Η επίδραση της θέσης εργασίας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των εργαζομένων βρέθηκε συνολικά σημαντικά ( $F = 4,41$ ,  $p = 0,06$ ). Μέσα από μια προσαρμογή κατά Bonferonni για τον αριθμό των συγκρίσεων, η μοναδική σημαντική διαφορά ( $p = 0,013$ ) βρέθηκε μεταξύ επιστημονικού ( $M = 6,95$ ,  $SD = 5,78$ ) και λοιπού προσωπικού ( $M = 14,11$ ,  $SD = 11,15$ ). Φαίνεται δηλαδή πως οι εργαζόμενοι που υπάγονται στο επιστημονικό προσωπικό παρουσιάζουν μικρότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τους εργαζόμενους που υπάγονται στο λοιπό βοηθητικό προσωπικό.

- Εκπαίδευση

Η επίδραση της μεταβλητής «Εκπαίδευση» δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 2,39$ ,  $p = 0,73$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των εργαζομένων με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

- Επαγγελματική εμπειρία

Η επίδραση της μεταβλητής «Επαγγελματική εμπειρία» δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 1,12$   $p = 0,33$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των εργαζομένων με διαφορετικό χρόνο επαγγελματικής εμπειρίας στις συγκεκριμένες δομές δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

- Οικογενειακή κατάσταση

Η επίδραση της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 0,65$   $p = 0,52$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των εργαζομένων με διαφορετικό οικογενειακό status στις συγκεκριμένες δομές δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

- Αριθμός παιδιών

Η επίδραση της μεταβλητής «Αριθμός παιδιών» δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 1,92$   $p = 0,13$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των εργαζομένων με διαφορετικό αριθμό παιδιών στις συγκεκριμένες δομές δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

### 3.2.2. Επαγγελματική εξουθένωση

- Φύλο

Η επίδραση της μεταβλητής του φύλου στη συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $p = 0,515$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους στην υποκλίμακα αυτή, μεταξύ των δύο φύλων, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Όσον αφορά την αποπροσωποποίηση, επειδή οι διακυμάνσεις των δύο ομάδων ήταν σημαντικά άνισες ( $p > 0,05$ ), χρησιμοποιήθηκε έλεγχος  $t$  για άνισες διακυμάνσεις. Η επίδραση της μεταβλητής του φύλου στην αποπροσωποποίηση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 0,09$ ,  $p = 0,4$ ).

Ο μέσος όρος των τιμών της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων των αντρών εργαζομένων ( $M = 38,83$ ,  $SD = 11,38$ ) είναι σημαντικά χαμηλότερος ( $t = -2,34$ ,  $DF = 98$ ,  $p = 0,021$ ) από αυτόν των γυναικών εργαζομένων ( $M = 43,7$ ,  $SD = 8,63$ ).

Επομένως, οι άντρες εργαζόμενοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τις γυναίκες εργαζόμενες στη συγκεκριμένη διάσταση.

- Ηλικία

Η επίδραση της ηλικίας στη συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων βρέθηκε συνολικά σημαντικά ( $F = 3,81, p = 0,012$ ). Μέσα από μια προσαρμογή κατά Bonferonni για τον αριθμό των συγκρίσεων, η μοναδική σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών «18-30» ( $M = 21,4, SD = 12,62$ ) και «55 και άνω» ( $M = 42,33, SD = 16,03$ ). Φαίνεται δηλαδή πως οι εργαζόμενοι από 55 ετών και άνω βιώνουν συναισθηματική εξάντληση σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους εργαζομένους ηλικίας 18-30.

Η επίδραση της ηλικίας στην αποπροσωποποίηση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 1,63, p = 0,18$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους αποπροσωποποίησης των διαφορετικών ηλικιακών κατηγοριών δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Η επίδραση της ηλικίας στην αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 0,47, p = 0,704$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους στην υποκλίμακα αυτή, μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών κατηγοριών, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

- Θέση εργασίας

Η επίδραση της θέσης εργασίας στη συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 2,33, p = 0,079$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους στην υποκλίμακα αυτή, μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών κατηγοριών, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Η επίδραση της θέσης εργασίας στην αποπροσωποποίηση των εργαζομένων είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 3,63, p = 0,016$ ). Μέσα από μια προσαρμογή κατά Bonferonni για τον αριθμό των συγκρίσεων, η μοναδική σημαντική διαφορά ( $p = 0,033$ ) βρέθηκε μεταξύ διοικητικού ( $M = 8,06, SD = 3,23$ ) και λοιποί προσωπικού ( $M = 12,86, SD = 5,75$ ). Επομένως, οι εργαζόμενοι που υπάγονται στην κατηγορία του διοικητικού προσωπικού παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό αποπροσωποποίησης από τους εργαζόμενους που υπάγονται στην κατηγορία του λοιπού προσωπικού.

Η επίδραση της θέσης εργασίας στην υποκλίμακα της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων των εργαζομένων είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 4,73, p = 0,04$ ). Μέσα από μια προσαρμογή κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ επιστημονικού και λοιπού προσωπικού ( $p = 0,008$ ) και μεταξύ νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού ( $p = 0,043$ ). Δηλαδή, οι εργαζόμενοι που υπάγονται στο επιστημονικό ( $M = 46,68, SD = 6,07$ ) και στο νοσηλευτικό προσωπικό ( $M = 44,85, SD = 8,59$ ), παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης όσον αφορά τη συγκεκριμένη υποκλίμακα, σε σχέση με τους εργαζόμενους που υπάγονται στο λοιπό προσωπικό ( $M = 38,38, SD = 11,1$ ).

- Εκπαίδευση

Η επίδραση της εκπαίδευσης στη συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 0,72, p = 0,54$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Η επίδραση της εκπαίδευσης στην αποπροσωποποίηση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 1,144, p = 0,33$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Η επίδραση της εκπαίδευσης στην υποκλίμακα της «αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων» των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 2,11, p = 0,103$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

- Επαγγελματική εμπειρία

Η επίδραση της επαγγελματικής εμπειρίας στη συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 3,166, p = 0,057$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετική επαγγελματική εμπειρία, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Η επίδραση της επαγγελματικής εμπειρίας στην αποπροσωποποίηση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 0,264, p = 0,76$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετική



επαγγελματική εμπειρία στις συγκεκριμένες δομές, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Η επίδραση της επαγγελματικής εμπειρίας στην υποκλίμακα της «αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων» των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 0,572$ ,  $p = 0,56$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετική επαγγελματική εμπειρία, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

- Οικογενειακή κατάσταση

Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στη συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 2,103$ ,  $p = 0,12$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση στις συγκεκριμένες δομές, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην αποπροσωποποίηση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 2,773$ ,  $p = 0,067$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση στις συγκεκριμένες δομές, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 1,116$ ,  $p = 0,33$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση στις συγκεκριμένες δομές, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

- Αριθμός παιδιών

Η επίδραση του αριθμού παιδιών στη συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 2,719$ ,  $p = 0,049$ ). Μέσα από μια προσαρμογή κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων, στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p = 0,033$ ) βρέθηκε μεταξύ της κατηγορίας εργαζομένων που δεν έχουν κανένα παιδί κι αυτής των εργαζομένων που έχουν ένα παιδί. Δηλαδή, οι εργαζόμενοι που δεν έχουν κανένα παιδί ( $M = 23,75$ ,  $SD = 10,08$ ) παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό

συναισθηματικής εξάντλησης, σε σχέση με τους εργαζόμενους που έχουν ένα παιδί ( $M = 35,42$ ,  $SD = 11,98$ ).

Η επίδραση του αριθμού παιδιών στην αποπροσωποποίηση των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 1,17$ ,  $p = 0,32$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετικό αριθμό παιδιών στις συγκεκριμένες δομές, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Η επίδραση της του αριθμού παιδιών στην αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων των εργαζομένων δεν είναι στατιστικώς σημαντική ( $F = 2,12$ ,  $p = 0,1$ ). Επομένως, οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των εργαζομένων με διαφορετικό αριθμό παιδιών στις συγκεκριμένες δομές, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

## 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων αποτελούν μια ελληνική πραγματικότητα. Ταυτόχρονα, βάσει τρόπου λειτουργίας, τυπολογίας περιθαλπομένων κτλ., συνιστούν και μια ιδιαιτερότητα, που καθιστά τις συγκεκριμένες δομές ιδιαίτερα πλαίσια, όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Βάσει της προαναφερθείσας ιδιαιτερότητας των δομών αυτών, οι εργαζόμενοι φαίνονται ιδιαίτερα επιβαρυνμένοι, οπότε , κρίθηκε σκόπιμο, μέσω της παρούσης έρευνας, να διερευνηθεί ο βαθμός καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων, και να εξεταστεί η επίδραση κάποιων δημογραφικών μεταβλητών στις δύο αυτές μεταβλητές, ενόψει και της γενικότερης οικονομικής κατάστασης της χώρας.

Όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως αυτή μετρήθηκε με το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, 1 στους 3 εργαζόμενους παρουσίαζε κατάθλιψη, κυμαινόμενη από την ελαφρότατη έως και τη βαριά κατάθλιψη. Σε σχέση με αυτό το ποσοστό, σε άλλες έρευνες έχουν βρεθεί μικρότερα ποσοστά (Darcy-Clay, S., 2004, Rios, Kátia Assalvi Barbosa, Dulce Aparecida Silva Belasco, Angélica Gonçalves, 2010), σε άλλες έρευνες έχουν βρεθεί παρόμοια ποσοστά (Saunjoo Y., Jeong-Hee K., 2013), και σε άλλες μεγαλύτερα ποσοστά (Chang, Y., Wang, PC, Li, HH, Liu, YC, 2011, Yu-Qin Gao, Bo-Chen Pan, Wei Sun, Hui Wu, Jia-Na Wang, Lie Wang, 2012). Αυτές οι διαφορές μπορούν να αποδοθούν και στις διαφορετικές συνθήκες που ενυπάρχουν στα διαφορετικά ευρύτερα κοινωνικο-πολιτισμικά περιβάλλοντα υλοποίησης των ερευνών αυτών.

Όσον αφορά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, 2 στους 3 εργαζόμενους παρουσίαζαν από μέτρια ως βαριά συναισθηματική εξάντληση, 4 στους 5 εργαζόμενους παρουσίαζαν από μέτρια έως βαριά αποπροσωποποίηση και 1 στους 3 παρουσίαζε από μέτρια έως βαριά επαγγελματική εξουθένωση, όσον αφορά τη διάσταση της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων. Αυτά τα ποσοστά είναι παρόμοια με αυτά που βρέθηκαν σε σχετικές έρευνες σε πλαίσια παροχής υπηρεσιών υγείας (Ackerley et al., 1988, Soares J., Grossi G., Sundin O., 2007, Mpaltzi E., Hari-Papaioannou F., Polikandrioti M., Gourni, M., Charalampous, 2012, Queiros C., Carlotto M., Kaiseler M., Dias S., Pereira A., 2013). Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί

ως μία εξάρτηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης περισσότερο από παράγοντες του εργασιακού πλαισίου και λιγότερο από εξω-εργασιακούς παράγοντες. Οπότε, μεταξύ εργασιακών πλαισίων με παρόμοια χαρακτηριστικά, έχουμε παρόμοια ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αναφορικά με την επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών, έχουμε κάποια ευρήματα που παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα. Όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία, οι εργαζόμενοι που υπάγονται στο επιστημονικό προσωπικό παρουσιάζουν μικρότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τους εργαζόμενους που υπάγονται στο λοιπό βοηθητικό προσωπικό. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με τα ευρήματα κάποιων ερευνών (Darcy-Clay, S., 2004), κι έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων (Yu-Qin Gao, Bo-Chen Pan, Wei Sun, Hui Wu, Jia-Na Wang, Lie Wang, 2012). Φαίνεται ότι η θέση εργασίας, που συνδέεται και με ένα συγκεκριμένο επίπεδο εκπαίδευσης, μπορεί να ασκεί προστατευτική επίδραση.

Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα είχαμε και στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι άντρες εργαζόμενοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τις γυναίκες στη διάσταση της «αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων. Το αντίθετο υποστηρίζεται στη σχετική με τη μεταβλητή του φύλου βιβλιογραφία. (Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ., 2008), αν και υπάρχουν κι έρευνες που δείχνουν ότι το φύλο δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα (Vredenburg L., Carlozzi A., Stein L., 1999). Αυτό το εύρημα μπορεί να οφείλεται στους παραδοσιακούς ρόλους των φύλων, που υπάρχουν ακόμα σε κάποιο βαθμό στη χώρα μας, και που προσδίδουν έναν ρόλο «κουβαλητή» στον άντρα, με όποια πίεση αυτός ο ρόλος μπορεί να συνεπάγεται. Οι εργαζόμενοι από 55 ετών και άνω βιώνουν συναισθηματική εξάντληση σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους εργαζόμενους ηλικίας 18-30 ετών. Το ίδιο βρέθηκε στην έρευνα των Stanetić και Tešanović (2013). Το αντίθετο βρέθηκε σε άλλες έρευνες (Ackerley et al. (1988, Vredenburg L., Carlozzi A. & Stein L., 1999, Hamama L, 2012). Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να ερμηνευτεί βάσει της παρατεινόμενης ηλικίας έως την οποία πολλοί νέοι στη χώρα μας στηρίζονται οικονομικά από τις οικογένειές τους, συνεπώς, οι δύσκολες συνθήκες στην εργασία δε βιώνονται τόσο απειλητικά από αυτούς. Οι εργαζόμενοι που υπάγονται στην κατηγορία του διοικητικού προσωπικού παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό αποπροσωποποίησης από τους εργαζόμενους που

υπάγονται στην κατηγορία του λοιπού προσωπικού. Το εύρημα αυτό φαίνεται να οφείλεται καθαρά στις συνθήκες του εργασιακού πλαισίου στα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων και στο γεγονός ότι το διοικητικό προσωπικό έχει από ελάχιστη έως καθόλου αλληλεπίδραση με τους περιθαλπόμενους. Το λοιπό προσωπικό έρχεται σε καθημερινή επαφή με τους περιθαλπόμενους και με την κάλυψη των αναγκών τους, σε αντίθεση με το διοικητικό προσωπικό, επομένως, είναι πιο «επιβαρυνόμενο». Οι εργαζόμενοι που υπάγονται στο επιστημονικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης όσον αφορά την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων, σε σχέση με τους εργαζόμενους που υπάγονται στο λοιπό προσωπικό. Και πάλι, δεν υπάρχουν έρευνες που να γίνεται τέτοια σύγκριση, οπότε το εύρημα μπορεί να ερμηνευτεί βάσει εργασιακού πλαισίου και διαφορετικών αρμοδιοτήτων.. Τέλος, ως στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι που δεν έχουν κανένα παιδί παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, σε σχέση με τους εργαζόμενους που έχουν ένα παιδί. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα ερευνών (Mpaltzi E., Hari-Papaioannou F., Polikandrioti M., Gourni, M., Charalampous, 2012), που έχουν δείξει ότι η ύπαρξη παιδιών αποτελεί προστατευτικό παράγοντα. Αυτό το αποτέλεσμα θα μπορούσε να ερμηνευτεί βάσει της τωρινής οικονομικής κατάστασης της χώρας, όπου η ύπαρξη παιδιών συνιστά και παράγοντα που δημιουργεί πίεση στους εργαζομένους, λόγω των αυξημένων οικονομικών υποχρεώσεων που συνεπάγεται η ύπαρξη ενός παιδιού. Επίσης, το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να συνδέεται και με την έλλειψη, ως έναν βαθμό, υποστηρικτικών για την οικογένεια δομών.

Μέσα από την έρευνα αυτή καταδείχθηκε η ύπαρξη του προβλήματος και γενικότερα η ευαλωτότητα των εργαζομένων σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων στην καταθλιπτική συμπτωματολογία και στην επαγγελματική εξουθένωση. Τα αποτελέσματα της επίδρασης των δημογραφικών μεταβλητών στις εξαρτημένες μεταβλητές δεν κατέδειξαν την ύπαρξη ενός συγκεκριμένου «προφίλ ευάλωτου εργαζομένου» και εντοπίστηκαν κάποια μεμονωμένα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα επίδρασης των δημογραφικών μεταβλητών στις εξαρτημένες. Συνεπώς, βάσει των αποτελεσμάτων αυτών, είναι απαραίτητο να γίνουν κάποιες παρεμβάσεις, τόσο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων κατάθλιψης κι επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων, όσο και σε προληπτικό επίπεδο.

Αφού δεν καταδείχθηκε ένα συγκεκριμένο προφίλ ευαλωτότητας, η όποια παρέμβαση υιοθετηθεί, μπορεί να αφορά το σύνολο των εργαζομένων.

Η συγκεκριμένη έρευνα είχε ως δείγμα εργαζόμενους από τέσσερα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων ημι-αγροτικών περιοχών. Άρα, δεν αφορά και τους εργαζόμενους σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων των μεγάλων αστικών κέντρων. Θα ήταν σκόπιμο να γίνουν μελλοντικές έρευνες σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων των μεγάλων αστικών κέντρων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη), που η οικονομική κρίση ενδεχομένως έχει επηρεάσει περισσότερο εκεί τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους. Επομένως, είναι χρήσιμο να διερευνηθούν οι συγκεκριμένες μεταβλητές και σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων στα μεγάλα αστικά κέντρα. Από εκεί και πέρα, θα ήταν ωφέλιμο να σχεδιαστούν συγκεκριμένες μορφές παρέμβασης και σε μελλοντικές έρευνες να γίνει αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων.

Έρευνες προς αυτήν την κατεύθυνση, με τη μετέπειτα αξιοποίηση των αποτελεσμάτων τους, θα συμβάλλουν στην αντιμετώπιση, και κυρίως στην πρόληψη των προβλημάτων ψυχικής υγείας των εργαζομένων που παρέχουν υπηρεσίες στις δομές αυτές. Ταυτόχρονα, τα οφέλη θα είναι πολλά και για τον περιθαλπόμενο πληθυσμό των δομών αυτών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ:

Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19 (6), 624-631.

Bargal, D., & Guterman., N. (1996). Perceptions of job satisfaction, service effectiveness and burnout among social workers in Israel. *Hevra and Rehava*, 16, 541-565.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.

Brenninkmeyer, V., Yperen, N. C. W., & Buunk P. B. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature?. *Personality & Individual Differences*, 30 (5), 873-880.

Chang, S. L., Lo, S. F., Wang, W. H., Lai, M. M., Chang, S.S., & Lai, T. S. (2003). An exploratory study of job stress, coping and related factors among psychiatric nurses in eastern Taiwan. *Tzu Chi Nursing Journal*, 2, 59-69.

Chang, Y., Wang, P. C., Li, H. H., & Liu, Y. C. (2011). Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. *Journal Of Nursing Management*, 19 (6), 769-776.

Cho, M. & Kim, K. (1993). Diagnostic Validity of the CES-D (Korean version) in the assessment of DSM-III-R major depression. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 32 (3), 381-399.

Darcy-Clay, S. (2004). Depression in North Carolina social workers: implications for practice and research. *Social Work Research*, 28 (1), 30-40.

Deutsch, C. J. (1985). A survey of therapists' personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16 (2), 305-315.

Etzion, D., & Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Culture Psychology*, 17 (2), 191-209.

- Folkman, S., Lazarys, R. S., Pimley, S. & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2 (2), 171,184.
- Gao Yu-Q., Pan Bo-Ch., Sun W., Wu H., Wang J., & Wang L. (2012). Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *Journal Of Advanced Nursing*, 68 (5), 1166-1175.
- Hamama, L. (2012). Burnout in Social Workers Treating Children as Related to Demographic Characteristics, Work Environment, and Social Support. *Social Work Research*, 36 (2), 113-125.
- Hastings, P. R., Horne, S., & Mitchell, G. (2004). Burnout in direct care staff in intellectual disability services: a factor-analytic study of the Maslach Burnout Inventory. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 48 (3), 268-273.
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Swarbrick, R., ... & Alborz, A. (1999). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(4), 253-267.
- Huey, S., Janice, P., & Yu-C, H. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behavior and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (9), 2342-2354.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behavior*, 2 (2), 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2<sup>nd</sup> ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mills, S., & Rose, J. (2011). The relationship between challenging behavior, burnout and cognitive variables in staff working with people who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (9), 844-857.
- Mpaltzi, E., Hari-Papaioannou, F., Polikandrioti, M., Gourni, M., & Charalampous, G. (2012). Exploration of burnout syndrome in general hospitals in Larnaka of Cyprus. *Rostrum of Asclepius*, 11 (4), 531-548.



- Musa, S. (2009). Mental health problems and job satisfaction amongst social workers in the United Arab Emirates. *International Journal of Academic Research*, 1 (2), 216-220.
- Mutkins, E., Brown, R., & Thorsteinsson, E. (2011). Stress, depression, workplace and social supports and burnout in intellectual disability support staff. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (5), 500-510.
- Nayoung, L., Eun Kyoung, K., Hyunjung, K., Eunjoo, Y., & Sang Min, L. (2010). Individual and work related factors influencing burnout of mental health professionals: a meta-analysis. *Journal of Employment Counseling*, 47 (2), 86-96.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*, Malden: Blackwell Publishing; 1993. 140, xii pp.
- Queiros, C., Carlotto M., Kaiseller, M., Dias, S., & Pereira, A. (2013). Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25 (3), 330-335.
- Raymond, L., & Blake, A. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout, *The Journal Of Applied Psychology*. 75 (6), 743-747.
- Rios, K. A., Barbosa, D. A., & Belasco, A. G. S. (2010). Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(3), 413-420.
- Rodwell, J., & Demir, D. (2012). Psychological consequences of bullying for hospital and aged care nurses. *International Nursing Review*, 59 (4), 539-546.
- Rose, J. (1999). Stress and residential staff who work with people who have an intellectual disability: a factor analytic study. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 43 (4), 268-278.
- Rossler, W. (2012). Stress, burnout and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 262 (2), 65-69.
- Sartor, D. A. & Coyne, J. C. (1997). Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. *Psychological Assessment*, 9 (3), 233-243.
- Saunjoo, Y., & Jeong-Hee, K. (2013). Job-Relates Stress, Emotional Labor, and Depressive Symptoms Among Korean Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45 (2), 169-176.

- Schmitz, N., Neumann, W., & Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37 (2), 95-99.
- Schraub, S., Marx, E., & Barbier, D. (2004). Burn out in oncology. *Bull. Cancer*, 91 (9), 573-576.
- Soares, J., Grossi, G., & Sundin, O. (2007). Burnout among women: associations with demographic / socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, 10 (2), 61-71.
- Spear, J., Wood, L., Chawla, S., Devis, A., & Nelson, J. (2004). Job satisfaction and burnout in mental health services for older people. *Australasian Psychiatry*, 12 (1), 58-61.
- Splettes, M. (1977). "Burnout" problem in helping professions. *Dental Dimensions*, 11 (3), 17-24.
- Stanetić, K., & Tešanović, G. (2013). Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome. *Medicinski pregled*, 66(3-4), 153-162.
- Tang, P. L., Lin, H. S., Chen, W., Chen, H. F., & Chang, C. L. (2005). Depression level and its associated factors in nurses. *Formosa Journal of Mental Health*, 18 (2), 55-74.
- Tzemos, Y. (1987). *Standardization of the Beck Depression Inventory in a Greek population* (Doctoral dissertation, doctoral dissertation in Greek). Athens: University Psychiatric Clinic, Eginition Hospital).
- Van Praag, HM (2004). Can stress cause depression?. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28 (5), 981-907.
- Vredenburgh, L., Carlozzi, A., & Stein, L. (1999). Burnout in counseling psychologists: type of practice setting and pertinent demographics. *Counseling Psychology Quarterly*, 12 (3), 293-301.
- Wittchen, H., Kessler, R., Pfister, H. & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed?. A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* 102(s406), 14-23.

## ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ:

Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5, 183-202.

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

Καλογεροπούλου, Μ., & Παπαθανασοπούλου, Ε. (2013). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού – Πιλοτική μελέτη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30 (5), 587-594.

Κοϊνης, Α. Ρ., Τζιαφέρη, Σ., & Σαρίδη, Μ. (2014). Προβλήματα ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6 (1), 8-17.

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

Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., & Νιάκας, Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (1), 94-101.

Πολυκανδριώτη, Μ., & Στεφανίδου Σ., (2013). Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12 (4), 397-408.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Ελληνικά Γράμματα, 220-221.

Τραγέα, Π., Δαμίγος, Δ., Μαυρέας, Β., Γκούβα, Μ. (2012). Η Επαγγελματική Εξουθένωση σε Δείγμα Ελλήνων Φυσικοθεραπευτών. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4 (2), 77-82.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Επιστολή – Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών - Κλίμακα Κατάθλιψης Beck – Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης Maslach**

Αγαπητοί εργαζόμενοι,

Θα ήθελα να σας ευχαριστήσω προκαταβολικά για τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα, η οποία πραγματοποιείται στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, «Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία».

Έχει ως στόχο τη διερεύνηση του εργασιακού κλίματος σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ερευνών με αντίστοιχη στόχευση, που υλοποιούνται σε διάφορους επαγγελματικούς χώρους, ενόψει και των τελευταίων εξελίξεων στο χώρο της οικονομίας, οι οποίες έχουν επηρεάσει και τους εργαζομένους.

Όσον αφορά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, θα ήθελα να επισημάνω τα ακόλουθα: η συμμετοχή είναι **εθελοντική** και δεν υπάρχουν **σωστές** και **λάθος** απαντήσεις. Θέλουμε την **προσωπική σας άποψη**. Τα ερωτηματολόγια είναι **ανώνυμα** και δε θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε κανένα στοιχείο από το οποίο να προκύπτει η ταυτότητά σας, ούτε θα συμπληρωθεί κανένα στοιχείο αργότερα. Οι απαντήσεις, που είναι **εμπιστευτικές**, θα αναλυθούν στατιστικά και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς.

Και πάλι, σας ευχαριστώ για την πολύτιμη συμβολή σας στην υλοποίηση αυτής της έρευνας

Ο μεταπτυχιακός φοιτητής

Στάθης Γιακοβής

Συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία, κυκλώνοντας τον αριθμό της απάντησης που αντιστοιχεί σ' εσάς:

Φύλο:

1. Άντρας    2. Γυναίκα

Ηλικία:

1. 18-30    2. 31-42    3. 43-54    4. Άνω των 55

Θέση εργασίας:

1. Διοικητής/τρια, Διευθυντής/ντρια, Διοικητικός/ή Υπάλληλος  
2. Ψυχολόγος, Κοινωνικός/ή Λειτουργός, Φυσικοθεραπευτής/τρια,  
Εργοθεραπευτής/τρια, Επισκέπτης/τρια Υγείας, Διαιτολόγος, Λογοθεραπευτής/τρια  
3. Προϊστάμενος/η Νοσηλευτικής, Νοσηλεύτης/τρια, Βοηθός Νοσηλευτών  
4. Λοιπό προσωπικό

Εκπαίδευση:

1. Έως Δημοτικό  
2. Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου  
3. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ  
4. Μεταπτυχιακός/Διδακτορικός Τίτλος Σπουδών

Χρόνια επαγγελματικής απασχόλησης στο φορέα (ενδεχομένως και σε άλλα  
Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων)

1. Μέχρι 3    2. Από 4 έως 9    3. Από 10 και άνω

Οικογενειακή κατάσταση:

1. Ανύπαντρος/η    2. Παντρεμένος/η    3. Διαζευγμένος/η    4. Χήρος/α

Αριθμός παιδιών:

1. Κανένα    2. Ένα    3. Δύο    4. Από τρία και άνω

Σε αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομαδοποιημένες δηλώσεις. Παρακαλώ, διαβάστε κάθε ομάδα δηλώσεων προσεκτικά. Έπειτα επιλέξτε αυτή τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που έχετε αισθανθεί την περασμένη εβδομάδα έως σήμερα!

Κυκλώστε τον αριθμό δίπλα στη δήλωση που έχετε επιλέξει. Εάν διαφορετικές δηλώσεις της ομάδας δείχνουν να ισχύουν εξίσου το ίδιο, κυκλώστε την κάθε μία.

Βεβαιωθείτε ότι έχετε διαβάσει όλες της δηλώσεις σε κάθε ομάδα πριν κάνετε την επιλογή σας.

#### Ομάδα Α

0 Δεν αισθάνομαι λυπημένος/η.

1 Αισθάνομαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/η.

2α Είμαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/η συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.

2β Είμαι τόσο μελαγχολικός/ή ή δυστυχισμένος/η ώστε αυτό μου προξενεί πόνο.

3 Είμαι τόσο μελαγχολικός/ή ή δυστυχισμένος/η ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.

#### Ομάδα Β

0 Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή αποθαρρυσμένος/η για το μέλλον.

1 Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον.

2α Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον.

2β Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου.

3 Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο.

#### Ομάδα Γ

0 Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η

1 Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος/η περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους.

2α Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα αξία λόγου.

2β Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες.

3 Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η ως άτομο (σύζυγος-πατέρας/μητέρα).

#### Ομάδα Δ

0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η.

1α Αισθάνομαι βαριεστημένος/η σχεδόν όλη τη μέρα.

1β Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.

2 Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα.

3 Αισθάνομαι δυσαρεστημένος/η με το κάθε τι.

#### Ομάδα Ε

0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η.

1 Πολλές φορές αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία.

2α Αισθάνομαι πολύ ένοχος/η.

- 2β Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα.  
3 Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός/η ή ανάξιος/α.

#### Ομάδα Ζ

- 0 Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.  
1 Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί.  
2 Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ.  
3α Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ.  
3β Θέλω να τιμωρηθώ.

#### Ομάδα Η

- 0 Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.  
1α Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.  
1β Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου.  
2 Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.  
3 Μισώ τον εαυτό μου.

#### Ομάδα Θ

0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος/η από τους άλλους.  
1. Είμαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου.  
2α Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.  
2β Μισώ τον εαυτό μου.

#### Ομάδα Ι

- 0 Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.  
1 Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν έκανα κάτι τέτοιο.  
2α Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα.  
2β Μου φαίνεται ότι η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα.  
2γ Έχω συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.  
3 Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα.

#### Ομάδα Κ

- 0 Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.  
1 Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.  
2 Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να σταματήσω.  
3 Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατον να κλάψω αν και το θέλω.

#### Ομάδα Λ

- 0 Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος/η τώρα απ' ό,τι συνήθως.  
1 Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.

- 2 Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος/η/
- 3 Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως.

#### Ομάδα Μ

- 0 Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
- 1 Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ό,τι παλιότερα.
- 2 Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει.
- 3 Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δε νοιάζομαι καθόλου για αυτούς.

#### Ομάδα Ν

- 0 Είμαι το ίδιο αποφασιστικός/η όπως πάντα.
- 1 Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις.
- 2 Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.
- 3 Δεν μπορώ να πάρω καμία απόφαση πλέον.

#### Ομάδα Ξ

- 0 Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από άλλοτε.
- 1 Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος/η ή αντιπαθητικός/η.
- 2 Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή πάνω μου, ώστε να αισθάνομαι αντιπαθητικός/η.
- 3 Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος/η και αποκρουστικός/η.

#### Ομάδα Ο

- 0 Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πάντα.
- 1α Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.
- 1β Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πάντα.
- 2 Χρειάζομαι να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
- 3 Μου είναι αδύνατον να εργαστώ.

#### Ομάδα Π

- 0 Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
- 1 Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος/η από άλλοτε.
- 2 Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
- 3 Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο.

#### Ομάδα Ρ

- 0 Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ό,τι συνήθως.
- 1 Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
- 2 Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.



3 Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα.

#### Ομάδα Σ

0 Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.

1 Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.

2 Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.

3 Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.

#### Ομάδα Τ

0 Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.

1 Έχω χάσει περισσότερα από 2 κιλά.

2 Έχω χάσει περισσότερα από 4 κιλά.

3 Έχω χάσει περισσότερα από 7 κιλά.

#### Ομάδα Υ

0 Δε με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.

1 Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.

2 Με απασχολεί τόσο πολύ το πώς αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι πολύ δύσκολο να σκεφτώ τίποτα άλλο.

3 Είμαι εντελώς απορροφημένος/η με το τι αισθάνομαι.

#### Ομάδα Φ

0 Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.\

1 Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ό,τι συνήθως.

2 Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ.

3 Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

Σημειώστε στο αντίστοιχο τετράγωνο με X αυτό που ταιριάζει καλύτερα σ' εσάς.

A/A		Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή σπανιότερα	Μία φορά το μήνα ή σπανιότερα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
1	Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου							
2	Αισθάνομαι στο τέλος της εβδομάδας ότι έχουν εξαντληθεί όλες μου οι δυνάμεις							
3	Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μία μέρα στη δουλειά							
4	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς αισθάνονται οι περιθάλπόμενοι σε διάφορες καταστάσεις							
5	Νιώθω ότι αντιμετωπίζω ορισμένους περιθάλπόμενους σαν να είναι άψυχα αντικείμενα							
6	Μου προκαλεί πραγματική ένταση το ότι πρέπει καθημερινά να δουλεύω με ανθρώπους							
7	Χειρίζομαι πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των περιθάλπόμενων							
8	Νιώθω εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου							

A/A		Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή σπανιότερα	Μία φορά το μήνα ή σπανιότερα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
9	Αισθάνομαι ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των άλλων ανθρώπων μέσα από τη δουλειά μου							
10	Έχω γίνει περισσότερο αναίσθητος/η με τους ανθρώπους από τότε που κάνω αυτή τη δουλειά							
11	Ανησυχώ πως αυτή η δουλειά με κάνει πιο σκληρό/η συναισθηματικά							
12	Νιώθω πως έχω πολλή ενεργητικότητα							
13	Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου							
14	Αισθάνομαι ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου							
15	Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το τι συμβαίνει με ορισμένους περιθαλπόμενους							
16	Μου προκαλεί ιδιαίτερο άγχος το γεγονός ότι δουλεύω άμεσα με ανθρώπους							
17	Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μία άνετη ατμόσφαιρα με τους περιθαλπόμενους							

A/A		Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή σπανιότερα	Μία φορά το μήνα ή σπανιότερα	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
18	Νιώθω ιδιαίτερη χαρά όταν συνεργάζομαι στενά με τους περιθαλπόμενους							
19	Έχω κατορθώσει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά μου							
20	Νιώθω ότι φτάνω στο τέλος των αντοχών μου							
21	Στη δουλειά μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά προβλήματα πολύ ήρεμα							
22	Αισθάνομαι ότι οι περιθαλπόμενοι με κατηγορούν για ορισμένα από τα προβλήματά τους							