



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η Σχέση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας των
επαγγελματιών υγείας με τα επίπεδα της επαγγελματικής
εξουθένωσης, στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Υγείας»**

**Παγώνη Ελευθερία
Νοσηλεύτρια**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια - Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια - Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Παραλίκας Θεοδόσης, Επίκουρος Καθηγητής- Μέλος Τριμελούς Επιτροπής**

ΛΑΡΙΣΑ, 2018



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**“The Relationship of the Psychological Resilience
of Health Professionals with Levels
of Occupational Burnout in the Primary Health Care”**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.:

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURN OUT)	9
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	9
1.2 Συνιστώσες του «συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης».....	10
1.3 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	11
1.4 Παράγοντες κινδύνου.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	14
2.1. Το Μοντέλο των Τριών Διαστάσεων της MASLACH (1982).....	14
2.2. Το Μοντέλο των EDELWICH & BRODSKY (1980).....	15
2.3. Το Διαδραστικό Μοντέλο του CHERNISS (1980).....	16
2.4. Το Μοντέλο της PINES	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
3.1. Θεραπευτικό Περιβάλλον.....	17
3.2. Ο επαγγελματίας υγείας ως δημιουργός θεραπευτικού περιβάλλοντος	18
3.3 Ο επαγγελματίας υγείας ως σύμβουλος.....	19
3.4 Ο επαγγελματίας υγείας ως εκπαιδευτής.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	23
5.1 Ορισμός.....	23
5.2 Κατανόηση της έννοιας της ψυχολογικής ανθεκτικότητας.....	23
5.3 Ιστορική αναδρομή.....	26
5.4 Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχολογική ανθεκτικότητα.....	27

5.5 Στρατηγικές παρέμβασης που προωθούν την ψυχολογική ανθεκτικότητα.....	32
5.6 Η ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό των επαγγελματιών υγείας.....	33

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	37
6.1 Σκοπός.....	37
6.2 Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος.....	37
6.3 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	39
7.1 Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία.....	39
7.2 Ερωτηματολόγια κλιμάκων.....	45
7.3 Κλίμακες ψυχολογικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης	52
7.4 Σχέσεις μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	58
---------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	60
-----------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	61
------------------------------	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη παραγόντων που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση και το ρόλο της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής. Επίσης, θα διερευνηθεί η σχέση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μέθοδος: Συνολικά συμμετείχαν 191 εργαζόμενοι μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συγκεκριμένα από τα κέντρα υγείας των νομών Τρικάλων και Καρδίτσας. Όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο απαρτιζόταν από δύο βασικά μέρη: το πρώτο περιλάμβανε κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και το δεύτερο μέρος περιλάμβανε τις κλίμακες εκτίμησης του βαθμού της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης: την κλίμακα ψυχοπαθολογίας (SCL- 90) , την κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 16 άνδρες (8,4%) και 172 γυναίκες (90,1%), ηλικίας 37-56 ετών (82,7%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές (86,7%) και εργάζονταν περισσότερο από 5 έτη. Συνολικά 65% των ερωτηθέντων δήλωσαν ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Σημαντική συσχέτιση σημειώθηκε μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης με της υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας SCL-90. Ενώ βρέθηκε αρνητική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας που θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, σχέση ψυχολογικής ανθεκτικότητας, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to find out factors that lead to occupational burnout and the role of psychological resilience in the quality of their professional life. It will be searched out if there is any correlation between psychological resilience and psychopathology and occupational burnout.

Method: In total, 191 workers of primary health care units participated, particularly from the health centers of Trikala and Karditsa. All respondents replied to a questionnaire consisting of two main parts: the first included socio-demographic data and the second one consisted of the psychopathology scale (SCL-90), the Connor-Davidson Resistance Scale (CD-RISC) and the Maslach Burnout Inventory.

Results: 16 men (8.4%) and 172 women (90.1%), aged 37-56 years (82.7%) participated in the study. The majority of the participants were nurses (86.7%) and worked for more than 5 years. A total of 65% of respondents said that they were satisfied with their work. An important correlation was noted between occupational burnout and depersonalization with SCL-90 psychopathology sub-scales. On the contrary, there was a negative relationship between occupational burnout and psychological resistance levels.

Conclusions: Health professionals with higher levels of occupational burnout have higher levels of psychopathology.

KEY WORDS

professional burnout, health professionals, psychological resilience, primary health care

Εισαγωγή

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome) έχει αναγνωριστεί ως ένα μείζον πρόβλημα του επαγγελματικού τομέα στη σύγχρονη ζωή με μεγαλύτερη επίπτωση την τελευταία δεκαετία. Έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον όχι μόνο της διεπιστημονικής κοινότητας αλλά και των κυβερνήσεων λόγω των σοβαρών προβλημάτων που επιφέρει τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο με αντίκτυπο στην οικογένεια και την κοινωνία. Πλέον, θεωρείται ως μείζον ψυχοκοινωνικό ζήτημα που επηρεάζει επαγγελματίες από όλους τους χώρους αλλά σημειώνει υψηλότερα ποσοστά στους επαγγελματίες υγείας, γεγονός που αποδίδεται στις συνθήκες έντονου ψυχικού στρες που προκαλεί η καθημερινή ενασχόληση με τον ανθρώπινο πόνο και την ασθένεια. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει εκτενώς τη διεθνή βιβλιογραφία, με αναφορές σε θεωρητικά μοντέλα μελέτης και έχει γίνει κοινώς αποδεκτό ότι βασίζεται στη συνύπαρξη τριών διαστάσεων: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η διάρκεια εργασίας, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και η έλλειψη αυτοεκτίμησης θεωρούνται οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου. Οι σοβαρότερες επιπτώσεις αφορούν στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας και πιο συγκεκριμένα, στην απογοήτευση που νιώθουν από την αδυναμία εκπλήρωσης των προσωπικών επιτεύξεων με αποτέλεσμα την μειωμένη εργασιακή απόδοση. Σε κάποιες περιπτώσεις οι ψυχικές διαταραχές που προκαλούνται είναι τόσο σοβαρές που αγγίζουν τα όρια της ψύχωσης. Έτσι λοιπόν, αν αναλογιστεί κανείς τις σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Το στρες είναι η αντίδραση του ατόμου όταν καλείται να αντιμετωπίσει καταστάσεις ή πρόσωπα που εκλαμβάνει ως στρεσογόνα. Η εκδήλωση του άγχους και οι επιπτώσεις αυτού τόσο στο ίδιο άτομο όσο και στην ομάδα είναι διαφορετικές για κάθε πρόσωπο και έτσι καθορίζεται ο βαθμός ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Οι επαγγελματίες υγείας είναι μία επαγγελματική ομάδα που φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στην εμφάνιση υψηλών επιπέδων στρες στο χώρο εργασίας. Πολλοί ερευνητές ενδιαφέρθηκαν να

μελετήσουν τα θετικά αποτελέσματα που μπορεί να σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Για παράδειγμα, μερικά άτομα μπορεί να βρουν κίνητρα για το άγχος και η εμπειρία μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα προσωπικής ικανοποίησης και ολοκλήρωσης. Δεδομένης της σαφούς σχέσης μεταξύ της εμπειρίας του εργασιακού στρες και των διαφόρων αρνητικών επιπτώσεων σε επίπεδο οργάνωσης, το ενδιαφέρον των ερευνητών συγκεντρώνει η διερεύνηση των παραγόντων που θα μπορούσαν να συμβάλλουν είτε στην επιδείνωση είτε στην άμβλυνση της επίδρασης του άγχους στους εργαζόμενους. Η ψυχολογική ανθεκτικότητα ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να ανακάμψει, να επανασυνδεθεί, να αναπηδήσει, να προσαρμοστεί ή ακόμα και να ευδοκιμήσει μετά από αποτυχία, αλλαγή ή δυσκολία και αναγνωρίζεται ευρέως ότι είναι ένα πολύπλοκο, δυναμικό και πολυδιάστατο φαινόμενο. Πρόσφατες έρευνες κάνουν λόγο σε διάφορους μηχανισμούς που περιλαμβάνουν γενετικούς, επιγενετικούς, αναπτυξιακούς, ψυχολογικούς και νευροχημικούς παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην ανάπτυξη και ενίσχυση της ανθεκτικότητας, ενώ τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην οικοδόμησή της. Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια καθορισμού συγκεκριμένων καταστάσεων που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογική ανθεκτικότητα και επισημαίνονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που την ενισχύουν. Βασικό ερώτημα της παρούσας είναι αν η παρουσία ψυχολογικής ανθεκτικότητας στους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συνδέεται με χαμηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης που δυνητικά προκαλείται από την παρουσία μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων και προσαρμοστικών αποκρίσεων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Επαγγελματική εξουθένωση (burn out)

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η ανησυχία για την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας οδήγησε σε μία σειρά μελετών με σημαντικότερες αυτές των Donabedian (1966) και αργότερα των Freebon και Greenlick (1973).

Ο Donabedian δήλωσε ότι ο βαθμός ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από ένα σύστημα υγείας σχετίζεται άμεσα με το επίπεδο ικανοποίησης των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτό και αποκαλύπτεται ότι η αποθάρρυνσή τους είναι η βασικότερη δυσκολία που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι διευθυντές των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το κίνητρο εργασίας είναι το αποτέλεσμα μίας σειράς αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στην ατομική προσπάθεια, την παραγωγικότητα, την ανταμοιβή του οργανισμού και των προσωπικών στόχων. Παρόλο που κάθε εργαζόμενος είναι επιρρεπής στην αποθάρρυνση πιο πιθανό να την εμφανίσουν είναι όσοι βρίσκονται σε άμεση επαφή με το κοινό.

Το 1974, πρώτη φορά, ο ψυχαναλυτής Herbert Freudenberger ορίζει το «σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης» (burnout syndrome) ως επαγγελματική νόσος η οποία εκδηλώνεται ως εξάντληση ή εκνευρισμός που προκαλείται όταν η αφοσίωση σε μία αιτία, έναν τρόπο ζωής ή μία σχέση δεν έχει ως αποτέλεσμα την αναμενόμενη ενίσχυση. Ο Freudenberger επισημαίνει ότι αυτό το σύνδρομο είναι πιο συχνό στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με έντονα συναισθήματα πόνου, ασθένειας και ψυχολογικής επιβάρυνσης από αυτά. Κατά συνέπεια, καλούνται να ανταπεξέλθουν σε συνθήκες χρόνιου έντονου στρες και σε μία μορφή σωματικής και ψυχικής εξάντλησης. Το στρες είναι η απάντηση του ατόμου (φυσιολογική, ψυχολογική, συμπεριφορική) όταν καλείται να αντιμετωπίσει γεγονότα, καταστάσεις, ανθρώπους που τα εκλαμβάνει ως στρεσογόνα και προκαλείται το άγχος ως απάντηση απαραίτητη για να βιώσει και να ξεπεράσει το στρεσογόνο αίτιο.

Το 1982, η ψυχολόγος Maslach περιέγραψε τις απαντήσεις των επαγγελματιών σε διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις της επαγγελματικής τους ζωής και προσπάθησε να ορίσει τα βασικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, τα

οποία ήταν τα ακόλουθα : η **συναισθηματική εξάντληση**, το **αίσθημα πνευματικής κόπωσης** (το οποίο εκδηλώνεται με διάφορες μορφές όπως άγχος, αγωνία, χρόνια κούραση, σεξουαλική δυσλειτουργία κ.ά), η **σωματική κόπωση** (εκδηλώνεται με ποικίλη συμπτωματολογία όπως δυσπεπτικά ενοχλήματα, κεφαλαλγίες, μυαλγίες-αρθραλγίες, σπαστική κολίτιδα κ.ά) και τέλος, η **αποπροσωποποίηση** η οποία οδηγεί σε συμπεριφορές απομόνωσης, έλλειψη ευαισθησίας, άρνηση, αποστασιοποίηση και χαμηλά επίπεδα προσωπικής εκπλήρωσης, δηλαδή απογοήτευση για τα επαγγελματικά επιτεύγματα και επιθυμία παραίτησης (Gomez-Gascon, 2013).

1.2 Συνιστώσες του «συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης»

Οι τρεις συνιστώσες του όρου «επαγγελματική εξουθένωση» είναι : 1) η *συναισθηματική εξάντληση*, 2) η *αποπροσωποποίηση* και 3) η *μειωμένη επαγγελματική απόδοση*.

- Η *συναισθηματική εξάντληση* χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας ή αίσθημα εξάντλησης και έλλειψη επαγγελματικού κινήτρου , προκαλείται από τη διατάραξη των προσωπικών σχέσεων και τον μεγάλο επαγγελματικό φόρτο.
- Η *αποπροσωποποίηση* είναι μία ψυχολογική κατάσταση συναισθηματικής απόσπασης κατά την οποία η απρόσωπη μεταχείριση των ανθρώπων στον επαγγελματικό τομέα οδηγεί σε μία αδιάφορη στάση, εγωκεντρική συμπεριφορά, αποξένωση, άγχος, ευερεθιστότητα και αποθάρρυνση.
- Η *μειωμένη επαγγελματική απόδοση* χαρακτηρίζεται από μία τάση αρνητικής αυτοκριτικής του εργαζόμενου με αποτέλεσμα να νιώθει λιγότερο ανταγωνιστικός και επιτυχημένος με συνέπεια την απογοήτευση από την απόδοσή του (Paiva, 2017).

Παρόλο που η σωματική εξάντληση αντανακλά τη διάσταση του στρες, δεν καταφέρνει να περιγράψει τη σχέση που έχουν τα άτομα με τη δουλειά τους. Εντός των ανθρώπινων υπηρεσιών, οι συναισθηματικές απαιτήσεις της δουλειάς μπορούν να εξαντλήσουν τον πάροχο υπηρεσίας και την ικανότητά του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτής. Η αποπροσωποποίηση είναι η προσπάθεια του παρόχου υπηρεσίας να θέσει απόσταση ανάμεσα στον ίδιο και τον αποδέκτη της υπηρεσίας αγνοώντας ενεργά τις ιδιότητες που τον καθιστά μοναδικό και αφοσιωμένο άνθρωπο. Πέραν από τις ανθρώπινες υπηρεσίες, τα άτομα χρησιμοποιούν τη γνωστική αποστασιοποίηση και αναπτύσσουν μία αδιάφορη ή κυνική στάση όταν νιώθουν σωματική εξάντληση και αποθάρρυνση. Πιο

συγκεκριμένα, στον τομέα της υγείας η αποπροσωποποίηση συνεπάγεται μία συμπεριφορά άρνησης απέναντι στους ασθενείς κάνοντας αναφορά σε αυτούς ως «αντικείμενα» όπως επίσης και έλλειψη ενδιαφέροντος για το αντικείμενο της εργασίας, ευερεθιστότητα, χαμηλή παραγωγικότητα και έλλειψη αυτοεκτίμησης. Συνεπώς, η επαγγελματική εξουθένωση δύναται να επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην οικογένεια, την κοινωνία και στο επαγγελματικό περιβάλλον αφού μεταφράζεται σε απουσία από την εργασία, μείωση παραγωγικότητας και έλλειψη επαγγελματικού κινήτρου. Σοβαρή ανησυχία προκαλείται σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και τον βαθμό ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, ενώ λιγότερη προσοχή δίνεται στην υγεία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (Gomez-Gascon, 2013).

Πολλοί μελετητές συσχετίζουν την επαγγελματική εξουθένωση με την αγχώδη διαταραχή και την κατάθλιψη. Στην προσπάθεια στήριξης της σαφούς διάκρισης μεταξύ των προαναφερθέντων νοσολογικών οντοτήτων οι Maslach και Schaufeli (1993) καθόρισαν 5 διακριτά χαρακτηριστικά στοιχεία του «burn-out» :

1. Κυριαρχούν συμπτώματα δυσφορίας όπως η πνευματική και συναισθηματική εξάντληση, η κούραση και η κατάθλιψη
2. Δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στα πνευματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα σε σχέση με τα σωματικά
3. Τα συμπτώματα από το «burn-out» σχετίζονται με την εργασία
4. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται σε κατά τ' άλλα υγιή ως προς την ψυχοπαθολογία άτομα
5. Η μειωμένη επαγγελματική απόδοση συμβαίνει λόγω των αρνητικών στάσεων και συμπεριφορών

1.3 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης

- *Εργασιακή απόδοση*

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συσχετιστεί με διάφορες μορφές εργασιακής απόσυρσης – απουσίας , πρόθεση για παραίτηση και εναλλαγή εργασιών. Παρόλ' αυτά για τους ανθρώπους που παραμένουν στην εργασία τους, η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε μειωμένη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα. Κατά συνέπεια, σχετίζεται με μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και «αφοσίωση» στη δουλειά ή στον φορέα εργασίας. Οι άνθρωποι που βιώνουν το «burn-out» ασκούν αρνητική επίδραση στους συναδέλφους τους με δύο τρόπους: αφενός μεν προκαλώντας μεγαλύτερες προσωπικές

συγκρούσεις και αφετέρου δε αποδιοργανώνοντας τις επαγγελματικές σχέσεις. Επίσης, φαίνεται ότι το «burn-out» δυνητικά μπορεί να ασκήσει αρνητική επίδραση στην οικογενειακή ζωή των ανθρώπων που το βιώνουν.

- *Υγεία*

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εξελίσσεται αργά, ενεργοποιείται από διάφορα εκλυτικά αίτια και σχεδόν ποτέ δεν αναγνωρίζεται σε πρώιμα στάδια. Ψυχολογικές αλλαγές όπως δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις, κυκλοθυμία, άγχος, ευερεθιστότητα είναι, επίσης, συχνά. Όλοι αυτοί οι παράγοντες οδηγούν σε μειωμένη παραγωγικότητα, συγκρούσεις στον επαγγελματικό χώρο εξάρτηση από ψυχοτρόπα φάρμακα και χαμηλή επαγγελματική αποδοτικότητα. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η απουσία ή και η παραίτηση και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε αυτοκτονικό ιδεασμό σε ακραίες περιπτώσεις αν παραμείνει αδιάγνωστο και χωρίς θεραπεία. Είναι εύκολα αντιληπτό λοιπόν, ότι στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας η σύνδεση με την επαγγελματική εξουθένωση είναι πιο περίπλοκη. Έχει συνδεθεί με τον νευρωτισμό και το ψυχιατρικό προφίλ της σχετιζόμενης με την εργασία νευρασθένεια. Αυτά τα στοιχεία συνηγορούν στην υπόθεση ότι το «burn-out» από μόνο του έχει λάβει τη μορφή ψυχικής νόσου .

1.4 Παράγοντες κινδύνου

1.4.1 Χαρακτηριστικά της εργασίας

Τα χαρακτηριστικά της εργασίας που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων αφορούν τα κάτωθι στοιχεία:

1. **Οι ποσοτικές απαιτήσεις:** αφορούν τον μεγάλο όγκο δουλειάς που πρέπει να παραχθεί στον διαθέσιμο εργασιακό χρόνο
2. **Οι ποιοτικές απαιτήσεις:** αφορούν τη «σύγκρουση» καθώς και την «ασάφεια» των ρόλων . Η «σύγκρουση ρόλων» συμβαίνει όταν πρέπει να ικανοποιηθούν αντικρουόμενες απαιτήσεις, ενώ «ασάφεια ρόλων» συμβαίνει όταν δεν παρέχονται επαρκείς πληροφορίες για το αντικείμενο της εργασίας.
3. Η **σοβαρότητα των προβλημάτων** που αντιμετωπίζουν οι πελάτες.
4. Η **έλλειψη υποστήριξης** των εργαζομένων από τον προϊστάμενο εργασίας περισσότερο συγκριτικά με αυτή των συναδέλφων τους.
5. Η **μικρή συμμετοχή** στη λήψη αποφάσεων.

6. Η έλλειψη αυτονομίας.

1.4.2 Χαρακτηριστικά του επαγγέλματος

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται κυρίως σε επαγγέλματα που αφορούν την άμεση επαφή με τους ανθρώπους. Μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ΗΠΑ και Πολωνία ανέδειξε 5 επαγγελματικούς τομείς στους οποίους το «burn-out» είχε μεγαλύτερη επίπτωση και ήταν οι εξής:

- Η εκπαίδευση
- Οι κοινωνικές υπηρεσίες
- Η ιατρική
- Η ψυχιατρική
- Οι υπηρεσίες επιβολής του νόμου (αστυνομία, επιτήρηση σωφρονιστικών ιδρυμάτων κ.ά.)

1.4.3 Ατομικοί παράγοντες

• Δημογραφικοί παράγοντες

- Ηλικία: Μεταξύ των νεότερων εργαζομένων, τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψηλότερα συγκριτικά με αυτά που σημειώνονται στις ηλικίες 30-40 ετών. Η ηλικία σχετίζεται με την επαγγελματική εμπειρία έτσι το «burn-out» φαίνεται να εμφανίζεται στα πρώτα χρόνια της επαγγελματικής καριέρας. Αυτό είναι σημαντικό στοιχείο καθώς αυτοί που το βιώνουν είναι πιο πιθανό να παραιτηθούν.

- Φύλο: Αναφορικά με το φύλο, δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως αν παίζει τελικά καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση του «burn-out». Μία μικρή διαφορά που σημειώνεται είναι ότι οι άντρες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ως προς τον κυνισμό και οι γυναίκες ως προς την εξάντληση. Αυτά τα αποτελέσματα σχετίζονται με τα γονιδιακά πρότυπα και ίσως αντανακλούν τη σχέση του φύλου με το επάγγελμα (για παράδειγμα στην αστυνομία υπηρετούν κυρίως άντρες και στη νοσηλευτική κυρίως γυναίκες).

- Οικογενειακή κατάσταση: Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι άγαμοι φαίνεται πως είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του «burn-out» συγκριτικά με τους έγγαμους. Αντίστοιχα, το ίδιο συμβαίνει με τους αδέσμευτους σε σύγκριση με τους διαζευγμένους.

- Μορφωτικό επίπεδο: Έχει βρεθεί ότι οι εργαζόμενοι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν μεγαλύτερα ποσοστά «burn out». Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι αυτοί ασκούν επαγγέλματα ευθύνης ιδιαίτερα στρεσογόνα και έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες και αν δεν γίνονται ρεαλιστικές απογοητεύονται.

- **Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας**

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται σε άτομα με *χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας* (με τον όρο «ανθεκτικότητα» εννοούμε την ενασχόληση των ατόμων με καθημερινές δραστηριότητες, με αίσθημα αυτοελέγχου σε διάφορες καταστάσεις και προσαρμοστικότητα στις αλλαγές), άτομα που έχουν *εξωτερική θέση ελέγχου*, δηλαδή αποδίδουν τα επιτεύγματά τους σε άλλους πιο ισχυρούς ή στην τύχη και άτομα με *χαμηλή αυτοεκτίμηση*. Επιπρόσθετα, τα άτομα που βιώνουν «bur-out» αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις με έναν πιο αμυντικό και παθητικό τρόπο.

- **Στάσεις εργασίας**

Οι άνθρωποι έχουν διάφορες προσδοκίες από τη δουλειά τους. Κάποιες από αυτές είναι πολύ υψηλές σε σχέση με την φύση της δουλειάς και την πιθανότητα να επιτύχουν. Το αν οι απαιτήσεις αυτές είναι ιδεατές ή μη ρεαλιστικές είναι παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση «burn-out». Πιθανώς, οι υψηλές προσδοκίες οδηγούν τους ανθρώπους σε πιο εντατικούς ρυθμούς δουλειάς με αποτέλεσμα την εξάντληση και τελικά τον κυνισμό όταν η προσπάθεια δεν επιφέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα (*Maslach et al., 2001*).

2. Τα μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης δημιουργήθηκαν από τη μελέτη της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του και το αποτέλεσμα αυτής στη συναισθηματική και σωματική κατάσταση του ατόμου.

Τα κυριότερα μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα εξής :

2.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης συνίσταται από τρεις διαστάσεις που ουσιαστικά αφορούν τρεις διακριτές ομάδες συμπτωμάτων και είναι οι ακόλουθες:

- I. η «**συναισθηματική εξάντληση**» : αφορά αισθήματα σωματικής και ψυχικής κόπωσης που προκαλούνται από το χρόνιο εργασιακό στρες
- II. η «**αποπροσωποποίηση**» : είναι με μία ευρύτερη έννοια η αποστασιοποίηση και αποξένωση του επαγγελματία από τους πελάτες του με συνέπεια τη δημιουργία απρόσωπων και κυνικών σχέσεων μεταξύ των ατόμων
- III. η «**έλλειψη προσωπικής επίτευξης**» : αφορά την αίσθηση του εργαζόμενου ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της υπηρεσίας του με αποτέλεσμα την απογοήτευση, η οποία οδηγεί σε μειωμένη αποδοτικότητα (*Benson et al., 1974*).

2.2 Το μοντέλο των Edlwich και Brodsky (1980)

Το μοντέλο αυτό περιγράφει τα στάδια ανάπτυξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της επαγγελματικής του πορείας και είναι τα κάτωθι:

- I. ο **ενθουσιασμός** : Ο εργαζόμενος διακατέχεται από αίσθημα ενθουσιασμού κατά την έναρξη της επαγγελματικής του καριέρας. Έχει υψηλούς στόχους και όρεξη για δουλειά, αφιερώνει πολύ από τον προσωπικό του χρόνο και προσπαθεί για τη δημιουργία σχέσεων με τους συναδέλφους και πελάτες. Όταν όμως αντιλαμβάνεται ότι το παραγόμενο έργο δεν είναι το προσδοκώμενο απογοητεύεται.
- II. η **αμφιβολία** και **αδράνεια**: Στο δεύτερο στάδιο, ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται από την καθημερινότητά του ότι δεν έχει παράξει το έργο που θα ήθελε και είχε ως στόχο και κατηγορεί τον εαυτό του γι' αυτό. Προσπαθεί περισσότερο αλλά δεν επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα και έτσι απογοητεύεται και πάλι.
- III. η **απογοήτευση** και **ματαίωση**: Στο στάδιο αυτό, ο εργαζόμενος απογοητευμένος συνειδητοποιεί ότι οι προσπάθειές του ματαιώνονται και αποθαρρύνεται. Για να το αντιμετωπίσει καλείται να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του ή οδηγείται σε παραίτηση.
- IV. η **απάθεια**: Στο τελευταίο στάδιο, ο εργαζόμενος δείχνει έλλειψη ενδιαφέροντος για τις σχέσεις του με τους ανθρώπους και την απόδοσή του διαθέτοντας ελάχιστη από την ενέργειά του (*Edelwich et al., 1980*).

2.3 Διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Ο Cherniss χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως «διαδικασία» η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

- I. το **εργασιακό στρες**: όταν οι εργασιακοί στόχοι δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν λόγω έλλειψης πόρων
- II. η **εξάντληση** : πρόκειται για τη συναισθηματική απάντηση του ατόμου που βίωσε το πρώτο στάδιο του χρόνιου στρες και εκδηλώνεται με κόπωση και έλλειψη ενδιαφέροντος
- III. η **αμυντική κατάληξη** : κυριαρχούν τα αισθήματα κυνισμού και απάθειας ως αμυντικοί μηχανισμοί για να καταφέρει να επιβιώσει στο στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον (*Maslach, 1982*)

2.4 Το μοντέλο της Pines

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται μετά από μακροχρόνια έκθεση σε στρεσογόνα στοιχεία του εργασιακού περιβάλλοντος και επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης προσωπικότητας: συναισθηματική, ψυχική και σωματική (*Pines & Aronson, 1988; Edelwich et al., 1980*).

3. Επαγγελματίας Υγείας

Μία από τις πιο ενδιαφέρουσες πλευρές της εργασίας του επαγγελματία υγείας είναι η δυνατότητα να ασχοληθεί με μία ποικιλία θεραπευτικών ρόλων λαμβάνοντας μέρος στη φροντίδα του ασθενούς.

Ο επαγγελματίας υγείας πληροί το ρόλο του δημιουργού ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όταν δίνει στους ασθενείς ευκαιρίες να δοκιμάσουν την αποδοχή τους στις κοινωνικές τους σχέσεις, όταν βοηθά το άτομο ή τις ομάδες των ασθενών να προγραμματίσουν και να πάρουν μέρος σε δραστηριότητες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις του νοσοκομείου και του τμήματος. Ο επαγγελματίας υγείας επιβάλλεται να αναλάβει τον ρόλο του συμβούλου, στην περίπτωση που οι ασθενείς χρειάζονται κάποιον να ακούσει με κατανόηση και συμπάθεια τα προβλήματα που τους απασχολούν (*Τιτομιχλάκη & συν., 2006*).

Ο καθαρά διδακτικός ρόλος, ο ρόλος του δασκάλου, που οφείλει να παίζει ο επαγγελματίας υγείας, μερικές φορές, βοηθάει ουσιαστικά τους ασθενείς να μάθουν να ζουν με περισσότερο κοινωνικά αποδεκτό τρόπο. Συχνά, οφείλει να υποδυθεί το ρόλο του υποκατάστατου της μητέρας, να δείχνει κατανόηση, να συμπαραστέκεται συναισθηματικά, να κάνει τις εργασίες της μητέρας (π.χ. τάισμα και υγιεινή ασθενούς).

Τέλος, είναι αναγκαίο να υπογραμμιστεί το εξής: Ο επαγγελματίας υγείας ποτέ δεν υποδύεται απλώς και μόνο έναν ρόλο σε μια οποιαδήποτε χρονική περίοδο, αλλά συνήθως ασκεί όλους ή μερικούς από αυτούς συγχρόνως (*Cooper et al., 2002*).

3.1 Θεραπευτικό Περιβάλλον

Η θεραπεία των ασθενών με ψυχικά προβλήματα γίνεται σε διάφορες μορφές ιδρυμάτων: σπίτι, φυλακή, σχολείο, νοσοκομείο, ψυχιατρείο, εντατική μονάδα κ.ά.

Η λέξη «περιβάλλον» έχει πολύ ευρύτερη έννοια από το μέρος που γίνεται η θεραπεία. Στην ευρύτερη έννοιά του το «περιβάλλον» ορίζεται ως το σύνολο όλων αυτών που περιβάλλουν εξωτερικά τον ασθενή. Τα περιβάλλοντα τον ασθενή μπορεί να είναι πρόσωπα ή αντικείμενα, τα οποία όταν διαφοροποιηθούν μπορούν να τροποποιήσουν το όλο σύστημα. Η ζωή είναι γεμάτη από εμπειρίες που επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι τα άτομα όλων των ηλικιών επηρεάζουν και επηρεάζονται από το περιβάλλον τους (*Γιαννοπούλου, 1996*).

Όταν ο ασθενής έρχεται σε επαφή με τον επαγγελματία υγείας, ήδη, φέρνει μαζί του τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος που έχει ζήσει μέχρι τώρα και με τη σειρά του επηρεάζεται από το νέο περιβάλλον. Η θεραπευτική αγωγή βασίζεται στη συνειδητή εφαρμογή της γνώσης ότι, καθετί που συμβαίνει στο περιβάλλον του ασθενούς έχει τη δυνατότητα να είναι θεραπευτικό ή μη.

Ένα περιβάλλον χαρακτηρίζεται **θεραπευτικό** όταν πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

- ✓ Ο ασθενής είναι ασφαλής από φυσικό κίνδυνο και συναισθηματικό τραύμα.
- ✓ Είναι ελεύθερος να εκφράσει τα αισθήματά του και το κάνει με τρόπο που είναι αποδεκτός από τον εαυτό του και από τους άλλους στο περιβάλλον.
- ✓ Έχει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσει τις δικές του ικανότητες για τη λύση προβλημάτων.
- ✓ Μπορεί να δοκιμάζει και να παρατηρεί αν του συμπεριφέρονται με σεβασμό και ακεραιότητα.

- ✓ Έχει το δικαίωμα της κατ' ιδίαν μεταχειρίσεως και θεραπείας.

Ευκαιρίες για τους ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη για τον εαυτό τους, τα ερεθίσματα αντιλήψεως για την ικανοποίηση βασικών αναγκών όπως η τροφή, ανάπαυση και άνεση καθώς επίσης και το πρόγραμμα επιστροφής στην κοινωνία είναι τα συστατικά ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος. Στο ψυχιατρείο, η φιλική και ζεστή ατμόσφαιρα αυξάνει στο μέγιστο βαθμό την εξατομίκευση της θεραπείας, εξασφαλίζει συνέχεια στη θεραπεία και αναπτύσσει το αίσθημα ασφάλειας, που είναι σημαντικό κατά την ανάρρωση του ασθενούς (Λανάρα., 1993).

3.2 Ο επαγγελματίας υγείας ως «δημιουργός» θεραπευτικού περιβάλλοντος

Η δημιουργία μιας ζεστής οικείας ατμόσφαιρας πλήρους αποδοχής για τον ασθενή είναι ένας από τους μεγαλύτερους θεραπευτικούς συντελεστές που μπορεί να δημιουργήσει ο επαγγελματίας υγείας για να βελτιώσει την εμπειρία παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Η επιδεξιότητα του ψυχιάτρου δεν μπορεί να είναι πλήρως αποτελεσματική εάν ο ασθενής ζει σε μια παγωμένη και απρόσωπη ατμόσφαιρα. Είναι αναγκαίο λοιπόν, να δίνονται ευκαιρίες για νέες και περισσότερο θετικές εμπειρίες επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί ώστε να συμπεριφέρεται με πιο ώριμο τρόπο. Παράλληλα με τις ευκαιρίες αυτές είναι ανάγκη να υπάρχουν και μερικά άλλα στοιχεία στην όλη συναισθηματική ατμόσφαιρα. Αυτά είναι το ευγενές ενδιαφέρον και ο σεβασμός για τους ασθενείς από όλο το προσωπικό του νοσοκομείου. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς ότι ο πραγματικός σεβασμός για τους ασθενείς τους δημιουργεί περισσότερη υπευθυνότητα για να αποφασίσουν μόνοι τους και να θέσουν υπό έλεγχο τον εαυτό τους και τη συμπεριφορά τους (Τιτομιχλάκη & συν., 2006).

Ένα δεύτερο στοιχείο απαραίτητο για τη δημιουργία θεραπευτικού κλίματος είναι το αίσθημα ασφάλειας. Όταν ο ασθενής εμπνέεται από το κλίμα της συναισθηματικής ασφάλειας τότε τα αισθήματα αποδοχής, φιλίας και ζεστασιάς είναι φανερά. Πολλοί ψυχικά ασθενείς εισέρχονται στο νοσοκομείο επειδή είναι φοβισμένοι, έχουν άγχος ή αισθάνονται ανασφάλεια στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους.

Το τρίτο στοιχείο είναι η άποψη ότι για να είναι ένα κλίμα θεραπευτικό πρέπει ο καθένας που εργάζεται με τους ασθενείς να ενθαρρύνει τη βελτίωση και την θετική αλλαγή στη συμπεριφορά (Γιαννοπούλου, 1996).

3.3 Ο επαγγελματίας υγείας ως «σύμβουλος»

Η ακρόαση είναι μία άλλη σπουδαία πλευρά της Ψυχιατρικής. Ίσως δεν υπάρχει περισσότερο σπουδαία εργασία από το να ακούει κανείς τον ασθενή με συμπάθεια και με έναν θετικό και δυναμικό τρόπο, χωρίς όμως να δίνει συμβουλές, να εκφέρει γνώμη ή να κάνει υποδείξεις. Αυτός ο τύπος της ακρόασης ενθαρρύνει τον ασθενή να σκέπτεται μέσω των προβλημάτων του και να αποφασίζει, πράγμα χρήσιμο γι' αυτόν. Τον βοηθάει να αποβάλλει το άγχος και την ένταση. Του δίνει τη βεβαιότητα ότι ο επαγγελματίας υγείας πραγματικά φροντίζει γι' αυτόν. Αυτού του είδους η ακρόαση απαιτεί από μέρους των επαγγελματιών υγείας χρόνο και ψυχικές δυνάμεις. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή στα προβλήματα που συνδέονται με την πραγματικότητα που αφορούν την παρούσα γι' αυτόν κατάσταση. (Cooper et al., 2002).

3.4 Ο επαγγελματίας υγείας ως «εκπαιδευτής»

Ο επαγγελματίας υγείας ως «εκπαιδευτής» βοηθάει τον ασθενή να παίρνει μέρος σε κοινωνικά αποδεκτές και ικανοποιητικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια:

- Για να μάθουν να ντύνονται κατάλληλα στις διάφορες περιστάσεις.
- Να αναλάβουν υπευθυνότητα για την εργασία που τους ανατίθεται.
- Να φροντίσουν για τις φυσικές τους ανάγκες ούτως ώστε να γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους.
- Να τρώνε με κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους.
- Να δέχονται τη δικαιολογημένη αλλαγή του προγράμματος στο φαγητό, τον ύπνο, την καθαριότητα.
- Να αποφεύγουν να πληγώνουν τους άλλους ανθρώπους.
- Να συμβιβάζονται με πολλές άλλες πλευρές της ομαδικής συμβίωσης (Λανάρα, 1993).

4. Επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας

Διάφοροι ψυχοπιεστικοί παράγοντες προκαλούν ψυχική καταπόνηση (stress) σε ορισμένες κατηγορίες υγειονομικών, κυρίως στους γιατρούς και στους νοσηλευτές (Τσίκου και συν., 1995). Στην Αγγλία και Ουαλία, η θνησιμότητα των γιατρών και των νοσηλευτών από αυτοκτονία είναι η υψηλότερη (και μάλιστα των γιατρών μεγαλύτερη συγκριτικά με αυτή των νοσηλευτών) σε σχέση με εκείνη των άλλων επαγγελματιών ομάδων. Στην Καλιφόρνια των Η.Π.Α. βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας (γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές κ.ά) σημειώνουν διπλάσια συχνότητα αυτοκτονιών από ότι οι εργαζόμενοι σε άλλα επιστημονικά και τεχνικά επαγγέλματα. Στην Ελλάδα, οι σπουδαστές των επαγγελματιών υγείας εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη επίπτωση στην κατάθλιψη από τις σπουδάστριες δασκάλες, όπως διαπιστώθηκε από τη μελέτη των απαντήσεων που δόθηκαν σε ερωτηματολόγιο σχετικό με την εκτίμηση δυσθυμικών καταστάσεων. Η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας (πολλές φορές ανίατης), του ανθρώπινου πόνου και του θανάτου υποβάλλουν τους επαγγελματίες υγείας σε συνθήκες έντονου στρες, του οποίου η ένταση ποικίλλει ανάλογα με την ατομική ευαισθησία και το βαθμό της συναισθηματικής εμπλοκής. Στους επαγγελματίες υγείας προξενεί ένταση η ανάγκη των οικείων προσώπων για λεπτομερή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση του αρρώστου οποιαδήποτε χρονική στιγμή της ημέρας, πράγμα το οποίο συνεπάγεται τη συνεχή ετοιμότητα και διαθεσιμότητά τους, παραμερίζοντας τα προσωπικά τους προβλήματα και συναισθήματα, την οποία ένταση επιτείνει η ευθύνη για τη λήψη σωστών αποφάσεων (Montoro-Rodriguez et al., 2006).

Παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν στρες στους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι οι εξής:

- (α) η ανάγκη προσαρμογής στην κλίμακα της ιεραρχίας, π.χ. όταν χαμηλόβαθμος επαγγελματίας υγείας καλείται να είναι ο μόνος υπεύθυνος ενός θαλάμου κατά τη βραδινή βάρδια
- (β) η ανάγκη για εξειδίκευση και συνεχή ενημέρωση π.χ. όταν δεν θέλουν ή δεν μπορούν να μετεκπαιδευτούν

(γ) η διάσταση μεταξύ των κοινωνικών και των ατομικών μηχανισμών άμυνας που αναπτύσσει ο νοσηλευτής.

Η εργασία κατά βάρδιες (shift work) προϋποθέτει φυσική και κοινωνική προσαρμογή και μπορεί να προκαλέσει στρες ή «εργασιακή κόπωση» (occupational fatigue). Φαίνεται ότι η εργασία σε βάρδιες μπορεί να επιδεινώσει προϋπάρχον έλκος του στομάχου ή του δωδεκαδάκτυλου. Υγειονομικοί ορισμένων κατηγοριών (π.χ. παρασκευαστές, φυσιοθεραπευτές, βοηθοί ακτινολόγων) βρίσκονται συχνά σε επιφυλακή (on call), που συνεπάγεται πολλές ώρες εργασίες και ενδεχόμενα ψυχική καταπόνηση.

Για να επιτευχθεί, λοιπόν, αποτελεσματικότερη πρόληψη και αντιμετώπιση των επαγγελματικών κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι υγειονομικοί των νοσοκομείων θα ήταν χρήσιμο να αναπτυχθούν η εκπαίδευση και η έρευνα στα σχετικά θέματα και να συγκροτηθούν ειδικές μονάδες (ή τμήματα) υπεύθυνες για την παροχή υπηρεσιών ιατρικής εργασίας σε μεγάλα νοσοκομεία (*Montoro-Rodriquez et al., 2006*).

Η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται ως αντίδραση στο χρόνιο συναισθηματικό στρες, το οποίο οφείλεται στην διαταραχή των σχέσεων ανάμεσα στο νοσηλευτή και στους ασθενείς, στους συναδέλφους, στην οικογένεια και στο κοινωνικό περιβάλλον (*Adali. & Priami, 2002*). Επιπροσθέτως, η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών οδηγεί σε ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών (*Cronin-Stubbs et al., 1985; Montoro-Rodriquez et al., 2006*).

Επιπρόσθετα, δύο ενδεχόμενες πηγές χρόνιου συναισθηματικού στρες για τους επαγγελματίες υγείας αφορούν: α) στη συνεχή και άμεση επικοινωνία με τους ασθενείς, τους οικείους, το υπόλοιπο προσωπικό καθώς και τη διοίκηση του νοσοκομείου β) στον αυξημένο κίνδυνο έκθεσής τους σε κάποια μεταδοτική νόσο ή πρόκλησης ενός ατυχήματος κατά την επιτέλεση των καθηκόντων της εργασίας τους όπως για παράδειγμα το τρύπημα από βελόνα κατά τη διάρκεια αιμοληψίας. Οι στρεσογόνοι αυτοί παράγοντες επιτείνονται από την έντονη προσπάθεια που καταβάλλει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να φαίνεται ότι είναι σε θέση να διατηρήσει την ψυχραιμία του σε περίπτωση επείγουσας κατάστασης ώστε να αντιμετωπιστεί με επιτυχία, αλλά την ίδια στιγμή να συμμετέχει συναισθηματικά και να δείχνει ενδιαφέρον για τα προβλήματα των ασθενών (*Fox et al., 1993; Adali & Priami, 2002*).

Σύμφωνα με τον Antoniou et al.(2003), ο νευρωτισμός (γνωστός ως συναισθηματική αστάθεια, αναφέρεται στην τάση να βιώνει το άτομο μια κλίμακα αρνητικών συγκινήσεων, που συμπεριλαμβάνει το άγχος, την ανασφάλεια, την οξυθυμία και τη νευρική ένταση) σχετιζόταν περισσότερο με την προσωπική, εργασιακή και «πελατειακή» επαγγελματική εξουθένωση από ότι η εξωστρέφεια.

Η μείωση του προσωπικού και ο αυξημένος φόρτος εργασίας των επαγγελματιών υγείας στα νοσοκομεία θεωρούνται από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας ως σημαντικές απειλές για την ασφάλεια των ασθενών, ενώ όλο και περισσότεροι ασθενείς καλούν τους θεράποντες ιδιώτες ιατρούς στο νοσοκομείο λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης (Trafford, 2001, Suzuki et al., 2005, Maslach et al., 2001).

Στον τομέα της έρευνας του εργασιακού στρες, έχει γίνει αξιολόγηση αυτού με την χρήση παραδοσιακών μοντέλων εργασιακού στρες, όπως το μοντέλο ζήτησης-ελέγχου-στήριξης Karasek , ενώ πολλές μελέτες που χρησιμοποίησαν αυτά τα μοντέλα εστίασαν στην ανάλυση της σχέσης των παραγόντων στρες με τις αντιδράσεις στρες (Karasek, 1979, Shimomitsu et al., 2001). Παρόλα αυτά, οι Folkman & Lazarus (1980) τόνισαν την ανάγκη της μελέτης της αντιμετώπισης και την όρισαν ως τις νοητικές και συμπεριφορικές προσπάθειες κατανίκησης, ανοχής ή μείωσης των απαιτήσεων και των συγκρούσεων. Έτσι, ορισμένοι μελετητές πραγματοποίησαν έρευνες του εργασιακού στρες συνδυάζοντας τα παραπάνω μοντέλα με τις συμπεριφορές αντιμετώπισης των συμμετεχόντων. Ο Epting (1981) ανέφερε ότι οι αντιδράσεις στο στρες μπορούν να ποικίλουν ανάλογα με την προσαρμοστικότητα των ατόμων ή τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν και έτσι έχουν προσωπική φύση. Σύμφωνα με την άποψή του, η έκθεση στους ίδιους παράγοντες στρες μπορεί να προκαλέσει επαγγελματική εξουθένωση σε ορισμένα άτομα αλλά όχι σε όλα.

Η προσωπικότητα είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που πρέπει να μελετηθεί. Έχει αναφερθεί ότι σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, τη νοητική ασθένεια και την ηθική (Piedmont, 1993, Bagby et al., 2008, Wilson et al., 2005). Σε μακροχρόνιες μελέτες, ακόμη και όταν οι περιστασιακές μεταβλητές ελέγχονται, η προσωπικότητα συνεχίζει να εξηγεί ένα σημαντικό τμήμα της ποικιλίας των βαθμολογιών επαγγελματικής εξουθένωσης (Bagby et al., 2008) και

έτσι τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων.

5. Ψυχολογική Ανθεκτικότητα

5.1 Ορισμός

Οι προκλήσεις σε προσωπικό, επαγγελματικό, οικονομικό και συναισθηματικό επίπεδο συνεχώς αυξάνονται, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες όπου οι άνθρωποι επιδιώκουν τη διανοητική ευεξία και την επίτευξη πλήρους υγείας στη ζωή τους. Η ανθεκτικότητα σε ένα άτομο αντανακλά μια δυναμική συνύπαρξη παραγόντων που ενθαρρύνει τη θετική προσαρμογή αυτού παρά την έκθεσή του σε δυσμενείς εμπειρίες της ζωής (*Shastri, 2013*).

Σε μια μελέτη η ανθεκτικότητα ορίστηκε ως «η διατήρηση της υγείας παρά τις αντιξοότητες», δύο μελέτες την όρισαν ως «την ικανότητα του ατόμου να μετριάξει τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες, να αντέχει στις αντιξοότητες ή να μπορεί να τις ξεπερνά», ενώ μια άλλη μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ανθεκτικότητα είναι «μια δυναμική, εξελισσόμενη διαδικασία θετικών στάσεων και αποτελεσματικών στρατηγικών». Αρκετές μελέτες συνδέουν την ανθεκτικότητα με την επαγγελματική εξουθένωση και ορίζουν την πρώτη ως « μια επίμονη, αρνητική, σχετιζόμενη με την εργασία κατάσταση του νου που εμφανίζεται σε φυσιολογικά άτομα και η οποία αρχικά χαρακτηρίζεται από κόπωση και συνοδεύεται από ψυχολογική δυσφορία, αίσθηση μειωμένης απόδοσης, μειωμένα κίνητρα με αποτέλεσμα την ανάπτυξη δυσλειτουργικών στάσεων και συμπεριφορών στην εργασία» (*Robertson et al, 2016*).

Η Αμερικανική Εταιρεία Ψυχολογίας ορίζει την ανθεκτικότητα ως «τη διαδικασία κατά την οποία το άτομο μπορεί να προσαρμοστεί καλά ενάντια στις αντιξοότητες, το τραύμα, την τραγωδία, τις απειλές ή ακόμη και τις σημαντικές πηγές του στρες» (*American Psychological Association, 2014*).

5.2 Κατανόηση της έννοιας της ψυχολογικής ανθεκτικότητας

Υπάρχουν δύο κρίσιμες παράμετροι που πρέπει να επισημανθούν για την αντίληψη της έννοιας της ανθεκτικότητας: α) η έκθεση σε σημαντική απειλή, σοβαρές αντιξοότητες ή τραύμα και β) η επίτευξη θετικής προσαρμογής παρά τις μεγάλες επιθέσεις στην αναπτυξιακή διαδικασία (*Luthar et al, 2000, Masten et al, 2001*).

Για δεκαετίες, τα πεδία της νευρολογίας, της ψυχικής υγείας, της ιατρικής, της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας επικεντρώθηκαν συλλογικά στις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες του άγχους και πιο πρόσφατα, του έντονου στρες. Το άγχος είναι μια πραγματικότητα της καθημερινής μας ζωής. Σε κάποιο σημείο, οι περισσότεροι άνθρωποι θα εκτεθούν σε μία ή περισσότερες δυνητικά απειλητικές για τη ζωή τραυματικές εμπειρίες που μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική του υγεία (*Karam et al., 2014*). Ωστόσο, στην πραγματικότητα, η ανθεκτικότητα αποτελεί μια συνεχή, εξελισσόμενη διαδικασία που μπορεί να υπάρχει σε διαφορετικούς βαθμούς και σε διάφορους τομείς της ζωής ενός ατόμου (*Pietrzak & Southwick, 2011*). Ένα άτομο που προσαρμόζεται καλά στο άγχος σε ένα εργασιακό περιβάλλον ή σε ένα ακαδημαϊκό περιβάλλον μπορεί να αποτύχει να προσαρμοστεί καλά στην προσωπική του ζωή ή στις σχέσεις του και το αντίθετο.

Η ανθεκτικότητα μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου ως συνάρτηση της ανάπτυξης και της αλληλεπίδρασης κάποιου με το περιβάλλον (*Kim-Cohen & Turkewitz, 2012*). Για παράδειγμα, ένας υψηλός βαθμός φροντίδας και προστασίας της μητέρας μπορεί να ενισχύσει την ανθεκτικότητα κατά τη βρεφική ηλικία του ατόμου, αλλά μπορεί να παρεμβαίνει στην εξατομίκευσή του κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή της νεαρής του ηλικίας. Επιπλέον, η ανταπόκρισή μας στο άγχος και το τραύμα λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο αλληλεπιδράσεων με άλλους ανθρώπους, διαθέσιμους πόρους, συγκεκριμένους πολιτισμούς και θρησκείες, οργανώσεις, κοινότητες και κοινωνίες (*Sherrieb, Norris & Galea, 2010, Walsh, 2006*). Κάθε ένα από αυτά τα πλαίσια μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο ανθεκτικό από μόνο του και ως εκ τούτου, περισσότερο ή λιγότερο ικανό να υποστηρίξει το άτομο.

Επομένως, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο μπορεί κανείς να αναπτύξει και να ενισχύσει την ανθεκτικότητα έχει μεγάλη σημασία όχι μόνο για την προώθηση των μηχανισμών αντιμετώπισης, αλλά και για την άμβλυνση της κακής προσαρμογής και αντίδρασης στο στρες. Αν και η κατανόηση της ανθεκτικότητας είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο, πρόσφατες έρευνες έχουν εντοπίσει μηχανισμούς που

περιλαμβάνουν γενετικούς, επιγενετικούς, αναπτυξιακούς, ψυχολογικούς και νευροχημικούς παράγοντες οι οποίοι στηρίζουν την ανάπτυξη και ενίσχυση της ανθεκτικότητας και παράγοντες που προβλέπουν την ευπάθεια στο στρες και σε ψυχικές διαταραχές ενόψει του στρες και του τραύματος (*Wu et al., 2013*). Συνολικά, τα διαθέσιμα μέχρι σήμερα δεδομένα, υποδεικνύουν έντονα την παρουσία ενός νευροβιολογικού υποστρώματος βασισμένου σε μεγάλο βαθμό στη γενετική, το οποίο συσχετίζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, μερικά από τα οποία διαμορφώνονται μέσω της κοινωνικής μάθησης.

Η αξιολόγηση του επιπέδου της ανθεκτικότητας απαιτεί την καταγραφή εσωτερικών (προσωπικών) και εξωτερικών (περιβαλλοντικών) παραγόντων, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι μεταβλητές της οικογενειακής και κοινωνικής κατάστασης διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανθεκτικότητα του ατόμου. Οι παράγοντες προστασίας φαίνεται να είναι πιο σημαντικοί στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας από ότι οι παράγοντες κινδύνου (*Shastri, 2013*). Επίσης, οι πρόσφατες κλινικές και ερευνητικές μελέτες επικεντρώνονται στα προτερήματα του ατόμου, όχι στην ευάλωτη θέση αυτού, ως μέσο ενδυνάμωσης ώστε να μπορεί να ξεπερνά τις αντιξοότητες, να επιμένει και να προσαρμόζεται θετικά (*Fay et al., 2017*).

Ενώ οι προγενέστερες μελέτες σχετικά με την κατανόηση της ανθεκτικότητας εμφανίζουν αυτή ως ένα σπάνιο χαρακτηριστικό που κατέχουν κάποια άτομα, πιο πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν ότι η ανθεκτικότητα είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό "που προκύπτει από τη λειτουργία βασικών ανθρώπινων συστημάτων προσαρμογής" (*Masten, 2001*). Ένα τέτοιο βασικό σύστημα θεωρείται ότι είναι η ικανότητα να βιώνουμε θετικά συναισθήματα.

Σύμφωνα με τη *θεωρία των θετικών συναισθημάτων* της Fredrickson, με την πάροδο του χρόνου η διεύρυνση που προκαλείται από τα θετικά συναισθήματα δημιουργεί μια σειρά από προσωπικά επιτεύγματα που συμπεριλαμβάνει **σωματικά επιτεύγματα** (σωματικές ικανότητες, υγεία, μακροζωία), **κοινωνικά επιτεύγματα** (φιλίες, δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης), **πνευματικά επιτεύγματα** (εμπειρογνωμοσύνη, πνευματική πολυπλοκότητα) και **ψυχολογικά επιτεύγματα** (ανθεκτικότητα, αισιοδοξία, δημιουργικότητα) (*Fredrickson 1998, 2000, 2001*). Έτσι, μέσω της εμπειρίας των θετικών συναισθημάτων, οι άνθρωποι μπορούν να

μεταμορφώσουν τους εαυτούς τους, να γίνουν πιο δημιουργικοί, μορφωμένοι, κοινωνικά ολοκληρωμένοι, υγιείς και ανθεκτικοί.

5.3 Ιστορική αναδρομή

Οι ιστορικές ρίζες της ανθεκτικότητας μπορούν να ανιχνευθούν σε πρώιμα προγράμματα έρευνας σε άτομα με σχιζοφρένεια και σε άτομα που εκτίθενται σε ψυχικές ασθένειες των γονέων, σε ακραίες καταστάσεις άγχους και φτώχειας, καθώς και στη λειτουργία ατόμων που αντιμετώπισαν τραυματικά γεγονότα νωρίτερα στη ζωή τους.

Μέχρι τα μέσα του 20ου αιώνα, οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια που παρουσίασαν τις λιγότερο σοβαρές ασθένειες, χαρακτηρίζονταν από μια σχετικά ικανοποιητική ανταπόκριση στο εργασιακό περιβάλλον, καλές οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις και αποτελεσματικές στάσεις ως προς την αντιμετώπιση προβλημάτων. Παράλληλα, μελέτες παιδιών των οποίων οι μητέρες έπασχαν από σχιζοφρένεια, διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της ανθεκτικότητας στην παιδική ηλικία ως ένα σημαντικό θεωρητικό και εμπειρικό θέμα. (*Garmezy, 1971, Garmezy et al, 1974*).

Η διαχρονική, πρωτοποριακή μελέτη του Werner στην οποία αναζητούσε συστηματικά προστατευτικές δυνάμεις που διαφοροποιούσαν τα παιδιά με υγιές προφίλ προσαρμογής από εκείνα που ήταν συγκριτικά λιγότερο προσαρμοστικά, κατέδειξε ότι πολλά από αυτά τα παιδιά που βίωσαν σοβαρές αντιξοότητες, αναπτύχθηκαν παρά την έκθεσή τους σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου (*Werner and Smith, 1982, Werner and Smith, 1992*). Έτσι, οι πρώιμες εμπειρικές προσπάθειες επικεντρώθηκαν, κατά κύριο λόγο, στις προσωπικές ιδιότητες των "ανθεκτικών παιδιών", όπως η αυτονομία ή η υψηλή αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, καθώς διεξάγονταν μελέτες για το συγκεκριμένο θέμα, οι ερευνητές αναγνώριζαν ολοένα και περισσότερο ότι η ανθεκτικότητα μπορεί συχνά να προέρχεται και από εξωτερικούς παράγοντες. Οι μεταγενέστερες έρευνες οδήγησαν στην οριοθέτηση αυτών των συνολικών παραγόντων που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας: **α)** στα

χαρακτηριστικά των ίδιων των παιδιών β) στις πτυχές των οικογενειών τους και γ) στα χαρακτηριστικά του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός τους (Luthar et al, 2000, Masten and Garmezy, 1985). Τις τελευταίες δεκαετίες, υπήρξε μια μετατόπιση στο επίκεντρο των εμπειρικών ερευνών. Αντί να αναζητούν τους προστατευτικούς παράγοντες, οι ερευνητές προσπαθούν όλο και περισσότερο να ανακαλύψουν τους μηχανισμούς στους οποίους βασίζεται η ανθεκτικότητα. Αυτή η εστίαση στις διαδικασίες, σε αντίθεση με τους παράγοντες προσδιορισμού, επέτρεψε στους επιστήμονες να σχεδιάσουν στρατηγικές πρόληψης και παρέμβασης που είναι σημαντικές για την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας σε άτομα που αντιμετωπίζουν σημαντικές αντιξοότητες ή τραύματα. Η γνώση των διαδικασιών που συμβάλλουν στην ανθεκτική λειτουργία μπορεί να ενεργοποιήσει μηχανισμούς πρόληψης και παρέμβασης, έτσι ώστε οι επιστήμονες να αξιοποιήσουν περιόδους αναπτυξιακής αλλαγής και μεταβάσεις ως μοναδικές ευκαιρίες για προαγωγή της θετικής προσαρμογής κατά τη διάρκεια σημαντικών αντιξοοτήτων ή τραυμάτων. Όπως ισχυρίστηκε η S. Luthar, "είναι πολύ πιο συνετό να προωθήσουμε την ανάπτυξη της ανθεκτικής λειτουργίας έγκαιρα στο στάδιο ανάπτυξης ενός ατόμου παρά να εφαρμόσουμε θεραπείες για την αποκατάσταση των διαταραχών όταν αυτές έχουν ήδη προκληθεί" (Luthar, 2006).

Και ενώ η έννοια της ανθεκτικότητας μελετήθηκε εκτενώς από την αναπτυξιακή ψυχολογία με την παρακολούθηση παιδιών που ήταν σε θέση να ευδοκιμούν, να επιβιώνουν και να ξεπερνούν αρνητικές καταστάσεις της παιδικής ηλικίας με ελλιπή γονική μέριμνα, εφαρμόστηκε αργότερα και σε άλλες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, όπως σε τραυματίες, επιζώντες πολέμου και στρατιωτικούς. Τα τελευταία χρόνια, η θεωρία και η μελέτη της ανθεκτικότητας μετατοπίστηκαν από την προσήλωση στις μακροχρόνιες δυσμενείς συνέπειες του ψυχικού τραύματος στη σημασία της εσωτερικής δύναμης και της ικανότητας σχεδιασμού παρεμβάσεων που ενισχύουν την ανθεκτικότητα (Fay et al., 2017).

5.4 Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχολογική ανθεκτικότητα

5.4.1 Γενετικοί παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του βαθμού ανθεκτικότητας στο τραύμα και το στρες (Wu et al., 2013). Πολλοί

γονιδιακοί πολυμορφισμοί σχετιζόμενοι με το νευροπεπτίδιο Y, τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια, τα νοραδρενεργικά, ντοπαμινεργικά και σεροτονινεργικά συστήματα έχουν συσχετιστεί με διάφορους φαινοτύπους ανθεκτικότητας (*Feder et al., 2009, Russo et al., 2012*).

- *Νευροπεπτίδιο Y*: Το NPY είναι ένα νευροπεπτίδιο με αγχολυτικές δράσεις που προωθεί προστατευτικές απαντήσεις έναντι του στρες. Η γενετική ποικιλομορφία του NPY συνεισφέρει στον καθορισμό της επιρρέπειας κάθε ατόμου στο στρες (*Wu et al., 2011*).
- *Ο άξονας υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια* : Τα γονίδια που ελέγχουν τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της ανθεκτικότητας. Για παράδειγμα, έχει δειχθεί ότι τα γονίδια CRHR-1 και FKBP5 αλληλεπιδρούν με στρεσογόνους παράγοντες στην πρώιμη ηλικία καθορίζοντας την επιρρέπεια σε ψυχικές νόσους στην ενήλικη ζωή (*Gillespie et al., 2009*).
- *Το νοραδρενεργικό, ντοπαμινεργικό και σεροτονινεργικό σύστημα*: Πολυμορφισμοί στα γονίδια που ελέγχουν το νοραδρενεργικό, το ντοπαμινεργικό και σεροτονινεργικό σύστημα επίσης έχουν επιπτώσεις στη διαμόρφωση της ανθεκτικότητας. Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι συγκεκριμένοι πολυμορφισμοί του γονιδίου που είναι υπεύθυνο για την παραγωγή του ενζύμου COMT (Catechol-O-Methyltransferase) που φυσιολογικά συμμετέχει στο μεταβολισμό των κατεχολαμινών (περιλαμβανομένων της επινεφρίνης, της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης) οδηγούν σε ελλειμματική ανθεκτικότητα (*Heinz and Smolka, 2006, Skelton et al., 2012*).

5.4.2 Επιγενετικοί παράγοντες

Η επιγενετική αναφέρεται σε λειτουργικές τροποποιήσεις στο γονιδίωμα χωρίς αλλαγή στην αλληλουχία του DNA. Τέτοιες τροποποιήσεις χρησιμεύουν στη ρύθμιση της γονιδιακής έκφρασης και του φαινοτύπου μέσω μηχανισμών όπως είναι η μεθυλίωση του DNA και η απομεθυλίωση, καθώς και σε τροποποιήσεις της ιστόνης που περιλαμβάνουν τη μεθυλίωση, ακετυλίωση και φωσφορυλίωση. Οι

επιγενετικές διαφορές μπορεί να είναι συνέπεια της έκθεσης σε παράγοντες σχετιζόμενους με το στρες κατά τη διάρκεια κρίσιμων περιόδων ανάπτυξης και συνεπώς να συμβάλλουν στην ευπάθεια του ατόμου σε ψυχικές διαταραχές (*Tsankova et al., 2007, Dudley et al., 2011*).

5.4.3 Αναπτυξιακοί παράγοντες

Το αναπτυξιακό περιβάλλον αποτελεί ακόμη έναν κρίσιμο παράγοντα για την ανθεκτικότητα. Τα σοβαρά, ανεπιθύμητα συμβάντα στην παιδική ηλικία μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη συστημάτων ανταπόκρισης στο στρες, προκαλώντας σε μερικές περιπτώσεις μακροχρόνιες βλάβες. Το προγεννητικό στρες και το παιδικό τραύμα έχουν συνδεθεί με έναν υπερκινητικό άξονα HPA, έχοντας ως αποτέλεσμα την υπερβολική έκκριση κορτιζόλης αργότερα στη ζωή με συνεπακόλουθο τον κίνδυνο των αρνητικών επιδράσεων αυτής. Επιπλέον, το σοβαρό στρες της πρώιμης ζωής οδηγεί σε υπερλειτουργία του συστήματος locus coeruleus-norepinephrine (LC-NE) κατά την ενηλικίωση. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι η παιδική κακοποίηση μπορεί να επηρεάσει την περιοχή του ιππόκαμπου και παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης (*Wu et al, 2013*).

5.4.4 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Σημαντικές έρευνες έχουν διεξαχθεί για τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες της αντοχής έναντι του στρες και την οικοδόμηση της ανθεκτικότητας. Οι γνωσιακές διαδικασίες, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι ενεργητικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης, μεταξύ άλλων, συμβάλλουν στην ανθεκτικότητα. Αυτά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά αλληλεπιδρούν με βιολογικούς παράγοντες, βοηθούν το άτομο να ανταπεξέλθει σε τραυματικά γεγονότα και παρέχουν ανθεκτικότητα (*Charney, 2004*).

5.4.5 Ατομικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές

Χαρακτηριστικά όπως το υψηλό επίπεδο πνευματικής λειτουργίας, η αποτελεσματική αυτορρύθμιση, τα ενεργά στάδια αντιμετώπισης, η αισιοδοξία και

παρατηρήθηκαν σε νέους που είχαν αντιμετωπίσει δυσμενείς καταστάσεις, αλλά δεν υπέκυψαν στις δυσμενείς επιπτώσεις του ακραίου στρες (Richardson, 2002).

Αισιοδοξία: Η θετική επίδραση έχει αποδειχθεί ότι είναι προστατευτική ενάντια στο άγχος σε πολυάριθμες μελέτες και συνδέεται με ταχύτερους χρόνους ανάκαμψης και καλύτερη συνολική φυσική κατάσταση. Ομοίως, η αισιοδοξία, εδώ ορίζεται ως η προσδοκία για καλά αποτελέσματα, έχει επανειλημμένως σχετιστεί με στρατηγικές ενεργούς αντιμετώπισης, υποκειμενική ευημερία, σωματική υγεία καθώς και με μεγαλύτερες και πληρέστερες κοινωνικές συνδέσεις. Σε αντίθεση με τους απαισιόδοξους, οι αισιόδοξοι ανέφεραν λιγότερη απελπισία και ανικανότητα και είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν την αποφυγή ως μηχανισμό αντιμετώπισης όταν έρχονται αντιμέτωποι με οποιαδήποτε απειλή (Wu et al, 2013).

Γνωσιακή επανεκτίμηση: Συνυφασμένη με την ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα παρακολούθησης και εκτίμησης των αρνητικών σκέψεων και της αντικατάστασής τους με άλλες πιο θετικές σκέψεις. Γνωστή ως γνωσιακή ευελιξία ή γνωσιακή αναδιαμόρφωση, αυτή η στρατηγική ρυθμίσεων των συναισθημάτων συνεπάγεται την αλλαγή του τρόπου με τον οποίο κάποιος αντιμετωπίζει γεγονότα ή καταστάσεις. Η συνειδητή επανεξέταση των δυσμενών ή τραυματικών γεγονότων συνδέεται με την ανθεκτικότητα. Σε μια μελέτη 632 ανδρών και γυναικών, οι ερευνητές διαπίστωσαν η ασφαλής σύνδεση σχετίζεται με υψηλότερη γνωσιακή επανεκτίμηση και ανθεκτικότητα και ότι αυτοί οι δύο παράγοντες μεσολαβούν εν μέρει στην ευημερία των ατόμων (Karreman και Vingerhoets, 2012).

Ενεργή αντιμετώπιση: Η ενεργή αντιμετώπιση, χρησιμοποιώντας συμπεριφορικές ή ψυχολογικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για τη μείωση ή υπέρβαση του άγχους, συνδέεται με την προσαρμοστικότητα και την ψυχολογική ανθεκτικότητα (Feder et al, 2009) και έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν δύσκολες καταστάσεις διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ψυχολογικής δυσφορίας και επακόλουθων αρνητικών συνεπειών.

Κοινωνική υποστήριξη: Τόσο η παρουσία κοινωνικής στήριξης όσο και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης έχουν συνδεθεί με την ψυχολογική ανθεκτικότητα και ευδοκιμούν μπροστά σε σημαντικά δυσμενή γεγονότα της ζωής. Αντίθετα, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη έχει συνδεθεί με ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ έρευνα σε ασθενείς με καρκίνο έδειξε ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με την

κακή κοινωνική υποστήριξη, τον μεγαλύτερο εξωτερικό έλεγχο και ανέφεραν αδυναμία ή έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια, τους φίλους και άλλες κοινωνικές επαφές (όπως οι γείτονες, οι συνάδελφοι και οι λιγότερο στενοί συγγενείς).

Χιούμορ: Το χιούμορ έχει αναγνωριστεί ως μια μορφή ενεργού αντιμετώπισης που συμβάλλει στην ανθεκτικότητα όχι μόνο λόγω της ικανότητάς του να ανακουφίζει από την ένταση αλλά και για την ικανότητά του να προσελκύει την κοινωνική υποστήριξη. Το χιούμορ χρησιμοποιείται ευρέως από τους παλαίμαχους, τους πρόσφυγες, τους ασθενείς τελικού σταδίου και τη νεολαία και έχει αποδειχθεί ότι προστατεύει από το στρες.

Φυσική άσκηση: Η σωματική άσκηση έχει θετικές επιδράσεις στην ψυχολογική ευεξία καθώς και στη διάθεση, την κλινική κατάθλιψη και την αυτοεκτίμηση. Η φυσική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τους νευροβιολογικούς παράγοντες της ανθεκτικότητας και μπορεί να είναι επωφελής για όσους εμφανίζουν καταθλιπτικά επεισόδια ή αντιμετωπίζουν καταστάσεις έντονου στρες.

Αλτρουισμός: Ο αλτρουισμός έχει επίσης συνδεθεί με την ανθεκτικότητα τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά. Ποιοτικές μελέτες εξέτασαν ταλαιπωρημένα και κακοποιημένα άτομα που ανέκαμψαν ύστερα από την επίδειξη αλτρουιστικών συμπεριφορών, επιδεικνύοντας έτσι την ανάκαμψη μετά από ψυχικό τραύμα και την ανάπτυξη ανθεκτικότητας. Πρότειναν μάλιστα ότι οι μετατραυματικές παρεμβάσεις μπορούν να προωθήσουν τον «αλτρουισμό που δημιουργήθηκε ύστερα από καταστάσεις ταλαιπωρίας». Μια μελέτη σε 232 παιδιά δημοτικού σχολείου στην Ελλάδα έδειξε ότι ο υψηλότερος αλτρουισμός είχε σαν αποτέλεσμα χαμηλότερη ανταγωνιστικότητα στην τάξη και συνδέθηκε με υψηλότερη ενσυναίσθηση και ανθεκτικότητα (Leontopoulou, 2010).

Η επίγνωση των προσωπικών παραμέτρων: η επίγνωση των προσωπικών χαρακτηριστικών είναι ένας άλλος ψυχολογικός παράγοντας που συνδέεται με την ανθεκτικότητα. Βασίζεται σε βουδιστική πρακτική διαλογισμού, επικεντρώνεται σε συνεχή επίγνωση των σωματικών ικανοτήτων, συναισθημάτων και αισθήσεων με παράλληλη αντίληψη και απόρριψη των αποδιοργανωτικών σκέψεων. Μελέτες σχετικά με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου υποδηλώνουν ότι οι ισχυρές ικανότητες αυτού, προ ψυχικού τραύματος, μπορούν να μειώσουν τους

ψυχολογικούς μηχανισμούς απόθησης ως απάντηση στο στρες, προλαμβάνοντας τα συμπτώματα κατάθλιψης και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας.

Ηθική πυξίδα: Η ύπαρξη μιας ηθικής πυξίδας ή ενός συστήματος εσωτερικών πεποιθήσεων που κατευθύνει τις αξίες και την ηθική είναι εδραιωμένη μεταξύ ανθεκτικών ατόμων. Αν και η θρησκεία ή η πνευματικότητα αποτελεί μια πτυχή της ηθικής πυξίδας, η έννοια της ηθικής πυξίδας βασίζεται σε μια πιο ανθρώπινη πίστη στην ηθική. Μια μελέτη 121 ασθενών με διάγνωση της κατάθλιψης και/ή μιας διαταραχής άγχους έδειξε ότι η έλλειψη σκοπού στη ζωή και η λιγότερο συχνή σωματική άσκηση συσχετιζόνταν με χαμηλή ανθεκτικότητα, αλλά η χαμηλή πνευματικότητα επικράτησε ως κύριος προγνωστικός δείκτης χαμηλής ανθεκτικότητας. Ομοίως, ο σκοπός στη ζωή ήταν ένας βασικός παράγοντας που συνδέεται με την ανθεκτικότητα σε μια μελέτη 259 ασθενών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με ιστορικό έκθεσης σε μια σειρά σοβαρών τραυματικών εμπειριών (*Wu et al, 2013*).

5.5 Στρατηγικές παρέμβασης που προωθούν την ψυχική ανθεκτικότητα

Ο Newman, επιδιώκει να αναθεωρήσει στρατηγικές, παρεμβάσεις και προσεγγίσεις που συμβάλλουν στην οικοδόμηση της ανθεκτικότητας στα παιδιά και τους νέους και υποστηρίζει ότι ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης του ατόμου, υπάρχουν **στρατηγικές που προωθούν την ψυχική ανθεκτικότητα** και αυτές είναι:

Κατά το προγεννητικό στάδιο έως την ηλικία των 4 ετών: η κατάλληλη μητρική διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η αποφυγή του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος, η απαγόρευση κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και η κοινωνική υποστήριξη στις μητέρες από τους συντρόφους τους, τα οικογενειακά και εξωτερικά δίκτυα. Επίσης, επικεντρώνεται στην επιδίωξη καλής πρόσβασης στην προγεννητική φροντίδα και στις παρεμβάσεις πρόληψης της ενδοοικογενειακής βίας.

Κατά το στάδιο της βρεφικής ηλικίας: το επαρκές γονικό εισόδημα, η κοινωνική υποστήριξη στις μητέρες ώστε να μετριαστεί το περιγεννητικό άγχος, η καλής ποιότητας κατοικία, η εκπαίδευση – επιμόρφωση των γονέων, οι ασφαλείς χώροι παιχνιδιού, η συνεχής διασύνδεση με υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

Κατά το προσχολικό στάδιο: η υψηλής ποιότητας καθημερινή φροντίδα, η ικανοποιητική ενασχόληση με το παιδί, η συναναστροφή αυτού με συνομήλικούς του, η διαθεσιμότητα εναλλακτικών φροντιστών, η επαφή με άλλους γονείς, τα τοπικά δίκτυα και οι κοινωνικές ομάδες.

Κατά το στάδιο της μέσης παιδικής ηλικίας (5 έως 13 ετών) : οι θετικές εμπειρίες στο σχολείο, η καλή σχέση και η αμοιβαία εμπιστοσύνη με τους δασκάλους, η ανάπτυξη δεξιοτήτων και ευκαιριών για ανεξαρτησία και γνώση των καθηκόντων του παιδιού, η προώθηση της συνεισφοράς του μέσα στο σπίτι που βοηθάει στην καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης.

Κατά το στάδιο της εφηβείας και της πρώιμης ενηλικίωσης (13 έως 19 ετών): τα ισχυρά δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, η έντονη παρουσία τουλάχιστον ενός γονέα, ένας αφοσιωμένος μέντορας ή άλλο πρόσωπο εκτός της οικογένειας, οι θετικές εμπειρίες στο σχολείο, η συμμετοχή του σε εξωσχολικές δραστηριότητες, η ικανότητα να «κάνει τη διαφορά» βοηθώντας τους άλλους, η αποφυγή υπερβολικής προστασίας από δύσκολες καταστάσεις που παρέχουν ευκαιρίες να αναπτύξει δεξιότητες αντιμετώπισης (Newman T.,2004).

5.6 Η ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό των επαγγελματιών υγείας

Έχει επισημανθεί ότι ένα σύγχρονο, υγειονομικό εργατικό δυναμικό οφείλει να είναι ανθεκτικό, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις (Horsfall,2014). Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει ότι η υψηλή ανθεκτικότητα σχετίζεται σημαντικά με τα προσωπικά χαρακτηριστικά και την ιδιοσυγκρασία του επαγγελματία υγείας, τα οποία προωθούν την αποτελεσματική λειτουργία σ' ένα απαιτητικό και στρεσογόνο επάγγελμα με υψηλό τον κίνδυνο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία σε δείγμα 479 γενικών ιατρών, η ανθεκτικότητα συνδέθηκε στενά με προσωπικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτών και κατέδειξε την ωριμότητα, την υπευθυνότητα, την αισιοδοξία, την επιμονή και τη συνεργασία ως σημαντικές συνιστώσες της βέλτιστης λειτουργίας και ευεξίας στους συγκεκριμένους επαγγελματίες υγείας. Ανέφεραν έτσι χαμηλά επίπεδα εμφάνισης σφαλμάτων και επαγγελματικής εξουθένωσης (Eley et al, 2013). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας εθνικής έρευνας που διεξήχθη στην Αμερική, σε δείγμα 744 νοσηλευτών που εργάζονταν σε μονάδες αυξημένης

φροντίδας, μόνο το 22% αυτών θεωρήθηκαν ως πολύ ανθεκτικά. Η παρουσία υψηλής ανθεκτικότητας σ'αυτούς τους νοσηλευτές συνδέθηκε σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες, άγχους, κατάθλιψης και επαγγελματικής εξουθένωσης (Mealer, 2012).

Οι Cloninger and Zohar (2011) αναφέρουν ότι τα άτομα που κατευθύνονται από τις προσωπικές τους επιλογές αναγνωρίζουν και αναλαμβάνουν την ευθύνη για προβλήματα που τυχόν εμφανιστούν στο εργασιακό τους περιβάλλον, ώστε να μπορούν να προχωρούν και να μαθαίνουν από τα λάθη τους. Οι επαγγελματίες υγείας που διακρίνονται από συνεργασία και κατανόηση, μπορούν να αποδεχθούν και να συνειδητοποιήσουν τις απόψεις και τις συμπεριφορές των άλλων, έστω κι αν είναι αντίθετες με τις δικές τους. Δεν ξεχνούν τις δικές τους αρχές, αλλά επιδιώκουν μια λύση για να πετύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για όλους. Τα χαρακτηριστικά αυτά έχουν θετική συσχέτιση με την ανθεκτικότητα και υποδηλώνουν ωριμότητα και αξιοπιστία. Αυτές οι θετικές σχέσεις συνεπάγονται και θετικό-αποτελεσματικό προφίλ, το οποίο είναι ιδιαίτερα επιθυμητό στους επαγγελματίες υγείας. Όπως προαναφέρθηκε, η έννοια της ανθεκτικότητας αποτελεί βασικό στοιχείο της ευημερίας και σημαντικό παράγοντα στην αντιμετώπιση προκλήσεων, αντιξοοτήτων και καταστάσεων άγχους. Οι επαγγελματίες υγείας που διακατέχονται από άγχος και απαισιόδοξη ανησυχία για την έκβαση καταστάσεων, εμφανίζουν χαμηλή ανθεκτικότητα. Αντίθετα, οι επαγγελματίες υγείας που είναι αισιόδοξοι αποδέχονται τον επικείμενο κίνδυνο και προσαρμόζονται καλύτερα στην πρόκληση από εκείνους που είναι αρνητικοί και ανησυχούν. Οι επαγγελματίες αυτοί είναι πιο αποφασιστικοί, επικοινωνούν και συνεργάζονται καλύτερα με τους συναδέλφους τους αλλά και με τους ασθενείς τους (Simeon et al., 2007).

Αν και το ενδιαφέρον για την ανθεκτικότητα στον εργασιακό χώρο συνεχώς αυξάνεται, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την ενδυνάμωση του προσωπικού, επιβάλλεται να διερευνηθεί η έννοια της ανθεκτικότητας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Luthar et al., 2000).

Οι δυσμενείς προκλήσεις στο χώρο εργασίας μπορούν να επηρεάσουν την επαγγελματική και ψυχολογική ανθεκτικότητα. Πιθανές πηγές προκλήσεων της ανθεκτικότητας σε επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. αποτελούν:

✚ Οι δύσκολες κλινικές καταστάσεις

- ✚ Οι συγκρούσεις με απαιτητικούς ασθενείς
- ✚ Η δυσλειτουργία σε οργανωτικά ζητήματα, όπως για παράδειγμα δυσχερής εσωτερική επικοινωνία, αναποτελεσματικό σύστημα διοίκησης, κακές διαπροσωπικές σχέσεις
- ✚ Οι εξωτερικές οργανωτικές πιέσεις (*Robertson et al., 2016*).

Ιδιαίτερα οι γενικοί ιατροί φαίνεται να επωμίζονται σημαντικό φόρτο εργασίας, να έχουν μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και να βιώνουν συναισθηματική εξάντληση. Καταστάσεις που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ανθεκτικότητα αποτελούν:

- ✚ Η ιατρική πολυπλοκότητα και πολυφαρμακία
- ✚ Η γήρανση του πληθυσμού
- ✚ Η ψυχολογική πίεση που ασκείται από τους ασθενείς κατά τη διαδικασία της συνταγογράφησης
- ✚ Η αύξηση του αριθμού νέων κατευθυντήριων γραμμών που οφείλουν να ακολουθήσουν
- ✚ Οι ολιγόλεπτες συναντήσεις με ασθενείς με πολλές συννοσηρότητες
- ✚ Η αύξηση των δημοσίων απαιτήσεων και προσδοκιών
- ✚ Η ελλιπής κτιριακή υποδομή
- ✚ Η έλλειψη προσωπικού (*Lown et al., 2015*).

Αν και αρκετοί προστατευτικοί παράγοντες «θωρακίζουν» το άτομο από την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον, η ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων και η αυτοφροντίδα, η ανθεκτικότητα είναι ο βασικός προστατευτικός παράγοντας έναντι της εμφάνισης του συνδρόμου, καθώς διαμορφώνει και ενισχύει την αποτελεσματικότητα και την ολοκλήρωση του ατόμου (*Bahrer-Kohler, 2014, Schaufeli et al., 2009, Maslach et al., 2001*). Σύμφωνα με τη Maslach, η επαγγελματική εξουθένωση δεν περιλαμβάνει απλώς την αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος, αλλά και τις συμπεριφορές του ίδιου του ατόμου, την αυτοεκτίμησή του καθώς και την εκτίμηση των άλλων. Επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί ως ένα

βαρόμετρο που επηρεάζεται δυνητικά από ένα «τοξικό» περιβάλλον, το οποίο δεν κατάφερε να υποστηρίξει τον επαγγελματία υγείας να διαχειριστεί τις ανάγκες και τα συναισθήματά του. Επιπλέον, η Maslach και οι συνεργάτες της διαπίστωσαν ότι η καλλιέργεια των συναισθημάτων του ατόμου προάγει την αίσθηση για αυτοέλεγχο, δέσμευση και αυτοαποτελεσματικότητα, που προστατεύει περαιτέρω το άτομο από την επαγγελματική εξουθένωση και το κάνει ανθεκτικό (Bahrer-Kohler, 2014, Schaufeli et al., 2009, Maslach et al., 2001).

Μία πρόσφατη μελέτη που εξέταζε τη σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα σε νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων κατέδειξε ότι τα έτη επαγγελματικής εργασίας επηρεάζουν την ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας, με την έννοια ότι η εμπειρία συντελεί στο να γνωρίσει το άτομο καλύτερα τον εαυτό του και να αναπτύξει με αυτόν τον τρόπο την αυτοπεποίθησή του (Kutlurkan et al., 2016). Άλλωστε, έχει διαπιστωθεί ότι με την πολυετή εμπειρία εργασίας αυξάνονται τα προσωπικά επιτεύγματα (Demir et al., 2003), η επαγγελματική αυτονομία και η υψηλότερη ικανοποίηση του ατόμου από την εργασία (Finn, 2001). Στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι πτυχιούχοι νοσηλευτές ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας από τους μη πτυχιούχους, καθώς πιστεύεται ότι χρησιμοποιούν τους κοινωνικούς πόρους και τα δίκτυα υποστήριξης με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η χρήση των κοινωνικών πόρων συνδέεται άμεσα με το εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου. Καθώς αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης, τα άτομα συνειδητοποιούν τη σημασία των πόρων κοινωνικής στήριξης, μαθαίνουν πώς να έχουν πρόσβαση σ'αυτούς και αυξάνουν τη χρήση τους (Kutlurkan et al., 2016, Finn, 2001). Εκτιμάται ότι όσο αυξάνεται η επαγγελματική πείρα των νοσηλευτών, αυξάνεται και η αυτοπεποίθησή τους και συνειδητοποιούν περισσότερο την επάρκεια ή μη των ικανοτήτων τους.

Μια πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στη Σκωτία ανάμεσα σε γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές κοινότητας, ανέδειξε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που ενισχύουν την προσωπική και ψυχολογική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δομές της Π.Φ.Υ και είναι:

- ✚ Η αισιοδοξία και η αυτοπεποίθηση
- ✚ Η ευελιξία και η προσαρμοστικότητα
- ✚ Η πρωτοβουλία και η ανεκτικότητα

- ✚ Οι οργανωτικές δεξιότητες και η ομαδική εργασία
- ✚ Το χιούμορ και η αίσθηση αυτοεκτίμησης
- ✚ Η επιδίωξη καλών εργασιακών σχέσεων
- ✚ Η συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση
- ✚ Η ισχυρή υποστήριξη της διοίκησης
- ✚ Η ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών και η προώθηση των κοινωνικών σχέσεων (*Matheson et al., 2016*).

Επιπρόσθετα, αρκετές βασικές συναισθηματικές μεταβλητές της προσωπικότητας που συνδέονται με την ανθεκτικότητα ελαχιστοποιούν σημαντικά την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ικανότητα του ατόμου να διατηρεί και να ενεργοποιεί αυτές τις μεταβλητές ως απάντηση στο στρες, οδηγεί στην ενεργοποίηση δεξιοτήτων για την άμεση αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων (*Bahrer-Kohler, 2014, Schaufeli et al., 2009, Maslach et al., 2001*).

6. Σκοπός και Μέθοδος

6.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη παραγόντων που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και το ρόλο της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής. Επίσης, θα αναζητηθεί η ύπαρξη πιθανής συσχέτισης της ψυχολογικής ανθεκτικότητας με τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας καθώς και με τα χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

6.2 Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε από τον Φεβρουάριο 2017 έως και τον Ιούνιο 2017 και συμμετείχαν εργαζόμενοι σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συγκεκριμένα στα κέντρα υγείας των νομών Τρικάλων και Καρδίτσας. Το βασικό ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα ερωτηματολόγιο που

συμπληρωνόταν από τον συμμετέχοντα και απαρτίζονταν από δύο βασικά μέρη: το πρώτο αφορούσε κοινωνικο-δημογραφικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, ειδικότητα κ.ά) και το δεύτερο μέρος περιλάμβανε τις κλίμακες εκτίμησης του βαθμού της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

- **Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)**

Η κλίμακα αυτή εξετάζει 5 συγκεκριμένους παράγοντες ψυχολογικής ανθεκτικότητας: 1) Προσωπική επάρκεια, υψηλά κριτήρια και επιμονή 2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση και ενδυναμωτική επίδραση του στρες 3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις 4) Έλεγχος 5) Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές. Πρόκειται για μία βαθμονομημένη κλίμακα από 0 έως 4 (0=καθόλου αληθές, 4=σχεδόν πάντα αληθές) βάσει το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Από τις απαντήσεις σε 25 σχετικές ερωτήσεις συγκεντρώνεται ένα σκορ που κυμαίνεται από 0 έως 100 με υψηλότερο σκορ να αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Dimitriadou & Stalikas (2012).

- **Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach & Jackson, 1986)**

Πρόκειται για μία βαθμονομημένη κλίμακα 7 διαβαθμίσεων (0= ποτέ, 6=κάθε μέρα) η οποία περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις που αφορούν τις 3 συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach δηλαδή: 1) τη συναισθηματική εξάντληση 2) την αποπροσωποποίηση και 3) την έλλειψη προσωπικής επίτευξης. Η αξιολόγηση των απαντήσεων γίνεται με τη χρήση του καταλόγου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη είναι σταθμισμένο από τους Παπαδάτο, Αναγνωστόπουλο και Μόνο (1994).

- **Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)**

Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων. Περιλαμβάνει ένα μακροσκελές ερωτηματολόγιο 90 στοιχείων που

αφορούν σωματικές, συμπεριφορικές και ψυχολογικές καταστάσεις. Η κλίμακα υποδιαιρείται σε 9 υποκλίμακες που περιλαμβάνουν τον ιδεοψυχαναγκασμό, την κατάθλιψη, τη σωματοποίηση, την επιθετικότητα, τη διαπροσωπική ευαισθησία, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου). Η αξιολόγηση γίνεται με βάση πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-4) και προκύπτουν 3 δείκτες που αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα.

6.3 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 24.0 ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05 προς τις δύο κατευθύνσεις. Τα διαγράμματα δημιουργήθηκαν είτε από το ίδιο πρόγραμμα είτε από το MSExcel 2007.

7.Αποτελέσματα έρευνας

7.1 Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία

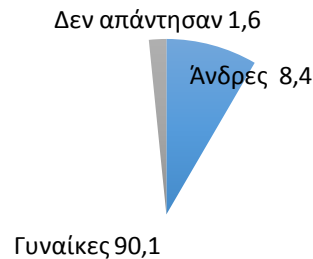
Συνολικά, 191 άτομα συμμετείχαν στη μελέτη. Τα βασικά κοινωνικο-δημογραφικά τους στοιχεία συνοψίζονται στον πίνακα 1:

Μεταβλητή	Τιμή	Απόλυτος αριθμός (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρες	16	8,4
	Γυναίκες	172	90,1
	Δεν απάντησαν	3	1,6
Έτος γέννησης	Πριν από το 1961	4	2,1
	1961-1970	84	44
	1971-1980	74	38,7
	1981-1990	14	7,3
	Μετά το 1990	5	2,6
	Δεν απάντησαν	10	5,2
Τόπος διαμονής	Χωριό/Κωμόπολη	54	28,3

	Πόλη <150.000	106	55,5
	Πόλη >150.000	19	10
	Δεν απάντησαν	12	6,3
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτοι ΙΕΚ/ΣΕΚ	81	42,4
	Απόφοιτοι ΤΕΙ	70	36,6
	Απόφοιτοι ΑΕΙ	25	13,1
	Άλλο	15	7,9

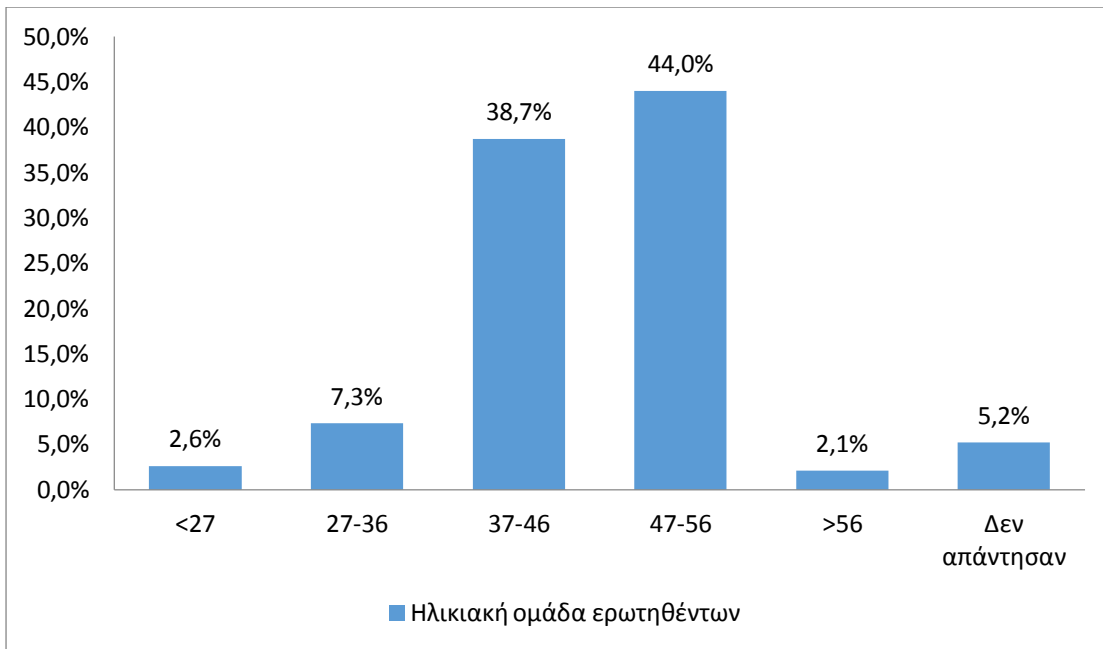
Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη

Από τον πίνακα γίνεται φανερό ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (90,1%) ενώ ο αριθμός των ανδρών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν 16 (8,4%). Τρία άτομα (1,6%) δε δήλωσαν το φύλο τους.

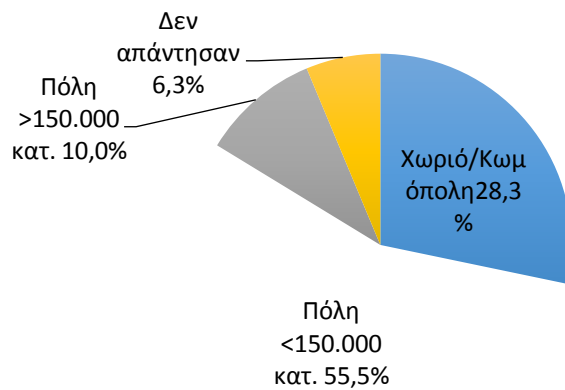


Σχήμα 1. Φύλο των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Όσον αφορά στην ηλικία των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία ανήκαν στις ηλικιακές ομάδες 37-46 (38,7%) και 47-56 (44%). Ελάχιστα άτομα ήταν κάτω των 27 ετών (2,6%) και άνω των 56 ετών (2,1%).



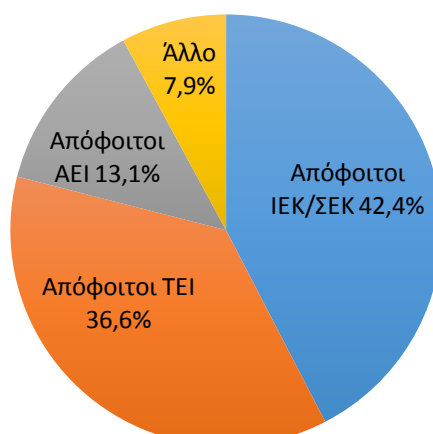
Σχήμα 2. Κατανομή των συμμετεχόντων στη μελέτη κατά ηλικιακή ομάδα.



Τόπος διαμονής

Σχήμα 3. Τόπος διαμονής των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Όσον αφορά στον τόπο διαμονής τους, πάνω από το ήμισυ των ερωτηθέντων (55,5%) δήλωσε ότι διαμένει σε πόλη κάτω των 150.000 κατοίκων. Μικρότερα ποσοστά



δήλωσαν ότι διαμένουν σε χωριό/κωμόπολη (28,3%) ή πόλη άνω των 150.000 κατοίκων (10%). Ένα ποσοστό 6,3% των ερωτηθέντων δεν απάντησε στο συγκεκριμένο ερώτημα.

Σχήμα 4. Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στη μελέτη

Ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο το 42,4% των συμμετεχόντων στη μελέτη είναι απόφοιτοι ΙΕΚ ή ΣΕΚ, το 36,6% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ και το 13,1% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ (σχήμα 4). Το 7,9% των ερωτηθέντων δε δήλωσαν το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Στον πίνακα 2, συνοψίζονται τα δεδομένα σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στη μελέτη.

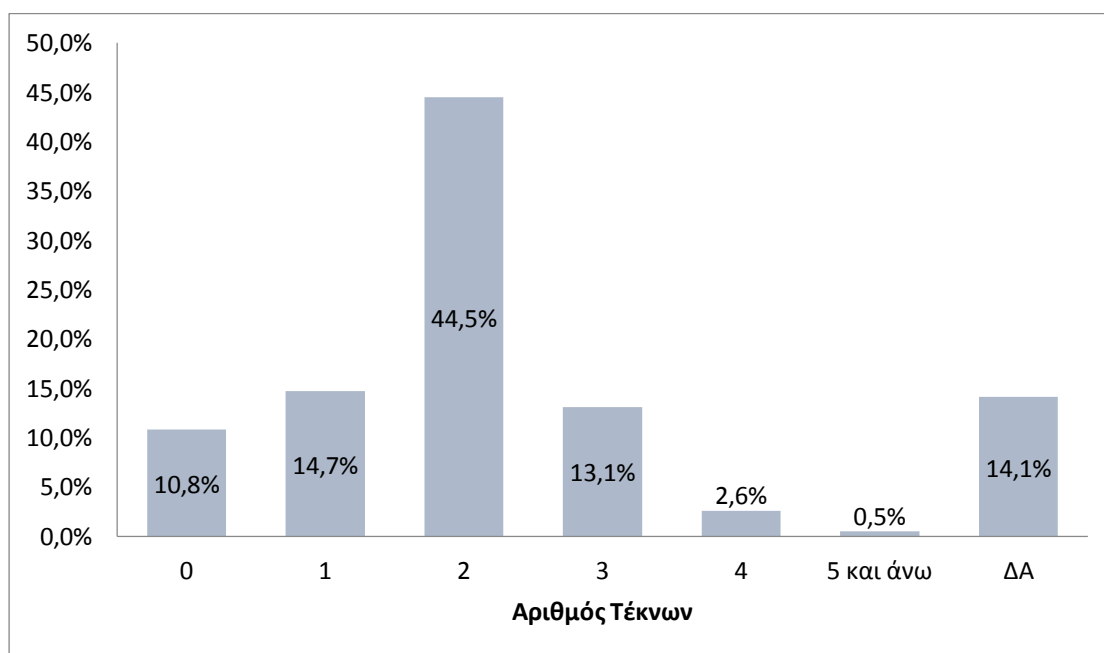
Μεταβλητή	Τιμή	Απόλυτος αριθμός (N)	Ποσοστό (%)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/-η	22	11,5
	Έγγαμος/-η	148	77,5
	Διαζευγμένος/-η	8	4,2
	Χήρος/-α	9	4,7
	ΔΑ	4	2,1
Αριθμός τέκνων	Κανένα	20	10,8
	Ένα	28	14,7
	Δύο	85	44,5
	Τρία	25	13,1
	Τέσσερα	5	2,6
	Πέντε και άνω	1	0,5
	ΔΑ	27	14,1
Αριθμός αδελφών	Κανένα	8	4,2
	Ένα	83	43,5
	Δύο	42	22
	Τρία	26	13,6
	Τέσσερα	5	2,6
	Πέντε και άνω	6	3,1
	ΔΑ	21	11
Σειρά γέννησης	Πρώτος/-η	81	42,4
	Δεύτερος/-η	56	29,3
	Τρίτος/-η	22	11,5
	Τέταρτος/-η	5	2,6
	Πέμπτος/-η	4	2,1

	Έκτος και άνω	1	0,5
	ΔΑ	22	11,5

Πίνακας 2. Δεδομένα οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων στη μελέτη.

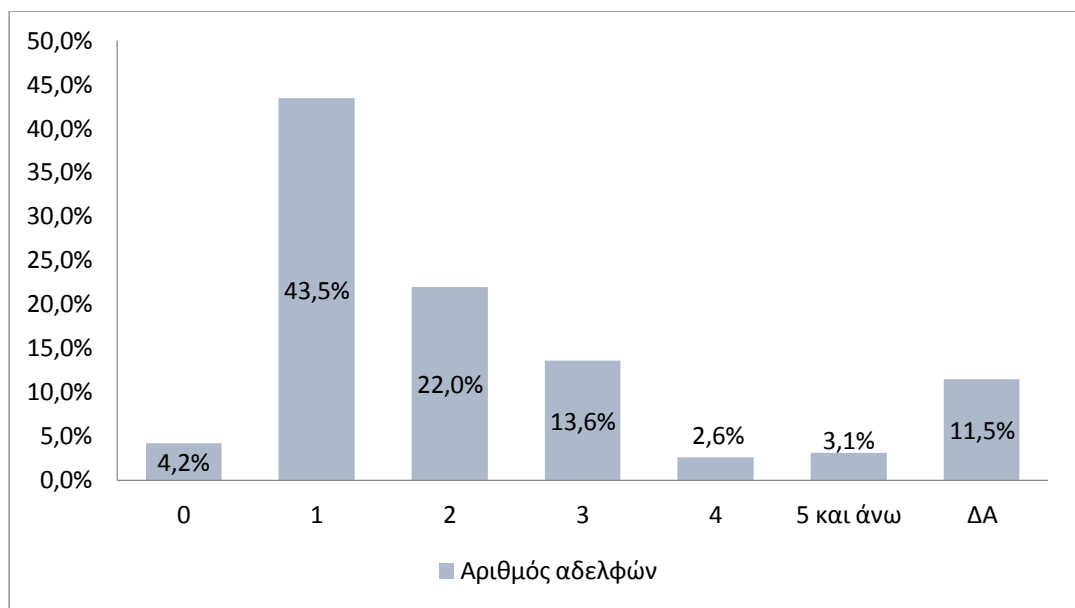
Με βάση τον παραπάνω πίνακα, διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στη μελέτη είναι έγγαμοι/-ες (77,5%) και ακολουθούν οι άγαμοι/-ες με 11,5%, οι χήροι/-ες με 4,7% και οι διαζευγμένοι/-ες με 4,2%. Ένα ποσοστό 2,1% των ερωτηθέντων δεν απάντησε στο ερώτημα.

Όσον αφορά στον αριθμό των τέκνων (σχήμα 5), το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (44,5%) έχει δύο παιδιά ενώ χαμηλότερα είναι τα ποσοστά των ατόμων που έχουν ένα (14,7%) ή τρία παιδιά (13,1%). Άτεκνοι δηλώνουν το 10,8% ενώ 14,1% των ερωτηθέντων δεν απάντησαν.



Σχήμα 5. Κατανομή των συμμετεχόντων στη μελέτη με βάση τον αριθμό τέκνων τους.

Το 43,5% των επαγγελματιών υγείας έχει έναν αδερφό/-ή και ακολουθούν με 22% τα άτομα με δύο αδέρφια (σχήμα 6). Οι ερωτηθέντες χωρίς αδερφό/-ή (μοναχοπαίδια) αποτελούν το 4,2% ενώ 11,5% των ερωτηθέντων δεν απάντησαν.



Σχήμα 6. Κατανομή των συμμετεχόντων στη μελέτη με βάση τον αριθμό αδελφών τους.

Στον πίνακα 3, συνοψίζονται τα δεδομένα που αφορούν στην επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων στη μελέτη:

Μεταβλητή	Τιμή	Απόλυτος αριθμός (N)	Ποσοστό (%)
Επάγγελμα Υγείας	Προϊστάμενος/-η	10	5,2
	Υπεύθυνος Νοσηλεύτης	7	3,7
	Νοσηλεύτης/-τρια ΠΕ	1	0,5
	Νοσηλεύτης/-τρια ΤΕ	68	35,6
	Νοσηλεύτης/-τρια ΔΕ	79	41,7
	Τραυματιοφορέας	4	2,1
	Φυσικοθεραπευτής/-τρια	4	2,1
	Ψυχολόγος	3	1,6
	Κοινωνικός/-ή Λειτουργός	7	3,7
	ΔΑ	8	4,2
Έτη εργασίας	Λιγότερο από 1 έτος	8	4,2
	1-2 έτη	2	1
	2-5 έτη	6	3,1
	>5 έτη	170	89
	ΔΑ	5	2,6
Ωράριο εργασίας	Ημερήσια βάρδια	90	47,1
	Νυχτερινή βάρδια	1	0,5
	Εναλλασσόμενη βάρδια	81	42,4
	ΔΑ	19	9,9

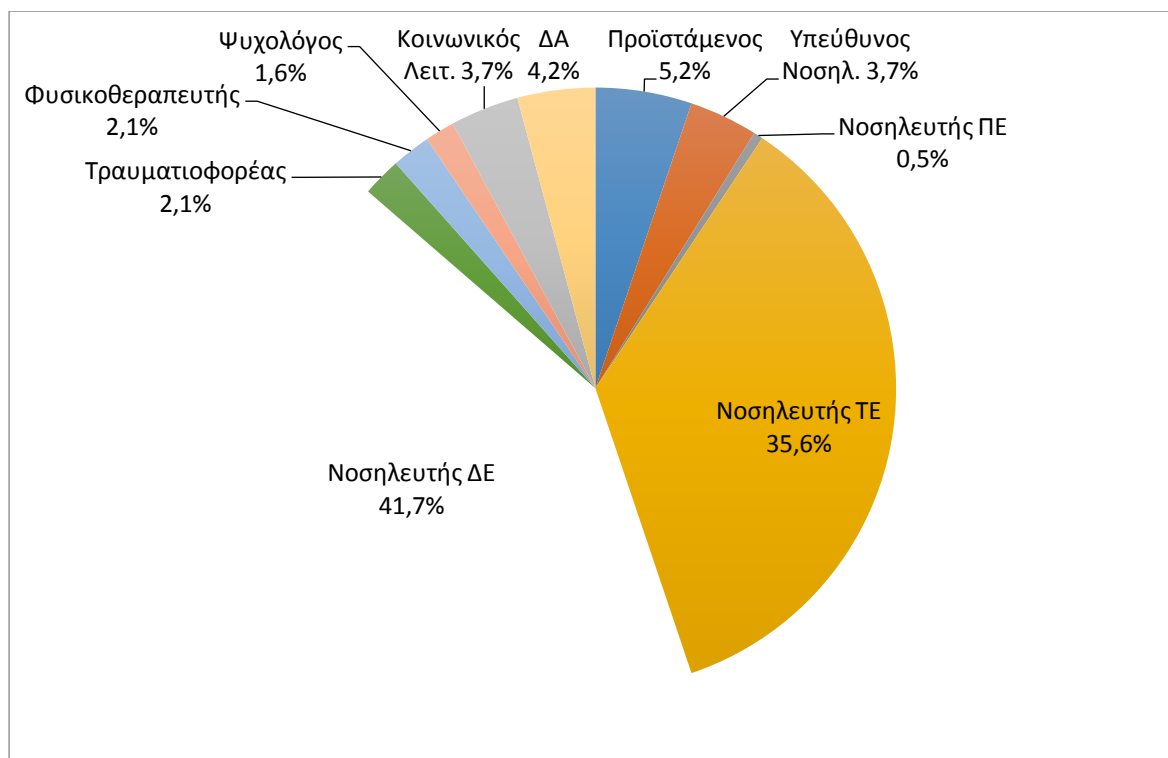
Πίνακας 3. Δεδομένα επαγγελματικής κατάστασης των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ασχολούνται με το νοσηλευτικό επάγγελμα (συνολικά 86,7% του δείγματος). Πιο συγκεκριμένα, κατά σειρά συχνότητας, το 41,7% είναι νοσηλευτές/-τριες ΔΕ, το 35,6% είναι νοσηλευτές/-τριες ΤΕ, το 5,2% είναι προϊστάμενοι/-ες, το 3,7% είναι υπεύθυνοι νοσηλευτές και το 0,5% (1 άτομο) είναι νοσηλευτής ΠΕ (σχήμα 7).

Τα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας που συμμετέχουν στο δείγμα της μελέτης με μικρότερα ποσοστά είναι κοινωνικοί λειτουργοί (3,7%), τραυματιοφορείς (2,1%), φυσικοθεραπευτές/-τριες (2,1%), και ψυχολόγοι (1,6%). Ένα ποσοστό 4,2% δεν διευκρίνισε ποιο επάγγελμα υγείας υπηρετεί.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (89%) ασκεί το επάγγελμά του για περισσότερο από 5 έτη ενώ το 3,1% για 2 έως 5 έτη και το 1% για 1 έως 2 έτη. Νέοι στην εργασία τους (κάτω από 1 έτος) είναι 8 άτομα (4,2%) ενώ 5 άτομα (2,6%) δεν ανέφεραν τα έτη εργασίας τους.

Όσον αφορά στο ωράριο εργασίας τους, η μεγάλη πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας της μελέτης ακολουθούν είτε ημερήσιο ωράριο (47,1%) είτε εναλλασσόμενες βάρδιες (42,4%). Μόλις 1 άτομο (0,5%) απάντησε ότι δουλεύει μόνο σε νυχτερινές βάρδιες ενώ το 9,9% δεν απάντησαν στο ερώτημα.



Σχήμα 7. Τα επαγγέλματα υγείας που εκπροσωπούνται στο δείγμα της μελέτης.

7.2 Ερωτηματολόγια κλιμάκων

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert βαθμονομημένη από 1 έως 5 με το 1 να αντιστοιχεί στο «Όχι/πολύ λίγο» και το 5 στο «Ναι/πάρα πολύ». Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

Ερώτηση	Απάντηση					Δεν απάντησαν
	1	2	3	4	5	
Είστε ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της εργασίας σας;	15 7,9%	13 6,8%	30 15,7%	62 32,5%	71 37,2%	0
Είστε ικανοποιημένοι από τη θέση της εργασίας σας;	15 7,9%	15 7,9%	37 19,4%	58 30,4%	66 34,6%	0
Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στον εαυτό σας;	57 29,8%	40 20,9%	36 18,8%	31 16,2%	25 13,1%	2 1,0%

Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην οικογένειά σας;	51 26,7%	42 22,0%	37 19,4%	31 16,2%	27 14,1%	3 1,6%
Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους	85 44,5%	48 25,1%	34 17,8%	19 9,9%	4 2,1%	1 0,5%

Πίνακας 4. Απαντήσεις συμμετεχόντων σχετικά με την ικανοποίηση και τις απαιτήσεις της εργασίας τους.

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων γίνεται φανερό ότι η πλειοψηφία τους δηλώνουν ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της εργασίας τους με το 32,5% να αισθάνονται πολύ ικανοποιημένοι και το 37,2% πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Αντίστοιχα, ένα ποσοστό 65% συνολικά δηλώνει πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη θέση εργασίας τους. Στο ίδιο πνεύμα, το 29,8% δηλώνει ότι οι απαιτήσεις της εργασίας του επηρεάζουν αρνητικά πολύ λίγο και το 20,9% λίγο το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την ενέργεια και το χρόνο που αφιερώνουν στην οικογένειά τους είναι 26,7% (πολύ λίγο) και 22% (λίγο). Τέλος, το 44,5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι οικογενειακές υποχρεώσεις τους επηρεάζουν πολύ λίγο αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους.

Ο πίνακας 5 συνοψίζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη για το κατά πόσο προσέχουν ή αποφεύγουν ορισμένα πράγματα ή καταστάσεις.

Ερώτηση	Απάντηση					Δεν απάντησαν
	1	2	3	4	5	
Θα λέγατε ότι ανήκετε σε εκείνη την κατηγορία των ανθρώπων που:						
Προσέχει τη διατροφή του;	37 19,4%	36 18,8%	44 23%	44 23%	26 13,6%	4 2,1%
Προσέχει την άσκησή του;	48 25,1%	44 23,0%	42 22,0%	34 17,8%	20 10,5%	3 1,6%
Προσέχει τον ύπνο του;	16 8,4%	27 14,1%	53 27,7%	49 25,7%	40 20,9%	6 3,1%
Προσέχει την καθαριότητά του;	0	3 1,6%	7 3,7%	42 22,0%	131 68,6%	8 4,2%

Προσέχει την εμφάνισή του;	5 2,6%	11 5,8%	24 12,6%	77 40,3%	68 35,6%	6 3,1%
Προσέχει στον ήλιο;	12 6,3%	19 9,9%	33 17,3%	67 35,1%	55 28,8%	5 2,6%
Προσέχει την υγεία του;	14 7,3%	23 12,0%	38 19,9%	57 29,8%	51 26,7%	8 4,2%
Αποφεύγει το κάπνισμα;	43 22,5%	10 5,2%	13 6,8%	32 16,8%	85 44,5%	8 4,2%
Αποφεύγει το παθητικό κάπνισμα;	52 27,2%	16 8,4%	26 13,6%	36 18,8%	56 29,3%	5 2,6%
Αποφεύγει το αλκοόλ;	16 8,4%	17 8,9%	30 15,7%	48 25,1%	73 38,2%	7 3,7%
Αποφεύγει να ξενυχτάει;	6 3,1%	22 11,5%	40 20,9%	53 27,7%	65 34,0%	5 2,6%
Αποφεύγει τα μικρόβια;	20 10,5%	33 17,3%	42 22,0%	46 24,1%	47 24,6%	3 1,6%
Αποφεύγει το άγχος;	40 20,9%	34 17,8%	47 24,6%	45 23,6%	22 11,5%	3 1,6%
Αποφεύγει τους καυγάδες;	7 3,7%	11 5,8%	39 20,4%	48 25,1%	78 40,8%	8 4,2%
Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	8 4,2%	21 11,0%	48 25,1%	46 24,1%	62 32,5%	6 3,1%
Αποφεύγει τη γκρίνια;	11 5,8%	16 8,4%	40 20,9%	54 28,3%	65 34,0%	5 2,6%
Αποφεύγει τους γιατρούς;	38 19,9%	31 16,2%	49 25,7%	42 22,0%	27 14,1%	4 2,1%
Αποφεύγει τους ασθενείς;	85 44,5%	35 18,3%	27 14,1%	23 12,0%	15 7,9%	6 3,1%
Αποφεύγει τα νοσοκομεία;	58 30,4%	29 15,2%	38 19,9%	31 16,2%	30 15,7%	5 2,6%
Αποφεύγει τις κηδείες;	45 23,6%	38 19,9%	35 18,3%	32 16,8%	35 18,3%	6 3,1%

Πίνακας 5. Απαντήσεις συμμετεχόντων στη μελέτη ως προς το κατά πόσο προσέχουν ή αποφεύγουν διάφορα πράγματα ή καταστάσεις.

Ανάμεσα στα αξιοσημείωτα του παραπάνω πίνακα είναι το μεγάλο ποσοστό το οποίο δηλώνει ότι προσέχει πολύ λίγο ή λίγο την άσκηση (48,1%) και τη διατροφή του (38,2%). Αντίθετα, υψηλά είναι τα ποσοστά εκείνων που δηλώνουν ότι προσέχουν πολύ ή πάρα πολύ την καθαριότητά τους (80,6%), την εμφάνισή τους (75,9%), τον ήλιο (63,9%), την υγεία τους (56,5%) και τον ύπνο τους (46,6%).

Ανάμεσα στα πράγματα ή καταστάσεις που οι συμμετέχοντες στη μελέτη δηλώνουν σε υψηλό ποσοστό ότι αποφεύγουν πολύ ή πάρα πολύ περιλαμβάνονται οι καυγάδες (65,9%), το αλκοόλ (63,3%), η γκρίνια (62,3%), το ξενύχτι (61,7%), το κάπνισμα (61,3%), η ταχύτητα στο αυτοκίνητο (56,6%) και τα μικρόβια (48,7%). Αντίθετα,

υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων δηλώνει ότι αποφεύγει λίγο ή πολύ λίγο τους ασθενείς (62,8%), τα νοσοκομεία (45,6%) και τις κηδείες (43,5%).

Στον πίνακα 6 συνοψίζονται δεδομένα σχετικά με τα προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων στη μελέτη:

Μεταβλητή	Τιμή	Απόλυτος αριθμός (N)	Ποσοστό (%)
Κεφαλαλγία	Ναι	73	38,2
	Όχι	113	59,2
	Δεν απάντησαν	5	2,6
Προβλήματα εντέρου	Ναι	63	33
	Όχι	123	64,4
	Δεν απάντησαν	5	2,6
Προβλήματα στομάχου	Ναι	48	25,1
	Όχι	138	72,3
	Δεν απάντησαν	5	2,6
Αρτηριακή υπέρταση	Ναι	29	15,2
	Όχι	160	83,8
	Δεν απάντησαν	2	1
Κρίσεις πανικού	Ναι	43	22,5
	Όχι	144	75,4
	Δεν απάντησαν	4	2,1
Ταχυκαρδίες	Ναι	71	37,2
	Όχι	118	61,8
	Δεν απάντησαν	2	1
Φοβίες	Ναι	51	26,7
	Όχι	137	71,7
	Δεν απάντησαν	3	1,6
Φόβος ασθένειας	Ναι	49	25,7
	Όχι	138	72,3
	Δεν απάντησαν	4	2,1
Σακχαρώδης διαβήτης	Ναι	8	4,2
	Όχι	175	91,6
	Δεν απάντησαν	8	4,2

Πίνακας 6. Δεδομένα σχετικά με προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων στη μελέτη

Το 38,2% των ερωτηθέντων (73 άτομα) δήλωσαν ότι πάσχουν από κεφαλαλγία. Μεταξύ αυτών, 11 άτομα ανέφεραν ημικρανία, 2 αυχενικό σύνδρομο, 2 κεφαλαλγία σχετιζόμενη με την εμμηνορρυσία και 1 άτομο ανέφερε κεφαλαλγία μετά από στρες.

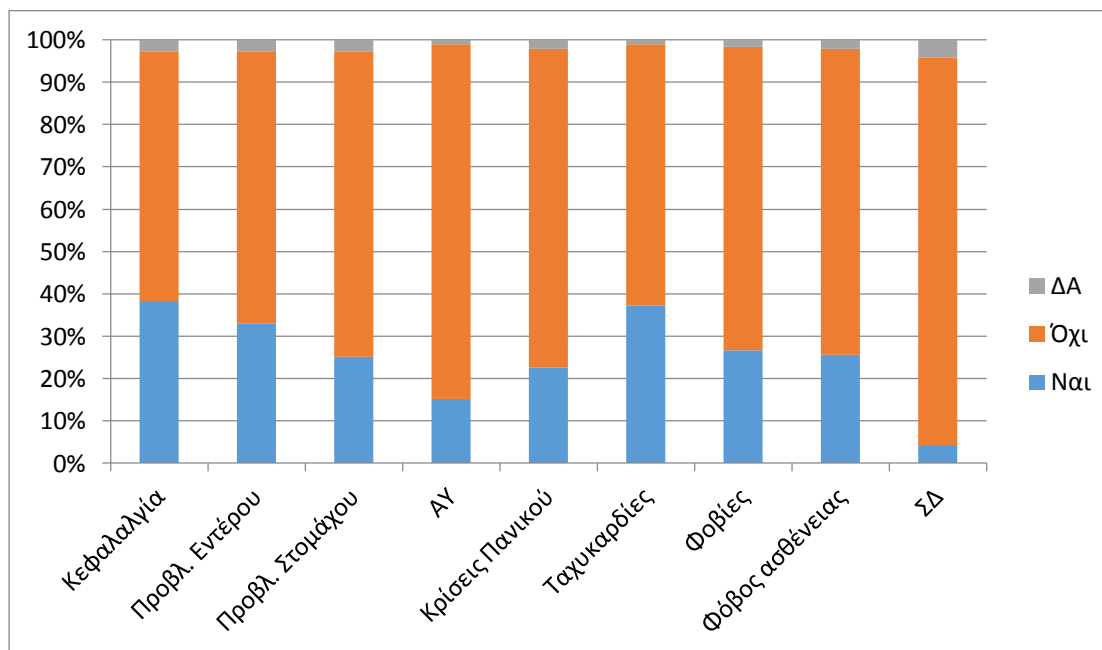
Το 33% των ερωτηθέντων (63 άτομα) δήλωσαν ότι πάσχουν από προβλήματα του εντέρου. Μεταξύ αυτών, 5 ανέφεραν σπαστική κολίτιδα, 3 σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, 3 κοιλιακή διάταση και 2 άτομα ανέφεραν δυσκοιλιότητα.

Από προβλήματα του στομάχου ανέφεραν ότι πάσχουν το 25,1% (48 άτομα). Πιο συγκεκριμένη απάντηση έδωσαν 3 ασθενείς περιγράφοντας τα στομαχικά τους προβλήματα ως γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (2 άτομα) και ως επιγαστραλγία (1 άτομο).

Κρίσεις πανικού ανέφεραν ότι παθαίνουν 43 άτομα (22,5%) ενώ ταχυκαρδίες 71 άτομα (37,2%). Μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν ταχυκαρδίες, 2 άτομα τις απέδωσαν σε θυρεοειδοπάθεια και 1 άτομο σε άγχος.

Φοβία ανέφεραν 51 άτομα (26,7%) και από αυτούς 2 την περιέγραψαν ως κλειστοφοβία, 2 ως φόβο στο σκοτάδι και 1 ως φοβία μπροστά σε παιδιά. Φόβος ασθένειας ανέφεραν 49 άτομα (25,7%) και μεταξύ αυτών 2 άτομα φοβούνται την υποτροπή νόσου από την οποία έπασχαν στο παρελθόν.

Τέλος, σακχαρώδη διαβήτη ανέφεραν 8 συμμετέχοντες στη μελέτη (4,2%).



Σχήμα 8. Προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη κλήθηκαν να κατονομάσουν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας από το οποίο πάσχουν. Οι απαντήσεις συνοψίζονται στον πίνακα 7:

Συχνότητα αναφοράς	Παθήσεις
8	Αρτηριακή υπέρταση Θυρεοειδοπάθεια
6	Ημικρανία
5	Άγχος
3	Αναιμία Γαστρική διαταραχή Διαταραχές όρασης Μυοσκελετικά άλγη Σακχαρώδης διαβήτης Καρκίνος μαστού
2	Αλλεργία Βρογχικό άσθμα Κεφαλαλγία Στεφανιαία νοσος
1	Αυχενικό σύνδρομο, δερματικό εξάνθημα, διαφραγματοκήλη, διπολική διαταραχή, δυσκοιλιότητα, ενδομητρίωση, επιληψία, ευερέθιστο έντερο, ίλιγγος, κήλη, κωλικός χοληφόρων, λιποθυμικά επεισόδια, παχυσαρκία, ταχυκαρδίες, τενοντίτιδα, υπερλιπιδαιμία

Πίνακας 7. Σοβαρότερο πρόβλημα υγείας των επαγγελματιών υγείας της μελέτης.

Από τους ερωτηθέντες, 69 άτομα (36,1%) ανέφεραν ποιο θεωρούν το πιο σημαντικό πρόβλημα υγείας τους. Τα προβλήματα υγείας που αναφέρονται συχνότερα ως πιο σημαντικά είναι η αρτηριακή υπέρταση και η θυρεοειδοπάθεια (από 4,2% των ερωτηθέντων) και ακολουθούν η ημικρανία (3,1%) και το άγχος (2,6%). Από τους 29 επαγγελματίες υγείας που δήλωσαν ότι πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση, οι 8 τη

θεωρούν το πιο σημαντικό πρόβλημα υγείας τους ενώ από τα 8 άτομα που δήλωσαν ότι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, οι 3 τον θεωρούν το σοβαρότερο πρόβλημα υγείας τους.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη κλήθηκαν ακόμη να κατονομάσουν τα προβλήματα υγείας για τα οποία λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Στην ερώτηση απάντησαν 51 άτομα (26,7%). Οι απαντήσεις συνοψίζονται στον πίνακα 8:

Συχνότητα αναφοράς	Παθήσεις
15	Θυρεοειδοπάθεια
13	Αρτηριακή υπέρταση
5	Υπερλιπιδαιμία Σακχαρώδης διαβήτης
3	Άγχος Βρογχικό άσθμα Ημικρανία
1	Αναιμία Γαστρική διαταραχή Επιληψία Καρκίνος μαστού Ίλιγγος Νόσος του Crohn Στεφανιαία νόσος

Πίνακας 8. Προβλήματα υγείας για τα οποία οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.

Από τον πίνακα 8 προκύπτει ότι τα προβλήματα υγείας για τα οποία οι συμμετέχοντες στη μελέτη δηλώνουν συχνότερα ότι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή είναι η θυρεοειδοπάθεια (15 άτομα ή 7,9% των ερωτηθέντων) και η αρτηριακή υπέρταση (13 άτομα ή 6,8% των ερωτηθέντων) που είναι και οι παθήσεις που αναφέρονται συχνότερα ως οι σοβαρότερες από τις οποίες πάσχουν οι ερωτηθέντες (πίνακας 7).

7.3 Κλίμακες ψυχολογικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης

Η μέση τιμή της κλίμακας Connor-Davidson Resilience Scale για τους επαγγελματίες υγείας του δείγματος της μελέτης ήταν 69,92. Η μέση τιμή του δείκτη στους άνδρες του δείγματος ήταν 65,43 ενώ στις γυναίκες ήταν 70,33.

Εάν χρησιμοποιηθεί η τιμή 92 της κλίμακας Connor-Davidson Resilience Scale ως διαχωριστικό όριο (με τιμές ≤ 92 να είναι ενδεικτικές χαμηλής και τιμές >92 ενδεικτικές υψηλής ανθεκτικότητας), το 92,2% των συμμετεχόντων στη μελέτη εμφανίζουν χαμηλή ανθεκτικότητα (πίνακας 9), χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Fisher's exact test, $p=0,364$).

	Τιμή	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
		n	%	n	%	n	%
CDRS	≤ 92	14	87,5	162	92,6	176	92,2
	>92	2	12,5	13	7,4	15	7,9

Πίνακας 9. Κατανομή των συμμετεχόντων της μελέτης με βάση την κλίμακα Connor-Davidson Resilience Scale.

Όσον αφορά στην κλίμακα Maslach, η μέση τιμή των συμμετεχόντων της μελέτης ήταν 19,33 για τη συναισθηματική εξάντληση, 6,47 για την αποπροσωποποίηση και 37,39 για την έλλειψη επιτευγμάτων (πίνακας 10).

	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Έλλειψη επιτευγμάτων
Μέσος όρος	19,33	6,47	37,39
Τυπική απόκλιση	11,28	5,822	9,556

Πίνακας 10. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στις υποκλίμακες Maslach για τους ασθενείς της μελέτης.

Στον πίνακα 11 συνοψίζονται τα αποτελέσματα της μελέτης όσον αφορά στο διαχωρισμό των συμμετεχόντων της μελέτης σε κατηγορίες χαμηλής, μέτριας και υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων με βάση την κλίμακα Maslach, αντίστοιχα. Πάνω από τους μισούς

ερωτηθέντες (59,2%) παρουσιάζουν χαμηλή συναισθηματική εξάντληση ενώ το 49,7% παρουσιάζει χαμηλή αποπροσωποποίηση. Παρόμοια ποσοστά συμμετεχόντων παρουσιάζουν χαμηλή (35,6%) και υψηλή (36,1%) έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

	Τιμή	Αριθμός ατόμων (n)	Ποσοστό (%)
Συναισθηματική εξάντληση	≤20 (χαμηλή)	113	59,2
	21-30 (μέτρια)	49	25,6
	≥31 (υψηλή)	29	15,2
Αποπροσωποποίηση	≤5 (χαμηλή)	95	49,7
	6-10 (μέτρια)	56	29,4
	≥11 (υψηλή)	40	20,9
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	≥42 (χαμηλή)	68	35,6
	36-41 (μέτρια)	54	28,3
	≤35 (υψηλή)	69	36,1

Πίνακας 11. Διάκριση των συμμετεχόντων της μελέτης με βάση τιμές των υποκλιμάκων Maslach.

Όσον αφορά στην κλίμακα SCL-90, ο πίνακας 12 παρουσιάζει το μέσο όρο και την τυπική απόκλιση των τιμών των επαγγελματιών υγείας του δείγματος στις διάφορες υποκλίμακές της.

SCL-90	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Σωματοποίηση	5,88	6,662	10,35	8,8	9,93	8,718
Ψυχαναγκαστικότητα	7,19	5,193	9,05	6,835	8,86	6,713
Διαπροσωπική ευαισθησία	5,25	3,357	6,82	5,602	6,67	5,453
Κατάθλιψη	6,88	5,726	9,71	8,197	9,43	8,049
Άγχος	3,81	4,861	5,38	6,37	5,23	6,248
Επιθετικότητα	3,19	3,351	3,65	3,745	3,59	3,707
Φοβικό άγχος	2	3,204	2,42	3,856	2,38	3,791
Παρανοειδής Ιδεασμός	5,13	3,722	5,99	4,972	5,9	4,873

Ψυχωτισμός	3,25	4,008	4,26	4,714	4,17	4,648
-------------------	------	-------	------	-------	------	-------

Πίνακας 12. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των επαγγελματιών υγείας της μελέτης στις υποκλίμακες SCL-90.

7.4 Σχέσεις μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SCL-90 καθώς και των υποκλιμάκων της, με όλες τις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο της Maslach στο δείγμα των επαγγελματιών υγείας. Στον πίνακα 13, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων συσχετίσεων:

Συσχετίσεις		Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Έλλειψη επιτευγμάτων
SCL-90 Σωματοποίηση	Pearson Correlation	,470**	,356**	-,216**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,003
	N	191	191	191
SCL-90 Ψυχαναγκαστικότητα	Pearson Correlation	,508**	,409**	-,218**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002
	N	191	191	191
SCL-90 Διαπροσωπική ευαισθησία	Pearson Correlation	,384**	,309**	-,223**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002
	N	191	191	191
SCL-90 Κατάθλιψη	Pearson Correlation	,495**	,295**	-,232**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001
	N	191	191	191
SCL-90 Άγχος	Pearson Correlation	,406**	,282**	-,187**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,009
	N	191	191	191
SCL-90 Επιθετικότητα	Pearson Correlation	,362**	,278**	-,196**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,007
	N	191	191	191
SCL-90 Φοβικό άγχος	Pearson Correlation	,335**	,297**	-,208**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,004
	N	191	191	191
SCL-90 Παρανοειδής Ιδεασμός	Pearson Correlation	,414**	,184*	-,088
	Sig. (2-tailed)	,000	,011	,228
	N	191	191	191

	N	191	191	191
SCL-90 Ψυχωτισμός	Pearson Correlation	,308**	,208**	-,093
	Sig. (2-tailed)	,000	,004	,202
	N	191	191	191

Πίνακας 13. Συσχετίσεις επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχοπαθολογίας.

Από τον έλεγχο, λοιπόν, για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SCL-90 με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης στο δείγμα των επαγγελματιών υγείας προέκυψαν:

- Τα αποτελέσματα της υποκλίμακας της συναισθηματικής εξάντλησης σχετίζονται θετικά σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p < 0,05$) με όλες τις υποκλίμακες SCL-90: της σωματοποίησης ($p < 0,001$), της ψυχαναγκαστικότητας ($p < 0,001$), της διαπροσωπικής ευαισθησίας ($p < 0,001$), της κατάθλιψης ($p < 0,001$), του άγχους ($p < 0,001$), της επιθετικότητας ($p < 0,001$), του φοβικού άγχους ($p < 0,001$), του παρανοειδή ιδεασμού ($p < 0,001$) και του ψυχωτισμού ($p < 0,001$).
- Οι τιμές της υποκλίμακας της αποπροσωποποίησης σχετίζονται θετικά σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p < 0,05$) με όλες επίσης τις υποκλίμακες SCL-90: της σωματοποίησης ($p < 0,001$), της ψυχαναγκαστικότητας ($p < 0,001$), της διαπροσωπικής ευαισθησίας ($p < 0,001$), της κατάθλιψης ($p < 0,001$), του άγχους ($p < 0,001$), της επιθετικότητας ($p < 0,001$), του φοβικού άγχους ($p < 0,001$), του παρανοειδή ιδεασμού ($p = 0,011$) και του ψυχωτισμού ($p = 0,004$).
- Τα αποτελέσματα της υποκλίμακας της έλλειψης επιτευγμάτων σχετίζονται θετικά σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p < 0,05$) με τις υποκλίμακες SCL-90: της σωματοποίησης ($p = 0,003$), της ψυχαναγκαστικότητας ($p = 0,002$), της διαπροσωπικής ευαισθησίας ($p = 0,002$), της κατάθλιψης ($p = 0,001$), του άγχους ($p = 0,009$), της επιθετικότητας ($p = 0,007$) και του φοβικού άγχους ($p = 0,004$). Αντίθετα, δεν σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο με τις υποκλίμακες SCL-90 του παρανοειδή ιδεασμού ($p = 0,228$) και του ψυχωτισμού ($p = 0,202$).

Ακόμη, έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων της κλίμακας ανθεκτικότητας καθώς και των υποκλιμάκων της, με όλες τις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο της Maslach στο δείγμα των επαγγελματιών

υγείας. Στον πίνακα 14, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων συσχετίσεων.

Συσχετίσεις		Συνολικό CDRS	Προσωπική ικανότητα	Εμπιστοσύνη	Θετική αποδοχή	Έλεγχος	Πνευματικές επιδράσεις
Συναισθηματική εξάντληση	Pearson Correlation	-,092	-,132	-,113	-,111	-,051	,001
	Sig. (2-tailed)	,206	,069	,120	,128	,480	,986
	N	191	191	191	191	191	191
Αποπροσωποποίηση	Pearson Correlation	-,110	-,146*	-,073	-,112	-,119	-,023
	Sig. (2-tailed)	,131	,044	,316	,124	,102	,754
	N	191	191	191	191	191	191
Έλλειψη επιτευγμάτων	Pearson Correlation	,412**	,354**	,320**	,411**	,368**	,266**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	191	191	191	191	191	191

Πίνακας 14. Συσχετίσεις επαγγελματικής εξουθένωσης και ανθεκτικότητας.

Από τον έλεγχο, λοιπόν, για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας ανθεκτικότητας με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης στο δείγμα των επαγγελματιών υγείας, προέκυψαν:

- Τα αποτελέσματα της υποκλίμακας της συναισθηματικής εξάντλησης σχετίζονται αρνητικά αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p < 0,05$) με το συνολικό σκορ της κλίμακας Connor-Davidson Resilience Scale ($p = 0,206$) καθώς και με τις υποκλίμακες CDRS: της προσωπικής ικανότητας ($p = 0,069$), της εμπιστοσύνης ($p = 0,120$), της θετικής αποδοχής ($p = 0,128$) και του ελέγχου ($p = 0,480$). Επίσης, οι τιμές της υποκλίμακας της συναισθηματικής εξάντλησης σχετίζονται θετικά αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p < 0,05$) με την υποκλίμακα CDRS των πνευματικών επιδράσεων ($p = 0,986$).
- Τα αποτελέσματα της υποκλίμακας της αποπροσωποποίησης σχετίζονται αρνητικά αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p < 0,05$) με το συνολικό σκορ της κλίμακας Connor-Davidson Resilience Scale ($p = 0,131$) καθώς και με τις υποκλίμακες CDRS: της εμπιστοσύνης ($p = 0,316$), της θετικής αποδοχής ($p = 0,124$), του ελέγχου ($p = 0,102$) και των πνευματικών επιδράσεων ($p = 0,754$). Αντίθετα, οι τιμές της υποκλίμακας της αποπροσωποποίησης σχετίζονται

αρνητικά σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p < 0,05$) με την υποκλίμακα CDRS της προσωπικής ικανότητας ($p = 0,044$).

- Τα αποτελέσματα της υποκλίμακας της έλλειψης επιτευγμάτων σχετίζονται θετικά σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p < 0,05$) με το συνολικό σκορ της κλίμακας Connor-Davidson Resilience Scale ($p < 0,001$) καθώς και με τις υποκλίμακες CDRS: της προσωπικής ικανότητας ($p < 0,001$), της εμπιστοσύνης ($p < 0,001$), της θετικής αποδοχής ($p < 0,001$), του ελέγχου ($p < 0,001$) και των πνευματικών επιδράσεων ($p < 0,001$).

8. Συζήτηση

Συνοψίζοντας, ως κυριότερα σημεία των αποτελεσμάτων προκύπτουν τα εξής: στο σύνολο των 191 ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη παρατηρείται φανερή υπεροχή του γυναικείου φύλου (90,1%), η πλειοψηφία του πληθυσμού μελέτης ήταν έγγαμοι (77,5%) με τουλάχιστον δύο παιδιά (44,5%) και οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ (42,4%). Επίσης, το 86,7% του δείγματος ήταν νοσηλευτές με τουλάχιστον πενταετή θητεία (89%). Από τη μελέτη των κλιμάκων Maslach και CD-RISC αναφορικά με τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχολογικής ανθεκτικότητας αντίστοιχα, βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης και ανθεκτικότητας.

Οι νοσηλευτές εκτίθενται καθημερινά σε πλήθος στρεσογόνων καταστάσεων όπως είναι ο θάνατος και ο ανθρώπινος πόνος, βιώνουν σύνθετες διαπροσωπικές σχέσεις και υπόκεινται σε ψυχολογική πίεση ιδίως όταν συνειδητοποιούν την έλλειψη συμμετοχής τους σε σημαντικές αποφάσεις ή την ενδεχόμενη ανεπάρκειά τους στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Τα παραπάνω αποτελούν παράγοντες που οδηγούν στην

εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο ,όπως έχει ήδη λεχθεί, εκφράζεται μέσω των τριών διαστάσεων του δηλαδή της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και της έλλειψης προσωπικής επίτευξης. Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία διαπιστώνεται ότι το burnout των νοσηλευτών έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον πολλών μελετητών για δύο κύριους λόγους: 1) την επίδρασή του στην υγεία του ατόμου και 2) την ενδεχόμενη αρνητική επιρροή του στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας του αρρώστου. Οι διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των επαγγελματιών υγείας και την ποιότητα ζωής τους. Όμως, παρά τον υψηλό κίνδυνο για επαγγελματική εξουθένωση, δεν αναπτύσσουν όλοι οι νοσηλευτές σοβαρή ψυχοπαθολογία. Η πιο πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι η έννοια της ψυχολογικής ανθεκτικότητας που αναπτύσσεται ως μηχανισμός άμυνας απέναντι σε σοβαρούς στρεσογόνους παράγοντες. Η ψυχολογική ανθεκτικότητα έχει αρνητική συσχέτιση με νόσους όπως η κατάθλιψη και η αγχώδης διαταραχή και θετική συσχέτιση με την καλή ψυχολογική λειτουργικότητα.

Στην παρούσα μελέτη η ψυχολογική ανθεκτικότητα, όπως μετρήθηκε με την κλίμακα Connor-Davidson Resilience Scale βρέθηκε σε χαμηλά επίπεδα και μόλις το 7,9% των ερωτηθέντων είχε τιμή στην κλίμακα αυτή μεγαλύτερη του 92 που θεωρείται σημαντική ένδειξη ανθεκτικότητας (Connor, 2003). Ο μέσος όρος των τιμών των ασθενών στην κλίμακα ήταν 69,92, αισθητά χαμηλότερος από το 80,4 που ήταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην πρωτότυπη μελέτη των Connor και Davidson (Connor, 2003).

Όσον αφορά στις συνιστώσες της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach οι περισσότεροι ασθενείς ανήκαν στην κατηγορία της χαμηλής συναισθηματικής εξάντλησης. Το ίδιο ισχύει και για την αποπροσωποποίηση με ελαφρώς λιγότερους από τους μισούς συμμετέχοντες να ανήκουν στην κατηγορία της χαμηλής αποπροσωποποίησης. Ως προς την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, αυτή ήταν χαμηλή, μέτρια και υψηλή για παραπλήσια ποσοστά των επαγγελματιών υγείας της μελέτης.

Τέλος, όσον αφορά στην κλίμακα SCL-90 οι μέσοι όροι των υποκλιμάκων της ήταν σταθερά υψηλότεροι στις γυναίκες του δείγματος σε σχέση με τους άνδρες. Σε κάθε περίπτωση, οι μέσοι όροι τιμών της παρούσας μελέτης είναι χαμηλότεροι σε σχέση με τους αντίστοιχους προηγούμενης μελέτης των Ντώνια και συν. (Ντώνιας και συν, 1991)

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε θετική συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας με όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ σημειώνεται αρνητική συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Άρα η ψυχολογική ανθεκτικότητα μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός παράγοντας πρόληψης εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο Davydon και οι συνεργάτες του επιβεβαίωσαν την προστατευτική και θετική επίδραση της ανθεκτικότητας στην αποτελεσματική διαχείριση και αντιμετώπιση του επαγγελματικού στρες (Davydon et al. 2010). Αντιθέτως, τα χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας σχετίζονται με ψυχολογικές διαταραχές. Επομένως, είναι χρήσιμο να δημιουργηθούν προγράμματα κατάρτισης για την ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας.

Σε μία αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη σε δύο νοσοκομεία της πόλης Shandong της Κίνας στην οποία συμμετείχαν συνολικά 366 νοσηλεύτριες, υπολογίστηκε ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης, ψυχολογικής ανθεκτικότητας και ψυχολογικής δυσφορίας με βάση τις κλίμακες Maslach και CD-RISC (όπως και στην παρούσα). Το 41,84% του πληθυσμού μελέτης παρουσίαζε burnout με υψηλότερα ποσοστά να σημειώνει η έλλειψη προσωπικής επίτευξης. Όσον αφορά στην ψυχολογική ανθεκτικότητα και την ψυχολογική δυσφορία θεωρήθηκαν μετρίου βαθμού βάσει των σκορ των αντίστοιχων κλιμάκων. Σε συμφωνία βρίσκονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης με την παρούσα αναφορικά με τις σχέσεις μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης με την ψυχολογική ανθεκτικότητα και την ψυχοπαθολογία (Guiyuan Zou et al. 2016).

Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό επίπτωσης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στον πληθυσμό μελέτης ήταν χαμηλό και πιο συγκεκριμένα το 59,7% των συμμετεχόντων είχε χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και το 49,7% χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης, ενώ έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων σημείωσε το 35,6% του δείγματος της παρούσας μελέτης. Σε αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη στην πόλη Aracaju της Βραζιλίας όπου συμμετείχαν 216 επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας η επίπτωση του burnout ήταν μόλις 7% με υψηλότερο ποσοστό να σημειώνει η συναισθηματική εξάντληση (64%). Ως πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου αναδείχθηκαν η νεαρή ηλικία, οι υπερβολικές ώρες εργασίας και η απογοήτευση για τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος. Ενώ η πλειοψηφία του δείγματος δεν παρουσίαζε επαγγελματική εξουθένωση, ποσοστό πάνω από 50% παρουσίαζε μέτριο κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου. Ο υπολογισμός του κινδύνου

αυτού βασιζόταν στα εξής χαρακτηριστικά: απογοήτευση για το επάγγελμα, επιθυμία παραίτησης, αίσθημα ψυχολογικής δυσφορίας, παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών βάσει ψυχιατρικής εκτίμησης και έλλειψη επαγγελματικών προσδοκιών (Salvyana C et al. 2015).

9. Συμπέρασμα

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη δεν παρουσίαζαν σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, εντούτοις είχαν χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζουν μια σειρά προκλήσεων και δυσκολιών που αποδίδονται, τουλάχιστον εν μέρει, στις αντιξοότητες του χώρου εργασίας. Ειδικότερα, για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην κοινότητα η ψυχολογική ανθεκτικότητα πρέπει να υποστηρίζεται από τις κατάλληλες συνθήκες του χώρου εργασίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της καλλιέργειας των προσωπικών χαρακτηριστικών κάθε ατόμου, της συνεχιζόμενης κατάρτισης, της ισχυρής υποστήριξης της διοίκησης και της προώθησης των κοινωνικών σχέσεων.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Adali, E. & Priami, M. (2002). Burnout among Nurses in Intensive Care units, Internal Medicine Wards and Emergency Departments in Greek Hospitals. *ICU's and Nursing Web Journal*, 1-19.
2. American Psychological Association. The road to resilience. Washington, DC: American Psychological Association; 2014. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
3. Antoniou A.-S., Davidson M.J. and Cooper C.L. (2003). Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology*. 18: 592-621.
4. Bährer-Kohler S. (2014). Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working. *New York: Springer*.

5. Bagby RM, Psych C, Quilty LC, Ryder AC (2008) Personality and depression. *Can J Psychiatry*. 53 :14–25.
6. Benson H. B., Rosner A.B., Marzetta R., & Klemchuk H.P. (1974). Decreased blood pressure in borderline hypertensive subjects who practised mediation. *Journal of Chronic Disease*. 26:163-169.
7. Charney D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am. J. Psychiatry* .161: 195–216.
8. Cloninger C.R., Zohar A.H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord*. 128(1-2):24-32.
9. Connor KM., Davidson JR. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 18(2):76-82.
10. Cooper, C., Cooper R., Eaker L. (2002) *Ζώντας με το Στρες*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
11. Cronin-Stubbs, D. & Brophy, E.G. (1985) Burnout: can social support save the psych nurse? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 23: 8–13.
12. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. (2010). Resilience and mental health. *Epub*. 30(5):479 – 495.
13. Demir A., Ulusoy M., Ulusoy M.F (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the Professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud*.40:807–827.
14. Donias, S., Karastergiou, A., & Manos, N. (1991). Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki*. 2, 42-48.
15. Dudley K. J., Li X., Kobor M. S., Kippin T. E., Bredy T. W. (2011). Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neurosci. Biobehav. Rev*. 35:1544-1551.
16. Edelwich J., & Brodsky A. (1980). Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. *New York: Human Services Press*.
17. Eley D.S, Cloninger C.R, Walters L., Laurence C., Synnott R., Wilkinson D. (2013). The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well-being. *Peer J*. Nov 19:216.
18. Fay J. , Miko R., Ronald M. (2017). Mastering Resilience in Oncology: Learn to Thrive in the Face of Burnout. *Meeting Library*.
19. Feder A., Nestler E. J., Charney D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat. Rev. Neurosci*. 10:446–457.

20. Finn C.P. (2001) Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. *Int J Nurs Stud.* 38:349–357.
21. Fredrickson B.L. (2001).The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist.*56:218–226.
22. Fredrickson B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology.* 2:300–319.
23. Fox M. L., Dwyer D. J. & Ganster, D. C. (1993). Effects of stressful job demands and control on psychological and attitudinal outcomes in a hospital setting. *Academy of Management Journal.*36 (2): 289-318.
24. Garmezy N., Streitman S. (1974).Children at risk: conceptual models and research methods. *Schizophr Bull.* 9: 55–125.
25. Garmezy N. (1974).The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: Anthony E.J, Koupernik C., editors. The child in his family: children at psychiatric risk. *New York: Wiley.* 3: 77–97.
26. Garmezy N.(1971).Vulnerability research and the issue of primary prevention. *Am J Orthopsychiatry.*41:101–116.
27. Gomez-Gascon T. (2013). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice.* 14:173.
28. Guiyuan Z., Xiuying S., Xiaohong T. et al. (2016). Correlates psychological distress, burnout and resilience among Chinese female nurses. *Industrial Health.* 54: 389-395.
29. Gillespie C. F., Phifer J., Bradley B., Ressler K. J. (2009). Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depress. Anxiety* 26, 984–992.
30. Heinz A., Smolka M. N. (2006). The effects of catechol O-methyltransferase genotype on brain activation elicited by affective stimuli and cognitive tasks. *Rev. Neurosci.* 17, 359–367.
31. Horsfall C.R, Zohar A.H. (2011).Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord.* Jan,128(1-2):24-32.
32. Horsfall S.(2014). Doctors who commit suicide while under GMC fitness to practise investigation.
https://www.gmc.uk.org/Internal_review_into_suicide_in_FTP_processes.pdf
33. Karam E. G, Friedman M. J, Hill E. D, Kessler R. C, McLaughlin K. A, Petukhova M, et al. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the world mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety.*31:130–142.
34. Karreman A., Vingerhoets J. J. M. (2012). Attachment and well-being: the mediating role of emotion regulation and resilience. *Pers. Individ. Dif.* 53: 821–826.

35. Kim-Cohen J., Turkewitz R. (2012). Resilience and measured gene-environment interactions. *Development and Psychopathology*. 24:1297–1306.
36. Kutlukturkan S., Sozeri E., Uysal N., Bay F. (2016) Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Ann Gen Psychiatry*. Nov 14,15:33.
37. Karasek RA (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* .24:285–307.
38. Leontopoulou S. (2010). An exploratory study of altruism in Greek children: relations with empathy, resilience and classroom climate. *Psychology 1*, 377–385.
39. Lown M., Lewith G., Simon S., Peters D. (2015). Resilience: what is it, why do we need it, and can it help us? *Br J Gen Pract*. 65(639): 708–710.
40. Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B.(2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Dev*.71(3): 543–562.
41. Luthar S.S. (2006). Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen D, editors. *Developmental psychopathology*. New York: Wiley.3: 739–795.
42. Maslach C, Schhaufeli WB, Leiter MP (2001) Job burnout. *Annu Rev Psychol* .52: 379–422.
43. Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.
44. Masten A.S, Garmezy N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: Lahey B., Kazdin A., editors. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum. 8:1–52.
45. Masten A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 56:227–238.
46. Matheson C., Robertson H.D, Elliott A.M, Iversen L., Murchie P. (2016). Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. *Br. J. Gen. Pract*.66(648):507–515.
47. Mealer M., Jones J., Newman J., McFann K., Rothbaum B., Moss M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in ICU nurses: Results of a national survey. *Int J Nurs Stud*. 49(3): 292–299.
48. Montoro-Rodriquez, J. & Small, J.A. (2006) The role of conflict resolution styles on nursing staff morale, burnout, and job satisfaction in long-term care. *Journal of Aging and Health*. 18 (3): 385–406.
49. Newman, T. (2004). What works in building resilience . *Barkingside: Barnardo's* .
50. Paiva LC, Canario AC, China EL, Goncalves AK. (2017). Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics* .72(5):305-309.

51. Piedmont RH (1993) A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: the role of personal dispositions. *J Per Assess.* 61:457–73.
52. Pietrzak R. H, Southwick S. (2011). M. Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of Affect Disorders.* 133(3):560–568.
53. Pines, A. M. & Aronson, E. (1988). Career burnout: Causes nad cures. *New York: Free Press.*
54. Richardson G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *J. Clin. Psychol.* 58: 307–321.
55. Robertson H.D, Elliott A.M, Burton C., Iversen L., Murchie P., Porteous T., et al. (2016). Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 66(647): 423–433.
56. Russo S. J., Murrough J. W., Han M. H., Charney D. S., Nestler E. J. (2012). Neurobiology of resilience. *Nat. Neurosci.* 15: 1475–1484.
57. Salvyana C, Marco A et al. (2015). Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in Aracaju, Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva.* 20(10):3011-3020.
58. Shimomitsu T, Odagiri Y .(2001). Endocrinological assessment of extreme stress. In: Everyday biological stress mechanisms. *Theorell T (Ed.):35–51.*
59. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C.(2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int.* 14:204-220.
60. Shastri P.C. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian J Psychiatry.* 55(3):224-34.
61. Sherrieb K, Norris F. H, Galea S.(2010). Measuring Capacities for Community Resilience. *Social Indicators Research.* 99(2):227–247.
62. Simeon D., Yehuda R., Cunill R., Knutelska M., Putnam F.W., Smith L.M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology.*32(8-10):1149-52.
63. Skelton K., Ressler K. J., Norrholm S. D., Jovanovic T., Bradley-Davino B. (2012). PTSD and gene variants: new pathways and new thinking. *Neuropharmacology.* 62: 628–637.
64. Suzuki E, Kotani S. (2005). Survey of demands to hospital nurses in 2004. *Kango.* 57:78–81.
65. Tsankova N., Renthal W., Kumar A., Nestler E. J. (2007). Epigenetic regulation in psychiatric disorders. *Nat. Rev. Neurosci.* 8: 355–367.

66. Trafford A. (2001). When the hospital staff isn't enough. *Washington Post*.
67. Walsh F. (2006). Strengthening family resilience. 2nd ed. New York: Guilford Press.
68. Werner E., Smith R. (1992). Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood. Ithaca: Cornell University Press.
69. Werner E., Smith R. (1982). Vulnerable but invincible: a study of resilient children. New York: McGraw-Hill.
70. Wu G., Feder A., Wegener G., Bailey C., Saxena S., Charney D., et al. (2011). Central functions of neuropeptide Y in mood and anxiety disorders. *Expert Opin. Ther. Targets*. 15: 1317–1331.
71. Wu G., Feder A., Cohen H., Kim J., Calderon S., Charney D et al. (2013). Understanding resilience. *Front Behav Neurosci*. 7: 10.
72. Wilson RS, Krueger KR, Gu L, Bienias JL, Mendes de Leon CF, Evans DA. (2005). Neuroticism, extroversion and mortality in a defined population of older persons. *Psychosomatic Med*. 67: 841–5.
73. Γιαννοπούλου Α. (1996). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. εκδόσεις Ταβιθά.
74. Λανάρα Β. (1993). *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα .
75. Τιτομιχλάκη Μ., Καφετζάκης Β., Καραμαλάκη Μ., Χανιωτάκης Α. (2006). Κόπωση επαγγελματιών υγείας. *Ιατρικά Χρονικά*.
76. Τσίκου Ν., Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη Σ. (1995). *Νοσηλευτική Ι*. εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.