



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης στους
επαγγελματίες υγείας σε συνθήκες πανδημίας COVID-19

ΑΣΠΑΣΙΑ ΒΑΛΑΒΑΝΗ
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Φωτεινή Μάλλη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Ιωάννα Παπαθανασίου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Δημήτριος Παπαγιάννης, Επίκουρος Καθηγητής, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2021

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

**Investigation of the level of burnout in health professionals in
COVID-19 pandemic conditions**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Κατάλογος Εικόνων	5
Κατάλογος Πινάκων.....	6
Περίληψη	9
Abstract	10
Εισαγωγή	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
Κεφάλαιο 1 Βιβλιογραφική επισκόπηση.....	13
1.1 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας «Επαγγελματική Εξουθένωση».....	13
1.2 Θεωρητικά μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	15
Κεφάλαιο 2 Επαγγελματική Εξουθένωση	21
2.1 Ορισμός.....	21
2.2 Κλίμακες Μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	22
2.3 Εννοιολογικά μοντέλα	23
2.4 Αίτια του συνδρόμου	25
2.5 Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	26
Κεφάλαιο 3 Η Επαγγελματική Εξουθένωση των Επαγγελματιών Υγείας.....	30
Κεφάλαιο 4 Η Επαγγελματική Εξουθένωση των Επαγγελματιών Υγείας που Αντιμετωπίζουν Ασθενείς με Covid-19	35
Κεφάλαιο 5 Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης	38
5.1 Διαχείριση του συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	38
5.2 Παρεμβάσεις ορθών πρακτικών	39
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	41
Κεφάλαιο 6 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	41
Κεφάλαιο 7 Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος	42
7.1 Πληθυσμός μελέτης	42

7.2 Μεθοδολογία.....	42
7.3 Διαδικασία διεξαγωγής.....	43
7.4 Στατιστική ανάλυση.....	43
Κεφάλαιο 8 Αποτελέσματα	44
8.1 Περιγραφική στατιστική	44
8.2 Επαγωγική στατιστική	51
Κεφάλαιο 9 Συζήτηση	59
Κεφάλαιο 10 Συμπεράσματα.....	61
Βιβλιογραφία.....	62
Παραρτήματα	69
Παράρτημα 1 Ερωτηματολόγιο.....	69
Παράρτημα 2 Άδεια χρήσης της Copenhagen Burnout Inventory.....	73
Παράρτημα 3 Άδεια διανομής ερωτηματολογίου στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας	74

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1. Κατανομή του πληθυσμού ως προς το φύλο	44
Εικόνα 2. Κατανομή του πληθυσμού ως προς την ηλικία	45
Εικόνα 3. Κατανομή του πληθυσμού ως προς την οικογενειακή κατάσταση	45
Εικόνα 4. Κατανομή του πληθυσμού ως προς τα έτη προϋπηρεσίας	46
Εικόνα 5. Κατανομή του πληθυσμού ως προς την ειδικότητα	47
Εικόνα 6. Κατανομή του πληθυσμού ως προς τον τίτλο σπουδών εκτός βασικού πτυχίου	47
Εικόνα 7. Εργασία συμμετεχόντων σε τμήμα που νοσηλεύει ασθενείς με COVID-19.....	49
Εικόνα 8. Απαντήσεις συμμετεχόντων για το εάν έχουν νοσήσει από Covid-19.....	50
Εικόνα 9. Απαντήσεις συμμετεχόντων για το εάν έχει νοσήσει από Covid-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας.....	50

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.....	46
Πίνακας 2. Φορέας/νοσοκομείο που εργάζονται οι συμμετέχοντες	48
Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για την Κλίμακα Copenhagen Burnout Inventory	51
Πίνακας 4. Independent t-tests για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα το φύλο	52
Πίνακας 5. Independent t-tests για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα την εργασία σε τμήμα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19	53
Πίνακας 6. Independent t-tests για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα το εάν οι συμμετέχοντες έχουν νοσήσει από COVID-19.....	53
Πίνακας 7. Independent t-tests για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα το εάν έχει νοσήσει από COVID-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας	54
Πίνακας 8. One-way Ανοva για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα την ηλικία.....	55
Πίνακας 9. One-way Ανοva για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα την οικογενειακή κατάσταση.....	55
Πίνακας 10. One-way Ανοva για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα τα έτη προϋπηρεσίας.....	56
Πίνακας 11. One-way Ανοva για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα την ειδικότητα.....	57
Πίνακας 12. One-way Ανοva για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα τον τίτλο σπουδών εκτός του βασικού πτυχίου	57

ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα εργασία με τίτλο: **«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19»** είναι εξ' ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου έρευνας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προσέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία, ενώ κάθε εξωτερική βοήθεια αναγνωρίζεται ρητά.

Ημερομηνία:

24.../9.../2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, Πνευμονολόγο, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΠΘ, Επιστ. Υπεύθυνη Ιατρείου ΠΕ ΠΓΝΛ και Διευθύντρια Εργαστηρίου Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμ. Νοσηλευτικής ΠΘ, Κα. Μάλλη Φωτεινή, για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Καθώς επίσης και τον Κ. Ράπτη Δημήτριο υποψήφιο Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Εγκάρδιες ευχαριστίες, σε όλους εκείνους που μου συμπαραστάθηκαν, με στήριξαν, με παρότρυναν καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής αυτής της εργασίας. Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ, στα αγαπημένα μου πρόσωπα, που με το δικό τους τρόπο βοήθησαν το καθένα ξεχωριστά στην υλοποίηση της.

Βαλαβάνη Ι. Ασπασία

Περίληψη

Η πανδημία COVID-19 έχει οδηγήσει σε μεγάλα επίπεδα στρες και άγχους των επαγγελματιών υγείας. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνήσει την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σε συνθήκες πανδημίας COVID-19. Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα, και χρησιμοποιήθηκε η Copenhagen Burnout Inventory για τη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 360 επαγγελματίες υγείας. Διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρκετά υψηλά επίπεδα προσωπικής εξουθένωσης, εργασιακής εξουθένωσης και εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες και οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τμήματα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19 έχουν σημαντικά μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, η ειδικότητα, ο τίτλος σπουδών εκτός βασικού πτυχίου, αλλά και το εάν νόσησαν οι ίδιοι ή κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας με COVID-19 δεν σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση. Δεδομένου του πολύ υψηλού επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας κρίνεται αναγκαίο να αναπτυχθούν οι κατάλληλες στρατηγικές για τη μείωση της εξουθένωσης.

Λέξεις κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, Επαγγελματίες υγείας, Πανδημία, COVID-19

Abstract

The COVID-19 pandemic has led to high levels of stress and anxiety for health professionals. The purpose of this study was to investigate the burnout of health professionals in COVID-19 pandemic conditions. Quantitative research was performed, and the Copenhagen Burnout Inventory was used to study burnout. The research sample consisted of 360 health professionals. Health professionals have been found to have fairly high levels of personal burnout, work burnout, and burnout associated with patient interactions. It has also been found that women and health professionals working in department for patients with COVID-19 have significantly greater burnout. However, it was found that age, marital status, years of service, specialty, non-basic degree, and whether they or a first-degree relative became ill from COVID-19 were not correlated to burnout. Given the very high level of burnout among health professionals, it is necessary to develop appropriate strategies to reduce burnout.

Keywords: Burnout, Health professionals, Pandemic, COVID-19

Εισαγωγή

Η επαγγελματική εξουθένωση αναγνωρίζεται ως ένα πολύ δημοφιλές πρόβλημα, κυρίως σε επαγγέλματα όπως η υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση. Οι εργαζόμενοι σε τέτοιου είδους επαγγέλματα, αντιμετωπίζουν απαιτήσεις, όπως: υψηλό φόρτο εργασίας, πίεση χρόνου, προβλήματα με τους ασθενείς ή τους μαθητές κ.α. . Ενώ αυτές οι απαιτήσεις, είναι γνωστές για πάνω από 30 χρόνια, είναι κοινώς αποδεκτό, ότι την τελευταία δεκαετία το πρόβλημα έχει γίνει πιο έντονο, από ποτέ. Αιτία της επιδείνωσης της εξουθένωσης, σε αυτές τις θέσεις, θεωρούνται τα οργανωτικά περιβάλλοντα, τα οποία διαμορφώνονται από διάφορους: οικονομικούς, πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες, με αποτέλεσμα την υψηλή ζήτηση και τους χαμηλούς πόρους (Maslach & Leiter, 2016).

Τα τελευταία χρόνια, ο σχεδιασμός εργασίας έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διαχείριση του σύγχρονου ανθρώπινου δυναμικού, λόγω των αυξανόμενων κοινωνικοοικονομικών προκλήσεων και της αυξανόμενης πίεση που βιώνει η ανθρωπότητα. Είναι σημαντικό να σχεδιάζονται οι θέσεις εργασίας, κατά τέτοιο τρόπο, ώστε το άγχος να περιορίζεται, το κίνητρο να ενισχύεται και η ικανοποίηση των εργαζομένων και η απόδοσή τους, να βελτιώνονται, με στόχο οι οργανισμοί να ανταγωνίζονται αποτελεσματικά την παγκόσμια αγορά. Αγχωτικοί, καταθλιπτικοί και δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι δεν είναι σε θέση να προσφέρουν το ίδιο επίπεδο ποιότητας εργασίας και παραγωγικότητας (Salvagioni et al., 2017).

Οι μελετητές, έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων σε διάφορα επαγγέλματα, όπως: το εκπαιδευτικό επάγγελμα, το ιατρικό επάγγελμα, το επάγγελμα των κοινωνικών λειτουργών και των εργαζομένων στον χρηματοοικονομικό τομέα. Ο επιπολασμός της εργασιακής εξουθένωσης σε ορισμένες μελέτες κυμένεται περίπου: στο 30% στους εκπαιδευτικούς, στο 31% σε φοιτητές ιατρικής και μεταξύ 44% και 68,6% σε ογκολόγους (Heinemann & Heinemann, 2017). Τα ανωτέρω αποτελέσματα, υποδηλώνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα μείζον θέμα της σύγχρονης κοινωνίας.

Παρόλο που ο όρος εξουθένωση είναι πολύ γνωστός και συναντάται συχνά, στη καθημερινότητα των ανθρώπων, οι ερευνητές προσπαθούν να τον διερευνήσουν εις βάθος,

αναζητώντας τα αίτια που την προκαλούν και τα συμπτώματα που επιφέρει. Ο Herbert Freudenberger το 1974, ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε στην επαγγελματική εξουθένωση, ενώ αργότερα η συγκεκριμένη ψυχική κατάσταση διερευνήθηκε και από άλλους μελετητές. Παρόλο το πλήθος των ερευνών, εξακολουθεί να υπάρχει ανάγκη συστηματικής έρευνας για την αιτιολογία και την ψυχοπαθολογία του συνδρόμου εξουθένωσης (Golonka et al.,2019).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Βιβλιογραφική επισκόπηση

1.1 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας «Επαγγελματική Εξουθένωση»

Η πρώτη αναφορά για την «εξουθένωση» έγινε το 1960, από ειδικούς που προσπάθησαν να περιγράψουν τις επιπτώσεις της χρόνιας κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών. Το 1974, ο Αμερικανός Ψυχολόγος Herbert Freudenberger ήταν ο πρώτος που εισήγαγε τον όρο "εξουθένωση" για ακαδημαϊκή διερεύνηση, μελετώντας τις αντιδράσεις στρες των εργαζομένων στη κλινική του Αγίου Μάρκου, στη Νέα Υόρκη. Ο Freudenberger χρησιμοποίησε τον όρο για να περιγράψει το σταδιακή σωματική και συναισθηματική εξάντληση και τη μειωμένη παραγωγικότητα των εργαζομένων. Σύμφωνα με τον Freudenberger το πρώτο σημάδι της εξάντλησης είναι όταν ο εργαζόμενος παρόλο που εργάζεται σκληρότερα και περισσότερο, τα επιτεύγματά του είναι λιγότερα. Ως αποτέλεσμα, η εργασιακή εξουθένωση εισήχθη ως μια νέα ιδέα στην ψυχολογική βιβλιογραφία για τα επαγγέλματα υγείας (Starrin et. al., 1990).

Ο Freudenberger έχοντας βιώσει προσωπικά τη συναισθηματική κατάσταση της εξουθένωσης, άρχισε να αναρωτιέται για το πώς διακρίνεται η ουδετεροποίησή της, από άλλες ψυχολογικές δομές. Εάν η εξουθένωση είναι πραγματικά ένα νέο φαινόμενο ή είναι απλώς ένα «παλιό», με μια νέα ετικέτα. Εάν, η ποικιλία των αιτίων, των συμπτωμάτων και των συνεπειών της εξουθένωσης συμβάλει στη σύγχυση σχετικά με την εξειδίκευση της. Εάν το φαινόμενο βιώνεται από όλους τους ανθρώπους ή μόνο από τους εργαζόμενους στο τομέα της κλινικής και κοινωνικής ψυχολογίας. Όπως και ποιες παρεμβάσεις πρέπει να πραγματοποιηθούν σε περίπτωση παρουσίας της διαταραχής και ποιες προφυλάξεις μπορεί κανείς να πάρει για να διαφυλαχτεί από αυτό το σοβαρό επαγγελματικό κίνδυνο (Freudenberger, 1974).

Τελικά, το «burn out» ορίστηκε από τον ερευνητή, ως η εξάντληση που διακατέχει ένα άτομο στη περίπτωση της παρατεταμένης χρήσης ενεργειακών αποθεμάτων. Έκτοτε, για την εξουθένωση δόθηκαν πολλοί ορισμοί, οι οποίοι εξετάζουν την διαταραχή από διαφορετική σκοπιά.

Αναλυτικότερα, η Jones, το 1980, όρισε ότι τα άτομα που βιώνουν εξουθένωση έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, διακατέχονται από ένα συναισθηματικό-σωματικό κενό και δε δείχνουν το ενδιαφέρον που θα έπρεπε προς τους ασθενείς. Η αποπροσωποποίηση γίνεται αντιληπτή με θυμό και εκνευρισμό απέναντι στους ασθενείς, έλλειψη παραγωγικότητας, αντισυναδελφική συμπεριφορά και κατ'επέκταση απομάκρυνση από την εργασία.

Το 1982 η επαγγελματική εξουθένωση ορίστηκε από η Seuntjens ως: μια ψυχολογική αδυναμία, η οποία πηγάζει από την απογοήτευση που σχετίζεται με την εργασία προκαλώντας μειωμένη παραγωγικότητα και χαμηλό ηθικό, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ψυχοσωματικών ασθενειών και την εγκατάλειψη της εργασίας. Η ψυχολογική αυτή αδυναμία θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα της συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης και του stress. Οι επαγγελματίες υγείας που διακατέχονται από επαγγελματική εξουθένωση τρέφουν αρνητικά συναισθήματα τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τον ίδιο τους τον εαυτό, με αποτέλεσμα να συμπεριφέρονται με κυνισμό (Seuntjens, 1982).

Το 1976 το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης διερευνάται πιο διεξοδικά, από τη κλινική ψυχολόγο Christina Maslach, η οποία ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση) ως: «σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μείωσης προσωπικών επιτευγμάτων, στην εργασία. Η συναισθηματική εξάντληση δείχνει ότι ένας εργαζόμενος είναι υπερβολικά κουρασμένος συναισθηματικά, από τις απαιτήσεις της εργασίας του. Στους αμυντικούς μηχανισμούς που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι των επαγγελμάτων παροχής υπηρεσιών, εντάσσονται η αποστασιοποίηση, η οποία εκφράζεται με κυνικές απαντήσεις και μια συνολική αδιάφορη συμπεριφορά προς την εργασία και οτιδήποτε σχετίζεται με αυτή, έλλειψη ενδιαφέροντος, τα αρνητικά συναισθήματα για τον «πελάτη» και η συναισθηματική εξάντληση (Maslach et. al, 1996; Maslach & Leiter, 2005)

Η ερευνήτρια, αναφέρει ότι οι εργαζόμενοι σε οργανισμούς υγείας, στην περίπτωση της επαγγελματικής εξουθένωσης διακατέχονται από ψυχική και σωματική εξάντληση, περιορισμένο ενδιαφέρον για τους ασθενείς τους, έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης, καθώς και από αίσθηση αρνητικής εικόνας για τον εαυτό τους. Το 1986, η δημιουργία του ερευνητικού εργαλείου Maslach Burnout Inventory (MBI), βοηθά τους ερευνητές στη μελέτη και καλύτερη καταγραφή του φαινομένου (Tunde & C, 2013).

Εκτός από την ανωτέρω ερμηνεία του φαινομένου, σημαντική αποδείχτηκε και η άποψη της Pines (1993), σύμφωνα με την οποία η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται στην ανάγκη

του ανθρώπου να πιστεύει ότι όλα όσα κάνει είναι χρήσιμα και σημαντικά.. Η ανάγκη αυτή ισχύει και στο χώρο εργασίας, με αποτέλεσμα την επαγγελματική εξουθένωση, λόγω της οποιασδήποτε αποτυχίας, κυρίως μεταξύ των ατόμων που θεωρούν ότι η εργασία τους αποτελεί το νόημα της ζωής τους (Pines, 1993).

1.2 Θεωρητικά μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Από τα θεωρητικά μοντέλα που αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση, το μεγαλύτερο ποσοστό ορίζει ότι είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των εργαζομένων με το εργασιακό περιβάλλον. Επίσης, άλλοι μελετητές αποδίδουν το σύνδρομο: στο μεγάλο φόρτο εργασίας, στη κακή επικοινωνία με τους συναδέλφους, στις άσχημες εργασιακές συνθήκες κα. (Pines & Aronson, 1988; Θεοφίλου, 2009).

Η επαγγελματική εξουθένωση, σύμφωνα με τον Cary Cherniss, αποτελεί μία διαδικασία που ακολουθεί τα εξής στάδια:

- **Στάδιο εργασιακού stress:** Το εργασιακό stress σε αυτό το στάδιο, δημιουργείται λόγω της αντίδρασης του εργαζομένου στη διατάραξη της ισορροπίας, μεταξύ των διαθέσιμων και απαιτούμενων πόρων, στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον. Πολλές φορές οι πόροι που διατίθενται για την εκπλήρωση μίας εργασίας δεν είναι αρκετοί, με αποτέλεσμα να διακινδυνεύει και η εκπλήρωση των προσωπικών στόχων. Το φαινόμενο αυτό, συναντάται σε πολλούς εργαζόμενους και δεν αποτελεί αιτία επαγγελματικής εξουθένωσης.
- **Στάδιο Εξάντλησης:** Το στάδιο της εξάντλησης, συσχετίζεται άμεσα με το στάδιο του εργασιακού stress. Μετά από παρατεταμένη περίοδο άγχους, το σώμα μπαίνει στο στάδιο εξάντλησης. Σε αυτό το στάδιο, το σώμα έχει εξαντλήσει τους ενεργειακούς του πόρους προσπαθώντας συνεχώς και αποτυγχάνει να ανακάμψει. Μόλις φτάσει στο στάδιο της εξάντλησης, το σώμα ενός ατόμου δεν μπορεί πλέον να καταπολεμήσει το stress. Οι εργαζόμενοι μπορεί να βιώσουν: κούραση κατάθλιψη, ανησυχία αίσθημα ανικανότητας κα. Εάν ένα άτομο δεν βρει τρόπους για να διαχειριστεί τα επίπεδα stress, σε αυτό το στάδιο, οδηγείται σε απογοήτευση και παραίτηση.

- Στάδιο αμυντικής κατάληξης: Αφορά το στάδιο μετάβασης, κατά το οποίο ένας εργαζόμενος αλλάζει συμπεριφορά, εμφανίζοντας συμπτώματα όπως: καχυποψία, κυνισμό κα. Οι συγκεκριμένες συμπεριφορές ενεργοποιούν τους αμυντικούς μηχανισμούς για το περιορισμό των συμπτωμάτων ώστε ο εργαζόμενος να μπορεί να ανταποκριθεί όσο το δυνατόν καλύτερα στα εργασιακά του καθήκοντα (Θεοφίλου, 2009; Bianchi, et al., 2015).

Οι Edelwich και Brodsky κατέληξαν σε τέσσερα βασικά στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο επαγγελματίας από την αρχή της καριέρας του:

- Στάδιο του ενθουσιασμού: Στο στάδιο αυτό, η καριέρα του εργαζόμενου ξεκινά με το σχεδιασμό στόχων και προσδοκιών, οι οποίες τις περισσότερες φορές παραμένουν ανεκπλήρωτες. Για την επίτευξη των στόχων, καταναλώνεται πολύ ενέργεια και χρόνος, καθώς και πολλή προσπάθεια για την ανάπτυξη σχέσεων με τους ασθενείς. Τυχόν μη εκπλήρωση των προσδοκιών οδηγεί τον εργαζόμενο στην απογοήτευση.
- Στάδιο Αμφιβολίας-Αδράνειας: Στο στάδιο της αδράνειας, ο εργαζόμενος πιστεύει ότι οι ανάγκες του δε καλύπτονται μέσα στον εργασιακό χώρο. Θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο για τις αποτυχίες του και καταβάλει προσπάθεια επίτευξης υψηλότερων στόχων, χωρίς θετικά αποτελέσματα. Ο εργαζόμενος δηλαδή, κατά σταδιακό χρόνο θεωρεί ότι το εργασιακό του περιβάλλον δεν είναι το ιδανικό για αυτό, παρόλο που οι στόχοι του παραμένουν το ίδιο υψηλοί.
- Στάδιο Απογοήτευσης – Ματαίωσης: Στο στάδιο της απογοήτευσης, ο εργαζόμενος λόγω της μη ικανοποίησης από την εργασία, διακατέχεται από απογοήτευση. Προκειμένου να αποφύγει την επιδείνωση των αρνητικών συναισθημάτων, είναι αναγκαία η αναθεώρηση των προσδοκιών του, και η αποφυγή οποιουδήποτε γεγονότος του προκαλεί stress, ακόμα και πρόκειται για το εργασιακό του περιβάλλον.
- Στάδιο Απάθειας: Στο στάδιο της απάθειας, ο εργαζόμενος προσπαθεί να αποφύγει τα συναισθήματα της απάθειας και της ματαίωσης, ως προς την εργασία, με αποτέλεσμα να μη αναλαμβάνει καμία ευθύνη. Εξακολουθεί να εργάζεται για λόγους βιοποριστικούς, χωρίς να επιδιώκει καμία σχέση με τους ασθενείς και δαπανώντας λιγότερη ενέργεια στα καθήκοντά του (Θεοφίλου, 2009).

Η Maslach (1982) όρισε την εξουθένωση ως «*σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής επίτευξης που μπορεί να συμβεί μεταξύ ατόμων που ασκούν κάποιο επάγγελμα*» (σελ. 3). Σύμφωνα με τη Maslach (1982), η εξάντληση χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις που αντιπροσωπεύουν διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων:

- 1η Διάσταση → Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion): Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται σε εξάντληση των συναισθηματικών πόρων. Οι εργαζόμενοι που είναι συναισθηματικά εξαντλημένοι συνήθως αισθάνονται ότι στερούνται από προσαρμοστικούς πόρους και δεν μπορούν να δώσουν πια στη δουλειά τους. Η ενέργεια που κάποτε έπρεπε να αφιερώσουν στη δουλειά τους έχει πλέον εξαντληθεί, αφήνοντάς τους χωρίς τους πόρους που είναι απαραίτητοι για να εκτελέσουν τη δουλειά τους (Maslach et al, 2016).
- 2η Διάσταση → Αποπροσωποποίηση (depersonalization): Η αποπροσωποποίηση (γνωστή, στη βιβλιογραφία και ως κυνισμός), συμβαίνει συχνά ως απόκριση στην συναισθηματική εξάντληση και περιγράφει μια διαδικασία κατά την οποία οι εργαζόμενοι αποσπώνται από τη δουλειά τους και αρχίζουν να αναπτύσσουν άσχημες ή αδιάφορες στάσεις απέναντι της, στην απόδοσή τους και σε όσους σχετίζονται με την εργασία (π.χ. πελάτες, συνεργάτες κ.λπ.). Σε αυτή τη διάσταση οι εργαζόμενοι απομακρύνονται από τον πελάτη/ασθενή τους, με τη δημιουργία κυνικών σχέσεων. Αναλυτικότερα, δε θεωρούν τον ασθενή ως άνθρωπο, αλλά ως ένα αντικείμενο (Θεοφίλου, 2009).
- 3η Διάσταση → Έλλειψη προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment): Το μειωμένο προσωπικό επίτευγμα (γνωστό στη βιβλιογραφία ως προσωπική αποτελεσματικότητα) αναφέρεται στη μειωμένη αντίληψη σχετικά με την ικανότητα στην εργασία. Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται ότι δεν μπορούν να αποδώσουν στη δουλειά τους, όπως κάποτε παλαιότερα, γεγονός το οποίο πολλές φορές επιφέρει ψυχοσωματικά προβλήματα (Maslach et al, 2008).

Το μοντέλο Pines & Aronson εκτός από τους επαγγελματίες υγείας, εφαρμόζεται και στις πολιτικές και οικογενειακές συγκρούσεις. Σύμφωνα με το μοντέλο, η βαρύτητα της επαγγελματικής εξουθένωσης καθορίζεται από τις προσδοκίες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εργαζομένου. Τα άτομα που θεωρούν ότι η ζωή τους αποκτά νόημα με

την εργασία, εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά εξουθένωσης, στη περίπτωση που δεν επιτυγχάνουν τους στόχους που έχουν θέσει. Η μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με την Pines (Burnout Measure), αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα και διαφοροποιείται από την αρχική θεώρηση του συνδρόμου, όπου η αξιολόγηση προκύπτει από τη συνολική βαθμολογία: της μειωμένης αυτοπεποίθησης, της απόγνωσης, της αδράνειας και της αμφιβολίας (Pines, 1993; Θεοφίλου, 2009).

Μια εναλλακτική άποψη σχετικά με την ανάπτυξη της εξουθένωσης εκφράστηκε από τον Golembiewski, σύμφωνα με το οποίο η καθεμία από τις τρεις διαστάσεις του μοντέλου της Maslach χωρίζεται σε χαμηλά και υψηλά επίπεδα. Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο Golembiewski (1984), οι εργαζόμενοι περνούν αρκετές φάσεις, έως την εξάντληση. Ως αρχική φάση θεωρούνται τα υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης, κατά τη προσπάθεια αντιμετώπισης του άγχους της εργασίας. Στη συνέχεια έπονται η έλλειψη προσωπικής επίτευξης και η συναισθηματική εξάντληση, συναίσθημα που αποτελεί το σημαντικότερο στάδιο για την ανάπτυξη του συνδρόμου. Για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ο Golembiewski ανέπτυξε ένα μοντέλο – κλίμακα, που περιλαμβάνει οκτώ φάσεις. Οι διαστάσεις σε αυτή τη κλίμακα μετρώνται με τη σειρά που όρισαν οι Golembiewski & Munzenrider και στη συνέχεια ανατίθενται σε μία από τις οκτώ φάσεις. Σύμφωνα με το μοντέλο, η επαγγελματική εξουθένωση ξεκινά με την αποπροσωποποίηση του εργαζομένου και ακολουθούν η αίσθηση ανικανότητας και η συναισθηματική εξάντληση. Σε σύγκριση με τα άτομα που βρίσκονται σε πρώιμες φάσεις του μοντέλου, τα άτομα σε προχωρημένες φάσεις, βιώνουν εντονότερα συμπτώματα. Τονίζεται ότι δεν είναι απαραίτητο ένα άτομο να βιώσει όλες τις φάσεις του μοντέλου (Lee & Ashforth, 1993).

Το θεωρητικό μοντέλο Κοπεγχάγης αποτελείται από τρία μέρη που αξιολογούν την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση, και την εξάντληση που σχετίζεται με τον πελάτη. Η διάσταση της προσωπικής εξουθένωσης ορίζεται ως ο βαθμός της φυσικής και ψυχολογικής κούρασης που βιώνει το άτομο, ανεξαρτήτως της εργασιακής εμπειρίας ή του επαγγέλματος που ασκεί. Επομένως, αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου, με τη βοήθεια 6 ερωτήσεων, αντιμετωπίζει την εξουθένωση ως ένα γενικό φαινόμενο χωρίς να κάνει καμία προσπάθεια διάκρισης μεταξύ σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης ή εξάντλησης. Μια τέτοια προσέγγιση συνεπάγεται ότι η εξουθένωση είναι το ίδιο πράγμα με την εξάντληση. Η εργασιακή εξουθένωση ορίζεται ως ο βαθμός σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης και εξάντλησης που γίνεται αντιληπτή από το άτομο και σχετίζεται με τη δουλειά του. Αυτή η

κλίμακα, μέσα από 7 ερωτήσεις, προορίζεται να διερευνήσει εάν τα συμπτώματα του ατόμου οφείλονται από την εργασία. Τέλος, η εξουθένωση σε σχέση με το πελάτη διερευνά τα συμπτώματα εξουθένωσης που οφείλονται σε αυτή την αλληλεπίδραση και πραγματοποιείται με τη χρήση 6 ερωτήσεων. Το μοντέλο της Κοπεγχάγης αποτελεί μία απάντηση στην έντονη κριτική που άσκησαν οι δημιουργοί του (Tage Kristensen et al., 2005), καθώς και άλλοι μελετητές, στο ερευνητικό εργαλείο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Σύμφωνα με τη κριτική, το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory παρουσιάζει σημαντικές αδυναμίες όπως ότι: 1) είναι σχεδιασμένο για να μετρά την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων μόνο σε επαγγέλματα που αλληλεπιδρούν με άτομα, 2) μετρά την επαγγελματική εξουθένωση διερευνώντας: την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επίτευξη, χαρακτηριστικά που θεωρούνται απαραίτητα για την εμφάνιση της εξουθένωσης. Σε αντίθεση, οι δημιουργοί του θεωρητικού μοντέλου Κοπεγχάγης, θεωρούν ότι τα χαρακτηριστικά αυτά πρέπει να θεωρούνται αποτελέσματα της εξουθένωσης και όχι συστατικά μέρη του συνδρόμου. 3) Αρκετές ερωτήσεις του Maslach Burnout Inventory, φέρνουν σε δύσκολη θέση τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου, δημιουργήθηκε το 1979 από τον Karasek. Δίνει προσοχή στον ανθρώπινο παράγοντα, στο εργασιακό περιβάλλον και θεωρεί ότι το περιβάλλον εργασίας είναι καθαρά περιβάλλον ανθρώπινης κατασκευής, ικανό να αποτελέσει ένα θετικό περιβάλλον μάθησης. Σύμφωνα με το μοντέλο, οι συνθήκες εργασίας αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την υγεία των εργαζομένων και την ενεργητική συμπεριφορά. Αναλυτικότερα, οι εργασίες που συνδυάζουν υψηλές απαιτήσεις και χαμηλό έλεγχο (δηλαδή εργασίες υψηλής πίεσης) είναι το χειρότερο πλαίσιο για έναν εργαζόμενο, από την άποψη της υγείας. Εναλλακτικά, θέσεις εργασίας που συνδυάζουν υψηλές απαιτήσεις, καθώς και υψηλό έλεγχο, παρέχουν στους εργαζομένους τη δυνατότητα να αποφασίζουν για το πώς και πότε να αντιμετωπιστούν οι τρέχουσες και οι νέες προκλήσεις. Η δυνατότητα αυτή οδηγεί σε ενεργητική συμπεριφορά, σε νέα μάθηση και σε αίσθηση κυριαρχίας και αυτό-αποτελεσματικότητας. Το μοντέλο Karasek (1979), έγινε αποδεκτό από ένα ευρύ φάσμα ερευνητών, καθώς ήταν ένα από τα πρώτα μοντέλα που προσπάθησε να απεικονίσει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να περιορίσουν ή να συμβάλλουν στην εμφάνιση του εργασιακού άγχους. Επίσης, ήταν ένα από τα πρώτα μοντέλα που επικεντρώθηκε στις συνθήκες εργασίας και τις επιπτώσεις που μπορούν να επιφέρουν στην ψυχική και σωματική

υγεία των εργαζομένων. Παρόλα όμως τα θετικά χαρακτηριστικά, το μοντέλο έχει επικριθεί, καθώς σύμφωνα με κάποιους ερευνητές παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες όπως: 1) δεν είναι εύκολη η χρήση του σε ένα ομοιογενές εργασιακό χώρο, 2) είναι απλό, 3) Οι τυχόν διαφορές που μπορεί να παρουσιάζουν οι εργαζόμενοι ίσως προκύπτουν από το διαφορετικό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο στο οποίο ανήκουν.

Η εννοιολογική προσέγγιση της εξάντλησης που παρουσίασαν οι ερευνητές Shirom & Melamed (1979), βλέπει την εξάντληση ως πολυδιάστατο κατασκεύασμα που αποτελείται από: συναισθηματική εξάντληση, σωματική κόπωση και γνωστική αδυναμία, τα οποία όλα μαζί αντιπροσωπεύουν το βασικό συστατικό της εξουθένωσης . Μια ενδιαφέρουσα πτυχή είναι ότι, σύμφωνα με τους Shirom & Melamed, η έννοια της εξουθένωσης, αν και μοιράζεται κάποια κοινή διαφορά με την κατάθλιψη, αντιπροσωπεύει ένα ξεχωριστό κατασκεύασμα που δεν μπορεί να αντικατασταθεί με την κατάθλιψη. Έτσι, σε κλινικούς πληθυσμούς που αναφέρουν, τόσο εξάντληση, όσο και συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, θα πρέπει να παρακολουθείται η πορεία αυτών των καταστάσεων ξεχωριστά μεταξύ τους. Η ιδέα αυτή της εξουθένωσης έχει αποδειχθεί χρήσιμη, όχι μόνο για τη μέτρηση της εξουθένωσης σε εργαζόμενους πληθυσμούς, αλλά και σε κλινικούς πληθυσμούς ασθενών, που αναζητούν ιατρική φροντίδα λόγω εξάντλησης που σχετίζεται με το άγχος. Το ερωτηματολόγιο Shirom-Melamed Burnout, περιλαμβάνει τις υποκλίμακες: "Φυσική κόπωση", "Γνωστική αδυναμία" και "Ένταση" , ενώ το Shirom-Melamed Burnout Measures, το οποίο δημιουργήθηκε αργότερα, περιλαμβάνει τις υποκατηγορίες: "σωματική κόπωση", "συναισθηματική εξάντληση" και "γνωστική αδυναμία".

Κεφάλαιο 2. Επαγγελματική Εξουθένωση

2.1 Ορισμός

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ψυχολογικό σύνδρομο εξάντλησης, κυνισμού και αναποτελεσματικότητας στο χώρο εργασίας. Θεωρείται ως μια ατομική εμπειρία άγχους ενσωματωμένη σε ένα πλαίσιο σύνθετων κοινωνικών σχέσεων, και περιλαμβάνει τη σύλληψη του ατόμου τόσο του εαυτού του, όσο και των άλλων (Maslach & Leiter, 2016).

Αρχικά, η έρευνα της εξουθένωσης περιορίστηκε σε εμπειρικές μελέτες και σε μεθόδους όπως: διερευνητικές συνεντεύξεις, επιτόπιες παρατηρήσεις, μελέτες περίπτωσης και προσωπικές εμπειρίες. Οι τρόποι αυτοί διερεύνησης επιλέγονται καθώς οι πρώτοι ερευνητές προέρχονταν από τη κλινική και κοινωνική ψυχολογία. Οι κοινωνικοί ερευνητές ασχολήθηκαν με τη μελέτη των διαπροσωπικών σχέσεων, δηλαδή με τον τρόπο αλληλεπίδρασης των ατόμων μεταξύ τους, καθώς και με τις αντιλήψεις για τις συγκεκριμένες αλληλεπιδράσεις. Επίσης, ασχολήθηκαν με τη διερεύνηση του κινήτρου και του συναισθήματος (κυρίως με την αντιμετώπιση της συναισθηματικής διέγερσης). Οι κλινικοί ερευνητές, όπως και οι κοινωνικοί ερευνητές, διερεύνησαν το συναίσθημα και το κίνητρο, με τη διαφορά ότι τα πλαισίωσαν περισσότερο με τη κατάθλιψη. Τέλος, οι ερευνητές της βιομηχανικής- οργανωτικής ψυχολογίας ασχολήθηκαν με τη μελέτη της εργασιακής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών τους, η εξάντληση αποτελεί μια μορφή εργασιακού άγχους, η οποία οφείλεται περισσότερο στο οργανωτικό πλαίσιο και λιγότερο στα φυσικά χαρακτηριστικά του άγχους (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019).

Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω η επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις. Τη διάσταση της εξουθένωσης, η οποία καλείται επίσης, και: εξάντληση, φθορά, κόπωση κα.. Τη διάσταση του κυνισμού, η οποία περιγράφεται και ως: απόσυρση, ή ακατάλληλη και αρνητική στάση απέναντι στους πελάτες. Τέλος, τη διάσταση της αναποτελεσματικότητας η οποία αναφέρεται, επίσης και ως μειωμένη παραγωγικότητα (Maslach & Leiter, 2016).

2.2 Κλίμακες Μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Αρχικά, η εξουθένωση ορίστηκε ως σύνδρομο εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης επαγγελματικής αποτελεσματικότητας, που συναντάται σε άτομα που εργάζονται με άλλα, σε κοινωνική εργασία, υγειονομική περίθαλψη και διδασκαλία. Με την πάροδο των ετών, η εμπειρική έρευνα έδειξε ότι η εξουθένωση αφορά όλους τους εργαζόμενους ανεξάρτητα από τη δουλειά που κάνουν, καθώς η ασθένεια αντιμετωπίζει ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων εργασίας και των διαθέσιμων πόρων. Το αρχικό μέτρο επαγγελματικής εξουθένωσης αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970, με βάση ένα πρόγραμμα επιτόπιας έρευνας, στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης και των ανθρώπινων υπηρεσιών. Το Maslach Burnout Inventory (MBI), εστιάζει σε επαγγέλματα όπου οι εργαζόμενοι αλληλεπιδρούν εκτενώς με άλλα άτομα (πελάτες, ασθενείς, μαθητές κ.λπ.) και σε αντίθεση με άλλα μέτρα εξουθένωσης που εστιάζουν μόνο στη διάσταση της εξάντλησης, αξιολογεί τις διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη προσωπική επίτευξη. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και είναι το τυπικό εργαλείο έρευνας που χρησιμοποιείται από πολλούς ερευνητές (Maslach & Leiter, 2016).

Έως και σήμερα, τα μέτρα αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται σε εκείνα που αξιολογούν μόνο τη διάσταση της εξάντλησης και σε αυτά που αξιολογούν διάφορες διαστάσεις. Για παράδειγμα, το Bergen Burnout Inventory (BBI) έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση τριών διαστάσεων εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση (συναισθηματικό συστατικό), το κυνισμό (γνωστικό συστατικό), και την αίσθηση ανεπάρκειας (συστατικό της συμπεριφοράς). Το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) προτείνει δύο διαστάσεις εξουθένωσης: την απεμπλοκή και την εξάντληση. Άλλα μέτρα εξουθένωσης εστιάζουν μόνο στην εξάντληση, αν και διαφοροποιούνται μεταξύ των ποικίλων πτυχών της εξουθένωσης. Για παράδειγμα, το ερωτηματολόγιο Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) περιέχει 22 στοιχεία σε τέσσερις υποκλίμακες: "Φυσική κόπωση", "Γνωστική κούραση" και συναισθηματική εξάντληση" και το Copenhagen Burnout Inventory (CBI) κάνει διάκριση μεταξύ σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019).

Κατά το πέρασμα των ετών πραγματοποιήθηκαν πολλές τροποποιήσεις και αλλαγές στα μέτρα εξουθένωσης. Καθώς τα πρώτα μέτρα για τη διερεύνηση της επαγγελματικής

εξουθένωσης επικεντρώθηκαν σε επαγγέλματα φροντίδας, τα περισσότερα μέτρα που κατασκευάστηκαν αφορούσαν κυρίως αυτά τα επαγγέλματα και προπάντων τα επαγγέλματα υγείας. Μετά το 1980, δημιουργήθηκε η ανάγκη διερεύνησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και άλλων εργασιακών ομάδων, όμως αντιμετωπίστηκε σημαντική δυσκολία στη προσαρμογή των υπαρχόντων ερευνητικών εργαλείων στην εργασιακή τους κατάσταση. Το MBI, για την επίλυση αυτής της δυσκολίας ανέπτυξε μία Γενική Έρευνα που μπορούσαν οι ερευνητές να χρησιμοποιούν για όλα τα επαγγέλματα (MBI - GS). Ωστόσο, στην έννοια της εξάντλησης, κάποια μέτρα πρόσθεσαν μερικές νέες διαστάσεις. Για παράδειγμα, το Spanish Burnout Inventory (SBI) αποτελείται από τέσσερις διαστάσεις: τον ενθουσιασμό για τη δουλειά, την ψυχολογική εξάντληση, την αδράνεια και την ενοχή. Εντούτοις, ορισμένοι ερευνητές ανησυχούσαν ότι η πιο ουδέτερη διατύπωση σήμαινε απώλεια των συγκεκριμένων διαπροσωπικών ζητημάτων για τους εργαζόμενους στις υπηρεσίες, οπότε ανέπτυξαν ένα νέο μέτρο διαπροσωπικού στελέχους. Παραμένει ένα ανοιχτό ερώτημα εάν αυτά τα πρόσθετα στοιχεία είναι ουσιαστικά συστατικά της εξουθένωσης, ή εάν αξιολογούν εμπειρίες ή συνθήκες που συχνά συνοδεύουν την εμπειρία της εξουθένωσης (Maslach & Leiter, 2016).

2.3 Εννοιολογικά μοντέλα

Υπήρξαν διάφορα εννοιολογικά μοντέλα σχετικά με την ανάπτυξη της εξουθένωσης και τον επακόλουθο αντίκτυπό της. Αρχικά, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι αποδεκτό ότι η εξάντληση είναι η πρώτη διάσταση που αναπτύσσεται, λόγω των μεγάλων απαιτήσεων και της υπερφόρτωσης, με τις αρνητικές αντιδράσεις και την απόσπαση στην εργασία και τους ανθρώπους, να ακολουθούν (αποπροσωποποίηση ή κυνισμός). Στη περίπτωση που τα χαρακτηριστικά αυτά συνεχίζονται, τότε εμφανίζονται τα συναισθήματα της αποτυχίας (μειωμένο προσωπικό επίτευγμα ή επαγγελματική αναποτελεσματικότητα) (Sharma & Cooper, 2017).

Τα τελευταία χρόνια, τα μοντέλα εξουθένωσης επικεντρώνονται στη προσπάθεια που δαπανάται από ένα άτομο (γνωστική, συναισθηματική, συμπεριφορική, φυσιολογικές αντιδράσεις) προκειμένου να αντιμετωπίσει μια κατάσταση που θεωρείται αγχωτική ή που δε μπορεί να αντιμετωπίσει. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου μοντέλου είναι το συναλλακτικό, το οποίο αποτέλεσε την εννοιολογική γέφυρα μεταξύ των διαδοχικών σταδίων

και ανισορροπιών. Αυτό το μοντέλο τονίζει τη σημασία των αξιολογήσεων που κάνει το υποκείμενο για την κατάσταση (αντιληπτό άγχος) και των ιδίων πόρων του (προσωπικοί πόροι, κοινωνικοί πόροι). Επιμένει επίσης στην επιρροή των μεμονωμένων προσπαθειών τροποποίησης της συμπεριφοράς (συναισθηματική απόκριση εξάντλησης και άγχους) (Chemali et al., 2019).

Επακόλουθα αναπτυξιακά μοντέλα της ανισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και πόρων είναι : το μοντέλο Job Demands-Resources (JD-R) και το μοντέλο Conservation of Resources (COR). Το μοντέλο JD-R χωρίζει τις συνθήκες εργασίας σε δύο κατηγορίες - απαιτήσεις εργασίας και πόρους εργασίας: Οι απαιτήσεις της εργασίας είναι οι φυσικοί ή συναισθηματικοί παράγοντες άγχους, στο ρόλο του κάθε εργαζόμενου και περιλαμβάνουν: χρονικές πιέσεις, μεγάλο φόρτο εργασίας, αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον, ασάφεια ρόλων, συναισθηματική εργασία και κακές σχέσεις.

Οι πόροι εργασίας (θετικά στην εργασία) είναι οι φυσικοί, κοινωνικοί ή οργανωτικοί παράγοντες που βοηθούν τον εργαζόμενο να πετύχει στόχους, οι οποίοι μειώνουν το άγχος. Περιλαμβάνουν: αυτονομία, ισχυρές εργασιακές σχέσεις, ευκαιρίες για εξέλιξη, καθοδήγηση, μάθηση και ανάπτυξη.

Το μοντέλο JD-R δηλώνει ότι όταν οι απαιτήσεις για εργασία είναι υψηλές και τα θετικά στην εργασία είναι χαμηλά, το άγχος και η εξουθένωση είναι κοινά χαρακτηριστικά. Αντίστροφα, τα θετικά για την εργασία μπορούν να αντισταθμίσουν τις επιπτώσεις των ακραίων εργασιακών απαιτήσεων και να ενθαρρύνουν τα κίνητρα και τη δέσμευση. Το μοντέλο COR προσφέρει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την κατανόηση του αντίκτυπου της αξιολόγησης, στα συναισθήματα και την απόδοση, εστιάζοντας στους πόρους των ατόμων και των ομάδων. Σύμφωνα με τη θεωρία, το κύριο κίνητρο των ανθρώπων είναι να οικοδομήσουν, να προστατεύσουν και να προωθήσουν τις δεξαμενές πόρων τους, προκειμένου να προστατεύσουν τον εαυτό τους και τους κοινωνικούς δεσμούς που τους υποστηρίζουν. Η θεωρία παρέχει ένα μοντέλο για την πρόληψη της απώλειας πόρων, τη διατήρηση των υφιστάμενων πόρων και την απόκτηση πόρων απαραίτητων για την ανάληψη κατάλληλων συμπεριφορών. Υποστηρίζει ότι οι πόροι είναι τα βασικά συστατικά για την εκτίμηση των γεγονότων ως αγχωτικά και είναι εκείνοι που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις αγχωτικές καταστάσεις. Η απώλεια πόρων ή ακόμη και η επικείμενη απώλεια πόρων μπορεί να επιδεινώσει την εξουθένωση.

Τόσο η JD-R όσο και η COR θεωρία της ανάπτυξης ουδετεροποίησης έχουν λάβει επιβεβαίωση σε ερευνητικές μελέτες (Maslach & Leiter, 2016).

Ενδιαφέρον προκαλεί, επίσης, το μοντέλο Areas of Worklife (AW), το οποίο πλαισιώνει τον άγχος της εργασίας ως προς τις ανισορροπίες των εργαζομένων ή τις αναντιστοιχίες, και προσδιορίζει έξι βασικούς τομείς στους οποίους συμβαίνουν αυτές οι ανισορροπίες: φόρτος εργασίας, έλεγχος, ανταμοιβή, κοινότητα, δικαιοσύνη και αξίες (Sharma & Cooper, 2017).

2.4 Αίτια του συνδρόμου

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εξουθένωση έχουν επισημανθεί σε πολλές μελέτες τα τελευταία χρόνια. Παρόλο που οι αρνητικές συνέπειες της εξουθένωσης ήταν το επίκεντρο πολλών μελετών, παραμένει το ερώτημα, γιατί μερικοί εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό ανθίζουν και άλλοι αναφέρουν ότι αισθάνονται εξαντλημένοι και απολαμβάνουν λιγότερα προσωπικά επιτεύγματα. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης εντοπίζονται τόσο στο ατομικό, όσο και στο εργασιακό περιβάλλον. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μελετών που ασχολείται με τη διερεύνηση της εξουθένωσης έχουν εμπλακεί σε διατομεακό σχεδιασμό ή έρευνες που χρησιμοποιούν στατιστικά αιτιακά μοντέλα. Αυτή η συσχετιστική βάση δεδομένων παρείχε υποστήριξη σε πολλούς από τους υποθετικούς δεσμούς μεταξύ της εξάντλησης και των πηγών και των αποτελεσμάτων της, αλλά δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την υποτιθέμενη αιτιότητα αυτών των συνδέσμων. Η πρόσφατη αύξηση των διαχρονικών μελετών αρχίζει να παρέχει μια καλύτερη ευκαιρία για δοκιμή διαδοχικών υποθέσεων. Ένας άλλος κρίσιμος περιορισμός είναι ότι πολλές από τις μεταβλητές έχουν αξιολογηθεί με μέτρα αυτοαναφοράς (αντί για άλλους δείκτες συμπεριφοράς ή υγείας) (Sharma & Cooper, 2017).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι παράγοντες που έχουν εντοπιστεί και θεωρούνται αιτία εξάντλησης για πολλά επαγγέλματα είναι: ο φόρτος εργασίας, ο έλεγχος, η ανταμοιβή, η κοινότητα, η δικαιοσύνη και οι αξίες. Η διάσταση του φόρτου εργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντική όσον αφορά την ανάπτυξη της εξουθένωσης. Όταν οι απαιτήσεις εργασίας υπερβαίνουν τα ανθρώπινα όρια, η συναισθηματική εξάντληση είναι η πιο πιθανή συνέπεια. Στη περίπτωση που ο υψηλός φόρτος εργασίας αποτελεί ένα χρόνιο φαινόμενο, δεν υπάρχουν

πολλές ευκαιρίες για αποκατάσταση ισορροπίας και επαναφόρτιση των δυνάμεων. Σε αντίθεση, όταν ο φόρτος εργασίας είναι διαχειρίσιμος και βιώσιμος, παρέχει τη δυνατότητα βελτίωσης των υπαρχουσών δεξιοτήτων. (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019).

Η διάσταση ελέγχου περιλαμβάνει την αντιληπτή ικανότητα των ανθρώπων να επηρεάζουν τις αποφάσεις που σχετίζονται με την εργασία τους, να ασκούν προσωπική αυτονομία και να αποκτούν πρόσβαση σε πόρους (κοινωνική υποστήριξη, ανταμοιβή), παρά την ολοκλήρωση της εργασίας τους. Ο έλεγχος έχει αποδειχθεί ότι προστατεύει τις υψηλές απαιτήσεις. Η διάσταση της ανταμοιβής αναφέρεται στη δύναμη της ενίσχυσης στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς και δείχνει στον βαθμό στον οποίο οι ανταμοιβές (νομισματικές, κοινωνικές και εγγενείς) είναι συνεπείς με τις προσδοκίες του ατόμου. Όταν οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται ότι παραμελούνται από το υλικό και κοινωνικό σύστημα ανταμοιβής του οργανισμού, αισθάνονται ότι δεν είναι συγχρονισμένοι με τις αξίες του. Η συνολική ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης στην εργασία αξιολογείται από την κοινοτική διάσταση. Η διάσταση της δικαιοσύνης αποτυπώνει το βαθμό στον οποίο οι αποφάσεις και η κατανομή πόρων στην εργασία γίνονται αντιληπτές ως δίκαιες. Τέλος, τα ιδανικά και τα κίνητρα που προσελκύουν τους ανθρώπους στις δουλειές τους καλύπτονται από τη διάσταση των αξιών. Μια ασυμφωνία εργασίας-ατόμου στη διάσταση των αξιών (λόγω αλλαγής τιμών/τροποποίηση) μπορεί να υπονομεύσει τη δέσμευση των ανθρώπων ή να οδηγήσει σε αντιπαραγωγική συμπεριφορά. (Maslach & Leiter, 2016).

2.5 Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Τα τελευταία χρόνια, η επαγγελματική εξουθένωση έχει γίνει ένας από τους λόγους για τους οποίους ο χώρος εργασίας έχει υποστεί απώλεια πολλών εργασίμων ημερών και ωρών παραγωγικότητας, θέσεων εργασίας κα.. Ο κυνισμός, για παράδειγμα, σύμφωνα με τους ερευνητές, αποτελεί τη κεντρική πτυχή της εξάντλησης για την πρόβλεψη του κύκλου εργασιών, και η εξουθένωση την αιτία εγκατάλειψης της εργασίας. Στη περίπτωση παραμονής στην εργασία, παρά τη βίωση της εξουθένωσης, τότε παρατηρούνται φαινόμενα όπως: μειωμένη ποιότητα εργασίας και χαμηλότερη παραγωγικότητα. Καθώς, η εξάντληση είναι ο βασικός παράγοντας απόκτησης θετικών εμπειριών στην εργασία, οδηγεί στη

δυσαρέσκεια και τη μείωση της ικανοποίησης, με αποτέλεσμα τα αρνητικά αποτελέσματα για τον οργανισμό (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019).

Η αποπροσωποποίηση χαρακτηρίζεται από μειωμένη και παραμορφωμένη αντίληψη του εαυτού, των άλλων και του περιβάλλοντος και εκδηλώνεται ως μια συναισθηματική-συμπτωματική έλλειψη ενσυναίσθησης, απώλεια κινήτρων και μια αίσθηση απομόνωσης. Η αποπροσωποποίηση μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την επαφή με τους υπόλοιπους εργαζομένους, με τη μορφή κυνικών και αρνητικών στάσεων. Για να προστατεύσει τον εαυτό του ενάντια στις αρνητικές εμπειρίες όταν βρίσκεται σε άμεση επαφή με έναν πελάτη ή άλλο εργαζόμενο, ένα άτομο, δεν τους αντιλαμβάνεται ως άτομα, αλλά ως αληθινά αντικείμενα.. Η σημαντικότητα των κοινωνικών σχέσεων για την εξουθένωση, υπογραμμίζεται σε διάφορες έρευνες οι οποίες αναφέρουν ότι το ποσοστό της εξάντλησης είναι μεγαλύτερο σε εργασιακά περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από διαπροσωπική επιθετικότητα. Τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν ότι η εξάντληση δε πρέπει να θεωρείται απλά ένα μεμονωμένο σύνδρομο, αλλά ένα χαρακτηριστικό των ομάδων εργασίας (Chemali et al., 2019).

Η εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο που προκύπτει από το χρόνιο άγχος στην εργασία, με αρκετές συνέπειες στην ευημερία των εργαζομένων και την υγεία. Οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας ενδέχεται να οδηγήσουν σε εξουθένωση, ένα σύνδρομο που προκύπτει από το χρόνιο άγχος στην εργασία και χαρακτηρίζεται από συντριπτική εξάντληση, αρνητικές στάσεις ή έλλειψη δέσμευσης και δυσαρέσκεια από την απόδοση της απασχόλησης. Αυτή η διαδικασία μπορεί να οδηγήσει τους εργαζομένους, τις οικογένειές τους, το περιβάλλον εργασίας και τους οργανισμούς, σε ανεπιθύμητες συνέπειες. Από την ψυχοκοινωνική άποψη, έχουν περιγραφεί οι ακόλουθες τρεις διαστάσεις της εξάντλησης: α) συναισθηματική εξάντληση, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση και απώλεια ενέργειας. β) Η αποπροσωποποίηση ή ο κυνισμός, που περιγράφονται επίσης ως αποχρωματισμός, αποσύνδεση από την εργασία και τους πελάτες και συναισθηματική σκλήρυνση. και γ) μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση ή ανεπάρκεια, δηλαδή ένα αίσθημα προσωπικής ή επαγγελματικής ανεπάρκειας καθώς και μειωμένη παραγωγικότητα και ικανότητες αντιμετώπισης. Από τις τρεις διαστάσεις εξάντλησης, η εξάντληση είναι η πλησιέστερη σε μια μεταβλητή ορθοδόξου στρες και επομένως είναι πιο προγνωστική για τα αποτελέσματα υγείας που σχετίζονται με το στρες από τις άλλες δύο διαστάσεις. Συνήθως σχετίζεται με συμπτώματα άγχους όπως: μυϊκή ένταση, πονοκεφάλους, υπέρταση, γαστρεντερικές

διαταραχές, χρόνια κόπωση κα. Επίσης, πολλοί ερευνητές συσχετίζουν τη χρήση ουσιών με την επαγγελματική εξουθένωση, όπως και με τη παρουσία ψυχικών ασθενειών, καρδιαγγειακών προβλημάτων και εισαγωγών σε νοσοκομεία (Maslach & Leiter, 2016).

Τα αποτελέσματα νευροαπεικονιστικής έρευνας αναφέρουν ότι, το χρόνιο εργασιακό στρες ή η επαγγελματική εξουθένωση, έχουν άμεση σχέση με ορισμένα λειτουργικά και ανατομικά χαρακτηριστικά του εγκεφάλου. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Jonanovic και οι συνεργάτες του (2011), αναφέρει ότι οι εργαζόμενοι που βιώνουν χρόνιο εργασιακό άγχος, παρουσιάζουν λειτουργική αποσύνδεση μεταξύ της αμυγδαλής και του μεσαίου προμετωπιαίου φλοιού (mPFC), συμπεριλαμβανομένου του πρόσθιου φλοιού προσαγωγίου (ACC). Επιπλέον, παρατήρησαν ότι οι υποδοχείς που εμπλέκονται στο HPA (υποδοχείς 5-HT1A) μειώθηκαν στον ACC, στον νησιωτικό φλοιό και στον ιππόκαμπο. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντικές δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο και μπορεί να υποδηλώνουν μειωμένη ρύθμιση του στρες από πάνω προς τα κάτω σε άτομα με παρατεταμένο εργασιακό άγχος. Ομοίως, ο Blix και οι συνεργάτες του (2013) παρατήρησαν μείωση των όγκων της ύλης του ACC και του αμφίπλευρου προμετωπιαίου φλοιού (dPFC).

Σε ψυχοφυσιολογικές μελέτες που χρησιμοποιούν ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), έχουν παρατηρηθεί γνωστικές διαταραχές σε άτομα με επαγγελματική εξουθένωση, συνοδευόμενα από ένα αλλαγμένο μοτίβο επιλεγμένων δυνατοτήτων σχετικών με συμβάντα (ERP). Έχει επίσης βρεθεί ένα τροποποιημένο πρότυπο ERP επεξεργασίας ερεθισμάτων που σχετίζονται με συναισθήματα σε άτομα εξουθένωσης, τα οποία μπορεί να εξηγήσουν ένα από τα βασικά συστατικά εξουθένωσης: αποπροσωποποίηση / κυνισμός. Επιπρόσθετα, ο Luijtelaar και οι συνεργάτες του (2010) ανέλυσαν τη συγκεκριμένη συχνότητα ισχύος EEG και αποκάλυψαν ότι παρατηρήθηκε χαμηλότερη μέγιστη συχνότητα άλφα και μειωμένη ισχύς βήτα σε άτομα εξουθένωσης. Οι ειδικές συχνότητες αναλύσεις ισχύος EEG μπορεί να είναι μια ενδιαφέρουσα προοπτική στην εξερεύνηση της εξουθένωσης και μπορεί να φέρουν επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου εξουθένωσης. Αυτές οι εξερευνήσεις σε σχέση με την εξουθένωση μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικές όσον αφορά τέτοια χαρακτηριστικά εξουθένωσης όπως η ψυχική κόπωση, η εξάντληση της ενέργειας και η κατάσταση εξάντλησης. Ορισμένες μελέτες έδειξαν σαφώς ότι τα άτομα με επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζουν συγκεκριμένα πρότυπα διέγερσης, όπως χαμηλότερα επίπεδα ενέργειας και υψηλότερα επίπεδα έντασης. Σε αυτό το πλαίσιο, οι δείκτες των επιπέδων διέγερσης και της αντιδραστικότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερα. Τέλος, έχει βρεθεί συσχέτιση

μεταξύ της μετωπικής άλφα ασυμμετρίας (FAA) στην επαγγελματική εξουθένωση. Ακόμη, στην κατάθλιψη, έχει αναφερθεί ασυμμετρία μετωπικού άλφα (8–13 Hz), οπότε η FAA μπορεί επίσης να παρατηρηθεί σε ομάδες εξουθένωσης (Golonka et al., 2018).

Κεφάλαιο 3. Η Επαγγελματική Εξουθένωση των Επαγγελματιών Υγείας

Το στρες στο χώρο εργασίας θεωρείται, παγκοσμίως, παράγοντας κινδύνου για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Πιο συγκεκριμένα, ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία γίνονται όλο και πιο απαιτητικές και αγχωτικές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), «ένας υγιής χώρος εργασίας είναι εκείνος στον οποίο οι εργαζόμενοι συνεργάζονται για τη συνεχή βελτίωση της προστασίας και της προαγωγής της υγείας, την ασφάλεια και την ευημερία όλων των εργαζομένων και τη βιωσιμότητα του εργασιακού χώρου». Παρόλες τις προσπάθειες του ΠΟΥ να προωθήσει τα υγιή εργασιακά περιβάλλοντα, μεγάλος αριθμός θανάτων που σχετίζονται με την εργασία, παρατηρείται κάθε χρόνο. Αρκετές μελέτες που επικεντρώνονται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας εκτίθενται σε ποικίλους και σοβαρούς επαγγελματικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως: πίεση χρόνου, χαμηλή κοινωνική υποστήριξη στην εργασία, υψηλό φόρτο εργασίας, αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών και συναισθηματικές αντιδράσεις λόγω της έκθεσης σε ασθενείς που πάσχουν και πεθαίνουν. Υπό αυτήν την έννοια, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να βιώσουν σοβαρή δυσφορία, εξουθένωση και ψυχική και σωματική ασθένεια. Το γεγονός αυτό με τη σειρά του, επηρεάζει τα αποτελέσματα των νοσοκομείων, όπως τη ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τα ιδρύματα. Επιπλέον σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται στενά με τη παρουσία του συνδρόμου εξουθένωσης είναι ο τύπος της προσωπικότητας και κυρίως η ικανότητα που παρουσιάζει ένας εργαζόμενος να παραμένει υγιής όταν αντιμετωπίζει μακροχρόνιες και συνεχείς αγχωτικές καταστάσεις (Mudallal, Othman & Hassan, 2017).

Παρόλο που στους επαγγελματίες υγείας παρατηρούνται πολλές διακυμάνσεις ως προς την επικράτηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρατηρείται ότι οι νοσηλευτές, που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας, καθώς και σε κλινικές με ασθενείς που πάσχουν από HIV ή καρκίνο, βιώνουν μεγαλύτερο ποσοστό εξουθένωσης. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό που περιθάλπει ασθενείς με AIDS, βιώνει το αίσθημα της ματαιότητας, καθώς και το φόβο μετάδοσης της ασθένειας. Αποτελέσματα μελετών έχουν αποδείξει ότι, οι εργαζόμενοι σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Τμήματα Έκτακτης

Ανάγκης, εμφανίζουν μεγάλο ποσοστό άγχους, καθώς αλληλεπιδρούν συνεχώς με πολλές μολυσματικές ασθένειες (Reith, 2018).

Έχει αποδειχτεί ότι στο εργασιακό περιβάλλον επαγγελματικής υγείας, στο οποίο επικρατεί θετική αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων, σεβασμός, εμπιστοσύνη και ομαδική και προσωπική υποστήριξη, ενώ παράλληλα προσφέρονται κίνητρα, μπορεί να περιορίσει την επίπτωση του συνδρόμου της εξουθένωσης. Επιπλέον, θετικός παράγοντας για την αναγνώριση των συμπτωμάτων της εξουθένωσης, είναι η ευαισθητοποίηση των εποπτικών αρχών, σχετικά με τα σημεία και τα συμπτώματα του συνδρόμου. Παράλληλα, η ύπαρξη στο ανθρώπινο δυναμικό της κλινικής, μιας ομάδας υποστήριξης, μπορεί να προσφέρει έγκαιρη διάγνωση της θεραπείας που πρέπει να ακολουθεί και εφαρμογή των κατάλληλων λύσεων αντιμετώπισης (Chemali et al., 2019).

Τα αποτελέσματα μελετών που διερεύνησαν την εξουθένωση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας δείχνουν ότι οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι, τα τελευταία χρόνια, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στο σύνδρομο. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 2019, δείχνουν ότι η εξουθένωση μεταξύ του ιατρικού προσωπικού μπορεί να θεωρηθεί ως κρίση δημόσιας υγείας, καθώς το 78% από αυτούς δηλώνει ότι έχει βιώσει κάποιες φορές συναισθήματα εξουθένωσης (Chemali et al., 2019). Επίσης, σύμφωνα με έρευνες, υψηλά ποσοστά εξουθένωσης βιώνουν και οι φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής, με τον επιπολασμό να ανέρχεται σε 44.2 και 50% αντίστοιχα. Τα ίδια περίπου ποσοστά εξουθένωσης, εμφανίζουν και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε άλλες χώρες με υψηλό εισόδημα (Frajerman et al., 2019).

Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που αντιμετωπίζουν επαγγελματική εξουθένωση είναι: κατάθλιψη, συναισθηματικές αλλαγές, και ευερεθιστότητα. Επίσης, μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα φυσικής υγείας, όπως: καρδιαγγειακά συμπτώματα, πόνους και διαταραχές στο πεπτικό σύστημα. Περαιτέρω, αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι οι γιατροί που αντιμετωπίζουν επαγγελματική εξουθένωση, διατρέχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους, λόγω δυσαρέσκειας. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει επίσης συσχετιστεί με: τη παρουσία οικογενειακών ή προσωπικών προβλημάτων, περισσότερες απουσίες, μειωμένη αυτοπεποίθηση και αποπροσωποποίηση. Τέλος, η συνεχής ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο, δεν είναι μόνο δαπανηρή για τον πάροχο, και τους

ασθενείς, αλλά και για όλο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ένας πάροχος θεωρείται ότι είναι επιτυχημένος εάν η φροντίδα που παρέχει είναι ποιοτική και τα αποτελέσματα ευνοϊκά για τους ασθενείς. Σε αντίθεση, ο περιορισμός της παραγωγικότητας, λόγω εργασιακής εξουθένωσης, οδηγεί σε μικρότερους πόρους υγειονομικής περίθαλψης, και ακολούθως σε διεύρυνση της λίστας αναμονής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το κόστος που προκύπτει από την πρόωρη συνταξιοδότηση των γιατρών και τις περικοπές σε θέσεις εργασίας, ανέρχεται περίπου σε 160 εκατομμύρια δολάρια σε απώλειες υπηρεσιών ασθενών (Salvagioni et al.,2017; Rathert et al.,2018).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Chemali και τους συνεργάτες τους (2019), στη Μέση Ανατολή, διερεύνησε το ποσοστό επικράτησης της εξουθένωσης μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 40 και 60% και 13 και 100%, αντίστοιχα. Τα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης κατέχουν οι νοσηλευτές. Αιτία των υψηλών ποσοστών εξουθένωσης είναι η έκθεση σε συγκρούσεις και βία, το άγχος, και οι σκληρές συνθήκες εργασίας. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη της εργασιακής εξουθένωσης, μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, αποτελούν: οι πόροι για τη διαχείριση του φόρτου εργασίας, η χαμηλή υποστήριξη, το γυναικείο φύλο και το νεαρό της ηλικίας. Οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στα νοσοκομεία της Μέσης Ανατολής, για την ανακούφιση της εξάντλησης είναι περιορισμένες. Ωστόσο, κάποιες από τις λίγες παρεμβάσεις, είναι παρόμοιες με εκείνες που έχουν εφαρμοστεί στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική (ομάδες υποστήριξης, γνωστικές δεξιότητες), με πολύ θετικά αποτελέσματα. Η διάρκεια των παρεμβάσεων, ανάλογα με το είδος τους, κυμαίνεται από μία εβδομάδα έως ένα έτος.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), πάνω από το 50% των γιατρών, παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Το συγκεκριμένο ποσοστό είναι πολύ μεγαλύτερο από εκείνο που έχει βρεθεί σε εργαζομένους σε άλλα επαγγέλματα. Επίσης, το ποσοστό εξουθένωσης των γιατρών, αυξάνεται κάθε έτος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ότι το 2013 επαγγελματική εξουθένωση παρουσίαζε το 40% των γιατρών, ενώ το 2017 το ποσοστό ανήλθε στο 51%, σημειώνοντας, μέσα σε λίγα χρόνια, αύξηση 25%. Μεγαλύτερο κίνδυνο εξουθένωσης, βιώνουν οι γιατροί που εργάζονται στις πρώτες γραμμές φροντίδας (μαιευτική, εσωτερική ιατρική, οικογενειακή ιατρική), όπως και οι γυναίκες γιατροί, σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους τους (Reith, 2018).

Εκτός από τους γιατρούς, μεγάλο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνει το 43% των νοσηλευτών και ιατρών που εργάζονται σε νοσοκομεία των ΗΠΑ. Σύμφωνα με έρευνες, επαγγελματική εξουθένωση βιώνει ποσοστό 37% των νοσηλευτών που εργάζονται σε γηροκομεία και ποσοστό 33% των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία. Όσον αφορά τους βοηθούς ιατρούς, παρόλο που δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες για τη συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων, οι αρχικές αναφορές δείχνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι εξίσου υψηλή (Reith, 2018).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Benson et al., (2016) αναφέρει ότι, μεγάλο ποσοστό εξουθένωσης διακατέχει τους γιατρούς κατά την εκπαίδευση, το οποίο κυμαίνεται συνολικά, σε 69%. Επίσης, αναφέρει ότι οι φοιτητές της χειρουργικής βιώνουν συναισθηματική εξουθένωση περίπου 78%. Τέλος, ορίζει ότι τουλάχιστο το 50% των μαθητών σε ιατρικές σχολές των ΗΠΑ εμφανίζουν συμπτώματα εξουθένωσης (Benson et al., 2016).

Αιτία της εργασιακής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας είναι οι πολλές ώρες εργασίας και η γραφειοκρατία. Στις ΗΠΑ το ωράριο του γιατρού είναι 51 ώρες την εβδομάδα, με το ένα τέταρτο από αυτούς να εργάζεται περισσότερο από 60 ώρες εβδομαδιαίως. Ακόμα, έχουν βρεθεί αντίστροφοι συσχετισμοί, μεταξύ των ωρών εργασίας και της ικανοποίησης από την εργασία. Η ικανοποίηση των γιατρών που εργάζονται σε ειδικότητες είναι χαμηλότερη, σε σύγκριση με εκείνους που εργάζονται σε ειδικότητες που απαιτούν λιγότερες ώρες εργασίας (2018).

Σε έρευνά του ο Alyaemni (2019) βρήκε ότι, οι νοσηλευτές και οι γιατροί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης εξουθένωσης, κυρίως αυτοί που εργάζονται σε νοσοκομειακούς θαλάμους και Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον, μεγαλύτερη εξουθένωση διακατέχει τους παντρεμένους γιατρούς, ενώ οι νέοι νοσηλευτές παρουσιάζουν συναισθηματική εξάντληση. Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα, οι άνδρες γιατροί δεν ήταν σε θέση να ασκήσουν προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες.

Συμπερασματικά, ενώ το έργο των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντικό, παράγοντες όπως: το εξαντλητικό ωράριο εργασίας, η ανισορροπία μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής, το είδος των προσφερόμενων υπηρεσιών, η εξάντληση, λόγω των απαιτήσεων και των παραπόνων των ασθενών και των οικείων τους, είναι δυνατόν να μειώσουν την ικανοποίηση από την εργασία και κατά συνέπεια να οδηγήσουν σε

επαγγελματική εξουθένωση. Στην έρευνά τους οι de Paiva και οι συνεργάτες του (2017) ορίζουν ότι, η συναισθηματική εξάντληση συνδέεται άμεσα με το τμήμα εργασίας και το μορφωτικό επίπεδο. Έτσι, οι κλινικοί νοσηλευτές σε ένα νοσηλευτικό οργανισμό, αισθάνονται μικρότερη συναισθηματική εξάντληση, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδα μητρότητας. Η μονάδα μητρότητας περιλαμβάνει υψηλή πίεση, με αποτέλεσμα τα υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης των εργαζομένων. Συμπερασματικά, τα χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης έχουν άμεση σχέση με το γενικό προφίλ του νοσοκομείου και τα τμήματα με χαμηλό κύκλο εργασιών, όπου ο κύκλος εργασιών είναι χαμηλός και το περιβαλλοντικό στρες μειωμένο. Όπως αναφέρεται σε όλη σχεδόν την εργασία, η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί το πρώτο στάδιο επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και η κύρια αιτία της εμφάνισής της. Επακόλουθο της συναισθηματικής εξάντλησης είναι η χαμηλή ενέργεια και το στρες και ακολούθως η παρουσία προβλημάτων υγείας και η κακή ποιότητα ζωής. Η κοινωνική δυναμική διαταράσσεται ακόμα και στα χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης, κυρίως όταν δεν είναι καλή η αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους ή του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και των νοσηλευτών και γιατρών. Τα μεγάλα ποσοστά αποπροσωποποίησης των νοσηλευτών σε ειδικότητες (ποσοστό 61,1%), προκύπτουν από τις υψηλές επαγγελματικές προσδοκίες και από την ανάληψη υψηλών ευθυνών. Η αποπροσωποποίηση είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες νοσηλεύτριες (50,2%), σε σύγκριση με τους άνδρες (32,0%). Η εργασιακή εξουθένωση στις γυναίκες συσχετίζεται με τις ώρες ύπνου, τις επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον, στην έλλειψη ύπνου κ.α.(de Paiva et al., 2017).

Κεφάλαιο 4. Η Επαγγελματική Εξουθένωση των Επαγγελματιών Υγείας που Αντιμετωπίζουν Ασθενείς με Covid-19

Διεθνώς, η εξουθένωση αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο, ως ένα σημαντικό πρόβλημα που επηρεάζει τη σωματική και ψυχική ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας COVID-19, το κλείσιμο των διεθνών και κρατικών συνόρων, η αυστηρή απαγόρευση στις πόλεις, κα., έχουν επηρεάσει τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, προκαλώντας μεγάλες αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι ένα πρόβλημα υγείας, που η σημασία και τα ποσοστά του αυξάνονται συνεχώς με ραγδαίο ρυθμό. Ορίζεται ως μια κατάσταση ψυχολογικού, συναισθηματικού και σωματικού στρες, που εμφανίζεται λόγω των παρατεταμένων περιόδων έκθεσης σε χρόνιους επαγγελματικούς στρεσογόνους παράγοντες. Οι εργαζόμενοι σε πολύ αγχωτικές δουλειές διατρέχουν υψηλό κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Καθώς οι γιατροί και νοσηλευτές, είναι αναγκασμένοι να φροντίζουν τους μολυσμένους ασθενείς, αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης και φόβου της μετάδοσης της μόλυνσης στις οικογένειές τους. Η κατανόηση του κινδύνου της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντική, καθώς από αυτούς εξαρτάται η διατήρηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Morgantini et al., 2020).

Τα τελευταία χρόνια, διεθνώς, πάνω από 200 κράτη προσπαθούν να περιορίσουν τον COVID-19. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, καταβάλλουν υπεράνθρωπες προσπάθειες ώστε να περιορίσουν την εξάπλωση του ιού και προπάντων την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα που επιφέρει ο COVID-19. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στη πρώτη γραμμή, αντιμετωπίζουν καθημερινά μεγάλο φόρτο εργασίας σε συνδυασμό με πολλές δυσκολίες και άγχος, με αποτέλεσμα τον κίνδυνο της εργασιακής εξουθένωσης (Morgantini et al., 2020).

Συνεχώς, πραγματοποιούνται πολλές μελέτες που ασχολούνται με τη διερεύνηση του αντίκτυπου που επιφέρει ο COVID-19 στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία, από τους Barello και οι συνεργάτες (2020), στην οποία έλαβαν μέρος 376 πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, που

περιέθαλπαν ασθενείς που είχαν μολυνθεί με COVID-19, δείχνουν ότι η συναισθηματική εξουθένωση, του εξεταζόμενου πληθυσμού ήταν πολύ υψηλή, κατά τη περίοδο αυτή.

Στην Αμερική, έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τη Society of Critical Care Medicine, μεταξύ 9.492 επαγγελματιών υγείας που εργάζονταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και διερεύνησε το άγχος τους, χρησιμοποιώντας μία κλίμακα με βαθμολογία από το 0 έως το 10, διαπίστωσε ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας, αυξήθηκε από 3 σε 8 (Society of Critical Care Medicine, 2020). Οι κυριότεροι παράγοντες που θεωρήθηκαν αιτία άγχους περιλάμβαναν: το φόβο μετάδοσης της ασθένειας λόγω περιορισμένων πόρων ατομικής προστασίας και την εργασία που επηρεάζει τις δραστηριότητες και τις αλληλεπιδράσεις των νοικοκυριών. Ο Shanafelt και οι συνεργάτες του (2020), όρισαν ότι το επιπλέον άγχος των επαγγελματιών υγείας, ίσως οφείλεται και στην απαίτηση περίθαλψης ασθενών, με δεξιότητες που δεν έχουν διδαχτεί, κατά την εκπαίδευσή τους. Το άγχος και ο φόβος που μπορεί να δημιουργηθεί στους επαγγελματίες υγείας εξαρτάται από το τμήμα στο οποίο εργάζονται. Ο Lai και οι συνεργάτες του (2020), αναφέρουν ότι στη Wuhan, οι νοσηλευτές και οι εργαζόμενοι στη πρώτη γραμμή νοσηλείας, αντιμετώπισαν, στο τέλος Ιανουαρίου του 2020, το υψηλότερο ψυχολογικό βάρος. Ο Zerbinì και οι συνεργάτες του (2020), σε έρευνα που πραγματοποίησαν μεταξύ Γερμανών νοσηλευτών, αναφέρουν ότι όσοι εργάζονταν σε θαλάμους COVID-19, βίωσαν μεγαλύτερο ποσοστό εξουθένωσης, σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που εργάζονταν σε τακτικούς θαλάμους. Παρόμοιες βαθμολογίες ανέφεραν και οι γιατροί, ανεξάρτητα από τον φόρτο εργασίας λόγω COVID-19. Σε αντίθεση, ο Wu και οι συνεργάτες του (2020), σε έρευνα που πραγματοποίησαν, στη Wuhan, μεταξύ 190 παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ανέφεραν ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε κανονικούς θαλάμους, αντιμετώπισαν υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης και φόβο μόλυνσης, σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που εργάζονταν με ασθενείς με COVID-19.

Ο Morgantini και οι συνεργάτες του (2020), σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε 33 κράτη, με θέμα την εργασιακή εξουθένωση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, αναφέρουν ότι το ποσοστό ανέρχεται από 43% έως 48%. Αιτία της εμφάνισης εργασιακής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, είναι ο φόρτος εργασίας και οι υπερωρίες, η λήψη αποφάσεων για τη διατήρηση των ασθενών στη ζωή, η κακή οργανωτική πίεση κα. Τα ποσοστά εξουθένωσης ήταν υψηλότερα, σε κράτη, όπως οι ΗΠΑ, όπου η πανδημία COVID-19 αυξήθηκε κατά τη στιγμή της συλλογής δεδομένων, ενώ

σε χώρες όπου η πανδημία έκανε την εμφάνισή της μετέπειτα, όπως η Ιταλία, τα ποσοστά ήταν μικρότερα.

Εκτός από τα άτομα που νοσούν πραγματικά, τα νοσηλευτικά ιδρύματα επισκέπτονται και άτομα που πιστεύουν ότι πάσχουν από κάποια συμπτώματα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία δυσκολίες στο έργο των νοσηλευτών και την εμφάνιση άγχους για την ανταπόκριση στα καθήκοντά τους. Είναι κατανοητό ότι η σκληρή δουλειά σε καταστάσεις άγχους ή έκτακτης ανάγκης, μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση, λόγω της έλλειψης ύπνου (Gavidia, 2020). Μελέτη του Canadian Medical Association αναφέρει ότι μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης της κατάθλιψης έχουν οι γιατροί έκτακτης ανάγκης, σε σύγκριση με τις φυσιολογικές περιόδους όπου αυτοκτονικές διαθέσεις παρουσιάζουν ένας στους επτά γιατρούς (Chochinov & Lim, 2020). Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν και από άλλες μελέτες, οι οποίες αναφέρουν ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται σε θαλάμους καραντίνας ή λοιμώξεων, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο παρουσίασης προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ο υψηλός φόρτος εργασίας, με το ταυτόχρονο συνδυασμό φόβου και άγχους, αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την δημιουργία εξουθένωσης και άλλων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της εξουθένωσης και την ευεξία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, παίζουν: το περιορισμένο ανθρώπινο δυναμικό, η έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού, καθώς και η πιθανότητα απόκτησης του ιού, με αποτέλεσμα το στιγματισμό από μέλη του κοινού ή από τα διάφορα μέσα ενημέρωσης (Hossain et al., 2020).

Η ραγδαία εξάπλωση της πανδημίας έχει δημιουργήσει στους επαγγελματίες υγείας πολλά ηθικά διλήμματα όπως: την επιλογή εργασίας σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης, γνωρίζοντας τους κινδύνους, καθώς και την αναγνώριση της ευθύνης να εξυπηρετούν άτομα σε ανθρωπιστική κρίση. Σε μια πανδημία, οι ηθικές αξίες, συμπεριλαμβανομένης της αυτονομίας των παρόχων να λαμβάνουν αποφάσεις μπορεί να περιοριστούν, επηρεάζοντας έτσι την ψυχολογική και συναισθηματική υγεία τους (Sultana et al., 2020).

Κεφάλαιο 5. Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

5.1 Διαχείριση του συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων, που αναφέρθηκαν παραπάνω στην εργασία, οι οποίοι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της εξουθένωσης, υπογραμμίζει τη σημασία μιας πολυπαραγοντικής προσέγγισης στην πρόληψη και τη θεραπεία του συνδρόμου. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ληφθούν υπόψη, τόσο το εργασιακό περιβάλλον, όσο και η στάση και η προσωπικότητα του ατόμου, απέναντι στην εργασία. Το γεγονός αυτό συνεπάγει, όχι μόνο την εφαρμογή μέτρων σε επίπεδο εργοδοτών και εργασιακού περιβάλλοντος, αλλά και την ανάπτυξη και εφαρμογή μεμονωμένων στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι προσεγγίσεις για τη θεραπεία του συνδρόμου της εξουθένωσης πρέπει να καθοδηγούνται από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Εάν τα συμπτώματα είναι μικρά και δευτερεύοντα, συνιστώνται μέτρα όπως: βελτιστοποίηση της ισορροπίας μεταξύ εργασίας και ζωής και αλλαγή των συνηθειών ζωής. Τα μέτρα αυτά, επικεντρώνονται σε τρεις σημαντικούς πυλώνες: την ανακούφιση από τους στρεσογόνους παράγοντες, την ανάρρωση μέσω της χαλάρωσης και του αθλητισμού και την «επιστροφή στην πραγματικότητα», όσον αφορά την εγκατάλειψη των ιδεών της τελειότητας (Kaschka et al., 2011)

Αναλυτικότερα, για να μειωθεί ο κίνδυνος εξουθένωσης, τα προγράμματα παρέμβασης θα πρέπει να στοχεύουν στη μείωση της εμπειρίας των εργαζομένων σε στρεσογόνους παράγοντες και να απευθύνονται τόσο σε άτομα, όσο και σε οργανισμούς. Σύμφωνα με τους Leiter και Maslach (2005), κατά τον έλεγχο του κινδύνου εξουθένωσης, οι διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να χαράζουν στρατηγικές που αποσκοπούν στη μείωση του φόρτου εργασίας των εργαζομένων και στην αύξηση της αίσθησης ελέγχου τους. Η μείωση του φόρτου εργασίας των εργαζομένων, όταν οι πόροι εργασίας είναι περιορισμένοι, μπορεί να δημιουργήσει μεγάλες προκλήσεις τους διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, σε περιπτώσεις όπου είναι δύσκολο να προσληφθούν νέοι υπάλληλοι λόγω οικονομικών και κανονιστικών περιορισμών, οι διευθυντές μπορούν να μειώσουν προσωρινά τον φόρτο εργασίας (κυρίως στους νοσηλευτές), παρέχοντας στους εργαζόμενους ένα ευέλικτο πρόγραμμα. Επίσης, οι διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να

βελτιώσουν την αίσθηση του ελέγχου των εργαζομένων, προωθώντας την αυτονομία τους στο χώρο εργασίας. Στην πραγματικότητα, η αυτονομία της εργασίας θεωρείται μια σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης της μείωσης της εργασιακής πίεσης.

5.2 Παρεμβάσεις ορθών πρακτικών

Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων εξουθένωσης, στους επαγγελματίες υγείας μπορούν να εφαρμοστούν διάφορες στρατηγικές ευεξίας (Farber, 2000):

- Η πρώτη στρατηγική επικεντρώνεται στις σχέσεις. Αναφέρεται, δηλαδή, στην κατανόηση της σημασίας του να περνά κανείς ποιοτικό χρόνο με την οικογένεια, τους φίλους και άλλους σημαντικούς ανθρώπους που υπάρχουν στη ζωή του καθενός. Στη στρατηγική αυτή περιλαμβάνεται και η θετική αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους και η ανταλλαγή απόψεων, ως προς τις συναισθηματικές και υπαρξιακές πτυχές του να είσαι γιατρός.
- Ένα δεύτερο στοιχείο που συνήθως προάγει την ευημερία είναι η πνευματική καλλιέργεια. Το στοιχείο αυτό βοηθά στη καλλιέργεια των προσωπικών πνευματικών πτυχών. Επίσης, βοηθά στην εύρεση νοήματος κατά την εκπλήρωση της εργασίας, στη συμμετοχή στην εκπαίδευση και την έρευνα, στη σωστή διαχείριση του προγράμματος κα..
- Μία άλλη στρατηγική περιλαμβάνει τις πρακτικές αυτοφροντίδας, με τις οποίες ένα άτομο καλλιεργεί την αυτογνωσία και τα διάφορα προσωπικά του ενδιαφέροντα, επιπλέον των επαγγελματικών και οικογενειακών ευθυνών. Αυτό συνεπάγεται, ενεργή αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας σε περίπτωση προσωπικών σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων ή ασθενειών. Παραδείγματα τέτοιων πρακτικών είναι, μεταξύ άλλων, η άσκηση, οι δραστηριότητες αυτοέκφρασης, η επαρκής διατροφή και ο ύπνος, η τακτική ιατρική περίθαλψη, η επαγγελματική συμβουλευτική κλπ.
- Τέλος, τέταρτο στοιχείο είναι η προσαρμογή σε μια συγκεκριμένη φιλοσοφία ζωής. Δηλαδή, η ανάπτυξη μίας φιλοσοφικής προσέγγισης για τη ζωή, με την ανάπτυξη μιας θετικής προοπτικής, όπου κάποιος προσδιορίζει τις δικές του αξίες και ενεργεί

ανάλογα, δίνοντας έμφαση στην ισορροπία μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής.

Αν και κάθε άτομο είναι τελικά υπεύθυνο για τη δική του ευεξία, η προσοχή και η αναγνώριση του προβλήματος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της ευημερίας. Χαρακτηριστικά εργασίας και θεσμικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ευημερία περιλαμβάνουν: τη προώθηση της αυτονομίας (Stoddard et al., 2001), τη παροχή επαρκών πόρων γραφείου και βοηθητικού προσωπικού, τη διαμόρφωση ενός συλλογικού εργασιακού περιβάλλοντος (Linzer et al., 2001) κα..

Εάν τα συμπτώματα της εξουθένωσης είναι έντονα, συνιστώνται ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Επίσης, ίσως κριθεί η ανάγκη χρήσης αντικαταθλιπτικών, σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία (Kaschka et al., 2011). Υπάρχουν αρκετές απόψεις για τη θεραπεία της εξουθένωσης, αλλά όλες με ασαφή στοιχεία. Το 2012, μια αξιολόγηση υγείας ανέλυσε τη χρήση και την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπειών εξουθένωσης (Korczak et al., 2012) Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση, συμπεριλήφθηκαν 17 μελέτες. Δεκατρείς από αυτές (εν μέρει σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές) ασχολούνται με την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τη μείωση της εξουθένωσης. Στις περισσότερες μελέτες, η θεραπεία γνωσιακής συμπεριφοράς φαίνεται να έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της συναισθηματικής εξάντλησης. Ωστόσο, τα στοιχεία είναι ασυνεπή για την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του στρες και της μουσικοθεραπείας. Δύο μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με Qigong (πρακτική συγχρονισμού της αναπνοής με την κίνηση, με στόχο την τόνωση της αναπνοής και τη βελτίωση της αιματικής και της λεμφικής ροής), δεν παρέχουν σημαντικό θετικό αποτέλεσμα και μόνο μία μελέτη δείχνει την αποτελεσματικότητα των ριζών της *Rhodiola Rosea* (βότανο που αυξάνει την αντίσταση του οργανισμού στο άγχος). Η φυσικοθεραπεία εξετάζεται ξεχωριστά σε μία μόνο μελέτη και δεν δείχνει καλύτερο αποτέλεσμα από την τυπική θεραπεία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να διερευνήσει την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σε συνθήκες πανδημίας COVID-19.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Σε ποιο βαθμό οι επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν ασθενείς με COVID-19 βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας;

Κεφάλαιο 7. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

7.1 Πληθυσμός μελέτης

Το δείγμα της έρευνας αυτής αποτελείται από 360 επαγγελματίες υγείας. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας. Η δειγματοληψία ευκολίας είναι ένας μη πιθανοτικός τύπος δειγματοληψίας κατά τον οποίο το δείγμα αποτελείται από άτομο που είναι εύκολο να προσεγγιστούν ή είναι άμεσα διαθέσιμα για να συμμετάσχουν στην έρευνα. Ο τύπος αυτός δειγματοληψίας εξασφαλίζει εύκολη και γρήγορη συλλογή των δεδομένων, και έχει χαμηλό κόστος (Babbie, 2018).

7.2 Μεθοδολογία

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθούν και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι η ποσοτική έρευνα, και ως μέσο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Η χρήση του ερωτηματολογίου εξασφαλίζει τη γρήγορη και εύκολη συλλογή δεδομένων από μεγάλο δείγμα, ενώ παράλληλα διασφαλίζει την ανωνυμία των ερωτηθέντων (Babbie, 2018).

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αυτής αποτελείται από 29 ερωτήσεις. Οι θεματικές του ερωτηματολογίου ήταν δυο: α)δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, έτη προϋπηρεσίας, ειδικότητα, τίτλος σπουδών εκτός βασικού πτυχίου, Φορέας/Νοσοκομείο, εργασία σε τμήμα που νοσηλεύει ασθενείς με COVID-19, νόσος από COVID-19, νόσος από COVID-19 κάποιου μέλους πρώτου βαθμού συγγένειας), και β)επαγγελματική εξουθένωση.

Για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Copenhagen Burnout Inventory. Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε από την Kristensen και τους συνεργάτες της (2005) και έχει σταθμιστεί στα ελληνικά από τον Papaefstathiou και τους συνεργάτες του (2019). Η κλίμακα αποτελείται από 19 ερωτήσεις και περιλαμβάνει 3 υποκλίμακες: προσωπική εξουθένωση (6 ερωτήσεις), εργασιακή εξουθένωση (7 ερωτήσεις), εξουθένωση

που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς (6 ερωτήσεις). Κάθε ερώτηση απαντάται σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert (Πάντα/Σε πολύ μεγάλο βαθμό= 100, Συχνά/Σε μεγάλο βαθμό= 75, Μερικές φορές/Έτσι και έτσι= 50, Σπάνια/Σε μικρό βαθμό= 25, Ποτέ/ Σε πολύ μικρό βαθμό= 0). Η συνολική βαθμολογία για κάθε υποκλίμακα, αλλά και για ολόκληρη την κλίμακα προέρχεται από τον μέσο όρο του αθροίσματος των ερωτήσεων. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο μεγαλύτερη είναι η επαγγελματική εξουθένωση (Papaefstathiou et al., 2019).

7.3 Διαδικασία διεξαγωγής

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε μέσω Google Forms κατά την περίοδο Φεβρουάριος-Ιούνιος 2021. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό του ερωτηματολογίου, και διασαφηνίστηκε ότι οι απαντήσεις τους θα είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες, καθώς και ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας (βλ. Παράρτημα 1).

Επιπλέον, ελήφθησε άδεια για την χρήση της Copenhagen Burnout Inventory (βλ. Παράρτημα 2) καθώς και άδεια για διανομή του ερωτηματολογίου στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας (βλ. Παράρτημα 3).

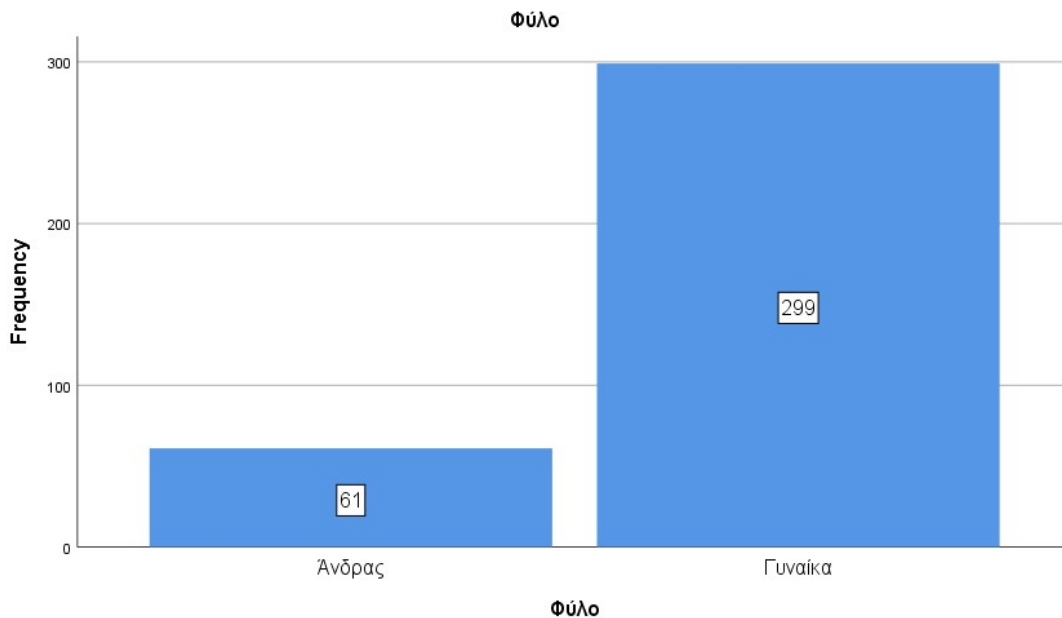
7.4 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το IBM SPSS (International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences) στην έκδοση 26. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, independent t-tests, one-way Anova και έλεγχος αξιοπιστίας με το συντελεστή Cronbach alpha. Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως συχνότητα, ποσοστό, μέση τιμή, διάμεσο ή τυπική απόκλιση. Η χρησιμοποίηση αυτών των παραμετρικών τεστ δικαιολογείται από το γεγονός ότι με βάση τον έλεγχο κανονικότητας που πραγματοποιήθηκε με το Kolmogorov-Smirnoff test, όλα τα δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή ($sig > 0,05$). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $p < 0,05$.

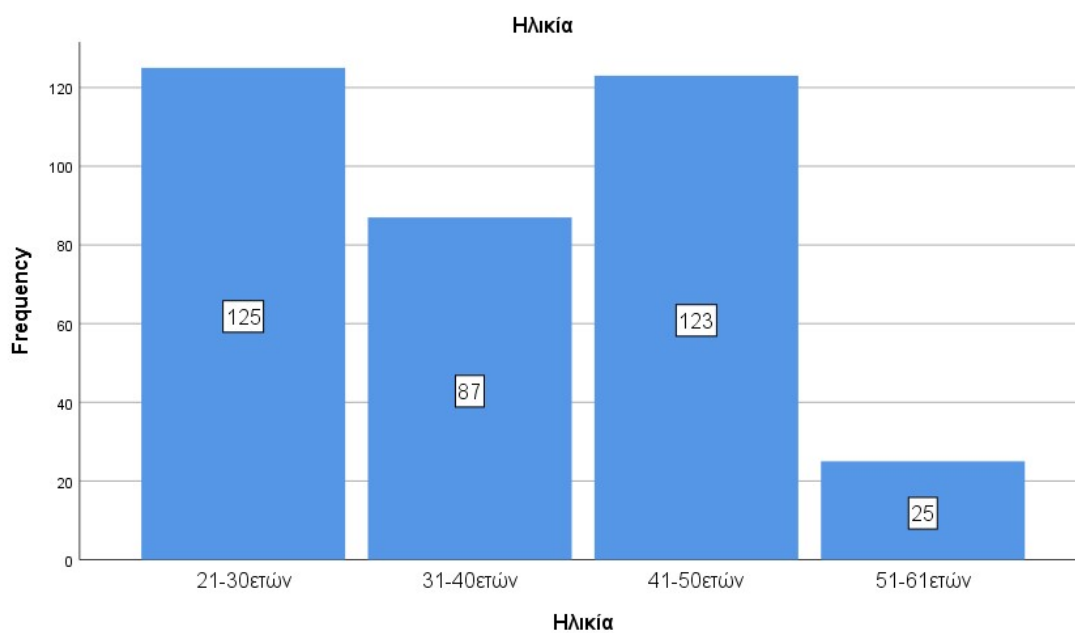
Κεφάλαιο 8. Αποτελέσματα

8.1 Περιγραφική στατιστική

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το 16,9% του δείγματος ($n=61$) ήταν άνδρες και το 83,1% ($n=299$) ήταν γυναίκες (Εικόνα 1). Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 21 έως 61 με μέσο όρο $37,81 \pm 8,88$. Συγκεκριμένα, το 34,7% ($n=125$) ήταν 21-30 ετών, το 24,2% ($n=87$) ήταν 31-40 ετών, το 34,2% ($n=123$) ήταν 41-50 ετών και το 6,9% ($n=25$) ήταν 51-61 ετών (Εικόνα 2 και Πίνακας 1).

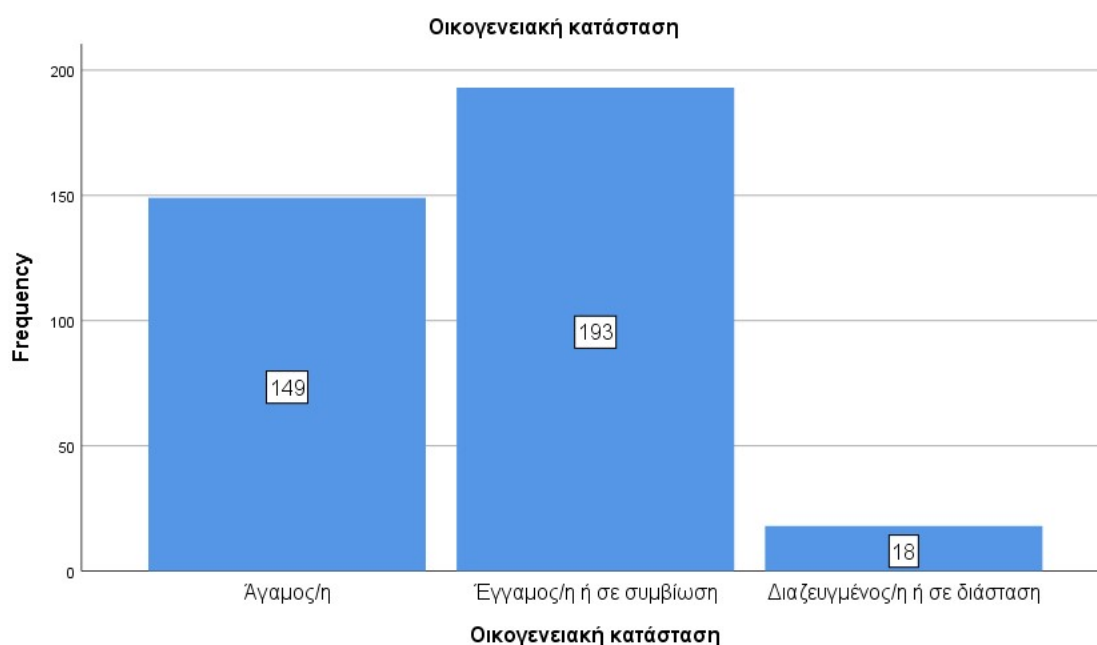


Εικόνα 1. Κατανομή του πληθυσμού ως προς το φύλο



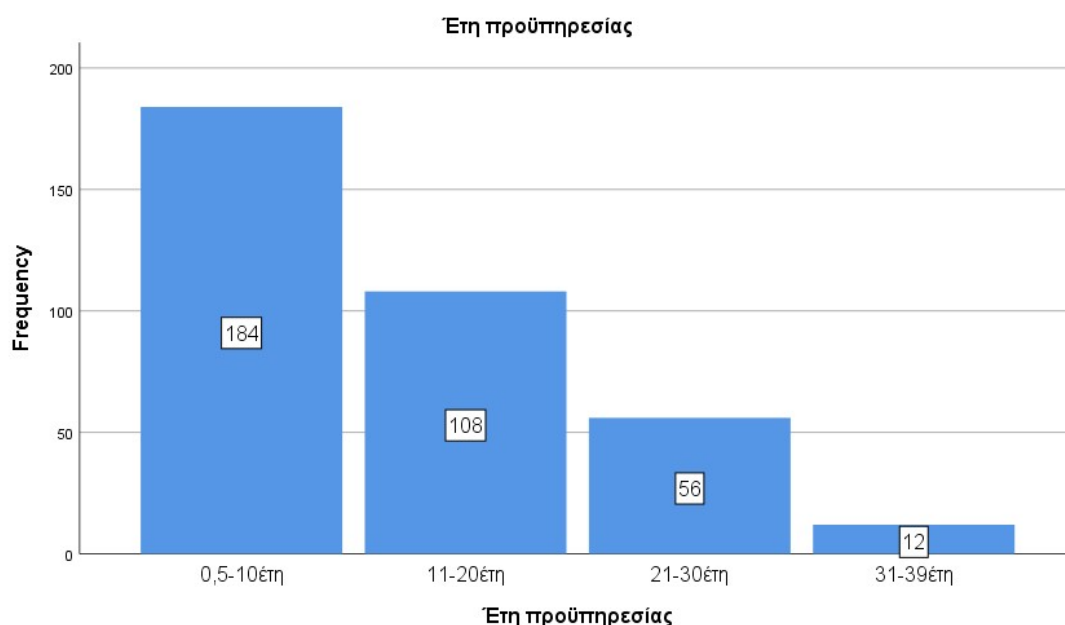
Εικόνα 2. Κατανομή του πληθυσμού ως προς την ηλικία

Επίσης, το 41,4% των συμμετεχόντων ($n=149$) ήταν άγαμοι/ες, ενώ το 53,6% ($n=193$) ήταν έγγαμοι/ες ή σε συμβίωση και το 5% ($n=18$) ήταν διαζευγμένοι/ες ή σε διάσταση (Εικόνα 3).



Εικόνα 3. Κατανομή του πληθυσμού ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Όσον αφορά τα έτη προϋπηρεσίας, αυτά κυμαίνονταν από 0,5 έως 39 έτη με μέσο όρο $11,91 \pm 9,27$. Ειδικότερα, το 51,1% ($n=184$) είχαν 0,5-10 έτη προϋπηρεσίας, το 30% ($n=108$) είχαν 11-20 έτη, το 15,6% ($n=56$) είχαν 21-30 έτη και το 3,3% ($n=12$) είχαν 31-39 έτη (Εικόνα 4 και Πίνακας 1).

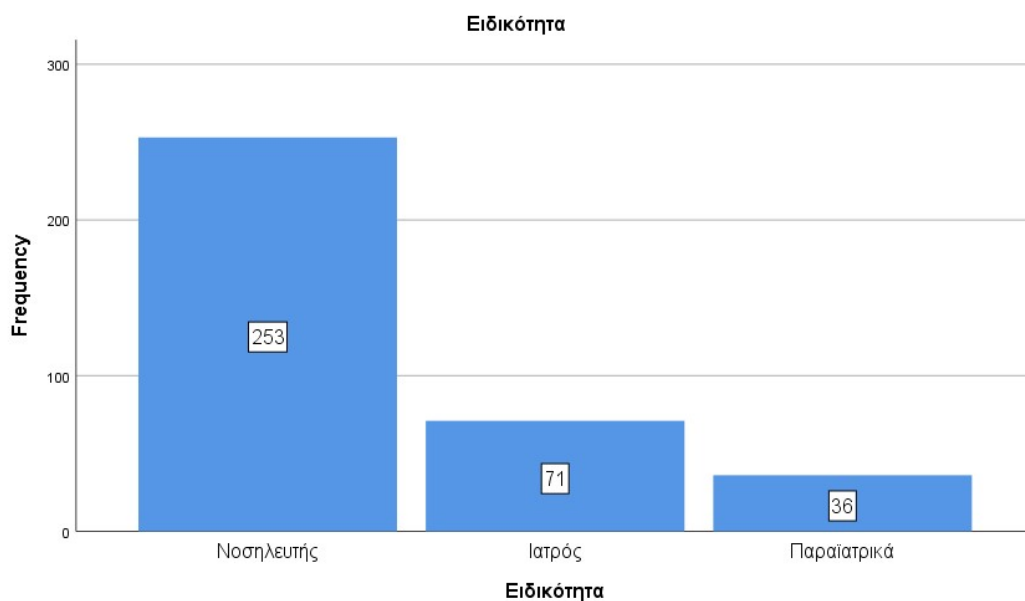


Εικόνα 4. Κατανομή του πληθυσμού ως προς τα έτη προϋπηρεσίας

Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας

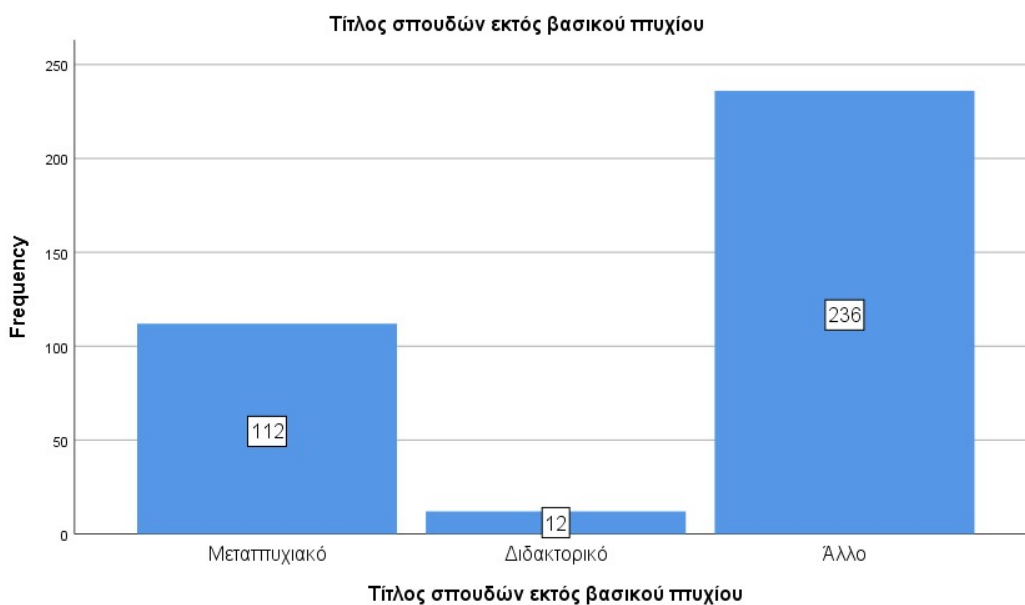
	Ηλικία	Έτη προϋπηρεσίας
Μέση τιμή	37,81	11,91
Διάμεσος	38,00	10,00
Τυπική απόκλιση	8,88	9,27

Ακόμη, το 70,3% των συμμετεχόντων ($n=253$) ήταν νοσηλευτές/τριες, το 19,7% ($n=71$) ιατροί και το 10% ($n=36$) ασχολούνταν με παραϊατρικά (Εικόνα 5).



Εικόνα 5. Κατανομή του πληθυσμού ως προς την ειδικότητα

Ακόμη, το 31,1% των συμμετεχόντων ($n=112$) είχαν μεταπτυχιακό, το 3,3% ($n=12$) είχαν διδακτορικό, ενώ το 65,6% ($n=236$) επέλεξαν την επιλογή «άλλο» (Εικόνα 6).



Εικόνα 6. Κατανομή του πληθυσμού ως προς τον τίτλο σπουδών εκτός βασικού πτυχίου

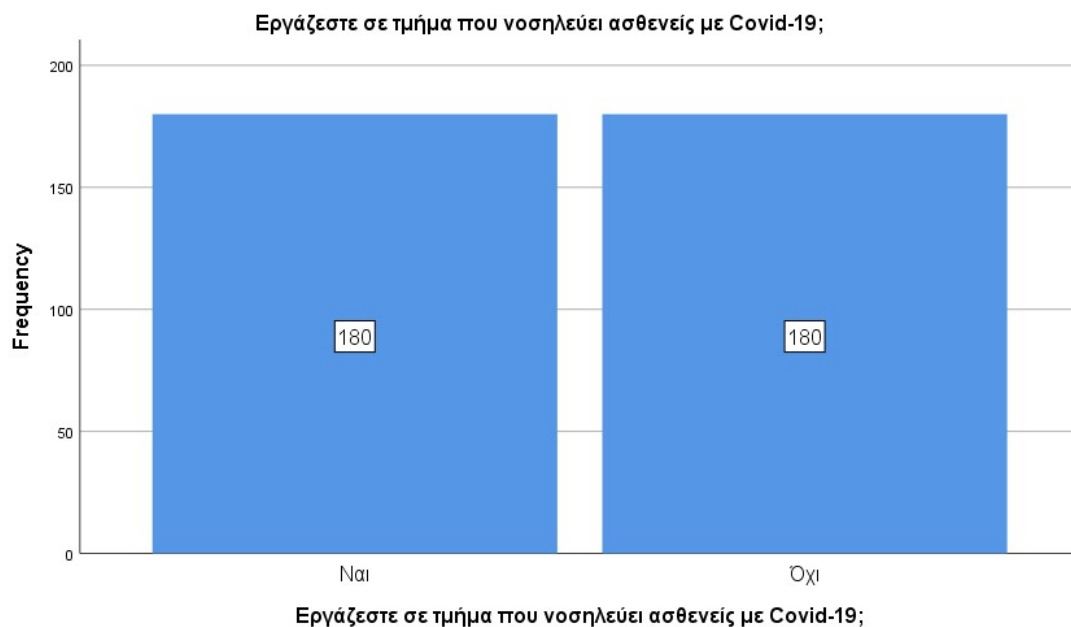
Όσον αφορά τον φορέα/νοσοκομείο που εργάζονται οι συμμετέχοντες, διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε 37 διαφορετικούς φορείς/νοσοκομεία. Ωστόσο, οι περισσότεροι εργάζονταν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας (16,4%, $n=59$), το ΑΧΕΠΑ (20%, $n=72$), το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (30%, $n=108$) και το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων (8,9%, $n=32$) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Φορέας/νοσοκομείο που εργάζονται οι συμμετέχοντες

	Απόλυτη συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας	59	16,4
ΑΧΕΠΑ	72	20,0
ΕΚΑΒ	28	7,8
Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων	32	8,9
Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας	108	30,0
ΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"	9	2,5
Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας	1	,3
ΨΝΑ Δαφνί	2	,6
251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας	1	,3
ΓΝΑ Γεννηματάς	3	,8
Σισμανόγλειο	1	,3
Γενικό Νοσοκομείο Σερρών	2	,6
Κέντρο Υγείας Δράμας	2	,6
Νοσοκομείο Λιβαδειάς	1	,3
ΝΙΜΙΤΣ	2	,6
Αττικόν	4	1,1
ΠΡΟΚΕΚΑ	1	,3
Ευαγγελισμός	2	,6
Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη	1	,3
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου	1	,3
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου	1	,3
Λαϊκό	1	,3
Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας	1	,3
ΕΟΔΥ	1	,3
Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς	1	,3
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας	1	,3
ΚΑΤ	2	,6
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας	1	,3
Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης	1	,3
Παπανικολάου	1	,3

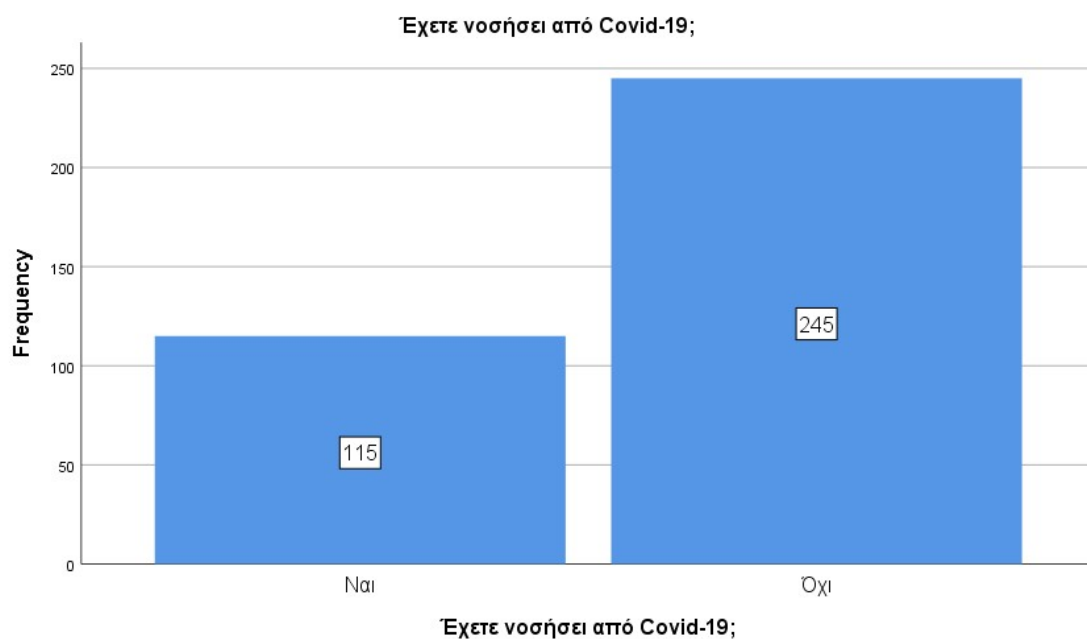
Κέντρο Υγείας Οινοφύτων	1	,3
Γενικό Νοσοκομείο Πατρών	2	,6
Κέντρο Υγείας Ελασσόνας	7	1,9
Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης	4	1,1
Γενικό Νοσοκομείο Ιωνίας (Κωνσταντοπούλειο)	1	,3
Άγιοι Ανάργυροι	1	,3
Πρόνοια ΑΜΕΑ	1	,3

Επιπρόσθετα, το 50% των συμμετεχόντων ($n=180$) εργαζόταν σε τμήμα που νοσηλεύει ασθενείς με COVID-19 ενώ το υπόλοιπο 50% ($n=180$) δεν εργαζόταν σε τέτοιο τμήμα (Εικόνα 7).

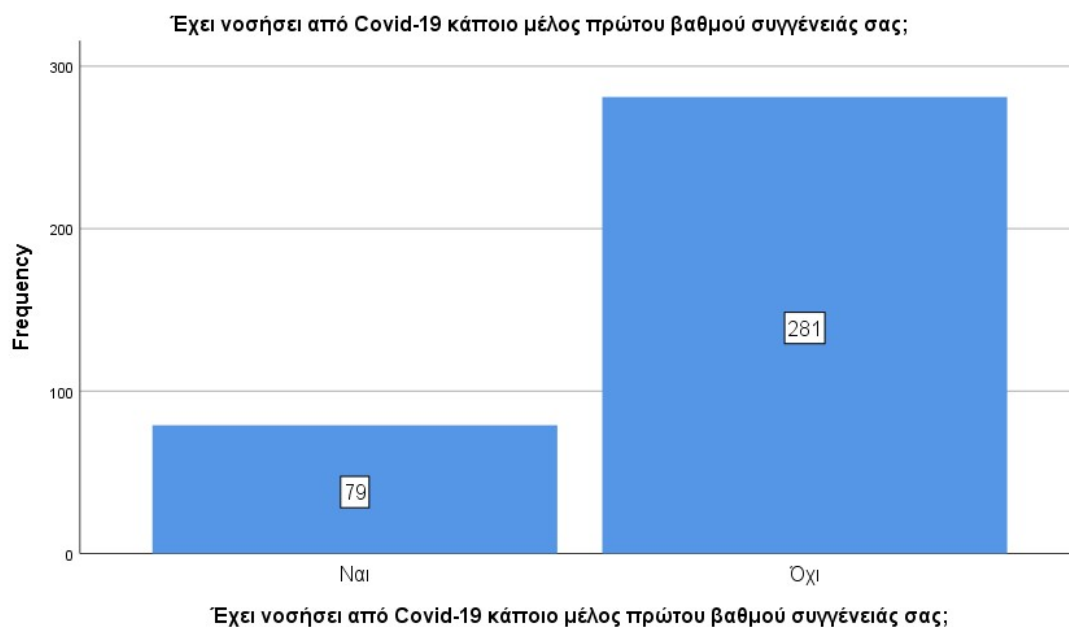


Εικόνα 7. Εργασία συμμετεχόντων σε τμήμα που νοσηλεύει ασθενείς με COVID-19

Παράλληλα, το 68,1% των συμμετεχόντων ($n=245$) δεν είχαν νοσήσει από COVID-19 ενώ το 31,9% ($n=115$) είχαν νοσήσει (Εικόνα 8). Επίσης, το 21,9% των συμμετεχόντων ($n=79$) δήλωσαν πως είχε νοσήσει από COVID-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας, ενώ το 78,1% ($n=281$) δήλωσαν πως δεν είχε νοσήσει από COVID-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας (Εικόνα 9).



Εικόνα 8. Απαντήσεις συμμετεχόντων για το εάν έχουν νοσήσει από Covid-19



Εικόνα 9. Απαντήσεις συμμετεχόντων για το εάν έχει νοσήσει από Covid-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας

Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση των συμμετεχόντων, διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρκετά υψηλά επίπεδα προσωπικής εξουθένωσης ($M= 75,31$, $SD= 24,42$), εργασιακής εξουθένωσης ($M= 78,99$, $SD= 19,52$) και εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς ($M= 77,62$, $SD= 19,67$). Συνεπώς, διαπιστώθηκε συνολικά ότι οι συμμετέχοντες είχαν μεγάλη επαγγελματική εξουθένωση ($M= 77,40$, $SD= 19,99$) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για την Κλίμακα Copenhagen Burnout Inventory

	Προσωπική εξουθένωση	Εργασιακή εξουθένωση	Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Συνολική επαγγελματική εξουθένωση
Μέση τιμή	75,31	78,99	77,62	77,40
Ελάχιστη τιμή	0	0	0	0
Μέγιστη τιμή	100	100	100	100
Διάμεσος	75	78,57	75	75
Τυπική απόκλιση	24,42	19,52	19,67	19,99

8.2 Επαγωγική στατιστική

Επιπλέον, για να διερευνηθεί εάν η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με το φύλο, την εργασία σε τμήμα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, το εάν οι συμμετέχοντες έχουν νοσήσει από COVID-19 και με το εάν έχει νοσήσει από COVID-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας, πραγματοποιήθηκαν independent t-tests. Το παραμετρικό τεστ αυτό επιλέχθηκε γιατί οι ανεξάρτητες μεταβλητές έχουν δυο ομάδες.

Όσον αφορά το φύλο, διαπιστώθηκε ότι από τις 4 μεταβλητές υπό εξέταση, οι 3 έχουν άνισες μέσες τιμές (*sig 2-tailed*<0,05) συνεπώς για τις μεταβλητές αυτές υπάρχει στατιστική συσχέτιση. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση ($M=76,56$, $SD=20,19$), εργασιακή εξουθένωση ($M=75,46$, $SD=23,14$), και συνολική επαγγελματική εξουθένωση ($M=74,99$, $SD=19,21$). Επομένως, εξάγεται το

συμπέρασμα ότι το φύλο σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Independent t-tests για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα το φύλο

	Άνδρες		Γυναίκες		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Προσωπική εξουθένωση	69,19	25,35	76,56	20,19	0,03
Εργασιακή εξουθένωση	74,64	19,89	77,89	19,50	0,04
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	73,97	18,54	75,45	23,14	0,11
Συνολική επαγγελματική εξουθένωση	72,71	20,33	74,99	19,21	0,04

Όσον αφορά την εργασία σε τμήμα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19 διαπιστώθηκε ότι και οι 4 μεταβλητές υπό εξέταση έχουν άνισες μέσες τιμές (sig 2-tailed<0,05) άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που εργάζονται σε τμήμα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19 έχουν αρκετά μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση ($M=88,90$, $SD=16,56$), εργασιακή εξουθένωση ($M=89,12$, $SD=19,77$), εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς ($M=73,47$, $SD=25,67$), καθώς και μεγαλύτερη συνολική επαγγελματική εξουθένωση ($M=86,54$, $SD=21,34$). Επομένως, η εργασία σε τμήμα με ασθενείς που νοσηλεύονται με COVID-19 σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Independent t-tests για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα την εργασία σε τμήμα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19

	Εργάζονται σε τμήμα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19		Δεν εργάζονται σε τμήμα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Προσωπική εξουθένωση	88,90	16,56	59,98	23,57	0,00
Εργασιακή εξουθένωση	89,12	19,77	60,90	19,78	0,00
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	73,47	25,67	50,48	23,32	0,00
Συνολική επαγγελματική εξουθένωση	86,54	21,34	60,19	22,46	0,00

Ωστόσο, όσον αφορά το εάν οι συμμετέχοντες έχουν νοσήσει από COVID-19 και το εάν έχει νοσήσει από COVID-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας, διαπιστώθηκε ότι όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές (*sig 2-tailed*>0,05) και συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 6 και 7).

Πίνακας 6. Independent t-tests για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα το εάν οι συμμετέχοντες έχουν νοσήσει από COVID-19

	Έχουν νοσήσει από COVID-19		Δεν έχουν νοσήσει από COVID-19		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Προσωπική εξουθένωση	75,67	23,44	70,91	28,76	0,90
Εργασιακή	78,82	20,19	72,34	19,97	0,92

εξουθένωση					
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	74,14	18,76	75,63	23,48	0,87
Συνολική επαγγελματική εξουθένωση	76,97	21,01	73,17	25,81	0,97

Πίνακας 7. Independent t-tests για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα το εάν έχει νοσήσει από COVID-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας

	Έχει νοσήσει από COVID-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας		Δεν έχει νοσήσει από COVID-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας		<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Προσωπική εξουθένωση	71,46	26,12	70,72	19,45	0,93
Εργασιακή εξουθένωση	73,82	19,83	71,49	22,89	0,49
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	70,88	23,97	65,17	24,51	0,76
Συνολική επαγγελματική εξουθένωση	76,80	24,74	74,55	20,37	0,90

Έπειτα, για να διερευνηθεί εάν η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την ειδικότητα και τον τίτλο σπουδών εκτός βασικού πτυχίου, πραγματοποιήθηκαν one-way Anova. Το παραμετρικό τεστ αυτό επιλέχθηκε γιατί οι ανεξάρτητες μεταβλητές έχουν τρεις ή και παραπάνω ομάδες.

Όσον αφορά την ηλικία, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση για καμία μεταβλητή, καθώς και οι 4 είχαν ίσες μέσες τιμές (*sig 2-tailed*>0,05) (Πίνακας 8). Παρόμοια, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση και τα έτη προϋπηρεσίας, όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές, άρα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 9 και 10).

Πίνακας 8. One-way Anova για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα την ηλικία

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Προσωπική εξουθένωση	21-30ετών	75,80	14,10	0,63
	31-40ετών	72,01	14,17	
	41-50ετών	78,94	15,51	
	51-61ετών	77,00	12,82	
Εργασιακή εξουθένωση	21-30ετών	74,80	13,80	0,51
	31-40ετών	71,44	14,95	
	41-50ετών	79,96	13,29	
	51-61ετών	75,00	11,10	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	21-30ετών	75,40	12,83	0,76
	31-40ετών	76,63	12,96	
	41-50ετών	73,17	11,96	
	51-61ετών	74,00	21,80	
Συνολική επαγγελματική εξουθένωση	21-30ετών	74,04	23,31	0,61
	31-40ετών	76,08	21,08	
	41-50ετών	79,07	19,34	
	51-61ετών	75,00	18,96	

Πίνακας 9. One-way Anova για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα την οικογενειακή κατάσταση

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Προσωπική εξουθένωση	Άγαμος/η	75,97	24,86	0,23
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	71,17	24,63	

Εργασιακή εξουθένωση	Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση	70,33	22,47	
	Άγαμος/η	74,13	20,20	
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	76,48	23,98	0,37
	Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση	78,89	21,62	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Άγαμος/η	75,21	24,92	
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	76,56	21,34	0,21
	Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση	71,17	20,05	
	Άγαμος/η	76,31	29,39	
Συνολική επαγγελματική εξουθένωση	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	77,20	27,85	0,24
	Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση	74,39	23,26	

Πίνακας 10. One-way ΑνοVA για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα τα έτη προϋπηρεσίας

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Προσωπική εξουθένωση	0,5-10έτη	71,30	24,78	
	11-20έτη	74,63	23,05	0,41
	21-30έτη	77,23	13,01	
	31-39έτη	80,83	11,73	
Εργασιακή εξουθένωση	0,5-10έτη	71,23	23,45	
	11-20έτη	73,84	14,65	0,62
	21-30έτη	74,55	20,01	
	31-39έτη	78,50	25,94	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	0,5-10έτη	75,07	13,03	
	11-20έτη	76,29	11,93	0,39
	21-30έτη	77,05	27,46	
	31-39έτη	77,08	20,19	
Συνολική επαγγελματική εξουθένωση	0,5-10έτη	76,60	23,66	
	11-20έτη	74,76	24,98	0,44
	21-30έτη	78,84	23,03	
	31-39έτη	80,42	24,07	

Ακόμη, όσον αφορά την ειδικότητα και τον τίτλο σπουδών εκτός του βασικού πτυχίου, διαπιστώθηκε και στην περίπτωση αυτή ότι όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές. Επομένως, ούτε η ειδικότητα και ο τίτλος σπουδών εκτός του βασικού πτυχίου σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 11 και 12).

Πίνακας 11. One-way Anova για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα την ειδικότητα

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Προσωπική εξουθένωση	Νοσηλεύτης	79,39	26,41	0,31
	Ιατρός	73,62	22,14	
	Παραϊατρικά	76,17	21,91	
Εργασιακή εξουθένωση	Νοσηλεύτης	77,91	26,86	0,50
	Ιατρός	75,13	19,49	
	Παραϊατρικά	75,94	20,89	
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Νοσηλεύτης	71,54	19,39	0,31
	Ιατρός	70,89	18,93	
	Παραϊατρικά	70,42	22,98	
Συνολική επαγγελματική εξουθένωση	Νοσηλεύτης	79,83	25,40	0,57
	Ιατρός	73,63	20,52	
	Παραϊατρικά	76,53	24,83	

Πίνακας 12. One-way Anova για διερεύνηση διαφοροποιήσεων στην επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα τον τίτλο σπουδών εκτός του βασικού πτυχίου

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Προσωπική εξουθένωση	Μεταπτυχιακό	76,42	24,53	0,24
	Διδακτορικό	72,92	11,99	
	Άλλο	74,48	19,24	
Εργασιακή εξουθένωση	Μεταπτυχιακό	75,89	23,45	0,90
	Διδακτορικό	73,33	17,90	
	Άλλο	79,11	20,71	

Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Μεταπτυχιακό	78,14	23,31	0,20
	Διδακτορικό	74,50	10,84	
	Άλλο	76,16	11,59	
Συνολική επαγγελματική εξουθένωση	Μεταπτυχιακό	77,46	26,82	0,15
	Διδακτορικό	73,75	21,25	
	Άλλο	78,75	24,56	

Τέλος, ελέγχθηκε η αξιοπιστία με το συντελεστή Cronbach alpha. Διαπιστώθηκε ότι $\alpha=0,875$, επομένως υπάρχει πολύ υψηλή αξιοπιστία.

Κεφάλαιο 9. Συζήτηση

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας εν μέσω της πανδημίας COVID-19 έχουν σε μεγάλο βαθμό επαγγελματική εξουθένωση. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες και οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τμήματα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19 έχουν σημαντικά μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση από ό,τι οι άνδρες και οι συμμετέχοντες που δεν εργάζονται σε τμήματα που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, η ειδικότητα, ο τίτλος σπουδών εκτός βασικού πτυχίου, αλλά και το εάν νόσησαν οι ίδιοι ή κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας με COVID-19 δεν σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση.

Η υψηλή επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 έχει επιβεβαιωθεί από διάφορες ερευνητικές μελέτες που έχουν γίνει παγκοσμίως (Baptista et al., 2021; Bradley & Chahar, 2020; Lasalvia et al., 2021; Khasne et al., 2020; Morgantini et al., 2020; Jalili et al., 2021). Σε ελληνικό επίπεδο, μάλιστα, και η Pappa και οι συνεργάτες της (2021) βρήκαν ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν μεγάλη επαγγελματική εξουθένωση. Αντίθετα, βέβαια, ο Πιπας και οι συνεργάτες του (2021) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι επικρατεί μέτρια επαγγελματική εξουθένωση.

Επιπρόσθετα, το εύρημα ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση συγκριτικά με τους άνδρες επιβεβαιώνεται από πολλές έρευνες (Aydin Sayilan et al., 2020; Chen et al., 2021; Khasne et al., 2020; Blekas et al., 2020; Gualano 2021). Ακόμη, και η Κασπαρίδου (2021) διαπίστωσε ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε κλινικές COVID-19 και έρχονται σε επαφή με ασθενείς με COVID-19 έχουν τη μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση. Ο Barello και οι συνεργάτες του (2020), αξιολόγησαν 376 Ιταλούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, που αλληλεπίδρασαν με μολυσμένους ασθενείς με COVID-19 για την αναφερόμενη εξουθένωση, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα και την αυτο-αντιληπτή γενική υγεία. Διαπίστωσαν στον πληθυσμό της μελέτης τους υψηλή συναισθηματική εξουθένωση, σωματικά συμπτώματα και πίεση που σχετίζεται με την εργασία. Παράλληλα, ο Zerbinì και οι συνεργάτες του (2020) εντόπισαν πώς οι Γερμανοί νοσηλευτές που εργάζονταν σε θαλάμους COVID-19 ανέφεραν χειρότερες βαθμολογίες

εξουθένωσης σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους σε τακτικούς θαλάμους, ενώ οι γιατροί ανέφεραν παρόμοιες βαθμολογίες ανεξάρτητα από τον φόρτο εργασίας λόγω COVID-19.

Παρόλα αυτά, ο Aydin Sayilan και οι συνεργάτες του (2020) αλλά και ο Ferry και οι συνεργάτες του (2020) διαπίστωσαν ότι το μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, και μάλιστα ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο μεγαλύτερη είναι και η επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, εν αντιθέσει με την παρούσα έρευνα, ορισμένες έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι η ειδικότητα σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, και ειδικότερα έχει βρεθεί ότι οι γιατροί (Khasne et al., 2020) και οι νοσηλευτές (Lasalvia et al., 2020; Pias et al., 2021) έχουν την περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση. Ο AlJhani και οι συνεργάτες του (2021) διαπίστωσαν επίσης ότι οι επαγγελματίες υγείας που είναι ηλικιακά νεότεροι και έχουν λιγότερα έτη προϋπηρεσίας έχουν μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση. Όλες αυτές οι διαφοροποιήσεις (με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας) ίσως εξηγούνται από το γεγονός ότι η έρευνα αυτή είχε μικρότερο δείγμα καθώς και επαγγελματίες υγείας από την Ελλάδα. Επίσης, δεν χρησιμοποίησαν όλες οι έρευνες την Copenhagen Burnout Inventory για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η παρούσα έρευνα έχει και ορισμένους περιορισμούς. Ο πρώτος περιορισμός είναι πως το δείγμα είναι σχετικά μικρό και δεν αντανακλά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης όλων των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας. Ο δεύτερος περιορισμός είναι το γεγονός ότι χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας και η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε ηλεκτρονικά. Ο τρίτος περιορισμός είναι το γεγονός ότι δεν μελετήθηκε το ωράριο εργασίας των επαγγελματιών υγείας ούτε η ύπαρξη παιδιών. Τέλος, δεν μελετήθηκαν κι άλλες μεταβλητές όπως για παράδειγμα το άγχος, το στρες, η κατάθλιψη, και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Συμπερασματικά, δεδομένου του πολύ υψηλού επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας κρίνεται αναγκαίο να αναπτυχθούν οι κατάλληλες στρατηγικές για τη μείωση της εξουθένωσης. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές διαδραματίζουν αναπόσπαστο ρόλο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, και οι επιπτώσεις της επαγγελματικής τους εξουθένωσης δεν περιορίζονται μόνο στους ίδιους, αλλά η εξουθένωση επηρεάζει δυνητικά ολόκληρο το σύστημα υγείας. Προτείνεται ακόμη να μελετηθεί και η σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας καθώς και η ψυχολογική τους ανθεκτικότητα και η ποιότητα ζωής.

Κεφάλαιο 10. Συμπεράσματα

Η εξουθένωση είναι ένα σημαντικό επαγγελματικό πρόβλημα μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας του κορονοϊού (COVID-19), το εργατικό δυναμικό της πρώτης γραμμής αντιμετωπίζει υψηλό φόρτο εργασίας και πολλαπλούς ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική και συναισθηματική τους υγεία, οδηγώντας σε συμπτώματα εξουθένωσης. Επιπλέον, η στέρηση ύπνου και η κρίσιμη έλλειψη ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μπορεί να επιδεινώσουν τέτοια συμπτώματα εν μέσω του COVID-19. Τα παγκόσμια στοιχεία ενημερώνουν την ανάγκη υιοθέτησης πολλαπλών προσεγγίσεων που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης κατά τη διάρκεια αυτής της πανδημίας. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με το εργασιακό άγχος και την εξουθένωση, την προώθηση πρακτικών ευαισθητοποίησης και αυτοεξυπηρέτησης για την προώθηση της ψυχικής ευημερίας, τη διασφάλιση βέλτιστων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τη χρήση ψηφιακών τεχνολογιών για την αντιμετώπιση του στρες στο χώρο εργασίας και την παροχή παρεμβάσεων ψυχικής υγείας και τη βελτίωση των οργανωτικών πολιτικών και πρακτικές που δίνουν έμφαση στην αντιμετώπιση της εξουθένωσης μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Καθώς ο COVID-19 μπορεί να επιβάλλει μοναδικό άγχος στο χώρο εργασίας εκτός από την προϋπάρχουσα ψυχοκοινωνική επιβάρυνση μεταξύ των ατόμων, είναι απαραίτητο να αποφευχθεί η εξουθένωση μέσω αποτελεσματικών μέτρων που διασφαλίζουν την ψυχική και συναισθηματική ευημερία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως.

Βιβλιογραφία

- AlJhani, S., AlHarbi, H., AlJameli, S. et al. (2021). Burnout and coping among healthcare providers working in Saudi Arabia during the COVID-19 pandemic. *Middle East Current Psychiatry*, 28, 1-29.
- Alyaemni, A. (2019). Measurement of Experienced Burnout among Health Care Professionals in Saudi Hospitals: A Cross-Sectional Study in Riyadh. *Advances in Preventive Medicine and Health Care*, 2, 10-15.
- Aydin Sayilan, A., Kulakaç, N., & Uzun, S. (2020). Burnout levels and sleep quality of COVID-19 heroes. *Perspectives in Psychiatric Care*, <https://doi.org/10.1111/ppc.12678>.
- Babbie, E. (2018). *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*. Επιμέλεια Ι. Κατερέλος & Σ. Χατζηφωτίου. Αθήνα: Κριτική.
- Baptista, S., Teixeira, A., Castro, L., et al. (2021). Physician Burnout in Primary Care during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Portugal. *Journal of Primary Care & Community Health*, <https://doi.org/10.1177/21501327211008437>.
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113-129.
- Benson, M.A., Peterson, T., Salazar, L., et al. (2016). Burnout in rural physician assistants: an initial study. *Journal of Physician Assistants Education*, 27, 81-83.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout– depression overlap: A review. *Clinical psychology review*, 36, 28-41.
- Blekas, A., Voitsidis, P., Athanasiadou, M., et al. (2020). COVID-19: PTSD symptoms in Greek health care professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(7), 812–819.
- Blix, E., Perski, A., Berglund, H., & Savic, I. (2013). Long-term occupational stress is associated with regional reductions in brain tissue volumes. *PLoS One*, 8(6), 1-15.

- Bradley, M., & Chahar, P. (2020). Burnout of healthcare providers during COVID-19. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc051>.
- Çelmeçe, N., & Menekay, M. (2020). The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-15.
- Chemali, Z., Ezzeddine, F.L., Gelaye, B. et al. (2019). Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC Public Health*, 19, 13-37.
- Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., et al. (2021). A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 102–116.
- Chochinov, A., & Lim, R. (2020). *On the brink of burnout: COVID-19 and the ER* [online]. Retrieved from https://caep.ca/wp-content/uploads/2020/03/CAEP-Wellness-OpEd_Final_Clean.pdf [accessed 10/11/2020].
- De Paiva, L.C., Canário, A.N.C., de Paiva China, E.L.C., & Gonçalves, A.K. (2017). Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, 72(5), 305-309.
- Dewa, C.S., Loong, D., Bonato, S., et al. (2017). The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*, 7, 1-20.
- Farber, B.A. (2000). Understanding and treating burnout in a changing culture. *Psychotherapy in Private Practice*, 56, 675-689.
- Ferry, A.V., Wereski, R., Strachan, F.E., et al. (2020). Predictors of healthcare worker burnout during the COVID-19 pandemic. *medRxiv*, <https://doi.org/10.1101/2020.08.26.20182378>.
- Frajerman, A., Morvan, Y., Krebs, M.O., et al. (2019). Burnout in medical students before residency: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 55, 36–42.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.

Gavidia, M. (2020). *Sleep, physician burnout linked amid COVID-19 pandemic* [online]. Retrieved from <https://www.ajmc.com/newsroom/sleep-physician-burnout-linked-amid-covid19-pandemic> [accessed 10/11/2020].

Golonka, K., Gawlowska, M., Mojsa-Kaja, J., & Marek, T. (2019). Psychophysiological Characteristics of Burnout Syndrome: Resting-State EEG Analysis. *BioMed Research International*, <https://doi.org/10.1155/2019/3764354>.

Golonka, K., Mojsa-Kaja, J., Marek, T., & Gawlowska, M. (2018). Stimulus, response and feedback processing in burnout – An EEG study. *International Journal of Psychophysiology*, 134, 86–94.

Gualano, M.R., Sinigaglia, T., Lo Moro, G., et al. (2021). The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 8172.

Heinemann, L.V., & Heinemann, T. (2017). Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *Sage Open*, <https://doi.org/10.1177/2158244017697154>.

Hossain, M.M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *SSRN Electronic Journal*, doi: 10.2139/ssrn.3561265.

Ilias, I., Mantziou, V., Vamvakas, E., et al. (2021). Post-Traumatic Stress Disorder and Burnout in Healthcare Professionals During the SARSCoV-2 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Critical Care Medicine*, 7(1), 14-20.

Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., et al. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(6), 1345–1352.

Jovanovic, H., Perski, A., Berglund, H., & Savic, I. (2011). Chronic stress is linked to 5-HT1A receptor changes and functional disintegration of the limbic networks. *NeuroImage*, 55(1), 1178–1188.

- Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt international*, 108(46), 781–787.
- Khasne, R.W., Dhakulkar, B.S., Mahajan, H.C., & Kulkarni, A.P. (2020). Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(8),664–671.
- Korczak, D., Wastian, M., & Schneider, M. (2012). Therapy of the burnout syndrome. *GMS health technology assessment*, <https://doi.org/10.3205/hta000103>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-13.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-13.
- Lasalvia, A., Amaddeo, F., Porru, S., et al. (2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*, 11, 1-17.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1993). A Longitudinal Study of Burnout among Supervisors and Managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) Models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54(3), 369–398.
- Leiter, M.P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. In Antoniou, A. S. G., & Cooper, C. L. (Eds.), *Research companion to organizational health psychology* (pp. 544-564). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Linzer, M., Visser, M. R., Oort, F. J., Smets, E. M., McMurray, J. E., de Haes, H. C., & Society of General Internal Medicine (SGIM) Career Satisfaction Study Group (CSSG) (2001). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *The American journal of medicine*, 111(2), 170–175.

- Luijtelaar, G.V., Verbraak, M., Bunt, M.V.D., et al. (2010). EEG findings in burnout patients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 22(2), 208–217.
- Maslach C., & Leiter M. P. (2005). Stress and burnout: the critical research. In Cooper C.L. (Ed.), *Handbook of Stress Medicine and Health*(pp.155-172). New York:CRC Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–500.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
- Maslach, C., Jackson, E.S., & Leiter, P.M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach. C., Jackson, S.E., Leiter, M.P., (2016). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Menlo Park, CA.
- Morgantini, L.A., Naha, U., Wang, H., et al. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE*, 15(9), 1-10.
- Mudallal, R.H., Othman, W.M., & Hassan, N.F.A. (2017). Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits. *Inquiry*, 54, 1-15.
- Papaefstathiou, E., Tsounis, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2019). Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health Psychology Research*, 7(1), 15-20.
- Pappa, S., Athanasiou, N., Sakkas, N., et al. (2021). From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1-14.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. In *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33–51). Taylor & Francis.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.

- Rathert, C., Williams, E.S., & Linhart, H. (2018). Evidence for the quadruple aim: a systematic review of the literature on physician burnout and patient outcomes. *Medical Care*, 56(12),976–984.
- Reith, P.T. (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*, 10(12),1-9.
- Salvagioni, D.A.J., Melanda, F.N., Mesas, A.E., et al. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*, 12(10), 1-11.
- Seuntjens, A. D. (1982). Burnout in nursing—what it is and how to prevent it. *Nursing Administration Quarterly*, 7(1), 12–19.
- Shanafelt, T., Ripp, J., Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133-2134.
- Sharma, R.R., & Cooper, C.L. (2017). *Executive Burnout: Eastern and Western Concepts, Models and Approaches for Mitigation*. UK: Emerald Group Publishing.
- Society of Critical Care Medicine (2020). *Clinicians report high stress in COVID-19 response* [online]. Retrieved from <https://sccm.org/Blog/May-2020/SCCM-COVID-19-Rapid-Cycle-Survey-2-Report> [accessed 10/11/2020].
- Starrin, B., Larsson, G., & Styrborn, S. (1990). A Review and Critique of Psychological Approaches to the Burn-out Phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(2), 83–91.
- Stoddard, J. J., Hargraves, J. L., Reed, M., & Vratil, A. (2001). Managed care, professional autonomy, and income: effects on physician career satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 16(10), 675–684.
- Sultana, A., Sharma, R., Hossain, M.M., et al. (2020). Burnout among healthcare providers during Covid-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian Journal of Medical Ethics*,5,1-3.

Tunde, A. O., & C, O. O. (2013). Influence of Personality and Self-Esteem on Teachers' Prouness to Burnout Syndrome in Lagos Metropolis. *American Journal of Applied Psychology*, 1(1), 7–13. <https://doi.org/10.12691/ajap-1-1-2>

Wu, Y., Wang, J., Luo, C., et al. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain Symptom Management*, 60(1), 60-65.

Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., et al. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19—a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *German Medical Science*, 18, 1-15.

Θεοφίλου, Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *ΕΠεριοδικό επιστήμης και τεχνολογίας*, 1, 41-50.

Κασπαρίδου, Χ. (2021). *Διερεύνηση του Φόβου, του Εργασιακού στρες και της Επαγγελματικής Εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας του Sars Cov-2. Μελέτη περίπτωσης το νοσοκομείο "Άγιος Παύλος"* (Διπλωματική εργασία). Πάτρα: ΕΑΠ, ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας.

Παραρτήματα

Παράρτημα 1. Ερωτηματολόγιο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διανέμεται στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας του Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας καθώς επίσης και στο ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», και αποσκοπεί στην μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας σε συνθήκες πανδημίας Covid-19. Οι απαντήσεις είναι απολύτως ανώνυμες και εμπιστευτικές, θα χρησιμοποιηθούν για τους σκοπούς της παρούσης έρευνας. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις, σας παρακαλούμε να είστε ειλικρινής κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Σας ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα διαθέσετε.

Βαλαβάνη Ασπασία

Οδηγίες: Οι ερωτήσεις που ακολουθούν χωρίζονται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά δημογραφικά στοιχεία, ενώ το δεύτερο αναφέρεται στον εργασιακό σας βίο. Και τα δύο μέρη είναι εξίσου σημαντικά για τον σκοπό της παρούσης ερευνητικής εργασίας. Η διάρκεια συμπλήρωσής του ερωτηματολογίου υπολογίζεται γύρω στα 10 λεπτά. Σας παρακαλώ πολύ

να συμπληρώσετε ή να κυκλώσετε όπου χρειάζεται τον αριθμό που αντιστοιχεί για εσάς καλύτερα το περιεχόμενο της κάθε πρότασης. Δεν χρειάζεται να σκέφτεστε ώρα για την ακριβή σημασία των προτάσεων, εφόσον δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΜΕΡΟΣ Α: Δημογραφικά και Επαγγελματικά στοιχεία

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία:.....

3. Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η ή σε συμβίωση
- Διαζευγμένος ή σε διάσταση
- Χήρος/α

4. Έτη προϋπηρεσίας:.....

5. Ειδικότητα

- Νοσηλεύτης/τρια
- Ιατρός
- Παραϊατρικά

6. Τίτλος σπουδών εκτός βασικού πτυχίου

- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό
- Άλλο

7.Φορέας/Νοσοκομείο:.....

8.Εργάζεστε σε τμήμα που νοσηλεύει ασθενείς με Covid-19;

- Ναι
 Όχι

9.Έχετε νοσήσει από Covid-19;

- Ναι
 Όχι

10.Έχει νοσήσει από Covid-19 κάποιο μέλος πρώτου βαθμού συγγενειάς σας;

- Ναι
 Όχι

ΜΕΡΟΣ Β: Ερωτήσεις σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση

		Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
CPE1.	Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η;					
CPE2.	Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά;					
CPE3.	Πόσο συχνά αισθάνεστε εξουθενωμένος/η συναισθηματικά;					
CPE4.	Πόσο συχνά σκέφτεστε «δεν αντέχω άλλο»;					
CPE5.	Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η – εξουθενωμένος/η ;					
CPE6.	Πόσο συχνά αισθάνεστε αδύναμος/η και ευάλωτος σε ασθένειες;					
		Σε πολύ μεγάλο	Σε μεγάλο	Έτσι και έτσι/	Σε μικρό	Σε πολύ μικρό

		βαθμό	βαθμό	σχετικά	βαθμό	βαθμό
CEE1.	Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;					
CEE2.	Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας τη δουλειά σας;					
CEE3.	Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σου;					
		Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
CEE4.	Αισθάνεσαι εξουθενωμένος από τη δουλειά σου στο τέλος της ημέρας;					
CEE5.	Κουράζεστε το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;					
CEE6.	Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στην δουλειά σας είναι κουραστική;					
CEE7.	Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;					
		Σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Έτσι και έτσι/σχετικά	Σε μικρό βαθμό	Σε πολύ μικρό βαθμό
CEM1	Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς;					
CEM2	Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς;					
CEM3	Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά σας;					
CEM4	Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς;					
		Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
CEM5	Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς;					
CEM6	Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς ;					

Παράρτημα 2. Άδεια χρήσης της Copenhagen Burnout Inventory

← Fwd: CBI-GR version / άδεια χρήσης



2 συννημμένα (506 KB) Λήψη όλων Αποθήκευση όλων στο OneDrive

----- Forwarded message -----

From: **Dr Pavlos Sarafis** <psarafis@gmail.com>

Date: Tue, Nov 10, 2020 at 9:51 PM

Subject: CBI-GR version / άδεια χρήσης

To: <aspasiavalavani@gmail.com>

Αγαπητή κ. Ασπασία Βαλαβάνη

Η χρήση του CBI είναι ελεύθερη από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου και διευκρινίζεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικές εργασιακές ομάδες διευκολύνοντας έτσι τις μεταξύ τους συγκρίσεις. Η ελληνική μετάφραση και επικαιροποίηση που έγινε σε ομάδα ιατρών δημοσιεύθηκε στο Health Psychology Research. Σας επισυνάπτω την ελληνική έκδοση και την αντίστοιχη βιβλιογραφία

Οτι θέλετε μην διατάσετε

Με εκτίμηση,

ΠΣ

Papaefstathiou, E., Tsounis, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2019). Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health Psychology Research*, 7(1). <https://doi.org/10.4081/hpr.2019.7678>

"Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors"

Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005;19:192–207.

Παράρτημα 3. Άδεια διανομής ερωτηματολογίου στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΣΗΣ
ΑΔΙΑΒΑΘΜΗΤΟ
Λάρισα,
Αριθμ. πρωτ.: 53182

ΚΟΙΝΟ

ΠΡΟΣ: κ. Α. Βαλαβάνη
κ. Ε. Γκαρβέλα,

Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ
ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 53182
ΗΜΕΡΙΑ: 08/03/2021


Ταχ. Διεύθυνση : Περιοχή Μειζούρι, Τ.Θ. 1425
Ταχ. Κώδικας : 41110
Πληροφορίες : Καραγγέλη Μαρία
Τηλέφωνο : 2413502764
Τηλεμοσχοσύνη : 2410670248
Ηλ. Διεύθυνση : epistimoniko@gmail.com

ΘΕΜΑ : Διαβίβαση απόφασης του Επιστημονικού Συμβουλίου.
ΣΧΕΤ. : Η από 10-12-20 αίτησή σας.

Σας διαβιβάζουμε την αριθ. 18/15^{ης}/17-12-20 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου, με θέμα: «Έγκριση διεξαγωγής έρευνας με θέμα: "Επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν ασθενείς με COVID-19"», για τις δικές σας ενέργειες.

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.
Καθηγητής Ε. ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ

Επισημάνει για την ακρίβεια
Γραμματέας της Γραμματείας


ΜΑΧΙΣΙΩΤΟΥ ΚΩΜ. ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ
ΓΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΜΗΜΑΤΕΙΑΣ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
της 15^{ης} /17-12-2020 Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου
του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ

Στη Λάρισα σήμερα 17 Δεκεμβρίου 2020, ημέρα της εβδομάδας Πέμπτη και ώρα 10.30 π.μ., στο Αμφιθέατρο του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ, μετά την αριθ. πρωτ. 54085/15-12-2020 πρόσκληση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ, συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Επιστημονικό Συμβούλιο, το οποίο συγκροτήθηκε βάσει των αριθ. Α372/24-04-2018 και Α814/05.10.2018 αποφάσεων του Διοικητή του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ, για να συζητήσει επί θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης.

Παρόντα κατά τη συνεδρίαση είναι τα ακόλουθα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου:

1.	Ζακυνθινός Επαμεινώνδας	Καθ. Διευθυντής Κλινικής Εντατικής Θεραπείας	Πρόεδρος (για τα θέματα 1-19, 22)
2.	Σολδάτου Ευγενία	ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων	Τακτικό μέλος
3.	Σκουλαρίγκης Ιωάννης	Καθ. Καρδιολογικής Κλινικής	Τακτικό μέλος
4.	Αναγνωσταπούλου Βασίλειος	Διευθυντής ΕΣΥ Νευροχειρουργικής Κλινικής	Τακτικό μέλος
5.	Μαλίτα Αικατερίνη	ΠΕ Νοσηλευτικής	Τακτικό μέλος
6.	Τσικρίκα Αλεξάνδρα	Επιμελήτρια Α' Ακτινοδιαγνωστικής	Τακτικό μέλος
7.	Κωτσάκης Αθανάσιος	Αν. Καθ. Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής	Αναπληρωτής του Προέδρου του Ε.Σ. (για τα θέματα 20,21)

Οι κ. Ε. Τζαστούδη, κ. Γ. Σ. Ανιφαντής, κ. Δ. Αληφακιώτη απουσίαζαν λόγω κωλύματος.
Στη συνεδρίαση παρέστη ως Γραμματέας του Συμβουλίου η Καραγγέλη Μαρία, ΠΕ Διοικητικού
Οικονομικού.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία ο Πρόεδρος κηρύσσει την έναρξη της συνεδρίασης και θέτει προς συζήτηση
τα παρακάτω θέματα της Ημερήσιας Διάταξης:

ΘΕΜΑ 18^ο:

Κατάθεση προς έγκριση του με αριθ. πρωτ. 53182/10-12-20 εγγράφου με θέμα: «Έγκριση διεξαγωγής
έρευνας με θέμα: "Επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν ασθενείς
με COVID-19"» από τις κ. Α. Βαλαβάνη και Ε. Γκαραβέλα φοιτήτριες Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας.

Τίθεται υπόψη του Επιστημονικού Συμβουλίου προς έγκριση το εν λόγω θέμα, με το ακόλουθο περιεχόμενο:

*Παρακαλώ πολύ να κάνετε δεκτή την αίτησή μου ώστε να μου χορηγηθεί η άδεια για τη διεξαγωγή της έρευνάς
μου.*

Τα μέλη του Ε.Σ., λαμβάνοντας υπόψη τα όσα αναφέρονται στο ανωτέρω έγγραφο και μετά από διαλογική
συζήτηση:

Ομόφωνα, γνωμοδοτούν

1. θετικά για την έγκριση του θέματος «Έγκριση διεξαγωγής έρευνας με θέμα: "Επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν ασθενείς με COVID-19"», όπως κατατέθηκε με το αριθ. πρωτ. 53182/10-12-20 έγγραφο από τις κ. Α. Βαλαβάνη και Ε. Γκαραβέλα φοιτήτριες Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
2. θετικά για την έγκριση όλων των σχετικών με το εν λόγω θέμα κατατεθέντων στοιχείων:
 - ερευνητικό πρωτόκολλο,
 - έντυπο πληροφόρησης και έντυπης συγκατάθεσης,
 - υπεύθυνες δηλώσεις,
 - ερωτηματολόγιο.

Αυθιμερόν επικύρωση της παρούσης.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Σχ. ΥΠΕ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΕΜΜΕΛΑΣ
ΠΑΝΕΠ. ΓΡΑΦ. ΠΟΣΤΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ
Π/ν Επαγγελματιών Οδών Ζακύνθινός
ΣΑΚΥΝΘΙΝΟΣ ΕΠΑΜΕΙΝΟΝΔΑΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΑΜΚΑ: 76015603978

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Κωτσάκης Αθανάσιος

ΤΑ ΜΕΛΗ

Σολδάτου Ευγενία
Αναγνωστόπουλος Βασίλειος
Σκουλαρίκης Ιωάννης
Μαλίτα Αικατερίνη
Τσικρίκα Αλεξάνδρα

Ακριβές Απόσπασμα Πρακτικού
της 15^{ης} /17-12-2020
Τακτικής Συνεδρίασης Ε.Σ.
Λάρισα, 17-12-2020
Η Γραμματέας του Ε.Σ.
Καραγγέλη Μαρία