ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΗΝ Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΜΣ: «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ – ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ»

Διπλωματική εργασία :

«ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ»

Ερευνήτρια

ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

ΑΜ: 20170980

Επιβλέπων καθηγητής

ΜΑΡΙΑ Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ MD GP

ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ ΜΑΡΙΑ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ιατρός Ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, ΕΚΠΑ, Επιβλέπουσα

ΜΑΛΛΙΩΡΗ ΜΙΝΕΡΒΑ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

ΨΑΡΡΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Την παρούσα εργασία την αφιερώνω στην μητέρα μου Κριστίνα Ίνγκριντ Φωτοπούλου για την πολύτιμη βοήθεια και την αμέριστη στήριξή που μου προσέφερε καθ' όλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

«Ο κένταυρος Χείρωνας -μια από τις πιο αντιφατικές μορφές της αρχαίας ελληνικής μυθολογίας- αποτελεί το σύμβολο του πληγωμένου θεραπευτή στη σύγχρονη ιατρική και ψυχοθεραπεία. Μισός άνθρωπος μισός άλογο, διέφερε από τους υπόλοιπους κενταύρους που χαρακτηρίζονταν για την ορμητικότητα και τη βιαιότητά τους, μιας και διακρινόταν για τη σοφία του, την πραότητα, τη γλυκύτητα του λόγου και τις θεραπευτικές του ικανότητες. Ζούσε σε μια σπηλιά στην κορυφή του Πηλίου, όπου δίδαξε την τέχνη της θεραπείας στον Ασκληπιό. Όμως, αν και θεός, υπέφερε από ένα ανίατο τραύμα. Ο Ηρακλής, σε μια συμπλοκή του με τους κενταύρους, πλήγωσε άθελά του τον φημισμένο θεραπευτή με τα δηλητηριώδη βέλη του. Από τότε ο φημισμένος θεραπευτής υπέφερε από την ανίατη πληγή του. Το τραγικό και παράδοξο αυτό χαρακτηριστικό συμβολίζει την ανάγκη αυτογνωσίας και σύνδεσης του θεραπευτή με τις δικές του πληγές, με τον εσωτερικό του κόσμο και την υποκειμενικότητά του. Κατά αντιστοιχία, μόνο γνωρίζοντας τον εαυτό τους, τις αδυναμίες, τις ικανότητές τους και τα όριά τους μπορούν οι θεραπευτές να φροντίσουν με σοφία τον εαυτό τους και να υπηρετήσουν με ευαισθησία τον άνθρωπο που πάσχει. Στην καρδιά του μυστηρίου της θεραπείας και της προσφοράς στον συνάνθρωπο κρύβεται η γνώση του εαυτού και η σύνδεση του θεραπευτή με τις πληγές του». (Μισουρίδου, Ε. 2009)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 7

ΠΕΡΙΛΗΨΗ / ABSTRACT 8

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 12

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Ο ΧΩΡΟΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ 16
1.1. Περιγραφή της εξάρτησης 16
1.2. Εξειδικευμένα προγράμματα απεξάρτησης 19
1.3. Στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα και πρόγραμμα υποκατάστασης 21

2. ΥΓΕΙΑ 26
2.1. Έννοια και ορισμός της υγείας 26
2.2. Εργασιακή υγεία 34
2.3. Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στη ψυχολογία της υγείας 35
2.4. Προαγωγή της υγείας 39
2.5. Προαγωγή της ψυχικής υγείας στις δομές απεξάρτησης ως χώρος εργασίας 40

3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ 44
3.1. Ιστορία του άγχους 44
3.2. Από το φυσιολογικό στο παθολογικό άγχος 46
3.3. Επιπολασμός αγχωδών διαταραχών 47
3.4. Παθοφυσιολογία 48
3.5. Παράγοντες κινδύνου 49
3.6. Κλινικά χαρακτηριστικά των διαταραχών άγχους 50

4. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ 54
4.1. Βασικά συμπτώματα του εργασιακού στρες 59
4.2. Ασθένειες που σχετίζονται με το εργασιακό στρες 61
4.3. Εργασιακό στρες και οι συνέπειές του στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας 62

5. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ 65
5.1. Μια σύντομη ιστορία της έννοιας burnout 66
5.2. Ορισμοί της επαγγελματικής εξουθένωσης 70
5.3. Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης 71
5.4. Σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σήμερα 76
5.5. Επαγγελματική εξουθένωση ως ιατρική διάγνωση 80
5.6. Επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη 86
5.7. Επιδράσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ως μεσολαβητές στη σχέση μεταξύ συμπτωμάτων άγχους και εργασιακού στρες 88

6. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ 93

Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ 99
1.1. Είδος της μελέτης 99
1.2. Σκοπός της μελέτης 99
1.3. Χρησιμότητα και αναγκαιότητα της έρευνας 100
1.4. Ερευνητικά ερωτήματα 101
1.5. Πρωτοτυπία της έρευνας 102

2. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ 103
2.1. Δείγμα της έρευνας 103
2.2. Κριτήρια επιλογής του δείγματος 103
2.3. Κριτήρια αποκλεισμού 103
2.4. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας 103
2.5. Μέγεθος του δείγματος 104
2.6. Θέματα ηθικής της μελέτης 104
2.7. Εργαλεία της μελέτης 105
2.8. Βιβλιογραφική ανασκόπηση 106
2.9. Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης δεδομένων 107

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 108
3.1. Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία 108
3.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος 111
3.1.2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος 113
3.2. Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία ανάλογα με το πρόγραμμα απεξάρτησης 117
3.2.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά είδος προγράμματος απεξάρτησης 119
3.2.2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά είδος προγράμματος απεξάρτησης 123
3.3. Άγχος 128
3.3.1. Κατανομή κατηγοριών του Άγχους 129
3.3.2. Κατανομή κατηγοριών του Άγχους ανά Είδος Προγράμματος.Απεξάρτησης 130
3.3.3. Συσχετίσεις κατηγοριών του Άγχους 131
3.3.3.1. Συσχέτιση Άγχους και Δημογραφικών Στοιχείων 132
3.3.3.2. Συσχέτιση Άγχους και Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών 137
3.4. Επαγγελματική εξουθένωση 143
3.4.1. Κατανομή κατηγοριών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης 145
3.4.2. Κατανομή κατηγοριών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ανά Είδος Προγράμματος Απεξάρτησης 147
3.4.3. Συσχετίσεις των κατηγοριών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης 151
3.4.3.1. Συσχέτιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Δημογραφικών.Στοιχείων 151
3.4.3.2. Συσχέτιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και 163

Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών
3.5. Συσχέτισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Άγχους 180

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 184

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ 186
5.1. Άγχος 189
5.2. Επαγγελματική Εξουθένωση 192
5.3. Συσχέτιση Άγχους και Επαγγελματικής Εξουθένωσης 196
5.4. Περιορισμοί 198

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 199
6.1. Προτάσεις 199
6.2. Νέες κατευθύνσεις έρευνας 200

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 202

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 226

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τη μεταπτυχιακή εργασία νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την Ιατρική Σχολή Αθηνών και την Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιου Αθηνών για τη γνώση και την κατάρτιση που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου και ιδιαίτερα τη διευθύντρια και επιστημονική υπεύθυνη του ΠΜΣ «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ – ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ» Δρ. Μαλλιώρη Μινέρβα-Μελπομένη, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, για τη βοήθεια και τη συμπαράστασή της καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος.

Ευχαριστώ, επίσης, την επόπτρια Καθηγήτρια Δρ. Βασιλειάδου Μαρία, τ. διευθύντρια του Τμήματος Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και Καθηγήτρια στη Θεολογική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία με καθοδήγησε και με στήριξε στην προσπάθειά μου αυτή για την περάτωση της εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στο προσωπικό του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ για όλη την υποστήριξη κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Σε όλους εσάς,

Ευχαριστώ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο χώρος της απεξάρτησης χαρακτηρίζεται έντονα από τον ανθρώπινο πόνο, την ματαίωση και την αμφιθυμία των εξαρτημένων ατόμων. Για τον λόγο αυτό σε κάθε φορέα αντιμετώπισης της εξάρτησης οι θεραπευτές είναι πολύ πιο πιθανό να βιώσουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και το άγχος. Ελάχιστες μελέτες έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα αναφορικά με το άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση των θεραπευτών που εργάζονται σε αυτές τις δομές. Επιπλέον, από ότι γνωρίζουμε, η έρευνα αυτή είναι η πρώτη που μελετά τις συσχετίσεις μεταξύ του είδους προγράμματος απεξάρτησης και των δύο μελετώμενων ψυχικών διαταραχών, του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης, στο θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν (α) η διερεύνηση της εμφάνισης και του βαθμού έντασης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης των θεραπευτών που εργάζονται σε προγράμματα στεγνού τύπου αλλά και σε προγράμματα υποκατάστασης, στον ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ, καθώς και (β) οι συσχετισμοί με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά στοιχεία του δείγματος, καθώς και με το είδος του προγράμματος απεξάρτησης αλλά και (γ) η συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε μόνο το θεραπευτικό προσωπικό των προαναφερόμενων οργανισμών στην Αττική (N=159), το οποίο συμπεριλαμβάνει ψυχίατρους, παθολόγους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιοθεραπευτές και ειδικούς θεραπευτές. Το θεραπευτικό προσωπικό εργάζεται σε προγράμματα υποκατάστασης και στεγνά θεραπευτικά προγράμματα. Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα το 31,45% εργάζονταν σε στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα ενώ το 68,55% εργάζονταν σε πρόγραμμα χορήγησης υποκατάστατου. Για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory και για την μέτρηση του άγχους εφαρμόστηκε η κλίμακα Zung Self- Rating Anxiety Scale καθώς επίσης χορηγήθηκε και ερωτηματολόγιο δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 21.0 εφαρμόζοντας τους στατιστικούς ελέγχους Pearson Chi-Square και Monte-Carlo.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα τις στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έδειξαν ότι τα επίπεδα άγχους κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα (51,57%) ενώ τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζονται ήπια: χαμηλή συναισθηματική εξάντληση = 49,06%, χαμηλή αποπροσωποποίηση = 52,20, υψηλά προσωπικά επιτεύγματα = 43,40%. Παρόλα αυτά οι παράγοντες που δίνουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($p<0,05$) για το άγχος είναι: το φύλο ($p=0,002$), η συναισθηματική εξάντληση ($p=0,000$) και η αποπροσωποποίηση ($p=0,002$) ενώ για την επαγγελματική εξουθένωση βρέθηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές συσχετίζεις: μεταξύ της αποπροσωποποίησης και του είδους του προγράμματος απεξάρτησης ($p=0,001$), μεταξύ της προϋπηρεσίας και της συναισθηματικής εξάντλησης

($p= 0,004$), μεταξύ του αριθμού ασθενών και της αποπροσωποποίησης ($p=0,029$), μεταξύ του είδους σύμβασης και της συναισθηματικής εξάντλησης ($p=0,014$) και μεταξύ του είδους σύμβασης και της αποπροσωποποίησης ($p=0,020$).

Συμπεράσματα: Το θεραπευτικό προσωπικό των προγραμμάτων υποκατάστασης και των στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων φαίνεται να έχει χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και μέτρια επίπεδα άγχους. Παρά το γεγονός αυτό βρέθηκαν παράγοντες που συσχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και του άγχους, οι οποίοι θα ήταν καλό να ληφθούν υπόψη από τις διοικήσεις των υπηρεσιών απεξάρτησης για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των θεραπευτών, της αποτελεσματικότητας των μονάδων θεραπείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις - κλειδιά: θεραπευτικό προσωπικό, πρόγραμμα υποκατάστασης, στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα, επαγγελματική εξουθένωση, άγχος.

ABSTRACT

Introduction: The area of drug rehabilitation is heavily characterized by human suffering, frustration and ambivalence of the addicted individuals. For this reason, in any detox unit, the therapists are significantly more likely to experience burnout syndrome and anxiety. Few researches have been conducted in Greece, about the therapeutic professionals' anxiety and burnout who work in such services. Furthermore, to the best of our knowledge, this paper is the first to study the correlations between the detox program type and anxiety and professional burnout in detox units' therapeutic staff.

Aim: The purpose of this research was (a) to investigate the existence and severity of anxiety and professional burnout among therapeutic professionals working in 'drug-free' treatment programmes, and treatment with pharmaceutical substitutes programmes, within the Organization Against Drugs (OKANA) and

Drug Addiction Treatment Center (KETHEA), as well as (b) the associations with demographic, and professional characteristics of the sample, and the detox program type, (c) the association between anxiety and burnout.

Material and method: The research sample consisted only the therapeutic staff of the aforementioned organizations in Attica (N = 159), which included psychiatrists, physiologists, nurses, psychologists, social workers, social counselors, and specialist therapists. The therapeutic staff work in 'drug-free' treatment programmes, and treatment with pharmaceutical substitutes programmes. 31.45% of the sample was working on a 'drug-free' treatment program, while 68.55% was working on a pharmaceutical substitutes program. Maslach Burnout Inventory questionnaire was used to evaluate professional burnout and Zung Self-Rating Anxiety Scale was applied for the assessment of anxiety as well as a demographic and professional characteristics questionnaire. The statistical analysis of data was performed using the SPSS 21.0 statistical packet by applying the Pearson Chi-Square and Monte-Carlo test.

Results: The statistical data analysis results indicated that the anxiety levels range to moderate levels (51,57%), while the professional burnout levels appear mildly: low emotional exhaustion = 49,06%, low depersonalization = 52,20, high personal accomplishment = 43,40%.However, factors that give statistically significant results ($p < 0.05$) for anxiety are: gender (p=0,002),

emotional exhaustion (p= 0,000) and depersonalization (p=0,002). while for professional burnout the following statistically significant correlations were found: between the depersonalization and the type of drug addiction program (p=0,001), between the length of service and the emotional exhaustion (p= 0,004), between the number of patients and the depersonalization (p=0,029), between the type of contract and the emotional exhaustion (p=0,014) and between the type of contract and the depersonalization (p=0,020).

Conclusion: The 'drug-free' treatment programmes, and treatment with pharmaceutical substitutes programmes therapeutic staff seems to experience low professional burnout level and moderate anxiety level. Despite that, factors associated with the occurrence of anxiety and burnout syndrome have been found, which should be taken into account by the administrations of drug treatment services to improve the therapists' life quality, the effectiveness of treatment services and the quality of health services provided.

Key word: therapeutic staff, 'drug-free' treatment program, pharmaceutical substitutes program, professional burnout, anxiety

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ρίζες της έννοιας της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να είναι ενσωματωμένες σε ευρείες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές εξελίξεις που έλαβαν χώρα στο τελευταίο τέταρτο του περασμένου αιώνα και υποδηλώνουν την ταχεία και βαθιά μεταμόρφωση από μια βιομηχανική κοινωνία σε μια οικονομία υπηρεσιών. Αυτός ο κοινωνικός μετασχηματισμός συμβαδίζει με ψυχολογικές πιέσεις που μπορεί να μεταφραστούν ως εξάντληση. Μετά την αλλαγή του αιώνα, η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται όλο και περισσότερο ως διάβρωση μιας θετικής ψυχολογικής κατάστασης (Maslach C and Jackson S.E., 1981). Αν και η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, η έννοια της διαφέρει μεταξύ των χωρών. Για παράδειγμα, σε ορισμένες χώρες το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιείται ως ιατρική διάγνωση, ενώ σε άλλες χώρες αποτελεί μια μη ιατρική, κοινωνικά αποδεκτή ετικέτα που φέρει ένα ελάχιστο στίγμα από την άποψη της ψυχιατρικής διάγνωσης (Wilmar B Schaufeli, 2009).

Το εργασιακό περιβάλλον, οι συνθήκες καθώς και τα καθημερινά προβλήματα στο χώρο εργασίας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική ισορροπία του εργαζομένου. Τα εργασιακά περιβάλλοντα ποικίλουν ανάλογα με το αντικείμενο του τομέα ενασχόλησης του εργαζομένου και απαιτούν διάφορες ικανότητες και υποχρεώσεις από εκείνον (Wilmar B Schaufeli, 2009). Η επαγγελματική εξουθένωση, η οποία συναντάται άλλοτε πολύ και άλλοτε λίγο σε διάφορους κλάδους επαγγελματικής ενασχόλησης διαφαίνεται με πολλές μορφές. Συχνά ο εργαζόμενος που υποφέρει από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζει ψυχοσωματική καταπόνηση καθώς και εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών αποθεμάτων του όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με τις καθημερινές δυσκολίες της επαγγελματικής του δραστηριότητας (Maslach C and Jackson SE, 1996). Όπως υποστηρίχθηκε παραπάνω, υπάρχουν διάφορα εργασιακά περιβάλλοντα, οι εργαζόμενοι των οποίων μπορούν να εμφανίσουν το υπό μελέτη σύνδρομο κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους. Ο κύριος τομέας του οποίου οι εργαζόμενοι εμφανίζουν συχνότερα το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ο τομέας των υπηρεσιών υγείας (Wilmar B Schaufeli, 2009).

Οι επαγγελματικές δραστηριότητες όπως εκείνες του γιατρού, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού, νοσηλευτή, κα., που χαρακτηρίζονται από συναισθηματική υπερφόρτωση και διαπροσωπικές σχέσεις, μπορεί να έχουν τις αρνητικές συνέπειες οι οποίες περιγράφονται στην

επιστημονική βιβλιογραφία, ως Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (ΣΕΕ). Στις περισσότερες περιπτώσεις, το ΣΕΕ εκδηλώνεται με μια έντονη συναισθηματική εξάντληση, συναισθηματική αποκοπή από τον επαγγελματικό ρόλο και, σε ακραία μορφή, κυνισμό και επαγγελματική απογοήτευση (Maslach C. & Leiter, M. P., 2005). Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχοντας ως δείγμα τους επαγγελματίες από το χώρο της υγείας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες δείχνουν ότι περίπου το ένα τρίτο του θεραπευτικού προσωπικού αντιμετωπίζει ΣΕΕ (Adam S. ET ΑΛ. 2008, Anagnostopoulos F. & Niakas D. 2010)

Οι θεραπευτές που εργάζονται στον χώρο της απεξάρτησης δοκιμάζουν σκληρά το συναισθηματικό τους σύστημα (Coletti M., 2004), δεδομένου ότι στην προσπάθειά τους να υποστηρίξουν τα εξαρτημένα από ψυχοτρόπες ουσίες άτομα να αποκτήσουν μια νέα ταυτότητα και έναν υγιή τρόπο ζωής, εμφανίζουν πολύ συχνά επαγγελματική εξουθένωση και διαταραχή άγχους. Στην επαγγελματική εξουθένωση, μεγάλο μέρος του άγχους πηγάζει από την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του εξαρτημένου από ψυχοτρόπες ουσίες ατόμου (Καντάς Α. 1995). Περίπου το ένα τρίτο των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών υποφέρουν από μετατραυματική διαταραχή άγχους (Post Traumatic Stress Disorder) όταν απευθύνονται σε κάποιον θεραπευτή (Mills K.L. 2009). Επιπλέον, οι γυναίκες – χρήστες ουσιών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό PTSD, σε σύγκριση με τους άντρες – χρήστες και σύμφωνα με τις έρευνες πάνω από 50% των γυναικών που αναζητούν βοήθεια σε κάποια θεραπευτική μονάδα, αναφέρουν ότι είχαν τουλάχιστον μία τραυματική εμπειρία κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Farley, M. et al. 2004). Το ποσοστό των τραυματικών εμπειριών περιλαμβάνει, επίσης, επικίνδυνες καταστάσεις οι οποίες έχουν -άμεση ή έμμεση- σχέση με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και την έλλειψη προσωπικής φροντίδας που αποτελεί χαρακτηριστικό των εξαρτημένων ατόμων. Η έκθεση στο ψυχικό φορτίο των τραυματικών εμπειριών των ασθενών-χρήστες ουσιών αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για τους θεραπευτές, καθώς οι προσπάθειές τους να προσφέρουν βοήθεια χωρίς να επηρεαστούν είναι ατελέσφορες (Farley, M. et al. 2004).

Παράλληλα δεν είναι λίγοι οι εργαζόμενοι οι οποίοι παρουσιάζουν διαταραχές άγχους τόσο λόγω αλλαγών σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, όσο και λόγω πολύπλοκων αναγκών στον εργασιακό τομέα στις οποίες καλούνται να ανταπεξέλθουν.

Έχουν διεξαχθεί, μάλιστα, πολλές μελέτες που είχαν ως απώτερο σκοπό να φέρουν στην επιφάνεια τα αίτια του άγχους και την συχνότητα του φαινομένου, αλλά και τους πιθανούς

τρόπους για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του. Σύμφωνα με την μελέτη της Καδδά Α. στον χώρο της υγείας το άγχος μπορεί να εκφραστεί με διάφορες μορφές όπως αυτή της αυξημένης έντασης, της έλλειψης εργασιακής ικανοποίησης, της επαγγελματικής εξουθένωσης, ακόμα και της κατάθλιψης (Καδδά Α., 2005).

Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να γίνονται συνεχείς έρευνες που έχουν ως σκοπό τη διερεύνηση της κατάστασης των εργαζομένων στο χώρο εργασίας και τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών να ληφθούν υπόψη από τα υψηλά κλιμάκια του τομέα απασχόλησης (Matua Raki, 2017). Παράλληλα η διαδικασία θα πρέπει να σχεδιαστεί και από πάνω προς κάτω, δηλαδή τα υψηλά κλιμάκια με τη σειρά τους να παρέχουν οδηγίες και πρακτικές υποστήριξης σε διάφορες δομές για να προσφέρουν την κατάλληλη πληροφόρηση και κατάρτιση στους υπαλλήλους όσον αφορά τα θέματα υγείας στο χώρο εργασίας (Matua Raki, 2017).

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι μία από τις σημαντικότερες συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2001) ήταν η εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας, δεδομένου ότι είναι επωφελής τόσο για τη δημόσια υγεία όσο και για τις ανάγκες κάθε ατόμου. Όπως έχει προταθεί από τη Vassiliadou M.(2004), τα εκπαιδευτικά προγράμματα με επίκεντρο την προαγωγή της ψυχικής υγείας θα πρέπει να αναφέρονται στην ανάγκη για βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική και ηθική αντιμετώπιση των ανθρώπων ως άτομα και όχι ως φορείς ασθενειών (Vassiliadou M., 2005).

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Ο ΧΩΡΟΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

1.1 Περιγραφή της εξάρτησης

Η χρήση και η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες εμφανίζονται σε όλες σχεδόν τις ανθρώπινες κοινωνίες, έχοντας ένα κεντρικό ρόλο σε μια σειρά ανθρώπινων εκφράσεων, ξεκινώντας από τα σαμανικά τελετουργικά έως τα σημερινά «στέκια» της νεολαίας (Shortall, S., 2014).

Η πλειοψηφία των σύγχρονων ανθρώπων κάνει τακτική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Anderson, 2006, Kennedy, 2014) και τα σχετικά στοιχεία εμφανίζονται σε όλους τους γνωστούς πολιτισμούς, ξεκινώντας από την αρχαιότητα (Sherrat, 1995a). Οι αυξήσεις της ποικιλίας και της χρήσης συνέβησαν με την υιοθέτηση της καλλιέργειας, τον αποικισμό του Νέου Κόσμου και την εκβιομηχάνιση, καθώς και με την ανάπτυξη τεχνικών σύνθεσης ουσιών (Crocq, 2007, Wadley & Hayden, 2015).

Το 2001, ο Courtwright περιγράφει με λεπτομέρειες την επέκταση των ψυχοτρόπων ουσιών μετά την ανακάλυψη της Αμερικής και την ανάπτυξη των δικτύων υπερατλαντικού εμπορίου έως σήμερα, ως μια «ψυχοδραστική επανάσταση» στα πλαίσια της οποίας οι άνθρωποι αποκτούν «όλο και περισσότερους τρόπους αλλαγής της συνηθισμένης συνείδησής τους» (Courtwright, D. T., 2001). Σύμφωνα με τον ίδιο, οι ουσίες οι οποίες προερχόταν από το λεγόμενο Νέο Κόσμο και εισήχθησαν στην Ευρώπη, αρχικά, θεωρήθηκαν ως εξωτικές, αλλά με την πάροδο του χρόνου υιοθετήθηκαν ευρύτερα, πρώτα για αυτοθεραπεία και στη συνέχεια για ψυχαγωγική χρήση (π.χ. ηρωίνη, αμφεταμίνες, κτλ.).

Ένα ευρύ φάσμα εθνογραφικών και αρχαιολογικών μελετών έχουν αποδείξει ότι οι ψυχοτρόπες ουσίες ήταν αναπόσπαστο συστατικό του πολιτισμού, θεμελιώδους σημασίας για τη θρησκεία, την κοινωνική ζωή και τη διαμόρφωση πολιτιστικών ταυτοτήτων και κοινωνιών (Goodman et al., 1995).

Σύμφωνα με τους Sherratt (Sherratt, A., 1995a) και Hayden (Hayden, B., 2014), το να επιλέξει ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων να κάνει χρήση ουσιών, εξαρτάται από τον πολιτισμό και το περιβάλλον. Οι ανθρωπολόγοι περιέγραψαν το ρόλο και τη θέση της χρήσης ουσιών στην κοινωνική ζωή, όπως παρατηρούμε, άλλωστε, στις μελέτες που εκδόθηκαν από τους Goodman και συν. (Goodman et al, 1995), Hugh-Jones (Hugh-Jones. S., 1995), Hirsch (Hirsch E., 1995)

και Lovejoy (Lovejoy P.E., 1995), όπου αναφέρονται λεπτομερώς οι βασικοί κοινωνικοί ρόλοι των ψυχοτρόπων ουσιών στον Αμαζόνιο, στην προ-αποικιακή Βόρεια Αμερική, στην Νέα Γουινέα, Σουδάν, κτλ. Άλλες μελέτες επιδεικνύουν παρόμοιους ρόλους στην αναγέννηση της Αγγλίας, αλλά και στην αρχαία Ελλάδα.

Στο σημείο αυτό, εάν ανατρέχουμε στα αρχαία ελληνικά κείμενα (Ιστορίαι, Ηροδότου), θα βρούμε τις μαρτυρίες του σπουδαίου ιστορικού Ηρόδοτου (5ο αιώνα π. Χ.) ο οποίος περιγράφει μια περίεργη χρήση της ινδικής κάνναβης από τους Σκύθες που ζούσαν σε μια περιοχή της Κεντρικής Ασίας και ερχόταν σε επαφή με τους Έλληνες. Ο Ηρόδοτος, αναφέρεται στην κάνναβη, λέγοντας ότι μεγαλώνει στη χώρα των Σκύθων[1] και ότι μοιάζει με το λινάρι και οι κάτοικοι φτιάχνουν ακόμα και ενδύματα από αυτό το φυτό, παρόμοια με τα λινά. Σχετικά με τις τελετουργίες ταφής, προσθέτει: «*Οι Σκύθες παίρνουν το σπόρο της κάνναβης, το ρίχνουν πάνω σε καυτές πέτρες, προκαλώντας τέτοιους ατμούς που δεν θα μπορούσε να τους ξεπεράσει κανένα ελληνικό ατμόλουτρο. Και φωνάζουν ευτυχισμένοι σε αυτό το ατμόλουτρο (οι Σκύθες)*».

Στις σύγχρονες κοινωνίες, συμβαίνει ακριβώς το ίδιο, δηλαδή η χρήση, αλλά και ο τρόπος χρήσης μιας ουσίας, αποτελούν τόσο ένα αναπόσπαστο κομμάτι ενός κοινωνικού ιστού, όσο και μια σημαντική επιρροή πάνω στο συγκεκριμένο ιστό, δεδομένου ότι πάντα έχουν μια ιδιαίτερη κοινωνική και πολιτιστική σημασία, καθώς καθορίζουν τον ειδικό ρόλο της συγκεκριμένης ουσίας στη ζωή αυτού του κοινωνικού ιστού (Goodman J et l, 1995), στον οποίο ανήκουν οι ομάδες χρηστών.

Μεταξύ του κοινωνικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος, καθώς και των προβλημάτων υγείας υπάρχει ένας διαδραστικός μηχανισμός που εκφράζεται πλήρως και με χαρακτηριστικό τρόπο στην περίπτωση των σχετιζόμενων με τις ψυχοτρόπες ουσίες διαταραχών, δεδομένου ότι μέσω των κοινωνικών συνθηκών και πολιτιστικών περιβαλλόντων προβάλλονται κοινωνικά ζητήματα όπως ο αλκοολισμός και/ή η εξάρτηση από άλλες ψυχοτρόπες ουσίες (Goodman J et l, 1995).

Η όλη διαδικασία που οδηγεί στην εξάρτηση, μοιάζει, με μια κίνηση προς μια ιδιαίτερη πορεία, με ένα μεγάλο ταξίδι που περιλαμβάνει μια αρχή και, πιθανόν, ένα τέλος και, πάρα πέρα, μοιάζει

[1] Με το όνομα Σκύθες, οι αρχαίοι Έλληνες συγγραφείς αναφέρονται σε ένα σύνολο νομαδικών φυλών που ζούσαν στην Κεντρική Ασία και στα βόρεια παράλια της Μαύρης Θάλασσας. Στο Βιβλίο 4 (Μελπομένη) ο Ηρόδοτος περιγράφει τις δυο εκστρατείες του Δαρείου, η μια κατά των Σκυθών και η άλλη κατά της Λιβύης.

με μια ροή από ένα σημείο προς ένα άλλο, προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση, η οποία μπορεί να μην είναι τελείως ξεκάθαρη, αλλά είναι εκεί (Craig Nakken, 2006). Μοιάζει με μια πραγματική εγκυκλοπαίδεια της ζωής, από το πρώιμο στάδιο και την έναρξη της χρήσης ουσιών, ως την απώλεια ελέγχου, σε μια παραπλανητική διαδικασία εξαγοράς της ολοκλήρωσης, της ανακούφισης, της συναισθηματικής ασφάλειας με ψεύτικες υποσχέσεις, που κάνει τα φύλλα αυτής της εγκυκλοπαίδειας να πέσουν το ένα μετά το άλλο, χωρίς να προσδιοριστεί αν έχουν κάποιο τέλος και πότε ή ποιος θα φέρει αυτό το τέλος.

Στην περιπλάνηση αυτή, όταν ο άνθρωπος συναντά την ουσία η οποία του προσφέρει την ψευδαίσθηση της ολοκλήρωσης αναπτύσσει σχέσεις εξάρτησης από αυτήν. «*Αυτή η εξάρτηση δεν περιορίζεται στην ουσία και στην φαρμακολογική της δράση, αλλά αφορά πάνω απ' όλα μια συγκεκριμένη εμπειρία μέσα από την οποία εγκαθιδρύει μια ειδική σχέση με τον κόσμο*» (Μάτσα Κ., 2002). Η εξάρτηση παίρνει τη μορφή της αληθινής πίστης και δέσμευσης σε έναν αρνητικό τρόπο ζωής και αρχίζει να αναπτύσσεται όταν το άτομο απομακρύνεται από άλλους ανθρώπους, από την κοινότητά του, από τους φυσιολογικούς τρόπους ικανοποίησης των συναισθηματικών του αναγκών. Η επαναλαμβανόμενη παράδοση του εαυτού και των αξιών, χάριν της εξάρτησης, ενισχύει το σύστημα εθιστικών πεποιθήσεων του εξαρτημένου, οδηγώντας σε μια αλλαγή της προσωπικότητάς του (Craig Nakken, 2006).

Οι θεραπευτές των δομών απεξάρτησης καλούνται να αλλάξουν την πίστη αυτή, να σβήσουν το τέλος αυτού του ταξιδιού, διαμορφώνοντας μια νέα πορεία στη ζωή των χρηστών, κινούμενοι επάνω σε ένα εκκρεμές που κινείται ανάμεσα στην ανάγκη τους να αισθάνονται σωτήρες και στη βασανιστική αμφισβήτηση του εαυτού τους (Χάρις Κατάκη, 2014).

Η καθημερινή τους αλληλεπίδραση με τους θεραπευόμενους -χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών-, φέρνει τους θεραπευτές αντιμέτωπους με ένα βαθύ εσωτερικό διχασμό. Από τη μια είναι οι θεραπευτικές ικανότητες που πολλές φορές αμφισβητούνται από τους ανθρώπους γύρω τους και από την άλλη είναι η επένδυση τους, όχι μόνο σε χρόνο και χρήμα, αλλά και στην ίδια τους την ψυχή για να αποκτήσουν αυτές τις ικανότητες (Χάρις Κατάκη, 2014).

Όταν νιώθουν ανήμποροι να βοηθήσουν, όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν μαζί με τους συντετριμμένους θεραπευόμενούς τους τις τραγικές πλευρές της ζωής, τότε αναρωτιούνται και πάλι αν καλώς έπραξαν να ακολουθήσουν το όνειρο να γίνουν θεραπευτές. Το να είναι κάποιος

θεραπευτής στον τομέα αντιμετώπισης των εξαρτήσεων γεννά μια βαθύτερη εσωτερική αναζήτησης του ‘γιατί;’. Γιατί θέλουν τόσο πολύ να απαλλάξουν τους άλλους ανθρώπους από τον πόνο, τον φόβο και τους διχασμούς; Από πού πηγάζει αυτή η ανάγκη να ασχολούνται με τον εσωτερικό κόσμο των άλλων και με τα τραύματά τους; (Χάρις Κατάκη, 2014)

Αυτά τα υπαρξιακά ερωτήματα γίνονται ακόμα πιο βασανιστικά όταν οι θεραπευτές έρχονται αντιμέτωποι με τα δικά τους προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα. «Φυσικά, δεν είναι εύκολο να αποδεχτούν ότι ενώ μπορούν να βοηθούν τους άλλους, δεν είναι σε θέση να βοηθήσουν τον εαυτό τους, να αλλάξουν ρότα εγκαίρως για να αποφύγουν τους υφάλους» (Χάρις Κατάκη, 2014).

Μέσα στην πολυπλοκότητα και τη ρευστότητα της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας, ο ρόλος των θεραπευτών και ειδικά εκείνων στο χώρο των εξαρτήσεων, έχει αποκτήσει μια τεράστια εμβέλεια, φτιάχνοντας γέφυρες που τους συνδέουν όχι μόνο με το χώρο της υγείας, αλλά και της εκπαίδευσης, της αγοράς εργασίας, του κοινωνικού ιστού, κα.

Τι γνωρίζει όμως ο θεραπευόμενος για το πρόσωπο που βρίσκεται πίσω από τον ρόλο του θεραπευτή; Ο θεραπευόμενος δεν ρωτάει και ο θεραπευτής δεν λέει. Ούτε η βιβλιογραφία του κλάδου δεν προσφέρει αρκετές αναφορές για τον αθέατο κόσμο των θεραπευτών (Χάρις Κατάκη, 2014).

Μήπως θα άξιζε τον κόπο να ρίξουμε μια ματιά στο έργο τους, να μάθουμε ποιοι είναι, να αντιληφθούμε το προσωπικό τους κόστος όταν, παίζοντας κεντρικό ρόλο στη ζωή των ασθενών, σβήνουν την αμφιθυμία που βρήκαν στην αρχή της θεραπείας, αυξάνοντας την επιθυμία τους να ζήσουν μια ζωή μακριά από την εξάρτηση;

1.2 Εξειδικευμένα προγράμματα απεξάρτησης

Οι εξαρτήσεις από ψυχοτρόπες ουσίες μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές δυσκολίες στη ζωή των ανθρώπων, καθώς και στη ζωή των οικογενειών και των φίλων τους. Παρόλο που ο εθισμός θεωρείται μια χρόνια, υποτροπιάζουσα ασθένεια, είναι επίσης θεραπεύσιμη. Η θεραπεία διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην ανάκαμψη των ασθενών και τα θεραπευτικά κέντρα αποτελούν μια δημοφιλής επιλογή για όσους αναζητούν να κερδίσουν τη μάχη ενάντια στον αλκοολισμό και την τοξικομανία (Καστελλάκης Α., & Παναγής Γ. , 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η θεραπεία ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο της ουσίας και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τα καλύτερα προγράμματα απεξάρτησης παρέχουν ένα συνδυασμό θεραπειών και άλλων συναφών υπηρεσιών. Στα περισσότερα σύγχρονα προγράμματα έχουν υφανθεί σε μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση τα εξής τρία μοντέλα θεραπείας (E. Sullivan & M. Fleming, 2008):

- Ένα ιατρικό μοντέλο που δίνει έμφαση σε βιολογικά και γενετικά ή φυσιολογικά αίτια εθισμού που απαιτούν ιατρική θεραπεία και χρησιμοποιούν φαρμακοθεραπεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων ή τη μεταβολή της συμπεριφοράς (π.χ. δισουλφιράμη, μεθαδόνη και ιατρική αντιμετώπιση της απόσυρσης).
- Ένα ψυχολογικό μοντέλο, με επίκεντρο τη συναισθηματική δυσλειτουργία ως κύρια αιτία κατάχρησης ουσιών. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει την ψυχοθεραπεία ή τη συμπεριφορική θεραπεία που κατευθύνεται από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας.
- Ένα κοινωνικο-πολιτιστικό μοντέλο, το οποίο τονίζει τις ελλείψεις στον κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον ή στην κοινωνικοποίηση που μπορεί να βελτιωθεί με την αλλαγή του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, ιδίως μέσω της συμμετοχής σε κοινότητες/ομάδες αυτοβοήθειας ή πνευματικές δραστηριότητες και υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα. Η θεραπεία, συχνά, πραγματοποιείται από άτομα τα οποία βρίσκονται τα ίδια στο στάδιο της ανάκαμψης και έχουν βιωματική γνώση (E. Sullivan & M. Fleming, 2008).

Σύμφωνα με τις παρουσιάσεις προγραμμάτων των δυο μεγάλων φορέων (ιστοσελίδες των ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ) που καταπολεμούν τις εξαρτήσεις στην Ελλάδα, όλα τα εξειδικευμένα προγράμματα θεραπείας κατάχρησης ουσιών έχουν τους εξής γενικούς στόχους:

- Μείωση της κατάχρησης ουσιών
- Επίτευξη μιας ζωής χωρίς ουσίες
- Μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας των ασθενών
- Μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας υποτροπής

Στο πλαίσιο των προγραμμάτων απεξάρτησης, η θεραπευτική παρέμβαση δεν τελειώνει στην επίσημη θεραπεία, καθώς ζωτικής σημασίας είναι η ενθάρρυνση της συνεχιζόμενης συμμετοχής

και παραμονής του ασθενή (α) στο πρόγραμμα (η παραμονή του ασθενή για 3 μήνες και άνω, αποτελεί συχνά μια πρόβλεψη της επιτυχούς έκβασης) και (β) στις επισκέψεις παρακολούθησης μετά τον τερματισμό της θεραπείας οι οποίες έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση της προόδου και την αποφυγή της υποτροπής (Kleber, H.D. 1996).

1.3 Στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα και πρόγραμμα υποκατάστασης

Δύο προγράμματα που εφαρμόζονται στην Ελλάδα από τους μεγαλύτερους φορείς που δραστηριοποιούνται στο χώρο των εξαρτήσεων είναι τα εξής:

- Το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα και,
- Το πρόγραμμα υποκατάστασης.

Φιλοσοφία του στεγνού θεραπευτικού προγράμματος

Ενώ χρησιμοποιείται λιγότερο, η συγκεκριμένη επιλογή απεξάρτησης δεν περιλαμβάνει φάρμακα, δεδομένου ότι ορισμένοι ασθενείς μπορούν να εξαρτηθούν από το φάρμακο που χρησιμοποιείται για την απεξάρτησή τους.

Σύμφωνα με τον ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ (ιστοσελίδες των δύο φορέων), στα πλαίσια της θεραπευτικής προσέγγισης ο ασθενής σταματά απλά τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και οδηγείται σε μια μετάβαση προς μια ζωή, μακριά από ουσίες και εξαρτήσεις. Αυτή η προσπάθεια αποκοπής από τον κόσμο των ψυχοτρόπων ουσιών αξίζει τον κόπο. Καθώς η απεξάρτηση, τόσο σωματική, όσο και ψυχική, δεν μπορεί να επιτευχθεί στο πλαίσιο μιας επιβαλλόμενης θεραπείας, έτσι το βασικό χαρακτηριστικό του θεραπευτικού προγράμματος είναι η εθελοντική συμμετοχή του ασθενούς – χρήστη ψυχοτρόπων ουσιών. Κατά συνέπεια τα στεγνά προγράμματα απευθύνονται σε χρήστες ουσιών που επιθυμούν πραγματικά να καταφέρουν να σταματήσουν τη χρήση ουσιών, μένοντας μακριά από αυτές. Τα στεγνά προγράμματα έχουν ως στόχο την ανάπτυξη στρατηγικών και εργαλείων τα οποία να βοηθήσουν τον ασθενή να απέχει από τη χρήση ουσιών, να μην υποτροπιάζει, να βρει ένα θετικό νόημα στη ζωή του και να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις με το περίγυρό του. Στο σημείο αυτό υπογραμμίζουμε ότι ένα άτομο για να ζήσει μια ζωή μακριά από την εξάρτηση, πρέπει να αλλάξει τον τρόπο σκέψης του που του λέει ότι το αλκοόλ ή άλλες ψυχοτρόπες ουσίες θα τον βοηθήσουν να ξεχάσει τα προβλήματά του.

Τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα βασίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία, χωρίς τη χρήση υποκαταστάτων -όπως η μεθαδόνη ή η βουπρενορφίνη- και στοχεύουν στην απεξάρτηση των χρηστών από ψυχοτρόπες ουσίες και την κοινωνική επανένταξή τους. Όλα τα εξαρτημένα άτομα μπορούν να ενταχθούν στο πλαίσιο ενός στεγνού προγράμματος, ακόμα και τα άτομα εκείνα που αργότερα λόγω υποτροπών πιθανόν να αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης (ΟΚΑΝΑ, ιστοσελίδα του οργανισμού).

Η σημασία της ψυχικής απεξάρτησης σε σχέση με αυτή της σωματικής αποτοξίνωσης διαφαίνεται και από την μεγάλη διαφορά που σημειώνεται όσον αφορά το χρόνο που απαιτείται για την καθεμία στα πλαίσια ενός θεραπευτικού προγράμματος. Η σωματική αποτοξίνωση μπορεί να επιτευχθεί σε διάρκεια δύο εβδομάδων, ενώ η ψυχική απεξάρτηση απαιτεί το λιγότερο είκοσι μήνες (ΚΕΘΕΑ, σελίδα του φορέα).

Έχοντας ως απότερο σκοπό τη θεραπεία, στο πλαίσιο των θεραπευτικών πργραμμάτων πραγματοποιούνται ομαδικές και ατομικές συναντήσεις, καθώς και δραστηριότητες όπου συμμετέχουν όλοι οι ασθενείς - χρήστες που ακολουθούν το συγκεκριμένο πρόγραμμα απεξάρτησης. Καθώς η οικογένεια θεωρείται δυνατό στήριγμα που μπορεί να συμβάλει και να επιταχύνει την ανάρρωση του ασθενούς, όλα τα στεγνά προγράμματα προβλέπουν την ενεργή συμμετοχή της οικογένειας του χρήστη (γονείς, αδέλφια, σύζυγος, κα.). Δεδομένου ότι ο εθισμός επηρεάζει αρνητικά την οικογένειας του χρήστη, οι στρατηγικές και τα εργαλεία που εφαρμόζονται στα πλαίσια του στεγνού προγράμματος, μπορούν να θεραπεύουν την ίδια την οικογένεια για να γίνει πάλι μια λειτουργική και αρμονική ομάδα, πλήρως ενταγμένη στον κοινωνικό ιστό (ΟΚΑΝΑ, ιστοσελίδα του οργανισμού).

Σύμφωνα με τον Kleber, H.D , τα στεγνά προγράμματα εμπεριέχουν τρείς φάσεις:

- Η **πρώτη φάση** η οποία αποτελεί φάση συμβουλευτικής και ενημέρωσης και έχει ως στόχο τη διαμόρφωση και την υποστήριξη του αιτήματος του χρήστη για θεραπεία. Επιπλέον, σ’ αυτή τη φάση ο χρήστης υποστηρίζεται από το πρόγραμμα για να πετύχει την αποχή του από τις ουσίες (σωματική αποτοξίνωση) και αυτή είναι η προϋπόθεση για να προχωρήσει στο επόμενο στάδιο του προγράμματος απεξάρτησης. Οι περισσότεροι θεραπευόμενοι ξεκινούν με την αποτοξίνωση και την ιατρικά διαχειριζόμενη απόσυρση, και αυτό συχνά θεωρείται ότι βρίσκονται στο πρώτο στάδιο της θεραπείας. Η

αποτοξίνωση, η διαδικασία με την οποία ο οργανισμός αποβάλλει και απέχει από τις ψυχοτρόπες ουσίες, έχει σχεδιαστεί για να διαχειρίζεται τις οξείες και δυνητικά επικίνδυνες επιπτώσεις λόγω διακοπής της χρήσης ουσιών. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η αποτοξίνωση από μόνη της δεν αντιμετωπίζει τα ψυχολογικά, κοινωνικά και συμπεριφορικά προβλήματα που σχετίζονται με τον εθισμό και ως εκ τούτου δεν προάγει τις αλλαγές συμπεριφοράς οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες για την αποκατάσταση. Η αποτοξίνωση θα πρέπει επομένως να ακολουθείται από επίσημη αξιολόγηση και παραπομπή στη θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες (Kleber, H.D., 2012).

- Η **δεύτερη φάση** αποτελεί μέρος της κύριας θεραπείας όπου το μέλος συμμετέχει στις δραστηριότητες που προβλέπονται από το πρόγραμμα, είτε μέσα στην κοινότητα στο πλαίσιο κλειστών προγραμμάτων, είτε κάποιες ώρες σε καθημερινή βάση στα ανοιχτά προγράμματα. Αυτό το στάδιο της θεραπείας είναι ιδιαίτερα δομημένο και εμπεριέχει δραστηριότητες σχεδιασμένες να βοηθήσουν τους θεραπευόμενους να εξετάσουν υπό ένα διαφορετικό πρίσμα τις καταστροφικές πεποιθήσεις και τα αρνητικά πρότυπα συμπεριφοράς, καθώς και να υιοθετήσουν νέους -πιο αρμονικούς και εποικοδομητικούς- τρόπους αλληλεπίδρασης με τους άλλους (Kleber, H.D., 2012).

- Η **τρίτη και τελική φάση** αφορά την κοινωνική επανένταξη η οποία έχει ως στόχο την υποστήριξη και την προώθηση της κοινωνικής επανένταξης του θεραπευόμενου (Kleber, H.D., 2012).

Τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα χτίζουν γέφυρες προς ένα τρόπο ζωής μακριά από ουσίες, τον οποίο διέπουν αρχές όπως ο αυτοσεβασμός, η ειλικρίνεια, η υπευθυνότητα και η εντιμότητα, αναγκαίες αρχές για την ένταξη και την αρμονική συνύπαρξη του ατόμου στον κοινωνικό ιστό (ΚΕΘΕΑ, ιστοσελίδα του φορέα).

Πρόγραμμα υποκατάστασης

Σύμφωνα με το EMCDDA, η θεραπεία υποκατάστασης για τους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών είναι διαδεδομένη πλέον στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην Ευρώπη, το πρώτο πρόγραμμα χρήσης μεθαδόνης εφαρμόστηκε πειραματικά στην Ουψάλα της Σουηδίας το 1965 (Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2014). «Οι σχετικές δοκιμές που εφάρμοζαν

κυρίως για τη χορήγηση μεθαδόνης, από τα τέλη της δεκαετίας του ’80 εξαπλώνονται και στις υπόλοιπες χώρες της Βόρειας Ευρώπης και ως τα μέσα της δεκαετίας του ’90, εφαρμοζόταν σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη. Σήμερα, η μεθαδόνη εξακολουθεί να είναι η ουσία που χρησιμοποιείται πιο συχνά, αλλά η χρήση της δεν είναι αποκλειστική όπως ήταν παλιά. Στη Γαλλία, για παράδειγμα, επικρατεί η χρήση της βουπρενορφίνης, ενώ σε άλλα κράτη της ΕΕ, ξεκίνησαν οι δοκιμές με άλλες ουσίες, όπως η διυδροκωδείνη, μορφίνη βραδείας επενέργειας και λέβο-άλφα-ακετυλ-μεθαδόνη (LAAM). Να αναφέρουμε στο σημείο αυτό, ότι η κυκλοφορία της LAAM έχει ανασταλεί μετά από τη σύσταση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Αξιολόγηση των Φαρμακευτικών Προϊόντων εξαιτίας της εμφάνισης επικίνδυνων καρδιακών επεισοδίων σε ασθενείς που ακολουθούσαν τη θεραπεία με LAAM. Για τη σταθεροποίηση των χρόνιων χρηστών οπιούχων, στις Κάτω Χώρες από το 1987, αλλά και στη Γερμανία πιο πρόσφατα, εφαρμόζεται η χρήση της ίδιας της ηρωίνης» (Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2014).

Ο ορισμός της θεραπείας υποκατάστασης σύμφωνα με το EMCDDA, είναι ο εξής: «Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή ιατρικής περίθαλψης που παρέχεται σε χρήστες ουσιών που είναι εξαρτημένοι από τα οπιούχα (κυρίως από την ηρωίνη) με βάση τη χορήγηση ουσίας είτε παρόμοιας είτε ίδιας με το ναρκωτικό που καταναλώνεται συνήθως».

Η συγκεκριμένη θεραπεία περιλαμβάνει δύο μορφές:

- συντήρησης –εφοδιασμός του χρήστη με επαρκή ποσότητα ουσίας προκειμένου να ελαττωθεί η επικίνδυνη ή επιβλαβής συμπεριφορά, ή
- αποτοξίνωση –σταδιακός περιορισμός της ποσότητας του ναρκωτικού μέχρι αυτή να μηδενιστεί. Η θεραπεία μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ψυχοκοινωνική υποστήριξη (EMCDDA, 2001).

Επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι η εν λόγω θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των εγκληματικών πράξεων, των λοιμωδών νοσημάτων και των οφειλόμενων στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών θανάτων. Επιπλέον μπορεί να συμβάλει στη σωματική και ψυχολογική ευεξία, καθώς και στην ευημερία των εξαρτημένων ατόμων (Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2014).

Ο προσδιορισμός των στόχων του προγράμματος είναι πολύπλευρος και καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναφορικά με την προσέγγιση της υγείας και της ασθένειας. Αρκετοί από αυτούς τους στόχους παραμένουν ανεκπλήρωτοι για τους εξής λόγους:

- το μειωμένο κίνητρο των ασθενών-χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών,
- η έλλειψη διασύνδεσης με άλλους δημόσιους φορείς ή με εξειδικευμένα κέντρα ψυχικής υγείας,
- η αντίληψη ότι η εξάρτηση είναι χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος και συνεπώς το εξαρτημένο άτομο έχει ανάγκη μόνο την ουσία (Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης , 2014).

2. ΥΓΕΙΑ

2.1 Έννοια και ορισμός της υγείας

Για την κατανόηση και την εξήγηση της έννοιας της επαγγελματικής υγείας, πρέπει να εξετάσουμε προσεκτικά την έννοια της υγείας και να θέσουμε το ερώτημα: τι είναι η υγεία; Η απάντηση σε αυτή την ερώτηση είναι σχεδόν αδύνατη επειδή η υγεία είναι μια πολύ περίπλοκη, πολύπλοκη και εξαρτώμενη από το περιβάλλον έννοια. Η έννοια της υγείας εμπεριέχει πολλά περισσότερα στοιχεία από την απουσία της ασθένειας. Η υγεία εξαρτάται επίσης από τον πολιτισμό και την εμπειρία του υποκειμένου, καθώς η υγεία είναι κάτι που αλλάζει καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής του (Christensen M et al, 2017).

Η ερώτηση – τι είναι στην πραγματικότητα η υγεία; - υπάρχει στη σκέψη όλων των ανθρώπων από τα αρχαία χρόνια.

Οι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι ήταν πεπεισμένοι ότι η διατήρηση της καλής υγείας και η καταπολέμηση των ασθενειών δεν συνδέονταν με υπερφυσικούς παράγοντες, αλλά με φυσικούς και κοινωνικούς καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες και προσδιόριζαν την υγεία ως μια κατάσταση δυναμικής ισορροπίας μεταξύ του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος. Έτσι, προσανατολίζουν την ιατρική προς μια πιο επιστημονική και ανθρωπιστική προοπτική. Ο έλληνας φιλόσοφος Πλάτωνας (428-348 π.Χ.) δήλωσε ότι όταν ψάχνουμε για τις αιτίες και τη θεραπεία μιας νόσου, θα πρέπει να κοιτάξουμε τον άνθρωπο στο σύνολό του αντί να εστιάζουμε μόνο σε μέρη του σώματος (Christensen M et al, 2017). Ο Ιπποκράτης (περίπου 460-377 π.Χ.) θεωρείται ως πατέρας της ιατρικής και μια από τις πιο σημαντικές φυσιογνωμίες στην ιστορία της ιατρικής. Απορρίπτει το υπερφυσικό και θέτει τα θεμέλια της ιατρικής επιστήμης. Η ασθένεια δεν ήταν κατ 'ανάγκη αποτέλεσμα της οργής των θεών, αλλά οφειλόταν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, διατροφή και τρόπο ζωής (Earleywine M, 2005).

Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) πίστευε ότι κάποιος πρέπει να είναι προσεκτικός όταν ασχολείται με οτιδήποτε δεν μπορεί να μετρήσει. Το σωματικό είναι εύκολα μετρήσιμο, ενώ το μυαλό δεν μετράται τόσο εύκολα. Βάσει αυτής της άποψης, έχουμε πολλές σημαντικές μελέτες για τις ασθένειες και τη θεραπεία τους, αλλά η βασική έννοια είναι ότι μια ασθένεια μπορεί να εξηγηθεί ως έλλειψη στη σωματική κατασκευή του ανθρώπου. Ο Αριστοτέλης εισήγαγε την ευδαιμονία

ως την υψηλότερη από όλες τις ανθρώπινες ανάγκες, δηλαδή την αυτοπραγμάτωση (Christensen M et al, 2017).

Η έλλειψη συμπαράστασης μεταξύ της φιλοσοφικής σκέψης και του πώς να ζήσει κάποιος μια καλή ζωή και πώς κατασκευάζεται η ανθρώπινη υγεία προέρχεται πιθανότατα από την επιστημονική επανάσταση, όπου η υγεία σχετίζεται με τη βιολογική επιστήμη, που τοποθετεί -εννοιολογικά- την υγεία σε σχέση μόνο με το ανθρώπινο σώμα (Christensen M et al, 2017).

Ο Descartes (1596-1650) εισήγαγε το δυϊσμό του νου και του σώματος. Αυτό σημαίνει ότι οι άνθρωποι αποτελούνται από δύο ξεχωριστά μέρη: το σώμα και το μυαλό. Η ιατρική τεχνολογία κλιμάκωσε αυτή την τάση. Ο Descartes πρότεινε ότι το σώμα και το μυαλό συνδέονται σε ένα σημείο που ονομάζεται 'επίφυση' (pineal gland), χωρίς να επηρεάζονται μεταξύ τους (Christensen M et al, 2017).

Σύμφωνα με τους Christensen M et al, το βιοϊατρικό μοντέλο βασίζεται στις σκέψεις αυτές. Τα χαρακτηριστικά αυτού του μοντέλου είναι τα εξής:

- Θεωρεί το ανθρώπινο σώμα ως μια μηχανή που μπορεί να γίνει κατανοητή όταν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν
- Επικεντρώνεται αποκλειστικά σε βιολογικούς παράγοντες και αποκλείει ψυχολογικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές ερμηνείες, με κύρια εστίαση του στις φυσικές διαδικασίες που επηρεάζουν την υγεία μας, όπως είναι οι βιοχημικοί παράγοντες, η φυσιολογία ή η παθολογία
- Εξηγεί την υγεία ως απουσία ασθένειας

Στην περίπτωση που το ανθρώπινο σώμα -ως οργανική μηχανή- δεν λειτουργεί φυσιολογικά, τότε το άτομο θεωρείται άρρωστο και ο ρόλος του προσωπικού υγείας περιορίζεται στην επιδιόρθωση της δυσλειτουργίας ενός τμήματός της. Η υπόθεση είναι ότι η ασθένεια έχει υποκείμενη αιτία. Εάν η αιτία απομακρυνθεί, το άτομο θα γίνει και πάλι υγιές (Engel, G. L.1977). Αυτό το μοντέλο υγείας συνδέεται στενά με ένα πρότυπο ασθένειας το οποίο συχνά περιγράφεται ως αναγωγικό (Christensen M et al, 2017).

Σύμφωνα με την προαναφερόμενη ερευνήτρια, αυτό συμβαίνει λόγω του ισχυρισμού ότι μειώνει την ασθένεια σε μικρότερα μέρη του σώματος ή περιορίζει τις βιολογικές διεργασίες (Christensen M et al, 2017). Ο αναγωγισμός έχει σημειωθεί ως μεγάλη επιτυχία της βιοϊατρικής.

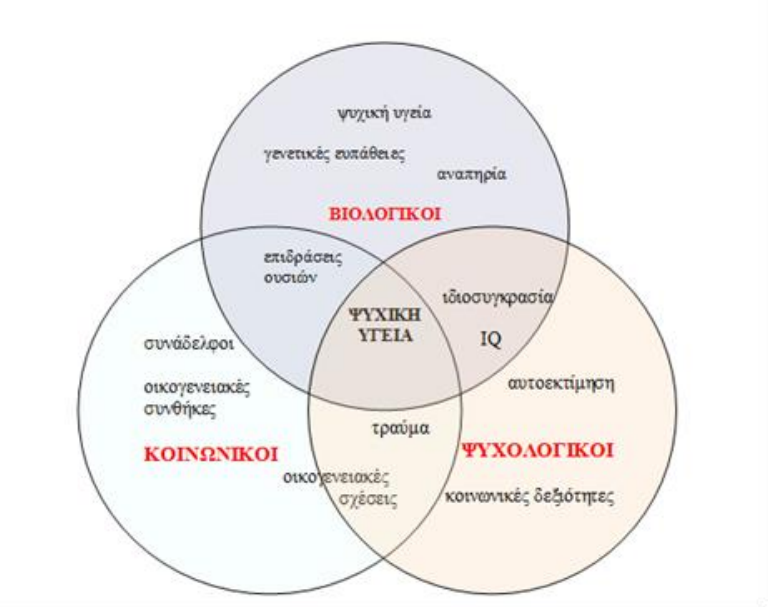
Ο τομέας αυτός γνωρίζει μεγάλη ανάπτυξη και οι λεπτομερείς γνώσεις του γίνονται όλο και πιο εκτεταμένες (Christensen M et al, 2017). Το βιοϊατρικό μοντέλο εμφανίστηκε στα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα (Christensen M et al, 2017) και επικεντρώνεται στο φυσικό σώμα κατά τη διάγνωση και την έναρξη της θεραπείας, η οποία τότε ήταν στενά συνδεδεμένη με τις προκλήσεις των μολυσματικών ασθενειών όπως η γρίπη και η φυματίωση. Οι αιτίες αυτών των ασθενειών εντοπίστηκαν και η θεραπεία εφαρμόστηκε. Η μεγάλη ανακάλυψη ήρθε με την εύρεση της πενικιλίνης. Μεγάλα προγράμματα εμβολιασμού διεξήχθησαν και αυτό οδήγησε σε μαζική μείωση του αριθμού των περιπτώσεων τέτοιων ασθενειών Με βάση αυτό, η δημοτικότητα του βιοϊατρικού μοντέλου είναι κατανοητή (Engel, G. L., 1977).

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950, υπήρξε μια έκρηξη αυτών που συνήθως αναφέρονται ως ασθένειες αλλά σχετίζονται και με τον τρόπο ζωής (διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος κ.λπ.). Αυτές οι ασθένειες αντισταθμίζουν τις πρώτες μολυσματικές ασθένειες ως κύρια αιτία θανάτου στις δυτικές χώρες (Christensen M et al, 2017). Επίσης, παρατηρείται μια αύξηση των ψυχοσωματικών ασθενειών, οι οποίες περιλαμβάνουν το στρες, την εξουθένωση, καθώς και προβλήματα της σπονδυλικής στήλης (πλάτη) (Christensen M et al, 2017).

Με βάση αυτή την εξέλιξη, θα ήταν σωστό να υποθέσουμε ότι η υπάρχουσα μέθοδος ιατρικής θεραπείας που χρησιμοποιεί το βιοϊατρικό μοντέλο δεν είναι πλέον επαρκής και υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη για μεγαλύτερη εστίαση στις ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις εκτός από τη βιοϊατρική προσέγγιση (Christensen M et al, 2017)

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ξεκίνησε ως αντίδραση στον βιολογικό αναγωγισμό και προσπάθησε να οικοδομήσει μια γέφυρα μεταξύ των φυσικό-βιολογικών και των ψυχολογικών πτυχών της υγείας. Ο George L. Engel εισήγαγε στη δεκαετία του 1970 το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Engel, G. L., 1977). Ο Engel διαφώνησε με την άποψη ότι οι ασθένειες έχουν μόνο φυσικές αιτίες και τόνισε τη σημασία των ψυχολογικών και κοινωνικών πτυχών της ασθένειας (Matrazzo, J. D., 1980). Χρησιμοποιώντας το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας, ο Engel πρότεινε να ληφθεί υπόψη μια πιο ολιστική προσέγγιση του βιολογικού, κοινωνικού, ψυχολογικού και συμπεριφορικού υπόβαθρου του ασθενή κατά τη διάγνωση και τον προσδιορισμό της θεραπείας. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεωρεί ότι η αίσθηση του ατόμου για το πώς αισθάνεται έχει μεγάλες συνέπειες όσον αφορά την υγεία του (Suls, J., & Rothman, A. J., 2004) (βλ. Σχήμα 1).

Σήμερα, η αιτιοπαθογένεια των ψυχικών και σωματικών ασθενειών γίνεται κατανοητή βάσει του σύγχρονου βιοψυχοκοινωνικού ιατρικού μοντέλου. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, δεν ευθύνονται μόνον οι γενετικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη διαφόρων διαταραχών, αλλά και οι ψυχολογικοί παράγοντες, που δεν μπορούν να ερμηνευθούν ως απλώς η εμπειρία που προέρχεται από ένα είδος μηχανιστικής αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικού υλικού και περιβαλλοντικών συνθηκών (Μ. Βασιλειάδου, 2009). Οι βιολογικές επιδράσεις εξακολουθούν να διαδραματίζουν βασικό ρόλο στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, όπου εντοπίζεται και εξετάζεται η φυσιολογική αιτία (Christensen M et al, 2017). Ενώ οι βιολογικοί παράγοντες αποτελούν μόνο ένα συστατικό της ολικής εικόνας μιας ασθένειας, οι ψυχολογικές επιρροές θεωρούνται ως ένα από τα κύρια συστατικά που μπορούν να συμβάλουν στην σφαιρική κατανόηση μιας ασθένειας. Αυτό θα μπορούσε, για παράδειγμα, να περιλάβει την κατάθλιψη, την συμπεριφορά και τα αρνητικά πρότυπα σκέψης. Το τρίτο βασικό στοιχείο είναι οι κοινωνιολογικές επιρροές, όπου η ασθένεια εξετάζεται από κοινωνιολογική άποψη. Εδώ συμπεριλαμβάνονται, για παράδειγμα, οι οικονομικές σχέσεις, η θρησκεία και η τεχνολογία ως σημαντικοί συντελεστές στην ανάπτυξη της νόσου . (Christensen M et al, 2017) Το μοντέλο αυτό βασίζεται στη θεραπεία ασθενειών αλλά περιλαμβάνει επίσης την προαγωγή της υγείας ως βασική συνιστώσα λόγω της επικέντρωσης στον τρόπο διατήρησης και προαγωγής της υγείας καθ 'όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής (Christensen M et al, 2017).



Σχήμα 1 – Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας (Christensen M et al, 2017)

Η υγεία έχει οριστεί παραδοσιακά ως απουσία της νόσου (Nelson, D. L., & Simmons, B. L., 2003). Υπό αυτό το πρίσμα, μπορεί κανείς να θέσει ερωτήματα σχετικά με τον ορισμό και την κατανόηση της υγείας και σχετικά με την προσέγγισή της στις αιτιώδεις εξηγήσεις περί ανάπτυξης μιας ασθένειας. Είναι δυνατόν κάποιος να απολαμβάνει καλή υγεία κατά την αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας; Αν κάποιος δεν έχει κάποια ασθένεια αλλά νιώθει μια εξάντληση, μπορούμε να καθορίσουμε ότι έχει καλή υγεία; (Christensen M et al, 2017).

Ο δημοφιλέστερος ορισμός της υγείας προέρχεται από τον ΠΟΥ το 1948, ο οποίος θεωρεί την υγεία ως προϋπόθεση ολόκληρης της σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας. Αυτός ο ορισμός έχει αποτελέσει αντικείμενο κριτικής, κυρίως λόγω της αντίληψης ότι η απουσία νόσου αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη καλής υγείας και ότι η καλή υγεία επιτυγχάνεται μέσω της πλήρους ευημερίας (Christensen M et al, 2017).

Οι προκλήσεις βασίζονται σε τρεις παραδοχές που περιέχονται στον ορισμό. Χωρίς εξαίρεση, η ασθένεια και η υγεία δεν μπορούν να συνυπάρξουν. Η ασθένεια είναι ασθένεια και δεν υπάρχει περιθώριο για διαφοροποίηση μεταξύ μιας ήπιας και μιας πιο σοβαρής ασθένειας, όπως είναι ο καρκίνος. Ο ορισμός δίνει την εντύπωση ότι είναι καθολική. Η μορφή που παίρνει συμπεριλαμβάνει όλους τους ανθρώπους χωρίς να εξετάζει τα ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Παρά τις επικρίσεις αυτές, ο ορισμός αυτός εξακολουθεί να είναι ισχύων, διότι περιλαμβάνει την έννοια της θετικής ευημερίας και αποδίδει στην έννοια της υγείας έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα (Christensen M et al, 2017).

Ένας επιπλέον ορισμός που ισχυρίζεται ότι η υγεία είναι κάτι περισσότερο από την απουσία της ασθένειας, δημιουργεί εμπόδια κατά τον καθορισμό και την αντιμετώπιση μιας θετικής έννοιας της υγείας (Nelson, D. L., & Simmons, B. L., 2003).

Η υγεία έχει περιγραφεί ως συνέχεια μεταξύ δύο τελικών σημείων όπου βρίσκουμε τη θετική υγεία[2] σε μία πλευρά και την ασθένεια στην άλλη (Nelson, D. L, & Simmons, B. L., 2003).

[2] Σύμφωνα με τους Nelson, D. L., & Simmons, B. L η θετική υγεία είναι η επιστημονική μελέτη των δυνατοτήτων των ανθρώπων ή των στοιχείων της υγείας που μπορούν να συμβάλλουν σε μια πιο υγιεινή και μεγαλύτερης διάρκειας ζωή. Επιδιώκει να επεκτείνει την άποψη περί υγειονομικής περίθαλψης πέρα από ένα σύστημα επικεντρωμένο αποκλειστικά στη θεραπεία και πρόληψη ασθενειών σε ένα σύστημα που λειτουργεί επίσης για την προώθηση των δυνατοτήτων των ανθρώπων. Η θετική υγεία λειτουργεί για να ανακαλύψει ποια στοιχεία της υγείας παράγουν μια υγιέστερη, μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, υψηλότερης ποιότητας, καθώς και ποια στοιχεία της υγείας μειώνουν τον κίνδυνο ασθενειών και το κόστος ιατρικής περίθαλψης.

Σήμερα, δεν είναι μόνο οι ιατροί που ενδιαφέρονται για τον ορισμό της υγείας, αλλά και οι φιλόσοφοι οι οποίοι θεωρούν την έννοια αυτή πολύ ενδιαφέρουσα. Στην εργασία τους, οι Ryff και Singer (Ryff, C. D., & Singer, B., 1998) σύγκριναν διαφορετικές προσεγγίσεις τόσο από ιατρική όσο και από φιλοσοφική άποψη.

Οι δύο επιστημονικοί κλάδοι προσέγγισαν την έννοια της υγείας με διαφορετικούς τρόπους. Το επίκεντρο της ιατρικής ήταν η ασθένεια, η θεραπεία και η πρόληψη, ενώ η φιλοσοφία εστιάζεται στην ευημερία και την αλληλεπίδραση μεταξύ νου και σώματος. Τα επιχειρήματα του Ryff και Singer για την αλληλεπίδραση μεταξύ του νου και του σώματος είναι παραμελημένα για τα τελευταία εκατό χρόνια (Christensen M et al, 2017). Τονίζουν, επίσης, ότι ο στόχος στη ζωή ενός ανθρώπου, το κοινωνικό δίκτυο και η αίσθηση της γνώσης του περιβάλλοντός του, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης για την καλή υγεία του (Christensen M et al, 2017). Επιπλέον, η αλληλεπίδραση μεταξύ του νου και του σώματος είναι σημαντική όταν ερμηνεύουμε και αντιμετωπίζουμε τα εμπόδια μέσα στον εαυτό μας για να αποκτήσουμε τη δική μας κατάσταση σωματικής υγείας (Christensen M et al, 2017).

Οι Ryff και Singer (Ryff, C. D., & Singer, B., 1998) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα θετικά συναισθήματα συμβάλλουν στην αποκατάσταση και πρόληψη μιας ασθένειας. Σε αυτόν τον ορισμό της θετικής υγείας, εισάγουν τρεις βασικές αρχές:

- Η υγεία είναι περισσότερο φιλοσοφική και όχι ιατρική έννοια, και ως εκ τούτου υπάρχει ανάγκη να διατυπωθεί η έννοια της καλής ζωής,
- Η ευημερία εξηγεί τη σχέση μεταξύ του νου και του σώματος τόσο σε ψυχικές όσο και σε φυσικές συνιστώσες και το πώς επηρεάζουν ο ένας τον άλλον, και
- Η θετική υγεία κατανοείται καλύτερα ως μια πολυδιάστατη δυναμική διαδικασία παρά ως μια κλίμακα που κινείται από κακή υγεία προς καλή υγεία.

Υπάρχουν μελέτες που έχουν εξετάσει το ερώτημα εάν η υγεία και οι ασθένειες βρίσκονται σε κάθε άκρο της ίδιας κλίμακας ή αν ανήκουν σε δύο διαφορετικές ποιοτικές κλίμακες (Christensen M et al, 2017).

Η θετική ψυχολογία υποστηρίζει ότι, ποιοτικά, θα προκύψουν διαφορετικά αποτελέσματα από την ανάλυση της θετικής υγείας και της αρνητικής υγείας (Christensen M et al, 2017) .

Οι θετικές και αισιόδοξες συμπεριφορές, καθώς και ορισμένοι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί ή ικανότητες, όπως η υποκειμενική αίσθηση ευεξίας, ευτυχίας, αυτοδιάθεσης, αλλά και ο αλτρουισμός, αποτελούν τον πυρήνα των ενδιαφερόντων της θετικής ψυχολογίας (Vassiliadou M., 2005). Επιπλέον, υποστηρίζει ότι με τη χρήση αυτής της ερευνητικής προσέγγισης, θα βρεθούν νέοι ή επιπλέον προγνωστικοί παράγοντες για τη θετική υγεία.

Διάφορες εμπειρικές μελέτες επικεντρώθηκαν στην έννοια της θετικής υγείας. Ήδη από το 1994, ερευνητές αναρωτήθηκαν ποιοι είναι οι παράγοντες που καθορίζουν την καλή και την κακή υγεία και αν οι δύο αυτοί όροι διαφέρουν ποιοτικά μεταξύ τους (Mackenbach, J.P. et al., 1994). Η έρευνά τους ήταν ένα σημαντικό βήμα προς την κατανόηση της υγείας ως προϋπόθεση για την ευημερία αντί να θεωρηθεί απλώς ως μια έλλειψη της ασθένειας. Επίσης, επικεντρώθηκαν στις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές που είχαν χρησιμοποιηθεί για την πρόγνωση ασθενειών και έδειξαν ότι αυτές οι μεταβλητές εξηγούσαν περισσότερο τη διακύμανση στην περίπτωση της κακής υγείας από ότι της καλής υγείας (Christensen M et al, 2017).

Οι ερευνητές τόνισαν ότι οι εξεταζόμενες βασικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν συνήθως για να εξηγήσουν την απουσία ασθενειών και την κακή υγεία. Τα αποτελέσματα εξηγούνταν μέσα σε ένα μοντέλο που ήταν πιο κατάλληλο για την εξέταση της κακής υγείας, αντί για την εξέταση της καλής υγείας. Το συμπέρασμα ανέφερε ότι οι διαδικασίες για την δημιουργία της καλής υγείας έχουν πολλά κοινά με εκείνες που προκαλούν την κακή υγεία, αλλά παρόλο αυτά εξακολουθεί να υπάρχει μια σαφής διαφορά (Christensen M et al, 2017).

Λαμβάνοντας αυτό υπόψη, συνέστησαν τη μελλοντική έρευνα για την εξέταση άλλων καθοριστικών παραγόντων, όπως οι ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτισμικές πτυχές, που εξετάζουν τη διαφορά μεταξύ της παθογένειας και της υγειογένειας (salutogenesis) (Antonovsky, A., 1987).

Οι Aronsson και Lindh (Aronsson, G., & Lindh, T., 2004), υποστήριξαν στη μελέτη τους ότι δεν μπορούμε να καταλάβουμε τους παράγοντες που διαμορφώνουν την ασθένεια και τις διαταραχές. Πρότειναν ότι, εστιάζοντας στους μακροχρόνιους υγιείς εργαζόμενους, θα εντοπίζονταν τομείς για τη βελτίωση και την παρέμβαση στο χώρο εργασίας, με τη βοήθεια ενός κοινού παρανομαστή για τον εντοπισμό και τη βελτίωση εποικοδομητικών πτυχών.

Το 2010, μια άλλη μελέτη των Aronsson και Blom, όρισε την υγεία χρησιμοποιώντας μια προσανατολισμένη συμπεριφορά ή μια έννοια εφαρμοσμένη στην πράξη. Αυτοί χαρακτήρισαν τη μακροπρόθεσμη υγεία ως συνδυασμό χαμηλού επιπέδου παρουσίας (presenteeism) και χαμηλών επιπέδων κατά συνήθειας απουσίας (absenteeism) της ασθένειας. Οι ερευνητικές τους ερωτήσεις αφορούσαν τα εργασιακά και προσωπικά στοιχεία τα οποία θα μπορούσαν να αυξήσουν τις πιθανότητες των εργαζομένων να παραμείνουν υγιείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 28% των εργαζομένων ανέφεραν ότι ήταν υγιείς για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, αυτή η έρευνα περιελάμβανε και άλλες μεταβλητές υγείας-οφέλους, όπως η υποστήριξη της διοίκησης, η εργασιακή ικανοποίηση και οι σαφείς στόχοι. Επίσης, διαπίστωσαν ότι τεράστιες ποσοτικές απαιτήσεις (π.χ. φόρτο εργασίας και πίεση χρόνου) παρεμποδίζουν την εργασιακή ικανοποίηση (Aronsson G. & Blom. V., 2010).

Η έρευνα που διεξήχθη σχετικά με τη θετική ψυχική υγεία υποδηλώνει ότι η ψυχική υγεία είναι μια δυναμική διαδικασία που εκφράζει κάτι περισσότερο από την απλή έλλειψη ασθένειας. Η θετική υγεία σχετίζεται με την εναρμόνιση μεταξύ της σωματικής ικανότητας, των απαιτήσεων και των πόρων που διαθέτει ένα άτομο. Η θετική ψυχική υγεία θεωρείται από μόνη της στόχος, όπως και η γενική υγεία και το υψηλό προσδόκιμο ζωής. Το 2008 ο Seligman υποδηλώνει ότι υπάρχει μια λογική εξήγηση όσον αφορά τη μελέτη της θετικής ψυχικής υγείας δεδομένου ότι προηγουμένως ήταν ένα παραμελημένο πεδίο μελέτης σε σύγκριση με την έμφαση στην κακή ψυχική υγεία. Ο θεμελιώδης στόχος πίσω από τη θετική ψυχολογία έγκειται στη στενή σχέση της με την προαγωγή της υγείας, η οποία ασχολείται με την αλλαγή της ψυχολογικής εστίασης στην οικοδόμηση δυνατών σημείων. Ο Seligman ισχυρίζεται ότι όταν τελειώνουν οι κλινικές ασθένειες, δεν καταλήγουμε απλώς σε μια θετική ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένων θετικών συναισθημάτων, κινήτρων και θετικών σχέσεων. Ο ερευνητής αναφέρει δύο βασικούς λόγους για την εξέταση της θετικής ψυχικής υγείας σε συνδυασμό με την κακή ψυχική υγεία. Πρώτον, οι άνθρωποι συνεχίζουν να αναζητούν ευεξία ενώ αντιμετωπίζουν προβλήματα ή / και ασθένειες. Δεύτερον, οι προγνωστικοί παράγοντες της θετικής ψυχικής υγείας, όπως τα θετικά συναισθήματα, τα κίνητρα και οι θετικές σχέσεις, μπορούν να προστατεύσουν από τα ψυχικά προβλήματα (Seligman M.E.P., 2008, Barsky A.J., 1992)

Ένα άλλο επιχείρημα που αφορά την κατεύθυνση προς την προοπτική της προαγωγής της υγείας βασίζεται σε έρευνα που καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ο ιατρικός στόχος της έρευνας για την

ασθένεια δεν δείχνει την αναμενόμενη σημαντική συσχέτιση με την υποκειμενική υγεία (Christensen M et al, 2017). Οι προγνωστικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται για να εξηγήσουν την κακή υγεία αποτυγχάνουν κατά τη μέτρηση της υποκειμενικής γενικής υγείας (Christensen M et al, 2017) . Οι παλαιότερες έρευνες υποστηρίζουν την έννοια της επεξήγησης της διακύμανσης της υποκειμενικής γενικής υγείας με τη χρήση των προγνωστικών παραγόντων που σχετίζονται με τη θετική και την αρνητική υγεία (Christensen M et al, 2017). Μερικοί ερευνητές συμφώνησαν με την ανάγκη για περισσότερες μεταβλητές όταν ερευνούν τη θετική συνέχεια της υγείας (Aronsson G. & Blom, V., 2010). Ως συνέπεια εξετάστηκαν και άλλοι παράγοντες πρόβλεψης για τη θετική σωματική και ψυχολογική λειτουργία, όπως για παράδειγμα η δέσμευση, η θετική επίδραση και η κοινωνική υποστήριξη. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι θετικοί δείκτες ήταν μεταξύ των σημαντικότερων προγνωστικών για την υποκειμενική υγεία, τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον. Οι ευτυχείς και δραστήριοι άνθρωποι είχαν υψηλότερη πιθανότητα από άλλους να διατηρήσουν τη θετική αξιολόγηση της υγείας τους (Benyamini Y., 2000).

Τέλος, υπογραμμίζουμε την ανάγκη να συμπεριληφθούν και τα δύο άκρα της συνέχειας της υγείας, αν θέλουμε να κατανοήσουμε πλήρως την ανθρώπινη υποκειμενική υγεία. Η ισορροπία και η αρμονία είναι δύο διαφορετικές ποιοτικές διαστάσεις. Ο νους και το σώμα δεν είναι ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, ούτε είναι ανεξάρτητα από το περιβάλλον γύρω μας (Christensen M et al, 2017).

2.2 Εργασιακή υγεία

Καθώς η υγεία συνδέεται στενά με τη λειτουργικότητα του ατόμου, οι άνθρωποι τείνουν να ορίζουν την υγεία τους συσχετίζοντάς την με την εκπλήρωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Διαπιστώνεται ότι η ψυχολογία της εργασιακής υγείας συνδέεται τόσο με τη σωματική και ψυχική υγεία, όσο και με την ευημερία. Ο σκοπός της ψυχολογίας της εργασιακής υγείας είναι η ανάπτυξη, η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας των εργαζομένων, καθώς και των οικογενειών τους (Quick,J C., 1997).

Η εστίαση κυρίως στους αρνητικούς παράγοντες που αφορούν την εργασία (πχ απαιτήσεις, άγχος, έλλειψη κινήτρων) έχει εξισορροπηθεί με μεγαλύτερη εστίαση στους θετικούς

παράγοντες που αφορούν την εργασιακή υγεία, όπως για παράδειγμα η εστίαση στους πόρους, την ευημερία και τα κίνητρα (Bauer G. F. & Jenny G. J., 2012).

Επίσης, είναι απαραίτητο να προβληματιστούμε για το σημαντικό ζήτημα του ποιος είναι υπεύθυνος για την υγεία μας. Είναι το άτομο ή είναι η κοινωνία;

Σύμφωνα με την Christensen και τους συνεργάτες της, ο τρόπος ζωής έχει σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία και επομένως το άτομο έχει κάποιο έλεγχο πάνω στη βελτίωση της υγείας του, πχ μέσω της διατροφής και της άσκησης. Επίσης, η υγεία επηρεάζεται από τις κοινωνικές διαφορές. Η εστίαση κυρίως στον τρόπο ζωής, καθώς και στη συμπεριφορά του ατόμου μοιάζει με μια αναζήτηση αποδιοπομπαίων τράγων, όπου οι άνθρωποι κατηγορούνται ότι υιοθετούν μια συμπεριφορά κατά την οποία δεν ελέγχουν την υγεία τους (Christensen M et al, 2017).

Η γραμμή μεταξύ ατόμου και κοινωνίας είναι ασαφής και όσο αλλάζει η κοινωνία, αυξάνονται και οι ατομικές αλλαγές. Αυτή η άποψη κατέστη κυρίαρχη στην πρώτη παγκόσμια διάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), έχοντας την προαγωγή της υγείας στην ημερήσια διάταξη.

Ως συμπέρασμα υπογραμμίζεται η σημασία (α) της καταγραφής της πολυπλοκότητας της έννοιας της υγείας όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε κοινωνικό επίπεδο, καθώς και (β) της κατανόησης αυτής της πολυπλοκότητας, τόσο από τους εργοδότες όσο και από τους εργαζομένους (Christensen M et al, 2017).

2.3 Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στη ψυχολογία της υγείας

Η ψυχολογία της υγείας εμφανίστηκε ως ξεχωριστό υποκεφάλαιο της ψυχολογίας όταν στην APA (American Psychological Association), το 1976, συγκροτήθηκε η ομάδα εργασίας για την έρευνα στον τομέα της υγεία, η οποία είχε ως στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος σχετικά με την αύξηση των ποσοστών των ασθενειών που μπορούν να προληφθούν στις Ηνωμένες Πολιτείες (American Psychological Association, 1976). Από το 1920 έως το 1970, στη Βόρειο Αμερική ο επιπολασμός της οξείας λοιμώδους νόσου όπως η γρίπη, η ιλαρά και η φυματίωση μειώθηκε, ενώ είχαν αυξηθεί σημαντικά οι περιπτώσεις που μπορούσαν να προληφθούν, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων, κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών και του καρκίνου του πνεύμονα (Matarazzo J. D., 1982).

Μετά από κάποιες επιτυχίες στην εφαρμογή της ψυχολογικής θεωρίας και την πρακτική στην προαγωγή της σωματικής υγείας, το 1978 η ψυχολογία της υγείας έγινε τυπικά το τμήμα 38 της APA (Hatala, AR, 2012) .

Από τότε, η έρευνα στην ψυχολογία της υγείας άρχισε να επικεντρώνεται σε διάφορους τομείς, όπως: η θεραπεία και η πρόληψη ασθενειών, ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία και την ασθένεια και η βελτίωση των υπηρεσιών και των πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης (Taylor S, 1987).

Σήμερα, το τμήμα 38 της APA (Hatala, AR, 2012) περιλαμβάνει αυστηρά ερευνητικά προγράμματα, που περιλαμβάνουν το συσχετισμό μεταξύ των κλινικά διαγνώσιμων ψυχικών διαταραχών και της παθογένεσης των σωματικών ασθενειών όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, αποτελεσματικές παρεμβάσεις στην υγεία, πρόληψη ασθενειών στα σχολεία, στους χώρους εργασίας και στην καθημερινή ζωή (ψυχολογία της δημόσιας υγείας), βιολογικά μοντέλα που συνδέουν τον κοινωνικό κόσμο με τη σωματική υγεία, κα. Μέσω αυτής της πληθώρας πολύπλοκων ερευνών στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας, αποδεικνύεται ότι οι βιολογικοί παράγοντες (π.χ. γενετική προδιάθεση), οι ψυχολογικοί παράγοντες ή η συμπεριφορά (π.χ. τρόπος ζωής, πεποιθήσεις αναφορικά με την υγεία) και οι κοινωνικοί παράγοντες (π.χ. οικογενειακές σχέσεις, κοινωνική στήριξη) εμπλέκονται σε διάφορα στάδια της παθογένειας και της αιτιολογίας της υγείας. Αυτή η τοποθέτηση ονομάστηκε Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο (BPS) το οποίο, σταδιακά, εμφανίστηκε μαζί με τις σχετικές επιστημονικές εξελίξεις στην ιατρική (Hatala, AR, 2012).

Στο πλαίσιο των εξελίξεων στην ιατρική επιστήμη, από την Αναγέννηση στα τέλη του 19ου και τις αρχές του 20ού αιώνα, η πρόοδος στη βιολογία, στην ανατομία και στη φυσιολογία αποκρυσταλλώθηκε τελικά σε αυτό που σήμερα ονομάζουμε βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο υποβαθμίζει την ασθένεια και την επούλωση κυρίως σε ένα φυσιολογικό πλαίσιο με περιορισμένη προσοχή σε κοινωνικές πτυχές (Hatala, AR, 2012).

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου στα τέλη της δεκαετίας του 1970, ο ψυχίατρος George L. Engel, καθώς και άλλοι ερευνητές, άρχισαν να διατυπώνουν τους περιορισμούς της βιοϊατρικής και την ανάγκη για μια βιοψυχοκοινωνική προοπτική (Ghaemi N.S., 2009).

Το 1977 ο George Engel παρατήρησε μια ιατρική κρίση που πίστευε ότι «προέρχεται από την προσκόλληση σε ένα πρότυπο ασθένειας που δεν είναι πλέον επαρκές για τα επιστημονικά καθήκοντα και τις κοινωνικές ευθύνες είτε της ιατρικής είτε της ψυχιατρικής» και ότι οι ιατροί και οι ερευνητές «θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τον ασθενή, το κοινωνικό πλαίσιο, το ρόλο του ιατρού και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης» (G. L. Engel, 1977). Η συσχέτιση του Engel με την βιοψυχοκοινωνική προοπτική ήταν επομένως μια σημαντική προσπάθεια ενσωμάτωσης των ψυχολογικών εμπειριών του ασθενή και του κοινωνικού ή πολιτισμικού πλαισίου σε ένα πιο ολοκληρωμένο περίγραμμα για την κατανόηση των ασθενειών και της υγείας (J. D. Matarazzo, 1982).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει υιοθετηθεί ευρέως στις ιατρικές επιστήμες και στην ψυχολογία της υγείας. Σήμερα, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία και το Αμερικανικό Συμβούλιο Ψυχιατρικής και Νευρολογίας, καθώς και αρκετές ιατρικές σχολές, προγράμματα ψυχιατρικής και υγειονομικής περίθαλψης σε όλη τη Βόρεια Αμερική και Ευρώπη, επικυρώνουν επισήμως μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση (H. R. Tavakoli, 2009).

Επιπλέον, αρκετοί ψυχολόγοι υγείας θεωρούν ειδικότερα το μοντέλο BPS ως ένα καθοδηγητικό πλαίσιο για τη σύγχρονη έρευνα και πρακτική (R. Adler, 2009). Στο πλαίσιο του χρόνιου πόνου, για παράδειγμα, η μελέτη των Gatchel et al., το 2007 δείχνει ότι οι σχέσεις μεταξύ των βιολογικών αλλαγών, της ψυχολογικής κατάστασης και του κοινωνικο-πολιτιστικού πλαισίου πρέπει να εξετάζονται κατά την προσπάθεια της κατανόησης της έννοιας του πόνου (R. J. Gatchel et al, 2007). Μια ψυχιατρική παρέμβαση ή θεραπευτική προσέγγιση η οποία επικεντρώνεται σε έναν μόνο από αυτούς τους βασικούς παράγοντες θα είναι ελλιπής (R. J. Gatchel, 2004).

Το 2008, οι Leventhal και οι συνεργάτες του ζωγράφισαν μια παρόμοια εικόνα για τους εθισμούς, το κάπνισμα και τη χρήση αλκοόλ. Για την κατανόηση αυτών των περίπλοκων επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών των υποκειμένων, προτείνουν ότι οι ερευνητές πρέπει να διερευνήσουν το πολιτιστικό περιβάλλον, το οικογενειακό περιβάλλον, την τάση τους να ρισκάρουν και τη συναισθηματική αντιδραστικότητα, καθώς και τις γενετικές και βιολογικές προδιαθέσεις που παρουσιάζουν. Οι Leventhal et al υποστηρίζουν, επίσης, ότι η υποτίμηση των τριών αυτών στοιχείων θα περιορίσει την ικανότητα των ερευνητών να προβλέψουν την

πιθανότητα έναρξης, την ταχύτητα του εθισμού και τη δυσκολία της απεξάρτησης (Leventhal H.et al, 2008).

Ωστόσο, η μορφή του μοντέλου BPS, η χρήση και η γενική αποδοχή του στην ψυχολογία της υγείας, δεν είναι απαλλαγμένες από την αμφισβήτηση κάποιων ερευνητών που με την πάροδο των χρόνων έχουν εκφράσει ανησυχίες σχετικά με τους περιορισμούς του και συγκεκριμένα όσον αφορά: (α) τα προβλήματα που σχετίζονται με τη διχοτόμηση μεταξύ της βιολογίας, της ψυχολογίας και της κοινωνίας (H. R. Tavakoli, 2009), (β) τα προβλήματα αναφορικά με τον ασαφή χαρακτηρισμό του ως πραγματικό επιστημονικό μοντέλο (N. McLaren, 1998), (γ) τις δυσκολίες όσον αφορά την πολυπλοκότητα του σχεδιασμού δεσμών ή ιεράρχησης των υποσυστημάτων του (J. Suls, & A. Rothman, 2004).

Παρά τους αρχικούς στόχους, οι ερευνητές στην ψυχολογία της υγείας και στους συναφείς τομείς της ιατρικής έχουν αναπτύξει ολοκληρωμένες θεωρίες σε βιοψυχοκοινωνικούς τομείς, αλλά μόνο σε περιορισμένο βαθμό. Συνεπώς, η ψυχολογία της υγείας λειτουργεί σε αυτό που αρκετοί ερευνητές χαρακτηρίζουν ως 'ψυχοσωματικό' πλαίσιο (D. Pilgrim, 2002). Για παράδειγμα, το 2004, στην ανασκόπηση του μοντέλου BPS, οι Suls και Rothman αναγνώρισαν και κωδικοποίησαν όλες τις μελέτες που δημοσιεύθηκαν στην ψυχολογία της υγείας. Παρατήρησαν ότι το 94% των μελετών αξιολόγησαν μόνο τις ψυχολογικές μεταβλητές, ενώ ελάχιστη ήταν η προσοχή σε μείζονες κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες (J. Suls & A. Rothman, 2004). Αυτοί οι ερευνητές παρατηρούν ότι «οι ευκαιρίες για τη διερεύνηση των διασυνδέσεων μεταξύ των βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων φαίνεται ότι ήταν περιορισμένες» και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι «οι ερευνητές έλαβαν σοβαρά υπόψη τις βασικές αρχές του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, ενώ θα μπορούσαν να γίνουν περισσότερα για να επιδιωχθούν οι δεσμοί μεταξύ των υποσυστημάτων» (J. Suls & A. Rothman, 2004).

Έτσι, ένα κεντρικό ζήτημα σχετικά με το μοντέλο BPS και τη χρήση του στη σύγχρονη ψυχολογία της υγείας και τους σχετικούς τομείς περιλαμβάνει το βαθμό στον οποίο διερευνώνται τα τρία υποσυστήματα του μοντέλου σε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο (N. Cooper, 1996).

Η επιστημονική κοινότητα προτείνει μια ολιστική προσέγγιση για την καθοδήγηση της μελλοντικής έρευνας στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας και των συναφών ιατρικών πεδίων,

δηλαδή μια προσέγγιση την οποία πολλοί αναπτυξιακοί ψυχοπαθολόγοι και ερευνητές αναφέρουν ως πολύ-επίπεδη ολοκληρωμένη ανάλυση (Hatala A. R, 2011). Αυτή η κατευθυντήρια προσέγγιση είναι εγγενώς διεπιστημονική και πολυπαραγοντική και προϋποθέτει την ισότητα σε όλα τα επίπεδα της ανάλυσης - πχ, γονίδια, νευρολογικές δομές, ψυχολογικά χαρακτηριστικά, οικογένεια, ευρύτερες συγκυριακές επιδράσεις, όπως ο πολιτισμός και η εθνικότητα - με σκοπό την εξουδετέρωση εννοιολογικών ορίων μεταξύ βιολογίας και ψυχολογίας, επιστήμης και πνευματικότητας (Hatala A. R, 2011).

2.4 Προαγωγή της υγείας

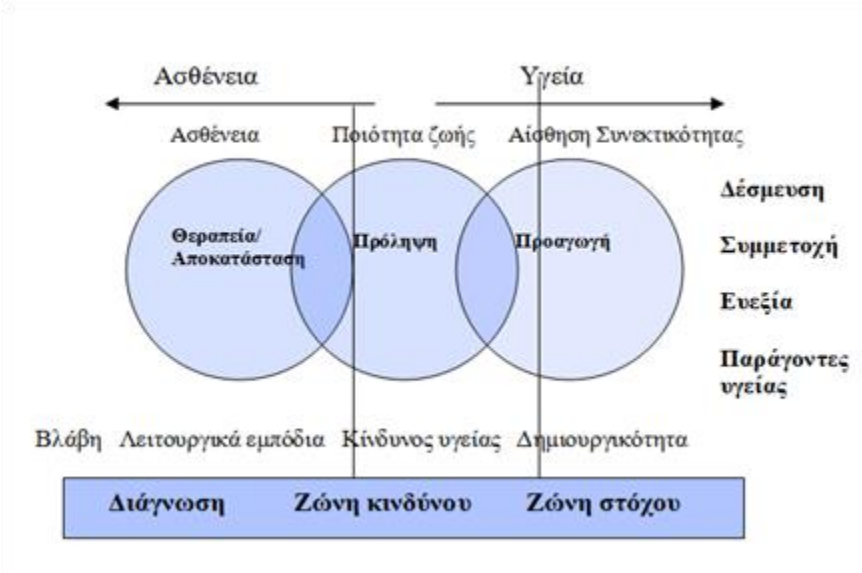
Η προσέγγιση του τρόπου μιας πράξης στο πλαίσιο της υγείας και της θεραπείας μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις διακριτές φάσεις. Η θεραπεία / αποκατάσταση σημαίνει θεραπεία και ανακούφιση των τραυματισμών που έχουν ήδη προκύψει. Η ανακάλυψη των μέσων και των παρεμβάσεων για την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου για την ασθένεια αποτελούν στόχος της πρόληψης (Hatala, AR, 2012).

Στο ίδιο πλαίσιο, η προαγωγή της υγείας έχει ως στόχο την ευαισθητοποίηση σχετικά με τη συμπεριφορά που διατηρεί και ενθαρρύνει την υγεία. Διαφορετικές παρεμβάσεις σ' αυτό το πεδίο μπορούν να περιλαμβάνουν τα ίδια στοιχεία, δεδομένου ότι στην πραγματική ζωή η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη αλληλεπιδρούν και αλληλοσυμπληρώνονται (βλ. Σχήμα 2) (Hatala, AR, 2012).

Ο ΠΟΥ ορίζει την προαγωγή της υγείας ως «διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους» (WHO, 1986). Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες αγαθό και δικαίωμα που προστατεύεται από τη νομοθεσία. Ο Χάρτης της Οτάβας για την προαγωγή της υγείας είναι μια διεθνής συμφωνία που εκπονήθηκε και εγκρίθηκε στο πρώτο διεθνές συνέδριο για την προαγωγή της υγείας που διοργάνωσε ο ΠΟΥ στην Ottawa του Καναδά το 1986. Στο χάρτη της Ottawa, η βασικότερη παράμετρος της Προαγωγής Υγείας είναι **να προστίθενται χρόνια στη ζωή και ζωή στα χρόνια** (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

Ο Χάρτης της Οτάβας ήταν το πρώτο έγγραφο, το οποίο τόνισε την σημασία της προαγωγής της υγείας και επικεντρώθηκε στην πραγματοποίηση μιας εννοιολογικής σκέψης για την υγεία, έτσι ώστε να μπορεί να καταστεί περισσότερο χρήσιμο για την εργασία και την έρευνα στον τομέα

της υγείας. Αυτό επιτεύχθηκε όταν συνειδητοποιήθηκε ποιες συνθήκες έπρεπε να πληρούνται για τη διατήρηση και την επίτευξη της καλής υγείας. Σε αυτή τη συμφωνία, τονίζεται ότι οι δραστηριότητες οι οποίες έχουν ως στόχο την προαγωγή της υγείας συνδέονται στενά με την πολιτική, όλα τα επίπεδα της κοινωνίας και με το τοπικό περιβάλλον. Μέσα από αυτό, ο στόχος ήταν να επιτευχθεί **υγεία και μακροζωία για όλους** (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).



Σχήμα 2 – Μοντέλο αποκατάστασης, πρόληψης και προαγωγής της υγείας[34]

2.5 Προαγωγή της ψυχικής υγείας στις δομές απεξάρτησης ως χώρος εργασίας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δεν μπορεί να υφίσταται μια συζήτηση περί υγείας χωρίς την ψυχική υγεία. Η εννοιολογική προσέγγιση του ίδιου οργανισμού το 2001, που απεικονίζει την ψυχική υγεία ως «μια κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα συνηθισμένα άγχη της ζωής, μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά, και είναι ικανό να προσφέρει στο

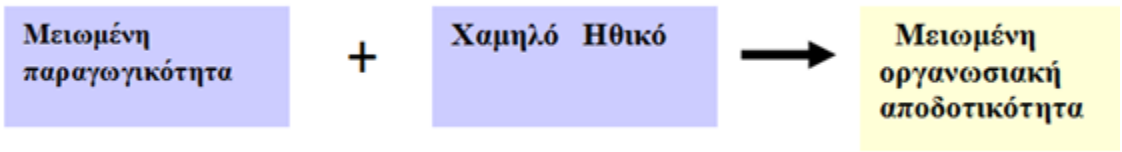
[3] Πηγή: http://www.idebanken.org/innsikt/artikler/helsefremmende-arbeidsplasser in Hatala (2012)

[4] Η θεωρία της Αίσθησης Συνεκτικότητας (sense of coherence - SOC) του A. Antonovsky εξηγεί γιατί μερικά άτομα διαχειρίζονται με επιτυχία το stress και παραμένουν υγιή ενώ άλλα καταρρέουν. Σύμφωνα με τον Antonovsky, η ισχυρή SOC βοηθάει το άτομο να δει τον κόσμο ως δομημένο και προβλέψιμο (comprehensible), τα προβλήματα ως αντιμετωπίσιμα (manageable) και τις απαιτήσεις της ζωής ως ενδιαφέρουσες προκλήσεις (meaningful). Από το άρθρο των Ι. Καραλής και συν 'Η μετάφραση – στάθμιση της κλίμακας της Αίσθησης Συνεκτικότητας στην Ελλάδα και η χρήση της. Archives of Hellenic Medicine 2004, 21(2): pp 195–203

κοινωνικό του περιβάλλον» (Christensen M et al,, 2017) αποτελεί το θεμέλιο της αποτελεσματικής λειτουργίας ενός ανθρώπου στο χώρο εργασίας του.

Ως γνωστό, ο τομέας της υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της αντιμετώπισης και θεραπείας των εξαρτήσεων, αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς τομείς απασχόλησης του εργατικού δυναμικού στις Ευρωπαϊκές χώρες αλλά και παγκοσμίως (Christensen M et al,, 2017). Πρέπει να υπογραμμίσουμε το γεγονός ότι στο συγκεκριμένο κλάδο υφίσταται μια ανισορροπία των δυο φύλων, καθώς σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (2009), οι γυναίκες αποτελούν το 80% των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (Christensen M et al,, 2017).

Η προαναφερόμενη ερευνήτρια και οι συνεργάτες της, υπογραμμίζουν ότι σύμφωνα με τα προαναφερόμενα, η ψυχική υγεία, καθώς και η ευημερία των επαγγελματιών υγείας – θεραπευτών που εργάζονται σε δομές απεξάρτησης αποτελεί ένα μείζονος σημασίας ζήτημα, λαμβάνοντας υπόψη (α) ότι αντιστοιχούν σε ένα σημαντικό ποσοστό του συνόλου των εργαζομένων του τομέα της υγείας και (β) το γεγονός πως προβλήματα που συνδέονται με τη ψυχική υγεία μπορεί να έχουν αρνητικά αποτελέσματα στην ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας και, κατά συνέπεια, στην υγεία των ασθενών (Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, 2009). Παράλληλα, ο ΠΟΥ (2004) υπογραμμίζει ότι τα προβλήματα ψυχολογικής φύσης μπορούν να έχουν επιπτώσεις και στον εργοδότη – στην περίπτωσή μας το Υπουργείο Υγείας – δεδομένου ότι μια μειωμένη παραγωγικότητα και ένα χαμηλό ηθικό στο χώρο εργασίας, δημιουργούν μια μειωμένη οργανωσιακή αποδοτικότητα (βλ. Σχήμα 3).



Σχήμα 3 – Επιπτώσεις των προβλημάτων ψυχολογικής φύσης των εργαζομένων αναφορικά με τον εργοδότη

Σήμερα, υπάρχει ένα σημαντικό σύνολο στοιχείων σχετικά με τους κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία, που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική

υγεία, με αρνητικές συνέπειες τόσο στην επαγγελματική επίδοση όσο και στην κοινωνία (WHO, 2008).

Παρ' όλα αυτά, οι κίνδυνοι στο εργασιακό περιβάλλον μπορεί να έχουν άμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, γεγονός που τονίζεται από την αλληλεπίδρασή τους με τους κινδύνους στο ψυχοκοινωνικό εργασιακό περιβάλλον (Christensen M et al,, 2017) . Επιπλέον, οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι έχουν αποδειχθεί ότι ενέχουν σημαντικό κίνδυνο και έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική και σωματική υγεία, κυρίως μέσω της εμπειρίας του άγχους (WHO, 2010).

Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι εμφανίζονται εξαιτίας κάποιων παραγόντων όπως η προβληματική οργάνωση και διαχείριση της εργασίας και/ή το μη υγιές κοινωνικό πλαίσιο της εργασίας (Christensen M et al,, 2017). Οι κίνδυνοι αυτοί ενδέχεται να οδηγήσουν σε αρνητικά ψυχολογικά, σωματικά και κοινωνικά αποτελέσματα, όπως εργασιακό άγχος, εργασιακή εξουθένωση ή κατάθλιψη. Σύμφωνα με τους Cox και Griffiths (Cox and Griffiths 1996), ο φόρτος εργασίας, οι απαιτήσεις και οι ασάφειες όσον αφορά το ρόλο του εργαζομένου, η έλλειψη συμμετοχής στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων που επηρεάζουν τον εργαζόμενο, η προβληματική διαχείριση των οργανωτικών αλλαγών, η εργασιακή ανασφάλεια, η προβληματική επικοινωνία, η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση ή από τους συναδέλφους, η ψυχολογική και σεξουαλική παρενόχληση αποτελούν μόνο μερικά από τα παραδείγματα συνθηκών εργασίας που ενδέχεται να οδηγήσουν σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους.

Ως αποτέλεσμα, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται μια αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης επαγγελματικών ψυχικών ασθενειών, καθώς και αυξημένο αριθμό περιπτώσεων απουσίας από την εργασία και πρόωρης συνταξιοδότησης λόγω ψυχικής νόσου (EFAMHW, 2016) (Christensen M et al,, 2017).

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στην εργασία αποτελεί ζωτική απάντηση σε αυτές τις προκλήσεις, δεδομένου ότι ο χώρος εργασίας είναι ταυτόχρονα (α) ένα πλαίσιο όπου τα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας μπορούν να αναπτυχθούν, αλλά και (β) ένα πλαίσιο όπου τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα μπορούν να δημιουργηθούν και να εφαρμοσθούν (Matua Raki, 2017).

Το ίδιο ισχύει και για τους θεραπευτές που εργάζονται στις δομές απεξάρτησης οι οποίοι υπόκεινται σε μεγάλο βαθμό σε κινδύνους που μπορούν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία και ως εκ τούτου, η εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής της ψυχικής υγείας είναι εξαιρετικά σημαντική (Matua Raki, 2017).

Τα προγράμματα τα οποία έχουν ως στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας για τους θεραπευτές του κλάδου των εξαρτήσεων, μπορούν να εφαρμοσθούν τόσο σε οργανωσιακό όσο και σε ατομικό επίπεδο (Matua Raki, 2017).

3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΓΧΟΥΣ

Στο DSM-5 (APA, 2013) το άγχος ορίζεται ως πρόβλεψη της μελλοντικής απειλής και διακρίνεται από το φόβο, τη συναισθηματική αντίδραση στην πραγματική ή αντιληπτή επικείμενη απειλή. Επιπλέον, ο όρος ανησυχία στο DSM-5 προσθέτει μια επιπλέον απόχρωση, αναφερόμενη στις γνωστικές πτυχές της ανησυχητικής προσδοκίας. Το άγχος είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα. Από μια εξελικτική σκοπιά, είναι προσαρμοστικό, δεδομένου ότι προάγει την επιβίωση κινητοποιώντας το άτομο να αντιδράσει μπροστά σε επικίνδυνες καταστάσεις (Crocq MA, 2015). Από τον 20ο αιώνα, το άγχος εθεωρείτο επίσης ως μια διαταραχή στις ψυχιατρικές ταξινομήσεις (Crocq MA, 2015). Το κλινικό όριο μεταξύ του φυσιολογικού προσαρμοστικού άγχους στην καθημερινή ζωή και του παθολογικού άγχους που απαιτεί θεραπεία υπόκειται στην κλινική κρίση (Crocq MA, 2015). Συχνά έχει υποστηριχθεί ότι το ιστορικό των διαταραχών άγχους είναι πρόσφατο. Στην επιστημονική βιβλιογραφία, έχει επαναληφθεί ότι το άγχος, όπως και η σχιζοφρένεια, ήταν ελάχιστα γνωστό ως ασθένεια πριν από τον 19ο αιώνα, σε αντίθεση με τις διαταραχές της διάθεσης -κυρίως η μελαγχολία-, που έχουν ιστορικές ρίζες οι οποίες χρονολογούνται από την κλασσική αρχαιότητα (Crocq MA, 2015). Ωστόσο, μπορεί να μην είναι αλήθεια ότι το άγχος είναι μια σχετικά πρόσφατη διαταραχή, καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι το άγχος εντοπίστηκε σαφώς ως μια ξεχωριστή αρνητική επίδραση και ως μια ξεχωριστή διαταραχή από τους ελληνορωμαϊκούς φιλοσόφους και γιατρούς (Crocq MA, 2015). Επιπλέον, σύμφωνα με τον προαναφερόμενο ερευνητή, η αρχαία φιλοσοφία πρότεινε θεραπείες για το άγχος που δεν απέχουν πολύ από τις σημερινές γνωσιακές προσεγγίσεις.

3.1 Ιστορία του άγχους

Οι αναφορές στο άγχος ως ιατρική κατάσταση χρονολογούνται στην Ελλάδα τον 4ο αιώνα π.Χ., με τα συγγράμματα του Ιπποκράτη, -πατέρας της ιατρικής-, που συνταγογραφούσε βότανα για τις νευρικές αναταραχές (Crocq MA, 2015). Οι αρχαίοι Έλληνες επινόησαν επίσης τη λέξη αγοραφοβία για να δηλώσουν την κατάσταση στην οποία οι άνθρωποι φοβόντουσαν να βγουν έξω από το σπίτι (Marohn S, 2003).

Τα ονόματα με τα οποία είναι γνωστές οι αγχώδεις διαταραχές κατά τη διάρκεια των αιώνων περιλαμβάνουν όρους όπως: νευρικές ασθένειες, νεύρα, υστερία, νευρικές αναταραχές,

νευρικότητα, νευρασθένεια (Crocq MA, 2015). Η νευρική διαταραχή ήταν ένα πρώιμο όνομα για το PTSD (post-traumatic stress disorder) που προέκυψε από εμπειρίες πολέμου (Crocq MA, 2015).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1800 και στις αρχές του 1900, ο γερμανός γιατρός Emil Kraepelin μελέτησε και κατέγραψε ψυχικές ασθένειες, προσφέροντας τη βάση της σύγχρονης ψυχιατρικής, όπου η εστίασή στη διάγνωση και η ταξινόμηση προέρχονται από εκείνον (Papolos D. & Papolos J., 1987). Η πεποίθηση ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες ήταν η αιτία του άγχους προέκυψε από το έργο του Σίγκμουντ Φρόιντ, ο οποίος στα τέλη του 1800 περιγράφει αυτό που ονομάζεται αγχώδης διαταραχή (Marohn S, 2003).

Οι διάφορες θεραπείες για τις αγχώδεις διαταραχές συμπεριλάμβαναν φυτικά φάρμακα, εμβάπτιση σε κρύο νερό, υδροπάθεια (θερμική θεραπεία) κ.α. (Marohn S, 2003). Το πρώτο παρασκεύασμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ένυδρη χλωράλη που τέθηκε σε χρήση το 1832 (Marohn S, 2003). Το βαρβιτουρικό με την ονομασία Veronal, που εισήχθη το 1904, πήρε γρήγορα το ρόλο του φαρμάκου επιλογής κυρίως σε ιδιωτικές κλινικές θεραπείας ασθενών με νευρικές διαταραχές (Marohn S, 2003). Το Librium (χλωροδιαζεποξείδιο) ήταν το πρώτο φάρμακο κατά του άγχους και η πρώτη βενζοδιαζεπίνη (κατηγορία ηρεμιστικού) που χρησιμοποιήθηκε σε ψυχιατρική θεραπεία (Marohn S, 2003).

Από αυτές τις φαρμακευτικές ενδείξεις ξεκίνησε μια εικονική έκρηξη φαρμάκων, η οποία συνεχίζεται και σήμερα με την αναζήτηση νέων και καλύτερων αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η ψυχοθεραπεία δεν παραμελήθηκε εξ ολοκλήρου σε αυτή την έκρηξη (Crocq MA, 2015). Η γνωστική θεραπεία, η συμπεριφορική θεραπεία και η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (CBT) χρησιμοποιήθηκαν για ένα καλό αποτέλεσμα όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές (Crocq MA, 2015). Η γνωστική προσέγγιση επιδιώκει να αλλάξει τα πρότυπα σκέψης που συμβάλλουν στο άγχος, ενώ η προσέγγιση συμπεριφοράς κάνει το ίδιο με τα πρότυπα συμπεριφοράς και χρησιμοποιεί συμπεριφορικές μεθόδους όπως η θεραπεία έκθεσης για την απευαισθητοποίηση του ατόμου από τα αντικείμενα ή τις καταστάσεις που προκαλούν φόβο (Crocq MA, 2015).

Σήμερα, είναι ευρέως αποδεκτό, λόγω πολλών ερευνητικών στοιχείων, ότι αυτές οι μορφές θεραπείας είναι ιδιαίτερα ευεργετικές στη θεραπεία των διαταραχών άγχους και συχνά χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα με τη φαρμακευτική αγωγή (Portman, ME 2009).

Παρά τη χρήση ψυχιατρικών φαρμάκων και άλλων θεραπειών για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων αγχώδους διαταραχής, το άγχος αναγνωρίστηκε ως διάγνωση μετά το 1980, όταν η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) αναγνώρισε επίσημα τις διαταραχές άγχους ως διαγνωστική κατηγορία (Crocq MA, 2015).

3.2 Από το φυσιολογικό στο παθολογικό άγχος

Ένα άτομο αισθάνεται καθημερινά άγχος καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής του. Ως εκ τούτου, το άγχος είναι ένα μάλλον φυσιολογικό συναίσθημα το οποίο εξελίσσεται έτσι ώστε να επιτρέψει σε κάποιον να ανταποκριθεί αναλόγως στον κίνδυνο. Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα, το οποίο έχει τα χαρακτηριστικά της φυσιολογικής διέγερσης, φόβου και γενικής αίσθησης κινδύνου (Hansell & Damour, 2008). Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, το παθολογικό άγχος εμφανίζεται σε ένα πλαίσιο, το οποίο δεν είναι φυσιολογικό, αλλά υπερβολικά έντονο. Οι κύριες διαφορές μεταξύ του φυσιολογικού και παθολογικού άγχους είναι οι εξής:

- διάρκεια,
- ένταση και
- συχνότητα του άγχους. (Hansell & Damour, 2008)

Το φυσιολογικό άγχος είναι ευεργετικό και παραμένει ωφέλιμο έως ότου η διάρκεια, η έντασή του και η συχνότητά του αγγίζουν υψηλά επίπεδα, παρεμποδίζοντας τη λειτουργία του ατόμου, Στις περιπτώσεις αυτές θεωρείται παθολογικό άγχος (Hansell & Damour, 2008). Επομένως, ενώ το φυσιολογικό άγχος εξυπηρετεί το σκοπό της βελτίωσης της ευημερίας και της λειτουργικότητας του ατόμου, το παθολογικό άγχος παρεμποδίζει την ευημερία και τις λειτουργίες του, προκαλόντας συνεπώς δυσφορία. Το παθολογικό άγχος δεν είναι ευεργετικό και τα αποτελέσματα αυτού του τύπου άγχους μπορούν να οδηγήσουν κάποιον που υποφέρει σε έναν ορισμένο τύπο αγχώδους διαταραχής (Hansell, J., & Damour, L.2008).

Σχήμα 4 - Ο φαύλος κύκλος του άγχους

Πηγή: https://www.getselfhelp.co.uk//anxiety.htm

3.3 Επιπολασμός αγχωδών διαταραχών

Η συγκεντρωτική ανάλυση των ευρωπαϊκών πληθυσμών υποδεικνύει ότι περίπου ένας στους πέντε ανθρώπους θα εμφανίσει συμπτώματα τα οποία θα ταιριάξουν με τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή άγχους σε κάποια περίοδο της ενήλικης ζωής του (Wittchen H.U.& Jacobi F.,2015). Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν έναν επιπολασμό που αγγίζει το 13,2% σε όλη τη ζωή ενός ατόμου. Ακολουθεί η διαταραχή του κοινωνικού άγχους (5,8%) και η γενικευμένη διαταραχή άγχους ή αλλιώς GAD (5,1%) (Baldwin D, Anderson I, Nutt D, et al, 2005). Γενικά, οι γυναίκες επηρεάζονται δυο φορές περισσότερο απ' ότι οι άντρες από τις αγχώδεις διαταραχές (Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, et al. 2010). Τα ευρήματα των προαναφερόμενων ερευνών, υποστηρίζονται από μια προγενέστερη έρευνα του Pigott TA (Pigott TA, 2003) ο οποίος

υπογραμμίζει ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο επιπολασμό των διαταραχών άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες. Επίσης οι γυναίκες είναι πολύ πιθανότερο, κατά την διάρκεια της ζωής τους, να παρουσιάσουν πληρότητα των κριτηρίων για κάθε μια από τις ακόλουθες διαταραχές άγχους: γενικευμένη διαταραχή άγχους (GAD), ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), διαταραχή κοινωνικού άγχους (SAD), διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), φοβία, διαταραχή πανικού και αγοραφοβία. (Bleakley Stephen, 2013)

Ωστόσο, αυτό το ποσοστό ποικίλλει ανάλογα με τη μορφή των διαταραχών. Αν και οι διαταραχές άγχους μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία, πολλοί ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας που τείνουν να επιμένουν αν παραμείνουν χωρίς θεραπεία. Περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων με διαταραχές άγχους εμφανίζουν συννοσηρότητα με άλλη ψυχιατρική διαταραχή (Bleakley Stephen, 2013). Η κατάθλιψη υφίσταται ως διάγνωση σε περίπου ένα τρίτο των περιπτώσεων και η επιτυχής αντιμετώπιση της κατάθλιψης βελτιώνει συχνά και τα συμπτώματα του άγχους (Bleakley Stephen, 2013).

Επίσης, για τους ασθενείς είναι κοινό να βιώνουν περισσότερους από έναν τύπο αγχώδους διαταραχής. Για παράδειγμα, η διαταραχή πανικού μπορεί συχνά να εκδηλωθεί ταυτόχρονα με τη διαταραχή GAD και κοινωνικού άγχους (Baldwin D, Anderson I, Nutt D, et al, 2005).

Αναδυόμενα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η ύπαρξη διαταραχής άγχους μπορεί να μειώσει την ποιότητα ζωής και να επιδεινώσει την κατάσταση ασθενών με χρόνιες σωματικές ασθένειες. Συγκεκριμένα, εντοπίστηκαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των διαταραχών άγχους και του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, του άσθματος και του χρόνιου πόνου (Roy-Byrne P, Davidson K, Kessler R, et al, 2008). Οι υποκείμενες αγχώδεις διαταραχές μπορεί επίσης να είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις (Roy-Byrne P, Davidson K, Kessler R, et al, 2008).

3.4 Παθοφυσιολογία

Η διασύνδεση των γενετικών και περιβαλλοντικών επιδράσεων, πιθανόν, μεταβάλλει τις νευρικές οδούς στην περίπτωση των αγχωδών διαταραχών. Οι μελέτες νευροαπεικόνισης κατέδειξαν αλλοιωμένη την εγκεφαλική δραστηριότητα στην αμυγδαλή του εγκεφάλου, η οποία μεσολαβεί στην απόκριση φόβου και τον ιππόκαμπο, ο οποίος ρυθμίζει τις μνήμες από αγχωτικά

γεγονότα (Ressler K. and Nemeroff C., 2000). Οι νευροδιαβιβαστές μονοαμίνης, σεροτονίνης και νοραδρεναλίνη διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της ανθρώπινης αντίδρασης στο άγχος. Οι σεροτονινεργικές συνάψεις είναι πυκνά συμπυκνωμένες σε μεταιχμιακές περιοχές, όπως η αμυγδαλή και ο υποθάλαμος. Τα συστήματα νοραδρεναλίνης εντοπίζονται εντός του κορουστώδους τόπου, ο οποίος προεξέχει στον φλοιό, τις δομές του μυός, την παρεγκεφαλίδα και το μυελό (Bleakley Stephen, 2013) . Η δυσλειτουργία σε αυτές τις συνάψεις έχει προταθεί ως ένας μηχανισμός δράσης για τις διαταραχές άγχους και κατάθλιψης (Bleakley Stephen, 2013). Αυτό μπορεί να εξηγήσει γιατί τα αντικαταθλιπτικά που ενισχύουν τη σεροτονίνη είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία ορισμένων καταστάσεων άγχους (Bleakley Stephen, 2013).

Το Γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) είναι ένας σημαντικός ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής στο κεντρικό νευρικό σύστημα και ρυθμίζει τη διέγερση πολλών εγκεφαλικών περιοχών. Είναι επίσης εγγενώς συνδεδεμένο με τις αντιδράσεις φόβου και αγωνίας. Ακόμη και η ήπια εξασθένηση του GABA μπορεί να προκαλέσει διέγερση, άγχος, ανησυχία και αϋπνία (Nutt D. and Malizia A, 2001).

Άλλοι νευροδιαβιβαστές που πιστεύεται ότι εμπλέκονται στις διαταραχές άγχους περιλαμβάνουν ντοπαμίνη, γλουταμίνη και νευροκινίνη - αυτές μπορεί να είναι κατάλληλοι στόχοι για μελλοντική ανάπτυξη φαρμάκων (Christmas D. & Nutt D. 2008).

3.5 Παράγοντες κινδύνου

Πολλοί σύνθετοι και αλληλεπιδρώντες παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη μιας διαταραχής άγχους. Σύμφωνα με τους Meng X. & Arcy C οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Οικογενειακό ιστορικό
- Παιδική αντιξοότητα
- Αγχωτικά γεγονότα στη ζωή
- Ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, πχ υπερβολική ανησυχία
- Ορισμένα στυλ γονικής μέριμνας, πχ υπερπροστασία, έλλειψη συναισθηματικής ζεστασιάς ή γονείς που προκαλούν φόβο και αποφυγή

- Νεότερη ηλικία
- Όντας γυναίκα, άγαμη και άνεργη
- Κακή σωματική και ψυχική υγεία (Meng X. & Arcy C. 2012).

Μελετώντας τα «γρανάζια» με τα οποία διατηρείται το κεντρικό πρόβλημα, τα άτομα μπορούν να στοχεύσουν και να εφαρμόσουν θετικές αλλαγές σε κάθε τι που εντείνει το πρόβλημα του άγχους. Οι αλλαγές αυτές, τουλάχιστον, θα επιβραδύνουν και στην καλύτερη περίπτωση θα σταματήσουν το κεντρικό πρόβλημα, για παράδειγμα:

Σχήμα 5 – Το άγχος και οι υποστηρικτικοί παράγοντες του
Πηγή: https://www.getselfhelp.co.uk//anxiety.htm

3.6 Κλινικά χαρακτηριστικά των διαταραχών άγχους

Τα συμπτώματα του άγχους είναι κοινά στην κοινότητα και οι διαταραχές άγχους είναι κοινές περιπτώσεις στις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης (King et al., 2008). Οι διαταραχές συνήθως παραμένουν για πολλά χρόνια και συνδέονται με δυσφορία, μειωμένη ποιότητα ζωής, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και σημαντική οικονομική επιβάρυνση (Wittchen and Jacobi, 2005).

Πολλοί άνθρωποι εμφανίζουν τα συμπτώματα άγχους κατά καιρούς, αλλά η σοβαρότητα μπορεί να διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Τα συμπτώματα συχνά περιγράφονται ως συναισθηματικά ή σωματικά. Οι λεπτομέρειες σχετικά με τη διάρκεια, την εμφάνιση και τον τύπο των συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς βοηθούν στη διάγνωση της διαταραχής του άγχους. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, να προκαλούν υψηλό επίπεδο άγχους και να μειώσουν την ποιότητα ζωής του ασθενή πριν γίνει η διάγνωση μιας διαταραχής άγχους (Bleakley Stephen, 2013).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
Διαταραχή άγχους αποχωρισμού	Υπερβολικός φόβος ή ανησυχία σχετικά με το χωρισμό από το σπίτι ή πρόσωπα	Τουλάχιστον 4 εβδομάδες για τα παιδιά και 6 μήνες για ενήλικους
Εκλεκτική αλαλία	Συνεχής αποτυχία ενός ατόμου να εκφραστεί για κάποια πράγματα και με κάποιους ανθρώπους	Τουλάχιστον 1 μήνας
Ειδικές φοβίες	Επισημαίνεται φόβος ή άγχος σχετικά με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση	Τουλάχιστον 6 μήνες
Κοινωνική φοβία	Χαρακτηρίζεται από υπερβολικό φόβο και άγχος στις καθημερινές κοινωνικές καταστάσεις που βιώνει το άτομο το οποίο ανησυχεί ότι υπόκειται σε λεπτομερή εξέταση και αρνητική εκτίμηση από τους άλλους	Τουλάχιστον 6 μήνες
Διαταραχή πανικού	Εκδηλώνεται τόσο με ψυχολογικά όσο και με σωματικά συμπτώματα. Πρόκειται για μια από τις πιο συχνές ψυχικές παθήσεις, κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει αιφνίδια και ανεξέλεγκτα επεισόδια έντονου φόβου και άγχους	Κρίση πανικού ακολουθούμενη από 1μήνα επίμονης ανησυχίας για πρόσθετες κρίσεις

Αγοραφοβία	Περιλαμβάνει φόβο και ένταση κυρίως σε καταστάσεις όπου η διαφυγή μοιάζει δύσκολη ή το πλήθος των ατόμων είναι πολύ μεγάλο	Τουλάχιστον 6 μήνες
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	Πρόκειται για μια χρόνια αγχώδη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συχνές και επίμονες ανησυχίες για πολλαπλά θέματα της ζωής	Τουλάχιστον 6 μήνες

Πίνακας: **Σύντομη περιγραφή κάθε διαταραχής άγχους και διαγνωστικά κριτήρια (Bleakley S, 2013)**

Οι διαταραχές άγχους αντιπροσωπεύουν μία από τις κύριες ομάδες διαταραχών που παρατηρούνται στην ψυχιατρική, καθώς και στους υπόλοιπους τομείς της ιατρικής. Επί αρκετές δεκαετίες, η ταξινόμηση αυτών των διαταραχών δεν άλλαξε δραματικά, παρόλο που οι εξελίξεις στη νευροεπιστήμη και τη θεραπευτική έχουν εστιάσει την προσοχή τους στο πώς ομαδοποιούνται οι διαταραχές άγχους (Kupfer DJ, 2015).

Η πέμπτη έκδοση του διαγνωστικού στατιστικού εγχειριδίου DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), που εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA), παρέχει την πλέον επίκαιρη επίσημη ταξινόμηση των ψυχικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών άγχους. Το DSM 5 ταξινομεί τις διαταραχές άγχους σε επτά τύπους, οι οποίοι είναι:

- Διαταραχή άγχους αποχωρισμού
- Εκλεκτική αλαλία
- Ειδικές φοβίες
- Κοινωνική φοβία ή κοινωνική αγχώδης διαταραχή
- Διαταραχή πανικού
- Αγοραφοβία
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Ο Bleakley S, (Bleakley S 2013) υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρείς ακόμα διαταραχές που χαρακτηρίζονται από υπερβολικό και παράλογο άγχος αλλά πλέον σύμφωνα με το DSM 5 ανήκουν σε ξεχωριστές διαγνωστικές κατηγορίες:

- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Διαταραχή μετατραυματικού στρες
- Διαταραχή άγχους υγείας ή υποχονδρίαση

Καθεμία από τις προαναφερόμενες διαταραχές άγχους έχει διαφορετικά συμπτώματα, αλλά όλα έχουν ένα κοινό σημείο: ο ανεξέλεγκτος και παράλογος φόβος (Bleakley Stephen, 2013). Οι Rector NA et al (Rector NA et al 2008) εντοπίζουν δυο επιπλέον κοινά σημεία των διαταραχών άγχους: τεταμένα συναισθήματα άγχους και δυσκολία στην αντιμετώπιση των καθημερινών εργασιών ή / και των σχετικών κινδύνων σε αυτά τα καθήκοντα.

4. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ

Είτε επιβαρύνονται από μια πτώση των καθημερινών δεσμεύσεων, είτε από μια αίσθηση κοινωνικής απομόνωσης (ή και οι δύο), είτε από το ανεπίλυτο άγχος και τις μακρές εργάσιμες εβδομάδες, είτε από την ποιότητα του χρόνου που περνούν με τις οικογένειές τους -ανεξάρτητα από την πηγή του στρες, οι εργαζόμενοι έχουν μερικές φορές την αίσθηση ότι η σύγχρονη ζωή δεν είναι αυτή που σχεδίασαν (Wright, 1995).

Ενώ στα μέσα του 19ου αιώνα δεν υπήρξε στρες στο χώρο εργασίας, το φαινόμενο αυτό άρχισε να μεγαλώνει ανησυχητικά τα τελευταία 40 χρόνια (Mohajan, H.K. 2012). Σήμερα, το εργασιακό στρες αυξάνεται λόγω της παγκοσμιοποίησης και της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης που πλήττει σχεδόν όλες τις χώρες, όλα τα επαγγέλματα και όλες τις κατηγορίες εργαζομένων, καθώς και τις οικογένειες και τις κοινωνίες (Mohajan, H.K. 2012). Ως εκ τούτου, αποτελεί ουσιαστικό ζήτημα σε όλους τους χώρους εργασίας (Mohajan, H.K. 2012).

Ερευνητές όπως οι Cooper, Luikkonen & Cartwright και Cotton & Fisher υπογράμμισαν ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί ένα από τα πιο δαπανηρά ζητήματα επαγγελματικής υγείας (Cooper, Luikkonen & Cartwright, 1996, Cotton & Fisher, 1995).

Το 1989 στις ΗΠΑ, οργανισμοί όπως η Επιτροπή Κοινοπολιτείας για την Ασφάλεια, την Αποκατάσταση και την Αποζημίωση των Εργαζομένων ξεκίνησαν αρκετές έρευνες σχετικά με την αυξανόμενη εργασιακή πίεση. Αυτοί οι οργανισμοί συνειδητοποίησαν ότι το ποσοστό των διεκδικήσεων αποζημιώσεων για ψυχολογική βλάβη που σχετίζεται με την εργασία ήταν μεγαλύτερο από οποιοδήποτε άλλη διεκδίκηση για κάποιο τραυματισμό παραδείγματος χάριν, στο χώρο εργασίας (Mohajan, H.K. 2012).

Το εργασιακό στρες αποτελεί έναν σημαντικό και καθόλου ευκαταφρόνητο επαγγελματικό, επιζήμιο παράγοντα. σύμφωνα με την Υγιεινή και Ασφάλεια στους Χώρους Εργασίας (Δημουλάς Κ και συν. 2015). Ως επαγγελματικός, βλαπτικός παράγοντας ορίζεται οποιοσδήποτε φυσικός, χημικός, βιολογικός, εργονομικός, οργανωτικός, ψυχολογικός, κοινωνικός ή άλλος παράγοντας, ο οποίος είναι παρών στον εργασιακό χώρο σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία του εργαζόμενου. (Robin M., Leslie RM., 2006). Οι επαγγελματικοί, βλαπτικοί παράγοντες

είναι δυνατόν να επιφέρουν βλάβες στην υγεία των εργαζομένων, είτε εξαιτίας εργατικού ατυχήματος, είτε λόγω χρόνιας έκθεσης, που οδηγεί σε επαγγελματικό νόσημα (Robin M., Leslie RM., 2006).

Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες ποικίλουν. Το στρες μπορεί να προκαλέσει ασθένειες στο άτομο αλλά και δυσχέρεια τόσο στην εργασία όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον (Vermeylen, 2007; Prouska, 2009) . Είναι δυνατόν, επίσης, να επιβαρύνει την ασφάλεια στον χώρο εργασίας και να συμβάλει στην εμφάνιση άλλων προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την εργασία, όπως οι μυοσκελετικές παθήσεις (Vermeylen, 2007; Prouska, 2009). Πέρα των προαναφερόμενων δεινών, το στρες επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα των επιχειρήσεων (Vermeylen, 2007; Prouska, 2009). Σύμφωνα με την προαναφερόμενη ερευνήτρια, ο περιορισμός του εργασιακού στρες και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων δεν απαιτείται μόνο για ηθικούς αλλά και για νομικούς και οικονομικούς λόγους ενώ αποτελεί σημαντικό κίνητρο και για τον φορέα στον οποίο εργάζεται το άτομο (Vermeylen, 2007; Prouska, 2009). Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να σημειωθεί πως το 2002 υπολογίστηκε ότι το ετήσιο οικονομικό κόστος του εργασιακού στρες στην ΕΕ ανήλθε στα 20 δισ. Ευρώ (Vermeylen, 2007; Prouska, 2009).

Σύμφωνα με τους Rehman H και Islam JN et al, το εργασιακό στρες μπορεί να οριστεί ως μια επιβλαβής σωματική και συναισθηματική αντίδραση που συμβαίνει όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν ταιριάζουν με τις ικανότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου και μπορεί να οδηγήσει σε κακή υγεία, ακόμη και τραυματισμό (Rehman H., 2008, Islam, J.N et al, 2012).

Το στρες που σχετίζεται με την εργασία έχει προκαλέσει αυξανόμενο ενδιαφέρον σε όλη την Ευρώπη λόγω της χρήσης νέων τεχνολογιών, πληροφοριών και επικοινωνιών, της αυξανόμενης ποικιλομορφίας στον χώρο εργασίας και του αυξημένου ψυχικού φόρτου εργασίας (Landsbergis P.A, 2003). Στην Ευρώπη, το εργασιακό στρες θεωρείται ασθένεια και η διαχείρισή του εκτός από ηθική υποχρέωση των εργοδοτών, αποτελεί και νομική επιταγή η οποία προβλέπεται στην Οδηγία Πλαίσιο 89/391/ΕΟΚ[5] που με τη

[5] Οδηγία 89/301- Οδηγία Πλαίσιο για την Ασφάλεια και την Υγεία κατά την Εργασία, 12 Ιουνίου 1989. Το 2004, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέδωσε ανακοίνωση (COM 2004/ 62) σχετικά με την πρακτική εφαρμογή των διατάξεων για την υγεία και την ασφάλεια κατά την εργασία και ιδίως της προαναφερόμενης Οδηγίας

σειρά της υποστηρίζεται από τις συμφωνίες - πλαίσιο μεταξύ των κοινωνικών εταίρων περί εργασιακού στρες, παρενόχλησης και βίας στο χώρο εργασίας.

Το στρες μπορεί να οριστεί γενικά, καθώς οι άνθρωποι αισθάνονται πιέσεις στην καθημερινότητά τους. Η πίεση που οφείλεται στο φόρτο εργασίας μπορεί να οριστεί ως απροθυμία του εργαζομένου να έρθει στην εργασία και ως αίσθηση σταθερής πίεσης που νιώθει και η οποία συνδέεται με γενικά φυσιολογικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα στρες (Mohajan, H.K. 2012).

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο βιώνει το στρες μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται, σκέφτεται ή συμπεριφέρεται. Στον εργασιακό χώρο τα συμπτώματα του στρες μπορούν να γίνουν εμφανή, όπως παρακάτω (Leka and Kortum, 2008):

- Δυσκολία συνεργασίας και επικοινωνίας με τους συναδέλφους
- Δυσκολία στη σχέση με τον εργοδότη
- Δυσκολία στη συνεργασία και επικοινωνία με τους πελάτες
- Προβλήματα στη συγκέντρωση που οδηγούν σε λάθη
- Αδυναμία εκτέλεσης μιας εργασίας
- Αίσθημα ανικανότητας και αποτυχίας

Ένα από τα πιο γνωστά μοντέλα στρες παγκοσμίως, αποτελεί το μοντέλο της αναντιστοιχίας προσπάθειας - ανταμοιβής (Αντωνίου, 2003). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η έλλειψη αμοιβαιότητας μεταξύ των προσπαθειών που έχουν πραγματοποιηθεί και των αμοιβών που έχουν ληφθεί στον εργασιακό ρόλο, καθορίζει μια κατάσταση συναισθηματικής δυσφορίας, η οποία μακροπρόθεσμα καταλήγει σε χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής και ψυχικής υγείας. Η εγκυρότητα του μοντέλου έχει φανεί σε διάφορες περιπτώσεις και ιδιαιτέρως σε σχέση με τις καρδιαγγειακές και μυοσκελετικές παθήσεις, αλλά και με την επαγγελματική εξουθένωση (Αντωνίου, 2003).

Το στρες είναι η σωματική και συναισθηματική αντίδραση του σώματος και μπορεί να οφείλεται τόσο σε γεγονότα που είναι ευχάριστα, όσο και σε δυσάρεστα γεγονότα που

συμβαίνουν στη ζωή ενός ανθρώπου. Το στρες, όμως, είναι ένα φυσιολογικό κομμάτι της καθημερινής ζωής και οι συνέπειες του δεν είναι πάντα αρνητικές. Σε μικρές ποσότητες, το στρες είναι καλό επειδή μπορεί να μας παρακινήσει και να μας βοηθήσει να γίνουμε πιο παραγωγικοί. Από την άλλη πλευρά όμως το υπερβολικό στρες ή η ισχυρή αντίδραση σε αυτό μπορεί να είναι επιβλαβής (Mohajan, H.K. 2012).

Η έκθεση του εργαζόμενου σε συνεχές και έντονο στρες μπορεί μακροπρόθεσμα να επιφέρει σοβαρά καρδιολογικά νοσήματα, αρτηριακή υπέρταση και έλκη του γαστρεντερικού συστήματος, ενώ ψυχολόγοι που έχουν ασχοληθεί με τον ρόλο του ψυχολογικού παράγοντα στην δημιουργία ασθένειας, υποστηρίζουν την συσχέτιση του εργασιακού στρες με τον καρκίνο και τη στεφανιαία νόσο (Mohajan, H.K. 2012). Ειδικά αναφορικά με τις καρδιαγγειακές παθήσεις φαίνεται ότι το εργασιακό στρες μπορεί να προκαλέσει οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Yu SF., Yao SQ., Ding, H., Ma, LQ., Yang, Y., Wang, ZH., 2006).

Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες στη σωματική υγεία γίνονται εμφανείς με προβλήματα όπως ο πόνος στην πλάτη, οι μυϊκοί σπασμοί, οι ταχυπαλμίες, ο πονοκέφαλος, τα δερματικά εξανθήματα, η αύξηση των διαταραχών του ύπνου, η δύσπνοια, οι εφιδρώσεις, μια γενικευμένη μυϊκή ένταση που συνδέεται με ψυχοκινητική ανησυχία και ανικανότητα χαλάρωσης, η σεξουαλική ψυχρότητα ή ανικανότητα και η κόπωση (Αντωνίου, Σ., 2003)

Το στρες μπορεί να προκύψει από οποιαδήποτε κατάσταση ή σκέψη που κάνει κάποιον να αισθάνεται απογοητευμένος, θυμωμένος ή ανήσυχος (Mohajan, H.K. 2012). Όλοι βλέπουν τις καταστάσεις διαφορετικά και τις αντιμετωπίζουν με διαφορετικό τρόπο, επομένως, τα άτομα δεν έχουν την ίδια ακριβώς στάση απέναντι σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Οι καταστάσεις που θεωρούνται ότι προκαλούν στρες είναι γνωστές ως στρεσογόνοι παράγοντες (Mohajan, H.K. 2012). Πολλοί επαγγελματίες υποδηλώνουν ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε αυτό που αντιλαμβανόμαστε ως θετικό στρες και τη δυσφορία λόγω αρνητικού στρες (Mohajan, H.K. 2012). Δεδομένου ότι συχνά χρησιμοποιούμε τον όρο στρες για να περιγράψουμε τις αρνητικές καταστάσεις, πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι το στρες μας βλάπτει πάντα, πράγμα που, όπως προαναφέραμε,

δεν ισχύει στην πραγματικότητα (Mohajan, H.K. 2012). Σύμφωνα με τον προαναφερόμενο ερευνητή, το θετικό στρες έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- δίνει κίνητρα,
- είναι βραχυπρόθεσμο,
- βρίσκεται μέσα στις ικανότητες αντιμετώπισης μιας κατάστασης,
- κάνει το άτομο να αισθάνεται συναρπαστικά και
- βελτιώνει την απόδοση.

Από την άλλη πλευρά, υποστηρίζει ότι το αρνητικό άγχος έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμο ή μακροπρόθεσμο,
- προκαλεί άγχος και ανησυχία,
- βρίσκεται εκτός των ικανοτήτων του ατόμου να αντιμετωπίσει μια κατάσταση,
- αποτελεί μια δυσάρεστη αίσθηση,
- μειώνει την απόδοση και
- μπορεί να οδηγήσει σε ψυχικά και σωματικά προβλήματα υγείας.

Σύμφωνα με τις έρευνες του Truch, S (Truch, S., 1980), η αντίδραση του σώματος στο στρες, συμπεριλαμβανομένου του εργασιακού στρες, μπορεί να περιγραφεί από τα τρία εξής στάδια:

Στάδιο συναγερμού: το σώμα αναγνωρίζει και αντιδρά πρώτα στο στρες. Σε αυτό το στάδιο, αρχικά, το σώμα απελευθερώνει ορμόνες που βοηθούν στην άμυνα ενάντια στον στρεσογόνο παράγοντα.

Στάδιο αντίστασης: Το σώμα συνεχίζει να αντιστέκεται στους στρεσογόνους παράγοντες καθώς αυτοί παραμένουν. Εάν οι παράγοντες αυτοί συνεχίσουν να

υφίστανται και υπάρχει σταθερή κατάσταση αντίστασης, τότε η αντίσταση του σώματος περνάει στο τρίτο και τελικό στάδιο.

Στάδιο εξάντλησης: το σώμα και ο νους δεν είναι πλέον σε θέση να κάνουν τις απαραίτητες προσαρμογές για να αντισταθούν στους στρεσογόνους παράγοντες και υπάρχει σωματική και / ή ψυχική εξάντληση.

4.1 Βασικά συμπτώματα του εργασιακού στρες

Το εργασιακό στρες είναι ένα πρότυπο αντίδρασης όταν, στο χώρο εργασίας, ο εργαζόμενος έρχεται αντιμέτωπος με απαιτήσεις που δεν ταιριάζουν στις γνώσεις, τις ικανότητες ή τις δεξιότητές του (Mohajan, H.K. 2012). Μπορεί να προκαλέσει σωματικά προβλήματα, όπως διατροφικές διαταραχές, ευερεθιστότητα, πονοκεφάλους, απώλεια μαλλιών, σοβαρή σωματική ασθένεια, αυξημένο καρδιακό παλμό και αρτηριακή πίεση, δυσφορία στο στήθος, δύσπνοια, μυϊκός πόνος, συχνή ούρηση, διάρροια, δυσπεψία, έλκη στομάχου κ.λπ. (Gardner ER et al, 1981).

Το άτομο μπορεί να παρουσιάσει, επίσης, συμπεριφορικά προβλήματα όπως παρορμητική συμπεριφορά, αυξημένη ή μειωμένη κατανάλωση τροφής, προβλήματα ομιλίας, προβλήματα ύπνου, αλλαγή στην προσωπικότητα, ευερεθιστότητα ή επιθετικότητα, αύξηση του καπνίσματος και χρήση ουσιών και αλκοόλ, εξανθήματα, νευρικές συνήθειες, αυξημένα λάθη, απουσίες, έλλειψη συγκέντρωσης κλπ. (Islam, J.N et al, 2012). Παρουσιάζει επίσης ψυχολογικά συμπτώματα όπως ανησυχία, φόβος και ένταση, προβλήματα μνήμης, κατάθλιψη, δυσαρέσκεια, εστίαση μόνο σε αρνητικά γεγονότα, πανικός, κακή κρίση, αρνητικές και καταστροφικές σκέψεις, αίσθηση μοναξιάς, απομόνωση, υπερεκτίμηση κινδύνου, κλπ. (Islam, J.N et al, 2012).

Οι αιτίες του εργασιακού στρες συνδέονται με την ίδια την εργασία, όπως για παράδειγμα αυξανόμενες απαιτήσεις, λιγότερη ελευθερία ελέγχου στην εργασία και ανεπαρκής ικανότητα αντιμετώπισης των χρονολογικών πιέσεων κλπ. Οι πηγές του εργασιακού άγχους έχουν κατηγοριοποιηθεί από τους ερευνητές (Cooper C.L. and Marshall J., 1976) ως εξής:

- Ο ρόλος στην εταιρεία,

- Οι σχέσεις στο χώρο εργασίας,
- Η εξέλιξη της επαγγελματικής σταδιοδρομία,
- Η οργανωτική δομή και το κλίμα, και
- Η σχέση εργασία – οικογένεια.

Το NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health, 2008) εκτίμησε τις αιτίες του στρες ως εξής:

- Βαρύ φορτίο εργασίας, σπάνια διαλείμματα ανάπαυσης, μεγάλα ωράρια εργασίας και εργασία με βάρδιες, καθήκοντα ρουτίνας, μη χρησιμοποίηση των δεξιοτήτων των εργαζομένων.
- Έλλειψη συμμετοχής των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων, προβληματική επικοινωνία στον φορέα, έλλειψη φιλικών πολιτικών ως προς την οικογένεια.
- Προβληματικό κοινωνικό περιβάλλον και έλλειψη υποστήριξης ή βοήθειας από συναδέλφους και επόπτες.
- Αντιφατικές ή αβέβαιες προσδοκίες εργασίας, υπερβολική ευθύνη, πάρα πολλές αρμοδιότητες και ευθύνες.
- Εργασιακή ανασφάλεια και έλλειψη ευκαιριών για ανάπτυξη, πρόοδο ή προώθηση. Γρήγορες και απότομες αλλαγές για τις οποίες οι εργαζόμενοι είναι απροετοίμαστοι.
- Ανεπιθύμητες ή επικίνδυνες φυσικές καταστάσεις όπως συνωστισμός, θόρυβος, ατμοσφαιρική ρύπανση ή εργονομικά προβλήματα.
- Έκθεση σε μολυσματικές και επικίνδυνες ουσίες (Mohajan, H.K. 2012).

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας (APA) το 2007, ένα εντυπωσιακό ποσοστό αμερικάνων (75%) δήλωσαν ότι η εργασία αποτελεί κύρια πηγή στρες στη ζωή τους, με τους εξής παράγοντες πίεσης (Mohajan, H.K. 2012):

- Χαμηλοί μισθοί (43%),
- Μεγάλο φόρτο εργασίας (43%),
- Έλλειψη ευκαιριών για ανάπτυξη και πρόοδο (43%),
- Μη ρεαλιστικές προσδοκίες απασχόλησης (40%), και
- Ασφάλεια στην εργασία (34%)

Οι γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με το στρες, όπως κόπωση, ευερεθιστότητα, πονοκεφάλους και κατάθλιψη (Mohajan, H.K. 2012). Οι γυναίκες είναι επίσης πιο πιθανό από τους άνδρες να αντιμετωπίσουν το εργασιακό στρες με ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως οι κακές διατροφικές συνήθειες (Mohajan, H.K. 2012).

Η επίδραση του εργασιακού στρες και της πίεσης στη νευροχημεία, βιώνεται, συνήθως, ως κατάθλιψη, άγχος ή θυμός. Εάν αυτές οι αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου και στη διάθεση επιμένουν, η εικόνα του ανοσοποιητικού συστήματος επιδεινώνεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση περισσοτέρων σοβαρών ασθενειών (Barbara, J.S.; Psych, C. and Shain, M, n.d.).

4.2 Ασθένειες που σχετίζονται με το εργασιακό στρες

Το αίσθημα που βιώνει ένα άτομο όταν είναι μονίμως κουρασμένο και έχει έλλειψη ενέργειας θεωρείται ως το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα του στρες. Άλλα συμπτώματα είναι η αϋπνία, το άγχος, ο πονοκέφαλος, η κατάθλιψη, η δυσπεψία και η δυσκοιλιότητα, για να αναφέρουμε μόνο λίγα από αυτά τα συμπτώματα (Aldwin C.M.,1994). Το εργασιακό στρες συσχετίζεται, επίσης, με διάφορα άλλα συμπτώματα προβληματικής υγείας, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Kivimäki M., et al, 2002), μυοσκελετικές διαταραχές, πόνος στην πλάτης (Hoogendoorn W.E et al, 2000). Επιπλέον, το εργασιακό στρες προκαλεί υψηλό ποσοστό απουσιών από την εργασία λόγω ασθενείας. Οι ερευνητές Earnshaw J και Cooper CL, διαπίστωσαν ότι το 60% των απουσιών στην εργασία προκλήθηκαν από ασθένειες που σχετίζονται με το εργασιακό στρες (Earnshaw J και Cooper CL, 2001).

Τα άτομα τα οποία εργάζονται υπό αγχωτικές συνθήκες (πχ συγκρούσεις στο χώρο εργασίας) ή βιώνουν την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, αυτονομίας και ελέγχου, αντιμετωπίζουν τις ακόλουθες σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις (Mohajan, H.K. 2012):

- καρδιακά και καρδιαγγειακά προβλήματα,
- άγχος, κατάθλιψη και αποθάρρυνση,
- χρήση ουσιών,
- ορισμένες μορφές καρκίνου ,
- μολυσματικές ασθένειες,
- τραύματα συγκρούσεων και
- πόνο στην πλάτη.

Σύμφωνα με τις έρευνες του Mohojan (Mohajan, H.K. 2012), το βραχυπρόθεσμο στρες μπορεί να κάνει το άτομο να κινητοποιηθεί, ενώ το μακροχρόνιο στρες μπορεί να βλάψει τόσο το άτομο όσο και τον φορέα στον οποίο εργάζεται. Λόγω του στρες, το νευρικό σύστημα προκαλείται και οι ορμόνες απελευθερώνονται για να οξύνουν τις αισθήσεις, να επιταχύνουν τον παλμό, να εμβαθύνουν την αναπνοή και να τεντώνουν τους μύες.

4.3 Εργασιακό στρες και οι συνέπειές του στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας

Οι περισσότερες μελέτες και έρευνες σχετικά με την επαγγελματική ψυχολογία φτάνουν στο συμπέρασμα ότι η μακροχρόνια έκθεση σε ανησυχητικά ψυχοκοινωνικά γεγονότα που σχετίζονται με την εργασία μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες σε ψυχικό, σωματικό, συμπεριφορικό και κοινωνικό επίπεδο (Amick B.C, et al 1998).

Όπως προαναφέραμε, σήμερα, όλο και περισσότεροι εργαζόμενοι παρουσιάζουν εργασιακό στρες. Ο αντίκτυπος στην επαγγελματική τους ζωή αντικατοπτρίζεται στα αυξημένα ποσοστά ατυχημάτων ή στις φτωχότερες επιδόσεις παραγωγής, στην πρόωρη συνταξιοδότηση και στην απουσία λόγω ασθενείας. Το ποσοστό των εργαζομένων που αναφέρουν ότι αισθάνονται εξαιρετικά στρες έχει αυξηθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια (Mohajan, H.K. 2012).

Στην Ευρώπη, από τους 15.000 εργαζόμενους που ερωτήθηκαν, το 28% υποστήριξε ότι το στρες είναι ένα πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με την εργασία (Paoli P. 1997). Επίσης, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα προβλήματα ψυχικής υγείας και οι διαταραχές που σχετίζονται με το στρες είναι οι κύριες αιτίες πρόωρου θανάτου στην Ευρώπη (Dollard M., 2003).

Τα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας θεωρούνται αγχώδη. Το στρες που υφίσταται αυτή η επαγγελματική ομάδα -ειδικά οι θεραπευτές-, απορρέει από την ευθύνη τους για την υγεία και την ευημερία άλλων ανθρώπων, τη συμπεριφορά των ασθενών (μερικές φορές απαιτητικές, ακόμα και επιθετικές) και την αντιμετώπιση του θανάτου ή των τραυματισμών (Nina Oginska Bulik, 2006). Γενικά, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης -ειδικά οι θεραπευτές-, εκτίθενται σε τραυματικά γεγονότα, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε μετατραυματικές διαταραχές, που εκδηλώνονται με αρνητικές σκέψεις, διαταραχές ύπνου, απώλεια συγκέντρωσης και αποφυγή καταστάσεων που σχετίζονται με το τραύμα (Nina Oginska Bulik, 2006).

Ωστόσο, τα στοιχεία που συγκέντρωσαν οι ερευνητές σχετικά με το προσωπικό που εργάζεται σε υπηρεσίες υγείας όπως τα επείγοντα περιστατικά δείχνουν ότι η ρουτίνα και οι συχνές πηγές στρες ασκούν επίσης αρνητικές επιπτώσεις στους εργαζομένους (Brown J.M. and Campbell E.A., 1991). Επίσης, έρευνες αποκάλυψαν ότι οι πιο στρεσογόνοι παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον αυτής της ομάδας εργαζομένων είναι οι εξής: υπερφόρτωση εργασίας, έλλειψη ανταμοιβής, έλλειψη υποστήριξης, σωματική επιβάρυνση και δυσάρεστες εργασιακές συνθήκες (Brown J.M. and Campbell E.A., 1991).

Ερευνητές όπως οι Sutherland και Cooper (Sutherland VJ., and Cooper CL, 1993) έχουν διακρίνει πηγές στρες στα επαγγέλματα της υγειονομικής περίθαλψης, όπως η πίεση στις απαιτήσεις της εργασίας, οι προσδοκίες των ασθενών, ο αυξανόμενος φόβος για επίθεση κατά τη διάρκεια των επισκέψεων, οι ανησυχίες για τις καταγγελίες ασθενών, καθώς και οι συγκρούσεις μεταξύ των καθηκόντων εργασίας και των απαιτήσεων του ρόλου. Οι γιατροί διαμαρτύρονται, επίσης, για έλλειψη ελέγχου, έλλειψη υποστήριξης, κυρίως έλλειψη διαβούλευσης και επικοινωνίας, καθημερινή διοικητική εργασία, ανεπαρκείς

πόρους, έλλειψη προσωπικού και έλλειψη ανατροφοδότησης σχετικά με τις επιδόσεις (Chambers R., and Belcher J. 1994).

Το 2000, ο Winefield (Winefield H. 2003) διακρίνει τρεις πηγές του στρες στους επαγγελματίες του τομέα υγείας:

- Οι ασθενείς ως πηγή στρες,
- Οι μη ασθενείς ως πηγή στρες, συμπεριλαμβάνοντας και τις σχέσεις με τους συναδέλφους, καθώς και την ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής (κυρίως για τις γυναίκες),
- Οι πηγές του στρες στον εργασιακό χώρο μπορεί να προκύψουν και από φόρτο εργασίας, ευθύνες, στασιμότητα στη σταδιοδρομίας, μείωση της επαγγελματικής αυτονομίας, έλλειψη της υποστήριξης.

Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην υγεία μελετήθηκαν όσον αφορά τον αυξανόμενο κίνδυνο αυτοκτονιών και προβλημάτων κατάχρησης ουσιών πολύ περισσότερο απ' ότι οι σωματικές ασθένειες (Winefield H., 2003). Ο αυξανόμενος αριθμός διαταραχών ψυχικής υγείας και η πρόθεση πρόωρης συνταξιοδότησης ή εγκατάλειψης της εργασίας έχουν παρατηρηθεί στην ομάδα επαγγελματιών στον τομέα της υγείας (Winefield H., 2003). Το στρες που προκύπτει από καθημερινά εργασιακά καθήκοντα (χρόνιοι παράγοντες πίεσης) μπορεί επίσης να οδηγήσει στην ανάπτυξη συνδρόμου εξουθένωσης, που ορίζεται από τους Maslach και Leiter (Maslach C., and Leiter M., 2000) ως ***μια παρατεταμένη απάντηση σε χρόνιους συναισθηματικούς και διαπροσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες στην εργασία***.

5. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση ή αλλιώς το burnout είναι μια μεταφορά που συνήθως χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κατάσταση ή μια διαδικασία ψυχικής εξάντλησης, παρόμοια με την εξασθένηση της φλόγας ενός κεριού. Πιθανότατα το πιο πρώιμο παράδειγμα με το οποίο ο όρος burnout σχετίζεται με την εξάντληση προέρχεται από τον Σαίξπηρ, ο οποίος έγραψε το 1599 στο «Περιπαθής Προσκυνητής», «Κάηκε με αγάπη, όπως τα άχυρα με τη φωτιά της φλόγας» (Schaufeli W and Buunk BR, 1996).

Πιο πρόσφατα, αλλά πολύ πριν από την ανακάλυψη της εξουθένωσης σε επαγγελματικά περιβάλλοντα, οι άνθρωποι που υπέφεραν από αυτή έχουν απεικονιστεί με μεγάλη λεπτομέρεια. Ένα παράδειγμα είναι το μυθιστόρημα του Graham Green το 1960 με τον τίτλο «A burn-out case», το οποίο αναφέρει την ιστορία του παγκοσμίου φήμης αρχιτέκτονα του Querry, σαν έναν απαισιόδοξο, πνευματικό, βασανισμένο, κυνικό και απογοητευμένο χαρακτήρα (Schaufeli W and Buunk BR, 1996). Το πιο επιφανές παράδειγμα της εξουθένωσης είναι η μελέτη περίπτωσης μιας ψυχιατρικής νοσοκόμας, της Miss Jones, που δημοσιεύτηκε το 1953 από τους Schwartz και Will στο Psychiatry (Schaufeli W and Buunk BR, 1996).

Η επαγγελματική εξουθένωση που προέκυψε ως μια σημαντική έννοια στη δεκαετία του 1970, και περιέγραψε κάτι πολύ κρίσιμο για την εμπειρία των ανθρώπων σχετικά με την εργασία, συνεχίζει ακόμα και σήμερα -περίπου 35 χρόνια από την εμφάνισή της- να απασχολήσει τους ερευνητές, αποτελώντας αντικείμενο ανάλυσης τόσο στην ψυχολογική λογοτεχνία όσο και στις πολιτιστικές συζητήσεις. Τόσο τότε όσο και σήμερα, η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) είναι μια έννοια που φαίνεται να ταιριάζει σε μια κοινή εμπειρία μεταξύ των ανθρώπων (Wilmar Schaufeli et al , 2008). Έχει εμπνεύσει τους ερευνητές να τη μελετήσουν και να προσπαθήσουν να καταλάβουν καλύτερα τι είναι και γιατί συμβαίνει. Έχει βοηθήσει τους επαγγελματίες να επινοήσουν τρόπους για να την αντιμετωπίσουν, να την αποτρέψουν ή να την καταπολεμήσουν. Έτσι, από την αρχή, το burnout έχει κοινή αναγνώριση τόσο από τους ερευνητές όσο και από τους επαγγελματίες στο πεδίο, ως ένα κοινωνικό πρόβλημα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και βελτίωσης. Καθώς αυτή η αναγνώριση έχει εξαπλωθεί σε πολλές χώρες, πέρα από τις

ΗΠΑ ως χώρα προέλευσής της, έχει γίνει ένα φαινόμενο αξιοσημείωτης παγκόσμιας σημασίας (Maslach C and Jackson SE, 2015).

Σύμφωνα με τους Maslach και Jackson, σήμερα, η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα καλά εδραιωμένο ακαδημαϊκό θέμα που εμφανίστηκε σε χιλιάδες δημοσιεύσεις συνεδρίων και ημερίδων (Maslach C and Jackson SE, 2015). Αυτή τη στιγμή υπολογίζεται ότι πάνω από 6.000 βιβλία, διατριβές και άρθρα σε περιοδικά έχουν δημοσιευθεί έχοντας ως θέμα την επαγγελματική εξουθένωση (Maslach C and Jackson SE, 2015).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης ενθάρρυνε την έρευνα για το εργασιακό στρες, ιδιαίτερα σε τομείς όπως εκείνο της υγείας, που πριν δεν ήταν στο επίκεντρο της προσοχής. Σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες με ανεπτυγμένο σύστημα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, κυρίως στη Σουηδία και την Ολλανδία, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια εγκατεστημένη ιατρική διάγνωση (Maslach C and Jackson SE, 2015). Αυτό σημαίνει ότι περιλαμβάνεται στην επαγγελματική βιβλιογραφία και ότι οι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονται στην αξιολόγηση και την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξάντλησης. Επιπλέον, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχίατροι, οι σύμβουλοι, κα. προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, από ατομικά προγράμματα θεραπείας έως προληπτικά εργαστήρια (workshops) (Maslach C and Jackson SE, 2015).

Κοιτάζοντας πίσω, σε δεκάδες χρόνια έρευνας, είναι εύλογο να αναρωτηθούμε ποια ήταν τα διδάγματα που αντλήθηκαν και ποιες είναι οι τρέχουσες προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν (Schaufeli et al , 2008).

5.1 Μια σύντομη ιστορία της έννοιας burnout

Αν και ο όρος «εξάντληση του προσωπικού» αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Bradley το 1969 σε ένα άρθρο σχετικά με τους εργαζόμενους σε ένα κοινοτικό πρόγραμμα θεραπείας για τους ανήλικους παραβάτες, ο Herbert Freudenberger (1974) θεωρείται γενικά ο πατέρας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξάντλησης (Schaufeli W and Buunk BR, 1996). Ο Freudenberger εργαζόταν ως άμισθος ψυχίατρος σε μια κλινική για τοξικομανείς στη Νέα Υόρκη που στελεχώνονταν κυρίως από νέους,

αισιόδοξους και με ιδεαλιστικά κίνητρα εθελοντές, όταν παρατήρησε μια σταδιακή εξάντληση της ενέργειας τους και μια απώλεια κινήτρων και αφοσίωσης, που συνοδεύτηκε από μια ευρεία σειρά ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων. Για να επισημάνει αυτή την ιδιαίτερη κατάσταση της εξάντλησης, η οποία συνήθως συνέβαινε περίπου ένα χρόνο μετά την έναρξη του εθελοντισμού στην κλινική, ο Freudenberger επέλεξε μια λέξη που χρησιμοποιούταν απροσδόκητα για να αναφερθούν στις επιπτώσεις της χρόνιας κατάχρησης ουσιών : burnout. (Schaufeli W and Buunk BR, 1996).

Την ίδια περίπου εποχή, η κοινωνική ψυχολόγος Christina Maslach (1976), άρχισε να εστιάζει το ενδιαφέρον της στον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι στις κοινωνικές υπηρεσίες αντιμετωπίζουν μια έντονη συναισθηματική κατάσταση στην εργασία. Παρατήρησε ότι ο όρος «εξουθένωση» χρησιμοποιούταν συστηματικά από δικηγόρους της καλιφορνέζικης φτώχειας για να περιγράψουν τη διαδικασία βαθμιαίας εξάντλησης, κυνισμού και απώλειας δέσμευσης που παρουσίαζαν οι συνάδελφοί τους. Η Maslach και οι συνεργάτες της αποφάσισαν να υιοθετήσουν αυτόν τον όρο στη μελέτη τους, επειδή αναγνωριζόταν εύκολα από το δείγμα που αποτελούνταν από επαγγελματίες των κοινωνικών υπηρεσιών (Schaufeli W and Buunk BR, 1996).

Μετά την εισαγωγή της έννοιας από τον Freudenberger το 1974 και τη Maslach το 1976, η επαγγελματική εξουθένωση έγινε ένα πολύ δημοφιλές θέμα. Οι πρώτες δημοσιεύσεις σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση εμφανίστηκαν κυρίως σε περιοδικά και αφορούσαν διάφορους επαγγελματίες, συμπεριλαμβανομένων όχι μόνο των δασκάλων, κοινωνικών λειτουργών, νοσοκόμων, ιατρών, αλλά και οδοντιάτρων, πυροσβεστών και βιβλιοθηκονόμων (Maslach C and Jackson SE, 2015). Καθώς τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ασχολήθηκαν με το φαινόμενο της εξουθένωσης, το δημόσιο ενδιαφέρον για το θέμα αυτό αυξήθηκε εξαιρετικά πολύ, κάνοντας την εξουθένωση μια λέξη που προκάλεσε θόρυβο στα τέλη του 1970 και στις αρχές του 1980 (Schaufeli ΄΄B et al 2008).

Επειδή σε αυτή την πρωτοποριακή φάση (Maslach C. & Schaufeli W.B, 1993), ήταν κυρίως οι επαγγελματίες και το ευρύ κοινό που ενδιαφερόταν για την επαγγελματική εξουθένωση, η εννοιολογική εξέλιξη επηρεάστηκε από πραγματικές ανησυχίες, γεγονός που οδήγησε σε μια θολή, μονόπλευρη έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πολλοί συγγραφείς είχαν επεκτείνει την έννοια της εξουθένωσης για να περιλάβουν πολύ

περισσότερα από ότι αφορούσε, με συνέπεια να διατρέχει τον κίνδυνο να μην έχει κανένα νόημα. Επιπλέον, η πρώιμη βιβλιογραφία περί επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν περιγραφική και όχι εμπειρική, δηλαδή δεν βασιζόταν σε μια συστηματική παρατήρηση (Maslach C. & Schaufeli W.B, 1993).

Τα αφηγηματικά έγγραφα τόνισαν κυρίως τη σημασία των μεμονωμένων παραγόντων, όπως η υπερβολική δέσμευση, ο ιδεαλισμός και η τελειομανία. Μια πιο παλιά ανασκόπηση έδειξε ότι μόνο 5 από τα 48 άρθρα περιελάμβαναν εμπειρικά δεδομένα που ξεπερνούσαν ένα προσωπικό ιστορικό (Perlman B. & Hartman A, 1982).

Η επαγγελματική εξουθένωση ως δημοφιλής όρος που χρησιμοποιήθηκε από δημοσιογράφους και επαγγελματίες εμπόδισε τη σοβαρή επιστημονική μελέτη αυτού του φαινομένου. Αυτό απεικονίζεται καλά από την απόρριψη του άρθρου που εισήγαγε το Maslach Burnout Inventory (MBI), το οποίο αργότερα, όμως, έγινε το καλύτερο και πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο συντάκτης του περιοδικού επέστρεψε το χειρόγραφο με μια σύντομη σημείωση λέγοντας ότι: «δεν έχει διαβαστεί γιατί δεν δημοσιεύουμε pop psychology» (Maslach C. and Jackson S.E, 2015).

Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν θεωρήθηκε αρχικά ως ένα σοβαρό επιστημονικό θέμα, η εμπειρική έρευνα για το φαινόμενο αυτό άρχισε να ανθίζει από τις αρχές του 1980. Το 1989, ο Kilpatrick μέτρησε 195 δημοσιευμένα ερευνητικά άρθρα για την επαγγελματική εξουθένωση από το 1980 έως το 1987, δηλαδή σε μόνο επτά χρόνια (Kilpatrick A.O, 1990). Μια σημαντική παρακίνηση προερχόταν από την εισαγωγή σύντομων και εύχρηστων ερωτηματολογίων αυτό-αξιολόγησης όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση (Schaufeli W.B. et al, 1993).

Συγκεκριμένα, η δημοτικότητα του MBI αυξήθηκε ταχύτατα, καθώς και του πολυδιάστατου μοντέλου της επαγγελματικής εξουθένωσης το οποίο υπολόγιζε το MBI (Maslach C. & Jackson S.E, 1996). Το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον, επίσης, αυξάνεται, λόγω των επιστημονικών βιβλίων που προσέφεραν ολοκληρωμένες κοινωνικές, ψυχολογικές (Pines A. et al, 1981) και οργανωσιακές προοπτικές σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση (Cherniss C, 1980).

Οι Maslach και Schaufeli (Schaufeli WM & Buunk BP, 1996) διακρίνουν 4 φάσεις στην αποκαλούμενη εμπειρική φάση -η οποία ξεκίνησε στα μέσα του 1980- και συγκεκριμένα:

Η πρώτη φάση συνιστάται από τη σχεδόν καθολική χρήση ενός περιορισμένου συνόλου τυποποιημένων ερωτηματολογίων εξουθένωσης και ειδικά του MBI.

Η δεύτερη φάση συνιστάται από την προσοχή που άρχισε να προσελκύει η επαγγελματική εξουθένωση σε άλλες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και τον Καναδά. Άλλες ευρωπαϊκές χώρες ακολουθούν επίσης (π.χ. Γερμανία, Γαλλία, Σουηδία, Ισπανία, Πολωνία, Ιταλία και Ολλανδία), καθώς και ασιατικές όπως η Ιορδανία, Κίνα και Ιαπωνία. Σύμφωνα με τον Golembiewski RT et al (Golembiewski RT et al. 1993)., στη φάση αυτή εμφανίζονται κι οι πρώτες διεθνείς μελέτες που επικεντρώνονται στην μέτρηση και την ανάλυση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η τρίτη φάση συνιστάται από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών υλοποιούνται στα πλαίσια των επαγγελμάτων που προσανατολίζονται στον άνθρωπο. Μόνο περιστασιακά επεκτάθηκε η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης σε άλλους πληθυσμούς ή σε μη επαγγελματικούς χώρους όπως ο αθλητισμός ή ο πολιτικός ακτιβισμός.

Η τέταρτη φάση συνιστάται από τις έρευνες που τείνουν να επικεντρώνονται όλο και περισσότερο στους παράγοντες της εργασίας και της οργάνωσης παρά στους μεμονωμένους παράγοντες, γεγονός που συμβαδίζει με τα περισσότερα μοντέλα που αναπτύσσονται σε αυτόν τον τομέα.

Το 1995, οι Schaufeli WM & Buunk BP υπογραμμίζουν ότι η μεθοδολογία της έρευνας για την επαγγελματική εξουθένωση έχει βελτιωθεί με τα χρόνια και διακρίνουν δύο κυρίαρχες τάσεις όπως:

- ένας αυξανόμενος αριθμός περιεκτικών εννοιολογικών προσεγγίσεων που έχουν προτείνει τη σύνδεση της επαγγελματικής εξουθένωσης με άλλες ψυχολογικές θεωρίες και
- ένα αυξημένο ενδιαφέρον σχετικά με την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης με την πάροδο του χρόνου (Schaufeli WM & Buunk BP, 1996)

5.2 Ορισμοί της επαγγελματικής εξουθένωσης

Ίσως ο πιο ευρέως αναφερόμενος ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης προέρχεται από τους Maslach και Jackson :

«*Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής επίτευξης που μπορεί να συμβεί στους επαγγελματίες οι οποίοι κάνουν κάποιο είδος εργασίας που σχετίζεται με τον άνθρωπο*» (Maslach C & Jackson SE, 1986).

Οι Maslach και Jackson (Maslach C & Jackson SE, 1986) υποστηρίζουν, επίσης, ότι η επαγγελματική εξουθένωση υφίσταται αποκλειστικά σε επαγγελματικές ομάδες όπου οι επαγγελματίες ασχολούνται άμεσα με άλλους ανθρώπους όπως μαθητές, φοιτητές, πελάτες, ασθενείς, καταναλωτές ή παραβάτες. Ως εκ τούτου, η εξάντληση, κατά την άποψή τους, περιορίζεται στα επαγγέλματα που επικεντρώνονται στον άνθρωπο, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, της εκπαίδευσης και άλλων υπηρεσιών που σχετίζονται επίσης με τον άνθρωπο (Schaufeli WB et al, 2008).

Οι Pines και Aronson (Pines A & Aronson E, 1988) παρουσιάζουν έναν πιο ευρύτερο ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπου, σε αντίθεση με τον προηγούμενο ορισμό (των Maslach και Jackson), περιλαμβάνουν και σωματικά συμπτώματα και, εκτός αυτού, δεν περιορίζουν την επαγγελματική εξάντληση στα επαγγέλματα που έχουν ως στόχο να βοηθούν τον άνθρωπο. Περιγράφουν την επαγγελματική εξάντληση ως εξής:

«Μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που προκαλείται από μακροχρόνια εμπλοκή σε καταστάσεις που είναι συναισθηματικά απαιτητικές» (Pines A & Aronson E, 1988).

Τέλος, ο Brill (Brill P.L, 1984) προτείνει έναν λιγότερο γνωστό, αλλά πιο ακριβή ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης:

«Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια εργασιακή, δυσφορική και δυσλειτουργική κατάσταση σε ένα άτομο χωρίς σημαντική ψυχοπαθολογία που έχει (α) λειτουργήσει για κάποιο χρονικό διάστημα με κατάλληλες επιδόσεις και συναισθηματικά επίπεδα στην

ίδια εργασιακή κατάσταση και που (β) δεν θα ανακτήσει τα προηγούμενα επίπεδα χωρίς εξωτερική βοήθεια ή περιβαλλοντική αναδιάταξη» (Brill P.L, 1984).

Για να συνοψίσουμε, παρόλο που οι ορισμοί της επαγγελματικής εξουθένωσης διαφέρουν ως προς το πεδίο εφαρμογής, την ακρίβεια και τη διάσταση του συνδρόμου, μοιράζονται πέντε κοινά στοιχεία (Schaufeli W B, et al 2008):

- Τα δυσφορικά συμπτώματα και κυρίως η συναισθηματική εξάντληση κυριαρχούν
- Η έμφαση δίνεται σε ψυχικά και συμπεριφορικά συμπτώματα, αν και μερικές φορές αναφέρονται και άτυπα σωματικά συμπτώματα
- Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται γενικά ότι σχετίζεται με την εργασία/εργασιακό περιβάλλον
- Τα συμπτώματα παρατηρούνται σε φυσιολογικά άτομα
- Η μειωμένη αποτελεσματικότητα και η απόδοση στην εργασία οφείλονται σε αρνητικές συμπεριφορές και στάσεις

5.3 Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η ανάγκη κατανόησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει οδηγήσει τους ερευνητές να προτείνουν διάφορα θεωρητικά μοντέλα που προσπαθούν να εξηγήσουν το φαινόμενο αυτό. Τα περισσότερα από αυτά βασίζονται στην ιδέα ότι το σύνδρομο αποτελεί απόρροια άλλων ψυχικών διαταραχών, παρουσιάζοντας την επαγγελματική εξουθένωση ως απάντηση στο εργασιακό άγχος και ως καθοριστικό παράγοντα της ασθένειας, απουσίας και αλλαγής της εργασίας (VanYperen N.W, 1992).

Οι κύριες υποκείμενες θεωρίες σε τέτοια μοντέλα προέρχονται από την κοινωνική ψυχολογία και την οργανωσιακή ψυχολογία. Έτσι, μερικές από τις θεωρίες στα οποία βασίζονται τα μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013):

- η κοινωνική γνωστική θεωρία του εαυτού (Harrison W. D, 1983),

- η θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής (Buunk, B. P. & Schaufeli, W. B, 1993),
- η θεωρία της διατήρησης των πόρων (Hobfoll, S. E., 2001),
- η οργανωσιακή θεωρία (Winnubst J. 1993),
- το δομικό μοντέλο (Gil-Monte P. R et al., 1995) και
- το μοντέλο ενοχής (Gil-Monte P. R., 2005).

Κάθε μοντέλο υπογραμμίζει ορισμένες μεταβλητές που θα χρησιμεύσουν ως βάση για την ανάπτυξη των αντίστοιχων θεωριών τους (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013).

Κάθε θεωρία παρέχει ένα συν, προκειμένου να επιτευχθεί μια καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πρέπει να επισημάνουμε ότι το κοινό στοιχείο για όλες τις θεωρίες είναι ο εργαζόμενος. Η διωνυμία εργασία- άνθρωπος θα γίνει αντιληπτή με διαφορετικές μεταβλητές (ανταγωνισμός, αντιληπτή αποτελεσματικότητα, κίνητρο, αποπροσωποποίηση, αυτογνωσία, πόροι, συναίσθημα, δεξιότητες, ενοχή) και τις αντίστοιχες αλληλουχίες τους στο θεωρητικό μοντέλο που παρέχεται (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013). Μια άλλη πτυχή που είναι κοινή σε όλες τις θεωρίες είναι ότι αντιλαμβάνονται το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως αποτέλεσμα του χρόνιου εργασιακού στρες που θα διαιωνιστεί με την πάροδο του χρόνου και θα οδηγήσει σε ανεπιθύμητες συνέπειες, όπως ψυχικές διαταραχές και σωματικές παθήσεις. (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013).

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι κάθε μία από τις παρακάνω θεωρίες προσπαθεί να κατανοήσει το γιατί και το πώς ένα υποκείμενο φτάνει να βιώσει το burnout (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013).

Για τον Harrison (Harrison, W.D, 1983), οι κύριοι παράγοντες που εξηγούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ο ανταγωνισμός και η αντιληπτή αποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, αρχικά το κίνητρο θα προκαθορίσει την αποτελεσματικότητα του υποκειμένου στην επίτευξη των στόχων της εργασίας του. Έτσι όσο μεγαλύτερο είναι το κίνητρο, τόσο μεγαλύτερη είναι η αποτελεσματικότητα της εργασίας (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013)..

Η Pines (Pines A. 1993) έχει αναπτύξει ένα παρόμοιο μοντέλο, αν και ενσωματώνει την ιδέα ότι μόνο τα άτομα που προσπαθούν να δώσουν μια υπαρξιακή σημασία στην εργασία θα παρουσιάσουν επαγγελματική εξουθένωση. Έτσι, η επαγγελματική εξουθένωση θα αναπτυχθεί σε άτομα που είναι υπερβολικά υποκινούμενα από την εργασία τους και διακρίνονται ιδιαίτερα όταν δεν επιτυγχάνουν τους στόχους τους. Νιώθουν απογοητευμένα από τις προσδοκίες τους και αισθάνονται ότι είναι αδύνατον να συμβάλουν σημαντικά στη ζωή (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013)..

Το μοντέλο των Golembiewski et al. (Golembiewski, R.T et al, 1983) αντιλαμβάνεται την επαγγελματική εξουθένωση με βάση τις τρεις διαστάσεις: αποπροσωποποίηση, χαμηλή προσωπική εκπλήρωση στην εργασία και συναισθηματική εξάντληση. Το άγχος που σχετίζεται με την εργασία βασικά δημιουργείται από την υπερβολική επιβάρυνση της εργασίας και το ρόλο της φτώχειας (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013). Σε αυτές τις περιπτώσεις, το άτομο αισθάνεται ότι χάνει την αυτονομία και τον έλεγχο, παρουσιάζοντας συναισθήματα ευερεθιστότητας και κόπωσης. (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013).

Από την πλευρά του, το μοντέλο του Cherniss (W.B. Schaufeli et l, 1993) εξηγεί τις σχέσεις ανάμεσα στην εκτέλεση της εργασίας, τα υποκειμενικά αισθήματα επιτυχίας ή αποτυχίας που βιώνει το άτομο μετά την εκτέλεση της εργασίας και τις συνέπειες όσον αφορά την αυτοεκτίμηση, το κίνητρο, την ικανοποίηση και την απασχόληση. Σύμφωνα με τον Cherniss, είναι δυνατόν να καθοριστεί μια αιτιώδης σχέση μεταξύ της αδυναμίας του υποκειμένου να αναπτύξει αισθήματα προσωπικής επιτυχίας και του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013)..

Το μοντέλο των Thompson et al (Thompson, M. S. et al, 1993) βασίζεται στο μοντέλο αυτοελέγχου των Carver et al (Carver, C. S et al, 1989) για να εξηγήσει το άγχος. Με βάση αυτό το μοντέλο, διαχωρίζουν την αιτιολογία του συνδρόμου σε τέσσερις μεταβλητές: (α) επίπεδο αυτογνωσίας, (β) διαφορές μεταξύ των απαιτήσεων, των καθηκόντων και των πόρων του υποκειμένου, (γ) προσδοκίες επιτυχίας και (δ) αισθήματα αυτοπεποίθησης (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013). Η μεταβλητή της αυτογνωσίας νοείται ως ικανότητα αυτορρύθμισης των επιπέδων πίεσης που υφίστανται κατά την εκτέλεση μιας εργασίας. Οι αντιληπτές διαφορές των μεταβλητών μπορούν να

αυξάνουν το επίπεδο αυτογνωσίας επηρεάζοντας αρνητικά τη διάθεση του υποκειμένου, γεγονός που θα οδηγήσει σε έλλειψη εμπιστοσύνης για την επίλυση αυτών των αποκλίσεων και σε χαμηλά επίπεδα συναισθημάτων προσωπικής επίτευξης στην εργασία. (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013).

Το μοντέλο κοινωνικής ανταλλαγής των Buunk και Schaufeli (Buunk, B.P. & Schaufeli, W.B, 1993) εξηγεί την προέλευση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές βάσει μιας διπλής αιτιολογίας που αφορά τα συναισθήματα και την ικανότητα. Στις διαδικασίες κοινωνικής ανταλλαγής με ασθενείς, εντοπίζονται τρεις μεταβλητές του άγχους: αβεβαιότητα, αντίληψη της δικαιοσύνης και έλλειψη ελέγχου. Για αυτούς τους συγγραφείς η νοσηλευτική αποτελεί μια εργασία που δημιουργεί μεγάλη αβεβαιότητα και οι προσδοκίες ανταμοιβής και δικαιοσύνης συνήθως αποθαρρύνονται (Cummings, G et al, 2005). Επίσης, σύμφωνα με αυτούς τους συγγραφείς, οι νοσηλευτές/τριες σε αγχωτικές καταστάσεις δεν αναζητούν κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους τους, επειδή φοβούνται ότι θα υποστούν κριτική (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013).

Οι Buunk και Schaufeli υπογραμμίζουν ότι η σχέση μεταξύ μεταβλητών και συναισθημάτων που συσχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση διαμορφώνεται από συναισθήματα αυτοεκτίμησης, επίπεδα αντιδραστικότητας και προσανατολισμού στην ανταλλαγή (Buunk, B. P. and Schaufeli, W. B.,1993). Οι Hobfoll και Freedy (Hobfoll S.E. and Freedy J.R, 1993) θεωρούν ότι το άγχος προκύπτει όταν τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι αυτό που τους παρακινεί απειλείται. Το εργασιακό άγχος απειλεί τους πόρους των υποκειμένων, οδηγώντας σε ανασφάλεια όσον αφορά τις δεξιότητές τους. Επίσης, τονίζουν τη σημασία των σχέσεων με τους άλλους και τις συνέπειές τους ως πηγή άγχους στην αντίληψη των καταστάσεων απώλειας ή κέρδους.

Το μοντέλο των Cox et al. (Cox T. et al., 1993) θεωρεί την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα ιδιαίτερο επεισόδιο στα πλαίσια του εργασιακού άγχους, το οποίο συμβαίνει ειδικά στους επαγγελματίες οι οποίοι εργάζονται σε υπηρεσίες που επικεντρώνονται στον άνθρωπο και σε περιπτώσεις όπου οι στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούνται από αυτές τις υπηρεσίες δεν είναι αποτελεσματικές. Για αυτούς τους συγγραφείς, η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται με το αίσθημα φθοράς. Η αποπροσωποποίηση

θεωρείται στρατηγική αντιμετώπισης της συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ τα συναισθήματα χαμηλής προσωπικής επίτευξης συνδέονται με τη γνωστική αξιολόγηση του υποκειμένου σχετικά με την εμπειρία του στρες (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013).

Το μοντέλο Winnubst (Winnubst J, 1993) βασίζεται στην αντίληψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα συναίσθημα σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης λόγω χρόνιου συναισθηματικού άγχους που προκύπτει από το εργασιακό άγχος το οποίο μπορεί να συμβεί σε όλους τους εργαζόμενους. Αυτό το μοντέλο επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ οργανωτικής δομής, πολιτισμού, οργανωσιακού κλίματος και κοινωνικής υποστήριξης. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης οφείλεται στη συνεχή αντιπαράθεση με άλλους, προκαλώντας δυσλειτουργίες στην εργασία και διαπροσωπικές συγκρούσεις. Ο Winnubst (Winnubst J, 1993) εκπόνησε το μοντέλο του έχοντας ως βάση τέσσερις υποθέσεις:

1η υπόθεση - όλες οι οργανωσιακές δομές έχουν ένα σύστημα κοινωνικής υποστήριξης που ταιριάζει καλύτερα στο είδος της συγκεκριμένης δομής,

2η υπόθεση - τα συστήματα κοινωνικής στήριξης δημιουργούνται σε αλληλεξάρτηση με το περιβάλλον εργασίας, ώστε να μπορούν να διατηρηθούν και να βελτιωθούν με τη βελτιστοποίηση του κλίματος.

3η υπόθεση - η οργανωσιακή δομή, ο πολιτισμός και η κοινωνική υποστήριξη διέπονται εξίσου από ηθικά κριτήρια που απορρέουν από τις κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες του οργανισμού.

4η υπόθεση - αυτά τα ηθικά κριτήρια καθιστούν δυνατή την πρόβλεψη σε ποιο βαθμό οι οργανώσεις θα προκαλέσουν άγχος και επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζόμενούς τους.

Το δομικό μοντέλο των Gil-Monte et al. (Gil-Monte et al, 1995), σε σχέση με την αιτιολογία και τη διαδικασία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρεί ως υπόβαθρο το προσωπικό, διαπροσωπικό και οργανωσιακό επίπεδο. Το μοντέλο αυτό έχει αναλύσει τους εξής τρεις τομείς έρευνας (Manzano-García, Guadalupe et al, 2013).

1ος τομέας έρευνας - τονίζει τις προσωπικές μεταβλητές ως αιτιολογία του συνδρόμου και τονίζει μεταβλητές όπως συναισθήματα ικανότητας, υπαρξιακό νόημα που παρέχει η εργασία και επίπεδα συνειδητοποίησης του υποκειμένου.

2ος τομέας έρευνας τονίζει τις διαδικασίες κοινωνικής ανταλλαγής και τις συνέπειές τους για τους επαγγελματίες και υπογραμμίζει την αντίληψη των δίκαιων σχέσεων χωρίς αυτές να δημιουργούν απειλή ή απώλεια.

3ος τομέας έρευνας δίνει έμφαση στις μεταβλητές του εργασιακού περιβάλλοντος που παίζουν ρόλο (α) στη δυσλειτουργία στο χώρο εργασίας, (β) στα προβλήματα που συνδέονται με τον τύπο της οργανωσιακής δομής και (γ) στο οργανωσιακό κλίμα.

Από την πλευρά του, το μοντέλο των Price και Murphy (Price D M. and Murphy P.A, 1984) υπογραμμίζει τη σημασία της συναισθηματικής φθοράς λόγω συναισθηματικής εξάντλησης και εμφάνισης συναισθημάτων ενοχής. Στη διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούμε να εντοπίσουμε δύο προφίλ στην εξέλιξη του συνδρόμου. Ένα από αυτά τα δυο προφίλ χαρακτηρίζει τους εργαζόμενους που δεν αναπτύσσουν έντονα συναισθήματα ενοχής και οι οποίοι παρά το γεγονός ότι υποφέρουν από την επαγγελματική εξουθένωση δεν εμποδίζονται να εκτελέσουν την εργασία τους, ακόμη και αν είναι χαμηλότερου επιπέδου ποιότητας. Όσον αφορά το άλλο προφίλ, η ενοχή θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη συμμετοχή του εργαζομένου στην εργασία, προκειμένου να μειώσει τις τύψεις του. Καθώς οι συνθήκες εργασίας δεν αλλάζουν, η χαμηλή προσωπική ολοκλήρωση στο χώρο εργασίας και η συναισθηματική εξάντληση θα αυξηθούν και η αποπροσωποποίηση θα εμφανιστεί ξανά. Αυτός ο φαύλος κύκλος οδηγεί στην ανάπτυξη συναισθημάτων ενοχής ή στην αύξηση της έντασης των υπαρχόντων, προκαλώντας ένα βρόχο που ενισχύει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Gil-Monte, P. R. & Moreno, B, 2013). Όλα αυτά συμβάλουν στην επιδείνωση της υγείας του εργαζόμενου και του επιπέδου της υπηρεσίας που εκείνος παρέχει.

5.4 Σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σήμερα

Η επαγγελματική εξουθένωση ή αλλιώς burnout, αρχικά, θεωρήθηκε ως ένας ιδιαίτερος κίνδυνος για τους αφελείς, ιδεαλιστές, νέους επαγγελματίες που εξαντλούνταν και αποθαρρύνονταν από τις εμπειρίες τους σε ψυχρά γραφειοκρατικά συστήματα όπου

εξυπηρετούσαν δύσχρηστους πελάτες. Αλλά αυτό ήταν πολύ καιρό πριν και οι τότε νεαροί ιδεαλιστές που εισερχόταν στο εργατικό δυναμικό τη δεκαετία του 1960 είναι εκείνοι που σήμερα συνταξιοδοτούνται (Schaufeli WB e al, 2008).

Όπως υποστηρίζουν οι προναφερόμενοι ερευνητές, σήμερα, οι νέοι επαγγελματίες δεν μπορούν να είναι αφελείς. Τα τηλεοπτικά δράματα παρουσιάζουν σχολαστικές απεικονίσεις της επαγγελματικής ζωής. Ένα αγαπημένο και επαναλαμβανόμενο θέμα ταινιών είναι η απώλεια της μη ρεαλιστικής εικόνας ενός πρωτοεισαχθέντα στην αγορά εργασίας, καθώς τα εμπόδια που αντιμετωπίζει στη συνέχεια συμβάλλουν στην μεταβολή αυτή. Όμως και το Διαδίκτυο παρέχει μια αδιάκοπη ροή αφιλτράριστων και μόνο περιστασιακά επιβεβαιωμένων πληροφοριών για οποιοδήποτε θέμα μπορεί να φανταστεί κανείς (Schaufeli WB e al, 2008).

Οι άνθρωποι, σήμερα, έχουν λίγες αυταπάτες για τον κόσμο της εργασίας. Ωστόσο, είναι ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση (Cho, J et al 2006, Gellert, F.J et al 2008). Και εκείνοι που εργάζονται από τη δεκαετία του '70 -οι επονομαζόμενοι boomers- είναι επίσης ευάλωτοι και σίγουρα το γνωρίζουν κι οι ίδιοι (Leiter M.P. et al, 2005). Ίσως ισχύει το γεγονός ότι ενώ ο αφελής ιδεαλισμός μεγεθύνει την ευπάθεια του ατόμου στην επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί όμως βασική προϋπόθεση (Schaufeli WB e al, 2008). Ο αποφασιστικός παράγοντας μπορεί να είναι η φύση της εργασιακής ζωής και το ευρύ πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγεται η εργασία στον εικοστό πρώτο αιώνα (Schaufeli WB e al, 2008).

Δύο ξεχωριστοί παράγοντες που συνεισφέρουν στην εμπειρία της εργασιακής ζωής εξηγούν την επιμονή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης ως μια εμπειρία, ένα θέμα κοινωνικής σημασίας και ένα επίκεντρο της επιστημονικής έρευνας (Maslach C and Jackson SE, 2015).

- Ο πρώτος συνεισφέρων παράγοντας είναι μια επίμονη ανισορροπία των απαιτήσεων σε σχέση με τους πόρους (Bakker, A.B. & Demerouti, E, 2007). Όταν οι απαιτήσεις αυξάνονται -π.χ. περισσότεροι παραλήπτες υπηρεσιών με πιο μεγάλες απαιτήσεις- οι πόροι αποτυγχάνουν να ακολουθήσουν το ρυθμό. Ένα παράδειγμα είναι η έλλειψη προσωπικού, σύγχρονου εξοπλισμού, προμηθειών ή

χώρου για την κάλυψη της ζήτησης. Οι ανεπαρκείς δυνατότητες αναγέννησης της εξαντλημένης ενέργειας επιδεινώνουν τις επιπτώσεις των ανισορροπιών της ζήτησης/των πόρων.

- Ο δεύτερος συνεισφέρων παράγοντας αφορά περισσότερο τα κίνητρα, παρά την ενέργεια. Οι εργαζόμενοι στον εικοστό πρώτο αιώνα βλέπουν τις οργανωσιακές αποστολές, τα οράματα και τις αξίες με σκεπτικισμό (Hemingway, C.A. & Maclagan, P.W, 2004). Οι εργαζόμενοι μπορεί να έχουν προσωπικές αξίες που διαφέρουν από εκείνες των οργανισμών όπου εργάζονται.

Για παράδειγμα, ένας θεραπευτής που εργάζεται σε μια δομή απεξάρτησης, μπορεί να ενδιαφέρεται περισσότερο για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει, παρά τον αριθμό επισκέψεων ανά ημέρα. Έτσι σε ορισμένες περιπτώσεις, οι αξίες του εκάστοτε οργανισμού στον οποίο εργάζεται ο θεραπευτής, μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με τα πιστεύω του ίδιου του θεραπευτή. (Martin, J. & Siehl, C., 1983)

Οι πιθανότητες για τις συγκρούσεις που σχετίζονται με τις αξίες αυξάνονται, καθώς οι οργανισμοί και οι εργαζόμενοι μειώνουν τη δέσμευσή που έχουν μεταξύ τους. Η κύρια σύγκρουση σχετικά με τις αξίες για τους επαγγελματίες στο χώρο των υπηρεσιών στη δεκαετία του '70 ήταν μεταξύ της αντίθετης κουλτούρας και μιας καθιερωμένης κοινωνικής τάξης (Martin, J. & Siehl, C., 1983).

Σήμερα, οι επαγγελματίες του τομέα των υπηρεσιών οι οποίοι εντάσσονται στο εργατικό δυναμικό του 21ου αιώνα, αναμένουν μια πολύ πιο ποικίλη επαγγελματική σταδιοδρομία από ό, τι η προηγούμενη γενιά (McDonald P et al, 2005). Κανένα από τα συμβαλλόμενα μέρη δεν είναι έτοιμο να αναλάβει μια δια βίου δέσμευση. Ως εκ τούτου, οι εργαζόμενοι είναι λιγότερο πρόθυμοι να θέσουν σε δευτερεύοντα πλάνο τις προσωπικές τους κλίσεις για το καλό της εταιρείας. Μια άλλη μορφή σύγκρουσης συμβαίνει ανάμεσα στις δηλωμένες αξίες της εταιρείας και στις αξίες της στην πράξη (Schaufeli WB e al, 2008). Είναι ένα χάσμα μεταξύ των οργανωσιακών προθέσεων και της πραγματικότητας και όταν οι εργαζόμενοι το διαπιστώνουν ασκούν σοβαρή κριτική, αποδίδοντας το πρόβλημα στην εταιρική υποκρισία, παρά στις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά (Schaufeli WB e al, 2008).

Οι φορείς του δημόσιου τομέα στον εικοστό πρώτο αιώνα συχνά δηλώνουν στόχους που υπερβαίνουν κατά πολύ τους πόρους τους (Schaufeli, W.B, 2006). Λίγες κοινωνίες αφιερώνουν επαρκείς πόρους για να καλύψουν τις ανάγκες των πληθυσμών τους (Schaufeli, W.B, 2006). Η συστηματική ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων και των πόρων προωθεί την εξάντληση και μειώνει την επαγγελματική αποτελεσματικότητα, ενώ η αποξένωση από τις εταιρικές αξίες μειώνει τη συμμετοχή των εργαζομένων στο έργο τους και/ή τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους (Schaufeli, W.B, 2006).

Η οικονομική διαχείριση μέσα σε μια παγκοσμιοποιημένη οικονομία διακηρύσσει υψηλά ιδανικά που δεν μπορούν όμως να υποστηριχθούν, ενώ επικεντρώνονται στα δημοσιονομικά και πολιτικά ζητήματα που απαιτούνται για τη διατήρηση μεγάλων οργανισμών ή εταιρειών (Wilmar B et al 2008). Καθώς οι εργαζόμενοι αγωνίζονται να καταγράψουν μια πορεία μέσα από πολύπλοκα και μερικές φορές αντιφατικά θεσμικά περιβάλλοντα, είναι ευάλωτοι στην εξάντληση και την αναποτελεσματικότητα που ορίζουν και προκαλούν την επαγγελματική εξουθένωση (Wilmar B et al 2008).

Σύμφωνα με τους Wilmar B Schaufeli, Michael P Leiter, Maslach C, σήμερα όπως και πριν, οι ίδιοι βασικοί παράγοντες φαίνεται να οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση, αλλά με μια ελαφρώς διαφορετική ποιότητα. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες είναι η έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις και τους πόρους στην εργασία, καθώς και η σύγκρουση μεταξύ των αξιών. Ένα παράδειγμα είναι η σύγκρουση μεταξύ των προσωπικών αξιών και εκείνων της οργάνωσης καθώς και μεταξύ των επίσημα δηλωμένων οργανωσιακών αξιών και των αξιών στην πράξη (βλ. Σχήμα 3).

Σχήμα 6 – Φαινόμενο burnout

Πηγή: Simona Grigorescu (2016), Psychosocial factors generators OF burnout in the public health system, J.M.B. nr. 1 –

5.5 Επαγγελματική εξουθένωση ως ιατρική διάγνωση

Η ιατρικοποίηση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι συνυφασμένη με συζητήσεις για το αν αυτό το σύνδρομο πρέπει να θεωρηθεί ως εξουθένωση και μόνο. Αυτή η άποψη -το burnout είναι μόνο μια εξουθένωση- έχει εκφραστεί τόσο από ορισμένους ερευνητές όσο και από ορισμένους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας (Schaufeli WB e al, 2008).

Η επιστημονική έρευνα, γενικά, χρησιμοποιεί την τρισδιάστατη περιγραφή της εξάντλησης, του κυνισμού και της αναποτελεσματικότητας που υπονοείται στο Maslach Burnout Inventory (Maslach, C. & Jackson, S.E, 1981). Το MBI κυριάρχησε σαφώς στον τομέα αυτό, λαμβάνοντας υπόψη ότι ως το τέλος της δεκαετίας του 1990 χρησιμοποιήθηκε στο 93% των επιστημονικών άρθρων και διατριβών (Schaufeli, W.B. & Enzmann, D, 1998) .

Παρόλο που στο παρελθόν εμφανίστηκαν κάποια εναλλακτικά εργαλεία για την επαγγελματική εξουθένωση όπως το Inventory Burnout Copenhagen (Kristensen, T.S et al, 2005) και το Inventory Burnout Oldenburg (Demerouti, E. et al, 2002), το MBI παραμένει το καταλληλότερο. Πρακτικά, η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης συμφωνεί με το εργαλείο MBI και αντίστροφα. Αυτό το εννοιολογικό εργαλείο αντικατοπτρίζει μια τρισδιάστατη δομή που επιβεβαιώθηκε στατιστικά (Schaufeli WB e al, 2008).

Η χρόνια εξάντληση -σωματική ή πνευματική- είναι μια νόμιμη ετικέτα για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν πολλοί άνθρωποι εντός ή εκτός χώρου εργασίας. Ωστόσο, δεν υπάρχει κανένας επιστημονικός λόγος για να χρησιμοποιηθεί ο όρος, burnout, όταν αναφέρεται μόνο στην εξάντληση (Schaufeli WB e al, 2008).

Όσον αφορά την έκταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, μερικοί ερευνητές θεωρούν το σύνδρομο αυτό ως ένα γενικό φαινόμενο που μπορεί να συμβεί εντός ή εκτός χώρου εργασίας. Για παράδειγμα, προτάθηκε να γίνει μια διάκριση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης, της εξουθένωσης που σχετίζεται με τον πελάτη και της προσωπικής εξουθένωσης, με την τελευταία ως «ο βαθμός σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης και εξάντλησης που βιώνει το άτομο» (Kristensen, T.S et al, 2005).

Κατά την άποψη κάποιων μελετητών, μπορεί να υπάρξει προσωπική εξάντληση και σε όσους δεν εργάζονται, όπως νέοι, άνεργοι, πρόωροι συνταξιούχοι, συνταξιούχοι και νοικοκυρές (Kristensen, T.S et al, 2005). Στην πραγματικότητα, η υπόθεση ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα φαινόμενο άνευ περιεχομένου έχει μια ιστορία που χρονολογείται από τις πρώτες ερευνητικές προσπάθειες που επικεντρωνόταν στην επαγγελματική εξουθένωση και υφίσταται από τότε (Kristensen, T.S et al, 2005). Ωστόσο, μια πολυδιάστατη προσέγγιση όπως στην MBI είναι, εξ ορισμού, ασυμβίβαστη με την έννοια της εξουθένωσης χωρίς περιεχόμενο (Kristensen, T.S et al, 2005).

Στη συνέχεια, σε οποιοδήποτε πλαίσιο -είτε εντός του εργασιακού χώρου είτε εκτός-, οι άνθρωποι μπορεί να αισθάνονται εξαντλημένοι, αλλά η μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα αναφέρεται σε κάτι συγκεκριμένα. Για παράδειγμα, ένας συνταξιούχος ή άνεργος μπορεί να αισθάνεται εξαντλημένος, αλλά είναι αδύνατο να

προσδιοριστεί το κάτι για το οποίο οι άνεργοι ή οι συνταξιούχοι θα πρέπει να αισθάνονται αναποτελεσματικοί (Schaufeli WB e al, 2008).

Ως εκ τούτου, υποστηρίζοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα γενικό φαινόμενο χωρίς περιεχόμενο πηγαίνει αναγκαστικά χέρι-χέρι με έναν περιορισμένο ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης ως ισοδύναμο με την εξάντληση, γεγονός που απλοποιεί την έννοια (Schaufeli WB e al, 2008).

Συμπερασματικά, παρόλο που στην πράξη η τρισδιάστατη εννοιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιείται από τη συντριπτική πλειοψηφία των ερευνητών, δεν εννοούν όλοι τους τα ίδια πράγματα όταν αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach C and Jackson SE, 2015).

Το MBI ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως επί το πλείστον στις τρεις υποκλίμακες (Schaufeli WB e al, 2008). Αυτή η ποιότητα είναι συμβατή με τις στατιστικές μεθόδους που βασίζονται σε παλινδρομήσεις και οι τρέχουσες στατιστικές εξελίξεις διαχειρίζονται τρεις αλληλοσυνδεόμενες κλίμακες (Schaufeli WB e al, 2008). Οι επαγγελματίες σε τομείς όπως η ψυχιατρική ή ιατρική περίθαλψη επιδιώκουν να διαφοροποιήσουν τους ανθρώπους που είναι επαγγελματικά εξουθενωμένοι από εκείνους που δεν είναι (Schaufeli WB e al, 2008).

Οι γιατροί προτιμούν διχοτομικές διαγνώσεις, ειδικά όταν ενημερώνονται για αποφάσεις σχετικά με τις ασφαλιστικές αιτήσεις για θεραπεία. Με αυτό τον τρόπο ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης διαμορφώνεται από πρακτικά ερωτήματα όπως: Τι πρέπει να θεραπευτεί; Ποιος θα λάβει οικονομική αποζημίωση; Η διαγνωστική στρατηγική χρησιμοποιεί μια ανεξάρτητα καθιερωμένη διάγνωση της εξουθένωσης ως εξωτερικό κριτήριο για τη δημιουργία σημείων αξιολόγησης (χαμηλό, μέτριο, υψηλό). Για παράδειγμα, οι ερευνητές (Schaufeli W.B et al., 2001) χρησιμοποίησαν τη νευρασθένεια, όπως ορίζεται στη Διεθνή Ταξινόμηση των Νοσημάτων (ICD-10, 1994) ως ισοδύναμο της σοβαρής επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με το ICD-10, μια νευρασθενική διάγνωση (κωδικός F43.8) απαιτεί: αυξημένη κόπωση ή αδυναμία μετά από ελάχιστη ψυχική προσπάθεια, τουλάχιστον δύο από τα επτά συμπτώματα κινδύνου, όπως

ευερεθιστότητα και ανησυχία, όμως εν απουσία άλλων διαταραχών όπως η διαταραχή διάθεσης ή διαταραχή άγχους (Schaufeli WB e al, 2008).

Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές (Schaufeli W.B et al., 2001), προκειμένου να διαγνωσθούν ως επαγγελματική εξουθένωση, τα συμπτώματα της νευρασθένειας θα πρέπει να σχετίζονται με την εργασία και το άτομο θα πρέπει να ακολουθήσει μια επαγγελματική θεραπεία.

Βάσει αυτού του συνόλου διαγνωστικών κριτηρίων, καθορίστηκαν οι κλινικά επικυρωμένες βαθμολογίες για κάθε ένα από τα τρία πεδία του MBI. Πρόσθετη έρευνα επιβεβαίωσε την εγκυρότητα των σημείων βαθμολόγησης (αξιολόγησης) του MBI και καθόρισε επίσης έναν κανόνα απόφασης για το συνδυασμό των αποτελεσμάτων των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης: ένα άτομο θεωρείται ότι εμφανίζει ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης όταν έχει ένα εξαιρετικά αρνητικό σκορ όσον αφορά την εξάντληση σε συνδυασμό με μια εξαιρετικά αρνητική βαθμολογία σε οποιαδήποτε από τις δύο υπόλοιπες διαστάσεις του εργαλείου MBI (Brenninkmeijer, V. and Van Yperen, N, 2003). Αυτός ο κανόνας επιτρέπει τη μετατροπή του MBI -ενός πολυδιάστατου εργαλείου μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης- σε ένα εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους επαγγελματίες για τη διάγνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Schaufeli WB e al, 2008).

Μέσα από αυτή τη διαδικασία διαχωρισμού σε τρία επίπεδα, η επαγγελματική εξουθένωση επεκτάθηκε από ένα ψυχολογικό φαινόμενο σε μια ιατρική διάγνωση, τουλάχιστον σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ολλανδία και η Σουηδία (Maslach C and Jackson SE, 2015). Ως αποτέλεσμα, όταν οι επαγγελματίες στον τομέα της ψυχολογίας χρησιμοποιούν τον όρο επαγγελματική εξουθένωση, συνήθως αναφέρονται στο πλήρες φάσμα των αναφορών που σχετίζονται με το σύνδρομο, από την πολύ ήπια έως την σοβαρή επαγγελματική εξουθένωση, ενώ οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα αναφέρονται σε σοβαρές περιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης που πληρούν αυτά τα διαγνωστικά κριτήρια (Maslach C and Jackson SE, 2015).

Ως εκ τούτου, αντί να απλουστεύει την επαγγελματική εξουθένωση, το διαγνωστικό πρωτόκολλο για το σύνδρομο αυτό ενσωματώνει ποικίλες πληροφορίες που μπορεί να

περιλαμβάνουν τις τρεις υπο-κλίμακες του MBI για να καταλήξουν σε ένα διχοτόμο διαγνωστικό πρότυπο. Στη Σουηδία, η διάγνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ICD-10 εισήχθη το 1997, λίγο αφότου έγινε μια από τις πέντε πιο διαδεδομένες διαγνώσεις και αυτή που έδειξε τον πιο έντονο επιπολασμό, ιδιαίτερα στο δημόσιο τομέα (Friberg, T, 2006).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωση διαγνώστηκε αρχικά σύμφωνα με το ICD-10 -το οποίο μεταφράστηκε στα σουηδικά το 1997. Το ICD-10 είναι το επισήμως χρησιμοποιούμενο διαγνωστικό εργαλείο στη σουηδική υγειονομική περίθαλψη και χωρίς την επίσημη διάγνωση του ICD-10 το άτομο δεν είναι επιλέξιμο για οικονομική αποζημίωση σε περίπτωση ασθενείας ή αναπηρίας. Στο σύστημα διάγνωσης του ICD-10 (κωδικός Z73.0) η επαγγελματική εξουθένωση τοποθετείται στην κατηγορία προβλημάτων που σχετίζονται με τη δυσκολία διαχείρισης της ζωής και περιγράφεται ως μια κατάσταση ζωτικής εξάντλησης (Maslach C and Jackson SE, 2015).

Αυτό, φυσικά, αφήνει στους επαγγελματίες του ιατρικού τομέα πολλά περιθώρια για διάφορες ερμηνείες και για το λόγο αυτό, το 2005 το Σουηδικό Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας πρόσθεσε στην εθνική εκδοχή του ICD-10 (κώδικας F43.8) τη διαταραχή της εξάντλησης (Friberg, T, 2006) με συμπτώματα όπως:

- σωματικά ή ψυχικά συμπτώματα εξάντλησης για τουλάχιστον δύο εβδομάδες,
- ουσιαστική έλλειψη ψυχικής ενέργειας,
- συμπτώματα όπως δυσκολίες συγκέντρωσης,
- μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης του στρες,
- ευερεθιστότητα ή συναισθηματική αστάθεια,
- διαταραχές του ύπνου,
- μυϊκός πόνος,
- ζάλη.

Αυτά τα συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται καθημερινά κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο εβδομάδων και πρέπει να προκαλούν μειωμένη εργασιακή ικανότητα. Τα συμπτώματα δεν πρέπει να σχετίζονται με άλλη ψυχιατρική διάγνωση, κατάχρηση ουσιών ή με κάποια άλλη ιατρική διάγνωση. Σε ένα παρόμοιο πλαίσιο, σύμφωνα με τους

Van der Klink et al (Van der Klink et al, 2003), το 2000 στις Κάτω Χώρες, εκδόθηκαν από την Royal Dutch Medical Association οι κατευθυντήριες γραμμές για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση διαταραχών που σχετίζονται με το άγχος στην επαγγελματική και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Schaufeli WB e al, 2008).

Μεταξύ τριών επιπέδων διαταραχών που σχετίζονται με το στρες, η διαγνωστική ταξινόμηση αυτών των κατευθυντήριων γραμμών διακρίνει (Schaufeli WB e al, 2008):

- Τη δυσφορία δηλαδή σχετικά ήπια συμπτώματα που οδηγούν σε μερική μόνο μείωση της εργασιακής λειτουργίας,
- Τη νευρική βλάβη δηλαδή σοβαρά συμπτώματα στρες και χρονική απώλεια εργασιακού ρόλου και,
- Την επαγγελματική εξουθένωση δηλαδή νευρασθένεια που σχετίζεται με την εργασία και μακροχρόνια απώλεια του εργασιακού ρόλου.

Σαφώς, η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως τελικό στάδιο. Οι κατευθυντήριες γραμμές συστήνουν τη χρήση των κλινικά επικυρωμένων υπο-σκαλών του MBI ως διαγνωστικό εργαλείο για την εκτίμηση των διαταραχών που σχετίζονται με τις διαταραχές του άγχους στην επαγγελματική και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Maslach C and Jackson SE, 2015).

Έτσι, ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης ποικίλλει ανάλογα με το πλαίσιο και τους σκοπούς εκείνων που χρησιμοποιούν τον όρο. Αν και ο τρισδιάστατος ορισμός που εμπεριέχεται στο MBI έχει επιτύχει σχεδόν καθολική αποδοχή στο ερευνητικό πεδίο, ορισμένοι εφαρμόζουν τον όρο όταν αναφέρονται σε μια απλή εξάντληση (Schaufeli WB e al, 2008).

Για τους ψυχολόγους η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια μορφή χρόνιας δυσφορίας που προκύπτει από ένα εξαιρετικά αγχωτικό και απογοητευτικό εργασιακό περιβάλλον, ενώ για τους ιατρούς είναι μια ιατρική κατάσταση (Schaufeli WB e al, 2008). Παρόλο που δεν είναι αναγκαστικά αντίθετοι, και οι δύο τύποι επαγγελματιών αναφέρονται σε ελαφρώς διαφορετικά πράγματα όταν εξετάζουν την επαγγελματική εξουθένωση. Έχει υποστηριχθεί ότι η δημοτικότητα του συνδρόμου στη Βόρεια Αμερική έγκειται στο γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια μη ιατρική, κοινωνικά αποδεκτή

ετικέτα που φέρει ένα ελάχιστο στίγμα από την άποψη της ψυχιατρικής διάγνωσης (Shirom, A, 1989).

Παραδόξως, το αντίθετο φαίνεται να ισχύει στην Ευρώπη, όπου η επαγγελματική εξουθένωση είναι πολύ δημοφιλής επειδή είναι μια επίσημη ιατρική διάγνωση που ανοίγει τις πύλες του κράτους πρόνοιας για αποζημιώσεις και προγράμματα θεραπείας (Schaufeli WB e al, 2008).

Σύμφωνα με τους προαναφεόμενους ερευνητές, λείπουν οι υψηλής ποιότητας μελέτες οι οποίες θα έπρεπε να επικεντρώνονται στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Υπάρχει επίσης ανάγκη για επιδημιολογικές και υγειονομικές μελέτες σχετικά με τον επιπολασμό, τη συχνότητα εμφάνισης και το κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι θεραπείες θα πρέπει να μελετώνται συστηματικά, έτσι ώστε τα αποτελέσματά τους να μπορούν να κριθούν με υψηλό επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων. Λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα έλλειψη γνώσης για το λεγόμενο burnout, ο όρος δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως ιατρική διάγνωση ή ως βάση για αποφάσεις σχετικά με την αναπηρία ή άλλα κοινωνικοοικονομικά θέματα (Schaufeli WB e al, 2008).

Ενώ η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται στην 5η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών [DSM-5] (APA 2013), έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί αιτιολόγηση για άδειες ασθενείας στις ευρωπαϊκές χώρες, όπως για παράδειγμα στη Σουηδία. Η αιτιολογία και η παθογένεια του συνδρόμου πρέπει να μελετηθεί με ιδιαίτερη προσοχή όσον αφορά τον πιθανό ρόλο των νευροβιολογικών παραγόντων (γενετικοί παράγοντες και βιολογικοί παράγοντες) (Maslach C and Jackson SE, 2015).

5.6 Επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη

Η κατάθλιψη ορίζεται κυρίως από την ανηδονία και τη δυσφορική διάθεση (APA 2013). Το χρόνιο, ανεπίλυτο στρες και η αδυναμία μιας αποτελεσματικής/ευχάριστης δράσης θεωρούνται εδώ και πολύ καιρό ως βασικοί παράγοντες της κατάθλιψης (Pizzagalli D.A., 2014). Υποδεικνύοντας τις προαναφερθείσες ανησυχίες που σχετίζονται με τη γένεση του οικοδομήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης, ένα αυξανόμενο σύνολο στοιχείων υποδηλώνει ότι το σύνδρομο αυτό επικαλύπτεται με κατάθλιψη (Bianchi R et

al, 2015). Έχει βρεθεί ότι τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με επαγγελματική εξουθένωση αναφέρουν όσα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν οι κλινικά καταθλιπτικοί ασθενείς (Bianchi R et al, 2015).

Σε μια μελέτη 5.575 συμμετεχόντων (Bianchi R et al, 2015), το 90% των ατόμων που χαρακτηρίστηκαν ως επαγγελματικά εξουθενωμένα πληρούσαν τα κριτήρια για μια προσωρινή διάγνωση της κατάθλιψης -όπως διαπιστώθηκε μετά από εφαρμογή του ερωτηματολογίου για την υγεία των ασθενών [PHQ-9] (Kroenke K. & Spitzer R.L. 2002).

Η πλειοψηφία των ατόμων που εντοπίστηκαν ως καταθλιπτικά ανέφεραν συμπτώματα της κατάθλιψης σύμφωνα με DSM-5 -αντιδραστική διάθεση, σημαντική αύξηση βάρους ή υπερφαγία, υπερυπνία, και ευαισθησία διαπροσωπικής απόρριψης που έχει ως αποτέλεσμα κοινωνική ή επαγγελματική δυσλειτουργία (APA, 2013). Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι σε προηγούμενες έρευνες βρέθηκε ότι η άτυπη κατάθλιψη και η επαγγελματική εξουθένωση συνδέονται με κόπωση και χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης ή αλλιώς hypocortisolism που συχνά διαγιγνώσκεται ως η νόσος του Addison (Friberg T. 2009). Επιπλέον, σε μια πρόσφατη μελέτη (Bianchi R, and Laurent E, 2015), η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη βρέθηκαν να προβλέπουν παρόμοιες αλλαγές εστίασης και συμπεριφοράς. Αυτές οι αλλαγές αποτελούνταν από την αυξημένη εστίαση σε δυσφορικά ερεθίσματα και τη μειωμένη εστίαση σε θετικά ερεθίσματα. Η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη ήταν εναλλάξιμα στην ικανότητά τους να προβλέψουν αυτές τις αλλαγές (Bianchi R, and Laurent E, 2015).

Τέλος, σε διαχρονικές μελέτες που υιοθετούν προσεγγίσεις με επίκεντρο τον άνθρωπο (Ahola K, et al., 2014), έχουν εντοπιστεί συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης που συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους και, επιπλέον, αυξάνονται ή μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Ακόμη, όπως εικάζεται από τους Bianchi et al, στην έρευνά τους (Bianchi R et al, 2015), από ιστορική άποψη, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να αντικατοπτρίζει ένα μοίρασμα ανάμεσα στην (κοινωνική) ψυχολογία και την ψυχιατρική, αντί να θεωρείται ως ένα ξεχωριστό παθολογικό φαινόμενο.

5.7 Επιδράσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ως μεσολαβητές στη σχέση μεταξύ συμπτωμάτων άγχους και εργασιακού στρες

Στην επαγγελματική εξουθένωση, το μεγαλύτερο ποσοστό των επιπέδων άγχους πηγάζει από την κοινωνική σχέση και αλληλεπίδραση του πάροχου βοήθειας και του αποδέκτη της. Η εικόνα ενός καταπονημένου ασθενή που υποφέρει από άλγος και πόνο έχει ως απόρροια την δημιουργία αρνητικών αισθημάτων στους νοσηλευτές όπως αυτό του φόβου, του άγχους, της ενοχής, του θυμού, καθώς και του αισθήματος της ανεπάρκειας σε περίπτωση που δεν καταφέρουν να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα αλλά και την δημιουργία αισθημάτων πληρότητας, ικανοποίησης και χαράς όταν τελικά καταφέρνουν να βοηθήσουν και να ανακουφίσουν τον ασθενή (Beck, C.T. & Gable, R.K., 2012).

Έντονη έμφαση δίνεται από την πλευρά των επαγγελμάτων υγείας προς την δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή (secondary post-traumatic stress disorder)

αλλά και στο σύνδρομο εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή (compassion fatigue syndrome) (Beck, C.T. & Gable, R.K., 2012). Εν αντιθέσει με την επαγγελματική εξουθένωση, τα δύο προαναφερθέντα σύνδρομα αφορούν τους επαγγελματίες που ασχολούνται με άλλους ανθρώπους, που αντιμετωπίζουν κρίσιμα σωματικά και ψυχικά προβλήματα (Beck, C.T. & Gable, R.K., 2012).

Η χρήση των δύο όρων, δηλαδή της δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και του συνδρόμου εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, συχνά είναι ταυτόσημη, παρά το γεγονός ότι η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή σχετίζεται με την επαφή και την παροχή βοήθειας και φροντίδας σε άτομα τα οποία βίωσαν κάποια τραυματική εμπειρία (Coetzee, S.K., Klopper, H.C., 2010).

Η εξάντληση από την συναισθηματική εμπλοκή ενέχει τα εξής συμπτώματα (Coetzee, S.K., Klopper, H.C., 2010):

- Σκέψεις ή/και εικόνες από την φροντίδα ασθενών που έχουν βιωθεί έντονα και επίπονα

- Ύπαρξη αισθημάτων όπως φόβος, τρόμος καθώς και αποστροφή ή αποφυγή βοήθειας ή ενασχόλησης με συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών
- Πρόβλημα στην οριοθέτηση μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής πραγματικότητας
- Δημιουργία αντικοινωνικής συμπεριφοράς και απομόνωση από το προσωπικό ή το επαγγελματικό περιβάλλον
- Νευρικότητα, συσσώρευση και ξέσπασματα θυμού και οργής
- Άγχος, νευρικότητα των κινήσεων, έντονη επαγρύπνηση
- Μειωμένη προσοχή, συγκέντρωση, μνήμη, δυσκολία στην επεξεργασία και στην σκέψη
- Απόσταση ή και εγγύτητα στη σχέση τους με τον θεραπευόμενο.

Ο όρος «συναισθηματική μόλυνση» (emotional contagion) χρησιμοποιείται για να περιγράψει την συναισθηματική κατάσταση σύμφωνα με την οποία το υποκείμενο παρατηρώντας κάποιο άλλο, βιώνει συναισθήματα όμοια με τις πραγματικές αντιδράσεις του υποκειμένου που παρατηρεί. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα γενικά νοσοκομεία βρίσκεται πολύ συχνά και κοντά σε άτομα που αισθάνονται έντονο πόνο είτε ψυχικό είτε σωματικό λόγω κάποιου τραυματισμού ή απώλειας (Beck, C.T. & Gable, R.K., 2012).

Οι νοσηλευτές που δραστηριοποιούνται στον χώρο των εξαρτήσεων καλούνται να προσεγγίσουν ανθρώπους οι οποίοι τις περισσότερες φορές έχουν βιώσει τον ψυχικό τραυματισμό στην παιδική ηλικία, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, ακραίες καταστάσεις βαναυσότητας και σύγκρουσης, θάνατο και νοσηρότητα, μακροχρόνιες ασθένειες, αποχωρισμούς, απώλειες, μετανάστευση κτλ. (Mills, K.L, 2009).

Απειλητικό παράγοντα αποτελεί η επαφή των επαγγελματιών υγείας με το ψυχικό φορτίο όλων των παραπάνω τραυματικών γεγονότων και εμπειριών των ασθενών τους. Είναι αδύνατο να μένουν ανεπηρέαστοι όταν βοηθούν ένα άτομο που υποφέρει και να μην ταυτιστούν μαζί του ούτε μια στιγμή. Επομένως η προσπάθεια αποστασιοποίησης,

αποφυγής και ενασχόλησης με πρακτικά ζητήματα αποτελεί μια λύση για να αποφύγουν το αρνητικό συναισθηματικό φορτίο που προσλαμβάνουν κατά την αλληλεπίδραση με τον ασθενή (Mills, K.L, 2009).

Επί της ουσίας η ενδότερη αιτία της αδυναμίας αποδοχής των αρνητικών συναισθημάτων τους, είναι η δυσκολία παραδοχής της ευαλλωτότητας τους και της δυσκολίας να προσφέρουν κάτι περισσότερο από την σιωπηλή παρουσία τους.

Η σιωπή άλλωστε είναι ένα στοιχείο που υποδηλώνει συμπόνια, συμμετοχή και συμπαράσταση στον πόνο και στο βίωμα του πάσχοντα όταν αυτή δεν προέρχεται από αμηχανία ή αδιαφορία (Beck, C.T. & Gable, R.K., 2012).

Αρκετές μελέτες με επίκεντρο το εργασιακό στρες των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη έχουν προβλέψει την υψηλή συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής τους, καθώς και τις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχουν. Το σύνδρομο burnout μεσολαβεί στην επίδραση του εργασιακού άγχους στα συμπτώματα άγχους. Για να μειωθεί αποτελεσματικά ο αντίκτυπος του εργασιακού άγχους στα συμπτώματα του άγχους, πρέπει να εξεταστεί η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Leiter, M. P., & Maslach, C., 2005).

Μια σχετικά πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης άγχους (πχ. επειδή φοβούνται μην κάνουν λάθη στην εργασία) που αποτελεί μια από τις συνηθέστερες ψυχιατρικές περιπτώσεις που συναντώνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Patel V, et al., 2011). Το άγχος «είναι μια ψυχολογική και σωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από γνωστικά, σωματικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά συστατικά» (Ahmed I. et al., 2009).

Το άγχος περιγράφεται επίσης ως αίσθημα φόβου που σχετίζεται με κάποιο αβέβαιο ή μελλοντικό γεγονός ή ψυχική δυσφορία που προκαλείται από την απειλή προς ένα άτομο ή τις αξίες του (Begat I et al 2005). Μια πρόσφατη μελέτη ανέφερε ότι το άγχος σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, τα προβλήματα ύπνου και τους παράγοντες του τρόπου ζωής (Sun W et al 2012). Όλο και περισσότερο, τα δεδομένα ερευνών έδειξαν τις δυσμενείς επιπτώσεις του άγχους όπως:

- βλάπτει την ποιότητα ζωής των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης,
- προκαλεί αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα τους (Bargellini A et al 2000),
- επηρεάζει την ασφάλεια των ασθενών τους και την απόδοση στην εργασία τους, γεγονός που αντανακλάται τόσο στον κίνδυνο σφαλμάτων όσο και στις αλληλεπιδράσεις τους με ασθενείς και συναδέλφους (Ruitenburg MM et al 2012).

Το άγχος των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αναμφισβήτητα έχει βαθιές κοινωνικές επιπτώσεις (DiGiacomo M. & Adamson B. 2001). Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχιατρικοί και μη ψυχιατρικοί ασθενείς με χρόνιο άγχος μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου (DiGiacomo M. & Adamson B. 2001). Προκειμένου να προαχθεί η υγεία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και να εξασφαλιστεί ότι παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες φροντίδας, θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στη μείωση του άγχους των εργαζομένων του τομέα αυτού, όπου οι απαιτήσεις της εργασίας, η προσπάθεια και η υπερβολική δέσμευση συνδέονταν με υψηλότερα επίπεδα άγχους (Mark G. & Smith AP 2012). Μια άλλη μελέτη αναφέρει ότι η οικογενειακή ικανοποίηση διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ εργασιακού στρες και άγχους (Peplińska A et al 2013).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, το εργασιακό στρες έχει όχι μόνο άμεσο αντίκτυπο, αλλά και έμμεση επίδραση στα συμπτώματα άγχους. Συγκεκριμένα, η επίδραση του εργασιακού στρες στη σωματική και ψυχική υγεία έχει προσελκύσει την προσοχή της ερευνητικής κοινότητας (Shirazi A, et al, 2011). Το εργασιακό στρες ή το στρες που σχετίζεται με την εργασία αποτελεί αναμφισβήτητα ένα σημαντικό λόγο ανησυχίας για την ψυχική υγεία παγκοσμίως (Nakao M 2010). Ωστόσο, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, των νοσηλευτών και γενικά των θεραπευτών, μπορεί να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες εξαιτίας του μεγάλου φόρτου εργασίας, του εκτεταμένου ωραρίου εργασίας και της πίεσης που συνδέεται με το χρόνο (Anil Kakunje, 2011).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια πολύ γνωστή ψυχολογική αντίδραση στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (Nordang K et al, 2010). Επιπλέον, μελέτες έδειξαν

ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται σταθερά με τα συμπτώματα άγχους (Peterson U et al, 2008). Η προσοχή θα πρέπει να επικεντρώνεται στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης με σκοπό τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους (Sun W et al, 2012). Το αποτέλεσμα της συνεχιζόμενης έκθεσης σε επίπονη με υψηλές απαιτήσεις εργασία, με απόρροια την σταδιακή αδυναμία εκπλήρωσης των καθηκόντων, έχει χαρακτηριστεί ως burnout (Bargellini A et al, 2000). Η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση (αίσθημα συναισθηματικής υπερφόρτωσης λόγω εργασίας), κυνισμό (ενεργή αποσύνδεση του υποκειμένου από τη εργασία του) και αναποτελεσματικότητα (μειωμένη προσωπική επίδοση) (Maslach C. & Leiter M.P., 2008).

Το burnout είναι μια παρατεταμένη απάντηση σε χρόνιο στρες που σχετίζεται με την εργασία και ως εκ τούτου, έχει ιδιαίτερη σημασία στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, όπου το προσωπικό αντιμετωπίζει τόσο συναισθηματικές όσο και σωματικές πιέσεις (Piko BF, 2006). Τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται συνήθως με τις ακόλουθες μεταβλητές: χαμηλό μισθό, τομέας απασχόλησης, ηλικιακή ομάδα, αίσθηση επαγγελματικής ανεπάρκειας και αισθήματα προσωπικής δυσαρέσκειας (Pavlakis A, Raftopoulos V & Theodorou M, 2010).

Μέσω ερευνών έχει ελεγχθεί η επίδραση του εργασιακού στρες στα συμπτώματα του άγχους, αλλά λίγες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στον πιθανό μηχανισμό που αποτελεί τη βάση της σχέσης μεταξύ του επαγγελματικού στρες και των συμπτωμάτων άγχους (Yanwei Ding et al, 2014). Για την εξερεύνηση αυτού του μηχανισμού είναι σημαντικό να κατανοήσουμε το ρόλο της εξουθένωσης στα πλαίσια αυτής της σχέσης (Yanwei Ding et al, 2014).

Ωστόσο, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί απόρροια της σχέσης ανάμεσα στο εργασιακό στρες και τα συμπτώματα άγχους στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Yanwei Ding et al, 2014).

6. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Η ευημερία των εργαζομένων αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο αυτοί αντιλαμβάνονται ότι έχουν μια ποιοτική ζωη. Η έννοια αυτή ενσωματώνει την καλή σωματική και ψυχική υγεία, αλλά και την ανθεκτικότητα τους (Matua Raki 2017).

Η ευεξία των εργαζομένων αποτελεί ένα κύριο θέμα με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι πολλοί οργανισμοί. Σημαντικό οικονομικό και ανθρώπινο κόστος αντιμετωπίζουν τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι οργανώσεις. Οι αλλαγές στο παγκόσμιο οικονομικό επίπεδο μετασχηματίζουν τη φύση της εργασίας από τις φυσικές εργασίες σε ψυχικές και συναισθηματικές προσπάθειες (Ruotsalainen, Serra & Marine, 2008).

Σύμφωνα με τον Swarbrick M. και τους συνεργάτες του, οι εργαζόμενοι είναι πιθανό να έχουν μειωμένες απουσίες από την εργασία και να είναι πιο αποτελεσματικοί εφόσον η θεραπευτική μονάδα στην οποία ανήκουν δίνει έμφαση στην ευεξία τους (Swarbrick M. et al, 2011). Από την άλλη πλευρά, πρέπει να αναφέρουμε ότι ένα υγιές εργατικό δυναμικό αποτελεί μοντέλο υγείας και για τους ασθενείς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αυτές (Landrum, Knight, & Flynn, 2012). Τα ίδια συμπεράσματα παρουσιάζουν οι Skinner & Roche (Skinner & Roche, 2005), οι οποίοι υπογραμμίζουν ότι οι θεραπευτές των δομών απεξάρτησης αποτελούν ένα μεγάλο πόρο για τον τομέα της υγείας και η εξασφάλιση της υγείας και της ευημερίας τους είναι ζωτικής σημασίας για την ποιότητα των υπηρεσιών τους.

Η ευεξία θεωρείται ότι έχει οκτώ διαστάσεις και συγκεκριμένα: Σωματική, Πνευματική, Κοινωνική, Ψυχική, Συναισθηματική, Περιβαλλοντική, Επαγγελματική, Οικονομική (Swarbrick M. et al, 2011).

Όπως οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες απεξάρτησης και ψυχιατρικής αποκατάστασης, το ίδιο και οι θεραπευτές που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν ανισορροπίες ή έλλειψη ικανοποίησης σε ότι αφορά τις προαναφερόμενες διαστάσεις της ευεξίας: υψηλό επίπεδο στρες, διαταραχές ύπνου, κάπνισμα, αυξημένο βάρος κα. (Swarbrick M. et al, 2011).

Η εργασία στον τομέα της εξάρτησης μπορεί να είναι πολύ ικανοποιητική. Οι πηγές ικανοποίησης από την εργασία και ανταμοιβή για τους εργαζόμενους περιλαμβάνουν:

- Η ευκαιρία να βοηθήσει και να εργαστεί άμεσα με τους ανθρώπους
- Η πίστη στην αξία του έργου τους όσον αφορά τη συμβολή στην κοινωνία
- Η ευκαιρία ανάπτυξης σε προσωπικό επίπεδο (Gallon, Gabriel, & Knudsen, 2003).

Ενώ η φύση της εργασίας τους έχει ένα σημαντικό νόημα για τους θεραπευτές, συχνά είναι αγχωτική, οδηγώντας σε συναισθηματική εξουθένωση (επαγγελματικές και συναισθηματικές διαστάσεις). Πολλές θέσεις στον τομέα αυτό δεν παρουσιάζουν ευκαιρίες για πρόοδο στην ιεραρχία και η αμοιβή είναι χαμηλή (επαγγελματική και οικονομική διάσταση). Παράλληλα επειδή οι υπηρεσίες αυτές συνήθως είναι ανεπαρκώς χρηματοδοτούμενες, η δομή μπορεί να βρίσκεται σε μια υποβαθμισμένη περιοχή (περιβαλλοντική διάσταση) (Swarbrick M. et al, 2011).

Πολλοί θεραπευτές που εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων αλλά και της ψυχιατρικής αποκατάστασης των ασθενών-χρηστών, αντιμετωπίζουν ένα ή περισσότερα από τα θέματα που οι επιδημιολόγοι έχουν διαπιστώσει ότι συμβάλλουν στην προβληματική υγεία (Söderfeldt M et al, 2000). Το κάπνισμα, ο καθιστικός τρόπος ζωής, η ανθυγιεινή διατροφή, η κατάχρηση και/ή η εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες ουσίες αποτελούν μείζονα στοιχεία καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου, διαβήτη τύπου 2 και άλλων χρόνιων παθήσεων που επηρεάζουν εξίσου τους θεραπευτές όσο και τα άτομα που εξυπηρετούνται από αυτούς. Το 40% των πρόωρων θανάτων μπορεί να αποδοθεί στους παράγοντες συμπεριφοράς που μπορούν να προληφθούν, και ως εκ τούτου, η μοναδική ευκαιρία για τη βελτίωση της υγείας και τη μείωση των πρόωρων θανάτων έγκειται στην προσωπική συμπεριφορά (Schroeder S., 2007).

Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες υπό τις οποίες ζουν οι άνθρωποι. Ορισμένες συνθήκες είναι αποτέλεσμα κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών δυνάμεων (Wilkinson, R., and Marmot, M, 2003). Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία έχουν αναγνωριστεί από

τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και περιλαμβάνουν: το εισόδημα και το κοινωνικό καθεστώς, τα δίκτυα κοινωνικής στήριξης, την εκπαίδευση και την παιδεία (ειδικά την υγειονομική παιδεία), τις συνθήκες εργασίας, το κοινωνικό περιβάλλον και το φυσικό περιβάλλον, την ανατροφή παιδιών, γενετικούς παράγοντες, τη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, το φύλο και τον πολιτισμό (Wilkinson, R., and Marmot, M, 2003).

Η ευεξία δεν είναι κάτι που απλά έχουμε ή δεν έχουμε. «Η ευεξία είναι μια συνειδητή, σκόπιμη διαδικασία που απαιτεί από ένα άτομο να συνειδητοποιήσει και να κάνει επιλογές για έναν πιο ικανοποιητικό τρόπο ζωής» (Swarbrick, M., 2009).

Η προαγωγή της ευεξίας του προσωπικού των μονάδων απεξάρτησης και ειδικά του θεραπευτικού προσωπικού, απαιτεί αυξημένη συνειδητοποίηση και υποστήριξη των υγιεινών επιλογών: «μια αυτοπροσδιορισμένη ισορροπία των υγειονομικών συνηθειών όπως επαρκής ύπνος και ανάπαυση, άσκηση, συμμετοχή σε μια σημαντική δραστηριότητα, διατροφή, κοινωνική επαφή και υποστηρικτικές σχέσεις» (Swarbrick, M., 2009)

Το 2011, οι Swarbrick M. et al υπογραμμίζουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα των φορέων απεξάρτησης έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει την ευεξία του προσωπικού προς το καλύτερο ή χειρότερο. Οι πολιτικές που επικεντρώνονται στους ανθρώπινους πόρους των δομών, τα πακέτα παροχών και οι διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης για το προσωπικό πρέπει να παρέχουν τις γνώσεις και την πρακτική βοήθεια που χρειάζεται το προσωπικό να θέσει και να επιτύχει τους προσωπικούς στόχους ευεξίας. Τα κίνητρα και οι ανταμοιβές μπορεί να περιλαμβάνουν στοιχεία σχετικά με τη φυσική κατάσταση υγείας, όπως, πχ ένα βηματόμετρο (Swarbrick M. et al, 2011).

Οποιοσδήποτε φορέας ή επιχείρηση (δημόσια ή ιδιωτική) πρέπει να επενδύει στην ευεξία του προσωπικού της, καθώς και να εξετάζει την απόδοση της επένδυσης αυτής. Η συγκεκριμένη διαδικασία απαιτεί την τεκμηρίωση τόσο του κόστους, όσο και των θετικών αποτελεσμάτων της προαγωγή της ευεξίας του προσωπικού και οποιαδήποτε τεκμηριωμένα κέρδη, πχ μέσω της μείωσης των απουσιών από την εργασία (αναφορικά με τις αναρρωτικές άδειες), θα μπορούσαν να διοχετευθούν ως συμπληρωματικές ενισχύσεις για το προσωπικό (Swarbrick M. et al, 2011).

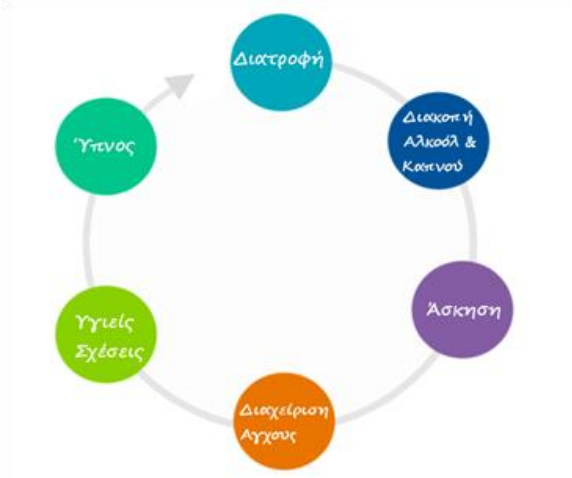
Σύμφωνα με τις έρευνες της Matua Raki, (Matua Raki 2017), προτείνονται μια σειρά παρεμβάσεων με στόχο την ενίσχυση της ευημερίας, παρόλο που η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει ερευνηθεί και αξιολογηθεί εκτενώς. Παραδείγματα παρεμβάσεων σχετικά με την ευρεία ενίσχυση της υγείας είναι τα εξής: προγράμματα ευεξίας στο χώρο εργασίας, αποτελεσματική εποπτεία, αξιολόγηση της απόδοσης, ενίσχυση της οργανωτικής διαχείρισης, αποτελεσματική ηγεσία, ενίσχυση της ανθεκτικότητας των εργαζομένων. Η εκπαίδευση και η κατάρτιση θα αποτελέσουν βασική συνιστώσα κάθε παρέμβασης που στοχεύει την προαγωγή της ευεξίας του προσωπικού των δομών απεξάρτησης (Swarbrick M. et al, 2011). Η άμεση εκπαίδευση μπορεί να είναι χρήσιμη, αλλά πρέπει να εξεταστεί και η έμμεση εκπαίδευση (Swarbrick M. et al, 2011). Οποιαδήποτε εκπαίδευση ή κατάρτιση με στόχο την ανάπτυξη της ικανότητας του προσωπικού αναφορικά με την ευεξία θα πρέπει να τονίζει τη σημασία της μοντελοποίησης ρόλων, δηλαδή οι εργαζόμενοι που κατανοούν πλήρως την αξία της ευεξίας στον εργασιακό χώρο, μπορούν να εμπνεύσουν, αλλά και να βοηθήσουν τους συναδέλφους τους να μάθουν να χρησιμοποιούν τους δικούς τους στόχους ευεξίας (Swarbrick M. et al, 2011).

Το 2005, Skinner και Roche (Skinner and Roche 2005) ανέπτυξαν ένα διαγραμματικό σχήμα παραγόντων που επηρεάζουν τις βασικές παραμέτρους ευεξίας των θεραπευτών που εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων, τονίζοντας πτυχές σε ατομικό, οργανωτικό και συστημικό επίπεδο. Παρόλο που αφορά ειδικά το άγχος και το burnout, μπορεί να εφαρμοστεί ευρύτερα.

Σχήμα 7 - Η ευημερία του θεραπευτικού προσωπικού της αντιμετώπισης του εθισμού.

Πηγή: The wellbeing of the addiction workforce: A brief literature review, Matua Raki 2017

Στην παρακάτω εικόνα παραθέτουμε την διαδρομή που πρέπει να ακολουθήσουν οι θεραπευτές των μονάδων απεξάρτησης έτσι ώστε να επιτυγχάνουν τους στόχους της υγείας τους.



Σχήμα 8 – Η διαδρομή προς την ευημερία για τον γενικό πληθυσμό

Πηγή: 2η Επιστημονική Συνάντηση: Health & Wellness Coaching, Better Health – Better U. – Athens Coaching Institute

Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1.1 Είδος της μελέτης

Η παρούσα μελέτη ανήκει στην ομάδα των περιγραφικών μελετών και συγκεκριμένα των συγχρονικών cross-sectional. Η εκτίμηση της έκθεσης και την έκβασης έγινε την ίδια χρονική στιγμή στον πληθυσμό της έρευνας, δηλαδή στο θεραπευτικό προσωπικό των φορέων αντιμετώπισης εξαρτήσεων.

1.2 Σκοπός της μελέτης

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι οι επαγγελματίες υγείας στον τομέα της απεξάρτησης βιώνουν έντονα την επαγγελματική εξουθένωση και το άγχος λόγω του πολυμορφικού αντικειμένου του εθισμού, το οποίο καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ύπαρξης και του βαθμού έντασης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης του θεραπευτικού προσωπικού των δομών απεξάρτησης -σε προγράμματα στεγνού τύπου και σε προγράμματα υποκατάστασης- ανάλογα με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και με το είδος του προγράμματος απεξάρτησης στο οποίο εργάζονται.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η διερεύνηση των επιπέδων άγχους στο θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων απεξάρτησης, στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα και πρόγραμμα υποκατάστασης.
- Η διερεύνηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης στο θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων απεξάρτησης, στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα και πρόγραμμα υποκατάστασης.
- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του άγχους και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των θεραπευτών, ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης.

- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των θεραπευτών, ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης.

- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του άγχους και των επαγγελματικών χαρακτηριστικών των θεραπευτών, προϋπηρεσία, θέση εργασίας, ωράριο εργασίας, αριθμός ασθενών, είδος σύμβασης.

- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των επαγγελματικών χαρακτηριστικών των θεραπευτών, προϋπηρεσία, θέση εργασίας, ωράριο εργασίας, αριθμός ασθενών, είδος σύμβασης.

- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του άγχους και του είδους προγράμματος απεξάρτησης.

- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του είδους προγράμματος απεξάρτησης.

- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

1.3 Χρησιμότητα και αναγκαιότητα της μελέτης

Το άγχος και έπειτα το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν τις κύριες συνέπειες μιας επαγγελματικής δραστηριότητας που διεξάγεται σε συνθήκες σταθερής ψυχικής έντασης. Δεν μπορεί να αμφισβητήσει κανείς τα επιστημονικά στοιχεία που δείχνουν ότι το άγχος και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζουν το 12% των ευρωπαίων εργαζομένων.

Το άγχος είναι μια από τις πιο διαδεδομένες ψυχιατρικές διαταραχές (Kessler RC et al, 2005) και μία από τις πιο δαπανηρές (Kessler RC, Greenberg PE, 2002). Οι διαταραχές άγχους αυξάνουν, επίσης, τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (CVD) τρεις έως τέσσερις φορές, ανάλογα με το φύλο, τη χρήση ουσιών και την κατάθλιψη (Harter MC, 2003), ενώ ο κίνδυνος θνησιμότητας αυξάνεται δύο φορές (Roest AM, 2010).

Ως εκ τούτου είναι ζωτικής σημασίας να προσδιοριστεί η εμφάνιση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης ως στοιχεία που επηρεάζουν το προσωπικό στους οργανισμούς δημόσιας υγείας, όπως είναι και οι μονάδες απεξάρτησης στις οποίες διεξήγαμε την έρευνα. Έτσι υπάρχει η δυνατότητα να ληφθούν προληπτικά μέτρα τα οποία να εξασφαλίζουν την έγκαιρη παρέμβαση προκειμένου να βελτιωθεί η απόδοση και να μειωθεί το τεράστιο κόστος που προκύπτει εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης και του άγχους.

Ένα ισχυρό επιχείρημα είναι και οι εκτιμήσεις του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία οι οποίες δείχνουν ότι μεταξύ 50% και 60% των αναρρωτικών αδειών που χορηγούνται στην Ε.Ε. έχουν ως κύρια αιτία το άγχος και την εξουθένωση, προκαλώντας δαπάνες πάνω από 20 δισεκατομμύρια ευρώ. (European Commission, 2011)

1.4 Ερευνητικά ερωτήματα

Είναι ευρέως γνωστό ότι σημαίνοντα ρόλο κατέχει η ψυχοσωματική ευεξία των μελών της θεραπευτικής ομάδας σε φορείς απεξάρτησης καθώς αυτός ο παράγοντας καθορίζει την αποδοτικότητά της και έχει σημαντικό αντίκτυπο στο αποτέλεσμα της θεραπείας. Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία κλήθηκε η παρούσα μελέτη να απαντήσει είναι τα εξής:

- Ποιο είναι το επίπεδο άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης στο θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων απεξάρτησης, στεγνό πρόγραμμα και πρόγραμμα υποκατάστασης;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του άγχους και των δημογραφικών στοιχείων του θεραπευτικού προσωπικού των δομών απεξάρτησης (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και εκπαίδευση) ;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του άγχους και των επαγγελματικών χαρακτηριστικών του θεραπευτικού προσωπικού των δομών απεξάρτησης (είδος προγράμματος, προϋπηρεσία, θέση απασχόλησης, ωράριο, αριθμός ασθενών και είδος σύμβασης) ;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των δημογραφικών στοιχείων του θεραπευτικού προσωπικού των δομών απεξάρτησης (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και εκπαίδευση) ;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των επαγγελματικών χαρακτηριστικών του θεραπευτικού προσωπικού των δομών απεξάρτησης (είδος προγράμματος, προϋπηρεσία, θέση απασχόλησης, ωράριο, αριθμός ασθενών και είδος σύμβασης) ;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης που παρουσίασε το θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης.

1.5 Πρωτοτυπία της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα, εξ' όσων γνωρίζουμε, αποτελεί μια από τις πρώτες προσεγγίσεις του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης του θεραπευτικού προσωπικού που εργάζεται στους δύο μεγάλους δημόσιους φορείς απεξάρτησης, καθώς ελάχιστες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα στον τομέα αυτό.

Επίσης, η παρούσα έρευνα είναι η πρώτη που προσεγγίζει το βαθμό έντασης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης του θεραπευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές απεξάρτησης, ανάλογα με το είδος του θεραπευτικού προγράμματος, στεγνό πρόγραμμα ή πρόγραμμα χορήγησης υποκατάστατων.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας απετέλεσε το θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων στεγνού θεραπευτικού προγράμματος και των μονάδων προγραμμάτων υποκατάστασης των δύο κύριων δημόσιων φορέων που δραστηριοποιούνται στον τομέα της απεξάρτησης στην Αττική.

Συγκεκριμένα το δείγμα συλλέχθηκε από Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης του ΟΚΑΝΑ που βρίσκονται εντός της Αττικής, από το Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Αθηνά του ΟΚΑΝΑ και του Αιγινητείου Νοσοκομείου, καθώς και από τα Προγράμματα του ΚΕΘΕΑ που λειτουργούν εντός της Αττικής.

2.2 Κριτήρια επιλογής του δείγματος

Στην μελέτη χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της μη τυχαίας δειγματοληψίας. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα: οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι ψυχίατροι, παθολόγοι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιο-θεραπευτές και ειδικοί θεραπευτές -μόνιμοι ή συμβασιούχοι- που εργάζονται σε στεγνά θεραπευτικά προγράμματα και σε προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ.

2.3 Κριτήρια αποκλεισμού

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα εξής: το διοικητικό προσωπικό των προαναφερόμενων μονάδων, οι εργαζόμενοι σε μονάδες επανένταξης διότι ασχολούνται με διαφορετικό πληθυσμό, οι εργαζόμενοι σε εξειδικευμένα κέντρα κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης διότι παρέχουν άλλου είδους υπηρεσίες.

2.4 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη σε δεκαεπτά (17) Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης του ΟΚΑΝΑ, στο στεγνό πρόγραμμα «Αθηνά» του ΟΚΑΝΑ και του Αιγινητείου Νοσοκομείου, καθώς και σε δεκαέξι (16) δομές του ΚΕΘΕΑ. Όλες οι προαναφερόμενες δομές απεξάρτησης ήταν τοποθετημένες εντός της Αττικής.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν αυτοπροσώπως από την ίδια την ερευνήτρια σε όλες τις δομές απεξάρτησης και συγκεκριμένα στους υπεύθυνους των δομών οι οποίοι αναλάμβαναν να τα διανείμουν στους θεραπευτές. Κατόπιν της συμπλήρωσης οι θεραπευτές παρέδιδαν τα ερωτηματολόγια μέσα σε σφραγισμένο φάκελο στους υπεύθυνους, οι οποίοι με την σειρά τους τα παρέδιδαν στην ερευνήτρια.

Η χρονική περίοδος συλλογής των δεδομένων διήρκησε δύο (2) μήνες και είκοσι επτά (27) ημέρες, δηλαδή άρχισε από τις 30/07/2018 και έληξε στις 25/10/2018.

2.5 Μέγεθος του δείγματος

Για τον καθορισμό του μεγέθους του δείγματος λάβαμε υπόψη τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Ψυχολογικών Συλλόγων (EFPA, 2006) σχετικά με το μέγεθος των δειγμάτων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των ψυχολογικών τεστ ως επαγγελματικά εργαλεία.

Σύμφωνα με τις συστάσεις αυτές, για να θεωρηθεί κατάλληλο ένα δείγμα για τη συγκεκριμένη έρευνα πρέπει να περιλαμβάνει 150-300 υποκείμενα. Κατά συνέπεια, το δείγμα της έρευνας μπορεί να θεωρηθεί κατάλληλο ως προς το μέγεθος, καθώς αποτελείται από 159 θεραπευτές των προαναφερόμενων ειδικοτήτων. Το τελικό μέγεθος του δείγματος συνίσταται από 159 θεραπευτές εκ των οποίων οι 109 εργάζονται σε προγράμματα υποκατάστασης και οι υπόλοιποι 50 εργάζονται σε στεγνά θεραπευτικά προγράμματα.

2.6 Θέματα ηθικής της μελέτης

Πριν την έναρξη της συλλογής στοιχείων, στάλθηκε αίτηση διεξαγωγής έρευνας στο Τμήμα Εκπαίδευσης και Εποπτείας του ΟΚΑΝΑ και στον Τομέα Έρευνας του ΚΕΘΕΑ, έτσι ώστε να δοθεί η έγκριση διεξαγωγής έρευνας. Κάθε ερωτηματολόγιο που δόθηκε στο θεραπευτικό προσωπικό συνοδευόταν από το «Έντυπο Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης του Συμμετέχοντα» όπου αναφέρεται το θέμα και ο σκοπός της έρευνας, ο όρος της εμπιστευτικότητας, η συγκατάθεση και η πλήρη ανωνυμία των συμμετεχόντων. Επιπλέον τονίζεται ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική, δεν δίνεται καμία χρηματική ανταμοιβή στους συμμετέχοντες για να λάβουν μέρος και οποιαδήποτε στιγμή της

διαδικασίας μπορούν να αποδεσμευτούν μην λαμβάνοντας μέρος στην έρευνα. Σαν συγκατάθεση θεωρείται η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και παράδοσης τους μέσα σε σφραγισμένο φάκελο στον υπεύθυνο της μονάδας.

2.7 Τα εργαλεία της μελέτης

Χρησιμοποιήθηκαν τρία (3) ερωτηματολόγια για την συλλογή στοιχείων από τον πληθυσμό της έρευνας. Συγκεκριμένα δόθηκαν στους θεραπευτές:

1) Ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων που περιελάμβανε κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση, καθώς και κάποια επαγγελματικά χαρακτηριστικά όπως είναι η προϋπηρεσία, η θέση απασχόλησης, το ωράριο εργασίας, τον αριθμό ασθενών που εξυπηρετήθηκαν από τους ίδιους ημερησίως και το είδος της σύμβασης εργασίας.

2) Η κλίμακα μέτρησης του άγχους Zung SAS (Self Rating Anxiety Scale) σταθμισμένη και μεταφρασμένη στην ελληνική γλώσσα. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις και χρειάζονται 7-8 λεπτά για τη συμπλήρωσή της. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με κλίμακα 4 σημείων τύπου Likert, βασιζόμενη 1 σπάνια ή καθόλου, 2 που και που, 3 συχνά και 4 σχεδόν πάντα. Η συνολική βαθμολογία κάτω από 50 θεωρείται μη ψυχοπαθολογικά σημαντική, ενώ η βαθμολογία πάνω από το 50 υποδηλώνει παρουσία άγχους. Συγκεκριμένα, η βαθμολογία 20-44 θεωρείται φυσιολογική κατάσταση, 45-59 ήπια έως μέτρια όσον αφορά το επίπεδο άγχους, 60-74 θεωρείται ως σοβαρή κατάσταση και πάνω από 75 θεωρείται ακραίο επίπεδο άγχους. Η στάθμιση της ελληνικής εκδοχής της Κλίμακας Αυτοαξιολόγησης Άγχους SAS του Zung πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο έρευνας η οποία διεξάχθηκε από τους Μ. Σαμακούρης, Γ. Μπούχος, Μ. Καδόγλου, Α. Γιαντσελίδου, Κ. Τσολάκης, Μ. Λειβαδίτης (Ψυχιατρική 2012).

3) Το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach MBI (Maslach Burnout Inventory) των Maslach et al., σταθμισμένο και μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα, το οποίο μετρά την επαγγελματική εξουθένωση. Θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο και χρησιμοποιείται για πολλά χρόνια σε διάφορους χώρους εργασίας. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις οι οποίες μετρούν τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, συγκεκριμένα: (α) τη διάσταση της συναισθηματικής

εξουθένωσης η οποία περιλαμβάνει 9 ερωτήματα, (β) τη διάσταση της αποπροσωποποίησης η οποία περιλαμβάνει 5 ερωτήματα και (γ) τη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων η οποία περιλαμβάνει 7 ερωτήματα. Οι απαντήσεις δίνονται με βάση την κλίματα τύπου Likert, από το 1 (ποτέ δεν μου συμβαίνει), ως το 6 (μου συμβαίνει κάθε μέρα). Ο ερωτώμενος σημειώνει τη συχνότητα που τον αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτημα. Όσον αφορά τον καθορισμό της κάθε μιας διάστασης, σε υψηλό, μέτριο και χαμηλό επίπεδο, χρησιμοποιούνται οι τιμές έτσι όπως καθορίστηκαν από τους Maslach et al.. Για τη συναισθηματική εξάντληση: αν το άθροισμα είναι μεγαλύτερο ή ίσο του 27, τότε θεωρείται ότι είναι υψηλό το επίπεδο. Για την αποπροσωποποίηση: αν το άθροισμα είναι μεγαλύτερο ή ίσο του 10, τότε θεωρείται ότι είναι υψηλό το επίπεδο. Για την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων: αν το άθροισμα είναι μικρότερο ή ίσο του 33, τότε θεωρείται χαμηλό. Η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου διερευνήθηκε και επιβεβαιώθηκε για τα ελληνικά δεδομένα από την έρευνα των Αναγνωστοπούλου και Παπαδάτου το 1992, σε δείγμα νοσηλευτών (Αναγνωστοπούλου Φ. και Παπαδάτου Δ., 1992).

2.8 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στο πλαίσιο της έρευνας, πραγματοποιήθηκε κριτική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας στην ιστοσελίδα PubMed, χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά -και συνδυασμούς αυτών- όπως “professional burnout”, “anxiety”, “well-being”, “workforce in addictions sector”, “mental health professionals”, “mental health services”, “addictions services”. Στην ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν μόνο ερευνητικές μελέτες που αφορούσαν το θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης, αποκλείοντας το θεραπευτικό προσωπικό το οποίο εργάζεται σε άλλους τομείς της υγείας. Λήφθηκαν υπόψη μόνο οι έρευνες που διερευνούσαν τα επίπεδα άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δομές απεξάρτησης, στον τομέα της ψυχικής υγείας και στον τομέα της υγείας. Στην παρούσα έρευνα συμπεριλήφθηκαν ερευνητικές μελέτες, ποσοτικές αλλά και ποιοτικές. Επίσης συμπεριλήφθηκαν άρθρα, των οποίων η γλώσσα δημοσίευσης ήταν η ελληνική και η αγγλική. Τέλος, συμπεριλήφθηκαν ερευνητικές μελέτες οι οποίες διερευνούσαν το άγχος

και την επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με το πλαίσιο της μεθοδολογίας της παρούσας μελέτης.

2.9 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης δεδομένων

Στις μονάδες του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ διανεμήθηκαν συνολικά 194 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 159, με ποσοστό απαντητικότητας 82%. Ξεπεράσαμε το ελάχιστο όριο απαντητικότητας που σύμφωνα με τους Verran et al (Verran JA, Gerber RM Milton, 1995) είναι 50%. Μετά την παραλαβή τους, όλα τα ερωτηματολόγια ελέγχθηκαν για την ορθή και ολοκληρωμένη συμπλήρωσή τους. Όλα τα ερωτηματολόγια που επεστράφησαν ήταν πλήρως απαντημένα και δεν παρουσίασαν ελλιπή συμπλήρωση. Για την επεξεργασία των δεδομένων και για όλους τους στατιστικούς ελέγχους χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 21.0. Οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια μετατράπηκαν σε κατηγορίες (κατηγορικές μεταβλητές) για να απλοποιηθεί η έρευνα. Για τον στατιστικό έλεγχο πραγματοποιήθηκε έλεγχος $\chi 2$ Pearson's Chi-square όπου οι συχνότητες των κελιών των πινάκων συνάφειας είναι μεγαλύτερες του 5, με το 25% να είναι το ελάχιστο ανεκτό ποσοστό των τιμών που είναι μικρότερες του 5. Στους πίνακες συνάφειας όπου οι τιμές ήταν μικρότερες του 5 εφαρμόστηκε ο έλεγχος Monte-Carlo, καθώς αποτελούνταν από περισσότερες από δύο γραμμές και στήλες. Τέλος, για όλους τους στατιστικούς ελέγχους υποθέσεων που εφαρμόστηκαν υιοθετήθηκε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά διανεμήθηκαν 194 ερωτηματολόγια στο θεραπευτικό προσωπικό του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ (σε ψυχίατρους, παθολόγους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, κοινωνιοθεραπευτές και ειδικούς θεραπευτές) το οποίο έρχεται σε άμεση επαφή με τους ενεργούς χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και εργάζεται σε Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης, στο στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα «Αθηνά» και σε στεγνά θεραπευτικά προγράμματα. Από τα 194 ερωτηματολόγια, τα 126 διανεμήθηκαν στο θεραπευτικό προσωπικό μονάδων υποκατάστασης και επεστράφησαν απαντημένα τα 109 (87% απαντητικότητα) ενώ τα υπόλοιπα 68 δόθηκαν σε θεραπευτικό προσωπικό στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 50 (74% απαντητικότητα). Από το αρχικό συνολικό δείγμα επεστράφησαν πίσω ασυμπλήρωτα τα 35 λόγω άρνησης συμμετοχής από ορισμένους εργαζομένους με αποτέλεσμα το τελικό δείγμα των συμμετεχόντων να αποτελείται από N=159. Το ποσοστό συνολικής ανταπόκρισης ανέρχεται στο 82%, το οποίο είναι αρκετά ικανοποιητικό και καθιστά το δείγμα έγκυρο.

Από τα 159 άτομα του θεραπευτικού προσωπικού που πήραν μέρος στην μελέτη το 32,08% (n=51) ήταν ψυχολόγοι που εργάζονταν σε προγράμματα υποκατάστασης και σε στεγνά θεραπευτικά προγράμματα, καθώς επίσης το 76,10% (n=121) του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες (Γράφημα 1), το 42,14% (n= 67) ανήκαν στο ηλικιακό φάσμα 41 έως 50 έτη, το 61,01% (n=97) ήταν έγγαμοι, ενώ το 61,01% (n=97) του θεραπευτικού προσωπικού κατείχε πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

3.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία

Στον ακόλουθο πίνακα απεικονίζονται οι συχνότητες και οι ποσοστιαίες αναλογίες των δημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων του συνολικού δείγματος, όπως απαντήθηκαν από τους συμμετέχοντες.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά του δείγματος

Ανεξάρτητη Μεταβλητή		Συχνότητα N	Ποσοστό %
1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά			
Φύλο	Άνδρας	38	23,90%
	Γυναίκα	121	76,10%
Ηλικία	<30	8	5,03%
	31-40	53	33,33%
	41-50	67	42,14%
	>50	31	19,50%
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος/η	97	61,01%
	Άγαμος/η	47	29,56%
	Διαζευγμένος/η	10	6,29%
	Χήρος/α	1	0,63%
	Συμβίωση	4	2,52%
Επίπεδο Εκπαίδευσης	ΑΕΙ	97	61,01%
	ΤΕΙ	57	35,85%
	ΙΕΚ	1	0,63%
	ΔΕ	4	2,52%
2.Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά			
Είδος Προγράμματος	Στεγνό Πρόγραμμα	50	31,45%
	Πρόγραμμα Υποκατάστασης	109	68,55%

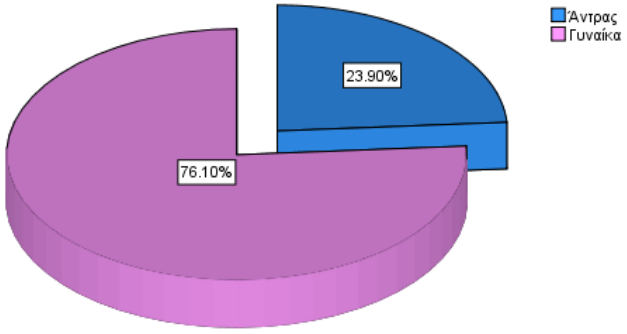
Προϋπηρεσία στην μονάδα (έτη)	0-5	41	25,95%
	6-10	8	5,06%
	11-15	55	34,81%
	16-20	34	21,52%
	21-25	17	10,76%
	26-30	1	0,63%
	30+	2	1,27%
Θέση Εργασίας	Ψυχίατρος	18	11,32%
	Παθολόγος	4	2,52%
	Νοσηλευτής	43	27,04%
	Ψυχολόγος	51	32.,08%
	Κοινωνικός Λειτουργός	28	17,61%
	Κοινωνιοθε-ραπευτής	8	5,03%
	Ειδικός Θεραπευτής	7	4,40%
Ωράριο Εργασίας	Κανονικό	157	98,74%
	Μητρότητας	2	1,26%
Αριθμός Ασθενών	0-30	85	53,46%
	31-60	31	19,50%
	61-90	15	9,43%
	91-100	9	5,66%
	100+	19	11,95%

Είδος Σύμβασης	Αορίστου Χρόνου	131	82,39%
	Ορισμένου Χρόνου	28	17,61%

3.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

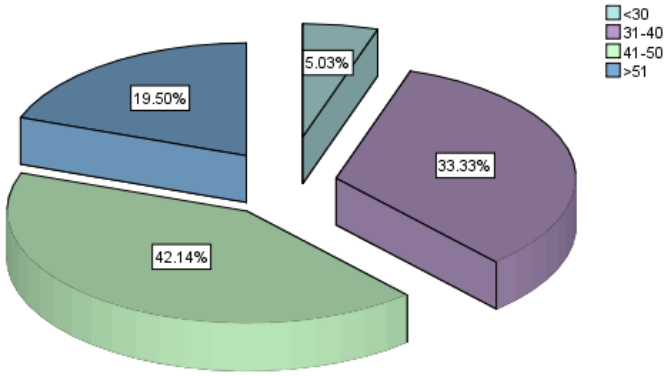
Στη συνέχεια παρατίθενται υποστηρικτικά γραφήματα τα οποία αναλύουν εκτενέστερα τις κατανομές των στοιχείων του Πίνακα 1.

Γράφημα 1. Φύλο



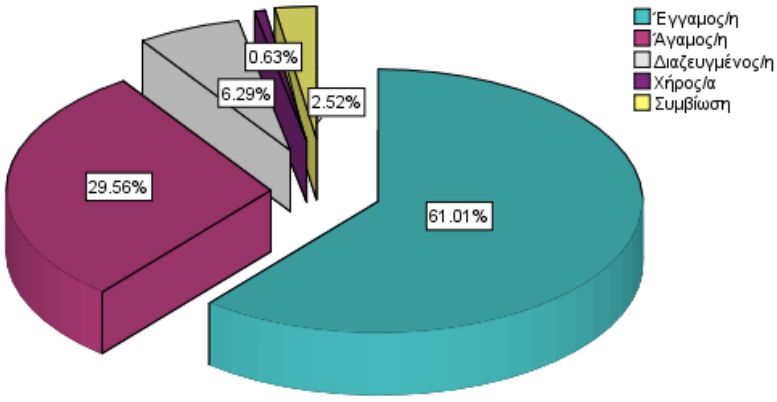
Στο παρόν γράφημα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των θεραπευτών, τόσο σε προγράμματα υποκατάστασης όσο και σε προγράμματα στεγνού τύπου, αποτελείται από γυναίκες, φτάνοντας το 76,10 % και ακολουθεί το ποσοστό των ανδρών με μόλις 23, 90%.

Γράφημα 2. Ηλικία



Για λόγους ευκολίας στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων η ηλικία του δείγματος ομαδοποιήθηκε σε τέσσερις κατηγορίες ανά δεκαετία, ξεκινώντας από την ηλικιακή ομάδα που περιλαμβάνει ηλικίες κάτω των 30 ετών (<30) και φτάνοντας μέχρι την τέταρτη ομάδα που περιλαμβάνει ηλικίες άνω των 51 ετών (>51). Όπως φαίνεται στο γράφημα 2 το 42,14 % του συνολικού δείγματος αποτελείται από άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα των 41-50 ετών. Ακολουθεί το 33,33% του δείγματος το οποίο αφορά την ηλικιακή ομάδα 31-40 έτη, το 19,50% ανήκει σε ηλικίες άνω των 51 ετών (>51), με τελικό ποσοστό το 5,03% στο οποίο ανήκουν οι συμμετέχοντες που δήλωσαν την ηλικιακή ομάδα κάτω των τριάντα ετών (<30).

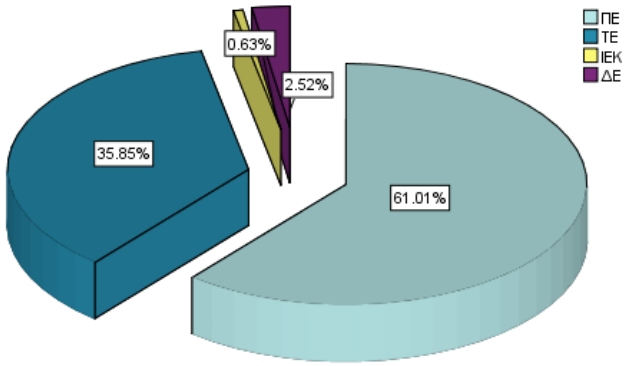
Γράφημα 3. Οικογενειακή κατάσταση



Σύμφωνα με το γράφημα 3, παραπάνω από το μισό ποσοστό του δείγματος δήλωσαν έγγαμοι και συγκεκριμένα το 61,01% ενώ η ομάδα των ατόμων που δήλωσαν άγαμοι

αποτελούν το 29,56%. Στη συνέχεια παρατηρείται ότι το ποσοστό 6,29% δηλώνει «διαζευγμένος/η», ενώ το 2,52% βρίσκεται σε συμβίωση και το 0,63% δήλωσαν χήροι/ες.

Γράφημα 4. Εκπαίδευση

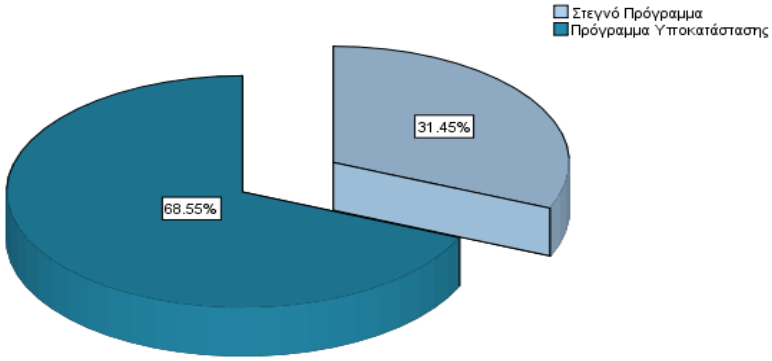


Από το παραπάνω γράφημα προκύπτει ότι το 61,01% των θεραπευτών έχουν λάβει πανεπιστημιακή εκπαίδευση και ακολουθεί το 35,85% των θεραπευτών που είναι απόφοιτοι τεχνολογικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Εν συνέχεια 2,52% αντιστοιχεί στους θεραπευτές που είναι απόφοιτοι ΙΕΚ και το υπόλοιπο ποσοστό 0,63% το οποίο αντιπροσωπεύει τους θεραπευτές-αποφοίτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

3.1.2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος

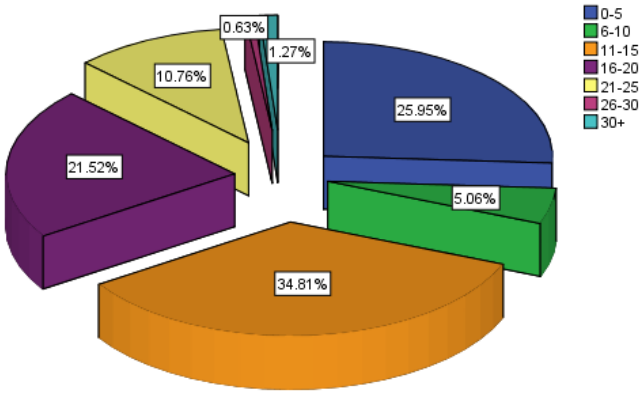
Έπειτα παρατίθενται τα υποστηρικτικά γραφήματα που αφορούν τα επαγγελματικά χαρακρτηριστικά του δείγματος με τις κατανομές που προέκυψαν από τον πίνακα 1.

Γράφημα 5. Είδος προγράμματος απεξάρτησης



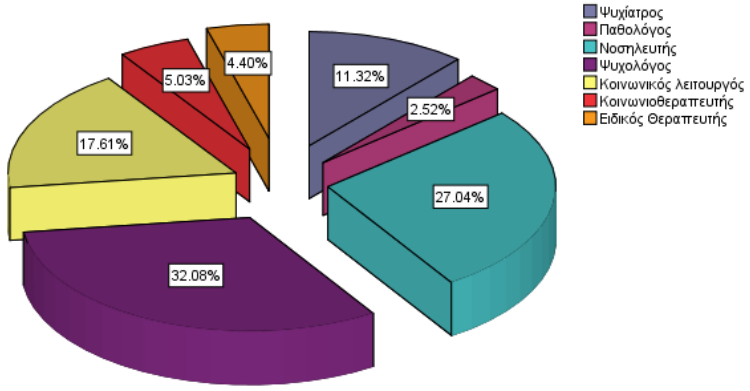
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτελείται από θεραπευτές που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο, προγραμμάτων υποκατάστασης 68,55%, ενώ το 31,45% σε προγράμματα στεγνού τύπου.

Γράφημα 6. Προϋπηρεσία στην μονάδα



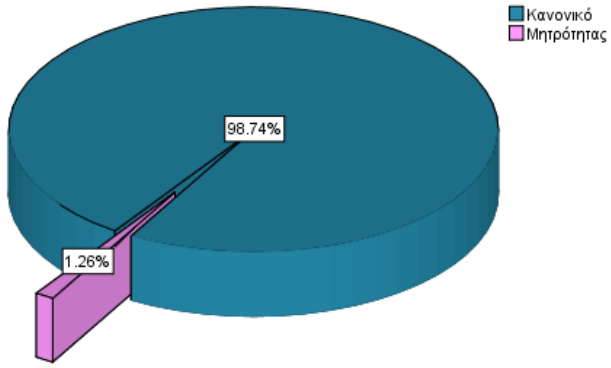
Η προϋπηρεσία των συμμετεχόντων ομαδοποιήθηκε σε επτά κατηγορίες που εναλλάσσονται ανά πενταετία ξεκινώντας από την ομάδα που περιλαμβάνει έτη προϋπηρεσίας λιγότερα των πέντε (0-5 έτη) και καταλήγει στην ομάδα που περιλαμβάνει πάνω από τριάντα χρόνια προϋπηρεσίας (30+ έτη). Όπως διακρίνεται από το παρατιθέμενο γράφημα, στο κυρίαρχο ποσοστό 34,81% ανήκουν οι θεραπευτές με προϋπηρεσία 11-15 έτη και ακολουθεί το 25,95% με προϋπηρεσία 0-5 έτη. Εν συνέχεια οι επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία 16-20 έτη καταλαμβάνουν το 21,52% του δείγματος, ενώ στο 10,76% ανήκουν οι θεραπευτές με προϋπηρεσία 21-25 έτη στην μονάδα απεξάρτησης. Επιπλέον μικρά ποσοστά συγκέντρωσαν οι ομάδες με προϋπηρεσία από 6 έως 10 έτη, από 30 ή και περισσότερα έτη και από 26 έως 30 έτη, σημειώνοντας τα ποσοστά 5,06%, 1,27% και 0,63% αντίστοιχα.

Γράφημα 7. Επαγγελματική ειδικότητα



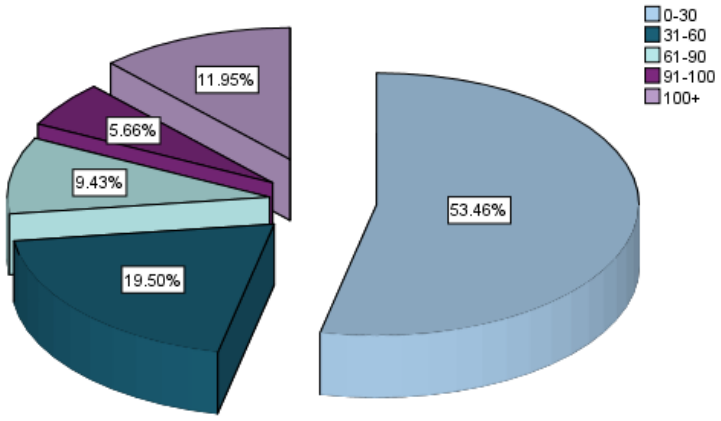
Όσον αφορά την ειδικότητα, όπως απεικονίζεται στο παρόν γράφημα, το μεγαλύτερο ποσοστό με 32,08% αποτελείται από ψυχολόγους, ακολουθεί το ποσοστό 27,04% που αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης, οι κοινωνικοί λειτουργοί με ποσοστό 17,61% και οι ψυχίατροι με 11,32%. Τα μικρότερα ποσοστά αποτέλεσαν εκείνα των παθολόγων, των κοινωνιοθεραπευτών και των ειδικών θεραπευτών καταλαμβάνοντας έτσι το 2,52%, 5,03% και 4,40% του δείγματος αντίστοιχα.

Γράφημα 8. Ωράριο εργασίας



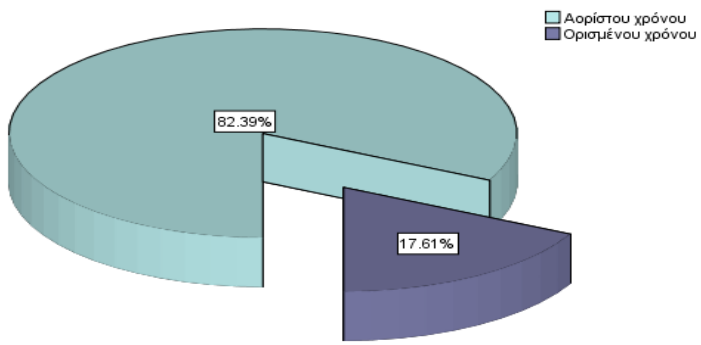
Στο γράφημα 8 παρατηρείται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργάζεται υπό πλήρες ωράριο με το ποσοστό τους να σημειώνει το 98,74%, καθώς μόνο 2 άτομα από το συνολικό δείγμα δήλωσαν ωράριο μητρότητας συγκεντρώνοντας ένα μικρό ποσοστό 1,26%.

Γράφημα 9. Αριθμός ασθενών



Ο παράγοντας που αφορά τον αριθμό των εξυπηρετούμενων από τους θεραπευτές ασθενών έχει κατηγοριοποιηθεί σε πέντε ομάδες. Αναλυτικότερα η κατηγοριοποίηση αρχίζει από την ομάδα που αφορά την εξυπηρέτηση έως 30 θεραπευόμενων ημερησίως και καταλήγει στην ομάδα εξυπηρέτησης 100 θεραπευόμενων και άνω. Το 53,46% των θεραπευτών δήλωσαν ότι δέχονται έως 30 ασθενείς ημερησίως αποτελώντας έτσι το μισό και πλέον ποσοστό του δείγματος, και ακολουθεί το ποσοστό των θεραπευτών που δήλωσαν ότι εξυπηρετούν ημερησίως 31 έως 60 ασθενείς αποτελώντας έτσι το 19,50%. Το 11,95% καταλαμβάνουν όσοι δήλωσαν ότι εξυπηρετούν 100 ασθενείς ή και περισσότερους την ημέρα, ενώ οι θεραπευτές που εξυπηρετούν 61 έως 90 ασθενείς καθημερινά καταλαμβάνουν το 9,43%. Το μικρότερο ποσοστό αποτέλεσαν οι θεραπευτές που δέχονται από 91 μέχρι 100 ασθενείς την ημέρα εφόσον υπολογίστηκαν στο 5,66%.

Γράφημα 10. Είδος σύμβασης



Τέλος, στο γράφημα 10 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του θεραπευτικού προσωπικού των δομών απεξάρτησης λειτουργεί με σύμβαση αορίστου χρόνου καταλαμβάνοντας το 82,39% του δείγματος. Το υπόλοιπο 17,61% αποτελείται από τους θεραπευτές που δήλωσαν ότι διατηρούν σύμβαση ορισμένου χρόνου με τον φορέα απεξάρτησης στον οποίο εργάζονται.

3.2 Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία ανάλογα με το πρόγραμμα απεξάρτησης

Στον Πίνακα 2, παραθέτονται οι συχνότητες και οι ποσοστιαίες αναλογίες των δημογραφικών και των επαγγελματικών στοιχείων ανάλογα με το είδος του προγράμματος απεξάρτησης απ' όπου προέρχεται το δείγμα .

Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά ανά είδος Προγράμματος Απεξάρτησης

Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος		Είδος Προγράμματος Απεξάρτησης n (%)	
		Στεγνό Πρόγραμμα (N=50)	Πρόγραμμα Υποκατάστασης (N=109)
1.Δημογραφικά Χαρακτηριστικά			
Φύλο	Άνδρας	9 (5,66%)	29 (18,24%)
	Γυναίκα	41 (25,79%)	80 (50,31%)
Ηλικία	<30	1 (0,63%)	7 (4,40%)
	31-40	21 (13,21%)	32 (20,13%)
	41-50	21 (13,21%)	46 (28,93%)
	>51	7 (4,40%)	24 (15,09%)
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος/η	33 (20,75%)	64 (40,25%)
	Άγαμος/η	14 (8,81%)	33 (20,75%)

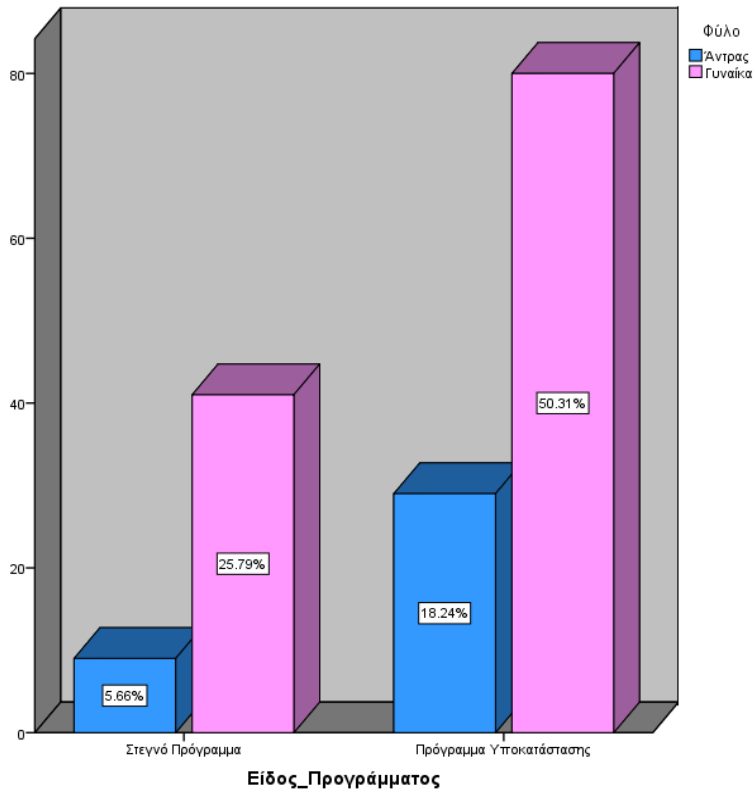
	Διαζευγμένος/η	1 (0,63%)	9 (5,66%)
	Χήρος/α	0	1 (0,63%)
	Συμβίωση	2 (1,26%)	2 (1,26%)
Εκπαίδευση	**ΠΕ**	39 (24,53%)	58 (36,48%)
	ΤΕ	6 (3,77%)	51 (32,08%)
	ΙΕΚ	1 (0,63%)	0
	ΔΕ	4 (2,52%)	0
2.Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά			
Προϋπηρεσία στην μονάδα	**0-5**	14 (8,86%)	27 (17,09%)
	6-10	2 (1,27%)	6 (3,80%)
	11-15	19 (12,03%)	36 (22,78%)
	16-20	9 (5,70%)	25 (15,82%)
	21-25	4 (2,53%)	13 (8,23%)
	26-30	1 (0,63%)	0
	30+	1 (0,63%)	1 (0,63%)
Θέση απασχόλησης	**Ψυχίατρος**	2 (1,26%)	16 (10,06%)
	Παθολόγος	0	4 (2,52%)
	Νοσηλευτής	1 (0,63%)	42 (26,42%)
	Ψυχολόγος	28 (17,61%)	23 (14,47%)
	Κοινωνικός Λειτουργός	5 (3,14%)	23 (14,47%)
	Κοινωνιοθεραπευτής	8 (5,03%)	0
	Ειδικός Θεραπευτής	6 (3,77%)	1 (0,63%)
Ωράριο Εργασίας	**Κανονικό**	48 (30,19%)	109 (68,55%)
	Μητρότητας	2 (1,26%)	0

Αριθμός Ασθενών	**0-30**	42 (26,42%)	43 (27,04%)
	31-60	7 (4,40%)	24 (15,09%)
	61-90	0	15 (9,43%)
	91-100	0	9 (5,66%)
	100+	1 (0,63%)	18 (11,32%)
Είδος Σύμβασης	**Αορίστου χρόνου**	**44 (27,67%)**	**87 (54,72%)**
	Ορισμένοι χρόνου	**6 (3,77%)**	**22 (13,84%)**

3.2.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά είδος προγράμματος απεξάρτησης

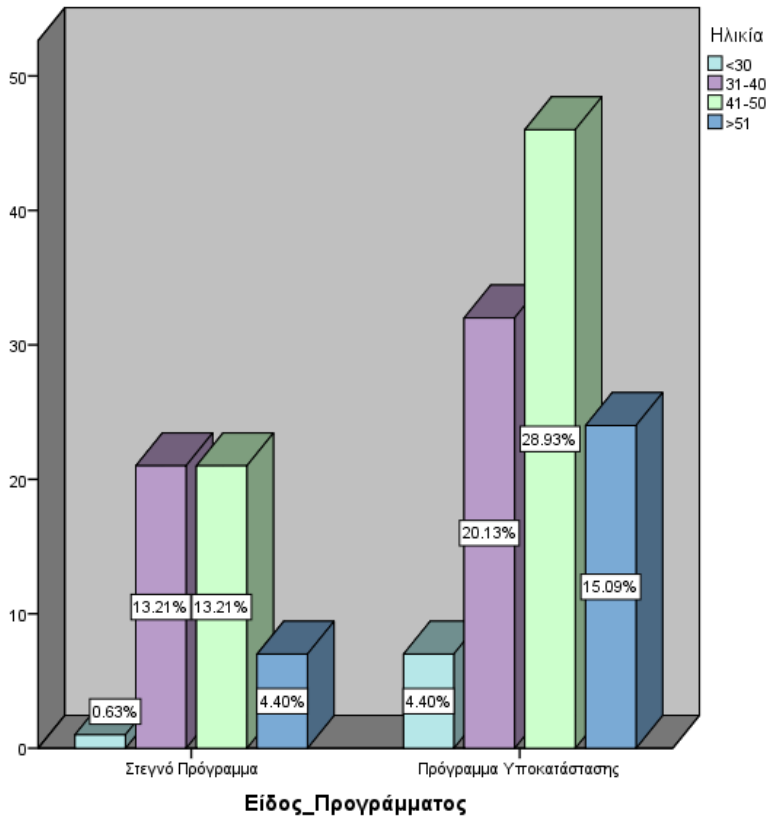
Εν συνέχεια παραθέτονται γραφήματα τα οποία βοηθούν στην εκτενέστερη ανάλυση των στοιχείων του Πίνακα 2.

Γράφημα 11. Φύλο



Όπως παρατηρείται τόσο στο στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα όσο και στο πρόγραμμα υποκατάστασης το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος συνίσταται από γυναίκες σημειώνοντας έτσι το 25,79% και 50,31% αντίστοιχα. Την μειοψηφία αποτέλεσαν οι άντρες θεραπευτές όπου οι συμμετέχοντες από το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα έχουν ποσοστό 5,66% και 18,24% οι συμμετέχοντες από το πρόγραμμα υποκατάστασης.

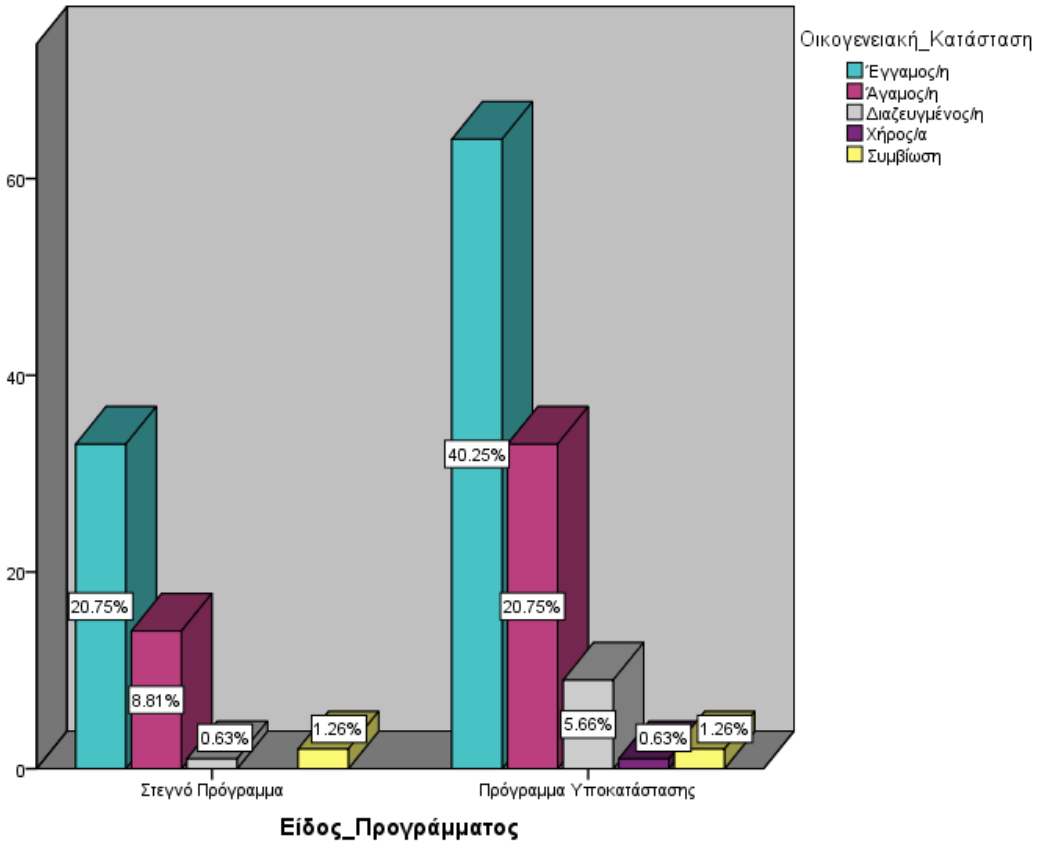
Γράφημα 12. Ηλικία



Σχετικά με την ηλικιακή ομάδα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από το πρόγραμμα υποκατάστασης ανήκει στην ηλικιακή ομάδα από 41 έως 50 ετών με ποσοστό 28,93%. Παράλληλα στο στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα επικρατέστερες ηλικιακές ομάδες είναι εκείνες των 31-40 ετών και των 41-50 ετών εφόσον συγκεντρώνουν το ποσοστό 13,21% η κάθε μια. Η αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα των 31-40 ετών στο δείγμα του προγράμματος υποκατάστασης συγκέντρωσε μικρότερο ποσοστό το οποίο αναλογεί στο 20,13%. Έπειτα ακολουθεί το ηλικιακό φάσμα των άνω των 51 ετών η οποία στο πρόγραμμα στεγνού τύπου συγκέντρωσε μικρό ποσοστό με 4,40% ενώ στο πρόγραμμα υποκατάστασης ανέρχεται στο 15,09%. Τα μικρότερα

ποσοστά αντιστοιχούν στην ομάδα που αφορά τις ηλικίες κάτω των 30 ετών όπου στο στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα αποτέλεσε το 0,63% ενώ στο πρόγραμμα υποκατάστασης συγκέντρωσε μόλις 4,40%.

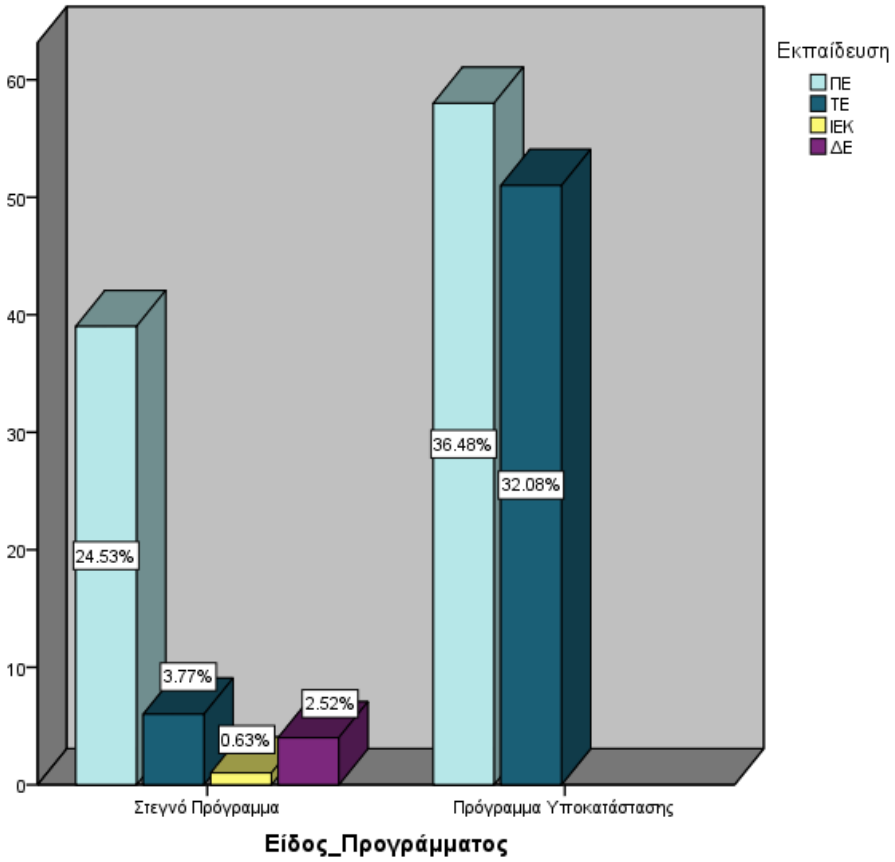
Γράφημα 13. Οικογενειακή Κατάσταση



Και στα δύο είδη προγραμμάτων, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει έγγαμο, με το 40,25% των συμμετεχόντων να προέρχεται από πρόγραμμα υποκατάστασης και το 20,75% από πρόγραμμα στεγνού τύπου. Ακολουθούν τα ποσοστά των θεραπευτών που δήλωσαν άγαμοι όπου το 20,75% προέρχεται από το πρόγραμμα υποκατάστασης ενώ το 8,81% από το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα. Η κατηγορία των διαζευγμένων συγκέντρωσε 0,63% στο δείγμα του στεγνού προγράμματος και 5,66% στο δείγμα των θεραπευτών από το πρόγραμμα υποκατάστασης. Η τέταρτη κατά σειρά ομάδα που αφορά τους χήρους/ες συγκέντρωσε το μικρότερο ποσοστό μονάχα στο πρόγραμμα υποκατάστασης όπου κατέχει το 0,63% , εφόσον στο στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα δεν έχει υποστηριχθεί από κανέναν συμμετέχοντα. Τέλος ισόποσα είναι τα

ποσοστά της συμβίωσης καθώς σημειώθηκε 1,26% τόσο στο δείγμα των θεραπευτών που προέρχονται από το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα όσο και από το πρόγραμμα υποκατάστασης.

Γράφημα 14. Εκπαίδευση



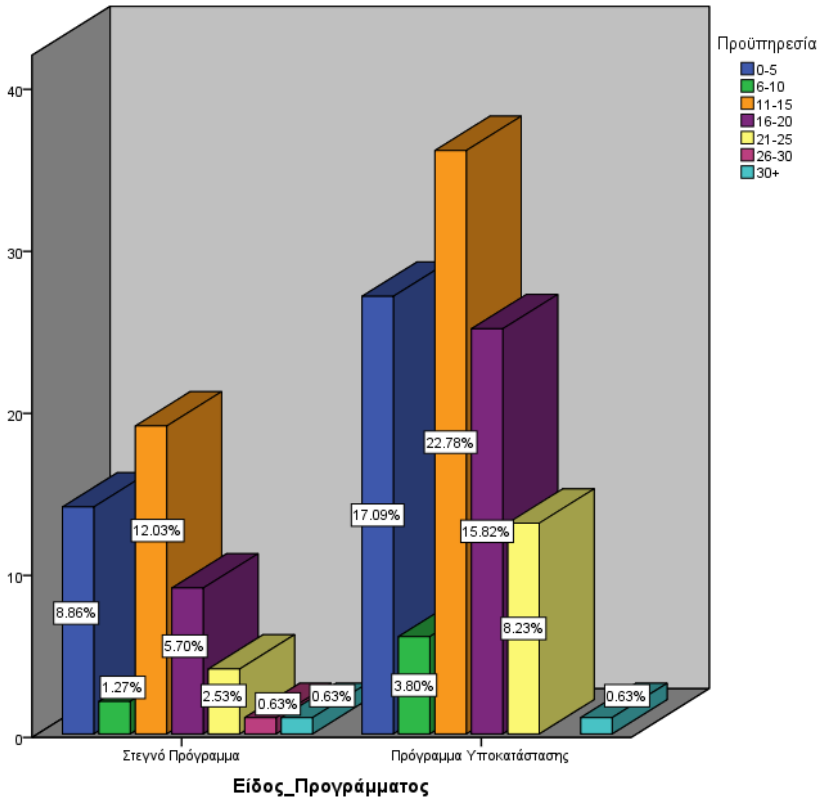
Σχετικά με την εκπαίδευση των θεραπευτών και στις δύο μορφές προγραμμάτων, το υπερισχύων ποσοστό δηλώνει ότι έλαβε πανεπιστημιακή εκπαίδευση με το 24,53% να αναλογεί στο δείγμα που συλλέχθηκε από το πρόγραμμα στεγνού τύπου και το 36,48% στο δείγμα που συλλέχθηκε από το πρόγραμμα υποκατάστασης. Ακολουθούν 32,08% των θεραπευτών σε πρόγραμμα υποκατάστασης και 3,77% των θεραπευτών σε στεγνό πρόγραμμα οι οποίοι ανέφεραν ότι είναι απόφοιτοι ΤΕΙ. Εν συνέχεια το 0,63% του δείγματος που συλλέχθηκε από το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα υποστήριξε ότι έλαβε εκπαίδευση από ινστιτούτο επαγγελματικής κατάρτισης και το 2,52% ισχυρίζεται ότι είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σε αντίθεση με τα προαναφερόμενα οι

κατηγορίες των ΙΕΚ και ΔΕ δεν συγκέντρωσαν κανένα ποσοστό στο δείγμα των θεραπευτών από το πρόγραμμα υποκατάστασης.

3.2.2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά είδος προγράμματος απεξάρτησης

Ακολουθούν τα υποστηρικτικά γραφήματα αναφορικά με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των δύο δειγμάτων που συλλέχθηκαν από το στεγνό πρόγραμμα απεξάρτησης και από το πρόγραμμα υποκατάστασης.

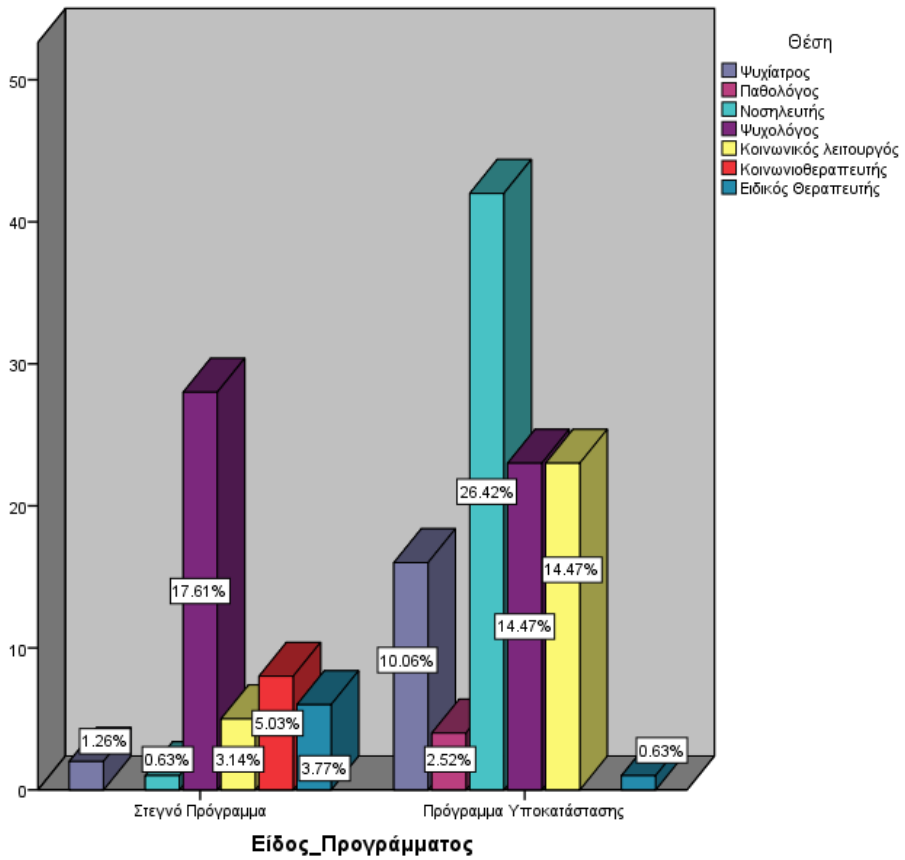
Γράφημα 15. Προϋπηρεσία



Αναφορικά με την προϋπηρεσία, το 12,03% του δείγματος από το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα δηλώνει ότι εργάζεται στον συγκεκριμένο φορέα από 11 έως 15 χρόνια όπως και το 22,78% των εργαζομένων από το πρόγραμμα υποκατάστασης. Το 8,86% των θεραπευτών από το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα και το 17,09% των θεραπευτών σε πρόγραμμα υποκατάστασης δήλωσαν προϋπηρεσία έως 5 έτη ενώ αρκετά ήταν τα ποσοστά που συγκέντρωσε η ομάδα προϋπηρεσίας 16 έως 20 ετών εφόσον το 5,70%

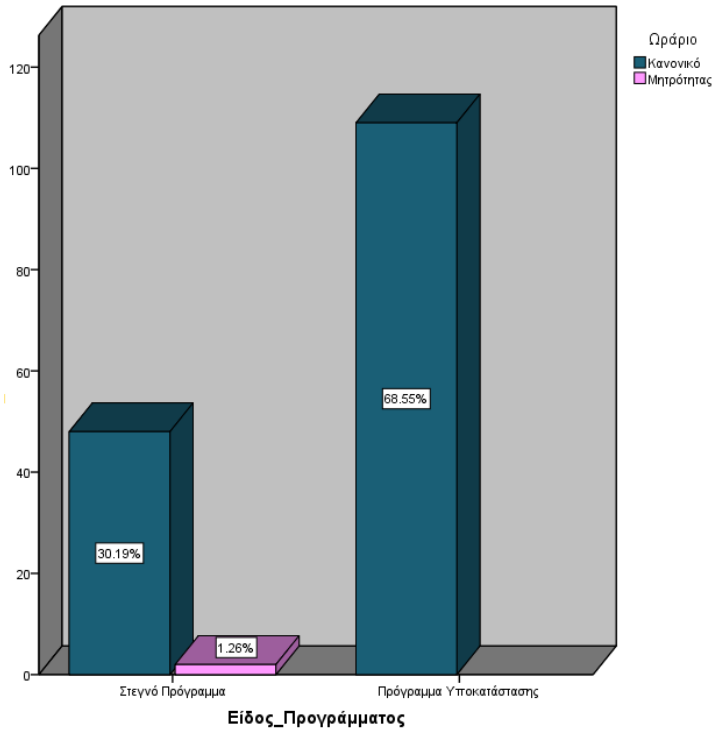
των θεραπευτών από το στεγνό πρόγραμμα και το 15,82% των θεραπευτών που εργάζονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης ανήκουν στην συγκεκριμένη ομάδα. Οι υπόλοιπες κατηγορίες δεν συγκέντρωσαν ιδιαίτερα μεγάλα ποσοστά στα δύο δείγματα. Συγκεκριμένα η κατηγορία 21 έως 25 έτη ανέρχεται σε ποσοστό 8,23% στους θεραπευτές των προγραμμάτων υποκατάστασης και 2,53% στους θεραπευτές στο πλαίσιο απεξάρτησης στεγνού τύπου. Το 3,80% των θεραπευτών σε προγράμματα υποκατάστασης δήλωσε προϋπηρεσία από 6 έως 10 έτη όπως και το 1,27% στο δείγμα που λήφθηκε από τις δομές στεγνών προγραμμάτων. Για την ομάδα προϋπηρεσίας από 26 έως 30 έτη δεν βρέθηκαν ποσοστά από το δείγμα του προγράμματος υποκατάστασης ενώ μικρό ήταν το ποσοστό που σημειώθηκε από το δείγμα του στεγνού θεραπευτικού προγράμματος το οποίο είναι 0,63%. Παρόλα αυτά ισόποσα φαίνεται να είναι τα ποσοστά και των δύο δειγμάτων για την κατηγορία προϋπηρεσίας που περιλαμβάνει περισσότερα από 30 έτη καθώς και στα δύο το ποσοστό είναι 0,63%.

Γράφημα 16. Ειδικότητα



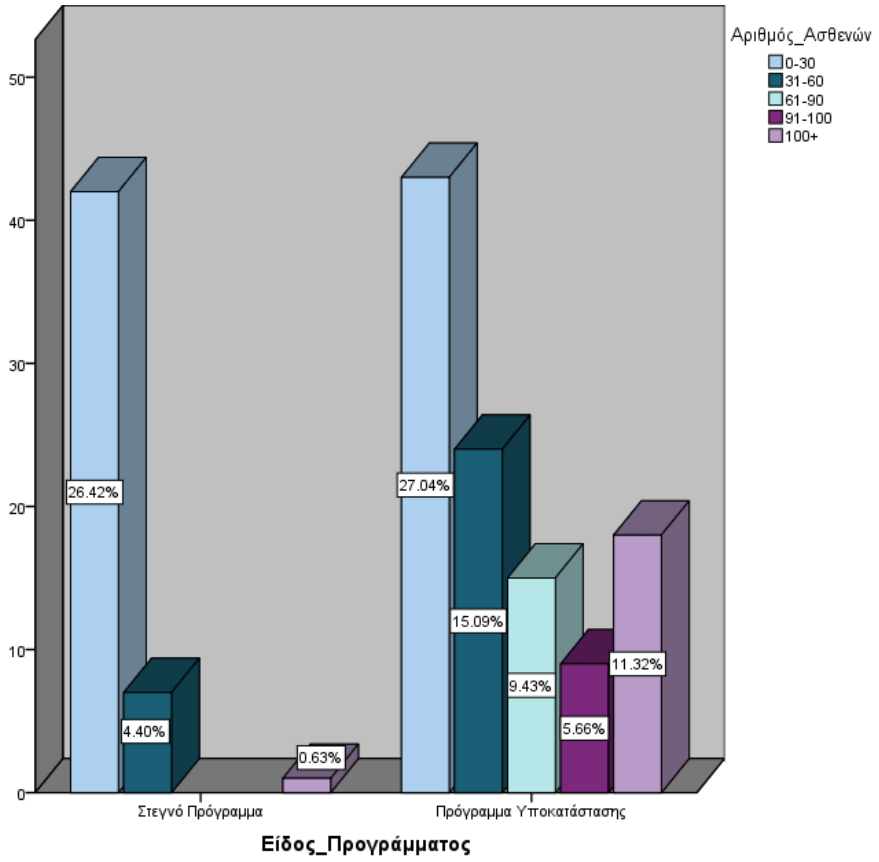
Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων στις δομές προγραμμάτων υποκατάστασης έχουν ειδικότητα νοσηλευτή και με αυτό τον τρόπο συμπληρώνουν το 26,42% του δείγματος. Εν αντιθέσει, στο πρόγραμμα στεγνού τύπου το κύριο ποσοστό 17,61% αντιστοιχεί σε θεραπευτές με ειδικότητα ψυχολόγου. Η ειδικότητα του ψυχολόγου στο δείγμα του προγράμματος υποκατάστασης κατέχει ποσοστό 14,47% ενώ η ειδικότητα του νοσηλευτή στο δείγμα του στεγνού θεραπευτικού προγράμματος παρουσίασε ποσοστό 0,63%. Έπειτα το ποσοστό των κοινωνικών λειτουργών στα πλαίσια στεγνού προγράμματος φτάνει το 3,14% και αντίστοιχα στο πρόγραμμα χορήγησης υποκατάστατου το ποσοστό αυτό παρουσιάζεται αυξημένο με 14,47%. Στο δείγμα που συλλέχθηκε από το πρόγραμμα υποκατάστασης το 10,06% αποτελείται από ψυχιάτρους ενώ στο θεραπευτικό πρόγραμμα στεγνού τύπου το ποσοστό των ψυχιάτρων είναι 1,26%. Επίσης το ποσοστό των κοινωνιοθεραπευτών το οποίο στο στεγνό πρόγραμμα είναι 5,03%, στο πρόγραμμα υποκατάστασης είναι μηδενικό. Διαφορές παρατηρούνται και στους ειδικούς θεραπευτές εφόσον στο στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα το 3,77% αποτελείται από την συγκεκριμένη ειδικότητα ενώ στο πρόγραμμα υποκατάστασης καταλαμβάνουν μόλις το 0,63%.

Γράφημα 17. Ωράριο



Τόσο στο πρόγραμμα υποκατάστασης όσο και στο στεγνό πρόγραμμα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργάζεται υπό κανονικό ωράριο εργασίας σύμφωνα με τα ποσοστά που συγκεντρώθηκαν. Οπότε το 68,55% το οποίο αναλογεί στο δείγμα που συλλέχθηκε από το πρόγραμμα υποκατάστασης, υποστηρίζει ότι εργάζεται υπό πλήρες ωράριο εργασίας όπως και το 30,19% που αναλογεί στο δείγμα από το πρόγραμμα στεγνού τύπου. Το ωράριο μητρότητας σημείωσε 1,26% στο δείγμα του στεγνού θεραπευτικού προγράμματος και κανένα ποσοστό στο δείγμα του προγράμματος υποκατάστασης.

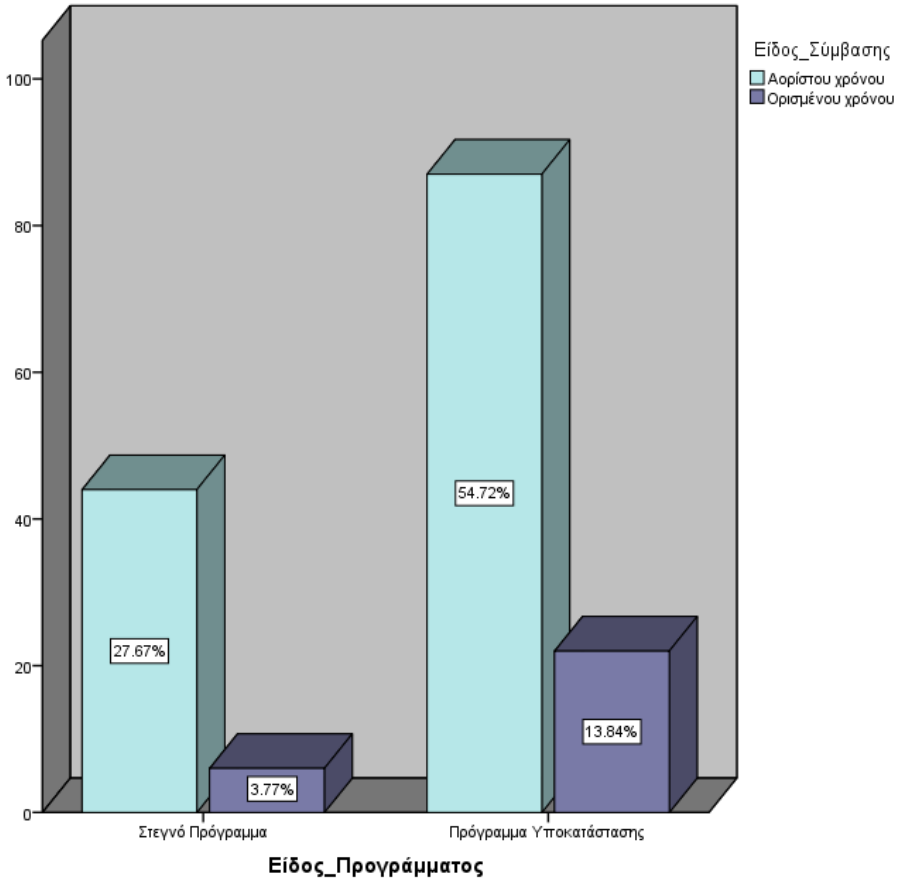
Γράφημα 18. Αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών



Επιπλέον, τόσο το 26,42% των συμμετεχόντων από το στεγνό πρόγραμμα όσο και το 27,04% των συμμετεχόντων από το πρόγραμμα υποκατάστασης δηλώνουν ότι εξυπηρετούν ημερησίως έως 30 θεραπευόμενους. Ακολουθούν τα ποσοστά 4,40% για τους θεραπευτές του στεγνού θεραπευτικού προγράμματος και 15,09% και για τους θεραπευτές του προγράμματος υποκατάστασης αντίστοιχα οι οποίοι υποστηρίζουν ότι εξυπηρετούν καθημερινά από 31 έως 60 θεραπευόμενους. Οι κατηγορίες 61 έως 90 και

91 έως 100 δεν υποστηρίχθηκαν από το δείγμα του στεγνού προγράμματος απεξάρτησης με αποτέλεσμα να μην συγκεντρώσουν κανένα ποσοστό. Παρά το γεγονός αυτό στο πρόγραμμα υποκατάστασης το 9,43% των θεραπευτών δηλώνει ότι αναλαμβάνει ημερησίως από 61 έως 90 περιστατικά και το 5,66% του ιδίου προγράμματος υποστηρίζει ότι εξυπηρετεί από 91 έως 100 θεραπευόμενους την ημέρα. Η τελευταία κατηγορία που αφορά στην εξυπηρέτηση παραπάνω από 100 θεραπευόμενων ημερησίως συγκέντρωσε 0,63% στο δείγμα που προέρχεται από το στεγνό πρόγραμμα και 11,32% από το δείγμα του προγράμματος υποκατάστασης.

Γράφημα 19. Είδος Σύμβασης



Τέλος, το κυριότερο ποσοστό των εργαζομένων και στα δύο είδη προγραμμάτων υποστηρίζει ότι το είδος της σύμβασής τους είναι αορίστου χρόνου, με 27,67% για τους θεραπευτές του στεγνού προγράμματος και 54,72% για τους θεραπευτές του προγράμματος υποκατάστασης. Το ποσοστό 3,77% για τους θεραπευτές στεγνού

θεραπευτικού προγράμματος και το 13,84% για τους θεραπευτές προγράμματος υποκατάστασης αντιστοίχως υποστήριξαν ότι διατηρούν σύμβαση ορισμένου χρόνου με τους φορείς απεξάρτησης στους οποίους εργάζονται.

3.3 Άγχος – Κατανομή και συσχετίσεις των κατηγοριών του άγχους

Εκτός των δημογραφικών και των επαγγελματικών στοιχείων τα οποία αναλύθηκαν παραπάνω, στο θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης δόθηκαν άλλα δυο επιπλέον ερωτηματολόγια για την διερεύνηση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης (SAS Zung και MBI Maslach Burnout Inventory αντίστοιχα). Σε αυτό το σημείο θα εξεταστούν τα επίπεδα άγχους των θεραπευτών στα πλαίσια προγραμμάτων απεξάρτησης που συμμετείχαν στην έρευνα. Η κλίμακα Zung SAS (Self Rating Anxiety Scale), περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις και βαθμολογείται με κλίμακα τεσσάρων σημείων τύπου Likert βασιζόμενη σε : 1- Ελάχιστο, 2- Μέτριο, 3- Πολύ, 4- Πάρα πολύ. Τα βαθμολογικά όρια που διαχωρίζουν τις τέσσερις κατηγορίες παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα όπως ορίζεται από τους Μ. Σαμακούρης, Γ. Μπούχος, Μ. Καδόγλου, Α. Γιαντσελίδου, Κ. Τσολάκης, Μ. Λειβαδίτης (Ψυχιατρική 2012).

Πίνακας 3. Όρια Βαθμολογίας για τις 4 κατηγορίες του Άγχους.

Άγχος	Όρια Βαθμολογίας
Ελάχιστο	< 45
Μέτριο	45 – 59
Υψηλό	60 – 74
Πολύ υψηλό	75 +

Σύμφωνα με τα αναγραφόμενα δεδομένα του Πίνακα 3, το άγχος έχει τέσσερις κατηγορίες οι οποίες δηλώνουν την έντασή του: το ελάχιστο, το μέτριο, το υψηλό και το πολύ υψηλό. Το άγχος θεωρείται ελάχιστο όταν η βαθμολογία είναι μικρότερη του 45, μέτριο όταν το αποτέλεσμα κυμαίνεται από 45 έως 59, υψηλό όταν η βαθμολογία

βρίσκεται από 60 έως 74, ενώ υπερβολικά υψηλό όταν η βαθμολογία ισούται με 75 ή υψηλότερο βαθμό.

3.3.1. Κατανομή κατηγοριών του Άγχους

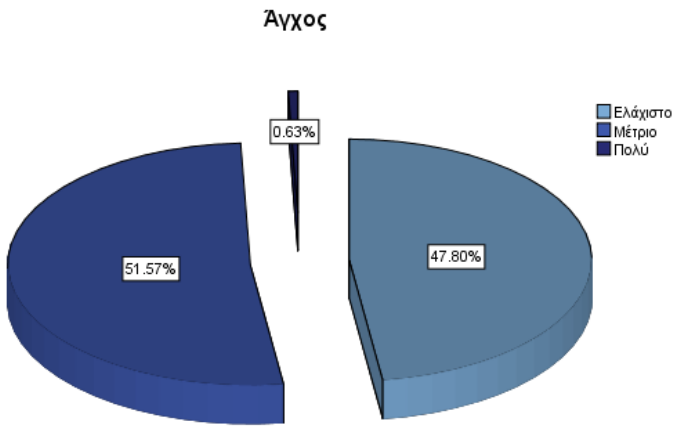
Με βάση τα βαθμολογικά όρια που συνιστούν τις κατηγορίες του άγχους, ακολουθεί ο πίνακας με την κατανομή κατηγοριών στο δείγμα που λήφθηκε.

Πίνακας 4. Κατανομή κατηγοριών στο δείγμα.

Άγχος	Κατανομή κατηγοριών
Χαμηλό	76 (47,80%)
Μέτριο	82 (51,57%)
Υψηλό	1 (0,63%)
Πολύ υψηλό	0
Total	159 (100%)

Όπως συμπεραίνεται από τον Πίνακα 4, σχεδόν το μισό δείγμα των θεραπευτών που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα και συγκεκριμένα το 51,57% παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα άγχους, το 47,80% παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα άγχους, ενώ υψηλά επίπεδα άγχους αναφέρει μόνο το 0,63% των θεραπευτών.

Γράφημα 20. Κατανομή κατηγοριών του άγχους στο δείγμα



3.3.2. Κατανομή κατηγοριών του Άγχους ανά Είδος Προγράμματος Απεξάρτησης

Στον Πίνακα 5, παρατίθενται οι συχνότητες και οι ποσοστιαίες αναλογίες των κατηγοριών του άγχους ανάλογα με το είδος του προγράμματος απεξάρτησης απ' όπου προέρχεται το δείγμα .

Πίνακας 5. Κατανομή κατηγοριών στο δείγμα ανά είδος Προγράμματος Απεξάρτησης.

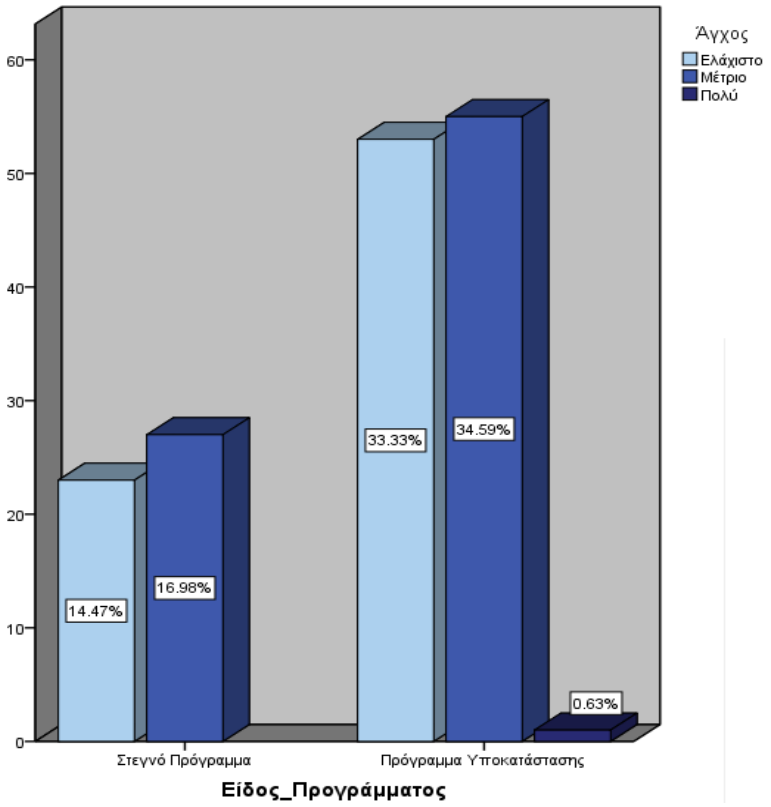
Άγχος	Κατανομή κατηγοριών ανά είδος Προγράμματος Απεξάρτησης	
	Στεγνό Πρόγραμμα	Πρόγραμμα Υποκατάστασης
Χαμηλό	23 (14,47%)	53 (33,33%)
Μέτριο	27 (16,98%)	55 (34,59%)
Πολύ	0	1 (0,63%)
Πάρα πολύ	0	0
Total	50 (31,45%)	109 (68,55)

Στον πίνακα 5, γίνονται φανερές οι διαφορές των συχνοτήτων αναφοράς των κατηγοριών του άγχους ανάμεσα στα δυο δείγματα που συλλέχθηκαν, όπου το ένα προέρχεται από πρόγραμμα απεξάρτησης στεγνού τύπου και το δεύτερο από πρόγραμμα υποκατάστασης.

Στο στεγνό πρόγραμμα το 16,98% των θεραπευτών αναφέρουν μέτριο άγχος και μόλις το 14,47% υποστηρίζουν ότι έχουν ελάχιστο άγχος. Όσον αφορά τις κατηγορίες «Πολύ» και «Πάρα πολύ» δεν υποστηρίχθηκαν από κανέναν συμμετέχοντα θεραπευτή. Στο πρόγραμμα υποκατάστασης το 34,59% των θεραπευτών αναφέρει μέτριο άγχος και το ποσοστό των εργαζομένων που υποστηρίζει χαμηλό άγχος ανέρχεται στο 33,33%. Πολύ άγχος υποστηρίζει μόνο το 0,63% ενώ καθόλου παρατηρήσεις δεν συγκεντρώθηκαν για την τέταρτη κατηγορία που αφορά το «Πάρα πολύ» άγχος.

Στο γράφημα 21 που ακολουθεί, διαφαίνεται η κατανομή των κατηγοριών του άγχους ανάλογα με το είδος του προγράμματος απεξάρτησης.

Γράφημα 21. Κατανομή κατηγοριών του άγχους ανάλογα με το είδος του Προγράμματος Απεξάρτησης



3.3.3. Συσχετίσεις κατηγοριών του Άγχους

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται οι συσχετίσεις του άγχους με κάθε μία από τις μεταβλητές των δημογραφικών και των επαγγελματικών στοιχείων. Εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ2 για να αποδειχθεί η συσχέτιση των προαναφερόμενων ποιοτικών μεταβλητών. Επιπλέον καθορίστηκε ως ανώτερο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 0,5% για την αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης του προαναφερόμενου ελέγχου και εφαρμόστηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι Pearson Chi-square καθώς και Monte-Carlo όπου ήταν αναγκαίο.

3.3.3.1. Συσχέτιση Άγχους και Δημογραφικών Στοιχείων

Πριν την έκθεση των πινάκων όπου φαίνεται η στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στο άγχος και στις μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, παρατίθενται οι πίνακες συνάφειας των μεταβλητών καθώς και οι στατιστικοί πίνακες χ2

Πίνακας 6. Φύλο & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			Total
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	
Φύλο	Άντρας	Count	27	11	0	38
		% within Φύλο	71.1%	28.9%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	35.5%	13.4%	0.0%	23.9%
	Γυναίκα	Count	49	71	1	121
		% within Φύλο	40.5%	58.7%	0.8%	100.0%
		% within Άγχος	64.5%	86.6%	100.0%	76.1%
Total		Count	76	82	1	159
		% within Φύλο	47.8%	51.6%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10.919[a]	2	.004	.002[b]	.001	.004
Likelihood Ratio	11.328	2	.003	.002[b]	.001	.004
Fisher's Exact Test	10.995			.002[b]	.001	.004
N of Valid Cases	159					

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 955099423.

- Φύλο & Άγχος

Σύμφωνα με τον έλεγχο Monte Carlo που διενεργήθηκε, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ φύλου και άγχους p=0,002, σύμφωνα με την οποία επισημαίνεται ότι η επίδραση του άγχους είναι διαφορετική στους άνδρες απ' ο, τι στις γυναίκες οι οποίες επιβαρύνονται περισσότερο.

Πίνακας 7. Ηλικία & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			Total
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	
Ηλικία	<30	Count	4	4	0	8
		% within Ηλικία	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	5.3%	4.9%	0.0%	5.0%
	31-40	Count	25	28	0	53
		% within Ηλικία	47.2%	52.8%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	32.9%	34.1%	0.0%	33.3%
	41-50	Count	32	34	1	67
		% within Ηλικία	47.8%	50.7%	1.5%	100.0%
		% within Άγχος	42.1%	41.5%	100.0%	42.1%
	>51	Count	15	16	0	31
		% within Ηλικία	48.4%	51.6%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	19.7%	19.5%	0.0%	19.5%
Total		Count	76	82	1	159
		% within Ηλικία	47.8%	51.6%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1.417[a]	6	.965	1.000[b]	1.000	1.000
Likelihood Ratio	1.772	6	.939	1.000[b]	1.000	1.000
Fisher's Exact Test	2.959			1.000[b]	1.000	1.000
N of Valid Cases	159					

a. 6 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 955099423.

❖ Ηλικία & Άγχος

Αναφορικά με τον παράγοντας της ηλικίας των συμμετεχόντων η στατιστική ανάλυση δεν έδειξε κάποια διαφοροποίηση στον παράγοντα του άγχους καθώς το p- value είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας, $p > 0,05$.

Πίνακας 8. Οικογενειακή Κατάσταση & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	Total
Οικογενειακή_Κατάσταση	Έγγαμος/η	Count	47	49	1	97
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	48.5%	50.5%	1.0%	100.0%
		% within Άγχος	61.8%	59.8%	100.0%	61.0%
	Άγαμος/η	Count	22	25	0	47
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	46.8%	53.2%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	28.9%	30.5%	0.0%	29.6%
	Διαζευγμένος/η	Count	4	6	0	10
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	40.0%	60.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	5.3%	7.3%	0.0%	6.3%
	Χήρος/α	Count	1	0	0	1
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	1.3%	0.0%	0.0%	0.6%
	Συμβίωση	Count	2	2	0	4
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	2.6%	2.4%	0.0%	2.5%
Total		Count	76	82	1	159
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	47.8%	51.6%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2.059[a]	8	.979	.957[b]	.952	.962
Likelihood Ratio	2.787	8	.947	.957[b]	.952	.962
Fisher's Exact Test	8.408			.957[b]	.952	.962
N of Valid Cases	159					

a. 10 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .01.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 955099423.

- Οικογενειακή κατάσταση & Άγχος

Ομοίως, φαίνεται ότι η οικογενειακή κατάσταση των θεραπευτών δεν αποτελεί παράγοντα που να επηρεάζει το άγχος εφόσον το p-value είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας που έχει οριστεί, p> 0,05.

Πίνακας 9. Εκπαίδευση & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			Total
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	
Εκπαίδευση	ΠΕ	Count	44	53	0	97
		% within Εκπαίδευση	45.4%	54.6%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	57.9%	64.6%	0.0%	61.0%
	ΤΕ	Count	31	25	1	57
		% within Εκπαίδευση	54.4%	43.9%	1.8%	100.0%
		% within Άγχος	40.8%	30.5%	100.0%	35.8%
	ΙΕΚ	Count	1	0	0	1
		% within Εκπαίδευση	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	1.3%	0.0%	0.0%	0.6%
	ΔΕ	Count	0	4	0	4
		% within Εκπαίδευση	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	0.0%	4.9%	0.0%	2.5%
Total		Count	76	82	1	159
		% within Εκπαίδευση	47.8%	51.6%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8.079[a]	6	.232	.074[b]	.067	.081
Likelihood Ratio	10.247	6	.115	.050[b]	.045	.056
Fisher's Exact Test	12.727			.078[b]	.071	.085
N of Valid Cases	159					

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .01.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 955099423.

❖ Εκπαίδευση & Άγχος

Δεν υπάρχουν στατιστικές ενδείξεις που να δείχνουν ότι η ειδικότητα των εργαζομένων στους φορείς απεξάρτησης επιδρά διαφορετικά στο άγχος.

Παρακάτω στον πίνακα 10 , παρατηρείται η συσχέτιση του άγχους με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Επειδή οι συχνότητες ορισμένων κελιών των πινάκων συνάφειας είναι μικρότερες του 5 εφαρμόστηκε ο έλεγχος Monte-Carlo στους ακόλουθους ελέγχους συσχέτισης του άγχους με τις υπόλοιπες μεταβλητές.

Πίνακας 10. Συσχέτιση Άγχους και Δημογραφικών Στοιχείων

Δημογραφικά Στοιχεία		Άγχος
		P- value < 0,05
Φύλο	Άνδρας	**p = 0,002***
	Γυναίκα	
Ηλικία	<30	p = 1,000*
	31-40	
	41-50	
	>50	
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος/η	p = 0,957*
	Άγαμος/η	
	Διαζευγμένος/η	
	Χήρος/α	
	Συμβίωση	
Εκπαίδευση	ΠΕ	p = 0,074*
	ΤΕ	
	ΙΕΚ	
	ΔΕ	

(*Monte-Carlo)

3.3.3.2. Συσχέτιση άγχους και επαγγελματικών χαρακτηριστικών

Στο σημείο αυτό είναι σημαντική η παράθεση των πινάκων συνάφειας μαζί με τους ανάλογους στατιστικούς πίνακες ελέγχου χ2.

Πίνακας 11. Είδος Προγράμματος & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	Total
Είδος_Προγράμματος	Στεγνό Πρόγραμμα	Count	23	27	0	50
		% within Είδος_Προγράμματος	46.0%	54.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	30.3%	32.9%	0.0%	31.4%
	Πρόγραμμα Υποκατάστασης	Count	53	55	1	109
		% within Είδος_Προγράμματος	48.6%	50.5%	0.9%	100.0%
		% within Άγχος	69.7%	67.1%	100.0%	68.6%
Total		Count	76	82	1	159
		% within Είδος_Προγράμματος	47.8%	51.6%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	.591[a]	2	.744	.818[b]	.808	.828
Likelihood Ratio	.887	2	.642	.818[b]	.808	.828
Fisher's Exact Test	.599			.818[b]	.808	.828
N of Valid Cases	159					

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .31.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1678759390.

- Είδος προγράμματος & Άγχος

Εξετάζοντας την συσχέτιση του άγχους με το είδος προγράμματος απεξάρτησης διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα καθώς η τιμή του p-value ήταν πολύ μεγαλύτερη από εκείνη του επιπέδου σημαντικότητας που έχει οριστεί p>0,05.

Πίνακας 12. Προϋπηρεσία & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			Total
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	
Προϋπηρεσία	0-5	Count	23	18	0	41
		% within Προϋπηρεσία	56.1%	43.9%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	30.3%	22.2%	0.0%	25.9%
	6-10	Count	5	3	0	8
		% within Προϋπηρεσία	62.5%	37.5%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	6.6%	3.7%	0.0%	5.1%
	11-15	Count	21	34	0	55
		% within Προϋπηρεσία	38.2%	61.8%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	27.6%	42.0%	0.0%	34.8%
	16-20	Count	17	17	0	34
		% within Προϋπηρεσία	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	22.4%	21.0%	0.0%	21.5%
	21-25	Count	8	8	1	17
		% within Προϋπηρεσία	47.1%	47.1%	5.9%	100.0%
		% within Άγχος	10.5%	9.9%	100.0%	10.8%
	26-30	Count	1	0	0	1
		% within Προϋπηρεσία	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	1.3%	0.0%	0.0%	0.6%
	30+	Count	1	1	0	2
		% within Προϋπηρεσία	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	1.3%	1.2%	0.0%	1.3%
Total		Count	76	81	1	158
		% within Προϋπηρεσία	48.1%	51.3%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13.406[a]	12	.340	.189[b]	.179	.199
Likelihood Ratio	9.958	12	.620	.440[b]	.427	.452
Fisher's Exact Test	17.277			.337[b]	.325	.349
N of Valid Cases	158					

a. 13 cells (61.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .01.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1678759390.

- Προϋπηρεσία & Άγχος

Επιπλέον δεν υπάρχουν στατιστικές ενδείξεις που να δείχνουν ότι η προϋπηρεσία των εργαζομένων στο φορέα απεξάρτησης επιδρά διαφορετικά στον παράγοντα του άγχους.

Πίνακας 13. Θέση απασχόλησης & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	Total
Θέση	Ψυχίατρος	Count	11	7	0	18
		% within Θέση	61.1%	38.9%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	14.5%	8.5%	0.0%	11.3%
	Παθολόγος	Count	1	3	0	4
		% within Θέση	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	1.3%	3.7%	0.0%	2.5%
	Νοσηλευτής	Count	20	23	0	43
		% within Θέση	46.5%	53.5%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	26.3%	28.0%	0.0%	27.0%
	Ψυχολόγος	Count	23	28	0	51
		% within Θέση	45.1%	54.9%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	30.3%	34.1%	0.0%	32.1%
	Κοινωνικός λειτουργός	Count	16	11	1	28
		% within Θέση	57.1%	39.3%	3.6%	100.0%
		% within Άγχος	21.1%	13.4%	100.0%	17.6%
	Κοινωνιοθεραπευτής	Count	4	4	0	8
		% within Θέση	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	5.3%	4.9%	0.0%	5.0%
	Ειδικός Θεραπευτής	Count	1	6	0	7
		% within Θέση	14.3%	85.7%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	1.3%	7.3%	0.0%	4.4%
Total		Count	76	82	1	159
		% within Θέση	47.8%	51.6%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11.571[a]	12	.481	.362[b]	.349	.374
Likelihood Ratio	10.812	12	.545	.343[b]	.330	.355
Fisher's Exact Test	15.336			.345[b]	.333	.358
N of Valid Cases	159					

a. 13 cells (61.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .03.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1678759390.

- Θέση απασχόλησης & Άγχος

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 13, η θέση απασχόλησης του θεραπευτικού προσωπικού των φορέων απεξάρτησης δεν επηρεάζει το άγχος, καθώς η τιμή είναι πολύ μεγαλύτερη του επιπέδου σημαντικότητας, p>0,05.

Πίνακας 14. Ωράριο & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			Total
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	
Ωράριο	Κανονικό	Count	76	80	1	157
		% within Ωράριο	48.4%	51.0%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	97.6%	100.0%	98.7%
	Μητρότητας	Count	0	2	0	2
		% within Ωράριο	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	0.0%	2.4%	0.0%	1.3%
Total		Count	76	82	1	159
		% within Ωράριο	47.8%	51.6%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1.902[a]	2	.386	.502[b]	.490	.515
Likelihood Ratio	2.673	2	.263	.502[b]	.490	.515
Fisher's Exact Test	4.093			.502[b]	.490	.515
N of Valid Cases	159					

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .01.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1678759390.

- Ωράριο εργασίας & Άγχος

Αναφορικά με το ωράριο εργασίας των συμμετεχόντων, η στατιστική ανάλυση δεν απέφερε κάποια διαφοροποίηση στο άγχος, καθώς η τομή του p-value είναι μεγαλύτερη από το επίπεδο σημαντικότητας.

Πίνακας 15. Αριθμός ασθενών & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	Total
Αριθμός_Ασθενών	0-30	Count	40	44	1	85
		% within Αριθμός_Ασθενών	47.1%	51.8%	1.2%	100.0%
		% within Άγχος	52.6%	53.7%	100.0%	53.5%
	31-60	Count	14	17	0	31
		% within Αριθμός_Ασθενών	45.2%	54.8%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	18.4%	20.7%	0.0%	19.5%
	61-90	Count	9	6	0	15
		% within Αριθμός_Ασθενών	60.0%	40.0%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	11.8%	7.3%	0.0%	9.4%
	91-100	Count	3	6	0	9
		% within Αριθμός_Ασθενών	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	3.9%	7.3%	0.0%	5.7%
	100+	Count	10	9	0	19
		% within Αριθμός_Ασθενών	52.6%	47.4%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	13.2%	11.0%	0.0%	11.9%
Total		Count	76	82	1	159
		% within Αριθμός_Ασθενών	47.8%	51.6%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2.796[a]	8	.946	.874[b]	.865	.882
Likelihood Ratio	3.188	8	.922	.874[b]	.865	.882
Fisher's Exact Test	5.473			.878[b]	.870	.887
N of Valid Cases	159					

a. 7 cells (46.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1678759390.

- Αριθμός ασθενών & Άγχος

Ομοίως ο αριθμός ασθενών που δέχεται ημερησίως το θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης δεν αποτέλεσε παράγοντας που να επηρεάζει το άγχος καθώς το αποτέλεσμα του στατιστικού ελέγχου απέδωσε τιμή πολύ μεγαλύτερη του 0,05.

Πίνακας 16. Είδος σύμβασης & Άγχος

Crosstab

			Άγχος			Total
			Ελάχιστο	Μέτριο	Πολύ	
Είδος_Σύμβασης	Αορίστου χρόνου	Count	59	71	1	131
		% within Είδος_Σύμβασης	45.0%	54.2%	0.8%	100.0%
		% within Άγχος	77.6%	86.6%	100.0%	82.4%
	Ορισμένου χρόνου	Count	17	11	0	28
		% within Είδος_Σύμβασης	60.7%	39.3%	0.0%	100.0%
		% within Άγχος	22.4%	13.4%	0.0%	17.6%
Total		Count	76	82	1	159
		% within Είδος_Σύμβασης	47.8%	51.6%	0.6%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2.395[a]	2	.302	.299[b]	.287	.311
Likelihood Ratio	2.566	2	.277	.299[b]	.287	.311
Fisher's Exact Test	2.635			.299[b]	.287	.311
N of Valid Cases	159					

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .18.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1678759390.

- Είδος σύμβασης & Άγχος

Τέλος, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι το είδος σύμβασης εργασίας των εργαζομένων που συμμετείχαν επιδρά σημαντικά με το άγχος.

Στην συνέχεια παρατίθεται ο πίνακας 17 με τις συσχετίσεις του άγχους και των επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Πίνακας 17. Συσχέτιση Άγχους και Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών

Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά		**Άγχος**
		P- value < 0,05
Είδος προγράμματος	Στεγνό Πρόγραμμα	p = 0,818*
	Πρόγραμμα Υποκατάστασης	
Προϋπηρεσία	0-5	p = 0,189*
	6-10	
	11-15	

	16-20	
	21-25	
	26-30	
	30+	
Θέση απασχόλησης	Ψυχίατρος	p = 0,362*
	Παθολόγος	
	Νοσηλευτής	
	Ψυχολόγος	
	Κοινωνικός Λειτουργός	
	Κοινωνιοθεραπευτής	
	Ειδικός Θεραπευτής	
Ωράριο εργασίας	Κανονικό	p = 0,502*
	Μητρότητας	
Αριθμός ασθενών	0-30	p = 0,874*
	31-60	
	61-90	
	90-100	
	100+	
Είδος σύμβασης	Αορίστου χρόνου	p = 0,299*
	Ορισμένου χρόνου	

(*Monte-Carlo)

3.4 Επαγγελματική Εξουθένωση

Κατόπιν ανάλυσης των επιπέδων άγχους ακολουθεί η στατιστική ανάλυση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης. Το ερωτηματολόγιο που αφορά την Επαγγελματική Εξουθένωση περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις σύμφωνα με τις οποίες μετρά τρεις συνιστώσες:

1. Συναισθηματική εξάντληση
2. Αποπροσωποποίηση

3. Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

Η κάθε μια από τις 22 ερωτήσεις αντιστοιχεί σε μια συνιστώσα : (α) η διάσταση της συναισθηματικής εξουθένωσης περιλαμβάνει 9 ερωτήματα, (β) η διάσταση της αποπροσωποποίησης περιλαμβάνει 5 ερωτήματα και (γ) η διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων περιλαμβάνει 7 ερωτήματα. Οι απαντήσεις δίνονται με βάση την κλίματα τύπου Likert, από το 1 (ποτέ δεν μου συμβαίνει), ως το 6 (μου συμβαίνει κάθε μέρα).

Οι παράμετροι κωδικοποιήθηκαν σε τρείς κατηγορίες οι οποίες διακρίνονται σε χαμηλό επίπεδο, μέσο επίπεδο και υψηλό επίπεδο σύμφωνα με την βαθμολογία που συγκεντρώνεται στην κάθε μια. Τα προαναφερθέντα επίπεδα διακρίνονται με βάση τα βαθμολογικά όρια τα οποία παραθέτονται στην συνέχεια στον πίνακα 18 , σύμφωνα με τους Maslach C , Jackson SE και Leiter MP.

Πίνακας 18. Βαθμολογικά όρια για τις 3 κατηγορίες του Β.Ο. ανα συνιστώσα

Συνιστώσες Επαγγελματική Εξουθένωση	Όρια Βαθμολογίας		
	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό
Συναισθηματική Εξάντληση	0 - 16	17 - 26	27 +
Αποπροσωποποίηση	0 - 6	7 - 12	13 +
Προσωπικά Επιτεύγματα	0 - 31	32 - 38	39 +

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι τα επίπεδα της Συναισθηματικής Εξάντλησης θεωρούνται χαμηλά όταν η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 16, μέτρια όταν η βαθμολογία βρίσκεται από 17 έως 26 και υψηλά όταν η βαθμολογία ισούται με 27 ή με κάποια ανώτερη τιμή. Αντίστοιχα η βαθμολογία στην Αποπροσωποποίηση όταν κυμαίνεται από 0-6 θεωρείται χαμηλή, μέση όταν βρίσκεται στο εύρος μεταξύ του 7-12, και υψηλή όταν είναι ίση ή μεγαλύτερη του 13. Αναφορικά με την 3η συνιστώσα που αφορά τα Προσωπικά Επιτεύγματα, όταν η βαθμολογία είναι 0 έως 31 τότε θεωρείται χαμηλή, μέση όταν βρίσκεται από 32 έως 38, ενώ υψηλή θεωρείται αν είναι ίση ή μεγαλύτερη του 39.

Η υψηλή βαθμολογία που συγκεντρώνεται στις δύο εκ των τριών συνιστωσών, συγκεκριμένα σε αυτές της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, δημιουργεί υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης για τους εργαζομένους. Η τρίτη συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων, δεν επηρεάζει ούτε επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα ποσοστά που συγκεντρώνουν οι άλλες δυο συνιστώσες. Η βαθμολογία για κάθε συνιστώσα ξεχωριστά υπολογίζεται διαφορετικά και δεν αθροίζονται μεταξύ τους για να δώσουν ένα αποτέλεσμα σχετικά με την ύπαρξη ή μη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach C., Jackson SE, Leiter MP 1996)

3.4.1. Κατανομή κατηγοριών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σύμφωνα με τα βαθμολογικά όρια των συνιστωσών του πίνακα 18, παρατίθεται ο αντίστοιχος πίνακας κατανομής κατηγοριών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης σύμφωνα με το δείγμα.

Πίνακας 19. Κατανομή κατηγοριών ανά συνιστώσα στο δείγμα

Επαγγελματική Εξουθένωση	Οι συνιστώσες του Burnout στο θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης		
	Συναισθηματική Εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
Χαμηλή	78 (49,06%)	83 (52,20%)	42 (26,42%)
Μέτρια	49 (30,82%)	41 (25,79%)	48 (30,19%)
Υψηλή	32 (20,13%)	35 (22,01%)	69 (43,40%)
Total	159 (100%)	159 (100%)	159 (100%)

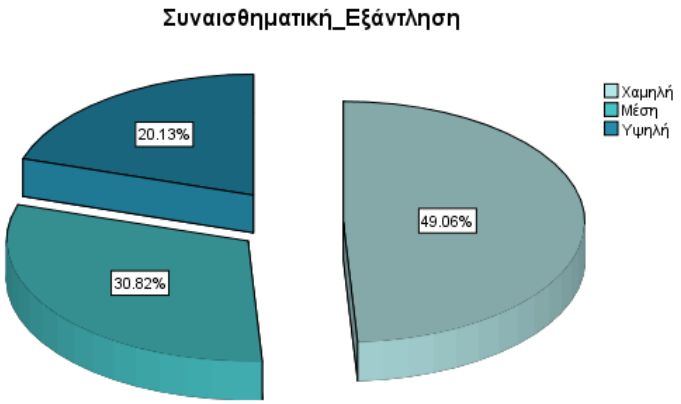
Σύμφωνα με τον πίνακα 19, το 49,06% του δείγματος παρουσιάζει χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, το 52,20% εκφράζει χαμηλή αποπροσωποποίηση και το 43,40% εκδηλώνει υψηλά επίπεδα ύπαρξης προσωπικών επιτευγμάτων.

Εν συνέχεια, το 30,82% των εργαζομένων ισχυρίζεται μέτρια συναισθηματική εξάντληση, το 25,79% εκδηλώνει μέτρια αποπροσωποποίηση και το 30,19% υποστηρίζει μέτρια επίπεδα ύπαρξης προσωπικών επιτευγμάτων.

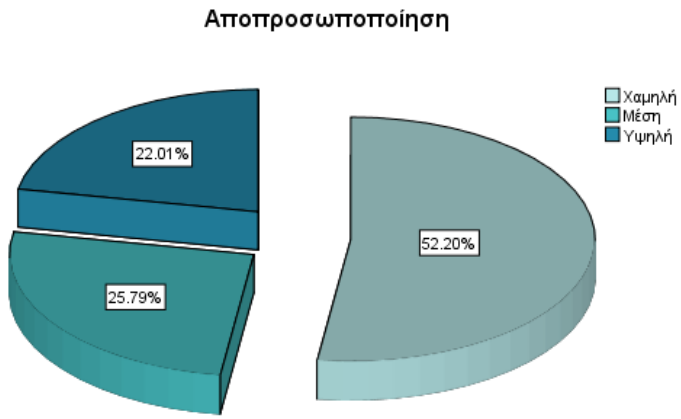
Έπειτα το 20,13% παρουσιάζει υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 22,01% δηλώνει υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης ενώ 26,42% εκφράζει χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Στα ακόλουθα βοηθητικά γραφήματα 22, 23 και 24 διαφαίνεται η κατανομή των κατηγοριών των τριών συνιστωσών, της συναισθηματικής εξουθένωσης, της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων σε ολόκληρο το δείγμα.

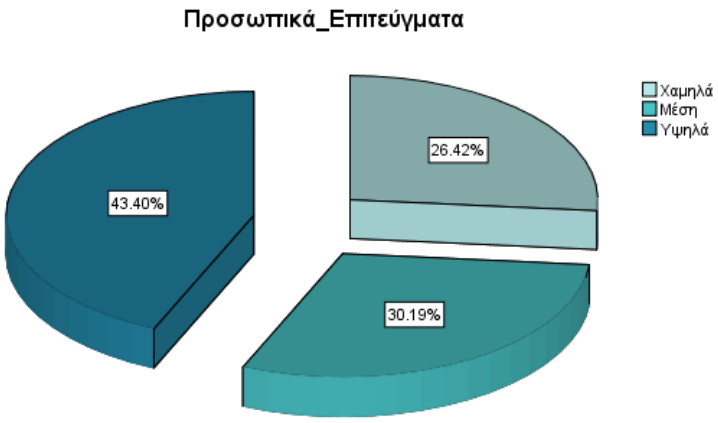
Γράφημα 22. Κατανομή των κατηγοριών της Συναισθηματικής Εξάντλησης



Γράφημα 23. Κατανομή των κατηγοριών της Αποπροσωποποίησης



Γράφημα 24. Κατανομή των κατηγοριών των Προσωπικών Επιτευγμάτων



3.4.2. Κατανομή κατηγοριών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ανά Είδος Προγράμματος Απεξάρτησης

Στον Πίνακα 20, παρουσιάζονται οι συχνότητες και οι ποσοστιαίες αναλογίες των κατηγοριών των συνιστωσών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ανάλογα με το είδος του προγράμματος απεξάρτησης απ' όπου προέρχεται το δείγμα του θεραπευτικού προσωπικού

Πίνακας 20. Κατανομή των κατηγοριών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ανά είδος Προγράμματος Απεξάρτησης

Επαγγελματική Εξουθένωση		Οι συνιστώσες του Burnout στο θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης		
		Συναισθηματική Εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
Πρόγραμμα Υποκατάστασης	Χαμηλή	49 (30,82%)	46 (28,93%)	34 (21,38%)
	Μέτρια	38 (23,90%)	34 (21,38%)	33 (20,75%)
	Υψηλή	22 (13,84%)	29 (18,24%)	42 (26,42%)
Total		109 (68,55%)	109 (68,55%)	109 (68,55%)

Στεγνό πρόγραμμα	**Χαμηλή**	29 (18,24%)	37 (23,27%)	8 (5,03%)
	Μέτρια	11 (6,92%)	7 (4,40%)	15 (9,43%)
	Υψηλή	10 (6,29%)	6 (3,77%)	27 (16,98%)
Total		50 (31,45%)	50 (31,45%)	50 (31,45%)

Στον Πίνακα 20 παρατηρούμε τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης που εκδήλωσε το δείγμα του προγράμματος υποκατάστασης και το δείγμα του στεγνού θεραπευτικού προγράμματος ξεχωριστά.

Αναλυτικότερα, όπως παρουσιάζεται, στο δείγμα που συλλέχθηκε από το πρόγραμμα υποκατάστασης το οποίο αποτελείται από 109 θεραπευτές, το ποσοστό 30,82% εκδηλώνει χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης ενώ χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης εμφάνισε το 28,93% των θεραπευτών και το 26,42% δήλωσε υψηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Το 23,90% των εργαζομένων του ιδίου προγράμματος δηλώνει μέτρια συναισθηματική εξάντληση όπως επίσης και το 21,38% δηλώνει μέτρια αποπροσωποποίηση, ενώ το 21,38% των θεραπευτών εκδηλώνει χαμηλά επίπεδα ύπαρξης προσωπικών επιτευγμάτων.

Επιπλέον, το 13,84% παρουσιάζει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης όπως και το 18,24% εκδηλώνει υψηλή αποπροσωποποίηση αλλά το 20,75% των θεραπευτών έδειξε μέτρια επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

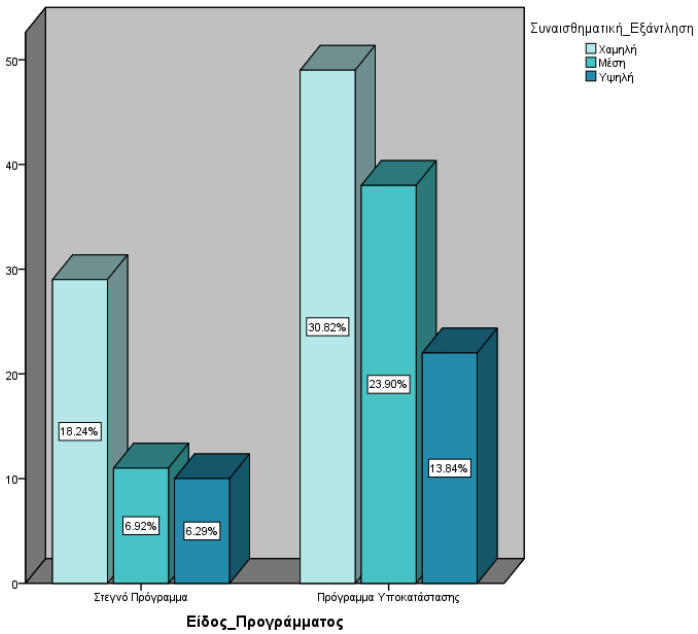
Αναφορικά με το δείγμα που συγκεντρώθηκε από το πρόγραμμα στεγνού τύπου, το οποίο αποτελείται από 50 θεραπευτές, το 18,24% υποστηρίζει χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, όπως παρόμοια υποστηρίζει το 23,27% χαμηλή αποπροσωποποίηση. Το 16,98% του δείγματος απάντησε σε υψηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Επιπροσθέτως, το 6,92% δηλώνει μέτρια επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, το 4,40% των επαγγελματιών υγείας υποστήριξε μέτρια αποπροσωποποίηση και το 9,43% μέτρια επίπεδα ύπαρξης προσωπικών επιτευγμάτων.

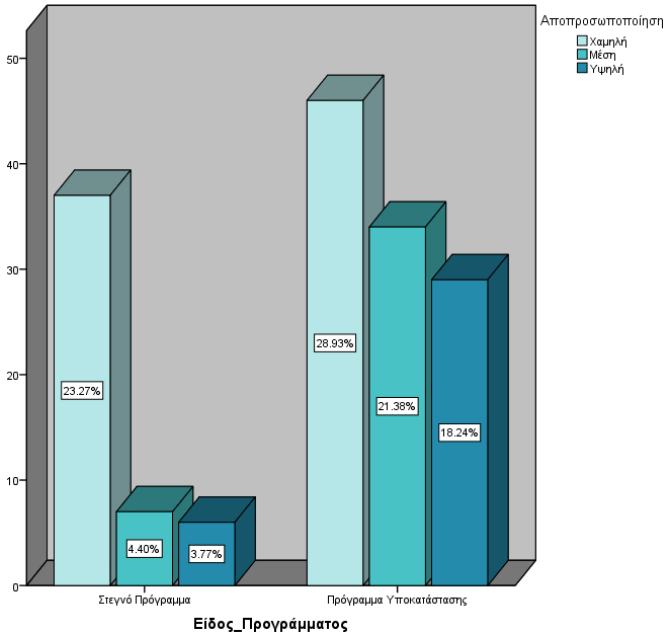
Τέλος στο 6,29% βρέθηκε υψηλή συναισθηματική εξάντληση. Παρομοίως, υψηλά ήταν τα επίπεδα της αποπροσωποποίησης για το 3,77% των θεραπευτών που συμμετείχαν και σύμφωνα με το 5,3% υπάρχουν χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Στα ακόλουθα γραφήματα 25, 26 και 27, διαφαίνεται η κατανομή των κατηγοριών των συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωση ανάλογα με το είδος του προγράμματος απεξάρτησης στο οποίο εργάζονται οι θεραπευτές.

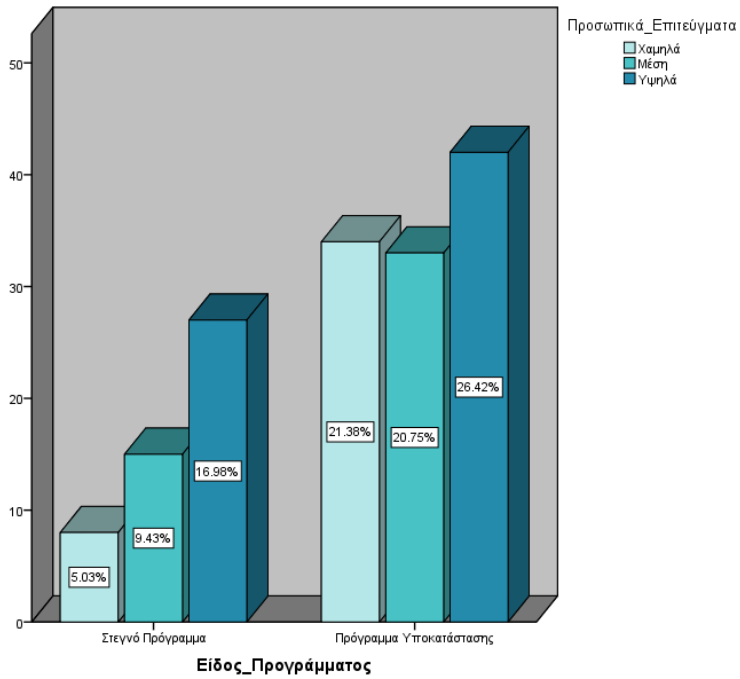
Γράφημα 25. Κατανομή των κατηγοριών της Συναισθηματικής Εξάντλησης ανάλογα με το Είδος του Προγράμματος – Πρόγραμμα Υποκατάστασης & Στεγνό Πρόγραμμα.



Γράφημα 26. Κατανομή των κατηγοριών της Αποπροσωποποίησης ανάλογα με το Είδος του Προγράμματος – Πρόγραμμα Υποκατάστασης & Στεγνό Πρόγραμμα.



Γράφημα 27. Κατανομή των κατηγοριών των Προσωπικών Επιτευγμάτων ανάλογα με το Είδος του Προγράμματος – Πρόγραμμα Υποκατάστασης & Στεγνό Πρόγραμμα



3.4.3. Συσχετίσεις των κατηγοριών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Στους ακόλουθους πίνακες παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της κάθε μιας από τις τρείς συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Για τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε χ2 έλεγχος ανεξαρτησίας. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson Chi-square και όπου χρειάστηκε εφαρμόστηκε ο έλεγχος Monte-Carlo εφόσον σε ορισμένους πίνακες συνάφειας οι συχνότητες των κελιών είχαν τιμή μικρότερη του 5.

3.4.3.1 Συσχέτιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Δημογραφικών Στοιχείων

Εν συνέχεια παρατίθενται οι πίνακες συνάφειας των μεταβλητών μαζί με τους στατιστικούς πίνακες χ2 για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων των ελέγχων.

Πίνακας 21. Φύλο & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Φύλο	Άντρας	Count	20	12	6	38
		% within Φύλο	52.6%	31.6%	15.8%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	25.6%	24.5%	18.8%	23.9%
	Γυναίκα	Count	58	37	26	121
		% within Φύλο	47.9%	30.6%	21.5%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	74.4%	75.5%	81.3%	76.1%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Φύλο	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	.606[a]	2	.739	.761[b]	.750	.772
Likelihood Ratio	.630	2	.730	.761[b]	.750	.772
Fisher's Exact Test	.565			.784[b]	.774	.795
N of Valid Cases	159					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.65.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

Πίνακας 22. Φύλο & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			Total
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
Φύλο	Άντρας	Count	21	8	9	38
		% within Φύλο	55.3%	21.1%	23.7%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	25.3%	19.5%	25.7%	23.9%
	Γυναίκα	Count	62	33	26	121
		% within Φύλο	51.2%	27.3%	21.5%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	74.7%	80.5%	74.3%	76.1%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Φύλο	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	.587[a]	2	.746	.758[b]	.747	.769
Likelihood Ratio	.605	2	.739	.758[b]	.747	.769
Fisher's Exact Test	.592			.780[b]	.769	.791
N of Valid Cases	159					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.36.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

Πίνακας 23. Φύλο & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			Total
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	
Φύλο	Άντρας	Count	7	14	17	38
		% within Φύλο	18.4%	36.8%	44.7%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	16.7%	29.2%	24.6%	23.9%
	Γυναίκα	Count	35	34	52	121
		% within Φύλο	28.9%	28.1%	43.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	83.3%	70.8%	75.4%	76.1%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Φύλο	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1.961[a]	2	.375	.384[b]	.371	.397
Likelihood Ratio	2.029	2	.363	.373[b]	.360	.385
Fisher's Exact Test	1.952			.384[b]	.371	.397
N of Valid Cases	159					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.04.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

❖ Φύλο & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με τον έλεγχο χ^2 Pearson που διενεργήθηκε για την συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών αποδείχθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στις τρείς συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης εφόσον η τιμή του p-value ξεπέρασε το 0,05.

Πίνακας 24. Ηλικία & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Ηλικία	<30	Count	5	3	0	8
		% within Ηλικία	62.5%	37.5%	0.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	6.4%	6.1%	0.0%	5.0%
	31-40	Count	27	18	8	53
		% within Ηλικία	50.9%	34.0%	15.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	34.6%	36.7%	25.0%	33.3%
	41-50	Count	32	16	19	67
		% within Ηλικία	47.8%	23.9%	28.4%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	41.0%	32.7%	59.4%	42.1%
	>51	Count	14	12	5	31
		% within Ηλικία	45.2%	38.7%	16.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	17.9%	24.5%	15.6%	19.5%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Ηλικία	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7.190[a]	6	.304	.311[b]	.299	.323
Likelihood Ratio	8.632	6	.195	.239[b]	.228	.250
Fisher's Exact Test	6.755			.335[b]	.323	.348
N of Valid Cases	159					

a. 3 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.61.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

Πίνακας 25. Ηλικία & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Ηλικία	<30	Count	3	5	0	8
		% within Ηλικία	37.5%	62.5%	0.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	3.6%	12.2%	0.0%	5.0%
	31-40	Count	27	17	9	53
		% within Ηλικία	50.9%	32.1%	17.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	32.5%	41.5%	25.7%	33.3%
	41-50	Count	36	12	19	67
		% within Ηλικία	53.7%	17.9%	28.4%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	43.4%	29.3%	54.3%	42.1%
	>51	Count	17	7	7	31
		% within Ηλικία	54.8%	22.6%	22.6%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	20.5%	17.1%	20.0%	19.5%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Ηλικία	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10.749[a]	6	.096	.096[b]	.089	.104
Likelihood Ratio	11.434	6	.076	.101[b]	.093	.108
Fisher's Exact Test	9.545			.133[b]	.124	.141
N of Valid Cases	159					

a. 3 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.76.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

Πίνακας 26. Ηλικία & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	Total
Ηλικία	<30	Count	1	2	5	8
		% within Ηλικία	12.5%	25.0%	62.5%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	4.2%	7.2%	5.0%
	31-40	Count	20	15	18	53
		% within Ηλικία	37.7%	28.3%	34.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	47.6%	31.3%	26.1%	33.3%
	41-50	Count	13	24	30	67
		% within Ηλικία	19.4%	35.8%	44.8%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	31.0%	50.0%	43.5%	42.1%
	>51	Count	8	7	16	31
		% within Ηλικία	25.8%	22.6%	51.6%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	19.0%	14.6%	23.2%	19.5%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Ηλικία	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8.113[a]	6	.230	.235[b]	.224	.246
Likelihood Ratio	8.082	6	.232	.281[b]	.269	.292
Fisher's Exact Test	7.657			.255[b]	.244	.267
N of Valid Cases	159					

a. 3 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.11.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

- Ηλικία & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που παρατέθηκαν στους πίνακες 24 , 25 και 26, η ηλικία δεν αποτελεί παράγοντα που να αποδίδει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σχετικά με τις τρείς συνιστώσες καθώς το p-value έχει μεγαλύτερη τιμή από το 0,05.

Πίνακας 27. Οικογενειακή κατάσταση & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Οικογενειακή_Κατάσταση	Έγγαμος/η	Count	47	30	20	97
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	48.5%	30.9%	20.6%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	60.3%	61.2%	62.5%	61.0%
	Άγαμος/η	Count	25	13	9	47
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	53.2%	27.7%	19.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	32.1%	26.5%	28.1%	29.6%
	Διαζευγμένος/η	Count	3	5	2	10
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	30.0%	50.0%	20.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	3.8%	10.2%	6.3%	6.3%
	Χήρος/α	Count	1	0	0	1
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	1.3%	0.0%	0.0%	0.6%
	Συμβίωση	Count	2	1	1	4
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	2.6%	2.0%	3.1%	2.5%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval Lower Bound	99% Confidence Interval Upper Bound
Pearson Chi-Square	3.422[a]	8	.905	.945[b]	.939	.950
Likelihood Ratio	3.738	8	.880	.956[b]	.950	.961
Fisher's Exact Test	4.067			.916[b]	.909	.923
N of Valid Cases	159					

a. 9 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .20.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

Πίνακας 28. Οικογενειακή κατάσταση & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Οικογενειακή_Κατάσταση	Έγγαμος/η	Count	50	23	24	97
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	51.5%	23.7%	24.7%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	60.2%	56.1%	68.6%	61.0%
	Άγαμος/η	Count	24	16	7	47
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	51.1%	34.0%	14.9%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	28.9%	39.0%	20.0%	29.6%
	Διαζευγμένος/η	Count	6	2	2	10
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	7.2%	4.9%	5.7%	6.3%
	Χήρος/α	Count	0	0	1	1
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	0.0%	0.0%	2.9%	0.6%
	Συμβίωση	Count	3	0	1	4
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	75.0%	0.0%	25.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	3.6%	0.0%	2.9%	2.5%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8.088[a]	8	.425	.437[b]	.425	.450
Likelihood Ratio	8.579	8	.379	.471[b]	.458	.484
Fisher's Exact Test	7.113			.501[b]	.488	.514
N of Valid Cases	159					

a. 8 cells (53.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

Πίνακας 29. Οικογενειακή κατάσταση & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	Total
Οικογενειακή_Κατάσταση	Έγγαμος/η	Count	28	29	40	97
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	28.9%	29.9%	41.2%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	66.7%	60.4%	58.0%	61.0%
	Άγαμος/η	Count	10	15	22	47
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	21.3%	31.9%	46.8%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	23.8%	31.3%	31.9%	29.6%
	Διαζευγμένος/η	Count	2	3	5	10
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	20.0%	30.0%	50.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	4.8%	6.3%	7.2%	6.3%
	Χήρος/α	Count	1	0	0	1
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	0.0%	0.0%	0.6%
	Συμβίωση	Count	1	1	2	4
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	25.0%	25.0%	50.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	2.1%	2.9%	2.5%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Οικογενειακή_Κατάσταση	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4.091[a]	8	.849	.921[b]	.914	.928
Likelihood Ratio	4.003	8	.857	.945[b]	.939	.951
Fisher's Exact Test	3.946			.941[b]	.935	.947
N of Valid Cases	159					

a. 9 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .26.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

❖ Οικογενειακή κατάσταση & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Επίσης από τους πίνακες 27, 28 και 29, προκύπτει ότι η οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων δεν αποτελεί παράγοντα που να επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση τους καθώς και στις τρείς συνιστώσες το p-value είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που ορίστηκε, p-value > 0,05.

Πίνακας 30. Εκπαίδευση & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Εκπαίδευση	ΠΕ	Count	48	30	19	97
		% within Εκπαίδευση	49.5%	30.9%	19.6%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	61.5%	61.2%	59.4%	61.0%
	ΤΕ	Count	28	18	11	57
		% within Εκπαίδευση	49.1%	31.6%	19.3%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	35.9%	36.7%	34.4%	35.8%
	ΙΕΚ	Count	0	0	1	1
		% within Εκπαίδευση	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	0.0%	0.0%	3.1%	0.6%
	ΔΕ	Count	2	1	1	4
		% within Εκπαίδευση	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	2.6%	2.0%	3.1%	2.5%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Εκπαίδευση	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4.109[a]	6	.662	.730[b]	.719	.742
Likelihood Ratio	3.346	6	.764	.914[b]	.907	.922
Fisher's Exact Test	3.558			.832[b]	.822	.841
N of Valid Cases	159					

a. 6 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .20.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

Πίνακας 31. Εκπαίδευση & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Εκπαίδευση	ΠΕ	Count	50	26	21	97
		% within Εκπαίδευση	51.5%	26.8%	21.6%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	60.2%	63.4%	60.0%	61.0%
	ΤΕ	Count	29	14	14	57
		% within Εκπαίδευση	50.9%	24.6%	24.6%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	34.9%	34.1%	40.0%	35.8%
	ΙΕΚ	Count	0	1	0	1
		% within Εκπαίδευση	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	0.0%	2.4%	0.0%	0.6%
	ΔΕ	Count	4	0	0	4
		% within Εκπαίδευση	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	4.8%	0.0%	0.0%	2.5%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Εκπαίδευση	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6.814[a]	6	.338	.341[b]	.329	.353
Likelihood Ratio	8.179	6	.225	.261[b]	.250	.272
Fisher's Exact Test	5.170			.509[b]	.496	.521
N of Valid Cases	159					

a. 6 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

Πίνακας 32. Εκπαίδευση & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	Total
Εκπαίδευση	ΠΕ	Count	25	29	43	97
		% within Εκπαίδευση	25.8%	29.9%	44.3%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	59.5%	60.4%	62.3%	61.0%
	ΤΕ	Count	16	18	23	57
		% within Εκπαίδευση	28.1%	31.6%	40.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	38.1%	37.5%	33.3%	35.8%
	ΙΕΚ	Count	1	0	0	1
		% within Εκπαίδευση	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	0.0%	0.0%	0.6%
	ΔΕ	Count	0	1	3	4
		% within Εκπαίδευση	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	0.0%	2.1%	4.3%	2.5%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Εκπαίδευση	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5.053[a]	6	.537	.579[b]	.566	.592
Likelihood Ratio	5.824	6	.443	.576[b]	.563	.588
Fisher's Exact Test	4.203			.703[b]	.691	.715
N of Valid Cases	159					

a. 6 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .26.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1216981036.

- ❖ Επίπεδο εκπαίδευσης & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Το επίπεδο εκπαίδευσης του θεραπευτικού προσωπικού, όπως φαίνεται σους πίνακες 30, 31 και 32, δεν επηρεάζει σημαντικά καμία από τις τρείς συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 33. Συσχέτιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Δημογραφικών Στοιχείων

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η συσχέτιση κάθε μιας από τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά		Συνιστώσες Επαγγελματικής Εξουθένωσης		
		Συναισθηματική Εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
		P- value < 0,05		
Φύλο	Άνδρες	p = 0,739	p = 0,746	p = 0,375
	Γυναίκες			
Ηλικία	< 30	p = 0,304	p = 0,096	p = 0,230
	31-40			
	41-50			
	>51			
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος/η	p = 0,945*	p = 0,437*	p = 0,921*
	Άγαμος/η			
	Διαζευγμένος/η			
	Χήρος/α			
	Συμβίωση			
Εκπαίδευση	ΠΕ	p = 0,730*	p = 0,341*	p = 0,579*
	ΤΕ			
	ΙΕΚ			
	ΔΕ			

(*Monte-Carlo)

3.4.3.2. Συσχέτιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών

Ομοίως στο σημείο αυτό θα παρουσιαστούν οι πίνακες συνάφειας των συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης και των επαγγελματικών στοιχείων μαζί με τους στατιστικούς πίνακες χ2.

Πίνακας 34. Είδος προγράμματος & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Είδος_Προγράμματος	Στεγνό Πρόγραμμα	Count	29	11	10	50
		% within Είδος_Προγράμματος	58.0%	22.0%	20.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	37.2%	22.4%	31.3%	31.4%
	Πρόγραμμα Υποκατάστασης	Count	49	38	22	109
		% within Είδος_Προγράμματος	45.0%	34.9%	20.2%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	62.8%	77.6%	68.8%	68.6%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Είδος_Προγράμματος	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3.030[a]	2	.220	.215[b]	.204	.225
Likelihood Ratio	3.113	2	.211	.220[b]	.210	.231
Fisher's Exact Test	3.014			.220[b]	.210	.231
N of Valid Cases	159					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.06.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 35. Είδος προγράμματος & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Είδος_Προγράμματος	Στεγνό Πρόγραμμα	Count	37	7	6	50
		% within Είδος_Προγράμματος	74.0%	14.0%	12.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	44.6%	17.1%	17.1%	31.4%
	Πρόγραμμα Υποκατάστασης	Count	46	34	29	109
		% within Είδος_Προγράμματος	42.2%	31.2%	26.6%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	55.4%	82.9%	82.9%	68.6%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Είδος_Προγράμματος	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13.890[a]	2	.001	.001[b]	.000	.002
Likelihood Ratio	14.363	2	.001	.001[b]	.000	.002
Fisher's Exact Test	13.717			.001[b]	.000	.002
N of Valid Cases	159					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.01.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 36. Είδος προγράμματος & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	Total
Είδος_Προγράμματος	Στεγνό Πρόγραμμα	Count	8	15	27	50
		% within Είδος_Προγράμματος	16.0%	30.0%	54.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	19.0%	31.3%	39.1%	31.4%
	Πρόγραμμα Υποκατάστασης	Count	34	33	42	109
		% within Είδος_Προγράμματος	31.2%	30.3%	38.5%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	81.0%	68.8%	60.9%	68.6%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Είδος_Προγράμματος	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4.886[a]	2	.087	.092[b]	.085	.100
Likelihood Ratio	5.103	2	.078	.083[b]	.076	.090
Fisher's Exact Test	4.903			.086[b]	.079	.094
N of Valid Cases	159					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.21.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

❖ Είδος Προγράμματος Απεξάρτησης & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Αναφορικά με τους πίνακες 34, 35 και 36, το είδος προγράμματος απεξάρτησης συσχετίζεται με την συνιστώσα της αποπροσωποποίησης, εφόσον υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση και p-value=0,001. Το στοιχείο αυτό δηλώνει ότι οι εργαζόμενοι στα πλαίσια προγραμμάτων υποκατάστασης οδηγούνται πιο συχνά σε αισθήματα αποπροσωποποίησης. Όσον αφορά την συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα φαίνεται ότι δεν διαφοροποιούνται σε σχέση με το είδος του προγράμματος απεξάρτησης.

Πίνακας 37. Προϋπηρεσία & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Προϋπηρεσία	0-5	Count	32	8	1	41
		% within Προϋπηρεσία	78.0%	19.5%	2.4%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	41.0%	16.3%	3.2%	25.9%
	6-10	Count	4	4	0	8
		% within Προϋπηρεσία	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	5.1%	8.2%	0.0%	5.1%
	11-15	Count	19	18	18	55
		% within Προϋπηρεσία	34.5%	32.7%	32.7%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	24.4%	36.7%	58.1%	34.8%
	16-20	Count	15	11	8	34
		% within Προϋπηρεσία	44.1%	32.4%	23.5%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	19.2%	22.4%	25.8%	21.5%
	21-25	Count	6	7	4	17
		% within Προϋπηρεσία	35.3%	41.2%	23.5%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	7.7%	14.3%	12.9%	10.8%
	26-30	Count	1	0	0	1
		% within Προϋπηρεσία	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	1.3%	0.0%	0.0%	0.6%
	30+	Count	1	1	0	2
		% within Προϋπηρεσία	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	1.3%	2.0%	0.0%	1.3%
Total		Count	78	49	31	158
		% within Προϋπηρεσία	49.4%	31.0%	19.6%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	28.071[a]	12	.005	.004[b]	.002	.006
Likelihood Ratio	32.698	12	.001	.001[b]	.000	.002
Fisher's Exact Test	29.304			.001[b]	.000	.002
N of Valid Cases	158					

a. 10 cells (47.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .20.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 38. Προϋπηρεσία & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			Total
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
Προϋπηρεσία	0-5	Count	25	14	2	41
		% within Προϋπηρεσία	61.0%	34.1%	4.9%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	30.1%	34.1%	5.9%	25.9%
	6-10	Count	6	2	0	8
		% within Προϋπηρεσία	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	7.2%	4.9%	0.0%	5.1%
	11-15	Count	22	14	19	55
		% within Προϋπηρεσία	40.0%	25.5%	34.5%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	26.5%	34.1%	55.9%	34.8%
	16-20	Count	18	9	7	34
		% within Προϋπηρεσία	52.9%	26.5%	20.6%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	21.7%	22.0%	20.6%	21.5%
	21-25	Count	10	2	5	17
		% within Προϋπηρεσία	58.8%	11.8%	29.4%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	12.0%	4.9%	14.7%	10.8%
	26-30	Count	1	0	0	1
		% within Προϋπηρεσία	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	1.2%	0.0%	0.0%	0.6%
	30+	Count	1	0	1	2
		% within Προϋπηρεσία	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	1.2%	0.0%	2.9%	1.3%
Total		Count	83	41	34	158
		% within Προϋπηρεσία	52.5%	25.9%	21.5%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	19.509[a]	12	.077	.060[b]	.054	.066
Likelihood Ratio	23.899	12	.021	.023[b]	.019	.026
Fisher's Exact Test	20.653			.025[b]	.021	.029
N of Valid Cases	158					

a. 11 cells (52.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 39. Προϋπηρεσία & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	Total
Προϋπηρεσία	0-5	Count	10	9	22	41
		% within Προϋπηρεσία	24.4%	22.0%	53.7%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	24.4%	18.8%	31.9%	25.9%
	6-10	Count	1	4	3	8
		% within Προϋπηρεσία	12.5%	50.0%	37.5%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	8.3%	4.3%	5.1%
	11-15	Count	19	18	18	55
		% within Προϋπηρεσία	34.5%	32.7%	32.7%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	46.3%	37.5%	26.1%	34.8%
	16-20	Count	5	12	17	34
		% within Προϋπηρεσία	14.7%	35.3%	50.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	12.2%	25.0%	24.6%	21.5%
	21-25	Count	5	5	7	17
		% within Προϋπηρεσία	29.4%	29.4%	41.2%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	12.2%	10.4%	10.1%	10.8%
	26-30	Count	0	0	1	1
		% within Προϋπηρεσία	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	0.0%	0.0%	1.4%	0.6%
	30+	Count	1	0	1	2
		% within Προϋπηρεσία	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	0.0%	1.4%	1.3%
Total		Count	41	48	69	158
		% within Προϋπηρεσία	25.9%	30.4%	43.7%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11.457[a]	12	.490	.505[b]	.492	.517
Likelihood Ratio	12.618	12	.397	.491[b]	.479	.504
Fisher's Exact Test	11.687			.420[b]	.407	.433
N of Valid Cases	158					

a. 10 cells (47.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .26.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

❖ Προϋπηρεσία & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Η συναισθηματική εξάντληση φαίνεται να επηρεάζεται από τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων στον εκάστοτε φορέα με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p = 0,004. Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, διευκρινίζεται ότι το ποσοστό του δείγματος που βρίσκεται στην ομάδα η οποία έχει συμπληρώσει από 11 έως και 15 έτη προϋπηρεσίας παρουσιάζει μεγαλύτερα επίπεδα συναισθηματικής επιβάρυνσης. Τέλος, η

αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα δεν επηρεάζονται από τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Πίνακας 40. Θέση απασχόλησης & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Θέση	Ψυχίατρος	Count	10	5	3	18
		% within Θέση	55.6%	27.8%	16.7%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	12.8%	10.2%	9.4%	11.3%
	Παθολόγος	Count	2	2	0	4
		% within Θέση	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	2.6%	4.1%	0.0%	2.5%
	Νοσηλευτής	Count	20	16	7	43
		% within Θέση	46.5%	37.2%	16.3%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	25.6%	32.7%	21.9%	27.0%
	Ψυχολόγος	Count	24	14	13	51
		% within Θέση	47.1%	27.5%	25.5%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	30.8%	28.6%	40.6%	32.1%
	Κοινωνικός λειτουργός	Count	15	8	5	28
		% within Θέση	53.6%	28.6%	17.9%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	19.2%	16.3%	15.6%	17.6%
	Κοινωνιοθεραπευτής	Count	4	2	2	8
		% within Θέση	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	5.1%	4.1%	6.3%	5.0%
	Ειδικός Θεραπευτής	Count	3	2	2	7
		% within Θέση	42.9%	28.6%	28.6%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	3.8%	4.1%	6.3%	4.4%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Θέση	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4.232[a]	12	.979	.986[b]	.983	.989
Likelihood Ratio	4.875	12	.962	.980[b]	.976	.984
Fisher's Exact Test	4.370			.988[b]	.985	.991
N of Valid Cases	159					

a. 10 cells (47.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .81.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 41. Θέση απασχόλησης & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Θέση	Ψυχίατρος	Count	11	4	3	18
		% within Θέση	61.1%	22.2%	16.7%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	13.3%	9.8%	8.6%	11.3%
	Παθολόγος	Count	1	3	0	4
		% within Θέση	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	1.2%	7.3%	0.0%	2.5%
	Νοσηλευτής	Count	18	13	12	43
		% within Θέση	41.9%	30.2%	27.9%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	21.7%	31.7%	34.3%	27.0%
	Ψυχολόγος	Count	26	11	14	51
		% within Θέση	51.0%	21.6%	27.5%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	31.3%	26.8%	40.0%	32.1%
	Κοινωνικός λειτουργός	Count	16	8	4	28
		% within Θέση	57.1%	28.6%	14.3%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	19.3%	19.5%	11.4%	17.6%
	Κοινωνιοθεραπευτής	Count	6	1	1	8
		% within Θέση	75.0%	12.5%	12.5%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	7.2%	2.4%	2.9%	5.0%
	Ειδικός Θεραπευτής	Count	5	1	1	7
		% within Θέση	71.4%	14.3%	14.3%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	6.0%	2.4%	2.9%	4.4%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Θέση	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12.434[a]	12	.411	.420[b]	.408	.433
Likelihood Ratio	12.382	12	.416	.529[b]	.516	.542
Fisher's Exact Test	10.114			.589[b]	.577	.602
N of Valid Cases	159					

a. 11 cells (52.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .88.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 42. Θέση απασχόλησης & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			Total
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	
Θέση	Ψυχίατρος	Count	3	2	13	18
		% within Θέση	16.7%	11.1%	72.2%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	7.1%	4.2%	18.8%	11.3%
	Παθολόγος	Count	2	1	1	4
		% within Θέση	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	4.8%	2.1%	1.4%	2.5%
	Νοσηλευτής	Count	16	15	12	43
		% within Θέση	37.2%	34.9%	27.9%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	38.1%	31.3%	17.4%	27.0%
	Ψυχολόγος	Count	12	20	19	51
		% within Θέση	23.5%	39.2%	37.3%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	28.6%	41.7%	27.5%	32.1%
	Κοινωνικός λειτουργός	Count	7	6	15	28
		% within Θέση	25.0%	21.4%	53.6%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	16.7%	12.5%	21.7%	17.6%
	Κοινωνιοθεραπευτής	Count	1	3	4	8
		% within Θέση	12.5%	37.5%	50.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	6.3%	5.8%	5.0%
	Ειδικός Θεραπευτής	Count	1	1	5	7
		% within Θέση	14.3%	14.3%	71.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	2.1%	7.2%	4.4%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Θέση	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	18.476[a]	12	.102	.096[b]	.089	.104
Likelihood Ratio	18.780	12	.094	.145[b]	.136	.154
Fisher's Exact Test	17.511			.094[b]	.087	.102
N of Valid Cases	159					

a. 10 cells (47.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.06.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

- Θέση απασχόλησης & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με τον έλεγχο που διενεργήθηκε, οι τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν επηρεάστηκαν από την μεταβλητή της θέσης απασχόλησης που κατέχουν οι θεραπευτές.

Πίνακας 43. Ωράριο εργασίας & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			Total
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
Ωράριο	Κανονικό	Count	76	49	32	157
		% within Ωράριο	48.4%	31.2%	20.4%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	97.4%	100.0%	100.0%	98.7%
	Μητρότητας	Count	2	0	0	2
		% within Ωράριο	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	2.6%	0.0%	0.0%	1.3%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Ωράριο	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2.103[a]	2	.349	.491[b]	.478	.504
Likelihood Ratio	2.875	2	.237	.369[b]	.356	.381
Fisher's Exact Test	1.318			.693[b]	.682	.705
N of Valid Cases	159					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 44. Ωράριο εργασίας & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			Total
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
Ωράριο	Κανονικό	Count	82	40	35	157
		% within Ωράριο	52.2%	25.5%	22.3%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	98.8%	97.6%	100.0%	98.7%
	Μητρότητας	Count	1	1	0	2
		% within Ωράριο	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	1.2%	2.4%	0.0%	1.3%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Ωράριο	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	.908[a]	2	.635	1.000[b]	1.000	1.000
Likelihood Ratio	1.250	2	.535	1.000[b]	1.000	1.000
Fisher's Exact Test	1.094			1.000[b]	1.000	1.000
N of Valid Cases	159					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .44.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 45. Ωράριο εργασίας & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	Total
Ωράριο	Κανονικό	Count	41	48	68	157
		% within Ωράριο	26.1%	30.6%	43.3%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	97.6%	100.0%	98.6%	98.7%
	Μητρότητας	Count	1	0	1	2
		% within Ωράριο	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	0.0%	1.4%	1.3%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Ωράριο	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1.058[a]	2	.589	.736[b]	.725	.747
Likelihood Ratio	1.573	2	.455	.736[b]	.725	.747
Fisher's Exact Test	1.260			.736[b]	.725	.747
N of Valid Cases	159					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .53.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

- ❖ Ωράριο εργασίας & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Ομοίως, όπως προκύπτει από τους πίνακες 43, 44 και 45, το ωράριο εργασίας δεν διαφοροποιεί και δεν σχετίζεται στατιστικά με καμία από τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Πίνακας 46. Αριθμός ασθενών & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			Total
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
Αριθμός_Ασθενών	0-30	Count	47	22	16	85
		% within Αριθμός_Ασθενών	55.3%	25.9%	18.8%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	60.3%	44.9%	50.0%	53.5%
	31-60	Count	14	9	8	31
		% within Αριθμός_Ασθενών	45.2%	29.0%	25.8%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	17.9%	18.4%	25.0%	19.5%
	61-90	Count	9	3	3	15
		% within Αριθμός_Ασθενών	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	11.5%	6.1%	9.4%	9.4%
	91-100	Count	2	5	2	9
		% within Αριθμός_Ασθενών	22.2%	55.6%	22.2%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	2.6%	10.2%	6.3%	5.7%
	100+	Count	6	10	3	19
		% within Αριθμός_Ασθενών	31.6%	52.6%	15.8%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	7.7%	20.4%	9.4%	11.9%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Αριθμός_Ασθενών	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10.401[a]	8	.238	.243[b]	.232	.254
Likelihood Ratio	10.096	8	.258	.319[b]	.306	.331
Fisher's Exact Test	10.037			.250[b]	.239	.261
N of Valid Cases	159					

a. 6 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.81.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 47. Αριθμός ασθενών & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			Total
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
Αριθμός_Ασθενών	0-30	Count	54	17	14	85
		% within Αριθμός_Ασθενών	63.5%	20.0%	16.5%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	65.1%	41.5%	40.0%	53.5%
	31-60	Count	9	14	8	31
		% within Αριθμός_Ασθενών	29.0%	45.2%	25.8%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	10.8%	34.1%	22.9%	19.5%
	61-90	Count	9	2	4	15
		% within Αριθμός_Ασθενών	60.0%	13.3%	26.7%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	10.8%	4.9%	11.4%	9.4%
	91-100	Count	3	2	4	9
		% within Αριθμός_Ασθενών	33.3%	22.2%	44.4%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	3.6%	4.9%	11.4%	5.7%
	100+	Count	8	6	5	19
		% within Αριθμός_Ασθενών	42.1%	31.6%	26.3%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	9.6%	14.6%	14.3%	11.9%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Αριθμός_Ασθενών	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	17.001[a]	8	.030	.029[b]	.025	.033
Likelihood Ratio	16.641	8	.034	.052[b]	.047	.058
Fisher's Exact Test	16.793			.025[b]	.021	.029
N of Valid Cases	159					

a. 7 cells (46.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.98.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 48. Αριθμός ασθενών & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	Total
Αριθμός_Ασθενών	0-30	Count	20	22	43	85
		% within Αριθμός_Ασθενών	23.5%	25.9%	50.6%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	47.6%	45.8%	62.3%	53.5%
	31-60	Count	6	13	12	31
		% within Αριθμός_Ασθενών	19.4%	41.9%	38.7%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	14.3%	27.1%	17.4%	19.5%
	61-90	Count	4	4	7	15
		% within Αριθμός_Ασθενών	26.7%	26.7%	46.7%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	9.5%	8.3%	10.1%	9.4%
	91-100	Count	5	1	3	9
		% within Αριθμός_Ασθενών	55.6%	11.1%	33.3%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	11.9%	2.1%	4.3%	5.7%
	100+	Count	7	8	4	19
		% within Αριθμός_Ασθενών	36.8%	42.1%	21.1%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	16.7%	16.7%	5.8%	11.9%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Αριθμός_Ασθενών	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12.111[a]	8	.146	.147[b]	.137	.156
Likelihood Ratio	12.007	8	.151	.190[b]	.180	.200
Fisher's Exact Test	11.638			.154[b]	.145	.164
N of Valid Cases	159					

a. 5 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.38.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

❖ Αριθμός ασθενών & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Σημαντική στατιστικά συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ του αριθμού ασθενών που αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας στις δομές απεξάρτησης και της αποπροσωποποίησης εφόσον το επίπεδο σχετικότητας σημειώνεται ως p = 0,029. Από την συσχέτιση αυτή γίνεται αντιληπτή η αποπροσωποποίηση που βιώνει το ποσοστό των θεραπευτών που αναλαμβάνουν έως 30 περιστατικά ημερησίως. Εν αντιθέσει, η συναισθηματική εξάντληση και το επίπεδο των προσωπικών επιτευγμάτων δεν μεταβάλλονται από την μεταβλητή του αριθμού των ασθενών που εξυπηρετούν οι συμμετέχοντες της έρευνας.

Πίνακας 49. Είδος σύμβασης & Συναισθηματική Εξάντληση

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			Total
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
Είδος_Σύμβασης	Αορίστου χρόνου	Count	58	42	31	131
		% within Είδος_Σύμβασης	44.3%	32.1%	23.7%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	74.4%	85.7%	96.9%	82.4%
	Ορισμένου χρόνου	Count	20	7	1	28
		% within Είδος_Σύμβασης	71.4%	25.0%	3.6%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	25.6%	14.3%	3.1%	17.6%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Είδος_Σύμβασης	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8.468[a]	2	.014	.015[b]	.011	.018
Likelihood Ratio	10.109	2	.006	.009[b]	.006	.011
Fisher's Exact Test	8.835			.011[b]	.009	.014
N of Valid Cases	159					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.64.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 50. Είδος σύμβασης & Αποπροσωποποίηση

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			Total
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
Είδος_Σύμβασης	Αορίστου χρόνου	Count	67	30	34	131
		% within Είδος_Σύμβασης	51.1%	22.9%	26.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	80.7%	73.2%	97.1%	82.4%
	Ορισμένου χρόνου	Count	16	11	1	28
		% within Είδος_Σύμβασης	57.1%	39.3%	3.6%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	19.3%	26.8%	2.9%	17.6%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Είδος_Σύμβασης	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7.811[a]	2	.020	.019[b]	.016	.023
Likelihood Ratio	9.861	2	.007	.011[b]	.008	.013
Fisher's Exact Test	8.763			.012[b]	.009	.015
N of Valid Cases	159					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.16.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

Πίνακας 51. Είδος σύμβασης & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	Total
Είδος_Σύμβασης	Αορίστου χρόνου	Count	35	41	55	131
		% within Είδος_Σύμβασης	26.7%	31.3%	42.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	83.3%	85.4%	79.7%	82.4%
	Ορισμένου χρόνου	Count	7	7	14	28
		% within Είδος_Σύμβασης	25.0%	25.0%	50.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	16.7%	14.6%	20.3%	17.6%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Είδος_Σύμβασης	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	.670[a]	2	.715	.718[b]	.707	.730
Likelihood Ratio	.673	2	.714	.718[b]	.707	.730
Fisher's Exact Test	.641			.773[b]	.763	.784
N of Valid Cases	159					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.40.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

- Είδος σύμβασης & Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Σχετικά με την συγκεκριμένη μεταβλητή παρατηρείται μια σημαντικά ισχυρή στατιστική ένδειξη ότι επηρεάζει δύο από τις τρείς συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή την συναισθηματική εξάντληση με επίπεδο p-value = 0,014 και την αποπροσωποποίηση με επίπεδο p-value = 0,020. Με βάση τον έλεγχο χ^2, σημειώνεται ότι οι εργαζόμενοι σε προγράμματα απεξάρτησης με σύμβαση αορίστου χρόνου εκδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης και αποπροσωποποίησης. Παρόλα αυτά το είδος σύμβασης εργασίας δεν επηρεάζει καθόλου την συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων.

Ακολουθεί η συσχέτιση των τριών συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων όπως παρατίθεται στον πίνακα 52.

Πίνακας 52. Συσχέτιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών

Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά		Συνιστώσες Επαγγελματικής Εξουθένωσης		
		Συναισθηματική Εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
P- value < 0,05				
Είδος προγράμματος	Στεγνό Πρόγραμμα	p = 0,220	**p = 0,001**	p = 0,087
	Πρόγραμμα Υποκατάστασης			
Προϋπηρεσία στην μονάδα	0-5	**p = 0,004***	p = 0,060*	p = 0,505*
	6-10			
	11-15			
	16-20			
	21-25			
	26-30			
	30+			
Θέση απασχόλησης	Ψυχίατρος	p = 0, 986*	p = 0, 420*	p = 0, 096*
	Παθολόγος			
	Νοσηλευτής			
	Ψυχολόγος			
	Κοινωνικός Λειτουργός			
	Κοινωνιοθερα-πευτής			
	Ειδικός			

	Θεραπευτής			
Ωράριο εργασίας	Κανονικό	p = 0,491*	p = 1,000*	p = 0,736*
	Μητρότητας			
Αριθμός ασθενών	0-30	p = 0,243*	**p = 0,029***	p = 0,147*
	31-60			
	61-90			
	91-100			
	100+			
Είδος σύμβασης	Αορίστου χρόνου	**p = 0,014**	**p = 0,020**	p = 0,715
	Ορισμένου χρόνου			

(*Monte-Carlo)

3.5 Συσχέτιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Άγχους

Εν συνέχεια παρατίθενται οι πίνακες συνάφειας και οι στατιστικοί πίνακες ελέγχου χ2 που αφορούν την συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και στις τρείς συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 53. Συναισθηματική Εξάντληση & Άγχος

Crosstab

			Συναισθηματική_Εξάντληση			
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Total
Άγχος	Ελάχιστο	Count	50	21	5	76
		% within Άγχος	65.8%	27.6%	6.6%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	64.1%	42.9%	15.6%	47.8%
	Μέτριο	Count	28	28	26	82
		% within Άγχος	34.1%	34.1%	31.7%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	35.9%	57.1%	81.3%	51.6%
	Πολύ	Count	0	0	1	1
		% within Άγχος	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	0.0%	0.0%	3.1%	0.6%
Total		Count	78	49	32	159
		% within Άγχος	49.1%	30.8%	20.1%	100.0%
		% within Συναισθηματική_Εξάντληση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

				Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					99% Confidence Interval	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	24.963[a]	4	.000	.000[b]	.000	.000
Likelihood Ratio	25.881	4	.000	.000[b]	.000	.000
Fisher's Exact Test	25.007			.000[b]	.000	.000
N of Valid Cases	159					

a. 3 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .20.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 65732186.

- Συναισθηματική Εξουθένωση & Άγχος

Η διαφοροποίηση της συνιστώσας της συναισθηματικής εξάντλησης κατόπιν συσχέτισης της με το άγχος είναι ισχυρά στατιστικά σημαντική p=0,000, που σημαίνει ότι το άγχος ως παράγοντας συμβάλει στην εμφάνιση των επιπέδων συναισθηματικής εξάντλησης στο θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης.

Πίνακας 54. Αποπροσωποποίηση & Άγχος

Crosstab

			Αποπροσωποποίηση			Total
			Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
Άγχος	Ελάχιστο	Count	48	20	8	76
		% within Άγχος	63.2%	26.3%	10.5%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	57.8%	48.8%	22.9%	47.8%
	Μέτριο	Count	35	21	26	82
		% within Άγχος	42.7%	25.6%	31.7%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	42.2%	51.2%	74.3%	51.6%
	Πολύ	Count	0	0	1	1
		% within Άγχος	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	0.0%	0.0%	2.9%	0.6%
Total		Count	83	41	35	159
		% within Άγχος	52.2%	25.8%	22.0%	100.0%
		% within Αποπροσωποποίηση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14.779[a]	4	.005	.002[b]	.001	.003
Likelihood Ratio	14.924	4	.005	.002[b]	.001	.003
Fisher's Exact Test	14.435			.002[b]	.001	.003
N of Valid Cases	159					

a. 3 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 65732186.

- Αποπροσωποποίηση & Άγχος

Επίσης το άγχος δίνει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε σχέση με τα επίπεδα αποπροσωποποίησης που δηλώνουν οι συμμετέχοντες θεραπευτές, σε επίπεδο p= 0,002. Σε αυτό το σημείο γίνεται κατανοητό ότι το άγχος αποτελεί αγωγό για την δημιουργία της αποπροσωποποίησης.

Πίνακας 55. Άγχος & Προσωπικά Επιτεύγματα

Crosstab

			Προσωπικά_Επιτεύγματα			Total
			Χαμηλά	Μέση	Υψηλά	
Άγχος	Ελάχιστο	Count	18	23	35	76
		% within Άγχος	23.7%	30.3%	46.1%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	42.9%	47.9%	50.7%	47.8%
	Μέτριο	Count	23	25	34	82
		% within Άγχος	28.0%	30.5%	41.5%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	54.8%	52.1%	49.3%	51.6%
	Πολύ	Count	1	0	0	1
		% within Άγχος	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	2.4%	0.0%	0.0%	0.6%
Total		Count	42	48	69	159
		% within Άγχος	26.4%	30.2%	43.4%	100.0%
		% within Προσωπικά_Επιτεύγματα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3.280[a]	4	.512	.565[b]	.552	.577
Likelihood Ratio	3.161	4	.531	.629[b]	.616	.641
Fisher's Exact Test	2.853			.629[b]	.616	.641
N of Valid Cases	159					

a. 3 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .26.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 65732186.

❖ Προσωπικά Επιτεύγματα & Άγχος

Όσον αφορά την ύπαρξη προσωπικών επιτευγμάτων στο θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης, το αποτέλεσμα του στατιστικού ελέγχου ισούται με p=0,565 γεγονός που καθιστά αδύνατη την συσχέτιση μεταξύ της συνιστώσας των προσωπικών επιτευγμάτων και του άγχους, p-value > 0,05.

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζεται η συσχέτιση του Άγχους με τις συνιστώσες της Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Για την πραγματοποίηση αυτής της συσχέτισης εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος Monte-Carlo

Πίνακας 56. Συσχέτιση των τριών συνιστωσών της Επαγγελματικής εξουθένωσης με το άγχος

Επαγγελματική Εξουθένωση	Συναισθηματική Εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
	P- value < 0,05		
Άγχος	**p= 0,000***	**p= 0,002***	p= 0,565*

(*Monte-Carlo)

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως προέκυψε από την ανάλυση δεδομένων της παρούσας έρευνας, το θεραπευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση της εξάρτησης, τόσο από το πρόγραμμα υποκατάστασης όσο και από το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα, φαίνεται να βιώνει ήπιας μορφής επαγγελματική εξουθένωση και παράλληλα διατηρεί μέτρια επίπεδα άγχους. Ειδικότερα, τα ποσοστά που σημειώθηκαν κατόπιν ανάλυσης δείχνουν ότι το 49,06% αναφέρει χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, το 52,20% χαμηλή αποπροσωποποίηση και το 43,40% εκφράζει υψηλά προσωπικά επιτεύγματα αλλά όσον αφορά τα επίπεδα του άγχους το 51,57% εκδήλωσε μέτριο άγχος.

Παρ' όλα αυτά φαίνεται ότι το είδος του πλαισίου θεραπείας εντός του οποίου εργάζονται οι θεραπευτές, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, ο φόρτος εργασίας και η μορφή σύμβασης που διατηρούν με τον φορέα σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα από τις προαναφερόμενες μεταβλητές, εκείνες που συνδέονται με την συναισθηματική εξάντληση είναι τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων και το είδος σύμβασης ενώ οι μεταβλητές που συμβάλουν στην αποπροσωποποίηση είναι το είδος προγράμματος απεξάρτησης, ο αριθμός ασθενών και το είδος σύμβασης εργασίας.

Αναφορικά με τις μεταβλητές που εξετάστηκαν για την συσχέτισή τους, το φύλο αναδείχθηκε σχετιζόμενη μεταβλητή ως προς το άγχος. Επιπροσθέτως, όπως φάνηκε κατόπιν ανάλυσης, το άγχος αποτελεί παράγοντα επιρροής τόσο της συναισθηματικής εξάντλησης όσο και της αποπροσωποποίησης γεγονός που καταδεικνύει το αλληλένδετο στοιχείο της σχέσης μεταξύ του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όσον αφορά τις διαφοροποιήσεις που παρατηρήθηκαν ανάμεσα στο δείγμα που συλλέχθηκε από τα προγράμματα υποκατάστασης και τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα δεν παρουσίασαν ιδιαίτερες διαφορές. Στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά υπάρχει διαφοροποίηση ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων καθώς στο στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα υπερισχύουν οι θεραπευτές με ειδικότητα ψυχολόγου σε αντίθεση με το πρόγραμμα υποκατάστασης όπου το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελείται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με τους

στατιστικούς ελέγχους που εφαρμόστηκαν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο πρόγραμμα απεξάρτησης και στην αποπροσωποποίηση όπου διαφαίνεται ότι οι εργαζόμενοι στα πλαίσια προγραμμάτων υποκατάστασης έρχονται αντιμέτωποι με αισθήματα αποπροσωποποίησης σε μεγαλύτερο βαθμό. Πέραν των προαναφερόμενων παρατηρήσεων, οι δύο θεραπευτικοί πληθυσμοί διατηρούν τις ομοιότητες τους ως προς τα υπόλοιπα στοιχεία.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δεν διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από τα ευρήματα άλλων μελετών που εφαρμόστηκαν σε παρόμοιο πληθυσμό, τις οποίες παρουσιάσαμε ανωτέρω.

Σύμφωνα με τις υποδείξεις του EFPA (2006) το μέγεθος του δείγματος που λήφθηκε θεωρείται ικανοποιητικό έτσι ώστε η παρούσα έρευνα να έχει ισχύ.

Αναφορικά με το δείγμα, υπάρχει απόκλιση ως προς το φύλο, εφόσον ως επί τω πλείστων είναι αποτελούμενο από γυναίκες. Με αυτόν τον τρόπο δεν δίνεται η δυνατότητα να υπάρχει διεξαγωγή συμπερασμάτων για διαφορές μεταξύ των φύλων. Παρόλα αυτά, τα ευρήματα της έρευνας παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για την περαιτέρω κατανόηση των δύο φαινομένων και άλλων σχετιζόμενων ζητημάτων.

Τόσο το άγχος ως αγωγός του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης όσο και η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχουν αναγνωριστεί ακόμη ως νοσήματα και παρουσιάζουν δυσκολία στην αναγνώρισή τους ενώ υπάρχει έλλειψη ως προς την παραδοχή των αιτιολογικών παραγόντων.

Τα ανωτέρω ευρήματα θα ήταν χρήσιμο να ληφθούν υπόψη από τους φορείς απεξάρτησης όσον αφορά την εκπαίδευση του θεραπευτικού προσωπικού στον τομέα της εργασιακής υγείας, αλλά και από το Υπουργείο Υγείας έτσι ώστε αφιερωθούν περισσότερα κονδύλια για έρευνες στο πεδίο αυτό.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης του θεραπευτικού προσωπικού των δύο μεγάλων δημόσιων φορέων απεξάρτησης στην Ελλάδα και της ύπαρξης συσχέτισης τους με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των θεραπευτών καθώς και με το είδος του προγράμματος απεξάρτησης, ενώ μελετήθηκε και η συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και στις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο αριθμός των θεραπευτών που έρχονται σε άμεση επαφή με τους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και συμμετείχαν στην έρευνα έφτασε τους 159 εκ των οποίων οι 109 εργάζονται σε προγράμματα υποκατάστασης και οι υπόλοιποι 50 εργάζονταν σε στεγνά θεραπευτικά προγράμματα προσφέροντας ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα και υποστήριξη στους ασθενείς, χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα έδειξαν ότι οι δομές απεξάρτησης τόσο στο στεγνό όσο και στο πρόγραμμα υποκατάστασης των δύο φορέων στελεχώνονται κυρίως από γυναίκες του ηλικιακού φάσματος 31-40 και 41-50, είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, έγγαμοι, και το κυρίαρχο ποσοστό διαθέτει προϋπηρεσία από 11 έως 15 έτη. Υπάρχει διαφοροποίηση ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων καθώς στο στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα υπερισχύουν οι θεραπευτές με ειδικότητα ψυχολόγου σε αντίθεση με το πρόγραμμα υποκατάστασης όπου το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελείται από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Όπως υποστηρίχθηκε παραπάνω, τόσο τα προγράμματα υποκατάστασης όσο και τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα στελεχώνονται κυρίως από γυναικείο θεραπευτικό προσωπικό φτάνοντας το ποσοστό 50,31% για το πρόγραμμα υποκατάστασης και 25,79% για το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα. Μια πιο πρόσφατη έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε το 2018 και εστιάζει στα χαρακτηριστικά και στην ευεξία του θεραπευτικού προσωπικού στον τομέα των εξαρτήσεων βρήκε παρόμοια δεδομένα εφόσον οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (71%) και ηλικίας 40-59 (60%) (Matua Raki et al, 2018).

Επίσης από την μελέτη φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του θεραπευτικού δυναμικού ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 41-50. Το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι υπάγονται στο προαναφερθέν ηλικιακό φάσμα υπερισχύει με 28,93% για το δείγμα που συλλέχθηκε από τους θεραπευτές του προγράμματος υποκατάστασης. Παράλληλα 13,21% σημείωσε το θεραπευτικό προσωπικό του στεγνού θεραπευτικού προγράμματος δηλώνοντας την ομάδα ηλικίας από 41 έως 50 όμως ισοδυναμεί με το ποσοστό 13,21% των εργαζομένων του ιδίου προγράμματος που επέλεξαν την ομάδα 31 έως 40.

Παρόμοιο εύρημα βρέθηκε σε έρευνα με πληθυσμό τους εργαζομένους στο πλαίσιο προγραμμάτων απεξάρτησης. Σύμφωνα με την μελέτη, παραπάνω από το μισό ποσοστό (60,4%) του δείγματος των συμμετεχόντων άνηκε στο ηλικιακό φάσμα από 40 έως 55 (Kevin P Mulvey et al 2003).

Το θεραπευτικό προσωπικό τόσο στο πρόγραμμα υποκατάστασης όσο και στο πρόγραμμα στεγνού τύπου δηλώνει έγγαμο στην οικογενειακή του κατάσταση. Ως αποτέλεσμα προκύπτει ότι το 40,25% του δείγματος που συλλέχθηκε από το πρόγραμμα υποκατάστασης δηλώνει έγγαμο όπως όμοια δηλώνει και το 20,75% του δείγματος από το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα. Ομοίως σε μελέτη υποστηρίζεται ότι οι θεραπευτές σε δομές απεξάρτησης στην πλειοψηφία τους δηλώνουν έγγαμοι με το ποσοστό τους να φτάνει το 53,1% (Ruthlyn Sodano et al 2010).

Αναφορικά με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας των φορέων, το κυρίαρχο ποσοστό αποτελείται από πτυχιούχους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, με το ποσοστό τους να φτάνει το 36,48% και το 24,53% για το πρόγραμμα υποκατάστασης και το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα αντίστοιχα. Παρόμοια δεδομένα παρουσιάζει η μελέτη των Ruthlyn Sodano και συν. στην οποία η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεραπευτών είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση όπως προκύπτει από το ποσοστό που ανήλθε σε 62,3% (Ruthlyn, Sodano, et al 2010).

Όπως διαφαίνεται από τα παρόντα ευρήματα η εργασιακή εμπειρία του θεραπευτικού δυναμικού, κυμαίνεται από τα 11 έως τα 15 έτη σύμφωνα με το κυρίαρχο ποσοστό των ερωτηθέντων (34,81%). Η προϋπηρεσία των θεραπευτών, η οποία ξεπερνά τα 10 έτη δεν διαφέρει από τα αντίστοιχα διεθνή δεδομένα, όπου η μέση εμπειρία θεραπευτών σε

φορείς απεξάρτησης είναι συγκριτικά ίδια όπως φέρεται σε μελέτη όπου ο μέσος όρος εργασιακής εμπειρίας είναι ίση με τα 9 έτη (Ruthlyn Sodano et al 2010).

Σχετικά με τις ειδικότητες που κυριαρχούν ανάμεσα στους θεραπευτές προγραμμάτων απεξάρτησης παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση ως προς τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με το πρόγραμμα στο οποίο εργάζονται. Αναλυτικότερα στο πρόγραμμα υποκατάστασης κυριαρχεί το νοσηλευτικό προσωπικό σημειώνοντας το 26,42%, ενώ στο πρόγραμμα στεγνού τύπου υπερισχύει η ειδικότητα των ψυχολόγων που αντιστοιχεί στο 17,61%. Άλλη μια έρευνα που σχετίζεται με τα παραπάνω αποτελέσματα και έχει διεξαχθεί στην Αυστραλία από το Εθνικό Κέντρο για την Εκπαίδευση και Κατάρτιση στις Εξαρτήσεις έδειξε ότι 26% ήταν νοσηλευτές, 8% ψυχολόγοι, 6% σύμβουλοι, 5% κοινωνικοί λειτουργοί και το υπόλοιπο ήταν προσωπικό γενικών καθηκόντων στο πεδίο των εξαρτήσεων (O'Neill et al, 2003).

Όσον αφορά το ωράριο εργασίας υποστηρίχθηκε εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ότι έχουν πλήρες ωράριο με το ποσοστό των ερωτηθέντων από το πρόγραμμα υποκατάστασης να σημειώνει το 68,55% ενώ το ποσοστό των συμμετεχόντων από το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα συμπλήρωσε το 30,19%. Σε άλλη έρευνα υποστηρίζεται ομοίως ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων από φορέα απεξάρτησης (87%) απασχολούνταν υπό πλήρη απασχόληση (Matua Raki et al, 2018).

Επιπροσθέτως, οι περισσότεροι συμμετέχοντες του προγράμματος υποκατάστασης (27,04%) και του στεγνού θεραπευτικού προγράμματος (26,42%) αποφάνθηκαν ότι δέχονται ημερησίως έως 30 ασθενείς - χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών.

Τέλος, σχετικά με την σύμβαση εργασίας που διατηρούν οι εργαζόμενοι θεραπευτές με τον φορέα, αναφέρεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που λήφθηκε από το πρόγραμμα υποκατάστασης (54,72%) αλλά και εκείνο από το στεγνό πρόγραμμα (27,67%) διατηρεί σύμβαση αορίστου χρόνου ενώ μόλις το 13,84% και το 3,77% αντίστοιχα έχουν σύμβαση ορισμένου χρόνου.

5.1 Άγχος

Από την επεξεργασία και την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αρχικώς.

Η εικόνα του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στο εργασιακό περιβάλλων των μονάδων απεξάρτησης όπως αξιολογήθηκε από το θεραπευτικό προσωπικό των δύο μεγάλων δημόσιων φορέων αντιμετώπισης εξαρτήσεων στην Αττική, απεικονίστηκε εν μέρει μέσα από το δείγμα των θεραπευτών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

Είναι ευρέως γνωστό ότι οι επαγγελματίες υγείας στα πλαίσια προγραμμάτων απεξάρτησης βιώνουν αγχώδεις καταστάσεις με κύρια αιτία την ματαίωση γεγονός που οδηγεί στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά παραίτησης των εργαζομένων στην απεξάρτηση ανέρχονται σε 18–25% (Rothrauff TC et al 2011).

Οι υπάρχουσες μελέτες σχετικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων ήπιου άγχους και την εξέλιξη των επιπέδων αυτού στο θεραπευτικό προσωπικό μονάδων απεξάρτησης είναι περιορισμένες. Συγκεκριμένα, στον ελληνικό χώρο, έχει διερευνηθεί ελάχιστα η φύση και η κλιμάκωση του άγχους μεταξύ των θεραπευτών που εργάζονται τόσο στα πλαίσια προγραμμάτων υποκατάστασης όσο και στα πλαίσια στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων.

Το άγχος μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια συναισθηματική κατάσταση έντονου και απροσδιόριστου φόβου ενώ παράλληλα κάνουν την εμφάνισή τους και σωματικά ενοχλήματα. Πιο συγκεκριμένα, λόγω υπερδραστηριότητας του Αυτόνομου Κεντρικού Συστήματος εμφανίζονται σωματικές ενδείξεις όπως αίσθημα παλμών ή εφίδρωση. Συχνά το άτομο εκδηλώνει αντίσταση προς σε μια άγνωστη και ασαφή απειλή και ταυτόχρονα μεταβάλλει και αλλοιώνει την αντίληψη και την γνωστική ικανότητα του. Υποστηρίζεται η ιδέα ότι το άγχος και το stress αποτελούν την ίδια έννοια με αποτέλεσμα λανθασμένα να συγχέονται μεταξύ τους. Εν αντιθέσει το stress αποτελεί μια αντίδραση προσαρμογής του ατόμου όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με μια απειλητική κατάσταση και για την αντιμετώπιση αυτής ενεργοποιείται ο ανθρώπινος οργανισμός για την εκδήλωση συμπεριφοράς μάχης ή φυγής (Lazarus RS, Folkman S., 1984).

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μια σκιαγράφηση της ψυχικής κατάστασης του θεραπευτικού προσωπικού που εργάζεται στα δύο διαφορετικά είδη προγραμμάτων αντιμετώπισης της εξάρτησης. Για την διερεύνηση του άγχους εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στον πληθυσμό των θεραπευτών σε φορείς απεξάρτησης το ερωτηματολόγιο SAS Zung.

Κύριο εύρημα που βρέθηκε, ανεξάρτητα από την μορφή του προγράμματος απεξάρτησης, αποτελεί το γεγονός ότι το θεραπευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην μελέτη της παρούσας έρευνας παρουσίασε μέτρια επίπεδα άγχους (51,57%) ενώ ήταν ελάχιστο το ποσοστό του υψηλού δείκτη άγχους (0,63%). Το συγκεκριμένο εύρημα βρίσκεται σύμφωνο με την έρευνα του Ewer P.

Το 2015, οι Ewer P et al (Ewer P et al, 2015) ερευνούν τα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού άγχους (STS) σε θεραπευτικό προσωπικό των υπηρεσιών απεξάρτησης και τα ευρήματά τους δείχνουν ότι μόνο το 20% των θεραπευτών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και στρες, παρόλο που το μεγαλύτερο ποσοστό των πελατών -χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών- είχαν στο ιστορικό τους τραυματικές εμπειρίες και διαταραχές άγχους. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεραπευτών στην έρευνα ανάφεραν ότι είχαν την κατάλληλη εκπαίδευση (AEI) και κατάρτιση στον τομέα των εξαρτήσεων και του τραύματος.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα οι οποίοι παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους είχαν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά:

- Δεν είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση
- Ανέφεραν ότι έχουν μεγαλύτερο ποσοστό πελατών με ιστορικό τραυματισμού στην τρέχουσα υπηρεσία τους
- Ανέφεραν προσωπικές άμεσες εμπειρίες τραύματος
- Είχαν υψηλά επίπεδα στρες

Ο παράγοντας του άγχους προκαλεί σημαντικές επιπτώσεις στην εργασιακή συμπεριφορά και στάση του ατόμου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών το άγχος

στο εργασιακό περιβάλλον έχει μια ισχυρά αρνητική σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση (Kreitner R., Kinicki A. 1998).

Παράλληλα όμως με τα παραπάνω είναι αποδεδειγμένο ότι η επαγγελματική ικανοποίηση προστατεύει το άτομο από τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις του μακροχρόνιου άγχους (Ramirez A.J. et al 1996).

Επίσης ένα ακόμη εύρημα αποτελεί η στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο του συνολικού δείγματος και το άγχος (p-value = 0,002). Το ποσοστό των γυναικών που συμμετείχε στην παρούσα μελέτη, εμφάνισαν υψηλότερο βαθμό άγχους από τους άντρες των οποίων το άγχος κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Παρόμοιο αποτέλεσμα βρέθηκε τόσο στην ελληνική όσο και στην ξένη βιβλιογραφία.

Οι γυναίκες ως επαγγελματίες υγείας, συχνά παρουσιάζουν άγχος λόγω των απαιτήσεων από το οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον οι οποίες συχνά έρχονται σε σύγκρουση με αποτέλεσμα να αισθάνονται ανικανότητα ώστε να κρατήσουν την ισορροπία ανάμεσα στην εργασία και στην οικογένεια (Cooper CL et al 1988).

Σύμφωνα με την μελέτη των Σαρίδη και συν. (2016) οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερο άγχος και stress από τους άντρες καθώς περιέγραψαν εντονότερα τη μέση ένταση των στρεσογόνων παραγόντων στους οποίους συγκαταλεγόταν και η οικονομική κρίση, με εξαίρεση το περιβάλλον. Η μέση ένταση των στρεσογόνων παραγόντων χαρακτηρίστηκε πλησίον του μετρίου, ενώ ο παράγοντας της οικονομικής κρίσης κατείχε την μεγαλύτερη μέση ένταση και για τα δύο φύλα (Σαρίδη Μ., Καρρά Α., Σουλιώτης Κ. , 2016).

Η επίδραση του άγχους στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας καθιστά αναμενόμενο το αποτέλεσμα καθώς υποστηρίζεται από αρκετές σχετικές μελέτες ότι οι γυναίκες έχουν στατιστικά σημαντικά πιο υψηλά επίπεδα άγχους συγκριτικά με τους άντρες (Madi S.R. 1984).

Επιπροσθέτως, έχει φανεί από έρευνες πως περισσότερες γυναίκες παρά άντρες, αισθάνονται την ανάγκη να υιοθετήσουν ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα στην

προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν αγχώδεις καταστάσεις (Frith, 1971; Ikard & Tomkins, 1973).

5.2 Επαγγελματική Εξουθένωση

Σύμφωνα με τους Maslach et al η ύπαρξη της επαγγελματικής εξουθένωσης επέρχεται όταν η βαθμολογία βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα στις δύο εκ των τριών συνιστωσών, συγκεκριμένα στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση. Η συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων που είναι η τρίτη συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως συμπεραίνεται δεν επηρεάζει άμεσα ούτε επηρεάζεται από τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Η βαθμολογία για την κάθε μια συνιστώσα υπολογίζεται ξεχωριστά και δεν αθροίζονται για να βγάλουν ένα ενιαίο αποτέλεσμα για την ύπαρξη ή μη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach, Jackson SE, Leiter MP, 1996).

Η παρούσα μελέτη δείχνει ανάλογα αποτελέσματα που υποστηρίζουν τον ανωτέρω ορισμό. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι το 49,06% του δείγματος παρουσιάζει ήπια συναισθηματική εξάντληση όπως και το 52,20% υποστηρίζει χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης, και μόλις το 43,40% εκδηλώνει υψηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων. Συνεχίζοντας με τα μέτρια ποσοστά των συνιστωσών, το 30,82% των εργαζομένων υποστηρίζει μέτρια συναισθηματική εξάντληση, 25,79% εκδηλώνει μέτρια επίπεδα αποπροσωποποίησης, και η συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα για το 30,19%. Τέλος υψηλή συναισθηματική εξάντληση εκφέρει το 20,13% όπως υψηλά επίπεδα εκφράζει και το 22,1% του δείγματος αναφορικά με την αποπροσωποποίηση αλλά με το 26,42% να έχει συγκεντρώσει χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Συνολικά θα ήταν εφικτό να αναφερθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό (50,95%) των εργαζομένων δηλώνει μέτρια και υψηλά επίπεδα συναισθηματικής επιφόρτισης και το 47,89% εκφράζει μέτρια και υψηλά αισθήματα αποπροσωποποίησης και κυνισμού δημιουργώντας μια αρνητική στάση. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι θεραπευτές ερχόμενοι σε επαφή με τον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών ο οποίος χρειάζεται ειδικό και λεπτομερειακό χειρισμό κατά την

διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, λόγω της ιδιαιτερότητας και της πολυπλοκότητας που τον χαρακτηρίζει. Ωστόσο στην τρίτη συνιστώσα του burnout, το 56,6% των συμμετεχόντων εκδήλωσαν μέτρια ή χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων έναντι του 43,40% που παραθέσαμε παραπάνω το οποίο δηλώνει αυξημένα επίπεδα αναφορικά με την ίδια συνιστώσα.

Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με αντίστοιχες έρευνες της ελληνικής (Αλεκτορίδης, 2003; Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992; Σιουρούνη, Θεοδώρου, Χονδρός, 2006), αλλά και από της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας (Firth-Cozens, & Payne, 1999).

Επίσης, σε έρευνα των Ursula Martin και Steven P. Schinke που εφαρμόστηκε σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αναδείχθηκαν ήπια επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως και της επαγγελματικής ικανοποίησης αυτών (Ursula Martin & Steven P. Schinke 1998).

Παρόμοια είναι τα ευρήματα της έρευνας των Garner BR και Knight K που διενεργήθηκε σε 151 συμβούλους απεξάρτησης σε νοτιοδυτική πολιτεία της Αμερικής, οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε αποφυλακισθέντες χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών. Αναλυτικά, οι Garner BR και Knight K αναφέρουν ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό του θεραπευτικού σώματος το οποίο ανέρχεται στο 5% εμφανίζει μικρά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ το 6% εξέφρασε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η πλειοψηφία η οποία φτάνει το 89% κυμαίνεται σε ένα μέσο επίπεδο (Garner BR, Knight K. 2007).

Οι Skovholt και Trotter-Mathison σε μελέτη όπου διερεύνησαν την επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας κατέληξαν σε χαμηλές κλίμακες του συνδρόμου καθώς όπως υποστηρίζεται το προσωπικό κατείχε ιδιαίτερα ανεπτυγμένους τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου (Skovholt and Trotter-Mathison 2014).

Από τον έλεγχο συσχέτισης που εκτελέστηκε μεταξύ των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης και των δημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αποπροσωποποίηση και στο είδος του προγράμματος απεξάρτησης (p-value=0,001). Συγκεκριμένα μέσω του στατιστικού ελέγχου αποδείχτηκε ότι τα ποσοστά της αποπροσωποποίησης ήταν αυξημένα στην ομάδα θεραπευτών που εργάζονταν στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Σχετικά με το παραπάνω εύρημα, υπάρχει αδυναμία παράθεσης παρόμοιων ευρημάτων από άλλες έρευνες, είτε από τον ελληνικό είτε από τον διεθνή χώρο, διότι δεν υπάρχουν διαθέσιμες έρευνες που να έχουν διεξαχθεί ανάλογα με τα είδη των προγραμμάτων απεξάρτησης και των θεραπευτικών προσωπικών αυτών.

Στα προγράμματα υποκατάστασης γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν κάνει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα και μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών οι οποίοι μπορούν να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης (ΟΚΑΝΑ, 2010).

Με βάση τους επίσημους όρους του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών υποθέτουμε ότι τα επίπεδα αποπροσωποποίησης παρουσιάζουν αύξηση στους εργαζομένους του προγράμματος υποκατάστασης, λόγω της αυξημένης δυσκολίας που παρουσιάζουν τα περιστατικά που καλούνται να θεραπεύσουν.

Συνεχίζοντας, η εργασιακή εμπειρία δείχνει να επιβαρύνει σημαντικά την συναισθηματική υγεία των θεραπευτών (p-value = 0,004). Όπως προκύπτει από τον στατιστικό έλεγχο που διενεργήθηκε, όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας τόσο περισσότερο οι επαγγελματίες υγείας των δομών απεξάρτησης εξαντλούνται συναισθηματικά λόγω της φύσης της εργασίας τους αλλά και των απαιτήσεων της. Υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης παρουσίασε η ομάδα των θεραπευτών με προϋπηρεσία 11 έως 15 έτη.

Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν σε έρευνα των Μαρία Ν.Κ. Καρανικόλα και Ευφροσύνη Κλεάνθους υποστηρίζοντας ότι ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση συναισθηματικής εξάντλησης θεωρείται μεταξύ των άλλων και η μακροχρόνια προϋπηρεσία, καθώς και η απουσία εποπτείας και υποστήριξης από τη διοίκηση (Μαρία Ν.Κ. Καρανικόλα, Ευφροσύνη Κλεάνθους, 2011).

Σε μια επιπλέον έρευνα η οποία διερευνά τα επίπεδα του συνδρόμου και τους παράγοντες πρόκλησης αυτού, βρέθηκε μεταξύ άλλων ότι η μεγάλη διάρκεια του επαγγελματικού βίου των εργαζομένων σχετίζεται τόσο με την συναισθηματική εξάντληση όσο και με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (Kiekkas et al. 2010).

Σε παρόμοια αποτελέσματα οδηγήθηκε μια ακόμη έρευνα σύμφωνα με τα ευρήματα της οποίας τα έτη εργασιακής εμπειρίας επηρεάζουν την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης ιδίως στους εργαζομένους του τομέα της υγείας (Παπαθανασίου Ιωάννα, 2012).

Το γεγονός ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ της αύξησης των ετών εργασιακής εμπειρίας και συναισθηματικής εξάντλησης υποστηρίζεται υπό το πρίσμα της δυσκολίας που παρουσιάζει το αντικείμενο της αντιμετώπισης της εξάρτησης. Η επεξήγηση στην οποία στηρίζονται μελέτες όμοιου αντικειμένου είναι ότι οι θεραπευτές τοξικοεξάρτησης, καλούνται να αντιμετωπίσουν υπό καθημερινή βάση αγχώδεις καταστάσεις και εργασιακούς παράγοντες όπως το μεγάλο φόρτο εργασίας και τα αυξημένης δυσκολίας περιστατικά. Καθημερινά καλούνται να θεραπεύσουν και να καθοδηγήσουν ανθρώπους με αυτοκαταστροφικές ροπές με αποτέλεσμα να απαιτείται από μέρους τους η εφαρμογή λεπτών και πολύπλοκων χειρισμών καθ' όλη την θεραπευτική διαδικασία. (Baldwin-White A 2016, Young S 2015, Goehringa C. et al. 2005, Garrosa E et al. 2008).

Επίσης αποδείχθηκε ότι ο αριθμός των ασθενών που δέχονται καθημερινά οι επαγγελματίες υγείας στα πλαίσια των προγραμμάτων απεξάρτησης συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τα επίπεδα αποπροσωποποίησης (p-value = 0,029).

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία ο φόρτος εργασίας έχει συνδεθεί με την αποπροσωποποίηση καθώς τα αποτελέσματα των Σταυροπούλου και συν. ενοχοποίησαν το μεγάλο φόρτο εργασίας, τη χαμηλή μισθοδοσία και το εργασιακό περιβάλλον ως παράγοντες που συνέτειναν στην εμφάνιση του συνδρόμου (Σταυροπούλου, Παπαδάκη, Φτυλάκη & Καμπά, 2010).

Ο Leiter M.P. στηριζόμενος στην θεωρητική προσέγγιση της Maslach υποστήριξε ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και οι απαιτήσεις εντός του εργασιακού περιβάλλοντος,

οδηγούν στην συναισθηματική εξάντληση η οποία με τη σειρά της οδηγεί στην αποπροσωποποίηση (Leiter 1993).

Αναφορικά με τους Prosser και συν. το παραγόμενο στρες από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας παρουσιάστηκε ως σημαντική μεταβλητή στην επιρροή της συναισθηματικής εξάντλησης και της ψυχικής υγείας. Το στρες που προέρχεται από την επαφή με τους ασθενείς σχετίστηκε με την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων (Prosser et al, 1997).

Επιπλέον, προσδιορίστηκε από τους Price και Mueller ένα ολοκληρωμένο μοντέλο σύμφωνα με το οποίο οι βασικοί παράγοντες που προκαλούν στους εργαζομένους την επιθυμία αποχώρησης είναι: ο φόρτος εργασίας, η αμοιβή, η κοινωνική ένταξη στον οργανισμό, η τυπική και η άτυπη επικοινωνία, η επαναληψιμότητα των καθηκόντων, οι ευκαιρίες προαγωγής, ο συγκεντρωτισμός, ο επαγγελματισμός, το επίπεδο εκπαίδευσης, η υποστήριξη από τους προϊσταμένους και τους συνεργάτες και η αντιληπτική οργανωσιακή δικαιοσύνη (Price J., & Mueller C.W. 1986).

Τέλος βρέθηκε ότι το είδος της σύμβασης που διατηρούν οι εργαζόμενοι θεραπευτές με τον εκάστοτε φορέα συσχετίζεται θετικά τόσο με την συναισθηματική εξάντληση (p-value=0,014) όσο και με την αποπροσωποποίηση (p-value=0,020). Οι θεραπευτές που εργάζονται υπό σύμβαση αορίστου χρόνου πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις δύο προαναφερθείσες συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όσον αφορά την τελευταία συσχέτιση της παρούσας έρευνας δεν υπάρχει διαθέσιμη βιβλιογραφία η οποία να υποστηρίζει παρόμοια ευρήματα. Παρ' όλα αυτά αποτελεί ένα έναυσμα για την δημιουργία ερωτημάτων τα οποία χρήζουν περεταίρω διερεύνησης.

5.3 Συσχέτιση Άγχους και Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Μια ακόμη συσχέτιση που παρουσιάστηκε κατά την ανάλυση ήταν η στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο άγχος και στις δύο εκ των τριών συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή την συναισθηματική εξάντληση

(p-value=0,000) και την αποπροσωποποίηση (p-value=0,002). Σύμφωνα με το παραπάνω εύρημα γίνεται αντιληπτό ότι το άγχος ως παράγοντας επηρεάζει τις συνιστώσες και κατ' επέκταση οδηγεί το άτομο στο να παρουσιάσει συναισθηματική εξάντληση και

αποπροσωποποίηση. Η συνύπαρξη των δύο προαναφερθεισών συνιστωσών σηματοδοτούν την ύπαρξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους.

Το 2008, οι Oyefeso et al παρουσίασαν τα ευρήματα της έρευνάς τους η οποία μέτρησε τα επίπεδα burnout σε επαγγελματίες της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών απεξάρτησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι επαγγελματίες του τομέα των εξαρτήσεων ήταν πιο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες επαγγελματιών. Οι κύριοι παράγοντες που προκαλούσαν πίεση και άγχος στους συγκεκριμένους επαγγελματίες και κατά συνέπεια burnout ήταν η έλλειψη υποστήριξης από ανώτερα στελέχη, τα αισθήματα απομόνωσης, η ασάφεια ρόλου, η πολυπλοκότητα των περιπτώσεων ασθενών με συννοσηρότητες, οι αντιφατικές απαιτήσεις για το χρόνο εργασίας, ο ελάχιστος χρόνος για να γίνει αυτό που αναμένεται και η υπερφόρτωση εργασίας (Oyefeso et al, 2008).

Αργότερα το 2009, οι Duraisingam V et al, αναφέρουν στην έρευνά τους ότι σχεδόν το 19% των θεραπευτών των υπηρεσιών απεξάρτησης ανέφεραν υψηλά επίπεδα burnout, ενδεικτικά των υψηλών επιπέδων άγχους. Επιπλέον, 31% των θεραπευτών σκόπευαν να εγκαταλείπουν τη θέση εργασίας τους, ενώ το 19% τον τομέα των εξαρτήσεων. Ένας από τους λόγους αυτών των αποφάσεων ήταν και το άγχος. Οι νεότεροι εργαζόμενοι και εκείνοι με λιγότερα χρόνια εμπειρίας στον τομέα των εξαρτήσεων, παρουσίασαν τη μεγαλύτερη πρόθεση να εγκαταλείψουν αυτόν τον τομέα της υγείας. Αυτή η διαφορά μεταξύ των νέων εργαζομένων με λιγότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας και των μεγαλύτερων ηλικιακά εργαζομένων με περισσότερα χρόνια εμπειρίας βασίζεται στο γεγονός ότι η δεύτερη αναφερόμενη ομάδα ανέπτυξε ή/και υιοθέτησε μηχανισμούς και στρατηγικές που μειώνουν το άγχος και κατά συνέπεια την επαγγελματική εξουθένωση (Duraisingam V et al. 2009).

Στη παρούσα έρευνα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες και συγκεκριμένα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκει στην ομάδα 41 έως 50 έτη και πιθανολογείται ότι για το λόγο αυτό δεν βρέθηκαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρόλα αυτά όμως σημειώθηκαν μέτρια επίπεδα άγχους από τους συμμετέχοντες θεραπευτές.

5.4 Περιορισμοί

- Η εγκυρότητα των ερευνών μας είναι σχετικά περιορισμένη, διότι οι ομάδες θεραπευτών των δομών απεξάρτησης δεν έχουν εθνική εκπροσώπηση, αλλά, μόνο στο νομό Αττικής, συγκεκριμένα στην Αθήνα, και η πλειοψηφία ήταν γυναίκες.

- Πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη ότι η προβλεπτική εγκυρότητα ορισμένων από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα πρέπει να εξεταστεί με προσοχή, δεδομένης της δυναμικής των συχνά απρόβλεπτων αλλαγών στο σύστημα υγείας στη χώρα μας (πχ διάρθρωση του συστήματος υγείας, απασχόληση, μισθούς κ.λπ.).

- Η άρνηση ενός από τους τρεις μεγάλους δημόσιους οργανισμούς που δρα στο χώρο της απεξάρτησης να λάβει μέρος στην έρευνα.

- Η στατιστική επεξεργασία κατόπιν μετατροπής των συνεχών μεταβλητών σε κατηγορηματικές (δεν χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ) βασίστηκε σε κατηγοριοποιήσεις που προέκυψαν από άλλες εργασίες και κατ επέκταση σε εκείνα τα cut-off points, τα οποία είναι πιθανό να μην είναι απόλυτα συμβατά με το δείγμα της παρούσας μελέτης.

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Προτάσεις

Έως και σήμερα, η πρόληψη του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίστηκε κυρίως στην εφαρμογή ορισμένων μέτρων που στοχεύουν στην ανάπτυξη ατομικών ικανοτήτων.

Ωστόσο, οι παρεμβάσεις αυτές αποδείχθηκαν ανεπαρκείς, καθώς πρέπει να συνδεθούν με μέτρα και ενέργειες για τη βελτιστοποίηση του περιβάλλοντος και του εργασιακού κλίματος. Ως εκ τούτου, στις δομές απεξάρτησης -και όχι μόνο- προτείνουμε την εφαρμογή ενός προγράμματος παρέμβασης για την αύξηση της ανθεκτικότητας των θεραπευτών, που βασίζεται σε δύο μεθόδους:

- Ανάπτυξη προσωπικών στρατηγικών για τη διαχείριση του άγχους και του εργασιακού στρες, λαμβάνοντας υπόψη ότι σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, μέσα από γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές. Σκοπός των προσωπικών στρατηγικών είναι η αναγνώριση και η κατανόηση των προβλημάτων με βάση τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά (Matua Raki , 2017). Επίσης οι Lazarus και Folkman (1984) ορίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) ως συνεχώς μεταβαλλόμενες γνωσιακές και συμπεριφορικές προσπάθειες προκειμένου να αντιμετωπιστούν συγκεκριμένες εσωτερικές ή/και εξωτερικές ανάγκες του ατόμου που ξεπερνούν τις δυνατότητες του. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης όταν είναι επιτυχείς και το άτομο προτιμά την πραγματικότητα (reality testing) από την άρνηση τότε τονώνεται η εμπιστοσύνη στον εαυτό του, μειώνεται το άγχος του και υπάρχει μία αίσθηση προσωπικής ευημερίας (personal growth) (Lazarus και Folkman, 1984).

- Ανάπτυξη στρατηγικών τρόπων αύξησης της ανθεκτικότητας μέσω διαχείρισης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε οργανωτικό επίπεδο στον τομέα της ψυχικής υγείας, όπου συμπεριλαμβάνονται και οι δομές απεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες. Σύμφωνα με την Matua Raki, με βάση τους πόρους για την αντιμετώπιση, αναπτύσσονται οι προσωπικές δεξιότητες για την επίλυση προβλημάτων, ενώ σε κοινωνικό-οργανωτικό επίπεδο βελτιστοποιούνται οι υποστηρικτικές σχέσεις και οι

ευκαιρίες συμμετοχής στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Όλα τα προαναφερόμενα, ωστόσο, επηρεάζουν θετικά την ανθεκτικότητα των θεραπευτών. (Matua Raki, 2017)

- Ανάπτυξη και υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής της υγείας τα οποία να έχουν ως στόχο (α) τη μείωση των παραγόντων κινδύνου που απορρέουν από τη συμπεριφορά και οδηγούν σε μια ευάλωτη υγεία και (β) την προστασία της υγείας, τη διάγνωση και τον εντοπισμό των υπαρχόντων προβλημάτων. Η μορφή των προγραμμάτων αυτών ποικίλει, καθώς είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν παροχή συμβουλών με στόχο την δημιουργία καλών αποτελεσμάτων στους τομείς της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας, της εκπαίδευσης και της εργασίας. (Carl I. Fertman and Diane D. Allensworth, 2010)

- Η συμμετοχή του θεραπευτικού προσωπικού σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής σε άλλες ομάδες, όπως οι ασθενείς. Κατά συνέπεια, είναι εξαιρετικά σημαντικό να βρεθούν στρατηγικές για την ανάμιξη αυτής της επαγγελματικής ομάδας σε δραστηριότητες που προάγουν τη δική τους υγεία (Ingiborg H, Mats B and Gunnae A. Jr 2011).

6.2 Νέες κατευθύνσεις έρευνας

Το ζήτημα που εξετάζεται σε αυτή τη διπλωματική εργασία προϋποθέτει αναγκαστικά νέες κατευθύνσεις έρευνας, λαμβάνοντας υπόψη το σωρευτικό πολυπαραγοντικό καθορισμό του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης που παρουσιάζουν οι θεραπευτές των δομών απεξάρτησης, καθώς και τους πολλαπλούς προσδιορισμούς των αντιδράσεων άγχους και των μηχανισμών αντιμετώπισης.

Σε μελλοντική έρευνα μπορεί να ληφθούν υπόψη οι προαναφερόμενοι περιορισμοί της έρευνάς μας μέσω διερεύνησης μεγαλύτερων συνόλων θεραπευτών των δομών απεξάρτησης.

Λαμβάνουμε επίσης υπόψη το γεγονός ότι στο μέλλον, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, είναι απαραίτητο να επαναληφθεί μια τέτοια έρευνα σχετικά με το άγχος και την

επαγγελματική εξουθένωση σε θεραπευτές δομών απεξάρτησης, ειδικά λόγω της έλλειψης επαρκώς σαφούς προοπτικής της εξέλιξης του εθνικού συστήματος υγείας, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα.

Επίσης, θεωρούνται απαραίτητες οι μελέτες παρέμβασης οι οποίες να έχουν ως στόχο τον προσδιορισμό βέλτιστων στρατηγικών πρόληψης ή/και αντιμετώπισης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε θεραπευτικό προσωπικό των δομών απεξάρτησης.

Τέλος, μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να ασχοληθούν περισσότερο με ένα παρεμβατικό πρόγραμμα εκπαίδευσης και προαγωγής της υγείας στον εργασιακό χώρο στον τομέα της ψυχικής υγείας και να μελετηθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης των θεραπευτών.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adam S., Gyorffy Z. and Susanszky, (2008) Physician Burnout in Hungary: A Potential Role for Work Family Conflict. Journal Health Psychology, Vol.13: pp 847-856

Adler R., (2009) Engel's Biopsychosocial Model Is Still Relevant Today, Journal of Psychosomatic Research, Vol 67, pp. 607-611.

Ahmed I, Banu H, AL-Fageer R, and AL-Suwaidi R (2009) Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. Journal Critical Care Vol. 24: pp 1–7

Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, and Mutanen P. (2014) Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. Journal of Burn Care and Research 1:29–37. doi:10.1016/j.burn.2014.03.003

Aldwin, C.M. (1994), Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective, Guilford Press, New York. In Mohajan, H.K. (2012), The Occupational Stress and Risk of it among the Employees, International Journal of Mainstream Social Science, 2(2): pp 17–34

American Psychological Association (APA) (1976) Task Force on Health Research, "Contributions of Psychology to Health Research: Patterns, Problems, and Potentials," American Psychologist, Vol. 31, pp. 263-274

American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC

Amick B.C., Kawachi I., Coakley E.H., Lerner D., Levine S., Colditz G.A. Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States // Scandinavian Journal of Work Environment Health. – 1998. – No. 24. pp 54-61

Anagnostopoulos F. and Niakas D. (2010) Job Burnout, Health-Related Quality of Life, and Sickness Absence in Greek Health Professionals. European Psychologist, Vol.15 (2): pp 132-141

Anderson, P (2006). Global use of alcohol, drugs and tobacco. Drug and Alcohol Review, 25, pp. 489–502 . In How psychoactive drugs shape human culture: a multi-disciplinary perspective, Dr. Greg Wadley, The University of Melbourne, Published in Brain Research Bulletin, 2016

Anil Kakunje (2011), Stress Among Health Care Professionals - The Need for Resiliency, Online Journal of Health and Allied Sciences, Mangalore, South India Volume 10, Issue 1

Antonovsky, A. (1987). Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Fransisco: Jossey-Bass. In Mittelmark MB et al. The Handbook of Salutogenesis, Charm (CH), Springer 2017
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28590610

Aronsson, G., & Lindh, T. (2004). Long term health at work—a study of the population, Work and Health: vol. 10. Stockholm In Christensen M et al, (2017) The Positive Side of Occupational Health Psychology, Springer International Publishing

Aronsson G. & Blom. V. (2010). Work conditions for workers with good long term health. International Journal of Workplace Health Management, 3(2), pp 160–172

Bakker, A.B. and Demerouti, E., (2007) The job demands resources model: state-of-the-art, Journal of Managerial Psychology, Vol. 22, pp. 309-28

Baldwin – White A. (2016) Psychological distress and substance abuse counselors: an exploratory pilot study of multiple dimensions of burnout. J Subst Use. doi:.dx.doi.org/10.3109/14659891.2014.949316

Baldwin D, Anderson I, Nutt D, et al. (2005) Evidence-based guideline for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology Vol.19: pp 567–596

Barbara, J.S.; Psych, C. and Shain, M.,, (nd) When Workplace Stress Stifles Productivity, Drake Business Review, 1(1): pp 27-29 http://www.drakeintl.com/dbr/print5.html

Bargellini A, Barbieri A, Rovesti S, Vivoli R, Roncaglia R, et al. (2000) Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. Occupational and Environmental Medicine, Vol.57: pp453–457.

Bauer, G. F., and Jenny, G. J. (2012). Salutogenic organisations and change. Heidelberg: Springer.In M. Christensen et al. (eds.), The Positive Side of Occupational Health Psychology, pp. 17

Beck, C.T. and Gable, R.K. (2012) A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 41(6), 747-760. doi: 10.1111/j.1552- 6909.2012.01386.x

Begat I, Ellefsen B, and Severinsson E (2005) Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experience of well-being – a Norwegian study. J Nurs Manag 13: pp221–230

Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H., and Leventhal, E. A. (2000). Positive affect and function as influences on self-assessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 55(2), pp 107–116

Bianchi R, Schonfeld IS, and Laurent E. (2015) Burnout-depression overlap: a review. Clinical Psychology Review Journal 36:28–41. doi:10.1016/j.cpr.2015.01.004

Bianchi R, Schonfeld IS, and Laurent E. (2014) Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. In Journl Stress Manag 21:307–24. doi:10.1037/a0037906

Bianchi R, Schonfeld IS, and Laurent E. (2015) Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 50(6): pp1005–1011. doi:10.1007/s00127-014-0996-8

Bianchi R, and Laurent E. (2015) Emotional information processing in depression and burnout: an eye-tracking study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 265: pp27–34. doi:10.1007/s00406-014-0549-x

Bleakley Stephen, (2013), Anxiety disorders clinical features and diagnosis, Clinical Pharmacist, Vol 5, pp 281-283

Brenninkmeijer, V. and Van Yperen, N. (2003) How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach to burnout, Occupational and Environmental Medicine, Vol. 60, Suppl. 1, pp. 16-21

Brill P.L.,(1984), The need for an operational definition of burnout, Family and Community Health, Vol 6, pp 12-24

Brown JM, and Campbell EA. (1991) Stress among emergency services personnel: progress and problems. Journal of the Society of Occupational Medicine, Vol. 41: pp 149–151

Buunk, B. P. and Schaufeli, W. B. (1993) A perspective from social comparison theory. In W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research . Londres: Taylor & Francis. 1993, pp. 53-69

Carver, C. S., Scheier, M. F. and Weintraub, J. K. (1989) Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 56, pp. 267-283

Chambers R, and Belcher J. (1994) Predicting mental health problems in general practitioners. Occupational Medicine, Vol.44:pp 212–216

Cherniss C, (1980) Professional Burnout in Human Service Organizations, Praeger, New York. In Schaufeli WM and Buunk BP, Handbook of Work and Health Psychology, 1996, pp. 313

Cho, J., Laschinger, H.K. and Wong, C. (2006) Workplace empowerment, work engagement, and organizational commitment of new graduate nurses, Nursing Leadership, Vol. 19, pp. 43-60

Christensen M et al, (2017) The Positive Side of Occupational Health Psychology, Springer International Publishing, pp 10- 14

Christmas D. and Nutt D. (2008) Potential novel anxiolytic drugs. Current Pharmaceutical Design, 14:35 pp 34–46

Coetzee, S.K., and Klopper, H.C. (2010) Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. Nursing & Health Sciences, 12(2), pp. 235-243

Cooper N., Stevenson C.and Hale G., (1996)The Biopsychosocial Model, Eds., Integrating Perspectives on Health, Open University Press, Buckingham, 1996, pp. 1-17

Cooper, C.L. and Marshall, J. (1976), Occupational Sources of Stress: A Review of the Literature Relating to Coronary Heart Disease and Mental Ill-health, Journal of Occupational Psychology, 49: pp 11-28

Cooper C.L., Cooper RD, Eaker LH. (1988) Living with stress, Harmonsworth : Pengium,

Cooper, Luikkonen & Cartwright, (1996), Stress prevention in the workplaces Dublin Ireland European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Cotton & Fisher, (1995) Current issues and directions for the management of workplace – psychological health issues, In Dianna T. Kenny, Introduction : Occupational Stress and its Management , International Journal of Stress Management , 2003, 10(4): pp275-279 DOI: 10.1037/1072-5245.10.4.275

Courtwright, D. T., (2001) Forces of habit: Drugs and the making of the modern world. Cambridge, MA: Harvard University Press, pp.2

Cox, T., Kuk, G. and Leiter,(1993) M.. Burnout, health, work stress and organizational healthiness. In W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.). Professional burnout: Recent developments in theory and research pp. 177- 193, . 1993 Londres: Taylor & Francis

Cox T and Griffiths A (1996), Assessment of psychosocial hazards at work In Schalabracq J et al, (2003) Handbook of work and health psychology

Craig Nakken, (2006) The Addictive Personality: Understanding the Addictive Process and Compulsive Behavior, Greek version, pp.35 - 45

Crocq, M. (2007) Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. Dialogues in Clinical Neuroscience, 9(4), pp. 355–361

Crocq MA, (2015), A history of anxiety: from Hippocrates to DSM, Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 17 . No. 3 https://www.researchgate.net/publication/284936134

Cummings, G., Hayduk, L. and Estabrooks, (2005) C. Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: The responsibility of emotionally intelligent leadership. Nursing Research, 54 (1), pp. 2-12

Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, I. and Kantas, A. (2002) The convergent validity of two burnout instruments: a multitrait-multimethod analysis , European Journal of Psychological Assessment, Vol. 18, pp. 296-307

DiGiacomo M, and Adamson B (2001) Coping with stress in the workplace: implications for new health professionals. Journal of Allied Health 30: pp106–111

Dollard M., (2003) Introduction: context, theories and intervention. In: Dollard MF, Winefield AH, Winefield HR, editors. Occupational Stress in the Service Professions. London, New York: Taylor & Francis; 2003. pp. 1–42

Duraisingam, V., Pidd, K., & Roche, A. (2009). The impact of work stress and job satisfaction on turnover intentions: A study of Australian specialist alcohol and other drug workers. Drugs: Education, Prevention and Policy, 16(3), 217-231.

Earleywine M, (2005) Mind-Altering Drugs: The Science of Subjective Experience, , Oxford University Press, pp. 217-218

Earnshaw J. and Cooper C. L. (2001) Stress and Employer Liability. - London: Institute of Personnel and Development (IPD)

EFPA. Review Model For The Description And Evaluation Of Psychological Tests, Test Review Form And Notes For Reviewers, 2006

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, Science, Vol. 96, pp. 129-136

EFAMHW (2016). European Framework for Action on Mental Health and Well-being : http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications

European Commission, 2011 Report on the implementation of the European social partners' Framework Agreement on Work-related Stress, Brussels , Sec 2011 241 final, pp: 5-9.

Ewer P., Teesson M., Sannibale C., Roche A., & Mills K. (2015). The prevalence and correlates of secondary traumatic stress among alcohol and other drug workers in Australia. Drug and Alcohol Review, 34(3), pp 252-258.

Farley, M., Golding, J.M., Young, G., Mulligan, M. and Minkoff, J.R. (2004) Trauma history andrelapse probability among patients seeking substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 27, 161–167

Fertman C. I. and Allensworth D.D. , 2010. Health Promotion Programs, From Theory to Practice, pp: 4-8

Firth-Cozens, J., & Payne, R. (1999). Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.

Friberg, T. (2006), Diagnosing burn-out: an anthropological study of a social concept in Sweden,, In Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C.(2009),Burnout: 35 years of research and practice, Career Development International Vol. 14 No. 3, pp. 204-220

Friberg T. (2009) Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. Cult Med Psychiatry, 33:pp 538–558. doi:10.1007/s11013-009-9149-z .

Frith, C. (1971). Smoking behaviour and its relation to the smoker's immediate experience. Br J Soc Clin Psychology, 73-78

Gallon, S., Gabriel, R., & Knudsen, J. (2003). The toughest job you'll ever love: A Pacific Northwest treatment workforce survey. Journal of Substance Abuse Treatment, 24(3), pp 183-196

Garner BR, Knight K. (2007) Burnout among corrections – based drug treatment staff. Impact of individual and organizational factors. Int J Offender Ther Comp Criminol ; 51 (5) : 510 – 522 doi : 10.1080/02678370903282600

Gardner ER, Hall RC, (1981), The Professional Stress Syndrome, Psychosomatics, Vol 22, Issue 8, pp 672-673, 675, 678-680

Garrosa E., Moreno-Jimeneza B., Liangb Y., Gonzalezc JL., (2008). The relationship between socio – demographic variables, job stressors, burnout and hardy personality in nurses: An exploratory study In J Nurs Stud, 45: 418-427

Gatchel R. J., Y. Bo Pang, M. L. Peters, P. Fuchs and D. C. Turk, (2007) The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions, Psychological Bulletin, Vol. 133, No. 4, pp. 581-624.

Gatchel R. J., (2004) Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health: The Biopsychosocial Perspective,, American Psychologist, Vol. 59, pp. 797

Gellert, F.J. and Kuipers, B.S., (2008) Short- and long-term consequences of age in work teams, Career Development International, Vol. 13 No. 2, pp. 132-49

Ghaemi N. S., (2009) The Rise and Fall of the Biopsychosocal Model, The British Journal of Psychiatry, Vol. 195, pp. 3-4

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. and Valcárcel, P. (1995) The burnout syndrome among nursing professionals: a perspective from the cognitive models of work stress. In L. González, A. de La Torre and J. de Elena (Comp.), (1995) Psychology of Work and Organizations, Human Resources Management and New Technologies, Salamanca: Eudema pp. 211-224

Gil-Monte, P. R.(2005) The Burnout Syndrom A work-related illness in the welfare society, Madrid: Pyramid

Goehringa C., Bouvier- Galacchib M., Koznic B., Bovier B., (2005). Psychological and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. Swiss Medical Weekly, 135: 101-108

Golembiewski RT, Scherb K. and Boudreau RA (1993), Burnout in cross-national settings: generic and model-specific perspectives. In Schaufeli WB Maslach C and Marek T (1993) Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research, London, pp. 218-237

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. and Carter, D. (1983) Progressive phases of burnout and their worksite covariants. Journal of Applied Behavioral Science, Vol. 19, pp. 464-81

Goodman, J. (1995). Excitantia: Or, how enlightenment Europe took to soft drugs. Consuming Habits: Goodman, J., Lovejoy, P. E., & Sherratt, A. Eds. (1995). Consuming Habits: Drugs in History and Anthropology. pp. 121-141. London: Routledge in How psychoactive drugs shape human culture: a multi-disciplinary perspective, Dr. Greg Wadley, (2016) The University of Melbourne, Published in Brain Research Bulletin

Goodman, J., Lovejoy, P. E. , & Sherratt, A. Eds. (1995). Consuming Habits: Drugs in History and Anthropology. London: Routledge in How psychoactive drugs shape human culture: a multi-disciplinary perspective, Dr. Greg Wadley, (2016) The University of Melbourne, Published in Brain research bulletin

Goodman J, Lovejoy Pe, and Sherratt A. (1995) Consuming habits. Drugs in history and anthropology, 1st Edition, Routledge, London & New York, pp. 12–15

Hansell, J., and Damour, L. (2008). Abnormal psychology (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley

Harrison, W. D.,. (1983) A social competence model of burnout. In B. A. Farber (Ed.), Stress and burnout in the human services professions 1983, New York: Pergamon Press pp. 29-39.

Harter MC, Conway KP, Merikangas KR. Associations between anxiety disorders and physical illness. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2003) 253(6):313–20. doi:10.1007/s00406-003-0449-y

Hatala A. R., (2011), Resilience and Healing Amidst Depressive Experiences: An Emerging Four-Factor Model from Emic/Etic Perspectives," Journal of Spirituality in Mental Health, Vol. 13, No. 1, pp. 27-51

Hatala, AR , (2012), The Status of the "Biopsychosocial" Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions, Open Journal of Medical Psychology, 1, pp 51-62

Hayden, B. (2014). The Power of Feasts. Cambridge: Cambridge University Press in How psychoactive drugs shape human culture: a multi-disciplinary perspective, Dr. Greg Wadley, The University of Melbourne, Published in Brain Research Bulletin, 2016

Hemingway, C.A. and Maclagan, P.W. (2004) Managers' personal values as drivers of corporate social responsibility, Journal of Business Ethics, Vol. 50, pp. 33-44

Hirsch, E. (1995). Betelnut 'bisnis' and cosmology: A view from Papua New Guinea. In Goodman, J., P. E. Lovejoy, & Sherratt, A., Eds. (1995). Consuming Habits: Drugs in History and Anthropology. (pp. 67–87). Routledge, London

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community and the nestedself process: Advancing conservation of resources theory. Applied Psychology: An International Review, Vol.50, pp. 337-421

Hobfoll, S. E. and Freedy, J. R..(1993) Conservations of resources: A general stress theory applied to burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.). Professional burnout: Recent development in theory and research pp. 115-129. London: Taylor & Francis

Hoogendoorn W.E., Poppel M.N.M, van Koes B.W. and Bouter L.M. (2000), Systematic Review of Psychosocial Factors at Work and Private Life as Risk Factors for Back Pain, Spine, 25: pp 2114-2125

Hugh-Jones, S. (1995). Coca, beer, cigars and yage: meals and anti-meals in an Amerindian community. In J. Goodman, P. E. Lovejoy & A. Sherratt (Eds.), Consuming Habits: Drugs In History and Anthropology pp. 47–65. Routledge, London

Ingiborg H, Mats B and Gunnae A. Jr, 2011, Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden BMC Public Health 201111:pp 448 https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-448

Islam, J.N.; Mohajan, H.K. and Datta, R. (2012), Stress Management Policy Analysis: A Preventative Approach, International Journal of Mainstream Social Science, Vol 2 No 2: pp 17–34

Kennedy, D. O., (2014) Plants and the Human Brain. Oxford: Oxford University Press, in How psychoactive drugs shape human culture: a multi-disciplinary perspective, Dr. Greg Wadley, (2016) The University of Melbourne, Published in Brain Research Bulletin

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R,Merikangas KR,Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in theNational Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry (2005) 62(6):593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593

Kessler RC, Greenberg PE. The economic burden of anxiety and stress disorders. in Davis KL,Charney D,Coyle JT,Nemeroff C, editors. Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins (2002). pp. 981–92

Kevin P Mulvey, Susan Hubbard, Susan Hayashi (2003) Journal of Substance Abuse Treatment Volume 24, Issue 1, Pages 51-57

Kiekkas P., Spyratos F., Lampa E., Aretha D., Sakellaropoulos G. C., (2010). Level and Correlates of Burnout Among Orthopaedic Nurses in Greece. Orthopaedic Nursing, 29(3), 203 – 209.

Kilpatrick A.O., (1990) Burnout correlated and validity of research, design in a large panel of studies, Journal of Health and Human Resources Administration Vol. 12 , pp. 25 – 44

King, M., et al., 2008. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. Br. J. Psychiatry 192 (5), pp 362–367

Kivimäki M., Leino-Arjas, P., Luukkonen R., Riihimäki, H., Vahtera J. and Kirjonen J. (2002), Work Stress and Risk of Coronary Mortality: Prospective Cohort Study of Industrial Employees, British Medical Journal, Vol. 325: pp 857-863

Kleber, H.D. (1996) Outpatient detoxification from opiates. Primary Psychiatry 1: pp 42-52, In Principles of Drug Addiction Treatment: A Research – Based Guide 3rd Edition, NIH, 2012

Kreitner R., Kinicki A. (1998)Organizational behavior, 4th edition, Irwin/McCraw-Hill, international edition, 209

Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. and Christensen, K.B. (2005) The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout", Work & Stress, Vol. 19, pp. 192-207

Kroenke K, and Spitzer RL. (2002) The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatric Annals Journal Vol 32 pp 509–515. doi:10.3928/0048-5713-20020901-06

Kupfer DJ (2015), Anxiety and DSM-5, Dialogues Clin Neurosci, 17(3): pp 245–246

Landrum, B., Knight, D. K., & Flynn, P. M. (2012). The impact of organizational stress and burnout on client engagement. Journal of Substance Abuse Treatment, 42(2), pp 222-230.

Landsbergis P.A. (2003), The Changing Organisation of Work and the Safety and Health of Working People: A Commentary, Journal of Occupational Environmental Medicine, 45(1): pp 61-72

Lazarus RS, Folkman S., (1984) Stress, appraisal and coping , New York: Springer Publishing.

Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: consideration of models. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds.) Professional Burnout: Recent Developments in Theoiy and Research, 237-250. London: Taylor & Francis

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. In A.-S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.), New horizons in management. Research companion to organizational health psychology , pp. 544-564. Northampton, MA, US: Edward Elgar Publishing

Leiter, M.P., Jackson, N.J. and Shaughnessy, K., (2008) Contrasting burnout, turnover intention, control, value congruence, and knowledge sharing between Boomers and Generation X, Journal of Nursing Management, Vol. 16, pp. 1-10

Leka, S., & Kortum, E. (2008). A European Framework to Address Psychosocial Hazards. Journal of Occupational Health, 50: pp 294-296.

Leventhal H., J. Weinman, E. Leventhal and A. Phillips,(2008) Health Psychology: The Search for Pathways between Behavior and Health, Annual Review of Psychology, Vol. 59, pp. 477-505

Lovejoy, P. E. (1995). Kola nuts, the “coffee” of the central Sudan. In Goodman, J., P. E. Lovejoy & Sherratt, A., Eds. (1995). Consuming Habits: Drugs in History and Anthropology. (pp. 103-125). London: Routledge

Mackenbach, J. P., Van Den Bos, J., Van De Mheen, H., and Stronks, K. (1994). The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health? International Journal of Epidemiology, Vol 23 No 6, pp 1273–1281

Madi S.R., Kobasa S.C. (1984). The hardy executive: Health under stress. Dow-JonesIrvin: Homewood IL.

Manzano-García, Guadalupe; Ayala-Calvo, Juan-Carlos (2013) New Perspectives: Towards an Integration of the concept "burnout" and its explanatory models, Anales de Psicología, Vol. 29, No. 3, pp. 800-809

Mark G. and Smith AP (2012) Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. British Journal of Health Psychology Vol 17: pp 505–521.

Marohn S. (2003) The Natural Medicine Guide to Anxiety (Health Mind Guides), Kindle Edition, Chapter 1, pp 6-8

Martin, J. and Siehl, C. (1983) Organizational culture and counterculture: an uneasy symbiosis, Organizational Dynamics, Vol. 12, pp. 52-64.

Maslach C. and Leiter, M. P. (2005) Stress and Burnout: The Critical Research. in: Cary L. Cooper (ed) Handbook of Stress Medicine and Health, 2nd Edition, CRC Press, pp 155-172

Maslach C, and Leiter MP (2008) Early predictors of job burnout and engagement. Journal Applied Psychology 93: pp 498–512

Maslach C. and Leiter M., Burnout.(2000) In: Fink G. editor. Encyclopaedia of Stress. San Diego: Academic Press, 2000 Vol 1. pp. 358–362

Maslach C. and Schaufeli W.B. (1993) Historical and Conceptual Development of Burnout. In W.B Schaufeli, C. Maslach and T. Marek Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research, Taylor and Francis, London, pp 1-16.

Maslach C. and Jackson S.E. (2015) Burnout in organizational settings, pp. 139. In Oskamp S. (ed.) Applied Social Psychology Annual Book 5 Psychology Press, pp. 133 – 153

Maslach C. and Jackson S.E. (1996) MBI Maslach Burnout Inventory, Manual Research Edition, Univ of Calfornia, Consulting Psychologists Press, Palo Alto CA. In Schaufeli WM and Buunk BP, Handbook of Work and Health Psychology, pp 1-314

Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981) The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behavior, Vol. 2, pp. 99-113

Maslach C. , Jackson SE, Leiter MP. (1996) Maslach Burnout Inventory (3rd Edition) Consulting Psychologists Press, Palo Alto CA, pp 193 – 195

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioural medicine: Frontiers for a new health psychology. American Psychologist, Vol 35 No 9, pp 807–817

Matarazzo J. D, (1982) Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology, American Psychologist, Vol. 37, 1982, pp. 1-14

Matua Raki et al (2018) The New Zealand addictions workforce: Characteristics & wellbeing. The National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, pp: 6-18.

McDonald, P., Brown, K. and Bradley, L. (2005), Have traditional career paths given way to protean ones? Evidence from senior managers in the Australian public sector, Career Development International, Vol. 10, pp. 109-129

McLaren N., (1998) A Critical Review of the Biopsychosocial Model, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 32, No. 1, pp. 86-96.

Meng X. and Arcy C., (2012) Common and unique risk factors and comorbidity for 12-month mood and anxiety disorders among Canadians. The Canadian Journal of Psychiatry Vol. 57: pp 479–487

Mills, K.L. (2009) Editorial-'Between pain and nothing I choose nothing': trauma, post traumatic stress disorder and substance use. Addiction, Vol. 104, pp 1607- 1609. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02675.x

Mohajan, H.K. (2012), The Occupational Stress and Risk of it among the Employees, International Journal of Mainstream Social Science, 2(2): pp 17–34

Nakao M (2010) Work-related stress and psychosomatic medicine. BioPsychoMed Journal of the Japanese Society of Psychosomatic Medicine Vol. 4: pp 4–11

National Institute for Occupational Safety and Health NIOSH (2008), Exposure to Stress, Occupational Hazards in Hospitals, pp 7-20

Nelson, D. L. and Simmons, B. L. (2003). Health psychology and work stress: A more positive approach. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), Handbook of occupational health psychology (pp. 97–119). Washington, DC: American Psychological Association

Nordang K, Hall-Lord ML, Farup PG (2010) Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. BMC Nursing Vol 9: pp 8–14

Nutt D. and Malizia A. (2001) New insights into the role of the GABAAbenzodiazepine receptor in psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry Vol. 179: pp 390–396

Nina Oginska Bulik, (2006), Occupational Stress, and its Consequences in Healthcare Professionals – The Role of Type D Personality, International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health;19(2): pp 113 – 122, doi 10.2478/v10001-006-0016-7

O'Neill, M T, Freeman, Toby, Wolinski, K M, Roche, Ann Marie Donald A, (2003). National Centre for Education and Training on Addiction. Workforce issues and the treatment of alcohol problems: A survey of managers of alcohol and drug treatment agencies (Publication No. 3319). Canberra, Australia: Australian Government Department of Health and Ageing.

Oyefeso, A., Clancy, C., & Farmer, R. (2008). Prevalence and associated factors in burnout and psychological morbidity among substance misuse professionals. BMC Health Services Research, 8(1), pp 1

Paoli P. (1995), Second European survey on the work environment. Loughlinstown House: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 1997 In Oginska N. Occupational Stress and its Consequences in Healthcare Professionals: The Role of Type D Personality, International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2006, Vol 19 No2:pp 113 – 122 DOI 10.2478/v10001-006-0016-7

Papolos, D, and Papolos J., (1987) Overcoming Depression: The Definitive Resource for Patients and Families Who Live with Depression and Manic-Depression, pp 32–33 In Marohn S. (2003) The Natural Medicine Guide to Anxiety (Health Mind Guides), Kindle Edition, Chapter 1 pp 6-8

Patel V, et al. (2011) Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months. BJP 199: pp 459–466

Pavlakis A, Raftopoulos V, Theodorou M (2010) Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. BMC Health Serv Res Vol 10: pp 63–70

Peplińska A, Jeżewska M, Leszczyńska I, Połomski P (2013) Stress and the level of perceived anxiety among mariners: the mediating role of marital satisfaction. Int Marit Health Vol 64 pp 221–225

Perlman B. and Hartman A.,(1982) Burnout summary and future research, US Department of Education, National Institute of Educational Resources Information Centre (ERIC), pp.5 – 37

Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, et al. (2008) Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. J Adv Nurs Vol 62: pp 84–95

Pigott TA (2003), Psychiatr Clin North Am. 2003 Sep;26(3): pp 621-672, vi-vii.

Piko BF (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud Vol 43: pp 311–318

Pilgrim D., (2002) The Biopsychosocial Model in AngloAmerican Psychiatry: Past, Present and Future," Journal of Mental Health, Vol. 11, No. 6, pp. pp 585-594

Pines A., Aronson E. and Kafry D, (1981) Burnout: from Tedium to Personal Growth, Free Press, New York. In Schaufeli WM and Buunk BP,(1996) Handbook of Work and Health Psychology, pp. 313.

Pines A and Aronson E, (1988) Career Burnout: Causes and Cures, Free Press, pp. 9, New York. In Schaufeli WM and Buunk BP,(1996) Handbook of Work and Health Psychology, pp. 313

Pines, A. Burnout: An existential perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.),(1993) Professional burnout: Recent developments in theory and research, Washington, D.C.: Taylor & Francis, pp. 19-32.

Pizzagalli DA., (2014) Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. Annu Rev Clin Psychol Vol 10 pp 393–423. doi:10.1146/ annurev-clinpsy-050212-185606

Portman ME (2009), Generalized Anxiety Disorder Across the Lifespan: An Integrative Approach, Springer Science Business Media, pp 119-124

Price, D. M. and Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. Health Education, Vol.8 No1, pp. 47-58

Price J., & Mueller C.W. (1986), Absenteeism and turnover employees. Greenwich, CT: JAI Press

Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., et al (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. Journal of Psychosomatic Research , 43(1), pp 51- 59.

Prouska, R. (2009). Greece Statistical Profile. The Sloan Center on Aging and Work at Boston College. Retrieved from: http://www.eurofound.europa.eu/press/releases/2008/080915.htm

Quick, J. C., Camara, W. J., Hurrell, J. J., Johnson, J. V., Piotrkowski, C. S., Sauter, S. L., et al. (1997). Introduction and historical overview. Journal of Occupational Health Psychology, Vol 2 No1, pp. 3–6

Ramirez A.J., Graham J, Richards M.A., Cull A. & Gregory W.M. Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work, Lancet 1996, 347: pp 724 – 728

Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol (2010) 56(1):38–46. doi:10.1016/j.jacc.2010.03.034

Rector NA, Bourdeau Δ, Kitchen K, Joseph-Massiah L, (2008), Anxiety disorders: an information guide: a guide for people with anxiety and their families, Centre for Addiction and Mental Health, pp 2-10

Rehman, H. (2008), Occupational Stress and a Functional Area of an Organization, International Review of Business Research Papers, Vol 4 No4, pp 163-173.

Ressler K. and Nemeroff C. (2000) Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. Depression and Anxiety Vol 12:(Suppl 1): pp 2–19

Rothrauff TC, Abraham AJ, Bride DE, Roman PM (2011). Occupational turnover intentions among substance abuse counselors. J Subst Abuse Treat, 40:pp 67–76

Roy-Byrne P, Davidson K, Kessler R, et al. (2008) Anxiety disorders and comorbid medical illness. General Hospital Psychiatry Vol 30 pp 208–225

Ruitenburg MM, Frings-Dresen MH, and Sluiter JK (2012) The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res Vol. 12: pp 292–298

Ruotsalainen, J., Serra, C., & Marine, A. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 3(3), pp 169-178

Ruthlyn Sodano, Donnie W. Watson, Solomon Rataemane, Lusanda Rataemane, Nomvuyo Ntlhe, Richard Rawson (2010) The Substance Abuse Treatment Workforce of

South Africa. International Journal of Mental Health and Addiction: Volume 8, Issue 4, pp 608–615

Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. Psychological Inquiry, Vol 9 No1, pp 1–28

Schaufeli W,B., Enzmann D. Girault N., (1993) Measurement of burnout review, In Schaufeli W.B., Maslach C and Marek T, (1996) Professional Burnout Recent Developments in Theory and Research, CRC Press, pp. 199-216

Schaufeli, W.B., Bakker, A., Schaap, C., Kladler, A. and Hoogduin, C.A.L. (2001)On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure, Psychology&Health, Vol. 16, pp. 565-82

Schaufeli WM and Buunk BP, (1996) Handbook of Work and Health Psychology, pp. 311-319

Schaufeli, W.B. and Enzmann, D., (1998) The Burnout Companion to Study and Research: A Critical Analysis, Taylor & Francis, London , pp. 71,

Schaufeli, W.B. ,(2006) The balance of give and take: toward a social exchange model of burnout, The International Review of Social Psychology, Vol. 19, pp. 87-131

Schaufeli W.B., Maslach C.and. Marek T (Eds.),(1993) Professional burnout: Recent developments in theory and research, London, Taylor & Francis, pp. 135-149.

Schroeder S. (2007). We can do better improving the health of the American people. New England Journal of Medicine, Vol 357, pp 1221–1228

Seligman, M. E. P. (2008). Barsky, A. J., Cleary, P. D., & Klerman, G. L. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. Social Science and Medicine, Vol 34 No10, pp 1147–1154

Sherratt, A. (1995a). Introduction: Peculiar Substances. In Goodman, J., P. E. Lovejoy & A. Sherratt, Eds. (1995). Consuming Habits: Drugs in History and Anthropology. London: Routledge. pp 1-10.

Shirazi A, Rasekhnia M, and Ajdary H (2011) An empirical examination of the relationship between occupational stress and mental health. IJCRB Vol 3: pp101–109

Shirom, A., (1989) Burnout in work organizations., In Cooper, C.L. and Robertson, I. (Eds), (1988) International Review of Industrial and Organizational Psychology, Wiley, New York, NY, pp. 25-48

Shortall, S.(2014) Psychedelic Drugs and the Problem of Experience. Past and Present. Issue, Suppl_9, Vol. 222, pp. 187-206

Skinner, N., & Roche, A. (2005). Stress and Burnout: A Prevention Handbook for the Alcohol and other Drugs Workforce. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction, Flinders University in The wellbeing of the addiction workforce: A brief literature review, In Matua Raki 2017

Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. J. (2014). The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals. New York and London: Routledge

Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Ohlson, C., Theorell, T., & Jones, I. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. Work & Stress, 14(1), pp 1-15

Sullivan E.&. Fleming M, (2008) A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians, US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Publication No (SMA) 08- pp 46-75

Suls, J., & Rothman, A. J. (2004). Evolution of the psychosocial model: Implications for the future of health psychology. Health Psychology, Vol 23 No2, pp 119–125 Hatala, AR , (2012), The Status of the “Biopsychosocial” Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions, Open Journal of Medical Psychology, 1, pp 51-62

Sun W, Fu JL, Chang Y, Wang L (2012) Epidemiological study on risk factors for anxiety disorder among Chinese doctors. J Occup Health Vol 54: pp 1–8

Sutherland VJ., and Cooper CL. (1993) Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job satisfaction. Soc Sci Med Vol 37 No5, pp 575–581

Swarbrick, M., D'Antonio, D., & Nemec, P. (2011). Promoting Staff Wellness. Psychiatric Rehabilitation Journal Vol 34, pp 334-36

Swarbrick, M. (2009). A wellness and recovery model for state psychiatric hospitals. Occupational Therapy in Mental Health, Vol 25, pp 344.

Tavakoli H. R., (2009) A Closer Evaluation of Current Methods in Psychiatric Assessments: A Challenge for the Biopsychosocial Model," Psychiatry, Vol. 6 No. 2, pp. 25-30 In Hatala, AR , (2012), The Status of the "Biopsychosocial" Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions, Open Journal of Medical Psychology, 1, pp 51-62

Taylor S., (1987) The Progress and Prospects of Health Psychology: Tasks of a Maturing Discipline, Health Psychology, Vol. 6, No. 1, pp. 73-87

Thompson, M. S., Page, S. L. and Cooper, C. L.(1993) A test of caver and Scheier´s self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. Stress Medicine, Vol 9, pp. 221-235

Truch, S. (1980), Teacher Burnout and What to Do About It. Novato: Academic Therapy Publications. In Mohajan, H.K. (2012), The Occupational Stress and Risk of it among the Employees, International Journal of Mainstream Social Science, Vol 2 No 2: pp 17–34

Ursula Martin & Steven P. Schinke (1998). Organizational and Individual Factors Influencing Job Satisfaction and Burnout of Mental Health Workers. Social Work in Health Care, Volume 28, - Issue 2, pp: 51-62

VanYperen N.W., Buunk B.P. and Schaufeli W.B., (1992) Communal Orientation and the Burnout Syndrome Among Nurses, Journal pf Applied Psychology, Vol 22 No 3, pp. 173-189

Van der Klink, J.J.L. and van Dijk, F.J.H (2003) Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care, Scandinavian Journal of Work Environment and Health, Vol. 29, pp. 478-87

Vassiliadou M., (2005), Mental Health Promotion and Education Epictetus Axiological Cognitive Educational Strategies (ACES), 2nd Edition, Educational Trust for Health Improvement through Cognitive Strategies, London, pp 24 – 31

Vassiliadou S.M. (2005) Mental Health Promotion and Education EPICTETUS Axiological Cognitive Educational Strategies (ACES), 2nd Edition, E.T.H.I.C.S. London UK pp 14 – 32

Verran JA, Gerber RM Milton D, Data aggregation criteria in psychometric evaluation, Research in Nursing & Health 1995, 18 pp 77-80

Wadley, G., & Hayden, B. (2015) Pharmacological Influences on the Neolithic Transition. Journal of Ethnobiology, Vol 35 No3, pp. 566-584, in How psychoactive drugs shape human culture: a multi-disciplinary perspective, Dr. Greg Wadley, (2016) The University of Melbourne, Published in Brain Research Bulletin

WHO - World Health Organisation (2008). PRIMA-EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives. Protecting workers' health series, No. 9. Geneva: World Health Organisation.
http://www.who.int/occupational_health/publications/Protecting_Workers_Health_Series_No_9 /en/index.html

WHO - World Health Organisation (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: An overview. Geneva: World Health Organisation.
http://www.who.int/occupational_health/publications/hazardpsychosocial/en/index.html

Wilkinson, R., and Marmot, M. (2003). Social determinants of health: The solid facts, 2nd edition. World Health Organization Regional Office for Europe In Swarbrick, M., D'Antonio, D., & Nemec, P. (2011). Promoting Staff Wellness. Psychiatric Rehabilitation Journal Vol34 pp 334-36.

Willmar B., Schaufeli and Bram P. Buunk,,(1996) Handbook of Work and Health Psychology, pp 311- 314

Wilmar B Schaufeli, Michael P Leiter, Maslach C , (2008), Burnout-35 Years of Experience and Practice, Career Development International Vol. 14 No. 3, pp. 204-220

Winefield H., (2003) Work stress and its effects in general practitioners. In: Dollard MF, Winefield AH, Winefield HR, editors, Occupational Stress in the Service Professions London, New York: Taylor & Francis; pp 191–212

Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support and burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek. (Eds.), (1993) Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis.

Wittchen HU, and Jacobi F., (2005) Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies. European Psychopharmacology Vol 15: pp 357–376

Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, et al. Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. Depression and Anxiety 2010; 27:190-211.

Wright K (1995) The evaluation of despair, Time 11, September, pp 62-68

Yanwei Ding et al, (2014), The Mediating Effects of Burnout on the Relationship between Anxiety Symptoms and Occupational Stress among Community Healthcare Workers in China: A Cross-Sectional Study, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107130

Young S. (2015). Understanding Substance Abuse Counselor Turnover Due To Burnout : A Theoretical Perspective J Hum Behav Soc Environ, pp 25 (6)

Yu SF., Yao SQ., Ding, H., Ma, LQ., Yang, Y., Wang, ZH. (2006). Relationship between depression symptoms and stress in occupational populations. Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases, 24: pp 129-133

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεκτορίδης, Π. (2003). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες εργαζόμενους που εργάζονται σε θεραπευτικές δομές για άτομα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες. Τετράδια Ψυχιατρικής 81, 26-32.

Αναγνωστόπουλος Φ. και Παπαδάτου Δ., 1992, «Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολόγιου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών», Ψυχολογικά Θέματα, τόμ. 5, no 3, 183-202.

Αντωνίου, Σ. (2003). Σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα στρες και ενδεχόμενες συνέπειες εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων, Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τεύχος13

Δημουλάς Κ και συν, 2015, Εργασία και προβλήματα υγείας στην Ελλάδα, ΙΝΕ Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, σελ 13 – 59

Μισουρίδου, Ε. (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Νοσηλευτική, 48(4): σελ.364

Coletti, M. (2004) Η θέση του επαγγελματία υγείας στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στην αρχή της τρίτης χιλιετίας. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.), Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα. Αθήνα: ITACA (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης). Σελ. 25-30

Greet Vermeylen (2007). Συνθήκες Εργασίας στην Ελλάδα σε σύγκριση με το επίπεδο της ΕΕ με ιδιαίτερη μνεία στο γηράσκον εργατικό δυναμικό. Διαθέσιμο στο: http://www.eurofound.europa.eu/docs/events/roadshowel/workingconditions-el.pdf

Μαρία Ν.Κ. Καρανικόλα, Ευφροσύνη Κλεάνθους (2011). Διερεύνηση των Παραγόντων Κινδύνου για την Εκδήλωση Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 50(2): σελ 163–176.

Μάτσα Κ. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές … Το αίνιγμα της τοξικομανίας, σελ. 30-31, Εκδ. ΑΓΡΑ, 2002

Παπαθανασίου,Ιωάννα (2012), Αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας. Διδακτορική Διατριβή, σελ: 137.

Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα

Σαμακούρης Μ, Μπούχος Γ., Καδόγλου Μ., Γιαντσελίδου Α., Τσολάκης Κ., . Λειβαδίτης Μ., Ψυχιατρική 23(3), 2012, Στάθμιση της κλίμακας SAS Zung

Σαρίδη Μ., Καρρά Α., Σουλιώτης Κ. (2016) Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Αρχεία , 33(1): σελ 73-83

Σιουρούνη, Ε., Μ. Θεοδώρου, & Π. Χονδρός (2006). Διερεύνηση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης, Επιθεώρηση υγείας, 17, 99, σελ 31-35.

Σταυροπούλου, Α., Παπαδάκη, Ε., Φτυλάκη, Α., & Καμπά, Ε. (2010). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout Syndrome): Κατανόηση και πρώιμη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Το Βήμα Του Ασκληπιού, 3(9).

Χάρις Κατάκη, Το Ημερολόγιο ενός Θεραπευτή, Εκδ. Πατάκης, 2014

ΟΚΑΝΑ , Επίσημη ιστοσελίδα του οργανισμού

ΟΚΑΝΑ , (2010). Θεραπεία, online http://www.okana.gr/node/19, [19/04/2010].

ΚΕΘΕΑ , κεντρική σελίδα του φορέα

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης , 2014, 7(4): σελ. 6-14

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA). Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο. Ο κύριος ρόλος της υποκατάστασης στην αντιμετώπιση των ναρκωτικών. Ευρεία εφαρμογή της υποκατάστασης στη ΕΕ, 2001.

Ηρόδοτος, Ιστοριαι, Ηροδότου, Βιβλίο 4