



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Π.Μ.Σ.: «ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**“Επαγγελματική εξουθένωση (burnout) των επαγγελματιών υγείας
και η επίδραση αυτής στην ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών
υγείας”**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ον/μο φοιτήτριας : Γεωργία Τριανταφυλλοπούλου

Επιβλέποντες Καθηγητές:

Κυριάκος Σουλιώτης

Αν. Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE Enterprise - Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών Υγείας

Βασιλική Καπάκη

Δρ. Πολιτικής Υγείας

Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Οικονομικών της Υγείας Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου

Μέλος της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης
Χρήσης

Αθήνα, 2019

Ευχαριστίες

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τους επιβλέποντες καθηγητές μου, κα. Βασιλική Καπάκη και κ. Κυριάκο Σουλιώτη, καθώς με την συνεχή στήριξη τους και τις υποδείξεις τους, σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας, κατέστη δυνατή η ολοκλήρωσή της.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά την κα. Δεμερούτη Ευαγγελία για την άμεση ανταπόκρισής της στο αίτημά μου για την παραχώρηση άδειας της χρήσης του ερωτηματολογίου OLBI.

Στην συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω το διοικητικό συμβούλιο της κλινικής “ Παναγία Οδηγήτρια ” και την διευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας που μου έδωσαν άδεια ώστε να διεξαχθεί η έρευνα στα πλαίσια της κλινικής και για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Επίσης, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά τους επαγγελματίες υγείας- συναδέλφους μου που συμμετείχαν ενεργά στην έρευνα.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένεια μου για την υποστήριξή τους, σε όλη αυτή την διαδικασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεωρητικό υπόβαθρο: Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, το λεγόμενο ως Burnout, αποτελεί ένα σύνδρομο σωματικής αλλά και ψυχικής εξάντλησης, που παρουσιάζεται ύστερα από επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων συνθηκών που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον. Σύγχρονες μελέτες στο πεδίο του νοσοκομειακού management συνδέουν την εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών.

Σκοπός: Στόχος της εν λόγω εργασίας αποτελεί η διεξοδική μελέτη και η εκτενής έρευνα του συνδρόμου burnout στους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να κατανοήσουμε κατά πόσον αυτό το σύνδρομο μπορεί να επιφέρει καθοριστικές επιδράσεις στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Υλικό-Μεθοδολογία: Για να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος θα υλοποιηθεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, μέσα από διεθνή, ελληνική αλλά και διαδικτυακή βιβλιογραφία. Ακολούθως, θα πραγματοποιηθεί έρευνα στο χώρο της Γενικής Κλινικής “Παναγία η Οδηγήτρια” με την χρήση δύο εργαλείων, δυο διαφορετικών ερωτηματολογίων, από τα οποία το ένα θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας της κλινικής και το άλλο στους ασθενείς της κλινικής. Εκτενέστερη περιγραφή των εργαλείων και του δείγματος της έρευνας θα γίνει στην συνέχεια.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας επιβεβαίωσαν την παρουσία του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στις ελληνικές μονάδες υγείας και ανέδειξαν τη συσχέτιση των διαστάσεων της με τα έτη προϋπηρεσίας και το μηνιαίο εισόδημα. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς είναι αρκετά ικανοποιημένοι.

Συμπεράσματα: Αναφορικά με τις δύο κύριες μεταβλητές της έρευνας, η χαμηλή έως μέτρια εξουθένωση φαίνεται να συνδέεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, ικανοποίηση ασθενών

ABSTRACT

Theoretical background: The phenomenon of burnout, the so-called Burnout, is a symptom of both physical and mental exhaustion, which occurs after repeated inadequate attempts to deal with stressful workplace situations. Contemporary studies in the field of hospital management link the depletion of healthcare professionals with patient satisfaction.

Purpose: The purpose of this work is to conduct a thorough study and research of burnout syndrome in healthcare professionals to understand whether this syndrome can have a significant impact on the quality of health services provided.

Material-Methodology: To achieve the above objective a bibliographic review will be implemented, through international, Greek and online bibliography. Subsequently, research will be carried out at the General Hospital "Panagia Odigitria" using two tools, two different questionnaires, one addressed to the clinic professionals and the other to the patients of the clinic. A more detailed description of the research tools and sample will be given below.

Results: The results of the present work confirmed the presence of occupational burnout in Greek health units and highlighted its correlation with years of service and monthly income. Patients were also found to be quite satisfied.

Conclusions: Concerning the two main variables of the study, low to moderate exhaustion seems to be significantly associated with patient satisfaction.

Keywords: burnout, health professionals, patient satisfaction

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Κεφάλαιο 1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	12
1.1 Βασικές έννοιες.....	12
1.2 Ιστορική αναδρομή	12
1.3 Στάδια Εμφάνισης της Επαγγελματικής εξουθένωσης.....	14
1.4 Χαρακτηριστικά και συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	15
1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης	18
1.6 Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	19
1.7 Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	21
1.7.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.	21
1.7.2. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο	22
Κεφάλαιο 2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ BURNOUT	24
2.1 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)	24
2.2 Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky (1980)	25
2.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)	26
2.4 Το μοντέλο των Pines και Aronson (1988).....	27
Κεφάλαιο 3: ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	29
3.1 Ορισμός στρες.....	29
3.2 Είδη στρες.....	31
3.3 Στρες και προσωπικότητα.....	31
3.4 Στρες και επαγγελματικό άγχος στους επαγγελματίες υγείας	34
Κεφάλαιο 4: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ....	39

4.1 Συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας	39
4.2 Κλινική εικόνα επαγγελματιών υγείας με εργασιακή εξουθένωση	40
4.3 Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας	40
4.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης	42
4.5 Αντιμετώπιση.....	48
Κεφάλαιο 5: ΣΧΕΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	50
5.1 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	50
5.2 Σχέση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και επαγγελματικής ικανοποίησης.....	54
Κεφάλαιο 6: ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ.....	57
6.1 Εργασιακές συγκρούσεις	57
6.2 Αιτίες συγκρούσεων	58
6.3 Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακές συγκρούσεις	62
Κεφάλαιο 7: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	63
7.1 Διάγνωση του συνδρόμου burnout	63
7.2 Ο ρόλος του θετικού εργασιακού κλίματος στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης	64
7.3 Συμβουλευτική αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης	65
B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	69
Κεφάλαιο 8: Μεθοδολογία έρευνας.....	69
8.1 Σκοπός της έρευνας	69
8.2 Ερευνητικές υποθέσεις	69
8.3 Ερευνητικά Εργαλεία.....	70
8.4 Δείγμα της έρευνας.....	70
8.5 Μέθοδοι στατιστικής επεξεργασίας.....	73
Κεφάλαιο 9: Αποτελέσματα	74

9.1 Ερωτηματολόγιο σε εργαζομένους.....	74
9.2 Ερωτηματολόγιο για τους ασθενείς.....	89
9.3 Συζήτηση.....	96
9.4 Περιορισμοί έρευνας.....	98
9.5 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	98
9.6 Συμπεράσματα.....	99
Βιβλιογραφία.....	100
Παράρτημα.....	107
A) Ερωτηματολόγιο εργασιακής εξουθένωσης.....	107
B) Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης υπηρεσιών κλινικής.....	114

Ευρετήριο Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Κατανομή σύμφωνα με το φύλο	74
Διάγραμμα 2: Κατανομή σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση	75
Διάγραμμα 3: Κατανομή σύμφωνα με τον αριθμό των παιδιών	75
Διάγραμμα 4: Κατανομή σύμφωνα με την εκπαίδευση.....	76
Διάγραμμα 5: Κατανομή σύμφωνα με την κατηγορία προσωπικού.....	77
Διάγραμμα 6: Κατανομή σύμφωνα με το τμήμα εργασίας.....	78
Διάγραμμα 7: Κατανομή σύμφωνα με τις αποδοχές	79
Διάγραμμα 8: Κατανομή σύμφωνα με το ωράριο εργασίας.....	80
Διάγραμμα 9: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με την ηλικία των ασθενών	90
Διάγραμμα 10: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το φύλο	90
Διάγραμμα 11: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το τμήμα νοσηλείας	91
Διάγραμμα 12: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το χρόνο νοσηλείας.....	91
Διάγραμμα 13: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής	92
Διάγραμμα 14:Κατανομή σύμφωνα με την αξιολόγηση των υπηρεσιών.....	94
Διάγραμμα 15: Απόψεις για ησυχία ανέσεις δωματίου ποιότητα γευμάτων και σχέση ποιότητας υπηρεσιών και οικονομικού κόστους	95

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Δούκα, 2004).....	17
Πίνακας 3.....	79
Πίνακας 4:Περιγραφικά μέτρα για την υποκλίμακα εξάντλησης της κλίμακας OLBI.....	81
Πίνακας 5:Περιγραφικά μέτρα για την υποκλίμακα αποστασιοποίηση από την εργασία της κλίμακας OLBI.....	82
Πίνακας 6.....	92
Πίνακας 7: Απόψεις για ευγένεια προθυμία ταχύτητα εξυπηρέτησης προσωπικού.....	93
Πίνακας 8: Ανταποκρισιμότητα δείγματος του ερωτηματολογίου OLBI.....	71
Πίνακας 9:Ανταποκρισιμότητα δείγματος του ερωτηματολογίου ασθενων.....	72

Ευρετήριο Εικόνων

Εικόνα 1: Σχηματική απόδοση του μοντέλου εργασίας των επαγγελματιών υγείας (Μαυρίδου, 2012).....	51
--	----

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το εργασιακό περιβάλλον αλλά και οι συνθήκες οι οποίες υφίστανται σε αυτό παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των εργαζομένων, καθώς εκεί ξοδεύουν ένα μεγάλο κομμάτι της καθημερινότητάς τους. Τα κυριότερα γνωρίσματα του εκάστοτε εργασιακού περιβάλλοντος είναι δυνατό να επιφέρουν σημαντικές επιδράσεις στη σωματική και στην ψυχική υγεία του εργαζομένου καθώς και στο επίπεδο ικανοποίησής του από τη δουλειά του καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής του δραστηριότητας.

Γενικότερα, το περιβάλλον της υγείας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κλάδους, καθώς έχει άμεση σχέση με το σπουδαιότερο αγαθό του ανθρώπου που είναι η υγεία. Ακολούθως, η εργασιακή ικανοποίηση των υπαλλήλων που δουλεύουν σε υγειονομικούς φορείς(π.χ νοσοκομεία, ιδρύματα κλινικές κ.λ.π) είναι ζωτικής σημασίας, έτσι ώστε να κατορθώνεται η βέλτιστη εφικτή αποδοτικότητα τους, αποσκοπώντας κατ' επέκταση σε παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και φροντίδας προς τους πάσχοντες. Βέβαια, είναι γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν την βασική και συνηθέστερη κατηγορία εργαζομένων με σύνδρομο Burnout καθώς το περιβάλλον εργασίας τους κατακλύζεται από ραγδαίους ρυθμούς, τεράστια ένταση δουλειάς και ισχυρό αίσθημα ευθύνης.

Το θέμα το οποίο έχει επιλεχτεί προς διερεύνηση για την εργασία αυτήν είναι καθοριστικό αφού ένα μεγάλο ποσοστό σύγχρονων μελετών έχουν δείξει πως το σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα σύνδρομα της σημερινής εποχής. Το σύνδρομο αυτής της μορφής εμφανίζεται σε επαγγέλματα, οι εργαζόμενοι των οποίων ασκούν κοινωνικό λειτούργημα, όπως είναι δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας σε εθνικό αλλά και σε διεθνές επίπεδο.

Σημαντικό σε αυτό το σημείο είναι να γίνει μια περιγραφή της δομής του πρώτου μέρους της παρούσας εργασίας. Πιο αναλυτικά, στο 1^ο κεφάλαιο θα μελετηθούν βασικά στοιχεία αυτού του συνδρόμου (όπως είναι για παράδειγμα βασικές έννοιες, στάδια, αίτια, συμπτώματα κλπ), στο 2^ο κεφάλαιο θα μελετήσουμε τα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής

εξουθένωσης, ενώ στο 3^ο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά του εργασιακού στρες-επαγγελματικού άγχους.

Στο 4^ο κεφάλαιο της εργασίας αυτής θα γίνει εκτενής αναφορά στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, στο 5^ο κεφάλαιο θα μελετήσουμε τη σχέση ποιότητας υπηρεσιών υγείας με την επαγγελματική εξουθένωση ενώ στο 6^ο και 7^ο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τη μετάβαση από την επαγγελματική εξουθένωση στις εργασιακές συγκρούσεις και τις κυριότερες στρατηγικές αντιμετώπισης και μέτρα πρόληψης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τέλος, στο 8^ο κεφάλαιο της εργασίας αυτής θα γίνει ανάλυση της μέτρησης και της αξιολόγησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο 9^ο κεφάλαιο θα αναλύσουμε τη μεθοδολογία της έρευνας που θα υλοποιήσουμε (σκοπό, δείγμα, τρόπος συλλογής δείγματος, περιγραφή κλπ) και θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας μας, θα γίνει η συζήτηση και θα αναφερθούν οι περιορισμοί της έρευνας καθώς επίσης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Κεφάλαιο 1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

1.1 Βασικές έννοιες

Η επαγγελματική εξουθένωση ή αλλιώς burn-out, είναι μία σύνθετη διαδικασία της οποίας οι επιπτώσεις διαφαίνονται τόσο στο βιολογικό όσο και στο πνευματικό και γνωστικό επίπεδο του επαγγελματία που την βιώνει. Κατά την διάρκεια της, η οποία συνήθως είναι μακροχρόνια, ο επαγγελματίας χάνει το ενδιαφέρον του για την εργασία του και αρχίζει να κουράζεται υπερβολικά, να μην προσπαθεί όσο παλαιότερα, να μην τον ενδιαφέρει η παροχή ούτε ποιοτικής αλλά ούτε και ποσοτικής εργασίας και σταδιακά μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στην εγκατάλειψη της εργασίας από τον επαγγελματία (Κουλιεράκης, Μεταλληνού & Πάντζου, 2000).

Το φαινόμενο αυτό πέρα από το ότι είναι εξαιρετικά επίζημιο για τους οικονομικούς κλάδους στους οποίους αναπτύσσεται, δημιουργεί και μεγάλα προσωπικά προβλήματα στον επαγγελματία που τα βιώνει. Αυτό συμβαίνει γιατί η επαγγελματική εξουθένωση δεν προκαλείται μόνο από προσωπικούς λόγους και παράγοντες αλλά πολλές φορές οφείλεται στον τρόπο λειτουργίας των οργανισμών στον οποίο εργάζονται οι άνθρωποι αυτοί. (Κουλιεράκης, Μεταλληνού & Πάντζου, 2000).

Η επαγγελματική εξουθένωση δημιουργείται ως αντίδραση σε ποικίλες περιπτώσεις. Πρώτα απ' όλα πολλοί επαγγελματίες προκειμένου να επιβεβαιωθούν στο επάγγελμα τους θέλουν να ασκούν έλεγχο στην εργασία τους και όταν αυτό δεν επιτυγχάνεται, τότε εκδηλώνουν τέτοια συμπτώματα. Κάποιοι εργαζόμενοι θεωρούν ότι ο τρόπος που φέρεται ο οργανισμός στους εργαζόμενους δεν είναι σωστός, οι οποίοι προσπαθώντας να αμυνθούν και να μη δείξουν την αντίδραση τους κρύβουν τα συναισθήματα τους αλλά μία τέτοια συμπεριφορά τους οδηγεί σταδιακά στην επαγγελματική εξουθένωση (Δούκα, 2003).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Ο όρος burnout (επαγγελματική εξουθένωση) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Bradley (2000), σε ένα άρθρο του σχετικά με δόκιμους αστυνομικούς που ακολούθησαν ένα πρόγραμμα για ανήλικους παραβάτες. Ο πρώτος θεωρητικός, όμως, που ασχολήθηκε με την επαγγελματική εξουθένωση, ήταν ο Herbert Freudenberger (1974), ένας ψυχίατρος που

εργαζόταν σε μια κλινική για τοξικομανείς της Νέας Υόρκης της οποίας το προσωπικό απάρτιζαν κυρίως εθελοντές. Ο Freudenberger παρατήρησε ότι πολλοί από αυτούς βίωναν μια βαθμιαία έλλειψη κινήτρου και του αισθήματος δέσμευσης που συνοδευόταν από μια ευρεία γκάμα ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων. Έτσι, για να περιγράψει αυτό το φαινόμενο χρησιμοποίησε έναν όρο που περιγράφει τις συνέπειες της χρόνιας χρήσης ναρκωτικών, το burnout (Bertges et al., 2005).

Το 1976, η κοινωνική ψυχολόγος Christina Maslach, ασχολήθηκε με τον τρόπο που οι εργαζόμενοι στις υγειονομικές υπηρεσίες αντιμετωπίζουν τη συναισθηματικότητα στην εργασία τους. Η Maslach και οι συνεργάτες της αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν τον όρο burnout που χρησιμοποιούταν από δικηγόρους της Καλιφόρνια, για να περιγράψουν τη διαδικασία της σταδιακής εξουθένωσης, του κυνισμού και της έλλειψης διαθεσιμότητας για δεσμεύσεις στους συναδέλφους τους. Οι πρώτες δημοσιεύσεις σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση εμφανίστηκαν σε επιστημονικά περιοδικά και αφορούσαν σε μια ποικιλία επαγγελμάτων όπως του παιδαγωγού, του αστυνομικού, του νοσηλευτή και του κοινωνικού λειτουργού. Η πρώτη βιβλιογραφία σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση ήταν περιγραφική, στις αρχές όμως της δεκαετίας του 1980 οι πρώτες εμπειρικές έρευνες σχετικά με το φαινόμενο άρχισαν να βλέπουν το φως της δημοσιότητας (Campbell & Rothmann, 2005).

Από το 1980 και μετά, ο μέσος ρυθμός δημοσιεύσεων σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ανερχόταν στις 200 κι έφτασε τις 300 στο τέλος του 1980 (Schaufeli & Enzmann, 1998). Πληθώρα ερευνών εμφανίστηκαν χρησιμοποιώντας αυτοαναφορικά ερωτηματολόγια και κυρίως το MBI (Maslach's Burnout Inventory) που δημοσιεύτηκε στις αρχές του 1980 (Maslach & Jackson, 1981).

Επίσης, εκδόθηκαν ακαδημαϊκά βιβλία που προσέφεραν ένα κατανοητικό πλαίσιο για την επαγγελματική εξουθένωση από τη σκοπιά της κοινωνικής ψυχολογίας (Maslach, 1982) και από τη σκοπιά της οργανωτικής ψυχολογίας (Χαραλάμπους, 2012). Μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευτεί πάνω από 5.500 μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, εκ των οποίων περίπου το 34% αφορούν στους επαγγελματίες υγείας (Firth-Cozens & Payne, 1999).

1.3 Στάδια Εμφάνισης της Επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο Edelwich και ο Brodsky (1980) θεώρησαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται μετά από χρόνιες στρεσογόνες καταστάσεις και δεν εμφανίζεται εξαιτίας ενός μεμονωμένου ξαφνικού περιστατικού. Σύμφωνα με αυτούς η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια διαδικασία, η οποία ακολουθεί τέσσερα στάδια. (Edelwich & Brodsky, 1980)

1. Το στάδιο του ενθουσιασμού. Είναι το στάδιο όπου ο εργαζόμενος είναι νεοεισερχόμενος στο σύστημα υγείας ή βρίσκεται στα πρώτα χρόνια της υπηρεσίας του. Ο εργαζόμενος έχει θέσει υψηλούς στόχους, οι οποίοι πολλές φορές είναι μη πραγματοποιήσιμοι, έχει μεγάλες προσδοκίες και από τον εαυτό του και από το εργασιακό περιβάλλον, καταβάλλει πολλή προσπάθεια και αφιερώνει πολύ χρόνο στην δουλειά του. Έτσι, προσπαθεί να αντλήσει ικανοποίηση από τη δουλειά ώστε να αυξήσει την αυτοεκτίμηση του.
2. Το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί για πρώτη φορά ότι ενώ καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια στην εργασία του, αυτή δεν ανταποκρίνεται και αρχίζει να απογοητεύεται. Αυτή η απογοήτευση τον οδηγεί να αφιερώνει περισσότερο χρόνο στην εργασία του γιατί θεωρεί ότι οι ευθύνες που δεν έχει πετύχει τους στόχους του οφείλονται στον ίδιο. Έτσι, αποφασίζει να εμπλουτίσει με επιπλέον γνώσεις τον εαυτό του παρακολουθώντας σεμινάρια κατάρτισης και προσπαθώντας ακόμα περισσότερο. Αρχίζει σιγά σιγά να παραπονιέται για πράγματα και καταστάσεις που αρχικά δεν έδινε σημασία, για παράδειγμα τον χαμηλό μισθό του ή το εξοντωτικό ωράριο.
3. Το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης. Στο στάδιο αυτό, ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι κάθε προσπάθεια του είναι μάταιη και χωρίς κανένα ουσιαστικό αποτέλεσμα. Νιώθει σωματική και ψυχική εξάντληση και συνειδητοποιεί ότι η δουλειά του, του δημιουργεί υπερβολικό άγχος. Αυτή η δουλειά που ενώ αρχικά τον γέμιζε θετικά συναισθήματα, τώρα τον κάνει να νιώθει παγιδευμένος. Ο εργαζόμενος αρχίζει να αναθεωρεί τους υψηλούς στόχους που είχε θέσει και απομακρύνεται από το εργασιακό περιβάλλον που του προκαλεί τόσο άγχος.

4. Το στάδιο της απάθειας. Κατά το τελευταίο αυτό στάδιο, ο εργαζόμενος έχει φτάσει στο σημείο να μην αναλαμβάνει υπεύθυνες δραστηριότητες, ασχολείται λίγο με τις υποχρεώσεις του, αδιαφορεί για τους ασθενείς του και διατηρεί την εργασία του μόνο για βιοποριστικούς λόγους.

Ο Cherniss (1992) θεωρεί ότι η επαγγελματική ικανοποίηση ακολουθεί τρία στάδια. (Cherniss, 1992)

1. Τη φάση του εργασιακού στρες. Οι διαθέσιμοι και οι απαιτούμενοι πόροι έρχονται σε ασυμφωνία με αποτέλεσμα οι διαθέσιμοι πόροι να μην μπορούν να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες και τους στόχους του εργαζομένου. Έτσι, ο εργαζόμενος αρχίζει και κατακλύζεται από στρες και άγχος.
2. Τη φάση της εξάντλησης. Πρόκειται για μια συγκινητική ανταπόκριση που εκφράζεται ως συναισθηματική εξάντληση. Ο εργαζόμενος βλέπει το εργασιακό του περιβάλλον ως πηγή άγχους με αποτέλεσμα να αδιαφορεί για το κλινικό του έργο και να στρέφεται σε γραφειοκρατικές εργασίες. Ο εργαζόμενος, ο οποίος δεν θα μπορέσει να διαχειριστεί το άγχος θα οδηγηθεί σε απογοήτευση και παραίτηση.
3. Τη φάση της αμυντικής κατάληξης. Στη φάση αυτή παρατηρείται μια αλλαγή στη συμπεριφορά του εργαζομένου. Αποστασιοποιείται συναισθηματικά από την εργασία του και αντιμετωπίζει συναδέλφους και ασθενείς με απάθεια. Δεν έχει κανένα ενδιαφέρον για τη δουλειά του και επεκτείνεται σε διαπροσωπικές σχέσεις εκτός του εργασιακού του περιβάλλοντος.

1.4 Χαρακτηριστικά και συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση δύναται να έχει δηλητηριώδη επίδραση σε κάθε όψη της ζωής του ατόμου, με έντονη ψυχοσωματική συμπτωματολογία, με επιπτώσεις για τον ίδιο τον εργαζόμενο, την οικογένειά του, την εργασία του, τη συμπεριφορά του και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, και να οδηγήσει σε μια γενικευμένη άρνηση απέναντι στην ίδια τη ζωή (Iacovides, Fountoulakis & Moysidou, 1999). Τα συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ομοιάζουν, σύμφωνα με τον Andrews και τους συνεργάτες του, με τα

συμπτώματα της κλινικής κατάθλιψης και του Συνδρόμου Μετατραυματικού Στρες (Andrews, Qian & Valentine, 2002).

Η Kahill (1988) ταξινόμησε τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σε πέντε (5) κατηγορίες:

1. Σωματικές συνέπειες: συμπτώματα σωματικά που έχουν σχέση με τα χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας του ατόμου και την αίσθηση μιας χρόνιας σωματικής κόπωσης. Εμφανίζονται διαταραχές διατροφής με αλλαγές σωματικού βάρους, σεξουαλική δυσλειτουργία, κόπωση και αδυναμία, αϋπνία, υπερένταση, ανωμαλία στον κύκλο και στην έμμηνο ρύση, προβλήματα λόγου, μυοσκελετικοί πόνοι, δερματολογικά, πονοκέφαλοι, σοβαρά προβλήματα υγείας όπως έλκος, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999· Papadatou, Anagnostopoulos & Monos, 1994· Shirom, Melamed, et al., 2005).

2. Συναισθηματικές συνέπειες: Επικεντρώνονται στη συναισθηματική και πνευματική εξάντληση. Χαρακτηρίζονται με αισθήματα ανασφάλειας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αδυναμίας, απογοήτευσης, αδιαφορίας, ανικανότητας. Επίσης συνυπολογίζονται η ευερεθιστικότητα, η καχυποψία, ο θυμός και οι παρανοϊκές σκέψεις (Maslach et al., 2001· Potter, 1998).

3. Διαπροσωπικές συνέπειες: περιγράφουν όλη τη ζωή του εργαζομένου, την προσωπική, την οικογενειακή και την κοινωνική, όπως τις οικογενειακές συγκρούσεις, την απομόνωση του ατόμου, την απόσυρση από τα κοινωνικά δρώμενα και την υποβάθμιση της ποιότητας των σχέσεων ή τη συνεργασία (Maslach et al, 2001· Maslach, 1982).

4. Σχετικές με τις στάσεις: απεικονίζει τη στάση και τη συμπεριφορά των εργαζομένων στο χώρο εργασίας του. Εκδηλώνει αρνητικές, αντιεπαγγελματικές συμπεριφορές με όσους αλληλεπιδρά (συναδέλφους και «πελάτες»-μαθητές).

5. Συμπεριφορικές συνέπειες, όπως: συχνές απουσίες, αργοπορία, τάση φυγής, αύξηση του καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρήση εθιστικών ουσιών (ναρκωτικών), λήψη φαρμάκων ακόμη και επιθυμία αλλαγής επαγγέλματος (Antonίου, 1999· Antonίου, Antonodimitrakis, 2001· Maslach et al, 2001· Potter, 1998).

Σύμφωνα με τη Δούκα, (2004) ο εργαζόμενος εμφανίζει συμπτώματα σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά πάσχοντας από το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

(πίνακας 1). Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η μελέτη και η κατανόηση του συνδρόμου έχουν μεγάλη σημασία. Η παράληψη της αντιμετώπισής του οδηγεί τον εργαζόμενο σε χαμηλή απόδοση, σε σωματικές, νοητικές-ψυχολογικές και συμπεριφορικές επιπτώσεις που δε δύναται να παραμεληθούν.

Πίνακας 1: Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Δούκα, 2004)

Σωματικά Συμπτώματα	Ψυχολογικά Συμπτώματα	Συμπεριφορικά Συμπτώματα
Σωματική εξάντληση/ κόπωση	Έλλειψη ελαστικότητας, έλλειψη υπομονής	Χαμηλή απόδοση έργου, Αδυναμία συγκέντρωσης
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Έλλειψη ενδιαφέροντος, απάθεια, ανία, στρες	Μειωμένη επικοινωνία με συναδέλφους
Αϋπνία/ ύπνος	Κυνισμός, εκνευρισμός	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Συχνές ασθένειες, πονοκέφαλοι, έλκος	Συναισθηματική εξάντληση, κατάθλιψη, αίσθηση ματαιότητας,	Παράπονα για εργασία, εργασιομανία, αυξημένα επίπεδα απουσίας
Υπερένταση	Μειωμένη αυτοπεποίθηση, Αισθήματα αποτυχίας	Έλλειψη ενθουσιασμού
Διαταραχές ομιλίας	Καχυποψία, αυξημένη ανησυχία	Οικογενειακές συγκρούσεις
Αύξηση ή μείωση βάρους, αναπνευστικά	Αδυναμία αντιμετώπισης καταστάσεων, αίσθημα αδυναμίας,	Χρήση φαρμάκων, χρήση αλκοόλ, ροπή σε ατυχήματα

προβλήματα,	αδυναμία	λήψης
αύξηση χοληστερόλης,	αποφάσεων	
στεφανιαία νόσος		
	Αποπροσωποποίηση	
	μαθητών,	αποξένωση,
	αποτελμάτωση	

1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι παράγοντες είναι οι ακόλουθοι (Maslach & Leiter, 2001):

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Στη κατηγορία αυτή ανήκουν οι παράγοντες εκείνοι που αναφέρονται στο περιβάλλον εργασίας του επαγγελματία υγείας και συμβάλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εδώ αναφέρονται παράγοντες όπως ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η απουσία ψυχολογικής υποστήριξης από τους προϊστάμενους, η έλλειψη προσωπικού, το εξαντλητικό ωράριο, η ασάφεια στους ρόλους, η αυταρχική διοίκηση, η συχνή έκθεση στο θάνατο ασθενών. Συγχρόνως οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένο άγχος γιατί εργάζονται σε ειδικά τμήματα με ασθενείς που έχουν αυξημένες ανάγκες, όπως είναι οι μονάδες εντατικής θεραπείας. Τέλος κάποιοι φορείς υγείας επικεντρώνονται αποκλειστικά στην παραγωγικότητα, δίνοντας λίγη σημασία στις ανάγκες και τα συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ο επαγγελματίας να πιέζεται να παράγει το μεγαλύτερο δυνατό έργο στο μικρότερο χρόνο.
- Ατομικοί παράγοντες:** Στη κατηγορία αυτή ανήκουν παράγοντες που αναφέρονται περισσότερο στον επαγγελματία ως άτομο, ως προσωπικότητα, όπως το πώς διαχειρίζεται το άγχος του, τα κίνητρα που τον οδήγησαν να επιλέξει το συγκεκριμένο επάγγελμα. Στη μελέτη των Maslach και Leiter το 2001, υπάρχουν πέντε παράγοντες οι οποίοι όταν συσχετίζονται, συμβάλλουν στην εξουθένωση του ατόμου (Maslach & Leiter, 2001).

Επιπλέον, η έλλειψη ελέγχου της ικανοποίησης των εργαζομένων και η έλλειψη της συντροφικότητας που προκαλείται από τον ανταγωνισμό, την άσχημη επικοινωνία, δυσχεραίνουν τον άνθρωπο και τον οδηγούν στην εξουθένωση. Επίσης, επιβαρυντικό παράγοντα αποτελεί η αδικία που πιθανά νιώθει ο επαγγελματίας υγείας καθώς και η σύγκρουση των αξιών που υφίσταται συμβάλει στην εμφάνιση του burn out.

Υπάρχουν τρεις θεωρητικές προσεγγίσεις για την επαγγελματική εξουθένωση: α) ατομικές, β) διαπροσωπικές, και γ) οργανωτικές. Αρχικά, οι ατομικές προσεγγίσεις δίνουν έμφαση σε ενδο-ατομικούς παράγοντες και διαδικασίες. Έπειτα, οι διαπροσωπικές προσεγγίσεις επικεντρώνονται στην έλλειψη ισορροπίας στις σχέσεις μεταξύ των φροντιστών και των αποδεκτών της φροντίδας. Τέλος, οι οργανωτικές προσεγγίσεις αναφέρονται σε διοικητικά προβλήματα.

1.6 Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εκδηλώνεται απότομα αλλά προϋποθέτει την ύπαρξη σταδίων. Το αρχικό της στάδιο είναι όταν ο εργαζόμενος αναπτύσσει δέσμευση και αφοσίωση στους στόχους του επαγγέλματος του και όταν βλέπει ότι αυτοί δεν επιτυγχάνονται αρχίζει να εξαντλείται. Τα αποθέματα της ενέργειας του, σωματικής και συναισθηματικής, αρχίζουν να μειώνονται και σταδιακά ο εργαζόμενος αρχίζει να μειώνει την δέσμευση που είχε αναπτύξει προς την εργασία του, να έχει αρνητικές αντιδράσεις απέναντι σε αυτή, να αποσύρεται, να μένει απαθής απέναντι της και τέλος να βιώνει διάφορες ψυχοσωματικές αντιδράσεις και απόγνωση. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει η επαγγελματική εξουθένωση εκδηλώνεται σε τρία επίπεδα, σωματικά, ψυχολογικά καθώς και στην συμπεριφορά του εργαζόμενου. Ειδικότερα, σωματικά ο εργαζόμενος μπορεί να εκδηλώσει (Αντωνίου, 2007):

- Σωματική εξάντληση/ κούραση
- Κατάθλιψη
- Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος
- Πονοκέφαλοι
- Υπερένταση
- Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα
- Αύξηση ή μείωση βάρους
- Αναπνευστικά προβλήματα

Στο ψυχολογικό επίπεδο η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να εκφραστεί με:

- Έλλειψη υπομονής/ Ευερεθιστικότητα
- Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/απάθεια
- Κυνισμός/αρνητική διάθεση
- Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου
- Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων
- Μειωμένη αυτοπεποίθηση
- Λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων
- Στρες, Εκνευρισμός
- Αυξημένη ανησυχία
- Αδυναμία λήψης αποφάσεων
- Κατάθλιψη

Σε επίπεδο συμπεριφοράς ο εργαζόμενος που έχει επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να αρχίσει να έχει:

- Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
- Παραίτηση
- Υψηλά επίπεδα παραίτησης
- Αυξημένα παράπονα για την εργασία
- Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
- Αυξημένη χρήση φαρμάκων
- Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
- Υπερβολική χρήση αλκοόλ
- Αδυναμία συγκέντρωσης καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
- Εργασιομανία (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, 1981).

Η φύση του επαγγέλματος απαιτεί στενή αλληλεπίδραση με δέκτες που πολύ συχνά εκδηλώνουν αρνητική συμπεριφορά επιθετικότητας, παθητικότητας και αδράνειας. Ωστόσο, όμως, αρκετοί άλλοι επαγγελματίες που δεν προσφέρουν άμεσα κοινωνικές υπηρεσίες, ενδεχομένως να αισθανθούν επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας των αυξημένων ευθυνών και

επειδή ο ρόλος τους απαιτεί να συνδράμουν τους υπαλλήλους, να επιλύουν όχι μόνο επαγγελματικά προβλήματα αλλά και να αντεπεξέρχονται σε προσωπικές δυσκολίες (Maslach, 2001).

Έτσι, οι επαγγελματίες που βιώνουν συναισθηματική εξάντληση αισθάνονται συναισθηματικά «στεγνωμένοι» και απογοητευμένοι από τα περιστατικά της ημέρας. Γενικά, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Καθώς κάθε πρωί αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως αναπόφευκτο κακό από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν, πολλές φορές είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Αντί γι' αυτό, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής τους (Garroasa et al., 2008).

1.7 Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι παρεμβάσεις για τη στήριξη των επαγγελματιών υγείας και την αποφυγή-αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζονται σε δύο επίπεδα: Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο και παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο.

1.7.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.

Οι παρεμβάσεις αυτές αναφέρονται στις προσπάθειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας αποφυγή- αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μεταλληνού & συν., 2000):

- **Πρώιμη αναγνώριση των συμπτωμάτων:** Είναι επιτακτικό για τον επαγγελματία να αναγνωρίσει εγκαίρως τις ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης και να αντιληφθεί το φαινόμενο, για παράδειγμα τα οργανικά ή ψυχοκοινωνικά συμπτώματα του.
- **Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών:** Η επανεκτίμηση των στόχων, των προσδοκιών και των κινήτρων των επαγγελματιών βοηθάει στην αποφυγή του μόνιμου άγχους της εργασίας, στην επίτευξη των στόχων και στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία.

- **Αναζήτηση βοήθειας-υποστήριξης:** Είναι πολύ σημαντική η αναζήτηση βοήθειας στα προβλήματά του και υποστήριξης του επαγγελματία, είτε από φίλους και συνεργάτες, είτε από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η στήριξη μειώνει το εργασιακό άγχος και τις πιθανότητες εμφάνισης εργασιακής εξουθένωσης. Η ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου υποστηρικτικού δικτύου στο χώρο εργασίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα καταπολέμησης του φαινομένου.
- **Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας:** Δίνει τη δυνατότητα εκτόνωσης του επαγγελματία και συνήθως προάγει την επικοινωνία.
- **Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας:** Αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και την αποφασιστικότητα του επαγγελματία.

1.7.2. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο.

Αναφέρονται σε ενέργειες, την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση του νοσοκομείου ή μιας μονάδας υγείας (Μεταλληνού & συν., 2000):

- Δημιουργία ειδικών ομάδων Balint, με στόχο την εκπαίδευση των επαγγελματιών στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων με ψυχολογικές και σωματικές εκφάνσεις, τη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ασθενή και την κατανόηση της σημασίας της συμπάθειας προς τους ασθενείς
- Οργάνωση σεμιναρίων-ημερίδων και παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης-επιμόρφωσης, ειδικά σε θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού stress
- Προώθηση των μεθόδων υποκίνησης των εργαζομένων
- Διενέργεια μελετών για το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων σε τακτά χρονικά διαστήματα για την ανεύρεση των παραγόντων που την προκαλούν και προσπάθεια καταπολέμησης των παραγόντων αυτών
- Δημιουργία ειδικών τμημάτων και θέσεων εργασίας με εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί) για το συντονισμό και την επίλυση προβλημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης
- Καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας, με προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες

- Ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων και της συνεργασίας τους.

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα τεταμένο. Ο αριθμός των ανθρώπων που αναγνωρίζουν την ύπαρξή του είναι μεγάλος όπως μεγάλος είναι και ο αριθμός των ανθρώπων που πλήττονται από αυτό. Κάτω από αυτές τις συνθήκες κρίνεται επιτακτική η ανάγκη ορθολογικής αντιμετώπισής του φαινομένου στους χώρους υγείας μέσα από οργανωμένες δομές και πλαίσια. Οι επαγγελματίες μέσα σε αυτό το πλαίσιο οφείλουν να αναλάβουν το δικό τους ρόλο, αναγνωρίζοντας τις αδυναμίες και τα όριά τους, αντιλαμβανόμενοι με πρώιμο στάδιο τα συμπτώματα εξουθένωσης, ώστε να ανταποκρίνονται στις καθημερινές απαιτήσεις της δουλειάς τους, αλλά και η διοίκηση των νοσοκομείων οφείλει να ενδιαφερθεί, εξασφαλίζοντας αποτελεσματικούς τρόπους χειρισμού, ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Κεφάλαιο 2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ BURNOUT

Στην προσπάθεια ανάλυσης και ερμηνείας του σύνθετου φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν διατυπωθεί πολυάριθμα θεωρητικά μοντέλα όμως τέσσερα από αυτά μπορούν να χαρακτηρισθούν ως επικρατέστερα μέχρι σήμερα και είναι τα εξής:

1. Το μοντέλο του Cherniss (1980)
2. Το μοντέλο των Edelmich και Brodsky (1980)
3. Το μοντέλο των Maslach και Jackson (1982)
4. Το μοντέλο των Pines και Aronson (1988)

2.1 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

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

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

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

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

2.2 Το μοντέλο των Edelmich και Brodsky (1980)

Σύμφωνα με τους Edelmich & Brodsky (1980) η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διαδικασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας και μπορεί να περιγραφεί μέσα από τέσσερα στάδια, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, και συγκεκριμένα:

- **Στάδιο του Ενθουσιασμού:** ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.
- **Στάδιο Αμφιβολίας και Αδράνειας:** Τότε, λοιπόν, περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της αμφιβολίας και αδράνειας. Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μην έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.
- **Στάδιο της Απογοήτευσης και Ματαιώσης:** Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η απογοήτευση και ματαιώση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει

τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από την εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

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

2.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα τους Maslach και Jackson είναι ένα σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις: Η πρώτη διάσταση ονομάζεται «συναισθηματική εξάντληση» και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται η πιο σημαντική από τις τρεις διαστάσεις και χαρακτηρίζεται από τη μείωση των συναισθηματικών αποθεμάτων του ατόμου και συνήθως συνοδεύεται από συναισθήματα απογοήτευσης και έντασης.

Η διάσταση αυτή θεωρείται βασικό συστατικό του άγχους (stress) που διέπει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al., 2001). Η διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης επίσης θεωρείται και πυρήνας του ερωτηματολογίου MBI καθώς οι περισσότερες μελέτες την παρουσιάζουν ως την πιο συνεπή και σταθερή διάσταση της εξουθένωσης και έχει αποδειχθεί ότι έχει τη μεγαλύτερη ανταπόκριση στη φύση και την ένταση του εργασιακού άγχους.

Για τη δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επικρατήσει η χρήση του όρου «αποπροσωποποίηση», με τον οποίο περιγράφεται η απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς/πελάτες του και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Η διάσταση της αποπροσωποποίησης αντιπροσωπεύει το διαπροσωπικό στοιχείο της εξουθένωσης. Οι εργαζόμενοι στη φάση της εξουθένωσης διατηρούν μια «ψυχρή και απόμακρη στάση απέναντι στην εργασία τους και στους ανθρώπους του εργασιακού τους χώρου». Η αποπροσωποποίηση είναι ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της

εξουθένωσης από τον εργαζόμενο ο οποίος τη θεωρεί αποδεκτή αντίδραση αλλά και επαγγελματική.

Η τρίτη διάσταση ονομάζεται «έλλειψη προσωπικής επίτευξης» και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του (Leiter & Maslach, 2005). Σε αυτό το στάδιο εξουθένωσης οι εργαζόμενοι αισθάνονται ανεπαρκείς και ανίκανοι να αλλάξουν τα δεδομένα εργασίας τους.

Οι Cordes και Dougherty, (1993), αναφέρουν ότι αυτού του τύπου η χαμηλή αυτοεκτίμηση βρίσκεται στο επίκεντρο της διάστασης των προσωπικών επιτευγμάτων. Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές, οι μεταβλητές που έχουν την τάση να οδηγούν κάποιον να αισθάνεται αβοήθητος, ανεπαρκής, αναρμόδιος και ότι χάνει τον έλεγχο, συμβάλλουν στη μειωμένη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Η έννοια της εξουθένωσης όπως προσδιορίζεται από το MBI έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα. Οι τρεις διαστάσεις της είναι ευδιάκριτες μεταξύ τους αλλά αντιμετωπίζονται συνολικά ως ένα μέγεθος. Οι υπερασπιστές αυτής της άποψης της εξουθένωσης υποστηρίζουν ότι παρέχει μια ολιστική αντιμετώπιση ενός σύνθετου φαινομένου. Επίσης το συγκεκριμένο μοντέλο επιτρέπει τη χρήση των διάφορων μορφών πίεσης που νιώθει ο εργαζόμενος ως αιτίες εξουθένωσης εξηγώντας της διακυμάνσεις της στο εργασιακό και οικογενειακό περιβάλλον. Στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ερευνητές χρησιμοποιούν το MBI με τις τρεις γνωστές διαστάσεις.

2.4 Το μοντέλο των Pines και Aronson (1988)

Η Pines & Aronson (1988) ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines 1993). Η Pines (1986) τονίζει περισσότερο το ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα κίνητρα παίζουν ρόλο μόνο για την πυροδότηση και τον καθορισμό της βαρύτητας του συνδρόμου.

Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συνυπάρχει με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια. Αξιολογεί τρεις πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης (σωματική, πνευματική, συναισθηματική) και η επαγγελματική εξουθένωση προκύπτει εξάγοντας ένα ενιαίο σκορ από όλες τις ερωτήσεις (Pines & Aronson, 1988). Ερευνητές όπως ο Shirom, υπογράμμισαν ότι η αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης με ένα σκορ που προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων είναι δυσλειτουργική καθώς το σύνδρομο είναι πολυδιάστατο και προτείνει να γίνεται η αξιολόγηση της κάθε υποκλίμακας ξεχωριστά (Shirom & Ezrachi 2003).

Κεφάλαιο 3 ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

3.1 Ορισμός στρες

Το στρες σαν έννοια έκανε την εμφάνισή του τον 17ο αιώνα με τη «Θεωρία της Ελαστικότητας» του φυσικού Robert Hooke, όπου αναφέρεται ως το ποσό της δύναμης που ασκείται σε μία συγκεκριμένη μονάδα ή επιφάνεια (Manko, 2009). Όταν αρκετή δύναμη εφαρμοστεί στην επιφάνεια του υλικού, τότε το αντικείμενο λυγίζει και η αλλαγή του μήκους ονομάζεται ειδική επιμήκυνση (strain) (Seal, 2010). Με την αυξανόμενη ένταση της πίεσης, η αρχικά γραμμική σχέση ανάμεσα στην πίεση και στην ειδική επιμήκυνση γίνεται μη γραμμική με το πέρασ της αναλογικότητας, μετά την οποία το σώμα παραμορφώνεται ελαστικά (μπορεί να επιστρέψει στην αρχική θέση), έπειτα πλαστικά (δεν μπορεί να επανέλθει) και τέλος οδηγείται σε ρήξη (Seal, 2010).

Η αγγλική λέξη “stress” προέρχεται από το ιταλικό ρήμα “stringere”, το οποίο ετυμολογικά έχει τις ρίζες του στη λατινική λέξη “strictus”, ουσιαστικό του ρήματος stringo που σημαίνει πιέζω, σφίγγω, συμπιέζω (Driskell, 1996). Έχει το ίδιο νόημα με την ελληνική λέξη “άγχος” που προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα “άγχω” το οποίο σημαίνει πνίγω ή σφίγγω. Αν και οι δύο λέξεις είναι εννοιολογικά όμοιες, η επιστημονική κοινότητα δεν έχει καταλήξει σε κοινό συμπέρασμα για το εάν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ως έννοιες ταυτόσημες ή όχι.

Στην πραγματικότητα ο όρος στρες είναι τόσο ευρύς που δεν υπάρχει κάποιος κοινός ορισμός που να καλύπτει όλα τα πεδία. Πρόκειται για μία κατάσταση που οι αιτίες της μπορεί να εντοπίζονται σε ψυχολογικά, βιολογικά ή γνωσιολογικά αίτια ανάλογα με την οπτική γωνία που εξετάζεται. Ο Φρόντ αρχικά ανακαλύπτει τις καταβολές του στρες στη λιμπιντική ενέργεια, έπειτα στην αποτυχημένη απώθηση των νευρωσικών συμπτωμάτων, καταλήγοντας τελικά σε ένα σχήμα πανομοιότυπο με εκείνο της συμπεριφοριστικής-γνωσιακής θεωρίας (Klein, 2002).

Σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική θεωρία το στρες είναι η (υπολανθάνουσα) συγκεκαλυμμένη ή αλλοτριωμένη μορφή του φόβου, λειτουργώντας ως δύναμη, η οποία δεν προέρχεται από βιολογικές ανάγκες, αλλά από εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που το άτομο

δεν μπορεί να ελέγξει. Κύριοι δημιουργοί και εκφραστές της θεωρίας αυτής είναι ο Pavlov και ο Mowrer. Σύμφωνα με το μοντέλο του Mowrer ένα ανεξάρτητα προκλητό ερέθισμα (US-unconditioned stimulus), όπως για παράδειγμα ένα ηλεκτροσόκ, προκαλεί ανεξάρτητες αντιδράσεις (URunconditioned response) πχ φόβο, ο οποίος οδηγεί σε συμπεριφορά φυγής. Όταν το «πειραματόζωο» πραγματοποιεί επιτυχημένες απόπειρες φυγής μακριά από το στρεσογόνο ερέθισμα, προκαλείται μείωση του επιπέδου του φόβου και παγιώνεται η συμπεριφορά αυτή (Klein, 2002).

Αυτή η αντίδραση του οργανισμού απέναντι σε ένα ενδεχόμενο κίνδυνο, επίθεση ή απειλή της επιβίωσης εντοπίστηκε και περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Walter Cannon το 1915 ως αντίδραση μάχης ή φυγής (Walter, 1932). Σύμφωνα με τη θεωρία του Cannon αυτή η διαδικασία που επηρεάζεται από το συμπαθητικό νεύρο αποτελεί το πρώτο στάδιο του General Adaptation Syndrome - Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής (GAS) που ρυθμίζει το στρες με σκοπό ο οργανισμός να διατηρήσει την αρχική του κατάσταση ομοιόστασης. Η διαδικασία αυτή μελετήθηκε από τον ενδοκρινολόγο Hans Selye, ο οποίος διαπίστωσε έπειτα από πειράματα ότι ανεξαρτήτως του στρεσογόνου ερεθίσματος, η αντίδραση του οργανισμού στην προσπάθεια προσαρμογής του σε καταστάσεις στρες προκειμένου να διατηρήσει την ομοιόστασή του είναι πάντοτε η ίδια, σε ανθρώπους και ζώα: διατάραξη της ορμονικής ισορροπίας, συρρίκνωση του θύμου αδένου και των λεμφαδένων, διόγκωση του επινεφρίδιου φλοιού, έλκη στομάχου και δωδεκαδάκτυλου και ατονία του ανοσοποιητικού συστήματος (Selye, 1956). Σε πολλές περιπτώσεις, όπου το στρεσογόνο ερέθισμα ήταν παρατεταμένο και ισχυρό, μπορούσε να οδηγήσει σε σωματική δυσλειτουργία, ακόμη και σε θάνατο (Selye, 1956).

Όπως προαναφέρθηκε, το στρες αφορά όλο το φάσμα ενός ανθρώπου, σωματικό, συναισθηματικό, ψυχικό, βιολογικό, πνευματικό, κοινωνικό και μελετάται από διάφορες επιστήμες με αποτέλεσμα να μην έχει καταστεί εφικτό να δοθεί ένας κοινός ορισμός. Γενικά, μπορεί να χαρακτηριστεί ως το ερέθισμα που δημιουργεί ψυχολογικές εντάσεις, η αντίδραση σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις ή η διεργασία της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του. Κατά τους Lazarus και Folkman είναι η αδυναμία του ανθρώπου να ανταπεξέλθει σε εξωτερικές ή εσωτερικές καταστάσεις όταν θεωρεί ότι εκείνες υπερβαίνουν των δυνάμεών του (Lazarus, 1984). Κατά τον Selye είναι η προσπάθεια του οργανισμού να

διατηρήσει την ομοιόσταση του απέναντι σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα (Seyle, 1956) και κατά τον Levine είναι οτιδήποτε αυξάνει την έκκριση κορτιζόλης στον οργανισμό (Levine, 2000).

3.2 Είδη στρες

Το στρες διακρίνεται σε δύο τύπους, σε θετικό και σε αρνητικό (Le Fevre et al., 2003). Το στρες δεν είναι απλώς κάτι αρνητικό που σχετίζεται μονάχα με επιβλαβείς καταστάσεις στη ζωή του ανθρώπου. Στην ουσία πρόκειται, όπως προαναφέρθηκε, για την προσαρμογή του οργανισμού σε καταστάσεις που απαιτούν σημαντικές αλλαγές είτε εξωτερικά είτε εσωτερικά (Lazarus, 1984). Το θετικό στρες (eustress) αναγκάζει τον άνθρωπο να ξεπερνά δύσκολες καταστάσεις και να αντιμετωπίζει προκλήσεις. Είναι μικρής έντασης και διάρκειας και μπορεί να αυξήσει τη δημιουργικότητα, την παραγωγικότητα και την ενεργητικότητα του ατόμου (Fontana, 1989).

Από την άλλη πλευρά το αρνητικό στρες (distress) επιδρά πάνω στην πνευματική και σωματική ισορροπία του, επηρεάζοντας την προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική του ζωή. Σε αντίθεση με το θετικό στρες, το αρνητικό έχει τα χαρακτηριστικά της έντονης ανησυχίας και της δυσάρεστης αίσθησης, είναι μικρής ή μεγάλης διάρκειας και έντασης, γίνεται αντιληπτό ως μία μη διαχειρίσιμη κατάσταση, μειώνει την γενική απόδοση και οδηγεί σε σωματικές και πνευματικές διαταραχές (Lecic-Tosevski, 2011).

Είναι επομένως, υπαρκτός ο διαχωρισμός ανάμεσα στο ευεργετικό στρες (eustress) και στο αρνητικό στρες (distress), το οποίο σχετίζεται με καταστάσεις που επηρεάζουν την ομοιόσταση του οργανισμού και προκαλούν ψυχοσωματικές αντιδράσεις προκαλώντας παροδικές έως μόνιμες βλάβες τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Ωστόσο, στη σύγχρονη εποχή η λέξη στρες εθίζεται να της προσδίδεται αρνητικός χαρακτήρας.

3.3 Στρες και προσωπικότητα

Ο Ιπποκράτης αναφέρει ότι είναι προτιμότερο να ξέρεις ποιος άνθρωπος πάσχει από κάποια ασθένεια παρά την ασθένεια από την οποία πάσχει ο άνθρωπος. Είναι προφανής ο συσχετισμός που γίνεται με αυτή τη ρήση του Ιπποκράτη, ο οποίος συνδέει ξεκάθαρα τη σχέση μεταξύ ασθένειας και ανθρώπινης προσωπικότητας (Lecic-Tosevski, 2011). Σύγχρονες μελέτες

αποδεικνύουν ότι στην ουσία η επίδραση που έχει το στρες εξαρτάται πέρα από διάφορους παράγοντες και από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ανθρώπου (Lecic-Tosevski, 2011).

Οι προσωπικότητες των ανθρώπων μπορούν να διακριθούν σε τέσσερις κύριες κατηγορίες :

1. Η προσωπικότητα τύπου Α είναι ανταγωνιστική, επιδιώκει υψηλές επιδόσεις και εξαιτίας των πολλαπλών στόχων που θέτει, συχνά θεωρεί ότι τα χρονικά περιθώρια που έχει είναι περιορισμένα (γεγονός που προκαλεί ιδιαίτερο στρες)

2. Η προσωπικότητα τύπου Β χαρακτηρίζεται για την ηρεμία, την απουσία ανταγωνιστικότητας και την υπομονή της και είναι η πιο ανθεκτική στο στρες.

3. Η προσωπικότητα τύπου Γ διακατέχεται κυρίως από τελειομανία, εσωστρέφεια και καταπίεση των προσωπικών επιθυμιών. Είναι περισσότερο ευάλωτη στο στρες από την Α και Β προσωπικότητα.

4. Τέλος, η προσωπικότητα Δ είναι εύκολο να κυριευτεί από απογοήτευση και αρνητικά συναισθήματα, καθώς έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση, δεν διαχειρίζεται καλά την απόρριψη και συνήθως απέχει από τα κοινωνικά δρώμενα.

Συγκεκριμένα, η αίσθηση αισιοδοξίας και θετικής στάσης, η σκληρότητα και η αντοχή υπό στρεσογόνες συνθήκες, η αίσθηση έλεγχου, η αυτοεκτίμηση, η ανταγωνιστικότητα (χαρακτηριστικό του τύπου προσωπικότητας Α), τα αρνητικά συναισθήματα και η κοινωνική συστολή (χαρακτηριστικά της προσωπικότητας Δ) είναι μεταξύ άλλων ουσιαστικοί παράγοντες που καθορίζουν το μέγεθος της επιρροής του στρες πάνω στο ψυχοσωματικό πεδίο του ανθρώπου (Lecic-Tosevski, 2011). Αυτός είναι και ο λόγος της διαφοροποίησης της αντίδρασης και των συνεπειών όμοιων στρεσογόνων ερεθισμάτων σε διαφορετικές προσωπικότητες (Lecic-Tosevski, 2011).

Έντονο στρες εκδηλώνει συχνά η προσωπικότητα τύπου Α εξαιτίας των χαρακτηριστικών μοτίβων συμπεριφοράς που τη δομούν. Η επιθετική στάση, η υπερένταση και η νευρική ωθούν τον τύπο αυτού του ατόμου στο να είναι ευάλωτος στις στρεσογόνες καταστάσεις και να καταλαμβάνεται από υψηλά επίπεδα άγχους. Ευπαθής επίσης είναι και η

προσωπικότητα τύπου Γ εξαιτίας της καταπίεσης της συναισθηματικής φόρτισης που συνήθως εκδηλώνει. Επιρρεπής στην εκδήλωση καρδιακών και εγκεφαλικών νοσημάτων και εμφάνιση έντονου στρες είναι ο τύπος προσωπικότητας Δ, ο οποίος διακατέχεται από αρνητικά συναισθήματα, θλίψης, στενοχώριας, ανασφάλειας και λύπης.

Έχει διαπιστωθεί ότι όσοι αντιμετωπίζουν τις στρεσογόνες καταστάσεις ως φυσική ροή της ζωής, όσοι χαρακτηρίζονται από αισιοδοξία και θετική στάση όχι μόνο ελαχιστοποιούν τις αρνητικές επιδράσεις του στρες, αλλά ξεπερνούν ευκολότερα και τα διάφορα εμπόδια που τους παρουσιάζονται. Αντίθετα, τα άτομα που είναι απαισιόδοξα έχουν την τάση να πολλαπλασιάζουν το φορτίο της πίεσης που τους ασκείται, αυξάνοντας παράλληλα την επίδραση του στρες με συνέπειες δυσχερείς όχι μόνο για τους ίδιους, αλλά και για το οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό τους περιβάλλον (Nelson, 1996).

Ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά από την ψυχολόγο Susanne Kobasa και επιφέρει ισχυρή αντίσταση στην επιρροή του στρες στον οργανισμό είναι η ψυχολογική ανθεκτικότητα. Οι τρεις βασικοί άξονες πάνω στους οποίους κινείται η θεωρία της σκληρότητας είναι η δέσμευση που αφορά το ενδιαφέρον στις καθημερινές δραστηριότητες, ο έλεγχος που αφορά την πεποίθηση του ατόμου ότι οι πράξεις του επηρεάζουν το περιβάλλον γύρω του και η πρόκληση που εστιάζει στην πεποίθηση που τρέφει ο άνθρωπος ότι η εξέλιξη στη ζωή έρχεται μέσα από τη συνεχή αλλαγή, αντιμετωπίζοντας τις καταστάσεις του στρες ως ευκαιρίες και όχι ως εμπόδια. Ο ψυχολόγος Salvatore Mandi ήρθε να συμπληρώσει τη θεωρία προσθέτοντας ότι ο συνδυασμός των παραπάνω χαρακτηριστικών οδηγούν στην απόκτηση κινήτρων και θάρρους που μετατρέπουν τα στρεσογόνα στοιχεία από αντιξοότητες και απειλές σε ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη και πρόοδο (Maddi, 1984).

Η θεωρία της έδρας του ελέγχου δημιουργήθηκε το 1954 από τον Julian Rotter και πραγματεύεται την πεποίθηση που έχει το άτομο για τον έλεγχο που ασκεί στο περιβάλλον του. Η Εσωτερική έδρα/σημείο ελέγχου προϋποθέτει ότι το άτομο διακατέχεται από την πεποίθηση πως εκείνο ασκεί έλεγχο στις καταστάσεις της ζωής του και είναι το ίδιο υπεύθυνο για την καθημερινότητά του. Βέβαια, εάν θεωρήσει ότι η κατάσταση ξεφεύγει από τον έλεγχό του τότε καταλαμβάνεται από υψηλά επίπεδα στρες με αντίστοιχες συνέπειες (Payne, 1990). Αντίθετα, άτομα με 16 εξωτερική έδρα ελέγχου θεωρούν ότι εξωτερικοί παράγοντες είναι εκείνοι που

ασκούν έλεγχο επάνω τους και ότι οι πράξεις τους δεν μπορούν να επηρεάσουν ή να αλλάξουν κάτι σε αυτή την κατάσταση (Rotter, 1966) (Cox, 2001).

3.4 Στρες και επαγγελματικό άγχος στους επαγγελματίες υγείας

Η ιδιομορφία του εργασιακού περιβάλλοντος του τομέα της υγείας έχει να κάνει με το αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι η υγεία του κάθε ανθρώπου αποτελεί το ύψιστο αγαθό και για αυτό το λόγο είναι μια μη διαπραγματεύσιμη συνθήκη (Κουτούζης, 1999). Ακόμη και μέσα σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης, όπου οι μισθολογικές μειώσεις είναι σημαντικές και οι ελλείψεις σε προσωπικό και σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό πολλές, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να εργάζονται το ίδιο σκληρά προκειμένου να φέρουν εις πέρας το έργο τους, που δεν είναι άλλο από την αποκατάσταση και διαφύλαξη της υγείας του ασθενούς (Grantz NR, 2012).

Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η διαρκής επαφή με το θάνατο, οι συγκρούσεις με συναδέλφους και ανωτέρους, η διαρκής προσπάθεια ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, η ανεπαρκής στήριξη από τη διοίκηση, τις αρμόδιες υπηρεσίες, οδηγούν σε γενική ψυχική και σωματική καταπόνηση των επαγγελματιών υγείας (Σαρίδη, 2016). Η ψυχοσωματική εξουθένωση και η χρόνια έκθεση σε έντονες στρεσογόνες καταστάσεις έχει συνέπειες όχι μόνο στο επαγγελματικό περιβάλλον του εργαζομένου μειώνοντας την αποδοτικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών του, αλλά και στο κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς το άτομο γίνεται φορέας των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων και έξω από τον επαγγελματικό του χώρο (Παπαγεωργίου, 2007).

Το Εθνικό Ινστιτούτο για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία των Η.Π.Α. (NIOSH) ορίζει το εργασιακό στρες ως « το σύνολο των επιβλαβών φυσικών και συναισθηματικών αντιδράσεων που λαμβάνουν χώρα, όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν ταιριάζουν με τις δυνατότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου» (National Institute for Occupational Safety and Health, 2008).

Οι παράγοντες στο χώρο εργασίας που μπορεί να οδηγήσουν σε εκδηλώσεις στρες:

- εργασιακές απαιτήσεις (φόρτος εργασίας, έλλειψη ελέγχου πάνω στην εργασία, ασάφεια καθηκόντων)

- οργανωτικοί παράγοντες (δυσλειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις, αναξιοκρατικές πρακτικές διαχείρισης)
- οικονομικές συνθήκες (δυσαναλογία μισθολογικής αμοιβής έναντι προσφοράς και επικινδυνότητας έργου)
- σύγκρουση μεταξύ εργασιακών και οικογενειακών ρόλων
- ζητήματα σχετικά με τη δυνατότητα παροχής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και εξέλιξης της καριέρας (περιορισμένη δυνατότητα για μισθολογική αύξηση ή προαγωγή)
- κακό διοικητικό κλίμα (έλλειψη αφοσίωσης της διοίκησης σε βασικές εργασιακές αξίες, αλληλοσυγκρουόμενες μορφές επικοινωνίας και επικοινωνία μηνυμάτων)

Στρεσογόνοι παράγοντες που είναι κοινοί στον τομέα της υγείας :

- ανεπάρκεια στελέχωσης επιστημονικού προσωπικού
- μακράς διάρκειας εργασία
- κυλιόμενο ωράριο
- ασάφεια καθηκόντων και σύγκρουση ρόλων
- έκθεση σε μολυσματικές και επικίνδυνες ουσίες
- χαμηλές μισθολογικές αμοιβές

Οι στρεσογόνοι παράγοντες διαφέρουν μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όπως και η ένταση και η επίδρασή τους ανάλογα με την εργασία που εκτελείται. Το εργασιακό άγχος έχει αξιολογηθεί τα τελευταία χρόνια από πολλούς ερευνητές σε πολλές χώρες και σε διαφορετικές ειδικότητες, όπως κοινωνικούς λειτουργούς (Gellis, 2002), τεχνολόγους εργαστηρίων (Blau G., 2003), εργοθεραπευτές (Painter, 2003), νοσηλευτές, ιατρούς κα.

Συγκεκριμένα, σε μελέτες που αφορούν νοσηλευτές (National Institute for Occupational Safety and Health, 2008) έχουν βρεθεί πως οι ακόλουθοι παράγοντες που συνδέονται με το στρες είναι οι εξής:

- υπέρμετρος και μακράς χρονικής διάρκειας φόρτος εργασίας
- πίεση χρόνου για την εκτέλεση και ολοκλήρωση των εργασιών
- έλλειψη κοινωνικής στήριξης κατά την εργασία (ιδιαίτερα από εποπτικές αρχές, προϊστάμενους και ανώτερα στελέχη της διοίκησης)

- έκθεση σε μολυσματικές ασθένειες εξαιτίας τραυματισμών από βελόνες ή διαχείρισης άλλων μολυσματικών πηγών
- καταστάσεις εργασιακής παρενόχλησης (mobbing)
- σεξουαλική παρενόχληση
- έλλειψη ύπνου
- ασάφεια καθηκόντων και σύγκρουση ρόλων
- υποστελέχωση νοσηλευτικού προσωπικού
- δυσκολίες σχετικά με την εξελικτική πορεία της καριέρας
- την επαφή με σοβαρά νοσούντες ασθενείς και τη συνεχή επαφή με το θάνατο

Σύμφωνα πάλι με το Εθνικό Ινστιτούτο για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία των Η.Π.Α. (NIOSH) μεταξύ των γιατρών, οι ακόλουθοι παράγοντες που συνδέονται με το στρες έχουν να κάνουν με :

- Την πολύωρη εργασία
- Τον υπερβολικό φόρτο εργασίας
- Τη συνεχή επαφή με το θάνατο
- Διαπροσωπικές συγκρούσεις με συναδέλφους ή άλλα μέλη του προσωπικού
- Υψηλές προσδοκίες των ασθενών
- Απειλή της ασκήσεως της δικαστικής προσφυγής λόγω αμέλειας

Σε έρευνα που έγινε σε κλινικούς νοσηλευτές στην Ελλάδα σε νοσοκομείο της περιφέρειας, αλλά και της πρωτεύουσας διαπιστώθηκε έντονη η ύπαρξη του stress χωρίς ιδιαίτερες αποκλίσεις ανάμεσα στα νοσοκομεία, με κύρια αίτια τον μεγάλο φόρτο εργασίας και τη σύγκρουση ανάμεσα στον επαγγελματικό και οικογενειακό ρόλο (Μουστάκα, 2015).

Σε άλλη έρευνα που συμμετείχαν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών ελληνικών νοσοκομείων φάνηκε ότι η εργασία στο νοσοκομείο έχει αντίκτυπο στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των εργαζομένων και ιδιαίτερα των γυναικών συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έχουν συμπληρώσει τα 10 έτη εργασίας (Μουστάκα, 2015). Σύμφωνα με ευρήματα άλλων ερευνών η νυχτερινή εργασία και το κυλιόμενο ωράριο είναι οι βασικές αιτίες που επηρεάζουν την κοινωνική και οικογενειακή ζωή των επαγγελματιών υγείας (Μιχαλοπούλου, 2003), ενώ σε έρευνα στη Μ. Βρετανία, το 25% των νοσηλευτών θεωρούν ότι η εργασία τους επηρεάζεται από

την οικογενειακή τους κατάσταση, ενώ το 75% ότι το στρες που βιώνουν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι υπεύθυνο για τα προβλήματα της προσωπικής τους ζωής (Μουστάκα, 2015).

Επίσης, σε έρευνα που έλαβαν μέρος νοσηλευτές στην Ελλάδα από τον κλάδο της ψυχικής υγείας φάνηκε ότι συχνότερη πηγή του εργασιακού άγχους είναι η σύγκρουση του οικογενειακού και επαγγελματικού ρόλου (Ουζούνη., 2005). Το στρες που οφείλεται στη σύγκρουση ή την αμφισβήτηση του ρόλου μπορεί να θεωρηθεί ως η συνέπεια της διαφοράς των αντιλήψεων ενός ατόμου για τα χαρακτηριστικά ενός συγκεκριμένου ρόλου που έχει υιοθετήσει και τα αποτελέσματα που λαμβάνουν χώρα σε πραγματικές συνθήκες όταν καλείται να εκτελέσει συγκεκριμένα καθήκοντα (Lambert & Lambert, 2001).

Τα τελευταία 20 χρόνια αρκετές έρευνες έχουν διεξαχθεί σχετικά με τη σύγκρουση των ρόλων των επαγγελματιών υγείας. Οι περισσότερες συσχετίζουν αυτή τη σύγκρουση με παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως ο ελάχιστος έλεγχος, οι αυξημένες ή συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις, η ελλιπής συναδελφική ή διοικητική στήριξη, ο εργασιακός φόρτος και η έλλειψη εξοπλισμού (Gellis, 2002). Επίσης, πηγή έντονου στρες είναι η απουσία καθορισμένων καθηκόντων που οδηγεί αρκετές φορές σε συγκρούσεις ρόλων, καθώς ο επαγγελματίας υγείας επωμίζεται ευθύνες και καθήκοντα πέραν των αρμοδιοτήτων του (Κοΐνης, 2014).

Μελέτες που διεξήχθησαν στη Μ.Βρετανία σε νοσηλευτικό προσωπικό τοποθετούν ως κύρια πηγή του stress τον υπερβολικό φόρτο εργασίας σε ποσοστό μεγαλύτερο του 60% (Cole, 1992). Το ίδιο αποτέλεσμα επιβεβαιώνει και έρευνα των Tyler και Ellison σε επαγγελματίες υγείας στην Αγγλία σε συνάρτηση με την ανεπαρκή στελέχωση σε ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, καθώς δίνεται έμφαση και στις αντίξοες συνθήκες εργασίας (Κοΐνης, 2014).

Μελέτες που έγιναν στον Καναδά, τη Νιγηρία και το Πακιστάν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μείωση των οικονομικών απολαβών, τα ανεπαρκή επιδόματα και η έλλειψη υλικού, προμηθειών και εξοπλισμού βρίσκονταν στις πρώτες θέσεις των κύριων πηγών του εργασιακού στρες (Σαρίδη Μ., 2016). Η ένταση και οι αιτίες του στρες στους επαγγελματίες υγείας διαφέρουν ανάλογα το άτομο, την ειδικότητα, τις συνθήκες και το χώρο εργασίας. Έρευνες που έγιναν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κατέταξαν ως σημαντικότερη πηγή στρεσογόνων

παραγόντων για τους νοσηλευτές τη διαρκή αντιμετώπιση του θανάτου, ενώ για εκείνους που εργάζονται σε παθολογικές ή χειρουργικές κλινικές στις πρώτες θέσεις των στρεσογόνων παραγόντων κατετάγη η ανεπαρκής στελέχωση και ο μεγάλος φόρτος εργασίας (Κοΐνης, 2014).

Σε μελέτη σχετική με την ψυχοσωματική ισορροπία των επαγγελματιών υγείας σε ελληνικά νοσοκομεία καταγράφηκαν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους με τη μεγαλύτερη συναισθηματική και σωματική ένταση να σημειώνεται στις μικρότερες ηλικίες και με κύρια αίτια ξανά το φόρτο εργασίας, την υποστελέχωση, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το κυκλικό ωράριο (Antoniou A, 2005). Το κυλιόμενο ωράριο είναι κοινό χαρακτηριστικό για τους εργαζόμενους του χώρου της υγείας και σχετίζεται άμεσα, όπως αποδεικνύεται από τις έρευνες με το εργασιακό στρες. Έχει παρατηρηθεί μέσα από μελέτες ότι οι εργαζόμενοι στους χώρους της υγείας κυρίως νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εκτελούν κυκλικό ωράριο έχουν εντονότερο στρες, προβλήματα ύπνου και εμφανίζουν πιο εύκολα κατάθλιψη (Vásquez-Trespalcios, 2016).

Κεφάλαιο 4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας

Το εν λόγω σύνδρομο περιέχεται μεταξύ των 4 πιο συχνών αναφερόμενων ζητημάτων που έχουν άμεση σχέση με την προσφορά εργασίας στην ΕΕ. Σε ό,τι έχει να κάνει με τη συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου Burnout μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, από έρευνες που υλοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια σε διεθνές επίπεδο βλέπουμε να εντοπίζεται συχνά κυρίως μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών (Polikandrioti, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, ένα μεγάλο ποσοστό των ιατρών οι οποίοι συμμετείχαν σε διάφορες έρευνες παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (σε ποσοστό που κυμαινόταν από 10 μέχρι και 56%), ανοδική τάση των επιπέδων αποπροσωποποίησης (σε ποσοστό 13 έως και 47%) καθώς επίσης και ελαττωμένα προσωπικά επιτεύγματα (σε ποσοστό 5 έως και 60%). Το ανάλογο εύρος της συχνότητας για καθεμιά από τις παραμέτρους του συνδρόμου αυτού, βάσει με τα αποτελέσματα ερευνών που υλοποιήθηκαν σε νοσηλευτικό προσωπικό κυμαινόταν από 15 έως και 50%, από 7 έως και 37% καθώς επίσης και 25 έως 77% αντίστοιχα.

Παρά το γεγονός πως στις πιο πολλές έρευνες έγινε χρήση της κλίμακας MBI, που αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, ωστόσο το ζήτημα της ανομοιογένειας των παραπάνω δειγμάτων, αλλά και οι παράμετροι εκτίμησης αυτού του συνδρόμου που χρησιμοποιήθηκαν στις παραπάνω έρευνες, δεν προσέφεραν την ευχέρεια εξαγωγής κοινά αποδεκτών συμπερασμάτων για τη συχνότητα ύπαρξης αυτού του φαινομένου στους επαγγελματίες υγείας σε διεθνές επίπεδο (Παππά και συν., 2008).

Έρευνες έχουν δείξει πως οι νοσηλευτές οι οποίοι διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης είναι εκείνοι οι οποίοι δουλεύουν σε ογκολογικά τμήματα και σε τμήματα με πάσχοντες που βρίσκονται σε τελικό στάδιο (AIDS κλπ). Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν δείξει πως οι νοσηλευτές οι οποίοι βίωσαν αυτό το σύνδρομο αισθανόταν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι

δίχως ενέργεια και κίνητρο καθώς επίσης αβοήθητοι και μόνοι, χωρίς καμία στήριξη (Δίκης, 2013).

4.2 Κλινική εικόνα επαγγελματιών υγείας με εργασιακή εξουθένωση

Οι επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αρκετά σοβαρές, καθώς ενδέχεται να οδηγήσει σε σοβαρά ψυχοσωματικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση, αλλά και μειωμένη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών (Δεληγάς και συν. 2012, Καραΐσκος και συν., 2012). Επίσης υποστηρίζεται από τους Δεληγά και συν. (2012), ότι η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί επιπλέον και σε απώλεια της ικανοποίησης από την ποιότητα της ζωής τους, της συναισθηματικής τους ευαισθησίας, καθώς και της επαγγελματικής τους ικανότητας. Πιο αναλυτικά, οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται στις εξής τρεις κατηγορίες (Δεληγάς και συν., 2012):

- α) Επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία: παρουσιάζονται προβλήματα όπως αϋπνία, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, σκέψεις απόρριψης,
- β) Επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις: επηρεάζονται αρνητικά οι σχέσεις των ιατρών με συναδέλφους, αλλά και με άτομα από το φιλικό και οικογενειακό τους περιβάλλον,
- γ) Επιπτώσεις στην εργασιακή συμπεριφορά: μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, υψηλή πρόθεση αποχώρησης από τον οργανισμό, υψηλός αριθμός απουσιών.

4.3 Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας

Πολλές φορές εντοπίζεται μια ταύτιση του εργασιακού στρες με το σύνδρομο που μελετάμε σε αυτήν την εργασία. Έρευνες αναφέρουν πως το εν λόγω σύνδρομο είναι μια από τις πιο καθοριστικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες δίχως όμως αυτές οι δυο έννοιες να είναι ταυτόσημες. Το εργασιακό στρες είναι συνέπεια της αντίληψης του υπαλλήλου πως υφίσταται

ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων της δουλειάς του και της δυνατότητάς του να δράσει αποδοτικά (McGibbon and Gallop, 2010).

Το εργασιακό στρες προέρχεται ως επί το πλείστον από συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως για παράδειγμα το ωράριο, ο φόρτος εργασίας, οι εργασιακές σχέσεις, η σταδιοδρομία, η οργανωτική δομή, το κλίμα που υπάρχει στο χώρο απασχόλησης κλπ. Άρα, το εργασιακό στρες είναι αρκετά συχνό φαινόμενο στους επαγγελματίες υγείας και επιφέρει σημαντικές συνέπειες στην καθημερινότητα και στην ζωή τους γενικά καθώς μπορεί να αναπτυχθεί από ένα τεράστιο σύνολο διαφοροποιημένων καταστάσεων (Dickinson and Wright, 2008).

Τα σημεία και τα συμπτώματα αυτού του ζητήματος είναι αρκετά και τις περισσότερες φορές μιμούνται άλλες παθήσεις. Οι επιρροές του στρες στην υγεία έχουν άμεση σχέση από τον τρόπο με τον οποίο βιώνει και το αντιμετωπίζει ο κάθε εργαζόμενος. Η προσωπικότητα, επομένως, του υπαλλήλου είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που παίζει σπουδαίο ρόλο στη μέθοδο αντίληψης και διαχείρισης δύσκολων συνθηκών (Shimizutani et al., 2008).

Από την άλλη πλευρά, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως επί το πλείστον προέρχεται από τις αρνητικές επιπτώσεις του χρόνιου εργασιακού στρες στην υγεία και την ζωή του υπαλλήλου αλλά και από ψυχοκοινωνικές παραμέτρους. Άρα, το σύνδρομο αυτής της μορφής βάσει με διάφορες έρευνες που έχουν γίνει, αποτελεί μια από τις κυριότερες επιπτώσεις του εργασιακού στρες (Zhu et al., 2006).

Επίσης, το εργασιακό στρες λογίζεται ως μια κατάσταση αρκετά πολύπλοκη, καθώς δεν χαρακτηρίζεται μονάχα από τις αντικειμενικές και υποκειμενικές παραμέτρους οι οποίες συνθέτουν αυτήν την κατάσταση, αλλά έχει άμεση σχέση και από διαφορετικές κοινωνικές και μορφωτικές μεταβλητές, που λειτουργούν σαν καταλύτες για το πέρασμα από το στρες στο σύνδρομο Burnout. Ακόμη, χαρακτηρίζεται από άμεση κατανάλωση των ενεργειακών και ψυχοσωματικών αποθεμάτων, καθώς και αισθητή ελάττωση των επαγγελματικών επιδόσεων (Shanafelt et al., 2002).

Από την άλλη πλευρά, το εργασιακό στρες αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, το ελαττωμένο αίσθημα επίτευξης στόχων μη θετικές αυτό-αξιολογήσεις που αποτελούν και τα κυριότερα δεδομένα του. Βέβαια, στα χαρακτηριστικά αυτά δεν προστίθεται απαραίτητα και η

αποπροσωποποίηση η οποία αποτελεί βασικό δεδομένο του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007).

4.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης πρέπει να αναζητηθούν στην επίδραση των κοινωνικών - δημογραφικών, προσωπικών ή ατομικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας και στα ειδικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος τους (Κουλιεράκης, Μεταλληνού, Πάντζου, 2000). Συνεπώς, οι παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση θα πρέπει να αναζητηθούν στο περιβάλλον της εργασίας, στα ατομικά χαρακτηριστικά, αλλά και στα δημογραφικά δεδομένα

Περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Σε αυτούς τους παράγοντες συγκαταλέγονται εκείνοι που αφορούν στο περιβάλλον εργασίας του επαγγελματία υγείας. Ειδικότερα το εργασιακό περιβάλλον της παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών είναι ιδιαίτερος απαιτητικό. Στο χώρο αυτό επικρατούν συνθήκες που καταπονούν τους εργαζομένους τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά. Το περιβάλλον αυτό έχει συγκεκριμένες απαιτήσεις και προσδοκίες από τους εργαζομένους, οι οποίες μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά ψυχοφθόρες. Ο εργαζόμενος πρέπει να αντεπεξέλθει στις προσδοκίες αυτές βάζοντας σε δεύτερη μοίρα τις δικές του απαιτήσεις από την εργασία. Κάθε κατάσταση που δημιουργείται στον εργασιακό χώρο και προκαλεί στρες ενοχοποιείται για πιθανή ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό. Οι μελετητές επικεντρώνουν τις εκτιμήσεις τους στις πιεστικές για τον ψυχισμό αντίξοες συνθήκες εργασίας, που επιβαρύνουν σημαντικά τους εργαζομένους.

Ορισμένοι από τους εργασιακούς παράγοντες που θεωρούνται αντίξοοι και εξαιρετικά στρεσογόνοι είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το απαιτητικό και συνεχές εξαντλητικό ωράριο εργασίας, η ασάφεια στο ρόλο που αναλαμβάνει ο κάθε εργαζόμενος, η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας, η έλλειψη ανταμοιβών, οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης και συμπαράστασης από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους και η απολυταρχική διοίκηση (Κουλιεράκης, Μεταλληνού, Πάντζου, 2000). Συγκεκριμένα, οι μικροί χώροι, όπου δύσκολα χωράνε τα

πολύπλοκα μηχανήματα που είναι απαραίτητα για τους ασθενείς, οι απαιτήσεις της δουλειάς, τα επαναλαμβανόμενα καθήκοντα, η μονότονη εργασία, ο πυρετώδης βηματισμός, οι κυκλικές βάρδιες και η μεταφορά ή η μετακίνηση των ασθενών, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μουστάκα και Μαλλιαρού, 2008).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία, οι ερωτηθέντες αναφέρουν ότι ενοχλούνται από τη διάταξη των αντικειμένων στο χώρο, από τις μακρινές αποστάσεις, από τις κλίνες και από τον ανεπαρκή εξοπλισμό. Συγκεκριμένα στις μονάδες εντατικής θεραπείας το πρόβλημα είναι εντονότερο αφού γύρω από τον ασθενή το λιγότερο των μηχανημάτων που υπάρχουν είναι ένας αναπνευστήρας, ένα monitor και μια αντλία, τα οποία καταλαμβάνουν σημαντικό χώρο. Αντιλαμβάνεται, λοιπόν κανείς, ότι ο χώρος για να κινηθεί ο επαγγελματίας υγείας δεν επαρκεί, με αποτέλεσμα, να οδηγείται σε περιττές και αδέξιες κινήσεις (Γαλανάκης και συν., 2009). Επίσης, ο θόρυβος έχει καταγραφεί ως ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας της επαγγελματικής υγείας, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Δημιουργεί μείωση της απόδοσης και προκαλεί ψυχολογική και σωματική ένταση (Αδαλή και συν., 2002). Όπως προκύπτει και από την έρευνα της Αδαλή και συν. (2002), «οι κύριες πηγές θορύβου στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι από τον εξοπλισμό π.χ τα alarms, τα οξύμετρα, τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον ασθενή, πχ ενδοτραχειακή αναρρόφηση, την παροχή οξυγόνου, τη φυσιοθεραπεία και τις συζητήσεις μεταξύ του προσωπικού» (Αδαλή και συν., 2002:112).

Έρευνα επίσης που πραγματοποιήθηκε σε 100 νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας απέδειξε ότι υφίστανται το φαινόμενο επαγγελματικής εξουθένωσης, ειδικά στα άτομα που εργάζονται μονίμως στη νυχτερινή βάρδια. Το κουδούνισμα του τηλεφώνου και οι προειδοποιητικοί ήχοι των monitors θεωρούνται οι πιο συνηθισμένοι στρεσογόνοι ήχοι που οδηγούν στην εμφάνιση πονοκεφάλου, σε υπερένταση και καρδιαγγειακά προβλήματα μετά από μακροχρόνια έκθεση. Σε ψυχολογικό επίπεδο τα συμπτώματα εντοπίζονται σε αρνητική συμπεριφορά, ανεπαρκή παρατεταμένη μνήμη, ελλιπή κρίση, μειωμένη ευαισθησία και συναισθηματική εξουθένωση (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007).

«Το προσωπικό αναγκασμένο να εργάζεται με το σύστημα της βάρδιας κατά τη διάρκεια της νύχτας διακόπτει το βιολογικό εικοσιτετράωρο ρυθμό που καθορίζεται από το ρολόι του εγκεφάλου. Το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσης αυτής είναι το φαινόμενο shift lag syndrome που χαρακτηρίζεται από αίσθημα κόπωσης, υπνηλίας, λήθαργο, προβλήματα αϋπνίας, πέψης

και από μείωση της πνευματικής επιδεξιότητας και απόδοσης. Μακροπρόθεσμα αυτές οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να οδηγήσουν σε μόνιμες και σοβαρές επιπλοκές του νευρικού συστήματος, όπως είναι χρόνια κόπωση, αλλαγή στον τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου, μόνιμη κατάσταση άγχους και καταβολής, καταστάσεις που χρήζουν ιατρικής βοήθειας. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν κατά κύριο λόγο νευρικότητα και κόπωση ως συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης» (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007:5).

Η έλλειψη υποστήριξης μέσα στον εργασιακό χώρο όσο και εκτός αυτού, βρέθηκε ότι σχετίζεται σημαντικά με την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα 103 νοσηλευτών (Μουστάκα και Μαλλιάρου, 2008). Σύμφωνα με τα ανωτέρω προκύπτει το συμπέρασμα που κατέληξαν και οι Chiridoga και Bailey (1986), μετά τη μελέτη τους που έδειξε ότι «το να εργάζεται κάποιος σε μονάδα εντατικής θεραπείας ή σε οποιαδήποτε άλλη νοσηλευτική ειδικότητα, δεν φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει» (Μάρκου, 2005:24). Πιθανόν, «άλλα ειδικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος όπως η μεγάλη συμμετοχή στην εργασία, οι κοινωνικο - δημογραφικοί παράγοντες, και οι εργασιακοί κίνδυνοι να είναι περισσότερο καθοριστικοί και να συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Πχ οι νοσηλευτές που έχουν μικρή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων βρίσκουν την εργασία χωρίς προκλήσεις και κίνητρα και έτσι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης» (Μισουρίδου, 2009:364).

Ακόμη, αναφέρονται οι διαταραχές των σχέσεων μεταξύ των συναδέλφων, ιδίως όταν συνοδεύονται από ανάρμοστη συμπεριφορά και αθέμιτο ανταγωνισμό. Επίσης, οι άσχημες τεχνικές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως η υλικοτεχνική υποδομή, η καθαριότητα, η λειτουργικότητα των χώρων, η άνεση, κ.ά., αποτελούν συνθήκες οι οποίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο της εργασίας υποβαθμίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης τους. Η οργάνωση του νοσοκομείου και η διοίκηση του μπορεί πολλές φορές να συσχετιστεί με την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Η οργάνωση των νοσοκομείων θα πρέπει να ορίζει τους ρόλους των εργαζομένων και τα κίνητρά τους, την ύπαρξη ισότητας και δικαιοσύνης και την τήρηση του κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας. Οι ανακατατάξεις στις θέσεις εργασίας

και πολύ περισσότερο ο κίνδυνος απώλειας της εργασίας προκαλούν αυξημένο άγχος και συναισθηματική εξάντληση στους εργαζομένους. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στις σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενών. Η σχέση αυτή, μπορεί να προκαλεί στρες στον επαγγελματία υγείας, ιδιαίτερα όταν οι απαιτήσεις των ασθενών και των οικείων τους είναι υπερβολικές. Επίσης, η σχέση σε ασθενείς με προβλήματα κακής πρόγνωσης και αυξημένων συναισθηματικών φορτίσεων αποτελούν σημαντική πηγή άγχους. Η συχνή επαφή με το θάνατο, η συνεχής μάχη να κρατηθούν στη ζωή οι ασθενείς και η προσπάθεια αποφυγής του αναπόφευκτου, αποτελούν επιβαρυντικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τέτοιες ιδιαιτερότητες επικρατούν σε τμήματα εντατικής θεραπείας, ογκολογικά χειρουργεία, κ.ά.. Ωστόσο κάθε περιβάλλον - τμήμα σε ένα νοσοκομείο μπορεί να έχει τους δικούς του ιδιαίτερους επιβαρυντικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Δημογραφικοί παράγοντες.

Οι δημογραφικοί παράγοντες που ενέχονται στην παθογένεια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο της μόρφωσης και η οικογενειακή κατάσταση (Schaufeli, Buunk, 2003). Η ηλικία αποτελεί χαρακτηριστική μεταβλητή όσον αφορά στην ανάπτυξη εξουθένωσης καθώς το νεαρό της ηλικίας σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης του συνδρόμου λόγω μικρότερης επαγγελματικής εμπειρίας. Σε έρευνα των Skitka and Maslach, (1996) αναφέρεται ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης προσβάλλει κυρίως νεαρούς εργαζόμενους (στις Η.Π.Α.) ηλικίας κάτω των 30 ετών, οι οποίοι έχουν μικρή επαγγελματική εμπειρία. Μελέτες ειδικά σε πρόσφατα διορισμένο υγειονομικό δυναμικό συχνά καταγράφουν τη διάψευση των προσδοκιών τους και την αποιδανικοποίηση στην επιλογή της συγκεκριμένης εργασίας, αλλά και τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους νεότερους επαγγελματίες φαίνεται να συνδέονται με την έλλειψη σχετικής εμπειρίας και δυνατότητας διαχείρισης του εργασιακού τους άγχους (Μάρκου, 2005). Οι νέοι επαγγελματίες υγείας όπως π.χ. οι ειδικευόμενοι γιατροί εμφανίζουν συχνά συμπτώματα burnout (όπως κατάθλιψη) καθώς δεν ικανοποιούνται από την καριέρα τους και οι προσδοκίες και τα όνειρα για την εξέλιξη της δουλειάς τους τείνουν πολλές φορές να διαψεύδονται. Αρχικά είχε υποστηριχθεί (Elzion, Pines, 1986) ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν μεγαλύτερη συχνότητα στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, λόγω των πολλαπλών ρόλων τους (συζύγου και μητέρας σε

συνδυασμό με το επάγγελμά τους), μελέτες έχουν αποδείξει (Ogus et al., 1990), ότι οι άντρες εμφανίζουν συχνότερα αποπροσωποποίηση στα πλαίσια της εργασίας.

Τα συμπεράσματα αυτά δεν ήταν ασφαλή, διότι υπάρχει ακόμα και διάκριση των δύο φύλων σε ότι αφορά τις εργασιακές τους θέσεις. Για παράδειγμα, οι γυναίκες αναλαμβάνουν λιγότερες διευθυντικές θέσεις από ότι οι άνδρες, με αποτέλεσμα να μη χαίρουν προνομίων, όπως οικονομικά bonus, αυτονομία και κοινωνική καταξίωση. Προσμετρώντας όλους τους παραπάνω παράγοντες μπορεί να υποστηριχθεί ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη νοσηρότητα του συνδρόμου ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες (Greenglass, 1991).

Υποστηρίζεται ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης (Maslach et al., 1986). Το γεγονός αυτό είναι αξιοσημείωτο καθώς τα εργασιακά προβλήματα που σχετίζονται με το στρες εμφανίζονται κυρίως σε ανθρώπους με χαμηλή εκπαίδευση (Fletcher, 1988). Τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, ικανά να αντεπεξέλθουν σε προβλήματα και δύσκολες καταστάσεις, φαίνεται να είναι περισσότερο επιρρεπή στην επαγγελματική εξουθένωση λόγω του ότι αναλαμβάνουν υπεύθυνες και απαιτητικές θέσεις ενώ έχουν και φιλοδοξίες που όταν δεν πραγματοποιούνται επιφέρουν έντονη απογοήτευση.

Τέλος, οι άγαμοι ή αυτοί που ζουν μόνοι φαίνεται να υποφέρουν περισσότερο από επαγγελματική εξουθένωση (Maslach, Jackson, 1985). Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ανάπτυξη burnout αν σκεφτούμε ότι οι επαγγελματίες που έχουν οικογένεια βιώνουν κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη ενώ επενδύουν σε τομείς όπως π.χ. τα παιδιά και έτσι επηρεάζονται λιγότερο από τα επαγγελματικά προβλήματα. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές είναι μάλλον μικρές σε απόλυτα μεγέθη, έτσι, ίσως είναι πιο ακριβές να αναφερθεί ότι οι δημογραφικοί παράγοντες έχουν μικρή επίδραση ως προς το να βιώσει ένα άτομο την επαγγελματική εξουθένωση (Carlson, Maslach, 1989).

Ατομικοί παράγοντες

Σημαντικό μερίδιο ευθύνης για την ανάπτυξη του φαινομένου έχουν και οι ατομικοί παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα, όπως ο τρόπος που έχει μάθει να χειρίζεται το άγχος του, τα κίνητρα που τον οδήγησαν να επιλέξει να εργαστεί στο συγκεκριμένο χώρο και το είδος των προσδοκιών του. Η ανθεκτικότητα στο άγχος, όπως εκφράζεται από τον τρόπο χειρισμού του, καθιστά ορισμένα

άτομα περισσότερο ευάλωτα στην επαγγελματική εξουθένωση. Ορισμένα άτομα φαίνεται να εμφανίζουν μια γενικότερη ανθεκτικότητα στο άγχος, λόγω της αυξημένης αίσθησης ελέγχου του περιβάλλοντος, λόγω εμπειρίας χειρισμού των περιστατικών, είτε επειδή έχουν την τάση να αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες της εργασίας τους ως προκλήσεις παρά ως απειλές, είτε ακόμα γιατί έχουν μάθει να χειρίζονται και να περιορίζουν το άγχος τους. Ακόμα μπορεί να υποστηριχθεί ότι άτομα με εξωτερική εστία ελέγχου μπορεί να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα το εργασιακό τους στρες (Schaufeli, Buunk, 2003).

Επίσης, από έρευνες έχει αποδειχθεί ότι ακόμα κι ο παθητικός - αμυντικός τρόπος αντιμετώπισης των εργασιακών προβλημάτων μπορεί να ευθύνεται για την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Schaufeli, Enzmann, 1998). Απεναντίας, οι φόβοι των επαγγελματιών υγείας, σε μία ιατρική πράξη (φόβος πρόκλησης πόνου από την ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων, θεραπευτικής αποτυχίας, του άγνωστου και του αδιδακτού), είτε αυτοί που λειτουργούν σε ένα λιγότερο συνειδητό επίπεδο (φόβος θανάτου, έκφρασης συναισθημάτων), σε συνδυασμό με την έλλειψη εκπαίδευσης, που συχνά έχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε θέματα επικοινωνίας, δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την επικοινωνία με τους ασθενείς και προβληματίζει – πιέζει συναισθηματικά τους επαγγελματίες υγείας (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008).

Οι επαγγελματίες υγείας επιβαρύνονται και με τους κάτωθι παράγοντες για τη εμφάνιση του συνδρόμου:

1. Η κοινωνία απαιτεί από τους ιατρούς να είναι άριστοι, εξαιρετικοί, αλάνθαστοι και να μην αποτυγχάνουν.

2. Οι ιατροί ασχολούνται διαρκώς με τα προβλήματα των άλλων, αλλά η φροντίδα του εαυτού τους βρίσκεται χαμηλά στις προτεραιότητές τους. Πολλοί από τους ιατρούς δεν έχουν προσωπικό ιατρό, δεν προσέχουν την διατροφή τους, ούτε ασκούνται.

3. Το κλίμα στην ιατρική έχει αλλάξει και δεν είναι τόσο αποδοτική όσο παλαιότερα. Έχει περισσότερη γραφειοκρατική δουλειά και διοικητικές ευθύνες. Πολλά άτομα επέλεξαν να ακολουθήσουν την ιατρική, με σκοπό να αποκτήσουν δύναμη και έλεγχο αλλά στην πορεία αντιλήφθηκαν ότι έχασαν τον έλεγχο. Η έλλειψη ελέγχου θεωρείται σημαντικός παράγοντας για ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης (Campbell et al 2001).

4. Η επαφή με ασθενείς πάσχοντες από δυσίατες, μη θεραπεύσιμες παθήσεις, η αντιμετώπιση του θανάτου και του πόνου, η αντιμετώπιση των υψηλών απαιτήσεων, τόσο των ασθενών όσο και των συγγενικών προσώπων τους, η έλλειψη ύπνου, τα ιατρικά λάθη, οι προσφυγές για ιατρικά λάθη, οι αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας, η πολιτική ύφεση και οικονομική αβεβαιότητα, οι πιέσεις από τη διοίκηση για περιορισμό του κόστους και ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών αποτελούν ειδικούς στρεσογόνους παράγοντες (Guntupalli & Fromm, 1996).

Στην καρδιά της επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών βρίσκεται η διαμάχη μεταξύ επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων και οι προσπάθειες ικανοποίησης αυτών (Campbell et al ,2001).

4.5 Αντιμετώπιση

Για κάθε νόσο η καλύτερη θεραπεία έγκειται στην πρόληψή της. Οι παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν είναι σε ατομικό επίπεδο, σε κοινωνικό και σε οργανωτικό – διοικητικό επίπεδο.

- Σε ατομικό επίπεδο: έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων στρες , αναθεώρηση επιλογών, επανεκτίμηση προσωπικών στόχων επιτεύξιμων και προσδοκιών, εκμάθηση τεχνικών που επιλύουν τα προβλήματα και βοηθούν στην αντιμετώπιση του άγχους, ένταξη σε ομάδες εργασίας ή υποστηρικτικές ομάδες, η εκπαίδευση στο να αρνείται καταστάσεις τις οποίες δεν δύναται να φέρει εις πέρας, αναζήτηση φίλων και σωστών συνεργατών, ενασχόληση και με άλλες χαλαρωτικές δραστηριότητες, τακτική άσκηση, σωστή διατροφή, επαρκής ανάπαυση ακόμα και αλλαγή χώρου εργασίας αν αυτό απαιτείται. Ο Potter (1995), προτείνει την ανάπτυξη της ατομικής προσπάθειας που είναι το αίσθημα « ότι θα τα καταφέρω και θα βγω από την κατάσταση αυτή» σαν το πρώτο βήμα για την έξοδο από το πρόβλημα . Το αίσθημα ότι «θα πάρω τον έλεγχο στα χέρια μου» , είναι ένας κρίσιμος παράγοντας , ανεξάρτητα από το πόσο η κατάσταση στην εργασία είναι αρεστή ή όχι.
- Σε κοινωνικό επίπεδο: η βοήθεια και η συναισθηματική υποστήριξη από τους συναδέλφους, τους φίλους και την οικογένεια, η εκτίμηση των ικανοτήτων και των

καλών υπηρεσιών, η ενθάρρυνση και η επιβράβευση από τους ανώτερους, στιγμές γέλιου, χιούμορ και χαλάρωσης είναι παράγοντες που μειώνουν την συναισθηματική ένταση.

- Σε οργανωτικό - διοικητικό επίπεδο σημαντικά είναι: τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση, ύπαρξη καθηκοντολογίου, δημοκρατική διοίκηση, πολυμορφία στην εργασία, δυνατότητα διαλειμάτων και ειδικών αδειών, αύξηση αποδοχών, δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης, αίσθημα δικαιοσύνης και σεβασμού, λειτουργία ομάδων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για μείωση του άγχους, αύξηση αυτοεκτίμησης, ενίσχυση επικοινωνίας, ανάπτυξη ευχάριστου φυσικού εργασιακού περιβάλλοντος, μείωση φόρτου εργασίας, ορθολογική στελέχωση τμημάτων, δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης.

Εξίσου σημαντικές είναι οι τακτικές που εστιάζουν στον άνθρωπο σε προσωπικό επίπεδο (ελάττωση των δεσμεύσεων, παροχή κινήτρων κλπ), οι τακτικές που εστιάζουν στο διοικητικό επίπεδο (προγράμματα για διοικητική εκπαίδευση και ανάπτυξη δεξιοτήτων για τους προϊσταμένους) καθώς επίσης και τακτικές οι οποίες εστιάζουν στη δομή της επαγγελματικής δράσης (ενθάρρυνση των υπαλλήλων, περιορισμός υπερωριών, ευέλικτα ωράρια, περισσότερη δημιουργικότητα, ελάττωση της ανίας κλπ) (Zhu et al., 2006).

Κεφάλαιο 5 ΣΧΕΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

5.1 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

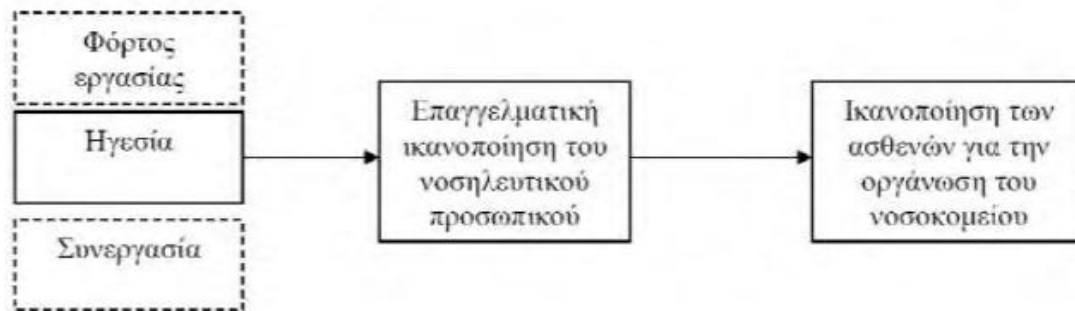
Το σύνδρομο Burnout μπορεί να οδηγήσει στην παραίτηση των υπαλλήλων από το συγκεκριμένο επάγγελμα. Επίσης, το σύνδρομο αυτό έχει άμεση σχέση με διάφορα ζητήματα, όπως είναι για παράδειγμα η αντικοινωνική συμπεριφορά του εργαζομένου που μπορεί να επιφέρει παροχή χαμηλότερης ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Το σύνδρομο burnout επιφέρει σημαντικές συνέπειες και στην εργασιακή συμπεριφορά του ανθρώπου, καθώς πολλές φορές οδηγεί σε απουσίες από την εργασία του και σε ελάττωση της αφοσίωσης στα καθήκοντά του (Cubriilo-Turek et al., 2006).

Το χρόνιο άγχος έχει άμεση σχέση με αυτό το σύνδρομο καθώς τα υψηλά επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης είναι αρκετά πιθανόν να υποβοηθήσουν στην ανοδική τάση των επιπέδου άγχους και να αποδιοργανώσουν τον επαγγελματία υγείας. Μελέτες έχουν δείξει πως όλο αυτό μπορεί να επιφέρει κατάθλιψη στους εργαζόμενους, ακόμη και αυτοκτονικές τάσεις. Είναι δυνατόν, επίσης, ανακλύσουν αρκετά ζητήματα υγείας όπως σωματικές παθήσεις είτε προβλήματα στη ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας (McGibbon and Gallop, 2010).

Παράλληλα, το σύνδρομο Burnout συνδέεται με επιβαρυντικές συνήθειες όπως είναι το κάπνισμα και το αλκοόλ, άλλα και με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον, οι κυριότερες επιπτώσεις αυτού του συνδρόμου μπορούν να επεκταθούν ακόμα και στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, που μπορεί να είναι δαπανηρές, να υφίσταται καθοδική τάση της δράσης τους με ελαττωμένη αποδοτικότητα (Shanafelt et al., 2002).

Ακόμα, το σύνδρομο αυτό έχει άρρηκτη σχέση με ανοδική τάση των αποχωρήσεων των επαγγελματιών υγείας, κάτι το οποίο έχει χειροτερέψει κατά την περίοδο της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής ύφεσης εξαιτίας της έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού και των μειωμένων μισθών, κάτι το οποίο επιφέρει ελάττωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Γενικότερα, η αποχώρηση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να επιβαρύνει σε τεράστιο επίπεδο τους οργανισμούς υγείας (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008).

Εικόνα 1: Σχηματική απόδοση του μοντέλου εργασίας των επαγγελματιών υγείας (Μαυρίδου, 2012)



Καθοριστικότερο ρόλο, όμως, σε όλα αυτά παίζουν οι συνέπειες οι οποίες υφίστανται στην επίδραση της συνολικής απόδοσης της δράσης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς υφίσταται άμεση σχέση του συνδρόμου burnout και της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Έρευνες έχουν δείξει πως το σύνδρομο αυτό, κυρίως των νοσηλευτών, αποτελεί έναν από τους καθοριστικότερους παράγοντες, οι οποίοι επιφέρουν σημαντικές επιρροές και επιδράσεις στην ικανοποίηση των πασχόντων από τη νοσηλευτική φροντίδα (Δίκης, 2013).

Μελέτες έχουν δείξει πως υφίστανται 6 βασικά γνωρίσματα, τα οποία αν υπάρχουν επέρχεται αισθητή βελτίωση στην φροντίδα υγείας. Αυτά τα γνωρίσματα είναι η ασφάλεια, η αποδοτικότητα, η εστίαση στον πάσχοντα, η εγκυρότητα, η αποτελεσματικότητα καθώς επίσης και η ισότητα. Ωστόσο, οι πιο πολλές τακτικές υπολογισμού του επιπέδου ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας έχουν αναφορές για δείκτες κακής ποιότητας. Επίσης, έχουν άμεση σχέση με αντικειμενικούς δείκτες, όπως είναι για παράδειγμα η θνησιμότητα, τα ιατρικά λάθη, ο χρόνος νοσηλείας, τα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων, την απρογραμμάτιστη επανεισαγωγή πασχόντων κλπ. παρόλα αυτά, εκτός από τους παραπάνω δείκτες τεράστιο ρόλο διαδραματίζει και το επίπεδο ικανοποίησης των πασχόντων, καθώς αποτελεί δείκτη μέτρησης του γενικού αποτελέσματος της δράσης ενός σύγχρονου συστήματος υγείας (Παππά και συν., 2008).

Έρευνες των τελευταίων ετών, έχουν εστιάσει στη σχέση του συνδρόμου αυτού στους επαγγελματίες υγείας με κάποιους από τους παραπάνω δείκτες (όπως για παράδειγμα η

ικανοποίηση των πασχόντων, τα ιατρικά λάθη κλπ) με στόχο να αντλήσουν αρκετά συμπεράσματα για το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας στη σημερινή εποχή (Μαυρίδου, 2012).

Ειδικότερα, μελέτες που έχουν γίνει με τη χρήση ερωτηματολογίου έκαναν συσχέτιση μεταξύ των ιατρούς με Burnout και της γνώμης τους για τις πρακτικές τους σε ό,τι έχει να κάνει με την παροχή φροντίδας στους πάσχοντες. Οι εν λόγω έρευνες έδειξαν πως από τους ιατρούς οι οποίοι είχαν ενεργό ρόλο σε αυτές τις έρευνες το 76% πληρούσε τις προϋποθέσεις του εν λόγω συνδρόμου, δηλαδή παρουσίαζαν υψηλή βαθμολογία αποπροσωποποίησης είτε συναισθηματικής εξάντλησης (Μαυρίδου, 2012).

Οι ιατροί αυτοί ήταν πιο πιθανόν να αναφέρουν μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των πασχόντων. Στους ιατρούς σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης, εντοπίζονται άσχημες συμπεριφορές προς τους πάσχοντες, ελλείψεις στη διάγνωση των παθήσεων, σφάλματα στην παροχή φαρμακευτικών αγωγών (σε μηνιαία αλλά και σε εβδομαδιαία βάση), κάτι που δεν εντοπιζόταν στους ιατρούς που δεν πληρούσαν τις παραπάνω προϋποθέσεις για το σύνδρομο και δεν λογιζόταν σαν εξουθενωμένοι ιατροί (Shanafelt et al., 2002).

Μια άλλη έρευνα, εστίασε στη σχέση μεταξύ σε αυτό το σύνδρομο εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού και της ικανοποίησης των πασχόντων από την προσφερόμενη σε εκείνους περίθαλψη. Η έρευνα αυτή έδειξε πως οι πάσχοντες οι οποίοι νοσηλεύονταν σε τμήματα, όπου το νοσηλευτικό προσωπικό αισθανόταν περισσότερο εξαντλημένο ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι σε όλες τις διαστάσεις περίθαλψης που μελετήθηκαν στην έρευνα αυτή (νοσηλευτική φροντίδα, την ιατρική φροντίδα, την πληρότητα αλλά και τη διαθεσιμότητα των δεδομένων και το συντονισμό της φροντίδας αλλά και τα αποτελέσματα της περίθαλψης) (Leiter et al., 1998).

Το σύνδρομο αυτής της μορφής έχει άμεση σχέση και με την έκβαση των πασχόντων σε ψυχολογικό επίπεδο. Έρευνες με στόχο την οριοθέτηση των κυριότερων παραμέτρων που προβλέπουν την έκβαση των ψυχιατρικών παθήσεων ασθενών που νοσηλεύονταν σε αντίστοιχα τμήματα, εντόπισαν πως η αποπροσωποποίηση και τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα του ανθρώπινου δυναμικού είχαν επιβαρυντική δράση στην θεραπεία των συγκεκριμένων πασχόντων (Παππά και συν., 2008).

Γενικότερα, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως σε ό,τι έχει να κάνει με τους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, οι επαγγελματίες θα πρέπει να είναι εξαιρετικά προσεκτικοί. Για παράδειγμα έρευνες έχουν δείξει πως στην φροντίδα χρηστών ουσιών, αρκετοί πάσχοντες υποτροπίασαν είτε εγκατέλειψαν τις προσπάθειες για θεραπεία όταν ένοιωσαν πως οι θεραπευτές τους δεν ήταν δεσμευμένοι απέναντί τους, ή στην περίπτωση στην οποία απουσίαζαν συναισθηματικά είτε ακόμα και σωματικά για μεγάλο και συνεχές χρονικό διάστημα (McGibbon and Gallop, 2010).

Όλα αυτά έχουν τη δυνατότητα να διαταράξουν την ισορροπία στη θεραπευτική σχέση, που αποτελεί το σημαντικότερο μέσο στο χώρο της αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας, με συνέπεια να μην υφίσταται ουσιαστική θεραπεία των πασχόντων. Για παράδειγμα, οι χρήστες που αναφέρθηκαν παραπάνω, με στόχο να διαχειριστούν την εν λόγω κατάσταση και να συντηρήσουν ένα ασφαλές και σταθεροποιημένο περιβάλλον αναζητούν άλλους θεραπευτές που αρκετές φορές δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο είτε είναι επιβαρυνμένοι με άλλους ασθενείς, με αποτέλεσμα η θεραπεία να ματαιώνεται και πολλές φορές να οδηγούνται στην υποτροπή είτε στη διακοπή του προγράμματος που ακολουθούσαν. Εξίσου σημαντική συνέπεια είναι η αντιστροφή των ρόλων, όταν δηλαδή ο ασθενής καταλάβει πως ο φροντιστής δεν έχει τα απαιτούμενα ψυχικά αποθέματα (Dickinson and Wright, 2008).

Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών, παρά το γεγονός πως δείχνουν τον καθοριστικό ρόλο των βασικότερων συνεπειών αυτού του συνδρόμου των επαγγελματιών υγείας στο επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν με μια μικρή επιφύλαξη εξαιτίας των μεθοδολογικών αδυναμιών αυτών των μελετών, όπως για παράδειγμα ο συγχρονικός σχεδιασμός τους, το μικρό μέγεθος του δείγματός τους, οι διαστρεβλώσεις εξαιτίας αυτό-αναφορών καθώς επίσης και οι προϋποθέσεις οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν με στόχο τη διάγνωση αυτού του συνδρόμου (Kristaps et al., 2011).

Παρά το γεγονός πως η γενίκευση των αποτελεσμάτων από τις έρευνες που αναφέρθηκαν παραπάνω υπόκεινται σε σημαντικούς περιορισμούς, τα αποτελέσματα είναι σημαντικό να μην αγνοηθούν, αλλά αντίθετα να δημιουργήσουν αρκετούς προβληματισμούς σε όλους τους επαγγελματίες υγείας. Καθώς, η μη ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των ζητημάτων των πασχόντων, η άσχημη έκβαση της θεραπείας των ασθενών καθώς επίσης και η έλλειψη ικανοποίησής τους από τις προσφερόμενες σε αυτούς υπηρεσίες φροντίδας αποτελούν

καθοριστικούς δείκτες του επιπέδου των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας ενός σύγχρονου οργανισμού. Αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος που η επιρροή αυτού του συνδρόμου των επαγγελματιών υγείας στους παραπάνω δείκτες αντανακλά στο επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. (Παππά και συν., 2008).

5.2 Σχέση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και επαγγελματικής ικανοποίησης

Η ραγδαίες αλλαγές στο χώρο της υγείας στα ανεπτυγμένα κράτη, είχε σαν συνέπεια τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του σύγχρονου επιστημονικού προβληματισμού και της μελέτης στα συστήματα υγείας, από την ποσότητα και την επάρκεια στην ποιότητα των εν λόγω υπηρεσιών. Μεταβολές εντοπίζονται και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι στη σύγχρονη εποχή διαφοροποιούν τη συμπεριφορά τους στην υγεία, έχουν βέλτιστη πρόσβαση στη γνώση και παρουσιάζουν πιο υψηλές προσδοκίες και αιτήματα, που δεν περιορίζονται πλέον μονάχα στην επάρκεια και την προσπελασιμότητα της φροντίδας, αλλά τις περισσότερες φορές επεκτείνονται στην ικανοποίηση και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας (Cubriilo-Turek et al., 2006).

Η θεωρία του Maslow (1954) αναφέρει πέντε επίπεδα των ανθρωπίνων αναγκών ξεκινώντας από τις βιολογικές ανάγκες και καταλήγοντας στην αυτοπραγμάτωση. Η επαγγελματική ικανοποίηση κατατάσσεται στο 5ο επίπεδο των ανθρωπίνων αναγκών στη πυραμίδα του Maslow. Σε αυτή την άποψη καταλήγουν και οι Tovey και ο Adams οι οποίοι θεωρούν ότι ένας βασικός παράγοντας επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών και του διοικητικού προσωπικού είναι η εκπλήρωση της ανάγκης τους για προσωπικά επιτεύγματα και επαγγελματική άνοδο (Tovey & Adams, 1999). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι επιχειρήσεις και οργανισμοί δεν λαμβάνουν υπόψη τον παραπάνω παράγοντα ικανοποίησης καθώς δεν επενδύουν στο προσωπικό τους και δεν του προσφέρουν ικανοποιητική ανταμοιβή. Αυτό έχει ως συνέπεια τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης ιδιαίτερα από τη πλευρά των νοσηλευτών και των διοικητικών υπαλλήλων οι οποίοι επιθυμούν να διατηρηθούν επαγγελματικά στο χώρο υγείας (Kangas, Kee, & McKee-Waddle, 1999).

Επιπλέον ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού είναι η εξειδίκευση. Οι νοσηλευτές και οι διοικητικοί υπάλληλοι που νιώθουν ότι είναι πολύ κοντά στο να πάρουν προαγωγές είναι αρκετά ικανοποιημένοι σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δεν νιώθουν το ίδιο. Επίσης, η έρευνα

των Burton έχει δείξει ότι οι νοσηλευτές νιώθουν ικανοποιημένοι από την εργασία τους μέσα από την αυτοεκπλήρωση, από το συναίσθημα της αυτοπραγμάτωσης και του προσωπικού επιτεύγματος (Barrett & Myrick, 1998).

Πολλές έρευνες στο χώρο της υγείας επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στους εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν το νοσηλευτικό προσωπικό και οδηγούν στη μείωση της επαγγελματικής του ικανοποίησης. Η θεωρία υποκίνησης του Herzberg χωρίζεται σε 2 ομάδες παραγόντων εκ των οποίων η μια σχετίζεται με τις συνιστάμενες της μη ύπαρξης επαγγελματικής ικανοποίησης (εξωγενείς παράγοντες) και η άλλη με τις συνιστώσες της ύπαρξης επαγγελματικής ικανοποίησης (υποκινητές). Οι υποκινητές (motivators) αφορούν τα προσωπικά επιτεύγματα, την προσωπική ανέλιξη και εργασιακή υπευθυνότητα. Οι εξωγενείς παράγοντες αφορούν τον εργασιακό χώρο, τις συνθήκες εργασίας, τον μισθό, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την πολιτική του οργανισμού ή της επιχείρησης. Φαίνεται ότι το διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία επηρεάζεται αρνητικά σε μεγάλο βαθμό από τους εξωγενείς παράγοντες με αποτέλεσμα να μειώνεται η επαγγελματική του ικανοποίηση (Barrett & Myrick, 1998).

Αντίθετα οι παράγοντες υποκίνησης συσχετίζονται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση. Αποδεικνύεται ότι καθώς αυξάνονται τα προσωπικά επιτεύγματα αυξάνεται η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών καθώς επίσης με μια αύξηση της αναγνώρισης του έργου του προσωπικού σημειώνεται αύξηση της εργασιακής του ικανοποίησης (Burnard et al, 1999).

Σε αρκετές έρευνες αναφέρεται ένα πλήθος παραγόντων που οδηγούν στην επαγγελματική ικανοποίηση. Τέτοιοι παράγοντες είναι: Καλή απόδοση των εργαζομένων, Αξιοκρατία και ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων, Ικανοποιητική αμοιβή, Διοικητική υποστήριξη, Ελευθερία στην έκφραση Επαγγελματική εξέλιξη, Αυτονομία Επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων. Ειδικότερα στο χώρο της υγείας η επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζεται θετικά από τις καλές συνθήκες επαγγελματικής εξέλιξης, από τον συνδυασμό καλής αμοιβής και αυτονομίας των εργαζομένων, καλού κλίματος μεταξύ των συναδέλφων και των προϊστάμενων. Επίσης η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό όταν ο νοσηλευτής αισθάνεται ότι η άποψή του λαμβάνεται υπόψη και συμβάλλει στη λήψη αποφάσεων. Ένας γενικός παράγοντας που επιδρά πάνω στην επαγγελματική ικανοποίηση

είναι το διοικητικό κλίμα που επικρατεί και η κουλτούρα γενικότερα στη μονάδα υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρείται μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες στο κλάδο της υγείας (Burnard et al, 1999).

Στις ψυχιατρικές νοσηλευτικές μονάδες φαίνεται ότι το μέγεθος της μονάδας επηρεάζει την ψυχολογία του προσωπικού και κατά συνέπεια την επαγγελματική του ικανοποίηση. Επίσης ο κατάλληλος τρόπος αλληλεπίδρασης του ιατρικού προσωπικού με το νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει στην καλή επικοινωνία μεταξύ των 2 μερών και στην ομαλή συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων. Όσο πιο μικρό είναι το νοσοκομείο σε μέγεθος τόσο μειώνεται η κοινωνική απόσταση μεταξύ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού με αποτέλεσμα να αυξάνεται η εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση είναι η σπουδαιότητα της αμοιβής, η αναγνώριση του έργου για την υγεία των νοσηλευόμενων και η άμεση ενημέρωση από τα διοικητικά στελέχη προς το νοσηλευτικό προσωπικό για τα αποτελέσματα των προσπαθειών τους και την απόδοσή τους (Burnard et al, 1999).

Οι Corey-Lisle et al (1999), στην έρευνά τους εντοπίζουν τη θετική συσχέτιση μεταξύ της επικοινωνίας με τους ανωτέρους, της αυτονομίας των εργαζομένων και της επαγγελματικής ικανοποίησης. Επισημαίνουν τη σημασία που διαδραματίζουν η επικοινωνία και η υποστήριξη από τους προϊσταμένους, η σωστή ανάθεση των εργασιακών καθηκόντων και η επικοινωνία με τους συναδέλφους στην αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Επίσης άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών και των διοικητικών υπαλλήλων είναι οι εξής:

- Ενθάρρυνση και στήριξη εργασιακού περιβάλλοντος
- Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη και πρόοδο
- Αυτονομία
- Μεγαλύτερη υποκίνηση
- Συνοχή και επικοινωνία με συναδέλφους (Corey-Lisle et al, 1999).

Κεφάλαιο 6 ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ

6.1 Εργασιακές συγκρούσεις

Η σύγκρουση ορίζεται ως η διαφωνία μεταξύ αντιπαραβαλλόμενων μερών, όχι απαραίτητα εχθρικών, που πάνω σε μια διαδικασία έχουν αντικρουόμενες απόψεις, συμφέροντα ή εμμονές. Η παραδοσιακή θεώρηση στην διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού προτείνει την αποφυγή των συγκρούσεων καθώς δείχνει τις αδυναμίες που έχει η ομάδα όταν λειτουργεί και δεν αφήνει το έργο να προχωρήσει προς την ολοκλήρωση του. Το τελείως αντίθετο άκρο προτείνει μια προοπτική αλληλεπίδρασης μεταξύ των μερών, κατά την οποία επιδιώκεται η σύγκρουση ως μέσο παραγωγικότητας και έκφρασης νέων ιδεών. Η μέση λύση, που είναι και η πιο διαδεδομένη πρακτική στον εργασιακό χώρο, προτείνει την αξιολόγηση κάθε κατάστασης με βάση τα προσδοκώμενα αποτελέσματα που υπάρχουν και αν τελικά βοηθούν στην συνολική παραγωγικότητα της ομάδας. Η διαχείριση των συγκρούσεων αποτελεί το πιο σημαντικό παράγοντα που θα καθορίσει αν οι συγκρούσεις είναι τελικά ωφέλιμες για τον οργανισμό ή επιβλαβείς. Η βιβλιογραφία προτείνει διαφορετικές προοπτικές στο τι είναι σύγκρουση και πως αυτές επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα σε ένα έργο.

Ο Kriesburg (1973) συμπεραίνει ότι τα συγκρουόμενα άτομα έχουν σκοπούς που δεν συμπίπτουν μεταξύ τους και λόγω αυτού προκύπτουν οι συγκρούσεις. Μια πιο κλασσική οικονομική προσέγγιση είναι αυτή του Coser (1967) που η έλλειψη πόρων οδηγεί σε συγκρούσεις ώστε να επικρατήσει το ισχυρότερο μέρος, υπερισχύοντας ή ακόμα και εξαλείφοντας τελείως το χαμένο μέρος. Οι συγκρούσεις, σε όποια ένταση και αν γίνονται, θα πρέπει να διέπονται από την δέουσα συμπεριφορά που αρμόζει σε εργασιακό περιβάλλον. Ο κοινός κώδικας συμπεριφοράς θα πρέπει να ακολουθείται από όλο το προσωπικό της επιχείρησης ή του οργανισμού, ανεξάρτητα από την προσωπικότητα του καθενός και τις υποκειμενικές απόψεις του καθενός. Παράλληλα, η έλλειψη δομών της επιχείρησης για διευκόλυνση της εκτόνωσης των συγκρούσεων οδηγεί σε αύξηση τους και σε λιγότερο επιθυμητά αποτελέσματα (Vande Vliert & Kabanoff, 1990).

Με την έννοια των εργασιακών συγκρούσεων αναφερόμαστε στη διαφωνία ανάμεσα σε 2 τουλάχιστον ανθρώπους είτε ομάδες ανθρώπων. Σε αρκετά περιστατικά, οι διαπροσωπικές διαφορές, ο ανταγωνισμός, η αντιπαλότητα καθώς επίσης και άλλα είδη σύγκρουσης έχουν θετική αξία για όσους εμπλέκονται και συνεισφέρουν στην αποδοτικότητα του συστήματος μέσα στο οποίο εντάσσονται (Leiter and Maslach, 2007).

Αρκετές έρευνες αναφέρονται στις συγκρούσεις αυτής της μορφής σαν ανοιχτές είτε κρυφές αντιπαραθέσεις οι οποίες δεν έχουν αντιμετωπιστεί αποδοτικά. Όσο βαθιά κι αν είναι ριζωμένη η αιτία μιας τέτοιας σύγκρουσης, χωρίς να υφίσταται καμία απολύτως εξάρτηση από το περιβάλλον στο οποίο αντιμετωπίζεται, θα πρέπει να επιλύεται άμεσα. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποφευχθούν οι συγκρούσεις.

Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που η επίλυση τους είναι σημαντικό να είναι ακριβής, άμεση και ξεκάθαρη, με βασικότερο στόχο να βελτιωθεί η εργασιακή καθημερινότητα των εργαζομένων αλλά και να προαχθεί η ομαλή και σωστή δράση της επιχείρησης. Στη σημερινή εποχή οι συγκρούσεις αυτής της μορφής διακρίνονται σε μονόπλευρες, συγκρούσεις μεταξύ ανθρώπων και ομάδων, συγκρούσεις μεταξύ ανθρώπων καθώς επίσης και σε συγκρούσεις μεταξύ ομάδων (Αντωνίου, 2008).

6.2 Αιτίες συγκρούσεων

Οι αιτίες που μπορούν να συμβούν συγκρούσεις μέσα στην εργασία συμπεριλαμβάνουν ερείσματα τόσο από την ίδια την επιχείρηση όσο και από τους εργαζόμενους και τις προσωπικές του βλέψεις για την εργασία τους. Σε αυτό το σημείο παρατίθενται οι πιο σημαντικές αιτίες που μπορεί να απασχολήσουν εταιρίες όλων των μεγεθών και επηρεάζουν τη τελική τους απόδοση. Επικοινωνία: η συχνότερη αιτία για τη δημιουργία συγκρούσεων σε όλο το φάσμα των οργανισμών είναι η έλλειψη επικοινωνίας. Ως επικοινωνία ορίζεται η επικοινωνία από τους προϊστάμενους προς τους εργαζόμενους και το ανάποδο καθώς και η επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων. Στη βάση της, η σωστή επικοινωνία είναι η αποστολή των σωστών μηνυμάτων από το πομπό στο δέκτη χωρίς να υπάρξουν παρεμβολές ή μη κατανόηση του μηνύματος. Το παραπάνω αποτελεί ευθύνη του μάνατζερ κάθε ομάδας και όσο ανεβαίνει προς τα πάνω η ιεραρχία στα ανώτερα διοικητικά στελέχη (Αποστολοπούλου, 2008).

Όταν ένα τμήμα πιστεύει ότι διακυβεύονται τα συμφέροντά του τότε εμφανίζονται δυσχέρειες στην επικοινωνία που οδηγούν στις συγκρούσεις (Shaw&Shaw,1998). Συγκρουόμενοι στόχοι: όταν οι στόχοι δύο ομάδων ή δύο ατόμων έχουν στόχους που η επιτυχία της μία ομάδας ή του ενός ατόμου αποκλείει την επίτευξη της άλλης ομάδας ή του άλλου ατόμου με αποτέλεσμα η κάθε πλευρά να επιδιώκει να υλοποιήσει τους στόχους της εις βάρος της άλλης. Σε μία ιδανική εργασιακή ομάδα δεν υπάρχουν συγκρούσεις στις διαφορετικές ομάδες της. Η κατάσταση όμως αυτή σπάνια συναντάται στον χώρο των σύγχρονων επιχειρήσεων ή είναι σχεδόν ανύπαρκτη (Bass,1990). Περιορισμένοι πόροι: καθώς κάθε επιχείρηση διαθέτει συγκεκριμένους πόρους κάθε μέλος προσπαθεί να επιτύχει την καλύτερη κατανομή πόρων για τον εαυτό του με αποτέλεσμα την δημιουργία των συγκρούσεων (Daweq&Graham, 2005). Διαφορετικές αντιλήψεις: συχνά οι διαφορετικές ιδέες, οι στάσεις και οι γνώμες αποτελούντις πηγές των συγκρούσεων. Τα στελέχη της Διοίκησης καθώς εκπροσωπούν διαφορετικά τμήματα καλλιεργούν στάσεις οι οποίες βασίζονται σε διαφορετικές αξίες (Cushman, 2000).

Στα δικαιώματα των εργαζομένων συμπεριλαμβάνεται και το εργασιακό ωράριο. Ακόμα και όταν οι ώρες εργασίας έχουν προσυμφωνηθεί, ο εργαζόμενος φτάνει στα ανθρώπινα όρια του όταν καταβάλλεται από την συνεχή εργασία, ειδικά όταν δουλεύει παραπάνω από το κανονικό. Η δουλειά πέρα από το κανονικό ωράριο δημιουργεί ισχυρά κίνητρα για σύγκρουση με τη διοίκηση με σκοπό τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων αλλά και την επαναφορά στα νόμιμα πλαίσια. Επικουρικά λειτουργεί και ο αντίστοιχος φόρτος εργασίας που ανατίθεται στον εκάστοτε εργαζόμενο που τους δημιουργεί προστιθέμενο βάρος που τους οξύνει τις ανησυχίες με αποτέλεσμα να έχουν ξεσπάσματα στον εργασιακό τους χώρο και συγκρούσεις, συνήθως με τους συνεργάτες τους (Δανιηλίδης, 2007).

Τέλος, σαν παγκόσμιος παράγοντας που επηρεάζει όλα τα είδη των σχέσεων, εμφανίζεται η παγκόσμια οικονομική κρίση. Οι δύσκολες οικονομικές καταστάσεις δημιουργούν δύσκολες εργασιακές συνθήκες και οι εργαζόμενοι αισθάνονται αρκετά αβέβια για το επαγγελματικό τους μέλλον. Η καθημερινότητα των ανθρώπων γίνεται πιο δύσκολη και αυτό μεταφέρεται και στον εργασιακό τους χώρο. Η έλλειψη σταθερότητας στο εργασιακό περιβάλλον και η ανυπαρξία δομών μελλοντικής σχεδίασης δημιουργούν άγχος και ανασφάλεια στους εργαζόμενους με αποτέλεσμα να είναι πιο εριστικοί και να έχουν περισσότερες αφορμές

για συγκρούσεις μεταξύ τους. Σε πιο προσωπικό τόνο, ο Singleton (1999), αναφέρει ότι η προκλητική συμπεριφορά απέναντι σε ανώτερα στελέχη είναι η κύρια αιτία για κακόβουλες συγκρούσεις. Η ίδια η συμπεριφορά έχει ως βάση τις διακρίσεις που λαμβάνουν χώρα στην εργασία, τα επίπεδα του εργασιακού στρες, οι συνθήκες εργασίας και ο χώρος εργασίας.

Οι συγκρούσεις μέσα στον εργασιακό χώρο δεν μπορούν να αποφευχθούν καθώς είναι αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας, που μπορεί να παράξει αποτελέσματα που θα οδηγήσουν σε νέα δεδομένα την επιχείρηση. Ασφαλώς, οι διαφορετικές μορφές των συγκρούσεων που αναλύθηκαν παραπάνω παράγουν και διαφορετικού είδους αποτελέσματα τόσο σε ποιότητα όσο και σε ένταση. Μια σύγκρουση δεν μπορεί να προεξοφληθεί ως επικερδής ή επιβλαβής εξαρχής καθώς τα αποτελέσματα δεν είναι ορατά σε άμεσο χρόνο. Η μετέπειτα αξία της κάθε σύγκρουσης μπορεί να αποτιμηθεί με βάση τα εμπλεκόμενα μέρη, τις συνθήκες της σύγκρουσης και τους λόγους για τους οποίους δημιουργήθηκε η σύγκρουση. Οι επιπτώσεις μπορούν να φανούν στην οργανωσιακή αποτελεσματικότητα της επιχείρησης καθώς και στην αποδοτικότητα των λειτουργιών της. Τα αποτελέσματα μιας σύγκρουσης μπορούν να είναι θετικά ή αρνητικά για το οργανισμό που λαμβάνουν χώρα.

Τα θετικά αποτελέσματα των συγκρούσεων μπορεί να έχουν τις ακόλουθες επιπτώσεις :

- α) Εκμάθηση νέων καταστάσεων
- β) Νέες προσεγγίσεις σε επιχειρησιακά προβλήματα
- γ) Ομαδική αποδοτικότητα

Η προεργασία που πρέπει να γίνει όμως απαιτεί καταστάσεις και προοπτικές ώστε η σύγκρουση να έχει θετικά αποτελέσματα. Η προσκόλληση της σύγκρουσης στα θέματα της εργασία χωρίς προσωπικές προεκτάσεις, η πολυπλοκότητα της υπόθεσης που βρίσκεται υπό χειρισμό, η εμπιστοσύνη μεταξύ των μερών που συγκρούονται και η νοοτροπία για την εξεύρεση μέσω διαλόγου μιας βέλτιστης λύσης αποτελούν καίρια χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν ότι τυχόν συγκρούσεις είναι ικανές να οδηγήσουν σε ακόμα καλύτερα αποτελέσματα την επιχείρηση. Όσο για τους εργαζομένους, τα πλεονεκτήματα που μπορούν να αποκτήσουν από μια διαδικασία συγκρούσεων είναι η ικανότητα για δημιουργικότερες προσεγγίσεις σε υπάρχοντα θέματα, μεγαλύτερη αυτογνωσία γύρω από τα εργασιακά ζητήματα,

η ανάπτυξη στενότερων σχέσεων μεταξύ των συναδέλφων στα υπόλοιπα τμήματα της επιχείρησης και η ανάπτυξη υποβάθρου για δίκαια αντιμετώπιση όλων των εργαζομένων. Στο παρακάτω κύκλο μπορούν να φανούν με καλύτερο τρόπο οι θετικές προοπτικές που δίνει μια σύγκρουση στον εργασιακό χώρο.

Στα αρνητικά αποτελέσματα των συγκρούσεων ανήκουν πρωταρχικά οι καθυστερήσεις των διαδικασιών της επιχείρησης και η απόσπαση της προσοχής των εργαζόμενων από τις κύριες δραστηριότητες και τα τρέχοντα ζητήματα. Παράλληλα, η διάλυση των ομάδων είναι δυνατόν να προκαλέσει αδυναμία επίτευξης αποτελεσμάτων και ως συνέπεια να έχει τη συνολική άσχημη απόδοση του οργανισμού. Η βαριά κατάσταση που δημιουργείται γίνεται υπόβαθρο ώστε να υπάρξουν νέες συγκρούσεις στο μέλλον, που ενδέχεται να είναι μεγαλύτερες σε ένταση και να έχουν ακόμα πιο αρνητικές επιπτώσεις στην λειτουργικότητα της επιχείρησης. Ως το χειρότερο αποτέλεσμα των συγκρούσεων περιγράφεται η εξάπλωση και συνέχιση των κακόβουλων συγκρούσεων σε όλο το φάσμα του οργανισμού και μπορεί να σημαίνουν και τη κατάρρευση του οργανισμού.

Πιο συγκεκριμένα, τα αρνητικά αποτελέσματα πάνω στους εργαζομένους είναι πιο ισχυρά και έχουν σχεδόν μόνιμη επιρροή πάνω τους. Τα μη επιθυμητά αποτελέσματα μπορούν να αναφερθούν περιληπτικά παρακάτω :

- Απουσία στην διαδικασία λήψης αποφάσεων
- Απουσία υποστήριξης από τις διοικητικές δομές
- Εργασιακή ανιαρότητα
- Δημιουργία εργασιακού άγχους
- Σπατάλη εργασιακού χρόνου

Ο τύπος εργαζόμενου που του είναι αδύνατο να επωφεληθεί από τις συγκρούσεις που λαμβάνουν χώρα στον εργασιακό χώρο είναι ο ανταγωνιστικός. Η υπερίσχυση υπέρ των αντιπάλων τους και ο εξαναγκασμός να δεχτούν την δική τους λύση τους κάνουν να σκέφτονται μονόπλευρα, με προσήλωση στους δικούς τους στόχους και ελάχιστο ενδιαφέρον για τις ανάγκες των υπόλοιπων συναδέλφων τους. Η παραπάνω σκέψη συνήθως συνδυάζεται με μη υπολογισμένες απώλειες σε ανθρώπινες σχέσεις και χωρίς να έχουν σταθμιστεί πιθανά κόστη της όλης διαδικασίας (Kontogianni, 2011).

6.3 Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακές συγκρούσεις

Σύμφωνα με όσα ήδη αναφέρθηκαν παραπάνω γίνεται εύκολα κατανοητό πως ένα υγιές περιβάλλον εργασίας μπορεί να παρέχει στους υπαλλήλους καλή ποιότητα εργασιακής καθημερινότητας αλλά και το αντίστροφο. Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν, δημιουργείται μια σημαντική σχέση που είναι αλληλένδετη και αλληλοεξαρτώμενη. Σε αρκετές περιπτώσεις έχει εντοπιστεί πως ασχέτως φόρτου εργασίας ένα καλό εργασιακό περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αισθητή μείωση είτε ακόμα και στην ολική εξάλειψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Drummond, 2014).

Η ψυχολογία των υπαλλήλων έχει άρρηκτη σχέση με το εργασιακό κλίμα και το εργασιακό περιβάλλον. Και οι δυο αυτές παράμετροι αλληλεπιδρούν με στόχο τη βέλτιστη παραγωγική δράση. Στον εκάστοτε εργασιακό φορέα θα πρέπει να υφίστανται παράλληλα και να συνεργάζονται διαφορετικά άτομα. Ειδικότερα, στον κλάδο της υγείας, είναι ζωτικής σημασίας όλοι οι υπάλληλοι να αποτελούν μια δεμένη ομάδα και να έχουν καλή συνεργασία μεταξύ τους (Leiter et al., 2014).

Στη σημερινή εποχή, είναι συνηθισμένο πλέον να υπάρχουν νοσηλευτικά τμήματα με λίγους εργαζομένους, ιδιαίτερο φόρτο εργασίας και ελαττωμένους διαθέσιμους πόρους. Σε αυτά τα τμήματα οι εργαζόμενοι είναι πολύ πιθανό να περιέλθουν σε εργασιακή εξουθένωση η έχει τη δύναμη να οδηγήσει τους υπαλλήλους σε αισθήματα αδικίας, απογοήτευσης, επιθετικότητας καθώς επίσης και συναισθηματικής φόρτισης τόσο μεταξύ τους όσο και μεταξύ των εργαζομένων και του διοικητικού προσωπικού. Σημαντικό σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ,κάθε ζήτημα που προκύπτει να αντιμετωπίζεται σε βάθος και να εκριζώνεται η βασικότερη αιτία της ρήξης αυτής (Kristaps et al., 2011).

Κεφάλαιο 7 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

7.1 Διάγνωση του συνδρόμου burnout

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, οι κυριότερες τακτικές αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος μπορούν να υλοποιηθούν σε διαφοροποιημένα επίπεδα (ατομικό, κοινωνικό κλπ). Σε ατομικό επίπεδο, οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ευχέρεια να υλοποιήσουν καθορισμένα μέτρα που θα λάβουν οι ίδιοι. Αντίθετα, σε κοινωνικό επίπεδο σημαντικό ρόλο παίζει η συνεργασία και οι προσπάθειες πολλών ανθρώπων όπως είναι για παράδειγμα μια ομάδα συνάδελφων (McGibbon and Gallop, 2010).

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζονται σε οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό επίπεδο καθώς και στο επίπεδο της συμπεριφοράς (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1986).

Σωματικά – οργανικά συμπτώματα

Τα σωματικά συμπτώματα αφορούν πόνο στη πλάτη και τον αυχένα, αίσθημα αδυναμίας και χρόνιας κόπωσης, διαταραχές στη διατροφή, κεφαλαλγίες, διαταραχές στον ύπνο, χαμηλά επίπεδα ενέργειας (Tyler and Cushway, 1998). Ενδέχεται όμως να παρουσιαστούν και σοβαρότερα προβλήματα, όπως έλκος, υπέρταση, παρατεταμένες ημικρανίες, καρδιαγγειακές ή άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1995).

Συναισθηματικές επιπτώσεις

Βασική συνιστώσα της συγκεκριμένης κατηγορίας αποτελεί η έντονη ευερεθιστικότητα με πιθανή συνέπεια την κατάθλιψη. Αισθήματα αδιαφορίας, απογοήτευσης, αποθάρρυνσης ενδέχεται να κυριεύσουν τον επαγγελματία όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο εργασιακών σχέσεων με τους άλλους συναδέλφους. Από την άλλη, λάθος εκτιμήσεις και χειρισμοί στο χώρο εργασίας αποτελούν απόρροια της έλλειψης αυτοσυγκέντρωσης που εκδηλώνει ο επαγγελματίας.

Εκδηλώσεις συμπεριφοράς

Η επαγγελματική εξουθένωση που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας τον κάνει ιδιαίτερα ευέξαπτο προκαλώντας συγκρούσεις τόσο κατά την επαφή του με τον άρρωστο όσο και κατά τη συνεργασία του με τους υπολοίπους συναδέλφους του. Επιπρόσθετα, ο επαγγελματίας υγείας δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί στη δουλειά του, έχει την τάση να ξεχνά, παραβλέπει σημαντικά κλινικά συμπτώματα και είναι επιρρεπής σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, απροσεξίες ή ατυχήματα. Συχνά απουσιάζει ή αργοπορεί και διακατέχεται από μια τάση φυγής και ονειροπόλησης (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1995). Πέραν όμως από το εργασιακό περιβάλλον, η επαγγελματική εξουθένωση επιδρά αρνητικά στην προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου προκαλώντας εντάσεις στις σχέσεις του με φίλους και οικογένεια. Ο επαγγελματίας υγείας μεταφέροντας όλα τα άγχη και τις ανησυχίες του στο σπίτι προκαλεί έντονες οικογενειακές συγκρούσεις καθώς δεν είναι ψυχικά και συναισθηματικά ικανός ούτε να διαπραγματευτεί με τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του ούτε να διαχειριστεί τις καθημερινές φυσιολογικές προστριβές με αυτούς.

7.2 Ο ρόλος του θετικού εργασιακού κλίματος στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Μελέτες έχουν αποδείξει πως το εργασιακό κλίμα έχει άμεση σχέση με ένα μεγάλο σύνολο καθοριστικών αποτελεσμάτων σε ατομικό, συλλογικό αλλά και επίπεδο οργανισμού. Μεταξύ των αποτελεσμάτων σε ατομικό επίπεδο είναι η εργασιακή ικανοποίηση και η εργασιακή δέσμευση που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του συνδρόμου burnout (Kristaps et al., 2011).

Σε ό,τι έχει να κάνει με την εργασιακή ικανοποίηση, θα πρέπει να τονιστεί εδώ πως οι άνθρωποι με διαφοροποιημένες προσωπικότητες και αξίες είναι νιώθουν περισσότερο ικανοποιημένοι σε διαφορετικές πτυχές και είδη εργασιακού κλίματος. Έρευνες αναφέρουν πως η εργασιακή ικανοποίηση αλλά και το εργασιακό κλίμα, παρά το γεγονός πως έχουν άμεση σχέση μεταξύ τους, δεν είναι παρόμοιες έννοιες. Επομένως, οι συνθήκες οι οποίες αναπτύσσονται στο περιβάλλον εργασίας επιφέρουν σημαντικές επιδράσεις στο βαθμό στον οποίο ένας υπάλληλος νιώθει ικανοποιημένος (Dickinson and Wright, 2008).

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονιστεί πως η εργασιακή δέσμευση θα μπορούσε να εμπεριέχεται στα θετικά αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν σε ατομικό επίπεδο, όταν υπάρχει θετικό εργασιακό κλίμα. Η δέσμευση αυτής της μορφής αποτελεί μια θετική, συναισθηματική κατάσταση την οποία βιώνει ένας υπάλληλος στον εργασιακό του χώρο, καθώς νιώθει πως είναι υποχρέωση του να αποδώσει στο μέγιστο των ικανοτήτων του εφόσον απολαμβάνει θετικό κλίμα εργασίας. Οι εργαζόμενοι με αυτού του είδους την δέσμευση χαρακτηρίζονται από ενέργεια, πνευματική αντοχή αλλά και επιμονή. Αισθάνονται ενθουσιασμό και υπερηφάνεια για τη δουλειά τους και είναι περισσότερο συγκεντρωμένοι στα καθήκοντά τους (Martin, 2014).

Επίσης, η εργασιακή ικανοποίηση σε συνδυασμό με την παραπάνω δέσμευση είναι θετικές συναισθηματικές καταστάσεις, κατά τις οποίες εργαζόμενοι δεν απουσιάζουν από τη δουλειά τους, δεν αποχωρούν και είναι πιο αποτελεσματικοί. Οι θετικά δεσμευμένοι εργαζόμενοι δεν είναι εργασιομανείς, δεν είναι εξαρτημένοι από τη δουλειά τους, έχουν υψηλότερη παρακίνηση, περισσότερα κίνητρα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, στρες αλλά και εξάντλησης, ενώ τις περισσότερες φορές είναι περισσότερο αποδοτικοί (Αντωνίου, 2006).

7.3 Συμβουλευτική αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζει την προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Μεγάλης σημασίας αποτελεί η έγκαιρη διάγνωση των συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο (1995), ενδέχεται η επαγγελματική εξουθένωση να μην μπορεί να εξαλειφθεί πλήρως, η έγκαιρη όμως διάγνωσή της εμποδίζει σε μεγάλο βαθμό τη περαιτέρω αύξησή της. Η πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης επιτυγχάνεται μέσω παρεμβάσεων σε ατομικό αλλά και σε διοικητικό – οργανωτικό επίπεδο.

✚ Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Κάθε άνθρωπος ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του αντιμετωπίζει διαφορετικά την επαγγελματική εξουθένωση. Το σημαντικότερο βήμα αντιμετώπισης του συνδρόμου είναι να

αναγνωρίζει κανείς την ύπαρξή του. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας η πλειονότητα αυτών αναγνωρίζει την ύπαρξη του συνδρόμου στα τελευταία στάδια, όταν πια έχουν ήδη εκδηλωθεί σημαντικές σωματικές και ψυχικές διαταραχές (Ψυχαργός Β΄Φάση, 2005).

- Επανεκτίμηση στόχων και προσδοκιών. Σύμφωνα με τους Δημητρόπουλο & Φιλίππου (2008), ο επαγγελματίας ο οποίος επανεκτιμά τους στόχους, τις προσδοκίες και τα κίνητρά του, μπορεί πιο εύκολα να αποφύγει το μόνιμο άγχος, να πετύχει τους επαγγελματικούς στόχους, να αυξήσει την ικανοποίησή του από την εργασία και εκ κατακλείδι να εδραιωθεί καλύτερα στον εργασιακό του χώρο.
- Αναζήτηση υποστήριξης. Η υποστήριξη που δέχεται ένα άτομο από το περιβάλλον του μειώνει τόσο το άγχος που βιώνει, όσο και τις πιθανότητες να νοσήσει (Cohen and Wills, 1985). Είναι σημαντικό για τον επαγγελματία υγείας να υπάρχει ένα υποστηρικτικό δίκτυο στο οποίο θα μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματά και τους προβληματισμούς του.
- Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή επιλογή νέας θέσης εργασίας. Ο επαγγελματίας υγείας όντας συνειδητοποιημένος για την επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας νιώθει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και ότι ελέγχει καλύτερα τις πράξεις του. Η αλλαγή θέσης εργασίας έχει νόημα μόνο όταν είναι προϊόν βαθύτερης ανάγκης και όχι αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης, καθώς ο επαγγελματίας μπορεί να οδηγηθεί ξανά στο burnout.
- Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες. Αποφορτίζουν τον επαγγελματία και τον «ανανεώνουν» ψυχολογικά.
- Σωστή διατροφή και επάρκεια ανάπαυσης. Επιδρούν θετικά στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και βοηθούν το άτομο να διαχειριστεί αποτελεσματικότερα το άγχος του.
- Αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου. Χάρης αυτήν ο επαγγελματίας μπορεί να ισορροπήσει την «εργασιακή» και κοινωνική του ζωή θέτοντας προτεραιότητες.

Σύμφωνα με τους Sutherland και Cooper (2003), η διαχείριση και ο έλεγχος του χρόνου περιλαμβάνει:

1. Θέσπιση στόχων
2. Σχεδιασμό εργασίας
3. Καθορισμό προτεραιοτήτων
4. Σχεδιασμό χρόνου
5. Ανάθεση εργασιών

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό – διοικητικό επίπεδο

- Πρόσληψη προσωπικού με γνώμονα τη συνεκτίμηση πολλών κριτηρίων. Κατά την επιλογή κάλυψης θέσης θα πρέπει να συνεκτιμώνται εκτός από τα τυπικά προσόντα και την εργασιακή εμπειρία του υποψηφίου, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι συνδυαστικά, λειτουργούν όχι μόνο προς όφελος του εργαζομένου αυξάνοντας την απόδοσή του, αλλά και προς όφελος του νοσοκομείου παρέχοντας ποιοτικότερη φροντίδα στους ασθενείς.
- Ενεργό συμμετοχή του επαγγελματία στη λήψη αποφάσεων. Μέσω αυτού ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, παρουσιάζοντας περισσότερο αυτοέλεγχο, υπευθυνότητα και ανθεκτικότητα (Lederer et al., 2006).
- Δημοκρατική διοίκηση. Η ύπαρξη δημοκρατικής διοίκησης ευνοεί τη δημιουργία σχέσεων αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων. Μέσω αυτής επιτυγχάνεται πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς ο εργαζόμενος διαθέτει την ελευθερία έκφρασης της προσωπικής του άποψης και ταυτόχρονα δεν κρίνεται αυστηρά για τυχόν λάθη και παραλείψεις.
- Πολυμορφία στην εργασία. Εμπλουτισμός εργασίας σημαίνει εκχώρηση αρμοδιοτήτων που προωθούν την αυτονομία και διευρύνουν την υπευθυνότητα του εργαζομένου (Λαναρά 1996, Κάντας, 1995). Η ενασχόληση του εργαζομένου με διαφορετικά

αντικείμενα όπως ερευνητικά προγράμματα, επιμορφωτικά σεμινάρια συμβάλλει στη ψυχολογική αποσυμφόρησή του και στη πρόληψη του burnout.

- Παροχή διαλειμμάτων και ειδικών αδειών. Αποτελούν αναγκαία παροχή καθώς συμβάλλουν στην ψυχολογική αποσυμφόρηση του επαγγελματία, δίνοντας σ' αυτόν τη δυνατότητα να «ξεφύγει» από το χώρο εργασίας.
- Δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης. Βοηθά τον επαγγελματία να μην «βαλτώσει», ενθαρρύνοντάς τον παράλληλα να ασκεί τα καθήκοντά του με συνέπεια.
- Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης. Συμβάλουν σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση και πολύ περισσότερο στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς ο εργαζόμενος μπορεί να διαχειριστεί σε πραγματικό χρόνο τα όποια προβλήματα αντιμετωπίζει. Μέσω αυτών των ομάδων δίνεται η δυνατότητα στα μέλη: α) να μοιράζονται τα συναισθήματά τους για την αρρώστια, το θάνατο και τη ζωή, β) να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο της εργασίας, γ) να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και δ) να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους (Rosenberg 1984, Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1995).
- Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης. Ο επαγγελματίας υγείας αποκτά εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες ενώ ταυτόχρονα εκπαιδεύεται ψυχολογικά ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις απαιτήσεις των ασθενών του αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος αυτών.

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 8. Μεθοδολογία έρευνας

8.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν να διερευνήσει την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στους χώρους υγείας και πρόνοιας και συγκεκριμένα απευθύνεται στους εργαζομένους της κλινικής στην οποία εργάζομαι ως νοσηλεύτρια. Το εν λόγω θέμα είναι σημαντικό διερεύνησης γιατί μέσα από την εις βάθος ανάλυση θα διερευνηθεί το θέμα σφαιρικά και από πλευράς νοσοκομειακής εικόνας αλλά και μέσα από τα κέντρα κοινωνικής πρόνοιας. Οι δύο αυτοί φορείς σχετίζονται λόγω του ότι και στις δύο περιπτώσεις οι εργαζόμενοι ασχολούνται με ζητήματα ατόμων που χρίζουν ανάγκης και βοήθειας σωματικής και ψυχολογικής συμπαράστασης οπότε η επαγγελματική εξουθένωση είναι εμφανής και στις δύο περιπτώσεις.

8.2 Ερευνητικές υποθέσεις

H1. Η επαγγελματική εξουθένωση διαφοροποιείται μεταξύ των δύο φύλων των επαγγελματιών υγείας.

H2. Υπάρχουν διαφορές στην επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με διαφορετική αμοιβή.

H3. Η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τα έτη προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας

H4. Η επαγγελματική εξουθένωση διαφοροποιείται μεταξύ του ωραρίου απασχόλησης των επαγγελματιών υγείας.

H5. Η επαγγελματική εξουθένωση διαφοροποιείται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων .

H6. Υπάρχουν διαφορές στην επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας διαφορετικής ηλικίας.

8.3 Ερευνητικά Εργαλεία

Η έρευνα διεξάγεται με δύο ερωτηματολόγια. Το ένα ερωτηματολόγιο αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών της κλινικής, το οποίο ανήκει στην κλινική και είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο 6 ερωτήσεων, για το οποίο μου παραχώρησε άδεια χρήσης του, το γραφείο ποιότητας της κλινικής. Το άλλο ερωτηματολόγιο αξιολογεί την εργασιακή εξουθένωση μέσω της κλίμακας OLBI. Το ερωτηματολόγιο OLBI ανήκει στην κα Δεμερούτη Ευαγγελία (Ψυχολόγος, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Ουτρέχτης), η οποία μετά από αίτημα, μου παραχώρησε άδεια για την χρήση του.

Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο OLBI αποτελείται συνολικά από δεκαέξι ερωτήσεις. Οκτώ ερωτήσεις που μετρούν την διάσταση «αποστασιοποίηση από την εργασία», και περιγράφουν την απώλεια εσωτερικής σχέσης με την εργασία, τη μείωση της ανάγκης για επαγγελματική επιτυχία καθώς και την ανάγκη για αλλαγή καθηκόντων (Ερωτήσεις: 1, 3R, 6R, 7, 9R, 11R, 13, 15). Η διάσταση «εξάντληση» περιλαμβάνει επίσης οκτώ ερωτήσεις που περιγράφουν την συναισθηματική κενότητα, τη σωματική εξάντληση και την έντονη ανάγκη για ξεκούραση (Ερωτήσεις: 2R, 4R, 5, 8R, 10, 12R, 14, 16). Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του OLBI είναι το γεγονός, ότι αποτελείται από θετικά και αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις για κάθε διάσταση, καθώς και το ότι βασίζεται σε ένα θεωρητικό μοντέλο, παρά σε αποτελέσματα παραγοντικών αναλύσεων. Επίσης διερευνώνται και δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία οικογενειακή κατάσταση επίπεδο εκπαίδευσης, κατηγορία προσωπικού χρόνια προϋπηρεσίας ωράριο εργασίας.

8.4 Δείγμα της έρευνας

Το μέγεθος του δείγματος για το ερωτηματολόγιο OLBI είναι 136 ερωτηθέντες συνάδελφοι της κλινικής (γιατροί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, μικροβιολόγοι, τραυματιοφορείς, υπάλληλοι γραφείου κίνησης, διοικητικό προσωπικό κ.ά) ενώ το δείγμα το ερωτηματολογίου της κλινικής είναι 60 ερωτηθέντες, το οποίο απάντησαν ασθενείς και συνοδοί ασθενών της κλινικής. Επί της ουσίας, από το ερωτηματολόγιο της κλινικής θα βγάλουμε έμμεσα συμπεράσματα για την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών της κλινικής διότι γίνονται γενικές ερωτήσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ
ΟΛΒΙ**

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΙ)	
Σύνολο ιατρών που απασχολούνται στην κλινική	24
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	24
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	20
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	4
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	16
Ποσοστό ανταπόκρισης	83%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΠΕ +ΤΕ +ΔΕ)	
Σύνολο νοσηλευτών που απασχολούνται στο νοσοκομείο	78
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	78
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	75
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	4
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	71
Ποσοστό ανταπόκρισης	96%
ΛΟΙΠΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ(φυσικοθεραπευτές , παρασκευαστές, τραυματιοφορείς, γραφείο κίνησης)	
Σύνολο λοιποί επαγγελματίες υγείας	35
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	35
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	30
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	0
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	30
Ποσοστό ανταπόκρισης	86%
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	
Σύνολο Διοικητικού προσωπικού	8
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	8
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	8
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	0
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	8
Ποσοστό ανταπόκρισης	100%
Άλλη Κατηγορία προσωπικού	
Σύνολο	11
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	11
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	11
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	0
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	11
Ποσοστό ανταπόκρισης	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ασθενείς χειρουργικού τμήματος(3^{ος} – 4^{ος} όροφος)	
Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν	45
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	39
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	2
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	37
Ποσοστό ανταπόκρισης	87%
Ασθενείς παθολογικού τμήματος(1^{ος} – 2^{ος} όροφος)	
Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν	30
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	23
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	4
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	19
Ποσοστό ανταπόκρισης	77%
Ασθενείς Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ)	
Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν	6
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	4
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	0
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	4
Ποσοστό ανταπόκρισης	66,7%

Αναφορικά με την δειγματοληψία και τη συλλογή του πρωτογενούς υλικού, την ευθύνη έφερε αποκλειστικά η ερευνήτρια και πραγματοποιήθηκαν με την παρουσία της ίδιας. Οι ερωτηθέντες συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια, τα έκλειναν μέσα σε φάκελο (που τους παραχωρούταν μαζί με το ερωτηματολόγιο) και στην συνέχεια τα παρέδιδαν στην ερευνήτρια. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίστηκε η ανωνυμία του δείγματος. Παράλληλα, πριν την τελική διανομή των ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες, κρίθηκε αναγκαίο αυτά να μοιραστούν πιλοτικά και σε ένα μικρό δείγμα ατόμων (με την μέθοδο επιλογής δείγματος ευκολίας/Convenience Sample). Με αυτόν τον τρόπο εξετάστηκε η λειτουργικότητα των ερωτηματολογίων π.χ. αν οι ερωτήσεις γίνονται κατανοητές, αν ο χρόνος συμπλήρωσης είναι κουραστικός κτλ.

8.5 Μέθοδοι στατιστικής επεξεργασίας

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία ποσοτική έρευνα που επιχειρεί να προσδιορίσει τη σχέση ανάμεσα σε μεταβλητές. Το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων είναι το πρόγραμμα IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) και πιο συγκεκριμένα η έκδοση 24. Η στατιστική ανάλυση που επιλέχτηκε είναι η περιγραφική στατιστική όπου χρησιμοποιούνται πίνακες και διαγράμματα για την παρουσίαση των στατιστικών δεδομένων.

Επίσης χρησιμοποιήθηκε η επαγωγική στατιστική όπου συσχετίστηκαν δύο ερωτήσεις μεταξύ τους και εξήχθησαν κατάλληλα συμπεράσματα, Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν οι εξής έλεγχοι: Kuskal-Wallis, Wilcoxon, Pearson.

Η έρευνα, αφού έλαβε τις απαραίτητες εγκρίσεις τόσο από τη δημιουργό του εργαλείου όσο και από το διοικητικό Συμβούλιο της κλινικής, διεξήχθη τον Μάιο του 2019.

Κεφάλαιο 9 Αποτελέσματα

9.1 Ερωτηματολόγιο σε εργαζομένους

Στην έρευνα συμμετέχουν 136 επαγγελματίες υγείας εκ των οποίων η συντριπτική πλειοψηφία είναι γυναίκες σε ποσοστό 65% (n=89) και το υπόλοιπο 35% (n=47) είναι άντρες. Στην έρευνα συμμετέχουν άτομα από ηλικία 20 ετών έως 55 ετών με μέση ηλικία τα 37,16 έτη (Τ.Α.=10,63 έτη).

Διάγραμμα 1: Κατανομή σύμφωνα με το φύλο

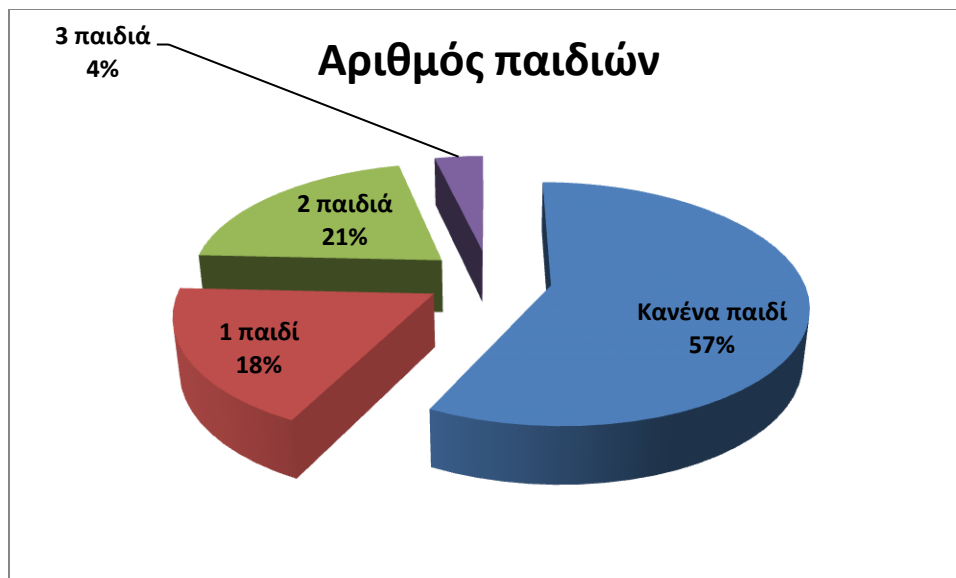


Διάγραμμα 2: Κατανομή σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση

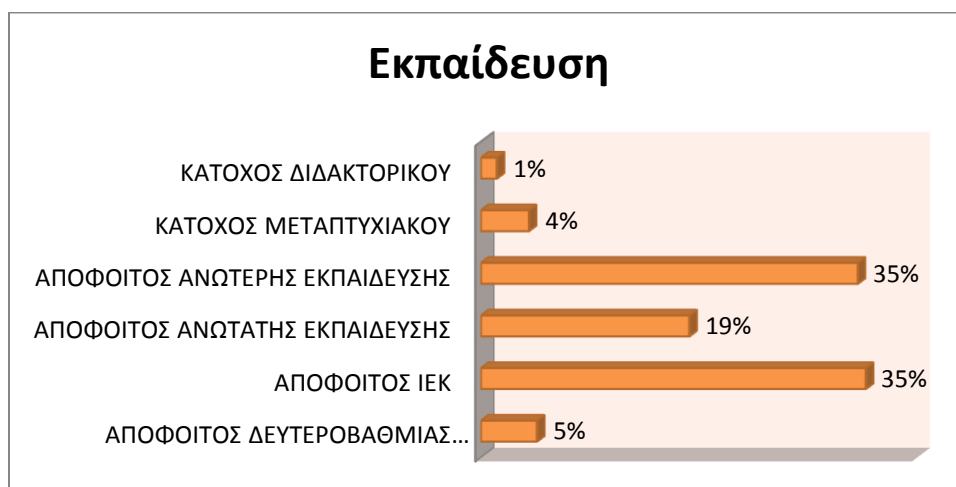


Με κριτήριο την οικογενειακή κατάσταση οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι άγαμοι ή έγγαμοι σε ποσοστά 47,8% και 44,1% αντίστοιχα. Ακολουθούν σε χαμηλότερα ποσοστά οι διαζευγμένοι και όσοι απλά συμβιώνουν με κάποιον ή κάποια σε ποσοστά 7,4% και 0,7% αντίστοιχα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι δεν έχουν κανένα παιδί σε ποσοστό 57% και ακολουθούν σε χαμηλότερα ποσοστά όσοι έχουν 2 παιδιά ή 1 παιδί σε ποσοστό 21% και 18% αντίστοιχα.

Διάγραμμα 3: Κατανομή σύμφωνα με τον αριθμό των παιδιών



Διάγραμμα 4: Κατανομή σύμφωνα με την εκπαίδευση



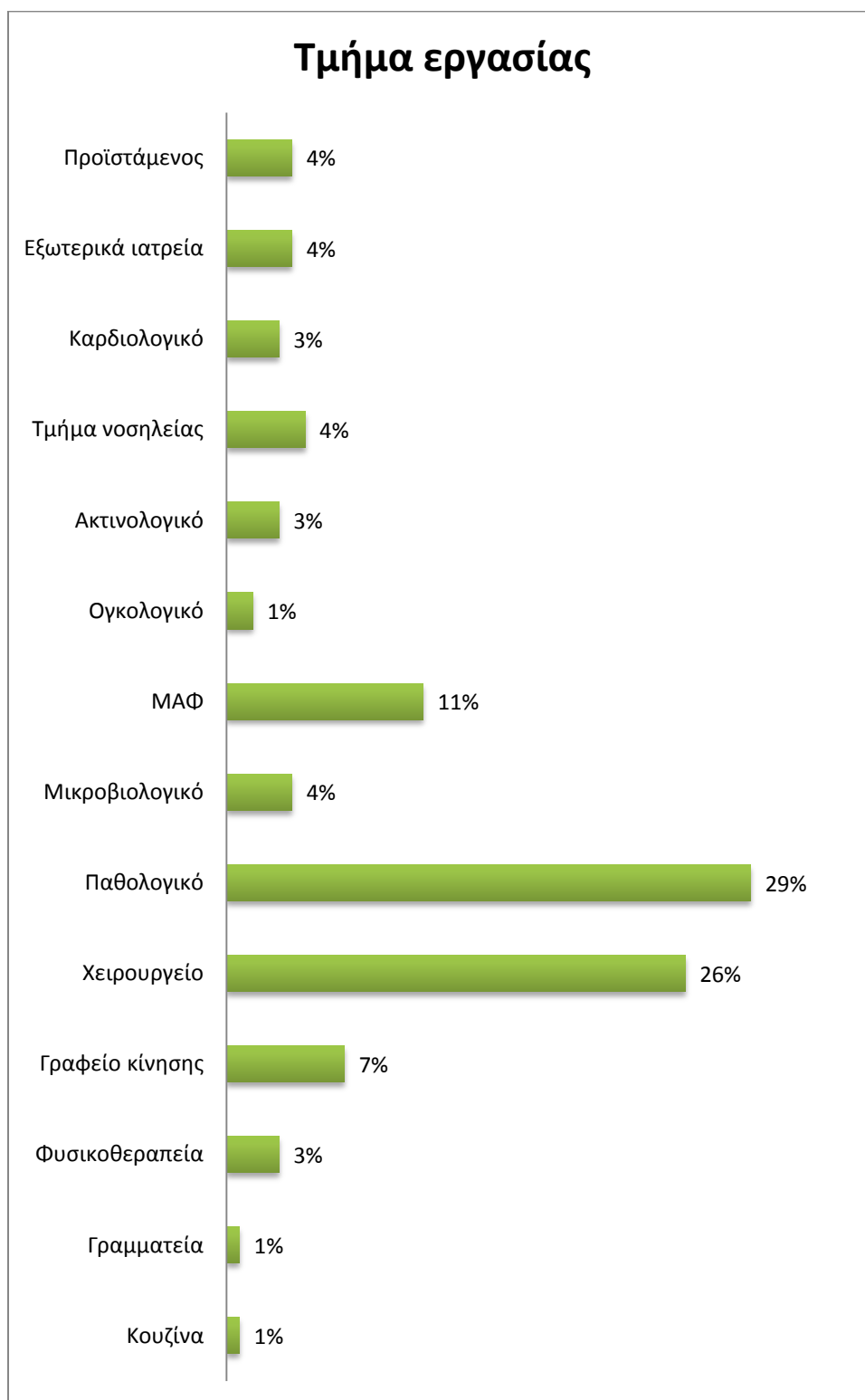
Διάγραμμα 5: Κατανομή σύμφωνα με την κατηγορία προσωπικού



Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, το 5% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 35% είναι απόφοιτοι ΙΕΚ, το 19% είναι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης, το 35% είναι απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης, το 4% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού και το 1% είναι κάτοχοι διδακτορικού. Όσον αφορά την απασχόλησή τους στην κλινική το 12% ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό, το 52% στο νοσηλευτικό προσωπικό, το 22% στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας, το 7% στο διοικητικό προσωπικό και το 8% ανήκουν σε άλλη κατηγορία.

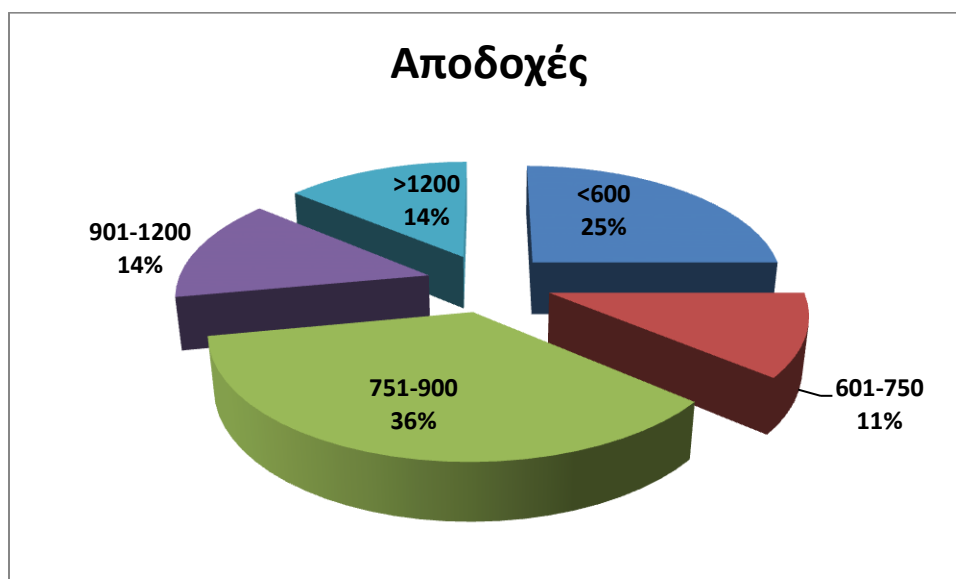
Σχετικά με την κατηγορία προσωπικού προκύπτει πως 35 άτομα δουλεύουν στο χειρουργικό τμήμα, 31 στο παθολογικό, 10 στο ΜΑΦ, 9 στο γραφείο κίνησης και οι υπόλοιποι εργάζονται στο τμήμα φυσικοθεραπείας τμήμα νοσηλείας στο καρδιολογικό ακτινολογικό ογκολογικό μικροβιολογικό και γραμματεία. Αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας προκύπτει πως ο μέσος όρος είναι 9,43 έτη (Τ.Α.=6,45 έτη) και ποικίλει από 1 έτος έως 32 έτη.

Διάγραμμα 6: Κατανομή σύμφωνα με το τμήμα εργασίας



Όσον αφορά το εισόδημα, το 25% παίρνουν κάτω από 600 ευρώ, το 11% από 601 έως 750 ευρώ, το 36% από 751 έως 900 ευρώ, το 14% από 901 έως 1200 ευρώ και το 14% αμείβονται με περισσότερα από 1200 €.

Διάγραμμα 7: Κατανομή σύμφωνα με τις αποδοχές



Αναφορικά με τους λόγους που οδήγησαν στο επάγγελμα τους ερωτηθέντες η επιθυμία για βοήθεια στους ανθρώπους απαντήθηκε από 90 άτομα, η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση απαντήθηκε από 42 άτομα, οι επιρροές από το περιβάλλον απαντήθηκε από 18 άτομα και η τυχαία επιλογή απαντήθηκε από 17 άτομα.

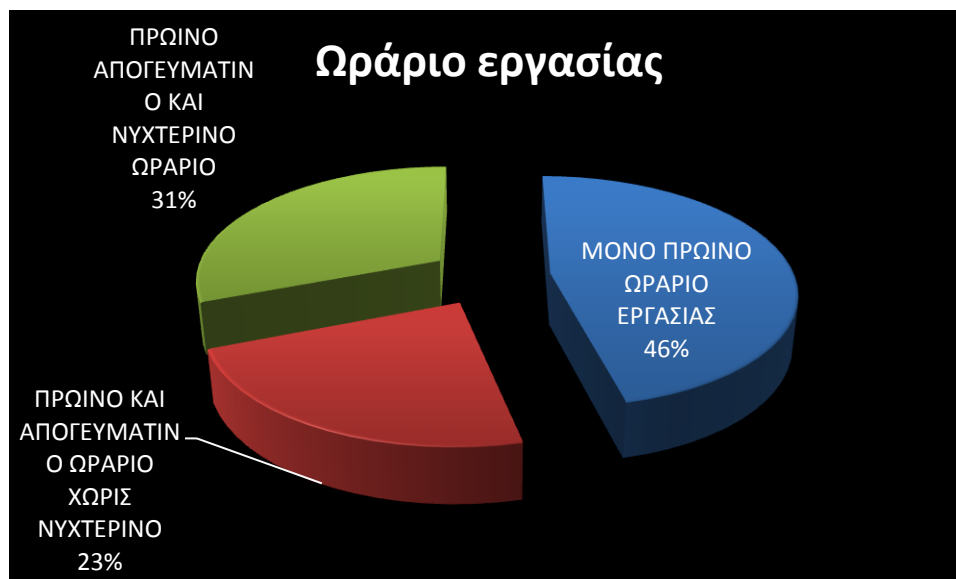
Πίνακας 2

	N
Η επιθυμία μου να βοηθάω ανθρώπους	90
Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση	42
Οι επιρροές που δέχτηκα για το περιβάλλον μου	18
Τυχαία βρέθηκα στο	17

επάγγελμα αυτό	
Άλλο	4

Σχετικά με το ωράριο εργασίας, το 46% έχουν μόνο πρωινό ωράριο εργασίας, το 23% έχουν πρωινό και απογευματινό χωρίς νυχτερινό και το 31% έχουν ωράριο πρωινό απογευματινό και νυχτερινό. Ο μέσος όρος από τις απογευματινές βάρδιες μηνιαίως είναι 9 και όσοι δουλεύουν πρωινό απογευματινό και νυχτερινό ωράριο έχουν μέσο όρο 9 βάρδιες απογευματινές και 6 νυχτερινές.

Διάγραμμα 8: Κατανομή σύμφωνα με το ωράριο εργασίας



Όσον αφορά το πλήθος των ασθενών που ασχολούνται ημερησίως, το 76% ασχολούνται με 11 και άνω ασθενείς καθημερινά, το 18% ασχολούνται με 6 έως 10 και το 6% από 0 έως 5 ασθενείς. Οι σωματικές επιπτώσεις που συνδέονται με την εργασία είναι η κόπωση η οποία απαντήθηκε από 115 άτομα, οι διαταραχές ύπνου που απαντήθηκαν από 51 άτομα, τα μυοσκελετικά προβλήματα που απαντήθηκαν από 90 άτομα, οι κεφαλαλγίες που απαντήθηκαν από 80 άτομα, τα αλλεργικά δερματολογικά προβλήματα που απαντήθηκαν από 22 άτομα, οι γαστρεντερικές διαταραχές που απαντήθηκαν από 30 άτομα, οι διαταραχές όρασης που απαντήθηκαν από 8 άτομα, οι διαταραχές ακοής που απαντήθηκαν από 8 άτομα, τα καρδιολογικά ενοχλήματα που απαντήθηκαν από 5 άτομα, οι λοιμώξεις που απαντήθηκαν από 10 άτομα και τα αγγειακά προβλήματα που απαντήθηκαν από 25 άτομα.

	N
Κόπωση	115
Διαταραχές ύπνου	51
Μυοσκελετικά προβλήματα	90
Κεφαλαλγίες	80
Αλλεργικά δερματολογικά προβλήματα	22
Γαστρεντερικές διαταραχές	30
Διαταραχές όρασης	8
Διαταραχές ακοής	8
Καρδιολογικά ενοχλήματα	5
Λοιμώξεις	10
Αγγειακά προβλήματα	25
Ψυχοσεξουαλικές δυσλειτουργίες	11
Αύξηση ή μείωση βάρους	24

Στην συνέχεια ακολουθεί η αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης με βάση την κλίμακα OLBI. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σε μεγαλύτερο βαθμό οι συμμετέχοντες νιώθουν εξουθενωμένοι και υπάρχουν μέρες που νιώθουν κουρασμένοι πριν έρθουν στη δουλειά (M=3,47) ,επίσης μετά τη δουλειά τους χρειάζονται συχνά περισσότερες ώρες ξεκούρασης από ότι παλιότερα για να έρθουν σε φόρμα (M=3,23).

Πίνακας 3:Περιγραφικά μέτρα για την υποκλίμακα εξάντλησης της κλίμακας OLBI

	Μέση τιμή	T.A.
Υπάρχουν μέρες που νιώθω κουρασμένος/η πριν ακόμα έρθω στη δουλειά	3,47	0,65
Μετά τη δουλειά μου χρειάζομαι συχνά περισσότερες ώρες ξεκούρασης από ότι παλιότερα για να έρθω σε φόρμα	3,23	0,81
Η πίεση από τη δουλειά μου είναι αρκετά υποφερτή	2,65	0,68

Έχω όλο και συχνότερα την αίσθηση ότι η δουλειά μου με εξαντλεί συναισθηματικά	2,83	0,81
Μετά τη δουλειά έχω γενικά διάθεση να ασχοληθώ με τις άλλες μου δραστηριότητες	2,49	0,73
Μετά τη δουλειά μου αισθάνομαι απόλυτη γενικά εξουθενωμένος/η και εξαντλημένος/η	3,07	0,66
Συνήθως μπορώ να καταφέρω τον φόρτο εργασίας μου	2,13	0,69
Όταν εργάζομαι αισθάνομαι συνήθως γεμάτος/η ενέργεια	2,56	0,79

Στην συνέχεια ακολουθεί η αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης με βάση την κλίμακα OLBI και την υποκλίμακά της αποστασιοποίησης από την εργασία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σε μεγαλύτερο βαθμό οι συμμετέχοντες κυρίως νιώθουν ότι χάνουν με το πέρασμα του χρόνου το ενδιαφέρον για τη δουλειά τους (M=3,02) και είναι λιγότερο σύμφωνοι με το ότι μπορούν να τα καταφέρουν με το φόρτο εργασίας τους (M=2,13).

Πίνακας 4: Περιγραφικά μέτρα για την υποκλίμακα αποστασιοποίησης από την εργασία της κλίμακας OLBI

	Μέση τιμή	TA
Στη δουλειά μου ανακαλύπτω συνεχώς νέες ενδιαφέρουσες επιλογές	2,22	0,78
Μου συμβαίνει όλο και συχνότερα να εκφράζομαι υποτιμητικά για τα εργασιακά μου καθήκοντα	2,47	0,88
Τον τελευταίο καιρό έχω την τάση να σκέφτομαι λιγότερο στη δουλειά μου και να τη διεκπεραιώνω σχεδόν μηχανικά	2,73	0,76

Στη δουλειά μου αντιμετωπίζω πολλές προκλήσεις	2,23	0,70
Με την πάροδο του χρόνου χάνει κανείς το αρχικό ενδιαφέρον για τη δουλειά του	3,02	0,86
Μερικές φορές αισθάνομαι απόλυτη απέχθεια για τα εργασιακά μου καθήκοντα	2,50	0,86
Η δουλειά μου εκπληρώνει τις επαγγελματικές μου προσδοκίες	2,48	0,74
Συνήθως μπορώ να καταφέρω τον φόρτο εργασίας μου	2,13	0,69

Στην συνέχεια ακολουθεί επαγωγική στατιστική ξεκινώντας με τον έλεγχο διαφορών σε άτομα με διαφορετικό φύλο. Συγκεκριμένα εξετάζονται οι παρακάτω υποθέσεις:

H0: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία στο φύλο

H1: υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία στο φύλο

Για την πραγματοποίηση του παραπάνω ελέγχου αρχικά διεξήχθη έλεγχος κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν ισχύει η υπόθεση της κανονικότητας οπότε τα δεδομένα δεν κατανέμονται κανονικά ($p\text{-value} < 5\%$). Επομένως, για τον έλεγχο διαφοράς μέσων θα προχωρήσουμε στον μη παραμετρικό έλεγχο Wilcoxon και από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν διαφορές στατιστικά σημαντικές στην εξάντληση ($p=0.980$) και για την αποστασιοποίηση ($p= 0.591$) από την εργασία επομένως δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά το φύλο.

Test Statistics^a

	ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	ΑΠΟΣΤΑΣΙΟΠΟΙ ΗΣΗ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ
Mann-Whitney U	2086,000	1952,000
Wilcoxon W	3214,000	3080,000
Z	-,025	-,538
Asymp. Sig. (2-tailed)	,980	,591

a. Grouping Variable: ΦΥΛΟ

Στην συνέχεια ακολουθεί έλεγχος διαφορών σε άτομα με διαφορετική εκπαίδευση Οι δύο υποθέσεις που θέτουμε είναι οι εξής:

H0: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο

H1: υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία σχετικά μορφωτικό επίπεδο

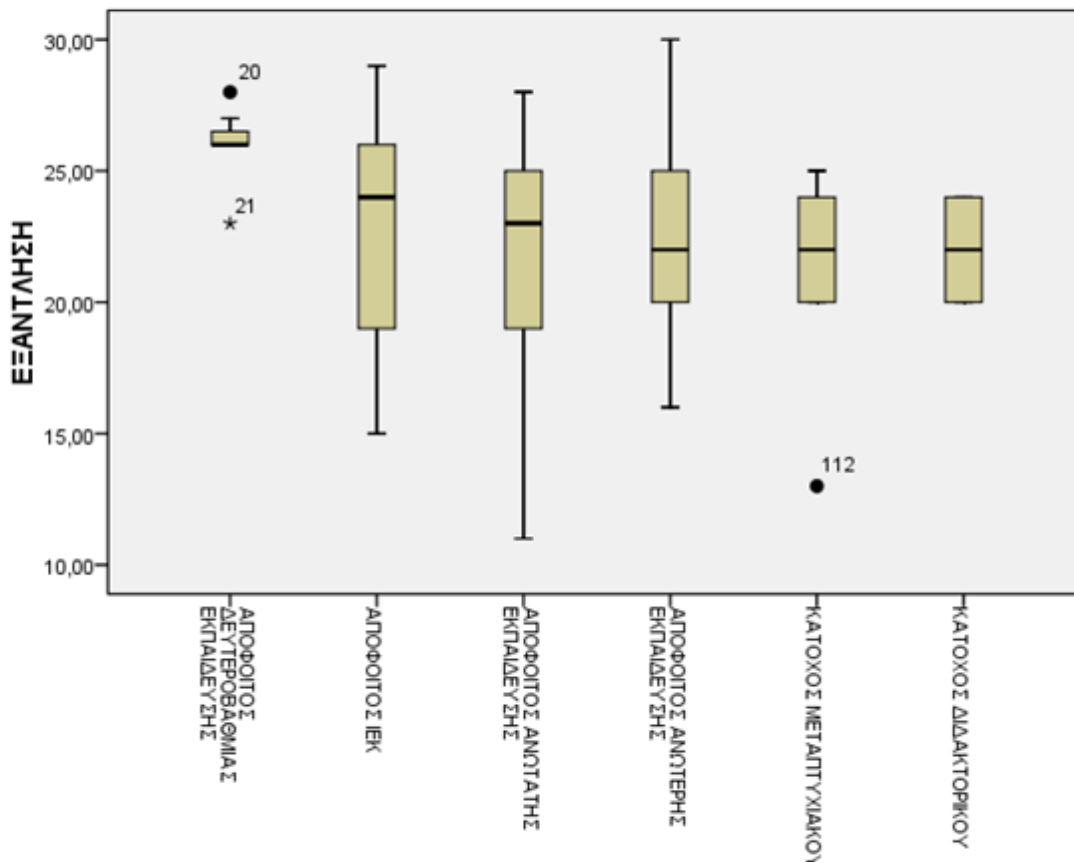
Για τον έλεγχο διαφοράς μέσων θα προχωρήσουμε στον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal Wallis και από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν διαφορές στατιστικά σημαντικές στην εξάντληση ($p=0.030 < 5\%$) και για την αποστασιοποίηση ($p= 0.324$). Τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου νιώθουν μεγαλύτερη εξάντληση.

Test Statistics^{a,b}

	ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	ΑΠΟΣΤΑΣΙΟΠΟΙ ΗΣΗ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ
Chi-Square	12,386	5,822
df	5	5
Asymp. Sig.	,030	,324

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



Επίσης, προκύπτει θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της εξάντλησης ($r=0.355$, $p\text{-value}<5\%$) και θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της αποστασιοποίησης από την εργασία ($r=0.604$, $p\text{-value}<5\%$).

Correlations

		ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	ΑΠΟΣΤΑΣΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΗΛΙΚΙΑ
ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	Pearson Correlation	1	,604**	,355**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	136	135	136
ΑΠΟΣΤΑΣΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ	Pearson Correlation	,604**	1	,230**
	Sig. (2-tailed)	,000		,007
	N	135	135	135

ΗΛΙΚΙΑ	Pearson Correlation	,355**	,230**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,007	
	N	136	135	136

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στην συνέχεια ελέγχονται οι διαφορές σύμφωνα με τις απολαβές:

H0: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία στις απολαβές σε ευρώ.

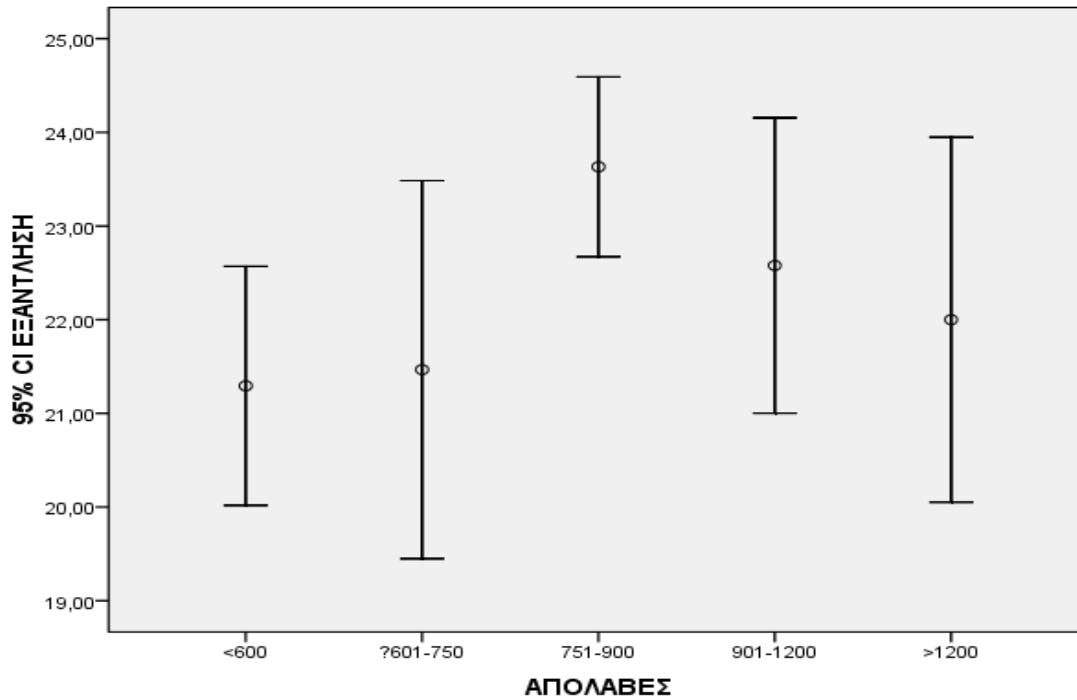
H1: υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία στις απολαβές σε ευρώ.

Προκύπτει πως υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς την εξάντληση ($p=0.031$) και την αποστασιοποίηση ($p=0.008 < 5\%$). Συγκεκριμένα στην αποστασιοποίηση από την εργασία προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατηγορία κάτω από 600€ και στην κατηγορία 751-900 € ($p=0.007$). Επίσης παρατηρείται διαφορά στην κατηγορία 651-750 και 751 έως 900 € ($p=0.007$). Τέλος παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατηγορία 751-900€ και 901-1200€ ($p=0.033$). Στην εξάντληση στην κατηγορία κάτω από 600€ και στην κατηγορία 751-900 € ($p=0.004$). Επίσης παρατηρείται διαφορά στην κατηγορία 651-750 και 751 έως 900 € ($p=0.041$).

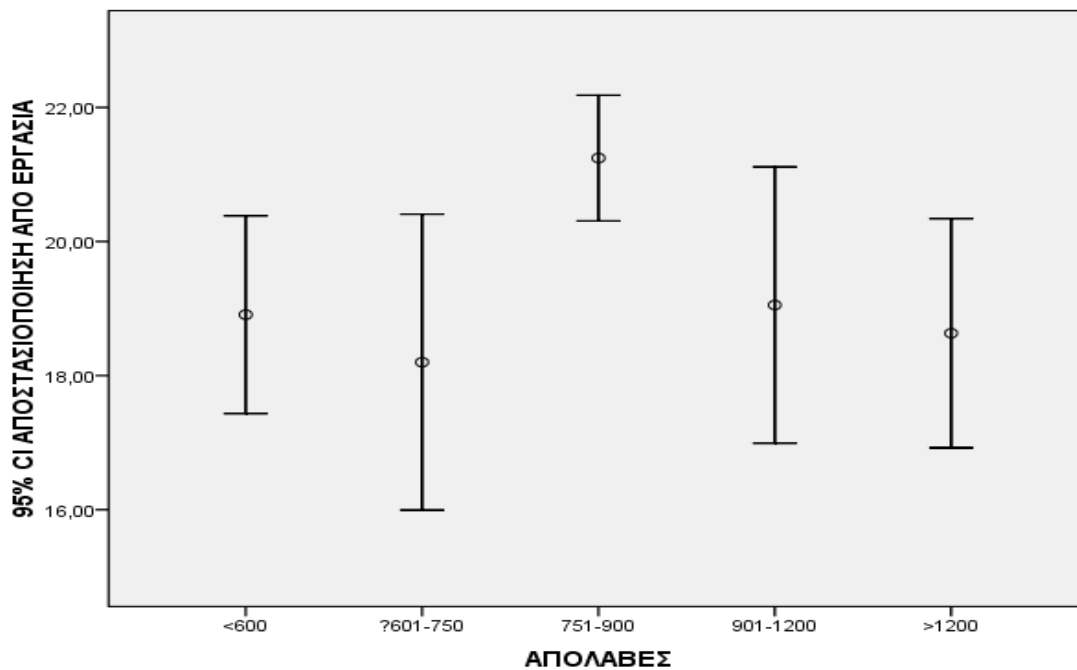
	ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	ΑΠΟΣΤΑΣΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ
Chi-Square	10,610	13,881
df	4	4
Asymp. Sig.	,031	,008

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ΑΠΟΛΑΒΕΣ



Από το παραπάνω διάγραμμα προκύπτει ότι υψηλότερη εξάντληση νιώθουν τα άτομα με εισόδημα 751-900 ευρώ, όπως παρατηρείται επίσης και για την αποστασιοποίηση.



H0: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία στα έτη προϋπηρεσίας

H1: υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία στα έτη προϋπηρεσίας.

Προκύπτει θετική συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της εξάντλησης ($r=0.604$), ενώ δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της αποστασιοποίησης από την εργασία ($r=0.143$).

Correlations

		ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	ΑΠΟΣΤΑΣΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ Σ
ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	Pearson Correlation	1	,604**	,305**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	136	135	135
ΑΠΟΣΤΑΣΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ	Pearson Correlation	,604**	1	,143
	Sig. (2-tailed)	,000		,100
	N	135	135	134
ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	Pearson Correlation	,305**	,143	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,100	
	N	135	134	135

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στην συνέχεια ελέγχονται οι διαφορές σύμφωνα με το ωράριο εργασίας:

H0: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία στο ωράριο εργασίας.

H1: υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της εξάντλησης και της αποστασιοποίησης από την εργασία στο ωράριο εργασίας.

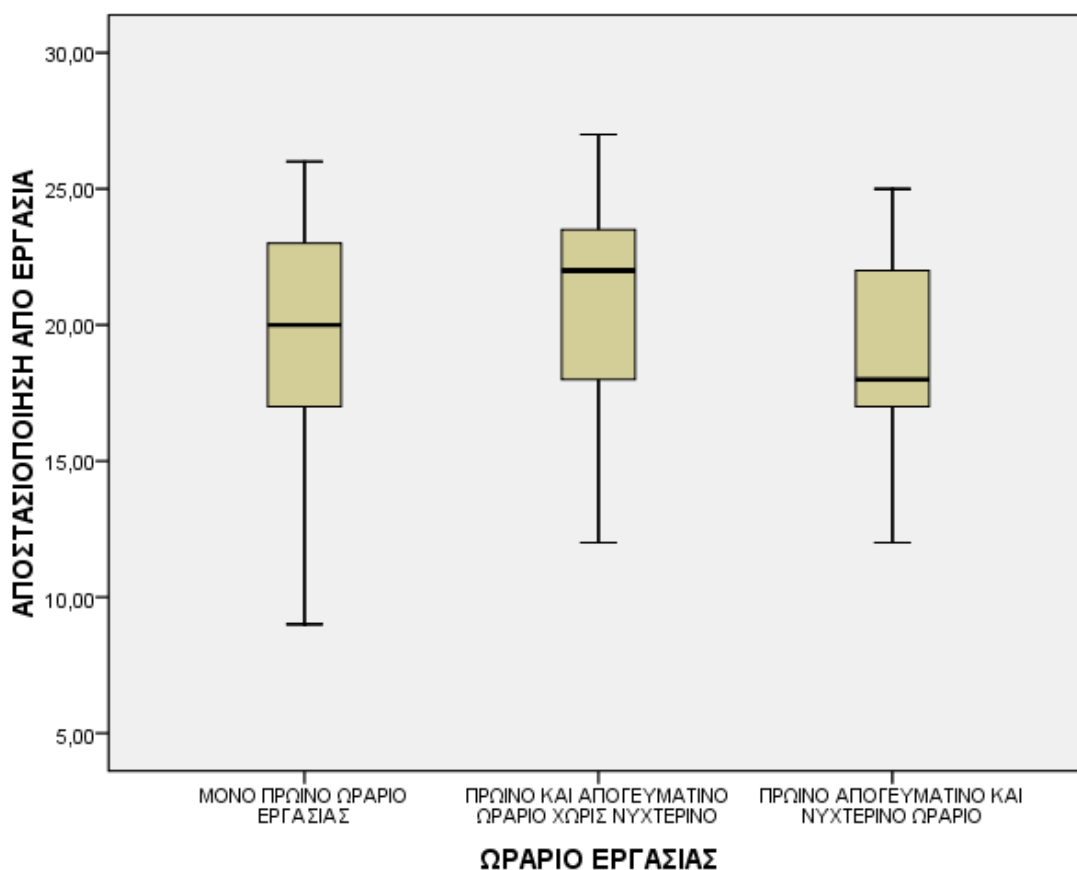
Προκύπτει πως δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς την εξάντληση ($p=0.537$) και την αποστασιοποίηση ($p=0.0571 < 10\%$).

Test Statistics^{a,b}

	ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	ΑΠΟΣΤΑΣΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ
Chi-Square	1,242	5,729
df	2	2
Asymp. Sig.	,537	,057

a. Kruskal Wallis Test

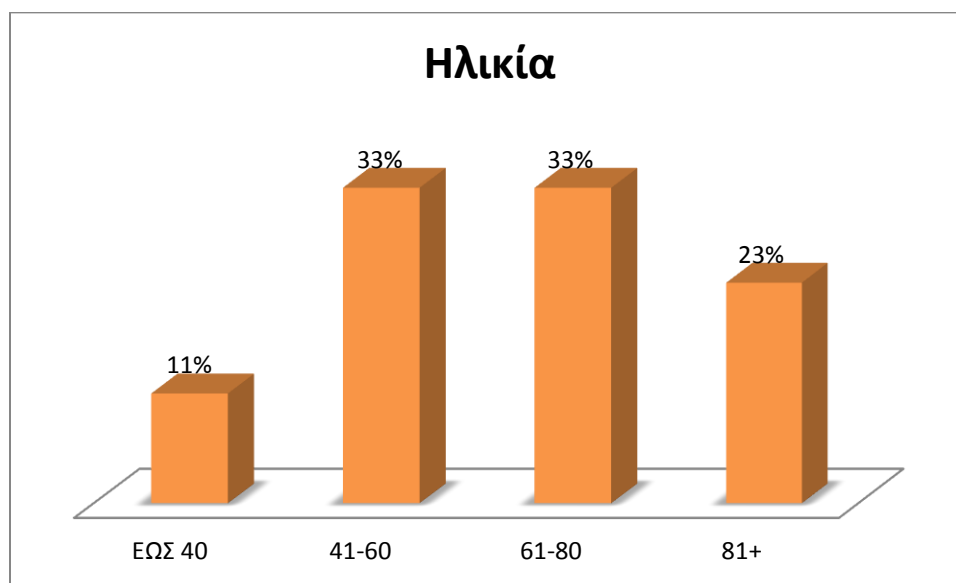
b. Grouping Variable: ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



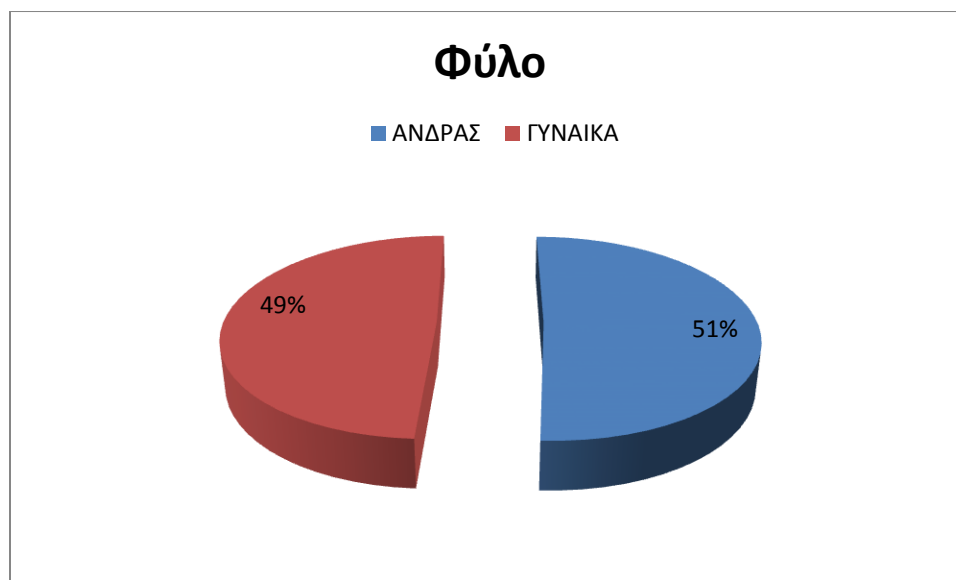
9.2 Ερωτηματολόγιο για τους ασθενείς

Στην έρευνα συμμετείχαν 60 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική. Το 51% των συμμετεχόντων είναι άντρες και η πλειοψηφία είναι ηλικίας 41-60 ετών και 61-80 ετών.

Διάγραμμα 9: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με την ηλικία των ασθενών

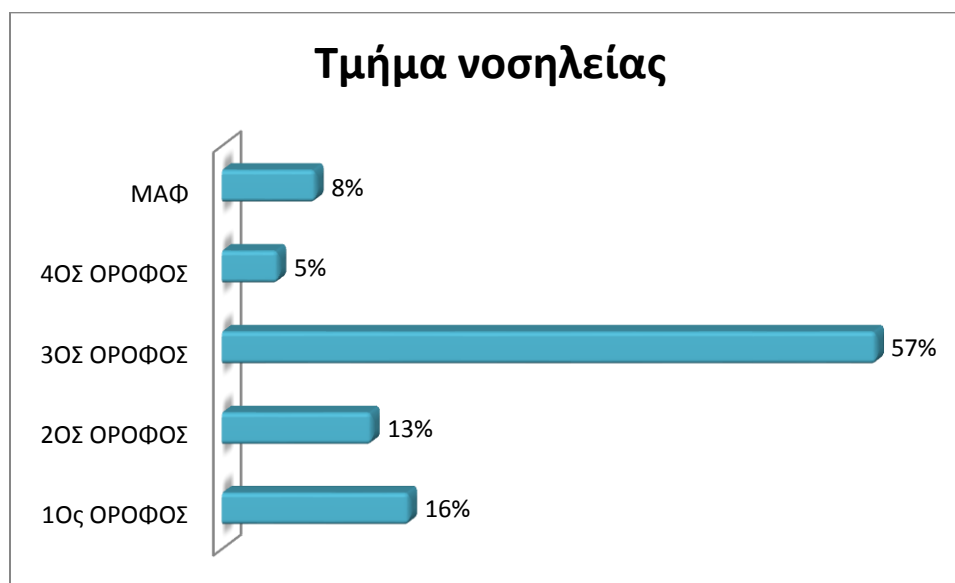


Διάγραμμα 10: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το φύλο



Οι περισσότεροι διαμένουν στον 3^ο όροφο σε ποσοστό 57% και ακολουθούν όσοι διαμένουν στον 1^ο και 2^ο όροφο σε ποσοστό 16% και 3% αντίστοιχα.

Διάγραμμα 11: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το τμήμα νοσηλείας



Διάγραμμα 12: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το χρόνο νοσηλείας



Το 31% επέλεξαν την κλινική «Παναγία Οδηγήτρια» επειδή είναι γνωστή στον Πειραιά, το 3% την επέλεξε επειδή νοσηλεύτηκαν κάποια άλλη φορά, το 39% την επέλεξαν από σύσταση

ιατρού, το 3% την επέλεξαν από σύσταση συγγενή φίλου, το 13% λόγω σύμβασης με ασφαλιστικά ταμεία και το 10% λόγω του οικονομικού κόστους.

Διάγραμμα 13: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής



Σχετικά με τις απόψεις των ερωτηθέντων είναι όλοι ευχαριστημένοι από τις διαδικασίες εισαγωγής, το 5% θεωρούν πως οι υπηρεσίες διαδικασίας εξιτηρίου είναι πολύ κακές, το 2% θεωρούν κακές τα υπηρεσίες των ασθενοφόρων και το 48% απαντούν πως δεν γνωρίζουν.

Πίνακας 5

	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	κακή	Πολύ κακή	Δεν γνωρίζω
Διαδικασίες εισαγωγής	29,5%	67,2%	3,3%			
Διαδικασίες εξιτηρίου	14,8%	37,7%	41%	1,6%	4,9%	
Ασθενοφόρα	3,3%	24,6%	23%	1,6%		47,5%

Όσον αφορά την αξιολόγηση διαφορετικών τμημάτων του νοσοκομείου προκύπτει πως η πλειοψηφία είναι ευχαριστημένη ή πολύ ευχαριστημένοι από το γραφείο κίνησης και τη

γραμματεία. Για το νοσηλευτικό προσωπικό ισογείου η πλειοψηφία εκφράζει πολύ καλή γνώμη σε ποσοστό 52,5%. Για το ιατρικό προσωπικό η πλειοψηφία εκφράζει πολύ καλή γνώμη σε ποσοστό 45,69%. Για το προσωπικό διανομής γευμάτων και το προσωπικό καθαριότητας η πλειοψηφία αναφέρει ότι έχει καλή άποψη σε ποσοστό 68,9% και 50,8% αντίστοιχα.

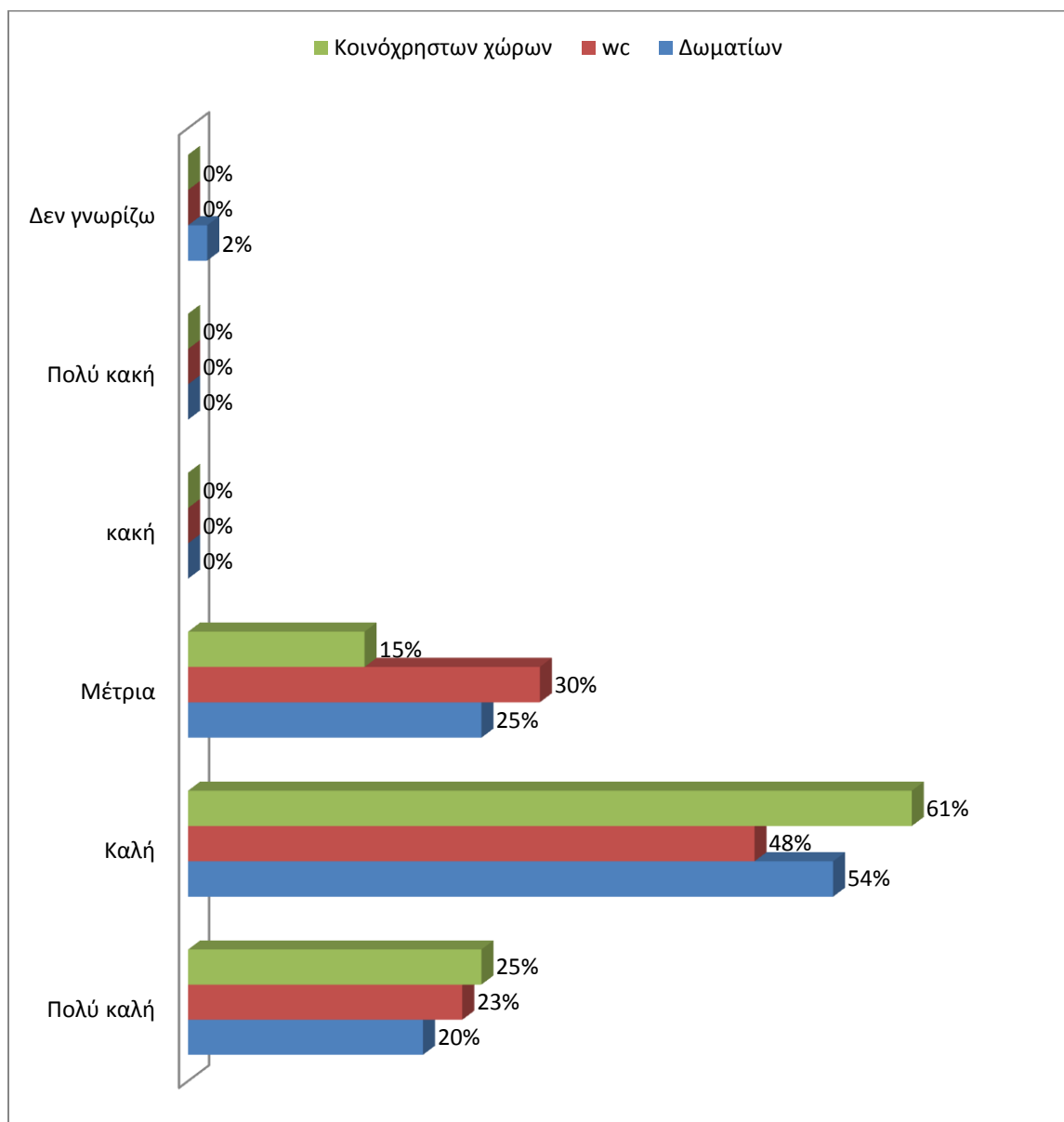
Πίνακας 6: Απόψεις για ευγένεια προθυμία ταχύτητα εξυπηρέτησης προσωπικού

	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Δεν γνωρίζω
	%	%	%	%	%	%
Γραφείο κίνησης	26,2	67,2	6,6			
Γραμματεία	23	70,5	6,6			
Νοσηλευτικό προσωπικό ισογείου	18	52,5	23	1,6	4,9	
Ιατρικό προσωπικό	26,2	45,9	26,2	1,6		
Νοσηλευτικό προσωπικό	34,4	29,5	34,4	1,6		
Πληρωμή ασθενοφόρου	1,6	18	21,3	3,3	55,7	
Προσωπικό διανομής γευμάτων	19,7	68,9	6,8	1,6		
Προσωπικό καθαριότητας	24,6	50,8	24,6			

Προκύπτει πως το 25% διατυπώνουν πολύ καλή γνώμη σχετικά με την ενημέρωση της κλινική, για το πρόβλημα του καθενός, το 39% διατυπώνουν καλή άποψη, το 34% μέτρια και μόλις το

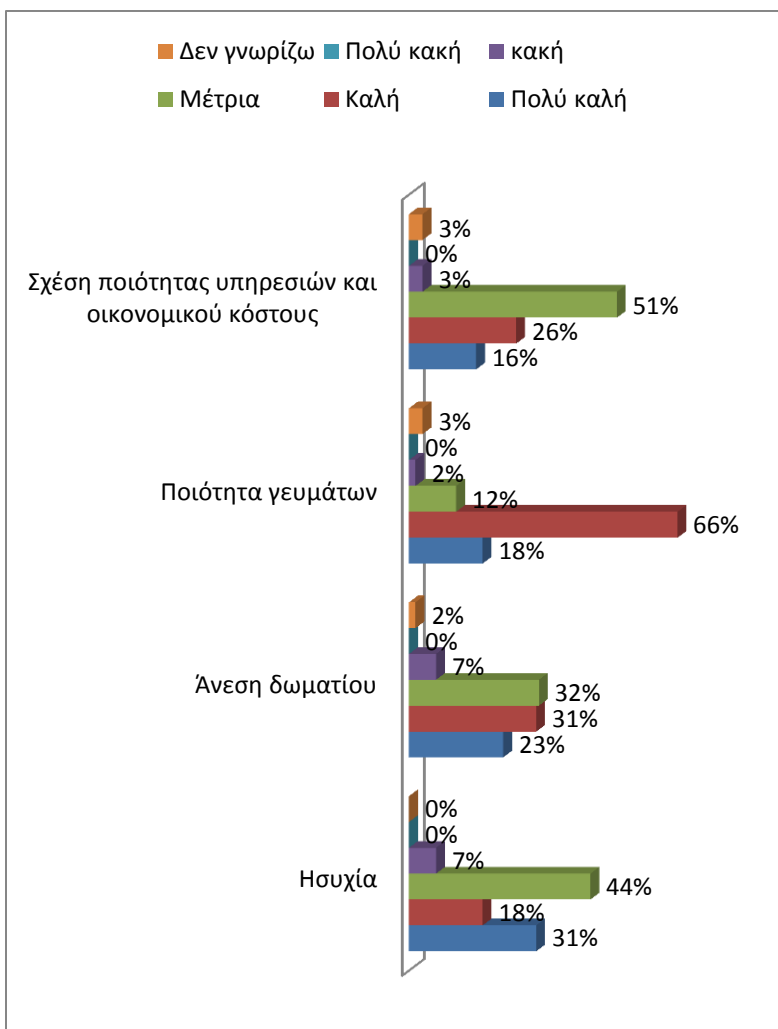
2% διατυπώνουν κακή γνώμη. Όλοι οι συμμετέχοντες είναι ικανοποιημένοι από μέτριο έως πάρα πολύ από τα δωμάτια, τα WC και τους κοινόχρηστους χώρους.

Διάγραμμα 14: Κατανομή σύμφωνα με την αξιολόγηση των υπηρεσιών



Όλοι οι συμμετέχοντες είναι ικανοποιημένοι από τη σχέση ποιότητας και κόστους, την άνεση των δωματίων, την καθαριότητα και την ησυχία. Σε ποσοστό 7% βρίσκουν κακή την ποιότητα σχετικά με την άνεση των δωματίων και την ησυχία.

Διάγραμμα 15: Απόψεις για ησυχία ανέσεις δωματίου ποιότητα γευμάτων και σχέση ποιότητας υπηρεσιών και οικονομικού κόστους



9.3 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τα επίπεδα Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό. Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τυχαία δειγματοληψία και χρησιμοποιήθηκε το «Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης OLBI. Για τη συσχέτιση της εξουθένωσης με την ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιήθηκε και δεύτερο ερωτηματολόγιο που εξετάζει την ποιότητα υπηρεσιών της κλινικής. Καταγράφηκαν επίσης τα δημογραφικά, επαγγελματικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος που βιβλιογραφικά έχουν συσχετιστεί με το σύνδρομο της Εργασιακής Εξουθένωσης (Diez Pinol et al., 2008; Foley et al., 2004; Maslach & Jackson 1986; Διλιντάς 2010). Από την αξιολόγηση των ευρημάτων προκύπτει ότι η Εργασιακή Εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κυμάνθηκε σε μεσαία επίπεδα, ενώ παρατηρείται μία ανοδική τάση στην αίσθηση έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων σε σχέση με το βαθμό της συναισθηματικής εξάντλησης και τα επίπεδα αποπροσωποποίησης.

Η αυξημένη αναλογία στο γυναικείο πληθυσμό της μελέτης μπορεί να ερμηνευθεί από την ευρύτερη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού που στην πλειοψηφία του είναι γυναίκες. Ο γυναικείος πληθυσμός είναι κατά αναλογία μεγαλύτερος του αντρικού στο νοσηλευτικό επάγγελμα εξαιτίας της φύσης του, που ταυτίζεται κοινωνικά με το ρόλο της γυναίκας (Gabbe et al., 2002).

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας που καταγράφουν μέτρια επίπεδα Burnout βρίσκονται σε αρμονία με αυτά των Νούλα κ.ά. (2010) και Πέλεχα- Αντωνιάδη (2013) που υποστηρίζουν ότι οι μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες των αστικών κέντρων έχουν μικρότερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης σε σχέση με αυτά της περιφέρειας. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, όπως, επίσης, και η δυνατότητα για επιμόρφωση και απόκτηση μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων ενισχύει την επαγγελματική ταυτότητα όπως αναφέρεται στην Μισουρίδου (2009) και Κουλιεράκη κ.ά. (2000), καλύπτει κενά επικοινωνίας, αποτρέπει συγκρούσεις που μπορεί να προκύψουν μεταξύ των συναδέλφων και συνδέονται με αυξημένα ποσοστά Burnout (Jenkins & Elliot, 2004; Kaitelidou et al., 2012; Maslach & Leiter, 2008).

Το γεγονός ότι το προσωπικό μετράει αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας, εμπειρίας και διατηρεί προσδοκίες για ανέλιξη στην ιεραρχία το προστατεύει από αυξημένα ποσοστά Εργασιακής Εξουθένωσης όπως αναφέρουν και οι Anvari et al. (2011). Η θετική εικόνα για την εργασία, η

συνειδητή επιλογή του επαγγέλματος, οι ικανοποιητικές οικονομικές απολαβές και η δυνατότητα συμμετοχής σε οικογενειακές και κοινωνικές δραστηριότητες εξαιτίας του ευέλικτου προγράμματος εργασίας λειτουργούν ως αποτρεπτικοί παράγοντες εμφάνισης του συνδρόμου. Αντίθετη εικόνα από την αναφερόμενη έχει ως αποτέλεσμα, αυξημένα επίπεδα Burnout όπως παρουσιάζονται σε διάφορες μελέτες (Antonioni, 1999; Dekker & Schaufeli, 1995; Di Matteo & Martin, 2011; Jimmieson 2000).

Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί, ότι στην παρούσα έρευνα οι εργαζόμενοι κλήθηκαν σε ανοιχτού τύπου ερώτησης του ερωτηματολογίου OLBI να αναφέρουν ελεύθερα άλλα ζητήματα και περιορισμούς που θεωρούν ότι σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση. Πολλοί, λοιπόν εργαζόμενοι ανέφεραν ως ζητήματα ότι ένιωθαν υπερφορτωμένοι από καθήκοντα και υποχρεώσεις και ότι πολλές φορές εξυπηρετούσαν καταστάσεις που δεν ανήκαν στην δικαιοδοσία τους. Επίσης συχνά ανέφεραν πως έκαναν υπερωρία για να βγάλουν εις πέρας την βάρδιά τους χωρίς να αφήσουν αρκετές εκκρεμότητες στην επόμενη βάρδια. Τέλος, αρκετοί εργαζόμενοι ανέφεραν πως δεν είναι ικανοποιημένοι από τον μισθό τους σε σχέση με τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Παρ' όλα αυτά οι εργαζόμενοι δίνουν το καλύτερο εαυτό τους ώστε να ικανοποιούν ορθά τις ανάγκες των ασθενών

Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με το νοσοκομειακό περιβάλλον και τους λοιπούς παράγοντες ποιότητας (π.χ. ποιότητα φαγητού, ευγένεια λοιπού προσωπικού), γεγονός που διαπιστώθηκε και σε έρευνα των Αλετράς και συν (2009), ενώ ελαφρώς χαμηλότερη βρέθηκε η ικανοποίηση από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και την οργάνωση και τον προγραμματισμό της νοσηλείας. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τη διαπίστωση ότι το τεχνικό και νοσοκομειακό περιβάλλον διαδραματίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών (Green & Davis, 2007; Lee et al, 2010; Wong et al, 2011). Επίσης, αρκετά υψηλή βρέθηκε συνολικά η ικανοποίηση των ασθενών από την παραμονή τους στο νοσοκομείο, εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με τις ελληνικές μελέτες των Πολύζος και συν (2005) και Χαντζοπούλου και συν (2017), οι οποίοι βρήκαν το μεγαλύτερο ποσοστό των εσωτερικών ασθενών είναι ικανοποιημένο από το νοσοκομειακό περιβάλλον και άλλες πτυχές της παρεχόμενης φροντίδας. Βέβαια, σημειώνεται ότι έχουν καταγραφεί και αντίθετες διαπιστώσεις περί χαμηλής

ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών στην Ελλάδα (Καλογεροπούλου, 2011; Σωτηροπούλου και συν, 2014).

9.4 Περιορισμοί έρευνας

Η έρευνα που διενεργήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας χαρακτηρίζεται από ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία και χρήση των ευρημάτων της. Ένας αρχικός ερευνητικός περιορισμός αφορά στο δείγμα των ασθενών και των επαγγελματιών που συμμετείχαν στη μελέτη, το οποίο αν και είναι αριθμητικά μεγάλο, περιορίζεται μόνο σε μια κλινική. Ένας ακόμη περιορισμός είναι το γεγονός ότι η έρευνα διεξήχθη σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης που ως εκ φύσεως χαρακτηρίζεται από αυξημένο φόρτο εργασίας κ έντονο στρες, πράγμα που παρεμπόδιζε τους εργαζόμενους από το να αφιερώσουν χρόνο στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ακολούθως και πολλοί ασθενείς λόγω της βεβαρυσμένης κατάστασης τους, αδυνατούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

9.5 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Δεδομένου ότι η ικανοποίηση των ασθενών κι η εξάντληση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί αδιαμφισβήτητα έναν δείκτη της ποιότητας φροντίδας και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, περισσότερες έρευνες απαιτούνται σε αυτό το πεδίο, με απώτερο στόχο τη συστηματικότερη εκτίμηση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Επιπλέον, η μελλοντική έρευνα στην Ελλάδα θα πρέπει να μελετήσει την ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιώντας μεγαλύτερα δείγματα νοσηλευομένων σε περισσότερα νοσοκομεία. Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον καταγράφεται και σε ότι αφορά τυχόν διαφοροποιήσεις στους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών, αλλά και αναφορικά με τα επίπεδα ικανοποίησης σε διαφορετικά καθεστώτα αποζημίωσης των νοσοκομείων (π.χ. ημερήσιο νοσήλιο, ΚΕΝ). Επίσης, οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να μελετήσουν τις συσχετίσεις της ικανοποίησης με τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών (π.χ. αντιληπτή κατάσταση υγείας, θεραπευτική συμμόρφωση) και τα κλινικά αποτελέσματα των νοσοκομείων (π.χ. δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις).

9.6 Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας επιβεβαίωσαν την παρουσία του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στις ελληνικές μονάδες υγείας και ανέδειξαν τη συσχέτιση των διαστάσεων της με τα έτη προϋπηρεσίας και το μηνιαίο εισόδημα. Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για την πλήρη κατανόηση του φαινομένου καθώς είναι πολύ μεγάλος ο αριθμός των παραγόντων που συμμετέχουν στην εκδήλωσή του. Υπάρχουν ενδείξεις για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην εμφάνιση του φαινομένου η οποία επίσης χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση σε μελλοντικές μελέτες. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πλήθος μελετών με θέμα την ανεύρεση στρατηγικών αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν σε ατομικό και διοικητικό επίπεδο. Πρωταρχικό στόχο αποτελεί η πρόληψη του φαινομένου και μετά η αντιμετώπιση.

Σύμφωνα με τους Lazarus and Folkman (1984), αντιμετώπιση προσδιορίζεται ως το σύνολο των μεταβαλλόμενων γνωστικών και συμπεριφορικών προσπαθειών που αναπτύσσονται για τη διαχείριση των εξωτερικών ή εσωτερικών από την εργασία απαιτήσεων, οι οποίες κρίνονται ότι υπερβαίνουν τις δυνατότητες του ατόμου σε προσωπικό επίπεδο. Επομένως οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν ως επίκεντρο τον ίδιο τον εργαζόμενο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Κάθε επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να μπορεί να αναγνωρίζει έγκαιρα τα συμπτώματα και τις ενδείξεις και να ζητά άμεσα τη βοήθεια ειδικών. Από την πλευρά της διοίκησης επιβάλλονται παρεμβάσεις και αλλαγές καθώς το κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο σε οικονομικούς όρους αλλά και όρους ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να αποδειχθεί τεράστιο αν ληφθούν υπόψη οι μακροχρόνιες συνέπειές του. Οι διοικήσεις των μονάδων θα πρέπει να συμβουλευτούν εξωτερικούς ειδικούς σε θέματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού και ίσως να οργανώσουν τμήματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού ώστε να εδραιωθεί το κατάλληλο εργασιακό κλίμα.

Βιβλιογραφία

Διεθνής

Beehr TA, Newman JE. (1978) Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model and literature review. *Personnel Psychology*, 31, 665-699.

Bradley HB. (1969) Community – based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15, 359 – 370.

Burke RJ. (1994) Stressful events, work-family conflict, coping, psychological burnout, and well-being among police officers. *Psychological Reports*, 75, 787– 800.

Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. (2001) Burnout among American surgeons. *Surgery*;130(4):696-705.

Carlson HM, Fellows MA, Maslach C. (1989) Unemployment in Ireland: A review of psychological research. *The Irish Journal of Psychology*, 10, 394-410.

Cary Cherniss. (1980) *Staff burnout: job stress in the human services*, University of Michigan. Sage Publications.

Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. (2004) Burnout among French general practitioners. *Presse Med.*; 18:1569-74.

Chiridoga DA, Bailey J. (1986) Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: a comparative study. *Critical Care Quarterly*; 9(3): 84-92

Cooper CL, Robertson IT, Arnold J. (1991) *Work psychology: understanding human behaviour in the workplace*. University of Michigan. Cozens JF, Payne R. (1999) Stress in health professionals. *Stress Medicine* Volume 16, Issue 5, pages 327–329.

Cronin-Stubbs D, Rooks CA. (1985) The stress, social support, and burnout of critical care nurses: the results of research. *Heart Lung*. Jan;14(1):31-9.

Czaja AS, Moss M, Mealer M. (2012) Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Pediatric Acute Care Nurses. *J Pediatr Nurs* 27: 357–365.

Edelwich J, Brodsky A. (1980) *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.

Elzion D, Pines AM. (1986) Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17, 191-209.

Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, Papazian L. (2007) High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. Apr 1;175(7):686-92. Epub 2007 Jan 18.

Enders F, West C, Dyrbye L, Shanafelt TD, Satele D, Sloan J. (2015) Burnout and Quality of Life among Healthcare Research. *Faculty Research Management Review*, v20 n2 p92-104.

Fagin R. (1996) Combining fuzzy information from multiple systems. In proceedings of the 15th ACM Symposium on Principles of Database systems (PODS 1996), Montreal, Canada, June 3 – 5, 1996, pages 216 – 226. ACM Press.

Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. (1998) Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess*. ;2(14):i-iv, 1-74.

Fletcher BC. (1988) *The epidemiology of occupational stress. Causes, coping, and consequences of stress at work.*(pp. 3-52). Chichester, U.K.: Wiley
Freudenberger HJ, Richelson G. (1980) *Burnout: The- cost of& achievement*. Garden City, NY: Doubleday

Gabassi PG, Cervai S, Rozbowski P, Semeraro A, Gregori D. (2002) Burnout syndrome in the helping professions. *Psychol Rep*. Feb;90(1):309-14.

Galvan ME, Vassallo JC, Rodriquez SP, Otero P, Montonati MM, Cardigni G, et al. (2012) Physician's burnout in pediatric intensive care units from Argentina. *Arch Argent Pediatr* 110: 466–473.

Garden AM. (1989) Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223 – 234.

Garland A, Roberts D, Graff L. (2012) Twenty-four-hour intensivist presence: A pilot study of effects on intensive care unit patients, families, doctors, and nurses. *Am J Respir Crit Care Med.* ;185:738–43.

Greenglass E, Julkunen J. (1991) Cook-Medley hostility, anger, and the Type A behavior pattern in Finland. *Psychological Reports*, 68, 1059-1066.

Guntupalli KK, Fromm RE Jr. (1996) Burnout in the internist - intensivist. *Intensive Care Med.* Jul;22(7):625-30.

Hannigan B, Edwards D, Coyle D, Fothergill A, Burnard P. (2000) Burnout in Community Mental Health Nurses: Findings From the All-Wales Stress Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(2): 127 -134.

Hendrix WH, Steel RP, Leap TL, Summers TP. (1991) Development of a stress – related health promotion model: antecedents and organizational effectiveness outcomes. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 141 – 62.

Herbert Freudenberger. (1974) Staff Burn-Out. In: *Journal of Social Issues*. Jg. 30, Nr. 1,S. 159–165. Kahill S. (1988) Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284 – 297.

Landsbergis PA. (1988) Occupational stress among health care workers: A test of the job demands - control model. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 217±239.

Maslach C. (1976) “Burned-out”, *Human Behavior*, Vol. 9, pp. 16-22 Maslach C. (1982) Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. *Job stress and burnout* (pp. 29-40). Beverly Hills, CA: Sage.

Maslach C, Jackson SE. (1984) Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *Journal of Health and Human Resources Administration*.

Maslach C, Jackson SE. (1985) The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851. Maslach C, &

Jackson SE. (1986) Maslach Burnout Inventory: Second Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach C, Schaufeli WB, & Leiter MP. (2001) Job burnout. *Annual Review of Psychology* (Vol. 52, 397-422).

McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. (1993) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. Mar;31(3):247-63.

Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. (1999) Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 591-598.

Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, de Haan RJ, Boeschoten EW, Krediet RT. (1999) Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of The Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis (NECOSAD). *Nephrol Dial Transplant*. May;14(5):1163-70.

Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. (1999) Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group. *Nephrol Dial Transplant*. Jun;14(6):1503-10.

Ogus D, Greenglass E, Burke RJ. (1990) Gender role differences, work stress and depersonalization. *Journal of Social behavior and Personality*, 5, 387-398.

Pfenning B, Hüscher, M. (1994) Determinants and correlates of the burnout syndrome: A meta-analytic approach. Berlin: Freie Universität Berlin, Psychologisches Institut. Pines A. (1993) Burnout: An existential perspective. *Professional burnout* (pp. 33-52). Washington, DC: Taylor & Francis.

Pines A, Aronson E, Kafry D. (1981) *Burnout: From tedium to personal growth*. The Free Press, New York.

Pines A, Kafry D. (1978) Occupational tedium in the social services. *Social work*, 23 (6), 499 – 507.

- Pines A, Maslach C. (1978) Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. *Hospital & Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Potter B. (1995) *Finding a path with a heart: How to go from burnout to bliss*. Berkley, CA: Ronin Publishing.
- Potter B. (1998) *Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work*, Ronin Publishing.
- Proffit P. (1982) Burnout - the cost of involvement, of being human in the helping professions. in: *Research—a base for the future, Proceedings of the International Conference*.
- Pruessner JC, Hellhammer DH, Kirschbaum C. (1999) Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosom Med*. Mar-Apr;61(2):197-204.
- Schaufeli W, Buunk BP. (2003) Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *Handbook of work and health psychology* (pp. 383 – 425). Chichester7 Wiley.
- Schaufeli W, Enzmann D. (1998) *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Skitka LJ, Maslach C. (1996) Gender as schematic category: A role construct approach. *Social Behavior and Personality*, 24, 53-74.
- Stewart AL, Ware JE. (1992) *In Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC: Duke University Press.
- Sutherland V, Cooper CL. (1990) *Understanding stress a psychological perspective for health professionals*. London: Chapman and Hall Publishing.
- Tarlov AR, Ware JE Jr, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. (1989) The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*. Aug 18;262(7):925-30.
- Vachon MLS. (1987) *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. New York: Hemisphere Publ. Co.

Van Mol MC, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. (2015) The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLoS One.; 10(8)

Ware JE. (1993) SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.

Ware JE, Kosinski M. (2001) SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Manual for Users of Version 1, Second Edition. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. Jun;30(6):473-83.

Wight JP, Edwards L, Brazier J, Walters S, Payne JN, Brown CB. (1998) The SF36 as an outcome measure of services for end stage renal failure. Qual Health Care. Dec;7(4):209-21.

Wolpin J. (1986) Psychological burnout among Canadian teachers: a longitudinal study. Doctoral dissertation, York University, Toronto.

Ελληνική

Αδαλή Ε, και συν. (2002) Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική, 41(1): 105 – 114.

Αναγνωστόπουλος Φ, Παπαδάτου Δ. (1992) Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. Ψυχολογικά Θέματα, 5:183–202.

Αναγνωστόπουλος Φ, Παπαδάτου Δ. (1999) Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 3η έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Antoniou AS, Antonodimitrakis P. (2001) Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli.

Γαλανάκης Μ, Μωραΐτου Μ, Σταλίκας Α, Garivaldis J. (2009) Παραγοντικές Δομές ψυχομετρικών ιδιοτήτων της Maslach Burnout Inventory 79 (MBI), στην ελληνική γλώσσα, Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ψυχολογίας, σελ.:52- 70.

Δημητρόπουλος Χ, Φιλίππου Ν. (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο υγείας. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 25,(5), σελ.: 642-647.

Διλιντάς Α. (2010) Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27,(3), σελ.: 498-508.

Διομήδους Μ, Ζήκος Δ, Λιάσκος Ι, Ρουμेलιώτη Ι, Φωκά Α, Πιστόλης Ι. (2009) «Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας», Νοσηλευτική, 48, (2), σελ.:190-199.

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (2001) Συστήματα Υγείας. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2001.
Θεοφίλου Π. (2009) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας, Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας, σελ.: 41-50.

Κανδρή Θ, Καλέμη Γ, Μόσχος Ν. (2004) Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρο- νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. Νοσηλευτική,43(1):116-125

Κουτελέκος Ι, Πολυκαρδιώτη Μ. (2007) Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (burnout syndrome), Το βήμα του Ασκληπιού, (1),σελ.:1.

Μαλλιάρου Μ, Μουστάκα Ε, Καραθανάση Κ, Κωσταντινίδης ΘΚ, Σαράφης Π. (2008) Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. 15ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 21-22/11/2008, Πάφος.

Μάρκου Π. (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας, τεύχ. 16, no 95, σ. 21-25.

Μισουρίδου Ε. (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη νοσηλευτική. Νοσηλευτική, 48 (4), 358-364.

Νάνου Χ, Γουρουντή Κ, Παλάσκα Ε, Μαλλίδου Α, Σαραντάκη Α. (2015) Επαγγελματική εξουθένωση μαιών που εργάζονται σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 4, Τεύχος 3.

Παράρτημα

Α) Ερωτηματολόγιο εργασιακής εξουθένωσης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της εργασιακής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας. Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο και έχει αυστηρά ερευνητικό χαρακτήρα**.

*Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις που παρατίθενται, **κυκλώνοντας** το αντίστοιχο γράμμα που θα επιλέξετε, για την απάντησή σας:*

α: Συμφωνώ απόλυτα **β:** Μάλλον συμφωνώ **γ:** Μάλλον διαφωνώ **δ:** Διαφωνώ απόλυτα

A1. Στη δουλειά μου ανακαλύπτω συνεχώς νέες, ενδιαφέρουσες πλευρές

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A2. Υπάρχουν μέρες που νιώθω κουρασμένος /-η πριν ακόμα έρθω στη δουλειά

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A3. Μου συμβαίνει όλο και συχνότερα να εκφράζομαι υποτιμητικά για τα εργασιακά μου καθήκοντα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A4. Μετά τη δουλειά μου χρειάζομαι συχνά περισσότερες ώρες ξεκούρασης απ' ότι παλιότερα για να έρθω σε φόρμα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A5. Η πίεση από τη δουλειά μου είναι αρκετά υποφερτή

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A6. Τον τελευταίο καιρό έχω την τάση να σκέφτομαι λιγότερο στη δουλειά μου και να τη διεκπεραιώνω σχεδόν μηχανικά

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A7. Στη δουλειά μου αντιμετωπίζω πολλές προκλήσεις

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A8. Έχω όλο και συχνότερα την αίσθηση ότι η δουλειά μου με εξαντλεί συναισθηματικά

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A9. Με την πάροδο του χρόνου χάνει κανείς το αρχικό ενδιαφέρον για τη δουλειά του

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A10. Μετά τη δουλειά έχω γενικά διάθεση να ασχοληθώ με τις άλλες μου δραστηριότητες

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A11. Μερικές φορές αισθάνομαι απόλυτη απέχθεια για τα εργασιακά μου καθήκοντα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A12. Μετά τη δουλειά μου αισθάνομαι γενικά εξουθενωμένος /-η και εξαντλημένος /-η

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A13. Η δουλειά μου εκπληρώνει τις επαγγελματικές μου προσδοκίες

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A14. Συνήθως, μπορώ να καταφέρω τον φόρτο εργασίας μου

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A15. Με την πάροδο του χρόνου αισθάνομαι όλο και περισσότερο δεσμευμένος /η με την εργασία μου

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

A16. Όταν εργάζομαι, αισθάνομαι συνήθως γεμάτος /η ενέργεια

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α	β	γ	δ

B. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

B1. Φύλλο: Άνδρας Γυναίκα

B2. Ηλικία

B3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η Έγγαμος/η Διεζευγμένος/η Χήρος/α Συμβίωση
άλλο.....

B4. Αριθμός παιδιών

B5. Επίπεδο εκπαίδευσης:

- Καμία εκπαίδευση
- Απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό)
- Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο)
- Απόφοιτος ΙΕΚ, Επαγγελματικής Σχολής κ.λπ.
- Απόφοιτος ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ)
- Απόφοιτος ανώτερης εκπαίδευσης (ΤΕΙ)
- Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου

Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

B6. Κατηγορία προσωπικού:

Ιατρικό προσωπικό

Νοσηλευτικό προσωπικό

Λοιποί επαγγελματίες υγείας (Φυσικοθεραπευτές, Ακτινολόγοι, κλπ)

Κοινωνικοί επιστήμονες (Κοινωνιολόγοι, Ψυχολόγοι κλπ)

Διοικητικό προσωπικό

Άλλη:.....

B7. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;

B8. Χρόνια προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη θέση;

B9. Απολαβές (σε €): ≤ 600 601-750 751-900 901-1200 ≥1201

B10. Τι σας οδήγησε στο επάγγελμα;

α. Η επιθυμία μου να βοηθάω ανθρώπους

β. Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση.

γ. Οι επιρροές που δέχτηκα για το περιβάλλον μου

δ. Τυχαία βρέθηκα στο επάγγελμα αυτό

ε. Άλλο, παρακαλώ διευκρινίστε:.....

B11. Ωράριο εργασίας :

α) Μόνο πρωινό ωράριο εργασίας

β) Πρωινό και Απογευματινό ωράριο χωρίς νυχτερινό
Πόσες απογευματινές βάρδιες μηνιαίως κατά μ.ο.;

- γ) Πρωινό, Απογευματινό και Νυχτερινό ωράριο
Πόσες απογευματινές βάρδιες μηνιαίως κατά μ.ο.;
- Πόσες νυχτερινές βάρδιες μηνιαίως κατά μ.ο.;

B12. Με πόσους ασθενείς ασχολείστε καθημερινά;

- 0-5 6-10 11 και άνω

B13. Σημειώστε τις σωματικές επιπτώσεις που έχετε παρατηρήσει και πιστεύετε ότι συνδέονται με την εργασία σας: (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση)

- Κόπωση
- Διαταραχές ύπνου
- Μυοσκελετικά προβλήματα
- Κεφαλαλγίες
- Αλλεργικά – Δερματολογικά προβλήματα
- Γαστρεντερικές διαταραχές
- Διαταραχές όρασης (π.χ. λόγω monitors)
- Διαταραχές ακοής
- Καρδιολογικά ενοχλήματα
- Λοιμώξεις
- Αγγειακά προβλήματα λόγω ορθοστασίας (Κιρσοί, Φλεβίτιδα, Οιδήματα)
- Ψυχοσεξουαλικές δυσλειτουργίες
- Αύξηση ή μείωση βάρους
- Άλλο.....

B14. Έχετε συμπληρώσει κατά το παρελθόν ερωτηματολόγιο ικανοποίησης εργαζομένων;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

B15.Αναφέρετε ελεύθερα άλλα ζητήματα – προβληματισμούς σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο εργασίας.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Β) Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης υπηρεσιών κλινικής



ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΟΔΗΓΗΤΡΙΑ
ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΣΕΙΣ ΘΑ ΜΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕΤΕ ΝΑ ΓΙΝΟΥΜΕ ΚΑΛΥΤΕΡΟΙ!

Η κλινική μας προσπαθεί συνεχώς να βελτιώνεται, με στόχο την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτησή σας. Για το λόγο αυτό, ζητούμε τη βοήθειά σας, αφιερώνοντας λίγο από το χρόνο σας, για να μας πείτε τη γνώμη σας.

Παρακαλούμε σημειώσατε με την απάντηση που σας εκφράζει:

• Με βάση ποια κριτήρια, επιλέξατε την Κλινική «Παναγία η Οδηγήτρια»;

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Είναι γνωστή στον Πειραιά | <input type="checkbox"/> Προηγούμενη νοσηλεία |
| <input type="checkbox"/> Σύσταση ιατρού | <input type="checkbox"/> Σύσταση συγγενούς/φίλου |
| <input type="checkbox"/> Σύμβαση με ασφαλιστικά ταμεία | <input type="checkbox"/> Οικονομικό κόστος |
| <input type="checkbox"/> Άλλο..... | |

• Ποια είναι η γνώμη σας για τις υπηρεσίες της κλινικής στους παρακάτω τομείς;

Διαδικασίες	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Δεν γνωρίζω
Διαδικασίες εισαγωγής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαδικασίες εξιτηρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ασθενοφόρο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ευγένεια, προθυμία, ταχύτητα εξυπηρέτησης του προσωπικού:	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Δεν γνωρίζω
Γραφείο κίνησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γραμματεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηλευτικό προσωπικό ισογείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ιατρικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πλήρωμα ασθενοφόρου (εάν ζητήσατε την υπηρεσία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προσωπικό διανομής γευμάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προσωπικό καθαριότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εκδ.2/1.11.2015

Παρακαλούμε γυρίστε ασπίδα



Ιατρικό Προσωπικό	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Δεν γνωρίζω
Επαρκής ενημέρωση για το πρόβλημα σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Καθαριότητα κλινικής	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Δεν γνωρίζω
Δωματίων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κοινόχρηστων χώρων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γενικά	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Δεν γνωρίζω
Ησυχία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άνεση δωματίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποιότητα Γευμάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σχέση ποιότητας υπηρεσιών και οικονομικού κόστους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Άλλες προτάσεις ή παράπονα:

.....

.....

.....

ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία ασθενούς	- 40 <input type="checkbox"/>	41-60 <input type="checkbox"/>	61-80 <input type="checkbox"/>	81+ <input type="checkbox"/>		
Φύλο ασθενούς	Α <input type="checkbox"/>	Θ <input type="checkbox"/>				
Τμήμα νοσηλείας	1ος ορ. <input type="checkbox"/>	2ος ορ. <input type="checkbox"/>	3ος ορ. <input type="checkbox"/>	4ος ορ. <input type="checkbox"/>	ΜΕΘ <input type="checkbox"/>	ΜΑΦ <input type="checkbox"/>
Χρόνος νοσηλείας σε ημέρες	1-3 <input type="checkbox"/>	4-10 <input type="checkbox"/>	11-20 <input type="checkbox"/>	21+ <input type="checkbox"/>		

Το έντυπο συμπληρώθηκε από: Ασθενή Συγγενή Άλλο συνοδό

Ημ/νία συμπλήρωσης του εντύπου: / /

! Μετά την συμπλήρωση του εντύπου, παρακαλούμε τοποθετήστε το στο ειδικό κουτί που βρίσκεται δίπλα από την είσοδο. !

Ευχαριστούμε για το χρόνο που μας διαθέσατε.