

Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επαγγελματική εξουθένωση στο
νοσηλευτικό προσωπικό**



Επιβλέπων Καθηγητής

Καλιανέζος Παναγιώτης

Φοιτητές

Παπακωνσταντίνου Κωνσταντίνα (ΑΜ: 8881)

Παναγοπούλου Μαρίνα (ΑΜ: 8724)

Φλουρέντζος Κυριάκος (ΑΜ: 8807)

ΠΑΤΡΑ 2016

Αντί προλόγου

*Η μέρα της έλλειψης προσωπικού
Της έλλειψης σεβασμού προς το Νοσηλευτικό έργο
Μια μέρα που μας θυμίζει,
πως καμιά μέρα δεν πέρασε που δεν δούλεψε ένας νοσηλευτής
Που πρέπει να μπορούν
Να ξέρουν τα πάντα
Να μην απαιτούν
Να μη θέλουν
Να είναι εκεί
Εκεί, για όλους
Με ένα χαμόγελο
Με μια καλή κουβέντα
Με μια αγκαλιά
Που την αξίζει ο κάθε ασθενής
Αλλά, το σύστημα
Η πολλή δουλειά
Και ο τρόπος
Φταίει που είναι σαν να είναι πόλεμος
Και είναι τόσο κρίμα που κάτι πρέπει να φταίει
Που κανείς δεν μας θυμάται
Που δεν σκέφτηκε κανείς, τι θα κάναμε χωρίς αυτούς;
Που πίσω από τις λευκές ποδιές κρύβεται απογοήτευση
Και ίσως να μην κατάλαβε κανείς, κρύβεται καλά
Γιατί μπορεί να γίναμε άχρωμοι αλλά ακόμα προσπαθούμε
Κουρδισμένοι σαν ρομπότ
Στον βωμό της κρίσης, δεν θυσιάζουμε την δουλειά μας
Θυσιάζουμε την ζωή μας
Σώζουμε ζωές, θυσιάζοντας την δική μας
Και έρχεται μια γιαγιά, ένας πάππους και σου λέει, την ευχή μου παιδί μου
Και αντί να κρατήσεις την ευχή
Την μοιράζεις στους ασθενείς
Και εύχεσαι να πιάσει*

Χρονοπούλου, 2015

Περίληψη

Εισαγωγή: Το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχει αποκτήσει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τους Maslach και Jackson (1981), η επαγγελματική εξουθένωση αντιμετωπίζεται ως σύνδρομο που αποτελείται από τρεις συνιστώσες: την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Η Νοσηλευτική πλήττεται σε μεγάλο βαθμό από την επαγγελματική εξουθένωση με σοβαρές επιπτώσεις στους νοσηλευτές και στον οργανισμό, αλλά και στην ποιότητα της φροντίδας.

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και των παραγόντων που επιδρούν προστατευτικά ή επιβαρυντικά στην εμφάνισή της. Επιχειρήθηκε η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς και προσωπικούς παράγοντες, καθώς και με συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις της εμφάνισης του συνδρόμου.

Υλικό-Μέθοδος: Η παρούσα ερευνητική εργασία είναι μη πειραματική, περιγραφική με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό, στοχεύοντας στον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και στη διερεύνηση συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 240 νοσηλευτές-μέλη ομάδων νοσηλευτών. Η συλλογή του εμπειρικού υλικού έγινε με τη συμπλήρωση ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI), συμπτώματα που αφορούν την σωματική και ψυχική υγεία καθώς και δημογραφικά-προσωπικά χαρακτηριστικά. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής και με τη στατιστική δοκιμασία Chi Square test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το t στατιστικό τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA. Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Το 84,2% του δείγματος της μελέτης ήταν γυναίκες και το 15,8% άνδρες. Η ηλικία τους κυμάνθηκε από 20 έως 60 έτη. Το 77,1% εργάζεται στο δημόσιο τομέα και το 22,9% δραστηριοποιείται στο χώρο της ιδιωτικής υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Το νοσηλευτικό προσωπικό βίωσε υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση (MT=32,20), αυξημένη αποπροσωποποίηση (MT=12,15) και υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων (MT=33,58). Το 70,8% του δείγματος εμφάνισε αγχώδεις διαταραχές. Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας ήταν οι πόνοι στη μέση (65,8%), οι αϋπνίες (47,5%) και οι ημικρανίες (42,5%). Το φύλο αποδείχθηκε σημαντικό στη σχέση του με τις συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, ενώ η προϋπηρεσία εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων. Οι γυναίκες του δείγματος βίωναν μεγαλύτερο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, ενώ αντιθέτως βίωναν μικρότερο επίπεδο προσωπικής ολοκλήρωσης. Οι νοσηλευτές με την μεγαλύτερη προϋπηρεσία βίωναν μεγαλύτερο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης και έλλειψης προσωπικών επιτευξέων, ενώ βίωναν μικρότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης. Ο αριθμός των συμπτωμάτων και το άγχος συσχετίζονταν σημαντικά και με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Η συναισθηματική εξάντληση είναι ο μοναδικός παράγοντας που εμφανίστηκε ως σημαντικός στις τυπικές εκδηλώσεις όλων των συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Η ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης σε υψηλά επίπεδα αποτελεί ουσιαστικό δείκτη χαμηλότερης ποιότητας παροχής υπηρεσιών φροντίδας, γεγονός που συμβάλλει στη μείωση της απόδοσης της νοσηλευτικής μονάδας. Ο επαγγελματίας υγείας καλείται να επιτελέσει το δικό του ρόλο, να αλλάξει την σχέση του με την εργασία αλλά και τη συνολική στάση ζωής του, να αναγνωρίσει τις αδυναμίες και τα όριά του, προλαμβάνοντας ή αντιμετωπίζοντας εγκαίρως συμπτώματα εξουθένωσης, προκειμένου να μπορεί να προσφέρει φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη. Κρίσιμη θεωρείται και η ενεργή συμμετοχή της διοίκησης και της πολιτείας για την προστασία και προαγωγή της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού, εξασφαλίζοντας αποτελεσματικούς τρόπους χειρισμού, προκειμένου να διασφαλίζεται η ποιότητα και η ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι δυνάμεις που θα ελέγχουν και θα κατευθύνουν το σύστημα υγείας θα πρέπει να συσπειρωθούν και να υιοθετήσουν στο πλαίσιο σχεδιασμού της

γενικότερης υγειονομικής πολιτικής, τη θέσπιση και χάραξη στρατηγικής διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, η οποία μεταξύ των υπόλοιπων στόχων, να προσβλέπει στη βελτίωση ή/και αποτροπή της εμφάνισης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία έχει επιπτώσεις τόσο στα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και στην κοινωνική ευημερία του πληθυσμού γενικότερα.

Λέξεις κλειδιά: *Επαγγελματική εξουθένωση, νοσηλευτικό προσωπικό, συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.*

Abstract

Introduction: Professional burnout has acquired special interest in recent years. Health professionals belong to the group of high risk to develop burnout syndrome. According to Maslach and Jackson (1981), burnout syndrome treated as consisting of three parameters: emotional exhaustion, depersonalization and the lack of personal achievements. Nursing suffers significantly from the burnout syndrome, with major implications for nurses, organization and quality of care.

Aim: To investigate the level of burnout of nursing staff and the factors that affect, either harmfully or protectively, in burnout syndrome. aggravating or protective effect on appearance. Attempted correlation of burnout with demographic and personal factors and symptoms that are signs of the emergence of the syndrome.

Evidence-Method: This research work is not experimental, descriptive overview with character and contemporary design, aiming to test various theoretical hypotheses and to investigate specific research questions. The sample consisted of 240 nurses member from nurses groups. The collection of empirical material was filling a specially designed questionnaire, which included the Maslach Burnout Inventory (MBI), symptoms related to the physical and mental health and personal-demographic characteristics. Data analyzed using descriptive statistics and statistical Chi Square test. To compare quantitative variables between two groups used the independent sample t statistic test. To compare quantitative variables between more than two groups used the parametric analysis of variance ANOVA control. To test the existence of a linear relationship between quantitative variables was used parametric Pearson's correlation coefficient. Statistical analysis was conducted by the statistical package SPSS 22.0.

Results: 84.2% of the study sample was women and 15.8% men. Their age ranged from 20-60 years. 77.1% work in the public sector and 22.9% active in the private health sector. The results showed high level of burnout syndrome. The nurses experienced a high degree of emotional exhaustion (32.20), high depersonalization (12.15) and a high sense of achieving personal achievements (33.58). 70.8% of the sample showed anxiety disorders. The major health problems were back pain (65.8%), insomnia (47.5%) and headaches (42.5%). Gender proved important in relation to the components of emotional exhaustion and

depersonalization, and the experience showed statistically significant dimensions of emotional exhaustion and personal achievements. Women of the sample experienced higher levels of emotional exhaustion and depersonalization, whereas less experienced personal accomplishment level. Nurses with more experience were experiencing higher levels of emotional exhaustion and lack of personal accomplishment, while less experienced depersonalization level. The number of symptoms and anxiety correlated significantly with all three dimensions of burnout syndrome. Emotional exhaustion is the only factor that appeared as important to the typical events of all symptoms.

Conclusions: The presence of burnout at high levels is a key indicator of lower quality care services, which helps to reduce the performance of the nursing unit. The health professional is required to perform its own role, to change the relationship of the work and the overall attitude of, to recognize the weaknesses and limits, preventing or treating symptoms of burnout in time to be able to provide care to people in need. Considered critical and active involvement of management and the state to protect and promote the health of the nursing staff, ensuring effective ways of handling to ensure the quality and safety of service. The forces will control and steer the health system will need to come together and adopt within the design of the overall health policy, establishing and defining HR strategy, which among other objectives, to aspire to improve and/or prevention the emergence of the phenomenon of burnout, which affects both the health service levels and social welfare of the population in general.

Key words: *Burnout syndrome, nursing staff, emotional exhaustion, depersonalization, lack of personal accomplishment.*

Περιεχόμενα

Περίληψη	iv
Abstract.....	vii
Περιεχόμενα.....	ix
Κατάλογος Πινάκων	xii
Εισαγωγή	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
Κεφάλαιο 1 - Βιβλιογραφική επισκόπηση	8
1.1. Εννοιολογική προσέγγιση	8
1.2. Ιστορική αναδρομή	12
1.3. Θεωρητικά μοντέλα	16
1.3.1. Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)	16
1.3.2. Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980).....	18
1.3.3. Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980).....	20
1.3.4. Το μοντέλο της Pines (1988)	21
1.3.5. Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek (The demand-control model).....	22
1.3.6. Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής ERI (The effort-reward imbalance model).....	23
1.3.7. Το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων πόρων JD (The Job Demands-Resources Model).....	24
1.3.8. Το μοντέλο των Shirom & Melamed (2003)	24
1.3.9. Το μοντέλο της Κοπεγχάγης (2005)	25
1.4. Κλίμακες μέτρησης.....	27
1.4.1. Κλίμακα της Maslach (The Maslach Burnout Inventory – MBI).....	27
1.4.2. Κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout Inventory – BI).....	28
1.4.3. Κλίμακα προσωπικού (Stuff Burnout Scale – SBS)	29
1.4.4. Κλίμακα Oldenburg (Oldenburg Burnout Inventory – OLBI).....	29
1.4.5. Κλίμακα της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory – CBI)	30
1.4.6. Το ψυχοκοινωνικό ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II).....	30

Κεφάλαιο 2 - Επαγγελματική εξουθένωση	31
2.1. Αιτιολογικοί παράγοντες.....	31
2.2. Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης	37
2.3. Ενδείξεις και Συμπτώματα	39
2.4. Πρόληψη και Αντιμετώπιση	43
2.4.1. Παράγοντες αντίστασης στην επαγγελματική εξουθένωση.....	45
2.4.2. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο	47
2.4.3. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο	50
Κεφάλαιο 3 - Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών	53
3.1. Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης	53
3.2. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό	55
3.3. Μελέτες για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στην Ελλάδα.....	63
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
Κεφάλαιο 4 - Υλικό και μέθοδος της έρευνας	71
4.1. Σκοπός και στόχοι.....	71
4.2. Ερευνητικά ερωτήματα	72
4.3. Σχεδιασμός της έρευνας.....	73
4.4. Καθορισμός του δείγματος	75
4.5. Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	76
4.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	80
4.7. Ανάλυση δεδομένων	81
Κεφάλαιο 5 - Αποτελέσματα Έρευνας	83
5.1. Αξιοπιστία κλιμάκων	83
5.2. Δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία	84
5.3. Επαγγελματική εξουθένωση	89
5.3.1. Συναισθηματική εξάντληση	89
5.3.2. Αποπροσωποποίηση.....	92
5.3.3. Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	94
5.3.4. Επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.....	97
5.4. Συμπτώματα	98
5.5. Διαφορές μεταξύ κατηγοριών των δημογραφικών-προσωπικών μεταβλητών.....	102
5.6. Συσχετίσεις.....	110

Κεφάλαιο 6 - Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	113
6.1. Συζήτηση.....	113
6.1.1. Δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία.....	114
6.1.2. Επαγγελματική εξουθένωση.....	116
6.2. Περιορισμοί και μελλοντικές επεκτάσεις.....	123
6.3. Συμπεράσματα.....	125
Βιβλιογραφία.....	128
Ξένη βιβλιογραφία.....	128
Ελληνική βιβλιογραφία.....	142
Διαδικτυακές πηγές.....	148
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	151
Παράρτημα Α.....	152

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	34
Πίνακας 2: Ανάπτυξη των συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης.....	41
Πίνακας 3: Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές.....	55
Πίνακας 4: Εννοιολογικό μοντέλο MBI.....	78
Πίνακας 5: Οριακές τιμές επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης.....	79
Πίνακας 6: Συντελεστές αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha) του MBI.....	83
Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=240).....	84
Πίνακας 8: Βαθμός συναισθηματικής εξάντλησης.....	89
Πίνακας 9: Μέσες τιμές έντασης της συναισθηματικής εξάντλησης.....	91
Πίνακας 10: Βαθμός αποπροσωποποίησης.....	92
Πίνακας 11: Μέσες τιμές έντασης της αποπροσωποποίησης.....	93
Πίνακας 12: Βαθμός έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων.....	94
Πίνακας 13: Μέσες τιμές έντασης της προσωπικής επίτευξης.....	96
Πίνακας 14: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το βαθμό εξουθένωσης.....	97
Πίνακας 15: Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών.....	97
Πίνακας 16: Συμπτώματα νοσηλευτικού προσωπικού.....	98
Πίνακας 17 – Κατανομή συμπτωμάτων νοσηλευτικού προσωπικού ανά φύλο.....	101
Πίνακας 18: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά φύλο.....	103
Πίνακας 19: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα.....	104
Πίνακας 20: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση.....	105
Πίνακας 21: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά επίπεδο σπουδών.....	106
Πίνακας 22: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά ετήσιο εισόδημα.....	107
Πίνακας 23: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά έτη εργασίας.....	108
Πίνακας 24: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά τομέα υγείας.....	109
Πίνακας 25: Συσχετίσεις διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης.....	110
Πίνακας 26: Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς- προσωπικούς παράγοντες.....	111
Πίνακας 27: Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με συμπτώματα.....	112

Εισαγωγή

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) αποτελεί ένα από τα πλέον συχνά προβλήματα στους εργασιακούς χώρους παγκοσμίως και ίσως έναν από τους μεγαλύτερους επαγγελματικούς κινδύνους του 21^{ου} αιώνα. Αναγνωρίστηκε στις αρχές του 1970 στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα καθώς αρχικά θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, ενώ η μελέτη του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών όπως για παράδειγμα στους ιατρούς, τους παθολόγους, τους οδοντίατρους, τους νοσηλευτές, τους φυσιοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς (Demir et al. 2003).

Σύμφωνα με τον Illhan (2007), πρόκειται για μια επαγγελματική παθολογία που κυριεύει όσους εργαζόμενους σχετίζονται με επαγγέλματα κοινωνικού χαρακτήρα όπως είναι οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι εκπαιδευτικοί (Illhan 2007). Η συγκεκριμένη πραγματικότητα ενισχύεται από ερευνητικές μελέτες τα αποτελέσματα των οποίων πιστοποιούν πως οι περιγραφόμενοι εργαζόμενοι βάλονται από τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου όπως είναι η συναισθηματική εξουθένωση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη αίσθηση προσωπικής ικανότητας (Maslach & Jackson 1982).

Η σχέση μεταξύ εργασίας και υγείας απασχολεί σε σημαντικό βαθμό τη σύγχρονη βιβλιογραφία καθώς η ευημερία ενός οργανισμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ευημερία του προσωπικού του. Δεδομένου ότι, οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, γίνεται αντιληπτό ότι, η υγεία καθώς και οι συνθήκες εργασίας τους θα πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα των διοικήσεων με απώτερο στόχο την αύξηση της παραγωγικότητάς τους, τη διαφύλαξη των ασθενών και την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας (Firth-Cozens & Payne 1999, Arnold et al. 1995, Bakker et al. 2000, Altun 2002, Bernardi et al. 2005).

Αποτελέσματα ερευνών αναδεικνύουν πως οι επαγγελματίες υγείας είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου ως απόρροια στρεσογόνων παραγόντων όπως ο φόρτος εργασίας, τα υψηλά επίπεδα στρες, οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους, τους προϊστάμενους και τους συγγενείς των ασθενών (Μαρβάκη και συν. 2007). Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της μακροχρόνιας έκθεσης σε συνθήκες εργασιακού στρες ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με την ψυχολογία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μακροχρόνιων προβλημάτων όπως αισθήματα δυσφορίας, απελπισίας και ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής (Arnold et al. 1995, Bakker et al. 2000).

Η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφηκε ως η μη ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στο συναισθηματικό στρες στην εργασία (Faria 2004) ή ως μια υπερβολική χρήση ενέργειας και πηγών που οδηγούν σε συναισθήματα αποτυχίας και εξάντλησης (Jofré & Valenzuela 2005). Συνιστά μια χρόνια κατάσταση, κατά την οποία ο εργαζόμενος χάνει κάθε ενδιαφέρον για την εργασία του, γεγονός που δύναται να επιφέρει σημαντική κρίση στη ζωή του. Γενικά θα μπορούσε να θεωρηθεί ως έλλειψη ενέργειας, αυτοπεποίθησης και ενθουσιασμού. Τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης αποκαλύπτουν το πόσο καλή και υγιείς είναι η σχέση του εργαζόμενου με την εργασία του, αλλά και γενικότερα οι σχέσεις του με τον οργανισμό (Leiter & Harvie 1998).

Πρόκειται για μια ψυχολογική διαδικασία συναφής αλλά όχι ταυτόσημη με το εργασιακό στρες (stress), αν και είναι στενά συνδεδεμένη με αυτό. Το εργασιακό στρες εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι μεγάλες και υπερβαίνουν τις πηγές και τις δυνάμεις του ατόμου (Lazarus & Folkman 1984). Από την άλλη πλευρά, στην επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζεται κατάλυση της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου που οφείλεται στην μακροχρόνια ανισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και πηγών, δηλαδή παρατεταμένου και χρόνιου εργασιακού στρες (Brill 1984).

Σύμφωνα με την Maslach, η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται μετά από επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων του εργασιακού χώρου, ενώ το στρες δεν συνδέεται με αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών στην εργασία αλλά και στον οργανισμό γενικότερα (Maslach 1993). Στρες μπορεί να βιώσει ο καθένας, επαγγελματική εξουθένωση όμως εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που ξεκινούν την καριέρα τους με ενθουσιασμό, υψηλούς στόχους και προσδοκίες (Pines 1993). Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί πως η επαγγελματική εξουθένωση είναι συνέπεια της αλλεπάλληλης και αποτυχημένης προσπάθειας αντιμετώπισης συγκεκριμένων αγχογόνων καταστάσεων.

Οι επιπτώσεις της μεταφράζονται σε μικρή προσπάθεια, υπερβολική κόπωση, σύγκρουση ρόλων, έκπτωση ποσότητας και ποιότητας της εργασίας που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην εγκατάλειψή της από τον εργαζόμενο (Pines & Aronson 1988). Πρόκειται για μια σύνθετη διαδικασία με επιπτώσεις τόσο σε βιολογικό, όσο και σε γνωστικό και πνευματικό επίπεδο (Hobfoll & Shirom 2000). Τα αίτια του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης αναζητούνται όχι μόνο σε προσωπικούς παράγοντες, αλλά και στο πλαίσιο του φορέα στον οποίο εργάζεται το άτομο. Στα πλαίσια λειτουργίας ενός εργασιακού φορέα, ως αρνητικά φαινόμενα συγκαταλέγονται η έλλειψη κινήτρων, η δημιουργία μιας μόνιμα στάσιμης κατάστασης, η οποία ευθύνεται για το αίσθημα «κορεσμού» και ανίας των εργαζομένων (Haley-Lock 2007).

Η εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνεται μέσω σταδίων, τα οποία ξεκινούν από μια αυξημένη δέσμευση/αφοσίωση προς τους εργασιακούς στόχους και εκφράζεται ακολούθως ως μια κατάσταση εξάντλησης των «αποθεμάτων προσωπικής ενέργειας». Η όλη διαδικασία συνεχίζεται με μείωση των επιπέδων εργασιακής δέσμευσης, με σημαντικό αριθμό αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων, με απόσυρση και απάθεια που καταλήγουν σε ποικίλες ψυχοσωματικές αντιδράσεις και τελικά σε απόγνωση. Έχει διαπιστωθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση ως χρόνια πάθηση, ενδέχεται να οδηγήσει και σε κατάθλιψη (Iacovides et al. 1999), εγκυμονεί σημαντικούς κινδύνους, καθιστώντας την ψυχική υγεία των εργαζομένων ιδιαίτερα επισφαλή.

Το περιγραφόμενο φαινόμενο δύναται να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στον εργαζόμενο, όσο και στον κοινωνικό του περίγυρο και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών. Οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να έχουν τη μορφή συναισθηματικών ενδείξεων όπως αισθήματα αποθάρρυνσης και χαμηλής αυτοεκτίμησης καθώς και συμπτωμάτων σε επίπεδο συμπεριφοράς όπως ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας προς τους ασθενείς και έλλειψη σεβασμού (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995). Για τους οργανισμούς, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να είναι δαπανηρή οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε απουσίες και μειωμένη απόδοση με άμεση συνέπεια την επίδραση της συνολικής αποδοτικής λειτουργίας του οργανισμού (Maslach et al. 2001).

Η στρεσογόνος φύση του επαγγέλματος, ο φόρτος εργασίας, η συνεχής αλληλεπίδραση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς άλλα και με άτομα του περιβάλλοντος των ασθενών, η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής, αποτελούν μόνον μερικούς από τους παράγοντες που ευθύνονται για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης (Raggio & Malacarne 2007, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007).

Η περιγραφή του συνδρόμου αποδεικνύει πως αποτελεί ζήτημα υψίστης σημασίας η προστασία των εργαζομένων από αυτό, προκειμένου να επιτευχθεί μια δυναμική ισορροπία μεταξύ ανθρώπου και κοινωνίας. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου αποτελεί τον μοναδικό τρόπο για την πρόληψη του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης, προτού η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια, επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου (Arnold et al. 1995, Bakker et al. 2000, Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007).

Αντικείμενο της παρουσίας εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και των παραγόντων που επιδρούν προστατευτικά ή επιβαρυντικά στην εμφάνισή της. Επιχειρείται η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς και προσωπικούς παράγοντες, καθώς και με συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις της εμφάνισης του συνδρόμου.

Η εργασία αποτελείται από τρία μέρη: (α) το θεωρητικό μέρος (β) το ερευνητικό μέρος και (γ) τα ευρήματα με την ανάλυσή τους, τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

Στο πρώτο μέρος γίνεται μια βιβλιογραφική επισκόπηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (*Κεφάλαιο 1*). Παρουσιάζονται οι εννοιολογικές προσεγγίσεις που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή του φαινομένου και αναφέρονται τα θεωρητικά μοντέλα και οι κλίμακες μέτρησης του συνδρόμου. Στη συνέχεια (*Κεφάλαιο 2*) παρουσιάζεται η επαγγελματική εξουθένωση. Γίνεται εκτενής αναφορά στους αιτιολογικούς παράγοντες και τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, στις ενδείξεις και τα συμπτώματα του συνδρόμου, καθώς και στις στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισής του. Στο τέλος του θεωρητικού μέρους (*Κεφάλαιο 3*) πραγματοποιείται ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας για την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, με αναφορές σε ευρήματα σύγχρονων μελετών για το σύνδρομο στο νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο στον διεθνή όσο και στον ελλαδικό χώρο.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται αναφορά στο υλικό και τη μεθοδολογία της έρευνας (*Κεφάλαιο 4*). Παρουσιάζονται ο σκοπός και οι στόχοι της, τα ερευνητικά ερωτήματα, ο σχεδιασμός και ο πληθυσμός της έρευνας, το εργαλείο συλλογής δεδομένων (ερωτηματολόγιο) και η δομή του, η διαδικασία συλλογής δεδομένων, καθώς και ο τρόπος ανάλυσής τους. Στη συνέχεια (*Κεφάλαιο 5*) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, γίνεται ανάλυση των δεδομένων των δημογραφικών και προσωπικών στοιχείων, των επιμέρους διαστάσεων και του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και των συμπτωμάτων του συνδρόμου. Στο τέλος του ερευνητικού μέρους παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης με τους παράγοντες που αφορούν τα δημογραφικά-προσωπικά χαρακτηριστικά και τα συμπτώματα.

Στο τρίτο μέρος, παρουσιάζονται η συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας καθώς και τα συμπεράσματα (Κεφάλαιο 6). Γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τη διεξαγωγή της έρευνας με βάση το θεωρητικό υπόβαθρο και την βιβλιογραφική ανασκόπηση, ενώ τα ευρήματα της έρευνας συγκρίνονται με τα αντίστοιχα άλλων ερευνών. Επίσης, διατυπώνονται οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας, καθώς και οι προτάσεις που απορρέουν άμεσα ή έμμεσα από τα ευρήματά της, τόσο στο θεωρητικό όσο και στο ερευνητικό πλαίσιο.

Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με τη βιβλιογραφία, ξενόγλωσση και ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση, τις διαδικτυακές πηγές, καθώς και με το παράρτημα το οποίο περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

Βιβλιογραφική επισκόπηση

1.1. Εννοιολογική προσέγγιση

Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και βρίσκεται στο επίκεντρο μιας ταχέως αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας, δεν υπάρχει προς το παρόν ένας απολύτως αποδεκτός και καθιερωμένος ορισμός. Οι διάφοροι ορισμοί που δίνονται αποσκοπούν κυρίως στο να διαχωρίσουν την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης από το επαγγελματικό άγχος του οποίου θεωρείται ιδιαίζουσα μορφή (Κάντας 1996). Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» (burnout) δεν είναι συνώνυμος του όρου «εργασιακή πίεση» (job stress), «κόπωση» (fatigue), «αποξένωση» (alientation) ή «κατάθλιψη» (depression), παρά το γεγονός ότι η κατάχρηση του όρου τις τελευταίες δεκαετίες οδήγησε σε σύγχυση όρων και ορισμών.

Ο Freudenberger (1974) όρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως αδυναμία για επίδοση ή εξουθένωση λόγω υπερβολικών απαιτήσεων που αφορούν την ενέργεια, τη δύναμη ή τις δυνατότητες. Το άτομο γίνεται άκαμπτο και ανελαστικό και εμποδίζει την πρόοδο και τις δομικές αλλαγές, επειδή οι αλλαγές αυτές απαιτούν προσπάθεια για προσαρμογή. Παράλληλα, υποστήριξε ότι οι αφοσιωμένοι και οι απορροφημένοι από την εργασία τους, εκείνοι δηλαδή που αισθάνονται τόσο μια εσωτερική πίεση να προσφέρουν όσο και μια εξωτερική να αποδώσουν, είναι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση. Περιέγραψε τον «αφοσιωμένο εργαζόμενο» (dedicated), ο οποίος αναλαμβάνει υπερβολικά πολλή δουλειά, τον «υπέρ-δεσμευμένο εργαζόμενο» (overcommitted), του οποίου η ζωή εκτός της εργασίας δεν δίνει ικανοποίηση, καθώς και τον «αυταρχικό εργαζόμενο» (authoritarian), ο οποίος νιώθει ότι κανείς άλλος εκτός από αυτόν δεν μπορεί να κάνει τη δουλειά με την ίδια αποτελεσματικότητα (Freudenberger 1975).

Από τους πλέον αποδεκτούς ορισμούς του συνδρόμου θεωρείται αυτός που έδωσε η Christina Maslach το 1982, περιλαμβάνοντας τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική και νοητική εξουθένωση, η οποία παρατηρείται σε κάθε επαγγελματία που η δουλειά του απαιτεί τη συνεχή επαφή με άλλους ανθρώπους. Η Maslach υποστήριξε ότι «η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς». Πρόκειται για ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά του συναισθήματα για τους ασθενείς, ενώ παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του, σχηματίζοντας αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Maslach 1982).

Ένας αρκετά ολοκληρωμένος ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης διατυπώθηκε από τους Pines και Aronson (1988), οι οποίοι προσδιορίζουν το φαινόμενο «ως μια φυσική, συναισθηματική και ψυχική κατάσταση, η οποία προκαλείται από μια μακρόχρονη ανάμειξη του ατόμου σε συγκυρίες που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή» (Pines & Aronson 1988). Σύμφωνα με τον Potter (2001) «πρόκειται για μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία κινητοποίησης των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου, με ιδιαίτερη έμφαση στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου» (Διομήδους και συν. 2009). Μετά από την εμφάνισή του, το σύνδρομο υποχωρεί δύσκολα αφού ο εργαζόμενος έχοντας μάθει να εργάζεται αυτόματα και χωρίς ανάλογα κίνητρα, αλλοτριώνεται απέναντι στην εργασία του και δυσκολεύεται να ανακάμψει, ακόμη και στην περίπτωση βελτίωσης των συνθηκών εργασίας.

Ο όρος χρησιμοποιείται και σήμερα συχνά μεταξύ των εργαζομένων, καθώς συνιστά μια μορφή απάντησης στην πίεση που δέχονται, ως εμπλεκόμενοι στενά και εντατικά επαγγελματικά με άλλους ανθρώπους καθώς και με τα προβλήματά τους κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Παρόλο που η εξουθένωση θεωρήθηκε ότι παραδοσιακά παρουσιάζεται στα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής ωφέλειας (π.χ. νοσηλευτές, δασκάλους), αποτελεί ένα θέμα ευρέως διαδεδομένο και σε άλλα επαγγέλματα, αλλά και εντός της ίδιας της οικογενειακής ζωής.

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει ορισθεί ποικιλοτρόπως στη διεθνή έρευνα. Οι διάφοροι ορισμοί που έχουν αποδοθεί μέχρι σήμερα, αναδεικνύουν και τις δυσκολίες για τον επακριβή προσδιορισμό της (Maslach et al 2001, Kulkarni 2006). Αρχικά εξετάστηκε από συναισθηματική προοπτική (Cordes & Dougherty 1993) και θεωρήθηκε ως ένα είδος υποχονδριακής κατάστασης που δημιουργούνται προσωρινά στους εργαζομένους και σύντομα εξαφανίζονταν (Maslach et al 2001). Επιπλέον, παρατηρήθηκε μικρή συμφωνία των διαφόρων ερευνητών αναφορικά με το περιεχόμενο των ορισμών για την επαγγελματική εξουθένωση, οι οποίοι περιελάμβαναν όρους όπως συναισθηματική εξάντληση, χαμηλό ηθικό, κυνισμός, αποπροσωποποίηση, αϋπνία, χαμηλή παραγωγικότητα, σωματική εξάντληση, μείωση προσωπικών επιτευγμάτων, καθώς και μειωμένη αίσθηση για εξυπηρέτηση προς τους πελάτες (Maslach 1982, Soderfeldt et al. 1995, Maslach et al 2001).

Τα αίτια δυσκολίας προσδιορισμού της επαγγελματικής εξουθένωσης ποικίλουν. Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρέασε τον εντοπισμό του εννοιολογικού περιεχομένου της εξουθένωσης, αποτέλεσε το γεγονός ότι ο όρος της επαγγελματικής εξουθένωσης περιελάμβανε στους κόλπους του ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων (Maslach et al. 2001). Ο Schaufeli παρέθεσε μια λίστα άνω των 100 συμπτωμάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται δυσκολίες ή/και αδυναμία διάκρισης μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των άλλων προβλημάτων που μπορεί να είχαν οι εργαζόμενοι όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η ένταση και η συναισθηματική εξάντληση (Schaufeli & Van Dierendonck 1993).

Οι Pines και Aronson, στην προσπάθειά τους να προσδιορίσουν την επαγγελματική εξουθένωση, περιέγραψαν το σύνδρομο ως μια επικρατούσα κατάσταση συναισθηματικής και πνευματικής εξουθένωσης, η οποία βρίσκει τις αιτίες της στη μακροχρόνια επαφή με καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή του ατόμου (Pines & Aronson 1988). Ο ορισμός αυτός, συνοψίζει ένα μεγάλο τμήμα της γενικότερης συλλογιστικής προσπάθειας ερμηνείας της εξουθένωσης, αναδεικνύοντας πρωτίστως ότι η εξουθένωση δεν αποτελεί αποκλειστικό χαρακτηριστικό του εργασιακού περιβάλλοντος, αλλά μπορεί να λάβει χώρα και σε άλλες πτυχές και καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματικό δέσιμο. Επιπλέον η εξουθένωση έχει μακροχρόνιο χαρακτήρα, καθώς συνιστά μια διαδικασία δυναμική με σωρεία

εμπλεκόμενων και αλληλεπιδρώμενων παραγόντων, οι οποίοι αφορούν τόσο το ίδιο το άτομο (συναισθηματική εμπλοκή) όσο και το περιβάλλον του.

Άλλοι ορισμοί εστιάζουν και δίνουν έμφαση στο άγχος ή/και στην ικανοποίηση του εργαζομένου. Η επαγγελματική εξουθένωση αντανακλά τη μείωση του ενδιαφέροντος και του ενθουσιασμού του εργαζομένου για την εργασία, καθώς δεν αποκομίζει την ικανοποίηση που θα ήθελε ενώ αφιερώνεται ολόψυχα σε αυτή (Pines & Aronson 1988). Μπορεί να θεωρηθεί ως μια αντίδραση στο άγχος που εμφανίζουν τα άτομα όταν εργάζονται σε τομείς υψηλών απαιτήσεων (Αδαλή και συν. 2002), ως αποτέλεσμα χρόνιας συναισθηματικής έντασης που δημιουργείται κατά τη συνδιαλλαγή με άλλα άτομα, ειδικότερα με εκείνα που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Ο Κάντας (1996) δίνει έμφαση στη σύνδεση του στρες με την επαγγελματική εξουθένωση, την οποία περιγράφει ως μια έκφανση ενός χρόνιου και παρατεταμένου επαγγελματικού στρες, όπου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται πως τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει δεν επαρκούν προκειμένου να αντιμετωπίσει τους ιδιαίτερα έντονους στρεσογόνους παράγοντες της εργασίας του (Κάντας 1996).

Ανεξαρτήτως των πολλών προσπαθειών σε επίπεδο προσδιορισμού της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι διάφοροι ορισμοί που συναντώνται στη διεθνή βιβλιογραφία εμφανίζουν αρκετά κοινά σημεία. Σε γενικές γραμμές, οι ερευνητές υποστηρίζουν σχετικά ομόφωνα ότι η επαγγελματική εξουθένωση: (α) μπορεί να εμφανιστεί σε επίπεδο ατόμων ή οργανισμών, (β) βιώνεται ως αρνητική εμπειρία από το άτομο, (γ) είναι μια εσωτερική ψυχολογική εμπειρία που περιλαμβάνει συναισθήματα, στάσεις, προσδοκίες και κίνητρα, (δ) σχετίζεται με διάφορες προβληματικές καταστάσεις υγείας με αρνητικές επιπτώσεις, (ε) μπορεί να εμφανισθεί και σε άτομα υγιή χωρίς κάποιο βεβαρημένο ιστορικό υγείας, (στ) οδηγεί σε μειωμένη απόδοση και παραγωγικότητα.

1.2. Ιστορική αναδρομή

Ο όρος «burnout» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1960, προκειμένου να περιγράψουν οι ειδικοί τα αποτελέσματα της χρόνιας χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (Pedersen 1998). Η ετυμολογία του συνδρόμου (burnout) στην αγγλική γλώσσα σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007). Η αρχική βιβλιογραφική αναφορά του συνδρόμου έγινε τη δεκαετία του 1970, με την έναρξη της διερεύνησης των συναισθημάτων των εργαζομένων και αποτέλεσε την αφορμή της καταγραφής και της περιγραφής του. Πρωτοπόροι στη μελέτη του συνδρόμου είναι ο Αμερικανός ψυχίατρος Herbert Freudenberger και η κοινωνική ψυχολόγος Christina Maslach, το όνομα της οποίας έχει συνδεθεί από τη πρώτη στιγμή που ασχολήθηκε με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο Freudenberger, στο σύγγραμμα του «Staff burnout» (1974), περιέγραψε τα συμπτώματα υπερκόπωσης που παρατήρησε όχι μόνο στον εαυτό του, αλλά και σε εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ένα πρόγραμμα υποστήριξης νέων με προβλήματα εθισμού. Παράλληλα μελέτησε τη σταδιακή συναισθηματική εξάντληση των δυνάμεων τους, την απογοήτευση, την απώλεια του ενδιαφέροντος, την αποχώρηση από την εργασία, καθώς και την ποικιλία σωματικών και πνευματικών συμπτωμάτων που παρουσίαζαν αρκετοί από τους εθελοντές (Freudenberger 1974). Κατά την πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου, ο Freudenberger κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο των επαγγελματιών υπηρεσιών υγείας αλλά και άλλων ειδικοτήτων, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσονταν διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα.

Την ίδια περίπου περίοδο η Maslach (1976) ξεκινά τις μελέτες της για το σύνδρομο. Η Maslach ασχολήθηκε με τους αμυντικούς μηχανισμούς που δημιουργούν οι εργαζόμενοι που βρίσκονται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών όπως η αποστασιοποίηση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος για το υποκείμενο, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων εμφάνιζαν αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους ή συναισθηματική εξάντληση (Maslach & Jackson 1981).

Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές, διατύπωσε έναν από τους πιο διαδεδομένους και ακριβείς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επαγγελματική εξουθένωση προσεγγίστηκε ως σύνδρομο, προκαλούμενο κυρίως από το στρες που εκδηλώνεται με συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένο συναίσθημα για προσωπικά επιτεύγματα, ειδικά ανάμεσα σε επαγγέλματα κυρίως ανθρωπιστικού χαρακτήρα και κοινωνικής προσφοράς (π.χ. νοσηλευτές). Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να διακριθεί από το στρες, αφού έχει μακροχρόνιο χαρακτήρα, ενώ το στρες συνήθως θεωρείται ως κάτι πιο παροδικό (Reilly 1994).

Αυτή η τρισδιάστατη αντίληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης υποστηρίχθηκε από πολλές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία (Byrne 1993). Από την ουσιαστική θεώρησή της, προσδιορίστηκε ως ένα «κατασκεύασμα» με κοινωνική διάσταση, διατηρώντας ταυτόχρονα και συγκεκριμένους κλινικούς απόηχους, ενώ έγινε σαφές ότι υπήρχαν συγκεκριμένα στοιχεία που εμφανίζονταν τακτικά στις περιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης. Εντοπίστηκε η συναισθηματική δυσκολία των επαγγελματιών υγείας, ο κυνισμός που προκύπτει από την προσπάθεια των εργαζομένων να αντεπεξέλθουν στο συναισθηματικό στρες και η αποστασιοποίηση που επιλέγουν να θέσουν στις εργασιακές τους σχέσεις οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, καταγράφηκε ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η αρνητική ανατροφοδότηση που λαμβάνουν συχνά από τους πελάτες τους ως παράγοντες που συμβάλουν στην εξουθένωση. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίστηκε και από τους οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και ιστορικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρέαζαν και το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ, καθιστώντας τη φροντίδα υγείας μία αμιγώς επαγγελματική υπόθεση, δυσκολεύοντας εκείνους που επέλεγαν να σταδιοδρομήσουν στο πεδίο αυτό να αντλήσουν ικανοποίηση από την εργασία τους (Μπελλάλη και συν. 2007).

Από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα, η εμπειρική έρευνα πάνω στην επαγγελματική εξουθένωση άρχισε να παίρνει μια πιο συστηματική μορφή, κυρίως μετά την κατασκευή και στάθμιση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης του φαινομένου. Έτσι, έκαναν την εμφάνισή τους διάφορα μοντέλα και θεωρίες οι οποίες επιχείρησαν να αναλύσουν τις συνιστώσες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, να εντοπίσουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της και γενικά, να προσδώσουν μια πιο σφαιρική και ολοκληρωμένη εικόνα του συνδρόμου.

Εκτός του τρισδιάστατου μοντέλου της Maslach, δημιουργήθηκαν και άλλα μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία αποτέλεσαν τη θεωρητική βάση για αρκετές έρευνες, ενώ έγιναν προσπάθειες για την ενοποίηση αυτών των μοντέλων (Lee & Ashforth 1993, Leiter 1993). Όλα τα μοντέλα προσδίδουν ένα διαμεσολαβητικό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση σε μία διαδικασία που καθιστά το στρες μαζί με τις διαπροσωπικές και εργασιακές του αιτίες ως προδρόμους της εργασιακής εξουθένωσης, η οποία επιφέρει με τη σειρά της συγκεκριμένες αλλαγές της στάσης και της συμπεριφοράς των εργαζομένων (Cox et al. 1993). Στην ανάπτυξη των ερευνών συμβάλλει ο κλάδος της βιομηχανικής ψυχολογίας που θεωρεί ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αντιπροσωπεύει το εργασιακό στρες που σχετίζεται με την αφοσίωση στην εργασία, την ικανοποίηση και τις απογοητεύσεις που προέρχονται από τις εργασιακές και διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο, αλλά και τις γενικότερες συνθήκες εργασίας (Pines 1993).

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτέλεσε αντικείμενο σημαντικής έρευνας, αρχικά στους επαγγελματίες που προσέφεραν υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, γιατί θεωρήθηκαν ως οι πλέον επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach & Pines 1997). Στη δεκαετία του 1990, προστέθηκαν και άλλες κατευθύνσεις σχετικά με το σύνδρομο και οι έρευνες επεκτάθηκαν και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους. Τα εργαλεία μέτρησής του εξελίχθηκαν μεθοδολογικά και στατιστικά και ξεκίνησαν μελέτες με στόχο την διερεύνηση των μακροπρόθεσμων συνεπειών του εργασιακού στρες, προκειμένου να καταγραφεί η αποτελεσματικότητα των μεθόδων καταπολέμησής του. Από τότε το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μελετήθηκε σε ανθρώπους που ασκούσαν διαφορετικά επαγγέλματα βοήθειας όπως ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εκπαιδευτικούς, κοινωνικούς λειτουργούς, αστυνομικούς, νομικούς, λειτουργούς ψυχιατρικών νοσοκομείων, ανθρώπους που ασχολούνται με μικρά παιδιά, υπαλλήλους φυλακών κ.ά. (Κάντας, 1996). Οι μελέτες αυτές στηρίχθηκαν σε προσωπικές εμπειρίες των συγγραφέων (Freudenberger 1974) ή σε αναφορές βασισμένες σε προγράμματα που μελετούσαν περιστατικά (case studies) (Pines & Maslach 1978, Maslach & Pines 1997).

Στο πλαίσιο του προσδιορισμού της εξουθένωσης, ορόσημο θεωρείται η προσπάθεια των Maslach και Jackson που κατέληξε στην ανάπτυξη και θεμελίωση ενός μεθοδολογικού εργαλείου για τη μελέτη της, το MBI (Maslach Burnout Inventory) (Maslach & Jackson 1986). Αυτό το τυποποιημένο εργαλείο-μέτρο της εξουθένωσης, βασισμένο στην εκτενή εμπειρική έρευνα, παρείχε στους ερευνητές τα μεθοδολογικά εφόδια που ήταν απαραίτητα για τη μελέτη του φαινομένου (Schraub & Marx 2004).

Οι Maslach και Jackson προσδιόρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμού, το οποίο λαμβάνει χώρα συχνά σε εργαζόμενους των οποίων η απασχόληση σχετίζεται έντονα με τον ανθρώπινο παράγοντα και ειδικότερα με τα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (Maslach & Jackson 1981). Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο ορισμός που έδωσε η Maslach είναι αρκετά απλός, δίχως την εμπλοκή τεχνικών όρων. Ο ορισμός αυτός σε συνδυασμό με την επιτυχή προσπάθεια των Maslach και Jackson στην ανάπτυξη και τεκμηρίωση ενός μεθοδολογικού εργαλείου μελέτης και μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, αποτέλεσε ορόσημο στην εμπειρική της μελέτη (Maslach & Jackson 1981). Η κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI), παρείχε και συνεχίζει να παρέχει στους ερευνητές τα μεθοδολογικά εφόδια που είναι απαραίτητα για τη μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο σε βάθος όσο και σε εύρος. Αποτελεί μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα και αξιολογεί τα ακόλουθα τρία βασικά στοιχεία: (α) το βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, (β) τα επίπεδα αποπροσωποποίησης και (γ) την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach & Jackson 1986). Η κλίμακα MBI χρησιμοποιείται έως σήμερα στις περισσότερες μελέτες. Σύμφωνα με τους Kristensen και συν. (2005), το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί σε ποσοστό άνω του 90% των ερευνών που έχουν γίνει για την επαγγελματική εξουθένωση (Kristensen et al. 2005).

1.3. Θεωρητικά μοντέλα

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν την ερμηνεία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης κάτω από την άποψη μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon 1987). Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές υποστηρίζεται ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού, καθώς και η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη (Pines 1986, Dekker & Schaufeli 1995, Antoniou, 1999). Από άλλους ερευνητές επισημαίνεται η σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που διατηρεί ο επαγγελματίας από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται (Leiter & Maslach 1988, Firth-Cozens & Payne, 1999).

1.3.1. Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό της Maslach (1982), η επαγγελματική εξουθένωση αντιμετωπίζεται ως σύνδρομο που αποτελείται από τρεις κύριες διαστάσεις, οι οποίες αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων: την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικής επίτευξης του εργαζόμενου στον εργασιακό του χώρο (Maslach & Jackson 1981, Maslach, 1982).

Η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) θεωρείται η πιο σημαντική από τις τρεις διαστάσεις και χαρακτηρίζεται από τη μείωση των συναισθηματικών αποθεμάτων του ατόμου, περιλαμβάνοντας αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης (Cordes & Dougherty 1993). Αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής κόπωσης και καθιστά τον επαγγελματία ανίκανο να συγκεντρωθεί στα εργασιακά του καθήκοντα. Πρόκειται για την συναισθηματική φόρτιση και «αποστράγγιση» του συναισθηματικού κόσμου του εργαζόμενου, όταν έρχεται σε επαφή με ανθρώπους στο χώρο εργασίας του (Leiter & Maslach 1988). Όσο η συναισθηματική εξουθένωση αυξάνεται, τα άτομα νιώθουν ότι δεν είναι πλέον ικανά να δώσουν κάτι από τον εαυτό τους στους άλλους ή να είναι τόσο

υπεύθυνα στην εργασία τους όπως παλιά (Maslach & Leiter 1997). Η συγκεκριμένη διάσταση θεωρείται ως βασικό συστατικό του άγχους, το οποίο διέπει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al. 2001).

Η διάσταση της αποπροσωποποίησης (depersonalization) αντιπροσωπεύει το διαπροσωπικό στοιχείο της εξουθένωσης. Η αποπροσωποποίηση τυπικά δημιουργείται μετά τη συναισθηματική εξάντληση και αναφέρεται στην αρνητική, κυνική ή υπερβολικά απόμακρη σχέση του εργαζόμενου με τους ανθρώπους με τους οποίους εμπλέκεται στον εργασιακό του χώρο (π.χ. νοσηλευτής-ασθενείς) (Maslach & Jackson 1986). Περιγράφει την απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς/πελάτες του και την εγκαθίδρυση απρόσωπων και επιθετικών σχέσεων με αυτούς, καθώς οι εργαζόμενοι στη φάση της εξουθένωσης διακατέχονται από μία «ψυχρή και απόμακρη στάση απέναντι στην εργασία τους και στους ανθρώπους του εργασιακού τους χώρου» (Maslach & Leiter 1997). Οι νοσηλευτές που βιώνουν τη διάσταση της αποπροσωποποίησης, δεν αισθάνονται θετικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους, διατηρούν αρνητική στάση απέναντί τους και φυσικές αποστάσεις από αυτούς (Maslach & Leiter 1997). Σύμφωνα με τους Cordes και Dougherty η αποπροσωποποίηση χαρακτηρίζεται από απόμακρα αισθήματα και αναισθησία προς τους ανθρώπους και θεωρείται ως ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της εξουθένωσης από πλευράς εργαζόμενων, ο οποίος «δεν είναι μόνο μια αποδεκτή αντίδραση αλλά είναι και επαγγελματική» (Cordes & Dougherty 1993).

Η διάσταση της μειωμένης προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment) ενσωματώνει το επίπεδο αυτοεκτίμησης του εργαζόμενου και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του (Leiter & Maslach, 2005). «Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων αναφέρεται στα χαμηλά σε επίπεδα συναισθήματα που έχει ο εργαζόμενος για τις ικανότητές του, την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητά του» (Leiter & Maslach 1988, Maslach & Goldberg 1998). Σε αυτή τη φάση της εξουθένωσης, τα άτομα αντιλαμβάνονται τους ίδιους τους εαυτούς τους αρνητικά, αναφορικά με την ικανότητά τους να αποδώσουν στην εργασία τους και να διατηρούν θετικές προσωπικές αλληλεπιδράσεις με το εργασιακό τους περιβάλλον (Cordes & Dougherty 1993).

Ακόμη και αν έχουν επιτυχίες τις υποτιμούν, διακατέχονται από συναισθήματα ανεπάρκειας και πιστεύουν ότι δεν είναι ικανοί να αλλάξουν τα δεδομένα εργασίας τους (Maslach & Leiter 1997), επηρεάζοντας άμεσα την αυτοεκτίμηση και την αποτελεσματικότητά τους. Για τους Cordes και Dougherty, αυτού του τύπου η χαμηλή αυτοεκτίμηση βρίσκεται στο επίκεντρο της διάστασης των προσωπικών επιτευγμάτων (Cordes & Dougherty 1993), ενώ αναφέρουν συγκεκριμένα ότι «θα πρέπει να προσδοκάται ότι μεταβλητές που έχουν την τάση να οδηγούν κάποιον να αισθάνεται ότι χάνει τον έλεγχο, ότι είναι αβοήθητος ή ανεπαρκής και αναρμόδιος, συμβάλλουν στη μειωμένη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων». Σταδιακά αναπτύσσεται κατάθλιψη, η οποία μπορεί να οδηγήσει είτε στην αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό είτε στην εγκατάλειψη της συγκεκριμένης εργασίας (Maslach & Jackson 1981). Ειδικότερα για τους νοσηλευτές, το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης από την εργασία τους αφορά τις προσδοκίες τους όταν εισέρχονται στο επάγγελμα, βάσει των οποίων επιθυμούν να βοηθήσουν τους ασθενείς, το οποίο τελικά νιώθουν ότι δεν μπορούν να το επιτύχουν (Maslach & Leiter 1997).

1.3.2. Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky (1980) η επαγγελματική εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διαδικασία αποιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους και τα ιδανικά του εργαζόμενου. Οι Edelwich και Brodsky περιέγραψαν μία σειρά τεσσάρων σταδίων ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του: τον ενθουσιασμό, την αμφιβολία και αδράνεια, την απογοήτευση και ματαίωση, καθώς και την απάθεια (Edelwich & Brodsky 1980).

Στο στάδιο ενθουσιασμού, ο εργαζόμενος είναι συνήθως στην αρχή της καριέρας, καθώς μόλις έχει εισέλθει στον επαγγελματικό στίβο.. Έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους, ανέφικτους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες, ενώ επενδύει υπερβολικά στην εργασία του καθώς επίσης και στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς ή τους συναδέλφους του. Από το χώρο αυτόν προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση, αφιερώνοντας πολύ χρόνο και ενέργεια στο αντικείμενό του.

Στο στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας, ο εργαζόμενος διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται συνήθως ούτε στις προσδοκίες ούτε και στις ανάγκες του και απογοητεύεται. Αρχικά, θεωρεί ότι αν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό και έτσι αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη δουλειά του. Παράλληλα, αρχίζει να ενοχλείται από πράγματα που στην αρχή δεν τον απασχολούσαν και να συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά ούτε και της προσωπικής του ζωής.

Στο στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης, ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι δουλεύει σε μια εργασία που του δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Έτσι οδηγείται στην απογοήτευση και την αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων. Η φάση αυτή είναι μεταβατική, καθότι είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους, είτε φθάνει στο σημείο να απομακρύνεται προοδευτικά από τους αρρώστους και γενικά από το χώρο εργασίας του, καταστάσεις που του προξενούν άγχος.

Στο στάδιο της απάθειας, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Ουσιαστικά διατηρεί τη θέση του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του αγνοώντας τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του, προκειμένου να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντι τους. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα του προσωπικού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος και ταυτόχρονα να μη βρίσκει υποστηρικτικό πλαίσιο σε μια τόσο δύσκολη και αδιέξοδη φάση της ζωής του (Μεταλληνού 2000, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2000).

1.3.3. Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Σύμφωνα με τον Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν» και δημιουργείται από την αναντιστοιχία ανάμεσα στην ανταπόδοση που πιστεύουν ότι παίρνουν τα άτομα από την εργασία τους και σε αυτό που προσφέρουν στους άλλους. Το μοντέλο βασίζεται στην επισκόπηση των παραγόντων που προκαλούν την επαγγελματική εξουθένωση και των προσδοκιών που έχουν οι εργαζόμενοι όταν εισέρχονται στο περιβάλλον εργασίας τους. Περιγράφεται ως μια διαδικασία η οποία ακολουθεί τρία στάδια (φάσεις): το εργασιακό στρες, την εξάντληση και την αμυντική κατάληξη (Cherniss 1980).

Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, 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 οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

Το στάδιο της εξάντλησης αντιστοιχεί στη 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, την οποία σε περίπτωση που δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

Η φάση της αμυντικής κατάληξης αφορά το στάδιο όπου πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζόμενου, ο οποίος σταδιακά σταματά να επενδύει 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 (Cherniss 1980).

Το μοντέλο του Cherniss περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση σε τρία επίπεδα (ατομικό, κοινωνικό, οργανικό) υποστηρίζοντας ότι το εργασιακό περιβάλλον και τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων μπορούν να λειτουργήσουν σαν πηγές άγχους. Ο εργαζόμενος προσπαθεί με κάθε τρόπο να μειώσει τις πιέσεις που δέχεται καθημερινά με διάφορους τρόπους όπως μείωση των στόχων της εργασίας ή υιοθετώντας μια λιγότερο ιδεαλιστική αντιμετώπιση στην εργασία του. Σε περίπτωση που δεν καταφέρει να το επιτύχει αυτό, τότε αυτό το άτομο βιώνει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

1.3.4. Το μοντέλο της Pines (1988)

Η Pines και οι συνεργάτες της 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). Όταν ο εργαζόμενος, που ξεκινά την καριέρα του έχοντας υψηλούς στόχους, εντάσσεται σε ένα «θετικό» εργασιακό χώρο, αποδίδει αξιοποιώντας το δυναμικό του στο μέγιστο βαθμό. Αντίθετα, όταν εντάσσεται σε ένα πιεστικό για τον ψυχισμό χώρο εργασίας, τότε είναι επιρρεπής στην επαγγελματική εξουθένωση. Με άλλα λόγια, οι συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνθήκες εργασίας αποτελούν τον καθοριστικό παράγοντα που προσδιορίζει κατά πόσο ένα άτομο θα βιώσει επαγγελματική εξουθένωση ή θα αποδώσει στη δουλειά του. Στα πλαίσια αυτού του κοινωνικό-ψυχολογικού μοντέλου, οι ατομικοί παράγοντες επηρεάζουν μόνο τη χρονική στιγμή της εμφάνισης καθώς και την ένταση με την οποία ο εργαζόμενος βιώνει τα συμπτώματα της υπερκόπωσης.

Η Pines (1986) τονίζει περισσότερο το ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ κατά τη γνώμη της τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και τα κίνητρα παίζουν ρόλο μόνο για την πυροδότηση και τον καθορισμό της βαρύτητας του συνδρόμου, τονίζοντας ωστόσο, ότι οι περισσότεροι αφοσιωμένοι εργαζόμενοι εμφανίζουν βαρύτερες μορφές εξουθένωσης. Η αιτία της εξουθένωσης αυτής είναι υπαρξιακή και οφείλεται στην ανάγκη του ανθρώπου να δώσει νόημα στη ζωή του. Όταν η εργασία αποτυγχάνει να το κάνει, η επαγγελματική εξουθένωση είναι αναπόφευκτη (Pines 1986).

Ωστόσο, η εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν περιορίζεται στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε αρχικά προταθεί από την Pines και τους συνεργάτες της, αλλά αντίθετα διερευνάται και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson 1988) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines 1993). Το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιεί το μοντέλο αυτό (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που εμφανίζεται μαζί με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης, αντιμετωπίζοντας την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία (Pines 2005, Pines & Keinan 2005).

1.3.5. Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek (The demand-control model)

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου κοινωνικής στήριξης (Karasek 1979, Johnson & Hall 1988, Karasek & Theorell 1990) είναι ένα από το πιο γνωστά και ευρέως διαδεδομένα μοντέλα. Ορίζει τρεις βασικούς παράγοντες άγχους οι οποίοι επηρεάζουν την ευεξία των εργαζομένων: (α) ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας, (β) έλεγχος ή εύρος λήψης αποφάσεων, (γ) κοινωνική στήριξη από προϊστάμενους, συναδέλφους και υφιστάμενους.

Σύμφωνα με το μοντέλο, οι αρνητικές επιδράσεις άγχους (κόπωση, αγωνία, κατάθλιψη, σωματική ασθένεια) εμφανίζονται όταν οι ψυχολογικές απαιτήσεις είναι υψηλές και ο έλεγχος της εργασίας κατά τη λήψη αποφάσεων είναι χαμηλό. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να λειτουργήσει ως ενισχυτικός παράγοντας. Η εργασία προκαλεί στρες στον εργαζόμενο όταν δεν του κεντρίζει το ενδιαφέρον, είναι βαρετή, μονότονη και δεν τον βοηθά να αναπτύσσει και να αξιοποιεί τις κλίσεις και τις γνώσεις του ή να αποκτήσει νέες γνώσεις και δεξιότητες. Το μοντέλο συσχετίζει τα διάφορα επαγγέλματα με το εργασιακό άγχος και με τον κίνδυνο ασθένειας, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε επιδημιολογικές μελέτες χρόνιων νόσων, όπως η στεφανιαία νόσος.

1.3.6. Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής ERI (The effort-reward imbalance model)

Το μοντέλο προτάθηκε από τους Siegrist και συν. (1990) ως ένα νέο μοντέλο σχέσης των εργασιακών συνθηκών και της υγείας των εργαζόμενων. Βασίστηκε πάνω στην υπόθεση ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που ο εργαζόμενος «επενδύει» στη δουλειά του και σε αυτό που παίρνει πίσω ως ανταπόδοση, καθώς στην αντίθετη περίπτωση νιώθει πιεσμένος και δυσαρεστημένος με αποτέλεσμα μακροπρόθεσμα να επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας του.

Σύμφωνα με τον Siegrist ο όρος προσπάθεια έχει δύο διαστάσεις: την εξωγενή και την ενδογενή προσπάθεια. Η εξωγενή προσπάθεια αφορά το έργο που καταβάλλει ο εργαζόμενος προκειμένου να εκπληρώσει τα βασικά εργασιακά του καθήκοντα (τις απαιτήσεις της δουλειάς), ενώ η ενδογενής προσπάθεια αφορά τα εσωτερικά κίνητρα του εργαζόμενου που τον ωθούν να αποδώσει στον εργασιακό του χώρο. Τέτοια κίνητρα αποτελούν η ανάγκη λήψης πρωτοβουλιών, η ανάγκη για κοινωνική αναγνώριση, ο βαθμός ευερεθιστότητάς του, η ανταγωνιστικότητά του, καθώς και η ικανότητά του να αποσυνδέει την επαγγελματική από την προσωπική του ζωή. Ως ανταπόδοση ο εργαζόμενος λαμβάνει από τη δουλειά του κοινωνική αναγνώριση, χρηματική αμοιβή, τη δυνατότητα διατήρησης της εργασιακής του θέσης και επαγγελματική/οικονομική ασφάλεια.

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, κυρίως από τον ίδιο τον Siegrist και τους συνεργάτες του, συμφωνούν με τις υποθέσεις του ότι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ αυτών των παραγόντων συνδέεται συχνά με υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων (Siegrist et al. 1997). Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας/ανταπόδοσης, αν και πολλά υποσχόμενο, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να διαπιστωθεί η ορθότητα των υποθέσεών του, αλλά και να βρεθούν τα όρια των εφαρμογών του.

1.3.7. Το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων πόρων JD (The Job Demands-Resources Model)

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι τόσες ώστε να μην μπορούν να καλυφθούν από τις πηγές και από το σύνολο των ευεργετημάτων που αυτή προσφέρει.

Οι εργασιακές απαιτήσεις αναφέρονται στις σωματικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες απαιτούν διαρκή σωματική ή πνευματική προσπάθεια και σχετίζονται με συγκεκριμένες σωματικές και ψυχολογικές θυσίες (Demerouti et al. 2001). Αντίστοιχα, οι εργασιακοί πόροι αναφέρονται στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες μπορούν να είναι λειτουργικές προς την επίτευξη των εργασιακών στόχων, μειώνουν τις εργασιακές απαιτήσεις που συνδέονται με τις φυσικές και ψυχολογικές θυσίες, και προωθούν την προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη (Demerouti et al. 2001, Bakker & Demerouti 2007).

1.3.8. Το μοντέλο των Shirom & Melamed (2003)

Η σύλληψη της εξουθένωσης που βρίσκεται πίσω από το μοντέλο και το ερωτηματολόγιο των Shirom και Melamed επηρεάστηκε από τη δουλειά της Maslach, της Pine και των συνεργατών τους. Το SMBM (Shirom Melamed Burnout Measure) θεωρητικά βασίζεται στη θεωρία του Hobfoll για τη διατήρηση των πόρων (Hobfoll & Wells 1998), η οποία έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν προκειμένου να εξηγήσει την επαγγελματική εξουθένωση (Neveu 2007, Halbesleben & Rathert 2008).

Το SMBM έχει επηρεαστεί από το μοντέλο του Hobfoll (Hobfoll & Shirom 2000) και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από τρία στάδια (πτυχές): σωματική κόπωση που περιγράφεται ως αίσθημα κούρασης και μειωμένης ενέργειας, συναισθηματική εξάντληση που περιγράφεται ως έλλειψη ενέργειας για έκφραση συναισθημάτων συμπάθειας προς τους άλλους και γνωστική κόπωση-φθορά που περιγράφεται ως μειωμένη διανοητική εκκίνηση (Hobfoll & Shirom 2000).

Το πρώτο SMBM (Shirom & Ezrachi 2003) που σχεδιάστηκε, αποτελείτο από 14 ερωτήσεις και μετρούσε συνολικά την επαγγελματική εξουθένωση, δίνοντας ένα κοινό αποτέλεσμα που προέκυπτε από το άθροισμα των τριών υποκλιμάκων της. Αργότερα η κλίμακα αυτή τροποποιήθηκε και περιελάμβανε 22 ερωτήσεις που αντιστοιχούσαν σε τέσσερις υποκλίμακες που αξιολογούσαν την σωματική κόπωση, τη γνωστική φθορά, την ένταση, την νωθρότητα-ατονία που αισθάνεται ο εργαζόμενος.

1.3.9. Το μοντέλο της Κοπεγχάγης (2005)

Το μοντέλο της Κοπεγχάγης αποτελεί το νεώτερο μοντέλο για την επαγγελματική εξουθένωση. Προτάθηκε το 2005 από τους Tage Kristensen, Marianne Borritz, Ebbe Villadsen και Karl B. Christensen, οι οποίοι κατασκεύασαν το ομώνυμο ερευνητικό εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης CBI (Copenhagen Burnout Inventory). Στην πραγματικότητα, το συγκεκριμένο μοντέλο ήταν η απάντηση των δημιουργών στην πολύ έντονη κριτική που άσκησαν οι ίδιοι αλλά και άλλοι ερευνητές στο μοντέλο της Maslach και κυρίως στο ερευνητικό εργαλείο MBI, υποστηρίζοντας ότι παρουσιάζει μία σειρά από αδυναμίες.

Το πρώτο σημείο κριτικής αφορούσε τη μεγάλη δημοφιλία του εργαλείου, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των εμπειρικών ερευνών (πάνω από 90%) χρησιμοποιούν την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Επακόλουθο αυτής της κυρίαρχης θέσης είναι ότι το ερωτηματολόγιο και η επαγγελματική εξουθένωση έχουν γίνει δύο πλευρές του ίδιου νομίσματος: ως επαγγελματική εξουθένωση να θεωρείται αυτό που μετράει το MBI και το MBI να μετράει αυτό που θεωρεί ότι είναι η επαγγελματική εξουθένωση. Ένα ακόμη αρνητικό στοιχείο εντοπίστηκε στη σχεδίαση του MBI, καθώς περιορίζεται στη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης μόνο σε επαγγέλματα στα οποία ο εργαζόμενος συναναστρέφεται με ανθρώπους. Οι δημιουργοί του CBI υποστηρίζουν επίσης ότι οι τρεις συνιστώσες της Maslach (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μειωμένη προσωπική επίτευξη) τις οποίες θεωρεί αναπόσπαστα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν θα πρέπει να θεωρούνται ως συστατικά μέρη του συνδρόμου, αλλά ως αποτελέσματα (Kristensen et al. 2005).

Επιπλέον, το μοντέλο της Κοπεγχάγης θεωρεί ότι πολλές από τις ερωτήσεις του MBI είναι μη αποδεκτές, χαρακτηρίζοντας κάποιες από αυτές ως απαράδεκτες, άλλες αντίστοιχες με την αμερικάνικη κουλτούρα χωρίς τη δυνατότητα «λειτουργίας» για κουλτούρες άλλων χωρών, ενώ μέσα από έρευνες που διεξήχθησαν από τους ίδιους τους δημιουργούς διαπιστώθηκε η δυσαρέσκεια ενός μεγάλου αριθμού ερωτηθέντων για τις ερωτήσεις αυτές (Kristensen et al 2005).

Οι παραπάνω σκέψεις οδήγησαν τους δημιουργούς του μοντέλου στην κατασκευή ενός ερωτηματολογίου με τρεις υποκλίμακες: την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση και την εξουθένωση που σχετίζεται με την επαφή με ανθρώπους (πελάτες, συναδέλφους, ασθενείς, μαθητές κ.ά), διαμορφώνοντας τις ερωτήσεις με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να απαντηθούν από εργαζόμενους όλων των επαγγελμάτων. Η θεωρητική βάση του μοντέλου προέρχεται από τον ορισμό που έδωσαν στην επαγγελματική εξουθένωση οι Schaufeli και Greenglass, οι οποίοι όρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως «μια κατάσταση σωματικής συναισθηματικής και πνευματικής κόπωσης που προκύπτει από τη μακροχρόνια έκθεση σε εργασιακές καταστάσεις που είναι συναισθηματικά απαιτητικές» (Schaufeli & Greenglass 2001). Ο ορισμός αυτός οδήγησε τους Kristensen και συν. να θέσουν στον πυρήνα του CBI την εξάντληση και την εξουθένωση σε σχέση με αυτούς τους τρεις παράγοντες. Οι τρεις υποκλίμακες προβλέπουν την μελλοντική εμφάνιση ασθενειών, προβλημάτων στον ύπνο, χρήση αναλγητικών και υψηλή πρόθεση από τους εργαζόμενους να εγκαταλείψουν την εργασία τους (Schaufeli & Greenglass 2001).

1.4. Κλίμακες μέτρησης

Η συστηματική μελέτη και καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται στη χρησιμοποίηση τυποποιημένων ερωτηματολογίων. Στην πλειοψηφία των μελετών, το φαινόμενο αξιολογείται με τη χρήση του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI), που μετράει τις τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ή με την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας (Staff burnout Scale for Health Professionals, SBSHP), που μετράει τις ψυχολογικές εκδηλώσεις, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς και τις οργανικές παραμέτρους του συνδρόμου (Μάρκου 2005). Μέσω αυτών των εργαλείων, ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτυπώνεται με βάση συγκεκριμένες κλίμακες μέτρησης ή συσχετίζεται με άλλες παραμέτρους, όπως το εργασιακό άγχος και την εργασιακή ικανοποίηση, υποδεικνύοντας έμμεσα ή άμεσα την επαγγελματική εξουθένωση.

1.4.1. Κλίμακα της Maslach (The Maslach Burnout Inventory – MBI)

Πρόκειται για την πιο δημοφιλή και διαδεδομένη κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το ερωτηματολόγιο της Maslach (Maslach 1982, Maslach & Jackson 1981,1986, Maslach & Leiter 1997) αποτελείται από 22 ερωτήματα τα οποία μετρούν τα τρία δομικά στοιχεία του συνδρόμου.

Η υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης αποτυπώνει το βαθμό στον οποίο το άτομο νιώθει συναισθηματικά υπερφορτισμένο και εξουθενωμένο από την εργασία του. Η συναισθηματική εξουθένωση θεωρείται ο πυρήνας του ερωτηματολογίου και αποτελεί το κυρίαρχο συστατικό του συνδρόμου (Maslach et al. 2001).

Η υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης περιγράφει τη στάση που κρατούν τα άτομα απέναντι στους ασθενείς/πελάτες και η οποία τείνει να είναι μηχανική, κυνική και αποστασιοποιημένη.

Η υποκλίμακα της μειωμένης προσωπικής επίτευξης καταγράφει τα αισθήματα μειωμένης αποτελεσματικότητας και επίδοσης του εργαζόμενου σε σχέση με τα προσδοκώμενα από τον εαυτό του.

Το συγκεκριμένο εργαλείο ζητά από τους εργαζόμενους να δείξουν την συχνότητα των συναισθημάτων τους κατά τη διάρκεια του εργασιακού έτους. Κάθε ένα από τα ερωτήματα βαθμολογείται από μια επταβάθμια κλίμακα Likert, με το 0 να σημαίνει ότι ποτέ δεν εμφανίζει αυτό που ερωτάται και το 6 να σημαίνει ότι το αισθάνεται κάθε μέρα.

Η ονοματολογία των δύο τελευταίων διαστάσεων διαμορφώθηκαν αργότερα από την Maslach (Maslach et al. 2001). Η αποπροσωποποίηση ονομάστηκε κυνισμός, περιγράφοντας όλες τις αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές (απογοήτευση, απομυθοποίηση, έλλειψη εμπιστοσύνης σε ανθρώπους και καταστάσεις) που εκδηλώνουν οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας τους. Αντίστοιχα, η μειωμένη προσωπική επίτευξη μετονομάστηκε σε μειωμένη αποτελεσματικότητα και αναφέρεται στα αισθήματα του εργαζόμενου που έχουν να κάνουν με μια προσωπική εκτίμηση του ελλείμματος της αποτελεσματικότητας, της επίτευξης της παραγωγικότητας και της ικανότητάς του να ανταπεξέλθει σε οποιαδήποτε εργασία του ανατεθεί (Leiter & Maslach 2001).

Η κλίμακα της Maslach αναφέρεται κυρίως στους εργαζόμενους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και στους εκπαιδευτικούς, καθώς η χρήση της σε άλλους κλάδους δεν είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα (Evans & Fisher 1993, Boles et al. 2000). Για να καλυφθεί το κενό δημιουργήθηκε μια νέα κλίμακα, η MBI-GS (Maslach Burnout Inventory – General Survey), για έρευνα σε όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες (Maslach et al. 1996)

1.4.2. Κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout Inventory – BI)

Η κλίμακα BI δημιουργήθηκε από τους Pines, Aronson και Kafry (1981) και αποτελείται από 21 ερωτήματα, τα οποία βαθμολογούνται με μια κλίμακα Likert με το 0 να σημαίνει «ποτέ» και το 6 να σημαίνει «πάντα». Η συνολική βαθμολογία είναι ο μέσος όρος των απαντήσεων. Τα ερωτήματα αντιπροσωπεύουν τα τρία δομικά συστατικά στοιχεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αντίθετα με το MBI, δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένο τύπο εργασίας, έχει αξιοπιστία και εγκυρότητα (Schaufeli & Enzmann 1988).

1.4.3. Κλίμακα προσωπικού (Stuff Burnout Scale – SBS)

Η κλίμακα προσωπικού αναφέρεται στο προσωπικό των επαγγελματιών υγείας (Jones 1980). Αποτελείται από 30 ερωτήματα βασισμένα στην θεωρητική προσέγγιση της Maslach, αλλά περιέχει και ερωτήματα που αφορούν τη συμπεριφορά και την φυσιολογία. Τα δέκα τελευταία ερωτήματα αποτελούν μια κλίμακα ψεύδους, προκειμένου να ανιχνευθούν τάσεις για «καλές απαντήσεις».

Το SBS αξιολογεί τις αρνητικές γνωστικές, συναισθηματικές, ψυχολογικές, συμπεριφοριστικές, και κοινωνιολογικές αντιδράσεις του ατόμου που προκαλούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο Jones αναφέρει την ύπαρξη τεσσάρων παραγόντων: την δυσαρέσκεια για την εργασία, την ψυχολογική και διαπροσωπική ένταση, τη φυσική ασθένεια και τον κίνδυνο, καθώς και την μη επαγγελματική σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών.

1.4.4. Κλίμακα Oldenburg (Oldenburg Burnout Inventory – OLBI)

Η κλίμακα OLBI δημιουργήθηκε σχετικά πρόσφατα και περιλαμβάνει τα δομικά στοιχεία της εξουθένωσης, της αποδέσμευσης μαζί με τον κυνισμό και την μειωμένη προσωπική επίτευξη. Σκοπός της δημιουργίας της αποτέλεσε η αμφίπλευρη διατύπωση των ερωτήσεων των δομικών στοιχείων του συνδρόμου. Ενώ το MBI είχε μόνο αρνητικές διατυπώσεις στις ερωτήσεις του, το OLBI έχει μισές αρνητικές και μισές θετικές διατυπώσεις, προκειμένου να καλύψει την περιγραφή των δομικών στοιχείων αμφίπλευρα.

Η κλίμακα χρησιμοποιείται για το σύνολο των εργαζόμενων, δηλαδή και για επαγγέλματα στα οποία δεν υπάρχουν επαφές και σχέσεις τύπου πάροχος-πελάτης (Demerouti & Bakker 2008).

1.4.5. Κλίμακα της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory – CBI)

Το CBI δημιουργήθηκε από τους Kristensen και συν. (2005) κατά τη διάρκεια της μελέτης PUMA σε εργαζόμενους παροχής υπηρεσιών στη Δανία. Είναι σχεδιασμένο μετά από προσεκτική έρευνα και βασίζεται σε ένα σύνολο θεωρητικών υποθέσεων. Περιέχει τρεις διαφορετικές κλίμακες: μια κλίμακα που μετρά τη γενική εξουθένωση και ονομάζεται προσωπικό σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, μια δεύτερη που σχετίζεται με το εργασιακό κομμάτι και μια τρίτη που σχετίζεται με την σχέση εργαζόμενου-πελάτη. Τα ερωτήματα της πρώτης κλίμακας εμπνέονται από το BI, της δεύτερης από την υποκλίμακα συναισθηματικής εξουθένωσης των MBI και MBI-GS, ενώ οι ερωτήσεις της τρίτης κλίμακας διατυπώθηκαν πρόσφατα και είναι καινούργιες. Οι ήδη υπάρχουσες μελέτες δείχνουν ότι η μέτρηση του συνδρόμου σε διαφορετικά επαγγέλματα είναι δυνατή με τη χρήση του CBI.

1.4.6. Το ψυχοκοινωνικό ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ II)

Το ερωτηματολόγιο COPSQ II αποτελεί την εξέλιξη του COPSQ I και είναι ένα πλήρες εργαλείο που καταγράφει πλήθος ψυχολογικών, προσωπικών και οργανωτικών παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου, αλλά και την εμφάνιση των επιπτώσεων στο σωματικό, ψυχολογικό και διανοητικό επίπεδο του εργαζόμενου (Kristensen et al. 2005, Pejtersen et al. 2010). Περιλαμβάνει 41 υποκλίμακες με συνολικά 127 ερωτήματα. Κάποιες από τις πιο πρόσφατες υποκλίμακες αναφέρονται στην εμπιστοσύνη, στη δικαιοσύνη, στην κοινωνικοποίηση μέσα στην εργασία, στη διαφοροποίηση της εργασίας, στο ρυθμό της εργασίας, στην αναγνώριση, στη σύγκρουση οικογένειας-εργασίας, καθώς και σε θέματα συμπεριφοράς στο εργασιακό περιβάλλον.

Το COPSQ II είναι ένα πολυπαραγοντικό εργαλείο μέτρησης ψυχοκοινωνικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε μια από τις υποκλίμακές του.

Κεφάλαιο 2

Επαγγελματική εξουθένωση

2.1. Αιτιολογικοί παράγοντες

Αρχικά οι μελέτες για τις αιτίες που δημιουργούν την εξουθένωση περιστράφηκαν μεμονωμένα γύρω από τους εργασιακούς και τους προσωπικούς παράγοντες. Κατά την Maslach (1978), η κύρια αιτία της εξουθένωσης έγκειται στο γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στα επαγγέλματα που παράγουν υπηρεσίες ανθρωπιστικής μορφής, έρχονται συνεχώς σε επαφή με τους ανθρώπους και τα προβλήματά τους. Μάλιστα σύμφωνα με την ίδια, για τον εντοπισμό των αιτιών της εξουθένωσης είναι προτιμότερη η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των άσχημων καταστάσεων που πλαισιώνουν τους υγιείς εργαζόμενους και όχι τα άτομα εκείνα που θεωρούνται προβληματικά (Maslach 1978).

Ωστόσο, σήμερα φαίνεται ότι υπάρχει κοινή άποψη ότι η εξουθένωση μάλλον πρέπει να θεωρηθεί ως συνδυασμός των απαιτήσεων της εργασίας, αλλά και των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζόμενων. Οι παράγοντες πρόκλησης της επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέονται άμεσα με τις αιτίες του στρες στο άτομο, ενώ ενισχύονται από τις συνθήκες της ζωής του, όπως το εργασιακό περιβάλλον και η οικογενειακή του κατάσταση. Οι περισσότερες θεωρητικές προσεγγίσεις που προσπαθούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναζητούν τα αίτια της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον και στους παράγοντες που οδηγούν σε μεταστροφή του δημιουργικού σε προβληματικό άγχος στο χώρο εργασίας.

Η Micklevitz (2001) διαχώρισε τους παράγοντες σε εργασιακούς και σε ατομικούς. Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο σε εξουθένωση είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η έλλειψη υποστήριξης του εργαζόμενου από το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών προσωπικής ανάπτυξης (Micklevitz 2001). Οι Maslach και Leiter (2001) κατέγραψαν σε έρευνά τους μία σειρά στοιχείων, τα οποία όταν συνδυάζονται μεταξύ τους οδηγούν στην εξουθένωση του ατόμου: το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα, η έλλειψη ικανοποίησης του

εργαζόμενου, η έλλειψη συναδελφικότητας εξαιτίας του ανταγωνισμού, το αίσθημα αδικίας του εργαζόμενου/υπαλλήλου ως προς την αξιολόγηση ή την αποζημίωσή του, καθώς και η σύγκρουση αξιών του ατόμου (Maslach et al. 2001).

Σύμφωνα με τον Vachon (1987) ο βαθμός του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο της εργασίας του, εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων οι οποίοι αυξομειώνουν την έντασή του και περιλαμβάνουν: (α) ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση), (β) ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες, στρατηγικές αντιμετώπισης), (γ) διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικούς παράγοντες), (δ) κοινωνικό-πολιτιστικούς παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες) για το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με τον άρρωστο, την αρρώστια, το θάνατο κ.λπ. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995).

Πλήθος μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία προσπαθούν να προσδιορίσουν τους κυριότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Η καταγραφή αυτών των παραγόντων δύναται να τους κατατάξει σε δύο κατηγορίες: τους περιβαλλοντικούς (εργασιακούς) και τους ατομικούς (προσωπικούς) παράγοντες (Μεταλληνού 2000).

Στους περιβαλλοντικούς ανήκουν οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας και μπορεί να είναι (Cherniss 1980, Justice et al. 1981, Pines 1986, Pines & Aronson 1988, Maslach et al 2001):

- Οι πιεστικές και αντίξοες συνθήκες εργασίας
- Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού
- Το εξαντλητικό, απαιτητικό και συνεχές ωράριο
- Η υψηλή συναισθηματική φόρτιση στο περιβάλλον εργασίας και η έκθεση του επαγγελματία στον πόνο και στο θάνατο
- Η έλλειψη καθηκοντολογίου, η σύγκρουση ρόλων και η ασάφειά τους
- Η έλλειψη κινήτρων και δυνατότητας εργασιακής εξέλιξης
- Η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η μη συμμετοχή στις αποφάσεις
- Η ανισότητα στις ηθικές και οικονομικές απολαβές

- Η έλλειψη επικοινωνίας, στήριξης από τη διεύθυνση ή τους συναδέλφους
- Η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας

Στους ατομικούς παράγοντες ανήκουν εκείνοι που σχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα. Αυτό που διαφοροποιεί τους εργαζόμενους μεταξύ τους, είναι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται μια κατάσταση πίεσης στον εργασιακό χώρο, η ερμηνεία που της προσδίδουν και οι δράσεις που αναλαμβάνουν προκειμένου να την αντιμετωπίσουν (Lazarus 1984). Η ανθεκτικότητα στο άγχος, όπως εκφράζεται από τον τρόπο χειρισμού του, καθιστά ορισμένα άτομα περισσότερο ευάλωτα στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι Kobasa και συν. (1982) υποστήριξαν ότι τα άτομα που διακρίνονται από μια γενικότερη ανθεκτικότητα στο άγχος έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν προβλήματα λόγω συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στα κυριότερα ατομικά προσωπικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνονται (Dekker & Schaufeli 1995, Leiter & Maslach 1988, Antoniou 1999, Betolote 2006):

- Ο τρόπος αντίληψης και αντίδρασης στις πιεστικές καταστάσεις
- Οι προσδοκίες του εργαζόμενου για τους άλλους και τον εαυτό του
- Τα αρχικά κίνητρα για την απασχόλησή του στο επάγγελμα
- Η αποτυχία στην πραγματοποίηση των ιδανικών και των στόχων του

Σύμφωνα με άλλες μελέτες, οι ατομικοί-ψυχολογικοί παράγοντες συχνά συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, συγκριτικά με τις συνθήκες εργασίας ή άλλους περιβαλλοντικούς λόγους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1992).

Πίνακας 1: Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Ατομικά χαρακτηριστικά	Καταστάσεις
Ηλικία (νεαρά άτομα εκτίθενται περισσότερο σε συναισθηματική εξάντληση)	Μη καθορισμένοι ρόλοι και κοινωνική υπευθυνότητα
Πολύ υψηλές ατομικές προσδοκίες	Διαμάχες ανάμεσα σε λειτουργικές απαιτήσεις
Υψηλές απαιτήσεις εμπλοκής, εγωισμός και ιδεαθισμός	Υπερφορτισμένη εργασία
Απαίτηση για σκληρή εργασία	Εργασιακή άσκηση
Απαίτηση για χιλιδή	Προσωπικές διαμάχες (με πελάτες, μέλη οικογένειας, συναδέλφους, καθοδηγητές)
Καθορισμός συμπεριφοράς στην επιτυχία στην επίτευξη του σκοπού	Έλλειψη απαραίτητων ικανοτήτων για την ολοκλήρωση της εργασίας
Ανικανότητα άρνησης	Έλλειψη πόρων
Δυσκολίες στη λήψη ευθύνης	Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης
Προδιάθεση για αυτοθυσία	Έλλειψη ανταπόδοσης
Τάση για προσφορά και όχι για απολαβή	Παράγοντες συνδεδεμένοι με τον εργασιακό χώρο (π.χ. μη ρεαλιστικοί σκοποί, έλλειψη ανεξαρτησίας στη λήψη απόφασης, λήθος οργάνωση προγράμματος)

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται μια σειρά συγκεκριμένων προσωπικών χαρακτηριστικών τα οποία μπορούν να ερμηνεύσουν το γιατί κάποια άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή από άλλα στην εξουθένωση (Pines & Aronson 1988). Αυτά τα χαρακτηριστικά (παράγοντες) φαίνεται να συμβάλλουν στην αύξηση της εξουθένωσης και μπορεί να είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική εμπειρία, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζόμενου.

Για την επιρροή της ηλικίας τα αποτελέσματα είναι μάλλον αντιφατικά. Οι νεότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν αναφέρει υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, ενώ άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία οι οποίοι έχουν και μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης (Maslach & Jackson, 1981, Maslach et al. 2001, Chang et al. 2006). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν και μεγαλύτερη εμπειρία, είναι πιο ώριμοι και σταθεροί, πιθανόν έχουν πιο ισορροπημένη άποψη για τη ζωή και επομένως είναι λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση (Maslach & Jackson 1996).

Αναφορικά με το φύλο του εργαζόμενου, κάποιες έρευνες δεν δείχνουν σημαντική σχέση με την εξουθένωση, ενώ άλλες διευκρινίζουν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες αναφέρουν διαφορετικά επίπεδα εξουθένωσης (Cordes & Dougherty 1993, Greenglass et al. 1997). Η Maslach υποστηρίζει πως υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα οι οποίες είναι αποτέλεσμα κυρίως των επαγγελματιών που ακολουθούν και όχι των διαφορετικών χαρακτηριστικών τους (Maslach & Jackson 1981). Ωστόσο, η Martin (2000) υποστηρίζει ότι πράγματι υπάρχει θέμα φύλου στην εξουθένωση λόγω διαφορετικότητας των συναισθημάτων που διέπουν τα δύο φύλα, καθώς το γυναικείο φύλο έχει μεγαλύτερη επιθυμία κατάθεσης και έκφρασης συναισθημάτων (Martin et al. 2000).

Τα ευρήματα των ερευνών έχουν δείξει ότι η οικογενειακή κατάσταση συνδέεται με το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι παντρεμένοι εργαζόμενοι αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από τους εγγενηδες και οι εργαζόμενοι με μικρά παιδιά εμφανίζουν λιγότερα συμπτώματα εξουθένωσης από τους εργαζόμενους χωρίς παιδιά, υποδηλώνοντας ότι τα παιδιά λειτουργούν ως ασπίδα προστασίας προκειμένου να μην χαθεί η επαφή του εργαζόμενου με τους ασθενείς (Maslach 1982, Pines 1988). Το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται ότι στηρίζει συναισθηματικά τους εργαζόμενους, ενώ την ίδια στιγμή οι εργαζόμενοι που έχουν οικογένειες είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία, πιο ώριμοι και με πιο ρεαλιστικούς στόχους (Maslach & Jackson 1981, Lemkau et al. 1994). Από την άλλη, οι απαιτήσεις της εργασίας πολλές φορές δεν συμβαδίζουν με τις απαιτήσεις της οικογένειας. Όταν τα προβλήματα της εργασίας μεταφέρονται στο σπίτι, όταν ένας από τους δύο συζύγους κάνει συχνά επαγγελματικά ταξίδια ή υποχρεώνεται να μετακομίσει για επαγγελματικούς λόγους, τότε προκαλείται μεγάλο άγχος. Ειδικότερα στις οικογένειες «διπλής καριέρας», όπου και οι δύο σύζυγοι επιδιώκουν επαγγελματική σταδιοδρομία, όλα τα προαναφερθέντα προβλήματα διπλασιάζονται και το άγχος γίνεται ακόμη μεγαλύτερο (Antoniou et al. 2006).

Το επάγγελμα ως αιτία και ως παράγοντας συμβολής της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι το εργασιακό περιβάλλον σχετίζεται πιο ισχυρά με την επαγγελματική εξουθένωση από ότι η προσωπικότητα και οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες (Burke et al. 1984, Maslach & Jackson 1986). Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο βαθμός εξουθένωσης δεν είναι ο ίδιος για κάθε χώρο εργασίας. Ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από ότι άλλες, επειδή οι εργασιακές τους θέσεις απαιτούν μεγαλύτερη κατανάλωση ενέργειας, παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους και η επαφή με τους πελάτες είναι περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη. Εκτός του επαγγελματικού χώρου η μελέτη της εξουθένωσης έχει επεκταθεί και σε επίπεδα μη επαγγελματικά όπως στο γάμο και στους γονείς. Άλλωστε, σύμφωνα με την Pines «η εξουθένωση δεν είναι απλά ένας κίνδυνος που υπάρχει μόνο στα επαγγέλματα, αλλά επεκτείνεται και σε άλλες σημαντικές πτυχές της ζωής» (Pines & Aronson 1988).

Το μορφωτικό επίπεδο μπορεί να αποτελέσει αιτία για την παρουσία επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με την Maslach, οι πτυχιούχοι εργαζόμενοι σε τομείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε σύγκριση με τους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος, ενώ τα επίπεδα για τα προσωπικά επιτεύγματα είναι χαμηλότερα (Maslach 1982).

Ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζόμενου καθώς και η ικανότητα προσαρμογής του σε στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί επίσης να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο βαθμό παρουσίας ή απουσίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εξουθένωση αντανακλά τα εσωτερικά ποιοτικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου και η προσωπικότητά του γενικότερα ερμηνεύει ένα σημαντικό τμήμα του επιπέδου της εξουθένωσης. Η κατάθλιψη, το άγχος και η ευπάθεια αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται σημαντικά με συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση (Jeanneau & Armelius 2000).

2.2. Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως επακόλουθο του παρατεταμένου εργασιακού άγχους, έχει αρνητικές συνέπειες στην ατομική, οικογενειακή και επαγγελματική ζωή των εργαζόμενων (Hellesoy et al. 2000). Η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες συνεπάγεται την υπερκόπωση και εξάντλησή του. Οι συνέπειες αυτής της εξάντλησης δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία του ατόμου, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην κοινωνική-προσωπική του ζωή.

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεπερνούν το άτομο και τον κοινωνικό του περίγυρο και επεκτείνονται στους οργανισμούς, οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου, σε μειωμένη απόδοση και χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε συχνές απουσίες και πρόωρες συνταξιοδοτήσεις (Maslach & Jackson 1986, Maslach et al. 2001). Το σύνδρομο προκαλεί στα άτομα φυσικές και πνευματικές διαταραχές, ψυχοπαθολογικά, ψυχοσωματικά και σωματικά συμπτώματα, καθώς και συμπτώματα κοινωνικής δυσλειτουργίας, χρόνια κόπωση, γνωστικές διαταραχές (συγκέντρωσης και μνήμης), καθώς και διαταραχές ύπνου. Τα άτομα που υφίστανται επαγγελματική εξουθένωση ενδέχεται να εμφανίσουν κατάθλιψη, εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες, ακόμα και να φτάσουν σε απόπειρα αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με τους Αντωνίου και Τζαβαρά (2005) «μεγαλύτερη επικινδυνότητα για την εμφάνιση του συνδρόμου έχουν τα άτομα που είναι αφοσιωμένα στην εργασία τους, που εργάζονται πολλές ώρες για μεγάλο χρονικό διάστημα και όσοι απασχολούνται σε επαγγέλματα που παρέχουν υπηρεσίες σε διαπιστωμένες ανάγκες των ανθρώπων» (Αντωνίου & Τζαβαρά 2005).

Οι Cordes και Dougherty (1993) υποστηρίζουν ότι η εκδήλωση του συνδρόμου μπορεί να επηρεάσει το άτομο σε τρία επίπεδα (Κάντας 1998):

- Ψυχική και σωματική υγεία: Οι επιπτώσεις που παρουσιάζονται στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου ποικίλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα με το οργανικό του σύστημα. Η εμφάνιση κάποιας μεμονωμένης ή μιας ομάδας από τις παραπάνω καταστάσεις αποτελούν κατά κάποιο τρόπο εκτόνωση των εσωτερικών διεργασιών οι οποίες πυροδοτούνται από την εξουθένωση.

- Διαπροσωπικές σχέσεις: Οι «προβληματικές» οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις αποτελούν χαρακτηριστικό των ατόμων με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης, εμφανίζοντας μια δυσλειτουργία που επιβαρύνει ακόμα περισσότερο το ίδιο το άτομο. Το άτομο που νοσεί από αυτή την κατάσταση αδυνατεί να ανταποκριθεί στα οικογενειακά αλλά και στα κοινωνικά του καθήκοντα. Καθίσταται ανίκανος να εμφανίσει το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητάς του και να συμμετέχει σε δραστηριότητες τις οποίες παλαιότερα συνήθιζε να ασκεί μαζί με την οικογένεια του ή με φίλους. Από την εμφάνιση του συνδρόμου επηρεάζονται συχνά και οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους, καθώς η κόπωση και η γενικευμένη πίεση έχουν αντίκτυπο στην συμπεριφορά του, την οποία ασυνείδητα μεταφέρει στο χώρο της εργασίας, με αποτέλεσμα την επιδείνωση στις σχέσεις με τους συναδέλφους και τη δημιουργία ενός κλίματος αντιπαράθεσης και έντασης.
- Εργασιακή συμπεριφορά: Συναισθήματα και συμπεριφορές όπως δυσαρέσκεια, απογοήτευση, ματαίωση, αποπροσωποποίηση, κυνισμός δηλώνουν την εμφάνιση αλλά και την εξέλιξη του συνδρόμου. Τα άτομα που εμφανίζουν το σύνδρομο παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας, την ανάγκη για μεγαλύτερο αριθμό απουσιών και απομάκρυνση από το χώρο εργασίας, αναζητώντας περισσότερα διαλείμματα και άδειες. Επίσης είναι πιθανό να παρουσιάσουν και μεγαλύτερη τάση για αλλαγή θέσης εργασίας ή επαγγέλματος, με την προϋπόθεση να ξεφύγουν από αυτό που νιώθουν παγιδευμένοι.

Επίσης, στις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης εμπλέκονται θέματα εργασιακής ασφάλειας, ικανοποίησης και στελέχωσης του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, καθώς επίσης θέματα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Συσχετίσεις έχουν γίνει με τη μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας, την αυξημένη συχνότητα λαθών και μετεγχειρητικών επιπλοκών, την αυξημένη θνητότητα χειρουργημένων ασθενών, την ανεπάρκεια στη στελέχωση, τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και την προσφορά χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών (Μάρκου 2005). Οι πολλαπλές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αναδεικνύουν τις διαστάσεις αυτού του προβλήματος, ανάγοντάς το από το ατομικό επίπεδο σε ένα ιδιαίτερο οργανωτικό πρόβλημα, το οποίο χρειάζεται έγκυρη και έγκαιρη ορθή αξιολόγηση.

2.3. Ενδείξεις και Συμπτώματα

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία με αποτέλεσμα να εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώριση και στην ταυτοποίησή της (Μάρκου 2005). Οριοθετείται μέσα από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων, οι οποίες συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα σε οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό επίπεδο ή/και επίπεδο συμπεριφοράς. Τα προβλήματα που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση επιδεινώνονται και εμφανίζονται σταδιακά μέχρι που ξεφεύγουν από τον έλεγχο του ατόμου. Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι κυρίως ψυχολογικά ενώ οι πάσχοντες εργαζόμενοι συχνά αποδίδουν τα παράπονά τους σε προβλήματα της εργασίας, θεωρώντας με τον τρόπο αυτό πως αυτή είναι υπεύθυνη για την κατάστασή τους. Για την Διομήδους και συν. (2009) «είναι σημαντική η συνειδητοποίηση, ότι οι μόνιμα κουρασμένοι εργαζόμενοι δεν πάσχουν εξ ορισμού από σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ αντίστροφα, οι πάσχοντες από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να μην εκφράζουν την κόπωση ως το κύριο παράπονό τους» (Διομήδους και συν. 2009).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα του συνδρόμου θυμίζουν σε αρκετά σημεία την κατάθλιψη, το σύνδρομο μετατραυματικού στρες και τις αγχώδεις διαταραχές (Διλιντάς 2010). Το άτομο που αισθάνεται κόπωση, εκτός του εργασιακού στρες που βιώνει και το εντοπίζει στην καθημερινότητά του, εμφανίζει συμπτώματα οργανικά, συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά που ενδέχεται να μην είναι σε θέση να τα αποδώσει σε κάποια αιτία.

Σύμφωνα με τον Potter (2001), τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα εξής (Δούκα 2003, Διομήδους και συν. 2009):

- Αρνητικά συμπτώματα (αγωνία, μη ικανοποίηση, συχνές διαμαρτυρίες, αισθήματα αδικίας, εκρήξεις θυμού, κατάθλιψη)
- Διαπροσωπικά προβλήματα (επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, ευερεθιστικότητα, υπερβολές, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία και το οικογενειακό περιβάλλον)
- Μειωμένη αποδοτικότητα (έλλειψη διάθεσης και ενθουσιασμού στην εργασία, δυσκολία συγκέντρωσης και ολοκλήρωσης μιας εργασίας)

- Προβλήματα υγείας (κρυολογήματα, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, πόνοι στη μέση, κόπωση)
- Κατάχρηση ουσιών (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, φαρμάκων, ναρκωτικών)
- Διατροφικές συνήθειες (αλλαγή σε μεγαλύτερες ή μικρότερες ποσότητες φαγητού)
- Αισθήματα κατωτερότητας (κυνισμός, κατωτερότητα, ανικανότητα)
- Οικογενειακό στρες (απουσία από οικογένεια, μεταφορά προβλημάτων εργασίας στο σπίτι, έλλειψη βοήθειας στο σπίτι ή στην οργάνωση οικογενειακού προγράμματος)
- Άρνηση δημιουργίας σχέσεων
- Εκφυλισμός σχέσεων στο εργασιακό περιβάλλον

Σύμφωνα με τους Tyler και Cushway (1998), τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης ομαδοποιούνται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Στα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις τυπικές εκδηλώσεις στρες και άγχους όπως κούραση, εξάντληση, διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, υπερένταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικοί πόνοι (Θεοφίλου 2009).

Η ευάλωτη αυτή σωματική υγεία του εργαζόμενου είναι δυνατόν να επηρεάσει και την ψυχολογική του υγεία και συμπεριφορά, με κυρίαρχα συμπτώματα το έντονο στρες, την ανία, τη μειωμένη αυτοπεποίθηση, την χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, την αποξένωση, τις συγκρούσεις και την παραίτηση (Θεοφίλου 2009, WHO 2011). Επιπλέον πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του, καθώς μεταφέρει στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα την αύξηση των εντάσεων στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και τη μείωση του ενδιαφέροντος για τις κοινωνικές συναναστροφές (Griffith et al.1999, Θεοφίλου 2009).

Πίνακας 2: Ανάπτυξη των συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Μυϊκοί πόνοι / υπερένταση	Εκνευρισμός, θυμός και σύγχυση	Συναισθηματικές εκρήξεις
Έλκος / γαστρεντερικά προβλήματα	Άγχος, δυσκαμψία στις αλλαγές / έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή απόδοση/ικανοποίηση
Αυξημένη αρτηριακή πίεση	Χάσιμο αυτοσεβασμού και συναίσθησης, αίσθηση ματαιότητας	Παραίτηση, απομάκρυνση από φίλους/οικογένεια
Σωματική κόπωση / εξάντληση, υπερκόπωση	Έλλειψη ενδιαφέροντος στην εργασία, αποτυχία διεκπεραίωσης υπευθυνότητων	Έλλειψη ακρίβειας, αποφυγή υπευθυνότητων/ ροπή σε ατυχήματα
Γαστρεντερικά προβλήματα	Συναισθήματα ανεπάρκειας, έλλειψης βοήθειας και ενοχής	Έλλειψη ικανότητας για κριτική αξιολόγηση
Πονοκέφαλοι	Ανησυχία, αποθάρρυνση, αποτελήμπτωση	Ανικανότητα συγκέντρωσης
Διαταραχές ύπνου (αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος)	Κατάθλιψη, ανία	Συχνοί απουσιασμοί
Διαταραχές ομιλίας	Αισθήματα ενοχής, αποτυχίας	Συνεχής/αυξανόμενη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών (φαρμάκων, ναρκωτικών)
Αναπνευστικά προβλήματα	Συχνές αλλαγές στη διάθεση / κινισμός	Δυσκολίες επικοινωνίας, προβλήματα/ αυξανόμενες οικογενειακές συγκρούσεις
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αίσθηση αποτυχίας/ αποξένωση	Μείωση εργασιακής δραστηριότητας/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Καχυποψία / ανησυχία για το μέλλον	Ανικανότητα προσαρμογής σε αλλαγές
Παρατεταμένη ασθένεια / συχνές ασθένειες	Χαμηλή αυτοεκτίμηση/ Μειωμένη αυτοπεποίθηση / υπερβολική αυτοπεποίθηση - ανάληψη πολύ υψηλών ρίσκων	Εργασιομανία/ έλλειψη ενθουσιασμού / νωθρότητα
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, σακχάρου	Έλλειψη υπομονής / ευερεθιστότητα	Αυξημένα παράπονα / απξίωση της εργασίας

Χαρακτηριστικά της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης του εργαζόμενου αποτελούν η έντονη αποθάρρυνσή του και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και τις δικές του προσδοκίες. Ο εργαζόμενος συχνά συμπεριφέρεται σαν να έχει απέναντί του ένα «περιστατικό», εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος. Αποφεύγει το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, γίνεται ψυχρός, τυπικός, απρόσωπος, αδιάφορος, απότομος και κάποιες φορές επιθετικός (Μάρκου 2005). Παρουσιάζει υποτίμηση, έλλειψη φροντίδας και σεβασμού, συναισθηματική ανεπάρκεια ή εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους αρρώστους, τους συναδέλφους, αλλά και τον ίδιο τον εαυτό του. Εμφανίζει δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης, επιρρέπεια σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα, ενώ συχνά αργοπορεί, απουσιάζει ή συγκρούεται με συνεργάτες και μέλη της οικογένειάς του.

Συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης επιδεινώνεται, συνοδεύεται και από ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως χρόνια κόπωση, διαταραχές ύπνου και μυοσκελετικά προβλήματα, ή συμπτώματα αρτηριακής υπέρτασης, πεπτικού έλκους, ημικρανιών και κατάθλιψης (Τιτομιχλάκη και συν. 2006). Τα συγκεκριμένα συμπτώματα δεν είναι εύκολο να αποδοθούν στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς μπορεί να σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των εργαζομένων ή με την ιδιαίτερη φύση της εργασίας τους. Η αναγνώριση της ύπαρξης του συνδρόμου γίνεται κυρίως με παρατήρηση της συμπεριφοράς των εργαζομένων και με προσωπικές συνεντεύξεις. Ωστόσο για τον αντικειμενικό προσδιορισμό και τη συστηματική καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης, απαιτείται μέτρηση του βαθμού της σε κάθε εργαζόμενο.

Όταν τα συμπτώματα προχωρήσουν πολύ, το άτομο οδηγείται σε μία κατάσταση καταθλιπτική και τότε είναι αναγκαία η λήψη ψυχοθεραπευτικής, ακόμα και φαρμακευτικής βοήθειας. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης δεν εμφανίζεται αιφνίδια ως οξύ επεισόδιο, αλλά σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο (ανησυχία) το άτομο βιώνει έντονη ανησυχία σε βαθμό που αυτή εμποδίζει τη λειτουργικότητα του. Στο δεύτερο στάδιο (απομάκρυνση) το άτομο χαρακτηρίζεται από απομόνωση και προσπαθεί να διατηρήσει την εσωτερική του ηρεμία, απομακρύνοντας τον εαυτό του από τους συναδέλφους και καθετί σχετικό με την εργασία του. Επειδή αυτή η συμπεριφορά είναι δυσάρεστη για τον περίγυρό του, οι συνάδελφοι τείνουν να απομονώνουν το άτομο, με αποτέλεσμα το περιβάλλον του να μην αναγνωρίζει την ύπαρξη του συνδρόμου και να μην λειτουργεί υποστηρικτικά. Στο τρίτο στάδιο (εξουθένωση) το άτομο βιώνει πολύ έντονα την κόπωση, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε συμπεριφορές οργής και βαναυσότητας ή σε πλήρη απάθεια, με συνέπεια τον κίνδυνο πειθαρχικής τιμωρίας (Διομήδους και συν. 2009).

2.4. Πρόληψη και Αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχουν προταθεί κατά καιρούς μία σειρά παρεμβάσεων τόσο στο ατομικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο οργάνωσης. Το πρώτο και σημαντικότερο βήμα για την αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναγνώριση της ύπαρξής της. Πολλοί εργαζόμενοι δεν καταφέρνουν να αναγνωρίζουν πως πάσχουν από το σύνδρομο και το διαπιστώνουν όταν έχουν ήδη εκδηλώσει σημαντικά ψυχοσωματικά συμπτώματα. Συνεπώς, είναι ιδιαίτερο σημαντικό τα άτομα να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται τα όριά τους και να αναζητούν βοήθεια, όταν δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στις πιεστικές συνθήκες της εργασίας τους. Οι Wood και McCarthy (2004) επισημαίνουν αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση, ότι είναι πολύ καλύτερο να προβλεφθεί το σύνδρομο πριν καν εμφανισθεί (Hogan & McKnight 2007).

Η αποφυγή και η μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης επιτυγχάνεται με την πρόληψη και την άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων, πριν η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η αδράνεια εμφανιστούν. Η ικανότητα αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης διαφέρει σε μεγάλο βαθμό στα άτομα, χωρίς να υπάρχουν προς το παρόν επαρκείς επιστημονικές εξηγήσεις για τους λόγους για τους οποίους μερικά άτομα καταφέρνουν να αναρρώσουν και να ωφεληθούν περισσότερο από κάποια άλλα. Οι παρεμβάσεις πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων πρέπει να στοχεύουν τόσο στο άτομο και τον οργανισμό όσο και στην αλληλεπίδραση ατόμου-οργανισμού.

Τρία επίπεδα παρέμβασης έχουν αναφερθεί για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης: (α) το πρωτοβάθμιο επίπεδο, που αποβλέπει στη μείωση των πηγών έντασης και εξουθένωσης στον οργανισμό, (β) το δευτεροβάθμιο επίπεδο, που αφορά στην εκπαίδευση για τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης και (γ) το τριτοβάθμιο επίπεδο, που αναφέρεται στην προώθηση της υγείας και της συμβουλευτικής στον εργασιακό χώρο. Η χρήση των προσεγγίσεων αυτών υπαγορεύεται από την από κοινού συμφωνία μεταξύ του ατόμου και του οργανισμού. Συνήθως, η δυσφορία που προκαλείται από την εργασία αντιμετωπίζεται με το άτομο ως επίκεντρο του προβλήματος, ενώ στην πραγματικότητα ενδεχομένως να αντιπροσωπεύει κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αντιμετωπίζει το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης από την πλευρά της πρόληψης μέσω της μείωσης των στρεσογόνων παραγόντων, προκειμένου ο εργαζόμενος να έχει τη δυνατότητα ελέγχου της εργασίας του. Οι στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν περιλαμβάνουν τον επανασχεδιασμό της εργασίας, τον επανασχεδιασμό του οργανωσιακού περιβάλλοντος, την καθιέρωση ελαστικών προγραμμάτων εργασίας, την ενθάρρυνση συμμετοχής στη διοίκηση, την ανάλυση των εργασιακών ρόλων και τον καθορισμό στόχων, την συμπερίληψη του εργαζόμενου στο σχεδιασμό προγραμμάτων, την καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών και τη δημιουργία συνεκτικών ομάδων (Schafer 1996, Καλαντζή 2007, Καζαντζή και συν. 2008, Δεληχάς και συν. 2012). Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν τόσο στην απομάκρυνση των στρεσογόνων παραγόντων από το εργασιακό περιβάλλον, όσο και στην προσπάθεια να επιτευχθεί ένας επιτυχής συνδυασμός ανάμεσα στα επαγγελματικά καθήκοντα και τις ανάγκες του ατόμου, τις ικανότητες και τις φιλοδοξίες του (Elkin & Rosh 1990, Murphy 2003).

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης επικεντρώνεται στη διαχείριση της εξουθένωσης που ο εργαζόμενος, εμπλέκοντας τεχνικές επίγνωσης, άσκηση και εκπαιδευτικές δραστηριότητες (Nicolaou & Tsaousis 2002). Η εκπαίδευση αυτή περιλαμβάνει συνήθως προγράμματα οργάνωσης και διαχείρισης του χρόνου, ανάπτυξη διεκδικητικότητας, δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτικής για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής των εργαζόμενων. Επιπλέον, περιλαμβάνονται προγράμματα βελτίωσης της υγείας και του τρόπου ζωής, τα οποία περιέχουν δραστηριότητες που στοχεύουν στην τροποποίηση των επιβλαβών μοντέλων συμπεριφοράς, όπως προγράμματα καρδιαγγειακής ευεξίας, διακοπής του καπνίσματος και συμβουλευτικής για την υιοθέτηση του ενδεδειγμένου τρόπου ζωής (Cooper 2001). Επιπλέον, βασικός στόχος της δευτερογενούς παρέμβασης είναι η βελτίωση της ικανότητας των εργαζόμενων να προσαρμόζονται αποτελεσματικά στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Παρόμοιες παρεμβάσεις έχουν αναφερθεί ως προσεγγίσεις εμβολιασμού κατά των εργασιακών εντάσεων καθώς «εμβολιάζουν» τους εργαζόμενους έναντι των παραγόντων αυτών προτού αυτοί τους καταβάλουν (Quick et al 1997).

Το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αφορά κυρίως στον εντοπισμό των ατόμων που πάσχουν από το σύνδρομο και τη λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης. Αναφέρεται στις διαδικασίες ανάρρωσης, παροχής υπηρεσιών και συμβουλών, προκειμένου να επανενταχθούν και να επιστρέψουν στην εργασία τους. Η τριτογενής παρέμβαση αποτελεί μια αντιδραστική προσέγγιση που εμφανίζεται όταν τα προβλήματα έχουν ήδη εκδηλωθεί και οι προσπάθειες εστιάζονται στη θεραπεία της ψυχικής υγείας των εργαζόμενων (Herburn et al. 1997). Στο στάδιο αυτό η έμφαση πρέπει να δίνεται στην κατάρριψη των διαπροσωπικών εμποδίων, στην υπέρβαση των προσκομμάτων στο πλαίσιο της ομαδικής συνεργασίας, στην παροχή συμβουλευτικής όχι με τη μορφή εντολών, στην ενθάρρυνση του ατόμου να ακούει το πρόβλημά του και στην ενδυνάμωσή του να αναλάβει δράση (Δεληχάς και συν. 2012). Ωστόσο, τα αποτελέσματα των ερευνών επισημαίνουν ότι οι παρεμβάσεις θα πρέπει να αφορούν την απομάκρυνση των πηγών στρες από τον οργανισμό (Burke & Greenglass 2001).

2.4.1. Παράγοντες αντίστασης στην επαγγελματική εξουθένωση

Σημαντικός ρυθμιστικός παράγοντας στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η επαγγελματική ικανοποίηση. Η επαγγελματική ικανοποίηση συνιστά έναν κύριο παράγοντα αντίστασης στην επαγγελματική εξουθένωση. Η ικανοποίηση από την εργασία δεν έχει την ίδια διάσταση σε όλα τα επαγγέλματα, καθώς η δημιουργικότητα, η ελευθερία, η κινητικότητα, η αναγνώριση αλλά και η ολοκλήρωση του έργου που βιώνει ο εργαζόμενος, συσχετίζεται άμεσα με την επαγγελματική ικανοποίηση (Fry & Allen 1975, Κάντας 1998, Δεληχάς 2010, Τούκας 2010). Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στη χώρα μας και αφορούν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Καλαντζή 2007, Μπελλάλη και συν. 2007, Παππά και συν. 2008) δίνουν έμφαση τόσο στη μείωση των πηγών πρόκλησης άγχους, όσο και στην αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση, στα οποία περιλαμβάνονται (Δεληγάς και συν. 2012):

- Ο προσωπικός έλεγχος (η αίσθηση του ατόμου ότι μπορεί να ελέγχει τις καταστάσεις και να τις επηρεάσει, προκειμένου να μην έχει την αίσθηση ότι όλα καθορίζονται από εξωτερικούς παράγοντες π.χ. τύχη, τρίτους).
- Η ενεργός συμμετοχή (η τάση των ατόμων να επενδύουν στην εργασία, να συμμετέχουν στα δρώμενα και να επιδιώκουν την επίλυση των προβλημάτων και όχι να παραμένουν θεατές).
- Η ευελιξία και η δεκτικότητα (η τάση των ατόμων να αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες που προκύπτουν στο χώρο εργασίας περισσότερο ως προκλήσεις παρά ως απειλές ή εμπόδια).
- Οι παράγοντες καταστάσεων (οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, ο τρόπος ζωής, ο σκοπός/στάση ζωής, η οικονομική κατάσταση/σταθερότητα, οι πολιτισμικές παραδόσεις, η δυνατότητα πρόσβασης σε δομές ψυχολογικής υποστήριξης και σε ιατρική βοήθεια κ.λπ.).

Έρευνες που διεξήχθησαν κυρίως σε εργαζόμενους στον τομέα παροχής υγείας (Cox et al. 2000, Ewers et al., 2002, Καζαντζή και συν. 2008) έχουν αναδείξει την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης των εργαζομένων μέσω ειδικών προγραμμάτων παρέμβασης υποστηρικτικών ομάδων, σεμιναρίων για τη διαχείριση του άγχους μέσω ατομικής συμβουλευτικής, με χρήση γνωστικών και συμπεριφορικών τεχνικών παρέμβασης.

Συνεπώς, στην αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να συμβάλλουν η ανάπτυξη δεξιοτήτων και γνώσεων, η βελτίωση της εργασίας και καταστάσεων ξεκούρασης, η ανάπτυξη του περιεχομένου της εργασίας, η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών, η ανάπτυξη κινήτρων, η αλλαγή του τρόπου αμοιβής, η κοινωνική προστασία, η ψυχολογική ενίσχυση (ενδυνάμωση, ενσυναίσθηση, αίσθηση της αποτελεσματικότητας), ένα σύστημα ψυχολογικής αποφόρτισης από το άγχος μετά την εργασία, καθώς και η βελτίωση της ψυχολογικής ατμόσφαιρας σε συλλογικό επίπεδο (χαλαρή, μη τυπική ατμόσφαιρα) (Δεληγάς και συν. 2012).

Τα μέτρα αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζονται σε δύο επίπεδα: ατομικό και οργανωτικό-διοικητικό. Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αναφέρονται στις προσπάθειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας, ενώ οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο αναφέρονται σε ενέργειες, την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση του νοσοκομείου ή μιας μονάδας υγείας.

2.4.2. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των ασθενών που φροντίζει, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτουργήμα». Αυτή η πεποίθηση ενισχύει τον μύθο της παντοδυναμίας του, καθιστώντας τον παραδόξως ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της εξουθένωσης προϋποθέτουν την αμφισβήτηση της πεποίθησης αυτής και την αναγνώριση ότι, ο επαγγελματίας υγείας για να μπορέσει να φροντίσει και να συνοδεύσει τον άρρωστο στην πορεία του, πρέπει παράλληλα να φροντίσει τον εαυτό του. Η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας, του πόνου, της αναπηρίας, αλλά και του θανάτου των ασθενών τον καθιστούν ευάλωτο. Επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση ίσως να μην μπορεί να αποφευχθεί πλήρως, αλλά τουλάχιστον τα αυξημένα επίπεδα της να μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση.

Οι κύριες κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, βασίζονται στον αυτοέλεγχο και τη συμπεριφορά και περιλαμβάνουν:

- Την αύξηση της κατανόησης μέσω της αύξησης της γνώσης γύρω από την προσωπικότητα του ατόμου και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στην εργασία του.
- Την επαναξιολόγηση της προσωπικότητάς του καθενός και της θέσης του - γύρω από το τι πιστεύει κάθε άτομο για τον εαυτό του και την ειδικότητά του.
- Τη μεταμόρφωση των γνωστικών συνιστωσών των επικοινωνιακών παραμέτρων - μέσω της κατανόησης των συνεπειών (στο φάσμα της επαγγελματικής ανάπτυξης και της επανεκπαίδευσης του προσωπικού).

- Την απελευθέρωση από γνωστικά στερεότυπα, μέσω της αίσθησης επικοινωνιακής δράσης.
- Την απόκτηση νέων ικανοτήτων και επικοινωνιακών δεξιοτήτων μέσω ειδικής εκπαίδευσης.
- Ο προσωπικός έλεγχος: η αίσθηση του ατόμου ότι μπορεί να ελέγχει τις καταστάσεις και να τις επηρεάσει, προκειμένου να μην έχει την αίσθηση ότι όλα καθορίζονται από εξωτερικούς παράγοντες (τύχη, τρίτους).

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο (τριτογενείς παρεμβάσεις) αφορούν στον εντοπισμό των εργαζόμενων που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση και στη λήψη μέτρων επανορθωτικού-θεραπευτικού χαρακτήρα. Η αξιολόγηση των μέτρων γίνεται με όρους σοβαρότητας των συμπτωμάτων-οφέλους. Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο πρέπει να γίνονται αφού εξαντληθούν ενδεχόμενες παρεμβάσεις σε οργανωτικό και συλλογικό (μικρής ομάδας) επίπεδο. Ωστόσο στην πράξη, η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται σε ατομικές παρεμβάσεις, κυρίως λόγω του αυξημένου κόστους λήψης πρωτογενών και δευτερογενών παρεμβάσεων. Οποιαδήποτε στρατηγική ακολουθηθεί θα πρέπει οι παρεμβάσεις να εφαρμόζονται αρχικά σε περιορισμένη κλίμακα και να υπάρχει συμμετοχή εκτός των εργαζόμενων και των εκπροσώπων τους, και της διοίκησης.

Υπάρχει μια πληθώρα προτεινόμενων στρατηγικών παρέμβασης σε ατομικό επίπεδο που άλλες έχουν ιατροκεντρικό και άλλες ψυχοθεραπευτικό προσανατολισμό. Οι πρώτες επικεντρώνονται στην άμεση βραχυπρόθεσμη θεραπεία των συμπτωμάτων της εργασιακής εξουθένωσης, ενώ οι δεύτερες επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των αιτιών, σε μακροπρόθεσμη βάση, και όχι απλά στην αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας. Οι ψυχοθεραπευτικοί τρόποι αντιμετώπισης της εργασιακής εξουθένωσης εφοδιάζουν το άτομο με τα κατάλληλα εργαλεία που του επιτρέπουν να είναι προετοιμασμένο οποιαδήποτε στιγμή έρθει αντιμέτωπο με αγχογόνο κατάσταση.

Στις ατομικές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999, Δεληχάς και συν. 2012):

- Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων
- Η εκπαίδευση στην αποδοχή των ορίων και των περιορισμών της εργασίας (μη οικειοποίηση των προβλημάτων)

- Η μεθόδευση-προσπάθεια για μη πρόκληση σύγχυσης όταν δεν επιτυγχάνονται οι επαγγελματικοί στόχοι
- Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών (μη ρεαλιστικοί σκοποί και προσμονές, ενδέχεται να οδηγήσουν σε σύγχυση και στην έναρξη του συνδρόμου)
- Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί ο εργαζόμενος ενάντια στο άγχος
- Η αναζήτηση βοήθειας σε δύσκολες καταστάσεις
- Η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης σε συνεργάτες, φίλους και ειδικούς
- Η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας
- Η σωστή διατροφή και η επάρκεια ανάπαυσης
- Η προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας
- Η μη μεταφορά των εργασιακών προβλημάτων στο σπίτι (ισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής)
- Η περιοδική εκπαίδευση στη διαχείριση του άγχους, την επικοινωνία και τη διαχείριση διαφωνιών και συγκρούσεων
- Επαρκής και συχνή χρήση διαλειμμάτων

Ειδικότερα, για άτομα με ασθενές νευρικό σύστημα, αυξημένα επίπεδα ανησυχίας και χαμηλό αυτοσεβασμό συστήνονται (Δεληγάς και συν. 2012):

- Μικρότερα καθήκοντα, μεγαλύτερα διαλείμματα
- Οργάνωση μιας διαδικασίας εκπαίδευσης η οποία θα ξεκινά από εύκολα τμήματα σε δυσκολότερα, έτσι ώστε να υπάρχει η αίσθηση της επιτυχίας-προόδου
- Ενίσχυση της ανατροφοδότησης με επαίνους κατά την ολοκλήρωση των καθηκόντων
- Μέγιστη διάκριση σε εξωτερικές αξιολογήσεις με ενίσχυση της θετικής πλευράς των αποτελεσμάτων
- Χρήση αναλυτικού αλγόριθμου (κάθε εργασία πρέπει να αναλύεται στα βασικά της τμήματα)

- Μείωση των επιπέδων εργασιακού άγχους (αποφυγή τόσο της κριτικής όσο και της υπερβολής στη θετική αξιολόγηση της δραστηριότητας)
- Αποφυγή καταστάσεων ανταγωνισμού (είναι προτιμότερο να ανταγωνίζεται κάποιος τον εαυτό του με βάση την αρχή «σήμερα είναι καλύτερο από ότι ήταν χθες»)
- Οργάνωση της εργασίας κατά τέτοιον τρόπο, ώστε το άτομο να μπορεί περιοδικά να έχει επιτυχίες που αυξάνουν την αυτοεκτίμησή του
- Ο σκοπός πρέπει να αφορά όχι μόνο στο αποτέλεσμα αλλά στην διαδικασία και τα μέσα με τα οποία επιτυγχάνεται

2.4.3. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο

Για πολλά χρόνια, ένας από τους βασικούς στόχους της έρευνας για την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας υπήρξε η διερεύνηση επαρκών οργανωσιακών στρατηγικών πρόληψής της. Οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε οργανωσιακό επίπεδο μπορούν να χωριστούν σε δύο διακεκριμένες κατηγορίες: στρατηγικές πρόληψης και στρατηγικές ανακούφισης ή θεραπευτικές στρατηγικές (Travers & Cooper 1996).

Ο στόχος των στρατηγικών πρόληψης είναι να εξαλείψουν τις αρνητικές συνέπειες των παραγόντων που καθιστούν τους εργαζόμενους ευάλωτους στην επαγγελματική εξουθένωση ή να τους κάνουν να σταματήσουν να προκαλούν πίεση. Από την άλλη, οι ανακουφιστικές ή θεραπευτικές στρατηγικές έχουν ως στόχο να μετριάσουν την εξουθένωση στα άτομα και να τα βοηθήσουν να την ξεπεράσουν. Αρκετοί ερευνητές έχουν περιγράψει μία σειρά διαφορετικών τύπων παρέμβασης, οι οποίες αφορούν τόσο στην αλλαγή και αναδιοργάνωση των δομών υγείας όσο και στη συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων (Elkin & Rosch 1990, Steinberg 1995, EU-OSHA 2002, Luceno & Martin 2008, Marine et al. 2009, American Psychological Association 2011, Mayo Clinic 2012):

- Θετική εργασιακή κουλτούρα (ανάδραση, αλληλεπίδραση με εκτίμηση, αποδοχή και σεβασμό)
- Χαμηλός φόρτος εργασίας

- Πραγματοποιήσιμος χρόνος εργασίας (λόγος εργασιών ανά πελάτη/ασθενή)
- Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση
- Αποσαφήνιση του ρόλου, των καθηκόντων και των προσμονών του εργαζόμενου
- Συμμετοχή του εργαζόμενου στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στον κύκλο εργασιών
- Δημοκρατική διοίκηση εν μέσω σθεναρής ηγεσίας
- Πολυμορφία στην εργασία
- Δυνατότητα διαλειμάτων και ειδικών αδειών
- Δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης
- Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, συμβουλευτική εποπτεία
- Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης
- Παροχή υποστήριξης από τους ανώτερους σε δύσκολες καταστάσεις
- Παρότρυνση για καλλιέργεια άλλων ενδιαφερόντων, άνοιγμα σε νέες εμπειρίες
- Εισαγωγή καινοτομιών στην εργασία, δημιουργία νέων προγραμμάτων και εφαρμογή χωρίς αναμονή για αποδοχή από τη Διοίκηση
- Διατήρηση υγιούς κατάστασης, σωστού προγράμματος ύπνου και διατροφής, λήψη τεχνικών διαμεσολάβησης
- Ικανοποίηση κοινωνικής ζωής
- Ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων με άτομα που ανήκουν σε διαφορετικά επαγγέλματα
- Παρότρυνση στον εργαζόμενο να επιτύχει αποτέλεσμα χωρίς να χάνει την αυτοπεποίθησή του όταν αυτό δεν συμβαίνει
- Ικανότητα για μια αυτοαξιολόγηση, χωρίς ο εργαζόμενος να σκέφτεται την αποδοχή των άλλων
- Παρότρυνση στον εργαζόμενο να δίνει αρκετό χρόνο στην προσπάθεια να επιτύχει θετικά αποτελέσματα στην εργασία και τη ζωή, παρεμπόδιση βιασύνης

- Καλά κατανεμημένες ευθύνες (π.χ. μη λήψη μεγαλύτερης ευθύνης από αυτή που μπορεί να αντέξει)
- Ανάγνωση όχι μόνον επαγγελματικής αλλά και άλλης βιβλιογραφίας
- Συμμετοχή σε σεμινάρια, συνέδρια, όπου υπάρχουν δυνατότητες συνάντησης νέων ανθρώπων και εμπειριών
- Περιοδικές συνεργασίες με συναδέλφους που διαφέρουν στον επαγγελματικό και προσωπικό τρόπο λειτουργίας
- Συμμετοχή στην εργασία από μια επαγγελματική (συμβουλευτική) ομάδα που δίνει την ευκαιρία για συζήτηση προσωπικών προβλημάτων
- Επάρκεια πόρων (ικανοποιητικές απολαβές, ανατροφοδότηση προσωπικού)
- Χόμπι που δίνουν χαρά και ικανοποίηση

Κεφάλαιο 3

Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών

3.1. Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

Πλήθος ερευνών έχουν αναδείξει ότι το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο. Επιπλέον το περιβάλλον εργασίας όπου δραστηριοποιούνται δημιουργεί εντάσεις που επιδρούν σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα (Baker et al. 200, Demir et al. 2003).

Σύμφωνα τον Αντωνίου (2006) «Ο βασικότερος παράγοντας για την επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές είναι ο πόνος και η οδύνη των ασθενών. Πολλές φορές καλούνται να περιθάλψουν άτομα με ιδιαίτερα σοβαρές ασθένειες, ενώ πολλοί είναι και αυτοί που καταλήγουν μετά από μακροχρόνια πάθηση. Οι νοσηλευτές οδηγούνται στην αδιαφορία και στην έλλειψη κατανόησης για τους ασθενείς, ενώ η εργασία μετατρέπεται σε χώρο μη ικανοποίησης» (Αντωνίου 2006).

Ο φόρτος εργασίας, η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς, η έλλειψη πόρων, οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, καθώς και η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας, ενοχοποιούνται ως επιβαρυντικοί παράγοντες για τη δημιουργία στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό (Bakker et al. 2000, Αντωνίου 2005). Επίσης ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο της εργασίας διεγείρει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, διατηρώντας άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησής τους (Arnold et al. 1995, Boumans & Landeweerd 1996, Janssen et al. 1999, Edwards et al. 2001, Altun 2002, Greco et al. 2006, Milisen et al. 2006). Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί στους

νοσηλευτές συναισθήματα αμηχανίας, θυμού, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, απογοητευτική (Arnold et al. 1995, Vahey et al. 2004, Αντωνίου 2005).

Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης των εργαζομένων (από τους άμεσους προϊστάμενους, τους συνεργάτες, ειδικούς φορείς ή τη διοίκηση της μονάδας υγείας), οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής και οι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης (Αντωνίου 2005). Επιπλέον, αθροίζονται και οι ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας, οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών ορισμένων τμημάτων, όπως οι ογκολογικές πτέρυγες, οι πτέρυγες με ασθενείς που πάσχουν από AIDS, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Όλοι οι παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή και την οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στους υγειονομικούς χώρους της ελληνικής πραγματικότητας παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007, Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008).

Επίσης, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη 2007), καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση (Σταυροπούλου και συν. 2010).

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργός συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο εργαζόμενος στην ροή των γεγονότων είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ζωή του κάθε ατόμου (Boumans & Landeweerd, 1996, Jansen et al. 1999, Edwards et al. 2001, Altun 2002, Greco et al. 2006, Vahey et al. 2004).

Πίνακας 3: Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές

• Προσωπικότητα	• Επαγγελματική ικανοποίηση
• Βαθμός εκπαίδευσης	• Εργασιακή ανασφάλεια
• Εκπαίδευση στην επικοινωνία	• Επίπεδο αμοιβής
• Ικανότητα ελέγχου καταστάσεων	• Ωράριο εργασίας
• Συναισθηματική νοημοσύνη	• Μορφή απασχόλησης
• Σχέσεις με συναδέλφους	• Φόρτος εργασίας
• Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά	• Εργασιακή ρουτίνα
• Χώρος εργασίας	• Έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης
• Ρόλος του οργανισμού	• Κακές κτιριακές υποδομές

3.2. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό

Γενικά οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στο στρες και στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους, καθότι αυτοί έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σοβαρό αντίκτυπο στους ασθενείς. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί μέχρι και σήμερα και αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση, έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας (Jimmieson 2000, Demir et al. 2003). Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία τους, αλλά και με εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Χαραλαμπίδου 1996, Lee et al. 2004, Halm et al. 2005, Leiter & Laschinger 2006).

Η Firth-Cozens et al. (1997) αναφέρει ότι το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλευτές καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών.

Η Δημητρίου (1998), σε άρθρο της για την διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, μελέτησε τα συμπτώματα και τους τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές προσαρμόζονται στην εργασιακή εξουθένωση. Χωρίζει τους παράγοντες που οδηγούν σε εξουθένωση σε τρεις κατηγορίες: (α) ενδογενείς (βαρύτητα ασθενών, ανασφάλεια, προσωπικά προβλήματα), (β) διαπροσωπικούς (σχέση με συναδέλφους, ένταση στην ομάδα εργασίας, έλλειψη επικοινωνίας, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, έλλειψη αναγνώρισης έργου από τους προϊστάμενους) και (γ) εξωγενείς (φόρτος εργασίας, γραφειοκρατία, θέση εργασίας, οργανισμός).

Ο χώρος που εργάζονται οι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητα τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Hannigan et al. (2000) και Kilfedder et al. (2001), το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του. Για πολλούς νοσηλευτές, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους την αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Εκτός του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και οι νοσηλευτές των ΜΕΘ βιώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Brooks & Anderson 2004, Cubrilo-Turek et al. 2006). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Poncet et al. (2007) σε Γάλλους νοσηλευτές φάνηκε ότι, το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ είχαν βιώσει το σύνδρομο. Οι κύριοι εκλυτικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης προερχόταν από την έλλειψη οργάνωσης, την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊστάμενους και το ιατρικό προσωπικό, την αντιληπτή σύγκρουση με τον ασθενή, τον φόβο από το θάνατο του ασθενούς και την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος.

Σύμφωνα με την έρευνα των Zhu et al. (2006), επαγγελματική εξουθένωση σε μεγάλο βαθμό παρουσιάζουν επίσης οι παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές. Ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι γρήγοροι ρυθμοί, το αίσθημα της ευθύνης, η έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών, καθώς και η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν τους κυριότερους αιτιατούς παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Οι ερευνητές Jaracz et al. (2005), μελετώντας νοσηλευτές γενικών, νευρολογικών και ψυχιατρικών τμημάτων, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του έργου τους συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση. Κατά τους Pompli et al. (2006), πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος, που μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Ο χώρος εργασίας συμβάλλει στην εμφάνιση του συνδρόμου και ένας από τους λόγους είναι η ψυχολογική διάθεση των νοσηλευτών, η οποία επιδεινώνεται όταν εργάζονται σε χώρους με αυξημένη θνησιμότητα ασθενών. Πολλές έρευνες, προκειμένου να εξετάσουν τη συμβολή της παραμέτρου «ψυχολογική διάθεση» στην εξουθένωση, επικεντρώθηκαν σε νοσηλευτές νοσοκομείων με καρκινοπαθείς ασθενείς.

Οι συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα με ασθενείς του AIDS. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθότι οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μια «δύσκολη» ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ασθενείς αυτοί χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές, διότι η απειλητική για τη ζωή ασθένεια και ο φόβος του πόνου και θανάτου, αποτελούν στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους (Kash et al. 2000, Schraub & Marx 2004, Sherman et al. 2006, Quattrin et al. 2006).

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Grunfeld et al. (2000) σε 1016 εργαζόμενους ογκολογικών μονάδων του Οντάριο, με χρήση του ερωτηματολογίου MBI της Maslach, έδειξαν ότι η ψυχολογική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και το μειωμένο αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων είναι πιο συχνά στον τομέα των θεραπειών από ότι στο υπόλοιπο προσωπικό. Σύμφωνα με τα ευρήματα, το νοσηλευτικό προσωπικό των ογκολογικών τμημάτων είχε υψηλά επίπεδα άγχους και σκεφτόταν την παραίτηση ή την μείωση των ωρών εργασίας. Σε παρόμοια έρευνα που είχε διεξαχθεί στην Ελλάδα από τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο (1994) σε 217 νοσηλεύτριες ογκολογικών τμημάτων της Αθήνας και σε 226 νοσηλεύτριες γενικού νοσοκομείου της Αθήνας, τα ευρήματα ήταν ίδια με αυτά των Grunfeld et al.

Ο παράγοντας προσωπικότητα είναι πολύ σημαντικός στην διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η μελέτη των Ιακωβίδη και συν. (1997) αναφορικά με την σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την προσωπικότητα του νοσηλευτή, με το μοντέλο Maslach, έδειξε ότι υπάρχει μια πολύπλοκη σχέση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του δείγματος η οποία οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πραγματικό κλινικό σύνδρομο με νευρωτικά χαρακτηριστικά και όχι το φυσιολογικό αποτέλεσμα μιας υπερβολικής κούρασης.

Ο ρόλος του οργανισμού και οι στρατηγικές που ακολουθεί μελετήθηκαν επίσης σε σχέση με την εξουθένωση των νοσηλευτών. Η έρευνα των Blumenthal et al. (1998) σύγκρινε νοσηλευτές από το δημόσιο τομέα της Βρετανίας με νοσηλευτές που απασχολούνταν σε ευεργετικούς οργανισμούς και ιδρύματα. Το προσωπικό των ευεργετικών οργανισμών είχε ξεκάθαρους ρόλους στην εργασία, θετικότερη στάση απέναντι στην δουλειά του και χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης από τα αντίστοιχα των νοσηλευτών του δημόσιου τομέα. Παρόλα αυτά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν συγκρίσιμα στις δύο ομάδες.

Τα αποτελέσματα νεότερης έρευνας των Demir et al. (2003) που πραγματοποιήθηκε σε 333 άτομα σε ένα δημόσιο και ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Τουρκίας, έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του πανεπιστημιακού νοσοκομείου παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτό αισθάνονται πιο ανεξάρτητοι στις εργασιακές τους δραστηριότητες. Και στα δύο νοσοκομεία η μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία και το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, ενώ οι πολλές νυχτερινές βάρδιες, οι κακές σχέσεις με τους συναδέλφους, καθώς και προβλήματα της προσωπικής ζωής αυξάνουν την επαγγελματική εξουθένωση.

Οι Jenkins και Elliott (2004) διερεύνησαν τον βαθμό του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε καταρτισμένο και μη καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό της Αγγλίας, διαπιστώνοντας ότι ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου. Στη μελέτη τους βρέθηκε ότι το μισό περίπου νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε σημάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από αυτούς, οι καταρτιζόμενοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωναν υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας από το αναρμόδιο προσωπικό. Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης ήταν ο κύριος παράγοντας άγχους που αναφέρθηκε από το καταρτισμένο προσωπικό, ενώ οι δύσκολοι ή απαιτητικοί ασθενείς αποτελούσαν πηγή άγχους για το αναρμόδιο προσωπικό.

Σύμφωνα με την εργασία των Bernardi et al. (2005) κατά την οποία μελετήθηκαν 40 επιλεγμένα άρθρα με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση από όλες τις ηπείρους εκτός της Νότιας Αμερικής, παρατηρήθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε οργανισμού, ενώ ο βαθμός πίεσης στο χώρο της εργασίας και οι προσωπικές προσδοκίες αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου.

Η Severinsson (2003) καθώς και οι Ekstedt και Faberberg (2005) μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση, συνεντευξιάζοντας τους ίδιους τους νοσηλευτές που βίωσαν το συγκεκριμένο πρόβλημα. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένιωθαν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι, χωρίς ενέργεια και κίνητρο, αβοήθητοι και μόνοι. Η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο αποτελούσε αρχικά μια αγωνιώδη εμπειρία που τους έκανε να νιώθουν ευάλωτοι και να βιώνουν ενοχή για τη δυσκολία τους να βοηθήσουν, κατηγορώντας συνεχώς τον εαυτό τους για το ότι δεν ήταν καλοί νοσηλευτές. Τα όρια, τα οποία υποδείκνυαν πού άρχιζε και πού τελείωνε η ευθύνη ήταν απροσδιόριστα. Αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη μνήμη και στη συγκέντρωση, καθώς και προβλήματα υγείας. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η ντροπή και οι ενοχές τους εμπόδιζαν να ζητήσουν βοήθεια. Η έντονη ντροπή τους οδηγούσε σε αισθήματα απώλειας ελέγχου, ανεπάρκειας και κατωτερότητας, στην απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους και στην εγκατάλειψη. Αρχίζαν να παραιτούνται από τα τακτικά γεύματα, τον ύπνο, τη σωματική άσκηση, τις κοινωνικές δραστηριότητες, το χρόνο για ξεκούραση. Ζούσαν συνεχώς με το φόβο, μήπως κάνουν λάθη. Βίωναν το δίλημμα να μην εμπλακούν συναισθηματικά ή να κάνουν σχέσεις δίχως νόημα με τους

ασθενείς, θεωρώντας την αποστασιοποίηση από αυτούς μια απαραίτητη διέξοδο. Ο αγώνας για να αποφύγουν την έκθεση της ευάλωτότητάς τους και να προστατέψουν την αυτοεικόνα τους, τους οδηγούσε στην κοινωνική απομόνωση, καθώς και στην απώθηση των συναισθημάτων τους. Η ανάρρωση άρχιζε μόνο όταν το πρόβλημα έφθανε στο απροχώρητο (hitting bottom stage) και άρχιζαν να αποδέχονται τις δυσκολίες τους.

Οι Fallowfield και Jenkins (1999), εστιάζοντας στους εργαζόμενους (γιατρούς και νοσηλευτές) των ογκολογικών κλινικών, θεωρούν ότι η εκπαίδευση στην επικοινωνία αποτελεί βασικό προσόν. Η ανεπαρκής εκπαίδευση στην επικοινωνία προκαλεί άγχος στους ασθενείς και τους συγγενείς, ενώ από την άλλη συμβάλλει στην δημιουργία άγχους στους εργαζόμενους, έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης και επαγγελματική εξουθένωση.

Η ικανότητα ελέγχου καταστάσεων στον εργασιακό χώρο και στη ζωή έχει μεγάλη σημασία στην εμφάνιση εξουθένωσης στους νοσηλευτές. Οι Schmitz et al. (1999) μελέτησαν 361 νοσηλευτές από 9 νοσοκομεία και βρήκαν ότι όταν είναι αυξημένη η ικανότητα που έχουν οι εργαζόμενοι να ελέγχουν τις καταστάσεις της ζωής τους, τότε οι πιθανότητες να ανταπεξέλθουν στο άγχος είναι μεγαλύτερες και τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης χαμηλά. Από την άλλη, όταν οι εργαζόμενοι είναι εξουθενωμένοι, αδυνατούν να υιοθετήσουν στρατηγικές ώστε να προσαρμοστούν σε προβληματικές καταστάσεις.

Από τη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται ότι η ικανότητα ελέγχου καταστάσεων παίζει σημαντικό στην εξουθένωση και γενικότερα στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Ωστόσο τελευταία, στο παρασκήνιο της ικανότητας ελέγχου, αναφέρεται συχνά και η συναισθηματική νοημοσύνη. Η περιγραφή του Goleman (1998) για την συναισθηματική νοημοσύνη είναι η πιο διαδεδομένη. Τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη είναι η αναγνώριση των συναισθημάτων του, ο έλεγχός τους, η εξεύρεση κινήτρων για τον εαυτό του, η αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων και η διαχείριση των σχέσεών του.

Σε έρευνα σχετικά με την συναισθηματική νοημοσύνη των νοσηλευτών, η Gerits κατέληξε στο συμπέρασμα ότι σε εργασιακά περιβάλλοντα υψηλών απαιτήσεων, η επιλογή και ο έλεγχος στρατηγικών άμεσης αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων από τον εργαζόμενο επηρεάζονται από το επίπεδο της συναισθηματικής του νοημοσύνης. Υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης σχετίζονται με μικρότερα επεισόδια εξουθένωσης, λιγότερες απουσίες και λιγότερες παραιτήσεις. Οι Gerits et al. (2004) συσχέτισαν την συναισθηματική νοημοσύνη με τις κοινωνικές δεξιότητες, περιγράφοντας τον όρο κοινωνικές δεξιότητες ως την ικανότητα του εργαζόμενου να μοιράζεται τα συναισθήματά του με άλλους, την ικανότητα για διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα επίδειξης κοινωνικής υπευθυνότητας. Η έρευνα εστίασε στις διαφορές των δύο φύλων, καταδεικνύοντας ότι οι γυναίκες με υψηλά προφίλ συναισθηματικής νοημοσύνης και χαμηλά επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων είχαν λιγότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτός ο συνδυασμός ίσως να αποτελεί μια καλή στρατηγική ανταπόκρισης των εργαζόμενων στις αντίξοες συνθήκες, ενώ οι κοινωνικές δεξιότητες δεν παρατηρήθηκε να έχουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση εξουθένωσης στους άνδρες.

Πλήθος διεθνών ερευνών έχουν αναδείξει ότι οι εργασιακοί παράγοντες συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση και στην εξέλιξη του συνδρόμου. Η μελέτη των Fernet et al. (2008) είναι μια μελέτη που επικεντρώνεται αποκλειστικά στο εργασιακό περιβάλλον και την σχέση του με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι όταν οι εργαζόμενοι μπορούν να ελέγχουν την εργασία τους και να αυτοπροσδιορίζονται μέσα από αυτή, τότε η εμφάνιση εξουθένωσης και πιο συγκεκριμένα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης είναι σπάνια. Ο νοσηλευτής βιώνει εργασιακή ανασφάλεια, απόρροια της αβεβαιότητας διατήρησης της θέσης εργασίας, του επιπέδου αμοιβής, των ωρών εργασίας, των σχέσεων με τους συναδέλφους και του περιεχομένου της εργασίας (Hellgren et al. 1999).

Οι Sverke et al. (2002) αναφέρουν ότι η μορφή απασχόλησης συμβάλλει στην εργασιακή ανασφάλεια. Όσοι νοσηλευτές εργάζονται σε μόνιμη βάση εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα εργασιακής ανασφάλειας συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται με συμβάσεις. Οι μόνιμοι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι αποτελούν μέρος του οργανισμού, έχουν δηλαδή μεγαλύτερη οργανωσιακή δέσμευση σε σχέση με τους συμβασιούχους.

Η έρευνα των Bakker et al. (2000) αναφέρεται σε έναν σημαντικό εργασιακό παράγοντα, στο ισοζύγιο αμοιβής-εργασιακής προσπάθειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι νοσηλευτές έχουν αρνητικό ισοζύγιο, έχουν και υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης.

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι ένας εργασιακός παράγοντας ο οποίος έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης εδώ και δεκαετίες (Locke 1976, Maslach & Jackson 1982, Jayaratne & Chess 1984, Antoniou et al. 2003). Η πρώτη νοσηλευτική μελέτη για την επαγγελματική ικανοποίηση πραγματοποιήθηκε από τον Nahm (1940). Η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να ορισθεί ως η θετική στάση του εργαζόμενου προς το επαγγελματικό του έργο και θεωρείται ότι έχει άμεση σχέση τόσο με την ψυχική υγεία του όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων για υψηλή αποδοτικότητα, καθώς και σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό (Κάντας 1998). Η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια μονοδιάστατη έννοια, αλλά αποτελείται από επιμέρους στοιχεία και μπορεί να διακριθεί σε εσωγενή και εξωγενή. Η εσωγενής ικανοποίηση αφορά το περιεχόμενο της εργασίας (π.χ. ελευθερία επιλογών, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων κ.ά.), ενώ η εξωγενής αναφέρεται στο πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η εργασία (π.χ. συνθήκες εργασίας, φόρτος εργασίας, ωραίο, αμοιβές, ασφάλεια).

Ο Jansen (1996) σε δείγμα 402 νοσηλευτών βρήκε ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μέτρια επίπεδα εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης, ωστόσο η ικανοποίηση επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα χαρακτηριστικά της εργασίας, ενώ η εξουθένωση από τα ατομικά χαρακτηριστικά.

Ο φόρτος εργασίας, απόρροια της ανεπαρκούς στελέχωσης, είναι σοβαρή απειλή κινδύνου προς τον ασθενή καθώς θέτει σε κίνδυνο την επαγγελματική ακεραιότητα των νοσηλευτών και τους οδηγεί σε ανυπεράσπιστα θέση από όπου αναπόφευκτα οδηγούνται στην δυσαρέσκεια (Godfrey 1978). Οι Claus και Bailey (1980) συνδέουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών με τον αυξημένο φόρτο εργασίας, την βελτιωμένη αναλογία στελέχωσης και την διεξαγωγή της εργασίας εντός των επιθυμητών επιπέδων της νοσηλευτικής. Αλλά και ο υπό-φόρτος εργασίας όταν ακολουθείται από ακανόνιστες περιόδους έντασης παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση του στρες (Κάντας 1996).

Οι Price και Mueller (1981) συνέδεσαν την επαγγελματική εξουθένωση με την μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης και την εργασιακή ρουτίνα. Όσο μεγαλύτερη ποικιλία δραστηριοτήτων έχει μια εργασία, τόσο μειωμένη είναι η αίσθηση της ρουτίνας. Η ποικιλία στην εργασία, οι ευκαιρίες ανάπτυξης και η καθιέρωση νέων ευκαιριών κατάρτισης συνδέονται με θετική ανταπόκριση στο περιβάλλον εργασίας και συνεπώς με χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης (Cross & Fallon 1985).

Οι Lawrence et al. (1996), μελέτησαν την κοινωνική αναγνώριση ως παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους αναγνωρίζουν την σημαντικότητα του παράγοντα της κοινωνικής αναγνώρισης στην ενθάρρυνση των νοσηλευτών να παραμείνουν στο νοσηλευτικό επάγγελμα και στην ικανοποίηση από την εργασία.

Η σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης με την εξουθένωση έχει εξεταστεί από πολλούς ερευνητές, εξακολουθώντας να παραμένει ένα ζήτημα αμφιλεγόμενο. Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί τους εργαζόμενους στη μη ικανοποίηση από την εργασία τους, ή διαφορετικά, η μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης λειτουργεί ως παράγοντας της εξουθένωσης.

3.3. Μελέτες για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια στον Ελλαδικό χώρο, παρατηρείται σε ερευνητικό επίπεδο ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς. Αναλυτικότερα, οι Βελονάκης και συν. (1999) μελέτησαν εργαζόμενους σε επιχειρήσεις τροφίμων, οι Κουλιεράκης και συν. (2000) το ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον της φυλακής και η Μαγγιώρου (2006) την επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού.

Στον τομέα της υγείας, τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001) έδειξαν ότι οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος (π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.ά.), καθώς

επίσης και παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα (π.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.ά).

Η Αδαλή (2000) διερεύνησε το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού παθολογικών τμημάτων σε πέντε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και τη σχέση της με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το φύλο φάνηκε να σχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η ηλικία δεν φάνηκε να έχει ιδιαίτερο ρόλο. Η οικογενειακή κατάσταση είχε σχέση με την αποπροσωποποίηση και το επίπεδο εκπαίδευσης με την αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση. Σε μεταγενέστερη μελέτη οι Αδαλή και συν. (2002) διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού ψυχιατρικών τμημάτων και βρήκαν ότι η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Λόγω των υψηλών ποσοστών συναισθηματικής εξάντλησης που βρέθηκε στο δείγμα, οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται κόπωση, δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους, δεν αναπτύσσουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησης τους (Schuler 1993, Σαπουντζή & Λεμονίδου 1994, Burke & Greenglass 2001, Cooper et al. 2001).

Σε αντίστοιχη μελέτη των Μποζίκα και συν. (2000) δεν διαπιστώθηκαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δομών ψυχικής υγείας. Αντίθετα, σύμφωνα με την μελέτη των Κανδρή και συν. (2004), η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο Αντωνίου (2003) υποστηρίζει ότι δυσμενείς συνθήκες εργασίας, όπως βεβαρημένο εργασιακό πρόγραμμα, έλλειψη αυτονομίας, αυταρχική διοίκηση, ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη οδηγούν σε αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Σε μελέτη εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία, οι Αντωνίου και συν. (2005), συνέδεσαν τα υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες με τη συναισθηματική και τη σωματική δυσλειτουργία, κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών. Οι Καρύδα και συν. (2004) μελέτησαν το βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των κατηγοριών των νοσοκομείων των νησιών του Αιγαίου, με επίκεντρο τα θέματα της σπουδαιότητας της εκπαίδευσης, της αυτονομίας των νοσηλευτών και της ισότητας στις ευκαιρίες ανέλιξης στον εργασιακό χώρο, συμπεριλαμβάνοντας όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον της εργασίας και μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εργασία των Σιουρούνη και συν. (2006) για την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης, παρατηρεί υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε άτομα που εργάζονται σε χώρους όπου έχουν ως κύριο σκοπό την θεραπεία, συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης.

Σημαντική θεωρείται και η εργασία των Σταύρου και Αναγνωστόπουλου (2005) για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) της επαρχίας και την ικανοποίηση των διακομιζομένων ασθενών. Παρατηρείται ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την εργασιακή απόδοση των εργαζόμενων, ενώ η αποπροσωποποίηση επηρεάζει την συμπεριφορά των πληρωμάτων απέναντι στους ασθενείς, αλλά και την επικοινωνία με τον γιατρό υποδοχής. Επιπλέον, και οι τρεις μαζί διαστάσεις του συνδρόμου έχουν σαν αποτέλεσμα την μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών.

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών δείχνουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες και συχνά εμφανίζουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το άγχος στο χώρο εργασίας, επηρεάζει τη σωματική και την ψυχική ευεξία τους, μειώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Στόχος της έρευνας της Μπελλάλη και συν. (2007) ήταν η διερεύνηση συνύπαρξης και συσχέτισης των παραπάνω φαινομένων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων νοσηλευτών. Το δείγμα αποτέλεσαν 347

νοσηλευτές και τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι επιβεβαιώθηκε η αρχική υπόθεση ότι η σωματική και η ψυχική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από το άγχος που βιώνουν στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τους τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (συναισθηματική εξάντληση, επαγγελματικά επιτεύγματα και αποπροσωποποίηση). Όσον αφορά στη σωματική υγεία, μόνο ο παράγοντας της συναισθηματικής εξάντλησης βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά. Επίσης, τα δύο όργανα εμφάνισαν υψηλούς συντελεστές εσωτερικής συνοχής.

Με τη μελέτη της Καδδά (2005) για τους τρόπους διαχείρισης του στρες των επαγγελματιών υγείας σε 42 δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής, διαπιστώνεται η ύπαρξη του στρες κυρίως στα ογκολογικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία και η αναγκαιότητα διαχείρισής του. Το σημαντικότερο εύρημα αυτής της μελέτης είναι η ύπαρξη θετικών αποτελεσμάτων στα λίγα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης όπως συζητήσεις με ειδικούς επιστήμονες, δημιουργία ομάδων εργασίας και υλοποίηση σεμιναρίων και ημερίδων.

Σκοπός της έρευνας της Ρούπα και συν. (2008) ήταν η εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα και η αναζήτηση συσχέτισης με τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή τους. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 316 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονταν σε ογκολογικά τμήματα νοσοκομείων της Ελλάδος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι για τη συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών η εργασία στο ογκολογικό τμήμα δεν υπήρξε δική τους επιλογή. Οι περισσότεροι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών απάντησαν ότι δεν υπάρχουν οργανωμένες ομάδες ψυχολογικής στήριξης του προσωπικού στο τμήμα τους. Η σχετική πλειοψηφία των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών υποφέρουν από υψηλή συναισθηματική εξάντληση, μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα και από έντονα αισθήματα αποπροσωποποίησης. Επίσης τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος, την προϋπηρεσία στο ογκολογικό τμήμα και την ηλικία των νοσηλευτών του δείγματος.

Ο Κάντας (1998) όπως και οι Cooper et al. (2002) αναφέρουν ότι κακές συνθήκες εργασίας όπως κακή αρχιτεκτονική διαρρύθμιση, κακός φωτισμός, τοξικές ουσίες/ακτινοβολία, κακός αερισμός των νοσοκομείων δημιουργούν ενοχλήσεις, επηρεάζουν την παραγωγικότητα και προκαλούν αισθήματα κλειστοφοβίας στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στην ίδια έρευνα ο Κάντας αναφέρεται και σε μια ακόμη ιδιαιτερότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, το κυκλικό ωράριο εργασίας. Η εναλλαγή των διαστημάτων ημέρας και νύχτας κατά τα οποία διεξάγεται η εργασία των νοσηλευτών έχει σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες στον εργαζόμενο. Η αλλαγή των βιορυθμών επηρεάζει την αποδοτικότητα του εργαζόμενου και τον κάνει επιρρεπή στα ατυχήματα. Οι εναλλαγές βαρδιών έχουν επίδραση στη θερμοκρασία του σώματος, στο ρυθμό μεταβολισμού, στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, στη νοητική απόδοση, αλλά και στα κίνητρα των εργαζόμενων. Παρατηρούνται επίσης επιδράσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου. Σε μελέτη των Cooper et al. (1996), φαίνεται ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο παρουσίασαν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, περισσότερα προβλήματα στην σεξουαλική τους ζωή και χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης από την προσωπική τους ζωή.

Παράγοντες που αφορούν στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, σπάνια έχουν μελετηθεί. Οι Πατεράκη και συν. (1995) αναφέρθηκαν όχι μόνο στα αίτια αλλά και στην πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής κόπωσης των νοσηλευτών, προσδιορίζοντας μέτρα πρόληψης της κόπωσης όπως πολυμορφία στην εργασία, βελτίωση εργασιακών σχέσεων κ.ά. Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης των Παπαδοπούλου και συν. (1997) σε εργαζόμενους στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις», γενικά έδειξε θετικά αποτελέσματα σχετικά με τις δυσκολίες, το στρες και τις ανάγκες υποστήριξης των εργαζόμενων. Ανέδειξε ως παράγοντες την υποστήριξη του προσωπικού με καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας και με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, την εποπτεία των εργαζόμενων (ατομική-ομαδική), την ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για την βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, τη συνεργασία και την ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης.

Η Μιχαλοπούλου (2003), μελετώντας τους κυριότερους παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές των ΤΕΠ, τόνισε στην εργασία της τη σημαντικότητα της διδασκαλίας τρόπων μείωσης του άγχους προκειμένου να αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση. Τη σημαντικότητα του φαινομένου ανέδειξε και η Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕ) και η Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων (ΑΔΕΔΥ) με τη διοργάνωση της ημερίδας, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης: Μια πρόκληση για τον κόσμο της εργασίας», στην οποία παρουσιάστηκαν ενδιαφέρουσες απόψεις και θέσεις για την εξουθένωση των εργαζομένων (Σταμάτη 2004).

Σκοπός της έρευνας του Διλιντά (2010) ήταν η περιγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που έχει ποικίλες επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας και δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους ασθενείς, υποβαθμίζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Επιπλέον στόχος του ήταν η διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, η συσχέτισή της με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και με τους εργασιακούς και τους διοικητικούς παράγοντες του νοσοκομείου καθώς και η πρόταση των αναγκαίων παρεμβάσεων στήριξης του προσωπικού.

Το δείγμα της έρευνας του αποτελούνταν από 218 εργαζομένους που επιλέχθηκαν τυχαία και ανήκαν σε όλα σχεδόν τα τμήματα και τις κλινικές του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα και για τις τρεις διαστάσεις της. Στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση, το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε σημαντικά υψηλότερες τιμές από τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Η αποπροσωποποίηση βρέθηκε ότι σχετιζόταν με την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η προϋπηρεσία και η σχέση εργασίας δεν σχετιζόνταν σημαντικά με τα επίπεδα εξουθένωσης. Αρκετά στοιχεία του εργασιακού και του διοικητικού-οργανωτικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου φάνηκε να επιδρούν, θετικά ή αρνητικά, στις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου (Διλιντάς, 2010).

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Μουστάκα και συν. (2010) σε 328 Έλληνες νοσηλευτές σε νοσοκομεία της πρωτεύουσας και της επαρχίας έδειξαν ότι ο παράγοντας «μειωμένη κοινωνική αναγνώριση» υφίσταται για το νοσηλευτικό προσωπικό, συμβάλλει στην αύξηση της έντασης του εργασιακού στρες και οδηγεί τους νοσηλευτές στην εγκατάλειψη του επαγγέλματός τους.

Το κυριότερο συμπέρασμα που εξάγεται από την πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών είναι η σημασία και αναγκαιότητα εισαγωγής μιας ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στην καθημερινή κλινική πρακτική, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4

Υλικό και μέθοδος της έρευνας

4.1. Σκοπός και στόχοι

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και των παραγόντων που επιδρούν προστατευτικά ή επιβαρυντικά στην εμφάνισή της. Επιχειρείται η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς και προσωπικούς παράγοντες, καθώς και με συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις της εμφάνισης του συνδρόμου.

Ειδικότερα, οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Η καταγραφή των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα
- Η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό
- Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών-προσωπικών χαρακτηριστικών και του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών
- Η διερεύνηση ενδείξεων και συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχικά υγεία των νοσηλευτών
- Η διερεύνηση της σχέσης σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

4.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν με βάση τους παραπάνω στόχους, ώστε να εξυπηρετείται και να επιτυγχάνεται ο κύριος σκοπός της έρευνας και είναι τα εξής:

- α) Ποιο είναι το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών;
- β) Ποιοι είναι οι δημογραφικοί και προσωπικοί παράγοντες που ασκούν επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού;
- γ) Ποια είναι η επίδραση (θετική ή αρνητική) που ασκούν αυτοί οι παράγοντες στην επαγγελματική εξουθένωση;
- δ) Ποια συμπτώματα αξιολογούνται περισσότερο ως ενδείξεις εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης;
- ε) Υπάρχει διαφορά στο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας;

Η έρευνα προσπαθεί να αποτυπώσει την υποκειμενική άποψη των νοσηλευτών μέσα από τις προσωπικές αντιλήψεις των ίδιων για το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν. Αντικειμενικός στόχος είναι η άντληση ποιοτικών δεδομένων για μια σαφέστερη εικόνα του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και ειδικότερα του βαθμού εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στο χώρο της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα.

4.3. Σχεδιασμός της έρευνας

Η έρευνα είναι μία διαδικασία στην οποία ο ερευνητής θα πρέπει συνεχώς να ασχολείται με τους στόχους, τα υποκείμενα, τις θεωρίες, τις μεθόδους και τα δεδομένα. Η διαρκής αλληλεπίδραση μεταξύ ανάγνωσης, σκέψης, μελέτης του υλικού, των δεδομένων και της ανάλυσης αποτελούν την ουσία της ερευνητικής δραστηριότητας. Ο τρόπος με τον οποίο διατυπώνεται το ερώτημα της έρευνας δεν είναι σημαντικός για την όλη διαδικασία, αλλά καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το πλαίσιο των μεθόδων που θα χρησιμοποιηθούν (Παπαγεωργίου 1998).

Για την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων, κάθε επιστημονική έρευνα απαιτεί μια «μεθοδολογία» την οποία πρέπει να ακολουθήσει. Η μεθοδολογία αυτή αποτελείται από τρόπους και μεθόδους παραγωγής και ανάλυσης δεδομένων, έτσι ώστε να ελεγχθούν οι διάφορες θεωρίες προκειμένου να γίνουν αποδεκτές ή να απορριφθούν. Συνεπώς, η μεθοδολογία σχετίζεται τόσο με την λεπτομερή έρευνα μέσω της οποίας συλλέγονται τα δεδομένα καθώς και με την ανάλυση και την επεξεργασία των δεδομένων αυτών, για την παραγωγή ποιοτικών δεδομένων (Cohen & Manion 1994).

Η παρούσα ερευνητική εργασία είναι μη πειραματική, περιγραφική με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό, στοχεύοντας στον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και στη διερεύνηση συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων. Ο σχεδιασμός αυτός περιλαμβάνει τη μέτρηση και περιγραφή ενός ή περισσότερων μεταβλητών σε ένα συγκεκριμένο δείγμα και οδηγεί σε αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή/και δίνει υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα. Ο τύπος της μελέτης που επιλέχθηκε θεωρείται κατάλληλος και πρόσφορος για τα χρονικά περιθώρια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας.

Ο σκοπός της περιγραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η περιγραφή φαινομένων σε πραγματικές καταστάσεις. Μέσω αυτής περιγράφονται ιδέες και αναγνωρίζονται σχέσεις που παρέχουν τη βάση για περαιτέρω ποσοτική έρευνα και έλεγχο της θεωρίας (Muijs 2004). Η περιγραφική μελέτη ή μελέτη συσχέτισης σχεδιάζεται με σκοπό την απόκτηση πληροφοριών από πληθυσμούς που αφορούν στην επικράτηση, στην κατανομή και συσχέτιση μεταβλητών εντός αυτών των πληθυσμών. Μια περιγραφική μελέτη μπορεί να έχει συγχρονικό (cross-sectional) ή διαχρονικό (longitudinal) σχεδιασμό.

Η συγχρονική μελέτη όπως η παρούσα, αφορά τη συλλογή δεδομένων σε μια μόνο χρονική στιγμή χωρίς να περιλαμβάνει ξεχωριστές δειγματοληψίες αλλά μία μόνο δειγματοληψία για όλο τον πληθυσμό (Bryman 1992). Βασικό πλεονέκτημά της είναι, ότι είναι σχετικά οικονομική, λιγότερο χρονοβόρα και αρκετά πρακτική στο χειρισμό της σε σύγκριση με τη διαχρονική μελέτη. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η συγχρονική περιγραφική μελέτη είναι κατάλληλη για να περιγράψει σχέσεις μεταξύ μεταβλητών σε μια ορισμένη χρονική στιγμή δίνοντας την εικόνα του φαινομένου τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Η ποσοτική προσέγγιση επιλέχτηκε ως πιο κατάλληλη μέθοδος, καθώς αποτελεί συστηματική και αντικειμενική διαδικασία που χρησιμοποιείται για την ποσοτικοποίηση, τον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και την παραγωγή αξιόπιστων, έγκυρων και αντιπροσωπευτικών αποτελεσμάτων (Coolikan 2004). Η συλλογή πρωτογενών στοιχείων μπορεί να γίνει με διάφορες μεθόδους, με πιο διαδεδομένη αυτήν της δημοσκόπησης (Oppenheim 1992). Οι δημοσκοπήσεις έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν στοιχεία για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις, τις γνώμες, τα πιστεύω, τις προτιθέμενες και εκδηλωθείς συμπεριφορές κ.λπ. Στις μεθόδους καταγραφής/δημοσκόπησης και προκειμένου να συλλεχθούν οι κατάλληλες πληροφορίες, συνήθως χρησιμοποιούνται ερωτήσεις, οι οποίες είναι κατάλληλα προσαρμοσμένες και αποσκοπούν στη συλλογή πληροφοριών, ενώ η κατάρτισή τους είναι τέτοια που επιτρέπει την καταγραφή αξιόπιστων δεδομένων.

Μια δημοσκόπηση με συμπλήρωση ερωτηματολογίων αποτελεί μία πηγή πληροφόρησης για το θέμα στο οποίο πραγματοποιείται η έρευνα. Ο συγκεκριμένος τρόπος βοηθά τον μελετητή να έχει καλύτερα αποτελέσματα στην έρευνά του και να κωδικοποιεί ευκολότερα τις πληροφορίες που συλλέγει. Ένα σωστά διαρθρωμένο ερωτηματολόγιο, αποσκοπεί περισσότερο στις πληροφορίες οι οποίες αποτελούν τον πυρήνα της έρευνας και συντελεί αποτελεσματικά στη δημιουργία συμπερασμάτων και γενικών δεδομένων. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι το χαμηλό κόστος, η αναλυτική περιγραφή και ο καλύτερος έλεγχος της ροής των πληροφοριών. Μειονεκτήματα τα οποία μπορούν να εντοπιστούν είναι ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και οι απαντήσεις, οι οποίες ίσως να μην είναι πάντα αντικειμενικές (Εμβαλωτής και συν. 2006).

4.4. Καθορισμός του δείγματος

Η δειγματοληψία αφορά τη διεργασία με την οποία τα υποκείμενα της μελέτης επιλέγονται από ένα μεγαλύτερο πληθυσμό. Ο καθορισμός και η επιλογή του δείγματος αποτελεί το σημαντικότερο τμήμα σε μία εμπειρική έρευνα, καθώς το δείγμα θα πρέπει να είναι σε ικανοποιητικό βαθμό αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Οι βασικοί παράγοντες προσδιορισμού του βαθμού αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος είναι το μέγεθος του δείγματος και ο τρόπος επιλογής των μονάδων του (Καραγεώργος 2002).

Το μέγεθος του δείγματος, όσο μεγαλύτερο είναι τόσο αυξάνεται και η αντιπροσωπευτικότητά του, αφού το μέγιστο μέγεθος συμπίπτει με τον πληθυσμό. Ο καθορισμός του δείγματος θα πρέπει να γίνεται με βάση την αρχή ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός διασποράς των τιμών της ιδιότητας ή των ιδιοτήτων που εξετάζονται μεταξύ των μονάδων του πληθυσμού, τόσο μεγαλύτερο πρέπει να είναι και το μέγεθος του δείγματος που θα ληφθεί, προκειμένου να εξασφαλιστεί ορισμένος βαθμός αξιοπιστίας στα στοιχεία που θα προκύψουν από την έρευνα (Κυριαζή 2002).

Πληθυσμό-στόχο της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσαν οι νοσηλευτές-μέλη δημόσιων και κλειστών (κυρίως) ομάδων νοσηλευτών. Η επιλογή των συγκεκριμένων ομάδων στηρίχθηκε στην άμεση σχέση με το επάγγελμα του νοσηλευτή, καθώς και την εύκολη πρόσβαση, απόρροια της έλλειψης οικονομικών πόρων και χρόνου. Επιπλέον, αποτέλεσαν ομάδες οι οποίες διατηρούν ένα μεγάλο αριθμό εγγεγραμμένων μελών.

Συγκεκριμένα επιλέχθηκαν οι κάτωθι ομάδες:

Δημόσιες ομάδες

- Νοσηλευτική Έρευνα μέσω Facebook (293 μέλη)

Κλειστές ομάδες

- Ελεύθερη – Νοσηλευτική – Έκφραση (E.N.E.) (1.481 μέλη)
- Ένωση Νοσηλευτών-τριών (18.478 μέλη)
- Νοσηλευτική (1.626 μέλη)
- Νοσηλευτική Κοινότητα (3.238 μέλη)
- Νοσηλευτές – Εργασιακά Θέματα (15.276 μέλη)
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας (8.392 μέλη)

Ο αφετηριακός προσανατολισμός της μελέτης, στόχευε να αποτυπώσει αποκλειστικά και μόνο την άποψη που εκφράζουν οι ίδιοι οι νοσηλευτές από την εργασιακή τους εμπειρία στον τομέα υγείας. Δεν ακολουθήθηκε διαδικασία δειγματοληψίας καθώς η έρευνα αφορούσε όλο τον προς διερεύνηση αριθμό των νοσηλευτών-μελών στις συγκεκριμένες ομάδες. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος αφορούσαν το σύνολο των νοσηλευτών που είναι εγγεγραμμένα μέλη στις ομάδες, δηλώνουν την πληροφορημένη τους συναίνεση για συμμετοχή στην έρευνα, μπορούν να επικοινωνήσουν.

Ο συνολικός αριθμός νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα ανήλθε στα 267 άτομα. Στο σύνολο των ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν, 27 ερωτηματολόγια δεν ήταν σωστά συμπληρωμένα και αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 240 νοσηλευτές.

4.5. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη αποτέλεσε ένα ερωτηματολόγιο (*Παράρτημα Α*), το οποίο αποτελείται από τρεις (3) ομάδες ερωτήσεων:

- Η πρώτη ομάδα συνιστά το ερωτηματολόγιο «επαγγελματικής εξουθένωσης» της Maslach. (22 ερωτήσεις)
- Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει μία (1) ερώτηση πολλαπλής επιλογής η οποία ενσωματώνει συμπτώματα που αφορούν την σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου (πόννοι στη μέση, αϋπνίες, ημικρανίες, άγχος, γαστρεντερικές διαταραχές, σεξουαλικές διαταραχές, κ.ά.)
- Η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει οκτώ (8) ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών, ετήσιο εισόδημα, έτη εργασίας, κλινική και νοσοκομείο)

Αναφορικά με τη διαδικασία προετοιμασίας του ερωτηματολογίου, αρχικά καθορίστηκαν οι πληροφορίες που πρέπει να συλλεχθούν με βάση τη βιβλιογραφία. Έπειτα προσδιορίστηκε ο τύπος του ερωτηματολογίου που πρέπει να χρησιμοποιηθεί και αποφασίστηκε η σειρά των ερωτήσεων και η διάταξή τους (π.χ. πρώτα οι ερωτήσεις

της επαγγελματικής εξουθένωσης και κατόπιν οι ερωτήσεις που αφορούν τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα). Πραγματοποιήθηκε προέλεγχος και μετά από κάποιες απαιτούμενες μικρές αναθεωρήσεις προέκυψε το τελικό ερωτηματολόγιο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το μείζον τμήμα των ερωτήσεων βρίσκονται σε στερεότυπη μορφή, όπως δίνονται από τη βιβλιογραφία (π.χ. ερωτηματολόγιο MBI για την επαγγελματική εξουθένωση). Αυτό σημαίνει ότι δεν απαιτήθηκε καθορισμός του περιεχομένου, αλλά και του τύπου των ερωτήσεων. Συνεπώς, δεν τίθενται ερωτήματα για την αξιοπιστία (reliability) και την εγκυρότητα (validity) των ερωτήσεων (Schaufeli & Enzmann 1998), αφού το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει αξιολογηθεί διεθνώς.

Το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI) θεωρείται ως το πιο κατάλληλο, εύχρηστο, σύντομο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επιλογή του, εκτός από τα προαναφερθέντα πλεονεκτήματα, βασίστηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, σύμφωνα με την οποία η πλειονότητα των μελετών που εντοπίστηκαν σε σχέση με την καταγραφή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζόμενων χρησιμοποίησαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

Το MBI είναι μια υποκειμενική μέθοδος αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και βασίζεται στην προσωπική γνώμη των εργαζόμενων για τις αχχογόνες συνθήκες του περιβάλλοντος εργασίας. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου οι οποίες απαρτίζουν τρεις επιμέρους ομάδες (παράγοντες) που εκφράζουν την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα των εργαζόμενων.

- Η υποκλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης μετρά τα αισθήματα συναισθηματικής υπερέντασης και της σωματικής εξάντλησης (9 ερωτήσεις)
- Η υποκλίμακα αποπροσωποποίησης μετρά αρνητικές συμπεριφορές προς τους ασθενείς, τους συναδέλφους ή συνεργάτες (5 ερωτήσεις)
- Η υποκλίμακα προσωπικής ολοκλήρωσης (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων) μετρά τα αισθήματα της ικανότητας και του επιτυχούς επιτεύγματος στην εργασία του (8 ερωτήσεις)

Πίνακας 4: Εννοιολογικό μοντέλο MBI

A/A	Ερωτήσεις	Επιμέρους Διαστάσεις
1	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	Συναισθηματική εξάντληση
2	Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	Συναισθηματική εξάντληση
3	Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα στη δουλειά	Συναισθηματική εξάντληση
4	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	Προσωπικά επιτεύγματα
5	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	Αποπροσωποποίηση
6	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα	Συναισθηματική εξάντληση
7	Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	Προσωπικά επιτεύγματα
8	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	Συναισθηματική εξάντληση
9	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	Προσωπικά επιτεύγματα
10	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	Αποπροσωποποίηση
11	Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	Αποπροσωποποίηση
12	Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	Προσωπικά επιτεύγματα
13	Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	Συναισθηματική εξάντληση
14	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	Συναισθηματική εξάντληση
15	Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	Αποπροσωποποίηση
16	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	Συναισθηματική εξάντληση
17	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	Προσωπικά επιτεύγματα
18	Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	Προσωπικά επιτεύγματα
19	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	Προσωπικά επιτεύγματα
20	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	Συναισθηματική εξάντληση
21	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	Προσωπικά επιτεύγματα
22	Νομίζω ότι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	Αποπροσωποποίηση

Οι ερωτήσεις 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 αναφέρονται στη συναισθηματική εξάντληση, οι ερωτήσεις 5, 10, 11, 15, 22 στην αποπροσωποποίηση, ενώ οι ερωτήσεις 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 αναφέρονται στα προσωπικά επιτεύγματα (Πίνακας 4).

Η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 7 σημείων της κλίμακας Likert, από το 0 έως το 6. Συγκεκριμένα, το σκορ είναι για κάθε ερώτηση:

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

Η βαθμολόγηση της κάθε επιμέρους διάστασης υπολογίζεται μετά από άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων (μεταβλητών) που αφορούν την κάθε μια από αυτές. Στην υποκλίμακα συναισθηματική εξάντληση (9 μεταβλητές) το σκορ κυμαίνεται από 0-54, στην υποκλίμακα αποπροσωποποίηση (5 μεταβλητές) το σκορ είναι από 0-30 και στην υποκλίμακα προσωπικών επιτευγμάτων (8 μεταβλητές) το σκορ κυμαίνεται από 0-48. Υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και αποτελεί ένδειξη υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου. Υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων αποτελεί ένδειξη χαμηλού κινδύνου για ανάπτυξη του συνδρόμου, καθώς έχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση.

Οι οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι εξής:

Πίνακας 5: Οριακές τιμές επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης

Υποκλίμακα	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική εξάντληση	≤20	21-30	≥31
Αποπροσωποποίηση	≤5	6-10	≥11
Προσωπικά επιτεύγματα	≥42	41-36	≤35

Πηγή: Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου (1992)

Το ερωτηματολόγιο MBI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα σε πλήθος ερευνών (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992, Παπαδάτου και συν. 1994, Αδαλή 1999, Κακαβελάκης και συν. 2002, Λαχανά 2003). Σύμφωνα με τους ερευνητές, η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στην εργασία του (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992, Παπαδάτου και συν. 1994). Η ανάλυση αξιοπιστίας υπολογίστηκε μέσω του συντελεστή αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach's Alpha ο οποίος βρέθηκε ίσος με 0,90 για την υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης, 0,79 για την υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης και 0,71 για την υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων (εκπληρώνοντας το κριτήριο >0,70 (Maslach & Jackson 1986, n=11.000).

4.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την ευκολότερη διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων, καταστρώθηκε ένα πλάνο διανομής αυτών. Με δεδομένο το αυστηρό και περιορισμένο χρονικό περιθώριο εκπόνησης της μελέτης, κρίθηκε σκόπιμο και αποφασίστηκε, τα ερωτηματολόγια να αποσταλούν ηλεκτρονικά στους νοσηλευτές μέσω ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης (Facebook) και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail). Τα ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια δημιουργήθηκαν μέσω της σχετικής πλατφόρμας Google Drive, ενώ για την συμπλήρωσή τους χρησιμοποιήθηκε ένας μοναδικός ηλεκτρονικός σύνδεσμος, ο οποίος ήταν απαραίτητος για την πρόσβαση και συμμετοχή στην έρευνα.

Σε κάθε περίπτωση το ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από μια επιστολή στην οποία διευκρινίζονταν ο σκοπός της έρευνας, καθώς και ο φορέας στα πλαίσια του οποίου λάμβανε χώρα αυτή η έρευνα. Οι βασικοί ερευνητές, έχοντας την ηθική υποχρέωση προς τους ερωτώμενους να προστατεύσουν τα δικαιώματά τους, τόνιζαν εκ των προτέρων στη συνοδευτική ενημερωτική επιστολή του ερωτηματολογίου, την τήρηση της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, καθώς και την εθελοντική φύση της μελέτης με ευγενή διάθεση του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Υπήρχε σαφής ενημέρωση πως τα δεδομένα θα παραμείνουν

αυστηρώς απόρρητα και δεν θα χρησιμοποιηθούν οπουδήποτε αλλού ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Επίσης, επισημαίνονταν πως δεν υπήρχαν σωστές και λάθος απαντήσεις παρά μόνο το προσωπικό κριτήριο απάντησης κάθε συμμετέχοντα.

Στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής αποστολής των ερωτηματολογίων, κρίθηκε απαραίτητο να δημιουργηθεί ένα επιπλέον συνοδευτικό έγγραφο, με σαφή διευκρινιστικά στοιχεία του παρόντος επισυναπτόμενου εγγράφου ώστε να μην απορριφθεί το ηλεκτρονικό μήνυμα πριν ανοιχτεί. Το μήνυμα συντόμως, σύστηνε τους ερευνητές στους συμμετέχοντες, ενημέρωνε σχετικά για τον σκοπό της έρευνας και τα πλαίσια πάνω στα οποία επιτελείται και έδινε τις κατευθυντήριες οδηγίες για την ηλεκτρονική συμπλήρωση.

Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκησε συνολικά τριάντα (30) ημέρες, από τις αρχές Ιουλίου του 2016 έως και τα τέλη του ίδιου μήνα. Στη συνέχεια, κάθε ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκε και έγινε η καταγραφή και η επεξεργασία των στοιχείων.

4.7. Ανάλυση δεδομένων

Για τις ποσοτικές και τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις. Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών (συνεχείς ή διακριτές), εξετάστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης μέσου όρου (mean), διάμεσου (median) και μέσης τιμής (mode), μεταβλητότητας τυπικής απόκλισης (σ), τυπικού σφάλματος (stddev) και χρησιμοποιήθηκαν ιστογράμματα. Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών (διάταξης ή ονομαστικές), χρησιμοποιήθηκαν πίνακες κατανομής συχνοτήτων με χρήση απόλυτων (N) και σχετικών (%) συχνοτήτων, ραβδογράμματα ή κυκλικά διαγράμματα.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το t στατιστικό τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent-Samples T test). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA (One-way Anova Test). Σε κάθε περίπτωση, το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Υπολογίστηκε η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και παρατηρήθηκαν θετικές ($r > 0$) και αρνητικές ($r < 0$) γραμμικές συσχετίσεις.

Οι συσχετίσεις θεωρούνται χαμηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από $r = 0,1-0,3$, μέτριες όταν κυμαίνεται από $r = 0,31-0,5$ και υψηλές όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από $r = 0,5$.

Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 22.0 (SPSS, Inc, Chicago, Illinois). Το πρόγραμμα SPSS γενικώς παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και αναγνωρίζεται ως ισχυρό και χρήσιμο εργαλείο για το σκοπό αυτό (Babbie et al. 2003; Μακράκης 2005).

Κεφάλαιο 5

Αποτελέσματα Έρευνας

5.1. Αξιοπιστία κλιμάκων

Η κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach παρουσίασε ικανοποιητική αξιοπιστία και στις τρεις υποκλίμακές της. Οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής Cronbach's Alpha για τις τρεις διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης υγείας κυμαίνονται από 0,771 έως 0,883 ικανοποιώντας σε κάθε περίπτωση το κριτήριο $>0,70$. Συγκεκριμένα, η αξιοπιστία για την υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης είναι $\alpha=0,883$, για την υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης $\alpha=0,771$ και για την υποκλίμακα της προσωπικής επίτευξης $\alpha=0,773$. Στο σύνολό του το ερωτηματολόγιο είχε αξιοπιστία $\alpha=0,749$.

Πίνακας 6: Συντελεστές αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha) του MBI

Εργαλεία Μέτρησης Διάστασης (αριθμός ερωτήσεων)	Alpha (α)
Συναισθηματική εξάντληση (9)	0,883
Αποπροσωποποίηση (5)	0,771
Προσωπικά επιτεύγματα (8)	0,773

Οι ερωτήσεις και οι κλίμακές τους δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανεξάρτητα από την ίδια την τιμή του συντελεστή συσχέτισης, αποδεικνύοντας ότι οι απαντήσεις προέρχονται από το ίδιο δείγμα.

5.2. Δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία

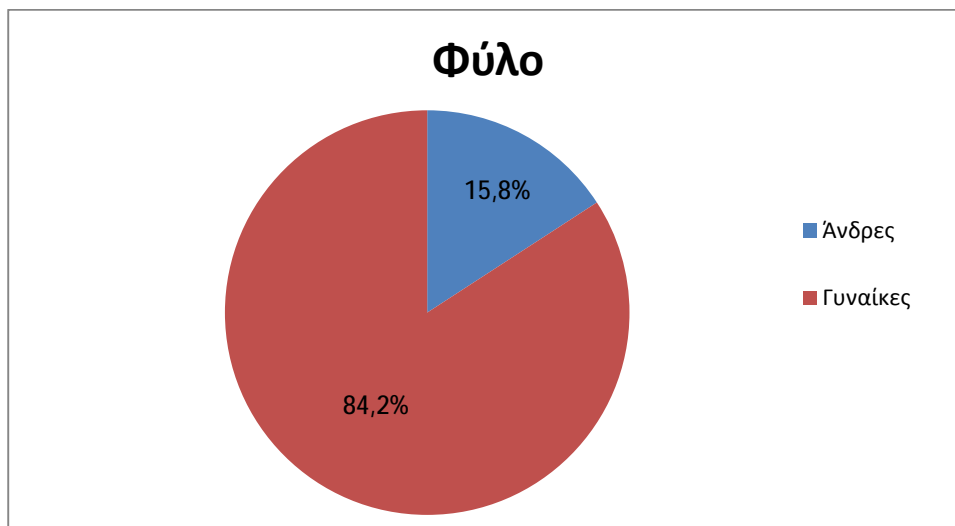
Το δείγμα αποτελείται από 240 νοσηλευτές. Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία του δείγματος.

Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=240)

Μεταβλητές		N	%
Φύλο	Άνδρες	38	15,8
	Γυναίκες	202	84,2
Ηλικία (έτη)	20-30	65	27,1
	31-40	98	40,8
	41-50	65	27,1
	>50	12	5,0
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	108	45,0
	Έγγαμος/η	120	50,0
	Διαζευγμένος/η	10	4,2
	Χήρος/α	2	0,8
Επίπεδο σπουδών	Κολλέγιο	2	0,8
	Δ.Ε.	39	16,3
	Τ.Ε.Ι.	167	69,6
	Α.Ε.Ι.	32	13,3
Ετήσιο εισόδημα	<10.000€	87	36,3
	10.001€-20.000€	133	55,4
	20.001€-40.000€	13	5,4
	>40.000€	7	2,9
Έτη εργασίας	<5	59	24,6
	5-10	77	32,1
	11-15	37	15,4
	16-20	29	12,1
	>20	38	15,8
Τομέας Υγείας	Δημόσιος	185	77,1
	Ιδιωτικός	55	22,9

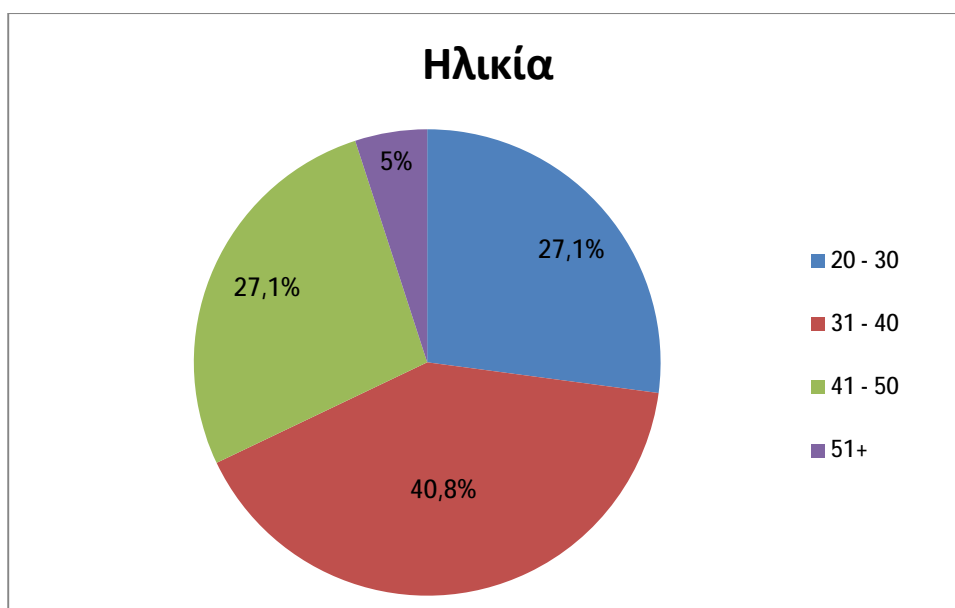
Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων νοσηλευτών είναι γυναίκες (84,2%).

Γράφημα 1: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο



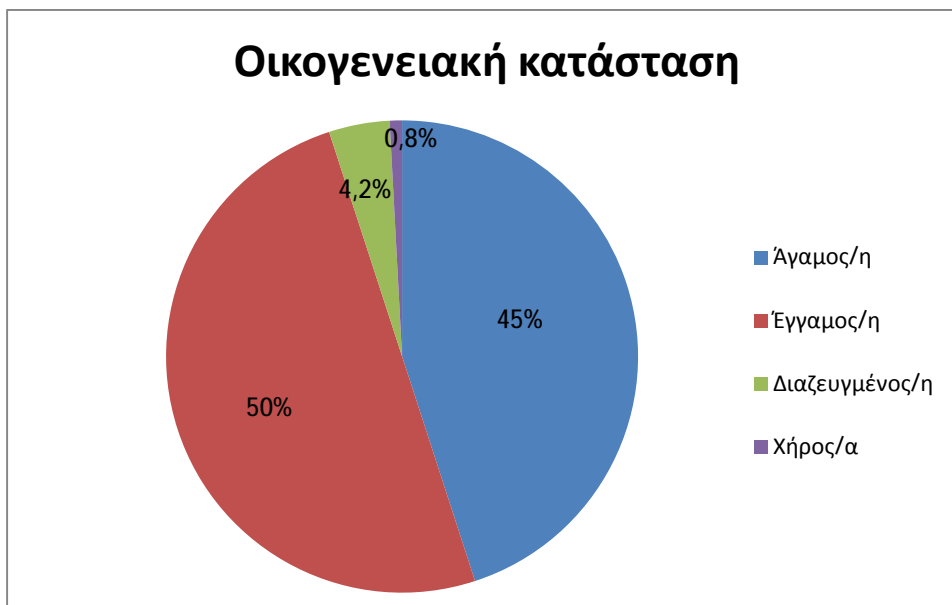
Η ηλικία των νοσηλευτών του δείγματος κυμαίνεται από 20 έως 60 έτη. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 31-40 ετών (40,8%), ενώ ακολουθούν οι νοσηλευτές ηλικίας 20-30 ετών (27,1%) και 41-50 ετών (27,1%). Ένα μικρό μόνο ποσοστό του δείγματος (5%) είναι ηλικίας άνω των 50 ετών.

Γράφημα 2: Ηλικιακή κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού



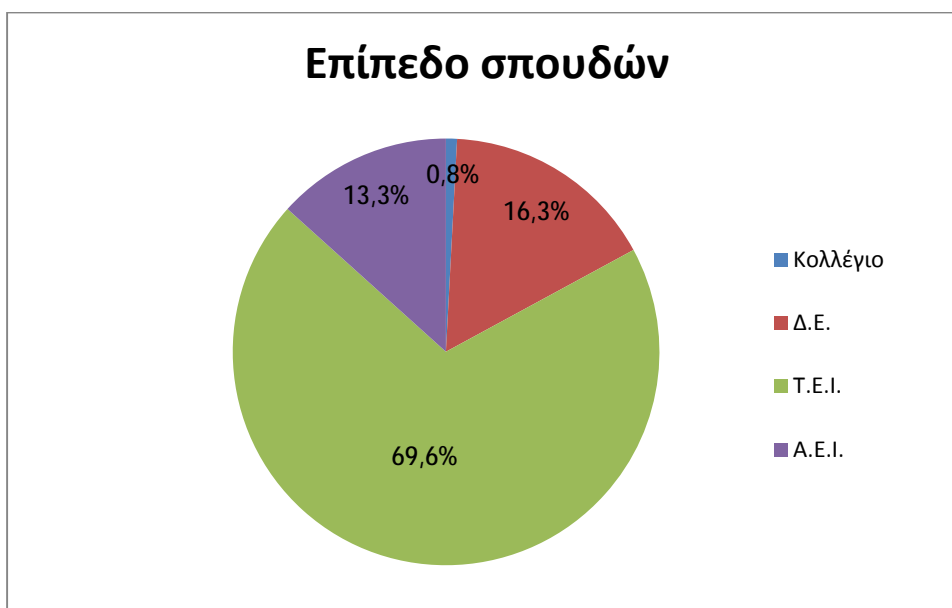
Ένας στους δύο νοσηλευτές είναι έγγαμοι (50%), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος είναι άγαμοι (45%).

Γράφημα 3: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση



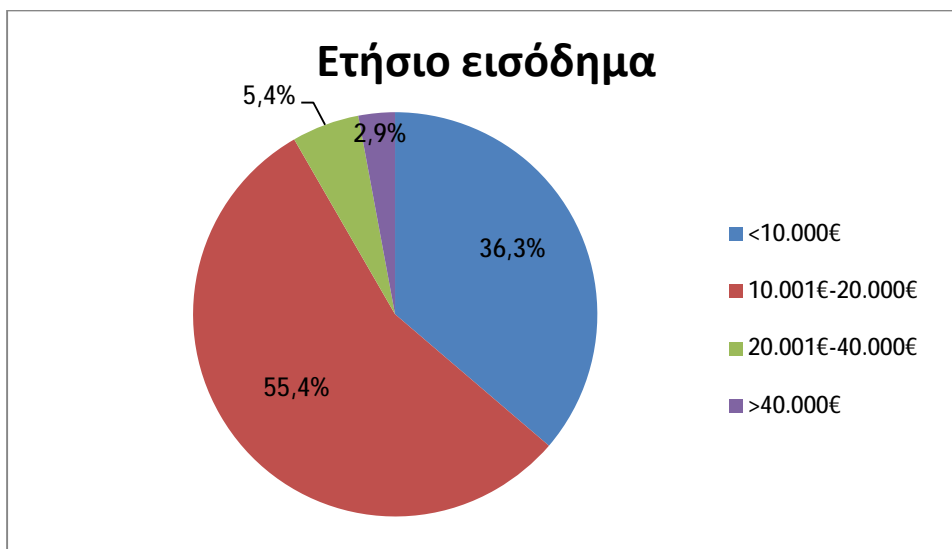
Το μορφωτικό επίπεδο του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σχετικά υψηλό, καθώς το 82,9% του δείγματος είναι πτυχιούχοι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Γράφημα 4: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο σπουδών



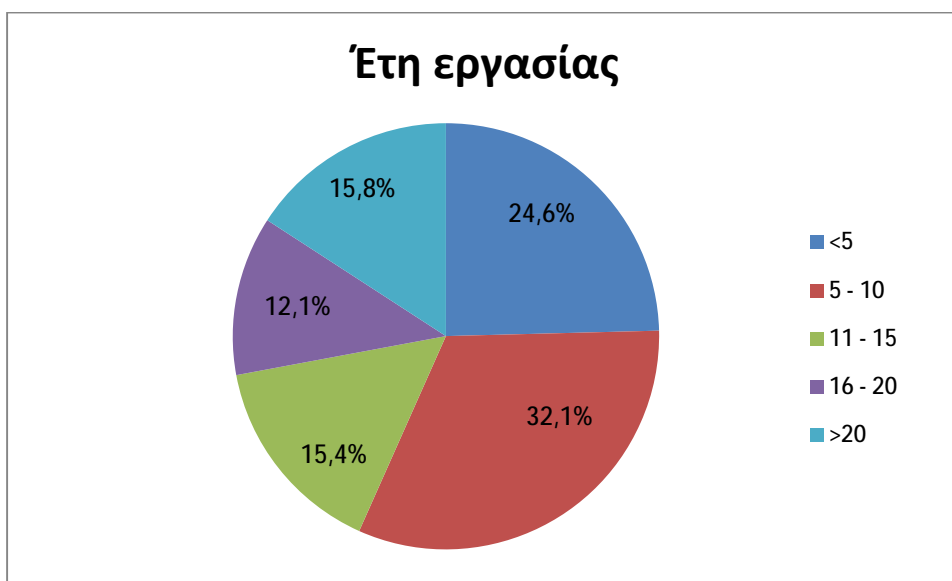
Ένα μικρό μόνο ποσοστό του δείγματος (8,3%) έχει ικανοποιητικές αποδοχές (άνω των 20 χιλ. ευρώ). Το μεγαλύτερο ποσοστό (55,4%) ανήκει στα μεσαία στρώματα με ετήσιο εισόδημα μεταξύ 10 και 20 χιλιάδων ευρώ, ενώ παρατηρείται ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών (36,3%) με χαμηλά εισοδήματα (κάτω των 10 χιλ. ευρώ).

Γράφημα 5: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το ετήσιο εισόδημα



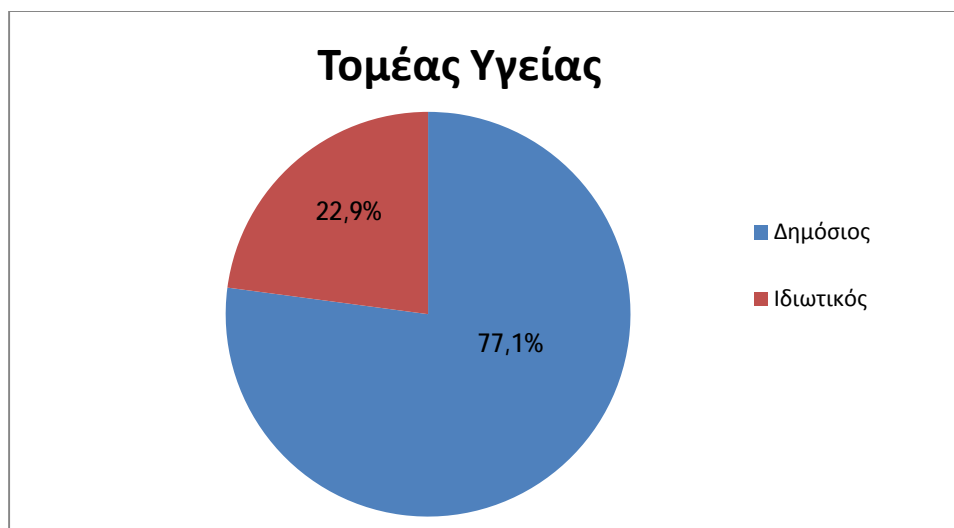
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει 5-10 χρόνια προϋπηρεσίας (32,1%) και ακολουθούν οι νοσηλευτές με λιγότερα από 5 έτη εργασίας (24,6%). Περισσότερο από 20 χρόνια εργάζεται ένα μικρότερο ποσοστό (15,8%) του δείγματος. Από 11-15 χρόνια εργάζεται μόνο το 15,4% και από 16-20 χρόνια το 12,1%.

Γράφημα 6: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα έτη εργασίας



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εργάζεται στο δημόσιο τομέα (77,1%), ενώ το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό δραστηριοποιείται στο χώρο της ιδιωτικής υγείας (22,9%).

Γράφημα 7: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τον τομέα υγείας



5.3. Επαγγελματική εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού περιγράφεται μέσα από τις αντιλήψεις των ίδιων των νοσηλευτών, όπως καταγράφηκαν με το ερωτηματολόγιο MBI. Η περιγραφή αφορά στις 22 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου στις τρεις (3) επιμέρους διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

5.3.1. Συναισθηματική εξάντληση

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την συναισθηματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στη συγκεκριμένη υποκλίμακα εξετάζουν τα αισθήματα συναισθηματικής υπερέντασης και της σωματικής εξάντλησης των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8: Βαθμός συναισθηματικής εξάντλησης

	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά/ μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	2 (0,8)	12 (5,0)	13 (5,4)	50 (20,8)	59 (24,6)	60 (25,0)	44 (18,3)
Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	39 (16,3)	26 (10,8)	33 (13,8)	36 (15,0)	42 (17,5)	33 (13,8)	31 (12,9)
Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα στη δουλειά	10 (4,2)	13 (5,4)	14 (5,8)	59 (24,6)	62 (25,8)	46 (19,2)	36 (15,0)
Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα	52 (21,7)	36 (15,0)	36 (15,0)	44 (18,3)	35 (14,6)	22 (9,2)	15 (6,3)
Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	6 (2,5)	19 (7,9)	16 (6,7)	49 (20,4)	49 (20,4)	55 (22,9)	46 (19,2)
Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	30 (12,5)	15 (6,3)	17 (7,1)	52 (21,7)	36 (15,0)	38 (15,8)	52 (21,7)
Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	3 (1,3)	3 (1,3)	7 (2,9)	29 (12,1)	46 (19,2)	58 (24,2)	94 (39,2)
Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	40 (16,7)	24 (10,0)	28 (11,7)	50 (20,8)	47 (19,6)	33 (13,8)	18 (7,5)
Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	13 (5,4)	22 (9,2)	16 (6,7)	48 (20,0)	43 (17,9)	57 (23,8)	41 (17,1)

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, το νοσηλευτικό προσωπικό:

- Νιώθει ψυχικά εξαντλημένο από την εργασία του για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (49,6%), ενώ το 25% του δείγματος απαντά θετικά για αρκετές φορές την εβδομάδα.
- Νιώθει «άδειο» όταν τελειώνει την εργασία του για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (44,2%).
- Νιώθει κουρασμένο όταν ξυπνάει το πρωί και έχει να αντιμετωπίσει άλλη μια μέρα στη δουλειά για μία φορά το μήνα έως και μία φορά την εβδομάδα (56,2%).
- Υποστηρίζει ότι ποτέ δεν είναι πολύ κουραστικό να δουλεύει με ανθρώπους όλη τη μέρα (21,7%).
- Νιώθει εξουθενωμένο από την εργασία για αρκετές φορές τον μήνα (82,9%), ενώ το 19,2% του δείγματος δηλώνει ότι αυτό συμβαίνει κάθε μέρα.
- Νιώθει απογοήτευση από την εργασία για αρκετές φορές τον μήνα (74,2%), κάτι που βιώνει καθημερινά το 21,7% του δείγματος.
- Εργάζεται πολύ σκληρά στη δουλειά του για τουλάχιστον αρκετές φορές τον μήνα έως κάθε μέρα (94,5%).
- Βιώνει μεγάλη ένταση από την άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους για λίγες φορές το χρόνο έως και 1-2 φορές το μήνα (42,5%).
- Νιώθει ότι δεν αντέχει άλλο, «νιώθει πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι» για αρκετές φορές την εβδομάδα έως και καθημερινά (40,9%).

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των ερωτήσεων που σχετίζονται με την συναισθηματική εξουθένωση των νοσηλευτών.

Πίνακας 9: Μέσες τιμές έντασης της συναισθηματικής εξάντλησης

A/A	Ερωτήσεις	Μέση τιμή
1	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	4,12
2	Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	3,00
3	Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα στη δουλειά	3,80
6	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα	2,42
8	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	3,94
13	Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	3,55
14	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	4,76
16	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	2,88
20	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	3,75

Η ερώτηση με τον υψηλότερο μέσο όρο (4,76) είναι η ερώτηση 14 «Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου», ενώ η ερώτηση με το χαμηλότερο μέσο (2,42) είναι η ερώτηση 6 «Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα».

5.3.2. Αποπροσωποποίηση

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την αποπροσωποποίηση των νοσηλευτών. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στη συγκεκριμένη υποκλίμακα εξετάζουν αρνητικές συμπεριφορές των συμμετεχόντων προς τους ασθενείς, τους συναδέλφους ή συνεργάτες.

Πίνακας 10: Βαθμός αποπροσωποποίησης

	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά/ μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	68 (28,3)	34 (14,2)	25 (10,4)	31 (12,9)	47 (19,6)	24 (10,0)	11 (4,6)
Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	53 (22,1)	21 (8,8)	20 (8,3)	39 (16,3)	35 (14,6)	43 (17,9)	29 (12,1)
Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	47 (19,6)	21 (8,8)	17 (7,1)	29 (12,1)	45 (18,8)	45 (18,8)	36 (15,0)
Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	110 (45,8)	36 (15,0)	32 (13,3)	24 (10,0)	19 (7,9)	8 (3,3)	11 (4,6)
Νομίζω ότι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	65 (27,1)	33 (13,8)	40 (16,7)	34 (14,2)	31 (12,9)	21 (8,8)	16 (6,7)

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, το νοσηλευτικό προσωπικό:

- Νιώθει ότι ποτέ δεν συμπεριφέρεται απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς για όσα τους συμβαίνουν (28,3%).
- Νιώθει λιγότερο ευαίσθητο προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισε αυτή τη δουλειά για μία φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα (44,6%), ενώ το 22,1% του δείγματος δεν αναφέρει τέτοιες ευαισθησίες.
- Προβληματίζεται από το γεγονός ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά τον κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό (33,8%).
- Ουσιαστικά ενδιαφέρεται πάντα για το τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς του (45,8%).

- Υποστηρίζει ότι ποτέ οι ασθενείς δεν τους επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους (27,1%).

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των ερωτήσεων που σχετίζονται με την συναισθηματική εξουθένωση των νοσηλευτών.

Πίνακας 11: Μέσες τιμές έντασης της αποπροσωποποίησης

A/A	Ερωτήσεις	Μέση τιμή
5	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	2,30
10	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	2,95
11	Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	3,18
15	Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	1,47
22	Νομίζω ότι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	2,25

Η ερώτηση με τον υψηλότερο μέσο όρο (3,18) είναι η ερώτηση 11 «Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή», ενώ η ερώτηση με το χαμηλότερο μέσο (1,47) είναι η ερώτηση 15 «Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου».

5.3.3. Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την προσωπική ολοκλήρωση των νοσηλευτών. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στη συγκεκριμένη υποκλίμακα εξετάζουν τα συναισθήματα της ικανότητας των συμμετεχόντων στην εργασία τους.

Πίνακας 12: Βαθμός έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων

	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά/ μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	3 (1,3)	6 (2,5)	7 (2,9)	20 (8,3)	58 (24,2)	82 (34,2)	64 (26,7)
Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	0 (0,0)	1 (0,4)	4 (1,7)	27 (11,3)	62 (25,8)	94 (39,2)	52 (21,7)
Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	1 (0,4)	3 (1,3)	4 (1,7)	23 (9,6)	45 (18,8)	84 (35,0)	80 (33,3)
Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	13 (5,4)	26 (10,8)	28 (11,7)	74 (30,8)	63 (26,3)	20 (8,3)	16 (6,7)
Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	1 (0,4)	8 (3,3)	3 (1,3)	37 (15,4)	68 (28,3)	77 (32,1)	46 (19,2)
Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	10 (4,2)	11 (4,6)	19 (7,9)	81 (33,8)	75 (31,3)	33 (13,8)	11 (4,6)
Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	2 (0,8)	7 (2,9)	3 (1,3)	29 (12,1)	53 (22,1)	98 (40,8)	48 (20,0)
Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	6 (2,5)	7 (2,9)	13 (5,4)	54 (22,5)	71 (29,6)	62 (25,8)	27 (11,3)

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, το νοσηλευτικό προσωπικό:

- Είναι σε θέση να καταλάβει εύκολα πώς νιώθουν οι ασθενείς σχετικά με όσα τους συμβαίνουν για αρκετές φορές την εβδομάδα έως και κάθε μέρα (60,9%).
- Κανονίζει πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών, για μία φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα (86,7%).
- Νιώθει ότι επηρεάζει θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά του για αρκετές φορές την εβδομάδα ή και κάθε μέρα (68,3%).
- Αισθάνεται γεμάτο δύναμη και ενεργητικότητα για λίγες φορές τον μήνα ή την εβδομάδα (65,4%).
- Μπορεί να δημιουργεί μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς για αρκετές φορές την εβδομάδα ή και καθημερινά (51,3%).
- Έχει καλή διάθεση στο τέλος της μέρας, που δούλεψε στενά με τους ασθενείς για λίγες φορές την εβδομάδα (65,1%).
- Αισθάνεται ότι έχει καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά για αρκετές φορές την εβδομάδα έως και κάθε μέρα (60,8%)
- Αντιμετωπίζει πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά για λίγες φορές το μήνα έως και αρκετές φορές την εβδομάδα (77,9%).

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των ερωτήσεων που σχετίζονται με την προσωπική ολοκλήρωση των νοσηλευτών.

Πίνακας 13: Μέσες τιμές έντασης της προσωπικής επίτευξης

A/A	Ερωτήσεις	Μέση τιμή
4	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	4,61
7	Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	4,67
9	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	4,83
12	Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	3,13
17	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	4,41
18	Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	3,43
19	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	4,54
21	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	3,96

Η ερώτηση με τον υψηλότερο μέσο όρο (4,83) είναι η ερώτηση 9 «Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου», ενώ η ερώτηση με το χαμηλότερο μέσο (3,13) είναι η ερώτηση 12 «Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα».

5.3.4. Επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος των νοσηλευτών ως προς το βαθμό εξουθένωσης:

Πίνακας 14: Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το βαθμό εξουθένωσης

Υποκλίμακα	Χαμηλή (%)	Μέτρια (%)	Υψηλή (%)
Συναισθηματική εξάντληση	17,50	24,58	57,92
Αποπροσωποποίηση	19,58	24,17	56,25
Προσωπικά επιτεύγματα	7,92	30,83	61,25

Παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά της συναισθηματικής εξάντλησης (57,92%) και της αποπροσωποποίησης (56,25%), τα οποία μπορούν να συνδεθούν με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίθετα στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων ένα μεγάλο ποσοστό (61,25%) έχει υψηλή βαθμολογία, αποτελώντας ένδειξη χαμηλού κινδύνου.

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα:

Πίνακας 15: Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών

Υποκλίμακα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Συναισθηματική εξάντληση	6	54	32,20	11,09
Αποπροσωποποίηση	0	30	12,15	7,12
Προσωπικά επιτεύγματα	9	48	33,58	6,29

Το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση (MT=32,20), αυξημένη αποπροσωποποίηση (MT=12,15) και υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων (MT=33,58).

5.4. Συμπτώματα

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος των νοσηλευτών ως προς τα συμπτώματα που αναφέρουν:

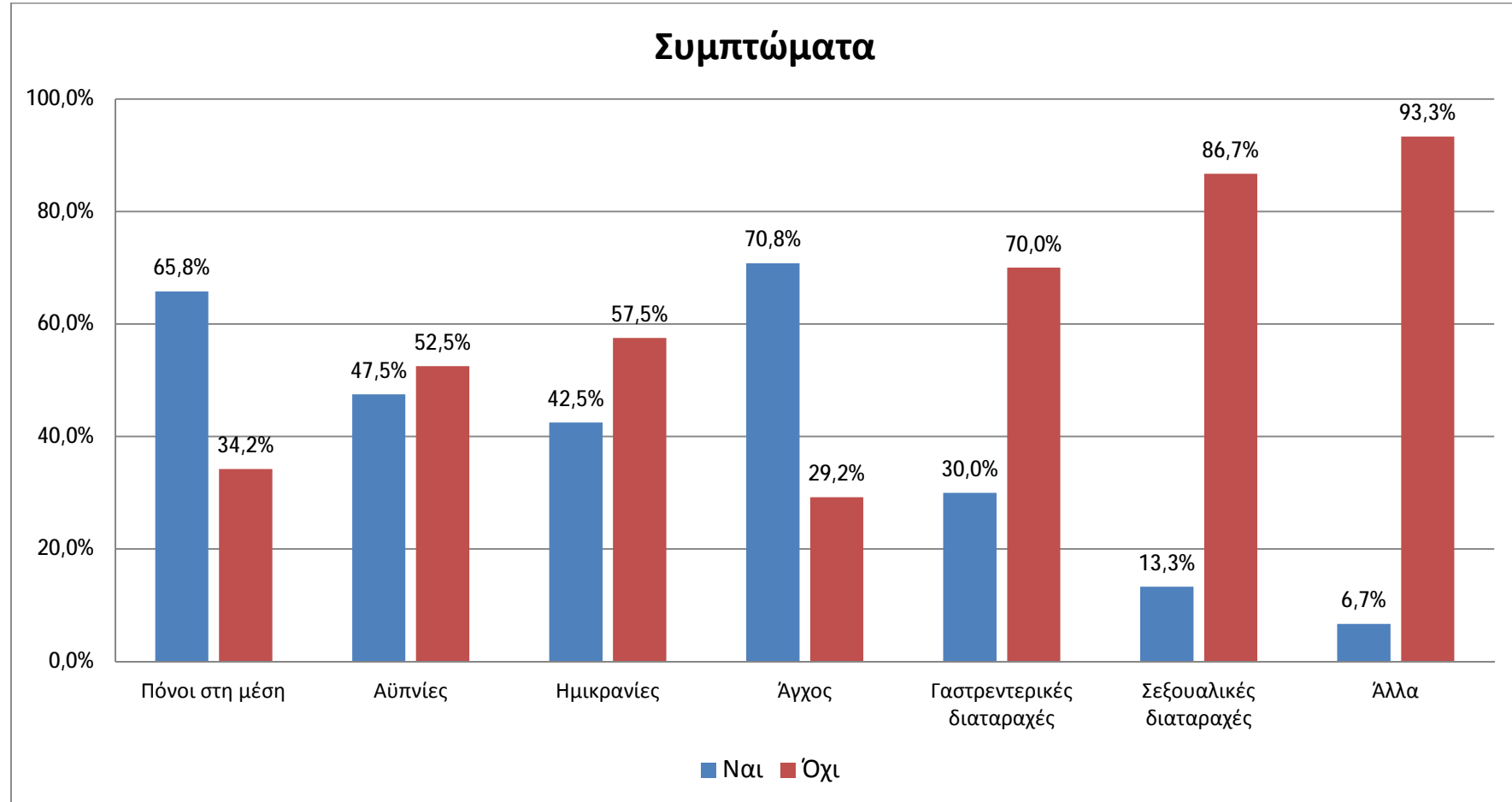
Πίνακας 16: Συμπτώματα νοσηλευτικού προσωπικού

Συμπτώματα	Ναι	Όχι
	N (%)	N (%)
Πόνοι στη μέση	158 (65,8)	82 (34,2)
Αϋπνίες	114 (47,5)	126 (52,5)
Ημικρανίες	102 (42,5)	138 (57,5)
Άγχος	170 (70,8)	70 (29,2)
Γαστρεντερικές διαταραχές	72 (30,0)	168 (70,0)
Σεξουαλικές διαταραχές	32 (13,3)	208 (86,7)
Άλλα συμπτώματα	16 (6,7)	224 (93,3)

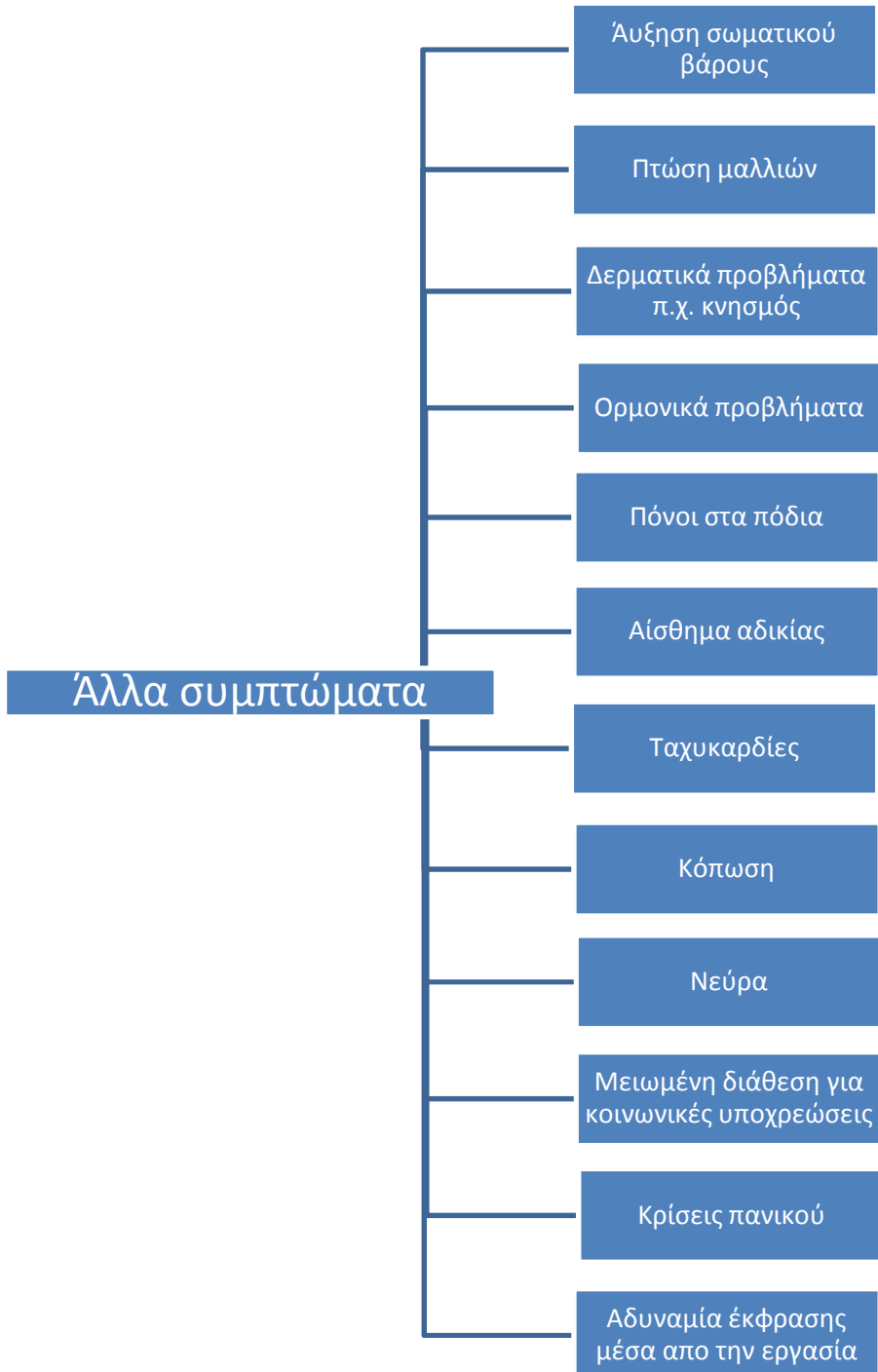
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 70,8% του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζει αγχώδεις διαταραχές. Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που αναφέρουν οι νοσηλευτές είναι οι πόνοι στη μέση (65,8%), οι αϋπνίες (47,5%) και οι ημικρανίες (42,5%). Επίσης, καταγράφονται σωματικά συμπτώματα όπως γαστρεντερικές (30%) και σεξουαλικές διαταραχές (13,3%) σε μικρότερο βαθμό, ενώ ένα μικρό ποσοστό (6,7%) του δείγματος εμφανίζει άλλη συμπτωματολογία.

Στο Γράφημα 8 απεικονίζεται η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα συμπτώματα που εμφανίζει.

Γράφημα 8: Κατανομή συμπτωμάτων του νοσηλευτικού προσωπικού



Στο παρακάτω σχήμα, απεικονίζονται τα υπόλοιπα συμπτώματα που ανέφεραν οι νοσηλευτές. Διακρίνονται συμπτώματα σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά.



Στον Πίνακα 17 παρουσιάζεται η συχνότητα κατανομής των συμπτωμάτων στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 17 – Κατανομή συμπτωμάτων νοσηλευτικού προσωπικού ανά φύλο

Αριθμός Συμπτωμάτων	N	%	Άνδρες		Γυναίκες	
			N	%	N	%
0	8	3,3	5	13,2	3	1,5
1	35	14,6	12	31,6	23	11,4
2	60	25,0	9	23,7	51	25,2
3	73	30,4	7	18,4	66	32,7
4	40	16,7	4	10,5	36	17,8
5	16	6,7	1	2,6	15	7,4
6	6	2,5	0	0,0	6	3,0
7	2	0,8	0	0,0	2	1,0
Σύνολο	51	100,0	38	100,0	202	100,0

Παρατηρείται πως η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (73,3%) εμφάνισε τουλάχιστον τρία συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε αυτούς τους νοσηλευτές, η συντριπτική πλειοψηφία είναι γυναίκες (90,4%). Αντίθετα, ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος (3,3%) δεν ανέφερε καμία συμπτωματολογία.

5.5. Διαφορές μεταξύ κατηγοριών των δημογραφικών-προσωπικών μεταβλητών

Μελετήθηκαν οι αντιλήψεις των νοσηλευτών με βάση τα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών, ετήσιο εισόδημα, έτη εργασίας, τομέα υγείας) για να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, εάν υπάρχουν απαντήσεις που διαφέρουν σημαντικά.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το *t* στατιστικό τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent-Samples T test), για να ελέγξουμε αν οι μέσοι για κάθε επίπεδο της κατηγορίας είναι ίσοι. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA (One-way Anova Test). Σε κάθε περίπτωση το μοντέλο κρίνεται ως στατιστικά σημαντικό όταν $p\text{-value} < 0,05$ (οι μέσοι για κάθε επίπεδο κατηγορίας διαφέρουν μεταξύ τους).

Σε κάθε περίπτωση ο έλεγχος T-test εξάγεται για την περίπτωση που οι διακυμάνσεις είναι ίσες και σε περίπτωση που διακυμάνσεις είναι άνισες. Στις περιπτώσεις των μεταβλητών που οι μέσοι φαίνεται να ίσοι, τα *p-values* (sig.) είναι μεγαλύτερα από το 0,05. Στον έλεγχο ANOVA, όσα από τα ζεύγη έχουν $p > 0,05$ σημαίνει ότι οι μέσοι των επιπέδων της κατηγορίας ανά δύο είναι ίσοι.

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με το φύλο των νοσηλευτών.

Πίνακας 18: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά φύλο

Υποκλίμακα	Άνδρες (N=38)		Γυναίκες (N=202)		T-test Sig (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD	
Συναισθηματική εξάντληση	26,00	10,53	33,37	10,83	,000
Αποπροσωποποίηση	10,00	7,35	12,55	7,02	,043
Προσωπικά επιτεύγματα	33,76	6,98	33,55	6,17	,848

Το φύλο παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικό μόνο για την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Οι γυναίκες νοσηλεύτριες καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, ενώ αντιθέτως καταγράφουν μικρότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων από τους άνδρες νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες του δείγματος βιώνουν υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση (33,37), αυξημένη αποπροσωποποίηση (12,55) και υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων (33,55). Αντίστοιχα οι άνδρες του δείγματος βιώνουν μέτριου βαθμού συναισθηματική εξάντληση (26), μέτρια αποπροσωποποίηση (10) και υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων (33,76).

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται οι διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με την ηλικία των νοσηλευτών.

Πίνακας 19: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα

Υποκλίμακα	20 – 30 (N=65)		31 – 40 (N=98)		41 – 50 (N=65)		>50 (N=12)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συναισθηματική εξάντληση	30,09	9,62	34,08	11,02	31,78	12,34	30,58	10,73	,137
Αποπροσωποποίηση	12,62	7,43	13,03	6,95	10,60	6,89	10,75	7,34	,150
Προσωπικά επιτεύγματα	33,26	5,93	32,78	6,55	34,63	6,24	36,25	5,38	,124

Η ηλικία δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης, καθώς δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις επιμέρους υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με τις τέσσερις κατηγορίες ηλικίας. Τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (34,08) και αποπροσωποποίησης (13,03) σημειώνουν οι νοσηλευτές ηλικίας 31-40 ετών, ενώ τα υψηλότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων (36,25) εμφανίζουν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές (>50). Αντίστοιχα, τα μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης παρουσιάζουν οι νοσηλευτές ηλικίας 20-30 ετών (30,09), αποπροσωποποίησης οι νοσηλευτές 41-50 ετών (10,60) και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων οι νοσηλευτές 31-40 ετών (32,78).

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται οι διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών.

Πίνακας 20: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση

Υποκλίμακα	Άγαμοι (N=108)		Έγγαμοι (N=120)		Διαζευγμένοι (N=10)		Χήροι (N=2)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συναισθηματική εξάντληση	31,42	11,43	32,93	10,61	30,60	13,59	39,00	11,31	,570
Αποπροσωποποίηση	12,39	7,63	12,00	6,72	11,00	7,32	13,50	0,71	,918
Προσωπικά επιτεύγματα	33,02	6,34	33,97	6,10	35,20	8,12	33,00	7,07	,576

Η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τις διαστάσεις της εξουθένωσης, καθώς δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις επιμέρους υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, με βάση την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών. Οι έγγαμοι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (32,93), χαμηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης (12) και υψηλότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων (33,02) σε σχέση με τους άγαμους νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν τόσο οι έγγαμοι όσο και οι άγαμοι νοσηλευτές βιώνουν υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση, αυξημένη αποπροσωποποίηση και υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων.

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται οι διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση το επίπεδο σπουδών των νοσηλευτών.

Πίνακας 21: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά επίπεδο σπουδών

Υποκλίμακα	Κολλέγιο (N=2)		Δ.Ε. (N=39)		Τ.Ε.Ι. (N=167)		Α.Ε.Ι. (N=32)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συναισθηματική εξάντληση	19,00	5,66	30,82	9,59	32,29	11,53	34,25	10,26	,209
Αποπροσωποποίηση	7,50	6,36	10,69	6,39	12,58	7,21	11,94	7,48	,374
Προσωπικά επιτεύγματα	37,00	2,83	33,38	6,26	33,51	6,55	33,97	5,11	,858

Το επίπεδο σπουδών δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τις διαστάσεις της εξουθένωσης, καθώς δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις επιμέρους υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με το επίπεδο σπουδών των νοσηλευτών. Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων από τους νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης. Τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης εμφανίζουν οι πτυχιούχοι νοσηλευτές ΑΕΙ (34,25) και ΤΕΙ (12,58) αντίστοιχα, ενώ τα μικρότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων παρουσιάζουν οι νοσηλευτές ΔΕ (33,38).

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται οι διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με το ετήσιο εισόδημα των νοσηλευτών.

Πίνακας 22: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά ετήσιο εισόδημα

Υποκλίμακα	<10.000€ (N=87)		10.001€-20.000€ (N=133)		20.001€-40.000€ (N=13)		>40.000€ (N=7)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συναισθηματική εξάντληση	31,00	10,43	32,86	11,54	30,38	9,21	38,00	12,81	,290
Αποπροσωποποίηση	11,75	7,22	12,43	6,97	10,54	7,70	14,71	8,28	,564
Προσωπικά επιτεύγματα	33,95	5,75	33,26	6,48	33,69	7,03	35,00	8,49	,798

Ο παράγοντας ετήσιο εισόδημα δεν είναι στατιστικά σημαντικός για τις διαστάσεις της εξουθένωσης, καθώς δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις επιμέρους υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με τις τέσσερις κατηγορίες εισοδήματος. Οι νοσηλευτές με πολύ υψηλά ετήσια εισοδήματα (>40.000€) εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (38), αποπροσωποποίησης (14,71) και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων (35). Αντίστοιχα, οι νοσηλευτές με ετήσιο εισόδημα 20.001€-40.000€ εμφανίζουν τα μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (30,38) και αποπροσωποποίησης (10,54), ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων παρουσιάζουν οι νοσηλευτές με ετήσιο εισόδημα 10.001€-20.000€(33,26).

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται οι διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με την προϋπηρεσία των νοσηλευτών.

Πίνακας 23: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά έτη εργασίας

Υποκλίμακα	<5 (N=59)		5 - 10 (N=77)		11 - 15 (N=37)		16 - 20 (N=29)		>20 (N=38)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Συναισθηματική εξάντληση	29,19	10,42	33,92	10,38	33,08	10,77	29,10	12,59	34,92	11,56	,025
Αποπροσωποποίηση	11,76	6,79	13,56	7,47	11,89	6,73	11,17	6,40	10,87	7,66	,287
Προσωπικά επιτεύγματα	33,92	4,99	32,45	6,95	32,95	6,22	33,10	6,91	36,34	5,67	,031

Η προϋπηρεσία παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική μόνο για την συναισθηματική εξάντληση και την διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων. Οι νοσηλευτές με την μεγαλύτερη προϋπηρεσία (>20) εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (34,92) και έλλειψης προσωπικών επιτεύξεων (36,34), καθώς και τα χαμηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης (10,87). Αντίστοιχα, τα μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης εμφανίζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται από 16-20 χρόνια (29,10), έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων οι νοσηλευτές που εργάζονται από 5-10 χρόνια (32,45), ενώ το υψηλότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης παρουσιάζεται στους νοσηλευτές που εργάζονται από 5-10 χρόνια (13,56).

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται οι διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τον τομέα υγείας των νοσηλευτών.

Πίνακας 24: Επαγγελματική εξουθένωση - διαφορές ανά τομέα υγείας

Υποκλίμακα	Δημόσιος (N=185)		Ιδιωτικός (N=55)		T-test Sig (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD	
Συναισθηματική εξάντληση	32,35	11,30	31,71	10,45	,707
Αποπροσωποποίηση	12,18	6,89	12,02	8,01	,880
Προσωπικά επιτεύγματα	33,54	6,62	33,75	5,06	,828

Ο παράγοντας τομέας υγείας δεν είναι στατιστικά σημαντικός για τις διαστάσεις της εξουθένωσης, καθώς δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις επιμέρους υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με τον τομέα υγείας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στο δημόσιο τομέα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (32,35) και αποπροσωποποίησης (12,18), ενώ αντιθέτως εμφανίζουν μικρότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων (33,54) από τους νοσηλευτές που δραστηριοποιούνται στο χώρο της ιδιωτικής υγείας. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, βιώνουν υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση, αυξημένη αποπροσωποποίηση και υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων.

5.6. Συσχετίσεις

Υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των επιμέρους υποκλιμάκων επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του δείγματος. Ο έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της συσχέτισης των τάξεων που μπορεί να συνδέει τις ποσοτικές συνεχείς μεταβλητές είναι ο έλεγχος Pearson r.

Πίνακας 25: Συσχετίσεις διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης

Μεταβλητές	Συναισθηματική εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Προσωπικά επιτεύγματα	
	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.
Συναισθηματική εξάντληση	1	.	,455**	,000	-,298**	,000
Αποπροσωποποίηση			1	.	-,419**	,000
Προσωπικά επιτεύγματα					1	.

**p<0,01 *p<0,05

Παρατηρείται σημαντική συνάφεια σε όλες τις επιμέρους υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, γεγονός που εκφράζει και την σχέση των διαστάσεων που εκφράζουν το επίπεδο (χαμηλή, μέτρια ή υψηλή) της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι συσχετίσεις χαρακτηρίζονται ως μέτριες, όπως φαίνεται και από την τιμή του συντελεστή Pearson (29,8%-41,9%).

Το υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης φαίνεται ότι συνδέεται με μεγαλύτερο επίπεδο αποπροσωποποίησης και χαμηλότερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Αντίστοιχα το υψηλότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης συνδέεται με χαμηλότερο επίπεδο έλλειψης των προσωπικών επιτευγμάτων.

Πίνακας 26: Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς-προσωπικούς παράγοντες

Μεταβλητές	Συναισθηματική εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Προσωπικά επιτεύγματα	
	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.
Φύλο	,243**	,000	,131*	,043	-,012	,848
Ηλικία	,031	,630	-,113	,081	,119	,066
Οικογενειακή κατάσταση	,059	,359	-,031	,632	,082	,208
Επίπεδο σπουδών	-,113	,080	-,070	,278	-,007	,909
Ετήσιο εισόδημα	,089	,169	,043	,512	-,011	,870
Έτη εργασίας	,093	,153	-,080	,217	,117	,071
Τομέας υγείας	-,024	,707	-,010	,880	,014	,828

**p<0,01 *p<0,05

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 26, καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που εκπροσωπούν τους δημογραφικούς-προσωπικούς παράγοντες δεν είναι σημαντική για τις διαστάσεις της εξουθένωσης, με εξαίρεση τη μεταβλητή του φύλου. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα πρόσημα που δέχονται οι μεταβλητές και δείχνουν την φορά επιρροής τους στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης.

Το φύλο παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικό για την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Τα θετικά πρόσημα δεν βοηθούν ιδιαίτερα στην ερμηνεία σε αυτή την περίπτωση, καθώς η πλειονότητα του δείγματος (84,2%) είναι γυναίκες.

Πίνακας 27: Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με συμπτώματα

Μεταβλητές	Συναισθηματική εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Προσωπικά επιτεύγματα	
	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.
Πόνοι στη μέση	,274**	,000	,235**	,000	-,051	,435
Αϋπνίες	,222**	,001	,134*	,038	-,123	,057
Ημικρανίες	,178**	,006	,108	,095	-,048	,462
Άγχος	,246**	,000	,178**	,006	-,143*	,026
Γαστρεντερικές διαταραχές	,196**	,002	,118	,067	-,181**	,005
Σεξουαλικές διαταραχές	,195**	,002	,154*	,017	,003	,968
Αριθμός συμπτωμάτων	,419**	,000	,307**	,000	-,180**	,005

**p<0,01 *p<0,05

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 27, το άγχος και ο αριθμός των συμπτωμάτων αποτελούν σημαντικές μεταβλητές (παράγοντες) και στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Υψηλότερο επίπεδο άγχους καθώς και μεγαλύτερος αριθμός συμπτωμάτων φαίνεται ότι συνδέονται με μεγαλύτερου βαθμού συναισθηματική εξάντληση, μεγαλύτερο επίπεδο αποπροσωποποίησης και χαμηλότερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Όλα τα συμπτώματα παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικά για την συναισθηματική εξάντληση και μάλιστα όσο υψηλότερου επιπέδου είναι τόσο μεγαλύτερα τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης. Σωματικά συμπτώματα όπως ημικρανίες και γαστρεντερικές διαταραχές δεν επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την αποπροσωποποίηση, ενώ όλα τα υπόλοιπα συμπτώματα την αυξάνουν. Το άγχος, οι γαστρεντερικές διαταραχές και ο αριθμός συμπτωμάτων μειώνουν την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Κεφάλαιο 6

Συζήτηση - Συμπεράσματα

6.1. Συζήτηση

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών και ψυχικών αποθεμάτων του, στην προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες, που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Το σύνδρομο αυτό δυνητικά μπορεί να επηρεάσει κάθε εργαζόμενο, αφορά όμως κυρίως τον επαγγελματία υγείας, λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στο χώρο της υγείας. Είναι στενά συνυφασμένο με την αποδοτικότητά του και έχει άμεση και ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Σύμφωνα με τους Maslach και Jackson (1986), πρόκειται για σύνδρομο που αποτελείται από τρεις επιμέρους διαστάσεις: (α) συναισθηματική εξάντληση, που εκδηλώνεται με μια αρνητική αποστασιοποίηση από τους άλλους και την εργασία, (β) την αποπροσωποποίηση του άλλου αλλά και του εαυτού και (γ) το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, δηλαδή την πτώση της ικανότητας και παραγωγικότητας στη δουλειά. Αυτό οδηγεί το άτομο να έχει την αίσθηση της αποτυχίας δημιουργώντας δυσχέρειες και επιπτώσεις σε τομείς της καθημερινότητας του, όπως είναι η εργασία, η οικογένεια, η σωματική και ψυχική ευεξία (Maslach & Jackson 1986).

Αντικείμενο της μελέτης μας αποτέλεσε η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και των παραγόντων που επιδρούν προστατευτικά ή επιβαρυντικά στην εμφάνισή της. Η παρούσα μελέτη προσέγγισε το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, μέσα από τις αντιλήψεις των ίδιων των νοσηλευτών, συλλέγοντας ποσοτικά δεδομένα.

Το υπόβαθρό της τοποθετείται στο πλαίσιο του θεωρητικού μοντέλου της Maslach. Η βαθμολογία των επιμέρους διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αναδεικνύεται από την έρευνα, χρησιμεύει στην αποτύπωση της εκτίμησης του νοσηλευτικού προσωπικού για το επίπεδο της επαγγελματικής του εξουθένωσης, αποτελώντας μια βάση δεδομένων για τη λήψη πληροφοριών αναφορικά με το μέσο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης κάθε δείγματος νοσηλευτών σε κάθε στάδιο της έρευνας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης, η εγκυρότητά της, η στατιστική ανάλυση, οι συσχετίσεις μεταξύ παραμέτρων και της κλίμακας της Maslach (MBI), επιχειρούν την καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και τη διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς-προσωπικούς παράγοντες και με σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις της εμφάνισης του συνδρόμου. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της μελέτης συγκρίνονται με εκείνα παρόμοιων μελετών σε ελληνικό και διεθνές επίπεδο, οι οποίες εστιάζουν στην καταγραφή του φαινομένου στο περιγραφόμενο επαγγελματικό σώμα.

6.1.1. Δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 240 νοσηλευτές. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι γυναίκες (84,2%), γεγονός που ανταποκρίνεται στην πραγματική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι γυναικοκρατούμενο. Στην Γερμανία οι άνδρες αποτελούν το 14% των νοσηλευτών (Euromedicals 2014) και στην Αμερική το 9,1% (Minority Nursing Statistics 2013). Το νοσηλευτικό επάγγελμα συνεχίζει να ασκείται κυρίως από γυναίκες, ωστόσο όλο και περισσότεροι άνδρες εισέρχονται στο συγκεκριμένο επαγγελματικό χώρο.

Η ηλικία των νοσηλευτών του δείγματος κυμαίνεται από 20 έως 60 έτη, με τους περισσότερους συμμετέχοντες να ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 31-40 ετών (40,8%). Ένα μικρότερο ποσοστό (32,11%) είναι άνω των 40 ετών, γεγονός που δεν ανταποκρίνεται στην θεωρία ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γερνάει. Σύμφωνα με τον Σύνδεσμο Αμερικανικών Νοσοκομείων, η μέση ηλικία των εργαζόμενων νοσηλευτών

ήταν το 2000 τα 42,5 έτη, αυξήθηκε το 2010 σε 44,6, ενώ αναμένεται να φτάσει το 2020 τα 45,1 έτη.

Ένας στους δύο νοσηλευτές είναι έγγαμοι (50%), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος είναι άγαμοι (45%). Το μορφωτικό επίπεδο του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σχετικά υψηλό, καθώς το 82,9% του δείγματος είναι πτυχιούχοι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ο μεγάλος σχετικά αριθμός πτυχιούχων νοσηλευτών/τριών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συνεπάγεται μειωμένη επικινδυνότητα για την υγεία, αφού ισοδυναμεί με υψηλότερης ποιότητας παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Ένα μικρό μόνο ποσοστό του δείγματος (8,3%) έχει ικανοποιητικές αποδοχές (άνω των 20 χιλ. ευρώ). Το μεγαλύτερο ποσοστό (55,4%) ανήκει στα μεσαία στρώματα με ετήσιο εισόδημα μεταξύ 10 και 20 χιλιάδων ευρώ, ενώ παρατηρείται ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών (36,3%) με χαμηλά εισοδήματα (κάτω των 10 χιλ. ευρώ). Το ιδιαίτερο αντικείμενο της επαγγελματικής δραστηριότητας αποτελεί πολύ σημαντική πηγή άντλησης ικανοποίησης, τη σημαντικότερη μάλιστα για τους επαγγελματίες υγείας, με το ύψος των αποδοχών να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επαγγελματικής ικανοποίησης (Μακρής και συν. 2011).

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει 5-10 χρόνια προϋπηρεσίας (32,1%) και ακολουθούν οι νοσηλευτές με λιγότερα από 5 έτη εργασίας (24,6%). Περισσότερο από 20 χρόνια εργάζεται ένα μικρότερο ποσοστό (15,8%) του δείγματος, ενώ από 11-15 χρόνια εργάζεται μόνο το 15,4% και από 16-20 χρόνια το 12,1%. Η εργασιακή εμπειρία είναι πολύ σημαντική και κρίσιμη ειδικά στα επαγγέλματα υγείας όπως αυτό του νοσηλευτή. Το νοσηλευτικό προσωπικό με μειωμένη εμπειρία δεν έχει μάθει να προσέχει τον εαυτό του, αφού η εκπαίδευση από μόνη της δεν είναι αρκετή για να προφυλάξει το προσωπικό από τραυματισμούς ή ατυχήματα κατά την άσκηση των καθηκόντων του (Fragala 1994). Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες με σχετικά μικρότερη εμπειρία, έχουν την τάση να διακατέχονται από μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τον εαυτό τους (Chiu & Kosinski 1997). Πιστεύουν ότι οι γνώσεις τους για τα φάρμακα τις καθιστά ικανές να προστατευθούν και υιοθετούν συμπεριφορές συχνά υπερβολικής αυτοπεποίθησης με αποτέλεσμα να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο (Patrick 1984).

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εργάζεται στο δημόσιο τομέα (77,1%), ενώ το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό δραστηριοποιείται στο χώρο της ιδιωτικής υγείας. Η έρευνα στην Ελλάδα περιορίζεται κυρίως στους επαγγελματίες υγείας του δημοσίου τομέα και οι δημοσιευμένες έρευνες που αφορούν αποκλειστικά και μόνο τον χώρο της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα είναι ελάχιστες αν όχι ανύπαρκτες.

6.1.2. Επαγγελματική εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών καταγράφηκε από τις απαντήσεις που δόθηκαν από τις 22 ερωτήσεις του ψυχομετρικού μέσου της Maslach. Συγκεκριμένα, η ερώτηση με τον υψηλότερο μέσο όρο (4,83) ήταν η ερώτηση 9 «Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου», ενώ η ερώτηση με το χαμηλότερο μέσο όρο (1,47) ήταν η ερώτηση 15 «Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου».

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως αυτή εκφράζεται από τις τρεις διαστάσεις της Maslach, είναι στο σύνολό τους σε υψηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά της συναισθηματικής εξάντλησης (57,92%) και της αποπροσωποποίησης (56,25%), τα οποία μπορούν να συνδεθούν με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίθετα στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων ένα μεγάλο ποσοστό (61,25%) είχε υψηλή βαθμολογία, αποτελώντας ένδειξη χαμηλού κινδύνου. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν υψηλό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης (MT=32,20), υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης (MT=12,15) και υψηλό επίπεδο προσωπικών επιτευγμάτων (MT=33,58), κατατάσσοντας έτσι την επαγγελματική εξουθένωση του δείγματος σε υψηλό επίπεδο. Το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση, αυξημένη αποπροσωποποίηση και υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με άλλες έρευνες πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, στις οποίες η συναισθηματική εξάντληση είναι αυτή που αναπτύσσεται πρώτη και η οποία οδηγεί σε στάσεις αποπροσωποποίησης και κατόπιν σε χαμηλά αισθήματα προσωπικών επιτευγμάτων (Leiter & Maslach 1988). Το αυξημένο ποσοστό της αποπροσωποποίησης θα μπορούσε ίσως να ερμηνευτεί ως τρόπος «άμυνας» του νοσηλευτικού προσωπικού στις αντίξοες συνθήκες του επαγγέλματος.

Σε γενικές γραμμές, η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας είναι υψηλή, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τις διαπιστώσεις πολλών άλλων ερευνών της ελληνικής βιβλιογραφίας όπως η Αδαλή (1999) και Ρούπα και συν. (2008). Ωστόσο, τα αντίστοιχα ποσοστά που βρέθηκαν στην μελέτη των Διομήδους και συν. (2009) σε δείγμα 89 νοσηλευτών και ιατρών ήταν, στο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης 40%, της αποπροσωποποίησης 32% και της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων 63%. Από τις μέσες τιμές των υποκλιμάκων της εξουθένωσης που σημείωσαν οι επαγγελματίες υγείας προκύπτει πως γενικά υποφέρουν έντονα από επαγγελματική εξουθένωση. Οι νοσηλευτές, όντας χαμηλότερα στην ιεραρχία, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τους γιατρούς στο σύνολό τους. Τα ευρήματά της έρευνας συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα που καταγράφουν επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό (Μποζίκας και συν. 2000).

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (73,3%) εμφάνισε τουλάχιστον τρία συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001) και Jenkins και Elliot (2004). Σε αυτούς τους νοσηλευτές, η συντριπτική πλειοψηφία είναι γυναίκες (90,4%). Αντίθετα, ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος (3,3%) δεν ανέφερε καμία συμπτωματολογία.

Ενδιαφέροντα ήταν τα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία φάνηκε ότι από τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις των νοσηλευτών, αυτές οι οποίες εκδηλώνονται περισσότερο ήταν άγχος (70,8%), πόνοι στη μέση (65,8%), αϋπνίες (47,5%), ημικρανίες (42,5%) και γαστρεντερικές διαταραχές (30%). Οι ενοχλήσεις αυτές λειτουργούν ως επιβαρυντικοί παράγοντες στην εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Υπάρχουν πολλές έρευνες, οι οποίες χρησιμοποίησαν στη διερεύνηση των αιτιών της εξουθένωσης μεταβλητές όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και η εργασιακή εμπειρία. Ωστόσο τα συμπεράσματα για την επιρροή, κυρίως για τις δημογραφικές μεταβλητές, είναι μικτά και συνήθως ανεπαρκή. Οι λόγοι κυρίως οφείλονται στην έλλειψη θεωρητικού υπόβαθρου, το οποίο θα μπορεί να καθοδηγεί την εμπειρική έρευνα. Εξαίρεση αποτελούν κάποιες έρευνες όπως αυτές των Greenglass (1991) και Messing (1997).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των προσωπικών-δημογραφικών παραγόντων στην επαγγελματική εξουθένωση. Καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που εκπροσωπούν τους προσωπικούς-δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών, ετήσιο εισόδημα, έτη εργασίας και τομέας υγείας) δεν ήταν σημαντική και στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης.

Το φύλο αποδείχθηκε σημαντικό στη σχέση του με τις συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης. Η Martin (2000) αναφέρει ότι τίθεται ζήτημα φύλου στην εξουθένωση, κυρίως για λόγους που συνδέονται με τα συναισθήματα. Αναφέρεται επίσης στην έρευνα του Meyerson (1994) στην οποία η εξουθένωση σχετίζεται με ζητήματα που τυπικά θεωρούνται θηλυκού γένους, ότι οι άνδρες και οι γυναίκες μπορεί να διαφέρουν σε πολλά σημεία, τα οποία σχετίζονται άμεσα με την εμπειρία τους στο στρες και στην εξουθένωση. Ως προς το φύλο η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, ενώ αντιθέτως βιώνουν μικρότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων από τους άνδρες νοσηλευτές. Το συγκεκριμένο εύρημα διαφωνεί με την έρευνα των Bartz & Maloney (1986) που υποστηρίζει ότι οι άνδρες βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, καθώς και χαμηλότερα επίπεδα ως προς τα προσωπικά επιτεύγματα συγκρινόμενοι με τις γυναίκες.

Η διερεύνηση της ηλικίας σε σχέση με τις τρεις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, έδειξε ότι τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης βιώνουν οι νοσηλευτές ηλικίας 31-40 ετών, ενώ τα υψηλότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων εμφανίζουν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές (>50). Αντίστοιχα, τα μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης παρουσιάζουν οι νοσηλευτές ηλικίας 20-30 ετών, αποπροσωποποίησης οι νοσηλευτές 41-50 ετών και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων οι νοσηλευτές 31-40 ετών. Το εύρημα αυτό είναι δυνατόν να αποδίδεται στην καλύτερη συμπεριφορά των προϊσταμένων, στην παροχή διευκολύνσεων, στις μεγαλύτερες δυνατότητες επιλογής του αντικειμένου της εργασίας που αναλαμβάνουν στην υπηρεσία τους, στον επαναπροσδιορισμό των στόχων ή ακόμα και στο γεγονός ότι συνειδητοποιημένοι και ώριμοι (Διλιντάς 2010). Ωστόσο, τα αποτελέσματα από τη βιβλιογραφία είναι αντικρουόμενα καθώς διαπιστώνεται υψηλότερη συχνότητα επαγγελματικής εξουθένωσης στις μεγαλύτερες ηλικίες, το οποίο είναι πιθανό να αποδίδεται στην εργασιακή κουλτούρα που επικρατεί στα διάφορα κράτη, όπου για συγκεκριμένους λόγους (π.χ. υψηλή ανεργία) δύσκολα αλλάζει κάποιος εργασία, ακόμη και αν αυτή του προκαλεί εξάντληση. Τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών έχουν βρει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ κάποιων διαστάσεων της εξουθένωσης και της ηλικίας, ενώ κάποιες άλλες ανέδειξαν θετική σχέση.

Στη διερεύνηση της οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση, παρατηρείται ότι οι έγγαμοι βίωναν υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης, χαμηλότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης και υψηλότερο επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων σε σχέση με τους άγαμους. Μια πιθανή εξήγηση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας, είναι ότι οι έγγαμοι νοσηλευτές βιώνουν υψηλότερου επιπέδου επαγγελματική εξουθένωση λόγω του πολυσύνθετου ρόλου τους στο σπίτι και στην δουλειά. Σύμφωνα με τη Maslach (1982), οι παντρεμένοι βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης διότι διαθέτουν εμπειρία στη διεύθυνση προσωπικών και συναισθηματικών συγκρούσεων.

Το επίπεδο σπουδών δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικό στην παρούσα έρευνα. Σε αντίθεση η Maslach (1981) και οι Demir et al. (2003) υποστηρίζουν ότι το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι πτυχιούχοι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων από τους νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης. Τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης εμφανίζουν οι πτυχιούχοι νοσηλευτές ΑΕΙ και ΤΕΙ αντίστοιχα, ενώ τα μικρότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων παρουσιάζουν οι νοσηλευτές ΔΕ.

Ο παράγοντας ετήσιο εισόδημα δεν ήταν στατιστικά σημαντικός για τις διαστάσεις της εξουθένωσης, καθώς δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις επιμέρους υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με τις τέσσερις κατηγορίες εισοδήματος. Οι νοσηλευτές με πολύ υψηλά ετήσια εισοδήματα (>40.000€) εμφάνισαν τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Αντίστοιχα, οι νοσηλευτές με ετήσιο εισόδημα 20.001€-40.000€ παρουσίασαν τα μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων βιώνουν οι νοσηλευτές με ετήσιο εισόδημα 10.001€-20.000€. Αποτελέσματα άλλων ερευνών (Hellgren et al. 1999, Bakker et al. 2000) έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση της ικανοποίησης από την αμοιβή με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης.

Η προϋπηρεσία εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων. Οι νοσηλευτές με την μεγαλύτερη προϋπηρεσία βίωναν τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ βίωναν τα χαμηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης. Αντίστοιχα, τα μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης εμφάνισαν οι νοσηλευτές που εργάζονται από 16-20 χρόνια, έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων οι νοσηλευτές που εργάζονται από 5-10 χρόνια, ενώ το υψηλότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης παρουσιάστηκε στους νοσηλευτές που εργάζονται από 5-10 χρόνια. Τα χρόνια προϋπηρεσίας του εργαζόμενου, που αντανακλούν και την

εμπειρία, έχει αποδειχθεί ότι συνδέονται με την ικανοποίηση του εργαζόμενου στο χώρο εργασίας. Η εργασιακή εμπειρία είναι πολύ σημαντική στα επαγγέλματα υγείας. Η έρευνα των Chiridoga & Bailey (1986) έδειξε, ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας στις υπηρεσίες υγείας σχετίζονται θετικά με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το συγκεκριμένο εύρημα, φαίνεται να συμφωνεί στη περίπτωση της προϋπηρεσίας μέχρι τα 15 έτη, όπου ο βαθμός της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης αυξάνεται, ενώ ο βαθμός της προσωπικής ολοκλήρωσης μειώνεται σταδιακά με το πέρασμα του χρόνου.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις επιμέρους υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με τον τομέα υγείας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στο δημόσιο τομέα βιώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, καθώς και μικρότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων από τους νοσηλευτές που δραστηριοποιούνται στο χώρο της ιδιωτικής υγείας. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, βιώνουν υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση, αυξημένη αποπροσωποποίηση και υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων. Σύμφωνα με τα στοιχεία πρόσφατης έρευνας στους νοσηλευτές (Aiken et al. 2012) που πραγματοποιήθηκε κατά βάση σε δημόσια νοσοκομεία, το 78% των Ελλήνων νοσηλευτών νιώθουν ότι βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση. Το συγκεκριμένο εύρημα χρήζει περαιτέρω μελέτης, καθώς προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει ο κλάδος της υγείας στην Ελλάδα και ειδικότερα στον χώρο της ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Σε αντίθεση με τους δημογραφικούς-προσωπικούς παράγοντες, το άγχος και ο αριθμός συμπτωμάτων συσχετίζονται σημαντικά και με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Υψηλότερο επίπεδο άγχους καθώς και μεγαλύτερος αριθμός συμπτωμάτων φάνηκε ότι συνδέονται με μεγαλύτερου βαθμού συναισθηματική εξάντληση, μεγαλύτερο επίπεδο αποπροσωποποίησης και χαμηλότερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Όλα τα συμπτώματα παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικά για την συναισθηματική εξάντληση και μάλιστα όσο υψηλότερου επιπέδου ήταν τόσο μεγαλύτερα τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης. Αυτό σημαίνει ότι η μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση μεταφράζεται ως χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί ως προγνωστικός δείκτης της σωματικής και ψυχικής υγείας του νοσηλευτή. Σωματικά συμπτώματα όπως ημικρανίες και γαστρεντερικές διαταραχές δεν επηρέασαν σε σημαντικό βαθμό την αποπροσωποποίηση, ενώ όλα τα υπόλοιπα συμπτώματα την αυξάνουν. Αντίστοιχα, το άγχος, οι γαστρεντερικές διαταραχές και ο αριθμός συμπτωμάτων μειώνουν την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Η τρέχουσα διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει πολλές έρευνες στις οποίες αναδεικνύεται η σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και σωματικής υγείας (Whitehall II 1997, SHEEP 1998). Στον Ελλαδικό χώρο, μελέτη για τη διερεύνηση της ψυχοσωματικής ισορροπίας των επαγγελματιών υγείας σε Ελληνικά νοσοκομεία, έδειξε υψηλά επίπεδα εξουθένωσης κυρίως σε επαγγελματίες υγείας μικρότερων ηλικιών (Antoniou & Tzavara 2005). Οι Firth-Cozens και Payne (1999) αναφέρουν ότι ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στους νοσηλευτές είναι πολύ υψηλός.

Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών και συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντικός, προκειμένου να είναι εφικτή η διατύπωση προτάσεων για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του φαινομένου.

6.2. Περιορισμοί και μελλοντικές επεκτάσεις

Παρόλο που κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια σε κάθε στάδιο της μελέτης για την επιτυχή και ολοκληρωμένη διεξαγωγή της, παρατηρούνται κάποιοι περιορισμοί σχετικά με το δείγμα και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε. Η παρούσα έρευνα δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι έγινε σε ευρεία βάση, όπως από κάποιον άρτια οργανωμένο και επανδρωμένο φορέα (π.χ. στατιστική υπηρεσία). Μπορεί να συμπεριέλαβε ποικιλία τμημάτων και αυτό είναι ένα από τα πλεονεκτήματά της, αλλά ο αριθμός του δείγματος θεωρείται αρκετά μικρός και οι συμμετέχοντες προέρχονταν από δείγμα ευκολίας. Λόγω του σχετικά μικρού δείγματος, τα αποτελέσματα που προκύπτουν δεν είναι δυνατόν να γενικευθούν σε ευρύτερο πληθυσμό (π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό όλης της χώρας). Περιορισμό αποτελεί και το γεγονός ότι η αναλογία των ανδρών νοσηλευτών, όπως και στις περισσότερες των άλλων ερευνών, είναι πολύ μικρός.

Ένας βασικός περιορισμός της έρευνας απορρέει από τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων (ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς). Τα περισσότερα ερωτηματολόγια που αξιολογούν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιούν τη μέθοδο των αυτό-αναφορών, παρά το γεγονός ότι η φύση αυτών των εργαλείων υπόκειται σε αδυναμίες και επιφυλάξεις. Ο διαδικτυακός τρόπος συλλογής των δεδομένων, αποτέλεσε έναν άλλο περιορισμό της παρούσας έρευνας. Η συγκεκριμένη μέθοδος συλλογής παρουσιάζει κάποια μειονεκτήματα, όπως δυσκολία καθορισμού και ελέγχου του δείγματος, καθώς και απουσία προσωπικής επαφής με τους συμμετέχοντες η οποία μπορεί να αποβεί καθοριστική αφού δεν είναι δυνατόν να δοθούν διευκρινιστικές απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις των συμμετεχόντων. Επίσης, η μη επίβλεψη της όλης διαδικασίας συνεπάγεται ότι μερικά ερωτηματολόγια μπορεί να συμπληρωθούν βιαστικά και πρόχειρα από τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα..

Η παρούσα έρευνα είναι συγχρονική, το οποίο σημαίνει ότι έγινε προσπάθεια διαπίστωσης σχέσεων μεταξύ μεταβλητών (ανεξάρτητων και εξαρτημένων), οι οποίες ωστόσο δεν είναι αιτιώδεις. Πολύ πιθανόν να υπάρχει και κάποια άλλη έμμεση μεταβλητή που να επενεργεί όπως η έλλειψη υποστηρικτικού πλαισίου, η εκπαίδευση, οι δυνατότητες εξέλιξης, η σύγκρουση των ρόλων, η ποιοτική συνεργασία μεταξύ του προσωπικού κ.ά.

Επιπρόσθετα, μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί και σε περισσότερο υποκειμενικούς παράγοντες που οδηγούν σε πιο αντικειμενικές αξιολογήσεις (τύπος προσωπικότητας, έδρα ελέγχου, αμυντικοί μηχανισμοί, ποσότητα αυτοεκτίμησης, στάση απέναντι στην εργασία κ.ά.). Η ακριβής σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με παράγοντες που αφορούν την ψυχική υγεία είναι αμφιλεγόμενη. Τελικά η εξουθένωση οδηγεί τους εργαζόμενους σε προβλήματα ψυχικής υγείας ή τα προβλήματα ψυχικής υγείας οδηγούν στην εξουθένωση;

Αναγκαία κρίνεται η εκτενέστερη διερεύνηση του φαινομένου σε μεγαλύτερο δείγμα, καθώς και η διεξαγωγή μελετών με τη χρησιμοποίηση μοντέλων άμεσης πρόληψης εργασιακού άγχους και στρες, τη θέσπιση ορίων επικινδυνότητας-ασφάλειας, με στόχο τον προσδιορισμό αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης, που έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας ανάμεσα στο προσωπικό των μονάδων υγείας. Η αξιολόγηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης και κατ' επέκταση του μηχανισμού παρεμβάσεων που θα σχεδιαστούν, θεωρείται βέβαιο ότι θα οδηγήσουν στην εύρυθμη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

6.3. Συμπεράσματα

Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως το σύνδρομο της σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης του επαγγελματία υγείας. Η ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης σε υψηλά επίπεδα αποτελεί ουσιαστικό δείκτη χαμηλότερης ποιότητας παροχής υπηρεσιών φροντίδας, γεγονός που συμβάλλει στη μείωση της απόδοσης της νοσηλευτικής μονάδας. Η επαγγελματική εξουθένωση στις μονάδες υγείας, αποτέλεσε το επίκεντρο πολλών διεθνών ερευνών τα τελευταία χρόνια μετά την εμφάνιση του ερευνητικού εργαλείου της Maslach (MBI), το οποίο ενσωματώνει τις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και της έλλειψης των προσωπικών επιτευγμάτων.

Η προστιθέμενη αξία της μελέτης επεκτείνεται σε τρεις άξονες. Ο πρώτος αφορά στη διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο δεύτερος συνδέεται με την εξέταση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ένα πλέγμα ποικίλων διαστάσεων στις οποίες υπάρχουν παράγοντες που αφορούν τα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Ο τρίτος εστιάζει στη διερεύνηση της σχέσης σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν την παρουσία υψηλών επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης, με σημαντικές ωστόσο διαφορές μεταξύ δημογραφικών και προσωπικών παραγόντων. Το φύλο αποδείχθηκε σημαντικό σε σχέση με τις συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, ενώ η προϋπηρεσία εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων. Αναφορικά με τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα των νοσηλευτών, ο αριθμός των συμπτωμάτων και το άγχος συσχετιζόνταν σημαντικά και με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Η συναισθηματική εξάντληση είναι ο μοναδικός παράγοντας που εμφανίστηκε ως σημαντικός στις τυπικές εκδηλώσεις όλων των συμπτωμάτων.

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας για το φαινόμενο του επαγγελματικού άγχους και της εξουθένωσης έχει διευρυνθεί. Πολλοί αναγνωρίζουν την ύπαρξή του και πολλοί πλήττονται από αυτό. Δεδομένου ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα διακρίνεται από υψηλό ποσοστό απαιτήσεων, τόσο για τον ίδιο τον νοσηλευτή όσο και για το περιβάλλον του, επιτακτική κρίνεται η ανάγκη ορθολογικής αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους χώρους υγείας μέσα από οργανωμένες δομές και πλαίσια.

Ο επαγγελματίας υγείας καλείται να επιτελέσει το δικό του ρόλο, να αλλάξει την σχέση του με την εργασία αλλά και τη συνολική στάση ζωής του, να αναγνωρίσει τις αδυναμίες και τα όριά του, προλαμβάνοντας ή αντιμετωπίζοντας εγκαίρως συμπτώματα εξουθένωσης, προκειμένου να μπορεί να προσφέρει φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη.

Η μείωση των πηγών έντασης, η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης και η προαγωγή της υγείας έχει ευεργετικά αποτελέσματα όχι μόνο για τον εργαζόμενο αλλά και για τον ασθενή. Κρίσιμη θεωρείται και η ενεργή συμμετοχή της διοίκησης και της πολιτείας για την προστασία και προαγωγή της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού, εξασφαλίζοντας αποτελεσματικούς τρόπους χειρισμού, προκειμένου να διασφαλίζεται η ποιότητα και η ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Χρειάζεται η θέληση κάποιων να ασχοληθούν ουσιαστικά και η ικανότητα κάποιων να πείθουν με επιστημονικά δεδομένα. Νομοθετικές και διοικητικές ρυθμίσεις κρίνονται απαραίτητες. Επίσης, κρίνεται απολύτως αναγκαίος ο ορθός επαγγελματικός προσανατολισμός και η κοινωνική καταξίωση των επαγγελματιών υγείας. Θεωρείται βέβαιο ότι εάν οι νοσηλευτές τύχουν υποστήριξης στη διαχείριση του στρες, το αποτέλεσμα θα είναι υψηλού επιπέδου περίθαλψη για τους ασθενείς καθώς και καλύτερη υγεία και ευημερία για τους ίδιους.

Στο σύγχρονο περιβάλλον της οικονομικής κρίσης με τον δείκτη ανεργίας να φτάνει σε ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα και την εργασιακή ανασφάλεια να κυριαρχεί, ίσως θεωρείται φυσιολογικό να υπάρχει υψηλό επαγγελματικό άγχος. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί η σπουδαιότητα του προβλήματος για τους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στον ευαίσθητο χώρο της υγείας, καθώς οφείλουν, ως εντάσεως εργασίας που είναι, να δίνουν ύψιστη σημασία στο ανθρώπινο δυναμικό τους.

Οι δυνάμεις που θα ελέγχουν και θα κατευθύνουν το σύστημα υγείας θα πρέπει να συσπειρωθούν και να υιοθετήσουν στο πλαίσιο σχεδιασμού της γενικότερης υγειονομικής πολιτικής, τη θέσπιση και χάραξη στρατηγικής διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, η οποία μεταξύ των υπόλοιπων στόχων, να προσβλέπει στη βελτίωση ή/και αποτροπή της εμφάνισης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία έχει επιπτώσεις τόσο στα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και στην κοινωνική ευημερία του πληθυσμού γενικότερα.

Βιβλιογραφία

Ξένη βιβλιογραφία

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J., Silber J.H. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction*. JAMA, 288: 1987-1993

Altun I. (2002). *Burnout and nurses' personal and professional values*. Nurs Ethics, 9(3): 269-278

Antoniou A.S. (1999). *Personal traits and professional burnout in health professionals*. Archives of Hellenic Medicine, 16 (1): 20-28

Antoniou A.S., 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.

Antoniou A.S., Davidson M.J., Cooper C.L. (2003). *Occupational Stress, Job Satisfaction and Health State in Male and Female Junior Hospital Doctors in Greece*. Journal of Managerial Psychology, 18, 592-621

Antoniou A.S., Vlachakis A.N., Polychroni F. (2006). *Gender and age differences in occupational stress and professional burnout between primary and high-school teachers in Greece*. Journal of Managerial Psychology, 21(7), pp. 682 - 690

Arnold J., Cooper C.L., Robertson I.T. (1995). *Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place*. 2nd edition, Pitman, London

Babbie E., Halley F., Wagner, William E., Zaino, Jeanne. (2003). *Adventures in Social Research: Data Analysis Using IBM SPSS Statistics*, Bookshelf, Brockport

Bakker A.B., Demerouti E. (2007). *The Job Demands-Resources Model: State of the Art*. Journal of Managerial Psychology, 22, 309-328

Bakker A.B., Killmer C.H., Siegrist J., Schaufeli W.B. (2000). *Effort-reward imbalance and burnout among nurses*. Journal of Advanced Nursing, 31: 884-891

Bakker A.B., Shaufeli W.B., Sixma H.J. (2000). *Patient Demands, Lack of Reciprocity and Burnout: A Five-Year Longitudinal Study among General Practitioners*. Journal of Organizational Behavior, 21, 425-441

Bartz C., Maloney P.C. (1986). *Burnout among intensive care nurses*. Research in nursing & health, 9:147-153

Bernardi M., Catania G., Marceca F. (2005). *The world of nursing burnout. A literature review*. Prof Inferm., 58(2):75-79

Blumenthal S., Lavender T., Hewson S. (1998). *Role Clarity, Perception of the Organization and Burnout amongst Support Workers in Residential Homes for People with Intellectual Disability: A Comparison between a National Health Service Trust and a Charitable Company*. Journal of Intellectual Disability Research, 42 (5), 409-417

Boles J., Dean D., Ricks J., Short J., Wang G. (2000). *The Dimensionality of the Maslach Burnout Inventory across Small Business Owners and Educators*. Journal of Vocational Behavior, 56(1), 12-34

Boumans N.P.G., Landeweerd J.A. (1996). *A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes*. Journal of Advanced Nursing, 24: 16-23

Brill P.L. (1984). *The need for an operational definition of burnout*. Family and Community Health, 6, 12-24

Brooks B.A., Anderson M.A. (2004). *Nursing work life in acute care*. J Nurs Care Qual., 19(3): 269-275

Bryman A. (1992). *Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration*. In (ed.) J. Brannen Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research. Ashgate, Aldershot

Burke R.J., Greenglass E.R. (2001). *Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff*. Psychological Health, 32: 126-138

Burke R.J., Shearer J., Deszca G. (1984). *Burnout among men and women in police work: an examination of the Cherniss model*. Journal of Health and Human resources administration, 7(2), pp. 162-188

Byrne B.M. (1993). *The Maslach Burnout Inventory: Testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers*. Journal of Occupational and organizational Psychology, 66:197-212

Chang E.M, Daly J., Hancock K.M., et al. (2006). *The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses*. Journal of Professional Nursing, 22(1), pp.:30-38

Cherniss C. (1980). *Staff burnout: job stress in the human services*. Sage Publications, London

Chiu RK, Kosinski F.A. (1997). *Relationships between dispositional traits and self-reported job satisfaction and distress, An investigation of nurses and teachers in Hong Kong*. Journal of Managerial Psychology, 12(2):71-84

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

Claus K.E., Bailey J.T. (1980). *Living with Stress and Promoting Well-Being: A Handbook for Nurses*, Mosby

Coolikan H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology*. 4th edition, Hodders & Stoughton, London

Cooper C.L., Dewe P., O' Driscoll M. (2001). *Organisational Stress: A review and critique of theory, research and application*. Sage, London

Cooper C.L., Liukkonen P., Cartwright S. (1996). *Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits to Organizations*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin

Cooper T.G, Bjorndahl L., Vreeburg J., Nieschlag E. (2002). *Semen Analysis and External Quality Control Schemes for Semen Analysis Need Global Standardization*. International Journal Androl, 25, 306-311

Cordes C.L, Dougherty T.W. (1993). *A review and integration of research on job burnout*. Academy of Management Review, 18:621-656

Cox T., Griffiths A., Barlowe C., Randall R., Thomson L., Rial-Gonzalez E. (2000). *Organizational interventions for work stress: A risk management approach*. HSE Books, Sheffield

Cox T., Kuk G., Leiter M.P. (1993). *Burnout, health, workstress, and organizational healthiness*. In Schaufeli W, Maslach C, Marek T, (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, Washington: Taylor & Francis, pp. 177-193

Cross D.G., Fallon A. (1985). *A Stressor Comparison of Four Specialty Areas*. *Journal of Advanced Nursing*, 2(3), 24-38

Cubrilo-Turek M., Urek R., Turek S. (2006). *Burnout syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff*. *Coll Antropol.*, 30(1):131-135

Dekker S.W.A., Schaufeli W.B. (1995). *The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study*. *Australian Psychologist*, 30(1): 57-63

Demerouti E., Bakker A.B. (2008). *The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement*. In J. Halbesleben (Ed.), *Stress and burnout in health care*, Nova Sciences, 65-78

Demerouti E., Bakker A.B. Nachreiner F., Schaufeli W.B. (2001). *The Job Demands-Resources Model of Burnout*. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512

Demir A., Ulosoy M., Ulosoy M.F. (2003). *Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses*. *International Journal of Nursing Studies*, 40: 307-827

Edelwich J., Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Services Press, New York

Edwards D., Burnard P., Coyle D., Fothergill A., Hannigan B. (2001). *A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community*. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6): 805-813

Ekstedt M., Faberberg I. (2005). *Lived experiences of the time preceding burnout*. *J Adv Nurs*, 49:59-67

Elkin A.J., Rosch P.J. (1990). *Promoting mental health at work*. Occupational Medicine State of the Art Review, Volume 5, pp. 739-754

Evans B.K., Fischer D.G. (1993). *The Nature of Burnout: A Study of the Three-Factor Model of Burnout in Human Service and non-Human Service Samples*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 66, 29-38

Ewers P., Bradshaw I., McGoven J., Ewers B. (2002). *Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in Forensic nurses?* Journal of Advanced Nursing, 37: 470-6

Fallowfield L, Jenkins V. (1999). *Effective Communication Skills are the Key to Good Cancer Care*. European Journal of Cancer, 35(11), 1592-1597

Faria D.G. (2004). *Humanização na UTI pediátrica*. Humanização em cuidados intensivos, ed. I.A.d.M.I.B. (AMIB), Rio de Janeiro: Revinter, p.83-90

Fernet C., Senécal C., Guay F. (2008). *La perception d'efficacité des enseignants: Validation canadienne-française du "Classroom and School Context Teacher Self-Efficacy Scale"*. Paper presented at the 27th Congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), Québec, Canada

Firth-Cozens J., Payne R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd

Fragala G. (1994). *Using ergonomics to prevent back injuries*. Nursing Management, 25(10):98-100

Freudenberger H.J. (1974). *Staff burnout*, Journal of Social Issues, 30: 159-165

Freudenberger H.J. (1975). *The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions*. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 12, 73-82

Fry W., Allen M. (1975). *Make'm laugh*. Science and Behavior Books, California

Gerits L., Derksen J.J.L., Verbruggen A.B. (2004). *Emotional Intelligence and Adaptive Success of Nurses Caring for People with Mental Retardation and Severe Behavior Problems*. Mental Retardation, 42(2), 106-121

Godfrey M.A. (1978). *Job Satisfaction - or Should that be Dissatisfaction?* Nursing, 78(8), 89-105

Greco P., Laschinger H.K., Wong C. (2006). *Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout.* Can J Nurs Leaders, 19(4): 41-56

Greenglass E.R. (1991). *Burnout and gender: Theoretical and organizational implications.* Canadian Psychology, 32:562-572

Greenglass E.R, Burke R.J, Konarski R. (1997). *The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model.* Work & Stress, 11(3):267-27

Griffith J., Steptoe A., Cropley M. (1999). *An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers.* The British Psychological Society, 69, 517-531

Halbesleben J.R., Rathert C.B. (2008). *The role of continuous quality improvement and psychological safety in predicting work-arounds.* Health Care Management Review, 33(2), pp. 134-144

Haley-Lock A. (2007). *Up close and personal: Employee networks and job satisfaction in a Human Service context.* Social Service Review. 81, 4

Halm M., Peterson M., Kandels M., Sabo J., Blalock M., Braden R. (2005). *Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction.* Clin Nurse Spec., 19(5): 241-251

Hannigan B., Edwards D., Coyle D., Fothergill A., Burnard P. (2000). *Burnout in mental health nurses: findings from the all-Wales stress study.* Journal of psychiatric Mental Health Nursing, 7(2): 127-134

Hellesoy O., Gronhaug K., Kvitastein O. (2000). *Burnout: conceptual issues and empirical findings from a new research setting.* Scandinavian journal of management, 16, 233-247

Hellgren J., Sverke M., Isaksson K. (1999). *A Two-Dimensional Approach to Job Insecurity: Consequences for Employee Attitudes and Well-Being.* European Journal of Work and Organizational Psychology, 8(2) 179-195

Hobfoll S.E., Shirom A. (2000). *Conservation of resources theory: applications to stress and management in the workplace*. In R.T.Golembiewsky (ed.), *Handbook of organization behavior*, 2nd rev. edition., New York: Dekker, pp 57-81

Hobfoll S.E., Wells J.D. (1998). *Handbook of Aging and Mental Health*. J.Lomraz edition, Springer Science Business Media, New York

Hogan R.L., McKnight M.A. (2007). *Exploring burnout among university online instructors: An initial investigation*. *The Internet and Higher Education*, 10(2), 24-32

Iacovides A., Fountoulakis K., Moysidou C., Ierodiakonou C. (1997). *Burnout in Nursing Staff: a Clinical Syndrome Rather than a Psychological Reaction?* *General Hospital Psychiatry*, 19, 419-428

Illhan M., Durukan E., Taner E., Maral I., Umin, M. (2007). *Burnout and its correlates among nurses questionnaire survey*. *Journal of Advanced Nursing*, 61:100-106

Jansen G.M.P. (1996). *The Effects of Job Characteristics and Individual Characteristics on Job Satisfaction and Burnout in Community Nursing*. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4), 407-421

Janssen P.P.M., de Jonge J., Bakker A.B. (1999). *Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses*. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 1360-1369

Jaracz K., Gorna K., Konieczna J. (2005). *Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses*. *Rocz Akad Med Bialymst.*, 50(1): 216-219

Jayaratne S., Chess W.A. (1984). *The Effects of Emotional Support on Perceived Job Stress and Strain*. *Journal of Applied Behavioral Science*, 20, 141-150

Jeanneau M, Armelius K. (2000). *Self-Image and burnout in psychiatric staff*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7:399-406

Jenkins R., Elliott P. (2004). *Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings*. *J Adv Nurs.*, 48(6): 622-631

Jimmieson N.L. (2000). *Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy*. *Work & Stress*, 14(3): 262-280

Jofré A.V, Valenzuela S.S. (2005). *Burnout em personal de enfermaria de la unidad de cuidados intensivos pediátricos*. Aquichan, 5(1):56-63

Johnson J.V., Hall E.M. (1988). *Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease: A Cross Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population*. American Journal of Public Health, 78, 1336-1342

Jones J.W. (1980). *Preliminary Test Manual for the Staff Burnout Scale for Health Professionals*. House Management Consultants Inc, Illinois, London

Justice B., Gold R.S., Klein J.P. (1981). *Life events and burnout*. Journal of Psychology, 108:219-226

Karasek R. (1979). *Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign*. Administrative Science Quarterly, 24, 285-308

Karasek R., Theorell T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction on working Life*. Basic Books, New York

Kash K.M., Holland J.C., Breitbart W., Berenson S., Dougherty J., Ouellette-Kobasa S. (2000). *Stress and burnout in oncology*. Oncology (Williston Park), 14(11): 1621-1633

Kilfedder C.J., Power K.G., Wells T.J. (2001). *Burnout in psychiatric nursing*. J Adv Nurs., 34(3): 383-396

Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., Christensen K.B. (2005). *The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout*. Work & stress, 19(3), 192-207

Kulkarni G.K. (2006). *Burnout*. Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine, 10:3-4

Lawrence J.A., Wearing A.J., Dodds A.E. (1996). *Nurses' Representations of the Positive and Negative Features of Nursing*. 24(2), 375-384

Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, pp. 125-128

Lee RT, Ashforth B.E. (1993). *A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model*. Journal of Organizational Behavior, 14:3-20

Lee H., Hwang S., Kim J., Daly B. (2004). *Predictors of life satisfaction of Korean nurses*. J Adv Nurs., 48(6): 632-641

Leiter M.P. (1993). *Burnout as a developmental process: Consideration of models*. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds) Professional burnout: Recent developments in theory and research. Taylor & Francis, Washington. DC:237-250

Leiter M.P., Harvie P. (1998). *Conditions for staff acceptance of organizational change: burnout as a mediating construct.*, Anxiety, Stress & Coping, 11, 1-25

Leiter M.P., Spence Laschinger H.K. (2006). *Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model*. Nurs Res., 55(2): 137-146

Leiter M., Maslach C. (1988). *The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment*. Journal of Organizational Behaviour, 9, 297-308

Leiter P.M., Maslach C. (2001). *Burnout and Quality in a Sped-up World*. The Journal for Quality and Participation, 24(2), 48-51

Leiter M., Maslach C. (2005). *Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work*. Jossey-Bass, San Fransisco

Lemkau J., Rafferty J., Gordon R. (1994). *Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice*. Family Practice Research Journal, 14:213-222

Locke E.A. (1976). *The Nature and Consequences of Job Satisfaction*, M.D. Dunnette (ed) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Rand McNally, Chicago

Luceno L., Martin J. (2008). *Decore. Cuestionario de Evaluaci3n de Riesgos Psicosociales.*, Tea Ediciones, Madrid, p. 17

Martin J. (2000). *Hidden gendered assumptions in mainstream organizational theory and research*. Journal of Management Inquiry, 9(2):207–216

Maslach C. (1978). *Job burn-out: How people cope*. Public Welfare, 36:56-58

Maslach C. (1982). *The cost of caring*. Practice Hall Inc, New Jersey

Maslach C. (1982). *Burnout-The cost of caring*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall

Maslach C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington DC: Taylor & Francis, 19-32

Maslach C, Goldberg J. (1998). *Prevention of burnout: New perspectives*. *Applied Prevention Psychology*, 7:63-74

Maslach C., Jackson S.E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2:99-113

Maslach C., Jackson S.E. (1982). *Burnout in the health professionals: a psychological analysis*. *Social Psychology of Health and Illness*, Hillsdale, NJ: Eilbaum, pp. 227-251

Maslach C., Jackson S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory Research Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

Maslach C, Leiter M.P. (1997). *The truth about burnout*. Jossey-Bass, San Francisco

Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. (2001). *Job burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422

Messing K. (1997). *Women's occupational health: A critical review and discussion of current issues*. *Women and Health*, 25(4):39-68

Meyerson D.E. (1994). *Interpretations of stress in institutions: the cultural production of ambiguity and burnout*. *Adm Sci Q*, 39(4):628-53

Micklevitz S. (2001). *Professional burnout in the park and recreation profession*. *Illinois Periodicals online*, Illinois

Milisen K., Abraham I., Siebens K., Darras E., Dierckx de Casterle B. (2006). *Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium*. *Int J Nurs Stud.*, 43(6): 745-754

Muijs D. (2004). *Doing quantitative research in education*. Sage, London

Murphy L.R. (2003). *Stress Management at Work: Secondary Prevention of Stress*. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, C.L. Cooper, Handbook of Work and Health Psychology (2nd ed.), West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, p.p. 533-548

Nahm H. (1940). *Job Satisfaction in Nursing*. American Journal of Nursing, 40, 1389-1392

Neveu J.P. (2007). *Jailed resources: conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards*. Journal of Organizational Behavior, 28(1), pp. 21-42

Nikolaou I., Tsaousis I. (2002). *Emotional Intelligence in the Workplace: Exploring its effects on Occupational Stress and Organisational Commitment*. The International Journal of Organizational Analysis, 10 (4), 327-342

Oppenheim A.N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. Pinter, London

Patrick P. (1984). *Self-presentation: treatment intervention for nurse impairment*. Journal of Substance Abuse Treatment, 1(3):169-77

Pejtersen J., Allermann L., Kristensen T.S., Poulsen O.M. (2010). *Indoor Climate, Psychosocial Work Environment and Symptoms in Open-Plan Offices*. Indoor Air, 16, 392-401

Pines A.M. (1986). *Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact*. In C. D.Scott & J. Hawk (Eds), Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals. Bruner/Mazel Publications, New York

Pines A.M. (1988). *Keeping the Spark Alive: Preventing Burnout in Love and Marriage*. St. Martin Press, New York

Pines A.M. (1993). *Burnout*. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress (2nd edition), Free Press, New York, pp. 386-403

Pines A. M. (1996). *Couple burnout*. Routledge, New York

Pines A. M. (2005). *The Burnout Measure, Short Version*. International Journal of Stress Management, 12(1), pp. 78-88

Pines A.M, Aronson E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. Free Press London, New York

Pines A., Maslach C. (1978). *Characteristics of staff burnout in mental health settings*. Hospital and Community Psychiatry, 29, 233-237

Pines A., Keinan G. (2005). *Stress and burnout: the significant difference*. Personality and Individual Differences, 39(3), 625-635

Pompili M., Rinaldi G., Lester D., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. (2006). *Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms*. Arch Psychiatr Nurs., 20(3):135-143

Poncet M.C., Toullic P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit J.F., Pochard, F. (2007). *Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff*. Am J Respir Crit Care Med., 175(7): 698-704

Price J., Mueller C. (1981). *Professional Turnover: The Case of Nurses*, Medical and Scientific Books, New York, NY

Quattrin R., Zanini A., Nascig E., Annunziata M., Calligaris L., Brusaferrò S. (2006). *Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region*. Oncol Nurs Forum, 33(4): 815-820

Quick J.C., Quick J.D., Nelson D.L., Hurrell J.J. (1997). *Preventive stress management in organizations*. American Psychological Association, Washington DC

Raggio B., Malacarne P. (2007). *Burnout in intensive care unit*. Minerva Anestesiol, 73(4):195-200

Reilly N.P. (1994). *Exploring a Paradox: Commitment as a moderator of the Stressor-burnout Relationship*. Journal of Applied Psychology, 24:297-314

Schafer W. (1996). *Stress management for wellness*. 3rd edition, Harcourt Brace College Publishers, London

Schaufeli W.B., Enzmann D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*, Taylor & Francis, London

Schaufeli W.B., Greenglass E.R. (2001). *Introduction to special issue on burnout and health*. Psychology & Health, 16(5), pp. 501-510

Schaufeli W.B., Van Dierendonck D. (1993). *The construct validity of two burnout measures*. Journal of Organizational Behavior, 14:631-647

Schmitz N., Kruse J., Tress W. (1999). *Psychometric Properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German Primary Care Sample*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 462-468

Schraub S., Marx E. (2004). *Burn out syndrome in oncology*. *Bull Cancer*, 91(9): 673-666

Schuler R.C. (1993). *Definition and conceptualization of stress in organizations*. *Organization, Behavior and Human Performance*, 25: 184-215

Severinsson E. (2003). *Moral stress and burnout: Qualitative content analysis*. *Nurs Health Sci*, 5: 59-66

Sherman A.C., Edwards D., Simonton S., Mehta P. (2006). *Caregiver stress and burnout in an oncology unit*. *Palliat Support Care*, 4(1): 65-80

Shirom A., Ezrachi Y. (2003). *On the discriminant validity of Burnout, Depression and Anxiety: A re-examination of Burnout Measure*. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 16(1), 83-97

Siegrist J., Peter R., Cremer P., Seidel D. (1997). *Chronic Work Stress is Associated with Atherogenic Lipids and Elevated Fibrinogen in Middle-Aged Men*. *Journal of Internal Medicine*, 242(2), 149-156

Soderfeldt M., Soderfeldt B., Warg L. (1995). *Burnout in social work*. *Social Work*, 40:638-646

Steinberg M. (1995). *Depersonalization, in Treatment of Psychiatric Disorders*. Edited by Gabbard G. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 633-1653

Sverke M., Hellgren J., Näswall K. (2002). *No Security: A Meta-analysis and Review of Job Insecurity and its Consequences*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 242-264

Tyler P., Cushway D. (1998). *Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion*. *StressMedicine*, Volume 14, pp. 99-107

Vachon M. L. S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. Hemisphere Publishing Company, New York

Vahey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M., Clarke S.P., Vargas D. (2004). *Nurse burnout and patient satisfaction*. *Med Care*, 42(2): II57-66

World Health Organization (2011). *Prevention services for adolescents, adults, and health workers*. *Integrated Management of Adolescent and Adult Illness*, 2(19), p. 696

Zhu W., Wang Z.M., Wang M.Z., Lan Y.J., Wu S.Y. (2006). *Job burnout and contributing factors for nurses*. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 37(4): 632-635

Ελληνική βιβλιογραφία

Αδαλή Ε. (1999). *Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα, ΜΕΘ, και τμήματα επείγουσών περιπτώσεων*. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα

Αδαλή Ε. (2000). *Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών. Έννοια, Συνιστώσες, Συνέπειες*. Νοσηλευτική, 3, 292-297

Αδαλή Ε., Πριάμη Μ., Ευαγγέλου Ε., Υφαντή Μ., Μουγιά Β. (2002). *Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού*. Νοσηλευτική, 41(1): 105-112

Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ. (1992). *Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών*. Ψυχολογικά Θέματα, 5, (3), σελ.: 183-202

Αντωνίου Σ. (2003). *Σύγχρονα Θεωρητικά Μοντέλα Στρες και Ενδεχόμενες Συνέπειες Εργασιακών Στρεσογόνων Παραγόντων*. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, 13, 11-24

Αντωνίου Σ.Α. (2005). *Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο*. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώς (β' φάση), Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού, 1-54, Αθήνα

Αντωνίου Σ.Α. (2006). *Εργασιακό Στρες*, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Αντωνίου Α., Τζαβαρά Χ. (2005). *Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία*. Νέα Υγεία, 47, σελ.8

Βελονάκης Ε., Λαμπροπούλου Ε. (1999). *Πηγές και εκδηλώσεις stress σε Έλληνες εργαζόμενους*. Νέα Υγεία, 24:7

Cohen L., Manion L. (1994). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Μεταίχμιο, Αθήνα

Cooper C. (2001). *Οι πιέσεις στο χώρο της εργασίας*. Μτφ: Αντωνίου Α.Σ., Ελευθεροτυπία

Δεληγάς Μ. (2010). *Η επαγγελματική ικανοποίηση*. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τεύχος 43: 6-8

Δεληγάς Μ., Τούκας Δ., Σπυρούλη Α. (2012). *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out)*. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τεύχος 50, 5-12

Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. (2008). *Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας*. Archives of Hellenic Medicine, 25(5), pp. 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., Ρουμελιώτη Ι., Φωκά Α., Πιστόλης Ι. (2009). *Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας*. Νοσηλευτική, 48, (2), σελ.:190-199

Δούκα Μ. (2003). *Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή burnout: στηνκοινωνική εργασία*. Κοινωνική Εργασία, 70, σελ.: 97-108

Εμβλωτής Α., Κατσή Α., Σιδερίδης Γ. (2006). *Στατιστική Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Ιωάννινα.

Θεοφίλου Π. (2009). *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας*. e-Journal of Science & Technology, 4(13), pp. 41-50

Καδδά Α. (2005). *Τρόποι Διαχείρισης του stress των Επαγγελματιών Υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία*. Επιθεώρηση Υγείας, 16, 23-26

Καζαντζή Κ., Καραζιώτου Ι., Καρυώτη Β. (2008). *Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων και η ικανότητα διαχείρισής της*. Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ΑΤΕΙ Κρήτης

Κακαβελάκης Κ, Βαρδάκη Χ, Ανυφαντή Κ. (2001). *Μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό*. Νοσηλευτική, 4: 97-105

Καλαντζή Φ. (2007). *Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρία Δημόσια Ελληνικά Νοσοκομεία*. Διπλωματική Εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Οργανωτική και Οικονομική Ψυχολογία», Αθήνα

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

Κάντας Α. (1996). *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας*. Ψυχολογία, 3(2): 71-85

Κάντας Α. (1998). *Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία: 1ο μέρος: Κίνητρα, Επαγγελματική ικανοποίηση, Ηγεσία*. Γ' έκδοση, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα

Καραγεώργος Δ. (2002). *Μεθοδολογία έρευνας στις επιστήμες της αγωγής – Μια διδακτική προσέγγιση*. Σαββάλας, Αθήνα

Καρύδα Σ., Χατζόπουλος Π., Γιοβάνη Μ. (2004). *Βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού*. Επιθεώρηση Υγείας, 15:23-28

Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ. (2002). *Φροντίδα ηλικιωμένων και επαγγελματική εξουθένωση*. Βήμα του Ασκληπιού, 1(2)

Κουλιεράκης . Γ., Μεταλληνού Ο., Πάντζου Π. (2000). *Συμπεριφορές υγείας. Πρότυπα και μεταβολές*. ΕΑΠ, Πάτρα

Κουτελέκος Ι., Πολυκανδριώτη Μ. (2007). *Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών*. Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 2, σελ. 1-7

Κυριαζή Ν. (2002). *Η Κοινωνιολογική Έρευνα – Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Λαχανά Ε. (2003). *Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Λάρισα

Μαγγιόρου Β. (2006). *Η επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού*. Ινστιτούτο Αστυνομικών Μελετών Επιμόρφωσης και Τεκμηρίωσης, www.inamete.gr

Μαρβάκη Χ., Δημουλά Υ., Καμπισιούλη Ε., Χριστοπούλου Ι., Βασταρδής Λ., Γουρή Ι., Καλογιάννη Α. (2007). *Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού*. Νοσηλευτική, 46(3): 406-413

Μακράκης Β. (2005). *Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS – Από τη θεωρία στην πράξη*. Gutenberg, Αθήνα

Μακρής Μ., Θεοδώρου Μ., Middleton Ν. (2011). *Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου*. Ερευνητική εργασία, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2011

Μάρκου Π. (2005). *Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων*. Επιθεώρηση Υγείας, 16:21–25

Μεταλληνού Ο. (2000). *Στήριξη των επαγγελματιών υγείας*. Στο Κουλιεράκη Γ., Μεταλληνού Ο., Πάντζου Π. Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των νοσοκομείων υπηρεσιών υγείας, τόμος Β, ΕΑΠ, Πάτρα, σελ. 133-155

Μιχαλοπούλου Α. (2003). *Το Άγχος των Νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών*. Νοσηλευτική, 42, 293-298

Μουστάκα Ε., Ζάντζος Ι., Σαράφης Π., Μαλλιάρου Μ., Κούβελα Θ.Ο. (2010). *Η χαμηλή κοινωνική αναγνώριση του νοσηλευτικού επαγγέλματος ως παράγοντας εργασιακού στρες του νοσηλευτικού προσωπικού*. *hyγεία@εργασία*, 1(2), 65-76

Μπελλάλη Θ., Κοντοδημόπουλος Ν., Καλαφάτη Μ., Νιάκας Δ. (2007). *Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 24, (1), σελ.:75-84

Μποζίκας Β., Κιοσέογλου Β., Παλιαλιά Μ., Νηματούδης Ι., Ιακωβίδης Α., Καράβατος Α., Καπρίνης Γ. (2000). *Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δομών ψυχικής υγείας*. Ψυχιατρική, 11:204-211

Παπαγεωργίου Γ. (1998). *Μέθοδοι στην κοινωνιολογική έρευνα*. Τυπωθήτω, Αθήνα

Παπαδάτου Δ. και συν. (1992). *Διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης στην νοσηλευτική ογκολογία*. 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολόγων, Αθήνα

Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 242-265

Παπαδοπούλου Κ., Χριστογιώργος Σ., Ζαχαρίας Β., Τσιαντής Ι. (1997). *Ανάγκες Υποστήριξης και Επαγγελματική Εξουθένωση του Προσωπικού. Η Εμπειρία των Εργαζομένων στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις»*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 57, 84-89

Παππά Ε.Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. (2008). *Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής'25: 94-101

Πατεράκη Α., Πανταζής Ι., Ιακωβίδης Α., Ιεροδιακόνου Χ. (1995). *Επαγγελματική Κόπωση Νοσηλευτών: Αίτια, Πρόληψη και Αντιμετώπιση*. Νοσηλευτική, 1, 28-39

Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. (1994). *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές*. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα

Σιουρούνη Ε., Θεοδώρου Μ., Χόνδρος Π. (2006). *Διερεύνηση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης*. Επιθεώρηση Υγείας, 17, 31-35

Σταμάτη Α. (2004). *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης: Μια πρόκληση για τον κόσμο της εργασίας*. Ημερίδα, Αθήνα, 2004, Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Εργασιακών Σχέσεων – European Industrial Relations Observatory

Σταυροπούλου Α., Παπαδάκη Ε., Φτυλάκη Α., Καμπά Ε. (2010). *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome): Κατανόηση και πρόληψη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(3), σελ. 359-374

Σταύρου Σ., Αναγνωστόπουλος Φ. (2005). *Επαγγελματική Εξουθένωση του Προσωπικού του ΕΚΑΒ και Ικανοποίηση των Διακομιζόμενων Ασθενών*. Επιθεώρηση Υγείας, 16, 11-25

Τιτομιγλάκη Μ., Καφετζάκης Β., Καραμαλάκη Μ., Χανιωτάκης Α. (2006). *Κόπωση επαγγελματιών υγείας*. Ιατρικά Χρονικά, 29:242–248

Τούκας Δ. (2010). *Ο ρόλος των εργαζομένων στις στρατηγικές ανάλυσης και διαχείρισης της επικινδυνότητας του εργασιακού στρες*. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τεύχος 43: 9-12

Χαραλαμπίδου Ε. (1996). *Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο χώρο του Νοσοκομείου*. Διδακτορική Διατριβή

Διαδικτυακές πηγές

Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία (2013). *Αντιδράσεις του σώματος στο στρες*. Διαθέσιμο στο: www.apa.org/pubs/index.aspx

American Psychological Association (APA) (2005), *From the American Psychological Association*. Available at: <http://www.apahelpcenter.org>

Ashtari Z., Farhady Y., Khodae M.R. (2009). *Relationship between Job Burnout and Work Performance in a Sample of Iranian Mental Health Staff*. Available at: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/jobburnout_workperformance/en/

Central and Eastern European Harm Reduction Network (2006). *Burnout Syndrome: Prevention and Management*. Handbook for Workers of Harm Reduction Programs. Available at: <http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf>

Chan D.W., Chan T.S. (1983). *Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese context*. Psychological Medicine, 13(2), 363-371, Available at: http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/6878523/Reliability_validity_and_the_structure_of_the_General_Health_Questionnaire_in_a_Chinese_context

Chrisafis A. (2009). *Wave of Staff Suicides at France Telecom*. Available at: <http://www.theguardian.com/world/2009/sep/09/france-telecom-staff-suicides-phone>

Δασκαλόπουλος Θ. (2010). *Άγχος – Πρακτικές Οδηγίες Αντιμετώπισης*. Διαθέσιμο στο: <http://www.e-psychology.gr/forum/arct>

Euromedicals (2014). *Εργασιακή απασχόληση στην Γερμανία*. Διαθέσιμο στο: <http://euromedicals.de/el/2014/05/17/>

Health and Safety Executive (2014). *Stress-Related and Psychological Disorders in Great Britain*. Available at: <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress>

Mayo Clinic Staff (2012). *Stress Management. Exercise and Stress: Get Moving to Manage Stress*. Available at: <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/stress-management/in-depth/exercise-and-stress/art-20044469>

NHS – Health Education England (2014). *Developing People for Health and Healthcare. Growing Nursing Numbers. Literature Review on Nurses Leaving the NHS.* Available at: <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/05/Growing-nursing-numbers-Literature-Review-FINAL.pdf>

PRIMA-EF (2008). *Guidance Sheet: Psychological Risk Management – European Framework: Enterprise Level.* Available at: <http://www.prima-ef.org>

UCLA (2014). *Determining Biological Mechanisms Involved in Chronic Stress-Related Disorders.* Available at: <http://uclacns.org/about-cns/research/stress-related-disorders/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί νοσηλευτές,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας.

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας υπό την επίβλεψη του κύριου Καλιανέζου Παναγιώτη. Σκοπός της εργασίας μας είναι να διερευνήσουμε το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 30 ερωτήσεις

Μας ενδιαφέρουν οι απόψεις σας και οι εμπειρίες σας.

Δεν υπάρχουν ορθές και λανθασμένες απαντήσεις.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα, χωρίς να παραλείπετε κανένα.

Σε κάθε ερώτημα είναι δυνατόν μόνο μια απάντηση

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της εργασίας μπορείτε να αποσύρετε τη συμμετοχή σας.

Ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθεια σας!

Φοιτητές

Παναγοπούλου Μαρίνα: 6972440718

Παπακωνσταντίνου Κωνσταντίνα: 6955446755

Φλουρέντζου Κυριάκος: 6993990526, 99565153

ΜΕΡΟΣ Α

Οι παρακάτω ερωτήσεις διερευνούν τα συναισθήματα και τις στάσεις σας ως προς την εργασία σας. Κυκλώστε στο τέλος κάθε πρότασης, με βάση τις παρακάτω κλίμακες, πόσο συχνά νιώθετε αυτό που εκφράζει κάθε πρόταση.

	Ποτέ (0)	Λίγες φορές το χρόνο (1)	1 φορά/ μήνα ή λιγότερο (2)	2-3 φορές το μήνα (3)	1 φορά την εβδομάδα (4)	Αρκετές φορές την εβδομάδα (5)	Κάθε μέρα (6)
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα στη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5	6
Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα	0	1	2	3	4	5	6
Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4	5	6
Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6

Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	0	1	2	3	4	5	6
Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Νομίζω ότι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	0	1	2	3	4	5	6

ΜΕΡΟΣ Β: μπορείτε να επιλέξετε πάνω από ένα

Συμπτώματα που έχω:	<input type="checkbox"/> Πόνοι στη μέση	<input type="checkbox"/> Ημικρανίες	<input type="checkbox"/> Γαστρεντερικές διαταραχές
	<input type="checkbox"/> Αϋπνίες	<input type="checkbox"/> Άγχος	<input type="checkbox"/> Σεξουαλικές διαταραχές
	<input type="checkbox"/> Άλλο: _____		

ΜΕΡΟΣ Γ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άρρεν	<input type="checkbox"/> Θήλυ			
Ηλικία:	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> 41-50	<input type="checkbox"/> 51-60	<input type="checkbox"/> >60
Οικογενειακή κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Άγαμος/η	<input type="checkbox"/> Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η	<input type="checkbox"/> Χήρος/α	
Πτυχίο:	<input type="checkbox"/> Πανεπιστήμιο	<input type="checkbox"/> ΤΕΙ	<input type="checkbox"/> ΔΕ Εκπαίδευση	<input type="checkbox"/> Κολλέγιο	<input type="checkbox"/> Άλλο _____
Ετήσιο εισόδημα:	<input type="checkbox"/> <10.000€	<input type="checkbox"/> 10.001-20.000€	<input type="checkbox"/> 20.001-40.000€	<input type="checkbox"/> >40.000€	
Κλινική που εργάζεστε:					
Έτη εργασίας:	<input type="checkbox"/> <5	<input type="checkbox"/> 5-10	<input type="checkbox"/> 11-15	<input type="checkbox"/> 16-20	<input type="checkbox"/> >20
Νοσοκομείο που εργάζεστε:					

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ