



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**«Πώς βιώνουν το επάγγελμα τους οι επαγγελματίες
υγείας που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων
περιστατικών του νοσοκομείου Κορίνθου»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παπακοτσομύτη Αγγελική

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Χ.Καραμανίδου, ΠΔ 407, Επιβλέπουσα

Κ.Σουλιώτης, Λέκτορας

Μ.Γείτονα, Επίκουρος Καθηγήτρια

Κόρινθος, Απρίλιος 2013

Copyright © Παπακοτσομούτη Αγγελική, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την εκπόνηση της παρούσας εργασίας ολοκληρώνεται ένας κύκλος σπουδών, για την επιτυχή έκβαση του οποίου οφείλω να ευχαριστήσω πολλούς.

Αρχικά το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου που, μαζί και με άλλους ενηλίκους εργαζόμενους, μας έδωσε την ευκαιρία για μεταπτυχιακές σπουδές.

Ακολούθως να ευχαριστήσω τους Καθηγητές όλων των Θεματικών Ενοτήτων που παρακολούθησα και ιδιαίτερα τον κ. Σουλιώτη Κυριάκο και την κ. Γείτονα Μαίρη για τις πολύτιμες γνώσεις και την υποστήριξή τους.

Ευχαριστώ θερμά τους συναδέλφους μου που δέχθηκαν να συμμετάσχουν σε αυτή την έρευνα.

Ιδιαίτερος επιτρέψτε μου να ευχαριστήσω από καρδιάς την επιβλέπουσα καθηγήτρια **κα. Καραμανίδου Χριστίνα** για την πολύτιμη καθοδήγηση, την αισιοδοξία που μου ενέπνεε, την γενναιόδωρη και πολύπλευρη συμπαράστασή της σε όλα τα στάδια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Ιδιαίτερος τον σύζυγό μου Χαράλαμπο και τα παιδιά μου Σωτήρη και Ντόρα για την υπομονή και την στήριξη που μου προσέφεραν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	3
Περιεχόμενα	4
Περίληψη και Λέξεις κλειδιά	7
ABSTRACT.....	9
Εισαγωγή.....	10
Μέρος πρώτο: Θεωρητική προσέγγιση	
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση και Λειτουργία	13
Κεφάλαιο 1: Εργασιακό στρες και επαγγελματίες υγείας.....	16
1.1 Ορισμός εργασιακού στρες	18
1.2 Παράγοντες κινδύνου	19
1.2.2 Στατιστικά στοιχεία για το στρες και επιπτώσεις στην υγεία	20
1.3 Μυοσκελετικά προβλήματα επαγγελματιών υγείας	22
1.4 Επαγγελματική έκθεση των εργαζομένων στο χώρο του νοσοκομείου στην HIV λοίμωξη και σε τοξικούς παράγοντες φαρμακευτικών ουσιών	
1.4.1 Έκθεση σε HIV λοίμωξη	24
1.4.2 Έκθεση σε τοξικούς παράγοντες φαρμακευτικών ουσιών.....	26
1.5 Κυκλικό ωράριο εργασίας	28
1.6 Το στρες των επαγγελματιών υγείας κατά την αντιμετώπιση του θανάτου στο Τ.Ε.Π	30
1.7 Ασθενείς με Διαφορετική Πολιτισμική Προέλευση.....	32

Κεφάλαιο 2: Συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο.....34

2.1 Το σύνδρομο mobbing (ηθική παρενόχληση) στην εργασία37

2.2 Το φαινόμενο του εκφοβισμού (bullying) στους επαγγελματίες υγείας41

2.3 Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας 44

2.4 Επαγγελματική ικανοποίηση στους επαγγελματίες υγείας49

Μέρος δεύτερο: Μεθοδολογία έρευνας- Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία Έρευνας..... 52

3.1 Σκοπός και προσδοκώμενα αποτελέσματα 52

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα53

3.3 Μεθοδολογία έρευνας 54

3.3.1 Ποιοτική προσέγγιση της έρευνας54

3.3.2 Πληθυσμός -Δείγμα 55

3.3.3 Παρουσίαση του εργαλείου συλλογής δεδομένων 55

3.3.4 Διαδικασία διεξαγωγής της συνέντευξης57

3.3.5 Οι άξονες των συνεντεύξεων 57

3.3.6 Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων 58

Κεφάλαιο 4 : Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....59

4.1 Δημογραφικά στοιχεία συνεντευξιαζόμενων.....59

4.2 Ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων62

Μέρος τρίτο

Κεφάλαιο 5: Συζήτηση – Συμπεράσματα - Προτάσεις..... 81

5.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων 81

5.2 Συμπεράσματα Ερευνητικά ερωτήματα89

5.3 Προτάσεις	93
5.3.1 Προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	94
5.3.2 Διαμόρφωση Ομάδων Εργασίας –Επικοινωνίας	98
5.3.3 Υγιεινή και ασφάλεια στους επαγγελματίες υγείας	99
5.3.4 Προτάσεις για βελτίωση στο Τ.Ε.Π	101
5.3.5 Προτάσεις για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	104
5.3.6 Δια βίου εκπαίδευση και επαγγελματίες υγείας	106
5.3.7 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	107
Επίλογος	108
Παράρτημα Ι	
Φόρμα συναίνεσης.....	110
Οδηγός συνέντευξης.....	110
Παράρτημα ΙΙ	
Συνεντεύξεις.....	114
Βιβλιογραφία.....	123
Ελληνική.....	123
Ξένη.....	129

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πρόσφατες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες επιδεικνύουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά εργασιακού στρες και εξουθένωσης σε ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας .

ΣΚΟΠΟΣ: Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει την επαγγελματική εξουθένωση και το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του ιατρικού , νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο, στην συγκεκριμένη περίπτωση το νοσοκομείο Κορίνθου ,στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και να προσδιορίσει τους παράγοντες που τις επηρεάζουν καθώς επίσης να διερευνήσει την ψυχολογική σύνδεση των εργαζομένων με την εργασία και το περιβάλλον της.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Διεξήχθη ποιοτική μελέτη σε 11 συνολικά επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: **α.** Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach και **β.** του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας ,τα οποία τροποποιήθηκαν. Οι απόψεις τους καταγράφηκαν μέσω ατομικών συνεντεύξεων και χρησιμοποιήθηκαν ημιδομημένες ερωτήσεις ανοικτού τύπου .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Από το σύνολο του δείγματος που μελετήθηκαν ,οι (6) ήταν άνδρες και οι (5) γυναίκες από όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης και το εύρος ηλικίας τους ήταν από 37 έως 43 ετών. Η μεγαλύτερη ηλικία ,η περαιτέρω εκπαίδευση και η μακρόχρονη παραμονή στην εργασία ήταν παράγοντες που συντέλεσαν στην εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Όλοι οι επαγγελματίες συμφώνησαν ότι οι σημαντικότεροι εργασιακοί παράγοντες που προκαλούν στρες και οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι η έλλειψη πόρων, ο φόρτος εργασίας και η μείωση των αποδοχών τους. Επίσης το σύνολο του νοσηλευτικού και παραϊατρικού

προσωπικού εκφράζει δυσαρέσκεια που οφείλεται κυρίως στις συνθήκες εργασίας και στην χαμηλή εκτίμηση που απολαμβάνει η προσφορά τους ,σε αντίθεση με τους γιατρούς που τυγχάνουν κοινωνικής καταξίωσης. Στην πλειοψηφία τους αναφέρουν ότι είναι πολύ σημαντικό να κρατούν ισορροπίες στην οικογενειακή και προσωπική τους ζωή και αυτό τους καθιστά ικανούς να αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση ανθρώπων και καταστάσεων στην επαγγελματική τους ζωή . Οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ικανοί να προσεγγίσουν με ευαισθησία τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μειονοτικών πληθυσμών και να παρέχουν φροντίδα , εφόσον υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης κάνει έντονη την παρουσία του, στους επαγγελματίες υγείας. Είναι σημαντικό να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στη μείωση του φαινομένου, στην αύξηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας αλλά και στη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματική ικανοποίηση, εργασιακό stress, επαγγελματίες υγείας, τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

ABSTRACT

Introduction: Recent research conducted in different countries show extremely high levels of work stress and burnout in physicians ,nurses and other health professionals .

Aim : The main purpose of this study was to investigate burnout at work and job satisfaction level of medical ,nursing and paramedical staff working in a public hospital, in this case the hospital Corinth ,in the emergency department and to identify factors that effect them as well to investigate the psychological attachment of employees to work and working environment.

Material-Method: Qualitative study was conducted in 11 health professionals working in the emergency department. For data collection questionnaires were used: **a.** record of the Maslach burnout **b.** of inspector of Labor , which were appropriately. Their views were recorded through individual semi –structured interviews and used opened questions.

Results: The total sample studies (6) included men and (5) e women from all levels of education and aged between 37 to 43 years . Older age, further training long stay at work were factors that contributed to job satisfaction of health professionals. All professionals agree that the most important factors causing occupational stress and lead to burnout lack of resources, workload and reductions in their salaries .Also the entire nursing and paramedical staff express disappointment mainly due to working conditions and low estimate enjoying their offer, unlike doctors who receive social recognition. The majority mentioned it was very important to keep balance in their personal and family lives and this enables them to develop defense mechanisms to deal with people and situations in professional life. Health professionals reported able to show sensitivity to cultural differences of minority populations and to provide care under appropriate conditions.

Conclusions: The phenomenon of burnout makes its presence to healthcare professionals . It is important not only to design and implement interventions aimed at reducing the existing phenomenon and at increasing satisfaction of health professionals but also to greater patient satisfaction supplied by health services.

Key-words : burnout, job satisfaction, work stress, health professionals, emergency department.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα ζητήματα που απασχολούν ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας και στη χώρα μας είναι αυτό της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης, οι οποίες εμφανίζονται, ως μια απόκριση στις χρόνιες πηγές συναισθηματικού και διαπροσωπικού στρες στην εργασία (Antonioni, 1999, Κάντας, 1996, Maslach, 1982) .

Από τις έρευνες που διενεργήθηκαν σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση παρατηρείται, κατεξοχήν στους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του επαγγέλματος τους και της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, καθώς και εξαιτίας των αντίξοων εργασιακών συνθηκών. (Maslach and Jackson, 1982) .

Σημαντικά προβλήματα τόσο ως προς την ασφάλεια όσο και ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσοκομεία εντόπισε μεγάλη διεθνής έρευνα για τα νοσοκομεία, που πραγματοποίησε η σχολή Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια των ΗΠΑ και το Καθολικό Πανεπιστήμιο της Λουβέν (Βέλγιο) σε 13 χώρες του κόσμου.

Η μελέτη, που δημοσιεύεται στο τελευταίο τεύχος του British Medical Journal, πραγματοποιήθηκε σε 61.168 νοσηλευτές και 131.318 ασθενείς, σε περισσότερα από 1.000 νοσοκομεία του κόσμου και διαπίστωσε ότι, όταν οι νοσηλευτές που είχαν να φροντίσουν λιγότερους ασθενείς στο ωράριό τους, τόσο οι ίδιοι οι νοσηλευτές, όσο και οι ασθενείς ανέφεραν υψηλότερα στάνταρντ φροντίδας.

Εκτός από την ικανοποίηση των ασθενών που είναι μικρότερη στα νοσοκομεία με κακές συνθήκες εργασίας για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, το έτερο διακύβευμα είναι η ασφάλεια των ασθενών, σημειώνει ο Walter Sermeus, (2012), καθηγητής στο Καθολικό Πανεπιστήμιο της Λουβέν, επικεφαλής του Ευρωπαϊκού σκέλους της έρευνας.

Η έρευνα αποτελεί μέρος μιας πανευρωπαϊκής μελέτης με τίτλο “Hospital Governance in Europe” η οποία αποτελεί μια συντονισμένη δράση της Ένωσης Διοικητικών Ευρωπαϊκών Νοσοκομείων (European Association of Hospitals Managers(EAHM) και της Διαρκούς Επιτροπής των Νοσοκομείων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Standing Committee of Hospitals of the European Union (HOPE) με την επιστημονική υποστήριξη του Κέντρου Έρευνας Συστημάτων Υγείας και Νοσηλευτικής (Center for Health Services and Nursing Research) του Πανεπιστημίου Λουβέν (Leuven). (“Σπουδαί ‘’,2009).

Έτσι, επαγγελματίες υγείας, που ανέφεραν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (κυρίως στην Αγγλία και στην Ελλάδα -ποσοστό 78%) ανέφεραν επίσης την πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν τη θέση τους. Το 19% των νοσηλευτών στην Ολλανδία ανέφεραν ότι ήθελαν να αφήσουν τη δουλειά τους, ποσοστό που σε χώρες όπως η Ελλάδα και η Φινλανδία άγγιξε το 49%.

Ένας στους δύο Έλληνες επαγγελματίες υγείας, αναφέρει επίσης, ότι το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται παρέχει χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, ενώ 1 στους 5 δίνει μάλιστα στο νοσοκομείο του βαθμό «κάτω από τη βάση» όσον αφορά στην ασφάλεια των ασθενών. Στον αντίποδα αυτής της κακής βαθμολογίας, βρίσκει κανείς την Ολλανδία, όπου οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν τα χαμηλότερα ποσοστά burnout, δυσαρέσκειας από την εργασία και πρόθεσης αλλαγής επαγγέλματος.

Με την *παρούσα εργασία διερευνάται* μέσω επικοινωνίας και καταγραφής εμπειριών, πώς βιώνει στην καθημερινότητα του το επάγγελμα του, επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου Κορίνθου.

Στο **πρώτο μέρος** της εργασίας παρουσιάζεται το Θεωρητικό πλαίσιο που αναλύει στο *πρώτο κεφάλαιο* τον ορισμό του εργασιακού στρες και τους παράγοντες κινδύνου. Γίνεται αρχικά αναφορά στα μυοσκελετικά προβλήματα των επαγγελματιών υγείας, για το κυκλικό ωράριο και τις επιπτώσεις του και τέλος γίνεται αναφορά στην έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε τοξικούς παράγοντες φαρμακευτικών ουσιών και στην HIV λοίμωξη.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* αναλύονται οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο και γίνεται αναφορά στο mobbing, στο bullying, στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται συσχετισμός επαγγελματικής εξουθένωσης με την επαγγελματική ικανοποίηση.

Στο **δεύτερο μέρος** της εργασίας παρουσιάζεται το Ειδικό μέρος που αναφέρεται η μεθοδολογία της διεξαγωγής της έρευνας, ο σκοπός και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα ,τα ερευνητικά ερωτήματα και τέλος οι άξονες συνεντεύξεων.

Στο **τρίτο μέρος** της εργασίας έχουμε την παρουσίαση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων.

Η εργασία ολοκληρώνεται με διατύπωση *προτάσεων* για προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, προτάσεις για βελτίωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς επίσης γίνεται πρόταση για την Υγιεινή και Ασφάλεια στους επαγγελματίες υγείας.

ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ :ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

(Μελέτη περίπτωσης Νοσοκομείου Κορίνθου)

“Επείγουσα Ιατρική Περίθαλψη υψηλής στάθμης πρέπει να είναι διαθέσιμη σε κάθε άτομο που την έχει ανάγκη κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Αυτό απαιτεί την καθιέρωση ενός συστήματος το οποίο παρέχει περίθαλψη για όλους τους οξέως πάσχοντες τραυματίες με τις αρμόζουσες κάθε φορά συνθήκες” . (Manifesto for Emergency Medicine in Europe) (Eur J Emerg Med,1998).

Οι πολίτες των προηγμένων χωρών θεωρούν αναφαίρετο δικαίωμα τους την κρατική προστασία από κάθε αιφνίδια απειλή για τη ζωή τους ή τον κίνδυνο πρόκλησης αναπηρίας .Ένα καλά οργανωμένο πλέγμα προστασίας κινητοποιείται στον ταχύτερο δυνατό χρόνο από τον τόπο του συμβάντος έως τον υγειονομικό σχηματισμό όπου και διακομίζεται ο αιφνιδίως πάσχων .Το πλέγμα αυτό συνιστά την αποκαλούμενη διεθνώς **αλυσίδα επιβίωσης** που ταυτίζεται με την έννοια της Επείγουσας Ιατρικής.

Η Επείγουσα Ιατρική (Emergency Medicine) διακρίνεται στο Προνοσοκομειακό σκέλος (Pre –Hospital), Νοσοκομειακό (In-Hospital) και το Διανοσοκομειακό (Inter – Hospital), (Bickell, Rice, 1997).

Στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια η Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική με την ανάπτυξη του ΕΚΑΒ έχει χαράξει το επιστημονικό, εκπαιδευτικό και οργανωτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται. Κατ’ αντίθεση προς την προσπάθεια αυτή το σκέλος της Νοσοκομειακής Επείγουσας Ιατρικής ,που στο σύγχρονο κόσμο εμφανίζεται και δρα μέσα από τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π) ουσιαστικά είναι ανύπαρκτο από πλευράς επιστημονικής οριοθέτησης, οργάνωσης και παροχής συστηματοποιημένων υπηρεσιών προς τους πολίτες –χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Ασκητοπούλου και Καραμπίνης, 2000).

Οι ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας αυξάνονται με ρυθμούς δυσανάλογους σε σχέση με τους πόρους για υγειονομική φροντίδα. Την τελευταία δεκαετία δίνεται έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην αποτελεσματικότητά τους με το δυνατό λιγότερο κόστος (Βότση, 2000).

Η οργάνωση και η στελέχωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών πρέπει να γίνουν με τρόπο που να εξασφαλίζουν αποδοτική λειτουργία και να διασφαλίζουν την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών. Έχει παρατηρηθεί ότι ένα ευρύτατο φάσμα περιστατικών που επισκέπτονται το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών που κυμαίνεται από 20% έως 60% δεν είναι επείγοντα αλλά έκτακτα ή τακτικά περιστατικά (Innes & Sonsow, 1997).

Κατηγορίες ασθενών που εξυπηρετούνται από τα οργανωμένα Τ.Ε.Π, από εμπειρία άλλων χωρών προκύπτει :

-10% επί του συνόλου των εξεταζόμενων από τα περιστατικά που διακομίζονται στα Τ.Ε.Π, έχουν άμεση αντιμετώπιση λόγω έκπτωσης ή απειλής έκπτωσης των ζωτικών τους λειτουργιών .

-60% είναι περιστατικά που αυτοχαρακτηρίζονται σαν Επείγοντα και μετά από μια αδρή κλινική ή και στοιχειώδη εργαστηριακή εκτίμηση παραπέμπονται για πρωτοβάθμια φροντίδα.

-30% έχει ανάγκη μιας περαιτέρω ιατρικής εκτίμησης και αναλόγου σε χρόνο, όχι άμεσα (Ασκητοπούλου και Καραμπίνης, 2000) .

Επίσης εκείνο που πρέπει να ληφθεί υπόψη για την διαμόρφωση του τρόπου οργάνωσης και στελέχωσης των Τ.Ε.Π στην Ελλάδα είναι ότι το τμήμα επειγόντων περιστατικών αποτελεί το μοναδικό ίσως φορέα παροχής επείγουσας φροντίδας σε ολόκληρους πληθυσμούς νομών δεδομένης της παντελούς έλλειψης ή ανεπάρκειας υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και άλλων υπηρεσιών παροχής επείγουσας φροντίδας στις περιοχές αυτές. Τα Τ.Ε.Π στις περιπτώσεις αυτές διαδραματίζουν μοναδικό και αναντικατάστατο ρόλο και σαφώς κρίνεται απαραίτητη η σωστή οργάνωση τους και η επαρκή στελέχωση τους.

Σύμφωνα με το Αυστραλιανό Κολλέγιο Επείγουσας Ιατρικής 2005, το Τ.Ε.Π είναι ένα τμήμα του νοσοκομείου που οργανώνεται και διοικείται με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχει επείγουσα φροντίδα στην κοινότητα ,που εκδηλώνει την αντίστοιχη ανάγκη για οξεία ή επείγουσα νοσηλεία.

Το Τ.Ε.Π ενός νοσοκομειακού συγκροτήματος πρέπει να λειτουργεί ως αυτόνομο τμήμα με ένα πυρήνα μόνιμου ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού το οποίο θα λειτουργεί σε καθημερινή 24ωρη βάση. Με το άρθρο 8 του νόμου 2889\02-03-2001 θεσπίστηκε η υποχρέωση των νοσοκομείων με δυναμικότητα άνω των 200 κλινών να οργανώνουν “αυτοτελές” Τ.Ε.Π, το οποίο θα λειτουργεί όλο το 24ωρο σε γενική εφημερία (Λάμπρου, 2005).

Το νοσοκομείο Κορίνθου, λειτουργεί όλο το 24ωρο σε γενική εφημερία, 365 ημέρες το χρόνο, είναι το μοναδικό στο νομό και βρίσκεται σε κομβικό σημείο.



Εικόνα Τ.Ε.Π από νοσοκομείο του σήμερα

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ : Θεωρητική Προσέγγιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Εργασιακό στρες και επαγγελματίες υγείας

Το εργασιακό στρες επηρεάζει επίσης την παραγωγικότητα του εργαζόμενου και κοστίζει πολύ στις εταιρείες. Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Εργασίας 1992, το εργασιακό στρες στοιχίζει στην Αμερικανική βιομηχανία 200 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο σε απουσίες από την εργασία, απώλεια παραγωγικότητας, ιατρικής ασφάλειας, ατυχήματα, ασθένειες και πρόωρους θανάτους ενώ στην Ευρωπαϊκή Οικονομία στοιχίζει πάνω από 20 δισεκατομμύρια ευρώ το χρόνο (Αντωνίου,1999).

Στην Ελλάδα, οι εργαζόμενοι απασχολούνται συνήθως περισσότερες ώρες από ότι στην υπόλοιπη Ευρώπη ,δηλαδή 45,4 ώρες την εβδομάδα σε σύγκριση με 38,4 ώρες κατά μέσον όρο στα 27 κράτη μέλη της Ε.Ε. Η σχέση της υγείας με την εργασία έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από πολύ παλιά. Ο Ιπποκράτης ανέφερε παθολογικές καταστάσεις σε εργαζόμενους σε ορυχεία και τοξικές επιδράσεις του μόλυβδου ενώ ο Pott,(1962) περιέγραψε για πρώτη φορά επαγγελματικό καρκίνο στα τέλη του 18^{ου} αιώνα.

Η εργασία συνεχίζει να επιδρά με πολλούς τρόπους στην υγεία αφού σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Ευρωπαϊκής Υπηρεσίας για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία το stress στην εργασία είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας επηρεάζοντας το ένα τρίτο των εργαζόμενων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και είναι η δεύτερη σημαντικότερη νόσος μετά την οσφυαλγία που σχετίζεται με προβλήματα υγείας και πλήττει το 22% των εργαζόμενων.

Σχεδόν ένας στους δυο Έλληνες εργαζόμενους αναφέρει προβλήματα στην πλάτη και άγχος εξαιτίας της εργασίας, ποσοστό διπλάσιο από το αντίστοιχο ευρωπαϊκό, ενώ αναφέρουν τις μισές ημέρες απουσίας λόγω ασθένειας και προβλημάτων υγείας, τάση που επίσης παρατηρείται τα τελευταία 15 χρόνια (<http://www.elinyane.gr>).

Ανάμεσα στα ιδιαίτερα στρεσογόνα επαγγέλματα ανήκουν τα επαγγέλματα υγείας στην Τριτοβάθμια Φροντίδας Υγείας. Οι συνθήκες εργασίας των ιατρών και νοσηλευτών, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η άσχημη ή η ανύπαρκτη σχέση με τους προϊσταμένους τους, καθώς και η έλλειψη ύπνου συμβάλλουν στην ανάπτυξη ποικίλων αγχωτικών διαταραχών. Ειδικότερα, η έλλειψη ύπνου έχει συνδεθεί με εκδήλωση νευρικότητας, θυμού, ευερεθιστικότητας, άσχημης διάθεσης και θλίψης.

Επιπρόσθετα, ένα ποσοστό 30-50% των εργαζομένων αναφέρουν διαταραχές και νοσήματα συνδεδεμένα με το εργασιακό στρες. Από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνται στο εργασιακό περιβάλλον ξεχωρίζουν οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη με ακραίες αλλά υπαρκτές περιπτώσεις, ακόμη και αυτοκτονίες.

Για παράδειγμα στην Ιαπωνία οι θάνατοι από υπερβολικό φόρτο και εντατικοποίηση της εργασίας (Nishiyama,1997) ανήλθαν το 2005-2006 σε 20.000 ενώ μόλις τον περασμένο Σεπτέμβριο του τρέχοντος έτους, 23 υπάλληλοι γνωστού γαλλικού τηλεπικοινωνιακού κολοσσού αυτοκτόνησαν τους τελευταίους 18 μήνες, εξαιτίας του στρες και της διαρκούς αναδιάρθρωσης που γινόταν στην εταιρεία.

Ειδικότητες όπως, οφθαλμίατροι, ογκολόγοι –χειρουργοί, καρδιολόγοι, ψυχίατροι, ψυχολόγοι έχουν αποτελέσει κλινικούς πληθυσμούς με συμπτωματολογία χρόνιου εργασιακού stress, το οποίο συχνά μεταφέρεται στην προσωπική ζωή και στο οικογενειακό περιβάλλον τους (Antoniou, Polychroni, Walters, 2000).

Οι Tesser et al, 1971 με διάφορες ψυχολογικές δοκιμασίες έδειξαν ότι οι γιατροί που αναγγέλλουν τα άσχημα νέα όπως (χειρουργοί –ογκολόγοι), εμφανίζουν νευρικότητα, αίσθημα αυξημένης ευθύνης και έλλειψη αυτοπεποίθησης ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που δείχνουν δισταγμό στο να μεταφέρουν αρνητικές ειδήσεις σε συγγενείς ασθενών (mum effect-keeping mum about undesirable messages), (Coulee & Tesser,1973).

Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στο stress επειδή είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα, γιατί η οποιαδήποτε αμέλεια ή παράλειψη τους έχει σημαντικό αντίκτυπο στα εν λόγω άτομα (Βάρβογλη, 2006).

1.1 Ορισμός εργασιακού stress

Το εργασιακό stress είναι η αντίδραση ,που έχει ένα άτομο όταν δέχεται πιέσεις στο χώρο της εργασίας του για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Η αγγλική λέξη «stress» προέρχεται από τις λατινικές λέξεις strictus που σημαίνει σφικτός –στενός. Το στρες εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου και ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (Αντωνίου, (1999).Υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις κατά την αντίδραση έναντι του στρες ,για αυτό διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες, αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο (Παπαδάτου, 1999).

Συχνά, επικρατεί σύγχυση με την έννοια του «άγχους », όταν αναφέρεται ο όρος stress.Το άγχος είναι ένα ασαφές συναίσθημα που διακρίνεται σε φυσιολογικό και παθολογικό. Μια μέτρια δόση άγχους στην εργασία μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση παραγωγικότητας και στη δημιουργία κινήτρων. Το παθολογικό άγχος όμως είναι πιο συχνό και έντονο και εμφανίζεται ακόμη και όταν δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος ή συνεχίζεται για πολύ ακόμη μετά από την παρέλευση του παράγοντα που το προκαλεί (Αντωνίου, 1999) .

Σχετικά με το εργασιακό στρες, αυτό δεν θεωρείται νόσος αλλά μια κατάσταση στην οποία υποπίπτει ο οργανισμός. Μπορεί γενικά το στρες να είναι μια υποκειμενική κατάσταση δυσφορίας αλλά το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της αντίληψης του εργαζόμενου ότι υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας του και την ικανότητα του να λειτουργήσει αποτελεσματικά (Αντωνίου, 1999).

1.2 Παράγοντες Κινδύνου

Μερικοί από τους συνηθεις παράγοντες κινδύνου που προκαλούν stress είναι η έλλειψη έλεγχου στην εργασία, η ανεπαρκής προσαρμογή στην εργασία, οι υπερβολικές απαιτήσεις που τίθενται στους εργαζόμενους, η ύπαρξη σωματικής βίας, εκφοβισμού και σεξουαλικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας, η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και τη διοίκηση οι αντικρουόμενοι ρόλοι, η ανασφάλεια, οι συνθήκες εργασιακού περιβάλλοντος, η μονοτονία, οι πιεστικές προθεσμίες και οι εξοντωτικοί ρυθμοί (Arnold, Cooper, 1998), (2000), (European Agency for Safety and Health at Work, 2009).

Στους προηγούμενους παράγοντες πρέπει να προστεθεί και το *σύνδρομο mobbing* που αφορά τη συστηματική ψυχολογική επίθεση και την στρατηγική περιθωριοποίησης που δέχονται στο εργασιακό περιβάλλον από τους προϊστάμενους ή και τους συναδέλφους τους οι ανεπιθύμητοι εργαζόμενοι (Leyman,1990). Τέλος η περίπτωση του εκφοβισμού (*bulling*) είναι ένας ακόμα στρεσογόνος παράγοντας που παρατηρείται στους χώρους εργασίας (Paterson, McComish, Atiken, 1997).

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο βιώνει το stress και ο βαθμός που επηρεάζεται από τους στρεσογόνους παράγοντες φαίνεται να σχετίζεται με τον **τύπο της προσωπικότητας του**. Τη δεκαετία του 1950 οι καρδιολόγοι Friedman και Rosenmann, θεωρούν ότι η προσωπικότητα **τύπου Α**(type A behavioral pattern) που έχει χαρακτηριστικά, τη μεγάλη ανταγωνιστικότητα, τη φιλοδοξία, την επιθυμία για γρήγορη κοινωνική άνοδο και την επαγγελματική επιτυχία την επιθετική –εχθρική συμπεριφορά, το θυμό και τον κυνισμό φαίνεται να αντιδρά εντονότερα στα στρεσογόνα επαγγελματικά περιβάλλοντα και να είναι περισσότερο ευάλωτοι σε νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος. Το αντίθετο της προσωπικότητας τύπου Α είναι η προσωπικότητα **τύπου Β**, (Williams,1998), σύμφωνα με την οποία το άτομο μπορεί να χαλαρώσει, να εργαστεί ήρεμα, μπορεί να περιμένει και να διαχειρίζεται στρεσογόνες καταστάσεις χωρίς να πανικοβάλλεται.

Πρόσφατα, μελέτες στην Σουηδία κατέδειξαν ότι η εργασία τύπου υψηλών απαιτήσεων –χαμηλού ελέγχου αποφάσεων όπως και η εργασία τύπου υψηλών απαιτήσεων –χαμηλής απολαβής, αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου (Hallqvist et al.,1998).

1.2.2 Στατιστικά στοιχεία για το stress και επιπτώσεις στην υγεία

- Το 28% (1 στους 3 περίπου) των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση βιώνουν εργασιακό στρες, το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που αφορά το εργασιακό περιβάλλον, (πρώτα στην κατάταξη αναφέρονται τα μυοσκελετικά προβλήματα με 33% περίπου).
- Ένας στους πέντε Ευρωπαίους εργαζόμενους νιώθει κόπωση.
- Ένας στους οκτώ Ευρωπαίους εργαζόμενους υποφέρει από συχνούς πονοκεφάλους.
- Το 9-12% των ανδρών και το 9-11% των γυναικών που διαμένουν σε κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αισθάνονται εργασιακή πίεση το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας .
- 10 εκατομμύρια άτομα της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποφέρουν κάθε χρόνο με ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία τους και μάλιστα το 1/3 των Ευρωπαίων πεθαίνουν γιατί εκτίθενται σε επικίνδυνες ουσίες στο χώρο της εργασίας τους .
- Το 16% των ανδρών και το 22% των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν βιώσει έντονες καταστάσεις εργασιακού στρες (Antoniou ,1999).

Αποκαλυπτικές στατιστικές της Eurostat 2008 στην Ευρώπη

2.475.329 περιστατικά μυοσκελετικών παθήσεων

846.310 εκδηλώσεις άγχους, στρες και κατάθλιψης

354.954 αναπνευστικές διαταραχές

193.124 καρδιαγγειακά συμπτώματα

118.052 δερματικές παθήσεις

125.166 διαταραχές στην ακοή



‘Stress results on health’

Πηγή: Re-act-or-ath.blogspot.com

1.3 Μυοσκελετικά προβλήματα επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματικές μυοσκελετικές παθήσεις των επαγγελματιών υγείας αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας εξαιτίας του επιπολασμού και των επιπτώσεων τους σε ατομικό επίπεδο και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Occupational Safety and Health Administration OSHA, 2009).

Είναι από τα συχνότερα επαγγελματικά νοσήματα στο χώρο της υγείας. Με βάση στοιχεία του National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH,2006,2010), οι μυοσκελετικές παθήσεις των επαγγελματιών υγείας κατατάσσονται στη 2 η και στην 5^η θέση αντίστοιχα ανάμεσα στις 10 πιο επικίνδυνες επαγγελματικές ασθένειες.

Το 2006 (Bureau of Labor Statistics, 2006) αναφέρθηκαν 49.480 περιπτώσεις ημερησίας αποχής από την εργασία στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό. Η επίπτωση των μυοσκελετικών παθήσεων άγγιξε τους 526 \10.000 νοσηλευτές και ήταν 4 φορές μεγαλύτερη από την συνολική επίπτωση όλων των επαγγελμάτων. Η οσφυαλγία είναι το συχνότερο μυοσκελετικό πρόβλημα των νοσηλευτών. Ο επιπολασμός της νόσου είναι υψηλός (Owen & Gang 1996,1999).

Στην Αμερική το 30% των αδειών ασθένειας ετησίως είναι αποτέλεσμα οσφυαλγίας. Ποσοστό μεγαλύτερο του 52% των νοσηλευτών εμφανίζει χρόνια οσφυαλγία, ενώ το 12% αναγκάζεται να εγκαταλείψει το επάγγελμα εξαιτίας του προβλήματος αυτού. Το 1/3 των προβλημάτων της οσφύος σχετίζεται με τη διακίνηση ασθενών, η οποία εξακολουθεί να γίνεται μηχανικά στο 98% των περιπτώσεων (ANA's Handle with Care Campaign 2006, 2008).

Όπως δείχνουν εργονομικές μελέτες των τελευταίων ετών ,η φυσική καταπόνηση και τα μυοσκελετικά προβλήματα των επαγγελματιών υγείας οφείλονται σε μια σειρά φυσικών εργονομικών παραγόντων αλλά και άλλων παραγόντων εργασίας. Επίπονες στάσεις εργασίας (π.χ σκύψιμο εμπρός, ορθοστασία), χειρωνακτική διακίνηση ασθενών και φορείων ,ανεπαρκής ή ακατάλληλος εξοπλισμός (ακατάλληλα κρεβάτια ασθενών, έλλειψη χώρου, κακός σχεδιασμός επίπλων, ακατάλληλο δάπεδο ή

ρουχισμός, παπούτσια που γλιστρούν), βάρδιες, έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, ατομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ωράριο εργασίας, είναι από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου φυσικής καταπόνησης (Simon et al 1999).

Η κακή ψυχολογική κατάσταση είναι γενεσιουργός αιτία ραχιαλγίας στην αυχενική, τη θωρακική ή την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Τα μυοσκελετικά νοσήματα αποτελούν την μεγαλύτερη πηγή επαγγελματικής ανικανότητας των εργαζομένων σε χώρους υγείας σε Ευρώπη, Αμερική και Καναδά.

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Shakir-Behar et al., 2008, έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου περνούσαν το 60 -80 % της ημέρας όρθιοι, καθώς επίσης ότι το νοσηλευτικό προσωπικό διένυε το 10 % του χρόνου εργασίας σε πρόσθια κάμψη της σπονδυλικής στήλης.

Οι γιατροί και ειδικότερα οι χειρουργοί αντιμετωπίζουν συχνά τον κίνδυνο θρομβώσεων και πόνους στα πόδια λόγω της πολύωρης ορθοστασίας που απαιτούν ορισμένα χειρουργεία. Επίσης υποφέρουν από αυχενικό σύνδρομο, καθώς η στάση που έχουν την ώρα του χειρουργείου, το σκύψιμο δηλαδή, σε συνδυασμό μάλιστα με την ένταση, καταπονεί την αυχενική τους μοίρα.

Επίσης, από τα ευρήματα της ίδιας μελέτης προέκυψε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό διέθετε το 10 % του χρόνου εργασίας για αλλαγή θέσης των ασθενών. Τα αποτελέσματα πιο πρόσφατης ερευνητικής μελέτης που εκπονήθηκε από το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, ως προς την συχνότητα εμφάνισης ενοχλημάτων από την μέση ήταν 52,8%, από τον αυχένα 48,6% και από την ωμοπλάτη 43,1%.

Αναφορές από άλλες έρευνες ενισχύουν την άποψη ότι η κακή στάση και η αστάθεια των σταθεροποιητών μυών οδηγεί σε επαγγελματικές κακώσεις και ατυχήματα (Ratzon & Froom, Bos et al, 2006).

Πρόκειται για έναν επαγγελματικό κλάδο με υψηλές απαιτήσεις όσο από τον ίδιο τον εργαζόμενο όσο και από το περιβάλλον του, γι αυτό και είναι χρήσιμο να υπάρχουν υποστηρικτικές δομές ατομικού ή ομαδικού χαρακτήρα μέσα και έξω από το χώρο εργασίας.

1.4 Επαγγελματική έκθεση των εργαζομένων στο χώρο του νοσοκομείου στην HIV λοίμωξη και σε τοξικούς παράγοντες φαρμακευτικών ουσιών

1.4.1 Έκθεση σε HIV λοίμωξη

Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο έκθεσης στο αίμα και άλλα βιολογικά υγρά με απώτερο κίνδυνο την μετάδοση αιματογενώς μεταδιδόμενων παθογόνων. Τύποι έκθεσης που μπορεί να θέσουν τον επαγγελματία υγείας σε κίνδυνο για λοίμωξη από HIV είναι η διαθερμική έκθεση (τρύπημα με βελόνα ή κόψιμο με αιχμηρό αντικείμενο) ή επαφή των βλεννογόνων ή μη άθικτου δέρματος με αίμα ή ιστούς ή άλλα βιολογικά υγρά.(Οικονόμου, Νικολόπουλος, ΚΕΕΛΠΝΟ)

Οι περισσότερες περιπτώσεις επαγγελματικής έκθεσης που έχουν καταγραφεί αφορούν διαδερμικό τραυματισμό με αιχμηρά αντικείμενα. Στο τμήμα της Ευρώπης όπου περιλαμβάνεται και η Ελλάδα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2003, ότι η επίπτωση των ατυχημάτων με αιχμηρά αντικείμενα είναι 0.64 ανά επαγγελματία υγείας το χρόνο και ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας που έχουν τουλάχιστον μια έκθεση σε αιχμηρό αντικείμενο που έχει μολυνθεί από τον HIV είναι περίπου 9.400 το χρόνο. Η πρώτη αναφορά μετάδοσης HIV σε επαγγελματία υγείας καταγράφηκε το 1984.(Οικονόμου, ΚΕΕΛΠΝΟ).

Επιδημιολογικές και εργαστηριακές μελέτες έχουν δείξει ότι πολλαπλοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τον κίνδυνο μετάδοσης μετά από επαγγελματική έκθεση.

Σε μια αναδρομική μελέτη ασθενών μαρτύρων που είχαν εκτεθεί στον HIV μετά από διαθερμική έκθεση, ο αυξημένος κίνδυνος μετάδοσης συσχετίστηκε με έκθεση σε μεγάλη ποσότητα αίματος από τον ασθενή -πηγή όπως:

1. Από τη συσκευή ,όπως βελόνα που περιέχει ορατό αίμα ασθενούς
2. Διαδικασία τοποθέτησης φλεβικής ή αρτηριακής γραμμής
3. Το βάθος του τραύματος, βαθύς τραυματισμός (τραύμα από νυστέρι)
4. Το στάδιο της νόσου, όπως ασθενής σε τελικά στάδια της νόσου ή με υψηλό ιικό φορτίο.

Στην Ελλάδα από τον Ιανουάριο του 1996 έως τον Ιούνιο του 2005, 188 περιστατικά επαγγελματικής έκθεσης στον HIV για τα οποία χρειάστηκε χορήγηση προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής καταγράφηκαν στη βάση δεδομένων που τηρείται στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ).

Στο 74.5% ο επαγγελματίας υγείας εκτέθηκε σε αίμα και το 7.4% σε αιματηρά βιολογικά υγρά. Η πηγή της έκθεσης ήταν στο 70.2% , γνωστό οροθετικό άτομο και στο 16% άγνωστη, ενώ δεν έχει καταγραφεί η πηγή έκθεσης στο υπόλοιπο ποσοστό περιστατικών. Στο σύνολο των ατόμων με επαγγελματική έκθεση στον HIV στη χώρα μας δεν υπήρξε καμιά ορομετατροπή (ΚΕΕΛΠΝΟ).

Από την διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι μετά από έρευνα σε 22.000 άτομα που ήρθαν σε επαφή με 66 εργαζόμενους οροθετικούς, μόνο μια περίπτωση μετάδοσης αναφέρεται από εργαζόμενο σε ασθενή και αφορούσε εργαζόμενο με την ιδιότητα του οδοντιάτρου (Οικονόμου, ΚΕΕΛΠΝΟ).

Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για τον τρόπο μετάδοσης του HIV παραμένει ακόμα και σήμερα προβληματική αποδεικνύοντας ότι η πρόληψη πρέπει να συνοδεύεται από καλή ενημέρωση. Ο σημαντικός παράγοντας στην περίπτωση του HIV είναι να καταρτιστεί ένα σοβαρό και εφαρμόσιμο σχέδιο πρόληψης ατυχημάτων στους επαγγελματίες υγείας (πχ ιατρός εργασίας). Η πρόληψη δεν πρέπει να εξαντλείται μόνο στον ιολογικό έλεγχο που ακολουθεί το ατύχημα αλλά να αφορά τη μη εμφάνιση ατυχήματος.

Το άγχος που βιώνουν οι εργαζόμενοι μετά από δυνητική έκθεση στον HIV δεν μπορεί να ποσοτικοποιηθεί γιατί αφορά τόσο τους ίδιους όσο και τους συντρόφους τους και την οικογένεια τους όταν μεταδίδεται σε αυτούς η πληροφορία. Επίσης η αντιμετώπιση που έχουν από τους συναδέλφους, τους καθιστά αμέσως «επικίνδυνους » για συνεργασία και βιώνουν την στοχοποίηση και τον αποκλεισμό μέσα σε ένα περιβάλλον που μόνο εκεί δεν θα έπρεπε να υπάρχει μια τέτοια συμπεριφορά. Η εξασφάλιση του ιατρικού απόρρητου ενός θύματος με δυνητική έκθεση σε HIV, σε μια υγειονομική μονάδα θα πρέπει να αποτελεί μέρος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και ασφάλειας.

1.4.2 Έκθεση σε τοξικούς παράγοντες φαρμακευτικών ουσιών

Ένας από τους επίσης σημαντικούς κινδύνους που ελλοχεύουν κατά την εργασία είναι η έκθεση των εργαζομένων σε διάφορους τοξικούς παράγοντες που περιλαμβάνουν ειδικές κατηγορίες φαρμακευτικών ουσιών κατά την καθημερινή εργασία. (Alexopoulos and Kalokerinou,2003).

Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου είναι το εργαστηριακό προσωπικό, οι φαρμακοποιοί, οι εργαζόμενοι φαρμακείων, οι νοσηλεύτριες, οι παρασκευαστές σε κλινικές και εξωτερικά ιατρεία, οι βοηθοί νοσηλείας, οι καθαριστές, οι μεταφορείς απορριμμάτων και νοσοκομειακών αποβλήτων. Εστίες έκθεσης εργαζομένων σε επικίνδυνα φάρμακα εντοπίζονται κατά τη διάρκεια της παρασκευής του φαρμάκου, διαλύοντας σκόνες σε διαλύτες ή αραιώνοντας συμπυκνωμένα υγρά, αδειάζοντας τον αέρα από σύριγγες που περιέχουν φάρμακο (Alexopoulos, Burdof, Kalokerinou, 2003).

Η συμπτωματολογία μπορεί να εμφανιστεί στο ΚΝΣ, στο αναπνευστικό, γαστρεντερικό ή αναπαραγωγικό σύστημα, επίσης εμφανίζονται συχνά αλλεργίες .

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα αντικαρκινικά φάρμακα είναι δυνητικά γενοτοξικά σε φαρμακοποιούς και νοσηλευτικό προσωπικό που εκτίθενται στον εργασιακό τους χώρο. Έτσι αυξημένες χρωμοσωμικές ανωμαλίες (μεταθέσεις,οι δομικές χρωμοσωμικές μεταβολές, μεταλλάξεις κλπ.), έχουν βρεθεί σε εργαζόμενους που χειρίζονται χημικοθεραπευτικά φάρμακα.(American Hospital Formulary Service Drug Information , 2003). Η συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής έκθεσης στα κυτταροστατικά φάρμακα και των επιδράσεων στο αναπαραγωγικό σύστημα είναι καλά τεκμηριωμένη.

Συγκεκριμένα έχει βρεθεί αύξηση των συγγενών ανωμαλιών και των αποβολών μεταξύ νοσηλευτριών που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα σε σχέση με άλλα τμήματα. Άλλες επιδράσεις αφορούν συμπτώματα όπως ζάλη, ναυτία, κεφαλαλγία , αλλεργικές αντιδράσεις δερματίτιδες, κερατίτιδες, βρογχόσπασμο και ηπατοκυτταρική βλάβη (Center Disease Control 2008).

Δυνητικές οδοί εισαγωγής στον ανθρώπινο οργανισμό αποτελούν κυρίως η εισπνοή σκόνης ή αιωρούμενων σωματιδίων, η δερματική απορρόφηση κατά την

επαφή με μολυσμένες επιφάνειες, ενώ είναι δυνατή η μη ηθελημένη κατάποση κατά λήψη τροφής ή υγρών ή με το κάπνισμα σε χώρους αποθήκευσης, παρασκευής και χρήσης των επικίνδυνων φαρμάκων. Ανιχνεύσιμα επίπεδα για παράδειγμα επικίνδυνων χημικοθεραπευτικών φαρμάκων έχουν βρεθεί στον ατμοσφαιρικό αέρα, όταν δεν χρησιμοποιούνται βιολογικές καμπίνες ασφαλείας ή εντός αυτών σε πάγκους εργασίας και στον εισπνεόμενο αέρα εργαζόμενων, που χορηγούν εισπνεόμενα κατά των ιών φάρμακα (Alexopoulos & Kalokerinou, 2003).

Σε έρευνες που έγιναν σε ογκολογικά κέντρα και κλινικές των Η.Π.Α βρέθηκε ότι το 40% των νοσοκομειακών φαρμακοποιών έχει δερματική επαφή με κάποιο κυτταροτοξικό φάρμακο τουλάχιστον μια φορά μηνιαίως, ενώ μόνο στο 28% εφαρμόζονταν ιατρικά προγράμματα περιοδικής παρακολούθησης. Το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται ότι είναι ακόμη λιγότερο προστατευμένο.(Drexel . ,Schmid,& Schwager, 2007).

Ένας μεγάλος αριθμός φαρμακευτικών ουσιών, όπως χημικοθεραπευτικά .αντικά, ορμόνες, μερικές βιοτεχνολογικές ουσίες και αλλά, μπορεί να αποτελεί επαγγελματικό κίνδυνο για τους εργαζόμενους μετά από οξεία ή χρόνια έκθεση. Οι παλαιότερες αναφορές εστιάζονταν στα αντικαρκινικά φάρμακα .Ωστόσο είναι σαφές ότι υπάρχουν αρκετά ακόμη με τοξικές ιδιότητες. Για αυτό ορίστηκε η κατηγορία των « επικίνδυνων φαρμάκων»(hazardous drugs),(IARC, Iinternational Agency for Research on Cancer,1990) .

Τα περισσότερα από τα φάρμακα αυτά είτε συνδέονται άμεσα με τα ο γενετικό υλικό είτε επηρεάζουν την πρωτεϊνοσύνθεση .Οι περισσότερες αναφορές αφορούν σε κυτταροτοξικά φάρμακα, με τους αλκυωτικούς παράγοντες να επικρατούν, ενώ φαίνεται ότι και άλλες κατηγορίες (π.χ φάρμακα κατά των ιών),μπορεί να έχουν παρόμοια δράση. Για να καταταχθεί μια ουσία στα επικίνδυνα φάρμακα πρέπει να υπάρχουν δεδομένα σε πειραματόζωα ή ανθρώπους ότι πληρεί ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω κριτήρια όπως η καρκινογονικότητα, η τερατογένηση ή άλλη αναπτυξιακή τοξικότητα ή σοβαρή βλάβη οργάνων ή τοξικότητα στο γονιδίωμα (μεταλλαξόγono δράση), η δομή και ανεπιθύμητες δράσεις νέων φαρμάκων, παρόμοιο με φαρμάκων που χαρακτηρίζονται επικίνδυνα βάση των ανωτέρων κριτηρίων .(Καλοκαιρινού & Αλεξόπουλος ,2003).

Παρότι η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι ενήμερη για την επικινδυνότητα αυτών των φαρμάκων κατά την επαγγελματική χρήση τους, η συμμόρφωση με τις οδηγίες ποικίλει σημαντικά και αντικατοπτρίζει την ευρύτερη άποψη και κουλτούρα σε σχέση με θέματα Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, τόσο του προσωπικού όσο και της εργοδοσίας ενός νοσοκομείου.

Η εκπαίδευση, ο ασφαλής σχεδιασμός, η ιατρική παρακολούθηση και μετρήσεις επιπέδων έκθεσης ως απαραίτητοι παράμετροι της ανάλυσης επικινδυνότητας (risk assessment) θα πρέπει να γίνουν βασική προτεραιότητα της διοίκησης ενός νοσοκομείου για την ανάπτυξη γενικότερης πολιτικής με στόχο την πρόληψη της επαγγελματικής νοσηρότητας και μόλυνσης.

1.5 Κυκλικό ωράριο εργασίας

Το κυκλικό ωράριο εργασίας αποτελεί ακόμη ένα σημαντικό παράγοντα όπου οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν έντονα συναισθήματα επαγγελματικού στρες, που επηρεάζουν την ζωή τους στην καθημερινότητα τους, όπως τη διατροφή, τον ύπνο και κατ' επέκταση την οικογενειακή και κοινωνική ζωή τους (<http://www.Medlook.net>).

Με τον όρο **βάρδια** εννοούμε καθεμία από τις ομάδες εργατών ή υπαλλήλων που εναλλάσσεται με άλλες για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου (Τεγόπουλος & Φυτράκης, 1992).

Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε στο Public Heart Briefs 1996, αναφέρετε ότι παρατηρήθηκε σε άτομα που υπόκεινται σε κυκλικό ωράριο εργασίας ήταν 53.6% πιο ευάλωτα σε λάθη όπως χορηγήσεις φαρμάκων, τρυπήματα από βελόνες αλλά και σε οδικά ατυχήματα καθώς οδηγούσαν από και προς την εργασία τους (Institute of medicine 2004). Η ασφάλεια του ασθενή τίθεται σε κίνδυνο όταν οι νοσηλευτές εργάζονται πολλές και απρόβλεπτες ώρες, ειδικά όταν το τελευταίο ξύπνημα τους ξεπερνά τις 17 ώρες.

Πολλές βιολογικές διεργασίες καταστέλλονται λόγω της απουσίας νυκτερινού ύπνου που επιβάλλει η εργασία σε νυκτερινή βάρδια.

1.Μειώνεται η παραγωγή της μελατονίνης (που αποκαλείται “ορμόνη του σκότους”). Η μελατονίνη έχει μεταξύ άλλων ισχυρές αντιοξειδωτικές ιδιότητες και μπορεί να καταστέλλει την ανάπτυξη καρκίνων. Το φυσικό ή τεχνικό φως, καταστέλλει την παραγωγή μελατονίνης από τον οργανισμό.

2.Αποδυναμώνεται το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού . Το σύστημα αυτό ευθύνεται για την άμυνα του οργανισμού έναντι των μολύνσεων και των καρκινικών κυττάρων.

3.Ο πολλαπλασιασμός των φυσιολογικών κυττάρων επηρεάζεται αρνητικά διότι αυξάνεται ο κίνδυνος πρόκλησης βλαβών στα γονίδια.

Οι βλάβες αυτών των γονιδίων, μπορεί να είναι αιτία γένεσης καρκίνων.(The Lancet Oncology,2007).

Υπολογίζεται ότι μεταξύ 15% και 20% του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών και της Ευρώπης, εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας (International Agency for Reasearch on Cancer).

Το 1930 οι γιατροί διαπίστωσαν ότι ξαφνικά, τα περιστατικά καρκίνου του μαστού στις γυναίκες στις βιομηχανοποιημένες χώρες άρχισαν να παρουσιάζουν σημαντική αύξηση. Την εποχή εκείνη, είχε εδραιωθεί το σύστημα εργασίας κατά νύκτα σε μαζικό επίπεδο. Το γεγονός αυτό θεωρήθηκε ως επιτυχία για τις οικονομίες των ανεπτυγμένων χωρών (World Health Organizasion).

Από το 1987 και αργότερα ,αυξήθηκε ο αριθμός των επιδημιολογικών ερευνών που εύρισκαν ότι οι γυναίκες που δούλευαν τις νύκτες για πολλά χρόνια ήσαν ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού .Επίσης άρχισαν να συσσωρεύονται στοιχεία που έδειχναν σχέση μεταξύ νυκτερινής εργασίας και αυξημένου κινδύνου για καρκίνο του προστάτη στους άνδρες (World Health Organization).

Οι επαγγελματίες υγείας παραμένουν άγρυπνοι κατά την διάρκεια της νύκτας και κάτω από αντίξοες συνθήκες είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν τις

ανάγκες των ασθενών τους ,ενώ κοιμούνται πρωινές ώρες αντίθετα από τους βιολογικούς τους ρυθμούς.(Κορομπέλη Α.,2006).

Ο Rutter Franz(1997), διαπίστωσε αύξηση στην κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, καφεΐνης, καπνού κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Η φυσιολογία του κερκάδιου ρυθμού έχει ερευνηθεί και έχει βρεθεί να υπάρχει σχέση ανάμεσα στην υπόφυση και στο νευροενδοκρινικό σύστημα και στη ρυθμικότητα (<http://www.medlook>). Η θερμοκρασία κατά την διάρκεια της ημέρας αυξάνεται σημειώνοντας την μεγαλύτερη της τιμή αργά το πρωί ή νωρίς το απόγευμα, όσο προχωρά η ώρα μειώνεται και συνεχίζει την κάθοδο της την περίοδο της νύχτας, εμφανίζοντας την κατώτερη της τιμή τις πρωινές ώρες (3 -6 am).

Σε αυτές τις ώρες αυξάνονται οι πιθανότητες σφάλματος από τους επαγγελματίες υγείας. Για αυτό το πρωί που οι θερμοκρασίες είναι πιο ψηλές οι ανθρώπινες δραστηριότητες είναι πιο αποδοτικές.(Κορομπέλη Α.,2006).

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι το άγχος εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου εργασίας, οφείλεται πολλές φορές στο γεγονός ότι οι ευκαιρίες ανέλιξης περιορίζονται κατά την απογευματινή βάρδια ή την νυχτερινή. Ενώ στην πρωινή βάρδια μέσα από την αλληλεπίδραση και την συνεργασία με τη διοίκηση και τους άλλους επαγγελματίες υγείας αυξάνονται οι ευκαιρίες ανάπτυξης στον εργασιακό χώρο (Χαραλαμπίδου,1995).

Αρκετοί επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι δυσκολεύονται να κοιμηθούν ,τους κόβεται η αναπνοή ή βρίσκονται σε τέτοια υπερδιέγερση που αδυνατούν να ηρεμήσουν μετά από μια έντονη βάρδια (Παυλάκης ,1996).

Η ποιότητα της ζωής των επαγγελματιών υγείας εξαρτάται από το κυκλικό ωράριο εργασίας. Η παρεχόμενη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα εξαρτάται από την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας.(Finger,1995).

1.6 Το στρες των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση του θανάτου στο Τ.Ε.Π

Οι επαγγελματίες υγείας στο Τ.Ε.Π ,βρίσκονται αντιμέτωποι με τον πόνο και το θάνατο. Στην συνάντηση με το θάνατο, ο γιατρός και ο νοσηλευτής -α, έχει να εκτελέσει μια σειρά πράξεων, με σκοπό να αντιτεθεί στην επέλευση του και, αν δεν

τα καταφέρει, απλώς να ανακουφίσει τον ετοιμοθάνατο. Αυτή η αβέβαιη πάλη με το θάνατο οριοθετεί ένα πεδίο, όπου γεννιούνται αισθήματα ενοχής (Selye,1982).

Το ερώτημα: “θα μπορούσε να είχε κάνει κάτι καλύτερο ,κάτι περισσότερο;” τίθεται κάθε φορά που η αναπότρεπτη πραγματικότητα επιβάλλεται. Παραπέμπει είτε σε πραγματική έλλειψη γνώσεων είτε, πιο συχνά, σε μια φαντασιωσική ιδεατή εικόνα που περιέχει στοιχεία παντοδυναμίας. Η εσωτερική σύγκρουση γεννιέται κάθε φορά που ο θάνατος επέρχεται. Το άφθαρτο ιδεατό σημείο της παντοδυναμίας οφείλει να υποχωρήσει μπροστά στην πραγματικότητα και ο γιατρός, νοσηλευτής - α, να αποδεχτεί το άγχος που του γεννά η ιδέα ότι δεν μπόρεσε να κάνει τίποτε περισσότερο, για να εμποδίσει τον άρρωστο να πεθάνει.(Selye, 1982).

Όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δεν προκαλούν ίδιας έντασης ψυχική συμμετοχή εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. Ο θάνατος ενός ηλικιωμένου μετά από μακροχρόνια αρρώστια είναι ευκολότερα αποδεκτός από εκείνον ενός νέου που πεθαίνει από τροχαίο ατύχημα.

Οι σχέσεις με την οικογένεια του θανόντα αποτελούν ,επίσης, παράγοντα ψυχικού στρες για τους επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται στα Τ.Ε.Π. Καλούνται να παίξουν το ρόλο του ενδιάμεσου, δίνοντας πληροφορίες στο διαγνωστικό ή θεραπευτικό επίπεδο που ζητούνται επίμονα από τους συγγενείς ,προστατεύοντας το ένα μέρος από το άγχος του άλλου (Λαζαράτου 1994).

Συχνά, είναι μάρτυρες σκηνών επιθετικότητας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας που εκφράζουν την ψυχική ένταση. Σπανιότατα, πρέπει να επωμιστούν όλο το βάρος ενός θανόντα, ο οποίος είναι εγκαταλειμμένος από τους οικείους του.

Το ψυχικό στρες των επαγγελματιών υγείας όταν αντιμετωπίζουν θανάτους παιδιών είναι πολύ μεγάλο. Επιδρά στην ψυχική τους υγεία, αλλά κυρίως υπάρχει κίνδυνος επίδρασης στο γονεϊκό ρόλο, στη σχέση που έχουν οι γιατροί , νοσηλευτές -τριες, με τα δικά τους παιδιά (Λαζαράτου,1994).

Η πιο συχνή, όμως, συνάρτηση με ένα βίαιο και απρόβλεπτο θάνατο, είναι η αυτοκτονία. Η αυτοκτονία ενός ασθενούς εμπλέκει κατά τρόπο άμεσο τους θεραπευτές, καταδεικνύοντας την ανεπάρκεια και την ακαταλληλότητα της θεραπευτικής τους προσέγγισης. Το δραματικό κλίμα επιδεινώνεται με την ανακοίνωση της αυτοκτονίας στους συγγενείς και την πιθανή εμπλοκή της αστυνομίας για έρευνες και ανακρίσεις (Λαζαράτου,1994).

1.7 Ασθενείς με Διαφορετική Πολιτισμική Προέλευση

Τα τελευταία χρόνια γινόμαστε καθημερινά μάρτυρες μετακίνησης πληθυσμών προς τη χώρα μας ,κυρίως από τις Βαλκανικές , πρώην σοσιαλιστικές χώρες της Ευρώπης και από τη Μέση Ανατολή .

Ο αριθμός των μεταναστών ,σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας για το 2006 ,ήταν 695.979 και συνεχώς αυξάνεται ,με αποτέλεσμα να υπάρχει μια διαρκής αλληλεπίδρασης της ελληνικής κουλτούρας με τις άλλες ,που καθιστά την κοινωνία μας πολυπολιτισμική (Παλτόγλου,2009).

Η ραγδαία είσοδος μεταναστών στη χώρα μας δε θα μπορούσε να μην έχει αντίκτυπο ,μεταξύ των άλλων και στο τομέα της υγείας .Καθώς ο ελληνικός πληθυσμός εμποτίζεται διαρκώς με στοιχεία πληθυσμών διαφορετικών πολιτισμικών αξιών και πεποιθήσεων ,οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ανταπεξέρχονται στις νέες κοινωνικές συνθήκες που δημιουργούνται (Πουρνάρας,2004).

Το νοσοκομείο Κορίνθου δέχεται καθημερινά μεγάλο αριθμό μεταναστών ,από το πρώην στρατόπεδο του 6^{ου} πεζικού ,το οποίο έχει μετατραπεί σε *κέντρο φιλοξενίας μεταναστών* καθώς επίσης και μεγάλο αριθμό ρομά, που ζει στην ευρύτερη περιοχή.

Σε χώρες του εξωτερικού όπως η Αγγλία και οι ΗΠΑ ,όπου το φαινόμενο της μετανάστευσης εμφανίστηκε πριν από μερικές δεκαετίες υπάρχει σημαντικός προβληματισμός ,σχετικά με τον τρόπο προσέγγισης πολιτισμικά ιδιόμορφων πληθυσμών ,προκειμένου να υπάρξει συμβατότητα με τα νέα οικουμενικά πρότυπα (Nies,2001).

Αρκετές μελέτες αναφέρονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στο χώρο της υγείας και στην αρνητική επίδραση πάνω στην ποιότητα ζωής των πληθυσμών με διαφορετική πολιτισμική προέλευση (Κουράκος και Καυκιά 2007).

Στην Ελληνική βιβλιογραφία ,οι σχετικές μελέτες για τους μετανάστες προορίζονταν μόνο στην περιγραφή του προβλήματος και στη δημογραφική αλλαγή που επιφέρουν ,χωρίς να εστιάζουν στα προβλήματα υγείας τους (Πουρνάρας,2004).

Έτσι προκύπτει έντονα η ανάγκη για πολιτισμική προσέγγιση των υγειονομικών προβλημάτων των ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Οι διαφορετικές αντιλήψεις των μειονοτικών πληθυσμών για τις έννοιες της υγείας και της νόσου καθώς και τα προβλήματα στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας είναι μερικές μόνο από τις αιτίες ενός μεγάλου προβλήματος που απασχολεί έντονα διεθνείς οργανισμούς, κυβερνήσεις και επαγγελματίες υγείας (anonymus,2002).

Η καταγραφή των απόψεων και των πεποιθήσεων των επαγγελματιών υγείας για τους πληθυσμούς διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τη χάραξη στρατηγικών και την εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών στην παροχή φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :Συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο

Η φύση της οργανωμένης συλλογικής δράσης συνεπάγεται τη δημιουργία και τη λειτουργία πολυάριθμων ομάδων μέσω των οποίων επιτυγχάνονται αποτελέσματα. Η ομάδα είναι ένα σύνολο ατόμων με συμπληρωματικές δεξιότητες που αφοσιώνονται σε ένα κοινό σκοπό .

«Ομάδα θα μπορούσε να οριστεί ένας αριθμός ατόμων που αναπτύσσονται σχέσεις μεταξύ τους ,επιδιώκουν κοινούς σκοπούς και θεωρούν τους εαυτούς τους σαν μέλη ομάδας (Ζαβλανός,2000).

Οι **ομάδες** και η **ομαδική εργασία** είναι τόσο χρήσιμες σήμερα όσο ποτέ άλλοτε αφού οι οργανισμοί γίνονται πολυπλοκότεροι λόγω της συνεχώς αυξανόμενης τεχνολογικής ανάπτυξης ,της ανάγκης για ευελιξία στη λειτουργία τους και ακόμα λόγω των συνεχών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον . Ακόμα όλο και περισσότερα άτομα συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, ενώ παράλληλα σχηματίζονται ομάδες για την επίλυση των προβλημάτων (Ζαβλανός ,1999).

Υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν τη σημασία της ποιοτικής ομαδικής εργασίας. Η *καλή ομαδική εργασία έχει συσχετιστεί με :*

- Υψηλά ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης του εργατικού δυναμικού .
- Την υψηλή ποιότητα φροντίδας .
- Την αύξηση της ασφάλειας των ασθενών.
- Την μεγάλη ικανοποίηση των ασθενών για την φροντίδα που λαμβάνουν .
- Την αύξηση της παραγωγικότητας .
- Την μείωση του άγχους

Η καλή συνεργασία μέσα στην ομάδα λειτουργεί θετικά στην αποφυγή λαθών , καθώς ο ένας επιβλέπει και διορθώνει τις παραλείψεις του άλλου, προσφέροντας ένα καλό αποτέλεσμα για την ποιότητα της περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών . Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε διάφορα νοσοκομεία έδειξε ότι σχεδόν στα ¾ των νοσοκομείων ο κύριος λόγος των θανάτων που υπήρξαν σε αυτά ήταν η έλλειψη επικοινωνίας στο προσωπικό και τα προβλήματα στην ομαδική εργασία (Jcaho,2004).

Η έρευνα του Amos et al(2005), έδειξε ότι η εισαγωγή ενεργειών, οι οποίες αφορούν τη δόμηση ομαδικού πνεύματος, είχαν σαν αποτέλεσμα την καλύτερη επικοινωνία του προσωπικού, την ενδυνάμωση των σχέσεων του προσωπικού και την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης .

Οι συγκρούσεις διαταράσσουν τη λειτουργία της ομάδας. Αυτό συνεπάγεται τη μείωση της απόδοσης της ομάδας κα βέβαια τη μείωση της παραγωγικής διαδικασίας (Μπουραντάς,1992).

Ως **σύγκρουση**, θα μπορούσε να οριστεί η κατάσταση όπου η συμπεριφορά ενός ατόμου ή ομάδας, σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας. Σύμφωνα με αυτό τον γενικό ορισμό οι συγκρούσεις θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε δυο βασικές κατηγορίες : **στις διαπροσωπικές** συγκρούσεις που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των ατόμων και **στις ομαδικές** συγκρούσεις που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των ομάδων. (Μπουραντάς ,1992).

Οι συγκρούσεις μεταξύ των ατόμων και των ομάδων αποτελούν σύνηθες και καθημερινό φαινόμενο στο χώρο της εργασίας, Άτομα και ομάδες με διαφορετικές αξίες, εμπειρίας, γνώσεις, ικανότητες αντιλήψεις, καθήκοντα, ανάγκες και στόχους είναι υποχρεωμένα να συνυπάρχουν και να συνεργάζονται σε ένα οργανωτικό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα και πολυπλοκότητα σε ότι αφορά στις δομές, στις διαδικασίες, στις τεχνικές και στους κανόνες. Συνεπώς, οι συγκρούσεις αποτελούν φυσικό επακόλουθο αυτής της κατάστασης (Μπουραντάς ,1992).

Κάθε άτομο που ασκεί κάποιο ρόλο μέσα σε μια ομάδα περιμένει από όλα τα μέλη της προϊστάμενους, υφιστάμενους, συναδέλφους, να συμπεριφέρονται σύμφωνα με ορισμένους κανόνες. Οι συγκρούσεις στην ομάδα είναι αναπόφευκτες και μπορεί να προκύψουν λόγω διαφορετικών αξιών και πεποιθήσεων ή λόγω διαφορετικών προσωπικών χαρακτηριστικών.

Εν τούτοις :

-Οι συγκρούσεις σε έναν οργανισμό είναι υγιείς και αναπόφευκτες και μπορεί να συνοδεύονται από θετικές συνέπειες (Swansburg,1999).

-Η σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική και να έχει καταλυτική επίδραση στις νέες ιδέες , την πρόοδο, τις θετικές αλλαγές και την ανάπτυξη (Rahim,1986).

Αίτια συγκρούσεων :

-Ζητήματα κύρους και επιβολής

- Συνθήκες εργασίας-αυξημένα επίπεδα άγχους
- Η άρνηση ευθυνών
- Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων λόγω προβληματικού καθορισμού καθηκόντων καθώς και
- διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης
- Προκλητική συμπεριφορά απέναντι στην ηγεσία , διακρίσεις (Singleton,1999)
- Πολύπλοκο εργασιακό περιβάλλον (Μπουραντάς,2002)
- Έλλειψη ζωτικού χώρου
- Διαφορετικές συνεργαζόμενες αλληλεπιδρούσες ομάδες
- Η ύπαρξη στερεοτύπων με το επάγγελμα των νοσηλευτών και των ιατρών ,η αλλαγή ρόλου των νοσηλευτών, η επικράτηση του γυναικείου φύλου στο επάγγελμα του νοσηλευτή και η διαφοροποίηση στην ακαδημαϊκή και στην επαγγελματική τους εξέλιξη (Νιάκας,2003)
- Περιορισμένοι πόροι (έλλειψη προσωπικού , οικονομικοί και υλικοτεχνικοί πόροι)
- Έλλειψη οργάνωσης και προβλήματα διοίκησης .

Για τον επιτυχή χειρισμό της κάθε σύγκρουσης ,βασική προϋπόθεση είναι η διάγνωση και η κατανόηση των γενεσιουργών αιτιών που τις δημιουργούν. Αν αυτές οι αιτίες δεν εντοπισθούν επακριβώς είναι τυχαίο γεγονός να αντιμετωπισθεί θετικά η σύγκρουση. Οι συγκρούσεις μπορεί να πηγάζουν από διάφορες πηγές όπως για παράδειγμα από τα προβλήματα επικοινωνίας μια και η κακή επικοινωνία είναι η πιο συχνή πηγή αντιθέσεων. Επίσης ανθρώπινοι παράγοντες όπως η προσωπικότητα του ατόμου, η ικανοποίηση του ατόμου από το ρόλο του και η κοινωνική του θέση μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία των αντιθέσεων και των συγκρούσεων (Ζαβλανός ,1999).

Ο χειρισμός των συγκρούσεων δεν είναι εύκολη υπόθεση. Η διαχείριση και η ηγεσία είναι καθοριστικοί παράγοντες για τον έλεγχο και την αποφυγή συγκρούσεων. Για να μπορεί κανείς να διαπραγματεύεται και να προτείνει λύσεις σε περίπτωση διαφωνιών, πρέπει να έχει κάποιες ικανότητες. Τα άτομα με αυτή την ικανότητα είναι σε θέση να χειρίζονται με διπλωματία και τακτ δύσκολους ανθρώπους και καταστάσεις έντασης. Επίσης, εντοπίζουν την πιθανότητα συγκρούσεων και φροντίζουν για την αποκλιμάκωση των διαφωνιών (Μπουραντάς,1992).

Ο αρχηγός της ομάδας (ηγέτης) πρέπει να σέβεται πραγματικά τα μέλη της ομάδας και να πιστεύει στις ικανότητες και τις δυνατότητες των μελών της. Ένας ηγέτης πρέπει να αισθάνεται ασφαλής, διαφορετικά θα αισθάνεται πάντοτε απειλή από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας για τη θέση και τις ικανότητες του. Επίσης, οφείλει να δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες μέσα στην ομάδα οι οποίες θα παρακινήσουν τα μέλη να αναλάβουν με ενθουσιασμό διάφορες ευθύνες.

Επιπλέον οφείλει να εφαρμόζει και να χρησιμοποιεί το σύστημα ανταμοιβών και των επαίνων ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, να επαινεί και να ενθαρρύνει τα άτομα προς την ολοκλήρωση και την πραγμάτωση των σκοπών και των στόχων τους (Μπουραντάς, 1992).

Τέλος, ενθαρρύνει το διάλογο και την ανοικτή συζήτηση και ενορχηστρώνει επιτυχημένες λύσεις που οδηγούν στην επίλυση των συγκρούσεων (Μπουραντάς, 1992).

Η παραγωγικότητα και η αποτελεσματικότητα των επιχειρήσεων και των οργανισμών προσδιορίζεται από την ύπαρξη και την αποτελεσματική λειτουργία των ομάδων. Η αποτελεσματική λειτουργία των ομάδων είναι απόλυτα συνυφασμένη με χαρισματικό ηγέτη με σωστή εκπαίδευση, υψηλό επίπεδο κοινωνικής νοημοσύνης και δεξιότητα στην διαχείριση των σχέσεων.

2.1 Το σύνδρομο MOBBING (Ηθική παρενόχληση) στην εργασία

Μέσα σε ένα αγχώδες και πολυδιάστατο περιβάλλον, όπως είναι ο χώρος του νοσοκομείου, οι συγκρούσεις αποτελούν αναπόφευκτο στοιχείο της καθημερινής πρακτικής. Όταν η επιθετικότητα δεν αποτελεί στοιχείο μιας παραγωγικής σύγκρουσης, αλλά έχει την μορφή έντασης, εκτόνωσης, υποτίμησης, ταπεινωτικών σχολίων, απειλών. Τότε δημιουργεί την εχθρότητα και τη ματαίωση στους επαγγελματίες υγείας και περιγράφεται με τον όρο «**οριζόντια βία**» (Mckenna & Smith, 2003).

Το φαινόμενο της παρενόχλησης στους χώρους εργασίας είναι ένα θέμα που την τελευταία δεκαετία έχει μελετηθεί από την επιστημονική κοινότητα αλλά ωστόσο δεν έχει απασχολήσει αρκετά την κοινή γνώμη. Βιβλία (Hirigoyen,2002,2003), στο εξωτερικό και στην Ελλάδα (Σπυριδάκης,2009, Δρίβας, 2002), αποδεικνύουν το υψηλό ποσοστό εμφάνισης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης αλλά και το αυξανόμενο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας.

Είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα που πολλοί εργαζόμενοι έχουν αντιμετωπίσει κάποια φορά στην εργασιακή βιογραφία τους και επηρεάζει άμεσα με τις συνέπειες του τη ζωή τους ,αφού δημιουργεί πλήθος ψυχολογικών και άλλων προβλημάτων υγείας .

Το σύνδρομο mobbing εκδηλώνεται κυρίως με σοβαρές επιπτώσεις που μπορεί να λάβουν τη μορφή αυξημένων δυσκολιών συνεργασίας μειωμένης αντοχής στο άγχος, σωματικής δυσφορίας, καταχρήσεων και ψυχολογικών αντιδράσεων .

Επίσης μπορεί να επιφέρει στον εργαζόμενο δυσκολίες στον ύπνο, κατάθλιψη, ανάπτυξη διαφόρων μορφών μανίας, κάποιες φορές έντονης επιθετικότητας, σωματική κόπωση ή και τάσεις αυτοκτονίας. Αν δεν σταματήσει άμεσα η παρενόχληση, αν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, υπάρχει ο κίνδυνος τα προβλήματα να γίνουν τόσο σοβαρά, ώστε να χρειαστεί μακροχρόνια ιατρική και ψυχοθεραπευτική φροντίδα από ειδικούς (Δρίβας ,2002).

Συχνά ,αντιμετωπίζεται με δυσπιστία όσον αφορά στο πόσο σημαντικό είναι.

Ο όρος **mobbing** προέρχεται από την αγγλική λέξη mob που σημαίνει επιτίθεμαι, περικυκλώνω, ενοχλώ και εκφράζει σήμερα τη συστηματική ψυχολογική επίθεση και στρατηγική περιθωριοποίησης που δέχονται στο εργασιακό περιβάλλον, από τους ιεραρχικά ανώτερους ή και τους συναδέλφους οι ανεπιθύμητοι για διάφορους λόγους εργαζόμενοι .(Δρίβας,2002).

Διαπιστώσεις mobbing:

-Ο ένας στους 10 Έλληνες παραδέχεται συνθήκες ηθικής παρενόχλησης στη δουλειά του.

-Το 5% των Ελλήνων αναφέρουν περιστατικά σωματικής και λεκτικής βίας στη δουλειά τους .

-Το 8% των Ευρωπαίων έχουν υποστεί mobbing.

-Το 50% των θυμάτων του συνδρόμου αναφέρει ότι υποφέρει από έντονο άγχος . (Δρίβας ,2002).

Σύμφωνα με τη γαλλίδα ψυχίατρο Marie France Hirigoyen(2003), «ο δράστης» είναι μια προσωπικότητα που ικανοποιείται «πληγώνοντας» τους συνανθρώπους του και αναπτύσσει την αυτοεκτίμηση του ,μεταφέροντας στους άλλους τον «πόνο» που αδυνατεί να αισθανθεί, αλλά και τις εσωτερικές του αντιθέσεις που αρνείται να επεξεργαστεί.

Ωστόσο ,εξετάζοντας το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης γενικότερα θα ήταν άστοχο να αντιμετωπιστούν οι πρωταγωνιστές της σχέσης (θύτης –θύμα) σαν τον «απόλυτα καλό» και τον «απόλυτα κακό ».

Πέρα από ακραίες παθολογικές καταστάσεις ,που ο θύτης επιτίθεται σε όλους, είναι πολύ συχνό το φαινόμενο ,να αλλάζουν οι ρόλοι θύτη και θύματος στις σχέσεις παρενόχλησης .Πολλοί άνθρωποι ,οι οποίοι παρενοχλήθηκαν ,υιοθέτησαν αργότερα μια επιθετική συμπεριφορά που τους φέρνει σε ρόλο θύτη έναντι άλλων . Και πολλοί άνθρωποι οι οποίοι παρενόχλησαν ,βρίσκονταν αργότερα στο στόχαστρο των θυμάτων και γίνονται αποδέκτες μιας συμπεριφοράς ανάλογης με αυτήν που είχαν στο παρελθόν οι ίδιοι (Σπυριδάκης ,2009).

Οι εργαζόμενοι (*whistleblowers*), οι οποίοι δεν σιωπούν όταν αντιλαμβάνονται παραβιάσεις του νόμου εις βάρος τους ή εις βάρος άλλων συναδέλφων τους ,είναι άτομα τα οποία ,επιθυμώντας να κάνουν όσο καλύτερα τη δουλειά τους «ξεβλεψούν » ανωτέρους ή συναδέλφους και για το λόγο αυτό αποτελούν στόχο και των δυο αυτών κατηγοριών στο χώρο εργασίας (Σπυριδάκης,2009).

Ευρωπαϊκές έρευνες που διενεργήθηκαν από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Ίδρυμα Δουβλίνου) σχετικά με τις συνθήκες εργασίας ,αναφέρει χαρακτηριστικά ,ότι το 8% των εργαζομένων της Ε.Ε, έχει δηλώσει ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχει υποστεί ηθική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας. Σύμφωνα πάντα με το Ίδρυμα του Δουβλίνου, τα άτομα που πέφτουν θύματα παρενόχλησης είναι πολύ περισσότερο εκτεθειμένα στο εργασιακό άγχος από ότι οι εργαζόμενοι γενικότερα.

Ένα ποσοστό της τάξης του 47% των θυμάτων της παρενόχλησης, αναφέρουν αγχωτικά εργασιακά καθήκοντα .

Οι χώρες -μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας άρχισαν να περιλαμβάνουν στις νομοθεσίες τους προβλέψεις για την ηθική παρενόχληση από το 1990 και ύστερα .
χώρες όπως η Σουηδία, η Γερμανία, η Ιταλία, η Ολλανδία ,το Βέλγιο.

Η Σουηδία μόλις το 1994,με βάση την έρευνα του Leymann,το 1990,από την οποία προκύπτει ότι το 15% των αυτοκτονιών οφειλόταν στο mobbing, έγινε η πρώτη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης η οποία θέσπισε νομοθεσία κατά φαινομένων παρενόχλησης στον χώρο εργασίας

Το Εθνικό Ίδρυμα Έλεγχου Ασθενειών για την Επαγγελματική Ασφάλεια και Υγεία των Ηνωμένων Πολιτειών, καθορίζει τη βία στους εργασιακούς χώρους ως:

Βίαιες πράξεις (συμπεριλαμβανομένων των φυσικών επιθέσεων και των απειλών επίθεσης) που κατευθύνονται στο προσωπικό (NIOSH,1996).

Στην Αυστραλία το πανεπιστήμιο Australian College for Emergency Medicine, το 2004,δηλώσε τη θέση του για την ανάγκη απαραίτητης αξιολόγησης του κινδύνου της βίας ,με στόχο τη μείωση της και τη λήψη των κατάλληλων μέτρων προστασίας όπως η επάρκεια σε προσωπικό ασφαλείας. Επίσης η νομοθεσία Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας της Αυστραλίας που τροποποιήθηκε το 2005, αναγνώρισε τη βία ως ακατάλληλη και μη αποδεκτή συμπεριφορά προς έναν υπάλληλο .

Στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS), κατά την διετία 2002-2003 αναφέρθηκαν 116.000 περιστατικά βίας, από τα οποία 38.000 καταγράφηκαν σε νοσοκομεία . Σημειώθηκε αύξηση από το προηγούμενο έτος, της τάξης του 13% με 7.700 περιστατικά να αφορούν σε παρενόχληση υγειονομικού προσωπικού (Ο'Connell,2007).

Ενώ μελέτη που διενήργησε το Βασιλικό Κολλέγιο Νοσηλευτών (Royal College of Nursing, RCN) στη Βρετανία ,εντόπισε ότι ποσοστό 20% των νοσηλευτών είχαν υποστεί επίθεση ,τουλάχιστον μια φορά ,κατά τη διάρκεια του έτους . Ποσοστό 12% δεχόταν επίθεση μια φορά την εβδομάδα ,το 3% βίωνε παρενόχληση σε καθημερινή βάση ,ενώ το 49 % των ερωτηθέντων είχαν παρενοχληθεί 2 έως 6 φορές το χρόνο (RCN,2000).

Στην Ελλάδα, η παρενόχληση σε χώρους εργασίας ,συνδέεται περισσότερο σε νομικό επίπεδο, κυρίως, με την προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και τη δημιουργία κατά συνέπεια, διακρίσεων κα ανισότητας και όχι με τις συνθήκες υγιεινής κα ασφαλείας στην εργασία (Σπυριδάκης, 2009).

Ο ισχύοντας νόμος (ν.3896/2010) στην Ελλάδα είναι :» Σεξουαλική παρενόχληση, είναι οποιαδήποτε μορφή ανεπιθύμητης λεκτικής, μη λεκτικής ή σωματικής συμπεριφοράς σεξουαλικού χαρακτήρα με σκοπό την προσβολή της αξιοπρέπειας ενός προσώπου, ιδίως με τη δημιουργία εκφοβιστικού, εχθρικού, εξευτελιστικού, ταπεινωτικού ή επιθετικού περιβάλλοντος».

2.2 Το φαινόμενο του εκφοβισμού (BULLING) στους επαγγελματίες υγείας

Κάθε χώρος εργασίας διαθέτει μια μοναδική ατμόσφαιρα, στην οποία πρέπει να κυριαρχούν η δικαιοσύνη, ο σεβασμός, με αποτέλεσμα ο κάθε εργαζόμενος να αισθάνεται ασφάλεια και ηρεμία. Όμως το εργασιακό πλαίσιο καθίσταται δυσλειτουργικό, καταπιεστικό, προσβλητικό, ακόμη και εκφοβιστικό.

Οι Leiter και Maslash το 2007, μελέτησαν το εργασιακό κλίμα σε μεγάλο αριθμό επιχειρήσεων και παρατήρησαν ότι πολύ συχνά το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από διαφωνίες, έλλειψη δικαιοσύνης, κλειστές ομάδες που περιθωριοποιούν όσους δεν συμμορφώνονται με τις στάσεις τους. Οι νοσηλευτές αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα, η οποία πολύ συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς και εκφοβισμού (**Bulling**) μεταξύ συναδέλφων (Kelly B.1998).

Όταν οι επιθετικές συμπεριφορές απευθύνονται συστηματικά σε ένα συγκεκριμένο άτομο και για μεγάλο χρονικό διάστημα (Zapf & Gross,2001),τότε υπάρχει πρόβλημα εκφοβισμού.

Ο εκφοβισμός αποτελεί μια σύγκρουση σε εξέλιξη, που λόγω του ότι αυτή δεν επιλύεται έγκαιρα, δημιουργεί χάσμα ανάμεσα στο θύμα και στους αντιπάλους του. Σύμφωνα με τον Leymann το 1996, η διαφορά ανάμεσα στη σύγκρουση και στον εκφοβισμό έγκειται στη συστηματικότητα και στη διάρκεια της επιθετικής συμπεριφοράς, κατά την οποία το άτομο δυσκολεύεται να υπερασπιστεί τον εαυτό του και στην οποία αντιμετωπίζει τον κίνδυνο να απομακρυνθεί από την εργασία του.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα συμπεριφορών εκφοβισμού αποτελούν τα παρακάτω:

-Επίμονη και συνεχής κριτική, άγρια φωνή, υβριστική συμπεριφορά, διακοπή της προσπάθειας του θύματος να εκφραστεί, αγνόηση του όταν μιλάει ή ρωτά κάτι

-Δυσφήμιση και συκοφαντία

-Ανάθεση πολλών ευθυνών σε μειωμένο χρόνο, ανάθεση καθηκόντων που μειώνουν τη θέση του επαγγελματία, αφαίρεση αρμοδιοτήτων ή ελλιπής ανάθεση καθηκόντων ώστε να αισθάνεται ο εργαζόμενος ότι δεν είναι χρήσιμος.

-Απομόνωση από την εργασιακή ομάδα

-Απόκρυψη σημαντικών πληροφοριών

-Άρνηση ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης .

Οι νοσηλευτές προϊστάμενοι σε έρευνα του Lewis το 2006,

υποστηρίζουν μεθόδους εκφοβισμού ως καθιερωμένες στρατηγικές ,μέσω των οποίων επιτυγχάνονται οι επιθυμητοί εργασιακοί στόχοι. Πιθανή αιτία αποτελεί το έλλειμμα σε επικοινωνιακές ικανότητες και εξειδικευμένες γνώσεις σε ζητήματα διοίκησης .Επίσης σύμφωνα με την Hewison (2006),οι νοσηλευτές προϊστάμενοι αποτελούν εύκολο στόχο για ανωτέρους, γιατρούς, διοικητικούς οι οποίοι προσπαθούν να αποποιηθούν την ευθύνη για οργανωσιακές αποτυχίες και ελλείψεις.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών τόνιζε ότι το εκφοβιστικό περιβάλλον εργασίας είναι ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο με επιβλαβείς επιδράσεις όπως μειωμένη ποιότητα στη φροντίδα, ασθένειες και αποχωρήσεις προσωπικού, χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης. Σύμφωνα με το Βρετανικό Σύλλογο Νοσηλευτών ,αυτό συμβαίνει σε έναν από τους έξι νοσηλευτές (Royal College of Nursing,2000).

Οι νέοι επαγγελματίες είναι περισσότερο ευάλωτοι στην επιθετικότητα ,σε σχέση με τους πιο έμπειρους, οι οποίοι είναι περισσότερο

ανθεκτικοί και συχνά αδιαφορούν και αυτοπροστατεύονται σε στιγμές έντασης στον επαγγελματικό χώρο (Duddle & Boughton, 2007).

Οι κλειστές ομάδες νοσηλευτών αποτελούν βάση για την απόκτηση ελέγχου και την αντίσταση στην αλλαγή που επιβάλλεται από έξω, ενώ περιθωριοποιούν αυτούς που είναι διαφορετικοί ή που γίνονται αντιληπτοί ως απειλητικοί. Οι Standmark και Hallberg (2007) σε ποιοτική έρευνα τους στα αίτια του εκφοβισμού στο δημόσιο τομέα, 7 από τους 22 επαγγελματίες του πληθυσμού της έρευνας ήταν νοσηλευτές, διαπίστωσαν ότι η ομάδα χαρακτηρίζεται από τη τάση να προωθεί την ομοιότητα.

Κανένας δεν πρέπει να είναι ανώτερος στην ικανότητα, στην επιτυχία, την πρωτοβουλία ή την κοινωνική τάξη.

Το καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης, η δύναμη, η ικανότητα, η επιτυχία, καθώς και οι συνθήκες άσχετες με την εργασία, όπως η οικονομική ευχέρεια ή η καταγωγή προκαλούν το φθόνο. Οι συνάδελφοι αισθάνονται την ανάγκη να μειώσουν τη δύναμη των θυμάτων για να αποφύγουν τον ανταγωνισμό και την κριτική και έτσι κατηγορούν το θύμα για έλλειψη συνεργατικότητας. Από την άλλη πλευρά τα θύματα προβάλλουν τις αντιρρήσεις τους και εκφράζουν τις απόψεις τους, οι οποίες δε συμβαδίζουν με τις άρρητες προσδοκίες και τους κανόνες της ομάδας τους (Farell, 2001). Ξεχωρίζουν κι έτσι εκλαμβάνονται ως απειλητικοί για τους συναδέλφους τους.

Σύμφωνα με τον Leymann, το 1996 αποτελεί υποχρέωση του προϊστάμενου να συνδράμει στην επίλυση της σύγκρουσης στα αρχικά στάδια. Όμως συχνότατα η διοίκηση συμμαχεί με τους θύτες, αγνοώντας τις αναφορές των θυμάτων, αφού οι θύτες στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν εξουσία και γνωρίζουν τρόπους υπεκφυγής. Έτσι οι προϊστάμενοι αγνοούν τον εκφοβισμό, καθώς θεωρούν ότι η αναγνώριση του θα είναι απειλητική για την οργανωσιακή δομή, τις αξίες και τις πρακτικές της (Lewis, 2005).

Στην ποιοτική τους έρευνα οι Zapf και Gross (2001) αναφέρουν, ότι «τα επιτυχημένα θύματα» δηλαδή τα άτομα αυτά που ξεπέρασαν τους φόβους τους, έθεσαν όρια, λαμβάνοντας την απόφαση να εξέλθουν από την κατάσταση του εκφοβισμού και επεδίωξαν την αλλαγή του εργασιακού χώρου με τη διαμεσολάβηση της διοίκησης.

Η εκφοβιστική συμπεριφορά βέβαια, αποτελεί κατάχρηση εξουσίας και ως εκ τούτου η αντιμετώπιση της αποτελεί ευθύνη της διοίκησης και όχι ενός μεμονωμένου επαγγελματία υγείας.

2.3 Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας

Ως επαγγελματική εξουθένωση (**burn out**), περιγράφεται από τη Maslach (1982) ένα σύνδρομο σωματικής, ψυχικής και ηθικής εξάντλησης, στο πλαίσιο του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το επαγγελματικό ενδιαφέρον του και τα θετικά συναισθήματα που είχε προς τα άτομα που φροντίζει, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του και την απόδοση του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Γούλας και συν., 2005). Ειδικότερα η Maslach (1986) περιγράφει ότι η επαγγελματική εξουθένωση εκδηλώνεται σε τρεις διαστάσεις: Αυτές είναι η **αποπροσωποποίηση** (depersonalization), η οποία αφορά στην εκδήλωση στάσης κυνισμού, **συναισθηματική εξάντληση** (emotional exhaustion), η οποία αφορά σε βίωμα εξάντλησης των ψυχικών αποθεμάτων του εργαζόμενου, και η **αντίληψη περιορισμένων προσωπικών επιτευγμάτων** που αντανακλά αντίληψη ανεπαρκών επαγγελματικών επιτευγμάτων.

Η αποπροσωποποίηση παρουσιάζεται ως μια κυνική και αρνητική συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς τους. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της συμπεριφοράς είναι η τάση να αναφέρονται στους ασθενείς τους όχι με τα ονόματα τους αλλά με τον αριθμό του δωματίου ή τον τύπο της ασθένειας.

Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στο πώς νιώθει κάποιος όταν έχει υπερεπενδύσει συναισθηματικά στην επαφή του με άλλους. Καθώς τα συναισθηματικά αποθέματα μειώνονται, αισθάνεται ότι δεν είναι πλέον ικανός να «επενδύσει ενέργεια» στους άλλους (Firth-Cozens and Payne, 1999).

Η μειωμένη προσωπική επίτευξη αναφέρεται στη μειωμένη αίσθηση πληρότητας και επιτυχούς επίτευξης που έχει κάποιος στην εργασία του με ανθρώπους και που μπορεί στη συνέχεια, να αναπτύξει πιο ακραία συναισθήματα, όπως της ανεπάρκειας, της αποτυχίας, της απώλειας αυτοεκτίμησης, ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης (Maslach, 1989, Maslach & Leiter, 1997).

Ο Cook (1992) υποστηρίζει πως το σύνδρομο burn out είναι το αποτέλεσμα της συναισθηματικής υπερφόρτωσης και της παρεπόμενης συναισθηματικής εξουθένωσης του οργανισμού .

Οι εξουθενωμένοι άνθρωποι βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξάντλησης και επιθυμούν να σπαταλούν λιγότερο χρόνο, εργαζόμενοι άμεσα με τους ασθενείς, να προσπαθούν να αποφύγουν την επαφή μαζί τους, να απουσιάζουν από την εργασία τους ή να επεκτείνουν το διάλειμμα τους και να έχουν ισχυρότερη τάση διακοπή της εργασίας τους (Maslach & Jackson,1982,1986). Ο Jones (1981), ωστόσο υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με περισσότερα λάθη στην εργασία, με λιγότερο ανθρωπιστικές πρακτικές και με περισσότερο επιθετική συμπεριφορά προς τους ασθενείς. Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με ενδείξεις προσωπικής δυσλειτουργίας ,όπως αύξηση των σωματικών ενοχλήσεων και ασθένεια (Pines et al.,1981), μια αίσθηση προσωπικής ανεπάρκειας και αποτυχίας καθώς και αύξησης κατανάλωσης αλκοόλ (Maslach & Jackson,1982).

Τελικά, αν και η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται στο εργασιακό στρες, παρατηρείται αρνητική μετακύλιση στη ζωή στο σπίτι με τη μορφή μεγαλύτερης απόσυρσης από τα μέλη της οικογένειας (Maslach & Jackson ,1982).

Οι Russell, Altaier και Van Velzen (1987) θεωρούν πως το υποστηρικτικό πλαίσιο που περιβάλλει τον εργαζόμενο, είτε αυτό προέρχεται από τον οικογενειακό περίγυρο ή από τον εργασιακό του χώρο, διαδραματίζει έναν πάρα πολύ σημαντικό ρόλο και μπορεί να αναχαιτίσει την επαγγελματική εξουθένωση.

Πολλοί συγγραφείς αναφέρονται στους ατομικούς παράγοντες για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Lazarus και Folkman (1984), υποστηρίζουν πως ο τρόπος που το άτομο αντιμετωπίζει τις αγχογόνες συνθήκες είναι αυτός που θα οδηγήσει ή όχι στην εξουθένωση. Ενώ άλλοι δίνουν περισσότερη έμφαση στην πλήρωση ή όχι των προσδοκιών του εργαζόμενου (Wessels,,Selder και Paustian,1989).

Η Kobasa & al. ,(1982), θεωρεί πως τα άτομα που είναι εξαρχής οπλισμένα με μια ανθεκτικότητα στο στρες μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης του φαινομένου burn out.

Ο Cooper (1980), θεωρεί πως το άγχος εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη φύση της εργασίας και τη λήψη ή όχι μεγάλων ευθυνών από τον εργαζόμενο .

Πολλές έρευνες (Mazur & Lynch ,1989,Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου ,1992) θεωρούν ως κύριο παράγοντα για το burn out τις **ψυχοπιεστικές συνθήκες εργασίας**. Αυτές είναι για παράδειγμα :

1. Το συνεχές και κουραστικό ωράριο
2. Το ανύπαρκτο ή ανεπαρκές υποστηρικτικό πλαίσιο
3. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας
4. Η έλλειψη σαφούς προσδιορισμού των αρμοδιοτήτων του εργαζόμενου
5. Η απουσία συνεννόησης με τη διοίκηση ,η οποία εμφανίζεται πολλές φορές απρόσωπη και αυταρχική.

Η ποιοτική μελέτη των Taylor και Barling (2004), είχε σκοπό να διερευνήσει τις πηγές και τις επιπτώσεις της επαγγελματικής κόπωσης και εξουθένωσης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Οι παράγοντες που βρέθηκε να σχετίζονται με την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν η εργασιακή ανασφάλεια, οι ανεπαρκείς πόροι και υπηρεσίες, η ύπαρξη προβλημάτων στη συνεργασία με τους γιατρούς, η αναποτελεσματική διοίκηση, η απουσία κατανόησης από τους πάσχοντες και τους συναδέλφους, παράμετροι δομής του περιβάλλοντος εργασίας, όπως ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός και οι κτηριακές εγκαταστάσεις, καθώς και οι δυσμενείς σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού.

Συγκεκριμένα ,η Firth –Cozens (1997),αναφορά στον Ασημομύτη (2007),αναφέρει πως το 1/3 των επαγγελματιών υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους ,ενώ παράλληλα ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών είναι πολύ υψηλός.

Ιδιαίτερα οι νοσηλευτές-τριες, που εργάζονται σε νοσοκομεία και δη στα Τ.Ε.Π, προσπαθούν υπό την επήρεια σωματικής και ψυχικής κόπωσης , να διατηρήσουν υψηλά τα επίπεδα της επαγγελματικής τους απόδοσης, σε συνδυασμό με πλήθος στρεσογόνων παραγόντων και βιώνουν καθημερινά, υψηλά επίπεδα έντασης και στρες (Beechman& Dumelow,2000 Παπαντωνίου,2007.).

Επιπρόσθετα οι νεότεροι επαγγελματίες υγείας συχνά έχουν να αντιμετωπίσουν την «παράδοση» μιας συγκεκριμένης Νοσηλευτικής Μονάδας .Η σύγκρουση ρόλων είναι ίσως ο πιο ευρέως μελετημένος στρεσογόνος παράγοντας. Σύγκρουση ρόλων

έχουμε οποτεδήποτε ,η συμμόρφωση στις εργασιακές προσδοκίες έρχεται σε αντίθεση με άλλες προσδοκίες που αφορούν την ίδια την εργασία(Diedrich & Rosenthal,1964).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ιδιαίτερα σχετική με άτομα όταν εργάζονται με ανθρώπους σε φορτισμένες συναισθηματικά καταστάσεις (Cox, Kuk and Leiter,1993).

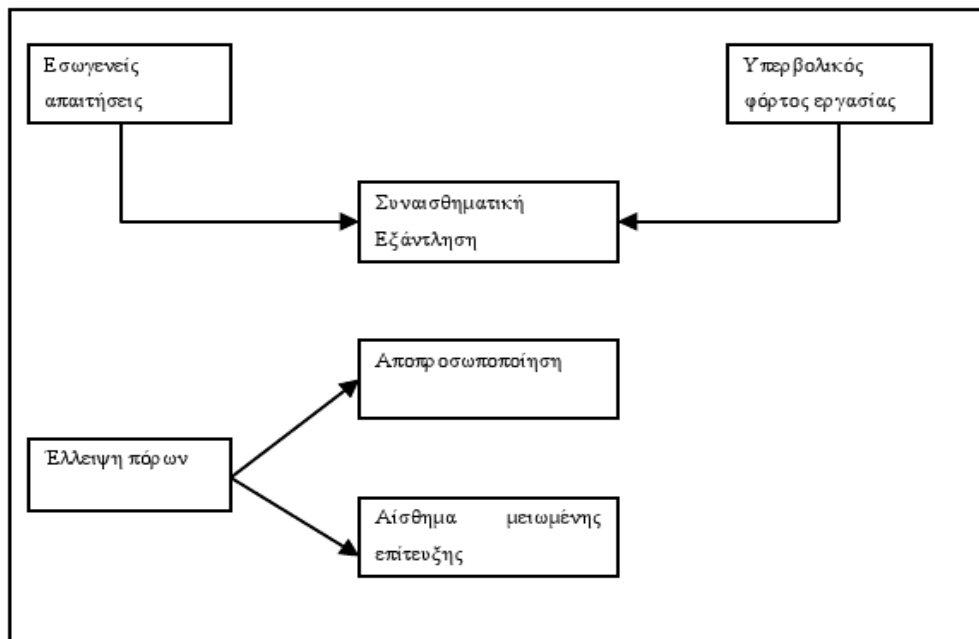
Τελικά, αυτό που καθίσταται ως απόλυτα σαφές, είναι το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Η τροποποίηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας, οδηγεί τις Νοσηλευτικές Μονάδες να δώσουν μεγαλύτερη έμφαση στην διατήρηση του εργαζόμενου προσωπικού και στην πραγματικότητα του ,περισσότερο από ποτέ. Καθώς η διαθεσιμότητα της εργασίας μικραίνει, η επικέντρωση της προσοχής γίνεται στο εργασιακό περιβάλλον

Η πλειοψηφία των νοσοκομείων αναγνωρίζει την ύπαρξη του στρες και του της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, ιδίως στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κυρίως στα τμήματα Τ.Ε.Π και Μ.Ε.Θ (μονάδες εντατικής θεραπείας), στις ογκολογικές κλινικές κ.α.

Μικρός όμως είναι ο αριθμός των δημοσίων νοσοκομείων στην Αττική και στην υπόλοιπη Ελλάδα που έχουν αναπτύξει δομές και συστηματικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης του συνδρόμου στο προσωπικό τους, κυρίως λόγω έλλειψης ειδικών τμημάτων και εξειδικευμένου προσωπικού. Τα τμήματα των νοσοκομείων που έχουν δείξει ενδιαφέρον για το θέμα και έχουν οργανωθεί προς την κατεύθυνση αντιμετώπισης του είναι η κοινωνική υπηρεσία και τα ψυχιατρικά τμήματα (Καντάς , 1998).

Πρόσφατα, οι Lee και Ashforth (1996) επαβεβαίωσαν με τα αποτελέσματα των μετα-αναλυτικών ερευνών τους την κατά σειρά αλλά και παράλληλη ανάπτυξη των τριών παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης (Firth-Cozens, & Payne, 1999).

Το μοντέλο επαγγελματικής εξουθένωσης του Leiter (1993) είναι δανεισμένο από Firth-Cozens J., & Payne, R. (1999).



2.4 Επαγγελματική ικανοποίηση στους επαγγελματίες υγείας

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια έννοια η οποία ,αν και έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης εδώ και δεκαετίες (Locke,1976), εμφανίζει προβλήματα στη μέτρησή της από την ανυπαρξία ενός κοινά αποδεκτού ορισμού (Antoniou and Antonodimitrakis,2001,Maslach,1982).

Η κυρίαρχη αντίληψη είναι ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με το βαθμό κάλυψης των αναγκών και εκπλήρωσης των στόχων του ατόμου (Χαραλαμπίδου ,1996).

Ως επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως η θετική στάση του εργαζόμενου ατόμου προς το επαγγελματικό του έργο(Χαραλαμπίδου,1996).

Αποτελεί, κατά συνέπεια, απόρροια της εκπλήρωσης των υποκειμενικών εργασιακών προσδοκιών ή της σύμπτωσης του τύπου της προσωπικότητας του εργαζόμενου και του περιβάλλοντος εργασίας, γεγονός που εξηγεί ότι διαφορετικά άτομα έχουν διαφορετικές εκτιμήσεις για την ίδια εργασία (Χαραλαμπίδου,1996).

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα στην οργανωτική \βιομηχανική ψυχολογία, κυρίως γιατί θεωρείται ότι έχει άμεση σχέση τόσο με τη ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού, όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων να έχουν υψηλή αποδοτικότητα σε πολλές περιπτώσεις, σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό (Κάντας,1998).

Αν και αρχικά θεωρούνταν ότι οι εργαζόμενοι είχαν μόνο μια συνολική αίσθηση ικανοποίησης για την εργασία τους, πλέον έχει γίνει κατανοητό ότι αυτοί μπορούν επίσης να έχουν διαφορετικά συναισθήματα για διαφορετικές πλευρές της εργασίας τους, περιλαμβανόμενων της ίδιας της φύσης της εργασίας τους, της αμοιβής τους, των συναδέλφων τους και άλλων σχετικών θεμάτων (Judge,2002).

Έτσι, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια απλή έννοια, αλλά αποτελείται από επιμέρους στοιχεία και επομένως, μπορεί να διακριθεί σε εσωγενή (ενδογενή) και εξωγενή (Κάντας ,1998).

Η **εσωγενής ικανοποίηση**, η οποία έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας, αναφέρεται σε εκείνες τις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με την εκτέλεση

της καθεαυτή (π.χ. ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης του έργου, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων, εποπτεία κ.τ.λ).

Η **εξωγενής ικανοποίηση**, η οποία έχει σχέση με το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η εργασία, αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας, το ωράριο, την ασφάλεια, τις αμοιβές κ.τ.λ (Κάντας, 1998).

Επομένως η επαγγελματική ικανοποίηση δεν αναγνωρίζεται πλέον ως μια απλή, μονοδιάστατη έννοια, αλλά ως ένα πολύπλοκο σύνολο στάσεων απέναντι σε διαφορετικές όψεις ενός επαγγέλματος, οι οποίες προκύπτουν από τις προσδοκίες ενός ατόμου για την εργασία του και τις εμπειρίες του.

Αναφορικά με τη σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης –εξουθένωσης, το θέμα έχει προκύψει από την ερμηνεία της συχνά ευρισκόμενης αρνητικής συσχέτισης μεταξύ των δυο αυτών εννοιών. Αν και η συσχέτιση δεν είναι αρκετά υψηλή ώστε να συνάγεται ότι αυτές οι δυο έννοιες είναι στην ουσία αλληλεπικαλυπτόμενες, τα αποτελέσματα των ερευνών έχουν οδηγήσει κάποιους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική ικανοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση συνδέονται άμεσα (Bennett, Plint and Clifford, 2005, Brewer and Clippard, 2002, Penn, Romano and Foat, 1998, Wright and Bonett, 1977).

Στο χώρο της υγείας, η διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και της σχέσης του με την επαγγελματική ικανοποίηση έχει συχνά αποτελέσει ερευνητικό στόχο. Σε δείγμα γιατρών στην Ολλανδία, οι Visser και συν. (2003), βρήκαν ότι η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και τα υψηλά επίπεδα στρες ερμήνευαν ποσοστό 41% της διακύμανσης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε δείγμα Ελβετών γιατρών, οι Bovier και συν. (2009), βρήκαν ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η επαγγελματική ικανοποίηση, τόσο καλύτερα οι γιατροί αντιμετώπιζαν την επαγγελματική εξουθένωση.

Οι Renzi και συν. (2005), βρήκαν ότι οι αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση των Ιταλών γιατρών καθώς και η μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης. Στην Μεγάλη Βρετανία, σε δείγμα γιατρών και νοσηλευτών χειρουργείου του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι Sharma και συν. (2008), βρήκαν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σχετιζόταν αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Παρόμοια, σε έρευνα σε δείγμα γιατρών

στην Τουρκία .οι Ozyurt και συν.(2006), βρήκαν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σχετιζόταν αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και θετικά με τα προσωπικά επιτεύγματα.

Συνεπώς η πλειονότητα των ερευνών συγκλίνουν στο εύρημα ότι η επαγγελματική ικανοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζονται αρνητικά μεταξύ τους.(Κάντας,1998).

Παρόλα αυτά ,η ακριβής φύση της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική ικανοποίηση και την επαγγελματική εξουθένωση εξακολουθεί να αποτελεί ένα θέμα αμφιλεγόμενο. Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί τους εργαζόμενους στο να μην είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους, ή η μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης λειτουργεί ως πρόδρομος παράγοντας της επαγγελματικής εξουθένωσης ;

Στην έρευνα που ακολουθεί θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε αν οι εργαζόμενοι στα Τ.Ε.Π του νοσοκομείου Κορίνθου είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους παρόλο τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά ή είναι εξουθενωμένοι και συναισθηματικά εξαντλημένοι ;

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:

Μεθοδολογία έρευνας-Παρουσίαση αποτελεσμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Μεθοδολογία Έρευνας

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται η παρουσίαση της μεθοδολογίας υλοποίησης της παρούσας έρευνας με σκοπό να καταγραφούν οι εμπειρίες και τα βιώματα των επαγγελματιών υγείας ,στο χώρο του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου Κορίνθου.

Ειδικότερα γίνεται προσπάθεια να περιγραφούν :

- ο σκοπός και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα
- τα ερευνητικά ερωτήματα
- η μεθοδολογία της έρευνας

3.1 Σκοπός και προσδοκώμενα αποτελέσματα

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει την επαγγελματική εξουθένωση και το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που εργάζεται σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο, στην συγκεκριμένη περίπτωση το νοσοκομείο Κορίνθου στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, και να προσδιορίσει τους παράγοντες που τις επηρεάζουν και τις διαμορφώνουν, καθώς επίσης να διερευνήσει την ψυχολογική σύνδεση των εργαζομένων με την εργασία και το περιβάλλον της.

Επίσης στόχος της έρευνας ήταν να εκτιμήσει το μέγεθος του εργασιακού στρες και της καθημερινής πίεσης που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και να καταγράψει τις προτάσεις των εργαζομένων για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την αναβάθμιση του επαγγέλματος τους και της λειτουργίας του νοσοκομείου Κορίνθου.

Σημαντικό είναι να διερευνηθούν οι επιμορφωτικές ανάγκες των επαγγελματιών υγείας καθώς επίσης είναι επιτακτική ανάγκη η παρέμβαση της πολιτείας ώστε να εξαλειφτούν οι λεγόμενες «επαγγελματικές ασθένειες» του εργασιακού άγχους, της χρόνιας κόπωσης και της ψυχολογικής εξουθένωσης.

Τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής, θα αποτελέσουν σημαντικό εργαλείο και πηγή πληροφόρησης για αρμοδίους φορείς, αλλά και αφορμή για περαιτέρω έρευνα, πιθανώς με περισσότερες ανιχνευτικές παραμέτρους.

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Η μελέτη της βιβλιογραφίας, όπως παρουσιάστηκε στο Πρώτο Μέρος οδήγησαν στη διατύπωση των εξής ερευνητικών ερωτημάτων :

-Κατά πόσο το εργασιακό στρες επηρεάζει την προσωπική και οικογενειακή ζωή των εργαζομένων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μελέτης;

- Οι εργαζόμενοι εκτίθενται σε τοξικούς παράγοντες φαρμακευτικών ουσιών και σε μολυσματικά βιολογικά υγρά διαρκώς στα Τ.Ε.Π, έχουν ληφθεί τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα ;

-Εάν τυχόν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας λόγω της διαρκούς ψυχικής και σωματικής καταπόνησης ;

-Πόσο τους επηρεάζει το κυκλικό ωράριο εργασίας ;

-Πως αντιμετωπίζουν το θάνατο, τι άμυνες έχουν αναπτύξει απέναντι στον πόνο και τη θλίψη του ασθενή ;

-Με ποιο τρόπο διαχειρίζονται τις συγκρούσεις στον εργασιακό τους χώρο ;

-Πόσο σημαντική θεωρούν την ομαδική εργασία ;

-Κατά πόσο αναγνωρίζουν και κατανοούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ;

-Ποιος είναι ο βαθμός επαγγελματικής τους ικανοποίησης από την επιλογή του επαγγέλματος τους ;

3.3 Μεθοδολογία έρευνας

3.3.1. Ποιοτική προσέγγιση της έρευνας

Για την συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε η ποιοτική προσέγγιση που βασίστηκε στις αρχές της ανάλυσης του περιεχομένου. Η ποιοτική προσέγγιση είναι η καταλληλότερη για τη μελέτη και διερεύνηση προσωπικών εμπειριών ,αξιών και στάσεων.

Η ποιοτική έρευνα έχει χαρακτηριστεί από τη Beuoliet (1985) ως συστηματική διερεύνηση, ενδιαφέρεται για την κατανόηση των ανθρώπινων υπάρξεων και τη φύση των συναλλαγών μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους.

Στις ανθρώπινες επιστήμες μια μεγάλη ποσότητα πληροφοριών μπορεί να συλλεχθεί, ρωτώντας άμεσα το δείγμα δηλαδή προτρέποντας τα άτομα να αναφέρουν τις εμπειρίες τους (Σαχίνη- Καρδάση, 1996).

Το ενδιαφέρον της ποιοτικής έρευνας για λεκτικές και εξελικτικές συμπεριφορές , αλλά και για μια εις βάθος μελέτη των καταστάσεων, αποτελούν στοιχεία που θα μας βοηθήσουν στο να εντάξουμε τις συμπεριφορές του δείγματος σε πραγματικές καταστάσεις (Zapf & Gross,2001,Standmark & Hallberg,2007).

Στη συγκεκριμένη περίπτωση καταγράφηκαν εμπειρίες και συναισθήματα μέσω των ατομικών συνεντεύξεων, προκειμένου να διερευνηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

Ειδικότερα, η ποιοτική προσέγγιση είχε την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, τα δεδομένα σε κάθε ερώτηση αναλύθηκαν ακολουθώντας της αρχές ανάλυσης περιεχομένου (μέθοδος αυτοαναφοράς).

3.3.2 Πληθυσμός –Δείγμα

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο Κορίνθου κατά το χρονικό διάστημα, Μάιο –Ιούνιο 2012. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσε το μόνιμο ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομείο, δηλαδή συνολικά 11 άτομα. Συγκεκριμένα, το δείγμα αποτελείται από γιατρούς 3, νοσηλευτές 3, τραυματιοφορείς 2, οδηγούς ασθενοφόρων (διασώστες) (ΕΚΑΒ) 2 και από κοινωνικούς λειτουργούς 1. Η επιλογή αυτών των ατόμων έγινε με τυχαία δειγματοληψία. Όλοι οι συνάδελφοι που συμμετείχαν, ήταν πρόθυμοι να βοηθήσουν την ερευνήτρια στην πραγματοποίηση αυτής της έρευνας.

3.3.3 Παρουσίαση του εργαλείου συλλογής δεδομένων

Ο οδηγός συνέντευξης βασίστηκε πάνω στα παρακάτω ερωτηματολόγια:

1. Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burn out Inventory), 1996 και

2. στο ερωτηματολόγιο του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας (ΚΕΠΕΚ Κεντρικής Ελλάδος 1999), και μιας επιστημονικής ομάδας Ειδικών Ιατρών Εργασίας που σκοπό έχει να διερευνήσει το επαγγελματικό στρες και την ικανοποίηση που προκύπτει από την εργασία .

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του εργαλείου των ατομικών συνεντεύξεων, το οποίο αποτέλεσε πηγή άντλησης στοιχείων στην ποιοτική αυτή έρευνα .

Οι ατομικές συνεντεύξεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ημιδομημένες, διάρκειας 20 λεπτών και περιελάμβαναν ερωτήσεις που αναφέρονταν:

- στο προφίλ του δείγματος
- σε ερωτήσεις που αφορούν το χώρο εργασίας και τις εργασιακές συνθήκες .
- ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση από την εργασία.

Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στο προφίλ του δείγματος εστιάζονται σε δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων όπως, φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τίτλου σπουδών, προϋπηρεσία, επίπεδο εκπαίδευσης και αποσκοπούν στο να συντεθεί το προφίλ του ερευνούμενου πληθυσμού.

Ακολουθούν οι ανοιχτού τύπου ερωτήσεις προκειμένου να καταγραφούν οι εμπειρίες όσων εργάζονται σε αυτό το τμήμα του νοσοκομείου, που είναι ιδιαίτερα κουραστικό και απαιτητικό. Να καταγραφούν οι όποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν, οι προβληματισμοί τους, καθώς επίσης και να εξεταστεί μια άλλη εξίσου παράμετρος που αποτελεί αντικείμενο έρευνας των επιστημών της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της διοίκησης, η επαγγελματική ικανοποίηση .

Η διεξαγωγή συνεντεύξεων προτιμήθηκε, καθώς αποτελεί ένα ελκυστικό μέσο συγκέντρωσης στοιχείων .Αποτελεί μέθοδο διπλής κατεύθυνσης που επιτρέπει στον ερευνητή να έρθει σε επαφή με τον πληροφοριοδότη, επιτρέποντας έτσι μια διερεύνηση πιο βαθιά από εκείνη που θα μπορούσε να επιτευχτεί μέσω ενός ερωτηματολογίου (Faulkner et al,1999).

Επιλέχτηκε ημιδομημένη συνέντευξη, καθώς προσφέρει περισσότερη ελευθερία, ευελιξία, μεγαλύτερα περιθώρια για την οργάνωση, την έκταση, τη διατύπωση, τη μορφή και το είδος των ερωτήσεων για ένα σύνθετο θέμα όπως το διερευνώμενο (Φίλιας κ.α..2005).

Στη διάρκεια των συνεντεύξεων χρειάστηκαν να γίνουν διευκρινιστικές ερωτήσεις προκειμένου να αναλυθεί το περιεχόμενο κάποιων ερωτήσεων.

3.3.4. Διαδικασία διεξαγωγής της συνέντευξης

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν όλες στον χώρο του νοσοκομείου, στο γραφείο της προϊσταμένης των Τ.Ε.Π, μετά από έγκριση της Διεύθυνσης του Νοσοκομείου.

Πριν ξεκινήσουν οι συνεντεύξεις, συζητήθηκαν οι επιπλέον απορίες τους. Ζητήθηκε άδεια από τα υποκείμενα της συνέντευξης για τη διεξαγωγή και την ηχογράφηση. Ενημερώθηκαν για το αντικείμενο και τη διαδικασία της έρευνας και αφού συμφώνησαν υπέγραψαν μια **φόρμα συναίνεσης**, που η ερευνήτρια είχε ετοιμάσει για τη διασφάλιση ανωνυμίας και εχεμύθειας.

Η χρήση του μαγνητοφώνου συνέβαλε στην ποιότητα της καταγραφής των απαντήσεων. Στο τέλος της συνέντευξης εκφράζονταν ευχαριστίες για τη συμμετοχή και τη συνεργασία.

3.3.5 Οι άξονες των συνεντεύξεων

Οι άξονες των συνεντεύξεων βασίζονται στα ερευνητικά ερωτήματα.

Αναφέρονται :

- Ικανοποίηση από τις εργασιακές τους σχέσεις
- Εργασιακό στρες και επιπτώσεις στην προσωπική και οικογενειακή ζωή.
- Προβλήματα υγείας λόγω της διαρκούς ψυχικής και σωματικής καταπόνησης.
- Αναγνώριση και κατανόηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης.

3.3.6 Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων

Στην ανάλυση δεδομένων που ακολουθεί, επιδιώχθηκε να αποτυπωθούν οι εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου Κορίνθου.

Μέσα από τις αφηγήσεις τους γίνεται προσπάθεια να καταγράφουν οι προβληματισμοί, τα συναισθήματα, οι πεποιθήσεις τους για το εργασιακό στρες, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και να καταγραφεί ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης από την επιλογή του επαγγέλματος τους.

Στις ημιδομημένες συνεντεύξεις τόσο ο ερευνητής όσο και τα άτομα που συμμετέχουν πολλές φορές παρεκκλίνουν από την προετοιμασμένη σειρά των θεμάτων καθώς προχωρεί η συζήτηση, εισάγοντας σκέψεις ή παρατηρήσεις που έχουν σχέση με προσωπικές απόψεις.

Έγιναν πολλές και διαδοχικές και προσεκτικές αναγνώσεις των κειμένων που προέρχονταν από τις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις.

Η ανάλυση δεδομένων βασίστηκε στη μεθοδολογία της ερμηνευτικής φαινομενολογικής ανάλυσης των Billeter-Koronen, S. and Freden, L (2005) και Ekstedt, M and Faberberg, I (2005), έρευνες που χρησιμοποιούν ποιοτική μέθοδο συλλογής δεδομένων για διερεύνηση επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας.

Η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση έχει ως στόχο τη λεπτομερή διερεύνηση της αντίληψης των συμμετεχόντων για τον κόσμο και τον εντοπισμό της οπτικής των υποκειμένων.

Η ανάλυση των δεδομένων στηρίζεται στους άξονες της συνέντευξης με σκοπό τη διερεύνηση τους και την απάντηση των κυριότερων ερωτημάτων της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με το πώς βιώνουν, το επάγγελμα τους, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Νοσοκομείου Κορίνθου , όπως αυτά προέκυψαν από τις συνεντεύξεις που παραχώρησαν στην ερευνήτρια. Τα αρχικά των ονομάτων που αναφέρονται στην ανάλυση είναι ψευδώνυμα .Το πλήρες απομαγνητοφωνημένο κείμενο των συνεντεύξεων, βρίσκονται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ(σελ.115).

4.1 Δημογραφικά στοιχεία συνεντευξιζόμενων

Πίνακας Συμμετεχόντων (5 γυναίκες και 6 άνδρες)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΚΠΑΙΔ	ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΟΙΚ.ΚΑΤΑΣΤ	ΠΑΙΔΙΑ
γιατρός Κ.Β	άρρεν	60	ΠΕ	30 ΕΤΗ	διαζευγμένος	2
γιατρός Π.Ζ	άρρεν	39	ΠΕ,ΜSc	10 ΕΤΗ	έγγαμος	0
γιατρός Τ.Γ	άρρεν	42	ΠΕ ,ΜSc	10 ΕΤΗ	άγαμος	0
νοσηλ/τρια Δ.Τ	θήλυ	39	ΤΕ ,ΜSc	14 ΕΤΗ	έγγαμος	1
νοσηλ/τρια Π.Ρ	θήλυ	37	ΤΕ,ΜSc	12 ΕΤΗ	έγγαμος	1
βοηθ.νοσηλ Κ.Λ	άρρεν	42	ΕΠΑΛ	3 ΕΤΗ	άγαμος	0
τραυμ/ρreas Π.Β	άρρεν	50	ΥΕ	25 ΕΤΗ	διαζευγμένος	1
τραυμ/ρreas Τ.Α	θήλυ	36	ΔΕ	3ΕΤΗ	έγγαμος	3
διασώστης Κ.Δ	άρρεν	43	ΔΕ	12ΕΤΗ	έγγαμος	2
διασώστης Χ.Τ	θήλυ	37	ΔΕ	8ΕΤΗ	έγγαμος	3
κοιν.λειτ Π.Α	θήλυ	40	ΤΕ	14ΕΤΗ	άγαμος	0

Στην έρευνα συμμετέχουν 3 γιατροί (Π.Ε επίπεδο εκπαίδευσης), άρρενες , οι ηλικίες τους είναι 39, 42 και 60 ετών. Ο ένας από αυτούς είναι παντρεμένος, χωρίς παιδιά, ο δεύτερος είναι ανύπαντρος και ο τρίτος διαζευγμένος με δυο παιδιά. Η μόνιμη κατοικία των επιμελητών είναι στην Αθήνα.

Οι δυο πρώτοι είναι επιμελητές με 10 χρόνια υπηρεσίας στο δημόσιο και ο τελευταίος ο οποίος είναι μεγαλύτερος ηλικιακά είναι διευθυντής με 30 χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο.

Οι επιμελητές στελεχώνουν κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία και ο διευθυντής εργάζεται στο χώρο του νοσοκομείου αποκλειστικά .

Όταν εφημερεύουν οι επιμελητές έχουν την ευθύνη του τμήματος των επειγόντων περιστατικών, συντονίζουν τα περιστατικά, καθοδηγούν τους ειδικευόμενους όλων των ειδικοτήτων και δίνουν λύση σε όποιο πρόβλημα παρουσιαστεί στο χώρο των Τ.Ε.Π.

Συμμετέχουν σε σεμινάρια, σε ημερίδες ενημερώνονται διαρκώς για τις εξελίξεις στο χώρο της υγείας και οι επιμελητές φοιτούν σε μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών που αφορά την ειδικότητα τους.

Οι νοσηλεύτριες-ες που συμμετέχουν στην έρευνα είναι 3. Οι 2 από αυτές είναι γυναίκες, ηλικίας 37 και 39 ετών, παντρεμένες, μητέρες ενός ανήλικου τέκνου.

Χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα έχουν 12 και 14 αντίστοιχα ,απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (Τ.Ε) και κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Η νοσηλεύτρια με τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας έχει εργαστεί και στη Μ.Ε.Θ (μονάδα εντατικής θεραπείας) για 6 χρόνια .

Επίσης συμμετέχουν σε σεμινάρια εκπαιδευτικά και σε ημερίδες όποτε τους επιτραπεί από την υπηρεσία τους και θέλουν συνεχώς να ενημερώνονται για νοσηλευτικά και ιατρικά θέματα

Ο τρίτος είναι άνδρας ετών 42, με προϋπηρεσία 3 χρόνων, ανύπανδρος και είναι απόφοιτος επαγγελματικού λυκείου (ΕΠΑΛ) με ειδικότητα βοηθού νοσηλευτή (Δ.Ε). Θα ήθελε να παρακολουθεί σεμινάρια και ημερίδες και να ενημερώνεται για νοσηλευτικά και ιατρικά θέματα. Η μόνιμη κατοικία του είναι στην Πάτρα.

Στην έρευνα συμμετέχουν 2 τραυματιοφορείς, ο ένας είναι άνδρας 50 ετών με 25 χρόνια υπηρεσίας στο δημόσιο, υποχρεωτικής εκπαίδευσης (Υ.Ε), διαζευγμένος, πατέρας ενός ενήλικου τέκνου και ο άλλος είναι γυναίκα 36 ετών, με 2 χρόνια

υπηρεσίας στο δημόσιο, παντρεμένη, τελειόφοιτος λυκείου (Δ.Ε) και μητέρα 3 ανηλίκων τέκνων. Η μόνιμη κατοικία της είναι στην Πάτρα.

Οι οδηγοί ασθενοφόρων-διασστες (ΕΚΑΒ) που συμμετέχουν στην έρευνα είναι 2. Ο ένας άνδρας 43 ετών ,παντρεμένος(η σύζυγος του επίσης εργάζεται σαν οδηγός ασθενοφόρου στο ΕΚΑΒ) πατέρας δυο ανήλικων παιδιών ,απόφοιτος λυκείου (Δ.Ε) και εργάζεται 15 χρόνια στο δημόσιο και ο άλλος οδηγός είναι γυναίκα 37 ετών ,παντρεμένη, μητέρα 3 ανήλικων τέκνων, απόφοιτος λυκείου (Δ.Ε) εργάζεται 8 χρόνια στο δημόσιο.

Διαρκώς παρακολουθούν σεμινάρια καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και πρώτων βοηθειών που γίνονται στο ΕΚΑΒ.

Τέλος η κοινωνική λειτουργός που συμμετείχε στην έρευνα είναι 40 ετών, ανύπανδρη απόφοιτος τεχνολογικής εκπαίδευσης (Τ.Ε) και έχει και πτυχίο νοσηλευτικής και εξειδίκευση στο τομέα της αιμοδοσίας. Χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα 14, από αυτά έχει εργαστεί τα 8 σαν νοσηλεύτρια αιμοδοσίας.

Η μόνιμη κατοικία της είναι στην Αθήνα. Συμμετέχει σε σεμινάρια και ημερίδες που αφορούν την εργασία της.

4.2 Ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων

Η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων βασίστηκαν στους πέντε βασικούς άξονες των συνεντεύξεων.

Στην *πρώτη ενότητα* γίνεται προσπάθεια να καταγραφούν τα **συναισθήματα** των επαγγελματιών υγείας, **οι συμπεριφορές** τους, οι σχέσεις τους με τους ασθενείς, τους συνοδούς και τους συναδέλφους τους, ο τρόπος που επιλύουν τα προβλήματα στο χώρο της δουλειάς τους και γενικότερα εάν νιώθουν ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι από τον εργασιακό τους χώρο.

Στη *δεύτερη ενότητα* περιγράφονται τα τυχόν εμπόδια και οι **δυσκολίες** που αντιμετωπίζουν με τις **συνθήκες εργασίας** τους, όπως έλλειψη πόρων, οι χαμηλές απολαβές, η λεκτική βία, κατά πόσο τους επηρεάζει στην επαγγελματική ζωή και κατ' επέκταση και στην προσωπική τους ζωή.

Στην *τρίτη ενότητα* γίνεται αναφορά στα τυχόν προβλήματα που παρουσιάζονται λόγω της διαρκούς **σωματικής** καταπόνησης όπως της πολύωρης ορθοστασίας, κυκλικό ωράριο, θόρυβος και της **ψυχικής καταπόνησης** όπως η καθημερινή επαφή με τον θάνατο.

Στην *τέταρτη ενότητα* γίνεται αναφορά εάν μπορούν να **αναγνωρίσουν** και να κατανοήσουν το σύνδρομο της **επαγγελματικής εξουθένωσης** και τρόπους αντιμετώπισης του.

Και τέλος στην *πέμπτη ενότητα* γίνεται προσπάθεια να καταγραφεί πόσο ευχαριστημένοι ή απογοητευμένοι είναι από την εργασία τους και σε πιο βαθμό ‘’ η αναγνώριση της προσφοράς τους ‘’ επηρεάζει την **επαγγελματική τους ικανοποίηση** .

Α.«ικανοποίηση από τις εργασιακές σχέσεις »

Αρχικά ρωτήθηκαν οι επαγγελματίες υγείας πόσο *ικανοποιημένοι είναι από τις εργασιακές σχέσεις τους* .

Οι γιατροί από τις απαντήσεις τους βλέπουμε ότι θεωρούν πολύ ευχάριστο να δουλεύουν με ασθενείς αλλά και συγχρόνως κουραστικό, το θεωρούν αναπόσπαστο κομμάτι της δουλειάς τους και τελείως φυσιολογικό. Είναι” *μέρος κοινωνικής επαφής* ‘

Όπως απάντησε ο γιατρός επιμελητής Π.Ζ, ετών 39 και συνεχίζει:

«Εξαρτάται από τον ασθενή και το συνοδό ,είναι κουραστικό και ευχάριστο. Το άσχημο είναι, οι πολλοί ασθενείς με διαφορετικές προσωπικότητες και χαρακτήρες που πρέπει να κατέβεις στο επίπεδο τους. Γενικά είναι κάτι το φυσιολογικό και που το θέλω. Είμαι ευπροσάρμοστος.»

Ενώ ο διευθυντής γιατρός Κ.Β, ετών 60, ο οποίος εργάζεται στο νοσοκομείο περίπου 30 χρόνια, κάνει αναφορά στον βαθμό επικινδυνότητας των περιστατικών, που κάποια πρέπει να προηγούνται έναντι άλλων και στους βιαστικούς συνοδούς των ασθενών των οποίων η συμπεριφορά με τα χρόνια ,γίνεται πιο αναιδής και απαράδεκτη ,χαρακτηριστικά αναφέρει:

«Υπάρχει ποικιλία περιστατικών στα ΤΕΠ καθώς επίσης και βαθμός επικινδυνότητας περιστατικό , από πολύ απλά ως περιστατικά που κινδυνεύει η ζωή του ασθενή. Η παιδεία των Ελλήνων μερικές φορές είναι ανύπαρκτη, όλοι έχουν δικαιώματα αλλά κανείς δεν έχει υποχρεώσεις. Αρκεί να εξυπηρετηθούν πρώτοι ...»

Οι νοσηλεύτριες –ες συμφωνούν με τους γιατρούς ,το θεωρούν πολύ ευχάριστο να εργάζονται με ασθενείς και με συγγενείς το θεωρούν επίσης κουραστικό και επίπονο όταν έχουν να αντιμετωπίσουν απαιτητικούς ασθενείς ,χαρακτηριστικά αναφέρουν:

*«Μερικοί ασθενείς και συνοδοί είναι απαιτητικοί, το καταλαβαίνω ότι πονούν, ανησυχούν για την ασθένεια τους, έχουν άγχοςΣτην αρχή με ενοχλούσε περισσότερο ,τόρα πια το έχω συνηθίσει».*Νοσηλεύτρια Π.Ρ , ετών 37

Ο νοσηλευτής Κ.Λ, ετών 42 αναφέρει και αυτός ότι είναι κουραστικό να εργάζεται με ασθενείς κάθε μέρα αλλά, δείχνει πραγματικά ευχαριστημένος λέγοντας *«νιώθω πραγματικά ευτυχισμένος βοηθώντας συναθρώπους μου και δη αρρώστους»* .

Οι διασώστες επίσης το θεωρούν κουραστικό αλλά και συγχρόνως ευχάριστο να εργάζονται με ασθενείς αλλά συνήθως έχουν περισσότερο άγχος σε σχέση με τους

υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, όταν έχουν κλήση για βοήθεια. Ο οδηγός ασθενοφόρου(διασώστης) Κ.Δ , ετών 43 απάντησε:

«Είναι η δουλειά μου ,κουράζομαι από τις υπερβολικές απαιτήσεις κάποιων συνοδών αλλά πλέον το έχω συνηθίσει .Αγχώνομαι μόνο για τον άρρωστο » .

Οι τραυματιοφορείς απάντησαν ότι κουράζονται όταν υπάρχει υπερβολικός φόρτος εργασίας αλλά δεν τους ενοχλεί ιδιαίτερα όταν υπάρχουν απαιτητικοί ασθενείς .

Ο τραυματιοφορέας Π.Β, ετών 50 απάντησε:«*Όταν υπάρχει φόρτος εργασίας κουράζομαι περισσότερο σε ψυχολογικό επίπεδο παρά σε σωματικό. Η φασαρία των συγγενών είναι τις περισσότερες φορές αδικαιολόγητη*».

Ενώ **η κοινωνική λειτουργός** αναφέρει ότι *δεν κουράζεται ιδιαίτερα με τους ασθενείς όπως οι νοσηλευτές αλλά πάντοτε φροντίζει να δίνει λύσεις στα όποια προβλήματα τους.*

Στη δεύτερη ερώτηση αν επηρεάζουν κατά κάποιο τρόπο τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά τους απάντησαν:

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι επηρεάζουν θετικά μέσα από τη δουλειά τους ,τους ασθενείς που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Διαφορετικά ο καθένας, ανάλογα με την ειδικότητα του και το αντικείμενο της δουλειάς του αλλά όλοι δουλεύουν για τον ίδιο σκοπό «την φροντίδα και την ανακούφιση του πάσχοντος»

Οι **γιατροί** θεωρούν ότι επηρεάζουν απόλυτα τη ζωή των ασθενών τους πάντοτε θετικά και πάνω από όλα φροντίζουν για την μελλοντική τους υγεία και ευεξία.

Ο επιμελητής ιατρός Π.Ζ, ετών 39, αναφέρει «*Σαν γενικός ιατρός λειτουργώ ολιστικά, δεν εξετάζω μεμονωμένα την υπέρταση ή το έμφραγμα μόνο, αλλά φροντίζω να βελτιώσω την υγεία του μελλοντικά ».*

Οι **νοσηλεύτριες –ες**, από την πλευρά τους θεωρούν ότι προσεγγίζουν τους ασθενείς πάντοτε θετικά, γιατί όπως αναφέρουν, *με τους νοσηλευτές έρχονται πρώτα σε επαφή και έχουν περισσότερο θάρρος να πουν τα προβλήματα τους ,νοσηλευτής Κ.Λ,ετων42.*

Ενώ η νοσηλεύτρια Π.Ρ, ετών 37 απαντά : *‘Επηρεάζω θετικά τους ασθενείς , γιατί φροντίζω να τους προσεγγίζω ευχάριστα, με ένα καλό λόγο, ένα χαμόγελο και να τους βοηθήσω ώστε να εξυπηρετηθούν καλύτερα στο χώρο του νοσοκομείου’*.

Το ίδιο υποστηρίζει και η κοινωνική λειτουργός Π.Α , ετών 40‘Πιστεύω ότι τους επηρεάζω θετικά με το να τους διευκολύνω σε πρακτικά ζητήματα ,όπως βγάζοντας τους

βιβλιάριο υγείας, κάποιο πιστοποιητικό.....και κατά κάποιο τρόπο τους κινητοποιώ να πάρουν τη ζωή στα χέρια τους''

Στην ερώτηση εάν νιώθουν λιγότερο ευαίσθητοι-ες, προς τους ανθρώπους από τότε που αρχίσατε αυτή τη δουλειά απάντησαν όλοι θετικά. Αναγκάστηκαν να γίνουν πιο απρόσωποι και κυνικοί μερικές φορές για να μπορούν να διαφυλάττουν τις προσωπικές τους ισορροπίες.

Η σχέση με τους ασθενείς φαίνεται ότι είναι λειτουργική, οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν ισορροπημένα τόσο τις γνωστικές όσο και τις συναισθηματικές λειτουργίες τους. Η ισορροπημένη χρήση λογικής και συναισθήματος τους βοηθά να είναι την ίδια στιγμή παρών και συνδεδεμένοι με τον ασθενή αλλά και σε απόσταση από αυτόν, ευκολότερα γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση), (Mackintosh,2007).

Ένας σημαντικός παράγοντας που προκαλεί άγχος ιδιαίτερα σε γιατρούς και νοσηλευτές είναι ο βαθμός ψυχολογικής υποστήριξης που παρέχουν προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο **γιατρός επιμελητής**, ετών 39, «*Κάποιος που εργάζεται στα Τ.Ε.Π ,κάθε μέρα που περνά «χάνει μια αίσθηση ανθρωπιάς » δεν μπορεί να βλέπει τροχαίο, θάνατο και να μην επηρεάζεται αρνητικά . Από την άλλη όμως βλέπει και περιστατικά που αναρρώνουν και φεύγουν χαμογελώντας, όλο αυτό επιδρά θετικά πάνω μου».*

Στις **νοσηλεύτριες** –ες, παρατηρούμε συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση αλλά όπως αναφέρει και η νοσηλεύτρια Π.Ρ, ετών 37, «*Σε ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους ή είναι νεκροί τους αντιμετωπίζω σαν αντικείμεναίσως είναι οι μηχανισμοί άμυνας που έχω αποκτήσει όλα αυτά τα χρόνια».*

Το άγχος και το στρες του θανάτου που βιώνουν οι νοσηλευτές αποτυπώνεται χαρακτηριστικά στην παρακάτω απάντηση, «*Το βλέπω σαν δουλειά αλλά ο ανθρώπινος πόνος δεν μπορεί να σε αφήσει ασυγκίνητο όσο και να το προσπαθείςυπάρχουν περιστατικά που τα κουβαλώ ακόμα μέσα μου. Όταν αναγκάζεσαι να δώσεις τιμαλή νεκρού παιδιού στη μητέρα του.....εκείνη τη στιγμή δεν υπάρχουν λόγια.....».*

Νοσηλεύτρια Δ.Τ, ετών 39

Τα ίδια συναισθήματα βιώνουν και οι υπόλοιποι επαγγελματίες **οι τραυματιοφορείς** απάντησαν : η γυναίκα τραυματιοφορέας Τ.Α, ετών 36, δεν μπορεί να διαχειριστεί το

θάνατο, δείχνει μεγαλύτερη ευαισθησία σαν μητέρα και γιατί είναι καινούργια στο επάγγελμα, «Επειδή είμαι καινούργια στο επάγγελμα, μόνο 2 χρόνια ,επηρεάζομαι πολλές φορές και στενοχωριέμαι ,ειδικά όταν μεταφέρω μικρά παιδιά στον νεκροθάλαμο.....σκέπτομαι τα δικά μου».

Ενώ ο άνδρας τραυματιοφορέας Π.Β, ετών 50 δείχνει περισσότερο κυνισμό και αποπροσωποποίηση «*Τώρα πια ελάχιστα νιώθω ευαίσθητος, ίσως σε κάποιο θανατηφόρο με νέους ανθρώπους ή μικρά παιδιά*».

Συναισθήματα ανάμικτα για τη **διασώστης** Χ.Τ, ετών 37,μητερα τριών παιδιών «*Κάθε φορά που έχουμε κλήση για τροχαίο αναλογίζομαι πόσο βαρύ περιστατικό είναι τι θα αντικρύσωβέβαια με τα χρόνια έχω αποκτήσει άμυνες, αλλά όταν αντικρίζω μικρά παιδιά σε θανατηφόρο τροχαίολυγίζω ».*

Β .Εργασιακό στρες και επιπτώσεις στην προσωπική και οικογενειακή ζωή

Στην ερώτηση οι επαγγελματίες υγείας τι είναι αυτό που τους προκαλεί στρες στην εργασία τους και πως ισορροπούν την προσωπική και οικογενειακή ζωή απάντησαν ότι ο ελεύθερος χρόνος είναι απαραίτητος για την αντιμετώπιση της εργασιακής κόπωσης και του άγχους.

Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη αποτύπωσαν την ανάγκη να αφιερώνουν τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο στην οικογένεια τους αλλά και σε προσωπικές ενασχολήσεις.

Ωστόσο υπογραμμίζεται ότι το κυκλικό ωράριο και η εργασία κατά τη διάρκεια των αργιών αποτελούν τροχοπέδη στην ικανοποιητική διαχείριση του ελεύθερου χρόνου των επαγγελματιών υγείας.

Επίσης αξιοσημείωτο είναι ότι όλοι οι επαγγελματίες εξέφρασαν τη δυσαρέσκεια τους για τη μείωση του μισθού τους. Οι οικονομικές περικοπές επηρεάζουν τον αριθμό των εργαζομένων στα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα τις ελλείψεις προσωπικού ιατρικού ,νοσηλευτικού και παραϊατρικού, και κατά συνέπεια ο φόρτος εργασίας να είναι υψηλός.

Στην παρούσα μελέτη το κυκλικό ωράριο, ο εργασιακός φόρτος και οι χαμηλές απολαβές είναι παράγοντες που προκαλούν επίσης δυσαρέσκεια στους επαγγελματίες υγείας .

Ο **γιατρός** επιμελητής Π.Ζ ,ετών 39,αναφέρεται στη μείωση του μισθού του ,που επηρεάζει τη ζωή του γιατί μένει Αθήνα και αναγκάζεται να πηγαиноέρχεται στην Κόρινθο, που αυτό από μόνο του είναι στρεσογόνο και αναγκάζεται να κάνει πολλές εφημερίες, *«Άκρως απαραίτητο, δεν μπορώ να μεταφέρω τα προβλήματα των ασθενών σπίτι μου και το αντίθετοεπηρεάζεται αλλά ο καθένας θα πρέπει να βρίσκει τρόπο να τα αποβάλλει. Εκείνο που έχει επηρεάσει είναι η μείωση μισθού 50% περίπου, πηγαиноέρχομαι Αθήνα, κάνω μαζεμένες εφημερίεςφτάνεις σε μια κατάσταση να πεις όσο με πληρώνουν τόσο θα δουλεύωαλλά όταν έχεις να κάνεις με ανθρώπινες ζωές δεν μπορείς να το πεις, τώρα πια δεν δείχνεις παραπάνω ζήλο».*

Ενώ οι **νοσηλεύτριες** –ες απάντησαν ότι είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ισορροπία στην οικογενειακή και προσωπική ζωή και ότι η μείωση μισθού ,τους έχει επηρεάσει πολύ αρνητικά.

Νοσηλεύτρια Π.Ρ ,ετών 37*«Η οικογενειακή και η προσωπική ζωή σίγουρα επηρεάζει τη δουλειά μου και η δουλειά μου αντίστροφα. Τώρα μάλιστα που έχουμε υποστεί μειώσεις μισθών, τα νυχτερινά και οι υπερωρίες δεν έχουν πληρωθεί ,το κυκλικό ωράριο σε αποσυντονίζειο κόσμος έρχεται στα ΤΕΠ πιεσμένος λόγω της οικονομικής κρίσηςΠαρόλα αυτά προσπαθώ να είμαι ήρεμη σπίτι μου για την οικογένεια μου ,αφιερώνω πολύ χρόνο στο παιδί μου».*

Ενώ η νοσηλεύτρια Δ.Τ, ετών 39, απάντησε *«Η δουλειά είναι δουλειά και η οικογένεια είναι οικογένεια ,τα προβλήματα της δουλειάς πρέπει να μένουν εκεί ,όταν φεύγω από τη δουλειά κάνω «delete».*Έχω επηρεαστεί από τις μειώσεις των μισθών και τις θεωρώ πάρα πολύ άδικες(είμαστε οι πιο κακοπληρωμένοι) .Όμως παρόλα αυτά προσπαθώ να είμαι αισιόδοξη και να περνά καλά με την οικογένεια μου και τους φίλους μου».

Και ο νοσηλευτής Κ.Λ, ετών 42 περιγράφει πολύ γλαφυρά ότι αναγκάστηκε να ζει με τους δικούς του σε αυτήν την ηλικία ,λόγω τις μειώσεις που υπέστη στον μισθό του .
“Το μεγαλύτερο πρόβλημα μου είναι η μείωση μισθού που έχω υποστεί , αναγκάστηκα

να μετακομίσω στο πατρικό μου στην Πάτρα ...καταλαβαίνεις πόσο δύσκολο μου είναι να πηγαινοέρχομαι αλλά και να ζω με τους δικούς μου σε αυτή την ηλικία... ».

Και στους υπόλοιπους επαγγελματίες φαίνεται ότι η μείωση μισθού ,τους έχει επηρεάσει άμεσα και όλοι εκφράζουν τη δυσαρέσκεια τους και μάλιστα πολύ περισσότερο από το κυκλικό ωράριο. Το κυκλικό ωράριο εργασίας δεν αφήνει στους επαγγελματίες υγείας πολλά περιθώρια για ομαλή οικογενειακή και κοινωνική ζωή.

Ο εργαζόμενος που δουλεύει κυκλικό ωράριο ,δεν μπορεί να προγραμματίσει με βεβαιότητα μια οικογενειακή ή κοινωνική εκδήλωση ,γιατί υπάρχει πάντα το ενδεχόμενο να κληθεί να αντικαταστήσει έναν συνάδελφο της απογευματινής ή της νυχτερινής βάρδιας που ασθένησε ξαφνικά.

Είναι το πρόβλημα της εργασίας κατά τις Κυριακές και τις γιορτές Πάσχα, Χριστούγεννα που αναγκάζεται να λείπει από το σπίτι του και τα παιδιά του γιατί η υπηρεσία του τον κρατά κοντά στους αρρώστους ακόμα και αυτές τις ημέρες χαρακτηριστικό το παράδειγμα του **τραυματιοφορέα Π.Β**, ετών 50 «*Το κυκλικό ωράριο.....,ακόμα που αναγκάζομαι να δουλεύω στις αργίες μετά από τόσα χρόνια δουλειάς,οι εναλλαγές από απόγευμα πρωί είναι σκότωμα Προσπαθώ να περνάω πολλές ώρες με την οικογένεια και τους φίλους μου, για να αποφορτίζομαικαλλιεργώ τα χωράφια μου. Σίγουρα έχω επηρεαστεί από τη μείωση του μισθού, σπουδάζω παιδί στην Αγγλία».*

Ο διασώστης Κ.Δ. ετών 43,βιώνει πολύ έντονα το κυκλικό ωράριο και δεν μπορεί να χαρεί με την οικογένεια του μεγάλες εορτές ή ακόμα και την καθημερινότητα του γιατί και η γυναίκα του εργάζεται στο ΕΚΑΒ, «*Δουλεύω κυκλικό ωράριο το ξέρειςμε τη γυναίκα μου που δουλεύει και αυτή στο ΕΚΑΒ ,δουλεύουμε αντίθετες βάρδιες, βρισκόμαστε στα ρεπό μας ,όποτε τυχαίνει να είναι μαζί και τρέχουμε για τα παιδιάΗ μείωση των μισθών μας, μας έχει πλήξει σίγουρακαι έχουμε και δάνειο για το σπίτι.*

Ενώ αντίθετα η **κοινωνική λειτουργός Π.Α** ,ετών 40, δεν φαίνεται να έχει επηρεαστεί τόσο πολύ από τις μειώσεις μισθών ,παρόλο που πηγαινοέρχεται Αθήνα – Κόρινθο, μένει με τους γονείς της, είναι ανύπανδρη και δεν εργάζεται κυκλικό ωράριο.

«*Θεωρώ ότι είναι σημαντικό ,η ψυχική υγεία είναι μια πολυπαραγοντική κατάσταση, χρειάζεται να τροφοδοτείται κάποιος συναισθηματικά από πρόσωπα οικογενειακού περιβάλλοντος και να ασχολείται με πολλές δραστηριότητες εκτός του οικογενειακού*

περιβάλλοντος, για να αποφορτίζεται συναισθηματικά από το χώρο της εργασίας του. Η μείωση μισθού με έχει επηρεάσει, όχι βέβαια όπως άλλους συναδέλφους, δεν έχω δάνεια, είμαι ανύπανδρη ,αλλά το πάνω κάτω Αθήνα είναι πρόβλημα.» .

Γ .Ποιά προβλήματα παρουσιάζονται συνήθως λόγω της διαρκούς σωματικής και ψυχικής καταπόνησης ;

Στην ερώτηση οι επαγγελματίες υγείας για τον τρόπο πως διαχειρίζονται τις συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο, εάν υπάρχει συναδελφικότητα ,(ηθική-σεξουαλική παρενόχληση) απάντησαν:

Σε ότι αφορά τις εργασιακές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με τους άλλους συναδέλφους, από την ανάλυση των απαντήσεων πρόεκυψε «η καλή εργασιακή σχέση». Σε γενικές γραμμές παρατηρήθηκε να υπάρχει μια θετική τάση σε ότι αφορά τις εργασιακές σχέσεις και συνεργασία.

Οι νοσηλεύτριες δήλωσαν ιδιαίτερα ευχαριστημένες από τις σχέσεις και με τους συναδέλφους τους αλλά και με τις προϊστάμενες οι όποιες είναι αρωγοί σε κάθε πρόβλημα τους και τους ικανοποιούν στο πρόγραμμα.«Δεν διαπληκτίζομαι ,προσπαθώ να κρατώ τη ψυχραιμία μου αλλά τώρα με την οικονομική κρίση και την αισθητή μείωση του μισθού υπάρχει καθημερινά μια ένταση .Υπάρχει πολύ καλή συνεργασία με τους συναδέλφους μου και ότι πρόβλημα υπάρχει στο πρόγραμμα, το συζητώ με την προϊσταμένη και τους συναδέλφους μου. », Νοσηλεύτρια Π.Ρ, ετών 37.

Ενώ οι **γιατροί** απάντησαν :γιατρός επιμελητής Π.Ζ,ετων,39 «Με τους προϊστάμενους μου κανένα πρόβλημα ούτε και με το νοσηλευτικό προσωπικό , σίγουρα υπάρχουν «ομόβαθμοι σε διαφορετικές ταχύτητες ».

Νιώθω απογοήτευση για την έλλειψη υποδομών ,που δεν είναι άρτια στελεχωμένο , εφημερεύω στο νοσοκομείο και υπάρχει έλλειψη π.χ από παιδίατρο, επιφορτίζομαι.....αντιμετωπίζω τα νεύρα των συγγενών και των ασθενών και ο διευθυντής Κ.Β, ετών 60 απάντησε:«Υπάρχουν προστριβές στον εργασιακό χώρο, προσπαθώ να τις λύνω με διάλογο όπου αυτό επιτρέπεται».

Ενώ η **κοινωνική λειτουργός** Π.Α, ετών 40, αναφέρει προβλήματα επικοινωνίας με τους ανώτερους της « Δυσλειτουργία επικοινωνίας με τους προϊστάμενους ,όσες

φορές προσπάθησα να επισημάνω το πρόβλημα με διάλογο, να λυθούν τα όποια προβλήματα, συνάντησα μια άρνηση από τον επικεφαλής, να εμμένει και να αμύνεται σε ότι του πρότεινα».

Αντίθετα οι **διασώστες** δεν αναφέρουν κάποιο πρόβλημα με του συναδέλφους τους και τον προϊστάμενο.

«Υπάρχει πολύ καλή συνεργασία με όλους τους συναδέλφους και μπορούμε να καταλάβουμε απόλυτα ο ένας τον άλλον γιατί όλοι κάνουμε κυκλικό ωράριο και ξέρουμε πόσο δύσκολο είναι. Διασώστης Χ.Τ, ετών 37

Παράγοντες όπως οι συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων και τα έτη εργασίας των επαγγελματιών υγείας επίσης συσχετίζονται με τη συχνότητα των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, με τις γυναίκες να εκδηλώνουν περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα σε σχέση με τους άνδρες.

Οι **νοσηλεύτριες** φαίνεται ότι βιώνουν πολύ πιο έντονα την εκμετάλλευση σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα από προϊστάμενες στα πρώτα χρόνια της εργασίας τους ,χαρακτηριστικά απάντησαν:

«Όταν είσαι νέος περνάς πολύ πιο δύσκολα, σε εκμεταλλεύονται στο ωράριο στις άδειες ,δεν υπήρχε συνεννόηση με τους προϊστάμενους . Σε βάζουν στο περιθώριο όταν είσαι νέος ,ενώ μπορείς να προσφέρεις σε αντιμετωπίζουν σαν άχρηστο και ανίκανο . Ευτυχώς τώρα με τους νέους προϊστάμενους είναι πολύ καλύτερα τα πράγματα , η νέα γενιά είναι πολύ καλύτερη. Μεγάλο πρόβλημα είναι έλλειψη προσωπικού και τώρα τελευταία και η έλλειψη υλικού ». Νοσηλεύτρια Δ.Τ ,ετών 39

Παρατηρείται ότι και στον ιατρικό χώρο, **γιατρός** είχε υποστεί εκμετάλλευση και αναφέρει και σεξουαλική παρενόχληση στα πρώτα χρόνια της καριέρας του *«Έχω υποστεί σεξουαλική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο πολλές φορές κατά το παρελθόν. Όταν ήμουν νέος γιατρός είχα βιώσει πολύ έντονα το φαινόμενο του εκφοβισμού »*γιατρός διευθυντής Κ.Β, ετών 60.

Ενώ η **κοινωνική λειτουργός** Π.Α, ετών 40, αναφέρει ότι και αυτή είχε υποστεί κατά το παρελθόν σεξουαλική και ηθική παρενόχληση και επισημαίνει ότι στον ιδιωτικό τομέα το φαινόμενο είναι πιο έντονο. *«Σεξουαλική παρενόχληση έχω υποστεί παλαιότερα και κατά εξακολούθηση. Συνήθως το mobbing υπάρχει στον ιδιωτικό τομέα ,στο δημόσιο επειδή οι θέσεις είναι πάγιες δεν συμβαίνει τόσο συχνά.*

Η ανάλυση δεδομένων ανέδειξε επίσης μια πληθώρα σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων που συνδέονται με την επαγγελματική κόπωση και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ανάμεσα στα προβλήματα υγείας που αναφέρθηκαν ήταν το άγχος, οι σεξουαλικές διαταραχές, οι πόνοι στη μέση και στα πόδια, κεφαλαλγίες, υπέρταση ,αϋπνίες .

Οι **γιατροί** βιώνουν έντονο εργασιακό στρες, πρέπει οι διαγνώσεις τους να είναι απολυτά σωστές, στο χώρο των ΤΕΠ δεν έχουν δικαίωμα λάθους, πολλές φορές σωματοποιούν το άγχος τους. *‘Όταν στρεσάρομαι καπνίζω παρά πολύ, πίνω πολλούς καφέδες όταν εφημερεύω, με αποτέλεσμα να υποφέρω από έντονες επιγαστραλγίες».*

Γιατρός επιμελητής Π.Ζ , ετών 39

‘Σίγουρα μετά από τόσα χρόνια δουλειάς στα ΤΕΠ, υποφέρω από κεφαλαλγίες, πόνους στη μέση και τώρα τελευταία έχω αυξημένη αρτηριακή πίεση».

Γιατρός διευθυντής Κ.Β ,ετών 60

Οι **νοσηλεύτριες** –ες στο χώρο του ΤΕΠ ,αγχώνονται γιατί πρέπει να δράσουν άμεσα, είναι όλο το δωρο τους όρθιες-οι, και ο φόρτος εργασίας πολλές φορές είναι μεγάλος .

‘Εννοείτε ότι έχω πρόβλημα με τη μέση μου και οι πολλές ώρες ορθοστασία σε καταπονούν. Υπάρχει έλλειψη προσωπικού και μεγάλος φόρτος εργασίας ,ο κόσμος δεν έχει χρήματα να πάει σε ιδιώτες και το μεγάλο πρόβλημα είναι οι αλλοδαποί και οι αθίγγανοι. Είμαστε οι πρώτοι που αντιμετωπίζουμε τον ασθενή και μέχρι να γίνουν οι πρώτες εξετάσεις ,εμείς παίρνουμε αίμα ,ούρα μέχρι να δούμε από τι πάσχει, αντιμετωπίζεται σαν μολυσματικός, παλιότερα είχα τρυπηθεί από βελόνα χρησιμοποιημένη και είχα πανικοβληθεί ‘νοσηλεύτρια Π.Ρ ,ετών 37

«Εμείς οι νοσηλεύτές υποφέρουμε από πόνους στη μέση και στα πόδια ,φλεβίτιδα . Δούλευα στη ΜΕΘ για 8 χρόνια η σωματική καταπόνηση είναι πιο έντονη αλλά στα ΤΕΠ πιο έντονη είναι η ψυχική καταπόνηση .

Όλοι οι ασθενείς που έρχονται στα ΤΕΠ ,δεν ξέρουμε τι μπορεί να έχουν από ασθένειες, τους αντιμετωπίζουμε σαν μολυσματικούς, έχω τρυπηθεί από χρησιμοποιημένη βελόνα, το στρες που βίωσα δεν περιγράφεται...

Πολλές φορές δεχόμαστε λεκτικές επιθέσεις στο χώρο των ΤΕΠ, συνήθως υβριστικές», νοσηλεύτρια Δ.Τ, ετών 39

Έντονο στρες βιώνουν και **οι τραυματιοφορείς** αναφέρει η τραυματιοφορέας Τ.Α, ετών 36,μητερα τριών παιδιών“ *Οι σεξουαλικές διαταραχές είναι πολύ συχνές διότι το στρες της δουλειάς, μου προκαλεί κόπωση ,αϋπνία και υπερένταση .Ιδιαίτερα όταν το ωράριο είναι απόγευμα και μετά πρωί ,είναι δύσκολο να κοιμηθείς αλλά και να έρθεις το πρωί να αποδώσεις στη δουλειά . Τον τελευταίο καιρό κοιμάμαι στο νοσοκομείο, γιατί μένω Πάτρα ,εννοείται ότι τα έξοδα είναι πάρα πολλάεντυχώς τα παιδιά σίτι τα έχει αναλάβει η μητέρα μου.*

Εργάζομαι τα δυο τελευταία στο νοσοκομείο Κορίνθου ,είμαι νέα υπάλληλος ο χώρος είναι ανδροκρατούμενος και πολλές φορές δεν με βοηθούν στη μεταφορά βαρύ ασθενή και γενικά με«χώνουν» στη δουλειά.....προσπαθώ να προστατευτώ».

Το ίδιο έντονο στρες βιώνει και **η διασώστης Χ.Τ**, ετών 37, μητέρα τριών παιδιών, *«Έχω πολύ άγχος με αποτέλεσμα να υποφέρω από αϋπνίες και πονοκεφάλους, αντιμετωπίζω προβλήματα με το στομάχι μου και προβλήματα δυσκοιλιότητας. Με το σύντροφο μου πολλές φορές δεν έχω διάθεση ερωτική.....επηρεάζομαι από τα περιστατικά που ίσως αντιμετωπίσω στην βάρδια μου.....».*

Αξίζει να επισημανθεί ότι αρκετοί από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι είχαν υποστεί εκφοβισμό και είχαν παρενοχληθεί σεξουαλικά κατά το παρελθόν.

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων φαίνεται ότι το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό αντιμετωπίζει συνθήκες υψηλού στρες σε καθημερινή βάση . Η έλλειψη νοσηλευτικού –ιατρικού προσωπικού αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα σε ότι αφορά την ενίσχυση του στρες στο χώρο εργασίας.

Η έλλειψη αυτή έχει οδηγήσει σε εξουθενωτικά κυκλικά ωράρια ,περισσότερες εφημερίες για τους γιατρούς, έλλειψη ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης και αισθήματα αρνητικά προς τη διοίκηση.

Οι ψυχοσωματικές παθήσεις είναι πολύ συχνές σε άτομα που βρίσκονται κάτω από συνθήκες πίεσης στον επαγγελματικό χώρο , παθήσεις που εντοπίζονται πολύ συχνά και στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών οι ψυχοσωματικές παθήσεις απόλυτο σημείο διάγνωσης και πιστοποίησης της ύπαρξης του συνδρόμου «επαγγελματικής εξουθένωσης» (Wahlstedt K.,1994).

Στην ερώτηση αν πιστεύουν ότι υπάρχουν ευκαιρίες για περαιτέρω εξέλιξη καθώς και για περαιτέρω εκπαίδευση , εκτός από τους γιατρούς, όλοι οι άλλοι επαγγελματίες απάντησαν αρνητικά .

Οι **γιατροί** απάντησαν ότι είναι πιο εύκολο για αυτούς να κάνουν σεμινάρια, ημερίδες ή να παρακολουθήσουν ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα ή μια εξειδίκευση σε όποιον τομέα τους ενδιαφέρει.

«Υπάρχει δυνατότητα να κάνω μετεκπαίδευση στη διαβητολογία, στη γαστρεντερολογία, θα μείνει όμως πίσω το «περιφερειακό ιατρείο», δεν θα μπορούσα να ανταποκριθώ στο διάβασμα λόγω φόρτου εργασίας.» Γιατρός επιμελητής Π.Ζ, ετών 39

Αντίθετα οι **νοσηλευτές** απάντησαν ότι είναι δύσκολο για αυτούς, τα συνέδρια είναι πολύ ακριβά λόγω των μειωμένων αποδοχών τους και τα προγράμματα μέσω ΕΣΠΑ είναι πια πολύ δυσεύρετα. *«Δε νομίζω ότι υπάρχουν, έχουν κοπεί εκπαιδευτικές άδειες, τα συνέδρια πρέπει να τα πληρώνουμε και λόγω της οικονομικής κρίσης είναι δύσκολο να τα παρακολουθούμε, εξάλλου στο χώρο της εργασίας δεν γίνονται εκπαιδευτικά μαθήματα.»* Νοσηλεύτρια Π.Ρ, ετών 37

«Ελάχιστες ευκαιρίες, για ποιο λόγο συμβαίνει αυτό; Έλλειψη οργάνωσης από τον ανώτατο φορέα το Υπουργείο Υγείας; Αδράνεια του μικρότερου φορέα στον οποίο υπηρετώ να εφαρμόσει προγράμματα εκπαίδευσης για τους εργαζόμενους συν την οικονομική κρίση που δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν.» Νοσηλεύτρια Δ.Τ, ετών 39.

Τέλος στην ερώτηση για ποια είναι η στάση σας σε ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση απάντησαν:

Η ραγδαία είσοδος μεταναστών στη χώρα μας δε θα μπορούσε να μην έχει αντίκτυπο, μεταξύ των άλλων και στον τομέα της υγείας.

Το νοσοκομείο Κορίνθου καθημερινά στα ΤΕΠ εξυπηρετεί μεγάλο όγκο ρομά αθίγγανων οι οποίοι κατοικούν στην ευρύτερη περιοχή και μεταναστών από το στρατόπεδο Κορίνθου.

Όσο αφορά τις στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το φαινόμενο της μετανάστευσης φαίνεται ότι το προσωπικό εκφράζεται αρνητικά κυρίως σε θέματα που αφορούν την πρόσβαση των αλλοδαπών στο ΕΣΥ, θεωρώντας ότι εκμεταλλεύονται το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας. Όσον αφορά την επαφή τους με τους ασθενείς η πλειοψηφία του προσωπικού πιστεύει ότι η ολοκληρωμένη φροντίδα επιτυγχάνεται με σεβασμό στο διαφορετικό πολιτισμικό και θρησκευτικό υπόβαθρο.

Ο **γιατροί** πιστεύουν στην ισότητα και στην πρόσβαση όλων , στις υπηρεσίες υγείας αλλά με προϋποθέσεις , «Όλα τα περιστατικά « πρέπει» να τα αντιμετωπίσω ,δεν είναι θέμα τι πιστεύω» .γιατρός επιμελητής Π.Ζ ,ετών 39

Ενώ αντίστοιχα ο γιατρός επιμελητής Τ.Γ ,ετών 42 αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Στη θεωρία λέγεται πως όλοι οι ασθενείς που επισκέπτονται τα δημόσια νοσοκομεία ανεξάρτητου φύλου ,ηλικίας ή πολιτισμικής ταυτότητας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται το ίδιο. Ωστόσο αυτό στην πράξη δεν εφαρμόζεται., όχι όμως εξαιτίας της λάθους προσέγγισης του προσωπικού ,το οποίο προσπαθεί να είναι ακέραιο τις περισσότερες φορές όσο περισσότερο εξαιτίας των ίδιων των αλλοδαπών.

Ως επί το πλείστον η πλειοψηφία εκ των αλλοδαπών είναι χαμηλού ,κοινωνικού και εκπαιδευτικού επιπέδου. Δεν έχουν καθόλου τρόπους, είναι απαιτητικοί, ειρωνικοί και πολλές φορές άκρως επιθετικοί και επικίνδυνοι. Με αποτέλεσμα να προκαλούν το ίδιο το προσωπικό και να αποτελούν στοιχία επικίνδυνα».

Οι **νοσηλευτές**, οι οποίοι είναι αυτοί που έρχονται πρώτοι σε επαφή μαζί τους, θεωρούν ότι άνετοι στην παροχή φροντίδας και δείχνουν σεβασμό στον αλλοδαπό που σέβεται και αυτός το σύστημα υγείας που απευθύνεται.

«Οι κανόνες δεοντολογίας που διέπουν το επάγγελμα που ακολουθώ συνηγορούν στο γεγονός πως πρέπει να ακολουθώ σε ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση ίδια στάση με τους ασθενείς που έχουν την ίδια καταγωγή με μένα. Δυστυχώς δεν συμβαίνει πάντα .

Οι περισσότεροι αλλοδαποί προσέρχονται στο χώρο του νοσοκομείου προκατειλημμένοι ότι θα αντιμετωπιστούν ρατσιστικά, γεγονός που τους ωθεί σε βίαιη και υβριστική συμπεριφορά προς γιατρούς και νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό με θυμώνει και πολλές φορές ωθεί και εμένα σε συμπεριφορές που δεν αρμόζει στην ηθική και στις αρχές μου». Νοσηλεύτρια Δ.Τ, ετών 39

Ενώ παρατηρούμε στους **τραυματιοφορείς** ότι εκφράζονται αρνητικά στο θέμα των αλλοδαπών, θεωρούν ότι εκμεταλλεύονται το σύστημα υγείας.

«Μεγάλη μάλιστα οι αλλοδαποί ,υπάρχουν ημέρες που εξυπηρετούμε περισσότερο αλλοδαπούς παρά Έλληνες. Για αυτούς οι εξετάσεις είναι τελείως δωρεάν, άδικο για τους Έλληνες ασφαλισμένους.». Τραυματιοφορέας Π.Β ,ετών 50

Ενδεχομένως τα παραπάνω αποτελέσματα να δείχνουν τη καλή διάθεση εκ μέρους του προσωπικού να προσαρμόσει την εξέταση και την φροντίδα με βάση το

πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενή προσδοκώντας όμως και από τον αλλοδαπό ασθενή αντίστοιχη προσπάθεια να προσαρμοστεί στα δεδομένα του ελληνικού συστήματος υγείας όταν χρειαστεί.

Είναι ενθαρρυντικό ότι το προσωπικό εκφράζει άνεση στην φροντίδα των αλλοδαπών ασθενών και αναγνωρίζεται η σημασία του σεβασμού στις παραδόσεις και τα θρησκευτικά πιστεύω των ασθενών. Το προσωπικό φαίνεται δηλαδή να έχει τη διάθεση να προσφέρει πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα, εφόσον όμως υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις.

Ίσως είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να λαμβάνουν εκπαίδευση πάνω στη διαπολιτισμική φροντίδα και την πολιτισμική διαφορετικότητα των λαών.

Δ. «Αναγνώριση και κατανόηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης»

Η κατανόηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων και την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης συμπεριλαμβάνει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών, ψυχικών αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα (Maslash,1982).

Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα αποτύπωσαν σε γενικές γραμμές με σωστό τρόπο τις επιπτώσεις και τον ορισμό του συνδρόμου.

Από την έρευνα φαίνεται ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και εμπειρία να παρουσιάζουν υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με τους νεώτερους επαγγελματίες υγείας.

Από την έρευνα των Jenkins και Elliot,2004, πρόεκυψε ότι η υποστήριξη από τους συναδέλφους φαίνεται να προστατεύει από την εκδήλωση στάσης αποπροσωποποίησης, όχι όμως από την συναισθηματική εξάντληση.

Σημαντικό εύρημα της έρευνας αποτελεί το ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας συμφώνησαν, ότι οι σημαντικότεροι εργασιακοί παράγοντες που προκαλούν στρες

και οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι η έλλειψη πόρων, ο φόρτος εργασίας και η μείωση των αποδοχών τους.

Οι **γιατροί** αναγνωρίζουν και κατανοούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, στον μεγαλύτερο σε ηλικία γιατρό παρατηρούμε επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό στρες ,χαρακτηριστικά αναφέρει «*Ο φόρτος εργασίας όλα αυτά τα χρόνια ήταν έντονος και με την έλλειψη ειδικευομένων, ειδικά στα ΤΕΠ ,το στρες που βίωνα για να σώσω ανθρώπινες ζωές ήταν μεγάλοτα τελευταία χρόνια υποφέρω από ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα.*».

Γιατρός διευθυντής, Κ.Β ,ετών 60

Και ο γιατρός επιμελητής ,Π.Ζ ,ετών 39,αναφέρει έντονα την έλλειψη προσωπικού και τον υπερβολικό φόρτο εργασίας που ενδεχομένως μπορεί να οδηγήσει σε λάθος διάγνωση «*Το σημαντικότερο από όλα είναι , ο υπερβολικός φόρτος εργασίαςσίγουρα οδηγεί σε λάθη καισε επαγγελματική εξουθένωση . Το ποσοστά των ασθενών που βλέπουμε σε ημέρες εφημερίας είναι πάρα πολλά .Δεν είναι δυνατόν να εφημερεύω χωρίς την κάλυψη παιδίατρου ή χειρουργού*

Και οι **νοσηλευτές** κατανοούν και αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, ήδη η νοσηλεύτρια Π.Ρ, ετών 37,εχει κουραστεί να εργάζεται στο ΤΕΠ «*Ναι το γνωρίζω τον όρο και τον κατανοώ ,το βιώνω κιόλας ,ήδη έχω ζητήσει αλλαγή τμήματοςδεν μπορώ να εργάζομαι με τόσο πολύ κόσμο και θόρυβο πια.....*

Συμφωνεί και η συνάδελφος της λέγοντας , «*είναι όταν φτάνουμε στα όρια μας και τίποτα πια δεν μας ικανοποιεί στην εργασία μας. Και ιδιαίτερα τώρα με τις μειώσεις των αποδοχών μας*».νοσηλεύτρια Δ.Τ ,ετών 39.

Οι **τραυματιοφορείς**, Π.Β. ετών 50,γνωρίζει τον όρο της επαγγελματικής εξουθένωσης ,νιώθει ιδιαίτερα κουρασμένος μετά από πολλά χρόνια εργασίας απαντά:

«*Είναι υπερβολική η εξάντληση του ατόμου μετά από πολλά χρόνια υπηρεσίας , το άτομο νιώθει εξαντλημένο και άδειο ψυχικά .Εάν είχα οικονομική ευχέρεια ίσως να σταματούσα τη δουλειά*».ενώ η γυναίκα τραυματιοφορέας Τ.Α, ετών 36, μητέρα τριών παιδιών δεν είναι ιδιαίτερα συναισθηματικά εξαντλημένη εν σχέση με τον άνδρα.

«Γνωρίζω τον όρο της επαγγελματικής εξουθένωσης και τα συμπτώματα, προς το παρόν είμαι ικανοποιημένη που έχω δουλειά, αλλά το ότι μένω σε άλλη πόλη από αυτή που εργάζομαι μου προκαλεί πρόσθετο άγχος».

Οι **διασώστες** και η **κοινωνική λειτουργός** δεν παρουσιάζουν τόσο έντονα συμπτώματα εξάντλησης και εξουθένωσης.

E. Βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης

Όταν ρωτήθηκαν οι επαγγελματίες υγείας κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι που εργάζονται σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο, ανεξάρτητα από τις συνθήκες εργασίας τους απάντησαν :

Όλοι **οι γιατροί** απάντησαν ότι είναι ιδιαίτερα ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους. Και συνήθως ήταν η πρώτη επιλογή επαγγέλματος .Επίσης είναι γνωστό στην ελληνική κοινωνία, ότι το επάγγελμα του γιατρού τυγχάνει αποδοχής και εκτίμησης

«Είμαι πολύ ευχαριστημένος ,ήταν επιλογή μου να σπουδάσω ιατρική. Θεραπεύω συνανθρώπους μου άσχετα με την πολιτισμική τους προέλευση. Είμαι δυσαρεστημένος από την πολιτεία που δεν παρέχει πόρους ώστε να αναβαθμιστεί το νοσοκομείο Κορίνθου». «Είμαι αρκετά ικανοποιημένος από την επιλογή του επαγγέλματος μου.

Το νοσοκομείο Κορίνθου έχει κακό όνομα όχι γιατί δεν έχει καλούς γιατρούς, αλλά επειδή δεν είναι κατάλληλα επανδρωμένο». Γιατρός επιμελητής, Π.Ζ ,ετών 39

Αντίθετα οι **νοσηλεύτριες** δηλώνουν ότι δεν επαληθεύτηκαν οι προσδοκίες τους και ότι δεν υπάρχει αναγνώριση της προσφοράς τους, σε πολλές από αυτές το να σπουδάσουν νοσηλευτική δεν αποτελούσε η πρώτη επιλογή τους.

«Είμαι ικανοποιημένη από την εργασία μου ,ήταν επιλογή μου να ακολουθήσω το επάγγελμα της νοσηλεύτριας ,όλα αυτά τα χρόνια παρά τις χαμηλές απολαβές και το φόρτο εργασίας ,έχω βιώσειδυνατές και ευχάριστες εμπειρίες εκείνο που με στενοχωρεί είναι η μη αναγνώριση της προσφοράς μου σαν νοσηλεύτρια .».

Νοσηλεύτρια Δ.Τ ,ετών 39

*«'Αν μπορούσα να διαλέξω επάγγελμα τώρα σίγουρα δεν θα γινόμουν νοσηλεύτρια.....δεν ήταν η πρώτη επιλογή μουδυστυχώς δεν επαληθεύτηκαν οι προσδοκίες μου».*Νοσηλεύτρια Π.Ρ ,ετών 37 .

Οι **τραυματιοφορείς** και οι **διασώστες** αισθάνονται αρκετά ευχαριστημένοι από την επιλογή του επαγγέλματος τους χαρακτηριστικά αναφέρουν:

«Λόγω του ότι είχα ανάγκη να εργαστώ ,βρίσκομαι στο χώρο του νοσοκομείου, νιώθω ικανοποίηση βοηθώντας συνανθρώπους μου. Βέβαια ότι μειώθηκαν οι απολαβές μου με στενοχωρεί....». Τραυματιοφορέας Τ.Α ,ετών 36

«Με τη δουλειά κανένα πρόβλημα ,με τις μειώσεις μισθών ανησυχώ ». Διασώστης , Κ.Δ ,ετών 43

Ενδιαφέρουσα είναι η άποψη της κοινωνικής λειτουργού ,η οποία εργαζόταν ως πτυχιούχος νοσηλεύτρια , προτίμησε να πάρει δεύτερο πτυχίο για να απαλλαγεί από τις βάρδιες. *«Επειδή δεν μπορούσα να εργάζομαι σα νοσηλεύτρια δεν άντεχα τις βάρδιες, αποφάσισα να σπουδάσω και κοινωνική λειτουργός ,σταθερό ωράριο και λιγότερο ψυχοφθόρο επάγγελμα ».* Κοινωνική λειτουργός Π.Α ,ετών 40.

Οι νοσηλευτές εμφανίζουν μέτρια επαγγελματική ικανοποίηση ενώ οι υπόλοιπες ομάδες επαγγελματιών υγείας εμφανίζονται αρκετά ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Το γεγονός αυτό ενοχοποιείται για τις αποχωρήσεις και την επαγγελματική κινητικότητα των νοσηλευτριών –ων, οι οποίοι είτε εξ ολοκλήρου εγκαταλείπουν το νοσηλευτικό επάγγελμα, είτε αναζητούν αλλαγή τμήματος και εργασιακού περιβάλλοντος (Sibbald,2003).

Στην ερώτηση αν εισπράττουν εκτίμηση από το άμεσο περιβάλλον για το επάγγελμά τους , οι γιατροί απάντησαν , ότι είναι ιδιαίτερα ευχαριστημένοι ,εξάλλου μη ξεχνάμε ότι είναι ένα επάγγελμα που τυγχάνει κοινωνικής καταξίωσης από την ελληνική κοινωνία .

Οι γιατροί δηλώνουν ότι εισπράττουν την εκτίμηση των ασθενών και των συνοδών τους .

«Τυγχάνουμε γενικότερα εκτίμησης αλλά τώρα τελευταία βιώνουμε και την αχαριστία κάποιων ανθρώπωνίσως φταίει ότι ο κόσμος έχει επιφορτιστεί με πολλά προβλήματα ,λόγω της οικονομικής κρίσης ». Γιατρός επιμελητής, Τ.Γ ,ετών 42.

Οι υπόλοιποι επαγγελματίες απάντησαν ότι είναι ευχαριστημένοι. Αντίθετα **οι νοσηλευτές** δεν τυγχάνουν ιδιαίτερης εκτίμησης.

Χαρακτηριστικά αναφέρουν: *«Πολλές φορές μας μιλούν απαξιωτικά λέγοντας μαςσιγά μη σου πω εσένα τι έχω ,θα το πω στο γιατρό».* νοσηλεύτρια Π.Ρ ,ετών 37

«Παλαιότερα τα πράγματα ήταν καλύτερα, τώρα μας μιλάνε άσχημα λέγοντας μας ότι αυτοί μας πληρώνουν και εκείνοι που είναι ιδιαίτερα προσβλητικοί, είναι οι αλλοδαποί.....». νοσηλεύτρια Δ.Τ, ετών 39.

Αντίθετα **οι διασώστες και η κοινωνική λειτουργός**, αναφέρουν ότι είναι ιδιαίτερα ευχαριστημένοι από το επάγγελμα τους και γενικά ο κόσμος δεν τους μιλά άσχημα .

«Δεν ήταν επιλογή μου το επάγγελμα μου, απλώς προέκυψε..., αλλά συνήθως πάντα μας συμπεριφέρονται αρκετά καλά και οι συνοδοί και οι ασθενείς... ».

Οδηγός ασθενοφόρου Κ.Δ ,ετών 43

«Συνήθως δεν αντιμετωπίζω ιδιαίτερα προβλήματα με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους». Κοινωνική λειτουργός Π.Α ,ετών 40

Τέλος στην ερώτηση αν υπάρχουν τομείς που πρέπει να γίνουν επενδύσεις για τη βελτιστοποίηση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας ώστε να αυξηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο των ΤΕΠ του νοσοκομείου .

Οι γιατροί αναφέρθηκαν στην έλλειψη προσωπικού και ότι αναγκάζονται να κάνουν πολλές εφημερίες μέσα στον μήνα, στην επιτακτική ανάγκη για διαρκή επιμόρφωση και στην αναδιάρθρωση των χώρων του ΤΕΠ να γίνουν πιο λειτουργικοί.

«Άμεση πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το νοσοκομείο λειτουργεί οριακά ». Γιατρός διευθυντής Κ.Β, ,ετών 60

«Εξειδικευμένο προσωπικό , δυνατότητα για διαρκή επιμόρφωση ,αναδιάρθρωση των χώρων στα ΤΕΠ, άμεση πρόσληψη προσωπικού..... ». Γιατρός επιμελητής Τ.Γ, ετών 42.

Οι νοσηλεύτριες συμφωνούν με τους γιατρούς των ΤΕΠ για την αναδιάρθρωση των χώρων για να γίνουν πιο λειτουργικοί ,για την έλλειψη προσωπικού και προτείνουν την ύπαρξη κάποιου ειδικού ιατρού ώστε να αποφορτίζονται συναισθηματικά από καταστάσεις έντονου εργασιακού στρες . *«Κτηριακά δεν είναι ότι καλύτερο ,δεν υπάρχει ειδικός χώρος ανάληψης να αντιμετωπίζονται τα βαριά περιστατικά, δεν υπάρχει χώρος ολιγόλεπτης ξεκούρασης για το προσωπικόάμεση πρόσληψη προσωπικού, δυνατότητες επαγγελματικής επιμόρφωσης».* Νοσηλεύτρια Δ.Τ ,ετών 39.

«Θα ήθελα να υπάρχει κάποιος ειδικός να μας αποφορτίζει από το έντονο στρες της δουλειάς μας, θα ήθελα επίσης να ενημερώνομαι για την εξέλιξη της νοσηλευτικής σε επιστημονικό επίπεδο». Νοσηλεύτρια Κ.Λ ,ετών 42.

Οι τραυματιοφορείς επισημαίνουν ότι για είναι πιο αποτελεσματικοί και αποδοτικοί θα βοηθούσε η αύξηση των αποδοχών τους. *«Αύξηση οικονομικών απολαβών, η δουλειά μας δεν πληρώνεται»*. Τραυματιοφορέας Π.Β ,ετών 50.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συζήτηση- Συμπεράσματα –Προτάσεις

5.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά το προσωπικό που συμμετείχε στη έρευνα το μεγαλύτερο μέρος ήταν ηλικίας μεταξύ 36 -44 ετών, έγγαμοι -ες με παιδιά και μέσο όρο εργασίας τα 14 έτη. Από το σύνολο των ερωτηθέντων 2 άτομα ήταν διαζευγμένοι και 2 άτομα ήταν ανύπανδροι -ες.

Στο σύνολο 3 άτομα ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), 3 άτομα τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ) με 2 από αυτούς με μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών, 4 άτομα από το παραϊατρικό προσωπικό ήταν τελειόφοιτοι λυκείου (ΔΕ) και τέλος 1 άτομο μόνο υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ).

Σημειώνεται η μεγαλύτερη ηλικία, η περαιτέρω εκπαίδευση και η μακρόχρονη παραμονή στην εργασία ήταν παράγοντες που συντέλεσαν στην εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.

Τα νεότερα άτομα φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτό φαίνεται να οφείλεται στην περιορισμένη εργασιακή εμπειρία (Adali,2003).Και στην παρούσα έρευνα παρατηρείται ότι τα νεότερα άτομα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ,λόγω απειρίας σε θέματα διαχείρισης περιστατικών σε σχέση με παλαιότερους συναδέλφους τους.

Ως προς το φύλο τα δεδομένα είναι αντιφατικά ,φαίνεται ότι οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κυνισμού (Edwards, 2006) ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Adali,2003).

Παρατηρήθηκε στην έρευνα ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο εξουθενωμένες λόγω της οικογένειας τους ,του κυκλικού ωραρίου και του θανάτου που αντιμετωπίζουν καθημερινά στο Τ.Ε.Π. Μάλιστα, μια από τις νοσηλεύτριες έχει ζητήσει αλλαγή τμήματος. Ενώ οι άνδρες παρουσιάζονται πιο απρόσωποι και κυνικοί ,η σχέση με τους ασθενείς είναι πιο λειτουργική ,φαίνεται να έχουν εξοικειωθεί περισσότερο με το επάγγελμα τους και τα αρνητικά του.

Το υψηλό επίπεδο μόρφωσης φαίνεται επίσης να σχετίζεται με την εκδήλωση υψηλού επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης (Adali,3003). Αυτό ίσως να οφείλεται στο χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στις προσδοκίες των ατόμων και στις δυνατότητες που τους παρέχονται για να τις επιτύχουν (Καρανικόλα,2007).Συναισθηματική εξάντληση παρατηρείται ιδιαίτερα στις νοσηλεύτριες της παρούσας έρευνας ,οι οποίες είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου και δηλώνουν ότι δεν υπάρχει αναγνώριση της προσφοράς τους και πολλές από τις προσδοκίες τους δεν επαληθεύτηκαν. Επίσης όλοι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι είναι σημαντικό να βρίσκεται ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση για να μπορεί να προσφέρει το καλύτερο δυνατό .

Το ένα τρίτο των νοσηλευτών σε Αγγλία και Σκωτία και το ένα πέμπτο στις ΗΠΑ σχεδιάζουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα στον επόμενο χρόνο. Το ποσοστό αυτό αγγίζει το 50% στις ηλικίες κάτω των 30 ετών (Aiken,2001.)

Όσο αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές τους σχέσεις , δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι. Οι σχέσεις των νοσηλευτών και των ιατρών με τους ασθενείς εμφανίζονται σχεδόν καλές αφού θεωρούν ότι τον τελευταίο καιρό οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί ,έχουν υπερβολικές απαιτήσεις και κάνουν αναφορά στην έλλειψη παιδείας, συνοδών αλλά και ασθενών. Αντίθετα οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, δεν αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.

Η παρουσία των νοσηλευτών και των ιατρών δίπλα στον άρρωστο που πονάει και υποφέρει δημιουργεί έντονα συναισθήματα όπως αναστάτωση, φόβο, άγχος, ενοχές, αίσθημα ανεπάρκειας, όταν δεν καταφέρνουν να του προσφέρουν την κατάλληλη βοήθεια αλλά και ικανοποίηση και αίσθημα πληρότητας όταν τον βοηθούν και τον ανακουφίζουν (Selye,1982).

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι διπλός .Ασκούν επάγγελμα αλλά και λειτούργημα. Προκειμένου να επιτύχουν το διπλό σκοπό τους απαραίτητο είναι να αντιμετωπίζουν τον ασθενή ολιστικά ,δηλαδή σαν άνθρωπο που έχει σωματικές και ψυχικές ανάγκες και να του συμπαραστέκονται συναισθηματικά.

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί καλούνται να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα αυτά και να τα διαχειριστούν. Δηλώνουν στην παρούσα έρευνα ότι είναι πολύ σημαντικό να εκπαιδευτούν με παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων ή να υπάρξει ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης ακόμα και ένας γιατρός εργασίας θα ήταν πολύ χρήσιμος.

Πολλές φορές μπορεί να βιώνουν συναισθηματικό πόνο, να υποφέρουν για τον ασθενή και να νιώθουν ένταση (Seley,1982). Ένας σημαντικός παράγοντας που προκαλεί άγχος ιδιαίτερα σε γιατρούς και νοσηλευτές είναι ο βαθμός ψυχολογικής υποστήριξης που παρέχουν προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στο stress επειδή είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα, γιατί η οποιαδήποτε αμέλεια ή παράλειψη τους έχει σημαντικό αντίκτυπο στα εν λόγω άτομα.(Βάρβογλη, 2006).

Στην έρευνα παρατηρείται, ότι οι επαγγελματίες υγείας υιοθετούν ένα πιο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας αλλά και ότι αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση ανθρώπων και καταστάσεων που παλιότερα τους αναστάτωναν.

Σαν αποτέλεσμα ,παρά την πίεση από το εργασιακό πλαίσιο, αισθάνονται ικανοί να αναπτύξουν ικανοποιητικές θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς. Η σχέση με τους ασθενείς αλλάζει ως αποτέλεσμα εμπειρίας (Mackintosh,2007).

Ωστόσο αυτή η αλλαγή απαιτεί χρόνο και επεξεργασία της εμπειρίας. Ακόμη και όταν δεν συνειδητοποιούν την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, η πολύχρονη παρουσία στον εργασιακό χώρο τους οδηγεί να καταλάβουν κάποια στιγμή αβίαστα ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα. Γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, μπορούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους (Mackintosh,2007).

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας απάντησαν ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό να κρατούν ισορροπίες στην οικογενειακή και προσωπική τους ζωή και να μην αφήνουν τα προβλήματα της δουλειάς τους να τους επηρεάζουν .

Μελέτες δείχνουν ότι η συνεχή ένταση που χαρακτηρίζει το επάγγελμα των νοσηλευτριών επιδρά αρνητικά στην ικανότητα τους να λειτουργούν αποδοτικά, ιδιαίτερα με την πάροδο του χρόνου. Παράλληλα, την περίοδο αυτή (ηλικίες 36- 45 ετών) οι νοσηλεύτριες έχουν αυξημένες ευθύνες προς την οικογένεια τους, οι οποίες πιθανώς εντείνουν περισσότερο τα υφιστάμενα προβλήματα και ενισχύουν την επαγγελματική δυσαρέσκεια (McElroy,1982).

Στην έρευνα παρατηρείται επαγγελματική κόπωση η οποία είναι ένα καθημερινό πρόβλημα των επαγγελματιών υγείας που σίγουρα είναι ανασταλτικός παράγοντας στην παροχή της ολοκληρωμένης φροντίδας .Οι υπηρεσίες τους στερούνται την οικονομική ανταμοιβή δεδομένου των δύσκολων επαγγελματικών συνθηκών ,οι

επαγγελματίες υγείας αισθάνονται αμηχανία ,ματαιώση και απογοήτευση ,στοιχεία τα οποία συχνά οδηγούν σε βιολογική και συναισθηματική υπερκόπωση.

Αν η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται στο εργασιακό στρες, παρατηρείται αρνητική μετακύλιση στη ζωή στο σπίτι με τη μορφή μεγαλύτερης απόσυρσης από τα μέλη της οικογένειας (Maslach & Jackson,1982).

Στην παρούσα μελέτη οι παράγοντες συναδελφικότητα, εργασιακός φόρτος και ευκαιρίες εξέλιξης αναδεικνύονται ως η «αχίλλειος πτέρνα» ιδιαίτερα των νοσηλευτών, αλλά και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο. Εξίσου σημαντικοί παράγοντες είναι η υποστήριξη από τον προϊστάμενο και οι απολαβές.

Ιδιαίτερα ευάλωτος εμφανίζεται ο νοσηλευτής –ια, από όλους τους επαγγελματίες υγείας. Παράμετροι όπως το ωράριο (εξαντλητικές διπλοβάρδιες), η απουσία αναγνώρισης του έργου του νοσηλευτή (μισθολογική και ηθική) αλλά και οι συνθήκες στην οικογένεια αποτελούν μέρος του όλου προβλήματος. Η σύγκρουση οικογένειας – εργασίας επηρεάζει την ικανοποίηση από την εργασία.

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί οι οποίοι κατοικούν Αθήνα ή Πάτρα αναφέρουν ότι το κόστος μετακίνησης τους είναι πολύ μεγάλο και αναγκάζονται να δουλεύουν διπλές βάρδιες (πχ. Απόγευμα –πρωί και νύκτα και να παραμένουν στο νοσοκομείο).

Επίσης μελέτες που ανέλυσαν τις επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου στην υγεία των επαγγελματιών υγείας ,έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των νυχτερινών βαρδιών και της επίδρασης στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των εργαζόμενων (Κορομπέλη,2006). Μια ακόμη μελέτη που διενεργήθηκε σε νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε διαφορετικές βάρδιες έδειξε ότι, τα άτομα του δείγματος σε σχέση με τις συναδέλφους τους που είχαν σταθερή βάρδια, παρουσίαζαν μεγαλύτερη τάση στην κατανάλωση αλκοόλ ,περισσότερα προβλήματα με τη σεξουαλική τους ζωή και χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης από την προσωπική τους ζωή(Cooper,C.,et al ,2001).

Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε στο Public Heart Briefs 1996, αναφέρετε ότι παρατηρήθηκε σε άτομα που υπόκεινται σε κυκλικό ωράριο εργασίας ήταν 53.6% πιο ευάλωτα σε λάθη όπως χορηγήσεις φαρμάκων, τρυπήματα από βελόνες αλλά και σε οδικά ατυχήματα καθώς οδηγούσαν από και προς την εργασία τους (Institute of medicine 2004). Η ασφάλεια του ασθενή τίθεται σε κίνδυνο όταν οι νοσηλευτές

εργάζονται πολλές και απρόβλεπτες ώρες, ειδικά όταν το τελευταίο ζύπνημα τους ξεπερνά τις 17 ώρες (Berger & Hobbs, 2006).

Η δυνατότητα παροχής ικανοποιητικής φροντίδας στον ασθενή και οι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Το έμμεσο περιβάλλον εργασίας, όπως αυτό εκφράζεται από την πολιτική του νοσοκομείου τις ηθικές και οικονομικές απολαβές και τις δυνατότητες προαγωγής θεωρείται βασικός παράγοντας ικανοποίησης για τους νοσηλευτές και είναι ακριβώς το σημείο εκείνο στο οποίο οι νοσηλευτές εμφανίζονται δυσαρεστημένοι (Bariball, 2005).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, έμφαση δίνεται στις υποδομές και στις συνθήκες εργασίας, ενώ ο φόρτος εργασίας απασχολεί ιδιαίτερα τους εργαζόμενους στις αναπτυγμένες χώρες όπως παρουσιάζεται και στην παρούσα έρευνα. Επίσης ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που συνδέεται με την εμφάνιση του στρες στον εργαζόμενο, είναι ο ρόλος του ίδιου του ατόμου μέσα στην εργασία του ή με άλλα λόγια, οι μορφές συμπεριφοράς που αναμένει η ίδια η οργάνωση να εκδηλώσει ο επαγγελματίας αναφορικά με τη θέση που κατέχει στο εργασιακό του περιβάλλον.

Αναφορικά με την ΠΦΥ (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), σημειώνεται ότι σε μια έρευνα που έγινε σε τρία ΚΥ (Κέντρα Υγείας), στην Ελλάδα σχεδόν το 90 % των εργαζομένων δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένοι από τη διοίκηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς. Αντίθετα οι εργαζόμενοι δεν αντλούν ικανοποίηση από τις απολαβές και το περιβάλλον εργασίας. (Γιαννούλη, 2009).

Το περιβάλλον εργασίας άμεσο και έμμεσο αποτελεί μείζον πρόβλημα για τους εργαζόμενους στην ΠΦΥ, όπως φαίνεται από έρευνες στις ΗΠΑ. (Shakir, 2008).

Όσον αφορά στη χώρα εργασίας, σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στη Νορβηγία βρέθηκε ότι η αυτονομία στην άσκηση καθηκόντων και η συναδελφικότητα, όπως και η εκτίμηση που χαίρει η εργασία τους είναι οι βασικοί παράγοντες που καθορίζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών και αναδεικνύονται σε παράγοντες με μεγαλύτερη βαρύτητα σε σχέση με τις μισθολογικές απολαβές (Hamilton & Hansen, 2007).

Σε μελέτη στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι το υψηλό εργασιακό stress και η πλημμελής συνεργασία ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, οδηγούσαν σε χαμηλή ικανοποίηση (Zangaro, 2007).

Στη Λιθουανία, ένα αναπτυσσόμενο κράτος, η ικανοποίηση των γιατρών κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα ,με ,κυρία αίτια δυσαρέσκειας να αναφέρονται η χαμηλή κοινωνική θέση και ο φόρτος εργασίας (Buciuniene,2005).

Η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση αφού σε έρευνα που έγινε σε δημόσιο νοσοκομείο βρέθηκε ότι το 51,1% του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού εκφράζει δυσαρέσκεια που οφείλεται κυρίως στις συνθήκες εργασίας και στη χαμηλή εκτίμηση που απολαμβάνει η προσφορά του (Ποζουκίδου,1995), ενώ σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι οι οικονομικές απολαβές θεωρούνται ως ένα από τα βασικά αίτια δυσαρέσκειας στους εργαζόμενους τεχνολογικής εκπαίδευσης (Μωυσάκη,2009).Και στην παρούσα έρευνα όλοι οι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν δυσαρεστημένοι και απογοητευμένοι για τη μείωση των αποδοχών τους.

Σε μια λειτουργική κουλτούρα εργασιακού πλαισίου , στην οποία κυριαρχούν η δικαιοσύνη και ο σεβασμός, ο εργαζόμενος αισθάνεται ασφάλεια και είναι παραγωγικός .Εξάλλου η μάθηση επιτυγχάνεται μέσω της υποστηρικτικής καθοδήγησης ενώ η μεγαλύτερη εμπειρία συντελεί στην άντληση ικανοποίησης από την εργασία σε μια συνεκτική ομάδα.

Μια άλλη πηγή στρες είναι ο συναγωνισμός και ο ανταγωνισμός στο χώρο της εργασίας .Οι υπερβολικές απαιτήσεις που επιβάλλουν στον εργαζόμενο και η τοποθέτηση του σε εργασία που δεν ανταποκρίνεται στις ικανότητες και επιδιώξεις του ,προκαλούν συχνά άγχος και πίεση που οδηγεί σε χρόνια ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα .

Όμως όταν το εργασιακό πλαίσιο είναι δυσλειτουργικό, καταπιεστικό, προσβλητικό και εκφοβιστικό η ενδοσυναδελφική επιθετικότητα και η μειωμένη συναδελφική αλληλεγγύη αποτελούν πηγές άγχους και εξουθένωσης (McKenna ,2003).

Χαρακτηριστικά στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS), κατά την διετία 2002-2003 αναφέρθηκαν 116.000 περιστατικά βίας, από τα οποία 38.000 καταγράφηκαν σε νοσοκομεία. Σημειώθηκε αύξηση από το προηγούμενο έτος, της τάξης του 13% με 7.700 περιστατικά να αφορούν σε παρενόχληση υγειονομικού προσωπικού (O'Connell,2007).

Ενώ μελέτη που διενήργησε το Βασιλικό Κολλέγιο Νοσηλευτών (Royal College of Nursing, RCN) στη Βρετανία, εντόπισε ότι ποσοστό 20% των νοσηλευτών είχαν υποστεί επίθεση, τουλάχιστον μια φορά, κατά τη διάρκεια του έτους. Ποσοστό 12%

δεχόταν επίθεση μια φορά την εβδομάδα, το 3% βίωνε παρενόχληση σε καθημερινή βάση, ενώ το 49 % των ερωτηθέντων είχαν παρενοχληθεί 2 έως 6 φορές το χρόνο (RCN,2000).

Οι επαγγελματίες υγείας την πάροδο του χρόνου αποκτούν ανθεκτικότητα στην επιθετικότητα που εκδηλώνεται μέσα στο αγχογόνο εργασιακό πλαίσιο και αποκτούν άμυνες που τους βοηθούν στην επίλυση των συγκρούσεων και την αυτοπροστασία.

Από την έρευνα που έγινε στους επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο μελέτης, φαίνεται ότι οι γιατροί έχουν θετικότερη στάση απέναντι στους μετανάστες. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι ιατροί δεν έρχονται σε μεγάλη επαφή με τους ασθενείς, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του ασθενή και είναι εκείνοι στους οποίους θα απευθυνθούν οι ασθενείς είτε για βοήθεια, είτε για πληροφόρηση, είτε και για έκφραση παραπόνων και θυμού.

Ως αποτέλεσμα της γενικότερης επαγγελματικής εξουθένωσης και του αισθήματος ματαιώσης, αλλά και λόγω του ότι έρχονται σε άμεση επαφή με τα προβλήματα των αλλοδαπών στα οποία ίσως να είναι ανήμποροι να δώσουν λύση, οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες δείχνουν να εκφράζουν αρνητικότερες απόψεις, χωρίς απαραίτητα να σημαίνει ότι είναι αποτέλεσμα ρατσιστικών τάσεων. Είναι προφανές ότι η μεγάλη σημασία της επαγγελματικής εξουθένωσης (E.E) των επαγγελματιών υγείας έγκειται στις επιπτώσεις της. Οι επιπτώσεις αφορούν τους γιατρούς, νοσηλευτές και παραϊατρικό προσωπικό, καθώς και τους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται..

Στους ίδιους τους εργαζόμενους η E.E είναι δυνατόν να προκαλέσει οργανικά συμπτώματα (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος,1992) που μπορεί να αφορούν σε μικροενοχλήσεις αλλά και σε σοβαρότερα προβλήματα υγείας, συναισθηματικές ενδείξεις, όπως αισθήματα αποθάρρυνσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης συμπτώματα σε επίπεδο συμπεριφοράς, (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος,1992), όπως ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς, αλλά και πιθανόν ψυχιατρικές διαταραχές, (Maslach και Leiter,2001), όπως άγχος και κατάθλιψη.

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν προκύψει από μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση της E.E γιατρών και νοσηλευτών με μερικούς από τους παρακάτω δείκτες (την

ικανοποίηση των ασθενών, τα ιατρικά σφάλματα, χρόνο νοσηλείας, θνησιμότητα) οι οποίοι αντανakλούν το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Συγκεκριμένα οι Shanafelt et al (2002), μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίου τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων ιατρών και τη γνώμη τους για τις πρακτικές τους σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Βρήκαν ότι από τους γιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη ποσοστό 76% πληρούσε τα κριτήρια της E.E (δηλαδή είχαν υψηλή βαθμολογία αποπροσωποποίησης ή συναισθηματικής εξάντλησης). Οι «εξουθενωμένοι γιατροί» ήταν πιθανότερο να αναφέρουν «μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των ασθενών», όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή, τουλάχιστον σε «μηνιαία» ή «εβδομαδιαία» βάση, σε σχέση με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της E.E.

Επίδραση της E.E των νοσηλευτών στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που τους παρέχεται βρέθηκε και σε μελέτη των Vahey et al (2004).

Στη συγκεκριμένη μελέτη η E.E των νοσηλευτών, όπως αυτή προσδιορίζεται με βάση την συναισθηματική εξάντληση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ήταν σημαντικός παράγοντας που επηρέαζε την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Ιδιαίτερα οι νοσηλευτές-τριες, που εργάζονται σε νοσοκομεία και δη στα T.E.Π καθώς επίσης και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας, προσπαθούν υπό την επήρεια σωματικής και ψυχικής κόπωσης, να διατηρήσουν υψηλά τα επίπεδα της επαγγελματικής τους απόδοσης, σε συνδυασμό με πλήθος στρεσογόνων παραγόντων και βιώνουν καθημερινά, υψηλά επίπεδα έντασης και στρες. (Beechman & Dumelow, 2000, Παπαντωνίου, 2007).

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η επαγγελματική εξουθένωση είναι μάλλον μια άμεση ανταπόκριση του ατόμου στον υπερβολικό φόρτο και στις απαιτήσεις της εργασίας (Happel, 2008). Ο φόρτος εργασίας και η πίεση χρόνου για διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων σχετίζονται ειδικότερα με τη συναισθηματική εξάντληση (Maslach, 2001).

Από την έρευνα των Jenkins και Elliot, 2004, προέκυψε ότι η υποστήριξη από τους συναδέλφους φαίνεται να προστατεύει από την εκδήλωση στάσης αποπροσωποποίησης, όχι όμως από την συναισθηματική εξάντληση.

Γενικά οι παράμετροι που μελετήθηκαν (βαθμίδα, επίπεδο εκπαίδευσης, ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακό περιβάλλον, συνθήκες εργασίας κ.λ.π) παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή όχι της επαγγελματικής εξουθένωσης, γεγονός που επηρεάζει άμεσα την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στον Έλληνα ασθενή (Γούλας και συν.,2004).

Επειδή οι γιατροί ως επί το πλείστον θεωρείται ότι είναι από τους εργαζόμενους που τυγχάνουν κοινωνικής καταξίωσης, που νιώθουν ότι προσφέρουν κάτι σημαντικό και επέλεξαν οι ίδιοι το χώρο της εργασίας τους, έχουν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με άλλους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας.

Φαίνεται λοιπόν ότι οι ατομικοί παράγοντες είναι δευτερεύουσας σημασίας, επηρεάζοντας μόνο τη χρονική στιγμή της εμφάνισης και την ένταση με την οποία ο εργαζόμενος βιώνει την κόπωση. Αντίθετα, οι συνθήκες εργασίας φαίνεται να είναι καθοριστικές στον προσδιορισμό του αν και κατά πόσο ο εργαζόμενος θα βιώσει επαγγελματική εξουθένωση ή θα αποδώσει στη δουλειά του.

Ο θεωρητικός E .Ντυρκέμ ήταν από τους πρώτους κοινωνικούς επιστήμονες που συσχέτισαν τη ψυχική υγεία του ατόμου με την ποιότητα της αλληλεγγύης μεταξύ των μελών της ομάδας, στην οποία ανήκει το άτομο (Porter,1998).

Είναι σημαντικό να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008), στην αύξηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας, αλλά και στη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

5.2 Συμπεράσματα –Ερευνητικά ερωτήματα

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων και παρά το σχετικό μικρό δείγμα, ως προς στους στόχους της παρούσας έρευνας συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

1. Παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη ηλικία, η περαιτέρω εκπαίδευση και η μακρόχρονη παραμονή στην εργασία ήταν παράγοντες που συντέλεσαν στην εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.
2. Τα νεότερα άτομα φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτό φαίνεται να οφείλεται στην περιορισμένη εργασιακή εμπειρία.
3. Ως προς το φύλο τα δεδομένα είναι αντιφατικά, φαίνεται ότι οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κινισμού, ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.
4. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι επηρεάζουν θετικά μέσα από τη δουλειά τους, τους ασθενείς που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.
5. Οι γιατροί ως επί το πλείστον θεωρείται ότι είναι από τους εργαζόμενους που τυγχάνουν κοινωνικής καταξίωσης, που νιώθουν ότι προσφέρουν κάτι σημαντικό και επέλεξαν οι ίδιοι το χώρο της εργασίας τους, έχουν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με άλλους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας.
6. Ενώ αντίθετα οι νοσηλευτές δεν επέλεξαν τη νοσηλευτική ως πρώτη επιλογή επαγγέλματος, η παραμονή τους στο επάγγελμα αιτιολογείται ως «έλλειψη επιλογής».
7. Ιδιαίτερα ευάλωτος εμφανίζεται ο νοσηλευτής –ια, από όλους τους επαγγελματίες υγείας. Παράμετροι όπως το ωράριο (εξαντλητικές διπλοβάρδιες), η απουσία αναγνώρισης του έργου του νοσηλευτή (μισθολογική και ηθική) αλλά και οι συνθήκες στην οικογένεια αποτελούν μέρος του όλου προβλήματος. Η σύγκρουση οικογένειας –εργασίας επηρεάζει την ικανοποίηση από την εργασία.
8. Οι επαγγελματίες υγείας την πάροδο του χρόνου αποκτούν ανθεκτικότητα στην επιθετικότητα που εκδηλώνεται μέσα στο αγχογόνο εργασιακό πλαίσιο και αποκτούν άμυνες που τους βοηθούν στην επίλυση των συγκρούσεων και την αυτοπροστασία.
9. Στην έρευνα βρέθηκε ότι οι οικονομικές απολαβές θεωρούνται ως ένα από τα βασικά αίτια δυσαρέσκειας στους επαγγελματίες υγείας .

10. Σημαντικό εύρημα της έρευνας αποτελεί το ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας συμφώνησαν, ότι οι σημαντικότεροι εργασιακοί παράγοντες που προκαλούν στρες και οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι η έλλειψη πόρων, ο φόρτος εργασίας και η μείωση των αποδοχών τους .
11. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας απάντησαν ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό να κρατούν ισορροπίες στην οικογενειακή και προσωπική τους ζωή και να μην αφήνουν τα προβλήματα της δουλειάς τους να τους επηρεάζουν.
12. Ωστόσο υπογραμμίζεται ότι το κυκλικό ωράριο και η εργασία κατά τη διάρκεια των αργιών αποτελούν τροχοπέδη στην ικανοποιητική διαχείριση του ελεύθερου χρόνου των επαγγελματιών υγείας.
13. Η έλλειψη νοσηλευτικού –ιατρικού προσωπικού αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα σε ότι αφορά την ενίσχυση του στρες στο χώρο εργασίας.
14. Η ανάλυση δεδομένων ανέδειξε επίσης μια πληθώρα σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων που συνδέονται με την επαγγελματική κόπωση και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ανάμεσα στα προβλήματα υγείας που αναφέρθηκαν ήταν το άγχος, οι σεξουαλικές διαταραχές, αϋπνία, οι πόνοι στη μέση και στα πόδια, κεφαλαλγίες, υπέρταση και υπερβολική κατανάλωση καφέ και καπνού.
15. Αξίζει να επισημανθεί ότι αρκετοί από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι είχαν υποστεί εκφοβισμό και είχαν παρενοχληθεί σεξουαλικά κατά το παρελθόν.
16. Η έρευνα επίσης κατέδειξε ότι το σύνολο του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού εκφράζει δυσαρέσκεια που οφείλεται κυρίως στις συνθήκες εργασίας και στη χαμηλή εκτίμηση που απολαμβάνει η προσφορά του.
17. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένοι από τη διοίκηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς .
18. Από την έρευνα που έγινε στους επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο μελέτης, φαίνεται ότι οι γιατροί έχουν θετικότερη στάση απέναντι στους μετανάστες. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι ιατροί δεν έρχονται σε μεγάλη επαφή με τους ασθενείς, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές και το παραϊατρικό προσωπικό, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του

ασθενή και είναι εκείνοι στους οποίους θα απευθυνθούν οι ασθενείς είτε για βοήθεια, είτε για πληροφόρηση, είτε και για έκφραση παραπόνων και θυμού.

19. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας υιοθετούν ένα πιο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας αλλά και αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση ανθρώπων και καταστάσεων που παλιότερα τους αναστάτωναν.
20. Στην έρευνα βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι γιατροί και οι νοσηλευτές, είναι περισσότερο επιρρεπείς στο stress επειδή είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα, γιατί η οποιαδήποτε αμέλεια ή παράλειψη τους έχει σημαντικό αντίκτυπο στα εν λόγω άτομα.
21. Όσο αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές τους σχέσεις, δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι. Οι σχέσεις των νοσηλευτών και των ιατρών με τους ασθενείς εμφανίζονται σχεδόν καλές αφού θεωρούν ότι τον τελευταίο καιρό οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί, έχουν υπερβολικές απαιτήσεις και κάνουν αναφορά στην έλλειψη παιδείας, συνοδών αλλά και ασθενών. Αντίθετα οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, δεν αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.
22. Επιπρόσθετα, άλλοι παράγοντες όπως οι συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων και τα έτη εργασίας των επαγγελματιών υγείας επίσης συσχετίζονται με τη συχνότητα των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, με τις γυναίκες να εκδηλώνουν περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα σε σχέση με τους άνδρες .

5.3 Προτάσεις

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν ότι, στα πλαίσια της μεταρρύθμισης στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, η επίτευξη των επιθυμητών αλλαγών μπορεί να υλοποιηθεί μόνο με την εφαρμογή νέων, σύγχρονων μορφών και μεθόδων διοίκησης και οργάνωσης οι οποίες δίνουν έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της ποιότητας της εργασιακής ζωής. Τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται μια μετακίνηση από την έννοια της *“διοίκησης προσωπικού”* στην ποιοτικά προσανατολισμένη έννοια της *“διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων* (Δ.Α.Π), που αφορά την αξιοποίηση, την ανάπτυξη και την κινητοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού (James,1998,Buchanan,1989).

Σύμφωνα με τον Moller (1988), στη ΔΑΠ αναγνωρίζεται πια πως βάση για κάθε μορφή ποιότητας στις υπηρεσίες που παρέχει ένας οργανισμός στο χώρο της υγείας, είναι η προσωπική ποιότητα του επαγγελματία υγείας, η οποία εκφράζεται με δυο μορφές: α. με την υπαρκτή (εξωτερική)ποιότητα που ο εργαζόμενος πραγματικά έχει σε κάποια χρονική στιγμή και β. με την προσδοκώμενη (εσωτερική) ποιότητα ,η οποία βασίζεται στο εγγενές δυναμικό του ατόμου (ικανότητα, δημιουργικότητα, ενθουσιασμός) και αφορά την ποιότητα που θα μπορούσε ο εργαζόμενος να έχει στη συγκεκριμένη κατάσταση. Ο βαθμός σύγκλισης των δυο μορφών της προσωπικής ποιότητας εξαρτάται από την επίδραση πολλών παραγόντων.

Έτσι οι επιστήμονες συμφωνούν πως έχει πλέον αναγνωριστεί η ανάγκη της αξιοποίησης, ανάπτυξης και υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού.

Στην συνέχεια αναπτύσσονται μέθοδοι και τεχνικές υποκίνησης :

5.3.1 Προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Πολλοί ερευνητές επικεντρώνουν την προσοχή τους στις ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Αυτές αφορούν τις προσπάθειες παρέμβασης που κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας.

Η έρευνα όμως έχει καταδείξει, σύμφωνα με τους Maslach et, al (2001), ότι ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και τον οργανισμό παίζουν μεγαλύτερο ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση απ' ό,τι οι ατομικοί. Οι ατομικές παρεμβάσεις είναι σχετικά λιγότερο δραστικές στο χώρο εργασίας, όπου το άτομο έχει μικρότερο έλεγχο επάνω σε στρεσογόνους παράγοντες σε σχέση με άλλους τομείς της ζωής του.

Σχετικά με τον **οργανωτικό σχεδιασμό και τη διοίκηση** της οργάνωσης περιγράφονται μια σειρά τύπων επιτυχημένης παρέμβασης. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία αυτών των παρεμβάσεων δίνει ιδιαίτερη σημασία στη συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων.

Παρακάτω αναλύονται οι εξής πέντε παρεμβατικές προτάσεις :

-Μια πολυμορφική παρέμβαση

Οι Jones και συνεργάτες (1988), αφού διαπίστωσαν από ένα σημαντικό αριθμό ερευνών που διεξήγαγαν σε επαγγελματίες υγείας, τη σημαντική σχέση που υπήρχε ανάμεσα στα επίπεδα στρες και στις προσδοκίες των εργαζομένων, σχεδίασαν ένα πρόγραμμα παρέμβασης το οποίο περιελάμβανε τις εξής ενέργειες : τη γνωστοποίηση στους μάνατζερ καθώς και σε όλο το προσωπικό του νοσοκομείου των αποτελεσμάτων έρευνας, που φανέρωνε τα υψηλά επίπεδα στρες των εργαζομένων, την εφαρμογή προγράμματος υποστήριξης για τους εργαζόμενους και τις οικογένειες τους και τέλος στρατηγικές αλλαγής με σκοπό τη βελτίωση της επικοινωνίας άμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (Firth-Cozens & Payne, 1999). Τα αποτελέσματα μετά την εφαρμογή του προγράμματος σε 700 νοσοκομεία, έδειξαν ότι τα «λάθη» των επαγγελματιών υγείας μειώθηκαν κατά 50% . Παρόλα αυτά, για να λειτουργήσει το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης απαιτείται εξαιρετική δέσμευση από τη διοίκηση του νοσοκομείου.

-Δημιουργία και εφαρμογή προγραμμάτων μείωσης των πιεστικών εργασιακών παραγόντων από τους ίδιους τους εργαζόμενους .

Με άλλα λόγια, η συγκεκριμένη μέθοδος παρέμβασης, έδινε στον ίδιο τον επαγγελματία υγείας τη δυνατότητα έλεγχου στη δουλειά του και ταυτόχρονα τη δυνατότητα αντιμετώπισης της πραγματικότητας που ίσχυε στο εργασιακό περιβάλλον. Οι West (1989), Bunce και West (1994,1996) πραγματοποίησαν μια σειρά από έρευνες και βρήκαν ότι οι επαγγελματίες υγείας κινητοποιούνταν να αναπτύξουν καινούργιους μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες, όταν το εργασιακό φορτίο ήταν μεγάλο και η εποπτεία αυστηρή (και οι δυο παράγοντες αποτελούν πρωταρχικές πηγές στρες), (Firth-Cozens & Payne,1999).Οι περισσότερες από τις νέες μεθόδους αντιμετώπισης του στρες που υιοθετούσαν, στόχευαν στην αλλαγή των στόχων τους, των εργασιακών μεθόδων παροχής των υπηρεσιών τους, στη βελτίωση των σχέσεων με τους συναδέλφους και τους ασθενείς και στην εκμάθηση νέων δεξιοτήτων διαχείρισης των προβλημάτων των ασθενών.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα των ερευνών φανερώνουν την ύπαρξη προβλημάτων στον τρόπο μέτρησης των δυο παραμέτρων: της αλληλεπίδρασης των απαιτήσεων της δουλειάς και του ελέγχου στον εργασιακό χώρο.

-Επανασχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος

Πρόκειται για ένα πιλοτικό ερευνητικό πρόγραμμα του Murphy και των συνεργατών (1994) με σκοπό τον από μηδενικής βάσης σχεδιασμό ενός νοσοκομείου σε προαστική περιοχή (Firth-Cozens, &Payne,1999).

Κίνητρο για αλλαγή και επανασχεδιασμό ενός νοσοκομείου αποτέλεσαν ο συγκεχυμένος ρόλος και τα καθήκοντα των εργαζομένων καθώς και οι προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες για αλλαγή στους χώρους υγείας και πρόνοιας, που παρατηρήθηκαν από τους ερευνητές. Η ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων στη

δημιουργία ενός νέου μοντέλου φροντίδας των ασθενών αποτελούσε καθοριστικό παράγοντα επιτυχίας του μοντέλου .

Συστάθηκε, λοιπόν, μια ομάδα από επαγγελματίες, οι οποίοι εκπροσωπούσαν όλες τις ειδικότητες .

Η ομάδα μέσα από καθορισμένες εβδομαδιαίες συναντήσεις, προσπαθούσε να μελετήσει το ισχύων σύστημα φροντίδας των ασθενών, να αναγνωρίσει αδυναμίες του και να προτείνει τρόπους βελτίωσης του. Αξίζει να αναφέρουμε ότι, αφού διαπίστωσαν ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αποτελούσε το βασικότερο στρεσογόνο παράγοντα των εργαζομένων η ομάδα δημιούργησε ένα πρόγραμμα με στόχο την αντιμετώπιση του. Παράλληλα, ορίστηκε ένας εξωτερικός σύμβουλος για να διευκολύνει την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος. Το καινούργιο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στηρίχτηκε στη δημιουργία ομάδων από επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων με στόχο τη μεταξύ τους συλλογική διεπιστημονική εργασία και τον περιορισμένο αριθμό –άρα και τη μείωση φόρτου εργασίας –ασθενών (10-12 ασθενείς) που θα αναλάμβανε το κάθε γκρουπ επιστημόνων.

Τα αποτελέσματα μετά την εφαρμογή του προγράμματος έδειξαν, ότι αυξήθηκε σημαντικά το αίσθημα ικανοποίησης στους επαγγελματίες υγείας, μειώθηκε το στρες, βελτιώθηκε η συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων και τέλος, μειώθηκε η σπατάλη του εργασιακού χρόνου. Και σε αυτή την προσπάθεια σχεδιασμού προγράμματος για τη μείωση του στρες, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κρίθηκε ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες μιας επιτυχημένης παρέμβασης.

-Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης

Οι Haney και συνεργάτες(1995) πρότειναν τη λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους επαγγελματίες υγείας (Firth-Cozens, & Payne,1999).

Οι στόχοι του συγκεκριμένου τύπου παρέμβασης ήταν : να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια ,τον ανάπηρο, το θάνατο και τη ζωή, να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων,

να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθηση τους ,να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας. Οι ερευνητές τόνισαν, ότι τα αποτελέσματα μετά την εφαρμογή του συγκεκριμένου παρεμβατικού προγράμματος αφορούσαν στην καλύτερη ψυχική υγεία των επαγγελματιών και στην αύξηση του αισθήματος ικανοποίησης για τη δουλειά τους και στην ανάπτυξη συνεργατικών μεθόδων επίλυσης των προβλημάτων τους..

-Βελτίωση της εκπαίδευσης και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας

Είναι σημαντική η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων του τμήματος που εργάζονται. Μια φορά το μήνα ομάδα αντιπροσώπων από την κάθε επαγγελματική ειδικότητα συναντιόταν και συζητούσε με τη διοίκηση τα προβλήματα που αντιμετώπιζε στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου .

Πολλές είναι και οι παρεμβάσεις ερευνητών (Steinberg,1989) που προτείνουν την ύπαρξη συμβουλευτικής εποπτείας στους χώρους υγείας και πρόνοιας. Στη συμβουλευτική εποπτεία, ο ειδικός σύμβουλος βοηθά τους εργαζόμενους να αναγνωρίσουν και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τις ικανότητες τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο της εργασίας (Αναγνωστόπουλος ,& Παπαδάτου,1995).

Επιπλέον, το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (NIMH) συστήνει τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας σε εκπαιδευτικές ή ομαδικές συναντήσεις αυτογνωσίας και ενδοσκοπήσης. Μέσα στα πλαίσια των συναντήσεων οι συμμετέχοντες έχουν την δυνατότητα να διερευνήσουν τα κίνητρα της προσφοράς τους στο χώρο της ψυχικής υγείας, να εκφράσουν τις προσδοκίες τους όσον αφορά το ρόλο και τα καθήκοντα τους, σε αντιδιαστολή με συζήτηση για τον πραγματικό πόλο και τα καθήκοντα, όπως ορίζονται από το πρόγραμμα.

Με λίγα λόγια οι εκπαιδευτικές συναντήσεις έχουν σαν στόχο να βοηθήσουν τον επαγγελματία να κατανοήσει καλύτερα τον εαυτό του για να γίνει ο ίδιος καλύτερος στην δουλειά του. Αυτό επιτυγχάνεται εφόσον το άτομο μάθει να αξιολογεί τις ανάγκες και τα συναισθήματα του, να διερευνά τα κίνητρα του για προσφορά

βοήθειας, να ψάχνει τι τον απογοητεύει, τι τον θυμώνει, πως εκφράζει τη λύπη του και τέλος, πώς να χειρίζεται τα συναισθήματα ενοχής (Stearns,1997).

Τέλος σε *ατομικό επίπεδο*, οι μελετητές προτείνουν την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Είναι αξιοσημείωτο ότι η περίπτωση της εργασιακής εξάντλησης είναι δύσκολο να αναγνωριστεί από τα ίδια τα θύματα και, ακόμη και κατόπιν διαγνωσμένης «υπερκόπωσης», τα άτομα που έχουν πληγεί επιτείνουν την καταβολή ενέργειας και προσπαθειών μάλλον, παρά χαλαρώνουν ως προς τις επαγγελματικές τους δραστηριότητες .

Άλλες παρεμβατικές ενέργειες στοχεύουν στην επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας υγείας, στην αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί το άτομο και στη μη αξιολόγηση αυτών που έχουν θετικό αποτέλεσμα. Σημαντική είναι η αναζήτηση στήριξης από το περιβάλλον, η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός του επαγγελματικού περιβάλλοντος, η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης, η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος ,1995).

5.3.2 Διαμόρφωση Ομάδων Εργασίας και Επικοινωνίας

Η ανάπτυξη αποτελεσματικών επικοινωνιακών διαδικασιών αποτελεί επίσης απόλυτη αναγκαιότητα για την ομάδα εργασίας, καθώς όχι μόνο εξασφαλίζεται η έγκαιρη και η ακριβής ανταλλαγή πληροφοριών για την επίλυση προβλημάτων και τη υλοποίηση συγκεκριμένων εργασιών ,αλλά και εγκαθιδρύονται επιτυχημένες διαπροσωπικές σχέσεις για την παροχή αμοιβαίας στήριξης.

Σύμφωνα με (Levering& Moskowitz,1994),το κρίσιμο στοιχείο προκειμένου κάποιος οργανισμός να συμπεριληφθεί στη λίστα των πιο ‘ωραίων’ χώρων εργασίας είναι ο ουσιαστικός παράγοντας των σχέσεων εργαζόμενου –εργοδότη. Έχουν παρατηρηθεί θετικές αλλαγές σε πέντε σημαντικά πεδία :

1.Μεγαλύτερη συμμετοχή εργαζομένων. Αυτό το αυξανόμενο φαινόμενο συχνά αναπτύσσεται μετά από απολύσεις. Η μείωση στη διοίκηση δημιουργεί στους εργαζόμενους την ανάγκη συμμετοχής σε προγράμματα αναδιοργάνωσης.

2.Περισσότερη ευαισθησία όσον αφορά τα προβλήματα των εργαζομένων γονέων. Πολλά από τα νοσοκομεία στις ΗΠΑ προσφέρουν εναλλακτικές επιλογές φροντίδας του παιδιού και ευέλικτα εργασιακά χρονοδιαγράμματα.

3.Μεγαλύτερη συμμετοχή στα κέρδη. Για παράδειγμα, το νοσοκομείο Beth Israel Boston χρησιμοποιεί μια έκδοση του προγράμματος Scalop, ένα πρόγραμμα συμμετοχής στον πλούτο, όπου οι εργαζόμενοι συμμετέχουν άμεσα στη διανομή των κερδών παραγωγικότητας.

4.Μεγαλύτερη διασκέδαση.

5.Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι εμπιστεύονται τους προϊσταμένους τους και τη διοίκηση. Οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι εμπιστεύονται τους εργαζόμενους τους.

Ενδείξεις μιας τέτοιας εμπιστοσύνης είναι η απουσία ρολογιών εργασίας, οι συναντήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα, στις οποίες οι εργαζόμενοι μπορούν να συζητήσουν τους προβληματισμούς τους, οι ανακοινώσεις θέσεων εργασίας και η συνεχή πρακτική εξάσκηση.(Elander and Hermeren,1991).

5.3.3 Υγιεινή και ασφάλεια για επαγγελματίες της υγείας

Συμπληρώνεται πλέον ένα τέταρτο του αιώνα από τότε που οι ανάγκες εναρμόνισης της εθνικής νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική οδήγησαν στην ψήφιση του νόμου (Ν.1568/1985) για την Υγιεινή και Ασφάλεια των Εργαζομένων. Αξιοσημείωτο είναι ότι στα θέματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, σε πρώτη φάση εξαιρείται ο δημόσιος τομέας.

Νομοθετικά προβλέπεται η δημιουργία τμήματος Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας σε κάθε Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας ,η δημιουργία μια θέσης *ειδικού ιατρού εργασίας* και μια *τεχνικού ασφαλείας* (μηχανικού), που συχνά αφορά μια δεκάδα περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων.

Οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας είναι δυνατόν να είναι νοσογόνα για τους εργαζόμενους (γιατρούς, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό),καμιά φορά και για τους ίδιους τους ασθενείς .Τα νοσοκομεία ,αν είναι να καταχτούν από άποψη επαγγελματικής επικινδυνότητας δεν είναι αθώα, ούτε θα μπορούσαν να θεωρηθούν τμήμα του ευρύτερου τομέα των υπηρεσιών (π.χ τράπεζες), (Κωνσταντινίδης Θ,2009)

Στα νοσοκομεία, από άποψη οργάνωση εργασίας, γίνεται διαχείριση νοσογόνων βιολογικών παραγόντων (μεταδιδόμενα νοσήματα) και στις εργαστηριακές εγκαταστάσεις τους υπάρχει ακτινοβολία ,ραδιενεργά υλικά κ.α.

Πως είναι δυνατόν από μια τέτοια δυνητικά *«επικίνδυνη βιομηχανία»* να απουσιάζει ο ιατρός εργασίας; (Ενδεικτικό ήταν το παράδειγμα της νέας γρίπης αλλά και η αντιμετώπιση του προβλήματος από το υγειονομικό προσωπικό, που από ότι φάνηκε δεν είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα επαγγελματικής επικινδυνότητας, γι αυτό αδιαφορεί για τον εμβολιασμό. (όπως και για τον εμβολιασμό για την ηπατίτιδα Β).Η παρουσία ειδικών ιατρών εργασίας θα μπορούσε να συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση αυτή.

Ωστόσο, με εξαίρεση το Θριάσιο Γ.Ν. Ελευσίνας, όπου υφίσταται τμήμα Ιατρικής της Εργασίας και στο Αττικό στην Αθήνα, που έχει οργανωμένο ιατρείο και καλύπτεται από ιατρό εργασίας, σε ελάχιστα νοσοκομεία παρέχονται υπηρεσίες υγιεινής και ασφαλείας από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό (Κωνσταντινίδης Θ,2009).

Είναι επιτακτική η ανάγκη της εξειδίκευσης στον τομέα της υγιεινής και ασφαλείας της εργασίας, τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού ,πράγμα που είναι εφικτό να ολοκληρωθεί άμεσα με τη συμβολή ειδικών επιστημόνων και κρατικών φορέων κατάρτισης (μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών από πανεπιστήμια ,από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, από κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης δημοσίων νοσοκομείων). (Κωνσταντινίδης Θ.,2009).

5.3.4 Προτάσεις για βελτίωση στο ΤΕΠ

Στην Ελλάδα μπορούν να γίνουν απλές παρεμβάσεις που θα οδηγήσουν στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τέτοιες είναι η επιμόρφωση του προσωπικού με στόχο την ευαισθητοποίηση του απέναντι στην έννοια της ποιότητας και τη δημιουργία κουλτούρας προς επιθυμητές συμπεριφορές που θα οδηγήσουν στο σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών, η παροχή κινήτρων στο προσωπικό για να προωθήσει τις τυχόν διοικητικές αλλαγές, η θέσπιση συναντήσεων με όλο το προσωπικό για ανταλλαγή απόψεων και θέσπιση κοινών στόχων.(Σαράφης Π, Μαλιαρού Μ και Καλοκαιρινού,2008).

Επιπρόσθετα απαιτούνται, επάρκεια στελέχωσης με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των βαθμίδων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα εφαρμογής διεθνών πρωτοκόλλων, όπως προτείνονται από επαγγελματικούς οργανισμούς (Emergency Nursing Association, American College of Surgeons κ.λ.π) για τη διαχείριση περιστατικών .(Λάμπρου ,2005).

Επίσης αναγκαία είναι η υποχρέωση όλων των ιατρών (νοσοκομειακών και ιδιωτών) να ακολουθούν την καλή ιατρική πρακτική (good medical practice) , να εργάζονται ομαδικά (team work),να είναι συνεχώς ενήμεροι για τα ιατρικά τεκταινόμενα από την σύγχρονη βιβλιογραφία / αρθρογραφία (updated) και να ακολουθούν την ιατρική με επιστημονικές αποδείξεις (Evidence Based Medicine).

Στα Τ.Ε.Π πρέπει να δημιουργηθεί άμεσα σύστημα διαλογής (triage), να δημιουργηθεί η ειδικότητα επείγουσας ιατρικής και νοσηλευτικής (emergency medicine) και της άμεσης ιατρικής (acute medicine) .Η Acute Medicine στην Αγγλία είναι υποειδικότητα της παθολογίας (internal medicine) και ασχολείται με επείγοντα παθολογικά περιστατικά (έμφραγμα, σήψη, διαβητική κετοξέωση κ.τ.λ).Η επείγουσα ιατρική ασχολείται με όλα τα επείγοντα περιστατικά ,αλλά κυρίως το τραύμα(2 πανελλήνιο συνέδριο, Επείγουσας Ιατρικής, Αθίνα,2012).

Επίσης σε κάθε νοσοκομείο πρέπει να οριστεί ομάδα επειγόντων περιστατικών (Emergency Medical Team) που θα επιλαμβάνεται επί 24ωρου κάθε επείγοντος ιατρικού περιστατικού εντός του νοσοκομείου (on call) με τον **μπλε κωδικό**-ειδική γραμμή στο τηλεφωνικό κέντρο του νοσοκομείου- (π.χ νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν). Φυσικά τα Τ.Ε.Π πρέπει να αναδιοργανωθούν (με σύγχρονα μηχανήματα –όπως τον

υπέρηχο FAST –και να δημιουργηθούν περισσότερα κρεβάτια ΜΕΘ(μονάδα εντατικής θεραπείας) και ΜΑΦ(μονάδα αυξημένης φροντίδας).

Παράλληλα, στα Τ.Ε.Π πρέπει να υπάρχουν κατάλληλα *εκπαιδευμένοι ιδιωτικοί φύλακες* που να επιλαμβάνονται βίαιων ασθενών ,όπως κρατούμενοι φυλακών, μετανάστες, αλκοολικοί, αθίγγανοι, άστεγοι, τοξικομανείς. Υπάρχουν ειδικά πρωτοκόλλα περιορισμού ασθενών με ζώνες και φάρμακα και σχετικά με το πότε αυτός ο περιορισμός πρέπει να γίνεται.(Μάνος,2009).

Σε ότι αφορά τα ιατρικά πρωτόκολλα ,αυτά παραβιάζονται κατάφορα, άλλοτε από έλλειψη προσωπικού ή μηχανημάτων, άλλοτε από έλλειψη οργάνωσης(ομάδας με αρχηγό –team leader) ή ανεπαρκών γνώσεων των ιατρών πάνω σε ιατρικές τεχνικές ή ιατρικά πρωτόκολλα (Μάνος,2009).

Σε ότι αφορά το Ε.Κ.Α.Β πρέπει άμεσα να ακολουθήσει το μοντέλο των Η.Π.Α που έχει αποδεκτεί εξαιρετικά επιτυχημένο. Δηλαδή οι διασώστες (paramedics – Emergency Medical System) να αποκτήσουν παραπάνω γνώσεις και αρμοδιότητες στην επείγουσα ιατρική (προνοσοκομειακό τραύμα PHTLS- Pre Hospital Trauma Life Support).Στην Ελλάδα το ΕΚΑΒ δίνει την ‘ειδικότητα επειγοντολογίας ’ σε ένα χρόνο. Το μονοετές αυτό πρόγραμμα του ΕΚΑΒ συμπερασματικά είναι μετεκπαίδευση και ελάχιστη σχέση έχει με την ολοκληρωμένη ειδικότητα της επείγουσας ιατρικής που στην Αγγλία είναι 6 χρόνια.

Το κυριότερο είναι όμως στα ΤΕΠ και στα Κέντρα Υγείας να υπάρχουν οι κατάλληλοι εκπαιδευμένοι ιατροί που να είναι έτοιμοι να χειριστούν **τα ιατρικά πρωτόκολλα** στα οποία όλα περιγράφονται με αλγόριθμους:

- Προχωρημένη ανάνηψη ALS(Advance Life Support)
- Αντιμετώπιση τραύματος ATLS (Advance Trauma Life Support) και το ειδικό για νοσηλευτές ATCN
- Παιδιατρική ανάνηψη EPLS (European Pediatric Life Support)
- Παιδικό τραύμα APLS(Advance Pediatric Life Support)
- Αντιμετώπιση μαιευτικών επειγόντων ALSO (Advance Life Support in Obstetrics), (2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επείγουσας Ιατρικής ,Αθηνά,2012).

Εξίσου σημαντικό είναι οι ιατροί των ΤΕΠ να αναγνωρίζουν τα σημεία κακοποίησης που είναι πολύ συχνά σε ηλικιωμένους, έγκυες, παιδιά, αλλά υποδιαγιγνώσκοντα...Καλό είναι σε υποψία κακοποίησης (abuse) να ενημερώνεται ο

ανώτερος ιατρός (senior doctor)και στα περιστατικά να γίνεται εισαγωγή. Σημαντικό επίσης είναι οι γιατροί να γνωρίζουν το *σύνδρομο Μινχάουζεν* (οι γονείς δημιουργούν τα συμπτώματα των παιδιών τους δίνοντας τους φάρμακα π.χ καθαρτικά),καθώς και την *προσποίηση* (malingering) για ίδιον όφελος π.χ λήψη αναπηρικού επιδόματος. (Μάνος,2009).

Καλό είναι όλοι οι ασθενείς με σοβαρές παθήσεις ,καθώς και οι ασθενείς που δεν επιθυμούν ανάνηψη να φέρουν μπρασελέ στον καρπό με την αναγραφόμενη ασθένεια τους. Στο μέλλον θα μπορούσε ο κάθε ασθενής να έχει στο μπρασελέ του ειδικό κωδικό που να αντιστοιχεί *ιατρικό του στον ηλεκτρονικό φάκελο*.

Ίσως κάποια στιγμή στο μέλλον να συμβούν και στην Ελλάδα όλα τα παραπάνω.

Σημαινουσα αξίωση αποτελεί η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έτσι ώστε οι ασθενείς με λιγότερο άμεσα και σοβαρά προβλήματα να μην φθάνουν έως το τριτοβάθμιο νοσοκομείο προκαλώντας συμφόρηση στη λειτουργία του.

Απαιτείται συνάμα να αλλάξει η κουλτούρα του ασθενή ,ο οποίος όπως δείχνουν οι έρευνες προτιμά να απευθυνθεί στο ΤΕΠ τριτοβάθμιου νοσοκομείου γιατί νιώθει περισσότερη ασφάλεια και αναμένει από αυτό αξιόπιστη διάγνωση και λύση του προβλήματος του .(Σαράφης,2004).

Η **αναβάθμιση του ρόλου των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ)** και του **οικογενειακού γιατρού** κρίνονται αναγκαίες . Τα Κ.Υ θα πρέπει να γίνουν σαν τα αντίστοιχα κέντρα του εξωτερικού όπου μπορούν να αντιμετωπίζουν ποικιλία περιστατικών ή αλλιώς να καταργηθούν ή να μετονομαστούν σε «πολυατρεία».

Ο ρόλος των Κ.Υ, με τη διεπιστημονική ομάδα «Υγείας ‘ που συγκροτείται από εκπροσώπους των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και των κοινωνικών επιστημών στοχεύει στην προστασία και προαγωγή της υγείας.

Με αυτό τον τρόπο το Κ.Υ μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην ενίσχυση και τον συντονισμό της Δημόσιας Υγείας και να αποτελέσει τον βασικό συντονιστή υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο.

Ο **οικογενειακός γιατρός** στο σύστημα υγείας πρέπει να προσφέρει έργο που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών ,όπως η εκτίμηση παραγόντων κινδύνου ,η πρόγνωση, η πρόληψη ,η αγωγή ,η βελτίωση και η διατήρηση της υγείας του πληθυσμού ,η θεραπευτική αγωγή ,η κοινωνική μέριμνα η συμμετοχή στην αποκατάσταση και στην υποστήριξη ασθενών σε διάφορα στάδια της

ζωής και της ασθένειας, σε εναλλακτικές μορφές περίθαλψης καθώς επίσης σε προγράμματα δημόσιας υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού και προστασίας της μητρότητας.

Το δικαίωμα παραπομπής (gate keeping) του γιατρού αυτού θα επιτρέψει τον έλεγχο της ροής στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και θα οδηγήσει στον έλεγχο του κόστους και στον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών ,απαλλάσσοντας τα δημόσια νοσοκομεία από το μεγάλο βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Σερασκέρης Μ., 2004).

(2^ο πανελλήνιο συνέδριο Επείγουσας Ιατρικής ,Αθήνα ,2012)

5.3.5 Προτάσεις για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Είναι βέβαιο ότι η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) είναι σήμερα αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε . Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που θα παρθούν πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο την πρόληψη της αρρώστιας, την προαγωγή του επίπεδου υγείας καθώς και την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών και υποδομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχόμενα αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την ΠΦΥ πρέπει να συγκεντρώνει το πρωταρχικό ενδιαφέρον όσων χαράσσουν πολιτική στον τομέα της υγείας (Κουρής 2003).

Φυσικά για να είναι αποτελεσματική η ΠΦΥ και να συμβάλλει ουσιαστικά στη μεταβολή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας θα πρέπει να συγκεντρώνει ορισμένα χαρακτηριστικά:

1. Να έχει *πολυδύναμο χαρακτήρα* ,δηλαδή να μπορεί να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας ,θεραπείας και αποκατάστασης,

λαμβάνοντας πρόσθετη μέριμνα για τα μη αυτόνομα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου .

2. Να έχει ένα σημαντικό βαθμό λειτουργικής αυτοδυναμίας, δηλαδή να διαθέτει το αναγκαίο προσωπικό και υποδομή, τις αποφασιστικές αρμοδιότητες και την απαιτούμενη διοικητική αυτοτέλεια για να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
3. Να στηρίζεται στην *ομαδική εργασία του προσωπικού* (team –work) με βάση την «ομάδα υγείας» (health team),στοιχείο που προϋποθέτει τον αλληλοσεβασμό των ρόλων και την εκπαίδευση στις ιδιαιτερότητες της συλλογικής εργασίας.
4. Να προωθεί τη *συνεργασία με τον πληθυσμό και την κοινότητα* ,τόσο στο επίπεδο του προγραμματισμού της λειτουργίας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών όσο και μέσα από τη συγκεκριμένη ανάθεση στον πληθυσμό ουσιαστικών καθηκόντων και λειτουργιών (Κουρής,2003).

Επίσης η *ανάπτυξη ενός πληροφοριακού συστήματος* κατάλληλου για ΠΦΥ, Κέντρα Υγείας και νοσοκομεία μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία τοπικών δεικτών υγείας αλλά και στην καθιέρωση της αναμφισβήτητα πολύτιμης **κάρτας υγείας του πολίτη**. Η ύπαρξη της κάρτας υγείας θα συμβάλλει στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών ,που είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας ,ενώ παράλληλα θα βοηθήσει σημαντικά στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος .

Ήδη σε πολλές χώρες ,όπου υπάρχει καλή ανάπτυξη της ΠΦΥ ,παρατηρείται περιορισμός του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών. Επιβάλλεται λοιπόν η λειτουργική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ΠΦΥ, που θα προσδώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, εμποτίζοντας τις παρεχόμενες φροντίδες, πέραν των παραδοσιακών κλινοεργαστηριακών δραστηριοτήτων, με υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και προαγωγή της υγείας καθώς και διαχείρισης των μειζόνων παραγόντων κινδύνου (Σουλιώτης ,2004).

5.3.6 Δια βίου εκπαίδευση και επαγγελματίες υγείας

Σύμφωνα με την Λανάρα (2004), η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και στον προσδιορισμό της κατεύθυνσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών και του χώρου της υγείας γενικά. Είναι η μόρφωση ηθικής προσωπικότητας και η διαμόρφωση του χαρακτήρα. Απαιτείται πραγματική μόρφωση του αυριανού επαγγελματία υγείας, για να είναι ικανός να ασχολείται με πολλαπλά, ποικίλα, σύνθετα γεγονότα και προβλήματα με άγνωστες και απρόβλεπτες καταστάσεις με απίθανα ηθικά θέματα στην υγεία και στη καθημερινή πράξη.

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν ότι, η μάθηση δεν είναι η απλή απορρόφηση πληροφοριών, γεγονότων και θεωριών, αλλά η ανάπτυξη του κριτικού τρόπου σκέψης, ώστε να αντιμετωπίζουμε την υπεραφθονία των πληροφοριών που μας κατακλύζουν. Οι ενήλικες, μέσω της *δια βίου εκπαίδευσης* και της *ενεργητικής μάθησης*, διευρύνουν τους επαγγελματικούς τους ορίζοντες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες, αποκτούν σύγχρονες γνώσεις και εξασφαλίζουν επαγγελματική αυτονομία και αυτοπεποίθηση.

Ο σύγχρονος επαγγελματίας υγείας πρέπει να μαθαίνει συνεχώς. Ενώ η αρχική, βασική του εκπαίδευση είναι αυτονόητο προαπαιτούμενο της επαγγελματικής επάρκειας του, η συμμετοχή του σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η δίψα του για μάθηση αποτελούν τα ειδοποιά γνωρίσματα της αυξημένης επαγγελματικής του συνείδησης.

Τα *πλεονεκτήματα* που προσφέρει η δια βίου εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας είναι, εκτός από πρόσβαση σε νέα γνώση, η δυνατότητα για διερεύνηση των προσόντων, ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στην πληθώρα των αλλαγών, των τεχνολογιών και των επάλληλων εξελίξεων στο χώρο της υγείας (Λανάρα, 2004).

Τα γραφεία εκπαίδευσης των νοσοκομείων μπορούν να οργανώσουν μετεκπαιδευτικά προγράμματα εστιασμένου ενδιαφέροντος στο πλαίσιο μιας γενικότερης στρατηγικής ενδουπηρεσιακής επιμόρφωσης.

5.3.7 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Πριν από την εξαγωγή οποιουδήποτε οριστικού συμπεράσματος για την πραγματική αξία των παρεμβάσεων που έχουν εφαρμοστεί μέχρι σήμερα απαιτείται περαιτέρω έρευνα με μελέτη μεγαλύτερου αριθμού ατόμων σε διαφορετικούς χώρους εργασίας, με επανεκτίμηση των επιδράσεων των παρεμβάσεων για τον καθορισμό της διάρκειας τους και με τη χρήση της κατάλληλης μεθοδολογίας.

Η πραγματοποίηση περαιτέρω ερευνών, μελλοντικά, ενδεχομένως να αποσαφηνίσει τον τρόπο με τον οποίο οι παράγοντες που αφορούν στην εργασία, τους πάσχοντες και στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας επιδρούν στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει την ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας και την ικανοποίηση των νοσηλευομένων.

Στο σχεδιασμό των μελλοντικών ερευνών πρέπει να ληφθούν υπόψη οι μεθοδολογικές αδυναμίες των ερευνών που έχουν υπάρξει μέχρι σήμερα, και αυτή που παρουσιάζεται στην παρούσα ανασκόπηση. Ειδικότερα, ορισμένοι περιορισμοί που θέτει η συγχρονική φύση των μελετών θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με *διαχρονικό σχεδιασμό*. Ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να ληφθεί για το συνυπολογισμό όλων εκείνων των πιθανών συγχυτικών παραγόντων που η παρουσία τους θα μπορούσε να ερμηνεύσει τα ευρήματα των μελετών (Cox, 2000).

Οι αδυναμίες αυτές αφορούν κύρια, στο μέγεθος του δείγματος, χαρακτηριστικά του δείγματος, τα μη σταθμισμένα ερωτηματολόγια, στη μεθοδολογία επιλογής του και στη αντιπροσωπευτικότητα του, τις διαστρεβλώσεις λόγω αυτο-αναφορών. Για να ξεπεραστούν τα προβλήματα των διαστρεβλώσεων λόγω των αυτό-αναφορών έχουν παραταθεί διάφορες στρατηγικές, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται η χρησιμοποίηση *τριών τουλάχιστον τεχνικών* στον καθορισμό του ίδιου φαινομένου (Cox, 2000). Επιπλέον προτείνεται να διεξαχθούν όχι μόνο ποιοτικές (συνεντεύξεις, μελέτη περιπτώσεων) και ποσοτικές έρευνες (μετρήσιμα ερωτηματολόγια), αλλά και μελέτες με συνδυασμό των δυο μεθόδων (triangulation), καθώς και μετά-αναλύσεις.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεώρηση, η εργασία αποτελεί κοινωνικό αγαθό , μια κοινωνική αξία που συνδέεται με την κοινωνική υπόσταση του ατόμου, ως κοινωνική μονάδα (Κόντης,1984).

Για να θεωρηθεί όμως αρμονική η σχέση εργασία -άτομο, είναι πολύ σημαντικό το άτομο να αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του (Κάπελα & Ζυγά,2002).

Είναι αληθές ότι τα συστήματα υγείας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στο συντελεστή της παραγωγικής διαδικασίας άνθρωπο. Η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών τους συνδέεται άρρηκτα με αυτόν και επομένως επηρεάζονται άμεσα και αποφασιστικά από τα συναισθήματα του για την εργασία του (Καρανικόλα και συν,2007).

Τα νοσοκομεία ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες φέρουν τα χαρακτηριστικά μεγάλων οργανισμών και διέπονται από ένα πολύπλοκο οργανόγραμμα δομής και λειτουργίας με ποικιλία στόχων ,καλά διαμορφωμένο σύστημα ρόλων και διαδικασίες που εξισορροπούν τις διαφορετικές αρμοδιότητες του προσωπικού που είναι μεγάλο αριθμητικά, ανήκει σε διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες και διαφέρει ως προς την εκπαίδευση του. (Hicks et al,1991).

Σήμερα οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία βρίσκονται σε μια περίοδο μετάβασης και συνεχώς μεταβαλλόμενων εργασιακών και εκπαιδευτικών συνθηκών (Cooke,2008).Ταυτόχρονα το σύστημα υγείας αναδιοργανώνεται και μεταβάλλονται οι παραδοσιακοί ρόλοι όλων των επαγγελματιών υγείας, καθώς και του πάσχοντα (Cooke,2008).

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο ,συνεπακόλουθα επαναπροσδιορίζονται οι επαγγελματικές αξίες και κατ' επέκταση η επαγγελματική ταυτότητα του σύγχρονου επαγγελματία υγείας (Davies,1995).

Αυτό το σύνολο των αλλαγών, στο μεγαλύτερο μέρος του έχει πραγματοποιηθεί χωρίς την απαιτούμενη προετοιμασία τόσο του ίδιου του συστήματος υγείας, και εκπαίδευσης όσο και των αποδεκτών των υπηρεσιών υγείας, αλλά και των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας (Cooke,2008).

Μια τέτοια δυναμική ,τις περισσότερες φορές επιφέρει ένταση ,η οποία ενδεχομένως να εκφράζεται μέσω της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης κάνει έντονη την παρουσία του και στους Έλληνες λειτουργούς υγείας, όπως ακριβώς έχει συμβεί και τους εργαζόμενους σε συστήματα υγείας άλλων ανεπτυγμένων κρατών (Γούλας και συν.,2005).Είναι σημαντικό να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας,2008),στην αύξηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας αλλά και στη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Είναι προφανές ότι οι προτεινόμενες αλλαγές απαιτούν σταθερή πολιτική βούληση, υπεύθυνη τεχνική και επιστημονική τεκμηρίωση και συναίνεση από τα επαγγέλματα υγείας και τον πληθυσμό ,ώστε να διασφαλιστεί η διαχρονική ανθεκτικότητα τους και η αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων.

Μόνο με αυτό τον τρόπο όμως θα διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ,με επακόλουθο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας ,της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να υπάρχει στη χώρα μας ένα πραγματικό σύστημα που να στοχεύει στην υγεία των πολιτών και όχι απλά στη διαχείριση της εμφανιζόμενης ασθένειας (Γείτονα Μ.,2001).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τίτλος εργασίας : ‘ Πώς βιώνουν το επάγγελμά τους οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου Κορίνθου’.

Όνομα ερευνήτριας : Παπακοτσομούτη Αγγελική
Τηλεφ .επικοινωνίας: 6942420540

Η έρευνα γίνεται προκειμένου να καταγραφούν οι εμπειρίες επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π) του νοσοκομείου Κορίνθου, για το πώς βιώνουν το επάγγελμά τους .

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να διερευνήσει το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του μόνιμου ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που υπηρετεί στο νοσοκομείο Κορίνθου και να διερευνήσει την ψυχολογική σύνδεση των εργαζομένων με την εργασία και το περιβάλλον της.

Οι απόψεις που θα διατυπωθούν, θα βοηθήσουν και θα κατευθύνουν τους υπευθύνους, να βελτιώσουν τις συνθήκες εργασίας των εργαζόμενων στα ΤΕΠ , που θα έχει σαν αποτέλεσμα την ποιοτική αναβάθμιση των ήδη παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Η έρευνα που ακολουθεί γίνεται στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας σε μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Σας παρακαλώ να αφιερώσετε λίγο χρόνο για να συζητήσετε μαζί μου τα προβλήματα που ενδεχομένως υπάρχουν στον εργασιακό σας χώρο και τις εμπειρίες σας σαν εργαζόμενοι στο χώρο επειγόντων περιστατικών.

Η συνέντευξη σας θα μαγνητοφωνηθεί και θα διαρκέσει περίπου 30-40 λεπτά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Η συνέντευξη είναι ανώνυμη και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν απόλυτα εμπιστευτικές .

Είναι επιλογή δική σας αν θα συμμετάσχετε ή όχι σε αυτή την έρευνα .Αν αποφασίσετε να πάρετε μέρος σε αυτή την έρευνα έχετε το δικαίωμα ανά πάσα στιγμή

να σταματήσετε την συνεργασία μας, χωρίς να σας ζητηθεί να δικαιολογήσετε την απόφασή σας αυτή.

Ελπίζω με το να μοιραστείτε μαζί μου τις εμπειρίες σας και τα συναισθήματα σας για το πώς βιώνετε το επάγγελμά σας, βοηθάτε ώστε να καταγραφούν οι ανάγκες και οι ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας όσων εργάζονται σε αυτόν τον δύσκολο χώρο του νοσοκομείου .

Αν επιθυμείτε να έχετε πρόσβαση στα αποτελέσματα της έρευνας μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια. Τέλος η συνέντευξη δεν αποσκοπεί στην εξέταση γνώσεων ,ούτε βεβαίως σε άσκηση έλεγχου ή σε οποιαδήποτε μορφή αξιολόγησης.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας .

Συμφωνώ να συμμετάσχω στην έρευνα

Ημερομηνία

Υπογραφή συμμετέχοντος

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Ο οδηγός συνέντευξης αποτελείται από **23** ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αφορούν σε:

A.

Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τίτλους σπουδών, προϋπηρεσία ,επίπεδο εκπαίδευσης .

B.

Ερωτήσεις που αφορούν τις εργασιακές συνθήκες.

Γ.

Ερωτήσεις που αφορούν το χώρο της εργασίας .

Δ.

Ερωτήσεις επαγγελματικής ικανοποίησης.

Μέρος Α΄

1.φύλο α. άρρεν β. θήλυ

2.Ηλικιακή ομάδα α. 20-29 β. 30-39 γ.40-49 δ.50 και πάνω.

3.Οικογενειακή κατάσταση α. παντρεμένος , β. ανύπαντρος ,γ. διαζευγμένος

4.Ιδιότητα α. απλό προσωπικό, β. προϊστάμενος

5.Χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα.

6.Χρόνια υπηρεσίας στην παρούσα κλινική.

7.Επίπεδο εκπαίδευσης. α. ΠΕ, β. ΤΕ, γ .ΔΕ, δ. ΥΕ

Μέρος Β΄

1. Μπορείτε να μου πείτε πώς είναι για εσάς να δουλεύετε με ασθενείς και συνοδούς όλη μέρα;

2. Πιστεύετε ότι επηρεάζετε τη ζωή των ασθενών μέσα από την δουλειά σας και με ποιον τρόπο;

3. Πιστεύετε ότι νιώθετε λιγότερο ευαίσθητος –η, προς τους ανθρώπους από τότε που αρχίσατε αυτή την δουλειά, περιγράψτε μου τα συναισθήματά σας.

4. Πιστεύετε ότι καταφέρνετε να διατηρείτε ισορροπία μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής \οικογενειακής σας ζωής ;(διαχείριση ελεύθερου χρόνου)

5. Πιστεύετε ότι επικοινωνείτε καλά με τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους σας στην δουλειά;(ομαδική εργασία -συναδελφικότητα)

6. Πολλοί άνθρωποι περιγράφουν ηθική /σεξουαλική παρενόχληση , bullying-mobbing στο χώρο εργασίας τους ,εσείς έχετε ποτέ υπάρξει μάρτυρας ή έχετε βιώσει κάτι τέτοιο ;

7.Με ποιο τρόπο διαχειρίζεστε τις συγκρούσεις στον εργασιακό σας χώρο ;

8. Πιστεύετε ότι υπάρχουν ευκαιρίες για περαιτέρω εξέλιξη καθώς επίσης για περαιτέρω εκπαίδευση και εκμάθηση νέων δεξιοτήτων ;

ΜΕΡΟΣ Γ΄

1.Πιστεύετε ότι η έντονη σωματική και ψυχική καταπόνηση στην εργασία, σας προκαλεί :

- πόνους στις αρθρώσεις-μέση
- αδυναμία συγκέντρωσης
- μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- γαστρεντερικές διαταραχές
- κεφαλαλγίες
- άλλο

2. Σε ποιούς κινδύνους θεωρείτε ότι εκτίθεστε στη δουλειά σας λόγω της φύσης της εργασίας ή των συνθηκών;

- βιολογικά υγρά (ηπατίτιδα,AIDS)
- θόρυβο
- τρυπήματα από αιχμηρά αντικείμενα
- κυκλικό ωράριο
- τοξικά φάρμακα
- άλλο

3. Πιστεύετε ότι οι χώροι εργασίας ,όσο και ανάπαυσης είναι σχεδιασμένοι με τέτοιο τρόπο, ώστε να προσφέρουν ένα άνετο και φιλικό περιβάλλον εργασίας τόσο στους εργαζόμενους όσο και στους ασθενείς που επισκέπτονται το Τ.Ε.Π;

4. Πως αντιμετωπίζετε τις βίαιες συμπεριφορές στο χώρο των Τ.Ε.Π;

5. Ποιά η στάση σας σε ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση;

ΜΕΡΟΣ Δ΄

1. Ανεξάρτητα των σημερινών συνθηκών εργασίας σας ,πόσο ικανοποιημένος -η, είστε από το γεγονός ότι είσθε επαγγελματίας υγείας ;

2. Πιστεύετε ότι εισπράττετε την εκτίμηση από το άμεσο περιβάλλον για το επάγγελμα σας ή από την κοινωνία ;

3. Υπάρχουν τομείς, κατά τη γνώμη σας, στους οποίους πρέπει να γίνουν επενδύσεις για τη βελτιστοποίηση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, ώστε να αυξηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο των Τ.Ε.Π του νοσοκομείου Κορίνθου ;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

Παρακάτω παρατίθενται ενδεικτικά κάποιες από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων:

1. ΓΙΑΤΡΟΣ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ ,ΕΤΩΝ 39

-Καλημέρα σας ευχαριστώ που δεχτήκατε να μου δώσετε συνέντευξη, ας αρχίσουμε

Μέρος Α

-Πόσο χρονών είσαστε και πόσα χρόνια εργάζεστε σαν γιατρός ;

Γιατρός : *« είμαι 39 ετών και εργάζομαι περίπου 10 χρόνια ,στο νοσοκομείο κάνω εφημερίες ,η θέση μου είναι σε περιφερειακό ιατρείο σαν επιμελητής ».*

-Είστε παντρεμένος, έχετε παιδιά;

Γιατρός: *«είμαι παντρεμένος ,παιδιά δεν έχω ,είμαι νιόπαντρος».*

Μέρος Β

1- Μπορείτε να μου πείτε πως είναι για σας να δουλεύετε με ασθενείς και συνοδούς όλη μέρα;

Γιατρός : *«Εξαρτάται από τον ασθενή και το συνοδό ,είναι κουραστικό και ευχάριστο ,είναι μέρος κοινωνικής επαφής. Το άσχημο είναι οι πολλοί ασθενείς με διαφορετικές προσωπικότητες και χαρακτήρεςπου πρέπει να κατέβεις στο επίπεδο τους .Γενικά είναι κάτι το φυσιολογικό και που το θέλω .Είμαι ευπροσάρμοστος».*

2- Πιστεύετε ότι επηρεάζετε τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά σας και με ποιον τρόπο;

Γιατρός : *«Βέβαια τους επηρεάζω θετικά και άμεσα .Σαν γενικός ιατρός λειτουργώ ολιστικά ,δεν εξετάζω μεμονωμένα την υπέρταση ή το έμφραγμα μόνο αλλά φροντίζω να βελτιώσω την υγεία του μελλοντικά ».*

3- Πιστεύετε ότι νιώθετε λιγότερο ευαίσθητος ,προς τους ανθρώπους από τότε που αρχίσατε αυτή τη δουλειά;

Γιατρός: *«Κάποιος που εργάζεται στα Τ.Ε.Π ,κάθε μέρα που περνά «χάνει μια αίσθηση ανθρωπιάς » δεν μπορεί να βλέπει τροχαίο ,θάνατο και να μην επηρεάζεται αρνητικά. Από την άλλη όμως βλέπει και περιστατικά που αναρρώνουν και φεύγουν χαμογελώντας, όλο αυτό επιδρά θετικά πάνω μου».*

- 4- Καταφέρνετε να διατηρείτε ισορροπία μεταξύ της εργασίας σας και της οικογενειακής σας ζωής ;

Γιατρός:«Άκρως απαραίτητο, δεν μπορώ να μεταφέρω τα προβλήματα των ασθενών σπίτι μου και το αντίθετοεπηρεάζεται αλλά ο καθένας θα πρέπει να βρίσκει τρόπο να τα αποβάλλει. Εκείνο που έχει επηρεάσει είναι η μείωση μισθού 50% περίπου ,πηγαινόερχομαι Αθήναφτάνεις σε μια κατάσταση να πεις όσο με πληρώνουν τόσο θα δουλεύωαλλά όταν έχεις να κάνεις με ανθρώπινες ζωές δεν μπορείς να το πεις, τώρα πια δεν δείχνεις παραπάνω ζήλο».

- 5- Πως είναι οι συνεργασίες με τους συναδέλφους σας, με ιατρικό, νοσηλευτικό και υπόλοιπο προσωπικό;

Γιατρός : «Με τους προϊστάμενους μου κανένα πρόβλημα ούτε και με το νοσηλευτικό προσωπικό ,σίγουρα υπάρχουν «ομόβαθμοι σε διαφορετικές ταχύτητες ».

- 6- Τις τυχόν συγκρούσεις στο χώρο της δουλειάς πως τις αντιμετωπίζετε; Εξοργίζεστε ; θυμώνετε ;άλλο;

Γιατρός : «όπου υπάρχουν συγκρούσεις ψάχνω λύσεις».

- 7- Πιστεύετε ότι υπάρχουν ευκαιρίες για περαιτέρω εκπαίδευση ή επιμόρφωση; Κάποιο μεταπτυχιακό ίσως;

Γιατρός :»Υπάρχει δυνατότητα να κάνω μετεκπαίδευση στη διαβητολογία ,στη γαστρεντερολογία ,θα μείνει όμως πίσω το «περιφερειακό ιατρείο »,δεν θα μπορούσα να ανταποκριθώ στο διάβασμα λόγω φόρτου εργασίας».

- 8- Έχεις υποστεί ηθική ή σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας σου;

Γιατρός :» Δεν έχω υποστεί σεξουαλική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο κατά το παρελθόν .Όταν ήμουν νέος γιατρός είχα βιώσει πολύ έντονα το φαινόμενο του εκφοβισμού».'

Μέρος Γ

- 1) Τι σας προκαλεί συνήθως το έντονο στρες ,πως το αντιμετωπίζετε;
Υποφέρετε από πονοκέφαλους , αδυναμία συγκέντρωσης , άλλο;

Γιατρός :*«Όταν στρεσάρομαι καπνίζω παρά πολύ, πίνω πολλούς καφέδες όταν εφημερεύω, με αποτέλεσμα να υποφέρω από έντονες επιγαστραλγίες».*

- 2) Σε ποιους κινδύνους θεωρείτε ότι εκτίθεστε στη δουλειάς σας λόγω των συνθηκών εργασίας ;

Γιατρός : *«Το σημαντικότερο από όλα είναι , ο υπερβολικός φόρτος εργασίαςσίγουρα οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση . Το ποσοστά των ασθενών που βλέπουμε σε ημέρες εφημερίας είναι πάρα πολλά .Δεν είναι δυνατόν να εφημερεύω χωρίς την κάλυψη παιδίατρου ή χειρουργούή να μην έχω κάλυψη αζονικού. Έχω τρυπηθεί από βελόνα ,γιατί να μην παίρνουμε το επίδομα ανθυγιεινής εργασίας; ».*

- 3) Ποια η γνώμη σας για τους χώρους εργασίας σας ,είναι φιλικό για σας, για τους συναδέλφους σας ,για τους ασθενείς;

Γιατρός :*» Απογοήτευση.... Οι χώροι είναι πολύ μικροί.....θα πρέπει να ξανασχεδιαστούν τα Τ.ΕΠ για να γίνουν πιο λειτουργικά ..δεν υπάρχουν χώροι ολιγόωρης ανάπαυσης για τους γιατρούς και τους νοσηλευτές».*

- 4) Πως αντιμετωπίζετε τις βίαιες συμπεριφορές στο χώρο των Τ.Ε.Π;

Γιατρός :*«Νιώθω απογοήτευση για την έλλειψη υποδομών, που δεν είναι άρτια στελεχωμένο, εφημερεύω στο νοσοκομείο και υπάρχει έλλειψη π.χ από παιδίατρο . ,επιφορτίζομαι.....αντιμετωπίζω τα νεύρα των συγγενών και των ασθενών.*

- 5) Τι πιστεύετε για τους αλλοδαπούς, το τελευταίο καιρό έχετε προσέξει την αυξημένη ροη ανθρώπων από Πακιστάν –Αφγανιστάν- Γυφτοβούλγαρους;

Γιατρός :*«Όλα τα περιστατικά « πρέπει» να τα αντιμετωπίσω, δεν είναι θέμα τι πιστεύω» .*

Μέρος Δ

- I. Πόσο ικανοποιημένος αισθάνεστε από την επιλογή του επαγγέλματος σας; μετά από τόσα χρόνια ,θα επιλέγατε ξανά το ίδιο επάγγελμα;

Γιατρός :«Είμαι αρκετά ικανοποιημένος από την επιλογή του επαγγέλματος μου. Σίγουρα πάλι γιατρός θα γινόμουν ,μου αρέσει να βοηθώ και να θεραπεύω συνανθρώπους μου».

- II. Πιστεύετε ότι εισπράττετε την εκτίμηση από το άμεσο περιβάλλον για το επάγγελμα σας ή από την κοινωνία;

Γιατρός :«Τυγχάνουμε γενικότερα εκτίμησης αλλά τώρα τελευταία βιώνουμε και την αχαριστία κάποιων ανθρώπωνίσως φταίει ότι ο κόσμος έχει επιφορτιστεί με πολλά προβλήματα, λόγω της οικονομικής κρίσης. Το νοσοκομείο Κορίνθου έχει κακό όνομα όχι γιατί δεν έχει καλούς γιατρούς, αλλά επειδή δεν είναι κατάλληλα επανδρωμένο».

- III. Υπάρχουν τομείς ,οι οποίοι επιδέχονται βελτίωση στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στο χώρο των Τ.Ε.Π στο νοσοκομείο Κορίνθου ;

Γιατρός: «Συνεχιζόμενη εκπαίδευση τόσο του ιατρικού όσο και του παραϊατρικού προσωπικού, αύξηση αποδοχών άμεσες προσλήψεις προσωπικού, επανασχεδιασμός των Τ.Ε.Π, γιατρός εργασίας».

Σας ευχαριστώ!!!!!!

1- ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ , 37 ΕΤΩΝ

Μέρος Α

Καλημέρα ,Α.....σε ευχαριστώ που δέχτηκες να με βοηθήσεις στην έρευνα μου, αρχίζουμε:

-Πόσο χρονών είσαι και πόσα χρόνια εργάζεσαι στο Τ.ΕΠ;

Νοσηλ: *Είμαι 37 χρονών και εργάζομαι στο ΤΕΠ από την ημέρα που διορίστηκα ,περίπου 10 χρόνια .Είμαι απόφοιτος ΤΕΙ Αθηνών και έχω μεταπτυχιακό στην επείγουσα καρδιολογία.*

-Είσαι παντρεμένη, έχεις παιδιά;

Νοσηλ: *«είμαι παντρεμένη, μητέρα ενός 2χρονου αγοριού».*

Μέρος Β

1. Μπορείτε να μου πείτε πως είναι για σας να δουλεύετε με ασθενείς και συνοδούς όλη μέρα;

νοσηλ :*«Μερικοί ασθενείς και συνοδοί είναι απαιτητικοί, το καταλαβαίνω ότι πονούν, ανησυχούν για την ασθένεια τους, έχουν άγχοςΣτην αρχή με ενοχλούσε περισσότερο, τώρα πια το έχω συνηθίσει».*

2. Πιστεύετε ότι επηρεάζετε τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά σας και με ποιον τρόπο;

Νοσηλ: *»Επηρεάζω θετικά τους ασθενείς, γιατί φροντίζω να τους προσεγγίζω ευχάριστα, με ένα καλό λόγο, ένα χαμόγελο και να τους βοηθήσω ώστε να εξυπηρετηθούν καλύτερα στο χώρο του νοσοκομείου».*

3. Πιστεύετε ότι νιώθετε λιγότερο ευαίσθητος ,προς τους ανθρώπους από τότε που αρχίσατε αυτή τη δουλειά;

Νοσηλ :*«Σε ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους ή είναι νεκροί τους αντιμετωπίζω σαν αντικείμεναίσως είναι οι μηχανισμοί άμυνας που έχω αποκτήσει όλα αυτά τα χρόνια».*

4. Καταφέρνετε να διατηρείτε ισορροπία μεταξύ της εργασίας σας και της οικογενειακής σας ζωής ;

Νοσηλ; *«Η οικογενειακή και η προσωπική ζωή σίγουρα επηρεάζει τη δουλειά μου και η δουλειά μου αντίστροφα. Τώρα μάλιστα που έχουμε υποστεί μειώσεις*

μισθών , τα νυχτερινά και οι υπερωρίες δεν έχουν πληρωθεί ,το κυκλικό ωράριο σε αποσυντονίζειο κόσμος έρχεται στα ΤΕΠ πιεσμένος λόγω της οικονομικής κρίσηςΠαρόλα αυτά προσπαθώ να είμαι ήρεμη στίτι μου για την οικογένεια μου ,αφιερώνω πολύ χρόνο στο παιδί μου».

5. Πως είναι οι συνεργασίες με τους συναδέλφους σας ,με ιατρικό ,νοσηλευτικό και υπόλοιπο προσωπικό και γενικά πως διαχειρίζεσαι τις συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο;

Νοσηλ :«Δεν διαπληκτίζομαι ,προσπαθώ να κρατώ τη ψυχραιμία μου αλλά τώρα με την οικονομική κρίση και την αισθητή μείωση του μισθού υπάρχει καθημερινά μια ένταση .Υπάρχει πολύ καλή συνεργασία με τους συναδέλφους μου και ότι πρόβλημα υπάρχει το συζητώ με την προϊσταμένη και τους συναδέλφους μου».

6. Έχεις υποστεί ηθική ή σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας σου;

Νοσηλ: «Σεξουαλική όχι ,αλλά έχω υπάρξει μάρτυρας σε συνάδελφο να μην τον αποδέχονται στον χώρο εργασίας».

7. Πιστεύετε ότι υπάρχουν ευκαιρίες για περαιτέρω εκπαίδευση ή επιμόρφωση ; Σεμινάρια , ημερίδες, άλλο;

Νοσηλ :«Δε νομίζω ότι υπάρχει ,έχουν κοπεί εκπαιδευτικές άδειες, τα συνέδρια πρέπει να τα πληρώνουμε και λόγω της οικονομικής κρίσης είναι δύσκολο να τα παρακολουθούμε ,εξάλλου στο χώρο της εργασίας δεν γίνονται εκπαιδευτικά μαθήματα».

Μέρος Γ

1. Τι σας προκαλεί συνήθως το έντονο στρες ,πως το αντιμετωπίζετε; Υποφέρετε από πονοκέφαλους ,αδυναμία συγκέντρωσης, άλλο;

Νοσηλ : Εννοείτε ότι έχω πρόβλημα με τη μέση μου και οι πολλές ώρες ορθοστασία με καταπονούν .Υπάρχει έλλειψη προσωπικού και μεγάλος φόρτος εργασίας ,ο κόσμος δεν έχει χρήματα να πάει σε ιδιώτες και το μεγάλο πρόβλημα είναι οι αλλοδαποί και οι αθίγγανοι'».

‘ Ννιώθω υπερβολική κόπωση και εξάντληση. Αισθάνομαι ότι δεν θέλω να προσφέρω άλλο σε αυτό το τμήμα .Ήδη έχω ζητήσει να αλλάζω τμήμα».

2. Σε ποιους κινδύνους θεωρείτε ότι εκτίθεστε στη δουλειά σας λόγω των συνθηκών εργασίας ;

Νοσηλ :»Είμαστε οι πρώτοι που αντιμετωπίζουμε τον ασθενή και μέχρι να γίνουν οι πρώτες εξετάσεις, εμείς παίρνουμε αίμα, ούρα μέχρι να δούμε από τι πάσχει, αντιμετωπίζεται σαν μολυσματικός, παλιότερα είχα τρυπηθεί από βελόνα χρησιμοποιημένη και είχα πανικοβληθεί ».

3. Ποια η γνώμη σας για τους χώρους εργασίας σας ,είναι φιλικό για σας ,για τους συναδέλφους σας ,για τους ασθενείς;

Νοσηλ: «οι νοσηλευτές και οι γιατροί κάνουν το διάλλειμα τους σε αποθήκες με υγειονομικό υλικότι άλλο να πω ».

4. Πως αντιμετωπίζετε τις βίαιες συμπεριφορές στο χώρο των Τ.Ε.Π;

Νοσηλ: «Πολλές φορές εκνευρίζομαι άλλες φορές παραμένω αδιάφορη ή προσπαθώ να δώσω λύσηόσο μπορώ'».

5. Τι πιστεύετε για τους ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση;

Νοσηλ :«Οι κανόνες δεοντολογίας που διέπουν το επάγγελμα που ακολουθώ συνηγορούν στο γεγονός πως πρέπει να ακολουθώ σε ασθενείς με διαφορετική

πολιτισμική προέλευση ίδια στάση με τους ασθενείς που έχουν την ίδια καταγωγή με μένα .Δυστυχώς δεν συμβαίνει πάντα .

Οι περισσότεροι αλλοδαποί προσέρχονται στο χώρο του νοσοκομείου προκατειλημμένοι ότι θα αντιμετωπιστούν ρατσιστικά, γεγονός που τους ωθεί σε βίαιη και υβριστική συμπεριφορά προς γιατρούς και νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό με θυμώνει και πολλές φορές ωθεί και εμένα σε συμπεριφορές που δεν αρμόζει στην ηθική και στις αρχές μου».

Μέρος Δ

- 1) Πόσο ικανοποιημένος αισθάνεστε από την επιλογή του επαγγέλματος σας; μετά από τόσα χρόνια ,θα επιλέγατε ξανά το ίδιο επάγγελμα;

Νοσηλ: «'Αν μπορούσα να διαλέξω επάγγελμα τώρα σίγουρα δεν θα γινόμουν νοσηλεύτρια.....δυστυχώς δεν επαληθεύτηκαν οι προσδοκίες μου».

- 2) Πιστεύετε ότι εισπράττετε την εκτίμηση από το άμεσο περιβάλλον για το επάγγελμα σας ή από την κοινωνία;

Νοσηλ:» νιώθω πολλές φορές απογοήτευση ,από την αντιμετώπιση των περισσότερων ανθρώπων, είτε από συναδέλφους είτε από συνοδούς και ασθενείς. Πολλές φορές μας μιλούν απαξιωτικά λέγοντας μαςσιγά μη σου πω εσένα τι έχω, θα το πω στο γιατρό».

- 3) Υπάρχουν τομείς ,οι οποίοι επιδέχονται βελτίωση στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στο χώρο των Τ.Ε.Π στο νοσοκομείο Κορίνθου ;

Νοσηλ : “ σίγουρα η έλλειψη προσωπικού (άλλο να είσαι 2 άτομα σε μια βάρδια και άλλο τέσσερα) παραβλέπεις όλα τα άλλα.....εκπαίδευση προσωπικού και αύξηση αποδοχώνσε τέτοιες εποχές (γέλια) ».

Σε ευχαριστώ Α....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αδαλή Ε.,(2000). Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών Έννοια ,συνιστώσες ,συνέπειες .Νοσηλευτική ,39:292-297
- Αναγνωστόπουλος Φ ,Παπαδάτου Δ.,(1992). Η παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. Ψυχολογικά Θέματα ,5:183-202
- Αντωνίου Κ, Βασιλοπούλου Γ.,(2009). Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού .Το Βήμα του Ασκληπιού ,8 :15-24
- Ασημομύτη Α.(2007). Απουσία από την εργασία και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στη Παιδοψυχιατρική -νοσοκομείο Αττικής .Διπλωματική εργασία .
- Βάρβογλη Λ.,(2006). Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή .Εκδόσεις Καστανιώτης ,Αθήνα.
- Βότση Ε.,(2000). Διασφάλιση της ποιότητας στο τμήμα Επειγόντων περιστατικών .Εργασία ΕΚΠΑ ,Τμήμα Νοσηλευτικής ,Αθήνα.
- Γείτονα Μ.,(2001). Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα – Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία ,Ιατρική ,79(3):259-267
- Γιαννούλη Γ.,(2009). Περιλήψεις Εισηγήσεων 8^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας .Πηγή :[www.mediforce.gr/images/pdf/Management summaries](http://www.mediforce.gr/images/pdf/Management_summaries) .
- Γιάνναρου Λ. ,(2004).Η εργασιακή παρενόχληση βλάπτει την υγεία. Πηγή:<http://www.kathimerini.gr/4dcgi/w/articles-ell-1-07/03/2004>.

- Δημήτριος - Τζέημς Μάνος .,(2009).Οργάνωση των ΤΕΠ, Ελληνικά Κείμενα ,Οκτώβριος .Πηγη [http:// www.globalusers.com/aboutmedicine-gr\ESY1.htm](http://www.globalusers.com/aboutmedicine-gr\ESY1.htm),πρόσβαση7/5/2012.
- Δρίβας ,Σ.(2002).Το σύνδρομο mobbing στην εργασία .Πετρελαιοειδή-Δυλιστήρια & χημική βιομηχανία ,9:8-9
- Εισήγηση επιτροπής για την ανάπτυξη και οργάνωση τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων της χώρας .Σχετ.ΔΥιδ/13225/6-7-2000.Καραμπίνης Α., Κουρακλής Γ. , Ασκητοπούλου Ε., Μπιλάλης Γ .Πηγή [http://library .tee.gr/digital/m2150/m2150-Karabinis.pdf](http://library.tee.gr/digital/m2150/m2150-Karabinis.pdf)
- Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών ,131,2010.109-136:<http://www.grsr.gr/preview.php>
- Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας .Θεματικό δελτίο :Εργασία χωρίς άγχος .Διαθέσιμο :<http://www.elinyae.gr>
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο .Εκθεση σχετικά με την παρενόχληση στους χώρους εργασίας (2001/2339 INI)
- Ζαβλανός ,Μ.,(2000). (Οργάνωση & Διοίκηση) Ανθρώπινες Διαδικασίες στη λειτουργία της Οργάνωσης :Εκδόσεις Ελλην, Αθίνα.
- Ζυγά Σ, Σαράφης Π, Κολοβός Π, Καλοκαιρινού Α.,(2008). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ευρωπαϊκή εμπειρία και Ελληνική πραγματικότητα .8^ο Πανεπελοποννησιακό συνέδριο,Νεάπολη,3-5\10\2008
- Κουρής Γ.,(2003). Πέντε προτάσεις για μια ολοκληρωμένη Εθνική Πολιτική Υγείας . Επιθεώρηση Υγείας ,τομ.14,τευχ.85,σελ.13-14

- Κόντε Β., Οικονόμου Ε., Νικολόπουλος Γ., Τσιάρα Χ., Μπότση Χ.,(2000).
Επαγγελματική έκθεση στην HIV λοίμωξη, ΚΕΕΛΠΝΟ.
- Κάντας Α.,(1996).Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας . Ψυχολογία ,τευχ.3 σελ.71-85
- Κάντας Α.,(1998). Οργανωτική και Βιομηχανική Ψυχολογία .Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κόντης Θ.,(1984). Ψυχολογία επιχειρήσεων .Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ,Αθήνα .
- Κορομπέλη Α., Κτενάς Ε., Κικεμενη .,Α (2006)Κυκλικό ωράριο .Επιπτώσεις στην υγεία επαγγελματιών υγείας .Νοσηλευτική 45 (1): 98-106 .
- Κουράκος Μ., Καυκιά Θ.,(2007). Ο νοσηλευτής Νεφρολογίας δέκτης πολιτισμικών επιδράσεων . Νοσηλευτικη,46:355-361.
- Κουρής Γ.,(2003). ‘Πέντε προτάσεις για μια ολοκληρωμένη Εθνική Πολιτική Υγείας’, Επιθεώρηση Υγείας,,τομ.14,τευχ.85,σελ13-14.
- Λαζαράτου, Ε.,(1994).Stress του Νοσηλευτικού Προσωπικού στην Αντιμετώπιση του θανάτου. Ιατρική ,58(5),453-457.
- Λανάρα Β. ,(2004).Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών .Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο .Αθήνα , .Β΄ έκδοση
- Λάμπρου Π.,(2005). Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Οργάνωση και λειτουργία. Πηγή : Mediforce, Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας ,Αθηνά.

-Μπουραντάς ,Μ.,(1992). ‘‘Management Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά
’’Team Ε.Π.Ε ,Αθήνα .

-Μπόρου Α, Υφαντής Α, Σαπουντζή Δ.,(2010). Επαγγελματική ικανοποίηση των
εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας . Η ειδική περίπτωση νοσηλευτών . Ιατρικά
Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος ,Τομος 6, Τεύχος 1.

-Μωυσάκη Μ.,(2009). Περιλήψεις μεταπτυχιακών εργασιών ειδίκευσης .Πηγή :
mph.med.uoc. gr/ abstracts-gr.

-Νιάκας Δ.,(2003).Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας Αθήνα.

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

-Παπαντωνίου ,Ν.,(2007). Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική
ικανοποίηση , έρευνα στο ιατρικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου
.Διπλωματική εργασία ,Ρόδος .

-Παππά Ε., Αναγνωστόπουλος Φ .,και Νιάκας Δ .,(2008).Επαγγελματική εξουθένωση
ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των
παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,τομ.25,no1,σελ.94-101

-Παλτόγλου Ε., Τράντα Ε.,(2009). Πολιτισμικές διαφοροποιήσεις στην υγεία: Μελέτη
αναγκαιότητας προσαρμογής των λειτουργιών της υγείας σε ένα πολιτισμικό
περιβάλλον. Πρακτικά συνεδρίου ‘‘Κοινωνία και Υγεία’’. Διαθέσιμο
:<http://www.sociology.org.cy/pdf15-9-2009>.

-Πουρνάρας Ν., Τσομπάνου Μ., Σούρτη Π.,(2004). Εκπαιδευτικές ανάγκες φοιτητών
νοσηλευτικής στα πλαίσια διαπολιτισμικής φροντίδα υγείας .Νοσηλευτική ,43:185-194.

- Παυλάκης Α., (1996). Δυσθυμικές Καταστάσεις Ανάμεσα στους Νοσηλευτές .Νοσηλευτική ,3:173-179
- Ποζουκίδου Α, Θεοδώρου Μ.,(2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο .Νοσηλευτική ,46(4): 537-544.
- Ραγιά Α.,(1987). Βασική Νοσηλευτική .Αθίνα.
- Ραγιά Α.,(2003). Η καλή συνεργασία πρόκληση και προϋπόθεση στη σύγχρονη Νοσηλευτική, Νοσηλευτική ,42:286-292
- Σαράφης Π.,(2004). Στάσεις και αντιλήψεις για το μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας . Αποτίμηση, τάσεις, προοπτικές . Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο (Ε.Α.Π) .Σχολή κοινωνικών επιστημών, Αθήνα .
- Σαράφης Π, Σταματάκη Π, Μαλλιάρου Μ., (2008). Ασφάλεια προσωπικού και ασθενών στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών . Κλινικά Χρονικά ,31 (2).
- Σαχίνη –Καρδάση Α .,(1997). Μεθοδολογία έρευνας .Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας . Αθίνα.
- Σερασκέρης Μ.,(2004). Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας .Επιθεώρηση Υγείας ,τομ.15, τευχ.88.σελ.42-43.
- Σπυριδάκης ,Μ. ,(2009).Εξουσία και παρενόχληση στην εργασία. Αθήνα : Εκδόσεις Διόνικος .
- Σουλιώτης Κ., Γκρέκορ Σ., Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ.,(2009).”Λήψη αποφάσεων κα διοίκηση νοσοκομείων στην Ελλάδα” :Ερευνητικά ερωτήματα από τη μελέτη «Hospital Governance in Europe».-“Σπουδαι “,τόμος 59,τεύχος 1^ο -2^ο University of Pireaeus,pp.142-174.

-Σουλιώτης Κ. ,Μαριόλης Α.,(2004).Η διαμόρφωση ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας στη Ελλάδα,Τομος16,τευχος 2 σελ.87-93.

-Τεγόπουλος –Φυτράκης (1992). Ελληνικό λεξικό .Δ΄ έκδοση ,Εκδόσεις Αρμονία , Αθηνά.

-Φύλιας Β., Παππάς Π, Αντωνοπούλου Μ, Νικολακόπουλος Η., Ψυχογιός Δ ..(2005).Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τέχνες των Κοινωνικών Επιστημών. Αθήνα: Gutenberg

-Χαραλαμπίδου Ε.,(1996). Νοσηλευτική φροντίδα και επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Διδακτορική διατριβή ,Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ,Αθήνα.

-2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επείγουσας Ιατρικής .Αθήνα 19-21 Οκτωβρίου 2012

-Σεμινάριο ENNE.GR , πρόληψη και προαγωγής υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ,Κόρινθος 20/12/12 έως 8/2/13

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

-Adoniou ,A .,(1999). Mental health, occupational stress and job satisfaction of hospital doctors in Greece. Manchester :University of Manchester Institute of Science and Technology (UMIST)

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

-Adoniou AS, Antonodimitrakis P.,(2001). Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. Proceeding of the eighth Panhellenic Conference of Psychological Research. Hellenic Psychological Society ,Alexandroupolis.

-Adali E, Priami M, Evagelou H,Mougia V.,(2003).Burnout in psychiatric nursing personnel in Greek hospitals. Eur J Psychiatry ,17 :173-181.

-Alexopoulos E., Burdorf A., Kalokerinou A.,(2003) Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greece hospitals. International Archives of Occupational and Environmental Health.76(4):289-294.

-Alexopoulos E., Burdorf A., Kalokerinou A.,(2006). A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. International Archives of Occupational and Environmental Health .79(1):82-88.

-Aiken L, Clarke S, Sloane D, Busse R, Sochalski J, Clarke H, et al(2001) : Nurses reports on hospital care in five countries. Health Affairs ; 20 :43-54.

-American Institute of Stress (AIS) .,(1992).Job stress. International Labor Office ,United Nations Report .Available at: [http:// www.stress.org/job.htm](http://www.stress.org/job.htm)

-Anonymous.,(2002). What healthcare providers need to know about racial and ethnic disparities in healthcare. Institute of Medicine ,USA,:1-8´

-ASHP/AHFS DI –American Hospital Formulary Service Drug Information, (2003).AHFS drug information online updates (www.ashp.org/asfs/index.cfm)

-Bennet S, Plint A, Clifford TJ.,(2005).Burnout ,psychological morbidity ,job satisfaction and stress a survey of Canadian hospital based child protection professionals. Archives of Disease in Childhood,no90,pp.1112-1116

-Billeter- Koponen,S and Freden, L.,(2005).Long –term stress, burnout and patient – nurse relations :qualitative interview study about nurses’ experiences .Scandinavian Journal of Caring Sciences ,19:20-27.doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00318.x

-Biaggi P, Peter S, Ulich E.,(2003). Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents –what can be done? Swiss Med Wkly ,133:339-346

-Bodur S: Job satisfaction of health care staff employed at health centers in Turkey. Occup Med (Lond).52(6):353-5

-Biovier P.A., Arigoni F., Schneider M., Gallacchi M.,(2009).Relationships between work satisfaction ,emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. European Journal of public Health ,vol.19,no 6,pp.611-617.

-Bjork IT, Samdal GB, Hansen BS , Hamilton GA .,(2007). Job satisfaction in Norwegian population of nurses : a questionnaire survey .Int J Nurse Stud. 44(5): 745-57.

-Buchanan D. ,McCalman J.,(1989) High performance work systems; The digital experience .London :Routledge.

-Buciuniene I, Blazeviciene A, Bliudziute E.,(2005). Health career form and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania .BMC Fam Practice.;42: 211-27.

-Brewer E., Clippard L.(2002).Burnout and job satisfaction. Human Recourse Development Quarterly ,vol13,no 2pp169-186.

-Cambell DA, Sonnad SS, Eckhauser EG, Cambell KK, Grennfield LJ.,(2001). Burnout among American surgeons .Surgery ,130:696-705.

-Christensen M .,(2005) Noise levels in a General Surgical Journal of Clinical Nursing .14(2):156-164.

-Cook,R.,(1992).The Prevention and Management of stress :a manual for teachers .Harlow :Longman

-Cook H ,Philpin S.,(2008). Sociology in nursing and healthcare. Elsevier, Philadelphia, PA.

-Cooper, C.L & Payne, R., (1988). Causes, coping and consequences of stress at work. Chichester: Jonn Wiley & Sons.

-Cox T., Kuk G., Leiter MP,(1993).Burnout ,health ,work stress and organizational healthiness ,στο W.B.

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

- -Davis C.,(1995). Gender and the professional predicament in nursing .Open University Press,Buckingham.

- Duddle M, Boughton M.,(2007). Intra professional relations in nursing .J Adv Nurs ,59:29-37.

-Drexler H, Schmid K & Schwager C., (2007) .Needle –stick injuries and other occupations exposures to body fluids amongst employees and medical students of a German university : Incidence and follow –up. Journal of Hospital Infection ,67:124-130.

-Edwards D ,Burnard P, Coyle D, Fothergill A,Hannigan B.A .,(2001).Stepwise ,multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. J Adv Nurs ,36:805-813.

-Edwards SL ,O Connell CF.,(2007). Exploring bullying :Implications for nurse educators. Nurse Education in Practice ,7:26-35.

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

-Elander G., Hemeran G.,(1991) .The autonomy of nurses in high dependency care :Conflictis of loyalties and their consequences for patient care. Scand J. Caring Sci

-Farell GA.,(1997). Aggression in clinical settings : Nurses’ views. J Adv Nurs ,25:501-508.

-Farell GA.,(2001). From tall poppies to squashed weeds :Why don’t nurses pull together more? J Adv ,35:26-33.

-Firth-Cozens J., Payne R., (1999).Stress in health professionals :Psychological and organizational causes and interventions, U.K., Wiley and Sons.

-Freddy JR ,Hobfolle SE.,(1994) .Stress inoculation for reduction of burnout :A conversation of resources approach .Anxiety ,Stress and Coping ,6:311-325.

-Fuchs J, Hengster J, Jung D, Hiltl G, Konietzko J, Oesch F.,(1995).DNA damage in nurses handling antineoplastic agents .Mulat Res 342:17-23

-Gabbe S, Melville J, Mandel L, Walker E.,(2002). Burnout in chairs of obstetrics and gynecology :Diagnosis ,treatment and prevention .Am J Obstet .Gynecol ,186:601-612

-Gangelosi J.D, MarkmanE.S.,(1998) .Factors related to nurse retention and turnover :an update study. Health Mark Quarterly

-Goleman D.(2008). Η Συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο της εργασίας .Αθήνα .Ελληνικά Γράμματα -Happel B .Putting all the pieces together .Exploring workforce issues in mental health nursing. Contemp Nurse ,29:43-52 .

-Hignett S.,(2008) .Work –related back pain in nurses .Journal of Advance Nursing .32(6) :1238-1246

-Hewison A.,(2006) .Editorial :Middle management and nursing . J Adv Nurs Manag ,14:1-4

-Hallqvist,J Diderichsen F, Theorell T, Reuterwall C, Ahlbom A.,(1998).Is the effect of job strain on myocardial risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude ? Results from Stockholm Heart Epidemiology Program. Soc Sci Med ,46: 1405-1415.

-Hirigoyen, M .F.,(2003).Ηθική παρενόχληση –Η κρυμμένη βία στην καθημερινή ζωή ,μ.τ.φ Μαριλένα Γεωργιάδου .Αθήνα : Πατάκης

-Hannigan B, Edwards D, Coyle D ,Fothergill A ,Burnard P. (2000).Burnout in community mental health nurses :Findings from the all –Wales stress study. J Psychiatry Ment Health Nurse ,7:127-134

- IARC, International Agency for Research on Cancer,1990.

- International Labor Organization. Program on safety and Health Work and Environment t (safe work).Geneva,(2010). ILO governing body approves new list of occupational diseases .. Available at:<http://www.ilo.org/safe.work/whatsnews/index.htm>

- Institute of Medicine ,Committee on Quality of Health Care in America crossing the quality chasm.(2001). A new health system for the 21st century .Washington ,DC, National Academy Press.

- Innes GM, Sonsow PL..(1997). The emergency department fast track In Salusso. Emergency department management St. Louis ,Missouri :Mosby;.p.267-8

- James P.T.J.(1998) .Management.

- Jones JW.,(1980). Preliminary test manual for the staff burnout scale for health professionals .House Management Consultants Inc ,Illinois.London

- Judith T..Rochiccioli M.,Tillovry S.,(1996). Clinical Nursing Leadership. Philadelphia-London:Saunders

- Judge T.,(2002).Understanding the dynamic relationship among personality ,mood and job satisfaction, Organization Behavior and H uman Decision Processes,vol.89,pp1119-1137

- Kobasa S.C.Mali. Hardiness and health :A prospective inquiry. Journal of personality and 41: 168-177(pubmed)

- Kahn RL& Byosiere P.,(1992). Stress in organizations. In : Dunette MO & Hough HM(eds).Handbook of industrial and organizational behavior: Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

-Karanikola MN, Papathanasoglou ED, Giannakopoulou M, Koutroubas A.,(2007). Pilot exploration of the association between self –esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital nurses,15: 78-90

-Kelly B.,(1998). Preserving moral integrity: A follow up study with new graduate nurses. J Adv Nurs ,28: 1134-1145

-Kelly J, Ahern K.,(2009). Preparing nurses for practice : A phenomenological study of the new graduate in Australia. J Clin Nurs ,18:910-918

-Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P.,(2006). Predictors of job satisfaction among doctors ,nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals : relevance for micro unit culture . Hum Resource Health ; 4:3

-Lazarus ,R.S & Folkmans,S.,(1984).Stress ,appraisal and coping. New York: Springer-Lang,J .M., (1991).Career Burnout .Restaurant Business, March

-Leymann H.,(1990) .Mobbing and psychological terror of workplaces. Violence and Victims ,5:119-126

-Levering R., Moskowitz M. (1994) .Διαμόρφωση ομάδων εργασίας -επικοινωνίας

-Lewis SE.,(2006). Recognition of workplace bullying :A qualitative study of women targets in the public sector. J Commune ApplPsychol ,16:119-135

-Locke E.A .,(1976) .The nature and consequences of job satisfaction,στο M.D .Dunnette (ed) Handbook of industrial and organizational psychology ,Chicago ,Rand Mc Nally

-Lu H, While AE, Barriball KL.,(2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. Int J Nurs Stud ;42: 211-27

-Maslach C, Leiter MP.(1997) .The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. Jossey Bass, San Francisco.

-Maslach C.,(1982) .Burnout: The cost of caring .Englewood-Cliffs, Prentice Hall,NJ.

-Maslach C., Jackson S.E., (1982) .Burnout in the health professionals :A psychological analysis ,στο G.Sanders & J.Suls (eds) ,Social psychology of health and illness ,Hillsdale ,NJ:Erlbaum,pp.227-251

-Maslach C.,Jackson S.E.,(1986).Maslach burnout inventory ,Paolo Alto,Ca,Consulting Psychologists Press

-Maslach C.,(1989)..Stress ,Burnout and Workaholism,στο R.Kilburg (ed),Professionals in Distress. Washington, American Psychological Association,pp.53-75

-Maslach C.,Schaufeli WB. ,Leiter MP.,(2001) .Job burnout. Annu Rev PSYCHOL ,52:397-442

-Mackintosh C.,(2007). Protecting the self : A descriptive qualitative expolation of how registered nurses cope with working in surgical areas Int J Nurs Stud ,44:982-990

-Menzies IEP.,(1960). A case study in functioning of social systems as a defence against anxiety .Hum Relat ,13:95-121

-Mazur P.J.,& Lynch ,M.D.,(1989).Differential impact of administrative ,organizational and personality factors on teacher burnout .Teaching and Teacher Education,5,337-353

-McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH..(2003). Horizontal violence: Experiences of Registered Nurses in their first year of practice. J Adv Nurs ,42:90-96.

- McElroy A.(1982). Burnout- a review of the literature with applications to cancer nursing. *Cancer Nurs* , 5:211-217

-Moller C.,(1988) .Personal quality. Copenhagen:T MI Scandinavian Service School

-National Health Service .NHS Zero Tolerance ,1999 .Available at <http://www.nhs.uk/zerotolerance>

-Nies MA, McEwen M.,(2001). Promoting the health of populations. *Community health nursing*,3rded.Health Care Industry,USA.

-Nishiyama K, Johnson JV. Karoshi .,(1997).Death from overwork: Occupational health consequences of the Japanese production management. *Int J Health Serv* ,27:625-641

-O' Connel CF, Edwards SF.,(2007). Exploring bullying : Implications for nurse educators . *Nurse Educ Pract* ,7:26-35

-Owen B D, Gang A.,(1999) .Reducing risk for back pain in nursing personnel, *AA OHN J* , 39:24-33

-Ozurt A., Hayran O., Sur H.,(2006) .Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians ,*QJM: Quarterly Journal of Medicine* ,vol .99no3,pp.161-169

-Pines A, Aronson E.,(1998). *Career burnout: Causes and cures* .The free Press ,New York.

-Piko B., (1999).Work related stress among nurses : a challenge for institutions ,*The Journal of the Royal Society for the promotion of Health* ,pp.156-162.

-Porter S.,(1998). *Social theory and nursing practice*. Palgrave Macmillan, UK.

-Paterson B, McComish A, Atiken I.,(1997). Abuse and bullying .Nurs Manag (Harrow),3:8-9

-Ratzon N.Z, Froom P.,(2006). Postual Control in nurses with and without low back pain .Work , 26(2) :141-5

-Russel D, Altmaier E ,VanVelzen,D., (1987).Job –related stress social support and burnout among classroom teacher. Journal of Applied Psychology,72:269-274

-Radcliffe, C and Lester , H .(2003).Perceived stress during undergraduate medical training :a qualitative study .Medical Education ,37:32-38.doi:1046/j.1365-2923.2003.01405.x

-Schaufeli W.,Enzmann D.,(1998) .The burnout companion to study and practice : A Practical analysis ,London Taylor & Francis.

-Shanafelt T ,Bradley K, Wipf J, Back A.,(2002). Burnout and self –reputed patient care in an internal medicine residency program .Ann Intern Med ,136:358-367.

-Sharma A., Sharp D.M, Walker L.G.,Monson J.R.T.,(2008).Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. Psycho-onology ,vol.17,pp.570-576

-Shakir S, Gharali A, Zaidi SAA, Tahir MH.,(2008).Job satisfaction among doctors working at teaching hospital of Bahawalpur, Pakistan .Πηγή : www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/19-3/PDF.

-Sibbald B, Bojke C, Gravelle H.,(2003). National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ ;326: 22.

-Simon M, Tackeberg P, Nienhaus A, Esty-Behar M, Conway PM, Hasselhorn HM.,(2008). Back or neck pain-related disability of nursing staff in hospitals –nursing homes and home care in seven countries –result from European NEXT-STUDY. *Int, J Nurs Stud.*45(1) :24-34

-Seley, H.,(1976). *Stress in health and disease*. Woburn, MA: Butterworth

-Seley H.,(1982) .History and present status of the stress concept. In: Goldberger L & Breznitz S. *Handbook of stress* .Free Press, New York.

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

-Standmark KM , Hallberg LR.,(2007). The origin of workplace bullying : Experiences from the perspectives of bully victims in the public service sector. *J Nurs manag.*,5:332-341

-Stordeur S ,D’Hoore W ,Vandenberghe C.,(2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff . *J Adv Nurs* ,35:533-542

-Taylor B, Barling J.,(2004). Identifying sources and effects of cancer fatigue and burnout for mental health nurses :A qualitative approach .*Int Ment Health nurses* ,13:117-125 .

-Tesser A.,Rosen S.,Tesser M.,(1971). On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect).*Psychol Rep*,29:651-654.

-Vahey DC ,Aiken LH ,Sloane DM ,Clarke SP, Vargas D.,(2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* ,42:1157-1167

-Visser M., Smerts E., Oort F., & de Haes H., (2003). Stress satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, vol 168, no 3, pp.271-275

-Warr P, Cook J and Wall T, (1979) .Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, vol. 52 pp.129-148

-Wessels ,D.T(1989).The etiology of job stress .*Loss, Grief and Care selder* 3(1-2),11-19

-West E, Barron DN, Dowsett J, Newton JN., (1999). Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: Implications for the design of dissemination strategies. *Soc SciMed* , 48:633-646

-Williams RB Jr. Refining the type A hypothesis: Emergence of 1998

-Wright T & Bonett D., (1997). The contribution of burnout to work performance ,*Journal of Organizational Behavior*, vol 18, pp.491-499.

-Zapf D, Gross C., (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension .*Eur. J Work Organ Psychol* .10:497-522

-Zangaro GA, Soaken KL., (2007). A meta -analysis of studies of nurse's job satisfaction. *Res Nurs Health* .; 30:445-58.

Διαδικτυακές πηγές:

ANA'S Handle with Care Campaign (2004). Web Site. - <http://www.nursingworld.org/handlewithcare>.

-Royal College of Nursing .Working well survey (2000) .Available at: http://www.rcn.org.uk/news/pdfs/1778-working_well.pdf/ London.

- OSHA 2009.OSHA'S Voluntary ergonomics guidelines for the prevention of musculoskeletal disorders in nursing homes .(2010).<http://www.osha.gov/ergonomics/guidlines>.

-Εργασία σε νυχτερινή βάρδια :Πιθανός καρκινογόνος παράγοντας(2010).
<http://www.Medlook.net/article.asp>

-European Agency for Safety and Health at Work (2009) .Stress. Available at
:<http://osha.europa.eu/en/topics/stress>.

- NIOSH 2006 .Safe Lifting and Moving of Nursing Home Residents (2010) .DHHS
Publication No.2006-117.<http://www.cdc.gov/niosh/topics/ergonomics>

-NIOSH 2010. Occupational Hazards in Home Healthcare.
<http://www.cdc.gov/niosh/doc/2010-125/pdf>.

-<http://www.elinyae.gr/el/idex.jsp> ΕΛΙΝΥΑΕ,2010

-Κυκλικό ωράριο ,επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών.(2007).
<http://www.Medlook.net>

-Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων (2009) .[http://www.vima – asklipiou.gr](http://www.vima-asklipiou.gr)

-Σύνδρομο Burnout .Κατανόηση και πρόληψη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο (2010).[http://vima – asklipiou.gr](http://vima-asklipiou.gr)

- <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs239/en/index>, html(consult on 31 Mar.08)

- Οργάνωση και Στελέχωση ΤΕΠ.(2008).<http://www.medtime.gr>

- Η Ιατρική εξουθενώνει τους γιατρούς της Γιώτας Μυρσιώτη.(2010).
<http://www.kathimerini.gr>

- Υγιεινή και ασφάλεια για επαγγελματίες της υγείας , του Κωνσταντινίδη ,Θ.(2011).<http://www.newspaper.gr>

- [http://www.Βρετανικό Σύστημα Υγείας \(NHS\)](http://www.Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS))
- [http://www.Βασιλικό Κολλέγιο Νοσηλευτών \(Royal College of Nursing, RCN\)](http://www.Βασιλικό Κολλέγιο Νοσηλευτών (Royal College of Nursing, RCN))
- <http://www. The Lancet Oncology>
- <http://www.International Agency for Research on Cancer>
- <http://www.Australasian college for emergency medicine>
- [http://www.Manifesto for Emergency Medicine in Europe \(European Journal of Emergency Medicine,1998 Dec, 5\(4\):389-495](http://www.Manifesto for Emergency Medicine in Europe (European Journal of Emergency Medicine,1998 Dec, 5(4):389-495)
- [http:// www.cdc.gov Center Disease Control \(2008\)](http:// www.cdc.gov Center Disease Control (2008))