

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« Πιλοτική Στάθμιση 2 εργαλείων: της Κλίμακας Επαγγελματικής Κόπωσης/Εξουθένωσης και Ανάρρωσης (OFER) και του Δείκτη Ψυχολογικού Τραύματος (PIRI) σε εργαζόμενους σε κυκλικό ωράριο στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Γενικών Νοσοκομείων της 6^{ης} ΥΠΕ. Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας. »

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Π. ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Νοέμβριος, 2014

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« Πιλοτική Στάθμιση 2 εργαλείων: της Κλίμακας Επαγγελματικής Κόπωσης/Εξουθένωσης και Ανάρρωσης (OFER) και του Δείκτη Ψυχολογικού Τραύματος (PIRI) σε εργαζόμενους σε κυκλικό ωράριο στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Γενικών Νοσοκομείων της 6^{ης} ΥΠΕ. Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας. »

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Επιβλέπων Μέλος ΔΕΠ

Τζιαφέρη Στυλιανή

Νοέμβριος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Αθανασοπούλου Γεωργία Αγγελική, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Τζιαφέρη Στυλιανή

(Όνοματεπώνυμο)

Πρεζεράκος Παναγιώτης

(Όνοματεπώνυμο)

Τσιρώνη Μαρία

(Όνοματεπώνυμο)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, Τζιαφέρη Στυλιανή, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για την πολύτιμη βοήθειά της, τη συμπαράστασή της και την καθοδήγησή της κατά το σχεδιασμό, τη διεξαγωγή και τη συγγραφή της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Επίσης, εκφράζω θερμές ευχαριστίες, στα μέλη της Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής, Πρεζεράκο Παναγιώτη, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια - Αναπληρώτρια Πρύτανη του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για θέματα υπηρετήσης της κοινωνίας και της περιφερειακής ανάπτυξης για τη σημαντική συμβολή τους στην προσπάθειά μου.

Ευχαριστώ τους διευθυντές και τα Επιστημονικά Συμβούλια των Ιδρυμάτων για τη χορήγηση της άδειας εκπόνησης της μελέτης και όλους τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα για τη συλλογή των δεδομένων και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου για την υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράσταση που μου προσέφεραν, καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου!

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στους γονείς μου Παναγιώτη και Μαρία Αθανασοπούλου,
το σύζυγό μου Κωνσταντίνο Κρητικάκη και τα παιδιά μου Ορέστη, Παναγιώτη
και Νεφέλη, που με αγαπούν και με στηρίζουν σε κάθε μου βήμα.

Περιεχόμενα	8-9
Περίληψη.	10-11
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
1.Εισαγωγή	13
2. Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης	15
2.1. Ορισμός Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης(ΣΧΚ)	15
2.2. Αίτια Εμφάνισης Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης(ΣΧΚ)	15
2.3. Παράγοντες Κινδύνου	16
2.4. Επαγγελματίες Υγείας και εμφάνιση Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης(ΣΧΚ)	16
2.5. Διάγνωση και διαγνωστικά κριτήρια.	16
2.6 Επιπλοκές	18
2.7 Τρόποι αντιμετώπισης	18
3. Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης(ΣΕΕ)	19
3.1. Ορισμός / Ιστορική Αναδρομή Επαγγελματικής Εξουθένωσης	19
3.2 Βασικά θεωρητικά μοντέλα	20
3.3. Η επαγγελματική Εξουθένωση στην Ευρώπη και την Ελλάδα.	23
3.4. Αίτια εμφάνισης Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης(ΣΕΕ).	25
3.5. Παράγοντες Περιβάλλοντος Εργασίας	25
3.6. Ατομικοί Παράγοντες.	26
3.7. Συμπτώματα/ Επιπτώσεις Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.	27
3.8. Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.	28
3.8.1. Αντιμετώπιση σε ατομικό επίπεδο:	30
3.8.2. Αντιμετώπιση σε οργανωτικό επίπεδο.	31
3.8.3. Πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης:	34
3.8.4. Δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης	36
4. Ψυχολογικό τραύμα.	39
4.1.Ορισμός τραύματος	39
4.2. Μετατραυματικό στρες	40
4.3. Αιτίες και παράγοντες κινδύνου	41
4.4. Εννοιολογικά μοντέλα δευτερογενούς μετατραυματικού στρες	44
4.5. Στάδια ανάπτυξης δευτερογενούς μετατραυματικού στρες.	46
4.6. Συνέπειες Μετατραυματικού Στρες.	47
4.7. Παρεμβάσεις πρόληψης / αντιμετώπισης:.	48

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	55
5.1. Σκοπός μελέτης	56
5.2. Πληθυσμός	57
5.3. Σχεδιασμός	
5.4. Στατιστική ανάλυση	59
5.5. Αποτελέσματα	61
5.5.1. Κλίμακα ανάρρωσης επαγγελματικής κόπωσης και εξουθένωσης (OFER-15)	68
5.5.2. Δείκτης κινδύνου ψυχολογικού τραύματος (PIRI)	70
5.5.3. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση	70
5.5.4. Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI	71
5.5.5. Συσχετίσεις των διαστάσεων των ερωτηματολογίων με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχόντων.	73
6. Συζήτηση	97
6.1. Συσχέτιση ερωτηματολογίων OFER και PIRI με ατομικά χαρακτηριστικά	102
6.2. Συσχέτιση διαστάσεων ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI με χαρακτηριστικά της εργασίας	106
6.3. Συσχέτιση των «Προβλημάτων Ύπνου» με τις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI	108
6.4. Συσχέτιση της «Χρήσης Αλκοόλ» με τις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI	110
7. Προτάσεις.	111
Βιβλιογραφία.	121
Αλληλογραφία.	132
Ερωτηματολόγιο.	135
Παράρτημα πινάκων και γραφημάτων.	149
ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΕΙΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ Τη ΕΡΕΥΝΑΣ	
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ- ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ (ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ)	
ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕ ΔΙ-ΗΜΕΡΙΔΑ- ΠΡΑΚΤΙΚΑ...	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι εργαζόμενοι σε βάρδιες αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα, όπως, σύνδρομο οξείας κούρασης, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και είναι σε κίνδυνο ψυχολογικού τραυματισμού, ειδικά οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Οι υψηλού κόστους εκπαιδευμένοι και εξειδικευμένοι επαγγελματίες, όπως οι επαγγελματίες υγείας, είναι ταχέως αναγνωριζόμενοι ως το πιο πολύτιμο ανθρώπινο κεφάλαιο που διαθέτει ένας οργανισμός και η πρόωμη απώλειά του λόγω τέτοιων προβλημάτων, αποτελεί οικονομική αλλά και ανθρώπινη τραγωδία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η στάθμιση δυο εργαλείων: της Κλίμακας Επαγγελματικής Κόπωσης/Εξουθένωσης Και Ανάρρωσης (OFER) και του Δείκτη Ψυχολογικού Τραύματος (PIRI), σε εργαζόμενους με βάρδιες στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών Γενικού Νοσοκομείου, στην ελληνική γλώσσα.

Υλικό και μέθοδος: σε 116 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε βάρδια διανεμήθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών 5 Γενικών Νοσοκομείων της 6^{ης} ΥΠΕ: ανώνυμο εργαλείο, με τα δύο πρώτα μέρη να αφορούν στα δημογραφικά στοιχεία και στα κοινωνικά, εργασιακά χαρακτηριστικά και ακολούθως, τα 2 ερωτηματολόγια: την Κλίμακα Επαγγελματικής Κόπωσης, Εξουθένωσης/ανάρρωσης (The Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale (OFFER) και τον Κατάλογο Δεικτών Επικινδυνότητας Ψυχολογικού Τραύματος (Psychological Injury Risk Index (PIRI). Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Αποτελέσματα: Οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν όλοι πάνω από το αποδεκτό όριο (>0,80) για όλες τις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI. Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση μετά από επιδράσεις τροποποίησης έδωσε αποδεκτά όρια για τους δείκτες GFI(>0,8), CFI(>0,9), RMSEA(<0,08) και για τα δύο μοντέλα των OFER-15 και PIRI. Οι ερωτηθέντες εμφάνισαν μέτριου βαθμού έντονη, χρόνια κόπωση και ανάρρωση(σήμερα και σε 6 μήνες).Ομοίως εμφανίζουν μετρίου βαθμού προβλήματα ύπνου και συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής ενώ για τις διαστάσεις χρόνια κόπωση και ανάρρωση του PIRI ερωτηματολογίου, υπήρξε πολύ υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων που υποδηλώνει καλή αξιοπιστία αφού αποτελούνται από τις ίδιες ερωτήσεις. Αναφορικά με τους εργασιακούς παράγοντες, βρέθηκαν σημαντικές

διαφορές τόσο στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου OFER-15 όσο και στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου PIRI ανάλογα με το εάν η συναισθηματική/σωματική τους κατάσταση τους ώθησε στη λήψη άδειας, με το εάν κοιμούνται ικανοποιητικά και όταν ξυπνούν αισθάνονται ξεκούραστοι, με το εάν οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους, στην οικογένειά τους και στην εργασία τους, με τον αριθμό ασθενών που τους αναλογούν και την ικανοποίηση τους από την αμοιβή, γεγονός που υποδεικνύει ότι και τα δυο ερωτηματολόγια έχουν διακριτική ικανότητα (discriminant validity) και μπορούν επομένως να διακρίνουν τις ομάδες με υψηλότερο βαθμό προβλημάτων. Η προβληματική κατανάλωση αλκοόλ του ερωτηματολογίου PIRI έδειξε το λιγότερο αριθμό συσχετίσεων γεγονός που οφείλεται στο ότι οι εργαζόμενοι έχουν πολύ λίγα προβλήματα με την κατανάλωση αλκοόλ.

Συμπεράσματα: Τα ερωτηματολόγια μπορούν να αποτελέσουν άριστα εργαλεία πρωτογενούς πρόληψης, στη διάθεση των οργανισμών αλλά και των εργαζομένων, της επαγγελματικής κόπωσης(οξείας, χρόνιας), επαγγελματικής εξουθένωσης και της ανάπτυξης ψυχολογικού τραύματος, κυρίως για εργαζομένους «πρώτης γραμμής» που εμφανίζουν προβλήματα στην αναγνώριση και τη παραδοχή του προβλήματος. Έτσι, η Κλίμακα OFER-15,λοιπόν μπορεί να λειτουργήσει αξιόπιστα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, σαν ένα σύστημα «πρώιμης προειδοποίησης» και στα δύο επίπεδα. Επιπλέον, με τη χρήση του PIRI σε επίπεδο οργανισμών είναι δυνατόν να προκύψουν βαθμολογίες που να λειτουργούν σαν «κόκκινη σημαία» για ανίχνευση των εργαζομένων που τείνουν να αναπτύξουν ψυχολογικό τραύμα, ώστε να εξασφαλιστεί η έγκαιρη αντιμετώπιση του.

Λέξεις κλειδιά: εργασιακή κόπωση, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, οξεία κόπωση, επαγγελματική εξουθένωση, βάρδια, εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο, ψυχολογικό τραύμα, κίνδυνος εμφάνισης ψυχολογικού τραυματισμού, εργασιακοί κίνδυνοι, εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής κόπωσης.

ABSTRACT

Introduction: 1/5 of the total working force worldwide works in shifts and night work concerns the 19% of workers in the European Union. Shift workers face various problems, such as, acute fatigue syndrome, chronic fatigue syndrome, burnout syndrome and are in risk of psychological injury, especially health workers who work in Emergency Departments. Numerous tools for measuring occupational fatigue and risk of psychological injury exist, but none makes the distinction between acute, chronic fatigue and burnout syndrome, neither measure the actual recovery between shifts. The high cost-trained health professionals is rapidly recognized as the most valuable human capital and early loss, due to such problems is an economic and human tragedy, especially during financial crisis, within Greece is today.

Purpose: This study's protocol aims to validate in Greek two tools: OFER and PIRI. To identify any relation between chronic fatigue syndrome or burnout syndrome, of the possibility of recovery between shifts, of the risk of psychological injury, and to any demographic and occupational characteristics, as well.

Material and Methods: Descriptive cross-sectional study, validating OFER and the PIRI, having written permission by authors. Convenience sample will be used of 116 health workers working in shifts, in general hospitals of the 6th Health District: Kalamata, Kiparissia, Tripoli, Sparta and Pirgos.

Results: The reliability coefficients of a Crobach were all above the acceptable limit (> 0.80) for all dimensions of questionnaires OFER-15 and PIRI. Confirmatory factor analysis after modification effects gave acceptable limits for indicators GFI ($> 0,8$), CFI ($> 0,9$), RMSEA ($<0,08$) for both models OFER-15 and PIRI. Respondents Displaying moderate intense, chronic fatigue and recovery (today and in six months) . They also, exhibit moderate sleep problems and symptoms of posttraumatic disorder while the very high correlation of dimensions "chronic fatigue" and "recovery" of PIRI questionnaire between the two questionnaires, indicates good reliability since they are structured of the same questions. Regarding the working agents, significant differences were found in both the dimensions of the questionnaire OFER-15 and the dimensions of the questionnaire PIRI depending on whether the emotional / physical condition prompted them to obtain a license to whether sleep well and feel when they wake refreshed , whether the work requirements adversely affect the time and energy you spend on themselves, their families and their work, the number of patients

allocated, to the satisfaction of their salary, indicating that both questionnaires have discriminant validity and can distinguish the groups with higher levels of disability. Problematic alcohol consumption of PIRI questionnaire showed the least number of correlations due to the fact that workers have very few problems with alcohol.

Conclusions: The OFER and PIRI questionnaires can be excellent tools of primary prevention for organizations and employees, against occupational (acute, chronic) fatigue syndrome, burnout syndrome and psychological trauma, especially for 'first line' workers presenting problems in recognizing and assumption of the problem. According to the results of the study, the OFER-15 can work reliably, as a system of "early warning" for both agencies and individuals. Moreover, the use of PIRI may arise scores serve as "red flag" for detection of workers tend to develop psychological trauma.

Key words: Occupational fatigue, chronic fatigue syndrome, acute fatigue, burn out syndrome, shift, psychological trauma, risk of psychological injury, occupational risks, health professionals, health workers, measurement tools for professional fatigue syndrome, tools for measuring the risk of psychological injury.

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Εισαγωγή

Η εργασιακή κόπωση είναι ένα πρόβλημα όλο και αυξανόμενο μεταξύ των περισσότερων βιομηχανικών εθνών. Συχνά είναι μια αντίδραση προσαρμογής στην εργασιακή δραστηριότητα και στο στρες. Παρόλα αυτά υπάρχει μεγάλος αριθμός αξιοσημείωτων ερευνών που δείχνουν ότι αυτή η αντίδραση εξαρτάται από την επαρκή ανάκαμψη μεταξύ διαδοχικών περιπτώσεων επαγγελματικής δραστηριότητας (βάρδιες) (Dienstbier,1991). Η εργασία με βάρδιες αποτελεί καθημερινό χαρακτηριστικό των σύγχρονων κοινωνιών δεδομένου ότι το 1/5 του συνολικού εργαζόμενου δυναμικού παγκοσμίως εργάζεται με βάρδιες καθώς και η νυχτερινή εργασία αφορά το 19% των εργαζομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα κύρια χαρακτηριστικά της εργασίας με βάρδιες είναι η συνέχεια, η εναλλαγή των βαρδιών και ο προγραμματισμός. Οι επαγγελματίες υγείας, παρέχουν τις υπηρεσίες τους και έχουν την ευθύνη για την παροχή φροντίδας υγείας επί 24ώρου βάσεως. Οι εργαζόμενοι με βάρδιες αντιμετωπίζουν προβλήματα σε διάφορα επίπεδα, όπως αυξημένης κούρασης και υπνηλίας, χαμηλότερο επίπεδο υγείας, σωματικής και ψυχικής, προβλήματα που σχετίζονται με την οικογενειακή και κοινωνική του ικανοποίηση από τον χώρο εργασίας και το βαθμό απόδοσής τους (Κορομπέλη 2009). Η απουσία από την εργασία και η αποχή από την παραγωγική εργασία έχουν αυξηθεί σημαντικά εξαιτίας του άγχους και της κατάθλιψης που σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές (Jarvisalo, 2005). Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, περίπου το ένα τρίτο των παροχών και επιδομάτων αναπηρίας οφείλονται σε διαταραχές οι οποίες αποδίδονται στις ψυχικές ασθένειες, ενώ το μερίδιο αυτό διαρκώς αυξάνεται (OECD, 2010), Σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, τα προβλήματα ψυχικής υγείας αφορούν το 25% των επιδομάτων αναπηρίας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Για παράδειγμα στην Ολλανδία το 30% των χρόνιων αναπήρων, νοσούν από χρόνια ή επιμένουσα κόπωση σχετιζόμενη με την εργασία.(Bulteman, 2002 a, 2002b). Το άμεσο οικονομικό κόστος από τη συνταξιοδότηση, την απουσία λόγω ασθένειας και την απώλεια της παραγωγικότητας αλλά και το έμμεσο συναισθηματικό κόστος από τους ψυχολογικούς τραυματισμούς των εργαζομένων είναι αξιοσημείωτο. Εκτός από τα καθήκοντα τα οποία πρέπει να είναι ικανοί να διεκπεραιώσουν υπάρχει και ένα ισχυρό οικονομικό κίνητρο για την εξάλειψη ή έστω περιορισμό των ψυχολογικών κινδύνων των επαγγελματιών υγείας. Οι υψηλού κόστους εκπαιδευμένοι και εξειδικευμένοι επαγγελματίες, όπως οι επαγγελματίες υγείας, είναι ταχέως

αναγνωριζόμενοι ως το πιο πολύτιμο ανθρώπινο κεφάλαιο που διαθέτει ένας οργανισμός και η πρόωμη απώλειά του λόγω τέτοιων προβλημάτων, αποτελεί οικονομική αλλά και ανθρώπινη τραγωδία (Winwood και συν, 2009). Ειδικότερα στο χώρο της υγείας, ο οποίος είναι ένας ιδιαίτερα ευαίσθητος χώρος, αφού ασχολείται με το ύψιστο αγαθό στον άνθρωπο, την υγεία, η ικανοποίηση του προσωπικού θα έπρεπε να βρίσκεται σε πρώτο πλάνο, όχι μόνο από μισθολογική άποψη αλλά κυρίως από θέμα οργάνωσης και στελέχωσης για την καλύτερη και πλέον απρόσκοπτη λειτουργία των νοσοκομείων. Παρά την τεχνολογική πρόοδο, τις οικονομικές και διοικητικές εξελίξεις, ο ανθρώπινος παράγοντας διαδραματίζει σημαντικότατο ρόλο στη διανομή των υπηρεσιών στα ιδρύματα υγείας. Η ευημερία του υγειονομικού προσωπικού δεν εξασφαλίζει μόνο καλύτερη και αποδοτικότερη διάθεση των πόρων, αλλά και την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. Εξασφαλίζει και καλύτερες, περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες στον ασθενή, που τόσο έχει ανάγκη σε αυτή τη δύσκολη συγκυρία της ζωής του (Πελέχας και Αντωνιάδης, 2013). Παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της Ιατρικής, στην επιφάνεια έχουν έρθει νέοι προβληματισμοί, οι οποίοι αφορούν όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους ανθρώπους που εργάζονται μέσα στους χώρους όπου παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Οι φόβοι απέναντι στη νόσο και στο θάνατο, τα προβλήματα στο χώρο εργασίας και η έλλειψη εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού λειτουργούν σε δύο επίπεδα: Δυσχεραίνουν την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα πιέζουν τους πρώτους συναισθηματικά και δημιουργούν άγχος, προκαλώντας σημαντικές επιπτώσεις, όπως συστηματικές απουσίες, εντάσεις, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, κατάθλιψη. Η ανταπόκριση του ατόμου σε αυτή την ανισορροπία που προκαλεί το εργασιακό stress εκδηλώνεται είτε με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισής του είτε με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (professional burnout), η οποία έχει ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας (Διλιντάς, 2009) είτε με την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων. Η σοβαρότητα του προβλήματος προκαλεί το ενδιαφέρον για τη διερεύνησή του.

2. Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης

2.1 Ορισμός ΣΧΚ

Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (ΣΧΚ) είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων, τα οποία δεν μπορούν να ενταχθούν σε κάποια άλλη νοσολογική οντότητα, μεμονωμένα όμως μπορεί να ανευρίσκονται σε διάφορες οργανικές παθήσεις, με την κόπωση να κυριαρχεί. Το ΣΧΚ δε μπορεί να χαρακτηριστεί ως ασθένεια, αλλά ως μια κατάσταση που φαίνεται να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και περίπλοκους μηχανισμούς. Χαρακτηρίζεται από επίμονη κόπωση για τουλάχιστον 6 μήνες, αρκετά ανεξήγητα συμπτώματα και πολλά λειτουργικά προβλήματα. Το ποσοστό του συνδρόμου κυμαίνεται από 0,2–0,5%. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ισχυρότερες φυσικές αιτίες προκαλούν μεγαλύτερη διάρκεια των παραπόνων για κόπωση στους ασθενείς με ΣΧΚ. Καθώς τα παράπονα για κόπωση επιμένουν και δεν μπορεί να δοθεί κάποια ιατρική απάντηση, η ανάγκη για μια φυσική εξήγηση της αιτίας ενδυναμώνεται στους πάσχοντες από ΣΧΚ.

2.2. Αίτια Εμφάνισης ΣΧΚ

Σύμφωνα με τους Διομήδους Μ. και συν(2009) παθοφυσιολογία του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη. Σε αντίθεση με άλλες επαρκώς προσδιορισμένες ασθένειες δεν έχει συγκεκριμένη αιτία. Αρκετές πιθανές αιτίες για την εμφάνισή του έχουν προταθεί, όπως η κατάθλιψη, η αναιμία από την έλλειψη σιδήρου, η υπογλυκαιμία, το ιστορικό αλλεργιών, η μόλυνση από ιούς, δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, μεταβολές στα επίπεδα των υποθαλαμικών ορμονών, υπόταση. Νόσος εν εξελίξει, λοίμωξη, διαβήτης, ηπατίτιδα, καρκίνος ευθύνονται για το ένα τρίτο των περιστατικών. Λοιμώδεις, ορμονικοί και νευροχημικοί παράγοντες εικάζεται ότι αλληλεπιδρούν. Λοιμώξεις οξείας έναρξης ή απενεργοποίηση ιών, μείωση των κυκλοφορούντων κορτικοστεροειδών ή οιστρογόνων, η έλλειψη συστατικών του μεταβολισμού, χωρίς να προκαλούν εμφανή κυτταροπαθολογία, οδηγούν σε ήπια διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος (Διομήδους Μ. και συν, 2009) Οι ουσίες αυτές είναι γνωστό, ότι μπορούν να προκαλέσουν μία σειρά συμπτωμάτων, πολλά από τα οποία παρατηρούνται στο ΣΧΚ (Wessely S., 1996; Levy J., 1994). Το ανοσοποιητικό σύστημα «υπεραντιδρά» και το σύνδρομο ομοιάζει με αυτοάνοση νόσο, έχει δε παρατηρηθεί υψηλό ποσοστό αλλεργικών αντιδράσεων σε τροφές, εισπνεόμενα σωματίδια ή φάρμακα στους ασθενείς αυτούς σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Εάν ένας ασθενής εμφανίζει κόπωση διάρκειας 6 μηνών ή και περισσότερο, η οποία δεν αντιμετωπίζεται με την ανάπαυση και συνοδεύεται από διάφορα μη ειδικά

συμπτώματα όπως: εικόνα γριπώδους συνδρομής, γενικευμένο πόνο, διαταραχές μνήμης, ο γιατρός θα πρέπει να διερευνήσει την πιθανότητα ύπαρξης ΣΧΚ.

2.3. Παράγοντες Κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι το γυναικείο φύλο (2–4 φορές μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους άνδρες) και ηλικία 40–50 ετών. Το σύνδρομο απαντάται σε άνδρες και γυναίκες ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης. Τα περισσότερα θύματα πάντως είναι γυναίκες, κυρίως νέες στην ηλικία που πρόσφατα έχουν αποκτήσει οικογένεια, ενώ συγχρόνως εργάζονται ή βρίσκονται στην περίοδο της εγκυμοσύνης, αλλά και γυναίκες μεγαλύτερες σε ηλικία. Η επαγγελματική υπερδραστηριότητα, οι ευθύνες του σπιτιού, η φροντίδα του παιδιού και οι κοινωνικές υποχρεώσεις φορτίζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά το άτομο, με αποτέλεσμα ένας πολύ μεγάλος αριθμός γυναικών που βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία να παρουσιάζουν αυτό το πρόβλημα (Διομήδους Μ. και συν, 2009).

2.4. Επαγγελματίες Υγείας και εμφάνιση ΣΧΚ

Από τους επαγγελματίες υγείας, οι νοσηλευτές είναι η εργασιακή ομάδα με τις μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξει ΣΧΚ (Buchwald D et al, 1995). Ειδικά για τους νοσηλευτές, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Όσοι εργάζονται σε νοσοκομεία, εκτός από το ασταθές ωράριο, σύμφωνα με το οποίο ο νοσηλευτής εργάζεται σε βάρδιες που απέχουν μεταξύ τους μόνο 8 ώρες έχουν να αντιμετωπίσουν επιπλέον σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι οι αυξημένες ευθύνες της εργασίας, ο θάνατος ασθενούς, ο φόβος μόλυνσης με λοιμογόνους παράγοντες, η μειωμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η έλλειψη προσωπικού (ιδίως στα ελληνικά νοσοκομεία).

2.5. Διάγνωση και διαγνωστικά κριτήρια.

Η διάγνωση του ΣΧΚ βασίζεται στην αφαιρετική διαδικασία. Οι γιατροί συναντούν δυσκολίες στη διάγνωση του συνδρόμου, επειδή έχει αρκετά κοινά σημεία και συμπτώματα με αρκετές άλλες ασθένειες. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει κάποια διαγνωστική ή εργαστηριακή διαδικασία που να μπορεί να επιβεβαιώσει την παρουσία του ΣΧΚ, αλλά η διάγνωση βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια. Η πρώτη προσπάθεια ορισμού του ΣΧΚ έγινε το 1985, εφόσον μέχρι τότε δεν υπήρχε αντικειμενική ταξινόμησή του. Το 1988 από ερευνητική ομάδα των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών των ΗΠΑ (Centers for

Disease and Prevention - CDC) έγινε διατύπωση ενός πρώτου ορισμού και διαγνωστικών κριτηρίων.

Σύμφωνα με τον αυθεντικό ορισμό που αναπτύχθηκε από τα Κέντρα Ελέγχου Ασθενειών - CDC¹ για να τεθεί η διάγνωση του ΣΧΚ επιβάλλεται η παρουσία: Μειζόνων κριτηρίων (απαιτούνται και τα δύο που περιγράφονται). Πρώτον, έναρξη επίμονης ή υποτροπιάζουσας, εξαντλητικής κόπωσης ή εύκολα κόπωση που δε βελτιώνεται με ανάπαυση στο κρεβάτι και είναι αρκετά σοβαρή, ώστε να μειώσει την καθημερινή δραστηριότητα του ατόμου κάτω από το 50% σε σχέση με το προηγούμενο της νόσου επίπεδο, έχει δε διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών. Δεύτερον, αποκλεισμός άλλων νοσημάτων που εμφανίζουν παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις. Ελασσόνων κριτηρίων (συμπτώματα καθώς και αντικειμενικά ευρήματα), από τα οποία χρειάζεται ένας αριθμός, προκειμένου να γίνει η οριστική πιστοποίηση (πίνακας 1)

Πίνακας 1. : **Μείζονα και ελάσσονα κριτήρια για τη διάγνωση του ΣΧΚ**

<u>Μείζονα και ελάσσονα κριτήρια για τη διάγνωση του ΣΧΚ</u>
<i>Μείζονα κριτήρια Χρόνια ή υποτροπιάζουσα κόπωση που διαρκεί 6 μήνες ή περισσότερο</i>
Δεν βελτιώνεται με την κατάκλιση και προκαλεί σημαντική μείωση των δραστηριοτήτων του ατόμου σε κοινωνικό, πνευματικό και προσωπικό επίπεδο
<i>Ελάσσονα κριτήρια 4 ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται πριν από την έναρξη της κόπωσης και διαρκούν 6 μήνες ή περισσότερο</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Αδυναμία συγκέντρωσης της μνήμης - Μη εξιδρωματική φαρυγγίτιδα - Ευαίσθητοι τραχηλικοί ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες - Μυαλγίες - Επώδυνες αρθρώσεις, χωρίς οίδημα ή σημεία φλεγμονής - Πρωτοεμφανιζόμενες γενικευμένες κρίσεις κεφαλαλγίας - Αίσθημα κόπωσης μετά από την αφύπνιση - Γενικευμένη κακουχία διάρκειας >24 ώρες

(Μ. Διομήδους και συν.,2009)

2.6. Επιπλοκές

Αναφορικά με το ΣΧΚ, οι πιθανές επιπλοκές περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, η οποία σχετίζεται τόσο με τα συμπτώματα, όσο και με την έλλειψη διάγνωσης, με ανεπιθύμητες ενέργειες και αλλεργικές αντιδράσεις που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή, και την έλλειψη δραστηριότητας, κοινωνική απομόνωση εξαιτίας της κόπωσης, περιορισμούς στον τρόπο ζωής, και αυξημένο απουσιασμό από την εργασία.

2.7. Τρόποι αντιμετώπισης

Αναφορικά με το ΣΧΚ, πριν από την έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι σημαντικό να υπάρχει συμφωνία μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς, όσον αφορά στην αμοιβαία κατανόηση της νόσου. Επιτακτική θεωρείται η αξιολόγηση των πιθανών προϋπαρχουσών και συνυπαρχουσών ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Η θεραπεία του συνδρόμου προϋποθέτει να δοθεί στον ασθενή μια αναλυτική ερμηνεία των συμπτωμάτων του. Επίσης, θα πρέπει να κατανοήσει τις διαφορές μεταξύ των προδιαθεσικών παραγόντων ανάπτυξης της νόσου – τρόπος ζωής, εργασιακό stress, προσωπικότητα – και των παραγόντων που την πυροδότησαν – ιογενούς φύσης λοίμωξη, γεγονότα ζωής – και, τέλος, λοιπών παραγόντων (εγκεφαλική δυσλειτουργία, διαταραχή ύπνου, κατάθλιψη, ασυνεπής δραστηριότητα, παρερμηνεία της νόσου, φόβος επιδείνωσής της). Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην υπέρβαση αυτών των δυσκολιών. Το σημαντικότερο σημείο έναρξης είναι η προώθηση ενός μοντέλου δραστηριότητας-ανάπαυσης και ύπνου, ακολουθούμενο από μια επιστροφή στα φυσιολογικά επίπεδα δραστηριότητας. Οι γιατροί στοχεύουν στην ανακούφιση των σημείων και των συμπτωμάτων χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό θεραπειών, οι οποίες περιλαμβάνουν την ενεργοποίηση της καθημερινής δραστηριότητας, την προοδευτική και τακτική άσκηση, τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, τη θεραπεία της κατάθλιψης, τη θεραπεία του συνεχιζόμενου πόνου [μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη(ΜΣΑΦ)], τη θεραπεία των συμπτωμάτων που ομοιάζουν με αλλεργικές αντιδράσεις (αντιισταμινικά), τη θεραπεία της υπότασης και τη θεραπεία των προβλημάτων του νευρικού συστήματος. Έρευνες έδειξαν ότι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις για το ΣΧΚ, όπως θεραπεία με μεθυλ-φαινιδάτη, D-ριβόζη, κορτικοστεροειδή,

ανοσοσφαιρίνες και ιντερφερόνες, αντιϊικά, υποδοχείς χολινεστεράσης ενδέχεται να είναι αποτελεσματικές.

3. Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

3.1. Ορισμοί / Ιστορική Αναδρομή Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (ΣΕΕ, burnout) εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του αποθεμάτων, κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες στη διάρκεια της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Όταν η κόπωση ανάμεσα στους εργαζομένους γίνεται σοβαρή και επίμονη, μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια αδυναμία και μειωμένη ικανότητα για εργασία. Ο συνδυασμός της κόπωσης και της απουσίας από την εργασία είναι το φαινόμενο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τον Kulkarni η εξουθένωση δεν αποτελεί ένα καινούργιο σύνδρομο. Η ύπαρξη της μπορεί να ανιχνευτεί αρκετά χρόνια πριν στο έργο του Σαίξπηρ. «Ο παθιασμένος προσκυνητής» (the passionate Pilgrim). Ωστόσο το πρόβλημα της ήρθε στο προσκήνιο τα τελευταία 30 χρόνια.

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudeuburger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους. Ο ορισμός που έδωσε ήταν ότι είναι η εξάντληση του ατόμου η οποία έχει δημιουργηθεί από μια συνεχόμενη χρήση των ενεργειακών αποθεμάτων. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 αναπτύχθηκαν και δημοσιεύτηκαν οι πρώτες σημαντικές έρευνες χωρίς όμως να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των συγγραφέων, όσον αφορά τον ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης.. Ο ορισμός ο οποίος είναι ευρέως γνωστός και συνδέεται πιο έντονα με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ο ορισμός της ψυχολόγου Christine Maslach: ως το σύνδρομο ψυχικής, σωματικής και πνευματικής κόπωσης, που αποτελεί την αντίδραση του εργαζόμενου στο χρόνο και διαπροσωπικό στρες της εργασίας του. Στα αγγλικά “burn out” σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης»(Maslach & Jackson, 1984). Ο ορισμός αρκετά απλός, δίχως να εμπλέκει τεχνικούς όρους όμως, αποτέλεσε μέσα από την ανάπτυξη και τεκμηρίωση ενός νέου τυποποιημένου μεθοδολογικού εργαλείου του MBI (Maslach Burnout

Inventory) ορόσημο στην εμπορική μελέτη. Σύμφωνα με το MBI η ΕΕ αντιμετωπίζεται ως σύνδρομο με 3 διαστάσεις: 1) την συναισθηματική εξάντληση, όπου ο εργαζόμενος αισθάνεται ψυχικά άδειος 2) την αποπροσωποποίηση, όπου ο εργαζόμενος αναπτύσσει ένα μηχανισμό άμυνας προκειμένου να αντιμετωπίσει την συναισθηματική εξάντληση που βιώνει και 3) την χαμηλή αίσθηση του εργαζόμενου για τα προσωπικά του επιτεύγματα στον εργασιακό του χώρο, που προκύπτει ως αποτέλεσμα των δυο παραπάνω. Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ψυχολόγους, τους κοινωνιολόγους, αλλά και τους ειδικούς του μάνατζμεντ, καθώς έχουν αναγνωρίσει τις σημαντικές της επιπτώσεις στο άτομο, στον οργανισμό και γενικότερα στην οικονομία και την παραγωγή. *Γενικά, το ΣΕΕ μπορεί να περιγραφεί ως μια επίμονη, αρνητική, σχετιζόμενη με την εργασία νοητική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξουθένωση και αποπροσανατολισμό ,μειωμένη αποτελεσματικότητα, έλλειψη κινήτρων.* (Μαριάννα Διομήδους και συν, 2009). Πρόκειται για μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου (Potter 2005). Ιδιαίτερη έμφαση παρέχεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Μετά από την εμφάνισή του, το σύνδρομο υποχωρεί δύσκολα. Ο εργαζόμενος έχοντας μάθει να εργάζεται αυτόματα και χωρίς τα ανάλογα κίνητρα, αλλοτριώνεται απέναντι στην εργασία του και δυσκολεύεται να ανακάμψει, ακόμη κι αν βελτιωθούν οι συνθήκες της εργασίας. Τα συμπτώματα του ΣΕΕ είναι κυρίως ψυχολογικά ενώ οι πάσχοντες εργαζόμενοι συχνά αποδίδουν τα παράπονά τους σε προβλήματα της εργασίας θεωρώντας πως αυτή ευθύνεται για την κατάστασή τους. Είναι σημαντική η συνειδητοποίηση, ότι οι μόνιμα κουρασμένοι εργαζόμενοι δεν πάσχουν εξ ορισμού από ΣΕΕ ενώ, αντίστροφα, οι πάσχοντες από ΣΕΕ μπορεί να μην εκφράζουν την κόπωση ως το κύριο παράπονό τους.

3.2. Βασικά θεωρητικά μοντέλα.

Έχουν υπάρξει πολλά θεωρητικά μοντέλα τα οποία έχουν προσπαθήσει να δώσουν μια ερμηνεία στο φαινόμενο της ΕΕ. Οι απόψεις των ερμηνευτών χωρίζονται σε 2 μέρη: σε αυτούς που θεωρούν ότι η ΕΕ είναι αποτέλεσμα στρεσογονικών διεργασιών και άσχημων επαγγελματικών συνθηκών και σε αυτούς οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η ΕΕ εξαρτάται άμεσα από τα θέλω του κάθε επαγγελματία και από τις προσδοκίες που

μπορεί να έχει για τον εαυτό του μέσα στον εργασιακό του χώρο. Τα σημαντικότερα μοντέλα της ΕΕ είναι:

1) ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ MASLACH (1982)

Βάσει του κλασικού ορισμού της Maslach (1982), που αναφέρθηκε παραπάνω, αναδεικνύονται τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου, που αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Η πρώτη διάσταση ονομάζεται «συναισθηματική εξάντληση» και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Για τη δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επικρατήσει η χρήση του όρου «αποπροσωποποίηση», με τον οποίο περιγράφεται η απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς/πελάτες του και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Η τρίτη διάσταση ονομάζεται «έλλειψη προσωπικής επίτευξης» και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του (Leiter & Maslach, 2005).

2) ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ EDELWICH & BRODSKY (1980)

Οι Edelwich & Brodsky (1980) περιέγραψαν μία σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, και συγκεκριμένα:

□ **Ενθουσιασμός.** Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

□ **Αμφιβολία και αδράνεια.** Τότε, λοιπόν, περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της αμφιβολίας και αδράνειας. Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι,

σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

□ **Απογοήτευση και ματαίωση.** Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η απογοήτευση και ματαίωση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από την εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

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

3) ΤΟ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ CHERNISS (1980).

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

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

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

δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

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

4) TO MONTELO THS PINES.

Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

3.3. Η επαγγελματική Εξουθένωση στην Ευρώπη και την Ελλάδα.

Η ΕΕ συγκαταλέγεται ανάμεσα στα τέσσερα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα που σχετίζονται με την προσφορά εργασίας στην Ευρώπη. Όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνισής της μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών, από μελέτες που έγιναν διεθνώς φαίνεται να παρουσιάζεται συχνά μεταξύ αυτών των επαγγελματιών. Ειδικότερα, σύμφωνα με τη Διομίδου Μ.(2009) ,σημαντικό ποσοστό των γιατρών που συμμετείχαν στις μελέτες εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (10–56%),αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης (13–47%)και μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (4–59%).Το αντίστοιχο εύρος της συχνότητας για καθεμιά από τις παραμέτρους της ΕΕ, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε νοσηλευτικό προσωπικό, ήταν 15–50%, 7–37% και 25–76%.Αν και στις περισσότερες μελέτες χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης της ΕΕ το MBI, ωστόσο το πρόβλημα της ανομοιογένειας των δειγμάτων, καθώς και τα

κριτήρια εκτίμησης της ΕΕ που χρησιμοποιήθηκαν στις διάφορες μελέτες, δεν παρέχουν τη δυνατότητα εξαγωγής κοινά αποδεκτών συμπερασμάτων για τη συχνότητα εμφάνισης της ΕΕ στο ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό διεθνώς.

Στον Ελλαδικό χώρο, τα τελευταία χρόνια, σε ερευνητικό επίπεδο παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για το εργασιακό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς. Ο Κουλιεράκης μελέτησε το ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον της φυλακής, οι Βελονάκης και συν εργαζόμενους σε επιχειρήσεις τροφίμων και η Μαγγιώρου την επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού. Στον τομέα της υγείας ξεχωρίζουν οι εργασίες των Αντωνίου και συν για τη μελέτη της ψυχοσωματικής ισορροπίας των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία, που συνέδεσε τα υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες με τη σωματική και τη συναισθηματική δυσλειτουργία κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών, και η εργασία των Σιουρούνη και συν για την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης, που παρατηρεί υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αίσθησης αποπροσωποποίησης σε άτομα που εργάζονται σε χώρους όπου έχουν ως κύριο σκοπό τη θεραπεία, συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης. Οι Καρύδας και συν μελέτησαν το βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των κατηγοριών των νοσοκομείων των νησιών του Αιγαίου, με επίκεντρο τα θέματα της σπουδαιότητας της εκπαίδευσης, της αυτονομίας των νοσηλευτών και της ισότητας στις ευκαιρίες ανέλιξης στον εργασιακό χώρο. Σημαντική θεωρείται και η εργασία των Σταύρου και συν για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) της επαρχίας και την ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών, που ανέδειξε ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει όλες τις κλίμακες για τους παράγοντες ποιότητας ζωής του ερωτηματολογίου SF-36 και τον εργαζόμενο στην εργασιακή του απόδοση. Με τη μελέτη της Καδδά για τους τρόπους διαχείρισης του στρες των επαγγελματιών υγείας σε 42 δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής, διαπιστώνεται η ύπαρξη του κυρίως στα ογκολογικά και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, η αναγκαιότητα διαχείρισής του και τα θετικά αποτελέσματα στα λίγα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης, κυρίως μέσω της συζήτησης με ειδικούς επιστήμονες, τη δημιουργία ομάδων εργασίας και την υλοποίηση σεμιναρίων και ημερίδων. Η ανάλυση των δεδομένων της εργασίας των Παπαδοπούλου και συν στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις», γενικά, έδειξε θετικά

αποτελέσματα σχετικά με τις δυσκολίες, το στρες και τις ανάγκες υποστήριξης των εργαζομένων. Ανέδειξε ως παράγοντες την υποστήριξη του προσωπικού με καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας και με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, την εποπτεία των εργαζομένων (ατομική-ομαδική), την ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, τη συνεργασία και την ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης. Τους κυριότερους παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) μελέτησε η Μιχαλοπούλου και τόνισε τη σημαντικότητα της διδασκαλίας τρόπων μείωσης του άγχους, προκειμένου να αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση. Τη σημαντικότητα του φαινομένου ανέδειξε πριν από δύο χρόνια και η Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕ) και η Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων (ΑΔΕΔΥ) με τη διοργάνωση της ημερίδας, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης: Μια πρόκληση για τον κόσμο της εργασίας», στην οποία παρουσιάστηκαν ενδιαφέρουσες απόψεις και θέσεις για την εξουθένωση των εργαζομένων.

3.4. Αίτια εμφάνισης ΣΕΕ.

Οι παράγοντες εμφάνισης διαχωρίζονται σε εργασιακούς και σε ατομικούς (Sue Micklevitz 2001). Είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις αιτίες του stress στο άτομο ενώ ενισχύονται από τις συνθήκες της ζωής του, όπως το εργασιακό περιβάλλον και η οικογενειακή του κατάσταση. Συνεπώς, τα αίτια που οδηγούν στην εκδήλωση της εξουθένωσης μπορεί να προέρχονται: α) από τον ίδιο το άτομο/εργαζόμενο(ατομικοί παράγοντες) όπως χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, κίνητρα, προσδοκίες, ικανότητα αντίδρασης στο άγχος(copping),αυτοεκτίμηση, ενσυναίσθηση β) από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας: εντατικοποίηση εργασίας, ασάφεια ρόλων και καθηκόντων, ωράριο εργασίας, έλλειψη αναγνώρισης, αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και γ) από την επαφή με τον ασθενή: συχνή επαφή με τον πόνο και το θάνατο.

3.5. Παράγοντες Περιβάλλοντος Εργασίας

Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο σε εξουθένωση είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζόμενου από το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη. Πέντε είναι τα στοιχεία, τα οποία όταν συνδυάζονται μεταξύ τους οδηγούν στην εξουθένωση του ατόμου. Το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα, η έλλειψη ικανοποίησης του

εργαζόμενου, η έλλειψη συναδελφικότητας εξαιτίας του ανταγωνισμού, το αίσθημα αδικίας του υπαλλήλου ως προς την αποζημίωση ή την αξιολόγησή του και η σύγκρουση αξιών του ατόμου. Σε αρκετές μελέτες από το διεθνή χώρο διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις της ΕΕ με παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, ατομικούς παράγοντες και παράγοντες της προσωπικότητας. Από τους παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, που συσχετίζονται με την ΕΕ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, αυτοί που συστηματικά αναδεικνύονται ως οι πλέον σημαντικοί περιλαμβάνουν:

- ✓ το φόρτο εργασίας,
- ✓ τα υψηλά επίπεδα stress,
- ✓ τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους ή τους συγγενείς των ασθενών,
- ✓ την κοινωνική υποστήριξη που παίρνουν από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους,
- ✓ την ικανοποίηση από την εργασία,
- ✓ την ισορροπία μεταξύ δουλειάς, οικογένειας και προσωπικής ανάπτυξης,
- ✓ την αίσθηση ελέγχου,
- ✓ την οργανωτική υποστήριξη,
- ✓ την αυτονομία, τον ανεπαρκή χρόνο μελέτης,
- ✓ την επάρκεια σε προσωπικό,
- ✓ την εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες
- ✓ τις αμοιβές.

3.6. Ατομικοί Παράγοντες.

Όσον αφορά στους ατομικούς παράγοντες, από τις δημογραφικές παραμέτρους η ηλικία φαίνεται να συσχετίζεται συστηματικά με την εξουθένωση. Ο βαθμός εξουθένωσης φαίνεται να είναι μεγαλύτερος μεταξύ των νεότερων εργαζομένων. Τα αποτελέσματα των μελετών όσον αφορά στο φύλο είναι αλληλοσυγκρουόμενα, αν και συστηματικότερα συναντώνται μελέτες που δείχνουν υψηλότερα επίπεδα ΕΕ στις γυναίκες. Ο γάμος φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση στην εμφάνιση της ΕΕ στις γυναίκες. Ακόμη, η υποστήριξη από το σύζυγο ή τη σύζυγο και η ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της οικογενειακής ζωής περιλαμβάνονται στους παράγοντες που συστηματικά εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την ΕΕ. Μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, που συσχετίζονται συστηματικά με την ΕΕ, περιλαμβάνονται:

- ✓ η ενδυνάμωση,
- ✓ η ενσυναίσθηση,
- ✓ η ανθεκτικότητα στο stress,
- ✓ η αίσθηση αποτελεσματικότητας,
- ✓ η καλή ψυχική διάθεση
- ✓ το άγχος.

Αν και κάποιοι παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, ορισμένοι ατομικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας φαίνεται να συσχετίζονται συστηματικά με την ΕΕ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα δεν επαρκούν για τον καθορισμό αιτιολογικών σχέσεων, καθώς τα περισσότερα από αυτά έχουν συγκεντρωθεί στα πλαίσια συγχρονικών μελετών.

3.7. Συμπτώματα/ Επιπτώσεις ΣΕΕ.

Η μελέτη της ΕΕ των επαγγελματιών υγείας έχει επεκταθεί παγκοσμίως. Ακόμη και αν τα επίπεδα της ΕΕ που βρέθηκαν στους επαγγελματίες υγείας δεν ήταν τα μεγαλύτερα που έχουν αναφερθεί στους ποικίλους επαγγελματικούς χώρους, όπως η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, οι ένοπλες δυνάμεις, οι κληρικοί κ.ά., πιθανά να σημαίνουν πολύ περισσότερα σε αυτόν το χώρο από ότι σε οποιαδήποτε άλλη περιοχή. Είναι προφανές ότι η μεγάλη σημασία της ΕΕ των επαγγελματιών υγείας έγκειται στις επιπτώσεις της.

Οι επιπτώσεις της αφορούν στους ίδιους τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και τους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται. Στους ίδιους τους εργαζόμενους η ΕΕ είναι δυνατόν να προκαλέσει οργανικά συμπτώματα, που μπορεί να αφορούν σε μικροενοχλήσεις αλλά και σοβαρότερα προβλήματα υγείας, συναισθηματικές ενδείξεις, όπως αισθήματα αποθάρρυνσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, συμπτώματα σε επίπεδο συμπεριφοράς, όπως ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς, αλλά πιθανόν και ψυχιατρικές διαταραχές, όπως άγχος και κατάθλιψη. Ακόμη, υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΕΕ μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του, την κοινωνική και την προσωπική του ζωή, αλλά και ότι μπορεί να είναι «μεταδοτική» και σε άλλους επαγγελματίες υγείας (συναδέλφους ή εκπαιδευόμενους). Οι επιπτώσεις της ΕΕ ξεπερνούν το άτομο και τον κοινωνικό του περίγυρο και επεκτείνονται στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Για τους οργανισμούς, η ΕΕ μπορεί να είναι δαπανηρή, οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε απουσίες και σε μειωμένη

απόδοση. Ακόμη, έχει συσχετιστεί με αυξημένη πρόθεση του προσωπικού για αποχώρηση από την εργασία του. Η (πρώιμη) αποχώρηση γιατρών ή νοσηλευτών από τη θέση εργασίας τους επιδρά στον οργανισμό με ποικίλους τρόπους. Συγκεκριμένα, επιδεινώνει το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού που ήδη υπάρχει, γεγονός που συμβάλλει σε μείωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών, αφού έχει βρεθεί ότι η επάρκεια σε προσωπικό συσχετίζεται με τη θνητότητα των ασθενών, με ανεπιθύμητα συμβάντα στους ασθενείς, καθώς και με την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Ακόμα, η αποχώρηση αυτών των επαγγελματιών υγείας επιβαρύνει τον οργανισμό με το υψηλό κόστος αντικατάστασής τους. Οι επιπτώσεις της ΕΕ στους ίδιους τους επαγγελματίες και τους οργανισμούς αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, που επιδρούν στη συνολική αποδοτική λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Ίσως ακόμη πιο σημαντικό φαινόμενο να είναι η σχέση μεταξύ ΕΕ και ποιότητας της φροντίδας. Η πιθανότητα να επιδρά αρνητικά η ΕΕ στην ποιότητα της φροντίδας έχει προβάλλει στη βιβλιογραφία. Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, 2001) πρότεινε, σε αναφορά του «ορόσημο», έξι χαρακτηριστικά απόδοσης, που αν υπάρχουν και βελτιώνονται, οδηγούν σε καλύτερη φροντίδα υγείας: ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, επικέντρωση στον άρρωστο, εγκυρότητα, αποδοτικότητα και ισότητα. Οι περισσότερες μέθοδοι μέτρησης του επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας. Αφορούν σε αντικειμενικούς δείκτες, όπως τη θνησιμότητα, τα ιατρικά σφάλματα, το χρόνο νοσηλείας, τα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων, την απρογραμμάτιστη επανεισαγωγή ασθενών και άλλα. Όμως, εκτός από τους προαναφερόμενους δείκτες, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, επειδή αποτελεί δείκτη μέτρησης του γενικού αποτελέσματος της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν προκύψει από μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση της ΕΕ γιατρών και νοσηλευτών με μερικούς από τους παραπάνω δείκτες (την ικανοποίηση των ασθενών, τα ιατρικά σφάλματα, την απρογραμμάτιστη εισαγωγή ασθενών), οι οποίοι αντανakλούν το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι Shanafelt et al μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίου τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων γιατρών και της γνώμης 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 ΕΕ (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 ΕΕ. Σε μελέτη των Leiter et al διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ΕΕ του νοσηλευτικού προσωπικού και της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα, στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ένιωθε περισσότερο εξαντλημένο, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι και με τις τέσσερις διαστάσεις της φροντίδας που μελετήθηκαν, δηλαδή τη νοσηλευτική φροντίδα, τη φροντίδα από τους γιατρούς, την πληρότητα και τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και με τα αποτελέσματα της νοσηλείας. Επίδραση της ΕΕ των νοσηλευτών στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που τους παρέχεται βρέθηκε και σε μελέτη των Vahey et al. Στη συγκεκριμένη μελέτη, η ΕΕ των νοσηλευτών, όπως αυτή προσδιορίζεται με βάση τις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, ήταν σημαντικός παράγοντας που επηρέαζε την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Η ΕΕ έχει συνδεθεί και με την έκβαση των ασθενών. Οι Priebe et al, σε πρόσφατη μελέτη τους, που σκοπό είχε τον καθορισμό των παραγόντων που προβλέπουν την έκβαση των ψυχιατρικών ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίζονται σε υποστηρικτικές υπηρεσίες εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα, βρήκαν ότι η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα του προσωπικού συσχετίζονταν με την έκβαση της υγείας των ασθενών. Τα αποτελέσματα αυτών των πρόσφατων μελετών, αν και αναδεικνύουν τη σημασία των επιπτώσεων της ΕΕ των γιατρών και των νοσηλευτών στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με κάποια επιφύλαξη λόγω ορισμένων μεθοδολογικών αδυναμιών αυτών των ερευνών, όπως ο συγχρονικός σχεδιασμός τους, το μικρό μέγεθος του δείγματος, οι διαστρεβλώσεις λόγω αυτοαναφορών και τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της ΕΕ. Παρόλο που η γενίκευση των ευρημάτων από τις παραπάνω μελέτες υπόκειται σε περιορισμούς, αυτά δεν θα πρέπει να αγνοηθούν, αλλά αντίθετα θα πρέπει να προβληματίσουν κάθε γιατρό, κάθε νοσηλευτή, αλλά και όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή φροντίδων υγείας. Η μη ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, η δυσμενής έκβαση των ασθενών και η έλλειψη ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες σε αυτούς φροντίδες αποτελούν δείκτες του

επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού και έτσι η επίδραση της ΕΕ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς τους δείκτες αντανακλά την επίδρασή της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών. Η ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης της ΕΕ είναι επιτακτική, ιδιαίτερα σήμερα που η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας.

3.8. Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης:

Για την αντιμετώπιση του δυσμενούς φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης οι ερευνητές έχουν προτείνει κατά καιρούς μια σειρά παρεμβάσεων τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο οργάνωσης των χώρων υγείας.

3.8.1. Αντιμετώπιση σε ατομικό επίπεδο:

Καθένας έχει διαφορετικό τρόπο να αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση από την εργασία του. Κάποιοι από τους τρόπους αυτούς έχουν αποδειχτεί λειτουργικοί και κάποιοι όχι. Για να αντιμετωπιστεί με επιτυχία η επαγγελματική εξουθένωση είναι καταρχάς απαραίτητο να γνωρίζει κάποιος την ύπαρξή της και να κατανοεί από πού προέρχεται. Τότε επιλέγει κάποια στρατηγική αντιμετώπισης που να ταιριάζει περισσότερο με την κατάσταση. Οι σημαντικότερες κατηγορίες στρατηγικών είναι οι εξής:

1. *Συναίσθηση της επαγγελματικής εξουθένωσης:* Το σημαντικότερο βήμα είναι η αναγνώρισή της. Πρέπει τα άτομα να αντιλαμβάνονται τα όριά τους και να αναζητούν βοήθεια όταν δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις πιεστικές συνθήκες της εργασίας τους. Πολλοί γιατροί και νοσηλευτές δεν καταφέρνουν να αναγνωρίζουν ότι έχουν πρόβλημα, παρά μόνο όταν είναι ήδη αργά και έχουν ήδη εκδηλώσει σημαντικά συμπτώματα και διαταραχές στη ψυχοσωματική τους υγεία. Επομένως πρέπει να αναζητούν τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων όσο και των ενοχών τους, όταν οι ίδιοι αισθάνονται εξαντλημένοι και αδυνατούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους (Grassi & Magnani, 2000). Δεν υπάρχουν προς το παρόν επαρκείς επιστημονικές μελέτες για τους λόγους για τους οποίους μερικά άτομα καταφέρνουν να αναρρώσουν και να ωφεληθούν περισσότερο από κάποια άλλα.
2. *Διαχείριση του χρόνου:* Η σωστή διαχείριση του χρόνου είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας ενδεχομένως γιατί ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου που έχουν στην εργασία τους

(Macan,1994). Η Lang (1992) ανακάλυψε ότι η σωστή διαχείριση του χρόνου σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, στρες και σωματικών συμπτωμάτων σε επαγγελματίες με ιδιαίτερα αυστηρά και σκληρά προγράμματα εργασίας . Πολλοί ερευνητές έχουν συνδέσει τα αντίξοα ωράρια των επαγγελματιών υγείας ,όπως βάρδιες, εφημερίες με την ευάλωτη σωματική και ψυχική τους υγεία(Sparks, et al, 2001).Η πίεση του χρόνου, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και οι ακανόνιστες βάρδιες αποτελούν σοβαρές πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης και ανάπτυξης ψυχιατρικών και σωματικών προβλημάτων ιδιαίτερα για επαγγελματίες που εργάζονται σε νοσοκομεία ή σε άλλα ιδρύματα φροντίδας και περίθαλψης (Beechman, 2000; Dumelow et al,2000).Είναι βέβαια ιδιαίτερα σημαντικό να λαμβάνονται νομοθετικές και διοικητικές ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των πηγών αυτών ωστόσο, η αντιμετώπιση του προβλήματος φαίνεται ιδιαίτερα πολύπλοκη.

3. *Χαλάρωση:* Οι τεχνικές χαλάρωσης όπως η γιόγκα ,η προοδευτική χαλάρωση και ο διαλογισμός μπορούν να ανακουφίσουν από τα σωματικά προβλήματα που δημιουργεί η επαγγελματική εξουθένωση, ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν. Είναι δυνατόν να επιφέρουν συγκεκριμένες αλλαγές και βελτιώσεις στην ανθρώπινη φυσιολογία όπως η μείωση της αρτηριακής πίεσης, ο ρυθμός αναπνοής και της καρδιάς, η αύξηση των γνωστικών διεργασιών καθώς και η μείωση των μυοσκελετικών πόνων και η ελάττωση των τιμών της χοληστερόλης(English& Baker,1983; Wetherall,2002). Αν και οι τεχνικές χαλάρωσης είναι, συνήθως ιδιαίτερα απλές, ωστόσο απαιτείται συχνή εφαρμογή, ώστε να έχουν αποτέλεσμα. Μαθαίνοντας και χρησιμοποιώντας ασκήσεις αναπνοής και τεχνικές χαλάρωσης, οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούν να μειώσουν την ένταση που βιώνουν στον εργασιακό τους χώρο και να αναπτύξουν την ικανότητα προσαρμογής σε στρεσογόνες συνθήκες στην εργασία και έξω από αυτήν.
4. *Σωματική άσκηση:* Υπάρχουν όλο και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι η άσκηση έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία (Plante & Robin,1990).Οι Travers και Cooper(1996) σημειώνουν ότι « η άσκηση είναι ευεργετική καθώς διαλύει με φυσικό τρόπο ορμόνες, γλυκόζη και υγρά που συνήθως θα εκλύονταν από την αντίδραση στο στρες. Αυτό συμβαίνει γιατί η ίδια η άσκηση είναι ένας στρεσογόνος

παράγοντας-οδηγεί σε αλλαγές στη ροή του αίματος, την κατανάλωση οξυγόνου, την αρτηριακή πίεση, τους καρδιακούς παλμούς, το ρυθμό αναπνοής και τον μεταβολικό ρυθμό». Η καταλληλότερη άσκηση είναι η αεροβική καθώς ωφελεί ιδιαίτερα ζωτικά όργανα όπως η καρδιά και οι πνεύμονες, αυξάνοντας το οξυγόνο που χρησιμοποιεί το σώμα (Haskell, 1984; Taylor, 1995). Επιπλέον μπορεί να ρυθμιστεί και να βελτιωθεί το σωματικό βάρος, με παράλληλη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης και να αποφευχθούν επιβλαβείς διατροφικές συνήθειες που συνήθως καταλήγουν σε παχυσαρκία (Fremont & Craighead, 1987). Ορισμένα παραδείγματα αεροβικής άσκησης είναι το τζόκιν, το γρήγορο περπάτημα, ο χορός και η ποδηλασία, ενώ κάποια ψυχαγωγικά αθλήματα όπως το τένις μπορούν επίσης να βοηθήσουν το άτομο να μειώσει τη συναισθηματική του ένταση και παράλληλα να βρεθεί σε επαφή με ένα κοινωνικό δίκτυο ιδιαίτερα ευεργετικό (Horwitz & Groves, 1985). Έχει βρεθεί ότι η ιδανική συχνότητα είναι τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα ενώ η διαρκεία τους πρέπει να κυμαίνεται από 30 με 40 λεπτά (Masironi & Denolin, 1985)

5. *Σωστή διατροφή και επάρκεια ανάπαυσης*
6. *Αλλαγές στη συμπεριφορά:* Βελτίωση των ικανοτήτων επικοινωνίας, διαπραγματεύσεως, έκφρασης των συναισθημάτων και ανάπτυξη της διεκδικητικότητας (όπως το να λέμε «όχι» όταν χρειάζεται)
7. *Δραστηριότητες και ενδιαφέροντα που αποσπούν την προσοχή μας από τα καθημερινά προβλήματα της εργασίας:* Είτε πρόκειται για χόμπι είτε για σωματική άσκηση, οι δραστηριότητες αυτές δεν αρκούν από μόνες τους για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, ξεκουράζουν όμως και ανακουφίζουν για λίγο, παρέχοντας στο άτομο τη δυνατότητα να δημιουργήσει, να εκτονωθεί και να ξεφύγει από τη καθημερινή ρουτίνα.
8. *Κοινωνική υποστήριξη:* Η αξία της κοινωνικής υποστήριξης είναι ανεκτίμητη για την αντιμετώπιση του στρες και της έντασης αλλά και τη γενική ευεξία των εργαζομένων. Ο House και οι συνεργάτες του (1981) έκαναν διάκριση ανάμεσα σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους κοινωνικής υποστήριξης:
Α) Συναισθηματική υποστήριξη: όταν το άτομο αντιμετωπίζει συναισθηματικά προβλήματα ένα στενό υποστηρικτικό δίκτυο μπορεί να βοηθήσει να το αντιμετωπίσει, παρέχοντας του εμπιστοσύνη, ενδιαφέρον και φροντίδα

Β) Αξιολογική υποστήριξη: όταν το άτομο βιώνει κάποιο στρεσογόνο γεγονός, η υποστήριξη μπορεί να πάρει τη μορφή της ενθάρρυνσης, της κοινωνικής σύγκρισης και της επιβεβαίωσης προκειμένου να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή του και να το βοηθήσει να αξιολογήσει αντικειμενικά τη κατάσταση.

Γ) Συντελεστική υποστήριξη: Πρόκειται για τη παροχή υλικής ή οικονομικής υποστήριξης και πρακτικής βοήθειας. Μπορεί να αναφέρεται στην τροποποίηση παραγόντων στο χώρο της εργασίας ώστε να μειωθούν οι εντάσεις ή στη θέσπιση μέτρων για τη μείωση του υπερβολικού φόρτου εργασίας και της πίεσης του χρόνου, που συνιστούν μείζονες πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης.

Δ) Πληροφορική υποστήριξη: Περιλαμβάνει πληροφοριακές συμβουλές, προτάσεις, οδηγίες που παρέχονται από ένα υποστηρικτικό δίκτυο σε κάποιον προκειμένου να αντιμετωπίσει προσωπικά ή εργασιακά προβλήματα.

Η οικογένεια είναι η σημαντικότερη πηγή κοινωνικής υποστήριξης για το άτομο, καθώς μπορεί να παρέχει σε όλους τους τομείς τους παραπάνω τύπους υποστήριξης. Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια συνήθως βιώνουν μικρότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού στρες και μπορούν να ανταπεξέρχονται πιο αποτελεσματικά αποφεύγοντας δυσμενείς επιδράσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία (Kessler & McLeod, 1985).

9. *Προσωπική επιλογή συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας:*

Η αλλαγή του χώρου εργασίας θεωρείται μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης, όταν δεν αποτελεί φυγή και δεν είναι το αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης. Είναι σημαντικό να συνοδεύεται από διεργασία αυτογνωσίας που βοηθούν το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και ασυνείδητες αιτίες καθώς και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζει. Εάν η τοποθέτηση του σε ένα νέο τμήμα δεν συνοδεύεται από τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων, προσδοκιών, στάσεων και συμπεριφορών, ο επαγγελματίας υγείας διατρέχει κίνδυνο να οδηγηθεί ξανά στην επαγγελματική εξουθένωση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

3.8.2. Αντιμετώπιση σε οργανωτικό επίπεδο.

Οι στρατηγικές σε οργανωτικό επίπεδο μπορούν να χωριστούν σε δύο διακεκριμένες κατηγορίες: στρατηγικές πρόληψης και στρατηγικές ανακούφισης ή θεραπευτικές στρατηγικές (Travers & Cooper 1996). Ο στόχος είναι να εξαλείψουν τις αρνητικές συνέπειες των παραγόντων που καθιστούν τους εργαζομένους ευάλωτους ή να τους

κάνουν να σταματήσουν να προκαλούν πίεση. Οι ανακουφιστικές ή θεραπευτικές στρατηγικές έχουν ως στόχο να μετριάσουν την εξουθένωση στα άτομα και να βοηθήσουν να την ξεπεράσουν. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν τόσο στην αλλαγή και αναδιοργάνωση των δομών υγείας όσο και στη συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων και πρέπει να στοχεύουν τόσο στο άτομο και τον οργανισμό όσο και στην αλληλεπίδραση ατόμου-οργανισμού. Τρία επίπεδα έχουν αναφερθεί: 1) το πρωτοβάθμιο, που αποβλέπει στη μείωση των πηγών έντασης και εξουθένωσης στον οργανισμό, 2) το δευτεροβάθμιο επίπεδο, που αφορά στην εκπαίδευση για τη διαχείριση της και 3) το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης, που αναφέρεται στην προώθηση της υγείας και της συμβουλευτικής στον εργασιακό χώρο.

3.8.3. Πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης:

Πρόκειται για μια πολύπλοκη διαδικασία, που μπορεί να χρησιμοποιήσει μια κλίμακα στρατηγικών, αν και τα παραδείγματα τέτοιων οργανωτικών παρεμβάσεων που έχουν δημοσιευθεί είναι σχετικά περιορισμένα (Elkin & Rosch, 1990):

1. Επανασχεδιασμός της εργασίας
2. Επανασχεδιασμός του οργανωτικού περιβάλλοντος
3. Καθιέρωση ελαστικών προγραμμάτων εργασίας
4. Ενθάρρυνση συμμετοχής στη διοίκηση
5. Συμπερίληψη του εργαζόμενου στο σχεδιασμό προγραμμάτων
6. Ανάλυση των εργασιακών ρόλων και καθορισμός στόχων
7. Καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών
8. Δημιουργία συνεκτικών ομάδων

Ο βασικός στόχος της αρχικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση μιας υγιούς σχέσης ανάμεσα στα δύο μέρη (Elkin & Rosch, 1990). Οι παρεμβάσεις που προτείνονται στοχεύουν τόσο στην απομάκρυνση των στρεσογόνων παραγόντων από το εργασιακό περιβάλλον όσο και στην προσπάθεια να επιτευχθεί ένας επιτυχής συνδυασμός ανάμεσα στα επαγγελματικά καθήκοντα και τις ανάγκες του ατόμου, τις ικανότητες και τις φιλοδοξίες του. Η συμμετοχική λήψη αποφάσεων, ο επανασχεδιασμός της εργασίας, ο προγραμματισμός και εμπλουτισμός της και οι αυτόνομες ομάδες εργασίας, η δυνατότητα διαλλειμάτων και ειδικών αδειών, οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης, η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στη κατάλληλη θέση και η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας είναι

αποτελεσματικές παρεμβάσεις στο περιβάλλον εργασίας (Karasek & Theorell, 1990; Schaffer, 1996, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

9. Επανασχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος: Έμφαση στην ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων μέσα στον οργανισμό. Σύσταση μιας ομάδας από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, με σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας των ασθενών, να αναγνωρίσει τις αδυναμίες και να προτείνει τρόπους βελτίωσης στα πρότυπα του πιλοτικού προγράμματος του Murphy και των συνεργατών του (1994) με σκοπό το σχεδιασμό ενός νοσοκομείου σε κάποια προαστιακή περιοχή (cited in Firth-Cozens & Payne, 1999). Η διεπιστημονική ομάδα, μέσα από εβδομαδιαίες συναντήσεις συζητά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στοχεύοντας κυρίως στη δημιουργία ενός προγράμματος αντιμετώπισης του υπερβολικού φόρτου εργασίας, μια και αποτελεί σύμφωνα με έρευνες το βασικότερο παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης, την ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας, ώστε να αυξηθεί το αίσθημα της επαγγελματικής ικανοποίησης, να μειωθεί το εργασιακό στρες και η σπατάλη του εργασιακού χρόνου και η συνεργασία μεταξύ συναδέλφων. Παράλληλα είναι σημαντικό να οριστεί ένας εξωτερικός σύμβουλος για να διευκολύνει την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος.

10. Μείωση των πιεστικών παραγόντων: Ο Fagin και οι συνεργάτες του (1996) έχουν προτείνει ότι πρωταρχικός σκοπός μιας παρέμβασης για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής έντασης γενικότερα θα πρέπει να αποτελεί η μείωση των ίδιων των εργασιακών παραγόντων που την προκαλούν.

Η αλλαγή των στόχων, των μεθόδων παροχής υπηρεσιών βελτίωση των εργασιακών σχέσεων και η εκμάθηση νέων μεθόδων διαχείρισης των προβλημάτων θα πρέπει να αποτελούν απώτερο σκοπό κάθε προγράμματος διαχείρισης και μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο Burke (1996), αναγνώρισε τα πλεονεκτήματα της δημιουργίας στόχων, της λύσης προβλημάτων, της βελτίωσης της επικοινωνίας και της εξομάλυνσης της σύγκρουσης σπιτιού-εργασίας με την ευρύτερη εξομάλυνση των αντιπαραθέσεων μεταξύ εργασιακών και οικογενειακών ευθυνών. Σημαντικός αριθμός μελετών έχουν επικεντρωθεί στην επίδραση της ενδυνάμωσης των υπαλλήλων ιδιαίτερος των χαμηλότερων επιπέδων ιεραρχίας των οργανισμών μέσω της δημιουργίας στόχων. Επιπλέον, η μείωση της ψυχολογικής έντασης των εργαζομένων αντιπροσωπεύει τον πιο άμεσο τροποποίησης της εργασιακής έντασης καθώς αντιμετωπίζει την αιτία του (Cooper et al, 2001). Σημαντικό θέμα αναδύεται και

η συμμετοχική λήψη αποφάσεων στην ανάλυση και τον επανασχεδιασμό των υπαρχόντων οργανωτικών πλαισίων. Για τη προώθηση της αντιμετώπισης των εργασιακών πιέσεων και της επαγγελματικής εξουθένωσης οι Αρχές Αγωγής Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας έχουν δημοσιεύσει ένα φυλλάδιο προγράμματος οργανωτικής διαχείρισης των κατά στάσεων αυτών για χρήση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας που περιλαμβάνει:

1. Διαγνωστικές συζητήσεις μεταξύ του προϊστάμενου και ανώτερων διοικητικών στελεχών και εξωτερικών συμβούλων.
2. Συγκρότηση μίας διεπιστημονικής «Ομάδας Ακρόασης», που θα αναλύει σε πρωταρχικό στάδιο τη φύση και την έκταση των εργασιακών εντάσεων στον οργανισμό.
3. Ομάδες συζήτησης για το εργασιακό στρες με σκοπό τη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων
4. Μια ομάδα διαχείρισης των εργασιακών πιέσεων για χειρισμό και συντονισμό των πληροφοριών και την εφαρμογή πορισμάτων από τις ομάδες συζήτησης παράλληλα με τη συνεργασία με εξωτερικούς συμβούλους.

3.8.4. Δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης:

Στο επίπεδο αυτό, η παρέμβαση επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης που αισθάνεται ο επαγγελματίας υγεία, εμπλέκοντας τεχνικές επίγνωσης, καθώς και η άσκηση και οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Η εκπαίδευση και άσκηση αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην αναγνώριση των προσωπικών ορίων του εργαζομένου, ώστε να έχει επίγνωση της κατάστασης του και να αναζητήσει βοήθεια εάν χρειαστεί. Συνήθως αυτή η εκπαίδευση, που περιλαμβάνει προγράμματα οργάνωσης χρόνου, διεκδικητικότητας, δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτικής για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής, παίζει έναν σημαντικό ρόλο για την δημιουργία σχεδίου ελέγχου της επαγγελματικής εξουθένωσης από την πλευρά των εργαζομένων.

Τα μέτρα για τη βελτίωση ή την διαφύλαξη της ψυχικής και σωματικής ευεξίας μπορούν να τεθούν σε λειτουργία στα πλαίσια ενός νοσοκομειακού περιβάλλοντος, αν και η εστίαση του προβλήματος θα μπορούσε να παραμείνει στις ανάγκες και στα προβλήματα του ατόμου.

Επιπλέον το πρόγραμμα βελτίωσης της υγείας και τροποποίησης του τρόπου ζωής αποτελούν τμήμα ενός σταδίου δευτερογενών παρεμβάσεων. Τα προγράμματα

βελτίωσης της υγείας είναι δυνατόν να οργανώνονται τόσο μέσα στα νοσοκομεία όσο και σε εξωτερικούς χώρους. Αυτός ο τύπος προγράμματος μπορεί να περιλαμβάνει δραστηριότητες με στόχο να τροποποιηθούν τα επιβλαβή μοντέλα συμπεριφοράς, όπως: α) εισαγωγή προγραμμάτων καρδιαγγειακής ευεξίας, β) προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, γ) συμβουλευτικής για το χειρισμό του ενδεδειγμένου τρόπου ζωής (Cooper, 2001 cited in Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

Τα παραδείγματα διαχείρισης των εργασιακών πιεστικών καταστάσεων και της επαγγελματικής εξουθένωσης θα μπορούσαν ακόμη να περιλαμβάνουν: σωματική άσκηση, τεχνικές χαλάρωσης, γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων έντασης, οργάνωση του χρόνου, υποστήριξη και ενθάρρυνση για την παρατήρηση των οργανικών λειτουργιών (Cartwright & Cooper, 1994).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στο να βοηθήσει τα άτομα να αντιμετωπίσουν αυτούς τους παράγοντες που προκαλούν εντάσεις στο χώρο της εργασίας τους που αν και είναι σύμφυτες με το περιβάλλον του οργανισμού δεν είναι δυνατόν αν αλλάξουν άμεσα. (π.χ. επαγγελματική ανασφάλεια). Επιπροσθέτως, ο βασικός στόχος της δευτερογενούς παρέμβασης είναι η βελτίωση της ικανότητας των εργαζομένων προσαρμόζονται αποτελεσματικά στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Παρόμοιες παρεμβάσεις έχουν αναφερθεί ως προσεγγίσεις εμβολιασμού κατά των εργασιακών εντάσεων καθώς «εμβολιάζουν» τους εργαζόμενους έναντι των παραγόντων αυτών προτού αυτοί τους καταβάλουν (Quick et al, 1997).

- **Προγράμματα φυσικής άσκησης.**

Τα προγράμματα φυσικής άσκησης των υπαλλήλων είναι διαδεδομένα μεταξύ των νοσοκομείων, κυρίως στη Βόρεια Αμερική, όπου παρέχονται ασκήσεις για την καρδιά, δραστηριότητες που τονώνουν τους μύες και ευνοούν την ευλυγισία, παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής και διασκέδασης και ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές (Dishman, 1988). Υποστηρίζεται ότι τα προγράμματα υγείας στο χώρο εργασίας μειώνουν τις δαπάνες για ασθένειες, αυξάνουν την παραγωγικότητα και συντηρούν την καλή υγεία (Schrems et al, 1996 cited in Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

- **Κλινικές εποπτείες.**

Τέλος έχει βρεθεί ότι οι κλινικές εποπτείες βοηθούν σε σημαντικό βαθμό τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να αποκτήσουν ικανότητες, γνώσεις και επαγγελματικές δεξιότητες χρήσιμες για την καριέρα τους (Darley, 1995). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει εδώ και χρόνια κλινικές εποπτείες, γεγονός που έχει ωφελήσει ιδιαίτερα τους νοσηλευτές να αποκτήσουν επαγγελματικές φιλοδοξίες και ενδιαφέροντα ενώ έχει μειωθεί ο κίνδυνος για επαγγελματική εξουθένωση, διατηρώντας υψηλό το ηθικό και το επαγγελματικό τους ενδιαφέρον (Darley, 1995). Επομένως η κλινική εποπτεία θα πρέπει να αποτελεί σημαντικό κομμάτι της διαχείρισης ενός νοσοκομείου, καθώς και απαραίτητη στρατηγική υποστήριξης του προσωπικού καθώς και της προώθησης υψηλών επιπέδων επαγγελματικής απόδοσης.

- **Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.**

Η λειτουργία των ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους επαγγελματίες υγείας έχει προταθεί επανειλημμένως και, όπου έχει εφαρμοστεί, έχει επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τη βελτίωση της ικανοποίησης από το επάγγελμα και τις συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία. Ορισμένες από τις αρχές ενός προγράμματος ψυχολογικής υποστήριξης είναι η ανταλλαγή απόψεων, συναισθημάτων και αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό τους χώρο, η συζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των δύσκολων περιπτώσεων, οι υποδείξεις τρόπων επιτυχούς παρέμβασης για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης τους, η κατανόηση των αντιδράσεων τους και η επεξεργασία των οδυνηρών εμπειριών που βιώνουν στον εργασιακό τους χώρο. Τα αποτελέσματα συγκεκριμένων προγραμμάτων παρέμβασης αποσκοπούν στην καλύτερη ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, την τόνωση του αισθήματος εργασιακής ικανοποίησης και την ανάπτυξη συνεργατικών μεθόδων για την επίλυση των προβλημάτων τους (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

- **Προγράμματα στήριξης των εργαζομένων.**

Σε πολλές χώρες τα νοσοκομεία διαθέτουν εξωτερικά γραφεία παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και παραπομπής των εργαζομένων, γνωστά ως προγράμματα στήριξης εργαζομένων. Πολλά νοσοκομεία έχουν ενσωματώσει τις

νοσηλευτικές υπηρεσίες στα προγράμματα αντιμετώπισης των εργασιακών εντάσεων με στόχο να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να αναγνωρίσουν και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τις ικανότητες τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο της εργασίας, καθώς και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την καριέρα και την οικογένεια τους. Τα προγράμματα εκτός των άλλων προσφέρουν υποστηρικτικές, διαγνωστικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες. Πολλά από αυτά ξεκίνησαν ως προγράμματα αντιμετώπισης του αλκοολισμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και σταδιακά εξελίχθηκαν σε προγράμματα αντιμετώπισης ευρύτερων προβλημάτων, καθώς αναγνωρίστηκε ότι ο αλκοολισμός δεν ήταν το μοναδικό πρόβλημα που δημιουργούσε δυσκολίες στην εργασιακή ζωή των επαγγελματιών υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές σκόπιμα θα ήταν να περιλαμβάνουν συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου και μέσω διαδικτύου, παραπομπή για ψυχολογικά συμπτώματα ή διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη στρες), οικογενειακή στήριξη, συμβουλευτική για την αντιμετώπιση νομικών ή οικονομικών προβλημάτων, στήριξη σε σοβαρά ιατρικά προβλήματα (π.χ. AIDS, καρκίνος), προετοιμασία για την συνταξιοδότηση των επαγγελματιών υγείας και δυσκολίες που σχετίζονται με την επιλογή της καριέρας (BNA Policy and Practice Series, 1996-1999; WHO, 2000). Στην Ελλάδα οι συμβουλευτικές υπηρεσίες στους διάφορους χώρους εργασίας, ακόμη και σε εκείνους της δημόσιας υγείας και ειδικότερα της ψυχικής υγείας δεν έχουν ακόμα οργανωθεί πλήρως και στελεχωθεί επαρκώς από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας για να εκθέσουν τα εργασιακά τους προβλήματα. Επιπλέον, υπάρχει γενικότερο πρόβλημα ενημέρωσης σχετικά με τις ακριβείς διευθύνσεις τις ώρες λειτουργίας καθώς και των χαρακτήρα των προσφερομένων υπηρεσιών των κέντρων αυτών και για το γενικό πληθυσμό (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

4. Ψυχολογικό τραύμα.

4.1. Ορισμός τραύματος.

Τραύμα: ορίζεται ως α) μια κάκωση ή πληγή σε ζωντανό ιστό που προκαλείται από κάποιον εξωγενή παράγοντα β) μια διαταραχή της ψυχικής κατάστασης ή της συμπεριφοράς που προκαλείται από ψυχικό ή συναισθηματικό στρες ή από σωματική κάκωση και γ) μια συναισθηματική αναστάτωση, για παράδειγμα το προσωπικό τραύμα του ατόμου που δεν πραγματοποιεί τις προσδοκίες του (Merriam – Webster Dictionary, 2010). Κατά γενική παραδοχή των συγγραφέων το τραύμα χαρακτηρίζεται ως μια κατάσταση ανίκητης και έντονης διεργασίας που συνοδεύεται

από την αίσθηση παντελής έλλειψης ελέγχου (Μαγγούλια Π. 2011). Αυτό συμβαίνει όταν η ανταπόκριση του ατόμου στο στρες είναι ανεπιτυχής ώστε να καταφέρει να επανακτήσει την αίσθηση της εσωτερικής ισορροπίας που είχε το τραυματικό γεγονός (Valent,1995). Το τραύμα μπορεί να οριστεί γενικά (σύμφωνα με το βασικό ορισμό του όρου) ή κλινικά (σαν μέρος του ορισμού της διαταραχής μετατραυματικού στρες – PTSD). Οι ορισμοί αυτοί είναι σχετικοί αλλά όχι ταυτόσημοι. Στις τελευταίες του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM), στο DSM-IV και στο DSM-IV-IR το τραύμα ορίζεται ως εξής: 1) το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα από τα οποία κινδύνευε προσωπικά ή απειλήθηκε με θάνατο ή με σοβαρό τραυματισμό του εαυτού του ή των άλλων, 2) η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση ανημποριάς ή τρόμο/φρίκη (Μαδιανός, 2004). Στην προηγούμενη έκδοση του είχε ήδη αναφερθεί η πιθανότητα να τραυματιστεί ένα τρίτο πρόσωπο με έμμεσο τρόπο, μέσω της γνώσης του τραύματος κάποιου άλλου. Είναι πολύ φυσικό για πρόσωπα που εκτίθενται σε κάποιο τραύμα, να αντιμετωπίσουν συμπτώματα όπως κατάθλιψη, άγχος, εφιάλτες ή επανάληψη των φοβερών εικόνων του συμβάντος. Ωστόσο, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, αυτά τα συμπτώματα μειώνονται διαχρονικά και η παρουσία τους δεν συνιστά ψυχιατρικές παθήσεις. Εντούτοις, σε μια μειοψηφία ατόμων, τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες που αναπτύσσονται αμέσως μετά από το έντονο τραύμα, δεν μειώνονται. Εάν συμπτώματα αναπτύσσονται για πολλούς μήνες (ή χρόνια), μπορεί να διαγνωσθεί χρόνιο μετατραυματικό στρες. Κάποιοι αναπτύσσουν μετατραυματικό στρες εβδομάδες ή και χρόνια μετά, ακόμα και αν δεν παρουσίασαν συμπτώματα του αμέσως μετά το συμβάν. Για τα πρόσωπα αυτά, το μετατραυματικό στρες μπορεί να είναι μια χρόνια ασθένεια ή απενεργοποίηση που συνεπάγεται σημαντικό οικονομικό κόστος για τα άτομα αυτά αλλά και την κοινωνία. Οι διαχρονικές συνέπειες του μετατραυματικού στρες περιλαμβάνουν απουσίες από τους χώρους εργασίας, μειωμένη παραγωγικότητα, απώλεια της απασχόλησης και αυξημένη χρησιμοποίησης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης λόγω της ψυχικής και σωματικής αναπηρίας.

4.2. Ορίζοντας το Μετατραυματικό στρες.

Το μετατραυματικό στρες (posttraumatic stress disorder - PTSD), είναι μια διαταραχή άγχους που μπορεί να παρουσιαστεί σε άτομα που βίωσαν επικίνδυνες τραυματικές εμπειρίες. Περίπου 15-25% των ατόμων αυτών, αναπτύσσουν την εν λόγω διαταραχή, αλλά τα ποσοστά που επικρατούν τελικά, είναι πιθανόν μεγαλύτερα ή

μικρότερα, αναλόγως της φύσης και της έντασης του γεγονότος. Οι επιβιώσαντες τέτοιων επικίνδυνων γεγονότων με έντονο ψυχολογικό τραύμα, βρίσκονται σε μεγάλο ρίσκο για ανάπτυξη άλλων ψυχολογικών διαταραχών όπως κατάθλιψη, διαταραχές πανικού, γενική αγχώδες διαταραχή, κατάχρηση ουσιών, καθώς και μόνιμη ανησυχία και αγωνία που δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια συγκεκριμένων ψυχολογικών διαταραχών. Είναι επίσης σε κίνδυνο για ανάπτυξη σωματικών συμπτωμάτων και φυσικών παθήσεων κυρίως υπερέντασης, άσθματος, χρόνια σύνδρομο πόνου και ψυχοσωματικές παθήσεις που εμφανίζονται ξεχωριστά ή παράλληλα με την διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ωστόσο, είναι πολύ πιο συνηθισμένο για άτομα που υποβάλλονται σε έκθεση τραυματικού άγχους, να μην αναπτύξουν καμιά ψυχολογική πάθηση μεταξύ των οποίων και διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Το δευτερογενές τραυματικό στρες ή κόπωση συμπόνιας, αποτελεί την φυσική συνέπεια της παροχής φροντίδας σε ανθρώπους που πονάνε, υποφέρουν ή είναι τραυματισμένοι και αφορά το «κόστος της φροντίδας» για τους επαγγελματίες υγείας. Το δευτερογενές τραυματικό στρες έχει συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα σωματικών ασθενειών και χρήση αναρρωτικών αδειών, αυξημένο ρυθμό αλλαγής θέσεων εργασίας ή και εγκατάλειψη επαγγέλματος, χαμηλό ηθικό, μειωμένη παραγωγικότητα, αρνητική κοινή γνώμη και μπορεί τελικά να οδηγήσει σε λάθη στην φροντίδα των ασθενών. Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως η ψυχιατρική νοσηρότητα δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί στους επαγγελματίες υγείας μακροχρόνια ψυχιατρικά προβλήματα, όπως επαγγελματική εξουθένωση (συναισθηματική, ψυχική), κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Bakker και συν., 2000, Arnold και συν., 1995, Boumans και συν., 1996). Σύμφωνα με τον **Carl Rogers**: «ήμουν πάντα καλύτερος στο να φροντίζω και να προσέχω τους άλλους, από ότι τον εαυτό μου, αλλά αυτά τα τελευταία χρόνια έχω κάνει πρόοδο» (cited in Skorholt, 2001, p. 168; Μαγκούλια 2011), μια από τις αιτίες για αυτό το χαρακτηριστικό των επαγγελματιών υγείας είναι ότι βρίσκονται προσανατολισμένοι προς τους άλλους ανθρώπους και νομίζουν μέσω της δουλειάς τους να μπορέσουν να κάνουν τη διαφορά και ανακουφίσουν το ανθρώπινο μαρτύριο και πόνο. Ωστόσο τεράστιες είναι οι προκλήσεις και οι κίνδυνοι που ενυπάρχουν στην προσπάθεια ανακούφισης των μαρτυρίων των άλλων (Rogrigo, 2005).

4.3. Αιτίες και παράγοντες κινδύνου.

Το δευτερογενές τραυματικό στρες ή κόπωση συμπόνιας προέρχεται από μια ποικιλία πηγών. Εκτός από τους εργαζόμενους σε επαγγέλματα παροχής φροντίδας, μπορεί να προβάλλει ανθρώπους σε οποιαδήποτε κατάσταση ή χώρο εργασίας, που σχετίζεται με την παροχή φροντίδας και από την πνευματική και σωματική ενέργεια σε καθημερινή βάση.

Η κόπωση συμπόνιας συμβαίνει όταν τα άτομα «αποστραγγίζονται» συναισθηματικά με το να ακούνε αλλά και να εκτίθενται στον πόνο και στο τραύμα εκείνων που βοηθούν (Tompson, 2003). Στις ημέρες μας λόγω των αυξανόμενων απαιτήσεων της φροντίδας, (οι επαγγελματίες υγείας βλέπουν περισσότερους ασθενείς, κάνουν περισσότερη γραφική δουλειά, διαπραγματεύονται περισσότερες συμφωνίες) αλλά και των προσωπικών πιέσεων που ασκούν οι επαγγελματίες υγείας στον εαυτό τους προκειμένου να τηρήσουν τα δικά τους υψηλά πρότυπα, γίνεται κατανοητό γιατί νιώθουν σα να «έχουν πιάσει φωτιά» (Prifferling & Gilley, 2000). Έτσι τα επαγγέλματα υγείας με τα τεράστια σωματικές και συναισθηματικές απαιτήσεις, προδιαθέτουν τα άτομα για το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Δεν αναπτύσσουν όμως όλοι οι νοσηλευτές δευτερογενές τραυματικό στρες ενώ άλλοι αναπτύσσουν συμπτώματα όμοια με αυτά της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Gales & Gillespie, 2008). Η μακροβιότητα και σοβαρότητα των συμπτωμάτων εξαρτώνται από τους παράγοντες κίνδυνοι οι οποίοι μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε ατομικούς σε σχετιζόμενους με τον ασθενή και εργασιακούς παράγοντες (Gales & Gillespie, 2008)

1) Ατομικοί παράγοντες.

Ο Fingley (1995) επισήμανε 2 παράγοντες που σύμφωνα με τον ίδιο αποτελούν κλειδιά στην ανάπτυξη του δευτερογενούς τραυματικού στρες: α) το ιστορικό τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία ή και αργότερα και β) οι μηχανισμοί αντιμετώπισης αυτών των γεγονότων. Εάν δεν έχουν αντιμετωπίσει οι επαγγελματίες υγείας αποτελεσματικά τις παλιές τραυματικές τους εμπειρίες, η παρούσα και μελλοντική έκθεση σε τραυματισμένους ασθενείς, μπορεί να τους θυμίζει το παλιό τραύμα και συνεπώς να αυξάνει την πιθανότητα δευτερογενούς τραυματικού στρες. Οι αθεράπευτες συναισθηματικές πληγές στο οικογενειακό ιστορικό του θεραπευτή έχουν να κάνουν με τον κλονισμό της εμπιστοσύνης, την μεροληψία ή την ανισορροπία αξιών και ικανοτήτων και τελικά στην αντίληψη του θεραπευτή για το «κακό» και το «μαρτύριο των αθώων».

Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη ή ανικανότητα να αντιμετωπίσει κάποιος τις απαιτήσεις της παροχής φροντίδας, αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης του φαινομένου. Η ενσυναίσθηση αυξάνει τον κίνδυνο για να βιώσει ο επαγγελματίας υγείας τα ίδια συμπτώματα στρες με τον ασθενή. Οι νοσηλευτές έχουν την τάση να θυσιάζουν τις δικές τους ψυχολογικές ανάγκες προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών αυξάνοντας τον κίνδυνο για εκδήλωση κόπωσης συμπόνιας (Abendroth & Flannery, 2006). Επιπλέον το επίπεδο εκπαίδευσης, τα χρόνια προϋπηρεσίας και η αυξημένη επαφή με τραυματισμένους πελάτες έχουν συσχετιστεί θετικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Η Chrestman (1995) στην έρευνα της για την ένταση των θεραπειών που ήταν έμμεσα εκτεθειμένοι στο τραύμα και η Arvay (2001) βρήκε ότι τα συμπτώματα συσχετίζονται με τον αριθμό των ασθενών αλλά και με τον χρόνο που ξοδεύει κανείς στη δουλειά

Είναι συχνότερο στις γυναίκες από ότι στους άντρες ανεξαρτήτως επαγγέλματος. Το άγχος για τα οικονομικά, το κάπνισμα, οι συχνοί πονοκέφαλοι και η υπέρταση έχουν συσχετιστεί θετικά. Γενικά η υπερβολική ενσυναίσθηση σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις της ζωής και πιθανά προβλήματα υγείας του ατόμου είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου (Abendroth & Flannery, 2006).

2) Παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενοι με τους ασθενείς.

Οι επαγγελματίες που εργάζονται με τραυματισμένους ανθρώπους μπορούν αναπτύξουν τα ίδια συμπτώματα με αυτούς. Ο κίνδυνος αυξάνει όταν οι επαγγελματίες φροντίζουν έναν ασθενή που θυμίζει κάποιο μέλος της οικογένειάς τους, άτομα που βιώνουν πόνο ή μαρτύριο, που έχουν υποστεί ψυχολογική, συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, που υποφέρουν από φοβερά τραύματα, πεθαίνουν ή έχουν τραυματιστεί ως αποτέλεσμα αποτρόπαιων εγκλημάτων ή πολέμου (O'Connor & Jearons, 2003; Sabo, 2008). Επιπλέον το χειρότερο τραυματικό γεγονός για τους επαγγελματίες υγείας είναι η παροχή φροντίδας σε τραυματισμένα παιδιά (Laposa & Alden, 2003; Crabbe et al, 2004; Mayttun et al, 2004). Οι βασικές μεταβλητές του τραυματικού γεγονότος που συσχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου που αφορούν τον ασθενή ή πελάτη είναι το τι συνέβη τον ασθενή, η ηλικία του, το τι έκανε ο ασθενής κατά τη διάρκεια της τραυματικής εμπειρίας και το τι είδε να συμβαίνει σε άλλους (Clark & Giovo, 1998)

3) Εργασιακοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών (Hooper et al, 2010) σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Paliswat & Hostetler, 2009), σε ογκολογικές

κλινικές (Polter et al, 2010) και σε χώρους εξέτασης και ψυχολογικής υποστήριξης σεξουαλικά κακοποιημένων ατόμων (Townsend & Cambel, 2009) είναι σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν συμπτώματα εξαιτίας της συχνής καθημερινής έκθεσης τους σε βίαια τραυματισμένους ασθενείς που μπορεί να περιλαμβάνουν τραύματα από μαχαιριές, πυροβολισμούς, εγκαύματα, αυτοκτονίες και σεξουαλικές κακοποιήσεις. Οι νοσηλευτές που φροντίζουν γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης λόγω του ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ιστορικού τέτοιων κακοποιήσεων (Gates & Gillespie, 2008).

Εργασιακοί παράγοντες που σχετίζονται με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων όπως τα πολλά έτη προϋπηρεσίας στη νοσηλευτική, το μεγάλο φόρτο εργασίας, την αυξημένη επαφή με ασθενείς, τις πολλές ώρες εργασίας και την εργασία σε απογευματινές ή βραδινές βάρδιες αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης (Μανγκούλια, 2011). Επιπλέον η βία που μπορεί να δέχεται το άτομο στην εργασία του αποτελεί παράγοντα κινδύνου (Cornille & Meyers, 1999) καθώς το εργασιακό περιβάλλον έχει σημαντική επίδραση στην σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική ευημερία των ατόμων (Sabo, 2008).

4.4. Εννοιολογικά μοντέλα PTSD.

- 1) Το μοντέλο συστημάτων της Neuman B. (1995): βασίζεται στη σχέση του ατόμου με το στρες, στην αντίδραση του σε αυτό και στους παράγοντες που τον επαναφέρουν στην αρχική κατάσταση. Σαν άτομο μπορεί να θεωρηθεί και μια οικογένεια, μια ομάδα, κοινότητα. Παρέχει μια αναλυτική και ολιστική προσέγγιση στο σύμπτωμα του ατόμου. Σύμφωνα με τον Neuman το άτομο αναζητάει αρμονία και ισορροπία μέσω ενός ανοιχτού συστήματος, το οποίο λειτουργεί όταν υπάρχει ανταλλαγή πληροφορίας και ενέργειας μέσα στο περιβάλλον. Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει 5 μεταβλητές - σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνιολογικές, αναπτυξιακές και πνευματικές – οι οποίοι σχηματίζουν την κεντρική δομή των μηχανισμών επιβίωσης.
- 2) Η θεωρία της Watson (1995) για την ανθρώπινη φροντίδα: σύμφωνα με τη θεωρία αυτή το να αγαπάει και να φροντίζει κάποιος τον εαυτό του είναι απαραίτητη προϋπόθεση στο να φροντίζει τους άλλους. Η Watson ανέπτυξε παράγοντες που είναι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την φροντίδα των ασθενών. Θεώρησε τη σχέση νοσηλευτή – ασθενή ως εμπλοκή του ενός με τα συναισθήματα του άλλου όπου υπάρχει αμοιβαίος μερισμός μεταξύ των εμπλεκόμενων. Η θεωρία της εξηγεί ότι με το να ανταποκρίνεται κάποιος

στους άλλους ως ξεχωριστά άτομα, εκείνος που παρέχει την φροντίδα αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων και γνωρίζει την μοναδικότητα του άλλου προσώπου (Watson 1985).

- 3) Αιτιολογικό μοντέλο Figley για το στρες και την κόπωση της συμπόνιας: ο Figley (1995a, 1197) προσπάθησε να εξηγήσει και να ορίσει την εργασία των επαγγελματιών με τραυματισμένα άτομα, προκειμένου να διευκρινίσει το πώς το τραυματικό στρες του θύματος αντιμετωπίζεται και στους επαγγελματίες παροχής φροντίδας. Βασίζεται στην υπόθεση ότι η ενσυναίσθηση (empathy) και η ενέργεια (energy) αποτελούν τις απαραίτητες δυνάμεις ώστε να εργάζεται κάποιος σωστά με ανθρώπους που υποφέρουν, να καθιερώνει και να διατηρεί μια θεραπευτική σχέση και να παρέχει αποτελεσματική θεωρία (Figley, 2006 b). Το αιτιολογικό μοντέλο του στρες και της κόπωσης συμπόνιας του Figley περιγράφει τα σημάδια του τραυματικού στρες για το θύμα και για τον επαγγελματία και αποτελείται από 11 παράγοντες, οι οποίοι σε συνδυασμό μεταξύ τους μπορεί να προβλέψουν ή να αποτρέψουν την εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας (Figley, 2002 b).
- 4) Το μοντέλο «wounded - healer»: ο ελληνικός μύθος του Ασκληπιού ενέπνευσε την δυτική ιατρική να εκφράσει την αντίληψη ότι η εργασία του θεραπευτή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανότητα του να θεραπεύει τις πληγές αλλά και να πληγώνεται. Αυτή η μεταφορά, ο πληγωμένος θεραπευτής, είναι στη βάση ενός μοντέλου που βασίζεται στις ψυχοκοινωνικές έννοιες της προβολής, της αποστασιοποίησης και της αντιμεταβίβασης (Kirmayer, 2003). Σε αυτό το μοντέλο ερευνούνται μόνο τα δυναμικά του θεραπευτή και του πελάτη χωρίς να δίνονται απαντήσεις στις δυο βασικές ερωτήσεις που αφορούν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων στον θεραπευτή και στη «μεταφορά» των συμπτωμάτων από τον πελάτη στον θεραπευτή (Roney, 2005). Ο πληγωμένος θεραπευτής είναι μια μεταφορά και ένα αρχέτυπο, που ενεργοποιείται όταν το άρρωστο ή εξαντλημένο άτομο αναζητάει έναν θεραπευτή ή έναν γιατρό, δηλαδή μια εξωτερική πηγή θεραπείας (Groesbeck, 1975; Miller & Baklin, 1987).
- 5) Το μοντέλο suffering servant: το μοντέλο αυτό υποδεικνύει 3 τύπους μεσολαβητικών παραγόντων στους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι θεραπευτές μπορεί να γίνουν συμπτωματικοί (εργασιακοί, προσωπικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες) και 5 πιθανά στάδια για την ανάπτυξη των

συμπτωμάτων. Αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με κάθε θεραπευτή που εργάζεται στον τομέα του τραύματος και εκφράζονται διαφορετικά σε κάθε περίπτωση. Ξεχωριστά και μαζί (σε αλληλεπίδραση), είναι πιθανό να επηρεάσουν την ευπροσβλητότητα των θεραπειών στην κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue) ή στο τραύμα ταύτισης (vicarious trauma) και να αυξήσουν την απαίτηση του θεραπευτή για μεγαλύτερη προσωπική ανάπτυξη, αυτογνωσία και εκπαίδευση. Τα 5 στάδια έχουν ως εξής: Στάδιο 1) έκθεση στο τραύμα του πελάτη. Ο θεραπευτής νιώθει συγκλονισμένος και συνειδητοποιεί το κενό μεταξύ των αναγκών του πελάτη και των δικών του πόρων για να ανταποκριθεί στην κλήση. Ο θεραπευτής μπορεί να αναπτύξει δευτερογενές τραυματικό στρες. Στάδιο 2) Ο θεραπευτής θεωρεί τον εαυτό του ως αναποτελεσματικό και νιώθει ανίκανος να ανταποκριθεί στις προσδοκίες του συστήματος. Σαν συνέπεια ο θεραπευτής μπορεί να νιώσει ότι απογοητεύει ένα πολύ ευάλωτο πελάτη. Αυτή η σκέψη αυξάνει την αγωνία του θεραπευτή. Στάδιο 3) ο θεραπευτής νιώθει ανήσυχος αλλά και μη αφοσιωμένος στο σύστημα συμβουλευτικής και στην αποστολή του να θεραπεύσει τον πελάτη. Ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως «απατεώνα». Το επίπεδο του στρες αυξάνεται. Ο τρόπος που ο θεραπευτής νιώθει και αντιλαμβάνεται μπορεί να ξεκινήσει να επιδρά αρνητικά στην θεραπευτική διαδικασία. Στάδιο 4) η ομοιότητα του συστήματος είναι εκτός ισορροπίας. Στον θεραπευτή εγκαθίσταται υπαρξιακή ενοχή. Στάδιο 5) η άλυτη ενοχή και αδυναμία του θεραπευτή μπλοκάρουν το δρόμο για να μπλοκάρει την αφοσίωση του με σωστό τρόπο. Η αφοσίωση μπορεί να εκφραστεί μόνο έμμεσα, σαν μεταμφιεσμένη προκειμένου να επανέλθει η ομοιότητα. Ο θεραπευτής αναπτύσσει συμπτώματα που μιμούνται αυτά του ασθενούς, υιοθετούν δηλαδή το ρόλο του μάρτυρα (ή πρόθυμος κατατρεγμός).

4.5. Στάδια ανάπτυξης δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Παρότι υπάρχει μια τυπική πρόοδος στην ανάπτυξη του σε κάθε σημείο μπορεί να αναγνωριστεί, προληφθεί ή και να θεραπευτεί. Τα στάδια ανάπτυξης της κόπωσης συμπόνιας είναι τα εξής:

1. Φάση του φανατισμού (zealot phase): το άτομο δεσμεύεται, εμπλέκεται και είναι διαθέσιμο. Επιλύει προβλήματα και κάνει τη διαφορά. Είναι πρόθυμο να πάει και «λίγο παραπέρα». Επιδεικνύει υψηλά επίπεδα ενθουσιασμού και συμμετέχει εθελοντικά χωρίς να ρωτάει.

2. Φάση της οξυθυμίας (irritability phase): το άτομο αρχίζει να παρακάμπτει ή να απλοποιεί χρονοβόρες διαδικασίες. Αποφεύγει πελάτες/ασθενείς και κοροϊδεύει και αντιστέκεται στους συναδέλφους και τους πελάτες. Υποτιμά τους γύρω του, κάνει ακατάλληλη χρήση χιούμορ, είναι απρόσεχτος, κάνει λάθη, έχει αυξημένα προβλήματα συγκέντρωσης και απομακρύνεται από φίλους και συναδέλφους.
3. Φάση της αποξένωσης (withdrawal phase): ο ενθουσιασμός βγαίνει τελικά «ξινός». Οι πελάτες θεωρούνται ως ερεθιστικοί, αρχίζουν τα παράπονα για την προσωπική και επαγγελματική ζωή. Το άτομο προσπαθεί συνεχώς να μη μιλάει για την εργασία του. Αρχίζει να παραμελεί την οικογένεια του, τους πελάτες, τους συναδέλφους και τον εαυτό του.
4. Φάση του ζωντανού-νεκρού (zombie phase): η απόγνωση μετατρέπεται σε οργή. Το άτομο αρχίζει να μισεί τους ανθρώπους και τους θεωρεί ανίκανους ή ανίκανους. Αναπτύσσει πραγματική απόσταση από τους πελάτες. Δεν έχει ποτέ υπομονή ούτε αίσθηση του χιούμορ, ούτε χρόνο για διασκέδαση.
5. Παθολογία και άδικος κατατρεγμός ή ωρίμανση και ανανέωση. Σε όποιο σημείο και αν αναγνωρίζεται η κόπωση συμπίνας μπορούν να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές ώστε να προληφθεί η καταβολή του ατόμου, η απομάκρυνση από το συμπονετικό του έργο, οι σωματικές ασθένειες και η μονιμότητα των συμπτωμάτων για να επιτευχθεί η ανάπτυξη σθένους προσαρμοστικότητας και μετασχηματισμού (Wood, 2010).

4.6. Συνέπειες Μετατραυματικού Στρες.

Η κόπωση συμπίνας ήρθε στην επιφάνεια σε ένα θέμα ιδιαίτερου ενδιαφέροντος καθώς μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να παρέχουν υπηρεσίες και να διατηρήσουν τις επαγγελματικές και προσωπικές τους σχέσεις (Colins & Slong, 2003a). Επιπλέον μπορεί να βλάψει την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών και να συμβάλει στην πρόκληση υπερέντασης και πιέσεων έξω από τον εργασιακό χώρο, όπως στην οικογενειακή ζωή του ατόμου (Badger, 2001; Mc Holm, 2006). Το άτομο μπορεί να νιώθει ένα γενικότερο μούδιασμα και αίσθημα κενού (Figley, 2002a). Βαθμιαία αποδεδμεύεται, αμβλύνονται τα συναισθήματα του και η εξάντληση επηρεάζει τα κίνητρα και την ενεργητικότητα του (Tompson, 2003). Η θλίψη από την απώλεια ιδανικών και ελπίδας οδηγεί σε επιδεινούμενη κατάθλιψη, αίσθημα ανημποριάς και απόγνωσης. Και αντίληψη πως δεν αξίζει κανείς να ζει. Σε αυτή τη φάση μπορεί να αρχίσει η

κατάχρηση διάφορων ουσιών, στην προσπάθεια του ατόμου να αποθεραπευτεί. Αν και τα συμπτώματα ποικίλουν υπάρχουν ωστόσο κάποια σημάδια που μπορεί να υποδεικνύουν την κόπωση συμπόνιας (Tompson, 2003):

- ✓ κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ ή φαγητού
- ✓ θυμός
- ✓ απόδοση ευθυνών-κατηγοριών σε άλλους
- ✓ αργοπορία/καθυστέρηση
- ✓ κατάθλιψη
- ✓ μειωμένη αίσθηση προσωπικής επιτυχίας
- ✓ εξάντληση (σωματική ή συναισθηματική)
- ✓ συχνοί πονοκέφαλοι
- ✓ γαστρεντερικές διαταραχές
- ✓ μεγάλες προσδοκίες στον εαυτό του
- ✓ απελπισία
- ✓ υπέρταση
- ✓ ανικανότητα να διατηρήσει την ισορροπία μεταξύ συναισθηματικής ταύτισης (ενσυναίσθησης) και αντικειμενικότητας
- ✓ αυξημένη ερεθιστικότητα
- ✓ μειωμένη ικανότητα να αισθανθεί χαρά
- ✓ χαμηλή αυτοεκτίμηση
- ✓ διαταραχές ύπνου
- ✓ εργασιομανία.

Τα συμπτώματα του δευτερογενούς στρες μπορεί να περιλαμβάνουν (Μαδιανός, 2004; Reese, 2008):

1. Αναβίωση του γεγονότος (επαναλαμβανόμενες ζωνρές αναμνήσεις, όνειρα, εφιάλτες, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και αποσυνδεδετικά επεισόδια, έντονη ψυχολογική ενόχληση κατά την έκθεση σε νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του γεγονότος) (Courtois, 2004).
2. Αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και τη μείωση της γενικής ανικανότητας (Courtois, 2004; Simon et al, 2005) (προσπάθεια αποφυγής σκέψεων, συναισθημάτων, συζητήσεων, δραστηριοτήτων, τοποθεσιών, ανθρώπων που ξυπνούν αναμνήσεις, αίσθημα απομάκρυνσης και αποξένωσης, ανικανότητα του ατόμου να έχει συναισθήματα αγάπης, αίσθηση μέλλοντος).

3. Αυξημένη διεγερσιμότητα. (Dutton & Rubinstein, 1995; Figley, 1995a). Διαταραχές ύπνου, δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος, ευερεθιστικότητα ή εκρήξεις θυμού, δυσκολία συγκέντρωσης, υπερεπαγρύπνηση και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος

4.7. Παρεμβάσεις πρόληψης / αντιμετώπισης:

Οι γενικές κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπεία της κόπωσης συμπόνιας περιβάλλουν ενός στρατηγικού τρόπου ζωής και είναι οι εξής: (Mc Holm, 2006):

- ❖ Κάνε επαρκής σωματική άσκηση
- ❖ Τρώγε σε τακτά χρονικά διαστήματα
- ❖ Πίνε αρκετό νερό
- ❖ Περιορίσε τη νικοτίνη, το αλκοόλ και την καφεΐνη
- ❖ Κατατιάσου με δημιουργικές δραστηριότητες
- ❖ Ασχολήσου με ψυχαγωγικές δραστηριότητες
- ❖ Απέφυγε να δουλεύεις σκληρά και πολύ
- ❖ Συζήτησε με συναδέλφους.
- ❖ Κάνε αλλαγές στα εργασιακά σου καθήκοντα.
- ❖ Πάρε άδεια και πήγαινε διακοπές.
- ❖ Μίλησε με έναν καλό φίλο ή με έναν ιερέα.
- ❖ Μη μιλάς αρνητικά στον εαυτό σου.
- ❖ Βρες χρόνο καθημερινά να μένεις μόνος σου.
- ❖ Ασχολήσου με τον αυτοσυλλογισμό.
- ❖ Καθόρισε περισσότερο τι αξίζει στην ζωή.
- ❖ Απέφυγε ειδήσεις στην τηλεόραση ή το ράδιο, προτίμησε την εφημερίδα.
- ❖ Απέφυγε ταινίες με βία.
- ❖ Αναζήτησε επαγγελματική βοήθεια.
- ❖ Εάν χρειάζεται πάρε αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Το κλειδί για την ανάρρωση από την κόπωση συμπόνιας είναι το να εστιάσουν τα άτομα στον εαυτό τους με έναν υγιή τρόπο ώστε να τους επιτρέπει να είναι καταλλήλως ευαίσθητοι στις ανάγκες των άλλων (Mc Holm, 2006).

Αναλυτικά οι στρατηγικές που πρέπει να ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια ενός τραυματικού γεγονότος είναι οι εξής (Pffiferling & Gilley, 2000; Thompson, 2003):

1. Αυτογνωσία και αυτοφροντίδα

- Εάν αντιμετωπίζεις μια κοινωνική τραγωδία, μάθε όσα περισσότερα μπορείς για το γεγονός, διατύπωσε τις σκέψεις σου με σαφήνεια και αντιμετώπισε τα δυνατά συναισθήματα και τις αντιδράσεις που σχετίζονται με το γεγονός.
- Εντόπισε ποια είναι τα δικά σου ευάλωτα και θετικά στοιχεία και μάθε να τα αποφεύγεις ή να τα ενεργοποιείς αντίστοιχα.
- Λύσε τα προσωπικά σου θέματα και παρακολούθησε τις αντιδράσεις σου στον πόνο των άλλων.
- Να είσαι ανθρώπινος και να επιτρέπεις στον εαυτό σου να θρηνεί στον πόνο των άλλων. Θυμήσου πως οι φυσιολογικές αντιδράσεις σε μη φυσιολογικές καταστάσεις είναι πραγματικότητα για τους επαγγελματίες όπως και για τα θύματα.
- Ανέπτυξε ρεαλιστικές προσδοκίες για τις αμοιβές αλλά και τους περιορισμούς του επαγγέλματος σου. Ο καθορισμός των προσδοκιών και των προτεραιοτήτων αφορούν την θέσπιση κριτηρίων σε τρεις τομείς, την συμπεριφορά, την εργασία και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Pffiferling, 2005)
- Να είσαι προετοιμασμένος για την ύπαρξη και την αλλαγή παράλογων πεποιθήσεων για την παροχή βοήθειας.
- Ισορρόπησε την δουλειά σου με άλλες επαγγελματικές δραστηριότητες που παρέχουν δυνατότητες ανάπτυξης και ανανέωσης.

2. Ζήτησε και δέξου βοήθειες από άλλους επαγγελματίες.

- Βρες ευκαιρίες να αναγνωρίσεις ρητά και να δουλέψεις μέσω της εμπειρίας σου σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Συζήτα με τον εαυτό σου συστηματικά και δημιούργησε υγιή υποστηρικτικά δίκτυα.
- Συμβουλέψου από συνάδελφους που έχουν βιώσει παρόμοια τραυματική εμπειρία και έχουν παραμείνει υγιείς και αισιόδοξοι.
- Όταν είναι δυνατόν ανέθεσε ή πάρε ευθύνες ρουτίνας από άλλους.
- Θυμήσου πως τα περισσότερα θύματα τραυματικών καταστάσεων μεγαλώνουν και μαθαίνουν από τις εμπειρίες τους, το ίδιο μπορούν να κάνουν και οι επαγγελματίες.

3. Ζήσε μια υγιή, ισορροπημένη ζωή.

- Τρώγε θρεπτικά φαγητά, γυμνάσου, ξεκουράσου, διαλόγησου ή προσευχήσου και φρόντισε τον εαυτό σου σαν ολότητα.

- Βάλε όρια στην δουλειά σου. Ρώτησε τον εαυτό σου: «Θα γκρεμιστεί ο κόσμος αν δεν πάω στην δουλειά μου μια μέρα ή μια εβδομάδα;»
 - Σκέψου την ιδέα πως αν δεν λες ποτέ «οχι» τι αξία έχει το «ναι» σου.
 - Βρες επαγγελματικές δραστηριότητες που παρέχουν ευκαιρίες για ανάπτυξη και ανανέωση.
 - Ρίξε μια ειλικρινή ματιά στον εαυτό σου πριν χτυπήσει η κρίση. Βρες βοήθεια για να αναγνωρίσεις τους προφανείς κινδύνους και δούλεψε για να τους ελαττώσεις.
 - Βρες τρόπο να παρέχεις στον εαυτό σου συναισθηματική και πνευματική δύναμη για το μέλλον.
 - Ανέπτυξε και ανταπέδωσε μια αίσθηση χιούμορ. Εξέθεσε τον εαυτό σου σε αστείες καταστάσεις. Μάθε να γελάς, να απολαμβάνεις τη ζωή, να έχεις υγιείς προσωπικές σχέσεις και να αναπνέεις βαθιά.
 - Απέφυγε τις χασοτικές καταστάσεις και μάθε την απλότητα.
 - Βρες χρόνο να καταφεύγεις σε φυσιολογικές δραστηριότητες.
 - Απέφυγε επιπρόσθετες στρεσογόνες καταστάσεις.
4. Ξόδεψε αρκετό χρόνο μόνος σου σε ησυχία.
- Ο σωστός διαλογισμός είναι άριστος τρόπος να προσγειώσεις τον εαυτό σου και να κρατήσεις τις σκέψεις σου συγκεντρωμένες.
 - Η ικανότητα επανασύνδεσης με μια πνευματική πηγή θα σε βοηθήσει να πετύχεις μια σωματική ισορροπία και μπορεί να προκαλέσει μια αξιοθαύμαστη μεταστροφή.
5. Γέμισε τις μπαταρίες σου καθημερινά.
- κάτι πολύ απλό όπως το να τρως καλύτερα και σταματήσεις όλες τις δραστηριότητες κατά την διάρκεια του γεύματος. Αυτό θα έχει ραγδαίο όφελος στο πνεύμα και στο σώμα σου.
 - Με συστηματική άσκηση και διατροφή μπορείς να μειώσεις το στρες και να πετύχεις μια εξωτερική ισορροπία και να σε επαναφορτίσει με ενέργεια και να βρεις χρόνο για τους φίλους και την οικογένεια σου.
6. Κάνε καθημερινά μια συζήτηση εστιασμένη και με νόημα.
- Οι συζητήσεις φορτίζουν γρήγορα και τις πιο άδειες μπαταρίες.

- Ο χρόνος με την οικογένεια και τους φίλους τρέφει την ψυχή όπως τίποτα άλλο και η λύπη είναι το πρώτο πράγμα που φεύγει όταν ο χρόνος είναι λιγοστός.
- 7. Αντιμετώπισε τα αρνητικά αισθήματα.
 - Εάν κατηγορείς τον εαυτό σου και νιώθεις ενοχή, κάνε διαχωρισμό των γεγονότων που μπορούν να ελέγχουν και εκείνα που είναι ανεξέλεγκτα.
 - Αν νιώθεις αβοήθητος και απεγνωσμένες, γράψε σε ένα χαρτί τις σκέψεις σου ή μοιράσου τις εμπειρίες σου με άλλους.
 - Αν έχεις χάσεις το ενδιαφέρον σου και νιώθεις πεσμένος, κανόνισε μια ενδιαφέρουσα ή θετική εμπειρία καθημερινά και σχεδίαζε μελλοντικά γεγονότα.
 - Αν χάνεις ή παίρνεις βάρος, φτιάξε αγαπημένα γεύματα και κάνε την ώρα του φαγητού διασκέδαση.
 - Αν έχεις διαταραχές ύπνου διατήρησε συγκεκριμένες ώρες κατάκλισης και κάνε χαλαρωτικές δραστηριότητες πριν τον ύπνο.
 - Εάν νιώθεις φόβο και πανικό πάρε μέρος σε προγραμματισμένες δραστηριότητες με φίλους και μείνε απασχολημένος.

Για να επανακτήσετε ξεκινήστε με το να καθορίσετε που υπάρχει ακόμα η χαρά στην προσωπική και επαγγελματική σας ζωή. Μόνο εφόσον εντοπίσετε και υπογραμμίσετε τα θέματα που εμποδίζουν την ικανότητα σας να νιώσετε χαρά, μπορεί να αρχίσει η ανάρρωση σας. Μπορείτε να αντλήσετε μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη δουλειά σα, αλλάζοντας την προσέγγιση σας σε απογοητευτικές δεξιότητες ή καταστάσεις. Οι ξεκάθαρες αξίες, η ισχυρή υποστήριξη και η αίσθηση του χιούμορ είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που πρέπει να αναπτύξουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας (Pfifferling & Gilley, 1999).

Τα βήματα για την ανάρρωση είναι τα εξής:

1. Σκοπιμότητα.
2. Σύνδεση.
3. Διαχείριση της ανησυχίας, κατευνασμός.
4. Αυτοφροντίδα.
5. Αφήγηση.
6. Αυτοπεποίθηση και επανεπεξεργασία.
7. Αυτοεπίβλεψη.

Οι στρατηγικές παρέμβασης περιλαμβάνουν εκείνες που στοχεύουν στους επαγγελματίες που βιώνουν το δευτερογενές τραυματικό στρες και εκείνες που αφορούν τους οργανισμούς (διοίκηση). Στα περισσότερα νοσοκομεία στο εξωτερικό λειτουργεί το EAP (Employee Assistance Program), δηλαδή ένα πρόγραμμα βοήθειας των εργαζομένων στο οποίο οι επιβλέποντες εντοπίζουν τους νοσηλευτές που υποφέρουν από σχετιζόμενο με την εργασία στρες. Εάν υποπτευθούν πως κάποιος νοσηλευτής έχει συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες που θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών, θα πρέπει να προβούν στις κατάλληλες ενέργειες. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν οι επιβλέποντες να έχουν λάβει επιπρόσθετη, ειδική εκπαίδευση στο πώς να αναγνωρίσουν άτομα που υποφέρουν από αυτή την κατάσταση. Υπάρχουν πολλά σημεία ακόμα βέβαια που δεν έχουν ξεκαθαρίσει όπως το εάν και το μέχρι ποιού σημείου μπορούν να προχωρήσουν ακόμα και σε εργασιακούς περιορισμούς στα πλαίσια της ασφαλούς πρακτικής. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων είναι εκείνες που πρέπει να αναπτύξουν τις κατάλληλες, πολιτικές διαδικασίες και τα προγράμματα εκπαίδευσης σε σχέση με το EAP (Gates & Gillespie, 2008).

Στο εξωτερικό χρησιμοποιούνται κι άλλα προγράμματα όπως το ARP (Accelerated Recovery Program), δηλαδή το πρόγραμμα επιτάχυνσης της ανάρρωσης που αναπτύχθηκε από τους Gentry et al (1997). Το ARP σχεδιάστηκε για να βοηθήσει τους επαγγελματίες να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές για εντοπίσουν και να επιλύσουν τα συμπτώματα και τις αιτίες της κόπωσης συμπίονιας, ενώ παράλληλα τους βοηθάει να αναπτύξουν μια ολοκληρωμένη μέθοδο αυτοφροντίδας που αυξάνει την μελλοντική προσαρμοστικότητα τους. Οι Cohen – Katz et al (2004) και Mackenzie et al (2006), εφάρμοσαν σε νοσηλευτές το μοντέλο μείωσης του στρες του προγράμματος MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) που αναπτύχθηκε από τον Kabat – Zinn (1990). Το MBSR μαθαίνει τους συμμετέχοντες να αντιμετωπίζουν σκόπιμα και να τα βγάζουν πέρα με το στρες, τον πόνο την ασθένεια και τις άλλες απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην έννοια της επίγνωσης η οποία ορίζεται ως το να είναι ολοκληρωτικά παρών ένα άτομο στην εμπειρία κάποιου χωρίς κριτική ή αντίσταση (Cohen – Katz et al 2004). Οι παρεμβάσεις στο πρόγραμμα MBSR στοχεύουν να βοηθήσουν τα άτομα να ανταποκρίνεται περισσότερο αποτελεσματικά στις προκλήσεις ώστε να αντισταθμίζουν τις επιβλαβείς συνέπειες του στρες.

Οι στρατηγικές πρόληψης που αφορούν τα άτομα συνοψίζονται πολύ έξυπνα στη λέξη ACT που στα ελληνικά σημαίνει πράξη, από τα αρχικά των λέξεων acknowledge (αναγνωρίζω, παραδέχομαι), connect (συνδέω, συσχετίζω) και talk (μιλάω, αποκαλύπτω). Όταν αυτές οι τρεις πράξεις λαμβάνουν χώρα σε ένα ασφαλές περιβάλλον, εξασφαλίζουν την συνέχιση της ευημερίας των νοσηλευτών (Clark & Gioio, 1998). Όπως ενθαρρύνουμε τους ασθενείς να μιλάνε για τα προβλήματα τους, τις σκέψεις, τους φόβους και το θυμό τους, πρέπει να δίνουμε και στον εαυτό μας την άδεια αυτή (Bass & Davis, 1988).

Τα άτομα πρέπει καταρχήν να αναγνωρίζουν τον κίνδυνο που διατρέχουν όταν έρχονται σε επαφή μέσω της δουλειάς τους με ανθρώπους που υποφέρουν να είναι σε θέση επίσης να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα που σχετίζονται με αυτή την κατάσταση και τελικά να παραδεχτούν ότι όντως υποφέρουν από δευτερογενές τραυματικό στρες που ίσως είναι και το δυσκολότερο καθώς οι περισσότεροι αρνούνται να το δεχτού πιστεύοντας ότι έχουν την δύναμη να το αντιμετωπίσουν. Η σύνδεση πρέπει να γίνει σε πολλά επίπεδα. Δεν αφορά μόνο τις επαγγελματικές και προσωπικές σχέσεις που πρέπει να αναπτυχθούν και να διατηρηθούν αλλά αφορά και την δέσμευση των ατόμων για συνεχιζόμενη εκπαίδευση ώστε να διατηρούν μια σύνδεση με την έρευνα, την πρόοδο της επιστήμης και τις νέες πρακτικές. Έχει να κάνει δηλαδή με την διευκρίνιση της γνώσης και την επέκταση και ενίσχυση των υποστηρικτικών δικτύων, τέλος είναι πολύ σημαντικό να μιλούν τα άτομα, να συζητούν σε ασφαλές περιβάλλον και να αποκαλύπτουν τις επίμονες σκέψεις και τα συναισθήματα τους.

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1. Σκοπός μελέτης:

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η στάθμιση δυο εργαλείων: της Κλίμακας Επαγγελματικής Κόπωσης/Εξουθένωσης Και Ανάρρωσης (OFER) και του Δείκτη Ψυχολογικού Τραύματος(PIRI), σε εργαζόμενους με βάρδιες στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών Γενικού Νοσοκομείου, στην ελληνική γλώσσα. Διερευνήθηκε η πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης ή του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της δυνατότητας ανάρρωσης/ξεκούρασης, μεταξύ των βαρδιών, του δείγματος καθώς και ο κίνδυνος ψυχολογικού τραυματισμού που διατρέχει. Η OFER Κλίμακα έχει σχεδιαστεί για να λειτουργεί ως ένα πρώιμο σύστημα προειδοποίησης για κάθε εργαζόμενο αλλά και εργασιακή ομάδα που η φύση της εργασίας τους έρχεται σε σύγκρουση με την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων. Η Κλίμακα αυτή είναι ειδικά σχεδιασμένη ώστε να διακρίνει και να αναγνωρίζει την οξεία από τη χρόνια κόπωση και να μετρά τη πραγματική δυνατότητα ανάρρωσης/ξεκούρασης μεταξύ βαρδιών. Ο Δείκτης Ψυχολογικού Τραύματος (PIRI) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα αποτελεσματικό εργαλείο για έλεγχο ρουτίνας των εργαζομένων πρώτης γραμμής. Συμβάλλει: 1) στο να είναι οι υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, που κοστίζουν, πιο στοχευόμενες, 2) διευκολύνει τη παρέμβαση στις αναδυόμενες ψυχολογικές καταστάσεις πριν γίνουν αρκετά σοβαρές ώστε να απειλούν τη παραγωγικότητα και τη λειτουργικότητα του ατόμου και 3) δυνητικά μπορεί να αποτρέψει το κόστος από τη συνταξιοδότηση ενός ακόμη εργαζομένου λόγω ψυχολογικών προβλημάτων.

Επίσης, διερευνήθηκαν:

- 1) Η συσχέτιση δημογραφικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με την εμφάνιση χρόνιας η οξείας κόπωσης η επαγγελματικής εξουθένωσης και με τη δυνατότητα ανάρρωσης ξεκούρασης μεταξύ βαρδιών.
- 2) Η συσχέτιση δημογραφικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικού τραυματισμού επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων σε Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών.
- 3) Η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ εργασιακών ομάδων
- 5) Η συσχέτιση δημογραφικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τις συνήθειες ύπνου και τη χρήση αλκοόλ σε επαγγελματίες υγείας σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και η σύγκριση μεταξύ επαγγελματικών ομάδων

5.2. Πληθυσμός:

Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με βάρδιες σε Γενικά Νοσοκομεία της 6ης Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου- Ιονίων Νήσων- Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας: Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Γενικό Νοσοκομείο Παναρκαδικό Τρίπολης, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου, Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, ΝΜ Κυπαρισσίας.

5.3. Σχεδιασμός μελέτης και μεθοδολογία:

Διενεργήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση σε διάφορες επιστημονικές μηχανές αναζήτησης, όπως Pubmed, Scholar google, e-health, Chinal, Medline και τα ηλεκτρονικά περιοδικά, όπως e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, *Interscientific Health Care*, *Νοσηλευτική*, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *Journal of Advanced Nursing*, *Nursing Health Science*, *Chronobiology International*, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: εργασιακή κόπωση, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, οξεία κόπωση, επαγγελματική εξουθένωση, βάρδια, εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο, ψυχολογικό τραύμα, κίνδυνος εμφάνισης ψυχολογικού τραυματισμού, εργασιακοί κίνδυνοι, επαγγελματίες υγείας, εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής κόπωσης.

Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε κυρίως η περίοδος 2000-2014 έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αντιστοίχιση των ευρημάτων με τα σύγχρονα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα των κοινωνικών εξελίξεων και την σύγχρονη βιβλιογραφία, αλλά έγιναν και κάποιες παλαιότερες αναδρομές, εξαιτίας της βαρύνουσας και διαχρονικής αξίας αποτελεσμάτων των συγκεκριμένων μελετών.

Παράλληλα τέθηκε γλωσσικός και χρονικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά.

Για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: Κλίμακα Επαγγελματικής Κόπωσης, Εξουθένωσης/ανάρρωσης (The Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale (OFER) και ο Κατάλογος Δεικτών Επικινδυνότητας Ψυχολογικού Τραύματος (Psychological Injury Risk Index (PIRI), έπειτα από την έγγραφη άδεια των συντακτών και τη διαδικασία της διπλής αντίστροφης μετάφρασης. Η Κλίμακα OFER δημοσιεύτηκε το 2005 από τον Dr P. C. Winwood και η Κλίμακα PIRI το 2006 από τον ίδιο. Αποτελείται από ένα ερωτηματολόγιο 15 ερωτήσεων, οι οποίες σχηματίζουν 3 υποκατηγορίες: Χρόνια κόπωση, οξεία κόπωση, και ανάρρωση/ξεκούραση μεταξύ βαρδιών, αντίστοιχα (Winwood, Lushington, & Winefield, 2006; Winwood, Winefield, Dawson, και

Lushington, 2005). Η PIRI κλίμακα απαρτίζεται από 5 διαφορετικές περιοχές ως διαγνωστικά σημαντικές. Αυτές είναι: 1) διαταραγμένο ύπνο/κακή υγιεινή ύπνου (χρησιμοποιώντας 6 στοιχεία από τη PSQI κλίμακα), 2) χρόνια εργασιακή κόπωση (κόπωση που δεν περνά με τη συνηθισμένη ξεκούραση ή συγκράτηση των εργασιών μετρημένη με τη βοήθεια της υπο-κλίμακας της χρόνιας κόπωσης της OFER κλίμακας), 3) επιμένουσα αποτυχία για ανάρρωση αναπλήρωση της φυσιολογικής και ψυχολογικής ενέργειας μεταξύ διαδοχικών εργασιακών βαρδιών (μετρημένη με τη βοήθεια 5 στοιχείων της υποκλίμακας ανάρρωσης της OFER κλίμακας, 4) συμπτωματολογία του συνδρόμου μετα-τραυματικού στρες (χρησιμοποιώντας 10 στοιχεία της Purdue PTSD κλίμακας και 5) μη φυσιολογικές συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ ως αυτό-θεραπεία στο εργασιακό στρες (χρησιμοποιώντας τη RAPS4 κλίμακα). Επίσης, οι συμμετέχοντες απάντησαν ένα συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών.

5.4. Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για να ελεγχθεί η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου υπολογίστηκαν οι συντελεστές Cronbach's- α . Επιπλέον έλεγχος της αξιοπιστίας έγινε με την συσχέτιση μεταξύ των ίδιων διαστάσεων των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI (Ανάρρωση και Χρόνια κόπωση) όπου αναμένεται υψηλού βαθμού συσχέτιση λόγω του ότι οι διαστάσεις αυτές απαρτίζονται από τις ίδιες ερωτήσεις. Χρησιμοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση με διαδικασία μέγιστης πιθανοφάνειας για την τον έλεγχο της εγκυρότητας δομής και την επιβεβαίωση των παραγόντων των δυο ερωτηματολογίων.

Προσδιορίστηκε η ανεξαρτησία των όρων σφάλματος (error terms) για όλα τα μοντέλα και επιτράπηκε η συσχέτιση των παραγόντων. Χρησιμοποιήθηκαν πολλές προσεγγίσεις για την εκτίμηση της προσαρμογής των μοντέλων της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης, συμπεριλαμβανομένων των δεικτών καλής προσαρμογής CFI (comparative fit index), GFI (goodness of fit index) και RMSEA (root mean square error of approximation) (1). Υπάρχουν πολλές κατευθυντήριες οδηγίες για την ερμηνεία της προσαρμογής ενός μοντέλου με βάση αυτούς τους δείκτες. Οι δείκτες CFI και GFI μπορούν να πάρουν τιμές από 0 έως 1, και θεωρείται ότι υπάρχει καλή προσαρμογή στα δεδομένα όταν είναι κοντά ή πάνω από 0,9 ή με ακόμα πιο αυστηρά κριτήρια όταν είναι πλησίον ή πάνω του 0,95 (2). Ο δείκτης CFI θεωρείται πιο κατάλληλος για την εκτίμηση μοντέλων καθώς λαμβάνει υπόψη το μέγεθος του δείγματος (3). Επίσης, για το δείκτη GFI έχει προταθεί και το όριο του 0,8 για καλή προσαρμογή (4). Τιμές του δείκτη RMSEA μικρότερες από 0.05 δείχνουν καλή προσαρμογή και τιμές μέχρι 0.08 δείχνουν αποδεκτή προσαρμογή. Ακόμα, για την εγκυρότητα δομής ελέγχθηκαν οι μεταξύ των διαστάσεων του κάθε ερωτηματολογίου συσχετίσεις (intercorrelations) με τους συντελεστές συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Προκειμένου να ελεγχθεί η διακριτική ικανότητα των ερωτηματολογίων ελέγχθηκαν πιθανές διαφορές ανάλογα με παράγοντες που θεωρείται ότι δρουν επιβαρυντικά (όπως: εάν η συναισθηματική/σωματική τους κατάσταση τους ώθησε στη λήψη άδειας, εάν κοιμούνται ικανοποιητικά και όταν ξυπνούν αισθάνονται ξεκούραστοι, εάν οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους, στην οικογένειά τους και στην εργασία τους, ο αριθμός ασθενών που τους αναλογούν και η ικανοποίηση από την αμοιβή). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

5.5. Αποτελέσματα

Συλλέχθηκαν 116 ερωτηματολόγια συμπληρωμένα, από 160 που διανεμήθηκαν, με ποσοστό ανταπόκρισης 72.5%. Το δείγμα είχε μέση ηλικία τα 36,5 έτη ($\pm 8,6$ έτη).

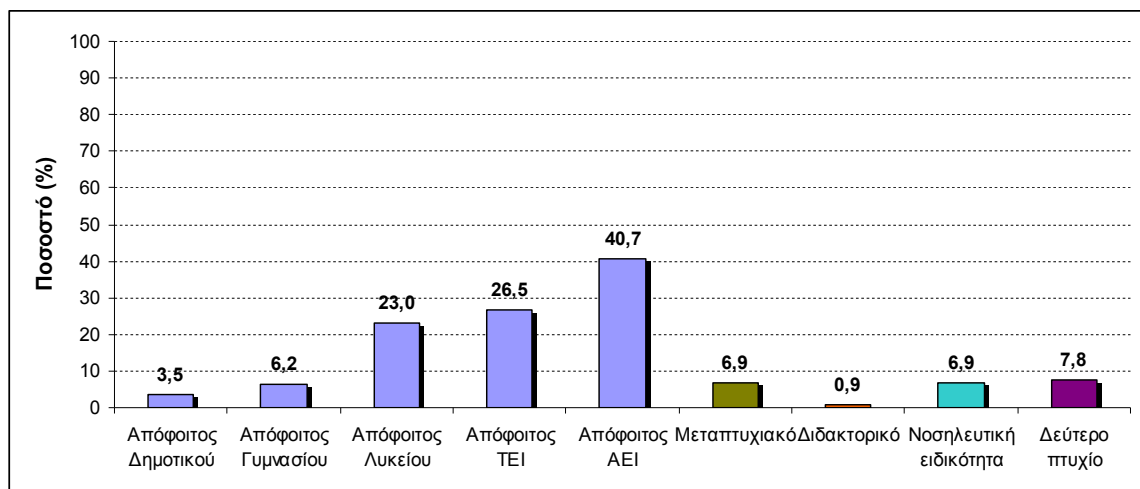
Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευσή τους.

		N	%
Φύλο	Άντρες	32	27,6
	Γυναίκες	84	72,4
Ηλικία, μέση τιμή\pmSD		36,5 \pm 8,6	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	52	44,8
	Έγγαμος	58	50,0
	Διαζευγμένος	6	5,2
Αριθμός παιδιών*, μέση τιμή\pmSD		2,5 \pm 1,0	
Τα παιδιά είναι ανήλικα*;	Όχι	12	27,9
	Ναι	31	72,1
Έχετε εσείς την ευθύνη των παιδιών*	Όχι	2	6,7
	Ναι	28	93,3
Εκπαίδευση	Απόφοιτος ΤΕΙ	30	26,5
	Απόφοιτος ΑΕΙ	46	40,7
	Απόφοιτος Γυμνασίου	7	6,2
	Απόφοιτος Λυκείου	26	23,0
	Απόφοιτος Δημοτικού	4	3,5
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Όχι	108	93,1
	Ναι	8	6,9
Διδακτορικό δίπλωμα	Όχι	115	99,1
	Ναι	1	0,9
Νοσηλευτική ειδικότητα	Όχι	108	93,1
	Ναι	8	6,9
Αν ναι, ποια	Βοηθός νοσηλεύτη	1	0,9
	ΔΕ	2	1,7
	ΔΕ Ασερφή νοσοκόμα	1	0,9
	ΔΕ βοηθός νοσηλεύτη	1	0,9
	ΜΤΕΣΧ	1	0,9
	ΜΤΝ	1	0,9
	Παθολογική	1	0,9
Δεύτερο πτυχίο	Όχι	107	92,2
	Ναι	9	7,8
Αν ναι, τι	Βοηθός νοσηλεύτη	1	0,9
	Διοίκηση Μονάδων Υγείας Πρόνοιας	1	0,9
	Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας	1	0,9
	ΙΕΚ	1	0,9
	ΜΤΝΣ Καλαμάτας	1	0,9
	Νοσηλευτικής	1	0,9
	ΤΕΙ Νοσηλευτικής	1	0,9
	Τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων	1	0,9
	Φυσικοθεραπείας	1	0,9
Εθνικότητα	Ελληνική	115	100,0
	Άλλη	0	0,0

*αφορά στους συμμετέχοντες που είχαν παιδιά

Το 72,4% των ατόμων ήταν γυναίκες, Επίσης, οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50,0%) ήταν έγγαμοι, το 44,8% άγαμοι και το υπόλοιπο 5,2% ήταν διαζευγμένοι. Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά είχαν κατά μέσο όρο 2,5 παιδιά ($\pm 1,0$). Ακόμα, το 40,7% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ. Το 6,9% των συμμετεχόντων είχαν μεταπτυχιακό, το 0,9% διδακτορικό, το 6,9% νοσηλευτική ειδικότητα και το 7,8% δεύτερο πτυχίο. Τέλος, όλοι οι συμμετέχοντες ήταν Έλληνες.

Γράφημα 1: στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση των συμμετεχόντων.



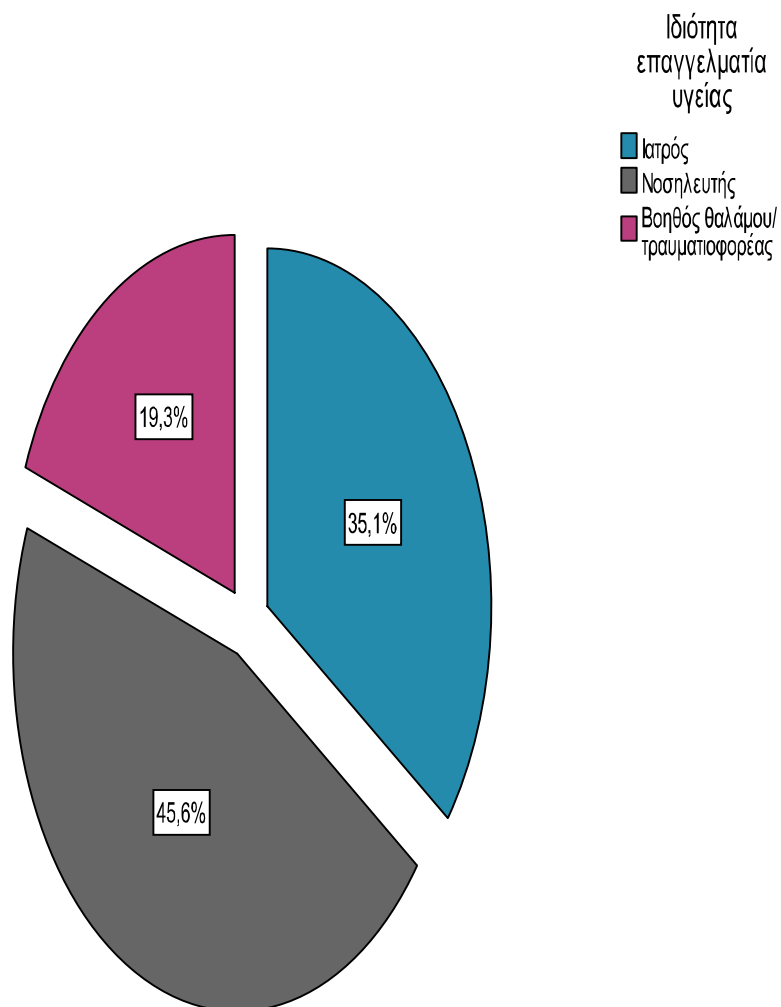
Πίνακας 3: στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

		N	%
Έδρα νοσοκομείου	Κωμόπολη	25	21,6
	Πόλη	91	78,4
Σημειώστε κωμόπολη/πόλη	Καλαμάτα	40	34,5
	Κυπαρισσία	17	14,7
	Πύργος	13	11,2
	Σπάρτη	23	19,8
	Τρίπολη	21	18,1
Επαγγελματική κατάσταση	Δημόσιος υπάλληλος	16	72,7
	Ιδιωτικός υπάλληλος	0	0,0
	Συμβασιούχος υπάλληλος	6	27,3
Θέση εργασίας	Διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας	1	0,9
	Προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος ή μονάδας	3	2,6
	Υπεύθυνος νοσηλευτικού τμήματος ή μονάδας	1	0,9
	Νοσηλεύτης	47	41,2
	Βοηθός θαλάμου	3	2,6
	Τραυματιοφορέας	19	16,7
	Αγροτικός Ιατρός	6	5,3
	Επιμελητής Β	3	2,6
	Ειδικευόμενος Ιατρός	30	26,3
	Επιμελητής Α	1	0,9
Ιδιότητα επαγγελματία υγείας	Ιατρός	40	35,1
	Νοσηλεύτης	52	45,6
	Βοηθός θαλάμου/ τραυματιοφορέας	22	19,3
Έτη προϋπηρεσίας σαν νοσηλεύτης, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		11,0±9,0	8 (3,5 - 17,0)
Τμήμα εργασίας	Β' Παθολογική Κλινική Ν. Μεσσηνίας	1	0,9
	Βραγχεία Νοσηλεία	1	0,9
	Επείγοντα	1	0,9
	Νοσηλευτική μονάδα Καλαμάτας Β'	1	0,9
	Παθολογικό	1	0,9
	Ορθοπαιδική	1	0,9
	Παιδιατρικό	1	0,9
	ΤΕΠ	9	7,8
ΤΕΠ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	2	1,7	
Χειρουργική Κλινική	1	0,9	
Έτη εργασίας στο παρόν τμήμα, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		6,0±7,0	3,8 (1,0 - 7,0)
Πόσοι ασθενείς σας αναλογούν στην πρωινή βάρδια, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		21,0±11,3	20,0 (15,0 - 25,0)
Πόσοι ασθενείς σας αναλογούν στην απογευματινή βάρδια, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		20,4±10,4	20,0 (15,0 - 25,0)
Πόσοι ασθενείς σας αναλογούν στη νυχτερινή βάρδια, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		11,1±7,5	10,0 (5,0 - 15,0)

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες εργάζονται σε πόλη με το ποσοστό να φτάνει το 78,4%. Επίσης, το 45,6% των συμμετεχόντων ήταν νοσηλεύτες, το 35,1% ιατροί και το υπόλοιπο 19,3% ήταν βοηθοί θαλάμου ή τραυματιοφορείς. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας σαν νοσηλεύτης ήταν 11,0 έτη ($\pm 9,0$ έτη) ενώ ο διάμεσος

χρόνος προϋπηρεσίας στο παρόν τμήμα ήταν 3,8 έτη (1,0 – 7,0 έτη). Ο μέσος αριθμός ασθενών που αναλογούν στους συμμετέχοντες κατά την πρωινή βάρδια ήταν 21,0 ($\pm 11,3$), κατά την απογευματινή 20,4 ($\pm 10,4$) και κατά την βραδινή ήταν 11,1 ($\pm 7,5$).

Γράφημα 2: η ιδιότητα των συμμετεχόντων.



Πίνακας 4: στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εργασία τους.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Πολύ/ Πάρα πολύ (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Προσδιορίστε πόση είναι η ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας σας	3 (13,6)	2 (9,1)	5 (22,7)	11 (50)	1 (4,5)	54,5
Προσδιορίστε πόση είναι η ικανοποίηση από τη θέση εργασίας	1 (4,5)	1 (4,5)	12 (54,5)	8 (36,4)	0 (0)	36,4
Οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στον εαυτό σας	6 (5,3)	18 (15,8)	24 (21,1)	45 (39,5)	21 (18,4)	57,9
Οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην οικογένειά σας	9 (8)	22 (19,6)	23 (20,5)	43 (38,4)	15 (13,4)	51,8
Οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας	48 (42,9)	44 (39,3)	9 (8)	10 (8,9)	1 (0,9)	9,8
Είστε ικανοποιημένοι από την αμοιβή σας	12 (60)	3 (15)	5 (25)	0 (0)	0 (0)	0,0

Το 57,9% των συμμετεχόντων θεωρούσαν ότι οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν πολύ/πάρα πολύ αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους. Επίσης, το 54,5% των συμμετεχόντων είναι πολύ/πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της εργασίας τους ενώ κανένας δεν είναι πολύ/πάρα πολύ ικανοποιημένος από το μισθό του.

Πίνακας 5: πληροφορίες που αφορούν στην σωματική άσκηση, τις καπνιστικές συνήθειες και τη χρήση ουσιών από τους συμμετέχοντες.

		N	%
Γυμνάζεστε	Όχι	14	70,0
	Ναι	6	30,0
Αν ναι, συχνότητα εβδομαδιαία	3 φορές την εβδομάδα	2	1,7
	4 φορές την εβδομάδα	2	1,7
	2 φορές την εβδομάδα	1	0,9
	Καθημερινά	1	0,9
Είστε καπνιστής τώρα	Όχι	12	63,2
	Ναι	7	36,8
Υπήρξατε καπνιστής	Όχι	8	72,7
	Ναι	3	27,3
Χρήση ουσιών σήμερα	Όχι	89	89,9
	Ναι	10	10,1
Αν ναι, ποια	Αλκοόλ	8	6,9
	Αλκοόλ, αντικαταθλιπτικά	1	0,9
	Παυσίπονα	1	0,9
Χρήση ουσιών στο παρελθόν	Όχι	91	89,2
	Ναι	11	10,8
Αν ναι, ποια	Αλκοόλ	9	7,8
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ την εβδομάδα	Ποτέ	28	41,2
	1 ή 2 φορές	29	42,6
	Συχνότερα	11	16,2
Θεωρείτε ότι γενικά κοιμάστε ικανοποιητικά και όταν ξυπνάτε αισθάνεστε ξεκούραστοι	Όχι	59	64,8
	Ναι	32	35,2

Το 30,0% των συμμετεχόντων γυμνάζονταν. Επίσης, το 36,8% των συμμετεχόντων κάπνιζαν. Το 10,1% των ατόμων κάνουν χρήση ουσιών σήμερα και το 10,8% έκανε στο παρελθόν. Το 42,6% των συμμετεχόντων κατανάλωναν 1-2 φορές την εβδομάδα αλκοόλ, το 41,2% ποτέ και το υπόλοιπο 16,2% συχνότερα. Τέλος, το 35,2% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι κοιμούνται αρκετά και ξυπνούν ξεκούραστοι.

Πίνακας 6: στοιχεία που αφορούν στην λήψη άδειας από τους συμμετέχοντες για ψυχολογικούς ή/και σωματικούς λόγους καθώς και για την αντιμετώπιση του άγχους τους.

		N	%
Υπήρξαν φορές που η συναισθηματική σας κατάσταση σας ώθησε στη λήψη άδειας	Όχι	86	75,4
	Ναι	28	24,6
Προσδιορίστε τη συναισθηματική κατάσταση	Άγχος	1	0,9
	Κούραση	1	0,9
	Λοχεία	1	0,9
	Υπερένταση	12	10,3
	Φόβος	1	0,9
	Ψυχική κούραση	1	0,9
	Ψυχολογική κόπωση	1	0,9
Υπήρξαν φορές που η σωματική σας κατάσταση σας ώθησε στη λήψη άδειας	Όχι	55	48,2
	Ναι	59	51,8
Προσδιορίστε τη σωματική κατάσταση	Αδυναμία, ίλιγγος	1	0,9
	Αλλεργική αντίδραση	1	0,9
	Γαστρεντερίτιδα	1	0,9
	Ίλιγγοι	1	0,9
	Κάταγμα ποδιού	1	0,9
	Κάταγμα χειρός	1	0,9
	Κόπωση	28	24,1
	Κόπωση, ίλιγγοι, οσφυαλγία, τενοντίτιδες, γαστρίτιδα	1	0,9
	Κόπωση, Κοιλιακός πόνος	1	0,9
	Κόπωση, ταχυκαρδίες, ίλιγγος	1	0,9
	Μυϊκός πόνος	7	6,0
	Μυϊκός πόνος, ίλιγγοι, εγκυμοσύνη	1	0,9
	Ορθοπεδικό πρόβλημα	1	0,9
	Οσφυαλγία	1	0,9
	Σωματική άδεια	1	0,9
Τραυματισμός, χειρουργείο	1	0,9	
Πιστεύετε ότι το άγχος σας έχει οδηγήσει σε κάποιες νοσηλευτικές παραλείψεις	Όχι	12	63,2
	Ναι	7	36,8
Έχετε σκεφτεί τρόπους για να μειώσετε το άγχος σας	Όχι	11	61,1
	Ναι	7	38,9
Αν ναι, ποιους	Γυμναστική	2	1,7
	Γυμναστική, εκδρομές	1	0,9
	Γυμναστική, επαφή με την οικογένεια	1	0,9
	Ξεκούραση	1	0,9
	Περιπάτος, διασκέδαση με άτομα	1	0,9
	Περπάτημα	1	0,9
Ήταν αποτελεσματικοί οι τρόποι σας στη μείωση του άγχους	Όχι	1	14,3
	Ναι	6	85,7

Το 24,6% των συμμετεχόντων είχαν λείψει από την εργασία τους λόγω επιβαρυσμένης συναισθηματικής κατάστασης. Επίσης, το 51,8% των συμμετεχόντων είχαν λείψει από την εργασία τους λόγω επιβαρυσμένης σωματικής κατάστασης. Το 36,8% των συμμετεχόντων πιστεύουν ότι το άγχος τους έχει οδηγήσει σε κάποιες νοσηλευτικές παραλείψεις ενώ το 38,9% έχει σκεφτεί τρόπους για την αντιμετώπιση του άγχους.

5.5.1. Κλίμακα ανάρρωσης επαγγελματικής κόπωσης και εξουθένωσης (OFER-15)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν την κόπωση και την ανάρρωση που νιώθουν οι συμμετέχοντες τόσο κατά τους τελευταίους μήνες όσο και την παρούσα ημέρα. Οι βαθμολογίες μπορούν να πάρουν τιμές από 0 μέχρι 30, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη κόπωση και μικρότερη ανάρρωση.

Πίνακας 7: κλίμακα ανάρρωσης επαγγελματικής κόπωσης και εξουθένωσης.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Cronbach's a
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	0,0	30,0	15,4±7	16 (10 - 21)	0,83
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	0,0	30,0	16,9±7,3	17 (12 - 22)	0,88
Ανάρρωση (6 μήνες)	0,0	30,0	17,6±6,5	18 (13 -22,5)	0,80
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	0,0	30,0	14,3±7,9	13 (8 - 21)	0,88
Έντονη κόπωση (σήμερα)	0,0	30,0	17,4±7,2	18 (13 - 23)	0,88
Ανάρρωση (σήμερα)	0,0	30,0	16,9±7,0	17 (12 - 23)	0,82

Η μέση τιμή στη βαθμολογία χρόνιας κόπωσης (του τελευταίου 6μήνου) ήταν 15,4 μονάδες (±7,0). Η βαθμολογία αυτή κυμάνθηκε από 0 έως 30, με το 0,9% των συμμετεχόντων (N=1) να έχει μηδενική βαθμολογία, δηλαδή κανένα σύμπτωμα χρόνιας κόπωσης, και το 1,8% (N=2) να έχει τη μέγιστη βαθμολογία, δηλαδή το μέγιστο επίπεδο χρόνιας κόπωσης.

Η μέση τιμή στη βαθμολογία έντονης κόπωσης (του τελευταίου 6μήνου) ήταν 16,9 μονάδες (±7,3). Η βαθμολογία αυτή κυμάνθηκε από 0 έως 30, με το 1,8% των συμμετεχόντων (N=2) να έχει μηδενική βαθμολογία, δηλαδή κανένα σύμπτωμα έντονης κόπωσης, και το ίδιο ποσοστό να έχει τη μέγιστη βαθμολογία, δηλαδή το μέγιστο επίπεδο έντονης κόπωσης.

Η μέση τιμή στη βαθμολογία ανάρρωσης (του τελευταίου 6μήνου) ήταν 17,6 μονάδες (±6,5). Η βαθμολογία αυτή κυμάνθηκε από 0 έως 30, με το 0,9% (N=1) να έχει ελάχιστα προβλήματα στην ανάρρωση (μηδενική βαθμολογία) και με το 2,7% (N=3) να έχει μέγιστα προβλήματα στην ανάρρωση (βαθμολογία 30).

Η μέση τιμή στη βαθμολογία χρόνιας κόπωσης (της παρούσας ημέρας) ήταν 14,3 μονάδες (±7,9). Η βαθμολογία αυτή κυμάνθηκε από 0 έως 30, με το 5,2% των συμμετεχόντων (N=6) να έχει μηδενική βαθμολογία, δηλαδή κανένα σύμπτωμα

χρόνιας κόπωσης, και το 1,7% (N=2) να έχει τη μέγιστη βαθμολογία, δηλαδή το μέγιστο επίπεδο χρόνιας κόπωσης.

Η μέση τιμή στη βαθμολογία έντονης κόπωσης (της παρούσας ημέρας) ήταν 17,4 μονάδες ($\pm 7,2$). Η βαθμολογία αυτή κυμάνθηκε από 0 έως 30, με το 0,9% των συμμετεχόντων (N=1) να έχει μηδενική βαθμολογία, δηλαδή κανένα σύμπτωμα έντονης κόπωσης, και το 4,4% (N=5) να έχει τη μέγιστη βαθμολογία, δηλαδή το μέγιστο επίπεδο έντονης κόπωσης.

Η μέση τιμή στη βαθμολογία ανάρρωσης (της παρούσας ημέρας) ήταν 16,9 μονάδες ($\pm 7,0$). Η βαθμολογία αυτή κυμάνθηκε από 0 έως 30, με το 1,7% (N=2) να έχει ελάχιστα προβλήματα στην ανάρρωση (μηδενική βαθμολογία) και με το 2,6% (N=3) να έχει μέγιστα προβλήματα στην ανάρρωση (βαθμολογία 30).

Οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν όλοι πάνω από το αποδεκτό όριο (0,7) οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

5.5.2. Δείκτης κινδύνου ψυχολογικού τραύματος (PIRI)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι διαστάσεις του δείκτη κινδύνου ψυχολογικού τραύματος. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη κατάσταση.

Πίνακας 8: δείκτης κινδύνου ψυχολογικού τραύματος.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Cronbach's a
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	0,0	36,0	16,3±8,9	16 (9 - 24)	0,85
Ανάρρωση	0,0	30,0	17±8,2	18,5 (10 - 24)	0,95
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	0,0	60,0	25,3±14	25 (13 - 35)	0,93
Χρόνια κόπωση	0,0	30,0	15,2±7,6	15,5 (9 - 21)	0,89
Προβληματική χρήση αλκοόλ	0,0	20,0	2,1±3,9	0 (0 - 3)	0,84

Η διάσταση «Προβλήματα ύπνου» γενικά μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 36. Η μέση βαθμολογία στη συγκεκριμένη διάσταση ήταν 16,3 (±8,9). Το 4,4% των συμμετεχόντων (N=5) είχε μηδενική βαθμολογία, δηλαδή κανένα πρόβλημα ύπνου, ενώ το 1,8% (N=2) είχε τη μέγιστη βαθμολογία, δηλαδή το ανώτερο επίπεδο προβλημάτων ύπνου.

Η διάσταση «Ανάρρωση» γενικά μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 30. Η μέση βαθμολογία στη συγκεκριμένη διάσταση ήταν 17 (±8,2). Το 0,9% των συμμετεχόντων (N=1) είχε μηδενική βαθμολογία, δηλαδή μέγιστη ανάρρωση, ενώ το 7,0% (N=8) είχε τη μέγιστη βαθμολογία, δηλαδή ελάχιστη ανάρρωση.

Η διάσταση «Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής» γενικά μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 60. Η μέση βαθμολογία στη συγκεκριμένη διάσταση ήταν 25,3 (±14,0). Το 1,8% των συμμετεχόντων (N=2) είχε μηδενική βαθμολογία, δηλαδή κανένα σύμπτωμα μετατραυματικής διαταραχής, ενώ το ίδιο ποσοστό είχε τη μέγιστη βαθμολογία, δηλαδή το ανώτερο επίπεδο συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής.

Η διάσταση «Χρόνια κόπωση» γενικά μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 30. Η μέση βαθμολογία στη συγκεκριμένη διάσταση ήταν 15,2 (±7,6). Το 1,8% των συμμετεχόντων (N=2) είχε μηδενική βαθμολογία, δηλαδή κανένα σύμπτωμα χρόνιας κόπωσης, ενώ το 4,3% (N=5) είχε τη μέγιστη βαθμολογία, δηλαδή το μέγιστο επίπεδο συμπτωμάτων χρόνιας κόπωσης.

Η διάσταση «Προβληματική χρήση αλκοόλ» γενικά μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 20. Η διάμεση βαθμολογία στη συγκεκριμένη διάσταση ήταν 0 (0-3). Το 60,7% των

συμμετεχόντων (N=44) είχε μηδενική βαθμολογία, δηλαδή μηδενική προβληματική χρήση αλκοόλ, ενώ μόνο το 1,2% (N=1) είχε τη μέγιστη βαθμολογία, δηλαδή τη μέγιστη προβληματική χρήση αλκοόλ. Γενικά υποδεικνύονται χαμηλά προβλήματα με τη χρήση αλκοόλ.

Οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν όλοι πάνω από το αποδεκτό όριο (0,7) οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

5.5.3. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση

Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα των επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων για τις διαστάσεις των Ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI.

Πίνακας 9: Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση.

	GFI	CFI	RMSEA
OFER-15	0.85	0.92	0.053
PIRI	0.84	0.91	0.055

Μετά από επιδράσεις τροποποίησης, η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε μια αποδεκτή προσαρμογή για το OFER-15 και PIRI, όπου ο δείκτης GFI ήταν πάνω από 0,8 και κοντά στο 0,9 και ο δείκτης CFI ήταν πάνω από 0,9 που είναι το αποδεκτό όριο. Ο δείκτης RMSEA ήταν αποδεκτός και κάτω από 0,08 και για τα δυο μοντέλα των OFER-15 και PIRI.

5.5.4. Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI

Πίνακας 10: συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI.

OFER-15		PIRI				
		Προβλήματα ύπνου	Ανάρρωση	Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	Χρόνια κόπωση	Προβληματική χρήση αλκοόλ
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	r	0,69	0,73	0,67	0,89*	0,14
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,224
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	r	0,65	0,70	0,58	0,72	0,10
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,352
Ανάρρωση (6 μήνες)	r	0,55	0,85*	0,48	0,65	0,03
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,781
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	r	0,57	0,67	0,60	0,88*	0,08
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,492
Έντονη κόπωση (σήμερα)	r	0,64	0,69	0,51	0,67	-0,01
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,925
Ανάρρωση (σήμερα)	r	0,53	0,84*	0,45	0,65	0,03
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,794

*συσχετίσεις που δείχνουν την εγκυρότητα δομής των ερωτηματολογίων

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «Προβλήματα ύπνου», «Ανάρρωση», «Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής» και «Χρόνια κόπωση» με όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου OFER-15. Οπότε όσο περισσότερα προβλήματα ύπνου, όσο χειρότερη ανάρρωση, όσο περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής και χρόνιας κόπωσης τόσο μεγαλύτερη ήταν η χρόνια και η έντονη κόπωση των συμμετεχόντων και τόσο χειρότερη η ανάρρωσή τους. Η προβληματική κατανάλωση αλκοόλ δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τα επίπεδα κόπωσης και ανάρρωσης των συμμετεχόντων.

Η ύπαρξη πολύ υψηλής θετικής συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων «Ανάρρωση» και «Χρόνια κόπωση» των δύο ερωτηματολογίων που στην πραγματικότητα αποτελούνται από τις ίδιες ερωτήσεις υποδηλώνει καλή αξιοπιστία.

Πίνακας 11: συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου OFER-15:

	Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	Έντονη κόπωση (6 μήνες)	Ανάρρωση (6 μήνες)	Χρόνια κόπωση (σήμερα)	Έντονη κόπωση (σήμερα)
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	0,73				
Ανάρρωση (6 μήνες)	0,64	0,69			
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	0,80	0,66	0,57		
Έντονη κόπωση (σήμερα)	0,65	0,78	0,64	0,73	
Ανάρρωση (σήμερα)	0,60	0,65	0,77	0,65	0,74

Όλοι οι συντελεστές συσχέτισης είναι σημαντικοί στο επίπεδο $p < 0,001$

Η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου OFER-15 ήταν σημαντική υποδεικνύοντας την καλή εγκυρότητα δομής.

Πίνακας 12: συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου PIRI.

		Προβλήματα ύπνου	Ανάρρωση	Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	Χρόνια κόπωση
Ανάρρωση	r	0,71			
	P	<0,001			
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	r	0,69	0,58		
	P	<0,001	<0,001		
Χρόνια κόπωση	r	0,69	0,76	0,69	
	P	<0,001	<0,001	<0,001	
Προβληματική χρήση αλκοόλ	r	0,10	0,15	0,16	0,14
	P	0,395	0,174	0,158	0,197

Η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου OFER-15 ήταν σημαντική εκτός από την προβληματική χρήση αλκοόλ (γεγονός που επεξηγείται από το γεγονός ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός δεν έχει προβλήματα με την κατανάλωση αλκοόλ) υποδεικνύοντας την καλή εγκυρότητα δομής.

5.5.5. Συσχετίσεις των διαστάσεων των ερωτηματολογίων με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 13: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το φύλο τους.

	Φύλο				P Student's t-test
	Αντρες		Γυναίκες		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	15,5	6,8	15,4	7,2	0,912
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	17,2	6,9	16,8	7,5	0,796
Ανάρρωση (6 μήνες)	17,6	6,1	17,5	6,6	0,964
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	13,6	6,5	14,5	8,4	0,570
Έντονη κόπωση (σήμερα)	17,9	6,6	17,2	7,4	0,664
Ανάρρωση (σήμερα)	17,6	6,7	16,6	7,1	0,507
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	14,6	7,9	16,9	9,2	0,209
Ανάρρωση	16,7	8,3	17,0	8,2	0,859
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	23,8	13,6	26,0	14,2	0,450
Χρόνια κόπωση	15,6	7,4	15,1	7,7	0,741
Προβληματική χρήση αλκοόλ	2,5	3,8	1,9	3,9	0,517

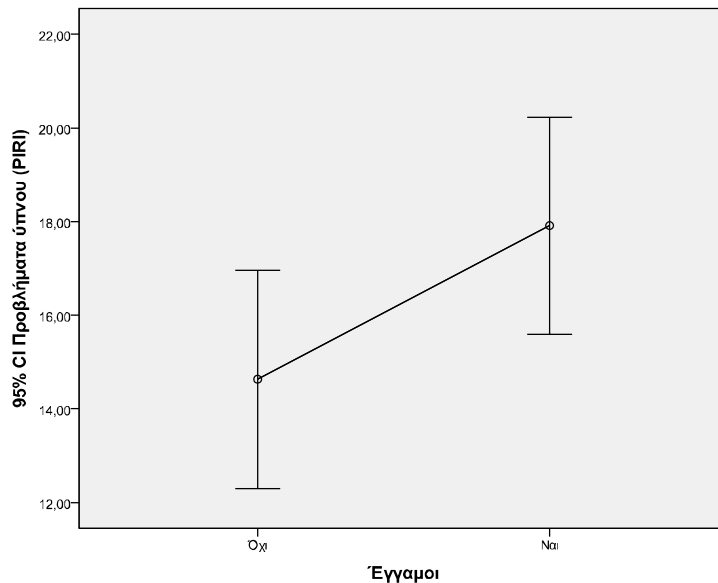
Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI μεταξύ αντρών και γυναικών.

Πίνακας 14: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.

	Έγγαμοι				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	14,4	6,4	16,5	7,5	0,104
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	16,1	6,9	17,8	7,7	0,204
Ανάρρωση (6 μήνες)	18,3	5,5	16,8	7,3	0,201
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	13,0	7,7	15,6	8,0	0,082
Έντονη κόπωση (σήμερα)	16,9	7,2	18,0	7,2	0,422
Ανάρρωση (σήμερα)	16,6	7,2	17,2	6,8	0,640
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	14,6	8,8	17,9	8,7	0,048
Ανάρρωση	17,0	7,4	16,9	8,9	0,928
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	23,0	13,5	27,6	14,3	0,083
Χρόνια κόπωση	14,2	7,0	16,2	8,0	0,155
Προβληματική χρήση αλκοόλ	1,7	2,9	2,5	4,7	0,365

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου OFER-15 μεταξύ έγγαμων και μη. Αντίθετα, οι έγγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου», δηλαδή περισσότερα προβλήματα, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους. Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες στις υπόλοιπες διαστάσεις του ερωτηματολογίου PIRI μεταξύ έγγαμων και μη.

Γράφημα 3: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.



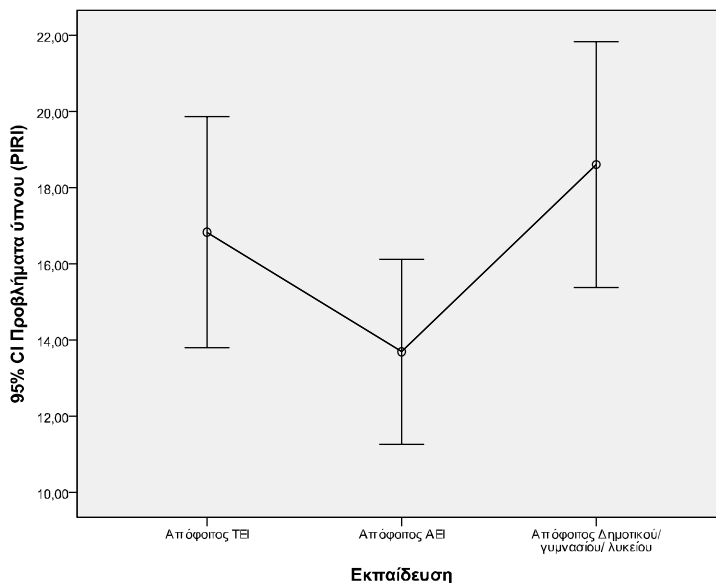
Πίνακας 15: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

	Εκπαίδευση						P ANOVA
	Απόφοιτος ΤΕΙ		Απόφοιτος ΑΕΙ		Απόφοιτος Δημοτικού/ γυμνασίου/ λυκείου		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15							
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	14,6	5,8	15,0	6,7	16,6	8,4	0,448
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	16,9	6,9	17,0	7,2	16,9	7,9	0,998
Ανάρρωση (6 μήνες)	17,2	5,4	18,3	5,9	16,9	7,8	0,592
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	13,3	7,3	13,6	8,1	15,6	8,2	0,399
Έντονη κόπωση (σήμερα)	17,1	6,3	17,5	7,8	17,6	7,3	0,965
Ανάρρωση (σήμερα)	16,5	6,4	17,1	7,2	17,0	7,3	0,926
PIRI							
Προβλήματα ύπνου (PIRI)	16,8	8,1	13,7	8,1	18,6	9,5	0,036
Ανάρρωση	15,7	7,2	17,3	7,8	17,6	9,1	0,596
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	24,4	12,0	22,9	13,4	28,3	15,4	0,210
Χρόνια κόπωση	14,1	6,4	14,9	7,4	16,3	8,6	0,475
Προβληματική χρήση αλκοόλ	0,8	1,7	1,6	2,6	3,6	5,6	0,028

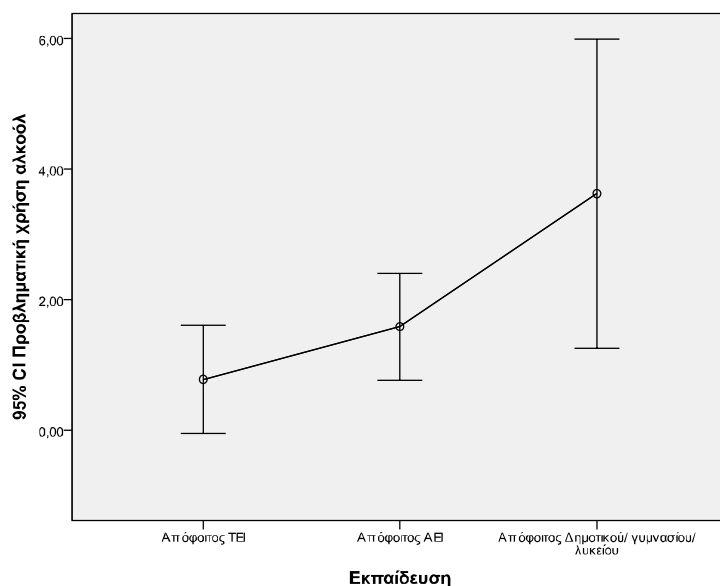
Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου OFER-15 ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες της διάστασης «Προβλήματα ύπνου» και της διάστασης «Προβληματική χρήση αλκοόλ» μεταξύ των διαφόρων

εκπαιδευτικών επιπέδων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι απόφοιτοι ΑΕΙ είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου», δηλαδή λιγότερα προβλήματα, σε σύγκριση με τους απόφοιτους δημοτικού/ γυμνασίου/λυκείου ($p=0,035$). Επίσης, οι απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου/λυκείου είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προβληματική χρήση αλκοόλ», δηλαδή έκαναν πιο προβληματική χρήση αλκοόλ, σε σύγκριση με τους απόφοιτους ΤΕΙ ($p=0,040$). Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις υπόλοιπες διαστάσεις του ερωτηματολογίου PIRI ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Γράφημα 4: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.



Γράφημα 5: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβληματική χρήση αλκοόλ» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.



Πίνακας 16: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την έδρα του νοσοκομείου που εργάζονταν.

	Έδρα νοσοκομείου				P Student's t-test
	Κωμόπολη		Πόλη		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	14,4	7,5	15,7	6,9	0,409
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	16,4	6,5	17,0	7,5	0,692
Ανάρρωση (6 μήνες)	16,1	6,6	18,0	6,4	0,212
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	14,0	8,2	14,4	7,9	0,826
Έντονη κόπωση (σήμερα)	16,6	6,2	17,6	7,5	0,545
Ανάρρωση (σήμερα)	17,1	6,8	16,8	7,0	0,862
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	16,6	10,6	16,2	8,4	0,828
Ανάρρωση	15,9	8,6	17,3	8,1	0,471
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	25,8	14,1	25,2	14,1	0,849
Χρόνια κόπωση	13,0	8,1	15,9	7,4	0,100
Προβληματική χρήση αλκοόλ	2,4	4,0	2,0	3,8	0,716

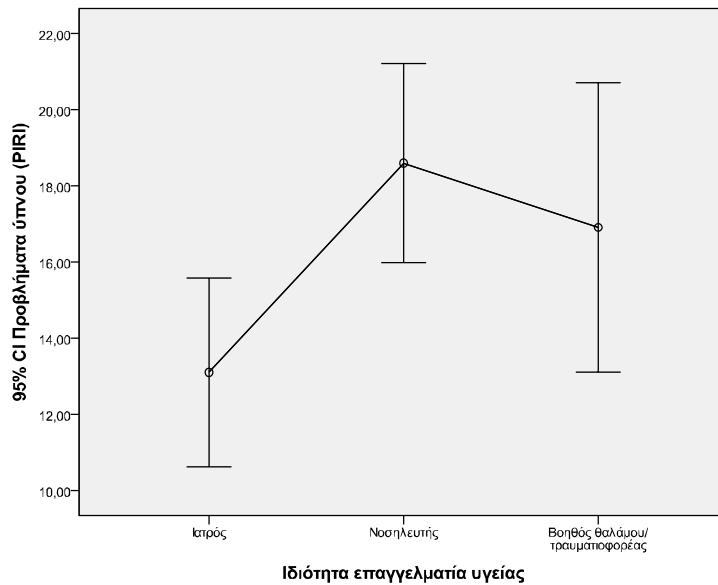
Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την έδρα του νοσοκομείου που εργάζονταν.

Πίνακας 17: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την ιδιότητά τους.

	Ιδιότητα επαγγελματία υγείας						P ANOVA
	Ιατρός		Νοσηλεύτης		Βοηθός θαλάμου/ τραυματιοφορέας		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15							
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	14,2	6,1	15,5	7,5	17,1	7,4	0,328
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	16,6	6,9	16,6	8,0	18,0	6,4	0,741
Ανάρρωση (6 μήνες)	18,2	5,6	17,4	6,8	16,9	7,4	0,741
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	12,5	7,4	15,1	8,6	15,1	7,1	0,261
Έντονη κόπωση (σήμερα)	17,1	7,2	17,9	7,2	17,0	7,1	0,827
Ανάρρωση (σήμερα)	16,6	7,0	17,4	7,3	16,3	6,2	0,774
PIRI							
Προβλήματα ύπνου (PIRI)	13,1	7,8	18,6	9,2	16,9	8,6	0,012
Ανάρρωση	16,4	7,3	17,0	8,7	17,9	8,4	0,806
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	21,4	12,4	27,9	14,1	26,6	15,4	0,087
Χρόνια κόπωση	14,3	6,8	15,4	8,2	16,5	7,5	0,540
Προβληματική χρήση αλκοόλ	1,6	2,6	1,8	4,5	3,3	3,5	0,391

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου OFER-15 ανάλογα με την ιδιότητά τους. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία της διάστασης «Προβλήματα ύπνου» μεταξύ των διαφόρων ιδιοτήτων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι ιατροί είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου», δηλαδή λιγότερα προβλήματα, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,010$). Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις υπόλοιπες διαστάσεις του ερωτηματολογίου PIRI ανάλογα με την ιδιότητά τους.

Γράφημα 6: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με την ιδιότητα τους.



Πίνακας 18: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με τη χρήση ουσιών στο παρόν.

	Χρήση ουσιών σήμερα				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	15,6	7,2	17,1	6,8	0,535
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	16,8	7,4	17,5	8,8	0,795
Ανάρρωση (6 μήνες)	17,3	6,5	20,3	7,9	0,177
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	14,4	8,0	14,7	9,5	0,922
Έντονη κόπωση (σήμερα)	17,4	7,3	17,3	10,0	0,961
Ανάρρωση (σήμερα)	16,6	7,2	18,5	7,5	0,4 31
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	16,9	8,9	15,7	11,2	0,695
Ανάρρωση	16,9	8,2	18,8	9,0	0,484
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	26,9	14,2	23,1	14,9	0,447
Χρόνια κόπωση	15,6	7,7	15,3	8,9	0,918
Προβληματική χρήση αλκοόλ	1,6	3,6	4,3	4,8	0,049

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου OFER-15 ανάλογα με τη χρήση ουσιών στο παρόν. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που έκαναν χρήση ουσιών στο παρόν είχαν σημαντικά υψηλότερη

βαθμολογία στη διάσταση «Προβληματική χρήση αλκοόλ», δηλαδή περισσότερο προβληματική χρήση αλκοόλ, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έκαναν χρήση ουσιών στο παρόν. Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις υπόλοιπες διαστάσεις του ερωτηματολογίου PIRI ανάλογα με τη χρήση ουσιών στο παρόν.

Πίνακας 19: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με τη χρήση ουσιών στο παρελθόν.

	Χρήση ουσιών στο παρελθόν				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	15,9	7,2	13,8	6,0	0,368
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	17,0	7,7	16,4	6,0	0,779
Ανάρρωση (6 μήνες)	17,6	6,7	17,5	6,2	0,932
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	14,6	8,0	12,8	8,1	0,490
Έντονη κόπωση (σήμερα)	17,8	7,6	15,1	6,4	0,258
Ανάρρωση (σήμερα)	17,0	7,4	15,5	5,6	0,499
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	17,1	9,1	13,5	7,7	0,218
Ανάρρωση	17,2	8,2	15,9	7,8	0,614
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	27,2	14,2	20,1	12,3	0,118
Χρόνια κόπωση	15,8	7,7	13,6	7,8	0,390
Προβληματική χρήση αλκοόλ	1,8	3,7	2,9	4,8	0,383

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με τη χρήση ουσιών στο παρελθόν.

Πίνακας 20: οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους.

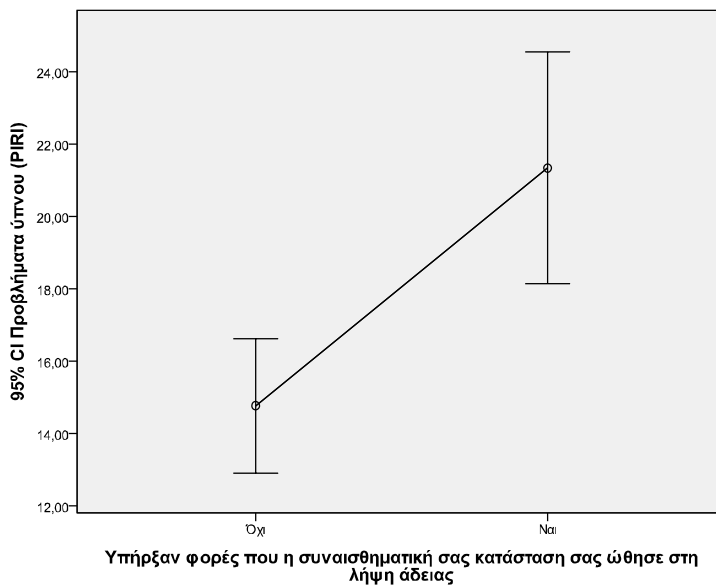
	Υπήρξαν φορές που η συναισθηματική σας κατάσταση σας ώθησε στη λήψη άδειας				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	14,2	7,2	18,8	5,5	0,003
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	16,0	7,2	19,7	7,0	0,022
Ανάρρωση (6 μήνες)	16,7	6,5	20,5	5,8	0,009
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	13,6	8,1	16,2	7,1	0,138
Έντονη κόπωση (σήμερα)	16,9	7,6	19,0	6,1	0,178
Ανάρρωση (σήμερα)	16,3	7,2	18,9	6,2	0,094
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	14,8	8,6	21,3	8,1	0,001
Ανάρρωση	15,7	8,1	21,1	7,2	0,002
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	23,5	13,9	32,5	12,3	0,004
Χρόνια κόπωση	14,3	7,9	17,9	6,0	0,033
Προβληματική χρήση αλκοόλ	1,8	3,5	3,1	4,8	0,181

Οι συμμετέχοντες που είχαν λείψει από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Χρόνια κόπωση» και «Έντονη κόπωση» (που αφορούν τους τελευταίους μήνες), υποδηλώνοντας υψηλότερα επίπεδα κόπωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λείψει από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν λείψει από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στη διάσταση «Ανάρρωση» (που αφορούν τους τελευταίους μήνες), υποδηλώνοντας χαμηλότερα επίπεδα ανάρρωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λείψει από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους. Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις υπόλοιπες διαστάσεις του ερωτηματολογίου OFER-15 ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους.

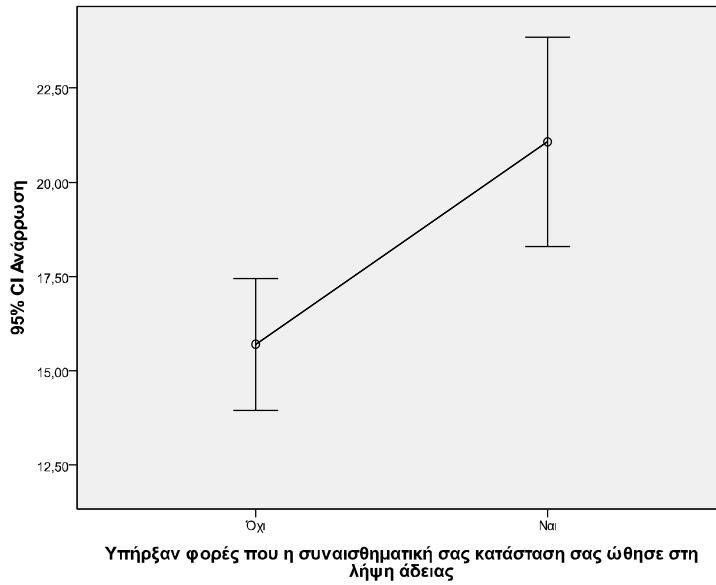
Οι συμμετέχοντες που είχαν λείψει από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Προβλήματα ύπνου», «Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής» και «Χρόνια κόπωση», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα ύπνου, περισσότερα συμπτώματα

μετατραυματικής διαταραχής και υψηλότερα επίπεδα κόπωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λείψει από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους. Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες που είχαν λείψει από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ανάρρωση», υποδηλώνοντας χαμηλότερα επίπεδα ανάρρωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λείψει από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους. Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβληματική χρήση αλκοόλ» του ερωτηματολογίου PIRI ανάλογα με το αν έλειπαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους.

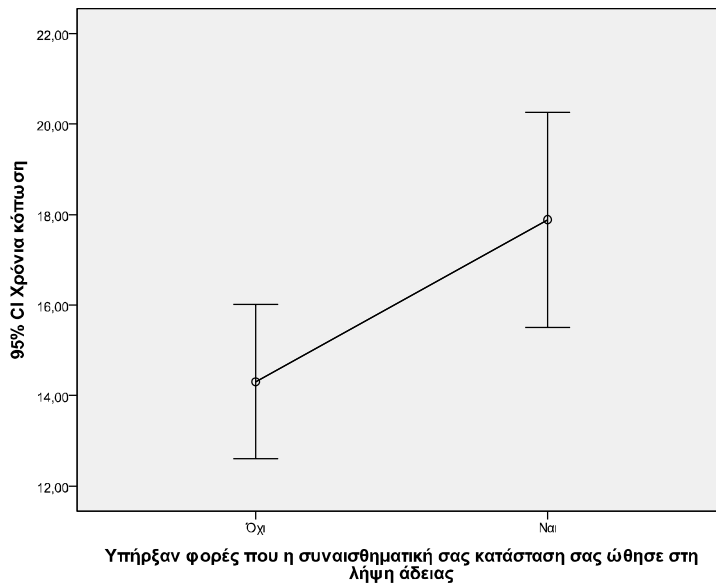
Γράφημα 7: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με το αν έλειπαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους.



Γράφημα 8: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ανάρρωση» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους.



Γράφημα 9: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χρόνια κόπωση» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους.



Πίνακας 21: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.

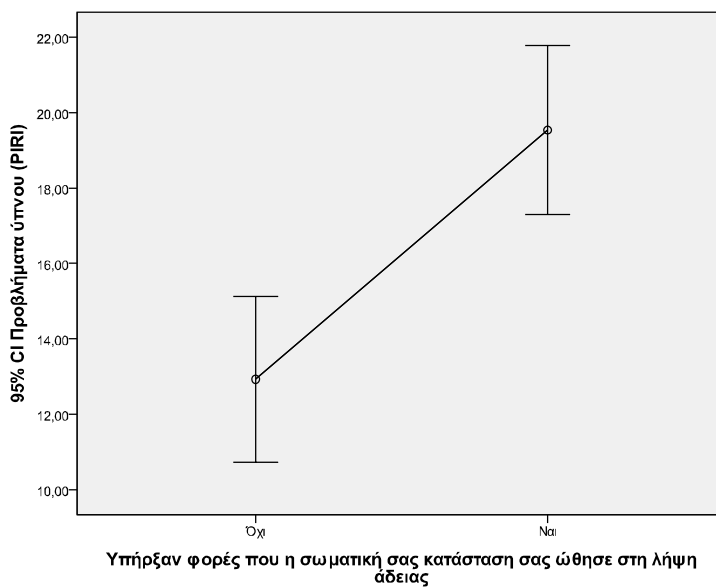
	Υπήρξαν φορές που η σωματική σας κατάσταση σας ώθησε στη λήψη άδειας				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	12,4	6,4	18,1	6,6	<0,001
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	14,4	6,8	19,2	7,1	<0,001
Ανάρρωση (6 μήνες)	15,8	6,5	19,2	6,2	0,005
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	10,6	7,0	17,7	7,2	<0,001
Έντονη κόπωση (σήμερα)	14,6	7,1	20,0	6,5	<0,001
Ανάρρωση (σήμερα)	14,3	6,7	19,4	6,5	<0,001
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	12,9	8,1	19,5	8,5	<0,001
Ανάρρωση	13,8	7,3	19,9	7,9	<0,001
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	21,1	13,0	29,8	13,7	0,001
Χρόνια κόπωση	12,1	7,0	18,0	7,1	<0,001
Προβληματική χρήση αλκοόλ	1,5	2,4	2,7	4,9	0,151

Οι συμμετέχοντες που είχαν λείψει από την εργασία τους για σωματικούς λόγους είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Χρόνια κόπωση» και «Έντονη κόπωση» (τόσο αυτών που αφορούν τους τελευταίους μήνες όσο και αυτών που αφορούν την παρούσα ημέρα), υποδηλώνοντας υψηλότερα επίπεδα κόπωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λείψει από την εργασία τους για σωματικούς λόγους. Όμοια, οι συμμετέχοντες που είχαν λείψει από την εργασία τους για σωματικούς λόγους είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Ανάρρωση» (που αφορούν τόσο τους τελευταίους μήνες όσο και στην παρούσα ημέρα), υποδηλώνοντας χαμηλότερα επίπεδα ανάρρωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λείψει από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.

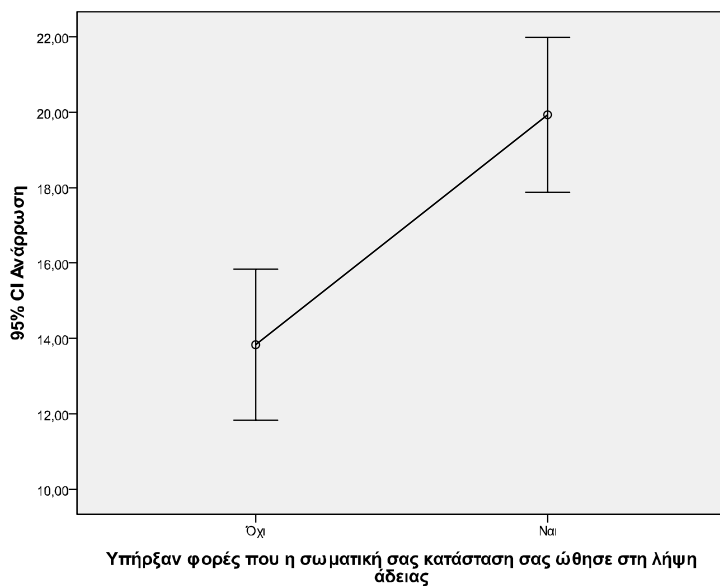
Οι συμμετέχοντες που είχαν λείψει από την εργασία τους για σωματικούς λόγους είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Προβλήματα ύπνου», «Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής» και «Χρόνια κόπωση», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα ύπνου, περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής και υψηλότερα επίπεδα κόπωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λείψει από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.

Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες που είχαν λείψει από την εργασία τους για σωματικούς λόγους είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ανάρρωση», υποδηλώνοντας χαμηλότερα επίπεδα ανάρρωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λείψει από την εργασία τους για σωματικούς λόγους. Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβληματική χρήση αλκοόλ» του ερωτηματολογίου PIRI ανάλογα με το αν έλειπαν από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.

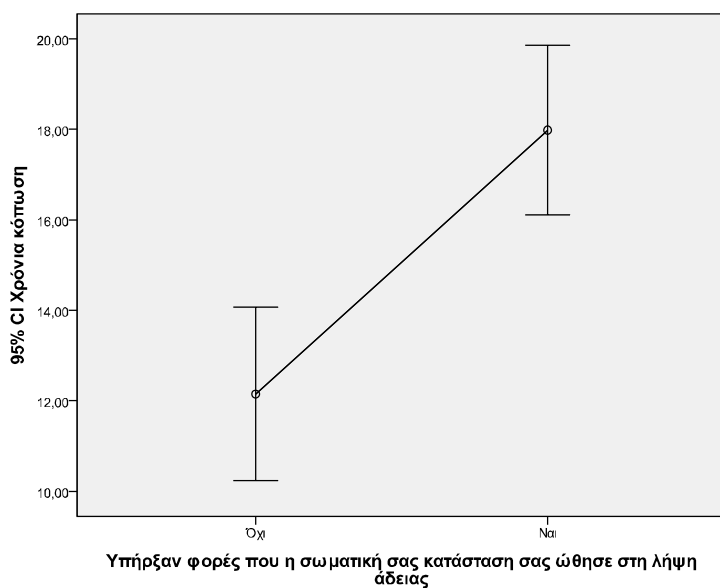
Γράφημα 10: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με το αν έλειπαν από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.



Γράφημα 11: η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ανάρρωση» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.



Γράφημα 12: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χρόνια κόπωση» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.



Πίνακας 22: που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ.

	Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ την εβδομάδα						P ANOVA
	Ποτέ		1 ή 2 φορές		Συχνότερα		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15							
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	13,3	8,5	13,8	6,5	16,5	6,2	0,453
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	13,9	8,4	16,5	7,5	19,5	6,7	0,121
Ανάρρωση (6 μήνες)	15,4	7,2	17,6	5,8	20,5	6,4	0,084
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	13,1	8,5	12,2	7,9	14,1	7,6	0,802
Έντονη κόπωση (σήμερα)	16,2	7,8	16,7	7,7	18,7	7,0	0,650
Ανάρρωση (σήμερα)	15,1	6,7	15,2	8,1	18,0	5,7	0,490
PIRI							
Προβλήματα ύπνου (PIRI)	15,4	9,0	14,6	8,6	15,5	9,0	0,930
Ανάρρωση	14,3	8,5	17,3	8,0	19,4	6,9	0,166
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	23,5	15,2	25,4	14,5	22,9	14,6	0,848
Χρόνια κόπωση	13,3	8,6	14,3	8,2	16,4	6,7	0,585
Προβληματική χρήση αλκοόλ	1,5	4,7	1,8	3,4	3,9	4,5	0,048

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ, εκτός από την διάσταση Προβληματική χρήση αλκοόλ όπου βρέθηκαν υψηλότερες τιμές σε αυτούς που καταναλώνουν συχνά αλκοόλ.

Πίνακας 23: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το αν κοιμούνται ικανοποιητικά.

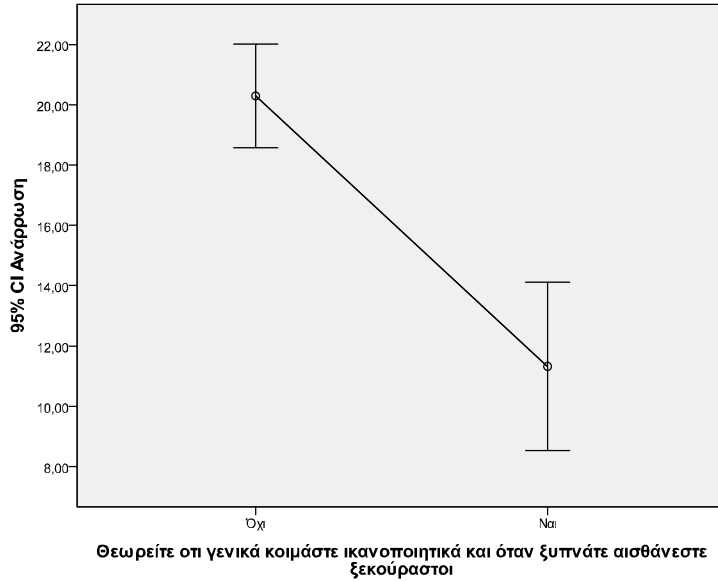
	Θεωρείτε ότι γενικά κοιμάστε ικανοποιητικά και όταν ξυπνάτε αισθάνεστε ξεκούραστοι				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	17,8	6,6	10,4	5,8	<0,001
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	19,4	7,0	12,3	6,2	<0,001
Ανάρρωση (6 μήνες)	20,7	5,3	12,4	5,7	<0,001
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	16,3	7,7	8,8	6,1	<0,001
Έντονη κόπωση (σήμερα)	19,7	6,3	12,6	7,4	<0,001
Ανάρρωση (σήμερα)	18,9	6,2	12,5	7,7	<0,001
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	19,9	7,6	10,1	7,7	<0,001
Ανάρρωση	20,3	6,5	11,3	7,6	<0,001
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	30,8	13,1	15,6	11,0	<0,001
Χρόνια κόπωση	18,1	6,8	9,8	6,9	<0,001
Προβληματική χρήση αλκοόλ	2,2	4,0	1,4	3,5	0,424

Οι συμμετέχοντες που κοιμούνται ικανοποιητικά είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Χρόνια κόπωση» και «Έντονη κόπωση» (τόσο αυτών που αφορούν τους τελευταίους μήνες όσο και αυτών που αφορούν την παρούσα ημέρα), υποδηλώνοντας χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν κοιμούνται ικανοποιητικά. Όμοια, οι συμμετέχοντες που κοιμούνται ικανοποιητικά είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Ανάρρωση» (που αφορούν τόσο τους τελευταίους μήνες όσο και στην παρούσα ημέρα), υποδηλώνοντας υψηλότερα επίπεδα ανάρρωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν κοιμούνται ικανοποιητικά.

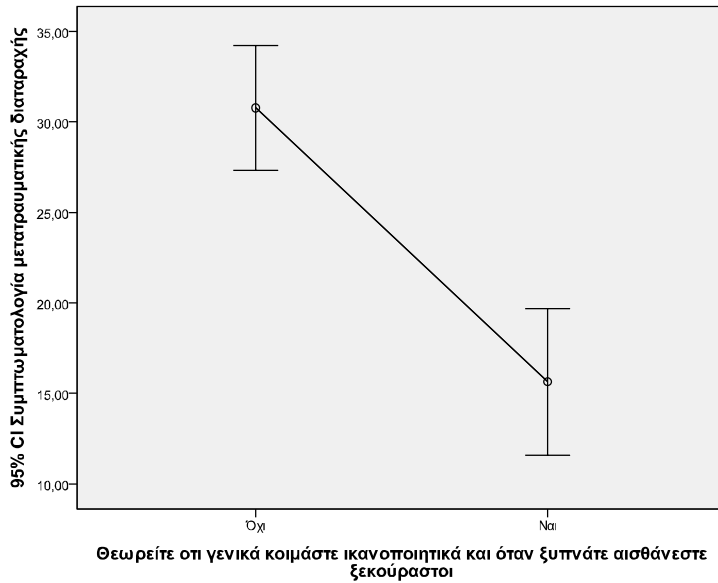
Οι συμμετέχοντες που κοιμούνται ικανοποιητικά είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Προβλήματα ύπνου», «Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής» και «Χρόνια κόπωση», υποδηλώνοντας λιγότερα προβλήματα ύπνου, λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής και χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν κοιμούνται ικανοποιητικά. Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες που κοιμούνται ικανοποιητικά είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ανάρρωση»,

υποδηλώνοντας υψηλότερα επίπεδα ανάρρωσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που κοιμούνται ικανοποιητικά. Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβληματική χρήση αλκοόλ» του ερωτηματολογίου PIRI ανάλογα με το αν κοιμούνται ικανοποιητικά.

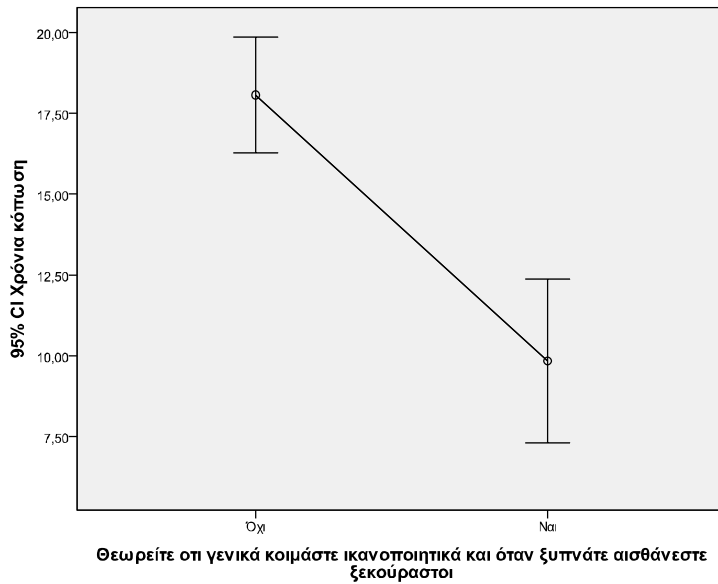
Γράφημα 13: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ανάρρωση» ανάλογα με το αν κοιμούνται ικανοποιητικά.



Γράφημα 14: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής» ανάλογα με το αν κοιμούνται ικανοποιητικά.



Γράφημα 15: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χρόνια κόπωση» ανάλογα με το αν κοιμούνται ικανοποιητικά.

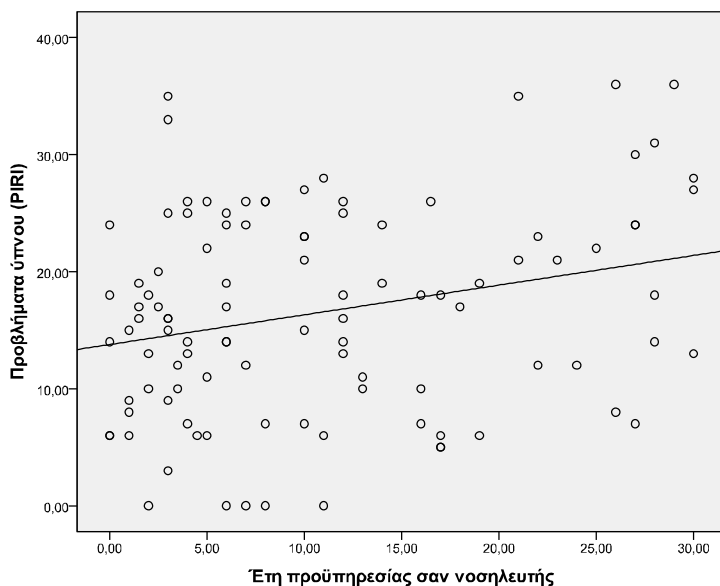


Πίνακας 24: συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων των OFER-15 και PIRI με την ηλικία, τον αριθμό παιδιών και τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.

		Ηλικία	Αριθμός παιδιών	Έτη προϋπηρεσίας σαν νοσηλεύτης	Έτη εργασίας στο παρόν τμήμα
OFER-15					
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	R	0,18	-0,04	0,12	0,13
	P	0,053	0,796	0,238	0,204
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	R	0,07	0,01	-0,04	0,07
	P	0,437	0,928	0,682	0,494
Ανάρρωση (6 μήνες)	R	-0,09	-0,05	-0,10	0,04
	P	0,360	0,712	0,330	0,661
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	R	0,15	-0,07	0,12	0,05
	P	0,124	0,621	0,212	0,589
Έντονη κόπωση (σήμερα)	R	0,07	-0,17	0,06	0,05
	P	0,468	0,213	0,519	0,625
Ανάρρωση (σήμερα)	R	-0,03	-0,13	0,03	0,00
	P	0,724	0,355	0,745	0,998
PIRI					
Προβλήματα ύπνου	R	0,15	-0,03	0,26	0,24
	P	0,113	0,820	0,008	0,015
Ανάρρωση	R	-0,02	-0,02	0,02	0,10
	P	0,807	0,906	0,818	0,323
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	R	0,17	-0,14	0,14	0,13
	P	0,068	0,308	0,156	0,186
Χρόνια κόπωση	R	0,11	-0,13	0,07	0,11
	P	0,261	0,330	0,475	0,250
Προβληματική χρήση αλκοόλ	R	0,21	0,04	0,17	0,09
	P	0,061	0,814	0,144	0,458

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση των διαστάσεων των OFER-15 και PIRI με την ηλικία και τον αριθμό παιδιών των συμμετεχόντων. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μόνο της διάστασης «Προβλήματα ύπνου» με τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων. Οπότε όσο περισσότερα χρόνια εργάζονταν (είτε συνολικά είτε στο παρόν τμήμα) τόσο περισσότερα προβλήματα ύπνου είχαν.

Γράφημα 16: συσχέτιση της διάστασης «Προβλήματα ύπνου» με τα έτη συνολικής προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.



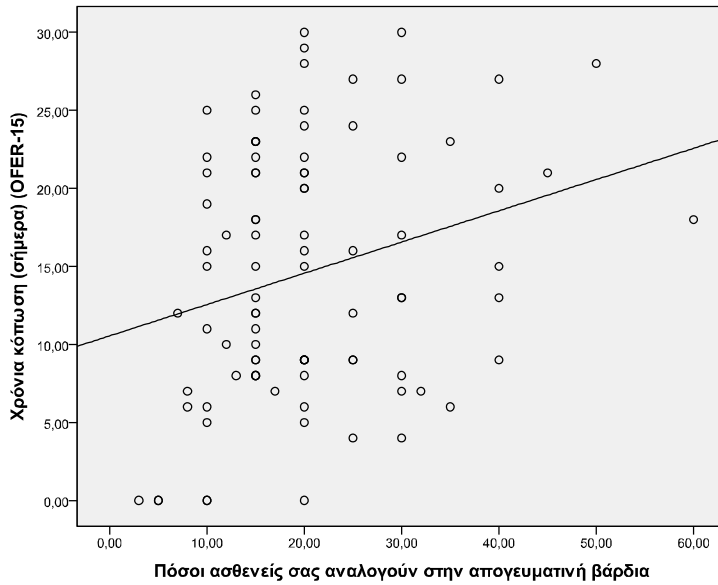
Πίνακας 25: συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων των OFER-15 και PIRI με τον αριθμό ασθενών που αναλογούν στους συμμετέχοντες σε κάθε βάρδια.

		Πόσοι ασθενείς σας αναλογούν		
		στην πρωινή βάρδια	στην απογευματινή βάρδια	στη νυχτερινή βάρδια
OFER-15				
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	r	0,16	0,19	0,10
	P	0,113	0,077	0,361
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	r	0,15	0,16	0,09
	P	0,130	0,121	0,392
Ανάρρωση (6 μήνες)	r	0,24	0,27	0,19
	P	0,018	0,011	0,090
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	r	0,19	0,26	0,21
	P	0,060	0,014	0,046
Έντονη κόπωση (σήμερα)	r	0,26	0,23	0,19
	P	0,011	0,027	0,070
Ανάρρωση (σήμερα)	r	0,28	0,27	0,14
	P	0,006	0,009	0,182
PIRI				
Προβλήματα ύπνου	r	0,16	0,12	0,14
	P	0,128	0,252	0,192
Ανάρρωση	r	0,19	0,20	0,11
	P	0,071	0,059	0,331
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	r	0,03	-0,05	0,02
	P	0,776	0,652	0,856
Χρόνια κόπωση	r	0,07	0,11	0,02
	P	0,481	0,291	0,849
Προβληματική χρήση αλκοόλ	r	-0,11	0,01	-0,09
	P	0,369	0,945	0,478

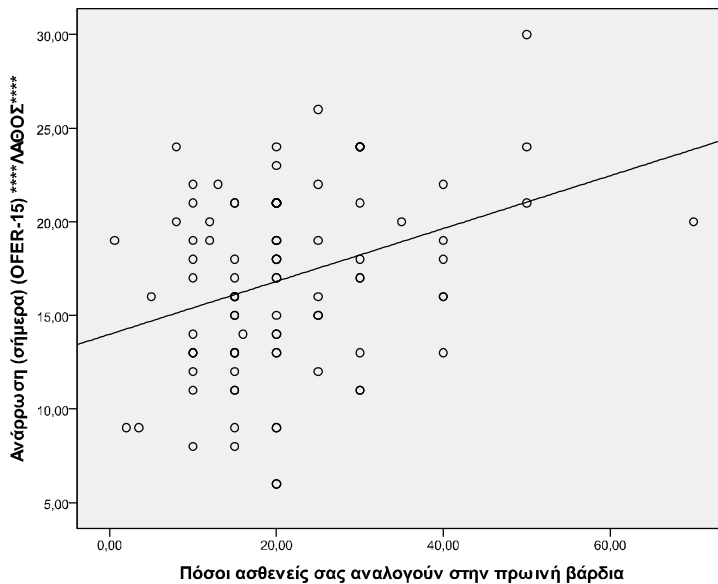
Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση του αριθμού ασθενών που αναλογούν στους ασθενείς στην πρωινή βάρδια με τις διαστάσεις «Ανάρρωση (6 μήνες)», «Έντονη κόπωση (σήμερα)» και «Ανάρρωση (σήμερα)». Οπότε, όσο περισσότερους ασθενείς έχουν στην πρωινή βάρδια τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα έντονης κόπωσης (την παρούσα ημέρα) των συμμετεχόντων και τόσο περισσότερα προβλήματα ανάρρωσης αντιμετώπιζαν (τόσο τους τελευταίους μήνες όσο και την παρούσα ημέρα). Όμοια, όσο περισσότερους ασθενείς έχουν στην απογευματινή βάρδια τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα έντονης και χρόνιας κόπωσης (την παρούσα ημέρα) των συμμετεχόντων και τόσο περισσότερα προβλήματα ανάρρωσης αντιμετώπιζαν (τόσο τους τελευταίους μήνες όσο και την παρούσα ημέρα). Τέλος, όσο περισσότερους ασθενείς έχουν στη βραδινή βάρδια τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα χρόνιας κόπωσης (την παρούσα ημέρα) των συμμετεχόντων.

Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση των διαστάσεων του PIRI με τον αριθμό ασθενών που αναλογούν στους συμμετέχοντες σε κάθε βάρδια.

Γράφημα 17: συσχέτιση της διάστασης «Χρόνια κόπωση (σήμερα)» με τον αριθμό ασθενών που αναλογούν στους συμμετέχοντες στην απογευματινή βάρδια.



Γράφημα 18: συσχέτιση της διάστασης «Ανάρρωση (σήμερα)» με τον αριθμό ασθενών που αναλογούν στους συμμετέχοντες στην πρωινή βάρδια.



Πίνακας: 26: συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων των OFER-15 και PIRI με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εργασία τους.

		Προσδιορίστε πόση είναι η ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας σας	Προσδιορίστε πόση είναι η ικανοποίηση από τη θέση εργασίας	Οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στον εαυτό σας	Οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην οικογένειά σας	Οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας	Είστε ικανοποιημένοι από την αμοιβή σας
OFER-15							
Χρόνια κόπωση (6 μήνες)	r	-0,35	-0,17	0,56	0,61	0,46	-0,56
	P	0,107	0,461	<0,001	<0,001	<0,001	0,010
Έντονη κόπωση (6 μήνες)	r	-0,36	0,14	0,67	0,63	0,42	-0,39
	P	0,111	0,534	<0,001	<0,001	<0,001	0,086
Ανάρρωση (6 μήνες)	r	-0,02	-0,21	0,63	0,54	0,27	-0,38
	P	0,918	0,369	<0,001	<0,001	0,005	0,094
Χρόνια κόπωση (σήμερα)	r	-0,22	-0,23	0,48	0,54	0,44	-0,49
	P	0,332	0,310	<0,001	<0,001	<0,001	0,028
Έντονη κόπωση (σήμερα)	r	-0,29	0,09	0,62	0,57	0,43	-0,23
	P	0,193	0,685	<0,001	<0,001	<0,001	0,327
Ανάρρωση (σήμερα)	r	-0,34	-0,32	0,55	0,48	0,38	-0,41
	P	0,133	0,155	<0,001	<0,001	<0,001	0,081
PIRI							
Προβλήματα ύπνου	r	-0,21	0,21	0,51	0,51	0,49	-0,39
	P	0,364	0,357	<0,001	<0,001	<0,001	0,093
Ανάρρωση	r	-0,34	-0,20	0,64	0,56	0,51	-0,42
	P	0,125	0,384	<0,001	<0,001	<0,001	0,067
Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής	r	-0,33	-0,29	0,36	0,45	0,43	-0,64
	P	0,138	0,208	<0,001	<0,001	<0,001	0,002
Χρόνια κόπωση	r	-0,04	-0,30	0,51	0,60	0,48	-0,68
	P	0,855	0,179	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
Προβληματική χρήση αλκοόλ	r	-0,35	0,49	-0,05	-0,04	0,00	0,04
	P	0,260	0,109	0,688	0,734	0,968	0,896

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση του βαθμού αρνητικής επιρροής των απαιτήσεων της δουλειάς των συμμετεχόντων στο χρόνο και στην ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους, στην οικογένειά τους και στην εργασία τους με όλες τις διαστάσεις του OFER-15. Οπότε όσο μεγαλύτερη είναι η αρνητική επιρροή τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα χρόνιας ή έντονης κόπωσης και τόσο περισσότερα τα προβλήματα ανάρρωσης (τόσο κατά τους τελευταίους μήνες όσο και κατά την παρούσα ημέρα). Αντίθετα, όσο περισσότερο ικανοποιημένοι ήταν από την αμοιβή τους τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα χρόνιας κόπωσης (τόσο κατά τους

τελευταίους μήνες όσο και κατά την παρούσα ημέρα). Η ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας και από τη θέση εργασίας δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με τις διαστάσεις του OFER-15.

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση του βαθμού αρνητικής επιρροής των απαιτήσεων της δουλειάς των συμμετεχόντων στο χρόνο και στην ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους, στην οικογένειά τους και στην εργασία τους με τις διαστάσεις «Προβλήματα ύπνου», «Ανάρρωση», «Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής» και «Χρόνια κόπωση». Οπότε όσο μεγαλύτερη είναι η αρνητική επιρροή τόσο περισσότερα είναι τα προβλήματα ύπνου και ανάρρωσης καθώς και τα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής και χρόνιας κόπωσης. Αντίθετα, όσο περισσότερο ικανοποιημένοι ήταν από την αμοιβή τους τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής και χρόνιας κόπωσης. Η ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας και από τη θέση εργασίας δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με τις διαστάσεις του PIRI. Επίσης, δεν βρέθηκε να σχετίζονται τα στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εργασία του με τη διάσταση «Προβληματική χρήση αλκοόλ».

Συμπερασματικά, όπως κρίνεται από τις ανωτέρω αναλύσεις που αφορούν στους εργασιακούς παράγοντες, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές τόσο στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου OFER-15 όσο και στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου PIRI ανάλογα με το εάν η συναισθηματική/ σωματική τους κατάσταση τους ώθησε στη λήψη άδειας, με το εάν κοιμούνται ικανοποιητικά και όταν ξυπνούν αισθάνονται ξεκούραστοι, με το εάν οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους, στην οικογένειά τους και στην εργασία τους, με τον αριθμό ασθενών που τους αναλογούν και την ικανοποίησή τους από την αμοιβή, γεγονός που υποδεικνύει ότι και τα δυο ερωτηματολόγια έχουν διακριτική ικανότητα (discriminant validity) και μπορούν επομένως να διακρίνουν τις ομάδες με υψηλότερο βαθμό προβλημάτων. Η προβληματική κατανάλωση αλκοόλ του ερωτηματολογίου PIRI έδειξε το λιγότερο αριθμό συσχετίσεων γεγονός που οφείλεται στο ότι οι εργαζόμενοι έχουν πολύ λίγα προβλήματα με την κατανάλωση αλκοόλ. Είναι άλλωστε γνωστό ότι και γενικά οι Έλληνες έχουν λιγότερα προβλήματα με αλκοόλ συγκριτικά με άλλους λαούς.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του φαινομένου της εμφάνισης οξείας/χρόνιας κόπωσης ή επαγγελματικής εξουθένωσης, της δυνατότητας ύπαρξης ικανοποιητικής ανάρρωσης μεταξύ των βαρδιών καθώς και του κινδύνου ανάπτυξης ψυχολογικού τραύματος, σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε βάρδιες σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Γενικών Νοσοκομείων της 6ης Υ ΠΕ. Πελοποννήσου- Ιονίων Νήσων- Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας. Στόχος της μελέτης ήταν επιπλέον: α) η διερεύνηση της συσχέτισης διαφόρων δημογραφικών, κοινωνικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με την εμφάνιση των φαινομένων αυτών β) η ανεύρεση τυχόν διαφορών μεταξύ διαφορετικών εργασιακών ομάδων, ενώ γ) ιδιαίτερο ενδιαφέρον σημειώθηκε για τη διερεύνηση της ποιότητας ύπνου και της χρήσης αλκοόλ στους εργαζομένους αυτούς μέσα από τις διαστάσεις και των δύο ερωτηματολογίων.

Αναφορικά με τα δημογραφικά κοινωνικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το δείγμα αποτέλεσαν 116 άτομα, κυρίως γυναίκες, με μέση ηλικία τα 36,5 έτη. Οι μισοί από αυτούς ήταν έγγαμοι και οι υπόλοιποι άγαμοι ενώ ένα μικρό ποσοστό(5,2%) ήταν διαζευγμένοι. Όσοι είχαν παιδιά, είχαν 2 έως 3 κατά μέσο όρο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες εργάζονται σε πόλη. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές(45,6%) και ιατροί(35,1%) ενώ το ποσοστό των βοηθών θαλάμου ή τραυματιοφορέων(19,3%) θεωρείται ικανοποιητικό καθώς δεν είναι εξοικειωμένοι με τη διαδικασία. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας σαν νοσηλευτής ήταν 11,0 έτη ενώ ο διάμεσος χρόνος προϋπηρεσίας στο παρόν τμήμα ήταν 3,8 έτη. Ο μέσος αριθμός ασθενών που αναλογούν στους συμμετέχοντες κατά την πρωινή βάρδια και την απογευματινή 20-21 και κατά την βραδινή ήταν 11. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν πολύ/πάρα πολύ αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους ενώ κανένας δεν είναι πολύ/πάρα πολύ ικανοποιημένος από το μισθό του. Ως προς τη χρήση ουσιών σήμερα αλλά και στο παρελθόν το ποσοστό ήταν χαμηλό(10%) και το ίδιο χαμηλό ήταν σχετικά με τη προβληματική χρήση αλκοόλ. Τέλος, λίγο πάνω από το 1/3 των συμμετεχόντων θεωρούν ότι κοιμούνται αρκετά και ξυπνούν ξεκούραστοι. Ενώ περίπου οι μισοί(51,8%) των συμμετεχόντων είχαν λείψει

από την εργασία τους λόγω επιβαρυνμένης σωματικής κατάστασης. Ένας στους τρεις περίπου των συμμετεχόντων πιστεύουν ότι το άγχος τους έχει οδηγήσει σε κάποιες νοσηλευτικές παραλείψεις, ποσοστό ιδιαίτερα μεγάλο που αξίζει να σημειωθεί, ενώ έχουν σκεφτεί τρόπους για την αντιμετώπιση του άγχους.

Αξιοπιστία και διακριτική ικανότητα

Στην παρούσα μελέτη, οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach για το ερωτηματολόγιο της Κλίμακα Επαγγελματικής Κόπωσης, Εξουθένωσης/ανάρρωσης (The Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale (OFER) ήταν όλοι πάνω από το αποδεκτό όριο(0,7) οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Στο ίδιο συμπέρασμα οδήγησε και η διερεύνηση για το Κατάλογο Δεικτών Επικινδυνότητας Ψυχολογικού Τραύματος (Psychological Injury Risk Index (PIRI). Επιπλέον, κατά την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση και για τις δύο κλίμακες, ο δείκτης GFI ήταν πάνω από 0,8 και κοντά στο 0,9 ,ο δείκτης CFI ήταν πάνω από 0,9,που είναι αποδεκτά όρια, και ο δείκτης RMSEA ήταν επίσης αποδεκτός και κάτω από 0,08. Τέλος, η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου OFER-15 και η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου PIRI, εκτός από την προβληματική χρήση αλκοόλ (γεγονός που επεξηγείται από το γεγονός ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός δεν έχει προβλήματα με την κατανάλωση αλκοόλ), ήταν σημαντική, υποδεικνύοντας την καλή εγκυρότητα δομής. Αυτό σημαίνει ότι, η Ελληνική εκδοχή της Κλίμακα Επαγγελματικής Κόπωσης, Εξουθένωσης/ανάρρωσης (The Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale (OFER-15) και του Καταλόγου Δεικτών Επικινδυνότητας Ψυχολογικού Τραύματος (Psychological Injury Risk Index (PIRI), έχουν την ικανότητα να ανιχνεύουν αξιόπιστα τη διάκριση μεταξύ οξείας(σήμερα)/χρόνιας κόπωσης(τους τελευταίους 6 μήνες), επαγγελματικής εξουθένωσης και τη δυνατότητα ικανοποιητικής ανάρρωσης αλλά και του κινδύνου εμφάνισης ψυχολογικού τραύματος, σε Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας, και ειδικότερα σε εργαζομένους «πρώτης γραμμής», όπως εργαζόμενους στο Τμήμα Επειγόντων, και των οποίων η εργασία χαρακτηρίζεται από βάρδιες.

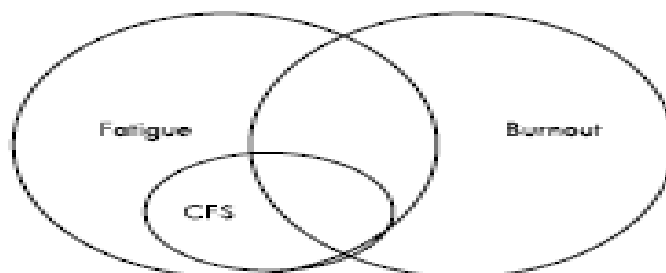
Στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς (Winwood και συν, 2005), δεν υπάρχουν μελέτες που να είναι σε θέση να ανιχνεύσουν την οξεία από τη χρόνια κόπωση ή την επαγγελματική εξουθένωση και το βαθμό που η ανάρρωση μεταξύ των βαρδιών επηρεάζει με ποια μορφή εκδηλώνεται η κόπωση αυτή. Υπάρχουν διάφορα εργαλεία μέτρησης της εργασιακής κόπωσης όπως : το The Maslach Burnout Inventory, που είναι και το πιο χρησιμοποιημένο στην Ελλάδα για την επαγγελματική εξουθένωση

και άλλα πιο εξειδικευμένα για την επαγγελματική κόπωση και όχι για την εξουθένωση, μη μεταφρασμένα στα ελληνικά, όπως: The Profiles Moods Scale (POMS), The Check List Individual Strength (GFS), The Multifunctional Fatigue Inventory, The Fatigue Severe Scale(FSS), The Fatigue Assessment Scale(FAS), The Fatigue Scale(FS), The Swedish Occupational Fatigue Inventory(SOFI) , The Need for Recovery From Work Scale(NRFW). Τα εργαλεία αυτά, και μάλιστα κάποια από αυτά εξειδικευμένα, δε κάνουν διάκριση μεταξύ οξείας και χρόνιας κόπωσης και κανένα δε μετρά τη πραγματική ανάρρωση/ξεκούραση μεταξύ βαρδιών. Η πρόσφατη χρήση της Κλίμακας OFER-15 στην μελέτη των Scott και συν(2014) σχετικά με την διερεύνηση του πως επηρεάζει ο ύπνος και η κούραση το πόσο οι νοσηλεύτριες σε μονάδες εντατικής θεραπείας μετανιώνουν για τις αποφάσεις τους, επικυρώνει την μοναδική αυτή ιδιότητα της Κλίμακας και μάλιστα με δείκτες αξιοπιστίας ως προς τη διακριτική ικανότητα, την εσωτερική αξιοπιστία των διαστάσεων της και της δομής του ερωτηματολογίου $Crobach\ a > 0,84$ παρόμοιους με αυτούς της δικής μας μελέτης. Η δημοσίευση της μελέτης ενισχύει την επιστημονική και ερευνητική αξιοπιστία του εργαλείου και αποτελεί ισχυρό κίνητρο πλέον για περαιτέρω χρήση της για διάφορους ερευνητικούς σκοπούς στον Ελλαδικό χώρο.

Σύμφωνα με τους Van der Werf S P και τους συνεργάτες του(2002) δεν υπάρχει βιβλιογραφία διαθέσιμη που να συγκρίνει την (οξεία) επιμένουσα κόπωση με το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης παρά τις ομοιότητες τους αφού και οι τρεις οδηγούν το άτομο σε διαφορετική ως προς την ένταση ανικανότητα για εργασία. Σύμφωνα με τους Huibers και συν (2003) μια υπόθεση είναι ότι υπάρχει κάποια επικάλυψη μεταξύ συνθηκών κόπωσης όπως αποδίδεται στο σχήμα.

Σχήμα 1: Σχηματική απόδοση συσχέτισης των συνθηκών μεταξύ οξείας κόπωσης, συνδρόμου επιμένουσας κόπωσης και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Fatigue, burnout, and chronic fatigue syndrome



(Huibers,2003)

Από την ίδια έρευνα προκύπτει ότι, όσο αυξάνονται τα παράπονα σε εργαζόμενους με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης τόσο οι πιθανότητες ανάρρωσης μειώνονται μέχρι του σημείου που όταν εκτείνονται πέραν των δεκαπέντε μηνών η πλήρη ανάρρωση είναι σπάνια. Αυτό το γεγονός τονίζει τη σημαντικότητα της αξιόπιστης ανίχνευσης των ατόμων που πάσχουν μέσω της Κλίμακας OFER-15 και δίνει και μια ώθηση για περαιτέρω μελέτη καθώς θα ήταν ενδιαφέρον αφού εντοπιστούν τα άτομα αυτά, να εκτιμηθεί και να μελετηθεί το αποτέλεσμα των παρεμβάσεων σε επίπεδο ανάρρωσης. Επιπλέον, σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, οι αιτιολογικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, και ίσως οι διαφορές μεταξύ των τριών ειδών κόπωσης να σχετίζονται με αυτούς. Η Κλίμακα OFER-15 όμως, από μόνη της δεν καθορίζει την αιτία που οδηγεί στην οξεία/χρόνια κόπωση, επαγγελματική εξουθένωση ή γιατί οι εργαζόμενοι δεν καταφέρνουν να ξεκουραστούν ικανοποιητικά μεταξύ βαρδιών. Το γεγονός αυτό παρακάμφτηκε στη μελέτη μας συσχετίζοντας, τη Κλίμακα OFER-15 με διάφορα δημογραφικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά ή χαρακτηριστικά της εργασίας, γεγονός που μας οδήγησε σε διάφορα συμπεράσματα σχετικά με τις γενεσιουργές αιτίες. Έτσι η παρούσα μελέτη όχι μόνο έχει μεγάλο βαθμό αξιοπιστίας αλλά παρουσιάζει και καινοτομία και πρωτοτυπία για την ελληνική πραγματικότητα, ενισχύοντας τη μελέτη με νέα δεδομένα και προσφέροντας έδαφος για περαιτέρω μελέτες.

Η μελέτη ανέδειξε ότι η μέση τιμή στη βαθμολογία χρόνιας κόπωσης (του τελευταίου 6μήνου) ήταν 15,4 μονάδες, η μέση τιμή στη βαθμολογία έντονης κόπωσης (του τελευταίου 6μήνου) ήταν 16,9 μονάδες και η μέση τιμή στη βαθμολογία ανάρρωσης (του τελευταίου 6μήνου) ήταν 17,6 μονάδες. Προκύπτει ότι ο βαθμός οξείας, χρόνιας κόπωσης και δυνατότητας ανάρρωσης (του τελευταίου εξαμήνου) κινείται σε μέτρια ως και ελάχιστα πάνω από το μέσο όρο επίπεδα. Αναφορικά με τη μέση τιμή στη βαθμολογία χρόνιας κόπωσης (της παρούσας ημέρας) ήταν 14,3 μονάδες, η μέση τιμή στη βαθμολογία έντονης κόπωσης (της παρούσας ημέρας) ήταν 17,4 μονάδες και η μέση τιμή στη βαθμολογία ανάρρωσης (της παρούσας ημέρας) ήταν 16,9 μονάδες. Τα ίδια συμπεράσματα ισχύουν και για την χρόνια και έντονη κόπωση και ανάρρωση και για την ίδια μέρα. Τα αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με παρόμοιες έρευνες που έχουν διεξαχθεί στον ίδιο η παρόμοιο πληθυσμό της ίδιας περιφέρειας όπως αυτής του Λεβέντη (2009) για τη διερεύνηση του συνδρόμου ΕΕ στο Γ Παναρκαδικό Ν Τρίπολης και των Οργανοπούλου (2013) και Πρεζεράκου (2012). Επιπροσθέτως αυτό

το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και σε πανελλαδικό επίπεδο μέσα από μια πληθώρα μελετών (Αναγνωστόπουλος 1992, Αδαλή 1999, Κεραμίδα 2004, Χαχούδη 2005, Σιουρούνη 2006, Δίλιντας 2007). Σημαντικά είναι τα αποτελέσματα της Πανκυπριακής έρευνας σε 1482 νοσηλευτές σχετικά με τη διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης με την κόπωσή τους, του Ραφτόπουλου και συν (2010), που είναι και η μόνη μελέτη που είναι παρόμοια με τη παρούσα. Σε αυτή, οι ερωτηθέντες, που οι περισσότεροι άνηκαν στο δημόσιο τομέα, εμφάνισαν μέτρια επαγγελματική εξουθένωση (12,8%), όπως και στη δική μας μελέτη, και αισθάνονταν κόπωση σε μεγάλο ποσοστό (91,9%). Ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν 13,7% σε όσους υπέφεραν από κόπωση σε αντίθεση με αυτούς που απάντησαν αρνητικά (1,8%). Έτσι, από τα παραπάνω, η κόπωση προέκυψε ως προβλεπτικός δείκτης της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και αυτό το συμπέρασμα ενισχύει τη σημαντικότητα της μελέτης μας αφού η Κλίμακα OFER-15 αποτελεί ένα εξειδικευμένο εργαλείο που ανιχνεύοντας το βαθμό και το είδος κόπωσης των εργαζομένων ίσως με τις κατάλληλες παρεμβάσεις σε ατομικό και διοικητικό επίπεδο να μπορεί να προληφθεί η επαγγελματική τους εξουθένωση, με μεγάλο κέρδος για τον οργανισμό αλλά και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βέβαια πρέπει να αναφερθεί ότι στις μελέτες αυτές χρησιμοποιείται το MBI ως εργαλείο μελέτης που μετρά τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικής επίτευξης ενώ στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η OFER-15 ως εργαλείο ανίχνευσης του είδους της κόπωσης και του βαθμού αλλά και της δυνατότητας ανάρρωσης που δίνει τη δυνατότητα της παρέμβασης από τη μεριά της διοίκησης αλλά και σε ατομικό επίπεδο πριν ο εργαζόμενος οδηγηθεί στην επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό το γεγονός καθιστά το εργαλείο αυτό άριστο μέσο πρωτογενούς πρόληψης στα χέρια των διοικήσεων.

Σχετικά με τις διαστάσεις του Δείκτη Ψυχολογικού τραύματος PIRI, οι ερωτηθέντες εμφάνισαν σε μέτριο ποσοστό, προβλήματα ύπνου, συμπτωματολογία τραυματικής διαταραχής, ενώ το γεγονός ότι εμφανίζουν μέτρια ποσοστά χρόνιας κόπωσης και δυνατότητας ικανοποιητικής ξεκούρασης μεταξύ βαρδιών(ανάρρωση) συμφωνεί με τα ποσοστά που προκύπτουν από τη χρήση της Κλίμακα OFER στο ίδιο δείγμα. Αυτό το γεγονός επικυρώνει την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου PIRI και ενισχύει την ανιχνευτική του ικανότητα. Τέλος, η προβληματική χρήση αλκοόλ εμφάνισε χαμηλά ποσοστά ,υποδεικνύοντας χαμηλά προβλήματα με τη χρήση αλκοόλ.

6.1. Συσχέτιση ερωτηματολογίων OFER και PIRI με ατομικά χαρακτηριστικά

Αναφορικά με τη συσχέτιση των διαστάσεων των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI με ατομικά χαρακτηριστικά η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των ερωτηθέντων ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Οι μόνες διαστάσεις στις οποίες υπήρξε σημαντική διαφορά ως προς την οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν οι βαθμολογίες των διαστάσεων «Προβλήματα ύπνου» και «Προβληματική Χρήση Αλκοόλ» του ερωτηματολογίου PIRI.

Ως προς το φύλο τα αποτελέσματα των μελετών είναι αντιφατικά. Πρόσφατες μελέτες όπως αυτές του Σακελλαρόπουλου (2006) σχετικά με το εργασιακό στρες και την ικανοποίηση εργαζομένων νοσηλευτικής υπηρεσίας Δημόσιων Νοσοκομείων της Περιφέρειας της Δυτικής Ελλάδας αλλά και των Πρέζεράκου (2012) και Οργανοπούλου (2013), που διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης και συναισθηματικής εξάντλησης σε πληθυσμούς που εμπεριέχονται στο υπό μελέτη δείγμα, όπως οι εργαζόμενοι στο Γ Ν Καλαμάτας και Νοσοκομείων της Περιφέρειας, δεν συνδέουν τη συναισθηματική εξάντληση και την επαγγελματική εξουθένωση με το φύλο, γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία της μελέτης. Άλλωστε, η Maslach (Maslach & Jackson, 1982), υποστηρίζει ότι οι διαφορές στην εξουθένωση μεταξύ των δύο φύλων είναι αποτέλεσμα κυρίως των επαγγελμάτων που ακολουθούν τα δύο φύλα, παρά λόγω της διαφορετικότητας των χαρακτηριστικών που διέπουν το αρσενικό και το θηλυκό φύλο. Ωστόσο, η Martin (2000), πρεσβεύει ότι πράγματι υφίσταται ζήτημα φύλου στην εξουθένωση λόγω διαφορετικότητας των συναισθημάτων που διέπουν τα δύο φύλα. Η ίδια αναφέρει, προγενέστερη μελέτη του Meyerson, στην οποία η εξουθένωση σχετίζεται με θέματα που τυπικά αφορούν το γυναικείο φύλο, όπως η επιθυμία να καταθέτουν και να εκφράζουν συναισθήματα. Σε αυτό μπορεί να προστεθεί και το γεγονός ότι στην αγορά εργασίας οι γυναίκες είναι εκείνες που συχνά καλούνται να παίξουν βασικό ρόλο στη παροχή φροντίδας (Greenglass και συν, 1997). Αρκετές μελέτες ωστόσο έχουν δείξει, ότι οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες σημειώνουν μεγαλύτερα επίπεδα αποπροσωποποίησης, αλλά θα πρέπει ίσως να αντιπαραθέσει κανείς, σε μια μελλοντική μελέτη, και την ηλικία και τις ώρες απασχόλησης για μεγαλύτερη αντικειμενικότητα (Meyerson, 1994)..

Στα ίδια συμπεράσματα οδηγούμαστε και ως προς την ηλικία. Τα αποτελέσματα συναφών σύγχρονων μελετών (Πρέζεράκος 2012; Οργανοπούλου 2013, Λεβέντης

2009), δεν συσχετίζουν την ηλικία με την επαγγελματική εξουθένωση και τη συναισθηματική αποπροσωποποίηση, εξάντληση. Αλλά και οι μελέτες των Παπαθανασίου (2012) σχετικά με την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας και του Σακελλαρόπουλου (2006) συμφωνούν μερικώς με τα ευρήματα και άλλων ερευνών όπως αυτές των Hastings & Bham (2003) και του Rashidzadeh (2002) που αναφέρουν ότι η ηλικία είναι μη συσχετιζόμενος παράγοντας με την επαγγελματική εξουθένωση και τη συναισθηματική εξάντληση. Γενικά όμως, για την επιρροή της ηλικίας τα αποτελέσματα είναι μάλλον αντιφατικά. Σε αυτό συμφωνεί και η μελέτη των Winwood και συν (2006) που ανέδειξε αντιφατικά αποτελέσματα σχετικά με την ηλικία και την εμφάνιση κόπωσης και μη ικανοποιητικής ανάρρωσης μεταξύ 1280 νοσηλευτριών σε δυο νοσοκομεία της Αυστραλίας, χρησιμοποιώντας για το σκοπό αυτό την Κλίμακα OFER-15. Υπάρχουν αρκετές μελέτες σύμφωνα με την Αδαλή (1999) όπου η ηλικία συσχετίζεται με την ηλικία (Campbell Da και συν 2001, Ramirez και συν, 1995; Gabbe και συν, 2002; Aslan και συν, 1998). Στον Ελλαδικό χώρο, μελέτη για τη διερεύνηση της ψυχοσωματικής ισορροπίας των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των ιατρών και των νοσηλευτών σε Ελληνικά νοσοκομεία, έδειξε υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες με τη σωματική και τη συναισθηματική δυσλειτουργία κυρίως σε επαγγελματίες υγείας μικρότερων ηλικιών (Antoniou & Tzavara, 2005). Οι νεότεροι σε ηλικία έχουν αναφέρει υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Maslach, 1981; Maslach & Jackson, 1982; Mor και συν, 2001; Chang και συν, 2006). Άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία οι οποίοι έχουν μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης (Cordes & Dougherty, 1993). Υποτίθεται ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν μεγαλύτερη εμπειρία, είναι πιο ώριμοι και σταθεροί και πιθανόν έχουν πιο ισορροπημένη άποψη για την ζωή και επομένως είναι και λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση (Maslach & Jackson, 1982).

Η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός των παιδιών σύμφωνα με τους Gabbes και συν (2002) φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση στην επίδραση στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στις γυναίκες. Η υποστήριξη από το σύζυγο η τη σύζυγο και η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής περιλαμβάνονται στους παράγοντες που συστηματικά εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση. ερωτηματολογίου OFER-15 μεταξύ έγγαμων και μη. Το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με πλήθος μελετών. Σύμφωνα

με τους ερευνητές Hall, Burke και Greenglass (2001) η επαγγελματική εξουθένωση δεν σχετίζεται μόνο με ζητήματα που αφορούν την εργασία των ανθρώπων αλλά και με γεγονότα της προσωπικής οικογενειακής ζωής τους καθώς και με διάφορες διενέξεις τους. Σύμφωνα με άλλες μελέτες, επίδραση έχουν επίσης κρίσιμα γεγονότα ζωής, καθώς και οι συγκρούσεις μεταξύ οικογενειακών και επαγγελματικών απαιτήσεων (Frone και συν, 1992, Allen και συν., 2000). Ο Kelloway και συν. (1999) και ο Simon και συν (2004) αναφέρουν την αντιπαράθεση της εργασίας με την οικογενειακή ζωή του ατόμου ως ένα από τα κύρια αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Greenhaus και Beutell (1985) αναφέρουν τρεις διαφορετικές πηγές παραγόντων στην σύγκρουση σπιτιού – εργασίας: α) Από τις συγκρούσεις σε σχέση με τον χρόνο, β) σε σχέση με την ένταση, γ) από τις συγκρούσεις που απορρέουν από τη συμπεριφορά του εργαζόμενου ζευγαριού. Τα παραπάνω ίσως να εξηγούν και το γεγονός ότι, στην παρούσα μελέτη, οι έγγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου», δηλαδή περισσότερα προβλήματα, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.

Σχετικά με την εκπαιδευτική κατάσταση των ερωτηθέντων τα ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι αντιφατικά με τα ευρήματα διαφόρων μελετών. Συμφωνούν με μελέτες όπως αυτή της Παπαθανασίου Ι(2012), σχετικά με την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, όπου το μορφωτικό επίπεδο δεν εμφανίζεται σημαντικό. Το ίδιο στατιστικά μη σημαντικό εμφανίζεται το μορφωτικό επίπεδο και στις μελέτες των Αδαλή (1999) Αντιθέτως, στη μελέτη του Δίλιντα (2010), για το επίπεδο εκπαίδευσης, προκύπτει στατιστικά σημαντική σχέση με τον παράγοντα της αποπροσωποποίησης. Σε αυτήν οι εργαζόμενοι τεχνολογικής εκπαίδευσης παρουσίαζαν την υψηλότερη τιμή συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, ενώ οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν τη μεγαλύτερη έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν με άλλες σχετικές έρευνες, όπου όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο μόρφωσης τόσο λιγότερο εξουθενωμένοι αισθάνονται οι εργαζόμενοι (Κεραμίδας και Αναγνωστόπουλος, 2004, Χαχούδη και Νιάκας 2005, Τσάκωνας και Μάμας 2005). Φαίνεται ότι η εκπαίδευση παρέχει τα εφόδια (κίνητρα, κριτική ικανότητα, αυτοπεποίθηση) στον εργαζόμενο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το εργασιακό άγχος, αν και διεθνείς έρευνες δείχνουν αυξητική τάση στην εμφάνιση της εξουθένωσης σε άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ίσως γιατί τα άτομα αυτά αναλαμβάνουν απαιτητικές και υπεύθυνες θέσεις

και έχουν υψηλές φιλοδοξίες (Maslach & Pines, 1978). Η Μαγγούλια, μελετώντας την επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές, κατέληξε ότι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης εμφανίζουν μειωμένο κίνδυνο κόπωσης συμπίνας έναντι αυτών της Τεχνολογικής Εκπαίδευσης ή της Δευτεροβάθμιας. Σύμφωνα με τη Maslach (1982), οι πτυχιούχοι εργαζόμενοι σε τομείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε σύγκριση με εκείνους που κατέχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, ενώ τα επίπεδα για τα προσωπικά επιτεύγματα είναι χαμηλότερα. Επιπλέον, οι Demira και συν (2003), βρήκαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης μειώνουν τα επίπεδα της εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Σημαντικά είναι και τα ευρήματα της Οργανοπούλου (2013) σύμφωνα με τα οποία, οι επαγγελματίες της υγείας έως και τεχνολογικής εκπαίδευσης έχουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά υψηλότερο περιστασιακό άγχος από τους επαγγελματίες της υγείας με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και αντίστοιχα οι επαγγελματίες υγείας με χαμηλότερο επίπεδο σπουδών παρουσιάζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους εντονότερη επαγγελματική εξουθένωση από τους εργαζόμενους νοσηλευτές και ιατρούς με αυξημένο επίπεδο σπουδών. Η διαπίστωση αυτή έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα του Πανουργιά (2008) που διερεύνησε και αυτός το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης στον ελληνικό χώρο, και στην οποία, οι επαγγελματίες υγείας με πανεπιστημιακές σπουδές είχαν μεν «αυξημένη» αλλά σημαντικά χαμηλότερη συναισθηματική εξουθένωση από τους επαγγελματίες υγείας με χαμηλότερο επίπεδο σπουδών, ενώ οι επαγγελματίες υγείας με μεταπτυχιακές σπουδές επιδεικνύουν μεν «αυξημένη» αλλά και σημαντικά μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση από τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Έτσι καταλήγοντας, επειδή η σχετική βιβλιογραφία προκύπτει ιδιαίτερα αντιφατική, ίσως σε μια μελλοντική μελέτη και σε ένα μεγαλύτερο δείγμα θα μπορεί να καταλήξει κανείς σε πιο ασφαλή συμπεράσματα.

6.2. Συσχέτιση διαστάσεων ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI με χαρακτηριστικά της εργασίας

Αναφορικά με τη συσχέτιση των διαστάσεων των ερωτηματολογίων με χαρακτηριστικά της εργασίας η έδρα του νοσοκομείου δεν δείχνει να συσχετίζεται καθόλου. Οι βαθμολογίες των ερωτηθέντων για τις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με την ιδιότητα τους, με τη

χρήση ουσιών στο παρόν και στο παρελθόν, με τη κατανάλωση αλκοόλ, με τα έτη προϋπηρεσίας, με την ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας και με τη θέση εργασίας.

Αντιθέτως υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση με την απουσία από την εργασία για συναισθηματικούς και για σωματικούς λόγους και με τον αριθμό των ασθενών που αντιστοιχούν σε κάθε βάρδια, με το βαθμό αρνητικής επιρροής των απαιτήσεων της δουλειάς των συμμετεχόντων στο χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους στην οικογένειά τους και στην εργασία τους και με το πόσο ικανοποιημένοι αισθάνονται από την αμοιβή τους με τις διαστάσεις «Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής», «Χρόνια Κόπωση» και «Ανάρρωση» του ερωτηματολογίου PIRI και με όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου OFER-15.

Οι συμμετέχοντες που είχαν λείψει από την εργασία της για συναισθηματικούς λόγους και σωματικούς είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες της διαστάσεις «Χρόνια κόπωση» και «Έντονη κόπωση» (που αφορούν της τελευταίους μήνες) και «Χρόνια κόπωση» και «Έντονη κόπωση» (τόσο αυτών που αφορούν της τελευταίους μήνες όσο και αυτών που αφορούν την παρούσα ημέρα) αντίστοιχα, υποδηλώνοντας υψηλότερα επίπεδα κόπωσης και είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στη διάσταση «Ανάρρωση» (που αφορούν της τελευταίους μήνες), υποδηλώνοντας χαμηλότερα επίπεδα ανάρρωσης. Τα παραπάνω έρχονται σε ταύτιση με τη μελέτη της Γαβριήλ (2011) στην οποία αναφέρεται ότι, σύμφωνα με έρευνα των Violante και συν, (2004) όταν ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να διεκπεραιώσουν κάποιες ενέργειες σε σύντομο χρονικό διάστημα, ασκείται πίεση στο άτομο, με αποτέλεσμα να προκληθεί άγχος εκ μέρους του νοσηλευτή (Violante και συν, 2004; Καρανικόλα, και συν, 2009). Η ένταση και το άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές κατά την διάρκεια εργασίας τους, είναι συνδεδεμένο με την πρόκληση μυοσκελετικών προβλημάτων αλλά και επαγγελματικής εξουθένωσης (Violante και συν, 2004). Το στρες αυξάνει τη μυϊκή τάση με αποτέλεσμα το άτομο το οποίο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους να εμφανίζει μυοσκελετικά προβλήματα (Αντωνίου & Βασιλοπούλου, 2009) και επομένως να οδηγούνται οι επαγγελματίες υγείας νωρίτερα στην επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, ο ταχύς και έντονος ρυθμός εργασίας επηρεάζει την ποιότητα του ύπνου και παρεμποδίζει την ανάπαυση, ιδιαίτερα λόγω υπερέντασης, με αποτέλεσμα την κόπωση και κατ' επέκταση την επαγγελματική εξουθένωση (Καρανικόλα και συν, 2009). Τέλος, σύμφωνα με τους Rice και συν (2014), το στρες συμβάλλει στην ελλιπή φυσική

σωματική υγεία οδηγώντας στην χρόνια κόπωση και τη χαμηλή ποιότητα ζωής, γεγονός που ενισχύεται και από τα εξαντλητικά κυκλικά ωράρια εργασίας.

Σημαντική θετική βρέθηκε η συσχέτιση του αριθμού ασθενών που αναλογούν στην πρωινή βάρδια με της διαστάσεις «Ανάρρωση (6 μήνες)», «Έντονη κόπωση (σήμερα)» και «Ανάρρωση (σήμερα)». Οπότε, όσο περισσότερους ασθενείς έχουν στην πρωινή βάρδια τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα έντονης κόπωσης (την παρούσα ημέρα) των συμμετεχόντων και τόσο περισσότερα προβλήματα ανάρρωσης αντιμετώπιζαν (τόσο της τελευταίους μήνες όσο και την παρούσα ημέρα). Όμοια, όσο περισσότερους ασθενείς έχουν στην απογευματινή βάρδια τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα έντονης και χρόνιας κόπωσης (την παρούσα ημέρα) των συμμετεχόντων και τόσο περισσότερα προβλήματα ανάρρωσης αντιμετώπιζαν (τόσο της τελευταίους μήνες όσο και την παρούσα ημέρα). Τέλος, όσο περισσότερους ασθενείς έχουν στη βραδινή βάρδια τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα χρόνιας κόπωσης (την παρούσα ημέρα) των συμμετεχόντων. Αναμενόμενο αφού έχει παρατηρηθεί ότι όσο μεγαλύτερος ο αριθμός τόσο συχνότερα τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιθανόν ο αριθμός των ατόμων που ασχολείται ο εργαζόμενος καθημερινά να επηρεάζει την απόδοσή του, η οποία με την σειρά της να οφείλεται εν μέρει και στην επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, έχει αποδειχτεί ότι οι βάρδιες επηρεάζουν την εξουθένωση των εργαζομένων (Demira και συν,2003).

Σε αντιδιαστολή με τα παραπάνω όσο πιο ικανοποιημένοι ήταν από την αμοιβή τους τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα χρόνιας κόπωσης, τη παρούσα μέρα όσο και τους τελευταίους 6 μήνες. Η θετική συσχέτιση της αμοιβής είναι σύμφωνη με μελέτες, όπως αυτή των Αναγνωστοπούλου και συν (2013), για την εκτίμηση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτών τριτοβάθμιου νοσοκομείου και τη διερεύνηση της σχέσης με την πιθανότητα αποχώρησης από την εργασία, στην οποία η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή δυσαρέσκειας που εκφράστηκε αφορά τις χαμηλές αμοιβές του νοσηλευτικού επαγγέλματος που λειτουργούν και ως ένα ενδεικτικό μέτρο αναγνώρισης της προσφοράς του εργαζομένου και της αξίας - κύρους του επαγγέλματός του. Ομοίως, στα ίδια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Μακρής Μ και συν(2011) κατά τη μελέτη της επαγγελματικής ικανοποίησης στα Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία Κύπρου αλλά και οι Πελέχας και Αντωνιάδης (2013) σε συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε 2 Νοσοκομεία της Ελλάδας. Η δυσαρέσκεια από τις αμοιβές, που εν μέρει αμβλύνεται από την ασφάλεια που παρέχει η εργασία στο δημόσιο τομέα για όσους έχουν μόνιμη θέση

εργασίας έχει προκύψει και σε άλλες μελέτες σε δημόσια νοσοκομεία (Ζυγούλης 2008, Νικολάου 2005) και άλλες υπηρεσίες υγείας (Ποζουκίδου και συν, 2007; Μωϋσάκη, 2006). Δυσαρέσκεια από τις αμοιβές αναφέρεται και σε διεθνές επίπεδο (Coomber και Barriball, 2007, El-Jardali και συν, 2009, Gardulf και συν, 2005, Pillay 2009), αν και η ένταση της ποικίλλει ανάλογα με τις αμοιβές του επαγγέλματος σε κάθε χώρα. Σύμφωνα με τη μελέτη των Karimyar και συν(2014), η αμοιβή αποτέλεσε τη τρίτη αιτία στρες ανάμεσα στις νοσηλεύτριες στο Ιράν. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει και η έρευνα του Διλιντα (2010) για τη μελέτη του συνδρόμου ΕΕ στο προσωπικό πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Σε αυτήν, τα *κίνητρα-αμοιβές* που παρέχει η νοσοκομειακή διοίκηση στο προσωπικό σχετίζονταν αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση. Όσο περισσότερα επαγγελματικά και οικονομικά κίνητρα είχαν οι εργαζόμενοι, τόσο λιγότερο συναισθηματικά εξαντλημένοι αισθάνονταν.

6.3. Συσχέτιση των «Προβλημάτων Ύπνου» με τις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI

Η διάσταση «Προβλήματα Ύπνου» φαίνεται να σχετίζεται πιο θετικά από της της διαστάσεις, με την εκδήλωση οξείας και χρόνιας κόπωσης/ επαγγελματικής εξουθένωσης, με το βαθμό ικανοποιητικής ανάρρωσης/αναπλήρωσης της σωματικής και ψυχολογικής ενέργειας μεταξύ διαδοχικών βάρδιών αλλά και τον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχολογικού τραύματος. Οι μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 1/3 των εργαζομένων σε βάρδιες εμφανίζει συμπτωματολογία σχετική με τον ύπνο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε εργαζόμενους σε πρωινό ωράριο είναι κάτω του 20% (Drake και συν, 2004). Η συσχέτιση του κυκλικού προγράμματος εργασίας με τις διαταραχές ύπνου είναι μεγάλη σύμφωνα με τους Zabielska και συν (2014). Ο επιπολασμός της διαταραχής ύπνου οφειλόμενης σε εργασία σε βάρδιες υπολογίζεται περίπου στο 20% των εργαζομένων σε βάρδιες (Ohayon και συν 2002), το οποίο αναγόμενο στο γενικό πληθυσμό αντιστοιχεί στο 1%, ενώ οι μελέτες των ιατρείων ύπνου δίνουν ποσοστό 2-5% (American Academy of Sleep Medicine 2005, Sack και συν, 2007). Η διαταραχή του κρικάρδιου ρυθμού, η έλλειψη ύπνου και η υπερβολική αϋπνία, έχουν αποδοθεί ως κύριοι ανασταλτικοί παράγοντες για τη διαδικασία της μάθησης, συγκέντρωσης, μνήμης, απόδοσης στην εργασία. Σύμφωνα με το DSM-IV η διάγνωση της διαταραχής εργασίας σε κυκλικό ωράριο τίθεται όταν διαπιστώνεται υπερβολική υπνηλία και/ή αϋπνία για διάστημα της μηνός ή και περισσότερο, κατά το οποίο το άτομο εργάζεται σε βάρδιες. Η προδιάθεση για την ανάπτυξη της διαταραχής,

εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, της ο τύπος των βαρδιών, οι κερκαδιανές προτιμήσεις του ατόμου, η ικανοποίηση που αντλεί από την εργασία του, η ροπή της εμφάνιση διαταραχών ύπνου και παράγοντες, της η ηλικία και το φύλο (Pucsa και συν, 1996; Thorpy 2010).

Τα ευρήματα της μελέτης έρχονται σε αντίθεση με τα παραπάνω ως αναφορά το φύλο και την ηλικία. Το φύλο δε φαίνεται να σχετίζεται με τα προβλήματα ύπνου σύμφωνα με την έρευνα, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με έρευνες που αναφέρουν ότι προβλήματα ύπνου, της η έρευνα που έγινε σε επαγγελματίες υγείας και κατά την οποία φάνηκε επικράτηση των γυναικών (23%) έναντι των αντρών (9,6%) (Δίλιντας,2009). Οι γυναίκες που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο, αναφέρουν περισσότερες διαταραχές ύπνου σε σχέση με της άντρες συναδέλφους τους, χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει απαραίτητα και πλημμελή άσκηση των καθηκόντων τους (Μακρυνίκα και συν, 2013). Η αϋπνία, σύμφωνα με άλλη μελέτη, έχει μεγαλύτερη συχνότητα της γυναίκες από ότι της άντρες, με αναλογία 3:2 και για το γεγονός αυτό μεταξύ των άλλων ευθύνονται ορμονικές διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου ή την εμμηνόπαυση. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι οι γυναίκες που εργάζονται σε βάρδιες κοιμούνται κατά μέσο όρο λιγότερο από της άνδρες συναδέλφους της, της πιθανώς αυτό να σχετίζεται με της συνηθέστερα αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις (Oginska και συν, 1993) Ούτε η ηλικία σχετίζεται, μια και η μέση ηλικία του δείγματος είναι 36,5 έτη. Σύμφωνα με μελέτες η επίπτωση της ηλικίες 30-50 ετών είναι μόλις 5% ενώ αυξάνεται έως 30% σε ηλικίες 50 ετών και άνω (Kesley και συν,2010). Αντιθέτως σε της μελέτες, σε σχέση με την ηλικία ως προδιαθεσιακό παράγοντα για την ανάπτυξη της διαταραχής, φαίνεται οι νεώτεροι σε ηλικία να δυσκολεύονται περισσότερο κατά την έναρξη των νυκτερινών βαρδιών, ενώ στη συνέχεια προσαρμόζονται καλύτερα, ενώ οι γηραιότεροι, αν και δείχνουν ανθεκτικοί στη στέρηση του νυκτερινού ύπνου της πρώτες βάρδιες, είναι πιθανότερο να εμφανίσουν συμπτώματα στη συνέχεια (Marquie και συν, 1999; Hagma και συν, 1994). Ίσως, λοιπόν οι παράγοντες αυτοί σε ένα μεγαλύτερο δείγμα να μπορέσουν σε μελλοντικές μελέτες να οδηγήσουν σε ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Αντιθέτως, η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να επηρεάζει τη ποιότητα του ύπνου, με της έγγαμους να εμφανίζουν μεγαλύτερα προβλήματα. Παρατηρήθηκε επιπλέον ότι, όσο επηρεάζεται αρνητικά ο χρόνος που αφιερώνουν στον εαυτό της την οικογένειά της και την εργασία της τόσα και τα προβλήματα ύπνου που παρουσιάζουν. Αυτό το γεγονός, έρχεται σε συμφωνία με έρευνες που υποστηρίζουν

ότι οι εργαζόμενοι σε βάρδιες με διαταραχή ύπνου, χάνουν 8-10 ημέρες οικογενειακής ή κοινωνικής δραστηριότητας και γενικά έχουν πτωχότερη ποιότητα ζωής από το γενικό πληθυσμό εμφανίζοντας υψηλότερα επίπεδα άγχους και ευερεθιστότητας, μειωμένη ικανότητα στη διαχείριση των οικιακών υποχρεώσεων, την ανάπτυξη σχέσεων και τη συμμετοχή σε οικογενειακές και κοινωνικές δραστηριότητες (Drake και συν,2004).

Προστατευτικό ρόλο φάνηκε να έχει το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, με της απόφοιτους ΑΕΙ να εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σχέση με της υπόλοιπους αποφοίτους. Η εργασιακή ιδιότητα και μάλιστα η νοσηλευτική σχετίζεται θετικά με τα προβλήματα ύπνου. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με μεγάλο αριθμό διεθνών μελετών που υπογραμμίζουν ότι προβλήματα ύπνου της η αϋπνία αποτελούν σοβαρότατο πρόβλημα για της επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα της νοσηλευτές, ενώ η κόπωση που τη συνοδεύει έχει καταστρεπτικές συνέπειές της επαγγελματικές επιδόσεις των νοσηλευτών απειλώντας τη ψυχική της υγεία (Υφαντή, 2011 Lee 1992, Papadimitriou 2005, Mellman 2006). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί δυσκολία στην έλευση του ύπνου και πρόωμη αφύπνιση σε ασθενείς με μείζονες συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές (Mellman 2006 Papadimitriou & Linkowski 2005). Οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν συχνά αυξημένα επίπεδα στρες που μπορεί μεταξύ των άλλων να ευθύνονται και για τα προβλήματα ύπνου (Μακρυνίκα και συν, 2013). Τα παραπάνω έρχονται σε συμφωνία και με τα αποτελέσματα της μελέτης σύμφωνα με τα οποία οι επαγγελματίες που απουσιάζουν από την εργασία της για σωματικούς ή συναισθηματικούς λόγους εμφανίζουν και μεγαλύτερα ποσοστά προβλημάτων ύπνου. Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι η ποιότητα του ύπνου σχετίζεται με την επαγγελματική ικανοποίηση με ανάλογο τρόπο. Όσο αυξάνεται η ικανοποίηση από την εργασία του τόσο αυξάνεται και η ποιότητα του ύπνου (Karagozoglu & Bingol, 2008) παρότι στην έρευνα η ικανοποίηση από το αντικείμενο ή τη θέση εργασίας δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάσταση αυτή μέσα και από της δύο Κλίμακες.

6.4. Συσχέτιση της «Χρήσης Αλκοόλ» με τις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI

Καταλήγοντας, η χρήση αλκοόλ ήταν η μόνη που δε βρέθηκε να σχετίζεται με καμία διάσταση των Κλιμάκων OFER-15 και PIRI. Το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με αρκετές μελέτες που έχουν λάβει χώρα εκτός Ελλαδικού χώρου. Αποτελέσματα έρευνας στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι 1/15 ιατρούς (της γιατρός της δεκαπέντε) κατά τη στην διάρκεια της ζωής του θα εξαρτηθεί από το οινόπνευμα (Stanton & Caan, 2003). Η κατάχρηση οινοπνεύματος συνδυάζεται συχνά με κατάχρηση και άλλων ουσιών-φαρμάκων και με υψηλή συχνότητα αυτοκτονιών. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες/τές καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών και χρήσης αλκοόλ (Arnold και συν, 1995). Στον Ελλαδικό χώρο σύμφωνα με μελέτη των Αθανασιάδη και συν (2011) για την εκτίμηση του εργασιακού στρες και της χρήσης αλκοόλ σε επαγγελματίες υγείας, όσο αφορά τη χρήση αλκοόλ (αντίληψη αποτελεσματικότητας και συνήθη ποσότητα κατανάλωσης) διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται θετικά με την ηλικία των εργαζομένων ενώ η αντίληψη της αποτελεσματικότητας του αλκοόλ στην αντιμετώπιση του εργασιακού stress σχετίζεται με κάποιους εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες (επικίνδυνες συνθήκες δουλειάς, κυλιόμενο ωράριο εργασίας). Έτσι ίσως η χρήση αλκοόλ θα μπορούσε να εξαιρεθεί ή ίσως σε μια μελλοντική μελέτη που να αφορά ένα μεγαλύτερο δείγμα να οδηγήσει σε πιο αξιόπιστα συμπεράσματα.

7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ αυξάνονται φαινόμενα όπως η τάση των εργαζομένων να απουσιάζουν από την εργασία τους (απουσιασμός), να καθίστανται άνεργοι ύστερα από απώλεια της ικανότητάς τους για εργασία ή να υποβάλλουν αίτηση αναγνώρισης μακροχρόνιας αναπηρίας, λόγω εργασιακού άγχους και προβλημάτων ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι η κατάθλιψη θα αποτελέσει σύντομα τη βασική αιτία των αναρρωτικών αδειών στην Ευρώπη. Εκτός από την απουσία από την εργασία, οι συνέπειες της κακής ψυχικής υγείας έχουν συνδεθεί με πολλές άλλες αρνητικές επιπτώσεις για τις επιχειρήσεις, όπως τα μειωμένα επίπεδα απόδοσης και παραγωγικότητας των εργαζομένων, την ελαχιστοποίηση των κινήτρων και την αποχώρηση μεγάλου αριθμού ειδικευμένων εργαζομένων από την επιχείρηση. Προκειμένου να υπάρχει κοινή αντιμετώπιση μεταξύ όλων των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις 8 Οκτωβρίου του 2004 υπογράφει η συμφωνία Πλαίσιο για το επαγγελματικό άγχος στην οποία εμπεριέχονται κατευθύνσεις σχετικά με τον εντοπισμό και τη διαχείριση των αγχογόνων παραγόντων στους χώρους εργασίας. Επίσης επισημαίνεται ότι η αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται στα πλαίσια μιας συνολικής διαδικασίας αξιολόγησης- διαχείρισης κινδύνου με την εφαρμογή διαφόρων στρατηγικών που να βασίζονται στην υλοποίηση συγκεκριμένων παρεμβατικών ενεργειών. Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι συλλογικές, ατομικές ή και τα δύο και μπορεί να εισάγονται με τη μορφή λήψης συγκεκριμένων μέτρων ή ως μέρος μιας ολοκληρωμένης πολιτικής, η οποία περιλαμβάνει τόσο προληπτικά όσο και προστατευτικά μέτρα (Τούκας & Τούκα , 2012)

Κατά την εφαρμογή των μέτρων για τη βελτίωση της ΠΨΥ στην εργασία επιλέγονται κατά κανόνα ποικίλες προσεγγίσεις:

- «κύκλοι υγείας» για τον εντοπισμό και τη συζήτηση των προβλημάτων και για την εξεύρεση λύσεων που βασίζονται στη συμμετοχή των εργαζομένων,
- θέσπιση πολιτικών για την ψυχική υγεία και συναφή θέματα όπως η βία και η παρενόχληση στο εργασιακό περιβάλλον ή η ενσωμάτωση θεμάτων ψυχικής υγείας στη γενική πολιτική για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία εντός της επιχείρησης,
- παροχή κατάρτισης στα διοικητικά στελέχη της επιχείρησης, για τη διαχείριση του τρόπου με τον οποίο αναγνωρίζονται τα συμπτώματα άγχους στους

εργαζομένους, καθώς και τρόπων ανεύρεσης σωστών λύσεων για τη μείωση του άγχους των εργαζομένων,

- διεξαγωγή έρευνας μεταξύ του προσωπικού, με τη χρήση ανώνυμων ερωτηματολογίων προκειμένου να προσδιοριστεί τι προκαλεί προβλήματα ή ανησυχία στους εργαζομένους κατά την εργασία τους,
- αξιολόγηση των μέτρων και των προγραμμάτων που έχουν εφαρμοστεί, βάσει διαδικασίας ανατροφοδότησης από τους εργαζομένους,
- δικτυακές πύλες για την ενημέρωση όλων των μελών του προσωπικού σχετικά με τα μέτρα και τα προγράμματα που εφαρμόζονται στους χώρους εργασίας με στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ευημερίας,
- μαθήματα/κατάρτιση εργαζομένων σχετικά με τρόπους αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων,
- δωρεάν παροχή συμβουλών σχετικά με διάφορα και συχνά αντικρουόμενα θέματα που αφορούν την ιδιωτική ή την επαγγελματική ζωή του συνόλου των εργαζομένων (είναι δε προτιμότερο αυτό να πραγματοποιείται εντός του ωραρίου της καθημερινής εργασίας).

Όλα τα παραπάνω που αποτελούν θέσεις του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία αναδεικνύουν τη σημασία της παραπάνω μελέτης και δίνουν ώθηση για περαιτέρω μελέτη και εφαρμογή σε μεγαλύτερο δείγμα επαγγελματιών και οργανισμών, νέων συσχετίσεων με εργασιακές και μη μεταβλητές, μέσα από διάφορες μορφές των εργαλείων και τρόπους συλλογής δεδομένων με σκοπό τη κατανόηση των φαινομένων που χαρακτηρίζουν την εργασία και την έγκαιρη και επιτυχημένη παρέμβαση για την αντιμετώπιση και ελάττωσή τους. Συμπερασματικά:

- Η Κλίμακα OFER-15, λοιπόν μπορεί να λειτουργήσει αξιόπιστα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, σαν ένα σύστημα «πρώιμης προειδοποίησης» τόσο σε επίπεδο οργανισμού όσο και σε ατομικό επίπεδο. Αυτή η πληροφορία θεωρείται πολύ σημαντική καθώς είναι μεγάλο οικονομικό φορτίο για τους οργανισμούς η στήριξη ενός τέτοιου εργαζομένου που αδυνατεί να εργαστεί και ειδικότερα όταν το γεγονός αυτό τον ωθεί στη συνταξιοδότηση. Επιπροσθέτως, το προφίλ κόπωσης/ανάρρωσης που προκύπτει για διάφορες εργασιακές ομάδες όπως οι νοσηλευτές ή οι επαγγελματίες «πρώτης γραμμής» ή οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο, λόγω του αυξημένου

κοινωνικού ενδιαφέροντος που παρουσιάζουν, επιτάσσουν την ανάγκη για παρέμβαση σε διοικητικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο επαγγελματικών πρακτικών (Winwood και συν, 2005). Οι υψηλού κόστους εκπαιδευμένοι και εξειδικευμένοι επαγγελματίες, όπως οι επαγγελματίες υγείας, είναι ταχέως αναγνωριζόμενοι ως το πιο πολύτιμο ανθρώπινο κεφάλαιο που διαθέτει ένας οργανισμός και η πρόωπη απώλειά του λόγω τέτοιων προβλημάτων, αποτελεί οικονομική αλλά και ανθρώπινη τραγωδία (Winwood και συν, 2009).

- Ομοίως, η Κλίμακα PIRI, αποδεικνύεται ένα άριστο σύγχρονο εργαλείο σαν μέσο πρωτογενούς πρόληψης, κυρίως μιας και λόγω της εύκολης βαθμολόγησής της, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ανιχνευτικό εργαλείο ανάπτυξης κινδύνου ψυχολογικού τραύματος, μέσω πληροφοριακού συστήματος, εργαζομένων σε μεγάλους οργανισμούς. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ψυχολογικού τραύματος που σχετίζεται με το εργασιακό στρες, είναι με αυξανόμενους ρυθμούς η πιο συχνή συνέπεια που συνδέεται με το σύγχρονο περιβάλλον εργασίας. Το άμεσο οικονομικό κόστος από την έλλειψη παραγωγικότητας, τη συχνή λήψη αναρρωτικών αδειών η και τη πρόωρη συνταξιοδότηση αλλά και το έμμεσο συναισθηματικό κόστος που καλούνται να πληρώσουν οι εργαζόμενοι είναι αξιοσημείωτο (Gershon και συν, 2002; Mc Farlane & Bryant, 2007; Serxner και συν, 2001). Με τη χρήση της Κλίμακας μέσω πληροφοριακών συστημάτων σε επίπεδο οργανισμών είναι δυνατόν να προκύψουν βαθμολογίες που να λειτουργούν σαν «κόκκινη σημαία» για ανίχνευση των εργαζομένων που τείνουν να αναπτύξουν ψυχολογικό τραύμα. Κυρίως για εργαζομένους «πρώτης γραμμής» που εμφανίζουν προβλήματα στην αναγνώριση και τη παραδοχή του προβλήματος εξαιτίας του φόβου μην χαρακτηριστούν ως αδύναμοι. Βέβαια, αυτό μπορεί να έχει δύο όψεις, αφού είναι ευθύνη των οργανισμών και της διοίκησης να το χρησιμοποιήσουν στοχευόμενα και ορθολογικά και όχι σαν ένα μέσο στιγματισμού. Οι εργαζόμενοι αυτοί θα παραπέμπονται σε κατάλληλους ψυχολόγους με σκοπό να μειωθούν ή και να εξαλείφουν τα όποια προβλήματα και να καταφέρουν να παραμείνουν ικανοί για εργασία (Winwood, 2006). Θα ήταν λοιπόν ενδιαφέρουσα η ανάπτυξη και η χρήση μιας ηλεκτρονικής τέτοιας εφαρμογής σε επίπεδο οργανισμού ως μελλοντική μελέτη.

- Τέλος, αναφορικά με τη διαταραχή ύπνου οφειλόμενη σε εργασία σε βάρδιες ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι να εξασφαλιστεί σε μακροχρόνια βάση η ικανότητα για εγρήγορση, όταν αυτή απαιτείται και η διευκόλυνση του αναζωογονητικού ύπνου, όταν είναι απαραίτητος. Για τον ασθενή με τη διαταραχή αυτή, είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται οι όποιες συνυπάρχουσες καταστάσεις που εντείνουν τα συμπτώματα. Συχνότερα συναντώνται της διαταραχές ύπνου, της η αποφρακτική υπνική άπνοια, και διαταραχές του θυμικού, της η κατάθλιψη (Thorpy, 2010). Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη βελτίωση της υγιεινής του ύπνου, τους προγραμματισμένους σύντομους ύπνους, τη σωματική άσκηση και τη φωτοθεραπεία, ενίοτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική θεραπεία. Η φαρμακευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση της διαταραχής ύπνου που οφείλεται σε εργασία κυκλικού ωραρίου περιλαμβάνει ενισχυτές της εγρήγορσης (η μοδαφινίλη και η αρμοδαφινίλη), διεγερτικά φάρμακα (μεθαμφεταμίνες, καφεΐνη) και της ουσίες (μελατονίνη, ζολπιδέμη, ζοπικλόνη, τριαζολάμη, τεμαζεπάμη) (Μακρυνίκα και συν, 2013). Σύμφωνα με τους Caruso και συν (2014), το Δεκέμβριο του 2011, η Joint Commission σήμανε συναγερμό σχετικά με το κίνδυνο για τη κόπωση των επαγγελματιών υγείας και την ασφάλεια του ασθενή προτείνοντας στους οργανισμούς υγείας μια σειρά μέτρων όπως: καλύτερη διαμόρφωση και εξέταση των προγραμμάτων εργασίας με ταυτόχρονη εμπλοκή του προσωπικού στη διαμόρφωση αυτών, επαρκή στελέχωση, ενημέρωση και εκπαίδευση προσωπικού σχετικά με τη κόπωση και τον ύπνο, στήριξη εργαζομένων σε κυκλικό ωράριο και για όσους οργανισμούς επιτρέπουν διαλλείματα ύπνου, τη διαμόρφωση ενός κατάλληλου περιβάλλοντος ανάπαυσης και τη δυνατότητα αποδέσμευσης από την ανάληψη ευθυνών κατά την διάρκεια αυτής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. Abendroth M., Flannery, J., 2006. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), pp. 346-356
2. Allen T.D., Herst D.E., Brack C.S., Sutton M. Consequences Associated with Work-to Family Conflict: A Review and Agenda for Future Research, *Journal of Occupational Health Psychology* 2000, (5): 278-3-8.
3. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. 2nd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
4. American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.) (DSM-IV-TR)*. doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
5. Antoniou A, Tzavara C.(2005) Psychosomatic health and stress at work of workers in Greek hospitals. *New Health*, 47-48.
6. Arvay, M.J., 2001. Secondary traumatic stress among trauma counselors: What does the research say? *International Journal for the Advancement of counseling*, 23, pp. 283-293.
7. Athanasiadis T.1, Tsaras K.2, Papathanasiou I.2, Lahana E.2, Gouva M.3, Kotrotsiou E.4, Aventisian-Pagoropoulou, A., Koubias, E. and Giavrimis, P., 2004. Assessment of work stress and alcohol use in mental health care workers. *Burnout syndrome: Teachers' chronic stress and its development to occupational exhaustion*. *Mentoras*. 5, pp. 103–127.
8. Badger, J.T., v2001. Understanding secondary traumatic stress. *American Journal of Nursing*, 101(7), pp.26-32.
9. Barrowclough C, Haddock G, Lowens I, Connor A., Pidliswyj J, Tracey N. Staff expressed emotion and causal attributions for client problems on a low security unit: An exploratory study. *Schizophr Bull* 2001, 27:517–526.
10. Bass, E., Davis, L., 1998. *The Courage to heal: A guide for women survivors of child sexual abuse*. New York: Harper& Row.
11. Bee P, Playle J, Lovell K, Barnes P, Gray R, Keeley P. Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: A systematic review of empirical research. *Int J Nurs Stud* 2008, 45:442–457.
12. Billingsley, B.S., 2004. Special education teacher retention and attrition: A critical analysis of the Research literature. *The Journal of Special Education*, 38, pp. 39–55.
13. Blair, S.N. et al., 1984. Health promotion and educators: Impact of health behaviors, satisfaction, and general well-being. *American Journal of Public Health*, 74, pp. 147–149.
14. Caruso C. PhD, RV. Negative impacts of Shiftwork and long work hours. National institute for occupational safety and health, U.S.A., 2014 cited in www.rehanurse.org Education page.
15. Chrestman, K. R., 1995. Secondary exposure to trauma and self – reported distress among therapists. In: B.H. Stamm Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians researchers and

- educators. Lutherville, M. D.: Sidran Press, pp. 29-36
16. Chronic fatigue syndrome. Available from: <http://www.emedicine.com/MED/topic3392.htm> Last updated: May 2, 2006.
 17. Clark, M.L. , Gioro, S., 1998. Nurses, in direct trauma and prevention. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1), pp. 85-87.
 18. Clinical practice guidelines Chronic fatigue syndrome. Produced by a Working Group convened under the auspices of the Royal Australasian College of Physicians. *MJA* 2002, 176(Suppl 8): S17–S55.
 19. Cohen-Katz J. et al, 2004. The effects of mind fullness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, Nov-Dec, pp.302-308.
 20. Colins,S., Long,A.,2003a.Too tired to care? The psychological effects of working with trauma.*Journal of Psychiatrics and Mental Health Nursing*,10,pp.17-23.
 21. Courtois,C.A., 2004. Complex trauma complex reactions: Assessments and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, pp. 65-74.
 22. Crabbe, J.M. et al, 2004.Are health professionals getting caught in the crossfire? The personal implications of caring for trauma victims. *Emergency, Medicine Journal*, 21, pp. 568-572.
 23. Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., et al. (2008) Major physical and psychological harms of metamphetamine use. *Drug Alcohol Rev*, 27, pp. 253-262.
 24. Drake, C.L., Roehrs, T., Richardson, G., et al. (2004) Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 27, pp. 1453-1462.
 25. Fang, J., Kunaviktikul, W., Olson, K., Chontawan, R., & Kaewthummanukul, T. (2008). Factors influencing fatigue in Chinese nurses. *Nursing Health Science*, 10(4), 291-299.
 26. Fang, J., Kunaviktikul, W., Olson, K., Chontawan, R., & Kaewthummanukul, T. (2008). Factors influencing fatigue in Chinese nurses. *Nursing Health Science*, 10(4), 291-299.
 27. Fang, J., Kunaviktikul, W., Olson, K., Chontawan, R., & Kaewthummanukul, T. (2008). Factors influencing fatigue in Chinese nurses. *Nursing Health Science*, 10(4), 291-299.
 28. Fang, J.B, Qui, C.J., Xu, H.Q., You, G.Y. (2013).A model for Predicting Acute and Chronic Fatigue in Chinese Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 546-548.
 29. Fang, J.B, Qui, C.J., Xu, H.Q., You, G.Y. (2013).A model for Predicting Acute and Chronic Fatigue in Chinese Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 546-548.
 30. Figley, C.R., 2002a.Treating compassion fatigue. New York: Brunner-Routledge.
 31. Fingley, C.R., 1995b. Examples of compassion fatigue / burnout syndrome. Institute on Crisis Management in Higher Education.(Online) Available at: <http://www.giftfromwithin.org/pdf/ExampleCF.pdf> (Accessed 8 January 2011)
 32. Fingley, C.R., 2002b: Compassion Fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), pp.1433-

- 1441.
33. Fingley, C.R., 1997: *Burnout in families: The systemic cost of caring* Boca Raton, FL: CRC Press.
 34. Freudenberger H.J. Staff Burnout, *Journal of Social Issues* 1974, (30): 159-165.
 35. Frone M.R., Russel M., Cooper M. L. Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of the Work-Family Interface, *Journal of Applied Psychology* 1992, (77):65-78.
 36. Gates, D. M., Gillespie, G. I., 2008. Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *Journal of Obsteric, Gynecology and neonatal Nursing*, 37, pp. 243-249.
 37. Geiger-Brown, J., Rogers, V. E., Trinkoff, A. M., Kane, R. L., Bausell, R. B., & Scharf, S. M. (2012). Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronobiology International*, 29(2), 211-219.
 38. Goebring C, Gallacchi MB, Kiinzi B, Bovier P. (2005) Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.*(135): 101-108.
 39. Greenhaus, J., Beutell N. Sources of Conflict between Work and Family Roles, *Academic Management Review* 1985, 10: 76-88.
 40. Groesbeck, C.R., 1975. The archetypal image of the wounded healer. *Journal of Analytical Psychology*, 20, pp.124-145.
 41. Hall D.T., Hall F.S. Stress and the Two Career Couple, in C.L., Cooper and R. Payne (Eds) *Current Concerns in Occupational Stress*, 1980, New York: John Wiley and Sons.
 42. Harma, M.I., Hakola, T., Akerstedt, T., et al. (1994) Age and adjustment to night work. *Occup Environ Med*, 51, pp. 568-573.
 43. Hooper C. et al, 2010. Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected in patient specialities. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), pp.420-427.
 44. Hu L, Bentler P: Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 1999, 6:1-55.
 45. Iliceto P, Pompili M, Spencer-Thomas S, Ferracuti S, Erbutto D, et al (2013). Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach. *Stress*, Mar;16(2):143-52. doi: 10.3109/10253890.2012.689896. Epub 2012 Jun 6.
 46. Ironson G H, Smith PC, Brannick MT, Gibson WM, Paul KB. Constitution of a job in general scale: A comparison of global, composite, and specific measures. *J Appl Psychol* 1989, 74:193–200.
 47. Jason LA, Wagner L, Rosenthal S, Goodlatte J, Lipkin D, Papernik M, et al. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *Am J Med* 1998; 105: 91S–93S.
 48. Jones H. (1999) *Overload and stress*. A' Editon, Ed. Thimari. Athens.
 49. Kabat-Zinn, J., 1990. *Full catastrophe living: Using the winsdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York, NY: Bantam Doubleday Dell Publishing Group.

50. Karimyar – Jahromi M. Hojat M. The etiology of burnout syndrome and the levels of stress among nurses. *Journal of Jahrom university of medical science*, vol 12, no 1 2014.
51. Kelloway E.K., Gottlieb B.H., Barham L. The Source, Nature and Direction of Work and Family Conflict: A Longitudinal Investigation, *Journal of Occupational Health Psychology* 1999, (4):337-346.
52. Keramidas P. (2004) Organisational and psychosocial factors in determining the degree of burnout in nurses. *Dipl. Work*, Patras.
53. Kirmayer, L.J., 2003. Asklepien dreams: Transcultural Psychiatry,40(2),pp.248-277.
54. Laposa, J.M., Alden, L.E., 2003. Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behavior Research and Therapy*, 41,pp.49-65.
55. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med* 1998, 47:1611–1617.
56. Leiter MP, Maslach C. Preventing burnout and building engagement. Jossey Bass Inc, San Francisco, CA, 2000.
57. M J H Huibers, A J H M Beurskens, J B Prins, IJ Kant, E Bazelmans, C P van Schayck, J A Knottnerus, G Bleijenberg, Fatigue, burnout, and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: do attributions make the difference? *Occup Environ Med* 2003; 60 (Suppl 1):i26–i31.
58. Mackenzie, C.S., Poulin, P.A., Seidman -Carlson, R., 2006. A brief mindfulness- based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19, pp. 105-106.
59. Marquie, J.C., Foret, J. (1999) Sleep, age, and shiftwork experience. *J Sleep Res*, 8, pp. 297-304.
60. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, USA, 1986.
61. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, USA, 1997.
62. Maslach C, Shaufeli B, Leiter P. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:397–422.
63. Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.
64. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.
65. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory (manual)*, 2nd ed. Palo Alto. Consulting Psychologists Press, California.
66. Maytum, J.C., Heiman, M.B.& Garwick, A.W.,2004.Compassion fatigue and burnout in nurses who work with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, pp. 171-179.
67. Micklevitz S. Professional burnout in the park and recreation profession. *Illinois: Illinois Periodicals online*, 2001.
68. Miller, G.P., Baldwin, D.C.,1987. Implication of the wounded - healer paradigm for the use of the self in therapy. *Journal of Psychotherapy & the Family*,3, pp.139-151.
69. Mueller R: *Basic principles of structural equation modeling*. New York, USA: Springer; 2000

70. Neuman, B., 2008. The Newman Systems Model(Online) Available at: <http://www.Neumansystems.model.org/>(Accessed 21 December 2010).
71. Oginska, H., Pokorski, J., Oginski, A. (1993) Gender, ageing and shiftwork intolerance. *Ergonomics*, 36, pp. 161-168.
72. Ohayon, M.M., Lemoine, P., Arnaud-Briant, V., Dreyfus, M. (2002) Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *J Psychosom Res*, 53(1), pp. 577-583.
73. Paliswat, A.M., Hostetler, C., 2009. The level of risk for compassion fatigue in neonatal nurses. In: AWHONN Convention: Connecting the heart and science of caring. San Diego, CA, 27 June-1 July 2009.
74. Pfiffering J., 2005. The dauger of dysfunctional medical practice. *Family Practice Management*, 12 (5) pp. 40-44.
75. Pfifferling,J.S.,Gilley, K.,2000.Overcoming compassion fatigue. *Family Practice Management*, 7(4), pp. 39-43.
76. Polter, P. et al, 2010.Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), pp. E55-E62.
77. Puca, F.M., Perucci, S., Prudenzano, M.P., et al. (1996) Quality of life in shift work syndrome. *Funct Neurol*, 11, pp. 261-268.
78. Raftopoulos V. Charalambous A. Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public health*. 2012; 12(1): 457.
79. Ranjith G., Epidemiology of chronic fatigue syndrome *Occupational Medicine* 2005;55:13–19 doi:10.1093/occmed/kqi012.
80. Reeze,M., 2008. Faith & therapy.Regent University: School of Psychology and Counselling, II(4), pp.1-4.
81. Rice V. Glass N. Ogle K. Parsiau N. Exploring physical health perceptions, fatigue and stress among health care professionals. *Journal of Multidisciplinary health*. 2014;7, 155-161.
82. Rodrigo, W. D., 2005. Conceptual dimensions of compassion fatigue and vicarious trauma. Msc Thesis. Simon Fraser University.
83. Roney,W.D.,2005. Loalty: Akey concept to understand therapists symptoms of compassion fatigue vicarious trauma (On line). Available at:<http://www.psychotherapyresearch.org/events/download/poster.rom ey.pdf> (Accessed 22 March 2009).
84. Sabo, B.M., 2008. Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indian Journal of Palliative*, 14(1),pp:23-29.
85. Sack, R.L., Lewy, A.J. (2001) Circadian rhythm sleep disorders: lessons from tha blind. *Sleep Med Rev*, 5, pp. 189-206.
86. Samaha, E., Lal S., Samaha, N., Wyndham, J., 2007. Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-workers nurses. *Journal of Advaced Nursing*, 59(3), pp.221-232.
87. Scott L. Arslanian-Engoren C. Engoreu M. Association of sleep and fatigue with decision regret among critical care nurses. 2014. Download from ajcc.aacnjournals.org by guest on January 6, 2014.
88. Simon M., Kummerling A., Hasselhrn M. Work-Home Conflict in the European Nursing Profession, *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2004, (10): 384-391.

89. Simon, C.E. et al, 2005. Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), pp. 1-4.
90. Skovholt, T. M., Grier, J. L. & Hanson, M. R., 2001. Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention. Strategies for counselor resilience. *Journal of Career Development*, 27(3), pp. 167-176.
91. Stanton J, Caan W. (2003) How many doctors are sick ? *BrMed J*. 326-397.
92. Thorpy, M. (2010) Managing the patient with shift-work disorder. *J Fam Practice*, 59(suppl 1), pp. 1.
93. Tompson, R., 2003. Compassion fatigue: The professional liability.
94. Townsend, S. M., Cambel, R., 2009. Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurses examiners. *Journal of Forensic Nursing*, 5(2), pp. 97-106.
95. Valent, P., 1995. Survival Strategies. A framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. In CR Fingley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, pp. 21-50.
96. Van der Werf SP, De Vree B, Alberts M, et al. Natural course and predicting self-reported improvement in patients with chronic fatigue syndrome with a relatively short illness duration. *J Psychosom Res* 2002; 53:749-53.
97. Watson, J., 1985. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado.
98. Winwood, P. C., Bakker, A. B., & Winefield, A. H. (2007). An Investigation of the Role of Non-Work Time Behaviour in Buffering the Effects of Work Strain. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 49(8), 862-871.
99. Winwood, P. C., Lushington, K., & Winefield, A. H. (2006b). The Contribution of Age, Domestic Responsibilities and Shiftwork to Work-Related Fatigue and Recovery within a Sample of Full-Time Australian Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 438-449.
100. Winwood, P. C., Lushington, K., & Winefield, A. H. (2006c). Disentangling the Effects of Psychological and Physical Work Demands on Sleep and Recovery Within a Sample of Australian Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (6), 679-689.
101. Winwood, P.C, Peters, R., Tuckey, M., Dollard, M., 2009. Identification and Measurement of Work-Related Psychological Injury: Piloting the Psychological Injury Risk Indicator (PIRI) Among Front Line Police. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51 (9), 1057-1065.
102. Winwood, P.C, Peters, R., Tuckey, M., Dollard, M., 2009. Identification and Measurement of Work-Related Psychological Injury: Piloting the Psychological Injury Risk Indicator (PIRI) Among Front Line Police. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51 (9), 1057-1065.
103. Winwood, P.C., et al., Development and Validation of a Scale

- to Measure Work-Related Fatigue and Recovery: The Occupational Fatigue Exhaustion Recovery scale (OFER). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005. 47(6): p. 594-606.
104. Winwood, P.C., K. Lushington, and A.H. Winefield, Further Development and Validation of the Occupational Fatigue Exhaustion Recovery (OFER) Scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2006a. 48(4): p. 381-389.
105. Zabiúsca P. Bazydło M. Karakiewicz A. Grochans E. Juczak A. Rotter J. Nurses health in shift work. *Journal of Public health. Nursing and Medical rescue*. No 3/2014 (11-17).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. Αδαλή Ε, Πριάμη Μ, Πλατή Χρ. Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Νοσηλευτική 2000, 4:313–324.
2. Αδαλή, Ε.. Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επείγουσών περιπτώσεων. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Παθολογικός Νοσηλευτικός. Διδακτορική Διατριβή, 1999.
3. Αδάμη Β. Μελέτη ικανοποίησης ασθενών σε τμήμα επείγοντων περιστατικών, Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Σπάρτης, 2012.
4. Αθανασιάδης Θ., Τσάρου Κ., Παπαθανασίου Ι., Λαχανά Ε., Γκούβα Μ., Κοτρώτσιου Ε. Εκτίμηση εργασιακού στρες και χρήση αλκοόλ σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας (2011). Τόμος 3, τεύχος 4, 165-172,
5. Αναγνωστοπούλου Δ. 1, Τσιμητρέα Ε. 2, Χαρίση Ε.1, Μουχάκη Σ.3, Αργυροπούλου Δ.3 , Μαρνέρας Χ.4, Παναϊρλή Β.5 Εργασιακό περιβάλλον και επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.
6. Αντωνίου Α, Τζαβάρα Χ. Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. Νέα Υγεία 2005, 47:8.
7. Αντωνίου ΑΣ. Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργός – β΄ Φάση. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής(ΕΠΨΥ). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ψυχιατρική Κλινική. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ). Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού. Αθήνα, 2005:1–54.
8. Βελονάκης Ε, Λαμπροπούλου Ε. Πηγές και εκδηλώσεις stress σε Έλληνες εργαζόμενους. Νέα Υγεία 1999, 24:7.
9. Γαβριήλ Μ. Επαγγελματική εξουθένωση σε νοσηλευτές μονάδων εντατικής θεραπείας. Πτυχιακή Διατριβή. Τεχνικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Σχολή Επιστημών Υγείας. Λεμεσός 2011.
10. Γκικοπούλου Δ. Διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος του νοσηλευτικού προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Σπάρτης, 2013.
11. Γκρισιώτη, Μ., Μαστροκώστας, Αθ., Χάιδις, Α.-Μ., Παναγοπούλου, Εύ., Μπένος, Α., (2010). «Κυκλικό Ωράριο Εργασίας και Τροχαία Ατυχήματα στο Νοσηλευτικό Προσωπικό», Νοσηλευτική 49 (3), 305-314.
12. Δελήγας Μ., Τούκας Δ., Σπυρούλη Α. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, burn-out. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας. Τεύχος 50, σελ. 5, 2012.
13. Δελτίο τύπου Α.Π.Θ. (2010). «Η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών και οι συνέπειές της», άρθρο διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.e-telescope.gr/el/science-and-technology/125-medical-burnout>.

14. Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν., Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας, 9η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Σωτήρια», Αθήνα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 25(5):642-647.
15. Δημητρόπουλος, Χ., Φιλίππου, Ν. (2008). «Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 25 (5), 642-647.
16. Δημητροπούλου, Ε., & Μπαμπάτσικου, Φ. (2007). Νομοθετικό πλαίσιο υγείας και ασφάλειας στην εργασία. Το Βήμα του Ασκληπιού, 6 (4), 1-7.
17. Διλιντάς, Α. (2010). «Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 27 (3), 498-508.
18. Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτου, Ι., Φωκά, Α., Πιστόλης, Ι. (2009). «Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης και Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας», Νοσηλευτική 48 (2), 190–199.
19. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία Προαγωγή της ψυχικής υγείας στους χώρους εργασίας. Περίληψη έκθεσης παραδειγμάτων καλής πρακτικής. Belgium, 2012. <https://osha.europa.eu/el/publications/factsheets/102/view>.
20. Ζιώγου Θ, Μπίμπου Ι, Δημητρίου Ε, Γκιουζέπας Ι, Κιοσέογλου Γ, Ιακωβίδης Α. Επαγγελματική φόρτιση στο ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό. Νοσηλευτική 1998, 1:62–70.
21. Καδά Α. Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας 2005, 16:23–26.
22. Καραϊσκος Χ1, Τσικρικά Μ2 και Πολυχρονόπουλος Β3. Διερεύνηση της εργασιακής κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό δυναμικό δημοσίου νοσοκομείου *hygeia@ergasia* 3(3): 9-16. τομος 3 τευχος 3 σεπτεμβριος - δεκεμβριος 2012.
23. Καρανιάδου Α, Αναγνωστόπουλος Φ. Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτριών και των γιατρών. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, 2004.
24. Καρανιάδου Αντιγόνη, Αναγνωστόπουλος Φώτης, Τελειώνη Μαρία. Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2006, 45(3):391–403.
25. Καρανικόλα Μαρία Ν.Κ., Κλεάνθους Ευφροσύνη, 2 .Διερεύνηση των Παραγόντων Κινδύνου για την Εκδήλωση Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2011, 50(2): 163–176.
26. Καρανικόλα ΝΚΜ, Παπαθανάσογλου ΕΔΕ, Σταθοπούλου Χ, Παναγιωτοπούλου Φ. Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους στους Έλληνες νοσηλευτές επείγουσας φροντίδας. Νοσηλεία και Έρευνα 2008, 22:35–42.
27. Καρανικόλα, Μ. Ν. Κ., Κλεάνθους, Ευ. (2011). «Διερεύνηση των Παραγόντων Κινδύνου για την Εκδήλωση Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας», Νοσηλευτική 50 (2), 163–176.
28. Καρύδα Σ, Χατζόπουλος Π, Γιοβά νη Μ. Βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού. Επιθεώρηση Υγείας 2004, 15:23–28.

29. Κεραμίδα Π, Αναγνωστόπουλος Φ. Οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στον καθορισμό του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, 2004.
30. Κοΐνης Αρ. 1, Τζιαφέρη Σ.2, Σαρίδη Μ. 3. Προβλήματα ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες υγείας.
31. Κορομπέλη Άννα. Η επίδραση του εναλλασσόμενου κυκλικού ωραρίου στο επίπεδο υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
32. Κορομπέλη, Α., Κτενάς, Ευ., Κικεμένη, Ευ. (2006). «Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών», Νοσηλευτική 45 (1): 98-106.
33. Κορομπέλη, Α., Σουρτζή, Π. (2010). «Οργάνωση του Κυκλικού Ωραρίου Εργασίας σε Υπηρεσίες Υγείας για τη Μείωση των Επιπτώσεών του στους Εργαζόμενους», Νοσηλευτική 49 (2), 131-140.
34. Κοτσώνη Α. Μέτρηση επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων στο χώρο της υγείας με τη χρήση πληροφοριακού συστήματος. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Σπάρτης, 2013.
35. Κουλιεράκης Γ, Μεταλλη νού Ο, Πάντζου Π. Συμπεριφορές υγείας. Πρότυπα και μεταβολές. ΕΑΠ, Πάτρα, 2000.
36. Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών», Το Βήμα του Ασκληπιού, τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 1-7.
37. Κωνσταντινοπούλου Α. Η διερεύνηση της συναισθηματικής νοημοσύνης, της οργανωτικής δέσμευσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Κοργαλένιο – Μπενάκειο ΕΕΣ και του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών Η ΣΩΤΗΡΙΑ. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Σπάρτης, 2013.
38. Λεβέντης, Α. Διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης. Μεταπτυχιακή Εργασία. Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών οργανωση και διοικηση δημόσιων υπηρεσιων, οργανισμων και επιχειρησεων. Πανεπιστημιο πελοποννησου τμημα οικονομικων επιστημων.τριπολη,2009.
39. Μαγγιάρου Β. Η επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού. Ινστιτούτο Αστυνομικών Μελετών Επιμόρφωσης και Τεκμηρίωσης, www.inamete.gr, Μάρτιος 2006.
40. Μαγγούλια Π. Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Διδακτορική Διατριβή, 2011.
41. Μακρής, Μ., Θεοδώρου, Ν. Middleton. Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 2011, 28(2):234-244.
42. Μακρυνίκα Ε., Ρεκλείτη Μ., Ρούπα Ζ. Διαταραχές ύπνου σε νοσηλευτές κυκλικού ωραρίου: βιβλιογραφική ανασκόπηση. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας, τόμος 5, τεύχος 2 (40-48) 2013.
43. Μάρκου Π. Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό

- προσωπικό των νοσοκομείων. Επιθεώρηση Υγείας 2005, 16:21–25.
44. Μαυρίδου, Α. Θ. (2012). Διερεύνηση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό Γενικών Νοσοκομείων, Διδακτορική Διατριβή για τη Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, <http://invenio.lib.auth.gr/record/129365/files/GRI-2012-8795.pdf>.
 45. Μισουρίδου Ευδοκία .Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2009, 48(4): 358–366.
 46. Μισουρίδου, Ευ. (2009). «Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική», Νοσηλευτική 48 (4), 358–366.
 47. Μιχαλοπούλου Α. Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Νοσηλευτική 2003, 42:293–298.
 48. Μπαλτζή, Ε., Χαρή-Παπαϊωάννου, Φ., Πολυκανδριώτη, Μ., Γουρνή, Μ., Χαραλάμπους, Γ. (2012). «Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του γενικού νοσοκομείου Λάρνακας Κύπρου», Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 11, τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 531-548.
 49. Μπάμπαλου Χριστίνα¹, Θανασιάς Ευθύμιος² και Μακρόπουλος Βασίλειος³ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ: ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ *hugeia@ergasia* 3(3): 145-174.
 50. Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ. (2007). «Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24 (1), Συμπληρωματικό τεύχος, 75-84.
 51. Μπρεζεράκος Π. Διερεύνηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Σπάρτης, 2012.
 52. Νούλα Μ.1, Μουχάκη Σ.2, Αργυροπούλου Δ.2, Υφαντή Ε.3, Κυριακίδου Β.2 , Τσιρίγκα Σ.3, Γκεσούλη Ε.4. Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας. *Interscientific Health Care* (2010) Τόμος 2, Τεύχος2, 99-103.
 53. Νούλα Μ.1, Μουχάκη Σ.2, Αργυροπούλου Δ.2, Υφαντή Ε.3, Κυριακίδου Β.2 , Τσιρίγκα Σ.3, Γκεσούλη Ε.4 Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας *Interscientific Health Care* (2010) Τόμος 2, Τεύχος2, 99-103
 54. Ντάτσης Α, Χανιά Μ, Ρογδάκης Α, Τραγούδα Ε, Γερόλυμος Μ, Κέκελος Σ και συν. Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον. Πρακτικά 9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα, 2005.
 55. Οργανοπούλου Μαρία. Διερεύνηση αυτοεκτίμησης άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε Νοσοκομεία της Περιφέρειας. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία Ιούλιος 2013
 56. Παναγιώτα Κοπανιτσάνου , Παναγιώτα Σουρτζή: Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο. Ανασκόπηση των ελληνικών ερευνών.

- ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2007, 46(1):65–76.
57. Παναγοπούλου Γ, Στεφανοπούλου Μ. Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού, συσχέτισή της με τη φυσική και ψυχική ευεξία του και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ίδιους. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, 2005.
 58. Παπαδοπούλου Κ, Χριστογιώργος Σ, Ζαχαριάς Β, Τσιάντης Ι. Ανάγκες υποστήριξης και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού. Η εμπειρία των εργαζομένων στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις». Τετράδια Ψυχιατρικής 1997, 57:84–89.
 59. Παππά, Ε. Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ. (2008). «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.
 60. Πέλεχας Ε., Αντωνιάδης Α. Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2013, 30(3):325-334.
 61. Ραφτόπουλος Β., Χαραλάμπους Α., Παυλάκης Α., Σάββα Ν. Επαγγελματική εξουθένωση και κόπωση των νοσηλευτών: παγκόσμια έρευνα. 17ο παγκύπριο συνέδριο νοσηλευτικής και μαιευτικής. 11-12 Νοεμβρίου 2010.
 62. Ρούπα Ζ., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλα Γ., Σαπουντζή – Κρέπια, Κοτρώτσιου Ε. Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίηση από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. Νοσηλευτική. 7(2):247-255, 2008.
 63. Σιουρούνη Ε, Θεοδώρου Μ, Χόνδρος Π.. Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Επιθεώρηση Υγείας 2006, 17:31–35.
 64. Σταμάτη Α. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης: Μια πρόκληση για τον κόσμο της εργασίας. Ημερίδα, Αθήνα, 2004, Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Εργασιακών Σχέσεων – European Industrial Relations Observatory.
 65. Σταυροπούλου Αρετή¹, Παπαδάκη Ευαγγελία², Φτυλάκη Αγγελική², Καμπά Ευρυδίκη³. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnoutsyndrome): Κατανόηση και πρόωμη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 9ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2010.
 66. Σταύρου Σ, Αναγνωστόπουλος Φ. Επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του ΕΚΑΒ και ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών. Επιθεώρηση Υγείας 2005, 16:11–25.
 67. Τιτομιχλάκη Μ, Καφετζάκης Β, Καραμαλάκη Μ, Χανιωτάκης Α. Κόπωση επαγγελματιών υγείας. Ιατρικά Χρονικά 2006, 29:242–248.
 68. Τούκας Δ και Τούκα. Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 28, τεύχος 1 σελ 20-26, 2011.
 69. Τσάκωνας Α, Μάμας Θ. Επαγγελματική εξουθένωση στελεχών γενικού νοσοκομείου και η αντιμετώπισή της. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, 2005.
 70. Τσόφλιας Γ. Εργασιακό στρες: θεωρητική προσέγγιση και τρόποι

- αντιμετώπισης του. Προπτυχιακή Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Σπάρτης, 2013.
71. Υφαντή Ε., Ζαγκότση Μ., Γκέτσιος Ι., Αρμάγος Π., Υφαντής Α., Χαραλαμποπούλου Μ. Αξιολόγηση της ποιότητας ύπνου σε επαγγελματίες υγείας του γενικού νοσοκομείου Καρπενησίου. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας, τόμος 3, τεύχος 3 106-112, 2011.
 72. Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ. Παράγοντες κινδύνου και ασφάλειας στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. *Interscientific Health Care* (2010) Τόμος 2, Τεύχος 2, 64-72.
 73. Χαχούδη Α, Νιάκας Δ. Επαγγελματική εξουθένωση στα επαγγέλματα υγείας: Η περίπτωση δείγματος νοσηλευτών των νοσοκομείων της Θεσσαλίας. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, 2005.

From: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ [agathanas79@hotmail.gr]
Sent: Tuesday, 11 June 2013 12:52 AM
To: Peter Winwood
Subject: ASKING FOR APPROVAL
HONARBLE MR P.W. ,

MY NAME IS ATHANASOPOULOU GEORGIA AGGELIKI.I AM A NURSE IN THE ICU OF THE GENERAL HOSPITAL OF KALAMATA IN PELOPONNESE, IN GREECE.I AM A GRATUATED STUDENT IN THE MASTER DEGREE OF THE DEPARTMENT OF NURSING SCHOOL OF SPARTA, OF THE UNIVERSITY OF PELOPONNESE.THE COURSE IS ENTITLED:"MANAGMENT OF HEALTH ORGANIZATIONS AND CRISIS MANAGMENT". I AM INTEREST IN YOUR ARTICLE ENTITLED:"Work related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork.". I WOULD LIKE TO HAVE MORE INFORMATION ABOUT THE TOOL YOU USED AND TO HAVE THE APPROVAL TO USE IT IN MY RESEARCH,TOO.IF IS POSSIBLE I WOULD LIKE TO SENT ME THE FULL QUESTIONNAIRE BY E MAIL.AS SOON AS I GET YOUR REPLAY I WOULD BE ABLE TO SENT YOU AN OFFICIAL LETTER OF MY SUPERVISION PROFESSOR MS STYLIANI TZIAFERI.

I AM VERY INTERESTED IN YOUR ARTICLE NOT ONLY BECAUSE OF MY STUDIES BUT ALSO BECAUSE OF THE DEPARTMENT I AM WORKING IN.I BELEIVE THAT IS AN IMPORTANT ISSUE ABOUT ALL HEALTH WORKERS AND IN GREECE OF ECONOMIC CRISIS I WOULD LIKE TO STUDY THAT.

WITH RESPECT,

ATHANASOPOULOU GEORGIA AGGELIKI

From: Peter.Winwood@unisa.edu.au
To: agathanas79@hotmail.gr
Date: Tue, 11 Jun 2013 11:29:11 +0930
Subject: RE: ASKING FOR APPROVAL

Hello Athana

Thank you for your enquiry about the OFER scale.

If you want to use the OFER scale in your work would you like to assist with developing an **official Greek language version** of it?

This is how it would work.

I would send you the English version of the scale and you would work with someone whose first language is Greek but who speaks English to Translator standard to make a translation into Greek (the forward translation).

You send that back to me, and I have someone whose first language is English but who speaks Greek to Translator standard to review the forward translation and make any corrections or amendments (the back translation). This then becomes the official Greek version of the scale.

You would then be free to use this version in your research free of charge.

Please note however, that the copyright for the Greek language would remain mine and anyone else who wanted to use it would have to have permission.

If this is agreeable to you, please write back and I will send the English version to you to do the forward translation.

Kind regards

Dr Peter Winwood.

From: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ [agathanas79@hotmail.gr]
Sent: Friday, 28 June 2013 5:02 PM
To: Peter Winwood
Subject: RE: ASKING FOR APPROVAL
MR WINWOOD GOODMORNING,
THANK YOU AGAIN ABOUT THE APPROVAL. WE AGREE ABOUT THE METHOD YOU WANT TO FOLLOW TO STANDARIZE THE TOOL IN GREEK AND YOU HAD THE SAME THINK IN MIND. WE ACCEPT ALL YOUR WISHES ABOUT THE COPYRIGHT AND WE WILL SENT YOU A FORMAL LETTER FOR ACCEPTANCE WITH ALL THE DETAILS OF OUR RESEARCH AS SOON AS WE COMPLITE THE PROTOCOL. PLEASE SEND ME AS SOON AS POSSIBLE THE ENGLISH VERSION OF THE OFFER SCALE TO BEGIN WORKING.
THANK YOU VERY MUCH AGAIN AND WE WILL BE IN TOUCH.
WITH RESPECT,
ATHANASOPOULOU GEORGIA AGGELIKI

Από: Peter Winwood (Peter.Winwood@unisa.edu.au)
Εστάλη: Παρασκευή, 28 Ιουνίου 2013 1:54:08 μμ
Προς: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ (agathanas79@hotmail.gr)
1 συνημμένο
OFER Scale (State and Trait Versions) Manual(2013).doc (1748,3 KB)
Hi Athana
The attached file includes both the State and Trait versions of the OFER scale.
Other material, including citations of studies that have used it, etc. are included
Best wishes
Peter W

Από: Peter Winwood (Peter.Winwood@unisa.edu.au)
Εστάλη: Πέμπτη, 8 Αυγούστου 2013 2:49:28 μμ
Προς: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ (agathanas79@hotmail.gr)
1 συνημμένο
OFER 15 State & Trait Greek.doc (116,5 KB)
Hello Again
The translator's opinion is that the translation has been done very well.
There have been a few small changes only.
HOWEVER
The official Greek version is now finished and I have attached the copy for you.
Good luck with your research.
Peter W

Από: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ (agathanas79@hotmail.gr)

Εστάλη: Σάββατο, 17 Αυγούστου 2013 3:19:44 πμ

Προς: Peter Winwood (peter.winwood@unisa.edu.au)

1 συνημμένο

PIRI TELIKH METAFRASI.docx (26,1 KB)

Dr Winwood,

sorry for the delay but I had a busy skegual at work because of the summer holidays and the orthodox

celebration of the 15th of August.

I send you the final translation(the last part included).I did my very best, but the form was not so easy to

reform.

Thank you very much. I am waiting for your reply.

With Respect,

Athanasopoulou G. Aggeliki

Από: Peter Winwood (Peter.Winwood@unisa.edu.au)

Εστάλη: Σάββατο, 17 Αυγούστου 2013 6:04:21 πμ

Προς: agathanas79@hotmail.gr

Well done

I'll get it to the translator on Tuesday.

Peter W

Από: Peter Winwood (Peter.Winwood@unisa.edu.au)

Εστάλη: Δευτέρα, 2 Σεπτεμβρίου 2013 8:54:51 πμ

Προς: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ (agathanas79@hotmail.gr)

1 συνημμένο

PIRI Scale Greek.pdf (414,5 KB)

HI there

Sorry for the delay, I've been in Singapore this last week, and only just returned.

My Greek Translator confirms that the forward translation was fine.

So the attached file represents the final and official Greek version of the PIRI scale

Many thanks for your assistance.

Please let me know how your research goes, and good luck with that.

Regards

Peter Winwood



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ -
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ
ΠΑΤΡΑ 20/11/2013

Αριθμ. Πρωτ. 19271

ΠΡΟΣ:

κ. Αθανασοπούλου Γεωργία Αγγελική
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΜΠΣ
Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Πελ/νήσου

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: Το με ημερομηνία 31.10.2013 αίτημά σας

Σε απάντηση του παραπάνω εγγράφου σας, επιτρέπουμε τη συλλογή των απαιτούμενων ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας σας με θέμα: «Στάθμιση δύο εργαλείων: Της Κλίμακας Επαγγελματικής Κόπωσης/Εξουθένωσης και Ανάρρωσης (OFER) και του Δείκτη Ψυχολογικού Τραύματος (PIRI) σε εργαζόμενους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Γενικών Νοσοκομείων της 6^{ης} ΥΠΕ Πελοποννήσου –Ιονίων Νήσων – Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας» με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Α. ΚΑΤΣΙΒΕΛΑΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ
- Γ.Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ (με την παράκληση ενημέρωσης και της Ν.Μ. Μολάων)
- Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ (με την παράκληση ενημέρωσης και της Ν.Μ. Κυπαρισσίας)
- Γ.Ν.ΗΛΕΙΑΣ

1st International Conference of Community & Public Health Nursing:
Research, Education and Practice



14-16
November
2013

Saturday, November 16th 2013 **Hall Olympia 2**

Session 14: Lecture
Chair: **Elisabeth Patiraki**

10.00 - 10.30 Health promotion at the workplace. The role of occupational health nurse
Panagiota Sourtzi

Session 15: Lecture
Chair: **Elisabeth Patiraki**

10.30 - 11.00 Occupational health nursing in the European Union
Styliani Tziaferi

Session 16: Occupational Health Nursing
Chair: **Styliani Tziaferi**

11.00 - 11.30 Validation in Greek of Occupational Fatigue and Recovery Scale (OFER) and risk of Psychological Trauma Index (PIRI) applied on health workers in hospitals emergency departments of 6th Health District
Aggeliki Athanasopoulou

11.30 - 12.00 **Coffee Break**

Session 17: Education and Public Health
Chair: **Panagiota Sourtzi**

12.00 - 13.15 Nursing Education and Research in Public health
Athena Kalokerinou

Community nurses could limit health inequalities related to deafness: are they ready?
Venetia-Sofia Velonaki

Research of psychological interventions to the detection and change of smoking and alcohol use in students
Effrosyni Barmpagianni

12 Athens, Greece Royal Olympic Hotel



θα χορηγηθούν
Μόρια
Συνεχιζόμενης
Εκπαίδευσης

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ
ΑΡΧΕΓΟΝΟ ΚΥΤΤΑΡΟ ΑΙΜΑΤΟΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ
ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΑ
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΚΑΛΑΜΑΤΑ

ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ & Π.Φ.Υ.
ΤΟΥ Ε.Σ.Ν.Ε.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

Σύγχρονη Νοσηλευτική

Αιματολογικά Νέα
9^{ος} κύκλος

20 @ 21
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2014
Συνεδριακό Κέντρο
Ξενοδοχείου Elite
ΚΑΛΑΜΑΤΑ

Πάντων χρημάτων μέτρον ἀνθρώπος

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



➔ *Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2014*

Θέματα για την Υγιεινή και Ασφάλεια στην εργασία με την επιστημονική υποστήριξη του Τομέα Κοινωνικής Νοσηλευτικής / Π.Φ.Υ. του Ε.Σ.Ν.Ε.

11:00-13:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ <i>Συντονιστές: Στυλιανή Τζιαφέρη, Πέτρος Κολοβός</i>	
11:00-11:30	Νοσηλευτική επαγγελματικής υγείας στην Ε.Ε.	<i>Στυλιανή Τζιαφέρη</i>
11:30-12:00	Αναγνώριση παραγόντων που διαταράσσουν την ποιότητα ζωής στους εργαζόμενους στον τομέα υγείας	<i>Μαρία Χανιά</i>
12:00-12:30	Πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό	<i>Φωτεινή Τολίκα</i>
12:30-13:00	Επιπτώσεις της εργασίας με βάρδιες στον ανθρώπινο οργανισμό	<i>Άννα Κορομπέλη</i>
<hr/>		
13:00-13:30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	
<hr/>		
13:30-15:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ <i>Συντονιστές: Σοφία Ζυγά, Μαρία Χαρχαρίδου</i>	
13:30-14:00	Διαχείριση της ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας στις Υπηρεσίες Υγείας	<i>Αριστοτέλης Κοΐνης</i>
14:00-14:30	Εκτίμηση επαγγελματικής εξουθένωσης & ψυχολογικού τραύματος σε εργαζόμενους σε τμήμα επειγόντων	<i>Γεωργία Αγγελική Αθανασοπούλου</i>
	Επίδραση κυκλικού ωραρίου στην ποιότητα ύπνου και στις διαταραχές πεπτικού συστήματος σε επαγγελματίες υγείας	<i>Καίτη Κόκκαλη</i>
14:30-15:00	Προφυλάξεις από τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στο χώρο του νοσοκομείου	<i>Δημήτρης Παπαγεωργίου</i>

20 @ 21 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2014, ΚΑΛΑΜΑΤΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»



Αγαπητέ συνάδελφε,

Στα πλαίσια της διπλωματικής μεταπτυχιακής μου εργασίας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκησης Οργανισμών Υγείας και Διαχείρισης Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, διεξάγω μια μελέτη για τη: **«Στάθμιση δύο εργαλείων: της Κλίμακας Επαγγελματικής Κόπωσης/Εξουθένωσης και Ανάρρωσης (OFER) και του Δείκτη Ψυχολογικού Τραύματος (PIRI) σε εργαζόμενους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Γενικών Νοσοκομείων της 6^{ης} Υ.ΠΕ Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας»** Η μελέτη αυτή αφορά σε επαγγελματίες υγείας: νοσηλευτές όλων των βαθμίδων και ειδικοτήτων, ιατρών αλλά και βοηθητικό προσωπικό: βοηθοί θαλάμου, τραυματιοφορείς που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Γενικών Νοσοκομείων της 6^{ης} Υ.ΠΕ Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και συγκεκριμένα στα γενικά νοσοκομεία/Ν Μονάδες: **Μεσσηνίας (Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Ν Μ Κυπαρισσίας), Αρκαδίας-Γ Ν Τρίπολης, Γ Ν Ηλείας-Γ Ν Πύργου, Γ Ν Λακωνίας-Γ Ν Σπάρτης και Ν Μ Μολάων.** Η 6^η Υ.ΠΕ Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας έχει χορηγήσει την απαιτούμενη άδεια για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν, αλλά θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10 λεπτά. Κυκλώστε τους αριθμούς που δηλώνουν την απάντησή σας σε κάθε ερώτηση. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας.

Ονομάζομαι **Αθανασοπούλου Γεωργία Αγγελική** και είμαι υπεύθυνη για τη συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν στην εν λόγω μελέτη. Το όνομα, η διεύθυνση εργασίας, οικίας, το τηλέφωνο και η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) μου στα οποία μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία είναι τα εξής:

Αθανασοπούλου Γεωργία Αγγελική

ΠΕ Νοσηλεύτρια, Msc(c)

Διεύθυνση Εργασίας: ΜΕΘ, ΓΝ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ,

Αντικάλαμος, 24100, Καλαμάτα

Διεύθυνση Οικίας: Μαιζώνος 97, 24100, Καλαμάτα

Τηλέφωνο: 2721 0 92957 Κινητό: 6946508473

Email: agathanas79@hotmail.gr

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου συλλέγονται κάποια γενικά δημογραφικά δεδομένα καθώς και στοιχεία σχετικά με την εργασία και καθημερινές συνήθειες του ερωτώμενου. Παρακαλώ σημειώστε με ένα √ την απάντηση που αντιπροσωπεύει την κατάστασή σας.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακαλούμε πολύ, συμπληρώστε τα παρακάτω:

Ατομικά χαρακτηριστικά:

ΦΥΛΟ : Άντρας

Γυναίκα

ΗΛΙΚΙΑ:

Οικογενειακή κατάσταση:

Σημειώστε ποιο από τα παρακάτω ισχύει:

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Άλλο

Αριθμός παιδιών (αν υπάρχουν):

Τα παιδιά είναι ανήλικα;

Έχετε εσείς την ευθύνη των παιδιών;

Εκπαιδευτικό προφίλ:

Σημειώστε ποιο από τα παρακάτω ισχύει με **ΝΑΙ** ή **ΟΧΙ**

Είμαι απόφοιτος/ή Δημοτικού:

Είμαι απόφοιτος/ή Γυμνασίου:

Είμαι απόφοιτος/η Λυκείου:

Είμαι απόφοιτος/η ΤΕΙ:

Είμαι απόφοιτος/η ΑΕΙ:

Διαθέτω Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης:

Διαθέτω Διδακτορικό Δίπλωμα:

Διαθέτω τίτλο νοσηλευτικής ειδικότητας. Αν ναι, σημειώστε ποιον.....

Διαθέτω δεύτερο πτυχίο. Αν ναι, σημειώστε ποιο.....

Εθνικότητα

Ελληνική: Άλλη. Σημειώστε χώρα

Επαγγελματικό προφίλ:

Σημειώστε την έδρα του νοσοκομειακού που εργάζεστε:

Κωμόπολη: Σημειώστε ποια

Πόλη: Σημειώστε ποια

Σημειώστε ποια είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή

Διευθυντής

Επιμελητής Α.....

Επιμελητής Β.....

Ειδικευόμενος Ιατρός.....

Αγροτικός Ιατρός.....

Προϊστάμενος/η Νοσηλευτικού Τμήματος ή Μονάδας

Υπεύθυνος/η Νοσηλευτικού Τμήματος ή Μονάδας:

Νοσηλεύτης/τρια:

Βοηθός Θαλάμου:

Τραυματιοφορέας:

Σημειώστε πόσα είναι τα έτη προϋπηρεσίας σας:

.....

Σημειώστε πόσα χρόνια εργάζεστε στο τωρινό τμήμα:

.....

Σημειώστε πόσοι ασθενείς σας αναλογούν στην πρωινή βάρδια:

.....

Σημειώστε πόσοι ασθενείς σας αναλογούν στην απογευματινή βάρδια:

.....

Σημειώστε πόσοι ασθενείς σας αναλογούν στη νυχτερινή βάρδια:

.....

Παρακαλούμε, δηλώστε το βαθμό, στον οποίο σας εκφράζει κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα από το 0 έως το 4, όπου το 0 αντιστοιχεί στο «καθόλου», το 1 στο «λίγο», το 2 στο «μέτρια», το 3 στο «πολύ», το 4 στο «πάρα πολύ»:

3. Οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στον εαυτό σας;

- 0 Καθόλου
- 1 Λίγο
- 2 Μέτρια
- 3 Πολύ
- 4 Πάρα πολύ

4. Οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην οικογένειά σας;

- 0 Καθόλου
- 1 Λίγο
- 2 Μέτρια
- 3 Πολύ
- 4 Πάρα πολύ

5. Οι οικογενειακές υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας;

- 0 Καθόλου
- 1 Λίγο
- 2 Μέτρια
- 3 Πολύ
- 4 Πάρα πολύ

10. Σήμερα κάνετε χρήση ουσιών (αλκοόλ, ψυχοδραστικές ουσίες, φάρμακα);
Αναφέρατε ποια

.....

11. Στο παρελθόν κάνατε χρήση ουσιών (αλκοόλ, ψυχοδραστικές ουσίες,
φάρμακα); Αναφέρατε ποια

.....

12. Υπήρξαν φορές που η συναισθηματική σας κατάσταση σας ώθησε στη λήψη
άδειας;

ΝΑΙ.....

ΟΧΙ.....

Προσδιορίστε τη συναισθηματική κατάσταση (π.χ. ανησυχία, υπερένταση, φόβοι ή
άλλο).....

13. Υπήρξαν φορές που η σωματική σας κατάσταση σας ώθησε στη λήψη άδειας;

ΝΑΙ.....

ΟΧΙ.....

Προσδιορίστε τη σωματική κατάσταση (π.χ. κόπωση, μυϊκός πόνος, ταχυκαρδίες,
ίλιγγοι ή άλλο)

.....

14. Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ την εβδομάδα;

.....

15. Θεωρείτε ότι γενικά κοιμάστε **ικανοποιητικά** και όταν ξυπνάτε αισθάνεστε
ξεκούραστοι;

.....

.....

Β' ΜΕΡΟΣ

Σε αυτό το μέρος συλλέγονται στοιχεία για την κόπωση και τη δυνατότητα ανάρρωσης/ξεκούρασης των εργαζομένων με βάρδιες.

ΟΦΕΡ15 ΓΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ -ΒΑΡΔΙΑΣ

12) ΑΚΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝ ΕΙΜΑΙ ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΒΑΡΔΙΑ , ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΝΕΩΜΕΝΟΣ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΑΡΧΙΣΩ ΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΒΑΡΔΙΑ.	0	1	2	3	4	5	6
13) ΣΠΑΝΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΝΩ ΟΛΗ ΜΟΥ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΒΑΡΔΙΕΣ.	0	1	2	3	4	5	6
14) ΤΟ ΝΑ ΣΥΝΕΡΧΟΜΑΙ ΑΠΟ ΚΟΠΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΒΑΡΔΙΩΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΓΙΑ ΕΜΕΝΑ.	0	1	2	3	4	5	6
15) ΣΥΧΝΑ ΝΙΩΘΩ ΑΚΟΜΗ ΚΟΥΡΑΣΗ ΑΠΟ ΜΙΑ ΒΑΡΔΙΑ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ.	0	1	2	3	4	5	6
1) ΣΥΧΝΑ ΝΙΩΘΩ ΟΤΙ <<ΕΧΩ ΦΤΑΣΕΙ ΣΤΑ ΟΡΙΑ ΜΟΥ>> ΜΕ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ.	0	1	2	3	4	5	6
2) ΣΥΧΝΑ ΤΡΕΜΩ ΣΤΗΝ ΙΔΕΑ ΟΤΙ ΘΑ ΞΥΠΝΗΣΩ ΓΙΑ ΑΛΛΗ ΜΙΑ ΜΕΡΑ ΔΟΥΛΕΙΑΣ.	0	1	2	3	4	5	6
3) ΣΥΧΝΑ ΑΝΑΡΩΤΙΕΜΑΙ ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΩ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ.	0	1	2	3	4	5	6
4) ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ ΝΙΩΘΩ ΟΤΙ ΑΠΛΑ<< ΖΩ ΓΙΑ ΝΑ ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ>>.	0	1	2	3	4	5	6
5) ΕΧΟΥΝ ΠΟΛΛΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ.	0	1	2	3	4	5	6
6) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΟΥ, ΜΟΥ ΕΧΕΙ ΑΠΟΜΕΙΝΕΙ ΛΙΓΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ.	0	1	2	3	4	5	6
7) ΣΥΝΗΘΩΣ ΝΙΩΘΩ ΕΞΟΥΘΕΝΩΜΕΝΟΣ ΟΤΑΝ ΓΥΡΙΖΩ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ.	0	1	2	3	4	5	6
8) Η ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ, ΜΟΥ ΡΟΥΦΑΕΙ ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΜΟΥ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ.	0	1	2	3	4	5	6
9) ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΧΩ ΠΟΛΥ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΔΩΣΩ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΥΣ.	0	1	2	3	4	5	6
10) ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΧΩ ΑΠΟΜΕΙΝΕΙ ΑΡΚΕΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΓΙΑ ΧΟΜΠΙ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΑΦΟΥ ΤΕΛΕΙΩΣΩ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ.	0	1	2	3	4	5	6
11) ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΡΚΕΤΟ ΧΡΟΝΟ ΜΕΤΑΞΥ ΒΑΡΔΙΩΝ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΩ ΕΝΤΕΛΩΣ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΜΟΥ.	0	1	2	3	4	5	6

Η ΕΚΔΟΣΗ <<ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ>> ΤΗΣ ΟΦΕΡ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

<u>ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ</u>							
<u>(ΟΦΕΡ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ)(CF)</u>							
ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ							
<u>ΣΗΜΕΡΑ (Η ΕΧΤΕΣ)</u>							
ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΕΝΑ ΝΟΥΜΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟ 0-6: “ΔΙΑΦΩΝΩ ΚΑΘΕΤΑ” ΕΩΣ “ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΟΙΤΑ” ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΠΙΣΗΜΑΙΝΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΑΣ.							
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΚΑΘΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΛΛΑ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΟΙΤΑ
1) ΕΝΙΩΘΑ ΟΤΙ <<ΕΙΧΑ ΦΤΑΣΕΙ ΣΤΑ ΟΡΙΑ ΜΟΥ>> ΣΗΜΕΡΑ.	0	1	2	3	4	5	6
2) ΕΤΡΕΜΑ ΣΤΗΝ ΙΔΕΑ ΟΤΙ ΘΑ ΞΥΠΝΗΣΩ ΓΙΑ ΑΛΛΗ ΜΙΑ ΜΕΡΑ ΔΟΥΛΕΙΑΣ.	0	1	2	3	4	5	6
3) ΑΝΑΡΩΤΙΟΜΟΥΝ ΠΟΣΟ ΘΑ ΜΠΟΡΕΣΩ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΩ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ ΣΗΜΕΡΑ.	0	1	2	3	4	5	6
4) ΕΝΙΩΘΑ ΟΤΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΩΡΑ ΣΗΜΕΡΑ<< ΖΟΥΣΑ ΓΙΑ ΝΑ ΔΟΥΛΕΥΩ>>.	0	1	2	3	4	5	6
5) ΕΙΧΑΝ ΠΟΛΛΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΜΕΝΑ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ.	0	1	2	3	4	5	6

9) ΣΗΜΕΡΑ ΕΙΧΑ ΠΟΛΥ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΝΑ ΛΟΞΟ	0	1	2	3	4	5	6
ΣΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΥΣ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (ΟΦΕΡ) ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ							
10) ΣΗΜΕΡΑ ΑΦΟΥ ΕΙΧΑ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΕΙΧΑ ΑΡΚΕΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΑΚΟΜΗ ΓΙΑ ΧΟΜΠΙ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ.	0	1	2	3	4	5	6
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΚΑΘΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΛΛΑ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΟΙΤΑ
6) ΣΗΜΕΡΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ ,ΜΟΥ ΕΙΧΕ ΑΠΟΜΕΙΝΕΙ ΛΙΓΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ.	0	1	2	3	4	5	6
7) ΣΗΜΕΡΑ ΕΝΙΩΘΑ ΕΞΟΥΘΕΝΩΜΕΝΟΣ/Η ΟΤΑΝ ΕΠΕΣΤΡΕΨΑ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ.	0	1	2	3	4	5	6
8) ΣΗΜΕΡΑ Η ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ ΡΟΥΦΗΞΕ ΟΛΗ ΜΟΥ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ.	0	1	2	3	4	5	6

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ							
(ΟΦΕΡ)ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ (R)							
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΚΑΘΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΛΛΑ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
11) ΕΧΤΕΣ ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΑΡΚΕΤΗ ΩΡΑ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΩ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΜΟΥ ΕΝΤΕΛΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ.	0	1	2	3	4	5	6
12) ΑΝ ΚΑΙ ΗΜΟΥΝ ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ/Η ΧΘΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ, ΗΜΟΥΝ ΠΛΗΡΩΣ ΑΝΑΝΕΩΜΕΝΟΣ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΕΙ Η ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΗΜΕΡΑ.	0	1	2	3	4	5	6
13) ΧΘΕΣ ΔΕΝ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΑ ΟΛΗ ΜΟΥ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ.	0	1	2	3	4	5	6
14) ΤΟ ΝΑ ΣΥΝΕΛΘΩ ΑΠΟ ΤΗ ΚΟΥΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΘΕΣΙΝΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΓΙΑ ΕΜΕΝΑ ΣΗΜΕΡΑ.	0	1	2	3	4	5	6
15) ΧΘΕΣ ΕΝΙΩΘΑ ΑΚΟΜΗ ΚΟΥΡΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ ΟΤΑΝ ΞΕΚΙΝΗΣΑ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ ΣΗΜΕΡΑ.	0	1	2	3	4	5	6

Γ' ΜΕΡΟΣ

Σε αυτό το μέρος συλλέγονται στοιχεία ψυχολογικού τραυματισμού σε εργαζόμενους με βάρδιες

ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ (PIRI) © Peter C Winwood 2009

ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ ΠΕΝΤΕ ΤΜΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΡΩΤΟΥΝ ΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΣΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΜΗΝΩΝ.

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕΧΡΙ ΠΟΙΟ ΣΗΜΕΙΟ ΝΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ ΙΣΧΥΟΥΝ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΚΥΚΛΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΝΟΥΜΕΡΟ 0-6 ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΔΕΞΙΑ.

ΜΕΡΟΣ Α

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΠΩΣ ΕΙΝΑΙ Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΜΗΝΑ Η ΤΟΥ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ.

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΚΑΘΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΛΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΛΛΑ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1) ΚΑΝΩ 30 ΛΕΠΤΑ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΟΚΟΙΜΗΘΩ ΟΤΑΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ.	0	1	2	3	4	5	6
2) ΞΥΠΝΑΩ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΠΡΩΙΝΕΣ ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΕΥΟΜΑΙ ΝΑ ΞΑΝΑΚΟΙΜΗΘΩ.	0	1	2	3	4	5	6
3) ΕΙΧΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΞΥΠΝΙΟΣ ΟΤΑΝ ΟΔΗΓΟΥΣΑ Η ΤΡΩΓΟΝΤΑΣ Η ΚΑΝΟΝΤΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ.	0	1	2	3	4	5	6
4) ΗΤΑΝ ΔΥΣΚΟΛΟ ΓΙΑ ΕΜΕΝΑ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΩ ΕΝΘΟΥΣΙΑΣΜΕΝΟΣ ΟΤΑΝ ΤΕΛΕΙΩΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ, ΛΟΓΩ ΚΟΥΡΑΣΗΣ.	0	1	2	3	4	5	6
5) ΞΥΠΝΑΩ ΤΟ ΠΡΩΙ ΝΙΩΘΟΝΤΑΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΜΕΝΟΣ.	0	1	2	3	4	5	6
6) ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΟΙ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΥΠΝΟΥ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΚΑΚΕΣ	0	1	2	3	4	5	6

ΜΕΡΟΣ Α:

ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ:

(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ)

ΜΕΡΟΣ Β

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΛΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΣΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΩΝ ΒΑΡΔΙΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Η ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΚΑΘΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΛΛΑ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
7) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΔΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΠΑΝΙΑ ΕΙΜΑΙ ΠΛΗΡΩΣ ΑΝΑΝΕΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΞΕΚΙΝΗΜΑ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΒΑΡΔΙΑΣ.	0	1	2	3	4	5	6
8) ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΡΚΕΤΗ ΩΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΒΑΡΔΙΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΩ ΕΝΤΕΛΩΣ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΜΟΥ.	0	1	2	3	4	5	6
9) ΣΠΑΝΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΜΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΒΑΡΔΙΩΝ.	0	1	2	3	4	5	6
10) ΤΟ ΝΑ ΣΥΝΕΛΘΩ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΟΥΡΑΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΒΑΡΔΙΩΝ, ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.	0	1	2	3	4	5	6
11) ΣΥΧΝΑ ΝΙΩΘΩ ΚΟΥΡΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΒΑΡΔΙΑ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΕΡΘΕΙ Η ΣΤΙΓΜΗ ΓΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΩ ΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ	0	1	2	3	4	5	6

ΜΕΡΟΣ Β:

ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ:

(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ)

ΜΕΡΟΣ Γ

ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΟ ΝΟΥΜΕΡΟ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΠΟΣΟ ΑΛΗΘΕΙΣ ΗΤΑΝ ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΤΡΙΩΝ ΜΗΝΩΝ.

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΚΛΟΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΛΛΑ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
12)ΕΧΩ ΕΝΟΧΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΑΝΑΜΝΗΣΕΙΣ Η ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΕΓΟΝΟΤΟΣ/ΤΩΝ ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΤΑ ΣΚΕΦΤΟΜΑΙ.	0	1	2	3	4	5	6
13)ΕΧΩ ΦΡΟΝΤΙΣΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΙΣΩΣ ΜΟΥ ΘΥΜΙΖΟΥΝ ΤΟ ΓΕΓΟΝΟΣ.	0	1	2	3	4	5	6
14)ΕΧΩ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΜΟΥ ΘΥΜΙΖΟΥΝ ΤΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΠΧ ΕΝΤΟΝΟΥΣ ΧΤΥΠΟΥΣ ΚΑΡΔΙΑΣ, ΕΦΙΔΡΩΣΗ	0	1	2	3	4	5	6

15)ΕΧΩ ΧΑΣΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΕΝΑ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΜΟΥ(ΠΧ ΧΟΜΠΙ, ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ).	0	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---	---

21)ΕΧΩ ΓΙΝΕΙ ΠΙΟ <<ΝΕΥΡΙΚΟΣ>> Η ΜΕ ΕΚΠΛΗΣΣΟΥΝ ΠΙΟ ΕΥΚΟΛΑ ΟΙ ΞΑΦΝΙΚΟΙ Η ΑΠΡΟΣΜΕΝΟΙ ΗΧΟΙ Η ΞΑΦΝΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΚΟΝΤΑ ΣΕ ΕΜΕΝΑ.	0	1	2	3	4	5	6
ΑΠΑΝΤΗΣΩ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΠΟΥ ΣΥΝΗΘΙΖΑ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΑ.							
18)ΗΜΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ Η ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ.	0	1	2	3	4	5	6
19)ΕΧΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΟ ΝΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΝΟΜΑΙ ΚΑΝΟΝΙΚΑ.	0	1	2	3	4	5	6
20)ΕΧΩ ΠΙΑΣΕΙ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΝΑ ΕΙΜΑΙ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΟΣ Η ΣΕ <<ΕΠΙΦΥΛΑΚΗ>> ΑΚΟΜΗ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΥΠΗΡΧΕ ΕΜΦΑΝΗΣ ΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΝΑ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ ΕΙΜΑΙ.	0	1	2	3	4	5	6

ΜΕΡΟΣ Γ:
ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ:

(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ)

ΜΕΡΟΣ Δ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΕΝΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΣΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΟΠΩΣ ΤΗΝ ΕΧΕΙΣ ΖΗΣΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΜΗΝΩΝ.

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΚΑΘΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΛΛΑ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
22)ΣΥΧΝΑ ΝΙΩΘΩ ΟΤΙ <<ΕΧΩ ΦΤΑΣΕΙ ΣΤΑ ΟΡΙΑ ΜΟΥ>> ΜΕ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ.	0	1	2	3	4	5	6
23)ΣΥΧΝΑ ΤΡΕΜΩ ΣΤΗΝ ΙΔΕΑ ΟΤΙ ΘΑ ΞΥΠΝΗΣΩ ΓΙΑ ΑΛΛΗ ΜΙΑ ΜΕΡΑ ΔΟΥΛΕΙΑΣ.	0	1	2	3	4	5	6
24)ΣΥΧΝΑ ΑΝΑΡΩΤΙΕΜΑΙ ΠΟΣΟ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΩ ΝΑ ΔΙΑΤΗΡΩ ΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΜΟΥ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ.	0	1	2	3	4	5	6
25)ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ ΝΙΩΘΩ ΟΤΙ <<ΖΩ ΓΙΑ ΝΑ ΔΟΥΛΕΥΩ>>.	0	1	2	3	4	5	6
26)ΕΧΟΥΝ ΠΟΛΛΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΜΟΥ	0	1	2	3	4	5	6

ΜΕΡΟΣ Δ:

ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ:

(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ)

ΜΕΡΟΣ Ε

ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΠΟΥ ΚΑΝΕΤΕ. ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΕΣΑΣ.(ΑΝ ΔΕΝ ΠΙΝΕΤΕ ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΧΙ ΣΕ ΟΛΑ)

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΚΑΘΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΛΛΑ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
27)ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΝΙΩΘΩ ΕΝΟΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΟΤΙ ΠΙΝΩ.	0	1	2	3	4	5	6
28)ΕΠΕΙΔΗ ΠΙΝΩ ΕΧΟΥΝ ΥΠΑΡΞΕΙ ΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΝΕΙ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΕΡΙΜΕΝΟΥΝ ΝΑ ΚΑΝΩ.	0	1	2	3	4	5	6
29)ΜΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΕΙ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΧΩ ΚΑΝΕΙ Η ΕΧΩ ΠΕΙ ΟΤΑΝ ΕΠΙΝΑ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ	0	1	2	3	4	5	6
30) ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΠΡΑΓΜΑ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΜΑΙ ΤΟ ΠΡΩΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΠΟΤΟ, <<ΓΙΑ ΝΑ ΒΑΛΩ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΣΕ ΕΓΡΗΓΟΡΣΗ>>.	0	1	2	3	4	5	6

ΜΕΡΟΣ Ε

ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ:

(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.

	Σελ.
Πίνακας 1. : Μείζονα και ελάσσονα κριτήρια για τη διάγνωση του ΣΧΚ.	14
Πίνακας 2: δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευσή τους.	60
Πίνακας 3: στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.	62
Πίνακας 4: στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εργασία τους.	64
Πίνακας 5: πληροφορίες που αφορούν στην σωματική άσκηση, τις καπνιστικές συνήθειες και τη χρήση ουσιών από τους συμμετέχοντες.	64
Πίνακας 6: στοιχεία που αφορούν στην λήψη άδειας από τους συμμετέχοντες για ψυχολογικούς ή/και σωματικούς λόγους καθώς και για την αντιμετώπιση του άγχους τους.	65
Πίνακας 7: κλίμακα ανάρρωσης επαγγελματικής κόπωσης και εξουθένωσης.	66
Πίνακας 8: δείκτης κινδύνου ψυχολογικού τραύματος.	69
Πίνακας 9: Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση.	70
Πίνακας 10: συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI.	71
Πίνακας 11: συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου OFER-15:	72
Πίνακας 12: συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου PIRI.	72
Πίνακας 13: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το φύλο τους.	73
Πίνακας 14: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.	74
Πίνακας 15: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.	75
Πίνακας 16: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την έδρα του νοσοκομείου που εργάζονταν.	77
Πίνακας 17: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των	78

ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την ιδιότητά τους.	
Πίνακας 18: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με τη χρήση ουσιών στο παρόν.	79
Πίνακας 19: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με τη χρήση ουσιών στο παρελθόν.	80
Πίνακας 20: οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους.	81
Πίνακας 21: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.	84
Πίνακας 22: που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ.	87
Πίνακας 23: βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων OFER-15 και PIRI ανάλογα με το αν κοιμούνται ικανοποιητικά.	88
Πίνακας 24: συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων των OFER-15 και PIRI με την ηλικία, τον αριθμό παιδιών και τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.	91
Πίνακας 25: συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων των OFER-15 και PIRI με τον αριθμό ασθενών που αναλογούν στους συμμετέχοντες σε κάθε βάρδια.	92
Πίνακας: 26: συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων των OFER-15 και PIRI με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εργασία τους.	95

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.

	Σελ.
Γράφημα 1: στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση των συμμετεχόντων.	61
Γράφημα 2: η ιδιότητα των συμμετεχόντων.	63
Γράφημα 3: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.	75
Γράφημα 4: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.	76
Γράφημα 5: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβληματική χρήση αλκοόλ» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.	77
Γράφημα 6: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με την ιδιότητά τους.	79
Γράφημα 7: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους.	82
Γράφημα 8: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ανάρρωση» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους	83
Γράφημα 9: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χρόνια κόπωση» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για συναισθηματικούς λόγους.	83
Γράφημα 10: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προβλήματα ύπνου» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για σωματικούς λόγους	85
Γράφημα 11: η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ανάρρωση» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.	86
Γράφημα 12: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χρόνια κόπωση» ανάλογα με το αν έλειψαν από την εργασία τους για σωματικούς λόγους.	86

Γράφημα 13: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ανάρρωση» ανάλογα με το αν κοιμούνται ικανοποιητικά.	89
Γράφημα 14: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής» ανάλογα με το αν κοιμούνται ικανοποιητικά.	90
Γράφημα 15: βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χρόνια κόπωση» ανάλογα με το αν κοιμούνται ικανοποιητικά	90
Γράφημα 16: συσχέτιση της διάστασης «Προβλήματα ύπνου» με τα έτη συνολικής προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.	92
Γράφημα 17: συσχέτιση της διάστασης «Χρόνια κόπωση (σήμερα)» με τον αριθμό ασθενών που αναλογούν στους συμμετέχοντες στην απογευματινή βάρδια	94
Γράφημα 18: συσχέτιση της διάστασης «Ανάρρωση (σήμερα)» με τον αριθμό ασθενών που αναλογούν στους συμμετέχοντες στην πρωινή βάρδια.	94