



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές ψυχικής
υγείας σε δομές της 6ης ΥΠΕ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ιωάννα Πικέα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Καρακατσάνη Δέσποινα, Επιβλέπουσα καθηγήτρια
Μαίρη Γείτονα, Αναπληρώτρια καθηγήτρια
Κυριάκος Σουλιώτης, Αναπληρωτής καθηγητής

Κόρινθος, 2017

Copyright © Πικέα Ιωάννα 2017.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Καρακατσάνη ,την Τίνα Πόπα και την επισκέπτρια υγείας Φανή Λαζαράκου για την σημαντική συνδρομή τους, τις νοσηλεύτριες Πλέσσα Καλή και Μπαλάσκα Κατερίνα, τον πληροφοροφικό Σπύρο Λαζαρόπουλο, τους συναδέλφους στην 6η ΥΠΕ Γιώργο Τσάπαλο και Λαμπρινή Λαχανιώτη, την προϊσταμένη των ΤΕΠ του ψυχιατρικού νοσοκομείου Τρίπολης κ. Ψυχάρη Βάσω, καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων ψυχικής υγείας της 6ης ΥΠΕ χωρίς την συμβολή των οποίων δεν θα ήταν εφικτή η εκπόνηση αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	14
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	17
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	17
1.1 Ορισμός της έννοιας.....	17
1.2 Ιστορική αναδρομή του όρου	17
1.3 Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	19
1.3.1 Το μοντέλο τριών διαστάσεων της Maslach.....	19
1.3.2 Το μοντέλο των EDELWICH & BRODSKY (1980).....	21
1.3.3 Το διαδραστικό μοντέλο του CHERNISS (1980)	24
1.3.4 Το μονοδιάστατο μοντέλο της Pines	24
1.4 Στρες και Υγεία	25
1.5 Αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων	25
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	26
2.1 Αιτιολογικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης.	26
2.2 Επιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης.....	28
2.2.1 Ψυχοσωματικά συμπτώματα	29
2.2.2 Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις.....	30
2.3 Μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης επαγγελματικής εξουθένωσης.....	32
2.3.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.....	33
2.3.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο.....	36
2.4 Εργασιακό στρες και επαγγελματική εξουθένωση.....	39
2.5 Διαχείριση επικινδυνότητας επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον	40
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	42
3.1 Ποιός ο ρόλος του burn out στις δομές ψυχικής υγείας	42
3.2 Αναγνώριση και διαχείριση ενοχλητικών συναισθημάτων στη σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή ..	44

3.2.1	Ενοχλητικά συναισθήματα στην σχέση με τον καταθλιπτικό και αυτοκτονικό ασθενή	44
3.2.2	Ενοχλητικά συναισθήματα στην σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή: ο παρανοϊκός ασθενής....	46
3.2.3	Ενοχλητικά συναισθήματα στην σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή: ο ψυχωτικός ασθενής που δεν βελτιώνεται	47
3.2.4	Ενοχλητικά συναισθήματα στην σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή : ο επιθετικός και βίαιος ασθενής	49
3.3	Η διαχείριση των σχέσεων με τους υφιστάμενους και η συμβολή του στην διαχείριση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	50
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		52
1.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	52
1.1	Σκοπός της έρευνας.....	52
1.2	Ερευνητικά ερωτήματα	52
1.3	Πληθυσμός μελέτης – τόπος διεξαγωγής – χρόνος διεξαγωγής.....	52
1.4	Μεθοδολογικά εργαλεία.....	53
1.4.1	Το Mann – Whitney U και το Kruskal – Wallis Η Στατιστικά Τεστ Ανεξάρτητων Δειγμάτων	54
1.5	Δεοντολογικά ζητήματα	55
2.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	55
2.1	Γενικά – Δημογραφικά Στοιχεία	55
2.2	Συνθήκες Εργασίας	62
2.3	Συναισθήματα που Δημιουργούνται στη Σχέση Μεταξύ Νοσηλεύτη – Ψυχιατρικού Ασθενή.....	66
2.4	Ψυχοσωματικά Συμπτώματα Απόρροια του Συνδρόμου	76
2.5	Προτάσεις για Άμβλυνση Εργασιακού Άγχους και Βελτίωση Συνθηκών Εργασίας.....	90
2.6	Έλεγχος Συσχέτισης Φύλου και Επαγγελματικής Εξουθένωσης	92
2.7	Έλεγχος Συσχέτισης Διάρκειας Υπηρεσίας σε Δομές Ψυχικής Υγείας και Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	101
2.8	Έλεγχος Συσχέτισης Δομής Ψυχικής Υγείας και Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	107
2.9	Έλεγχος Συσχέτισης Νομού Υπηρετήσης και Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	116
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....		148

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	149
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	155

ΕΙΚΟΝΕΣ

ΕΙΚΟΝΑ 1 Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	31
---	----

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Νοσηλευτές ανά νομό.....	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Ηλικιακή ομάδα	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Οικογενειακή κατάσταση	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Ανώτερος τίτλος σπουδών.....	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Έτη από τη λήψη του τελευταίου τίτλου σπουδών.....	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Φορέας και τμήμα εργασίας.....	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	58
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο	59
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα	59
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Τομέας εργασίας.....	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Λόγοι επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Με πόσα άτομα που χρειάζονται στην υπηρεσία σας ασχολείστε καθημερινά	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Είστε ικανοποιημένος από τις συνθήκες εργασίας σας (χώρος, υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής κλπ.)	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Είστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας (συγκριτικά με την προσφορά σας).....	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στον χώρο εργασίας.....	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις προσωπικού	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Θεωρείτε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με τους ανωτέρους είναι ικανοποιητικές.....	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μία μέρα στη δουλειά.....	67

ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.....	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	69
ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Νιώθω εξουθενωμένος από τη δουλειά μου	69
ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα τη δουλειά	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Νιώθω γεμάτος δύναμη και ενεργητικότητα	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Νιώθω απογοητευμένος από τη δουλειά μου	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς.....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Μπορώ να δημιουργώ μία άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Νομίζω πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους ..	76
ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Όρεξη για φαγητό	76
ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Πονοκέφαλοι.....	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 44 Εφίδρωση.....	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 45 Αίσθημα σιγουριάς – ασφάλειας	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 46 Αίσθημα χαράς.....	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 47 Αίσθημα πείνας.....	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 48 Αίσθημα λύπης – κατάθλιψης	80
ΠΙΝΑΚΑΣ 49 Δύναμη και αντοχή	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 50 Αίσθημα απαισιοδοξίας για το μέλλον.....	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 51 Αίσθημα αποτυχίας	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 52 Ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους.....	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 53 Αποδοχή των άλλων ανθρώπων	83
ΠΙΝΑΚΑΣ 54 Ανησυχία για την υγεία μου	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 55 Απώλεια βάρους κατά τον τελευταίο μήνα.....	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 56 Δυσκολία λήψης αποφάσεων.....	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 57 Αίσθημα ενόχλησης	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 58 Κλάματα	86

ΠΙΝΑΚΑΣ 59 Αίσθημα πίεσης στην καρδιά	86
ΠΙΝΑΚΑΣ 60 Δυσκολία στον ύπνο	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 61 Απογοήτευση από τον εαυτό μου	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 62 Αίσθημα κόπωσης.....	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 63 Αίσθημα δυστυχίας.....	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 64 Τάσεις αυτοκτονίας	89
ΠΙΝΑΚΑΣ 65 Μνήμη και ικανότητα συγκέντρωσης.....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 66 Περιγραφικά στατιστικά – Φύλο * Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.....	93
ΠΙΝΑΚΑΣ 67 Στατιστικά κατάταξης – Φύλο * Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 68 Αποτελέσματα ελέγχου Mann – Whitney U – Φύλο * Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.....	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 69 Πίνακας συνάφειας – Φύλο * Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	95
ΠΙΝΑΚΑΣ 70 Περιγραφικά στατιστικά – Φύλο * Σύμπτωμα εφίδρωσης.....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 71: Στατιστικά κατάταξης – Φύλο * Σύμπτωμα εφίδρωσης	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 72 Αποτελέσματα ελέγχου Mann – Whitney U – Φύλο * Σύμπτωμα εφίδρωσης.....	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 73 Πίνακας συνάφειας – Φύλο * Σύμπτωμα εφίδρωσης	99
ΠΙΝΑΚΑΣ 74 Περιγραφικά στατιστικά – Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο * Συμπτώματα – αισθήματα χαράς και κόπωσης	102
ΠΙΝΑΚΑΣ 75 Στατιστικά κατάταξης – Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο * Συμπτώματα – αισθήματα χαράς και κόπωσης	103
ΠΙΝΑΚΑΣ 76 Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal – Wallis H – Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο * Συμπτώματα – αισθήματα χαράς και κόπωσης.....	103
ΠΙΝΑΚΑΣ 77 Αποτελέσματα post hoc ελέγχου Mann – Whitney U σύγκρισης των ομάδων «0-9 έτη» και «20 και άνω έτη» για τα συμπτώματα – αισθήματα χαράς και κόπωσης.....	103
ΠΙΝΑΚΑΣ 78 Πίνακας συνάφειας – Αίσθημα χαράς * Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο	105
ΠΙΝΑΚΑΣ 79 Πίνακας συνάφειας – Αίσθημα κόπωσης * Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο	106
ΠΙΝΑΚΑΣ 80 Περιγραφικά στατιστικά – Δομή ψυχικής υγείας * Συμπτώματα – αισθήματα σιγουριάς- ασφάλειας και δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων.....	109
ΠΙΝΑΚΑΣ 81 Στατιστικά κατάταξης – Δομή ψυχικής υγείας * Συμπτώματα – αισθήματα σιγουριάς- ασφάλειας και δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων.....	110

ΠΙΝΑΚΑΣ 82 Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal – Wallis H - Δομή ψυχικής υγείας * Συμπτώματα – αισθήματα σιγουριάς-ασφάλειας και δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων	111
ΠΙΝΑΚΑΣ 83 Πίνακας συνάφειας - Αίσθημα σιγουριάς - ασφάλεια* Δομή ψυχικής υγείας	113
ΠΙΝΑΚΑΣ 84 Πίνακας συνάφειας – Δυσκολία λήψης αποφάσεων * Δομή ψυχικής υγείας	115
ΠΙΝΑΚΑΣ 85 Περιγραφικά στατιστικά – Νομός υπηρετήσης * Συναισθήματα: α) ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά, β) αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς, γ) έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	119
ΠΙΝΑΚΑΣ 86 Στατιστικά κατάταξης – Νομός υπηρετήσης * Συναισθήματα: α) ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά, β) αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς, γ) έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	119
ΠΙΝΑΚΑΣ 87 Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal – Wallis H – Νομός υπηρετήσης * Συναισθήματα: α) ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά, β) αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς, γ) έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.....	120
ΠΙΝΑΚΑΣ 88 Πίνακας συνάφειας – Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου * Νομός	123
ΠΙΝΑΚΑΣ 89 Πίνακας συνάφειας – Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς * Νομός	125
ΠΙΝΑΚΑΣ 90 Πίνακας συνάφειας – Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους * Νομός.....	127
ΠΙΝΑΚΑΣ 91 Πίνακας συνάφειας – Νομίζω πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους * Νομός.....	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 92 Περιγραφικά στατιστικά – Νομός υπηρετήσης * Συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης	132
ΠΙΝΑΚΑΣ 93 Στατιστικά κατάταξης – Νομός υπηρετήσης * Συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης	132
ΠΙΝΑΚΑΣ 94 Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal – Wallis H - Δομή ψυχικής υγείας * Νομός υπηρετήσης * Συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης	133
ΠΙΝΑΚΑΣ 95 Αποτελέσματα post hoc ελέγχου Mann – Whitney U σύγκρισης των Νομών Ηλείας και Αχαΐας για τα συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης	133
ΠΙΝΑΚΑΣ 96 Αποτελέσματα post hoc ελέγχου Mann – Whitney U σύγκρισης των Νομών Αχαΐας και Αρκαδίας για τα συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης	134

ΠΙΝΑΚΑΣ 97 Πίνακας συνάφειας – Εφίδρωση * Νομός.....	137
ΠΙΝΑΚΑΣ 98 Πίνακας συνάφειας – Αίσθημα κόπωσης * Νομός	139
ΠΙΝΑΚΑΣ 99 Πίνακας συνάφειας – Αίσθημα δυστυχίας * Νομός	140
ΠΙΝΑΚΑΣ 100 Πίνακας συνάφειας – Δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης * Νομός.....	142

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Νοσηλευτές ανά φορέα και τμήμα εργασίας	58
ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Λόγοι επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος.....	61
ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Συναίσθημα «Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάω από τη δουλειά» ανά Φύλο.....	96
ΓΡΑΦΗΜΑ 4 Σύμπτωμα εφίδρωσης ανά φύλο	100
ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Μέσος όρος ανά ομάδα ετών υπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο * Σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης	104
ΓΡΑΦΗΜΑ 6 Μέσος όρος ανά ομάδα ετών υπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο * Σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης	104
ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Αίσθημα χαράς ανά ομάδα ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο.....	105
ΓΡΑΦΗΜΑ 8 Σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης ανά ομάδα ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο	107
ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Μέσος όρος ανά δομή ψυχικής υγείας * Σύμπτωμα – αίσθημα σιγουριάς-ασφάλειας	111
ΓΡΑΦΗΜΑ 10 Μέσος όρος ανά δομή ψυχικής υγείας * Σύμπτωμα – αίσθημα δυσκολία λήψης αποφάσεων.....	112
ΓΡΑΦΗΜΑ 11 Αίσθημα ασφάλειας-σιγουριάς ανά δομή ψυχικής υγείας.....	114
ΓΡΑΦΗΜΑ 12 Αίσθημα δυσκολίας λήψης αποφάσεων ανά δομή ψυχικής υγείας	115
ΓΡΑΦΗΜΑ 13 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Συναίσθημα ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά.....	120
ΓΡΑΦΗΜΑ 14 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Συναίσθημα αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς.....	121
ΓΡΑΦΗΜΑ 15 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Συναίσθημα έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους.....	121
ΓΡΑΦΗΜΑ 16 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.....	122
ΓΡΑΦΗΜΑ 17 Συναίσθημα ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά ανά Νομό υπηρετήσης	124

ΓΡΑΦΗΜΑ 18 Συναίσθημα αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς ανά Νομό υπηρετήσης	126
ΓΡΑΦΗΜΑ 19 Συναίσθημα έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους ανά Νομό υπηρετήσης	128
ΓΡΑΦΗΜΑ 20 Συναίσθημα ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν ευθύνες σε μένα για μερικά προβλήματα τους ανά Νομό υπηρετήσης	129
ΓΡΑΦΗΜΑ 21 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Σύμπτωμα – αίσθημα εφίδρωσης	134
ΓΡΑΦΗΜΑ 22 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης	135
ΓΡΑΦΗΜΑ 23 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Σύμπτωμα – αίσθημα δυστυχίας	135
ΓΡΑΦΗΜΑ 24 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Σύμπτωμα – αίσθημα δυσκολίας μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης	136
ΓΡΑΦΗΜΑ 25 Σύμπτωμα – αίσθημα εφίδρωσης ανά Νομό υπηρετήσης.....	138
ΓΡΑΦΗΜΑ 26 Σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης ανά Νομό υπηρετήσης	139
ΓΡΑΦΗΜΑ 27 Σύμπτωμα – αίσθημα δυστυχίας ανά Νομό υπηρετήσης.....	141
ΓΡΑΦΗΜΑ 28 Σύμπτωμα – αίσθημα δυσκολίας μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης ανά Νομό υπηρετήσης	143

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως το σύνδρομο της σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης του επαγγελματία υγείας. Στα πλαίσια αυτού ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον για τους αρρώστους του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία και έτσι εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώριση και ταυτοποίησή του. Οριοθετείται μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις των εργαζομένων που συχνά συνοδεύονται από οργανικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα και τα αίτια της αναζητούνται στην δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον. Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου ο επαγγελματίας υγείας καλείται να αναγνωρίσει αρχικά μόνος του τις αδυναμίες και τα όριά του, ώστε εάν είναι δυνατόν να προλάβει ή να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η περίπτωση των νοσηλευτών αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αφού τα νοσοκομεία, που κυρίως αποτελούν τον χώρο εργασίας των περισσότερων νοσηλευτών κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση εργασίας.(Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν., 2008).

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, εργασιακό άγχος, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ψυχιατρικός ασθενής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ζωή των περισσότερων εργαζομένων, διότι εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου τους. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησής του από την εργασία. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των νοσηλευτών συντείνει στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, όταν η νοσηλευτική επιστήμη πραγματοποιείται σε περιβάλλον που ενισχύει αυτήν την δυνατότητα. Ωστόσο υπάρχουν διάφοροι παράγοντες, όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί οι οποίοι καταπονούν τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να προκύπτουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.(Bakker AB et al., 2000).

Σύμφωνα με την ψυχολογία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αίσθημα απελπισίας, δυσφορίας, ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας, τα οποία έχουν κατ'επέκταση αντίκτυπο και στους υπόλοιπους τομείς της καθημερινότητας. Ο μοναδικός τρόπος για την αποφυγή του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση του συνδρόμου, προτού η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και αδράνεια επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου. (Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός –Β' φάση, 2005).

Το θέμα που πρόκειται να μελετηθεί είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς από πλήθος ερευνών που έχουν διενεργηθεί έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο συχνό σε κάποια επαγγέλματα των οποίων οι εργαζόμενοι ασκούν κοινωνικό λειτούργημα, όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές (Jimmieson,2000). Για το λόγο αυτό το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο ενώ η χρήση του περιορίστηκε σε επαγγέλματα όπως : παθολόγους, οδοντιάτρους νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς (Demir et al., 2003). Επιπλέον το στρες που οφείλεται στην εργασία, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (Π.Ο.Υ), είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας και φαίνεται να επηρεάζει ένα μεγάλο ποσοστό, περίπου το 28% των εργαζομένων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας,1992).

Η παρούσα ερευνητική εργασία αποτελείται από θεωρητικό και ερευνητικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται αναφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, τα αίτια, τα συμπτώματα, την αντιμετώπιση του συνδρόμου καθώς επίσης πραγματεύεται και την σχέση νοσηλευτικού

προσωπικού και ψυχιατρικού ασθενή. Στο ειδικό μέρος ερευνάται το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό μονάδων ψυχικής υγείας της 6^{ης} Υ.Π.Ε. Ειδικότερα για την διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκε η χρήση δομημένου ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου που αφορούν τις έννοιες που πραγματεύεται η παρούσα εργασία δηλαδή: εργασιακό άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, συνθήκες εργασίας, σχέσεις μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού κ σχέση νοσηλεύτη – ψυχιατρικού ασθενή.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας εξετάζουν τη σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης με το φύλο και κατά πόσο αυτή σχετίζεται με τα χρόνια υπηρεσίας. Επιπλέον η έρευνα μελετά τον βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους νοσηλευτές από δομή σε δομή και από νομό σε νομό. Ακολούθως καταγράφονται και οι προτάσεις των νοσηλευτών όσον αφορά την άμβλυνση του εργασιακού άγχους και την βελτίωση των συνθηκών εργασίας.

Το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνάς μας είναι το ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου, ενώ η ανάλυση των εργαλείων έγινε με SPSS v17.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε γιατρούς και νοσηλευτές καθότι αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί έως σήμερα και αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση, έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας (Demir et al., 2003).

Η Firth- Cozens et al, αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στην συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι υψηλός. Επιπλέον οι νοσηλεύτριες και οι ψυχίατροι δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (Firth-Cozens et al, 1997).

Ο χώρος που εργάζονται οι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητά τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές ψυχικής υγείας παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης, σε σχέση με τους νοσηλευτές άλλων μονάδων. Για πολλούς νοσηλευτές, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα ((Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώς- Β' φάση 2005).

Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Poncet MC et al., όπου μελετήθηκαν νοσηλευτές από την Γαλλία, προέκυψε ότι το 1/3 των νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είχαν βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι κύριοι εκλυτικοί παράγοντες προέρχονταν από την έλλειψη οργάνωσης, την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με προϊστάμενους και το ιατρικό προσωπικό, την αντιληπτή σύγκρουση με τον ασθενή, τον φόβο από τον θάνατο του ασθενούς και την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία ασθενούς και τμήματος. Μεγάλου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, παρουσιάζουν επίσης οι παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές. Ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι γρήγοροι ρυθμοί, το αίσθημα ευθύνης, η έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών, καθώς και η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν τους κυριότερους αιτιακούς παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου (Poncet MC et al,2007).

Οι συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα με ασθενείς με AIDS. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθότι οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μια "δύσκολη" ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και απρόβλεπτες συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ογκολογικοί ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές, διότι η απειλητική για την ζωή ασθένεια και ο φόβος του θανάτου, αποτελούν στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ ασθενή και νοσηλευτικού προσωπικού (Schraub S. Marx E., 2004).

Ωστόσο άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου "burn out". Από την μελέτη των Jenkins & Eliot οι οποίοι διερεύνησαν τον βαθμό του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε καταρτισμένο και μη προσωπικό της Αγγλίας, βρέθηκε ότι περίπου το μισό από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι καταρτιζόμενοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωναν υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας από το βοηθητικό προσωπικό. Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης ήταν ο κύριος παράγοντας άγχους που αναφέρθηκε από το καταρτισμένο προσωπικό, ενώ οι δύσκολοι και απαιτητικοί ασθενείς αποτελούσαν πηγή άγχους για το μη εξειδικευμένο προσωπικό (Jenkins R., Elliot P.,2004).

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη έδειξαν ότι οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονταν με την φύση του ιατρικού επαγγέλματος π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.α., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα

π.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης (Antoniou A-S & Antonodimitrakis P., 2001).

Η Αδαλή και συνεργάτες διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πέντε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και βρήκαν ότι η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού (Αδαλή Ε., και συν., 2002).

Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν ούτε και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Για το λόγο αυτό, είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρήζουν την επιστημονική αλλά και την συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής του (Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ., 1994).

Αντίθετα σύμφωνα με την μελέτη των Κανδρή και συν., η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (Κανδρή και συν., 2004).

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι παρά τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελλαδικό χώρο, το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει στην εργασία του, διότι είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από τους άλλους εργαζόμενους γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για την ανθρώπινη ζωή και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους (Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ., 1994).

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

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός της έννοιας

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες που ασχολούνται με την δομή της σημερινής κοινωνίας, όπως επίσης και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης και έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις που επιφέρει στο άτομο, στην οικονομία και γενικότερα στην παραγωγή. Η ετυμολογία του συνδρόμου “ Burn out” στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδων μέχρι του σημείου της απανθράκωσης (Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαργός –Β φάση 2005).

Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και έχει αποτελέσει το επίκεντρο μιας ταχέως αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας δεν υπάρχει προς το παρόν ένας αποδεκτός ορισμός. Ίσως ο ορισμός της Maslach είναι ο πιο ευρέως αποδεκτό : “Η απώλεια ενδιαφέροντος με τους οποίους κάποιος εργάζεται συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς.” (Maslach,1982). Όπως φαίνεται από τον ορισμό ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του αποθεμάτων, κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες στην διάρκεια ης επαγγελματικής του δραστηριότητας. Όταν η κόπωση ανάμεσα στους εργαζόμενους 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 της επαγγελματικής εξουθένωσης. Γενικά το σύνδρομο μπορεί να περιγραφεί ως μια επίμονη, αρνητική σχετιζόμενη με την εργασία νοητική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξουθένωση και αποπροσανατολισμό, μειωμένη αποτελεσματικότητα, έλλειψη κινήτρων και δυσλειτουργία στην εργασία (Διομήδους κα.,2009).

1.2 Ιστορική αναδρομή του όρου

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες που ασχολούνται με την δομή της σημερινής κοινωνίας όπως επίσης και τους ειδικούς σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης και έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις που επιφέρει στο άτομο, στην κοινωνία και γενικότερα στην παραγωγή. “Ήδη από τα

μισά του προηγούμενου αιώνα το θέμα είχε απασχολήσει τους ειδικούς λόγω της υψηλής νοσηρότητας διαφόρων παθήσεων σε επαγγελματίες υγείας και κυρίως φροντιστές ασθενών που βρίσκονταν στα τελικά στάδια της νόσου. Γι' αυτό ακριβώς τον λόγο το 1960 δημιουργήθηκαν στην Αμερική τα πρώτα προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού που εργαζόταν στους οίκους ασθενών Medicare. Σε αυτούς τους οίκους νοσηλεύονταν ασθενείς τελικού σταδίου όπως καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς κλπ. Τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων έδειξαν σημαντική βελτίωση στην κατάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (Αυγενάκης κ.α., 2012).

Η πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης έγινε το 1974 από τον Freudenberger, ο οποίος κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας αλλά και σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα. Στο σύγγραμμά του "stuff burn out" περιέγραψε τα συμπτώματα της υπερκόπωσης που παρατήρησε όχι μόνο στον εαυτό του αλλά και σε εθελοντές και σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ένα πρόγραμμα υποστήριξης νέων με προβλήματα εθισμού. Ο Freudenberger μελέτησε την σταδιακή συναισθηματική εξάντληση των δυνάμεών τους, την απώλεια ενδιαφέροντος, την απογοήτευση, την αποχώρηση από την εργασία καθώς και την ποικιλία σωματικών και πνευματικών συμπτωμάτων που παρουσίαζαν αρκετοί από τους εθελοντές (Freudenberger, 1974).

Μια από τις σημαντικότερες ερευνήτριες στον τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης η Maslach, ξεκινά την ίδια περίοδο (1976) την έρευνά της για το φαινόμενο. Η Maslach ασχολήθηκε με τους αμυντικούς μηχανισμούς που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι, οι οποίοι βρίσκονται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών, όπως η αποστασιοποίηση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος για το υποκείμενο και κατέληξε ότι μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων παρουσίαζαν συναισθηματική εξάντληση ή αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους. Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές διατύπωσε έναν από τους πιο διαδεδομένους και ακριβείς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης. Την περιγράφει ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στην οποία ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους, αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του (Αυγενάκης κ.α., 2012).

Σε νεότερη εργασία της πιστεύει ότι το σύνδρομο είναι ένας δείκτης φθοράς των αξιών, της αξιοπρέπειας του πνεύματος και της θέλησης του εργαζόμενου. Πρόκειται για ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά ή όπως το περιγράφει η Maslach " σπирάλ από το οποίο είναι δύσκολο

κανείς να ξεφύγει. Αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση αλλά και μηχανισμό άμυνας έναντι στο χρόνιο και παρατεταμένο στρες που προκαλεί η αλληλεπίδραση του επαγγελματία με τον ασθενή – υποκείμενο που χρήζει βοήθειας (Maslach,1982).

Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο σημαντικής έρευνας, αρχικά στους επαγγελματίες που προσέφεραν υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, γιατί θεωρήθηκαν ως οι πλέον επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. Στην συνέχεια οι έρευνες επεκτάθηκαν και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους επειδή το πρόβλημα απασχολούσε όχι μόνο επαγγελματίες υγείας αλλά και εκπαιδευτικούς, αστυνομικούς, νομικούς, υπαλλήλους φυλακών κ.α. Οι μελέτες αυτές στηρίχθηκαν σε προσωπικές εμπειρίες των συγγραφέων ή σε αναφορές βασισμένες σε προγράμματα που μελετούσαν περιστατικά (Αυγενάκης κ.α., 2012).

Το 1986 η σημαντικότερη ίσως ερευνήτρια Kristine Maslach δημιουργεί την κλίμακα Maslach Burnout Inventory (MBI), η οποία χρησιμοποιείται ως σήμερα στις περισσότερες μελέτες. Με την κλίμακα αυτή μπαίνει στην φαρέτρα των επιστημόνων ένα σημαντικό όπλο για την όσο το δυνατόν καλύτερη και αντικειμενικότερη καταγραφή του ‘‘burnout syndrome’’(Schraub et al, 2004).

1.3 Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ερμηνεύεται από τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ περιβάλλοντος και ατόμου (Vachon,1987).

Κάποιοι δίνουν έμφαση στην σημασία των ατομικών παραγόντων, αναφέροντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις επαγγελματικές προσδοκίες που έχει θέσει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του και από τον χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται (Firth –Cozens & Payne,1999).

Επίσης πολλοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και αυταρχική διοίκηση του οργανισμού που απασχολούνται, το ιδιαίτερο φορτωμένο πρόγραμμα και η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας (Pines, 1988).

1.3.1 Το μοντέλο τριών διαστάσεων της Maslach

Στηριζόμενοι στον κλασικό ορισμό της Maslach (1982) αναδεικνύονται τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης με διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων σε κάθε

διάσταση. Κάνοντας χρήση του καταλόγου επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory), τα τρία στοιχεία που είναι απαραίτητα για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι τα εξής:

Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion).

Η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει το αίσθημα ψυχικής και σωματικής κόπωσης που νιώθει ο επαγγελματίας, καθώς και την απώλεια ενέργειας και διάθεσης που τον καθιστούν ανίκανο, ώστε να επενδύσει συναισθηματικά στην δουλειά του. Καθώς κατακλύζεται από τις απαιτήσεις των ασθενών ή από τις απαιτήσεις της δουλειάς, ο επαγγελματίας νιώθει πως ξεπερνά τις συναισθηματικές του αντοχές. Το παραπάνω του δημιουργεί έντονο στρες, με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνεται ότι η εργασία του επιδρά καταστρεπτικά στην προσωπικότητά του. Βλέπει με δέος την προοπτική ότι θα πρέπει να πάει στην δουλειά του την επόμενη μέρα. Η συναισθηματική εξάντληση κάνει τον εργαζόμενο να νιώθει αδύναμος να προσφέρει στους ασθενείς του και σταδιακά απομακρύνεται από αυτούς και από την εργασία του (Καντάς, 1996).

Αποπροσωποποίηση (despersonalization)

Αναφέρεται στην αποξένωση και απομάκρυνση του εργαζόμενου από τους ασθενείς του καθώς και την ανάπτυξη ουδέτερων ή αρνητικών συναισθημάτων. Εκδηλώνει μια επιθετική και πολλές φορές κυνική συμπεριφορά αφού μεταχειρίζεται τους ασθενείς του σαν αντικείμενα και όχι ως ανθρώπινα όντα (Καντάς, 1996).

Η απόμακρη και κυνική του στάση αυτή εκδηλώνεται στο ότι αρνείται να είναι ευγενικός και κοινωνικός αγνοώντας τις ανάγκες των ασθενών του και αποτυγχάνοντας να τους παράσχει την κατάλληλη φροντίδα υγείας. Η κακή επικοινωνία που έχει με τους ασθενείς του γίνεται εμφανής όταν τους βλέπει ως «περιστατικά», «νούμερα», ή με τον αριθμό του δωματίου (π.χ. έμφραγμα δωμάτιο 30). Η αποπροσωποποίηση εκδηλώνεται ως αδιαφορία προς το πρόσωπο του ασθενούς και πολλές φορές υιοθετεί την άποψη ότι είναι άξιοι της ταλαιπωρίας που υφίστανται. Προσπαθούν να βρίσκονται όσο περισσότερο χρονικό διάστημα είναι εφικτό μακριά από τους ασθενείς τους, μεγαλώνοντας έτσι τον χρόνο των διαλειμμάτων τους και αυξάνοντας τις συζητήσεις με τους συναδέλφους τους. Όλα αυτά είναι η αντίδραση του επαγγελματία υγείας στο αίσθημα αποτυχίας, στην μειωμένη επίτευξη στόχων, καθώς και στο στρες που βιώνει εξαιτίας της δουλειάς του (Ryan, 1971).

Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (lost of personal accomplishment)

Ο επαγγελματίας υγείας κάνει αρνητική αξιολόγηση του εαυτού του και πιστεύει ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας. Λόγω έλλειψης των προσωπικών επιτευγμάτων μειώνεται και η απόδοσή του στην εργασία με αποτέλεσμα να παραιτείται από κάθε προσπάθεια να χειριστεί

αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών του. Όλα αυτά αποτελούν την αντίδραση του εργαζόμενου, λόγω της πίεσης που του ασκείται, αφού ο ίδιος διακατέχεται από αίσθημα δυστυχίας και δυσαρέσκειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος,1992).

Οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι υποχρεωτικό να υπάρχουν στο άτομο και με συγκεκριμένη σειρά. Ως επί το πλείστον, η συναισθηματική εξάντληση οδηγεί σε αποπροσωποποίηση, η οποία με την σειρά της ακολουθείται από μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα. Άλλοι μελετητές όμως υποστήριξαν ότι τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα ακολουθούν την αποπροσωποποίηση και πως η συναισθηματική εξάντληση ακολουθεί τελευταία (Gomelbiewski et al.,1996).

1.3.2 Το μοντέλο των EDELWICH & BRODSKY (1980)

Οι Edelwich & Brodsky (1980), περιέγραψαν τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ο εργαζόμενος ακολουθεί από την αρχή της καριέρας του ως απώλεια ενέργειας και ιδεαλισμού.

Το σύνδρομο δεν οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που εμφανίζεται ξαφνικά λόγω του υπερβολικού στρες. Ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να ανταποκριθεί στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά που έχει ορίσει με αποτέλεσμα προοδευτικά να αποφεύγει την πραγματικότητα.

Το στάδιο του ενθουσιασμού

Στο πρώτο στάδιο ο επαγγελματίας υγείας είναι νέος στο χώρο δηλαδή στην αρχή της καριέρας του, γεμάτος ενθουσιασμό και όρεξη. Έχει πολύ υψηλούς στόχους, ανέφικτους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες, από τους ασθενείς, τους συναδέλφους, από τις συνθήκες εργασίας και από τον ίδιο του τον εαυτό.

Επενδύει υπερβολικά στην δουλειά του αφιερώνοντας πολύ χρόνο και ενέργεια σε αυτήν, προσπαθώντας να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή. Γρήγορα όμως αντιλαμβάνεται ότι το αποτέλεσμα της προσπάθειάς του δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του και έτσι απογοητεύεται.

Το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας

Ο επαγγελματίας υγείας απογοητευμένος πλέον περνάει στο δεύτερο στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας. Κατηγορεί τον εαυτό του και τον θεωρεί υπεύθυνο για την αποτυχία αυτή. Προσπαθώντας να καλύψει αυτό το κενό δουλεύει σκληρότερα και επενδύει περισσότερο στις

σχέσεις του με τους ασθενείς του. Παρακολουθεί σεμινάρια, συμμετέχει σε συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης, επιδιώκοντας να αυξήσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του.

Περνώντας ο καιρός αναζητά τις αιτίες που τον οδηγούν σε απογοήτευση στο εργασιακό του περιβάλλον. Ξεκινάει να ασχολείται με πράγματα και να κάνει παράπονα που παλαιότερα δεν τον απασχολούσαν, όπως το εξουθενωτικό ωράριο, ο χαμηλός μισθός, η έλλειψη υποστήριξης από τον προϊστάμενό του.

Αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι δεν μπορεί να καλύψει τα κενά της προσωπικής του ζωής, αφού η εργασία του πλέον καθίσταται μη ικανή. Στην φάση αυτή δεν αναθεωρεί ακόμα τις προσδοκίες του.

Το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαιώσης

Σε αυτό το στάδιο ο επαγγελματίας υγείας έχοντας προσπαθήσει να ολοκληρωθεί μέσα από την δουλειά του, καταλήγει να νιώθει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Νιώθει ανικανοποίητος, απογοητευμένος μην έχοντας καταφέρει να εκπληρώσει τις προσδοκίες του. Αρχίζει να αναθεωρεί τις αξίες που ο ίδιος είχε θέσει και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν του αξίζει να καταναλώνεται και να αγχώνεται σε τόσο μεγάλο βαθμό. Ενδέχεται να βιώνει κατάθλιψη καθώς και ένα αίσθημα ματαιοδοξίας αφού δεν έχει την δύναμη να ανατρέψει την κατάσταση νιώθοντας παγιδευμένος μέσα σε αυτήν.

Βρίσκεται σε μια μεταβατική φάση και για να καταφέρει να ξεφύγει από το αδιέξοδο αυτό, αρχικά αναθεωρεί τις προσδοκίες και τους στόχους του. Έπειτα απομακρύνεται από το εργασιακό του περιβάλλον και τους αρρώστους, δηλαδή την πηγή του στρες.

Το στάδιο της απάθειας

Ο επαγγελματίας υγείας αντιλαμβάνεται πως η δουλειά του τον καταπιέζει σε αντίθεση με το παρελθόν. Έτσι πλέον επενδύει ελάχιστη ενέργεια σε αυτήν. Αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του και αποφεύγει οποιαδήποτε ευθύνη έχει προς τους άλλους. Συνεχίζει να κρατά την δουλειά του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, αφού δεν έχει άλλη εναλλακτική.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να δημιουργούνται εντάσεις στις σχέσεις του με πρόσωπα τόσο του κοινωνικού όσο και του οικογενειακού περιβάλλοντός του. Σε αυτή την τόσο δύσκολη φάση της ζωής του δεν μπορεί να βρει ενδεχόμενους υποστηρικτές και οδηγείται σε αδιέξοδο.

Τα συμπτώματα ενδείξεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης ως επί το πλείστον γίνονται αντιληπτά στα δύο πρώτα στάδια και εκδηλώνονται τόσο σωματικά, όσο ψυχολογικά και συναισθηματικά. Οι επεμβάσεις αντίθετα μπορούν να γίνουν σε οποιοδήποτε στάδιο της

επαγγελματικής εξουθένωσης με σκοπό να την θεραπεύσουν ή να την αποτρέψουν (Παπαδάτου Δ., & Αναγνωστόπουλος Φ., 1992).

1.3.3 Το διαδραστικό μοντέλο του CHERNISS (1980)

Ο Cherniss αναφέρει πως η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ως επί το πλείστον μια «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν» και ακολουθεί τρία στάδια :

Φάση «εργασιακό στρες»

Εξαιτίας της ανισοκατανομής μεταξύ των διαθέσιμων και των απαιτούμενων πόρων στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον, ο επαγγελματίας υγείας οδηγείται σε εργασιακό στρες. Αυτό οφείλεται στο ότι δεν επαρκούν οι πόροι, ώστε ο εργαζόμενος να ικανοποιήσει τους προσωπικούς του στόχους που προκύπτουν από το εργασιακό περιβάλλον. Η ανεπάρκεια των πόρων μπορεί να συμβεί σε όλους ανεξαρτήτως τους εργαζομένους, χωρίς απαραίτητα να εκδηλώσουν όλοι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Φάση «εξάντλησης»

Ο εργασιακός χώρος αποτελεί πηγή εξάντλησης για τον επαγγελματία υγείας, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με την μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, κόπωσης, στρες, ανίας, απάθειας και έλλειψη ενδιαφέροντος. Ο εργαζόμενος προτιμά να στρέφει την προσοχή του σε γραφειοκρατικές παρά σε κλινικές διαδικασίες, βρισκόμενος σε συνεχή ένταση και μη μπορώντας να την διαχειριστεί, οδηγείται σε απογοήτευση και παραίτηση.

Φάση «αμυντικής κατάληξης»

Στο στάδιο αυτό ο επαγγελματίας αλλάζει στάση και συμπεριφορά. Καθώς αποφεύγει να επενδύσει συναισθηματικά στην εργασία του, εκδηλώνει απάθεια και κυνισμό προς τους άλλους. Με αυτό τον τρόπο ελπίζει ότι θα μπορέσει να επιβιώσει επαγγελματικά.

1.3.4 Το μονοδιάστατο μοντέλο της Pines

Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως μια κατάσταση πνευματικής σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, η πρόκληση της οποίας οφείλεται σε μακροχρόνια έκθεση απαιτητικών συναισθηματικών καταστάσεων. Η Pines εφαρμόζει μια μέτρηση (Burnout Measure) η οποία θεωρεί την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια, που αξιολογείται από μια κλίμακα που δίνει συνολική βαθμολογία και όχι ως σύνδρομο που εμφανίζεται με συμπτώματα απόγνωσης, μειωμένης αυτοπεποίθησης και απελπισίας (Pines & Aronson, 1988).

1.4 Στρες και Υγεία

Εδώ και πολλές δεκαετίες οι ψυχολόγοι και άλλοι επιστήμονες μελετούν το στρες και τις συνέπειές του για την σωματική και ψυχική υγεία. Το στρες μπορεί να οριστεί σαν μια αρνητική συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύεται από προβλέψιμες βιοχημικές, φυσιολογικές γνωστικές και συμπεριφερσιολογικές αλλαγές, οι οποίες έχουν ως στόχο να επηρεάσουν το στρεσογόνο γεγονός ή να προσαρμοστεί το άτομο στις επιδράσεις του. Επιπλέον ο όρος "στρες" αναφέρεται στην διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα αγχογόνα ερεθίσματα όσο και τις ψυχοφυσιολογικές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές και γνωστικές αλλαγές που παράγονται ως αντίδραση σε ένα συνειδητό ή ασυνειδητό κίνδυνο, δηλαδή σε αγχογόνους εξωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες (Παντελέου Μ.,2007).

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για να δειχθεί η σχέση του στρες με την υγεία. Όσον αφορά τις σωματικές ασθένειες, έχει βρεθεί ότι το στρες αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας σε άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις προκαλώντας συχνά καρδιακές προσβολές. Η υπέρταση, το πεπτικό έλκος, οι πονοκέφαλοι επίσης σχετίζονται άμεσα με το στρες. Πέρα από τις άμεσες επιπτώσεις του στρες υπάρχουν και οι έμμεσες. Αρκετά άτομα που βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες, τείνουν να υιοθετούν συμπεριφορές ή συνήθειες που αν και ανακουφίζουν βραχυπρόθεσμα τα άτομα από το άγχος, μακροπρόθεσμα είναι επιζήμιες (πχ, κάπνισμα, αλκοόλ). Έρευνες έχουν γίνει επίσης για να διαπιστωθεί και η σχέση του στρες με την ψυχική υγεία, από τις οποίες προκύπτει ότι το στρες μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην έναρξη ενός επεισοδίου κατάθλιψης. Κάποιοι ερευνητές (Simons, Angell, Monroe) διατύπωσαν το μοντέλο "προδιάθεση στρες" σύμφωνα με το οποίο, το καταθλιπτικό επεισόδιο συμβαίνει όταν μια αρνητική προδιάθεση του εαυτού, του κόσμου ή του μέλλοντος αλληλοεπιδρά με κάποια στρεσογόνα γεγονότα που επιβεβαιώνουν τις απαισιόδοξες πεποιθήσεις του ατόμου (Παντελέου Μ., 2007).

1.5 Αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων

Οι άνθρωποι διαφέρουν στον τρόπο που αντιμετωπίζουν το στρες. Οι Lazarus και Folkman (1984), παρουσίασαν τον ευρύτερα αποδεκτό ορισμό της αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, η οποία αναφέρεται στην αλλαγή των γνωστικών και συμπεριφορικών προσπαθειών για την διαχείριση του ψυχολογικού στρες.

Η σχέση ανάμεσα στην αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων και το στρεσογόνο γεγονός είναι μια δυναμική διεργασία. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι μια σειρά από συνδιαλλαγές ανάμεσα στο άτομο που έχει συγκεκριμένα αποθέματα, δυνατότητες, αξίες και υποχρεώσεις και στο

περιβάλλον με τις δικές του απαιτήσεις και περιορισμούς. Επιπλέον οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων αναφέρονται στην σκόπιμη προσπάθεια του ατόμου και αντιδράσεις σε μια αντιξοότητα. Πρέπει να διακρίνονται από αντανακλαστικές ή αυτοματοποιημένες αντιδράσεις του ατόμου διότι οι τελευταίες είναι εκτός του βουλευτικού του ελέγχου. Επίσης δεν πρέπει να συγχέονται με τους μηχανισμούς άμυνας που το άτομο χρησιμοποιεί για να μειώσει το άγχος, γιατί αυτοί λειτουργούν στο υποσυνείδητο (Βασιλάκη, Τριλίβα, Μπεζεβέγκης 2001).

Έχουν γίνει προσπάθειες να οργανωθούν οι διάφορες προσεγγίσεις αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων με βάση τις λειτουργίες τους και τις μεθόδους που χρησιμοποιούν. Ως προς τις λειτουργίες διακρίνονται δυο είδη αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων: στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα και στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα. Οι άνθρωποι, όπως προκύπτει από έρευνες, χρησιμοποιούν και συνδυάζουν στρατηγικές και από τις δύο κατηγορίες, όταν αντιμετωπίζουν αγχογόνες καταστάσεις. Η κύρια λειτουργία των στρατηγικών αντιμετώπισης είναι η διευκόλυνση της προσαρμογής του ατόμου. Όλες οι στρατηγικές δεν είναι στον ίδιο βαθμό αποτελεσματικές. Οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα ασκούν θετική επίδραση στην προσαρμογή του ατόμου, ενώ εκείνες που εστιάζουν στο συναίσθημα θεωρούνται δυσπροσαρμοστικές.

Η αναζήτηση πληροφοριών είναι μια άλλη μέθοδος, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σε στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, είτε σε αυτές που εστιάζουν στο συναίσθημα. Δύο άλλες μέθοδοι είναι η στροφή προς τους άλλους και η αποδοχή του προβλήματος. Το άτομο αναζητά βοήθεια από την οικογένεια ή τους φίλους. Η συναισθηματική εκτόνωση είναι μια άλλη μέθοδος όπου τα άτομα εκφράζοντας τα συναισθήματά τους μειώνουν την ένταση που νιώθουν (Παντελέου Μ., 2007).

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Αιτιολογικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σε μια διαδικασία διερεύνησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, η πλειοψηφία των θεωρητικών προσεγγίσεων αναζητούν τα αίτια στην δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου αφενός στο εργασιακό περιβάλλον και αφετέρου στους παράγοντες που οδηγούν σε μεταστροφή του δημιουργικού στρες σε προβληματικό μέσα στον χώρο της εργασίας. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1992).

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα που επιδιώκουν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναζητούν τα αίτια στη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και

περιβάλλοντος. Στην ουσία υπάρχει μια “ζήτηση” και μια “προσφορά” τόσο από τον επαγγελματία προς το εργασιακό περιβάλλον, όσο και από το εργασιακό περιβάλλον προς τον επαγγελματία. Με άλλα λόγια ο επαγγελματίας φέρνει στο χώρο της δουλειάς τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητες του (προσφορά) και ταυτόχρονα έχει ορισμένες προσωπικές–συνειδητές ή ασυνειδητές–ανάγκες, απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργασιακό χώρο (ζήτηση), όπως: αναγνώριση, κύρος, οικονομικές απαιτήσεις, δυνατότητες εξέλιξης κλπ. Όταν αυτά που δίνει και ζητά ο επαγγελματίας δεν συμπίπτουν με όσα απαιτεί και προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον, τότε εμφανίζεται ένα χάσμα, μια ανισορροπία, ή ασυμφωνία και αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων που συμβάλλουν σε ένα χρόνιο στρες, το οποίο προοδευτικά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση.

Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου γίνεται αντιληπτό ότι δεν είναι οι εξωτερικές συνθήκες εργασίας που καθορίζουν το βαθμό του στρες που βιώνει ο επαγγελματίας, όσο ο τρόπος που τις αντιλαμβάνεται και τις αντιμετωπίζει σύμφωνα με τις ικανότητες, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του. Έτσι λοιπόν ένας απαιτητικός, γεμάτος προκλήσεις χώρος εργασίας μπορεί για ένα άτομο να είναι απόλυτα ικανοποιητικός, καθώς ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις δυνατότητες του, ενώ για κάποιον άλλο να αποτελεί πηγή χρόνιου στρες (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1997).

Σύμφωνα με την Vachon (1987), ο βαθμός του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο της δουλειάς εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την αντίστασή του στο στρες. Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- *ατομικά χαρακτηριστικά* (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κλπ.),
- *ενδοατομικούς παράγοντες* (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες, στρατηγικές αντιμετώπισης κλπ.),
- *διαπροσωπικούς παράγοντες* (υποστηρικτικό δίκτυο),
- *κοινωνικό-πολιτισμικούς παράγοντες* (κοινωνικές προσδοκίες από τον ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια, τον άρρωστο, τον θάνατο κλπ.) , (Vachon 1987).

Άλλοι επιστήμονες τονίζουν την ιδιαίτερη σημασία των ατομικών παραγόντων στην δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Υποστηρίζουν ότι εξαρτάται από τον τρόπο που ο επαγγελματίας ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, από τα κίνητρα που τον ωθούν να εργασθεί στο συγκεκριμένο χώρο εργασίας, από τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και από άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του (Lazarus R.S & Folkman,1984),(Vachon 1987).

- Η Kobassa και οι συνεργάτες της (1982) υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενοι που διακρίνονται από *ανθεκτικότητα στο στρες* (hardiness) έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν

προβλήματα υγείας λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα χαρακτηριστικά ανθεκτικότητας περιλαμβάνουν:

- Την αίσθηση που έχουν οι επαγγελματίες ότι μπορούν να ασκήσουν προσωπικό έλεγχο πάνω στις καταστάσεις και να τις επηρεάσουν (control). Δεν νιώθουν αδύναμοι ούτε πιστεύουν ότι όλα καθορίζονται από εξωτερικές δυνάμεις (το Θεό, την τύχη, τη διοίκηση, τους άλλους κλπ.).
- Την τάση να επενδύσουν στη δουλειά τους και να συμμετέχουν στα δρώμενα. Όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες κινητοποιούνται και επιδιώκουν την επίλυση του προβλήματος αντί να παραμένουν παθητικοί θεατές σε όσα συμβαίνουν γύρω τους.
- Την τάση να αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες που προκύπτουν στο χώρο εργασίας περισσότερο ως “προκλήσεις,” παρά ως απειλές ή ανυπέβλητα εμπόδια (challenge). Αυτοί οι επαγγελματίες δεν επιδιώκουν με κάθε τρόπο την ασφάλεια ή την σταθερότητα. Αντίθετα είναι δεκτικοί σε νέες εμπειρίες και ιδέες και προσαρμόζονται με ευελιξία στις στρεσογόνες καταστάσεις (Kobassa et al,1982).

Οι περισσότερες έρευνες στο χώρο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περιγραφικές και πολλές χαρακτηρίζονται από σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα. Στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε μια σημαντική μελέτη για να προσδιοριστούν οι ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτριών που εργάζονται σε Ογκολογικά και Γενικά Νοσοκομεία των Αθηνών.

Βάσει των δεδομένων που συγκέντρωσαν οι ερευνητές σε δείγμα 443 νοσηλευτριών, παρατήρησαν ότι ο βαθμός εξουθένωσης των νοσηλευτριών που φροντίζουν αρρώστους με καρκίνο δεν διαφέρει από το βαθμό εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλεύτριες που εργάζονται σε Γενικά Νοσοκομεία. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν πολύ περισσότερο από τις συνθήκες εργασίας και τους δημογραφικούς παράγοντες στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλεύτριες που ήταν περισσότερο ευάλωτες στην εξουθένωση είχαν χαμηλότερη “ανθεκτικότητα στο στρες”, ενώ η ικανοποίηση που περίμεναν ότι θα αντλήσουν από την δουλειά τους τον καιρό του διορισμού τους διαψεύστηκε στη συνέχεια (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. 1992).

2.2 Επιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα στους επαγγελματίες υγείας όπως κατάθλιψη, άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα άτομα αυτά βιώνουν επιπλέον χαμηλή ικανοποίηση από την προσωπική και κοινωνική τους ζωή. Εκτός όμως από τις σοβαρές ψυχολογικές

επιπτώσεις, η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει τον επαγγελματία και σωματικά με έντονους πονοκεφάλους και αϋπνίες

Συνοπτικά κάποια από τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι:

- Έλλειψη κινήτρων
- Έντονη αποστροφή
- Αίσθηση αποξένωσης
- Κακή διάθεση
- Προβλήματα υγείας.

Όταν η δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αυτή της αποπροσωποποίησης είναι υψηλή τότε οι επαγγελματίες υγείας συμπεριφέρονται ως εξής:

- Δεν κάνουν εκτεταμένες διαγνωστικές εξετάσεις δίνοντας εξιτήριο στους ασθενείς βεβιασμένα λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας,
- Δεν απαντούν στις ερωτήσεις των ασθενών,
- Κάνουν λάθος διάγνωση ή δίνουν λάθος φαρμακευτική αγωγή, που όμως δεν οφείλεται σε έλλειψη εμπειρίας ή γνώσεων.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης δεν πλήττει ξαφνικά από την μια στιγμή στην άλλη τους επαγγελματίες υγείας. Τα προβλήματα εμφανίζονται και επιδεινώνονται σταδιακά. Συνήθως γίνονται αντιληπτά στο στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης, καθώς και στο στάδιο της απάθειας. Είναι σημαντικό για τον επαγγελματία υγείας σε πρώτη φάση να αναγνωρίσει τα συμπτώματα και να προσπαθήσει έπειτα να τα αντιμετωπίσει, πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του και οδηγηθεί σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις (Τσαντίλη Ι., 2013).

2.2.1 Ψυχοσωματικά συμπτώματα

Τα σωματικά συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν ενοχλήσεις όπως πόνοι στην πλάτη και τον αυχένα, χρόνια κόπωση, έντονη αδυναμία, διαταραχές στον ύπνο και την διατροφή, κεφαλαλγίες, ημικρανίες, αυξημένη μυϊκή υπερένταση, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, χαμηλά επίπεδα ενέργειας, αλλεργίες και διαταραχές στην σεξουαλική διάθεση. Σοβαρότερα προβλήματα υγείας όπως έλκος, υπέρταση, καρδιαγγειακές ή άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν πιο σπάνια.

Πολλές φορές υπάρχει δυσκολία στον ακριβή καθορισμό ιατρικών κλινικών σημείων ατόμων με επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό οφείλεται στην δυσκολία που έχουν τα άτομα να εκφράσουν και να παραδεχθούν τα συμπτώματά τους, καθώς και στην μη γνώση της υγείας τους πριν την εκδήλωση του συνδρόμου (Maslach C., Jackson S., 1984).

2.2.2 Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις

Οι πιο συνηθισμένες ψυχο-συναισθηματικές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι εξής:

- Η αυξημένη ευερεθιστικότητα

Ακολουθείται συνήθως από αδιαφορία ή απογοήτευση, κατάθλιψη, άγχος, θυμό, πλήξη, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση καθώς και αποθάρρυνση. Ο επαγγελματίας υγείας διακατέχεται από αρνητικά συναισθήματα προς τον εαυτό του, τους ασθενείς και τους συναδέλφους του.

- Η έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης

Οδηγεί τον επαγγελματία υγείας να αφαιρείται εύκολα και να είναι λιγότερο παρατηρητικός σε σημαντικές λεπτομέρειες, με αποτέλεσμα να κάνει περισσότερες λάθος εκτιμήσεις.

Στις ΗΠΑ εξαιτίας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών στους επαγγελματίες υγείας, καθώς και αύξηση της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών χαπιών και αλκοόλ (Firth-Cozens J., Payne R., 1999).

- Διαπροσωπικές σχέσεις

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζουν επίσης και τις προσωπικές σχέσεις του επαγγελματία υγείας με τα άτομα που είναι σημαντικά για τον ίδιο, όπως φίλους, συνεργάτες και μέλη της οικογένειάς του. Μεταφέροντας τα προβλήματα, τα άγχη και τις αγωνίες της δουλειάς του στο σπίτι δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις του με την οικογένειά του. Πολλές φορές δεν ευχαριστείται την παρουσία τους, αφού ο χρόνος που έχει στην διάθεσή του για την οικογένειά του είναι πολύ περιορισμένος, οπότε αρκείται στα απολύτως απαραίτητα. Συμβαίνει όμως και το αντίστροφο πολλές φορές, δηλαδή αν ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει κάποιο οικογενειακό ή προσωπικό πρόβλημα, αυτόματα αυτό τον επηρεάζει και στον χώρο εργασίας, διογκώνοντας πολλές φορές τα προβλήματα που προκύπτουν (Tyler P., Cushway D., 1988).

Προτού αναφερθούμε στην σημαντική εργασία του Potter (2001), παραθέτουμε έναν πίνακα που περιγράφει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας δεν εκδηλώνουν τα ίδια συμπτώματα. Κάποια από τα σημαντικότερα συμπτώματα που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία περιγράφονται στην εικόνα 1.

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/Κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/ απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/ παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/ αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/ έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/ έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/ αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/ συχνές ασθένειες/ κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ ευερεθιστότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/ αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Αισθήματα αδυναμίας	
	Καχυποψία	
	Αισθήματα ενοχής/ αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	
	Υπερβολική αυτοπεποίθηση/ λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	
	Αποτελμάτωση	

ΕΙΚΟΝΑ 1 Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Πηγή: Αυγενάκης κ.α. 2012

Σύμφωνα με τον Potter (2001) τα συμπτώματα του συνδρόμου χωρίζονται στα αρνητικά συμπτώματα (μη ικανοποίηση, αγωνία, συχνές διαμαρτυρίες, αισθήματα αδικίας, κατάθλιψη και εκρήξεις θυμού), διαπροσωπικά προβλήματα (επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, υπερβολές ευερεθιστότητα, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία και το οικογενειακό

περιβάλλον). Αναφορικά με τα προβλήματα υγείας, αναφέρονται κρυολογήματα, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, πόνοι στην μέση και κόπωση. Επιπλέον κατά τον Potter παρουσιάζεται μειωμένη αποδοτικότητα, η οποία εκφράζεται με δυσκολία συγκέντρωσης και ολοκλήρωσης μιας εργασίας. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί κατάχρηση ουσιών (κάπνισμα, οινόπνευμα, φάρμακα, ναρκωτικά). Επιπλέον το άτομο μπορεί να παρουσιάζει αισθήματα κατωτερότητας, να εσωτερικεύει την αποτυχία στην εργασία, να μετατρέπει τον ενθουσιασμό σε κυνισμό και να νιώθει ανίκανο να αντλήσει ικανοποίηση από την εργασία του. Αναφορικά με το οικογενειακό στρες, το άτομο δεν βοηθά στο σπίτι ή την οργάνωση του οικογενειακού προγραμματισμού. Παρατηρείται άρνηση δημιουργίας ανθρωπίνων σχέσεων, απώλεια ενδιαφέροντος για κοινωνικές σχέσεις, καθώς και εκφυλισμός των σχέσεων στο εργασιακό περιβάλλον. Όταν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, ο εργαζόμενος βλέπει τους συναδέλφους του εχθρούς, άτομα που τον επιβουλεύονται και τον υποσκάπτουν. Τέλος καλύπτει την αδυναμία του αποδίδοντας ευθύνες στο πλαίσιο εργασίας (Potter 2001).

Όταν τα συμπτώματα προχωρήσουν πολύ, το άτομο οδηγείται σε μια καταθλιπτική κατάσταση και τότε είναι αναγκαία η λήψη ψυχοθεραπευτικής ακόμα και φαρμακευτικής βοήθειας.

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται σε τρία στάδια και όχι αιφνίδια ως οξύ επεισόδιο. Το πρώτο στάδιο είναι η ανησυχία. Το άτομο βιώνει έντονη ανησυχία σε βαθμό που αυτή εμποδίζει την λειτουργικότητά του. Το δεύτερο είναι το στάδιο της απομάκρυνσης. Χαρακτηρίζεται από απομόνωση. Το άτομο προσπαθεί να διατηρήσει την εσωτερική του ηρεμία απομακρύνοντας τον εαυτό του από τους συναδέλφους και από οτιδήποτε του θυμίζει την εργασία του. Ακριβώς επειδή αυτή η συμπεριφορά είναι δυσάρεστη για τους γύρω, οι συνάδελφοι τείνουν να απομονώνουν το άτομο. Ως αποτέλεσμα το περιβάλλον του ατόμου δεν αναγνωρίζει την ύπαρξη του συνδρόμου και δεν λειτουργεί υποστηρικτικά. Τέλος το τρίτο στάδιο είναι αυτό της εξουθένωσης. Το άτομο βιώνει πολύ έντονα την κόπωση, η οποία οδηγεί σε συμπεριφορές οργής και βαναυσότητας ή σε πλήρη απάθεια. Ο εργαζόμενος κινδυνεύει να τιμωρηθεί πειθαρχικά (Διομήδους κ.α.,2009).

2.3 Μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης επαγγελματικής εξουθένωσης

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των αρρώστων που φροντίζει, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα “λειτουργήμα”. Η πεποίθηση αυτή ενισχύει τον μύθο της παντοδυναμίας του και παραδόξως τον καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης προϋποθέτουν την αμφισβήτηση αυτής της πεποίθησης και την αναγνώριση ότι για να

μπορέσει να φροντίσει και να συνοδεύσει τον άρρωστο στην πορεία του, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να φροντίζει παράλληλα τον εαυτό του. Η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας, της αναπηρίας, του πόνου και του θανάτου των αρρώστων τον καθιστούν ευάλωτο. Επομένως η εξουθένωση να μην μπορεί να αποφευχθεί πλήρως, αλλά τα αυξημένα επίπεδά της να μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση.

Τα μέτρα που περιγράφονται εδώ αποτελούν εναλλακτικές προτάσεις που χρησιμεύουν ως κατευθυντήριες γραμμές στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Στην αρχή αναφέρονται ορισμένες ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας, την ευθύνη των οποίων φέρει ο ίδιος ο εργαζόμενος. Στη συνέχεια περιγράφονται μερικές οργανωτικές παρεμβάσεις, την ευθύνη των οποίων φέρει η Διοίκηση ενός νοσοκομείου και μιας Μονάδας/Τμήματος (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1997).

2.3.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην εξουθένωση.

“Δεν νιώθω καλά ... το σώμα μου πονάει... δεν κοιμάμαι τις νύχτες.. δεν μπορώ να σηκωθώ το πρωί ...νιώθω εξαντλημένος, χωρίς να καταβάλω ιδιαίτερη ενέργεια, είμαι διαρκώς κρυωμένος ... και το κυριότερο είναι ότι έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για την δουλειά και την ευαισθησία μου για τους αρρώστους....”

Συνήθως αγνοούνται παρόμοιες ενδείξεις, γιατί ο εργαζόμενος πιστεύει ότι “αντέχει” ή ότι δεν είναι “αρκετά άρρωστος” για να φροντίσει τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να συνειδητοποιεί το πρόβλημά του όταν πλέον βρίσκεται στο στάδιο της απάθειας ή όταν εμφανίζει κάποια σοβαρή οργανική διαταραχή. Άλλοτε πάλι, για να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας ή στους υψηλούς προσωπικούς του στόχους, εντείνει τον ρυθμό της δουλειάς και αναλαμβάνει πρόσθετες ευθύνες που αυξάνουν το βαθμό της συναισθηματικής και σωματικής του εξάντλησης.

Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας υγείας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με συναδέλφους και προϊστάμενους και τη δουλειά του γενικότερα, συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών εξ αυτών. Όταν για παράδειγμα προσδοκά ότι η φροντίδα που παρέχει πρέπει να είναι πάντα αποτελεσματική, ότι με τις παρεμβάσεις του πρέπει να επηρεάζει την ζωή των αρρώστων και ότι ανελλιπώς εκείνοι θα αναγνωρίζουν την προσφορά του, τότε ο επαγγελματίας υγείας γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε απογοητεύσεις, καθώς η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται σε αυτές τις υψηλές και μη

ρεαλιστικές προσδοκίες. Τα αλτρουιστικά κίνητρα (πχ “θέλω να φροντίζω τους άλλους”, “να σώζω ζωές” κλπ.), συνυπάρχουν με “εγωιστικά” κίνητρα, καθώς το άτομο επιδιώκει να ικανοποιήσει προσωπικές του ανάγκες πχ. την δική του ανάγκη να τον έχουν οι άλλοι ανάγκη. Κάθε φορά που οι άρρωστοι είναι ανεξάρτητοι, έχουν τον τελικό λόγο στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους, παραγνωρίζουν την προσφορά του ή αναζητούν αλλού φροντίδα, ο επαγγελματίας βιώνει μια έντονη αίσθηση απογοήτευσης. Όταν λοιπόν οι παρεμβάσεις του δεν έχουν το αναμενόμενο θετικό αποτέλεσμα στη ζωή των ασθενών ή όταν οι προσπάθειές του δεν μπορούν να ανατρέψουν την καταληκτική εξέλιξη της υγείας τους, τότε ο επαγγελματίας υγείας βιώνει ενοχές και έντονη αίσθηση προσωπικής αποτυχίας και αδυναμίας που τον καθιστά ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Είναι φανερό ότι οι προσωπικές προσδοκίες, ανάγκες και στόχοι του επαγγελματία επηρεάζουν τη συμπεριφορά του και συχνά αποτελούν μια από τις σημαντικότερες πηγές πρόκλησης χρόνιου στρες (Papadatou D., κα 1994).

Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί ο επαγγελματίας του επιτρέπει να αξιολογήσει ποιές έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στη ρύθμιση των συναισθημάτων και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας, και ποιές δυσχεραίνουν την προσαρμογή του, αυξάνοντας το στρες που βιώνει.

Ο Chiriboga και οι συνεργάτες του (1983) μελέτησαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες χρησιμοποιούσαν νοσηλεύτριες που φρόντιζαν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Παρατήρησαν ότι εκείνες που ήταν αποτελεσματικότερες στη δουλειά τους και αντιμετώπιζαν καλύτερα τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας είχαν την τάση να εκφράζουν και να μοιράζονται τα συναισθήματά τους και να χρησιμοποιούν συχνότερα γνωστικές στρατηγικές οι οποίες τους επέτρεπαν να αναπτύξουν μια προσωπική φιλοσοφία και να δώσουν νόημα τόσο στις εμπειρίες τους, όσο και στην προσφορά τους. Κάποιοι άλλοι επιστήμονες τονίζουν τη σημασία της χρήσης στρατηγικών αντιμετώπισης για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας. Κάθε επαγγελματίας της υγείας καλείται να διαφοροποιήσει τις συνθήκες που μπορούν να τροποποιηθούν με την κατάλληλη παρέμβαση από εκείνες που δεν επιδέχονται αλλαγές, αλλά απαιτούν την προσαρμογή του σε αυτές (Chiriboga et al, 1983).

Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Παρ' όλα αυτά, συχνά τα μέλη του προσωπικού υγείας, ενώ παρέχουν στους αρρώστους υποστήριξη, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι χρειάζονται ή και να ζητήσουν βοήθεια για τον εαυτό τους, άλλοτε γιατί παραγνωρίζουν τις ανάγκες τους και άλλοτε γιατί το θεωρούν ένδειξη αδυναμίας. Ένας ίσως από τους βασικότερους τρόπους για να ανταπεξέλθουν στις στρεσογόνες συνθήκες που βιώνουν είναι να

μοιραστούν τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς τους και να νιώσουν ότι υποστηρίζονται σε δύσκολες στιγμές. Έρευνες τονίζουν ότι η υποστήριξη που ένα άτομο δέχεται από το περιβάλλον του μειώνει το στρες που βιώνει όσο και τις πιθανότητες να νοσήσει. Τόσο η συχνότητα, όσο και η ποιότητα της υποστήριξης αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της αποτελεσματικότητάς της. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο επαγγελματίας να διαθέτει πολλαπλά υποστηρικτικά δίκτυα, έτσι ώστε να μην προσβλέπει στην αποκλειστική στήριξη ενός ατόμου (συνήθως συντρόφου). Η πεποίθηση ότι οι εμπειρίες από το χώρο της εργασίας “δεν πρέπει” να επηρεάζουν την προσωπική του ζωή και αντιστρόφως δεν είναι ρεαλιστική. Γι’ αυτό η διαθεσιμότητα ενός υποστηρικτικού δικτύου στον κάθε χώρο και ταυτόχρονα ο προγραμματισμός κάποιου χρόνου αποσυμπίεσης ή δραστηριότητας (πχ. ενασχόληση με χόμπι, βόλτα κλπ.) συμβάλλουν στην ενδεχόμενη συναισθηματική εκφόρτιση και επιτρέπουν στον εργαζόμενο μια ηπιότερη μετάβαση από το χώρο εργασίας στο χώρο του σπιτιού (Constable C.J, Russel D.W. 1986).

Επιστήμονες τονίζουν ότι για την ψυχική ισορροπία του εργαζόμενου σημαντική είναι η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που του παρέχουν τη δυνατότητα να δημιουργήσει, να εκτονωθεί, να ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα. Οι Jaffe και Scott (1984) επισημαίνουν τη σημασία της κατανομής του χρόνου και της ενέργειας σε τέσσερις τομείς της ζωής ενός ατόμου: την εργασία, τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, τη σχέση με τον εαυτό και τη διασκέδαση.

Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην προστασία του εργαζόμενου από τις επιπτώσεις του χρόνιου στρες.

Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του. Η αλλαγή χώρου εργασίας θεωρείται εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής και δεν είναι το αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης. Είναι σημαντικό να συνοδεύεται από διεργασία αυτογνωσίας που βοηθά το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και συχνά ασυνείδητες αιτίες που του δημιουργούν άγχος, καθώς και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζει. Χωρίς την απαραίτητη αυτογνωσία ο επαγγελματίας υγείας διατρέχει τον κίνδυνο να οδηγηθεί ξανά στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς η τοποθέτησή του σε ένα νέο τμήμα δεν συνοδεύεται από την τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων, προσδοκιών, στάσεων και συμπεριφορών (Jaffe, D.T & Scott C.D 1984).

2.3.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο

Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσής του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Κάθε χώρος εργασίας είναι σημαντικό να θεσπίζει σαφή κριτήρια για την πρόσληψη προσωπικού που θεωρεί ως κατάλληλο να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες λειτουργίας του. Πέρα από τις γνώσεις και την πείρα του επαγγελματία υγείας, πρέπει να συνεκτιμώνται οι διάφοροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (π.χ. προσωπικά κίνητρα, προηγούμενες εμπειρίες με θάνατο και σοβαρή ασθένεια που παραμένουν άλυτες, ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου κλπ.), καθώς επηρεάζουν την προσαρμογή και απόδοση σε ένα συγκεκριμένο χώρο εργασίας. Τα κίνητρα και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο χώρο εργασίας μπορεί να δράσουν θετικά στην απόδοσή του.

Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στην λήψη αποφάσεων που τον αφορούν αυξάνουν τον αυτοέλεγχο, την υπευθυνότητα και την ανθεκτικότητά του στις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας. Συνήθως τα προαναφερόμενα μέτρα εφαρμόζονται μέσα σε ένα τμήμα που διοικείται δημοκρατικά.

Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο τμήμα που διοικείται δημοκρατικά αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός και προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας που αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες στα πλαίσια ορισμένων κανονισμών που αφορούν τη λειτουργία τμήματος.

Ο προϊστάμενος έχει μεν ηγετικό ρόλο, αλλά ενδιαφέρεται για τις εμπειρίες, απόψεις και διαφορετικές γνώμες των εργαζομένων με τους οποίους συζητά από κοινού τα προβλήματα που προκύπτουν και μαζί αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισής τους. Καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας, υποστήριξης και αλληλεξάρτησης και αποφεύγει να τροφοδοτεί ανταγωνισμούς και επιδιώξεις προσωπικής ανάδειξης ή προβολής ορισμένων μελών του προσωπικού υγείας.

Στα τμήματα όπου η διοίκηση είναι αυταρχική και άκαμπτη, όπου επικρατούν άνισες σχέσεις μεταξύ εργαζομένων, όπου αυστηροί κανόνες δεν επιτρέπουν την ελευθερία της προσωπικής άποψης, πρωτοβουλίας ή δημιουργικότητας, όπου οι στόχοι χαρακτηρίζονται από τελειοκρατία και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επιτυχία, στα επιτεύγματα, ενώ κρίνονται αυστηρά τα λάθη και οι παραλείψεις, το προσωπικό υγείας είναι ευάλωτο στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Εξίσου ευάλωτο είναι και το προσωπικό που εργάζεται σε ένα τμήμα το οποίο χαρακτηρίζεται από έλλειψη διοίκησης και ουσιαστικής συνεργασίας, επειδή ο προϊστάμενος είτε αδιαφορεί είτε δεν διαθέτει τις απαιτούμενες διοικητικές και οργανωτικές ικανότητες (Kanas, 1986).

Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη κυρίως σε τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Για παράδειγμα ο επαγγελματίας της υγείας που ασχολείται διαρκώς με χρόνια περιστατικά και φροντίζει αρρώστους που συχνά πεθαίνουν ή βρίσκονται σε κρίση, μπορεί γρήγορα να νιώσει παγιδευμένος σε ρόλο και καθήκοντα που του δημιουργούν έντονο στρες. Η ενασχόληση με αρρώστους καλής πρόγνωσης, η συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, η παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων, η διδασκαλία, ακόμα και η ανάληψη γραφειοκρατικών ευθυνών, συμβάλλουν στην πολυμορφία της εργασίας του επαγγελματία από την οποία αντλεί πολλαπλές ικανοποιήσεις που τον αναζωογονούν.

Η δυνατότητα “διαλειμμάτων” και “ειδικών αδειών”, μετ’ αποδοχών, δίνουν την ευκαιρία στον επαγγελματία να απομακρυνθεί για λίγο από το χώρο εργασίας, πριν εκδηλώσει ή κατά την στιγμή που εμφανίζει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους που δεν νιώθουν ακινητοποιημένοι ή/και παγιδευμένοι σε ένα συγκεκριμένο ρόλο και σε καθήκοντα που με την πάροδο του χρόνου ασκούνται μηχανικά.

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης δίνει την ευκαιρία στα μέλη του προσωπικού υγείας : (α) να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, το θάνατο και τη ζωή, (β) να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας, (γ) να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και (δ) να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους.

Πρωταρχικός σκοπός παρόμοιων ομάδων είναι η μείωση του άγχους και η αύξηση της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης συμβάλλει επίσης στην ενίσχυση της επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας, γεγονός που ελαχιστοποιεί την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η θεραπευτική ομάδα.

Όταν η θεραπευτική ομάδα του προσωπικού υγείας νιώθει “δεμένη” και “ισχυρή” είναι σε θέση να απορροφήσει την επιθετικότητα του αρρώστου και της οικογένειάς του που βρίσκονται σε κρίση, χωρίς να κινδυνεύει η συνοχή της. Οι συνέπειες από την συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης δεν είναι ευεργετικές μόνο για τα μέλη του προσωπικού υγείας, αλλά και για τους αρρώστους και τις οικογένειές τους που γίνονται δέκτες ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (Cox A & Andrews P.1981).

Η συμβουλευτική εποπτεία απευθύνεται σε έναν εργαζόμενο ή μια ομάδα επαγγελματιών που με την υποστήριξη ειδικού συμβούλου αναγνωρίζουν και αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητές τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας. Η βοήθεια που παρέχει ο σύμβουλος δεν στηρίζεται στην άποψη ότι το μέλος του προσωπικού υγείας είναι “προβληματικό”

και χρήζει ψυχοθεραπείας. Αντίθετα θεωρεί τον επαγγελματία ικανό και υπεύθυνο στο ρόλο του και συνεργάζεται μαζί του για την κατανόηση της κατάστασης που τον δυσκολεύει και την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισής της (Steinberg,1989).

Η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης συμβάλλουν στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και ιατρικό-νοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων. Οι ψυχολογικές γνώσεις, βοηθούν στην κατανόηση των αντιδράσεων του αρρώστου, της οικογένειας και των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξή τους.

Η Kobassa (1982) διοργανώνει εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια που αποσκοπούν στην αύξηση του προσωπικού ελέγχου του επαγγελματία και στη χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης των δυσκολιών, οι οποίες ερμηνεύονται περισσότερο ως προκλήσεις παρά ως απειλές. Τα προγράμματα αυτά εστιάζονται στους ακόλουθους τομείς:

- Επικέντρωση στις ενδείξεις που υποδηλώνουν σωματικό στρες και έγκαιρη αναγνώριση των πιθανών αιτιών.
- Επικέντρωση στις δυνάμεις του ατόμου και στην αξιοποίησή τους για την αντιμετώπιση μιας δύσκολης κατάστασης την οποία μαθαίνει να αξιολογεί ως “πρόκληση”.
- Αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό των στρεσογόνων καταστάσεων, γεγονός που επιτρέπει στον εργαζόμενο να αναζητήσει εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισής τους και να ασκήσει περισσότερο έλεγχο πάνω σε καταστάσεις που τον αφορούν.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οποιαδήποτε εκπαίδευση να ενθαρρύνει το βαθύτερο προβληματισμό σχετικά με το ρόλο των μελών του προσωπικού υγείας και τη φιλοσοφία που διέπει τη φροντίδα που παρέχουν στον άρρωστο και στην οικογένειά του. Όταν κύριος και αποκλειστικός στόχος θεωρείται η διάγνωση, η θεραπεία και η διατήρηση της ζωής με κάθε κόστος, τότε ο άρρωστος δεν θεωρείται ένα ξεχωριστό άτομο με την δική του προσωπικότητα, ιδιοσυγκρασία και ψυχικές ανάγκες, ενώ η οικογένεια περιθωριοποιείται γιατί αποτελεί “εμπόδιο” στη δουλειά των ειδικών. Ο εξανθρωπισμός των συνθηκών μέσα στις οποίες οικογένειες και άρρωστοι βιώνουν εμπειρίες, που συχνά σημαδεύουν ολόκληρη τη ζωή τους, απαιτεί την αναθεώρηση της παραδοσιακής ιδεολογίας και προσέγγισης των προβλημάτων υγείας που προωθείται από το βιοϊατρικό μοντέλο φροντίδας. Ακόμα και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ο συγκερασμός ανάμεσα στις τεχνολογικές υπηρεσίες και στον εξανθρωπισμό των συνθηκών νοσηλείας είναι εφικτός όταν το προσωπικό υγείας είναι ευαισθητοποιημένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο (Kobasa et al,1982).

Η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (γιατρών, νοσηλευτών/τριών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κλπ.), όσο απλή φαινομενικά

μοιάζει, άλλο τόσο πολύπλοκη είναι στην πράξη. Προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων αλλά και των ορίων κάθε ειδικού και τη συμβολή και κατανόηση, προσέγγιση και χειρισμό κάθε περίπτωσης. Η συλλογική συνεργασία δεν ισοδυναμεί με την κατανομή των υπηρεσιών ανάμεσα σε ειδικούς. Για παράδειγμα όταν ο άρρωστος κλαίει ή εμφανίζει έντονες αντιδράσεις, παραπέμπεται στον ψυχολόγο. Όταν έχει εγκαταλειφθεί καλείται ο κοινωνικός λειτουργός, όταν ο συγγενής επανειλημμένα ρωτά εάν ο άρρωστος θα πεθάνει, παραπέμπεται στο γιατρό για πληροφόρηση κλπ. Αυτός ο κατακερματισμός των υπηρεσιών – χωρίς προγραμματισμό για μια ολιστική εξατομικευμένη προσέγγιση – εντείνει το πρόβλημα της οικογένειας που είναι ήδη ευάλωτη και συχνά βρίσκεται υπό την απειλή της διάλυσης, ενώ οι ανάγκες της δεν λαμβάνονται υπόψη.

Η συλλογική διεπιστημονική συνεργασία έχει θετικό αντίκτυπο στη σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό με τον άρρωστο και ενισχύει τη σιγουριά που νιώθει ο ασθενής κοντά στους ειδικούς που τον φροντίζουν.

Συμπερασματικά για να μπορέσει ο επαγγελματίας να φροντίσει αποτελεσματικά τους αρρώστους, είναι βασικό πρώτα να “μάθει” να φροντίζει τον εαυτό του, χωρίς να θεωρεί την φροντίδα αυτή περιττή ή “άχρηστη πολυτέλεια”. Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στην υπενθύμιση ότι κανένας δεν είναι παντοδύναμος.

Στην σύγχρονη εποχή, με τη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την απόδοση σε αυτήν εξωπραγματικών δυνάμεων, ο επαγγελματίας υγείας καλείται να αναγνωρίσει τις δυνάμεις, αδυναμίες, αλλά και τα όριά του, ώστε να παρέχει με μεγαλύτερη σοφία και αποτελεσματικότητα μια “ανθρώπινη” φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη (Bennet 1987).

2.4 Εργασιακό στρες και επαγγελματική εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί την ακραία εκδήλωση και κατάληξη του εργασιακού άγχους. Το επαγγελματικό άγχος ως μηχανισμός άμυνας εξαρτάται από πολλούς και διάφορους παράγοντες γι' αυτό και η πορεία από ένα άγχος το οποίο θα εξελιχθεί είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη, ενώ τα όρια μεταξύ άγχους και εξουθένωσης είναι ασαφή και συχνά επικαλυπτόμενα στον εργασιακό χώρο (Κάντας,1996).

Με άλλα λόγια η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ότι είναι μια μορφή παρατεταμένου, χρόνιου επαγγελματικού άγχους που ξεπερνά τα όρια αντοχής του εργαζόμενου να το αντιμετωπίσει. Αποτελεί μακροχρόνια διαδικασία που καταλήγει σε αδυναμία προσαρμογής του ατόμου στο επαγγελματικό άγχος που νιώθει. Συγκεκριμένα αν το επαγγελματικό άγχος οριστεί με βάση τις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος στο άτομο, θα μπορούσε και η επαγγελματική

εξουθένωση να οριστεί ως μια μορφή επαγγελματικού άγχους, εφόσον η εμφάνισή της καθορίζεται από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας (Cordes & Dougherty,1993).

Πάντως ενώ η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί βασικό στοιχείο του επαγγελματικού άγχους και το μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης ή οι αρνητικές αυτοαξιολογήσεις εμφανίζονται επίσης συχνά στις διάφορες θεωρήσεις του άγχους, δεν μπορεί να υποστηριχθεί το ίδιο και για την αποπροσωποποίησή που όπως φαίνεται αποτελεί ιδιάζουσα περίπτωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Pines & Keinan (2005), αναφέρουν ότι υπάρχουν επαρκείς εμπειρικές έρευνες που υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι πάντα το αποτέλεσμα υψηλού στρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις το άγχος θεωρείται φυσιολογικό λόγω της σπουδαιότητας του παραγόμενου έργου και για αυτό δεν ευθύνεται για την επαγγελματική εξουθένωση. Μάλιστα δίνεται παράδειγμα μιας νοσηλεύτριας σε αντίστοιχη έρευνα που διεξήγαγαν η οποία και ανέφερε ότι: “οι μέρες που πραγματικά απολαμβάνω το επάγγελμα που ασκώ είναι αυτές που χρειάζεται να δουλέψουμε πολύ σκληρά” και “ότι νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένη όταν δεν μπορώ να κάνω τίποτα πλέον για να βοηθήσω τον ασθενή μου”. Τα αποτελέσματα ήταν σχετικά αφού αποδείχθηκε ότι στο δείγμα της έρευνας η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών δεν συσχετίστηκε με τον αριθμό των ωρών που εργάζονταν, αλλά με το αίσθημα της επίτευξης.

Η έρευνά τους ολοκληρώνεται με το συμπέρασμα ότι ενώ η επαγγελματική εξουθένωση γενικά θεωρείται ως υποκατηγορία του εργασιακού άγχους, εντούτοις φαίνεται ότι προκαλούνται από διαφορετικούς παράγοντες και αιτίες και έχουν διαφορετικές συνέπειες. Συγκεκριμένα θεωρούν ως βασική αιτία δημιουργίας της την αρχέγονη ανάγκη που νιώθουν οι άνθρωποι ότι η ζωή τους έχει νόημα και ότι η εργασία τους είναι χρήσιμη και σημαντική (Pines & Keinan,2005). Συνοπτικά πάντως η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί ως μια ιδιάζουσα μορφή επαγγελματικού άγχους.

2.5 Διαχείριση επικινδυνότητας επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον

Στο παρελθόν η διαχείριση του επαγγελματικού άγχους βασιζόταν σε παρεμβάσεις οι οποίες συνδέονταν με την επίτευξη στόχων που αφορούσαν σε μεμονωμένες προβληματικές καταστάσεις (π.χ. οργανωτικό κλίμα, burn out). Σήμερα η διαχείριση του άγχους βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση των συνθηκών εργασίας υιοθετώντας στρατηγικές περισσότερο ευρείες και συνεργιστικές που μπορούν να αξιολογούν εξειδικευμένα φαινόμενα και παράλληλα να εξετάζουν τις κοινές πλευρές και τις διασυνδέσεις προβλημάτων που αφορούν σε προσωπικό, διαπροσωπικό και οργανωτικό επίπεδο. Οι στρατηγικές αυτές εκτός από την ιατρική επίβλεψη αφορούν στην οργάνωση της εργασίας, στην τυπολογία των εφαρμοζόμενων εργασιακών πρακτικών και στους

τρόπους συμπεριφοράς των εργαζομένων. Η επιλογή της στρατηγικής καθώς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα αναπτυχθούν οι παρεμβατικές ενέργειες καθορίζονται από τα αποτελέσματα της ανάλυσης της επικινδυνότητας του εργασιακού άγχους (Leka, Cox 2008).

Σε μια στρατηγική διαχείρισης ολιστικής προσέγγισης, πολύ συχνά οι παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση του εργασιακού άγχους στον χώρο του νοσοκομείου είναι σύνθετοι και διαφορετικοί μεταξύ τους (διαφορές στα πλαίσια οργάνωσης της εργασίας, στα συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων κλπ.), με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές αν αντιμετωπιστούν αποσπασματικά ή όλοι ταυτόχρονα στο σύνολό τους η αντιμετώπιση του προβλήματος να είναι επιφανειακή και κατά συνέπεια να βοηθά λίγο στην δόμηση ενός σχεδίου παρεμβατικών μέτρων. Για τον λόγο αυτό είναι αναγκαίο η εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης του άγχους να υλοποιείται σε φάσεις αναδεικνύοντας τα χαρακτηριστικά των αιτιολογικών παραγόντων του άγχους τα οποία με τη σειρά τους θα κατευθύνουν την λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων. Επιπλέον είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν πολλαπλές ή/και διαφοροποιημένες στρατηγικές παρέμβασης σε οργανωτικό, συλλογικό και σε ατομικό επίπεδο. Βάσει των παραπάνω οι στρατηγικές παρέμβασης μπορούν να διαχωριστούν σε 3 επίπεδα (Cox et al, 2000).

α) Σε οργανωτικό επίπεδο (πρωτογενείς παρεμβάσεις): στοχεύουν στην λήψη μέτρων στο επίπεδο της οργάνωσης της εργασίας δίνοντας έμφαση κυρίως στον εργονομικό σχεδιασμό των δραστηριοτήτων. Τέτοια μέτρα αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον, στον εξοπλισμό εργασίας – τεχνολογία, στους ρυθμούς,(ένταση) της εργασίας στα ωράρια καθώς και στο σύστημα επιβράβευσης-ανέλιξης. Στην περίπτωση αυτή τα παρεμβατικά μέτρα είναι προληπτικού και διορθωτικού χαρακτήρα και αξιολογούνται με όρους κόστους-αποτελέσματος.

β) Σε επίπεδο μικρής ομάδας (δευτερογενείς παρεμβάσεις): στοχεύουν στην ενημέρωση-εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο αναφορικά με τις ορθές πρακτικές εργασίας και τον κώδικα συμπεριφοράς στους εργασιακούς χώρους (διαπροσωπικές σχέσεις, επικοινωνία, ρόλοι, καθήκοντα, υποχρεώσεις, συνεργατικότητα). Σκοπός των παρεμβάσεων αυτών είναι η ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων των εργαζομένων να διαχειρίζονται το άγχος μέσω εξειδικευμένης επιμόρφωσης.

γ) Σε ατομικό επίπεδο (τριτογενείς παρεμβάσεις): αφορούν στη λήψη μέτρων επανορθωτικού-θεραπευτικού χαρακτήρα και στοχεύουν στην εξάλειψη-μείωση της έντασης των συμπτωμάτων του άγχους σε ατομικό επίπεδο. Ένα σημείο το οποίο πρέπει να επισημανθεί αναφορικά με την επιλογή των στρατηγικών διαχείρισης του εργασιακού άγχους είναι ότι οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο πρέπει να γίνονται αφού εξαντληθούν ενδεχόμενες παρεμβάσεις σε οργανωτικό και συλλογικό επίπεδο. Τέτοια μέτρα για παράδειγμα θα μπορούσαν να αφορούν αφενός στην βελτίωση της

οργάνωσης, των διαδικασιών, των συνθηκών και του περιβάλλοντος της εργασίας, αφετέρου στην βελτίωση της διοίκησης και της κάθετης επικοινωνίας μέσω της διευκρίνησης των στόχων της νοσηλευτικής μονάδας και του ρόλου του κάθε νοσηλευτή (Maslach et al 2001).

Παρόλα αυτά για να έχουν οι παρεμβάσεις αποτελεσματικότητα και διάρκεια στον χρόνο πρέπει να υπάρχει ενεργή εμπλοκή στην διαχείριση του άγχους εκτός των εργαζομένων και των εκπροσώπων τους και της διοίκησης του νοσοκομείου. Είναι σημαντικό τα ανθρώπινο δυναμικό σε μια νοσοκομειακή μονάδα να έχει στοιχειώδεις γνώσεις σε θέματα που αφορούν στην σχέση του επαγγελματικού άγχους με τα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά. Από πολυάριθμα βιβλιογραφικά δεδομένα προκύπτει ξεκάθαρα ότι όταν είναι δυνατός ο έλεγχος των αιτιολογικών παραγόντων του επαγγελματικού άγχους, οι διορθωτικές παρεμβάσεις οδηγούν σε σημαντικά θετικά αποτελέσματα τόσο ως προς την υγεία των εργαζομένων όσο και ως προς την οργάνωση και ποιότητα των υπηρεσιών της νοσοκομειακής μονάδας. Κατά συνέπεια είναι αναγκαία η συστηματική ενημέρωση για το θέμα σε όλα τα επίπεδα και επιπλέον η ύπαρξη πραγματικού ενδιαφέροντος για βελτίωση των συνθηκών εργασίας (ευαισθητοποίηση), η συνειδητοποίηση ότι οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο δεν αντικαθιστούν τις παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο αλλά τις συμπληρώνουν και τέλος η πεποίθηση ότι αυτές οι παρεμβάσεις αποτελούν ευκαιρία για την βελτίωση της ποιότητας των συνθηκών εργασίας και κατά συνέπεια των παρεχόμενων υπηρεσιών της νοσοκομειακής μονάδας (La Montagne et al., 2007).

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ποιός ο ρόλος του burn out στις δομές ψυχικής υγείας

Οι εργαζόμενοι σε ψυχιατρικές μονάδες συμπεριλαμβάνονται στο γενικότερο πλαίσιο των λεγόμενων “επαγγελματιών φροντίδας και περίθαλψης”. Όσοι έχουν αρωγή “κατ’επάγγελμα” έχουν το καθήκον να ενισχύουν εκείνους τους πόρους των πελατών που αφορούν στην ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη, μια ανάπτυξη η οποία έχει διακοπεί ή υποστεί βλάβη λόγω της εμφάνισης της ασθένειας.

Η “σχέση φροντίδας” αναπτύσσεται στο πεδίο της επικοινωνίας και της διαπροσωπικής επαφής ανάμεσα στον λειτουργό ή τις ομάδες λειτουργών και τον “πελάτη”, σε μια διαδικασία κατά την οποία συνυπάρχουν ποικίλες διαστάσεις που απαιτούν διαφορετικές ικανότητες και στάσεις όπως:

- “εργαλειακές” (επίλυσης μιας ανάγκης ή ενός προβλήματος)
- ορθολογικές (έκθεση επιχειρημάτων-κατανόηση-αποδεικτικές διαδικασίες)
- λειτουργικές (σύνταξη εγγράφων, σχεδίων, καλλιέργεια επαφών)
- επικοινωνιακές (κατανόηση, δέσμευση)
- συναισθηματικές(αποδοχή και επίδειξη εμπιστοσύνης)
- συμβολικές (ταύτιση)

Το σύνολο των διαστάσεων αυτών ενυπάρχουν στη συναισθηματική εξάντληση, στην αποπροσωποποίηση και στα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο burn out. Κατά συνέπεια το burn out είναι δυνατόν να αμβλύνει τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στους ασθενείς, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να προκύπτουν περιορισμένα αποτελέσματα και σε ακραίες περιπτώσεις να ευθύνεται για την αποτυχία των θεραπευτικών και αποκαταστασιακών σχεδίων. Έτσι το γεγονός αυτό οδηγεί στην επιδείνωση της κακής κατάστασης του ασθενούς και κατ’ επέκταση στην αύξηση του σχετιζόμενου με τη νόσο κοινωνικού και ανθρώπινου κόστους.

Επιπλέον στις σχέσεις φροντίδας παρατηρούνται ορισμένες συγκρούσεις αξίας ή “δίλημματα” που ο επαγγελματίας βιώνει αναφορικά με:

- Την αναγκαιότητα να διατυπώσει-πραγματοποιήσει υποκειμενικές εκτιμήσεις και να υιοθετήσει μια κριτική στάση έναντι αυτών.
- Η υποχρέωση να συμπεριφέρεται με συνέπεια ως προς το προσωπικό του σύστημα αξιών και ταυτόχρονα να σέβεται εκείνο του πελάτη του.
- Την ανάγκη να επιτυγχάνει μια “βασισμένη στην ενημέρωση” συναίνεση του ασθενή, αν και γνωρίζει ότι ο τελευταίος δεν είναι πάντα σε θέση να προβλέπει και να κατανοεί όλες τις συνέπειες των παρεμβάσεων που έχουν επιλεγεί(Kilfedder et al.,2001).

Είναι λοιπόν σημαντική για τον κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας η αίσθηση ότι είναι μέλος μιας ομάδας με την οποία μπορεί να μοιραστεί τις αξίες και την κουλτούρα που οδηγούν τις λειτουργικές επιλογές του. Αλλά ο βαθμός αποχώρησης των έκτακτων υπαλλήλων που οφείλεται στις ελλείψεις προσωπικού από τη μια και την αδυναμία πραγματοποίησης προσλήψεων από την άλλη, απορυθμίζει τη χαρακτηριστική σταθερότητα των μελών των επαγγελματικών (θεραπευτικών και αποκαταστασιακών) ομάδων και τις μεταμορφώνει συχνά σε “κενούς περιέκτες” γύρω από τις οποίες αγωνιούν αγχωμένοι επαγγελματίες.

Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας που συχνά υποχρεώνει σε μια δράση που η οποία δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη από κριτικό συλλογισμό, καθιστά την επαγγελματική ομάδα ανίκανη να διαφυλάξει τους χώρους σύγκρισης που γεμίζουν με περιεχόμενο την ίδια τους την υπόσταση. Σε αυτές τις

περιπτώσεις οι επαγγελματικές ομάδες υποκαθίστανται από άτυπες συγκεντρώσεις (αυθόρμητες και καθόλου σταθερές), επαγγελματιών που είναι σε αναζήτηση κάποιου που θα μοιραστούν την αγωνία τους μαζί του (Pompili et al 2004).

3.2 Αναγνώριση και διαχείριση ενοχλητικών συναισθημάτων στη σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να προσβάλει οποιονδήποτε εκτίθεται σε μορφές σχεσιακής και διαπροσωπικής πίεσης, ιδιαίτερα στους επαγγελματίες που εμπλέκονται προσφέροντας βοήθεια σε αυτούς τους ασθενείς. Στη σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή, πρέπει να ληφθεί υπόψη η το επιπρόσθετο στρες που προκύπτει από τα συναισθήματα που συνδέονται με την εκάστοτε παθολογία των ασθενών.

Συνεπώς στις ψυχιατρικές δραστηριότητες θεραπευτικού-αποκαταστασιακού τύπου, μια αποτελεσματική σχέση βοήθειας μπορεί να θεμελιωθεί μόνο εάν είμαστε σε θέση να αναγνωρίσουμε και να διαχειριστούμε με κατάλληλο τρόπο τα συναισθήματα που βιώνουμε. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις του επαγγελματία προέρχονται όχι μόνο από την σχέση με αυτόν τον συγκεκριμένο ασθενή αλλά επίσης από την προσωπική και οικογενειακή του ιστορία και από γεγονότα που μπορεί να έχουν συμβεί σε σημαντικά άτομα του περιβάλλοντός του. Πέραν τούτου οι συναισθηματικές αυτές αντιδράσεις αλλάζουν σε σχέση με τις διαφορετικές της ζωής του (Kilfedder et al.,2001).

Κάθε επαγγελματίας έχει ένα δικό του προσωπικό τρόπο να αντιδρά, παρ' όλα αυτά οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι σε γενικές γραμμές παρόμοιες σε σχέση με τον τύπο της ασθένειας από την οποία πάσχει ο ασθενής. Η αντιμετώπιση των πιο έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων και της σημασίας τους χωρίς να αισθάνεται κανείς ιδιαίτερα απειλούμενος, σημαίνει να εκτελεί το καθήκον του στην θεραπευτική σχέση με περισσότερη αποτελεσματικότητα.

Είναι χρήσιμο για την κατανόηση του δυναμικού των συναισθηματικών αντιδράσεων να κάνει ο επαγγελματίας ένα βήμα πίσω, να ρίξει ένα βλέμμα στο πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται στην προσωπική του ζωή, ενώ δουλεύει με τον ασθενή, ακόμα κι αν πρόκειται για καταθλιπτικό, παρανοϊκό, επικίνδυνο ή ασθενή που δεν παρουσιάζει βελτίωση.

Θα εξετάσουμε λοιπόν τα συναισθήματα που αναδύονται στις εκάστοτε καταστάσεις και τις πιθανές διαδρομές για την αναγνώριση και διαχείρισή τους (Αντωνίου Α-Σ, 2003).

3.2.1 Ενοχλητικά συναισθήματα στην σχέση με τον καταθλιπτικό και αυτοκτονικό ασθενή

Η κατάθλιψη περισσότερο από άλλες ψυχιατρικές παθολογίες είναι αυτή που γίνεται περισσότερο κατανοητή, όταν δεν είναι ιδιαίτερα σοβαρή, και κυρίως όταν εμφανίζεται ως επακόλουθο κάποιων

βιωμάτων απώλειας. Στις σοβαρότερες μορφές της, η κατάθλιψη παρουσιάζεται κάποιες φορές εξαιρετικά ακατανόητη, χωρίς κανένα νόημα και διακινεί άγχος και ψυχικό πόνο στον ίδιο τον επαγγελματία ο οποίος καταλήγει να αισθάνεται ότι 'μολύνθηκε' από την κατάθλιψη, ότι δοκιμάζει ο ίδιος μια σειρά από συναισθήματα, τα οποία αν δεν γίνουν κατανοητά και δεν αποκωδικοποιηθούν, οδηγούν σε συμπεριφορές εν δυνάμει επιζήμιες για τον ίδιο τον επαγγελματία (κίνδυνος για burn out), αλλά και για την θεραπευτική αποκαταστασιακή διαδικασία.

Αντιθέτως αυτά τα ίδια τα συναισθήματα μπορούν να αποτελέσουν έναν πόρο για την θεραπευτική εργασία και την προσωπική ανάπτυξη του επαγγελματία, εάν μπορέσει να τα κατανοήσει και διαχειριστεί με τον κατάλληλο τρόπο. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί πάντα το τρίγωνο, που ορίζεται από τον επαγγελματία με την ιστορία του, την οικογένειά του και τον χρήστη ασθενή με το δικό του πλαίσιο. Τα συναισθήματα που πιο συχνά βιώνει ο επαγγελματίας στην σχέση με τον καταθλιπτικό ασθενή:

- αίσθηση ενοχής
- αίσθηση αδυναμίας,
- προσωπική αποτυχία,
- ματαίωση,
- αίσθημα θλίψης,
- επιθυμία φυγής,
- αίσθηση μη χρησιμότητας,
- θυμός-άγχος.

Ο επαγγελματίας που βιώνει αυτά τα συναισθήματα είναι ανίκανος να επιτελέσει το ρόλο του και καταλήγει με το να επιβεβαιώνει και να αμβλύνει την κατάθλιψη του ασθενή (Παπαδοπούλου κ.α. 1997).

Ποιες είναι οι κατάλληλες στρατηγικές και οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης:

- Η ακρόαση των συναισθημάτων του ασθενή
- Η ακρόαση των προσωπικών βιωμάτων
- Η διαφοροποίηση των προσωπικών συναισθημάτων από αυτά του ασθενή
- Η διατήρηση του επαγγελματικού ρόλου: η υπενθύμιση ότι ο επαγγελματίας είναι ακριβώς ένας επαγγελματίας και όχι ο σωτήρας του ασθενή και ότι υπεύθυνη για την κατάθλιψη είναι η ίδια η αρρώστια και όχι ο ασθενής
- Η υπενθύμιση ότι ο κίνδυνος της αυτοκτονίας, στο σοβαρά καταθλιπτικό ασθενή είναι

κάποιες φορές αναπόφευκτος αλλά βέβαια τις περισσότερες φορές προβλέψιμος, γι' αυτό πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στα μηνύματα που εκπέμπει ο ασθενής (Pompili et al., 2006).

Αυτή η διαδικασία αποτρέπει αντιδράσεις που δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο και την ανταπόκριση στα παθολογικά βιώματα του ασθενή αποφεύγοντας στάσεις απόρριψης και απομάκρυνσης. Επίσης, καταφέρνουμε να μην βιώνουμε κατάθλιψη και έτσι δεν υιοθετούμε την ιδέα του καταθλιπτικού ασθενή ότι “δεν υπάρχει ελπίδα”.

Το αίσθημα αδυναμίας του επαγγελματία γίνεται ακινησία, παραίτηση από την λειτουργία του, και επιβεβαίωση του αισθήματος μοναξιάς του ασθενή. Εάν ο ίδιος ο επαγγελματίας νιώθει καταθλιπτικός και μόνος όπως ο ασθενής του, τότε ποιος μπορεί να τον βοηθήσει (Αντωνίου Α-Σ., 2003).

3.2.2 Ενοχλητικά συναισθήματα στην σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή: ο παρανοϊκός ασθενής

Ο παρανοϊκός ασθενής είναι εκείνος που αποδίδει στους άλλους και γενικά στον εξωτερικό κόσμο την ευθύνη των γεγονότων, που έχει ανάγκη να αναζητά σταθερά τους διώκτες του και είναι ανίκανος να αναγνωρίζει την ευθύνη του για ό,τι συμβαίνει.

Η σχέση με αυτόν τον ασθενή χαρακτηρίζεται από τον κίνδυνο να ταυτιστεί ο επαγγελματίας ως διώκτης, ο ασθενής να γίνει εχθρικός και εκδικητικός, άρα ανίκανος να αναγνωρίσει τις προσπάθειες του επαγγελματία. Η κύρια δυσκολία για τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να αποποιηθεί το ρόλο του “συμμάχου” ή του “εχθρού” και να αισθάνεται και να προσφέρεται ως μια δεύτερη φιγούρα. Ο επαγγελματίας πράγματι νιώθει επενδυμένος με αρνητικές προβολές και κατά συνέπεια η διαθεσιμότητά του μειώνεται ενώ ταυτόχρονα γίνεται απόμακρος. Τα συναισθήματα που νιώθει ο νοσηλευτής σε σχέση με τον παρανοϊκό ασθενή είναι:

- νιώθει να δέχεται επίθεση
- νιώθει να απειλείται
- νιώθει ευερέθιστος
- νιώθει οργισμένος
- νιώθει βαθιά ενοχλημένος
- νιώθει μειωμένη διαθεσιμότητα

Εάν δεν υποβληθούν σε επεξεργασία, αυτά τα συναισθήματα μετασηματίζονται εκ των πραγμάτων σε εχθρικές στάσεις του επαγγελματία, έτσι ο ασθενής επιβεβαιώνεται στην ιδέα του ότι ο επαγγελματίας είναι εχθρός του.

Εάν αντίθετα αυτά τα συναισθήματα υποβληθούν σε επεξεργασία, ο επαγγελματίας με την απλή ερώτηση “οι διωκτικές ιδέες του ασθενή έχουν πραγματική βάση;”, μπορεί να βοηθηθεί ώστε να τοποθετηθεί σε σχέση με τον ρόλο του – στη σωστή απόσταση, απαλλάσσοντας τον εαυτό του από την λογική του “συμμάχου-εχθρού” και έτσι να βοηθήσει τον ασθενή του στην επεξεργασία των διωκτικών του βιωμάτων (Melchior et al., 1997).

Ποιες είναι οι κατάλληλες στρατηγικές και οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης:

- Να διατηρεί σε κάθε περίπτωση μια αυστηρά επαγγελματική στάση.
- Να μην αντιδρά μπαίνοντας σε φαύλο κύκλο και να μην δίνει απαντήσεις τις οποίες πρώτα δεν έχει σκεφθεί.
- Να σκέφτεται και να μετρά μέχρι το 10 πριν απαντήσει (σε λεκτικό και μη λεκτικό επίπεδο).
- Να επαγρυπνεί στις συζητήσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές που μεταφράζονται πάντα από τον παρανοϊκό (τι θα σκεφθεί ο ασθενής αν πω ή κάνω αυτό ή εκείνο;), να αναγνωρίζει το μη ρεαλιστικό περιεχόμενο των φαντασιών του ασθενή.
- Να αποφεύγει την επέκταση των συζητήσεων που αφορούν τα προσωπικά προβλήματα του ασθενή.
- Να μην αντιτίθεται στις πρωτοβουλίες του ασθενή όσο παράλογες και παράξενες αν είναι. Παρ’ όλα αυτά ο επαγγελματίας πρέπει να καθιστά σαφή, ξεκάθαρα και σταθερά τα δικαιώματα και τον σεβασμό προς τους άλλους.
- Να θυμάται ότι ο παρανοϊκός ασθενής είναι ευαίσθητος στα θέματα ιεραρχίας και νιώθει την ανάγκη να υπάρχει.
- Να αρνείται με –διακριτικότητα και σταθερότητα- τις προσπάθειες του ασθενή να μεταμορφώσει την επαγγελματική σε μια πιο προσωπική σχέση (με τον παρανοϊκό δεν μπορούμε να πάμε να πιούμε μαζί καφέ, δεν αποδεχόμαστε κανένα δώρο, δεν ξεχνάμε ποτέ τον επαγγελματικό μας ρόλο (Παπαδοπούλου κ.α. 1997)).

3.2.3 Ενοχλητικά συναισθήματα στην σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή: ο ψυχωτικός ασθενής που δεν βελτιώνεται

Αναφερόμαστε σε εκείνο τον ασθενή που, παρόλο που έχει υποβληθεί σε κατάλληλη θεραπευτική–αποκαταστασιακή φροντίδα, δεν φτάνει σε ένα επαρκές επίπεδο προσωπικής αυτονομίας και παραμένει υπό την ευθύνη της υπηρεσίας της ψυχικής υγείας ή των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για όλη του τη ζωή, παραποιεί την πραγματικότητα και παρουσιάζει σοβαρά

ελλείμματα στην προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και εργασιακή του λειτουργικότητα. Η σχέση με αυτόν τον ασθενή προκαλεί στον επαγγελματία ψυχικής υγείας τα παρακάτω συναισθήματα:

- απογοήτευση
- αποθάρρυνση
- θλίψη
- αδυναμία
- αίσθημα ακαταλληλότητας
- αίσθημα ένοχης
- αίσθημα αποτυχίας

Αυτά τα συναισθήματα, μη επεξεργασμένα, μεταλλάσσονται σε αντιθεραπευτικές συμπεριφορές: η απογοήτευση, η αποθάρρυνση, η θλίψη μεταλλάσσονται σε αδράνεια, ακινητοποίηση, επανάπαυση και συμπεριφορές μετάθεσης των ευθυνών: 'Είναι άωφελο να κάνω οτιδήποτε, δεν υπάρχει ελπίδα, έτσι που ακόμη και αν υπάρχουν πραγματικές πρόοδοι δεν αναγνωρίζονται και δεν αξιοποιούνται'.

Τα συναισθήματα ενοχής και ακαταλληλότητας οδηγούν σε μια υπερδραστηριότητα : παρέχονται στον ασθενή ερεθίσματα συνεχώς πιο ισχυρά για να προάγουν τη βελτίωση, με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζονται οι πραγματικές ικανότητες και τα αποθέματα του συγκεκριμένου ασθενή και καταλήγει έτσι να διατηρεί μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Συχνά ο ασθενής φορτωμένος με ερεθίσματα επιδεινώνεται: δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που τροφοδοτεί ένα σπείραμα αρνητικών συναιθημάτων- ακατάλληλες και μη ρεαλιστικές συμπεριφορές (Melchior et al.,1997).

Ποιες είναι οι κατάλληλες στρατηγικές και οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης:

- Να διακρίνουμε με ακρίβεια και σαφήνεια τα αποθέματα του ασθενή
- Να θέτουμε ρεαλιστικούς στόχους και σχέδια φροντίδας
- Να επαναπροσδιορίζουμε συχνά το σχέδιο φροντίδας σε συνάρτηση με τα αποτελέσματα που έχουν πραγματικά επιτευχθεί
- Να θυμόμαστε ότι ο στόχος δεν είναι η ίαση, αλλά η όσο το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή στο συγκεκριμένο πλαίσιο
- Να θυμόμαστε πάντα ότι η χρονιότητα εξαιρεί, εξ' ορισμού, την πιθανότητα μιας πλήρους ίασης (Αντωνίου Α-Σ, 2003).

3.2.4 Ενοχλητικά συναισθήματα στην σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή : ο επιθετικός και βίαιος ασθενής

Η βίαιη συμπεριφορά είναι βεβαίως εκείνη που προκαλεί στον επαγγελματία τα πιο ενοχλητικά συναισθήματα. Η έκθεση σε συμπεριφορές βίας και επιθετικότητας είναι δυνατόν να οδηγήσει στην εκδήλωση των παρακάτω συναισθημάτων, όπως:

- Ευερεθιστότητα
- Κατάθλιψη
- Οργή
- Άγχος
- Αμηχανία
- Αυτοκατηγορία
- Εξάρτηση από τους άλλους
- Παραίτηση
- Φόβο

Ο φόβος μπορεί να εξελιχθεί σε ένα συναίσθημα που βιώνεται συνεχώς μπροστά στον ασθενή ο οποίος έχει ήδη εκδηλώσει την βίαιη και επιθετική συμπεριφορά. Σε κάθε περίπτωση ο φόβος του επαγγελματία διεγείρει την επιθετικότητα του ασθενή, εκεί όπου η ηρεμία καταπραΰνει την επιθετικότητα και μειώνει τον κίνδυνο μιας βίαιης στάσης. Προκειμένου να αποφευχθούν παρόμοια επεισόδια εξαιτίας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, χρειάζεται -σε αυτήν την συνθήκη, περισσότερο από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη- να έχουμε συνηθίσει και να έχουμε γίνει αποτελεσματικοί στη διαχείριση των συναισθημάτων μας (Kilfedder et al., 2001).

Ποιες είναι οι κατάλληλες στρατηγικές και οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης:

- Αναγνώριση των προειδοποιητικών σημείων μιας επερχόμενης συμπεριφοράς
- Υιοθέτηση κατευθυντήριων γραμμών και συγκεκριμένων πρωτοκόλλων
- Εκπαίδευση σε τεχνικές αποκλιμάκωσης.

Συμπερασματικά, σε αυτές τις περιπτώσεις, ο στόχος είναι να μάθουμε να ανεχόμαστε τον φόβο και να τον χρησιμοποιούμε ως εργαλείο κατανόησης και συμμαχίας με τον ασθενή, αποφεύγοντας αντιδράσεις τύπου φαύλου κύκλου και προσφέροντας στον ασθενή, όπου είναι δυνατόν, ένα περιβάλλον το οποίο θα είναι ικανό να του “επιστρέψει” τις επιθετικές του ενορμήσεις απαλλαγμένες από τα καταστροφικά τους στοιχεία και μεταμορφωμένες σε πιο κατάλληλους τρόπους συναισθηματικής επικοινωνίας (Παπαδοπούλου κ.α. 1997).

3.3 Η διαχείριση των σχέσεων με τους υφιστάμενους και η συμβολή του στην διαχείριση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Μεγάλο μέρος του οργανωτικού στρες που οδηγεί στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέεται με τα μοντέλα σχέσεων που υιοθετούνται για την διεξαγωγή των παραγωγικών διαδικασιών. Έτσι λοιπόν πιστεύουμε ότι οι διευθύνοντες μπορούν να επιτελέσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του burn out. Οι διευθύνοντες παίζουν ένα ρόλο ενδιάμεσου μεταξύ των υφισταμένων τους και των προσώπων ή των φορέων για τους οποίους εργάζονται. Συνεπώς υποβάλλονται σε πιέσεις οι οποίες προέρχονται τόσο από το εσωτερικό της ομάδας εργασίας όσο και από το εξωτερικό (Pompili et al., 2006).

Στο εσωτερικό αυτής της κατάστασης, η ιεραρχική σχέση μεταξύ των επαγγελματιών εξαρτάται:

- Από τον τρόπο με τον οποίο ο διευθύνων ερμηνεύει το ρόλο ευθύνης του
- Από τον τρόπο με τον οποίο ο υφιστάμενος μεταφράζει το δικό του εργασιακό ρόλο
- Από τους κανόνες της αλληλεπίδρασης μεταξύ προϊστάμενου και υφιστάμενου.

Εάν ο ρόλος του διευθύνοντα είναι σαφής και καθορισμένος, μπορεί ο ίδιος εύκολα να περιγράψει τα όρια της ευθύνης του, να αποδώσει καθήκοντα και να καθορίσει κατάλληλα κανάλια επικοινωνίας. Αντίθετα η έλλειψη σαφήνειας στον καθορισμό των ρόλων και των ορίων δημιουργεί εργασιακό στρες τόσο για τους διευθύνοντες όσο και για τους υφιστάμενους.

Κάθε διευθύνων πρέπει να αναλαμβάνει διάφορους ρόλους σχετικούς με διαφορετικές πτυχές και ανάγκες της ομάδας εργασίας. Οι πτυχές και οι ανάγκες μιας ομάδας εργασίας μπορεί να είναι εκτεταμένες και σύμπλοκες. Επιπλέον είναι πολύ σημαντικό ο διευθύνων να μπορεί να ανταποκρίνεται στο σύνολο των απαραίτητων ηγετικών διαδικασιών για την καλή λειτουργία του ιδίου. Επίσης είναι σημαντικό τα μέλη της ομάδας εργασίας να είναι σε θέση να αναπτύσσουν καλύτερα τις δυνατότητές τους και να μπορούν να επιλέγουν αυτόνομα σημεία αναφοράς και /ή

τρόπους ρύθμισης της λειτουργικότητάς τους σε σχέση με την ομάδα. Ωστόσο ο διευθύνων δεν πρέπει να υπερτονίζει ούτε να συγκεντρώνει πάνω του όλες τις αρχηγικές λειτουργίες οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιβίωση και την ανάπτυξη της ομάδας εργασίας. Αντίθετα πρέπει να αξιολογεί εκείνες που ταιριάζουν περισσότερο με τις ικανότητές του και να διακρίνει μεταξύ των μελών της ομάδας τα άτομα που μπορούν να ασκήσουν αρχηγικές λειτουργίες, που ο ίδιος δεν είναι σε θέση να επιτελέσει με τον καλύτερο τρόπο (Καδδά Α.,2005).

Ο τρόπος άσκησης της ηγεσίας που αποδεικνύεται πιο αποτελεσματικός σε αυτή την κατεύθυνση είναι εκείνος του ανοιχτού τύπου:

- Ενθαρρύνει τη συμμετοχή και την επικοινωνία
- Διατηρεί διαδικασίες αποφάσεων ισότιμες και διαφανείς.

Ο διευθύνων που υιοθετεί το “δημοκρατικό”, διαφανή τρόπο, χρησιμοποιεί την πειθώ και τη συμμετοχή για να αντιμετωπίσει τα καθήκοντα που ενδιαφέρουν την ομάδα εργασίας και τις ενδεχόμενες αντίστοιχες διαπροσωπικές συγκρούσεις.

Οι ακόλουθοι κανόνες μπορούν να αποδειχθούν αποτελεσματικοί στη μείωση του στρες κατά την αλληλεπίδραση με τους υφιστάμενους:

- Να πληροφορούν και να συμβουλεύονται τους υφιστάμενους σχετικά με τις αποφάσεις που τους αφορούν
- Να συμβουλεύουν και να ενθαρρύνουν τους υφιστάμενους, βοηθώντας τους να ασκούν τις αρμοδιότητες και να ενισχύουν τις ικανότητές τους, σεβόμενοι και ανταμείβοντας την δουλειά τους
- Να αναθέτουν εργασιακά καθήκοντα ισότιμα, με διαφανή τρόπο και εντός των χρόνων/ορίων που είναι αναγκαίοι για τον προγραμματισμό τους
- Να δείχνουν κατανόηση για τα προσωπικά τους προβλήματα
- Να υπερασπίζονται τα συμφέροντα των υφιστάμενων
- Να δείχνουν σεβασμό για την ιδιωτική τους ζωή
- Να αποφεύγουν τα κουτσομπολιά
- Να βρίσκουν τρόπους έτσι ώστε το εργασιακό περιβάλλον να είναι ευχάριστο
- Να σέβονται τις ηθικές τους αξίες χωρίς να τους ζητούν να τις παραβιάζουν (Melchior et al.,1997).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσουμε το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας σε δομές της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η εκτίμηση του μεγέθους της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές τριών διαφορετικών νομών: Αχαΐας, Ηλείας, Αρκαδίας.
- Η σύγκριση του εργασιακού στρες ανάμεσα σε νοσηλευτές που εργάζονται σε διαφορετικές δομές ψυχικής υγείας.
- Η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου και πως μπορεί να αμβλυνθεί σύμφωνα με τις προτάσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.

1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τους στόχους που θέσαμε προέκυψαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- Διαφοροποιείται η επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με το φύλο ;
- Σχετίζεται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης με την διάρκεια (σε έτη) υπηρεσίας σε δομές ψυχικής υγείας ;
- Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους νοσηλευτές από δομή σε δομή ;
- Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους νοσηλευτές από νομό σε νομό ;
- Ποιες οι προτάσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας για την άμβλυνση του εργασιακού άγχους και την βελτίωση των συνθηκών εργασίας.

1.3 Πληθυσμός μελέτης – τόπος διεξαγωγής – χρόνος διεξαγωγής

Το δείγμα της έρευνάς μας αποτελείται από 49 νοσηλευτές σε δομές ψυχικής υγείας, 34 γυναίκες και 15 άντρες. Ειδικότερα οι 24 από αυτούς εργάζονται σε δομές του νομού Αχαΐας (ψυχιατρική κλινική ΠΠΓΝ Ρίου, τακτικά εξωτερικά ιατρεία, 2 ξενώνες ``Ψυχαργός`` 1 Κ.Ψ.Υ Ενηλίκων) 13 στον νομό Ηλείας (ψυχιατρική κλινική γενικού Νοσοκομείου Πύργου, ξενώνας ``Ψυχαργός``) και 12 σε δομές του νομού Αρκαδίας (2 ψυχιατρικές κλινικές Γενικού Νοσοκομείου Τριπόλεως).

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνα στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών ζητήθηκε άδεια από την 6^η Υ.Π.Ε η οποία και ενεκρίθη (29/3/2017). Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και μοιράστηκαν μετά από και προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες. Επιπλέον οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εγγράφως για τον σκοπό της παρούσης ερευνητικής εργασίας σύμφωνα με τους υφιστάμενους κανόνες έρευνας, βιοηθικής και δεοντολογίας. Η έρευνα έλαβε χώρα από τον Φεβρουάριο έως και τον Ιούνιο του 2017.

1.4 Μεθοδολογικά εργαλεία

Το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνάς μας ήταν το ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 63 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 4 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Για την δημιουργία του εργαλείου χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο μέρος του ερωτηματολογίου από παλαιότερη έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου "Ευαγγελισμός" το οποίο τροποποιήθηκε και διαμορφώθηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Έτσι το ερωτηματολόγιο που προέκυψε περιέχει πέντε ενότητες.

Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στα κοινωνικά – δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία του εργαζόμενου (9 ερωτήσεις κλειστού τύπου). Η δεύτερη ενότητα εξετάζει τις συνθήκες εργασίας των αποκρινόμενων, τις σχέσεις με συναδέλφους και ανωτέρους, (σύνολο 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου).

Η τρίτη ενότητα είναι το ερωτηματολόγιο καταγραφής της Maslach (MBI). Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στην χρήση του. Το MBI είναι μια υποκειμενική μέθοδος αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και βασίζεται στην προσωπική γνώμη των εργαζομένων για τις αγχογόνες συνθήκες του περιβάλλοντος εργασίας. Στην Ελλάδα έχει χρησιμοποιηθεί από τους Παπαδάτου και συν. (1992), Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1994), οι οποίοι θεωρούν ότι " η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στην εργασία του". Το ερωτηματολόγιο της Maslach αποτελείται από 20 κλειστού τύπου ερωτήσεις που εκφράζουν την συναισθηματική εξάντληση, τα προσωπικά επιτεύγματα και την αποπροσωποποίηση.

Η τέταρτη ενότητα αναφέρεται στις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης με 24 ερωτήσεις κλειστού τύπου και τέλος η πέμπτη ενότητα περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου όπου οι νοσηλευτές προτείνουν τρόπους άμβλυνσης του εργασιακού άγχους και βελτίωση των συνθηκών εργασίας.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το εργαλείο SPSS v17. Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων, όπου για τα δημογραφικά στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν γραφήματα, ενώ για

τις συνθήκες εργασίας, τα συναισθήματα και τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συχνοτήτων και ποσοστών.

Ακολούθως, για τον έλεγχο της συσχέτισης των γενικών και δημογραφικών στοιχείων της έρευνας, όπως α) του φύλου, β) της διάρκειας υπηρεσίας σε δομές ψυχικής υγείας, γ) του είδους της δομής ψυχικής υγείας υπηρετήσης και δ) του Νομού υπηρετήσης με τους παράγοντες που περιγράφουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (δηλαδή της ερωτήσεως της τρίτης και τέταρτης ενότητας του ερωτηματολογίου), χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά στατιστικά τεστ Mann – Whitney U και Kruskal – Wallis H με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$ (5%). Η επιλογή των συγκεκριμένων μη παραμετρικών τεστ βασίστηκε:

- στο είδος των υπό μελέτη ποιοτικών δεδομένων, που διακρίνονταν σε ονομαστικά (nominal) και διατεταγμένα κατηγορικά (ordinal) και
- στο γεγονός ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν ικανοποιητικά την κανονική κατανομή, προκειμένου να μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποιο παραμετρικό τεστ και
- στο σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος, που αποτελείτο από 49 νοσηλευτές.

1.4.1 Το Mann – Whitney U και το Kruskal – Wallis H Στατιστικά Τεστ Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Το U στατιστικό τεστ Mann – Whitney ανήκει στα μη παραμετρικά τεστ και χρησιμοποιεί δεδομένα που προέρχονται από δύο ξεχωριστά δείγματα για να ελέγξει υποθέσεις, που σχετίζονται με την διαφορά των μέσων τιμών ή των διαμέσων δύο πληθυσμών. Ο καθορισμός των δύο δειγμάτων γίνεται μέσω μίας ποιοτικής μεταβλητής με δύο κατηγορίες, ενώ η δεύτερη μεταβλητή συνήθως είναι διατεταγμένου τύπου (ordinal). Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου δηλώνει ότι οι μέσες τιμές (ή οι διάμεσοι) των δύο πληθυσμών δεν διαφέρουν, συνεπώς δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ τους. Η στατιστική του ελέγχου βασίζεται στην βαθμολόγηση (ranking) των παρατηρήσεων των δύο δειγμάτων (Καρακώστας, 2004). Η χρήση του συγκεκριμένου τεστ προϋποθέτει ότι οι πληθυσμοί έχουν την ίδια μορφή, αλλά είναι ιδιαίτερα ανθεκτικός σε διαφορετική διακύμανση. Συνήθως χρησιμοποιείται όταν η κατανομή των τιμών των δειγμάτων δεν είναι κανονική.

Το H στατιστικό τεστ Kruskal – Wallis ανήκει επίσης στα μη παραμετρικά τεστ και αποτελεί επέκταση του Mann – Whitney U τεστ για k ξεχωριστά δείγματα – ομάδες. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου δηλώνει ότι οι μέσες τιμές (ή οι διάμεσοι) των k πληθυσμών δεν διαφέρουν, συνεπώς δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ τους. Σε περίπτωση που δεν ισχύει η μηδενική υπόθεση και προκειμένου να εντοπιστούν οι ομάδες μεταξύ των οποίων υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, θα πρέπει να εκτελεστεί το τεστ Mann – Whitney U για όλα τα δυνατά ζεύγη των k ομάδων. Οι προϋποθέσεις του τεστ όσο και η εφαρμογή του είναι ίδιες με αυτές του Mann –

Whitney U τεστ.

1.5 Δεοντολογικά ζητήματα

Προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα εξασφαλίσαμε την ανωνυμία των συμμετεχόντων και το απόρρητο των απαντήσεων τους. Ενημερώθηκαν ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις και ότι οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τον σκοπό της μελέτης. Εξασφαλίσαμε ακόμα το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες μέσω της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν θα υποστούν κάποια βλάβη. Ακόμα η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ήταν δική τους απόφαση αν θα συμπληρώσουν τελικά το ερωτηματολόγιο ή όχι.

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ανάλυση Δεδομένων – Αποτελέσματα

2.1 Γενικά – Δημογραφικά Στοιχεία

Το δείγμα της έρευνάς μας αποτελείτο από 49 νοσηλευτές σε δομές ψυχικής υγείας, 34 γυναίκες (69,4%) και 15 άνδρες (30,6%).

Από αυτούς, οι 24 νοσηλευτές (49,0%) εργάζονταν σε δομές του Νομού Αχαΐας, 13 (26,5%) του Νομού Ηλείας και 12 (24,5%) του Νομού Αρκαδίας (ΠΙΝΑΚΑΣ 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Νοσηλευτές ανά νομό

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ηλείας	13	26,5	26,5	26,5
Αχαΐας	24	49,0	49,0	75,5
Αρκαδίας	12	24,5	24,5	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Αναφορικά ως προς την ηλικιακή ομάδα των 49 συμμετεχόντων νοσηλευτών, 30 νοσηλευτές (61,2%) ήταν από 40-49 ετών, 11 (22,4%) ήταν από 50 ετών και άνω, 6 (12,2%) ήταν 30-39 ετών και 2 νοσηλευτές (4,1%) ήταν 20-29 ετών (ΠΙΝΑΚΑΣ 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Ηλικιακή ομάδα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29 ετών	2	4,1	4,1	4,1
	30-39 ετών	6	12,2	12,2	16,3
	40-49 ετών	30	61,2	61,2	77,6
	50 και άνω	11	22,4	22,4	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Αναφορικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση, απάντησαν και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών (39) ήταν έγγαμοι (79,6%), 7 (14,3%) ήταν άγαμοι, ενώ 3 νοσηλεύτριες ήταν διαζευγμένοι (6,1%) (ΠΙΝΑΚΑΣ 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Οικογενειακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμος	7	14,3	14,3	14,3
	Έγγαμος	39	79,6	79,6	93,9
	Διαζευγμένος	3	6,1	6,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Αναφορικά ως προς τον ανώτερο τίτλο σπουδών καταγράφηκαν 47 έγκυρες απαντήσεις, ενώ 2 ήταν ελλιπείς. Πιο συγκεκριμένα, 22 νοσηλεύτριες (46,8%) είχαν πτυχίο ΤΕ, 18 (38,3%) είχαν πτυχίο ΔΕ, ενώ 7 νοσηλεύτριες (14,9%) είχαν μεταπτυχιακό (ΠΙΝΑΚΑΣ 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Ανώτερος τίτλος σπουδών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕ	18	36,7	38,3	38,3
	ΤΕ	22	44,9	46,8	85,1
	Μεταπτυχιακό	7	14,3	14,9	100,0
	Total	47	95,9	100,0	
Missing	System	2	4,1		
Total		49	100,0		

Αναφορικά ως προς τα έτη από τη λήψη του πιο πρόσφατου τίτλου σπουδών καταγράφηκαν 47 έγκυρες απαντήσεις, ενώ 2 ήταν ελλιπείς. Πιο συγκεκριμένα, 19 νοσηλευτές (40,4%) έλαβαν τον τελευταίο τίτλο τους πριν από 10-19 έτη, 14 (29,8%) πριν τουλάχιστον 20 έτη, ενώ άλλοι 14 νοσηλευτές (29,8%) την τελευταία δεκαετία (ΠΙΝΑΚΑΣ 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Έτη από τη λήψη του τελευταίου τίτλου σπουδών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-9 έτη	14	28,6	29,8	29,8
	10-19 έτη	19	38,8	40,4	70,2
	20 και άνω έτη	14	28,6	29,8	100,0
	Total	47	95,9	100,0	
Missing	System	2	4,1		
Total		49	100,0		

Αναφορικά ως προς τον φορέα και το τμήμα εργασίας απάντησαν και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 29 νοσηλευτές (59,2%) εργάζονταν σε Ψυχιατρικό τμήμα Περιφερειακού – Νομαρχιακού Νοσοκομείου, εκ των οποίων οι 26 (53,1%) στο Νοσηλευτικό τμήμα και οι 3 (6,1%) στα Εξωτερικά ιατρεία. Επίσης, 13 (26,5%) νοσηλευτές εργάζονταν σε Προστατευμένο Διαμέρισμα στο Πρόγραμμα Ψυχαργός, 6 (12,2%) σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) στο Τμήμα Ενηλίκων και ένας (2,0%) σε Κινητή μονάδα (ΠΙΝΑΚΑΣ 6 και ΓΡΑΦΗΜΑ 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Φορέας και τμήμα εργασίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα	26	53,1	53,1	53,1
Ψυχιατρικό τμήμα-Εξωτερικά ιατρεία	3	6,1	6,1	59,2
ΚΨΥ-Τμήμα Ενηλίκων	6	12,2	12,2	71,4
Κινητή μονάδα	1	2,0	2,0	73,5
Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργός	13	26,5	26,5	100,0
Total	49	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Νοσηλευτές ανά φορέα και τμήμα εργασίας



Αναφορικά ως προς τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα απάντησαν και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 24 νοσηλευτές (49,0%) είχαν 20 και άνω έτη προϋπηρεσίας, 18 (36,7%) 10-19 έτη, ενώ 7 νοσηλευτές (14,3%) είχαν ως 9 έτη συνολικής προϋπηρεσίας στο επάγγελμα (ΠΙΝΑΚΑΣ 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-9 έτη	7	14,3	14,3	14,3
10-19 έτη	18	36,7	36,7	51,0
20 και άνω έτη	24	49,0	49,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Αναφορικά ως προς τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο καταγράφηκαν 42 έγκυρες απαντήσεις, ενώ 7 ήταν ελλιπείς. Πιο συγκεκριμένα, 19 νοσηλευτές (45,2%) είχαν ως 9 έτη προϋπηρεσίας, 13 (31,0%) είχαν 10-19 έτη, ενώ 10 νοσηλευτές (23,8%) είχαν τουλάχιστον 20 έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο

(ΠΙΝΑΚΑΣ 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-9 έτη	19	38,8	45,2	45,2
	10-19 έτη	13	26,5	31,0	76,2
	20 και άνω έτη	10	20,4	23,8	100,0
	Total	42	85,7	100,0	
Missing	System	7	14,3		
Total		49	100,0		

Αναφορικά ως προς τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα καταγράφηκαν 42 έγκυρες απαντήσεις, ενώ 7 ήταν ελλιπείς. Πιο συγκεκριμένα, 32 νοσηλευτές (76,2%) είχαν ως 9 έτη προϋπηρεσίας, ενώ 10 νοσηλευτές (23,8%) είχαν 10-19 έτη συνολικής προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-9 έτη	32	65,3	76,2	76,2
	10-19 έτη	10	20,4	23,8	100,0
	Total	42	85,7	100,0	
Missing	System	7	14,3		
Total		49	100,0		

Αναφορικά ως προς τον τομέα εργασίας απάντησαν και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των νοσηλευτών (47) δήλωσε ότι εργάζεται στο Δημόσιο τομέα (95,9%), ενώ μόλις 2 νοσηλευτές (4,1%) δήλωσαν ότι εργάζονται στο Δημόσιο και στον Ιδιωτικό τομέα

(ΠΙΝΑΚΑΣ 10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Τομέας εργασίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημόσιο	47	95,9	95,9	95,9
Ιδιωτικό & Δημόσιο	2	4,1	4,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

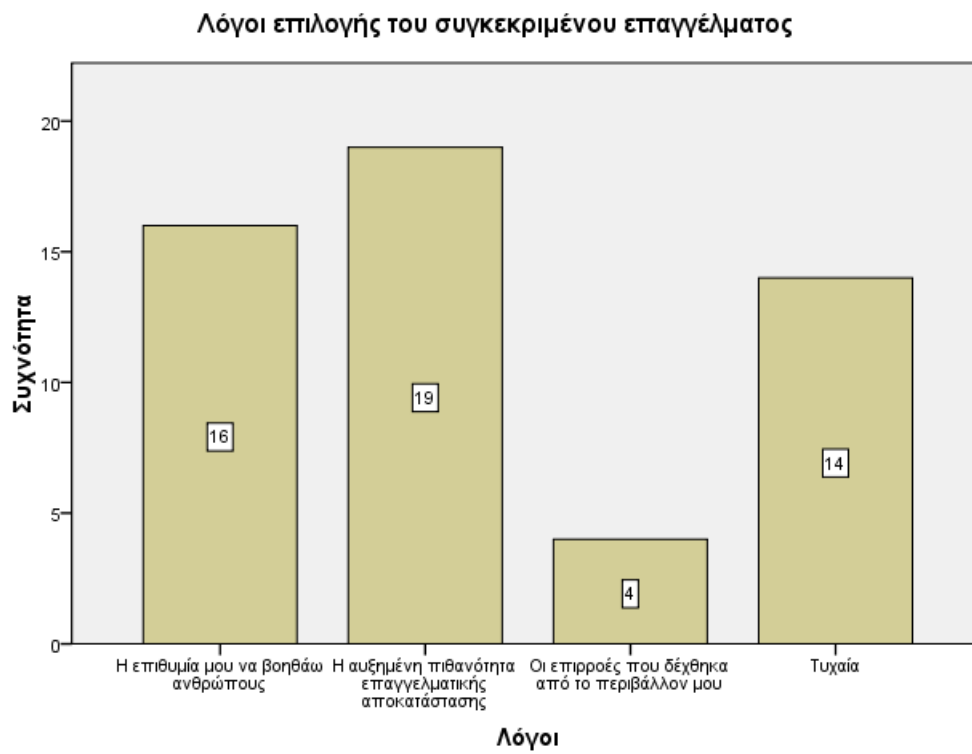
Τέλος, αναφορικά ως προς τους λόγους επιλογής του επαγγέλματος απάντησαν και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 19 νοσηλευτές (38,8%) δηλώσανε ως λόγο την αυξημένη πιθανότητα επαγγελματικής αποκατάστασης, 16 νοσηλευτές (32,7%) δηλώσανε την επιθυμία να βοηθάνε ανθρώπους, 14 νοσηλευτές (28,6%) δηλώσανε τυχαία, ενώ 4 νοσηλευτές δηλώσανε ως λόγο επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος τις επιρροές που δέχθηκαν από το περιβάλλον τους (ΠΙΝΑΚΑΣ 11 και ΓΡΑΦΗΜΑ 2). Υπενθυμίζεται ότι η συγκεκριμένη ερώτηση δέχεται πολλαπλές απαντήσεις, οπότε στον πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ 11) αναφέρονται το πλήθος των απαντήσεων (Responses N), τα ποσοστά επί των απαντήσεων (Responses Percent), καθώς και τα ποσοστά επί του συνόλου των 49 συμμετεχόντων (Percent of Cases).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Λόγοι επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος

	Responses		Percent of Cases	
	N	Percent		
Τι σας οδήγησε στο επάγγελμα ^a	Η επιθυμία μου να βοηθάω ανθρώπους	16	30,2%	32,7%
	Η αυξημένη πιθανότητα επαγγελματικής αποκατάστασης	19	35,8%	38,8%
	Οι επιρροές που δέχθηκα από το περιβάλλον μου	4	7,5%	8,2%
	Τυχαία	14	26,4%	28,6%
Total	53	100,0%	108,2%	

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Λόγοι επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος



2.2 Συνθήκες Εργασίας

Στην **Ερώτηση Α1** «Με πόσα άτομα που χρειάζονται στην υπηρεσία σας ασχολείστε καθημερινά» καταγράφηκαν 48 έγκυρες απαντήσεις, ενώ 1 ήταν ελλιπής. Πιο συγκεκριμένα, 25 νοσηλευτές (52,1%) απάντησαν ότι ασχολούνται καθημερινά με τουλάχιστον 8 άτομα, 16 νοσηλευτές (33,3%) δηλώσανε ότι ασχολούνται με 1-3 άτομα, ενώ 7 νοσηλευτές (14,6%) δηλώσανε ότι ασχολούνται με 4-7 άτομα καθημερινά (ΠΙΝΑΚΑΣ 12).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Με πόσα άτομα που χρειάζονται στην υπηρεσία σας ασχολείστε καθημερινά

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-3	16	32,7	33,3	33,3
	4-7	7	14,3	14,6	47,9
	8 και άνω	25	51,0	52,1	100,0
	Total	48	98,0	100,0	
Missing	System	1	2,0		
Total		49	100,0		

Στην **Ερώτηση Α2** «Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 21 νοσηλευτές (42,9%) απάντησαν ότι δεν δουλεύουν καμία νυχτερινή βάρδια, 18 (36,7%) δηλώσανε 5-8 νυχτερινές βάρδιες το μήνα, ενώ 10 νοσηλευτές (20,4%) δηλώσανε ότι δουλεύουν 1-4 νυχτερινές βάρδιες το μήνα (ΠΙΝΑΚΑΣ 13).

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	21	42,9	42,9	42,9
	1-4	10	20,4	20,4	63,3
	5-8	18	36,7	36,7	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Α3** «Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 20 νοσηλευτές (40,8%) απάντησαν ότι δουλεύουν 5-8 απογευματινές βάρδιες το μήνα, 15 (30,6%) δηλώσανε 1-4 απογευματινές βάρδιες, 9 νοσηλευτές (18,4%) δηλώσανε ότι δεν δουλεύουν καμία απογευματινή βάρδια, ενώ 5 νοσηλευτές (10,2%) δηλώσανε ότι δουλεύουν τουλάχιστον 9 απογευματινές βάρδιες το μήνα

()

ΠΙΝΑΚΑΣ 14)

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	9	18,4	18,4	18,4
1-4	15	30,6	30,6	49,0
5-8	20	40,8	40,8	89,8
9 και άνω	5	10,2	10,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Α4** «Είστε ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας σας (χώρος, υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής κλπ.)» απάντησαν και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 28 νοσηλευτές (57,2%) απάντησαν «Αρκετά» ως «Πολύ», 16 (32,7%) απάντησαν «Λίγο», ενώ 5 νοσηλευτές (10,1%) απάντησαν «Καθόλου» (ΠΙΝΑΚΑΣ 15).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Είστε ικανοποιημένος από τις συνθήκες εργασίας σας (χώρος, υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής κλπ.)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	5	10,1	10,1	10,2
Λίγο	16	32,7	32,7	42,9
Αρκετά	21	42,9	42,9	85,7
Πολύ	7	14,3	14,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Α5** «Αισθάνεστε ικανοποιημένος/η από την αμοιβή σας (συγκριτικά με την προσφορά σας)» απάντησαν και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 26 νοσηλευτές (53,1%) απάντησαν «Λίγο», 13 (26,5%) απάντησαν «Αρκετά» ως «Πολύ», ενώ 10 νοσηλευτές (20,4%) απάντησαν «Καθόλου»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 16).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Είστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας (συγκριτικά με την προσφορά σας)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	10	20,4	20,4	20,4
	Λίγο	26	53,1	53,1	73,5
	Αρκετά	12	24,5	24,5	98,0
	Πολύ	1	2,0	2,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Α6** «Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 38 νοσηλευτές (77,6%) απάντησαν «Όχι», ενώ 11 νοσηλευτές (22,4%) απάντησαν «Ναι» (ΠΙΝΑΚΑΣ 17).

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	38	77,6	77,6	77,6
	Ναι	11	22,4	22,4	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Α7** «Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στον χώρο εργασίας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 31 νοσηλευτές (63,3%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Σπάνια», 11 νοσηλευτές (22,4%) απάντησαν «Συχνά», ενώ 7 (14,3%) απαντήσανε «Καθημερινά»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 18).

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στον χώρο εργασίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	3	6,1	6,1	6,1
Σπάνια	28	57,2	57,2	63,3
Συχνά	11	22,4	22,4	85,7
Καθημερινά	7	14,3	14,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Α8** «Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις προσωπικού» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες, δηλώνοντας και οι 49 (100,0%) «Ναι»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 19).

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις προσωπικού

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	49	100,0	100,0	100,0

Στην **Ερώτηση Α9** «Θεωρείτε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 42 νοσηλευτές (85,7%) απάντησαν «Αρκετά» ως «Πολύ», 6 (12,2%) απάντησαν «Λίγο», ενώ 1 (2,1%) απάντησε «Καθόλου» (ΠΙΝΑΚΑΣ 20).

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Θεωρείτε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	1	2,1	2,1	2,0
Λίγο	6	12,2	12,2	14,3
Αρκετά	36	73,5	73,5	87,8
Πολύ	6	12,2	12,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Τέλος, στην **Ερώτηση Α10** «Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με τους ανωτέρους είναι ικανοποιητικές» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 26 νοσηλευτές (53,0%) απάντησαν «Αρκετά», 15 (30,6%) απάντησαν «Πολύ», ενώ 8 (16,4%) απάντησαν «Καθόλου» ως «Λίγο» (ΠΙΝΑΚΑΣ 21).

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με τους ανωτέρους είναι ικανοποιητικές

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	4	8,2	8,2	8,2
Λίγο	4	8,2	8,2	16,4
Αρκετά	26	53,0	53,0	69,4
Πολύ	15	30,6	30,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

2.3 Συναισθήματα που Δημιουργούνται στη Σχέση Μεταξύ Νοσηλευτή – Ψυχιατρικού Ασθενή

Στην **Ερώτηση Β1** «Πόσο συχνά νιώθετε ψυχικά εξαντλημένος από τη δουλειά σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 22 νοσηλευτές (45,0%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές το χρόνο», 13 (26,5%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», 11 (22,4%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα», ενώ 3 (6,1%) απάντησαν «Καθημερινά» (ΠΙΝΑΚΑΣ 22).

ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	2	4,1	4,1	4,1
Λίγες φορές το χρόνο	20	40,9	40,9	45,0
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	13	26,5	26,5	71,5
Αρκετές φορές την εβδομάδα	11	22,4	22,4	93,9
Καθημερινά	3	6,1	6,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Β2** «Πόσο συχνά νιώθετε άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα σας την ώρα που σχολάτε από τη δουλειά» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 33 νοσηλευτές (67,3%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές το χρόνο», 8 (16,3%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», ενώ επίσης 8 (16,3%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 23).

ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	12	24,5	24,5	24,5
Λίγες φορές το χρόνο	21	42,9	42,9	67,3
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	8	16,3	16,3	83,7
Αρκετές φορές την εβδομάδα	8	16,3	16,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Β3** «Πόσο συχνά νιώθετε κουρασμένος όταν ξυπνάτε το πρωί και έχετε να αντιμετωπίσετε ακόμη μία μέρα στη δουλειά» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 28 νοσηλευτές (57,1%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές το χρόνο», 10 (20,4%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», 9 (18,4%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα», ενώ 2 (4,1%) απάντησαν «Καθημερινά» ().

ΠΙΝΑΚΑΣ 24).

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μία μέρα στη δουλειά

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	7	14,2	14,2	14,2
Λίγες φορές το χρόνο	21	42,9	42,9	57,1
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	10	20,4	20,4	77,6
Αρκετές φορές την εβδομάδα	9	18,4	18,4	95,9
Καθημερινά	2	4,1	4,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Β4** «Πόσο συχνά μπορείτε εύκολα να καταλάβετε πως νιώθουν οι ασθενείς σας για όσα τους συμβαίνουν» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 43 νοσηλευτές

(87,7%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά», 4 (8,2%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο», ενώ 2 (4,1%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 25).

ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγες φορές το χρόνο	4	8,2	8,2	8,2
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2	4,1	4,1	12,2
Αρκετές φορές την εβδομάδα	35	71,4	71,4	83,7
Καθημερινά	8	16,3	16,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Β5** «Πόσο συχνά νιώθετε ότι συμπεριφέρεστε απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σας για όσα τους συμβαίνουν» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 34 νοσηλευτές (69,4%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές τον χρόνο», 9 (18,4%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», ενώ 6 (12,2%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 26).

ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	11	22,4	22,4	22,4
Λίγες φορές το χρόνο	23	47,0	47,0	69,4
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	9	18,4	18,4	87,8
Αρκετές φορές την εβδομάδα	5	10,2	10,2	98,0
Καθημερινά	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Β6** «Πόσο συχνά πιστεύετε ότι κανονίζετε πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 43 νοσηλευτές (87,8%)

απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά», ενώ 6 νοσηλευτές (12,2%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο» ως «1 φορά το μήνα ή λιγότερο»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 27).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγες φορές το χρόνο	3	6,1	6,1	6,1
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	3	6,1	6,1	12,2
Αρκετές φορές την εβδομάδα	24	49,0	49,0	61,2
Καθημερινά	19	38,8	38,8	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Β7** «Πόσο συχνά νιώθετε εξουθενωμένος από τη δουλειά σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 20 νοσηλευτές (40,8%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές τον χρόνο», 16 νοσηλευτές (32,7%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», ενώ 13 (26,5%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 28).

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Νιώθω εξουθενωμένος από τη δουλειά μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	2	4,1	4,1	4,1
Λίγες φορές το χρόνο	18	36,7	36,7	40,8
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	16	32,7	32,7	73,5
Αρκετές φορές την εβδομάδα	10	20,4	20,4	93,9
Καθημερινά	3	6,1	6,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Β8** «Πόσο συχνά νιώθετε ότι επηρεάζετε θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 44 νοσηλευτές (89,8%)

απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά», ενώ 5 (10,2%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο» ως «1 φορά το μήνα ή λιγότερο»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 29).

ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγες φορές το χρόνο	3	6,1	6,1	6,1
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2	4,1	4,1	10,2
Αρκετές φορές την εβδομάδα	26	53,1	53,1	63,3
Καθημερινά	18	36,7	36,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Β9** «Πόσο συχνά νιώθετε ότι είστε λιγότερο ευαίσθητος προς τους ανθρώπους από τότε που αρχίσατε τη δουλειά» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 40 νοσηλευτές (81,6%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές τον χρόνο», 5 (10,2%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», ενώ 4 (8,2%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 30).

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα τη δουλειά

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	17	34,7	34,7	34,7
Λίγες φορές το χρόνο	23	46,9	46,9	81,6
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	5	10,2	10,2	91,8
Αρκετές φορές την εβδομάδα	2	4,1	4,1	95,9
Καθημερινά	2	4,1	4,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Β10** «Πόσο συχνά νιώθετε να προβληματίζεστε ότι σιγά – σιγά αυτή η δουλειά σας κάνει συναισθηματικά πιο σκληρούς» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 37

νοσηλευτές (75,5%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές τον χρόνο», 6 (12,2%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», ενώ άλλοι 6 (12,2%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά» (ΠΙΝΑΚΑΣ 31).

ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ποτέ δεν μου συμβαίνει	13	26,5	26,5	26,5
	Λίγες φορές το χρόνο	24	49,0	49,0	75,5
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	6	12,2	12,2	87,8
	Αρκετές φορές την εβδομάδα	4	8,2	8,2	95,9
	Καθημερινά	2	4,1	4,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση B11** «Πόσο συχνά νιώθετε γεμάτος δύναμη και ενεργητικότητα» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 38 νοσηλευτές (77,6%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά», ενώ 11 (22,4%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο» ως «1 φορά το μήνα ή λιγότερο»

(
ΠΙΝΑΚΑΣ 32).

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Νιώθω γεμάτος δύναμη και ενεργητικότητα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγες φορές το χρόνο	6	12,2	12,2	12,2
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	5	10,2	10,2	22,4
	Αρκετές φορές την εβδομάδα	33	67,4	67,4	89,8
	Καθημερινά	5	10,2	10,2	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση B12** «Πόσο συχνά νιώθετε απογοητευμένος από τη δουλειά σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 32 νοσηλευτές (65,3%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές

τον χρόνο», 9 (18,4%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα», ενώ 8 (16,3%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 33).

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Νιώθω απογοητευμένος από τη δουλειά μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	9	18,4	18,4	18,4
Λίγες φορές το χρόνο	23	46,9	46,9	65,3
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	8	16,3	16,3	81,6
Αρκετές φορές την εβδομάδα	9	18,4	18,4	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση B13** «Πόσο συχνά πιστεύετε ότι εργάζεστε πολύ σκληρά στη δουλειά σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 37 νοσηλευτές (75,5%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά», ενώ 12 (24,5%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο» ως «1 φορά το μήνα ή λιγότερο»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 34).

ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγες φορές το χρόνο	9	18,4	18,4	18,4
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	3	6,1	6,1	24,5
Αρκετές φορές την εβδομάδα	27	55,1	55,1	79,6
Καθημερινά	10	20,4	20,4	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση B14** «Πόσο συχνά νιώθετε ότι δεν σας ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 29 νοσηλευτές (59,2%) απάντησαν «Ποτέ», 18 (36,7%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο», ενώ 2 (4,1%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο» (ΠΙΝΑΚΑΣ 35).

ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	29	59,2	59,2	59,2
Λίγες φορές το χρόνο	18	36,7	36,7	95,9
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2	4,1	4,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση B15** «Πόσο συχνά νιώθετε ότι σας δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκεστε σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 40 νοσηλευτές (81,6%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές τον χρόνο», 5 (10,2%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», ενώ 4 (8,1%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 36).

ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	16	32,7	32,7	32,7
Λίγες φορές το χρόνο	24	49,0	49,0	81,6
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	5	10,2	10,2	91,8
Αρκετές φορές την εβδομάδα	3	6,1	6,1	98,0
Καθημερινά	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση B16** «Πόσο συχνά μπορείτε να δημιουργείτε μία άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 46 νοσηλευτές (93,9%)

απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά», ενώ 3 (6,1%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο» ως «1 φορά το μήνα ή λιγότερο»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 37).

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Μπορώ να δημιουργώ μία άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Λίγες φορές το χρόνο	2	4,1	4,1	4,1
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	1	2,0	2,0	6,1
Αρκετές φορές την εβδομάδα	32	65,3	65,3	71,4
Καθημερινά	14	28,6	28,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση B17** «Πόσο συχνά νιώθετε ότι στο τέλος της ημέρας έχετε καλή διάθεση που δούλεψατε στενά με τους ασθενείς σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 39 νοσηλευτές (79,6%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά», 5 (10,2%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», ενώ άλλοι 5 (10,2%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 38).

ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Λίγες φορές το χρόνο	5	10,2	10,2	10,2
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	5	10,2	10,2	20,4
Αρκετές φορές την εβδομάδα	30	61,2	61,2	81,6
Καθημερινά	9	18,4	18,4	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση B18** «Πόσο συχνά νιώθετε ότι έχετε καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 40 νοσηλευτές (81,6%)

απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά», 5 (10,2%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο», ενώ 4 (8,2%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο» (

ΠΙΝΑΚΑΣ 39).

ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγες φορές το χρόνο	5	10,2	10,2	10,2
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	4	8,2	8,2	18,4
Αρκετές φορές την εβδομάδα	32	65,3	65,3	83,7
Καθημερινά	8	16,3	16,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση B19** «Πόσο συχνά νιώθετε ότι αντιμετωπίζετε πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά σας» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 37 νοσηλευτές (75,5%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα» ως «Καθημερινά», 7 (14,3%) απάντησαν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», ενώ 5 (10,2%) απάντησαν «Ποτέ» ως «Λίγες φορές τον χρόνο»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 40).

ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	4	8,2	8,2	8,2
Λίγες φορές το χρόνο	1	2,0	2,0	10,2
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	7	14,3	14,3	24,5
Αρκετές φορές την εβδομάδα	28	57,1	57,1	81,6
Καθημερινά	9	18,4	18,4	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Τέλος, στην **Ερώτηση B20** «Πόσο συχνά νομίζετε πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε εσάς ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους» απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 20 νοσηλευτές (40,8%) απάντησαν «Ποτέ», 19 (38,8%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο» ως «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», 8 (16,3%) απάντησαν «Αρκετές φορές την εβδομάδα», ενώ 2 (4,1%) απάντησαν «Καθημερινά» (

ΠΙΝΑΚΑΣ 41).

ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Νομίζω πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ δεν μου συμβαίνει	20	40,8	40,8	40,8
Λίγες φορές το χρόνο	16	32,7	32,7	73,5
1 φορά το μήνα ή λιγότερο	3	6,1	6,1	79,6
Αρκετές φορές την εβδομάδα	8	16,3	16,3	95,9
Καθημερινά	2	4,1	4,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

2.4 Ψυχοσωματικά Συμπτώματα Απόρροια του Συνδρόμου

Στην **Ερώτηση Γ1** αναφορικά με την όρεξη για φαγητό απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 46 νοσηλευτές (93,9%) απάντησαν «Η όρεξή μου για φαγητό είναι όπως ήταν πάντα», ενώ 3 (6,1%) απάντησαν «Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο παλαιότερα»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 42).

ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Όρεξη για φαγητό

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Η όρεξή μου για φαγητό είναι όπως ήταν πάντα	46	93,9	93,9	93,9
Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο παλαιότερα	3	6,1	6,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ2** αναφορικά με το αίσθημα πονοκεφάλων απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 22 νοσηλευτές (44,9%) απάντησαν «Δεν έχω πονοκέφαλο», 17 (34,7%) απάντησαν «Περιστασιακά έχω πονοκεφάλους», ενώ 10 (20,4%) απάντησαν «Αισθάνομαι έναν ελαφρύ πονοκέφαλο» ().

ΠΙΝΑΚΑΣ 43).

ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Πονοκέφαλοι

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν έχω πονοκέφαλο	22	44,9	44,9	44,9
Αισθάνομαι έναν ελαφρύ πονοκέφαλο	10	20,4	20,4	65,3
Περιστασιακά έχω πονοκεφάλους	17	34,7	34,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ3** αναφορικά με το αίσθημα εφίδρωσης απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 37 νοσηλευτές (75,5%) απάντησαν «Δεν ιδρώνω πολύ», 6 (12,3%) απάντησαν «Συχνά λούζομαι στον ιδρώτα», 3 (6,1%) απάντησαν «Οι παλάμες μου είναι υγρές», ενώ άλλοι 3 (6,1%) απάντησαν «Αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα, επειδή ιδρώνω πολύ»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 44).

ΠΙΝΑΚΑΣ 44 Εφίδρωση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν ιδρώνω πολύ	37	75,5	75,5	75,5
Οι παλάμες μου είναι υγρές	3	6,1	6,1	81,6
Συχνά λούζομαι στον ιδρώτα	6	12,3	12,3	93,9
Αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα, επειδή ιδρώνω πολύ	3	6,1	6,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ4** αναφορικά με το αίσθημα σιγουριάς – ασφάλειας απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 42 νοσηλευτές (85,7%) απάντησαν «Αισθάνομαι ήρεμος και σίγουρος», 6 (12,3%) απάντησαν «Κατά κάποιον τρόπο αισθάνομαι ανασφαλής και φοβισμένος», ενώ 1 (2,0%) απάντησε «Αδυνατώ να ελέγξω το αίσθημα ανασφάλειάς μου. Μερικές φορές με πιάνει πανικός» ().

ΠΙΝΑΚΑΣ 45).

ΠΙΝΑΚΑΣ 45 Αίσθημα σιγουριάς – ασφάλειας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αισθάνομαι ήρεμος και σίγουρος	42	85,7	85,7	85,7
Κατά κάποιον τρόπο αισθάνομαι ανασφαλής και φοβισμένος	6	12,3	12,3	98,0
Αδυνατώ να ελέγξω το αίσθημα ανασφάλειάς μου. Μερικές φορές με πιάνει πανικός	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ5** αναφορικά με το αίσθημα χαράς απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 33 νοσηλευτές (67,4%) απάντησαν «Σε γενικές γραμμές αισθάνομαι καλά», 13 (26,5%) απάντησαν «Αισθάνομαι χαρούμενος τον περισσότερο καιρό», ενώ 3 (6,1%) απάντησαν «Αισθάνομαι δυστυχής»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 46).

ΠΙΝΑΚΑΣ 46 Αίσθημα χαράς

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αισθάνομαι δυστυχής	3	6,1	6,1	6,1
Σε γενικές γραμμές αισθάνομαι καλά	33	67,4	67,4	73,5
Αισθάνομαι χαρούμενος τον περισσότερο καιρό	13	26,5	26,5	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ6** αναφορικά με το αίσθημα πείνας απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 37 νοσηλευτές (75,5%) απάντησαν «Η όρεξή μου για φαγητό είναι φυσιολογική», 10 (20,5%) απάντησαν «Η όρεξή μου έχει ελαφρά αυξηθεί», ενώ ένας (2,0%) απάντησε «Αισθάνομαι πεινασμένος σχεδόν συνεχώς» και άλλος ένας (2,0%) απάντησε «Αισθάνομαι πεινασμένος όλη την ώρα»

().

ΠΙΝΑΚΑΣ 47).

ΠΙΝΑΚΑΣ 47 Αίσθημα πείνας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Η όρεξή μου για φαγητό είναι φυσιολογική	37	75,5	75,5	75,5
	Η όρεξή μου έχει ελαφρά αυξηθεί	10	20,5	20,5	96,0
	Αισθάνομαι πεινασμένος σχεδόν συνεχώς	1	2,0	2,0	98,0
	Αισθάνομαι πεινασμένος όλη την ώρα	1	2,0	2,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ7** αναφορικά με το αίσθημα λύπης – κατάθλιψης απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 44 νοσηλευτές (89,8%) απάντησαν «Δεν αισθάνομαι λύπη», 4

(8,2%) απάντησαν «Αισθάνομαι λύπη και κατάθλιψη», ενώ ένας (2,0%) απάντησε «Αισθάνομαι συνεχώς λύπη και κατάθλιψη και νιώθω αδυναμία να ξεφύγω από αυτά»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 48).

ΠΙΝΑΚΑΣ 48 Αίσθημα λύπης – κατάθλιψης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν αισθάνομαι λύπη	44	89,8	89,8	89,8
Αισθάνομαι λύπη και κατάθλιψη	4	8,2	8,2	98,0
Αισθάνομαι συνεχώς λύπη και κατάθλιψη και νιώθω αδυναμία να ξεφύγω από αυτά	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ8** αναφορικά με το αίσθημα δύναμης και αντοχής απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 29 νοσηλευτές (59,2%) απάντησαν «Έχω αρκετή ποσότητα δύναμης και αντοχής», 9 (18,3%) απάντησαν «Έχω περισσότερη δύναμη και αντοχή από το μέσο όρο», 7 (14,3%) απάντησαν «Δεν νιώθω να έχω αρκετή δύναμη και αντοχή», ενώ 4 (8,2%) απάντησαν «Είμαι γεμάτος δύναμη και ενέργεια»

()

ΠΙΝΑΚΑΣ 49).

ΠΙΝΑΚΑΣ 49 Δύναμη και αντοχή

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν νιώθω να έχω αρκετή δύναμη και αντοχή	7	14,3	14,3	14,3
Έχω αρκετή ποσότητα δύναμης και αντοχής	29	59,2	59,2	73,5
Έχω περισσότερη δύναμη και αντοχή από το μέσο όρο	9	18,3	18,3	91,8
Είμαι γεμάτος δύναμη και ενέργεια	4	8,2	8,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ9** αναφορικά με το αίσθημα απαισιοδοξίας για το μέλλον απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 36 νοσηλευτές (73,5%) απάντησαν «Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή απογοητευμένος όσον αφορά το μέλλον», 9 (18,3%) απάντησαν «Αισθάνομαι απογοητευμένος για το μέλλον», ενώ 4 (8,2%) απάντησαν «Αισθάνομαι απελπισία για το μέλλον και πιστεύω ότι τα πράγματα δεν μπορούν να καλυτερέψουν»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 50).

ΠΙΝΑΚΑΣ 50 Αίσθημα απαισιοδοξίας για το μέλλον

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή απογοητευμένος όσον αφορά το μέλλον	36	73,5	73,5	73,5
Αισθάνομαι απογοητευμένος για το μέλλον	9	18,3	18,3	91,8
Αισθάνομαι απελπισία για το μέλλον και πιστεύω ότι τα πράγματα δεν μπορούν να καλυτερέψουν	4	8,2	8,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ10** αναφορικά με το αίσθημα αποτυχίας απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 48 νοσηλευτές (98,0%) απάντησαν «Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος», ενώ 1 (2,0%) απάντησε «Αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχημένος σε σχέση με το μέσο άνθρωπο» ().

ΠΙΝΑΚΑΣ 51).

ΠΙΝΑΚΑΣ 51 Αίσθημα αποτυχίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος	48	98,0	98,0	98,0
	Αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχημένος σε σχέση με το μέσο άνθρωπο	1	2,0	2,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ11** αναφορικά με το ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 44 νοσηλευτές (89,8%) απάντησαν «Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους», 4 (8,2%) απάντησαν «Έχω λιγότερο ενδιαφέρον για τους άλλους από ότι είχα παλαιότερα», ενώ 1 (2,0%) απάντησε «Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 52).

ΠΙΝΑΚΑΣ 52 Ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους	44	89,8	89,8	89,8
	Έχω λιγότερο ενδιαφέρον για τους άλλους από ότι είχα παλαιότερα	4	8,2	8,2	98,0
	Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς	1	2,0	2,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ12** αναφορικά με το αίσθημα αποδοχής των άλλων ανθρώπων απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 25 νοσηλευτές (51,0%) απάντησαν «Αποδέχομαι τους άλλους όπως είναι», 19 (38,8%) απάντησαν «Τα πάω καλά σχεδόν με όλους», 3 (6,1%) απάντησαν «Μου είναι πολύ εύκολο να τα πηγαίνω καλά με όλους», ενώ 2 (4,1%) απάντησαν «Νιώθω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ερεθίζουν ή με ενοχλούν» ().

ΠΙΝΑΚΑΣ 53).

ΠΙΝΑΚΑΣ 53 Αποδοχή των άλλων ανθρώπων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Νιώθω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ερεθίζουν ή με ενοχλούν	2	4,1	4,1	4,1
Αποδέχομαι τους άλλους όπως είναι	25	51,0	51,0	55,1
Τα πάω καλά σχεδόν με όλους	19	38,8	38,8	93,9
Μου είναι πολύ εύκολο να τα πηγαίνω καλά με όλους	3	6,1	6,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ13** αναφορικά με την ανησυχία για την υγεία απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 40 νοσηλευτές (81,6%) απάντησαν «Δεν με ανησυχεί το θέμα υγείας μου περισσότερο από το συνηθισμένο», 7 (14,4%) απάντησαν «Με ανησυχούν κάποιες ενοχλήσεις και πόνοι, ανακατωμένο στομάχι ή δυσκοιλιότητα», ενώ ένας (2,0%) απάντησε «Ανησυχώ τόσο πολύ με το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι, που μου είναι δύσκολο να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο» και ένας ακόμη (2,0%) απάντησε «Ασχολούμαι μόνο με αυτά που αισθάνομαι και τίποτε άλλο»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 54).

ΠΙΝΑΚΑΣ 54 Ανησυχία για την υγεία μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν με ανησυχεί το θέμα υγείας μου περισσότερο από το συνηθισμένο	40	81,6	81,6	81,6
Με ανησυχούν κάποιες ενοχλήσεις και πόνοι, ανακατωμένο στομάχι ή δυσκοιλιότητα	7	14,4	14,4	96,0
Ανησυχώ τόσο πολύ με το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι, που μου είναι δύσκολο να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο	1	2,0	2,0	98,0
Ασχολούμαι μόνο με αυτά που αισθάνομαι και τίποτε άλλο	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ14** αναφορικά με την απώλεια βάρους κατά τον τελευταίο μήνα απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 39 νοσηλευτές (79,6%) απάντησαν «Έχασα πολύ λίγο ή καθόλου βάρος», 6 (12,2%) απάντησαν «Έχασα περίπου 1 κιλό», 3 (6,2%) απάντησαν «Έχασα παραπάνω από 2 κιλά», ενώ ένας (2,0%) απάντησε «Έχασα περίπου 2 κιλά» (ΠΙΝΑΚΑΣ 55).

ΠΙΝΑΚΑΣ 55 Απώλεια βάρους κατά τον τελευταίο μήνα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έχασα πολύ λίγο ή καθόλου βάρος	39	79,6	79,6	79,6
Έχασα περίπου 1 κιλό	6	12,2	12,2	91,8
Έχασα περίπου 2 κιλά	1	2,0	2,0	93,8
Έχασα παραπάνω από 2 κιλά	3	6,2	6,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ15** αναφορικά με τη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 43 νοσηλευτές (87,7%) απάντησαν «Μπορώ να πάρω αποφάσεις το ίδιο καλά όπως παλαιότερα», 4 (8,2%) απάντησαν «Προσπαθώ να αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων», ενώ 2 (4,1%) απάντησαν «Έχω μεγάλη δυσκολία στο να πάρω αποφάσεις»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 56).

ΠΙΝΑΚΑΣ 56 Δυσκολία λήψης αποφάσεων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μπορώ να πάρω αποφάσεις το ίδιο καλά όπως παλαιότερα	43	87,7	87,7	87,7
Προσπαθώ να αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων	4	8,2	8,2	95,9
Έχω μεγάλη δυσκολία στο να πάρω αποφάσεις	2	4,1	4,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ16** αναφορικά με το αίσθημα ενόχλησης απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 27 νοσηλευτές (55,1%) απάντησαν «Δεν είμαι περισσότερο ευερέθιστος τώρα, σε σχέση με αυτό που ήμουν πάντα», 16 (32,7%) απάντησαν «Ενοχλούμαι ή τσαντίζομαι ευκολότερα από ότι στο παρελθόν», 5 (10,2%) απάντησαν «Δεν νοιάζομαι καθόλου για πράγματα που συνήθως με ενοχλούσαν παλιά», ενώ ένας (2,0%) απάντησε «Αισθάνομαι ενοχλημένος τον περισσότερο καιρό» (ΠΙΝΑΚΑΣ 57).

ΠΙΝΑΚΑΣ 57 Αίσθημα ενόχλησης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν είμαι περισσότερο ευερέθιστος τώρα, σε σχέση με αυτό που ήμουν πάντα	27	55,1	55,1	55,1
Ενοχλούμαι ή τσαντίζομαι ευκολότερα από ότι στο παρελθόν	16	32,7	32,7	87,8
Αισθάνομαι ενοχλημένος τον περισσότερο καιρό	1	2,0	2,0	89,8
Δεν νοιάζομαι καθόλου για πράγματα που συνήθως με ενοχλούσαν παλιά	5	10,2	10,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ17** αναφορικά με το ξέσπασμα σε κλάματα απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 41 νοσηλευτές (83,7%) απάντησαν «Δεν βάζω τα κλάματα περισσότερο από ότι συνήθως», 5 (10,2%) απάντησαν «Βάζω τα κλάματα περισσότερο από ότι παλαιότερα», ενώ 3

(6,1%) απάντησαν «Παλαιότερα μπορούσα να κλάψω, τώρα όμως δεν μπορώ, παρότι θα το ήθελα πολύ» (ΠΙΝΑΚΑΣ 58).

ΠΙΝΑΚΑΣ 58 Κλάματα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν βάζω τα κλάματα περισσότερο από ότι συνήθως	41	83,7	83,7	83,7
Βάζω τα κλάματα περισσότερο από ότι παλαιότερα	5	10,2	10,2	93,9
Παλαιότερα μπορούσα να κλάψω, τώρα όμως δεν μπορώ, παρότι θα το ήθελα πολύ	3	6,1	6,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ18** αναφορικά με το αίσθημα πίεσης στην καρδιά απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 41 νοσηλευτές (83,7%) απάντησαν «Δεν νιώθω ένταση ή πίεση στην καρδιά μου», ενώ 8 (16,3%) απάντησαν «Αισθάνομαι μία ελαφριά πίεση και ένταση στην καρδιά μου» (

ΠΙΝΑΚΑΣ 59).

ΠΙΝΑΚΑΣ 59 Αίσθημα πίεσης στην καρδιά

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν νιώθω ένταση ή πίεση στην καρδιά μου	41	83,7	83,7	83,7
Αισθάνομαι μία ελαφριά πίεση και ένταση στην καρδιά μου	8	16,3	16,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ19** αναφορικά με την δυσκολία στον ύπνο απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 30 νοσηλευτές (61,2%) απάντησαν «Μπορώ να κοιμηθώ τόσο καλά όπως πάντα», 14 (28,6%) απάντησαν «Ξυπνώ περισσότερο κουρασμένος το πρωί από όσο παλαιότερα», ενώ 5 (10,2%) απάντησαν «Ξυπνώ 1-2 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 60).

ΠΙΝΑΚΑΣ 60 Δυσκολία στον ύπνο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μπορώ να κοιμηθώ τόσο καλά όπως πάντα	30	61,2	61,2	61,2
Ευπνώ περισσότερο κουρασμένος το πρωί από όσο παλαιότερα	14	28,6	28,6	89,8
Ευπνώ 1-2 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ	5	10,2	10,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ20** αναφορικά με το αίσθημα απογοήτευσης από τον εαυτό τους απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 46 νοσηλευτές (93,9%) απάντησαν «Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου», ενώ 3 (6,1%) απάντησαν «Είμαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου» (

ΠΙΝΑΚΑΣ 61).

ΠΙΝΑΚΑΣ 61 Απογοήτευση από τον εαυτό μου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου	46	93,9	93,9	93,9
Είμαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου	3	6,1	6,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ21** αναφορικά με το αίσθημα κόπωσης απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 30 νοσηλευτές (61,2%) απάντησαν «Κουράζομαι ευκολότερα από ότι παλαιότερα», ενώ 19 (38,8%) απάντησαν «Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 62).

ΠΙΝΑΚΑΣ 62 Αίσθημα κόπωσης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως	19	38,8	38,8	38,8
Κουράζομαι ευκολότερα από ότι παλαιότερα	30	61,2	61,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ22** αναφορικά με το αίσθημα δυστυχίας απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 27 νοσηλευτές (55,1%) απάντησαν «Νιώθω αρκετά καλά τον περισσότερο καιρό», 17 (34,7%) απάντησαν «Που και που είμαι πεσμένος, αλλά τον περισσότερο καιρό αισθάνομαι καλά», 4 (8,2%) απάντησαν «Ποτέ στη ζωή μου δεν αισθανόμουν καλύτερα», ενώ ένας (2,0%) απάντησε «Αισθάνομαι δυστυχισμένος τον περισσότερο καιρό» ().

ΠΙΝΑΚΑΣ 63).

ΠΙΝΑΚΑΣ 63 Αίσθημα δυστυχίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αισθάνομαι δυστυχισμένος τον περισσότερο καιρό	1	2,0	2,0	2,0
Που και που είμαι πεσμένος, αλλά τον περισσότερο καιρό αισθάνομαι καλά	17	34,7	34,7	36,7
Νιώθω αρκετά καλά τον περισσότερο καιρό	27	55,1	55,1	91,8
Ποτέ στη ζωή μου δεν αισθανόμουν καλύτερα	4	8,2	8,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Στην **Ερώτηση Γ23** αναφορικά με τις σκέψεις για αυτοκτονία ή να βλάψουν τον εαυτό τους απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 46 νοσηλευτές (93,9%) απάντησαν «Δεν σκέφτομαι να κάνω κακό στον εαυτό μου», ενώ 2 (4,1%) απάντησαν «Νιώθω ότι θα ήταν καλύτερα να ήμουν νεκρός» και ένας (2,0%) απάντησε «Θα αυτοκτονούσα αν μου δινόταν η ευκαιρία»

(ΠΙΝΑΚΑΣ 64).

ΠΙΝΑΚΑΣ 64 Τάσεις αυτοκτονίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν σκέφτομαι να κάνω κακό στον εαυτό μου	46	93,9	93,9	93,9
Νιώθω ότι θα ήταν καλύτερα να ήμουν νεκρός	2	4,1	4,1	98,0
Θα αυτοκτονούσα αν μου δινόταν η ευκαιρία	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Τέλος, στην **Ερώτηση Γ24** αναφορικά με τη μνήμη και την ικανότητα συγκέντρωσης απαντήσανε και οι 49 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, 33 νοσηλευτές (67,4%) απάντησαν «Η μνήμη μου και η ικανότητά μου να συγκεντρωθώ σε κάτι είναι τόσο καλά όπως πάντα», 8 (16,3%) απάντησαν «Πρέπει να καταβάλλω προσπάθεια ώστε να θυμηθώ πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση», ενώ άλλοι 8 (16,3%) απάντησαν «Έχω την τάση να ξεχάσω πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση»

(

ΠΙΝΑΚΑΣ 65).

ΠΙΝΑΚΑΣ 65 Μνήμη και ικανότητα συγκέντρωσης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Η μνήμη μου και η ικανότητά μου να συγκεντρωθώ σε κάτι είναι τόσο καλά όπως πάντα	33	67,4	67,4	67,4
Πρέπει να καταβάλλω προσπάθεια ώστε να θυμηθώ πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση	8	16,3	16,3	83,7
Έχω την τάση να ξεχάσω πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση	8	16,3	16,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

2.5 Προτάσεις για Άμβλυση Εργασιακού Άγχους και Βελτίωση Συνθηκών Εργασίας

Στην ανοικτού τύπου **Ερώτηση Δ1** «Περιγράψτε ένα ευχάριστο ή δυσάρεστο συμβάν τον τελευταίο χρόνο στον χώρο εργασίας και πως αυτό επηρέασε την εργασιακή σας συμπεριφορά» απάντησαν οι 18 από τους 49 νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις:

- 8 νοσηλευτές ανέφεραν περιστατικά με θετική έκβαση κάποιου σοβαρού τροχαίου ατυχήματος ή πνιγμού ή ασθένειας, η οποία τόνωσε την αυτοεκτίμηση και τους προσέφερε ηθική ικανοποίηση.
- 7 νοσηλευτές ανέφεραν περιστατικά με θετική έκβαση της νόσου του ασθενή οι οποίοι εξέφρασαν τις θερμές ευχαριστίες προς τους νοσηλευτές, προκαλώντας τους ηθική ικανοποίηση.
- 1 νοσηλευτής ανέφερε περιστατικό με ασθενή, ο οποίος ζήτησε συγγνώμη για την άσχημη συμπεριφορά του, τονώνοντας την αυτοεκτίμηση και προσφέροντας ηθική ικανοποίηση στον νοσηλευτή.
- 1 νοσηλευτής ανέφερε περιστατικό με ασθενή ο οποίος εξέφρασε πολύ έντονα τα παράπονά του, προκαλώντας την απογοήτευση του νοσηλευτή .

- 1 νοσηλευτής ανέφερε περιστατικό με απόπειρα αυτοκτονίας ασθενή με θετική έκβαση, το οποίο προκάλεσε έντονο στρες και άγχος στον νοσηλευτή.
- 1 νοσηλευτής ανέφερε περιστατικό με συνάδελφο, ο οποίος έδειξε έλλειψη συναδελφικότητας και συνεργασίας στη βάρδια, προκαλώντας αισθήματα απογοήτευσης και
- 1 νοσηλευτής ανέφερε περιστατικό μεταξύ του προσωπικού, όπου δεν τηρήθηκε η ιεραρχία σε κάποιο πρόβλημα μεταξύ του προσωπικού, προκαλώντας αγανάκτηση και απογοήτευση.

Στην ανοικτού τύπου **Ερώτηση Δ2** «Πιστεύετε πως το εργασιακό στρες είναι ο μοναδικός παράγοντας που επιδρά στην άσκηση των καθηκόντων σας ή υπάρχει και άλλος» απάντησαν οι 23 από τους 49 νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις:

- 11 νοσηλευτές ανέφεραν ότι ο μοναδικός παράγοντας είναι το στρες.
- 4 νοσηλευτές ανέφεραν ότι υπάρχουν επιπλέον προσωπικά προβλήματα – παράγοντες που τους επηρεάζουν.
- 3 νοσηλευτές ανέφεραν επιπλέον την ελλιπή συνεργασία μεταξύ του προσωπικού.
- 2 νοσηλευτές ανέφεραν την υποστελέχωση και την έλλειψη προσωπικού.
- 2 νοσηλευτές ανέφεραν ότι υπάρχουν επιπρόσθετα οικονομικά προβλήματα.
- 2 νοσηλευτές ανέφεραν ως επιπλέον παράγοντες τα μη εφικτά ωράρια εργασίας που αναγκάζονται και εργάζονται.
- 2 νοσηλευτές ανέφεραν ως επιβαρυντικούς παράγοντες την έλλειψη συναδελφικότητας και τον ανταγωνισμό στον χώρο εργασίας και
- 1 νοσηλευτής ανέφερε την έλλειψη επιμόρφωσης του προσωπικού.

Στην ανοικτού τύπου **Ερώτηση Δ3** «Πως πιστεύετε πως θα μπορούσε να περιοριστεί το άγχος εν ώρα εργασίας» απάντησαν οι 29 από τους 49 νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις:

- 10 νοσηλευτές πρότειναν μέσω της συνεργασίας – ομαδικότητας – συναδελφικότητας μεταξύ του προσωπικού.
- 9 νοσηλευτές προτειναν μέσω της στελέχωσης των τμημάτων με περισσότερο προσωπικό και μέσω προσλήψεων προσωπικού.
- 4 νοσηλευτές πρότειναν την χρήση αδειών – ρεπό – διαλλειμάτων .
- 3 νοσηλευτές πρότειναν ως τρόπο την αύξηση της δημιουργικότητας και τις δραστηριότητες με τους ασθενείς.
- 3 νοσηλευτές ανέφεραν ότι πρέπει να γίνεται καλύτερος καταμερισμός των εργασιών.

- 2 νοσηλευτές προτείνανε την καλύτερη εξειδίκευση του προσωπικού.
- 2 νοσηλευτές προτείνανε να γίνονται ομαδικές συναντήσεις προσωπικού.
- 1 νοσηλευτής πρότεινε να βελτιωθεί η οργάνωση των τμημάτων.
- 1 νοσηλευτής πρότεινε την ανακύκλωση – αλλαγή τμήματος του προσωπικού
- 1 νοσηλευτής πρότεινε την ύπαρξη νομικής στήριξης και
- 1 νοσηλευτής ανέφερε ότι οι ασθενείς πρέπει να έχουν περισσότερη υπομονή και κατανόηση .

Τέλος, στην ανοικτού τύπου **Ερώτηση Δ4** «Ποιές είναι οι προτάσεις σας για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας με σκοπό την ελάττωση ή αποφυγή των συμπτωμάτων του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης» απάντησαν οι 26 από τους 49 νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις:

- 13 νοσηλευτές πρότειναν τη στελέχωση των τμημάτων με περισσότερο προσωπικό και τις προσλήψεις προσωπικού.
- 7 νοσηλευτές πρότειναν την καλύτερη χρήση αδειών και των ρεπό.
- 4 νοσηλευτές προτείνανε την ανακύκλωση – αλλαγή τμήματος του προσωπικού.
- 3 νοσηλευτές ανέφεραν ότι οι βάρδιες πρέπει να γίνουν πιο ευέλικτες.
- 3 νοσηλευτές ανέφεραν ότι πρέπει να βελτιωθεί η συνεργασία και να καλλιεργηθεί το πνεύμα συναδελφικότητας και ομαδικότητας.
- 2 νοσηλευτές ανέφεραν ότι πρέπει να βελτιωθούν τα ωράρια εργασίας.
- 2 νοσηλευτές ανέφεραν ότι πρέπει να βελτιωθεί η οργάνωση των τμημάτων.
- 1 νοσηλευτής πρότεινε την εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού.
- 1 νοσηλευτής πρότεινε τη βελτίωση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού και
- 1 νοσηλευτής πρότεινε την αναγνώριση του νοσηλευτικού έργου.

2.6 Έλεγχος Συσχέτισης Φύλου και Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Αρχικά, ελέγξαμε αν το φύλο των νοσηλευτών σχετίζεται με τα συναισθήματα που δημιουργούνται στη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ψυχιατρικού ασθενή (Ερωτήσεις B1 ως B20). Για το σκοπό αυτόν και επειδή δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας των ομάδων του δείγματος, επιλέξαμε και εκτελέσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Mann – Whitney U, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$ (5%).

Κατά την εκτέλεση του ελέγχου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά – συσχέτιση μόνο με το συναίσθημα «Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάω από τη δουλειά» (Ερώτηση B2).

Πιο συγκεκριμένα, η εκτέλεση του ελέγχου Mann – Whitney U με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο και εξαρτημένη τη μεταβλητή της Ερώτησης B2 επέστρεψε 3 πίνακες:

- Στον πρώτο πίνακα (
- ΠΙΝΑΚΑΣ 66) φαίνονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά για τις εξεταζόμενες μεταβλητές, όπου αναφέρονται το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation), η ελάχιστη (Minimum) και η μέγιστη (Maximum) τιμή της καθεμίας μεταβλητής. Επισημαίνεται ότι ο βαθμός 1 αντιστοιχεί στην ελάχιστη συχνότητα «Ποτέ», ενώ ο βαθμός 5 στη μέγιστη συχνότητα «Καθημερινά».
- Στο δεύτερο πίνακα (
- ΠΙΝΑΚΑΣ 67) καταγράφονται στατιστικά, όπως ο μέσος όρος (Mean), το μέσο της κατάταξης (Mean Rank) και το άθροισμα των κατατάξεων (Sum of Ranks) της εξαρτημένης μεταβλητής ανά φύλο.
- Στον τρίτο πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ 68) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney U, τα οποία έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, άρα συσχέτιση, του φύλου με τη συχνότητα που οι νοσηλευτές νιώθουν άδειοι σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα τους την ώρα που σχολάνε από τη δουλειά ($U(15,34)=153.500$, $p=0.020<0.05$), με τους άνδρες να αισθάνονται έτσι συχνότερα (mean rank=31.77) σε σχέση με τις γυναίκες (mean rank=22.01). Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες νιώθουν έτσι σχεδόν «1 φορά το μήνα ή λιγότερο» (mean=2.73), ενώ οι γυναίκες «Λίγες φορές τον χρόνο» (mean=2.03).

ΠΙΝΑΚΑΣ 66 Περιγραφικά στατιστικά – Φύλο * Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάω από τη δουλειά

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάω από τη δουλειά	49	2,24	1,011	1	4
Φύλο	49	1,69	,466	1	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 67 Στατιστικά κατάταξης – Φύλο * Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά

	Φύλο	N	Mean	Mean Rank	Sum of Ranks
Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	Ανδρας	15	2,73	31,77	476,50
	Γυναίκα	34	2,03	22,01	748,50
	Total	49	2,24		

ΠΙΝΑΚΑΣ 68 Αποτελέσματα ελέγχου Mann – Whitney U – Φύλο * Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά

	Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά
Mann-Whitney U	153,500
Wilcoxon W	748,500
Z	-2,323
Asymp. Sig. (2-tailed)	,020

a. Grouping Variable: Φύλο

Ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά φύλο από τους 49 νοσηλευτές που απαντήσανε στην Ερώτηση B2, οι 15 (30,6%) ήταν άνδρες και οι 34 (69,4%) γυναίκες

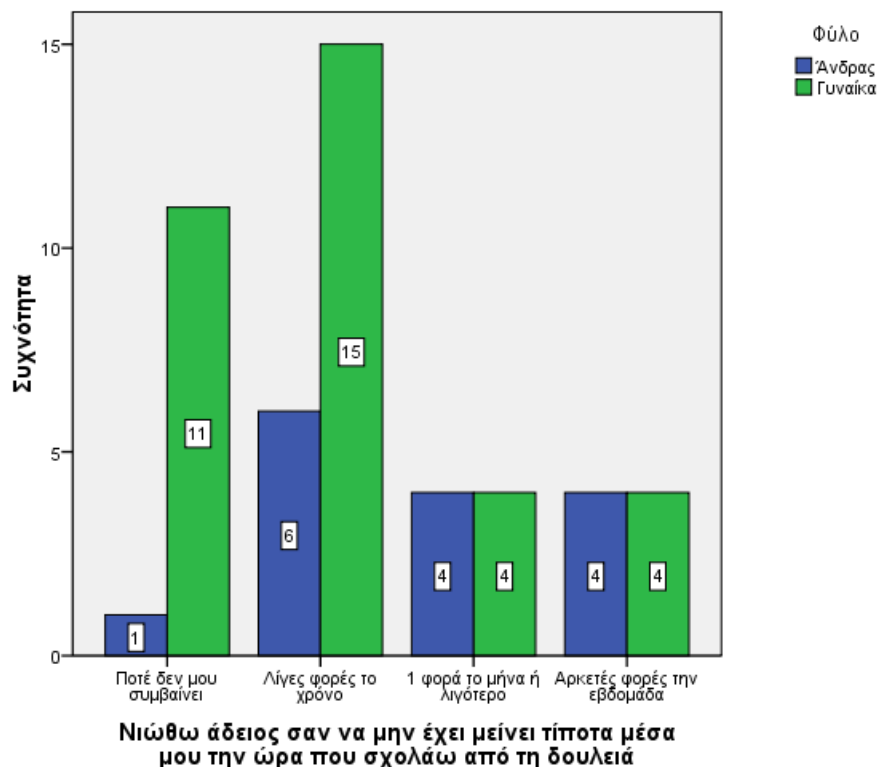
(ΠΙΝΑΚΑΣ 69 και ΓΡΑΦΗΜΑ 3). Πιο συγκεκριμένα:

- 12 νοσηλευτές (24,5%) απάντησαν «Ποτέ», εκ των οποίων 1 (2,0%) ήταν άνδρας και 11 (22,4%) γυναίκες
- 21 (42,9%) απαντήσανε «Λίγες φορές τον χρόνο», εκ των οποίων 6 (12,2%) ήταν άνδρες και 15 (30,6%) γυναίκες
- 8 (16,3%) απαντήσανε «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», εκ των οποίων 4 (8,2%) ήταν άνδρες και 4 (8,2%) γυναίκες και
- 8 (16,3%) απαντήσανε «Αρκετές φορές την εβδομάδα», εκ των οποίων 4 (8,2%) ήταν άνδρες και 4 (8,2%) γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 69 Πίνακας συνάφειας – Φύλο * Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά

			Φύλο		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Count	1	11	12
		% of Total	2,0%	22,4%	24,5%
	Λίγες φορές το χρόνο	Count	6	15	21
		% of Total	12,2%	30,6%	42,9%
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Count	4	4	8
		% of Total	8,2%	8,2%	16,3%
	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Count	4	4	8
		% of Total	8,2%	8,2%	16,3%
Total	Count	15	34	49	
	% of Total	30,6%	69,4%	100,0%	

ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Συναισθημα «Νιώθω άδειος σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά» ανά Φύλο



Επισημαίνεται ότι οι υπόλοιποι έλεγχοι συσχέτισης δεν κατέδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών αναφορικά με τα υπόλοιπα συναισθήματα των ερωτήσεων B1 ως B20).

Τέλος, ελέγξαμε αν το φύλο των νοσηλευτών σχετίζεται με τα ψυχοσωματικά συμπτώματα – αισθήματα απόρροια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Ερωτήσεις Γ1 ως Γ24). Για το σκοπό αυτόν και επειδή δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας των ομάδων του δείγματος, επιλέξαμε και εκτελέσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Mann – Whitney U, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$ (5%).

Κατά την εκτέλεση του ελέγχου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά – συσχέτιση μόνο με το σύμπτωμα – αίσθημα εφίδρωσης (Ερώτηση Γ3).

Πιο συγκεκριμένα, η εκτέλεση του ελέγχου Mann – Whitney U με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο και εξαρτημένη τη μεταβλητή της Ερώτησης Γ3 επέστρεψε 3 πίνακες:

- Στον πρώτο πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ 70) φαίνονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά για τις εξεταζόμενες μεταβλητές, όπου αναφέρονται το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation), η ελάχιστη (Minimum) και η μέγιστη (Maximum) τιμή της καθεμίας μεταβλητής. Επισημαίνεται ότι ο βαθμός 1 αντιστοιχεί στην ελάχιστη ένταση του συμπτώματος «Δεν ιδρώνω πολύ», ενώ ο βαθμός 4 στη μέγιστη ένταση «Αναγκάζομαι να αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα επειδή ιδρώνω πολύ».
- Στο δεύτερο πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ 71) καταγράφονται στατιστικά, όπως ο μέσος όρος (Mean), το μέσο της κατάταξης (Mean Rank) και το άθροισμα των κατατάξεων (Sum of Ranks) της εξαρτημένης μεταβλητής ανά φύλο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 70 Περιγραφικά στατιστικά – Φύλο * Σύμπτωμα εφίδρωσης

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Εφίδρωση	49	1,49	,938	1	4
Φύλο	49	1,69	,466	1	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 71: Στατιστικά κατάταξης – Φύλο * Σύμπτωμα εφίδρωσης

Φύλο	N	Mean	Mean Rank	Sum of Ranks
Εφίδρωση Άνδρας	15	1,93	30,43	456,50
Εφίδρωση Γυναίκα	34	1,29	22,60	768,50
Total	49	1,49		

Στον τρίτο πίνακα (Πίνακας 72) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney U, τα οποία έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, άρα συσχέτιση, του φύλου με την ένταση του συμπτώματος εφίδρωσης ($U(15,34)=173.500$, $p=0.019<0.05$), με τους άνδρες να αισθάνονται εντονότερα ότι ιδρώνουν (mean rank=30.43) σε σχέση με τις γυναίκες (mean rank=22.60). Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες τείνουν να νιώθουν ότι οι παλάμες τους είναι υγρές (mean=1.93), ενώ οι γυναίκες ότι δεν ιδρώνουν πολύ (mean=1.29).

ΠΙΝΑΚΑΣ 72 Αποτελέσματα ελέγχου Mann – Whitney U – Φύλο * Σύμπτωμα εφίδρωσης

	Εφίδρωση
Mann-Whitney U	173,500
Wilcoxon W	768,500
Z	-2,347
Asymp. Sig. (2-tailed)	,019

a. Grouping Variable: Φύλο

Ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά φύλο από τους 49 νοσηλευτές που απαντήσανε στην Ερώτηση Γ3, οι 15 (30,6%) ήταν άνδρες και οι 34 (69,4%) γυναίκες

(

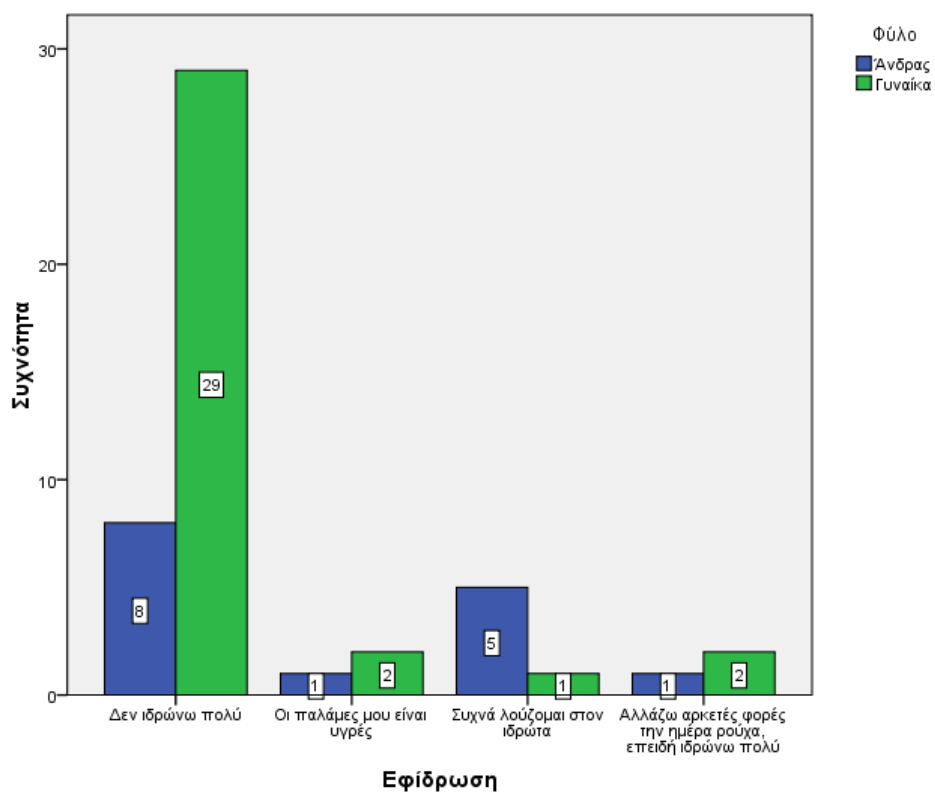
ΠΙΝΑΚΑΣ 73 και ΓΡΑΦΗΜΑ 4). Πιο συγκεκριμένα:

- 37 νοσηλευτές (75,5%) απάντησαν «Δεν ιδρώνω πολύ», εκ των οποίων 8 (16,3%) ήταν άνδρες και 29 (59,2%) γυναίκες
- 3 (6,1%) απαντήσανε «Οι παλάμες μου είναι υγρές», εκ των οποίων 1 (2,0%) ήταν άνδρας και 2 (4,1%) γυναίκες
- 6 (12,2%) απαντήσανε «Συχνά λούζομαι στον ιδρώτα», εκ των οποίων 5 (10,2%) ήταν άνδρες και 1 (2,0%) γυναίκα και
- 3 (6,1%) απαντήσανε «Αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα, επειδή ιδρώνω πολύ», εκ των οποίων 1 (2,0%) ήταν άνδρας και 2 (4,1%) γυναίκες

ΠΙΝΑΚΑΣ 73 Πίνακας συνάφειας – Φύλο * Σύμπτωμα εφίδρωσης

			Φύλο		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Εφίδρωση	Δεν ιδρώνω πολύ	Count	8	29	37
		% of Total	16,3%	59,2%	75,5%
	Οι παλάμες μου είναι υγρές	Count	1	2	3
		% of Total	2,0%	4,1%	6,1%
	Συχνά λούζομαι στον ιδρώτα	Count	5	1	6
		% of Total	10,2%	2,0%	12,2%
	Αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα, επειδή ιδρώνω πολύ	Count	1	2	3
		% of Total	2,0%	4,1%	6,1%
Total		Count	15	34	49
		% of Total	30,6%	69,4%	100,0%

ΓΡΑΦΗΜΑ 4 Σύμπτωμα εφίδρωσης ανά φύλο



Επισημαίνεται ότι οι υπόλοιποι έλεγχοι συσχέτισης δεν κατέδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών αναφορικά με τα υπόλοιπα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ερωτήσεων Γ1 ως Γ24.

2.7 Έλεγχος Συσχέτισης Διάρκειας Υπηρεσίας σε Δομές Ψυχικής Υγείας και Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Αρχικά ελέγξαμε αν η διάρκεια υπηρεσίας σε δομές ψυχικής υγείας των νοσηλευτών σχετίζεται με τα συναισθήματα που δημιουργούνται στη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ψυχιατρικού ασθενή (Ερωτήσεις B1 ως B20). Για το σκοπό αυτόν και επειδή δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας των ομάδων του δείγματος, επιλέξαμε και εκτελέσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Kruskal – Wallis H, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$ (5%).

Ωστόσο, κατά την εκτέλεση του ελέγχου δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά – συσχέτιση της διάρκειας υπηρεσίας σε δομές ψυχικής υγείας με κανένα από τα συναισθήματα των Ερωτήσεων B1 ως B20 .

Επίσης, ελέγξαμε αν η διάρκεια υπηρεσίας σε δομές ψυχικής υγείας των νοσηλευτών σχετίζεται με τα ψυχοσωματικά συμπτώματα – αισθήματα απόρροια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Ερωτήσεις Γ1 ως Γ24). Για το σκοπό αυτόν και επειδή δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας των ομάδων του δείγματος, επιλέξαμε και εκτελέσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Kruskal – Wallis H, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$ (5%).

Κατά την εκτέλεση του ελέγχου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά – συσχέτιση μόνο με τα συμπτώματα – αισθήματα: α) χαράς (Ερώτηση Γ5) και β) κόπωσης (Ερώτηση Γ21).

Πιο συγκεκριμένα, η εκτέλεση του ελέγχου Kruskal – Wallis H με ανεξάρτητη μεταβλητή τη διάρκεια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο και εξαρτημένες τις μεταβλητές των συμπτωμάτων – αισθημάτων χαράς (Ερώτηση Γ5) και κόπωσης (Ερώτηση Γ21) επέστρεψε 3 πίνακες:

- Στον πρώτο πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ 74) φαίνονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά για τις εξεταζόμενες μεταβλητές, όπου αναφέρονται το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation), η ελάχιστη (Minimum) και η μέγιστη (Maximum) τιμή της καθεμίας μεταβλητής. Επισημαίνεται ότι ο βαθμός 1 αντιστοιχεί στο θετικότερο συναίσθημα, ενώ ο βαθμός 4 στο αρνητικότερο.
- Στο δεύτερο πίνακα (

- ΠΙΝΑΚΑΣ 75) καταγράφονται στατιστικά, όπως το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean) και το μέσο της κατάταξης (Mean Rank) των μεταβλητών για καθεμία ομάδα ετών προϋπηρεσίας.
- Στον τρίτο πίνακα (
- ΠΙΝΑΚΑΣ 76) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal– Wallis H, τα οποία έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, άρα συσχέτιση, των ετών υπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο με τα συμπτώματα – αισθήματα α) της χαράς ($X^2(2)=6.715$, $p=0.035<0.05$) και β) της κόπωσης ($X^2(2)=6.120$, $p=0.047<0.05$).
- Προκειμένου να εντοπίσουμε μεταξύ ποιων ομάδων ετών υπηρεσίας υπάρχουν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εκτελέσαμε τον έλεγχο Mann – Whitney U για όλα τα ζεύγη των ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα του μετα-ελέγχου Mann – Whitney U της σύγκρισης ζευγών των ομάδων ετών υπηρεσίας έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων «0-9 έτη» και «20 και άνω έτη» και για τα δύο συμπτώματα – αισθήματα της χαράς ($U(19,10)=50.000$, $p=0.010<0.05$) και της κόπωσης ($U(19,10)=49.500$, $p=0.014<0.05$) (ΠΙΝΑΚΑΣ 77).

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η συνολική διάρκεια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο σχετίζεται με το βαθμό που οι νοσηλευτές έχουν τα συμπτώματα – αισθήματα της χαράς και της κόπωσης, με την ομάδα «άνω των 20 ετών» υπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο να εμφανίζεται ελαφρώς λιγότερο χαρούμενη (mean=2.00, mean rank=28.00) και ελαφρώς πιο κουρασμένη (mean=1.90, mean rank=27.90), σε σχέση με την ομάδα «0-9 ετών» (mean=1.53, mean rank=18.05 και mean=1.42, mean rank=17.84 για την χαρά και την κόπωση αντίστοιχα). Στο Γράφημα 5 και στο Γράφημα 6 φαίνεται η τιμή του μέσου όρου ανά ομάδα ετών υπηρεσίας για τα συμπτώματα – αισθήματα χαράς και κόπωσης αντίστοιχα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 74 Περιγραφικά στατιστικά – Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο *
Συμπτώματα – αισθήματα χαράς και κόπωσης**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Αίσθημα χαράς (rec)	49	1,80	,539	1	3
Αίσθημα κόπωσης	49	1,61	,492	1	2
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο (3 ομάδες)	42	1,79	,813	1	3

ΠΙΝΑΚΑΣ 75 Στατιστικά κατάταξης – Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο * Συμπτώματα – αισθήματα χαράς και κόπωσης

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο (3 ομάδες)		N	Mean	Mean Rank
Αίσθημα χαράς (rec)	0-9 έτη	19	1,53	18,05
	10-19 έτη	13	1,69	21,54
	20 και άνω έτη	10	2,00	28,00
	Total	42	1,69	
Αίσθημα κόπωσης	0-9 έτη	19	1,42	17,84
	10-19 έτη	13	1,62	21,92
	20 και άνω έτη	10	1,90	27,90
	Total	42	1,60	

ΠΙΝΑΚΑΣ 76 Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal – Wallis H – Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο * Συμπτώματα – αισθήματα χαράς και κόπωσης

	Αίσθημα χαράς (rec)	Αίσθημα κόπωσης
Chi-Square	6,715	6,120
df	2	2
Asymp. Sig.	,035	,047

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο (3 ομάδες)

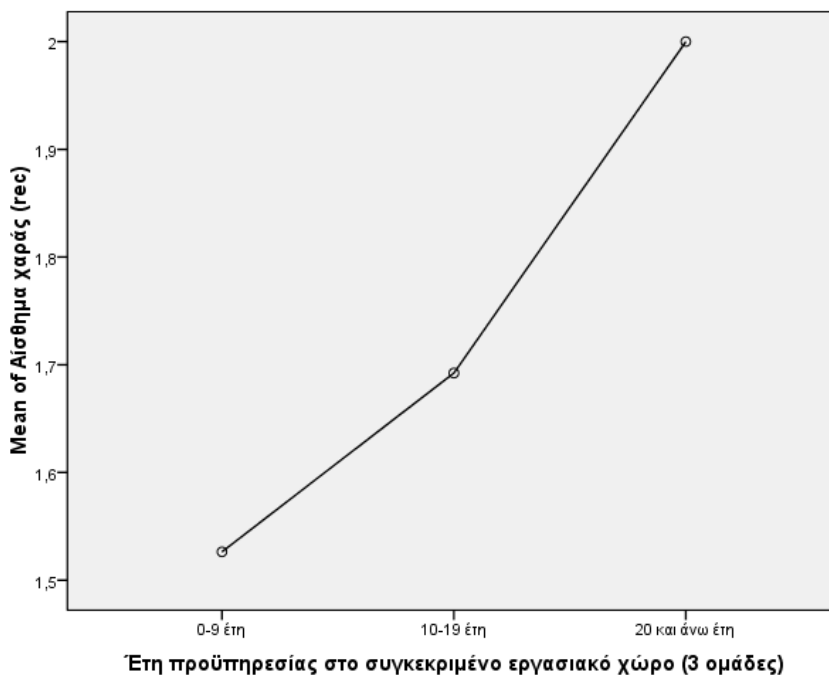
ΠΙΝΑΚΑΣ 77 Αποτελέσματα post hoc ελέγχου Mann – Whitney U σύγκρισης των ομάδων «0-9 έτη» και «20 και άνω έτη» για τα συμπτώματα – αισθήματα χαράς και κόπωσης

	Αίσθημα χαράς (rec)	Αίσθημα κόπωσης
Mann-Whitney U	50,000	49,500
Wilcoxon W	240,000	239,500
Z	-2,575	-2,446
Asymp. Sig. (2-tailed)	,010	,014
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,040 ^a	,035 ^a

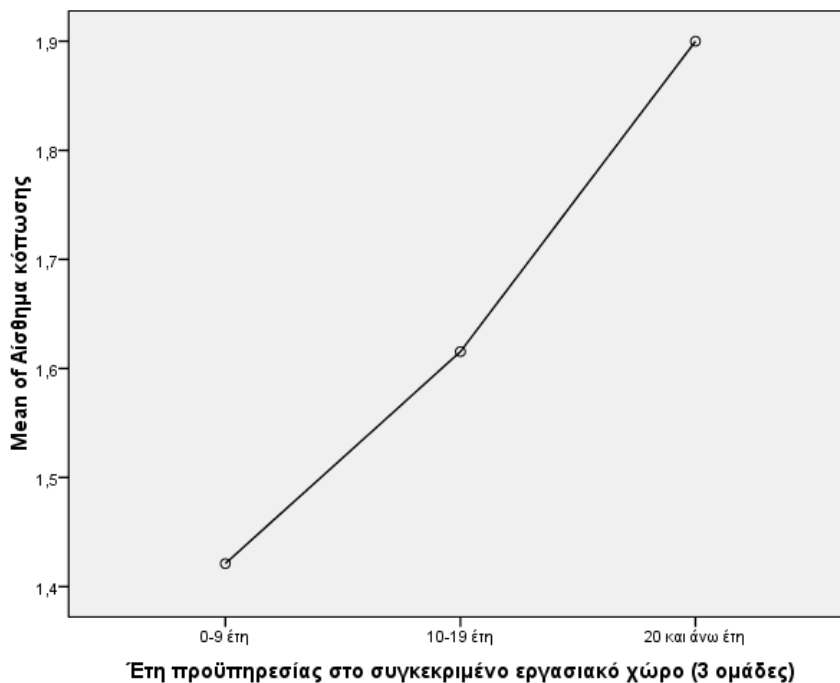
a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο (3 ομάδες)

**ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Μέσος όρος ανά ομάδα ετών υπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο *
Σύμπτωμα – αίσθημα χαράς**



**ΓΡΑΦΗΜΑ 6 Μέσος όρος ανά ομάδα ετών υπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο *
Σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης**



Ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά ομάδα ετών προϋπηρεσίας από τους 49 νοσηλευτές απαντήσανε οι 42 σχετικά με το σύμπτωμα – αίσθημα χαράς (Ερώτηση Γ5), εκ των οποίων οι 19

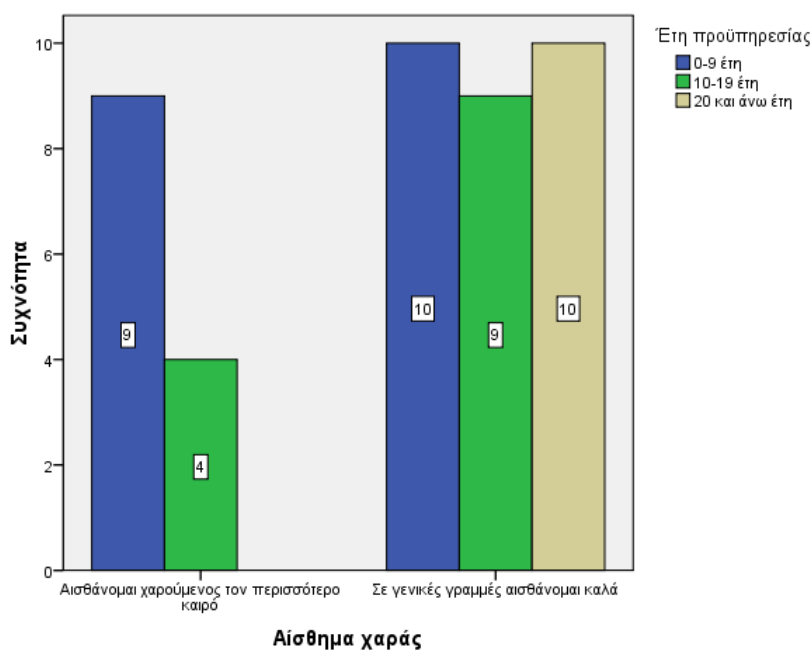
(45,2%) ανήκαν στην ομάδα «0-9 έτη», 13 (31,0%) ανήκαν στην ομάδα «10-19 έτη», ενώ 10 (23,8%) ανήκαν στην ομάδα «20 και άνω έτη» προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο (ΠΙΝΑΚΑΣ 78 και ΓΡΑΦΗΜΑ 7). Πιο συγκεκριμένα:

- 13 (31,0%) απάντησαν «Αισθάνομαι χαρούμενος τον περισσότερο καιρό», όπου 9 (21,4%) ανήκαν στην ομάδα «0-9 έτη» και 4 (9,5%) στην ομάδα «10-19 έτη» και
- 29 (69,0%) απαντήσανε «Σε γενικές γραμμές αισθάνομαι καλά», εκ των οποίων 10 (23,8%) ανήκαν στην ομάδα «0-9 έτη», 9 (21,4%) στην ομάδα «10-19 έτη» και 10 (23,8%) στην ομάδα «20 και άνω έτη».

ΠΙΝΑΚΑΣ 78 Πίνακας συνάφειας – Αίσθημα χαράς * Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο

			Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο			Total
			0-9 έτη	10-19 έτη	20 και άνω έτη	
Αίσθημα χαράς (rec)	Αισθάνομαι χαρούμενος τον περισσότερο καιρό	Count	9	4	0	13
		% of Total	21,4%	9,5%	,0%	31,0%
	Σε γενικές γραμμές αισθάνομαι καλά	Count	10	9	10	29
		% of Total	23,8%	21,4%	23,8%	69,0%
Total	Count	19	13	10	42	
	% of Total	45,2%	31,0%	23,8%	100,0%	

ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Αίσθημα χαράς ανά ομάδα ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο



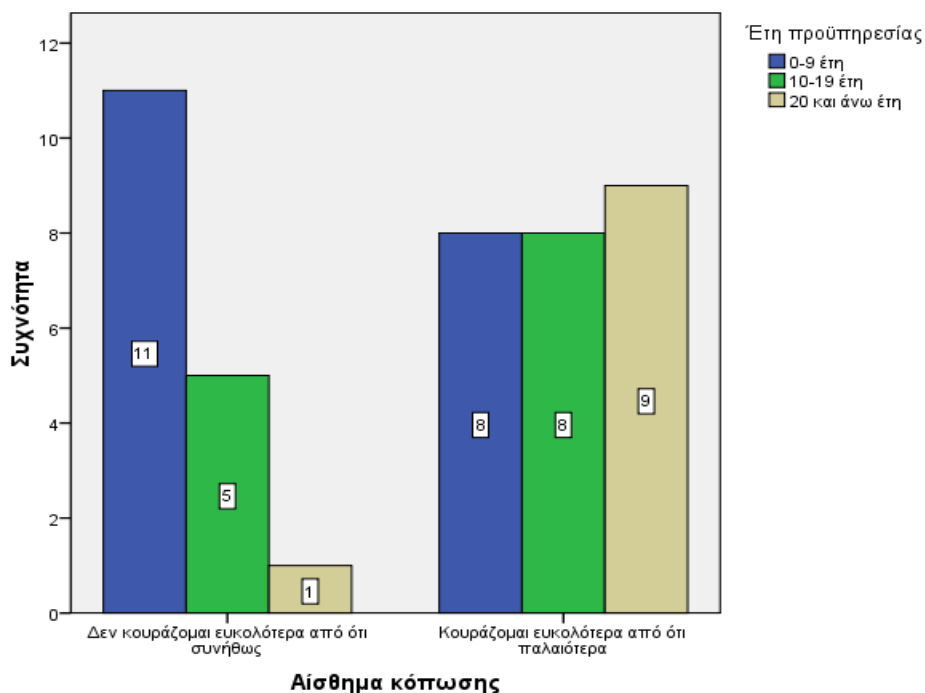
Ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά ομάδα ετών προϋπηρεσίας από τους 49 νοσηλευτές απαντήσανε οι 42 σχετικά με το σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης (Ερώτηση Γ21), εκ των οποίων οι 19 (45,2%) ανήκαν στην ομάδα «0-9 έτη», 13 (31,0%) ανήκαν στην ομάδα «10-19 έτη», ενώ 10 (23,8%) ανήκαν στην ομάδα «20 και άνω έτη» προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο (ΠΙΝΑΚΑΣ 79 και ΓΡΑΦΗΜΑ 8). Πιο συγκεκριμένα:

- 17 (40,5%) απάντησαν «Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως», όπου 11 (26,2%) ανήκαν στην ομάδα «0-9 έτη», 5 (11,9%) στην ομάδα «10-19 έτη» και 1 (2,4%) στην «20 και άνω έτη» και
- 25 (59,5%) απαντήσανε «Κουράζομαι ευκολότερα από ότι παλαιότερα», εκ των οποίων 8 (19,0%) ανήκαν στην ομάδα «0-9 έτη», 8 (19,0%) στην ομάδα «10-19 έτη» και 9 (21,4%) στην ομάδα «20 και άνω έτη».

ΠΙΝΑΚΑΣ 79 Πίνακας συνάφειας – Αίσθημα κόπωσης * Έτη υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο

			Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο			Total
			0-9 έτη	10-19 έτη	20 και άνω έτη	
Αίσθημα κόπωσης	Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως	Count	11	5	1	17
		% of Total	26,2%	11,9%	2,4%	40,5%
	Κουράζομαι ευκολότερα από ότι παλαιότερα	Count	8	8	9	25
		% of Total	19,0%	19,0%	21,4%	59,5%
Total		Count	19	13	10	42
		% of Total	45,2%	31,0%	23,8%	100,0%

ΓΡΑΦΗΜΑ 8 Σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης ανά ομάδα ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο



Επισημαίνεται ότι οι υπόλοιποι έλεγχοι συσχέτισης δεν κατέδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο με τα υπόλοιπα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ερωτήσεων Γ1 ως Γ24 .

2.8 Έλεγχος Συσχέτισης Δομής Ψυχικής Υγείας και Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Αρχικά ελέγξαμε αν το είδος της δομής ψυχικής υγείας που εργάζονται οι νοσηλευτές σχετίζεται με τα συναισθήματα που δημιουργούνται στη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ψυχιατρικού ασθενή (Ερωτήσεις B1 ως B20). Για το σκοπό αυτόν και επειδή δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας των ομάδων του δείγματος, επιλέξαμε και εκτελέσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Kruskal – Wallis H, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$ (5%).

Ωστόσο, κατά την εκτέλεση του ελέγχου δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά – συσχέτιση του είδος της δομής ψυχικής υγείας με κανένα από τα συναισθήματα των Ερωτήσεων B1 ως B20 .

Επίσης, ελέγξαμε αν το είδος της δομής ψυχικής υγείας που εργάζονται οι νοσηλευτές σχετίζεται με τα ψυχοσωματικά συμπτώματα – αισθήματα απόρροια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Ερωτήσεις Γ1 ως Γ24). Για το σκοπό αυτόν και επειδή δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις

κανονικότητας των ομάδων του δείγματος, επιλέξαμε και εκτελέσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Kruskal – Wallis H, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$ (5%).

Κατά την εκτέλεση του ελέγχου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά – συσχέτιση μόνο με τα συμπτώματα – αισθήματα: α) σιγουριάς-ασφάλειας (Ερώτηση Γ4) και β) δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων (Ερώτηση Γ15).

Πιο συγκεκριμένα, η εκτέλεση του ελέγχου Kruskal – Wallis H με ανεξάρτητη μεταβλητή το είδος της δομής ψυχικής υγείας και εξαρτημένες τις μεταβλητές των συμπτωμάτων – αισθημάτων σιγουριάς-ασφάλειας (Ερώτηση Γ4) και δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων (Ερώτηση Γ15) επέστρεψε 3 πίνακες:

- Στον πρώτο πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ 80) φαίνονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά για τις εξεταζόμενες μεταβλητές, όπου αναφέρονται το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation), η ελάχιστη (Minimum) και η μέγιστη (Maximum) τιμή της καθεμίας μεταβλητής. Επισημαίνεται ότι ο βαθμός 1 αντιστοιχεί στο θετικότερο συναίσθημα, ενώ ο βαθμός 4 στο αρνητικότερο.
- Στο δεύτερο πίνακα
- (
-
-
-
-
- ΠΙΝΑΚΑΣ 81) καταγράφονται στατιστικά, όπως το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean) και το μέσο της κατάταξης (Mean Rank) των μεταβλητών για καθεμία δομή ψυχικής υγείας.
- Στον τρίτο πίνακα (

- ΠΙΝΑΚΑΣ 82) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal– Wallis H, τα οποία έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, άρα συσχέτιση, του είδους της δομής ψυχικής υγείας με τα συμπτώματα – αισθήματα α) της σιγουριάς-ασφάλειας ($X^2(4)=16.600$, $p=0.002<0.05$) και β) της δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων ($X^2(4)=10.977$, $p=0.027<0.05$).
- Προκειμένου να εντοπίσουμε μεταξύ ποιων δομών υπάρχουν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές αρκεί να παρατηρήσουμε τα γραφήματα των μέσων όρων ανά δομή ψυχικής υγείας (ΓΡΑΦΗΜΑ 9 και ΓΡΑΦΗΜΑ 10), όπου φαίνεται να υπάρχει διαφορά της δομής «ΚΨΥ – Τμήμα Ενηλίκων» από όλες τις υπόλοιπες και για τα δύο συμπτώματα – αισθήματα της ασφάλειας-σιγουριάς και της δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η δομή ψυχικής υγείας στην οποία εργάζονται οι νοσηλευτές σχετίζεται με το βαθμό που οι νοσηλευτές έχουν τα συμπτώματα – αισθήματα της σιγουριάς-ασφάλειας και της δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων, με τους νοσηλευτές που εργάζονται στη δομή «ΚΨΥ – Τμήμα Ενηλίκων» να εμφανίζονται ελαφρώς πιο ανασφαλείς (mean=2.00, mean rank=38.08) και με ελαφρώς μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων (mean=1.83, mean rank=34.75), σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε όλες τις υπόλοιπες δομές ψυχικής υγείας. Στο Γράφημα 9 και στο Γράφημα 10 φαίνεται η τιμή του μέσου όρου ανά δομή ψυχικής υγείας για τα συμπτώματα – αισθήματα σιγουριάς-ασφάλειας και δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 80 Περιγραφικά στατιστικά – Δομή ψυχικής υγείας * Συμπτώματα – αισθήματα σιγουριάς-ασφάλειας και δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Αίσθημα σιγουριάς - ασφάλειας	49	1,18	,527	1	4
Δυσκολία λήψης αποφάσεων	49	1,16	,472	1	3
Φορέας και τμήμα εργασίας	49	3,24	3,004	1	8

ΠΙΝΑΚΑΣ 81 Στατιστικά κατάταξης – Δομή ψυχικής υγείας * Συμπτώματα – αισθήματα σιγουριάς-ασφάλειας και δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων

Φορέας και τμήμα εργασίας	N	Mean	Mean Rank	
Αίσθημα σιγουριάς - ασφάλειας	Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα	26	1,04	22,42
	Ψυχιατρικό τμήμα-Εξωτερικά ιατρεία	3	1,00	21,50
	ΚΨΥ-Τμήμα Ενηλίκων	6	2,00	38,08
	Κινητή μονάδα	1	1,00	21,50
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργός	13	1,15	25,19
	Total	49	1,18	
	Δυσκολία λήψης αποφάσεων	Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα	26	1,04
Ψυχιατρικό τμήμα-Εξωτερικά ιατρεία		3	1,00	22,00
ΚΨΥ-Τμήμα Ενηλίκων		6	1,83	34,75
Κινητή μονάδα		1	1,00	22,00
Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργός		13	1,15	25,62
Total		49	1,16	

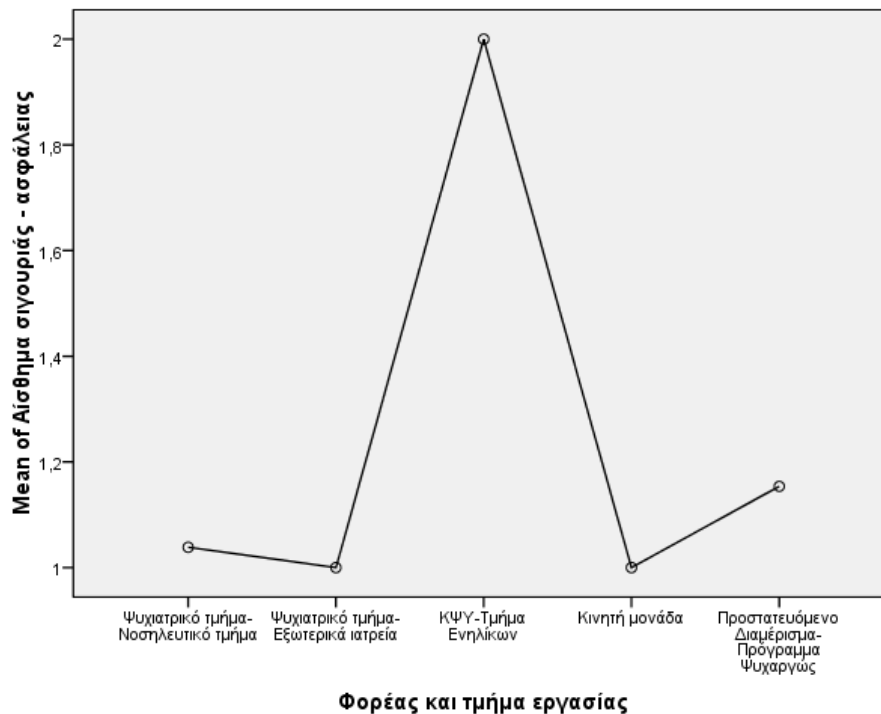
**ΠΙΝΑΚΑΣ 82 Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal – Wallis H - Δομή ψυχικής υγείας *
Συμπτώματα – αίσθημα σιγουριάς-ασφάλειας και δυσκολίας στη λήψη αποφάσεων**

	Αίσθημα σιγουριάς - ασφάλειας	Δυσκολία λήψης αποφάσεων
Chi-Square	16,600	10,977
df	4	4
Asymp. Sig.	,002	,027

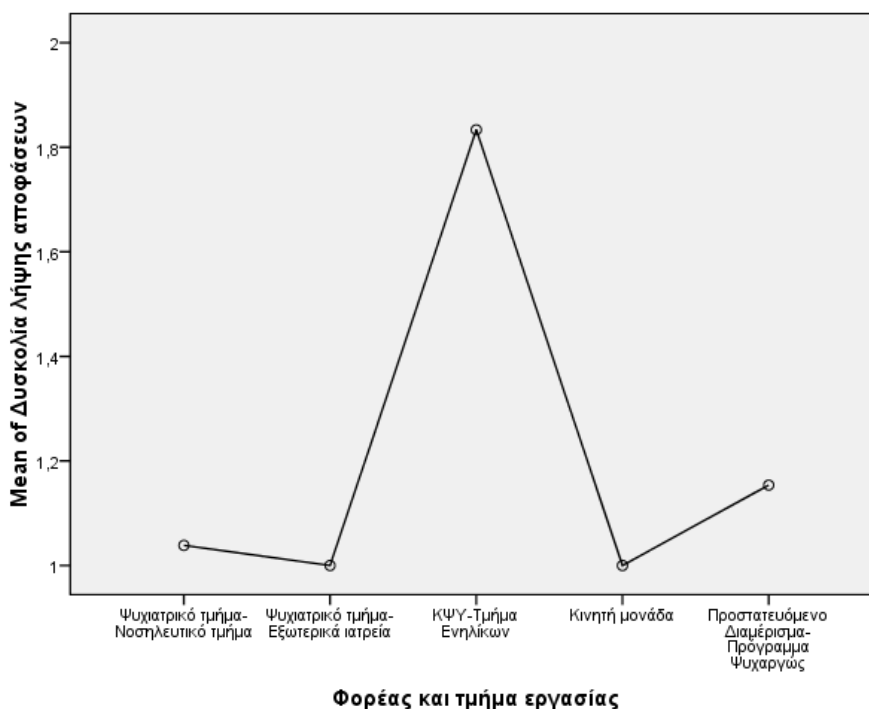
a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Φορέας και τμήμα εργασίας

ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Μέσος όρος ανά δομή ψυχικής υγείας * Σύμπτωμα – αίσθημα σιγουριάς-ασφάλειας



ΓΡΑΦΗΜΑ 10 Μέσος όρος ανά δομή ψυχικής υγείας * Σύμπτωμα – αίσθημα δυσκολία λήψης αποφάσεων



Ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά δομή ψυχικής υγείας απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το σύμπτωμα – αίσθημα σιγουριάς-ασφάλειας (Ερώτηση Γ4), εκ των οποίων οι 26 (53,1%) εργάζονταν σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα», 3 (6,1%) εργάζονταν σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Εξωτερικά ιατρεία», 6 (12,2%) σε «ΚΨΥ – Τμήμα Ενηλίκων», 1 (2,0%) σε «Κινητή Μονάδα», ενώ 13 (26,5%) εργάζονταν στο «Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργώς» .

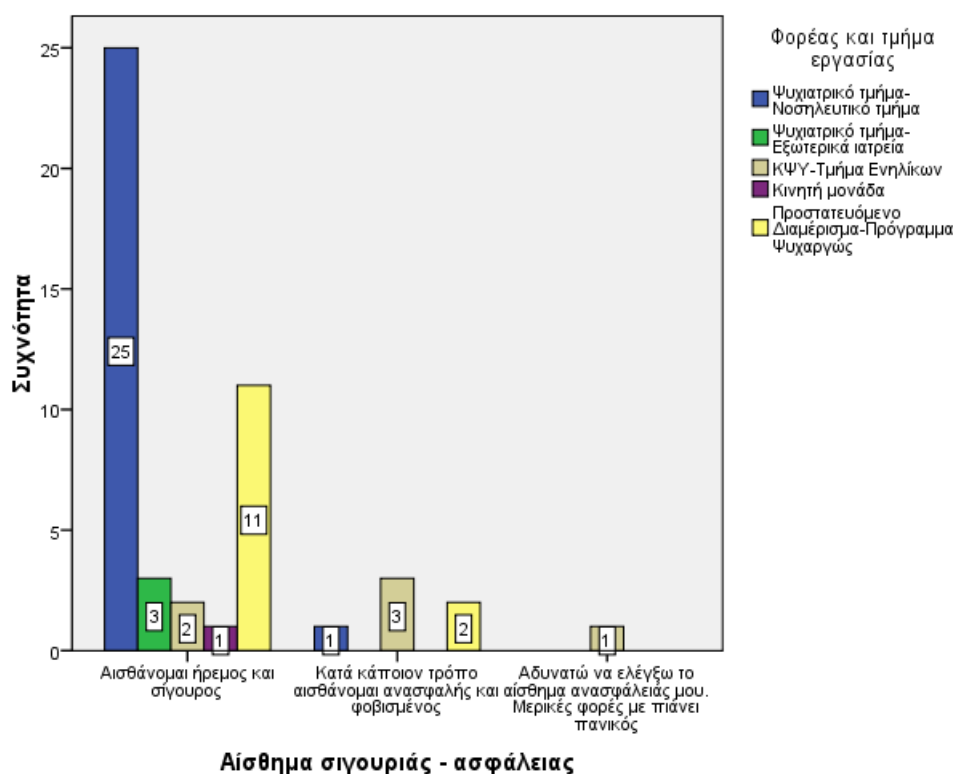
ΠΙΝΑΚΑΣ 83 και ΓΡΑΦΗΜΑ 11). Πιο συγκεκριμένα:

- 42 (85,7%) απάντησαν «Αισθάνομαι ήρεμος και σίγουρος», όπου 25 (51,0%) εργάζονταν σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα», 3 (6,1%) σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Εξωτερικά ιατρεία», 2 (4,1%) σε «ΚΨΥ- Τμήμα Ενηλίκων», 1 (2,0%) σε «Κινητή Μονάδα» και 11 (22,4%) σε «Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργώς»
- 6 (12,2%) απάντησαν «Κατά κάποιον τρόπο αισθάνομαι ανασφαλής και φοβισμένος», εκ των οποίων 1 (2,0%) εργάζονταν σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα», 3 (6,1%) σε «ΚΨΥ – Τμήμα Ενηλίκων» και 2 (4,1%) σε «Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργώς» και 1 (2,0%) απάντησε «Αδυνατώ να ελέγξω το αίσθημα ανασφάλειάς μου. Μερικές φορές με πιάνει πανικός» και εργάζονταν σε «ΚΨΥ- Τμήμα Ενηλίκων».

ΠΙΝΑΚΑΣ 83 Πίνακας συνάφειας - Αίσθημα σιγουριάς - ασφάλεια* Δομή ψυχικής υγείας

			Φορέας και τμήμα εργασίας					Total
			Ψυχιατρικό τμήμα- Νοσηλευτικό τμήμα	Ψυχιατρικό τμήμα- Εξωτερικά ιατρεία	ΚΨΥ- Τμήμα Ενηλίκων	Κινητή μονάδα	Προστατευόμενο Διαμέρισμα- Πρόγραμμα Ψυχαργός	
Αίσθημα σιγουριάς – ασφάλειας	Αισθάνομαι ήρεμος και σίγουρος	Count	25	3	2	1	11	42
		% of Total	51,0%	6,1%	4,1%	2,0%	22,4%	85,7%
	Κατά κάποιον τρόπο αισθάνομαι ανασφαλής και φοβισμένος	Count	1	0	3	0	2	6
		% of Total	2,0%	,0%	6,1%	,0%	4,1%	12,2%
	Αδυνατώ να ελέγξω το αίσθημα ανασφάλειάς μου. Μερικές φορές με πιάνει πανικός	Count	0	0	1	0	0	1
		% of Total	,0%	,0%	2,0%	,0%	,0%	2,0%
Total	Count	26	3	6	1	13	49	
	% of Total	53,1%	6,1%	12,2%	2,0%	26,5%	100,0%	

ΓΡΑΦΗΜΑ 11 Αίσθημα ασφάλειας-σιγουριάς ανά δομή ψυχικής υγείας



Τέλος, ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά δομή ψυχικής υγείας απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το σύμπτωμα – αίσθημα δυσκολίας λήψης αποφάσεων (Ερώτηση Γ15), εκ των οποίων οι 26 (53,1%) εργάζονταν σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα», 3 (6,1%) εργάζονταν σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Εξωτερικά ιατρεία», 6 (12,2%) σε «ΚΨΥ – Τμήμα Ενηλίκων», 1 (2,0%) σε «Κινητή Μονάδα», ενώ 13 (26,5%) εργάζονταν στο «Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργός» (

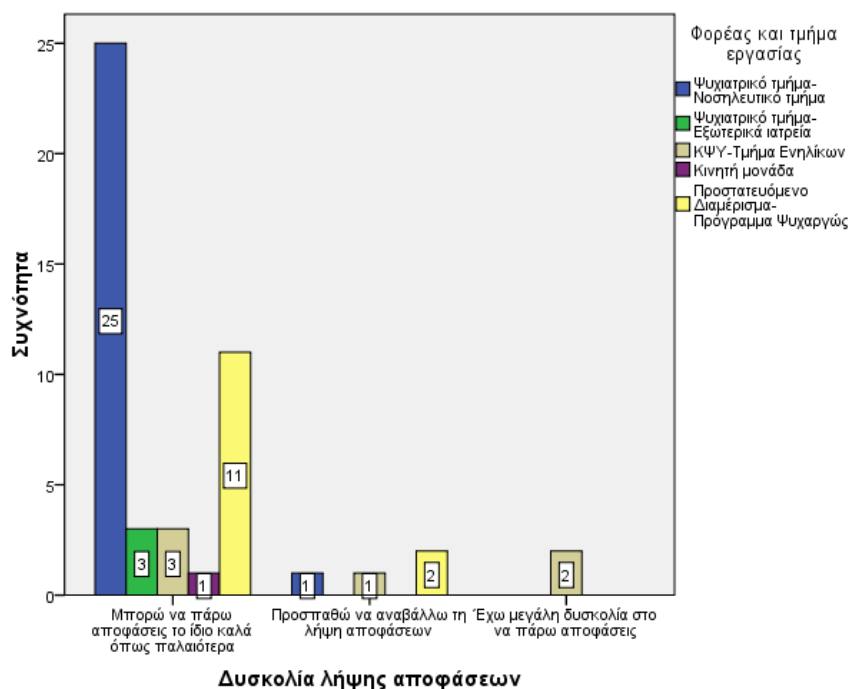
ΠΙΝΑΚΑΣ 84 και ΓΡΑΦΗΜΑ 12). Πιο συγκεκριμένα:

- 43 (87,8%) απάντησαν «Μπορώ να πάρω αποφάσεις το ίδιο καλά όπως παλαιότερα», όπου 25 (51,0%) εργάζονταν σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα», 3 (6,1%) σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Εξωτερικά ιατρεία», 3 (6,1%) σε «ΚΨΥ- Τμήμα Ενηλίκων», 1 (2,0%) σε «Κινητή Μονάδα» και 11 (22,4%) σε «Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργός»
- 4 (8,2%) απαντήσανε «Προσπαθώ να αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων», εκ των οποίων 1 (2,0%) εργάζονταν σε «Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα», 1 (2,0%) σε «ΚΨΥ – Τμήμα Ενηλίκων» και 2 (4,1%) σε «Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργός» και 2 (4,1%) απαντήσανε «Έχω μεγάλη δυσκολία στο να πάρω αποφάσεις» και εργάζονταν σε «ΚΨΥ- Τμήμα Ενηλίκων».

ΠΙΝΑΚΑΣ 84 Πίνακας συνάφειας – Δυσκολία λήψης αποφάσεων * Δομή ψυχικής υγείας

			Φορέας και τμήμα εργασίας					Total
			Ψυχιατρικό τμήμα-Νοσηλευτικό τμήμα	Ψυχιατρικό τμήμα-Εξωτερικά ιατρεία	ΚΨΥ-Τμήμα Ενηλίκων	Κινητή μονάδα	Προστατευόμενο Διαμέρισμα-Πρόγραμμα Ψυχαργός	
Δυσκολία λήψης αποφάσεων	Μπορώ να πάρω αποφάσεις το ίδιο καλά όπως παλαιότερα	Count	25	3	3	1	11	43
		% of Total	51,0%	6,1%	6,1%	2,0%	22,4%	87,8%
	Προσπαθώ να αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων	Count	1	0	1	0	2	4
		% of Total	2,0%	,0%	2,0%	,0%	4,1%	8,2%
	Έχω μεγάλη δυσκολία στο να πάρω αποφάσεις	Count	0	0	2	0	0	2
		% of Total	,0%	,0%	4,1%	,0%	,0%	4,1%
Total		Count	26	3	6	1	13	49
		% of Total	53,1%	6,1%	12,2%	2,0%	26,5%	100,0%

ΓΡΑΦΗΜΑ 12 Αίσθημα δυσκολίας λήψης αποφάσεων ανά δομή ψυχικής υγείας



Επισημαίνεται ότι οι υπόλοιποι έλεγχοι συσχέτισης δεν κατέδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δομών ψυχικής υγείας με τα υπόλοιπα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ερωτήσεων Γ1 ως Γ24 .

2.9 Έλεγχος Συσχέτισης Νομού Υπηρετήσης και Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Αρχικά ελέγξαμε αν ο Νομός στον οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές σχετίζεται με τα συναισθήματα που δημιουργούνται στη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ψυχιατρικού ασθενή (Ερωτήσεις B1 ως B20). Για το σκοπό αυτόν και επειδή δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας των ομάδων του δείγματος, επιλέξαμε και εκτελέσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Kruskal – Wallis H, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$ (5%).

Κατά την εκτέλεση του ελέγχου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά – συσχέτιση με τα συναισθήματα: α) ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά (Ερώτηση B1), β) αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς (Ερώτηση B14), γ) έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους (Ερώτηση B15) και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους (Ερώτηση B20).

Πιο συγκεκριμένα, η εκτέλεση του ελέγχου Kruskal – Wallis H με ανεξάρτητη μεταβλητή το Νομό υπηρετήσης και εξαρτημένες τις μεταβλητές των συναισθημάτων α) ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά (Ερώτηση B1), β) αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς (Ερώτηση B14), γ) έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους (Ερώτηση B15) και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους (Ερώτηση B20) επέστρεψε 3 πίνακες:

Στον πρώτο πίνακα (Πίνακας 85) φαίνονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά για τις εξεταζόμενες μεταβλητές, όπου αναφέρονται το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation), η ελάχιστη (Minimum) και η μέγιστη (Maximum) τιμή της καθεμίας μεταβλητής. Επισημαίνεται ότι ο βαθμός 1 αντιστοιχεί στο θετικότερο συναίσθημα, ενώ ο βαθμός 4 στο αρνητικότερο.

Στο δεύτερο πίνακα (Πίνακας 86) καταγράφονται στατιστικά, όπως το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean) και το μέσο της κατάταξης (Mean Rank) των μεταβλητών για καθέναν Νομό υπηρετήσης.

Στον τρίτο πίνακα (Πίνακας 87) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal– Wallis H, τα οποία έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, άρα συσχέτιση, του Νομού υπηρετήσης με τα συναισθήματα: α) της ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά ($X^2(2)=10.331$,

$p=0.006<0.05$), β) της αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς $X^2(2)=7.125$, $p=0.028<0.05$), γ) της έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους ($X^2(2)=7.676$, $p=0.022<0.05$) και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους ($X^2(2)=13.408$, $p=0.001<0.05$).

Προκειμένου να εντοπίσουμε μεταξύ ποιών Νομών υπάρχουν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές αρκεί να παρατηρήσουμε τα γραφήματα των μέσων όρων ανά Νομό υπηρετήσης (Γράφημα 13 ως Γράφημα 16), όπου φαίνονται τα εξής: α) για το συναίσθημα της ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά, υπάρχει διαφορά του Νομού Ηλείας από τους άλλους Νομούς (Γράφημα 13), β) για το συναίσθημα της αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς, υπάρχει διαφορά του Νομού Ηλείας από τον Νομό Αχαΐας (Γράφημα 14), γ) για το συναίσθημα της έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους, υπάρχει διαφορά του Νομού Ηλείας από τον Νομό Αχαΐας (Γράφημα 15) και δ) για το συναίσθημα ότι οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους, υπάρχει διαφορά του Νομού Ηλείας από τους άλλους Νομούς (Γράφημα 16).

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι ο Νομός στον οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές σχετίζεται με το βαθμό που οι νοσηλευτές αισθάνονται: α) ψυχική εξάντληση από τη δουλειά, με τους νοσηλευτές που εργάζονται στον Νομό Ηλείας να εμφανίζονται λιγότερο ψυχικά εξαντλημένοι ($mean=2.15$, $mean\ rank=15.54$) σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο Νομό Αχαΐας ($mean=2.92$, $mean\ rank=26.31$) και στο Νομό Αρκαδίας ($mean=3.50$, $mean\ rank=32.63$), β) αδιαφορία για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς, με τους νοσηλευτές που εργάζονται στον Νομό Ηλείας να εμφανίζονται λιγότερο αδιάφοροι για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς ($mean=1.15$, $mean\ rank=18.62$) σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο Νομό Αχαΐας ($mean=1.67$, $mean\ rank=29.54$), γ) ένταση κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους, με τους νοσηλευτές που εργάζονται στον Νομό Ηλείας να εμφανίζουν λιγότερη ένταση κατά την επαφή τους με άλλους ανθρώπους ($mean=1.46$, $mean\ rank=17.73$) σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο Νομό Αχαΐας ($mean=2.21$, $mean\ rank=29.96$) και δ) ότι οι ασθενείς τους επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους, με τους νοσηλευτές που εργάζονται στον Νομό Ηλείας να αισθάνονται λιγότερο ότι οι ασθενείς τους επιρρίπτουν ευθύνες για κάποια προβλήματά τους ($mean=1.15$, $mean\ rank=13.27$) σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο Νομό Αχαΐας ($mean=2.33$, $mean\ rank=28.88$) και στο Νομό Αρκαδίας ($mean=2.67$, $mean\ rank=29.96$). Στο Γράφημα 13 ως και στο Γράφημα 16 φαίνεται η τιμή του μέσου όρου ανά Νομό υπηρετήσης για τα συναισθήματα: α) ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά (Γράφημα 13), β) αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς (Γράφημα 14), γ) έντασης κατά την επαφή με

άλλους ανθρώπους (Γράφημα 15) και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους (Γράφημα 16), αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 85 Περιγραφικά στατιστικά – Νομός υπηρετήσης * Συναισθήματα: α) ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά, β) αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς, γ) έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου	49	2,86	1,021	1	5
Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς	49	1,45	,580	1	3
Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	49	1,96	,935	1	5
Νομίζω πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	49	2,10	1,229	1	5
Νομός	49	1,98	,721	1	3

ΠΙΝΑΚΑΣ 86 Στατιστικά κατάταξης – Νομός υπηρετήσης * Συναισθήματα: α) ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά, β) αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς, γ) έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους

	Νομός	N	Mean	Mean Rank
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου	Ηλείας	13	2,15	15,54
	Αχαΐας	24	2,92	26,31
	Αρκαδίας	12	3,50	32,63
	Total	49	2,86	
Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς	Ηλείας	13	1,15	18,62
	Αχαΐας	24	1,67	29,54
	Αρκαδίας	12	1,33	22,83
	Total	49	1,45	
Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	Ηλείας	13	1,46	17,73
	Αχαΐας	24	2,21	29,96
	Αρκαδίας	12	2,00	22,96
	Total	49	1,96	
Νομίζω πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	Ηλείας	13	1,15	13,27
	Αχαΐας	24	2,33	28,88
	Αρκαδίας	12	2,67	29,96
	Total	49	2,10	

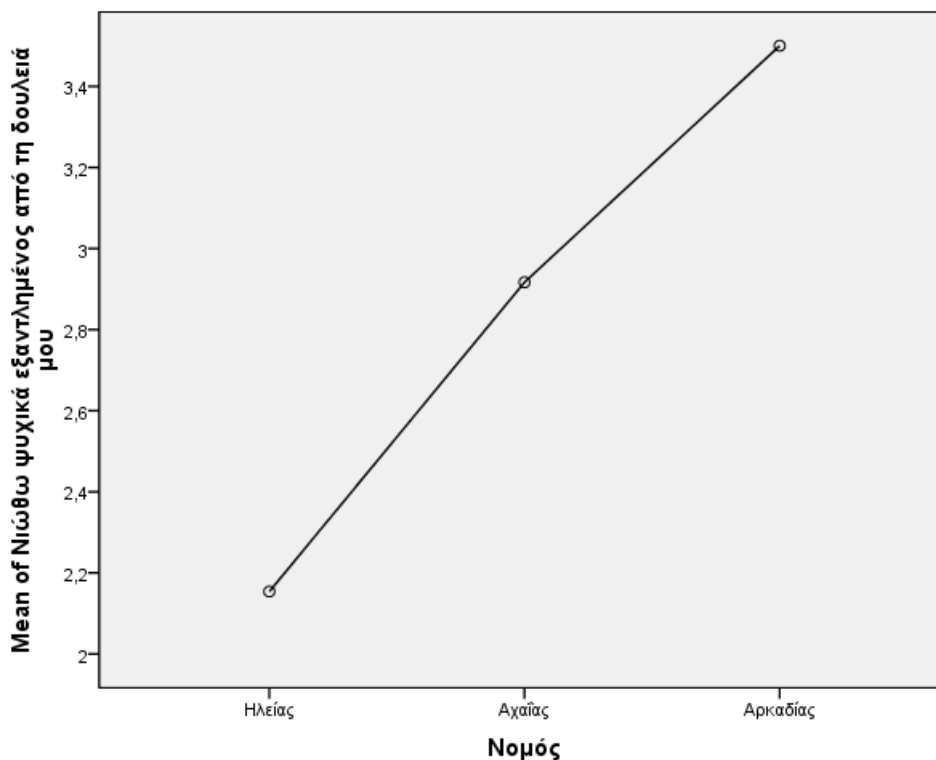
ΠΙΝΑΚΑΣ 87 Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal – Wallis H – Νομός υπηρετήσης *
Συναίσθημα: α) ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά, β) αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς, γ) έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους και δ) οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους

	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου	Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	Νομίζω πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους
Chi-Square	10,331	7,125	7,676	13,408
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,006	,028	,022	,001

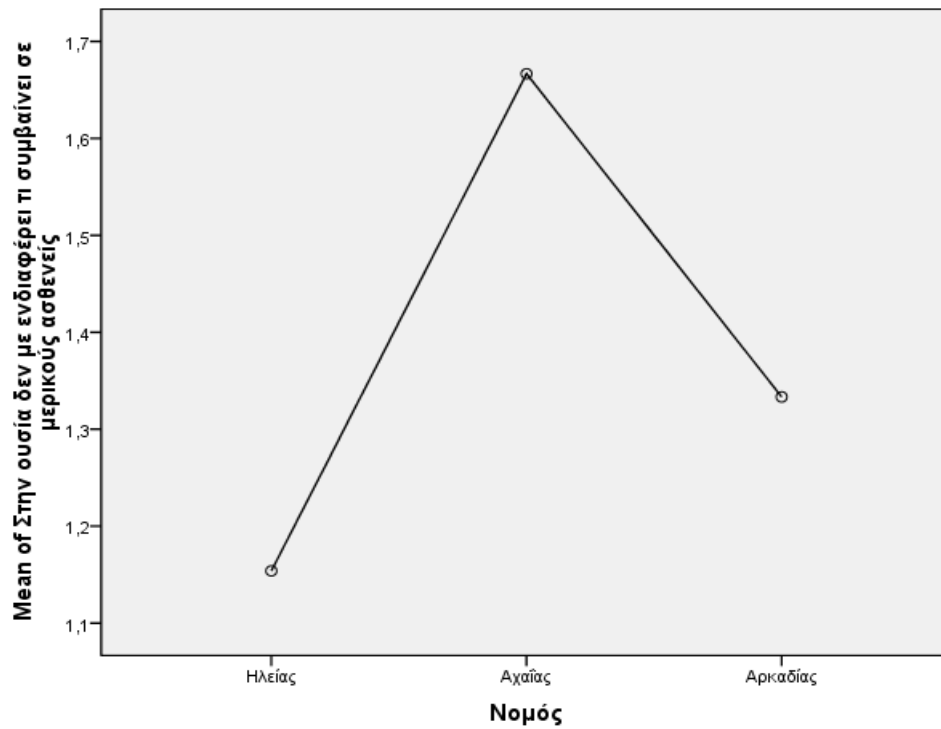
a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Νομός

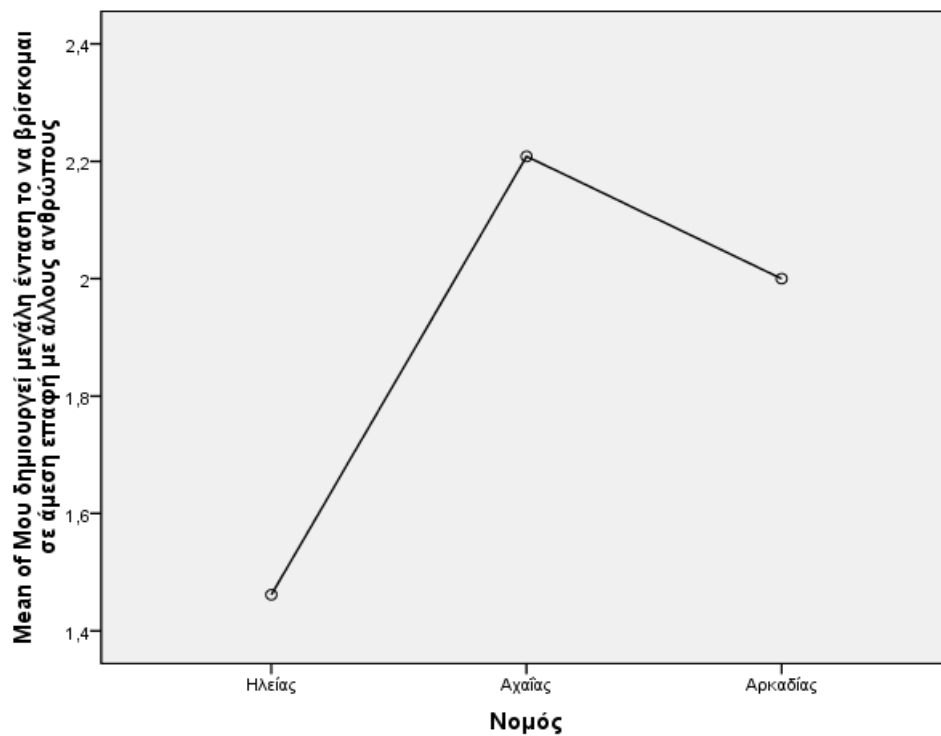
ΓΡΑΦΗΜΑ 13 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Συναίσθημα ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά



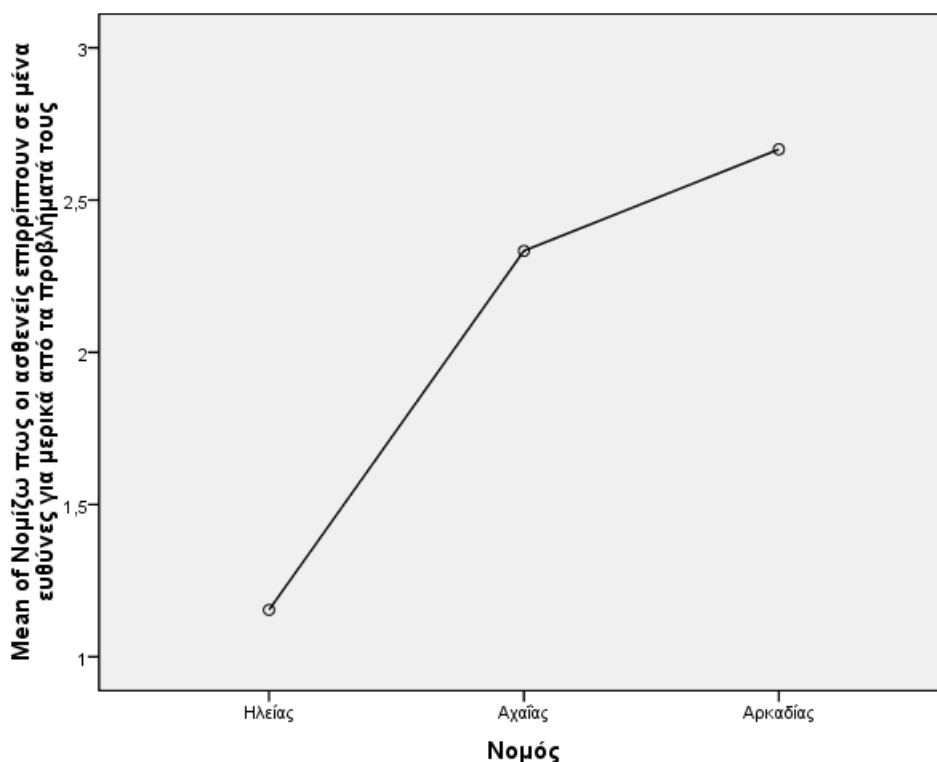
ΓΡΑΦΗΜΑ 14 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Συναίσθημα αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς



ΓΡΑΦΗΜΑ 15 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Συναίσθημα έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους



ΓΡΑΦΗΜΑ 16 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς μου επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά



Ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά Νομό υπηρετήσης απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το συναίσθημα της ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά (Ερώτηση Β1), εκ των οποίων οι 13 (26,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 24 (49,0%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 12 (24,5%) στο Νομό Αρκαδίας (

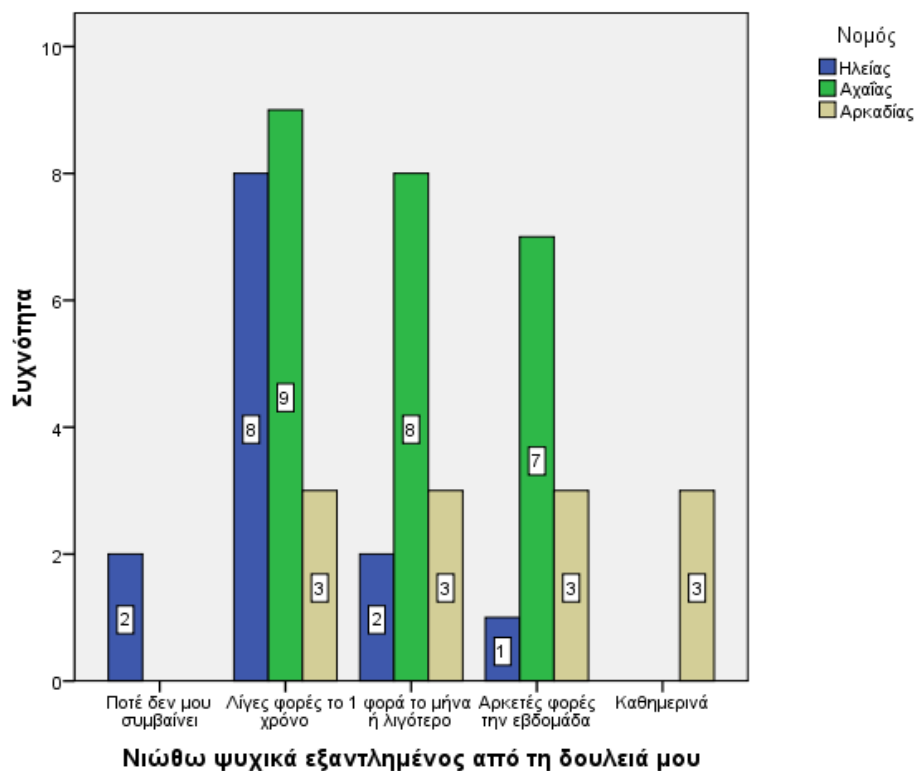
ΠΙΝΑΚΑΣ 88 και ΓΡΑΦΗΜΑ 17). Πιο συγκεκριμένα:

- 2 (4,1%) απάντησαν «Ποτέ», όπου και οι 2 (4,1%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας
- 20 (40,8%) απαντήσανε «Λίγες φορές τον χρόνο», εκ των οποίων 8 (16,3%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 9 (18,4%) στο Νομό Αχαΐας και 3 (6,1%) στο Νομό Αρκαδίας
- 13 (26,5%) απαντήσανε «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», εκ των οποίων 2 (4,1%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 8 (16,3%) στο Νομό Αχαΐας και 3 (6,1%) στο Νομό Αρκαδίας
- 11 (22,4%) απαντήσανε «Αρκετές φορές την εβδομάδα», εκ των οποίων 1 (2,0%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 7 (14,3%) στο Νομό Αχαΐας και 3 (6,1%) στο Νομό Αρκαδίας και
- 3 (6,1%) απαντήσανε «Καθημερινά», όπου και οι 3 (6,1%) εργάζονταν στο Νομό Αρκαδίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 88 Πίνακας συνάφειας – Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου * Νομός

			Νομός			Total
			Ηλείας	Αχαΐας	Αρκαδίας	
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος από τη δουλειά μου	Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Count	2	0	0	2
		% of Total	4,1%	,0%	,0%	4,1%
	Λίγες φορές το χρόνο	Count	8	9	3	20
		% of Total	16,3%	18,4%	6,1%	40,8%
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Count	2	8	3	13
		% of Total	4,1%	16,3%	6,1%	26,5%
	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Count	1	7	3	11
		% of Total	2,0%	14,3%	6,1%	22,4%
	Καθημερινά	Count	0	0	3	3
		% of Total	,0%	,0%	6,1%	6,1%
	Total	Count	13	24	12	49
		% of Total	26,5%	49,0%	24,5%	100,0%

ΓΡΑΦΗΜΑ 17 Συναίσθημα ψυχικής εξάντλησης από τη δουλειά ανά Νομό υπηρετήσης



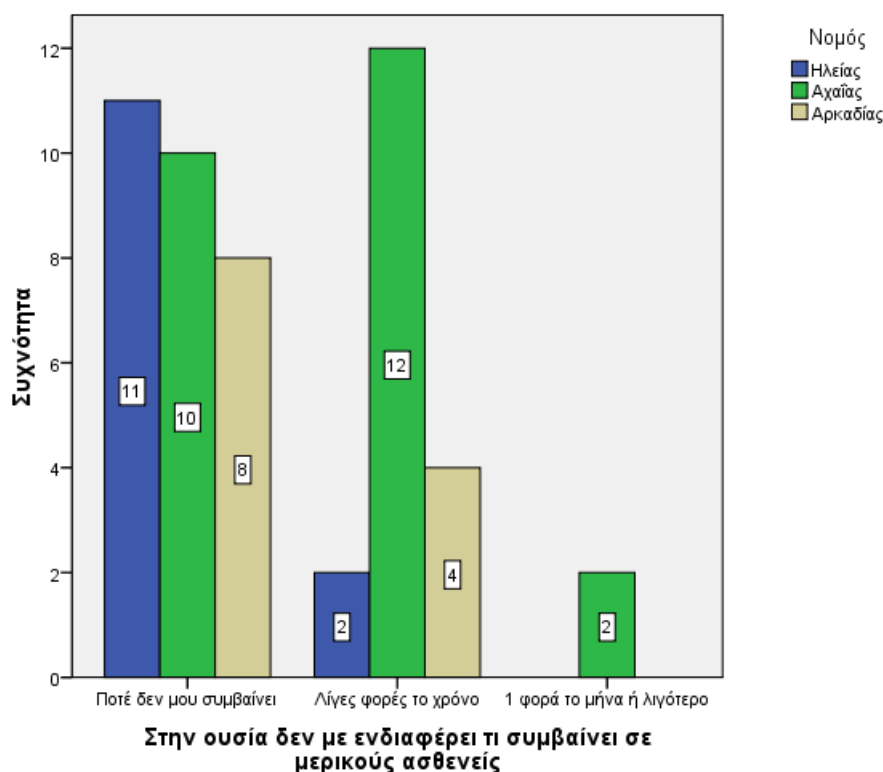
Επίσης, ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά Νομό υπηρετήσης απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το συναίσθημα της αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε κάποιους ασθενείς (Ερώτηση B14), εκ των οποίων οι 13 (26,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 24 (49,0%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 12 (24,5%) στο Νομό Αρκαδίας (ΠΙΝΑΚΑΣ 89 και ΓΡΑΦΗΜΑ 18). Πιο συγκεκριμένα:

- 29 (59,2%) απάντησαν «Ποτέ», όπου οι 11 (22,4%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 10 (20,4%) στο Νομό Αχαΐας και 8 (16,3%) στο Νομό Αρκαδίας
- 18 (36,7%) απαντήσανε «Λίγες φορές τον χρόνο», εκ των οποίων 2 (4,1%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 12 (24,5%) στο Νομό Αχαΐας και 4 (8,2%) στο Νομό Αρκαδίας και
- 2 (4,1%) απαντήσανε «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», όπου και οι 2 (4,1%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 89 Πίνακας συνάφειας – Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς * Νομός

			Νομός			Total
			Ηλείας	Αχαΐας	Αρκαδίας	
Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς	Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Count	11	10	8	29
		% of Total	22,4%	20,4%	16,3%	59,2%
	Λίγες φορές το χρόνο	Count	2	12	4	18
		% of Total	4,1%	24,5%	8,2%	36,7%
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Count	0	2	0	2
		% of Total	,0%	4,1%	,0%	4,1%
Total	Count	13	24	12	49	
	% of Total	26,5%	49,0%	24,5%	100,0%	

ΓΡΑΦΗΜΑ 18 Συναίσθημα αδιαφορίας για το τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς ανά Νομό υπηρετήσης



Επιπλέον, ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά Νομό υπηρετήσης απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το συναίσθημα της έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους (Ερώτηση B15), εκ των οποίων οι 13 (26,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 24 (49,0%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 12 (24,5%) στο Νομό Αρκαδίας (

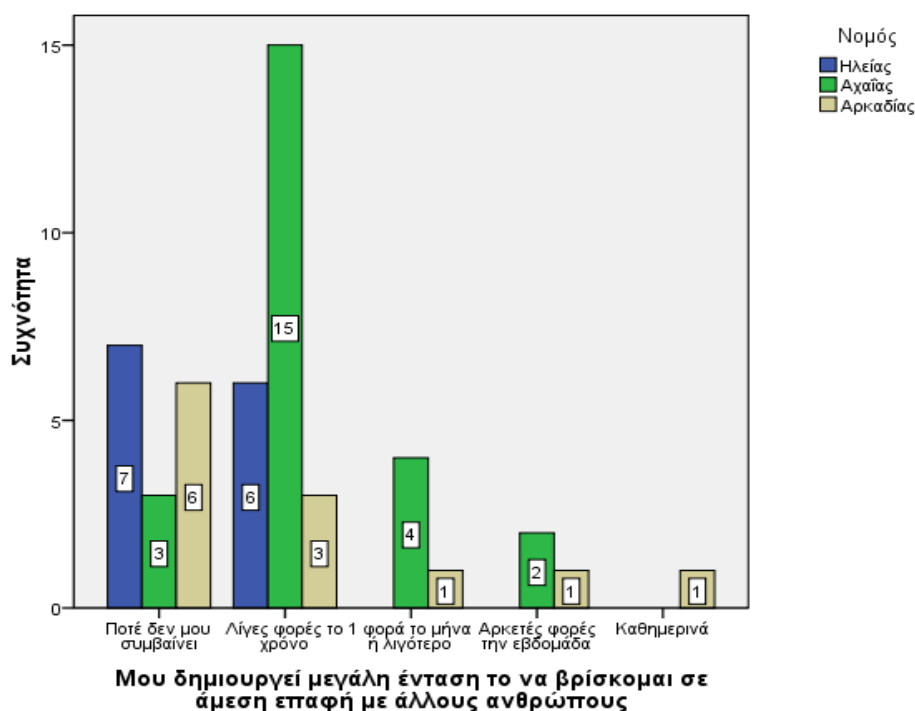
ΠΙΝΑΚΑΣ 90 και ΓΡΑΦΗΜΑ 19). Πιο συγκεκριμένα:

- 16 (32,7%) απάντησαν «Ποτέ», όπου οι 7 (14,3%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 3 (6,1%) στο Νομό Αχαΐας και 6 (12,2%) στο Νομό Αρκαδίας
- 24 (49,0%) απαντήσανε «Λίγες φορές τον χρόνο», εκ των οποίων 6 (12,2%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 15 (30,6%) στο Νομό Αχαΐας και 3 (6,1%) στο Νομό Αρκαδίας
- 5 (10,2%) απαντήσανε «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», εκ των οποίων 4 (8,2%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 1 (2,0%) στο Νομό Αρκαδίας
- 3 (6,1%) απαντήσανε «Αρκετές φορές την εβδομάδα», εκ των οποίων 2 (4,1%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 1 (2,0%) στο Νομό Αρκαδίας και
- 1 (2,0%) απάντησε «Καθημερινά», όπου εργάζονταν στο Νομό Αρκαδίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 90 Πίνακας συνάφειας – Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους * Νομός

			Νομός			Total
			Ηλείας	Αχαΐας	Αρκαδίας	
Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Count	7	3	6	16
		% of Total	14,3%	6,1%	12,2%	32,7%
	Λίγες φορές το χρόνο	Count	6	15	3	24
		% of Total	12,2%	30,6%	6,1%	49,0%
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Count	0	4	1	5
		% of Total	,0%	8,2%	2,0%	10,2%
	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Count	0	2	1	3
		% of Total	,0%	4,1%	2,0%	6,1%
	Καθημερινά	Count	0	0	1	1
		% of Total	,0%	,0%	2,0%	2,0%
Total		Count	13	24	12	49
		% of Total	26,5%	49,0%	24,5%	100,0%

ΓΡΑΦΗΜΑ 19 Συναίσθημα έντασης κατά την επαφή με άλλους ανθρώπους ανά Νομό υπηρετήσης



Τέλος, ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά Νομό υπηρετήσης απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το συναίσθημα των νοσηλευτών ότι οι ασθενείς τους επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους (Ερώτηση B20), εκ των οποίων οι 13 (26,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 24 (49,0%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 12 (24,5%) στο Νομό Αρκαδίας (

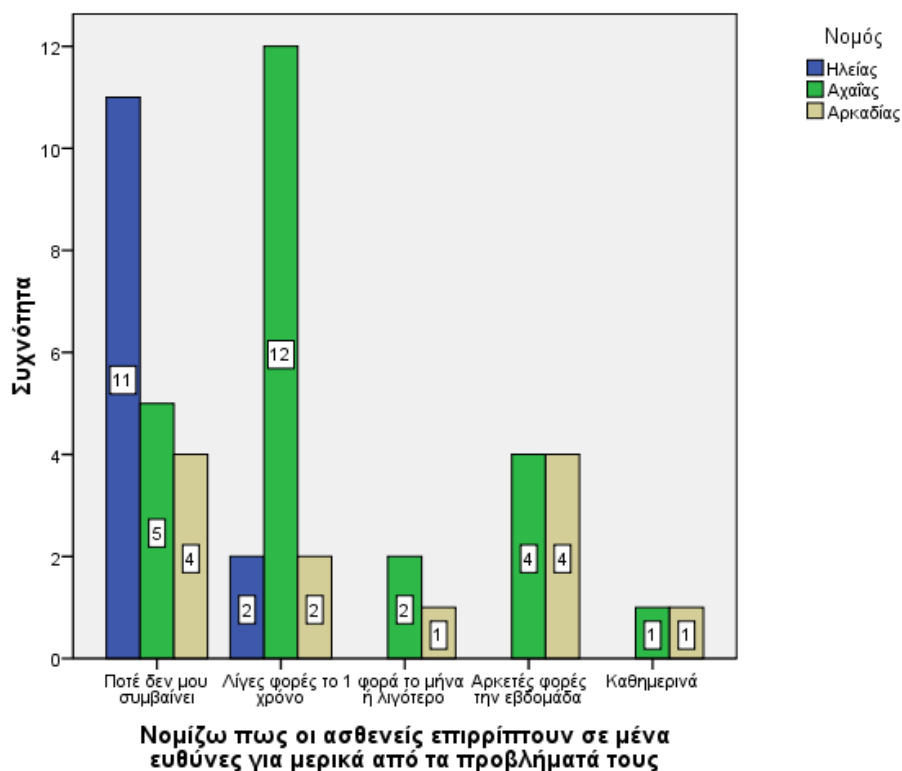
ΠΙΝΑΚΑΣ 91 και ΓΡΑΦΗΜΑ 20). Πιο συγκεκριμένα:

- 20 (40,8%) απάντησαν «Ποτέ», όπου οι 11 (22,4%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 5 (10,2%) στο Νομό Αχαΐας και 4 (8,2%) στο Νομό Αρκαδίας
- 16 (32,7%) απάντησαν «Λίγες φορές τον χρόνο», εκ των οποίων 2 (4,1%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 12 (24,5%) στο Νομό Αχαΐας και 2 (4,1%) στο Νομό Αρκαδίας
- 3 (6,1%) απαντήσανε «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», εκ των οποίων 2 (4,1%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 1 (2,0%) στο Νομό Αρκαδίας
- 8 (16,3%) απαντήσανε «Αρκετές φορές την εβδομάδα», εκ των οποίων 4 (8,2%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 4 (8,2%) στο Νομό Αρκαδίας και
- 2 (4,1%) απάντησαν «Καθημερινά», όπου 1 (2,0%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 1 (2,0%) στο Νομό Αρκαδίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 91 Πίνακας συνάφειας – Νομίζω πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους * Νομός

			Νομός			Total
			Ηλείας	Αχαΐας	Αρκαδίας	
Νομίζω πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Count	11	5	4	20
		% of Total	22,4%	10,2%	8,2%	40,8%
	Λίγες φορές το χρόνο	Count	2	12	2	16
		% of Total	4,1%	24,5%	4,1%	32,7%
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Count	0	2	1	3
		% of Total	,0%	4,1%	2,0%	6,1%
	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Count	0	4	4	8
		% of Total	,0%	8,2%	8,2%	16,3%
	Καθημερινά	Count	0	1	1	2
		% of Total	,0%	2,0%	2,0%	4,1%
Total		Count	13	24	12	49
		% of Total	26,5%	49,0%	24,5%	100,0%

ΓΡΑΦΗΜΑ 20 Συναίσθημα ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν ευθύνες σε μένα για μερικά προβλήματά τους ανά Νομό υπηρετήσ



Επισημαίνεται ότι οι υπόλοιποι έλεγχοι συσχέτισης δεν κατέδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των Νομών υπηρετήσης αναφορικά με τα υπόλοιπα συναισθήματα των ερωτήσεων B1 ως B20 .

Ακολουθώς, ελέγξαμε αν ο Νομός στον οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές σχετίζεται με τα ψυχοσωματικά συμπτώματα – αισθήματα απόρροια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Ερωτήσεις Γ1 ως Γ24). Για το σκοπό αυτόν και επειδή δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας των ομάδων του δείγματος, επιλέξαμε και εκτελέσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Kruskal – Wallis H, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$ (5%).

Κατά την εκτέλεση του ελέγχου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά – συσχέτιση με τα συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης (Ερώτηση Γ3), β) κόπωσης (Ερώτηση Γ21), γ) δυστυχίας (Ερώτηση Γ22) και δ) δυσκολία μνήμης και συγκέντρωσης (Ερώτηση Γ24).

Πιο συγκεκριμένα, η εκτέλεση του ελέγχου Kruskal – Wallis H με ανεξάρτητη μεταβλητή το Νομό υπηρετήσης και εξαρτημένες τις μεταβλητές των συμπτωμάτων – αισθημάτων: α) εφίδρωσης (Ερώτηση Γ3), β) κόπωσης (Ερώτηση Γ21), γ) δυστυχίας (Ερώτηση Γ22) και δ) δυσκολία μνήμης και συγκέντρωσης (Ερώτηση Γ24) επέστρεψε 3 πίνακες:

Στον πρώτο πίνακα (Πίνακας 92) φαίνονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά για τις εξεταζόμενες μεταβλητές, όπου αναφέρονται το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation), η ελάχιστη (Minimum) και η μέγιστη (Maximum) τιμή της καθεμίας μεταβλητής. Επισημαίνεται ότι ο βαθμός 1 αντιστοιχεί στο θετικότερο συναίσθημα, ενώ ο βαθμός 4 στο αρνητικότερο.

Στο δεύτερο πίνακα (Πίνακας 93) καταγράφονται στατιστικά, όπως το πλήθος των παρατηρήσεων (N), ο μέσος όρος (Mean) και το μέσο της κατάταξης (Mean Rank) των μεταβλητών για καθέναν Νομό υπηρετήσης.

Στον τρίτο πίνακα (Πίνακας 94) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal – Wallis H, τα οποία έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, άρα συσχέτιση, του Νομού υπηρετήσης με τα συμπτώματα – αισθήματα: α) της εφίδρωσης ($X^2(2)=7.193$, $p=0.027<0.05$), β) της κόπωσης ($X^2(2)=15.267$, $p=0.000<0.05$), γ) της δυστυχίας ($X^2(2)=10.691$, $p=0.005<0.05$) και δ) της δυσκολίας μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης ($X^2(2)=6.642$, $p=0.036<0.05$).

Προκειμένου να εντοπίσουμε μεταξύ ποιών Νομών υπηρετήσης υπάρχουν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εκτελέσαμε τον έλεγχο Mann – Whitney U για όλα τα ζεύγη των Νομών. Πιο

συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα του μετα-ελέγχου Mann – Whitney U της σύγκρισης ζευγών των Νομών υπηρετήσης έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των Νομών Ηλείας και Αχαΐας για τα συμπτώματα – αισθήματα: α) της εφίδρωσης ($U(13,24)=103.000$, $p=0.036<0.05$), β) της κόπωσης ($U(13,24)=55.500$, $p=0.000<0.05$), γ) της δυστυχίας ($U(13,24)=64.500$, $p=0.001<0.05$) και δ) της δυσκολίας μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης ($U(13,24)=93.000$, $p=0.018<0.05$) (Πίνακας 95). Επιπλέον, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των Νομών Αχαΐας και Αρκαδίας για τα συμπτώματα – αισθήματα: α) της εφίδρωσης ($U(24,12)=96.000$, $p=0.048<0.05$) και β) της κόπωσης ($U(24,12)=90.000$, $p=0.016<0.05$) (Πίνακας 96).

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι ο Νομός στον οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές σχετίζεται με το βαθμό που οι νοσηλευτές έχουν τα συμπτώματα – αισθήματα: α) της εφίδρωσης, με τους νοσηλευτές που εργάζονται στο Νομό Αχαΐας να έχουν το σύμπτωμα αυτό σε μεγαλύτερο βαθμό ($mean=1.83$, $mean\ rank=29.21$) σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο Νομό Ηλείας ($mean=1.15$, $mean\ rank=20.88$) και στο Νομό Αρκαδίας ($mean=1.17$, $mean\ rank=21.04$), β) της κόπωσης, με τους νοσηλευτές που εργάζονται στο Νομό Αχαΐας να έχουν το σύμπτωμα αυτό σε μεγαλύτερο βαθμό ($mean=1.88$, $mean\ rank=31.44$) σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο Νομό Ηλείας ($mean=1.23$, $mean\ rank=15.65$) και στο Νομό Αρκαδίας ($mean=1.50$, $mean\ rank=22.25$), γ) της δυστυχίας, με τους νοσηλευτές που εργάζονται στο Νομό Αχαΐας να έχουν το σύμπτωμα αυτό σε μεγαλύτερο βαθμό ($mean=1.83$, $mean\ rank=30.56$) σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο Νομό Ηλείας ($mean=1.15$, $mean\ rank=16.50$) και δ) της δυσκολίας μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης, με τους νοσηλευτές που εργάζονται στο Νομό Αχαΐας να έχουν το σύμπτωμα αυτό σε μεγαλύτερο βαθμό ($mean=1.75$, $mean\ rank=29.25$) σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο Νομό Ηλείας ($mean=1.15$, $mean\ rank=19.19$). Στο Γράφημα 21 ως και στο Γράφημα 24 φαίνεται η τιμή του μέσου όρου ανά Νομό υπηρετήσης για τα συμπτώματα – αισθήματα: α) της εφίδρωσης (Γράφημα 21), β) της κόπωσης (Γράφημα 22), γ) της δυστυχίας (Γράφημα 23) και δ) της δυσκολίας μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης (Γράφημα 24), αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 92 Περιγραφικά στατιστικά – Νομός υπηρετήσης * Συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Εφίδρωση	49	1,49	,938	1	4
Αίσθημα κόπωσης	49	1,61	,492	1	2
Αίσθημα δυστυχίας	49	1,57	,736	1	4
Μνήμη και ικανότητα συγκέντρωσης	49	1,49	,767	1	3
Νομός	49	1,98	,721	1	3

ΠΙΝΑΚΑΣ 93 Στατιστικά κατάταξης – Νομός υπηρετήσης * Συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης

	Νομός	N	Mean	Mean Rank
Εφίδρωση	Ηλείας	13	1,15	20,88
	Αχαΐας	24	1,83	29,21
	Αρκαδίας	12	1,17	21,04
	Total	49	1,49	
Αίσθημα κόπωσης	Ηλείας	13	1,23	15,65
	Αχαΐας	24	1,88	31,44
	Αρκαδίας	12	1,50	22,25
	Total	49	1,61	
Αίσθημα δυστυχίας	Ηλείας	13	1,15	16,50
	Αχαΐας	24	1,83	30,56
	Αρκαδίας	12	1,50	23,08
	Total	49	1,57	
Μνήμη και ικανότητα συγκέντρωσης	Ηλείας	13	1,15	19,19
	Αχαΐας	24	1,75	29,25
	Αρκαδίας	12	1,33	22,79
	Total	49	1,49	

ΠΙΝΑΚΑΣ 94 Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal – Wallis H - Δομή ψυχικής υγείας * Νομός υπηρετήσης * Συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης

	Εφίδρωση	Αίσθημα κόπωσης	Αίσθημα δυστυχίας	Μνήμη και ικανότητα συγκέντρωσης
Chi-Square	7,193	15,267	10,691	6,642
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,027	,000	,005	,036

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Νομός

ΠΙΝΑΚΑΣ 95 Αποτελέσματα post hoc ελέγχου Mann – Whitney U σύγκρισης των Νομών Ηλείας και Αχαΐας για τα συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης

	Εφίδρωση	Αίσθημα κόπωσης	Αίσθημα δυστυχίας	Μνήμη και ικανότητα συγκέντρωσης
Mann-Whitney U	103,000	55,500	64,500	93,000
Wilcoxon W	194,000	146,500	155,500	184,000
Z	-2,091	-3,865	-3,258	-2,368
Asymp. Sig. (2-tailed)	,036	,000	,001	,018
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,095 ^a	,001 ^a	,003 ^a	,046 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Νομός

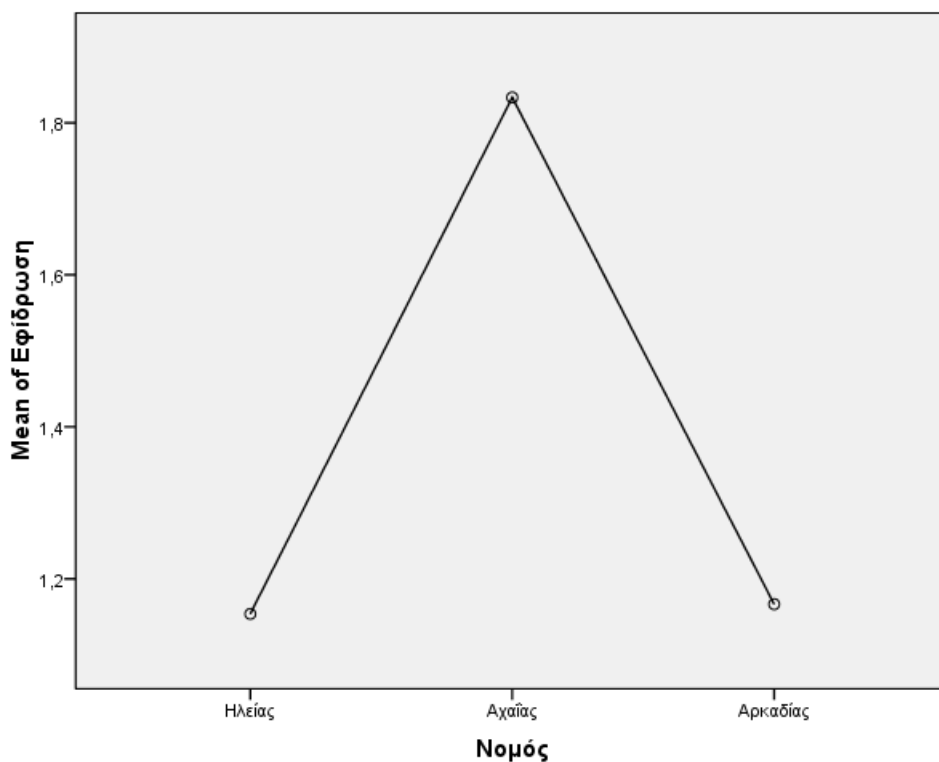
ΠΙΝΑΚΑΣ 96 Αποτελέσματα post hoc ελέγχου Mann – Whitney U σύγκρισης των Νομών Αχαΐας και Αρκαδίας για τα συμπτώματα – αισθήματα: α) εφίδρωσης, β) κόπωσης, γ) δυστυχίας και δ) δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης

	Εφίδρωση	Αίσθημα κόπωσης	Αίσθημα δυστυχίας	Μνήμη και ικανότητα συγκέντρωσης
Mann-Whitney U	96,000	90,000	102,000	105,000
Wilcoxon W	174,000	168,000	180,000	183,000
Z	-1,980	-2,415	-1,554	-1,478
Asymp. Sig. (2-tailed)	,048	,016	,120	,139
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,112 ^a	,072 ^a	,166 ^a	,199 ^a

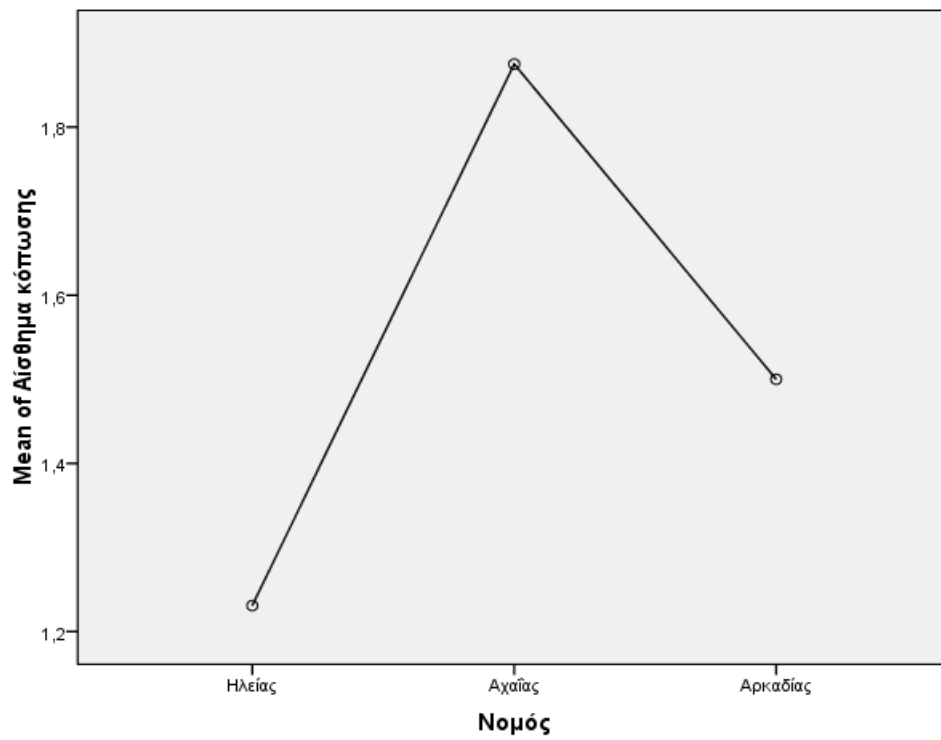
a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Νομός

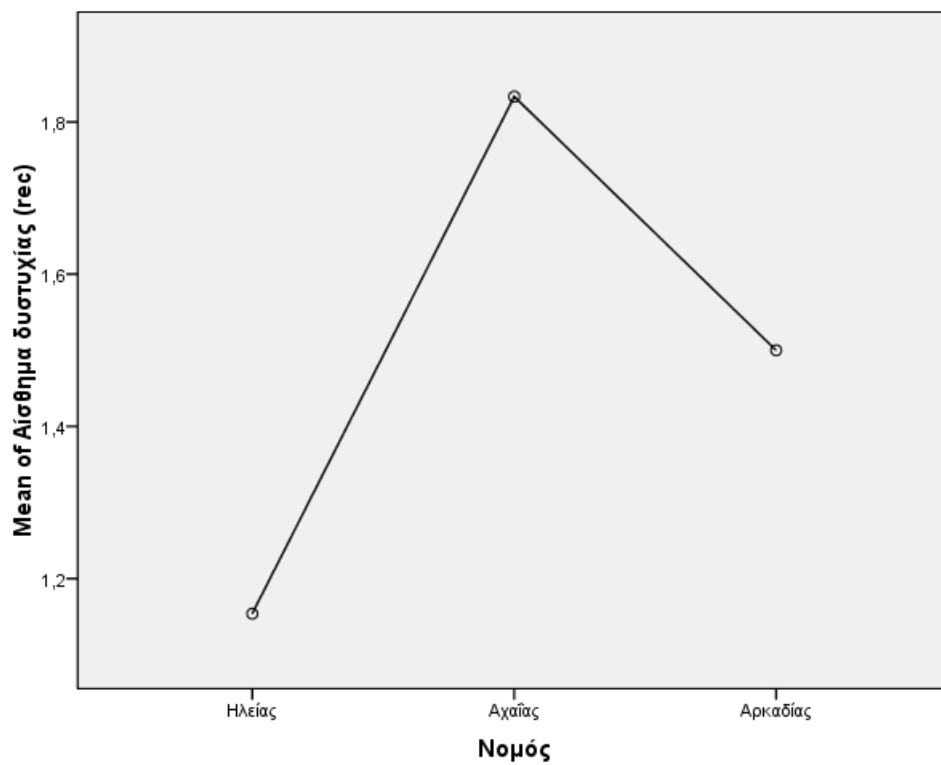
ΓΡΑΦΗΜΑ 21 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Σύμπτωμα – αίσθημα εφίδρωση



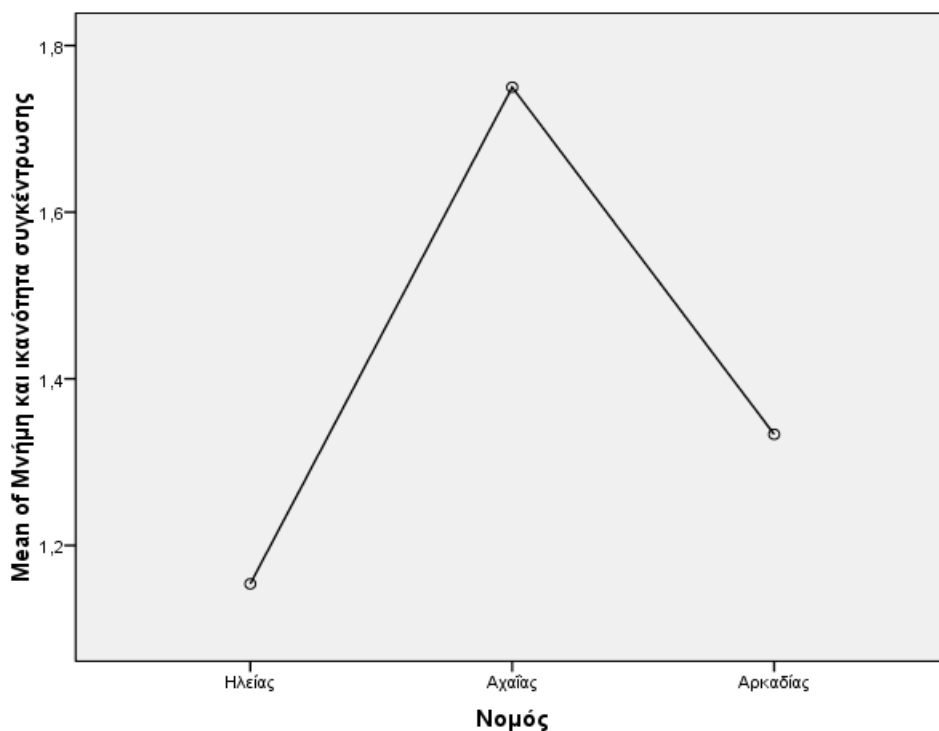
ΓΡΑΦΗΜΑ 22 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης



ΓΡΑΦΗΜΑ 23 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Σύμπτωμα – αίσθημα δυστυχίας



ΓΡΑΦΗΜΑ 24 Μέσος όρος ανά Νομό υπηρετήσης * Σύμπτωμα – αίσθημα δυσκολίας μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης



Ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά Νομό υπηρετήσης απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το σύμπτωμα – αίσθημα εφίδρωσης (Ερώτηση Γ3), εκ των οποίων οι 13 (26,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 24 (49,0%) στο Νομό Αχαΐας και 12 (24,5%) στο Νομό Αρκαδίας (

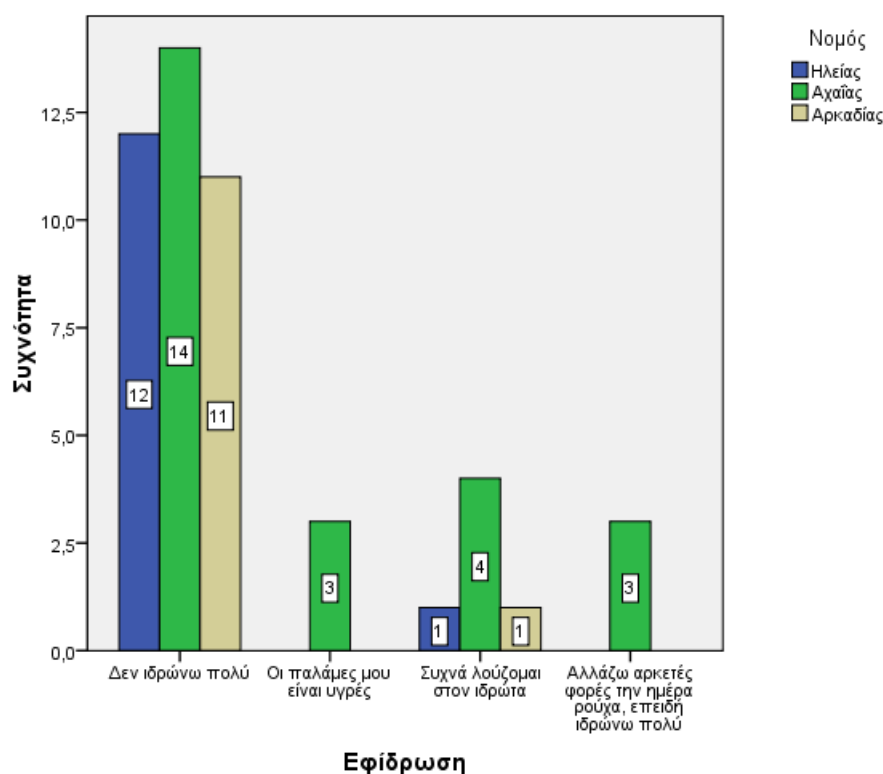
ΠΙΝΑΚΑΣ 97 και ΓΡΑΦΗΜΑ 25)

- 37 (75,5%) απάντησαν «Δεν ιδρώνω πολύ», όπου 12 (24,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 14 (28,6%) στο Νομό Αχαΐας και 11 (22,4%) στο Νομό Αρκαδίας
- 3 (6,1%) απάντησαν «Οι παλάμες μου είναι υγρές», όπου και οι 3 (6,1%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας
- 6 (12,2%) απάντησαν «Συχνά λούζομαι στον ιδρώτα», όπου 1 (2,0%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 4 (8,2%) στο Νομό Αχαΐας και 1 (2,0%) στο Νομό Αρκαδίας και
- 3 (6,1%) απαντήσανε «Αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα, επειδή ιδρώνω πολύ», όπου και οι 3 (6,1%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 97 Πίνακας συνάφειας – Εφίδρωση * Νομός

			Νομός			Total
			Ηλείας	Αχαΐας	Αρκαδίας	
Εφίδρωση	Δεν ιδρώνω πολύ	Count	12	14	11	37
		% of Total	24,5%	28,6%	22,4%	75,5%
	Οι παλάμες μου είναι υγρές	Count	0	3	0	3
		% of Total	,0%	6,1%	,0%	6,1%
	Συχνά λούζομαι στον ιδρώτα	Count	1	4	1	6
		% of Total	2,0%	8,2%	2,0%	12,2%
	Αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα, επειδή ιδρώνω πολύ	Count	0	3	0	3
		% of Total	,0%	6,1%	,0%	6,1%
Total		Count	13	24	12	49
		% of Total	26,5%	49,0%	24,5%	100,0%

ΓΡΑΦΗΜΑ 25 Σύμπτωμα – αίσθημα εφίδρωσης ανά Νομό υπηρετήσης



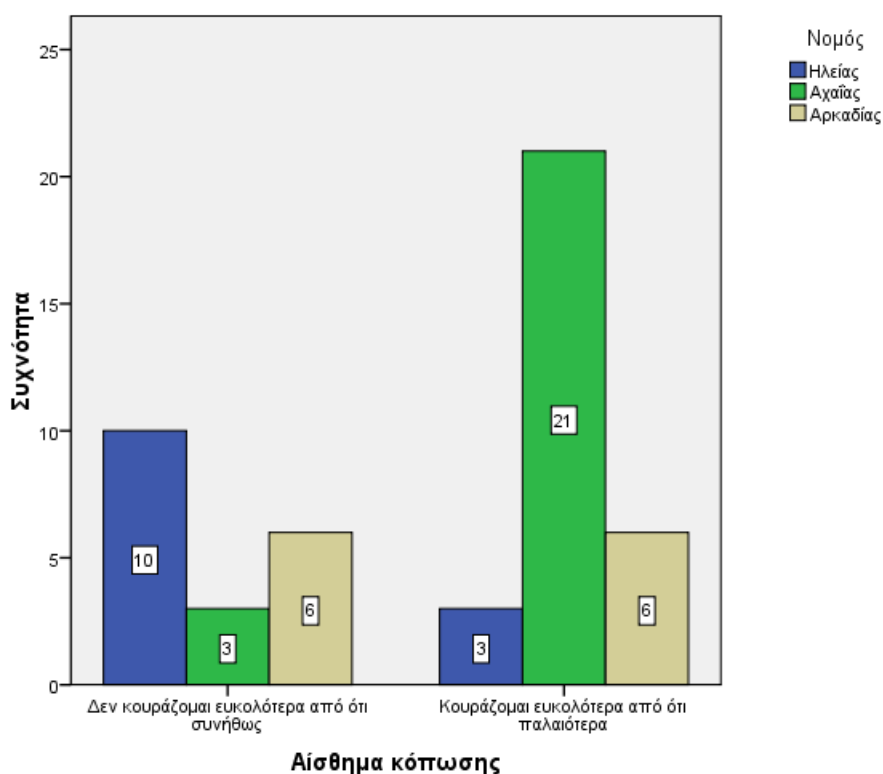
Επίσης, ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά Νομό υπηρετήσης απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης (Ερώτηση Γ21), εκ των οποίων οι 13 (26,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 24 (49,0%) στο Νομό Αχαΐας και 12 (24,5%) στο Νομό Αρκαδίας (ΠΙΝΑΚΑΣ 98 και ΓΡΑΦΗΜΑ 26)

- 19 (38,8%) απάντησαν «Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως», όπου 10 (20,4%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 3 (6,1%) στο Νομό Αχαΐας και 6 (12,2%) στο Νομό Αρκαδίας και
- 30 (61,2%) απαντήσανε «Κουράζομαι ευκολότερα από ότι παλαιότερα», όπου 3 (6,1%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 21 (42,9%) στο Νομό Αχαΐας και 6 (12,2%) στο Νομό Αρκαδίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 98 Πίνακας συνάφειας – Αίσθημα κόπωσης * Νομός

			Νομός			Total
			Ηλείας	Αχαΐας	Αρκαδίας	
Αίσθημα κόπωσης	Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως	Count	10	3	6	19
		% of Total	20,4%	6,1%	12,2%	38,8%
	Κουράζομαι ευκολότερα από ότι παλαιότερα	Count	3	21	6	30
		% of Total	6,1%	42,9%	12,2%	61,2%
Total		Count	13	24	12	49
		% of Total	26,5%	49,0%	24,5%	100,0%

ΓΡΑΦΗΜΑ 26 Σύμπτωμα – αίσθημα κόπωσης ανά Νομό υπηρετήσης



Επιπλέον, ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά Νομό υπηρετήσης απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το σύμπτωμα – αίσθημα δυστυχίας (Ερώτηση Γ22), εκ των οποίων οι 13 (26,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 24 (49,0%) στο Νομό Αχαΐας και 12 (24,5%) στο Νομό Αρκαδίας (ΠΙΝΑΚΑΣ 99 και ΓΡΑΦΗΜΑ 27)

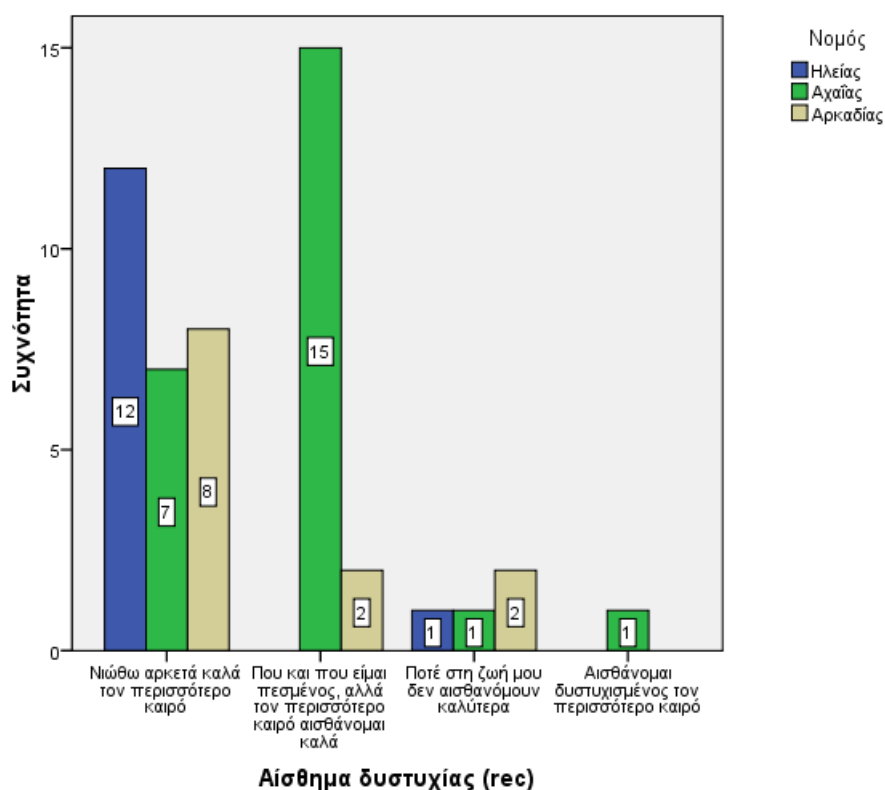
- 27 (75,5%) απάντησαν «Νιώθω αρκετά καλά τον περισσότερο καιρό», όπου 12 (24,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 7 (14,3%) στο Νομό Αχαΐας και 8 (16,3%) στο Νομό Αρκαδίας

- 17 (34,7%) απάντησαν «Που και που είμαι πεσμένος, αλλά τον περισσότερο καιρό αισθάνομαι καλά», όπου 15 (30,6%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 2 (4,1%) στο Νομό Αρκαδίας
- 4 (8,2%) απάντησαν «Ποτέ στη ζωή μου δεν αισθανόμουν καλύτερα», όπου 1 (2,0%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 1 (2,0%) στο Νομό Αχαΐας και 2 (4,1%) στο Νομό Αρκαδίας και
- 1 (2,0%) απάντησε «Αισθάνομαι δυστυχισμένος τον περισσότερο καιρό», όπου εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 99 Πίνακας συνάφειας – Αίσθημα δυστυχίας * Νομός

			Νομός			Total
			Ηλείας	Αχαΐας	Αρκαδίας	
Αίσθημα δυστυχίας (rec)	Νιώθω αρκετά καλά τον περισσότερο καιρό	Count	12	7	8	27
		% of Total	24,5%	14,3%	16,3%	55,1%
	Που και που είμαι πεσμένος, αλλά τον περισσότερο καιρό αισθάνομαι καλά	Count	0	15	2	17
		% of Total	,0%	30,6%	4,1%	34,7%
	Ποτέ στη ζωή μου δεν αισθανόμουν καλύτερα	Count	1	1	2	4
		% of Total	2,0%	2,0%	4,1%	8,2%
	Αισθάνομαι δυστυχισμένος τον περισσότερο καιρό	Count	0	1	0	1
		% of Total	,0%	2,0%	,0%	2,0%
Total		Count	13	24	12	49
		% of Total	26,5%	49,0%	24,5%	100,0%

ΓΡΑΦΗΜΑ 27 Σύμπτωμα – αίσθημα δυστυχίας ανά Νομό υπηρετήσης



Τέλος, ως προς την κατανομή των απαντήσεων ανά Νομό υπηρετήσης απαντήσανε και οι 49 νοσηλευτές σχετικά με το σύμπτωμα – αίσθημα δυσκολίας μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης (Ερώτηση Γ24), εκ των οποίων οι 13 (26,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 24 (49,0%) στο Νομό Αχαΐας και 12 (24,5%) στο Νομό Αρκαδίας (

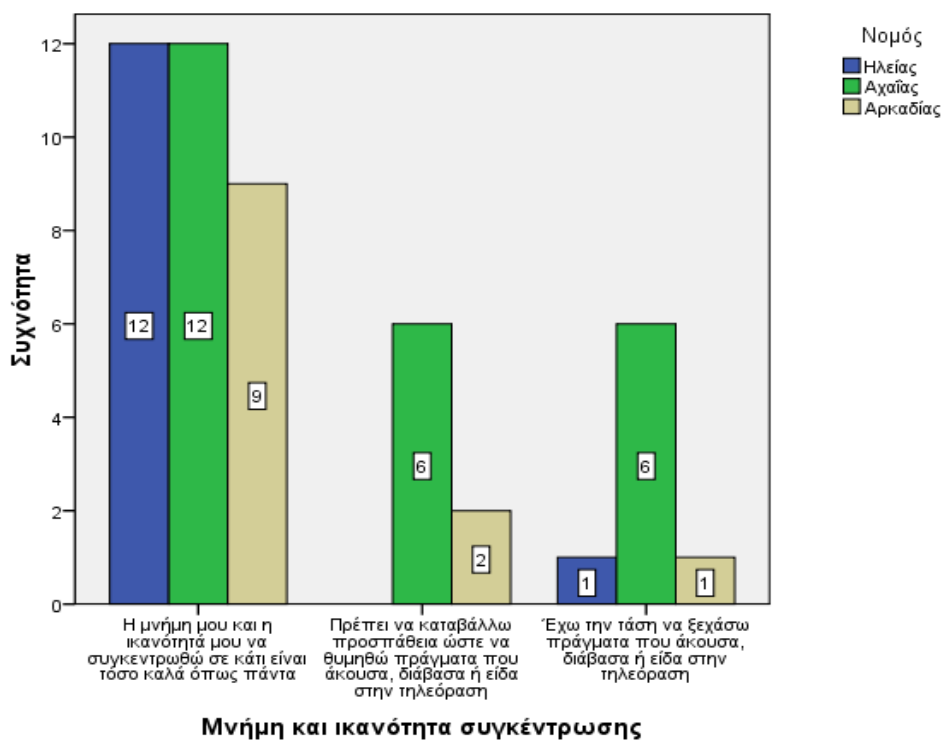
ΠΙΝΑΚΑΣ 100 και ΓΡΑΦΗΜΑ 28). Πιο συγκεκριμένα:

- 33 (67,3%) απάντησαν «Η μνήμη μου και η ικανότητά μου να συγκεντρωθώ σε κάτι είναι τόσο καλά όπως πάντα», όπου 12 (24,5%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 12 (24,5%) στο Νομό Αχαΐας και 9 (18,4%) στο Νομό Αρκαδίας
- 8 (16,3%) απάντησαν «Πρέπει να καταβάλλω προσπάθεια ώστε να θυμηθώ πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση», όπου 6 (12,2%) εργάζονταν στο Νομό Αχαΐας και 2 (4,1%) στο Νομό Αρκαδίας και
- 8 (16,3%) απάντησαν «Έχω την τάση να ξεχάσω πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση», όπου 1 (2,0%) εργάζονταν στο Νομό Ηλείας, 6 (12,2%) στο Νομό Αχαΐας και 1 (2,0%) στο Νομό Αρκαδίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 100 Πίνακας συνάφειας – Δυσκολία μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης * Νομός

			Νομός			Total
			Ηλείας	Αχαΐας	Αρκαδίας	
Μνήμη και ικανότητα συγκέντρωσης	Η μνήμη μου και η ικανότητά μου να συγκεντρωθώ σε κάτι είναι τόσο καλά όπως πάντα	Count	12	12	9	33
		% of Total	24,5%	24,5%	18,4%	67,3%
	Πρέπει να καταβάλλω προσπάθεια ώστε να θυμηθώ πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση	Count	0	6	2	8
		% of Total	,0%	12,2%	4,1%	16,3%
	Έχω την τάση να ξεχάσω πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση	Count	1	6	1	8
		% of Total	2,0%	12,2%	2,0%	16,3%
Total	Count	13	24	12	49	
	% of Total	26,5%	49,0%	24,5%	100,0%	

ΓΡΑΦΗΜΑ 28 Σύμπτωμα – αίσθημα δυσκολίας μνήμης και ικανότητας συγκέντρωσης ανά Νομό υπηρετήσης



Επισημαίνεται ότι οι υπόλοιποι έλεγχοι συσχέτισης δεν κατέδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των Νομών υπηρετήσης με τα υπόλοιπα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ερωτήσεων Γ1 ως Γ24 .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, είναι στο σύνολό τους σε μέτρια επίπεδα.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχουν καλή σχέση με τους συναδέλφους και τους ανωτέρους τους και γενικά δεν είναι απογοητευμένοι από το εργασιακό τους περιβάλλον.

Ειδικότερα απαντώντας στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα και συγκεκριμένα αν διαφοροποιείται η επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με το φύλο παρουσιάζει ενδιαφέρον ότι οι άντρες νοσηλευτές εμφανίζουν συχνότερα το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (νιώθουν άδειοι στο τέλος της βάρδιας, αίσθημα εφίδρωσης), σε σχέση με τις γυναίκες, εύρημα το οποίο δεν επιβεβαιώνεται από παλαιότερες έρευνες (Αυγενάκης κ.α,2012),(Τσαντίλη 2013).

Ακολούθως απαντώντας στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα και συγκεκριμένα αν σχετίζονται τα χρόνια υπηρεσίας με τον βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης σημαντικό εύρημα της μελέτης έδειξε πως τα χρόνια υπηρεσίας στον συγκεκριμένο εργασιακό χώρο σχετίζονται θετικά με την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τους νοσηλευτές που εργάζονται πάνω από 20 έτη να νιώθουν περισσότερη κούραση και λιγότερη χαρά σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται μέχρι 9 χρόνια. Κάτι που επιβεβαιώνεται και από παλαιότερη έρευνα (Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαργός Β' φάση 2005).

Όσον αφορά το τρίτο ερευνητικό ερώτημα και ειδικότερα αν διαφοροποιείται ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης από δομή σε δομή, προέκυψε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στην δομή 'ΚΜΥ- Τμήμα ενηλίκων ' ' εμφανίζεται πιο ανασφαλές και δυσκολεύεται στην λήψη αποφάσεων σε σχέση με το προσωπικό όλων υπόλοιπων δομών, το οποίο επαληθεύεται και από την Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαργός Β' φάση (2005), όπου αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές των δομών ψυχικής υγείας εμφανίζονται πιο εξαντλημένοι σε σχέση με τους νοσηλευτές άλλων νοσηλευτικών μονάδων. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη δομή που βρίσκεται στον νομό Αχαΐας σχετίζεται άμεσα με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα που διερευνάμε παρακάτω όπου οι νοσηλευτές του νομού Αχαΐας παρουσιάζουν εμφανή ψυχοσωματικά συμπτώματα (εφίδρωση ,ασθενή μνήμη ,αίσθημα δυστυχίας) .

Ακολούθως στο τέταρτο ερευνητικό ερώτημα διερευνάται αν διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης από νομό σε νομό, όπου προκύπτει ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές του νομού Ηλείας νιώθουν λιγότερο ψυχικά εξαντλημένοι σε σχέση με τους νοσηλευτές των αντίστοιχων δομών σε Αχαΐα και Αρκαδία. Σημαντικό στοιχείο της έρευνάς μας αποτελεί και το

εύρημα πως οι νοσηλευτές του νομού Ηλείας ενδιαφέρονται περισσότερο για το τι συμβαίνει στους ασθενείς χωρίς να επιρρίπτουν ευθύνες σε αυτούς σε σχέση με τους νοσηλευτές των δομών σε Αχαΐα και Αρκαδία. Όσον αφορά τα ψυχοσωματικά συμπτώματα αξίζει να αναφερθεί ότι οι νοσηλευτές του νομού Αχαΐας εμφανίζονται πιο κουρασμένοι με συμπτώματα εφίδρωσης, ασθενούς μνήμης και δυστυχίας πιο έντονα σε σχέση με τους εργαζομένους στις δομές Ηλείας και Αρκαδίας. Κάτι τέτοιο ωστόσο δεν επιβεβαιώνεται από άλλες έρευνες καθώς δεν υπάρχουν αντίστοιχα ευρήματα. Άλλωστε αυτό αποτελεί και το ιδιαίτερο εύρημα της έρευνάς μας. Ειδικότερα σχετικά με το πρώτο εύρημα που σχετίζεται με τον νομό θα θέλαμε να διευκρινίσουμε ότι ανά νομό παρατηρείται άνιση κατανομή νοσηλευομένων, λόγω πληθυσμιακών διαφορών (π.χ πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική Ρίου, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης), επομένως γίνεται σαφές ότι όσο αυξάνει ο αριθμός των ασθενών αυξάνει και η ψυχική εξάντληση των νοσηλευτών το οποίο επιβεβαιώνεται και από παλαιότερη έρευνα.(Δημητριάδου Χ., 2015). Επιπροσθέτως όσον αφορά το δεύτερο εύρημα του ίδιου ερωτήματος γίνεται σαφές ότι η ελλιπής στελέχωση και η έλλειψη προσωπικού (κάτι το οποίο προτείνεται από τους ίδιους τους νοσηλευτές στο πέμπτο ερευνητικό ερώτημα), αυξάνει τα ψυχοσωματικά συμπτώματα των νοσηλευτών του νομού Αχαΐας. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων έχει μειώσει σημαντικά τα κονδύλια και τις δαπάνες για την στελέχωση νοσηλευτικών μονάδων αφενός και αφετέρου οι διοικήσεις των νοσοκομείων ενδιαφέρονται μεν για την εύρυθμη λειτουργία των δομών χωρίς να φροντίζουν πάντα για την επαρκή στελέχωση αυτών, το οποίο επιβεβαιώνεται και από παλαιότερη έρευνα (Τσαντίλη Ι., 2013).

Τέλος το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα μελετά τις προτάσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας για την άμβλυνση του εργασιακού άγχους και την βελτίωση των συνθηκών εργασίας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών νιώθει ηθική ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Αυγενάκη και συν., (2012) ενώ λιγότεροι είναι εκείνοι που βιώνουν απογοήτευση ή αγανάκτηση. Σύμφωνα με τους νοσηλευτές το στρες αποτελεί το πρωταρχικό αίτιο της επαγγελματικής εξουθένωσης –αξιόλογο εύρημα της έρευνάς μας- όπως επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα των Μπελλάλη και συν (2007), που δείχνουν ότι η σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από το στρες που βιώνουν στο εργασιακό τους περιβάλλον. Αντίθετα τα μη εφικτά ωράρια εργασίας, τυχόν προσωπικά ή οικονομικά προβλήματα, η ελλιπής επιμόρφωση του προσωπικού προξενούν λιγότερο άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό κάτι που δεν συμφωνεί με την έρευνα των Jenkins R.,& Elliot P (2004), όπου προκύπτει αφενός ότι οι καταρτιζόμενοι νοσηλευτές βιώνουν πιο έντονο στρες και αφετέρου ότι οι απαιτητικοί ασθενείς αποτελούν πηγή άγχους.

Αξιόλογο ήταν το εύρημα της έρευνάς μας σύμφωνα με το οποίο οι νοσηλευτές κάνουν προτάσεις σχετικά με την άμβλυση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η πλειοψηφία θεωρεί ότι η καλύτερη στελέχωση των τμημάτων, οι προσλήψεις προσωπικού, τα ευέλικτα ωράρια, το κλίμα συνεργασίας- συναδελφικότητας και η χρήση ρεπό αδειών αμβλύνουν σημαντικά το άγχος εν ώρα εργασίας, κάτι το οποίο ταυτίζεται με την έρευνα των Κανδρή κ συν (2004). Λιγότεροι υποστήριξαν ότι η καλύτερη επιμόρφωση του προσωπικού, η αναγνώριση του νοσηλευτικού έργου, η συχνή αλλαγή τμήματος βελτιώνουν αισθητά τις συνθήκες εργασίας, το οποίο συμφωνεί με την έρευνα των Antoniou A-S & Antonodimitrakis (2001).

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Η παρούσα έρευνα δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι έγινε σε ευρεία βάση, απλά ενδεικτικά επιλέχθηκαν 3 νομοί της περιφέρειας με ποικιλία δομών ψυχικής υγείας.

Η βασική δυσκολία της έρευνας ήταν το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε τρεις διαφορετικούς νομούς και σε διαφορετικές δομές αυτών.. Αυτό συνεπάγεται ότι η διαδικασία συλλογής τους ήταν χρονοβόρα. Επιπλέον οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν απάντησαν στο πέμπτο μέρος του ερωτηματολογίου (ανοιχτού τύπου ερωτήσεις) επειδή το θεώρησαν'' βαρετό''. Επομένως το δείγμα των 49 συμμετεχόντων θεωρείται αντικειμενικά μικρό. Ακολούθως σε μια δομή δεν δέχθηκαν να απαντήσουν αν προηγουμένως δεν τους προσκομίζαμε την έγκριση από την 6^η Υ.Π.Ε.

Αυτές ήταν οι κύριες δυσκολίες που συναντήσαμε, αλλά με σωστή επικοινωνία και επεξηγηματικές πληροφορίες τις μειώσαμε στο ελάχιστο.

ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Για να έχει την δυνατότητα ο νοσηλευτής να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του απέναντι στον ασθενή θα πρέπει πρωτίστως να φροντίζει τον εαυτό του. Η επαγγελματική εξουθένωση ίσως να μην μπορεί να αποφευχθεί πλήρως στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας αλλά κάποιοι παράμετροι του συνδρόμου μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση είτε σε ατομικό είτε σε οργανωτικό επίπεδο.

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο:

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο είναι οι ενέργειες που κάνει το ίδιο το άτομο:

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και καταπολέμησή τους.
- Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών.

- Αναζήτηση υποστήριξης από εξειδικευμένη ομάδα.
- Ενασχόληση με άλλα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (χόμπι).
- Σωστή διατροφή, άσκηση και επάρκεια ανάπαυσης.
- Προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή εργασίας.

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο

Όταν οι διοικήσεις ενδιαφέρονται για τους εργαζόμενους και προσπαθούν να βελτιώσουν τις συνθήκες εργασίας τους τότε εξασφαλίζεται ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών από επαγγελματίες που αντλούν ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας τους όσο απαιτητικό και δύσκολο μπορεί να είναι.

Οι παρεμβάσεις που προτείνονται είναι:

- Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία υγείας (νοσηλεύτη) στην κατάλληλη θέση.
- Δημοκρατική διοίκηση από τους προϊστάμενους .
- Αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων καθώς και συμμετοχή του νοσηλεύτη στην λήψη αποφάσεων στην εργασία του.
- Δυνατότητα διαλειμμάτων .
- Δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης και αναβάθμισης .
- Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης .
- Συμβουλευτική εποπτεία.
- Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης .
- Διεπιστημονική συνεργασία.

Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό τόσο από τους επαγγελματίες υγείας, όσο και από τις διοικήσεις ότι τα ποσοστά που εμφανίζονται στις μελέτες είναι αριθμοί καταγραφής ενός φαινομένου. Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τις συνέπειες του "burn out" τόσο στους νοσηλευτές όσο και στους νοσηλευόμενους είναι υποχρέωσή μας να προβαίνουμε σε πράξεις είτε πρόληψης είτε έγκαιρης αντιμετώπισής του.

Μελλοντικές προοπτικές της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα διερευνά το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε διαφορετικές δομές τριών νομών της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας. Ωστόσο η ευρύτερη μελέτη του φαινομένου (σε δομές και άλλων νομών) θα οδηγούσε στην κατανόηση αφενός του φαινομένου και αφετέρου

στην ανάδειξη αποτελεσματικότερων μέτρων παρέμβασης με στόχο την προαγωγή της ευεξίας του νοσηλευτικού προσωπικού και την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει μελετηθεί πολύ τα τελευταία χρόνια και έχει αναδειχθεί ο ρόλος της στην σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και στην όλη αποτελεσματικότητα της οργάνωσης.

Ήταν σημαντικό να εξετάσω πως επηρεάζονται οι νοσηλευτές του χώρου στον οποίο εργάζομαι από το σύνδρομο και να αναδείξω ποιοι παράγοντες του συγκεκριμένου χώρου το προκαλούν. Η έρευνα αυτή προσπάθησε να επιτελέσει το έργο της και απομένει η γνώση αυτή να χρησιμοποιηθεί για την μείωση των στρεσογόνων παραγόντων, για την διατήρηση της υγείας και ασφάλειας του νοσηλευτικού προσωπικού και για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Χρειάζεται η θέληση κάποιων να ασχοληθούν ουσιαστικά και η ικανότητα κάποιων να πείθουν με επιστημονικά δεδομένα. Νομοθετικές και διοικητικές ρυθμίσεις κρίνονται απαραίτητες.

Χρειάζεται όμως και ο νοσηλευτής να αλλάξει την σχέση του με την εργασία αλλά και την συνολική στάση ζωής του. Ο νοσηλευτής πρέπει να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τους ασθενείς, να βελτιώσει την σχέσεις με τους συναδέλφους και τους ανωτέρους, να επιδιώκει την γνώση των αναγκών του και των ορίων του (αυτογνωσία), καθώς και την γνώση των αναγκών και των συναισθημάτων των άλλων (ενσυναίσθηση).

Το νοσηλευτικό επάγγελμα διακρίνεται από υψηλό ποσοστό απαιτήσεων, τόσο για τον ίδιο τον νοσηλευτή, όσο και για το περιβάλλον του. Γι' αυτό είναι αναγκαίο να υπάρχουν υποστηρικτικές δομές ατομικού ή ομαδικού χαρακτήρα μέσα και έξω από τον χώρο εργασίας. Είναι σίγουρο ότι εάν οι νοσηλευτές τύχουν υποστήριξης στην διαχείριση του στρες, το αποτέλεσμα θα είναι υψηλού επιπέδου περίθαλψη για τους ασθενείς, καθώς και καλύτερη υγεία και ευημερία για τους ίδιους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

1. Αδαλή Ε., Πριάμη Ε., Ευαγγέλου Ε., Υφαντή Μ., Μούγια Β. Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού, *Νοσηλευτική*, 2002, 41(1):105-114.
2. Αντωνίου Α-Σ Πρόληψη συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές, θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες, Αθήνα 2003.
3. Antoniou A-S & Antonodimitrakis P. Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. *Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research*, Alexandroupoli 2001.
4. Αυγενάκης Α., Παπαδάκη Ε. Τυράκη Μ. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας: επιπτώσεις στην ψυχική υγεία καθώς και στις επαγγελματικές και οικογενειακές σχέσεις. Πτυχιακή εργασία, Ηράκλειο 2012.
5. Βασιλάκη Ε., Τριλίβα Σ., Μπεζεβέγκης Μ. Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. *Ελληνικά γράμματα*, Αθήνα 2001.
6. Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 2008, 25(5):642-647.
7. Δημητριάδου Χ. Η επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και η σχέση τους με την σωματική και ψυχική τους υγεία., *Διπλωματική εργασία, Πειραιάς*, 2015.
8. Διομήδους Μ., Ζήκος Δ., Λιάσκος Ι., Ρουμελιώτου Ι., Φωκά Α., Πιστόλης Ι. Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, *Νοσηλευτική*, 2009, 48(2): 190-199.
9. Καδδά Α. Τρόποι διαχείρισης του στρες των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας* 2005, 16:23-26.
10. Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης "burn out syndrome" στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν Νίκαιας. *Νοσηλευτική* 2004, 43 (1): 116-125.
11. Καντάς Α. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζομένους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, τόμος 3, 1996, σ. 71-85.
12. Καρακώστας Κ, (2004). Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες. Διδακτικές σημειώσεις ΠΜΣ Τμήματος Φιλοσοφίας-Παιδαγωγικής-Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (επιμέλεια Σούρλου Ευλαμπία).

13. Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώς –Β φάση. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάσταση. Αθήνα, Δεκέμβριος 2005.
14. Μπελλάλη Θ.,Κοντοδημόπουλος Ν., Καλαφάτη Μ., Νιάκας Δ. Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007,24(1),75-84.
15. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ICD-10, Αθήνα 1992: εκδόσεις ΒΗΤΑ.
16. Παντελέου Μ. Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας, πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα 2007.
17. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών, ψυχολογικά θέματα, τόμος 5, τεύχος 3, 1992 σ. 183-202.
18. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας ,1997,11 (2): 242-262'.
19. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. Επαγγελματική Εξουθένωση. Ή ψυχολογία στο χώρο της υγείας ,εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
20. Παπαδάτου Δ., και συν.Διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης στην Νοσηλευτική Ογκολογία. 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολόγων, Αθήνα ,1992.
21. Παπαδοπούλου Κ., Χριστογιώργος Σ., Ζαχαρίας Β., Τσιάντης Ι. Ανάγκες υποστήριξης και επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού. Η εμπειρία των εργαζομένων στο Κοινοτικό Σπίτι "Η Θέτις". τετράδια ψυχιατρικής 1997,57:84-89
22. Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. *Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και Προοπτικές.* Εκδόσεις : Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα 1994.
23. Τσαντίλη Ι. Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) στους εργαζομένους του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικής "ΚΑΤ". Διπλωματική εργασία, Πειραιάς 2013.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Bakker AB., Kilmerc H & Siegriest J. Effort – reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31: 884-891.
2. Bennet G (1987). *The Wound and the Doctor*, London: Secker & Warburg.
3. Chiriboga D.A, Jenkins G & Bailey J. Stress and coping among hospice nurses: Test of an analytic model. *Nursing Research*, 1983, 32 (5): 294-299
4. Constable C.J & Russel D.W. The effects of social support and work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 1986, spring:22-26.
5. Cordes C.L & Dougherty T.W. A review and an Integration of Research on Job Burn out. *The Academy of Management Review*, 1993, vol 18, No 4, pp 621-656.
6. Cox A & Andrews P. The development of support systems in oncology units. *Oncology Nursing Forum*, 1981, 8(3): 31-35.
7. Cox T., Griffiths A & al. *Organizational interventions for work stress: A risk management approach*. Sheffield, HST Books 2000
8. Demir A., Ulosoy M., & Ulosoy M.F. Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International journal of Nursing Studies*, 2003, 40: 807-827.
9. Edelwich, Broodsky A. *Burnout: stages of Disillusionment in Helping Professions* . Human sciences press, New York 1980.
10. Firth –Cozens & Payne. *Stress in Health Professionals*. In Baum A., Newman S., Weinman J., West R & Mc Manus C. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* UK: Cambridge University Press, 1997.
11. Firth - Cozens J., Payne R. *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*. John Willey & sons. UK 1999.
12. Freudenberger H.J. Staff Burnout *journal of social issues*, 1974, 30: 159-165.
13. Gomelbiewski R.T., Bourdeau R.A., Munzenrider R.F. *Global burn out: a worldwide pandemic explored by the phase model*. Greenwich, JAI press 1966.
14. Jaffe D.T & Scott C.D (1984). *Self –Renewal*. New York: Fireside.
15. Kobassa S C., Maddi S.R & Pucceti M.C. Personality and exercise as buffers in the stress – illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine*. 1982,5:391-404
16. Jenkins R., Elliot P. Stressors burn out and social support: nurses in acute mental health settings. 2004, 48 (6): 622-631.

17. Jimmieson N.L. Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self- efficacy. *Work and Stress*,2000, 14(3): 262-280.
18. Kanas N. Support groups for mental health staff and trainees. *International Journal of Group Psychotherapy*,1986, 36;279-296.
19. Kilfedder C., Power K., Wells T. Burn out in psychiatric nursing. *J Adv. Nurse* 2001,34: 383-396.
20. Lazarus R.S & Folkman S. *Stress appraisal and coping*, New York, 1984.
21. La Montage AD., Keegel T. A systematic review of the job stress intervention evaluation literature: 1990-2005. *Intl J Occup & Environ Health*,2007, 13(3): 268-280.
22. Leka S., Cox T., Prima –ef: Guidance on the European Frame Work for Psychosocial Risk Management. WHO, GENEVA, 2008, www.primaef.org
23. Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey, 1982.
24. Maslach C., Schaufeli WB, LEITER M. P Job burn out. *Annu Rev Psychol* 2001,52: 397-422.
25. Maslach C., Jackson S.T. Burn out in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, No 5,1984, p.133-153.
26. Melchior Mew, Van Den Berg AA, Alfens H., Gassman P. Burn out at the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. *Soc psychiatry Psychiatr Epidemical*, 1997, 32:158-164.
27. Papadatou D., Anagnostopoulos F & Monos D. Factors contributing to the development of burh out in oncology nursing. *British journal of Medical Psychology*,1994,67: 187-199.
28. Pines A.M. “Who is to blame for helper’s burn out?”. Mazel Publications, New York, 1971.
29. Pines A.M & Aronson E. *Career Burn out: Causes and Cures*. Free Press, New York, 1988.
30. Pines A.M & Keinan G. Stress and Burn out: The significance difference? *Personality and Individual Differences*,2005,39,625-635
31. Pompili M., Rinaldi G., & al. Hopelessness & suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burn out & using specific defense mechanisms. *Arch, Psychiatr.Nurs*,2006, (20):135-143.
32. Ponce MC., Toullic P., Papazian L. Burnout syndrome in critical Care Nursing Staff. 2007, Apr 1, 175(17): 698-704.
33. Potter B. Job burn out: What it is and what you can do about it? Available from: www.docpotter.com. 2001
34. Ryan N.: “Blaming the victim”. Haworth Press B, New York, 1971.
35. Schraub S & Marx E. Burn out Syndrome in oncology. *Bull cancer*, 2004, 91 (9): 673-676.

36. Steinberg D. Interprofessional consultation Oxford: Black –well Scientific Publications,1989.
37. Tyler P., Cushway D. Stress and well-being in health care staff: the role of negative affectivity and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, No 14,1998, p.99-107.
38. Vachon, M.L.S. Motivation and stress experienced by staff working with the terminally ill. *Death Education*,1978,2:113-122.
39. Vachon M.L.S. *Occupational stress in the cure of critically ill, the dying and the Bereaved*, Hemisphere Pupl. CO., New York, 1987. Bakker AB., Kilmerc H & Siegriest J. Effort – reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31: 884-891.

BURNOUT SYNDROME IN MENTAL HEALTH NURSES IN STRUCTURES OF 6TH HEALTHCARE REGION

Ioanna Pikea

ABSTRACT

Occupational burnout in the health sector can be described as the syndrome of physical and psychological exhaustion of the health professional. In this context, the employee loses interest in his / her patients, stops being satisfied with his / her job and forms a negative image of himself / herself. It is not recognized as a disease with a specific symptomatology and thus it is difficult in identifying it. It is defined through specific behaviors and attitudes of workers often accompanied by organic and psychosomatic symptoms and its causes are sought in the dynamic interaction of the individual with his working environment. To deal with the syndrome, the healthcare professional has to recognize his own weaknesses and limitations so that if it is possible to prevent or cope in time with symptoms of burnout. Nursing care is a prime example, as hospitals, which are mostly the workplaces of most nurses, are overflowing with fast pace and work intensity (Dimitropoulos Ch., Fillipou N., 2008).

Key words: occupational exhaustion, work-related stress, mental health nurses, psychiatric patient.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
“ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ”

Ονομάζομαι Πικέα Ιωάννα και η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιείται για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας με θέμα : “Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας σε δομές της 6^{ης} ΥΠΕ”. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία που θα συγκεντρωθούν θα παραμείνουν εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την διεκπεραίωση της εργασίας.

1. Πότε γεννηθήκατε?

1	9		
---	---	--	--

2. Φύλο

- ΑΝΤΡΑΣ
 ΓΥΝΑΙΚΑ

3. Ποιο είναι το ανώτερο πτυχίο που έχετε αποκτήσει?

- ΔΕ
 ΤΕ
 ΑΕΙ
 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
 ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

4. Πότε αποκτήσατε τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών?

ΕΤΟΣ

5. Σημειώστε με Χ σε ποιο από τον παρακάτω φορέα και τμήμα εργάζεστε

1. Ψυχιατρικό τμήμα (Περιφερειακά/Νομαρχιακά Νοσοκομεία)	
1.1 Νοσηλευτικό Τμήμα	
1.2 Εξωτερικά Ιατρεία	
2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ)	
2.1 Τμήμα Ενηλίκων	
2.2 Τμήμα Παιδών/Εφήβων	
3. Κινητή Μονάδα	
4. Νοσοκομείο Ημέρας	
4.1 Ενηλίκων	
4.2 Παιδών	
5. Προστατευόμενο Διαμέρισμα	
5.1 Πρόγραμμα Ψυχαργώς	

6. Πόσα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας έχετε;

- Α. Στο επάγγελμα ;
Β. Στο συγκεκριμένο εργασιακό
Γ. Στο συγκεκριμένο τμήμα ;

	Χρόνια
	Χρόνια
	Χρόνια

χώρο;

7. Σε ποιο τομέα εργάζεστε;

- Ιδιωτικό
 Δημόσιο
 Ιδιωτικό & δημόσιο

8. Τι σας οδήγησε στο επάγγελμα; (Σημειώστε ένα ή περισσότερα)

- Η επιθυμία μου να βοηθάω τους ανθρώπους
- Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση
- Οι επιρροές που δέχθηκα από το περιβάλλον μου
- Τυχαία βρέθηκα στο επάγγελμα αυτό
- Άλλο

Εάν απαντάτε «Άλλο», παρακαλούμε διευκρινίστε:

.....

A. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. Με πόσα άτομα που χρειάζονται στην υπηρεσία σας ασχολείστε καθημερινά;

- 1-3
- 4-7
- 8 και άνω

2. Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;

- 0
- 1-4
- 5-8
- 9 και άνω

3. Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;

- 0
- 1-4
- 5-8
- 9 και άνω

4. Είστε ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας σας (χώρος, υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής, κλπ.);

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ

5. Αισθάνεστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας (συγκριτικά με την προσφορά σας);

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ

6. Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό;

- Ναι
- Όχι

7. Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας;

- Ποτέ
 Σπάνια
 Συχνά
 Καθημερινά

8. Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις του προσωπικού;

- Ναι
 Όχι

9. Θεωρείτε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική;

- Καθόλου
 Λίγο
 Αρκετά
 Πολύ

10. Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με τους ανωτέρους είναι ικανοποιητικές;

- Καθόλου
 Λίγο
 Αρκετά
 Πολύ

B. ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ Χ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ (ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΑΣ ΣΥΜΒΑΝΕΙ)

B1. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B2. Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B3. Νιώθω κουρασμένος/α όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B5. Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B6. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B7. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B8. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B9. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα τη δουλειά

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B10. Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/η

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B11. Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B12. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B13. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B14. Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B15. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B16. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B18. Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B19. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B20. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B21. Νομίζω πως οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματα τους

Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	Αρκετές φορές την εβδομάδα.	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ

Το επόμενο τμήμα του ερωτηματολογίου αποτελείται από «ομάδες απαντήσεων». Παρακαλώ διαβάστε ολόκληρη κάθε ομάδα απαντήσεων και διαλέξτε εκείνη την απάντηση που περιγράφει κατά τον καλύτερο τρόπο το πώς αισθάνεστε σήμερα, για την ακρίβεια, πως αισθάνεστε αυτήν ακριβώς τη στιγμή. **Απαντήστε βάζοντας σε κύκλο το γράμμα που προηγείται της απάντησης. Αν σε κάποια ομάδα περισσότερες από μια απαντήσεις είναι κατάλληλες για εσάς, σημειώστε τις όλες.** Βεβαιωθείτε ότι διαβάσατε όλες τις απαντήσεις τις ομάδας πριν κάνετε την επιλογή σας. Ευχαριστώ θερμά.

Γ1.

- a. Η όρεξη μου για φαγητό είναι όπως ήταν πάντα
- b. Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο παλαιότερα.
- c. Η όρεξη μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
- d. Έχω χάσει την όρεξη μου εντελώς.

Γ2.

- a. Δεν έχω πονοκέφαλο.
- b. Αισθάνομαι έναν ελαφρύ πονοκέφαλο.
- c. Περιστασιακά έχω πονοκεφάλους.
- d. Έχω έντονους πονοκεφάλους σχεδόν συνεχώς.

Γ3.

- a. Δεν ιδρώνω πολύ.
- b. Οι παλάμες μου είναι υγρές.
- c. Συχνά λούζομαι στον ιδρώτα.
- d. Αναγκάζομαι να αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα επειδή ιδρώνω πολύ.

Γ4.

- a. Αισθάνομαι ήρεμος/η και σίγουρος/η.
- b. Κατά κάποιο τρόπο αισθάνομαι ανασφαλής και φοβισμένος/η.
- c. Μερικές φορές αισθάνομαι πολύ ανασφαλής, για την ακρίβεια αισθάνομαι να βρίσκομαι στα όρια του πανικού.
- d. Αδυνατώ να ελέγξω το αίσθημα ανασφάλειάς μου. Μερικές φορές με πιάνει πανικός.

Γ5.

- a. Αισθάνομαι δυστυχής.
- b. Σε γενικές γραμμές αισθάνομαι καλά.
- c. Αισθάνομαι χαρούμενος/η τον περισσότερο καιρό.
- d. Από την χαρά μου, νιώθω ότι είμαι στον ουρανό.

Γ6.

- a. Η όρεξη μου για φαγητό είναι φυσιολογική.
- b. Η όρεξη μου έχει ελαφρά αυξηθεί.
- c. Αισθάνομαι πεινασμένος/η σχεδόν συνεχώς.
- d. Αισθάνομαι πεινασμένος/η όλη την ώρα.

Γ7.

- a. Δεν αισθάνομαι λύπη.
- b. Αισθάνομαι λύπη και κατάθλιψη.
- c. Αισθάνομαι συνεχώς λύπη και κατάθλιψη και νιώθω αδυναμία να ξεφύγω απ' αυτά.
- d. Αισθάνομαι τόσο δυστυχής και στις μαύρες μου που δεν μπορώ να το αντέξω.

Γ8.

- a. Δεν νιώθω να έχω αρκετή δύναμη και αντοχή.
- b. Έχω αρκετή ποσότητα δύναμης και αντοχής.
- c. Έχω περισσότερη δύναμη και αντοχή από το μέσο όρο.
- d. Είμαι γεμάτος/η δύναμη και ενέργεια.

Γ9.

- a. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή απογοητευμένος/η όσον αφορά το μέλλον.
- b. Αισθάνομαι απογοητευμένος/η για το μέλλον.
- c. Νιώθω ότι δεν έχω τίποτα πια να περιμένω.
- d. Αισθάνομαι απελπισία για το μέλλον, και πιστεύω ότι τα πράγματα δε μπορεί να καλυτερέψουν.

Γ10.

- a. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η.
- b. Αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχημένος/η σε σχέση με το μέσο άνθρωπο.
- c. Όσο θυμάμαι, η ζωή μου ήταν γεμάτη μόνο με αποτυχίες.
- d. Αισθάνομαι πλήρως αποτυχημένος/η ως άνθρωπος.

Γ11.

- a. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
- b. Έχω λιγότερο ενδιαφέρον για τους άλλους απ' ότι είχα παλαιότερα.
- c. Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντος μου για τους άλλους ανθρώπους και αισθάνομαι πολύ λίγα πράγματα γι' αυτούς.
- d. Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους και δε νοιάζομαι καθόλου γι' αυτούς.

Γ12.

- a. Νιώθω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ερεθίζουν ή με ενοχλούν.
- b. Αποδέχομαι τους άλλους όπως είναι.
- c. Τα πάω καλά σχεδόν με όλους.
- d. Μου είναι πολύ εύκολο να τα πηγαίνω καλά με όλους.

Γ13.

- a. Δεν με ανησυχεί το θέμα υγείας μου περισσότερο από το συνηθισμένο.
- b. Με ανησυχούν κάποιες ενοχλήσεις και πόνοι, ανακατωμένο στομάχι ή δυσκοιλιότητα.
- c. Ανησυχώ τόσο πολύ με το πώς αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι, που μου είναι πολύ δύσκολο να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.
- d. Ασχολούμαι μόνο μ' αυτά που αισθάνομαι και με τίποτε άλλο.

Γ14.

- a. Έχασα πολύ λίγο ή καθόλου βάρος κατά τον τελευταίο μήνα.
- b. Έχασα περίπου ένα κιλό κατά τον τελευταίο μήνα.
- c. Έχασα περίπου δύο κιλά κατά τον τελευταίο μήνα.
- d. Έχασα παραπάνω από δυο κιλά κατά τον τελευταίο μήνα.

Γ15.

- a. Μπορώ να πάρω αποφάσεις το ίδιο καλά όπως παλαιότερα.
- b. Προσπαθώ να αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων.
- c. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να πάρω αποφάσεις.
- d. Δε μπορώ να πάρω καμία απόφαση πλέον.

Γ16.

- a. Δεν είμαι περισσότερο ευερέθιστος/η τώρα, σε σχέση με αυτό που ήμουν πάντα.
- b. Ενοχλούμαι ή τσαντίζομαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν.
- c. Αισθάνομαι ενοχλημένος τον περισσότερο καιρό.
- d. Δεν νοιάζομαι καθόλου για πράγματα που συνήθως με ενοχλούσαν παλιά.

Γ17.

- a. Δεν βάζω τα κλάματα περισσότερο απ' ότι συνήθως.
- b. Βάζω τα κλάματα περισσότερο απ' ότι παλαιότερα.
- c. Τώρα κλαίω συνεχώς και δε μπορώ να σταματήσω.
- d. Παλαιότερο μπορούσα να κλάψω, τώρα όμως δε μπορώ, παρότι θα το ήθελα πολύ.

Γ18.

- a. Δε νιώθω ένταση ή πίεση στην καρδιά μου.
- b. Αισθάνομαι μια ελαφριά πίεση και ένταση στην καρδιά μου.
- c. Νιώθω τη καρδιά μου να χτυπά δυνατότερα απ' ότι συνήθως.
- d. Νιώθω έναν πόνο και πίεση στο μέρος της καρδιάς, η οποία χτυπά υπερβολικά δυνατά.

Γ19.

- a. Μπορώ να κοιμηθώ τόσο καλά όπως πάντα.
- b. Ξυπνώ περισσότερο κουρασμένος/η το πρωί απ' όσο παλαιότερα.
- c. Ξυπνώ 1-2 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
- d. Ξυπνάω πολύ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να συμπληρώσω πάνω από 5 ώρες ύπνο κάθε μέρα.

Γ20.

- a. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
- b. Είμαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
- c. Ο εαυτός μου με αηδιάζει.
- d. Μισώ τον εαυτό μου.

Γ21.

- a. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως.
- b. Κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι παλαιότερα.
- c. Κουράζομαι χωρίς να κάνω σχεδόν τίποτα.
- d. Αισθάνομαι τόσο κουρασμένος/η ώστε δε μπορώ να κάνω τίποτα.

Γ22.

- a. Αισθάνομαι δυστυχισμένος/η τον περισσότερο καιρό.
- b. Που και πού είμαι πεσμένος/η, αλλά τον περισσότερο καιρό αισθάνομαι καλά.
- c. Νιώθω αρκετά καλά τον περισσότερο καιρό.
- d. Ποτέ στη ζωή μου δεν αισθανόμουν καλύτερά.

Γ23.

- a. Δεν σκέφτομαι να κάνω κακό στον εαυτό μου.
- b. Νιώθω ότι θα ήταν καλύτερα να ήμουν νεκρός.
- c. Κάνω συγκεκριμένα σχέδια για να αυτοκτονήσω.
- d. Θα αυτοκτονούσα αν μου δινόταν η ευκαιρία

Γ24.

- a. Η μνήμη μου και η ικανότητα μου να συγκεντρωθώ σε κάτι είναι τόσο καλά όπως πάντα.
- b. Πρέπει να καταβάλλω προσπάθεια ώστε να θυμηθώ πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στη τηλεόραση.
- c. Έχω την τάση να ξεχάσω πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στη τηλεόραση.
- d. Μου είναι τόσο δύσκολο να συγκεντρωθώ, ώστε μου είναι δύσκολο να παρακολουθήσω τη ροή μίας γενικής συζήτησης ή την τηλεόραση.

Δ. Στο τέταρτο μέρος δώστε συνοπτικές απαντήσεις στις κάτωθι ερωτήσεις:

1. Περιγράψτε ένα ευχάριστο ή δυσάρεστο συμβάν τον τελευταίο χρόνο στον χώρο εργασίας και πως αυτό επηρέασε την εργασιακή σας συμπεριφορά.

2. Πιστεύετε πως το εργασιακό στρες είναι ο μοναδικός παράγοντας που επιδρά στην άσκηση των καθηκόντων σας ή υπάρχει και άλλος?

3. Πως πιστεύετε πως θα μπορούσε να περιοριστεί το άγχος εν ώρα εργασίας?

4. Ποιές είναι οι προτάσεις σας για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας με σκοπό την ελάττωση ή αποφυγή των συμπτωμάτων του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης?



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

ΠΑΤΡΑ 29/03/2017
Αριθμ. Πρωτ. 9132

ΠΡΟΣ

κ. Πικέα Ιωάννα
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

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

Σχετ: Το από 03/03/2017 αίτημά σας

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού αιτήματός σας, εγκρίνουμε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής σας εργασίας με τίτλο: «*Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας σε δομές της 6^{ης} ΥΠΕ*», με την επισήμανση ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά η υπηρεσία μας, δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία στους χώρους που θα συλλεχθούν τα ερευνητικά δεδομένα και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
(με την παράκληση διευκόλυνσης της κας Πικέα)
-ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ Γ.Ν.ΤΡΙΠΟΛΗΣ
-Γ.Ν.ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ – Ν.Μ. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

