



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση αυτοεκτίμησης άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης
ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε Νοσοκομεία της Περιφέρειας

ΟΡΓΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Π.Ε.

Ιούλιος 2013

Σπάρτη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση αυτοεκτίμησης άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης
Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού σε Νοσοκομεία της Περιφέρειας

ΟΡΓΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Π.Ε.

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: Σοφία Ζυγά, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Πρεζεράκος Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής

Ιούλιος 2013

Σπάρτη

Copyright © ΟΡΓΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος μου. All right reserved.

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

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

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Σοφία Ζυγά

Όνοματεπώνυμο

Τσιρώνη Μαρία

Όνοματεπώνυμο

Πρεζεράκος Παναγιώτης

Όνοματεπώνυμο

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή.....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	5
Κεφάλαιο 1 ^ο Η αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας.....	5
Ορισμός του άγχους.....	5
Άγχος και παρόμοιοι όροι	6
Φόβος.....	7
Απειλή.....	7
Αγωνία.....	7
Στρες.....	8
Είδη άγχους.....	9
Προσωπικότητα και άγχος	10
Τύποι προσωπικότητας.....	10
Ψυχολογικές θεωρίες.....	111
Ψυχαναλυτική θεωρία	11
Βιολογική θεωρία	11
Γνωστική θεωρία	11
Φαινομενολογική θεωρία	12
Η θεωρία του Φρόυντ για το άγχος	12
Καλή και κακή πλευρά του άγχους	12
Τα συμπτώματα του άγχους	13
Στάδια σε μια στρεσογόνο κατάσταση.....	14
Είδη άγχους κατά τον Spielberger	15
Επαγγέλματα και άγχος	15
Άγχος και ιατρικό επάγγελμα	16
Άγχος και νοσηλευτικό επάγγελμα.....	18
Κεφάλαιο 2 ^ο Η Επαγγελματική Εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας	20
Ορισμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	20

Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης	20
Θεωρία του Freudenberger	21
Θεωρία των Edelwich και Brodsky	21
Η διαδραστική θεωρία του C. Cherniss.....	22
Η θεωρία της Pines	22
Η θεωρία των τριών διαστάσεων της Maslach.....	23
Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	24
Συμπτώματα και επιπτώσεις του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	28
Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης στο σύστημα υγείας.....	34
Δράσεις ενάντια του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	35
Δράσεις σε ατομικό – ψυχολογικό επίπεδο	35
Δράσεις σε οργανωτικό – εργασιακό επίπεδο	37
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	40
Κεφάλαιο 3^ο Μεθοδολογία της έρευνας	40
Σκοπός-στόχος έρευνας.....	40
Μέθοδος και τεχνικές της έρευνας.....	41
Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων	41
Ερευνητική διαδικασία.....	Error! Bookmark not defined.
Το δείγμα της έρευνας.....	45
Σύντομη ιστορική περιγραφή των δύο νοσοκομείων	46
Εξασφάλιση εγκυρότητας και αξιοπιστίας	47
Περιορισμοί κατά τη διάρκεια της έρευνας.....	47
Κεφάλαιο 4^ο Αποτελέσματα	49
Η αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας	52
Η περιστασιακή αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας.....	52
Η χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας.....	55
Παράγοντες επίδρασης της αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας.....	58
Η συναισθηματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας.....	65
Η προσωπική ολοκλήρωση των επαγγελματιών υγείας.....	68

Η αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας	70
Παράγοντες επίδρασης της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας.....	73
Κεφάλαιο 5^ο Συμπεράσματα συζήτηση	83
Προτάσεις.....	90
Βιβλιογραφία... ..	91
Ξένη βιβλιογραφία.....	97
Παράρτημα.....	104
Ερωτηματολόγιο της έρευνας	104
Επιστολή για τη χορήγηση του ερωτηματολογίου.....	110
Άδεια για χρήση του ερωτηματολογίου MBI	111
Άδεια πραγματοποίησης της έρευνας από τη διοικητική υπηρεσία των νοσοκομείων	Error!
Bookmark not defined.	

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1: Νοσηλευτικά ιδρύματα που εργάζονται οι συμμετέχοντες (N=284).....	46
Γράφημα 2: Διαστάσεις της αγχώδους συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας.....	58
Γράφημα 3: Η περιστασιακή και η χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με το φύλο τους.....	60
Γράφημα 4: Η περιστασιακή αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης τους.....	60
Γράφημα 5: Η περιστασιακή και η χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο εργάζονται.....	62
Γράφημα 6: Η περιστασιακή και η χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τη θέση εργασίας τους.....	64
Γράφημα 7: Επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας (N=284)..	68
Γράφημα 8: Επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης των επαγγελματιών υγείας (N=284).....	70
Γράφημα 9: Επίπεδα αποπροσωποποίησης των επαγγελματιών υγείας (N=284).....	72
Γράφημα 10: Κατανομή επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας (N=284).....	73
Γράφημα 11: Κατανομή των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανά επίπεδο σπουδών.....	76
Γράφημα 12: Κατανομή της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά επίπεδο σπουδών.....	77
Γράφημα 13: Κατανομή των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανά Νοσηλευτικό Ίδρυμα.....	79
Γράφημα 14: Κατανομή της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά νοσηλευτικό ίδρυμα.....	79
Γράφημα 15: Κατανομή των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανά ειδικότητα.....	80
Γράφημα 16: Κατανομή της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά ειδικότητα.....	81

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Λίστα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση..	30
Πίνακας 2: Ερμηνεία των σκορ στις διαστάσεις ΣΕ, ΠΟ, ΑΠ, της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας.....	44
Πίνακας 3: Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=284).....	49
Πίνακας 4: Η προϋπηρεσία και οι υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας (N=284).....	52
Πίνακας 5: Περιστασιακή αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το εργαλείο καταγραφής αυτοεκτίμησης και άγχους (N=284).....	53
Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της περιστασιακής αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας (N=284).....	54
Πίνακας 7: Χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το εργαλείο καταγραφής αυτοεκτίμησης και άγχους (N=284).....	56

Πίνακας 8: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της χαρακτηριστικής αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας (N=284)	57
Πίνακας 9: Συσχέτιση της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας με τις δύο διαστάσεις της αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης τους (N=284).....	59
Πίνακας 10: Ελέγχου διαφορών των διαστάσεων της περιστασιακής και της χαρακτηριστικής αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.....	61
Πίνακας 11: Ελέγχου διαφορών των διαστάσεων της αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τα υπηρεσιακά χαρακτηριστικά τους.....	63
Πίνακας 12: Συσχετίσεις ποσοτικών υπηρεσιακών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας με τις δύο διαστάσεις της αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης τους (N=284).....	64
Πίνακας 13: Συναισθηματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το εργαλείο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης (N=284).....	65
Πίνακας 14: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της συναισθηματικής εξουθένωσης (ΣΕ) των επαγγελματιών υγείας (N=284).....	67
Πίνακας 15: Προσωπική ολοκλήρωση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το εργαλείο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης (N=284)	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 16: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της προσωπικής ολοκλήρωσης (ΠΟ) των επαγγελματιών υγείας (N=284).....	69
Πίνακας 17: Αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το εργαλείο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης (N=284)	70
Πίνακας 18: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της αποπροσωποποίησης των επαγγελματιών υγείας (N=284).....	72
Πίνακας 19: Συσχετίσεις χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης τους (N=284)	73
Πίνακας 20: Ελέγχου διαφορών των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.....	74
Πίνακας 21: Ελέγχου διαφορών των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τα υπηρεσιακά χαρακτηριστικά τους.....	77
Πίνακας 22: Συσχετίσεις χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης τους (N=284)	81
Πίνακας 23: Συσχετίσεις διαστάσεων άγχους των επαγγελματιών υγείας με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης τους (N=284).....	82

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήταν παράλειψή μου να μην αναφέρω τις θερμές ευχαριστίες μου:

Στην επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, χωρίς την ηθική, συμβουλευτική και επιστημονική υποστήριξη της οποίας δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η παρούσα διατριβή. Η άμεση συμπαράσταση, η καθοδήγηση και η αμέριστη υποστήριξη της σε περιόδους έντονης ανησυχίας και προβληματισμού υπήρξαν καίριες.

Στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Μαρία Τσιρώνη, μέλος της Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής, για την σημαντική συμβολή της στην προσπάθειά μου.

Στον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Πρεζεράκο Παναγιώτη, μέλος της Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής, για την προσφορά των γνώσεων του.

Στο Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για τη χορήγηση της άδειας εκπόνησης της μελέτης και όλους τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα για τη συλλογή των δεδομένων και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν.

Στους συναδέλφους μου του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών και του Στρατιωτικού Νοσοκομείου 409, που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Θα ήταν μεγάλη παράλειψη μου να μην αναφερθώ στον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Παναγιώτη Μπαλτόπουλο, για την στήριξη του καθώς και για την αμέριστη εμπιστοσύνη που μου πρόσφερε.

Στον μοναδικό Νίκο και στη κόρη μου Ραφαέλα.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Όλο και περισσότερο σήμερα αναγνωρίζεται το άγχος αλλά και η επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ως ένας από τους παράγοντες που επηρεάζει τις διαστάσεις της προσωπικής και επαγγελματικής τους ζωής.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της αυτοεκτίμησης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δύο μεγάλων νοσοκομείων του νομού Αχαΐας του Γενικού Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας και του Δορυφορικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου '409'.

Μεθοδολογία: Σε δείγμα 284 ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών διανεμήθηκε το "Ερωτηματολόγιο καταγραφής αυτοεκτίμησης για το άγχος" του Spielberg (1970) και το "Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης" της Maslach, εμπλουτισμένα με ερωτήσεις που σχετίζονται με γενικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (δημογραφικά, στοιχεία εκπαίδευσης, εισοδήματος και ενδιαφέροντα). Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, έκδοση 19.0. Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων θεωρήθηκε το $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Οι ιατροί και νοσηλευτές των δύο νοσοκομείων διακατέχονται από μέτριο συναισθηματικό άγχος και αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση. Η αγχώδης κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να ερμηνεύεται κυρίως υπό το πρίσμα μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος εργασίας. Οι στρεσογόνοι αλλά και γενικότερα οι δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες που χαρακτηρίζουν το χώρο της υγείας φαίνεται να εντείνουν το άγχος και να τους εξουθενώνουν έτσι συναισθηματικά και κατ' επέκταση επαγγελματικά.

Συμπεράσματα: Η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών, των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών που εργάζονται στα δύο νοσοκομεία είναι αυξημένη και εκφράζεται με αισθήματα αποπροσωποποίησης και συναισθηματικής εξάντλησης. Απαιτείται η διαμόρφωση ενός προγράμματος συναισθηματικής στήριξης και ενδυνάμωσης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Λέξεις-κλειδιά: Αγχώδης συναισθηματική κατάσταση, επαγγελματική εξουθένωση, συναισθηματική εξουθένωση, προσωπική ολοκλήρωση, αποπροσωποποίηση, ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, the stress and burnout of medical and nursing staff is identified more and more as one of the factors that affects aspects of their personal and professional life.

Purpose: The purpose of this research study was to investigate the self-evaluation of stress and burnout in medical and nursing staff of two major hospitals in the prefecture of Achaia, General Hospital Saint Andrew and Satellite Military Hospital '409'.

Material and Methods: The "State-Trait Anxiety Inventory" (STAI) by Spielberger (1970) and "Maslach Burnout Inventory", enriched with questions related to general characteristics of workers (demographic, elements of education, income and interests, were distributed to a sample of 284 doctors, nurses and assistant nurses. The statistical analysis was performed using the statistical package SPSS, version 19.0. The level of statistical significance of the results was $p < 0,05$.

Results: The doctors and nurses of both hospitals are dominated by moderate emotional stress and increased burnout. The stressful situation, which the medical and nursing staff experience, seems to be interpreted mainly in the light of a dynamic interaction between the person and working environment. The stressful and generally adverse working conditions that characterize the health sector seem to intensify the stress and so overwhelm them emotionally and thus professionally.

Conclusions: The burnout of doctors, nurses and assistant nurses working at both hospitals is increased and expressed with feelings of depersonalization and emotional exhaustion. The formulation of a program of emotional support and strengthening of medical and nursing staff is required.

Key Words: Stressful emotional state, burnout, emotional exhaustion, personal fulfillment, depersonalization, doctors, nursing staff.

Αρκτικόλεξα

Σ.Ε.	Συναισθηματική εξουθένωση
Π.Ο.	Προσωπική ολοκλήρωση
Α.Π.	Αποπροσωποποίηση
Ε.Ε.	Επαγγελματική εξουθένωση
Μ.Τ.	Μέση τιμή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σημερινή εποχή πολυάριθμα βιβλιογραφικά δεδομένα επισημαίνουν ότι το υγειονομικό προσωπικό των νοσοκομείων βιώνει υψηλά επίπεδα άγχους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Όλο και περισσότερο σήμερα υποστηρίζεται από τους εργαζόμενους ότι το εργασιακό περιβάλλον προκαλεί έντονο άγχος. Επίσης αρκετοί εργαζόμενοι δηλώνουν ότι νοιώθουν αρκετά εξουθενωμένοι, ελάχιστα ικανοποιημένοι και δυσκολεύονται να επιτύχουν τους επαγγελματικούς τους στόχους μέσα στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Το υπερβολικό άγχος στο χώρο εργασίας επηρεάζει αρνητικά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική ευεξία των εργαζομένων, μειώνοντας παράλληλα την απόδοσή τους στο εργασιακό τους περιβάλλον. Ο άνθρωπος σε έναν κόσμο με αβέβαιες προοπτικές συσσωρεύει αγωνία για το αύριο με αποτέλεσμα να χάνει την πίστη στον εαυτό του και στις δυνάμεις του. Σημαντικό ρόλο στα παραπάνω, διαδραματίζει τόσο η εύρεση της εργασίας σε αρχικό στάδιο, όσο και η δραστηριοποίηση του ατόμου στον επαγγελματικό στίβο αργότερα.

Η εργασία αποτελεί για τον άνθρωπο βασικό μέσο βιοπορισμού αλλά και ηθικής ανταμοιβής. Στις βιομηχανικές όμως κοινωνίες, η παραγωγικότητα διαδραματίζει το βασικό σκοπό της κάθε οργάνωσης αδιαφορώντας για το εργατικό δυναμικό και την ψυχοσυναισθηματική του κατάσταση. Το άτομο αναγκάζεται να λειτουργεί μηχανικά μέσα στον εργασιακό του χώρο και να αλλοιώνεται η πραγματική έννοια της εργασίας.

Το φαινόμενο του άγχους στον εργασιακό χώρο, πλήττει μεγάλη μερίδα του εργατικού δυναμικού, με αποτέλεσμα το αυξημένο ενδιαφέρον αρκετών ερευνητών τόσο για τα αίτια και τη συχνότητα του, όσο και για τα μέτρα αντιμετώπισης και εξάλειψής του. Επίσης, έχει κάνει αισθητή την εμφάνιση του και ο όρος του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο οποίος σχετίζεται άμεσα με το άγχος των επαγγελματιών υγείας.

Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως το σύνδρομο της σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης του εργαζόμενου ο οποίος χάνει το ενδιαφέρον για τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Επίσης ερευνητές αναφέρουν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αφενός στενά συνδεδεμένο με την αποδοτικότητα του εργαζόμενου και αφετέρου έχει άμεση και ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της

υγειονομικής φροντίδας (Αδαλή και συν., 2000, Αλεξιάς και συν., 2010). Τέλος λόγω της μη αναγνώρισής του ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία υπάρχει δυσκολία στην διάγνωση και στην ταυτοποίησή του.

Υπό το πρίσμα των παραπάνω η έρευνα αυτή θα συμβάλει στην αποτύπωση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού με στόχο να αφυπνίσει τους αρμόδιους φορείς στην κατεύθυνση της υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας.

Με τον όρο «επαγγελματίες της υγείας» στην εργασία αυτή αναφερόμαστε στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των δύο νοσοκομείων της έρευνας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της αυτοεκτίμηση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Π. Άγιος Ανδρέας και του Δορυφορικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου 409.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν η χρήση ενός ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου το οποίο περιλάμβανε τα κοινωνικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, την κλίμακα Maslach Burnout Inventory και την κλίμακα αυτοεκτίμησης για την αγχώδη συναισθηματική κατάσταση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 284 ιατροί νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονταν στα νοσοκομεία Άγιος Ανδρέας και 409 της Πάτρας. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 19.

Η εργασία αυτή αποτελείται από δύο μέρη: το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος αναπτύσσονται τα εξής κεφάλαια του θεωρητικού μέρους:

Στο κεφάλαιο 1^ο αναφέρονται η έννοια, τα αίτια, τα συμπτώματα, τα είδη, οι θεωρίες, καθώς και οι τύποι της προσωπικότητας που αφορούν το άγχος στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Στο κεφάλαιο 2^ο αναφέρονται η έννοια, τα αίτια, τα συμπτώματα, οι θεωρίες και οι τρόποι παρέμβασης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Το ειδικό μέρος αναπτύσσεται σε τρία κεφάλαια. Στο κεφάλαιο 3^ο περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας, στο κεφάλαιο 4^ο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο κεφάλαιο 5^ο γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας

Ορισμός του άγχους

Η λέξη άγχος προέρχεται από τη ρίζα του ρήματος άγχω που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω και περιγράφει αυτό το συναίσθημα το οποίο νιώθει όποιος κυριεύεται από την κατάσταση του άγχους. Η λέξη άγχος αντιδιαστέλλεται προς τη λέξη stress καθώς αποδίδει την αγγλική λέξη anxiety ή την αντίστοιχη γερμανική angst. Παρόλα αυτά στην παρούσα εργασία θα τις θεωρήσουμε ως ταυτόσημες έννοιες.

Το άγχος αναφέρεται στην αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κανείς βρίσκονται έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών κατασκευών (το άτομο αδυνατεί να τα ερμηνεύσει). Άγχος είναι ένα ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας, που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή, η οποία μη έχοντας συγκεκριμένο αντικείμενο δεν μπορεί να αποφευχθεί από το άτομο το οποίο και εξουθενώνεται (Οικονόμου, 1994).

Το άγχος αφορά συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης και έντασης και είναι συχνά μια βασανιστική κατάσταση απόγνωσης. Χαρακτηρίζεται από τη διάχυτη εντύπωση ενός μεγάλου κινδύνου λιγότερο ή περισσότερο πραγματικού, φυσικού ή ψυχικού, και συχνά μόλις συνειδητού, μπροστά στον οποίο νοιώθει κανείς αδύναμος (Παπαδόπουλος, 1994).

Η έννοια της κατάστασης του άγχους αναφέρεται στις τρέχουσες αλλαγές που προκαλούν οι στρεσογόνες συνθήκες τόσο στην ψυχολογική λειτουργία των ρυθμιστικών μηχανισμών όσο και στη συμπεριφορά του ατόμου (Βασιλάκη και συν., 2001).

Το άγχος είναι μια συναισθηματική κατάσταση την οποία όλοι οι άνθρωποι έχουν βιώσει στη ζωή τους. Το 1936 ο διάσημος ενδοκρινολόγος Selye, αναφέρει για πρώτη φορά τον όρο stress. Τον ορίζει ως μη ειδική απόκριση του σώματος έναντι κάποιας πραγματικής ή φανταστικής απειλής. Έπειτα από μια πρωτοποριακή εργασία του η χρήση της λέξης stress έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής. Παρόλα αυτά δόθηκαν πολλές έννοιες στον όρο αυτό, ο οποίος συνδέθηκε με αρνητικές καταστάσεις, έτσι ώστε να θεωρείται συνώνυμος με φυσικές και διανοητικές διαταραχές της υγείας των ατόμων.

Ένας άλλος ορισμός του stress είναι και αυτός του Jones (1990), που ορίζει ως stress την κατάσταση στην οποία μια απαίτηση του περιβάλλοντος παρουσιάζεται στο άτομο, το οποίο

πρέπει να αντιδράσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο ώστε να ανταπεξέλθει στην συγκεκριμένη κατάσταση. Το άγχος είναι μια φυσιολογική εκδήλωση κάθε ατόμου και συνδέεται άμεσα με την επιβίωση του.

Σαν πηγή του άγχους μπορεί να θεωρηθεί η αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του και να οριστεί ως η πίεση που ασκεί το περιβάλλον στο άτομο. Ο βαθμός επίδρασης του περιβάλλοντος που προκαλεί άγχος διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο.

Ο βαθμός αυτός επίδρασης καθορίζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου τόσο ως προς την σοβαρότητα της κατάστασης, όσο και ως προς τις δυνατότητες που έχει για την αντιμετώπιση της (Καντάς Α., 1995).

Η λέξη άγχος χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια σειρά από πολύπλοκες συναισθηματικές καταστάσεις που προκαλούνται από πραγματικές ή υποθετικές απειλές εξωτερικής ή εσωτερικής προέλευσης στο άτομο (Beyer, 1987).

Σύμφωνα με το Μάνο Ν. (1997) *"το άγχος προσδιορίζει τις δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις που αναφέρονται σε αισθήματα ανησυχίας, αναστάτωσης, φόβου ακόμα και τρόμου ως μια αντίδραση σε ακαθόριστες μη αναγνωρίσιμες απειλές"*. Κατά τον Καθηγητή Μπαμπινιώτη Γ. (1998) στο Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας (1998) *"άγχος: σημαίνει συγκινησιακή κατάσταση (φόβου, αγωνίας, ανασφάλειας, κ.τ.λ.) είτε παροδική και χαμηλής έντασης (οπότε θεωρείται φυσιολογική), είτε επίμονη και μεγάλης έντασης (οπότε θεωρείται παθολογική, λ.χ. ως σύμπτωμα αγχώδους νευρώσεως), η οποία προκύπτει ως εναγόνια αναμονή επικείμενου κακού ή κινδύνου ή δυσάρεστης γενικά κατάστασης και έχει ιδιαίτερα σωματικά και συμπεριφερολογικά γνωρίσματα (λ.χ. οι μεταβολές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα ή η μεγάλη νευρικότητα)"*.

Άγχος και παρόμοιοι όροι

Λόγω της υποκειμενικής αντίληψης του αισθήματος του άγχους, η έννοια αυτή μπορεί να αποδοθεί διαφορετικά τόσο από επιστήμονες όσο και από απλούς ανθρώπους με διάφορους όρους. Η συσχέτιση ανάμεσα σε αυτές τις έννοιες οδήγησε πολλούς επιστήμονες να ασχοληθούν με το χαρακτηρισμό, την ταύτιση, τις ομοιότητες ή τις διαφορές τους. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη μια σύντομη σκιαγράφηση των κυριότερων χαρακτηριστικών τους και των διαφορετικών απόψεων.

Φόβος

Ο φόβος είναι η αντικειμενική παρουσία ενός εξωτερικού, αντικειμενικού και αληθινού κινδύνου. Δημιουργεί την τάση της αποφυγής και της φυγής και την προετοιμασία για την αυθόρμητη επίθεση. Αντίθετα, στο άγχος το οποίο είναι υποκειμενικό δημιούργημα, ο κίνδυνος και η απειλή υποβόσκουν όντας άγνωστα και απροσδιόριστα. Η αναμονή αυτών καθηλώνει, αδρανοποιεί και παραλύει το άτομο (Γαλανού, 1977).

Φόβος είναι το δυσάρεστο συναίσθημα που νοιώθει κάποιος μπροστά στην απειλή κάποιου συγκεκριμένου και κατανοητού λογικά κινδύνου, που συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και συναισθηματική ταραχή, καθώς και από την επιθυμία του ατόμου να αμυνθεί ή να τραπεί σε φυγή (Πιάνος, 2000).

Το άγχος λειτουργεί ενσυνείδητα, αόριστα και έχει μεγάλη διάρκεια, ενώ ο φόβος λειτουργεί ασυνείδητα, πολύ συγκεκριμένα και έχει μικρή διάρκεια (Οικονόμου, 1994).

Σε καταστάσεις φόβου, το άτομο μπορεί να οργανώσει την άμυνα του γιατί η αιτία που προκαλεί τον φόβο είναι γνωστή και αντιμετωπίσιμη αντιθέτων στο άγχος αυτό δεν είναι δυνατόν γιατί ο κίνδυνος είναι εσωτερικός (Φιλίππου, 1968).

Απειλή

Το άγχος συνδέεται σχεδόν πάντοτε με την έννοια της αντικειμενικής απειλής ή υποκειμενικής απειλής, πραγματικής ή συμβολικής (Ραγιά, 1993). Η αντίληψη μιας περίπτωσης ως απειλητικής και οι ψυχολογικές αντιδράσεις προς αυτήν εξαρτώνται από την προσωπικότητα που έχει το άτομο, το φιλοσοφικό του προσανατολισμό και τις κληρονομικές προδιαθέσεις του. Επίσης, επηρεάζονται από την κοινωνική και πολιτιστική υποδομή του, την εμπειρία του, το βαθμό ευφυΐας του, τις συνήθειες και τη μόρφωσή του (Ραγιά, 1978).

Το άγχος είναι μια αντίδραση φόβου από το άτομο, που κλιμακώνεται από την απλή δυσφορία μέχρι και τον πιο μεγάλο πανικό. Η εκδήλωση του προϋποθέτει συνθήκες πραγματικής ή φανταστικής απειλής από το περιβάλλον και το άτομο καταλαμβάνεται από δυσφορία, αγωνία, ανησυχία, μελαγχολία και πολλές φορές πλήρη πανικό εξαιτίας της αδυναμίας εύρεσης τρόπων αντιμετώπισής της (Ρώμας, 1984).

Αγωνία

Αγωνία είναι μια από τις πολλές λέξεις με τις οποίες αποδίδεται στα ελληνικά η υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος του άγχους. Το άτομο λέγοντας ότι έχει αγωνία, εννοεί ότι έχει

άγχος, χωρίς να γνωρίζει πολλές φορές ότι οι δυο λέξεις είναι συνώνυμες (Παπαδόπουλος, 1994).

Η αγωνία πολλές φορές είναι πιο δύσκολο να διαχωριστεί από το άγχος. Η λέξη άγχος σημαίνει μια περίπλοκη ψυχική κατάσταση στην οποία συμμετέχουν διαφορετικά επίπεδα όπως το συγκινησιακό, το συναισθηματικό, το ιδεονοητικό και το αισθητηριακό-σωματικό. Έτσι μπορούμε να πούμε ότι το άγχος χαρακτηρίζεται από το άτομο σαν αίσθημα αποτυχίας, αδυναμίας, ηττοπάθειας και έλλειψης προσαρμογής.

Στην κατάσταση της αγωνία το αντικείμενό της είναι πιο φανερό, πιο εξωτερικό, πιο πραγματικό και προσιτό και για αυτό το λόγο υπάρχει δυνατότητα διαφυγής και διεξόδου, η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη δραστηριότητας. Η αγωνία εκφράζεται με περισσότερη ανησυχία από το άγχος και έτσι προκαλεί εντονότερες κινητικές αντιδράσεις για αποφυγή, αποτροπή και κατανίκηση του κινδύνου, από ότι το άγχος που διαποτίζει, ακινητοποιεί, παραλύει και καταβάλλει το άτομο γενικότερα (Γαλανού, 1977).

Στρες

Η ψυχολογική ένταση ορίζεται ως μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον η οποία εκφράζεται με την εκτίμηση του ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματα του κι έτσι θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία (Βασιλάκη και συν., 2001).

Το στρες σχετίζεται με παράγοντες στρεσογόνους που βρίσκονται στην καθημερινότητα του ατόμου και μπορεί το άτομο να το βιώνει ανεξαρτήτου φύλου, μόρφωσης, ηλικίας ή κοινωνικής τάξης, σαν απάντηση σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα (Σαπουντζή-Κρέπια, 2000).

Υπάρχουν όμως και ατομικές διαφορές κατά την αντίδραση του ατόμου απέναντι στο άγχος, καθώς διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες άγχους αντιδρούν με τελείως διαφορετικό τρόπο (Αντωνίου, 2006).

Τόσο το άγχος όσο και το στρες, είναι δύο έννοιες που χρησιμοποιούνται σα συνώνυμες από πολλούς επιστήμονες ή μη. Το στρες προκαλείται από ένα στρεσογόνο ερέθισμα το οποίο δημιουργεί την εντύπωση μιας απειλητικής κατάστασης και προκαλεί άγχος στο άτομο (Spielberger, 1982).

Το στρες δεν οδηγεί σε πλήρη αμηχανία ούτε συνδέεται με εσωτερικές συγκρούσεις και περιορίζεται σε συγκεκριμένη περίσταση με μικρή χρονική διάρκεια. Σε αντίθεση το άγχος είναι αντίδραση προς το στρες, το οποίο βιώνεται ως δυσάρεστο συναίσθημα και απαιτεί αντιμετώπιση από το άτομο που βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση. Κοινό χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι οι σωματικές εκδηλώσεις και η συναίσθηση της πίεσης που δέχεται το άτομο από τον στρεσογόνο παράγοντα (Ραγιά, 1978).

Είδη άγχους

Η αντίδραση του ατόμου προς το άγχος εμφανίζεται με διάφορους τρόπους. Μπορεί να είναι υγιείς τρόποι ή παθολογικοί.

Η υγιής συμπεριφορά έχει αποτέλεσμα την λύση του προβλήματος σε αντίθεση με την παθολογική συμπεριφορά η οποία περιέχει έντονο θυμό και εκρήξεις επιθετικότητας (Ραγιά, 1993). Ανάλογα με το είδος συμπεριφοράς διαμορφώνονται τα είδη του άγχους. Αυτά έχουν ως εξής: ελαφρό, μέτριο, έντονο άγχος και αίσθημα πανικού.

- **Το ελαφρό άγχος:** είναι το φυσιολογικό άγχος της καθημερινής ζωής του ατόμου, το οποίο δημιουργεί τα κίνητρα για προσπάθεια και επιτυχία σκοπών.
- **Το μέτριο άγχος:** το οποίο αφαιρεί από το άτομο την προσοχή, τη συγκέντρωση, την ικανότητα για διαυγή σκέψη, καθώς και την άμεση εκπλήρωση κάποιου έργου.
- **Το έντονο άγχος:** είναι οξύ, απομονώνει το άτομο και δυσχεραίνει την μάθηση και εκπλήρωση δράσεων και
- **Ο πανικός:** που επιφέρει ανικανότητα αντιμετώπισης οποιασδήποτε κατάστασης, λήψης οποιασδήποτε απόφασης και ψυχωικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες (Ραγιά, 1993).

Όταν το άγχος αποτελεί καθημερινό στοιχείο και μπλοκάρει τις καθημερινές συνηθισμένες πράξεις του ατόμου, τότε πρόκειται για το νευρωτικό – ψυχωτικό – παθολογικό άγχος (Γαλανού, 1977).

Στο παθολογικό άγχος η ένταση είναι ανάλογη προς το προκαλούμενο στρεσογόνο ερέθισμα και η προσαρμογή του ατόμου δεν είναι πλήρης (Οικονόμου, 1994). Το νευρωτικό άγχος εμφανίζεται σε νευρωτικά άτομα και εκδηλώνεται σε υπερβολικό βαθμό σαν αίσθημα απελπισίας σε σχέση με το αίτιο που την προκαλεί, με αποτέλεσμα, το άτομο να γίνεται άτολομο, ανασφαλές και να βρίσκεται σε συναισθηματικό τέλμα (Ρώμας, 1984).

Μια άλλη μορφή άγχους είναι το υπαρξιακό άγχος, το οποίο αποτελεί φόβο για άγνωστες καταστάσεις που βιώνει το άτομο. Χαρακτηριστικά της διάθεσης του ατόμου είναι η ανησυχία και οι εσωτερικές συγκρούσεις (Παπαδόπουλος, 1994).

Το αντικειμενικό άγχος το βιώνει κανείς απέναντι σε έναν πραγματικό κίνδυνο αλλά επιτρέπει στο άτομο να αντεπεξέλθει της υπάρχουσας κατάστασης (Spielberger, 1982).

Προσωπικότητα και άγχος

Ως προσωπικότητα ορίζεται η ψυχοσωματική οντότητα, που έχει την ικανότητα να συναλλάσσεται και να επικοινωνεί, ανάλογα με τον εαυτό της αλλά και με το περιβάλλον (Διαμαντόπουλος, 2001).

Τα κυριότερα στοιχεία της είναι ο χαρακτήρας, η συναισθηματική ιδιοσυγκρασία, τα κίνητρα, η νοημοσύνη και η σωματική διάπλαση του ατόμου (Χασάπη, 1980).

Τύποι προσωπικότητας

Οι τύποι της προσωπικότητας διακρίνονται σε Α, Β και C. Αναλυτικότερα:

- **Ο τύπος προσωπικότητας Α:** κάνει γρήγορες κινήσεις, έχει βιαστικό και σύντομο λόγο, μασάει γρήγορα την τροφή του και ασχολείται με πολλά πράγματα, είναι ανυπόμονος και δεν ανέχεται τους αργούς ρυθμούς άλλων ατόμων. Προσπαθεί να επιβάλλει τις απόψεις του παντού, αισθάνεται ενοχές, όταν δεν ασχολείται με κάτι και κάνει νευρικές χειρονομίες. Σχεδόν πάντα διακατέχεται από έντονη συγκέντρωση και επαγρύπνηση, ισχυρή έλξη προς ανταγωνισμό εναντίον όλων, τελειομανία, παρουσιάζει υψηλά επίπεδα διαπροσωπικών συγκρούσεων και τυγχάνει περιορισμένης ή μηδενικής κοινωνικής υποστήριξης. Αυτός ο τύπος είναι σε συνεχή πίεση για να επιτύχει κάτι (Σαπουντζή Κρέπια, 2000). Μελέτες έχουν δείξει ότι, οι άντρες που έχουν προσωπικότητα τύπου Α πάσχουν συνήθως από στεφανιαία νόσο. Επιπροσθέτως, η συνήθης εχθρική συμπεριφορά, που τους χαρακτηρίζει, επιβαρύνει την κατάσταση τους. (Αντωνίου, 2006)
- **Ο τύπος προσωπικότητας Β:** είναι χαλαρός και χωρίς βιασύνη. Ο τόνος της φωνής του είναι χαμηλός και κάνει ήρεμες κινήσεις. Διακατέχεται από αισιοδοξία και δεν αντιλαμβάνεται την πίεση του χρόνου γύρω του, επίσης δεν αισθάνεται την ανάγκη επίδειξης των επιτευγμάτων του και έχει την ικανότητα να χαλαρώνει χωρίς αισθήματα ενοχής και να εργάζεται χωρίς πίεση. Δεν προσπαθεί να εντυπωσιάσει τα άτομα γύρω του και ξέρει να απολαμβάνει τη ζωή και τις χαρές της.

- **Ο τύπος προσωπικότητας C:** είναι ένα κράμα των Α και Β προσωπικοτήτων (Σαπουντζή-Κρέπια, 2000). Θα μπορούσε να υποστηριχθεί, ότι άτομα με αυτού του τύπου την προσωπικότητα έχουν τάση για σοβαρές παθήσεις, όπως ο καρκίνος (Αντωνίου, 2006).

Ψυχολογικές θεωρίες

Οι κύριες θεωρητικές σχολές που έχουν συμβάλει στην κατανόηση του άγχους και των παραγόντων που το προκαλούν είναι οι εξής:

- Η ψυχαναλυτική θεωρία
- Η βιολογική θεωρία
- Η γνωστική θεωρία και
- Φαινομενολογική θεωρία.

Ψυχαναλυτική θεωρία

Η θεωρία αυτή διαχωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες οι οποίες συμπληρώνουν η μία την άλλη. Κατά την πρώτη υποκατηγορία, το άγχος είναι η άμεση μεταμόρφωση μη εκφορτισμένης σεξουαλικής ενέργειας. Κατά την δεύτερη, το άγχος αποδίδεται σε ενδοψυχική σύγκρουση. Το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του Εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις, που έρχονται σε σύγκρουση με το Εγώ και το Υπερεγώ ή την πραγματικότητα. (Μάνος, 1988)

Βιολογική θεωρία

Η βιολογική θεωρία υποστηρίζει ότι το άγχος γίνεται αντιληπτό ως φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού και η ένταση της αντίδρασης αυτής εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την ένταση των ερεθισμάτων που δέχεται το άτομο (Βασιλάκη και συν., 2001).

Γνωστική θεωρία

Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι το άγχος είναι αποτέλεσμα της εκτίμησης των καταστάσεων, όπου είναι αδύνατος ο καθορισμός των αιτιών πρόκλησής του, καθώς και η διευθέτηση του κινδύνου, λόγω της χαώδης συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου (Παπαδόπουλος, 1994)

Φαινομενολογική θεωρία

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, το άγχος είναι η αντίδραση του οργανισμού στις αρνητικές εμπειρίες οι οποίες προέρχονται από το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου. Δηλαδή αυτή η δυσαρμονία του εαυτού και της εμπειρίας παραμένει διαρκής και αποτελεί έντονη πηγή έντασης και απειλής (Pervin, John, 2001).

Η θεωρία του Φρόντ για το άγχος

Στις θεωρητικές του διατυπώσεις ο Φρόντ είχε την άποψη, ότι το άγχος προέκυπτε από την εκφόρτιση απωθημένης σεξουαλικής ενέργειας, που ο ίδιος ονόμασε λίμπιντο. Όταν η σεξουαλική ενέργεια προκαλούσε νοητικές εικόνες, που φαίνονταν απειλητικές, οι ιδέες αυτές αποδιώχονταν από το νου του ατόμου ή απωθούνταν. Επειδή το άτομο παρεμποδιζόταν να εκφραστεί φυσιολογικά η λιμπιντική ενέργεια συσσωρευόταν και μεταμορφωνόταν σε διάχυτο άγχος ή σε συμπτώματα (μερικές φορές σωματικά) που ήταν τα αντίστοιχα του άγχους.

Στη συνέχεια, ο Φρόντ τροποποίησε την άποψη του αυτή και τόνισε τον κρίσιμο ρόλο του άγχους σαν μια απόκριση στην παρουσία κινδύνου που αισθανόταν το άτομο. Η αντιληπτή παρουσία κινδύνου –είτε από το εξωτερικό περιβάλλον, είτε από εσωτερικά αισθήματα ή σκέψεις –προκαλούσε μια αγχωτική κατάσταση κι αυτή η δυσάρεστη συγκινησιακή αντίδραση χρησίμευε, για να προειδοποιήσει το άτομο, ότι κάποιο είδος προσαρμογής ήταν απαραίτητο για αυτό. Έτσι, όπως και ο Δαρβίνος, ο Φρόντ τόνισε τη χρησιμότητα του φόβου και του άγχους σαν φαινόμενα, που βοηθούν ένα άτομο να προσαρμοστεί στον κίνδυνο που του προκαλείται.

Έπειτα, ο Φρόντ ξεχώρισε δύο δυνητικές πηγές κινδύνου –τον εξωτερικό κόσμο και τις εσωτερικές παρορμήσεις του ατόμου. Αν η πηγή του κινδύνου βρισκόταν στον εξωτερικό κόσμο, αυτό ήταν μια αντίδραση αντικειμενικού άγχους. Οι αντιδράσεις άγχους, που προκαλούνταν από απαγορευμένες ή εσωτερικές παρορμήσεις του ατόμου, χαρακτηρίζονταν σαν νευρωτικό άγχος (Spielberger, 1982).

Καλή και κακή πλευρά του άγχους

Το άγχος είναι κάτι που βιώνουν όλοι οι άνθρωποι κάποιες στιγμές στην ζωή τους. Παρόλο που ακούγεται παράξενο, το άγχος μπορεί να είναι μερικές φορές και καλό. Χωρίς αυτό, δεν θα μπορούσαμε να αντιδράσουμε αποτελεσματικά απέναντι σε άγνωστες και επικίνδυνες καταστάσεις.

Για να μπορέσουμε να καταλάβουμε από πού πηγάζει το άγχος πρέπει να γυρίσουμε πίσω μερικές χιλιάδες χρόνια. Στην πραγματικότητα, πρέπει να γυρίσουμε στην εποχή που οι πρόγονοι μας ζούσαν ακόμη στα δάση. Εξαιτίας των τότε δύσκολων συνθηκών, υπήρχε πάντα η απειλή να τους επιτεθούν ή να τους σκοτώσουν άγρια ζώα. Προφανώς, κάτω από τέτοιες συνθήκες, χρειάζονταν κάποιον τρόπο για να μπορούν να αντιδράσουν και να επιζήσουν από μόνοι τους. Έπρεπε να βρεθεί κάποιος τρόπος για να μπορούν να διαισθάνονται τον κίνδυνο και να ενεργούν με τον καλύτερο τρόπο, είτε να σκοτώσουν το ζώο που θεωρούσαν τροφή και απειλή, είτε να τραπούν σε φυγή. Αυτό, λοιπόν, που χρειάζονταν ήταν το άγχος (Καλπάκογλου, 1997).

Το άγχος βοηθούσε τους προγόνους μας να αντιμετωπίζουν τους άμεσους κινδύνους στη ζωή τους. Προετοίμαζε το σώμα τους. Χωρίς το άγχος, ίσως και να μην είχαν επιζήσει. Οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουμε σήμερα δεν έχουν την ίδια μορφή. Παρόλο όμως που δεν έχουμε τους ίδιους κινδύνους με τους προγόνους μας, το σώμα μας δεν έχει αλλάξει από τότε. Ακόμα έχουμε τα ίδια συναισθήματα και ακόμα βιώνουμε άγχος σε δύσκολες καταστάσεις. Τα προβλήματα μας μπορεί να είναι διαφορετικά, αλλά ακόμα και σήμερα είναι καλό να βιώνουμε κάποιο άγχος, ιδιαίτερα σε καινούργιες και άγνωστες καταστάσεις.

Το λίγο άγχος μπορεί να είναι μερικές φορές και χρήσιμο. Μπορεί να μας βοηθήσει να έχουμε την απαραίτητη διέγερση για να ενεργήσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σε κάποια κατάσταση. Κάποιοι άνθρωποι έχουν άγχος σε καταστάσεις που δεν είναι απειλητικές ή άγνωστες για αυτούς. Άλλοι βιώνουν υπερβολικό άγχος και δεν μπορούν να δραστηριοποιηθούν κανονικά στην καθημερινότητα τους. Σ' αυτή την περίπτωση, το υπερβολικό άγχος εμποδίζει την καθημερινή ζωή τους. Μάλιστα, όταν αυτό συμβαίνει, δεν είναι καθόλου χρήσιμο για τους ανθρώπους. Εάν έχουν πολύ άγχος σε καταστάσεις που δεν είναι απειλητικές ή σε κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις, τότε είναι πολύ πιθανό το άγχος να είναι ένα σοβαρό πρόβλημα (Καλπάκογλου, 1997).

Τα συμπτώματα του άγχους

Υπάρχουν πολλά σημάδια και συμπτώματα του άγχους που ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Μερικά από αυτά είναι τα εξής:

- Υποκείμενο αίσθημα έντασης και εκνευρισμού
- Υπερβολική ανησυχία

- Ευερεθιστικότητα
- Νευρικήτητα
- Δυσκολία στη συγκέντρωση
- Διαταραχές ύπνου
- Αίσθημα πνιγμονής, δύσπνοιας, υπεραερισμός
- Τρόμος, μυϊκές συσπάσεις, αίσθημα αστάθειας
- Ζάλη και κόπωση
- Πόνος στο στήθος
- Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου: εφίδρωση, εξάψεις- ωχρότητα, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, ψυχρότητα άκρων χειρών, διάρροια, ξηροστομία, συχνοουρία, ραχιαλγία, κεφαλαλγία
- Συμπτώματα υπερδιέγερση όπως έντονη αντίδραση ξαφνιάσματος και αυξημένη εγρήγορση
- Κάποια γνωστική δυσλειτουργία όπως έλλειψη προσοχής και προβλήματα συγκέντρωσης
- Δυσκαταποσία
- Ελάττωση της libido

Τα παραπάνω σίγουρα δεν είναι μια ολοκληρωμένη λίστα όλων των συμπτωμάτων του άγχους. Πολλά άτομα αναγνωρίζουν πως κάποια συμπτώματα επαναλαμβάνονται συνεχώς. Πολύ σπάνια κάποιο άτομο βιώνει όλα τα παραπάνω συμπτώματα. Πολλά από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν κι από άλλες αιτίες, πέρα από το άγχος που τους κατακλύζει (Kaplan and Sadock's, 1996).

Στάδια σε μια στρεσογόνο κατάσταση

Ο Hans Selye (1956) περιέγραψε τρία στάδια τα οποία προέρχονται από στρεσογόνες καταστάσεις:

- **Την αντίδραση συναγεμμού:** πρόκειται για μια φάση μειωμένης αντίστασης που ακολουθείται από μια αντί-σοκ κατάσταση, κατά την διάρκεια της οποίας δραστηριοποιούνται οι αμυντικοί μηχανισμοί του ατόμου.

- **Την αντίσταση:** πρόκειται για τη φάση της προσαρμογής μέχρι και της επιτυχούς επανόδου ισορροπίας του ατόμου. Σε περίπτωση που ο παράγοντας άγχος συνεχίζει να υπάρχει και ο αμυντικός μηχανισμός δεν λειτουργεί, το άτομο θα συνεχίσει με το τρίτο στάδιο.
- **Την εξουθένωση:** πρόκειται για το στάδιο όπου οι μηχανισμοί άμυνας του ατόμου καταρρέουν.

Είδη άγχους κατά τον Spielberger

Ο Spielberger (1966) δίνει δύο διαστάσεις του άγχους και το διαχωρίζει σε δύο κατηγορίες:

- **Περιστασιακό άγχος (State anxiety):** Είναι υποκειμενικά, συνειδητά αντιλαμβανόμενα αισθήματα έντασης και ανησυχίας, που σχετίζονται με την διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Έτσι το περιστασιακό άγχος αναφέρεται σε μια αντίδραση του ατόμου σε συγκεκριμένη απειλητική κατάσταση.
- **Χαρακτηριστικό άγχος (Trait anxiety):** Μια αποκτημένη προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται και να αντιδρά σε ένα μεγάλο αριθμό μη απειλητικών καταστάσεων και να τις αντιλαμβάνεται ως απειλητικές, με αρκετά υψηλά επίπεδα περιστασιακού άγχους.

Επαγγέλματα και άγχος

Από τη φύση τους μερικά επαγγέλματα είναι περισσότερο αγχογόνα από άλλα. Ιδιαίτερα αγχογόνα είναι τα επαγγέλματα εκείνα που συνεπάγονται σχέσεις με ανθρώπους, απαιτούν ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων, ή οι αποφάσεις που λαμβάνονται είναι δυνατόν να έχουν σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες. Παραδείγματα τέτοιων επαγγελμάτων αναφέρονται ενδεικτικά παρακάτω:

- **Επαγγέλματα ένστολα:** αστυνομικοί, κυβερνήτες αεροσκαφών, φύλακες σε σωφρονιστικά ιδρύματα.
- **Καλλιτεχνικά επαγγέλματα:** δημοσιογράφοι, ηθοποιοί, παρουσιαστές ραδιοφώνου και τηλεόρασης, κινηματογραφιστές.
- **Επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου:** διαφημιστές, διευθυντές προσωπικού.
- **Επαγγέλματα παραγωγής και κατασκευών:** ανθρακωρύχοι, κτίστες.

- Επαγγέλματα υγείας: οδοντίατροι, γιατροί (ιδιαίτερα χειρουργοί), νοσηλευτές.
- Επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών: δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί. (Καντάς, 1995).

Η υγιής εργασία είναι εκείνη κατά την οποία η πίεση υπάρχει σε τέτοιο βαθμό που να παρακινεί τους εργαζόμενους να αξιοποιούν τις ικανότητες τους. Δηλαδή οι απαιτήσεις θα πρέπει να συμβαδίζουν με τις δυνατότητες των εργαζομένων. Επίσης η πίεση σχετίζεται με το βαθμό ελέγχου που έχουν οι εργαζόμενοι πάνω στη δουλειά τους καθώς και με την υποστήριξη που λαμβάνουν από τα άτομα που εργάζονται στον ίδιο χώρο όπως διευθυντές, προϊσταμένους και συναδέλφους.

Ως υγεία δεν θεωρείται ότι είναι μόνο η απουσία της αρρώστιας ή της αδυναμίας αλλά η θετική κατάσταση μιας πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Έτσι το υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι αυτό στο οποίο δεν υπάρχει απλά και μόνο η απουσία επιβλαβών συνθηκών αλλά η προώθηση άφθονων υγιών συνθηκών (Leka et al., 2003).

Άγχος και ιατρικό επάγγελμα

Όπως αναφέρουν οι Cooper et al., (1988) οι ιατροί ανήκουν στις επαγγελματικές ομάδες που θεωρούνται οι πιο εκτεθειμένες στο άγχος. Οι λόγοι είναι έντονα προφανής γιατί πρώτα από όλα η ομάδα αυτή των εργαζομένων διαχειρίζεται ανθρώπους και όχι αντικείμενα (Carplan et al., 1975) και οι παραλείψεις τους ή πράξεις τους ή λάθη τους έχουν άμεσο αντίκτυπο στις ζωές των ανθρώπων (Rees, 1995).

Σε καθημερινή βάση οι ιατροί βρίσκονται σε μια μόνιμη κατάσταση αξιολόγησης για τις ικανότητες τους τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους συναδέλφους τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα λάθη τους ή οι παραλείψεις τους να μην περνούν απαρατήρητα ειδικά μάλιστα αν έχουν προκαλέσει θανάσιμες συνέπειες τόσο στους ασθενείς όσο και στους ίδιους (Payne and Firth-Cozens, 1987).

Άλλες ουσιαστικές πηγές άγχους για τους επαγγελματίες υγείας αποτελούν:

- Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνοδούς
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό
- Οι σχέσεις με την Διοίκηση του νοσοκομείου και
- Ο αυξημένος κίνδυνος έκθεσης σε ασθένεια ή τραυματισμό (Αντωνίου, 2002).

Ασφαλώς το πρόβλημα διογκώνεται όταν πρέπει να αναλογιστούμε και την πίεση που δέχονται όταν θα πρέπει να δείχνουν ήρεμοι και ότι ελέγχουν μια κατάσταση ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να παραμείνουν συναισθηματικά εμπλεκόμενοι με τα προβλήματα υγείας του ασθενούς (Sutherland & Cooper, 1990).

Άλλοι παράγοντες που τοποθετούν το ιατρικό επάγγελμα ως ένα από τα πλέον στρεσογόνα είναι:

- Οι υψηλές απαιτήσεις του επαγγέλματος
- Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας
- Τα εξαντλητικά και ακανόνιστα ωράρια εργασίας
- Η σύγκρουση προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και
- Περιστατικά που καταλήγουν στο θάνατο.

Από την άλλη πλευρά υπάρχει και η αντίθετη άποψη όπως αναφέρει ο Kivimaki και συν., (2012), οι οποίοι επισημαίνουν ότι οποιοδήποτε επάγγελμα μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνα σημεία άγχους, όμως αυτό είναι συχνότερο σε όσους έχουν χαμηλότερη εργασιακή εξειδίκευση. Οι ιατροί λόγω της ελευθερίας λήψης αποφάσεων είναι λιγότερο πιθανό να αγχωθούν σε σχέση με ένα βιομηχανικό εργάτη.

Σε βιβλιογραφικές αναφορές αποδεικνύεται ότι ανάμεσα στις ιατρικές ειδικότητες υπάρχει διαφοροποίηση όσον αφορά την εμφάνιση του άγχους. Έτσι, οι ειδικότητες όπως οι ογκολόγοι, χειρουργοί (Balch & Copeland, 2007) οι καρδιολόγοι (Waldman et al., 2009), οι ψυχίατροι (Laubach et al., 1999) και οι ψυχολόγοι (Stevanovic & Rupert, 2009) έχουν αποτελέσει πληθυσμούς με συμπτώματα χρόνιου άγχους, το οποίο μεταφέρεται στην προσωπική τους ζωή.

Οι Tesser et al. (1971) αναφέρουν ότι οι ιατροί που ανακοινώνουν τα άσχημα νέα εμφανίζουν έλλειψη αυτοπεποίθησης, νευρικότητα και πολλές φορές επικοινωνούν διστακτικά με τους συγγενείς των ασθενών.

Οι Olkinuora et al. (1990) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ιατροί που εργάζονται σε μεγάλα νοσοκομεία εκτίθενται σε μεγαλύτερο βαθμό σε στρεσογόνες καταστάσεις σε σχέση με τους συναδέλφους τους οι οποίοι εργάζονται σε άλλο περιβάλλον.

Άγχος και νοσηλευτικό επάγγελμα

Ορισμένα επαγγέλματα είναι περισσότερο στρεσογόνα από κάποια άλλα λόγω της φύσης τους. Κυρίως είναι επαγγέλματα που κατά βάση ασχολούνται με την ανθρώπινη σφαίρα, απαιτούν ταχύτητα στην λήψη αποφάσεων ή οι αποφάσεις τους μπορεί να έχουν οικονομικές ή κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες (Cooper et al., 1998).

Σε παγκόσμιο επίπεδο εδώ και πολλά χρόνια το άγχος στο νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελεί σοβαρό πρόβλημα. Έρευνα που έγινε στην Σουηδία αποκάλυψε ότι περισσότερο από το 80% των νοσηλευτών που πήραν μέρος σε αυτήν, εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα άγχους.

Μια άλλη έρευνα που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές δέχονται την μεγαλύτερη πίεση και το μεγαλύτερο άγχος από όλους τους άλλους επαγγελματίες υγείας (Rees & Cooper, 1992).

Όπως συμβαίνει με τους ιατρούς έτσι και με τους νοσηλευτές έχει αποδειχθεί ότι η ευθύνη του αντικειμένου της εργασίας τους επειδή σχετίζεται με ανθρώπους, εμφανίζει υψηλά επίπεδα άγχους και έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν σε καρδιακά προβλήματα (Wardwell, Hyman & Bahnson, 1964).

Από την δεκαετία του 1960 ο Menzies (1960), ήταν αυτός που προσδιόρισε τέσσερις πηγές άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό, όπως:

- Η φροντίδα του ασθενούς
- Η λήψη αποφάσεων
- Η ανάληψη ευθυνών και
- Οι συνεχείς εναλλαγές.

Το 1981 οι Gray-Toft & Anderson αναγνώρισαν επτά κύριες πηγές άγχους στη νοσηλευτική, όπως:

- Η επαφή με το θάνατο
- Οι διαμάχες με το ιατρικό προσωπικό
- Η έλλειψη υποστήριξης
- Η ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς

- Οι διαμάχες με τους συναδέλφους
- Ο αυξημένος φόρτος εργασίας και
- Η αβεβαιότητα σχετικά με την θεραπεία του ασθενούς.

Ο Mc Vicar το 2003 σε μια έρευνά του αποδεικνύει ως κύριους παράγοντες δημιουργίας άγχους στους νοσηλευτές τους ακόλουθους:

- Τον φόρτο εργασίας
- Τις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας
- Την συναισθηματική φόρτιση από την νοσηλεία
- Τις αμοιβές και
- Την εργασία με βάρδιες.

Ένα άλλος σημαντικός παράγοντας που αυξάνει το άγχος είναι η πίεση που οφείλεται στον συνδυασμό των ευθυνών μεταξύ επαγγέλματος και προσωπικής οικογενειακής ζωής. Το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο στον γυναικείο πληθυσμό, λόγω της γυναικοκρατικής φύσης του επαγγέλματος, καθώς οι γυναίκες καλούνται να παίξουν πολλαπλούς ρόλους (Haw, 1982).

Οι επιπτώσεις όλων των παραπάνω παραγόντων έχει ως αποτέλεσμα τις συχνές απουσίες από την εργασία με αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Jennings, 1994)

Τα υψηλότερα επίπεδα άγχους εμφανίζουν οι νοσηλευτές που έχουν άμεση ευθύνη για τον ασθενή τους σε σχέση με τους βοηθούς νοσηλευτών και τους νοσηλευτές που ασκούν διοικητικά καθήκοντα, όπως αποδείχθηκε σε μεγάλη έρευνα σε 20 νοσοκομεία της Αυστραλίας (Bates, 1975)

Έρευνες μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού, έδειξαν ότι όσο αυξάνεται ο βαθμός του άγχους στην εργασία τους, τόσο περισσότερο χάνουν την υπομονή τους, την ευαισθησία τους απέναντι στους ασθενείς και την αυτοσυγκέντρωση τους (Motowidlo, Packrd & Manning, 1986) (Brady & Sonnie,1999).

Σε έρευνα του Clay (1989) αποδείχθηκε ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, αισθάνονται απογοήτευση, πίκρα, αυξημένη πίεση και μειωμένο ηθικό

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Η Επαγγελματική Εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας

Ορισμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Το 1974, χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά στη βιβλιογραφία ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (professional burnout) από τον Freuderberger (1974) και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας καθιερωμένος ορισμός για αυτό το φαινόμενο (Παππά και συν., 2008). Το 1982, η Christine Maslach διατυπώνει έναν από τους πλέον αποδεκτούς ορισμούς (Διλιντάς, 2010).

Σύμφωνα λοιπόν με τον ορισμό αυτό, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους 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 C., 1982).

Η καθηγήτρια ψυχολογίας Christine Maslach που βρίσκεται στο πανεπιστήμιο Barkeley, στην Καλιφόρνια, είναι η επιστήμονας που πρώτη ασχολήθηκε και μελέτησε την επαγγελματική εξουθένωση και δημιούργησε το γνωστό ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI). Βάσει μελετών που έγιναν με τη χρήση του ερωτηματολογίου MBI, η Maslach και συν. κατάφεραν να ορίσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση αποπροσωποποίηση και μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach et al., 1996). Η συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας. Κυριαρχεί η αίσθηση ότι έχουν εξαντληθεί οι συναισθηματικές εφεδρείες του ατόμου και ότι δεν υπάρχουν πλέον πηγές ανανέωσης. Είναι ένα σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις, δηλαδή τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την μειωμένη αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης που μπορεί να συμβεί σε άτομα που εργάζονται.

Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια διαδικασία που εξελίσσεται σταδιακά και οδηγεί στην ολοκληρωτική κατάρρευση του εργαζομένου, εάν αυτός δεν αναγνωρίσει έγκαιρα τις ενδείξεις και τα συμπτώματα της.

Για την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες και μοντέλα, τα οποία παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω.

Θεωρία του Freudenberger

Ο Freudenberger (1974) ήταν ο πρώτος που επισήμανε την συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων ως αποτέλεσμα των εργασιακών συνθηκών. Στη θεωρία του δίνει έμφαση στην ψυχολογία του ατόμου, βασιζόμενος σε μελέτες περιπτώσεων με επίκεντρο τις ψυχολογικές δυνατότητες και την ευαισθησία του ατόμου σε πιεστικές καταστάσεις. Επίσης περιέγραψε τη δυναμική του συνδρόμου, τους ψυχολογικούς λόγους που οδηγούν σε αυτό και τη διαδικασία εμφάνισης του.

Θεωρία των Edelwich και Brodsky

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky (1980) η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διαδικασία απο-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας, που απαρτίζεται από τέσσερα στάδια:

- **Στάδιο ενθουσιασμού:** Κατά την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, ο εργαζόμενος έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, τους αρρώστους και τους συναδέλφους του. Αφιερώνει στην εργασία πολύ χρόνο και ενέργεια.
- **Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας:** Αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι παρά την μεγάλη προσφορά του, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Προσπαθώντας να καλύψει το κενό, δουλεύει ακόμα περισσότερο, αλλά ξεκινά να κάνει και τα πρώτα παράπονα.
- **Στάδιο απογοήτευσης και ματαιώσης:** Αισθάνεται ότι η εργασία τού δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει στην ματαιότητα του οτιδήποτε μπορεί να προσφέρει. Εδώ μπορεί είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους του, ή να απομακρυνθεί από τους παράγοντες που του προκαλούν άγχος όπως οι ασθενείς ή ακόμη και ο χώρος εργασίας του.
- **Στάδιο απάθειας:** Επενδύει πλέον ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών και αν διατηρεί τη θέση του είναι για καθαρά βιοποριστικούς λόγους. (Κουλιεράκης και συν., 2000).

Η διαδραστική θεωρία του C. Cherniss

Το 1980 ο C. Cherniss διατύπωσε την θεωρία ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια διαδικασία που εξελίσσεται και ολοκληρώνεται σε τρία στάδια:

- **Φάση εργασιακού στρες:** Ο εργαζόμενος δεν διαθέτει τους απαιτούμενους υλικούς και συναισθηματικούς πόρους για να ικανοποιήσει τις προσωπικές του φιλοδοξίες και τις απαιτήσεις που προέρχονται από το εξωτερικό του περιβάλλον. Εάν ο εργαζόμενος αναγνωρίσει έγκαιρα την κατάστασή του, και βρει εγκαίρως τα μέσα για την αντιμετώπιση του στρες αυτό το στάδιο δεν οδηγεί απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.
- **Φάση εξάντλησης:** Το άτομο εκδηλώνει την αντίδραση του στην εργασιακή ανισορροπία με στρες, συναισθηματική ένταση, ανία και απάθεια, ενώ παράλληλα αδιαφορεί για τις ουσιαστικές και σημαντικές διαστάσεις του επαγγέλματός του. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο θεωρεί πλέον το εργασιακό του περιβάλλον εχθρικό και απειλητικό.
- **Φάση αμυντικής κατάληξης:** Ο εργαζόμενος έχοντας πλέον αποεπενδύσει εντελώς στο επάγγελμά του, παρουσιάζει μια κυνική και αρνητική συμπεριφορά, καθώς προσπαθεί να περιορίσει τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλούν οι συνθήκες εργασίας του και να επιβιώσει επαγγελματικά.

Η θεωρία της Pines

Οι Pines και Aronson (1988) ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες. Το μοντέλο είναι υπαρξιακό, όπου η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τα κίνητρα του εργαζόμενου. Τα άτομα με υψηλά κίνητρα ξεκινούν στον επαγγελματικό τους χώρο έχοντας υψηλούς προσωπικούς στόχους και αυξημένες απαιτήσεις από την απόδοσή τους. Τα κίνητρα των ατόμων διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες :

- **Καθολικά κίνητρα:** ορίζονται εκείνα που οι περισσότεροι διαθέτουν στο ξεκίνημα της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας και περιλαμβάνουν τους στόχους και τις προσδοκίες, για επιτυχία, εξουσία και κοινωνική αναγνώριση.

- **Ατομικά κίνητρα:** τα οποία συνδέονται με την εικόνα κάποιου σημαντικού για το άτομο προσώπου ή ένα σημαντικό γεγονός.
- **Επαγγελματικά κίνητρα:** τα οποία είναι αποτέλεσμα δυο διαδικασιών που αλληλεπιδρούν, της επιλογής και της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης. Παρόλο που η επιλογή επαγγέλματος θεωρείται τυχαία, έχει παρατηρηθεί ότι συγκεκριμένοι άνθρωποι με συγκεκριμένα κίνητρα, έλκονται από συγκεκριμένα επαγγέλματα. Η επαγγελματική κοινωνικοποίηση διδάσκει στα άτομα που ξεκινούν την επαγγελματική τους σταδιοδρομία αξίες και συμπεριφορές οι οποίες φαίνονται κατάλληλες για το συγκεκριμένο επαγγελματικό χώρο.

Το σύνολο των ανωτέρω κινήτρων συμβάλλει στο να δημιουργηθεί μια προσδοκία στο άτομο ότι η εργασία του θα το βοηθήσει να πετύχει και ότι θα έχει σημαντική επίδραση στη ζωή άλλων ανθρώπων. Η πραγματοποίηση ή όχι αυτής της προσδοκίας όμως εξαρτάται από το εργασιακό περιβάλλον και τις συνθήκες.

Η θεωρία των τριών διαστάσεων της Maslach

Χρησιμοποιώντας ως βάση τον προαναφερθέντα ορισμό της Maslach, αναδεικνύονται τρεις κύριες διαστάσεις του φαινομένου, οι οποίες και αντιπροσωπεύουν διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Οι διαστάσεις αυτές είναι:

- **Συναισθηματική εξάντληση:** περιλαμβάνει αισθήματα κόπωσης, ψυχικής και σωματικής, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Είναι το πρώτο στάδιο του συνδρόμου, όπου το άτομο νοιώθει ότι έχουν εξαντληθεί οι συναισθηματικές εφεδρείες του και ότι δεν υπάρχουν πηγές ανανέωσης. Συχνά συνυπάρχει με την αίσθηση των διαψευσμένων προσδοκιών του ατόμου.
- **Αποπροσωποποίηση:** είναι η απομάκρυνση και η αποξένωση του εργαζομένου από τους ασθενείς και η καθιέρωση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Ο εργαζόμενος μεταχειρίζεται τους ασθενείς περισσότερο ως αντικείμενα παρά ως ανθρώπινα όντα.
- **Έλλειψη προσωπικής επίτευξης:** είναι η αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του και συνεπάγεται μείωση στην απόδοσή του. Παράλληλα εκτιμά με αρνητικό τρόπο τον εαυτό του, ειδικά σε σχέση με την εργασία του και τους ασθενείς, συχνά με αποτέλεσμα την αρχή της κατάθλιψης. Το

άτομο για να ξεφύγει μπορεί είτε να ζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό, είτε να αλλάξει την εργασιακή του θέση με κάποια άλλη που δεν περιλαμβάνει στενή επαφή με τους ανθρώπους (Αντωνίου, 2003).

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Περιβαλλοντολογικούς και
- Ατομικούς (Κουλιεράκης και συν., 2000)

Στους περιβαλλοντολογικούς περιλαμβάνονται οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας του επαγγελματία υγείας, όπως:

- Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας
- Η έλλειψη προσωπικού
- Το εξαντλητικό ωράριο
- Η ασάφεια ως προς το ρόλο που αναλαμβάνει ο εργαζόμενος
- Η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας
- Η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη
- Η παρουσία άκαμπτης και αυταρχικής διοίκησης
- Οι αυξημένες απαιτήσεις ασθενών και συγγενών τους
- Η έλλειψη υποστήριξης από τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους και
- Η συχνή έκθεση στο θάνατο.

Στους ατομικούς παράγοντες ανήκουν η ατομικότητα του επαγγελματία όπως:

- Η προσωπικότητα του εργαζόμενου
- Τα κίνητρα που τον οδήγησαν να επιλέξει το επάγγελμά του
- Οι προσδοκίες του από την εργασία και
- Ο τρόπος αντίληψης και αντίδρασης στις πιεστικές καταστάσεις (Αδαλή & Λεμονίδου, 2001).

Αναλυτικά οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι οι εξής:

- **Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία:** αναφέρονται κυρίως στα προβλήματα φόρτου εργασίας και στα ωράρια του προσωπικού. Σε διάφορες έρευνες τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και του υπερβολικού φόρτου εργασίας, σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού. Επίσης οι επαγγελματίες υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν το στρεσογόνο ερέθισμα της συχνής έκθεσης τους στον ανθρώπινο πόνο και τον θάνατο (Bussing and Glaser, 2000).
- **Η σχέση του ατόμου με την οργάνωση:** έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να λειτουργήσει ως στρεσογόνος παράγοντας. Εάν είναι ασαφής, το άτομο διακατέχεται από έντονη ανασφάλεια ως προς τις καθημερινές του υποχρεώσεις που αναλαμβάνει, με πιθανά αποτελέσματα την χαμηλή αυτοπεποίθηση και κατάθλιψη. Εάν ο ρόλος του εργαζόμενου είναι αντιφατικός και καθημερινά αντιμετωπίζει διλήματα οργανωτικής δομής αισθάνεται ανασφάλεια για τις επιλογές του. Η σύγκρουση ρόλων έχει φανεί ότι συνδέεται με καρδιαγγειακά νοσήματα και υπέρταση (Peiro et al., 2001) .
- **Οι εργασιακές σχέσεις:** σε όλα τα επαγγέλματα, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων επηρεάζουν σημαντικά την γενικότερη ευημερία τους (Evans & Fisher, 1993). Για αυτό το λόγο, όταν οι σχέσεις ενός εργαζόμενου με τους συναδέλφους του χαρακτηρίζονται από ανταγωνισμό και συγκρούσεις, ή όταν ο προϊστάμενος του δεν τον αντιμετωπίζει ανθρώπινα, εκείνος οδηγείται σε απομόνωση και αποξένωση από το εργασιακό περιβάλλον, το οποίο δεν μπορεί πλέον να λειτουργήσει ως υποστηρικτικό δίκτυο (Argyee et al., 1999).
- **Ανάπτυξη της σταδιοδρομίας:** με την ανεργία να απειλεί ακόμη και τους υπαλλήλους με υψηλό μορφωτικό επίπεδο και κατάρτιση, είναι φυσικό για τον εργαζόμενο που εισέρχεται στην αγορά εργασίας να έχει συνεχή αίσθηση ανασφάλειας σχετικά με την παραμονή του σε συγκεκριμένες εργασιακές θέσεις. Προβλήματα επίσης αντιμετωπίζουν και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι, καθώς η προσαρμογή τους στην ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη δεν είναι εύκολη, με αποτέλεσμα τη βίωση αισθήματος ανεπάρκειας και αγωνίας (Fletcher, 2001). Άλλο ένα πρόβλημα είναι τα περίπλοκα συστήματα αξιολογήσεων που έχουν υιοθετήσει οι περισσότεροι οργανισμοί, στην προσπάθεια καλύτερης αξιολόγησης των εργαζομένων τους με αποτέλεσμα την επιφόρτιση αισθήματος ανασφάλειας. Τέλος, οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, θέτοντας μη ρεαλιστικές πρώιμες προσδοκίες, δεν επιτυγχάνουν να

ολοκληρωθούν προσωπικά, ενώ παράλληλα βιώνουν αισθήματα αλλοτριώσης (Lang, 1985).

- **Το κλίμα και η δομή της οργάνωσης:** ένα από τα πιο κλασσικά μοντέλα είναι αυτό του Karasek (1979) το οποίο προτείνει ως προβλεπτικούς παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης, τις επαγγελματικές απαιτήσεις και τον επαγγελματικό έλεγχο. Η επαγγελματική εξουθένωση εκδηλώνεται όταν συνυπάρχουν πολλές εργασιακές απαιτήσεις και περιορισμένος έλεγχος καθώς και μικρός βαθμός αυτονομίας. Με τον όρο απαιτήσεις ορίζονται ο φόρτος εργασίας και η χρονική πίεση, ενώ ως έλεγχος ορίζεται η ύπαρξη ή μη αυτονομίας στον επαγγελματικό προγραμματισμό καθώς και στη λήψη αποφάσεων. Αντίθετα, όταν οι αυξημένες απαιτήσεις εξακολουθούν να είναι υψηλές, αλλά ο εργαζόμενος έχει αυξημένο έλεγχο της δουλειάς του, τότε το άτομο κινητοποιείται για δράση και εξελίσσεται. Έτσι ο έλεγχος είναι ο καθοριστικός παράγοντας που εξισορροπεί τις στρεσογόνες επιδράσεις των απαιτήσεων.
- **Η αντιπαράθεση μεταξύ σπιτιού και εργασίας:** σύμφωνα με τους ερευνητές Hall, Burke και Greenglass (2001) η επαγγελματική εξουθένωση δεν σχετίζεται μόνο με ζητήματα που αφορούν την εργασία των ανθρώπων αλλά και με γεγονότα της προσωπικής οικογενειακής ζωής τους καθώς και με διάφορες διενέξεις τους. Σύμφωνα με άλλες μελέτες, επίδραση έχουν επίσης κρίσιμα γεγονότα ζωής, καθώς και οι συγκρούσεις μεταξύ οικογενειακών και επαγγελματικών απαιτήσεων (Frone et al., 1992, Allen et al., 2000). Ο Kelloway και συν. (1999) και ο Simdon και συν (2004) αναφέρουν την αντιπαράθεση της εργασίας με την οικογενειακή ζωή του ατόμου ως ένα από τα κύρια αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Greenhaus και Beutell (1985) αναφέρουν τρεις διαφορετικές πηγές παραγόντων στην σύγκρουση σπιτιού – εργασίας:
 - Από τις συγκρούσεις σε σχέση με τον χρόνο,
 - Σε σχέση με την ένταση,
 - Από τις συγκρούσεις που απορρέουν από τη συμπεριφορά του εργαζόμενου ζευγαριού.

Σύμφωνα με τους Lewis και Cooper (1987, 1989) οι παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και προκαλούν μεγάλες εντάσεις και προβλήματα στις σύγχρονες οικογένειες διπλής καριέρας, είναι πέντε:

- Συγκρούσεις που απορρέουν από τη διάμευση των παραδοσιακών προσδοκιών για τους ρόλους του άνδρα και της γυναίκας
- Υπερβολικός φόρτος εργασίας
- Συνεχή διλήμματα για τους ρόλους
- Διλήμματα για τις σχέσεις και
- Διλήμματα ισότητας.

Ως συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι οι συγγραφείς συμφωνούν ότι οι σύγχρονες οικογένειες έχουν αυξημένες πιθανότητες να βιώσουν την επαγγελματική εξουθένωση.

Οι ατομικοί παράγοντες αναφέρονται σε ατομικά χαρακτηριστικά, όπως και σε ενδοατομικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες που συμμετέχουν στο φαινόμενο ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εμφάνιση του φαινομένου εξαρτάται κυρίως από τον τρόπο που ερμηνεύει και αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος τις πιεστικές συνθήκες του περιβάλλοντος καθώς και από τα κίνητρα που τον ώθησαν να εργασθεί στον συγκεκριμένο χώρο, αλλά και από τις προσδοκίες του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η επαγγελματική ικανοποίηση να διαδραματίζει μεγάλο ρόλο ως απόρροια της σχέσης μεταξύ των επιδόσεων και των προσδοκιών του ατόμου και της σχέσης μεταξύ των συνεισφορών του και των αμοιβών που απολαμβάνει (Leiter and Maslach, 1988, Dekker and Schaufeli, 1995, Antoniou, 1999).

Η Kobasa και συν. (1982) εισήγαγαν μια νέα έννοια την ανθεκτικότητα στο στρες. Η ανθεκτικότητα αυτή περιλαμβάνει τρία σημεία:

- **Εσωτερική έδρα ελέγχου (Focus of Control):** που περιγράφει την αίσθηση των εργαζομένων ότι αυτοί ελέγχουν τις καταστάσεις, χωρίς να γίνονται έρμια αυτών,
- **Αφοσίωση – Δέσμευση (Commitment):** που χαρακτηρίζει τους εργαζόμενους που επενδύουν χρόνο και προσπάθεια στη δουλειά τους, με παράλληλη επίδειξη ενδιαφέροντος και δέσμευσης,
- **Ευελιξία – Πρόκληση (Challenge):** το χαρακτηριστικό ασπίδα ενάντια στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι εργαζόμενοι που το διαθέτουν αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα εμπόδια στο χώρο εργασίας τους ως πρόκληση, με αποτέλεσμα τα

καθημερινά προβλήματα αντί να είναι πηγή στρες να είναι κίνητρα για αλλαγή και δράση (Αντωνίου και συν., 2007)

Στην εκδήλωση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης συμβάλλουν περισσότερο οι ατομικοί παρά οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Papadatou et al., 1994).

Συμπτώματα και επιπτώσεις του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσος και με συγκεκριμένη συμπτωματολογία. Οριοθετείται μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις των εργαζομένων που συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα σε συναισθηματικό επίπεδο, οργανικό, γνωστικό επίπεδο ή και επίπεδο συμπεριφοράς (Δημητρόπουλος και συν., 2008).

Η μακροχρόνια συχνή και έντονη έκθεση του επαγγελματία υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες επιφέρει υπερκόπωση και εξάντληση με συνέπειες τόσο στη φυσική κατάσταση του ατόμου, όσο και στη συμπεριφορά του στην εργασία άλλα και στην προσωπική του ζωή. Φυσικά οι επαγγελματίες υγείας δεν εκδηλώνουν όλοι τα ίδια συμπτώματα. (Θεοφίλου, 2009)

Σύμφωνα με τον Freudenberger (1974) το προσωπικό:

- Έχει χαμηλή αποτελεσματικότητα στο έργο που έχει προς εκτέλεση
- Το ηθικό του παρουσιάζεται μειωμένο
- Υπάρχουν υψηλά ποσοστά αποχώρησης του προσωπικού από την εργασία
- Το άτομο αισθάνεται εξάντληση απογοήτευση και θυμό
- Εκφράζει παράπονα για την έλλειψη ύπνου και χρόνιους πονοκεφάλους κόπωση και πόνους στη πλάτη
- Υποφέρει εμφανίζοντας κρυώματα και βήχα
- Ορισμένοι εργαζόμενοι μάλιστα αναφέρουν αλλεργικές αντιδράσεις και
- Δερματικές παθήσεις όπως η ακμή, τα εξανθήματα και το έκζεμα.

Το άτομο εμφανίζει αδυναμία αντιμετώπισης οικογενειακών ζητημάτων ενώ μπορεί να προβεί σε κατανάλωση αλκοόλ ή σε άλλες μορφές ακραίας συμπεριφοράς. Είναι ικανό να διακόψει σχέσεις που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του αδυνατώντας να ελέγξει τη παρορμητική συμπεριφορά του αφού λειτουργεί ανεξέλεγκτα. Στο χώρο των εξαρτήσεων αυτή η συμπεριφορά εμφανίζεται με κατηγορίες προς συναδέλφους για τις περιπτώσεις των

ατόμων που διακόπτουν από τη θεραπεία, με αδυναμία στη λήψη αποφάσεων, με έλλειψη σταθερότητας στις απόψεις, με αποφυγή σημαντικών συναντήσεων, με έλλειψη συγκέντρωσης στα εργασιακά θέματα και με φανερές δυσκολίες όσον αφορά την ολοκλήρωση των εργασιών (Πουλόπουλος, 2011).

Επίσης, σύμφωνα με τον Πουλόπουλο, αυτό που συμβαίνει συχνά με τους επαγγελματίες στο χώρο υγείας, είναι ότι οι ίδιοι υποτιμούν τις δικές τους ανάγκες σε σχέση με αυτές των ασθενών τους, επιδιώκουν να παρουσιάζουν αλάθητη συμπεριφορά και αφιερώνουν πολλές ώρες εργασίας. Αυτό συχνά συμβαίνει εις βάρος τους και διαμορφώνουν τη πεποίθηση ότι είναι το καθήκον τους να φροντίζουν τους άλλους ξεπερνώντας τον εαυτό τους. Συχνά παραβλέπουν τους κινδύνους που κρύβουν αυτές οι προσδοκίες και δε πιστεύουν πως η επαγγελματική εξουθένωση θα μπορούσε να συμβεί και σε αυτούς (Πουλόπουλο, 2005).

Σε επίπεδο εμφάνισης συμπτωμάτων που έχουν ως αφετηρία και γενεσιουργό αιτία την επαγγελματική εξουθένωση, διακρίνουμε τρεις μεγάλες κατηγορίες. Τα συμπτώματα που αφορούν στις σωματικές επιπτώσεις, αυτά που αφορούν στις ψυχολογικές επιπτώσεις και τέλος αυτά που αφορούν στις επιπτώσεις σε επίπεδο συμπεριφοράς (Καρανικόλα και συν., 2009).

- **Σωματικά συμπτώματα:** Αναφέρονται σε μια σειρά από επιπτώσεις στην σωματική κατάσταση του επαγγελματία υγείας με ιδιαίτερα επίπονες συνέπειες για την σωματική υγεία του ατόμου. Η σωματική εξάντληση και η κούραση ως απόρροια της αδιάκοπης και εξαντλητικής εργασίας, αποτελεί την κατεξοχήν επίπτωση σε σωματικό επίπεδο. Επιπλέον, έχουν παρατηρηθεί περιστατικά με εμφάνιση κατάθλιψης, υπερέντασης, πονοκεφάλους, κρούσματα με αϋπνίες και αυξομειώσεις του σωματικού βάρους του προσωπικού. Επιπλέον, παρατηρούνται αυξημένα κρούσματα ασθενειών, γαστρεντερικά και αναπνευστικά προβλήματα, καθώς και εμφάνιση διαταραχών λόγου και σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- **Ψυχολογικά συμπτώματα:** Τα συμπτώματα σε ψυχολογικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα επίπονα και οι επιπτώσεις τους μεγάλης σημαντικότητας για την ομαλή εκτέλεση των καθηκόντων του προσωπικού. Η συναισθηματική εξάντληση και η συνακόλουθη έλλειψη ενδιαφέροντος για τα προβλήματα των ασθενών αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό σε επίπεδο ψυχολογικών επιπτώσεων. Ο κυνισμός, η αρνητική προδιάθεση, η απάθεια καθώς και η ευερεθιστικότητα και ο εκνευρισμός, αποτελούν

πολλές φορές κλασικά ψυχολογικά συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συχνό φαινόμενο αποτελεί και η αδυναμία χειρισμού των κρίσιμων καταστάσεων, η διαρκής αίσθηση ματαιότητας και η διάχυτη αίσθηση ηθικής και ψυχολογικής κατάρρευσης.

Τέλος, η αλλοτρίωση τόσο σε σχέση με το εργασιακό περιβάλλον όσο και με τους ασθενείς, αποτελεί σύμπτωμα με χαρακτηριστικά στοιχεία την αποπροσωποποίηση, το διαρκές αίσθημα αποτυχίας, την αποξένωση, την καχυποψία, την αίσθηση ενοχής και τέλος την κατάθλιψη και την εκδήλωση συμπεριφορών που αποκλίνουν σημαντικά από τα κοινά αποδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς (Μάντη και συν., 2000).

- **Συμπτώματα σε επίπεδο συμπεριφοράς:** Ως απόρροια των παραπάνω συμπτωμάτων, σε επίπεδο συμπεριφοράς παρατηρείται αυξημένο επίπεδο απουσίας από την εργασία, αίσθηση ματαιότητας και παραίτησης, χαμηλό επίπεδο επικοινωνίας, έλλειμμα ενθουσιασμού και συνακόλουθα χαμηλό επίπεδο εργασιακής απόδοσης και αντίστοιχα εργασιακής ικανοποίησης. Παράλληλα, παρατηρείται αύξηση των φαινομένων κοινωνικής παθογένειας και αποκλίνουσας συμπεριφοράς (αλκοόλ, ενδοοικογενειακή βία, χρήση φαρμάκων). Τέλος, τα συνεχή παράπονα για την εργασία καθώς και η αδυναμία ορθολογικής διαχείρισης της καθημερινότητας, αποτελεί μια παράμετρο που επιτείνει τα προβλήματα και δημιουργεί κινδύνους όχι μόνο για την ομαλή λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αλλά και για την πορεία της υγείας των ασθενών (Scambler, 1987).

Στο πίνακα 1 παρουσιάζεται η μεγαλύτερη λίστα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και παρόλο που δεν εκδηλώνουν όλοι οι επαγγελματίες τα ίδια συμπτώματα είναι κάποια από τα σημαντικότερα που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία (Θεοφίλου, 2009).

Πίνακας 1: Λίστα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφοράς
Σωματική εξάντληση/κούραση	Έλλειψη υπομονής/Ευερεθιστικότητα	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση

Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/απάθεια	Παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Υπερένταση	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες, Εκνευρισμός Αυξημένη ανησυχία	Υπερβολική χρήση αλκοόλ Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	Εργασιομανία
Κατάθλιψη		

Τα συμπτώματα της εξουθένωσης στην πραγματικότητα αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στην βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου, το οποίο καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες συνήθειες και επιλογές που έχει υιοθετήσει στη ζωή του (Παπαδάτου και συν., 1999)

Στον τομέα της υγείας έχουν γίνει πολλές συσχετίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης:

- με την αύξηση των ιατρικών λαθών,
- των μετεγχειρητικών επιπλοκών,
- την αυξημένη θνητότητα χειρουργημένων,
- την χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και
- την προσφορά χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Δημητρόπουλος και συν., 2008)

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική το 2008 σε 7.905 χειρουργούς, έδειξε ότι μεγάλα ιατρικά λάθη σχετίζονται με το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης των χειρουργών και την ψυχική ποιότητα ζωής τους (Shanafelt et al., 2010).

Σε μελέτη των Leiter et al., (1988) βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα όπου το προσωπικό εμφάνιζε το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι, τόσο από την νοσηλευτική φροντίδα όσο και από την ιατρική φροντίδα που τους είχε παρασχεθεί (Παπά και συν., 2008).

Σε μελέτη που έγινε σε 347 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν σε γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ της Αθήνας και της επαρχίας, επιβεβαιώθηκε ότι η σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από το stress που βιώνουν στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου (Μπελλάλη και συν., 2007).

Η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας εκτός από τα οργανικά συμπτώματα, τα αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, τις ψυχικές διαταραχές και την ψυχρότητα και την αδιαφορία προς τους ασθενείς, μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίησή τους για την ζωή, δηλαδή την προσωπική και κοινωνική τους ζωή. Ακόμη υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να επηρεάσουν και άλλους επαγγελματίες υγείας όπως εκπαιδευόμενους ή συναδέλφους τους (Παπά και συν., 2008)

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι χρήσιμο να τα γνωρίζουν τόσο οι εργαζόμενοι όσο και ο οργανισμό για να μπορούν να τα αντιμετωπίσουν έγκαιρα. Οι εργαζόμενοι βιώνουν ένταση, γκρίνια, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα. Αντικειμενοποιούν τους ασθενείς και έχουν αρνητική στάση για τον εαυτό τους. Επίσης δυσκολεύονται στο να ξυπνήσουν για να πάνε στην εργασία τους. Παρουσιάζουν μείωση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας λόγω της επιβάρυνσης της σωματικής τους υγείας. Αυξάνουν τη χρήση αλκοόλ, φαρμάκων ή και εθιστικών ουσιών (Χαρίτου – Φατούρου και συν., 2008)

Τα συμπτώματα της εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στην βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου, και έτσι καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες συνήθειες και επιλογές που έχει υιοθετήσει στη ζωή του (Παπαδάτου και συν., 1999).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αφορούν μόνο στην φυσική κατάσταση και ψυχική ισορροπία του ατόμου, αλλά πολλές φορές και στην συμπεριφορά του στην δουλειά. Εμπλέκονται θέματα ασφάλειας στην εργασία, ικανοποίησης και στελέχωσης του

ανθρώπινου δυναμικού, παραγωγικότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στον τομέα της υγείας, έχουν γίνει συσχετίσεις με την αύξηση των ιατρικών λαθών, των μετεγχειρητικών επιπλοκών, την αυξημένη θνητότητα χειρουργημένων, την χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και την προσφορά μειωμένης ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Δημητρόπουλος και συν., 2008).

Το υγειονομικό προσωπικό των νοσοκομείων βιώνει συχνά πολύ υψηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους, γεγονός που μπορεί συχνά να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση του φαινομένου (Τούκας και συν., 2011).

Η επαγγελματική εξουθένωση παρατηρείται κατεξοχήν στους επαγγελματίες υγείας σε μεγάλο βαθμό, λόγω της φύσης του επαγγέλματος τους και της καθημερινής τους επαφής με τον ανθρώπινο πόνο (Αλεξιάς και συν., 2010).

Είναι φανερό επίσης, πως αν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας δεν ήταν τα μεγαλύτερα που έχουν βρεθεί σε σχέση με άλλους επαγγελματικούς χώρους, σημαίνουν πολύ περισσότερα και έχουν μεγαλύτερη σημασία λόγω των μεγάλων επιπτώσεων τους (Παππά και συν., 2008)

Με βάση τα υπάρχοντα ερευνητικά στοιχεία του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται συχνότερα στους ιατρούς και νοσηλευτές χωρίς φυσικά να αποκλείονται και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι και άλλες ειδικότητες (Pavlakis et al., 2010)

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης κάνει έντονη την παρουσία του και στους Έλληνες λειτουργούς υγείας, όπως έχει συμβεί και στις άλλες αναπτυγμένες χώρες (Γούλας και συν., 2005)

Έρευνα που έγινε σε 448 νοσηλευτές σε νοσοκομεία της Αθήνας και της επαρχίας, στον παθολογικό τομέα, τον χειρουργικό τομέα και τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, έφερε τα εξής αποτελέσματα:

- το 34% των εργαζομένων εμφάνισε υψηλή συναισθηματική εξάντληση,
- το 44% υψηλή αποπροσωποποίηση και το
- 60% χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα.

Οι πλέον ευάλωτοι στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν οι νοσηλευτές της επαρχίας και όσοι εργάζονταν στον παθολογικό τομέα και στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Νούλα και συν., 2010).

Το ποσοστό της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους χειρουργούς κυμαίνεται από 30% έως 38%. Μελέτη που έλαβε χώρα στο πανεπιστήμιο του Michigan – Ann Arbor σε ένα δείγμα 582 χειρουργών, έδειξε ότι:

- Το 32% παρουσίασε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης
- Το 13% υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και
- Το 4% παρουσίασε χαμηλή αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης (Balch, et al., 2009).

Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης στο σύστημα υγείας

Η εμφάνιση υψηλών επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας ενός υγειονομικού οργανισμού, έχει σαν αποτέλεσμα μια σειρά από αρνητικές συνέπειες, τις οποίες μπορούμε να τις ταξινομήσουμε ως εξής (Maslach, 1982):

- **Οικονομικές συνέπειες:** οι συχνές απουσίες από την εργασία καθώς και η μειωμένη αποδοτικότητα λόγω επαγγελματικής εξουθένωσης, έχει ως αποτέλεσμα καθυστέρηση στο πλάνο εκτέλεσης των καθημερινών προγραμματισμένων εργασιών, άρα μειωμένη αποδοτικότητα, συνεπώς αυξημένο κατά κεφαλήν κόστος εργασίας για την ομαλή διεκπεραίωση των αναγκαίων θεραπευτικών διαδικασιών. Ουσιαστικά, ο υγειονομικός φορέας, για να φέρει σε πέρας συγκεκριμένες θεραπευτικές δράσεις, απαιτείται πλέον η καταβολή περισσότερων εργατοωρών, συνεπώς μεγαλύτερο οικονομικό κόστος για την εκτέλεση ίδιων εργασιών θεραπείας.
- **Συνέπειες σε επίπεδο οργάνωσης:** τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού συνοδεύονται από αντίστοιχα επίπεδα αποδιοργάνωσης της εργασιακής και οργανωτικής δομής του. Η συχνή απουσία από την εργασία συνοδεύεται από αντίστοιχα υψηλά επίπεδα πρόθεσης, για αποχώρηση από την εργασία. Αυτό έχει ως συνέπεια την αποδόμηση της οργανωτικής δομής του υγειονομικού οργανισμού, την αφαίμαξη του προσωπικού του και την καταρράκωση του προφίλ του ως ελκυστικού εργοδότη στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας (Susuki et al., 2006).

- **Συνέπειες σε επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας:** το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών αλλά και των συνοδών τους κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, αποτελεί έναν βασικό δείκτη μέτρησης της ποιότητας τόσο των υπηρεσιών υγείας που παρέχει ένας υγειονομικός φορέας όσο και του επιπέδου επικοινωνίας και φροντίδας από το προσωπικό. Συνεπώς υπάρχει άμεση συσχέτιση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού με το επίπεδο ικανοποίησης και ποιοτικής αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς/χρήστες και τους συνοδούς τους (Παππά και συν., 2008).

Αντιμετώπιση επαγγελματικής εξουθένωσης

Είναι δεδομένο ότι οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού είναι ιδιαίτερα επώδυνες, τόσο για την σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου, όσο και για την επαρκή και αποτελεσματική παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από τις μονάδες υγείας. Καθίσταται αναγκαία η διαμόρφωση και η εφαρμογή ολοκληρωμένων και εφαρμόσιμων προτάσεων, οι οποίες θα αποτελούν μια ασπίδα προστασίας για όλους τους εμπλεκόμενους από το φαινόμενο αυτό (Potter et al., 1987).

Οι δράσεις που προτείνονται αφορούν δύο επίπεδα:

- Το ατομικό – ψυχολογικό και
- Το οργανωτικό – εργασιακό (Maslach et al., 2001) (Δημητρόπουλος και συν., 2008)

Δράσεις σε ατομικό – ψυχολογικό επίπεδο

Είναι πολύ σημαντικές και αναγκαίες οι παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν σε ατομικό επίπεδο και να αποτελέσουν μια οργανωμένη γραμμή άμυνας σε σχέση με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο αναλυτικά:

- **Έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων:** είναι προφανές, ότι όσο πιο έγκαιρα το προσωπικό αναγνωρίσει τα πρώτα σημάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης, τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι και η παρέμβαση που θα απαιτηθεί για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που δημιουργούνται. Συνεπώς, οι πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, θα πρέπει να αποτελέσουν για τον εργαζόμενο το καμπανάκι που θα σημάνει την αναθεώρηση του μέχρι τώρα επαγγελματικού του πλάνου, με την αποφυγή περαιτέρω φόρτου εργασίας

και ανάληψης ευθυνών που δεν μπορούν να πραγματοποιούν την δεδομένη χρονική περίοδο (Παπαδάτου και συν., 1995).

- **Η επανεξέταση των προσωπικών στόχων και των επαγγελματικών προσδοκιών:** αποτελεί συνήθη πρακτική στον χώρο του προσωπικού η σύγκρουση των προσωπικών τους στόχων και προσδοκιών με την εργασιακή πραγματικότητα και κουλτούρα. Ιδιαίτερα, στα δημόσια νοσοκομεία όπου η οργανωτική δομή και οι εργασιακές σχέσεις είναι πιο χαλαρές, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της ασυμφωνίας μεταξύ των μη ρεαλιστικών επαγγελματικών προσδοκιών και της πραγματικότητας που συνήθως έχει διαψεύσει τις μεγάλες προσδοκίες με τις οποίες εισήλθε το προσωπικό στον χώρο της υγείας (Ποταμιάνος, 1995).
- **Η υιοθέτηση συγκεκριμένων πρακτικών αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης:** γίνεται αναφορά σε εντελώς προσωπικές στρατηγικές που μπορεί να προσπαθήσει να εφαρμόσει ο εργαζόμενος έτσι ώστε να αντιμετωπίσει τις στρεσογόνες καταστάσεις της καθημερινότητας του. Η εξωστρέφεια, ο ανοικτός χαρακτήρας και η διάθεση εκ μέρους του εργαζόμενου να μοιραστεί τους προβληματισμούς του, λειτουργεί αρκετά θεραπευτικά για την αντιμετώπιση του φαινομένου.
- **Ο ρόλος των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης:** η ύπαρξη και ο σημαντικός ρόλος των κοινωνικών δικτύων, αποτελούν ένα πλέγμα άτυπων φορέων κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ενσωμάτωσης, που σαν αποτέλεσμα έχει έναν αρκετά σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο. Σημαντικοί πυλώνες είναι το φιλικό περιβάλλον, η οικογένεια, οι σχέσεις με τους συναδέλφους ώστε να δημιουργήσουν μια υποστηρικτική δομή για τα πρώτα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- **Δράσεις που στοχεύουν στην σωματική και πνευματική ανάταση:** η σωστή διαχείριση του ελεύθερου χρόνου, αποτελεί ίσως το μαγικό κλειδί για την αναχαίτιση των συμπτωμάτων του φαινομένου. Χρειάζεται η υιοθέτηση μια ρεαλιστικής επαγγελματικής κουλτούρας στον εργασιακό βίο, σε συνάρτηση με την διέξοδο προς δράσεις που θα ευεργετούν την σωματική και ψυχική υγεία του εργαζομένου. (Παπαδάτου και συν., 1999).
- **Αναθεώρηση της επαγγελματικής ταυτότητας και η αλλαγή θέσης εργασίας:** ίσως ο εργαζόμενος κληθεί να αναθεωρήσει τους επαγγελματικούς του στόχους και δεν

είναι ασυνήθιστο το φαινόμενο αλλαγής του χώρου εργασίας ως μια τελευταία προσπάθεια για να αντιμετωπιστεί μια κατάσταση κρίσης που μπορεί να βιώνει ο επαγγελματίας υγείας.

Δράσεις σε οργανωτικό – εργασιακό επίπεδο

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις προβάλλουν ως κύριους παράγοντες που ευθύνονται για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, το εργασιακό και επαγγελματικό περιβάλλον αλλά και την γενικότερη κουλτούρα της οργάνωσης και διοίκησης που το διέπει (Μισουρίδου, 2009). Πιο συγκεκριμένα:

- **Η φιλοσοφία της διοίκησης:** η βασική πλατφόρμα πάνω στην οποία θα λειτουργήσει ο υγειονομικός φορέας είναι το μοντέλο διοίκησης και ηγεσίας. Επομένως ο τρόπος άσκησης της διοίκησης έχει άμεση επίπτωση στον τρόπο λειτουργίας, άρα επηρεάζει άμεσα και την εμφάνιση κρουσμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης (Τούκας και συν., 2011). Το δημοκρατικό μοντέλο διοίκησης στο οποίο ο εργαζόμενος συμμετέχει και αυτός στην λήψη αποφάσεων και συνδιαμορφώνει έτσι την πολιτική του οργανισμού, αποτελεί το ιδεατό διοικητικό μοντέλο, τόσο σε επίπεδο αποτελεσματικότητας όσο και σε σχέση με την αποδοχή και ικανοποίηση που απολαμβάνουν οι εργαζόμενοι του (Glasberg et al., 2007).

Ο αποτελεσματικός ηγέτης έχει όραμα με αποτέλεσμα να εμπνέει τους υφισταμένους του, παρακινώντας τους σε μια διαρκή αναζήτηση για προσωπική ολοκλήρωση και κοινωνικοοικονομική και επαγγελματική κινητικότητα (Cook, 1992). Συνεπώς η υποκίνηση και η παροχή κινήτρων και υλικών αλλά και ηθικών, αποτελεί την κινητήρια δύναμη για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών στα πλαίσια δράσης του φορέα υγείας, με παράλληλη αποφυγή περιστατικών επαγγελματικής εξουθένωσης (Stroebe et al., 1995).

- **Το οργανόγραμμα του φορέα και το επίπεδο αξιοποίησης των εργαζομένων:** ο τρόπος καταμερισμού της εργασίας καθώς και η αξιολογική προσέγγιση στην επιλογή των καθηκόντων, αποτελεί παράμετρο για τον ομαλό εργασιακό βίο και την αποφυγή κρουσμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες της υγείας το να υπάρχει ένα καθηκοντολόγιο που θα τηρείται αξιολογικά με αποτέλεσμα την διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των

εργαζομένων. Επίσης η βελτίωση των συνθηκών εργασίας, αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο που θα εξορθολογήσει το σύστημα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός μελέτης

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της αυτοεκτίμησης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας και του Δορυφορικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου '409'.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα από 1 Ιανουαρίου 2013 έως 31 Μαρτίου 2013 και επικεντρώνεται στην περίπτωση των Νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Γ.Ν. Πατρών Άγιος Ανδρέας και του Δορυφορικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου '409' του Δήμου Πατρών.

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιο είναι το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτοεκτίμησης του άγχους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού;
2. Διαφοροποιείται η αυτοεκτίμηση για το άγχος ανάλογα με τα δημογραφικά και τα υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας;
3. Διαφοροποιούνται τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα με τα δημογραφικά και τα υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας;

Σχεδιασμός έρευνας

Ο σχεδιασμός ήταν διερευνητικός, περιγραφικός. Προκειμένου να ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη, είχε ήδη διενεργηθεί μία περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση, η οποία και χρησιμοποιήθηκε στην ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας. Στη συλλογή των βιβλιογραφικών αναφορών, είχε τεθεί γλωσσικός περιορισμός, με την επιλογή δημοσιευμένων άρθρων στα αγγλικά και ελληνικά.

Συλλογή δεδομένων

Για την συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήσαμε την τεχνική του γραπτού ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Η χρήση του ερωτηματολογίου ως ερευνητικού

εργαλείου στην παρούσα έρευνα, κρίθηκε ως η πιο κατάλληλη κυρίως για τους παρακάτω λόγους:

- Μέσω του ερωτηματολογίου η συγκέντρωση δεδομένων, δεν είναι χρονοβόρα και ο ερωτώμενος έχει τη δυνατότητα να δώσει ειλικρινείς απαντήσεις αφού είναι ανεπηρέαστος από την παρουσία του ερευνητή.
- Τέλος, θεωρήθηκε ότι μπορεί να διασφαλιστεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της έρευνας σε μεγάλο βαθμό, αφενός μέσω των κλειστών ερωτήσεων οι οποίες κωδικοποιούνται εύκολα και αφετέρου μέσα από τη χρήση συγκεκριμένων εργαλείων που έχουν δοκιμαστεί και ελεγχθεί από πολλούς ερευνητές.

Σημειώνεται πως η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 1 Ιανουαρίου 2013 έως 31 Μαρτίου 2013 και είχε τη μορφή αυτοσυμπλήρωσης. Εξηγήθηκε στους συμμετέχοντες ο σκοπός της έρευνας, το προαιρετικό της συμμετοχής τους, η εξασφάλιση της ανωνυμίας και η τήρηση του απορρήτου καθώς και η μη χρήση των στοιχείων σε άλλες έρευνες ή άλλους σκοπούς.

Ερευνητικά εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε στη βάση των βασικών αρχών που διέπουν την σύνταξη και χρήση ερωτηματολογίου στη επιστημονική έρευνα. Είναι γραμμένο δηλαδή κατά τρόπο σαφή και απλό. Έγινε προσπάθεια επομένως ώστε να αποφεύγονται εξειδικευμένοι όροι αλλά και φράσεις διαφορούμενες. Επίσης, προτιμήθηκε το β' πληθυντικό πρόσωπο, έτσι ώστε, να μην θεωρηθούν οι απευθυνόμενες ερωτήσεις ανακριτικού τύπου, αλλά διερευνητικού τύπου που επιζητούν ατομικές απαντήσεις από τους ερωτώμενους μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο γενίκευσης και εξαγωγής χρήσιμων γενικών πορισμάτων.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου είναι πιο δομημένες και πιο εύκολες στη συμπλήρωση και την ανάλυσή τους (Bell, 2001). Δε χρησιμοποιήσαμε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου λόγω των δυσκολιών που δημιουργούνται κατά την επεξεργασία και ανάλυσή τους, αλλά και επειδή συχνά μένουν αναπάντητες.

Αναλυτικότερα το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη:

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις καταγραφής δημογραφικών και υπηρεσιακών στοιχείων των επαγγελματιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα αποτελείται από ερωτήσεις οι οποίες αποτυπώνουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό εξέταση πληθυσμού. Στην ίδια ενότητα ενσωματώθηκαν επιπλέον και κάποιες ερωτήσεις για το μορφωτικό επίπεδο του προσωπικού, το τμήμα που εργάζεται, τα χρόνια προϋπηρεσίας στο επάγγελμα καθώς και την αναλογία των ασθενών σε κάθε βάρδια.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο καταγραφής αυτοεκτίμησης για το άγχος του Spielberg (1970). Το εργαλείο αυτό έχει ήδη μεταφραστεί σε 66 γλώσσες και χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 20.000 δημοσιευμένες έρευνες. Στο ερωτηματολόγιο αυτό περιγράφεται η διαδικασία του να βιώνεις το άγχος, ως αποτέλεσμα μιας χρόνιας ακολουθίας εσωτερικών και εξωτερικών αλληλεπιδράσεων και συναισθημάτων, γνωστικών παραγόντων καθώς και μηχανισμών άμυνας. Η ανήσυχη κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από την φυσιολογική διέγερση και από τις σκέψεις μια επικείμενης καταστροφής, υποκινείται είτε από εξωτερικούς παράγοντες άγχους, είτε από κάποιο εσωτερικό ερέθισμα (π.χ. μυϊκός σπασμός). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται σε δύο μέρη. Οι πρώτες 20 ερωτήσεις περιγράφουν τα συναισθήματα που κατακλύζουν το άτομο τη στιγμή της μελέτης δηλαδή την περιστασιακή αγχώδης συναισθηματική κατάσταση, ενώ οι υπόλοιπες 20 αναφέρονται στο πώς αισθανόταν το άτομο γενικά τις τελευταίες ημέρες, δηλαδή τη χαρακτηριστική συναισθηματική κατάσταση του υποκειμένου.

Στις επιμέρους ερωτήσεις του εργαλείου αυτού υπάρχουν τέσσερις πιθανές απαντήσεις για κάθε ερώτηση και ανάλογα με το ποια από αυτές τους αντιπροσωπεύει καλύτερα δίνεται και η απάντηση. Οι απαντήσεις για το πρώτο μέρος διαβαθμίζονται σε: καθόλου, κάπως, μέτρια, πάρα πολύ και για το δεύτερο σε: σχεδόν ποτέ, μερικές φορές, συχνά, σχεδόν πάντοτε. Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 1 έως 4 και το σκορ του τεστ κυμαίνεται από 20-80 για κάθε μέρος (Gros et al 2007). Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από ειδικό κλειδί βαθμολόγησης και όσο πιο υψηλό είναι το αποτέλεσμα, τόσο πιο έντονο είναι το άγχος που υφίσταται ο εξεταζόμενος στην καθημερινή του ζωή.

Για τον προσδιορισμό των δύο καταστάσεων άγχους (τρέχουσα και χαρακτηριστική) αντιστράφηκε η βαθμολογία των ερωτήσεων οι οποίες δεν υποδεικνύουν άγχος. Συγκεκριμένα στην κλίμακα προσδιορισμού του άγχους που προκαλείται από διάφορες καταστάσεις (τρέχουσα κατάσταση) αντεστράφησαν οι απαντήσεις στις εξής ερωτήσεις: B1,

B2, B5, B8, B10, B11, B15, B16, B19 και B20. Στην κλίμακα προσδιορισμού του μόνιμου άγχους που φαίνεται να έχει το υποκείμενο τις τελευταίες μέρες (χαρακτηριστική κατάσταση) αντεστράφησαν οι απαντήσεις στις εξής ερωτήσεις: Γ21, Γ26, Γ27, Γ33, Γ36 και Γ39.

Το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Λιάκο και Γιαννίτση (1984) και Αναγνωστοπούλου (2002).

Το τρίτο μέρος αποτελείται από το ερωτηματολόγιο καταγραφής της Επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI). Το εργαλείο αυτό αποτελεί το πλέον αξιόπιστο μεθοδολογικό τρόπο αποτύπωσης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (burn out: αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον) και σε εργαζόμενους στον τομέα υγειονομικής φροντίδας. Σχεδιάστηκε από τους Maslach και Jackson (1986) για εφαρμογή σε ανθρώπους που εργάζονται σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας, δηλαδή σε επαγγέλματα που οι εργαζόμενοι αλληλεπιδρούν με άλλους ανθρώπους. Για χρήση σε δείγμα επαγγελματιών υγείας αντικαταστάθηκε η λέξη «αποδέκτης των υπηρεσιών» του αρχικού ερωτηματολογίου της Maslach με τη λέξη «ασθενείς». Είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και περιλαμβάνει 22 παραμέτρους οι οποίες μετρούν τις τρεις διαστάσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης:

- Η Συναισθηματική Εξουθένωση (ΣΕ) (Emotional Exhaustion): περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις και αποτυπώνει την σωματική και ψυχική εξάντληση κατά την εκτέλεση της εργασίας. Οι ερωτήσεις που την προσδιορίζουν είναι: 1,2,3,6,8,13,14,16,20.
- Η παράμετρος της Προσωπικής Ολοκλήρωσης (ΠΟ) (Personal Accomplishment): περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις και αποτυπώνει το επίπεδο κατάκτησης των στόχων και των φιλοδοξιών σε προσωπικό επίπεδο. Οι ερωτήσεις που την προσδιορίζουν είναι: 4,7,9,12,17,18,19,21.
- Η παράμετρος της Αποπροσωποποίησης (ΑΠ) Depersonalization: περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις και αποτυπώνει την απρόσωπη, αλλότρια και κυνική συμπεριφορά του προσωπικού έναντι των ασθενών. Οι ερωτήσεις που την προσδιορίζουν είναι: 5,10,11,15,22.

Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992). Σημειώνεται εδώ ότι οι Maslach και Jackson (1986), προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα συστηματικά σφάλματα στις απαντήσεις, πρότειναν τα ακόλουθα:

- Η απάντηση των ερωτηματολογίων να γίνεται ανώνυμα,
- Στους ερωτηθέντες να ειπωθεί ότι το ερωτηματολόγιο μετρά στάσεις απέναντι σε εργασιακά και επαγγελματικά ζητήματα
- Οι συμμετέχοντες να έχουν διαβάσει και κατανοήσει τις οδηγίες συμπλήρωσής του και τέλος
- Πρέπει να συμπληρώνονται όλες οι ερωτήσεις. Σημειώνουμε δε ότι το συγκεκριμένο πλαίσιο οδηγιών εφαρμόστηκε κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων.

Οι ερωτηθέντες δίνουν τις απαντήσεις τους σε μια επταβάθμια κλίμακα που έχει εύρος από το 0 έως το 6. Η ερμηνεία των απαντήσεων (Πίνακας 2) του ερωτηματολογίου γίνεται με βάση την βαθμολογία στις τρεις επιμέρους παραμέτρους.

Πίνακας 2: Ερμηνεία των σκορ στις διαστάσεις ΣΕ, ΠΟ, ΑΠ, της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας

Χαμηλά: ΣΕ ≤20,	Μεσαία: 20<ΣΕ≤31,	Αυξημένα: ΣΕ>31
Χαμηλά: ΠΟ >42,	Μεσαία: 35<ΠΟ≤42,	Αυξημένα: ΠΟ≤35
Χαμηλά: ΑΠ ≤5,	Μεσαία: 5<ΑΠ≤11,	Αυξημένα: ΑΠ>11

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων μετατρέπονται σε δείκτες με σκοπό τη στατιστική τους επεξεργασία (Κυριαζή, 2011). Τα δεδομένα δηλαδή οι απαντήσεις των ερωτώμενων είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθούν και να εξαχθούν από την ανάλυση αυτών με στατιστικές μεθόδους συμπεράσματα, τα οποία είναι γενικεύσιμα σε ευρύτερα πληθυσμιακά σύνολα.

Στην ερευνά αυτή χρησιμοποιήσαμε για την ανάλυση των δεδομένων το στατιστικό πακέτο ανάλυσης SPSS (Norusis, 2004) όπως επίσης και το περιβάλλον ηλεκτρονικών λογιστικών φύλλων Excel μόνο για την γραφική παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα και για την ποσοτική ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που πραγματοποιήθηκε, εφαρμόστηκαν τεχνικές παρουσίασης των δεδομένων με συνοπτικό τρόπο, σύμφωνα με τις αρχές της περιγραφικής στατιστικής. Στην επαγωγική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν κυρίως παραμετρικά κριτήρια όπως student test και ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Χρησιμοποιήθηκε επίσης και έλεγχος συνάφειας (χ^2) μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών. Τέλος οι έλεγχοι που

πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι και η στατιστική σημαντικότητα βασίστηκε σε επίπεδο 0,05 (Γιαλαμάς, 2005).

Στοιχεία δεοντολογίας

Η συμπλήρωση αλλά και η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από 1^η Ιανουαρίου 2013 έως και του 31^η Μαρτίου 2013. Η διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας ξεκίνησε με την έγκριση από το Διοικητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο των δύο νοσοκομείων: Του Γενικού Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας και του Δορυφορικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου '409', έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η σχετική άδεια για την διανομή των ερωτηματολογίων.

Η διανομή των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε από την υποφαινόμενη ερευνήτρια, η οποία παρέδωσε αυτοπροσώπως το ερωτηματολόγιο στους επαγγελματίες υγείας του επιλεγμένου δείγματος σε κλειστό φάκελο. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από σχετική περιγραφική επιστολή για την έρευνα και δήλωση συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα.

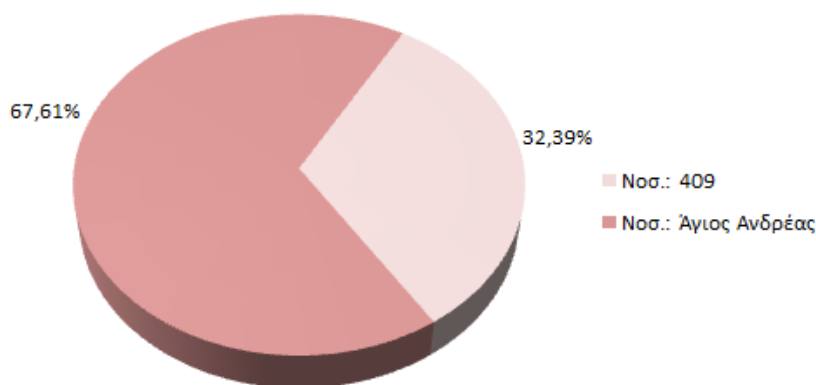
Το δείγμα της έρευνας

Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό των νοσοκομειακών ιδρυμάτων Γ.Ν. Πατρών Άγιος Ανδρέας και Νοσοκομείο '409'. Συνολικά και στα δύο νοσηλευτικά ιδρύματα εργάζονται 550 νοσηλευτές και ιατροί.

Στην έρευνα επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο να συμμετάσχουν 350 εργαζόμενοι. Πιο συγκεκριμένα συγκροτήθηκε λίστα 350 τυχαίων αριθμών σύμφωνα με τον κατάλογο του πληθυσμού. Ωστόσο το τελικό δείγμα από τους 350 επιλεγμένους τυχαία επαγγελματίες υγείας προσδιορίστηκε λαμβάνοντας υπόψη και τα παρακάτω:

- Να αποτελείται από ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, από νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτές όλων των τμημάτων και μονάδων.
- Οι επαγγελματίες της υγείας να έχουν καθήκοντα και υπευθυνότητες άμεσα συνδεδεμένες με τον ασθενή.
- Να εργάζονται στα Νοσοκομεία για τα οποία ενδιαφερόμαστε και τέλος
- Να συμφωνούν οι εργαζόμενοι να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Στην έρευνα αυτή τελικά συμμετείχαν 284 επαγγελματίες της υγείας από δύο νοσηλευτικά ιδρύματα του Δήμου της Πάτρας. Από αυτούς οι 92 (32,4%) εργάζονται στο Νοσοκομείο 409 και οι υπόλοιποι 192 (67,6%) στο Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας (Γράφημα 1).



Γράφημα 1: Νοσηλευτικά ιδρύματα που εργάζονται οι συμμετέχοντες (N=284)

Σύντομη ιστορική περιγραφή των δύο νοσοκομείων

Το Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας ιδρύθηκε το 1871 με τίτλο 'Δημοτικό Νοσοκομείο Πατρών' και διοικείται από αδελφάτο. Το 1953 με τον Νόμο 2592/1953 "Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης" μετετράπη σε Γενικό Νοσοκομείο, απετέλεσε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο. Όμως η πραγματική υλοποίηση της μετατροπής του έγινε το 1959 με την διαρκή ανάπτυξη κλινών και νέων τμημάτων καθώς και την αύξηση προσωπικού. Από το 1981 εγκαταστάθηκαν σε αυτό Πανεπιστημιακές Κλινικές οι οποίες λειτουργούσαν παράλληλα με τις κρατικές κλινικές και είχαν παράλληλη ανάπτυξη. Το 1983 με τον Νόμο 1397/83 του ΕΣΥ μετονομάστηκε 'Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο' με έδρα την Πάτρα και το 1986 συστάθηκαν τα Κέντρα Υγείας στα οποία συμπεριελήφθησαν τα Αγροτικά Ιατρεία ανά Περιφέρεια και συγχωνεύτηκαν οι Υγειονομικοί Σταθμοί.

Το 1988 οι Πανεπιστημιακές κλινικές μεταφέρθηκαν στο ΠΠΝΠ του Ρίου.

Στο Γ.Ν.Π. Ο Άγιος Ανδρέας ανήκει και το πρώην Στρατιωτικό Νοσοκομείο (409) που λειτουργεί σαν δορυφορικό τμήμα.

Με τον Νόμο 2889/2001 μετονομάστηκε σε Γενικό Νοσοκομείο και υπάγεται στην 6η Υ.Π.Ε. Δυτικής Ελλάδας.

Εξασφάλιση εγκυρότητας και αξιοπιστίας

Σύμφωνα με την Bell (2001), η εγκυρότητα ελέγχει το κατά πόσο ένα θέμα μετρά η περιγράφει αυτό που υποτίθεται ότι πρέπει να μετρά ή να περιγράφει. Ενώ η αξιοπιστία ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο μια έρευνα παράγει ίδια αποτελέσματα κάτω από σταθερές συνθήκες σ' όλες τις περιπτώσεις.

Όπως σημειώνει η Κυριαζή (1998), η πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου είναι βασική διαδικασία, μιας και δυνητικά μειώνονται οι κίνδυνοι που θα εμποδίσουν την έκβαση της έρευνας. Για να ελεγχθεί το κριτήριο της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης έγινε πιλοτική έρευνα. Τυχαίο δείγμα 10 υποκειμένων της έρευνας που ανήκουν στον πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας απάντησε και σχολίασε το ερωτηματολόγιο. Στην τελική εφαρμογή του ερωτηματολογίου δεν συμπεριλήφθηκαν αυτά τα άτομα. Τα σχόλιά τους και οι παρατηρήσεις τους μας οδήγησαν σε τροποποιήσεις, βελτιώσεις και επομένως στην τελική συγκρότηση του ερωτηματολογίου. Δόθηκε έμφαση στις παρατηρήσεις των «πιλότων» στη σαφήνεια των ερωτήσεων και έτσι διορθώθηκαν προβλήματα, που είχαν σχέση με την κατανόηση των ερωτήσεων. Έγινε προσπάθεια επομένως να διασφαλιστεί η εσωτερική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ως προς το αν πραγματικά τα μηνύματα που προσλαμβάνουν οι συμμετέχοντες είναι ταυτόσημα με εκείνα που ζητά η έρευνα.

Τέλος δώσαμε μεγάλης έμφαση σε ζητήματα δεοντολογίας της έρευνας. Συγκεκριμένα για τη διασφάλιση των ευαίσθητων προσωπικών στοιχείων των διευθυντών, τηρήθηκε απόλυτη ανωνυμία και εχεμύθεια, λαμβάνοντας υπόψη, τον σχετικό νόμο για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (Ν. 2472/97, ΦΕΚ 84/2000, ΦΕΚ 109Α/2001).

Περιορισμοί κατά τη διάρκεια της έρευνας

Κατά την διεξαγωγή της μελέτης, εμφανίστηκαν εμπόδια στην ολοκλήρωση της. Σχετικά με το ερωτηματολόγιο, η ομάδα των νοσηλευτών, λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας δεν συμπλήρωνε τα ερωτηματολόγια. Άλλη δυσκολία ήταν η εύρεση ατόμων να αναλάβουν την ευθύνη της διανομής των ερωτηματολογίων στα τμήματα τους ή στις μονάδες όπου εργάζονταν. Υπήρξε και μια περίπτωση προϊσταμένης που αρνήθηκε να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια από το προσωπικό της μονάδος.

Εκτός από τα παραπάνω, υπήρξαν και περιπτώσεις δυσκολίας στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, όπως ο φόβος κάποιων ερωτηθέντων για την δήλωση της επαγγελματικής τους ιδιότητας στα τμήματα εκείνα όπου ο αριθμός των ατόμων ήταν περιορισμένος.

Τελικά από τα 350 ερωτηματολόγια που δόθηκαν επιστράφηκαν 284, δηλαδή ποσοστό επιστροφής 81,1%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα χαρακτηριστικά των υποκειμένων της έρευνας

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά (δημογραφικά) των υποκειμένων της έρευνας:

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό) που συμμετείχαν στην έρευνα είναι Ελληνικής εθνικότητας. Εξ αυτών οι 67 δηλαδή το 23,6% είναι άντρες και οι 217 δηλαδή το 76,4% είναι γυναίκες. Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος είναι η ακόλουθη: α. μέχρι 35 έτη συμμετείχαν 43 υποκείμενα δηλαδή το ποσοστό του δείγματος που εμφανίζεται είναι 15,1%, β. μεταξύ 35-50 συμμετείχαν 156, ποσοστό 54,9%, και γ. στις ηλικίες από 50 έτη και πάνω συμμετείχαν 85 άτομα με ποσοστό 29,9%. Η μέση τιμή της ηλικία των υποκειμένων είναι 45,20 έτη με τυπική απόκλιση 8,59. Η μικρότερη ηλικία υποκειμένων είναι 22 έτη και η μεγαλύτερη 64 έτη (Πίνακας 3).

Από τους 284 συμμετέχοντες, οι 49 (17,3%) είναι άγαμοι/ες, οι 206 (72,5%) έγγαμοι/ες και οι 29 (10,2) διαζευγμένοι/ες ή χήροι/ες. Οι 69 (24,3%) συμμετέχοντες δηλώνουν ότι δεν έχουν αποκτήσει παιδιά ενώ οι 36 (12,7%) είναι γονείς ενός παιδιού (Πίνακας 3). Επιπρόσθετα οι 133 (46,8%) έχουν δύο παιδιά και οι 46 (16,2) είναι γονείς περισσότερων παιδιών από δύο. Οι 169 (59,5%) από τους συμμετέχοντες έχουν παιδιά ενήλικα, ενώ στο 40,5% των συμμετεχόντων τα παιδιά τους είναι ανήλικα. Οι 84 (29,6%) συμμετέχοντες δεν έχουν την ευθύνη των παιδιών τους, αλλά οι 200 (70,4%) συμμετέχοντες έχουν την ευθύνη των παιδιών τους.

Πίνακας 3: Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=284)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	67	23,6
	Γυναίκα	217	76,4
Ηλικία	<=35	43	15,1
	>35 και <=50	156	54,9
	>50	85	29,9
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	49	17,3

Αριθμός τέκνων των ασθενών	Έγγαμος/η	206	72,5	
	Διαζευγμένος/η	29	8,8	
	Χήρος/α	4	1,4	
	0	69	24,3	
	1	36	12,7	
Κηδεμόνας ανήλικων παιδιών	2	133	46,8	
	3 και πάνω	46	16,2	
	Όχι	169	59,5	
	Ναι	115	40,5	
Έχει την ευθύνη ανήλικων παιδιών	Όχι	84	29,6	
	Ναι	200	70,4	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Δευτ/θμια Εκπαίδευση	106	37,3	
	ΤΕΙ	31	10,9	
	ΤΕΙ με ειδικότητα	52	18,3	
	ΑΕΙ	55	19,4	
	Μεταπτυχιακές	40	14,1	
Επαγγελματική κατάσταση	Δημόσιος Υπάλληλος	253	89,1	
	Συμβασιούχος	31	10,9	
	Υπάλληλος			
Θέση εργασίας που κατέχουν	Ιατρός	84	29,6	
	Νοσηλεύτης	91	32	
	Β. Νοσηλεύτης	109	38,4	
Νοσηλευτικό τμήμα στο οποίο εργάζονται	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	8	2,8	
	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	34	12	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	33	11,6	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟ	36	12,7	
	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	3	1,1	
	ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	1	0,4	
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	17	6	
	ΝΕΟΓΝΑ	3	1,1	
	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	13	4,6	
	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	25	8,8	
	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	11	3,9	
	ΟΦΘΑΛΟΓΙΚΟ	2	0,7	
	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	45	15,8	
	ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	10	3,5	
	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	7	2,5	
	ΤΕΠ	19	6,7	
	ΧΗΜ/ΠΕΙΑ	12	4,2	
	ΩΡΛ	5	1,8	
	Έτη προϋπηρεσίας	<=10	87	30,6
		>10 και <=20	87	30,6

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι 106 (37,3%) είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ οι 31 (10,9%) είναι απόφοιτοι των ΤΕΙ. Οι 52 (18,3%) συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι των ΤΕΙ και διαθέτουν νοσηλευτική ειδικότητα. Επίσης οι 55 (19,4%) είναι απόφοιτοι των ΑΕΙ και οι 40 (14,1%) συμμετέχοντες διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Οι 253 (89,1%) συμμετέχοντες είναι δημόσιοι υπάλληλοι, ενώ οι 31 (10,9) είναι συμβασιούχοι υπάλληλοι. Όλοι οι συμβασιούχοι υπάλληλοι στην έρευνα αυτή είναι ειδικευόμενοι ιατροί. Τα 84 (29,6) υποκείμενα της έρευνας είναι ιατροί, ενώ τα 91 (32,0%) είναι νοσηλεύτες. Επίσης τα 109 (38,4%) είναι β. νοσηλευτών (Πίνακας 4).

Στην έρευνα συμμετείχαν 8 (2,8%) υποκείμενα από την μονάδα Αιμοδοσία, 34 (12,0%) υποκείμενα από το Αναισθησιολογικό τμήμα, 33 (11,6%) από την Χειρουργική κλινική, 36(12,7%) από την μονάδα του Χειρουργείου, 3 (1,1%) από το Γυναικολογικό τμήμα, 1 (0,4) από την μονάδα Εμφραγμάτων, 17 (6,0%) από την Καρδιολογική κλινική, 3 (1,1%) από την μονάδα Νεογνών, 13 (4,6) από την Νεφρολογική κλινική, 25 (8,8%) από την Ορθοπαιδική κλινική, 11 (3,9%) υποκείμενα από το Ουρολογικό τμήμα, 2 (0,7%) από την Οφθαλμολογική κλινική, 45 (15,8%) υποκείμενα από το Παθολογικό τμήμα, οι 10 (3,5%) είναι από την Πλαστική κλινική, τα 7 (2,5%) υποκείμενα από τα Επείγοντα Εξωτερικά ιατρεία, τα 19 (6,7%) από τα ΤΕΠ, οι 12 (4,2%) συμμετέχοντες από την μονάδα Χημειοθεραπείας και τέλος οι 5 (1,8%) συμμετέχοντες από την ΩΡΛ κλινική.

Λιγότερα από 10 έτη εργασίας έχουν συμπληρώσει τα 87 (30,6%) υποκείμενα της έρευνας, ενώ τα 87 (30,6%) υποκείμενα έχουν συμπληρώσει από 10 έως 20 έτη προϋπηρεσίας (Πίνακας 4). Τέλος τα 110 (38,7%) υποκείμενα της έρευνας έχουν συμπληρώσει πάνω από 20 έτη προϋπηρεσίας. Η μέση τιμή αντίστοιχα των ετών προϋπηρεσίας είναι 16,35 με τυπική απόκλιση 8,68. Η μέση τιμή ετών εργασίας στο τωρινό τμήμα είναι 14,04 με τυπική απόκλιση 7,99 (Πίνακας 4).

Η μέση τιμή των ασθενών που αναλογούν στην πρωινή βάρδια είναι 25,31 με τυπική απόκλιση 15,43. Οι αντίστοιχες τιμές για την απογευματινή βάρδια είναι 21,06 με τυπική απόκλιση 15,97. Για την νυχτερινή βάρδια είναι 18,48 με τυπική απόκλιση 15,96. Τέλος η

μέση τιμή του μέσου αριθμού ασθενών που αναλογούν σε κάθε εργαζόμενο για ανεξαρτήτου βάρδιας είναι 21,62 με τυπική απόκλιση 14,81 (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Η προϋπηρεσία και οι υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας (N=284)

	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Έτη προϋπηρεσίας	1	35	16.35	8,68
Χρόνια εργασίας στο τωρινό τμήμα	1	30	14.04	7,99
Αριθμός ασθενών που αναλογούν στην πρωινή βάρδια	4	60	25.31	15,43
Αριθμός ασθενών που αναλογούν στην απογευματινή βάρδια	0	50	21.06	15,97
Αριθμός ασθενών που αναλογούν στην νυχτερινή βάρδια	0	50	18.48	15,96
Μέσος αριθμός ασθενών που αναλογούν σε κάθε βάρδια	2	50	21.62	14,81

Η αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος. Αρχικά αναφερόμαστε αναλυτικά στις απαντήσεις των υποκειμένων τόσο για την περιστασιακή (πρώτη διάσταση του εργαλείου) όσο και για την χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση τους (δεύτερη διάσταση του εργαλείου). Ακολούθως, παρουσιάζουμε, περιγραφικά στατιστικά των δύο αυτών διαστάσεων και τους αντίστοιχους συντελεστές αξιοπιστίας. Τέλος παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της διερευνητικής στατιστικής ανάλυσης για τον προσδιορισμό των παραγόντων που ερμηνεύουν την διακύμανση της μέτρησης σε κάθε μια διάσταση.

Η περιστασιακή αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας

Το 49,64% δηλώνει από καθόλου έως και κάπως ότι αισθάνονται ήρεμοι. Το 50,35% δηλώνει επίσης ότι αισθάνονται ασφαλής από καθόλου έως κάπως.

Ξεκινώντας από τα θετικά συναισθήματα των ερωτηθέντων (Πίνακας 5) που υποδεικνύουν την περιστασιακή αγχώδη συναισθηματική κατάσταση τους παρατηρούμε ότι το 38,73% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι αισθάνεται άνετα από καθόλου έως κάπως. Το 30,28% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι αισθάνεται αναπαυμένος/η από καθόλου έως κάπως. Το 34,51% των υποκειμένων δηλώνει ότι αισθάνεται βολικά από καθόλου έως κάπως. Το 50,71% του δείγματος δηλώνει ότι Αισθάνεται αυτοπεποίθηση από καθόλου έως κάπως. Το 22,89% του δείγματος δηλώνει ότι είναι χαλαρωμένος/η από καθόλου έως κάπως. Το 20,07% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι αισθάνεται ικανοποιημένο από καθόλου έως κάπως. Το 17,26 των υποκειμένων δηλώνει ότι αισθάνεται χαρούμενος/η από καθόλου έως κάπως. Τέλος το 15,49 του δείγματος δηλώνει ότι αισθάνεται ευχάριστα από καθόλου έως κάπως.

Όσον αφορά τα αρνητικά συναισθήματα των ερωτηθέντων (Πίνακας 5) που υποδεικνύουν την περιστασιακή αγχώδη συναισθηματική κατάσταση τους παρατηρούμε ότι το 53,52% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι νιώθουν μια εσωτερική ένταση από μέτρια έως πάρα πολύ. Το 55,99% του δείγματος δηλώνει στεναχωρημένος/η από μέτρια έως πάρα πολύ. Το 68,31% των υποκειμένων δηλώνει ότι αισθάνεται αναστατωμένος/η από μέτρια έως πάρα πολύ. Το 61,62% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι ανησυχεί αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες από μέτρια έως πάρα πολύ. Το 75,35% του δείγματος δηλώνει ότι αισθάνεται άγχος από μέτρια έως πάρα πολύ. Το 63,73% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι αισθάνεται νευρικότητα από μέτρια έως πάρα πολύ. Το 36,27% του δείγματος δηλώνει ότι έχει μια νευρική τρεμούλα από μέτρια έως πάρα πολύ. Το 44,01% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι βρίσκεται σε διέγερση από μέτρια έως πάρα πολύ. Το 82,75% του δείγματος δηλώνει ότι ανησυχεί από μέτρια έως πάρα πολύ. Τέλος το 47,18% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι αισθάνεται έξαψη και ταραχή από μέτρια έως πάρα πολύ.

Πίνακας 5: Περιστασιακή αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το εργαλείο καταγραφής αυτοεκτίμησης και άγχους (N=284)

Αριθμός Στοιχείου	Στοιχείο εργαλείου - ερωτηματολογίου	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1	Αισθάνομαι ήρεμος/η.	14,08%	35,56%	34,86%	15,49%
2	Αισθάνομαι ασφαλής.	14,08%	36,27%	32,75%	16,90%
3	Νιώθω μια εσωτερική ένταση.	12,32%	34,15%	32,75%	20,77%
4	Είμαι στεναχωρημένος/η.	17,25%	26,76%	30,99%	25,00%
5	Αισθάνομαι άνετα.	10,56%	28,17%	36,62%	24,65%

6	Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	9,86%	21,83%	38,38%	29,93%
7	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.	11,27%	27,11%	35,92%	25,70%
8	Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	8,10%	22,18%	38,03%	31,69%
9	Αισθάνομαι άγχος.	6,69%	17,96%	38,73%	36,62%
10	Αισθάνομαι βολικά.	6,34%	28,17%	41,90%	23,59%
11	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	14,44%	36,27%	39,79%	9,51%
12	Αισθάνομαι νευρικότητα.	8,45%	27,82%	45,77%	17,96%
13	Έχω μια νευρική τρεμούλα.	15,14%	48,59%	33,45%	2,82%
14	Βρίσκομαι σε διέγερση.	9,86%	46,13%	34,86%	9,15%
15	Είμαι χαλαρωμένος/η.	3,17%	19,72%	46,48%	30,63%
16	Αισθάνομαι ικανοποιημένος.	5,63%	14,44%	52,11%	27,82%
17	Ανησυχώ.	4,23%	13,03%	50,00%	32,75%
18	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.	9,51%	43,31%	40,49%	6,69%
19	Αισθάνομαι χαρούμενος/η.	5,99%	11,27%	43,66%	39,08%
20	Αισθάνομαι ευχάριστα.	3,17%	12,32%	42,61%	41,90%

Από την ανάλυση της αξιοπιστίας, της πρώτης διάστασης σχετικά με την περιστασιακή αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας παρατηρείται ικανοποιητική τιμή αξιοπιστίας (Cronbach's alpha: $\alpha > 0,8$), (Πίνακας 6). Φαίνεται επομένως ότι η πρώτη διάσταση της αγχώδους συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας μετρείται σε ικανοποιητικό βαθμό από τις απαντήσεις των υποκειμένων στις συγκεκριμένες ερωτήσεις. Έτσι όπως φαίνεται από την μετασχηματισμένη (σύμφωνα με την κλίμακα του ερωτηματολογίου) μέση τιμή (M.T.=2,77) της διάστασης αυτής η περιστασιακή αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος είναι περίπου μέτρια.

Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της περιστασιακής αγχώδους συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας (N=284)

Πλήθος ερωτήσεων	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάστημα Εμπιστοσύνης		Cronbach's Alpha
20	55,37	8,647	54,36	56,38	0,838

Αλλαγή κλίμακας*	2,77	2,71	2,82
------------------	------	------	------

* Μετατροπή της ογδονταβάθμιας κλίμακας σε τεσσάρων σημείων: 1-Καθόλου έως και 4-Πάρα πολύ

Η χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας

Ξεκινώντας από τα θετικά συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας που χαρακτηρίζουν την αγχώδη συναισθηματική κατάσταση τους (Πίνακας 7) παρατηρούμε ότι, το 20,07% του δείγματος δηλώνει ότι αισθάνεται ευχάριστα από καθόλου έως κάπως. Το 14,43 του δείγματος δηλώνει ότι αισθάνεται αναπαυμένος/η από καθόλου έως κάπως. Το 27,12% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ήρεμος/ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η από καθόλου έως κάπως. Το 21,48% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένος/η από καθόλου έως κάπως. Το 82,74% του δείγματος δηλώνει ότι είναι ένας σταθερός χαρακτήρας από καθόλου έως κάπως. Το 24.65% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι αισθάνεται ασφαλής από καθόλου έως κάπως.

Όσον αφορά τα αρνητικά συναισθήματα των ερωτηθέντων (Πίνακας 7) που χαρακτηρίζουν την αγχώδη συναισθηματική κατάσταση τους παρατηρούμε ότι το 75,71% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι κουράζεται εύκολα από μέτρια έως πάρα πολύ. Το 60,21 του δείγματος δηλώνει ότι βρίσκεται από μέτρια έως πάρα πολύ σε συνεχή αγωνία. Το 82,04 του δείγματος δηλώνει ότι εύχεται από μέτρια έως πάρα πολύ να μπορούσε να είναι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται οι άλλοι. Το 47,53 των ερωτηθέντων δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι μένει πίσω στις δουλειές του γιατί δεν μπορεί να αποφασίσει αρκετά γρήγορα. Το 55,63% του δείγματος δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι αισθάνεται πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορεί να τις ξεπεράσει. Το 60,92% των ερωτηθέντων δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι ανησυχεί πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία πολύ. Το 53,17% των υποκειμένων δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι βρίσκεται σε συνεχή υπερένταση. Το 60,56% του δείγματος δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι έχει την τάση να βλέπει τα πράγματα δύσκολα. Το 48,94% του δείγματος δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι του λείπει η αυτοπεποίθηση. Το 51,76% του δείγματος δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι προσπαθεί να αποφεύγει την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας. Το 52,46% των υποκειμένων δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι βρίσκεται σε υπερδιέγερση. Το 67,95% του δείγματος δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί. Το 49,65% των υποκειμένων

δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι παίρνει τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορεί να τις διώξει από τη σκέψη του. Τέλος το 75,35% των ερωτηθέντων δηλώνει από μέτρια έως πάρα πολύ ότι έρχεται σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτεται τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά του.

Πίνακας 7: Χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το εργαλείο καταγραφής αυτοεκτίμησης και άγχους (N=284)

Αριθμός Στοιχείου	Στοιχείο εργαλείου - ερωτηματολογίου	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
21	Αισθάνομαι ευχάριστα.	3,87%	16,20%	50,70%	29,23%
22	Κουράζομαι εύκολα.	6,34%	17,96%	59,86%	15,85%
23	Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	7,39%	32,39%	46,48%	13,73%
24	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται να είναι οι άλλοι	9,15%	8,80%	54,93%	27,11%
25	Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	12,68%	39,79%	42,25%	5,28%
26	Αισθάνομαι αναπαυμένος.	2,11%	12,32%	50,70%	34,86%
27	Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η, και συγκεντρωμένος/η.	4,23%	22,89%	56,69%	16,20%
28	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	20,77%	48,94%	25,35%	4,93%
29	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	11,27%	27,82%	47,54%	13,38%
30	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	8,45%	38,38%	40,49%	12,68%
31	Έχω την τάση να βλέπω να πράγματα δύσκολα.	8,45%	30,99%	45,42%	15,14%
32	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	12,32%	38,73%	38,38%	10,56%
33	Αισθάνομαι ασφαλής.	6,34%	18,31%	45,42%	29,93%
34	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	13,73%	34,51%	36,27%	15,49%
35	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	8,45%	39,08%	44,01%	8,45%
36	Είμαι ικανοποιημένος/η.	4,58%	16,90%	53,52%	25,00%

37	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	7,04%	25,00%	53,87%	14,08%
38	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	7,04%	43,31%	39,79%	9,86%
39	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	32,04%	50,70%	13,03%	4,23%
40	Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	5,99%	18,66%	56,69%	18,66%

Από την ανάλυση της αξιοπιστίας, της δεύτερης διάστασης σχετικά με τη χαρακτηριστική αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας παρατηρείται επίσης ικανοποιητική τιμή αξιοπιστίας αξιοπιστίας (Cronbach's alpha: $\alpha > 0,8$), (Πίνακας 8). Φαίνεται επομένως ότι και η δεύτερη διάσταση της αγχώδους συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας μετριέται σε ικανοποιητικό βαθμό από τις απαντήσεις των υποκειμένων στις συγκεκριμένες ερωτήσεις. Έτσι όπως φαίνεται από την μετασχηματισμένη (σύμφωνα με την κλίμακα του ερωτηματολογίου) μέση τιμή (Μ.Τ.=2,68) της διάστασης αυτής, η χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος είναι περίπου μέτρια.

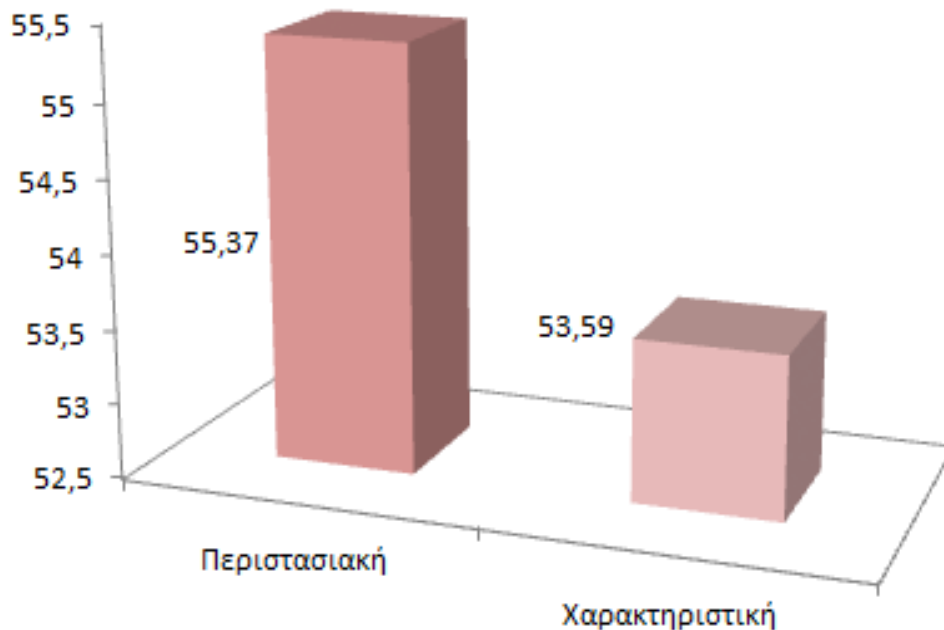
Πίνακας 8: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της χαρακτηριστικής αγχώδους συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας (N=284)

Πλήθος ερωτήσεων	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάστημα Εμπιστοσύνης		Cronbach's Alpha
20	53,59	7,91	52,67	54,52	0,837
Αλλαγή κλίμακας*	2,68		2,63	2,73	

* Μετατροπή της ογδονταβάθμιας κλίμακας σε τεσσάρων σημείων: 1-Καθόλου έως και 4-Πάρα πολύ

Τέλος συγκρίνοντας την περιστασιακή και την χαρακτηριστική αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε ότι αυτή είναι στατιστικά σημαντική (t-

test εξαρτημένων δειγμάτων: $t=5,3$, $df=283$, $p<0,001$). Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες της υγείας δηλώνουν ότι βρίσκονται περιστασιακά σε σημαντικά εντονότερη αγχώδη συναισθηματική κατάσταση από ότι γενικά (Γράφημα 2).



Γράφημα 2: Διαστάσεις της αγχώδους συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας

Παράγοντες επίδρασης της αγχώδους συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας

Στην παράγραφο αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερευνητικής στατιστικής ανάλυσης, δηλαδή του προσδιορισμού των παραγόντων που ερμηνεύουν τη διακύμανση της μέτρησης της αγχώδους συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας, όπως αυτή μετρήθηκε με το εργαλείο καταγραφής αυτοεκτίμησης του άγχους του C. Spielberger. Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, διαστάσεων και ποσοτικών παραγόντων, αλλά και οι μέσοι όροι των διαστάσεων ανάλογα με τις κατηγορίες των ποιοτικών μεταβλητών-παραγόντων. Στο κείμενο που ακολουθεί παρουσιάζονται κυρίως οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις και διαφορές.

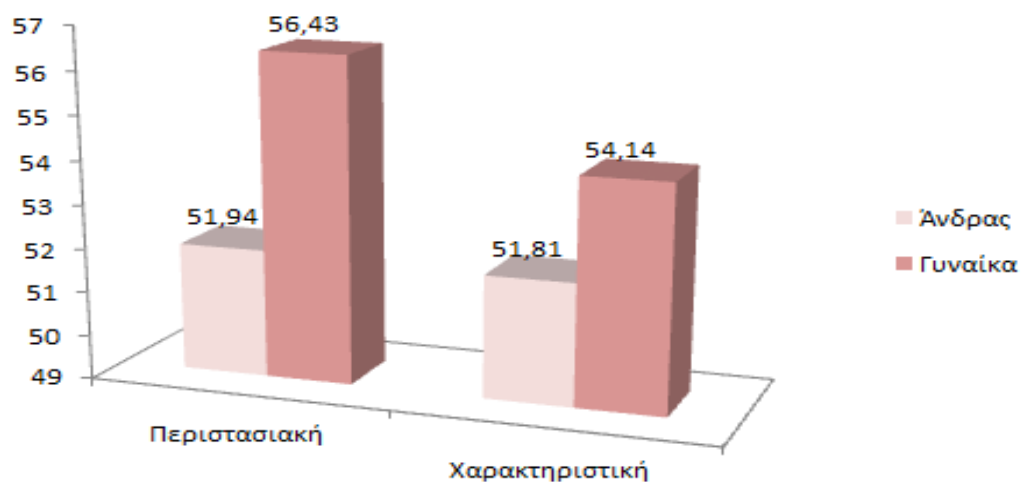
Όπως φαίνεται από την διερευνητική ανάλυση (Πίνακας 9) η ηλικία δεν φαίνεται να συσχετίζεται τόσο με την περιστασιακή όσο και με την χαρακτηριστική αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας.

Πίνακας 9: Συσχέτιση της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας με τις δύο διαστάσεις της αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης τους (N=284)

Ποσοτικά χαρακτηριστικά	Περιστασιακή		Χαρακτηριστική	
	Δείκτης συσχέτισης	p-value	Δείκτης συσχέτισης	p-value
Ηλικία	0,012	,832	0,087	0,14

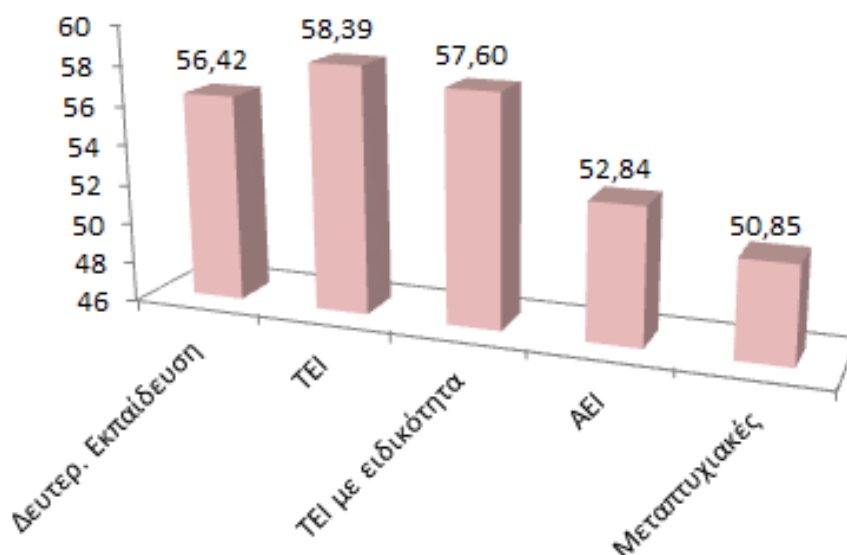
Όσον αφορά τα ποιοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε ότι, το φύλο, ο αριθμός τέκνων και το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να ερμηνεύουν τη διακύμανση των τιμών τόσο της περιστασιακής όσο και με της χαρακτηριστικής αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 10).

Πιο συγκεκριμένα και ξεκινώντας από το φύλο των ερωτηθέντων (Πίνακας 10) παρατηρούμε ότι οι γυναίκες φαίνεται να έχουν (M.T.=56,43) σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά περισσότερο περιστασιακό άγχος από τους άντρες συναδέλφους τους (M.T.=51,94) (Γράφημα 3). Παρόμοια είναι και η εικόνα και για το χαρακτηριστικό άγχος αφού και εδώ οι γυναίκες φαίνεται να έχουν (M.T.= 54,14) σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά περισσότερο χαρακτηριστικό άγχος από τους άντρες (M.T.=51,81) (Γράφημα 3).



Γράφημα 3: Η περιστασιακή και η χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με το φύλο τους

Επίσης οι ερωτηθέντες με περισσότερα από ένα παιδιά (2 παιδιά: Μ.Τ.=56,89 και πάνω από 2 παιδιά: Μ.Τ. =55,91) φαίνεται να έχουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά περισσότερο περιστασιακό άγχος από τους άλλους (κανένα παιδί: Μ.Τ.=53,19 και ένα παιδί: Μ.Τ. 53,25) (Πίνακας 10). Τέλος και όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης (Πίνακας 10) φαίνεται ότι οι επαγγελματίες της υγείας έως και τεχνολογικής εκπαίδευσης (Δευτεροβάθμια: Μ.Τ.= 56,42, ΤΕΙ: Μ.Τ.=58,39 και ΤΕΙ με ειδικότητα: Μ.Τ.= 57,6) έχουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά περισσότερο περιστασιακό άγχος από τους επαγγελματίες της υγείας με πανεπιστημιακή εκπαίδευση (ΑΕΙ: Μ.Τ.=52,84 και Μεταπτυχιακές σπουδές: Μ.Τ.=50,85) (Γράφημα 4).



Γράφημα 4: Η περιστασιακή αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης τους

Τέλος όπως φαίνεται και στον πίνακα 10 δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές της περιστασιακής και της χαρακτηριστικής αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας.

Πίνακας 10: Ελέγχου διαφορών των διαστάσεων της περιστασιακής και της χαρακτηριστικής αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους

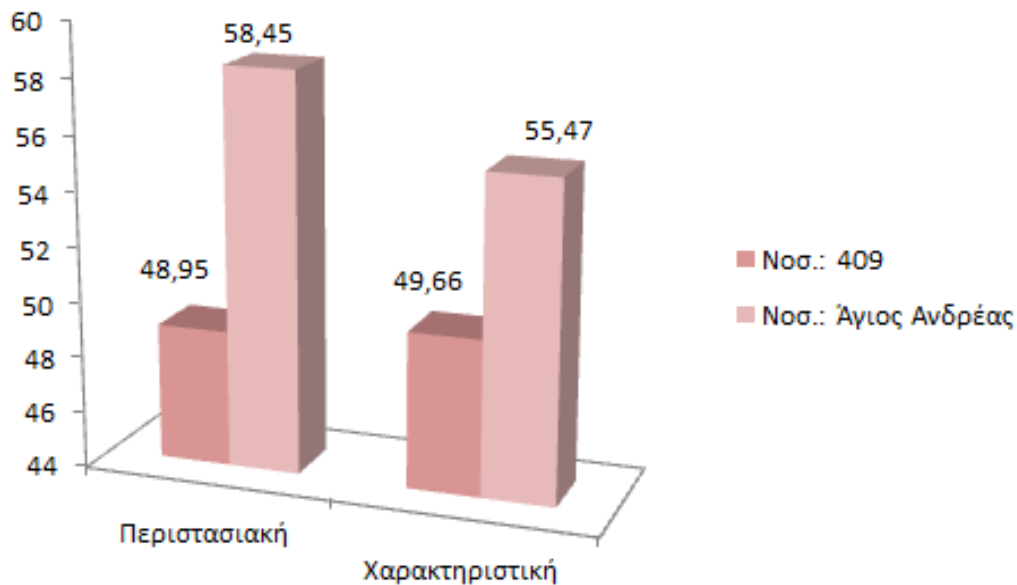
Δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας		Περιστασιακή	Χαρακτηριστική
		Μέση τιμή	Μέση τιμή
Φύλο	Άνδρας	51,94	51,81
	Γυναίκα	56,43	54,14
	<i>p-value</i>	,0005*	,034*
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	54,41	53,55
	Έγγαμος/η	55,88	53,73
	Διαζευγμένος/η -Χήρος/α	53,38	52,69
	<i>p-value</i>	0,239	0,804
Αριθμός τέκνων	0	53,19	51,93
	1	53,25	53,50
	2	56,89	54,44
	3 και πάνω	55,91	53,72
	<i>p-value</i>	,012*	0,205
Έχει την ευθύνη ανήλικων παιδιών	Όχι	54,86	53,85
	Ναι	56,13	53,22
	<i>p-value</i>	0,224	0,512
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Δευτ/μια Εκπαίδευση	56,42	54,02
	ΤΕΙ	58,39	55,97
	ΤΕΙ με ειδικότητα	57,60	54,02
	ΑΕΙ	52,84	52,85
	Μεταπτυχιακές	50,85	51,08
	<i>p-value</i>	,0005*	0,099

* Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο $\alpha=0,05$

Όσον αφορά τα ποιοτικά υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης τους ανάλογα με το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο εργάζονται την επαγγελματική τους κατάσταση και τη θέση εργασίας που κατέχουν.

Πιο συγκεκριμένα και ξεκινώντας από το νοσηλευτικό ίδρυμα των ερωτηθέντων (Πίνακας 11) παρατηρούμε ότι οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας φαίνεται να έχουν (Μ.Τ.=58,45) σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά περισσότερο περιστασιακό άγχος από τους εργαζόμενους συναδέλφους τους (Μ.Τ.=48,95) του νοσοκομείου 409. Παρόμοια είναι και η εικόνα και για το χαρακτηριστικό άγχος αφού και εδώ εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας φαίνεται να έχουν (Μ.Τ.=55,47) σύμφωνα με τις δηλώσεις τους

σημαντικά περισσότερο χαρακτηριστικό άγχος από τους εργαζόμενους συναδέλφους τους (Μ.Τ.=49,66) του νοσοκομείου 409 (Γράφημα 5).



Γράφημα 5: Η περιστασιακή και η χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο εργάζονται

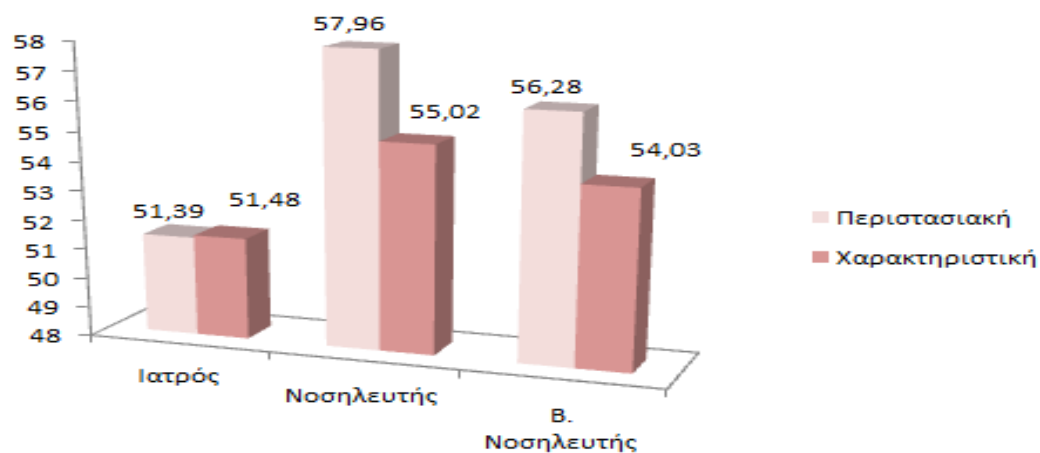
Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση παρατούμε ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι φαίνεται από τις δηλώσεις τους να έχουν σημαντικά περισσότερο (Μ.Τ.=55,74) περιστασιακό άγχος από τους εργαζόμενους συμβασιούχους υπαλλήλους (Μ.Τ.=52,39) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Ελέγχου διαφορών των διαστάσεων της αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τα υπηρεσιακά χαρακτηριστικά τους

Υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας		Περιστασιακή	Χαρακτηριστική
		Μέση τιμή	Μέση τιμή
Νοσηλευτικό Ίδρυμα	Νοσ.: 409	48,95	49,66
	Νοσ.: Άγιος Ανδρέας	58,45	55,47
	<i>p-value</i>	,0005*	,0005*
Επαγγελματική κατάσταση	Δημόσιος Υπάλληλος	55,74	53,84
	Συμβασιούχος Υπάλληλος	52,39	51,55
	<i>p-value</i>	,041*	0,191
Θέση εργασίας που κατέχουν	Ιατρός	51,39	51,48
	Νοσηλευτής	57,96	55,02
	Β. Νοσηλευτής	56,28	54,03
	<i>p-value</i>	,0005*	,009*

* Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο $\alpha=0,05$

Επίσης και όσον αφορά τη θέση εργασίας που κατέχουν (Πίνακας 11) φαίνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό (Νοσηλευτής: Μ.Τ. = 57,96 και Β. Νοσηλευτή: 56,28) να διακατέχεται από σημαντικά υψηλότερο περιστασιακό συναισθηματικό άγχος σε σχέση με τους Ιατρούς (Μ.Τ.=51,39). Η εικόνα αυτή είναι παρόμοια και στη περίπτωση της χαρακτηριστικής αγχώδους συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα οι ιατροί φαίνεται να διακατέχονται από λιγότερο χαρακτηριστικό άγχος σε σχέση με τους νοσηλευτές συναδέλφους τους (Γράφημα 6).



Γράφημα 6: Η περιστασιακή και η χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τη θέση εργασίας τους

Τέλος παρατηρούμε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του μέσου ημερήσιου αριθμού ασθενών που αναλογούν σε κάθε εργαζόμενο με την περιστασιακή αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων (Πίνακας 12). Επιπρόσθετα δεν φαίνεται να συσχετίζονται σημαντικά τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων με την αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων.

Πίνακας 12: Συσχετίσεις ποσοτικών υπηρεσιακών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας με τις δύο διαστάσεις της αγχώδης συναισθηματικής κατάστασής τους (N=284)

Ποσοτικά χαρακτηριστικά	Περιστασιακή		Χαρακτηριστική	
	Δείκτης συσχέτισης	p-value	Δείκτης συσχέτισης	p-value
Έτη προϋπηρεσίας	0,021	,731	0,031	0,61
Μέσος ημερήσιος αριθμός ασθενών	0,121	0,042*	0,091	0,12

* Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε επίπεδο $\alpha=0,05$

Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος. Αρχικά αναφέρονται αναλυτικά οι απαντήσεις των υποκειμένων στις ερωτήσεις που συγκροτούν την κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις:

- συναισθηματική εξουθένωση,
- προσωπική ολοκλήρωση και
- αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας.

Ακολούθως, παρουσιάζονται περιγραφικά στατιστικά των τριών διαστάσεων και τους αντίστοιχους συντελεστές αξιοπιστίας. Τέλος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερευνητικής στατιστικής ανάλυσης για τον προσδιορισμό των παραγόντων που ερμηνεύουν την διακύμανση της μέτρησης σε κάθε μια διάσταση.

Η συναισθηματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας

Το 91,19% των υποκειμένων δηλώνει ότι εργάζεται πολύ σκληρά στη δουλειά του από μια φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα (Πίνακας 13). Η πλειονότητα (75,70%) των ερωτηθέντων του δείγματος δηλώνουν ότι νιώθουν κουρασμένοι από μία φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα, όταν ξυπνούν το πρωί και έχουν να αντιμετωπίσουν ακόμη μια μέρα στη δουλειά.

Επίσης στο ίδιο περίπου ποσοστό (73,59%) από μία φορά την εβδομάδα, έως και κάθε μέρα, νιώθουν ψυχικά εξαντλημένοι από τη δουλειά τους. Αντίστοιχα το 83,46% του δείγματος δηλώνει ότι νιώθει εξουθενωμένος/η από μία φορά την εβδομάδα, έως και κάθε μέρα. Το 70,07% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι νιώθει απογοητευμένος/η από τη δουλειά του από μια φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα.

Το 46,12% των υποκειμένων δηλώνει ότι νιώθει άδειος/η σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα του, την ώρα που σχολάζει από τη δουλειά, από μία φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα (Πίνακας 13). Παρόμοια το 39,78% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι του είναι πολύ εξαντλητικό να δουλεύει με ασθενείς όλη τη μέρα. Το 69,01% του δείγματος δηλώνει ότι νιώθει από μια φορά την εβδομάδα, έως και κάθε μέρα πως έχει μεγάλη ένταση το να βρίσκεται σε άμεση επαφή με ασθενείς. Τέλος από μια φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα, η πλειονότητα (55,63%) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι νιώθει να μην αντέχει άλλο πια και να έχει φτάσει ο κόμπος στο χτένι.

Πίνακας 13: Συναισθηματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το εργαλείο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης (N=284)

Στοιχείο εργαλείου – ερωτημα/λογίου	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δυο-τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
1 Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου.	0,35%	3,87%	7,39%	14,79%	48,59%	18,66%	6,34%
2 Νιώθω άδειος/α, σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που	3,17%	5,28%	5,63%	39,79%	33,45%	7,04%	5,63%

σχολιάω από τη δουλειά.								
3	Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.	2,82%	5,63%	1,76%	14,08%	46,83%	23,24%	5,63%
6	Μου είναι πολύ εξαντλητικό να δουλεύω με ασθενείς όλη τη μέρα.	4,23%	2,11%	15,49%	38,38%	23,59%	10,56%	5,63%
8	Νιώθω εξουθενωμένος/η από την δουλειά μου.	1,06%	5,63%	3,87%	5,99%	29,23%	37,68%	16,55%
13	Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.	2,11%	3,52%	3,87%	20,42%	31,34%	25,70%	13,03%
14	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.	0,35%	2,11%	2,46%	3,87%	17,25%	47,18%	26,76%
16	Μου φέρνει μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με ασθενείς.	6,34%	5,28%	5,63%	15,49%	31,34%	27,46%	8,45%
20	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια..... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.	6,34%	7,39%	11,27%	19,37%	23,94%	21,48%	10,21%

Από την ανάλυση της αξιοπιστίας, της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετικά με τη συναισθηματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας παρατηρείται ικανοποιητική τιμή αξιοπιστίας αξιοπιστίας (Cronbach's alpha: $\alpha > 0,8$), (Πίνακας 14). Φαίνεται επομένως ότι και η διάσταση της συναισθηματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας μετρίεται σε ικανοποιητικό βαθμό από τις απαντήσεις των υποκειμένων στις συγκεκριμένες ερωτήσεις.

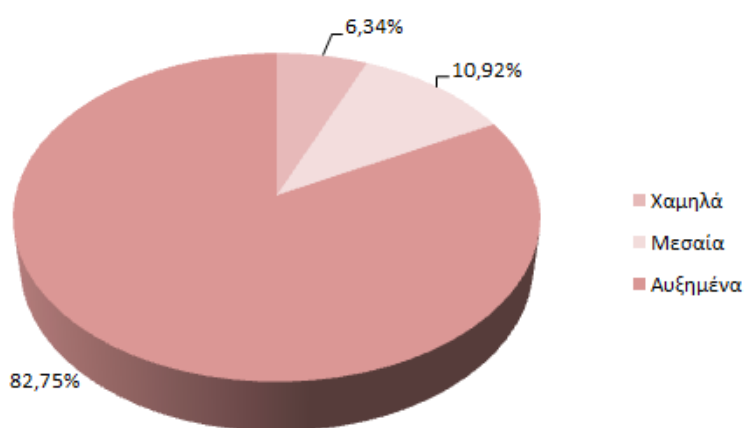
Έτσι όπως φαίνεται από την μέση τιμή ($M.T.=34,99>31$) της διάστασης αυτής, η συναισθηματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος βρίσκεται σε αυξημένα επίπεδα.

Πίνακας 14: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της συναισθηματικής εξουθένωσης (ΣΕ) των επαγγελματιών υγείας (N=284)

Πλήθος ερωτήσεων	Μέσος όρος*	Τυπική απόκλιση	Διάστημα Εμπιστοσύνης	Cronbach's Alpha
9	34,99	7,87	34,07 - 34,91	0,834

***Χαμηλά: ΣΕ ≤ 20 , Μεσαία: $20 < \Sigma \text{Ε} \leq 31$, Αυξημένα: ΣΕ > 31**

Τέλος όπως φαίνεται και στο Γράφημα 7 η συντριπτική πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας (82,75%) φαίνεται να παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα συναισθηματική εξουθένωσης.



Γράφημα 7: Επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας (N=284)

Η προσωπική ολοκλήρωση των επαγγελματιών υγείας

Η συντριπτική πλειονότητα (85,57%) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι από μια φορά την εβδομάδα έως κάθε μέρα κανονίζει πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών της (Πίνακας 15). Ωστόσο μόνο το 35,56% του δείγματος δηλώνει ότι από μια φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα μπορεί εύκολα να καταλάβει πως νιώθουν οι ασθενείς του για όσα τους συμβαίνουν. Παρόμοια το 33,44% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι από μια φορά την εβδομάδα έως κάθε μέρα επηρεάζει θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά του. Το 14,79% του δείγματος δηλώνει ότι από μία φορά την εβδομάδα έως κάθε μέρα γεμίζει δύναμη και ενεργητικότητα η δουλειά του με τους ασθενείς. Το 29,92% του δείγματος δηλώνει ότι από μία φορά την εβδομάδα έως κάθε μέρα μπορεί να δημιουργήσει μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς του. Το 20,08% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι από μία φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα στο τέλος της ημέρας έχει καλή διάθεση που δούλεψε στενά με τους ασθενείς του. Το 18,66% του δείγματος δηλώνει ότι από μια φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα νιώθει ότι έχει καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά. Τέλος μόνο το 34,86% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι από μία φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα αντιμετωπίζει πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά του.

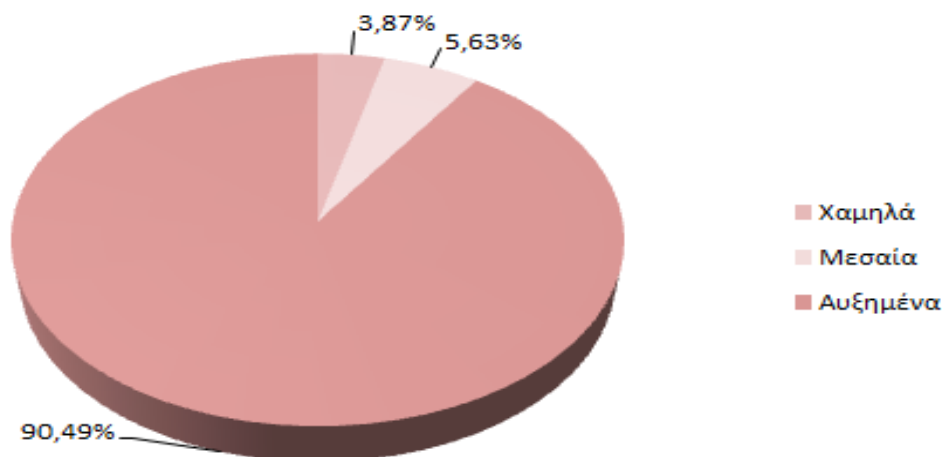
Από την ανάλυση της αξιοπιστίας, της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετικά με την προσωπική ολοκλήρωση των επαγγελματιών υγείας παρατηρείται περίπου ικανοποιητική τιμή αξιοπιστίας (Cronbach's alpha: α περίπου 0,8), (Πίνακας 16). Φαίνεται επομένως ότι και η διάσταση της προσωπικής ολοκλήρωσης των επαγγελματιών υγείας μετριέται περίπου σε ικανοποιητικό βαθμό από τις απαντήσεις των υποκειμένων στις συγκεκριμένες ερωτήσεις. Έτσι φαίνεται από την μέση τιμή (M.T.=23,66<35) ότι η προσωπική ολοκλήρωση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος βρίσκεται σε αυξημένα επίπεδα.

Πίνακας 15: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της προσωπικής ολοκλήρωσης (ΠΟ) των επαγγελματιών υγείας (N=284)

Πλήθος ερωτήσεων	Μέσος όρος*	Τυπική απόκλιση	Διάστημα Εμπιστοσύνης	Cronbach's Alpha
8	23,66	7,13	22,83 - 24,49	0,778

***Χαμηλά: ΠΟ >42, Μεσαία: 35<ΠΟ<=42, Αυξημένα: ΠΟ=<35**

Επιπρόσθετα όπως φαίνεται και στο Γράφημα 8 η συντριπτική πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας (90,49%) φαίνεται να παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα προσωπική ολοκλήρωσης.



Γράφημα 8: Επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης των επαγγελματιών υγείας (N=284)

Η αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας

Η πλειονότητα (52,12%) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι από μία φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα νιώθει λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισε αυτή τη δουλειά (Πίνακας 17). Το 29,58% του δείγματος δηλώνει ότι από μια φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα νιώθει ότι συμπεριφέρεται απρόσωπα στους ασθενείς σα να ήταν αντικείμενα. Το 30,28% του δείγματος δηλώνει ότι από μία φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα προβληματίζετε σιγά σιγά ότι αυτή η δουλειά τον κάνει συναισθηματικά σκληρό/ή. Το 40,15% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι από μια φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα στην ουσία δεν τους απασχολεί τι συμβαίνει στους ασθενείς του. Τέλος το 44,36% του δείγματος δηλώνει ότι από μια φορά την εβδομάδα έως και κάθε μέρα οι ασθενείς τους κατηγορούν ότι δεν νοιάζεται για μερικά από τα προβλήματα τους.

Πίνακας 16: Αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το εργαλείο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης (N=284)

Στοιχείο εργαλείου – ερωτημα/γίου	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δυο-τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
5 Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι	6,34%	8,80%	18,66%	36,62%	20,42%	5,99%	3,17%

	αι απρόσωπα στους ασθενείς, να είναι αντικείμενα.							
10	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η για τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	5,99%	2,82%	13,38%	25,70%	29,23%	16,55%	6,34%
11	Με προβληματίζει ότι σιγά – σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/η.	4,93%	7,39%	20,77%	36,62%	20,77%	4,58%	4,93%
15	Στην ουσία, δεν με απασχολεί τι συμβαίνει στους ασθενείς μου.	10,21%	7,39%	19,37%	22,89%	21,13%	13,03%	5,99%
22	Νομίζω ότι οι ασθενείς με κατηγορούν ότι δεν νοιάζομαι για μερικά από τα προβλήματά τους	13,03%	5,28%	10,56%	26,76%	28,52%	10,56%	5,28%

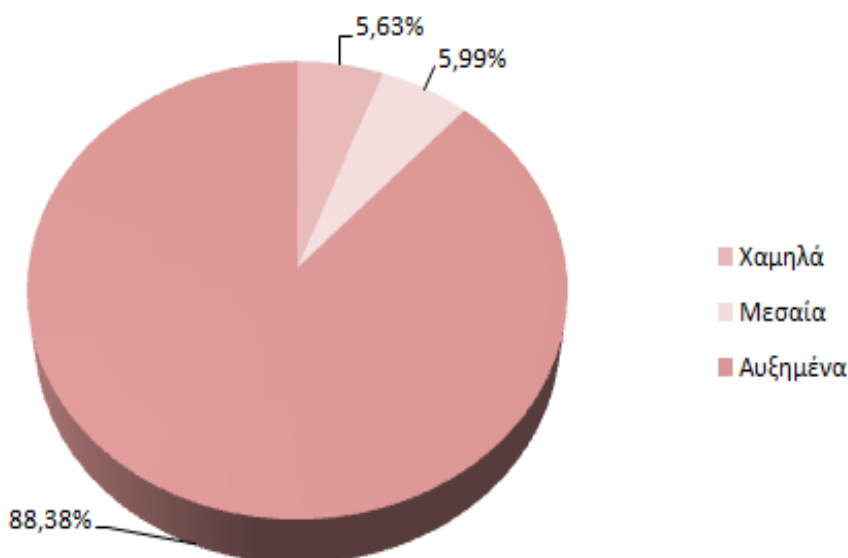
Από την ανάλυση της αξιοπιστίας, της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετικά με την αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας παρατηρείται σχετικά χαμηλή τιμή αξιοπιστίας (Cronbach's alpha: α περίπου 0,7), (Πίνακας 18). Φαίνεται επομένως ότι η διάσταση της αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας μετρείται περίπου σε ικανοποιητικό βαθμό από τις απαντήσεις των υποκειμένων στις συγκεκριμένες ερωτήσεις. Έτσι φαίνεται από την μέση τιμή (M.T.=15,31>11) ότι η διάσταση της αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος βρίσκεται σε αυξημένα επίπεδα.

Πίνακας 17: Περιγραφικά στατιστικά και συντελεστής αξιοπιστίας της αποπροσωποποίησης των επαγγελματιών υγείας (N=284)

Πλήθος ερωτήσεων	Μέσος όρος*	Τυπική απόκλιση	Διάστημα Εμπιστοσύνης	Cronbach's Alpha
5	15,31	4,79	14,75 - 15,87	0,646

* Χαμηλά: ΑΠ ≤5, Μεσαία: 5<ΑΠ≤11, Αυξημένα: ΑΠ>11

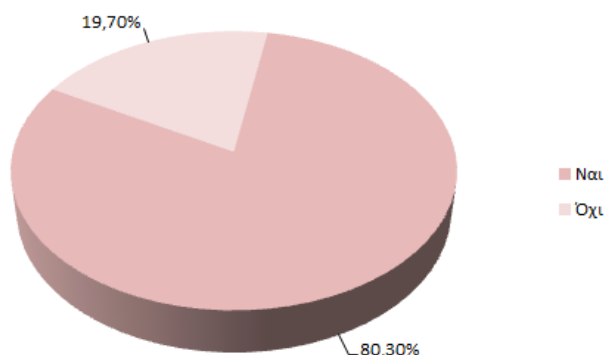
Επιπρόσθετα όπως φαίνεται και στο Γράφημα 9 η συντριπτική πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας (90,49%) φαίνεται να παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης



Γράφημα 9: Επίπεδα αποπροσωποποίησης των επαγγελματιών υγείας (N=284)

Τέλος λαμβάνοντας υπόψη τις οδηγίες της Maslach, επαγγελματική εξουθένωση έχουν τα άτομα που εμφανίζουν υψηλή συναισθηματική εξουθένωση και υψηλή αποπροσωποποίηση. Μετά από τον μετασχηματισμό των δεδομένων της έρευνας προέκυψε ότι το ποσοστό

(Γράφημα 10) των επαγγελματιών υγείας του δείγματός μας με επαγγελματική εξουθένωση ήταν 80,3%.



Γράφημα 10: Κατανομή επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας (N=284)

Παράγοντες επίδρασης της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας

Στην παράγραφο αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερευνητικής στατιστικής ανάλυσης, δηλαδή του προσδιορισμού των παραγόντων που ερμηνεύουν τη διακύμανση της μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας, όπως αυτή μετρήθηκε με το εργαλείο καταγραφής της Επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI). Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, διαστάσεων και ποσοτικών παραγόντων, αλλά και οι μέσοι όροι των διαστάσεων ανάλογα με τις κατηγορίες των ποιοτικών μεταβλητών-παραγόντων. Στο κείμενο που ακολουθεί παρουσιάζονται κυρίως οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις και διαφορές.

Όπως φαίνεται από την διερευνητική ανάλυση (Πίνακας 19) η ηλικία δεν φαίνεται να συσχετίζεται με καμιά από τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας.

Πίνακας 18: Συσχετίσεις χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσής τους (N=284)

Ποσοτικά χαρακτηριστικά	Συναισθηματική εξουθένωση	Προσωπική ολοκλήρωση	Αποπροσωποποίηση
-------------------------	---------------------------	----------------------	------------------

	Δείκτης συσχέτισης	p- value	Δείκτης συσχέτισης	p- value	Δείκτης συσχέτισης	p- value
Ηλικία	,094	,115	-,098	,100	,115	,052

Όσον αφορά τα ποιοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε ότι, ο αριθμός τέκνων και το επίπεδο εκπαίδευσης τους φαίνεται να ερμηνεύουν τη διακύμανση των τιμών των τριών διαστάσεων (Πίνακας 20) της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας.

Πίνακας 19: Ελέγχου διαφορών των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους

Δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας		Συναισθηματική εξουθένωση	Προσωπική ολοκλήρωση	Αποπροσω/ποίηση
		Μέση τιμή	Μέση τιμή	Μέση τιμή
Φύλο	Άνδρας	33,55	24,01	15,58
	Γυναίκα	35,43	23,55	15,23
	<i>p-value</i>	,087	,640	,596
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	34,14	23,88	14,78
	Έγγαμος/η	35,23	23,63	15,58
	Διαζευγμένος/η -Χήρος/α	34,72	23,52	14,31
	<i>p-value</i>	,675	,970	,286
Αριθμός τέκνων	0	32,52	24,84	14,54
	1	34,08	23,39	14,25
	2	36,11	23,08	15,59
	3 και πάνω	36,15	23,76	16,50
	<i>p-value</i>	,011*	,421	,076
Έχει την ευθύνη ανήλικων παιδιών	Όχι	34,89	23,62	15,59
	Ναι	35,13	23,72	14,90
	<i>p-value</i>	,804	,902	,230
Επίπεδο Εκπαίδ/σης	Δευτε/θμια Εκπαίδευση	35,62	22,31	15,86
	TEI	37,39	26,23	16,29
	TEI με ειδικότητα	35,50	23,50	15,12
	AEI	34,15	23,64	15,55
	Μεταπτυχιακές	31,95	25,48	13,03
	<i>p-value</i>	,033*	,032*	,016*

Χαμηλά: ΣΕ <=20, Μεσαία: 20<ΣΕ<=31, Αυξημένα: ΣΕ>31

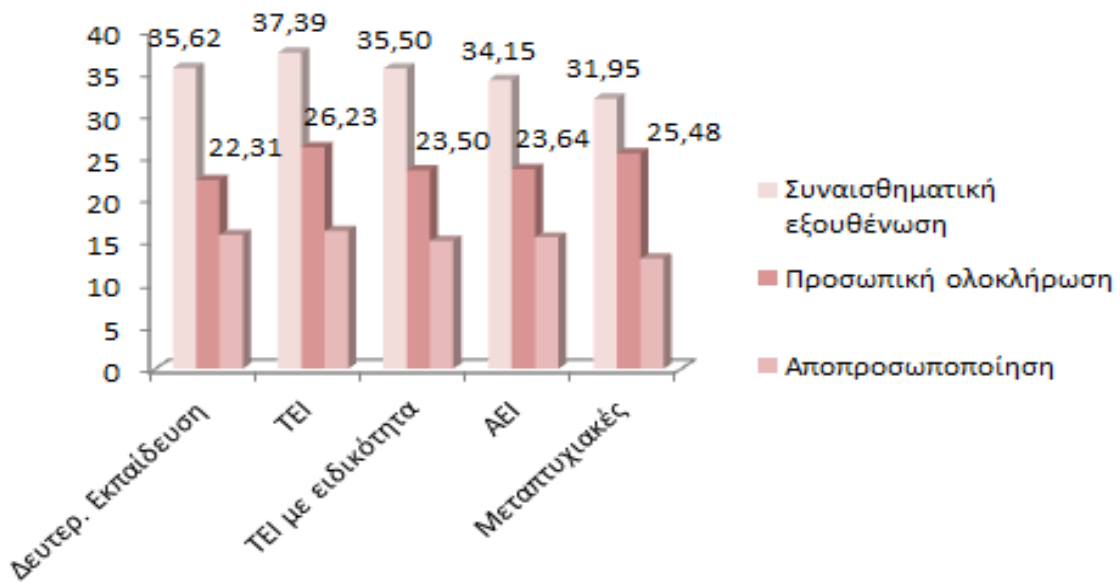
Χαμηλά: ΠΟ >42, Μεσαία: 35<ΠΟ<=42, Αυξημένα: ΠΟ=<35

Χαμηλά: $ΑΠ \leq 5$, Μεσαία: $5 < ΑΠ \leq 11$, Αυξημένα: $ΑΠ > 11$

*** Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο $\alpha=0,05$**

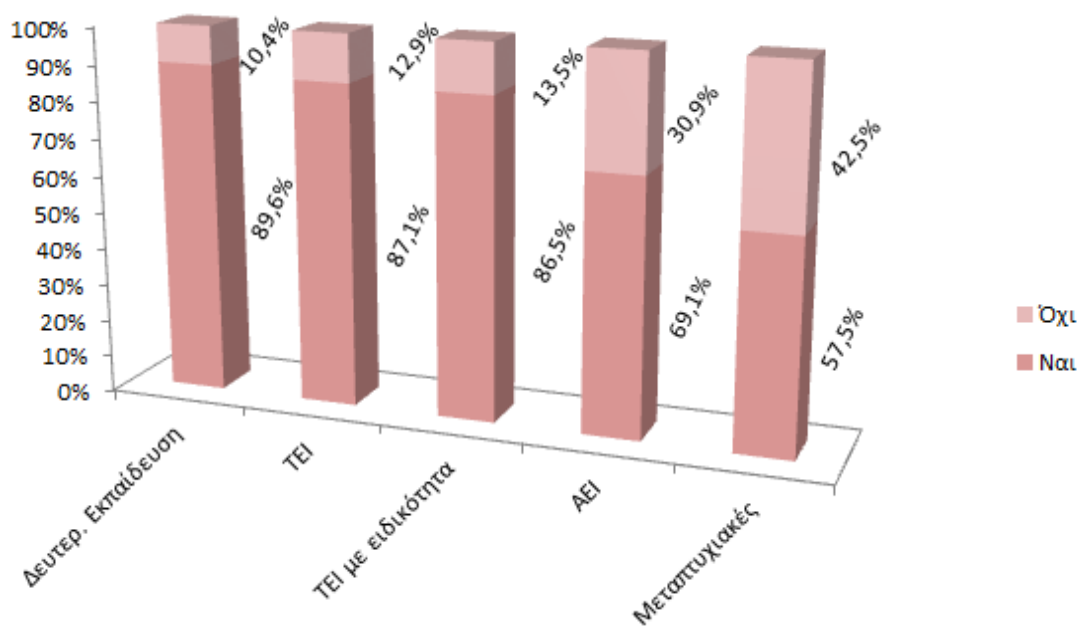
Πιο συγκεκριμένα επαγγελματίες της υγείας με περισσότερα του ενός παιδιά (2 παιδιά $M.T.=36,11$ και περισσότερα από δύο $M.T.=36,15$) (Πίνακας 20) φαίνεται να βιώνουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά υψηλότερη «αυξημένη» συναισθηματική εξουθένωση από τους συναδέλφους τους με λιγότερα παιδιά (κανένα παιδί $M.T.=32,52$ και 1 παιδί: $M.T.=34,08$). Ωστόσο τόσο η «αυξημένη» προσωπική ολοκλήρωση όσο και η «αυξημένη» αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας δεν φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών τους.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 20) φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας με πανεπιστημιακές σπουδές να έχουν μεν «αυξημένη» αλλά σημαντικά λιγότερη (ΑΕΙ $M.T.=34,15$, Μεταπτυχιακές $M.T.=31,95$) συναισθηματική εξουθένωση από τους επαγγελματίες υγείας με χαμηλότερο επίπεδο σπουδών (Δευτερ. Εκπαίδευση: $M.T.=35,62$, ΤΕΙ : $M.T.=37,39$, ΤΕΙ με ειδικότητα: $M.T.=35,50$). Παρόμοια φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας με μεταπτυχιακές σπουδές και με πτυχίο ΤΕΙ (Μεταπτυχιακές $M.T.=25,48$, ΤΕΙ : $M.T.=26,23$) έχουν μεν «αυξημένη» αλλά και σημαντικά μεγαλύτερη (Δευτερ. Εκπαίδευση: $M.T.=22,31$, ΤΕΙ με ειδικότητα: $M.T.=23,50$, ΑΕΙ: $M.T.=23,64$) προσωπική ολοκλήρωση από τους άλλους επαγγελματίες υγείας (Πίνακας 20). Τέλος φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας με μεταπτυχιακές σπουδές (Μεταπτυχιακές $M.T.=13,03$) υποδεικνύουν μεν «αυξημένη» αλλά και σημαντικά μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση από τους άλλους επαγγελματίες υγείας (Δευτερ. Εκπαίδευση: $M.T.=15,86$, ΤΕΙ: $M.T.=16,29$, ΤΕΙ με ειδικότητα: $M.T.=15,12$, ΑΕΙ: $M.T.=15,55$) (Γράφημα 11).



Γράφημα 11: Κατανομή των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανά επίπεδο σπουδών

Επιπλέον όπως φαίνεται και στο Γράφημα 12 οι επαγγελματίες υγείας με χαμηλότερου επιπέδου σπουδές παρουσιάζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους (λαμβάνοντας υπόψη τις οδηγίες της Maslach) εντονότερη επαγγελματική εξουθένωση από τους εργαζόμενους νοσηλευτές και ιατρούς με αυξημένου επιπέδου σπουδές. Η διαπίστωση αυτή είναι και στατιστικά σημαντική ($\chi^2=25,51$, $df=4$, $p=0,005$).



Γράφημα 12: Κατανομή της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά επίπεδο σπουδών

Τέλος όπως φαίνεται και στον πίνακα 20 δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας.

Όσον αφορά τα ποιοτικά υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε (Πίνακας 21) στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης τους ανάλογα με το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο εργάζονται και τη θέση εργασίας που κατέχουν.

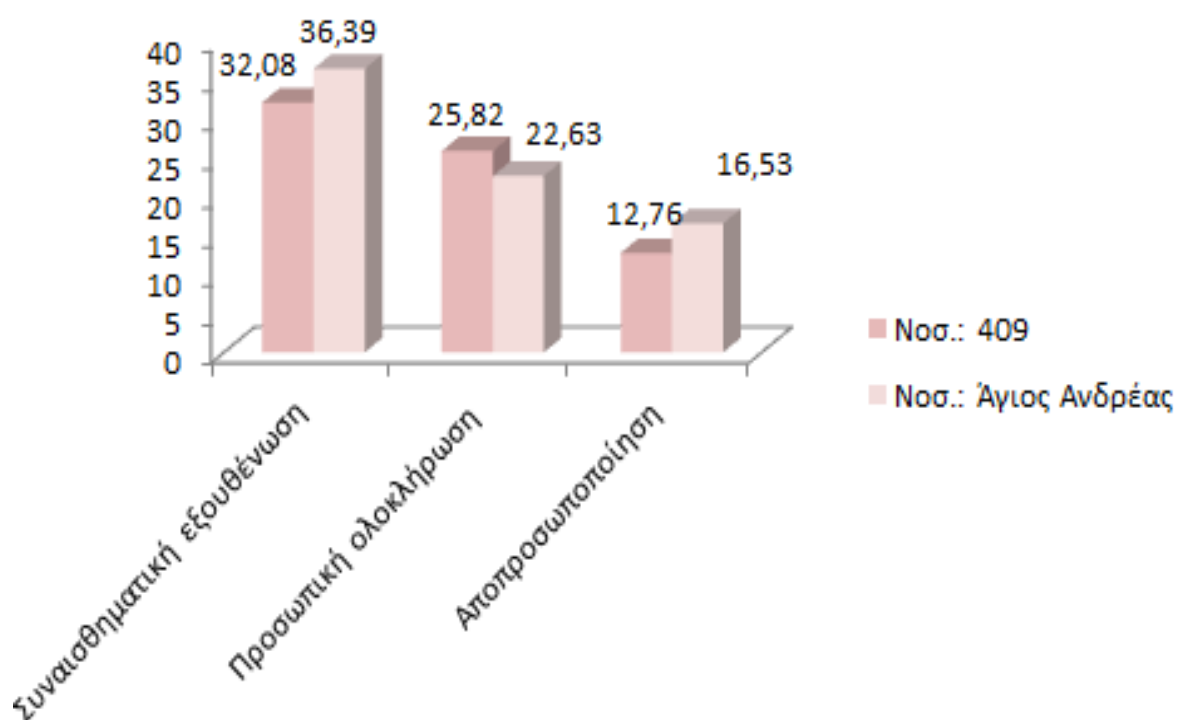
Πίνακας 20: Ελέγχου διαφορών των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τα υπηρεσιακά χαρακτηριστικά τους

Υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας		Συναισθηματική εξουθένωση	Προσωπική ολοκλήρωση	Αποπροσω/ποίηση
		Μέση τιμή	Μέση τιμή	Μέση τιμή
Νοσηλευτικό Ίδρυμα	Νοσ.: 409	32,08	25,82	12,76
	Νοσ.: Άγιος Ανδρέας	36,39	22,63	16,53
	<i>p-value</i>	,0005*	,0005*	,0005*
Επαγγελμ/κή κατάσταση	Δ. Υπάλληλος	35,20	23,40	15,36
	Σ. Υπάλληλος	33,29	25,81	14,90
	<i>p-value</i>	0,203	0,075	0,618
Θέση	Ιατρός	33,04	24,57	14,54

εργασίας που κατέχουν	Νοσηλευτής	36,25	24,42	15,46
	B. Νοσηλευτής	35,44	22,32	15,78
	p-value	,019*	,043*	,189*
Χαμηλά: ΣΕ <=20, Μεσαία: 20<ΣΕ<=31, Αυξημένα: ΣΕ>31				
Χαμηλά: ΠΟ >42, Μεσαία: 35<ΠΟ<=42, Αυξημένα: ΠΟ<=35				
Χαμηλά: ΑΠ <=5, Μεσαία: 5<ΑΠ<=11, Αυξημένα: ΑΠ>11				
* Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο α=0,05				

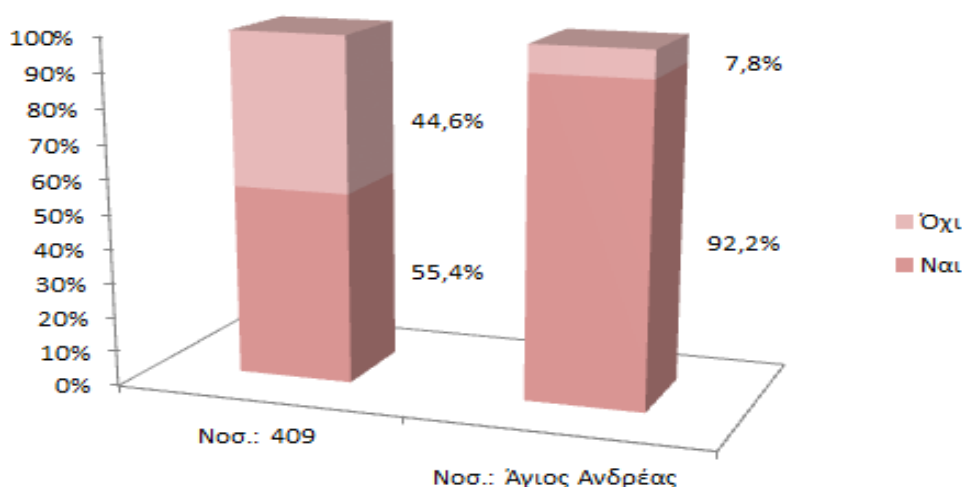
Πιο συγκεκριμένα και ξεκινώντας από το νοσηλευτικό ίδρυμα των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι (Πίνακας 21) οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας φαίνεται να έχουν μεν «αυξημένη» αλλά σημαντικά μεγαλύτερη (Μ.Τ.=36,39) συναισθηματική εξουθένωση από τους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου 409 (Μ.Τ.=32,08). Παρόμοια φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας φαίνεται να έχουν μεν «αυξημένη» αλλά σημαντικά λιγότερη (Μ.Τ.=22,63) προσωπική ολοκλήρωση από τους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου 409 (Μ.Τ.=25,82).

Τέλος φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας (Γράφημα 13) φαίνεται να υποδεικνύουν μεν «αυξημένη» αλλά σημαντικά περισσότερη (Μ.Τ.=16,53) αποπροσωποποίηση από τους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου 409 (Μ.Τ.=12,76).



Γράφημα 13: Κατανομή των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανά Νοσηλευτικό Ίδρυμα

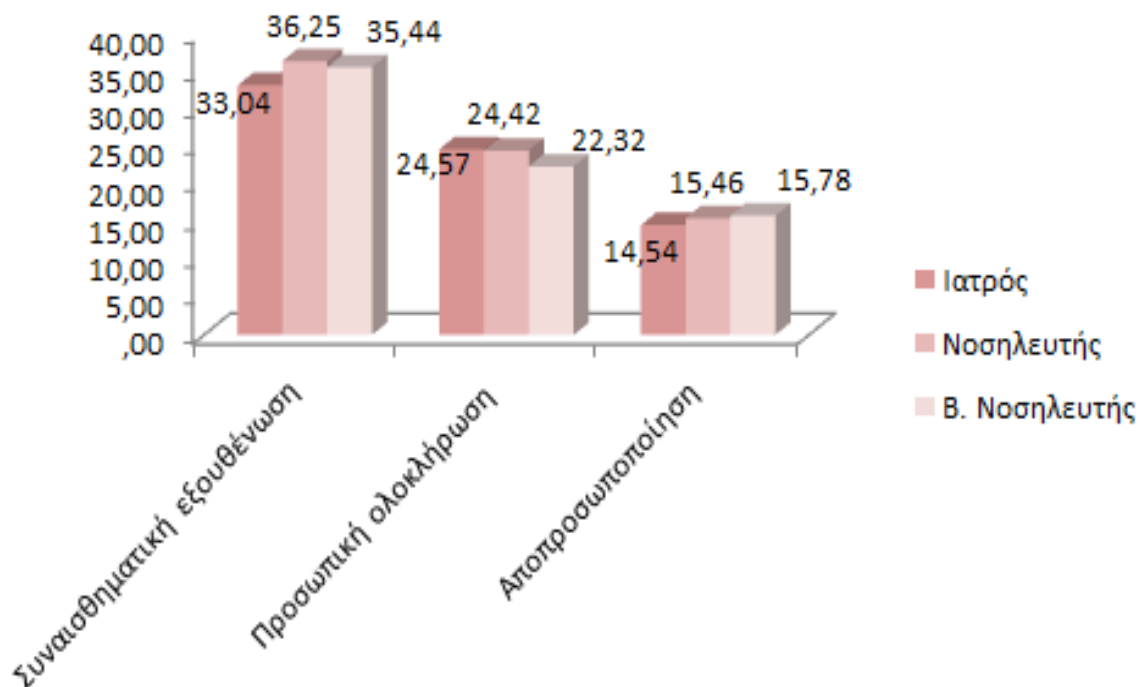
Επιπλέον όπως φαίνεται και στο Γράφημα 14 οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο 409 παρουσιάζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους (λαμβάνοντας υπόψη τις οδηγίες της Maslach) εντονότερη επαγγελματική εξουθένωση (92,2%) από τους εργαζόμενους νοσηλευτές και ιατρούς του νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας (55,4%). Η διαπίστωση αυτή είναι και στατιστικά σημαντική ($\chi^2=53,07$, $df=1$, $p=0,005$).



Γράφημα 14: Κατανομή της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά νοσηλευτικό ίδρυμα

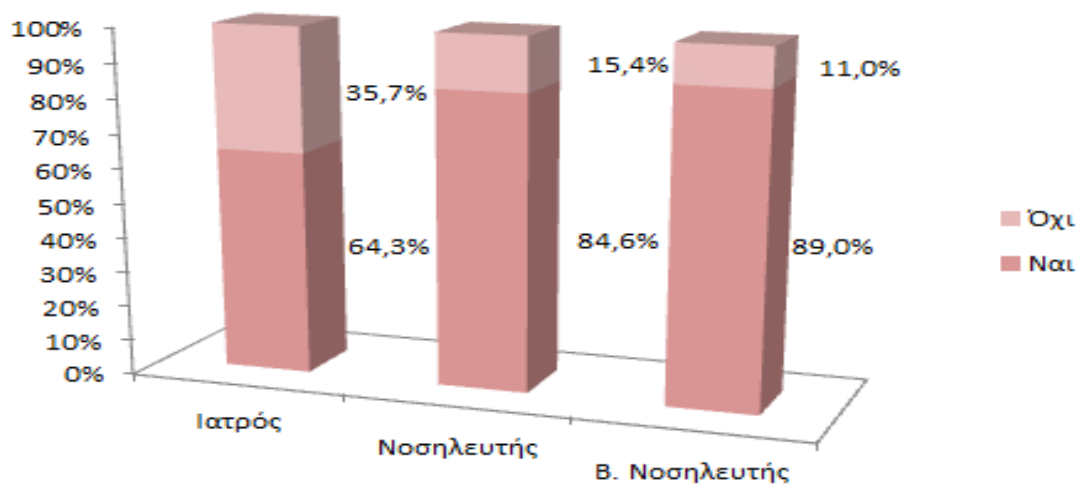
Όσον αφορά την θέση εργασίας που κατέχουν, παρατούμε ότι οι νοσηλευτές (Νοσηλευτής: $M.T.=36,25$, $B.$ Νοσηλευτής: $M.T.=35,44$) φαίνεται να παρουσιάζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους «αυξημένη» μεν αλλά σημαντικά μεγαλύτερη συναισθηματική εξουθένωση από τους ιατρούς συναδέλφους τους ($M.T.=33,04$) (Πίνακας 21). Επίσης οι βοηθοί νοσηλευτών ($M.T.=22,32$) φαίνεται να αντιλαμβάνονται σύμφωνα με τις δηλώσεις τους ότι έχουν «αυξημένη» μεν αλλά σημαντικά λιγότερη προσωπική ολοκλήρωση από τους ιατρούς ($M.T.=24,57$) και τους νοσηλευτές ($M.T.=24,42$).

Τέλος οι ιατροί επαγγελματίες της υγείας φαίνεται να υποδεικνύουν «αυξημένη» ($M.T.=14,54$) αλλά σημαντικά λιγότερη αποπροσωποποίηση από τους νοσηλευτές συναδέλφους τους (Νοσηλευτής: $M.T.=15,46$, $B.$ Νοσηλευτής: $M.T.=15,78$) (Γράφημα 15).



Γράφημα 15: Κατανομή των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανά ειδικότητα

Επιπρόσθετα όπως φαίνεται και στο Γράφημα 16 οι επαγγελματίες υγείας νοσηλευτές (84,6%) και βοηθοί νοσηλευτών (89%) παρουσιάζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους (λαμβάνοντας υπόψη τις οδηγίες της Maslach) εντονότερη επαγγελματική εξουθένωση από τους εργαζόμενους ιατρούς (64,3%). Η διαπίστωση αυτή είναι και στατιστικά σημαντική ($\chi^2=19,88$, $df=2$, $p=0,005$).



Γράφημα 16: Κατανομή της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά ειδικότητα

Επιπρόσθετα φαίνεται ότι τόσο τα έτη υπηρεσίας όσο και ο μέσος αριθμός ασθενών που αναλογούν σε κάθε έναν από τους επαγγελματίες της υγείας να συσχετίζονται θετικά με την συναισθηματική εξουθένωση των εργαζομένων στα δύο αυτά νοσηλευτικά ιδρύματα (Πίνακας 22). Επίσης φαίνεται ότι ο μέσος αριθμός ασθενών που αναλογούν σε κάθε έναν από τους επαγγελματίες της υγείας συσχετίζεται θετικά και με την αποπροσωποποίηση στην οποία έχουν περιέλθει οι εργαζόμενοι. Οι συσχετίσεις αυτές είναι και στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 21: Συσχετίσεις χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσή τους (N=284)

Ποσοτικά χαρακτηριστικά	Συναισθηματική εξουθένωση		Προσωπική ολοκλήρωση		Αποπροσωποποίηση	
	Δείκτης συσχέτισης	p-value	Δείκτης συσχέτισης	p-value	Δείκτης συσχέτισης	p-value
Έτη προϋπηρεσίας	,127	0,033*	,016	,788	,072	,226
Μέσος ημερήσιος αριθμός ασθενών	,151	0,011*	-,043	,469	,390	,0005*

Χαμηλά: ΣΕ ≤20, Μεσαία: 20<ΣΕ≤31, Αυξημένα: ΣΕ>31

Χαμηλά: ΠΟ >42, Μεσαία: 35<ΠΟ≤42, Αυξημένα: ΠΟ≤35

Χαμηλά: ΑΠ ≤5, Μεσαία: 5<ΑΠ≤11, Αυξημένα: ΑΠ>11

* Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε επίπεδο α=0,05

Τέλος παρατηρούμε ότι η συναισθηματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας συσχετίζεται θετικά με την περιστασιακή αλλά και την χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 23). Επιπρόσθετα η αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας συσχετίζεται θετικά με την περιστασιακή αλλά και την χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 23). Ωστόσο η προσωπική ολοκλήρωση των επαγγελματιών υγείας συσχετίζεται αρνητικά με την περιστασιακή αλλά και την χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας. Οι συσχετίσεις αυτές είναι και στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 22: Συσχετίσεις διαστάσεων άγχους των επαγγελματιών υγείας με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσή τους (N=284)

Διαστάσεις της αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης	Συναισθηματική εξουθένωση		Προσωπική ολοκλήρωση		Αποπροσωποποίηση	
	Δείκτης συσχέτισης	p-value	Δείκτης συσχέτισης	p-value	Δείκτης συσχέτισης	p-value
Περιστασιακή	0.636	,005*	-0,232	,005*	0.396	,005*
Χαρακτηριστική	0,655	,005*	-0,408	,005*	0,421	,005*

*** Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε επίπεδο $\alpha=0,05$**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όλο και περισσότερο σήμερα υποστηρίζεται από τους εργαζόμενους ότι το εργασιακό περιβάλλον προκαλεί έντονο άγχος (Καδδά, 2005, Μουστάκα, 2010). Επίσης αρκετοί εργαζόμενοι δηλώνουν ότι νοιώθουν αρκετά εξουθενωμένοι, ελάχιστα ικανοποιημένοι και δυσκολεύονται να επιτύχουν τους επαγγελματικούς τους στόχους μέσα στο εργασιακό τους περιβάλλον. Το φαινόμενο αυτό που περιγράφεται ως επαγγελματική εξουθένωση (Αντωνίου, 2006, Αντωνίου, 2008) εντείνεται κυρίως σε κάθε εργασιακή σχέση που εμπεριέχει την έννοια και την πρακτική της φροντίδας προς το άτομο. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και ο χώρος των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας. Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν διεθνώς εντείνεται η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Παπά και συν., 2008, Γούλας και συν., 2005, Καρανικόλα και συν., 2009, Antoniou & Antonodimitrakis, 2001, Ahmed et al, 2009).

Οι ερευνητές αναφέρουν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι στενά συνδεδεμένο με την αποδοτικότητα του εργαζόμενου και έχει άμεση και ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας (Αδαλή και συν., 2000, Αλεξιάς και συν., 2010).

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να περιγράψει την αγχώδη συναισθηματική κατάσταση αλλά και την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών και γιατρών) σε δύο νοσοκομειακά ιδρύματα του δήμου της Πάτρας το Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας και Στρατιωτικού Νοσοκομείο 409. Στην συγχρονική αυτή έρευνα συμμετείχαν 284 επαγγελματίες υγείας και η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία. Τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας ήταν:

- Ποιο είναι το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτοεκτίμηση του άγχους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού;
- Διαφοροποιούνται τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα με τα δημογραφικά και τα υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας;
- Διαφοροποιείται η αυτοεκτίμηση για το άγχος ανάλογα με τα δημογραφικά και τα υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας;

Τόσο η περιστασιακή όσο και η χαρακτηριστική αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος είναι περίπου μέτρια. Φαίνεται δηλαδή ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει άγχος το οποίο παρουσιάζεται σαν μια προσωρινή αντίδραση του υποκειμένου σε συγκεκριμένη απειλητική κατάσταση αλλά και σαν αποκτημένη προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται και να αντιδρά σε ένα μεγάλο αριθμό αντικειμενικά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές (Spielberger, 1966, Παπαγεωργίου και συν., 2007). Ωστόσο οι επαγγελματίες της υγείας στην έρευνα αυτή δηλώνουν ότι βρίσκονται περιστασιακά σε σημαντικά εντονότερη αγχώδη συναισθηματική κατάσταση από ότι γενικά.

Επίσης όπως φάνηκε από την ανάλυση η συντριπτική πλειονότητα (80,3%) των επαγγελματιών υγείας των δύο νοσοκομειακών ιδρυμάτων της έρευνας παρουσιάζει επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα τα επίπεδα συναισθηματική εξουθένωσης (82,75%), αποπροσωποποίησης (88,38%) και προσωπικής ολοκλήρωσης (90,49%) για τη συντριπτική πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας φαίνεται σύμφωνα με τις δηλώσεις τους να είναι αυξημένα. Διακατέχονται δηλαδή από έντονα αισθήματα κόπωσης, ψυχικής και σωματικής, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης (συναισθηματική εξουθένωση).

Έτσι οι επαγγελματίες της υγείας αισθάνονται συναισθηματικά «στεγνομένοι» και απογοητευμένοι από τα περιστατικά της ημέρας (Burke & Greenglass, 2001). Ταυτόχρονα φαίνεται να απομακρύνονται και να αποξενώνονται από τους ασθενείς καθιερώνοντας έτσι απρόσωπες, επιθετικές και κυνικές σχέσεις με αυτούς (αποπροσωποποίηση) (Μπελλάλη και συν., 2007). Παράλληλα οι εργαζόμενοι αισθάνονται ανίκανοι να προσφέρουν στον χώρο εργασίας τους με αποτέλεσμα να μειώνεται η απόδοσή τους. Εκτιμούν έτσι με αρνητικό τρόπο τον εαυτό τους, με ότι αυτό μπορεί να σημαίνει για τη ζωή τους (προσωπική ολοκλήρωση) (Αντωνίου, 2003).

Παρατηρήσαμε επίσης ότι η συναισθηματική εξουθένωση αλλά και η αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας συσχετίζονται θετικά με την περιστασιακή αλλά και την χαρακτηριστική αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας. Φαίνεται επομένως ότι η παρατεταμένη έκθεση των επαγγελματιών της υγείας σε αγχώδη συναισθηματική κατάσταση «οδηγεί» ή σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (Maslach, 2003). Ωστόσο η προσωπική ολοκλήρωση των επαγγελματιών υγείας συσχετίζεται αρνητικά με την περιστασιακή αλλά και την

χαρακτηριστική αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας. Στην παράγραφο επαναλαμβάνεται πολλές φορές η συνεκφορά «των επαγγελματιών υγείας»

Αρκετές έρευνες (Τούκας και Τούκα, 2011, Calzi et al., 2006) επιβεβαιώνουν τη σχέση του άγχους με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επομένως η αγχώδης συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας τους «οδηγεί» σε απαξίωση του εαυτού τους, καθώς οι εργαζόμενοι αυτοί είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και έτσι οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις ανθρώπινες ζωές (Κανδρή και συν., 2004).

Οι παραπάνω διαπιστώσεις δεν φαίνεται να συσχετίζονται με την ηλικία των επαγγελματιών της υγείας. Η ηλικία δηλαδή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δεν φαίνεται να συσχετίζεται τόσο με την περιστασιακή όσο και με την χαρακτηριστική αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας. Επίσης δεν φαίνεται να συσχετίζεται με καμιά από τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας. Η διαπίστωση αυτή αποκλίνει από την έρευνα του Iglesias και συν.(2010), οι οποίοι αναφερόμενοι στην ηλικία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρουν ότι συσχετίζεται με τη συναισθηματική εξουθένωση.

Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά περισσότερο περιστασιακό αλλά και χαρακτηριστικό άγχος από τους άντρες συναδέλφους τους. Ωστόσο το φύλο δεν αναδείχτηκε ως παράγοντας που σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση καθώς δεν υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά ανδρών και γυναικών ως προς την επαγγελματική εξουθένωση αλλά και στα ποσοστά ανδρών και γυναικών ως προς τον βαθμό της συναισθηματικής εξάντλησης, τον βαθμό της αποπροσωποποίησης και τον βαθμό των προσωπικών επιτευγμάτων. Η μη ύπαρξη σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης και των διαστάσεων της με το φύλο φαίνεται να συμφωνεί με τις έρευνες των Glise και συν. (2012) και του Διλιντά (2010). Ωστόσο πρέπει να τονίσουμε ότι έρχεται σε αντίθεση με τη Maslach που υποστηρίζει μεταξύ άλλων ότι το φύλο αποτελεί έναν από τους δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Βέβαια αξίζει να τονίσουμε ότι οι άνδρες επαγγελματίες υγείας στην έρευνα αυτή είχαν μικρότερη συμμετοχή από τις αντίστοιχες γυναίκες. Συγκεκριμένα η αναλογία ανδρών γυναικών ήταν σχεδόν 2/8.

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές της περιστασιακής και της χαρακτηριστικής αγχώδης συναισθηματικής κατάστασης. Επίσης δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας με περισσότερα από ένα παιδιά φαίνεται να έχουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά περισσότερο περιστασιακό άγχος από τους άλλους συναδέλφους τους με ένα ή κανένα παιδί. Πιο συγκεκριμένα επαγγελματίες υγείας με περισσότερα του ενός παιδιά φαίνεται να βιώνουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά υψηλότερη «αυξημένη» συναισθηματική εξουθένωση από τους συναδέλφους τους με λιγότερα. Ωστόσο τόσο η «αυξημένη» προσωπική ολοκλήρωση όσο και η «αυξημένη» αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας δεν φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών τους. Επομένως, οι οικογενειακές υποχρεώσεις επομένως που έχουν οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας τους εντείνουν το άγχος και επομένως ενισχύουν την επαγγελματική τους εξουθένωση. Κυρίως για τη σχέση των παιδιών τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να αποκλίνουν με τις μελέτες των Pavlakis και συν. (2010) και Διλιντά (2010) αλλά συγκλίνουν για τη μη ύπαρξη σχέσης της οικογενειακής κατάστασης.

Οι επαγγελματίες της υγείας έως και τεχνολογικής εκπαίδευσης έχουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά υψηλότερο περιστασιακό άγχος από τους επαγγελματίες της υγείας με πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Αντίστοιχα, οι επαγγελματίες υγείας με χαμηλότερο επίπεδο σπουδών παρουσιάζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους εντονότερη επαγγελματική εξουθένωση από τους εργαζόμενους νοσηλευτές και ιατρούς με αυξημένο επίπεδο σπουδών. Η διαπίστωση αυτή έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα του Πανουργιά (2008) που διερεύνησε και αυτός το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης στον ελληνικό χώρο. Αντίστοιχα οι επαγγελματίες υγείας με πανεπιστημιακές σπουδές έχουν μεν «αυξημένη» αλλά σημαντικά χαμηλότερη συναισθηματική εξουθένωση από τους επαγγελματίες υγείας με χαμηλότερο επίπεδο σπουδών. Παρόμοια φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας με μεταπτυχιακές σπουδές και με πτυχίο ΤΕΙ έχουν μεν «αυξημένη» αλλά και σημαντικά μεγαλύτερη προσωπική ολοκλήρωση από τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Τέλος φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας με μεταπτυχιακές σπουδές επιδεικνύουν μεν «αυξημένη» αλλά και σημαντικά μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση από τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Ίσως αυτό να οφείλετε στην περισσότερο απόμακρη θέση από τον

ασθενή που έχουν κυρίως οι επαγγελματίες υγείας με περισσότερα προσόντα, αφού συνήθως έχουν έναν επιτελικό ρόλο μοιράζοντας εντολές για επαφή με τους ασθενείς στους νοσηλευτές ή στους βοηθούς νοσηλευτών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της συμπεριφοράς, είναι ότι πολλές φορές οι ιατροί ή οι προϊστάμενοι τμημάτων αναφέρονται στους ασθενείς τους όχι με τα ονόματα τους αλλά με τον αριθμό του δωματίου ή τον τύπο της ασθένειας.

Όσον αφορά τα υπηρεσιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της αγχώδους συναισθηματικής κατάστασής τους ανάλογα με το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο εργάζονται την επαγγελματική τους κατάσταση και τη θέση εργασίας που κατέχουν. Πιο συγκεκριμένα και ξεκινώντας από το νοσηλευτικό ίδρυμα των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας φαίνεται να έχουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά περισσότερο περιστασιακό και χαρακτηριστικό άγχος από τους εργαζόμενους συναδέλφους τους του νοσοκομείου 409. Αντίστοιχα οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο 409 παρουσιάζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά εντονότερη επαγγελματική εξουθένωση από τους εργαζόμενους νοσηλευτές και ιατρούς του νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας. Πιο συγκεκριμένα και ξεκινώντας από το νοσηλευτικό ίδρυμα των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας φαίνεται να έχουν μεν «αυξημένη» αλλά σημαντικά μεγαλύτερη συναισθηματική εξουθένωση από τους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου 409. Παρόμοια φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας φαίνεται να έχουν μεν «αυξημένη» αλλά σημαντικά λιγότερη προσωπική ολοκλήρωση από τους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου 409.

Τέλος φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας φαίνεται να επιδεικνύουν μεν «αυξημένη» αλλά σημαντικά περισσότερη αποπροσωποποίηση από τους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου 409. Πρέπει να τονίσουμε ότι λόγω του σεισμού και της καταστροφής του κεντρικού κτηρίου του Αγίου Ανδρέα τα περισσότερα νοσηλευτικά τμήματα μεταφέρθηκαν στο 409. Αυτά είναι η πλαστική, ουρολογική και η καρδιολογική κλινική. Το νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας όμως διαθέτει πιο βαριά τμήματα και με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, οι οποίοι παραμένουν για περισσότερες ημέρες νοσηλείας. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τις δηλώσεις τους, δηλαδή ο μέσος όρος ασθενών περίπου σύμφωνα με τις δηλώσεις τους που αναλογεί σε κάθε έναν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας είναι σημαντικά μεγαλύτερος (25 έναντι 15) του μέσου όρου

στο νοσοκομείο 409. Επίσης το ίδιο νοσοκομείο έχει τμήματα όπως η παθολογική κλινική, χειρουργική κλινική, ορθοπαιδική κλινική, μονάδα χημειοθεραπείας, αιματολογικά εργαστήρια, μονάδα εντατικής, μονάδα αιμοκάθαρσης, χειρουργείο, αναισθησιολογικό τμήμα, νεφρολογική κλινική, αιμοδοσία, τακτικά, και τμήμα έκτακτων περιστατικών. Η πλαστική, ουρολογική και καρδιολογική κλινική που μεταφέρθηκαν στο 409 δεν έχουν πολλούς ασθενείς σε σχέση με τις κλινικές του Αγίου Ανδρέα. Είναι επομένως λογικό να είναι περισσότερο κουρασμένοι οι εργαζόμενοι γιατί εφημερεύουν κάθε δεύτερη μέρα. Μια μέρα το νοσοκομείο του Ρίου και μια μέρα ο Άγιος Ανδρέας μαζί με το 409. Τέλος το νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα είναι μικρό αλλά οι κάτοικοι του νομού Αχαΐας, το προτιμούν σε σχέση με το Ρίο γιατί είναι μέσα στο κέντρο της πόλης. Έτσι τους εξυπηρετεί λόγω απόστασης με αποτέλεσμα να συσσωρεύει περισσότερους ασθενείς.

Όσον αφορά τη θέση εργασίας που κατέχουν οι επαγγελματίες της υγείας φαίνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό να διακατέχεται από σημαντικά υψηλότερο περιστασιακό αλλά και χαρακτηριστικό συναισθηματικό άγχος σε σχέση με τους Ιατρούς. Επίσης οι επαγγελματίες υγείας νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών παρουσιάζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σημαντικά εντονότερη επαγγελματική εξουθένωση από τους εργαζόμενους ιατρούς. Αναλυτικότερα για κάθε διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές φαίνεται να παρουσιάζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους «αυξημένη» μεν αλλά σημαντικά μεγαλύτερη συναισθηματική εξουθένωση από τους ιατρούς συναδέλφους τους. Επίσης οι βοηθοί νοσηλευτών φαίνεται να αντιλαμβάνονται σύμφωνα με τις δηλώσεις τους ότι έχουν «αυξημένη» μεν αλλά σημαντικά λιγότερη προσωπική ολοκλήρωση από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές.

Τέλος οι ιατροί επαγγελματίες της υγείας φαίνεται να επιδεικνύουν «αυξημένη» αλλά σημαντικά λιγότερη αποπροσωποποίηση από τους νοσηλευτές συναδέλφους τους. Μια ερμηνεία για τη διαπίστωση ότι οι γιατροί έχουν χαμηλότερα ποσοστά άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης ίσως να είναι ότι αυτοί θεωρούνται εργαζόμενοι με υψηλό κοινωνικό γόητρο και νιώθουν επομένως ότι προσφέρουν κάτι σημαντικό, σε σχέση με άλλους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας (Αλεξιάς και συν., 2010). Μια ερμηνεία για το υψηλό άγχος αλλά και την μεγάλη επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού ίσως να είναι ότι αυτοί είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική κόπωση αφού βιώνουν το αίσθημα της ευθύνης για τη ζωή των νοσηλευόμενων ασθενών. Τονίζουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει μεγαλύτερη συχνότητα επαφών με τους

ασθενείς. Επιπρόσθετα φαίνεται ότι τα έτη υπηρεσίας των επαγγελματιών της υγείας συσχετίζονται θετικά με την συναισθηματική εξουθένωση των εργαζομένων στα δύο αυτά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Όσον αφορά στην επαγγελματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε ότι οι εργαζόμενοι δημόσιοι υπάλληλοι φαίνεται από τις δηλώσεις τους να έχουν σημαντικά περισσότερο περιστασιακό άγχος από τους εργαζόμενους συμβασιούχους υπαλλήλους. Στην έρευνα αυτή οι συμβασιούχοι υπάλληλοι είναι ειδικευόμενοι ιατροί (Μ.Τ. ηλικίας σημαντικά μικρότερη από τη Μ.Τ. ηλικίας των δημοσίων υπαλλήλων) και ταυτόχρονα με μικρότερη ιατρική εμπειρία (Μ.Τ. εμπειρίας σημαντικά μικρότερη από τη Μ.Τ. εμπειρίας των δημοσίων υπαλλήλων). Ωστόσο δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων. Έτσι η όποια ερμηνεία σχετικά με την διαφοροποίηση τους άγχους των ειδικευόμενων από το άγχος των άλλων εδράζεται μάλλον στην ιατρική ιδιότητα τους.

Τέλος παρατηρούμε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του μέσου ημερήσιου αριθμού ασθενών που αναλογούν σε κάθε εργαζόμενο με την περιστασιακή αγχώδη συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων. Ο μέσος αριθμός ασθενών που αναλογεί σε κάθε έναν από τους επαγγελματίες της υγείας να συσχετίζεται θετικά με την συναισθηματική εξουθένωση των εργαζομένων στα δύο αυτά νοσηλευτικά ιδρύματα. Επίσης φαίνεται ότι ο μέσος αριθμός ασθενών που αναλογεί σε κάθε έναν από τους επαγγελματίες της υγείας συσχετίζεται θετικά και με την αποπροσωποποίηση στην οποία έχουν περιέλθει οι εργαζόμενοι.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι τόσο η αγχώδης συναισθηματική κατάσταση όσο και η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας φαίνεται κυρίως να ερμηνεύεται υπό το πρίσμα μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος εργασίας (Vachon, 1987). Οι στρεσογόνες αλλά και γενικότερα οι δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες που χαρακτηρίζουν το χώρο της υγείας φαίνεται να εντείνουν το άγχος και να τους εξουθενώνουν έτσι συναισθηματικά και κατ' επέκταση επαγγελματικά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω θεωρούμε ότι άμεσα οι φορείς χάραξης πολιτικής στην υγεία θα πρέπει να εφαρμόσουν πολιτικές ευθυγραμμισμένες στη μείωση των παραγόντων που οδηγούν στο άγχος αλλά και στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών της υγείας.

Επιπλέον τα συμπεράσματα αυτής της ερευνητικής μελέτης θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν και στην υιοθέτηση ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης των εργαζομένων ιατρών και νοσηλευτών για την πρόληψη αλλά και για την έγκαιρη ανίχνευση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Κουτελάκος και συν., 2007). Οι παρεμβάσεις για τη στήριξη των επαγγελματιών υγείας και την αποφυγή αλλά και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζονται σε δύο επίπεδα:

- Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αναφέρονται στις προσπάθειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας και αφορούν την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων, την επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών, την αναζήτηση υποστήριξης και την ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας.
- Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο, αναφέρονται σε ενέργειες, την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση του νοσοκομείου ή μιας μονάδας υγείας: δημιουργία ειδικών ομάδων με στόχο την εκπαίδευση των επαγγελματιών στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων με ψυχολογικές και σωματικές εκφάνσεις, οργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων και παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης επιμόρφωσης ειδικά σε θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους αλλά και δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Αδαλή Ε. και συν. Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής Εξουθένωσης, Ελληνική Ιατρική, 2000, 66 (5-6):398-406.
2. Αδαλή Ε., Λεμονίδου Χ. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, Νοσηλευτική 2001.
3. Αδαλή Ε., Πριάμη Ε., Ευαγγέλου Ε., Υφαντή Μ., Μούγια Β. Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού Νοσηλευτικού προσωπικού, Νοσηλευτική 2002, 41(1):105-114.
4. Αδαλή Ε., Λεμονίδου Χ., Πριάμη Μ., Πλατή Χ. Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, Ελληνική Ιατρική 2000, 66 (5-6): 398-406.
5. Αλεξιάς Γ., Αναγνωστόπουλος Φ., Πιλάτης Ι. Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών 2010, (131):109-136.
6. Αμοιρίδου Κ. Η εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους των μονάδων απεξάρτησης ("στεγνών" ουσιών) για τα άτομα που εμφανίζουν εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες και στους εργαζόμενους των προγραμμάτων υποκατάστασης (ΟΚΑΝΑ) της Θεσσαλονίκης, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Πτυχιακή εργασία 2011.
7. Αναγνωστόπουλος Φ. και Παπαδάτου Δ. Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτών. Ψυχολογικά Θέματα. – Αθήνα, 1992 : Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων, 3 (5):183-202.
8. Αντωνίου Α.Σ. Πηγές Εργασιακού Άγχους, Ευρωπαϊκή Εβδομάδα για την Υγιεινή και Ασφάλεια, Υπουργείο Εργασίας και ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., Αθήνα 2002.
9. Αντωνίου Αλέξανδρος – Σταμάτιος. Ψυχολογία Υγείας στο Χώρο Εργασίας, Επιστημονικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 2007.
10. Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος. Η εργασιακή υγεία των νοσοκομειακών γιατρών. Εκδόσεις Παρισιάνου, τόμος β', Αθήνα 2006.
11. Αντωνίου Α.Σ. Εργασιακό Στρες. Εκδόσεις Παρισιάνου, τόμος α', Αθήνα 2006.

12. Αντωνίου ΑΣ. Μείζονες αιτίες Burnout όσον αφορά στις στάσεις των εργαζομένων έναντι της εργασίας και τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος, Στο Πρόληψη συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες, ΕΠΑΨΥ, Αθήνα 2003.
13. Βασιλάκη Ε., Τρίλοβα Σ., Μπεζεβέγκης Η. Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001.
14. Βασιλόπουλος Σ. Η Επαγγελματική εξουθένωση και η σχέση της με το κοινωνικό άγχος στους εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, Hellenic Journal of Psychology 2012, (9) :18-44.
15. Bell J. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός Παιδαγωγικής και Κοινωνικής Έρευνας. Αν. Βαλ. Ρήγα (Επιμ.). Αθήνα: Gutenberg 2001.
16. Γαλανού Γ. Το Άγχος, Μπουκουμάνη, Αθήνα 1977.
17. Γιαλαμάς Β. Στατιστικές τεχνικές και εφαρμογές στις επιστήμες της αγωγής. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2005.
18. Γούλας Β., Αναγνωστόπουλος Φ., Τζωρτζοπούλου Κ., Αγγουράς Β., Νιάκας Δ. Η συμβολή της θνησιμότητας και του φόρτου εργασίας στην εμφάνιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους δημόσιους λειτουργούς υγείας του Νομού Αιτωλοακαρνανίας, Διαχείριση και Οικονομικά Ζητήματα του Υγειονομικού Τομέα, Αθήνα 2005.
19. Cohen L., Manion L. Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Εκδόσεις Μεταίχμιο Αθήνα 1994.
20. Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. Η Επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2008 25(5):642-647.
21. Διαμαντόπουλος Α. Εγκυκλοπαίδεια Ψυχολογίας Προσωπικότητα, τόμος α΄, Ναύπακτος 2001.
22. Διλιντάς Α. Μελέτη του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Εργαζόμενους του ΠΑ.Γ.Ν. Ηρακλείου, Επιθεώρηση Υγείας 2008, 19 (111):34-40.
23. Διλιντάς Α. Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(3):498-508
24. Δουβανάς Α., Μπάλιου Μ., Παντελάκη Α., Πουσδέρκη Π., Μαρβάκη Χ. Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού 2011, 10 (3): 373-388.

25. Θεοφίλου Π. Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας 2009, (4) : 41-50.
26. Καδδά Α. Τρόποι Διαχείρισης του Stress των Επαγγελματιών Υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία, Επιθεώρηση Υγείας 2005, 16 (92): 23-26.
27. Καλπάκογλου Θ. Άγχος και Πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
28. Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. Νοσηλευτική 2004, 43(1):116-125.
29. Καντάς Α. Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία: 3ο μέρος: Διεργασίες ομάδας - Σύγκρουση, Ανάπτυξη και αλλαγή-Κουλτούρα, Επαγγελματικό άγχος, ελληνικά γράμματα, β' έκδ., Αθήνα 1995.
30. Kaplan, Sadock's. Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής. Εκδόσεις Παρισιανού, Γ' έκδοση, Αθήνα 1996.
31. Καρανικόλας Μ.Ν.Κ., Σταθοπούλου Χ., Καλαφάτη Μ., Τερζή Α.Μ., Μπουζικά Μ., Παπαθανάσογλου Ε. Αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους σε νοσηλευτικό προσωπικό εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 2009, 48(4): 447-457.
32. Κουλιεράκης Γ., Μεταλληνού Ο., Πάντζου Π. Κοινωνιολογική και Ψυχολογικής Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Β', Συμπεριφορές Υγείας, Πρότυπα και Μεταβολές, Πάτρα 2000.
33. Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη Μ. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Burn out syndrome). Το Βήμα του Ασκληπιού 2007, (2): 1-7.
34. Κυριαζή Ν. Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα 2011.
35. Λιάκος Α., Γιαννίτση Σ. Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. Εγκέφαλος 1984, (21):71-76.
36. Μαλλιάρου Μ., Μουστάκα Ε., Ζάντζος Ι., Κωνσταντινίδης Θ.Κ. Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού σε Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Νοσηλεία και Έρευνα 2008, (21) :23-31.

37. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη. University Studio Press 1997.
38. Μάντη Π., Τσελέπη Χ. Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων-υπηρεσιών υγείας. Κοινωνικές – Πολιτιστικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας, ΕΑΠ, Πάτρα 2000.
39. Μαρνέρας Χ., Θεοδωρακοπούλου Γ., Αλμπάνη Ε., Γκούβα Μ., Δημοπούλου Ε., Κοτρώτσιου Ε. Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα, Νοσηλευτική 2010, 49(1): 3–90
40. Μισουρίδου Ε. Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην νοσηλευτική, Νοσηλευτική 2009, 48 (4):5-8.
41. Μουστάκα Ε., Ζάντζος Ι., Κωνσταντινίδης Θ.Κ. Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στην Ψυχική και την Σωματική Υγεία (Ερευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό). Έκδοση: ΠΜΣ ΥΑΕ, Αλεξανδρούπολη 2010.
42. Μπαμπινιώτης Γ. Λεξικό της Νέας Γλώσσας. Εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα 1998.
43. Μπελλάλη Θ., Κοντοδημόπουλος Ν., Καλαφάτη Μ., Νιάκας Δ. Διερευνώντας την επίδραση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(Suppl 1):75-84.
44. Μποζίκας Β., Κιοσέογλου Β., Παλιαλιά Μ., Νηματούδης Ι., Ιακωβίδης Α., Καραβάτος Α., Καπρίνης Γ. Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δομών ψυχικής υγείας, Ψυχιατρική 2000.
45. Νούλα Μ., Μουχάκη Σ., Αργυροπούλου Δ., Υφαντή Ε., Κυριακίδου Β., Τσιρίγκα Σ., Γκεσούλη Ε. Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας. Interscientific Health Care 2010, (2):7-9.
46. Οικονόμου Φ. Ψυχιατρική μετά στοιχείων ψυχολογίας. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, στί εκδ., Αθήνα 1994.
47. Παπά Ε., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 25(1):94-101.
48. Παπαγεωργίου Δ.Ε., Καραμπέτσου Μ.Ι., Νικολακάκου Χ.Β., Παυλάτου Ν.Δ. Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, Νοσηλευτική 2007, 46(2):237–245.

49. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
50. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. Επαγγελματική Εξουθένωση (Ενότητα βιβλίου)// Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
51. Παπαδόπουλος Γ. Ν. Λεξικό της Ψυχολογίας, Αθήνα 1994.
52. Πιάνος Κ. Ψυχοκοινωνικές Διαταραχές και Αντιμετώπισή τους. Έλλην, γ' έκδ., Αθήνα 2000.
53. Pervin A. Lawrence, John P. John. Θεωρίες Προσωπικότητας, μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α. – Δασκαλοπούλου Ε., Τυπωθήτω, Αθήνα 2001.
54. Ποταμιάνος Γ. Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
55. Πουλόπουλος Χ. Εξαρτήσεις. Οι θεραπευτικές Κοινότητες. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2005.
56. Πουλόπουλος Χ. Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις. Οι κοινότητες της αλλαγής. Εκδόσεις: Τόπος, Αθήνα 2008.
57. Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα 1993
58. Ραγιά Α. Ψυχιατρική Νοσηλευτική Θεμελιώδεις αρχές. Ευνική, Αθήνα 1978.
59. Ρούπα Ζ., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Κοτρώτσιου Ε. Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. Νοσηλευτική 2008, 47(2):247–255.
60. Ρώμας Γ. Χ. Λεξικό Αναπτυγμένων Εννοιών. Επικαιρότητα, Αθήνα 1984.
61. Σαπουντζή – Κρέπια Δ. Stress Management: Η διαχείριση του στρες. Έλλην, Αθήνα 2000.
62. Σιουρούνη Ε. Διερεύνηση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Επιθεώρηση Υγείας 2006, 17 (99) :31-35.
63. Spilberger Charles. Άγχος-Στρες, μετάφραση: Κωστόπουλος Ιωάννης, Ψυχογιός, Αθήνα 1982.
64. Σταυράτη Ε. Συγκριτική μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων τριών μεγάλων στρατιωτικών νοσοκομείων. ΕΑΠ, Αθήνα 2012.
65. Σταυροπούλου Α., Παπαδάκη Ε., Φτυλάκη Α., Καμπά Ε. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome): Κατανόηση και πρόωμη αναγνώριση του συνδρόμου

από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Το Βήμα του Ασκληπιού 2010, 9 (3):359-374.

66. Τούκας Δ., Τουκα Α. Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011, 28(1):20-26.
67. Φακή Μ., Γκούβα Μ., Παπαθανασίου Ι., Πράπα Π., Πάσχου Δ., Πράπα Ε., Κοτρώτσιου Ε. Το άγχος σε εργαζόμενους σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας. Interscientific Health Care 2009, 1, :9-15.
68. Φιλιππόπουλος Γ. Εγκόλπιον Ψυχιατρικής. Καραβία, Αθήνα 1968.
69. Χαρίτου-Φατούρου Μ., Παπαθανασίου Μ. Εργασιακή εξουθένωση: Πράξη και πρόληψη σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Υγεία και Ασθένεια, Ψυχολογικές Διεργασίες, Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα 2008.
70. Χασάπη Ι. Ψυχολογία της Προσωπικότητας. Εκδόσεις Βασιλόπουλος, β' έκδ, Αθήνα 1980.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

1. Ahmed I., Banu H., Al-Fageer R., Al-Suwaidi R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. J Crit Care 2009, 24(3):1-7.
2. Allen T.D., Herst D.E., Brack C.S., Sutton M. Consequences Associated with Work-to-Family Conflict: A Review and Agenda for Future Research, Journal of Occupational Health Psychology 2000, (5) :278-3-8.
3. 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. Antoniou A. Personal Traits and Professional Burnout in Health Professionals, Archives of Hellenic Medicine 1999, 16(1): 20-28.
5. Ardekani Z.Z., Kakooei H., Ayattollahi S.M.T., Choobineh A., Seraji G.N. Prevalence of Mental Disorders among Shift Work Hospital Nurses in Shiraz, Iran, Pakistan, Journal of Biological Sciences 2008, 11: 1605-1609.
6. Aryee S., Luk V., Leun A. Lo S. Role Stressors, Inter-Role Conflict and Well-Being: The Moderating Influence of Spousal Support and Coping Behaviors Among Employed Parents in Hong-Kong, Journal of Vacation Behavior 1999, (54): 259-278.

7. Bakker A. B., Le Blanc P. M., Schaufeli W. B. Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing* 2005, 51 (3):276-287.
8. Balch C., Freischlag J., Shanafelt T. *Stress and Burnout Among Surgeons*. American Medical Association- Baltimore 2009.
9. Balch CM., Copeland E. Stress and bournout among surgical oncologists: A call for personal wellness and a supportive workplace environment, *Annual Surgery Oncology* 2007, (14):3039-3032.
10. Bates E. Stress in hospital personnel, *Medical Journal of Australia* 1975, 765-767.
11. Bernardi M., Catania G., Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review . *Prof Inferm* 2005, 58(2):75-9.
12. Beyer JE, Levin CR. Issues and advances in pain control in children. *Nursing clinics of North America* 1987, (22): 661-674.
13. Brady K.T., Sonnie S.C. The Role of Stress in Alcohol Use, Alcoholism Treatment and Relapse, *Alcohol Research Health* 1999, 23(4).
14. Burke P. J., Greenglass E.R. Hospital Restructuring, Work-Family Conflict and Psychological Burnout Among Nursing Staff, *Psychological Health* 2001, (16):583-594.
15. Bussing A., Glaser J. Four Stage Process Model of the Core Factors of Burnout: The Role of Work Stressors and Work-Related Resources, *Work and Stress* 2000, (14):583-594.
16. Calzi S. L., Farinelli M., Ercolani M., Alianti M., Manigrasso V., Taroni A. M. Physical rehabilitation and burnout: Different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Europa Medicophysica* 2006, 42: 27-36.
17. Caplan R.D., Cobb S., French J.R.P., Harrison R.V., Pinneau S.R. *Job Demands and Worker Health: Main Effects and Occupational Difference*, HEW Publication No (NIOSH), US Department of Health, Education and Welfare, Washington 1975, :75-160.
18. Cherniss C. *Staff Burnout - Job Stress in the Human Services*. Sage Publications, Inc 2455 Teller Road ThousandOaks, CA 91320 United States, Publication Date: Origin: United States 1980.
19. Cho A. H., June K. J., Kim Y. M., Cho Y. A., Yoo C. S. ,Yun S. C., Sung Y.H. Nurse staffing, quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing* 2007, (18) :1729-1737.
20. Clay T. *Nurses, Power and Politics*, Heinemann, London 1989.

21. Cook R. The prevention and management of stress: a manual for teachers, Longman, Harlow 1992.
22. Cooper C.L., Cooper R.D., Eaker L.H. Living with stress, Penguin, Harmondsworth 1998.
23. Cooper C.L., Sloan S.L., Williams S.L. Occupational Stress Indicator Management Guide, Nfer- Nelson, Windsor 1988.
24. Dekker S.W.A., Schaufeli, W.B. The Effects of Job Insecurity on Psychological health and Withdrawal: A Longitudinal Study, Australian Psychologist 1995, 30, (1): 57-63.
25. Dos Santos F. E., Alves J. A., Rodrigues A. B. Burnout syndrome in nurses in an Intensive Care Unit. Einstein Journal of Biology and Medicine 2009, 7 (1):58-63.
26. Edelwich J., Brodsky A. Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions, Human Sciences Press, New York 1980.
27. European Agency for safe and health at work. European Agency for safe and health at work, (2009), European risk observation report 9. OSH in figures. Stress at work.
28. Evans K.B., Fisher G.D. The Nature of Burnout: A Study of The Three-Factor Model of Burnout in Human Service and Non-Human Service Samples, Journal of Occupational and Organizational Psychology 1993,(66):29-38.
29. Fletcher C. Performance Appraisal and Management: The Developing Research Agenda, Journal of Occupational and Organizational Psychology 2001, (74): 473-487.
30. Freudenberger H.J. Staff Burnout, Journal of Social Issues 1974, (30) :159-165.
31. Frone M.R., Russel M., Cooper M. L. Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of the Work-Family Interface, Journal of Applied Psychology 1992, (77):65-78.
32. Glasberg A., Norberg A., Soderberg A. Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers, Journal of Advanced Nursing 2007, volume 60, issue 1.
33. Glise K., Ahlborg G., Jonsdottir IH. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? BMC 2012, 12 : 12-18.
34. Greenhaus, J., Beutell N. Sources of Conflict Between Work and Family Roles, Academic Management Review 1985, 10 :76-88.
35. Gros F., Antony M., Simms L., McCabe R. Psychometric properties of the state – trait inventory for cognitive and somatic anxiety: comparison to the STAI. Psychological Assessment 2007, 19(4):369-381.

36. Hall D.T., Hall F.S. Stress and the Two Career Couple, in C.L., Cooper and R. Payne (Eds) *Current Concerns in Occupational Stress*, 1980, New York: John Wiley and Sons.
37. Hansen N., Sverke M. & Naswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies* 2009, (46):96-107.
38. Haw M.A. Woman, work and stress: A review and agenda for the future, *Journal of Health Social Behavior* 1982, (23): 132-44.
39. Iglesias M. E. L., Vallejo R. B. B., Fuentes P. S. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies* 2010, 47(1).
40. Isaksson R. K. E., Gude T. Tyssen R., Aasland O. G. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study. *Patient Education and Counseling* 2010, 78(2):191-197.
41. Jaracz K., Gorna K., Konieczna J. Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst* 2005,50, (1):216-9.
42. Jenkins R., Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs* 2004, 48(6):622-31.
43. Jennings B.M. Stressors of critical care nursing, In: Thelan L.A., Davie J.K., Urden L.D., et al., eds, *Critical care nursing. Diagnosis and management*, St Louis, MO: Mosby: 1994, 75-84.
44. Jones J.G. A cognitive perspective on the processes underlying the relationship between stress and performance in sports. Chichester, England: Wiley In J.G. Jones & L. Hardy (Eds.), *Stress and performance in sport*, 1990, (2) :17-42.
45. Karasek R.A. Job Demands Job Decisions Latitude and Mental Strain Implications for Job Design, *Administrative Science Quarterly* 1979, (24): 258-308.
46. Kelloway E.K., Gottlieb B.H., Barham L. The Source, Nature and Direction of Work and Family Conflict: A Longitudinal Investigation, *Journal of Occupational Health Psychology* 1999, (4):337-346.
47. Kivimaki MJ., Nyberg ST., Batty GD., Fransson EI., Hiekkila K., Alfredsson L., Bjorner JB., Borritz M., Burr H., Casini A., Clays E., De Bacquer D., Dragano N., Ferrie JE., Geuskens GA., Goldberg M., Hamer M., Hooftman WE., Houtman IL., Joensuu M.,

- Jokela M., Kittel F., Knutsson A., Koskenou M., Koskinen A., Kouvonen A., Kumari M., Madsen IEH., Marmot MG., Nielsen ML., Nordin M., Oksanen T., Pentti J., Rugulies R., Salo P., Siegrist J., Singh-Manoux A., Suominen SB., Vaananen A., Vahtera J., Virtanen M., Westerholm PJM., Westerlund H., Zins M., Steptoe A., Theorell T. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data., *The Lancet*, In Press 2012.
48. Kobasa S.J., Maddi S.R., Kahn S. Hardiness and health: A prospective inquiry, *Journal of Personality and Social Psychology* 1982, 168-177.
 49. Lang D. Preconditions of Three Types of Alienation in Young Managers and Professionals, *Journal of Occupational Behavior* 1985, (14): 3-20.
 50. Laubach W., Milch W., Ernst R. Dimensions of work stress and job satisfaction in psychiatric-psychotherapeutic practice, *Psychother. Psychosom. Med. Psychology* 1999, (49):38-47.
 51. Leiter M., Maslach C. The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment, *Journal of Organizational Behavior* 1988, (9):297-308.
 52. Leka S., Griffiths A., Cox T. *Work Organization and Stress*, Geneva: World Health Organizatio, 2003.
 53. Lewis S.N., Cooper C.L. Stress in Two Earner Couples and Stages in the Life Cycle, *Journal of Occupational Psychology* 1987, (60): 289-308.
 54. Lewis S.N., Cooper C.L. *Carterer Couples*, London Unwin 1989.
 55. Maslach C., Jackson S. *Maslach burnout inventory manual*. Second ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists 1986, Press.
 56. Maslach C. *Burnout: The cost of caring* Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall 1982.
 57. Maslach C., Jackson S., Leiter M. *Maslach burnout inventory manual*, 3rt edition, Consulting Psychologists Press 1996.
 58. Maslach C., Shaufeli W., Leiter M.P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 2001, 52 (1).
 59. Mc Vicar A. Workplace stress in nursing: a literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44, (6): 633-642.
 60. Meltzer L. S., Huckabay L. M. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care* 2004, 13 (3):202-208.
 61. Menzies I.E.P. Nurses under stress, *International Nursing Review* 1960, (7): 9-16.

62. Motowidlo S.J., Packrd J.S., Manning M.R. Occupational stress: Ins causes and consequences for job performance, *Journal of Applied Psychology* 1986, 71(4):618-629.
63. Norusis M. *SPSS 13.0 Statistical Procedures Companion*. Upper Saddle-River, N.J.: Prentice Hall 2004.
64. Olkinuora M., Asp S., Juntunen J., Kauttu K., Strid L., Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians, *Social Psychiatry and Epidemiology* 1990, (25) : 81-6.
65. Onder C., Basim N. Examination of developmental models of occupational burnout using burout profiles of nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2008, 64(5):514-523.
66. Papadatou D., Anagnostopoulos F., Monos D. Factors Contributing to the Development of Burnout in Oncology Nursing, *British Journal of Medical Psychology* 1994, (67) :187-199.
67. Pavlakis A., Raftopoulos B., Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey , *BMC Health Services Research* 2010, (63):1-8.
68. Payne R.L, Firth-Cozens J. *Stress in Health Professionals*, (Eds), John Wiley & Sons, Chichester 1987.
69. Peiro J.M., Gonzalez R.V., Tordera N., Manas M. Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychological Health* 2001, (10): 85-93.
70. Pines A.M. , Aronson E. *Career burnout: Causes and cures*, New York: Free Press 1988.
71. Poncet MC., Toullic P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit JF., Pochard F., Chevret S., Schlemmer B., Azoulay E. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007, 175(7):698-704.
72. Potter Beverly A. *Preventing Job Burnout*. Menlo Park, California: Crisp Publications 1987.
73. Rees D., Cooper C.L. Occupational stress in health-service workers in the UK, *Stress Medicine* 1992, 8(2): 79-90.
74. Rees D.W. Work-related stress in health service employees. *Journal of Managerial Psychology* 1995, 10 (3): 4-11.
75. Richardson A., Turnock C., Harris L., Finley A., Carson S. A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff. *Journal of Nurisng Management* 2007, (15): 838-846.

76. Saini NK., Agrawal S., Bhasim MS., Bhatia MS., Sharma AK. Prevalence of stress among resident doctors working in medical colleges of Delhi. *Indian Journal of Public Health* 2010, 54(4):219-223.
77. Scambler G. *Sociological Theory and Medical Sociology*. Routledge , London 1987.
78. Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* 1936, (138): 32-40.
79. Selye H. *Stress of Life*, McGraw-Hill. New York 1956.
80. Shanafelt T. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag J. *Ann Surg.* 2010, 251(6):995-1000.
81. Simon M., Kummerling A., Hasselhrn M. Work-Home Conflict in the European Nursing Profession, *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2004, (10): 384-391.
82. Spielberger CD., Gorsuch RL, Lushere RE. *The state-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CAQ Consulting Psychologists Press 1970.
83. Spielberger C.D. Theory and research on anxiety. In C.S. Spielberger (Ed), *Anxiety and Behavior* New York: Academic Press 1966.
84. Stathopoulou H., Karanikola M.N., Panagiotopoulou F., Papathanassopoulou E.D. Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *Journal of emergency Nursing* 37, 2011.
85. Stevanovic P., Rupert P. Work-family spillover and life satisfaction among professional psychologists, *Prof. Psychol. Res. Pract.* 2009, (40):62-68.
86. Storlie F. Burnout: The elaboration of a concept, *American Journal of Nursing* 1979, 79 (12).
87. Stroebe W., Stroebe M.S. *Social Psychology and Health*, Open University Press, 1995, Buckingham.
88. Susuki E., Kanoya Y., Katsuki T., Sato C. Assertiveness effective burnout of novice at university hospital, *Japan Journal of Nursing Science* 2006, 3, (2).
89. Sutherland V.J., Cooper C.L. *Understanding Stress: A Psychological Perspective for Health Professionals*, Chapman and Hall, London 1990.
90. Sveinsdottir H. Biering P. Ramel A. Occupational stress, job satisfaction and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies* 2006, (43): 875-889.

91. Tesser A., Rosen S., Tesser M. On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect), *Psychol. Rep* 1971, (29):651-654.
92. Tsebelis A., Gournas G., Tzitzanidou G., Panagiotou A., Ilias I. Anxiety and depression in Greek nursing and medical personnel. *Journal of Psychological Report*, 99, 2006.
93. Vachon M. L. S. Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved, New York: Hemisphere Publ. Co, 1987.
94. Waldman SV., Diez JC., Arazi HC., Linetzky B., Guinjoan S., Grancelli H. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina, *Academic Psychiatry* 2009, (33):296-301.
95. Wardwell W., Hyman M. & Bahnson C. Stress and coronary heart disease in three field studies, *Journal of chronic diseases*, 1964, (17) :73.
96. Zhu W., Wang ZM., Wang MZ., Lan YJ., Wu SY. Job burnout and contributing factors for nurses. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2006, 37(4):632-5.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο της έρευνας Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Διερεύνηση αυτοεκτίμησης του άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της περιφέρειας»

Ονομάζομαι Οργανοπούλου Μαρία, είμαι Νοσηλεύτρια και εργάζομαι στο Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας». Είμαι φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Εκπονώ τη μεταπτυχιακή διπλωματική μου εργασία με θέμα: «**Διερεύνηση αυτοεκτίμησης του άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε Νοσοκομεία της Περιφέρειας**». Τα αποτελέσματα της ερευνητικής μου προσπάθειας, θα δημοσιοποιηθούν στην διπλωματική μου εργασία μετά από την επεξεργασία των απαντήσεων και θα κοινοποιηθούν στα νοσοκομεία που συμμετείχαν εφόσον το επιθυμούν.

Τα παρακάτω ερωτηματολόγια αποτελούν βασικά εργαλεία συλλογής δεδομένων για την έρευνα. Η συμμετοχή σας είναι **εθελοντική** και κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη. Οι απαντήσεις σας θα είναι **απόρρητες** και **ανώνυμες** και δεν θα είναι δυνατόν να αναγνωριστεί η ταυτότητά σας από τις απαντήσεις. Η ερευνητική αυτή μελέτη γίνεται με την έκκριση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων».

Ευχαριστώ πολύ για την βοήθειά σας!

Στη διάθεσή σας τα στοιχεία μου:

Οργανοπούλου Μαρία
Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Διεύθυνση: Πλούτωνος 1 Πάτρα
Τηλέφωνα: 2610-343922, 6945043644
e-mail: m_organopoulou@hotmail.com

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακαλούμε πολύ, συμπληρώστε τα παρακάτω:

Ατομικά χαρακτηριστικά:

ΦΥΛΟ : Άντρας Γυναίκα

ΗΛΙΚΙΑ:.....

Οικογενειακή κατάσταση:

Σημειώστε ποιο από τα παρακάτω ισχύει:

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Αριθμός παιδιών (αν υπάρχουν):

Τα παιδιά είναι ανήλικα;.....

Έχετε εσείς την ευθύνη των παιδιών;.....

Εκπαιδευτικό προφίλ:

Σημειώστε ποιο από τα παρακάτω ισχύει με ΝΑΙ ή ΟΧΙ

Είμαι απόφοιτος/η ΤΕΙ:

Είμαι απόφοιτος/η ΑΕΙ:

Είμαι απόφοιτος/η Δ.Ε:

Διαθέτω Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης:

Διαθέτω Διδακτορικό Δίπλωμα:

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

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

Εθνικότητα

Ελληνική: Άλλη. Σημειώστε χώρα

Επαγγελματικό προφίλ:

Σημειώστε την έδρα του νοσοκομειακού που εργάζεστε:

Κωμόπολη: Σημειώστε ποια

Πόλη: Σημειώστε ποια

Σημειώστε ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση:

Δημόσιος Υπάλληλος:

Ιδιωτικός Υπάλληλος:

Συμβασιούχος Υπάλληλος:

Σημειώστε ποια είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή:

Ιατρός:

Νοσηλεύτης:

B. Νοσηλεύτη:

Σημειώστε πόσα είναι τα έτη προϋπηρεσίας:

Σημειώστε το νοσηλευτικό τμήμα, στο οποίο εργάζεστε τώρα:

Σημειώστε πόσα χρόνια εργάζεστε στο τωρινό τμήμα:

Σημειώστε πόσοι ασθενείς σας αναλογούν στην πρωινή βάρδια:

Σημειώστε πόσοι ασθενείς σας αναλογούν στην απογευματινή βάρδια:

Σημειώστε πόσοι ασθενείς σας αναλογούν στη νυχτερινή βάρδια:

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για το άγχος

C.DSpilberger

(Στάθμιση στα Ελληνικά Α. Λιάκου)

STAI - X – 1

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό **που αισθάνεστε τώρα.**

1	2	3	4
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ

1.	Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4.	Είμαι στεναχωρημένος/η.	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι αναπαινμένος/η.	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι νευρική.	1	2	3	4
13.	Έχω μια νευρική τρεμούλα.	1	2	3	4
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15.	Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος.	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ.	1	2	3	4
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι χαρούμενος/η.	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για το άγχος

C.D Spilberger

STAI – X-2

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξεοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως αισθάνεστε γενικά.

1	2	3	4
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ

21.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22.	Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23.	Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24.	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται να είναι οι άλλοι	1	2	3	4
25.	Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26.	Αισθάνομαι αναπαυμένος.	1	2	3	4
27.	Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η, και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28.	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29.	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30.	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31.	Έχω την τάση να βλέπω να πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32.	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34.	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	1	2	3	4
35.	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36.	Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37.	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί.	1	2	3	4
38.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39.	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40.	Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής εξουθένωσης MaslachChristine

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν τον τρόπο που το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται τη δουλειά του και τους ασθενείς που φροντίζει. Επιλέξτε την απάντηση που ταιριάζει, κάθε φορά, στη δική σας περίπτωση, ως εξής:

Συχνότητα	Ποτέ δεν συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δυο-τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει
Απάντηση	0	1	2	3	4	5	6

Πόσο συχνά..... (βαθμολογείστε την κάθε πρόταση από 0 έως 6)

Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου.	
Νιώθω άδειος/α, σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.	
Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.	
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	
Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σα να ήταν αντικείμενα.	
Μου είναι πολύ εξαντλητικό να δουλεύω με ασθενείς όλη τη μέρα.	
Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.	
Νιώθω εξουθενωμένος/η από την δουλειά μου.	
Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.	
Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	
Με προβληματίζει ότι σιγά – σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/η.	
Με γεμίζει δύναμη και ενεργητικότητα η δουλειά μου με τους ασθενείς.	
Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.	
Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.	
Στην ουσία, δεν με απασχολεί τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.	
Μου φέρνει μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με ασθενείς.	
Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.	
Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.	
Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.	
Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια..... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.	
Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.	
Νομίζω ότι οι ασθενείς με κατηγορούν ότι δεν νοιάζομαι για μερικά από τα προβλήματά τους.	

Επιστολή για τη χορήγηση του ερωτηματολογίου

APPLICATION FOR PERMISSION TO USE THE QUESTIONNAIRE

FROM: Maria Organopoulou, MSc ©

TO: Christina Maslach

University of Peloponnese

Department of Nursing

Sparta

Greece

e-mail: m_organopoulou@hotmail.com

e-mail: maslach@berkeley.edu

Dear Madame,

My name is Maria Organopoulou, I work as a nurse and I am an MSc student at the University of Peloponnese, Department of Nursing. During my studies on this program, I have read many articles originating from various scientific journals and which are based on **Maslach's Burn out Inventory**.

I am writing to you in order to request your permission to translate and validate your instrument in greek and make use of your questionnaire, as we think it would be very useful for my MSc dissertation. My supervisor is Professor Sophia Zyga and we would like to assess burn out in health professionals of a Regional Hospital in Patras, Greece.

Appropriate credit to your publication on every copy will include the relevant references and citation of the original figures. We commit that we will use the tool only for the purpose of the survey and we will not use the tool for commercial purpose, sell it or for any other non-scientific purpose.

Please send me any further information concerning this questionnaire, which will help us to conduct a reliable survey.

Thank you in advance,

Maria Organopoulou

Άδεια για χρήση του ερωτηματολογίου MBI

For use by maria organopoulou only. Received from Mind Garden, Inc. on May 14, 2013

**Permission for maria organopoulou to reproduce 350 copies
within one year of May 14, 2013**

**Maslach Burnout Inventory
Instruments and Scoring Guides
Forms: General, Human Services,
& Educators**

Christina Maslach
Susan E. Jackson
Michael P. Leiter
Wilmar B. Schaufeli
Richard L. Schwab

Published by Mind Garden

info@mindgarden.com
www.mindgarden.com

Important Note to Licensee

If you have purchased a license to reproduce or administer a fixed number of copies of an existing Mind Garden instrument, manual, or workbook, you agree that it is your legal responsibility to compensate the copyright holder of this work — via payment to Mind Garden — for reproduction or administration in any medium. **Reproduction includes all forms of physical or electronic administration including online survey, handheld survey devices, etc.**

The copyright holder has agreed to grant a license to reproduce the specified number of copies of this document or instrument **within one year from the date of purchase.**

You agree that you or a person in your organization will be assigned to track the number of reproductions or administrations and will be responsible for compensating Mind Garden for any reproductions or administrations in excess of the number purchased.

